

정신과 보호사의 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향

김향하¹ · 김지영² · 이명하² · 정석희²

전북대학교대학원 간호학과 · 신세계병원¹, 전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소²

Effect of Human Rights Sensitivity and Social Distance on Attitude toward Mental Illness in Psychiatric Hospital Orderlies

Kim, Hyang Ha¹ · Kim, Ji Young² · Lee, Myung Ha² · Jeong, Seok Hee²

¹Graduate School, Department of Nursing, Chonbuk National University · New World Hospital, Jeonju
²College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the effects of human rights sensitivity and social distance in psychiatric hospital orderlies on attitudes toward mental illness, including authoritarianism, benevolence, social restrictiveness, and community mental health ideology. **Methods:** Participants were 201 psychiatric hospital orderlies working in one national mental hospital or one of 10 private mental hospitals. Data were collected from May 9 to June 22, 2016. Data were analyzed with descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficients and hierarchical multiple regression using the SPSS/WIN 21.0 program. **Results:** Human rights sensitivity and social distance were statistically significant predictors for the attitude toward mental illness in psychiatric hospital orderlies. Hierarchical multiple regression analysis revealed that human rights sensitivity and social distance explained an additional 23% of authoritarianism, 16% of benevolence, 35% of social restrictiveness and 29% of community mental health ideology. **Conclusion:** These findings suggest that education programs to increase levels of human rights sensitivity and reduce the levels of social distance among psychiatric hospital orderlies would improve their attitude toward patients with the mental illness.

Key Words: Human rights, Social distance, Psychiatric hospital orderlies

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 정신의료기관은 2014년도 기준으로 총 1,402개, 입원 병상 수는 83,711개이며, 이중 18개의 국·공립정신병원을 제외하고는 모두 사립정신의료기관에 해당한다[1]. 정신의료기관은 정신질환의 조기진단과 조기치료를 수행함으로써

정신질환의 만성화와 재발을 방지하기 위한 2차 예방의 역할을 수행하고 있다. 2013년도 OECD 통계[2]에 의하면 우리나라 정신의료기관에 입원한 대상자의 평균재원일수는 108.8일로 다른 회원국에 비교하여 약 5배가량 높은 수준이다. 또한 정신의료 인력도 인구 10만 명당 정신과 의사는 6.6명이고 정신간호사는 13.7명으로 OECD 회원국의 정신과 의사 15.6명과 정신간호사 49.7명에 비하면 현저히 낮은 실정임을 알 수 있다. 정신과 입원병상 수 또한 OECD 국가 중 유일하게 증가추세에

주요어: 인권, 사회적 거리감, 정신과 보호사

Corresponding author: Kim, Ji Young

College of Nursing, Chonbuk National University, 567 Baekje-daero, Deokjin-gu, Jeonju 53896, Korea.
Tel: +82-63-270-2401, Fax: +82-63-270-3127, E-mail: kimjy@jbnu.ac.kr

Received: Jul 31, 2016 | Revised: Aug 23, 2016 | Accepted: Sep 5, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

있어서 정신의료기관의 인력 부족은 가중될 가능성이 크며, 의료 인력이 집중되어 있는 광역권을 제외한 시와 군 지역의 인력 공급 문제는 더욱 심각하여 비전문의료인력을 통한 정신질환 대상자 관리가능성과 그에 따른 정신보건의료서비스의 질 저하가 예상된다[1,2].

정신의료기관에 입원한 대상자의 치료와 간호업무에는 정신건강의학과 전문의, 정신과 일반간호사, 정신보건전문요원, 사회복지사 및 임상심리사 등의 다양한 전문인력이 참여하고 있다. 이외에도 폭력, 자해 및 도주 등의 급성기 증상관리 및 간호업무를 보조할 수 있도록 간호조무사나 보호사와 같은 비전문인력들을 활용하고 있다. 이중 정신의료기관에서 근무하고 있는 정신과 보호사 수는 2007년도에 약 2,592명이며, 일반병원 정신과의 81.8%와 국·공립정신병원의 77.8%가 정신과 보호사를 채용하고 있는 것으로 보고되었고, 매년 증가하는 정신의료기관의 병상 수를 고려해 볼 때 정신과 보호사의 수는 지속적으로 증가하고 있을 것으로 추정된다[3]. 정신과 보호사의 주요 업무는 폐쇄입원병동을 운영하는 정신의료기관에서 간호사의 관리·감독 하에 대상자의 안전을 위한 격리·강박 및 정신병동의 치료적 환경 조성을 위한 간호업무를 보조하는 것으로 파악되었다[4]. 하지만 정신과 보호사는 법률상으로 정신의료기관의 종사자로 규정되어 있지 않음 뿐만 아니라 이들의 자격이나 업무지침도 제도적으로 마련되어 있지 않은 실정이다[5].

정신과 병동은 신체적 안전과 정서적 안정감을 제공할 수 있도록 물리적, 사회적인 환경이 치료적이어야 한다. 이는 대상자에게 치료와 간호를 제공하는 전문 의료인뿐만 아니라 정신과 보호사를 포함하는 모든 비전문 인력도 치료적 환경으로서 기능을 해야 함을 의미하므로[6], 이들에게 정신질환이나 정신질환자의 특성에 관한 체계적인 교육과 훈련을 제공하는 것은 필수적이다.

입원과 수용중심의 정신의료 서비스는 대상자의 인권 침해 문제가 발생할 가능성이 높으며, 인권 침해는 정신건강회복에 부정적인 영향을 미치게 되므로 인권에 기반을 둔 정신의료서비스의 제공은 비용절감 뿐만 아니라 효과적인 치료결과를 위해서도 중요한 사항이다[7]. 국가인권위원회 보고 자료에 의하면 최근 5년간 국가인권위원회에 접수된 정신보건시설 인권침해 진정사건은 약 1만 3천여 건에 이르고, 2011년도 1,534건에서 2015년 3,348건으로 크게 증가한 것으로 나타났다. 그 중 정신질환 대상자에 대한 정신과 보호사의 인권침해 사항이 포함되어 있으며 신체의 자유 및 안전 등의 내용 중 ‘환자에 대한 폭력과 폭언’이 가장 많은 것으로 보고되었다[8]. 정신과 보호사 스스로도 격리 및 강박처치와 같은 인권침해가 가능성이 높은

상황에 흔히 처하게 되면서 윤리적 딜레마를 경험하는 것으로 나타나[5,9] 정신과 보호사의 인권의식 강화와 적합한 대처를 위한 교육이 중요함을 알 수 있다. 정신건강증진법(제70조)에서는 정신질환자의 인권에 대한 올바른 이해와 관심을 제고하고 인권감수성을 향상시키기 위하여 정신보건시설 설치, 운영자 및 종사자 전체가 연간 4시간의 인권교육을 이수 받을 수 있도록 규정하고 있다. 이에 따라 정신과 보호사도 의무적으로 인권교육에 참여하고 있으나 획일화된 인권교육 방법, 평가체계의 부재, 모니터링 시스템 부족, 인권교육을 위한 지원 부족 등과 같은 문제점도 제기되고 있다[10]. 이에 일부 정신의료기관에서는 자체적으로 정신과 보호사 교육과정을 개설하여 정신질환에 대한 실무지식의 향상뿐만 아니라 궁극적으로 정신질환을 가진 대상자에 대한 태도 변화를 목표로 하는 교육을 시행하고 있다[4,5].

