

지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도*

— 일 지역사회 정신건강관리 모형개발을 위한 기초조사 —

노 춘 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

지역사회 정신보건은 단순히 정신질환자가 병원에서 지역사회로 이동하는 것이 아니라 환자가 지역사회에 재통합되는 과정을 의미한다. 정신질환자의 사회복귀 및 재활에 많은 영향을 끼치는 중요한 요소로는 지역 주민의 정신질환에 대한 태도를 들 수 있다. 지역 주민의 태도에 따라 정신질환자의 조기 치료, 효율적인 치료방법 선택, 정신보건체제 내 이동, 나아가 치료후 사회적응 등이 결정된다. 정신질환에 대한 편견이나 오해는 정신질환자가 한 인간으로서 받아야할 정당한 권리를 저해하고 더욱 근본적인 요구 즉, 과학적인 치료를 받아야 할 기회마저 빼앗기도 한다(김형섭, 김소희, 1995). 따라서 정신질환에 대한 태도를 파악하는 것은 정신사회재활을 촉진하기 위한 실행전략과 지역정신 보건사업을 수립하는데 필수적인 과정이다(이주훈 등, 1996).

한국인의 정신질환에 관한 개념은 과학적 개념이 아닌 전통 사회의 질명개념이 주를 이루는데, 정신질환자는 치료과정에서 다양한 문화적 통로와 여과장치를 거치는 것으로 알려져 있다. 이 과정에서 정신질환자와 가족이 접촉할 수 있는 대상이 바로 지역사회 지도자로서 이들의 태도는 정신질환자와 가족의 결정에 많은 영향

을 주는 것으로 알려져 있다(박용천, 김광일, 1983). 기존의 지역정신 건강관리 모형 개발 과정을 볼 때 지도자의 정신질환에 대한 태도를 조사하여 지역진단과 관련 사업에 활용하는 것을 확인할 수 있다(남정자, 최창수, 1993).

이에 모형개발의 첫 과정으로서 지역사회 지도자의 정신질환자에 대한 태도를 평가하고 향후 설치될 정신보건 시설에 대한 반응행동을 알아봄으로써, 정신보건사업의 홍보 및 기획에 기초자료를 구하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 일 지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도를 파악하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도를 확인한다.
- 2) 지역사회 지도자의 특성별 정신질환에 대한 태도의 차이를 조사한다.

3. 연구의 제한점

지도자를 면담하는 과정에서 지도자들이 실제 자신의 태도보다 사회적으로 바람직한 방향으로 응답하는 경향

* 이 논문은 1997년도 한국과학 기술진흥재단의 자유공모과제 연구비에 의해 연구되었음(1차 논문임)

** 한림대학교 의과대학 산오학과

(social desirability)을 배제할 수 없었다는 점이 본 연구 결과해석에 있어서 고려해야 할 제한점이다.

II. 문헌 고찰

지역 정신건강관리의 특징이 일정 집단에 대한 직접적인 개입도 있지만, 일정 집단에 영향을 미칠수 있는 사람(key person)들로 하여금 해당 집단에 영향을 미치도록 지도자 상담을 하는데 역점을 두고 있음에 비추어 볼 때, 지역진단과정에서 이들의 인식과 태도를 정확하게 파악하는 것이 필수적이다. 지역정신건강관리 체계(연구모형)에서 볼 때 지역사회 지도자는 일반주민, 정신질환자, 가족, 그리고 지역사회와 상호 연관되어 있음을 알 수 있다(그림1). 특히 스스로 병식이 없는 환자의 경우 정신질환의 치료에 대해서는 가족이나 지역주민의 질병에 대한 인식과 태도에 많은 영향을 받게 된다. 정신보건 관련 정책입안자나 정신보건 시설 관계자, 보건 관련 종사자 및 지역주민 대표 등은 정신보건의 문제를 가장 잘 인식하고 있을 뿐 아니라 실제로 사업을 전개하는데 있어 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사람들이다.

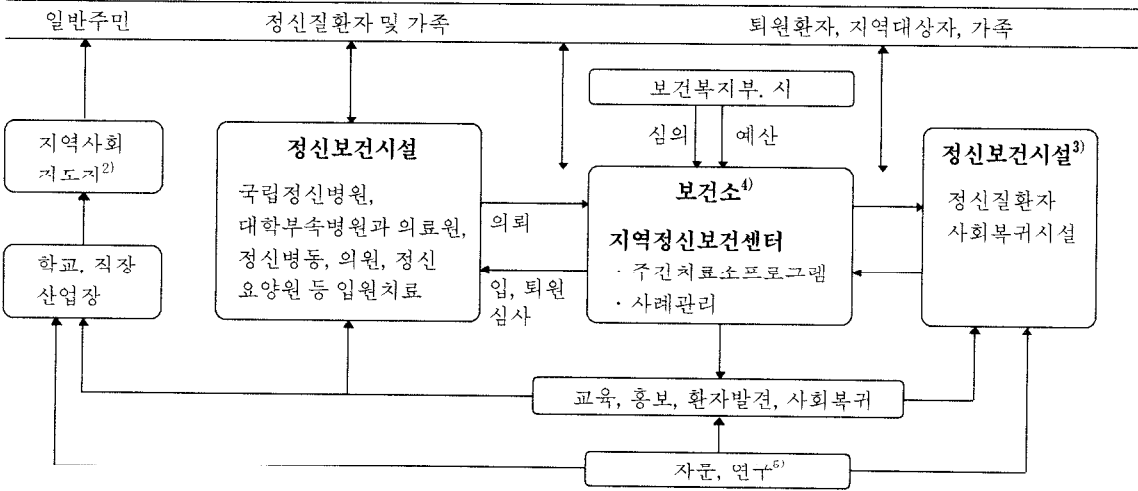
정신건강관리와 관련된 결정에 영향을 주는 요소로서 정신질환에 대한 태도 연구는 현재까지 정신과 근무간호사, 지역주민, 지역사회 지도자를 대상으로 이루어져 왔다.

김형섭 등(1996)이 정신병원 근무 간호사와 보호사를 대상으로 한 연구에서 간호사의 경우 정신질환자를 위협하게 보는 반면, 유전성, 격리수용, 자유구속에 대하여 단호하게 환자권익이 중요하다고 하였다. 또한 간호사들은 사회적 지립과 예후에 대하여 부정적인 태도를 보이는 반면, 이에 비해 보호사들은 격리수용이나 자유구속에 대해 부정적인 태도를 보이는 등 두 집단간에 차이를 보여 주었다. 이러한 차이는 이들이 직접 간호를 가장 많이 제공하는 집단이고, 일반인에게도 영향을 줄 수 있는 집단이라는 점에서 상당한 문제점으로 제기되었다.

