

일 지역주민의 정신건강 실태조사*

- 부산광역시 동구보건소 이용자 중심으로 -

양미경**, 배정어***

급격한 사회문화적 변화와 더불어 최근 우리나라의 경제적 위기는 인간관계의 단절, 갈등, 스트레스 및 자살의 증가를 유발하고 있어 국민들의 정신건강 문제는 우리사회의 위기로 대두되고 있다. 이에 본 연구는 일 지역 주민의 정신건강 조사를 통해 대상자의 정신건강 정도의 파악하여 정신건강 증진을 위한 중재법 개발에 기초자료를 제공하고자 한다. 자료의 수집기간은 2011년 6월 1일부터 7월 11일까지이며, 부산광역시 동구보건소 이용주민 322명에게 연구자가 직접 설문지를 배부, 회수하였고, 정신건강 검사도구로는 간이정신진단검사를 사용하여 SPSS19.0 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 본 연구의 결과 대상자의 정신건강 정도는 김광일 등(1984)의 연구에서 제시한 정신건강 표준 평균치인 도시, 80, 농촌, 69와 비교하면, 본 연구 대상자의 정신건강 정도가 64.46으로 표준 평균 보다 더 긍정적이었다. 그러나 정신건강의 9개 하위요인 중 대상자의 우울 정도가 가장 높았고, 만성신체질환자, 정신질환자, 자살시도자, 독거, 국민기초생활보장수급자의 정신건강이 부정적임이 드러났다. 따라서 이들의 정신건강 증진을 위한 우울관리, 자살예방정책, 만성심신질환자관리, 독거 및 국민기초생활보장수급자 지원 등 의 프로그램의 개발 및 보급과 국민전체의 정신건강 증진을 위한 정책 개발에 대한 노력이 필요하다.

주제어: 정신건강, 위기

I. 서론

1. 연구의 필요성

급속한 사회의 발전은 과도한 경쟁, 인간관계의 단절, 비인간화 현상을 초래하고, 이로 인한 불안, 스트레스 및 압박감 등은 현대인들의 정신건강을 크게 위협하고 있는 실정이다(김관희·김희숙, 2010; Melton, 2010). 더불어 최근 전 세계적으로 파급되고 있는 금융위기로 인한 충격은 개인의 자살로까지

* 본 논문은 2012년 2월 발표된 양미경의 석사학위논문을 수정 보완한 것입니다.

** 제1저자, *** 교신저자.

이어지고 있어(김민영·정광호·금현섭, 2011), 우울 및 자살은 세계 각국의 주요정책 현안으로 대두되고 있다. 그리하여 미국의 국립정신건강연구소(2001)에서는 세계적으로 정신건강의 문제가 늘어나는 현상을 중대한 위기상황으로 간주하고 지역사회 차원의 예방과 관리의 중요성에 대해 강조하고 있다.

특히 우리나라는 급격한 경제적 성장과 산업화로 인하여 우울, 불안 및 자살 등 많은 정신건강 문제가 사회적 현안으로 대두되고 있다(보건복지부, 2011). 그리하여 보건복지부(2006)에서는 국민의 정신건강 향상을 위해 1995년부터 정신보건법을 제정하여 각종 정신건강 관련 정책과 사업을 전국적으로 실시하고 있다. 그러나 우리 국민의 정신건강 전문가에 대한 서비스 이용률은 8.9%로 미국의 27.8%에 비하면 극히 낮은 수준이고, 정신건강 서비스에 대한 부정적 편견이 지배적이다(보건복지부, 2006).

2010년 국민건강영양조사 결과에 따르면 우리나라 국민의 스트레스 인지율은 최근 3년간 급격하게 증가하고 있는 추세로 2007년 27.1%, 2008년 29.1%에 이어 2009년에는 31.5%로 분석되었고, 최근 5년간 노인 우울증이 2004년 8만9천명에서 2009년 14만8천명으로 1.7배 증가하고 있다고 보고하였다(보건복지부, 2010). 우리나라 성인의 정신질환 년유병률은 17.1%로서 이는 한 해 동안 성인 6명 중 1명이 정신질환에 이환되는 것이며, 평생 유병률은 30%로 보고되어 성인 3명 중 1명이 정신질환을 경험하는 것으로 나타났다(보건복지부, 2006). 또한 주요우울장애의 평생 유병률도 5.6%로 2001년 4.0%에 비해 증가하는 추세이다(보건복지부, 2006). 2009년 기준 경제협력개발기구(OECD) 국가들 중 우리나라의 자살사망률은 인구 10만 명 기준 28.4명으로 자살률 1위를 기록하고 있는데, 2위인 헝가리 19.8명이나 3위인 일본 19.4명과도 상당한 차이가 있다(보건복지부, 2011). 그리고 우리나라는 2009년 한 해 동안 국내에서 자살로 사망한 사람은 15,413명으로 하루 평균 42.2명, 34분마다 1명이 자살로 사망하고 있다(보건복지부, 2011). 이처럼 우리 국민들의 정신건강 문제는 심각한 위험수준에 도달하여 정부와 건강분야에서 최우선적으로 해결해야 할 현안 과제이다.

