Korean Journal of Social Welfare, Vol. 67, No. 3, 2015. 8, pp. 57-82

동네무질서와 정신장애인의 지역사회통합과의 관계*

- 지역사회응집력의 조절효과 분석 -

민 소 영

(경기대학교)

[요약]

본 연구의 목적은 동네환경과 정신장애인의 지역사회통합과의 관계에서 지역사회응집력의 조절효과를 검증하는 데 있다. 스트레스과정 모델, 사회해체이론, 그리고 동네무질서모델을 이론적 근거로 연구모형을 설정하였다. 서울과 경기도에 거주하는 정신장애인 총 692명에게 설문조사를 실시하여 자료를 수집한 뒤, 조절회귀분석을 수행하였다.

주요한 연구결과는 첫째, 동네무질서가 사회적 통합에 직접적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 둘째, 지역사회응집력의 조절 효과는 물리적, 사회적, 심리적 통합 모두에서 유의미하게 나타났다. 연구결과를 바탕으로 정신장애인의 지역사회통합을 달성하기 위해서는 개인차원이나 서비스 차원의 개입전략에서 더 나아가 지역사회차원의 개입이 필요함을 제안하였다.

주제어: 정신장애, 동네무질서, 지역사회응집력, 지역사회통합

1. 서론

정신장애인의 지역사회통합은 정신보건 분야에서 오랫동안 실천전략으로 다루어왔다. 정신장애인의 회복(recovery) 개념이 1990년대 이후 소비자 운동가들의 적극적 관심과 지지를 받으면서 서구의 여러 국가들의 정신보건정책에 상당한 영향을 미쳤는데, 정신장애인의 회복을 증진시킬 수 있는 핵심적인 실천 전략으로써 지역사회통합이 중요하였기 때문이다(Yanos et al., 2011).

^{*} 이 논문은 2013년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2013S1A5A2A01016108)

따라서 지역사회통합을 촉진시킬 수 있는 요인을 규명하려는 연구들이 상당하다(민소영, 2009: 최 송식·최윤정, 2010: Kennedy, 1989: Yanos et al., 2011). 주로 인구사회학적 특성이나 임상적 특성, 또는 지지적 자원 등 개인 차원의 속성 또는 서비스나 프로그램 차원에서 그 원인을 찾고자 노력하였다.

그러나 기존 연구들에서 자주 간과되었던 것은 정신장애인의 일상적 삶이 펼쳐지는 지역사회가 지역사회통합에 미칠 수 있는 영향이었다. 사실 지역사회가 인간의 심리적 안녕에 영향을 미친다는 주장은 그리 낯설지 않다. 인간의 삶이 지역사회맥락 속에서 이해될 수 있다는 고전적 접근인 생태적접근(Mair et al., 2009)과 연결되기 때문이다.

Davis와 Herbert(1993)은 '비공식적이고 대면적인 상호교류가 가능한 거주지 주변장소를 동네 (neighborhood)'라고 정의하였다(곽현근·노병일, 2003, 재인용)1). 그리고 동네라는 공간은 집이라는 가장 사적인 공간 속에서 일상적 생활을 꾸려나가는 개인들이 사적 관계의 경계를 넘어섰을 때 미주하게 되는 가장 일차적인 장소이다. 동네에서 사람들은 '주민'이라는 위치로 서로 접촉하면서 관계를 형성하고 지역이라는 상황을 공유하게 된다. 동네는 개인의 삶이나 주민 사이의 관계에 직접적으로 영향을 미치기도 하고 받기도 하면서, 특유의 동네 문화와 분위기를 발전시킨다.

따라서 동네는 주민의 삶에 상당한 영향을 끼친다. 기존 연구들에서도 동네 환경이 무질서할수록, 즉, 더럽고 시끄럽고 위험할수록 개인의 정신건강에 부정적 영향을 미친다고 보고하였다(Ross and Mirrowsky, 2009). 무질서한 동네 환경에서는 주민들이 서로에 대해 무관심하고 불신하며 무시하는 경향이 팽배하다. 이것이 개인에게 스트레스를 유발하여 우울증이나 불안, 그리고 무기력감(Ross, 2000; Ross and Mirrowsky, 2009)을 불러일으킨다.

그런데 동네의 무질서한 분위기가 정신장애인에게는 더욱 강력한 영향을 미칠 수 있다. 일반적으로 정신질환에 대한 사회적 시선이 편견적이고 차별적이어서 더럽거나 위협적이거나 위험한 동네 환경속에서는 정신질환에 대한 두려움이 더욱 증폭되어 나타날 수 있기 때문이다. 결국 정신장애인은 위축되고, 이들의 지역사회통합은 달성되기 어렵게 된다. 따라서 정신장애인의 회복과 지역사회통합을 촉진시키기 위해서는, 정신장애인의 일상적 삶이 펼쳐지는 공간인 동네 환경이 미치는 영향을 살피고 이것을 어떻게 변화시켜야할 것인지를 모색하는 노력이 중요할 것이다.

사실 정신장애인의 지역사회통합에 대한 동네 환경의 영향을 살펴본 연구들은 다수 찾아볼 수 있다(Segal et al., 1980: Kruzich, 1985: Yanos et al., 2007). 기존 연구들은 주로 객관적 지표로 측정된동네 환경의 직접적 영향관계를 분석하였다. 그런데 동네 환경에 대한 측정 수준을 객관적인 지역지표로 구성하게 되면, 행정제도상 분류된 인위적 단위의 지리적 경계를 갖는 공간의 영향을 살펴보게된다. 이는 개인의 일상적 삶과 밀접하게 연결된 동네의 영향을 밝히는 것을 어렵게 만든다. 실제로상당수의 기존 연구들은 객관적 지표로 측정된 지역사회환경이 개인의 삶에 유의미한 영향을 미치지

¹⁾ 본 연구에서는 동네(neighborhood)라는 지리적, 사회적 단위를 지역사회(community)라는 용어와 구분하지 않고 사용한다. 동네무질서 모델을 제시한 Ross(2000)도 동네를 지역사회와 등치시켜 사용하였다. 최옥채(2005: 65)도 동네(neighborhood)와 지역사회(community)정의에 관하여 차이점이 없다고 언급한 바 있다.

않는다는 결과를 얻기도 하면서. 주관적 수준에서 판단된 지역사회환경이 미치는 영향의 중요성을 피 력하기도 하였다(Ross, 2000).

또한 지역사회환경과 정신건강 사이에서 작동되는 구체적 메커니즘을 규명하는 노력이 중요하다 (Aneshensel, 2010). Sampson 외(1997)는 지역사회환경이 미치는 영향에서 집합적 효능감(collective efficacy)이라는 사회적 과정의 중요한 역할을 발견하였다. 집합적 효능감의 구성요소인 지역사회응집 력은 지역사회유대를 의미하는데, 지역사회유대가 동네무질서라는 지역 환경과 정신건강 사이의 부정 적 영향관계를 조절하는 역할이 발견되기도 하였다(Ross and Jang, 2000). 즉, 자연스러운 상태에서 이웃과 꾸밈없이 일상적으로 접촉하는 공간인 동네에서 주민들의 유대감과 신뢰가 쌓여있다면, 비록 동네가 주는 스트레스와 긴장이 있더라도 개인은 심리적 안정감을 가질 수 있다는 것이다.