Keatinge(1987)는 도시에 살고 있는 사회 계층과 교육 수준이 높을수록 정신과 시설에 대하여 허용적, 긍정적인 태도를 보이며, 이러한 정신질환에 대한 태도가 정신과 치료, 입원율과 이용율에 영향을 끼친다고 하였다.

Wolff등(1996)은 정신질환자에 대한 태도를 결정하

〈그림 1〉 지역정신건강관리 체계(연구모형)¹⁾



1) 남정자, 최창수(1993)의 연구모형에 추천정신보건센터 사업계획(1998)을 적용하여 현실모형 개발 중.
 2) 지역사회지도자의 정신질환에 대한 태도조사: 본 연구에 해당
 3) 현재는 없는 정신보건시설임
 4) · 지역정신보건센터: 정신과 전문의 1인, 정신보건간호사 2인, 사회복지사 1인
 · 시보건소: 99년 3월부터 정신보건간호사 1인 배치예정(현재 수련중)
 5) 연구계획 1) key person에 대한 연구(key informant approach)
 2) 지역 정신보건시설 진단(Rates-under-treatment approach)
 3) 환자와 가족에 대한 정신건강요구 조사연구(Survey)

는데 영향 요인으로 연령, 계층, 교육 등의 사회 인구학적 요소를 확인하였고, 지식 부족이 부정적인 태도와 관계가 깊다고 하였다. 이는 지식정도가 높을수록 정신질환자에 대한 진밀도가 높아진다는 NgSL, Martin와 Romans(1995)의 결과와 같다.

제주도 주민의 정신질환에 대한 태도와 인식을 조사한 연구에서 정민(1998)은 가정치료를 선호하고 정신질환에 대한 수치심이 심하다는 점과 제주의 민족적인 풍습과 인식에 따른 매우 복합적이고 다양한 정신질환에 대한 개념을 확인함으로써 이들을 위한 홍보, 교육, 정신건강운동의 필요성을 강조하였다.

공수자(1998)는 전남 주민들은 정신질환자에 대해 부정적인 표상이 우세하여 정신질환자에 대한 대인 심리에 영향을 줄수 있다는 점을 우려하였다.

안동현과 이부영(1986)은 충남지역의 지역사회 지도자를 대상으로 정신질환에 대한 반응을 조사한 결과, 정신질환에 대한 원시적, 무숙적인 개념이 사라지고, 내적 갈등이나 성격의 원인요소를 고려하는 경향도 나타나지만 치료형태면에서는 격리, 수용위주의 도식적인 견해도 보인다고 하였다. 이러한 결과는 심리적인 관점과 인도주의적인 관점에서 일방적으로 행해지는 계몽과 교육이 무의미하며, 오히려 민간신앙이나, 무속, 종교의식에 따르는 치료적 행위들을 더욱 연구해야 할 필요성을 보여준다고 하였다.

박용천과 김광일(1983)은 지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도를 조사한 결과 정신질환에 대한 심리학적인 개념과 적대적 거부, 그리고 전통적 인도주의 등 3가지 요인을 확인하였다. 지도자들은 한가지 태도만이 아니라 2, 3가지 태도를 동시에 나타내어 단순하게 지식을 제공하는 것이 아니라 바람직한 태도를 형성하는 것에 초점을 두어야 한다고 하였다.

이상의 정신질환에 대한 태도를 요약하면 정신질환에 대한 지식과 이해도는 거주지나 대상자, 교육정도에 따라 차이가 많으며, 정신질환의 치료나 정신질환자에 대한 태도, 정신보건 시설을 설치하는 것에 대하여 일관성이 결여된 상반된 태도가 동시에 혼합되어 있음을 보여주었다.

III. 연구 방법

1. 자료수집 기간 및 방법

본 연구방법은 조사연구로서 주요 인물접근법(key

informant approach)이다. 주요 인물 접근법은 지역사회 요구를 알고 있는 위치에 있다고 가정되는 중심 인물로부터 집단의 요구에 대한 정보를 구하는 것이다(김수지 등, 1987). 주요 인물은 지역사회 지도자, 건강관리자, 기관의 감독자, 기타 지역사회의 여론에 영향을 줄 사람들이 될 수 있다. 주요 인물접근법은 지역사회 지도자와의 면담과 접촉을 통해서 정신건강 요구를 확인할 뿐만 아니라, 정신건강사업을 계획하는 단계에서 값진 역할을 한 자원봉사체계를 구축하는 계기가 된다. 지역사회 지도자들은 자신이 속한 기관의 입장에서 편견을 지니고 있을 수도 있고, 전문적인 훈련을 받지 않았다는 점에서 논의의 여지는 있지만, 정신건강 관리체계에서 주민들에게 중요한 자문역할을 할 수 있다는 점에서 대상자를 다양하게 선정할 경우, 정신건강 요구사정에 매우 가치있는 정보를 제공해 줄 수 있다(Balacki, 1988).

연구 대상자는 춘천시 거주자로서 교직(초중고 교사, 상담교사, 교수), 건강 전문직(의사, 약사, 영양사, 사회복지사, 보건진료소 소장), 공무원(의약, 환경, 보건담당 실무자), 성직자(신부, 목사), 지역주민 대표(새마을지도자, 부녀회장, 이장, 동장, 아파트 입주자 대표, 동네유지) 등 50명인데, 선정 이유는 주민의 건강 상담시 자문역할을 할 가능성이 높고, 지역사회와 의료기관 사이를 연결하며, 환자를 실제로 대할 가능성이 높다고 보기 때문이다(문경서, 김광일, 1987).

치료수집 기간은 97년 11월부터 98년 4월까지 5개월 동안이었으며, 대상자들과 개별적인 직접면담을 통하여 조사하였다.

