



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

박 사 학 위 논 문

정신건강 위기 척도 개발

- Engel의 모델을 중심으로 -

계 명 대 학 교 대 학 원
간 호 학 과

이 경 자

지도교수 이 경 희

이
경
자2
0
2
2
년
2
월

2 0 2 2 년 2 월

정신건강 위기 척도 개발
- Engel의 모델을 중심으로 -

지도교수 이 경 희

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2 0 2 2 년 2 월

계 명 대 학 교 대 학 원
간 호 학 과

이 경 자

이경자의 박사학위 논문을 인준함

주 심 이 은 숙

부 심 이 경 희

부 심 강 민 경

부 심 윤 우 석

부 심 김 현 실

계 명 대 학 교 대 학 원

2 0 2 2 년 2 월

감사의 말씀

어렵고 힘든 상황에서도 기꺼이 연구일정에 동행하며 경험을 공유해주신 분들께 감사드립니다. 논문을 마무리하면서 아쉬움과 부족함을 느끼지만 이 또한 새로운 시작임을 믿습니다.

논문이 완성되기까지 따뜻한 격려와 사랑으로 이끌어주신 이경희 교수님께 깊은 존경과 감사를 드립니다. 여러모로 부족한 저를 끝까지 믿어주시고, 지지해 주셔서 여기까지 올 수 있었습니다. 교수님께 배우는 동안 인간의 가치와 존재의 의미에 대해 깊이 성찰할 수 있었고 내면의 성장을 이룰 수 있었습니다. 그리고 논문의 논리적 전개와 중요성과 전체적인 흐름을 볼 수 있도록 이끌어주신 이은숙 교수님, 체계적으로 문단의 맥을 짚어주시고 꼼꼼하게 지도해주신 김현실 교수님, 바쁘신 중에도 연구계획서 발표 단계부터 함께 해주시며 도구 개발에 대해 조언해주시고 세심하게 가르쳐 주신 강민경 교수님과 윤우석 교수님께 진심으로 감사드립니다. 또한 박사과정 동안 학문적으로 성장할 수 있도록 지도해주신 계명대학교 간호대학 교수님들께도 감사드립니다.

지역사회 현장에서 정신건강 전문가로서 훌륭한 분이 되어주신 박태희 부 센터장님과 팀원 여러분, 창원정신건강복지센터 박미원 팀장님과 팀원 여러분께 감사의 말씀 전합니다. 연구의 계획단계에서 정신건강 위기에 대한 주제로 함께 연구하며 참관해 주신 이영미 교수님, 장성수 팀장님께 감사의 인사를 드립니다. 학위과정을 잘 마무리할 수 있도록 배려해 주시고 삶의 매 순간 힘이 되어주신 김미정 교수님, 한미화 교수님, 허영진 교수님께 깊이 감사드립니다. 또한 어려운 순간마다 용기를 주신 대학원 동기들, 고향 선후배님들, 배동훈 선생님, 이혜수 선생님께 고마운 마음을 전합니다. 그리고 대학원과정을 잘 마칠 수 있도록 배려해주신 미래로 병원의 모든 선생님들과 류동근 원장님, 송흠 원장님, 나현숙 부장님께 감사의 인사를 드립니다.

오직 저의 행복만을 바라며 무조건적인 사랑을 주시고 늘 기도해 주신

부모님께 온 마음을 다해 존경과 감사의 인사를 드립니다. 언제나 존재만으로 든든한 안식처가 되어 준 사랑하는 내 동생들과 우리 가영이, 주연이, 경준에게 고마운 마음을 전합니다. 그리고 한결같은 모습으로 곁을 지켜준 사랑하는 남편 김준형에게 고마움을 전합니다. 마지막으로 저의 정신적 지주의 근원이 되어주셨던 할아버지, 할머니의 소중한 은혜를 새기고 기리면서 제 마음을 담은 감사의 글을 마무리합니다.

2022년 2월

이 경 자

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구목적	5
3. 용어정의	5
II. 문헌고찰	6
1. 정신건강 위기	6
2. 정신건강 위기 평가 및 척도	9
3. 이론적 기틀	18
III. 연구방법	21
1. 연구 설계	21
2. 연구절차	21
3. 자료 분석	33
IV. 연구결과	35
1. 도구개발	35
2. 도구 평가	63
3. 최종 도구	77
V. 논의	80
1. 정신건강 위기 척도 개발	80
2. 정신건강 위기 척도의 구성요인	82
3. 정신건강 위기 개입의 정책적 방안	87
VI. 결론 및 제언	91
참고문헌	92
부록	106

영문초록	118
국문초록	121

표 목 차

표 1. 정신건강 위기 척도	14
표 2. 연구의 진행절차	22
표 3. 이론단계에서 도출된 정신건강 위기 개념의 속성	37
표 4. 포커스 그룹 참여자의 일반적 특성	43
표 5. 이론단계와 현장단계에서 도출된 정신건강 위기의 개념의 속성	52
표 6. 이론단계와 현장단계를 통한 정신건강 위기의 통합단계	57
표 7. 대상자의 일반적 특성	66
표 8. 문항의 평균 및 표준편차, 왜도와 첨도	67
표 9. 문항의 상관관계	69
표 10. 탐색적 요인분석 과정	72
표 11. 탐색적 요인분석 결과	72
표 12. 연구모형의 적합도 지수	74
표 13. 집중타당도 검정	75
표 14. 판별타당도 검정	76
표 15. 측정도구 신뢰도	76
표 16. 도구의 최종 항목	78
표 17. 정신건강 위기 척도의 사용 설명서	79

그 립 목 차

그림 1. 생물심리사회적 모델	19
그림 2. 본 연구의 개념적 기틀	20
그림 3. 혼종모형	23
그림 4. 예비문항 구성	60
그림 5. 수정된 도구 문항	63
그림 6. 도구의 평가 단계	64
그림 7. 수정 후 모형적합도	73

I. 서론

1. 연구의 필요성

정신건강 위기를 평가하는 것은 정신건강 서비스 개입을 위한 첫 번째 과정이다. 이러한 평가단계는 정신건강 위기의 긴급성 판단 및 가장 적절한 대응을 결정하기 위해 수행된다(Grigg, Endacott, Herrman, & Harvey, 2004). 정신건강 위기 평가에 관한 연구는 1970년대 이후 탈시설화에 초점을 두면서 많은 연구가 선행되었다(Fitzgerald, 1996). 1990년대 이후 정신건강 위험요소를 예측하기 위한 과학적 접근방법으로 예측기법의 정확성에 대한 연구가 집중되어왔다(Bouras, Ikkos, & Craig, 2018; Steadman, 2000). 지금까지 정신질환에 대한 위험예측 연구는 사회적 관계 안에서 일반 대중의 의식에 따른 연구가 주된 초점이었으며 정신건강분야의 잠재적 사용자 집단의 위험예측에 대한 실증적인 연구는 미흡한 실정이다(Illes et al., 2003; Paton, et al., 2016).

지역사회 정신건강관리는 많은 서비스 이용자들에게 긍정적이었지만, 완전한 사회통합에 대한 기대는 충족되지 못했다. 서비스 사용자의 상당수가 사회적 접촉이 제한되고 고립되어 서비스를 전혀 받지 못하기도 한다(Mantell, Baumeister, Ruhrmann, Janhsen, & Woopen, 2021; Wang et al., 2007). 실제로 효과적인 치료를 받는 사람은 거의 없으며, 주요 정신장애가 있는 16.5%만이 최소한의 치료를 받는 것으로 나타났다(Thornicroft et al., 2017). 이에 대한 여러 원인들 가운데 일부로는 정신건강관리 제공자(정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사 등, 이하 정신건강복지센터 종사자)의 공급이 지역사회 정신건강서비스에 대한 수요를 충족시키지 못하는 결과로 보았다(US Department of Health and Human Services, 2014).

정신건강복지센터 종사자의 역할은 정신질환자 및 가족을 대상으로 교육 또는 상담을 진행하고, 정신질환에 대한 예방활동을 하는 것으로 재발의 징

후가 보일 때 위기개입을 통해 재발을 방지하는 등의 역할을 한다(보건복지부 국립정신건강센터 정신건강 사업부, 2018). 2017년 기준 정신건강 복지센터 종사자 1인이 담당하는 중증정신질환자 사례 수는 전국 평균 43.2명으로 나타났다(국립정신건강센터, 2018). 이는 1인당 적정 사례수를 약 30사례 내외로 제안하고 있는 외국과 비교해 볼 때, 국내 정신건강복지센터 종사자의 업무부담은 매우 높은 수준이라 할 수 있다(Gorey et al., 1998). 이 같은 열악한 처우와 고용형태로 인해 정신건강전문요원은 높은 이직률로 이어지고 있으며 위기개입에 대한 정신건강서비스를 제공하는데도 어려움이 있는 것으로 보고되고 있다(이상훈 등, 2017). 이에 우리나라 정신건강복지센터 종사자의 평균 근속기간은 약 3년에 불과하며 지식과 경험을 갖춘 전문 인력의 비율이 점차 낮아지고 있는 실정이다.

법무부범죄예방정책국 치료감호 보고서에 따르면, 정신질환자 수용현황에서 2019년 대비 2020년에 5.0%가 증가한 것으로 나타났다(통계청, 2021). 정신질환자로 인한 방화 또는 폭력과 관련된 사망사건 등은 여전히 반복되고 있다(안재경과 최이문, 2019). 이로 인해 정신질환자에 대한 낙인과 편견은 개선되지 않고 있으며 사회적문제로 점점 더 부각되면서 정신건강 위기개입의 개선방안에 관한 중요성이 제기되고 있다.

정신장애의 맥락에서 위기개입의 주요목표는 생명을 위협하는 긴박한 응급상황에 대한 예방조치를 제공하는 것이다(Bernardini et al., 2017; Ruhrmann, Schultze-Lutter, Schmidt, Kaiser, & Klosterkötter, 2014). 위험을 감지하고 추정하며, 질병의 악화를 예측하여, 증상의 재발을 피하는 전략으로 그 초점을 확대하고 있다(Mantell et al., 2021). 따라서 신뢰할 수 있는 정신건강 위기 척도는 개입에 대한 결과와 경험을 개선할 뿐만 아니라 정신건강 서비스를 효율적으로 적용할 수 있다(Bonyng, & Thurber, 2008).

우리나라의 경우 1995년에 제정된 정신보건법의 여러 문제들을 보완하고자 2016년에 대대적으로 개정되었으며, 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방과 치료 및 재활을 위한 대응책으로 ‘정신건강 응급상황에서의 현장대응안내 2.0’이 발간되어 전국 지역사회 관련기관에 배포되었다(보건복지부 국립정신건강센터 정신건강 사업부, 2018). 해당 매뉴얼에 포함되어있는 위

험 평가 도구로는 Bengelsdorf, Levy, Emerson과 Barile (1984)에 의해 처음 개발되었고 이를 조근호 등(2020)이 번역하고 보완하여 개발한 ‘정신건강 위기 분류 평정척도’가 있다. 이와 관련하여 국내 선행연구에서 몇 가지 문제점을 제시하고 있다. 매뉴얼에 제시된 대부분의 평가도구는 외국에서 개발된 것으로 국내에서 단순 번역하여 사용하고 있으며, 과학적·체계적인 신뢰도와 타당도에 대한 검증이 이루어지지 않았음을 강조하였다(안재경과 최이문, 2019; Keum, Park, Kweon, & Ahn, 2019; Lee, Lee, Lee, & Choi, 2021). 긴박한 상황에서 이들의 위험성을 선별하기 위한 매뉴얼은 관련 법률에만 근거하여 매우 이론적이며, 평가도구는 우울, 자살, 알코올 등의 세 가지 도구가 있으며 이는 위기현장의 역동적인 특성에 비추어 볼 때 매우 단편적인 접근방법으로 현장조치 및 대응에 상당한 시간이 소요되고 있다는 한계점이 있었다(안재경과 최이문, 2019; Keum et al., 2019; Lee et al., 2021).

정신건강 위기는 지역사회, 이웃, 학교, 가족 등의 사회적 과정에 의해 악화 또는 유지될 수 있다(Tansella, Thornicroft, & Lempp, 2014). 즉, 사회적 요인을 다루는 개입 및 절차에 따라 예방되거나 완화될 수 있다고 보았다. 이와 같은 맥락에서 Borsboom (2017)은 정신장애가 생물학적, 심리적, 사회적 인과관계가 많을수록 증상들끼리 활성화되는데, 이 경우 정신장애의 재발 및 악화를 유발한다고 보았다. 이러한 인과적 요인은 개인의 내·외부 모두에 영향을 받게 되며 생물·심리·사회문화적 관점에 대한 과정을 포함하기 때문에 단일관점으로 보는 것은 어렵다고 하였다(Kendler, 2008). 이에 Bouras 등(2018)은 다원적 접근방식을 강조함으로써 Engel (1977)의 생물심리사회적 모델을 언급하였다. 생물심리사회적 모델은 개인이 독립된 기관이 아니라 생물학적, 심리적, 사회적 차원의 전체로서 작용하고 있으며, 질병과 관련하여 포괄적인 접근방식을 고려해야 한다고 시사하고 있다(Engel, 1977). 따라서 정신건강 위기를 예측하기 위해서는 생물심리사회적인 전체론적 관점에서 다루어져야함을 알 수 있다(Wessely, Nimnuan, & Sharpe, 1999). 기존의 생물의학 모델은 이 현상을 설명할 수 없지만 생물심리사회적 모델에 의해 명확하게 예측할 수 있다(Wade & Halligan, 2017). 따라서

정신질환은 신체질환과 구분하여 다각적인 접근이 필요하며, 이는 예방대책의 시행 및 설계에도 반영되어야 한다(Jorm & Mulder, 2018).

살펴본 바와 같이 정신건강 위기 평가에서 주요 핵심은 단일관점이 아닌 다차원적인 접근방법을 토대로 한 연구필요성에 대해 강조하고 있음을 알 수 있다(Newbigging et al., 2020; Paton et al., 2016). 이에 따른 접근방식에 기반 한 예측방법의 적용은 아직 선행되지 않았다(Lawrie, Fletcher-Watson, Whalley, & McIntosh, 2019). 따라서 정신건강 위기를 정확하게 예측할 수 있는 다차원적인 접근방식을 토대로 한 정신건강 위기 척도를 개발할 필요성이 있다. Bonyng와 Thurber (2008)는 지금까지 선행되어진 정신건강 위기 척도는 모두 1차원적이며 더 광범위한 평가가 요구되는 여러 위기상황에 대해 생태학적 타당성의 부족을 설명하면서, 대다수가 자살위험 평가로 이는 하나의 구성요소 영역일 뿐임을 강조하였다. 이에 자살 가능성을 포함한 추가적인 요인들을 평가할 만큼 충분히 광범위한 정신건강 위기 척도에 대한 연구는 현재 미비한 실정이며 자살위험 평가를 넘어설 만한 분류 대안의 필요성을 강조하고 있다(Bonyng & Thurber, 2008).

정신건강복지센터 종사자가 자신감과 전문성을 가지고 위기상황에 대처하기 위해서는 정신질환에 대한 기본적 이해와 대응방안을 숙지하는 일일 것이나, 무엇보다도 응급상황까지 가지 않도록 하는 것이 중요하다(Paton et al., 2016). 대상자의 환경적 자원과 스트레스 요인, 의학적 요구와 약물, 현재 약물과 알코올 사용, 내부 및 외부 대처방법과 자원을 다룰 수 있어야 한다(Eaton & Ertl, 2000). 따라서 짧은 시간 내에 신속하고 철저한 생물심리사회적 요인에 대한 평가를 수행할 수 있는 정신건강 위기 척도 개발이 시급하다. 이에 본 연구자는 국내 상황을 반영한 정신건강 위기 개입에 대한 개선방안으로 각 구성요소를 대표할 수 있는 정신건강 위기 척도를 개발하여 그 타당성을 검증 하고자한다.

2. 연구목적

- 1) 정신건강 위기에 대한 개념을 분석한다.
- 2) 정신건강 위기 척도를 개발한다.
- 2) 개발된 도구의 타당도와 신뢰도를 검정한다.

3. 용어정의

1) 정신건강 위기

이론적 정의: 갑작스러운 사건으로 인한 집중적인 행동, 감정, 정신적 반응을 경험하고 자신이나 다른 사람을 해칠 위험이 있고 정상적인 기능을 할 수 없게 하여 생명을 위협하는 상황으로 정의한다(National Alliance on Mental Illness [NAMI], 2020).

조작적 정의: 본 연구에서는 연구자가 개발한 정신건강 위기 척도로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 자신 및 타인에게 위협이 되는 위기상황을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 정신건강 위기

우리나라 정신응급 현황조사에 따르면, 서울시 25개구 정신건강복지센터 를 대상으로 조사한 한 해의 정신응급 출동사례는 총 1259건으로 경찰에 의 해 요청받은 건수는 693건(55%), 기타 233건(28.5%), 행정기관 194건(15.4%) 순이었다. 이 중 정신건강복지센터 미등록 대상자가 1011건(80.3%)이었으 며, 현장 출동한 사례가 96%를 차지하였다(이해우, 2021). 또한 정신건강 위기와 관련한 현장대응이 한 해 56.2%를 차지하며 이 중 46%가 자·타해 의 위험이 높은 경우로 정신의학적 응급처치가 필요한 것으로 확인되었다 (김은희 등, 2020)

정신건강 위기에 대한 연구는 1970년대 정신질환자의 폭력에 대한 위험 성을 평가하기 위해 연구되어 왔으며, 이는 정신건강 위기를 평가하기에는 정확성이 현저히 떨어져있음을 설명하고 있다(Norko & Baranoski, 2005). 따라서 정신질환의 위험예측에 대한 과학적 지식이 확대되고, 이에 대한 역 학적인 위험요소를 더 잘 이해하고 예측할 수 있는 연구에 대해 논의되어 왔다(Steadman, 2000). 정신건강 위기에 대한 정의를 살펴보면, 갑작스러운 사건으로 인한 집중적인 행동, 감정, 정신적 반응을 경험하고 자신이나 다 른 사람을 해칠 위험이 있고 정상적인 기능을 할 수 없게 하여 생명을 위 험하는 상황으로 정의하고 있다([NAMI], 2020).

지역사회 정신건강 관리에서 핵심은 정신건강 위기가 생명을 위협하는 응급상황까지 가지 않도록 사전에 예측하여 개입하는 것이다(Paton et al., 2016). 이에 따른 정신건강 위기와 정신응급에 대한 정의에서 차이를 살펴 볼 수 있다. 정신응급은 ‘사고, 행동, 기분 그리고 사회적관계의 급성 장애로 치료를 위해 즉각적인 개입이 필요한 상황’이라고 정의하고 있다(America Psychiatric Association, 2013). 또한 Breslow, Erickson과 Cavanaugh (2000)

는 ‘자살이나 타해, 극도의 흥분, 혼란, 환각 또는 공황을 경험하여 즉각적인 처치가 필요한 상황’이라고 하였다. 이에 대해 Sudarsanan, Chaudhury, Pawar, Salujha와 Srivastava (2004)은 정신응급이 일반 응급상황과 달리 개인의 신체뿐만 아니라 사회적인 위해의 위험성을 고려해야 하며 전문적인 위기관리가 필요하다고 하였다. 또한 위기관리시기를 놓치지 않는 것이 중요하며 특히 지역사회 위기관리 실무자들의 이들에 대한 올바른 이해가 대상자의 정신건강 회복에 많은 영향을 미칠 것을 보고하였다(Patel et al., 2007; Rutledge, Wickman, Drake, Winokur, & Loucks, 2012). 위기를 정확하게 식별하려면 훨씬 더 섬세한 이해와 그 사람이 위험한지 아니면 즉각적인 정신과 입원이 필요한지 또는 그 이상을 바라보는 관점이 필요하다(Roberts, 2002). 이와 관련하여 Engel (1977)은 1970년대에 정신의학이 직면한 어려움과 지지받을 수 있는 질병모델의 부족에 대해 우려하여 ‘생물의학 패러다임의 위기’를 경고하면서 생물심리사회적 모델을 제시하였다. 이 모델은 정신건강이 악화되는 이유를 이해하기 위한 보다 전체적인 틀을 향한 움직임에는 생물학적, 심리적, 사회적 측면을 채택할 필요가 있음을 반영하는 모델이다(Engel, 1977, 1981). 신체나 정신으로 인한 질병은 사회문화에 의해 형성된다는 자연주의적 설명에 이어, 17세기 과학혁명으로 시작된 환원주의적 접근으로 발전시켰다(Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978). 19세기에 이르러서도 이러한 환원주의적 접근법은 질병에 대한 중대한 발전을 가져왔다(Wootton, 2015). 이에 Engel (1977)의 모델은 개인의 생물학적, 심리적, 사회적 요인은 모두 얽혀 있으며, 사람의 신체와 정신은 별개가 아님을 주장하였다. 또한 모델의 기본원칙에는 개인의 삶이 생물학적, 심리적, 사회적 차원과 개인이 독립된 기관이 아니라 전체로서 고통 받고 있다는 인식이 포함된다(Papadimitriou, 2017).

생물심리사회적 접근방식은 지난 40년 동안 여러 영역에서 상당한 연구가 되어왔다(Bolton & Gillett, 2019). 심리사회적 변수와 질병 결과 사이에 통계적으로 유의한 연관성을 보여주었는데, 관련 매개변수로 사회적지지 및 결혼은 유방암 생존에 유의한 효과가 있고, 우울증과 감정의 억제는 유방암 생존 감소와 관련이 있다(Falagas et al., 2007). 또한 만성통증과 같은 외과

적 상처치유에도 심리사회적 요인이 영향을 미친다(Berk, 2010; Chida & Vedhara, 2009). 특정질병 및 장애는 생물학적 위협에 영향을 미치고, 사회적 측면에서 고립된 사람들은 병에 걸릴 가능성이 더 높다. 또한 사회적 조력자가 충분할수록 건강을 유지하고 질병으로부터 더 빨리 회복한다고 하였다(Hartung & Renner, 2014). 배우자 사별은 우울증 증상 및 질병유발을 악화시킨다고 하였다(Fried et al., 2015). 이에 Blascovich, Seery, Mugridge, Norris와 Weisbuch (2004)는 생물심리사회적 모델의 관점에서 위협은 감정에 직접적으로 관련되는 것이 아니라 도전과 위협의 관점에서 상황을 평가하는 것과 관련이 있다고 보았다.

정신건강위기에 처해있는 이들에 대한 정확한 평가는 정신질환자들의 위험한 행동들을 예측하여 이들이 필요한 순간에 적절한 관리가 이루어져서 응급상황까지 발전하지 않도록 하는데 있다(MacKay, Paterson, & Cassells, 2005). 정신건강 위기는 실제로 자신이나 타인에게 심각한 해를 끼칠 수 있기 때문에 신체적 안전이 문제가 될 때만 대응하는 것은 너무 늦을 수 있으며, 생명을 위협하는 응급상황이 되기 전에 대상자를 성공적으로 관리하는 것이 중요하다(Roberts, 2002). 따라서 대부분의 응급상황은 자살위험이나 자살행동과 관련이 있으며, 또 다른 비상사태에는 다른 사람에게 해를 입히겠다는 위협이 포함된다. 위기관리의 목표는 대상자를 최소한 위기이전 수준의 기능으로 되돌리는 것이며 대상자가 지역사회 환경으로 돌아갈 수 없는 이유는 위기로 인한 기능적 문제와 결손이 지속되기 때문이다(Fitzgerald, 2016). 따라서 새로운 대처방법 및 문제요인이 파악되지 못했을 때 위기상황은 장기적인 문제로 진화할 수 있으며 이는 우울·불안 등의 정신병적증상이 악화될 수 있음을 알 수 있다.

이상으로 살펴본 바와 같이 정신건강 위기의 정의는 특정 진단명이 아닌, 생물심리사회적인 다양한 요인들로 인해 정신질환이 악화 되거나 급작스럽게 발생하여 본인 혹은 타인에게 해를 가할 위험성이 있어 위기개입이 요구되는 상황으로 정의할 수 있다.

2. 정신건강 위기 평가 및 척도

정신건강 위험성 평가에 대한 패러다임은 1970년대에 정신질환자의 부당한 권리 주장을 위한 사회정치적 운동으로부터 이들에 대한 보호를 위한 법적사건에서 발전하였다(Baldwin, 1975; Diesfeld, 2003).

현대 연구를 특징짓는 정신질환자 위기에측에 대한 지식의 주요발전은 1990년에 시작되었다. 1990년대 이후로 폭력 및 정신질환과 관련된 요인뿐만 아니라 위기평가 기법의 정확성과 관련된 요인에 대해서도 상당한 관심이 집중되어 왔다(Bouras et al., 2018). 이때에 선행된 연구로 Wing 등(1998)은 국가적 차원에서 정신건강 서비스 평가를 위한 척도로 증상문제와 사회적 기능에 대한 요인으로 12개 항목을 다루며 잠재적으로 측정하기 위한 도구를 개발하였다. 이와 관련하여 정신장애와 사회적 문제가 연관되어지면서 선행된 연구로 폭력행동이 높은 개인에서 절반이상이 정신장애를 가지고 있었고, 이 중 약물남용 장애를 동반한 개인의 폭력행동의 위험은 2배나 높은 것으로 나타났다(Swanson, Holzer, Gangu, & Jono, 1990). 이와 유사한 연구결과로 조현병 환자와 지역사회 개인들의 범죄이력에 대한 표본을 비교 조사한 연구결과에서 조현병과 약물남용을 병행한 남성의 30%가 강력범죄로 유죄판결을 받은 경험이 있는 것으로 나타나났다. 조현병 환자 범죄에 대한 전체 하위집단 중 특히 강력범죄에 대한 유죄판결은 지역사회 개인들의 비율보다 세 배 이상 높은 것으로 보고하였다(Wallace, Müllen, Burgess, & Psychiatry, 2004). 최근의 연구결과에 따르면 중증정신질환을 앓고 있는 개인의 절반이상이 약물남용을 경험하며, 알코올 남용자의 3분의1 이상이 정신질환을 앓고 있는 것으로 나타났다(NAMI, 2020). 이와 같은 연구결과를 살펴볼 때 사회적 관계에 따른 대중의 의식에 대한 연관성이 정신건강 위기를 증가시킨다고 보았다(Illes et al., 2003). 사회 인구학적 및 환경적 변수는 약물남용의 존재와 마찬가지로 정신건강 위기의 중요한 예측요인으로 확인된 바 있으나, 특정 정신건강변수에 대한 데이터는 다소 혼합되어 있다(Norko & Baranoski, 2005).

정신건강위기를 예측할 수 있는 요인으로 급격한 기분변화, 자살에 대한 언급, 초조함, 일상생활기능 장애, 분노조절장애, 언어적 위협, 편집증적 사고, 약물남용 또는 자신 또는 타인에 대한 학대행위, 학교, 직장, 가족, 친구로부터 격리 등이 있다(NAMI, 2020). 또한, 위기상황에서 개인이 자신이나 다른 사람에게 해를 끼칠 임박한 상황에 처하게 되면, 위기는 이미 생명을 위협할 수 있는 위험단계이며 이는 곧 정신건강 응급상황으로 확대될 수 있다(Roberts & Ottens, 2005). 이를 예측할 수 있는 요인들은 치사율이 높은 자살계획, 심각한 방향감각 상실, 비현실감, 가족이나 친구를 알아보지 못하거나 다른 사람의 말을 이해하지 못함, 환각 등과 같은 정신병의 증상이 포함 되며, 살해 또는 위협적인 행동, 약물이나 알코올에 의한 심각한 장애등이 있다(Moore & Pfaff, 2020). 이러한 위험요소들을 인식하고 있다면 위기관리 실무자는 위기를 겪고 있는 개인에 대한 위기에측이 가능하다(Moore & Pfaff, 2020; NAMI, 2020). 잠재적인 정신건강위기의 요인으로는 신체적, 심리적, 대인관계 징후 및 증상을 가질 수 있으며, 정신건강 위기를 증가시킬 수 있는 요인으로 가족력, 정신질환의 병력, 학대 또는 외상사건의 이력, 왕따를 당하거나 다른 사람을 괴롭히는 것, 학업 성취도가 낮음 등이 있다(Moore & Pfaff, 2020). 만성질환 또는 외상의 여부, 알코올 또는 약물남용, 영양 결핍, 수면 부족, 일상생활의 스트레스, 낮은 자존감, 부정적인 자기 인식, 감정인식 부족, 사망 또는 이혼으로 인한 상실감, 사회적 자원 부족, 비관적인 미래, 빈곤 등이 포함된다(Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 2008).