이처럼 동네 환경과 지역사회응집력이 개인의 삶에 미치는 영향이 밝혀지고 있음에도 우리나라의 정신보건서비스 조직들은 정신장애인의 개인적 특성이나 역량의 개발과 관리, 기능훈련과 교육, 이와 관련된 서비스 제공에 초점을 두면서 이들의 회복과 지역사회통합을 달성하기 위하여 개입하는 경향 이 짙다. 정작 정신장애인이 일상적 삶을 영위하는 곳인 동네의 영향력을 규명하고 이것을 변화시키 려는 시각이나 노력이 미흡하다. 이는 아직까지 동네 환경이 정신장애인의 지역사회통합에 얼마나 그 리고 어떠한 과정으로 영향을 미치는지를 실증적으로 검증하는 연구가 부족하기 때문에 나타난 현상 일 수 있다.

따라서 본 연구에서는 동네환경이 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 과정을 분석하고, 이 과정에서 지역사회응집력이 미치는 조절효과를 검증하고자 한다. 즉, 무질서한 동네 환경이 정신장 애인의 지역사회통합에 영향을 미칠 때, 지역사회응집력이 이러한 관계를 강화 혹은 완화시키는지를 설펴보고자 한다. 특히, 우리나라의 정신장애인의 지역사회통합이 물리적, 사회적, 심리적 통합으로 분 류될 수 있다는 기존 연구(민소영, 2009; 최송식·최윤정, 2010; Wong and Solomon, 2002)의 지적에 기반하여. 다차원적인 의미를 가진 지역사회통합에 동네무질서와 지역사회응집력이 어떠한 다양한 경 로를 보여주는지를 실증적으로 분석하고자 한다.

이러한 연구는 정신장애인의 지역사회통합을 향상시킬 수 있는 해법을 보다 포괄적으로 발굴할 수 있는 계기를 마련해줄 수 있을 것이다. 나아가 우리나라의 정신보건체계가 추구하는 지역사회중심 전 략을 위해 필요한 개입 방법을 구체적으로 구상하는 데 기초적 정보를 제공해 줄 수 있을 것이다.

2. 이론적 맥락과 선행연구 고찰

1) 정신장애인과 지역사회통합

정신보건분야에서 지역사회통합은 1950년대부터 서구에서 시작된 탈시설화의 영향으로 거슬러 올 라간다. 지역사회가 정신장애인에게 필요한 서비스와 지지를 포괄적으로 제공하는 환경이 될 수 있다 는 믿음이 시작되었기 때문이다(Kennedy, 1989). 우리나라에서는 1995년에 정신보건법이 제정된 이후, 지역사회중심전략이 정신보건사업의 중요한 방향으로 공고화 되면서, 지역사회통합이 중요한 실천 목표이자 전략으로 자리매김되었다. 정신장애인으로 하여금 시설에 입소하는 대신 지역사회에 거주하면서 양질의 서비스를 제공받을 수 있도록 도움으로써, 비정신장애인과 더불어 살면서 지역주민으로 살아갈 수 있도록 한다는 것이 핵심 방향으로 설정된 것이다.

Wolfensberger(1972)는 지역사회통합을 정상화와 사회적 역할 안정화에 핵심적 의미를 두는 것이라고 언급하였다(Wong and Solomon, 2002, 재인용). 이후 지역사회의 구성원으로서 개인이 겪는 삶이나 참여행위, 그리고 사회화로 개념이 넓혀지면서(Gulcur et al., 2007), Wong과 Solomon(2002)에 의해서 지역사회통합은 물리적, 사회적, 심리적 통합으로 그 개념이 분화되었다. 이후 수많은 국내 및 국외 연구들은 지역사회통합을 이 3가지 차원으로 정의하고 분석해오고 있다(민소영, 2009; 최송식·최윤정, 2010; Prince and Gerber, 2005).

먼저, 물리적 통합이란 정신장애인이 거주하는 집이나 지역사회주거시설의 밖인 지역사회에서 시간을 보내고 다양한 활동에 참여하여 재화와 서비스를 소비하는 것을 의미한다(Wong and Solomon, 2002). 정신보건분야에서 수행된 지역사회통합에 대한 초기 연구들은 주로 물리적 통합에 초점을 두었다. 그러나 물리적 통합만으로 지역사회통합을 이해하는 것은 시설 바깥에서의 주거 보장만을 의미하기 때문에 상당한 한계가 있다는 지적이 강하다. 정신장애인이 지역사회 내에서 통합되어 살아간다는 것은 단순히 지역사회 내의 물리적 환경이나 서비스 기관을 활용하는 것 외에도 지역사회구성원들과의 사회적 관계를 유지하거나 지역사회에 대한 소속감이나 이웃들과의 감정적 연결이라는 보다 복잡한 차원이 포함되어 있기 때문이다(최송식·최윤정, 2010).

따라서 사회적 통합과 심리적 통합이 지역사회통합의 중요한 차원이 된다. 먼저 사회적 통합은 이웃과의 사회적 상호작용과 사회적 네트워크 개념을 포함한다. 이웃들과 접촉하면서 상호호혜적 사회적 관계를 맺으며 사회적 상호작용을 형성하고 이 속에서 다양한 사회적 역할을 수행하며 살아가는 것을 의미한다(Wong and Solomon, 2002). 심리적 통합이란 정신장애인이 느끼는 지역사회의식(sense of community)을 의미한다(McMillan and Chavis, 1986). 여기에는 정신장애인이 지역사회에 갖는 소속감과 이웃과의 정서적 연결감, 이웃을 통하여 자신들의 욕구 충족을 실행할 수 있는 능력, 그리고 지역사회에 영향을 줄 수 있다는 믿음이 포함된다(Wong and Solomon, 2002).

지금까지 살펴본 내용을 종합하면, 지역사회통합이란 일상 활동을 수행하면서(물리적 통합), 비정 신장애인 이웃들과 사회적 상호작용을 수행하고(사회적 통합), 지역사회에 소속되어있다는 느낌을 갖 는 것이다(심리적 통합). 이렇듯 지역사회에서 일상을 보내는 정신장애인의 지역사회통합은 다차원적 영역이 있음을 알 수 있다.