특히 부산광역시시는 서울특별시 및 6개 광역시 중에 높은 자살률을 보이고 있으며 매년 급격한 증가 추세를 보이고 있다(배정아·정상태·손혜숙·염석란·배운효, 2011). 또한 2010년 정신장애로 인한 사망률도 인구 10만 명당 10.2명으로 전국평균 7.6명에 비해 높게 보고되고 있다(통계청, 2011). 이에 본 연구에서는 부산광역시 일개 구를 중심으로 정신건강 실태를 파악하고 고위험 집단을 규명하여 정신건강 증진을 통한 우울 및 자살예방 정책의 기초 자료를 제공하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구 설계 및 대상

본 연구는 부산광역시 일 지역 주민의 정신건강 실태를 파악하고, 주민의 특성에 따른 정신건강 정

도의 차이를 검정하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구의 대상은 부산광역시 D구 보건소를 이용하는 주민으로서 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 322명을 대상으로 편의 표출하였다.

2. 연구 도구

정신건강이란 정신질환의 부재만이 아니라 개인이 자기 자신의 능력을 실현하고, 생산적이고 효과적으로 일할 수 있으며, 자신의 지역사회에 기여할 수 있는 안녕감이 높은 상태(WHO, 2004)로 본 연구에서는 Derogatis(1973)가 개발한 Symptom Checklist-90-Revision을 국내에서 김광일·원호택·이정호·김광윤(1978)이 표준화한 간이정신진단검사(SCR-90-R)로 측정된 점수를 말하며 점수가 높을수록 정신건강 정도가 부정적임을 의미한다. 본 도구는 총 90문항으로, 7일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘그렇지 않다’, ‘보통이다’, ‘그렇다’, ‘매우 그렇다’로 응답하며 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 정신건강 정도가 부정적임을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach alpha 0.83이었고 본 연구에서는 0.95이다.

3. 자료 수집 방법

2011년 6월 1일부터 7월 11일까지 부산광역시 동구보건소 이용주민을 대상으로 자료를 수집 하였으며, 타당도가 높은 자료 수집을 위하여 본연구자가 일대일 개별 면접 조사를 시행하였다. 본 연구의 목적을 설명한 후 허락을 받고, 자료를 수집하였으며, 설문지 응답자에게는 소정의 선물을 지급하였다. 최종적으로 322명의 설문지를 수집하였으나, 이중 응답이 불완전한 설문지 5부를 제외한 317부의 설문지가 최종 자료 분석에 이용되었다. 연구 참여자의 윤리적 고려를 위하여 면접과 설문지 작성 시 참여자의 익명성 보장, 언제든지 연구 참여를 중단 할 수 있음을 설명하였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구의 자료 분석을 위해 SPSS(Statistical Package for Social Science) 19.0 통계 프로그램을 이용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 특성은 빈도, 백분율로 분석하였다.
- 2) 대상자의 정신건강 정도는 평균과 표준편차로 분석하였고 김광일·김재환·원호택(1984)이 일반인을 기준 T-점수로 변환하여 제시한 정신건강 표준평균점수와 비교분석하였다.
- 3) 대상자의 특성에 따른 정신건강 정도의 차이를 살펴보기 위해 t-test, ANOVA 검정을 이용하였다.

4) 도구의 내적 일관성을 보기 위한 신뢰도 검증은 내적 일관성 계수 (Cronbach's Coefficient Alpha)로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 특성

연구에 참여한 대상자의 성별은 여성이 60.9%, 연령은 40~50대가 41.9%로 조사되었다. 학력은 대졸이 35.0%, 고졸 32.5%, 중졸이 32.5%로 3가지의 범주에서 비교적 균등한 분포를 했으며, 직업은 무직이 31.2%로 가장 많았다. 동거가족이 없는 대상자가 24.0%, 의료보장에서는 국민건강보험이 62.1%로 조사되었다. 가정의 월 소득은 100만 원이하가 46.1%로 대부분을 차지했으며, 대상자의 만성신체질병은 '없다'가 58.4%, 정신질환은 '없다'가 88.3%, 자살시도는 '없다'가 89.0%, 자살시도의 횟수는 1회 이상 있음이 11.0%, 자살생각은 '없다'가 88.0%로 조사되었다(<표 1> 참조).

<표 1> 대상자 특성

(N = 317)

특성	범주	빈도(%)
성	남성	124(39.1)
	여성	193(60.9)
나이	29세 이하	31(9.8)
	30 ~ 39	54(17.0)
	40 ~ 49	67(21.1)
	50 ~ 59	66(20.8)
	60 ~ 69	54(17.0)
	70세 이상	45(14.2)
교육수준	중학교 이하	103(32.5)
	고등학교 이하	103(32.5)
	대학 이상	111(35.0)
직업	무직	99(31.2)
	사무원	64(20.2)
	자영업	19(6.0)
	전문직	29(9.1)
	주부	56(17.7)
	학생, 기타	50(15.8)
동거가족	독거	76(24.0)
	가족동거	241(76.0)
종교	없음	104(32.8)
	있음	213(67.2)
의료보장	의료보험	197(62.1)
	국민기초생활보장수급자	120(32.9)