Doyle과 Dolan (2006)의 연구에서 정신과병동 입원환자의 폭력예측에 대한 위험요인을 식별하기 위한 척도의 예측타당성을 확인한 결과 분노조절 문제, 대인관계 방법, 정서상태가 불안정하였을 때 입원기간동안 병원에서 폭력 위험이 증가하였다. 이와 유사한 연구로 정신건강 위기의 요인으로 대인관계 폭력, 언어적 위협 및 신체적 공격에 대한 예측변수를 보고하였다(Chu, Thomas, Ogloff, & Daffern, 2013). 또한 동적인 측정이 정적인 측정보다 일반적으로 단기 및 중기에측에 대해 더 정확하다는 연구결과를 보여주

고 있다(Chu et al., 2013). 입원환자의 정신건강 폭력 위험을 측정하기 위한 폭력체크리스트 개발에 대한 연구가 선행되었는데, 이에 대한 예측요인으로 환자의 특성 및 상태에 대한 변수로 과민성, 혼란 및 활동력에 대한 세 가지와 환자행동에 대한 변수로는 사물에 대한 공격, 신체적 위협 및 언어적 위협으로 타당성과 신뢰성을 검증한바있다(Almviik, Woods, & Rasmussen, 2000; Moursel, Çetinkaya, Duman, & Almviik, 2019).

Rolin 등(2021)은 정신건강 위험을 증가시키는 특정 하위 영역에는 초기 정신병을 경험하는 청소년이 포함되는데, 약물사용 이력, 정신질환 이력, 생활환경, 개인지원 등을 초기 정신질환을 가진 청소년의 위험예측 변수로 보았다. Jeong과 Seo (2014)는 자살생각이 있는 청소년에게 있어 무망감, 충동성, 공격성, 알코올·약물남용이 자살시도를 예측해주는 중요한 변수로 보았다. 개인이 자살 생각을 하고 있거나 자살을 시도한 적이 있다는 것이 확인되면 위험의 치사율을 포함하여 자살생각과 행동에 대한 완벽한 평가가 이루어져야 한다. 전 세계적으로 자살에 대한 연구가 지속적으로 이루어지고 있고 40초마다 한 명이 자살로 사망하는데, 이는 잠재적으로 예방할 수 있는 비극으로 개입에 대한 한계점으로 객관적이고 신뢰할 수 있는 예측 변수가 부족하다는 것이다(Ballard, Gilbert, Wusinich, & Zarate, 2021). 이와 관련한 최근에 선행되어진 정신건강 위기에 대한 평가도구에는 “정신건강 위기분류 척도(Mental Health Triage Assessment Scale)”가 있으며 이는 자신에게 해를 끼치는 위험을 평가하는 척도이며 자살충동이 가장 응급한 위험으로 분류를 하였고 응급은 10분 이내 치료필요, 긴급은 30분 이내 치료필요, 준 긴급은 60분 이내 치료필요로 위험수준이 분류 되어있다(Zun, 2016). 다른 사람에게 해를 끼치는 위험을 평가하는 도구로 “폭행 및 살해에 대한 위험 평가도구(Assault and Homicidal Danger Assessment Tool)”로 이에 대한 위험수준 평가는 타해의 위험이 매우 높음, 타해의 위험이 높음, 폭행이나 타해의 위험이 보통으로 분류되어 있다(Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020). 국내에서 사용하고 있는 도구로는 “정신과적 위기분류 평정척도(CRI: Crisis Rating Instrument for

Psychiatric Intervention)”)가 있으며 23개의 문항으로 ‘있다/없다’의 2점 양극성척도로 이루어져있다(조근호 등, 2020). 이와 관련하여 측정도구의 척도에 대한 결정을 위해 의미 차등 측정기법이 있으며 이는 대상에 대한 일련의 태도 척도로 개념의 함축적 의미를 식별하도록 설계된 등급척도의 한 형태이다(Snider & Osgood, 1969; Stoutenborough, 2008). 따라서 정신건강 위기상황에 대해 관찰자로서 위기현장의 역동적인 특성을 고려하여 짧은 시간에 평가하기에 용이한 측정기법으로 볼 수 있다.

정신과환자의 위험평가 알고리즘인 RHO CAP (risk of harm to others clinical assessment protocol)은 정신건강 및 중독치료시설 내에서 입원 환자의 공격성을 예측하는 연구결과에 따르면 입원 환자의 약 10%는 다른 사람에게 해를 끼칠 중간정도의 위험이 있었고, 2%는 고위험으로 간주되었는데, 입원 첫 달 이내에 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 높은 입원 환자의 약 10%가 신체적 공격성을 나타내는 것으로 나타났다. 또한 고위험군 환자는 신체적 공격성을 보일 가능성이 2배 더 높았다(Neufeld, Perlman, & Hirdes 2012). 이 연구의 결과는 RHO CAP에서 신체적 위험이 높은 환자를 식별하는데 효과적임을 시사하고 있으며, 변수로는 언어적 학대, 공격적인 행동, 재산 손상, 자해, 다른 환자에 대한 공격 및 위기관리 실무자에 대한 공격은 모두 정신건강인 위험행동으로 보고하고 있다. 타인에게 해를 끼칠 위험은 의도적이거나 그렇지 않을 수도 있지만 다른 사람에게 해를 끼치거나 재산에 위험을 초래할 수 있는 신체적 및 언어적 행동은 잠재적인 위험으로 볼 수 있다고 하였다(Neufeld et al., 2012).

이상으로 정신건강 위기에 관한 최근 연구들을 살펴본 결과, 위기에측에 대한 결정을 내리기 위해서는 위기 평가 절차 및 개인에 대한 잠재적 결과에 대한 포괄적인 정보를 포함하여 위험에 처한 대상자와 보다 성공적인 의사소통이 필요하며, 위기에 대해 묻는 접근방식은 신체적 및 정신적 질병을 포함하여 일반적으로 조사된 위기 가능성에 대한 태도를 확인해야함을 강조하고 있다(Mantell et al., 2021). 이와 같은 연구결과는 로버트의 위기개입모델의 7단계 중에서 5단계의 태도 및 감정표출에 대해 언급하고 있으며, 위기에 처한 개인의 현재 태도에 대해 언급한 부분이다(Roberts, 2002).

Kessler, Chiu, Demler와 Walters (2005)는 정신장애는 본질적으로 복잡하며 이에 대한 원인을 밝히기 위한 유전적, 신경과학적, 병인학적으로 접근한 연구의 주요 발견 중 하나가 동반질환으로 즉, 하나의 장애가 있는 사람들은 다른 장애가 있을 가능성이 높다는 것이다(Keller & Hanks, 1995). 또한, 정신과적 동반질환이 있는 환자는 단순 우울증이나 불안장애가 있는 환자보다 위험이 더 높은 것으로 나타났다(Keller & Hanks, 1995). 이와 같은 맥락에서 Borsboom (2017)은 증상에 대한 네트워크의 구조와 역학에 관한 이론적 원리를 가정함으로써 정신 병리의 증상이 수많은 생물학적, 심리적, 사회적 메커니즘을 통해 서로 연결되어 있다는 개념으로 정신장애의 원인이 상호작용하는 증상의 네트워크라고 주장하고 있다(Borsboom, Cramer, & Kalis, 2019). 따라서 생물학적 요인뿐만 아니라 기질, 성격, 생활방식, 적응과 같은 심리사회적 요인이 개인의 삶에 영향을 미치고, 건강과 질병의 사회적 결정요인은 상호작용한다는 의미를 내포하고 있다(Bolton & Gillett, 2019). 이는 생물심리사회적 모델이 환자의 삶, 질병 및 관리의 다양한 측면을 식별하고 통합하고 있으며, 객관적인 감정 구성요소를 사용하여 예측을 구축하기 때문에 자기보고에 의한 주관적인 평가에 비해 매우 효율적임을 강조하였다(Blascovich, 2008).

이상의 선행연구를 요약하면 정신건강 위기와 관련된 위험요인에는 생물학적 요인, 심리적 요인 및 사회 환경적 요인 등의 다차원적인 관점에서 자해 또는 타해의 위험을 식별하는 것이다. 따라서 정신건강 위기상황이 발생하는 맥락을 생물심리사회적 관점에서 이해하는 것은 지역사회에서의 정신건강 위기를 예측하여 재활과 회복을 위해 선행되어야 함을 알 수 있다. 정신건강 위기와 관련한 선행 도구들을 (표 1)에 제시하였다.

표 1. 정신건강 위기 척도

도구	변수	문항	저자 및 연도
Assault and Homicidal Danger Assessment Tool	Risk of murder and violence	20개 문항	CDC (2020)
Development of a Measurement of Suicidal Protection (MSP) for High School Students in Korea	Support from family Emotion regulation Fear of suicide Self-esteem School life Support from others	26개 문항	Park & Yang (2019).
The HCR-20 and violence risk assessment	Historical factors Clinical factors Crisis management	20개 문항	Douglas et al. (2014)

*HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management-20

*ROC: Receiver operating characteristic

(표 계속)

표 1. (계속)

도구	변수	문항	저자 및 연도
Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)	Static factors, dynamic factors.	12개 문항	Quinsey, Harris, Rice, & Cormier (2006)
Assessing Measures of Suicidal Ideation in Clinical Trials with a Rapid-Acting Antidepressant	What I want to live. Something I want to die for. Reason to live or die. Wanting to actively commit suicide. Evaluate passive suicidal thoughts.	14개 문항	Ballard et al. (2015).
HEADS-ED Screening tool	Home/Habitation Education/Education Activities/Activités Drugs & alcohol Suicidality/Suicidalité Emotions/Émotions Discharge resources/	7개 문항	Cappelli et al. (2012)

*HEADS-ED: Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources

(표 계속)

표 1. (계속)

도구	변수	문항	저자 및 연도
CRI: Crisis Rating Instrument for Psychiatric Intervention	Risk of self-harm. Mental condition Functional level. Support system	23개 문항	조근호 등 (2020).
Risk assessment tool for Behavioral crisis	Self-harming readers Bigtimization or Expiration. The one who harms others Risk to the environment	40개 문항	Stein (2005)
Development of Clinical Ratings for Crisis Assessment In Community Mental Health	Danger to Self Danger to others Functional Decline Depression Partial Hospital Program Stabilization	5개 문항	Bonyng & Thurber (2008).

(표 계속)

표 1. (계속)

도구	변수	문항	저자 및 연도
Mental Health Triage Assessment Scale	Four mental health risks	10개 문항	Zun L. (2016)
Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)	Strengths Vulnerabilities	20개 문항	Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink (2006).
Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation.	Active Suicidal Desire Specific Plans for Suicide Passive Suicidal Desire	19개 문항	Beck, Kovacs, & Weissman (1979).
A crisis triage rating scale	Dangerousness Support system Ability to cooperate	15개 문항	Bengelsdorf et al. (1984).

3. 이론적 기틀

본 연구에서 개발한 정신건강 위기 척도는 지역사회내의 정신건강 장애가 있는 개인이 생물학적, 심리적, 사회적인 요인으로부터 발생하는 위기상황을 적시에 평가하여 생명을 위협하는 응급상황으로 악화되는 것을 예방하고자 하는데 의미가 있다.

정신병 증상이 악화되는 원인으로 수많은 생물, 심리, 사회적 요인을 통해 상호작용하는 증상에 대한 네트워크의 원리를 시사하고 있다(Borsboom, 2017). 이와 같은 맥락으로 Engel (1977, 1981)의 생물심리사회적 모델은 생물학적, 심리적, 사회적 요인과 개인이 분리된 기관이 아니라 전체로서 연결되어 있으며, 질병에 대해 전체론적 접근방식을 사용하여 환자가 살고 있는 특정 환경조건까지 고려해야 함을 설명하고 있다.

생물심리사회적 모델은 기존의 의료분야에서 정신의학의 신뢰성이 지배적이었던 생물의학 모델과 대조적이라 할 수 있다. 이는 환자가 경험한 생물학적 기능장애뿐만 아니라 사회적, 문화적, 심지어 언어적 요인에까지 초점을 맞추고 있다(Ptyushkin, Cieza, & Stucki, 2015). 따라서 건강과 질병은 단순히 생물학적 용어보다는 생물학적, 심리적, 사회적 요인의 조합으로 가장 잘 이해될 수 있다. 또한, 생물심리사회적 모델은 모든 질병과정이 생리적 과정, 감염, 유전자, 발달이상, 외상과 같은 비정상적 기능에 대한 측면만 설명되어진 기존의 생물의학과는 차이가 있으며, 의학, 간호학, 건강심리학, 사회학, 특히 정신의학, 가족치료 분야에서 가장 잘 설명된다고 보았다(Vögele, 2001).

이상으로 살펴본 바와 같이 Engel (1977, 1981)의 생물심리사회적 모델의 이론적 기틀은 아래와 같다(그림 1).

Ballard 등(2021)는 정신건강 위기에서 가장 치명율이 높은 위험요인으로 자살행동을 설명하고 있다. 자살행동은 강력한 정신건강 위기 예측인자로 정신장애를 가지고 있는 환자의 90%이상이 자살을 시도하였다(Haukka et al., 2008).

system hierarchy
 (levels of organization)

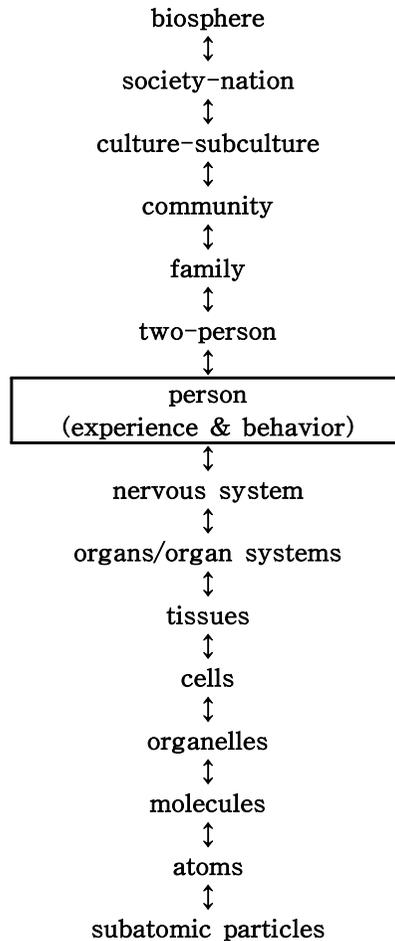


그림 1. 생물심리사회적모델(Engel, 1981)

자살연구의 최근혁신은 자살행동의 심리적, 생물학적 상관관계에 대한 연구로 확장되고 있다. 이에 따른 선행연구를 토대로 본 연구에서도 자살행동의 중요성을 고려하였다. 이에, Engel (1977, 1981)의 생물심리사회적 모델의 이론적 근거와 선행연구를 토대로 정신증상을 악화시키는 정신건강 위기에 대한 요인으로 신체적, 사회적, 자살행동, 정신상태 4개의 요인으로 본 연구의 개념적 틀을 완성하였다(그림 2).

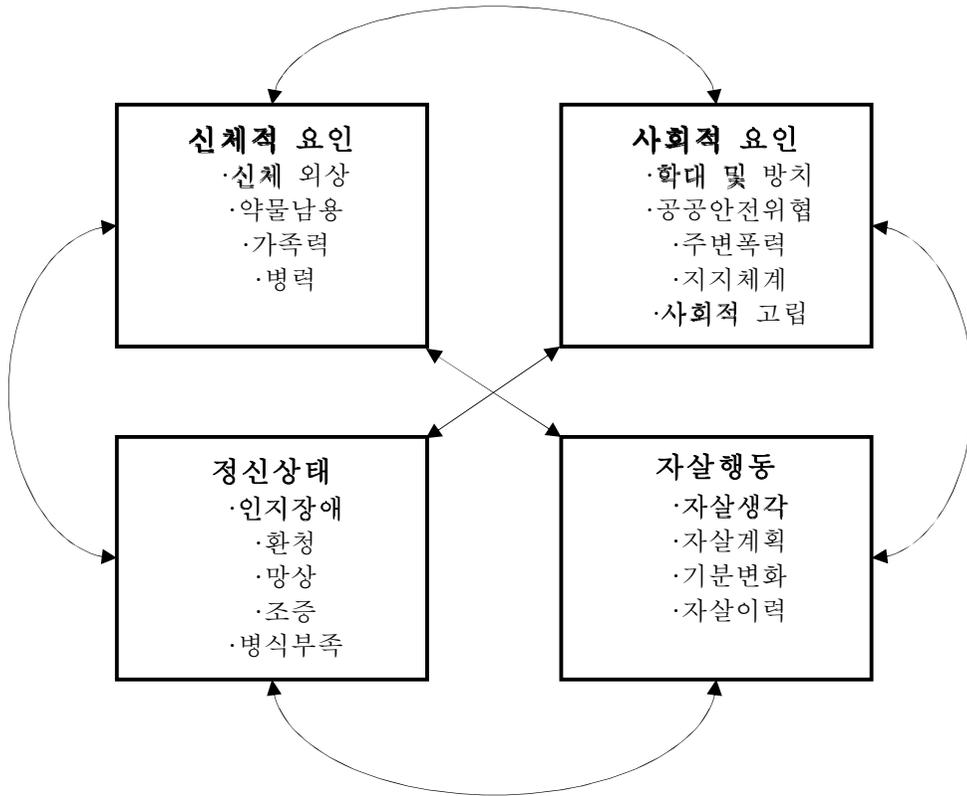


그림 2. 본 연구의 개념적 기틀

각 요인별 하위영역에는 신체적 요인의 신체외상, 약물남용, 가족력, 병력 등의 속성이 있었다. 사회적 요인의 하위영역에는 학대 및 방치, 공공안전의 위협, 주변폭력, 지지체계, 사회적 고립 등의 속성이 있다. 정신상태 요인의 하위영역에는 인지장애, 환청, 망상, 조증, 병식부족 등의 속성을 두었다. 자살행동 요인에는 자살생각, 자살계획, 기분변화, 자살이력 등을 하위영역으로 하였다. 이상의 요인들은 외부영역의 변수로 인한 증상악화로 이어질 수 있으며, 결과적으로 자신 또는 타인에 대한 위기로 이어질 수 있음을 예측할 수 있다. 개발된 정신건강 위기 척도는 이러한 위기를 평가하는데 과학적이고 체계적인 이해 및 관점의 확장을 가져올 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 정신건강 위기 척도를 개발하고, 개발한 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하는 방법론적 연구이다.

2. 연구 절차

본 연구는 총 3단계로 진행하였으며 구체적인 내용은 다음과 같다.

1단계는 개념분석 단계로 Schwartz-Barcott와 Kim (2000)의 혼종모형에 의한 이론화 과정과 현장조사로 정신건강 위기 예측에 대한 개념을 개발하여 속성을 파악하고 정의하였다. 포커스 그룹 면담을 통한 현장조사는 정신건강복지센터 종사자를 대상으로 4명씩 세 그룹으로 구성하여 총 12인으로 시행하였다.

2단계는 도구개발 단계로 정신건강 위기의 개념분석을 통해 확인한 구성요인을 토대로 도구의 초기예비문항을 도출한 후 내용타당도 검증 및 예비조사를 통해 최종예비문항을 선정하였다. 내용타당도 검증은 10인의 전문가 집단으로 구성된 총 3차례의 내용타당도 검증을 시행하였다. 예비조사는 정신건강복지센터 종사자 20인을 대상으로 시행하였다.

3단계는 도구검정 단계로 정신건강복지센터 종사자 282명을 대상으로 한 온라인 설문조사를 통하여 개발한 도구의 구성 타당도 및 신뢰도를 검증하여 개발된 도구를 평가하고 최종 도구를 확정하였다(DeVellis, 2017). 연구의 진행절차를 정리하면 아래와 같다(표 2).

표 2. 연구의 진행절차

단계		진행 절차
Phas I 개념분석	Step 1: 구성요인 확인	<ul style="list-style-type: none"> · 문헌고찰 · 포커스 그룹 면담 정신건강복지센터 종사자 12인 · 최종 구성요인 확인 · 개념적 틀 구성
	Step 2: 초기문항 구성	<ul style="list-style-type: none"> · 최종 구성요인에 근거한 27개 문항
Phase II 도구개발	Step 3: 내용타당도	<ul style="list-style-type: none"> · 1차, 2차 전문가 내용 타당도 정신간호학 교수 3인, 정신건강전문요원 5인 정신의학전문의 1인 등 총 9인 · 3차 전문가 내용 타당도 국문학전공자 1인을 추가한 총 10인 · 내용타당도 검정 후 23개 문항
	Step 4: 예비조사	<ul style="list-style-type: none"> · 예비조사: 정신건강복지센터 종사자 20인 · 예비조사 후 23개 문항
	Step 5: 도구적용	<ul style="list-style-type: none"> · 본조사: 정신건강복지센터 종사자 282명 대상 23개 문항으로 설문
Phase III 도구검정	Step 6: 도구평가	<ul style="list-style-type: none"> · 사전자료 분석 · 문항분석 · KMO 표본적합성측도와 Bartlett의 구형성 검정 · 구성타당도 탐색적 요인분석, 확인적 요인분석 집중타당도, 판별타당도
	Step 7: 최종도구 확정	<ul style="list-style-type: none"> · 신뢰도 검정: 내적일관성 · 정신건강 위기 척도 최종 16개 문항

1) 정신건강 위기의 개념분석

혼종모형은 개념의 정의와 측정에 중점을 두고 이론적 분석과 실증적 자료를 확인하는 과정을 포함하므로 현장에서부터 도출된 개념적 연구에 적합하며, 간호학 분야에서 의미 있고 중심이 되는 개념현상을 연구하는데 유용하다(Schwartz-Barcott & Kim, 2000).

생물심리사회적 요인의 정신건강 위기 척도에 관한 기존의 문헌이 거의 없고, 국내의 위기상황과 문화적 차이를 고려하여 개념을 규명하는 과정이 필요하며, 정신건강 위기가 무엇인지를 규명하기 위해서는 지역사회현장에서 종사하는 위기관리 실무자로부터 정신건강 위기에 대해 알아보는 과정이 필요하여 혼종모형을 선택하였다. 혼종모형은 이론단계, 현장단계, 최종 분석 단계의 3단계로 구성된다(그림 3).

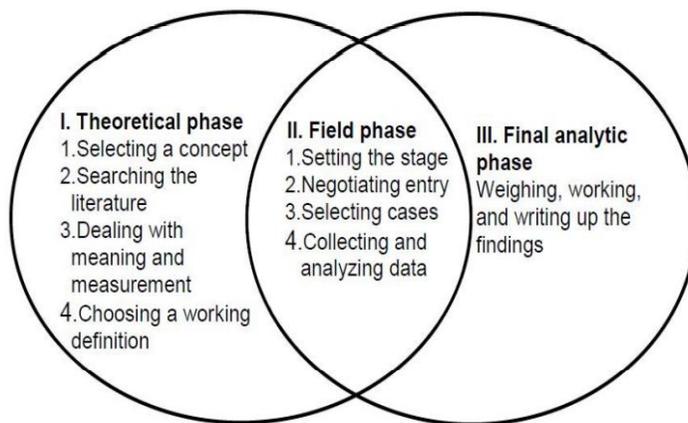


그림 3. 혼종모형(Schwartz-Barcott & Kim, 2000)

이론단계는 관심개념을 선택하여 문헌고찰을 통해 개념의 의미와 측정을 위한 필수적인 구성요인을 확인하고, 선택한 개념에 대해 연구에 적합한 이론적 정의를 내리는 과정으로 개념의 심층 분석과 정련을 위한 기초단계이다.

현장단계는 이론적 단계에서 시작한 분석을 확장하고 통합함으로써 개념을 정련하는데 있다. 이론단계에서 분석된 개념을 질적 연구방법을 통해 실증적으로 타당하게 하는 것이며, 현장을 설정하여 교섭한 후 사례를 선택하

고 자료를 수집하고 분석하는 단계로 이론적 단계와 함께 진행한다.

최종분석 단계는 이론단계의 문헌고찰을 통해 나온 개념의 본질적 속성과 현장작업에서 확인된 개념의 속성을 다시 재검토하고 비교, 종합, 분석하는 단계이다(Schwartz-Barcott & Kim, 2000). 본 연구는 사회·문화적 배경과 지역사회의 정신건강 위기 현장에서 정신건강복지센터 종사자들이 경험한 정신건강 위기의 구성요인을 확인하기 위한 가장 적합한 방법으로 Schwartz-Barcott와 Kim (2000)의 혼종모형을 적용하여 진행하였다.

(1) 개념분석 단계

본 연구에서는 정신질환자 위기와 관련된 주요개념을 다루고 있는 문헌을 광범위하게 수집하고 고찰하였다. 문헌의 범위는 사전, 학위논문, 학술지 논문, 단행본 등을 중심으로 고찰하였으며 학문분야는 간호학에 중점을 두되, 의학, 보건학, 심리학, 사회과학 등 타 학문의 문헌 등도 포함하였다.

문헌검색 시기는 Doyle과 Dolan (2006), Hirschfeld와 Russell (1997)의 연구를 시작으로 정신보건법이 개정된 1998년부터 2021년까지로 하였다. ‘정신건강 위기’, ‘정신건강 위기 척도’, ‘정신과적 응급상황’, ‘정신건강 평가 도구’, ‘psychological crisis’, ‘mental disorder risk assessment’, ‘crisis intervention model’, ‘mental illness crisis prediction’, ‘serious mental health problem’, ‘mental health crisis awareness’ 등을 주제로 국내 문헌 검색의 경우 국회도서관, 한국교육학술정보원의 학술지와 학위논문 정보를 검색하고, 국외 문헌 검색은 DBpia, PubMed, CINAL을 통해 제목이나 초록을 확인한 결과 연구자가 확인하고자 하는 개념인 ‘정신건강 위기’에 적합하고 개념 정의와 속성을 다룬 논문과 영어로 전문(full text)을 확인할 수 있는 문헌을 선택하여 분석하였다.

(2) 문항개발 단계

문항개발 단계인 현장단계는 실증적 요소를 확인하기 위해 연구하고자 하는 현상을 자주 관찰할 수 있는 장소와 참여관찰을 포함하고 있으나 혼종모형을 이용하여 개념분석 한 선행연구 방법을 살펴보면 개념에 따라 현

상을 자주 관찰하거나 지속적인 관찰이 현실적으로 불가능한 경우, 참여관찰로 파악하기 어려운 현상인 경우 심층면담으로 이를 대신하기도 한다(이명선 등, 2006). 면담은 하고자 하는 사람의 관점을 이해하기 위함이며, 자신이 직접적으로 관찰하지 못하는 다른 사람의 자연스러운 환경을 알 기회를 제공한다(Redmond & Curtis, 2009). 본 연구에서는 포커스 그룹 면담(focus group interview [FGI])을 시행하였다. 포커스 그룹 면담 방법은 줌 온라인(Zoom online) 시스템을 이용하여 참여자가 같은 시간에 지정된 사이트로 들어오게 되고, 연구자가 토의를 안내하고 촉진하면서 온라인 소프트웨어를 사용하여 관점을 공유한다. 포커스 그룹 면담은 일반적으로 4인 이상 8인 이하로 구성하고 한 시간 정도 토의를 진행한다(Redmond & Curtis, 2009). 본 연구의 정신건강 위기에 대한 정의는 단 시간에 형성될 수 없으며 정신건강 위기에 대한 대응경험, 행위, 사고 및 감정을 위기관리 현장에서 몇 번의 참여관찰로 발견하기 어렵다. 따라서 본 연구에서는 위기관리 실무자와 줌 화상을 통한 포커스 그룹 면담을 수행하였다.