정신질환에 대한 태도는 정신질환자에 대한 행동에 직접적인 영향을 미치는 것으로 태도가 긍정적일수록 정서적 공감 수준이 높고, 정신질환에 대해 수용적이며 결과적으로 대상자에게 희망을 주고 자신의 삶에 직면하여 적극적으로 해결하도록 도와줌으로써 대상자 회복과정에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다[11]. 이러한 정신질환에 대한 태도와 관련된 변수들 중의 하나로 인권감수성이 보고되었다[12].

인권감수성은 인권문제를 고려해야 하는 상황에서 자신의 행동이 다른 사람의 권리에 어떤 영향을 미칠지를 인식하는 과정으로 인권감수성 수준이 높을수록 대상자 권리에 대한 인식의 수준이 높고 장애인에 대한 수용적인 태도도 높은 것으로 알려져 있다[12,13]. 정신과 의사, 간호사, 일반 행정직원 등을 포함한 정신의료기관 종사자 전체를 대상으로 한 인권감수성에 대한 연구[14,15]는 수행되었지만 정신과 보호사만을 대상으로 이루어진 연구는 찾아보기 어렵다.

인권감수성 이외에도 정신질환에 대한 태도에 영향을 미치는 주요 변인으로 사회적 거리감이 있다. 사회적 거리감은 개인이 정신질환을 가진 대상자들과 상호작용할 때 어떻게 행동할지를 예측할 수 있는 개념으로 사회적 거리감이 낮을수록 정신질환자를 거부감 없이 친근하게 인식하고 상호작용할 수 있음을 의미한다. 반대로 사회적 거리감이 높은 경우에는 정신질환에 대한 편견과 거부감이 많아 실제 대상자와의 상호작용에서 차별적인 행동을 할 가능성이 높음을 의미한다[16-18]. 사회적 거리감과 같은 차별적이고 부정적인 인식은 대상자들의 사회 적응과 복귀의 기회를 박탈하고, 정신의료서비스의 수준을 저하시키는 요인이 된다. 선행연구에서 간호대학생을 대상으로 사회적 거리감의 정도를 파악하고 정신질환에 대한 태도에

영향을 미치는지를 확인한 연구[16,19]는 있으나 정신과 보호사를 대상으로 수행된 연구는 없는 것으로 파악되었다. 따라서 정신과 보호사가 대상자와의 상호작용에서 얼마만큼 대상자를 수용할 것인가에 대한 사회적 거리감을 알아보고 정신질환에 대한 태도에 어떠한 영향을 미치는지를 파악하는 것은 의미가 있다고 본다.

결론적으로 본 연구에서는 정신과 보호사를 대상으로 인권감수성, 사회적 거리감과 정신질환에 대한 태도의 정도를 알아보고, 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 파악함으로써 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도를 긍정적으로 변화시키는데 필요한 교육 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 정신의료기관에 근무하는 정신과 보호사를 대상으로 인권감수성, 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 파악하기 위한 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 정신과 보호사의 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도의 정도를 파악한다.
- 정신과 보호사의 일반적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도의 차이를 파악한다.
- 정신과 보호사의 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도 간의 관계를 파악한다.
- 정신과 보호사의 인권감수성과 사회적 거리감이 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 정신과 보호사의 인권감수성, 사회적 거리감 및 정신질환자에 대한 태도의 정도를 파악하고 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서 ‘정신과 보호사’라는 용어는 정신의료기관에 상근직원으로 채용되어 정신과 병동에서 간호업무를 보조하는 비전문인력으로 근무하고 있는 남자직원을 의미한다. 본 연

구의 표적 모집단은 전국 정신의료기관에서 근무하고 있는 정신과 보호사이며, 본 연구대상자는 S시, G도, C도, J도, B시에 위치한 국, 공립정신병원과 사립정신전문병원 11곳에서 근무하는 경력 6개월 이상의 정신과 보호사를 편의 표집하여 설문 조사를 시행하였다. 연구 표본의 수는 위계적 회귀분석에 필요한 수를 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 산출하였다. 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과 크기는 중간수준 .15, 예측변수 17개로 하였을 때 산정된 표본 수는 208명이었다. 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 250명의 대상자에게 설문지를 배부하였고 수거한 전체 235부 중에 응답 내용이 미흡한 34부를 제외한 총 201명의 자료를 최종분석에 사용하였다. 본 연구대상자 선정은 정신과 보호사 근무 경력이 6개월 이상이며, 의사소통이 가능하고, 설문지의 내용을 이해하고 답할 수 있는 자로 연구참여에 서면으로 동의한 자를 대상으로 하였다.

3. 연구도구

본 연구도구는 일반적 특성 13문항(연령, 결혼상태, 교육배경, 근무병원 유형, 경력, 보건 관련 직종 경험 유무, 간호조무사 자격증 유무, 교대근무 유형, 월수입, 인권교육 참석횟수, 실무교육 참석횟수, 실무교육의 요구 내용, 전과 또는 이직의도), 인권감수성 30문항, 사회적 거리감 12문항, 정신질환에 대한 태도 40문항으로 구성되어있다.

1) 인권감수성

대상자의 인권감수성을 측정하기 위해 2002년 국가인권위원회에서 개발한 인권감수성 척도[12]를 사용하였다. 이 척도의 사용은 공개된 것이며 정신보건영역에서 인권문제가 발생할 수 있는 갈등상황으로 구성된 에피소드 5개를 읽어보고 인권을 옹호하는 문항과 다른 가치를 보여주는 문항에 중요도를 평가하도록 되어 있다. 5개 에피소드는 행복추구권, 불법체포 및 구속당하지 않을 권리, 치료 받을 권리, 신체적 자유 권리, 사생활 보호 권리에 해당하는 내용이다. 도구는 총 30문항으로 Likert 5점 척도이며 문항평균의 범위는 0~5점으로 점수가 높을수록 인권감수성이 높음을 나타낸다. 점수부여 방식은 각 사례의 질문에 대한 답변 문항 중에서 인권감수성 문항에 대한 반응이 다른 가치문항에 대한 반응보다 큰 경우만 선택하여 평정한 점수를 부여한다. 인권감수성 문항에 대한 반응보다 다른 가치문항에 대한 반응이 높을 경우 그리고 인권감수성 문항이 다른 가치문항과 반응이 동일할 경우는 0점을 준다. 도구개발 당

시 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었으며 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .81이었다.

2) 사회적 거리감

대상자의 사회적 거리감을 측정하기 위하여 Wesite[20]의 사회적 거리감 도구를 정신장애인에 대한 사회적 거리감을 측정하기 위해 수정·보완한 Lee[16]의 도구를 이메일로 허락을 받은 후 사용하였다. 이 척도는 총 12문항, Likert 5점 척도로 '전혀 아니다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'로 평가하고, 신체적 거리감 6문항과 대인간 거리감 6문항으로 구성되어 있다. 긍정적 질문인 1~7, 9, 12번 문항을 역문항 처리하였다. 문항평균 범위는 0~5점으로 점수가 높을수록 정신질환자와의 사회적 거리감을 많이 느끼는 것을 의미한다. Lee[16]의 선행연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .84였으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

3) 정신질환에 대한 태도

대상자의 정신질환에 대한 태도는 Taylor와 Dear[21]이 개발한 지역사회 태도조사(Community Attitudes to the Mentally Ill Inventory, CAMI)를 Lee 등[22]이 번역한 도구로 측정하였다. CAMI는 기존의 척도에 비해 지역사회가 정신질환자와 접촉하는 것과 직접적으로 관련된 내용을 강조하고, 정신질환 및 정신질환자에 대한 태도를 다차원적으로 측정할 수 있는 도구로 저자에게 이메일로 허락을 받은 후 사용하였다. 정신질환에 대한 태도의 4개 하위영역인 권위주의 10문항, 자비심 10문항, 사회생활제한 10문항, 지역정신보건개념 10문항으로 총 40문항으로 구성된 5점 Likert 척도이다. 각 하위척도의 1번 문항에서 5번 문항의 점수를 역산한 후 전체 문항의 점수의 합을 구하였다. 각 하위영역의 점수가 높을수록 권위주의적이고 자비심이 많고 사회생활을 제한하려 하고 지역정신보건개념이 높음을 나타낸다. 도구개발당시 신뢰도 Cronbach's α 는 권위주의가 .57, 자비심은 .64, 사회생활제한이 .72, 지역정신보건개념은 .84였으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 권위주의 영역이 .67, 자비심 영역은 .66, 사회생활제한은 .80, 지역정신보건개념 영역은 .83이었다.