<표 1> 대상자 특성(계속)

(N = 317)

특성	범주	빈도(%)
월 소득(만원)	100 이하	146(46.1)
	101 ~ 200	63(19.9)
	201 ~ 300	43(13.6)
	301 ~ 400	30(9.5)
	401 이상	35(11.0)
만성신체질환	무	185(58.4)
	유	132(41.6)
정신질환	무	280(88.3)
	유	37(11.7)
자살시도	무	282(89.0)
	유	35(11.0)
자살생각	전혀 없음	279(88.0)
	거의 없음	26(8.2)
	기끔 한다	9(2.8)
	자주 한다	3(.9)

2. 대상자의 정신건강 정도

대상자의 정신건강 점수는 평균 64.46(53.02)으로 나타났다. 정신건강의 9개 하위요인의 정도를 살펴 보면 우울 평균이 11.38(9.73)으로 가장 높은 점수를 나타냈고, 다음으로 강박증 9.38(7.16), 신체화 9.08(7.33), 대인예민성 6.58(6.06), 불안 6.54(6.46), 정신증 5.67(6.46), 적대감 3.67(4.01), 편집증 3.36(3.73), 공포불안 2.86(4.14) 순으로 조사되었다(<표 2> 참조).

본 연구에서 사용한 간이정신진단검사로 김광일·김재환·원호택(1984)이 일반인을 기준으로 농촌, 도시, 남, 여 별로 각기 T-점수로 변환하여 정신건강 표준평균치를 제시하고 있어, 본 연구의 대상자의 점수와 비교하여 보았다. 본 연구 대상자의 정신건강 점수는 64.46(53.02)로 김광일·김재환·원호택(1984)의 정신건강 표준 평균치인 도시, 80, 농촌, 69에 비해 낮게 조사되었다(<표 3> 참조). 대상자 중 남성의 경우는 표준 평균치인 신체화 8점, 정신증 6점 보다 대상자의 평균이 8.35(7.37), 6.11(7.08)로 높게 조사되었으며, 남성의 총점, 강박증, 대인예민증, 우울, 불안, 공격성, 공포불안 및 편집증은 표준 평균치 보다 낮았다. 여성의 경우에서도 총점과 모든 9개 하위요인에서 대상자의 평균이 표준 평균치보다 낮은 점수로 조사되었다(<표 4> 참조).

<표 2> 대상자의 정신건강 정도

(N=317)

변수	범위	최소값	최대값	평균(SD)	신뢰도
총점	0 - 289	0	289	64.46(53.30)	.95
우울	0 - 41	0	41	11.38(9.73)	.72
불안	0 - 32	0	32	6.54(6.46)	.74
적대감	0 - 24	0	24	3.67(4.01)	.75
신체화	0 - 39	0	39	9.08(7.33)	.74
강박증	0 - 37	0	37	9.38(7.16)	.74
대인 예민성	0 - 35	0	35	6.58(6.06)	.74
공포불안	0 - 21	0	21	2.86(4.14)	.75
편집증	0 - 24	0	24	3.36(3.73)	.76
정신증	0 - 35	0	35	5.67(6.46)	.74

<표 3> 대상자와 도시·농촌의 표준평균점수의 비교

(N=317)

변수	도시 표준평균	농촌 표준평균	대상자 평균(SD)
총점	80	69	64.46(53.30)
우울	14	12	11.38(9.73)
불안	8	7	6.54(6.46)
적대감	4	4	3.67(4.01)
신체화	10	8	9.08(7.33)
강박증	12	10	9.38(7.16)
대인 예민성	9	8	6.58(6.06)
공포불안	3	3	2.86(4.14)
편집증	4	4	3.36(3.73)
정신증	6	6	5.67(6.46)

<표 4> 남·녀의 표준평균점수의 비교

(N=317)

변수	남성	남성의 표준 평균점수	여성	여성의 표준 평균점수
총점	63.15(57.69)	71	65.31(50.41)	86
우울	10.89(9.90)	12	11.70(9.63)	15
불안	6.43(6.96)	7	6.61(6.14)	10
적대감	3.81(4.13)	4	3.58(3.93)	5
신체화	8.35(7.51)	8	9.54(7.20)	11
강박증	8.78(7.37)	11	9.77(7.02)	12
대인 예민성	6.53(6.42)	8	6.61(5.83)	9
공포불안	2.92(4.45)	3	2.83(3.94)	4
편집증	3.53(3.90)	5	3.25(3.63)	5
정신증	6.11(7.08)	6	5.38(6.04)	7

3. 대상자의 특성에 따른 정신건강의 차이 검정

대상자의 특성에 따른 정신건강의 차이 검정 결과 만성신체질환, 정신질환 및 자살시도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 만성신체질환에서는 만성신체질환이 있다고 응답한 대상자가 평균 77.29(60.22)로 없다고 응답한 대상자 55.31(45.76)보다 정신건강 점수가 더 높았고($t=3.69, p=.001$), 정신질환은 있다고 응답한 대상자가 95.11(73.88)로 없다고 응답한 대상자 60.41(48.70)보다 정신건강 점수가 더 높게 조사되었다($t=3.79, p=.008$). 자살시도는 있다고 응답한 대상자가 89.51(60.30)로 없다고 응답한 대상자의 61.35(51.64)보다 정신건강 점수가 더 높았다($t=-2.98, p=.012$). 그러나 대상자의 성별, 연령, 학력, 직업, 동거가족, 종교, 의료보장, 월 소득 및 자살생각에 따라서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(<표 5> 참조).

