

2017 청소년상담연구 • 202

# 한국청소년상담복지개발원 프로그램의 효과성 검증 및 활용 활성화 방안 연구

책임 연구자: 서 미

공동 연구자: 신 인 수

유 준 호

방 소 희



한국청소년상담복지개발원

Korea Youth Counseling & Welfare Institute

**청소년상담연구 202**

**한국청소년상담복지개발원 프로그램의 효과성 검증 및 활용 활성화 방안연구**

인 쇄 : 2017년 12월

발 행 : 2017년 12월

발 행 인 : 장정은

발 행 처 : 한국청소년상담복지개발원

(48058) 부산광역시 해운대구 센텀중앙로 79, 센텀사이언스파크(7층-10층)

T. (051)662-3134 / F. (051)662-3005

<http://www.kyci.or.kr>

인 쇄 처 : 가꿈복지직업재활시설

비매품

ISBN 978-89-8234-691-0 94330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

본 간행물은 여성가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.

본 기관의 사전승인 없이 내용의 일부 혹은 전부를 전재할 수 없습니다.

**국립중앙도서관 출판예정도서목록(CIP)**

한국청소년상담복지개발원 프로그램의 효과성 검증 및 활용  
활성화 방안 연구 / 책임연구자: 서미 ; 공동연구자: 신인수  
, 유준호, 방소희. -- 부산 : 한국청소년상담복지개발원, 20  
17

p. ; cm. -- (청소년상담연구)

참고문헌 수록

여성가족부의 지원을 받아 제작되었음

ISBN 978-89-8234-691-0 94330 : 비매품

ISBN 978-89-8234-001-7 (세트) 94330

청소년 상담[靑少年相談]

청소년 복지[靑少年福祉]

338.5-KDC6

362.7-DDC23

CIP2017034020

# 간행사

한국청소년상담복지개발원은 1993년 개원 한 이래 상담프로그램을 연구·개발하여 시·도 및 시·군·구 청소년상담복지센터와 시·군·구 학교밖청소년지원센터에 프로그램을 보급하고 있습니다. 20여년 동안 개발된 143종의 프로그램은 엄격한 연구관리 과정과 효과성 검증 등을 통해 개발되었으며, 전국 400여개 센터에서 실제 위기 청소년에게 프로그램이 제공되었습니다. 청소년상담 프로그램은 실제현장에서 활용되고 있는 프로그램과 활용되지 않는 프로그램이 존재하였고, 이에 한국청소년상담복지개발원에서는 개발된 프로그램들에 대한 효과성에 대해 면밀히 살펴보는 것이 필요하였습니다.

국내·외 청소년프로그램에 대한 문헌조사 등을 실시한 결과 양질의 프로그램 보급을 위해 사회복지 등 대인서비스 분야에서 근거기반 실천을 도입하여 프로그램 선별 및 가이드라인을 제시하고 있었습니다. 그리하여 청소년상담 관련 공적 서비스를 제공하는 중추기관인 한국청소년상담복지개발원에서 개발·보급된 프로그램의 효과성을 살펴보고, 이를 토대로 근거기반 프로그램 개발을 위한 가이드라인을 도출하는 것은 큰 의의가 있을 것으로 기대됩니다.

연구진은 한국청소년상담복지개발원에서 개발된 2000년부터 2016년까지 발행한 「청소년상담연구보고서」 120편 중 시범운영을 통한 효과성검증을 실시하지 않은 연구를 제외한 청소년상담 관련 프로그램 연구 30편을 최종 선정하여 분석 대상으로 삼았습니다. 프로그램 대상자, 프로그램 운영방식, 프로그램 개발 과정 등에 대한 효과크기의 차이분석을 실시한 결과, 본원에서 개발된 프로그램들이 효과적인 것을 확인 할 수 있었으며 연구결과는 향후 한국청소년상담복지개발원의 청소년 상담프로그램 연구에 있어 주제 및 대상 선정, 연구방법, 프로그램 운영방식 등 연구방향에 대한 정보를 제공함으로써 전국 청소년상담복지센터 및 학교밖청소년지원센터에 보다 효과적인 프로그램을 지원은 물론, 효과적인 청소년프로그램에 대한 기준과 지침 마련을 통해 청소년상담 프로그램 인증제 수립에 주요한 자료로 활용될 수 있을 것이라고 사료됩니다.

본 연구를 위해 애써주신 본원의 서미 부장님, 유준호 선임상담원, 방소희 상담원, 공동연구자로 먼 길에서 여러 차례의 회의를 마다하지 않고 귀한 시간 학문적 열정을 함께 쏟아 부어 주신 전주대학교 신인수 교수님께 깊이 감사드립니다. 본 연구를 통해 청소년상담 프로그램 인증제를 위한 연구가 지속되기를 기대합니다.

2017년 12월

한국청소년상담복지개발원 이사장 장정은 **서 씩은**

## 초 록

한국청소년상담복지개발원(이하 청소년상담원)은 1993년 개원 한 이래 상담프로그램을 연구·개발하여 시·도 및 시·군·구 청소년상담복지센터와 시·군·구 학교밖청소년지원센터에 프로그램을 보급하고 있다. 청소년상담원의 연구목적은 전국 400여개 센터에서 실제 위기청소년에게 제공될 프로그램을 개발·보급한다는 점에서, 현장에서의 효과성과 활용성이 우선적으로 충족되어야 한다. 물론 20여년 동안 개발된 143종의 프로그램은 엄격한 연구 관리 과정과 시범운영, 통제집단 및 실험집단 평균 비교 등 효과성 검증 과정을 거쳐 개발되었다. 그러나 전국 8,000여개교에서 운영되는 또래상담 프로그램처럼 실제 현장에서 활용되고 있는 프로그램이 다수임에도 불구하고, 활용되지 않고 사장되는 프로그램도 존재하는 것이 사실이다. 따라서 청소년상담원에서 개발된 프로그램들이 실제로 효과적인지, 어떤 프로그램이 상대적으로 효과적인지 등 프로그램들의 효과성에 대해서 면밀히 살펴보는 것이 필요하다.

최근 국내에서는 매해 수천 건에 달하는 청소년프로그램이 개발되고 있다. 이로 인해 학교 및 상담센터 등에서의 현장은 다양한 프로그램을 접할 수 있게 된 반면, 프로그램의 홍수 속에서 양질의 프로그램을 선별해야하는 수고로움을 겪게 되었다. 사실 미국 등 서구사회에서는 양질의 프로그램 보급을 위해 사회복지 등 대인서비스 분야에서 근거기반 실천을 도입하고 있다. 근거기반 실천이란 현장에서 효과성이 검증된 프로그램을 사용하려는 흐름이다. 따라서 청소년상담관련 공적서비스를 제공하는 중추기관인 청소년상담원에서 개발·보급된 프로그램의 효과성을 살펴보고, 이를 토대로 근거기반 프로그램 개발을 위한 가이드라인을 도출하는 것은 큰 의의가 있다.

본 연구는 다음과 같은 절차를 통해 이루어 졌다. 먼저, 청소년상담원에서 개발된 프로그램의 연구결과들을 메타분석의 방법에 의해 통합하여 그 효과의 정도를 종합, 분석하였다. 이를 위해 2000년부터 2016년까지 청소년상담원에서 발행한 「청소년상담연구보고서」 120편의 연구 중 시범운영을 통한 효과성검증을 실시하지 않은 연구를 제외하고, 청소년상담 관련 프로그램 연구 30편을 최종 선정하여 분석의 대상으로 삼았다. 그 결과, 먼저 본 연구에서 선정한 30편 연구물의 전체 평균효과크기가 .525로 나타나 프로그램들이 효과적이라는 것을 알 수 있었다. 둘째, 프로그램 대상자에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저 고등학교 대상 프로그램이 효과크기가 가장 컸으며, 초등학교 고학년 및 부모, 중학

교 집단이 중간정도의 크기로 나타났다. 셋째, 프로그램 운영방식에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저, 집단교육과 활동하는 것이 집단교육과 집단상담 만을 운영하는 것보다 효과크기가 높게 나타났다. 또한, 프로그램 운영회기 수는 2~5회기가 가장 높고 단회기는 가장 효과가 낮은 것으로 나타났으며 한 회기당 시간과 관련하여 8시간 이하가 가장 높은 것으로 나타났다. 따라서 프로그램 내용을 구성할 때, 집단교육과 활동이 포함되고, 운영회기 수는 2회기에서 5회기로 구성하는 것이 제안된다. 넷째, 프로그램 개발 과정에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저 사전조사 대상을 수혜자만 한 경우와 수혜자와 현장전문가 모두 한 경우 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 시범운영은 10회기 이상이 가장 높은 것으로 나타났으며, 단회기도 .525로 중간크기의 효과가 있는 것으로 나타났다. 전문가 감수는 1명, 2명, 3명이 없는 경우보다 효과가 높은 것으로 나타났다. 따라서 프로그램을 개발하는 과정에서 사전조사는 수혜자와 현장전문가를 대상으로 실시하고, 전문가 감수를 포함시키는 것이 효과적이다. 또한 시범운영은 대상특성이나 상황을 고려하여 횟수에 상관없이 실시하는 것이 제안된다. 다섯째, 측정변인 유형에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 다문화가 큰 효과를 나타냈으며 그 다음으로 학습/진로와 미디어 중독이 큰 효과를 나타냈다. 이를 좀 더 세분화하여 분석해본 결과, 다문화, ADHD, 진로가 다른 요인에 비해 큰 효과가 있는 것으로 나타났다. 이와는 달리, 부모의 양육심리, 부모자녀 관계, 자율성, 정서조절, 대인관계, 학습, 자살은 상대적으로 효과가 낮게 나타났다. 여섯째, 지도자 과정으로 개설하여 관리하는 4종의 프로그램의 효과크기를 분석한 결과, 또래상담 프로그램이 큰 효과가 있는 것으로 나타났고, 품성프로그램은 중간효과가 있는 것으로 나타났다.

본 연구의 의의가 다음과 같다. 첫째, 2000년부터 2016년까지 청소년상담원에서 개발하여 전국 청소년상담복지센터로 보급한 프로그램의 연구결과를 메타분석이라는 방법을 통해 종합적이고 체계적으로 효과성을 분석하였다는 것이다. 그 결과, 청소년상담원에서 개발된 프로그램들이 효과적이라는 것을 확인할 수 있었다. 또한 그 연구결과는 향후 청소년상담원의 연구 방향에 대해 제시하고 있다. 청소년상담원은 1993년 개원 이래 현재까지 공공기관으로서 다양한 청소년프로그램을 개발하고 전국 청소년상담복지센터에 보급함으로써 청소년상담에 선도적인 역할을 담당해왔다. 연구결과를 토대로 향후 청소년상담원이 프로그램 연구를 하는데 있어 주제 및 대상선정, 연구방법, 프로그램 운영방식 등 연구방향에 대한 정보를 제공함으로써 청소년상담원이 전국 청소년상담복지센터 및 학교밖지원센터에 보다 효과적인 프로그램을 지원할 수 있도록 기여하였다는데 의의가 있다. 또한

그 결과는 청소년상담 프로그램을 개발하는 연구자들에게 프로그램을 개발하고 진행하는데 있어 가이드라인을 제시할 수 있다. 이처럼 연구결과를 토대로 제공되는 효과적인 청소년프로그램에 대한 기준과 지침은 청소년상담 프로그램 인증제 수립에 주요한 자료로 활용될 것이다. 따라서 향후 청소년상담 프로그램 인증제를 위한 연구가 지속되기를 기대한다.

# 목차

## I. 서론 1

## II. 이론적 배경 4

1. 근거기반실천의 배경 및 발전	4
2. 근거기반실천의 정의와 기본 개념	6
1) 근거기반실천의 정의	6
2) 근거기반실천 모델의 구성요소	6
3. 국내·외에서의 근거기반실천의 적용현황	9
4. 국내 청소년 프로그램의 개관	10
5. 국내 프로그램 인증제 현황	12
1) 한국청소년활동진흥원 : 청소년수련활동인증제	12
2) 중앙자살예방센터 : 자살예방프로그램	15
3) 교육부 : 인성교육 프로그램	19
6. 해외 국가기관의 프로그램 인증 시스템 현황	22
1) NREPP(National Registry of Evidence-Based Programs and Practices)	22
2) BPR(Best Practices Registry)	23
7. 청소년상담원의 프로그램 활성화	24
1) 청소년상담원의 연구개관	24
2) 청소년상담원 연구 프로그램의 효과성 검증	27

## III. 연구 방법 및 결과 28

1. 연구설계	28
2. 분석 대상 논문의 선정 및 수집	28
3. 자료 분석	28
1) 코딩	28
2) 자료의 변환	29
3) 효과크기 산출	33
4) 효과크기의 해석	34

5) 동질성 검증 .....	34
6) 분석모형의 선택 및 하위그룹 분석 .....	34
7) 분석단위 .....	35
4. 청소년상담관련 프로그램의 전체 효과 크기 .....	35
5. 랜덤효과 모형을 활용한 범주형 변수별 분석 .....	36
6. 측정변인의 유형별 분류에 의한 효과 분석 .....	38
7. 세부 주제별 프로그램 유형에 따른 효과크기 .....	39
8. 연구대상별 주요 연구특징에 따른 효과크기 .....	40

#### IV. 현장전문가 자문회의 44

1. 조사대상 .....	44
2. 자문회의 절차 .....	44
1) 프로그램 인증체계 도입에 대한 현장의견 .....	45
2) 프로그램 개발을 위한 가이드라인 제시 .....	45
3) 프로그램 개발 어려움과 개발을 위한 도움 .....	45
4) 향후 개발되었으면 하는 프로그램 연구주제 .....	45
5) 중앙자살예방센터 운영과정/절차 .....	45
6) 프로그램 인증체계를 구축을 위한 준비과제 .....	46
7) 프로그램 인증제를 위한 관리 .....	46

#### V. 요약 및 논의 47

#### 참고문헌 52

#### 부록 55

#### Abstract 58

## 표목차 |

표 1. 청소년 대상 프로그램의 메타분석 분류	11
표 2. 청소년수련활동 인증 프로그램(예시)	14
표 3. 자살예방 프로그램 인증체계(중앙자살예방센터, 2015)	15
표 4. 자살예방 인증 프로그램 목록(2014년~2017년 상반기 : 41개 프로그램)	17
표 5. 2013~2017년 인성교육 프로그램 인증 현황(교육부)	20
표 6. NREPP 인증 프로그램(예시)	22
표 7. NREPP 인증평가	23
표 8. 분석대상 논문의 특징	30
표 9. 표본 추출의 동질성 검정 결과	35
표 10. 랜덤효과 모형에 의한 효과크기 측정	35
표 11. 랜덤효과 모형에 의한 효과크기 측정	36
표 12. 측정변인 유형별 분류	38
표 13. 대분류 효과크기 측정	38
표 14. 중분류 효과크기 측정	39
표 15. 주제별 프로그램 유형 효과크기 측정	40
표 16. 연구특징별 효과 크기 분석 결과	41
표 17. 현장전문가 대상 자문회의 참여자	44

## 그림목차 |

그림 1. 근거기반실천의 구성요소 .....	7
그림 2. 위계적 근거체계 피라미드 .....	8
그림 3. 청소년수련활동인증 활동체계 .....	13
그림 4. 청소년수련활동인증 심사진행 흐름도 .....	14
그림 5. 자살예방 프로그램 인증 심사진행 흐름도 .....	16
그림 6. BPR 인증기준(SECTION1-3) .....	23

# I. 서론

한국청소년상담복지개발원(이하 청소년상담원)은 1993년 개원 한 이래 현재까지 공공기관으로서 청소년의 건강한 발달을 위해 상담복지서비스를 제공해오고 있다. 전국 222개의 시도 및 시·군·구 청소년상담복지센터와 202개의 시·군·구 학교밖청소년지원센터를 총괄하는 중추기관인 청소년상담원은 400여개의 센터로 하여금 지역 내 위기 청소년들에게 다양한 상담 프로그램을 수행할 수 있도록 지원하고 있다. 이러한 지원을 위해 청소년상담원은 시의성 있는 주제에 대한 상담프로그램을 연구·개발하여 각 센터로 보급하고 있다. 따라서 청소년상담원의 연구목적은 400여개의 센터에서 실제 위기청소년에게 제공될 프로그램이기에 시의성 있는 청소년문제에 대한 현장적용성과 활용도가 높은 프로그램을 개발하는 데 있다. 특히 400여개의 센터가 공적서비스를 담당하는 기관이라는 점에서 제공되는 프로그램은 현장에서의 효과성과 활용성이 우선적으로 충족되어야 한다. 이러한 관점에서, 20여년 동안 총 143종의 프로그램이 현장에서 효과적이지를 면밀히 점검해보는 것은 중요하다. 물론, 143종의 프로그램은 엄격한 연구 관리 과정을 거쳤으며 시범운영, 통제집단 및 실험집단 평균 비교 등 효과성을 검증하여 개발되었다. 그러나 상당수의 프로그램이 실제 현장에서 활용됨에도 불구하고, 비교적 활용성이 적은 프로그램이 존재하는 것은 사실이다. 이에 보다 효과적인 프로그램을 개발하기 위해 개발된 프로그램의 효과성을 비교해보고, 어떤 구성요인인 효과성에 영향을 미치는지를 검토할 필요가 있다. 이와 같이 프로그램이 현장에 얼마나 효과가 있는지에 대해서 검증하고, 효과성인 검증된 프로그램을 사용하려는 흐름이 근거기반실천이다.

근거기반실천(Evidence-based practice, EBP)은 1990년대 초반 캐나다 토론토의 Medical School of McMaster University 에서 태동하였다. 처음 의료분야에서 EBM(Evidence-based medicine)이라는 용어로 시작된 근거기반실천은 의학뿐만 아니라 근거기반 보건의료(Evidence-based health care), 근거기반 간호(Evidence-based nursing), 근거기반 정신보건(Evidence-based mental health), 근거기반 사회복지(Evidence-based social welfare)등 인접 분야로 적용 범위가 확대되었으며, 심리학분야에서도 적용하고 있다.