4. 자료수집

본 연구는 J대학 생명윤리심의위원회(IRB)에서 연구수행에 대한 승인을 받고 진행되었다(JBNU 2016-03-012). 자료수집 기간은 2016년 5월 9일부터 6월 22일까지 실시하였으며, 자료수

집은 S시, B시, J시, G시, C도, G도 등 총 6개 지역에 위치한 11개의 국·공립정신병원, 정신전문병원 및 대학병원 정신과병동에서 이루어졌다. 설문지 배부는 먼저 각 기관의 장이나 간호부장에게 전화로 본 연구의 목적과 취지를 설명한 후 동의한 기관에 연구자가 직접 방문하여 연구대상자를 소개받았다. 소개받은 연구대상자에게 연구목적과 방법이 기술된 연구설명서를 제공하여 구두로 설명한 후에 자발적으로 연구에 참여하겠다고 서면 동의한 경우에 한하여 설문지를 작성하도록 하였다. 연구대상자에게는 연구의 참여를 원하지 않는 경우는 언제든지 연구참여의 철회가 가능함을 충분히 설명하였다. 작성된 설문지는 연구자가 직접 수거하였고 연구자에게 직접 제출하지 못하는 경우는 연구대상자가 접착테이프가 부착된 봉투에 설문지를 넣어서 즉시 봉인하도록 한 후에 우편회신으로 기관의 관계자를 통해서 수거하였다. 설문지 작성시간은 약 30분에서 40분 정도 소요되었고 설문지 작성에 대한 보상으로 소정의 선물을 지급하였다.

5. 자료분석

본 연구를 수행하기 위하여 수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 분석하였고 구체적인 자료분석은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도의 정도는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술통계 분석을 실시하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도의 차이는 Independent t-test, one-way ANOVA, Scheffé test를 사용하여 분석하였다.
- 대상자의 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도 간의 관련성은 Pearson's correlation 분석을 실시하였다.
- 대상자의 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 파악하기 위해서 위계적 회귀분석을 사용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

총 201명의 대상자의 평균연령은 45.0세로, 40대가 38.3%로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼이 140명으로 전체의 69.7%를 차지하며, 교육배경은 전문대졸 이상이 54.7%로 나타났다.

대상자의 85.1%가 사립정신전문병원에 근무하고 있었고 평균 근무경력은 10.2년, 10년 이상의 근무경력자는 44.8%였다. 정신과 보호사로 근무하기 전에 보건 관련 직종에 경험하지 않은 대상자가 50.7%로 나타났다. 대상자의 66.2%가 간호조무사 자격증을 소지하고 있었다. 지난 1년간 인권교육 참석 횟수는 1~2회가 66.7%로 가장 많았고 정신과 업무와 관련된 실무교육 참석 횟수는 3~5회가 43.3%로 나타났다. 대상자들이 가장 필요하다고 인식하고 있는 실무교육은 안전사고 예방(76.4%), 응급처치(64.3%), 보호사 업무의 기본원칙 및 역할범위(61.3%), 주요 정신질환에 대한 이해(57.8%) 등의 순으로 나타났다 (Table 1).

2. 대상자의 인권감수성, 사회적 거리감 및 정신질환에 대한 태도 정도

대상자의 인권감수성 정도는 문항평균 5점 만점에 평균 2.66 ± 1.20점 (최저 0.0~최고 5.0점), 사회적 거리감은 문항평균 5점 만점에 2.47 ± 0.64점 (최저 1.2~최고 4.7점)이었다. 정신질환에 대한 태도는 문항평균 5점 만점에 권위주의의 경우 2.45 ± 0.50점 (최저 1.0~최고 4.0점), 자비심 3.74 ± 0.47점 (최저 2.5~최고 4.9점), 사회생활제한 2.47 ± 0.56점 (최저 1.1~최고 4.3점), 지역정신보건개념은 3.62 ± 0.58점 (최저 1.4~최고 5.0점)이었다.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도 중 권위주의는 근무병원 유형($F=2.95, p=.004$), 간호조무사 자격증 유무($F=-2.83, p=.005$), 교대근무 유형($F=3.09, p=.002$), 월수입($F=8.48, p=.001$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 사립정신전문병원에 근무하는 경우, 간호조무사 자격증이 없는 경우, 2교대 근무자, 월수입 150만 원 미만인 경우에 권위주의 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 자비심은 교육수준($F=-2.75, p=.007$), 병원유형($F=-2.02, p=.050$), 간호조무사 자격증 유무($F=2.31, p=.022$), 월수입($F=2.74, p=.044$), 근무 예정기간($F=6.03, p=.003$)에서 유의한 차이를 보였다. 전문대학 이상의 학력 소지자, 국·공립 정신병원 근무자, 간호조무사 자격증 소지자, 월수입 250만 원 이상인 자, '오랫동안 근무를 희망'하거나 '필요한 기간까지 근무한다'로 응답한 대상자의 자비심 정도가 유의하게 높았다. 사회생활제한은 나이($F=2.83, p=.040$), 병원유형($F=2.70, p=.007$), 교대근무유형($F=2.83, p=.005$),

월수입($F=10.23, p=.001$)에서 유의한 차이가 있었다. 50세 이상인 경우, 사립정신전문병원 근무자, 2교대근무자, 월수입 150만 원 미만인 대상자의 사회생활제한 태도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 지역정신보건개념은 병원유형($F=-4.28, p<.001$), 간호조무사 자격증 유무($F=2.45, p=.015$), 월수입($F=7.40, p=.001$), 근무예정기간($F=4.41, p=.010$)에서 유의한 차이가 있었다. 국·공립정신병원 근무자, 간호조무사 자격증 소지자, 월수입 250만 원 이상인 자, '오랫동안 근무를 희망한다'라고 응답한 대상자의 지역정신보건개념 영역의 태도 점수가 유의하게 높았다(Table 2).

4. 대상자의 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도 간의 상관관계

대상자의 인권감수성은 사회적 거리감($r=-.45, p<.001$), 권위주의($r=-.47, p<.001$), 사회생활제한($r=-.49, p<.001$)과 유의한 부적 상관관계를 보였고, 자비심($r=.41, p<.001$), 지역정신보건개념($r=.41, p<.001$)과 유의한 정적 상관관계를 보였다. 사회적 거리감은 권위주의($r=.47, p<.001$), 사회생활제한($r=.63, p<.001$)과 유의한 정적 상관관계를 보였고, 자비심($r=-.41, p<.001$), 지역정신보건개념($r=-.61, p<.001$)과 유의한 부적 상관관계를 보였다(Table 3).

5. 대상자의 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향

정신질환에 대한 태도에 미치는 영향에 대하여 1단계 위계에는 일반적 특성을, 2단계 위계에는 인권교육 참석횟수와 실무교육 참석횟수를, 3단계 위계에는 인권감수성과 사회적 거리감을 투입하는 위계적 회귀분석을 실시하였다.

