

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2020;59(2):123-135
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

한국형 심리적 응급처치 교육프로그램을 이용한 재난정신건강 지원 인력 양성 교육의 효과

연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소,¹ 정신과학교실,⁸
계명대학교 심리학과,² 연세대학교 심리학과,³ 충북대학교 심리학과,⁴
국군수도병원 정신건강의학과,⁵ 상지대학교 사회복지학과,⁶ 대구대학교 사회복지학과⁷

박해인¹ · 최선우¹ · 최윤경² · 박수현³ · 유성은⁴
백명재⁵ · 김희국⁶ · 현진희⁷ · 석정호^{1,8}

Effect of Korean Version of Psychological First Aid Training Program on Training Disaster Mental Health Service Provider

Hae-in Park, MA¹, Sun-Woo Choi, MA¹, Yun-kyeung Choi, PhD²,
Soo-hyun Park, PhD³, Sung-eun You, PhD⁴, Myung-jae Baik, MD⁵,
Heeguk Kim, PhD⁶, Jinhee Hyun, PhD⁷, and Jeong-Ho Seok, MD, PhD^{1,8}

¹Institute of Behavioral Science in Medicine, ⁸Department of Psychiatry, Yonsei University
College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Psychology, Keimyung University, Daegu, Korea

³Department of Psychology, Yonsei University, Seoul, Korea

⁴Department of Psychology, Chungbuk National University, Cheongju, Korea

⁵Department of Psychiatry, The Armed Forces Capital Hospital, Seongnam, Korea

⁶Department of Social Welfare, Sangji University, Wonju, Korea

⁷Department of Social Welfare, Daegu University, Gyeongsan, Korea

Objectives This study aimed to develop a Korean version of psychological first aid training program (K-PFA) and examine the education effect on trainees.

Methods This study enrolled 485 subjects who completed both K-PFA and study surveys. In addition to mental health professionals, subjects with various ages and educational backgrounds were included to examine the education effects of the capabilities in conducting PFA and understanding acute phase disaster mental health (DMH).

Results Both mental health professionals and non-professionals improved their understanding of acute-phase DMH intervention and their perceived capabilities in conducting PFA.

Conclusion The development of a DMH intervention-training program adapted to Korean domestic circumstances and culture represents a significant step towards a comprehensive and individualized intervention for disaster survivors.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2020;59(2):123-135

KEY WORDS Disaster mental health service · Service provider education · Psychological first aid · Training efficacy.

Received August 22, 2019
Revised February 26, 2020
Accepted March 3, 2020

Address for correspondence
Jeong-Ho Seok, MD, PhD
Institute of Behavioral Science
in Medicine, Yonsei University
College of Medicine,
50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu,
Seoul 03722, Korea
Tel +82-2-2019-3343
Fax +82-2-3462-4304
E-mail johnstein@yuhs.ac

서 론

최근 대형 지진이나 화재, 선박 사고 등 여러 형태의 재난이 잇따르면서 재난과 재난으로부터의 회복에 대한 국민적 관심이 매우 높아지고 있다. 재난에 대한 정의는 다양한데, 일반적으로 “갑작스럽게 발생하여 지역사회의 기본 조직과 정

상 기능을 와해시키는 큰 규모의 충격적인 사건”으로 정의되며¹⁾ 특히 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 “심각한 파괴로 인해 생태학적으로나 사회심리학적 으로 피해지역이 자신의 대처 능력을 초과한 상태”로 정의하고 있다.²⁾ 요컨대, 재난은 생명과 재산, 생활 수단 등에 다양하게 영향을 미치고, 피해의 정도가 개인이나 지역사회의 노력

과 일상적인 역량으로 해결하기 어려워 지역사회의 회복과 피해 복구를 위해 외부의 도움을 필요로 하는 상태로 정의된다.

재난의 영향은 물질적 혹은 신체적 피해에 국한되지 않으며 개인의 정신건강과 적응, 그리고 사회적 차원까지 이른다. 개인적 차원에서는 재난 자체로 인해 정서적 어려움을 경험할 수 있으며, 신체적 손상과 재정적 손실, 사회적 관계망의 손실로 인해 경미한 수준에서 심각한 수준에 이르는 다양한 층위의 스트레스를 겪게 되어 단기적 혹은 장기적인 심리적 어려움을 호소하기도 한다.^{3,4)} 사회적 차원에서는 일시적으로 지역사회의 자원이나 조직에 변동이 일어나며,⁵⁾ 재난경험자의 직간접적인 사회적 관계망이나 재난이 발생한 지역사회를 넘어서 미디어를 통해 전달된 정보로 인해 국민과 국가 전체가 심리정서적 충격을 포함한 다양한 영향을 받기도 한다.⁶⁾ 재난의 영향은 매우 다양하고 광범위하므로 이를 예측하여 예방하는 것이 중요하겠으나, 재난은 다양한 원인으로 인해 발생하여 예측이 어려우므로 재난 자체를 통제하는 것은 사실상 불가능에 가깝다. 때문에 재난에 대한 지역사회 혹은 국가 차원의 대비(preparedness)와 더불어 재난에 대한 대응력과 회복 역량의 강화, 심리적 지원을 비롯한 다양한 차원에서 재난 피해 지원이 더욱 중요해지고 있다.⁷⁻⁹⁾

재난정신건강 지원이란, 재난으로 인해 심리적 충격을 받은 사람들을 대상으로 정신적, 심리적 고통을 줄여주고 위기 상황에서 적절히 대처할 수 있는 능력을 회복시켜 심리사회적 후유증을 예방하고, 일상으로 복귀할 수 있도록 지원하는 일련의 활동을 말한다.^{3,10-12)} 재난경험자를 위한 심리정서적 지원의 중요성은 널리 알려진 바이나, 그동안 우리나라의 재난지원 활동은 주로 긴급 구호와 같은 물질적·경제적 측면에서 이루어졌기 때문에 갑작스러운 위기에 처한 재난경험자의 심리적 안정과 정신건강의 회복을 위한 정신건강의 측면에는 국가적, 사회적 관심과 지원이 소홀한 편이었다.¹³⁻¹⁵⁾ 우리나라에서는 소방방재청이 2008년 전국적으로 재난심리회복지원센터를 지정한 이래로 재난정신건강 지원에 대한 요구가 매년 큰 폭으로 증가하는 양상으로, 그 수요는 2009년 36건, 2010년 663건, 2012년 1661건, 2014년 6100건, 그리고 2016년에는 7727건에 달하고 있다.¹⁶⁾ 특히 최근 국내에서 지진이나 화재와 같은 대규모 재난이 급증함에 따라 재난경험자의 사회적 지원과 더불어 정신건강 측면에서의 지원에 대한 필요성이 더욱 강조되고 있다. 하지만, 현재까지 우리나라에는 재난정신건강 지원 업무를 담당할 전문 인력을 체계적으로 훈련하는 표준화된 재난정신건강 지원 인력 양성 프로그램이 부재하므로 재난경험자의 심리지원에 초점을 맞춘 집중적인 서비스 제공이 어려운 실정이며,¹⁷⁾ 재난 시기별로 재난경험자의 회복과 사회 적응을 촉진하기 위한 표준화된 교

육 커리큘럼 또한 정립되지 못하여 재난 경과 시기에 따라 전문적으로 정신건강 서비스를 제공하기가 어려웠다. 이로 인한 문제점, 즉 정신건강 서비스 제공과 관련하여 전문적인 훈련을 받거나 인증된 전문가 없이 진행되는 재난정신건강 지원의 한계는 세월호 참사 초기 지원 과정을 비롯한 여러 재난 대응에서 분명하게 드러난 바 있다. 세월호 참사 당시 활동했던 실무자를 대상으로 한 연구들은 실무자 개인차원에서의 어려움으로 재난정신건강 지원 교육의 부족과 비체계적이고 현장성이 부족한 재난정신건강 지원 교육을 꼽고 있으며, 그 결과 실무자들이 충분한 교육을 받지 못한 채 현장에 투입되어 전문성 있는 지원 활동이 제한되고 혼란이 가중되었음을 보고한다.^{13,18,19)} 이 한계를 극복하기 위해서는 국내 실정과 문화를 고려한 표준화된 교육 프로그램을 개발하여 재난 대응 인력의 전문성과 개입 능력을 높이고 다양한 직역의 전문가 및 자원 봉사자, 활동가를 대상으로 교육을 확산적으로 시행하는 것이 요구된다.^{18,20-22)}