미국심리학회(APA)에서는 근거기반실천의 3대 요소를 강조하여 다음과 같이 정의하

였다. 근거기반실천은 (1) 연구를 통해 확보된 최선의 근거를 (2) 임상적으로 숙련된 치료자가 (3) 환자내담자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 통합, 적용하는 의사결정 과정이다(APA, 2005, 2006). 궁극적으로 근거기반실천은 근거를 기반으로 한 심리측정, 사례개념화, 치료관계와 개입을 통해 심리학적 치료의 효과를 증진시키고 공중보건의 질을 높이기 위해서 제안된 개념이라고 볼 수 있다(APA, 2006). 이러한 측면에서 근거기반실천의 주된 목적은 정책의 효과성을 향상시키는 것으로(Webb, 2001), 이미 적용된 정책에 대해 ‘과연’ 이 정책이 실제 현장에 효과적이었는가? 라는 질문을 던지면서부터 시작된다고 볼 수 있다(박승민, 2009). 따라서 근거기반실천에 근거하여, 청소년상담의 공적서비스로 제공되고 있는 청소년상담원의 프로그램들이 현장에서 실효성 및 효과성을 갖는지를 살펴보는 것은 중요하다.

사실 근거기반실천은 미국과 영국을 포함한 서구 사회에서는 사회복지분야를 포함한 대인서비스 분야에 폭넓게 확산되었다(Gambrill, 2006; Gibbs, 2003, Gossett & Weinman, 2007; Rosen, 2003; Rubin, 2008). 또한 그 적용범위도 클라이언트에 대한 직접적인 실천서비스를 비롯하여 정책, 행정 및 관리 영역에까지 포괄적으로 적용되고 있다(Mullen, Streiner, 2004). 이에 서구에서는 근거기반실천을 촉진하기 위한 정부의 재정 지원과 연구소들이 설립되어 있으며, 사회사업대학에서 근거기반실천을 강조하는 교육 과정이 개설되어 있다(공계순, 서인해, 2006). 그러나 우리나라 현장에서는 근거기반실무(EBP)를 사용하도록 요구만 하고 있을 뿐 아직까지도 우리나라의 교육 실정에 맞는 중재법에 관한 연구가 부족한 실정이며, 교사들이 근거기반 교수를 접할 수 있는 데이터 베이스의 체계적인 구축 또한 이루어지지 않고 있는 실정이다(이대식, 2009; 이예다나, 손승현, 2010에서 재인용). 따라서 청소년상담원이 청소년상담관련 공적서비스를 제공하는 400여개의 기관에 지도하고 지원하는 중추기관이라는 점에서, 근거기반실천에 근거하여 청소년상담프로그램에 대한 관리체계를 확립하는 것이 필요하다.

최근 청소년 프로그램 개발은 학위논문에서 학술지까지 다양한 형태로 활발히 이루어지고 있다. 구체적으로 살펴보면, ‘청소년 프로그램 효과성’이라는 주제어로 검색했을 때, RISS는 국내석사 796편, 국내박사 128편, 해외박사 1편으로 검색되었고, 국회도서관에서는 학위논문 93편이, KISS에서 학술지는 157건이 검색되었으며, 학지사 뉴논문에서는 정기간행물 2,591건, 학술대회지 128건이 검색되었다. 또한, 주제어를 ‘청소년 프로그램’으로 검색하였을 때, RISS에서는 국내석사 12,952편, 국내박사 1,500편, 해외박사 29편으로 검색되고, 국회도서관에서는 1,802편이 검색되었다. KISS에서 학술지

2,034건, 학지사 뉴논문에서는 정기간행물 8,602건, 학술대회지 409건이 검색되었다. 이처럼 청소년프로그램이 수 천 건에 이르도록 개발됨에 따라 현장은 다양한 프로그램을 접할 수 있게 된 반면, 프로그램의 홍수 속에서 양질의 프로그램을 선별해야하는 수고로움을 겪게 되었다. 이러한 선택이 객관적이고 과학적으로 이루어질 수 있도록 근거기반 프로그램 개발을 위한 가이드라인을 도출하고 양질의 프로그램의 인증체제를 도입하는 것이 시급하다. 따라서 본 연구에서는 메타분석을 통해 청소년상담원에서 개발한 프로그램의 효과성이 어떤 요인들에 의해 영향을 받는지에 대해서 밝히고자 한다. 이를 통해 근거기반 청소년 상담프로그램 개발의 지침을 도출하고, 청소년 상담 프로그램 인증제 제도화에 대한 기초를 마련하고자 한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 근거기반실천의 배경 및 발전

뉴욕타임즈(New York Times)의 올해의 뉴스(Year in Review)에서는 그해에 가장 영향력을 끼친 아이디어로 근거기반 의학(Evidence-Based Medicine)을 선정하였다(2001년 12월 9일)<sup>1)</sup>. 근거기반의학이란 개념이 1991년 의학 문헌에 처음 등장한 이래로 서구 보건의학과 사회 서비스 영역의 중심으로 자리 잡아 임상개입 및 연구방법을 위한 서적과 학술지 등으로 선도하고 있다. 실제로 구글(google)에서 ‘근거기반(Evidence-Based)’으로 검색하면 1억 4천 9백개의 검색결과가 도출되며(2017년 10월 24일 기준), 관련 검색어로는 근거기반의학, 근거기반실천, 근거기반간호, 근거기반관리, 근거기반정신건강, 근거기반교육, 근거기반정책 등 ‘근거기반’이라는 용어가 다양한 학문과 영역에 걸쳐 사용되고 있음을 확인 할 수 있다(김유진, 2015).

이와 같이 ‘근거기반(Evidence-Based)’이란 용어는 다른 학문이 아닌 의학에서 ‘근거기반의학’으로 시작한 것이 어떻게 다학제적인 ‘근거기반실천’으로 진화하게 되었는지를 살펴보는 것이 필요하다(김유진, 2015). ‘근거기반(Evidence-Based)’이란 용어는 임상진료 지침(clinical guideline)은 주관적 판단이나 전문가의 의견 등이 아닌 필히 근거에 기반을 두어야 한다는 의미에서 처음으로 사용된 용어이다(Eddy, 1990). 근거기반실천(Evidence-Based Practice, EBP)은 1990년대 초반 캐나다 토론토의 Medical School of McMaster University에서 태동하여, 근거기반의학이란 용어가 의학 저널을 통해 Gordon Guyatt에게 처음으로 등장하였다. 의학분야에서 EBM(Evidence-Based Medicine)이라는 용어로 시작된 근거기반실천은 근거기반 보건의료(Evidence-based health care), 근거기반 간호(Evidence-based nursing), 근거기반 정신보건(Evidence-based mental health), 근거기반 사회복지(Evidence-based social welfare)등으로 적용 범위가 확대되어 왔다. 다만, 근거기반 실천의 심리학분야의 적용은 다른 정신건강분야에 비해 비교적 늦게 시작되었고(Spring & Neville, 2010), 평가에 비해 치료에 중점을 두고 진행

1) <http://www.nytimes.com/2001/12/09/magazine/the-year-in-ideas-a-to-z-evidence-based-medicine/html>

되어 왔다.

근거기반 실천이 심리학에서 언급되기 시작한 것은 1990년대 중반으로, 미국심리학회(APA)는 1992년 공동 대책 위원회를 출범하여 Template for Developing Guidelines(1995)를 발표하였으며 APA의 임상분과(Division 12)에서는 경험적으로 지지된 심리치료(Empirically Supported Treatments, EST)를 발표하였다. 이 시기까지 평가 자체와 관련된 언급은 존재하지 않았으며, 주로 심리치료의 효과 및 약물치료와 비교한 효과와 관련된 가이드라인들이었다. 2005년 APA에서는 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice를 발족하여, 이전까지 사용했던 근거기반 운동을 근거기반실천(Evidence-Based Practice, EBP)이라는 용어를 사용하게 되었다(임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍, 2013; APA, 2005).

APA는 근거기반실천의 특징으로 다음의 3대 요소를 강조하였다. ① 연구를 통해 확보된 가능한 최선의 증거를 ② 임상적으로 숙련된 치료자가 ③ 환자/내담자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 통합, 적용하는 의사결정 과정으로 정의하였다(APA, 2005, 2006). 여기에 치료 성과에 대한 평가가 포함되었으나, 근거기반 심리평가의 특징적인 부분은 그다지 포함되지 못하였다(APA, 2005, 2006).

비록 근거기반이 의학에서 출발했지만 근거기반의학이 ‘의학적 모델’은 아니며 (Thyer, 2006), 과학적 연구에 기반을 두어 실천을 해야 한다는 근거기반 의학의 정신은 효과적인 개입방법에 대한 요구, 그리고 공공서비스의 비용대비 효과성 및 목적 달성 여부에 대한 의문이 지속적으로 제기되면서 근거기반간호, 근거기반정신보건, 근거기반사회복지 등으로 적용 분야가 넓혀지면서 근거기반실천 운동으로 확산되었다(Gray, 2001; Macdonald, 1999; Mullen & Streiner, 2004; 김유진, 2007, p.29에서 재인용). 단지 임상관련 분야에만 그치는 것이 아니라 조직관리, 행정 및 정책 등 거시적인 영역에서도 근거기반실천에 대한 논의가 진행되고 있고(Bennett, et al., 2003), 우리나라에서도 2000년도 이후 간호학과와 의학과를 중심으로 근거기반 실천에 관한 논문 및 서적을 선보이고 있으며, 근거기반실천이 빠른 속도로 보건학과 교육, 그리고 사회서비스 등의 분야로 전파된 것은 간결하고 명확한 방법론적 체계를 갖추었을 뿐 아니라 그것이 전하는 메시지가 간단하면서도 강력하기 때문이라고 평가받고 있다(Trinder, 2000).

## 2. 근거기반실천의 정의와 기본 개념

### 1) 근거기반실천의 정의

근거기반실천의 정의는 각 학문분야에 따라 정의가 다소 차이가 난다. 의학분야에서 근거기반실천의 정의는 EBM(Evidence-Based Medicine)으로 임상지식과 환자의 가치가 반영된 최강의 연구증거의 조합으로 정의하였다(Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). 사회복지분야에서는 증거기반실천을 서비스 사용자와 보호자의 복지에 관한 의사결정에 있어서 최근의 가장 좋은 증거를 세심하고, 명확하며, 현명하게 적용하는 것(Smith, 2004)으로 정의 내렸다. 심리학에서의 근거기반실천에 관한 정의는 미국심리학회(APA, 2006)에서 근거기반실천은 임상적으로 숙련되고 전문성을 가진 치료자가 내담자 각자에게 행할 심리치료를 정하는 의사결정 과정에서 연구를 통해 근거가 확보된 심리치료를, 내담자의 특성, 문화, 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 내담자에게 적용하는 것이다. 이처럼 근거기반실천에 대한 정의는 의학분야, 사회복지분야, 심리학에서 다양하게 정의내리고 있다.

### 2) 근거기반실천 모델의 구성요소

근거기반실천에서는 네 가지 요인을 강조하고 있는데 이 구성요소가 상호 연계된 상태로 의사결정이 이루어져야 한다고 강조하였다(Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002). 네 가지 요소는 첫째, 최고의 연구근거(Best Research Evidence), 둘째, 임상적 전문성(Clinical Expertise), 셋째, 내담자의 선호 및 가치, 그리고 넷째, 의사결정으로서 그림1처럼 상호 연관되어 있다.

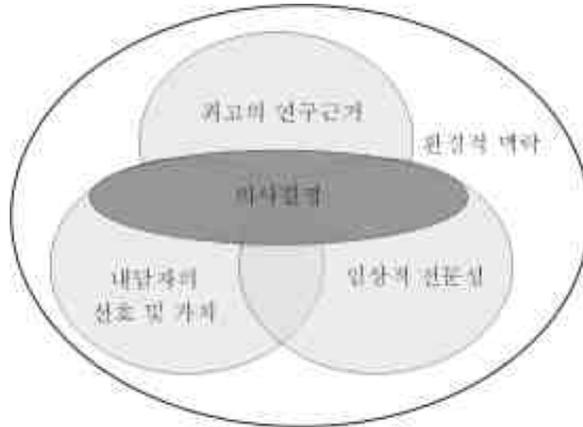


그림 1. 근거기반실천의 구성요소

임민경 외 (2013). 근거기반실천과 심리치료. 한국심리학회지 : 일반, 32(1), p.254에서 인용됨.

### 가. 최고의 연구근거

최고의 연구근거는 내담자에 대한 개입전략, 평가, 임상적 문제, 그리고 환자 집단에 관한 과학적인 연구결과를 말하며, 이는 치료자의 임상적 판단과 함께 내담자의 상황을 고려한 일관적인 치료전략을 사용하는 데 중요하게 작용하는 요소이다(임민경 외 2013). 근거기반의학의 주창자들은 실증주의 인식론에 입각하여 활용 가능한 근거를 위계적인 체계로 규정하였다. 그림2에서 보는 것처럼 이들은 무작위 추출과 통제·실험집단설계에 의한 연구결과를 높은 수준의 근거로 규정한 반면, 질적 연구결과 또는 개별 임상가의 의견 등은 낮은 수준의 근거로 규정하였다. 개입의 효과성 증명을 위해서는 이러한 위계적인 근거체계에 따라 근거를 선택하는 것이 타당하다. 예를 들어 개입의 결과를 보여주는 성과근거들, 그리고 성과연구들에 대한 메타분석(meta analysis)과 체계적인 평론(systematic review) 등이 효과성 증명을 하는 데 있어 선호한다. 즉, 개입의 효과성을 증명하는 목적으로 근거를 활용할 때에는 무작위 비교실험연구 또는 메타분석이 적합하다(김유진, 2015). ASHA(2004)에 의하면, 가장 신뢰도가 높은 근거는 한 번 이상의 무작위 비교 연구 자료를 체계적인 메타분석으로 고찰한 것이다. 따라서 본 연구는 구체적으로 개입의 결과를 보여주는 성과근거를 가지고 메타분석(meta analysis)을 통해 연구의 효과성을 살펴보고자 한다.



- 메타분석: 효과성 연구들(주로 무작위 실험연구)에 대한 효과성 크기 연구
  - 체계적 고찰: 특정 연구 질문에 답을 얻기 위해 사전에 정의된 방법에 따라 문헌 근거를 체계적으로 선별, 통합하여 결과 도출하는 연구
  - 코호트 연구: 어떠한 원인이 어떤 결과를 가져오는지 연구하는 것으로 시간적인 개념을 포함하는 전향적 추적조사
- 출처: Stillwell, S. B.(2010). Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *The American Journal of Nursing*, 110(5), 41-47. p. 43에서 발췌 및 수정하였음.

그림 2. 위계적 근거체계 피라미드  
 김유진(2015). 근거기반실천과 사회복지. p.15에서 인용됨.

### 나. 임상적 전문성

임상적 전문성이란 임상가의 축적된 경험이나 교육을 통해서 획득한 개인의 숙련도 및 판단력으로 임상경험과 기술을 조화시키는 능력으로서(안지영, 2012) 경험을 바탕으로 내담자의 상태를 진단하고 긍정적인 치료결과를 증진 시킬 수 있는 치료자의 전문적 능력을 의미한다. 구체적으로 임상적 전문성에는 내담자에 대한 평가 및 사례개념화, 임상적 의사결정과 치료과정에 대한 감독, 치료관계를 이끄는 대인관계 역량, 지속적인 자기성찰과 치료기술 습득, 최신 연구근거에 대한 평가와 적용, 개인차 및 맥락의 차이에 대한 이해, 치료를 위한 자원의 활용, 치료 전략에 대한 타당한 근거를 제시할 수 있는 능력이 포함된다(APA, 2006).

### 다. 내담자의 선호 및 가치

내담자가 중요하게 생각하는 선호와 가치는 개입에 대한 기대와 목표에 영향을 미친다. 예를 들면 성별, 성적체성, 종교 등의 내담자의 개인적 특성이나 사회·문화적 맥락 및 상황적인 요소들은 내담자의 조력 추구 양상과 증상 보고 방법, 치료에 대한 기대, 치료 방법에 대한 선호 등에 영향을 줄 수 있다(APA, 2003).

### 3. 국내·외에서의 근거기반실천의 적용현황

근거기반실천은 10년 동안 미국과 영국을 중심으로 한 서구 사회에서 사회복지분야를 포함한 대인서비스 분야에 폭넓게 확산되었다(Gambrill, 2006; Gibbs 2003; Gossett & Weinman, 2007; Rosen, 2003; Rubin, 2008). 미국과 영국에서의 근거기반실천에 대한 개념을 살펴보면, 미국에서는 근거기반실천이 전형적으로 클라이언트에 대한 직접 서비스 및 임상적인 이슈에 주로 초점을 둔다면, 영국은 ‘근거기반 정책과 실천’의 개념으로 이해된다. 이처럼 근거기반실천은 직접적인 실천서비스를 비롯하여 정책, 행정 및 관리 영역에 포괄적으로 적용될 수 있는 접근방법이다(Mullen, Streiner, 2004). 미국과 영국 등지에서는 근거기반실천을 촉진하기 위한 정부의 재정지원과 연구소들이 설립되어 있으며, 사회사업대학에서 근거기반실천을 강조하는 교육과정이 개설되어 있다(공계순, 서인해, 2006).