2. 연구 도구

정신질환에 대한 태도를 확인하기 위하여 본 연구자가 문헌(안동현, 이부영, 1986)을 통해 구성한 대상자의 사회 인구학적 배경과 정신질환에 대한 태도(정신질환의 치료 가능성, 원인론, 정신질환자에 관련된 연상과 태도, 정신병원 건립에 대한 태도, 춘천 지역에 필요하다고 생각되는 정신보건 시설과 프로그램)에 대한 반구조화된 면담지와 국내에서 번역한 정신질환에 대한 태도조사(Community attitude toward the mentally ill) 설문지를 사용하였다. 이 도구는 정신질환자에 대한 권위주의, 자비심, 사회생활제한, 지역 정신보건개념 등의 40문항으로 '전적으로 동의한다'에서 '전적으로 동의하지 않는다'의 5점 척도로 구성되어 있으며 도구의 신뢰도는 Cronbach's=.71 이다. 권위주의와 자비심 척도는

점수가 낮을수록 정신질환자는 일반인과 다르고 열등하므로 수용하여 치료해야 하고, 환자의 사회활동 및 참여에 대하여 부정적인 태도를 보이는 것으로 해석한다. 자비심과 지역정신보건 개념 체도는 점수가 낮을수록 정신질환자에게 인간적, 동정적으로 대하고 지역에서 함께 살 권리가 있으므로 정신보건시설 설치에 대해서도 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 해석한다.

3. 자료 분석

대상자의 사회 인구학적 배경은 빈도와 백분율을 산출하였고, 정신질환의 태도에 관한 가 질문에 대한 응답은 비슷한 내용끼리 범주화하여, 응답의 수를 실수와 백분율로 표시하였다. 대상자의 사회인구학적 배경에 따른 정신질환에 대한 5점 척도 점수는 평균 표준편차, ANOVA 분석을 활용하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 연구대상자의 사회 인구학적 배경

지역사회지도자는 총 50명으로 남자 20명, 여자 30명이었으며, 20대-70대까지의 연령분포를 나타냈고, 직업별로 교직 7명(14.0%), 건강전문직 17명(34.0%), 공무원 8명(16.0%), 성직자 2명(4.0%), 지역주민 대표 16명(32.0%)이었으며, 교육정도는 45명(90%)이 고졸 이상의 학력이었다. 대상자의 월수입은 151-200만원이 13명(26.0%), 101-150만원이 12명(24.0%), 100만원 이하가 10명(20.0%)으로 주로(70%) 200만원 이하에 속했다. 정신질환자를 대해본 경험은 직접 경험 26명, 간접경험 21명으로 약 반수 정도가 직. 간접 경험이 있다고 하였다. 정신질환자가 발생했을 때 택하고자 하는 치료방법을 중복하여 답하게 하였을 때, 현대의학(48명)이 가장 많았고, 자가치료 및 요양(27명), 한의학(23명), 민간요법(15명), 신앙치료(13명)으로 거의 2가지 이상의 치료방법을 택하겠다고 응답하였다.

2. 정신질환의 치료가능성

지역사회 지도자들은 정신질환의 치료 가능성에 대하여 치료된다가 54%, 어느 정도 치료된다가 28%, 치료되지 않는다가 16%로서 대상자의 82%는 정신질환이 치료 가능하다고 하였다(표1). 지역사회 지도자는 아

니지만 Wolff 등(1996)의 일반 지역주민 215명의 조사에서 80%의 주민이 정신질환은 약물이나 정신요법으로 치료될 수 있다는 결과와 비슷한 비율이다. 정민(1998)의 연구결과에 따라 이들 서울 주민과 제주도민에 비교할때 치료되기 어렵다가 서울 주민 8.3%, 제주도민 31.0%, 춘천 지역 지도자는 16%로서 춘천 지역 지도자들은 정신질환의 치료 가능성에 대해 서울 주민보다 부정적이고, 제주도민보다는 긍정적인 경향을 보여 주었다. 치료자나 가족들이 정신질환을 치료될 수 없는 병이라고 인식할수록 치료시키는 것이 어렵고 자포자기하여 만성화되는 반면, 완치에 대한 비현실적인 기대를 버리지 않는 경우도 역시 환자의 사회복귀에 바람직하지 않은 만큼, 지도자들이 정신질환의 예후에 대하여 과학적이고 현실적인 태도를 갖는 것이 중요하다고 본다.

<표 1> 정신질환의 치료 가능성 (n=50)

분류	실수(백분율)	응답내용의 요약
치료된다	27(54.0%)	치료를 가능하며 꾸준한 노력이 필요하고 사회복귀까지는 많은 시간이 필요하다. 주의의 관심이 필요하고 환경이 변화되어야 한다.
치료되지 않는다	8(16.0%)	성격이 신전적으로 타고나서 치료하기 어렵지만 증상은 약물로 어느 정도 조절이 된다고 본다.
어느 정도 치료된다	14(28.0%)	초기인 경우 또는 중증이 아닌 경우만 치료되며 재발가능성이 높다.
모르겠다	1(2.0%)	

3. 정신질환의 원인

지역사회 지도자는 정신질환의 원인에 대해서 지역사회 지도자의 반수 이상이 단일한 원인이 아닌 복합적인 원인으로 발병한다고 믿고 있었다(52%). 단일한 원인으로는 스트레스가 가장 많았고, 성격문제, 뇌이상, 지체장애 결어와 발달장애 등의 순이었다. 복합적인 원인으로는 '유전과 환경 스트레스'가 가장 많았고, '성격과 환경변화', '유전, 가정, 사회, 성격'의 순이었다(표2). 어떤 원인이라든 환경적인 스트레스에 대한 인식은 기존 연구에서와 같이 매우 높았는데(공수자, 1998 : Wolff 등, 1996), 이는 스트레스 개념이 보편화되어 있음을 말해준다. 정신질환의 원인에 대하여 초자연적 개념과 사회 심리적인 개념, 신체적인 개념이 골고루 나타난 연구

와 비교해 볼 때(정민, 1998). 본 연구에서는 초자연적인 개념이 전혀 나타나지 않았고, 신체적인 원인도 뇌이상이라고 응답한 2명에 불과하다. 정신질환이 하나의 원인이 아닌 복합적인 원인으로 인해 발병한다는 인식이 증가한 것은 여러 가지 치료방법을 동시에 택할수 있다는 가능성을 시사해주고, 또한 상호배타적인 단일한 치료법을 권고하는 것이 효과가 없으리라는 점도 말해준다. 또한 자가치로나 요양, 안정, 종교적 치료개념은

계속 연구되어져야 한다고 본다. 본 연구에서 초자연적 개념이 나타나지 않은 것이 인식이나 이해도가 증가한 때문이라고 해석할 수도 있지만, 안동현과 이부영(1986)에 의하면 정신질환에 대한 이해도가 높아지는 것이 정신질환자의 사회복귀나 지역사회 수용도 등에 반드시 긍정적인 효과를 보이는 것은 아니라고 하여. 이해도와 정신질환자에 대한 태도 등은 단순히 해석하기 어려운 요인임을 알 수 있다.