① 연구 참여자에 대한 윤리적 고려

본 연구에 대한 윤리적 타당성을 확보하기 위해 계명대학교 생명윤리위원회의 승인(IRB No. 40525-202012-HR-080-03) 받은 후 자료를 수집하였다. 연구자는 사전에 포커스 그룹 면담 참여자에게 연구목적과 과정을 충분히 설명한 후 연구 참여에 대한 동의와 면담 내용의 녹음에 대한 사전 동의를 서면으로 받았다. 또한, 연구 도중이라도 참여자가 원하지 않으면 언제든지 참여를 거부할 수 있으며 면담내용은 연구 목적 이외에는 사용되지 않는다는 것과 녹음된 모든 면담내용은 비밀번호가 설정된 개인 PC에 보관하며 연구 종료 3년 후 영구 삭제시킬 것을 설명하였다.

② 연구 참여자 선정

일반적으로 새로운 환경에서 업무의 분위기와 문화를 습득하는데 최소 1년 이상이 소요된다는 선행연구를 근거로 정신건강 위기의 의미를 탐색하기 위해 개념이 지니는 의미가 단기간에 형성될 수 없으므로 대상자의 경력을 1년 이상으로 설정하였다(김혜옥과 조명옥, 2006).

연구 참여자 선정기준은 정신건강복지센터에서 실무경력이 1년 이상 된 정신건강전문요원 및 일반종사자, 정신건강 위기개입 경험에 대해 충분히 설명할 수 있다고 판단되는 자, 연구 참여에 동의한 자로 하였다.

연구 참여자 제외기준은 정신건강복지센터에서 실무경력이 1년 미만인 정신건강전문요원 및 일반종사자, 연구 참여에 동의하지 않은 자로 하였다.

③ 자료수집

자료 수집은 2021년 6월 16일, 6월 28일, 7월1일로 총 3회에 걸쳐 줌 온라인(Zoom online) 시스템을 이용하여 포커스 그룹 면담을 통하여 이루어졌다. 포커스 그룹 면담은 연구 참여자 선정기준에 부합한 정신건강복지센터 종사자로 한 그룹에 4명씩 구성하여 총 세 그룹으로 하였다. 면담은 각 그룹별로 1회를 실시하였다. 면담 시작 전에 진행자는 연구의 목적 및 진행 방식에 대해 설명하였고 면담 내용의 녹음, 익명성 보장, 연구 결과는 연구의 목적으로만 이용되는 점을 설명하였다. 또한, 면담 시작 전에 연구에 대한 설명을 문서로 제공하고 문서로 된 동의서를 받았다. 포커스 그룹 면담은 진행자의 소개와 참여자의 자기소개부터 시작하였고 면담에 소요된 시간은 그룹별로 약 90분에서 120분이었다.

본 연구에서 확인하고자하는 정신건강 위기에 대한 의미 및 속성을 파악하기 위하여 문헌고찰을 근거하여 반 구조화된 질문지를 개발하였다. 자료 수집을 위해 사용한 면담 질문은 “정신건강 위기 상황에서 귀하가 현재 사용하고 있는 도구의 만족도와 어려움은 무엇입니까?”, “대상자의 정신건강 위기의 급박성을 판단하는 기준은 무엇입니까?”, “대상자의 정신건강 위기라고 판단되는 전조증상은 무엇이고 이것을 확인하는 방법(의사소통, 도구, 정보수집 등)은 무엇입니까?”, “대상자의 정신건강 위기를 유발하는 구성요소로 생각되는 것은 무엇입니까?” 등이었다. 면담의 진행은 연구자가 담당하였으며 모든 내용을 녹음하였고, 연구 참여자의 구술내용 중 중요한 내용을 메모하였다. 면담 중간에 연구 참여자의 구술내용에 대한 연구자의 해석에 대해 다시 묻는 방법으로 참여자들로부터 검증을 받았다.

④ 자료 분석

자료 분석을 위하여 모든 면담 내용을 녹음하고 이를 전사하였다.

이론적 단계에서 분석한 개념의 속성과 정의를 확장하고 통합함으로써 개념을 재정리 할 목적으로 현장작업 단계에서 녹음한 면담 자료는 면담 당일 전사하여 반복적으로 읽으면서 그 내용을 분석하였다. 면담에서 해결되지 못한 이해하기 힘든 용어나 모호한 진술내용은 다음날 전화면담을 통해 명확히 하였다. 자료 분석은 전사된 내용과 면담 진행 중 작성된 메모를 사용하여 이루어졌고, 분석초기에는 주로 개방코딩을 이용하여 참여자가 한 말을 직접분석하면서 면담내용의 일반적인 코드가 전부 추출되도록 하였다. 이 코드들을 지속적으로 비교분석하면서 범주를 구성하고 각 범주의 속성과 차원을 개발하였다. 연결코딩에서는 추출된 범주들의 본질과 다른 범주들과의 관계를 연결 짓고, 마지막으로 선택코딩에서는 정신건강 위기의 개념에 대한 핵심범주를 찾아낸 후, 이와 관련하여 하위 범주들을 연결하였다. 자료의 신뢰성을 확보하기 위하여 질적 연구 및 포커스 그룹 면담을 수차례 수행한 경험이 있는 박사급 연구자와 본 연구자가 각각 독립적으로 분석한 후 비교 및 합의를 이루는 과정을 거치면서, 정신건강 위기에측에 대한 정의와 구성요소 등에 대해 심도 있게 분석하였다.

(3) 최종분석 단계

이론단계와 현장단계에서 도출된 결과인 개념의 속성을 비교, 대조, 판단하는 단계이다(Schwartz-Barcott & Kim, 2000). 이론단계와 현장단계의 결과를 바탕으로 정신건강 위기의 정의와 개념의 속성 등을 규명하였다. 이에 대한 분석과정에 대한 서술은 연구결과에서 자세하게 제시하였다.

2) 도구개발

(1) 초기문항 구성

정신건강 위기에 대한 개념분석을 통해 확인된 속성들을 구성요인으로 하였고, 정신건강 위기와 관련된 선행연구와 포커스 그룹 면담 분석 자료를

바탕으로 도구의 초기문항을 개발하였다. 중의적인 해석이나 문법에 맞지 않는 진술 등 모호한 문항을 제외하였고, 한 문항에 여러 가지의 상황을 질문하지 않도록 유의하였다(이병숙 등, 2017). 그리고 문항 내용의 타당성, 유형 및 표현형식, 자료의 신뢰성을 확보하기 위하여 간호학 박사급 연구자 3인의 검정을 받아 초기문항의 완성도를 높였다.

(2) 내용 타당도 검정

예비도구의 문항에 대한 전문가의 내용타당도를 검정하는 단계로 Lynn (1986)의 도구의 요인과 문항에 대한 내용타당도를 검정하기 위해서는 전문가가 3명 이상 10명 이하가 바람직하다고 제시한 것에 근거하여 본 연구에서는 10명의 전문가 집단으로 총 3회 내용타당도를 검정하였다. 선정된 전문가에게 연구자가 이메일(e-mail) 또는 방문을 통하여 정신건강 위기의 개념과 연구의 목적 및 취지를 설명하고 예비문항에 대한 내용의 적절성을 조사하였다. 전문가 집단에게 각 문항의 측정목적과 관련성 점수를 매기도록 하여 내용타당도 평가지수(content validity index [CVI])를 이용하여 검정하였다. CVI는 4점 척도를 이용하여 1점은 관련이 없다는 것을 의미하고 4점은 아주 관련이 있다는 것을 의미한다. 문항별로 전문가에 의해 3점 또는 4점을 받은 비율을 계산하여 I-CVI를 산출하였다. 6인 이상 10인 이하의 전문가 그룹인 경우 I-CVI .78 이상이 타당하며 S-CVI/ave .90 이상일 때 최상의 내용타당도 계수라는 근거에 따라 각 문항이 기준 값을 충족하는지 확인하였다(Polit & Beck, 2006). 내용 타당도 검정결과에 따라 I-CVI가 .78 미만인 문장을 삭제하고 추가 및 수정·보완할 사항에 대해서는 그 이유와 함께 전문가 의견을 수렴하였고 의미가 유사한 것은 통합하고 모호한 표현으로 의미전달에 혼란을 줄 수 있는 문구를 수정·보완하였다.

(3) 예비조사

문항의 이해도, 설문지 응답 소요시간, 이해하기 힘든 문장과 질문사항 및 반응, 문항 길이의 적절성, 글자 크기, 설문지 배치 등 도구의 가용성을 확인하기 위해 예비조사를 시행하였다. 본 연구에서는 대구경북, 경남지역

에 소재한 광역정신건강복지센터, 기초정신건강복지센터에서 근무하는 정신건강복지센터 종사자 20명을 대상으로 선정된 도구의 문항을 검토하였다. 예비조사기간은 2021년 8월 26일부터 8월 30일까지이며 각 개인의 모바일을 이용하여 평일근무시간에 실제로 사례 현장에서 적용하도록 하였다.

(4) 최종 문항

예비조사 및 전문가 집단의 내용타당도와 문항검토의 과정을 거쳐 최종 설문에 사용할 문항은 23문항으로 확정하였다.

3) 도구검정

(1) 자료수집

본 연구는 대상자의 윤리적 고려를 위해 계명대학교 생명윤리심의위원회의 연구승인(IRB No. 40525-202012-HR-080-03)을 받은 후 시행하였다(부록 1). 설문조사의 참여자를 모집하기 위해 대구경북 지역, 부산, 마산 등의 경남지역의 정신건강복지센터 20개 기관에 전화, 방문 또는 이메일을 통해 기관장과 담당자에게 연구목적을 설명하고 협조를 구했다. 정신건강복지센터에 근무하는 종사자들을 대상으로 온라인 또는 오프라인으로 연구대상자 모집을 공지하였다. 개발된 최종 문항으로 구성된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 본 조사를 위한 자료수집의 표본 크기는 23개 문항의 10배수 이상이면서 25%의 탈락률을 고려하여 정신건강복지센터 종사자 280명을 연구대상자로 하였다(탁진국, 2007).

연구 참여자 선정기준은 아래와 같다.

- 정신건강복지센터 종사자로 실무경력이 1년 이상인 자
- 정신건강 위기개입 경험을 설명할 수 있는 자
- 연구 목적을 이해하고 참여하기로 서면 동의한 자

연구 참여자 제외기준은 아래와 같다.

- 정신건강복지센터 종사자이나 실무경력이 1년 미만인 자

• 연구 참여에 동의하지 않은 자

설문조사는 2021년 9월 2일부터 9월10일까지 줌 온라인 설문 의 웹 링크를 통하여 이루어졌다. 대상자들에게 연구 참여자의 자발적 참여와 익명성 보장 및 대상자의 의사에 따라 언제든지 중단할 수 있음을 설명한 설명문을 읽게 한 후, 동의한 대상자만 설문을 시행하였다.

설문조사 방법은 정신건강복지센터 종사자의 근무시간이 아닌 공휴일과 주말을 제외한 평일 낮 시간으로 하였다. 각 대상자 개인의 모바일을 이용하여 온라인 설문 의 웹 링크를 이용하여 정신건강 위기현장에 직접 나가서 설문 에 참여할 수 있도록 하였다. 대상자 한명 당 한 개의 사례를 설문하도록 하였다. 제시된 설명문을 읽고 ‘동의함’을 선택한 대상자만 설문조사에 참여하게 하였으며, 설문을 시작한 이후에도 설문참여 도중에 어떠한 불이익이 없이 언제든지 설문을 그만둘 수 있도록 하였다. 연구 참여도중 설문을 그만두고 싶으면 본 설문 조사 화면의 ‘중단하기’ 버튼을 눌러 설문을 중단할 수 있으며, 이를 설문 시작 전에 미리 알렸다. 설문 에 참여한 대상자에게는 소정의 답례품(모바일 음료 쿠폰)을 제공하였다.

(2) 사전자료 분석

타당도 검정과 신뢰도 검정 시행 전에 측정변수들의 분포를 검토하였다. 측정변수들의 평균, 표준편차, 왜도, 첨도 등의 측정변수의 기본적 특징을 파악하였다.

(3) 문항 분석

문항-전체 상관관계 분석은 하나의 문항 점수와 전체 도구의 총점과의 상관관계를 분석하여 해당 문항이 도구와 상관관계가 있는지를 확인하는 방법이다(DeVellis, 2017). 문항 분석을 통하여 도구의 신뢰도와 타당도를 낮추는 문항들이 있다면 제거하여 검사의 신뢰도와 타당도를 높였다(탁진국, 2007). 본 연구에서는 문항-전체 상관계수가 .30 미만이면 전체 도구에 대한 기여도가 낮은 것으로 평가되므로 문항-전체 상관계수가 0.3 이하인

문항은 제거하였다(이은옥 등, 2009).

(4) KMO 표본 적합성 측도와 Bartlett의 구형성 검정

Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) 측도와 Bartlett의 구형성 검정은 요인분석을 수행하기 전에 자료가 최소한의 조건을 가졌는지를 검토하는 것이다(강현철, 2013). KMO 측도의 값이 .90보다 큰 경우를 ‘훌륭한’, .80-.89인 경우를 ‘가치 있는’, .70-.79인 경우를 ‘중급의’, .60-.69인 경우를 ‘평범한’, .50-.59인 경우를 ‘빈약한’, 0.5 이하를 ‘받아들이기 힘든’ 경우로 분류한다. Bartlett의 구형성 검정은 귀무가설인 “상관계수 행렬이 단위행렬이다”를 기각할 수 있는지를 검정하는 것이다(강현철, 2013). 본 연구에서는 요인분석 전에 KMO 측도와 Bartlett의 구형성 검정을 시행하였고, KMO 값이 1에 가까울 수록 표본이 요인분석을 시행하기에 적합하다는 기준으로 KMO 값을 확인하였고, Bartlett 검정의 p 값이 유의수준 .05보다 작아서 귀무가설이 기각되어 요인분석에 적합한지 확인하였다.

(5) 타당도 검정

타당도란 개발한 측정 도구가 원래 측정하려 했던 것을 실제로 잘 측정하는가를 의미한다(강현철, 2013; 박현애, 2005). 도구의 타당도 검사는 신뢰도, 구성타당도, 집중타당도, 판별타당도 검증을 시행한다(강현철, 2013; Lynn, 1986). 본 연구에서는 도구개발 단계에서 내용타당도 검정을 하였고 도구평가 단계에서는 구성타당도 검정을 시행하였다.

① 구성타당도 검정

본 연구에서는 구성타당도 검정을 위하여 확인적 요인분석을 이용하였다. 개념분석 단계에서 도출된 정신건강 위기의 속성과 하부 문항들을 가설적으로 모형화하고 확인적 요인분석을 방법을 이용하여 그 가설의 지지 여부를 검증하였다.

선정된 모형의 적합도를 확인하여 Chi-square값을 자유도(df)로 나눈 값이 2.0 이하이면 양호, 3.0 이하이면 보통으로 판단하였다(우종필, 2012; Fornell

& Larcker, 1981). 표본의 공분산행렬과 연구모델의 추정공분산행렬간의 차이를 오차행렬이라고 하는데 이 오차행렬이 '0'에 근접해야 두 공분산행렬의 분포의 차이가 없게 되는 것으로, 이를 알아보기 위한 것으로 RMR (rootmean-square residual), RMSEA(root mean squareerror of approximation)가 있으며 일반적으로 RMR는 .05 이하, RMSEA는 .1 이하이면 모델적합도가 확보되는 것으로 보았다. 표본의 공분산행렬이 연구모델의 추정공분산행렬에 의해 설명되어지는 양으로 이는 '1'에 근접해야 두 공분산행렬의 분포의 차이가 없게 되는 것으로, 이를 알아보기 위한 것으로 절대적합지수 GFI (goodness of fit index)가 있으며 일반적으로 .9 이상이면 모델적합도가 확보되는 것으로 판단하였다. 이 외에 증분적합도지수(incremental fit index)가 있으며 연구모델이 영모델(null model)보다 얼마나 잘 측정되었는지를 나타내는 지수로, CFI(comparative fit index)가 일반적으로 .9 이상이면 모델적합도가 확보되는 것으로 판단하였다. 간명적합도지수(parsimonious fit index) 즉, PGFI가 낮을수록 모델적합도가 확보되는 것으로 판단하였다. 확인적 요인분석의 문항추출을 위해 요인부하량이 .5 이상 .95 이여야 하고, 특히 .7 이상이면 바람직하다는 기준을 바탕으로 요인부하량이 .6 이상이고 유의성 CR값이 1.96 이상($p < .05$)인지 확인하고 그렇지 않으면 삭제하였다 (최창호와 유연우, 2017).

② 집중타당도 검정

집중타당도는 관찰변수와 잠재변수 간의 관계를 평가하는 것으로, 잠재변수들을 설명하고 있는 관찰변수들의 요인적재량의 유의성으로 판단한다. 집중타당도가 낮다는 것은 관찰변수들이 잠재변수를 유의하게 설명하지 못하는 것을 의미한다(이정열, 2016). 본 연구에서 집중타당도는 요인부하량(λ), 평균분산추출(AVE, average variance extracted), 개념신뢰도(CR, construct reliability)를 이용하였다. 표준화 요인부하량 값은 .5이상, 평균분산추출값(AVE)은 .5이상, 개념신뢰도(CR)는 .7 이상이면 집중타당도가 있는 것으로 판단한다(우종필, 2012).

③ 판별 타당도

판별타당도는 집중타당도 다음으로 중요한 검증이다(배병렬, 2009). 판별타당도는 서로 다른 잠재변수간의 차이를 나타내는 정도로, 잠재변수들이 충분히 서로 다른 개념을 나타내고 있는지를 평가하는 것이다(이정열, 2016). 잠재변수 간 낮은 상관을 보인다면 판별타당성이 있는 것이며, 잠재변수 간 높은 상관을 보인다면 구성 개념간의 차별성이 떨어지는 것을 의미하므로 잠재변수 간 판별타당성이 없는 것을 의미하며, 판별타당성이 없다는 것은 잠재변수가 서로 독립된 형태의 구성개념이 아닌 동일한 구성개념임을 의미한다(우종필, 2012). 본 연구에서 각 요인 간의 판별타당성을 확인하기 위해 각 요인의 분산추출지수와 상관계수를 비교하여, 대각선의 분산추출지수와 상관계수의 제곱값을 확인하였다(Fornell & Lacker, 1981). 구성개념간 각각의 AVE 값과 상관계수 제곱값(ϕ^2)을 비교하여 AVE 값이 상관계수 제곱 값(ϕ^2) 보다 클 경우에 판별타당도가 있는 것으로 판단하였다.

(6) 신뢰도 검정

신뢰도 검정을 위하여 내적 일관도를 측정하였다(박현애, 2005). 내적일관성은 Cronbach's α 값을 통해 확인하는데, 이는 문항 간 상관의 평균이다. 본 연구에서는 내적 일관성을 평가하기 위하여 Cronbach's α 값의 기준에 대해 DeVellis (2017)의 기준(.65-.70, 최소한 용인될 수 있음: .70-.80, 훌륭함; .80-.90, 매우 좋음: .90 이상, 도구길이 줄이는 것 고려)과 '새로 개발된 도구는 .70 정도의 신뢰도는 수용 가능한 것으로 간주함'을 고려하였다(이은옥 등, 2009). 본 연구에서는 내적 일관성을 평가하기 위하여 Cronbach's α 값이 .70 이상인지 확인하였다.

3. 자료 분석

본 연구의 수집된 자료는 SPSS/WIN 20.0 Program (International Business Machines Corporation of Armonk, New York)을 이용하여 다음

과 같이 분석하였다.

- 1) 연구 참여자의 일반적 특성은 기술통계를 이용하여 백분율, 빈도, 평균, 표준편차를 산출하였다.
- 2) 도구의 내용 타당도는 CVI를 산출하였다.
- 3) 도구의 구성 타당도는 문항 분석과 요인분석을 하였다.
 문항 평가는 문항-총점 상관계수를 확인하였다.
 요인분석에 적합한 자료인지 확인하기 위하여 KMO와 Bartlett 구형성 검정을 하였다. 요인분석은 주성분 분석과 Varimax 회전을 이용하여 요인을 추출하였다. 확인적 요인분석은 모형추정 방법을 최대우도법으로 분석하였다.
- 4) 신뢰도 검정은 문항의 내적 일관성 신뢰도 계수 Cronbach's α 값을 확인하였다
- 5) 집중타당도는 확인적 요인분석으로 추출된 표준화된 요인부하량, 표준 분산추출(AVE) 값과 개념신뢰도(CR) 값으로 확인하였다.
- 6) 판별타당도는 확인적 요인분석으로 추출된 표준분산추출(AVE) 값과 각 요인 간 상관계수 제곱(ϕ^2) 값의 비교, 상관계수(ϕ)의 신뢰구간 [$\phi \pm 2 \times SE \neq 1$] 으로 확인하였다.

IV. 연구결과

1. 도구개발

1) 개념분석 단계

본 연구에서는 정신질환자 위기와 관련된 주요개념을 다루고 있는 문헌을 광범위하게 수집하고 고찰하였다. 이론적 단계에서 도출된 정신건강위기의 속성으로는 생물심리사회적 차원으로 범주화 하였다.

생물학적차원에 대한 개념분석 단계의 구성요인은 ‘알코올·약물남용’, ‘정신질환의 병력’이 도출되었으며 약물남용은 정신건강 위기의 중요한 예측요인으로 확인 되었다. 이에 대한 하위영역으로는 ‘알코올 및 약물남용으로 인한 자살행동’, ‘약물 중단으로 인한 잦은 재발’, ‘조기 정신병 이력’, ‘일반의학에 대한 병력’, ‘영양 부족’, ‘만성 통증·부상, 수면부족’, ‘유전적 변이의 정신병적 증상’, ‘유아기 때 공격적 행동이 정착’등의 속성으로 포함되었다.

사회적 차원의 속성으로는 ‘사회적 지지체계’가 도출되었고 하위영역으로는 ‘개인적 또는 사회적 지원 부족’, ‘왕따의 피해자 또는 가해자’, ‘학업 성취도가 낮음’, ‘실직 또는 무직’, ‘재정상태’, ‘빈곤’, ‘정서적 학대’, ‘가족 관계’, ‘문화적 영향’, ‘종교적 배경’, ‘어린 시절 학대 및 방치’, ‘이혼 또는 최근의 상실’, ‘빈곤’, ‘사회성 부족’, ‘의사소통 능력 부족’ 등의 속성으로 구성 되어있다.

심리적 차원의 차원에서는 먼저 자살행동과 관련한 속성으로 ‘자살언급 및 자살시도’, ‘자살사고’, ‘최근 자살시도 이력’, ‘급격한 기분변화’, ‘자살을 예측할 수 있는 행동’ 등의 속성이 있었다. ‘정신 상태에 대한 속성으로는 ‘스트레스 요인’, ‘분노조절장애’, ‘신체적 위협’, ‘자살의도’, ‘충동적 행동’, ‘공격적 행동’, ‘자기인식’ 등이 포함되어있다. 이에 따른 하위영역으로는 ‘과민성’, ‘집중 및 대화의 어려움’, ‘초조함 증가’, ‘편집증적 사고’, ‘정서 상태 불

안정, '예기치 않은 사건발생', '중요한 목표에 대한 위협', '스트레스가 많은 생활사건', '낮은 자존감', '부정적인 자기 인식' 등이 있다.

이 외에 생명을 위협할 수 있는 응급상황에서 중증도 분류를 위한 '즉각적 위기', '잠재적 위기'의 속성들이 있으며 이에 대한 하위영역으로 '자살 위협에 대처하기', '비현실감', '환각', '사람·시간·장소의 인지력 장애', '살인 또는 위협적인 행동', '자살생각과 감정에 대한 질문', '심리적 의도의 강도 추정', '자살계획', '자살 이력에 대한 질문' 등이 포함되었다.

이상의 기존의 문헌을 통해 살펴본 이론적 단계의 정신건강 위기 개념에서 반복적으로 나타난 구성요인은 생물심리사회적 차원의 15개의 속성과 그에 따른 여러 하위영역들로 확인되었다(표 3).

표 3. 이론단계에서 도출된 정신건강 위기 개념의 속성

구성요인	하위범주	주제	출처
알코올 · 약물남용	<ul style="list-style-type: none"> 알코올 · 약물남용으로 인한 자살행동 	<ul style="list-style-type: none"> 자살위기로 진단된 청소년의 자살 시도 유무를 변별 : 알코올 · 약물남용, 무망감 · 공격성이 청소년들의 자살시도를 효율적으로 예측 	Jeong & Seo (2014).
정신질환 병력	<ul style="list-style-type: none"> 반사회적 · 공격적 행동 유전 요인 환경 요인 	<ul style="list-style-type: none"> 조현병 환자의 폭력에 대한 새로운 임상적 의미 : 조현병은 유아기 때부터 인지 결핍, 정신병적 경험, 내 · 외적인 문제가 나타남 	Hodgins (2017).
생 물 가족력	<ul style="list-style-type: none"> 생물학적 요인 심리적 요인 환경적 요인 외상성 뇌 손상 암 또는 당뇨병 갑상선 기능저하증 <ul style="list-style-type: none"> 알츠하이머병, 파킨슨병 등의 뇌 관련 질병 만성질환 	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환의 위험을 예측하기 위한 모델개발 : 교육, 가족력, 정신질환의 이력, 물질남용, 독소에 노출, 성적학대 	Dooshima, Chidozie, Ademola, Sekoni, & Adebayo (2018). Swan, & Hamilton (2020).

(표 계속)

표 2. (계속)

구성요인	하위범주	주제	출처
사회 사회 지지체계	<ul style="list-style-type: none"> • 가족 관계 • 사회적 지원 • 결혼 여부 • 문화적 영향 • 영적 또는 종교적 배경 • 취미 및 여가 활동 • 어린 시절 학대 · 방치 • 따돌림 · 왕따 • 친구가 거의 없거나 건강한 관계가 거의 없음 • 사망, 이혼 또는 최근의 상실 • 괴롭힘, 피해자 · 가해자 • 빈곤 • 사회성 부족, 의사소통 능력 부족 • 차별 • 지원 서비스에 대한 액세스 부족 • 잦은 전학 · 이사, 아동기의 역경, 지리적 고립 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 건강 문제는 복잡한 사회적 관계와 관련 • 가족과 친구, 사교 클럽, 교회 그룹, 직장동료, 네트워크체계와 관련 	AMWA (2020). Roberts & Ottens (2005)

(표 계속)

표 2. (계속)

구성요인	하위범주	주제	출처
분노조절 문제	<ul style="list-style-type: none"> • 갑자기 우울·행복·평온해짐 • 일상적인 위생기능 부족 • 언어적 위협을 가함 • 자해·타인에 대한 학대 행위 • 과민성, 집중·대화의 어려움 • 초조함 증가 • 편집증적 사고 • 자살언급·자살시도 • 대인관계 방법, 정서 상태 불안정 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 건강 위기 인식 : 정신건강위기가 진행 중일 때 경고 신호 	Swan & Hamilton (2020).
	<ul style="list-style-type: none"> • 분노조절·대인관계·정신상태 • 신체적 폭력의 위험 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 폭력예측을 위한 분노조절 문제, 대인관계, 불안한 정신상태의 타당성 평가 : 분노조절, 대인관계, 정신상태가 불안정하면 병원 입원기간 동안 폭력 위험이 증가 	Doyle & Dolan (2006)
스트레스 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 예기치 않은 사건발생 • 중요한 목표에 대한 위협 • 스트레스가 많은 생활사건 • 낮은 자존감, 부정적인 자기 인식 • 감정인식 부족·상실(사망·이혼) • 절망과 미래에 대한 전망 • 가정·직장에서의 생활 스트레스 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강 위기를 증가시킬 수 있는 요인 • 정신건강위기에 직면한 환자의 잠재적인 위험 : 가족, 경제, 사회와 연계된 비일상적인 사건 	Swan & Hamilton (2020).