영역별 근거기반실천의 적용에 대해 구체적으로 살펴보면, 미국의 사회복지분야에서 근거기반실천은 정신보건영역을 중심으로 임상분야에서 주로 시작되었다. 그러나 현재는 다양한 사회문제영역도 포함하고 있으며, 임상실천 뿐만 아니라 프로그램 개발, 사회복지행정 그리고 사회복지정책 등으로도 확대 적용되고 있다(McNeece & Thyer, 2004). 이처럼 정신보건 및 의료사회복지분야를 넘어 보다 다양한 사회복지영역으로 증거기반실천의 범위와 정도가 점차 확산되어온 이유는 근거기반실천이 사회복지실천 및 지식의 발전에 기여하는 바가 크기 때문이다(공계순, 서인해, 2006). 또한, 미국심리학회 산하 여러 분과학회 및 건강관련 분과에서 조직한 근거기반실천 기구에서는 현장에서 일하는 임상가를 위한 실제 근거기반실천 단계(Evidence-Based Practice Process)를 세부 단계들로 구성하여 제시하였다(EBBP 기구, <http://www.ebbp.org>)(임민경 외 2013). Holm(2000)은 2000년도 미국작업치료학술대회 기조연설에서 “Our Mandate for the New Millenium : Evidence-Based Practice”라는 제목으로 새 밀레니엄 시대를 맞이하여 작업치료가 근거 중심의 작업치료 서비스를 강화하여 경쟁력 있는 보건 의료분야로 거듭날 것을 역설하였다(강대혁, 이주언, 김진경, 2007). 그리고 국제간호협회(The International Council of Nurses, ICN)에서는 임상간호사들이 적극적으로 간호연구에 참여하는 것과 근거기반실천 수행을 위해 연구결과를 실무에서 활용하는 것을 강조하고 있다(ICN, 2007). 또한 미국의학협회(Institute of Medicine)에서는 2020년까지 의료서비스 제공자들이 필수적으로 갖추어야 할 요소로 근거기반실천의 수행을 선정하여 임상 현

장에서의 근거 활용을 강조하고 있고, 미국간호협회 산하 간호자격인증센터(American Nurses Credentialing Center)와 미국의료기관 신임위원회(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)등 보건 관련 단체에서 모든 의료기관의 정책에서 근거기반실천 수행을 우선순위를 두도록 하고 있어 간호현장에서도 그 중요성이 더욱 커지고 있다(Fineout-Overholt, Levin, & Melnyk, 2004).

현재 국외에서는 근거기반실무(EBP)를 위하여 체계적인 문헌고찰과 연구를 통해 임상에서 일관성 있게 통상적으로 사용할 수 있는 프로토콜이나 지침서의 기준을 마련하고 있다(최성희, 2013). 특히 영국과 미국의 경우 근거기반실천을 촉진하기 위해서 정보의 재정지원과 관련 연구소 설립이 추진되었으며, 사회복지대학에서 근거 중심실천 관련 교육과정이 개설되어 있다(Johnson & Austin, 2006).

국내에서는 보건복지부와 건강보험심사평가원을 중심으로 정책적 의사결정과정에서 근거중심의학이 강조되고 있으며, 특히 의료기관 평가와 의료의 질 평가에 도입되고 있다(이영미, 2001). 하지만 다양한 분야의 현장에서 근거기반실천의 중요성은 강조되고 있으나 근거기반실천을 현장에 체계적으로 적용하는 연구는 부족한 실정이며, 데이터 베이스의 체계적인 구축 또한 이루어지지 않고 있는 실정이다(이대식, 2009; 이예나, 손승현, 2010에서 재인용).

## 4. 국내 청소년 프로그램의 개관

### 1) 국내 청소년 프로그램의 연구동향

국내 청소년 프로그램의 연구동향을 파악하기 위해 한국교육학술정보원(이하, RISS), 국회도서관, 한국학술정보시스템(이하, KISS), 학지사 뉴논문의 검색엔진을 통해 게재된 학위 논문과 학술지를 중심으로 검색하였다.

첫 번째 주제어는 ‘청소년 프로그램 효과성’ 으로 RISS에서 국내석사 796편, 국내박사 128편, 해외박사 1편으로 검색되고, 국회도서관에서는 학위논문 93편이 검색되었다. KISS에서 학술지는 157건이 검색되었으며, 학지사 뉴논문에서는 정기간행물 2,591건, 학술대회지 128건이 검색되었다. 두 번째 주제어는 ‘청소년 프로그램’ 으로 RISS에서 국내석사 12,952편, 국내박사 1,500편, 해외박사 29편으로 검색되고, 국회도서관에서는 1,802편이 검색되었다. KISS에서 학술지 2,034건, 학지사 뉴논문에서는 정기간행물

8,602건, 학술대회지 409건이 검색되었다. 세 번째 주제어는 ‘중기 청소년 프로그램’으로 RISS에서 국내석사 138편, 국내박사 20편이 검색되었으며 국회도서관에서는 검색되지 않았다. KISS에서 학술지 6건, 학지사 논문에서는 정기간행물 773건, 학술대회지 35건이 검색되었다. 이처럼 국내 청소년 대상 프로그램의 연구 현황은 검색엔진을 통해 논문, 학술지, 정기간행물 및 학술대회지 등으로 다양하게 검색되고 있음을 확인하였다.

국내 청소년 대상 메타분석 프로그램의 연구 현황을 파악하기 위해 한국교육학술정보원의 검색엔진을 통해 ‘청소년’, ‘프로그램’, ‘메타분석’의 주제어로 게재된 학위논문과 학술지 중심으로 검색한 결과 학위논문 93건, 학술지 86건으로 검색되었다. 이 중 주제어와 부합하지 않는 학위논문과 학술지를 제외하고 각각의 주제별 청소년 대상 프로그램은 표1에 제시하였다. 청소년 대상 주제별 프로그램은 ‘분노·공격성’, ‘자살’, ‘중독’, ‘미술치료’, ‘학업·진로’ 등의 주제로 다루어지고 있었다.

표 1. 청소년 대상 프로그램의 메타분석 분류

연번	주제별	학술지(건)	학위논문(건)	합계
1	멘토링 프로그램	2	0	2
2	음주	1	0	1
3	비행 청소년	1	3	4
4	우울	2	1	3
5	중독	8	1	9
6	자살	4	3	7
7	명상	2	1	3
8	현실치료	3	0	3
9	금연	3	2	5
10	미술치료	3	4	7
11	마음챙김 프로그램	1	0	1
12	스트레스	1	0	1
13	학업·진로	9	2	11
14	또래상담	2	1	3
15	음악치료	1	0	1
16	사회·정서발달	1	2	3
17	자아존중감	2	2	4
18	학교부적응	1	4	5
19	욕설	1	0	1
20	따돌림	1	0	1
21	다문화	2	0	2
22	분노/공격성	2	4	6

23	운동	2	1	3
24	주장훈련	1	0	1
25	행복집단상담	1	0	1
26	비양친가정	1	0	1
27	에니어그램	1	0	1
28	용서	1	0	1
29	음악치료	1	1	2
30	생명존중	1	0	1
31	사회성	0	1	1
32	대인관계	0	1	1
33	게슈탈트 집단 프로그램	0	1	1
34	해결중심 집단상담	0	1	1
35	폭력/성폭력	0	3	3
36	회복탄력성	0	1	1
37	독서치료	0	1	1
38	신체만족	0	1	1
39	부모 양육태도	0	1	1
<b>총 합계</b>		<b>62</b>	<b>43</b>	<b>105</b>

## 5. 국내 프로그램 인증제 현황

공공분야에서의 청소년관련 프로그램에 대한 체계적인 관리 현황에 대해서 살펴보고자 먼저 국가표준인증 통합정보시스템(<https://standard.go.kr/>)에서 청소년 대상 인증 프로그램을 검색하였다. 국가표준인증 통합정보시스템(<https://standard.go.kr/>)은 각 부처에서 운영 중인 표준, 기술기준, 인증 간 중복을 사전에 예방하고, 산재된 정보를 하나의 단일창구에서 통합 제공하는 범부처 차원의 통합정보관리체계를 말한다. 검색 결과 청소년과 관련된 인증제는 ‘청소년수련활동인증제’ 만이 유일하였다. 이 외 각 부처별 청소년 관련 프로그램 공적인 관리 현황을 살펴본 결과, 교육부는 인성교육프로그램 인증제를 실시하고 있었으며 보건복지부 산하 중앙자살예방센터는 자살예방프로그램을 개발하여 운영하고 있었다.

### 1) 한국청소년활동진흥원 : 청소년수련활동인증제

청소년이 안전하고 유익한 활동을 선택하여 참여할 수 있도록 프로그램을 제공하고,

교육사회적 환경 변화에 따른 양질의 청소년활동 정책과 참여기회 확대 필요성에 따라 2004년부터 시행되었다. 건전한 청소년활동 선택의 장을 조성하고 청소년활동 전반에 대한 국민적 신뢰확보를 목적으로 하고 있으며, 여성가족부가 한국청소년활동진흥원과 전국 17개 시도 청소년활동진흥센터를 통해 운영하고 있으며, 그림3과 같이 수련활동인증위원회를 구성하여 인증 심사를 진행하고 있다.



그림 3. 청소년수련활동인증 활동체계

청소년수련활동인증제란, 청소년활동진흥법 제35조에 의거하여 시행되는 제도로, 다양한 청소년활동에 '수련활동이 갖는 일정기준 이상의 형식적 요건과 질적특성을 갖춘 청소년활동이 정당한 절차로 성립되었음을 공적기관에 의해 증명하는 제도'를 말한다 (<https://www.kywa.or.kr/>).

인증유형은 청소년 활동의 특성에 따라 기본형, 숙박형, 이동형 3가지 유형으로 구분하였다. 기본형은 1일 3시간 이상 혹은 동일 대상에게 1일 2시간 이상으로 2회기 이상에 걸쳐 일정시간 정기적으로 이루어지는 비숙박활동이며, 숙박형은 숙박에 적합한 장소에서 일정기간 숙박하며 이루어지는 활동을 말한다. 이동형은 활동 내용에 따라

선정된 활동장을 이동하여 숙박하며 이루어지는 활동을 말한다.

인증 접수 및 심사는 수시로 진행되며, 수련활동을 실시하기 최소 45일 전에 인증 신청을 해야 한다. 인증된 수련활동의 경우 지침에 따라 인증 마크를 활용할 수 있다. 심사과정은 그림4와 같다.

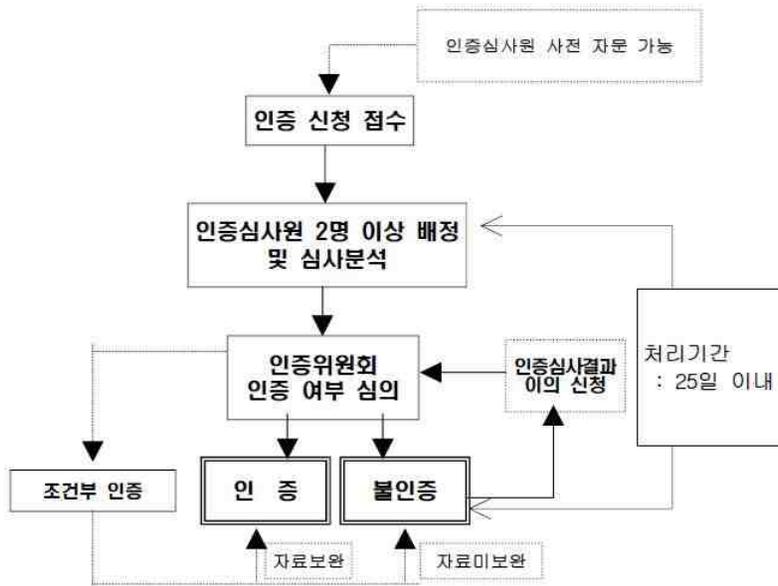


그림 4. 청소년수련활동인증 심사진행 흐름도

인증 프로그램의 경우 2006년부터 인증을 받아 현재 2017년까지 6,864건(10월 25일 기준)의 인증을 받았다. 프로그램명, 유형, 기관에 대한 소개는 표2와 같다.

표 2. 청소년수련활동 인증 프로그램(예시)

연번	프로그램명	기관명	유형
1	청(소년) 교(류를) 도(모하다)	경기도청소년야영장	숙박형
2	우리는 건강 지킴이	창전청소년문화의집	기본형
3	청소년참여위원회 전국대회	한국청소년활동진흥원	숙박형
4	태극기 바로알기 프로젝트‘찾았다. 건곤감리’	남동청소년문화의집	기본형
5	LED 반짝반짝 크리스탈플라워	예산군청소년수련관	기본형

## 2) 중앙자살예방센터 : 자살예방프로그램

중앙자살예방센터는 국가 자살예방정책을 추진하고 국가적인 차원에서 지역사회의 자살예방활동에 도움을 주는 기관으로, 효과성이 검증된 자살예방 프로그램의 부재로 인해 자살예방사업의 질 저하 문제가 대두되면서 자살예방 사업의 효과성 증대를 위해 객관적으로 검증된 근거기반의 자살예방 인증 프로그램의 보급과 확산이 필요하게 되었다.

근거기반의 자살예방 정책을 수립하여 국외 정신건강·자살예방 프로그램 인증 체계에 대한 연구를 통해 ‘자살예방 프로그램 인증을 위한 평가기준’ 이 개발하였다. 2013년 ‘자살예방 프로그램 인증을 위한 평가기준 개발 연구’ 진행 및 시범운영을 진행하여, 2014년 ‘자살예방 프로그램 인증 시스템’ 운영 시작하여 이를 기반으로 ‘자살예방 프로그램 인증 시스템’ 을 구축하였다. 자살예방 인증 프로그램 인증체계는 중재 및 권고 도출방법에 따라 3가지의 섹션(Section)으로 구분되어 있으며, 각 섹션(Section)에 따른 레벨(Level)은 심사 결과에 근거하여 Level I 과 Level II로 구분하였다.

표 3. 자살예방 프로그램 인증체계(중앙자살예방센터, 2015)

구분	내용	LEVEL	
섹션1 연구기반중재 (RCT/non-RCT)	효과성이 입증된 중재	Level I	추후 연구로 효과여부가 바뀔 가능성이 매우 낮음
		Level II	추후 연구로 효과여부가 바뀔 가능성이 있음
섹션2 전문가합의 지침/권고	일반적 상황에서의 지침/권고	Level I	체계적 문헌고찰을 통해 도출된 내용을 전문가와 이해당사자가 합의한 형태의 지침/권고
		Level II	정확한 내용을 기초로 하며, 전문가가 합의한 지침/권고
섹션3 표준 중재/권고	특정 상황에서의 중재/권고	Level I	정확한 내용으로 적절히 구조화된 프로그램
		Level II	내용은 정확하나 개발과정 혹은 프로그램의 구조화에서 개선이 필요한 프로그램

① 섹션1 : 구조화된 실험적 연구를 통해 중재 내용과 효과성을 입증한 프로그램으로 peer review가 이뤄져 학술지에 게재된 프로그램이 주로 해당됨.

② 섹션2 : 최종적으로 제시하는 권고안에 대한 관련 전문가 간의 공식적 합의 절차가 요구되는 프로그램으로 공공기관에서 제시하는 사업원칙, 자살예방중재에 대한 지

침 또는 프로토콜이 주로 해당됨.

③ 섹션3 : 특정 상황(지역사회, 학교, 군대, 응급실 등)에서 자살예방 사업 목적달성을 위해 수행되는 프로그램으로 인식증진 목적의 홍보물 및 홍보자료, 교육/훈련 프로그램, 선별 프로그램이 주로 해당됨.

보건복지부가 자살예방 프로그램 인증 시스템 운영을 중앙자살예방센터에 위탁하고, 중앙자살예방센터는 평가위원회를 구성하여 인증 심사 전반을 총괄하며 인증 프로그램을 보급 및 관리한다. 평가위원은 정신사회치료 및 프로그램 효과성 연구 전문가(정신의학, 예방의학, 간호학, 보건학, 심리학, 사회복지학 등) 12명으로 구성하고 있다.

신규 및 보완 후 재심 프로그램에 대한 심사는 매년 2회(상/하반기) 진행되며, 인증 프로그램에 대한 업데이트는 매년 1회(4분기), 인증 프로그램에 대한 재인증 심사는 각 프로그램의 인증 시기에 따라 수시로 접수 및 심사가 진행된다. 심사과정은 그림5와 같다.

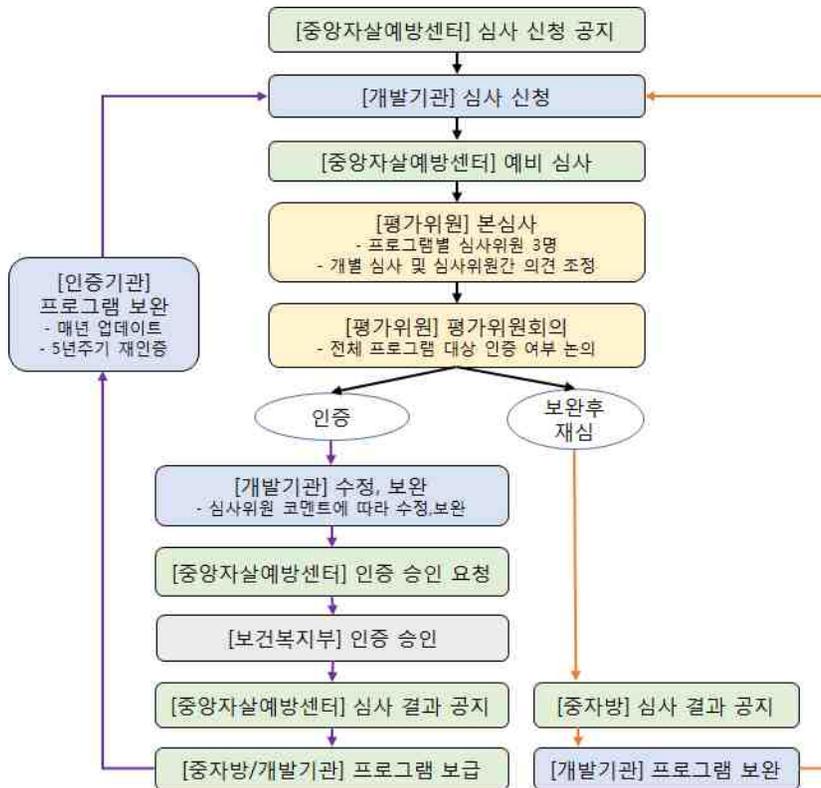


그림 5. 자살예방 프로그램 인증 심사진행 흐름도

2017년 상반기까지 인증을 받은 자살예방 프로그램은 총 41개로(섹션2 5개, 섹션3 35개), 프로그램의 세부 영역을 구분해보면 프로토콜 및 가이드라인 13개, 교육 및 훈련 프로그램 28개를 인증 받았다. 섹션별 프로그램의 주요 대상, 프로그램명, 기관명 등을 표로 정리한 것은 표4와 같다. 인증 프로그램 보급 현황은 다음과 같다. 프로그램 종류별 보급현황의 경우 매뉴얼, 교육 프로그램, 선별 프로그램으로, 보급기관은 정신건강증진센터, 지역복지관, 보건소, 병원, 연구소, 학교, Wee 센터, 상담소 등으로 이루어지며, 활용 목적의 경우 프로그램 사용, 자료검토·문헌고찰용, 프로그램 개발연구용, 자살예방업무참고로 사용된다.

