

지역사회정신건강 증진을 위한 임상개입 모형연구*

이 정 숙, 양 욱 경**

- I. 시작하는 말
- II. 이론적 배경
- III. 연구방법
- IV. 연구결과
- V. 맺는말

I. 시작하는 말

오늘날 우리가 알고 있는 지역사회 정신건강은 지역사회 정신의학의 일환으로 정신장애의 예방과 치료는 물론이고 지역사회에 조직화된 다양한 프로그램을 통하여 정신장애인들의 재활과 사회에의 복귀라는 의미를 강력하게 내포하고 있다. 지역사회 정신건강은 종래의 입원위주에서 과감히 탈피하여 지역사회와 밀접한 유기적 연관을 갖고 일체의 진료, 예방, 교육 등을 시도한다는 데서 그 의미를 찾아야 한다.¹⁾

정신장애인들과 같은 사회의 취약인구를 국가나 사회가 어떻게 보느냐에 따라서 한 나라의 문화수준을 가늠할 수 있다. 1963년 미국의회는 지역사회 정신보건법(the Community Mental Health Centers Act)을 통과시켰다. 같은 해 영국은 Community Care Service의 개발에 관한 정부보고서²⁾를 통해서 개인의 정신건강을 법적으로 보장하기 시작했다. 우리나라의 경우는 1985년 정부제안의 정신보건

* 이 연구는 1994학년도 이화여자대학교 교내연구비 지원으로 이루어 졌음.

** 이화여자대학교 사회복지학과 교수.

1) 이정균, 『정신의학』, 일조각, 1981, p. 636.

2) Ibid., p. 637.

법 제정이 초안되면서 부터 비로소 정신장애인구에 대한 역학조사의 필요성이 본격적으로 제기되기 시작했다. 1989년 보건복지부의 [정신질환자의 이환상태와 관리방안에 대한 조사연구]가 발표되기 전까지는 정신장애인의 수를 인구의 약 1%로 추정, 사용되는데 불과했었다.³⁾ 보건복지부의 1992년 말 자료에서는 인구의 2.16%(94만 3천명)가 정신장애의 유병인구이고 이 중 입원치료대상자가 11.6%(10만 9천명)로 나타났다. 정신보건법이 아직 실효를 거두지 못하고 있는 상황에서 정신장애인들은 사회문화적으로 소외되고 있을 뿐 아니라 실제로 불이익을 받고 있을 수 밖에 없다.

현대사회에 이를 수록 정신질환의 유발율이 높아지고 있다. 한편 질병의 만성화와 재발로 기존의 환자들 뿐 아니라 일반인들로 하여금 불안, 우울, 자존감의 비하, 문제해결에 대한 무력감 등을 수반하는 일련의 스트레스를 심각하게 경험하게 하고 있다. 스트레스는 각종 정신질환을 유발시키는 잠재적 요인이기 때문에 정신장애인들의 수는 증가될 수 밖에 없고 이를 완충시킬 만한 사회적 지원이나 지지망은 상대적으로 제한되고 있다.

정신보건시설의 현황을 병원과 수용시설인 정신요양원으로 대별해 보면 1992년 말 현재 509개소의 의료기관(정신요양원 74개소 포함)에 3만 3천 814개소의 병상이 있을 뿐이며 정신장애인의 재활을 위한 이용시설은 전무한 형편이다. 이러한 상황으로 미루어 볼 때 정신질환자가 병원 혹은 요양원에서 치료를 끝내고 퇴원을 한다고 하더라도 과반수 이상의 환자들이 재입원의 경력을 가지게 될 뿐 아니라 심지어 퇴원한 정신분열증 남성환자의 75%와 여성환자의 100%가 재발되기까지 하여 여성의 이환에의 취약성과 사후관리의 부재를 여실히 증명하고 있다. 이를 의료수진율로만 보더라도 1981년 10.3%,⁴⁾ 1988년 14.5%,⁵⁾ 1989년 21.6%,⁶⁾ 그리고 1992년-1993년 사이 9.46%⁷⁾에 이른다. 더욱 문제가 되는 것은 정신질환이 가지고 있는 잠재성, 높은 재발율, 그리고 만성화의 특성에 있다. 정신관련제도가 정신장애인의 치료 뿐 아니라 예방과 재활에 걸친 전인과정의 서비스를 필요로 하고 있음에도 기존의 정신보건사업은 입원위주로 진행되고 있어서 정신장애인의 정신의료적 욕구를 충족시키지 못하고 있다.⁸⁾ 선진국의 경우 그 역사의 짧고 긴 것에 관계없이 현재까지 보고된 성과는 놀라운 정도다. 그렇다면 예방에 1차적인

3) 이용표, "한국 만성 정신장애의 현황", 『만성정신장애와 사회복지서비스』, 서울: 인간과 복지, 1994, p. 235

4) 문옥륜 외, 「전국성인병 실태조사연구」, 보건사회부, 1981.

5) 김정순, 「성인병 및 정신질환관리를 위한 기초조사연구」, 보건사회부, 1988.

6) 문옥륜. *Op, cit.*

7) 「보건연감」, 보건신문사, 1995, p. 300.

8) 이정숙김성이, "지역사회정신의료 및 사회복지서비스의 통합적 접근", 『한국문화연구원 논총』, 사회과학논집 제61집 제2호, 이화여자대학교, 1992, pp. 155-156.

초점을 두고있는 사회복지전문가들이 지역사회복지관을 중심으로 낮은 수준의 자존감, 불충분한 문제해결능력, 분노조절능력 혹은 스트레스와 관련된 불안이나 우울감 등 잠재적 정신장애와 관련된 취약집단을 확인하고 프로그램의 실시를 통해서 지역사회 정신건강에 기여할 수 있어야 할 것이다.

본 연구의 목적 및 필요성은 위에서 시사한 바와 같이 다변하고 있는 사회적 분위기의 압도로 인해서 개인 및 가족이 사회적 대처능력을 넘어선 스트레스 등, 정신건강을 위협받게 될 표적인구를 위하여 접근이 용이한 사회복지관을 시범대상으로 활용하여 예방목적의 프로그램을 실시할 필요를 제시하는데 있다.

이 프로그램의 효과가 일단 받아들여지면 사회복지관의 프로그램으로써는 물론이고 유사한 타사회복지기관들에도 보급력을 가지게 될 것이다. 과거의 사회복지관이 물질적인 성격을 띠었다면 오늘날의 사회복지관은 인간의 삶의 질, 그 여건으로서의 정신건강을 향상시키는 일이 될 것이다.

본 연구는 지역사회 수준에서 정신건강 모델을 추구해 보고자 하는 야심에서 계획되었으나, 본의 아니게 여러가지 제한점을 앓은채 시작하게 되었다.

첫째, 표본의 수가 극히 제한되게 되었을 뿐 아니라 실제의 프로그램에 참가한 최종의 3명은 정신건강 점수가 비교적 높았던 관계로 효과를 측정하는데 여러가지 어려움이 뒤따랐다. 둘째, 한국에서의 선행연구가 박사학위 수준에서의 개념화 정도에 그치고 그 외에는 거의 연구된 바가 없기 때문에 문헌활용에 제약받을 수 밖에 없었다.

II. 이론적 배경

1. 개념정의

지역사회란 공동체 혹은 공동사회 등으로 번역되며 지역성과 공동성이라는 두가지 요소를 포함한다.⁹⁾ 부연하면 지역사회란 지연, 혈연, 그리고 이해관계를 함께하는 사람들의 유기적인 생활공동체적 의식의 발로에서 비롯되었을 것이다.

Aguilera는 정신건강을 일상생활에서 다발적인 스트레스에 대처하는 능력으로 보았다.¹⁰⁾ Maddison과 Kellehear는 정신이 건강한 사람은 사랑할 수 있고 적당한 환경에 자신을 적응시킬 수 있거나 그 변화가 바람직하고 가능하다면 환경을 변화시킬 수 있으며 많은 이성 및 동성과 조화로운 관계를 형성할 수 있어 사회와

9) 이정균, Op. Cit. 1981, p. 636.

10) D.C. Aguilera, *Review of Psychiatric Nursing*, Louis: Mosby, 1977.

직업상황에서 적절히 기능할 수 있고 기본적인 본능에 간접 또는 직접적인 만족을 획득할 수 있으며 그 과정에서 발달된 다양한 능력과 기술을 적절히 사용할 수 있고 사회적으로 인정된 방식으로 기본적인 본능을 만족시킬 수 있다.¹¹⁾

위를 종합해 보면 정신적으로 건강한 사람은 연령에 따라 지속적인 성장을 할 수 있다는 의미가 된다. 따라서 정신적으로 건강한 사람은 과도기적 우울감, 불안, 낮은 수준의 문제해결 능력, 자존감 및 삶의 만족 정도가 연령, 생활주기, 상황적인 변화 등으로 인해 부정적인 영향을 받을 우려가 있다고 하더라도 그런 영향은 일시적이고 시간이 경과하거나 스스로의 지각능력의 변화에 의해서 통제할 수 있다.

결국 지역사회 정신건강의 개념은 위에서 언급한 바와 같이 정신장애인에게만 국한되지 않고 전체사회를 대상으로 삶의 질을 보장하는 정신건강¹²⁾과 관련된다.

2. 자존감

자존감은 정서적 및 심리적 생존을 위해서 필요불가결하다. 자존감이 비하된 상태에서의 삶은 여러가지 기본적인 욕구들 마저도 충족시키지 못한 채 고통스럽기만 할 것이다. 인간이 타동물들과 구별되는 주요 요인은 바로 자기를 인지하고 자신에게 가치를 부여하는데 있다. 자존감의 문제는 판단하는 인간의 능력에 있다. 개인이 자신의 일부를 포기한다면 그것은 삶의 심리적인 구조를 손상시키는 일이 된다.

자존감이 향상될 때 환경도 향상될 것이며 환경이 변화될 때 자존감도 향상될 것이다. 자존감에는 두 가지가 있는데 그 하나는 상황적인 것이고 다른 하나는 성격적인 것이다. 상황적으로 비하된 자존감은 인지적인 재구성 기법의 사용을 통하여 향상될 수 있다. 성격적으로 비하된 자존감은 기본적인 정체감에서 유래된다. 치료적 강조점은 부정적인 정체감이 부정적인 생각을 하게한다는 점을 클라이언트에게 인지하게 하는데 있다.

3. 삶의 질

이 이론은 사람들의 정신건강 욕구를 개념화하는데 필요한 증거들을 제공해 준다. 개념은 주관적 및 객관적인 구성요소들로 되어 있다. 주관적인 구성요소는 안녕감, 삶의 만족감, 그리고 행복감으로 구성되어 있다.¹³⁾ 객관적인 구성요소에는

11) David Maddison & Kevin J. Kellerhear, *Psychiatric Nursing*. 5th Ed. Melbourne: Churchill Livingstone, 1982.

12) 양옥경, 「지역사회 정신건강」, 나남출판, 1996, p. 21.