전 세계적으로 재난경험자의 심리적 안정과 회복을 위하여 다양한 프로그램이 개발, 보급되어왔다. 재난에 노출된 개인에 대한 심리적 지원은 그 시기에 따라 차이가 있는데, 크게는 재난 직후로부터 3~7일 이내에 이루어지는 급성기 개입, 재난 직후로부터 1~3개월 이내에 이루어지는 아급성기 개입, 정신건강의 어려움이 3개월 이상 지속되는 경우 이루어지는 만성기 개입으로 구분할 수 있다. 이 중 급성기 재난정신건강 지원을 위한 대표적인 프로그램인 ‘심리적 응급처치(psychological first aid)’는 ‘고통에 처해 도움을 필요로 하는 사람들에게 인도적인 도움을 주는 행위’로, 기존의 전문적인 심리 개입이 아니라 긴급 상황에서 필요한 현실적이고 직접적인 도움을 포함하는 심리·사회적 서비스를 뜻한다.²³⁻²⁵⁾ 심리적 응급처치는 재난 직후로부터 수일까지를 뜻하는 급성기에 재난 경험자들의 초기 고통을 줄이고 실질적인 도움을 제공하여 외상적 사건으로 인한 초기의 충격을 줄이고 재난경험자의 단기적·장기적인 적응적 대처를 강화하는 것을 목적으로 한다.^{23,26)} 심리적 응급처치의 대상은 아동과 청소년을 포함한 모든 연령과 성별을 아우르며, 문화적 차이나 재난과 위기의 다양한 형태에 구애 없이 적용 가능하다.^{27,28)} 한편, 심리적 응급처치는 기존의 전문적인 심리 개입과는 제공 방식이나 환경이 달라 별도의 교육이 필요하지만 간단한 기본 원칙으로 구성되어 있으므로 충분한 교육을 받았다면 정신건강전문가뿐만 아니라 일반인도 누구나 활용할 수 있다는 장점이 있다.^{23,26,29)} 요컨대, 심리적 응급처치는 다양한 재난이나 위기 상황에 효과적으로 적용할 수 있으며 급성기 재난경험자의 안정과 회복을 돕는 체계적이고 실제적인 정신건강 개입이다.

이 연구에서는 국내 상황에 맞는 표준화된 재난정신건강 지

원 인력 양성 프로그램을 개발하고 그 효과성을 확인하고자 하였다. ‘재난정신건강 지원 인력 양성을 위한 심리적 응급처치’ 교육 프로그램(이하 심리적 응급처치 교육, Korean version of psychological first aid)은 재난정신건강 지원 활동의 모든 시기에 요구되는 기본적인 지식과 더불어 심리적 응급처치의 미션과 활동 원칙에 대한 표준화된 이론 교육과 실습 교육을 제공하도록 구성되었다. 심리적 응급처치의 활동 원칙은 미국 아동트라우마스트레스네트워크(National Child Traumatic Stress Network)와 국립외상후스트레스장애센터(National Center for Posttraumatic Stress Disorder)에서 제안하는 8가지 원칙을 우리나라 실정에 맞게 표준화된 교육 자료로 구성하였으며, 정신건강의학과 전문의 4명과 임상심리학자 5명, 정신건강간호학자 2명, 정신건강사회복지사 2명이 교육 프로그램의 감수에 참여하였다.

이 교육은 이론 교육 3시간과 실습 교육 3시간으로 구성된 1일 프로그램으로, 이론 교육에서는 재난에 대한 이해와 심리적 응급처치의 기본 개념 원칙 및 기술을 교육하며, 실습교육은 국내 상황에 맞게 개발된 2가지 종류의 시나리오를 활용하여 재난현장을 가정하고 배운 기술을 실행, 점검해보도록 구성되어 있다(표 1). 갑작스럽게 발생하여 예측하기 어려운 재난의 특성상 재난지원 활동가가 현장을 여러 차례 경험하여 자신과 조직의 역량을 강화하는 것이 어려울 수 있다. 재난 상황에서의 정신건강 지원은 기존의 정신건강치료 세팅과

는 매우 다른 낯설고 자원이 부족한 상황에서 이루어지므로, 평소의 충분한 훈련과 준비가 없다면 정신건강 전문가라 하더라도 쉽게 당황하고 혼란스럽게 되어 적절한 서비스 제공이 어려워질 수도 있다. 때문에 연구자들은 재난에 대응하는 현장요원의 역량과 기관 혹은 지역사회의 재난 대응 계획을 점검하는 실제적인 훈련의 중요성을 강조한다.³⁰⁻³²⁾ 재난 대응과 관련한 교육은 훈련의 복잡도에 따라 현장에서 발생할 수 있는 현안에 대해 토론식으로 훈련하는 도상훈련(tabletop exercise)에서부터 단일 혹은 복수의 재난 대응 기관이 가상의 재난 현장에서 재난 대응 계획하에 실제적인 역할을 수행하게 하여 계획의 실행가능성을 살피는 기능적 훈련(functional exercise), 재난 대응 계획에 명시된 모든 주요 기능을 포괄적으로 점검 및 연습하는 종합적인 전면 훈련(full-scale exercise) 등의 실행기반 훈련으로 구분된다.³¹⁾ 이론식 교수법의 경우 재난 상황에 대한 현장감 혹은 실제적인 수행을 경험하기 어렵다는 제한점이 있으며, 이에 시뮬레이션을 통해 실제적인 기능과 역할을 점검하는 종합적인 교육이 강조된다. 이 교육은 특정 재난 상황에서 흔히 일어날 수 있는 반응을 20여 개의 시나리오로 구성하여 역할극을 시행할 수 있도록 구성되어 있으며, 각 시나리오마다 반드시 점검되어야 하는 내용을 체크리스트로 제작, 개발하여 재난 현장을 간접적으로 체험하고 현장에서 기대되는 수행과 역량을 점검할 수 있도록 하였고, 수강생이 가상의 재난 상황에서 팀을 이루어 서비스를 제공함을 통해

Table 1. Content of Korean version of PFA training program

Education	Themes	Contents
Theory education	1. Disaster and mental health	Types and definitions of disaster Various reactions to disaster Ethical consideration for DMH intervention
	2. What is PFA	Introduction to PFA
	3. General conduct guidelines of PFA	General guidelines for activities at disaster site Intervention for general survivors and those who need special care
	4. Core actions of PFA	Contact and engagement
		Safety and comfort
Stabilization		
Information gathering		
Practical assistance		
5. Provider self-care	Connection with social supports	
	Information on coping	
	Linkage with collaborative services	
	Closing intervention	
	Individual level	
6. Role play scenario	I. earthquake	Team level
7. Role play scenario	II. conflagration	Practical training under hypothesized conflagration scenario and checklist examination

PFA: Psychological first aid, DMH: Disaster mental health

이론 교육의 학습 내용을 실제적으로 체득하고 사례에 대해 토의하게 하여 상호학습(peer-learning)할 수 있도록 구성하였다. 자세한 교육 프로그램 구성은 표 1에 제시하였다.

이 연구의 목적은 급성기 재난정신건강 지원 인력 양성을 위한 표준화된 한국형 교육 프로그램을 개발하고, 수강생의 심리적 응급처치에 대한 지식, 재난정신건강 지원에서의 효능감에 변화가 있는지를 검증하는 것이다.

방 법

대 상

2016년 10월~2018년 4월까지 경상남도, 전라남도, 충청남도, 대구 및 광주 지역의 재난정신건강 지원 실무자와 일반인을 대상으로 심리적 응급처치 교육을 진행하였다. 모든 교육은 심리적 응급처치 교육 프로그램의 강사 교육 과정을 이수한 정신건강 전문가가 2인씩 공동으로 진행하였다. 교육은 총 6시간의 1일 워크숍으로 이루어졌고, 진행 내용과 방식은 표준화된 교육 프로토콜에 따라 동일하게 이루어졌다. 심리적 응급처치 교육을 이수한 수강생 중 사전·사후 설문지 작성을 모두 완료한 485명을 대상으로 하여 결과를 분석하였다.