〈표 2〉 정신질환의 원인

(n=50)

분 류	실수(백분율)	응답내용의 요약
단일원인론 23(46.0%)	스트레스(16:32%)	정신적 쇼크, 환경적인 스트레스, 고립된 상황, 심한 충격, 스트레스 해소 창구 미비
	뇌이상 (2:4%)	뇌세포의 이상, 신경물질의 이상
	성격문제 (3:6%)	소심 나약한 성격, 지나치게 원칙적이고 내성적이어서 스트레스를 못 풀 경우
	지지체계결여 (1:2%)	이해하는 이웃이 전혀 없어서
	발달장애 (1:2%)	성장 과정중의 문제와 기능장애
복합원인론 26(52.0%)	유전+환경스트레스 (17:34%)	유전적인 소양에 스트레스와 쇼크: 집안환경, 파로, 환경적인 부적응
	성격+환경변화 (5:10%)	소극적인 성격에 심한 충격을 받거나 스트레스 대처 능력 부족, 자아의 미성숙, 삶에 절망할 때
	유전, 가정, 사회, 성격 (4:8%)	유전, 뇌기능 장애, 환경, 사회 등 복합적 요인
무응답 1(2.0%)		

4. 정신질환자에 관련된 연상

지역사회 지도자들에게 ‘정신질환자’ 하면 떠오르는 것이 무엇입니까?라는 질문을 했을 때 이에 대한 응답을 부정적인 연상(76%)과 긍정적인 연상(24%)으로 나눈 결과(표3), 부정적인 연상이 긍정적인 연상의 3배 정도 많았다. 이러한 응답 내용을 소재목으로 범주화한 결과, 예측할 수 없는 행동, 감금, 격리와 소외, 범죄, 불 등을 떠올렸는데, 이는 정신질환자의 증상적인 행동, 비인도적인 치료방법이나 매스 미디어에 나타난 충격적인 사건등이 깊이 인식되어 있음을 반영한다(Williams & Taylor, 1995 : Glasson, 1996). 이러한 연상은 시도사나 주민의 실제 행동에 영향을 주기 때문에 정신질환자에 대한 수용도가 높지 않음을 예측할 수 있다. 이는 여러 선행 연구와도 일치하는 결과로 정신질환자는 행동이 기이하고 위험하며, 평생 쓸모없는 사람이라는 부정적인 인상이 하나의 낙인이 되어 보편화되어 있음을 볼 수 있다(김형섭, 김소희, 1995 : 공수자, 1998, 정민, 1998) 긍정적인 연상으로는 불쌍한 희생양으로 도움이 필요하

다고 보고, 주변 환경과 무관하게 사니까 편안해보인다는 느낌이 있었다. 이러한 연구 결과를 통해 볼 때, 지역사회 복귀에 성공한 정신질환자 사례와 함께 치료기관의 인본적이고 과학적인 치료 실례를 홍보하여 지역사회 지도자의 부정적인 연상을 변화시키고, 긍정적인 연상을 강화시키는 계기를 마련하는 것이 필요하다고 본다.

5. 정신질환자에 대한 태도

‘옆집에 이사 온 가족 중에 정신질환자가 있다면 어떻게 대하겠는가?’에 대한 응답을 분류해 본 결과는 다음과 같다(표4).

가장 많은 응답은 ‘조건부 수용(42%)’으로 두렵고 긴장되며 꺼려지겠지만, 환자의 상태가 경하다면 친절하게 대하고 가족에게 치료를 받도록 권유하겠다는 태도였다. 두번째는 ‘수용형(28%)’으로 대화와 관심으로 환자를 적극적으로 돕겠다는 태도였다. 세번째는 ‘거부형(20%)’으로 기분이 나쁘고 접촉하고 싶지 않으며 환자가 이사를 가게 하거나 본인이 이사를 가겠다고 하였다.

〈표 3〉 정신질환자와 관련된 연상

(n=50)

분 류		실수(백분율)	응답내용의 요약
부 정 적 연 상	예측할 수 없는 행동	24(48%)	위험하다. 속된 표현으로 미쳤다. 많은 사람들 앞에서 행동을 자제하지 못하고 말을 많이 한다거나 돌출적인 행동. 엉뚱한(이해할 수 없는) 행동이나 말. 정상인으로 생각할 수 없는 호트러진 행동과 모습. 알콜. 남을 의식하지 않는 것(중증). 사람을 대하는 것을 기피함(경증). 두려움. 불안하다. 피해의식. 거리를 해매인다. 기억력 상실. 난폭하다. 과대망상. 주변에 피해를 주기 쉽다. 비현실성(의사가 되기전에는 난폭성을 먼저 생각함). 비정상적 사고 방식을 가진 사람. 우울증. 현실의 왜곡으로 정서불안. 과격함 또는 심한 정도의 조용함. 현실과 괴로된 언어, 판단, 행동. 비정상적인 행동과 언어. 대인 기피, 과격함 행동. 무서운 생각. 미친개, 헐크. 미친 사람, 보통 사람들의 사고, 태도, 행동의 장애가 있는 사람. 엉뚱하고 재미있는 것. 실없이 웃는다. 현실과의 괴리된 사고
	격리, 소외	4(8%)	격리, 따로 떨어져트리는 것, 소외감, 기도원, 남자간호사, 구타, 감금. 사회적 소외. 인간관계의 소외
	불	1(2%)	불(정신질환자가 전세든 집 불낸 것을 보았음)
	감금	6(12%)	정신질환자 수용시설. 가택연금. 부정적 labeling. 비인격적 대우. 감금. 정신요양원 내지 정신병원
	범죄	3(6%)	사고. 살인. 상황에 어울리지 않는 언행이나 해픈 웃음. 때로 흉기를 휘두른다거나 자동차로 무차별 목숨을 짓밟는 사람 등. TV를 통해 보여지는 여러 가지 행동들
공 정 적 연 상	동정	10(20%)	위험하다. 도움이 필요하다(줘야겠다). 정신적으로 아픔을 갖고 있는 사람. 영화장면. 건강상실에 의한 불행한 사람. 정신적으로 여리고 약한 희생자. 정상인의 감추어진 일면을 솔직하게 보여주고 있는 듯 하다. 치료받으면 곧 정상인으로 될 수 있다는 긍정적인 생각도 하게 된다. 평생을 그렇게 완치도 안된채 산다는 것에 대한 동정심. 하나의 인격체로서 인간의 존엄성을 인정해야 할 것 같은 마음과 그 환자 주변의 보호자나 가족의 고통이 연상, 어떤 방법으로 도움을 줄 수 있을까(환자보다도 그 가족이 우선 불쌍해짐). 독립적 생활이 가능한데도 정신과 치료를 하지 않으면 사회생활을 원만히 수행할 수 없는 사람. 왜 저런 현상이 일어날까. 상태가 어느 정도인가 먼저 정신과 의사에게 상담을 해야됨을 가족에게 권유. 먼저 원인이 어디에 있나부터 생각
	편안감	2(4%)	환경이 가장 아무것도 모르고 그냥 살아가니까. 참 편안하겠다. 나도 저렇게 사는게 좋겠다. 마음을 비운 편안함.