독립적인 생활이나 고용과 같은 사회적 기능의 측면이 포함된다.¹⁴⁾

Bigelow와 그의 동료들은 삶의 질을 정신건강서비스의 결과로 개념화 하고 측정화 하기까지 그것을 발전, 적용시켜 왔다.¹⁵⁾ 삶의 질에 대한 그들의 개념은 대부분 욕구¹⁶⁾와 역할¹⁷⁾ 이론들로부터 도출되었다. 삶의 질은 사회계약-즉 사회가 그 구성원들에게 부과하는 수요를 충족시키기 위한 교류상태의 욕구의 성취-로부터 유래된다. 욕구는 사회환경에 의해서 제공되는 기회를 통하여 충족된다. 욕구는 기초적인 심리적 능력-인지, 감정, 지각 및 운동신경-의 연습을 통하여 성취된다. 정신질병에 의해서 타협되는 능력은 정상적인 기회구조에 참여하는 능력의 손상 혹은 성취감의 박탈을 의미한다. 따라서 정신건강 서비스는 정신장애인들에게 기회를 보충하게 하고 재활능력을 회복시켜 주는데 있다.

4. 사회체계이론

사회체계이론에 의하면 개인의 정신건강은 단선적인 결정론에 의거하기 보다는 사회체계의 부분으로 존재하는 복합적이고 순환적인 상호작용의 산물에서 파생된다고 본다. 이 이론을 신봉하는 사람들은 체계내에 두 가지의 투입이 있을 때 상호작용의 패턴이 변화될 수 있다고 간주한다. 그 하나는 정신건강법의 추진과 같은 거시적인 사회체계의 변화이며 다른 하나는 새로운 정보의 투입으로 가족원들 간의 상호작용 혹은 의사소통의 변화라고 할 수 있다.

물론 정신건강의 문제가 개인적 가족내에서 심각해지면 가족치료 같은 것이 강력한 치료적 도구가 될 수 있으나 이것이 잘 협조되지않을 경우 비슷한 문제를 가진 사람들로 소집단을 형성하고 멤버들 간의 상호작용에 의하여 학습된 형태의 행동을 변화시킬 수 있을 것이다.

13) N.M. Bradburn, *The Structure of Psychological Well-being*, Chicago, Illinois: Aldin, 1969.

14) C.A. Rapp, E. Gowdy, W.P. Sullivan, & R. Wintersteen, Client Outcome Reporting: The Status Method. *Community Mental Health Journal*, 24, 1988, pp. 118-133.

17) D.A. Bigelow and J. Hooper, *Impact of Community Care on Quality of Life of Severely Mentally Ill Patients*. Vancouver, British Columbia, Canada: Greater Vancouver Mental Health Service, 1977.

16) A. Maslow, *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1954.

17) T. Sabin and Allen V, Role Theory. In G. Lindzey & E. Aronson(Eds.). *The Handbook of Social Psychology*. 2nd Ed., Vol. I. Reading Mass: Addison Wesley, 1968.

5. 인지-행동적 집단접근

대부분의 관련문헌에서는 인지-행동적 치료가 개인의 행동 및 폭넓고 다양한 과제에 극적인 영향력을 가지고 있음을 들어냈다. 특히 불안관리, 이물질 복용 등 정신장애의 경우와 같이 감정이 침체되어 있을 때 행동 및 인지적 개입이 미치는 잠재적 가치는 크다고 본다.¹⁸⁾ 가장 잘 알려진 인지-행동적 치료는 Ellis에 의해 개발된 합리적-정서적 치료(rational-emotive therapy:RET)이다.¹⁹⁾ 인지적-행동적 치료의 합리성은 감정적 고통은 불합리한 사고(thoughts)에서 연루되는 자기패배라고 보는데 있다. 따라서 부정적인 감정반응은 사건을 사건으로 해석하기 보다는 오히려 사건을 해석하려는 데서 유래된다. 인지적-행동적 치료자의 목표는 클라이언트로 하여금 부적응적인 인지를 지각하게 하고 그로 인한 유해한 영향을 인식하게 하며 좀더 적응적인 사고패턴으로 교체시키는데 있다.

사실 대부분의 관련문헌에서는 인지-행동적 집단치료가 개인의 과업수행능력에 다양한 변화를 가져오게 한다는데 견해를 같이하고 있다. 즉, 인간의 무의식적 정신내용을 찾아내려 하기 보다는 의식적인 인지과정을 변화시키고 개발시킴으로써 정신적 인지능력을 더 넓힐 수 있을 뿐 아니라 인지활동을 반복하는 동안에 거의 무의식의 수준에 까지 확대할 수 있다.²⁰⁾

Ellis는 ABC이론에서 B부분을 왜곡된 인지로 보았으며 Beck 또한 인지가 인간의 부적응에 작용하는 중요한 요인이라고 보면서 자동화된 인지영역의 이완치료가 특히 집단치료에 있어서 중요한 개입방법이 된다²¹⁾고 하였다. 특히 생활주기에 있어서 위기를 느끼는 중년기 여성집단을 대상으로 그들이 일상생활에서 자동화된 막연한 불안, 무력감, 스트레스, 비하된 자존감 등은 인지이완 및 스트레스 감소에 효과가 있음을 기존의 일부 연구에서 암시를 주고 있다.

이상에서와 같이 삶의 질과 밀접한 관련을 가지는 정신건강의 예방 혹은 단기 집단치료에서 고려해야 할 요소는 자존감의 향상을 비롯하여 삶의 질, 체계론적 입장에서의 인간과 인간들 혹은 인간과 사회적 환경 간의 부분-전체간의 역동성, 그리고 인지-행동적 접근 등이 정신건강의 위협을 일상 생활에서 느끼는 중년기 전후의 여성들을 대상으로 상호 역동적인 집단치료를 통하여 인지적 재구조화가

18) A.T. Beck, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Presss, 1976.

19) A. Ellis, *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.

20) 권진숙, "배우자 학대, 부부집단 프로그램에 관한 연구." 이화여자대학교 대학원 박사학위 청구논문, 1996.

21) Deffenbacher and Robert S. Stark, "Relaxation and Cognitive-Relaxation Treatments of General Anger", *Journal of Counseling Psychology*. Vol.39, No 2. 1992, pp.158-167; 권진숙, 1996, p. 28.

있을 것이라고 본 논문에서는 가정해 보았다.

중년기 여성들을 대상으로 한 이유는 그들이 정신건강취약성을 더 많이 가질 수 있는 취약집단이라는 점과 가정내에서의 역할에 매어 배출시키지 못한 불안한 정서의 누적이 있을 뿐 아니라 지역적 인접성으로 인해 낮 시간 사회복지기관의 프로그램을 활용할 수 있을 것이라고 믿었기 때문이다.

Ⅲ. 연구방법

본 연구의 방법은 크게 둘로 나뉜다. 첫째, 일반인 특히 여성의 정신건강계수 측정 및 정신건강 증진을 위한 욕구파악의 조사연구와 둘째, 일반인들의 정신건강 증진을 위한 임상사회복지 개입을 위한 실험연구이다. 우선 일반인들의 정신건강 수준을 알아냄과 동시에 이들 중 위험수위에 속하는 하위집단을 밝혀낸 후 임상적 개입을 통해 이들의 정신건강 수준을 평균수준으로 끌어올리기 위하여 조사연구와 실험연구를 같은 집단을 대상으로 하기로 하였다.

1. 조사연구

1) 조사대상

욕구파악을 위한 조사대상자는 서대문구에 거주하고 있는 여성으로서 18세 이상 65세 이하로 300명이다. 조사표본 추출은 우선 동을 선정한 후 동 주민들을 선정하는 2단계로 하였다. 동선정은 총화후 무작위추출 방법을 취했으며 조사답변자의 선정은 임의추출 방법을 취하였다.

총화추출을 위하여 서대문구 총 22개 동을 소득별 수준에 따라 상,중,하로 나누었으며 수준별 각 1동씩 3개동으로 정하였다. 각 동별 소득수준은 서대문구 세무소의 세금납입에 따른 경제수준 분류에 의거하였다. 서대문구는 고소득 5개동, 중소득 8개동, 저소득 9개동으로 나뉘어져 있다. 각 수준별 분류내에서 무작위 추출방법으로 선정된 동은 창천동(상), 연희2동(중), 그리고 홍제3동(하)이다. 지역을 서대문구로 한정 한 이유는 연구의 두번째 목적인 실험연구를 실시할 수 있는 이화여대사회복지관이 서대문구에 위치하고 있기 때문이다.

조사대상자는 조사원들이 집집에 다니면서 조사에 응하는 사람을 택하는 임의 추출 방법으로 조사원 6명이 2명씩 1조가 되어 3개동을 분담한 뒤 동별 100명씩 총 300명으로 하였다. 조사기간은 1995년 7월말 부터 8월초 까지 3주간이었다.

<표1> 분석대상자 분포

(N=300)

변 수		N
연 령	평균	37.32세(sd=10.54)
교육정도	국졸 중졸 고졸 전문대졸 대졸 대학원이상 무응답	11명(3.6%) 54명(17.9%) 155명(51.3%) 27명(8.9%) 45명(14.9%) 3명(1.0%) 5명(2.4%)
결혼상태	미혼 기혼 이혼 동거 별거 사별 재혼 무응답	66명(21.9%) 210명(69.5%) 3명(1.0%) 4명(1.3%) 2명(.7%) 8명(2.6%) 2명(.7%) 5명(2.3%)
결혼(동거)기간	평균	14.59년(sd=9.9)
직 업	주부 서비스직 판매직 회사원 공무원 전문직 생산직 무응답	154명(51.0%) 34명(11.4%) 33명(10.9%) 16명(5.3%) 2명(.7%) 34명(11.3%) 10명(3.3%) 17명(6.2%)
종 교	기독교 천주교 불교 유교 무교 기타 무응답	98명(32.5%) 29명(9.6%) 73명(24.2%) 1명(.3%) 92명(30.5%) 3명(1%) 4명(1.9%)
주거상태	자가 전세 월세 하숙 자취 무응답	170명(56.3%) 100명(33.1%) 18명(6.0%) 6명(2.0%) 2명(.7%) 4명(1.9%)
월평균 소득	50만원이하 50-100만원미만 100-150만원미만 150-200만원미만 200-250만원미만 250만원이상 무응답	4명(1.3%) 53명(17.5%) 84명(27.8%) 56명(18.5%) 43명(14.2%) 45명(14.9%) 15명(5.8%)
가족크기	평균	3.209(sd=1.303)

조사응답자의 사회인구학적 특성은 <표 1>에 요약되어 있다. 응답자의 나이는 평균 37.32세로 30대가 102명으로 가장 많았으며 기혼이 210명으로 배우자 또는 동거자가 있는 경우가 71%이상이었고 결혼(동거)기간도 14.59년으로 13-15년씩 결혼(동거)생활을 유지해 온 사람들이었다. 고졸이 155명으로 50%이상이며 전문대졸이상도 75명으로 학력도 평균학력이었다. 직업으로는 주부가 154명으로 50% 이상이 주부였으며, 전문직·사무직·공무원 등의 직업도 16%인 52명이었다. 한달 평균 총소득은 100만원이하 부터 250만원이상 까지 골고루 퍼져있었으며 주거상태도 자가 170명으로 56.3%, 전세가 100명으로 33.1%를 차지하여 경제적으로 중산계층의 특성을 갖고 있었다. 따라서 본 연구의 대상자는 전반적으로 중산층의 안정된 가정의 주부들이라고 할 수 있다.