(표 계속)

표 2. (계속)

구성요인	하위범주	주제	출처	
심 리	자살시도 이력	<ul style="list-style-type: none"> • 이전 자살시도의 이력 • 정신장애를 가진 하위집단이 자살 위험이 높음 • 알코올 관련 사망이 자살 행동과 관련 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환 위험요인의 자살에 대한 예측인자 : 자살 시도는 완전한 자살보다 최대 10-40배 더 빈번할 수 있으며, 자살의 가장 강력한 단일 임상 예측 인자	Haukka et al. (2008)
	자기인식	<ul style="list-style-type: none"> • 잠재적 위험예측의 포괄적 정보 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환 인구집단에서 위험예측에 대한 태도 및 접근방식 : 위험 예측에 대한 관점과 태도, 삶의 질과 자기 인식	Mantell et al. (2021).
	충동적 행동	<ul style="list-style-type: none"> • 언어적 · 신체적 공격 • 조기 정신병 이력 • 충동성 • 공격성 	<ul style="list-style-type: none"> • 초기 정신병 치료를 받는 젊은 성인을 위한 폭력 위험 평가 	Rolin et al. (2021).
	공격적 행동	<ul style="list-style-type: none"> • 성폭력, 스토킹, 범죄이력 • 치명적일 수 있는 타해의 계획 • 살인미수 · 충동적 행동의 이력 • 심각한 약물 남용의 이력 • 높은 수준의 자살 위험 가능성 	<ul style="list-style-type: none"> • 심하게 동요하거나 폭력적인 성인의 평가 및 응급 처치 	Moore & Pfaff (2020).

(표 계속)

표 2. (계속)

요인	하위범주	주제	출처
신체적 위험	<ul style="list-style-type: none"> • 재산 손상 • 자신에 대한 공격 • 다른 환자에 대한 공격 • 위기관리 실무자에 대한 공격 • 신체적 · 언어적 위험 	<ul style="list-style-type: none"> • 신체적 위험이 높은 정신과 환자를 식별 • 반사회적 및 공격적 행동의 위험이 높은 집단을 위한 예방 및 개입 • 24시간 이내에 폭력적인 행동을 예측하기 위한 세 가지 환자 특성 	Neufeld et al. (2012). Moursel et al. (2019).
	심리 정신상태 검사	<ul style="list-style-type: none"> • 일반적인 상태 • 정신운동 활동 · 감정상태 • 인지기능 • 스피치 • 통찰력 · 판단 	<ul style="list-style-type: none"> • 잠재적위기를 발견하기 위한 포괄적 검토
자살행동	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 위험 평가(위험증가 요인 · 위험감소 요인식별) • 급격한 기분변화 • 무망감 · 무가치함 · 절망감 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 위험 평가, 성인의 자살생각과 행동 : 연령, 성별, 학력, 동거 여부, 취업 여부, 실직 여부, 정신과적 진단, 과거 자살시도 	Ballard et al. (2021).

(표 계속)

표 2. (계속)

구성요인		하위범주	주제	출처	
생물·심리·사회적	즉각적 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 위협에 대처하기 • 비현실감 • 환각 • 사람, 시간, 장소의 인지력 장애 • 살인 또는 위협적인 행동 • 즉각적인 치료가 필요한 자해·타해 • 약물·알코올에 의한 심각한 장애 • 불규칙하거나 비정상적인 행동 	<ul style="list-style-type: none"> • 독극물·약물과다복용의 자살행동 확인 • 대상자가 현재 가정폭력, 스토키 또는 성적학대의 대상인지 확인 	<ul style="list-style-type: none"> • 폭력위험 평가 도구 • 정신건강위기에 처한 사람들: 임상 및 다양성 관점 • 로버츠의 7단계 위기 개입 모델 	CDC (2020). Ballard et al. (2021). Moore & Pfaff (2020). Roberts & Ottens (2005).
	잠재적 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 건강 문제의 가족력 • 정신 질환의 존재 또는 병력 • 학대 또는 외상 사건의 이력 • 왕따의 피해자·가해자 • 학업 성취도가 낮음 • 복합적인 질병 또는 부상의 존재 • 약물·알코올 남용 • 영양 부족, 만성 통증, 수면 부족 • 스트레스가 많은 생활사건의 존재 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살생각과 감정에 대한 질문 • 심리적 의도의 강도 추정 • 치사율 예측 자살계획 • 자살 이력에 대한 질문 • 특정위험요소(사회적 고립, 우울증, 손실, 이혼, 해고 등) • 낮은 자존감 • 부정적인 자기인식 • 감정 인식 부족 		

2) 문항개발 단계

(1) 연구 참여자

대구, 경남지역에 소재한 광역정신건강복지센터, 기초정신건강복지센터에서 근무하고 있으며, 경력이 1년 이상 된 실무자로서 정신건강 위기관리에 대한 경험에 대해 충분히 설명할 수 있다고 판단되는 실무자 중 연구에 동의할 자로서, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강심리사 및 일반종사자로 본 연구에 동의를 한 자료 선정하였다(표 4).

표 4. 포커스 그룹 참여자의 일반적 특성 (n=12)

변수	구분	n(%)
성별	남성	4 (33.3)
	여성	8 (66.7)
연령(세)	20세~30세	5 (41.7)
	31세~40세	1 (8.3)
	41세~50세	6 (50.0)
전문 직종	정신건강간호사	4 (33.3)
	정신건강사회복지사	3 (25.0)
	정신건강임상심리사	1 (8.4)
	일반종사자	4 (33.3)
경력(년)	1년 ≤ ~ < 5년	5 (41.7)
	5년 ≤ ~ < 10년	7 (58.3)

문항개발 단계의 현장조사에서는 생물심리사회적 차원의 11개의 구성요소가 도출되었다. 먼저 생물학적 차원의 구성요소로는 ‘알코올·약물남용’, ‘개인적 병력’의 2개의 속성이 도출되었고, 심리적 차원의 구성요소는 ‘위기유발 요인’, ‘분노표출’, ‘자살행동’, ‘태도·감정’, ‘전조증상’, ‘정신병적 증상’등으로 6개의 속성이 도출되었다. 사회적 차원으로는 ‘지지체계’, ‘범죄이력’, ‘정서적 학대’ 3개의 속성이 도출되었다. 포커스 그룹 면담의 녹음된 내용을 전사한 후 내용분석 한 결과 정신건강 위기의 속성은 표에서 제시하

였다(표 5).

① 알코올·약물남용

정신건강 위기 평가에 있어 알코올·약물남용을 위기에측요인으로 하였다. 이는 정신착란을 유발하여 충동적인 행동 등의 비정상적인 행동으로 이어지며 이로 인한 자타해의 위협을 가할 수 있다고 하였다.

“팔에 바늘자국이 있거나, 코에서 나오는 물 같은 분비물이나 코와 입 주변의 벌겍게 발진이 보이기도 하고 암튼 냄새도 나고요.”(A3)

“며칠씩 밥도 안 먹고 술만 마시게 되는데, 뭐 일상생활을 유지하기 힘들고, 음주상태로 가족에게 폭력 쓰고 모르는 사람도 공격하게 되고요.”
 “약을 거의 복용을 안 하게 되죠, 퇴원 한 환자들은 거의 약을 안 먹어서 더 심해져요.”(A2).

② 내과적 질환 동반

정신건강 위기 예측에 있어 기저질환 및 만성적인 내과적질환 등이 정신건강인 위기를 유발하는 요인으로 설명하였다.

“약물복용을 하지 않으면서, 알코올만 섭취를 하게 되었을 때 일상생활이 유지가 안 되는 상황에서 내과적인 만성질환을 동반하였을 경우에 위기를 예측해야 된다고 생각해요, 저는 꼭 그런 부분도 챙기게 되거든요.”(A5)

“술만 계속 마시고, 식사를 거의 안 드시는데, 당뇨, 고지혈증, 고혈압, 변비 등 만성질환을 방치하여 저혈당이나 심혈관질환 같은 내과적인 위험도 발생하고, 이럴 때 위기라고 봐야죠, 꼭 정신적인 문제가 없더라도 일반인도 이런 상태로는 죽거든요.”(A5)

“얼굴을 봐도 요 며칠 간 눈에 띄게 피곤해 보이고, 외관상 의심되는 질

병의 위험성이 있다고 보는 거죠, 예를 들면 키 크기에 비하여 심하게 말랐거나 또는 반대로 심하게 비만하거나.”(A3)

“가족들은 입원치료가 필요하다고 하지만, 나는 원래 성격이 좀 과격해서 그렇다고 주장한다(대상자 병식).”(C5)

“내가 잘못해서(아들이 또는 배우자에게) 맞은 것이라고 주장하며, 가족의 정신병을 인정하지 않는다(동거가족의 병식).”(C5)

③ 지지체계

정신건강 위기에 있어 개인적인 조력자 또는 일반적 조력자 및 사회적 지지체계의 부재가 위기를 유발할 수 있는 예측인자라고 하였다.

“가족, 친구, 친척 등 기타 조력자가 단 한 명이라도 있으면 도움이 될 텐데요, 보호자도 한 명 없어요, 그리고 다른 유관기관들은 사실 미등록자까지 챙길만한 여력이 안 되거든요.”(C1)

“사실 유관기관과도 업무적인 과부하로 연계체계의 한계가 있습니다. 정신건강센터, 시군공무원 등의 기타 조력자도 전혀 연결이 안 되어 있으면, 위기상황이 발생해도 어떻게 개입을 할 방법이 없어요.”(A3)

“퇴원 후 지낼만한 거처도 마땅하지 않고요, 더구나 주변인과의 갈등상황이 생기고하면 더 힘들다고 봅니다.”(C3)

“주변인과의 갈등상황이 지속되며, 정신건강복지센터 프로그램에 1주 이상 불참하고 1인 이상의 사회적 활동이 거의 없는 것도 조력자가 없는 이유지요.”(B2)

“도움을 요청할 수 있는 가족, 친구, 친척, 전화상담, 지역사회 정신건강센터, 시군공무원 등의 기타 조력자가 거의 없다. 주위에 친구가 한 명도

없다. 집밖으로 안 나오려고 해요.”(A4)

④ 공격적 행동

정신건강 위기에 있어 폭력을 사용하는 공격적인 행동(언어적·비언어적)은 자·타해에 대해 치명적인 위기라고 하였다.

“공공장소에서 칼을 휘두르며 타인에게 위협을 하고, 기름통을 들고 다니며, 공격행동을 하거나 화재 발생 우려가 높다.”(B1)

“폭언이나 욕설 같은 공격을 하거나 말로만 해도 위협이 되죠, 여기다가 강압적으로 가정폭력이나 성폭력 같은 치명적인 공격행동은 피해자 쪽에서도 치명타가 생길 수 있고, 단순한 범죄가 아니라고 봐야죠. 꼭 이런 행동을 했던 이력이 있으면 다시 재범의 우려가 있지요.”(C2).

“매일 남편한테 맞고 살아도 병원 갈 정도가 아니면 그냥 넘어가고, 그럴만해서 그랬지 이러면서 맞은 당사자가 심각성을 잘 모르고, 또 때리는 분도 그냥 별 생각 없이 습관적으로 폭력을 써도 된다고 생각하는 것 같아요.”(C1)

“동거를 잠시 했다가 헤어졌는데 한쪽에서는 인정을 안 하는거죠, 해결 방법이 참 없어요, 문 안 열어주면 별 협박들을 다하고, 이웃에서 더 공포 스텝죠, 스토킹 같은 거요.”(C1)

“살인미수, 가정폭력범죄, 성범죄, 10대 데이트 폭력, 무전취식, 방화, 난폭운전 등의 범죄이력이 있는 대상자가 늘 신고가 자주 접수되요.”(B3)

⑤ 위기유발 원인

정신건강 위기에 있어 위기상황을 유발하게 된 결정적 요인(원인)을 파악하는 것이 위기관리를 하는데 중요하며, 이러한 요인들로 인하여 위기가 발생하므로 같은 위기가 재발되지 않으려면 문제의 원인을 알아내는 것

이 중요하다고 하였다.

“무엇이 대상자의 위기상황의 결정적 요인이 있거든요, 약물을 복용하지 않은 이유도 있지만, 다른 스트레스 요인이 같이 겹치면서 위기상황이 되는 거죠, 이 사람들은 스트레스에 유난히 취약하거든요, 일종의 도피로도 보고요.”(A4)

“예를 들면 이혼이나 연인과 이별, 약물복용 불이행으로 인한 증상 재발, 가족의 사망, 재산의 손실, 고립, 불의의 사고로 장애를 가지게 되었다거나 이러면 신세한탄이 되면서 위험상황이 생길 것을 예측할 수 있습니다.”(C2)

⑥ 분노표출

정신건강 위기에 있어 충동적으로 분노를 표현하는 방식이 다르며, 분노표출을 함에 있어 폭발적으로 나타나므로 이를 위기로 보았다.

“왔다갔다 썩썩거리고 급격하게 흥분하여 얼굴, 가슴, 손바닥 등에 땀으로 축축해져 있고, 당장 일을 낼 듯이 화를 주체할 수 없어 불같이 성을 내고, 이런 사람들은 난폭운전, 묻지마 폭력 등을 예로 들수 있지요.”(B1)

“공공장소에서 칼을 휘두르며 타인에게 위협을 하고, 기름통을 들고 다니며, 공격행동을 하거나 화재 발생 우려가 높습니다.”(A3)

“불의에 사고로 갑작스럽게 장애를 가지게 된 게 수용이 안 되고 이렇게 된 현실에 대해 짊어삼킬 듯이 화가 난다.”(C1)

“오래된 연인과 원하지 않게 헤어졌다. 수용이 안 되고 미치도록 화가 치밀어 오른다, 뭐 이런 것들 이지요.”(A4)

“믿었던 지인에게 사기를 당해서 재산적 피해를 크게 입거나, 갑작스러

운 재난으로 재산의 손상을 크게 입었을 때, 인정하고 싶지 않고, 살고 싶지 않고, 죽여 버리고, 나도 죽어버리겠다, 이런 거죠.”(A5)

⑦ 신체적 위협

정신건강 위기에측에 있어 신체적 위협은 자신에 대한 위협과 다른 사람의 신체에 위협을 주는 신체적으로 위협으로 구분할 수 있고, 이는 의도적으로 질병, 통증, 고통, 사망에 이르게 할 위협성이 있으며, 흥기를 이용한 자해에 대한 신체적 위협으로 설명할 수 있다.

“팔, 허벅지 등 신체일부에 최근 1주일 이내로 의심되는 담뱃불에 의한 화상의 흔적 또는 날카로운 도구로 그어 자해를 한 흔적이 있다.”(C1)

“부친이 자녀에게 ‘개만도 못한 것’ ‘밥 먹는 것도 아깝다’ ‘때려죽여버리겠다’ 등의 폭언과 함께 발과 주먹으로 신체(얼굴, 머리, 복부 등)의 아무데나 무차별 공격행동을 했다.”(A4)

“얼굴 등 온몸에 치약 또는 구두약을 바른 채 장기적으로 방치하여 피부 손상상태가 매우 심각하다.”(A4)

“파트너가 동의하지 않았는데 성행위, 성적 접촉 또는 비 물리적 성행위(예: 섹스 톱)에 참여하도록 강요하거나 시도하였다.”(B3)

⑧ 자살행동

정신건강 위기에측에 있어 개인이 자살 생각을 하고 있거나 자살을 시도한 적이 있다는 것이 확인되면 치사율에 대한 계획과 심각정도를 포함하여 자살 생각과 행동에 대한 완벽한 평가가 이루어져야한다고 하였고, 자살행동을 예측하는 것이 위기를 예방하는 중요한 위기관리 과정이라고 강조했다.

“수면제를 수 십 알씩 모아 둔 것이 발견되고, 정황상 복용한 것으로 확인 된다거나, 번개탄이나 가스등 묘하게 불쾌한 냄새가 난다던지.”(B1)

“횡설수설, 지리멸렬한 내용과 함께 죽겠다고 종이에 기록을 하고, 보험을 정리하고, 유언을 종이에 기록하거나, 자녀와 동반자살을 시도한 이력이 있으면, 꼭 다시 시도하거든요, 그래서 자살을 시도했던 대상자들은 집중관찰 대상이죠.”(C2)

“급격한 기분변화 또는 행동변화가 보여요, 이상하게 저분이 전에는 막 유쾌한 성격이 아니었는데 유난히 기분이 좋아 보인다던가.”(A3)

⑨ 정신상태(태도·감정) 및 전조증상

포커스 그룹 면담에 참여한 정신건강복지센터 종사자는 위기를 예측하는데 있어서 위기상황의 압박함을 의심할 수 있는 정신 상태와 관련한 전조증상(민원, 태도, 감정 등)이 나타나므로 그에 따른 정신상태 또는 전조증상의 내용(언어적, 비언어적)을 인지하는 것이 필수적인 요소라고 하였다. 정신질환과 관련된 진단을 받은 대상자가 약물복용 불이행이나 어떤 경로로 인해서 정신병적인 증상이 악화되고 그 증상의 내용정도에 따라 위기에측을 하는데 중요한 부분이라고 하였다. 망상과 환청이 동시에 나타나는 경우가 더 압박하다고 하였다.

“사실 대상자는 어쩌면 그들이 위기를 우리에게 온몸으로 알려주고 있는데 우리가 그 부분을 케치를 못하고 놓쳐버리는 부분이 아주 많거든요, 사고가 터지고 나서야 아! 맞다! 그때 그래서 그런 말씀을 하신거구나. 뒤늦게 제가 알고 나서 많이 속상했지요, 그때는 그냥 저분은 항상 저런 말씀을 해 오셨으니까. 별 의심을 안 하고, 아니 제가 한 번 더 체크했어야 하는데 늘 죽는다는 말씀을 해왔는데, 그날은 어쩐지 기분이 평상시보다 되게 좋아 보이고, 목소리에 힘도 있어 보이고, 그래서 안심을 했었는데, 원래는 그렇게 목소리가 크거나 밝은 분이 아니셨거든요.”(A3)

“자신의 현재 위기상황에 대한 감정표현을 스스로 설명 할 수 있는지, 본인 스스로 설명할 정도만 되어도 우선 응급상황까지는 안가죠’ 진짜 극도로 안 좋으면 스스로 설명도 못하지요.”(B1)

“위기상황에서 자기가 저지른 대처법이나 행동들에 대해서 어떻게 받아들이는지를 우리가 파악을 해야지 그 다음을 예측할 수 있는 거죠, 업무 시간에 쫓기다 보면 사실 금방 눈앞에서 일어난 문제해결을 우선으로 하다 보니 이런 부분까지는 여유가 잘 없지요.”(C4)

“신발을 신고 들어갈 수 없을 정도로 집 상태가 엉망이이고, 담배꽂초가 아이스박스 통으로 몇 통이나 쌓여있고, 악취가 너무 심한 게, 술병들이 여기저기 막 늘어져 있는 게 보이거든요, 신발을 신고 들어갈 수가 없을 정도예요, 이미 그 정도면 아주 오래전부터 자기관리도 안되고 이미 증상이 많이 좋지 않다는 거지요. 이웃에게도 폐 끼치는 거구요.”(A5)

“술 새 없이 담배를 피워서 화재경보가 오작동이 자주 나는 거예요, 아파트 주민들이 얼마나 놀라고, 119불렀다가 담배연기라는 것을 안거죠.”(C1)

“남자 말소리, 여자 말소리, 아이 말소리가 들리거나 한꺼번에 같이 들려서 매우 혼란스럽고, 고통을 호소한다.”(C4)

“섭취하는 물이나 음식물이 나의 신체내부(위, 심장 등)에 들어가는 것이 보이고, ‘마셔라’는 소리가 들려서 물을 계속 마시게 되는데, 배가 터질 정도로 빵빵한데 환청이 막 명령하니까, 계속 마시고, 그러다보면 전해질 불균형으로 바로 사망하게 되는 거죠.”(A4)

“어디를 가나 주변사람들이 나를 음모하려고 작전을 짜고 있는 것 같아서 집 밖으로 전혀 나가지 않고 은둔생활 하는 거죠, 점점 더 고립되고, 증상은 더 악화되고, 그러다보면 곧 응급이 터진다고 봐야지요, 그전에 약을 잘 복용하도록 해야 되지만.”(A1)

⑩ 범죄이력

정신건강 위기에 있어 범죄이력은 위기에추에 있어 중요하다. 범죄이력은 충동적인 성격으로 재범의 우려가 높으므로 위기발생가능이 현저하게 높다고 볼 수 있다.

“순간적인 충동으로 손에 잡히는 대로 흥기를 들어 폭력행동을 했다 던지”, “술병으로 사람을 내리치는 등, 폭력행동, 무전취식 같은 범죄행동들을 별 생각 없이 그냥 막 충동적으로 하거나 습관적으로 나타납니다.”(B2)

“난폭운전으로 인명사고를 내고, 면허정지 및 취소 이력이 있다”, “대부분 범죄이력이 있으신 분들이 재범 우려가 높고 그러다보니 더 주시하게 되죠.”(B1)

“가족 구성원 중에 다른 사람의 이익을 위해 돈, 혜택, 소지품, 재산 또는 자산을 무단 또는 불법적으로 사용한다.”(C3).

⑪ 정서적 학대

“어르신한테, 자기 부모한테 막말하고, 굴욕스럽게 ,무례한 행동을 반복해오고, 욕설도 퍼붓고, 언어적 및 비언어적 위협, 지리적 또는 대인적 고립으로 인한 정신적 고통 및 두려움 등의 가능성이 있습니다.”(C1)

“음식, 물, 피난처, 의복, 위생, 등교 및 필수의료 등의 기본적인 욕구를 충족시키지 못한 채 방치되어 있으면 지금당장은 아니더라도 곧 위기상황이 닥칠 수 있습니다.”(C4).

표 5. 이론단계와 현장단계에서 도출된 정신건강 위기의 개념의 속성

이론단계		현장단계
구성요인	범주	범주
알코올 · 약물남용의 증상악화	<ul style="list-style-type: none"> • 알코올 · 약물남용으로 인한 자살행동 	<ul style="list-style-type: none"> • 약물복용 불이행으로 인한 증상 악화 • 헛소리 등의 정신착란 또는 대발작 • 바늘자국, 코와 입 주변의 분비물 및 발진 • 폭음 · 약물남용으로 인한 자 · 타해 위험
생 물 병력	<ul style="list-style-type: none"> • 반사회적 · 공격적 행동 • 유전 요인 • 환경 요인 • 생물 · 심리 · 사회적 요인 • 외상성 뇌 손상 • 암 · 당뇨병 • 만성질환 • 갑상선 기능저하증 · 알츠하이머병, 파킨슨병 등의 뇌 관련 질병 	<ul style="list-style-type: none"> • 특정 질병 및 장애 • 거식증 및 폭식증 • 질병 및 외상으로 인한 분리 · 보호의 필요성 • 가족력 • 만성 통증 및 부상, 수면부족 • 일반의학에 대한 병력 • 물질 도포로 인한 피부손상 · 화상 • 흉기로 인한 신체의 자해 • 출혈 및 외상의 심각성 • 내과적 질환을 동반한 합병증 • 만성질환 방치로 인한 내과적 위험성

(표 계속)

표 5. (계속)

이론단계		현장단계	
구성요인	범주	구성요인	범주
스트레스 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 예기치 않은 사건 • 중요한 목표에 대한 위협 • 가정, 직장에서의 스트레스 • 재산 손상 • 초조함 • 최근 상실(사망·이혼) 	위기유발 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 위기유발의 결정적 요인 • 최근 상실(사망·이혼) • 재산의 손실 • 불의의 사고 • 비고의적 신변의 변화 • 가정, 직장, 학교에서의 생활 스트레스
심리 폭발적 분노	<ul style="list-style-type: none"> • 언어적·신체적 위협을 가함 • 자해·타해의 위협 • 과민성 	분노표출	<ul style="list-style-type: none"> • 화를 주체할 수 없음 • 폭발적인 분노를 표출 • 안절부절·서성거리기 • 충동적 행동
자살의도	<ul style="list-style-type: none"> • 이전 자살 시도의 이력 • 정신질환의 이력 • 성 소수자 • 절망감 • 결혼여부 • 만성질병, 만성통증 	자살행동	<ul style="list-style-type: none"> • 자살을 위한 많은 양의 약 확보 • 보험을 정리 및 유언을 종이에 기록 • 자녀와 동반자살을 의도 • 급격한 기분변화 또는 행동변화 • 갑작스럽고 강렬한 공포감 또는 공황상태 • 도피방법으로 충동적 자살 위험 • 치명율이 높은 자살행동

(표 계속)

표 5. (계속)

이론단계		현장단계	
구성요인	범주	구성요인	범주
심리	정신상태	태도·감정	<ul style="list-style-type: none"> • 위기 상황에 대한 직접적인 설명 여부 • 현재 상황에 대한 감정표현 • 이전의 대처행동에 대한 현재의 태도
		전조증상	<ul style="list-style-type: none"> • 고성방가 또는 심한 악취 • 화재경보 오작동 발생 • 창밖으로 흉기 투척(망치, 공구주머니 등) • 불규칙한 수면 패턴 • 민원 발생에 대한 강도 와 빈도 • 지나친 흡연 • 자신이나 가족이 정신병을 부정(병식결여)
		정신병적 증상	<ul style="list-style-type: none"> • 정신병적 증상(망상·환각)으로 인한 자해의 위험 • 정신병적 증상(망상·환각)으로 인해 타해의 위험 • 사람, 시간, 장소에 대한 인지력 저하

(표 계속)

표 5. (계속)

이론단계		현장단계	
구성요인	범주	구성요인	범주
지역사회 관계	<ul style="list-style-type: none"> • 개인적·사회적 지원 부족 • 왕따의 피해·가해자 • 학업 성취도가 낮음 • 실직·무직 • 재정상대(빈곤) 	지지체계	<ul style="list-style-type: none"> • 정신의료기관과의 연계체계의 한계 • 가족, 친구, 친척 등 기타 조력자 • 정신건강센터, 시군공무원 등의 기타 조력자 • 퇴원 후 지낼만한 거처 • 주변인과의 갈등상황 • 자산을 불법적, 무단 또는 부적절하게 사용
사회 고립	<ul style="list-style-type: none"> • 왕따의 피해·가해자 • 가족, 친구, 학교, 직장으로부터 격리 • 빈곤 	정서적 학대	<ul style="list-style-type: none"> • 굴욕이나 무례 • 언어적 및 비언어적 위협 • 괴롭힘, 지리적 또는 대인적 고립(방임·방치) • 의, 식, 주 학교, 필수의료 등의 기본 욕구 불이행
공격적 행동	<ul style="list-style-type: none"> • 치명적일 수 있는 타해의 계획 • 살인미수 등 범죄 이력 • 언어적 폭력·신체적 폭력 	범죄이력	<ul style="list-style-type: none"> • 충동적 행동, 무전취식, 난폭운전 등 • 살인미수 또는 가정폭력범죄 등 • 성범죄 이력 • 공격적인 행동

(3) 최종분석 단계

최종분석 단계에서는 이론단계와 현장단계에서의 자료를 분석한 결과를 통해 개념의 속성을 확인하였고 다음과 같이 정리하였다(표 6).

본 연구의 이론적 틀을 토대로 정신건강 위기에 대한 차원을 생물학적, 심리적, 사회적인 3개의 차원으로 범주화 하였고, 이에 대한 핵심범주로 이론단계와 현장단계에서 도출된 구성요인으로 그 속성을 도출하였다.