<표 5> 대상자의 특성에 따른 정신건강의 차이 검정

(N=317)

특성	범주	평균(표준편차)	t or F	유의수준
성	남성	63.15(57.69)	-.35	.732
	여성	65.31(50.41)		
나이	29세 이하	50.39(51.03)	.95	.442
	30 ~ 39	63.67(44.52)		
	40 ~ 49	60.87(54.96)		
	50 ~ 59	73.92(61.11)		
	60 ~ 69	63.28(46.49)		
	70세 이상	68.02(57.24)		
교육수준	중학교 이하	71.85(55.51)	1.97	.145
	고등학교 이하	64.66(55.76)		
	대학 이상	57.42(48.15)		
직업	무직	73.92(58.25)	2.73	.382
	사무원	52.64(47.03)		
	자영업	64.95(64.44)		
	전문직	50.14(35.75)		
	주부	77.29(41.83)		
	학생, 기타	54.60(60.81)		
동거가족	독거	75.96(65.26)	2.16	.065
	가족동거	60.84(48.52)		
종교	없음	66.99(56.80)	.58	.569
	있음	63.23(51.59)		
의료보장	의료보험	60.20(49.76)	-1.83	.079
	국민기초생활보장수급자	71.46(58.18)		
월 소득(만원)	100 이하	76.42(61.76)	5.71	.081
	101 ~ 200	69.32(45.91)		
	201 ~ 300	45.72(35.34)		
	301 ~ 400	45.27(36.98)		
	401 이상	45.34(42.19)		

<표 5> 대상자의 특성에 따른 정신건강의 차이 검정(계속)

(N=317)

특성	범주	평균(표준편차)	t or F	유의수준
만성신체질환	무	55.31(45.76)	-3.69	.001
	유	77.29(60.22)		
정신질환	무	60.41(48.70)	-3.79	.008
	유	95.11(73.88)		
자살시도	무	61.35(51.64)	-2.98	.012
	유	89.51(60.30)		
자살생각	전혀 없음	59.80(49.60)	7.70	.300
	거의 없음	87.42(56.82)		
	가끔 한다	118.67(81.41)		
	자주 한다	136.33(95.27)		

IV. 결론 및 제언

급격한 사회문화적 변화와 더불어 최근 우리나라의 경제적 위기는 인간관계의 단절, 갈등, 스트레스 및 자살의 증가를 유발하고 있어 국민들의 정신건강 문제는 우리사회의 위기로 대두되고 있다. 이에 본 연구는 우울 및 불안, 자살의 증가 등으로 이어지는 국가적 위기를 해결하기위한 중재법 개발에 기초자료를 제공하고자, 부산광역시 일 지역 주민을 대상으로 대상자의 특성에 따른 정신건강정도과 차이와 정신건강 증진의 기초자료 사용 대책에 대해 고찰, 논의 하고자 한다.

대상자의 정신건강 정도는 64.46(53.30)로 조사되었고, 이를 김광·김재환·원호택 외(1984)의 연구에서 제시한 한국인의 정신건강 표준 평균치인 도시, 80, 농촌, 69와 비교하면 본 연구 대상자의 정신건강 정도가 긍정적이었다. 또한 본 연구와 같은 도구로 측정된 박선아(2008)의 약물사범의 정신건강 연구의 평균이 95.63인 것에 비해 본 연구 대상자의 정신건강이 긍정적이었다. 정신건강이 과거의 연구에서보다 긍정적으로 조사된 것은 우리나라가 1995년부터 정신보건법의 제정과 함께 보건복지부와 민간에서 정신건강증진을 위한 노력을 매진 한 결과로 생각된다. 그러나 정신건강의 하위요인 9개 중 남성의 신체화, 정신증의 평균이 각각 8.35(7.37), 6.11(7.08)로 조사되어 김광일 등(1984)의 한국인 표준 평균치인 신체화 8, 정신증 6에 비해 부정적이었다. 이는 과거에는 남성은 권위적이고 가부장적인 역할에 치중하여 정신적인 문제가 경미하였지만, 현대에 와서는 다양하고 복잡한 사회적 역할에 적응해야 하므로 과거보다 정신건강이 취약하여 짐을 말하고 있다(Morgan, *et. al.*, 2007). 정신건강 하위요인 중 가장 높은 점수로 측정된 것은 우울로 평균 11.38(9.73)이었다. 김광일 등(1978)이 본 연구에서와 동일한 도구를 사용한 연구에서는 강박증이 가장 높게 조사되어 본 연구에서의 우울이 가장 높은 것과는 상이한 차이를 보였으며, 본 연구와 동일한 도구를 사용한 독거노인의 우울은 45(하혜경·이유리, 2009), 본 연구와 동일한 도구를 사용한 약물사범의 우울은 2.20으로(박선아, 2008) 본 연구의 우