2) 조사방법

조사방법은 면접원을 활용한 응답자 자기기록방법이었다. 우편조사도 가능하였으나 굳이 면접조사를 한 이유는 짧은 시간동안 높은 응답율을 구할 수 있을 뿐 아니라 답변도중 질문에 즉시 대답할 수 있으며, 특히 조사후 실시될 프로그램에 많이 참석할 수 있도록 프로그램에 대한 부연 설명이 가능했기 때문이었다.

3) 조사도구 : 신뢰도 및 타당도

조사도구는 5개의 척도와 일반적 사항에 관한 질문 및 욕구파악에 관한 질문으로 구성되어 있는 설문지를 사용하였다. 정신건강에 관한 정도를 측정하기 위한 척도 5개는 이미 기존의 여러 연구들에서 널리 활용되고 있는 척도들로서 신뢰도와 타당도가 입증된 바 있는 것들이다.

삶의 만족척도를 제외한 나머지 4개 척도는 영어척도이므로 기존의 번역된 척도가 얼마나 원본의 의미를 충실히 반영시켰는가와 관련된 자료가 없었으므로, 본 연구에서는 원본인 영어척도를 본 연구자들이 번역하여 신뢰도와 타당도를 다시 검증해내는 작업부터 거쳐야 했다. 이를 위하여 번역된 척도를 영어학자에게 원본과의 대조작업을 하도록 한 후, 다시 본 연구자들이 정리하였다. 영어척도에 대한 한국어척도의 타당성을 높이기 위해 미국에서의 생활경험이 있으면서 영어와 한국어를 거의 자유자재로 구사하는 31명을 대상으로 검사를 실시하였다. 우선 영문 척도에 답변하게 한 다음, 3일 뒤에 한국어척도에 답변하게 하여 그 답변의 상관관계를 본 후 두 척도간의 상관관계가 통계적으로 유의미하지 않은 문항들을 본 연구자들이 재수정하여 한국어척도를 완성하였다. 완성된 한국어척도의 신뢰도를 위하여는 서울의 3개 대학 대학생 110명을 대상으로 1주일 간격을 둔 검사-재검사를 실시하였다.

각 척도별 구성 및 신뢰도는 다음과 같다.

자존감척도(Index of Self-Esteem)는 Walter W. Hudson²²⁾이 개발한 것으로 자존감의 문제정도, 심각성, 또는 크기를 측정할 수 있도록 고안된 것이다. 총 25 문항으로 되어 있으며 “거의 혹은 전혀 그렇지 않다(1점)” 부터 “거의 혹은 항상 그렇다(5점)” 까지의 5점 Likert척도로 구성되어 있으며 낮은 점수는 자존감이 높음을 의미한다. Hudson이 밝힌 내적 신뢰도는 Cronbach's α 값 .93이었고, 검사-재검사 상관관계는 .92로 신뢰도가 높은 척도로 인정받고 있다. 한글-영어척도 상관관계 검증에서는 평균 .5228의 상관관계를 보였으며, 통계적으로 유의미하지 않은 점수를 보인 4개 항목을 다시 수정하였다. 신뢰도 검증결과 Cronbach's α 값 .9099였으며 검사-재검사 상관계수는 .9467로 매우 높은 신뢰도를 보이고 있다. 본 연구 조사대상자들이 보여준 신뢰도는 .8153이다.

우울척도(Beck Depression Inventory)는 Aaron Beck이 1961년에 만든 것²³⁾을 1978년에 보완한 것²⁴⁾으로 구미각국에서 매우 널리 사용하고 있는 우울척도이다. 총 21문항으로 되어 있으며 우울증상이 거의 없는 0점 부터 심한 정도인 3점까지 4점 척도로 측정하고 있다. 임상적인 우울정도를 측정하도록 고안된 것으로 일반인의 우울증상과 우울증환자의 우울증상을 구분해 낼 수 있는 타당도가 높은 척도이다. 이 척도의 신뢰도는 α 값 .86으로서 내적신뢰도가 높은 척도로 신임받고 있다.²⁵⁾ 한글-영어척도는 평균 .6384의 상관관계를 보였으며, 통계적으로 유의미하지 않은 점수를 보인 2개 항목을 다시 수정하여 신뢰도 검증을 하였다. 그 결과 α 값은 .8877이었으며 검사-재검사 상관계수는 .9245로 매우 높은 신뢰도를 보이고 있다. 본 연구 조사대상자들이 보여준 신뢰도는 .8442이다.

불안척도(Self-Rating Anxiety Scale)는 William W. Zung²⁶⁾이 개발한 것으로 임상적 장애로서의 불안을 사정하고 불안증상의 정도를 측정할 수 있도록 고안된 것이다. 총 20개 문항으로 이루어져 있으며 5개는 정서(affective) 관련 문항이며, 15개는 심리신체적(somatic) 반응에 관한 문항이고 5개는 긍정, 15개는 부정의 어

22) Hudson, Walter W., *The Clinical Measurement Package: A Field Manual*, Chicago:Dorsey, 1981;(K. Corcoran & J. Fischer, *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook*, 1987, p.188 재인용).

23) Beck, Aaron T., C.H.Ward, et al., "An Inventory for Measuring Depression", *Archives of General Psychiatry*, Vol.4, 1991, pp. 561-571.

24) Beck, Aaron T., A.J. Shaw, et al., *Cognitive Therapy of Depression*, New York:Guilford, 1979.

25) Beck, Aaron T. & R.A. Steer, "Internal Consistencies of the Original and Revised Beck Depression Inventory", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 4, No. 6, 1984, p. 1367.

26) Zung, William K., 1971, "A rating instrument for anxiety disorders", *Psychosomatics*, Vol 12, 1971, pp. 371-379;(K. Corcoran & J. Fischer, *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook*, 1987, p.188.)

조로 묻고 있다. 각 문항은 “거의 혹은 전혀 그렇지 않다(1점)”에서 “거의 혹은 항상 그렇다(4점)”까지의 4점 Likert척도로 되어 있으며 높은 점수는 불안증상의 심화를 의미한다. Zung은 내적신뢰도와 타당도에 대한 자료를 제공하고 있지 않다. 한글-영어척도 상관관계 검증에서는 평균 .5407의 상관관계를 보였으며, 통계적으로 유의미하지 않은 상관관계를 보인 6개 항목을 다시 수정하여 신뢰도 검증을 하였다. 그 결과 α 값이 .8791이었고 검사-재검사 상관계수는 .9270로 매우 높은 신뢰도를 보이고 있다. 본 연구 조사대상자들이 보여준 신뢰도는 .7829이다.

문제해결척도(Problem-Solving Inventory)는 Heppner와 Petersen²⁷⁾이 개발한 것으로 자신의 문제해결 능력이나 스타일에 대한 자기평가적인 인식(evaluative awareness)을 측정할 수 있도록 고안된 것이다. 총 35문항으로 되어 있으며 6점 Likert 척도를 사용하고 있고, 이 척도에서 높은 점수는 자신의 문제해결 능력을 긍정적 또는 효과적으로 평가하고 있음을 반영한다. 이 척도는 요인분석에 의해 3개 하위영역으로 나뉘어지는데 문제해결에 대한 자신감(11문항), 접근회피양식(16문항), 개인적 통제력(5문항) 등이며, 3개의 총전문항이 포함되어 있다. 저자들이 밝힌 신뢰도는 전체 척도에서 .90이며 하위영역은 .72 부터 .85였고, 검사-재검사 상관계수는 .83 부터 .89로 높은 신뢰도를 보였다.²⁸⁾ 원래 6점 척도인 것을 연구조사의 편의를 위하여 ‘거의 혹은 전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘거의 혹은 항상 그렇다(5점)’까지의 5점 척도로 재구성하였는데 5점척도의 재구성에 따른 신뢰도는 이미 검증된 바 있다.²⁹⁾ 한글-영어척도 상관관계 검증에서는 평균 .6730의 상관관계를 보였으며, 통계적으로 유의미하지 않은 상관관계를 보인 1개 항목을 다시 수정한 다음 신뢰도 검증을 하였다. 그 결과 α 값은 .9413이었으며 검사-재검사 상관계수는 .9631이었고, 각 하위척도별 α 값은 .8925, .9135, .8026이었으며 검사-재검사 상관계수는 .9340, .9451, .8596으로 매우 높은 신뢰도를 보이고 있다. 본 연구 조사대상자들이 보여준 신뢰도는 .8607이다.

삶의 만족척도(Life Satisfaction self-Rating Scale)는 양옥경³⁰⁾이 개발한 것으로, 의식주와 같은 매우 기본적인 것부터 삶의 철학에 이르는 지극히 추상적인 것까지 삶의 질 또는 삶의 만족을 포괄적으로 측정하는 도구이다. 총 33개 항목으로

27) Heppner, P.P. & C.H. Petersen, "The development and implications of a personal problem-solving inventory", *Journal of Counseling Psychology*, Vol.29, 1982, pp.66-75.

28) Corcoran, Kevin & J. Fischer, *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook*, 1987, pp. 261-262.

29) 전석균, “정신분열증환자의 재활을 위한 사회기술훈련 프로그램의 효과성에 관한 연구”, 박사학위논문, 숭실대학교, 1994.

30) 양옥경, “삶의 만족 측정을 위한 척도 개발”, 『한국사회복지학』, 제24호, 1994, pp.157-198.

구성되어 있으며, 응답자가 스스로 답변을 기록하는 자기기록방식이다. 각 항목은 “매우 불만족한다(1)”에서 “매우 만족한다(5)”까지의 5점 Likert척도로 측정되며 점수가 높을수록 만족도도 높음을 의미한다. 이 척도는 8개의 하위척도로 구성되는데 가족 및 친척관계(3문항), 자아감 및 일반적 삶(6문항), 친구 및 대인관계(5문항), 주거환경(3문항), 신체 및 정신건강(5문항), 의식경제(4문항), 여가활동(2문항), 그리고 직업 및 하루일과(4문항)의 영역이다. 이 척도는 α 계수 .9321이며, 검사-재검사간의 상관계수도 .9557로 매우 높은 신뢰도를 보여주고 있으며, 각 하위척도의 신뢰도는 높은 편이다. 본 연구 조사대상자들이 보여준 신뢰도는 .9481이다.

일반적 사항에서는 나이와 학력 등을 물었으며, 정신건강과 관련된 욕구과약을 위하여는 사회복지관에서 제공될 수 있는 정신건강 증진을 위한 프로그램이 얼마나 필요하며 얼마나 참여하기를 원하는가에 관한 질문들로 구성되었다.

4) 분석

정신건강의 정도는 각 척도별로 평균과 표준편차로 분석하였고, 기타 변인과의 상관관계를 위하여는 t-test와 변량분석(ANOVA)을 사용하였다. 모든 통계분석에서 유의수준은 p값 .05이하로 하였다.

2. 실험연구

지역사회 정신건강 증진을 위한 임상사회복지 개입프로그램을 이화여대 사회복지관에서 진행하였으며 그 대상은 앞의 조사연구에서 밝혀진 대상자로 한정하였다.