회귀분석을 실시하기 위하여 종속변수의 자기상관과 독립변수 간 다중공선성 검토를 실시한 결과 종속변수의 자기 상관은 Durbin-Watson 지수를 이용하였으며 자비심을 제외(1.85)한 지수가 1.98~2.11이므로 자기상관이 없이 독립적인 것으로 나타났다. 독립변수 간 VIF지수는 1.13~1.27로 10 미만이므로 다중공선성이 없는 것으로 나타나 회귀분석을 실시하기에 적합하였다. 회귀모형의 적합성 검정은 잔차분석을 이용한 정규성을 검정하기 위하여 Kolmogorov-Sminorv 검정 결과 p 값이 .234~.799로 .10보다 크게 나타나 정규성을 만족하여 회귀모형이 적합함을 확인하였다. 먼저 정신질환에 대한 태도 중 권위주의에 미치는 영향에 대하여 회귀분석을 실시한 결과, 1

Table 1. General Characteristics of Participants

(N=201)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	VIF
Age (year)		45.00±10.38	
	≤29	18 (9.0)	
	30~39	39 (19.4)	
	40~49	77 (38.3)	
	≥50	67 (33.3)	
Marital status	Married	140 (69.7)	
	Unmarried	60 (30.3)	
Education level	≤ High school	91 (45.3)	
	≥ College	110 (54.7)	
Hospital type	Private hospital	171 (85.1)	
	National hospital	30 (14.9)	
Clinical career as a psychiatric hospital orderlies (year)	< 1	10.17±7.97	
	1~< 4	14 (7.0)	
	4~< 7	37 (18.4)	
	7~< 10	33 (16.4)	
	≥10	27 (13.4)	
Experience working in health care related job	Yes	99 (49.3)	
	No	102 (50.7)	
Nurse's aide certification	Yes	133 (66.2)	
	No	68 (33.8)	
Clinical shift pattern	Two-shift	74 (36.8)	
	Three-shift	127 (63.2)	
Monthly income (10,000 won)		211.10±61.75	
	< 150	16 (7.9)	
	150~< 200	73 (36.3)	
	200~< 250	59 (29.4)	
	≥ 250	53 (26.4)	
Numbers of HRE (frequency)	1~2	134 (66.7)	1.13
	≥ 3	67 (33.3)	
Numbers of JRE (frequency)	1~2	73 (36.3)	1.11
	3~5	87 (43.3)	
	≥ 6	41 (20.4)	
Perceived Needs for more education in practice (multiple answers)	Basic principles and scope of the role	122 (61.3)	
	Understanding of the major mental disorders	115 (57.8)	
	First aid	128 (64.3)	
	Personal hygiene & environmental protection	65 (32.7)	
	Safety and infection control	84 (42.2)	
	Professional ethics & code of ethics	64 (32.2)	
	Prevention of safety accident	152 (76.4)	
	Mental disability's rights & abuse prevention	111 (55.8)	
	Intake and excretion	29 (14.6)	
	Law (ex: mental health promotion, act.)	37 (18.6)	
Rotation or turnover intention	Working continuously as long as possible	39 (19.4)	
	Working until the required period	124 (61.7)	
	Hope to rotation or turnover	38 (18.9)	

HRE=Human rights education; JRE=Job training education.

Table 2. Differences in Attitude toward the Mental Illness by General Characteristics

(N=201)

Characteristics	Categories	n (%)	Attitude toward the mental illness							
			Authoritarianism		Benevolence		Social restrictiveness		Community mental health ideology	
			M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Age (year)	≤ 29	18 (9.0)	2.39±0.36	2.03	3.73±0.38	1.67	2.14±0.50	2.83	3.79±0.54	1.35
	30~39	39 (19.4)	2.44±0.58	(.111)	3.61±0.52	(.175)	2.51±0.54	(.040)	3.48±0.60	(.260)
	40~49	77 (38.3)	2.36±0.55		3.81±0.46		2.45±0.61		3.65±0.59	
	≥ 50	67 (33.3)	2.56±0.40		3.72±0.46		2.56±0.50		3.63±0.57	
Marital status	Married	140 (69.7)	2.45±0.50	0.28	3.74±0.45	0.37	2.48±0.56	0.43	3.63±0.58	0.15
	Unmarried	61 (30.3)	2.43±0.51	(.781)	3.72±0.51	(.715)	2.44±0.56	(.665)	3.61±0.57	(.881)
Education level	≤ High school	91 (45.3)	2.48±0.47	0.89	3.64±0.42	-2.75	2.47±0.52	0.03	3.60±0.56	-0.55
	≥ College	110 (54.7)	2.42±0.53	(.374)	3.82±0.49	(.007)	2.47±0.59	(.976)	3.64±0.60	(.586)
Hospital type	Private hospital	171 (85.1)	2.49±0.49	2.95	3.71±0.47	-2.02	2.51±0.56	2.70	3.55±0.57	-4.28
	National hospital	30 (14.9)	2.20±0.48	(.004)	3.89±0.45	(.050)	2.22±0.48	(.007)	4.02±0.47	(<.001)
Clinical career as a PHO (year)	< 4	51 (25.4)	2.52±0.48	1.33	3.71±0.47	0.40	2.49±0.59	0.52	3.63±0.62	1.86
	3~< 10	60 (29.8)	2.48±0.57	(.270)	3.71±0.53	(.670)	2.52±0.57	(.600)	3.51±0.57	(.160)
	≥ 10	90 (44.8)	2.39±0.46		3.77±0.42		2.43±0.53		3.69±0.56	
Experience working in the health care-related job	Yes	99 (49.3)	2.43±0.51	-0.46	3.74±0.49	-0.02	2.47±0.53	-0.09	3.64±0.57	0.53
	No	102 (50.7)	2.46±0.50	(.648)	3.74±0.45	(.977)	2.47±0.59	(.931)	3.60±0.59	(.596)
Nurse's aide certification	Yes	133 (66.2)	2.38±0.46	-2.83	3.79±0.44	2.31	2.41±0.50	-1.95	3.69±0.54	2.45
	No	68 (33.8)	2.59±0.55	(.005)	3.63±0.50	(.022)	2.59±0.64	(.054)	3.48±0.63	(.015)
Clinical shift pattern	Two-shift	74 (36.8)	2.59±0.52	3.09	3.72±0.51	-0.43	2.61±0.61	2.83	3.53±0.63	-1.71
	Three-shift	127 (63.2)	2.37±0.48	(.002)	3.75±0.44	(.665)	2.39±0.51	(.005)	3.68±0.55	(.088)
Monthly income (10,000 won)	< 150 ^a	16 (8.0)	2.88±0.61	8.48	3.62±0.63	2.74	2.99±0.64	10.23	3.19±0.77	7.40
	150~< 200 ^b	73 (36.3)	2.55±0.44	(.001)	3.65±0.51	(.044)	2.59±0.53	(.001)	3.53±0.58	(.001)
	200~< 250 ^c	59 (29.3)	2.31±0.49	b, c, d < a	3.75±0.40		2.36±0.51		3.64±0.53	
	≥ 250 ^d	53 (26.4)	2.33±0.47		3.87±0.39		2.27±0.48		3.86±0.46	
Numbers of HRE (frequency)	1~2	134 (66.7)	2.39±0.50	-2.15	3.80±0.42	2.67	2.42±0.52	-1.89	3.66±0.50	1.10
	≥ 3	67 (33.3)	2.57±0.48	(.017)	3.60±0.53	(.009)	2.57±0.61	(.060)	3.55±0.72	(.273)
Numbers of JRE (frequency)	1~2	73 (36.3)	2.50±0.40	0.77	3.69±0.43	1.05	2.50±0.47	1.22	3.56±0.55	2.47
	3~5	87 (43.3)	2.43±0.56	(.465)	3.73±0.49	(.353)	2.50±0.60	(.297)	3.59±0.55	(.087)
	≥ 6	41 (20.4)	2.38±0.55		3.82±0.47		2.35±0.61		3.80±0.65	
Rotation or turnover intention	Working continuously as long as possible	39 (19.4)	2.35±0.44	2.19	3.79±0.47	6.03	2.40±0.50	2.15	3.70±0.52	4.41
	Working until the required period	124 (61.7)	2.44±0.49	(.115)	3.79±0.42	(.003)	2.44±0.54	(.119)	3.68±0.55	(.010)
	Hope to rotation or turnover	38 (18.9)	2.58±0.57		3.51±0.54		2.63±0.64		3.37±0.68	

HRE=Human rights education; JRE=Job training education; PHO=Psychiatric hospital orderlies.

