

## 한국인의 정신건강 개념에 관한 연구\*

김 동 배

(연세대학교)

안 인 경

(연세대학교)

### [요 약]

사회복지는 개인의 행복과 만족스러운 삶을 이루도록 원조하는 실천학문인 만큼 명확한 정신건강개념 규정은 정신보건 사회복지 영역 뿐 아니라 전체 사회복지실천영역에서도 포괄적으로 필요하다. 이를 위해 본 연구는 첫째, Q 방법론을 활용하여 한국인의 정신건강개념을 도출하였다. 그 결과 정신건강 개념에는 자호다(Jahoda)의 19개 영역과 본 연구에서 새롭게 나타난 '영적' 영역과 '자기 안녕감' 영역을 합하여 21개 영역이 나타났고, 각 개인들은 이 개념을 공동체주의형, 합리주의형, 개인주의형, 인본주의형, 신본주의형 등 매우 독립적인 5가지 유형으로 인식하고 있었다. 둘째, 연구결과를 통해 사회복지영역에서는 일반인을 위한 정신건강프로그램의 방향성을 적극적 정신건강 개념으로 전환되어야 함을 제시하였다. 이는 사회복지영역에서 한국인의 정신건강개념을 정신질환 예방이나 치료라는 틀 속에 묶어두지 않고 건강한 삶의 성장으로 확대하기 위한 기초 자료를 제공하고자 함이다.

주제어 : 정신건강개념, Q 방법론

### 1. 서 론

우리나라의 급격한 산업화와 현대화 과정은 국민들에게 세대간의 갈등을 비롯한 빈부격차, 사회구성원 간에 지나친 경쟁을 야기시켰다. 이로 인해 가정파괴, 자살, 각종 영역에서의 중독, 일반 대중을 겨냥한 무차별적 범죄 등이 폭증하였으며, 동시에 인터넷을 통한 각종 무속 서비스가 성행하고 있는데, 이러한 현상을 통해 한국인의 불안한 정신건강 상태를 짐작할 수 있다. 이와 같은 사회현상에 먼저 반응을 한 것은 종교 영역으로 기독교에서는 에니어그램(Enneagram) 등의 영적 성장 프로그램,

\* 본 논문은 2002년 연세대학교 특성화(집중화사업)분야의 연구비 지원으로 수행된 것임.

불교에서는 요가, 기수련 등의 프로그램, 기타 무속 영역에서의 다양한 점술 서비스 등이 해를 거듭하면서 급격히 성장하고 있다.

하지만 이러한 일반인의 불안정한 정신건강 상태에 정신건강 전문영역의 대응은 미진하다. 일반인에 대한 정신건강연구는 주로 일반인의 우울, 불안 등 정신병리를 측정하거나 정신보건 서비스 수혜자에 대한 만족도 조사 등에 국한되어 있고 그 수도 적다. 또한 일반인을 위한 정신건강 상담서비스도 찾아보기 힘들다. 심리상담센터나 종합사회복지관에서 제공하는 상담서비스도 소수이며, 이 또한 병리적 관점을 가지고 한정된 대상자에게만 주어지는 한계점을 지닌다. 사회복지분야를 보면 전국 360개 사회복지관 중 보건복지부에서 사회복지상담소를 위탁받아 운영하고 있는 곳은 4곳에 불과하며, 1970년대 우리나라 최초로 정신건강사업을 시작한 태화기독교사회복지관이 유일하게 일반인을 위한 '지역정신상담센터'를 운영하고 있을 뿐이다(보건복지부, 2003).

한편 공공영역에서의 정신건강서비스는 1995년 제정된 정신보건법에 의해 제공되고 있다. 이 법의 목적은 전 국민의 정신건강 증진에 있으나 실제로 정신질환자<sup>1)</sup>의 보호 서비스가 주를 이룬다. 일반인 대상 정신보건프로그램이 있으나 그것은 정신건강 성장을 돕는 프로그램이 아니라 정신질환 예방을 위한 것이다. 보건복지부의 '국민건강증진종합계획(Health Plan 2010) (2002)에 따르면 생애주기별 건강서비스의 방향이 여전히 알코올 상담, 정신질환에 초점을 두고 있어 일반인을 위한 정신건강 프로그램의 적극적 실시는 요원한 일로 보인다.

이 결과로 정신적으로 건강한 삶을 위한 서비스를 제공해야 하는 공공 및 민간 전문기관은 그 수나 서비스 내용에 있어서 아직 미미한 상태를 벗어나지 못하고 있다. 이는 일반인의 정신적인 어려움을 해결하고 성장하고자 하는 욕구를 충족시키기 위한 정신건강 전문 프로그램이 적절히 개발되어 있지 못함을 의미한다.

특정 프로그램이 개발되지 못하는 이유에는 제도적, 실천적 이유 등 다양하게 존재하지만 중요한 이유 중 하나로는 그 프로그램이 지향하는 목적에 대한 개념정의가 분명하지 못하다는 것을 들 수 있다. 플랜트(Plant, 1970)는 개념이 가진 함의가 분명치 않거나 개념의 함의로 표시되는 특정한 입장이 모호한 경우 문제가 생기게 되며 명확성을 갖기 위해서는 그 개념에 대해 정확한 의미를 부여하여야 한다고 언급한 바가 있다. 즉, 일반인을 위한 정신건강 프로그램이 부족한 중요한 이유 중의 하나가 정신건강에 대한 개념정의가 분명하지 못하거나, 축소되어 있기 때문이라고 생각된다.

사회복지실천은 개인, 가족, 집단, 지역사회 등을 전문적으로 원조하여 개인적 능력 향상 그리고 환경과의 보다 나은 상호작용을 통해 행복함을 느끼도록 하는 것이다(김기태·김수환·김영호·박지영, 2002). 특히, 개인이 급격히 변화하는 환경과 끊임없이 상호작용을 해야 하는 현대사회의 특징상 사회복지에서의 정신건강영역에 대한 접근은 미룰 수 없는 과제가 되었다. 정신건강에 대한 관심은 의료 영역에서부터 시작되었지만 현재 정신건강개념이 정신질환이 없는 상태 뿐 아니라 사회적 환경 차원을 포함하는 포괄적 개념으로 넓어지고 있는 추세 속에서 사회복지영역은 인간의 성장과 발달을 위한

1) 2003년 현재 '정신질환자'의 용어는 '정신장애인'으로 전환되었다. 그러나 보건복지부의 지침에는 여전히 정신질환자라는 용어를 사용하고 있다. 본 논문에서도 '정신질환자'라는 용어를 그대로 사용한다.

원조방안을 마련해야 하며, 이를 위해 우선적으로 한국인의 정신건강개념에 대한 연구를 할 필요성이 대두된다.

본 연구의 목적은 사회복지영역에서 한국인의 정신건강개념이 건강한 삶을 위한 성장영역으로 확대되기 위하여 기초 자료를 제공하고자 하는 것이다. 이를 위해 첫째, Q<sup>2</sup> 방법론을 활용하여 한국인의 정신건강개념을 도출하고 둘째, 사회복지영역에서의 일반인을 위한 정신건강 프로그램 개발의 방향성을 제시하고자 한다.

## 2. 이론적 배경

### 1) 정신건강과 관련 용어에 대한 개념검토

정신건강은 정신보건과 정신위생 등 여러 가지 관련 용어들과 혼동되어 사용되고 있다. 지금까지의 연구 및 정책 자료를 살펴보면 정신건강과 관련된 개념은 크게 Mental Hygiene(정신위생으로 사용)과 Mental Health(정신보건, 정신건강 등으로 사용)로 구분된다. 다음은 정신위생, 정신보건, 정신건강을 중심으로 이 개념들이 현재 사용되고 있는 주요영역과 대상 그리고 주요 의미들을 비교하여 살펴보고자 한다. 또한 본 연구가 이 중 정신건강을 정신보건서비스의 대상으로 파악하고자 하는 근거를 제시하고자 한다.

#### (1) Mental Hygiene(정신위생)

미국 정신의학회지(Eaton, 1951)에 따르면 정신 위생은 ‘정신적 질환을 예방하고 초기에 치료를 통하여 정신질환을 감소시키며, 정신의 건강을 유지하고 증진시키는 방법’으로 정의하고 있으며, 미국의 사회사업사전(The Social Work Dictionary)에 의하면 ‘정신위생(Mental Hygiene)이란 정신건강(Mental Health)과 같은 의미로써, 정신질환자들의 치료를 위한 설비와 방법을 발전시키는 것을 포함하며, 정서적 안정의 지속과 심리적인 안녕을 촉진시키는 위한 교육행위까지도 포함한다’라고 정의하고 있다(Barker, 1999). 정신위생이 주로 사용되는 영역은 보건학, 의리학, 간호학 등 보건의료분야이며 주요대상은 정신질환자이다. 즉 정신질환자들을 위한 치료 및 재활과 일반인들을 대상으로 하는

2) Q 방법론의 창시자 윌리엄 스티븐슨(William Stephenson)은 ‘Q’ 의미를 문헌에서 정확하게 규정할 바가 없다. 하지만 제자들은 Q 방법론의 특성이 양자(Quantum)에서 유래한다고 하였다. 양자란 어떤 물리량이 연속 값을 취하지 않고 단위량의 정수배로 나타나는 비연속 값을 취할 경우, 그 단위량을 의미한다. 1900년 M. 플랑크의 양자가설을 시초로 고전물리학과 대조적으로 사용하였다. 양자의 발견에 따른 양자역학이 고전물리학과 대조를 이루는 점에 착안하여 ‘Q’라는 initial을 사용한 것으로 생각된다. 즉, 양적 data를 중심으로 객관성을 조사하는 양적조사(R 방법론)에 대조되는 방법론으로 질적 data를 중심으로 주관성을 조사하는 방법론을 Q 방법론이라 명명한 것으로 생각된다. 본 연구자는 Q 방법론을 다룬 여러 문헌과 학자들을 통하여 정확한 용어의 출처를 파악하고자 하였으나 위와 같은 정도의 개념을 구두로 확인했을 뿐이다. 더욱 정확한 의미를 파악하는 대로 수정하고자 한다.

정신질환 예방사업을 포괄하고 있다. 이는 정신질환이라는 병리적인 개념을 기본으로 두고 정리된 개념이다. 그러나 현재 한국의 공적제도 등에서 정신위생 용어는 거의 사용되고 있지 않다.

## (2) Mental Health(정신건강, 정신보건)

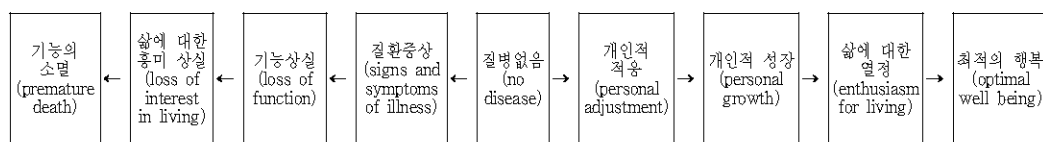
세계보건기구(WHO, 2001)는 'Mental Health는 여러 문화권의 학자들에 의해 다양하게 정의되어 왔다. 정신건강의 개념은 주관적 안녕감, 자기효능감, 자발성, 유능감, 세대상호간 의존과 타인과의 관계 속에서 개인의 인지적, 정서적 잠재능력에 대한 자기실현을 포함한다. 다문화적인 관점에서 정신보건을 포괄적으로 정의하는 것은 불가능하지만 정신보건의 개념이 정신장애보다 광의의 개념이라는 데는 합의하고 있다'라고 정의하고 있다.