한편, 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인을 살펴보는 연구들도 있다(민소영, 2009; 최윤정, 2010; Yanos et al., 2011). 주로 정신장애인의 개인적 특성이나 정신장애인이 이용하는 서비스나 프로그램 환경과 관련되어 제시되었다. 개인적 특성 중 인구사회학적 특성으로는 성별(민소영, 2009)과 연령(Kruzich, 1985; Yanos et al., 2011)이 지역사회통합감에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 외에도 결혼상태(최윤정, 2010)과 교육수준(민소영, 2009; Yanos et al., 2011)은 통계적

유의미성을 보여주는 데 미흡하였으나. 지속적으로 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미칠 수 있 는 요인으로 고려되었다. 개인적 특성 중 임상적 특성으로는 진단명(민소영, 2009), 유병기간(민소영, 2009: Kruzich, 1985), 정신과적 증상(최윤정, 2010: Yanos et al., 2011)이 지역사회통합과 유의미한 관계가 있는 것으로 발견되었다. 개인적 특성 중 사회적 지지의 경우, 사회적 지지의 수준이 높을수록 정신장애인의 지역사회통합이 높은 것으로 나타났다(민소영, 2009: 최윤정, 2010), 끝으로, 정신장애인 이 이용하는 서비스나 프로그램 환경에 대하여 긍정적으로 인식할수록 지역사회통합도 향상되는 것으 로 보고되었다(이진향. 2005). 이처럼 기존 연구들은 정신장애인의 개인적 특성이나 서비스 환경에 초 점을 맞추어 지역사회통합의 결정요인을 규명하려는 분석이 상당하였다.

한편, 외국의 경우 개인적 특성과 프로그램 특성 외에도 정신장애인이 거주하는 지역사회환경이나 분위기. 이웃과의 관계 등 지역사회특성이 정신장애인의 지역사회통합에 어떠한 영향을 미치는지를 규명하고자 노력하였다. 지역사회환경의 영향은 객관적 지역사회 지표를 활용하거나 서베이 등의 주 관적 조사 등 다양한 방법으로 측정되었다. 먼저, 정신장애인과 지역사회환경 사이의 영향관계를 광범 위하게 분석한 초기의 대표적 연구는 Segal 외(1980)에 의해서 수행되었다. 센서스 자료와 선거참여 자료 및 범죄율 자료를 활용하여 지역사회특성을 나타내는 다양한 지역단위 지표를 확보한 뒤, 요인 분석과 지역사회유형분석(community typological analysis)을 실시하였다. 연구 결과, 다양한 노동자계 층(working-class)으로 구성된 지역사회 및 진보적이면서 비전통적 지역사회에서 정신장애인의 지역 사회통합 수준이 높은 것으로 나타났다.

주립정신병원에서 퇴원하여 지역사회 주거시설에서 생활하는 정신장애인 87명의 지역사회통합을 살펴본 연구(Kruzich, 1985)에서는 개인, 시설, 그리고 지역사회 특성을 구분하여 지역사회통합과의 관계를 분석하였다. 이 때 객관적 지표에 근거한 도시의 인구 규모, 지역사회형태(농촌, 도시, 상업 지 역) 등의 변수는 지역사회통합과 유의미한 관계가 없는 것으로 나타났다.

Yanos 외(2007)의 연구에서는 45명의 정신장애인을 대상으로 물리적, 심리적, 그리고 상호작용의 기회라는 다차원적 개념으로 지역사회통합을 구분하여 영향요인을 살펴보았다. 그 결과 객관적인 지 역사회지표(지역의 경제적 취약성, 이민자 집중도, 주거불안정)가 지역사회통합에 미치는 영향이 유 의미하지 않았다. 반면, 지역주민사이의 신뢰나 유대감을 나타내는 지역사회응집력은 지역사회통합 중 심리적 통합과 상호작용의 기회에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 보다 최근에 수행된 연구(Yanos et al., 2011)에서는 60명의 정신장애인을 대상으로 이들의 심리적 통합과 상관관계가 있 는 변수를 분석하였다. 그 결과 객관적인 지역사회지표(경제적 취약성. 이민자 집중도)와 주관적 지역 사회변수(동네의 무질서 수준, 사회적 자본, 지역사회 효능감)가 심리적 통합과 상관관계가 있는 것으 로 나타났다.

지금까지 수행된 연구들을 통하여 지역사회환경이 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다. 그러나 지금까지 수행된 국내외 연구들을 종합하면, 지역사회통합에 영향을 미치 는 요인 중 지역사회특성을 포함한 연구가 미흡(이진향, 2005; 민소영, 2009; 최윤정, 2010)하거나 혹 은 지역사회통합의 다차원적 측면을 통합적으로 다루지는 못한 한계(Segal et al., 1980; Kruzich, 1985; Yanos et al., 2011)들이 있었다. 또한, 연구의 대부분이 객관적 지표에 근거하였는데 이러한 객

관적 지표의 영향력이 유의미한 결과를 보여주지 못한 경우(Segal et al., 1980; Kruzich, 1985; Yanos et al., 2007)도 상당하였다. 이와 관련하여 개인의 삶에 영향을 미치는 지역의 심리적 측면을 간과하였다는 한계가 지적되기도 하였다(Ross, 2000).

2) 동네 환경과 정신건강

동네라는 지역사회환경과 정신장애인의 지역사회통합 사이의 관계를 직접적으로 설명하는 이론은 찾아보기 힘들다. 대신 지역사회환경이 개인의 정신건강에 미치는 영향에 대하여 살펴본 기존 이론들이나 모델에서 유추할 수 있다. 주로 Pearlin(1999)의 스트레스 과정(stress process) 모델, Sampson 외(1997)의 사회해체(social disorganization)이론, Ross(2000)의 동네무질서(neighborhood disorder) 모델이 해당된다.

먼저, 스트레스 과정 모델은 본래 개인 차원의 사회경제적 지위, 심리적 불안정 및 스트레스 간의 관계를 설명하는 데 목적을 두었다(Aneshensel, 2010). 사회경제적 지위의 불평등은 개인의 속성(교육, 직업, 경제, 성, 인종 등)으로 구성되어 있음을 가정하였다. 그러나 Wheaton과 Clarke(2003)은 상황적 사회적 불평등이라는 개념을 스트레스 과정 모델에 대입하였고, 이것에 착안하여 Pearlin(1999)은 환경의 중요성을 강조하여 스트레스 과정 모델을 재구성하였다. Pearlin(1999)에 의하면, 사회경제적으로 취약한 동네 환경은 스트레스를 유발하며, 스트레스를 극복할 수 있는 심리사회적 자원까지부족하게 만든다. 즉, 동네는 스트레스원이자 이를 극복할 수 있도록 돕는 자원도 보유하는 이중적 역할을 수행하며, 이 역할의 결합이 개인의 심리적 상태에 영향을 미칠 수 있다는 것이다(Elliott, 2000). 실제로 Dupéré와 Perkins의 연구(2007)에서도 지역사회의 스트레스와 자원을 동네의 무질서와 범죄에 대한 두려움, 지역활동의 참여와 비공식적 유대라는 변수를 활용하여 구성한 뒤, 이들이 불안이라는 심리적 상태에 영향을 미친다는 것을 규명하였다.