연구 절차

이 연구는 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, 이하 IRB)의 승인을 받아 실시되었다(IRB No. 3-2015-0141). 연구자는 교육 실시 전에 연구의 목적 및 사전·사후 설문 연구가 진행됨에 대해 안내하였고, 연구 참여를 원하는 참가자들은 교육 전과 후에 연구자가 배포한 설문지를 작성하여 제출하였다. 연구자는 참가자들에게 연구가 진행되는 동안 연구 참가자의 성별, 나이, 직업 등 최소한의 개인정보만을 수집하고, 개인정보는 철저히 익명성이 보장될 것을 알렸으며, 연구 참여에 동의한 참가자들만을 대상으로 연구를 진행하였다.

교육에 참여한 수강생에게 연구 내용과 목적에 대해 안내하였고 연구 참여에 대해 서면동의를 얻은 후 연구를 진행하였다. 교육을 시작하기 전 재난정신건강 팀역량척도, 심리적 응급처치 지식 설문지 및 인적 사항에 대한 설문지가 실시되었고, 교육을 마친 후 재난정신건강 팀역량척도와 심리적 응급처치 지식 설문지가 실시되었다.

도 구

인구통계학적 특징에 관한 질문

연구 참가자들의 성별, 연령, 활동 가능 지역, 교육 수준, 전문자격 보유 여부, 재난정신건강 지원 교육 이수 여부, 재난정

신건강지원 참여 여부에 대한 자료를 수집하였고, 추가적으로 재난정신건강 지원 활동을 저해하는 요소 및 재난정신건강지원 능력 향상을 위한 요소에 대한 설문을 진행하였다. 활동 가능 지역의 경우, 서울특별시와 6대 광역시, 8개 도와 제주도의 범주 중에 자신에게 해당되는 곳에 응답하도록 하였다. 교육 수준의 경우, 초졸 이하, 중졸, 고졸, 전문대졸, 대졸, 석사 재학/수료, 석사, 박사 재학/수료, 박사의 범주 중에서 본인에게 해당되는 곳에 응답하도록 하였다. 전문자격 보유 여부는 정신건강의학과 전문의, 의사, 1급 정신건강전문요원, 2급 정신건강전문요원, 간호사, 정신전문간호사, 임상심리전문가, 1급 상담심리사, 2급 상담심리사, 인지행동치료전문가, 건강심리전문가, 발달심리전문가, 중독심리전문가, 청소년상담사, 놀이치료사, 1급 사회복지사, 2급 사회복지사, 없음, 기타의 범주 중에서 본인에게 해당하는 곳에 복수 응답하도록 하였다. 이때, 정신건강 및 유관 분야의 전문자격을 1개 이상 보유하고 있다고 보고한 경우 전문가 집단으로, 전문 자격을 보유하지 않은 경우는 비전문가 집단으로 구분하였다. 재난정신건강지원 활동을 저해하는 요소와 재난정신건강 지원 능력 향상을 위한 요소는 복수 응답을 허용하였다.

재난정신건강역량척도(Disaster Mental Health Competence Scale)

재난대응역량척도(Disaster Response Competence Scale) 개발의 예비문항 중 팀 단위로 재난 대응을 할 때 필요한 역량을 평정하는 15개 문항을 사용하였으며, 그 내용은 부록에 제시하였다. 재난정신건강역량척도는 재난정신건강 지원에서의 핵심적인 수행 능력을 평가하는 5점 리커트형 척도로(1점=전혀 그렇지 않다, 5점=매우 그렇다), 점수가 높을수록 재난정신건강 지원에서의 역량 및 효능감을 높게 가지고 있음을 의미한다.³³⁾ 이 연구에서 재난정신건강역량척도의 전체 신뢰도(Cronbach's α)는 0.94였다. 교육의 효과를 비교하기 위해 교육 전과 후에 동일한 설문지를 사용하였다.

심리적 응급처치 지식 설문지

심리적 응급처치에 대한 기초적인 지식을 확인하는 설문지를 개발하여 사용하였다. 이 설문지는 교육 매뉴얼에 기초하여 심리적 응급처치에 대한 지식을 묻는 사지선다형의 19개 문항과 현장요원의 자기관리에 대해 묻는 주관식 1개 문항의 총 20문항으로 구성되어 있으며(최소 0점, 최대 100점), 점수가 높을수록 심리적 응급처치에 대한 기초 지식을 잘 갖추고 있는 것으로 여겨진다. 교육 효과를 검증하기 위하여 교육 전과 후에 동일한 설문지를 사용하였다.

분석 방법

이 연구에서 수집된 자료는 SPSS 23.0(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 사용하여 통계 분석을 하였다. 재난정신건강 팀역량척도의 하위 요인 추출을 위해 탐색적 요인 분석을 실시하였다. 심리적 응급처치 교육의 효과를 확인하고 특히 교육의 효과가 정신건강 전문가 집단과 비전문가 집단에서 차이가 있는지 확인하기 위해 대응표본 t-test(paired t-test) 및 독립표본 t-test(independent-samples t-test)를 각각 실시하였다. 마지막으로, 심리적 응급처치 기초 지식 문항의 정답률 변화를 확인하고자 McNemar's 검정을 실시하였다.

결 과

인구통계학적 분석

수강생의 인구통계학적 정보를 표 2에 제시하였다. 응답자의 성별은 남자 80명(16.5%), 여자 405명(83.5%)이었고, 평균 연령은 40.25세[standard deviation(이하 SD)=9.92]이었다. 전문가 집단은 251명(51.9%), 비전문가 집단은 233명(48.1%)이었다. 정신건강 전문가 집단을 직역별로 살펴보면 정신건강

전문요원은 149명(30.8%)이나, 정신건강의학과 전문의가 1명(0.2%), 정신 간호사가 15명(3.1%)이었고 임상심리 전문가는 10명(2.1%)에 불과하여, 복수 응답을 허용했음에도 불구하고 직역별 불균형이 크게 나타났다.

수강생의 재난정신건강 지원 활동

수강생의 재난정신건강 관련 교육 이수 경험을 확인한 결과(표 3), 재난정신건강 관련 교육을 한 번도 이수하지 않은 수강생이 253명(54.3%)으로 가장 많았다. 교육 이수자 중에서는 재난정신건강에 대한 이해(82명, 17.6%), 위기개입(80명, 17.2%), 심리적 응급처치(65명, 14.0%) 교육 등 급성기 재난정신건강 지원에 대한 교육 이수자가 상대적으로 많았다. 한편, 아급성기 재난정신건강 개입(마음건강회복기술 11명, 2.4%)이나 전문적인 posttraumatic stress disorder 치료(트라우마 인지행동치료 38명, 8.2%; 애도 상담 38명, 8.2%; eye movement desensitization and reprocessing 21명, 4.5%; 아동트라우마치료 14명, 3.0%)에 대한 교육 이수 경험은 매우 부족하게 나타났다.

수강생의 재난정신건강 실무 참여 경험은 전화상담(84명,

Table 2. Demographic characteristics of participants of the education program

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Education		Professional license (multiple selection)	
Elementary school diploma	0 (0)	Psychiatrist	1 (0.2)
Middle school diploma	0 (0)	Grade 1 mental health professional	62 (12.8)
Highschool diploma	10 (2.1)	Grade 2 mental health professional	87 (18.0)
Associate	36 (7.4)	Psychiatric nurse	15 (3.1)
Bachelor	196 (40.5)	Clinical psychologist	10 (2.1)
Master (in progress)	70 (14.5)	Grade 1 counselor	12 (2.5)
Master	108 (22.3)	Grade 2 counselor	48 (9.9)
Doctorate (in progress)	54 (11.2)	Cognitive behavioral therapist	1 (0.2)
Doctorate	10 (2.1)	Health psychologist	2 (0.4)
Workplace		Developmental psychologist	1 (0.2)
Seoul	20 (4.1)	Addiction psychologist	17 (3.5)
Busan	16 (3.3)	Youth counselor	47 (9.7)
Daegu	69 (14.2)	Play therapist	8 (1.7)
Incheon	7 (1.4)	Physician	4 (0.8)
Daejeon	3 (0.6)	Nurse	102 (21.1)
GwangJu	59 (12.2)	Grade 1 social worker	115 (23.8)
Ulsan	7 (1.4)	Grade 2 social worker	106 (21.9)
Gyeonggi-do	20 (4.1)	None	32 (6.6)
Gangwon-do	1 (0.2)	Other	76 (15.7)
Chungcheongnam-do	38 (7.8)		
Chungcheongbuk-do	8 (1.6)		
Jeollanam-do	78 (16.1)		
Jeollabuk-do	1 (0.2)		
Gyeongsangnam-do	5 (1.0)		
Gyeongsangbuk-do	153 (31.5)		

18.1%), 위기개입(63명, 13.6%), 사례관리(61명, 13.2%) 순이었으며, 기존의 사례관리 업무 이상의 전문적인 재난정신건강 지원 경험은 부족한 것으로 나타났다. 재난정신건강 지원 실무 참여 경험이 없는 수강생은 275명(59.3%)으로 가장 많았다. 재난정신건강 지원 활동에 참여하기 어려운 이유로는 특화된 훈련의 부족(305명, 65.0%), 서비스 제공 경험의 부족(294명, 62.7%), 친숙도 부족(205명, 43.7%) 순으로, 교육에 참여 혹은 활동 경험이 부족한 이유가 가장 높았다. 재난정신건강 지원 역량을 강화하기 위해 필요하다고 보고한 요소는 참여기회(331명, 69.5%), 실행계획 및 자원지원(235명, 49.4%), 지도감독자의 지도감독(199명, 41.8%) 순으로 나타나, 참여 경험 혹은 교육지원에 대한 욕구가 높게 나타났다.