1) 대상

당초 연구계획서에서는 조사연구를 통해 얻어진 분석결과에 따라 정신건강에 있어 위험수위군(high-risk)에 속하는 사람을 대상으로 설정하는 것으로 하였으나, 이 방법을 사용할 경우 개인의 사생활침해의 우려가 있어, 주민들의 프로그램 참여 자발성 여부를 실험연구대상자 선정의 지표로 삼기로 결정하였다. 즉, 이대복지관에서 제공할 수 있는 다양한 프로그램중 통합적이고 포괄적인 프로그램에 참여하겠다고 표시한 사람들을 대상으로 하기로 하였다. 이 프로그램에 참여하기를 희망하는 사람들은 137명이었으며 이들 모두에게 정신건강계수의 결과 보고와 함께 프로그램에 참석할 수 있는 시간을 통보해 주고 참석이 가능한 시간에 표를 하게 하여 각 개인별 정신건강 정도와는 상관없이 원하는 모든 대상자들이 프로그램에 참여할 수 있도록 기회를 제공하였다.

실험연구 대상자로 결정된 137명의 사회인구학적 특성은 다음과 같다. 평균 연령은 37.12세로 <표 1>의 37.32세와 매우 비슷하며 다른 특성들에서도 전체 대상자 분포와 비슷한 분포도를 갖는다. 교육정도 역시 고졸이 52.6%로 가장 많으며, 기혼자의 수가 72.3%로 가장 많고, 직업도 주부가 56.2%로 가장 많으며, 기독교가 32.8%로 가장 많았고 그 비율도 <표 1>의 전체 비율과 비슷한 비율을 보이고 있다. 단 주거상태에서는 자기집 소유자가 월등히 많았으며 월평균 수입도 100~200만원선의 답변자가 훨씬 많았다. 또한 각 등별 차이를 볼때 상층에서 훨씬 많은 참여를 밝혔다. 그러나 이와같은 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 따라서 실험연구의 대상자는 조사연구의 대상자들로부터 무작위로 선정된 것과 동일하다고 하겠다. 지면관계상 자세한 표는 생략하였다.

또한 이들의 정신건강계수에 있어서도 거의 모든 영역에서 차이를 보이지 않고 있으며 문제해결 및 대처 영역의 접근-회피에서만 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 프로그램에 참여하겠다는 137명 집단이 전체집단보다 접근-회피영역에서 더 높은 점수를 보이고 있는데($t=2.36, p=.019$) 이는 당연한 결과이다. 문제가 있을때 적극적으로 접근하거나 회피하지 않는 성향을 가진 사람들이 프로그램에 참여하겠다는 의향을 보였을 것이기 때문이다.

이중에서 프로그램에 실제로 참여한 인원은 3명이다. 본 연구의 최초계획은 집단프로그램에 참석을 원했던 대상자 명단을 근거로 각 집단별로 10-12명씩 3집단을 구성하고 그중 2집단은 실험집단으로 나머지 1집단은 통제집단으로 한 프로그램을 실시하고 그 효과를 분석하는 것이었다. 그러나 많은 사람들이 설문지상에는 참석희망을 밝혔음에도 불구하고 주소지 혹은 전화번호등 정보가 정확치 않아 연락이 불가능하였고 실제로 연락이 경우도 실제 참석을 꺼리거나 거부하였다. 결국 5명 1집단만이 구성되었다. 그러나 그중 1명은 3회후 이사를 하였고 1명은 출석율이 저조하고 분석자료가 미비하여 결과적으로는 3명만이 분석가능한 참석자로 남게 되었다.

2) 개입방법

개입방법은 소집단 형식의 폐쇄집단으로써 교육 훈련 및 토론과정을 복합적으로 실시하였다. 집단의 진행은 2명의 집단지도자가 주진행과 보조진행의 역할을 하면서 진행하였다. 프로그램은 1995년 10월 10일 부터 11월 7일까지 매주 1시간 30분씩 이화여자대학교 사회복지관 상담실에서 총 6회 실시하였다.

프로그램을 진행하기 위해서는 집단 전체가 지켜주어야 할 6가지 집단규칙이 있으며 6회 전체에 걸쳐 항상 지켜져야 한다.

하나, 반드시 정시에 그리고 총6회 모두 참석함을 원칙으로 한다. 부득이한 사정으로 참여치 못할때는 반드시 복지관으로 사전에 통보한다.

들, 어린아동을 동반하거나 음식물의 반입을 금한다.

셋, 2회부터는 매회 이완기법을 실시한다.

넷, 매회 초기에 어느 회원이던지 자신과 가족이 당면한 문제를 제시하고 그 문제에 대한 집단토론의 시간을 20분이내로 갖을 수 있다.

다섯, 집단내에서 토의된 개인적인 정보는 비밀보장을 원칙으로 한다.

여섯, 이 집단에서 다루기 힘든 문제는 보다 효과적인 도움을 위해 개별상담 혹은 보다 전문적인 도움이 가능한 타기관으로 의뢰하는 것을 원칙으로 한다.

3) 개입내용

지역사회정신건강 증진을 위한 임상사회복지 개입프로그램의 목적은 자존감 향상을 통하여 정신건강을 도모함으로써 현재 생활의 균형을 이루도록 돕는 것이다.

이와같은 목적을 갖는 총 6회의 집단프로그램이 개발되었다.

(1) 1회: 성장배경 이해와 숨겨진 감정찾기

집단 목표	1. 지금까지 생의 전체과정을 검토하는 과정을 통해 현상태의 변화 가능성을 깨닫도록 돕는다. 2. 자신의 감정, 사고의 주된 테마를 발견할 수 있도록 돕는다.
집단 과정	1. 집단이름, 목표, 성격 및 규칙 등 설명 2. 각구성원과 지도자 각자 소개 3. 각구성원들이 이 집단경험을 통하여 얻고자 하는 목표를 구체적으로 발표하도록 격려하고 이 집단의 기존의 목표와의 관계성 해석 4. 자신의 초기 추억에 대한 소개와 감정목록표(feeling list)를 통한 자신을 향한 주된 감정과 사고, 그리고 결과적으로 생기는 주된 감정을 초래하는 내부의 소리(self-talk)의 구체적 내용 찾아내기 5. life graph 소개, 자신의 life graph 그리기 6. 위의 과정을 통해 느낀 것, 배운 것 발표 7. 현재까지 과정에서의 질문과 확인 8. 오늘의 정리(특히 구성원이 발표한 내용중 병적인 자기비판을 중심으로)
유 인 물	1. 감정목록표 2. life graph

(2) 2회: 장점찾기

<p>집단 목표</p>	<p>1. 자신의 장점을 최대한 발견하고 느낄수 있도록 돕는다.</p>
<p>집단 과정</p>	<p>1. 인사나눔, 지난시간 내용 중 미해결된 과제 여부 확인 및 처리 2. 급한 해결을 요하는 문제 혹은 집단의 토론을 요하는 개인적 이슈 여부확인 및 해결 3. 이완기법 소개 및 실시 (5분간) 4. 개인적 문제에 관한 토론 (10분이내) 5. 아래 순서에 의거하여 자신의 장점과 단점찾기 (1) 외모 (2) 타인과의 관계형성 (3) 성격 (4) 자신에 대한 타인의 관점 (5) 직장 혹은 바깥일의 수행능력 (6) 일상생활 수행능력 (7) 정신적기능 (8) 성적매력 6. 우선순위를 정하여 각자 자신의 장점을 3가지씩 발표하기. 7. 자신의 장점에 대한 집단원의 피이드백듣기. 8. 요약 및 정리(특히 장단점의 균형 및 자신의 장점보기의 인식함에 관하여)</p>
<p>유 인 물</p>	<p>1. 위 5번의 8가지 영역이 명시된 용지</p>
<p>과제</p>	<p>1. 가정에서 이완기법(호흡법)실시하기 2. 자신의 장점을 3가지이상 더 발굴하여 다음시간에 가져오기</p>

(3) 3회: 인지적 왜곡 찾기

집단 목표	1. 자신의 인지적 왜곡을 발견하도록 돕는다.
집단 과정	1. 인사나눔, 지난시간 내용중 미해결된 과제 여부 확인 및 처리, 2. 급한 해결을 요하는 문제 혹은 집단의 토론을 요하는 개인적 이슈 여부확인 및 해결 3. 이완기법 실시 4. 사고습관으로서의 인지적 왜곡과 이성적 사고에 관한 소개 (1) 과일반화(Overgeneralization) (2) 치부하기(Global Labeling) (3) 거르기(Filtering) (4) 극단적 사고(Polarized Thinking) (5) 자책(Self-blaming) (6) 개인화(Personalization) (7) 마음 읽기(Mind reading) (8) 통제에 대한 잘못된 사고(Control Fallacies) (9) 감정적으로 이유붙이기(Emotional Reasoning) 5. 각 구성원의 경험과 연결된 실패 및 성공사례 소개 6. 요약 및 정리
유 인 물	1.자동적사고(Automatic Hot-thoughts)가 명시된 용지
과제	1. 가정에서 이완기법(호흡법)실시 2. 자신의 장점에 관한 자기-긍정 계속 실시

(4) 4회: 비판에의 대처훈련

집단 목표	<p>1. 타인에 대한 동정심을 향상시키도록 돕는다.</p> <p>2. 비판을 효과적이고 단호하게 해결하여 자기발전의 계기로 삼도록 훈련하도록 돕는다.</p>
집단 과정	<p>1. 인사나눔, 지난시간 내용중 미해결된 과제 여부 확인 및 처리,</p> <p>2. 급한 해결을 요하는 문제 혹은 집단의 토론을 요하는 개인적 이슈 여부확인 및 해결</p> <p>3. 이완기법 실시</p> <p>4. 자신과 타인을 위한 동정심에 대한 소개 및 연습</p> <p>(1) 동정(compassion)이란?:</p> <p>첫번째 단계- 자신과 타인을 이해하는 것</p> <p>두번째 단계- 자신과 타인을 수용하는 것</p> <p>세번째 단계- 자신과 타인을 용서하는 것</p> <p>(2) 자신을 위한 3단계 질문</p> <p>첫번째 단계(이해):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 나는 어떤 욕구를 만족시키려고 그런 행동을 했나? - 나의 어떤 생각 혹은 신념이 그 행동에 영향을 끼쳤나? - 나의 어떤 고통, 아픔, 감정이 그 행동에 영향을 끼쳤나? <p>두번째 단계(수용):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 그런일이 없었으면 좋았겠지만 그건 단순히 나의 욕구를 충족시키기 위해서였다. - 나는 그런 시도에 대해 판단을 내리거나 잘못되었다는 느낌을 갖지않고 나를 수용한다. - 얼마나 잘못된 선택이었나를 떠나서 내가 살기 위해서 노력했다는 사실을 수용한다 <p>세번째 단계(용서):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이제는 끝난 일이야! - 빛진 것은 없다고 생각해! <p>(3) 타인의 행동에 대한 3단계 질문 - 위(2)항과 동일</p> <p>5. 동정심 향상을 위한 기법 소개 및 역할극</p> <ul style="list-style-type: none"> - 경청(active listening) - 빈의자 기법(empty chair technique) <p>6. 구성원들의 경험을 바탕으로 한 피이드백</p> <p>7. 요약 및 수용 (집단원 경험을 통한 동정심 향상과정의 어려움을 점을 중심으로)</p>
유인 물	<p>1. 동정심향상을 위한 3단계 훈련법이 명시된 용지</p> <p>2. 비판의 도식</p>
과제	<p>1. 가정에서 이완기법(호흡법) 계속 실시하기</p> <p>2. 자신의 장점에 관한 자기-긍정 계속 실시</p> <p>3. 필요시 빈의자기법 실시</p>