먼저 생물학적 차원의 속성으로는 이론적 단계에서 ‘알코올·약물남용’, ‘정신질환의 병력’으로 표현하였고, 이에 대한 현장단계에서는 ‘알코올·약물남용’ 및 ‘개인적인 병력’ ‘신체적 위험’ 등으로 표현되어 통합단계에서는 ‘신체적 상태’로 통합하였다.

두 번째, 심리적 차원의 속성으로 이론적 단계에서 ‘스트레스 요인’과 현장 단계에서는 ‘위기유발 요인’으로 표현되었고 ‘정신상태’로 통합하였다. 또한 이론적 단계에서 도출된 ‘폭발적 분노’와 현장 단계의 ‘분노표출’에 대한 속성은 ‘정신상태’로 통합하였다. 심리적 차원의 이론적 단계에서 ‘자살의도’와 현장단계의 ‘자살행동’은 ‘자살행동’으로 통합하였다. 이론단계의 ‘정신상태 검사’와 현장단계의 ‘태도·감정’, ‘전조증상’, ‘정신병적 증상’은 ‘정신상태’로 통합하였다. ‘정서적 확대’는 이론단계와 현장단계에서 공통적으로 표현되었고 이는 대인관계 내에서 발생하는 속성이 있으므로 사회적 차원으로 포함시켰다. 또한, 이론단계의 ‘공격적 행동’과 현장단계의 ‘범죄이력’은 그 속성이 동일하며 ‘범죄이력’은 사회적 차원으로 범주화 시키고, ‘지역사회 관계’로 통합하였다.

세 번째, 사회적 차원의 이론적 단계의 ‘사회적 지지체계’와 현장단계의 ‘지지체계’에 대해서는 ‘지역사회 관계’로 통합하였다.

이상으로 이론단계와 현장단계에 대한 최종단계에서 정신건강 위기에 대한 3개의 차원으로 생물학적, 심리적, 사회적 차원과 4개의 구성요인으로 ‘신체적 요인’, ‘사회적 요인’, ‘자살행동’, ‘정신상태’로 통합하였다(표 6).

표 6. 이론단계와 현장단계를 통한 정신건강 위기의 통합단계

구성요인		통합단계	
		이론적 단계	현장작업 단계
생물 신체적 요인	신체적 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 알코올 · 약물남용 • 조기 정신병 이력 • 영양 부족 • 만성 통증 · 부상 등 • 유전적 변이의 정신병적 증상 	<ul style="list-style-type: none"> • 약물중단으로 인한 재발 • 폭음 또는 약물중독 • 정신착란 또는 대발작 • 출혈 및 외상의 심각성 • 분리 및 보호의 필요성 • 질병으로 인한 내과적 위험 • 거식증 또는 폭식증 • 물질 도포로 인한 피부손상 · 화상 • 특정 질병 및 장애 • 흡기로 인한 신체의 자해 • 가족력 • 지나친 흡연
		<ul style="list-style-type: none"> • 개인적 · 사회적 지원 • 왕따의 피해 · 가해자 • 폭력적인 부모와 동거 • 학업 성취도가 낮음 • 실직 · 무직 • 충동적인 행동의 이력 • 성폭력의 이력 • 예상치 않은 사건 • 목표에 대한 위협 • 재산 손상 • 생활 스트레스 	<ul style="list-style-type: none"> • 지리적 및 대인적 고립 • 의 · 식 · 주, 학교, 필수의료 등 기본적인 욕구 불이행 • 빈곤 • 굴욕이나 무례 • 주변인과의 갈등상황 • 성폭력 · 가정폭력범죄 이력 • 최근 상실(사망 · 이혼) • 불의의 사고 • 일반 조력자(가족 · 친구 · 친척)의 부재 • 사회적 조력자(정신건강센터 · 시군 공무원 등)의 단절
사회	사회적 요인		

(표 계속)

표 6. (계속)

		통합단계	
		범주	
구성요인	이론적 단계	현장작업 단계	
심 리	자살행동	<ul style="list-style-type: none"> • 자살시도 이력 • 정신질환 이력 • 성 소수자 • 절망감 • 결혼여부 • 만성질병 · 통증 • 급격한 기분변화 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살을 위한 많은 양의 약 확보 • 보험정리 및 유언을 종이에 기록 • 자녀와 동반자살 의도 및 자살행동 • 급격한 기분변화 또는 행동변화 • 극도의 불안감 • 갑작스럽고 강렬한 공포감 · 공황상태 • 충동적으로 자살할 위험 • 치명율이 높은 자살계획
	정신상태	<ul style="list-style-type: none"> • 정신상태 • 감정상태 관찰 • 인지기능 • 통찰력 · 판단 • 역기능적인 대처 • 스피치 • 초조함 증가 • 과민성 • 자해 · 타해 공격 	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 감정표현 및 태도 • 고성방가 또는 심한 악취 • 창밖으로 흉기 투척 • 불규칙한 수면 패턴 • 민원 발생에 대한 강도 · 빈도 • 정신병증상(망상 · 환각)으로 인한 자해 · 타해의 위험 • 사람, 시간, 장소에 대한 인지력 저하 • 자신 및 가족의 병식결여 • 공격적인 행동 • 폭발적인 분노를 표출 • 안절부절 · 서성거리기

3) 도구의 예비문항 선정

개념분석 단계에서 확인된 속성을 토대로 문항의 구성요인을 확정하고, 분석 자료 등을 토대로 초기문항을 개발하였다. 각 문항에 대한 배치 및 순서는 다음과 같은 이론적 근거를 토대로 정리하였다.

Roberts와 Ottens (2005)는 정신건강 위기에측에 대한 치사율을 평가함에 있어 무엇보다도 대상자가 독극물 섭취나 약물과다복용과 같은 자살시도를 실제로 시작했는지를 확인하는 것이 중요하다고 말하고 있다. 이는 정신건강 위기에측에서 ‘긴급한 위기’임을 강조하였다. 이를 토대로 본 연구의 초기문항에 대한 배치에 있어 약물남용 및 자살행동에 대한 속성들을 가장 우선적으로 배치하였다. Chu 등(2013)은 정신건강위기에서 대인관계 폭력, 언어적 위협 및 신체적 공격에 대한 예측변수를 보고하였고, 동적인 측정이 정적인 측정보다 일반적으로 단기 및 중기에측에 대해 더 정확하다는 연구 결과를 보여주고 있다(Chu et al., 2013). 따라서 본 연구의 문항에 대한 순서에 있어서도 이를 근거로 하여 동적인 속성들을 문항에서 우선으로 배치하였다. Swan과 Hamilton (2020)은 정신건강 위기가 응급상황으로 악화되는 이유는 의학적 상태 및 약물남용으로 인한 정신장애로 인해서 발생할 수 있다고 하였다. 실제로 임상면접에서 가장 우선적으로 이루어지는 것은 의학적 원인 평가이다. 이후 물질사용 평가가 이루어지며 정신건강 장애평가를 시행하게 된다. 의학적 질병은 많은 감정적, 인지적, 행동적 문제를 일으킬 수 있으며 이러한 문제를 가진 개인의 대다수가 이를 인식하지 못한다. 따라서 환자에게 심리적인 문제가 있을 때마다 질병이 원인일 가능성이 매우 높다고 보고하고 있다(Swan & Hamilton, 2020). 정신건강 위기행동의 의학적 원인을 암시하는 징후와 증상은 먼저 비정상적인 활력징후, 기침과 발열, 머리 부상 또는 국소 신경학적 소견의 증거, 의식이 흐릿한 방향 감각상실, 비정상적인 정신상태 검사결과, 최근 기억상실, 환각, 신체검사에서 중대한 이상 등이다. 따라서 본 연구의 예비문항에 대한 배치 및 순서는 긴급한 위기의 속성인 약물남용, 자살행동, 의학적 평가, 동적인 측정 등과 관련된 문항들을 우선적으로 가장 선두에 배치하였다. Roberts와 Ottens (2005)는 진행 중인 자살행동이 없음을 확인한 후 위기관리실무자는 대상자의 ‘잠

재적 위기’에 대해 확인할 것을 강조하고 있다. 또한 현재 병력에 대한 정보 중에 제기되지 않은 다른 문제를 탐지하려면 포괄적이고 잠재적인 검토를 수행해야 한다(Moore & Pfaff, 2020). 잠재적인 위기에 대한 속성으로는 자살 생각과 감정, 치명적인 질병, 치사율 높은 자살계획, 자살시도 이력, 범죄이력, 사회적 고립, 우울증, 손실, 이혼 또는 실직 등이 있다(Roberts & Ottens, 2005). 이를 토대로 본 연구의 잠재적 위기에 대한 속성들을 배치하였다.

이상으로 본 연구의 초기문항은 3개의 차원과 4개의 구성요인 및 그에 따른 하위영역으로 이루어 졌으며, 총 문항의 수는 27개 문항으로 ‘신체적 요인’ 8개 문항, ‘사회적 요인’ 5개 문항, ‘자살행동’ 3개 문항, ‘정신상태’ 11개 문항이다(그림 4).

분류	신체적	사회적	자살행동	정신상태
신체	8			
심리			3	11
사회		5		
문항 수	8	5	3	11

그림 4. 예비문항 구성

4) 내용 타당도 검정

선정된 전문가에게 연구자가 이메일(e-mail) 또는 방문을 통하여 정신건강 위기 예측 개념과 연구의 목적 및 취지를 설명하고 예비문항에 대한 내용 적절성을 총 3회 조사하였다. 추가 및 수정·보완할 사항, 삭제해야 할 문항에 대해서는 그 이유와 함께 전문가 의견을 수렴하고, 의미가 유사한 것은 통합하고 모호한 표현으로 의미전달에 혼란을 줄 수 있는 문구는 수정·보완하였다. 1차와 2차 전문가 내용타당도는 간호학 교수 3인과 정신건강전문요원 5인, 정신전문의 1인으로 총 9인의 검정 결과 I-CVI는 최저 .67에서 최고 1.00이었으며, S-CVI/ave값은 .96이었다.

1차에서는 구조와 문항에 대한 전문가의 전반적인 의견을 수렴하여 문항을 재배치하고 다듬는 작업을 하였다. 공통적으로 신체적 요인의 4번 문항에서 ‘물질도포로 인한 피부손상’과 6번 문항의 ‘장시간 음식물 섭취를 하지 않은 것’과 7번 문항의 ‘신체적 자해 행동’을 신체 2번 문항의 ‘심각한 외상’에서 괄호 안에 설명으로 포함시켜 수정하였다. 그리고 사회적 요인의 12번 문항의 ‘기본적인 욕구충족’을 13번 문항의 ‘사회적 고립’으로 통합하였고, 심리적 요인에 18번문항의 ‘흥기투척 및 방화’를 사회적 요인의 9번 문항인 ‘공공의 안전에 위협’으로 이동 통합하였고, 정신상태의 25번 문항인 ‘분노 표출’을 자살행동의 16번 문항인 ‘급격한 기분변화’ 문항으로 이동하여 통합하였다. 19번 문항의 ‘대상자가 현재 예상치 못한 불의의 사고로 어찌할 바를 모릅니까?’는 질문이 모호하고 위기상황에 대한 질문으로 적절하지 않다는 의견과 함께, I-CVI는 .67로 기준에 적합하지 않아 삭제하였다. 문항 중 의미가 유사하거나 중복된 표현은 심층면담 내용을 재확인하고 전문가 3인과 상의하여 이동 또는 통합하는 작업을 거쳐 최종적으로 1개의 문항을 삭제하였고, 8개의 문항을 통합하였고, 2개의 문항을 구성요인 위치를 이동하여 2차 전문가 내용타당도 검정을 위한 23개 문항이 도출되었다.

2차 전문가 내용타당도는 1차 내용타당도 검정 단계를 통하여 도출된 23개 문항으로 1차 내용타당도를 검정했던 동일한 전문가에게 의뢰하였다. ‘정신상태’의 21번 문항인 ‘일상생활과 관련된 주요한 사항(주소·가족이름 등)’을 22번 문항의 ‘시간에 대한 감각(연도·계절·요일 등)’과 통합하였고, 23번 문항의 ‘대상자가 자신의 질병에 대한 병식이 있습니까?’에서 ‘병식’이라는 전문용어가 다소 어려움이 있다는 제안을 반영하여 ‘현재 자신의 질병에 대해 잘 알고 있습니까?’로 수정하였다. ‘자살행동’에서 ‘자살에 대한 사고’ 및 ‘자살행동의 위협으로부터 도와줄 조력자가 있는지’의 여부가 중요하다는 전문가 의견을 수렴하고 심층면담 내용을 재확인하여 ‘자살행동’에 대한 2개의 문항을 추가하였다. 망상 및 조증에 대한 내용이 추가되기를 제안하는 의견을 수렴하여 심층면담을 재확인하고 전문가의견을 수렴하여 ‘정신상태’ 20번 문항의 ‘대상자가 현재 통제할 수 없는 자해 및 타해의 위협이 있습니까?’의 문항은 망상과 환각에 대한 문항으로 그 의미전달이 부족하다

고 판단하여 ‘대상자에게 현재 망상 및 환각 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까?’로 하여 증상에 대해 구체화시키고 ‘통제할 수 없는 기괴한 행동’을 괄호 안에 설명으로 포함하였고, 21번 문항의 ‘대상자가 현재 일상생활유지가 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양되어 있습니까?’ 문항은 조증에 대한 문항이었으나 또한 의미전달이 부족하다고 판단하여 ‘대상자에게 현재 조증 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까?’로 증상을 구체화시키고 ‘일상생활이 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양 됨’을 괄호를 넣어 설명하여 문항을 수정 보완하였다. 문항 중 의미가 유사하거나 중복된 표현은 심층면담 내용을 재확인하고 전문가 3인과 상의하여 이동 또는 통합하는 작업을 거쳐 1, 2차 내용타당도 검증에서 최종적으로 11개의 문항을 통합하였고 2개 문항이 추가 되었으며 1개의 문항을 삭제하였고 수정 보완하여 최종적으로 23개 문항이 도출 되었다.

3차 전문가 내용타당도는 심층면담에 참여한 대상자로 이해하기 힘든 문장과 질문사항 및 반응, 설문 응답 소요시간을 확인하는 표면타당도를 조사하였고 국문학 전공자 1인에게 의미가 바뀌지 않은 범위에서 어법이나 전체적인 문장의 흐름 등을 수정·보완하였다. 국문학 전공자의 의견은 다음과 같다. 전체적으로 ‘대상자에게 현재’와 같은 기존의 문장을 ‘현재 대상자에게’와 같이 시간이 먼저 나오는 게 자연스럽다하여 주어의 배치를 수정하였다. 10번 문항에서 ‘갑자기 격앙되거나’라고 표현한 문장에 ‘격앙’에 대한 주어가 없는 부분을 ‘기분이 격앙되다’로 수정하였다. 정신전문요원의 의견을 수렴하여 15번 문항의 ‘충동적 자살행동의 위험’을 ‘최근 1주일 이내에 자살을 시도한 이력이 있습니까?’로 수정하여 최종 23개 문항으로 예비조사에 대한 최종 문항이 도출되었다(부록1).

5) 예비조사 및 최종문항 확정

지역사회 정신건강전문요원으로 경력이 1년 이상 된 정신건강전문요원 10인과 일반종사자 10인을 대상으로 총 20명을 대상으로 예비조사를 실시하여 이해하기 힘든 문장과 질문사항 및 반응, 설문응답 소요시간을 재확인하였다. 전체 23개 문항의 도구에 응답하는데 걸리는 시간은 최소 3분에서

최대 5분이었다. 내용검토의 결과에 따라서 문항의 뜻이 변경되지 않는 범위 내에서 정신건강위기상황을 반영하도록 문장을 수정하였고, 이해하기 어려운 단어나 문장을 수정하였다. 23번 문항의 ‘대상자의 신체 또는 심리적 위기상황에 대한 이유를 확인하지 못하고 있습니까?’의 문항은 확인하고 있지 못하는 주체가 명시 되면 좋겠다는 제안을 수렴하여 ‘대상자의 위기상황에 대한 이유를 대상자 본인이 알지 못합니까?’로 수정하였다. 그리하여 최종문항은 3개의 차원과 4개의 구성요인 및 그에 따른 하위영역으로 이루어졌으며, 총 문항의 수는 ‘신체적 요인’ 6개 문항, ‘사회적 요인’ 5개 문항, ‘자살행동’ 5개 문항, ‘정신상태’ 7개 문항으로 총 23개 문항을 선정하였다 (그림 5).

분류	신체	사회	자살행동	정신상태
신체	6			
심리			5	7
사회		5		
문항 수	6	5	5	7

그림 5. 수정된 도구 문항

2. 도구 평가

도구 평가의 과정을 살펴보면, 도구 개발과정에서 개발된 총 23개 문항으로 설문지를 구성하고 정신건강복지센터 종사자 282명을 대상으로 설문조사를 시행한 후 타당도와 신뢰도 검정의 과정을 거쳐서 최종도구를 완성하였다(그림 6).

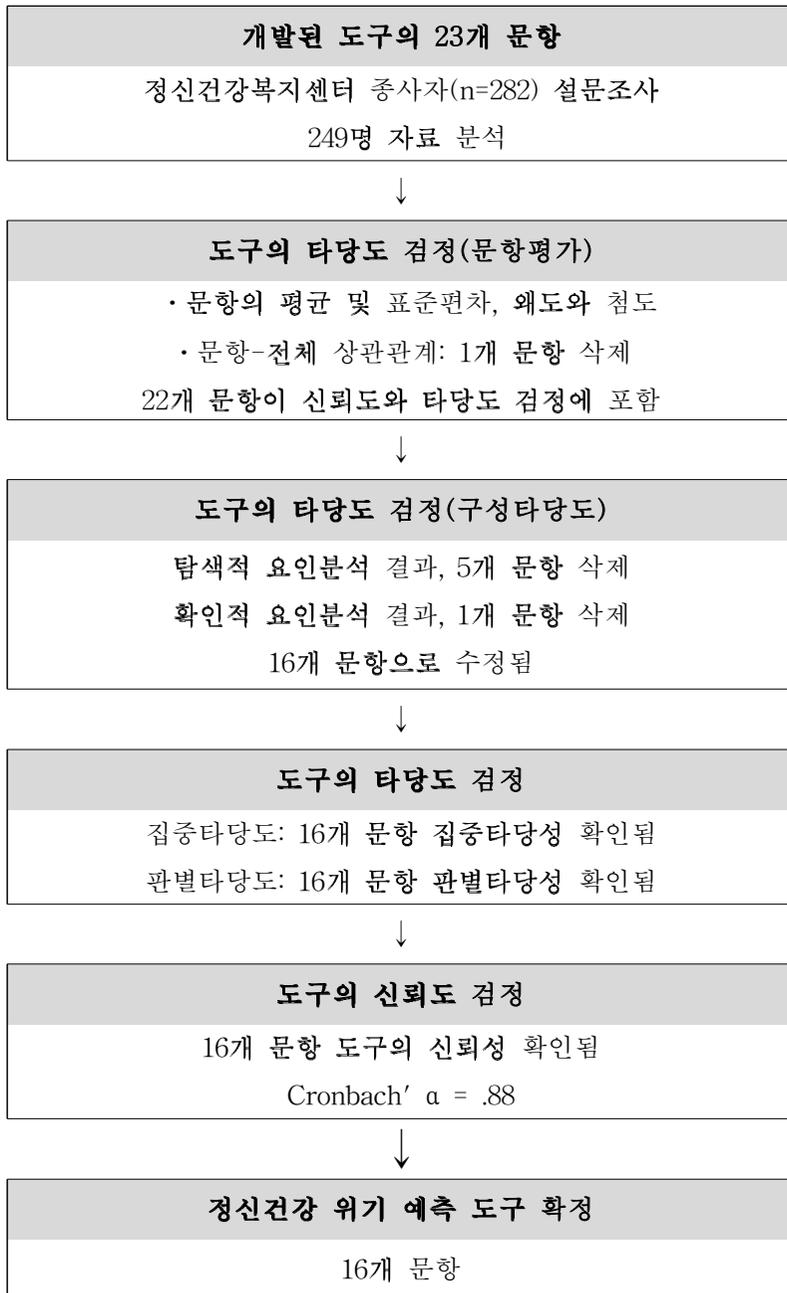


그림 6. 도구의 평가 단계

1) 연구 대상자의 일반적 특성

정신건강복지센터 종사자 282명을 대상으로 조사하였고, 불성실한 응답을 제외한 249명을 대상으로 분석하였다.

성별은 남자 66명(26.5%), 여자 183명(73.5%)이다. 근무지역은 대구, 부산, 울산, 경상지역이 208명(83.0%)로 가장 많았고, 광주, 전라, 제주가 17명(6.8%), 서울, 인천, 경기, 강원이 14명(5.6%), 세종, 대전·충청지역이 2명(0.8%)과 그 외 지역에서 8명(3.2%)으로 나타났다. 연령대는 20대 40명(16.1%), 30대 107명(44.3%), 40대 80명(32.1), 50대 이상 22명(8.8%)이다. 학력은 학사졸업 164명(65.9%), 석사 이상이 47명(18.9%), 전문학사 38명(15.2%)이다. 근무경력은 1년 이상~2년 이하 83명(33.3%), 3년 이상~4년 이하 64명(25.7%), 5년 이상 102명(41.0%) 이었다. 자격종별로는 정신건강간호사 60명(24.1%), 정신건강사회복지사 82명(32.9%), 정신건강심리사 12명(4.8%), 일반종사자가 95명(38.2%)이 참여하였다. 담당업무로는 자살업무 57명(21.3%), 아동청소년 39명(15.7%), 중증담당 117명(47.0%), 기타 36명(14.4%)이었다. 직위는 팀원이 202명(81.1%), 부팀장 7명(2.8%), 팀장 35명(14.1%), 부센터장 5명(2.0%)이었다(표 7).

표 7. 대상자의 일반적 특성

(N=249)

특성	구분	빈도(명)	비율(%)
성별	남	66	26.5
	여	183	73.5
지역	서울/인천/경기/강원	14	5.6
	세종/대전·충청	2	0.8
	대구/부산/울산/경상	208	83.6
	광주/전라/제주	17	6.8
	그 외 지역	8	3.2
연령	20대	40	16.7
	30대	107	43.0
	40대	80	32.1
	50대 이상	22	8.8
학력	전문학사 졸업	38	15.2
	학사졸업	164	65.9
	석사이상 졸업	47	18.9
경력	1년 이상~ 2년 이하	83	33.3
	3년 이상~ 4년 이하	64	25.7
	5년 이상	102	41.0
자격종별	정신건강간호사	60	24.1
	정신건강사회복지사	82	32.9
	정신건강임상심리사	12	4.8
자격등급	일반종사자(간호사, 사회복지사, 임상심리사)	95	38.2
	정신건강전문요원 1급	68	44.2
	정신건강전문요원 2급	86	55.8
담당업무	자살업무	57	22.9
	아동청소년	39	15.7
	중증담당(조현병, 양극성 정동장애 등)	117	47.0
	기타	36	14.4

2) 도구의 타당도 검정

(1) 문항 평가

① 문항의 평균 및 표준편차, 왜도와 첨도

문항의 타당도를 검정하기 위해 각 문항의 평균, 표준편차, 왜도, 첨도를 산출하여 검토하였다. 전체 문항의 평균값의 범위는 2.06~3.72 이었고, 모든 문항의 왜도와 첨도는 ± 2.0 범위로 나타나 모든 문항이 정규성 가정을 충족하였다(표 8).

표 8. 문항의 평균 및 표준편차, 왜도와 첨도 (N=249)

문항	평균	표준편차	왜도	첨도
1 대상자의 호흡 또는 맥박이 불안정해 보입니까? (숨이 차거나 얼굴이 붉어짐 등)	3.06	1.52	.191	-1.299
2 현재 대상자에게 심각한 외상이 있습니까? (신체적 자해·타해의 흔적 등)	2.89	1.35	.186	-.637
3 현재 대상자에게 물질(치약, 구두약, 염산 등)을 바르거나 뿌려서 피부손상이나 화상의 위험이 있 습니까?	2.06	1.11	.545	-.608
4 대상자가 최근 1주일 이내에 음식물을 먹지 않아 신체적 위험(과도한 체중감소, 영양부족 등)이 있 습니까?	2.87	1.43	.178	-.924
5 현재 대상자에게 신체질환 및 합병증(저혈당 쇼 크 등)으로 인한 신체의 위험이 있습니까?	2.84	1.37	.161	-.904
6 현재 대상자에게 알코올·약물(마약 등)남용 문 제가 추정됩니까?	3.04	1.55	.170	-.952
7 현재 대상자에게 신체적/정서적 학대로부터 분리 및 보호 등의 즉각적인 조치가 필요합니까?	2.82	1.40	.326	-.560
8 현재 대상자가 다른 사람의 안전에 위협을 주고 있습니까? (방화, 공공기물 파손, 반복적인 흉기 투척 등)	2.89	1.42	.209	-.777
9 대상자가 주변(친구·학교·학원·가족 등)으로 부터 폭언 또는 폭력을 받고 있습니까?	2.80	1.32	.134	-.885

(표 계속)

표 8. (계속)

문항	평균	표준편차	왜도	첨도
10 현재 대상자가 가족, 지인, 단체 등으로부터 도움을 받지 못하고 있습니까?	3.46	1.41	-.101	-.724
11 대상자가 지리적 또는 사회적 고립으로 학교교육이나 시설이용 등 기본적인 욕구충족을 못하고 방치되어 왔습니까?	3.18	1.34	-.006	-.661
12 현재 대상자에게 죽고 싶다, 다 함께 죽자, 차라리 죽는게 낫다 등의 자살생각이 있습니까?	3.51	1.58	-.147	-1.003
13 현재 대상자에게 약 모음, 보험정리, 유언기록 및 자살도구 준비 등의 자살계획이 있습니까?	3.02	1.45	.215	-.736
14 대상자가 최근 1개월 이내에 기분이 격앙되거나 평온함 또는 주체할 수 없는 분노표출 등 이전과 다른 급격한 기분변화가 있습니까?	3.72	1.41	-.305	-.747
15 대상자가 최근 1주일 이내에 자살을 시도한 이력이 있습니까?	2.46	1.29	.418	-.527
16 현재 대상자에게 자살행동의 위협으로부터 도와줄 조력자가 있습니까?	3.48	1.29	.083	-.390
17 대상자가 일상생활에서 자기 돌봄 능력부족으로 중증 위험한 결과를 초래합니까? (쓰레기 방치로 인한 악취 또는 지나친 흡연으로 인한 화재경보 등)	3.32	1.48	-.063	-.943
18 현재 대상자가 일상생활과 관련된 주요한 사항(주소, 가족이름, 시간, 연도, 계절 등)을 기억하지 못합니까?	2.83	1.36	.270	-.857
19 현재 대상자에게 허공을 보며 혼자 큰소리로 말하는 등 환청으로 인한 자타해 위험이 있습니까?	3.02	1.43	.172	-.923
20 현재 대상자에게 통제할 수 없는 기괴한 행동 등 망상 및 환각 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까?	3.00	1.41	.121	-.963
21 현재 대상자에게 일상생활이 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양되는 등의 조증으로 인한 자타해 위험이 있습니까?	2.96	1.37	.253	-.721
22 대상자가 자신의 질병에 대해 잘 모르고 있습니까?(처방된 약을 먹지 않거나 외래진료를 이행하지 않는 등)	3.63	1.40	-.124	-.700
23 대상자의 위기상황에 대한 이유를 대상자 본인이 알지 못합니까?	3.71	1.35	-.110	-.682

② 문항-전체 상관관계

선정된 23개 문항의 수정된 문항-전체 상관계수를 분석한 결과 16번 문항 ‘대상자에게 자살행동의 위험으로부터 도와줄 조력자가 있습니까?’의 상관계수 값이 .30이하로 낮아 문항을 삭제하였다, 문항제거 후 22개 문항의 상관계수는 .400~.705이었으며, Cronbach' a 값은 .92이다(표 9).

