



## A Study on Community's Mental Health Status: Implications for Mental Health Policy in Korea

Jeong Yee Bae<sup>1#</sup>, Mi Gyeong Yang<sup>2+</sup>

<sup>1</sup> Department of Nursing, Inje University, 75 Bokji-ro, Busanjin-gu, Busan, Korea

<sup>2</sup> Department of Nursing Science, Jinju Health College, 51, Ubyeong-ro, Jinju, Gyeongsangnam-do, Korea

### Abstract

The rapid social change due to the advancement of technology is responsible for increasing the level of stress on people and triggering depression and suicide. This paper examined the current mental health status of one community in Korea, aiming to provide the basic data for an evidence-based scientific policy. The average degree of depression of the subjects was 10.95 and the depression prevalence rate was 8.4%. Out of the 89 people with depression, 84.3% did not receive any treatments. 27 people (3.9% of the total subjects) had suicidal thoughts over the past year, out of which 3 actually attempted suicide. 88.4% of the subjects experienced daily stress, and its biggest factor was financial difficulty. The level of daily stress appeared higher in younger age groups. Based on the findings, it is advised to develop and enforce mental health policies appropriate to various demographic groups.

**Key words:** mental health crisis, mental health policy, depression, suicide, stress

### 1. 서론

#### 1. 연구의 필요성

성장과 발전이라는 명분으로 우리사회는 고도의 산업화, 도시화, 첨단화, 고밀도화 현상을 이루었으며, 이러한 과정은 우리에게 물질적인 풍요와 편리함을 주었다. 그러나 발전의 그늘아래 사회구성원들은 지나친 경쟁 및 갈등 등을 겪고 있으며, 이로 인한 스트레스의 증가, 불안, 우울 및 자살 등 정신건강문제는 우리사회를 위기로 몰아가고 있는 실정이다. 우리나라 전국의

18세 이상 74세 이하 성인을 대상으로 실시한 2011년도 정신질환실태 역학조사에 의하면 정신질환 평생 유병율은 27.6%, 1년 유병률은 16.0%(SNUCM, 2011)로 한국의 성인의 약 1/4 이상은 평생 동안 한 번 이상 정신장애 및 정신건강 문제에 노출이 됨을 알 수 있다. 정신질환 및 정신건강 문제는 음주 및 흡연 등 건강을 해치는 행동과 밀접한 관련성이 있을 뿐 아니라 다른 신체질환 및 자살생각/계획/시도 및 사망에 이르는 행동 등과도 관련성이 있다. 또한 정신건강문제는 사회생활 및 가족 관계에도 부정적인 영향을 미친다.

<sup>#</sup> The 1st author: Jeong Yee Bae, Tel. +82-51-890-6826, Fax, +82-51-896-9840, e-mail, jibai0220@hanmail.net

<sup>+</sup> Corresponding author: Mi Gyeong Yang, Tel. +82-55-740-1837, Fax, +82-55-743-3010, e-mail, mien1030@hanmail.net

우리나라 국민의 우울감 경험률은 2010년 6.8%에서 2014년 8.1%로 급격한 증가를 보이고 있으며(Statistical Korea, 2015), 자살사망률은 2012년 인구 10만 명당 28.1명에서 2014년 28.5 명으로 증가하고 있어(MHW, 2014), 8년째 OECD 국가 중 자살률 1위를 기록하고 있는 실정이다(WHO, 2014). 대도시의 19세 이상 성인의 스트레스 인지율은 서울특별시의 경우 2010년 29.8%에서 2014년 30.6%로 증가하였으며(Statistical Korea, 2015), 13세 이상의 일상생활 스트레스 인지율은 2012년 69.6%, 2014년 66.6%로 높게 조사되고 있는 실정이다(Statistical Korea, 2015). 또한 우리나라의 정신질환 치료율은 2011년 17.0%로 미국의 32.9%에 비하면 아직도 현저히 낮은 수준이며(MHW, 2014), 정신질환을 치료받아야만 되는 중요한 문제임을 인식하는 경향도 저조한 실정이다. 특히 우울증의 경우 우리나라 대부분의 사람들은 치료받아야 할 질환으로 인식하지 못하고 있어, 우울증의 악화 및 증가문제가 대두되고 있다(MHW, SNUCM, 2006). 이러한 정신건강에 대한 인식부족 현상은 정신건강 위기를 빠르게 해결하는데 저해요인으로 작용하고, 정신질환을 만성화 되도록 하여, 개인의 손실은 물론 사회경제적인 손실로 이어져 국가적 위기로 이어지기도 한다. 국내의 경우 정신질환으로 인한 사회경제적 비용이 2005년에 2조 1,156억 원으로 추산이 되었다(Jung, 2009).

우리나라의 건강관련 정책은 1995년 국민건강증진법 제정 이후 육체적인 건강증진에 집중하여 양적인 성장에 집중투자 되어왔다. 1995년 정신보건법 제정과 함께 보건복지부는 정신질환자의 예방, 치료 및 재활을 위한 다각적인 노력을 기울여 왔으나, 재원투입의 부족 및 인적·사회적 인프라 미흡과 정신질환에 대한 사회적 편견 등으로 인하여 한계에 직면해 있어(Lee, 2012), 근본적이고 체계적인 정신건강 정책개발의 중요성이 대두되고 있는 실정이다(HIRAS, 2014). 그럼에도 불구하고 과거 우리나라의 정신건강 정책의 결정과정을 살펴보면, 관련 이해 단체의 복잡성, 여야의 입장 및 정부

와 국회의 입장에 의해 갈등과 이해관계가 표출되어 근거 기반 정책개발을 위한 전문가들의 의견은 메아리 없는 아우성에 그치고 있는 실정이다(Gang, 2014).

정신건강의 증진 및 정신질환자의 재활이 중심인 지역사회의 정신건강증진센터 사업도 1995년 정신보건법 제정 이후 관심의 대상이 되고 있지만, 보건복지부의 한정된 예산으로 인해 20년 째 예산관련 어려움을 겪고 있는 실정이다. 이러한 예산의 부족은 반복적이고 단순한 프로그램의 운영(Lee, 2012), 주로 상담이라는 획일적인 서비스의 제공(Moon & Kim, 2012) 및 정신건강 관련 근로자의 임금감축 및 절약 운영방안 등으로 이어져, 근거 기반 정신건강 정책의 체계적 운영에 걸림돌이 되고 있는 실정이다.

과거 정신건강 분야관련 연구가 다양하게 이루어졌지만 대부분이 실태파악을 위한 기초연구(Statistical Korea, 2015; MHW, 2014) 및 임상연구(Kim, 2009; Cho & Shin, 2009; Sohn, *et. al.*, 2010; Yang & Bae, 2012)이며, 정책개발을 위한 연구는 Lee(2012), Gang(2014) 등으로 소수에 그치는 실정이었다. 그리하여 우리나라의 정신건강 정책설정에 대한 체계적인 근거에 대한 연구 및 합의가 부족한 실정이다(Kim, *et. al.*, 2012). 이에 우리나라의 정신건강 정책도 이제는 근거 기반 정책개발이 이루어져야 한다는 것을 명백한 사실이다. 따라서 본 연구는 부산광역시 일개 구를 중심으로 정신건강 정도를 분석하여 근거 기반의 정신건강 정책개발에 기초자료를 제공하고자 하였다. 그리하여 현실적이고 실질적이며 지속적인 정신건강 정책개발을 통하여 국민의 정신건강 증진에 이바지하기 위함이다.

이러한 연구의 필요성 및 목적에 따라 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 우울정도, 우울증 유병률 및 우울증 치료기관을 파악한다.

둘째, 대상자의 자살 충동률 및 시도율을 파악한다.

셋째, 대상자의 일상생활 스트레스 정도, 일상생활 스트레스 요인을 파악한다.

## II. 이론적 고찰

### 1. 정신건강 현황

전 세계적으로 정신건강에 대한 관심이 확대되고 있다. 세계보건기구(WHO, 2004)는 '정신건강이란 정신 질환이 없는 상태뿐만이 아니라 개인이 자신의 능력을 깨닫고, 삶에서 발생하는 스트레스에 대처하고, 생산적인 일을 통하여 자신이 속한 사회에 기여할 수 있는 안녕상태'라고 정의하였다. 우리나라의 정신건강 현황은 1995년 정신보건법 제정 이후 다양한 노력에도 불구하고 선진국 수준에 비해 취약한 실정이다. SNUCM(2011)이 전국의 만 18세~74세 성인을 대상으로 실시한 2011년도 정신질환실태 역학조사에 의하면 정신질환 평생 유병률은 27.6%, 1년 유병률은 16.0%에 달하고 있다. 또한 정신장애의 1년 유병률의 경우 주요우울장애는 2001년 1.8%에서 2011년 3.1%로 약 25% 증가하였고(SNUCM, 2011), Statistical Korea(2015)이 보고한 우리나라 국민의 우울감 경험률 역시 2010년 6.8%에서 2014년 8.1%로 급격한 증가상태로 심각한 실정이다. 또한 기분장애 유병률은 2006년 3.0%에서 2011년 3.6%이며, 불안장애 유병률은 2006년 5.0%에서 2011년 6.8%로 증가되고 있는 실정이다(SNUCM, 2011). 한편 WHO(2004)는 2030년에는 전 세계적으로 질병부담이 가장 큰 질환으로써 우울증이 1위를 차지할 것으로 전망하였으며, Chang, *et. al.*(2011)은 우울증으로 인한 사회경제적 비용을 4조 이상으로 추산하였다. 이에 주요우울증의 질병 부담은 암보다 더 큰 것으로 추산되고 있는 실정이다(Park, *et. al.*, 2006).