네번째는 ‘방관형(10%)’으로 개의치 않겠다는 태도였다. ‘조건부 수용형’과 ‘방관형’의 경우 실제 상황에서는 거부적인 태도로 변화될 잠재적 가능성이 있는 것으로 볼 때 실제 거부형은 72%에 달하는 것으로 정신질환자가 지역사회로 통합되기가 상당히 어렵다고 본다. 정민(1998)의 정신질환자가 지역사회내 자유로이 왔다 갔다 하는 것을 어떻게 생각하느냐는 질문에 대해 제주도민 1.6%, 서울주민 11-13%, 여천 주민 20.9%, 강릉 주민

6%가 ‘괜찮다’고 응답한 결과와 비교했을 때, 춘천지역 지도자들은 정신질환자와 지역사회내 함께 거주하는 것에 대해 가장 개방적인 태도를 보여주었다. 그러나, 영국에서의 85%의 주민이 정신질환자와 함께 같은 동네에 거주할 수 있다고 한 결과와는 상당히 비교되는 결과로서(Brockington 등, 1993), 문화적인 편차가 매우 크다는 것을 알 수 있다.

〈표 4〉 정신질환자에 대한 태도

(n=50)

분류	실수(백분율)	응답내용의 요약
수용형	14 (28%)	<ul style="list-style-type: none"> · 대화, 관심을 준다. 더불어 사는 사회이므로. · 대화를 통해서 치료받을 수 있도록 권고하고 이끌어 주는 것이 바람직하다. · 아마도 관심을 갖고 지켜보고 기회가 닿으면 대화도 나눠볼 것이다. · 이해를 하면서 관심으로 보통 이웃사람처럼 대한다. · 친절하게 감싸주고 싶다. · 연민, 측은함. 때로는 원인을 알고싶은 충동을 느낄 것이다. 그리고 친절하게 대해 주겠다. · 그의 가족과 함께 이야기를 해보겠다. · 환자의 상태를 먼저 생각하고 파악한 다음 도움이 된다면 상담을 해주고 비정상적인 행동이나 사고를 이해하는 입장에서 적극적으로 돕겠다. · 우호적 태도를 보이겠다. · 긍정적인 태도를 보이겠으며 면담을 시도해 보겠으며, 그 가족과 만나보겠다. · 그의 가족에게 환자에 대한 지식을 권해 보겠다. · 두려워하지 말고 환자 가족과 더 가까워져서 함께 관심을 갖고 친절하고 부드럽게 대화를 해 주고 손도 잡고 칭찬도 해 준다. · 친절하게 불쌍하게 생각하며 성심껏 대해준다.
방관형	5 (10%)	<ul style="list-style-type: none"> · 특별히 신경쓰지 않는다. · 변화 없다. · 우호적이지는 않겠지만 경계심을 나타내지는 않겠다. · 개의치 않는다. · 아무렇지도 않은 듯이 지낸다. · 이를 반기는 사람은 없다고 본다. 하지만 정신질환자가 범죄자가 아니므로 직접적인 피해가 없다면 방관할 것 같다.
조건부 수용형	21 (42%)	<ul style="list-style-type: none"> · 그 집에서는 숨기려고 할 것이다. 그러나 먼저 상의하러왔다면 적절하게 대하겠다. · 특별히 다르지 않게 대하겠으나 가족의 태도가 궁금하여 살펴겠다. · 처음에는 두렵고 약간은 긴장하겠지만 환자의 상태가 어느 정도인지 알 수 있다면 전혀 상관없다. · 어린이들의 접근을 피하도록 하고 질환정도에 따라 병원인원 치료를 가족에게 권고하겠다. · 이해하고 가족을 도와주는 태도를 보이겠다. 단 환자로 하여 피해가 심할 경우는 다시 고려하겠다. · 보통 이웃 대화듯이 하도록 노력할 것이다. 적절한 치료를 받고 있는지, 폭력성은 없는지 관찰이 필요할 것으로 생각한다. · 정신질환자도 하염금 정상인과 날더 대접받는다느니 느낌을 받지않도록 소심하고 싶다. · 별로 이상할 것이 없을 것 같다. 환자가 유형에 따라 다르다고 생각한다. · 다른 사람과 똑같이 대한다. 그 사람의 증상에 따라 고려할 점들이 있겠지만. · 보통사람들과 같이 대할 것 같다. 그러나 막상 이사를 오면 어떻게? · 치료가 된다면 도와줄 것 같다. · 정도가 심한 경우에는 꺼려진다. 경한 경우에는 환자와 대화한다. 경계가 같 것 같다. · 약간의 신경은 쓰이겠지만 친절하게 대하겠다. · 두렵고 떨릴 것 같으므로 될 수 있으면 신경을 건드리지 않고 친절하게 대하며 신경과로 진찰 빈도록 보호자에게 권할 것 같다. · 우선은 살펴보고 그쪽에서 치료를 받는 중이라면 평상시처럼 대하겠다. · 보통사람 대화듯이 하지 않을까? 심한 경우는 피하고 싶을 것 같고 부딪히지 않으려고 애쓴다. 친하게 된다면 가족에게 치료를 권유하겠다.
거부형	10 (20%)	<ul style="list-style-type: none"> · 정도의 문제이겠지만 스스로 방문하기는 어렵지 않을까! · 환자 존재에는 일단 마음속으로 경계하지만, 환자에게는 표현하지 않는다. 외모로는 전혀 이상을 발견할 수 없기만 언제든 때 돌발적인, 이상한 행동을 할 수 있기 때문이다. · 가늠하면 이사를 권유하고 싶고 그렇지 못할 경우 철저한 보호자의 감독이 요구된다. · 경계를 할 것 같다. 가까이서는 못할 것 같다. 무슨 발작을 일으킬지, 식구도 죽이니까. · 냉담하게 대한다. 10%는 정도만 찬성한다. · 기분이 썩 좋을리는 없을 것이다. 언제 어느때 무슨 행동이 나올지 모르니까 불안할 것이 분명하다. 그러나 적개심은 갖지 않도록 해야 한다. · 알게 모르게 경계심을 버릴 수 없을 것 같다. · 일단은 경계하게 될 것이다. 위험하니까. · 아무래도 경계심을 갖고 행동할 것 같다. · 솔직한 심정은 자주 접하고 싶지 않고, 접하게 되면 편안한 말로 대해 주겠다. · 먼저 내가족의 안전을 도모하고 이웃과 대책을 의논하겠다.