Table 3. Correlations between Human Right Sensitivity, Social Distance and Attitude toward the Mental Illness

(N=201)

Variables	1	2	3	4	5
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Human right sensitivity	1				
2. Social distance	-0.45 (<.001)	1			
3. Authoritarianism	-0.47 (<.001)	0.47 (<.001)	1		
4. Benevolence	0.41 (<.001)	-0.41 (<.001)	-0.56 (<.001)	1	
5. Social restrictiveness	-0.49 (<.001)	0.63 (<.001)	0.74 (<.001)	-0.59 (<.001)	1
6. CMHI	0.41 (<.001)	-0.61 (<.001)	-0.60 (<.001)	0.62 (<.001)	-0.75 (<.001)

CMHI=Community mental health ideology.

Table 4. Effects of Human Rights Sensitivity and Social Distance on the Attitude toward the Mental Illness: Authoritarianism and Benevolence (N=201)

Variables	Authoritarianism						Benevolence					
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)
(Constant)	2.72		2.93		2.56		3.64		3.45		3.79	
Education (≤ high school)							-0.24	-0.26 (<.001)	-0.26	-0.28 (<.001)	-0.23	-0.25 (<.001)
HT (private)	0.22	.15	0.24	.17 (.041)	0.10	.07	-0.04	-.03	-0.06	-.05	0.05	.04
NAC	0.09	.09	0.07	.07	0.14	.13 (.041)	-0.07	-.07	-0.05	-.05	-0.10	-.11
MI (150~<200)	-0.34	-.33 (.011)	-0.38	-.37 (.005)	-0.25	-.24 (.031)	-0.07	-.07	-0.03	-.03	-0.12	-.12
MI (200~<250)	-0.64	-.58 (<.001)	-0.63	-.57 (<.001)	-0.47	-.42 (.002)	0.04	.04	0.04	.04	-0.09	-.09
MI (≥250)	-0.51	-.45 (.006)	-0.47	-.42 (.010)	-0.32	-.28 (.047)	0.16	.15	0.14	.14	0.01	.01
RTI (working continuously)							0.30	.25 (.004)	0.30	.25 (.003)	0.19	.16 (.045)
RTI (until required period)							0.29	.30 (.001)	0.26	.28 (.001)	0.18	.18 (.018)
SI (3 shift)	-0.12	-.11	-0.10	-.09	-0.13	-.12						
NHRE (1~2)			-0.20	-.19 (.010)	-0.15	-.14 (.026)			0.24	.24 (.001)	0.20	.20 (.002)
NJTE (3~5)			-0.12	-.12	-0.19	-.14 (.041)			0.06	.07	0.08	.08
NJTE (≥6)			-0.16	-.13	-0.14	-.11			0.15	.13	0.14	.12
HRS					-0.12	-.28 (<.001)					0.09	.24 (.001)
Social distance					0.25	.31 (<.001)					-0.19	-.26 (<.001)
Adj. R ² (Adj. ΔR ²)	.12		.14 (.02)		.37 (.23)		.12		.16 (.04)		.32 (.16)	
F (p)	5.37 (<.001)		4.56 (<.001)		11.66 (<.001)		4.55 (<.001)		4.60 (<.001)		8.21 (<.001)	
Dubin-Watson: 1.98						Dubin-Watson: 1.85						

HT=Hospital type; SI=Shiftwork type; MI=Monthly income; NAC=Nurse's aide certification; RTI=Rotation or turnover intention; NHRE=Number of human rights education; NJTE=Number of job training education; HRS=Human rights sensitivity.

단계 위계에서 12%의 설명력을 보였으며(모형 1), 2단계 위계에서 인권교육 참석회수와 실무교육 참석회수를 투입하였을 때(모형 2) 설명력이 14%로 2%p 증가하였다. 마지막으로 모형 2에 인권감수성과 사회적 거리감을 투입하였을 때의 설명력은 23%p 증가한 37%의 설명력을 나타냈다(모형 3).

자비심에 미치는 영향에 대하여 회귀분석을 실시한 결과, 통제변수인 일반적 특성만을 투입한 1단계 위계에서 12%의 설

명력을 보였고, 2단계 위계에서 4%p 증가한 16%의 설명력을, 3단계 위계에서는 16%p 증가한 32%의 설명력을 나타냈다.

사회생활제한에 미치는 영향에 대하여 회귀분석을 실시한 결과, 통제변수인 일반적 특성을 투입한 1단계 위계에서 15%의 설명력을 보였고 2단계 위계에서 1%p 증가한 16%의 설명력을, 3단계 위계에서는 35%p 증가한 51%의 설명력을 나타냈다.

지역정신보건개념에 미치는 영향에 대하여 회귀분석을 실

Table 5. Effects of Human Rights Sensitivity and Social Distance on the Attitude toward the Mental Illness: Social Restrictiveness and Community Mental Health Ideology (N=201)

Variables	Social restrictiveness						Community mental health ideology					
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 1		Model 2		Model 3	
	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)	B	β (p)
(Constant)	2.65		2.77		2.10		3.37		3.25		4.42	
Age (30~39)	0.37	.26 (.017)	0.38	.27 (.014)	0.20	.14						
Age (40~49)	0.38	.33 (.008)	0.39	.34 (.006)	0.27	.23 (.014)						
Age (≥ 50)	0.36	.31 (.012)	0.36	.31 (.011)	0.26	.22 (.019)						
NAC							-0.03	-.02	0.00	.00	-0.09	-.07
HT (private)	0.15	.09	0.16	.11	0.00	.00	-0.34	-.21 (.010)	-0.37	-.23 (.005)	-0.20	-.12
SI (3 shift)	-0.17	-.15	-0.15	-.13	-0.19	-.17 (.047)						
MI (150~<200)	-0.39	-.34 (.008)	-0.41	-.36 (.006)	-0.26	-.23 (.023)	0.30	.28 (.050)	0.31	.26 (.040)	0.15	.13
MI (200~<250)	-0.74	-.61 (<.001)	-0.72	-.59 (<.001)	-0.55	-.45 (<.001)	0.38	.30 (.016)	0.38	.30 (.015)	0.19	.15
MI (≥ 250)	-0.83	-.65 (<.001)	-0.78	-.62 (<.001)	-0.62	-.49 (<.001)	0.44	.34 (.012)	0.42	.32 (.015)	0.22	.17
RTI (working continuously)							0.30	.20 (.019)	0.28	.19 (.027)	0.08	.06
RTI (until required period)							0.26	.22 (.009)	0.26	.21 (.012)	0.09	.08
NHRE (1~2)			-0.15	-.13	-0.09	-.07			0.11	.09	0.06	.05
NJTE (3~5)			-0.05	-.05	-0.07	-.06			0.05	.04	0.07	.06
NJTE (≥ 6)			-0.18	-.13	-0.16	-.12 (.046)			0.25	.18 (.023)	0.23	.16 (.012)
HRS					-0.10	-.22 (<.001)					0.06	.12 (.043)
Social distance					0.42	.48 (<.001)					-0.45	-.50 (<.001)
Adj. R ² (Adj. Δ R ²)		.15		.16 (.01)		.51 (.35)		.13		.15 (.02)		.44 (.29)
F (p)		5.52 (<.001)		4.55 (<.001)		17.08 (<.001)		5.45 (<.001)		4.52 (<.001)		14.03 (<.001)
						Dubin-Watson: 2.11						Dubin-Watson: 2.09