우리나라의 지역사회 일반성인 가운데 정신건강문제로 전문가와 상의한 적이 있는 경우는 겨우 7.0%이며, 정신질환에 이환된 개인의 15.3%만이 정신건강의학과 전문의 및 기타 정신건강 전문가를 방문한 것으로 나타났다(SNUCM, 2011). 또한 2010년에서 2011년 동안 정신질환 이환자가 정신훈리서비스를 이용한 비율은 우리나라가 15.3%, 미국 39.2%, 호주 34.9%에 비하여 현저하게 낮은 수준이다(SNUCM, 2011). 또한

MHW(2006)가 실시한 정신질환 실태 역학조사에 의하면 우울증의 치료율도 23.0%로 외국의 우울증 치료율 44.0%(Kohn, 2004)에 비하면 매우 저조한 실정이다.

지속적인 우울증 치료율도 우리나라는 25%(MHW, 2014)로 낮은 수준이며, 우울증을 치료받아야 할 질환으로 인식하지 못하고 있어 우울증 악화 및 만성화로 인한 사회적 문제가 대두되고 있다. 특히 저소득층은 사회적 상황으로 인한 무기력, 열악한 주거환경 등 다양한 부정적인 생활사건의 반복적인 경험으로 인해 만성적 우울을 경험할 빈도가 높으며(Kim, 2009), 저소득층의 노인들은 직장상태, 경제상태 및 건강상태 등의 변인에서 우울에 유의한 차이를 보였다(Gang, 2011). 저소득층 노인의 우울 평균은 8.57로(Gang, 2011) 우리나라 노인의 우울 평균 5.3(Statistical Korea, 2015)에 비하면 우울이 높은 수준이다. 성별에 대한 우울증을 살펴보면 우울진단을 받은 여성이 2005년에는 남성의 2.1배였으나, 2009년에는 남성의 2.3배로 나타나(KWDI, 2010), 우울증에 있어 남녀 성별의 차이가 점진적으로 증가하고 있는 실정이다. 여성인 경우는 학력이 낮고 동거 자녀가 없는 경우, 경제상태가 어렵고 건강상태가 좋지 않은 경우에 우울 정도가 비교적 더 높았다(Gang, 2011). 저소득층 노인 및 여성들의 우울 요인과 관련된 문제들을 해결하기 위해서는 근거기반의 체계적인 프로그램의 개발 및 제공이 이루어져야 하며, 다가올 고령사회를 준비하기 위해서 보다 체계적이고 구체적인 후속연구가 필요할 것으로 판단된다.

우울증의 증상으로는 무기력증, 자살에 관한 생각, 예민함, 쓸데없는 고민거리나 죄책감, 이유 없는 짜증 등이 있다. 뿐만 아니라 불면, 소화불량이나 가슴 답답함, 두통, 목이나 어깨 결림 등 신체적인 증상이 동반되기도 한다. 특히 우울증상이 있을 때 술이나 담배 등으로 우울증상을 해결하는 것은 우울증을 더 악화시키는 요인이 되며(KNPA, 2011), KNPA(2011)는 만일 여러 가지 우울증상 때문에 불편을 느낄 정도라면 지속적인 전문가의 진단 및 치료를 권장하고 있으며, 일단 우울증을 진단받으면 정신치료와 약물치료를 동시에 시행

하여야하며 대상자가 우울증을 치료받는 기간 동안에는 가정 및 직장에서의 다양한 관심과 적극적인 지지를 보내야 한다고 권장하고 있다. 이에 가볍게 넘겨버리기 쉬운 우울 증상인 불면증, 식욕부진, 신체증상에서부터 비정상적인 정서고양, 인간관계 단절, 의욕상실 및 중독적인 행동양상 등 다양한 우울증상에 대해 교육과 홍보를 사회전반에 실시할 필요성이 있다고 생각된다.

WHO는 2003년부터 매년 9월 10일을 자살예방의 날로 정해서 세계적인 자살감소노력을 강조하고 있으며(WHO, 2014) 우리나라도 이에 협조하고 있다. 그러나 OECD 국가 중 우리나라 자살률은 2010년 기준 인구 10만 명당 33.5명으로 8년째 1위를 차지하고 있으며(NEBHCCA, 2012), 2011년 자살 사망률은 인구 10만 명당 전국 31.7명으로 2006년 이후 지속적인 증가추세이다(SNUCM, 2011). 이는 같은 기간 동안 269.8%의 자살 증가세를 보인 국가 키프로스(2011년 기준)에 이어 세계에서 두 번째로 많은 수치이다(WHO, 2014). 하지만 더 큰 문제는 키프로스의 10만 명당 자살 사망자는 두 해 모두 5명 이하여서(WHO, 2014) 실제로는 한국의 자살 사망률 증가가 더 크다는 점이다. 그리고 우리나라 대도시의 자살률을 보면 서울특별시 2008년 21.6%에서 2011년 26.9%로, 부산광역시 2008년 27.4%에서 2011년 31.9%로 증가하고 있는 실정이다(LifeLine Korea, 2013). 자살을 고려하고 있거나 시도를 한 적이 있다고 답한 비율이 우리나라가 6.9%로 미국의 3.8%에 비하면 2배 가까이 높은 실정이다(WHO, 2014). 자살예방 상담전화인 LifeLine Korea(2013)에 의하면 자살관련 상담이 2008년 26.0%에서 2011년 31.7%로 증가하고 있다. 우리나라 자살의 주된 원인으로는 우울감이 37.9%, 대인 스트레스 31.2%, 경제적 문제 10.1% 라고 밝히고 있으며(MHW, 2014), 자살자의 60~80%는 우울증을 가지고 있다(MHW & SNUCM, 2006), 자살과 우울의 연관성을 보여주고 있다. 이에 자살관련 위기가 계속적으로 증가할 것이므로 이에 대한 대책이 시급한 실정이다.

WHO(2014)의 보고에 따르면 전 세계의 15세 이상 29세 이하의 사망원인 가운데 자살이 두 번째로 높은

데, 이 시기에 자살로 인한 사망률이 특히 높은 것은 상대적으로 젊은 나이여서 질병 등으로 인한 사망률이 더 낮기 때문으로 보고하고 있다. 하지만 Sullivan, *et. al.*(2015)은 15세 이상 29세 이하의 시기가 삶의 경험 부족으로 정서적인 상처를 입기 쉽다는 점이 자살률을 높이는 원인이라고 하였다. Sea, *et. al.*(2012)은 심리적 부검을 통하여 자살의 원인을 급성 스트레스 및 만성 스트레스 두 가지로 분석하였는데, 특정한 사건이 계기가 되는 급성 스트레스로 인한 자살이 26.7%이며, 질병, 폭력, 학대, 빈곤 등 만성 스트레스로 인한 자살이 23.9%라고 하였다. 또한 Kiamanesh, *et. al.*(2014)는 자살을 하나의 질병으로 보기보다는 잘못된 행동으로 간주하여 논의 자체를 금기시 해 온 점이 자살을 증가시키는 요인이라고 하여 자살예방을 위한 적극적인 접근을 강조하였다.

자살생각의 경우는 여성이 남성보다 더 높지만 실제로 자살을 실행으로 옮기는 것은 남성이 여성보다 더 높은 것으로 알려져 있다. 이는 남자가 여자보다 더 충동적인 성향을 가졌기 때문에 치명적인 방법으로 자살을 시도하기 때문이다(Värmik, *et al.*, 2012). 선진국인 일본의 경우에는 세계금융위기로 실업률이 높아지자 여성보다 남성의 자살률이 크게 높아졌고(Chan, *et. al.* 2015), 저개발 국가 및 개발도상국에서는 여성이 남성보다 자살률이 더 높는데, 그 이유로는 저개발 국가에서의 결혼한 여성은 생계, 육아 등과 관련한 정신적 압박 및 여성에게 불리한 사회적 관습으로 인해 혹사당하는 경우가 많은 점이 있기 때문이다(Yoon, *et. al.*, 2015). 국가의 발달 정도에 따라 자살의 원인 및 형태에 차이를 보이는 것은 각 국가 및 문화에서 성에 따른 기대역할과 사회경제적인 상황들이 다르기 때문이므로 자살의 원인 및 형태에 대한 근거기반의 자료수집이 중요함을 알 수 있다.

과학문명의 발달로 인해 인류의 삶이 풍요롭고 편리하게 되는 것처럼 보이지만, 그만큼 상대적 박탈감이나 심리적 압박감은 더 심해지고 스트레스는 증가하고 있는 실정이다. 만성적이고 반복적인 스트레스가 적절히

관리되지 않을 경우 우울 및 정신건강 악화위기로 이어질 수 있다(Kim & An, 2004; Stevens, 2013). 그리하여 스트레스 또한 정신건강 위기의 주요 요인으로 스트레스 예방 및 정신건강증진을 위한 정책개발에 대한 관심이 증가하고 있다(WHO, 2014). 우리나라의 시도별 스트레스 인지율을 조사한 결과 30% 이상으로 비교적 높은 곳은 인천광역시 33.2%, 서울특별시 30.6%, 경기도 30.2%, 충청남도 30.1%였으며, 스트레스 인지율이 26% 이하로 비교적 낮은 곳은 경상남도, 울산광역시로 각각 25.6%, 25.2%였다(MHW, 2014). 한편 2014년 부산광역시와 사하구의 스트레스 인지율은 각각 26.9%, 27.4%(MHW, 2014)로 부산광역시의 스트레스 인지율보다 사하구의 스트레스 인지율이 더 높음을 알 수 있다. 서울시민의 스트레스 수준을 파악하면 고위험군이 21.4%, 잠재적위험군이 68.1%로, 5명 중 1명이 고위험군이며, 3명 중 2명은 잠재적 위험군으로(Sohn, et al., 2010) 서울시민의 스트레스 정도가 매우 심각한 것으로 나타나 스트레스 관리를 위한 정책이 시급함을 알 수 있다. 성별에 따른 스트레스 정도를 보면 여성은 남성보다 스트레스나 정신건강상태가 취약한 것으로 보고되고 있는데, 이러한 이유를 Sung, et al.(2005)은 여성이 주부일 경우 어머니로서 자녀 양육과 교육을 주로 책임지고 있고, 아내와 어머니, 며느리로서의 여러 역할을 수행해야 되며, 직업여성일 경우 직업과 가사의 이중부담으로 스트레스가 더 많기 때문이라고 하였다.