그렇다면 스트레스로 작용할 수 있는 동네 환경은 어떤 것들이 있을까? Aneshensel(2010)은 지역 사회환경이 정신보건에 미치는 영향을 분석한 기존 연구를 광범위하게 검토하여 지역사회환경의 스트 레스원을 구조적 차원과 사회적 차원으로 구분하였다. 먼저 구조적 차원은 사회해체이론과 관련되어 있다. 사회해체이론에서 의미하는 사회해체란 주민의 공동 가치를 실현하면서 비공식적으로 사회를 통제하고 유지하기가 어려운 상태를 의미한다(Sampson et al., 1997). 이 이론에서 정신건강에 부정적 영향을 미치는 지역사회환경은 지역사회의 사회경제적 구조, 인종의 다양성, 인구 이동성 등 주로 객관적 지표로 측정된다. 이러한 지표와 지역주민의 우울간의 관계를 살펴본 결과, 개인적 수준의 변수를 통제하였을 때 주거이동이 빈번한 지역(Aneshensel et al., 2007), 또는 사회경제적 구조가 취약하고 노인인구가 많은 지역(Kubzansky et al., 2005)에서 우울증상이 높은 것으로 나타났다(Aneshensel, 2010, 재인용). 그러나 상반된 결과가 보고되었는데, 여러 연구들(Henderson et al., 2005; Hybels et al., 2006)에서는 객관적인 지역사회구조 자체가 개인의 정신건강에 직접적인 영향을 미치기 보다는 간접적인 영향을 미칠 수 있다고 지적하였다(Aneshensel, 2010, 재인용). 이와 관련하여 Sampson 외 (1997)는 지역사회의 객관적 환경과 개인의 정신건강 사이에는 복잡한 매커니즘이 존재하는데, 집합

적 효능감이 이 역할을 수행한다고 주장하였다. 집합적 효능감이란 지역주민사이의 응집력, 즉 상호 믿음과 연대감, 그리고 지역의 공공질서를 유지할 수 있도록 돕는 비공식적 통제를 의미한다. 그리고 사회해체이론에 이 과정을 도입하여 새롭게 재구성해야한다고 제안하였다. 재구성된 사회해체이론에 따르면, 빈곤, 인구밀집, 거주인구의 이질성과 같은 구조적 문제가 심각해지면 주민들 사이의 응집력 과 사회통제의 기능이 와해된다. 이것이 개인의 정신건강에 문제를 초래할 수 있다. 그러므로 집합적 효능감이 동네에서 잘 작동될 수 있도록 노력해야 한다는 것이다. 이렇듯 사람과의 상호작용관계로 측정하는 것이 바로 사회적 차원의 지역사회환경이라는 것이다(Aneshensel, 2010).

한편, 이렇게 객관적 구조 지표를 중심으로 개인의 정신건강에 미치는 지역사회의 영향을 설명한 축이 있다면, 다른 한 축으로는 인지적 측면으로 측정된 동네환경이 스트레스원으로 작용하여 정신건 강에 미치는 영향을 살펴본 모델이 있다. 바로 Ross(2000)의 동네무질서 모델이다. 이 모델은 객관적 구조 지표가 개인의 삶에 영향을 미치는 데 한계가 있다는 문제의식과 연결지을 수 있다. 보통 객관 적 구조 지표를 도출하기 위해서는 지역을 일정한 행정단위로 나누게 되는데. 보통 이렇게 인위적으 로 나누어진 지역의 범위는 응답자 개인이 주관적으로 인식하는 지역의 경계와 일치하지 않을 수 있 다. 개인의 삶에 영향을 미칠 수 있는 지역사회환경이란 물리적이고 행정적 경계보다는 개인의 인지 적 지도(map)와 사회적 상호작용 속에서 주관적으로 형성되는 특성이 강하기 때문이다(김영미, 2010). 따라서 비록 비슷한 지역에 살더라도 개인마다 평가하는 지역의 특성이 다를 수 있다. 그리고 이렇게 주관적으로 평가된 지역사회 특성이 개인의 삶에 더 유의미한 영향을 미칠 수 있다.

Ross와 Mirowsky(1999)는 주민의 인지 수준에서 동네무질서를 측정하는 도구를 개발하였다. 여기 에서 질서란 평화롭고, 안전하고, 법이 준수된 상태를 의미하며, 통제란 이러한 질서를 유지하는 행위 를 의미한다. 지역에서 이러한 질서와 사회적 통제가 부재할 때, 동네무질서로 정의된다(Ross and Jang, 2000). 그리고 지역 내 질서와 통제의 수준은 주민이 인지하는 눈에 보이는 조짐으로 알 수 있 다. 이러한 조짐들은 물리적 측면과 사회적 측면으로 구분된다. 먼저, 물리적 측면의 무질서란 지역의 물리적 외관에서 나타나는 환경적 특성으로써, 시끄럽고 지저분하고 황폐한 거리, 관리가 안된 채 버 려진 건물, 파손되거나 낚서가 많은 거리의 상태 등으로 알 수 있다. 한편, 사회적 측면의 무질서란 지 역 내 사람들의 행동에 관한 특성들로 알 수 있는데, 할 일없이 사람들이 몰려다니거나, 술이나 마약 을 하는 사람들이 있거나, 구걸을 하거나 무언가 위험한 느낌을 주는 사람들이 있는 상태를 의미한다. 그리고 동네의 무질서는 주민이 실제로 동네가 무질서하다고 알아차리고 인지할때만이 개인의 삶에 그 효력을 발휘할 수 있다. 아울러 동일한 동네에 거주하는 사람들끼리도 서로 지역에 대하여 무질서 한 수준을 얼마든지 다르게 인지할 수 있으며, 이 때 실제로 사람들의 삶에 영향을 미치는 것은 지역 그 자체의 모습이 아니라 그 지역에 대한 개인들의 주관적 평가라는 것이다(Ross et al., 2001).

이처럼 동네가 무질서하다고 인지할수록 주민들은 서로 신뢰하지 못하며, 동네에 대하여 위험하다 고 느끼고 불안해하는데, 이것이 일상적 삶의 스트레스원이 되어 우울증과 같은 부정적 정신건강상태 를 초래하게 된다. 실제로 2.482명의 성인을 대상으로 연구한 결과에 의하면 지역사회가 무질서하다고 인지할수록 우울증상이 심각한 것으로 나타났다(Ross. 2000). 우울증상 외에도 무력감(곽현근 노병일. 2003; 김영미, 2010; Ross et al., 2001), 불신(Ross et al., 2001) 등을 불러일으키는 것으로 나타났다. 그러나 대부분의 기존 연구들에서는 본 연구가 핵심적으로 살펴보고자 하는 정신장애인의 지역사회통 합에 대한 분석은 시도하지 않고 있다.