율이 더 높게 조사되었다. 이것은 현재 우리나라의 우울 유병률과 자살의 증가 현상에 대한 강한 설명력 주는 것으로(김세희, 2005; 윤명숙 등, 2008; 임선희, 2007), 우울증을 치료받는 사람뿐만 아니라, 우울 감정을 가지고 있는 모든 대상자들에 대해서도 관리가 중요함을 의미한다(이경순 외, 2000; McCracken, *et. al.*, 2006). 최근 정신건강관련 지표들이 날로 부정적인 상승을 하고 있는 추세이기에 성급한 판단을 내리기 보다는 정신건강의 지표에 영향을 미치는 요인이 복잡 다양해지는 것에 초점을 맞추는 전문가의 세밀한 판단과 접근이 요구된다(임창순, 2008).

대상자의 특성에 따른 정신건강 정도의 차이는 만성신체질환, 정신질환, 자살시도에서 유의하였으며, 대상자에게 만성신체질환이 없을 때 보다 있을 때, 정신질환이 없을 때보다 있을 때, 자살시도가 많았을 때 정신건강이 부정적이었다. 광수현(2009)은 만성고혈압 노인의 우울증 연구에서 노인의 고혈압이 우울증을 악화시킨다고 보고하였으며, 우울, 불안, 적대감, 강박증 및 정신건강을 악화시킨다는 보고와 일치하였다(김숙희, 2010; 노대영, 2008; Biderman, *et. al.*, 2002). 특히 적대감이 높은 상태는 지속적으로 자율신경계를 흥분시킴으로써 만성신체질환을 악화시키고(Biderman, *et. al.*, 2002), 자율신경계의 불안정은 신체의 안정적 리듬에 혼란을 주어 신체건강을 만성적으로 악화시킨다(대한신경정신의학회, 2005). 또한 노인의 경우 당뇨병의 합병증이 정신건강을 부정적이게 한다고 보고하였고(정운정, 2011), 만성질환을 가진 사람이 정상인에 비해 삶의 질이 저하되어 정신건강에 부정적 영향을 미친다고 보고했다(한승훈, 2007). 그리하여 만성신체질환자에게는 신체적인 관리뿐 아니라 심리적 지지와 관리도 중요하다고 보고되고 있다(대한신경정신의학회, 2005). 이광자 외(2006)는 정신질환은 사고와 인지 및 감정에 문제를 일으키며, 정신질환이 있는 경우 일반인에 비해 스트레스를 받는 기회가 많다고 했다. 그 예로 정신질환자는 자신의 학교문제, 결혼문제, 시험실패, 중요한 시험, 주거 및 이웃환경의 변화, 학업중단, 이성교제, 가족간의 이야기시간 줄어들음, 부모님과의 의견충돌, 가족 내에서의 발언권 줄어들음, 실제 수입감소, 직장변경, 신체적인 변화, 주의 사람들의 죽음, 친구와의 불화, 친구사귀기, 신앙생활 등의 문제를 들 수 있다(도복늬 외, 2006). 이정화(2006)는 자기비판성 우울취약성집단의 연구에서 정신장애인은 대인관계에서 일반인에 비해 불안, 공포불안, 적대행동 및 편집증이 증가한다고 보고하였다. 또한 감정을 잘 표현하지 못하는 강박증은 감정 철회를 자주하고 이것은 정신건강에 부정적인 영향을 준다(노대영, 2008). 그러므로 지역사회 보건소, 보건기관 및 사회복지 기관에서 만성신체질환자 및 정신질환자의 관리에 다양한 측면의 접근과 문제해결방법을 고려해야 할 것이다.

자살시도자의 정신건강은 문제 음주자의와 상관성이 크며(홍승익, 2010), 노인의 자살에서도 정신건강이 중요하다고 보고하고 있다(나광남, 2008). 오은경(2003)은 사이버 자살상담자를 대상으로 한 연구에서 자살상담자의 대부분이 적대감, 불안 및 정신건강의 악화를 호소하며, 특히 청소년의 적대감은 돌발적인 자살시도를 유발 한다고 보고하고 있다. 우울장애는 개인적, 사회적 요인으로 인해 생기며, 우울감의 방치는 자살시도로 연결이 되고, 자살생각을 많이 할수록 우울이 높다(대한신경정신의학회, 2005). 자살시도자는 문제의 해결을 위한 대안을 찾지 못했을 때 그 대안으로 자살을 선택한다. 자살 시도 자체는 고통에서 벗어나려는 행동이며, 자살 행위를 통해 자신이 정신적으로 고통스럽다는 신호

를 보내고 도움을 요청하는 것이다(대한신경정신의학회, 2005). 이때는 응급으로 대상자에 대한 위기 개입이 이루어져야 한다. 우울과 자살생각을 잘 관리하는 것이 생명존중사상을 실천하는 지름길(대한신경정신의학회, 2005)로 우리사회를 위기로부터 지키는 방법이다. 그러므로 자살관련 문제를 사회적으로 이슈화하고, 자살시도자가 문제를 드러내 놓고 상담을 할 수 있는 사회적 분위기 조성과 다양한 접근체계가 필요하다.