재난정신건강역량척도 요인 분석

재난정신건강역량척도는 재난정신건강 지원에서 팀차원의 핵심적인 수행 능력을 묻는 15개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의

5점 리커트형으로 평정한다. 본 척도의 하위 요인 추출을 위해 탐색적 요인 분석을 실시하였고, 그 결과는 표 4와 같다.

Kaiser-Meyer-Olkin(이하 KMO) 측도는 변수 쌍들 간의 상관관계가 다른 변수에 의해 잘 설명되는 정보를 나타내는 것이므로 이 측도의 값이 적으면 요인 분석을 위한 변수들의 선정이 좋지 못함을 나타낸다. KMO값이 0.90 이상이면 좋은 것이며 0.50 이하이면 받아들일 수 없는 것으로 판정한다. 이 분석에서는 KMO값은 0.92로 매우 양호한 것으로 나타났으며, Bartlett의 구형성검정치(sphericity) 역시 통계적으로 유의하여($\chi^2=5289.88, p<0.001$), 수집된 자료가 요인 분석에 적합한 자료임을 확인하였다.

하위 영역별로 살펴보면, 재난정신건강 지원 일반지침의 이해는 4개 문항으로 구성되었으며 고유치가 2.83, 분산설명력은 18.87%로 나타났다. 재난정신건강 지원 실무이해-행정 요인은 6개 문항으로 구성되었으며 고유치가 3.86, 분산설명력은 25.73%로 나타났다. 마지막으로, 재난정신건강 지원 실무 이해-소통 요인은 5개 문항으로 구성되었으며 고유치가

Table 3. Experience with DMH

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Prior education on DMH (multiple selection)		Reasons for having difficulty in participating DMH intervention (multiple selection)	
None	253 (54.3)	Lack of professional training	305 (65.0)
DMH	82 (17.6)	Lack of experience with DMH	294 (62.7)
Crisis intervention	80 (17.2)	Lack of familiarity	205 (43.7)
PFA	65 (14.0)	Lack of confidence	94 (20.0)
Trauma focused CBT	38 (8.2)	Lack of opportunities due to current occupation	86 (18.4)
Grief counseling	38 (8.2)	Lack of opportunity	86 (18.4)
EMDR	21 (4.5)	Lack of time	82 (17.5)
Child trauma therapy	14 (3.0)	Large distance	48 (10.3)
SPR	11 (2.4)	Lack of logistics or resources	28 (6.0)
Prior Participation in DMH intervention (multiple selection)		Lack of interest	21 (4.5)
None	275 (59.3)	Lack of support from employer	18 (3.8)
Telephone counseling	84 (18.1)	Loss of income	12 (2.6)
Crisis intervention	63 (13.6)	Factors necessary for strengthening capability (multiple selection)	
Case management	61 (13.2)	Opportunities to participate in intervention	331 (69.5)
Psychoeducation	56 (12.1)	Logistics and supporting resources	235 (49.4)
Grief counseling	30 (6.5)	Supervision	199 (41.8)
On site support	28 (6.0)	Support by employer	130 (27.3)
PFA	23 (5.0)	Support by colleagues	92 (19.3)
DMH	20 (4.3)	Vacation	80 (16.8)
Trauma focused CBT	18 (3.9)		
Delivery aid	15 (3.2)		
Disaster site management	13 (2.8)		
Child trauma therapy	11 (2.4)		
EMDR	9 (1.9)		
SPR	3 (0.6)		

DMH: Disaster mental health, PFA: Psychological first aid, EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing, SPR: Skills for psychological recovery, CBT: Cognitive behavioral therapy

4.12, 분산설명력은 27.49%로 나타났다. 재난정신건강 팀역량 척도의 3개 요인은 총 분산설명력이 72.09%로 매우 높은 것으로 확인되었다(표 4).

사전에 평가된 응답에 기초하여 각 요인의 내적합치도(Cronbach's alpha)를 분석하였으며, 그 결과는 표 5와 같다. 그 결과, 재난대응 일반지침의 이해가 0.84, 재난정신건강 지원 실무이해-행정 0.89, 재난정신건강 지원 실무이해-소통이 0.92이었고, 재난정신건강역량척도의 전체 신뢰도(Cronbach's α)는 0.93이었다.

교육 효과 검증

재난정신건강 지원 역량 및 심리적 응급처치 기초 지식에 대한 교육 효과 검증

심리적 응급처치 교육 전후의 재난정신건강 지원 역량과 심리적 응급처치 기초 지식 차이를 검증하여 그 결과를 표 6

에 제시하였다. 검증 결과, 심리적 응급처치 교육 후 심리적 응급처치에 대한 기초 지식의 평균 수준의 증가가 통계적으로 유의하게 나타났다[t(484)=-26.65, p<0.001]. 재난정신건강역량척도의 변화도 유의하였으며[t(484)=-31.32, p<0.001], 하위 3개 요인 모두에서 통계적으로 유의미한 향상이 확인되었다[일반지침의 이해 t(484)=-28.67, p<0.001; 실무이해-행정 t(484)=-29.17, p<0.001; 실무이해-소통 t(484)=-22.80, p<0.001]. 결과적으로 모든 부분에서 교육 후 통계적으로 유의한 평균 수준의 증가가 확인되었다.

집단별 교육 효과 검증

심리적 응급처치 교육의 효과가 확인됨에 따라, 교육 이수자를 정신건강 전문가 집단과 비전문가 집단으로 구분하여 교육 전과 교육 후의 점수 차이가 전문자격 보유 여부에 따라 차이가 있는지를 확인하고자 하였다. 정신건강 전문요원 및 유관 자격 보유자를 전문가 집단으로, 그 외는 비전문가 집단

Table 4. Exploratory factor analysis on DMHCS-team

Item number	DMHCS-team		
	Understanding of DMH intervention guidelines	Understanding of DMH administrative procedure	Understanding of DMH communication
Q.1	0.89	0.06	0.16
Q.2	0.88	0.14	0.22
Q.3	0.61	0.49	0.19
Q.4	0.59	0.53	0.05
Q.5	0.45	0.65	0.23
Q.6	0.34	0.69	0.32
Q.7	0.18	0.68	0.34
Q.8	0.10	0.53	0.58
Q.9	0.09	0.80	0.29
Q.10	0.10	0.76	0.37
Q.11	0.08	0.47	0.68
Q.12	0.09	0.27	0.80
Q.13	0.20	0.21	0.85
Q.14	0.24	0.28	0.80
Q.15	0.23	0.22	0.85
Eigenvalue	2.83	3.86	4.12
Variance explanation power (%)	18.87	25.73	27.49
Cumulative variance explanatory power (%)	72.09	53.22	27.49

Kaiser-Meyer-Olkin=0.92, Bartlett's test of sphericity $\chi^2=5289.88$, p<0.001. DMHCS: DMH competence scale, DMH: Disaster mental health

Table 5. Subsets of DMHCS-team and their reliability

	Item number	Number of items	Cronbach's α
Understanding of DMH intervention guidelines	1, 2, 3, 4	4	0.84
Understanding of DMH administrative procedure	5, 6, 7, 8, 9, 10	6	0.89
Understanding of DMH communication	11, 12, 13, 14, 15	5	0.92
DMHCS-team total		15	0.93

DMHCS: DMH competence scale, DMH: Disaster mental health

으로 구분하여 독립표본 t-test를 시행하였다. 집단별 교육 효과를 확인하기 위하여, 각 집단의 사전-사후 점수 변화의 평균 차이를 분석하였다.