3) 동네무질서와 정신장애인의 지역사회통합관계에서 지역사회응집력

앞서도 지적하였듯이 동네무질서는 지역사회의 질서를 유지시킬 수 있는 주민들의 비공식적 통제역량을 감소시키면서 결국 동네를 붕괴시키는 과정의 출발점이 될 수 있다(Wickes et al., 2013). 무질서한 동네에서는 주민들 사이에서 사회적 상호작용 및 물리적 활동이 감소하는 것으로 나타났다 (Liska, 1987; Ross and Jang, 2000, 재인용). 동네가 무질서하다고 인지할수록 주민 사이의 신뢰가 낮아지고 따라서 집밖으로 나가서 동네 사람들과 담소를 나누거나 방문하거나 필요한 도구를 빌리는 행위 등의 사회적 통합이 감소될 수 있기 때문이다. 아울러 동네의 편의시설이나 서비스를 이용하려는 물리적 통합 수준도 약화시킬 수 있기 때문이다. 이처럼 지역사회에 대한 물리적 참여나 사회적 상호 작용의 감소는 자연스럽게 지역에 대한 소속감이나 지역사회 의식을 감소시키고 지역사회로부터의 고립감을 초래하는 등 심리적 통합도 동시에 약화시키게 된다.

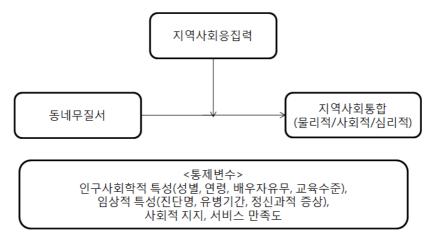
이렇듯 동네무질서가 지역사회통합을 방해할 수 있는데, 지역사회응집력이 이러한 부정적 영향 관계를 완화시킬 수 있다. 이것은 사회적 자원이 스트레스를 완화시킬 수 있다는 스트레스 완충역할 모델과 연관되어 설명될 수 있다(Hill and Maimon, 2013). 동네무질서는 지역거주자들에게 우울감, 안전에 대한 불안감, 주관적 소외를 불러일으킬 수 있다(Ross and Mirowsky, 2009). 그런데, 지역주민사이의 신뢰와 유대라는 지역사회응집력이 동네무질서라는 스트레스원이 불러일으키는 부정적 결과를 완화시켜주는 자원이 될 수 있다.

실제로 지역사회응집력이 동네무질서의 부정적 영향을 완화시키는 조절 효과를 분석한 연구들이 있다. Ross와 Jang(2000)의 연구에서는 동네가 무질서할수록 안전에 대한 불안감이 팽배해지고 지역 주민사이에 신뢰가 낮아지지만, 지역주민사이의 유대가 이러한 부정적 영향 관계를 완화시키는 것으로 나타났다. Cutrona 외(2000)의 연구에서도 지역사회응집력이 스트레스와 개인의 긍정적 가치관 사이의 관계를 조절하는 것으로 나타났다. Wickes 외(2013)의 연구에서도 지역사회에 거주하는 소수자의 인구 비율을 과대추정하는 사람일수록 지역사회가 더 무질서하다고 인지하였는데, 이 때 지역사회 응집력이 이 관계를 완화시키는 것으로 나타났다. 계속해서 Kim과 Ross(2009)의 연구에서도 지역사회유대는 동네무질서가 초래하는 우울 증상의 관계를 완화시키는 것으로 나타났다. 여기에서 확인할수 있는 것은 무질서한 동네라도 지역주민이 서로를 보호할수 있는 지지원이 되는 문화가 형성된다면, 위험하고 위협적인 동네 속에서 겪게 되는 부정적 심리 상태가 완화될 수 있다는 것이다.

동네무질서가 미치는 영향관계에서 지역사회응집력이 조절역할을 수행할 수 있다는 스트레스 완충역할 모델은 정신장애인의 지역사회통합에도 적용할 수 있다. 무질서한 동네 속에서 주민 사이의 불신과 두려움은 깊어진다. 이 속에서 정신질환에 대한 두려움과 정신장애인을 피하려는 분위기는 더욱 강력해질 것이다. 이렇듯 지역 내에서 정신장애인과 친밀한 상호교류를 맺는 상황에 대한 거부 반응이 높아지면, 결국 정신장애인의 지역사회통합은 어렵게 될 것이다. 그러나 지역주민간의 응집력이 형

성되어 있는 동네라면, 정신질환 자체는 크게 문제가 되지 않을 것이다. 비록 위협적이고 위험한 동네 분위기 속에서도 '우리 모두가 주민'이라는 지역사회의식이 정신장애인을 지역사회의 하나의 구성원 으로 받아들이고 이들의 지역사회통합을 향상시킬 수 있다.

지금까지 검토된 이론적 맥락과 선행 연구를 토대로 동네무질서와 정신장애인의 다차워적인 지역 사회통합 사이에서 지역사회응집력의 조절 효과를 분석하는 것으로 연구모형을 설정하였다(〈그림 1〉 참고). 또한, 앞서 검토한 선행 연구(이진향, 2005; 민소영, 2009; 최윤정, 2010; Kruzich, 1985; Yanos et al., 2011)에서 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미친다고 제시한 인구사회학적 특성. 임상적 특성, 사회적 지지, 그리고 서비스나 프로그램 환경을 보여주는 대표적 변수인 서비스 만족도를 통제 변수로 구성하였다.



〈그림 1〉 동네무질서, 지역사회응집력, 정신장애인의 지역사회통합에 대한 연구모형

3. 연구방법

1) 조사대상 및 자료수집

이 연구는 서울 및 경기도의 정신건강증진센터를 이용하는 지역거주 정신장애인을 조사 대상으로 선정하였다. 정신건강증진센터를 선택한 근거는 첫째, 지역사회 정신보건서비스 전달의 핵심적 역할 을 수행하는 기관으로서, 정신보건서비스조직 중 가장 광범위한 규모로 지역에 거주하는 정신장애인 을 대상으로 서비스를 제공하고 있기 때문이다. 둘째, 서울과 경기도는 전체 16개 시·도에서 정신보 건센터가 가장 많이 분포되어 있기 때문이다. 셋째, 서울과 경기도는 대도시, 중소도시, 농어촌 등 여 러 지역적 특성이 분포되어 있기 때문이다. 따라서 정신장애인과 지역사회의 다양한 특성을 고르게

포함할 수 있을 것이라 판단되어, 서울 및 경기도의 정신건강증진센터의 정신장애인을 연구 대상으로 설정하였다.