우리나라의 음주수준은 알코올남용 및 의존의 경우 총 20% 정도로 미국 일본 선진국에 비하여 높은 수준이다(MHW, 2014). 2004년 기준 알코올 사용장애 유병율도 6.76%로 WHO 평균 3.6%과 비교했을 때 유병율이 매우 높은 편이다(WHO, 2010). 뿐만 아니라 서울시의 고위험 음주율도 2010년 15.7% 대비 2011년 18.2%로 증가하는 추세이다(MHW & CDCP, 2013). 아동청소년 정신건강 현황은 전국청소년 13세 이상 18세 이하의 우울감 경험률의 경우 30.5%, 자살 생각률 18.3%이며, 서울시의 경우 청소년 우울감 경험률은 31.4%, 자살 생각률은 19.2%로 전국평균보다 높은 수치를 보이고 있

어(MHW & CDCP, 2013), 서울시의 아동청소년의 정신건강에 대한 정책적 대책도 시급한 실정이다.

## 2. 정신건강 정책

OECD 연합국들은 건강증진의 정책적 발전을 위하여 매년 전문가회의를 개최하여 세계 각국의 전문가들 간의 건강관련 정책에 대한 정보를 교환하고 있으며, 우리나라도 매년 참석하여 건강관련 지표 및 정책개발에 협력하고 있는 실정이다(HIRAS, 2014). 우리나라 보건복지부의 정신건강 정책의 추진방향은 '국민의 정신건강문제 해결을 통한 개인의 삶의 가치 향상과 사회적 비용 절감 및 국가경쟁력 확보'라는 비전하에 4가지 추진방향을 설정하고 있다. 첫 번째, 정신질환자 편견 해소와 우호적 환경조성, 두 번째, 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진, 세 번째, 중증정신질환 치료수준 향상 및 재활체계 구축, 네 번째, 자살예방을 위한 조기개입체계 구축이다(MHW, 2014). 이상의 4가지 추진방향(MHW, 2014)에 따라 구체적인 정책의 실천방안으로는 첫 번째, 정신질환자 편견해소와 우호적 환경 조성 정책으로 정신질환자에 대한 인식개선을 위하여 지속적인 홍보와 교육을 실시하고, 정신건강증진시설 이용의 접근성 강화하며, 두 번째, 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진 정책에서는 정신질환의 조기발견, 정신건강증진센터의 기능강화와 학교, 직장 및 사회복지 시설 연계체계 구축 등이 추진되고 있는 실정이다. 세 번째, 중증정신질환 치료수준 향상 및 재활체계 구축 정책에서는 부적절한 입원의 축소, 사회복지 및 직업재활 프로그램의 확충, 각종 중독치료 및 상담 기반의 구축 및 전문인력 양성사업 등이 있다. 네 번째, 자살예방을 위한 조기개입체계 구축 정책으로는 자살 고위험군 관리, 노인자살예방 및 학생·청소년 자살예방 체계구축, 자살관련 유해정보 차단 및 보도방식 개선 등이 추진되고 있는 실정이다.

세부적인 정신건강정책으로는 '우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민의 비율'을 2020년까지 2011년 대비 30% 향상시킨다는 목표와 함께 정신질환에 대

한 긍정적 인식도를 제고한다는 실천목표를 제시하고 있으며(Lee, 2015), 이러한 목표 달성을 위해 우선 정신건강 및 정신질환에 대한 국민인식 개선을 위한 공공 마케팅 사업 지원 확대, 정신 장애인에 대한 차별감소를 위한 범국가적 사회운동 전략 추진 등을 제시하고 있는 실정이다(MHW, 2014). 미국 장애인법(ADA, 1990)에서는 장애인이 일반인에 비해 비합리적으로 차별하는 것을 금지하고 있으며 차별 시에는 합리적인 통계자료 및 근거를 제시할 것을 명시하고 있어 우리의 현실과는 대조적면을 보이고 있다.

정신질환의 조기개입 정책에서는 정신질환 치료율과 스트레스 인지율을 감소시킨다는 실천목표 하에 광역 및 지역정신보건센터 기능 강화하여 조기 정신병에 대한 개입강화, 아동청소년 정신건강 사업 확대 및 노인 정신건강사업 확대를 추진하고 있으며, 지역사회 정신건강네트워크 구축을 위하여 정신건강관련 협의체 구성 등의 세부 사업을 제시하고 있는 실정이다(MHW, 2014).

중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질 향상을 위해서는 정신의료기관의 평균재원기간 감소, 입원 정신질환자의 재원적절성향상, 정신질환자 지역사회등록률 제고, 중증정신질환자의 사망률 감소, 정신질환자 취업률증가 등의 실천 목표 하에 지역정신보건센터 확충, 정신의료기관 평가, 정신요양시설 기능 전환, 사회재활프로그램의 서비스 기관 확충, 거주 프로그램의 확대, 정신장애인 대상의 사회적 기업 활성화 등을 주요 세부사업으로 설정하고 있다(MHW, 2014).

자살위험이 없는 안전한 사회 구현을 위해서는 광역 정신보건센터 확충을 통하여 자살상담전화 및 24시간 응급개입서비스 제공, 응급의료센터 기반의 자살 시도자 사례관리팀 구축, 자살예방 지역사회네트워크 구축, 지역기반의 아동청소년 정신보건서비스 팀 구축, 정부부처 간 협력을 통한 정신건강관리 체계 구축, 중증정신질환자의 자살예방을 위한 응급개입 서비스 강화, 사업요원을 위한 자살관련 상담 및 교육 기회 확대 등을 주요 세부사업으로 제시하고 있는 실정이다(MHW, 2014).

마지막으로 알코올 문제관련 정책으로는 알코올 사

용 장애환자의 선별 및 사례관리 전문기관으로의 위상공고화, 알코올 상담센터의 설치 혹은 권역화, 정신보건센터의 알코올 사업 활성화, 알코올 사용장애를 위한 다양한 수준의 사회복지시설 확충 등을 주요 세부사업으로 설정하고 있는 실정이다(MHW, 2014). 이상과 같이 보건복지부는 정신건강 정책을 추진하기 위하여 정신건강관련 인적·물적 자원 및 프로그램 확충을 주된 정책수단으로 제시하고 있는 실정이다(MHW, 2014). 그러나 낮아질 줄 모르고 높아만 가는 우리사회의 스트레스 및 자살률은 우리나라의 정신건강 정책의 한계점 및 문제점을 내포하고 있는 실정이다.

우리나라의 정신건강 정책의 현실적인 문제점들을 살펴보면, 첫 번째 정신건강 정책개발을 위한 기본적인 관점 및 패러다임의 변화를 위하여 우리사회의 보편적인 가치기준을 점검해 보아야 한다는 점이다. 성장과 발전이라는 명분하에 전시행정 위주의 정책, 실적 및 이권위주의 정책, 인간의 정신을 도외시하는 사회문화의 만연 등이다. 즉 정신건강 정책의 근본 철학으로 인간생명의 존중, 인간의 존엄성에 대한 존중, 인간의 기본 권리에 대한 존중이라는 인류의 보편적 가치를 구현할 수 있는 정책 및 제도적 노력이 이루어져야 한다는 것이다(Lee, 2014). 이러한 가치기준적인 관점의 정립은 정신건강 정책의 핵심적인 근거가 되어 정신건강 정책이 일정한 방향으로 나아갈 수 있는 근거기반의 방향성을 제시해 줄 것으로 생각된다.

두 번째, 정신건강의 중요성에 비하여 정책적 재원투입과 인적자원이 부족한 점이다. 2012년 기준 정신질환자 수가 약 550만 명으로 추정되지만, 정신건강증진사업 예산이 국민건강증진 기금으로 한정되어(MHW, 2014) 예산상 어려움이 있는 실정이다. 지역사회 정신건강증진 서비스 제공의 전초기지라 할 수 있는 정신건강증진센터는 2011년 138개에서 2012년 167개소로 확대되었고, 알코올상담센터도 2011년 43개에서 2012년 45개소로 확대되었으나, 전체적인 수요에 비해 턱없이 부족한 실정이며, 정신보건전문요원도 2011년 말 기준으로 정신보건간호사 6,719명, 정신보건임상심리사

1,699명, 정신보건사회복지사 2,569명 등 총10,987명이 배출되었으나(MHW, 2014), 지역사회 내에서의 정신건강서비스 욕구 충족을 위한 중장기적인 수급계획은 미비한 실정이다. Lee(2012)는 기본적인 인적·물적 인프라가 불충분한 상황에서는 실질적인 정신건강 증진을 기대하기 어려우며 중장기적인 수급계획이 있어야한다고 하였다. 이에 정신건강 서비스 공급이 충분히 이루어질 수 있는 기반이 마련되어 있어야 서비스의 질 향상에 대한 기대를 할 수 있을 것으로 생각된다.

