

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2016;55(3):176-184
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

재난정신건강 서비스에 대한 국민 인식도 조사

가천대학교 길병원 정신건강의학과,¹ 용인정신병원 정신건강의학과,²
대구대학교 사회복지학과,³ 성공회대학교 사회복지학과⁴

나경세¹ · 이명수² · 현진희³ · 남일성⁴

A Survey on the Perception for the Disaster Mental Health Services among General Population

Kyoung-Sae Na, MD¹, Myung-Soo Lee, MD, MPH²,
Jinhee Hyun, PhD³, and Ilsung Nam, PhD⁴

¹Department of Psychiatry, Gachon University Gil Medical Center, Incheon, Korea

²Department of Psychiatry, Yongin Mental Hospital, Yongin, Korea

³Department of Social Welfare, Daegu University, Daegu, Korea

⁴Department of Social Welfare, Sungkonghoe University, Seoul, Korea

Objectives Disasters exert substantial effects on the mental health of victims and bereaved populations. Thus, a systematic framework for preparing and providing psychosocial and mental health services is necessary. The current attitudes toward and knowledge of disaster mental health-related factors among the general population provides one component for development of the disaster mental health services framework.

Methods The authors analyzed a web-based survey for disaster mental health-related factors among the general population. Responses for the knowledge and perception for the disaster mental health services were compared between people who experienced and did not experience disaster.

Results One thousand and three people completed the questionnaire. One hundred and seventy (16.9%) people experienced more than one disaster. People who experienced a disaster were more disturbed by disaster broadcasting or reporting than people who had not. People who experienced a disaster gave disaster mental health services an average score 63.5. People who experienced a disaster perceived group psychotherapy and self-help meetings as less important than those who had not. The recognition of both community mental health center and disaster mental health center was higher in the experienced group than non-experienced.

Conclusion This study revealed that general satisfaction with the current disaster mental health service is low, particularly among people who have used disaster mental health services. A national mental health system for disaster victims should be established with consideration for efficiency, effectiveness and accessibility. **J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(3):176-184**

KEY WORDS Disaster · Mental health · Psychiatry · Public health · Health policy.

Received May 30, 2016
Revised July 6, 2016
Accepted July 27, 2016

Address for correspondence
Myung-Soo Lee, MD, MPH
Department of Psychiatry,
Yongin Mental Hospital,
940 Jungbu-daero, Giheung-gu,
Yongin 17089, Korea
Tel +82-31-288-0202
Fax +82-31-288-0107
E-mail mslee1010@hanmail.net

서 론

재난은 그 유형과 심각도에 따라 개인, 가족, 지역사회, 그리고 국가적인 문제와 혼란을 야기할 수 있다. 특히 특정 지역이나 사람들이 감당할 수 있는 수준을 넘어서는 재난이 발생하는 경우에는 재산과 거주지 등의 물질적인 피해뿐만 아니라, 정신건강 문제도 심각한 부분으로 고려된다.¹⁾ 지진에 노출되는 정도에 따라 주요우울장애와 외상 후 스트레스 장애를 비롯한 주요 정신질환들의 발병률도 유의하게 증가한

다는 최근의 코호트 연구 결과 등도 이를 뒷받침해 준다.²⁾

재난정신건강의 중요성에 대한 연구 결과와 공감대가 점차 확산되면서 세계 주요 국가들에서는 각국의 재난 특성, 정치행정조직체계, 그리고 보건의료체계에 따라 고유한 재난정신건강 서비스 모형을 구축하고 있다. 일본의 경우에는 지질학적 특성으로 인하여 대지진 및 쓰나미 등으로 해당 지역의 기능이 완전히 마비되고 대규모의 이재민이 발생하는 경우가 상대적으로 많다. 따라서 정신건강을 포함한 의료 서비스 역시 이러한 상황을 고려하여 발전되어 왔다.^{3,4)} 일본

에서는 1995년 한신-아와지 대지진으로 6천여 명이 사망하였다. 한신-아와지 대지진이 발생한 효고현에는 마음의 케어센터(兵庫県こころのケアセンター)를 설립하고, 현재까지도 생존자 및 유가족들에 대한 정신건강 서비스를 지속하고 있다.⁵⁾ 2011년 동일본대지진 당시에는 1만 5천여 명의 사망자가 발생하였다. 당시 주요 피해지역들이었던 이와테현, 미야기현, 그리고 후쿠시마 지역의 행정, 의료, 교통 등 주요한 지역사회 기능이 상실되었기 때문에 주로 중앙부처 및 타 지역에서 정신건강에 대한 개입을 포함한 재난 의료지원팀을 조직하여 파견하였다. 뒤이어 이를 모태로 삼아 재난정신의료지원팀(災害派遣精神医療チーム, Disaster Psychiatric Assistance Team, 이하 DPAT)을 법제화하고, 이를 뒷받침해 주는 전산정보시스템인 국립재난정신건강정보지원센터(災害時こころの情報支援センター, National Information Center of Disaster Mental Health, 이하 DMHISS)를 설립하였다.⁶⁾ 현재 DPAT와 DMHISS는 일본의 주요한 재난 시 정신건강 개입의 주요 구조로서 기능하고 있다.