연구대상 확보는 다음과 같은 과정을 거쳤다. 첫째, 서울 및 경기도에 설치된 정신보건센터의 목록을 확보하였다. 서울은 총 25개의 구에 총 25개의 정신보건센터가, 경기도에는 총 27곳의 시·군에 총 35개의 정신보건센터가 있는 것으로 나타났다(2013년 당시). 둘째, 지역환경의 다양성을 최대한 고려하기 위하여 선행 연구(Segal et al., 1980: Kruzich, 1985: Yanos et al., 2007)에서 정신장애인의 삶에 영향을 미친다고 공통적으로 지적한 도시의 규모와 형태 및 빈곤 변수를 중심으로 위 52개 정신보건센터가 위치한 지역을 구분하였다. 먼저 기초생활수급비율을 기준으로 상, 중, 하의 세 가지 지역으로 구분하였다. 도시의 규모와 형태별로는 대도시, 중·소도시, 농어촌, 도·농 복합도시 등 네 가지 지역으로 구분하였다. 이렇게 2가지 요인에 기초하여 생성된 총 12가지 지역 형태로 52개 지역을 모두 구분한 뒤, 각 지역 형태 내에서 무작위 확률표집방식에 따라 3개 지역씩 총 36개 지역을 선정하였다.

세 번째 단계에서는 선정된 지역의 정신건강증진센터에 전화나 공문을 통해 설문조사의 협조를 의뢰하였다. 최종적으로 총 34개(52개 기관 중 65.4%)의 정신건강증진센터가 본 연구의 취지에 공감하여 설문조사에 참여하였다.

네 번째 단계에서는 본 연구의 협조를 허락한 정신건강증진센터별로 설문조사에 응답할 수 있는 인지능력이 있는 정신장애인을 약 20-25명씩 임의로 선정하도록 요청하였다. 설문조사는 연구자가 정신건강증진센터에 방문하여 설문지를 배포하고 자기기입식으로 응답을 요청하거나 1:1 면접조사를 실시하였다. 또한 정신건강증진센터의 실무 직원에게 설문지를 전달하여 조사를 요청하였다. 모든 참여 대상자들에게는 본 연구의 목적과 의의를 설명한 다음, 동의를 받은 뒤에 설문조사에 참여하도록 하였다. 설문조사에 응답한 정신장애인은 총 695명이었으며, 이 중 응답이 부실한 3명을 제외한 총 692명의 자료가 최종 분석에 활용되었다.

2) 분석변수의 측정

(1) 종속변수: 물리적, 사회적, 심리적 통합

지역사회통합은 물리적 통합, 심리적 통합, 사회적 통합(Wong and Solomon, 2002)으로 분류하여 살펴보았다. 첫째, 물리적 통합은 Segal과 Aviram(1978)이 외부적 통합 척도(external integration scale)로 개발한 것을 Aubry와 Myner(1996)가 수정하여 활용한 물리적 통합척도를 사용하였다. 이 척도는 지역사회 활동, 예를 들어 쇼핑, 공원, 도서관, 영화관람, 서비스 기관, 외식, 등산, 대중교통수단 이용, 종교활동, 자원봉사, 미장원(이발소), 산책 등의 활동에 얼마나 쉽게 참여하는지를 질문한다. 총 12개 문항으로 이루어져 있으며, 각 문항은 '1=매우 어렵다'에서 '5=매우 쉽다'의 5점 척도로 구성되어 있다. 이 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.892$ 로 나타났다.

둘째, 사회적 통합은 최윤정(2010)의 연구에서 지역사회거주 정신장애인을 대상으로 사용한 척도를 활용하여 측정하였다. 이 척도는 본래 Unger와 Wandersman(1982)의 이웃에 대한 행동(neighboring

activity) 척도에 기반하여 구성되었다(최송식·최윤정, 2010, 재인용), 사회적 통합은 총 10문항으로 이루어져 있으며, 정신장애인이 실제로 사회적 상호작용- 물건 빌리기, 만나기, 말하기, 집수리나 차량 부탁하기 등-의 행위를 하고 있는 이웃의 숫자가 얼마나 되는지를 측정한다. 각 문항은 '1=전혀 없다' 에서 '5=거의 모두'까지 5점 척도로 구성되어 있다. 이 연구에서 신뢰도는 Cronbach's a = 910로 나타 났다.

셋째, 심리적 통합은 간이지역사회의식척도(Brief Sense of Community Scale, Peterson et al., 2008)를 기반으로 우리나라의 지역거주 정신장애인에게 적용한 척도를 사용하였다(최윤정. 2010. 재 인용). 총 8문항이며. 개인들의 지역사회 소속감. 이웃과의 감정적 연결 정도. 그리고 이웃을 통하여 자신의 욕구를 실행할 수 있는 능력, 지역사회에 영향을 줄 수 있다는 믿음에 대하여 질문한다. 각 문 항은 '1=전혀 그렇지 않다'에서 '5=매우 그렇다'까지 5점 척도로 구성되어 있다. 이 연구에서의 신뢰 도는 Cronbach's α=.918로 나타났다.

(2) 독립변수: 동네무질서

동네무질서는 Ross와 Mirowsky(1999)가 개발한 척도를 곽현근과 노병일(2003)이 우리나라의 상황 에 맞도록 수정한 척도를 사용하였다. 이 척도는 총 12문항인데, 7개 문항의 물리적 무질서와 5개 문 항의 사회적 무질서라는 하위 요소로 구성되어 있다. 물리적 무질서란 동네의 물리적 환경이나 외관 상태를 측정하는데 동네가 얼마나 시끄럽고 더럽고 지저분한지를 질문한다. 사회적 무질서란 사람들 의 행동에 대한 것으로서 어슬렁거리는 사람들의 상태. 범죄나 이웃사이의 갈등. 음주. 안전과 같은 지역환경을 측정한다. 이 중 11번 문항은 역채점하도록 구성되어 있다. 각 문항은 4점 척도로 구성되 어 있으며, 점수가 높을수록 동네가 무질서하다는 것을 의미한다. 이 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α=.814로 나타났다.

(3) 조절변수: 지역사회응집력

지역사회응집력은 Sampson 외(1997)에 의해 "사회 응집력과 신뢰"라는 이름으로 개발된 척도를 사용하였다. 이 척도는 지역 내에서 주민들 사이의 유대나 신뢰가 어느 정도라고 생각하는지의 주관 적 인식을 측정한다. 총 5문항으로 구성되어 있으며, 지역주민들이 서로 얼마나 돕거나. 유대감이 있 거나. 신뢰하거나. 어울리거나. 비슷한 가치를 공유한다고 생각하는지를 질문한다. 각 문항은 5점 척도 로 측정되어 점수가 높을수록 지역사회 응집력이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's a=.852이었다.