Mental Health는 사회복지를 포함하여 매우 다양한 분야에서 다양한 개념으로 활용되고 있는 용어이다. 특히 한국에서는 '정신보건'과 '정신건강'의 두 가지 용어로 번역되어 매우 다르게 활용되고 있다. 먼저 '정신보건'은 정신보건법을 위시하여 공적인 제도 등에서 가장 많이 활용되고 있으며 그 의미로는 정신질환자에 대한 치료 및 재활 등을 주요개념으로 한다. 정신보건의 주요 사업대상은 정신질환자와 그 가족 그리고 일반인을 포함한다. 관련 학문분야로는 정신의학, 보건학, 교육학, 사회복지학, 사회학, 인류학, 간호학, 심리학 등이 있다. 정신위생과 비교할 때 보건의료영역을 넘어서 사회과학 및 인문과학 등에서 매우 넓게 활용되고 있지만 여전히 정신질환자들을 기본대상으로 하고 있다.

한편 '정신건강'으로 사용되는 경우는 정책시행의 실천적인 의미에서보다는 정책이 목표로 하는 선언적이고 이상적인 개념으로 사용되고 있다. 또한 최근 정신질환에 대한 스티그마(stigma)를 주지 않기 위해 정신병리를 대신하는 대중적인 용어로 활용되고 있다. 즉, 정신건강은 정신보건서비스의 대상과 내용을 병리적인 환자들을 치료하거나 또는 환자가 되지 않도록 예방하는 등 '정신질환'에 초점을 두는 것이 아니라 행복하고 건강한 삶을 위해 반드시 필요한 '정신적으로 건강한 상태'를 유지하기 위해 제공되는 서비스가 추구하는 개념으로 이해할 수 있다. 본 연구가 연구대상을 '정신보건'이 아닌 '정신건강' 개념을 파악하고자 하는 것은 이러한 이유에서이다.

## 2) 정신건강의 개념

'건강'에 대한 가장 기본적인 개념정의로는 1948년에 세계보건기구(WHO)에서 제시한 '완전한 신체적, 정신적, 그리고 사회 안녕이며 단지 질병이나 쇠약함이 없음을 의미하지는 않는다'를 들 수 있다. 또한 건강증진을 위한 오타와(Ottawa)현장에서는 '건강이란 일상생활을 위한 자원, 개인의 자원과 신체적 능력뿐만 아니라 사회의 자원을 강조하는 개념'(WHO, 1986)으로 그 범위를 넓혔다. 즉, '건강하다'는 것이 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 사회적 자원까지 포함하는 매우 포괄적인 개념으로 정의되고 있다.



<그림 1> 연속체로서의 건강(A Health Continuum)

에버솔과 헤스(Ebersole and Hess, 1994)는 <그림 1>과 같이 연속체로 건강의 정도를 설명하였다. 즉, 기능의 소멸은 연속체의 끝에 있으며 가장 높은 단계의 기능은 반대쪽 끝에 있다. 정신건강 전문가들은 정신건강개념도 이와 동일한 ‘연속체’로 인식하고 있다.

그런데 1980년대에 정신건강과 정신질환에 대한 개념을 두 가지 모델 즉 연속적 모델과 불연속적 모델로 구분하기 시작하였다. 정신건강의 ‘연속적 모델’에 의하면 앞서 언급한 에버솔과 헤스의 개념과 같이 정신건강과 정신질환은 연속선상의 양극단에 위치하고 대부분 사람들이 두 개의 양극단 사이에 있다고 보는 것이다. 정신분석학이나 심리학적 배경을 가지고 있는 치료자들은 질환을 미약한 것에서 심각한 상태까지 다양한 연속선상에서 보아야 한다고 주장하면서 연속적 모델을 선호한다(Horwitz and Sheid, 1999).

이와 반대로 정신건강의 ‘불연속적 모델(이분법적 모델)’은 1980년대에 들어서서 그 중요도가 높아지고 있다. 이 모델의 기원은 정신질환에 대한 기질적이고 생물학적 접근을 강조하는 생물·의학적 연구이다. 이 연구를 바탕으로 한 의료모델은 불연속적 모델의 전형적인 예로 정신건강과 정신질환은 이분법적으로 나뉘어 개인은 병들거나 건강한, 두 범주 중의 하나에 속한다. 따라서 이 모델에서 정신질환은 구체적인 증상을 가지고 있는 질병범주에 둔다. 이에 반하여 정신건강은 자존감, 개인의 잠재력 인식, 성취감, 의미있는 관계형성, 심리적 안녕유지 등 다양한 요소를 가지고 있다고 본다. 이 모델의 입장을 수용하는 학자들은 정신적으로 심각하게 문제가 있는 개인들만이 아닌 일반인을 대상으로 하는 광범위한 정신건강에 관심을 가졌다. 즉, 이 모델에 의하면 정신건강은 삶의 질 향상을 목표로 한다(Horwitz and Sheid, 1999; 김혜련·신혜섭, 2001).

·교육학 용어사전 (서울대 교육연구소, 1999)에 의하면 정신건강의 개념은 4가지 측면에서 고려된다. 첫째, 질병의 대립 개념으로 정신병리가 없는 상태를 의미한다. 둘째, 최적의 정신기능을 발휘할 수 있도록 정신기능의 모든 하위영역이 조화되는 이상적 상태로서의 정신건강을 뜻한다. 셋째, 통계적 개념을 적용하여 인간행동 내지 정신기능의 정상분포 곡선에서 중간부분을 건강한 것으로 보고 양극단을 비정상 내지는 건강하지 않은 것으로 보는 것이다. 넷째, 인간 정신기능의 생리적, 심리적, 사회적 측면이 상호 심각한 갈등 없이 고유기능을 발휘하고 사회집단과 현실적 적응을 하고 있는 것을 의미한다. 이러한 정신건강은 정신의 건강을 유지하고 그 상태를 보전하고 향상시키려는 적극적 활동영역과 정신적 혹은 정서적으로 질환을 가진 사람들이 정신적 건강을 회복할 수 있도록 도와주는 소극적 활동영역으로 구분할 수 있다(박선환·박승희·신은영·이주희·정미경·김혜숙·신혜섭, 2001; 장선철, 2002). 이러한 기준으로 분석해보면 현재 한국의 정신건강 전문가들은 대체로 정신건강을 연속적 개념으로 인식하며, 주로 정신질환자를 대상으로 소극적 활동을 하고 있다고 볼 수 있다.

그러나 정신건강 개념 연구의 중요한 역할을 한 초기 학자들은 정신건강의 개념을 비교적 적극적 개념으로 정의하였다. 프롬(Fromm, 1963)에 의하면 정신이 건강한 사람은 생산적이고 관용적인 인격을 가지고 자신과 세상을 사랑스럽게 관계시키며, 객관적인 실체를 파악하려는 이성을 가지고, 자기 자신을 독특한 개인적 실체로 경험하며 동시에 동료들과 일치의식을 느낀다고 하였다. 또한 비합리적인 권위에 예속되지 않으며 양심과 이성의 합리적 권위를 잘 받아들이고 주어진 인생을 최대한 값진 기회로 생각한다고 하였다. 매슬로(Maslow, 1968)는 자아실현을 할 수 있는 사람이 건전한 정신을 가진 것으로 보았다. 그는 정신이 건강한 사람의 특성을 다음과 같이 7가지로 정의하였다. 첫째, 적절한 현실지각력을 갖고 사물을 있는 그대로 받아들인다. 둘째, 자발적이고 문제 중심적이다. 셋째, 고도로 자율성을 보이며 문화와 환경으로부터 독립적이다. 넷째, 사물에 대한 인식이 늘 새롭고 자연과 인생의 본질에 대해 관심을 가진다. 다섯째, 사회적 공감성을 갖고 사람들과 밀접한 관계를 맺는다. 여섯째, 인간에 대한 존경심을 갖고 도덕성과 윤리성이 강하다. 일곱째, 적개심이 없고 유머감각이 있으며 독창적이고 창조적이다.

〈표 1〉 자호다의 정신건강 개념의 차원과 내용(자호다, 1958)

차 원	내 용
자아에 대한 태도 (Attitudes toward the self as criteria for mental health)	① 자아 의식에 대한 접근성(accessibility of the self to consciousness) ② 자아 개념에 대한 정확성(correctness of the self-concept) ③ 자아 개념에 대한 감정(feelings about the self-concept) ④ 정체성(sense of identity)
성장·발전·자아실현 (Growth, development, and self-actualization as criteria for mental health)	⑤ 동기화 과정(motivational processes) ⑥ 삶에 대한 투자(investment in living)
통합력 (Integration as a criterion for mental health)	⑦ 심리적 힘의 균형(balance of psychic forces) ⑧ 삶의 통일된 전망(a unifying outlook on life) ⑨ 스트레스에 대한 저항(resistance to stress)
자율성 (Autonomy as a criterion for mental health)	⑩ 내부의 행동 규제(regulation of behavior from within) ⑪ 독립적 행동(independent behavior)
현실지각 (Perception of reality as a criterion for mental health)	⑫ 욕구왜곡에 대한 지각의 자유(perception free from need-distortion) ⑬ 공감이나 사회적 민감성(empathy or social sensitivity)
환경의 지배력 (Environmental mastery as a criterion for mental health)	⑭ 사랑할 수 있는 능력(the ability to love - 성적의미) ⑮ 사랑하고, 일하고, 여가를 즐기는 적절성(adequacy in love, work, and play) ⑯ 대인관계의 적합성(adequacy in interpersonal relations) ⑰ 상황적 요구 수용(meeting of situational requirements) ⑱ 적응과 순응(adaptation and adjustment) ⑲ 문제해결(problem-solving)

자호다(1958)는 심리학적 배경을 가지고 문화인류학, 정신의학 분야 등의 정신건강 개념 연구들을 체계적으로 분류하였다. 자호다의 분류 목적은 각각 기준들의 관계성을 살펴보는 게 아니라, 긍정적인 정신건강 기준에 대한 현대적 사고틀을 제시하고자 함이었다.

자호다 연구는 다양한 학자들의 정신건강 견해를 종합하여 분석하였기 때문에 정신건강 개념의 포괄적이고 통합적인 연구로 평가받고 있다. 이러한 이유로 자호다 연구는 최근까지 정신건강 관련 분야의 교재에서 중요하게 소개되고 있다. 정신의학 분야의 '최신임상정신의학' (이근후·우행원·박영숙·연규일·권정화, 1998), 간호학 분야의 '정신간호총론' (김윤희·이광자·유숙자·이소우·김소아자, 2001), '최신 정신간호학 개론' (도복능 외 25인, 2001), '정신건강 간호학' (이평숙·조희·신순옥, 2001) 등과 심리학 분야의 '정신건강론' (박선환·박숙희·신은영·이주희·정미경·김혜숙, 2001) 등에서 자호다의 연구가 활용되고 있다. 또한 각종 분야의 정신건강 관련 연구에서도 기초 자료로 활용되고 있다 (이원, 1999; 박찬주, 2000; 원유선, 2000; 황명자, 2000). 자호다의 분류가 정신건강의 여러 요소와 차원을 포괄하고 있기 때문에 본 연구에서는 정신건강 문항을 구성할 때 기초 자료로, 그리고 면접조사 후 분석시 비교자료로 활용하였다. 자호다는 위 <표 1>과 같이 정신건강의 개념을 6가지 차원의 19개 영역으로 세분화하여 정리하였다.

### 3) 한국의 정신건강 개념

한국의 정신건강 개념은 정신보건법률 및 시행령에 나타나는 제도적인 측면과 정신보건사회사업 분야에서 정의하고 있는 실천적인 측면을 통해 파악해볼 수 있다.