독립표본 t-test를 시행하기에 앞서 전문가 및 비전문가 집단에 대한 등분산성 검정 충족 여부를 사전에 검증하였다. 그 결과, 재난정신건강 역량 총점, 재난 대응 일반지침의 이해 및 재난정신건강 지원 실무이해-소통은 Levene의 등분산성 검정의 F값에 대한 유의확률이 각각 0.01, <0.001, 0.02로 이는 0.05보다 작은 값이기 때문에 '두 집단 간 분산이 같다'라는 영가설이 기각되어 등분산성 가정이 충족되지 않았다. 그리고 나머지 심리적 응급처치 기초 지식, 재난정신건강 실무-행정에 대해서는 전문가 및 비전문가 집단에 대한 등분산성 가정이 충족되었다. 그 결과는 표 7과 같다.

검정 결과, 심리적 응급처치 교육 후 전문가 집단과 비전문가 집단 간의 재난정신건강 역량 총점의 평균 차이가 통계적으로 유의하였다[t(482)=2.36, p<0.05]. 구체적으로 심리적 응급처치 교육 전후 비전문가 집단의 재난정신건강 역량의 평균 차이는 15.58, 전문가 집단의 재난정신건강 역량의 평균 차이는 13.39로, 비전문가 집단에서 지각하고 있는 재난정신건강지원 역량의 평균 차이가 컸다. 또한, 재난정신건강 역량의 하위 요소인 재난정신건강 실무이해-행정 및 재난정신건강 실무이해-소통의 평균 차이 또한 통계적으로 유의하였다

[t(482)=3.03 p<0.001; t(457.36)=2.31, p<0.05].

한편, 심리적 응급처치 기초 지식 및 재난대응 일반지침의 이해의 경우, 비전문가 집단에서 평균 수준의 차이가 다소 크게 나타났으나 이러한 집단 간 차이는 모두 통계적으로 유의하지 않았다[기초 지식 t(482)=0.62, ns; 재난 대응 일반지침의 이해 t(429.43)=0.33, ns].

심리적 응급처치 기초 지식 설문지 문항별 분석

심리적 응급처치 교육의 효과를 보다 세부적으로 살펴보고자, 심리적 응급처치 기초 지식 설문 20개 문항 중 객관식 19개 문항의 정답률 변화를 확인하였고, 그 결과를 표 8에 제시하였다.

분석 결과, 급성기 정신건강 지원에서 개입 단계에 따라 고려해야 하는 사항을 묻는 'Q1. 구출단계 개입사항' 문항을 제외한 모든 문항에서 사후 정답률이 통계적으로 유의한 수준에서 상승하여 교육 효과가 나타났다. 한편, 심리적 응급처치 기초 지식 설문지의 20번 문항은 '현장요원 보호 및 자기관리' 기술에 대한 단답식 문항(1개당 1점, 총 5점)으로, 대응표본 t-test를 통해 교육 효과를 분석하였다. 그 결과, 20번 문항에서도 통계적으로 유의미한 교육 효과가 나타났다[사전 2.03 (SD=2.23), 사후 3.33(SD=2.14), p<0.001].

Table 6. Education effect of the K-PFA

	Before	After	t	df	p-value
Understanding on PFA	47.58 (15.72)	64.32 (14.61)	-26.65***	484	<0.001
DMHCS-team	40.91 (9.94)	55.37 (9.01)	-31.32***	484	<0.001
DMH intervention guidelines	11.18 (2.95)	15.31 (2.41)	-28.67***	484	<0.001
DMH administrative procedure	14.87 (4.42)	21.00 (4.03)	-29.17***	484	<0.001
DMH communication	14.85 (4.10)	19.07 (3.34)	-22.80***	484	<0.001

Variables are presented as mean (standard deviation). ***: p<0.001. K-PFA: Korean version of PFA training program, PFA: Psychological first aid, DMHCS: DMH competence scale, DMH: Disaster mental health

Table 7. Effect of K-PFA among professionals versus non-professionals

	Homoscedasticity F (p-value)	Group	n	Mean (SD)	t	p-value
Understanding on PFA	0.083 (0.770)	Non-pro†	233	17.12 (14.23)	0.62	0.530
		Pro‡	251	16.34 (13.49)		
DMHCS-team	7.73 (0.010)	Non-pro†	233	15.58 (11.18)	2.36*	0.020
		Pro‡	251	15.39 (9.03)		
DMH intervention guidelines	18.58 (<0.001)	Non-pro†	232	4.17 (3.60)	0.33	0.740
		Pro‡	251	4.08 (2.73)		
DMH administrative procedure	2.87 (0.090)	Non-pro†	233	6.79 (4.92)	3.03***	<0.001
		Pro‡	251	5.52 (4.27)		
DMH communication	5.44 (0.020)	Non-pro†	233	4.64 (4.36)	2.31*	0.020
		Pro‡	250	3.78 (3.72)		

*: p<0.05, ***: p<0.001, †: Non-mental health professionals, ‡: Licensed mental health professional. K-PFA: Korean version of PFA training program, PFA: Psychological first aid, DMHCS: DMH competence scale, DMH: Disaster mental health, SD: Standard deviation

Table 8. Effect of K-PFA on responses to PFAQ (understanding on PFA)

Item content	Correct responses rate		p-value
	Before K-PFA	After K-PFA	
Q1 Intervention at rescue stage [†]	250 (51.5)	266 (54.8)	0.230
Q2 What is PFA (place)	411 (84.7)	433 (89.3)	0.007**
Q3 What is PFA (definition)	136 (28.0)	189 (39.0)	<0.001***
Q4 What is PFA (distinguishing from formal mental health treatment)	324 (66.8)	398 (82.1)	<0.001***
Q5 General conduct guidelines	218 (44.9)	318 (65.6)	<0.001***
Q6 Helping survivors in need of special care	188 (38.8)	340 (70.1)	<0.001***
Q7 Core action 3. stabilization (helping child and youth survivors)	418 (86.2)	437 (90.1)	0.032*
Q8 Core action 1. contact and engagement	148 (30.5)	173 (35.7)	0.041*
Q9 Core action 7. information on coping	104 (21.4)	170 (35.1)	<0.001***
Q10 Core action 2. safety and comfort	195 (40.2)	304 (62.7)	<0.001***
Q11 Core action 2. safety and comfort (family of missing people)	170 (35.1)	322 (66.4)	<0.001***
Q12 Provider self-care	324 (66.8)	372 (76.7)	<0.001***
Q13 Core action 2. safety and comfort (bereaved family)	86 (17.7)	168 (34.6)	<0.001***
Q14 Core action 2. safety and comfort (bereaved family)	63 (13.0)	139 (28.7)	<0.001***
Q15 Core action 3. stabilization	187 (38.6)	313 (64.5)	<0.001***
Q16 Core action 5·6. practical assistance/connection with social supports	269 (55.5)	374 (77.1)	<0.001***
Q17 Core action 8. linkage with collaborative services	196 (40.4)	323 (66.6)	<0.001***
Q18 Provider self-care	348 (71.8)	418 (86.2)	<0.001***
Q19 Provider self-care	359 (74.0)	462 (95.3)	<0.001***

Variables are presented as number (%). *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$, †: Items that show no significant effect of K-PFA. K-PFA: Korean version of PFA training program, PFAQ: PFA questionnaire, PFA: Psychological first aid, DMHCS: DMH competence scale, DMH: Disaster mental health

고 찰

이 연구는 급성기 재난정신건강 지원 인력 양성을 위한 표준화된 한국형 교육 프로그램을 개발하고 교육을 시행한 뒤 그 효과를 검증하는 것으로 목적으로 하였다. 교육 프로그램은 급성기 재난정신건강 지원에 효과적인 것으로 알려진 심리적 응급처치의 이론과 더불어 한국 문화와 실정에 맞게 개발된 시나리오에 따라 역할극을 시행하여 이론 교육에서 학습한 내용을 실제적으로 연습하게 하는 실행기반훈련 교육으로 구성되었다. 이 연구의 주요 결과들을 요약하고 결과에 대한 구체적인 논의를 제시하면 다음과 같다. 첫째, 재난정신건강 팀역량척도를 요인 분석한 결과, 재난대응 일반지침의 이해, 재난정신건강 지원 실무이해-행정, 그리고 재난정신건강 지원 실무이해-소통의 세 가지 요인이 확인되었다. 재난 대응 일반지침의 이해는 재난 대응과 관련한 기관의 기본 가이드라인에 대한 이해와 일반적으로 부여되는 임무 등 재난 현장에서 일반적으로 요청되는 대응 역량을 평가하는 항목으로 구성되어 있다. 재난정신건강 지원 실무이해-행정 요인은 재난 상황에서 정신건강 전문가 혹은 심리 지원가가 수행해야 하는 문서 기록과 보관, 정신건강 측면의 고위험군 선별과 분류 등 보다 행정적으로 요구되는 역량으로 구성되어 있다. 마