대상자의 정신건강의 정도는 동거가족 및 의료보장에서 유의한 차이가 없었지만, 정신건강 9개 하위요인 중 신체화를 제외한 우울, 불안, 적대감, 강박증, 대인예민증, 공포불안, 편집증 및 정신증 8개 하위요인은 동거가족이 없다고 응답한 대상자가 있다고 응답한 대상자에 비해 더 부정적이었다. 이는 김관희·김희숙(2010)의 일도시지역주민의 정신건강 연구의 결과와 일치치를 보였는데, 주목할 만한 것은 독거 중에서도 결혼 후에 사별한 경우 공포불안이 높았다. 사별한 가족에 대한 그리움이 우울, 공포불안 및 정신건강을 부정적이게 하는 것이다. 연환지(2004)와 Metrikin, *et. al.*, (2003)의 연구에서도 이와 일치하는 결론을 나타내었으며, 독거는 심리적 외로움이 많고 타인에게 적대감이 높으며 분노억압을 많이 한다고 보고했다(백승혜, 2004). 동거를 함께하는 가족은 가족 구성원에게 안정감을 제공하여 불안을 경감하며, 가족이 함께 동거하고 있다고 하더라도 역기능적인 가족은 정신건강에 부정적인 영향을 준다(도복늬 외, 2006). 길어진 인간의 수명과 산업화·도시화에 따른 가족구조의 변화는 가족 구성원의 정신건강에 영향을 미친다(연환지, 2004). 또한 정신건강 하위요인 9개 중 불안, 적대감, 강박증, 대인예민성, 정신증을 제외한 우울, 신체화, 공포불안, 편집증 4개 하위요인은 국민기초생활보장수급자라고 응답한 대상자가 의료보험이라고 응답한 대상자에 비해 더 부정적이었다. 이는 박희정(2003)과 윤명숙 등(2008)이 국민기초생활보장수급자와 일반인의 정신건강을 비교한 연구와 일치하는 결과이다. 국민기초생활보장수급자는 일반인에 비해 노인과 장애인 비율이 높고, 폭음 및 만성적 음주, 심신미약, 만성 무기력증, 가정폭력 등이 많을 것으로 판단되며, 이로 인해 우울, 신체화, 공포불안, 편집증의 증상이 발생한다(윤명숙 외, 2008; Torrey & Wyzik, 2000). 유럽에서도 사회경제적 지위와 정신건강과의 관련성 연구는 정신의학과 사회학 등에서 많이 주목되고 있고, 산업사회로 인한 각종 사회문제, 경제적 및 계층적 지위변화는 빈곤을 초래하고 정신건강을 악화시킨다고 보고한다(이상록·이순아, 2010; Mauntaner, *et. al.*, 2000). 최근 우리나라에서는 빈부의 격차가 심해지고 이로 인해 국민기초생활보장수급자가 늘어가는 추세로, 이들의 상대적 박탈감은 정신건강에 부정적으로 작용한다. 정신건강과 사회 계층적 지위는 상호관련성은 과거부터 지금까지 지속적 관심의 대상이 되고 있다.

우리나라는 1995년 이후 정신보건법을 제정하여 구민의 정신건강 증진을 위해 노력하고 있다. 과거에 비해 전체적으로 안정된 삶을 유지하면서 정신건강의 향상에 긍정적인 기여는 있었지만, 현재 우리 사회의 급격한 자살의 증가와 정신건강이 혼란스러운 현상 또한 무시할 수 없는 위기 상황이다(Cottler, 2011). 최근 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 얼마나 오래 사느냐보다 얼마나 건강하게 사느냐가 중요하게 인식된다(문성미, 2001; Torrey & Wyzik, 2000). 신체건강과 달리 정신건강은 잠재되어있는 드러나지 않는 심리적 현상이나 한 인간의 정신건강 상태가 주위에 미치는 영향은 상당하고,

그 중요성은 정신질환자나 특수계층에만 국한된 문제가 아니며, 사회적 국가적 위기이다.