세 번째, 정신건강 악화의 원인에 대하여 근거기반의 폭 넓은 접근이 미흡하다는 점이다. 직장 및 학업 스트레스, 실업과 파산 및 집단 따돌림 등 사회·경제적인 위기로 인한 정신건강 문제는 개인 스스로 해결하기 역부족이며 근본적인 문제가 해결되지 않는 한 한시적이며 대중적인 접근으로, 정신건강이 일시적으로 호전이 된다하더라도 다시 악화될 가능성이 높다(Lee, 2012). 이러한 개별 대상자가 가진 각종 사회·경제적 문제들을 해결해 나갈 수 있도록 지원하기 위해서는 정신건강 영역을 넘어선 종합적인 분석 및 지원체계가 마련되어야 하며, 단순한 개인 상담을 넘어 개인이 가진 문제를 사회적, 국가적인 차원으로 해결 할 수 있는 관리체계가 병행되어야 한다(MHW, 2014).

네 번째, 정신건강 서비스 이용을 증가시키기 위한 적극적인 개입체계가 부족하다. 정신건강 서비스 이용의 결정은 최종적으로 대상자 및 보호자의 의사에 달려 있다. 그러나 우리나라의 사회적 현실상 정신건강 서비스 이용을 방해하는 몇 가지 이유가 있다. 몇 가지 이유로는 정신건강 서비스 이용 후의 개인정보 노출문제, 서비스 이용 후의 불이익(Lee, 2012) 및 각종보험 가입 곤란 등이 있다(Kim, 2015). 우리나라의 분위기는 정신건강 문제 및 정신질환자에 대한 편견이 강력하게 자리 잡고 있다. 특히 우울증의 경우 대부분의 사람들은 치료받아야 할 질환으로 인식하지 못하고 있다(MHW & SNUCM, 2006). 정신건강 서비스 이용을 증가시키기 위한 동기부여는 정신건강 서비스이용에 대한 불평등을 해소하는 노력이 수반되어야 하며, 일차 진료 현

장에서부터 지역사회와 가족 및 대상자를 정신건강의 주체로 참여시키는 패러다임의 변화를 수반해야 할 것이다.

다섯 번째, 아동·청소년 정신건강 분야의 인력은 대부분이 상담분야에 주력하는 인력으로, 아동·청소년의 특징을 살려서 운영할 수 있는 전문성이 부족한 실정이다(Moon & Kim 2012). 또한 아동·청소년의 정신건강 사업은 보편주의적인 입장에서 다양한 정신건강 서비스와 프로그램을 개발하고, 사례관리를 통해 개별적으로 맞춤형 서비스를 포괄적으로 제공해야 하지만(Moon & Kim 2012.), 현재 아동·청소년의 정신건강 증진 정책은 정서·행동발달 선별검사, 심층사정평가 등을 거쳐 고위험군 학생을 Wee Center나 지역정신건강증진센터 및 의료기관 등으로 연계하는 방식으로만 운영되고 있는 실정이다. 2010년을 기준으로 정신건강 증진센터에 의뢰된 아동·청소년 정신건강 사례건수가 33,000 여건에 달하는 등의 실적을 거두고 있지만(MHW, 2014), 아동·청소년들이 얼마나 충실하게 보편 주의적이며 개별적인 서비스를 지속적으로 받고 있는지는 불분명한 입장이다.

여섯 번째, 다양한 인구집단의 특성을 고려한 서비스 전달체계가 미흡한 점이다. 우리나라에는 장애아동 부모, 치매노인 부양가족, 자살자 유가족, 조기퇴직자, 북한 이탈주민, 다문화 가정, 조손가정, 한 부모가정 등 다양한 집단이 존재하고 있다. 이들의 정신건강 욕구를 충족시키는 서비스의 내용과 전달체계의 개발이 미흡한 실정이다. 현재 정신건강증진센터의 일반상담 시에 자살, 결혼이민자, 실종아동가족, 북한 이탈주민 등을 별도로 구분하여 상담을 집계하도록 되어 있으나, 이러한 특성을 상담에만 반영하는 정도가 아니라, 정신건강 서비스의 내용과 전달방식에 있어서 다양한 인구집단의 특성을 고려하여야 할 것이다.

지금까지 우리나라의 정신건강 정책의 종류 및 문제점에 대해 살펴보았다. 정신건강 정책을 수립하기 위해서는 정신질환의 사회경제적 비용, 질병의 사회적 부담, 질병의 유병률, 사회·인구학적 분포 등 정신질환

의 실태를 파악하는 횡·종단적 조사가 필수적일 것이다(SNUCM, 2011). 또한 근거기반 정신건강 정책개발을 위하여 현실적인 대안들을 모두 탐색하거나 그 결과를 모두 추정하여 연구하기에는 한계가 있으나, 정신건강 전문가들이 주장하는 정신건강 증진의 주요 맥락인 예방, 전문적 관리, 관리의 연속성, 통합 및 조정, 환자의 결과 등을 중요하게 인식하여 체계적이고 포괄적인 정책수립이 이루어져야 할 것이다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계 및 자료수집

본 연구는 부산광역시 일 지역 주민의 정신건강 정도를 분석하기 위하여 부산광역시 사하구 관내 56개 표본 조사구를 계통 추출한 1,064명을 대상으로 실시한 서술적 조사연구이다. 표본의 크기는 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 .16으로 G-Power 3.1 프로그램을 이용하여 산출한 결과 962명이 요구되었지만 탈락자를 고려하여 총 1,064명을 선정하였다. 신뢰도는 95% 신뢰 수준 하에서 조사구별 오차한계  $\pm 2.0\%$ 로 한 자료를 토대로 분석하였다. 자료 수집은 2012년 10월 8일부터 약 1개월에 걸쳐 대상자를 직접 방문, 면접방식으로 자료를 수집하거나 설문지를 배부 후 대상자가 직접 작성하게 한 후 회수하였다.

#### 2. 조사내용 및 분석방법

대상자의 정신건강 정도를 분석하기 위하여 대상자의 우울정도, 우울증 유병률, 우울증 치료기관, 자살충동을 및 시도율, 일상생활 스트레스 정도, 일상생활 스트레스 요인을 조사하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다. 대상자의 우울정도는 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 90 문항 중 13개의 우울측정 문항을 사용하였다. 이 도구는 Derogatis & Govi(1973)가 개발하고 Kim, *et. al.* (1984)이 한국인을 대상으로 표준화한 자기보고형 도구인데, 0점 '전혀 없다'에서 4점 '아주 심하다'까지의 5점 Likert 척도로서 점수가 높을수록 우울 정도가 높

음을 의미한다. 대상자의 우울증 유병률은 최근 1년 동안 본인이나 가구원 중 우울증상이 있었는가? 에 대한 '예' '아니오'로 구분 하였으며, 우울증 치료기관은 '정신과병(의)원', '한의원', '기타', '미치료'로 조사하였다. 자살충동을 및 시도율은 '예' '아니오'로 구분하여 조사하였다. 대상자의 일상생활 스트레스 정도는 '대단히 많이 느낀다', '많이 느낀다', '조금 느낀다', '거의 느끼지 않는다', '전혀 느끼지 않는다'로 구분하여 자료를 수집하였으며, 일상생활 스트레스의 주요 요인은 Cho & Shin(2009)의 연구결과에 근거하여 본 연구의 대상자에게 알맞게 수정 보완하여 7가지로 구성하여 '경제적 어려움', '건강문제', '자녀교육문제', '취업직장문제', '가정불화', '직장동료와의 관계', '주거생활환경', '기타'로 나누어 자료를 수집하였다. 자료 분석은 대상자의 우울정도는 평균과 표준편차로 분석하였으며, 우울증 유병률, 우울증 치료기관, 자살충동을 및 시도율, 일상생활 스트레스, 일상생활 스트레스 요인은 빈도와 백분률로 하였다.

### IV. 연구결과

#### 1. 우울정도, 우울증 유병률 및 치료기관

본 연구의 대상자의 우울정도는 평균 10.95(8.80)로, 전체 대상자 1,064명 중 우울증 고위험군이 6.7% 72명, 임상적으로 우울증을 진단 내릴 수 있는 군은 4.8% 52명으로 조사되었으며 <Figure 1>, 우울증 유병률은 최근 1년 동안 본인이나 가구원 중 우울증 증상이 있다고 응답한 사람은 89명으로 8.4%, 없다고 응답한 사람은 975명, 91.6%로 나타났다 <Table 1>. 본 연구의 대상자 중 최근 1년 동안 우울증 증상이 있었던 사람은 89명이었다. 이 중에서 우울증 증상을 치료 또는 상담 받고 있었던 기관으로는 정신과 병(의)원 6명, 6.7%, 한의원 3명, 3.4%, 기타 3명, 3.4%의 순이었고, 반면에 우울증 치료를 받지 않은 사람이 75명으로 전체의 84.3%를 차지하고 있는 것으로 나타났다 <Figure 2>.

Table 1. Depression prevalence

Depression Symptoms	N	%
Yes	89	8.4
No	975	91.6

※ N=1,064

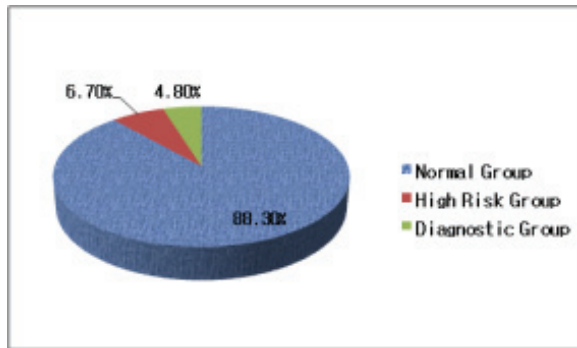


Figure 1. Depression Degree

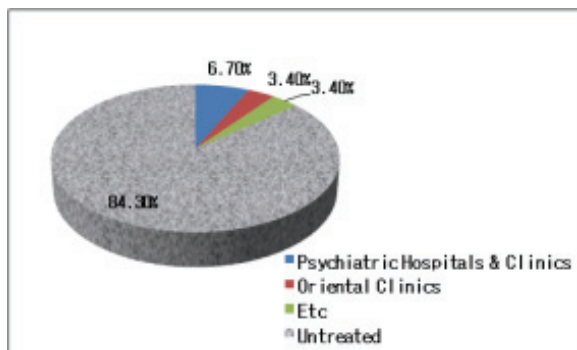


Figure 2. Depression treatment centers

2. 자살 충동률 및 시도율

최근 1년 동안 대상자 본인 또는 가구원 중 자살 충동을 느낀 사람은 27명으로 전체의 3.9%이며, 그 중 실제

자살시도를 시도한 사람은 3명으로 0.2% 이었다 (Table 2).