시한 결과 1단계 위계에서 13%의 설명력을 보였고 2단계 위계에서 2%p 증가한 15%의 설명력을, 3단계 위계에서는 29%p 증가한 44%로 나타났다. 이들 분석을 통해 인권감수성($p < .05$)과 사회적 거리감($p < .001$)이 정신질환자에 대한 태도의 유의한 예측변인으로 확인되었다($p < .05$).

논 의

본 연구는 정신과 보호사의 인권감수성, 사회적 거리감 정도와 정신질환에 대한 태도를 파악하고, 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 분석하고자 실

시하였다.

본 연구에 참여한 정신과 보호사의 66.2% 정도는 간호조무사 자격증을 소지하고 있었으나, 50.7%는 보호사 근무이전에 보건의료 관련 업무경험이 없었음을 알 수 있었다. Lee[4]의 연구에서 정신과 보호사의 간호조무사 자격증을 소지한 경우가 약 40% 정도였던 결과와 비교해 볼 때 본 연구대상자들의 간호조무사 자격증 소지 비율은 다소 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 정신보건법(제12조)에 근거하여 병원급 이상의 정신의료기관에서 간호사 인력의 1/2의 범위 안에서는 간호조무사로 갈음할 수 있다는 기준이 실무현장의 인력배치 조건에 반영된 것으로 사료된다. 그러나 간호조무사 교육과정에서 정신질환이나 정신질환자와 관련된 교육내용이 전혀 포함되어 있지 않다는 점[23]과 보건의료 관련 업무 경험 이 전혀 없는 일반인을 보호사로 채용하여 대상자 간호에 보조적으로 참여시키는 실무환경은 질적인 간호서비스 제공을 위해서도 개선되어야 할 사항이다. 정신과에 근무하는 보호사들은 정신질환에 대한 사전지식이나 정신과 병동 업무에 대한 이해가 부족한 상태로 채용되기 때문에[4,5], 업무지침이나 정신질환자 간호에 대한 체계적인 교육이 요구된다. 본 연구결과에서는 정신과 보호사의 36.3%가 1회 이상의 실무 관련 교육을 받은 것으로 나타났고, 20.4% 정도는 기관에서 제공하는 교육에 6회 이상 참여하였고 응답한 점을 볼 때 정신과 보호사에 대한 정신의료기관 자체적인 실무교육은 시행되고 있음을 알 수 있었다. 이는 대다수의 정신의료기관에서 정신과 보호사에 대한 실무교육이 필요함을 인식하고 있음을 알 수 있는 결과로 생각되나 향후에는 교육을 시행하지 않고 있는 기관들도 의무적인 교육을 시행하도록 하는 제도적인 뒷받침이 필요할 것이다. 즉 정신과 보호사들이 정신질환과 정신질환자에 대한 올바른 지식과 이해를 기반으로 업무를 수행할 수 있도록 간호사에 의한 관리, 감독뿐만 아니라 정규교육과 훈련을 기관에서 의무적으로 제공하는 지에 관한 기준을 정신의료기관 평가에서 강화할 필요가 있다. 또한 정신의료기관에서 정신과 보호사를 대상으로 실시하는 실무교육 프로그램의 세부내용과 운영 상황에 대한 조사를 시행하여 정신과 보호사 관리를 위한 기초자료로 활용할 것으로 제안한다.

본 연구에서 정신과 보호사의 인권감수성은 2.66점(문항평균 5점 만점)으로 중간수준으로 나타났다. 본 연구와 동일한 도구를 사용한 선행연구가 없어서 직접적인 비교는 어려우나 정신의료기관 종사자를 대상으로 인권의식을 조사한 연구[14]에서 간호조무사와 보호사의 인권의식이 가장 낮게 보고되었고, Jung[24]의 연구에서도 보호사의 인권민감성이 간호사나 사

회복지사 등과 같은 다른 전문인력들에 비해 낮은 것으로 보고되었다. 이와 같은 차이는 간호사와 사회복지사들은 전문직 교육과정을 이수하였을 뿐만 아니라 학회나 보수교육을 통한 지속적인 교육과 훈련을 받고 있기 때문으로 보고되었다[14,24]. 정신과 보호사는 특히 정신질환 대상자들의 가장 대표적인 인권문제인 격리 및 강박처치 업무를 보조하고 있기 때문에[9], 이들의 인권의식의 향상은 대상자 간호의 질과 인권침해 가능성을 예방하는 것과 관련되어 중요한 사항이 아닐 수 없다[4,25]. 따라서 정신과 보호사의 인권감수성의 제고를 위한 효율적이며 체계적인 인권교육의 개발이 필요하며 이를 위한 기초자료로 인권감수성과 관련된 주요 변인을 확인하는 후속연구가 시행될 필요가 있다.

본 연구에서 정신과 보호사의 정신질환에 대한 사회적 거리감은 2.47점(문항평균 5점 만점)으로 중간수준으로 나타났다. 이는 동일한 도구를 사용하여 간호대학생의 사회적 거리감을 확인한 선행연구에서 보고된 2.53점과는 유사한 수준이었다. 사회적 거리감이 높은 경우에 정신질환자에 대한 친밀감이 낮고, 정신질환자에 대한 차별 행동이나 낮은 인권의식과도 관련성이 있다는 선행연구[16-18,26,27]들의 결과에 비춰볼 때, 정신과 보호사의 사회적 거리감에 영향을 미치는 변인들을 확인하는 추가 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 정신과 보호사의 정신질환자에 대한 태도는 문항평균 5점 만점에 부정적인 태도인 권위주의의 2.45점과 사회생활제한은 2.47점으로 중간수준이었고, 긍정적인 태도인 자비심 3.74점과 지역사회정신보건개념은 3.62점으로 중간 이상으로 나타났다. 본 연구결과는 일반인을 대상으로 한 연구[28]에서 권위주의의 3.17점, 사회생활제한 2.84점, 자비심 2.79점, 지역사회보건개념 2.26점에 비해서는 정신과 보호사의 정신질환자에 대한 태도가 일반인에 비해 보다 긍정적인 것으로 해석할 수 있다. 하지만 정신보건사회복지사의 권위주의의 2.10점, 사회생활제한 2.14점, 자비심 3.98점, 지역사회보건개념 3.94점과 정신간호사의 권위주의의 2.21점, 사회생활제한 2.11점, 자비심 3.92점, 지역사회보건개념 3.80점에 비해서는 정신과 보호사의 정신질환자에 대한 부정적인 태도점수가 높고 긍정적인 태도는 낮은 것으로 나타났다[16,29]. 이러한 연구결과는 정신과 보호사 또한 대상자와 대인관계를 맺으며 치료적인 환경의 일부로서 역할을 수행해야 한다는 점에서 정신질환에 대한 긍정적인 태도를 함양시키기 위한 제도적인 대책이 필요함을 시사해주고 있다. 즉 법적으로 정신과 보호사에 대한 자격규정과 업무 범위에 대한 기준을 마련하여 정신의료기관의 종사자로서 정신과 보호사의 업무를 체계적으로 관리하고 비전문 인력이

정신질환자 간호업무를 보조하는 과정에서 발생할 수 있는 인권침해 가능성에 근본적인 예방대책을 마련해야 할 것이다.