6. 정신병원 건립에 대한 태도

같은 지역사회내에 정신병원을 세우는 것에 대하여 어떻게 생각하느냐?는 질문에 대한 응답을 보면 찬성한다가 38%, 반대한다가 52%, 조건부 찬성한다가 10%로 지도자들의 반수 이상이 지역내 정신보건 시설의 건립을 반대하였다. ‘찬성한다’는 의견은 정신병원을 일반병원과 같다고 보고, 치료나 수용시설이기 때문에 괜찮다고 하였고, ‘반대한다’는 환자가 병원을 탈출하여 기증을 해칠 수 있고 집값이 떨어지기 때문에 주택가는 피해가 건립해야 한다는 태도를 보였다. 조건부 찬성한다는 병원에서 환자를 안전하게 관리한다면 상관없고 병원의 규모나 시설을 파악하여 찬반의사를 결정하겠다는 조심스러운 태도를 보였다(표5). 이는 이주훈 등(1996)의 경기도 주민을 대상으로 한 연구에서 여론주도층의 정신병원 건립 반대율(82.6%)보다는 낮지만, 비여론 주층보다 반대율이 유의하게 높았다는 결과와 정신보건 관련자의 태도가 일반 주민의 태도보다 더 부정적이라는 사업추진의 장애요소가 된다는 남정자와 최창수

(1993)의 결과를 상기시킨다. 지역사회 지도자들이 실무자나 정보 제공자로서 정책결정에 관여한다고 볼 때, 이러한 태도는 정신사회 재활과는 거리가 멀고, 지역사회에서 멀리 떨어진 고립된 치료기관을 설치할 수밖에 없는 결과를 낳게 된다. 이상과 같은 결과는 치료기관에서 환자에 대한 감독이 충분함수록 정신보건 시설에 대해 호의적이고(Aubry etc, 1995), 정신병원을 경험하고 난후 환자에 대한 권위주의적이고 사회생활을 제한시켜야 한다는 태도가 현저하게 감소되었다는 결과에 근거하여(Smith, 1969), 종래의 수용 위주의 정신질환자 관리를 치료와 사회재활 개념으로 바꾸고, 정신병원의 운영 철학과 치료 방향을 지역 주민에게 충분히 홍보하며, 정신보건시설이 지역사회에 열려있는 기관이라는 이미지를 제공한다면 지도자나 지역 주민의 태도는 수용적으로 변화될 수 있다고 본다. 또한 정신보건 시설의 설립이나 운영에는 문화적인 가치와 신념체계가 중요한 영향요인이 되므로(Baker & Schulberg, 1967), 이와 관련된 심층적인 연구가 요구된다.

〈표 5〉 정신병원 건립에 대한 태도 (n=50)

분류	실수(백분율)	응답내용의 요약
찬성한다	19(38%)	정신병원이나 일반병원이 같다고 보고, 치료시설, 수용시설이기 때문에 상관이 없다고 본다
반대한다	26(52%)	주택가는 피해가 건립해야 되며 병원을 탈출, 가족에게 해를 끼치지 않을까 예측할 수 없는 행동에 대해 두렵고 교도소와 마찬가지로 내 집의 가치가 떨어진다고 본다
조건부 찬성한다	5(10%)	병원에서 환자를 안전하게 관리한다면 상관없고, 병원의 규모나 시설을 파악한 뒤 결정한다.

7. 춘천 지역에 필요한 정신보건 시설과 프로그램

춘천지역에 필요하다고 생각되는 정신보건시설이나 프로그램은 질문한 결과, 사회복지시설이 필요하다는 30%로 가장 많았고, 현재로 만족한다가 12%, 치료시설(병상부족)이 필요하다는 10%, 예방 및 증진 프로그램

〈표 6〉 춘천 지역에 필요한 정신 보건 시설과 프로그램 (n=50)

분류	실수(백분율)	응답내용의 요약
치료시설(병상부족)	5(10%)	병상을 늘여서 환자를 제도권 내로 들여와야 하고 영리가 아닌 국가에서 더 많은 치료시설을 세워야 한다.
사회복지시설	15(30%)	사회복지에 필요한 시설-재활프로그램, 그룹홈, 주간생활센터- 등이 지역사회 통합을 위해 세워져야 하고, 가족이나 퇴원한 환자들의 모임이 활성화되어야 하고, 사회보장 측면의 요양시설도 더 필요하다고 본다. 정신질환자 교육, 상담하는 전문요원이 더 필요하다.
격리·수용시설	1(2%)	구체적으로는 모르지만 수용·격리시설이 더 필요하다.
알콜중독 치료 프로그램	2(4%)	알콜중독치료는 병원입원으로는 안 되는 것 같다. 이들을 위한 지역사회상담이 필요하다.
예방 및 정신건강 프로그램	4(8%)	경증 환자들의 대인관계를 증진시켜주고, 정신질환 예방과 정신질환자 재적응은 물론 일반주민의 전반적인 삶의 질을 향상시키는 계획이 필요하다.
현재로 만족	6(12%)	현재 춘천시에 있는 국립정신병원, 요양원 정도면 만족한다.
특별히 할 말 없다	17(34%)	

이 8%, 알콜중독 프로그램과 격리. 수용시설은 각각 4%, 2%등이었다(표6). 이상의 결과는 지도자들이 격리, 수용시설보다는 치료와 사회복귀, 재활 프로그램이 필요하다고 하여 국가에서 운영하는 복지 치료시설과 재활프로그램, 그룹홈, 주간생활센터가 필요하고, 전문 인력과 환자 및 가족모임, 일반 주민의 정신건강 증진과 질병예방에도 관심을 보였다. 특히 알콜중독 치료 프로그램이 필요하다고 본 것은 지역사회내 알콜 의존자로 인한 정신 건강 문제가 심각한 반면, 알콜 의존 전문 치료 센터가 없다는 것을 의미한다. 현재 춘천시의 국립정신 병원과 요양원 정도면 충분해 더 이상 시설이 필요하지 않다고도 하였다. 이상과 같은 지역정신 보건에 대한 요구에 비해 이 점에 대해 생각해보지 않았다고 응답한 대상자도 34%에 달해 지역 정신보건에 대한 인지도는 낮았다.