표 4. 자살예방 인증 프로그램 목록(2014년~2017년 상반기 : 41개 프로그램)

섹션	구분	대상	프로그램명	기관명	비고
섹션2 (5개)	프로토콜 및 가이드 라인 (5개)	기자, 실무자	자살보도 권고기준 2.0	중앙자살예방센터	
		정신 보건 실무자	자살유족 상담 및 자조모임 매뉴얼	서울시자살예방센터	
			자살 및 정신질환 위기관리 프로토콜	서울시자살예방센터	
			112, 119, 정신건강증진센터가 함께 보는 실무지침	충북광역정신건강복지센터	
			자살예방 실무자를 위한 '자살예방 및 위기관리 매뉴얼'	인천광역정신건강복지센터	
섹션3 (36개)	교육 및 훈련 프로그램 (28개)	14세 이상	보고듣고말하기 1.6Ver	한국자살예방협회	게이트키퍼 프로그램
		청소년 (14세~ 19세)	청소년을 위한 보고듣고말하기 1.6A Ver	한국자살예방협회	게이트키퍼 프로그램
			또래생명지킴이 훈련 프로그램	구미시정신건강복지센터	게이트키퍼 프로그램
			생명보듬이(Gatekeeper) 기초교육'무지개'	라이프호프기독교 자살예방센터	게이트키퍼 프로그램
			생명사랑 틴틴교실 2.0	경기도자살예방센터	
			아이러브유	한국생명의전화 외 3개 기관	
		대학생	TLC아카데미	나사렛대학교	게이트키퍼 프로그램

섹션	구분	대상	프로그램명	기관명	비고
	성인		자살예방 지킴이 훈련 프로그램	서울시자살예방센터	게이트키퍼 프로그램
			자살예방 게이트키퍼 교육 프로그램	성남시정신건강복지센터	게이트키퍼 프로그램
			생명사랑 지킴이 양성교육 & 강사양성교육	전북광역정신건강복지센터	게이트키퍼 프로그램
			자살예방 주민참여 프로그램	강서구정신건강복지센터	게이트키퍼 프로그램
			생명지킴이 양성교육'생명배달'	충북광역정신건강복지센터	게이트키퍼 프로그램
			Thank You	성동구정신건강복지센터	
			생명존중그린마을	화성시정신건강복지센터	
			단기중재 프로그램 공감1	구미시정신건강복지센터	
			동기증진인지행동프로그램 공감3	구미시정신건강복지센터	
	노인		노인대상 서비스 제공자를 위한 자살예방교육 프로그램	중앙자살예방센터	
			노인 자살 위기관리 매뉴얼	인천광역정신건강복지센터	
			노인자살예방교육'희자씨와 친구들을 위하여'	한국자살예방협회	
	직장인		보고 듣고 말하기 직장인Ver	한국자살예방협회	게이트키퍼 프로그램
	공군		공군을 위한 보고 듣고 말하기	한국자살예방협회	게이트키퍼 프로그램
	유가족		자살유족 모임 프로그램 매뉴얼	서울시자살예방센터	
			자살유가족 심리지원을 위한 상담 및 자조모임 매뉴얼	인천광역정신건강복지센터	
	자살 시도자		자살시도자를 위한 인지행동프로그램	중앙자살예방센터	
			MI 공감프로그램 KIT	구미시정신건강복지센터	
	전 대상		LifeSaver	(사)생명존중교육협회의회	
	실무자		광주형 위기대응 프로그램	광주광역정신건강복지센터	

섹션	구분	대상	프로그램명	기관명	비고	
	프로토콜 및 가이드 라인 (8개)	청소년, 성인 등	학교기반 자살사후중재 프로그램‘희망의토닥임’	서울시정신건강복지센터		
		교사, 실무자	교사 및 실무자를 위한 청소년 자살위기관리 매뉴얼	인천광역정신건강복지센터		
		유가족	자살 유가족지원사업 가이드북	성남시정신건강복지센터		
		지역사회 주민	자살성선별 프로그램	가톨릭대학교 의과대학		
		정신 보건 실무자		자살위기개입핸드북	서울시자살예방센터	
				응급키트 응급상자	충북광역정신건강복지센터	
				생명존중매뉴얼	성남시정신건강복지센터	
				충북 SOS(Stop Of Suicide) 지킴이 프로젝트	충북광역정신건강복지센터	

※ 중앙자살예방센터 연구평가팀 (2017.9.1.). 자살예방프로그램인증시스템의 연구자료에서 인용됨.

### 3) 교육부 : 인성교육 프로그램

교육부는 바른 인성 함양의 중요성을 범국민적인 인성교육으로 활성화하기 위해 2013년부터 ‘인성교육 프로그램 인증제’ 를 도입하여 운영하고 있다. 인성교육의 확산을 위하여 인성교육진흥법(제12조)을 근거로 인성교육 진흥사업의 일환으로 인성교육을 활성화하고 실천 및 체험 중심의 우수한 프로그램을 발굴하여 학교와 가정에 보급하자는 취지를 가지고 있다. 인증 대상은 학교(대학), 출연기관, 공공기관, 비영리법인, 개인 등이 개발하여 공익적 목적으로 개발, 운영 중인 인성교육 프로그램이다. 인증 분야는 유아, 초등학생, 중학생, 고등학생의 총 4분야로 구분되어 있다. 2013년부터 2017년까지 발달단계별 주요 인성교육 프로그램의 인증 현황은 표5에 제시하였다. 인증교육 인증 프로그램은 3년간 유효하며, 인증 유효기간이 만료 된 후에는 연장평가심사를 거쳐 재인증을 받을 수 있다.

표 5. 2013~2017년 인성교육 프로그램 인증 현황(교육부)

년도	인증 영역	단체(개인)명	프로그램명	비고 (주제분야)
2013년	유아용	대구 가톨릭대 부설유치원	성품으로 그려 나가는 세상의 빛	
	초등 학생용	경기 갈곶초등학교	이끌고 따르는 의형제·의자매 정 나눔 활동	
		포항제철지곡 초등학교	감사·나눔으로 행복한 학교 만들기	
		천안 중앙초등학교	생명사랑 운동본부 힐링팜스쿨	
		신리초등학교	놀이가 인성을 만날 때 행복해요	
	중·고등 학생용	화계중학교	다양한 인성교육으로 학교폭력예방	
		함양여자중학교 연극반	연극 새싹이 별이 되어	
		부산여자중학교	클로버 글벗 가꾸기 독서 프로그램	
		함평고등학교	NAVI 프로젝트	
	대학생용	법무부·이화여대·학교폭 력예방연구소	행복나무 프로그램	
		경북전문대학교	CS 인성교육 프로그램	
		경상대	GNU인성 교육프로그램	
		원광대 도덕교육원	도덕성 함양을 위한 덕성훈련 프로그램	
	성인 사회일반	제주마 숲속힐링 아카데미	제주마 숲속상담	
		대구시교육청 창의인성교육과	말걸 다듬기를 통한 말빛, 마음빛 찾기	
		효교육연수원	양과 실험모델을 적용한 칭찬운동	
		(재)한국글로벌 재단	호연지기 로체(露體) 창의성교육	
		대한태권도협회	태권도 인성교육 프로그램	
		포항시	국민행복 시대를 여는 감사운동	
	2014년	유아용	하늘빛유치원	세 남매 똘똘 하늘빛 사랑해요
초등 학생용		법무부 법질서선진화과	법친구! 행복한 우리	학생자치활동 및 융복합
		원광대학교 마음인문학연구소	지역아동센터 인성교육 프로그램 초등마음인문학	가정·지역 사회의 역할
		화성화수초등학교	읽고 느끼고 공감하는 독서체험을 통해 소통하는 감성력 가꾸기	독서교육
		(주)바람공장	지르고 부르고 구르며 배우는 심성놀이	체육교육
중·고등 학생용		대경대학교	청소년 진로교육 프로젝트 “꿈 찾는 별들의 노래” 공연만들기	진로교육

년도	인증 영역	단체(개인)명	프로그램명	비고 (주제분야)
		이움액츠(주)	창의인성발견 페이스아트(Face Art)	예술교육
		하나로수업연구회	4德운동과 스포츠LG로 五性 만들기	체육교육
		법무부 법질서선진화과	마음모아 톡톡	학교폭력예방
		인천전자마이스터 고등학교	학교폭력 예방활동을 통한 행복지수 Up, 학교만족 Plus	학교폭력예방
		화계중학교	바른인성교육으로 학교폭력예방	학교폭력예방
		양은엽 선생님 (개인)	관심(關心)법으로 이편한 교실 만들기	학생자치활동 및 융복합
	대학생용	광주교육대학교	광주교육대학교 교직원인성프로그램	학생자치활동 및 융복합
		한국폴리텍대학 남원연수원	자기개발과 경영	진로교육
	성인 사회일반	한국유아다레연구소	차함께 병영 인성교육	가정·지역 사회의 역할
	2015년	유아용	세교유치원	초록별 self-leader를 기르는 세교 바르미
초등 학생용		법무부 법질서선진화과	서로 배려하는 친한 친구	
		초등공감교육연구회	너나들이 프로그램 개발·적용을 통한 즐거운 교실 만들기	
중·고등 학생용		수원시통합정신건강센터	이타적 인재양성을 위한 프로젝트 행복탐험대	
		초지중학교	관계증진 활동과 언어문화개선 활동으로 행복한 미소가 가득한 교육공동체 가꾸기	
대학생용		성균관대 성균인성교육센터	인성함양 실천 프로그램	
	동신대학교	Dream Together 인성함양		
2016년	초등 학생용	삼성사회정신건강연구소	나, 너, 우리	
2017년	유아	(대구)효성유치원	도(道)시(時)락(樂)처럼 행복을 주는 사람이 될래요	
	초등학생	한국지역사회 교육협의회	까치서당(까치서당에서 군자되다)	

요약하면 청소년활동 및 수련 관련해서 청소년활동인증제를 통해 관리되고 있으며 인성교육프로그램은 교육부에서 인성교육프로그램 인증제를 통해 관리되고 있으며, 청소년 대상 자살예방프로그램 관련해서 중앙자살예방센터의 자살예방프로그램 인증제를 통해 관리되고 있다. 이러한 정부차원에서의 프로그램을 인증하고 효과성을 관리하

는 시스템은 최근 다양한 청소년프로그램이 개발되고 양산되고 있는 실정에 비추어 청소년들이 양질의 프로그램을 제공받을 수 있도록 안전장치를 했다는 점에서 시의적절하다. 따라서 전국 청소년 상담 및 복지서비스를 제공하는 중추기관인 한국청소년상담복지개발원이 양질의 청소년 상담복지프로그램의 개발과 함께 양질의 프로그램이 현장에 제공될 수 있도록 프로그램 관리 체계를 구축하는 것이 필요하다.

## 6. 국외 국가기관의 프로그램 인증 시스템 현황

미국의 경우 국가 차원의 프로그램 인증체계(SAMHSA의 NREPP, SPRC의 BPR)가 운영되고 있다.

### 1) NREPP(National Registry of Evidence-Based Programs and Practices)

SAMHSA(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)에서 직접 수행하고 있는 정신건강 관련 프로그램에 대한 인증 시스템으로 정신건강증진, 정신건강 및 물질중독예방 치료와 관련된 중재를 인증 대상으로 하고 있다. 자세한 정신건강 관련 프로그램은 사이트를 통해 확인 할 수 있다(<http://nrepp.samhsa.gov/AllPrograms.aspx>). 인증프로그램의 예시는 표6과 같다.

표 6. NREPP 인증 프로그램(예시)

연번	프로그램명	유형	내용
1	Teen Intereven	Legacy	12-19세 알콜, 약물중독 청소년을 위한 프로그램
2	Youth Partners in Care-Depression Treatment Quality Improvement(YPIC-DTQI)	NewRivew	13-21세의 청소년의 우울증 치료를 위한 프로그램 (근거기반치료, 인지치료)
3	Family Check-up(FCU) for Adolescents	Legacy	청소년 부모의 양육에 관한 프로그램
4	Family Integrated Transitions Multisystemic Therapy (MST-FIT)	NewRivew	약물중독 청소년과 가족을 위한 프로그램

NREPP의 인증기준에서는 근거기반의 중재인가에 대한 검토가 가장 중요한 인증기

준으로 두고 있다. ‘근거기반’ 중재 여부를 판단하기 위해, 중재의 효과를 평가한 연구의 질(Quality of Research), 중재의 확산을 위한 준비도(Readiness for Dissemination) 2가지를 평가하고 있으며, 자세한 평가내용은 표7과 같다.

표 7. NREPP 인증평가

연번	평가내용
1	중재의 효과를 평가한 연구가 실험연구 설계 또는 유사실험연구 설계여야 함.
2	중재의 효과를 평가한 연구 결과가 심사를 받는 학술지 또는 포괄적인 평가 보고서에 게재되어야 함.
3	연구결과에서는 물질남용/정신건강 영역에서의 행동적 결과 측정치 상의 유의한 변화( $P < 0.05$ )가 포함되어야 함.
4	중재 확산을 위한 자료가 개발되어 있고, 대중이 사용가능해야 함.

## 2) BPR(Best Practices Registry)

SPRC(Suicide Prevention Resource Center)가 SAMHSA의 지원을 받아 수행하고 있으며, 자살예방 프로그램에 대한 인증 시스템으로 3가지 섹션으로 구분하여 심사를 진행하여 프로그램 인증을 진행하고 있고, 2016년 4월부터 섹션1의 영역만 진행하고 있다. BPR 인증기준으로 BPR 인증 프로그램은 섹션1(근거기반중재), 섹션2(전문가/합의보고), 섹션3(표준 준수) 3가지로 구분된다.

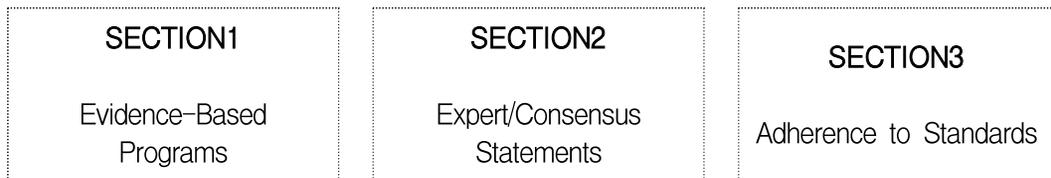


그림 6. BPR 인증기준(SECTION1-3)

BPR의 섹션1은 실험연구설계 또는 유사실험연구설계를 통해 프로그램의 효과가 검증된 프로그램이며 인증 기준은 NREPP와 동일하다. BPR의 섹션2는 가이드라인, 프로토콜, 합의 등의 형태로 제시되고 있는 자살예방에 관한 지식을 요약한 보고를 평가하여 목록화하는 작업이 이루어진다. 핵심 전문가와 이해 관계자를 포함하는 협력 과정 또는 탁월한 전문가에 의한 철저한 문헌 검토에서 나온 결과로 임상가가 프로그램, 실

무, 혹은 그들 고유의 환경에 대한 방침을 개발하는 과정에서 이용할 수 있는 권고(프로토콜 포함)를 제공하는 안내서가 될 수 있다. BPR의 섹션3은 기준과 권고에 따라 내용이 검토된 정보 자료를 목록화한 것으로 섹션3의 프로그램과 자료는 특수한 환경(specific settings)에서 사용하기 위해 설계되었다. 섹션3 목록의 4가지 범주는 인식과 지원을 위한 자료, 교육적 훈련 프로그램, 선별 프로그램, 프로토콜과 방침으로 구분되며, 프로그램이 국가 자살예방전략 중 하나를 목표로 다루고 있어야 한다.

국의 정신건강 및 상담관련 프로그램 인증제도를 살펴본 결과, 근거기반 이론에 기초하여 근거기반의 중재인가에 대한 검토를 인증단계에 포함시키고 있다. 따라서 청소년상담복지프로그램에 대한 관리체계에는 근거기반이론에 따른 프로그램 개발과 효과 검증이 필수적으로 포함되어야 한다. 본 연구는 기존에 개발된 한국청소년상담복지개발원의 상담프로그램의 메타분석을 통해 효과적인 프로그램에 대한 가이드라인을 도출하고 이를 토대로 근거기반 상담복지 프로그램 관리체계의 기반을 마련하고자 한다.

## 7. 청소년상담원의 프로그램 활성화

### 1) 청소년상담원의 연구개관

청소년상담정책은 1987년 청소년육성법 제정과 1991년 청소년기본법의 제정으로 기틀이 마련되었다. 국내 유일의 청소년상담정책 및 공적 서비스를 제공하는 한국청소년상담복지개발원은 1993년 재단법인 청소년대화의 광장으로 개원하였다. 이후 2007년에 공공기관(준정부기관)으로 지정되어 청소년의 건강한 발달 및 성장을 촉진하면서 지역 사회 청소년에게 전문적이며, 통합적인 상담 서비스를 제공해오고 있다. 특히, 국가청소년위원회 출범 이후 지역 청소년상담복지센터가 지역사회 청소년 안전망 구축의 허브 역할 등 지역 내 위기청소년의 상담의 중추기관으로 자리매김 됨에 따라 청소년상담복지센터를 지원하고 관리하는 한국청소년상담복지개발원의 역할도 강화되었다(배주미 외 2008).