표 9. 문항의 상관관계 (N=249)

문항	문항-총점의 상관계수(r)	문항제거 시 신뢰도 (Cronbach's α)	비고
1	.400	.91	
2	.560	.91	
3	.405	.91	
4	.583	.90	
5	.495	.91	
6	.553	.91	
7	.681	.90	
8	.705	.90	
9	.586	.90	
10	.496	.91	
11	.554	.91	
12	.567	.91	
13	.633	.90	
14	.547	.91	
15	.620	.90	
16	.055	.91	문항삭제
17	.588	.90	
18	.462	.91	
19	.513	.91	
20	.515	.91	
21	.575	.90	
22	.486	.91	
23	.479	.91	
Cronbach's α	23개 문항	.91	문항제거 전
	22개 문항	.92	문항제거 후

(2) 탐색적 요인분석

도구의 구성타당도 검정을 위해, 22개 문항에 대한 탐색적 요인분석을 실시하였고, 요인을 확인하였다. 구체적 요인분석 과정은 아래와 같다.

① KMO 값과 Barlett 구형성 검정

요인분석에 적합한 자료인지를 판단하기 표본적합도 검정을 위한 KMO (Kaiser Meyer Olkin) 측정과 Bartlett의 구형성 검정을 시행하였다. 본 연구에서 KMO 값은 .88로 표본의 크기가 적합하다고 할 수 있으며, Bartlett의 구형성 검정 값은 $p < .001$ ($\chi^2 = 3091.940$, $df = 231$)로 통계적으로 유의하여 요인분석하기에 적합한 것으로 확인되었다(표 10).

② 요인추출 및 요인분석 결과

문항분석을 마친 22개 문항에 대한 요인분석은 요인추출방법으로 주성분 분석(principal components analysis)을 이용하였고, 요인 수 결정방법은 고유값(eigenvalue)이 1이상인 경우를 기준으로 구성하였으며, 요인회전 방법으로 베리맥스(Varimax) 방법을 사용하였다.

1차 요인분석결과 요인 수는 5개, 총 누적 설명률은 66.85%이었다. 요인적재 값을 확인한 결과 1번 문항은 요인1의 적재 값이 .480, 요인3의 적재 값이 .442로 교차적재 되었고, 17번 문항은 요인적재 값이 .40미만으로 낮고, 다른 문항들과 수렴되지 않아 삭제하였다.

2차 요인분석결과 2번 문항의 요인1의 적재 값이 .419, 요인3의 적재 값이 .492로 교차적재 되었고, 7번 문항도 요인3의 적재 값이 .453, 요인4의 적재 값이 .528로 교차적재 되어 삭제하였다.

3차 요인분석 결과 8번 문항이 요인 내 다른 문항들과 수렴되지 않아 삭제하였다. 따라서 탐색적 요인분석에서 총 5개의 문항이 삭제되었다(표 9). 4회의 반복 계산에 의해 최종적으로 수렴이 되어 총 5개 요인이 추출되었고, 5개 요인이 전체 분산의 72.65%를 설명하였다(표 11). 도구의 신뢰도 Cronbach' α 값은 .89이었다.

(3) 확인적 요인분석

개발 도구의 타당도 검증을 위해 확인적 요인분석을 시행하였다. 확인적 요인분석을 통해 모델의 적합도와 집중타당도와 관별타당도를 평가한다. 확인적 요인분석의 모델은 잠재변수에 대한 관측변수가 일반적으로 3개 이상이 적절하고, 3개 미만일 경우는 식별에 대한 문제가 생기기 때문에(우종필, 2012), 신체적 요인 4개 문항(3번~6번), 사회적 요인 3개 문항(9번~11번), 자살행동 요인 4개 문항(12번~15번), 그리고 정신상태 요인 2(18번~21번)와 요인 5(22번~23번)를 한 개의 요인으로 구성하여 정신적 요인 6개 문항(18번~23번), 총 4개 요인으로 구성하여 모형적합도 검정을 실시하였다.

① 모형적합도 검정

본 연구에서 절대적합지수 $CMIN(\chi^2)/df$, GFI, RMSEA와 증분적합지수 CFI, TLI로 검정하였다. 최대우도법(maximum likelihood method)을 사용하여 추정된 연구모형의 적합도는 $CMIN(\chi^2)/df$ 값이 4.423, GFI .804, RMSEA .117, CFI .823, TLI .797로 기준치에 부합하지 못하였다(표 12). 이에 수정모형으로 적합도 재검정을 실시하였다. 수정지수(modification indices)를 참고로 측정변수와 타 잠재변수의 수정지수가 높은 문항인 23번을 삭제하였고, 오차간의 수정지수를 활용하여 최종 수정모형을 산출하였다.

수정된 연구모형의 적합도는 $CMIN(\chi^2)/df$ 값이 2.464, GFI .901, RMSEA .077, CFI .935, TLI .911로 적합기준치에 부합하여, 연구모형을 최종 결정하였다(그림 7, 표 10). 따라서 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석에 따른 최종 분석된 요인은 신체적 요인, 사회적 요인, 자살행동, 정신상태의 4개의 요인으로 최종 연구모형으로 결정하였다.

표 10. 탐색적 요인분석 과정

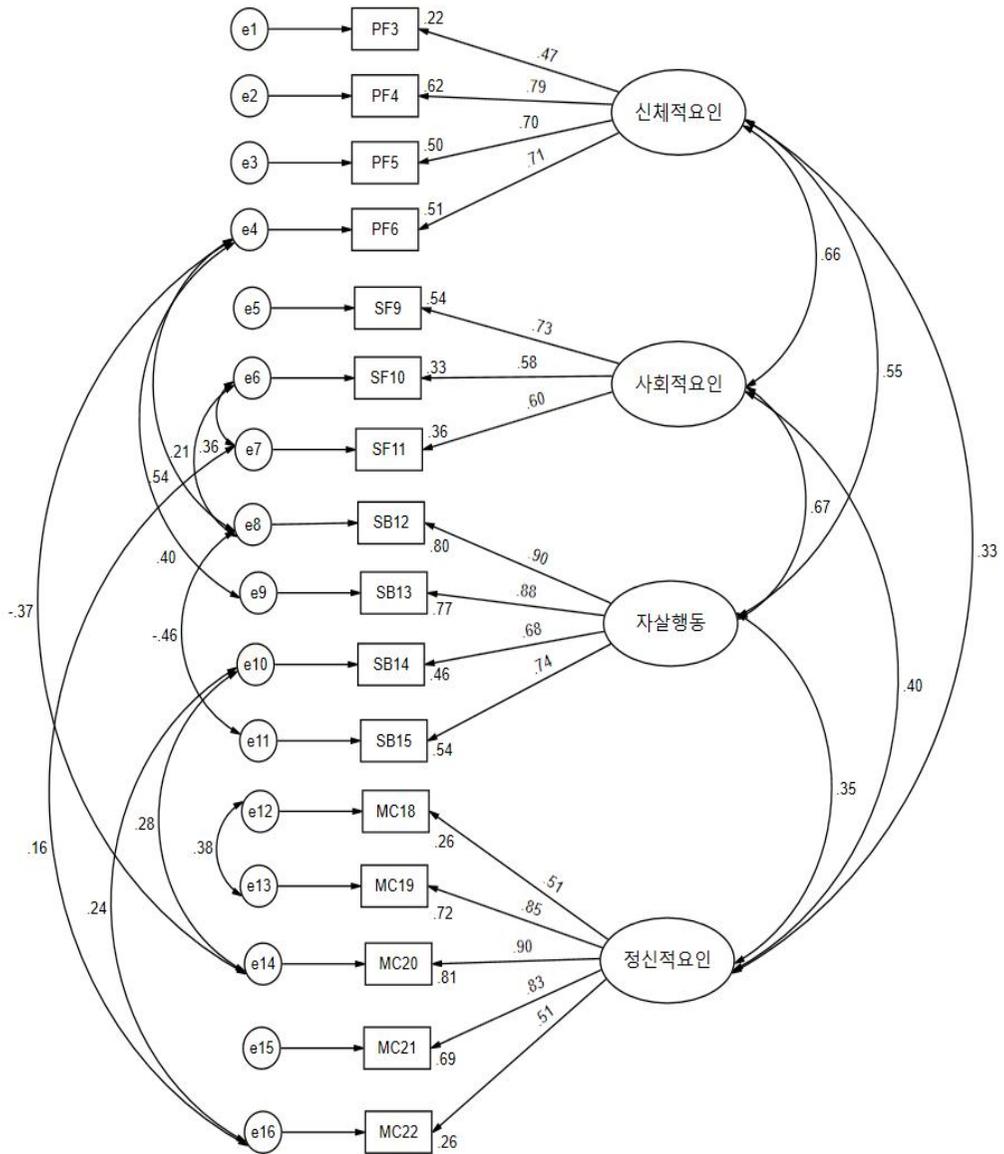
구분	문항	KMO 값	Bartlett의 구형성 검정 $p(\chi^2)$	문항 삭제
1차	22	.881	<.001 ($\chi^2=3091.940$, df=231)	1번 교차적재 17번 요인적재 값 .40미만
2차	20	.871	<.001 ($\chi^2=2827.250$, df=190)	2, 7번 교차적재
3차	18	.857	<.001 ($\chi^2=2448.571$, df=153)	8번 수렴되지 않음
4차	17	.843	<.001 ($\chi^2=2264.742$, df=136)	

표 11. 탐색적 요인분석 결과 (N=249)

문항	공통성	요인1	요인2	요인3	요인4	요인5
3	.601	.089	.418	.603	-.005	-.235
4	.704	.304	.015	.748	.129	.188
5	.747	.014	.123	.829	.182	.104
6	.660	.485	-.098	.608	.193	.088
9	.529	.343	.202	.298	.529	-.040
10	.709	.299	-.026	.096	.770	.126
11	.772	.165	.191	.129	.818	.146
12	.824	.878	.037	.104	.196	.054
13	.820	.858	.150	.194	.150	.041
14	.694	.779	.053	.015	.169	.236
15	.617	.641	.249	.349	.146	-.031
18	.584	-.064	.608	.168	.411	.117
19	.853	.057	.885	.019	.209	.147
20	.795	.155	.829	.026	.006	.288
21	.779	.214	.803	.169	-.043	.241
22	.834	.117	.312	.081	.137	.835
23	.828	.119	.299	.080	.120	.839
고유값		6.809	2.524	1.495	1.200	1.041
설명 변량(%)		35.820	14.849	8.796	7.060	6.126
누적 변량(%)		35.820	50.669	59.465	66.526	72.651

KMO = .843

 Bartlett's test of Sphericity : $\chi^2 = 2264.742$ (df=136, $p < .001$)



PF: physical factors
 SF: social factors
 SB: suicide behavior factors
 MC: mental condition factors

그림 7. 수정 후 모형적합도

표 12. 연구모형의 적합도 지수

적합도	CMIN(χ^2)/df	GFI	RMSEA	CFI	TLI
적합 기준치	≤ 3	≥ 0.9	≤ 0.08	≥ 0.9	≥ 0.9
초기 적합도	4.423 (499.836/113)	.804	.117	.823	.787
수정 적합도	2.464 (216.815/88)	.901	.077	.935	.911

2) 집중타당도 검정

집중타당도는 잠재변수를 측정하는 관측변수들의 일치성 정도를 나타내는 것으로 요인부하량(λ), 평균분산추출(AVE), 개념 신뢰도(CR)를 이용하였다. 표준화 요인부하량 값은 .5이상, 평균분산추출 값(AVE)은 .5이상, 개념 신뢰도(CR)는 .7이상이면 집중타당도가 있는 것으로 판단한다.

본 연구에서 각 항목의 요인부하량(λ) 값이 3번 문항을 제외하고 모두 .50 이상이며, 유의수준이 $<.001$ 로 나타났다. 3번 문항의 요인부하량 값은 .473 ($p<.001$)이나 대상자에게 피부손상이나 화상의 위험을 묻는 문항으로 포커스 그룹 면담에서 도출된 신체적 요인 파악에 중요시하는 질문으로 제거하지 않았다. 평균분산추출(AVE)은 0.757~0.884로 모두 0.5이상임이 확인되었고, 개념 신뢰도(CR)는 0.902~0.968로 모두 0.7이상을 충족하여 집중타당도가 있음이 확인되었다(표 13).

표 13. 집중타당도 검정

	문항	표준화된 추정치	S.E.	C.R.†	p value	AVE	C.R.‡
신체	3	.473				0.804	0.941
	4	.786	0.313	6.832	<.001		
	5	.705	0.279	6.519	<.001		
	6	.713	0.316	6.692	<.001		
사회	9	.735				0.757	0.902
	10	.579	0.121	7.020	<.001		
	11	.604	0.113	7.308	<.001		
자살행동	12	.895				0.884	0.968
	13	.879	0.052	17.412	<.001		
	14	.681	0.055	12.544	<.001		
	15	.738	0.058	11.832	<.001		
정신상태	18	.510				0.842	0.954
	19	.848	0.184	9.500	<.001		
	20	.901	0.218	8.332	<.001		
	21	.828	0.200	8.127	<.001		
	22	.513	0.161	6.354	<.001		

S.E.: standard error; AVE: average variance extracted

C.R.† : critical Ratio; C.R.‡ : construct reliability

3) 판별타당도 검정

판별타당도는 서로 다른 잠재변수 간 차이를 나타내는 정도로, 두 구성개념 간 각각의 평균분산추출(AVE) 값과 두 개념구성 간의 상관계수 제곱값(ρ^2)을 비교하여 평균분산추출(AVE) 값이 상관계수의 제곱 값(ρ^2)보다 클 경우 판별타당성이 있는 것으로 판단하고, 또 다른 방법은 상관계수의 신

퇴구간($\phi \pm 2 \times \text{S.E.}$)이 1.00을 포함하고 있지 않으면 판별타당성이 있는 것으로 판단한다. 본 연구에서 4개 개념간의 상관계수 제곱값(ϕ^2)이 평균분산추출(AVE) 값보다 크지 않음이 확인되었다. 상관계수(ϕ)의 신뢰구간이 -1.678~0.898로 1을 포함하고 있지 않는 것으로 나타나, 95% 신뢰구간에서 각 개념이 동일하다는 가설이 기각되어 판별타당도가 있음이 확인되었다(표 14).

표 14. 판별타당도 검정

	신체적	사회적	자살행동	정신상태	AVE
	$r(\phi^2)$				
신체	1				0.804
사회	.662 (.438)	1			0.757
자살행동	.554 (.307)	.668 (.446)	1		0.884
정신상태	.327 (.107)	.397 (.158)	.345 (.119)	1	0.842

(4) 도구의 신뢰도 검정

본 연구에서 최종 확정된 도구의 신뢰도 검정은 아래와 같다(표 15). 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .88 이다. 각 요인별로 신체적 요인의 Cronbach's α 값은 .76, 사회적 요인의 Cronbach's α 값은 .74, 자살행동의 Cronbach's α 값은 .87, 정신상태의 Cronbach's α 값은 .85 이다.

표 15. 측정도구 신뢰도

요인	문항 수	Cronbach's α
신체	4	.76
사회	3	.74
자살행동	4	.87
정신상태	5	.85
전체	16	.88

3. 최종 도구

본 연구에서 개념분석과 타당도를 통해 얻은 정신건강 위기의 정의는 다음과 같다. 정신건강 위기는 신체적, 사회적, 자살행동, 정신상태의 요인들로 연결된 상호작용으로 인한 증상의 악화로 다른 사람을 다치게 할 위험이 있거나 자신을 돌볼 수 없게 하는 모든 위협한 상황을 의미한다. 이에 대한 조작적 정의로는 본 연구에서 개발한 정신건강 위기 척도로 측정된 점수를 말하며 점수가 높을수록 정신건강 위기가 심각한 것으로 해석할 수 있다. 이상과 같이 타당도와 신뢰도를 검증하여 정신건강 위기 척도를 최종 확정하였다. 최종도구는 총 16개의 문항으로 ‘신체적 요인’ 4개 문항, ‘사회적 요인’ 3개 문항, ‘자살행동’ 4개 문항, ‘정신상태’ 5개 문항이 개발되었다. 본 연구의 척도를 결정하기 위해 의미차등 측정기법을 사용하였다. 척도결정은 5점 척도, 6점 척도, 7점 척도 등 연구자마다 다르게 정해석하는 것이며 의미차등 측정기법은 대상에 대한 일련의 태도 척도로 개념의 함축적 의미를 식별하도록 설계된 등급척도의 한 형태이다(Snider & Osgood, 1969; Stoutenborough, 2008). 본 연구에서 개발된 척도의 문항에 대한 응답은 6점 척도로 자료 수집을 하였다. 6점 척도의 ‘1점 전혀 그렇지 않다, 2점 약간 그렇지 않다, 3점 그렇지 않다’를 부정 응답 ‘0’으로 하였다. ‘4점 그렇다, 5점 약간 그렇다, 6점 매우 그렇다’를 긍정 응답 ‘1’로 하였다. 문항에 대한 응답은 0점부터 1점까지의 2점 양극성 척도이고 총점은 최소 0점에서 최고 16점의 범위를 가지고 있다. 개발된 본 도구는 한국저작권위원회 법인등록번호 176131-0000664로 등록되었다(표 16).

표 16. 도구의 최종 항목

		문항	없다 0	있다 1
신체 (4문항)	1. 현재 대상자에게 치약, 구두약, 염산 등의 물질을 바르거나 뿌려서 피부손상이나 화상의 위험이 있습니까?	_____	_____	_____
	2. 대상자가 최근 1주일 이내에 음식물을 먹지 않아 과도한 체중감소, 영양부족 등의 신체적 위험이 있습니까?	_____	_____	_____
	3. 현재 대상자에게 신체질환 및 저혈당 쇼크 등의 합병증으로 인한 신체의 위험이 있습니까?	_____	_____	_____
	4. 현재 대상자에게 알코올·마약·약물남용의 문제가 추정됩니까?	_____	_____	_____
사회 (3문항)	5. 현재 대상자가 친구·학교·학원·가족 등 주변으로부터 폭언 또는 폭력을 받고 있습니까?	_____	_____	_____
	6. 현재 대상자가 가족, 지인, 단체 등으로부터 도움을 받지 못하고 있습니까?	_____	_____	_____
	7. 대상자가 지리적 또는 사회적 고립으로 교육 및 시설이용 등의 기본적인 욕구충족을 못하고 방치되어 왔습니까?	_____	_____	_____
자살 행동 (4문항)	8. 현재 대상자에게 자살생각이 있습니까? ex) 죽고 싶다, 다 함께 죽자, 차라리 죽는게 낫다 등	_____	_____	_____
	9. 현재 대상자가 자살계획이 있습니까? ex) 약 모음, 보험정리, 유언기록 및 자살도구 준비 등	_____	_____	_____
	10. 대상자가 최근 1개월 이내에 이전과 다른 급격한 기분변화가 있습니까? ex) 기분이 갑자기 격앙되거나 평온함·주체할 수 없는 분노표출 등	_____	_____	_____
	11. 대상자가 최근 1주일 이내에 자살을 시도한 이력이 있습니까?	_____	_____	_____
정신 상태 (5문항)	12. 현재 대상자가 주소, 가족이름, 시간, 연도, 계절 등의 일상생활과 관련된 주요한 사항을 기억하지 못합니까?	_____	_____	_____
	13. 현재 대상자가 환청으로 인한 자·타해 위험이 있습니까? ex) 허공을 향해 혼자 소리치거나 흥분·불안정한 모습 등	_____	_____	_____
	14. 현재 대상자에게 망상 및 환각 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까? ex) 통제할 수 없는 기괴한 행동 등	_____	_____	_____
	15. 현재 대상자에게 조증 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까? ex) 일상생활이 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양됨	_____	_____	_____
	16. 대상자가 자신의 질병에 대해 잘 모르고 있습니까? ex) 처방된 약을 먹지 않거나 외래진료를 이행하지 않는 등	_____	_____	_____

총점: _____

표 17. 정신건강 위기 척도에 대한 사용 설명서

도구명칭	• 정신건강 위기 척도(Mental Health Crisis Assessment)
개발목적	• 정신질환자에 대한 위기 정도를 평가하기 위함
도구형식	• 관찰자 평가 방식
대상자	• 정신건강복지센터 종사자
척도	• 2점 척도로 평가 0점=없다 1점=있다
도구의 구성	• 4개요인, 16개 문항 신체 요인(1번-4번 문항) 사회 요인(5번-7번 문항) 자살행동 요인(8번-11번 문항) 정신상태 요인(12번-16번 문항)
채점 및 해석	각 문항의 점수를 더한 합인 총점으로 계산하여 채점 하며 점수가 높을수록 정신건강 위기 정도가 높다고 해석

V. 논 의

본 연구는 지역사회에서 근무하는 정신건강복지센터 종사자를 대상으로 정신건강 위기 척도를 개발하고, 타당성과 신뢰성을 검증하기 위해 수행되었다. 이를 위해 Engel (1977)의 생물심리사회적 모델을 토대로 혼종모형을 이용하여 정신건강 위기에 대한 개념분석을 하여 속성을 파악하고, 도출된 속성을 기반으로 정신건강 위기척도를 개발하는 과정을 거쳤다.

연구결과, Engel (1977)의 생물심리사회적 모델에 근거한 다차원적인 접근방법인 ‘신체적 요인’, ‘사회적 요인’, ‘자살행동’, ‘정신상태’가 정신질환자들의 위험한 행동들을 예측하기 위한 중요 요인임을 확인하였다. 이에 본 장에서는 도구의 검증과정과 구성요인에 대한 논의 및 연구의 의의에 대해 논의하고자 한다.

1. 정신건강 위기 척도 개발

정신건강 위기개입에 대한 매뉴얼에 제시된 평가 도구가 대부분 외국에서 개발된 정신과적 위험 평가 도구를 사용하면서 정신건강위기를 적절하게 측정해낼 수 없는 제한점이 있었다. 본 연구를 통하여 지역사회 정신건강 위기상황에서 실질적으로 적용 가능한 도구를 개발하고자 노력하였다. 이론적으로 규명된 정신건강 위기 예측이 현장적용이 가능한지 확인하기 위하여 정신건강복지센터 종사자를 대상으로 포커스 그룹 면담을 시행하였다. 전문가적 견해와 지역사회 위기 현장의 상황을 반영하기 위해 도구의 문항에 대한 내용타당도 검증에 일선에서 근무하고 있는 정신건강전문요원이 참여하였다.

본 연구에서 최종적으로 도출된 정신건강 위기에 대한 4개의 요인들은 현재의 위기현장대응에서 여러 가지 요인의 통합된 영향력이다. 질병과 건강은 생물학적, 심리적, 사회적 요인 간의 상호작용의 결과이며 광범위하게

다차원적인 측면을 고려한 개념으로 이는 Wade와 Halligan (2017)의 선행 연구와 같은 맥락이다. 또한, Engel (1977)의 모델에서 개인의 생물학적, 심리적, 사회적 요인은 모두 얽혀 있으며, 사람의 신체와 정신은 별개가 아님을 주장한 것과 일치한다. Papadimitriou (2017)의 생물학적, 심리적, 사회적 차원과 개인이 독립된 기관이 아니라 전체로서 고통 받고 있다는 인식을 뒷받침하는 결과이며 정신건강위기를 단일관점으로 평가하기 어렵다는 공통된 시각을 확인할 수 있다. 본 연구에서 개발한 정신건강 위기 척도에 대한 의미는 다음과 같다.

구성타당도 면에서 볼 때, Engel의 생물심리사회적 모델을 기반으로 하여 신체적, 사회적, 자살행동, 정신상태의 영역에 대한 정신건강 위기를 모두 포함하여 하부요인들을 구성하였다. 본 연구에서 개발된 도구는 이 같은 맥락에서 개인의 환경과 질병관리의 다양한 측면을 식별하고 통합하는 것을 용이하게 하였다. 평가에 있어 객관적인 구성요소를 사용하여 예측을 구축하기 때문에 자기보고에 의해 평가된 주관적인 평가에 비해 매우 효율적이라는 Blascovich (2008)의 연구와 유사하다. Borsboom (2017)의 연구에서 정신 병리의 증상이 수많은 생물학적, 심리적, 사회적 메커니즘을 통해 인과적으로 연결되어 있다는 연구결과와 유사하다. 따라서 본 연구에서 개발된 정신건강 위기 척도는 다각적인 접근을 시도하였고, 이는 예방대책의 시행 및 설계에도 반영될 수 있을 것으로 사료된다.

내용타당도의 확보를 위해 이론단계와 현장조사에서 도출된 의미 있는 속성으로 신체, 사회, 자살행동, 정신상태의 요인을 바탕으로 그에 따른 하위영역을 구성함으로써 정신질환자에 대한 위기 예측을 명확하게 드러낼 수 있는 항목으로 구성하였다. 이에 본 도구는 잠재된 정신건강 위기에 대한 역학적인 위험요소를 더 잘 이해하고 예측할 수 있을 것으로 사료된다.

이상과 같이 논의해 보았을 때, 본 연구에서 개발된 정신건강 위기 척도는 Engel (1977)의 생물심리사회적 모델을 이론적 기틀로 하여 선행연구 고찰 및 포커스 그룹 면담을 통해 정신건강 위기에 대한 포괄적인 속성을 충분히 반영할 수 있도록 구성되어 있으며 문항의 수 또한 16개의 문항으로 비교적 간편한 도구로 지역사회 위기 현장에서 효율적으로 적용될 것으

로 사료된다. 또한 전문적인 용어를 줄이고 질문의 의미가 이해하기 쉽고, 판단하기 쉬운 문장으로 구성하고자 노력하였다. 이는 경력이 많지 않은 정신건강전문요원 및 일반종사자가 사용하기에 어려움이 없도록 만들어야 한다는 포커스 그룹 면담내용을 토대로 하였다. 이는 정신건강전문요원의 높은 이직률로 인한 경력자의 부재와 비전문요원의 비율이 점차 많아지면서 위기개입에 대한 정신건강서비스를 제공하는데 큰 어려움이 있다는 것과 같은 맥락으로 판단된다(이상훈 등, 2017).

개발된 도구에 대한 가장 큰 긍정적인 의미로는 역동적이며 변화를 예측할 수 없는 위기현장에서 자칫 놓칠 수 있는 사항들을 각 요인별로 구분하여 16개 문항에 모두 녹여냈다는데 의미가 크다. 이는 지역사회 위기관리 실무자들의 심리적인 부담을 줄이면서 대상자의 위기 평가에 있어서도 다각적인 측면으로 사정할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 정신건강 위기 척도의 구성요인

본 연구자는 도구개발과정에서 문헌고찰을 통해 이론적 개념을 구성하였고, 포커스 그룹 면담을 통해 국내의 실무상황을 반영하여 도구의 실용성 및 실제성을 높이려고 하였다. 개념분석 과정의 이론단계와 현장단계에서 도출된 속성들은 서로 유사하였으나, 현장단계에서 도출된 속성들이 이론단계의 속성에 비하여 더 구체적으로 나타났다.