Table 2. Suicidal ideation ratio

Category	N(%)		Suicide Attempt(%)
	Yes	No	
Felt Suicidal	27(3.9)	1,037(96.1)	3(0.2)
			0(0)

※ N=1,064

3. 일상생활 스트레스 정도 및 주요 스트레스 요인

본 연구의 대상자의 일상생활 스트레스를 조사해 본 결과, 전체의 88.4%가 일상생활 스트레스를 느낀다고 하였다. 일상생활 스트레스를 느낀다고 대답한 88.4% 중, 대단히 많이 느낀다가 27.1%, 조금 느낀다가 61.3%였다. 성별로는 대단히 많이 느낀다는 비율이 여성 5.1%, 남성 4.0%로 여성이 남성보다 더 높았다. 연령대 별 일상생활 스트레스 정도는 19-44세 93.3%, 45-64세 88.6%, 65세 이상에서 77.4%로 연령대가 낮을수록 일상생활 스트레스를 받는 비율이 더 높았다 (Table 3). 본 연구의 대상자의 주요 스트레스 요인으로는 전체 응답자 중 32.9%가 경제적 어려움이라고 응답하였으며, 건강문제 18.4%, 직장동료와의 관계 13.8%, 취업/직장문제 11.6%의 순으로 나타났다. 남녀 모두에서 도 스트레스의 가장 큰 요인으로 경제적 어려움이라고 답하였으며, 그 다음 요인으로 남성은 직장동료와의 관계, 건강문제, 취업/직장문제라고 응답하였고, 여성은 건강문제, 자녀교육문제, 취업/직장문제라고 응답하였다. 연

Table 3. Stress degree in everyday lives according to gender and age

Gender	Age	Extremely Stressed (%)	Very Stressed (%)	Little bit stressed (%)	Rarely Stressed (%)	Almost never stressed (%)
Female	19 - 44	13(7.4)	44(25.1)	109(62.3)	7(4.0)	2(1.1)
	45 - 64	8(3.7)	58(26.9)	125(57.9)	21(9.7)	4(1.9)
	Over 65	4(4.0)	19(19.2)	53(53.5)	17(17.2)	6(6.1)
	Total	25(5.1)	121(24.7)	287(58.6)	45(9.2)	12(2.4)
Male	19 - 44	8(3.8)	51(24.3)	134(63.8)	14(6.7)	3(1.4)
	45 - 64	9(3.2)	55(19.9)	182(65.7)	26(9.4)	5(1.8)
	Over 65	6(6.9)	13(14.9)	49(56.3)	17(19.5)	2(2.3)
	Total	23(4.0)	119(20.7)	365(63.6)	57(9.9)	10(1.7)
Total	19 - 44	21(5.5)	95(24.7)	243(63.1)	21(5.5)	5(1.3)
	45 - 64	17(3.4)	113(22.9)	307(62.3)	47(9.5)	9(1.8)
	Over 65	10(5.4)	32(17.2)	102(54.8)	34(18.3)	8(4.3)
	Total	48(4.5)	240(22.6)	652(61.3)	102(9.6)	22(2.1)

※ N=1,064

Table 4. Main stress factors according to gender and age

Gender	Age	EP(%)	HP(%)	CEP(%)	EP(%)	FD(%)	RwC(%)	LE(%)	Others (%)
Female	19 - 44	45(21.7)	9(4.3)	26(12.6)	47(22.7)	2(1.0)	62(30.0)	13(6.3)	3(1.4)
	45 - 64	87(32.0)	51(18.8)	25(9.2)	29(10.7)	7(2.6)	45(16.5)	23(8.5)	5(1.8)
	Over 65	35(41.2)	39(45.9)	1(1.2)	4(4.7)	0(0.0)	1(1.2)	5(5.9)	0(0.0)
	Total	167(29.6)	99(17.6)	52(9.2)	80(14.2)	9(1.6)	108(19.1)	41(7.3)	8(1.4)
Male	19 - 44	47(27.2)	11(6.4)	46(26.6)	24(13.9)	6(3.5)	22(12.7)	8(4.6)	9(5.2)
	45 - 64	84(39.6)	42(19.8)	18(8.5)	17(8.0)	9(4.2)	14(6.6)	24(11.3)	4(1.9)
	Over 65	45(48.4)	40(43.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(6.5)	2(2.2)
	Total	176(36.8)	93(19.5)	64(13.4)	41(8.6)	15(3.1)	36(7.5)	38(7.9)	15(3.1)
Total	19 - 44	92(24.2)	20(5.3)	72(18.9)	71(18.7)	8(2.1)	84(22.1)	21(5.5)	12(3.2)
	45 - 64	171(35.3)	93(19.2)	43(8.9)	46(9.5)	16(3.3)	59(12.2)	47(9.7)	9(1.9)
	Over 65	80(44.9)	79(44.4)	1(0.6)	4(2.2)	0(0.0)	1(0.6)	11(6.2)	2(1.1)
	Total	343(32.9)	192(18.4)	116(11.1)	121(11.6)	24(2.3)	144(13.8)	79(7.6)	23(2.2)

※ N=1,064

※ EP: Economic Problems, HP: Health Problems, CEP: Children's Education Problems, EP: Employment Problems, FD: Family Distress, RwC: Relationship with Coworkers, LE: Living Environment

령별로는 19~44세에서는 경제적 어려움이 24.2%, 직 장동료와의 관계가 22.1%의 순서로 나타났으며, 45~ 64세의 경우는 경제적 어려움이 35.3%, 건강문제가 19.2% 였으며, 65세 이상에서는 경제적 어려움이 44.9%, 건강문제가 44.4%로 나타났다 <Table 4>.

## V. 논의 및 제언

본 연구는 부산광역시 사하구 관내 56개 표본 조사구 를 계통 추출한 1,064명을 대상으로 정신건강 정도를 분석하여 근거기반의 정신건강 정책개발에 기초자료를 제공하고자 실시하였다. 본 연구의 결과를 토대로 논의 하면 다음과 같다.

첫째, 대상자의 우울 평균은 10.95였으며, 전체 대상 자 1,064명 중 우울증 고위험군이 6.7%, 임상적으로 우 울증을 진단 내릴 수 있는 군은 4.8%로 조사되었고, 대 상자의 우울증 유병률은 8.4%로 조사되었다. Sohn, *et. al.*(2010)이 실시한 서울특별시 주민의 인구·사회 경제적 특성별 정신건강 실태 및 스트레스 연구에서는 우울증 진단이 가능한 군을 2.3%로 보고하고 있어, 본 연구결과인 4.8% 보다는 낮았으나, 우울증 고위험군은 21.0%로 본 연구의 결과보다 높았다. 그리고 Yang & Bae(2012)는 부산광역시 동구보건소 이용자를 대상으 로 정신건강 정도를 측정된 결과 우울정도의 평균을

11.38로 보고하였으며, Kim(2009)은 저소득층 어머니 의 우울을 연구한 결과 우울정도의 평균을 15.8로 보고 하고 있어 본 연구의 우울 정도보다 높았다. Statistical Korea(2015)의 2014년 사회조사보고서에 의하면 부산 광역시의 2010년부터 2014년까지 우울감 경험율의 변 화는 2010년 4.8%, 2011년 5.4%, 2012년 4.9%, 2013 년 4.8%, 2014년 5.8%로 증가하였으며, 본 연구 대상 인 부산광역시 사하구의 우울감 경험율의 변화는 2010 년 3.8%, 2011년 3.8%, 2012년 4.7%, 2013년 5.8%, 2014년 6.7%로 증가하였다. 이러한 결과를 통하여 2010년에 사하구는 부산광역시보다 우울감 경험율이 낮았으나, 2014년에는 반대의 결과를 보이고 있어, 사 하구의 우울감 경험율이 심각한 상태임을 알 수 있다. 또한 부산광역시와 사하구의 매해 우울감 경험율의 증 가율을 비교한 결과 부산광역시는 0.2%, 사하구는 0.7%로 사하구의 증가율이 부산광역시의 증가율 보다 3배나 더 높았다(Statistical Korea, 2015). 이에 지역 별, 대상자별 우울정도에 대한 비교 연구가 추가적으로 필요하며, 특히 우울 정도가 심각한 사하구의 정신건강 위기를 해결하기 위한 정책적 대안이 필요하다고 생각 된다.