(5) 5회: 의사소통훈련

집단 목표	1. 의사소통의 원칙과 기술을 소개하고 훈련하도록 돕는다.
집단 과정	1. 인사나눔, 지난시간 내용 중 미해결된 과제 여부 확인 및 처리, 2. 급한 해결을 요하는 문제 혹은 집단의 토론을 요하는 개인적 이 슈 여부확인 및 해결 3. 이완기법 실시 4. 의사소통 원칙과 기술에 관한 소개 및 역할극 5. 집단의 피이드백 6. 지지체계평가서의 소개 7. 자기수용을 위한 최면중 자존감유도(self-esteem induction)훈련 소개와 연습 8. 요약 및 정리
유인 물	1. 의사소통의 원칙과 기술이 명시된 용지
과제	1. 가정에서 이완기법(호흡법) 계속실시 2. 자신의 장점에 관한 자기-긍정 계속실시 3. 가족으로부터 감사한 점 찾아 칭찬하기(3가지이상)

(6) 6회: 지지체계 점검 및 평가

집단 목표	1. 욕구/원함(need/ want)과 안함/못함(don't want/can't)의 차이점 과 그 들사이의 건강한 균형을 발견하도록 돕는것 2. 지지체계에 대한 구체적인 사후계획 점검 3. 평가
집단 과정	1. 인사나눔, 지난시간 내용중 미해결된 과제 여부 확인 및 처리, 2. 급한 해결을 요하는 문제 혹은 집단의 토론을 요하는 개인적 이 슈 여부확인 및 해결 3. 이완기법 실시 4. 욕구와 원함 그리고 안함과 못함의 차이를 소개하고 자신의 현 상황에서의 목록표작성을 통해 그 두가지 사이의 우선순위 정하기 5. 지지체계 평가서를 근거로 한 지지체계 균형상태를 분석하고 구 체적인 보완계획 토론 7. 집단평가 8. 종료파티
유인 물	1. 빈용지 2. 지지체계평가서 3. 평가서

3) 효과분석

지역사회 정신건강 증진을 위한 임상사회복지 개입프로그램의 개입효과는 개입후 개입전에 사용하였던 조사척도를 다시 사용하여 사전-사후 검사를 분석함과 동시에 프로그램 분석을 통해 그 적용성을 분석하고자 하였다. 그러나 프로그램에 참석한 수가 통계분석을 하기에 너무 적은 수였기 때문에 수량통계기법을 활용하지 못하고 사례분석을 통한 질적 연구에 그치게 되었다.

IV. 연구결과

1. 조사연구결과

조사연구결과는 다음과 같다.

1) 정신건강계수

정신건강계수는 자존감, 우울 및 불안감, 문제해결 및 대처 능력, 그리고 삶의 만족도의 4개 영역에서 살펴보았다. 전반적으로 서대문구 여성들은 정신적으로나 정서적으로 건강한 편이었다.

임상프로그램에 참여하겠다는 집단과 참여하지 않겠다는 집단간 정신건강 계수상의 차이는 모든 영역에서 별다른 차이가 없었으며, 단 하나의 영역, 즉, 문제해결 및 대처 능력영역에서만 두집단간의 유의미한 차이를 보였다($t = -3.91, p = .000$). 참석하겠다고 한 사람들은 특히 자신감과 접근-회피영역에서 더 높은 점수를 보이고 있는데 이는 곧 자신의 문제해결 및 대처 방법에 대해 자신이 있으며, 어떤 문제에 대해 회피한다기 보다는 적극적으로 맞서서 대처한다는 것을 나타내주고 있는 것이라 하겠다.

각 영역별 정신건강계수를 살펴보면 다음과 같다.

(1) 자존감

자존감은 5점 만점에 평균 2.7666점으로 중간보다 약간 높은 자존감을 보이고 있다. 이 척도를 해석하는 기준이 저자에 의해 제공된 바 없어 연구자들 편의에 따라 5점을 최상의 자존감 상태, 4.32점을 중, 1점을 최하의 자존감 상태로 설정하여 해석하였다. 그 결과 대부분의 항목에서 꽤 높은 자존감을 보이고 있는데, 중상, 또는 상의 정신건강상태를 나타내고 있다고 할 수 있다 (<표2> 참조).

항목별로 본다면, '멋있는 사람', 또는 '유머감각이 있는 사람'으로 자신을 자신 있게 평가하고 있었으며, 반면에 '자신감이 더 필요하다' 또는 '다른 사람과 같은

처지라면 더 성공했을 것이다'와 같은 항목에 높은 점수를 주면서 현 상태에 대해 자신과 상황에 공동책임을 돌리는 성향도 강하게 보여주고 있다.

<표 2> 정신건강 수준 (N = 300)

정신건강 내용	점 수 (평균)
자존감	2.766(sd = .477)
우울정도	.559(sd = .403) 총점평균 : 11.7758
불안정도	1.934(sd = .407)
문제해결 및 대처능력	3.212(sd = .424)
자신감 영역	3.178(sd = .700)
접근-회피영역	3.280(sd = .495)
자기통제	3.536(sd = .760)
삶의 만족도	2.802(sd = .770)
가족 및 친구관계	3.092(sd = 1.059)
자아감 및 일반적 삶	2.848(sd = 1.026)
친구 및 대인관계	2.910(sd = .939)
신체 및 정신건강	2.571(sd = 1.119)
의'식'경제정도	3.081(sd = .847)
여가활동	2.624(sd = 1.000)
직업 및 하루일과	2.282(sd = 1.121)
주거환경	2.632(sd = 1.065)

(2) 우울 및 불안감

우울정도는 3점 만점에 평균 .5598점으로 매우 경미한 우울증상을 보이고 있다. 가장 높은 우울증상을 보이는 항목으로는 '일수행과 관련된 것', '결정내리기', '피곤함' 등으로 객관적인 항목이었으며, 그 다음으로는 '슬프다' 또는 '자신에게 비판적이다' 등의 주관적이고 자신에게 초점이 주어지는 것들이다(<표 3> 참조). 종합점수는 11.7558이었는데, Beck은 종합점수 11-16점을 경미한 기분장애 (mild mood disturbance)를 보이는 상태로 해석한다³¹⁾. 이 해석에 따르면 본 조사의 대상자들도 약한 기분장애를 갖고 있다고 할 수 있다.

불안정도는 4점 만점에 평균 1.9342점으로 약간 불안한 정도를 보이고 있다.

31) Burns, David H., 1980, Feeling Good에서 Beck의 점수해석 방법을 인용한 것을 재인용함.

‘쉽게 피로함을 느낀다’가 가장 높은 점수를 보이고 있으며, 그 외 불안, 근심, 당황하는 느낌의 경험과 두통, 요통, 소화불량 등의 신체적 통증의 호소도 높은 점수를 보이고 있어 우리나라 여성들의 특징인 우울과 불안의 신체화를 본 연구의 대상자들도 보여주고 있다고 하겠다(<표 2> 참조).

(3) 문제해결 및 대처 능력

문제해결 및 대처능력은 5점 만점에 평균 3.212점으로 문제해결 및 대처능력에 대한 이해도가 약간 높은 것으로 나타났다. 영역별로 살펴보면 <표 2>에서 밝히고 있듯이 자기통제는 비교적 잘되고 있는 편이나, 자신감이 상대적으로 많이 부족한 것으로 나타났다.

(4) 삶의 만족도

일상의 삶에 대한 만족도는 5점 만점에 평균 2.8024점으로 중간이상의 만족도를 보이고 있다. <표 2>를 보면 가장 만족도가 높은 영역이 가족 및 친족관계로 3.092점이며, 그 다음은 3.081을 보인 신체 및 정신건강 영역이다. 지금까지 살펴본 정신건강계수에 의하면 전반적으로 본 조사의 대상자들은 정신적으로 매우 건강한 편에 속하였는데 자신들도 자신의 정신건강에 만족한다는 것은 매우 고무적인 결과일 뿐 아니라 앞서 살펴본 다른 정신건강계수와 일치한다고 할 수 있다. 가장 낮은 만족도를 보인 것은 여가활동 영역인데 이는 우리나라 주부들의 여가활동에 문제가 있음을 시사해 주는 것이라 할 수 있다. 이같은 결과들은 동일한 척도를 사용한 다른 연구결과와 비슷한 결과이지만 다른 연구결과에 비해 전반적으로 높은 만족도를 보이고 있다.

2) 정신건강계수의 상관변인 분석

전반적으로 건강한 서대문구 주민들이 연령, 교육정도, 결혼상태, 직업, 종교, 경제수준, 주거상태 등 사회인구학적 변인에 따라 정신건강계수의 차이를 보이는지 살펴보았다. 그 결과 서대문구의 경제수준별 3개동의 차이와 종교는 전 영역에 걸쳐 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 아니하였으며 각 영역별 상관변인 분석 결과는 다음과 같다.

(1) 자존감

<표 1>에서 보이고 있는 모든 변수에 따른 자존감의 차이를 살펴본 결과 <표 3>에서 보이듯이 교육정도, 직업, 결혼기간, 주거상태, 그리고 월평균수입에서만 유의미한 차이를 보였으며 연령, 결혼상태, 그리고 가족크기의 변수에서는 유의미한 차이를 보이지 않았다.

높은 교육, 전문직 종사, 자기집 소유, 높은 수입, 그리고 짧은 결혼기간 등이 높은 자존감을 보이는데 영향을 미치는 것으로 나타났다. 교육정도에 있어서는 학력이 높을수록 자존감이 높아지는 관계를 보이고 있는데 Sheffe's test 결과 중졸 이하의 학력소지자보다 고졸학력자가, 그리고 중졸이하 학력소지자보다 전문대이상학력자가 더 높은 자존감을 갖고 있는 것으로 나타났다. 월평균소득의 경우는 Sheffe's test 결과 100-150만원의 수입집단이 200-250만원의 수입집단보다 더 낮은 자존감을 보이고 있다.

<표 3> 상관변인에 따른 자존감 계수: ANOVA*

상관변인	항 목	N	평균(sd)	F값	p값
교육정도	중졸이하	65명	2.9625(sd= .4212)	10.6903	.0000
	고졸	155명	2.7566(sd= .4766)		
	전문대이상	75명	2.6032(sd= .4538)		
직업	주부	154명	2.8102(sd= .4690)	2.8910	.0227
	서비스직	34명	2.7341(sd= .4666)		
	판매직	33명	2.7285(sd= .4960)		
	전문직·사무직	52명	2.6177(sd= .4787)		
	생산직	10명	3.0960(sd= .5168)		
결혼기간	3년이하	28명	2.6086(sd= .4665)	2.7095	.0312
	4 - 7년	39명	2.6318(sd= .4320)		
	8 - 10년	29명	2.7890(sd= .4847)		
	11- 15년	32명	2.8238(sd= .3546)		
	16년 이상	92명	2.8734(sd= .5440)		
주거상태	자가	170명	2.7304(sd= .5173)	3.5058	.0313
	전세	100명	2.8598(sd= .3834)		
	월세	26명	2.6277(sd= .5034)		
월평균 소득	100만원미만	57명	2.8337(sd= .4382)	3.5689	.0074
	100-150만원미만	84명	2.8705(sd= .4650)		
	150-200만원미만	56명	2.6943(sd= .4495)		
	200-250만원미만	43명	2.5963(sd= .3918)		
	250만원이상	45명	2.6682(sd= .5749)		

* 분석결과는 통계적 유의미도와 상관없이 분석한 모든 결과를 다 보고하는 것이 원칙이나 분석결과가 너무 많아 본 논문에서는 유의도 .05이하 수준에서 유의미한 값을 보인 결과만을 보고한다.