한편 미국의 경우에는 2001년 발생한 9/11 테러와 허리케인 등의 재난 이후 정신건강에 대한 추적관찰 연구들이 진행되고 있다.^{7,8)} 영국의 경우에는 지방자치제도 및 국가보건서비스(National Health Service, 이하 NHS) 중심의 보건의료체계를 바탕으로, 각 지역의 NHS에서 재난정신건강 서비스와 관련한 사전 계획, 인력 훈련, 그리고 재난 시 타기관과의 협업 및 전문적인 정신건강 서비스 지원 등을 주도하고 있다.⁹⁾

우리나라에서의 재난은 대구지하철화재사고,¹⁰⁾ 허베이 스피리트호 원유 유출 사고,¹¹⁾ 그리고 2014년 4월 16일 발생한 세월호 침몰 사고¹²⁾ 등 주로 사회적 재난 이후의 정신건강 개입 및 연구들이 진행된 바 있으며, 우리나라 고유의 정치경제 및 보건의료체계에 기반한 재난정신건강 서비스 모형을 구축해야 한다는 필요성이 제기되고 있다.

우리나라 고유의 재난정신건강 서비스 모형을 구축하기 위한 기초 단계들 중의 하나로 고려해야 하는 것이 바로 우리나라 국민들이 재난과 관련한 주요 사항들에 대해 얼마나 인지하고 있고, 어떻게 인식하고 있는지 파악하는 것이다. 국민들의 수준과 정서를 고려하지 않은 전문가들의 견해와 행정기구 개편 등은 효율적으로 기능하기 어렵기 때문이다.

본 연구에서는 일반 국민들이 재난을 얼마나 경험하고 있으며, 그로 인해 정신건강에 어려움을 겪는 정도, 그리고 재난과 관련한 주요 정보에 대한 인지도와 인식도를 조사하고자 하였다. 아울러, 재난을 경험한 사람들과 경험하지 않은 사람들에서의 재난정신건강 서비스 인식도 등에 차이가 있을 것으로 예상하고, 이에 대한 비교 고찰을 시행하였다.

방 법

대상자 모집

본 조사는 2016년 3월 11일부터 3월 17일까지 시행되었다. 조사 대상자는 20세에서 59세의 연령층을 대상으로 하였고 주민등록 인구통계를 기준으로 지역별, 성별, 연령별 인구비례에 따른 표본할당 후 컴퓨터를 이용한 웹 면담(Computer Assisted Web Interviewing) 프로그램을 활용한 무작위추출 방식으로 선정되었다. 설문 문항은 크게 1) 재난 경험 여부 및 유형, 2) 재난을 경험한 경우 해당 재난으로 인하여 방해 받은 삶의 영역 및 그 정도, 3) 대형 재난 이후 이와 관련한 방송 및 보도가 정신건강에 미치는 영향, 4) 재난 이후 정신건강 문제에 대한 지식수준, 5) 재난과 관련한 정보에 대한 유형별 중요성, 6) 재난과 관련된 기관들에 대한 인지도, 7) 재난 상황에 필요한 지식과 정보에 대한 인지도, 8) 재난정신건강 서비스 내용 및 관련 기관에 대한 인지도, 9) 재난 이후 심리적 안정과 회복을 위한 프로그램들의 중요성에 대한 인식도 등이었다. 본 연구에서 분석한 설문 문항들은 부록 1에 수록되어 있다.

통계분석

전체 표본의 주요 사회인구학적 변수 및 설문 응답 결과들에 대한 기술적 통계를 시행하였다. 재난 경험자 및 비경험자군 사이의 사회인구학적 및 설문 응답 결과들의 차이를 통계적으로 검증하기 위해 연속형 변수는 독립 t 검정을, 범주형 변수는 χ^2 검정을 시행하였다. 설문 응답 문항들의 정규분포 여부에 대해서 Kolmogorov-Smirnov 검정을 시행하여, 정규분포하지 않는 응답들은 그 결과를 범주화하여 분석을 진행하였다. Likert 척도로 평가한 항목들의 경우 통계적 분석을 용이하게 하기 위해 이분형 변수로 변환하였다. 모든 통계분석에서 p값은 양측검정(two-tailed test)을 시행하였다. 통계분석은 SPSS 18(IBM Corporation, Armonk, NY, USA)을 사용하였다.