최종도구에 대한 과정을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 제 1요인 ‘신체적 요인’은 가장 큰 설명력을 가지고 있었다. 탐색적 요인분석결과 신체적 요인에서 ‘활력증후’와 ‘신체적 외상’ 문항이 교체적재되어 삭제하였다. 이는 모두 신체적 요인에서 ‘합병증을 동반한 신체적 위험’ 문항과 유사한 개념으로 비롯된 결과로 판단된다. 따라서 신체적 요인에 포함된 최종 문항은 ‘물질로 인한 피부손상’과, ‘장기간 음식물 섭취부족’, ‘합병증을 동반한 신체적 위험’, ‘알코올 및 약물남용’ 등이 포함되었다. 이에 따른 결과는 Roberts와 Ottens (2005)의 정신건강 위기를 평가하기 위

한 속성들 중 가장 우선적으로 파악해야하는 것은 약물과다 복용으로 인한 자살시도를 확인하는 것이라는 연구결과와 유사하다. Swan과 Hamilton (2020)의 정신건강 위기가 정신응급상황으로 악화 되는 이유는 의학적 상태 및 약물남용으로 인한 정신장애로 설명하는 것과 유사하다. 실제 임상에서도 의학적인 평가가 가장 우선적으로 이루어지며 이에 따른 징후와 증상은 활력징후, 신체적 외상, 내과적 동반질환 등이다. 따라서 신체적 요인에 포함된 본 도구의 속성들은 선행연구에서 설명하고 있는 위기상황에 대한 속성들을 포함한 것은 물론 그 이상의 것들이 포함되었다. 즉 ‘내과적 질환을 동반한 신체적 위험’ 및 ‘물질사용 등으로 인한 피부손상’의 문항이 최종도구에 포함되어있다. 이는 국내에서 선행된 조근호 등(2020)의 정신과적 응급 분류 평정 척도에서는 포함되지 않은 문항이다. 이 같은 문항들은 현장 단계에서 중요시하여 도출된 문항으로 지역사회에서 정신건강 위기관리를 위한 실질적인 현장상황이 반영되어 나타난 결과로 보인다.

제 2요인의 ‘사회적 요인’은 선정된 23개 문항의 상관계수를 분석한 결과, ‘신체적·정서적 학대’가 교차적재 되어 삭제하였다. 또한 ‘공공안전의 위협’ 문항의 요인적재 값이 .40미만으로 낮고 다른 문항들과 수렴되지 않아 삭제하였다. 따라서 최종 도출된 ‘사회적 요인’의 문항은 ‘주변인으로부터 폭력’, ‘지지체계’, ‘사회적 고립으로 인한 기본적인 욕구충족 부족’을 포함하고 있다. 삭제된 ‘신체적·정서적 학대’는 남아 있는 문항의 ‘주변인으로부터 폭력’과 비슷한 개념으로 중복된 이유로 보여 진다. ‘신체적·정서적 학대로 인한 즉각적인 보호조치의 필요성’을 확인하는 질문으로 구성하였으나, 삭제된 본 문항의 ‘정서적 학대’는 위기현장에서 즉각적으로 확인하기 어려울 것으로 예측되며, 비슷한 개념의 즉각적인 확인이 가능한 ‘주변인으로부터 폭력’이 포함되었다. 또한 다른 문항들과 수렴되지 않은 ‘공공안전의 위협’의 문항은 포커스 그룹 면담에서 도출된 문항으로 정신질환자의 위협적인 행동이 계속되는 민원발생의 강도와 빈도에 대하여 확인하고자 한 문항이었으나 이 또한 대상자에게 직접적으로 확인하는 것이 용이하지 않을 수 있다고 생각된다. 따라서 정신건강복지센터 종사자가 생각하는 정신건강 위기 예측은 현재 즉각적인 확인이 가능하고 대상자와 직접적으로 관련된 사항들

을 우선순위로 여긴다는 것을 짐작할 수 있다. 이에 상반된 견해로 Paton 등(2016)은 지역사회 정신건강 관리의 핵심은 사전에 예측하여 개입하는 것이라고 하였다. 이를 위해서는 잠재된 위기 가능성에 대한 역학적인 위험요소를 예측할 수 있어야 한다. 따라서 사회적 요인은 개인 수준에서 분명히 영향을 미치며 잠정적인 위기개입이 요구된다. 이는 Hartung과 Renner (2014)의 사회적 측면에서 고립된 사람은 병에 걸릴 확률이 높다고 하는 연구 결과와 유사한 맥락이다. Babalola, Noel과 White (2017)의 사회적 조력자가 많을수록 질병으로부터 회복이 빠르고 사회적 지지의 부족이나 학대와 같은 사회적 요인의 경로를 통한 정신건강 위험 가능성이 있다는 연구결과와 유사하다. 또한 신체적, 정신적 질병에 대한 위험은 대부분은 빈곤 및 사회적 배제와 같은 사회적 요인이 포함된다는 연구와 유사하다(Bolton & Gillett, 2019). 즉, 정신건강 위기는 사회적으로 방치 및 학대와 관련이 있음을 설명하고 있다. 따라서 즉각적인 확인이 가능하고 대상자와 직접적으로 관련된 사항들만 중요한 요소로 여기는 것은 잠재적인 위기 예측을 놓칠 수 있는 위험이 있을 것으로 보인다. 이에 개발된 정신건강 위기 척도는 정신건강복지센터 종사자의 전문적인 위기관리를 위해 사회적 요인을 포함한 다각적인 측면으로 접근하여 포괄적인 평가를 토대로 정신건강위기를 겪고 있는 대상자에게 효과적인 개입을 할 수 있을 것으로 생각된다.

사회적 요인에 대해 논의를 하면서 본 연구자는 우리나라 의료의 변천과정에 대해 현재 관점에서 고찰을 해보았다. 전 세계의 의료발전이 생의학적 모델에서 시작하여, 생물심리사회적모델로 전환된 후 수 십년이 지났지만, 우리나라의 의료는 여전히 생의학적 모델을 근거로 확장되고 있다(이상열, 2012). WHO (1958)에 따르면 건강을 ‘단순히 질병이 없는 상태가 아니라, 신체적, 정신적 및 사회적으로 완전한 안녕감 상태’로 정의하고 있다. 즉, 인간의 건강은 단순히 질병, 손상 혹은 통증으로부터 자유로운 상태를 의미하는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 및 영적인 상태를 의미한다. 그러나 여전히 생의학적 모델에 근거하여 질병이나 기능장애 혹은 외상이 없는 상태로만 간주되었고 예후 역시 신체적 지표로 제한되어 왔다. 우리나라 의료의 생의학적 모델에서 생물심리사회적 모델로 발전되기 위한 패러다임의

변환을 촉구할 필요성이 부각되어야 할 것이다. 한편, 현재 우리나라 정신 보건제도 또한 미국을 비롯한 외국의 제도를 채택해오고 있는 한계점이 있다(하경희, 2019). 이는 우리나라 고유의 요소들이 적어지고 토착화되는 과정에서 제도와 환경의 부조화를 느끼면서 변형된 형태로 자리 잡게 되면서 본래의 취지에 혼돈을 야기할 수 있다. Park과 Yang (2019)의 선행연구로 생태학적 모델에 의한 자살 보호요인 측정도구 개발에서 개인적 요인, 개인 간 요인, 조직적 요인까지 확대해서 적용하였지만 지역사회 요인은 반영하지 못하였다는 한계점이 있었다. 이와 같은 관점에서 비추어 보았을 때, 본 연구에서 개발된 정신건강 위기 척도는 우리나라 지역사회 고유한 요소를 반영한 도구이며, 생물심리사회적의 다각적으로 접근하여 첫 연구를 시도했다는 데 그 의미가 있다.

제 3요인 ‘자살행동’은 ‘대상자에게 자살행동의 위협으로부터 도와줄 조력자가 있습니까?’ 문항에 대한 상관계수 값이 .30이하로 낮아 문항을 삭제하였다. 이는 사회적 요인에서 ‘지지체계’와 중복된 이유로 판단된다. 자살행동에 대한 문항은 처음 5개 문항에서 단 1개의 문항만이 삭제되었다. 따라서 자살행동에 대한 인식 및 이에 대한 중요성을 짐작할 수 있다. ‘현재 자살에 대한 생각’, ‘현재 자살계획’, ‘최근 1주일 이내 기분변화’, ‘최근 1주일 이내 자살시도’가 최종 포함되었다. 삭제된 문항은 포커스 그룹 면담을 통해 도출된 문항으로 전문가 집단에서 자살행동은 조력자의 중요성을 강조하여 문항에 포함하였으나 ‘사회적 요인’의 문항과 중복된 이유로 삭제되었다. 이 부분은 사회적 요인의 ‘지지체계’로 충분히 보완될 수 있을 것으로 판단된다.

포커스 그룹 면담을 토대로 자살에 대한 중요성을 고려하여 본 연구자는 심리적 차원에서 ‘자살행동’을 독립적인 요인으로 구분하였다. 정신건강 복지센터 종사자의 현장조사에 따르면 자살 예방의 주요문제는 진단과 식별에 있다고 하였다. 이는 Glenn과 Nock (2014)의 자살행동의 평가 및 예측에 대해 단기 예측지수를 식별하는 방법을 목표로 한 연구 제안과 유사하다. Hawgood과 De Leo (2016)의 자살은 전 세계적으로 주요 사망원인으로 보고되고 있으며 궁극적으로 자살을 예방하려면 자살위험이 높은 요

인을 예측할 수 있어야 표적 개입이 가능하다는 연구결과와 유사하다. 이와 같은 맥락에서 본 도구에서는 ‘최근 1주일 이내 기분변화’, ‘최근 1주일 이내 자살시도’등이 포함되었고 이는 기존의 연구 결과와 유사함을 확인하였다. 치사율을 평가함에 있어 무엇보다도 자살시도를 실제로 시작했는지에 대해 최우선적으로 확인해야할 사항이다. 이는 Roberts와 Ottens (2005)의 위기를 예측할 수 있는 요인들로 치사율이 높은 자살계획과 자살생각을 들 수 있다는 선행연구와 일치한다.

국내 도구에서 다루어진 자살에 대한 문항이 ‘최근 1년 이내 자살시도’를 묻는 것과 달리 본 연구에서는 ‘최근 1주일 이내 자살시도’로 단기화 시켰고, 이와 관련한 자살행동에 대한 문항으로 ‘최근 1주일 이내의 급격한 기분변화’를 평가하여 자살행동 요인으로 구성하였다. 이와 같이 단기화 시킨 이유는 개인에게 자살행동에 대한 신뢰할 수 있는 데이터를 얻기 위한 명백한 시도는 개인의 급변하게 변동하는 특성으로 보았다. 이는 Hawgood과 De Leo (2016)의 자살가능성을 평가하기 위해서는 보다 근접한 기간으로 즉각적인 지표에 대한 평가가 수행되어야 한다는 연구결과와 유사하다. 또한 Chan 등(2016)의 자살을 예측하는 평가 척도에 대한 메타 분석에서 자살 예측을 뒷받침하는 충분한 증거를 제공하지 못한 원인중 하나로, 자살행동을 밝히기 위한 새로운 위험평가 접근방식에 대한 필요성을 강조한 것과 본 연구의 현장조사에서 도출된 속성과 일치한다. 이에 본 도구는 개인의 상황, 사회, 환경, 가족 및 기타 영역의 범위에 초점을 맞추어 현재 및 단기 자살충동에 대응하고 관리하는 데 매우 유용할 수 있을 것이다. 또한 신체적, 사회적, 심리적인 요인별로 다각적인 접근방법을 제시함으로써 기존의 자살평가 도구와 차별화 될 수 있을 것이다.

제 4요인으로 ‘정신상태’는 ‘자기 돌봄 능력부족’ 문항과 ‘위기상황에 대한 이유’에 대한 문항이 최종 삭제되었다. 따라서 최종 도출된 문항으로는 ‘일상생활과 관련된 주요사항 기억’, ‘환청으로 인한 자타해 위험’, ‘망상 및 환각으로 인한 자타해 위험’, ‘조증으로 인한 자타해 위험’, ‘자신의 질병에 대한 인식부족’등의 5개의 문항이 최종 포함되었다. 이 같은 결과는 Swanson 등(1990)의 정신건강 위기와 관련한 선행 연구에서 정신장애를 가진 개인이

그렇지 않은 개인에 비해 자타해 위험률이 높았다는 연구결과와 포커스 그룹 면담에 따른 속성이 본 도구의 ‘정신상태’의 하위영역들과 일치하였다. 또한 Wong과 Gordon (2006)의 정신병적인 증상들로 인한 자타해 위험에 대해 정신역동과 정서 상태, 사고과정, 인지기능, 통찰력을 변수로 하였다. 이와 같은 연구결과와 본 연구의 ‘정신상태’ 요인에 대한 하위영역이 유사하게 나타났음을 확인할 수 있다. 본 도구의 장점은 전문적인 용어로 함축하지 않고, 다소 쉬운 어휘를 사용하여 이해가 쉽도록 하여 위기 상황에서 신속히 판단하기에 용이하도록 하였다. 이로써 지역사회 정신질환자 위기 관리 종사자들 누구라도, 즉 경력이 많지 않고 전문자격증을 갖추지 않은 일반종사자도 쉽게 사용할 수 있도록 노력하였다.

이상으로 본 연구결과를 종합해 보면, 지역사회의 정신질환자에 대한 위기를 평가하기 위해 개발된 본 도구는 기존의 문헌에서 제시된 정신건강 위기에 대한 요인들을 포함한 것을 넘어 생물심리사회적의 다차원적인 접근방식으로 구성되어 있으며, 본 연구에서 개발된 도구의 유용성이 증명되었다고 사료된다. 정신건강 위기 척도에 대한 중요 구성요인으로는 사회적 요인, 신체적 요인, 자살행동, 정신상태의 4개의 요인임을 확인할 수 있었다.

3. 정신건강 위기 개입의 정책적 방안

우리나라의 정신응급체계는 정신질환의 증상 악화나 초발 급성기 환자들에게 응급 또는 보호입원을 중심으로 정신과적 치료를 제공하는 역할을 해왔다. 하지만 퇴원 후 사례관리 및 지역사회를 중심으로 정신건강 위기 상황에 대한 평가와 정신의료기관까지의 연계에 대한 시스템은 미비하다. 정신건강 위기에 처한 사람을 조기에 발견하고 적절한 개입을 취하는 것은 대상자 본인 및 타인의 생명, 신체, 재산상의 보호를 받을 수 있는 기회를 제공할 것이다. 하지만 이 같은 기대가 조건화되기 위해서는 대상자에 대한 정보 접근이 용이해야 하며 쉬운 대상자를 찾는 방법과 과정이 요구된다.

아무리 적절한 정신건강 위기척도가 개발되었다 할지라도 이 같은 문제를 가진 대상자들이 정신건강센터에 내소하지 않는다면 전문가의 도움을 받을 가능성이 희박하며 문제 역시 쉽사리 해결되기 어려울 것이다.

본 연구를 통해 지역사회 정신건강분야의 개선을 위하여 어떤 접근법과 연구방법이 필요한지에 대한 제언을 도출한 것으로 생각된다. 여러 선행연구에서 강조한바와 같이 정신건강 위기개입에서 최적의 관리는 예방이며 이에 대한 방법은 조기개입이다(MacKay et al., 2005).

조기개입은 빠른 사정을 통하여 포괄적이고 집중적으로 서비스를 제공하는 것이다. 이는 재발의 위험을 줄이고 사회적 기능을 수행할 수 있도록 돕기 위한 전략이다. 이를 위해서는 증상악화의 위험이 유의하게 높은 생물심리사회적 위험요소를 가진 개인을 대상으로 선택적 예방이 필요하다. Borsboom (2017)은 정신건강위기는 전 생애에 걸쳐 생물심리사회적 요인에 의해 영향을 받으며, 따라서 대상자에 대한 이러한 역학적인 위험요소를 더 잘 이해하고 예측할 수 있어야 한다. 그러기 위해서는 세밀하고 포괄적인 정보수집이 필요할 것이다. 의학적 진단과 관련된 임상정보를 수집하고 대상자의 강점 또는 약점이 무엇인지, 지역사회에서 어떠한 사회적 관계를 맺고 참여하는지, 어떠한 지원이 필요한지에 대해 다각적으로 초점을 맞추는 것이 중요하겠다. 이에 개발된 정신건강 위기 척도는 대상자에 대한 사례발견 및 조기치료를 포함한 정신건강에 문제가 있는 대상자를 평가함에 있어 더욱 정교화 된 도구로 위기개입을 위한 기초자료를 제공할 것으로 사료된다.

최근 보건복지부 정신건강복지사업 안내서에 따르면, 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안을 발표하였고 응급대응 체계의 개선을 위해 지자체의 행정입원의 운영과 외래치료의 지원, 지역사회의 현장대응이 부족한 점 등을 보완하고자 정신응급환자 적시개입·지속관리를 위해 대응체계를 개선하였다(보건복지부, 2020). 그러나 현재 우리나라 정신응급 시스템은 정신과적 응급입원이 가능한 병실 부족, 외상 등 신체질환이 동반된 정신응급 상황에 대한 적정 의료서비스가 가능한 병원이 부족한 상황에 놓여있다(이해우, 2021). 또한 퇴원 후 지역사회 연계가 적절히 이루어지고

있지 않다. 따라서 대상자의 사례관리 연계, 외래치료 지원 등의 보완이 필요하다. 이와 같은 문제들이 해결되지 않고서는 대상자발굴이 어려울 것이며, 또한 정신건강 위기 척도 활용도 소극적일 수밖에 없을 것이다. 또한 정신건강복지센터 종사자와 경찰의 협력 대응 강화만으로 지역사회에서 발생하는 정신응급 상황을 해결하기 어렵다. 이상의 모든 문제점들을 보완하기 위해서는 대상자 발굴에서부터 치료계획까지 정보를 공유하고 지원을 제공함으로써 임상평가 프로토콜을 시스템화 할 필요성이 있다. 즉, 지역사회가 정신건강 위기에 대응하는 방식을 바꾸는 등의 전국적으로 프로그램의 확장을 촉진할 필요성이 있다. 이는 국가와 사회의 투자가 필요한 영역이다. 따라서 이에 대한 사회적·정책적 합의가 도출 되어야할 것이다.

본 연구의 간호학적 의의는 다음과 같다.

이론적 측면에서 정신장애와 관련한 개인에 대한 위기는 생물학적, 심리적, 사회적 요인이 모두 얽혀있으며, 이는 개인이 독립된 기관이 아니라 전체론적 관점에서 보아야하며 기존의 생물의학 모델은 이 현상을 설명할 수 없지만 생물심리사회적 모델에 의해 명확하게 예측된다는 이론을 검증한 것에 의의가 있다.

간호실무적 측면에서 본 연구에서 개발된 정신건강 위기 척도는 지역사회 현장 상황을 적극적으로 반영하였기에 위기대응현장에서 실질적이고 유용하게 활용될 수 있을 것이다. 정신건강 위기 척도에 대해 다각적인 접근 방식에 기반한 위기 예측방법의 적용은 지금까지 선행되지 않았다. 이에 본 연구를 통해 국내 정신질환자에 대한 지역사회 서비스체계의 기반을 마련하였다는데 의의가 있다.

간호 연구적 측면에서 개념분석을 통하여 지역사회 정신건강 위기현장에서 근무하는 실무자들의 정신질환자에 대한 위기를 다각적인 측면에서 효율적으로 평가할 수 있는 한국어로 된 도구를 개발했다는 것이다. 본 연구를 통해 규명된 정신건강 위기 척도는 후속연구 및 체계적인 지역사회 정신건강 서비스를 제공하기 위한 토대가 될 수 있을 것이다. 또한 정신건강 위기를 측정하는 개념적 틀이 도출되어 이론개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점으로는 대상자 선정에 있어 정신건강복지센터 종사자만으로 설문을 하였으며 현장에 대한 사례와 관련하여 정신질환자별 위기 유형에 대한 정확한 현황을 파악하지 못했다. 도구자체에 대한 신뢰도와 타당도는 검증되었으나 대상자에 따른 정확한 위기 측정에 대한 검정을 못했다. 이에 본 도구를 이용한 현장대응에서 사례 유형별로 파악을 한다면 위기개입 실무자에게 다양한 원인적 경로를 제시하는데 기초자료로 사용될 수 있을 것으로 사료된다.

자료수집에 있어 정신건강전문요원과 일반종사자를 대상으로 하여 전문직역에 따른 차이와 경력에 따른 차이가 있었다. 이는 정신건강복지센터 종사자가 맡은 직무와 역량의 차이가 다양하므로 자료수집에 있어 위기에 대한 개념의 차이가 있었을 것으로 생각된다.

대상자 모집에 있어 전국적으로 참여율이 있었으나 대구, 경북, 부산, 경남 등의 영남지역에서 주로 자료수집이 편향되어 있었고, 현장에서 실제 사례를 통하여 적용하도록 설계된 도구로 다양한 위기상황을 반영한 자료수집을 하는데 대상자의 다양성 확보와 자료수집기간이 충분하지 않는데 대한 한계점이 있었다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 Engel (1977)의 생물심리사회적 모델을 이론적 토대로 하였다. 지역사회 정신건강 위기에 대해 개념 분석과정을 통해 구성요소를 확인하였고, 이를 기반으로 정신건강 위기 척도의 문항을 도출하였다. 도출된 문항에 대해 내용타당도와 구성타당도 검정 및 신뢰도 검정을 시행하여 최종 도구를 개발하였다. 지역사회 정신건강 위기에 대해 규명하고, 이에 대한 척도를 개발함으로써 정신건강복지센터 종사자의 정신질환자에 대한 이해를 높이는데 도움이 되고, 향후 국내 정신질환자에 대한 지역사회 서비스체계의 기반을 마련하는데 기초가 될 것으로 기대한다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

- 첫째, 개발된 척도로 지역사회 위기현장에서 대상자 집단을 선정하여 유형별로 적용하고 이에 따른 집단에 대한 민감도와 특이도를 고려한 평가의 정확도 및 최적의 기준점을 찾기 위한 후속연구를 제언한다.
- 둘째, 추가적인 신뢰도, 타당도 검정을 위하여 자료수집에 있어 지역에 대한 편향이 없도록 하여 표본수를 확대한 반복연구를 제언한다.
- 셋째, 위기관리 실무자의 다양성을 고려하여 지역사회 민원 담당 공무원, 일선경찰관, 소방관 등의 다양한 대상자로 의견을 수렴 하여 후속 연구를 할 것을 제언한다.
- 넷째, 개발된 정신건강 위기 척도를 지역사회 위기 현장에서 사용할 수 있도록 각 지역의 정신건강복지센터에 배포 및 홍보 방안을 제언한다.

참고문헌

- 강현철(2013). 구성타당도 평가에 있어서 요인분석의 활용. *대한간호과학회지*, 43(5), 587-594. doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.587
- 국립정신건강센터(2018). *정신건강전문요원 실태조사 보고서*. 서울: 동 기관
- 김은희, 안효경, 김경아, 김한미, 조은정, 이승연 등(2020). 서울시 기초정신건강복지센터 정신응급 대응 현황조사. *정신보건-서울시정신건강증진센터*, 10(1), 1-3.
- 김혜옥과 조명옥(2006). 중소병원 간호사의 전문직 정체성 갈등 경험. *질적연구*, 7(2), 13-25.
- 박현애(2005). 간호학 도구 개발에서 문제와 쟁점. *간호학 탐구*, 14(1), 46-72.
- 배병렬(2009). *Amos 17.0 구조방정식모델링(원리와 실제)* 제2판. 서울: 도서출판 청람.
- 보건복지부 국립정신건강센터 정신건강 사업부(2018, 2021. 02. 06). *정신과적 응급상황에서의 현장대응안내 2.0*. Retrieved from <http://www.ncmh.go.kr/mentalhealth/main.do>
- 보건복지부(2020). *정신건강복지사업 안내서*. 세종: 동 기관
- 안재경과 최이문(2019). 경찰의 정신질환 위기대처방안에 대한 연구-미국의 위기개입팀 프로그램을 중심으로. *경찰학연구*, 19(2), 117-145.
- 우종필(2012). *구조방정식모델 개념과 이해*. 서울: 한나래
- 이명선, 이소우, 김금자, 김묘경, 김지현, 이경희 등(2006). 개념분석 전략에 관한 문헌고찰 연구. *대한간호학회지*, 36(3), 493-502.
- 이병숙, 강성례, 박영례, 박은영, 손행미, 어용숙 등(2017). *질적연구의 이론과 실제*. 서울: 정담미디어.
- 이상열(2012). 우리나라 의료의 생의학적 모델 어떻게 할 것인가? 생의학적 모델에서 생물정신사회적 모델로. *정신신체의학*, 20(1), 3-8.
- 이상훈, 송열매, 우지연, 한정미, 류미숙과 황태(2017). 정신건강전문요원의 수련 및 근무현황. *사회정신의학회지*, 22(2), 113-119.