(2) 우울 및 불안감

우울의 경우는 <표 4>에서 보이듯이 종교와 가족크기를 제외한 7개 변수인 연령, 교육정도, 결혼상태, 결혼기간, 직업, 주거상태, 그리고 월평균수입에서 유의미한 차이를 보였으며, 불안의 경우는 결혼상태 1개 변수에서만 유의미한 차이를 보였다.

우리나라의 주부들은 가정 밖의 어떤 다른 직업에 종사하고 있는 경우보다 덜 우울해하는 것을 알 수 있는데 우울의 정도가 주부, 전문직/사무직, 판매직, 서비스직, 그리고 생산직의 순서로 점점 높아지고 있어 기존의 주부우울증의 심각성

보도와는 다른 경향을 보이고 있다.

연령별로 보면, 30대가 우울정도가 가장 낮고, 그 다음이 50대이상, 그리고 20대, 40대 순서로 나타나 40대 여성의 우울이 상대적으로 높게 나타났다. 특히 Scheffe's test 결과 이들은 30대에 비해 훨씬 높은 우울증세를 보이고 있는 것으로 나타났다.

기혼이 미혼보다 우울정도가 더 낮았으며, 이혼했거나 별거중이거나 사별한 사람들의 우울정도가 가장 높았다. 결혼상태는 불안정도에서도 유의미하게 나타났는데 기혼, 미혼, 이혼의 순서로 덜 불안해하는 것으로 나타났다. Scheffe's test 사후검증결과 우울과 불안 모두에서 기혼과 이혼의 차이가 유의미하게 나타나 결혼생활을 하는 사람들이 이혼했거나 별거중이거나 사별한 경우보다 불안을 덜 느끼면서 생활하고 있다는 것을 알 수 있었다. 이는 기존의 연구결과와 동일한 것이다. 반면에 결혼기간에 따른 우울 및 불안감의 정도는 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

또한 자기 소유의 집에서 사는 경우가 전세나 월세에 사는 것보다 우울을 덜 느낀다고 대답했는데 월세의 경우 자기집에 살거나 전세라도 사는 사람보다 월등히 더 우울해 하는 것으로 나타났다. 교육의 경우는 전문대이상의 경우가 가장 낮은 우울정도를 보였으나 고졸보다는 중졸이하가 더 낮은 우울정도를 보여 고졸의 교육수준이 낮지도 높지도 않아 자존감을 갖기도 문제이고 아예 포기하기도 어렵고 해서 우울의 상태로 들고 가는 것이 아닌가 판단된다.

(3) 문제해결 및 대처 능력

<표 1>에서 보이고 있는 모든 변수에 따른 문제해결 및 대처 능력의 차이를 살펴 본 결과 연령, 교육정도, 결혼기간, 월평균소득 등에서 유의미한 차이를 보였다.(<표 5> 참조)

연령의 경우는 문제해결 3개 영역 모두에서 유의미한 결과를 보이고 있는데, 연령이 높을수록 문제해결에 대한 자신감을 높게 인지하는 것으로 나타났으며, 30대와 40대는 문제에 접근하고 회피하는데 있어 20대나 50대이상의 경우보다 더 소극적으로 생각하고 있었고, 자기통제에 대한 인지도에서는 30대가 가장 높게 사용하고 그 다음 20대, 40대, 50대 이상의 순으로 나타났다. 그러나 Scheffe's test 결과 접근-회피의 경우에서만 30대와 50대이상의 집단차이를 보이는 것으로 나타났다.

교육정도는 자신감과 자기통제영역에서만 그 차이를 보이고 있는데 교육수준이 높을수록 자신감과 자기통제의 사용이 높이 인지되고 있었다.

자기통제에 있어서는 연령 및 교육정도 외에 결혼기간과 월평균소득의 변수가 더 작용하고 있었는데 4년-10년의 결혼생활에서는 자기통제를 사용하는 것으로 인지하고 있었으나 그 이전과 이후에서는 그렇지 않았고, 월평균소득의 경우에서

는 100만원 이상의 수입을 갖는 사람들만 볼 때 소득의 수준이 높은 경우 더 자기통제를 하는 것으로 나타났다.

<표 4>상관변인에 따른 우울 및 불안 계수: ANOVA*

영역	상관변인	항 목	N	평균(sd)	F값	p값
우울	연 령	30세이하	92명	.5600(sd= .3680)	2.9628	.0325
		31세 - 40세	102명	.4809(sd= .3542)		
		41세 - 50세	63명	.6689(sd= .4543)		
		50세 이상	39명	.5324(sd= .4569)		
	교육정도	중졸이하	65명	.5677(sd= .4201)	3.2609	.0398
		고졸	155명	.5966(sd= .4222)		
		전문대이상	75명	.4546(sd= .3203)		
	결혼상태	미혼	66명	.5707(sd= .3285)	4.1653	.0165
		기혼(동거·재혼 포함)	216명	.5384(sd= .4099)		
		이혼, 별거, 사별	13명	.8645(sd= .4883)		
	직 업	주부	154명	.5086(sd= .4042)	2.9562	.0204
		서비스직	34명	.6751(sd= .3704)		
		판매직	33명	.5339(sd= .4230)		
전문직·사무직		52명	.5275(sd= .3639)			
생산직		10명	.8714(sd= .4422)			
주거상태	자가	170명	.5306(sd= .3886)	4.2648	.0149	
	전세	100명	.5510(sd= .3963)			
	월세	26명	.7766(sd= .4939)			
월평균수입	100만원미만	57명	.6048(sd= .4129)	2.8775	.0232	
	100-150만원미만	84명	.6315(sd= .4234)			
	150-200만원미만	56명	.4983(sd= .3683)			
	200-250만원미만	43명	.4673(sd= .3267)			
	250만원이상	45명	.4381(sd= .3596)			
불안	결혼상태	미혼	66명	1.9500(sd= .3652)	3.13	.045
		기혼(동거·재혼 포함)	216명	1.9124(sd= .4209)		
		이혼, 별거, 사별	13명	2.2000(sd= .3530)		

* 분석결과는 통계적 유의미도와 상관없이 분석한 모든 결과를 다 보고하는 것이 원칙이나 분석결과가 너무 많아 본 논문에서는 유의도 .05이하 수준에서 유의미한 값을 보인 결과만을 보고한다.

<표 5>상관변인에 따른 문제해결능력계수: ANOVA*

문제해결능력하위영역	상관변인	항 목	N	평균(sd)	F값	p값
자신감	연 령	30세이하	92명	3.3291(sd= .7047)	4.2651	.0057
		31세 - 40세	102명	3.0660(sd= .6734)		
		41세 - 50세	63명	3.0563(sd= .7012)		
		50세이상	39명	3.3893(sd= .6482)		
	교육정도	중졸이하	65명	2.9972(sd= .7488)	5.9177	.0030
		고졸	155명	3.1584(sd= .6547)		
		전문대이상	75명	3.3915(sd= .6997)		
접근-회피	연 령	30세이하	92명	3.3234(sd= .4973)	4.0661	.0075
		31세 - 40세	102명	3.2126(sd= .4317)		
		41세 - 50세	63명	3.2192(sd= .5578)		
		50세이상	39명	3.5080(sd= .4682)		
자기통제	연 령	30세이하	92명	3.5370(sd= .6741)	2.8513	.0377
		31세 - 40세	102명	3.6765(sd= .7536)		
		41세 - 50세	63명	3.4508(sd= .7943)		
		50세이상	39명	3.2872(sd= .8715)		
	교육정도	중졸이하	65명	3.3415(sd= .8637)	3.2030	.0421
		고졸	155명	3.5858(sd= .7143)		
		전문대이상	75명	3.6373(sd= .7095)		
	결혼기간	3년이하	28명	3.4714(sd= .7566)	2.7911	.0273
		4-7년	39명	3.8103(sd= .7826)		
		8-10년	29명	3.7586(sd= .5565)		
		11-15년	32명	3.5312(sd= .6770)		
		16년이상	92명	3.3870(sd= .8385)		
	월평균소득	100만원미만	57명	3.4737(sd= .7413)	2.7242	.0298
		100-150만원미만	84명	3.3714(sd= .7775)		
		150-200만원미만	56명	3.5179(sd= .7777)		
200-250만원미만		43명	3.7302(sd= .6660)			
250만원이상		45명	3.7378(sd= .6820)			

* 분석결과는 통계적 유의미도와 상관없이 분석한 모든 결과를 다 보고하는 것이 원칙이나 분석결과가 너무 많아 본 논문에서는 유의도 .05이하 수준에서 유의미한 값을 보인 결과만을 보고한다.

(4) 삶의 만족도

삶의 만족도는 <표6>에서 보이듯이 8개 영역중 친구 및 대인관계 영역을 제외한 전영역에서 각 변수에 따른 유의미한 결과를 보이고 있다.

가족 및 친족관계영역에서는 역시 결혼상태에 따라 만족도가 달리 보였는데 기혼이 미혼보다 더 만족하고 있었으나 통계상 유의미한 것은 아니었고, 월평균소득은 소득이 가장 높은 집단이 가장 높은 만족도를 보였으나 그외에는 소득수준에 따라 만족도가 결정되는 것은 아닌 것으로 보인다.

자아감 및 일반적 삶의 영역에서는 교육수준이 높을수록 만족도도 높았으며 월평균소득의 경우 Scheffe's test 결과 100만원미만의 소득자가 150-200만원의 소득자와 250만원의 소득자보다 더 만족하는 것으로 보였다.

주거환경은 역시 주거관련변수가 영향을 미치고 있었는데, 월세보다 전세가 전세보다 자기집소유가 더 높은 만족도를 보이고 있었으며, 가족크기에서는 동거인의 수가 5인일때 만족도가 가장 높았고, 그 다음으로 3인이하, 4인, 그리고 6인 이상의 순서로 만족도가 낮아짐을 보였다.

신체 및 정신건강의 영역에서는 직업에 있어 주부가 가장 높은 만족도를 보였으며 판매직, 전문직, 서비스직, 생산직의 순서로 만족도가 낮아지고 있었다.

의,식,경제의 영역에서는 교육정도가 높을수록 만족도도 높았으며, Scheffe's test 결과 자기집소유자가 전세사는 사람보다 더 만족하였고, 100만원미만의 소득자보다 150-200, 200-250, 그리고 250이상의 소득자가 더 만족하는 것으로 나타났다.

여가활용의 경우, 이혼,별거,사별의 경우 가장 만족하고 기혼자, 미혼자의 순으로 나타났으며, 직업 및 하루일과의 경우, 소득수준이 높을수록 만족도도 높게 나타났다.