본 연구는 지역사회 대상자의 특성과 정신건강 정도 및 차이를 파악하여 지역사회 정신보건 관리의 기초자료로 제공하여, 정신건강 관련 정책과 제도적 장치의 방향설립에 근거자료를 제공하는 것에 본 연구의 의의가 있다. 그러나 본 연구의 대상자가 일부지역에 국한되어있고 편의 추출하였으므로 연구의 결과를 일반화 하는데 신중을 기하여야 할 것이다. 본 연구의 결과에서 대상자 정신건강의 9개 하위요인 중 자살과 깊은 관련이 있는 우울이 가장 높은 현상은 사회적으로 청소년과 노인의 자살 증가와도 관련이 있음이 간과된다. 또한 만성신체질환자, 정신질환자, 자살시도자, 독거가족, 국민기초생활보장수급자의 정신건강이 부정적임을 감안하여 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 만성신체질환자, 정신질환자, 자살시도자에 대한 기초자료를 공공기관 및 민간기관이 긴밀한 공유를 통해 활용해야 할 것이다. 둘째, 지역사회 정신보건을 담당하는 기초자치단체 정신보건센터에서 독거, 국민기초생활보장수급자의 관리를 담당해야 할 것이다. 셋째, 정신건강의 위기를 국가차원에서 다루어주는 정책 제정의 노력이 필요할 것이다. 넷째, 앞으로의 연구방향으로는 정신건강에 영향을 미치는 다양한 요인의 발견, 조절로 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 곽수현. 2009. 아산시 일부 노인의 고혈압과 우울관계. 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문.
- 김광일 · 원호택 · 이정호 · 김광윤. 1978. 간이정신진단검사(SCL-90)의 한국판 표준화 연구 I: 정상인의 반응특성. 신경정신의학. 17(4): 449-458.
- 김광일 · 김재환 · 원호택. 1984. 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성검사출판부.
- 김민영 · 정광호 · 금현섭. 2011. 경제위기와 자살률 간 탐색적 연구 : 15개 시도 성별·연령별 자살률을 중심으로. 서울: 정책분석평가학회보. 21(3): 273-302.
- 김세희. 2005. 정신건강을 위한 음악치료의 실제에 관한 연구: 우울증 치료를 중심으로. 호남신학대학교 대학원 석사학위논문.
- 김숙희. 2010. 모즐리 강박증 척도에 따른 구취발생에 관한 임상적 연구. 단국대학교 석사학위논문.
- 김관희 · 김희숙. 2010. 일도시지역주민의 스트레스 지각, 정신건강 및 사회적 지지. 한국보건간호학회지. 24(2): 197-210.
- 나광남. 2008. 노인의 자살생각에 관한 연구: 군산 및 부안지역 노인을 중심으로. 원광대학교 대학원 사회복지학과 석사학위논문.
- 노대영. 2008. 강박장애의 감정표현 불능증. 연세대학교 대학원 의학과 석사학위논문.
- 도복늬 외. 2006. 정신간호학 각론. 서울: 정담미디어.
- 대한신경정신의학회. 2005. 신경정신의학. 서울: 중앙문화사.

- 문성미. 2001. 지역사회정신보건제도에 관한 비교분석. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 박선아. 2008. 약물사범의 정신건강에 관한 연구; 상태특성분노, 자이존중감, 가족관계를 중심으로. 이화여자대학원 석사학위논문.
- 박희정. 2003. 국민기초생활보장 수급자의 정신건강에 영향을 미치는 요인. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 보건복지부. 2006. 정신질환실태 역학조사.
- 보건복지부. 2010. 국민건강영양조사.
- 보건복지부. 2011. 정신보건사업안내.
- 배정미 · 정상태 · 손혜숙 · 엄석란 · 배윤희. 2011. WHO 안전도시 공인을 위한 손상을 조사 및 손상감시체계구축 연구용역 보고서. 부산광역시, 인제대학교.
- 백승혜. 2004. 내현적, 외현적 자기애성향자의 적대감, 분노경험수준 및 분노표현양식. 중앙대학교 대학원 심리학과 석사학위논문.
- 연환지. 2004. 가족구성원간 강박증상의 상관관계. 부산대학교 대학원 의학과 석사학위논문.
- 오은경. 2003. '자살생각' 경험자의 심리 사회적 특성 연구: 사이버 자살위기 상담을 중심으로. 가톨릭대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 윤명숙 · 김성혜 · 채완순. 2008. 기초생활수급자들과 일반인의 문제음주와 정신건강 비교. 한국알코올과학회지. 9(2): 13-26.
- 이경순 외. 2000. 정신간호학. 서울: 현문사.
- 이광자 외. 2006. 정신간호총론. 서울: 수문사.
- 이정화. 2006. 우울 취약성에 따른 정서조절 양식과 대인관계 양상. 전남대학교 대학원 심리학과 석사학위논문.
- 이상록 · 이순아. 2010. 빈곤지위의 변화에 정신건강이 미치는 영향. 사회복지연구. 41(4): 277-311.
- 임선희. 2007. 시설입소 미혼 양육모의 심리적 스트레스와 우울 사회적 지지 실태. 대구대학교 재활과 과학대학원 석사학위논문.
- 임창순. 2008. 청소년의 정신장애인에 대한 편견에 관한 연구. 한남대학교 대학원 석사학위논문.
- 정윤정. 2011. 노인 제2형 당뇨병 환자의 정신 건강 상태 및 영향 인자 분석. 아주대학교 대학원 의학과 석사학위논문.
- 하혜경 · 이유리. 2009. 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인. 한국노년학. 29(3): 805-822.
- 한승훈. 2007. 재활의학과 외래를 방문한 만성질환자의 건강 관련 삶의 질. 한양대학교 대학원 의학과 박사학위논문.
- 홍승익. 2010. 도시지역 주민의 음주가 정신건강 및 자살에 미치는 영향. 삼육대학교 보건복지대학원 석사학위논문.