지막으로 재난정신건강 지원 실무이해-소통은 재난경험자와의 의사소통 및 동료와의 협력과 정보 공유와 같은 소통 능력에 대한 역량으로 구성되어 있다. WHO는 재난 현장에 혼자 참여하는 것이 아니라 팀 혹은 조직과 함께 할 것을 권고하고 있으며, 이는 재난정신건강 지원을 하는 활동가에게도 동일하게 권고되는 사항이다.²⁾ 이를 위해서는 자신이 속한 조직의 재난 대응체계에 대해 익숙할 뿐만 아니라 익숙하지 않은 방식의 행정 절차와 소통 방식에 대해 고려하고 준비될 필요가 있다. 세월호 지원 활동에 대한 경험 중 팀/조직 차원에 대해서는 '팀원 간과 타 조직과의 소통', '행정 체계에 대한 이해', '생존자와의 소통' 등에 대한 역량 강화를 꼽고 있다.¹⁸⁾ 위기개입 상황에 대해 자신이 지각하고 있는 지식의 수준과 자기효능감은 높은 상관을 갖는다.³⁴⁾ 수행에 대한 효능감은 자신이 무엇을 어떤 방식으로 해야 하는지에 대해 명확하게 알고 있다고 느끼는지에 영향을 받으며 반복적인 훈련을 통해 숙달됨으로써 증진되기도 한다. 이에 교육 장면에서 타 조직과의 네트워크 형성이나 재난 현장에서의 행정 체계와 같은 팀 역량과 관련한 요인에 대한 보다 구체적인 실습과 수강생 간의 토론이 보다 강조될 필요가 있을 것으로 생각된다.

둘째, 수강생의 재난정신건강 지원 활동을 살펴본 결과, 실제적인 체험과 실행훈련을 수반한 재난정신건강 지원 교육의

필요성이 두드러지게 나타났다. 우선, 표준화된 한국형 재난 정신건강 지원 인력 양성 훈련 프로그램의 중요성이 높게 나타났다. 수강생의 재난정신건강 지원 교육에 대한 요구는 높았으나, 급성기와 아급성기, 만성화된 외상후스트레스장애를 아우르는 재난정신건강 지원 교육에 대한 참여 자체가 부족하였으며, 그 결과 지원 활동 역시 기존의 정신건강증진센터 업무에서 크게 벗어나지 못한 위기 개입이나 사례관리 혹은 전화상담 등에 머물러, 보다 전문적이고 실제적인 재난정신건강 개입은 미비한 수준으로 보고되었다. 재난이라는 비일상적인 상황과 이에 따른 경험자의 반응, 이에 대한 개입 기술을 사전에 준비하지 못한 경우, 긴급한 상황에서 전문적이고 세심한 서비스 개입이 제한되기 쉬우므로, 체계적이고 반복적인 교육이 이루어질 필요가 있다.

한편, 수강생은 재난정신건강 지원 활동을 어렵게 하는 이유로 '특화된 훈련의 부족', '서비스 제공 경험의 부족' 그리고 '친숙도 부족'을 꼽고 있다. 이는 세월호 참사 지원 활동가를 대상으로 한 연구에서도 동일하게 나타나고 있는데, 실무자들은 '실제적이고 전문적인 훈련의 부족'과 '재난 대처 경험의 부족'을 한계점으로 꼽고 있으며,¹⁹⁾ 자원봉사자들 역시 구체적인 체험 위주의 교육과 실제적인 훈련에 대한 요청이 높았다.¹⁸⁾ 이 교육은 세미나식 교수를 통해 이론적 지식을 습득하게 할 뿐만 아니라, 시나리오와 체크리스트를 통해 개인과 팀의 역량 및 기능을 체험적으로 습득하게 하는 실행기반훈련으로 구성되어 있다. 부분적이거나 재난 현장의 현실성을 반영하여 기술을 실행해보고 이에 대해 논의하여 상호피드백을 주고받는 일련의 과정을 통해, 재난 현장에 대한 낯설 혹은 경험의 부족을 보완할 뿐만 아니라 동료 간의 대리학습을 통해 학습을 강화해나갈 수 있다는 것이 이 교육의 강점이겠다. 자원봉사 활동에서 교육을 받은 활동가의 경우 교육을 받지 않은 활동가에 비해 자원봉사 활동에 참여할 가능성이 높았다는 연구 결과에서 시사되듯,³⁵⁾ 재난정신건강 지원 활동 역시 지속적이고 반복적으로 교육이 이루어질 때 전문가 개개인의 역량 강화뿐만 아니라 활동에 대한 친숙도와 참여 관심도가 향상되어 숙련되어가는 선순환이 이루어질 수 있으리라 기대된다.

셋째, 심리적 응급처치 교육 효과를 분석한 결과, 정신건강 전문가 집단과 비전문가 집단 모두에서 심리적 응급처치 교육을 통해 재난정신건강 지원과 관련한 이론적인 지식 수준이 향상되었으며 실습을 통한 대리적 경험을 통해 지원 활동과 관련한 개인의 효능감도 증진되었음을 확인할 수 있었다. 심리적 응급처치 현장 실무자 가이드에서는 심리적 응급처치의 실시 자격을 정신건강 전문가로 제한하지 않으며, '심리적 응급처치에 대해 충분히 교육을 받았다면 재난현장에서의 모든 대응 인력이 실시 가능하다'고 제안한다.²³⁾ 이는, 2008년

허리케인 구스타브 피해 지원 활동가의 경험에서 심리적 응급처치는 정신건강 전문가뿐만 아니라 교육을 받은 일반인도 쉽게 이해하여 활용할 수 있었으며 심리적 응급처치에 대한 만족도나 적절성에 대한 인식은 전문가 집단과 일반인 집단 간에 차이가 없었다는 연구 결과와도 일맥상통한다.²⁷⁾ 즉, 심리적 응급처치는 전문적인 심리치료와는 다르며 충분한 교육을 받았다면 누구나 활용할 수 있도록 개발된 재난정신건강 개입 기술이므로, 정신건강 전문가뿐만 아니라 일반 대중을 대상으로 교육하더라도 교육의 효과나 실제 현장에서의 활용이 모두 효과적인 것으로 기대된다.

2015년에 UN의 인준을 받은 샌다이재난위험경감강령 2015~2030(이하 샌다이프레임워크)은 재난 방재와 같은 외생적 요소에 대한 접근을 넘어서 재난의 영향을 증감시킬 수 있는 지역사회의 내생적 요소에 주목하고 복원력을 강화하는 것의 중요성을 강조하고 있으며, 이를 위한 행동우선순위로 재난 위험에 대해 이해하고 재난 대응에 대해 교육·훈련하되 지역사회의 이해관계자와 구성원을 포함시킬 것을 제안하고 있다. 재난정신건강에 대한 교육은 재난 발생 당시의 지역사회의 대응력뿐만 아니라 이후의 회복, 즉 지역사회의 회복탄력성(resilience)에도 긍정적인 영향을 미친다. 재난에 대한 기존의 대응은 당면한 위험을 견뎌내는 위난(hazards)의 차원에서 이루어졌으나, 현재 재난 연구의 패러다임은 위난으로 초래된 부정적 영향에서 공동체가 신속하게 회복되는 대처역량과 능력, 즉 탄력성(resilience)을 가지는 것을 강조하고 있다.^{7,36)} 지역사회의 탄력성과 관련된 요소로 연구자들이 다양한 지표를 제시하고 있는데 이를 문헌 고찰한 Heo와 Choi⁹⁾는 공동체 탄력성 축진의 9가지 공동 원칙을 공동체 가치, 역량 강화, 전문성, 사회정의, 지역사회 기반, 대비, 개발, 통합 서비스로 정리하고 있다. 이 중 '전문성' 요소와 '대비' 요소는 재난을 대비한 전문적인 훈련을 통한 전문적 기술 습득과 이를 실행할 수 있는 계획을 의미하며, 이는 지역사회의 정신건강 전문가에 국한되지 않고 지역사회 구성원 모두에게 요청된다. 이에 정신건강 측면에서도 당면한 피해의 충격을 줄이고 지역사회의 장기적 회복을 촉진할 수 있도록 지역사회 구성원에게 재난정신건강 지원 교육 참여를 독려하고 대응해나갈 수 있게 준비시키는 것이 중요하겠다.