- 이은옥, 임난영, 박현애, 이인숙, 김종임, 배정미 등(2009). *간호연구와 통계 분석*. 서울: 수문사.
- 이정열(2016). *상급간호통계학*. 서울: 수문사.
- 이해우(2021). 코로나19 대유행 시기에 정신응급 현황과 개선 방안. *대한신경정신과학회지*, 60(1) 23-27. doi.org/10.4306/jknpa.2021.60.1.23
- 조근호, 윤해주, 장미, 손주영, 남운영, 김민혁 등(2020). 한국 정신과적 위기 분류 평정 척도(CRI, Crisis Rating Instrument), *정신과적 응급상황에 서의 현장대응 안내 2.0*. 보건복지부, 경찰청, 소방청, 국립정신건강센터. 11-1352629-000016-01.
- 최창호와 유연우(2017). 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석의 비교에 관한 연구. *디지털융복합연구*, 15(10), 103-111.
- 탁진국(2007). *심리검사: 개발과 평가방법의 이해*. 서울: 학지사.
- 통계청(2021, 2021. 09. 10). *치료감호 수용 현황*. e-나라지표, Retrieved from https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2813
- 하경희(2019). 정신보건제도의 도입과 토착화에 관한 연구: 정신질환자의 탈원화와 지역사회정신보건을 중심으로. *한국사회와 행정연구*, 30(1), 197-226.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset violence checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284-1296. doi.org/10.1177/088626000015012003
- American Mental Wellness Association. (2020, 2021. 03. 03). Risk and protective factors. Retrieved from <https://www.americanmentalwellness.org>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publication.
- Babalola, E., Noel, P., & White, R. G. (2017). The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian Journal*

- of Social Psychiatry*. (33)4 291-296. doi:10.4103/ijsp.ijsp_13_17
- Baldwin, D. (1975). O'Connor v. Donaldson: Involuntary civil commitment and the right to treatment. *Columbia Human Rights Law Review* 7(2): 573-589. library.georgetown.edu/handle/10822/716665
- Ballard, E. D., Gilbert, J. R., Wusinich, C., & Zarate Jr, C. A. (2021). New methods for assessing rapid changes in suicide risk. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 598434. doi: 10.3389/fpsy.2021.598434
- Ballard, E. D., Luckenbaugh, D. A., Richards, E. M., Walls, T. L., Brutsché, N. E., Ameli, R., et al. (2015). Assessing measures of suicidal ideation in clinical trials with a rapid-acting antidepressant. *Journal of Psychiatric Research*, 68(1). 68-73. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.06.003
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343 - 352. doi.org/10.1037/0022-006 X.47.2.343
- Bengelsdorf, H., Levy, L. E., Emerson, R. L., & Barile, F. A. (1984). A crisis triage rating scale: Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 424-430. doi.org/10.1097/00005053-198407000-00009
- Berk, H. Ö. S. (2010). The biopsychosocial factors that serve as predictors of the outcome of surgical modalities for chronic pain. *Algoloji*, 22(3), 93-97. journalagent.com/agri/pdfs/AGRI_22_3_93_97.pdf
- Bernardini, F., Attademo, L., Cleary, S. D., Luther, C., Shim, R. S., Quartesan, R., et al. (2017). Risk prediction models in psychiatry: Toward a new frontier for the prevention of mental illnesses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5), 572-583. doi:10.4088/JCP.15r10003
- Blascovich, J. (2008). Challenge, threat, and health. In J. Y. Shah & W. L. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 481 - 493). Washington: The Guilford Press.
- Blascovich, J., Seery, M. D., Mugridge, C. A., Norris, R. K., & Weisbuch,

- M. (2004). Predicting athletic performance from cardiovascular indexes of challenge and threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(5), 683–688. doi.org/10.1016/j.jesp.2003.10.007
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The biopsychosocial model 40 years on. In D. Bolton, & G. Gillett (Eds), *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (pp. 1–43). New York: Springer.
- Bonyng, E. R., & Thurber, S. (2008). Development of clinical ratings for crisis assessment in community mental health. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(4), 304–312. doi/10.1093/brief-treatment/mhn017
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. doi.org/10.1002/wps.20375
- Borsboom, D., Cramer, A. O., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42(2), 1 - 63.
doi: <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Bouras, N., Ikkos, G., & Craig, T. (2018). From community to meta-community mental health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 806–816. doi:10.3390/ijerph15040806
- Breslow, R. E., Erickson, B. J., & Cavanaugh, K. C. (2000). The Psychiatric Emergency Service: Where We've Been and Where We're Going. *Psychiatric Quarterly*, 71(2), 101–121. doi:10.1023/A:1004672202234
- Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E., et al. (2012). The HEADS-ED: A rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics*, 130(2), 321–327. doi: 10.1542/peds.2011–3798
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020, 2021. 03 .05). *Violence risk assessment tools*. Retrieved from <https://wwwn.cdc.gov>

- Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., Baldwin, R. et al. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283. doi: 10.1192/bjp.bp.115.170050.
- Chida, Y., & Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: A meta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(4), 434-445. doi:10.1016/j.bbi.2009.01.013
- Chu, C. M., Thomas, S. D., Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2013). The short-to medium-term predictive accuracy of static and dynamic risk assessment measures in a secure forensic hospital. *Assessment*, 20(2), 230-241. doi/abs/10.1177/1073191111418298
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th). Los Angeles: SAGE.
- Diesfeld, K. (2003). Insight: Unpacking the concept in mental health law. *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(1), 63-70. doi.org/10.1375/pplt.2003.10.1.63
- Dooshima, M. P., Chidozie, E. N., Ademola, B. J., Sekoni, O. O., & Adebayo, I. P. (2018). A predictive model for the risk of mental illness in Nigeria using data mining. *International Journal of Immunology*, 6(1), 5-16. doi=10.11648/j.iji.20180601.12
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-clinical-risk management-20, version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93-108. doi.org/10.1080/14999013.2014.906519
- Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(6), 783-798. doi.org/10.1002/bsl.739

- Eaton, Y., & Ertl, B. (2000). The comprehensive crisis intervention model of community Integration, Inc. Crisis Services. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research, 2*, 373-387.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Paper presented at the The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine.* 137(5), 535-544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research, 9*(4), 1-23. doi: 10.1186/bcr1744.
- Fitzgerald, M. (1996). Structuring psychiatric emergency services for smaller communities in response to managed care. *Psychiatric Services (Washington, DC), 47*(3), 233-234. doi: 10.1176/ps.47.3.233.
- Fitzgerald, M. (2016). The potential role of the occupational therapist in acute psychiatric services: A comparative evaluation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 23*(11), 514-518. doi:10.12968/ijtr.2016.23.11.514
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. doi.org/10.2307/3151312
- Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O., et al. (2015). From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 256-265. doi: 10.1037/abn0000028
- Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine,*

- 47(3), 176-180. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.004
- Gorey, K. M., Leslie, D. R., Morris, T., Carruthers, W. V., John, L., & Chacko, J. (1998). Effectiveness of Case Management with Severely and Persistently Mentally Ill People. *Community Mental Health Journal*, 34(3), 241-250. doi.org/10.1023/A:1018761623212
- Grigg, M., Endacott, R., Herrman, H. & Harvey, C. (2004). An ethnographic study of three mental health triage programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 145 - 151.
doi:10.1111/j.1440-0979.2004.0326.x.
- Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hartung, F.-M., & Renner, B. (2014). The need to belong and the relationship between loneliness and health. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(4), 194-201. doi.org/10.1026/0943-8149/a000129
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996 - 2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155-1163. doi.org/10.1093/aje/kwn017
- Hawgood, J., & De Leo, D. (2016). *Suicide prediction - A shift in paradigm is needed*. MA Boston: Hogrefe Publishing. 37(4), 251 - 255.
doi: 10.1027/0227-5910/a000440
- US Department of Health and Human Services. (2014). Health resources and services administration. *National Center for Health Workforce Analysis*, 2012-2025. doi.org/wp-content/uploads/2015/07
- Hirschfeld, R. M., & Russell, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 910-915.
- Hodgins, S. (2017). Aggressive behavior among persons with schizophrenia and those who are developing schizophrenia: Attempting to understand

- the limited evidence on causality. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1021-1026.
- Illes, F., Rietz, C., Fuchs, M., Ohlraun, S., Prell, K., Rudinger, G., et al. (2003). Einstellung zu psychiatrisch-genetischer Forschung und prädiktiver Diagnostik. *Ethik in der Medizin*, 15(4), 268-281.
doi:10.1007/s00481-003-0256-z
- Jeong, M., & Seo, S. (2014). Predictors of attempts at suicide: A focus on the attune adolescent facing a suicidal crisis. *Studies on Korean Youth*, 25(2), 145-171. doi:10.14816/sky.2014.25.2.145
- Jorm, A. F., & Mulder, R. T. (2018). Prevention of mental disorders requires action on adverse childhood experiences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(4), 316-319. doi:10.1177/0004867418761581.
- Keller, M. B., & Hanks, D. L. (1995). Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(6), 22 - 29.
org/record/1996-18009-001
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of psychiatry*, 165(6), 695-702. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07071061
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Keum, H., Park, J., Kweon, K., & Ahn, J. H. (2019). Characteristics of Psychiatric Patients Referred by Police to an Emergency Department. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 58(3), 230-237.
doi.org/10.3343/alm.2020.40.3.238
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
doi:10.7326/0003-4819-88-2-251.

- Lawrie, S. M., Fletcher-Watson, S., Whalley, H. C., & McIntosh, A. M. (2019). Predicting major mental illness: Ethical and practical considerations. *British Journal of Psychiatry Open*, 5(2), 1-5. doi:10.1192/bjo.2019.11
- Lee, K. J., Lee, K., Lee, Y. M., & Choi, H. S. (2021). Survey of Frontline Police Officers' Responses and Requirements in Psychiatric Emergency Situations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 237-249. doi:10.3390/ijerph18010237.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382 - 385. doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017
- MacKay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 464-471. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00867.x.
- Mantell, P. K., Baumeister, A., Ruhrmann, S., Janhsen, A., & Woopen, C. (2021). Attitudes towards Risk Prediction in a Help Seeking Population of Early Detection Centers for Mental Disorders – A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1036-1049. doi:10.3390/ijerph18031036.
- Moore, G. P., & Pfaff, J. A. (2021, 06. 01). Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>
- Moursel, G., Çetinkaya Duman, Z., & Almvik, R. (2019). Assessing the risk of violence in a psychiatric clinic: The Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version – validity and reliability study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 225-232. doi: 10.1111/ppc.12338.

- National Alliance on Mental Illness (2021. 02. 05.). Navigating a mental health crisis. Retrieved from <https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Guides/Navigating-a-Mental-Health-Crisis>
- Neufeld, E., Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2012). Predicting inpatient aggression using the interRAI risk of harm to others clinical assessment protocol. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(4), 472-480. doi: 10.1007/s11414-011-9271-x.
- Newbigging, K., Rees, J., Ince, R., Mohan, J., Joseph, D., Ashman, M., et al. (2020). The contribution of the voluntary sector to mental health crisis care: A mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 8(29), 1-200. doi.org/10.3310/hsdr08290
- Norko, M. A., & Baranoski, M. V. (2005). The state of contemporary risk assessment research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 18-26. doi: 10.1177/070674370505000105
- Papadimitriou, G. (2017). The Biopsychosocial Model: 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*, 28(2), 107-110. doi:10.22365/jpsych.2017.282.107
- Park, C. S., & Yang, S. J. (2019). Development of a Measurement of Suicidal Protection (MSP) for High School Students in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 30(2), 161-173. doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.2.161
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., et al. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991-1005. doi:10.1016/S0140-6736(07)61240-9.
- Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., et al. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care.

- Health Technology Assessment*, 20(3), 1–161. doi:10.3310/hta20030
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. doi:10.1002/nur.20147.
- Ptyushkin, P., Cieza, A., & Stucki, G. (2015). Most common problems across health conditions as described by the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38(3), 253–262. doi:10.1097/MRR.0000000000000124.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Redmond, R. A., & Curtis, E. A. (2009). Focus groups: Principles and process. *Nurse Researcher*, 16(3), 57–69. doi:10.7748/nr2009.04.16.3.57.c6946.
- Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 2(1), 1–22. doi:10.1093/brief-treatment/2.1.1
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329–339. doi/10.1093/brief-treatment/mhi030
- Rolin, S. A., Bareis, N., Bradford, J.-M., Rotter, M., Rosenfeld, B., Pauselli, L., et al. (2021). Violence risk assessment for young adults receiving treatment for early psychosis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 76, 101701. doi:10.1016/j.ijlp.2021.101701
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Kaiser, N., & Klosterkötter, J. (2014). Prediction and prevention of psychosis: Current progress and future tasks. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 9–16. doi: 10.1007/s00406-014-0541-5.

- Rutledge, D. N., Wickman, M., Drake, D., Winokur, E., & Loucks, J. (2012). Instrument validation: Hospital nurse perceptions of their Behavioral Health Care Competency. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(12), 2756-2765. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06025.x.
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, H. S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In B. L. Rodgers, & K. A. Knafl (Eds). *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications* (2nd ed., pp. 129-159). Philadelphia, PA: Saunders.
- Snider, J. G., & Osgood, C. E. (1969). *Semantic differential technique: A sourcebook*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Steadman, H. J. (2000). From dangerousness to risk assessment of community violence: Taking stock at the turn of the century. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. *28*(3), 265 - 271. doi.org/record/2000-02847-002
- Stein W. (2005). Modified Sainsbury tool: An initial risk assessment tool for primary care mental health and learning disability services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. *12*(5), 620-633. doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2005.00885.x
- Stoutenborough, J. W. (2008). Semantic differential technique. In P. J. Lavrakas (Ed). *Encyclopedia of survey research methods* (pp.811-812). Thousand Oaks: SAGE.
- Sudarsanan, S., Chaudhury, S., Pawar, A. A., Salujha, S. K., & Srivastava, K. (2004). Psychiatric emergencies. *Medical Journal, Armed Forces India*, *60*(1), 59-62. doi: 10.1016/S0377-1237(04)80162-X.
- Swan, J., & Hamilton. P. M. (2020). *Mental Health Crisis Intervention and Support for Patients*. Comptche, CA: Wild Iris medical education Incorporation.
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990).

- Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761–770. doi: 10.1176/ps.41.7.761.
- Tansella, M., Thornicroft, G., & Lempp, H. (2014). Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 4714–4728. doi:10.3390/ijerph110504714
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119–124. doi: 10.1192/bjp.bp.116.188078.
- Vögele, C. (2001). Behavioral medicine. In N. J. Smelser, & P. B. Baltes (Eds). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 463–469). Amsterdam: Elsevier.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). *The Biopsychosocial Model of Illness: A model whose time has come*. In: SAGE Publications Sage UK: London, England. 31(8), 995–1004.
doi: 10.1177/0269215517709890
- Wallace, C., Müllen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716–727.
doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.716.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841–850.
doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink,

- J. (2006). Short Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & The Law*, 24(6), 747-766. doi: 10.1002/bsl.737.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 354(9182), 936-939. doi:10.1016/S0140-6736(98)08320-2.
- Wing J. K., Beevor A. S., Curtis R. H., Park S. B., Hadden S., & Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales(HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11.
- Wong, S. C. P., & Gordon, A. (2006). The validity and reliability of the Violence Risk Scale: A treatment-friendly violence risk assessment tool. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12(3), 279 - 309. doi.org/10.1037/1076-8971.12.3.279
- Wootton, D. (2015). *The invention of science: A new history of the scientific revolution*. Penguin: Harper Perennial.
- World Health Organization (1958). The first ten year of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- Zun, L. (2016). Care of psychiatric patients: The challenge to emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 173-176. doi:10.5811/westjem.2016.1.29648

부 록

<별지서식 14호>

계명대학교 생명윤리위원회 심의결과통지서

문서번호	계명대학교 생명윤리위원회 2020-309	발송일자	2021. 02. 22.
연구과제명	정신과적응급상황의 위기행동식별 도구 개발		
IRB No.	40525-202012-HR-080-03		
연구책임자	이경자	소 속	간호학과
심사일자	2021. 02. 16.		
심사결과	■ 승 인 (O) ■ 시정승인 () ■ 보 완 () ■ 재심의 () ■ 반 려 () ■ 부 결 ()		
총 연구기간	IRB 승인일로부터 1년		
위원회 연구승인 유효기간	2021. 02. 16.부터 2022. 02. 15.까지		
	<input type="checkbox"/> 총 신청 연구 기간이 생명윤리위원회의 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 '지속심사' 승인을 받아야 연구지속 진행이 가능합니다. <input type="checkbox"/> 연구종료 시 종료보고를 하여 주시기 바랍니다.		
심의의견 (권고 사항 포함)	■ 수정·보완한 것으로 간주됨.		
이의신청	연구책임자는 본 위원회의 심사결과에 대하여 이의가 있을 경우, 심사결과 통지일로부터 2주 이내에 서면으로 이의신청을 할 수 있습니다. 단, 동일 사안에 대하여 2회 이상의 재심은 하지 않습니다.		
위와 같이 생명윤리위원회 심의결과를 통보합니다.			
2021년 2월 22일			
계명대학교 생명윤리위원회 위원장 (직인)			



예비조사 도구

정신건강복지센터 종사자에 대한 일반적 특성

· 다음은 귀하의 일반적 특성과 관련된 문항입니다. 해당되는 번호에 솔직하게 “√” 표하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성은?

- ① 남 ② 여

2. 귀하의 연령대는?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 이상

3. 귀하의 학력은?

- ① 전문학사 졸업 ② 학사졸업 ③ 석사이상 졸업

4. 귀하의 정신건강복지센터 근무경력은?

- ① 1년 이상~2년 이하 ② 3년 이상~4년 이하 ③ 5년 이상

5. 귀하의 정신건강전문요원 자격 증별은?

- ① 정신건강간호사 ② 정신건강사회복지사 ③ 정신건강임상심리사
④ 비전문종사자(간호사, 사회복지사, 임상심리사)

6. 정신건강전문요원이라면 자격 등급은?

- ① 1급 ② 2급

7. 귀하의 담당업무는?

- ① 자살업무 ② 아동청소년 ③ 중증담당(조현병, 양극성 정동장애 등)
④ 기타()

8. 귀하의 직위는?

- ① 팀원 ② 팀장 ③ 센터 장

도구의 예비조사

· 본 도구의 내용이 적절한지, 문항이 이해하기 쉬운지, 어려운지에 대한 평가입니다. 실제 위기관리 현장에 대한 사례를 적용하여 아래 문항에 체크(✓)를 해 보시기 바랍니다.

▶ 다음은 '신체적 요인'에 대한 내용입니다							
번호	예비 문항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
		1	2	3	4	5	6
1	대상자의 호흡 또는 맥박이 불안정해 보입니까? (숨이 차거나 얼굴이 붉어짐 등)						
2	대상자에게 현재 심각한 외상이 있습니까? (신체적 자해 또는 타해의 흔적 등)						
3	대상자에게 현재 물질(치약, 구두약, 염산 등)을 바르거나 뿌려서 피부손상이나 화상의 위험이 있습니까?						
4	대상자가 최근 1주일 이내에 음식물을 먹지 않아 신체적 위험(과도한 체중감소, 영양부족 등)이 있습니까?						
5	대상자에게 현재 신체질환 및 합병증(저혈당 쇼크 등)으로 인한 신체의 위험이 있습니까?						
6	대상자에게 현재 알코올/약물(마약 등)남용 문제가 추정됩니까?						

▶ 다음은 '사회적 요인'에 대한 내용입니다.							
번호	예비 문항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
		1	2	3	4	5	6
7	대상자에게 현재 신체적/정서적 학대로부터 분리 및 보호 등의 즉각적인 조치가 필요합니까?						
8	대상자가 현재 다른 사람의 안전에 위협을 주고 있습니까? (방화, 공공기물 파손, 반복적인 흉기투척 등)						
9	대상자가 주변(친구/학교/학원/가족 등)으로부터 폭언 또는 폭력을 받고 있습니까?						
10	대상자가 현재 가족, 지인, 단체 등으로부터 도움을 받지 못하고 있습니까?						
11	대상자가 지리적 또는 사회적 고립으로 기본적인 욕구 충족(학교교육이나 시설이용 등)을 못하고 방치되어 왔습니까?						

▶ 다음은 '자살행동'에 대한 내용입니다.							
번호	예비 문항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
		1	2	3	4	5	6
12	대상자에게 현재 자살생각이 있습니까? (죽고 싶다, 다 함께 죽자, 차라리 죽는게 낫다 등)						
13	대상자에게 현재 자살계획이 있습니까? (약 모음, 보험정리, 유언기록 및 자살도구 준비 등)						
14	대상자에게 최근 1주일 이내에 이전과 다른 급격한 기분변화가 있습니까? (갑자기 격앙되거나 평온함 또는 주체할 수 없는 분노표출 등)						
15	대상자에게 최근 1주일 이내에 자살을 시도한 이력이 있습니까?						
16	대상자에게 자살행동의 위험으로부터 도와줄 조력자가 있습니까?						

▶ 다음은 '정신상태'에 대한 내용입니다.							
번호	예비 문항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
		1	2	3	4	5	6
17	대상자가 일상생활에서 자기 돌봄 능력부족으로 종종 위험한 결과를 초래합니까? (쓰레기 방치로 인한 악취 또는 지나친 흡연으로 인한 화재경보 등)						
18	대상자가 현재 일상생활과 관련된 주요한 사항(주소, 가족이름, 시간, 연도, 계절 등)을 기억하지 못합니까?						
19	대상자에게 현재 환청으로 인한 자타해 위험이 있습니까? (허공을 보며 혼자 큰소리로 말하는 등)						
20	대상자에게 현재 망상 및 환각 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까? (통제할 수 없는 기괴한 행동 등)						
21	대상자에게 현재 조증 등으로 인한 자타해 위험이 있습니까? (일상생활이 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양 됨)						
22	대상자가 자신의 질병에 대해 잘 모르고 있습니까? (처방된 약을 먹지 않거나 외래진료를 이행하지 않는 등)						
23	대상자의 위기상황에 대한 이유를 대상자 본인이 알지 못합니까?						

• 설문지를 작성하시면서 느끼신 점에 대한 질문입니다. 해당란에 체크(✓)를 해주십시오.

1. 본 설문지를 작성하는 데 몇 분이 소요되십니까? ()분

2. 전반적으로 문항에 대한 이해정도는 어떠하십니까?

- ① 매우 어렵다 ② 어렵다 ③ 보통이다 ④ 쉽다 ⑤ 매우 쉽다

3. 글자의 크기는 적절합니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

4. 각 문항의 길이는 적절합니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

5. 본 예비조사 도구를 적용한 사례에 대해 간략히 적어주십시오.

6. 설문지와 관련하여 수정할 사항이 있다면, 자유롭게 의견을 주시기 바랍니다.
(모호한 문항이나 이해되지 않는 문항이 있었다면 몇 번 문항인지 적어주시면 됩니다)

부록 4. 내용 타당도 검토 결과

영역	문항	CVI	수정사항
신체	1. 대상자의 활력징후(호흡, 맥박)가 비정상적입니까?	.95	유지
	2. 대상자가 현재 심각한 외상으로 병원치료가 필요합니까?	1	유지 4,6,7번과 통합
	3. 대상자가 현재 동반질환 및 합병증(저혈당 쇼크 등)으로 인한 생명의 위협이 있습니까?	1	유지
	4. 대상자가 현재 물질(치약/구두약/염산 등) 도포로 인한 피부손상 및 화상의 위험이 있습니까?	.95	2번 문항으로 통합
	5. 대상자가 현재 알코올/약물(마약 등)남용의 징후가 있습니까?	1	유지 및 2번 문항과 통합
	6. 대상자가 현재 음식물을 장기간 섭취하지 않았습니까?	.95	유지 및 2번 문항과 통합
	7. 대상자가 신체적 자해행동이 지속되어 왔습니까?	1	유지 및 2번 문항과 통합
	8. 대상자가 현재 신체적/정서적 학대로부터 분리 또는 보호 등의 즉각적인 조치가 필요합니까?	1	유지 및 요인으로 이동

영역	문항	CVI	수정사항
사회	9. 대상자가 현재 공공의 안전에 위협을 주고 있습니까? (방화, 살인 등)	1	유지 및 문항수정
	10. 대상자가 현재 주변(친구/학교/학원/가족 등)으로부터 폭언 또는 폭력에 대한 위협을 받고 있습니까?	.95	유지 및 문항수정
	11. 대상자가 현재 도움을 요청할만한 조력자가 있습니까?	1	유지 및 문항수정
	12. 대상자가 의, 식, 주, 학교 등의 기본적인 욕구충족을 못한 채 방치되어 왔습니까?	1	유지 및 13번과 통합
	13. 대상자가 지리적 또는 사회적 고립이 지속되어 왔습니까?	1	유지 및 12번과 통합
자살 행동	14. 대상자가 현재 자살을 계획하고 있습니까? (약물 모음, 보험정리, 유언기록 등)	1	유지
	15. 대상자가 강렬한 공포감(공황상태)으로 충동적 자살행동의 위협이 있습니까?	.95	유지 및 문항수정
	16. 대상자가 이전과 다른 급격한 기분변화가 있습니까? (갑자기 격앙되거나 평온함)	1	유지 및 25번 문항과 통합

영역	문항	CVI	수정사항
정 신 상 태	17. 대상자의 위기상황에 대한 결정적인 원인을 확인할 수 있습니까?	.85	유지 및 수정
	18. 대상자가 현재 반복적으로 흥기투척이나 방화 등으로 불특정 다수에게 위협적인 행동을 하고 있습니까?	1	유지 및 이동 9번 문항과 통합
	19. 대상자가 현재 예상치 못한 불의의 사고로 어찌할 바를 모릅니까?	.67	삭제
	20. 대상자가 현재 통제할 수 없는 자해 및 타해의 위험이 있습니까?	1	유지 및 문항수정
	21. 대상자가 현재 일상생활과 관련된 주요한 사항(주소/가족이름 등)을 기억하지 못합니까?	.95	유지 21번과 통합
	22. 대상자가 현재 시간에 대한 감각(연도/계절/요일 등)이 있습니까?	.85	유지 22번과 통합
	23. 대상자가 현재 일상생활유지가 어려울 정도로 지나치게 활동적이고, 기분이 고양되어 있습니까?	1	유지 및 문항수정
	24. 대상자가 일상생활에서 자기 돌봄 능력부족 또는 판단부족으로 인해 종종 위험한 결과를 초래합니까?	1	유지 및 문항수정
	25. 대상자가 현재 주체할 수 없는 분노표출로 인해 자해 또는 타해의 위험이 있습니까?	1	16번 문항과 통합
	26. 대상자가 현재 허공을 보며 혼자 큰소리로 말을 하고 있습니까?	.95	유지 및 문항수정
27. 대상자가 자신의 질병에 대한 병식이 있습니까?	1	유지 및 문항수정	

Development of Mental Health Crisis Assessment Scale - Focusing on Engel's biopsychosocial model -

Lee Kyeonng-ja

Department of Nursing
Graduate School

Keimyung University

(Supervised by Professor Lee Kyeong-hee)

(Abstract)

Purpose: This study developed a assessment scale for evaluating the crisis for mentally ill patients at the community crisis intervention site and tested its validity and reliability. Based on Engel's biopsychosocial model, a hybrid model was used to analyze the concept of the mental health crisis, identify its attributes, and develop a mental health crisis assessment scale based on the derived attributes.

Method: Research design is a methodological study that develops a mental health crisis assessment scale and tests the validity and reliability of the tool. The subjects were mental health welfare center workers with more than one year of practical experience including nurses, social workers, clinical psychologists, and general administrators in the field of mental health.

Results: The initial 27 items were derived through literature review and focus group interviews. As a result of conducting a content validity test by a group of 10 experts, 23 questions were derived. A preliminary survey was conducted on 20 workers at mental health welfare centers. Data were collected from 282 workers at mental health welfare centers based on 23 questions developed after the preliminary survey. For data analysis, item evaluation and validity test on composition were performed. It went through the process of confirmatory and exploratory factor analyses. In the confirmatory factor analysis, the model's goodness of fit was performed, and the following results that met the standard of suitability were derived: 2.464, GFI .901, RMSEA .077, CFI .935, and TLI .911. Therefore, as the final analyzed factors for the mental health crisis assessment scale, 4 components and 16 items in the sub-categories were finally chosen.

Discussion: The final questions were 4 questions for physical factors, 3 for social factors, 4 for suicidal behavior factors, and 5 for mental state factors. As for the reliability of the entire questions, Cronbach's

alpha value was .88, securing the reliability.

As a result, a total of 16 questions on mental health crisis assessment measures were developed. The mental health crisis assessment scale attempted a comprehensive mental health crisis scale beyond the existing evaluation tool consisting of a single perspective to evaluate additional factors including the possibility of suicide. It is believed that this can be reflected in the implementation and design of preventive measures. In conclusion, these findings will provide important support to crisis management practitioners who need to make quick and accurate decisions with a multidimensional approach in biopsychosocial aspects for subject's crisis evaluation.

정신건강 위기 척도 개발

- Engel의 생물심리사회적 모델을 중심으로 -

이 경 자

계명대학교 대학원

간호학과

(지도교수 이 경 희)

(초록)

본 연구는 지역사회 위기개입 현장에서 정신질환자에 대한 위기를 평가하기 위한 척도를 개발하고, 타당성과 신뢰성을 검증하기 위해 수행되었다.

연구를 위해 Engel (1977)의 생물심리사회적 모델을 토대로 혼종모형을 이용하여 정신건강 위기에 대한 개념분석을 하여 속성을 파악하고, 도출된 속성을 기반으로 정신건강 위기 척도를 개발하는 과정을 거쳤다.

연구 설계는 정신건강 위기 척도를 개발하고, 개발한 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하는 방법론적 연구이다. 연구대상은 실무 경력이 1년 이상 된 정신건강복지센터 종사자로 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강 임상심리사, 일반종사자로 하였다.

연구진행 방법은 문헌고찰과 포커스 그룹 면담을 통해 초기 27개 항목을 도출하였다. 이를 10명의 전문가 집단에 의한 내용타당도 검정을 한 결과, 23개의 문항이 도출되었다. 이후 정신건강복지센터 종사자 20명을 대상으로 예비조사를 시행하였다. 예비조사 후 개발된 23개의 문항을 282명의 정신건

강북지센터 종사자를 대상으로 자료 수집을 하였다.

자료 분석은 문항평가 및 구성타당도 검정을 시행하였다. 확인적 요인분석과 탐색적 요인분석 과정을 거쳤다. 확인적 요인분석에서 모형적합도 검정을 실시하였고 연구모형의 적합도는 $CMIN(\chi^2)/df$ 값이 2.464, GFI .901, RMSEA .077, CFI .935, TLI .911로 적합기준치에 부합하였다. 따라서 정신건강 위기 척도에 대한 최종 분석된 요인으로는 4개의 구성요인과 그에 따른 하위영역의 16개의 문항이 최종 결정 되었다. 최종 문항은 신체적 요인에 4개 문항, 사회적 요인에 3개 문항, 자살행동요인에 4개 문항, 정신상태 요인에 5개 문항이다. 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .882로 신뢰도를 확보하였다.

이상의 결과로 총 16개의 문항의 정신건강 위기 척도가 개발되었다.

본 연구에서 개발된 정신건강 위기 척도는 기존의 단일관점으로 이루어진 평가도구를 넘어 자살 가능성을 포함한 추가적인 요인들을 평가할 만큼 포괄적인 정신건강 위기 척도에 대한 연구를 시도하였다. 이는 예방대책의 시행 및 설계에도 반영될 수 있을 것으로 사료된다. 또한 대상자의 위기 평가에 있어서 생물심리사회적 측면의 다차원적인 접근방식으로 신속하고 정확한 결정이 필요한 위기관리 실무자에게 중요한 지원을 제공할 것으로 사료된다.