8. 대상자 특성별 정신질환에 대한 태도(CAMI 척도)

지역사회 지도자의 인구학적 특성별로 본 정신질환에 대한 태도의 차이는 4개 척도 중 2개 척도인 사회생활 제한과 지역정신보건 개념 척도에서 거주지, 직업, 교육수준 별로 유의한 차이가 있었다(표7). 즉, 도시에 거주하는 대상자가 농촌에 거주하는 대상자보다 사회생활 제

한 척도가 높아 정신질환자의 사회생활에 재하여 허용적이고 수용적인 태도를 보였고, 지역 정신보건개념에 있어서는 도시거주자가 농촌 거주자보다, 직업이 교직원 군이 주민 대표보다, 대학원졸업자가 교육수준이 낮은 대상자보다 긍정적이어서 정신질환자도 지역사회에 함께 살아야 하고 정신보건시설도 지역에 설치되어야 한다는 긍정적인 태도를 보여 교육수준이 높을수록 정신질환자에 대하여 관대한 태도를 보인다는 것을 입증하였다(이주훈 등, 1996). 권위주의와 자비심 척도에서는 유의한 차이가 없었다. 4가지 척도 각각의 전체 점수를 같은 척도를 사용한 일반주민을 대상으로 한 연구 결과와 비교할 때(이주훈 등, 1996), 춘천 지역 지도자의 권위주의와 사회생활 제한, 자비심과 지역 정신보건개념의 태도 척도에서 경기도민보다 긍정적이고 인도적이며 관대한 태도를 보였다. 이는 남정자, 최창수(1993)의 일반 주민과 관련자(지도자)의 태도 비교 조사에서 관련자가 일반주민보다 더 부정적인 태도를 보인다는 결과와는 반대되는 결과로서, 지역정신보건사업에 있어 발전적인 요소로 활용할 수 있음을 보여주며, 농촌거주자이며 교육수준이 낮은 마을 부녀회장이나 농대표, 입주자 대표 등에 해당하는 지도자그룹을 대상으로 한 교육이 선행되어야 함을 제시해 주었다.

〈표 7〉 조사대상자의 특성 변인별 CAMI 평균점수

(n=50)

특성변수		권위주의 (m±S.D.)	자비심 (m±S.D.)	사회생활제한 (m±S.D.)	지역정신보건개념 (m±S.D.)
성	제	26.8±2.8	18.0±5.1	25.5±3.7	20.4±4.9
성	남자	27.0±2.2	17.0±4.4	25.5±3.5	19.0±4.5
	여자	26.7±3.1	18.8±5.4	25.5±3.9	21.3±4.9
연	20대	28.5±0.7	23.5±0.7	29.0±1.4	21.5±3.5
	30대	27.2±3.4	17.4±4.5	25.5±4.5	20.9±4.2
	40대	26.0±2.7	17.2±6.6	24.7±3.7	20.0±6.8
	50대	26.9±2.2	19.8±3.3	26.4±2.8	20.1±2.3
	60대	27.0±1.8	17.3±5.4	24.5±3.1	19.8±6.1
거 주 지	도시	27.1±2.7	17.8±5.3	26.2±3.4*	19.5±4.7*
	농촌	26.0±3.0	18.6±4.5	23.3±4.0	23.0±4.4
직	교직	27.2±1.9	14.0±3.7	28.2±1.7	15.2±3.4**
	건강전문직	27.1±3.2	18.0±5.9	25.8±3.9	20.3±5.2
	공무원	26.9±1.8	18.3±3.9	26.6±3.0	19.6±2.1
	수도자	27.0±2.8	14.0±2.8	27.0±0.0	16.5±4.9
	지역주민대표	26.3±3.2	19.9±4.4	23.5±3.9	23.3±4.1
교	국졸	25.0±1.4	23.5±6.4	21.0±1.4	28.5±2.1*
	중졸	28.3±2.3	18.7±5.7	25.3±2.1	21.0±5.3
	고졸	26.2±3.0	19.3±4.0	24.6±4.3	22.1±3.7
	대졸	27.1±3.0	16.8±5.5	26.5±2.8	18.9±4.6
	대학원졸	27.3±2.1	16.7±5.3	26.4±4.2	18.3±5.1

〈표 7〉 계속

(n=50)

특성변수		권위주의 (m±S.D.)	자비심 (m±S.D.)	사회생활제한 (m±S.D.)	지역정신보건개념 (m±S.D.)
결 혼	미혼	28.7±0.6	21.0±4.4	28.3±1.5	21.0±2.6
	기혼	26.9±2.8	18.0±5.2	25.5±3.5	20.4±4.9
	사별	24.5±3.5	16.5±0.7	20.0±8.5	23.5±6.4
	기타(수도자)	24.5±0.7	16.5±6.4	26.0±1.4	15.0±2.8
종 교	유교	27.0±0.0	14.0±0.0	23.0±0.0	17.0±0.0
	불교	29.0±2.8	16.5±0.7	28.5±2.1	20.5±0.7
	기독교	27.2±2.7	19.1±4.2	24.4±4.3	21.8±3.8
	천주교	27.2±2.3	18.2±3.4	26.2±2.9	19.3±3.4
	무	26.1±3.0	17.7±6.3	25.7±3.9	20.1±6.0
월 수 입	50-100만	26.8±3.5	19.0±4.2	24.0±5.2	24.2±3.8
	101-150만	26.2±2.3	18.7±6.2	26.1±3.7	19.3±5.3
	151-200만	27.4±3.5	17.4±5.2	26.2±3.1	19.8±4.0
	200-250만	26.8±1.8	19.7±3.6	23.8±3.9	20.5±2.4
	251-300만	25.7±2.1	18.0±2.0	24.3±1.5	20.7±4.0
	301만이상	27.8±1.8	15.6±6.7	27.6±2.9	18.4±7.5
	무(수도자)	25.0±0.0	12.0±0.0	27.0±0.0	13.0±0.0
정신질환자 대해본 경험(중복응답)					
직접경험(n=37)	유	26.7±2.6	17.35±5.6	25.6±3.8	19.6±5.4
	무	27.4±2.8	20.5±4.4	25.1±4.8	22.4±4.3
간접경험(n=29)	유	26.7±2.8	18.0±5.6	25.5±3.2	20.1±5.3
	무	27.9±2.9	18.9±3.7	25.6±5.3	21.9±3.9

*P<.05, **P<.01

V. 결론 및 제언

본 연구는 일 지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도를 파악하기 위하여 실시하였다. 대상자는 지역사회 지도자 50명이었고, 자료수집 기간은 97년 11월부터 98년 4월까지 반구조화된 질문기를 통해 직접 면담으로 자료를 수집하였다.