본 연구에서 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도는 공통적으로 월급여에 따라서 유의한 차이가 나타나 급여가 많은 경우에 자비심과 지역정신보건개념이 높고 권위주의와 사회생활제한은 높은 것으로 나타났다. 또한 근무시간이 긴 2교대 근무형태인 경우에 권위주의와 사회생활제한이 유의하게 높았고, 국·공립정신병원인 경우에 권위주의와 사회생활제한이 유의하게 낮고 지역정신보건개념은 높은 것으로 나타났다. 이는 정신과 보호사를 대상으로 정신질환에 대한 인식 척도 (Opinion about Mental Illness Scale, OMI)를 사용하여 정신질환의 태도를 측정han Lee[4]의 연구와 유사하며 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도와 근무환경 간에 관련성이 있음을 시사하는 결과이다. 이상은 정신과 보호사의 근무여건이 정신질환에 대한 태도에 영향을 미칠 수 있음을 시사하는 결과로 정신질환자에 대한 긍정적인 태도 증진을 위해서는 정신과 보호사의 처우에 대한 적극적인 관심과 근무환경 개선을 위한 노력이 병행되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 인권감수성이 높고, 사회적 거리감이 낮을수록 정신질환에 대한 자비심과 지역정신보건개념 정도는 높고, 부정적인 태도인 권위주의와 사회생활 제한의 점수는 낮은 것으로 나타났다. 또한 인권감수성이 높을수록 사회적 거리감은 낮은 상관관계를 확인하였다. 이는 임상심리사와 정신보건사회복지사 등을 포함하는 정신보건전문가와 정신의료기관의 행정 직원과 같은 비정신보건전문가 및 간호대학생을 대상으로 사회적 거리감이 낮을수록 정신질환에 대한 태도는 긍정적이었음을 보고한 선행연구[16,17]를 지지하는 결과이다.

본 연구에서는 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 확인한 결과, 일반적 특성과 선행연구에서 제시된 인권교육과 실무교육 참석 횟수가 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향은 유의하였다. 일반적 특성이 정신질환에 대한 태도에 대한 설명력은 권위주의 15%, 자비심 12%, 사회생활제한 15%, 지역정신보건개념 13%로 나타났다. 인권교육과 실무교육 참석 횟수가 정신질환에 대한 태도에 대한 설명력은 권위주의 2%, 자비심 4%, 사회생활제한 1%, 지역정신보건개념 2%에 불과하였다. 이는 인권교육과 실무교육 참여가 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향은 매우 미미함을 알 수 있다. 현재 정신보건기관 종사자들을 대상으로 정신질환자에 대한 편견 감소와 인권의식 향상을 위한 실무교육과 인권교육은 다양하게 시행되고 있다[14,16]. 하지만 이 교육들이 종사자별 특성을 고려하지 않은 획일적인 내용과 방법으로 시행

되고 있어 그 효과성에 대한 문제가 제기되고 있는 사실에 비춰 볼 때[24] 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도 변화를 위한 효과적인 교육내용과 방법이 개발되어야 할 필요가 있다. 일반적 특성과 외생변수를 통제han 상태에서 인권감수성과 사회적 거리감은 정신질환에 대한 태도에 유의한 영향을 미치는 예측변인으로 확인되었다. 정신과 보호사의 인권감수성이 높고 사회적 거리감이 적을수록 부정적인 태도인 권위주의와 사회생활제한 점수는 낮고, 긍정적인 태도인 자비심과 지역사회정신보건개념 점수가 높아짐을 알 수 있다. 이러한 결과는 정신질환에 대한 태도와 관련된 요인으로 사회적 거리감을 보고한 Lee[4]의 연구와 유사한 결과이다. 정신질환에 대한 태도에 대한 영향요인으로써 인권감수성의 관련성을 확인한 연구는 없어 비교가 어려우나 정신간호사를 대상으로 인권감수성 훈련을 적용한 결과 실험군에서 정신질환에 대한 태도 중 자비심을 제외한 권위주의, 사회생활제한, 지역정신보건개념에서 유의한 변화가 있는 것으로 나타난 선행연구결과[30]와 맥락을 같이하는 결과로 해석할 수 있다. 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 대한 설명력은 권위주의 23.2%, 사회생활제한 34.8%, 자비심 15.4%, 지역사회정신보건개념 28.9%로 나타났다. 본 연구결과를 토대로 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도 변화를 위해서는 인권감수성 증진과 정신질환자에 대한 사회적 거리감을 감소시키기 위한 다양한 내용과 방법이 포함되어야 함을 알 수 있다. 정신질환에 대한 지식과 기술이 부족할수록 정신질환자에 대한 편견과 부정적인 태도가 높아지고, 결국 정신질환자에 대한 공감적 이해능력의 부족으로 이어져 인권문제 발생의 여지가 높아진다[11]. Porsdam Mann 등[7]은 인권에 기반한 정신보건서비스는 도덕적, 법적 의무라는 점 이외에도 정신질환의 만성화 예방과 성공적인 정신재활치료에 기여할 수 있음을 강조한다. OECD 기준[2]에 비해 정신보건 관련 전문인력이 절대적으로 부족한 우리나라의 실정을 감안해 볼 때 무자격자인 비전문인력의 정신보건현장에의 투입은 제도적 개선이 마련되기 전까지 지속될 수밖에 없는 불가피한 현실이다. 따라서 정신과 보호사들이 정신질환과 정신질환자에 대한 정확한 이해를 기반으로 간호업무를 보조할 수 있도록 정신의료기관에서 공통적으로 활용할 수 있는 업무지침을 포함한 교육과정을 개발하여 시행하는 것이 우선되어야 할 것이다[14,24,28]. 또한 정신질환에 대한 긍정적인 태도를 증진시키기 위해서는 정신과 보호사가 수행하는 보조업무과정에서 발생할 수 있는 다양한 인권문제 상황을 고려한 인권감수성향상 프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 일부 지역의 정신의료기관에서 근무하

는 정신과 보호사를 편의 추출한 것이므로 연구결과를 일반화 하는데 신중을 기해야 한다. 본 연구는 현재까지 미비하게 다루어졌던 정신과 보호사의 인권감수성, 사회적 거리감, 정신질환에 대한 태도 간의 관계를 최초로 파악하였고 정신질환에 대한 태도에 영향을 미치는 유의한 예측변수로써 인권감수성과 사회적 거리감을 확인하였다는 점에 그 의의가 있다. 본 연구결과는 간호교육 측면에서는 정신질환에 대한 태도 변화를 목적으로 하는 교육 프로그램의 내용을 구성할 때 인권감수성과 사회적 거리감의 개념에 관한 사항을 포함시켜야 하는 근거자료를 제공한다. 간호실무 측면에서는 정신과 보호사를 대상으로 보호사의 특성을 고려한 특화된 인권교육과 실무교육을 위한 기초자료로 사용될 수 있다. 간호정책적인 차원에서는 현재 무자격 상태로 대상자 간호에 보조적이지만 참여하고 있는 정신과 보호사의 자격을 제도적으로 관리하기 위한 근거자료로 활용될 수 있다. 본 연구결과를 기반으로 몇 가지 후속연구를 제안하고자 한다. 본 연구에서 확인된 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향요인인 사회적 거리감과 인권감수성과 관련된 다양한 변수들을 확인하는 후속연구가 필요하다. 또한 정신질환에 대한 정확한 지식과 이해를 바탕으로 긍정적인 태도를 증진시킬 수 있는 실무교육 프로그램 개발을 위한 연구와 연구대상자를 전국의 정신의료기관으로 확대하여 정신과 보호사의 특성, 근무상황 및 업무내용 등을 포함하는 실태조사를 실시하여 정확한 현황을 파악하는 기초조사연구를 제안하고자 한다.