(4) 통제변수

통제변수는 인구사회학적 특성, 임상적 특성, 사회적 지지, 그리고 서비스나 프로그램 환경으로 구 성하였다. 먼저, 인구사회학적 특성으로는 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준으로 구성하였다. 성별은 남 성은 '1', 여성은 '2'로 부호화하였다. 결혼상태는 배우자의 유무로 측정하였으며, 배우자가 있는 경우 를 '1'로, 없는 경우를 '0'으로 부호화하여 분석하였다. 임상적 특성은 진단명, 유병기간, 정신과적 증상 으로 구성하였다. 진단명은 조현병이 있는 경우를 '1'로, 그 외의 진단명을 '0'으로 부호화하여 분석하였다. 유병기간은 조사시점의 연령에서 정신질환으로 처음 병원을 이용했던 시기의 연령을 뺀 값으로 측정하였다. 정신과적 증상은 콜로라도 증상척도(Colorado Symptom Index, Shern et al., 1994)를 사용하여 측정하였다. 이 척도는 총 14개의 문항으로 이루어져 있으며, 불안 관련 3문항, 정신증 관련 9문항, 자・타해의 위험성 관련 2문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 정신증상이 심각하다는 것을 의미한다. 이 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α =.929로 나타났다.

사회적 지지는 Zimet 외(1988)가 개발한 MSPSS(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)를 김미영(2011)이 우리나라의 실정에 맞도록 수정한 척도를 사용하였다. 이 척도는 가족, 친구, 치료진으로부터 얻는 지지에 대하여 각각 4문항씩 질문한다. 이 연구에서의 신뢰도가 가족 지지는 Cronbach's a=.873, 친구 지지는 Cronbach's a=.892, 치료진 지지는 Cronbach's a=.921로 나타났다.

끝으로 서비스나 프로그램 환경은 정신장애인이 이용하는 정신건강증진센터에서 제공하는 서비스와 프로그램에 대한 만족도로 측정하였다. 우리나라의 정신장애인에게 적용한 연구(민소영, 2009)에서 활용한 소비자만족도 척도를 이용하였다. 이 척도는 본래 Larsen 외(1979)가 보건 및 휴먼서비스이용자의 만족도를 측정하기 위해 개발된 것이었다(민소영, 2009, 재인용). 소비자만족도 척도는 총 8 문항으로 구성되어 있으며, 정신건강서비스가 자신의 문제를 이해하거나 다루는 데, 그리고 타인과 어울리는 데 얼마나 도움이 되는지 등의 도움을 묻는 문항들과 서비스의 이용가능성 및 접근성, 충분성, 그리고 직원의 친절도 등을 질문하는 문항들로 이루어져 있다. 이 연구에서 신뢰도는 Cronbach's a = .880이었다.

3) 분석방법

먼저, 이 연구의 분석 대상에 포함된 정신장애인의 특성과 주요 변수에 대하여 기술통계분석을 실 시하였다. 다음으로 동네무질서와 지역사회통합 사이의 관계에서 지역사회응집력이 미치는 조절효과 를 분석하였다.

조절효과 분석은 조절회귀분석(Moderated Regression Analysis)을 활용하여 수행하였다. 조절회귀 분석은 위계적 회귀분석 방식에 기초하여 상황적 관계를 나타내는 상호작용항을 직접 검증할 수 있다는 점에서 유용한 분석 모델이다(Baron and Kenny, 1986). 조절회귀분석에서는 조절효과를 총 3단계로 분석하게 된다. 첫 번째 단계에서는 통제변수와 독립변수를 투입하여 이들이 지역사회통합에 미치는 영향을 살펴본다. 두 번째 단계에서는 조절변수를 추가하여 지역사회통합에 미치는 영향을 살펴본다. 세 번째 단계에서는 독립변수와 조절변수의 상호작용항을 추가하여 지역사회통합에 미치는 영향을 살펴본다.

조절효과의 통계적 유의미성 검증은 먼저, 두 번째와 세 번째 단계에서 도출된 결정계수인 R²의 차이로 확인할 수 있다. R²의 변화량에 기초한 총괄 F통계량이 유의미하다면 조절효과가 존재한다고 일차적으로 판단할 수 있다(박현선·이상균, 2008). 더불어 세 번째 단계의 모형에서 상호작용항의 회

귀계수가 통계적으로 유의미하면 조절효과가 있다고 결론지을 수 있다. 또한 조절효과가 나타난다면. 조절변수가 어떠한 조건에서 상호작용효과를 가져오는지를 살펴보기 위하여 단순기울기검정(Simple Slope Test)를 실시한다. 단순기울기검정2)은 조절효과가 구체적으로 어떻게 나타나는지를 명확히 보 여줄 때 권장된다(Aiken and West. 1991).

한편, 독립변수와 조절변수의 원자료 값으로 상호작용항을 구성할 경우, 다중공선성 문제를 야기하 여 추정치의 왜곡과 검증력을 떨어뜨릴 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 본 연구에서는 독립 변수와 조절변수를 평균중심화(mean centering)하여 분석하였다.

기술통계와 조절효과 분석은 IBM SPSS Statistics 21을 활용하였으며, 단순기울기검증은 Dawson(2014)이 개발한 Excel프로그램을 이용하였다.

4. 연구결과

1) 조사대상 정신장애인의 일반적 특성 및 주요변수의 기술통계

응답자의 인구사회학적 특성을 살펴보면(〈표 1〉 참조). 성별은 남자가 397명(57.5%)으로 과반수를 차지하였다. 연령은 40대가 240명(34.7%)으로 가장 많았으며, 30대가 167명(24.1%), 50대가 143명 (20.7%)으로 뒤를 이었다. 응답자의 평균 연령은 43.2세(±11.43)로 나타났다. 결혼 상태는 미혼이 495 명(74.0%)으로 높은 비율을 차지하였으며. 배우자가 있는 경우(기혼이나 동거)가 76명(11.5%)에 불 과하여, 응답자의 대부분이 배우자 없는 생활을 하고 있는 것으로 나타났다. 이어서 교육수준을 살펴 보면, 고졸이 378명(55.0%)으로 과반수를 차지하였으며, 대졸이상이 132명(19.2%)으로 뒤를 이었다.

다음으로 임상적 특성을 살펴보면, 응답자의 대부분은 조현병(482명, 70.6%)으로 진단받았다. 평균 유병기간은 14.5년(±10.3)인 것으로 나타나. 기존 연구(민소영, 2009)보다 약 2년 정도 더 긴 것으로 나타났다. 정신과적 증상은 평균 2.36점으로 기존 연구(하경희, 2007, 2.46점)와 거의 차이를 보이지. 않았다. 사회적 지지 변수 중에서는 가족 지지가 평균 3.41점으로 가장 높았으며 그 다음으로 치료진 지지(3.35점)과 친구 지지(2.84점)의 순으로 나타났다. 서비스만족도는 평균 3.15점으로 나타나 기존 연구(민소영, 2009, 3,03점)와 거의 차이를 보이지 않았다. 지역사회응집력은 평균 2.44점으로 나타나 중간 점수(3점)에 못 미치는 것으로 나타났다. 끝으로 지역사회통합 영역에서는 물리적 통합이 3.26점 으로 가장 높았으며, 그 다음으로 심리적 통합(2.53점)과 사회적 통합(1.95점) 순으로 나타났다.