결 과

사회인구학적 특성

총 1003명이 설문에 응답하였으며, 전체 응답자들의 평균 연령은 40.24명이었고, 20대부터 50대에 이르기까지 고르게 분포되어 있었다(표 1). 남자는 513명(51.1%)이었다.

전체 응답자들 중 170명(16.9%)이 재난을 직간접적으로 경험한 것으로 보고하였다. 전체 170명 중 재난을 직접 경험한 당사자가 16명(9.4%)이었고, 재난 당사자의 가족이 10명

Table 1. Sociodemographic data for participants

	Total	Disaster experience		Statistics	
	(n=1003)	Yes (n=170)	No (n=833)	t or χ^2	p
Age, mean	40.24 (11.0)	41.45 (11.37)	40.00 (10.94)	1.571	0.117
Age group, number				5.363	0.147
20s	213 (21.2)	38 (22.4)	175 (21.0)		
30s	244 (24.3)	30 (17.6)	214 (25.7)		
40s	281 (28.0)	50 (29.4)	231 (27.7)		
50s	265 (26.4)	52 (30.6)	213 (25.6)		
Gender, male*	513 (51.1)*	99 (58.2)*	414 (49.7)*	4.117*	0.042*
Occupation				15.230	0.172
Self-employed	70 (7.0)	15 (8.8)	55 (6.6)		
Sales	19 (1.9)	2 (1.2)	17 (2.0)		
Service	49 (4.9)	7 (4.1)	42 (5.0)		
Production employee	49 (4.9)	12 (7.1)	37 (4.4)		
Agriculture, forestry and fishery	2 (0.2)	1 (0.6)	1 (0.1)		
Office job	330 (32.9)	47 (27.6)	283 (34.0)		
Manager	67 (6.7)	15 (8.8)	52 (6.2)		
Professionals	104 (10.2)	23 (13.5)	81 (9.7)		
Public officer/teacher	44 (4.4)	11 (6.5)	33 (4.0)		
University/graduate school	94 (9.4)	13 (7.6)	81 (9.7)		
Housewife	108 (10.8)	17 (10.0)	91 (10.9)		
None or others	67 (6.7)	7 (4.1)	60 (7.2)		
Education				2.820	0.588
Elementary school	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)		
Middle school	3 (0.3)	1 (0.6)	2 (0.2)		
High school	138 (13.8)	18 (10.6)	120 (14.4)		
University (in school, leave of absence, or quit)	157 (15.7)	30 (17.6)	127 (15.2)		
University graduation or more levels	704 (70.2)	121 (71.2)	583 (70.0)		
Marriage				3.708	0.592
Unmarried	348 (34.7)	54 (31.8)	294 (35.3)		
Married	615 (61.3)	108 (63.5)	507 (60.9)		
Divorced	26 (2.6)	4 (2.4)	22 (2.6)		
Separated	4 (0.4)	1 (0.6)	3 (0.4)		
Bereaved	8 (0.8)	3 (1.8)	5 (0.6)		
Cohabitation	2 (0.2)	0 (0)	2 (0.2)		

All data were presented as number (%) or mean (SD). Statistically significant findings were marked in asterisk

(5.9%), 재난구호 서비스 제공자가 16명(9.4%), 재난 당사자의 친척, 친구, 지인이 121명(71.2%)이었다. 재난을 직접 경험한 당사자이면서 동시에 재난 당사자의 가족이었던 사람이 4명(2.4%), 재난 당사자의 친척, 친구, 지인이면서 동시에 재난구호 서비스 제공자가 2명(1.2%), 그리고 재난 당사자이면서 재난 당사자의 친척, 친구, 지인이면서, 동시에 재난구호 서비스 제공자가 1명(0.6%)이었다.

재난 경험자에서 남자는 99명(58.2%)으로, 비경험자에서의 414명(49.7%)에 비해서 비율이 더 높았으며(t=4.117, p=0.042), 그 외 연령, 직업, 학력, 혼인 등에서 두 군 간의 유의한 차이는 없었다.

재난 경험자 특성

총 170명의 재난 경험자들 중 49명이 자신이 직간접적으로 경험한 재난 유형에 대해서 보고하였다. 전체 재난 경험자들 중에서 자연재해가 32명(18.8%)으로 가장 많았으며, 뒤이어 다중손상사고 11명(6.5%), 감염병 5명(2.9%), 그리고 지질학적 변화가 1명(0.6%)이었다.