우울증 치료기관에서는 중 최근 1년 동안 우울증 증 상이 있었던 사람 중에서 84.3%가 우울증 치료를 받지 않은 것으로 나타났다. MHW(2006)의 정신질환 실태

역학조사의 결과에 따르면 우리나라의 우울증 치료율을 23.0%로 보고하고 있어 본 연구의 결과 보다는 긍정적인 결과를 제시하고 있었다. 그러나 외국의 우울증의 치료율이 44.0%로 높은 것에 비하면 아직 우리나라의 23.0%는 매우 저조한 실정이다(Kohn, 2004). MHW (2011)는 우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 점이 부족한 점을 개선하기 위하여 제 3차 국민건강증진 종합계획 2011-2020에서 우울증 치료율을 2006년 23%에서 2015년 33% 2020년 40%로 높일 것을 계획하고 있다. 이러한 결과를 도출하기 위해서는 정신질환 및 정신건강 위기에 대한 국민의 인식변화가 선행되어야 한다. 우리나라의 우울증 치료율은 국민의 정서표현 문화와도 관련이 깊다(Lee, 2014) 한국인은 미국인에 비해 비교적 정서표현이 적은 사회·문화적 배경을 가지고 있으며, 우울정서 표현지수도 미국인에 비해 30% 가량 낮아서 적극적인 우울의 조기치료가 늦어지고 있는 실정이다(WHO, 2014). 더군다나 우리나라의 주요 우울장애 유병률은 2.5%로 높은 실정이다(MHW & SNUCM, 2006). 이에 우리도 외부로 정서를 표현하는 것에 배타적인 사회·문화적 현상을 개선하여 우울정서 표현지수를 증가시키고 우울증 조기치료를 할 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 본 연구 대상자 중 최근 1년 동안 자살 충동을 느낀 사람은 27명으로 전체의 3.9%이며, 그 중 실제 자살시도를 시도한 사람은 3명으로 0.2% 이었다. Cho & Shin(2011)은 자살에 영향을 미치는 요인 연구에서 중대한 생활사건으로 인한 스트레스를 겪고 있는 개인에게는 영적의미를 높여주고, 일상적 생활사건 스트레스를 겪고 있는 개인에게는 삶의 의미를 고취시켜주는 것이 자살사고 감소에 유의하다고 하였다. 우리나라의 자살 사망률은 2012년 인구 10만 명당 28.1명에서 2014년 28.5 명으로 증가하고 있으며(MHW, 2014), 10년째 OECD 국가 중 자살률 1위를 기록하고 있으며 자살증가율은 세계 2위이다(WHO, 2014). 특히 우리나라는 2000년 인구 10만 명당 자살자는 13.8명이었으나 2012년에는 28.9명으로 자살 사망률이 109.4%나 증가하고

있는 실정이다(WHO, 2014). 이는 같은 기간 동안 269.8%의 자살 증가세를 보인 키프로스에 이어 세계에서 두 번째로 많은 수치다(WHO, 2014). 하지만 더 큰 문제는 키프로스의 10만 명당 자살자는 두 해 모두 5명 이하여서(WHO, 2014) 실제로는 한국의 자살 사망률 증가가 더 크다는 점이다. 그리고 우리나라 대도시의 자살률을 보면 서울특별시는 2008년 21.6%에서 2011년 26.9%로, 부산광역시는 2008년 27.4%에서 2011년 31.9%로 증가하고 있는 실정이다(LifeLine Korea, 2013). 자살을 고려하고 있거나 시도를 한 적이 있다고 답한 비율이 우리나라가 6.9%로 미국의 3.8% 보다 2배 가까이 높은 실정이다(WHO, 2014). 이렇게 자살률이 높은 경우 자살을 미리 예방하기 위해서는 자살 수단을 주변에서 제거하면 자살충동이 훨씬 감소한다(LifeLine Korea, 2013). 우리와 가까운 일본은 2003년에 인구 10만 명당 자살사망률은 40.1명으로 매우 높았으나, 2007년부터 자살예방법을 근간으로 하여 제1차 및 제2차에 걸친 자살종합대책을 수립하여 3,300억 원 이상의 예산 투입, 인터넷을 통한 지원정보의 통합 및 제공 강화, 다양한 분야의 자살예방 게이트키퍼 양성, 생계 곤란 및 스트레스에 대응 방법 교육, 정신과 의료체계의 정비 및 근로자의 정신건강교육 등을 체계적으로 실시하고 있다(KIHASA, 2013). 이는 자살관련 예산이 연간 30억 원에 불과한 우리나라에 시사하는 바가 크며, 특히 우리나라도 지역별 자살대책 긴급강화기금을 마련하여 지방자치단체의 자율적인 자살대책 추진을 검토해야 할 것이다. 우리나라도 자살예방 및 감소를 위한 근거기반 정책수립으로 '자살의 실태를 분명히 하기', '국민한사람 한사람의 인지와 관심 촉구', '조기대응의 중심적인 역할을 완수하는 인재의 양성', '마음건강 만들기', '적절한 정신과 치료', '사회적인 대처', '자살미수자의 재시도 막기', '남겨진 사람에 대한 충실한 지원', '민간단체의 연대 강화' 등의 영역(KIHASA, 2013)으로 세부적인 정책체계를 정비하여야 할 것이다.

셋째, 본 연구 대상자의 88.4%가 일상생활 스트레스를 많이 느낀다고 하였으며, 연령대별 일상생활 스트레

스 정도는 19~44세 93.3%, 45~64세 88.6%, 65세 이상에서 77.4%로 연령대가 낮을수록 일상생활 스트레스가 더 높았다. Statistical Korea(2015)이 보고한 우리나라 전반적인 생활 스트레스 정도는 2012년 69.6%, 2014년 66.6%이어서 봄 연구결과와 비교하면 본 연구 대상자의 스트레스 정도가 더 높음을 알 수 있다. Statistical Korea의 2014년 우리나라 30~40대 연령층의 스트레스 인지율은 75.3%이고, 15세 이상의 스트레스 인지율은 67.0%로 30~40대 연령층의 스트레스 인지율이 15세 이상에서 보다 더 높게 보고되고 있다. 이는 본 연구 결과인 연령대가 낮을수록 일상생활 스트레스 정도가 더 높았던 것과는 상반되는 결과를 제시하고 있다. 그러나 Statistical Korea의 2007~2012년까지 연령대별 스트레스 인지율 결과를 살펴보면 2007년에는 40대에서 28.4%로 가장 높았으며, 2008년 2009년 2010년에는 30대에서 각각 33.6%, 36.4%, 32.9%로 가장 높았고, 2011년 2012년에는 20대에서 각각 34.9%, 34.0%로 가장 높게 조사되었다(Statistical Korea, 2015). 이러한 결과를 통하여 2007년에서 2012년으로 세월이 흐를수록 스트레스가 높은 계층이 40대에서 20대 젊은 연령대로 이동하는 것을 알 수 있다. 최근 우리사회는 고도의 산업화, 도시화 및 첨단화를 이루었다. 그러나 성장과 발전 위주의 우리사회에서 젊은이들이 사회구성원으로 진입하고 유지해 나가기 위해 지나친 경쟁 및 갈등 등을 겪고 있는 현실이다. 한국 사회의 젊은이들은 결혼을 포기하는 가장 큰 이유로 자기 발전·주거·고용·양육 문제 등이 지목됐다. 저출산·고령사회 대응 국민인식 및 욕구 조사 결과에 따르면 미혼자가 결혼을 하지 않은 가장 큰 이유로 '자기 발전을 위하여' 35.9%, '집 장만이 어려워' 14.8%, '고용이 불안정해서' 12.7%, '결혼생활과 일을 동시에 수행할 수 없어서' 11.8%라고 꼽았다(KIHASA, 2016). 이에 우리사회에 만연한 성장·발전 지향주의로 인한 젊은 연령대의 높은 스트레스에 대비할 수 있는 정책적인 대안이 필요한 실정이다.

스트레스에 대한 성별의 비교를 보면, 스트레스를 대

단히 많이 느낀다는 비율이 여성이 5.1%로 남성의 4.0%보다 더 높았다. 통계청의 연도별 성별에 따른 스트레스 인지율의 차이를 살펴보면 2007년에서 2012년까지 매년 남성보다 여성에게서 5% 정도 더 높게 보고하고 있어, 본 연구의 결과와 동일하였다(MHW, 2013). 여성의 스트레스에 대한 연구를 살펴보면, So, *et al.*(2002)은 젊은 여성들은 월경의 후기보다는 월경 시작 전과 월경기간에 일상생활 스트레스에 대한 취약성이 더 높은 것으로 보고하였고, Kim(2009)은 가사 및 육아를 하는 기혼여성의 경우 다른 요인들 보다는 경제적인 생활사건으로 인한 스트레스의 경험비율이 가장 높았으며, 그 다음으로는 가사와 육아로 인한 여가시간의 감소가 스트레스의 주요 요인이었다. 이에 여성의 스트레스 증가 유발 요인 및 여성과 남성의 스트레스 비교에 대한 연구가 필요하다고 본다.

주요 스트레스 요인으로는 전체 응답자 중 32.9%가 경제적 어려움이라고 응답하여 다른 요인들에 비하여 가장 높은 비율을 차지하였다. MHW(2014)는 우리나라의 만성적인 스트레스는 주로 경제적인 문제, 대인관계 문제에 기인한다고 보고하고 있으며, 본 연구의 결과와도 일치하였다. Kim(2009)은 저소득층 어머니의 스트레스의 원인은 육아 및 가사노동시간의 감소 보다 경제 영역의 생활사건의 경험으로 인한 것이 더 높다고 하였다. 2014년 Statistical Korea의 사회조사보고서에 따르면 가구의 월평균 소득과 스트레스 정도에 대한 비교에서 월평균 소득 100만원 미만에서 11%의 대상자가 스트레스를 매우 많이 느낀다고 하였으며, 월평균 소득 600만원 이상에서도 10.7%의 대상자가 스트레스를 매우 많이 느낀다고 하여, 저소득은 물론 고소득에서도 비슷한 비율로 스트레스 정도가 높음을 알 수 있다. 경제적인 빈곤 및 저소득이 스트레스 요인으로 상호 연관성이 있다고 볼 수 있으나 고소득에서 스트레스가 증가하는 이유에 대한 추가적인 연구 및 경제적인 문제로 인한 만성적인 스트레스를 받는 저소득층의 정신건강 증진을 위한 정책에 대한 연구가 필요하다고 본다. 또한 우리사회의 급격한 소득격차로 인한 상대적인 빈곤

감 및 박탈감을 감소시킬 수 있는 정책이 필요할 것이다.