<표 6> 상관변인에 따른 삶의 만족도 계수: ANOVA*

삶의만족도 하위영역	상관변인	항 목	N	평균(sd)	F값	p값
가족 및 친족관계	결혼상태	미혼	66명	2.7374(sd= .8973)	5.9519	.0029
		기혼(동거·재혼 포함)	216명	3.2315(sd=1.0526)		
		이혼, 별거, 사별	13명	2.8974(sd=1.4913)		
	월평균소득	100만원미만	57명	2.7251(sd=1.0693)	2.6979	.0311
		100-150만원미만	84명	3.1627(sd=1.0673)		
150-200만원미만		56명	3.2976(sd= .9983)			
200-250만원미만		43명	3.0620(sd=1.0319)			
250만원이상		45명	3.2593(sd=1.0247)			
자아감 및 일반적 삶	교육정도	중졸이하	65명	2.7462(sd=1.1921)	4.0243	.0189
		고졸	155명	2.7581(sd= .9761)		
		전문대이상	75명	3.1378(sd= .9048)		
	월평균소득	100만원미만	57명	2.4620(sd=1.0658)	4.1084	.0030
		100-150만원미만	84명	2.7480(sd=1.0223)		
150-200만원미만		56명	3.0952(sd= .9216)			
200-250만원미만		43명	2.9651(sd= .9984)			
250만원이상		45명	3.1259(sd=1.0403)			
주거환경	주거상태	자가	170명	2.7765(sd=1.1228)	6.4986	.0017
		전세	100명	2.3367(sd=1.0892)		
		월세	26명	2.2308(sd= .9464)		
	가족크기	3명이하	85명	2.6863(sd=1.2305)	2.9834	.0317
		4명	107명	2.5140(sd=1.1011)		
5명		55명	2.7939(sd=1.0294)			
6명이상		45명	2.1852(sd= .9281)			
신체 및 정신건강	직업	주부	154명	3.2403(sd= .8384)	2.4898	.0436
		서비스직	34명	2.8882(sd= .7138)		
		판매직	33명	3.0424(sd= .9364)		
		전문직·서비스직	52명	2.9538(sd= .8665)		
		생산직	10명	2.7400(sd= .8488)		
의·식·경제	교육정도	중졸이하	65명	2.5138(sd= .9695)	5.3572	.0052
		고졸	155명	2.6039(sd= .8572)		
		전문대이상	75명	2.9573(sd= .8775)		
	주거상태	자가	170명	2.7753(sd= .9198)	3.2296	.0410
		전세	100명	2.4940(sd= .8787)		
		월세	26명	2.7692(sd= .8231)		
	월평균소득	100만원미만	57명	2.2070(sd= .7531)	8.9788	.0000
100-150만원미만		84명	2.5143(sd= .8876)			
150-200만원미만		56명	2.9357(sd= .9178)			
200-250만원미만		43명	2.8930(sd= .8365)			
250만원이상	45명	3.0444(sd= .8902)				
여가활용	결혼상태	미혼	66명	2.1061(sd= .9303)	3.8701	.0219
		기혼(동거·재혼 포함)	216명	2.3032(sd=1.1471)		
		이혼, 별거, 사별	13명	3.0385(sd=1.3301)		
직업 및 하루일과	월평균소득	100만원미만	57명	2.3684(sd=1.0167)	2.7819	.0271
		100-150만원미만	84명	2.5060(sd= .9977)		
		150-200만원미만	56명	2.8259(sd=1.1927)		
		200-250만원미만	43명	2.5581(sd=1.0813)		
		250만원이상	45명	2.9556(sd= .9745)		

* 분석결과는 통계적 유의미도와 상관없이 분석한 모든 결과를 다 보고하는 것이 원칙이나 분석결과가 너무 많아 본 논문에서는 유의도 .05이하 수준에서 유의미한 값을 보인 결과만을 보고한다.

2. 실험연구결과

1) 사례별 통계분석

앞서 밝힌대로 실험연구를 위한 대상자는 자기 스스로 원하는 사람들로 한정했기 때문에 당초 계획했던 30사례를 다 채우지 못하고 그에 1/10인 3명만이 임상사회복지 개입 프로그램을 제공받는 실험연구대상이 되었다. 실험연구대상자의 인구사회학적 특성은 전체 연구대상의 특성과 비슷한 것으로 밝혀졌으나 연령이 다소 높았다. <표 7>에 사례별로 자세히 정리되어 있다.

<표 7> 실험연구대상자 특성

사례번호	연령	학력	결혼상태	결혼기간	직업	종교	월평균소득	주거형태	동거인
사례 1	40세	고졸	기혼	15년	주부	천주교	100-150만원	자가	5명
사례 2	34세	대졸	기혼	8년	주부	천주교	200-250만원	전세	4명
사례 3	57세	고졸	기혼	29년	.	.	100-150만원	자가	2명

이들의 정신건강계수는 <표 8>에서 보여주는 것처럼 전체의 평균치(<표 2> 참조)를 보이는가하면 평균보다 높은 계수를 보이는 경우도 있다. 사례2가 가장 건강한 사람으로 평가되는데, 사례2는 모든 정신건강계수에 있어 평균값을 보이고 있다. 다만 삶의 만족에 있어 불만족에 가까울 정도로 현저하게 덜 만족하는 것으로 나타났다. 사례1은 보통의 경우이며, 사례3은 3명중 가장 덜 건강한 사람으로 평가된다. 우울계수 23은 Beck에 의하면 약한 우울증(moderate depression)이 있는 것이며 다른 영역에 있어서도 평균값을 훨씬 넘는 부정적인 성향을 보이고 있다. 삶의 만족의 경우 불만족하는 성향을 보이고 있다.

<표 8> 실험연구대상자의 정신건강 계수

	자존감		우울정도		불안정도		문제해결능력		삶의 만족	
	총점	평균	총점	평균	총점	평균	총점	평균	총점	평균
사례 1	85	3.400	10	0.476	36	1.800	113	3.229	92	2.788
사례 2	68	2.720	11	0.524	35	1.750	136	3.886	68	2.061
사례 3	75	3.000	23	1.095	55	2.750	97	2.771	66	2.000

이들에게 정신건강 프로그램을 제공한 후 사전-사후 검사를 실시한 결과 <표 9>에서와 같이 사례2는 모든 영역에 있어 더 향상되는 경향을 보인 반면, 사례1과 사례3은 몇개 영역에서는 더 퇴보하는 경향을 보였다.

<표 9> 실험연구대상자의 정신건강 프로그램 사전-사후 비교

		자존감		우울정도		불안정도		문제해결능력		삶의 만족	
		사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후
사례 1	총점	85	80	10	13	36	37	113	127	92	98
	평균	3.400	3.200	0.476	0.619	1.800	1.850	3.229	3.629	2.788	2.970
사례 2	총점	68	50	11	10	35	29	136	149	68	77
	평균	2.720	2.000	0.524	0.476	1.750	1.450	3.886	4.257	2.061	2.333
사례 3	총점	75	80	23	22	55	43	97	101	66	58
	평균	3.000	3.200	1.095	1.048	2.750	2.150	2.771	2.886	2.000	1.758

사례1의 경우는 우울과 불안정도가 더 높아졌으며 사례3의 경우는 자존감과 삶의 만족이 더 낮아졌다. 그러나 사례3의 삶의 만족도 점수를 제외하고는 총점 1-2점의 차이로 내용상의 큰 차이를 보이는 것은 아니다.

사례2의 경우는 사전검사시의 정신건강계수도 높아 원래부터 정신적으로 건강한 사람이었으며, 프로그램 후에도 우울정도를 제외한 전영역에서 현저한 향상을 보이고 있다. 특히 자존감이 많이 향상되었으며 이에 따라 삶의 만족도도 많이 높아졌다. 자신의 문제해결 및 대처능력에 대한 지각정도 있어서도 현저하게 향상된 형태를 보이고 있다.

사례1의 경우는 우울과 불안정도가 약간 높아지는 성향을 보였으나 각각 3점, 1점으로 큰 차이는 아니다. 그러나 우울의 경우 총점 13점은 mood disturbance를 보이는 범주에 들어가기 때문에 다시한번의 측정이 필요한 경우이다. 반면에 자존감이든가 삶의 만족도는 높아졌으며, 문제해결에 대한 인지도도 높아졌다.

사례3의 경우가 가장 심각한 사례인데, 사전-사후 검사에 정신건강상의 현저한 향상을 보이지 못했으며, 특히 우울의 경우는 사전 23점에서 사후 22점이라는 높은 점수를 그대로 유지하고 있어 이 영역에 있어서는 이 프로그램의 도움을 받

지 못한 것으로 보인다. 반면에 불안은 현저한 감소를 보이고 있으며 문제해결에 대한 인지도도 높아졌다. 그러나 자존감은 낮아졌고 따라서 삶의 만족도 낮아졌다.

2) 집단별 변화추이 분석

1회집단에서는 자신과 가족을 간단히 소개하고 변화되었으면 하는점 혹은 불만을 털어 놓았다. 그리고 그런 자신의 현재상태를 자신의 성장배경에 비추어 살펴보았다. 구성원들은 평소에 자신의 과거를 전혀 의식하지 않고 살아가고 있었고 자신의 현가족과의 관계가 특히, 현재 자신에 가장 많은 영향력을 갖고 있는 의미있는 타인과의 관계가 성장 배경속의 자신, 자신의 주된 감정 그리고 사고의 테마들과 어떻게 연결되어 있는지를 알고는 대단히 놀라했다. 예를들면 자신의 어릴적 기억은 항상 어머니를 기다리는 마음으로 우울했었고 가족원들이 자신을 돌본다는 느낌보다는 자신이 가족들을 돌봐야만 했던 그 느낌과 상황이 성인이 되어 자신의 자녀를 가진 지금까지 지속되고 있다는 것에 스스로 놀라했다. 그 후 구성원들은 자신의 삶에 대한 만족도를 점수로 환산하여 꺾은선 그래프로 표시하는 life graph를 작성했다. 이 작업을 통해 이들은 비록 여러 가지의 문제를 겪어왔고 부정적인 감정으로 고통스러워 했지만 지금까지의 자신의 삶이 항상 부정적인 경험과 감정으로만 일관되었던 것이 아니었다는 사실을 보게 되었을 뿐 아니라 현재 자신이 경험하고 있는 문제와 그것으로 인한 부정적 감정이 지극히 일부분이며 일시적인것에 불과하다는 것을 깨닫고 기뻐하였다.

2회집단에서는 간단한 이완기법을 실시한 후 자신은 누구인가 그리고 자신을 점수로 환산했을때 몇점으로 평가하고 있는지에 대해 알아보았다. 마지막으로 구성원들은 스스로가 작성한 점수를 토대로 각자의 장단점을 찾아 장점 3가지씩을 발표하도록 하였다. 놀랍게도 스스로가 자신의 장점 3가지를 발표할수 있는 사람은 한 사람도 없었으며 반면에 단점들은 많이 쓰여져 있었다. 따라서 구성원들이 서로의 장점을 찾아 주는 시간을 가지기로 했다. 이 과정을 통해 자신에 대한 재평가 작업이 이루어졌다. 구성원들은 자신의 단점에만 항상 초점을 맞추고 살아왔다는 것에 대해 통찰력을 갖게 되었으며 자신의 장점을 스스로 혹은 타인의 도움을 얻으면서 발견해 나가는 과정을 통하여 자신에 대한 스스로의 평가가 변화되어가는 과정을 뚜렷이 볼 수 있었다.