우선 제도적인 측면에서 살펴보면, 보건복지부의 『2002년 정신보건 사업안내』 (2002)에서는 정신보건의 국가 및 행정 전달체계의 기본방침으로 (1) 정신질환자 인권보호 및 정신질환에 대한 편견해소 (2) 정신보건시설의 적절한 관리 (3) 지역사회정신보건사업확대를 가지고 있다. 정신보건사업 목표로는 '지역사회 주민을 위한 정신건강증진 및 정신질환 예방프로그램 운영'을 채택하고 정신보건사업의 대상을 정신질환자와 그 가족 및 지역사회주민 전체로 규정하고 있다. 이를 기초로 하여 지역사회정신보건사업 확대를 위한 4가지 실천과제로는 첫째, 정신보건 및 사회복지시설의 확대 설치 지원, 둘째, 보건소에서의 지역사회정신보건사업 실시, 셋째, 정신의료기관의 재활프로그램 활성화 유도, 넷째, 국민 정신건강증진을 위한 교육 및 홍보 확대를 제시하고 있다. 또한, '국민건강증진종합계획 (Health Plan 2010)' (보건복지부, 2002)에서는 생애주기별 건강서비스의 방향을 알코올상담, 정신장애, 등 정신질환의 치료와 재활에 두고 있다. 이와 같이 한국의 정신보건정책에서 나타나고 있는 정신건강의 개념은 정신보건의 하위개념으로 그 영역이 축소되어 있다. 사업지침에는 일반 지역주민을 대상으로 한 정신건강증진 및 정신질환예방 프로그램을 운영하도록 규정하고 있으나 이를 프로그램화하기 위한 구체적인 내용이 부재하며, 한정된 정신보건 관련자원을 감안하여 정신건강관련 위협요인 보유주민을 사업대상의 우선순위로 두고 있어 일반 주민을 위한 사업이 여전히 요원하다고 볼 수 있다.

실천적인 측면에서는 정신보건사회사업 분야에서 정의하고 있는 '정신건강'의 개념을 '정신보건사회복지사 수련교재'와 '정신보건사회복지' 관련 사전, 교재 및 논문을 중심으로 살펴보고자 한다. 현재

정신보건법 규정에 따라 정신보건사회복지사들은 수련제도를 거쳐 정신보건전문요원 자격을 취득하도록 되어 있다(보건복지부, 1995). 수련과정을 거친 정신보건전문요원들은 정신보건센터, 사회복지시설, 병·의원, 정신요양시설 등 최일선의 정신보건영역에서 활동하게 된다. 그러므로 이들이 정신건강 개념을 어떠한 내용으로 교육받고 있는 지를 확인하는 것은 매우 중요하다. 정신보건사회복지사 수련을 총괄적으로 담당하고 있는 한국정신보건사회사업학회에서는(2000) ‘정신보건사회복지사를 위한 정신보건전문요원 수련교재’를 발간하였다. 이 교재에서 ‘정신보건사회사업’은 ‘정신의학 영역에서 이루어지는 사회사업활동으로 전체하고 정신적·정서적 장애를 가진 사람들을 위한 서비스 제공을 주된 목적으로 설치되어 있는 정신과 병·의원 및 정신보건의 기관·시설에서 실시되는 것’으로 정의하고 있다. 이 교재에서는 정신보건을 정신질환자를 위한 치료와 재활의 영역으로 소극적 개념을 취하고 있다.

정신의학사전(이병윤, 1990)에서 ‘정신의료사회사업’의 정의는 ‘정신의학적 사회사업’이란 ‘정신병원, 정신과 진료소, 종합병원 내 신경정신과, 사회복지시설 등에서 전문 치료팀의 일원으로서 정신과 환자 및 그들의 가족과 관계를 가지는 특수사회사업 영역’으로 정의하고 있다. 비슷한 개념으로 김기태·황성동·최송식·박봉길·최말옥은(2002) ‘정신보건 영역과 정신보건 사회사업’을 ‘정신질환자를 위한 치료와 재활분야와 ‘정신병원 혹은 진료소 등에서 이루어지는 사회사업’이라고 정의하고 있다. 이들의 개념은 정신보건사회사업을 의료사회사업의 일부로 보며 주 대상층을 정신질환자로 규정하고 있다.

이와는 달리, 김규수(1999)는 ‘정신보건사업영역은 정신의료영역(Psychiatric Setting)에서 정신건강영역(Mental Health Setting)으로 확대되어야 하고 그 개념 규정도 확대되어야 한다’고 하였다. 그는 ‘정신보건사회사업’을 ‘정신적, 정서적 장애인들에게 격리하여 전문적 기관이나 전문적 방법을 통한 입원·수용치료형태에서 지역사회기반을 통한 치료와 재활 그리고 예방 및 정신건강운동 영역까지도 포함하는 실천’으로 정의하였다. 정원철(2000)은 ‘정신보건사회사업이란 정신적, 정서적 장애를 가진 환자, 가족 등 그 환경을 포함하여 정신병원 혹은 진료소, 사회복지시설 등에서 행해지는 전문적인 사회사업이며, 지역사회를 포함한 치료, 재활, 예방 더 나아가 정신건강 영역까지도 포함하는 사회사업의 실천영역’으로 정의하고 있다. 유수현(2000)도 ‘정신보건 영역이란 사회적 기능수행에 정신건강의 문제가 관련되는 예방, 치료, 재활의 전 영역을 포괄’한다고 하였다. 또한 ‘정신보건 사회사업이란 의료시설, 사회복지시설, 정신요양시설은 물론 정신건강 문제를 다루는 지역사회 복지기관이나 시설에서 행해지는 사회사업 활동’을 의미하는 것으로 보았다. 김규수·유수현·정원철 등은 정신보건사회사업 영역을 기존의 정신질환자 치료 및 재활에서 정신건강 영역까지 넓히고자 하였다. 또한 정신보건사업의 실천 현장으로 정신건강 문제를 다루는 지역사회 복지기관이나 시설까지 포괄하여 구체적으로 지적하고 있다. 하지만 이들도 정신건강 개념을 ‘정신질환’을 치료하고 예방하는 차원에 중점을 두는 소극적 개념에서 많이 벗어나지 못했고 ‘정신건강’에 대한 구체적인 개념정의도 내리지 않고 있다.

결론적으로 한국의 정신건강 개념은 서비스 대상과 내용에서 제도적인 차원보다는 실천적인 차원에서 보다 포괄적으로 적용되고 있다. 하지만 이는 실천적 차원에서 정신건강 개념을 확대한 것이 아니라 정신보건 영역과 사회복지사업이 연계되어 나타나는 현상으로 볼 수 있다. 그러므로 일반인을



위한 정신건강 서비스가 확대되기 위해서는 정신건강 개념에 대한 논의와 조사가 필요하고 이에 따른 다양한 프로그램 개발이 시급하다.

### 3. 연구방법

#### 1) 연구방법 개요와 선택의 근거

Q 방법론은 현재 신문방송학, 간호학, 노년학, 심리학, 아동학 등 주관성(subjectivity)이 중요한 역할을 하는 인간행동 연구 분야에서 점점 활발히 사용되고 있는 연구 방법론이다.<sup>3)</sup> 위의 학문영역들은 실천현장을 가지고 있는 것이 공통적인 특징인데, 사회복지학도 실천학문으로서 클라이언트의 주관성과 개별성을 중시하기 때문에 Q 방법론의 활용도가 높을 것으로 기대된다. 사회복지학 영역에서 Q 방법론의 적용은 새로운 시도이므로 우선 Q 방법론의 개요를 살펴보고, 본 연구가 Q 방법론을 선택한 근거를 제시하고자 한다.

##### (1) Q 방법의 개요

스티븐슨(1969)은 경험론자들이 요구하는 객관적 형태 안에서 실존론자들의 주관심인 주관성을 다루는 원리와 과정을 정교하게 만들어 '주관성의 객관화'가 가능한 Q 방법론을 개발하였다. Q 방법은 행위자의 주관성을 전적으로 신뢰하는 방법이다. Q 방법론에서는 과학자의 주관이 아닌 각 행위자 주관에 주제가 되며, 연구자에 의한 가설과 조작적 정의 대신에 가설발견 논리(abduction)와 각 행위자 스스로의 조작으로 정의되는 자결(自決)적 정의가 주 부분을 차지한다. 또한, *concourse*<sup>4)</sup>를 바탕으로 Q 진술문 분류(Q-sort)를 통해 각 행위자 스스로 자신의 주관성을 총체적으로 나타내도록 하여 개인의 주관성을 탐구하는 방법론이다(김홍규, 1996).

##### (2) 방법론 선택의 근거

본 연구의 목적은 한국인의 정신건강 개념을 도출해내기 위한 것이다. 정신건강의 개념은 한 현상에 대한 총체적인 반응으로 주관적이고, 단순한 부분의 합이 아니며 그 이상의 것을 포함한다. 따라서 기존의 양적 방법—정신건강 개념의 각 부분에 대해 조작적 정의를 하고 이에 대해 연구대상자 간의 차이 분석—보다는 정신건강이 지니는 여러 가지 의미에 대하여 한 개인 또는 연구대상자의 주관적인 중요도 차이를 분석하여 정신건강의 개념을 통합적으로 찾아낼 수 있는 Q 방법론이 본 연구의

3) 신문방송학에서 시작되어 간호학, 노년학, 심리학, 아동학 등의 연구자들은 Q 방법론을 활용하여 다수 박사학위를 취득하였고, 각 분야의 학회지에 Q 방법론을 활용한 논문들이 게재되고 있다. 2003년 현재 한국주관성학회는 Q 방법론을 조사도구로 활용하는 학자들로 구성되어 국제학술지를 2회 발간하였다. [www.kssss.or.org](http://www.kssss.or.org).

4) 이는 Q 모집단과 동일한 개념으로 활용된다. 2)연구절차와 방법에서 자세하게 설명하고자 한다.

목적에 해당할 것으로 판단된다.

물론 기존의 질적 방법론을 활용하여도 주관성을 파악할 수 있지만 그 개념이 각 개인에게 구체적으로 어떻게 적용되는지는 알 수 없어 실제 활용과는 거리를 두게 되기도 한다. 그러나 Q 방법론은 각 개인의 주관성을 요인분석 방법으로 분석하여 그것을 유형으로 나타냄으로써 겉으로 감지되지 않은 부분까지도 객관화시킬 수 있다. 즉, 개인이 가지는 개념에 대한 총괄적인 양태를 조사할 수 있는 것이다. 이러한 특징이 Q 방법론이 실천분야를 가지고 있는 학문에서 활발히 사용되고 있는 이유이기도 하다.

제 1 단계

Q 표본의 선정
1. Q 모집단(concourse)의 표집 - 심층면접을 통한 정신건강과 관련된 진술문 추출(210개) - 정신건강과 관련된 문헌, 선행연구를 통한 진술문 추출(54개) - 위의 두 가지 방법을 통해 총 264개의 진술문 수집
2. Q 표본의 선정 - Q 모집단을 21개 범주로 분류 - 각 범주에서 대표적이거나 상이한 의미의 Q 진술문 34항목 선정
3. Q 카드와 Q 표본의 분포도 준비



제2단계

조사대상자(P 표본)의 선정
1. 서울지역에 거주하는 20세 이상 70세 미만의 성인남녀 - 연령, 성, 학력을 고려하여 총 44명 선정



제3단계

Q 표본 분류
1. 강제 정상분포방식에 따라 34개의 Q 진술문을 7점 척도상에 대상자 의견의 중요도에 따라 분류하도록 함.
2. 양극단에 분류한 진술문과 관련하여 대상자와의 면접시행



제4단계

자료처리 및 분석
1. Quani PC <sup>5)</sup> 프로그램에 맞는 data file 작성
2. Q 요인분석
3. 유형별 특성 분석
4. Q 모집단, Q 유형분석 등을 통해 한국인의 정신건강 개념 도출

<그림 2> 연구절차와 과정

5) Quani Program은 Q 방법론에 의해 조사된 자료를 통계 처리할 수 있는 통계 프로그램으로 스티븐슨이 개발한 수리적 통계과정을 컴퓨터 프로그램화한 것이다.

또한, 클라이언트 중심의 정신건강 사회복지프로그램을 제공하기 위해서는 일반인들의 정신건강 개념을 조사하여 명확히 정의할 필요가 있다. Q 방법론의 핵심 개념인 가설발견 논리와 자결(自決)적 정의는 연구자가 아닌 응답자 스스로가 어떤 개념이나 의미, 정의를 스스로 만들어 가는 과정으로 클라이언트 중심의 사회복지 가치와 일맥상통하는 부분이 크다.