재난으로 인하여 삶의 주요한 영역들에서 방해받은 정도에 대해 조사한 결과, 정신건강 영역에서 상당한 수준 이상의 방해를 받았다고 응답한 사람이 78명(45.9%)으로, 모든 삶의 영역들 중에서 가장 높은 수치를 기록하였다. 그 뒤를 이어 여가활동(71명, 41.8%), 직업(59명, 34.7%), 자산(56명, 32.9%),

Table 2. Perception for disaster recovery services

	Total	Disaster experience		Statistics	
		Yes	No	t or χ^2	p
Self-care skills	792 (79.0)	128 (75.3)	664 (79.7)	1.659	0.198
Physical activity	526 (52.4)	96 (56.5)	430 (51.6)	1.332	0.249
Humanities and cultural contents	559 (55.7)	99 (58.2)	460 (55.2)	0.520	0.471
Art therapy	518 (51.6)	92 (54.1)	426 (51.1)	0.501	0.479
Individual psychotherapy or counselling	860 (85.7)	140 (82.4)	720 (86.4)	0.924	0.165
Group psychotherapy*	707 (70.5)*	107 (62.9)*	600 (72.0)*	5.605*	0.018*
Self-help meeting*	711 (70.9)*	109 (64.1)*	602 (72.3)*	4.546*	0.033*
Pharmacotherapy	522 (52.0)	82 (48.2)	440 (52.8)	1.190	0.275

All data were presented as number (%) for the 'necessity' response. Statistically significant findings were marked in asterisk

신체적 건강(52명, 30.6%), 가족관계(42명, 42%) 순서로 방해를 받는 것으로 나타났다.

재난 경험자들 중 24명(14.1%)이 재난으로 인하여 생긴 어려움을 해결하고자 공공 정신건강 서비스를 이용해 본 적이 있다고 응답하였다. 공공 정신건강 서비스를 이용한 사람들을 대상으로 해당 서비스의 수준을 0점부터 100점 사이의 점수로 측정한 결과에서는, 총 23명이 유효 응답을 하였고 평균 점수는 63.5점(SD=23.2)이었다.

재난 경험자와 비경험자의 차이

전체 응답 대상자 1003명 중 재난관련 방송 및 보도로 인하여 정신건강에 중등도 및 그 이상으로 방해를 받은 숫자는 475명(47.4%)이었다. 재난 경험자들은 비경험자들에 비해서 재난과 관련된 방송 및 언론 보도로 인한 정신건강의 방해를 더 심하게 경험하였다. 재난과 관련된 방송 및 언론 보도로 인하여 중등도 및 그 이상 수준으로 정신건강에 방해를 받은 비율은 재난 경험자들에서 60.6%에 달하였으며, 이는 비경험자들의 44.7%보다 통계적으로 유의하게 더 높은 수준이었다($\chi^2=14.372$, $p<0.001$).

재난으로 인한 심리적 문제의 해결을 돕기 위한 공공 정신건강 서비스 수준에 대한 설문에서 재난 경험자들의 19.4%가 수준이 높다고 응답했는데, 이는 비경험자들의 7.4%의 두 배 이상이었다($p<0.001$). 공공 정신건강 서비스 수준이 낮거나 잘 모르겠다고 응답한 비율은 재난 경험자들에서 각각 70.0%와 10.6%였으며, 재난 비경험자들에서는 각각 76.5%와 16.1%였다. 공공 정신건강 서비스 수준에 대한 재난 경험자들의 비경험자들의 인식도 차이는 통계적으로 유의한 수준이었다($\chi^2=24.954$, $p<0.001$).

재난 시 제공되는 정신건강 서비스 제공의 필요성에 대해서는 재난 경험자들(94.0%) 및 비경험자들(90.6%) 모두 매우 높은 비율로 필요하다고 응답하였다. 재난 경험자들은 비경험자들에 비해서 집단치료(62.9% vs. 72.0%)와 자조모임

(64.1% vs. 72.3%) 프로그램에 대해서 불필요하게 느끼는 비율이 더 많았다(표 2). 자가관리 프로그램, 신체 활동 프로그램(요가, 이완, 아로마, 마사지 등), 인문 및 예술 요소를 포함하는 힐링 프로그램, 미술치료 프로그램, 개별적으로 제공되는 전문적 심리상담 및 치료 프로그램들에 대해서는 재난 경험 유무에 따른 차이가 없었다.

재난 경험자들은 '재난 후 누구나 심한 스트레스 반응을 보일 수 있다'는 문항에 동의하는 비율이 79.4%로, 비경험자들의 86.6%에 비해서 통계적으로 유의하게 더 낮았다($p=0.016$). 그 외 '재난 후 누구나 일부는 외상 후 스트레스 장애가 발생할 수 있다'(재난 경험자 82.4% vs. 비경험자 86.3%), '재난 후 누구나 일부는 우울증이 발생할 수 있다'(재난 경험자 80.6% vs. 비경험자 84.9%), '재난 후 누구나 일부는 알코올 등 중독 문제가 악화될 수 있다'(재난 경험자 60.6% vs. 비경험자 60.9%), '재난 피해자와 유가족의 자살위험성이 증가할 수 있다'(재난 경험자 70.0% vs. 비경험자 75.8%) 문항들에 동의하는 비율은 모두 두 집단 사이에 유의한 차이가 없었다. 재난 경험자들은 재난 비경험자들에 비해서 정신건강증진센터(64.7% vs. 50.9%, $p=0.001$)와 재난심리지원센터(45.9% vs. 26.1%, $p<0.001$) 모두 대략 들어 보았거나 잘 알고 있는 비율이 더 높았다.