지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도는 다음과 같다.

정신질환은 치료된다가 54%, 어느 정도 치료된다가 28%로 정신질환은 치료가 되는 질병으로 보고 있었다. 정신질환의 원인은 주로 스트레스(32%), 유전과 환경적인 스트레스(34%)로 사회심리적인 원인론이 우세했고, 추자연적인 개념은 없었다. 정신질환자에 대하여 예측할 수 없는 행동, 격리, 소외, 불, 감금, 범죄 등 부정적인 연상이 주를 이루었다(76%). 정신질환자와 같은 지역에 거주하는 것에 대하여 조건을 보아 수용하겠다는 42%, 수용하겠다는 28%로 수용형이 비교적 많았다. 지역사회내 정신병원 건립에 대하여 반수이상인 반대하였고(52%), 춘천 지역에 가장 필요한 정신보건 시설은 정신질환자를 위한 그룹홈, 주간생활센터등 사회복지 시

설(30%)이라고 한 반면, 무응답자도 34%나 되어 지역 정신 보건에 대해 낮은 관심을 보였다. 권위주의, 사회 생활제한, 자비심, 지역정신보건 등의 태도 결과를 볼 때, 교육수준이 낮고, 농촌에 거주하며, 주민대표에 해당하는 지역사회 지도자들을 대상으로 한 교육이 선행되어야 하는 것으로 나타났다.

본 연구는 지역사회 지도자를 직접 면담하여 실제 자료를 구하려고 노력하였는데 의의가 있으며, 이상과 같은 결과로 지도자를 대상으로 한 교육을 제공하는 것과 지역사회 적응에 성공한 환자 사례와 정신보건 시설 개방을 통한 시급하며, 정신질환에 대한 태도의 영향 요인을 파악하는 연구가 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

- 공수자 (1998). 정신질환자에 대한 사회적 표상 연구. 정신간호학회지, 6(2), 265-277.
- 김수지 (1987). 간호연구. 서울: 수문사
- 김형섭, 김소희 (1995). 정신보건분야의 잘못된 인식과 편견. 용인정신의학보, 2(2), 183-199.
- 김형섭, 서상훈, 박상곤, 김용희, 김소희 (1996). 용인정

- 신병원 간호사, 보호사들의 정신장애에 대한 인식 및 태도 조사. 용인정신의학보, 3(1), 47-57.
- 남정자, 최창수 (1993). 지역정신보건 시행방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 문경서, 김광일 (1987). 자살에 대한 지역사회 지도자들의 태도조사. 정신건강연구, 5, 223-237.
- 박용천, 김광일 (1983). 정신병에 대한 지역사회 지도자들의 태도 조사. 신경정신의학, 22(2), 218-232.
- 안동현, 이부영 (1986). 지역사회 지도자들의 정신질환에 대한 반응. 서울의대 정신의학, 11(4), 281-297.
- 이주훈, 이충순, 황태연, 한광수, 이영문 (1996). 수서-일원 지역주민의 정신질환자에 대한 태도. 용인정신의학보, 3(2), 188-202.
- 정민 (1998). 정신장애에 대한 제주인의 인식과 태도. 정신간호학회지, 6(2), 217-228.
- Aubry, TD, Tefft B, Currie RF (1995). Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental Health residences who are neighbors. Community Mental Health Journal, 31(1), 39-52.
- Baker F., Schulberg H. (1967). The development of a community mental health ideology scale. Community Mental Health Journal, 3, 216-225.
- Balacki, M. F. (1988). Assessing mental health needs in the rural community : a critique of assessment approaches. Issues in Mental Health Nursing, 9(3), 299-315.
- Brockington, IF, Hall P, Levings J, Murphy C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. B-J-Psychiatry, 162, 93-99.
- Glasson, J. (1996). The public image of the mentally ill and community care. B-J-Nursing, 5(10), 615-617.
- Keatinge, C. (1987). Community factors influencing psychiatric hospital utilization in rural and urban, Ireland. Community Mental Health Journal, 23(3), 192-203.
- Ng S. L., Martin J. L., Romans. E. (1995). A community's attitudes towards the mentally ill. N-J-Med-J, 108(1013), 505-8.
- Smith J. J. (1969). Psychiatric hospital experience and attitudes toward "mental illness" J. Consulting and Clinical Psychology, 33(3), 302-306.
- Williams, M. Taylor, J. (1995). Mental illness : media perpetuation of stigma. Contemporary Nurse, 4(1), 41-46.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. B-J-Psychiatry, 168, 191-198.

Key concept : Attitudes toward mental illness

The Attitudes of Community Leaders Toward Mental Illness

*Noh, Choon Hee***

This study attempts to identify attitudes of community leaders toward mental illness in order to obtain useful information concerning the planning of community mental health services.

The community sample consists of 50 community leaders including, civil servants, doctors, herb doctors, school nurses, counselors, village leaders, pharmacists, and pastors. Individuals were asked to give demographic data, their personal attitudes toward mental illness' etiology & prognosis, and toward neighbors who are psychiatric patients.

The interview with open questions was used to collect data.

According to the study community leaders 82% believed that mental illness could be treated, 66% believed that mental illness was caused by genetic factors and environmental stress, and 76% had negative impressions about mentally ill people such as fear, seclusion, asylum, also crime. Only 28% of mentally ill people were accepted as neighbors in community. 52% of community leaders rejected opening of mental hospital, and thought that the Chunchon community needed facilities such as group homes, or day care centers(30%), however, 34% of the leaders they didn't recognize community mental health.

These findings suggest that mental health professionals need to pay special attention to change the attitude of Chunchon community leaders and mental health institutions need to develop mental health education program for community leaders.

* Department of Nursing Science, Hallym University