결론적으로 본 연구는 첫째, 주관적인 인식이 중요한 정신건강 개념에 대한 기초 연구이고 ; 둘째, 개념이 합의되지 않았으며 ; 셋째, 개인을 대상으로 최적의 정신건강을 달성하고자 하는 사회복지 실천을 위한 연구이므로 옳고 그름의 판단이 배제되고 개인의 주관성과 일관성이 중심이 되어야 하며 ; 넷째, 개개인의 인식의 형태와 특성을 객관적으로 알아볼 수 있어야 하기 때문에 Q 방법론이 적절하다고 판단되어 활용하였다.

## 2) 연구절차와 방법

전체 연구는 크게 4단계로 구분된다. 그 절차와 과정은 <그림 2>와 같다.

### (1) Q 표본의 선정(Q-sampling)

#### ① Q 모집단(Q-population) 표집

Q 모집단이란 Q 연구를 위해 수집된 항목의 집합체로서 한 문화 안에서 공유되는 의견의 총체(concourse)를 말한다(김홍규, 1992). Q 모집단을 구성하는 방법에는 심층면접을 통한 방법, 개방형 질문지를 통한 방법, 문헌을 통한 방법이 있다. 본 연구에서는 심층면접을 통한 방법과 문헌을 통한 방법을 사용하였다. 또한, 심층 면접시 총체적인 의견은 다음과 같은 5개의 집단에서 가장 잘 평가 될 수 있는 것으로 주장되었다. 첫째, 그 주제에 특별한 흥미를 갖는 사람, 둘째, 공평한 의견을 제시할 수 있는 사람, 셋째, 그 주제에 있어 권위가 있는 전문가, 넷째, 일반적인 관심이 있는 사람, 다섯째, 그 주제에 관해 흥미가 없는 사람 등의 집단이다(Thompson, 1966).

#### 가. 심층면접을 통한 Q 모집단 추출

본 연구에서는 정신건강에 대한 총괄적 의견을 구하기 위하여 위의 기준으로 전문가인 정신과 의사와 정신보건 사회복지사 각 1명(각 분야에서 5년 이상 근무자), 정신건강에 대한 생각을 잘 진술할 수 있을 것으로 기대되는 정신보건 서비스 수혜자 1명(전문가로부터 추천받은 사람), 기타 전문가들과는 전혀 다른 정신건강 견해를 가지고 있을 것으로 생각되는 무속인 1명, 정신건강에 대하여 일반적인 관심을 가지고 있는 사람 3명, 정신건강에 대해서는 전혀 흥미가 없을 것으로 생각되는 일반인 3명 총 10명을 대상으로 심층 면접을 하였다. 1인당 면접에 소요된 시간은 60~90분이었고 면접의 방향을 잃지 않기 위해서 연구자가 가진 질문의 내용은 다음과 같다(<표 2> 참조). 면접내용은 누락을 방지하고 정확성을 기하기 위해 대상자의 허락 하에 녹취하여 그 내용을 모두 기록하였다.

## &lt;표 2&gt; 면접 조사 질문의 내용

- 당신은 어떠한 상황일 때 정신이 건강하다고 생각하십니까?
- 당신은 어떠한 상황일 때 정신이 건강하지 않다고 생각하십니까?
- 당신은 정신이 건강하지 않다고 생각될 때 어떤 상태가 되십니까?
- 당신은 정신이 건강하지 않을 때 건강해지도록 어떻게 하십니까?
- 그러한 방법들을 행하시면 어떤 상태가 되십니까?
- 당신은 어떤 사람을 볼 때 ‘저 사람은 정신이 건강하구나’ 하는 생각이 드십니까?
- 당신은 어떤 사람을 볼 때 ‘저 사람은 정신이 건강하지 않구나’ 하는 생각이 드십니까?
- 당신은 어떤 사람을 볼 때 ‘저 사람은 정신질환자구나’ 하는 생각이 드십니까?
- 정신이 건강하지 않은 상태가 극단으로 가면 정신질환이 된다고 생각이 드십니까?

## 나. 문헌을 통한 Q 모집단 추출

심층면접에서 파악되지 않은 부분과 심층 면접에서 파악은 되었지만 보다 명확한 개념을 가진 문항을 찾아내기 위하여 정신건강을 주제로 한 심리학(Jung, 1924; Erikson, 1963; Greenwald, 1980; 전현민·노명래, 1991; 양익홍, 1998), 간호학(노춘희, 1997; 권수자·이길자, 1997), 교육학(최길성, 1984; 한옥자, 1998), 보건학(Donatelle, 2001), 사회복지학(김규수, 1999; 유수현, 2000; 정원철 2000; 양옥경·최명민, 2001; 남찬섭, 2002), 체육학(조석주, 1997; 황명자, 2000), 정신의학(이영문·김홍모·이문숙·이호영, 1999; 민성길, 1999), 신학(Clinebell, 1979; 이원, 1999) 등 다양한 학문분야의 정신건강 관련교재, 학위논문 및 학술지에 수록된 논문을 참조하였다. 이 단계에서 정신건강 개념에 관한 진술문 54개를 추출하였다. 다음 단계로 심층면접의 녹취내용과 문헌검토를 통해 추출한 진술문들을 그 내용이 중복되지 않도록 정리하였다. 최종적으로 정신건강의 상이한 견해인 진술문들을 종합적으로 검토하여 총 264개의 Q 모집단을 구성하였다. 심층면접에서 전혀 파악되지 않은 영역으로 문헌을 통하여 보완된 영역은 ‘사랑할 수 있는 능력-성적 의미’의 단 하나의 영역이었다.

## ② Q 표본의 선정

Q 표본의 선정을 위해 264개의 진술문으로 구성된 Q 모집단에서 공통적인 의미나 가치가 있는 진술문을 합치는 범주화 작업을 하였다. 자호다의 정신건강 개념이 현재까지의 연구들 중 가장 포괄적이고 통합적이기 때문에 현재 우리나라의 정신건강 개념이 어떠한 모습을 가지고 있는지를 비교할 수 있어서 본 연구에서 범주화의 기준으로 활용하였다.

그 결과 자호다 정신건강 개념의 19개영역과 본 연구의 심층면접에서 새로 나타난 ‘영적’과 ‘자기안녕감’ 영역을 합하여 총 21개영역으로 구분되었다.<sup>6)</sup> 이 범주를 기준으로 진술문들을 상이성과 대표성을 고려하여 분류하고, 주제와 내용의 타당성 여부는 사회복지학, 보건학 교수, 그리고 한국주관성학회 교수들의 자문을 통해 34개의 Q 표본<sup>7)</sup>을 선정하였다. Q 표본으로 선정된 진술문 34개는 조사대상자가 이해하기 쉬운 진술문으로 수정되고, 그 내용이 긍정과 부정, 중립이 균형을 이루도록 정리되

6) 구체적인 분석내용은 4 결과분석에서 논의하였다.

7) 각 범주별로 문항수가 다른 것은 표집 과정에서 범주별 문항 수에 비례하여 뽑았기 때문이다. 문항수에 따른 비례를 지키지 않은 경우는 문항 수가 적어도 범주의 각각 다른 차원을 언급하고 있을 때에는 Q sample로 선정하였다.

었다(<표 3> 참조).

<표 3> 차원별 Q 표본

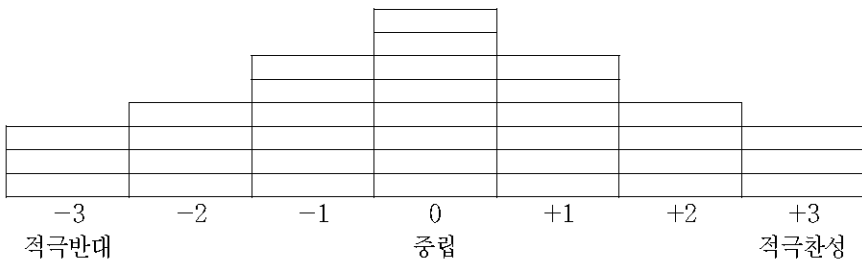
차원	영역	번호	내용
자아에 대한 태도	① 자아 의식에 대한 접근성	01	나와 남의 다른 점을 있는 그대로 받아들이는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		02	매사에 자신감이 없는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
	② 자아 개념에 대한 정확성	03	할 수 있는 것과 할 수 없는 것을 분명하게 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		04	자신의 실수를 인정하지 않고, 합리화시키려고만 하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
③ 자아 개념에 대한 감정	05	인생을 포기하고 막 나가고 싶다고 생각하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	
성장, 발달, 자아 실현	④ 정체성	06	자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑤ 동기화 과정	07	다른 사람의 실수는 용서하고, 자신의 실수를 통해 성장하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑥ 삶에 대한 투자	08	다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
09		다른 사람의 약점을 들춰내는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	
통합력	⑦ 심리적 힘의 균형	10	자신에게 쾌락과 이득이 뒤편에도 불구하고, 넘어서는 안될 선을 지키고자 하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		11	어떠한 경우에도 자신의 삶은 궁극적인 목적을 가지고 있다고 믿는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑧ 삶의 통일된 전망	12	어려운 상황을 꿰뚫히게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.
⑨ 스트레스에 대한 저항		13	자기한테 자꾸 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
	14	병적인 요소(환상, 환경)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
자율성	⑩ 내부의 행동 규제	15	싫고 힘든 일임에도 불구하고 책임감을 갖고 최선을 다하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		16	주위의 나쁜 유혹에 자꾸 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
현실지각	⑪ 독립적 행동	17	사회적 환경의 요구를 무조건 수용하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
		18	사람에게나 무엇인가에 지나치게 집착하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.
	⑫ 욕구왜곡에 대한 지각의 자유	19	자신이 원하는 바를 잘 알고, 그것을 이루기 위해 최선을 다하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
20		기뻐해야 할 때 기뻐하고, 슬퍼해야 할 때 슬퍼하고, 화내야 할 때 화를 내는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
⑬ 공감이나 사회적 민감성	21	대화를 편하게 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	

<표 3> 이어서

환경 의 지배 력	⑭ 사랑할 수 있는 능력	22	사랑하는 사람과 성적인 관계에서 충분한 만족감을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑮ 사랑·일·여가를 즐기는 적절성	23	휴식을 취하고 재미있음을 즐길 줄 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑯ 대인 관계의 적합성	24	상대방의 기분을 상하지 않게 하면서 자신의 불쾌한 기분이나 의사를 자연스럽게 표현하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		25	어떠한 상황에서도 사람에 대한 신뢰를 잃지 않는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
	⑰ 상황적 요구 수용	26	동료나 상사와 좋은 관계를 유지하고 이에 필요한 지식이나 기술을 습득하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
		27	자신에게 주어진 조건에 맞추어 창조적인 일을 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.
⑱ 적응과 순응	28	자신에게 주어진 어려운 상황을 잘 극복하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
	29	주어진 상황을 잘 받아들이고 수용하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
⑲ 문제해결	30	자신의 문제를 해결할 때, 성급하지 않게 적절한 과정을 거쳐 해결하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
	31	심각하지 않은 문제에도 화를 내고 자학하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	
⑳ 영적 영역	32	세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
	33	신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 문제를 진심으로 맡기는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	
㉑ 자기 안녕감	34	행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	

③ Q 카드와 Q 표본의 분포도 준비

Q 표본으로 선정된 진술문 34개는 조사대상자가 읽기 쉽고 분류하기 용이하도록 6×10cm 카드로 인쇄 제작하였다. Q 표본의 분포도는 조사대상자들이 Q 표본으로 선정된 34개의 진술문들을 자신의 중요도에 따라 -3에서 +3까지 7점 척도 상에 분류하여 정규분포로 강제 분포시킬 수 있도록 준비하였다(<그림 3> 참조).