한국청소년상담복지개발원의 주요 역할은 400여개의 청소년상담복지센터와 학교밖 청소년지원센터를 총괄하는 중추기관으로 상담복지프로그램 연구, 전문인력 양성 등 다양한 상담복지 사업을 수행하는 것이다. 한국청소년상담복지개발원에서 수행하는 연구는, 청소년상담복지센터와 학교밖청소년지원센터 등 청소년상담 현장에서 활용할 수

있는 프로그램개발에 대한 연구와, 위기청소년 대상 상담복지서비스의 통합적인 지원을 위한 청소년상담복지 정책 연구로 구분된다.

1993년 개원 이래 2016년 까지 청소년상담원은 총 199종의 연구를 수행하였으며, 이중 정책연구 56종, 프로그램개발 연구는 143종이 수행되었다. 프로그램 개발 연구는 크게 부모교육 프로그램, 또래상담 프로그램, 청소년 품성개발 프로그램, 자살예방 프로그램을 비롯하여 인터넷·스마트폰 중독 예방프로그램, 재난 피해청소년 개입 매뉴얼 등 사회적 이슈에 따른 맞춤형 프로그램이 개발되었다.

### 가. 부모교육 프로그램

한국청소년상담복지개발원에서 부모교육 프로그램은 1993년 ‘자녀의 힘을 북돋우는 부모’를 시작으로 ‘자녀의 힘을 북돋우는 대화’, ‘바른 행동의 길 다지기’, ‘생활의 기틀 세우기’, ‘어울려 사는 지혜 기르기’가 순차적으로 개발되었고, 2004년에 ‘자녀와 함께 성장 하는 부모’, 2013년에 ‘초기 청소년기 자녀를 둔 부모교육’ 프로그램을 추가로 개발하면서 전체 7종으로 완성되었으며, 현재는 ‘자녀와 함께 성장하는 부모’ 프로그램이 주로 사용되고 있다. ‘자녀와 함께 성장하는 부모’의 경우 인간중심 상담이론의 인간관에 근거하여 부모가 상담자의 역할을 해야 한다는 전제하에 ‘부모자신 알기, 청소년자녀 이해하기, 신뢰로운 관계 형성하기, 갈등상황 해결하기, 자녀의 힘을 북돋우기, 장점을 보는 새로운 시각을 경험하기’ 등으로 구성되어있다.

### 나. 또래상담 프로그램

또래상담은 일정한 훈련을 받은 청소년이 자신의 경험을 바탕으로 다른 또래들의 문제해결을 돕는 것이다(양미진 외 2013). 청소년상담원은 1994년 국책연구과제로 솔리언 또래상담 프로그램을 개발하였다. 솔리언또래상담 프로그램의 발전과정을 살펴보면, 1994년부터 1996년까지는 1차 상담서비스를 강조한 준상담자 훈련 프로그램으로 출발하였고, 이후 2002년까지 또래상담자의 기본역할 규정, 또래상담자의 학교활성화 방안 모색기 및 청소년기의 발달단계별 또래상담 방안 탐색기를 거쳐 보다 체계적이고 정교한 프로그램으로 확립되었다. 또한 2003년부터 2011년까지는 또래상담자 정신 확립 및 연합활동 강조기로 또래상담자 훈련 프로그램이 세분화되고 현장의 소리에 부응하여 실효성 있는 프로그램으로 발전하게 되었다(또래상담 홈페이지, 2016). 이 과

정에서 초기에 중·고등학교 청소년을 대상으로 만들어진 또래상담자 훈련 프로그램 외에 초등학생용 또래상담 프로그램(2001), 또래상담자 심화훈련 프로그램(2003)이 개발되었으며, 이를 바탕으로 2009년에는 군솔리언또래상담 훈련 프로그램이 개발되어 기존에 학교에서 진행되던 또래상담 프로그램이 군부대로 확대 보급되었다(김미정 외 2015). 청소년상담원은 또래상담이 2012년 학교폭력 예방을 위한 범정부대책의 일환으로 전국 초·중·고등학교 확대 운영됨에 따라, 2013년 ‘학교폭력 예방을 위한 또래상담 심화 프로그램’을 개발하였다. 이 프로그램은 효과적으로 학교폭력 예방에 기여할 수 있는 또래상담자의 역할 및 활동방법을 구체적으로 제시하였다(양미진 외 2013). 또한 2014년에는 또래상담 프로그램의 대상자를 확대하여 해외교포 청소년 대상 ‘해외교포 대상 솔리언또래상담 프로그램(서미 외 2014)’이 개발되었으며, 2015년 ‘또래상담자를 활용한 스마트폰 사용조절 프로그램(김미정 외 2015)’, 2016년 ‘탈북청소년들의 적응을 돕기 위한 다문화 청소년 또래상담 프로그램’이 각각 개발되었다.

#### 다. 청소년 품성계발 프로그램

품성의 사전적 의미는 타고난 성품이며, 성품이란 품격과 성질을 아울러 이르는 용어로 정의된다(국립국어원, 2014). 청소년상담원은 청소년 문제에 대한 교정적 접근과 더불어 근본적인 육성 대책의 필요에 따라 1995년부터 청소년 도덕성 증진 및 회복을 목적으로 5종의 프로그램을 개발하였다. 그 후 2000년에 들어서며 청소년들에게 보다 자유롭고 총체적으로 접근할 수 있는 방법의 요구에 따라 도덕성 증진을 ‘품성계발’로 바꾸어 연구를 진행하였다(김진희, 양미진, 김은영, 2000). 이러한 맥락에서 ‘멋진 우리’라는 프로그램을 개발하여 전국의 13개 중학교의 남·여학생을 대상으로 소규모 집단상담 형태로 프로그램을 진행하여 효과성 검증 연구를 실시하였다(김진희, 양미진, 김은영, 2000). 이후 2001년에는 2000년도에 개발된 ‘멋진 우리’ 프로그램 중 배려증진 부분을 발췌하여 초등학교 교실에서 학급 단위로 적용할 수 있도록 ‘초등학생의 배려증진을 위한 멋진 우리’로 수정하여 효과성을 측정하였다(금명자, 김진희, 이소영, 2001). 이 프로그램에 참여한 초등학생들은 배려 인지·정서 측면에서 긍정적인 유의미한 변화를 나타냈다. 이후 초등학생 대상으로 자기조절에 초점을 맞춘 ‘자신을 다스리는 마음’(2003)과 학교폭력 예방을 위한 배려증진 프로그램인 ‘알콩달콩 마음나눔’(2008)이 개발되었다. 이후 2014년 청소년 문제가 시작되는 시점인 초등학교 고학년 대상으로 ‘초등학생 품성계발 프로그램’을 개발하여 보급하고 있다.

## 라. 인터넷·스마트폰 중독 예방프로그램 등 문제유형별 프로그램

청소년상담원은 2011년부터 인터넷 과다사용 초등생과 그 보호자를 대상으로 하는 ‘인터넷중독 청소년 가족치유캠프’를 실시하고 있다. 이때 효과적인 캠프운영을 위해 ‘인터넷중독 유형별 개입 프로그램 개발(2008)’, ‘청소년 인터넷중독 기숙형 치료학교 프로그램 개발(2010)’, ‘인터넷중독 청소년 가족치유캠프 프로그램 개발연구(2012)’, ‘인터넷중독 청소년 개인상담 프로토콜 연구(2012)’가 수행되었다. 또한 인터넷중독과 더불어 스마트폰중독 예방을 위해 ‘스마트폰 중독 예방 프로그램 개발(2013)’, ‘스마트폰 중독 기숙형 치유학교 프로그램 개발연구(2014)’가 수행되었다.

앞에서 살펴본 부모교육, 또래상담, 품성계발, 인터넷·스마트폰 관련 프로그램 개발 연구 외에도 ‘통일 대비 청소년 상담 프로그램 개발연구(2003)’, ‘위기청소년 사회적응력향상 프로그램 개발연구(2006)’, ‘청소년 자살예방프로그램 및 개입방안 개발(2008)’, ‘잠재적 학업중단 청소년을 위한 개입 프로그램 개발(2009)’, ‘취약청소년을 위한 자기조절학습프로그램 개발(2015)’, ‘학교 밖 청소년 자기계발 프로그램 운영모형 개발(2015)’ 등 청소년의 건강한 성장과 위기문제예방을 위한 청소년문제유형별 프로그램 연구가 진행되었다.

## 2) 청소년상담원 연구 프로그램의 효과성 검증

청소년상담원은 시도청소년상담복지센터 및 학교밖청소년지원센터 종사자를 대상으로 연구된 상담복지프로그램의 지도자 교육을 실시하여 교육을 받은 종사자들이 현장에서 부모 및 청소년을 대상으로 프로그램을 실시하도록 지원하고 있다. 특히, 부모교육, 또래상담, 청소년 품성계발 프로그램, 인터넷·스마트폰 중독 예방 프로그램은 각 시도센터에서 청소년 및 부모를 대상으로 활발히 활용되고 있다.

국내 유일의 청소년상담관련 공공기관으로서 청소년상담원은 다수 청소년상담프로그램을 개발하였고, 현재까지 현장에서 프로그램이 활발히 운영되고 있다. 흥미로운 것은, 청소년상담원에서 개발된 프로그램이 공적 개발물로 엄격한 연구관리를 거쳐 개발되었다 할지라도 보급률, 활용기간 등 프로그램의 활용성에서는 차이가 있다는 점이다. 안타까운 것은 프로그램의 활용성이나 효과성이 어떤 요인이나 기준에 영향을 받았는지에 대해 밝혀진 바가 없다는 점이다. 따라서 본 연구에서는 메타분석을 통해 청소년상담원에서 개발한 프로그램의 효과성이 어떤 요인들에 의해 영향을 받는지에 대해서 밝히고자 한다. 이를 통해 근거기반 청소년상담프로그램 개발의 지침을 도출하고, 청소년 상담 프로그램 인증제 제도화에 대한 기초를 마련하고자 한다.

# III. 연구 방법 및 결과

## 1. 연구설계

본 연구는 한국청소년상담복지개발원에서 연구한 개별 프로그램효과를 분석한 연구들의 양적 연구결과에 대해 프로그램 적용집단과 비교집단간의 효과차이에 대해 표준화된 평균차이의 효과크기를 사용하여 통계적으로 종합한 메타분석을 실시한 서술적 조사연구이다.

## 2. 분석 대상 논문의 선정 및 수집

본 연구는 한국청소년상담복지개발원에서 연구된 프로그램연구들을 분석하였다. 본 연구의 대상 자료는 2000년부터 2016년까지 발행된 「청소년상담연구보고서」 120편의 연구 중 시범운영을 통한 효과성검증을 실시하지 않은 연구를 제외하고, 청소년상담관련 프로그램 연구 30편을 최종 선정하였다.

## 3. 자료 분석

### 1) 코딩

자료 분석의 대상이 되는 30편의 연구의 코딩은 출판년도, 효과성측정도구, 연구대상, 회기 수, 인원, 회기시간, 프로그램 형태, 측정변인을 주요 범주형 변수로 보고 하위그룹분석을 위해 코딩하였으며, 코딩 절차는 다음과 같다. 첫째, 연구자들의 합의하에 코딩지를 개발하였다. 둘째, 코딩은 연구원 3인(박사 1, 박사과정 1, 석사 1)인에 의해 실시되었으며, 메타분석 전공 교수 1인이 코딩과 분류를 검토하였다. 최종 분석대상 논문 30편에 대한 구체적인 사항은 아래의 표8과 같다.

## 2) 자료의 변환

코딩한 자료는 CMA2.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

표 8. 분석대상 논문의 특징

번호	연구명	연구대상	실험군(명)	대조군(명)	프로그램 형태	프로그램 회기 수	추정변인
1	다문화 청소년 또래상담 프로그램개발 -탈북청소년을중심으로-	중·고등학생	25	26	집단상담	4회기	호감도, 정서, 다문화인식
2	부모 정서조절 향상 프로그램개발	부모	7	7	집단상담	5회기	정서조절, 양육효능감, 자녀의문제행동
3	청소년 자살예방 심화 프로그램 개발	중·고등학생	94	113	강의식	2회기	자살태도, 자살위험성 스트레스대처방식
4	학교현장에서의 청소년 품성개발프로그램 효과	중학생	158	175	집단상담	6회기	가치지향성, 자아존중감, 도덕적 자아개념, 공감, 학교생활 만족도, 회기효율성
5	청소년 인터넷 과다사용 예방 프로그램 개발 II	중학생	87	84	집단교육	4회기	인터넷 중독, 인터넷 사용시간, 인터넷 보상경험, 자기통제력,
6	초등학생 품성개발 프로그램 개발	초등학생	43	47	강의식	12회기	이타성, 정서조절, 학교규칙 준수, 자기존중, 공감, 배려행동
7	해외교포 대상 슬리언포레상담 프로그램 개발	중·고등학생	20	16	집단교육	6회기	대인관계 반응성 척도, 다문화 자기효능감 척도, 다문화집단 민족 정체성 척도
8	초등학생 기출예방 프로그램 개발	초등학생	249	243	집단교육	1회기	스트레스 대처, 가출의식, 본인 및 주변인 기출경험, 가출예방교육 관심 및 필요성 인식, 교육만족도
9	초기청소년기 자녀를 둔 부모교육 프로그램 개발	부모	25	13	집단상담	6회기	양육효능감, 의사소통, 부모의 자기성장
10	청소년 자살예방 프로그램 및 개입방안 개발	중·고등학생	607	170	집단교육	1회기	자살위험성, 자살태도, 자살예방프로그램 종합평가, 시범운영 내용
11	저소득 가정 부모교육 프로그램	부모	30	23	집단상담	7회기	부모양육 스트레스, 양육효능감,

번호	연구명	연구대상	실험군(명)	대조군(명)	프로그램 형태	프로그램 회기 수	측정변인
개발							
12	청소년 수월성 촉진 프로그램 개발 연구III	중학생	37	37	집단상담	8회기	어머니-자녀 상호행동, 양육태도, 부모의 아동조절, 프로그램 평가(참여자, 지도자) 플로우, 자기효능감, 청소년 플로우 경험, 삶 만족도
13	ADHD 아동-부모 프로그램 개발	초등학생 부모	13	13	집단상담	20회기	ADHD 행동, 문제행동, 사회기술, 양육스트레스, 양육효능감
14	위기(가능) 청소년 사회적응력 향상 프로그램 개발연구	중·고등학생	20	-	기숙형 집단프로그램	3박 4일	자기효능감, 자기통제력, 대인관계 향상, 프로그램 유익성, 프로그램 흥미
15	학업중단청소년 학업복귀 강화 프로그램 개발	학업중단 청소년	54	54	집단상담	12회기	학업동기, 진로적응, 자아효능감, 자기통제
16	또래상담자를 활용한 스마트폰 사용조절 프로그램 개발	중·고등학생	684	-	집단교육	3회기	스마트폰 과다사용, 스마트폰 사용 인식, 종합평가
17	학교 밖 청소년 자기개발 프로그램 운영모형 개발	학업중단 청소년	20	-	집단교육	30-60시간	자기효능감, 삶의 만족도, 진로성숙도, 프로그램 참여 만족도
18	위기청소년 사회진출 지원을 위한 두드림존 프로그램 특성화 연구	중·고등학생	830	-	집단 교육	6회기	진로결정자아효능감, 프로그램 성취도, 회기만족도
19	잠재적 학업중단청소년을 위한 개입프로그램 개발	중·고등학생	18	-	개인 상담	1회기	학교자퇴생각, 학교적응유연성, 종합평가, 상담회기평가
20	자살위기청소년 상담개입프로그램 개발	중·고등학생	7	-	개인 상담 및 부모교육	17회기	자살위험성 평가, 자살생각, 스트레스 대처, 문제해결능력, 사회적 지지, 자아존중감, 종합평가
21	자살위기청소년을 위한 사이버상담 게임 프로그램 개발	중·고등학생	7	-	사이버상담	1회기	자살생각, 자살욕구, 자살방해요인, 기분형용사, 사회향상성, 자율성, 상담자의 자기대화, 상담자 발달수준, 상담자 자기평가

번호	연구명	연구대상	실험군(명)	대조군(명)	프로그램 형태	프로그램 회기 수	측정변인
22	청소년 자살 사후게임 매뉴얼 개발	중·고등학생	17	-	집단교육	1회기	청소년 자살 사후게임 지식, 청소년 자살 사후게임 자기효능감, 프로그램 만족도 및 자절성
23	인터넷 중독 지속형 치료학교 프로그램 개발 연구	중학생	20	-	지속형 집단프로그램	11박 12일	인터넷사용신념, 대인관계, 진로, 부모양육태도, 부모-자녀 의사소통, 인터넷 중독, 인터넷사용시간
24	위기청소년 부모교육 프로그램 개발	부모	10	-	집단상담	6회기	부모 양육효능감, 부모-자녀 관계 만족도, 부모-자녀 간 의사소통, 부모 양육스트레스, 참여자 관점평가, 회기별 평가
25	재난 피해 청소년 게임 매뉴얼 개발	중·고등학생	35	-	집단교육	1회기	자기효능감, 상담자 자기대화, 참가자 관점
26	초등학생용 부모 참여 진로집단상담 프로그램 개발	초등학생 부모	59	55	집단상담	6회기	진로인식, 진로자기효능감, 부모진로행동
27	청소년 스마트폰 중독예방 프로그램개발	중학생	176	175	집단교육	3회기	스마트폰 사용 현황, 스마트폰 사용 신념, 스마트폰 사용 및 대처 인식, 스마트폰 사용 욕구
28	학교폭력 가피해자 부모교육 프로그램	부모	43	-	집단교육	6회기	부모 양육효능감, 부모-자녀간 의사소통, 어머니 양육행동
29	초기 청소년기 자녀를 둔 부모교육 프로그램 개발	부모	25	-	집단교육	6회기	부모 양육효능감, 부모-자녀 관계 의사소통, 자기성장, 참가자 및 지도자 평가
30	스마트폰 중독 지속형 프로그램 개발	부모	20	-	지속형 집단프로그램	7박 8일	스마트폰 중독, 스마트폰 역기능적 신념

### 3) 효과크기 산출

한국청소년상담복지개발원에서 연구한 프로그램의 효과를 통계적으로 종합하기 위해, 이 메타분석에서는 개별연구에서는 보고한 효과 측정치에 대해, 프로그램 적용집단과 비교집단간의 표준화된 평균차이 (Standardized Mean Difference: SMD) 효과크기 (effect size)를 계산하였다. 메타분석에서 효과 크기를 구하는 여러 가지 방법 중에서 이 연구에서는 평균차이 효과크기를 사용하였는데, 두 집단을 비교할 때, 변수가 연속 변수일 경우에 두 변수간의 효과를 비교하기 적합한 방법이다(Borenstein et al. 2009). 연구에서 활용한 효과 크기의 공식은 다음과 같다.

$$d = (X_t - X_c) / S_{pooled}$$

또한 처치집단과 통제집단간 통합된 표준편차 값( $S_{pooled}$ )을 계산하기 위한 공식은 다음과 같다.

$$S_{pooled} = \sqrt{\frac{(N^t - 1)S_t^2 + (N^c - 1)S_c^2}{(N^t - 1) + (N^c - 1)}}$$

$N_t$  는 처치집단,  $N_c$  는 통제집단의 표본크기를 나타내고,  $S_t^2$  와  $S_c^2$ 는 처치집단과 통제집단의 분산을 나타낸다. 처치집단의 평균과 통제집단의 평균의 차이를 통합된 표준편차로 나눈 것으로  $d$  값이 양으로 나오면 프로그램의 효과가 처치집단에서 긍정적인 것으로 해석할 수 있다. 반면에 음의 값이 나오면 프로그램의 효과가 처치집단에서 통제집단에 비해 부정적인 것으로 해석할 수 있다.