마지막으로, 수강생의 정신건강 전문가의 직역별 분포를 살펴본 결과, 다양한 직역에서 재난정신건강 지원 교육을 고르게 실시할 필요가 시사된다. 수강생의 정신건강 전문자격을 확인한 결과, 정신건강 전문요원이 149명(30.8%)인 반면, 정신건강의학과 전문의는 1명(0.2%)으로 매우 적었고, 정신간호사(15명, 3.1%)와 임상심리 전문가(10명, 2.1%)도 소수로 보고되어, 직역 간 불균형이 두드러졌다. 워낙 전문자격별로

취득자의 수에 차이가 있으므로 이러한 차이를 있는 그대로 해석하는 것은 주의가 필요하겠으나, 정신건강 전문가 내에서도 기본적인 재난정신건강 지원에 대한 교육 이수 정도에 차이가 있다는 점은 주지할 필요가 있겠다. 정신건강 전문가가 아니더라도 교육을 받고 심리적 응급처치 서비스를 제공할 수 있다면, 정신건강 전문가가 이 지식을 함양하는 것은 매우 당연하고 기본적인 역량이며, 재난의 모든 시기를 아울러 안정적이고 지속적으로 정신건강 서비스를 제공하기 위해서는 다양한 직역의 전문가들이 충분히 교육을 받고 준비될 필요가 있다. 여러 형태의 재난이 이어지면서 정신건강 전문가의 재난정신건강 지원 역량 강화에 대한 인식이 증대됨에 따라, 우리나라에서는 2018년부터 정신건강 전문요원 수련의 교과 과정에 재난의 이해 과목이 포함되게 되어,³⁷⁾ 정신건강 전문가를 대상으로 연속성 있는 교육이 이루어질 수 있는 토대가 마련되었다. 이 연구에서 다루지는 못하였으나 아급성기 재난정신건강 지원을 위한 인지행동치료 기반의 기술훈련인 문제관리플러스(problem management plus)와 마음건강 회복기술(skills for psychological recovery) 교육 프로그램이 이미 표준화 개발되었으며, 2018년 개소한 국가트라우마센터에서는 전문자격 보유에 따라 심화된 형태의 교육을 꾸준히 개최하고 있다. 중요한 것은 다양한 직역의 정신건강 전문가들이 지속적으로 교육에 참여하면서 역량을 함양하는 것이므로, 전문학회 및 협회 차원의 관심과 개별 전문가들의 활발한 참여가 중요하겠다.

이 연구의 한계점은 다음과 같다. 첫째, 교육 효과를 확인하기 위해 사용된 도구들은 모두 자기보고식 설문지이다. 교육 효과를 보다 신뢰할 수 있고 타당하게 검증하기 위해서는 자기보고식 설문지 외에도 다양한 측정 방법을 활용하여 다차원적으로 평가하는 것이 바람직하므로, 후속 연구에서는 행동측정법이나 동료 간의 상호평정 등의 다양한 방식을 적용해볼 필요가 있겠다.

둘째, 교육을 받은 후 실제 현장에 투입된 활동가를 대상으로 교육의 효과와 적절성에 대해 조사하거나 현장 활동에서의 정신건강 전문가 집단과 비전문가 집단 간의 차이를 분석하지는 못하였다. 이는 재난의 특성과 관련이 있는데, 재난의 발생 시기나 발생을 예측하기가 어려워 이 교육을 이수한 후 실제 활동한 인력을 대상으로 교육 효과에 대한 추적이 제한되었다. 다만, 최근 지진이나 대형 화재 등 재난이 연이음에 따라 교육 이수자가 재난정신건강 지원 활동에 참여한 경우가 확인되고 있어, 이들을 대상으로 한 후속 연구가 이루어질 것으로 기대한다.

마지막으로, 심리적 응급처치 지식 설문의 문항 조정이 필요하다. 일부 문항(Q1)은 정답률이 상승하기는 하나 통계적

으로 유의미하지는 않은 결과를 나타내고 있으며 이는 문항 자체의 모호성 때문으로 여겨진다. 국제이주기구의 경우, 심리적 응급처치 교육의 교육 효과를 묻는 설문 문항을 예/아니오의 단순한 문항으로 제시하여 교육의 핵심적인 내용을 명료하게 전달하고 있다. 이에 문항을 보다 명료하게 재구성하여 심리적 응급처치 교육에서 핵심적으로 전달해야 하는 내용이 분명히 전달될 수 있도록 수정 보완하였다. 또한, 사전·사후에 20문항의 동일한 설문을 사용함에 따라 교육 효과에서 학습 효과의 영향을 배제하기 어렵고 시간이 많이 소요된다는 한계가 있다. 이에 후속 연구에서는 문항의 정답률과 난이도를 고려한 10문항 정도의 동형검사 제작이 이루어질 필요가 있겠다.

결론

이 연구의 의의는 세미나 형식의 재난정신건강 지원 교육을 넘어서 우리나라 실정과 문화적 환경에 맞게 기능적 훈련이 가능한 한국형 재난정신건강 지원 인력 양성 프로그램을 표준화 개발하고 교육 효과를 살펴본다는 것에 있다. 그 결과, 재난정신건강 지원 인력의 양성 및 지원 활동을 저해하는 요인들이 확인되었으며, 정신건강 전문가 및 비전문가 모두에서 교육 효과가 유의미하게 나타남을 확인하였다. 즉, 급성기 재난정신건강 교육은 특정 지역 혹은 특정 직역의 전문가만을 교육 대상으로 제한하는 것이 아니라, 광역정신건강복지센터 및 산하 기초센터뿐만 아니라 학교, 사회복지시설, 군대 혹은 자원봉사센터 등 다양한 영역의 비정신건강 전문가를 대상으로 확대 보급할 필요가 있으며, 이를 통해 지역사회 의 자생적인 재난 회복탄력성을 증진시키는 데 기여할 것으로 기대한다.

중심 단어: 재난정신건강지원 · 인력양성교육 · 심리적 응급처치 · 훈련효과.

Acknowledgments

This study was supported by a grant of the Korean Mental Health Technology R&D Project, Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (Study No. HM15C1189).

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

Author Contributions

Conceptualization: Yun-kyeung Choi, Jeong-Ho Seok. Data curation: Hae-In Park, Sun-Woo Choi. Formal analysis: Hae-In Park. Funding acquisition: Yun-kyeung Choi, Soo-hyun Park, Sung-eun You, Jeong-Ho Seok. Investigation: Yun-kyeung Choi, Jeong-Ho Seok. Methodology: Yun-kyeung Choi, Jeong-Ho Seok. Project administration: Yun-kyeung Choi, Jeong-Ho Seok, Myung-jae Baik,

Jinhee Hyun, Heeguk Kim. Resources: Yun-kyeung Choi, Soo-hyun Park, Sung-eun You, Jeong-Ho Seok. Supervision: Jeong-Ho Seok. Validation: Yun-kyeung Choi, Soo-hyun Park, Sung-eun You, Jeong-Ho Seok. Writing—original draft: Hae-in Park. Writing—review & editing: Hae-in Park, Jeong-Ho Seok.