<그림 3> Q 표본의 분포도(Q sample distribution)

## (2) 조사대상(P sample)의 선정

Q 방법론은 개인내의 중요성 차이를 다루므로 조사대상(P sample)의 수에는 제한을 받지 않는다. 하지만 조사대상수가 커지면 한 요인(Q-factor)에 너무 많은 사람이 적재되어 요인의 특성이 명확하게 드러나지 않는 통계상 문제가 발생하므로 일반적으로 30-50명 내외로 선정한다(김홍규, 1992). 이를 근거로 조사대상은 서울지역에 거주하는 20세 이상 70세 미만의 성인 남녀를 대상으로 각 연령대 별로 남성과 여성을 5~4명씩 할당하여 총 44명을 선정하였다. 가능한 다양한 사회적, 경제적, 직업적 특성을 갖도록 표집하였다.

## (3) Q 표본 분류(Q sorting)

각 조사대상자(Q sorter)는 다음과 같은 방법으로 Q 표본을 분류하였다. 먼저 무순으로 혼합된 Q 카드를 전부 잘 읽은 후 진술문에 동의하는 정도에 따라 동의, 중립, 동의하지 않음의 크게 3가지 집단으로 분류하였다. 다음 단계에서는 긍정 진술문 중에서 가장 동의하는 것을 차례로 골라 +3, +2, +1 순으로 배치하고, 같은 방식으로 동의하지 않은 것으로 분류된 카드 중에서 가장 부동의 정도가 높은 진술문으로부터 3, 2, 1에 배치하였다. 긍정과 부정을 순차적으로 모두 분류되면 나머지는 자동으로 0으로 분류되는데 여기에는 중립, 모름, 관련 없음의 내용이 포함된다. 각 점수에 해당되는 카드의 수는 정해져 있는 것이므로 분류가 끝나면 카드의 빈도분포 모양은 <그림 3>과 같이 정상분포와 유사한 형태가 된다. Q 표본 분류 후 연구자는 조사대상자에게 가장 동의한(+3) 진술문과 가장 동의하지 않는 진술문(-3)에 대해 양극단에 분류한 이유를 개방형으로 질문을 하였고 녹취하였다.

## (4) 자료처리 및 분석방법

조사 대상 44명의 분류된 자료를 컴퓨터에 자료화일로 입력하였다. 자료코딩 방법은 배열카드에 기록된 진술항목번호를 가장 반대하는 경우에 1점으로 시작하여 중립인 경우 4점, 가장 찬성하는 경우 7점을 부여하여 점수화하였다(<표 4> 참조). 코딩된 자료는 PC Quanl Program을 이용하여 분석하였다.

<표 4> Q 분류의 점수배열

	1	2	3	4	5	6	7
점 수	-3	-2	-1	-0	+1	+2	+3
카드수	3	4	6	8	6	4	3

본 연구에서는 5개의 유형이 나타났다. 각 요인별로 표준점수가 산출되었고, 개방형 질문에 대한 면접내용을 분석하여 해당 요인의 특성을 정리하였으며 최종적으로 유형명을 붙였다. 또한 응답자의 인구학적 특성을 중심으로 유형간의 차이를 알기 위하여 추가분석을 하였다.

## 4. 결과분석

정신건강 개념의 총체적인 모습을 찾기 위하여 첫째 단계에서는 정신건강에 대한 Q 모집단 결과를 살펴볼 것이다. 둘째 단계에서는 정신개념에 대해 개인이 어떻게 인식하고 있는 지를 유형분석을 통해 파악할 것이며, 셋째 단계에서는 각 유형간의 상관계수와 공통견해를 통하여 유형간의 관계를 알아볼 것이다. 마지막으로 이 결과들을 종합하여 한국인의 정신건강 개념을 분석하고자 한다.

### 1) 정신건강에 대한 Q 모집단(concourse) 결과

면접 조사 결과로 나타난 정신건강 개념의 Q 모집단(concourse)은 264개의 진술문으로 자호다 연구의 6개 차원, 19개 영역의 정신건강개념을 모두 포함하고 있었다. 각 차원의 영역별로 적게는 1개 문항에서 많게는 31개 문항으로 분류되었다. 자아 의식에 대한 접근성(11개 문항), 자아 개념에 대한 정확성(17개 문항), 자아 개념에 대한 감정(7개 문항), 정체성(5개 문항), 동기화 과정(4개 문항), 삶에 대한 투자(19개 문항), 심리적 힘의 균형(7개 문항), 삶의 통일된 전망(7개 문항), 스트레스에 대한 저항(33개 문항), 내부의 행동 규제(18개 문항), 독립적 행동(13개 문항), 욕구왜곡에 대한 지각의 자유(10개 문항), 공감이나 사회적 민감성(9개 문항), 사랑할 수 있는 능력 - 성적의미(1개 문항), 사랑하고, 일하고, 여가를 즐기는 적절성(9개 문항), 대인관계의 적합성(31개 문항), 상황적 요구 수용(6개 문항), 적응과 순응(7개 문항), 문제해결 (19개 문항)등으로 구분되었다.

한편, 본 심층 면접조사에서 새롭게 도출된 영역은 ‘영적’ 영역과 ‘자기 안녕감 영역’이다. ‘영적’ 영역으로 분류된 진술문에는 신이나 절대자, 조상, 샤머니즘 등에 대한 믿음과 성장에 대한 노력 등이 정신건강의 중요한 요소로 언급되었다(20개 문항). 또한, 한국인들은 자신이 행복하다는 것을 느낄 수 있는 사람 또는 평안, 즐거움을 느낄 수 있는 등 주관적으로 안녕감을 느끼는 사람을 정신이 건강한 사람으로 인식하고 있었는데 이는 11개 문항으로 연구자가 ‘자기 안녕감’으로 명명하였다. 심층면접에서 나타나지 않은 문항은 ‘성적의미로서 사랑할 줄 하는 능력’으로 이는 문헌에서 추가하였다. 이 결과로 한국인들은 정신건강의 개념을 매우 다양하게 가지고 있음을 알 수 있었다.

### 2) Q 유형

Quanl program을 이용하여 한국인의 정신건강에 대한 개념을 Q 요인 분석한 결과 5개의 유형으로 나타났다. 전체 데이터의 중간 값은 4, 표준편차는 1.6977이다. 5개의 유형은 전체 변량의 42.44%를 설명하고 있으며 각 유형별 설명력을 보면 제1유형이 19.61%, 제2유형이 7.29%, 제3유형이 6.55%, 제4유형이 5.18%, 제5유형이 3.81%였다.



&lt;표 5&gt; 유형별 Eigen Value와 변량의 백분율

	제 1 유형	제 2 유형	제 3 유형	제 4 유형	제 5 유형
아이겐치	9.4125	3.5005	3.1437	2.4864	1.8284
변량의 %	19.61	7.29	6.55	5.18	3.81
누적빈도	19.61	26.90	33.45	38.63	42.44

5개의 유형간의 상관관계는 <표 6>에서 제시하는 바와 같다. 이는 각 유형간의 유사성의 정도를 보여주는 것으로서 제 1유형과 제 2유형의 상관계수는 .354이며, 제 1유형과 제 3유형은 .379, 제 1유형과 제 4유형의 상관계수는 .413, 제 1유형과 제 5유형의 상관계수는 .271로 나타나 각 유형의 상관관계는 비교적 낮게 나타났다. 이는 각 요인간의 독립성(orthogonality)을 설명하고 있는 것이다. 이들 각 유형에 분류된 연구 대상자 44명은 제 1유형이 10명, 제 2유형이 13명, 제 3유형이 6명, 제 4유형이 10명, 제 5유형이 5명으로 분할되어 나타났다.

&lt;표 6&gt; 유형간의 상관관계

	제 1유형	제 2유형	제 3유형	제 4유형	제 5유형
제 1유형	1.000				
제 2유형	.354	1.000			
제 3유형	.379	.229	1.000		
제 4유형	.413	.331	.241	1.000	
제 5유형	.271	.189	.255	.252	1.000

유형분석을 위해서는 다음과 같은 절차를 거쳤다. 먼저, 각 유형에서 긍정적으로 가장 잘 설명하는 문항(most descriptive)과 부정적으로 가장 잘 설명하는 문항(least descriptive)의 구성을 살펴보기 위해 각 유형의 상위, 하위 문항 중 Z점수로 1.0 이상, -1.0 이하 되는 대표적인 문항들을 추출하였다. 또한, 유형을 분석하는데 ‘전형적인 사람’의 Q 분류 결과와 면접 조사내용을 활용하였다. ‘전형적인 사람’이란 유형의 대표성을 지닌 대상자로 각 유형에서 인자 가중치가 가장 높은 사람이다. 인자 가중치가 높을수록 그가 속한 유형에서 유형을 대표할 수 있는 가장 적절한 사람임을 의미한다(김순이, 1995) 마지막으로 유형에 속한 조사 대상자의 면접 조사 결과를 합하여 각 유형의 특성을 명명하였다.<sup>8)</sup>

본 연구결과에 나타난 정신건강개념의 유형들은 응답자의 인구사회학적 특성, 즉 연령, 성, 교육, 직업 등에 따라 차이가 나타나지 않았다.

8) 유형분석은 같은 절차를 거친다.

### 3) 유형별 분석

(1) 제1유형: 공동체주의자(Communalist)형의 정신건강개념 - “함께 어려움을 이겨나가는 삶이 건강하다.”

제1유형으로 분류된 조사대상자들은 모두 10명으로 구성되어 있다. 제1유형에 속한 대상자들의 분류 중 가장 높은 동의도와 가장 낮은 동의도의 진술문들을 표준점수 ±1.0을 중심으로 분석해 볼 때 <표 7>과 같다.

<표 7> 제1유형이 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

Q 진술문	표준점수
12. 어려운 상황을 깨끗하게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.88
8. 다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.81
34. 행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.72
28. 자신에게 주어진 어려운 상황을 잘 극복하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.30
29. 주어진 상황을 잘 받아들이고 수용하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.27
31. 심각하지 않은 문제에도 화를 내고 자책하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.16
18. 사람에게는나 무엇인가에 지나치게 집착하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.24
9. 다른 사람의 약점을 들춰내는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.61
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.70
17. 사회적 환경의 요구를 무조건 수용하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.72

제1유형으로 분류된 조사대상자 10명 중에서 인자 가중치가 1.4602로 이 유형을 대표하는 18번 대상자는 정신이 건강한 사람을 ‘싫고 힘든 일임에도 불구하고 책임감을 갖고 최선을 다하는 사람’, ‘주어진 상황을 받아들이고 수용하는 사람’, ‘다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람’으로 정의하였다. 반면, ‘자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강하다’ 라는 문항에 대해서는 동의하지 않았다. 그는 현대 사회에 갈등과 불평이 많은 이유는 모든 사람들이 자기를 내세우기 때문이라고 진술하였다. 또한 ‘자기 자신이 유일하다’ 고 생각하는 것은 매우 독단적인 생각이며, 다른 사람들과 함께 더불어 사는 것이 건강하며 사회적인 요구에 대해 무조건 수용하는 것이 전체의 이득을 위해서는 필요한 행동이라고 응답하였다.

<표 7>, <표 8>, ‘대상자들의 면접 내용’을 종합하여 해석해보면, 제 1 유형의 대상자들에게 정신이 건강한 사람이란 가족이나 직장 등 자신이 속해 있는 집단의 목표를 중시하는 사람들이었다. 또한 집단의 목표와 자신의 목표가 다를 경우 집단의 목표가 더 중요하며 이를 위해서 자신의 이익을 포기하는 것을 높이 평가한다. 따라서 이 유형의 사람들은 가족이나 국가가 역경에 처해 있을 때 자신의 안위에 개의치 않고 동참하여 함께 극복하는 사람이 정신적으로 매우 건강한 사람이라고 인식하고 있다. 이들이 정신적으로 건강하지 않다고 인식하는 사람들은 자신의 욕구에 충실하고 자기 감정 등을 타인에게 직접적으로 표현하는 사람, 사람의 독특성을 주장하는 사람을 이기적이고, 배타적인 사람으로 인지한다. 이들에게는 IMF 당시 금 모으기 운동에 열정적으로 참가하는 애국자들을 정신적으로

건강한 사람으로 선택하였다.