고 찰

재난정신건강 서비스 모형 구축의 필요성

본 연구에서는 향후 우리나라에서 재난정신건강 지원 모형을 구축하는 데 중요한 근거로 활용하기 위해 일반 국민을 대상으로 재난 관련 국민 재난 인식도 조사를 시행하여 주요 결과들을 분석하였다. 본 결과를 통해 주요하게 고려할 만한 부분은 다음과 같다. 첫째, 국민들의 재난정신건강 서비스 제공 필요성에 대한 공감대와 인식도는 충분하지만, 정작 그 서비스 내용에 대해서는 잘 모르거나 불만족스럽게 느끼는

경향이 있었다. 이는 특히 재난 경험자들과 비경험자들의 인식도에 대한 차이를 통해 단적으로 드러나고 있었다. 재난 경험자들이 상대적으로 재난정신건강 서비스 필요성과 중요성을 낮게 평가한 것은, 직간접적으로 경험한 서비스의 수준에 충분히 만족하지 못하였기 때문일 수 있다. 재난 경험자들이 보고한 평균 재난정신건강 서비스 수준이 63.5점으로 낮은 수준이었던 점도 이를 뒷받침해 준다.

한편, 재난 경험자들이 비경험자들에 비해서 재난정신건강 서비스의 필요성과 중요성을 더 낮게 응답하였을 가능성에 대해 조금 다른 관점으로 살펴볼 수도 있다. 재난 경험자들은 정신건강 서비스를 포함한 재난 관련 교육을 더 많이 받았고 그로 인하여 재난 시에 제공될 수 있거나 제공되어야만 하는 서비스 내용들에 대해서 보다 많이 인지하고 있어서 상대적으로 우리나라에서 현재 제공되고 있는 서비스들에 대해 평가절하하고 있었을 가능성이 있다. 이러한 교육의 영향은 재난 경험자들이 '재난 후 누구나 심한 스트레스 반응을 보일 수 있다'라는 문항에서 비경험자들에 비해서 동의하지 않는 비율이 유의하게 더 높은 점을 고려하면 타당성이 있다. 재난 자체의 참혹하고 고통스러운 속성과 달리, 외상 후 스트레스 장애와 같은 심각한 정신질환으로 발병하는 비율은 전체 재난 경험자들의 10% 정도라는 견해들이 제시되어 왔다.¹³⁾ 재난 경험자들이 재난 이후 회복탄력성 등에 대한 내용이 포함되어 있는 교육을 받으면서 재난 이후 누구나 다 심한 스트레스 반응을 느끼지는 않는다는 인식을 가지게 되었을 가능성이 있다. 그러나, 다른 연구들에서는 재난 이후 외상 후 스트레스 발병률이 50% 가까이 이를 것으로 추정하기도 하였다.¹⁴⁾ 따라서, 실제 재난 상황에서는 회복탄력성을 증진시키는 목적의 교육도 중요하게 시행되어야 하겠지만, 일반적인 유행률을 바탕으로 재난 이후 정신건강 문제를 설명하기보다는 개개인의 취약성들을 고려한 유형별 접근을 시행하는 것이 더 적절할 수 있겠다.

한 가지 흥미로운 점은, 세부적인 재난정신건강 서비스들 중에서 유독 집단치료와 자조모임에 대한 중요성이 통계적으로 유의한 수준으로 낮게 나타난 것이다. 이 두 가지는 집단으로 서비스가 진행된다는 공통점이 있다. 정신질환에 대한 부정적인 인식과 편견 등이 여전히 남아 있는 우리나라 현실에서 이렇게 재난 이후 집단적으로 제공되는 서비스는 우리나라의 사회문화적 정서와 잘 맞지 않았을 가능성이 있다. 또 다른 가능성으로, 집단치료 및 자조모임이 진행된 시기, 제공자의 자질 및 서비스 대상자 선정 등이 부적절하였기 때문일 수도 있다. 재난 후 일정 기간 동안 생존자 및 유가족에게는 현실적인 여건에서 안정을 찾아가며 동시에 심리적으로 애도할 수 있는 시기가 필요하다. 충분한 안정과 애도