이상의 결론을 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다. 본 연구에서 도출된 정신건강 현황을 토대로 체계적인 근거기반 정신건강 정책개발이 필요하다. 첫째, 정신건강 정책의 근본 철학으로 인간생명의 존중, 인간의 존엄성에 대한 존중, 인간의 기본 권리에 대한 존중이라는 인류의 보편적 가치를 구현하는 정책 및 제도적 노력이 이루어져야 한다는 것이다. 둘째, 지역별, 대상자별 정신건강 정도에 대한 비교 연구를 통하여 정신건강정책을 개발할 것이며, 우리의 문화 중에 외부로 정서를 표현하는 것에 배타적인 태도를 가지는 문화를 개선하여, 우울정서 표현지수를 증가시키고 우울증 조기치료를 할 수 있는 정책적 방안이 필요하다고 본다. 셋째, 자살관련 위기는 한동안 계속적으로 증가할 것으로 예측 되어, 지역별 자살대책 긴급강화기금을 마련하여 및 지방자치단체의 자율적인 자살대책 추진을 검토해야할 것이다. 특히 '자살의 실태를 분명히 하기', '국민한사람 한사람의 인지와 관심 촉구', '조기대응의 중심적인 역할을 완수하는 인재의 양성', '마음건강 만들기', '적절한 정신과 치료', '사회적인 대처', '자살미수자의 재 시도 막기', '남겨진 사람에 대한 충실한 지원', '민간단체의 연대 강화' 등의 영역으로 체계를 정비하여야 할 것이다. 넷째, 우리나라가 세월이 흐를수록 스트레스가 높은 계층이 40대에서 20대로 젊은 연령층으로 이동하는 원인을 해결하기 위하여 성장과 발전 위주의 지나친 경쟁 및 갈등 등으로 인한 높은 스트레스에 대해 포괄적이고 체계적인 접근이 필요하다고 본다.

## References

- ADA. 2009. Americans With Disabilities Act 2009. <http://www.ada.gov/>
- Chan, C. H., E. D., Caine, S. S. Chang, W. J. Lee, S. Cha, and P. S. Yip. 2015. The Impact of Improving Suicide Death Classification in South Korea: a Comparison with Japan and Hong Kong. *PLoS One*. 10(5). doi: 10.1371/journal.pone.0125730
- Chang, S. M., J. P. Hong, and M. J. Cho. 2011. Economic Burden of Depression in South Korea. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Epub ahead of print].
- Cho, Ha and Heecheon Shin. 2011. The Influence of Stress on Suicide Ideation: Meaning in Life as Mediator or Moderator. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*. 21(4): 1011-1026.
- Derogatis, L. R. 1973. The SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale-Preliminary Report. *Psychopharm Bull*. 9:13-27.
- Gang, Cheong Hui. 2014. *Health Care Decision-making Process and Mechanisms of Korean Medical Association*. The 5th Health Policy Forum in National Academy of Medicine of Korea.
- Gang, S. O. 2011. A Study on the Variables Related to Depression of the Low-income Elderly People. *Korean Academy of Practical Human Welfare*. 7: 23-44.
- Health Insurance Review & Assessment Service. 2014. *OECD Health Care Quality Indicators Expert Meeting: Developing Evidence-Based Mental Health Indicators*
- Jung, Y. H. 2009. Cost of Illness and Health-friendly Fiscal Policy. *Health and Welfare Policy Forum*. 2009: 50-61.
- Korea Institute for Hwalth and Social Affairs. 2013. Current Situation and Countermeasures of Suicide in Japan. *Health and Welfare ISSUE & Focus*. 207: 2013-37.
- Korea Institute for Hwalth and Social Affairs. 2016. *A Study on People's Perception on Low Fertility and Aged Society in Korea*. Korea Institute for Hwalth and Social Affairs.
- Kiamanesh, P., K. Dyregrov, H. Haavind, and G. Dieserud. 2014. Suicide and Perfectionism: a Psychological Autopsy Study of Non-Clinical Suicides. *Omega Westport*. 69(4): 381-99.
- Kim, G. I., J. W. Kim, and H. T. Won. 1984. *SCL-90 Tests Mental Conduct Summary*. Press The Jung-Ahaing Aptitude Test.
- Kim, Eun Kyung. 2015. Legal Study on The Insurance of Mentally Ill Person. *Hongik Law Review*. 16(1): 533-564.
- Kim, D. B. and I. K. An. 2004. A Study on the Concept of Mental Health in Korea. *Korean journal of social welfare*. 56(1): 203-233.
- Kim, E. H., J. H. Kim, H. Y., Lim, S. H., Kim, J. S., Park, and M. S. Lee. 2012. A Survey on the Status for Construction of Mental Health Promotion Model in Seoul. *The Mental*

- Health*. 3: 38-46.
- Kim, Jean Ie. 2009. A Study on the Impact of Acute Stress and Chronic Stress Experience on Depression in Low-income Mothers with Children. *Korean Journal of Family Social Work*. 25: 25-56. Korean NeuroPsychiatric Association.
2011. *Neuropsychiatric Medicine*. Seoul: Jung-ahaing Mun-Wha.
- Kohn, R., S. Saxena, I. Levav, and B. Saraceno. 2004. Bulletin of the World Health Organization. *Bull World Health Organ*. 82(11).
- Korea Women's Development Institute. 2010. *Depression Cases of Gender Budget Analysis Perspective*. Korea Women's Development Institute.
- Lee, S. Y. 2012. Future Directions and Issues of Mental Health Policies in Korea. *Health and Welfare Policy Forum*. 2012(5): 68-77.
- Lee, Min-Ah. 2014. A Longitudinal Data Analysis on Depressive Symptoms of Korean Older Adults: Examining the Differential Effects of Spousal Loss and Marital Satisfaction Across Men and Women. *Korea Journal of Population Studies*. 37(1): 109-130.
- Lee, Sun Young. 2014. Public Accountability of the Sewol Ferry Case: Comparative Analysis of the Korean Individual Ministerial Responsibility and Accountability in Japan. *Journal of Government and Policy*. 7(1): 99-120.
- Lee, J. E. 2015. Exploring the Core System of National Crisis and Emergency Management in Korea: The Case of the Sewol Disaster Management. *Korean Review of Crisis & Emergency Management*. 11(8): 1-18.
- LifeLine Korea. 2013. Life Suicide Prevention Center's phone Gyeongnam Media. LifeLine Korea.
- MHW & CDCP: Ministry of Health and Welfare and Centers for Disease Control & Prevention. 2013. *2008-2013. Community Health Survey*.
- Ministry of Health and Welfare. 2014. *2013 National Survey on Suicide*. MHW: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. 2014. *Mental Health Policy Guidance in 2014*. MHW: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. 2013. *Suicide Survey 2013 Summary Report*. MHW: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare and Seoul National University College of Medicine. 2006. *The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea*. Ministry of Health and Welfare and Seoul National University College of Medicine.
- Moon, Sung Ho and Hye Ree Kim. 2012. The Present Condition of Youth Mental Health Policy and Future Challenges. *Korea Youth Research Association*. 19(10): 143-166.
- National Evidence-Based Health Care Collaboration Agency. 2012. Mental Health Problems. <http://dailymedi.com/news/view.html?section=1&category=3&no=758451>. National Evidence-Based Health Care Collaboration Agency.
- Park, J. H., S. J. Yoon, and H. Y. Lee. 2006. Estimating the Burden of Psychiatric Disorder in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 39(1): 39-45.
- Sea, Jong Han, Chang Hwan Lee, Kyung Il, Kim, and Sung Hea Kim. 2012. Characteristics of Korean Suicide: A Case-control Psychological Autopsy Study. *Korean Psychological Association*. 31(2): 323-344.
- Seoul National University College of Medicine. 2011. *The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea*. Seoul National University College of Medicine.
- So, Ki-Yun, Sook-Haeng Joe, Jung-Woong, Kim, Hyeon-Soo, Lee, and Sung-Duk Ko. 2002. Vulnerability to Minor Stressful Events in Young Women with Premenstrual Syndrome. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 41(6): 1109-1119
- Sohn, Aeree, Tae-kyung, Kim, Eunjung, Gyung-jae Oh, and Dong-Hyun Ahn. 2010. Mental Health and Stress by Socio-Demographic Characteristics among Seoul Citizens. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 27(1): 71-80.
- Statistical Korea. 2015. *Social Survey Report: 2014 Social Survey report: statistical tables*. Statistical Korea.
- Stevens, D., H. C. Wilcox, D. F. MacKinnon, F. M. Mondimore, B. Schweizer, and D. Jancic. 2013. Posttraumatic Stress Disorder Increases Risk for Suicide Attempt in Adults with Recurrent Major Depression. *Depress Anxiety*. 30(10): 940-946. doi: 10.1002/da.22160
- Sullivan, E. M., J. L. Annest, T. R. Simon, F. Luo, and Dahlberg. 2015. Suicide Trends Among Persons Aged 10-24 years--United States, 1994-2012. *Centers for Disease*