<표 8> 제 1유형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q 진술문	표준 점수	기타유형의 평균표준 점수	차이
제 1유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문			
34. 행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.718	-.184	1.902
29. 주어진 상황을 잘 받아들이고 수용하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.274	-.481	1.756
21. 대화를 편하게 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.000	-.409	1.409
8. 다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.805	.634	1.171
제 1유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문			
1. 나와 남의 다른 점을 있는 그대로 받아들이는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.293	.494	-.788
17. 사회적 환경의 요구를 무조건 수용하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.720	-.708	-1.012
4. 자신의 실수를 인정하지 않고, 합리화시키려고만 하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.049	.052	-1.101
9. 다른 사람의 약점을 들춰내는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.607	-.022	-1.158

자호다가 분류한 정신건강 개념의 차원과 비교해 보면 환경에 대한 적응과 순응의 차원을 가장 긍정적으로, 독립적 행동에 대한 차원을 가장 부정적으로 인식한다. 이러한 특성들 때문에 제1유형은 ‘공동체주의자형의 정신건강 개념’으로 명명하였으며, 이 유형의 대표적 특성은 “함께 어려움을 이겨 나가는 삶이 건강하다” 이다.

(2) 제2유형 : 합리주의자(Rationalist)형의 정신건강 개념 - “목표를 향해 최선을 다하는 삶이 건강하다”

제2유형으로 분류된 조사대상자들은 모두 13명으로 구성되어 있다. 이들이 동의하는 문항과 동의하지 않는 문항은 <표 9>와 같다.

<표 9> 제 2 유형이 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

Q 진술문	표준 점수
12. 어려운 상황을 깨끗하게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.74
3. 할 수 있는 것과 할 수 없는 것을 분명하게 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.67
27. 자신에게 주어진 조건에 맞추어 창조적인 일을 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.48
28. 자신에게 주어진 어려운 상황을 잘 극복하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.06
34. 행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.41
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.86
14. 병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-2.11
33. 신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 문제를 진심으로 말기는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-2.18

제2유형으로 분류된 조사대상자 13명 중에서 가장 높은 1.9074의 인자가중치를 보인 43번 대상자는

정신이 건강한 사람을 ‘자신에게 주어진 조건에 맞추어 창조적인 일을 할 수 있는 자’, ‘자신이 원하는 바를 잘 알고 그것을 이루기 위해 최선을 다하는 사람’으로 응답하였으며, ‘병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람’, ‘행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람으로 생각하였다. 그는 사람들이 ‘어려운 상황을 극복하는 힘’을 가진다면 정신적인 어려움도 쉽게 이겨낼 수 있으며, 창조적인 것, 즉 무에서 유를 창조하는 것은 정신이 강한 사람만이 가능하다고 진술하였다. 반면에 병적인 요소(환상, 환청)를 가진 사람은 사회적인 활동과 성취에 있어서 어려움을 가지며, 행복을 느끼는 것에는 여러 종류가 있는데 약물 복용 등으로 느끼는 행복감은 건강하지 않다고 진술하였다.

<표 9>, <표 10>, 대상자들의 면접내용을 통합하여 해석해 보면 이 유형에 속한 조사대상자들은 자신의 기준을 분명하게 갖고 이를 중심으로 생각하고 행동하는 사람을 정신적으로 건강한 사람으로 보고 있다. 이들의 기준이란 사회적으로 통용되고 있는 것이다. 또한, 본질적으로 인간은 매우 독립적인 존재이고, 자신의 의지와 노력에 따라 무엇이든 이룰 수 있는 능력을 가진 존재라고 생각한다. 이들은 신문팔이를 하면서도 대학입시에 수석합격을 하는 사람들을 정신적으로 매우 건강한 사람으로 본다. 이들이 정신적으로 건강하지 않다고 인지하는 것은 미리 포기하는 사람, 자신감이 부족하고 자기한탄에 빠져서 시간을 낭비하거나 무엇인가를 이루지 못하는 사람들이다. 이들은 인동초로 비유되는 ‘김대중 전 대통령’을 매우 정신적으로 건강한 사람이라고 응답하였다.

<표 10> 제2유형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q 진술문	표준 점수	기타유형의 평균표준 점수	차이
제 2 유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문			
3. 할 수 있는 것과 할 수 없는 것을 분명하게 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.669	-.209	1.879
24. 상대방의 기분을 상하지 않게 하면서 자신의 불쾌한 기분이나 의사를 자연스럽게 표현하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	.948	-.450	1.398
27. 자신에게 주어진 조건에 맞추어 창조적인 일을 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.476	.469	1.008
제 2 유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문			
14. 병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-2.106	-.735	-1.371
33. 신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 문제를 진심으로 말하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-2.180	-.427	-1.753
32. 세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.820	1.074	-1.893
34. 행복을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.407	.597	-2.004

이 유형의 사람들의 인식을 자호다의 분류와 비교해 보면 환경의 지배력 차원에서 환경의 조건에 맞추어 적절하게 일하고 더 나아가 창조적인 일을 할 수 있는 사람을 정신이 건강한 사람으로 보는 반면, 영적인 차원에서의 신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 의지를 사용하지 않는 사람은 건강하

지 않는 것으로 보였다. 이러한 결과를 중심으로 하여 제 2유형은 ‘합리주의자형 정신건강개념’으로 명명하였고 대표적 특성은 “목표를 향해 최선을 다하는 삶이 건강하다” 이다.

(3) 제3유형: 개인주의자(Individualist) 형의 정신건강개념 - “삶의 주인이 내가 되는 삶이 건강하다.”

제3유형으로 분류된 조사대상자들은 모두 6명으로 구성되어 있다. 이들이 가장 동의하는 문항과 동의하지 않는 문항은 <표 11>과 같다.

제3유형으로 분류된 조사대상자 6명 중 가장 높은 1.1427의 인자가중치를 보인 36번 대상자는 정신이 건강한 사람을 ‘나와 남의 다른 점을 있는 그대로 받아들이는 사람’, ‘자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람’으로 응답한 반면 ‘자기 한탄에 자주 빠지는 사람’, ‘주위의 나쁜 유혹에 자주 빠지는 사람’, ‘매사에 자신감이 없는 사람’이 정신이 건강하지 않다는 것에 가장 동의하지 않았다. 그는 동등한 대인관계를 위해서는 개인은 자신이 다른 사람에 구별되는 유일한 존재라는 의식을 가져야 한다고 인식하고 있었다. 또한 나와 남의 차이를 그대로 인정하고 받아들이는 사람을 정신이 건강하다고 보았다. 반면 자기 한탄에 빠지거나 주위의 나쁜 유혹에 빠지는 것, 자신감이 없는 것 등은 정신건강과 별로 관계없는 것으로 진술하였다.

<표 11> 제3유형이 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

Q 진술문	표준점수
19. 자신이 원하는 바를 잘 알고 그것을 이루기 위해 최선을 다하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.68
20. 기뻐해야 할 때 기뻐하고, 슬퍼해야 할 때 슬퍼하고, 화내야 할 때 화를 내는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.62
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.39
12. 어려운 상황을 곳곳하게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.29
23. 휴식을 취하고 재미있음을 즐길 줄 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.27
18. 사람에게나 무엇인가에 지나치게 집착하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.35
5. 인생을 포기하고 막 나가고 싶다고 생각하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.43
33. 신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 문제를 진심으로 맡기는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.47
16. 주위의 나쁜 유혹에 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.91
2. 매사에 자신감이 없는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-2.07

이 유형의 대상자들은 사회적 기준이나 다른 사람의 요구에 얽매이지 않고 자기 자신의 욕구와 생각에 충실한 사람들을 건강한 사람으로 여기고 있다. 이들은 자신이 무엇보다도 중요한 사람이라고 생각한다. 또한, 자신의 생각이나 느낌에 충실한 것과 마찬가지로 다른 사람의 생각이나 느낌에 대해서도 간섭하지 않는다. 예를 들면, 사회적 주요 흐름을 따르기보다는 자신의 감정과 생각을 솔직하게 표현한 ‘서태지’를 가장 정신적으로 건강한 사람이라고 응답하였다. 그는 독특한 자신의 음악이 세상에서 가장 중요하며 타인과의 비교나 사회적 수용여부에는 관심이 없다.

<표 12> 제3유형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q 진술문	표준 점수	기타유형의 평균표준 점수	차 이
<b>제 3 유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문</b>			
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.386	-1.694	3.080
23. 휴식을 취하고 재미있음을 즐길 줄 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.269	-.325	1.594
14. 병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	.230	-1.319	1.550
26. 동료나 상사와 좋은 관계를 유지하고, 이에 필요한 지식이나 기술을 습득하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	.986	-.431	1.417
<b>제 3 유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문</b>			
25. 어떠한 상황에서도 사람에 대한 신뢰를 잃지 않는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.678	.682	-1.359
5. 인생을 포기하고 막 나가고 싶다고 생각하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.428	.061	-1.489
8. 다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.529	1.217	-1.746
16. 주위의 나쁜 유혹에 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.912	.027	-1.939

따라서 이 유형의 사람들은 상황에 따라서는 사회적으로 받아들여지지 않는 충동적인 행동을 할 수 있고, 사람이나 사물이 좋으면 그것에 집착할 정도가 되어도 그것이 오히려 정신이 건강한 사람이라고 생각한다. 이들에게 있어서 정신적으로 건강하지 않은 사람은 자신이 아닌 신에게 자신의 문제를 모두 맡기거나 사회적 요청을 모두 수용하는 것이다. 즉 자기 자신이 없어지고 타인(신을 포함하여)의 요구를 무조건 수용하는 사람은 정신이 건강하지 않다고 생각한다. 이 유형의 사람들은 자호다의 분류에 따르면 현실지각 차원에서 욕구왜곡에서 자유로운 사람이 정신이 건강하다고 동의하고 있다. 또한 환경의 지배력에 있어서 일과 여가를 적절히 즐기는 사람을 정신이 건강하다고 보았다. 이러한 결과로 제3유형은 ‘개인주의자형 정신건강 개념’으로 명명하였고, 대표적 특성은 “삶의 주인이 내가 되는 삶이 건강하다.”이다.

(4) 제4유형 : 인본주의자 (Humanist)형의 정신건강개념- “인간 그 자체에 의미를 부여하는 삶이 건강하다.”

제4유형으로 분류된 조사대상자들은 모두 10명으로 구성되어 있다. 이들이 동의하는 문항과 동의하지 않은 문항은 <표 13>과 같다. 제4유형에서 가장 높은 1.3432의 인자가중치를 보인 25번 대상자는 정신이 건강한 사람을 ‘다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람’, ‘세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람’으로 보았다. 반면, ‘자기한테 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않다’, ‘병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 하는 사람’의 항목에 대해서는 동의하지 않았다. 그는 자신이 조금 손해를 보거나 힘들더라도 다른 사람을 기꺼이 도울 수 있다는 것은 물질적인 여유뿐만 아니라 정신적으로 건강할 때 가능하다고 보았다. 또한 그는 “자신의 삶이 목적이 있다고 믿는 사

람이 건강하다”고 하였는데 인생에서 목적이 없다고 생각하는 것은 스스로를 귀하게 여기지 않기 때문으로 인식하고 있었다. 그리고 그는 다른 사람뿐만 아니라 자기 자신을 소중히 여기는 사람이 바로 정신이 건강하다고 보았다.