ORCID iDs

Hae-in Park	https://orcid.org/0000-0001-8051-8624
Sun-Woo Choi	https://orcid.org/0000-0003-0755-9387
Yun-kyeung Choi	https://orcid.org/0000-0001-5588-6783
Soo-hyun Park	https://orcid.org/0000-0002-9398-2896
Sung-eun You	https://orcid.org/0000-0002-1677-0910
Myung-jae Baik	https://orcid.org/0000-0001-8989-7405
Heeguk Kim	https://orcid.org/0000-0003-1103-6642
Jinhee Hyun	https://orcid.org/0000-0002-4088-1055
Jeong-Ho Seok	https://orcid.org/0000-0002-9402-7591

REFERENCES

- 1) ReliefWeb. Glossary of humanitarian terms [updated 2018 Aug; cited 2019 Jul 20]. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/4F99A3C28EC37D0EC12574A4002E89B4-reliefweb_aug2008.pdf.
- 2) World Health Organization. Psychosocial consequences of disasters: prevention and management. Geneva: World Health Organization;1992.
- 3) Song HJ. Psychological intervention for disaster. *The Journal of the Korean Association of Psychotherapy* 2010;2:53-62.
- 4) Yang GG. A study on delivery system for disaster mental health support services. *Crisisonomy* 2008;4:50-62.
- 5) Bland SH, O'leary ES, Farinaro E, Jossa F, Trevisan M. Long-term psychological effects of natural disasters. *Psychosom Med* 1996;58:18-24.
- 6) Kim JY. Between understanding and ideology-some considerations on Sewol disaster. *Economy and society* 2014;104:81-111.
- 7) Comfort LK, Boin A, Demchak CC. Designing resilience: preparing for extreme events. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press;2010. p. 1-12.
- 8) Oh HY, Ahn HN, Kim EY. Development of the manual for disaster surviving youth. Seoul: Korea Youth Counseling Institute;2011.
- 9) Heo SY, Choi HJ. Intervention principles promoting community resilience after disasters: a systematic review. *Kor J Clin Psychol* 2017;36: 255-282.
- 10) Hansen P. Psychosocial interventions: a handbook. Copenhagen: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support;2009.
- 11) Shin SI. A study on disaster mental health social work in Korea. *Mental Health & Social Work* 2000;10:61-83.
- 12) Lee DH, Kim SK, Choi TS, Kim JH. A study on research trends on disaster mental health in Korea. *The Korean Journal of Rehabilitation Psychology* 2015;22:41-58.
- 13) Rho JC, Lee DH, Kim SK. The status of Korea and oversea psychological support system in disaster management. *The Journal of Play Therapy* 2016;20:117-133.
- 14) Bae JY, Choi NH, Kim YJ, Ryu J. Analysis of domestic and international support for disaster psychology and exploring ways. *Journal of Korean Association for Crisis and Emergency Management* 2010;2:52-65.
- 15) Han JE, Chung SD, Kim GE. Crisis intervention models: a comparison of six models for improving mental health of disaster victims. *Crisisonomy* 2011;7:49-70.
- 16) Ministry of the Interior and Safety. Disaster Psychiatric Assistance manual 2017 [cited 2019 Aug 1]. Available from: https://www.mois.go.kr/ft/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000015&ntId=62944.
- 17) Lee DH, Kang HS. The current status and implications of disaster psy-

- chological support system and crisis counseling program in the U.S. *Korea Journal of Counseling* 2015;16:513-536.
- 18) Shim SM, Yoon HY, Choi YK. Lessons from the experiences of volunteers at the Sewol ferry disaster. *Korean J Str Res* 2017;25:105-119.
- 19) Lee NB, Sim KS, Han SW, Lee KU, Sim MY, Chae JH, et al. A qualitative content analysis of reports of mental health service providers after the Sewol ferry accident in Korea. *Mental Health & Social Work* 2015;43: 116-144.
- 20) Paik JW, Kim HS, Sim MY, Lee HK, Woo YS, Chung CS, et al. The Sewol ferry accident and early mental health care response by volunteer activities of Korean Disaster Mental Health Committee and members of Korean Neuropsychiatric Association. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2015;54:1-5.
- 21) Lee NB, Min JW, Hahn SW, Lee KU, Sim MY, Chae JH, et al. Exploring bereaved family members' grief process and experiences toward disaster support services based on the interviews with disaster support workers at 'Sewol' ferry accident. *Mental Health & Social Work* 2017; 45:5-34.
- 22) Choi NH. System for broadening volunteers' role in disaster management. *Korean Journal of National Crisis and Emergency Management* 2008;2:1-26.
- 23) Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. Psychological first aid: field operations guide. 2nd ed. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD;2006.
- 24) Gard BA, Ruzek JI. Community mental health response to crisis. *J Clin Psychol* 2006;62:1029-1041.
- 25) Shultz JM, Forbes D. Psychological first aid: rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health* 2013;2:3-12.
- 26) Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne CM, Vernberg EM, Watson PJ. Psychological first aid. *J Ment Health Couns* 2007;29:17-49.
- 27) Allen B, Brymer MJ, Steinberg AM, Vernberg EM, Jacobs A, Speier AH, et al. Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *J Trauma Stress* 2010;23:509-513.
- 28) Pynoos RS, Nader K. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *J Trauma Stress* 1988;1:445-473.
- 29) Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PLoS One* 2014;9:e114714.
- 30) Perry RW. Disaster exercise outcomes for professional emergency personnel and citizen volunteers. *J Contingencies Crisis Manag* 2004; 12:64-75.
- 31) Peterson DM, Perry RW. The impacts of disaster exercises on participants. *Disaster Prevention and Management* 1999;8:241-255.
- 32) Zukowski RS. The impact of adaptive capacity on disaster response and recovery: evidence supporting core community capabilities. *Prehosp Disaster Med* 2014;29:380-387.
- 33) Yoon HY, Choi YK. The development and validation of the Perceived Competence Scale for disaster mental health workforce. *Psychiatry Investig* 2019;16:816-828.
- 34) King KA, Smith J. Project SOAR: a training program to increase school counselors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *J Sch Health* 2000;70:402-407.
- 35) Kim SK. The prediction of active participation in volunteerism—a test of moderating effect of volunteer identity-. *Korean Journal of Family Social Work* 2007;21:167-186.
- 36) Oh HY. An examination of disaster collective trauma and community resilience. *Kor J Counsel Psychoth* 2016;28:943-969.
- 37) National Center for Mental Health. 2018 mental health professional trainers workshop materials [cited 2019 Aug 1]. Available from: http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8307&fno=106&menu_cd=K_04_09_00_00_S0.

■ 부 록 ■

재난정신건강역량척도

※ 다음은 조직이나 팀 단위로 재난대응을 할 때 필요한 핵심역량에 관한 질문입니다. 각 문항들은 옳고 그름이 없으니 자신에게 해당되는 정도에 따라 ‘전혀 그렇지 않다(0)’에서 ‘매우 그렇다(4)’에 표시해 주십시오.

	0 -----	1 -----	2 -----	3 -----	4 -----
	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다
1. 나는 재난 발생 시 일반적인 대처 요령을 알고 있다.	0	1	2	3	4
2. 나는 재난 발생 시 초기 대응을 할 수 있다.	0	1	2	3	4
3. 나는 재난 발생 시 재난정신건강요원이 해야 하는 임무에 대해 알고 있다.	0	1	2	3	4
4. 나는 현재 우리 기관의 재난 관련 가이드라인을 알고 있다.	0	1	2	3	4
5. 나는 우리 지역사회 의 의료 시스템을 이해하고 재난 발생 시 재난정신건강요원의 역할을 수행할 수 있다.	0	1	2	3	4
6. 나는 체계적인 평가, 슈퍼비전, 보고서 작성을 통해 재난 상황을 다룰 수 있다.	0	1	2	3	4
7. 나는 트리아지(선별 평가)를 수행할 수 있다.	0	1	2	3	4
8. 나는 대상자의 상황과 배경을 이해하고 정신건강 문제를 평가할 수 있다.	0	1	2	3	4
9. 나는 재난 발생 시 정신건강문서를 기록하는 절차에 대해 알고 있다.	0	1	2	3	4
10. 나는 재난 발생 시 다른 전문가에게 정보를 전달하는 절차를 인식하고 있다.	0	1	2	3	4
11. 나는 정보를 수집해서 다른 전문가와 정보를 효과적으로 공유할 수 있다.	0	1	2	3	4
12. 나는 재난 준비를 위해 주요 파트너와 협력하여 효율적으로 일할 수 있다.	0	1	2	3	4
13. 나는 재난과 관련된 모든 사람들에게 적절한 심리적 지지를 제공할 수 있다.	0	1	2	3	4
14. 나는 재난과 관련된 사람들에게 재난의 장기적인 영향에 대해 상담과 교육을 제공할 수 있다.	0	1	2	3	4
15. 나는 재난 발생 시 민감한 또는 취약한 사람들을 위해 적절한 심리적 개입을 제공할 수 있다.	0	1	2	3	4