가 진행되지 않은 상태에서 선불리 정신치료 및 상담 등의 개입이 이루어지면 오히려 더 결과가 좋지 않았다는 결과도 이를 뒷받침해 준다.¹⁵⁾

본 조사가 시사하는 또 다른 중요한 부분은 바로 대국민 메시지의 사전조율 및 전달 창구의 일원화, 그리고 미디어 보도 가이드라인 설정에 대한 부분이다. 재난 경험자들이 언론 보도 및 방송 내용으로 인해 정신건강에 방해를 받는 비율이 비경험자들에 비해 상당히 높았다는 본 연구 결과는, 그만큼 언론 보도 및 방송 프로그램이 직간접적으로 재난을 겪고 있는 사람들의 정신건강에 해가 될 수 있는 내용들을 거르지 않고 보도하였을 가능성이 높음을 시사한다. 실제로 지난 세월호 사건 당시 언론 보도 행태에 대한 많은 비판들이 있었다.¹⁶⁻¹⁸⁾ 바람직한 재난 보도 및 메시지 전달을 위해서는 언론사들이 자체적으로 재난 보도 윤리지침에 대한 가이드라인을 설정하여 지켜 나가는 것과 더불어, 정부에서 확인하고 발표하는 재난 관련 정보는 단일화된 채널을 통해 이루어지는 것이 필요하다. 이와 관련하여 영국의 재난대응 모형을 참조할 만하다. 영국에서는 재난이 발생하면 중앙정부의 문화미디어스포츠부(Department for Culture, Media and Sport, 이하 DCMS)에서 대국민 메시지 발표 및 언론 보도 등과 관련한 모든 것을 담당한다. DCMS는 특히 위기상황에서 국민들의 필요가 정부 정책에 반영 및 수용될 수 있도록 하는 역할을 함과 동시에, 재난 생존자 및 관련자들과 관련한 사안에 대해서도 정부를 대표하여 브리핑하는 양방향 역할을 한다. 재난과 관련한 정보와 대책에 대한 모든 정보가 책임 있는 정부 기관을 통해 공유되고 소통되어야, 불필요한 정보가 유출되거나 반대로 신속히 제공되어야 할 정보가 제공되지 않아 발생하는 사회적 불안감을 방지할 수 있다.

마지막으로, 재난 시 정신건강 서비스를 제공할 수 있는 대표적인 두 기관들인 정신건강증진센터와 재난심리지원센터에 대한 인식도는 재난 경험자들에서 모두 일관되게 높은 것으로 나타나, 해당 기관들이 재난 시 일정한 역할을 하였던 것으로 추정된다. 정신건강증진센터에 대한 인지율은 총 응답자들의 절반에 가까운 46.7%였으나 재난심리지원센터는 26.1%에 불과한 수준으로 나타났다. 재난심리지원센터의 경우 재난에 특화된 서비스를 제공하는 기관이어서 상대적으로 인지도가 낮게 나타난 것으로 추정된다. 우리나라에서 향후 한국적십자사를 통해 전국의 재난심리지원센터들을 활용하여 재난 시 정신건강 서비스 체계를 구축 및 실행하려는 계획이 세워진 상황인 점을 고려할 때, 재난심리지원센터의 이러한 낮은 인지도는 우선적으로 극복해야 할 부분으로 여겨진다. 한편, 정신건강증진센터는 상대적으로 높은 인지도를 지니고 있는 것으로 나타났는데, 이는 전국적으로 15개

광역형 정신건강증진센터와 209개 기초형 정신건강증진센터에서 정신건강증진, 중증정신질환 사회복귀와 재활, 그리고 자살예방과 관련한 다양한 사업들을 지속적으로 진행해 오면서 인지도를 높여 왔기 때문에 여겨진다. 그러나, 이러한 인프라를 바탕으로 향후 어떤 방식으로 재난정신건강 서비스 제공에 참여해야 하는지에 대한 고민도 필요한 시점이다. 재난정신건강 지원사업은 정신건강증진센터의 사업지침에 명시되어 있지 않으며, 이를 위한 평상시 교육 훈련 및 이를 뒷받침할 수 있는 예산 지원도 없기 때문이다.¹⁹⁾ 세월호 침몰 사고 때에도 생존자 및 희생자들이 주로 거주하고 있는 경기도 안산과 인천, 그리고 제주 지역에서 광역 및 기초 정신건강증진센터들이 많은 역할을 하였으나, 이들 정신건강증진센터에서 기존의 인프라를 활용하여 재난심리지원을 지속하는 것은 서비스를 제공하는 기관과 제공받는 사람 모두 만족하지 못하는 결과로 이어지고 있다.²⁰⁾ 따라서, 재난정신건강 서비스 모형을 정신건강증진센터를 포함하여 구성하는 경우에는 이 부분에 대한 충분한 고려와 사전대비가 필요할 것이다.