<표 13> 제4유형이 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

Q 진술문	표준점수
20. 기뻐해야 할 때 기뻐하고, 슬퍼해야 할 때 슬퍼하고, 화내야 할 때 화를 내는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.99
7. 다른 사람의 실수는 용서하고, 자신의 실수를 통해 성장하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.88
10. 자신에게 쾌락과 이득이 뭍어도 불구하고, 넘어서는 안될 선을 지키고자 하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.39
12. 어려운 상황을 곳곳하게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.31
8. 다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.22
29. 주어진 상황을 잘 받아들이고 수용하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.08
31. 심각하지 않은 문제에도 화를 내고 자학하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.24
13. 자기한테 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.33
14. 병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.88

제4유형의 대상자에게 정신이 건강한 사람이란 자신의 삶을 소중하게 여기고 동시에 다른 사람의 삶, 더 나아가 세상에 살아있는 모든 것에 의미를 부여하는 사람이다. 또한 이 유형의 사람들은 성숙하기 위한 의지적 노력에 가치를 부여하는 사람이다. 이들은 자신의 감정과 타인의 감정이 모두 소중하고 이를 표현하는 것도 매우 중요하다고 생각한다. 그래서 문제를 해결할 때도 상황이 되면 단숨에 해결할 수도 있고 화도 내고 자학도 할 수 있다는 것 등을 존중한다. 이들에게 타인은 매우 중요해서 상대에 대한 깊은 관심을 바탕으로 돕는 것을 즐겨워하고 가치를 둔다. 예를 들면 ‘슈바이처 박사’를 정신적으로 매우 건강한 사람으로 인식한다. 그는 음악연주를 즐겨하는 감성적인 사람임과 동시에 남을 돕고 사랑하는 것에 전 생애를 바쳤고 그 일을 위하여 힘들고 어려운 일들을 모두 이겨낼 줄도 아는 사람이다. 그에게는 사회적 기준만이 중요하지 않으며 자신의 원칙을 그 어떠한 상황에서도 지킬 수 있는 힘이 있는 사람이었다.

이 유형의 사람들이 건강하지 않다고 인식하는 것은 ‘병적인 요소를 가지고 사회생활을 잘하는 사람’이었는데 이는 병이 있으면 건강하지 않고 치료를 받아야 한다고 생각한다. 그러나 이는 개인의 건강과 안위를 생각하는 마음에서 나타난 것이지 병적인 요소 때문에 stigma를 가지고 있는 것은 아니라고 응답하였다. 또한 할 수 있는 것과 할 수 없는 것의 구분을 분명하게 하는 것은 인간의 내부적인 강함 또는 잠재력 등을 무시하는 것으로 보며, 자기의 상황을 잘 받아들이고 수용하는 것도 매우 수동적 태도로 인식하여 건강하지 못한 면으로 분류하였다. 이 유형의 사람들은 자호다의 분류에서 성장을 위한 동기화 및 삶에 대한 투자 영역에 중요성을 두고 있다. 이러한 분석결과로 제4유형은 ‘인본주의자형 정신건강개념’으로 명명하였고, 대표적 특성으로는 “인간 그 자체에 의미를 부여하는 삶이 건강하다.”이다.

<표 14> 제4유형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q 진술문	표준점수	기타유형의 평균표준점수	차이
제4유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문			
10. 자신에게 쾌락과 이득이 뭍어도 불구하고, 넘어서는 안될 선을 지키고자 하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.389	-.653	2.042
20. 기뻐해야 할 때 기뻐하고, 슬퍼해야 할 때 슬퍼하고, 화내야 할 때 화를 내는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.994	.548	1.446
7. 다른 사람의 실수는 용서하고, 자신의 실수를 통해 성장하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.876	.717	1.160
제4유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문			
30. 자신의 문제를 해결할 때, 성급하지 않게 적절한 단계를 거치는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.964	-.001	-.963
31. 심각하지 않은 문제에도 화를 내고 자학하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.243	-.183	-1.059
3. 할 수 있는 것과 할 수 없는 것을 분명하게 아는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.743	.394	-1.137
29. 주어진 상황을 잘 받아들이고 수용하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.082	.108	-1.189
13. 자기한테만 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.325	.015	-1.340

(5) 제5유형: 신본주의자(Religionist)형의 정신건강 개념 - “영적인 존재가 되는 삶이 건강하다.”

제5유형으로 분류된 조사대상자들은 모두 5명으로 구성되어 있다. 제 5유형에 속한 대상자들이 가장 높은 동의도와 가장 낮은 진술문들을 표준점수  $\pm 1.0$ 을 중심으로 분석해 보면 <표 15>와 같다.

<표 15> 제5유형이 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

Q 진술문	표준점수
32. 세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	2.10
9. 다른 사람의 약점을 들춰내는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	1.48
25. 어떠한 상황에서도 사람에게 대한 신뢰를 잃지 않는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.47
7. 다른 사람의 실수는 용서하고, 자신의 실수를 통해 성장하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.35
16. 주위의 나쁜 유혹에 자주 빠지는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	1.22
26. 동료나 상사와 좋은 관계를 유지하고 이에 필요한 지식이나 기술을 습득하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.08
17. 사회적 환경의 요구를 무조건 수용하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	-1.24
14. 병적인 요소(환상, 환청)가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.33
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-1.88



제5유형에서 가장 높은 1.0008의 인자가중치를 보인 9번 대상자는 정신이 건강한 사람을 ‘다른 사람의 실수를 용서해 주고, 자신의 실수를 통해 성장할 수 있는 사람’, ‘다른 사람이 힘들 때 기꺼이 돕는 사람’, ‘세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람’으로 본 반면 ‘행복을 느낄 수 있는 사람’, ‘병적인 요소가 있어도 사회생활을 잘 유지하는 사람’라고 생각하는 사람에 대해서는 부적절한 것으로 보았다. 그는 다른 사람의 실수는 용서하고 자기 실수를 통해 성장할 수 있는 사람은 자신의 약한 부분을 잘 알지만 거기에 대해 한탄하고 힘들어하는 것이 아니라 강한 자아 존중감을 바탕으로 오히려 발전할 수 있는 능력을 지니고 있기 때문에 정신이 건강하다고 하였다. 그리고 그는 자아존중감이 높고 자기 자신에 대해 좋은 평가를 할 수 있는 사람은 자신 외의 세상의 다른 모든 것에 대해서도 사랑하고 존경심을 가질 수 있다라고 하였다.

<표 16> 제5유형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q 진술문	표준 점수	기타유형의 평균표준 점수	차이
제5유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문			
33. 신 또는 절대자에게 의지하고 자신의 문제를 진심으로 맡기는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.161	-1.262	2.424
12. 어려운 상황을 깨끗하게 잘 극복할 수 있는 힘을 지닌 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.476	-.793	2.268
11. 어떠한 경우에도 자신의 삶은 궁극적인 목적을 가지고 있다고 믿는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	1.221	-.756	1.977
32. 세상의 살아있는 모든 것에 존경심과 사랑을 지니고 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	2.100	.344	1.757
5. 인생을 포기하고 막 나가고 싶다고 생각하는 사람은 정신이 건강하지 않은 사람이다.	1.120	-.576	1.697
제5유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문			
6. 자신은 다른 사람과 구별되는 유일한 존재라고 생각하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-2.207	-.796	-1.412
27. 자신에게 주어진 조건에 맞추어 창조적인 일을 할 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.611	.991	-1.602
28. 자신에게 주어진 어려운 상황을 잘 극복하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.842	.802	-1.644
19. 자신이 원하는 바를 잘 알고, 그것을 이루기 위해 최선을 다하는 사람은 정신이 건강한 사람이다.	-.654	1.075	-1.728

이 유형은 정신이 건강한 사람이란 자신의 삶에서 가장 중요한 것이 신과의 관계이며 인생은 신이 주신 사명을 다하기 위하여 주어진 것으로 생각하는 사람들이다. 대표적인 인물로 ‘테레사 수녀’나 ‘정철 스님’으로 선택하였다. 이들은 신이 모든 것의 중심이고 신을 사랑하기 때문에 주위의 모든 것, 즉 환경과 타인에 대한 무한한 사랑을 표현하는 것을 중요하게 여긴다. 이들이 가장 건강하지 않다고 생각하는 것은 사람들이 자신의 목적에 맞추어 이용하거나 개인적인 욕심을 채우기 위해 지나친 노력을 하는 사람들, 타인에 대한 사랑이나 배려가 없는 사람들을 정신적으로 건강하지 않은 사람이라고 생

각한다.

자호다의 분류에서는 영적인 차원에 관한 내용은 없다. 그러나 제5유형의 사람들에게서 공통적으로 발견되는 차원은 자호다의 분류에서는 환경의 지배력, 성장·발전·자기실천, 자율성 등이다. 이러한 분석결과로 제5유형은 ‘신본주의자형 정신건강 개념’으로 명명하였고, 이 유형의 대표적 특성은 “영적인 존재가 되는 삶이 건강하다”이다.

#### 4) 정신건강 개념에 대한 공통적 견해

Q 방법론에서 ‘공통적 견해’의 의미는 사회·문화적 배경이 같을 때 모든 사람이 동일한 의미를 동일한 수준에서 동의하는 견해를 의미한다. 공통적 견해가 많다는 것은 유형간의 상관관계가 높아 유형간의 차이가 크지 않다는 것을 나타낸다. 본 연구에서 정신건강에 대한 공통적 견해로는 카드 23번의 ‘사랑하는 사람과 성적인 관계에서 충분한 만족감을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다’의 단 하나의 항목이 나타났다. 응답자 전원이 동일하게 O 수준에 응답하였다. 즉, 이 항목에 대하여 매우 동의하기도, 그렇다고 반대하지도 않았다. 이는 정신이 건강하다는 것과 사랑하는 사람과 성적 만족감을 갖는 것이 연관된다는 것에는 일부 동의하지만 중요하게 생각하지 않는다는 것이다. 이 항목은 심층 면접에서도 나타나지 않은 항목으로 문헌조사에서 추가된 항목이었다. 한국문화에서 성 관련 주제를 언급하기가 쉽지 않지만 일반인들이 이미 정신건강 개념에서 성의 중요성을 어느 정도는 인식하고 있다고 해석된다. 그러나 아직까지 정신건강의 개념에서 중요한 요소로는 인식하고 있지 못하다는 것을 확인하였다.

### 5. 한국인의 정신건강 개념

본 연구는 한국인의 정신건강개념을 정의하기 위한 기초연구이다. 정신건강 개념에 대한 연구결과는 자호다의 정신건강개념모델 19개영역 — 자기의식에 대한 접근성, 자기개념의 정확성, 자기개념에 대한 감정, 정체성, 동기화 과정, 삶에 대한 투자, 심리적 힘의 균형, 삶의 통합된 전망, 스트레스에 대한 저항, 내부의 행동규제, 독립적 행동, 욕구왜곡에 대한 지각의 자유, 공감이나 사회적 민감성, 사랑할 수 있는 능력(성적 의미), 사랑하고, 일하고, 여가를 즐기는 적절성, 대인관계의 적합성, 상황적 요구의 수용, 적응과 순응, 문제해결 — 그리고 추가적으로 조사된 ‘영적’ 영역, ‘자기 안녕감 영역’ 등 총 21개 영역으로 매우 다양하게 나타났다. 자호다 연구는 1950년대에 실시되었고, 서양의 사회문화를 바탕으로 하고 있었다. 본 연구 결과는 동양의 사회문화를 배경으로 시대적 상황이 매우 다름에도 불구하고 자호다연구와 일치하는 영역이 많다는 점이 매우 특징적이다. 즉, 정신건강에 대한 인식에는 시대, 문화, 사회적 차이에 관계없이 공통적인 영역이 존재하고 있다는 것을 의미한다. 그러나, 자호다 연구에는 없었지만 본 연구에서 새로 나타난 요소가 있었는데 ‘영적’영역과 ‘자기 안녕감’영역이 그것

이다. 이 두 영역은 여러 가지 차원에서 심도 있는 분석이 요구된다. 그러나 한국인들이 동양의 문화권에 속해 있으므로 유교, 도교, 불교 등의 종교적인 영향으로 자기안녕감과 영적인 영역에 대한 인식이 정신건강의 중요한 부분을 차지하고 있지 않을까 하고 조심스럽게 추측해 본다.

이러한 기본 개념들에 대해서 각 개인들은 어떻게 인식하고 있는지에 관한 연구결과로는 공동체주의형, 합리주의형, 개인주의형, 인본주의형, 신본주의형의 5가지 정신건강 개념으로 유형화되었다. 5개 유형간의 상관관계는 낮고, 응답자들의 공통적인 견해로 '사랑하는 사람과 성적인 관계에서 충분한 만족감을 느낄 수 있는 사람은 정신이 건강한 사람이다'의 1개 항목만이 나타나 유형간의 독립성이 확보되었다.