- Control and Prevention*. 64(8): 201-205.
- Sung, Mi Hae, Ja Won Yoon, and Hae Young Son. 2005. A Study of the Relationship between Stressful Life Events and Mental Health in Middle-aged Women. *Journal of Korean Academic Psychiatric Mental Health Nursing*. 14(2): 186-194.
- Värnik, P., M. Sisask, A. Värnik, E. Arensman, C. Van Audenhove, C. M. van der Feltz-Cornelis, and U. Hegerl. 2012. Validity of Suicide Statistics in Europe in Relation to Undetermined Deaths: Developing the 2-20 Benchmark. *Injury Prevention*. 18(5): 321-5. doi: 10.1136/injuryprev-2011-040070
- WHO World Mental Health Survey Consortium. 2004. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291: 2581-2590.
- World Health Organization. 2014. Preventing Suicide: A Global Imperative: World Health Organization Issue Date: 2014 Publisher: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/131056#sthash.Fu3H9htH.dpu>
- World Health Organization. 2010. *Global Status Report on Alcohol and Health*.
- Yang, Migyeong and Bae, Jeongye, 2012. The Study on Mental Health in a Urban Community: Focused on Users Dong-Gu Public Health Center, Busan. *Korean Review of Crisis & Emergency Managemen*. 8(3): 205-218.
- Yoon, T. H., M. Noh, J. Han, Jung-Choi, K. and Y. H. Khang. 2015. Deprivation and Suicide Mortality across 424 Neighborhoods in Seoul, South Korea: a Bayesian Spatial Analysis. *International Journal of Public Health*. doi: 10.1007/s00038-015-0694-7.
- Korean References Translated from the English*
- 강선옥. 2011. 저소득층 노인의 우울 관련 요인연구: 영구임대 아파트 거주 노인들을 중심으로. 한국인간복지실천연구. 7: 23-44.
- 강창희. 2014. 보건의료정책결정과정의 메커니즘과 대한 의사협회. 대한민국의학한림원제5회 보건의료정책포럼.
- 건강보험심사평가원. 2014. OECD 보건의료 질 지표 전문가회의: 근거기반 정신보건지표개발.
- 김광일, 김재환, 원호택. 1984. 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성검사출판부.
- 김동배, 안인경. 2004. 한국인의 정신건강 개념에 관한 연구. 한국사회복지학. 56(1): 203-233.
- 김은경. 2015. 정신질환자 보험가입 관련 해외 법제도의 고찰. 홍익법학. 16(1): 533-564.
- 김은희, 김진형, 임희영, 김수현, 박성숙, 이명수. 2012. 서울시 정신건강증진모형 구축을 위한실태조사. 정신보건. 3: 38-46.
- 김진이. 2009. 생활사건 스트레스와 만성적 스트레스 경험이 유아기 자녀를 둔 저소득층 어머니의 우울에 미치는 영향. 한국가족복지학. 25: 25-56.
- 대한신경정신의학회. 2011. 신경정신의학. 서울: 중앙문화사.
- 문성호, 김혜리. 2012. 청소년 정신건강 정책사업의 현황 및 향후 과제. 청소년학연구. 19(10): 143-166.
- 보건복지부. 2014. 2013년도 자살실태조사.
- 보건복지부. 2014. 정신건강사업 안내
- 보건복지부, 서울대학교의과대학. 2006. 정신질환실태 역학조사.
- 보건복지부, 질병관리본부. 2013. 2008-2013. 지역건강통계 한 눈에 보기.
- 보건복지부. 2013. 2013년도 자살실태조사 요약보고서.
- 서울대학교의과대학. 2011. 정신질환실태 역학조사.
- 서종환, 이창환, 김경일, 김성혜. 2012. 한국자살사망자 특징: 사례: 대조 심리적 부검연구. 한국심리학회 일반. 31(2): 323-344.
- 성미혜, 윤자원, 손혜영. 2005. 중년여성의 일상생활 스트레스와 정신건강상태. 정신간호학회지. 14(2). 186-194.
- 소기윤, 조숙행, 김정웅, 이현수, 고승덕. 2002. 월경전기증후군을 보이는 젊은 여성에서의 Minor Stress에 대한 취약성. 신경정신의학. 41(6): 1109-1119.
- 손애리, 김태경, 류은정, 오경재, 안동현. 2010. 서울시 지역주민의 인구·사회경제적 특성별 정신건강 실태 및 스트레스. 보건교육건강증진학회지. 27(1): 71-80.
- 생명의전화. 2013. 생명의전화 경남자살예방센터 자료실: <http://blog.daum.net/lgspe2002/23>
- 양미경, 배정이. 2012. 일 지역 주민의 정신건강 실태조사: 부산광역시 동구보건소 이용자 중심으로. 한국위기관리논집. 8(3): 205-218.
- 이민아. 2014. 사별과 우울에 대한 중단분석: 성차와 배우자와의 관계만족도를 중심으로. 한국인구학. 37(1): 109-130.
- 이선영. 2014. 행정 책임성에 관한 연구: 일본의 설명책임과

- 한국의 개인책임 비교분석을 통해 본 세월호 참사: 정부와 정책. 7(1): 99-120.
- 이상영. 2012. 사회적 여건변화에 따른 정신건강증진정책의 추진방향과 과제. 보건복지포럼. 2012(5): 68-77.
- 이재은. 2015. 코어 시스템과 국가위기관리시스템의 개선 방향: 세월호 재난관리 분석을 중심으로. 위기관리논집. 11(8): 1-18.
- 정영호. 2009. 질병의 사회경제적 비용과 건강친화적 재정정책. 보건복지포럼. 2009: 50-61
- 조하, 신희천. 2009. 생활사건 스트레스가 자살사고에 미치는 영향: 삶의 의미의 매개효과와 조절효과. 한국상담심리학회: 상담 및 심리치료. 21(4): 1011-1026.
- 통계청. 2015. 사회조사보고서: 2014년 사회조사보고서: 통계표
- 한국여성정책연구원. 2010. 젠더적 관점의 우울증 예산분석 사례.
- 한국보건의료연구원. 2012. 정신건강 보도자료. <http://dailymedi.com/news/view.html?section=1&category=3&no=758451>
- 한국보건사회연구원. 2013. 일본의 자살현황 및 대책. 보건·복지 ISSUE & Focus. 207: 2013-37.
- 한국보건사회연구원. 2016. 저출산·고령사회 대응 국민인식 및 욕구 조사.

---

Received: Sep. 30, 2015 / Revised: Feb. 15, 2015 / Accepted: Mar. 2, 2016

## 정신건강 정책개발을 위한 지역사회 정신건강 현황 분석

국문초록 첨단 산업의 발달로 인한 우리 사회의 급격한 변화는 다양한 스트레스를 증가시키고 있으며 우울 및 자살 등을 유발시켜 정신건강 위기로 이어지고 있다. 이에 본 연구는 일개 구를 중심으로 정신건강 정도를 분석하여 정신건강 위기를 체계적으로 해결하기 위하여 근거기반의 과학적인 정책개발에 기초자료를 제공하고자 시도하였다. 연구 대상자는 부산광역시 사하구 관내 56개 표본 조사구를 계통 추출한 1,064명이며 서술적 조사연구이다. 대상자의 우울정도는 평균 10.95이었으며, 우울증 유병률은 8.4%였다. 우울증 치료를 받지 않은 사람이 84.3%였다. 최근 1년 동안 자살 충동을 느낀 사람은 전체의 3.9%이며, 그 중 실제 자살시도를 시도한 사람은 0.2% 이었다. 대상자 중 88.4%가 일상생활 스트레스를 느낀다고 하였으며, 일상생활 스트레스의 가장 큰 요인으로는 경제적 어려움이라고 답하였으며, 연령별 일상생활 스트레스 정도는 연령이 높을 때보다 낮을수록 더 높았다. 따라서 본 연구에서 도출된 정신건강 현황을 토대로 우리나라의 정신건강 정책의 근본철학을 점검하고 대상자별 정신건강정책의 개발, 우리사회의 정서표현 문화 개선, 지방자치단체의 자살기금 마련, 자살의 사회적인 대처방안 마련, 성장위주인 우리사회의 경쟁, 갈등 및 스트레스의 해결방안을 위한 정책을 개발하고 지속적으로 추진할 것을 제안한다.

주제어 : 정신건강 위기, 정신건강 정책, 우울, 자살, 스트레스

Profiles **Jeong Yee Bae** : She graduated from the College of Nursing, Seoul National University, where she also earned her master's degree in nursing. In 1996, she obtained her Ph.D in the Division of Nursing Science, Ewha Woman University. In 2015, she received training as a visiting professor at the University of Washington in the U.S. Since 1996, she has been serving as a professor at the Department of Nursing, College of Medicine, Inje University. She is Currently Chair of Inje University Research Institute for International Safe Community, Director of International Safe Community Research Center of Busan Metropolitan City, Psychological Support Center for Busan Fire Service Headquarters and Busan Seo-gu Mental Health Center. She is also working as a certified International Safe Community examiner, a policy advisor to the Korean Ministry of Public Safety and Security, and the Vice chairman of the Korea injury Prevention Association. She is serving on such expert committees of Busan Metropolitan City as the Suicide Prevention Committee, Creative Municipal Governance Research Committee, Mental Health Project Advisory Committee, Working-Level Safety Policy Adjustment Committee, Nuclear Power Safe Committee and Safe Community Committee. Her major areas of research interest include injury prevention and safe promotion, the promotion of mental health, PTSD and health informatics. She has been involved in undertaking approximately 30 government-invested projects in cooperation with the National Research Foundation of Korea, Ministry of health and Welfare, Ministry of Education, ministry of Public Safety and Security and Busan Metropolitan City(jibai0220@hanmail.net).

**Mi Gyeong Yang** : Mi Gyeong Yang received a doctorate degree in Nursing at Inje University and works for Department of Nursing Science in Jinju Health College at present. The research interests include stress, meditation, self-esteem and cognition. The papers published recently are as follows; Mindfulness for Mental Health Promotion: A Concept Analysis, Study on Job Stress, Anger, and Mindfulness of Nurses, Cognitive Impairment and Risk Factors among Elderly Persons Aged 60 or More in Korea, The Effects of a Therapeutic Recreation Program on the Powerlessness and Life Satisfaction in Chronic Mentally Disabled, and so on(mien1030@hanmai.net).