연구의 사례수의 크기에 따른 가중치를 부여하기 위해서 Hedges & Olkin (1985)의 방법을 활용하였다. 역변량가중치와 가중평균 공식은 다음과 같이 계산된다.

$$W_i = \frac{1}{V_z} \quad M = \frac{\sum_{i=1}^k W_i Y_i}{\sum_{i=1}^k W_i}$$

$W_i$ 는 역변량 가중치,  $Y_i$ 는 효과크기,  $M$ 은 가중평균을 나타낸다. 사례수가 많은

연구에서 측정된 효과크기가 사례수가 적은 연구보다 더 정확하다고 가정하여 사례수가 많은 연구에 가중치를 부여하여 전체효과크기를 계산하였다.

#### 4) 효과크기의 해석

효과크기가 .2보다 작으면 ‘작은 효과’ .5 정도면 ‘중간 효과’ , .8 이상이면 ‘큰 효과’ 로 설명한다(Cohen, 1977).

#### 5) 동질성 검증

전체적인 효과 크기를 측정하는데 있어서 먼저 동질성 검사를 통해 각 연구에서 추출된 효과 크기들이 같은 모집단에서 추출된 것으로 볼 수 있는지에 대한 동질성 평가를 해야 한다. 동질성 검정의 영가설은 동질하다는 것이고, 동질하다는 것은 연구들이 같은 모집단을 공유한다고 볼 수 있다. 동질성 검정결과와 함께 연구들의 이질성을 내용적으로 검토한 후, 결과의 분석을 위해서는 고정 효과 모형, 랜덤효과모형 등을 활용할 수 있다. 동질성 검사 결과를 분석하고 내용적으로 이질성을 검토한 후, 연구자가 이질적이라고 판단하면, 그 원인 규명을 위해서 연구들의 특징에 따라 효과크기를 측정하고 후속분석(하위집단분석이나 메타회귀분석 등)을 수행할 수 있다. 동질성 검정은 카이스퀘어 분포를 따르는 Q 통계치를 이용하였다(Borenstein et al., 2009).

#### 6) 분석모형의 선택 및 하위그룹 분석

표 9에서 제시한 동질성 검정결과( $Q=1446.46$ ,  $DF=29$ ,  $P<.05$ ) 청소년관련 프로그램의 효과 크기는 서로 이질적인 것으로 나타났다. 따라서 본 연구에서는 랜덤효과 모형(random-effects model)을 사용하여 전체 효과크기를 계산하였다. 본 연구에서는 랜덤효과 모형을 이용해 전체적인 연구변인의 효과크기를 측정하고, 각 연구의 특징(연구대상, 프로그램 형태, 회기 수, 참여인원 등)별로 하위집단 분석 및 메타회귀분석을 실시하였다.

표 9. 표본 추출의 동질성 검정 결과

연구수	Q <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차	I <sup>2</sup>
30	1446.46	.000	.525	.413 ~ .636	.057	97.99

<sup>a</sup>동질성 검정 통계량, <sup>b</sup>동질성 검정 통계량에 대한 유의수준 값

## 7) 분석단위

메타분석에서는 분석대상 연구별로 하나이상의 효과크기를 보고하는 것이 일반적이다. 각 연구별로 하나 이상의 효과크기를 보고하면서, 동일 표본을 중복해서 쓰거나 관련있는 결과치(outcomes)들이 여러 개 보고되는 경우가 있다. 이러한 경우는 독립성 가정 위반과 관련되어 있다. 독립성 가정을 지키기 위하여 Harris Cooper의 분석단위의 이동(Shifting unit of analysis)을 적용하여 전체효과크기와 하위집단 분석을 실시하였다.

이 연구에서는 전체효과크기를 구하는 데는 연구를 분석단위로 하여 독립성 가정 위반을 피하였고, 하위그룹 분석 시에는 효과크기를 분석단위로 하여 정보량의 손실(information loss)을 방지하였다(Cooper, 2010).

본 연구는 청소년이나 부모를 대상으로 개발된 프로그램의 효과를 메타분석을 통해 체계적으로 정리하였으며, 다음과 같은 결과를 얻었다.

## 4. 청소년상담관련 프로그램의 전체 효과 크기

랜덤효과 모형으로 측정한 결과 표 10과 같이 효과 크기는 .525로 나타났으며, 전체 효과 크기에 대한 95%의 신뢰구간은 .413~.636이었다. 이 때 효과 크기는 거의 .5를 상회하는 수치를 보이고 있으며, Cohen(1988)의 기준으로 평균 효과크기를 해석하면 청소년상담 프로그램의 효과가 중간정도 있다고 해석 할 수 있다.

표 10. 랜덤효과 모형에 의한 효과크기 측정

연구 수	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
30	.525	.413~.636	.057

## 5. 랜덤효과 모형을 활용한 범주형 변수별 분석

표 11에 나타난 바와 같이 기존의 개별 프로그램연구들에서 보고하고 있는 주요 범주형 변인에 따라 효과 크기를 알아보기 위해 프로그램연구에서 포함하고 있는 주요 연구특징(연구대상, 프로그램 형태, 회기 수, 참여인원 등)을 이용하여 하위그룹분석을 실시하였다.

연구대상에 따른 효과 크기는 고등학교(ES=.528), 초·중학교 4~6학년(ES=.495), 부모(ES=.492)가 다른 분류대상보다 상대적으로 크게 나타났다.

프로그램형태에 따른 효과크기는 집단교육과 활동을 병행하는 것(ES=.572)이 집단교육(ES=.476)과 집단상담(ES=.504)만을 운영한 프로그램보다 효과크기가 큰 것으로 나타났다. 회기 수에 따른 효과크기는 2~5회기(ES=.572) 및 10회기 이상(ES=.503)이 효과크기가 단회기(ES=.370)에 비해 효과가 큰 것으로 나타났다. 참여인원의 경우 11~20명을 대상으로 한 프로그램의 효과크기(ES=.878)가 20명 이상(ES=.333)대상으로 진행한 프로그램보다 큰 차이를 보였다.

회기시간에 대한 효과크기는 8시간 이하(ES=.838)와 8시간초과(ES=.595), 그리고 60분 이하(ES=.568)의 효과크기가 상대적으로 크게 나타났다. 프로그램을 구성하는 단계에서 수행된 사전조사대상에 따른 효과크기는 수혜자만 조사한 경우(ES=.631), 수혜자, 현장전문가(ES=.593)를 모두 대상으로 한경우가 현장전문가(ES=.387)만을 대상으로 한 연구보다 큰 특징을 보였다. 시범운영횟수에 따른 효과크기는 10회기 이상(ES=.546), 단회기(ES=.525)를 운영한 프로그램이 다른 연구들에 비해 큰 특징을 보였다. 마지막으로 전문가 감수 인원에 따른 효과크기는 1명(ES=.594), 3명(ES=.539)이 2명과 4명 이상의 경우에 비해 다소 큰 특징을 보였다.

표 11. 랜덤효과 모형에 의한 효과크기 측정

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
연구대상	초등학교1~3학년	18	.361	.133~.589	.116
	초등학교4~6학년	13	.495	.291~.700	.105
	중학교	49	.359	.250~.468	.056
	고등학교	40	.528	.421~.635	.055
	부모	130	.492	.413~.571	.040
	학업중단청소년	17	.364	.171~.557	.099

	기타	52	.640	.529~.751	.057
프로그램 형태	집단교육	95	.476	.404~.549	.037
	집단교육 및 활동병행	9	.572	.263~.882	.158
	집단상담	167	.504	.435~.574	.035
	기타	48	.465	.343~.586	.062
회기 수	1회기(단회)	25	.370	.217~.524	.078
	2~5회기	66	.572	.476~.667	.049
	6~9회기	87	.450	.369~.531	.041
	10회기 이상	137	.503	.426~.580	.039
	기타	4	.373	-.029~.774	.205
인원	10명 이하	162	.501	.435~.567	.034
	11~20명	20	.878	.746~1.009	.067
	20명 이상	92	.333	.267~.399	.034
	기타	45	.530	.435~.625	.048
회기시간	60분 이하	112	.568	.493~.644	.039
	120분 이하	93	.314	.242~.387	.037
	180분 이하	35	.328	.206~.449	.062
	8시간 이하	5	.838	.473~1.202	.186
	8시간 초과	49	.595	.499~.692	.049
	기타	25	.664	.537~.792	.065
사전조사대상	수혜자	52	.631	.611~.652	.010
	현장전문가	112	.387	.343~.430	.022
	수혜자, 현장전문가 모두	155	.593	.573~.613	.010
시범운영횟수	1회기(단회)	82	.525	.430~.620	.048
	5회기 이하	84	.443	.353~.534	.046
	6회기 이상	49	.401	.300~.502	.051
	10회기 이상	104	.546	.468~.624	.040
전문가 감수	없음	60	.462	.369~.556	.048
	1명	18	.594	.379~.809	.110
	2명	145	.492	.421~.564	.036
	3명	30	.539	.401~.676	.070
	4명 이상	19	.342	.162~.522	.092
	기타	47	.508	.392~.623	.059

<sup>a</sup>효과크기 수

## 6. 측정변인의 유형별 분류에 의한 효과 분석

본 연구의 연구진은 3차례 회의를 통한 합의과정을 거쳐 분석대상 프로그램들의 측정변인을 유형별로 분류였다. 표 12와 같이 기존의 프로그램 연구들에서 측정하고 있는 변인의 유형별 효과 크기를 알아보기 위해 분석을 실시하였다.

표 12. 측정변인 유형별 분류

번호	대분류	중분류
1	미디어중독	1) 스마트폰 2) 인터넷중독
2	부모	1) 부모의 양육 심리적 관련 변인 2) 부모-자녀와의 관계
3	청소년의 심리내적요인	1) 자율성 2) 정서조절 3) 대인관계 능력
4	학습/진로	1) 학습 2) 진로
5	청소년 문제	1) 자살 2) ADHD
6	다문화	

표 13에 나타난 바와 같이 측정요인들이 대분류로 묶인 개별 효과 크기를 알아보기 위해 분석을 실시하였다.

다문화로 분류된 측정요인의 효과 크기(ES=1.001), 기타(ES=.829) 유형의 효과크기가 .8이상으로 비교적 큰 것으로 나타났다. 학습/진로(ES=.546), 미디어중독(ES=.535) 유형은 .5이상으로 중간정도의 효과크기를 가지고 있는 것으로 나타났다. 반면 부모(.357)로 다른 분류대상보다 상대적으로 효과가 낮게 나타났다.

표 13. 대분류 효과크기 측정

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
대분류	미디어중독	27	.535	.417~.652	.060
	부모	92	.357	.275~.438	.041
	청소년의 심리내적요인	67	.444	.352~.537	.047
	학습/진로	36	.546	.427~.664	.060
	청소년 문제	74	.440	.346~.534	.048
	다문화	19	1.001	.832~1.169	.086
	기타	4	.829	.412~1.246	.213

<sup>a</sup>효과크기 수

표 14에 나타난 바와 같이 측정요인들이 중분류로 묶인 개별 효과 크기를 알아보기 위해 분석을 실시하였다.

다문화로 분류된 측정요인의 효과 크기 다문화(ES=.789), ADHD(ES=.666), 진로 유형(ES=.641)의 효과크기가 .5이상으로 중간정도의 효과크기를 보였다. 반면 자율성(ES=.487), 학습(ES=.394)등 이하 다른 분류유형은 .5 이하로 다른 분류대상보다 상대적으로 효과가 낮게 나타났다.

표 14. 중분류 효과크기 측정

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
중분류	스마트폰	23	.567	.448 ~ .687	.061
	인터넷 중독	4	.307	-.008 ~ .622	.161
	부모의 양육심리	69	.365	.272 ~ .458	.048
	부모자녀 관계	23	.335	.189 ~ .481	.074
	자율성	32	.487	.359 ~ .616	.066
	정서조절	12	.384	.142 ~ .626	.123
	대인관계 능력	22	.387	.241 ~ .532	.074
	학습	17	.394	.208 ~ .579	.095
	진로	19	.641	.497 ~ .785	.074
	자살	24	.237	.115 ~ .359	.062
	ADHD	50	.666	.532 ~ .801	.069
	다문화	11	.789	.602 ~ .976	.095

<sup>a</sup>효과크기 수

## 7. 세부 주제별 프로그램 유형에 따른 효과크기

청소년상담원에서 연구된 프로그램 연구 30편 중 지도자 자격을 부여하는 프로그램인 부모, 자살, 또래, 품성으로 구분하여 총 10편의 연구를 비교해 본 결과 표 15에서와 같이 또래상담(0.889), 품성교육(0.499), 부모교육(0.373), 자살예방(0.193) 순으로 효과 크기가 큰 것으로 나타났다.

표 15. 주제별 프로그램 유형 효과크기 측정

주제별 프로그램	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
부모교육	54	0.373	0.267~0.478	0.054
자살예방	22	0.193	0.063~0.323	0.066
또래상담	26	0.889	0.752~1.027	0.070
품성교육	11	0.499	0.284~0.714	0.110

<sup>a</sup>효과크기 수

## 8. 연구대상별 주요 연구특징에 따른 효과크기

표16에 나타난 바와 같이 프로그램의 주요대상인 초등학생, 중학생, 고등학생별 주요연구특징(대분류, 중분류, 인원, 회기 수, 회기시간, 프로그램 형태)을 분석하였다. 초등학생을 대상으로 한 프로그램은 전체 연구대상 30편 중 4편에 해당하며, 중학생은 17편, 고등학생은 12편에 해당한다.

초등학교에서 실시되는 프로그램 중 대분류에 따른 효과 크기는 청소년의 심리내적 요인(ES=.581), 학습/진로(ES=.358), 부모(ES=.240) 순으로 나타났다. 중분류에 따른 효과 크기는 자율성(ES=.694), 대인관계능력(ES=.580)이 학습(ES=.358), 정서조절(ES=.349), 부모 자녀관계(ES=.240)에 비해 효과가 큰 것으로 나타났다. 프로그램 형태에 따른 효과크기는 집단교육(ES=.494)이 집단상담(ES=.472)을 운영한 프로그램보다 효과크기가 큰 것으로 나타났다. 회기 수에 따른 효과크기는 10회기 이상(ES=.494)이 단회기(ES=.472)에 비해 효과크기가 큰 것으로 나타났다. 회기시간은 60분 이하(ES=.494)가 120분 이하(ES=.472)보다 효과크기가 큰 것으로 나타났다.

중학교에서 실시되는 프로그램 중 대분류에 따른 효과크기는 학습/진로(ES=.311)가 청소년의 심리내적 요인(ES=.263)과 미디어중독(ES=.203)에 비해 상대적으로 높았다. 중분류에 따른 효과크기는 진로(ES=.499), 자율성(ES=.356), 학습(ES=.292), 인터넷중독(ES=.261), 정서조절(ES=.233), 대인관계능력(ES=.201) 그리고 스마트폰중독(ES=.193) 순으로 나타났다. 프로그램 형태에 따른 효과크기는 기타(ES=.399)가 집단상담(ES=.223)과 집단교육(ES=.194)에 비해 효과크기가 높았다. 회기 수에 따른 효과크기는 10회기 이상(ES=.406)이 가장 높았으며 기타(ES=.366), 2~5회기(ES=.234), 6~9회기(ES=.166) 순으로 나타났다. 인원에 따른 효과크기는 10명 이하(ES=.656)으로 20명 이상(ES=.207)과 11~20명

(ES=.199)에 비해 상대적으로 크게 나타났다. 회기시간은 8시간 초과(ES=.406)가 가장 높은 효과크기를 나타내었고, 기타(ES=.366), 60분 이하(ES=.290), 120분 이하(ES=.194) 그리고 180분 이하(ES=.193) 순으로 나타났다.