결론

본 연구는 정신과 보호사의 인권감수성과 사회적 거리감이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향을 확인하여 정신과 보호사의 정신질환에 대한 태도를 효과적으로 변화시킬 수 있는 교육 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위해 시행되었다. 본 연구결과에서 정신과 보호사의 인권감수성과 사회적 거리감은 중간 수준으로 나타났다. 또한 정신질환에 대한 긍정적인 태도는 중간 이상이었고, 부정적인 태도는 중간 수준으로 나타나 선행연구에서 보고된 일반인보다는 높은 수준이었으나 전문가 집단보다는 낮은 수준임을 알 수 있었다. 정신과 보호사의 일반적 특성과 외생변수를 통제된 상태에서 인권감수성과 사회적 거리감은 정신질환에 대한 태도에 유의한 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 즉 인권감수성이 높고 사회적 거리감이 낮을수록 정신질환에 대한 긍정적인 태도인 자비심과 지역정신보건개념은 증가하고, 부정적인 태도인 권위주의와 사회생활제한은 낮아지는 것으로 나타났다. 본 연구결과를 기반으로

정신과 보호사의 정신질환에 대한 긍정적인 태도 변화를 위해서는 인권감수성을 강화하고 사회적 거리감을 감소시키는데 초점을 둔 교육 프로그램 개발이 시행되어야 할 것으로 생각된다. 또한 정신의료기관에서 비전문인력으로 대상자 간호를 보조하고 있는 정신과 보호사에 대한 현황 파악과 관리 방안에 대한 정책연구가 필요하다고 생각된다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

REFERENCES

1. The National Mental Health Commission, National Center for Mental Health. 2015 national mental health statistics: pilot study [internet]. Seoul: The National Mental Health Commission, National Center for Mental Health; 2016 June [cited 2016 June 30];1-434. Available from: http://www.ncmh.go.kr/snmh/data/snmhDataView.jsp?no=8084&fno=106&gubun_no=0&pg=1&search_item=0&search_content=&menu_cd=M_04_05_01_00_00.
2. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators (Korean version), Seoul: OECD/Korea Policy Centre; 2014. 215 p. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264215221-ko>
3. Kim TH. Over 2,500 unqualified psychiatric hospital orderlies are working at mental hospitals. Medical Today. 2007 October 29;Sect. 01. Available from: http://kamh.co.kr/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=978&sf=wr_subject&stx=2500&so=and
4. Lee AK. A study of psychiatric technicians' attitudes toward mental illness [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2007. 82 p.
5. Lee YC, Park JY. Qualitative analysis about experience of a mental hospital psychiatric technicians during isolation and restraint work - focus on the consensual qualitative research. Ment Health Soc Work. 2015;43(2):60-88.
6. Stewart D, Burrow H, Duckworth A, Dhillon J, Fife S, Kelly S, et al. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. Int J Ment Health Nurs. 2015;24(1):82-90. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12107>.
7. Porsdam Mann S, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human rightsbased approaches to mental health: a review of programs. Health Hum Rights J. 2016;18(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.17863/CAM.195>.
8. National Human Rights Commission of the Republic of Korea. Mental health petition incident (2011~2015) [internet]. Seoul: National Human Rights Commission of the Republic of Korea; 2016 Apr [cited 2016 Apr 30];1-9. Available from:

- <http://www.humanrights.go.kr/search/XSearch.jsp>
9. Lee HY. A study on seclusion and restraint in psychiatric hospital. Research paper. Seoul: National Human Rights Commission of the Republic of Korea; 2015 November. Report No. 11-1620000-000587-01.
 10. Huh JR, Na DS, Lee DS. The institutional improvement for invigorating human rights education in Korea: some implications from foreign cases. *J Hum Rights Law-related Educ.* 2013; 6(1):171-202.
 11. Kim KM. Possibility of the new education for human rights utilizing literature. *Bukyong Hum Soc Sci Res.* 2015;16(3):139-62.
 12. Jang JW, Lee YH. The effects of non-disabled elementary school student's emotional intelligence and human rights sensitivity on acceptance attitude of disability. *J Rights Child Disabil.* 2015; 6(1):1-26.
 13. Moon YL, Moon MH, Gwak YJ. Developing indicators of psychological scale for human rights sensitivity. Research paper, Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2002 December. No. 02-45.
 14. Ha YJ, Chae EH, Yang AJ. Study on human rights awareness of people with mental disorders among mental health workers. *Korean J Health Serv Manag.* 2013;7(1):83-94. <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2013.7.1.083>.
 15. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatr Serv.* 2014;65(4):490-7. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>.
 16. Lee SY. The relationship between nursing students' social distance and attitudes toward the mentally disabled individuals [master's thesis]. [Daegu]: Keimyung University; 2015. 61 p.
 17. Smith AL, Cashwell CS. Social distance and mental illness: attitudes among mental health and non-mental health professionals and trainees. *Prof Couns.* 2011;1(1):13-20.
 18. Tumasjan A, Strobel M, Welpel I. Ethical leadership evaluations after moral transgression: social distance makes the difference. *J Bus Ethics.* 2011;99(4):609-22. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-010-0671-2>
 19. Jeong JS, Park ME. A study on college students' social distance toward people with the mental illness. *J Rehabil Res.* 2013;17(2);253-77.
 20. Westie FR. Negro-white status differentials and social distance. *Am Sociol Rev.* 1952;17(5):550-8.
 21. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7(2);225-40.
 22. Lee JH, Lee CS, Hwang TY, Han GS, Lee YM. Community attitudes toward the mental ill in Suseo-Ilwon community. *Yong-In Psychiatry Bull.* 1996;3(2):188-202.
 23. Cho JK, Lee SY, Yoon GJ. Efficient utilization of nursing assistants and the personnel management system improvement. Policy Research Report, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2004, Report No. 2004-64.
 24. Jung SY. A study on the human rights sensitivity of professionals in the mental hospital. *Ment Health Soc Work.* 2006;23:59-87.
 25. Yang OK, Kim CH. Human rights and social prejudice of the mentally ill. *Ewha J Soc Sci.* 2004;12:357-73.
 26. Anagnostopoulos F, Hantzi A. Familiarity with and social distance from people with mental illness: testing the mediating effects of prejudiced attitudes. *J Community Appl Soc Psychol.* 2011;21(5):451-60. <http://dx.doi.org/10.1002/casp.1082>.
 27. Ayazi T, Lien L, Eide A, Shadar EJ, Hauff E. Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: a survey from a post-conflict setting with no mental health services. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2014;49(5):771-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0775-y>.
 28. Jung SY, Son DS, Baek HU. The worker's attitudes toward the mentally ill people in the homeless facilities. *Ment Health Soc Work.* 2008;28:67-95.
 29. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MA, Scott A, Staniulienė V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):350-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
 30. Ju HG, Lee KJ, Kim HS. Effects of human right sensitivity program on the human right consciousness and attitudes of the mental health of psychiatric mental health nurses. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;22(3):169-79. <http://dx.doi.org/10.12934.jkpmhn.2013.22.3.169>.