본 연구는 다음의 제한점들을 지니고 있다. 첫째, 일반 국민들의 인식도를 조사한 것으로, 재난 경험자들과 비경험자들에 대한 사례-대조군 설정을 하지 못하였다. 비록 연령과 성별에서 두 군 사이의 유의한 통계적 차이는 없었으나, 두 군의 표본 크기에 차이가 큰 점은 고려해야 한다. 둘째, 단편적으로 재난 경험 유무만 확인하여 분류하였다. 재난 자체의 파급력과 크기도 중요하지만, 재난이 개인에게 끼치는 영향력은 각자의 상황과 재난을 경험한 이후 경과한 시기에 따라 달라질 수 있는데, 이러한 부분까지 세세하게 고려할 수 없었다. 셋째, 재난 경험자들이 누구로부터 어떤 형태의 정신건강 서비스를 제공받았는지에 대한 구체적인 사항들을 확인할 수 없었다. 이로 인하여, 집단치료 및 자조모임 등에 대한 낮은 만족도가 과연 우리나라 상황에서 해당 서비스가 맞지 않기 때문인지, 혹은 숙련되지 못한 사람들에 의해 잘못된 방식으로 제공되었기 때문인지 실증적으로 확인할 수 없었다.

결 론

본 조사는 재난정신건강 서비스 모형을 설계하는 데 기초적인 수준의 사전조사의 성격을 지니고 있다. 본 결과를 바탕으로 향후 전문가 포커스 면담과 보건의료 및 행정체계에 대한 논의와 고찰 등을 통해 우리나라에 최적화된 형태의 재난정신건강 서비스 모형을 구축해 나가야 하겠다. 사전에 재난대비 정신건강 서비스 모형이 잘 구축되어 있다면, 재난

이 발생할 때 정부와 지방자치단체를 중심으로, 정신건강 및 심리학 등의 직능단체들, 그리고 다양한 수준의 활동가들과 자원봉사 단체들 간에 개입 시기와 주요업무에 대한 조율을 신속히 진행하고 재난 생존자 및 유가족들에 대한 신속한 초기 개입과 고위험군 선별, 그리고 지속적인 추적관찰을 시행하여 그 결과를 통해 더욱 향상된 서비스를 제공할 수 있는 밑바탕을 만들어 나갈 수 있기 때문이다.

중심 단어 : 재난 · 정신건강 · 정신의학 · 공공보건 · 건강정책.

Acknowledgments

이 논문은 보건복지부 정신건강기술개발사업의 지원에 의하여 수행된 연구임(과제고유번호: H115C1112).

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Tsutsumi A, Izutsu T, Ito A, Thornicroft G, Patel V, Minas H. Mental health mainstreamed in new UN disaster framework. *Lancet Psychiatry* 2015;2:679-680.
- 2) Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA Psychiatry* 2014;71:1025-1031.
- 3) Yamashita J, Shigemura J. The Great East Japan Earthquake, tsunami, and Fukushima Daiichi nuclear power plant accident: a triple disaster affecting the mental health of the country. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36:351-370.
- 4) Homma M. Development of the Japanese National Disaster Medical System and Experiences during the Great East Japan Earthquake. *Yonago Acta Med* 2015;58:53-61.
- 5) 兵庫県こころのケアセンター. Hyogo Institute for Traumatic Stress. 2004 [cited 2014 Dec 9]. Available from: <http://j-hits.org>.
- 6) DMHISS National Information Center of Disaster Mental Health [homepage on the Internet]. Tokyo: DMHISS National Information Center of Disaster Mental Health [cited 2016 May 9]. Available from: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>.
- 7) Bromet EJ, Hobbs MJ, Clouston SA, Gonzalez A, Kotov R, Luft BJ. DSM-IV post-traumatic stress disorder among World Trade Center responders 11-13 years after the disaster of 11 September 2001 (9/11). *Psychol Med* 2016;46:771-783.
- 8) Lin S, Lu Y, Justino J, Dong G, Lauper U. What happened to our environment and mental health as a result of hurricane Sandy? *Disaster Med Public Health Prep* 2016;10:314-319.
- 9) Department of Health. Planning for the psychosocial and mental health care of people affected by major incidents and disasters: interim national strategic guidance. 2009 [cited 2016 May 9]. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_103563.pdf.
- 10) Daegu City. The Daegu City fire white paper. Daegu: Daegu City; 2005.
- 11) Kim GH, Kwon SJ, Kim SJ. The influence of disaster for psychological health of Taean residents: focusing on the 2- and 8-months after the disaster. Taean: Taean Academic Conference Sourcebook;2009. p.232-235.
- 12) Korea Mental Health Foundation Disaster Mental Health Committee. Korean neuropsychiatric association 100 days of records. Seoul:

- Korea Mental Health Foundation Disaster Mental Health Committee;2014.
- 13) Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry* 2007;164:1385-1394.
 - 14) Mills MA, Edmondson D, Park CL. Trauma and stress response among Hurricane Katrina evacuees. *Am J Public Health* 2007;97 Suppl 1:S116-S123.
 - 15) Bryant RA. Recovery after the tsunami: timeline for rehabilitation. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 2:50-55.
 - 16) Lee WS, Bae JY. Asymmetric bias of the Ferry Sewol accident news frame - discriminatory aspects and interpretive of media. *Korean J Commun Inf* 2015;(71):274-298.
 - 17) Jung SY. Can the disastrous results of media coverage on Sewol Ferry disaster be restored? - a theoretical exploration for paradigm shift of journalism norms. *Commun Theor* 2015;11:56-103.
 - 18) Bang MS. Challenges and lessons of media reports of Sewol Ferry Disaster. *Kwanhoon J* 2014;131:13-26.
 - 19) Ministry of Health and Welfare. 2016 Mental health service guide. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2016.
 - 20) Kim DR, Ko DM. [1-year after Sewol Ferry disaster] People still under distress. *Newsis*. 2015 Apr 9.

■ 부 록 ■

본 연구에서 활용한 국민 재난정신건강 인식도 설문조사 문항

-
1. 재난은 '10명 이상이 사망하거나 100명 이상의 사상자가 발생하는 상황'으로 정의되어 있습니다. 귀하가 살아 오시는 동안 위의 정의에 해당하는 재난을 겪은 적이 있으십니까?(복수 응답 가능)
 - 1) 경험하신 재난의 유형은 무엇입니까?(복수 응답 가능)
 - 2) 귀하가 경험한 재난이 다음의 귀하의 삶의 영역을 얼마나 방해하고, 어렵게 하였습니까?(0~10점)
 - (1) 자산/부동산 피해
 - (2) 신체적 건강 문제
 - (3) 정신건강(불안, 우울 등)
 - (4) 직업사회생활의 문제
 - (5) 여가활동의 제한
 - (6) 가족 갈등의 발생
 2. 세월호 사고와 같은 대형재난 후 재난 관련 방송 또는 보도는 귀하의 정신건강에 어느 정도 영향을 미쳤다고 생각하십니까?(0~10점)
 3. 재난 후 정신건강 문제에 대한 귀하의 의견을 묻는 질문입니다. 아래의 사항에 대하여 1점에서 5점 사이에서 응답해주십시오(1~5점).
 - 1) 재난 후 누구나 심한 스트레스 반응을 보일 수 있다.
 - 2) 재난 후 누구나 일부는 외상 후 스트레스 장애가 발생할 수 있다.
 - 3) 재난 후 누구나 일부는 우울증이 발생할 수 있다.
 - 4) 재난 후 누구나 일부는 알코올 등 중독문제가 악화될 수 있다.
 - 5) 재난 피해자와 유가족의 자살위험성이 증가할 수 있다.
 4. 정신건강증진센터 또는 정신보건센터에 대해서 들어 보았거나 알고 계십니까?(들어는 보았다, 어느 정도 알고 있다, 들어 보았거나 알고 있지 않다.)
 5. 재난심리지원센터에 대해서 들어 보았거나 알고 계십니까?(들어는 보았다, 어느 정도 알고 있다, 들어 보았거나 알고 있지 않다.)
 6. 귀하는 재난 상황시 이로 인한 심리적 고통을 돕기 위한 정신건강 및 심리지원 서비스 제공의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까?(1~5점)
 7. 귀하는 재난으로 인하여 생긴 심리적 어려움을 해결하고자 공공에서 제공하는 정신건강(심리지원) 서비스를 이용해 보신 적이 있으십니까?(예/아니오)
 8. 귀하가 생각하시기에 재난으로 인한 심리적 문제의 해결을 돕기 위한 공공의 정신건강(심리지원) 서비스 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?(1~5점)
 9. 귀하께서 이용하신 재난정신건강 서비스는 100점 만점에 몇 점을 주시겠습니까?
-

10. 심리적 안정과 회복을 위해 필요하다고 생각하시는 서비스/프로그램은 무엇입니까?(1~5점)

- 1) 심리적 어려움 극복을 위해 스스로 적용할 수 있는 자가 관리 프로그램
 - 2) 신체 활동 프로그램(요가, 이완, 아로마, 마사지 등)
 - 3) 인문강의, 음악 및 문화적 요소를 포함하고 있는 힐링 프로그램
 - 4) 미술치료 프로그램
 - 5) 개별적으로 제공되는 전문적 심리상담 및 치료 프로그램
 - 6) 그룹으로 제공되는 전문적 심리치료 프로그램
 - 7) 동일 외상 경험자들과의 경험공유 및 상호 치유를 위한 자조모임
 - 8) 정신의학적 약물치료
-