Biderman, A., J. Cwikel, A. V. Fried, D. Galinsky. 2002. Depression and Falls among Community

- Dwelling Elderly People: A Search for Common Risk Factors. 1999. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(8): 631-636.
- Cottler, Linda B. 2011. *Mental Health in Public Health: The Next 100 Years*. American Psychopathological Association Series. New York: Oxford University Press.
- Derogatis, L. R. 1973. The SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale-Preliminary Report. *Psychopharm Bull.* 9: 13-27.
- Mauntaner, C., W. Eaton, and C. Diala. 2000. Social Inequalities in Mental Health: A Review of Concepts and Underlying Assumption. *Health* 4(1): 89-113.
- Metrikina, A. S., Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G. 2003. Somatization, Anxiety and Depression in a Drug-Free Residential Therapeutic Community. *American Journal on Addictions.* 12(1): 60-70.
- Melton, G. B. 2010. Putting the Community? Back into Mental Health? The Challenge of a Great Crisis in the Health and Well-being of Children and Families. *Administration and Policy in Mental Health* 37(1-2): 173-176.
- McCracken, C., O. S. Dalgard, J. L. Ayuso-Mateos, P. Casey, G. Wilkinson, V. Lehtinen, C. Dowrick. 2006. Health Service Used by Adults with Depression: Community Survey in Five European Countries. Evidence from the ODIN Study. ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS; *British Journal of Psychiatry.* 189(2): 161-167.
- Morgan, M., R. Hayes, M. Williamson, C. Ford. 2007. Men's Sheds: A Community Approach to Promoting Mental Health and Well-being. *International Journal of Mental Health Promotion.* 9(3): 48-52.
- NIMH. 2001. *The Numbers Count.*
- Torrey, W. C. and P. Wyzik. 2000. The Recovery Vision as a Service Improvement Guide for Community Mental Health Center Providers. *Community Mental Health Journal.* 36(2): 209-216.

梁美卿: 부산가톨릭대학교를 졸업하고, 인제대학교에서 간호학 석사학위를 취득하고, 현재 인제대학교 간호학과 박사과정에 재학 중이며, 춘해보건대학, 부산여자대학에서 외래교수로 있다. 대한손상예방협회 재난 및 생활안전 교육본부 운영이사, 국가위기관리학회 운영이사, 부산광역시 재난심리지원센터 심리지원전문가, 부산 울산 경남 정신간호사회 울산지역간사, 정신보건간호사로 활동 중이다. 최근에 발표한 논문으로는 “우리나라 아동청소년 정신건강문제 관리시스템 조사”, “홍수피해자의 경험 연구”, “자아발견프로그램이 초등학생의 자아탄력성, 자아존중감, 스트레스 및 우울에 미치는 효과”, “Critical Incident Stress Debriefing Services for Rescuers” 등이 있다 (mien1030@hanmail.net).

裴井璵: 서울대학교 간호학과를 졸업하고, 서울대학교에서 간호학 석사, 이화여자대학교 간호학 박사 학위를 취득하였다. 1996년부터 현재까지 인제대학교 의과대학 간호학과 교수로 재직 중이다. 주요 연구 분야는 손상예방 및 안전증진, 의료정보시스템 개발 및 정신건강관리(우울증, 자살) 등이며, 현재 부산광역시 국제안전도시연구센터장, 부산광역시 재난피해자심리지원센터장, 인제대학교 국제안전도시 연구소장, 대한손상예방협회 부회장, 한국간호과학회 학술이사, 대한스트레스학회 정보통신이사, 국가위기관리학회 재난심리연구위원회 위원장, 부산광역시 창의시정연구위원회 도시안전분과 자문위원, 한국간호과학회 심사위원, 정신간호학회 편집 및 심사위원, 부산광역시 정신보건심의위원 등으로 활동 중이다. 최근에 발표한 논문으로는 “Development of a Web-based child safety education program for Busan Safe City WHO Certification Project”, “Inauguration of the first Psychological Support Center for Disaster Victims in Koreans”, “Development of User-centered Health Information Service System for Depressive Symptom Management”, “청소년 물질남용(음주, 흡연, 마약) 예방 및 관리를 위한 웹기반 전문가시스템 개발”, “The Adjusting Process of Foreign Wives Married to Korean Husbands” 등이 있다 (jibai@inje.ac.kr).

투 고 일: 2012년 05월 26일
수 정 일: 2012년 06월 10일
게재확정일: 2012년 06월 15일

The Study on Mental Health in an Urban Community

– Focused on Users of Dong–Gu Public Health Center, Busan –

Mi Gyeong Yang, Jeong Yee Bae

This study is a descriptive research study to provide basic data on development of arbitration law for mental health promotion by recognizing the degree of mental health depending on characteristics of subjects via mental health survey of residents in II region. It analyzed subjecting on 317 residents who use Dong–gu health center, Busan from June 1 to July 11, 2011. As a tool, Symptom Checklist was used. Characteristics of subjects are as following: women were about 1.5 times of men, most of them were 40's to 50's, monthly income is under one million won, and most of them have no job and live alone. According to the characteristics of subjects, mental health of subjects who have chronic physical disease, mental illness, and attempted suicide was negative. In particular, depression was negative in subjects having low academic career, living alone, and being Basic Living Assistance Recipients. Anxiety was negative in subjects having chronic physical disease, mental illness, and attempted suicide. Therefore, it is seemed that related policy and systematical tools for improving mental health of such subjects should be prepared.

Key word: mental health, crisis, public health