고등학교에서 실시되는 프로그램 중 대분류에 따른 효과크기는 학습/진로(ES=.883)와 다문화(ES=.745)가 부모(ES=.142) 청소년의 심리내적 요인(ES=.126) 청소년 문제(ES=.123)에 비해 상대적으로 크게 나타났다. 중분류에 따른 효과크기는 진로(ES=.883), 다문화(ES=.729)가 다른 부모의 양육관련 심리적 변인(ES=.142), 자율성(ES=.126), 자살(ES=.123)에 비해 상대적으로 크게 나타났다. 프로그램 형태에 따른 효과크기는 집단교육(ES=.673)이 집단상담(ES=.237)보다 높았으며, 회기 수는 6~9회기(ES=.785)가 2~5회기(ES=.237), 단회기(ES=.094)보다 상대적으로 큰 효과크기를 나타냈다. 인원 에 따른 효과 크기는 11~20명(ES=.806)가 10명 이하(ES=.142), 20명 이상(ES=.124)보다 크게 나타났다. 회기시간은 8시간 초과(ES=.797)가 60분 이하(ES=.237), 120분 이하(ES=.098) 보다 상대적으로 큰 효과크기를 나타냈다.

표 16. 연구특징별 효과 크기 분석 결과

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차	
대분류	부모	1	.240	.062~.417	.090	
	청소년의 심리내적요인	11	.581	.474~.689	.055	
	학습/진로	1	.358	-.059~.775	.213	
중분류	부모-자녀관계	1	.240	.062~.417	.090	
	자율성	2	.694	.527~.861	.085	
	정서조절	3	.349	.108~.591	.123	
	대인관계능력	6	.580	.408~.753	.088	
프로그램 형태	학습	1	.358	-.059~.775	.213	
	집단교육	11	.494	.367~.621	.065	
	집단상담	2	.472	.345~.600	.065	
	회기 수	1회기(단회)	2	.472	.367~.621	.065
		10회기 이상	11	.494	.345~.600	.065
	인원	20명 이상	13	.483	.393~.573	.046
회기시간	60분 이하	11	.494	.367~.621	.065	
	120분 이하	2	.472	.345~.600	.065	

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차	
중 학 교	대분류	미디어중독	11	.203	.135~.272	.035
		청소년의 심리내적 요인	30	.263	.197~.330	.034
		학습/진로	8	.311	.159~.463	.078
	중분류	스마트폰중독	8	.193	.119~.267	.038
		인터넷중독	3	.261	.087~.435	.089
		자율성	18	.356	.248~.464	.055
		정서조절	1	.233	.017~.449	.110
		대인관계 능력	11	.201	.110~.293	.047
		학습	7	.292	.133~.452	.081
		진로	1	.499	-.005~1.003	.257
프로그램 형태	집단교육	12	.194	.128~.261	.034	
	집단상담	18	.223	.147~.299	.039	
	기타	19	.399	.291~.506	.055	
회기 수	2-5회기	17	.234	.169~.299	.033	
	6-9회기	13	.166	.088~.245	.040	
	10회기 이상	15	.406	.287~.525	.061	
	기타	4	.366	.119~.613	.126	
인원	10명 이하	15	.656	.493~.819	.083	
	11-20명	4	.199	.049~.350	.077	
	20명 이상	30	.207	.157~.257	.025	
회기시간	60분 이하	10	.290	.155~.425	.069	
	120분 이하	12	.194	.115~.272	.040	
	180분 이하	8	.193	.119~.267	.038	
	8시간 초과	15	.406	.287~.525	.061	
	기타	4	.366	.119~.613	.126	
고 등 학 교	대분류	부모	2	.142	-.031~.315	.088
		청소년의 심리내적 요인	2	.126	-.018~.270	.073
		학습/진로	5	.883	.847~.918	.018
		청소년 문제	20	.123	.081~.165	.021
	다문화	11	.745	.714~.777	.016	
중분류	부모의 양육 심리적 관련변인	2	.142	-.031~.315	.088	

관련변수	하위변수	K <sup>a</sup>	효과크기	95% 신뢰구간	표준오차
	자율성	2	.126	-.018 ~ .270	.073
	진로	5	.883	.847 ~ .918	.018
	자살	20	.123	.081 ~ .165	.021
	다문화	11	.729	.697 ~ .762	.016
프로그램 형태	집단교육	23	.673	.651 ~ .695	.011
	집단상담	17	.237	.177 ~ .296	.030
회기 수	1회기(단회)	10	.094	.040 ~ .148	.027
	2-5회기	17	.237	.177 ~ .296	.030
	6-9회기	13	.785	.761 ~ .809	.012
인원	10명 이하	2	.142	-.031 ~ .315	.088
	11-20명	16	.806	.782 ~ .830	.012
	20명 이상	22	.124	.083 ~ .164	.021
회기시간	60분 이하	17	.237	.177 ~ .296	.030
	120분 이하	12	.098	.047 ~ .150	.026
	8시간 초과	11	.797	.773 ~ .821	.012

<sup>a</sup>효과크기 수

## IV. 현장전문가 자문회의

### 1. 조사대상

본 연구의 현장전문가 자문회의 대상자는 현장전문가 대상으로 근거기반실천(Evidenc-based practice) 및 메타분석의 다수 연구경험이 있는 교수 1명과 프로그램 인증 체계 연구 및 보급과 인증시스템 운영 및 구축에 대한 경험이 있는 중앙자살예방센터 상임팀장 1명, 팀장 1명, 청소년상담 프로그램 개발 및 운영에 경험이 있는 청소년상담복지센터 센터장 1명, 팀장 1명을 대상으로 3집단으로 구성한 후 총 3회(각 60분, 총 180분)에 걸쳐 자문회의를 진행하였다. 참여자의 성별, 연령은 표17과 같다.

표 17. 현장전문가 대상 자문회의 참여자

소속	인원	성별(연령)
○○대학교	1	남(40대)
자살 관련 유관기관	2	여(30대)
		여(40대)
청소년상담복지센터	2	남(50대)
		여(30대)

### 2. 자문회의 절차

자문회의 진행은 현장전문가로 구성된 3개 집단(각 60분) 총 5명의 참여로 이루어졌다. 진행은 상담전공 박사재학 1인이 주 진행자로, 상담을 전공한 석사 1인이 보조 진행자로 참여하였다. 자문 회의 실시 전 참여자 전원에게 녹음에 대한 동의를 구하여 자문회의 전 과정은 녹음 되었으며, 자문회의가 끝난 후 축어록 형태로 전사되어 분석 자료로 사용되었다.

### 1) 프로그램 인증체계 도입에 대한 현장의견

프로그램 인증 도입에 있어 심사기준과 평가하는 측면이 프로그램의 이론적 측면, 현장의 측면이 고루 반영되는 것이 좋겠다는 의견이 있었다.

### 2) 프로그램 개발을 위한 가이드라인 제시

프로그램 개발을 위한 가이드라인은 각 지역의 청소년상담복지센터의 특수한 상황과 특성을 반영한 객관적인 부분을 실질적으로 도움을 받을 수 있게 제시하는 것이 좋겠다는 의견을 제안하였다.

### 3) 프로그램 개발 어려움과 개발을 위한 도움

각 지역의 청소년상담복지센터의 팀의 상황, 인원 수 등 프로그램 개발 연구에 치중할 수 없는 상황에 대해 애로사항을 토로하였다. 또한 행정업무와 연구통계를 병행하는 등 연구에 집중할 수 없는 상황에 대한 어려움을 보고하였다. 지역센터에 보급된 프로그램의 질 높은 개발을 위하여 통계교육과 척도개발(또래관계 척도, 학교생활적응척도, 학습유형척도 등)이 청소년 대상에 도입하여 특성에 맞는 연구가 될 수 있도록 의견을 제안하였다. 또한 향후 새로운 연구개발도 의미 있지만 전년도 연구들을 리뉴얼하여 연구보강을 하는 것도 의미가 있을 것이라고 제안하였다.

### 4) 향후 개발되었으면 하는 프로그램 연구주제

향후 개발되었으면 하는 프로그램의 연구주제에는 최소 3~5년 단위 이상의 장기추적조사연구, 청소년상담복지센터의 상담의 효과성 연구, 예비부모교육 연구, 보호관찰 청소년 대상의 특성화 연구(구조화 프로그램), 범죄청소년 재발방지 프로그램에 대한 연구주제를 제안하였다.

### 5) 중앙자살예방센터 운영과정/절차

중앙자살예방센터의 경우 근거기반 자살예방 프로그램에 대한 검증과 보급의 필요성이 대두됨에 따라 국외 정신건강·자살예방 프로그램 인증 체계에 대한 연구를 통해 보건복지부가 자살예방 프로그램 인증 시스템 운영을 중앙자살예방센터에 2014년부터 위탁운영

하고 있다고 설명하였다. 정신사회치료 및 프로그램 효과성 연구전문가의 평가위원회(12명)를 구성하여 상반기/하반기 2번 운영되며 심사 프로그램 1편당 3명의 심사위원으로 비공개 심사로 운영한다. 평가는 인증 또는 보완 후 재심의 결과로 나뉘고 인증 받은 프로그램은 5년 이내의 주기로 재인증을 받아야 하며, 재인증 불이행시 탈락처리 된다. 인증 받은 프로그램은 중앙자살예방센터에서 인증승인 요청 하여 보건복지부에서 인증 승인을 하는 절차에 있다.

## 6) 프로그램 인증체계를 구축을 위한 준비과제

프로그램의 효율적 운영을 위해서는 예산확보는 물론 프로그램인증센터를 구축하여 평가위원이 주도적으로 프로그램 인증운영에 대해 열정을 가지고 대내외적인 홍보를 통해 점차 증진시키는 것이 필요하다고 설명하였다. 또한 인증 받은 프로그램 가운데 효과성이 좋았던 프로그램을 타이틀로 내걸고 프로그램이 많이 보급 될 수 있도록 권장하는 방법도 좋겠다는 의견을 제안하였다.

## 7) 프로그램 인증제를 위한 관리

본원에서는 부모, 또래, 자살, 품성 등의 주제로 프로그램 연구를 진행하고 있고, 메타분석 연구를 통해 청소년 상담복지 프로그램 인증제 구축을 위하여 본원의 연구물을 영역별로 대분류·중분류·소분류로 카테고리화하여 분류하고 코딩하여 향후 연구물도 카테고리화 되어 있는 데이터에 연구물을 코딩하여 관리하는 것을 제안하였다. 외국에서 검증된 프로그램을 참고하여 우리나라의 프로그램 인증을 위하여 선정기준 마련하고 가이드라인을 제시하여 프로그램 인증 시 기준을 통과하게 하여 질 높은 프로그램 관리가 필요하다고 의견을 제시하였다.

## V. 요약 및 논의

본 연구는 한국청소년상담복지개발원에서 개발된 프로그램의 효과성을 종합적으로 살펴보기 위해 프로그램의 연구결과물의 효과정도를 메타분석으로 분석하였다. 분석을 위해 2000년부터 2016년까지 한국청소년상담복지개발원에서 발행한 「청소년상담연구보고서」 120편의 연구 중 시범운영을 통한 효과성검증을 실시하지 않은 연구를 제외하고, 청소년상담관련 프로그램 연구 30편을 최종 선정하여 분석 대상으로 삼았다. 분석결과는 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 선정한 30편의 연구물의 효과크기를 종합한 결과, 전체 평균효과크기는 .525로 나타났다. 이는 Cohen(1988)의 기준에 의한 결과해석으로 중간정도의 효과크기인 것으로 해석되는 바, 한국청소년상담복지개발원에서 개발된 프로그램들이 효과적이라는 것을 알 수 있었다.

둘째, 프로그램 대상자에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저 고등학교 대상 프로그램의 효과크기가 가장 컸으며, 초등학교 고학년 및 부모, 중학교 집단의 효과크기는 중간 정도로 나타났다. 이 결과는 고등학생 집단에서 효과크기가 가장 크게 나타난 기존연구의 결과와도 부합하는 것이다(윤초희, 박상근, 신인수, 2014; Derzon & Wilson, 1999; Hahn et al., 2007; Park-Higgerson, 2008). 또한 프로그램 인원과 관련해서는, 11~20명이 가장 높았고, 그 다음으로 10명 이하도 중간크기의 효과가 있는 것으로 나타났다. 이를 발달단계별로 살펴보면, 중학교는 10명 이하가 큰 효과가 나타났고, 11~20명과 20명 이상은 효과가 낮게 나타났다. 반면, 고등학교는 11명에서 20명 이하 집단이 큰 효과가 있는 것으로 나타났다. 따라서 프로그램 인원을 설정할 때 대체적으로 11에서 20명 집단이 효과적이지만, 중학교의 경우는 10명 이하 소그룹을 고려하는 것이 제안될 수 있다.

셋째, 프로그램 운영방식에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저, 집단교육과 활동하는 것이 집단교육과 집단상담만을 운영하는 것보다 효과크기가 높게 나타났다. 그러나 이들의 효과크기가 .5 이상이거나 근접하여 모두 중간크기의 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한, 프로그램 운영 회기 수는 2~5회가 가장 높고 단회기는 가장 효과가 낮은 것으로 나타났으며 한회기당 시간과 관련하여 8시간 이하가 가장 높은 것으로 나타났으며, 8시간 초과와 60분 이하도 중간크기의 효과가 있는 것으로 나타났다. 따라서 프로그램 내용을 구성할 때, 집단교육과 활동이 포함되고, 운영 회기 수는 2회에서 5회로 구성한다.

다만 회기 수 구성은 한 회기의 시간이 8시간 일 때 가장 높게 나타난 점을 고려해볼 필요가 있다. 한 회기가 8시간인 프로그램은 캠프 등 단회기성 프로그램이라는 사실에 비추어, 단회기로 프로그램을 구성할 때는 8시간으로 구성하는 것이 효과적일 것이다. 그런데 이 결과는 발달단계별로 다소 차이가 있는 것으로 나타나 발달단계를 고려할 필요가 있음이 나타났다. 발달단계별 프로그램 운영형태를 분석한 결과, 초등학교 프로그램은 집단교육 및 집단상담 형태 둘 다 효과적이며 10회 이상과 단회기 프로그램도 효과적인 것으로 나타났다. 중학교는 10회기 이상이 높게 나타났다. 고등학교는 집단교육과 6회기 이상이 높은 효과가 있는 것으로 나타난 반면, 집단상담과 5회기 이하는 낮은 효과가 있는 것으로 나타났다. 따라서 초등학교 프로그램 구성 시 횟수나 교육 형태는 내용에 맞게 자유롭게 구성하되, 중학교는 10회기 이상 장기적인 프로그램을 운영하고, 고등학교는 6회기 이상 집단교육 형태로 진행하는 것이 좋다.

넷째, 프로그램 개발 과정에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 먼저, 사전조사 대상은 수혜자만 한 경우와, 수혜자와 현장전문가 모두 한 경우 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 시범운영은 10회기 이상이 가장 높은 것으로 나타났으며, 단회기도 .525로 중간크기의 효과가 있는 것으로 나타났다. 전문가 감수는 1명, 2명, 3명이 감수를 하는 것이 전혀 감수를 하지 않은 경우보다 효과가 높은 것으로 나타났다. 따라서 프로그램을 개발하는 과정에서 사전조사는 수혜자와 현장전문가를 대상으로 실시하고, 전문가 감수를 포함시키는 것이 효과적이다. 또한 시범운영은 대상특성이나 상황을 고려하여 횟수에 상관없이 실시하는 것이 좋다.

다섯째, 측정변인 유형에 따른 효과크기의 차이분석 결과, 다문화가 큰 효과를 나타냈으며 그 다음으로 학습/진로와 미디어 중독이 큰 효과를 나타냈다. 이를 좀 더 세분화하여 분석해본 결과, 다문화, ADHD, 진로가 다른 요인에 비해 큰 효과가 있는 것으로 나타났다. 이는 청소년 프로그램이 다문화수용성을 증진시키고, 진로의식을 발달시키고, ADHD 아동의 집중력을 향상시키고 미디어 중독을 감소시키는데 효과적임을 의미한다. 이와는 달리, 부모의 양육심리, 부모자녀 관계, 자율성, 정서조절, 대인관계, 학습, 자살은 상대적으로 효과가 낮게 나타났다. 이는, 다문화수용성, ADHD, 진로의식 등 측정변인의 내용이 구체적 문제를 다룬 프로그램은 상대적으로 효과가 높게 나타난 반면, 자살을 제외하고 부모양육태도, 정서조절, 대인관계, 학습태도 등 측정변인이 성격 및 태도 등을 다룬 프로그램은 상대적으로 효과가 낮은 것으로 보인다. 따라서 프로그램의 주제 선정 시 구체적인 청소년 문제에 초점화된 프로그램을 개발하는 것이 효과적일 수 있다. 이를

발달연령별로 어떻게 다른지 살펴보고자 대상별 프로그램 내용에 따른 효과크기를 살펴 보았다. 그 결과, 초등학교 대상 프로그램은 자율성과 대인관계능력, 중학교 대상은 진로와 자율성, 고등학교 대상은 진로와 다문화에서 효과 크기가 높게 나타났다. 초등학생은 자율성 및 대인관계 능력과 같이 개인내적 성장을 돕는 프로그램이 효과적이며, 중학교와 고등학교부터는 진로개발 관련 프로그램이 효과적이라는 점이다. 이는 프로그램 주제 선정 시 발달단계 특성을 고려하되, 초등학생 등 초기청소년기는 인성 및 사회성 발달에 초점을 두고, 중고등학생 등 중기청소년기부터는 진로발달에 초점을 두는 것이 필요함을 시사한다.