3회집단에서는 지난주에 발견한 자신의 변화에 대해 이야기하는 시간을 가졌다. 한 구성원이 자신은 지난주 동안 갑작스런 친정어머니의 중풍악화라는 일을 겪었다고 이야기를 시작다. 집단 초기때에 비해 향상된 대응능력을 발견할 수 있었으며 자신의 장점 뿐 아니라 그 일을 계기로 평소에 불만스럽기만 했던 남편과 아들에 대한 불만도 오히려 장점으로 승화시킬 수 있다는 것을 발견할 수 있는

계기가 되었다고 고백하였다. 즉 부정적이고 절망적인 상황속에서 자신과 가족들의 대응능력을 재발견하고 그들에게 감사할 수 있는 계기가 되었다는 것이었다. 지도자는 이러한 경험을 주된 매개체로서의 자신의 사고 즉, 인지변화와 관련해 해석하고 Ellis의 “A-B-C이론”과 Beck의 “Automatic Hot-thoughts”를 소개했다. 마지막으로 각자의 현재생활과 관련해 부정적인 감정이나 행동을 유발시키는 사건을 한가지 이상씩 소개하도록 하였으며 그 사건과 관련하여 생겨난 자신의 사고 즉 automatic hot-thoughts와 자신의 감정 그리고 그 감정으로 생겨난 행동과의 연계성을 분석해 보았다. 그리고 그러한 부정적인 “Automatic Hot-thoughts”에 대처되며 평정을 찾을 수 있게 해주는 “Cool thoughts”를 소개하고 자신의 노력으로 사고의 변화를 가져올 수 있고 그 결과 생겨나는 감정과 행동의 변화를 포함한 전체적인 변화도 제시된 사건에 대한 변화된 사고로 해석해 보고 그것으로 인해 생겨나는 긍정적인 느낌과 건전한 행동의 결과를 경험해보는 시간을 가졌다. 이 과정을 통해 구성원은 자신을 스스로 조절할 수 있는 힘과 능력을 다시 한번 경험하는 기회를 갖게 되었으며 자신의 주인은 스스로라는 점과 외부사건에 대해서도 자신은 스스로를 조절하고 통제할수 있다는 사실에 대한 통찰력과 자신감을 갖는 기회가 되었다.

4회집단에서는 자신과 타인에 대한 동정심을 향상시키고 타인의 비판에 긍정적으로 대처하는 방법을 배우고 실천하는 것을 주 내용으로 하여 실시되었다. 지난주까지의 자존감 향상을 위한 과정을 통해 “나는 스스로를 과소평가하고 있었다”는 등 구성원 스스로의 발견과 고백이 있었다. 스스로에 대한 동정심 향상훈련을 통해 자신을 이해, 수용, 용서하는 과정을 훈련했다. 자신에게 상처를 입혔던 상대방을 이해하기 위해 노력해 보았다. 이러한 과정 중 어느 한 지점에서의 막힘과 더 높은 단계로의 진행이 어려운 상대방과 사건 예를들면 겨우 이해할수 있는 단계까지는 끌어올렸으나 결코 용서는 되지 않는 사람과 사건에 대해서는 정상화(normalization) 기법을 사용해 지지했으며, 보다 높은 수준의 해결을 원하거나 동기화 되어있는 구성원을 위해서는 수정된 영상기법, 간단한 빈의자기법등의 실시를 교육하고 격려하였다. 이 집단과정을 통해서 구성원은 자신을 이해-수용-용서하는 것과 타인을 동정할수 있는 능력 간의 깊은 관련성에 대한 통찰력을 갖게 되었으며 상대방과 상대방의 입장을 이해하려는 감정이입 향상을 위한 노력을 하였다.

5회집단에서는 보다 향상되어진 자존감과 상대방에 대한 더 많은 이해를 바탕으로 적극적으로 현재상황에서의 문제해결을 준비할 수 있도록 돕기 위해 의사소통 기술을 소개, 훈련하는 것을 주 내용으로 실시하였다. 지속적인 자기-긍정훈련으로 대부분 구성원들은 자신들에 대해 보다 긍정적인 인식을 갖고 자신감도 더 생겼다고 보고했다. 구체적인 의사소통기술의 소개와 훈련은 주로 경청(listening)

의 기술, 특히 경청(listening)과 응락(compliance)단계의 분리사용과 칭찬(compliment)기술의 습득이 중점적으로 다루어졌다. 집단내에서 구성원들끼리 서로 칭찬하는 시간을 가졌으며, 동시에 배우자 혹은 자녀들로 부터 감사한 점들을 찾아내고 칭찬하는 말들을 구체적으로 연습해 보는 시간을 가졌다. 이 과정을 통해 구성원들은 평소에 자신이 상대방 말을 귀담아 들으려고 하기 보다는 자신의 말을 전달하려는 것에만 관심이 있었으며 자신과 배우자 그리고 가족들을 칭찬하는 일에는 얼마나 인색했었는지를 깨닫는 기회가 되었다. 또한 칭찬받기를 자신도 원하고 있었고 칭찬이 자신감을 높이는데 많은 도움이 된다는 것을 느끼면서도 집단내에서 상대방의 칭찬을 받는 일에 익숙치 않은 자신을 발견하는 계기도 되었다. 자신의 가족, 특히 배우자와 자녀가 고마웠던 점 3가지 이상 찾고 칭찬하기가 과제로 주어졌다. 마지막으로 최면요법 중 자존감 유도기법을 소개, 실시하였다.

마지막인 6회집단에서는 먼저 복잡하고 다양한 다양한 자신들의 변화욕구에 대해 짧은 시간동안 모두 해결한다는 것은 불가능하다는 지적을 하였고 또한 많은 경우 스스로가 해결할 수 있다는 것도 지적하였다. 그것을 위하여 구체적으로는 사람의 욕구/원함과 안함/못함의 차이를 알고 그 둘사이의 균형을 찾는 것을 훈련하였고 다음으로 모든 사람들은 그들을 도울 수 있는 다양한 지지체계가 중요하다는 것을 인식하도록 돕고 마지막으로는 집단평가를 하는 것을 주내용으로 실시되었다. 욕구와 원함을 일직선상의 점으로 표시해가면서 현상태에서 자신의 욕구 및 원함의 중요성을 가시화하는 시간을 가졌다. 이를 통해 구성원들은 자신의 욕구와 원함의 차이를 알고 또한 그 목록들의 우선순위를 결정할수 있도록 도왔다. 이 과정을 통해 구성원들은 자신이 반드시 성취해야할 기본적인 욕구와 단지 원하고 있지만 우선순위에서는 밀려나 있는 것들을 구체적으로 알 수 있었고 가시화된 우선순위를 통해서 자신을 위해서 해야 할일이 어떤것 들인지에 대한 보다 구체적인 계획까지 하는 기회가 되었다. 다음으로 지지체계평가서를 근거로 각자의 지지체계를 분석했다. 이 과정을 통해 지금까지 잊고 살았던 자신의 지지체계를 재발견하는 기회와 동시에 부족부분의 지지체계 수립을 위한 구체적인 계획 및 실천과정에 대한 토론에 참여함으로써 대부분의 구성원들은 분리불안으로부터 벗어날 수 있게 되었다.

V. 맺는말

1. 주요발견

1) 정신건강계수

본 연구의 대상이 되었던 서대문구 여성들의 정신건강은 비교적 높은 수준으로 건강한 편이다. 자신을 '멋있는 사람' 등으로 자신있게 평가하고 있었으며, 문제해결 및 대처 영역에서도 꽤 적극적인 모습을 보여주었다. 자기통제가 잘 되고 있는 반면에 자신감은 상대적으로 부족하다. 우울과 불안이 약간 있으며 이를 신체화하는 경향을 보이고 있었다. 그러나 전반적으로 삶에 대해서는 중간 이상의 만족도를 보이고 있었으며 가족과 자신의 건강상태에 대해 높은 만족도를 보였다.

2) 정신건강 임상사회사업 모형

연구자들이 기대하지 않았던 비교적 척도점수가 높은, 그리고 참여의사를 회수지에 표시한 다수의 응답자들 대신에 소수의 응답자들이 실제로 프로그램에 참여했기 때문에 통계적 의미를 살리기가 힘들었다. 그럼에도 불구하고 정신건강프로그램은 참여자들에게 자신을 재구성할 수 있는 좋은 기회를 주었다는 것이 전반적인 인상이다. 이것을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 정신건강프로그램은 문제해결 및 대처능력의 지각정도 향상에 큰 효과가 있었다. 척도점수가 높은 3사례가 모두가 향상을 보였을 뿐 아니라 그 변화의 폭도 컸다.

둘째, 정신건강프로그램은 우울의 정도를 낮추는데는 별로 효과가 없는 것으로 나타났다. 3사례가 모두 거의 향상을 보이지 않았으며, 사례1의 경우는 오히려 우울정도를 높이는 역현상을 보였다.

셋째, 자존감과 삶의 만족도 간에는 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이것은 자신들의 상황에 대한 통찰력이 생김에 따라 자신의 삶에서 부족했거나 불만족스러웠던 부분들이 표출되기 시작했던 데서 비롯되었을 것이다.

넷째, 정신건강프로그램은 단기간에 효과를 볼수 있었다는 점에서는 효과적이거나 장기간의 효과를 기대하는 것은 효과적이지 못한 것으로 풀이된다. 특히 증상이 심각한 경우에는 프로그램이 긍정적인 영향을 미치지 못할 것이기 때문에 단기프로그램 보다는 실정에 부합하는 치료형태로 전환해야 할 것이다.

2. 제언

정신건강프로그램은 정신건강에의 취약성을 가진 사람들로 하여금 집단을 하나의 도구 혹은 맥락으로 성원들간의 상호작용과 집단지도자의 지도감독을 받을 수 있는 사람들로 적어도 7명내외의 구성원들이 필요했으나 응답과는 달리 집단 프로그램에 다수가 참여하지 못한 것은 그들의 고유한 이유도 있겠으나 아직 정신건강이 일반인들에게는 질병의 개념이 강하게 느껴져서 참여하기를 주저하는 상황에서 비롯되었을 것이다. 따라서 한 번의 시도가 연구자들에게 큰 기대를 충족시키지는 못했으나 동일 혹은 다른 연구자들이 이런 점을 감안하여 지속적인 연구를 할 때 많은 변수들이 발견될 것이라고 생각한다.

그런 것이 가능하기 위해서는 정신건강법 및 정신건강 관련기관들에 대한 폭넓은 홍보가 이루어져야 할 것이다. 그리고 낙인을 의식하는 표적인구들이 더 이상 정신건강프로그램에 참여하거나 심한 경우 병원치료를 받을 수 있도록 사회적 분위기를 따뜻하게 할 수 있는 민관 모두의 노력이 필요할 것이다.

복지사회 혹은 복지국가는 이념만으로는 되지 않으며 취약한 인구집단을 보살피려하는 민관에 걸친 모든 사람들의 참여가 있어야 할 것이다.

육구조사가 심각한 정서적 문제를 가진 사람들에게 행해지고 도움을 받을 용의가 있다고 나타난 경우에도 전문적인 도움을 반드시 추구하지 않는다는 것을 본 연구에서 발견했다. 이런 추세는 앞으로 점차 변화될 것이며 정서적 문제는 정신건강전문인들로부터 치료받지 않으면 안된다는 관점이 점차 받아들여질 조짐이 있다. 따라서 지역사회의 다양한 프로그램 개발이 시급함과 동시에 다전문가들의 협동 및 사회적 지지망의 활용이 가능할 수 있어야 한다.