상관관계가 적은 것, *concourse*가 한 문항밖에 없는 것은 유형들이 매우 독립적이라는 것을 의미한다. 각 유형은 같은 요소보다는 상이한 요소들로 구성되어 있는 것으로 분석된다. 이 결과는 현재 정신건강에 대한 지향점이 각 사람마다 다르며 그것자체가 독립적이라는 것으로 모든 사람들이 동의하거나 동의하지 않는 점이 거의 없다는 것이다. 또한 개인들은 자신이 가치를 두는 정신건강의 개념과 다른 모습을 접할 때 정신이 건강하지 못하다고 인식하고 있다는 것을 나타낸다. 현재 제공되는 일반인 대상 정신건강 프로그램은 스트레스 대처훈련, 자기주장 훈련, 자아 존중감 증진 프로그램 등 문제 중심으로 개개인의 차이를 고려하지 않고 있다. 각자 독립적인 정신건강 개념을 가지고 있는 개인에게 문제중심의 일률적인 프로그램 공급은 재고되어야 한다.

결론적으로 한국인은 정신건강의 개념을 '질병'이 없는 것이라는 단순한 개념으로 인식하지 않고 자신에 대한 태도, 성장, 발달, 자아실현, 통합력, 자율성, 현실지각, 환경의 지배력, 영적영역, 자기안녕감 등 폭넓은 개념을 가지고 있고, 개인은 자신이 가치를 두는 정신건강의 개념과 다른 모습을 가졌을 때는 정신이 건강하지 못한 것으로 인식하였다. 이는 개인을 대상으로 정신건강 서비스를 제공하는 사회복지실천 분야에 주는 함의는 대단히 크다고 생각된다.

## 6. 제 언

사회복지영역에서 정신건강 프로그램의 발전을 위해 다음과 같이 제언하고자 한다.

### 1) 적극적 정신건강 개념으로의 전환

사회복지영역에서 정신건강 개념은 성숙하고 행복한 삶을 지향하는 적극적인 정신건강개념으로 전환되어야 할 것이다. 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 한국인들은 정신건강 개념을 단순히 정신질환을 예방하는 차원만이 아닌 정신적으로 건강하고 성숙하고자 하는 여러 차원을 포함하고 있다. 그런데 이러한 정신건강 개념에 해당하는 전문적인 서비스가 부족하여 일반인들은 자살, 이혼, 도박, 각종 영역의 중독, 점술 서비스 등에 소비하는 비용이 연간 약 200조원에 이르는 등(YTN, 2002) 매우

불안한 정신건강 상태를 나타내고 있다. 이를 근본적으로 해결하기 위해서는 현재의 소극적인 정신건강 개념에서 적극적인 정신건강개념으로 전환하여 이에 따른 정신건강 서비스를 제공해야 할 것이다.

## 2) 한국인의 개별화된 정신건강 프로그램의 개발

우리나라 사람들은 정신건강의 개념을 개개인마다 매우 다르게 인식하고 있고 자신이 인식하고 있는 정신건강개념과 다른 개념들은 건강하지 않다고 인식한다. 그러므로 개인의 다양성을 존중하여 각 유형별로 성숙하고 건강한 정신건강 상태에 도달하도록 개별화된 프로그램이 필요하다. 이를 위하여 각 유형별로 성숙한 상태가 어떠한 모습을 가지게 되는지에 대한 연구가 선행되어야 할 것이다. 또한 5가지 정신건강 개념의 각 유형별 분포상황과 유형별 개인의 특성 분석 등도 요구된다. 모든 개인들에게 문제에 따라 친편일률적으로 제공되는 정신건강 프로그램에서 이제는 탈피해야 할 것이다. 결론적으로 적극적 정신건강 프로그램은 각 개인에게 맞춤형이 되어야 하며, 이는 클라이언트 욕구에 기초하여 프로그램을 진행해야 하는 사회복지실천에 매우 적절한 실행 방향일 것이다.

## 참고 문헌

- 권수자·이길자. 1997. "가족정신건강 사정도구 개발". 『정신간호학회지』 7(2): 352-361.
- 김규수. 1999. 『정신보건사회사업 실천론』. 형설출판사.
- 김기태·김수환·김영호·박지영. 2002. 『사회복지실천론』. 양서원.
- 김기태·황성동·최승식·박봉길·최말옥. 2002. 『정신보건복지론』. 양서원.
- 김순이. 1996. "한국노인의 건강행위에 대한 탐색적 연구". 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김윤희·이광자·유숙자·이소우·김소야자. 2001. 『정신간호총론』. 수문사.
- 김혜련·신혜섭. 2001. 『정신건강론』. 학지사.
- 김홍규. 1992. "주관성(Subjectivity) 연구를 위한 Q 방법론의 이해". 『간호학논문집』 6(1): 1-11.
- \_\_\_\_\_. 1996. "Q방법론의 유용성 연구". 『주관성 연구』 1: 15-33.
- 남찬섭 역. 2002. 『사회사업의 사회이론과 도덕이론』. Plant, R. 1970. *Social and Moral Theory in Casework*, 인간과 복지.
- 노춘희. 1997. "지역사회지도자의 정신질환에 대한 태도". 『대한간호학회지』 28(4): 881-891.
- 도복늬·이길자·오경옥·안황란·이정지·김후자·이경자·김문영·박현숙·배정아·손경희·이혜경·김연화·김희숙·이미련·김은주·송예현. 2001. 『최신 정신간호학개론』. 정담.
- 민성길. 1999. 『최신정신의학』. 일조각.
- 박선환·박숙희·신은영·이주희·정미경·김혜숙. 2001. 『정신건강론』. 양서원.
- 박찬주. 2000. "학교 환경 유형에 따른 정신건강 차이 분석". 한경대학교 교육대학원 박사학위논문.
- 보건복지부. 1995. 『정신보건법』.
- \_\_\_\_\_. 2002 a. 『2002년 정신보건사업안내』.
- \_\_\_\_\_. 2002 b. 『국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)』.
- \_\_\_\_\_. 2003. 『2003년 전국종합사회복지관 운영현황』.
- 서울대 교육연구소. 1999. 『교육학 용어사전』. 하우.

- 양옥경·최명민. 2001. “한국인의 한과 탄력성 : 정신보건사회사업에의 적용”. 『정신보건과 사회사업』 11: 7-20.
- 양익홍. 1998. “교사의 바람직한 인성과 정신건강”. 『인문과학논집』 6(1): 397-410.
- 원유선. 2000. “청소년들의 정신건강에 관한 연구”. 공주대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 유수현. 2000. “정신보건영역에서의 사회사업이론의 적용과제”. 『정신보건에서의 사회복지실천이론의 적용과제』, 한국정신보건사회사업학회 추계학술대회 자료집. pp. 1-10.
- 이근후·우행원·박영숙·연규월·권정화. 1998. 『최신임상정신의학』. 하나의학사.
- 이병운. 1990. 『정신의학사전』. 일조각.
- 이영문·김홍도·이문숙·이호영. 1999. “한 도시지역 저소득층 주민의 정신건강수준”. 『신경정신의학』 38(6): 1234-1243.
- 이원. 1999. “목회자의 정신 건강에 관한 연구”. 협성대학교 신학대학원 석사학위논문.
- 이종현 역. 1994. 『성장 상담』. Clinebell, Howard. *Growth Counseling*. 성장상담연구소.
- 이평숙·조희·신순옥. 2001. 『정신건강 간호학 I』. 신광출판사.
- 장선철. 2002. 『현대인의 정신건강』. 동문사.
- 전현민·노명래. 1991. “자아개념과 정신건강과의 관계에 대한 탐색적 조망”. 『한국심리학회지』 10(1): 114-125.
- 정원철. 2000. 『정신보건사회사업론 - 이론과 실제』. 학문사.
- 조석주. 2000. “출근전 아침운동이 직장인의 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구”. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 최길성. 1984. “사머니즘의 입장에서 본 정신건강의 개념”. 『정신건강연구』 2: 53-65.
- 한국정신보건사회사업학회. 2000. 『정신보건사회복지사를 위한 정신보건전문요원 수련교재』. 양서원.
- 한옥자. 1998. 『대학생의 자아개념과 정신건강상태와의 상관관계 연구』. 경기대학교 학생생활종합센터.
- 황명자. 2000. “심리기법을 적용한 생활무용프로그램이 노인의 정신건강에 미치는 영향”. 성균관 대학교 교육학과 박사학위논문.
- Alters, Sandra, and Wendy Schiff. 2001. *Essential Concepts for Healthy Living*. New York, Jones and Bartlett Publishers.
- Barker, Robert, L. 1999. *The Social Work Dictionary* (4th ed.). NASW Press.
- Eaton, J. W. 1951. “The Assessment of Mental Health.” *American Journal of Psychiatry* 108: 8.
- Ebersole, P., and P. Hess. 1994. *Toward Healthy Aging*. St. Louis: Mosby-year Book.
- Erikson, Erik H. 1963. *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Fromm, Erich. 1963. *The Sane Society*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Greenwald, A. G. 1980. *The totalitarian ego : Fabrication and revision of personality history*. American Psychologist.
- Horwitz, A. V., and T. L. Scheid (eds.). 1999. *A Handbook for The Study of Mental Health*. Cambridge University Press.
- Jahoda, Marie. 1958. *Current Concepts of Mental Health*. New York : Arono Press.
- Jung, Carl. G. 1924. *Psychological Types*. New York: Harcourt Brace.
- Maslow, Abraham, H. 1968. *Toward a Psychology of Being*. Van Nostrand Reinhold.
- Donatelle, Rebecca J. 2001. *Access to Health* (second edition). Pearson Education Inc.
- Stephenson, William. 1969. *Foundations of Communication Theory*. Chicago: The Psychological

Record.

Thompson, G. C. 1966. "The Evaluation of Public Opinion," in B. Berelson and M. Janowitz(eds.), *Reader in Public Opinion and Communication*(2nd ed.). N.Y.: Free Press.

WHO. 1948. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. The International Health Conference.

—. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion.

—. 2001. The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope.

YTN. 2002년 5월 20일. 「TODAY' INTERVIEW」.

## A Study on the Concept of Mental Health in Korea

Kim, Dong Bae  
(Yonsei University)

Ahn, In Kyung  
(Yonsei University)

Rapid process of industrialization and modernization in Korea has caused earning differentials between the rich and the poor, the feeling of alienation followed by excessive competitions among the members of community as well as the conflict between generations. Because of those factors, Koreans have come to undergo several mental problems such as anxiety, melancholy and suicide. However, scarce concern or effort has been given to solve those mental problems in the professional field of mental health.

Social work service for mental health in Korea has been delivered on the basis of the Law of Mental Health, most of which are focused on treatment or care of mental patient himself or his family. Therefore ordinary people who have no mental disorder but have desire for mental health have no way to take service in the field of public mental health except for counselling programs given by some of the private social welfare institutions.

In this context, the process of clarifying the concept of mental health is demanded before we develop the mental health program. As social welfare is the practical science that helps people seek after happiness and meaningful life, so clarifying the concept of mental health is needed not only for the field of mental health itself but also for every field of social welfare.

In order to achieve this purpose, this study firstly arranged concepts of mental health in Korea using Q methodology. As the result, we found 21 dimensions including spiritual one and self-wellbeing one which newly identified in this study as well as 19 dimensions of Jahoda. We also found Koreans perceive concepts of mental health as independently as 5 types of Communalist, Rationalist, Individualist, Humanist, and Religionist. Secondly, on the basis of the result, we suggested that mental health programs in social welfare should be oriented to the positive concept of mental health. This study could furnish fundamental data that enable the concept of mental health to be spread to that of the growth for a better life not limiting on that of the prevention or the treatment of the mental disorder.

Key words : Concept of Mental Health, Q Methodology

[접수일 2003. 12. 17 게재확정일 2003.12. 31]