여섯째, 지도자 과정으로 개설하여 관리하는 4종의 프로그램의 효과크기를 분석한 결과, 또래상담프로그램이 큰 효과가 있는 것으로 나타났고, 품성프로그램은 중간효과가 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 또래상담프로그램의 효과가 크고(노성덕, 김계현, 2004; 주지선, 조한익, 2014), 인성교육의 효과가 크다(임수진, 2014)는 선행연구 결과와 일치한다. 사실 또래상담 프로그램은 현장에서 효과성을 인정받아 2012년부터 ‘학교폭력예방 근절 종합대책’의 일환으로 채택되어 전국 초·중·고등학교에 보급된 후 2017년에는 8,005개교에서 운영되었다. 이는 청소년상담원에서 지도자과정을 개설하여 적극적으로 보급하고 있는 4종의 프로그램 중에서도 또래상담 프로그램이 가장 높은 효과를 갖는다는 점과 일치한다. 이와는 달리, 자살예방 프로그램과 부모교육 프로그램은 상대적으로 낮은 효과를 나타내며 특히, 자살예방 프로그램은 .2보다 작아 작은 효과를 나타냈다. 이 결과는 자살예방프로그램의 효과가 성과변수의 종류에 따라 상이한 효과를 나타낸다는 연구 결과를 참고할 필요가 있다. Corcrane(2011)은 자살예방프로그램의 메타연구에서 기존 예방적 개입은 자살사고를 감소시키는데 효과적이지만 자살시도를 줄이는데 있어서는 효과적이지 못함을 밝혔다. 또한 국내 몇몇 연구들(진창오, 최효일, 1998; 최응용, 김춘경, 이수연, 2005)에서도 개입이후 자살사고는 분명한 변화를 보였지만 우울은 유의한 변화가 일어나지 않는 것으로 나타났다. 이는 자살예방 프로그램의 효과는 어떤 성과를 목적으로 하느냐에 따라 달라질 수 있음을 의미하는 바, 자살예방프로그램을 개발할 때 프로그램의 성과와 목적을 구체화하고 그에 초점화하여 내용을 구성할 필요가 있음을 시사한다. 마지막으로 본 연구결과를 현장에서 프로그램 개발 안내지침과 프로그램 인증제 기초자료로 사용하는 부분에 대해 현장전문가 5명의 자문을 받았다. 활용방안과 관련하여, 먼저 본 연구결과는 현장에서 프로그램을 개발하는 지침으로 정리하여 보급함으로써 현장에서 양질의 프로그램을 개발하는데 활용될 수 있음이 제안되었다. 또한 연구결과를 통한 가

이드라인이 프로그램 인증제의 기준을 설정하는데 활용할 것이 제안되었다. 마지막으로 또래상담과 같이 효과성이 높은 프로그램들을 지속적으로 관리함으로써 프로그램 인증기관으로서의 위상을 지키는 것이 필요하다. 이를 위해 프로그램이 현장에서 실시될 때 효과성 검증을 필수화하고 데이터베이스를 구축하는 등 체계적으로 관리하는 것이 필요하다.

본 연구는 2000년부터 2016년까지 청소년상담원에서 개발하여 전국상담복지센터로 보급한 프로그램의 연구결과를 메타분석이라는 방법을 통해 종합적이고 체계적으로 분석한 연구라는데 의의를 갖는다. 이를 통해 청소년상담 관련 프로그램을 구성하고 진행할 때 효과성을 높이기 위한 가이드라인을 제공한다. 이는 청소년상담 및 교육 분야에 효과적인 프로그램의 구성을 위한 구체적인 자료, 즉 프로그램 운영방식, 내용 구성 등에 대한 자료로 제공함으로써 양질의 청소년상담프로그램이 현장에서 제공될 수 있도록 기여하였다는데 의의가 크다.

둘째, 본 연구 결과는 청소년상담원의 연구 방향에 대해 제시하고 있다. 청소년상담원은 1993년 개원 이래 현재까지 공공기관으로서 다양한 청소년 프로그램을 개발하고 전국상담복지센터에 보급함으로써 청소년상담에 선도적인 역할을 담당해왔다. 본 연구는 향후 청소년상담원의 연구에 있어 주제 및 대상선정, 연구방법, 프로그램 운영방식 등 연구 방향에 대한 정보를 제공함으로써 청소년상담원이 전국 청소년상담복지센터 및 학교밖지원센터에 보다 효과적인 프로그램을 지원할 수 있도록 기여하였다는데 의의가 있다.

마지막으로 본 연구는 청소년상담프로그램을 체계적으로 관리하는 인증제도의 기반을 마련하였다는 점에서 의의가 있다. 이처럼 연구결과를 토대로 제공되는 효과적인 청소년 프로그램에 대한 기준과 지침은 청소년상담 프로그램 인증제 수립에 주요한 자료로 활용될 것이다. 따라서 향후 청소년상담 프로그램 인증제를 위한 연구가 지속되기를 기대한다.

이상과 같은 본 연구의 주요한 의의에도 불구하고 다음과 같은 제한점이 있다. 본 연구의 분석 대상 연구물 중 연구 설계상 메타분석에 합당하지 않은 연구물들이 제외되었다는 점이다. 메타분석이 각 연구물의 수준 차이를 고려하지 않고 효과크기를 산출하기 때문에 연구물들의 질에 따른 가중치 적용 수준을 확보하지 못하였다는 한계가 있다.

다만, 이 결과는 한국청소년상담복지개발원의 연구에 한정되어 분석된 바, 그 결과를 토대로 청소년상담프로그램 개발에 일반화하는데 다소 무리가 있다. 특히 전체 분석 연구대상 30편 중 초등학교 연구가 4편, 중학생 연구는 17편, 고등학교 연구는 12편에 해당

하는 바, 발달단계별 분석결과를 일반화하는 데에 한계가 있다. 따라서 향후 타 연구들과 함께 주제별·발달단계별 메타분석 연구를 통해 청소년상담프로그램 개발을 위한 가이드 라인을 보다 체계적으로 정립해나갈 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강대혁, 이주언, 김진경 (2007). 국내 작업치료사들의 근거중심 작업치료에 대한 인식도 조사. **대한작업치료학회지**, 15(1), 13-23.
- 공계순, 서인혜 (2006). 증거기반 사회복지실천에 대한 이해와 한국에서의 적용가능성에 관한 연구. **사회복지연구**, 77-102.
- 김유진 (2007). 근거중심실천 소개: 근거중심 사회복지실천의 필요성과 유의성에 대한 고찰. **한국사회복지조사연구**, 16. 27-47.
- 김유진 (2015). **근거기반실천과 사회복지 이슈와 동향**. 집문당.
- 박승민 (2009). 증거기반 사회복지실천을 향하여 : 흡연 임신부 금연프로그램의 효과성·지속성·비용효과성 분석. **극동사회복지저널**, 7-31.
- 안지영 (2012). **증거기반 교수에 대한 특수교사와 일반교사의 인식 비교**. 서울대학교 석사학위논문.
- 이대식 (2009). 한국형 중재-반응 (RTI) 접근법의 조건. **특수교육학연구**, 44(2), 341-367.
- 이영미 (2001). 근거중심의학의 교육학적 활용 사례. **연세대의학교육**, 3(1), 37-45.
- 이예다나, 손승현 (2010). 중재반응모형에서의 증거기반교수를 위한 읽기중재효과 메타분석. **학습장애연구**, 7(2), 119-143.
- 임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍 (2013). 근거기반실천과 심리치료. **한국심리학회지**, 32(1), 251-270.
- 중앙자살예방센터 (2015). 2015 자살예방 인증프로그램 소개. 위치변경
- 최성희 (2013). 음성언어재활사의 음성평가와 음성치료의 임상실제: 표준 임상지침과 증거기반중재를 위한 설문조사. **Communication Sciences and Disorders**, 18(4), 473-485.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence Practice in Psychology. *American Psychologist*. 61(4), 271-285.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Evidence-based practice in communication disorders : An introduction. An introduction [Technical report]. Available from <http://www.asha.org/members/deskref-journals/deskref/default...>
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Micken, S., &

- Gibson, L.(2003). Perceptions of evidence-based practice: a survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 13-22.
- Eddy, D. M. (1990). Practice policies: where do they come from? *Journal of the American Medical Association*, 263(9), 1265-1275.
- Fineout-Overholt, E., Levin, R. F., & Melnyk, B.M. (2004). Strategies for advancing evidence-based practice in clinical settings. *The Journal of the New York State Nurses Association*, 35(2), 28-32.
- Gambrill, E.D (2006). "Evidence-based practice and policy: Choices ahead. *Research on Social Work Practice*. 16. 338-357.
- Gibbs, L. (2003). *Evidence-Based Practice for the Helping Professions: A Practical Guide with Integrated Multimedia*. Toronto: Thomson
- Gossett, M. & Weinman, M. (2007). Evidence-based practice and social work: An illustration of the steps involved. *Health and Social Work*. 32(2). 147-15.
- Gray, J. A. M (2001). *Evidence-based health care: how to make health policy and management decisions* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H.(2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine*, 7(2), 36-38.
- Holm, M. B. (2000). Our mandate for the new millennium : Evidence-based practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(6), 575-585.
- International Council of Nurses. (2007). *ICN Position Statement on Nursing Research*. Retrieved January 11, 2012, from <http://www.icn.ch/publications/position-statements>.
- Johnson, M. A., and Austin, M. J. (2006). Evidence-based practice in the social services: Implications for organizational change. *Administration in Social Work*, 30(3):75-104.
- Macdonald, G. (1999). Evidence-based social care: wheels off the runway? *Public Money & Management*, 19(1), 25-32.
- McNeece, C. A. & Thyer, B. A. (2004). Evidence based practice and social work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1(1). 7-25.

- Mullen, E. J. & Streiner D. L. (2004). The evidence for and against evidence-based practice, *Brief Treatment and crisis intervention*, 4(2), 111-121.
- Rosen, A. (2003). Evidence based social work practice : challenges and promise. *Social Work Research*. 27(4).197-208.
- Rubin, A. (2008). *Practitioner's Guide to Using Research for Evidence-Based Practice*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons,Inc.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn' t. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Spring, B., & Neville, K. (2010). *Evidence-based Practice in Clinical Psychology*. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp.128-149): Oxford University Press, USA.
- Thyer, B. A (2006). *Evidence-based macro practice: Addressing the challenges and opportunities for social work education*. In Symposium on Improving the Teaching of Evidence-Based Practice. Austin. October. University of Texas School of Social Work.
- Trinder, L. (2000). Evidence based practice in social work and probation. In L. Trinder & S. Reynolds(Eds.), *Evidence-based practice: a critical appraisal*(pp. 1-16). Ames, IA: Blackwell Science.
- Webb, SA. (2001). Some Considerations on the Validity of Evidence-Based Practice in Social Work. *British Journal of Social of Work*, 31(1), 57-79.

## 부 록

1. 현장전문가 자문회의 질문지

한국청소년상담복지개발원의 효과성 검증 및 활용  
활성화 방안 연구 개발  
현장전문가 자문회의 질문지

◎ 프로그램 개발 내용 소개

: 한국청소년상담복지개발원의 효과성 검증 및 활용 활성화 방안 연구 개발

[대학교 전문가 대상 자문회의 질문]

① 본원의 연구물의 데이터베이스 구축을 위해서 어떤 단계 및 방법이 있을까요?

② 메타분석 연구를 통해 청소년 상담복지 프로그램 인증제를 구축하려 합니다.

인증제를 구축하기 위한 연구방향이나 추후 어떤 절차를 밟아야 할까요?

⇒ 청소년 상담복지 프로그램은 다양한 세부영역(부모, 자살, 또래, 품성 등)으로 이루어져 있습니다. 본 메타분석 연구를 통해 평가기준을 만드는 것이 맞는 것인가? 아니면, 세부 영역별 메타분석 연구를 추가적으로 수행해야 하는 것인가?

③ 인증제를 운영함에 있어 인증 받을 프로그램의 기준은 ?

⇒ 상담복지센터의 경우 RCT가 어려운 환경에 있는데, 인증제를 평가 받기 위해 다른 방법이 있을까요?

[유관기관 대상 자문회의 질문]

① 프로그램을 인증 받기 위해서 기준

(예: 인증제 기준(평가), 운영방법, 활용 활성화 방안, 인증 획득 시 혜택, 인증제의 구축 시 어떤 연구를 했는지, 인증제 데이터베이스 구축 및 관리 방안, 인증제 운영 시 어려움)

- ② 인증제가 꼭 필요하다고 생각하시는지요?
- ③ 보건복지부 산하 중앙자살예방센터는 자살예방프로그램의 인증과정, 인증제에 대한 절차는 어떻게 되고 있나요?

**[청소년상담복지센터 대상 자문회의 질문]**

- ① 한국청소년상담복지개발원이 청소년상담관련 공적서비스를 제공하는 중추기관이라는 점에서, 근거기반실천에 근거하여 청소년상담프로그램에 대한 관리체계를 확립하는 것이 필요함. 이에 근거기반 프로그램 개발을 위한 가이드라인을 도출하고 양질의 프로그램의 인증체계를 도입하는 것에 대해 필요하다고 생각하시나요?
- ② 만약, 청소년상담프로그램 인증이 필요하다고 하면 어떤 부분이 반영되어 인증체제를 구축하는 것이 좋을까요?
- ③ 실제 프로그램 개발 시 어려움은 있나요?
- ④ 본원이 청소년상담복지 프로그램 개발 관련으로 어떤 도움을 주기를 원하나요?
- ⑤ 프로그램 개발 가이드를 만들 예정인데 어떤 내용이 포함되기를 원하나요?
- ⑥ 청소년상담복지프로그램 개발 및 보급에 있어 우리원의 역할은 무엇이라고 생각하나요?
- ⑦ 앞으로 개발되었으면 하는 프로그램 연구주제는 무엇이 있나요?

☆ 답변에 진심으로 감사드립니다 ☆

# Abstract

## Study on Effectiveness of the KYCI Counseling Programs and Measures to Improve Applicability

Since its foundation in 1993, the Korea Youth Counseling & Welfare Institute (hereinafter referred to as the KYCI) has been committed to research and development of various counseling programs and provided the programs to youth counseling/welfare centers in states, provinces, and local cities and centers for out-of-school youth in local cities. Since the purpose of the KYCI's researches is to develop and provide practical programs for approximately 400 youth centers across the country to actually help the youth at risk, effectiveness and applicability in the field should be the top priorities. Of course, the 143 programs developed throughout the past 20 years came out with thorough management and processes to prove their effectiveness including pilot tests and comparison of a control group and experimental group. However, some of the programs are rarely used and not well-received although many programs, including peer counseling that is running at about 8,000 schools, are being actively used in practice. Therefore, it is essential that we examine the effectiveness of the programs developed by the KYCI by studying how effective they are in reality and which program is relevantly more effective than others.

Every year, thousands of youth programs are developed in Korea. This gave schools and counseling centers an easy access to various programs but also caused difficulties in selecting high quality ones. In fact, in the western world including the United States, social welfare and human service sectors are introducing evidence-based practice in order to ensure high quality of the programs they provide. Evidence-based practice is an approach that tries to use programs proven to be effective in the field. Therefore, it would be meaningful to examine the effectiveness of the programs that the KYCI

developed and distributed as a pivotal organization that provides public counseling services to the youth, and develop guidelines for evidence-based programs based on the result.

This study was conducted in the following steps: First, we combined the study results of the programs developed by the KYCI through meta-analysis, and analyzed each program's effectiveness. For this work, we selected 30 studies on youth counseling programs out of 120 studies published in "The Korea Journal of Youth Counseling", excluding researches that had no pilot operation to prove effectiveness. The result showed that the average effect size of the selected 30 programs is .525, which indicates that these programs are effective. Second, we compared how effect sizes of the programs differed depending on the target participants, and found out that effect sizes of the programs for high school students were the largest, followed by medium effect sizes of elementary school upper grades and their parents, and middle school students. Third, comparison of effect sizes depending on how a program is operated showed that programs with group training and activities produced a larger effect size than those only with group training and group counseling. Also, programs with 2-5 sessions recorded the largest effect sizes whereas single-session programs recorded the smallest. As to the length per session, effect sizes were found to be larger when each session was provided for less than 8 hours. These results suggest that it would be ideal to include group trainings and activities when developing a program, and provide the program through 2-5 sessions. Fourth, we compared how effect sizes were affected by how a program is designed, and found out that effect sizes were positively affected by preliminary surveys on the target participants or both on the target participants and field experts. In addition, effect sizes recorded the largest when more than 10 pilot sessions were provided, and a single pilot session also had a medium effect size of .525. Effect sizes were larger for programs that were consulted with one, two, or three experts than with none. These findings demonstrate that it would be more effective to conduct preliminary surveys on the target participants and field experts and consult experts when developing a program. Also, providing pilot sessions considering characteristics of the target participants and other conditions can help increase effectiveness of a program regardless

of the number of sessions provided. Fifth, when we compared how effect sizes were affected by variables, programs on multicultural issues produced greatest effects, followed by learning/career and media addiction. Broken down into details, multicultural issues, ADHD, and career programs showed greater effects than others whereas programs for parenting issues, parent-child relations, autonomy, emotion regulation, interpersonal relationship, learning, and suicide showed relatively smaller effects. Lastly, we compared effect sizes of the four programs that are being provided as leadership development courses, and found out that peer counseling had large effects and character education had medium effects.

This study makes several contributions. First, it provides a comprehensive and systematic analysis on the effectiveness of the programs that the KYCI developed and distributed to counseling/welfare centers across the country from 2000 to 2016, by conducting meta-analysis with the research results on those programs. The study proves that the programs developed by the KYCI are effective and its results suggest directions for the KYCI's future researches. Since its foundation in 1993, the KYCI has played a leading role in youth counseling as a public organization that develops various programs for the youth to be distributed to counseling/welfare centers all around the country. The findings of this study provide valuable information that can guide the KYCI's future research directions including subjects, targets, methodologies, and program designs, thereby contributing to developing more effective programs that can be used by youth counseling/welfare centers and centers for out-of-school youth. Moreover, the result of this study can suggest guidelines to help researchers develop better youth counseling programs. Directions and guidelines this study provides for more effective youth programs will serve as a foundation to develop a youth counseling certification program. We expect that this study can facilitate continuous researches on a certification program.