²⁾ 단순기울기검증은 조절변수(Z)의 평균을 기준으로 ± 1 표준편차 값을 다음의 방정식 Y = (a + b)Z)+(b, +b,)X에 대입하여 독립변수(X)의 기울기가 상이한 수준에서 독립변수와 종속변수((Y) 간의 관계가 통계적으로 유의한지를 확인하는 것이다. 기울기에 대한 통계적 유의성 검증은 t검정을 이용한다(Dawson, 2014).

〈표 1〉 인구사회학적 및 주요 변수(N=692)

	변수		구분	빈도(백분율)		
		성별	남성	397(57.5%)		
		^ 8 달 	여성	294(42.5%)		
			20대 이하	88(12.7%)		
		연령	30대	167(24.1%)		
			40대	240(34.7%)		
			50대 이상	143(20.7%)		
			60대 이상	547.8%)		
	인구사회학		평균 43.2세(±11.43)			
	적 특성		미혼	495(74.0%)		
		결혼상태	기혼이나 동거	77(11.5%)		
			이혼이나 별거	97(14.5%)		
		교육수준	초졸이하	57(8.3%)		
통제변수			중졸	68(9.9%)		
			고졸	378(55.0%)		
			전문대졸	52(7.6%)		
			대졸이상	132(19.2%)		
	임상적 특성	진단명	조현병	482(70.6%)		
			기분장애	160(23,4%)		
			기타	41(6.0%)		
		유병기간	평균 14.5년(±10.3)			
		정신과적 증상	평균 2.36점(±.54)			
		가족지지	평균 3.41점(±1.04)			
	사회적 지지	친구지지	평균 2.84점(±1.08)			
		치료진지지	평균 3.35점(±1.08)	평균 3,35점(±1.08)		
	서비스 만족도		평균 3.15점(±.54)			
독립변수	동네무질서		평균 1.96점(±.48)			
조절변수	지역사회응집	츽	평균 2.44점(±.66)			
	물리적 통합		평균 3.26점(±.80)			
종속변수	사회적 통합		평균 1.95점(±.73)			
	심리적 통합		평균 2.53점(±.90)			

2) 지역사회응집력의 조절효과 분석 결과

(1) 동네무질서와 물리적 통합의 관계에서 지역사회응집력의 조절효과

다음 〈표 2〉는 동네무질서와 물리적 통합과의 관계에서 지역사회응집력의 조절 효과를 분석한 결

과이다. 먼저, 1단계에서 통제변수와 독립변수를 투입하여 정신장애인의 물리적 통합에 미치는 영향을 살펴본 결과. 모형의 설명력은 28.2%였으며 모형적합도는 통계적으로 유의미하였다(F=21,126, p=.000). 구체적으로 변수들의 영향을 살펴보면, 독립변수인 동네무질서는 물리적 통합에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 한편. 통제변수 중 인구사회학적 특성에서는 연령과 교육수준 이, 임상적 특성에서는 정신과적 증상이, 사회적 지지에 해당하는 가족지지, 친구지지, 치료진지지, 그 리고 서비스 및 프로그램에 대한 만족도가 물리적 통합에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 정신과적 증상이 심하지 않을수록, 가족과 친구 및 치료진으 로부터 받는 지지 수준이 높을수록, 그리고 정신건강증진센터에서 이용하는 서비스와 프로그램에 대 하여 만족할수록 지역사회 내 다양한 공간이나 기관을 이용하거나 활동에 참여하는 것으로 나타났다.

<	₩ 2>	동네무질서와	묵리전	토한	과계에서	지역시	회응진력의	조적호과
•	<u> </u>	6베 그 글에게	크니ㄱ	CI		$\gamma_1 - \gamma_1$	コーロコー	ㅗㄹ죠겍

구분		1단계		2단계		3단계	
		B(S.E.)	β	B(S.E.)	β	B(S.E.)	β
	성별	043(.056)	027	050(.056)	031	042(.056)	026
	연령	009(.003)	126**	010(.003)	135**	010(.003)	137**
	배우자(있음=1)	.116(.089)	.047	.131(.088)	.053	.133(.088)	.054
	교육수준	.093(.024)	.139***	.091(.024)	.135***	.094(.024)	.140***
통제	진단명(조현병=1)	108(.063)	061	120(.063)	067	124(.063)	070
동세 변수	유병기간	.001(.003)	.010	.001(.003)	.007	.001(.003)	.010
변구	정신과적 증상	110(.033)	123**	111(.032)	125**	103(.032)	115**
	가족지지	.079(.034)	.105*	.069(.034)	.091*	.078(.034)	.103*
	친구지지	.102(.031)	.139**	.090(.031)	.123**	.092(.031)	.126**
	치료진지지	.118(.034)	.161**	.109(.034)	.148**	.099(.034)	.135**
	서비스만족	.203(.059)	.137**	.201(.059)	.135**	.190(.059)	.128**
독립 변수	동네무질서	113(.062)	068	099(.062)	060	098(.062)	059
조절 변수	지역사회응집력			.138(.046)	.112**	.122(.046)	.099**
	동네무질서×					100(074)	002**
작용항	지역사회응집력					199(.074)	093**
수정R ² / F		.282/21.126***		.292/20.474***		.299/19.719***	
$\triangle R^2 / \triangle F$.296/21.126		.011/9.197**		.008/7.172**	

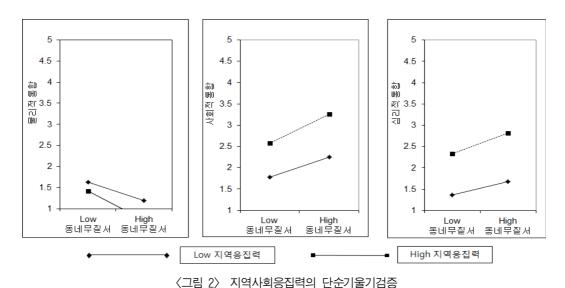
^{*}p<.05, **p<.01, ***p<.001

2단계에서는 조절변수인 지역사회응집력 변수를 추가적으로 투입하여 분석하였다. 모형의 설명력 은 29.2%였으며, 모형적합도는 통계적으로 유의미하였다(F=20.474, p=.000), 구체적으로 영향을 미 치는 변수를 살펴보면, 조절변수인 지역사회응집력이 물리적 통합에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 자신이 거주하는 동네에 지역 주민 간 유대관계나 신뢰 수준이 높다고 인지할수록 정신 장애인의 지역 내 물리적 참여 활동이 활발한 것으로 나타났다. 독립변수인 동네무질서는 1단계와 마 찬가지로 정신장애인의 물리적 통합에 유의미한 영향을 보이지 않았다. 통제변수의 영향력도 1단계에 서 유의미하게 영향을 미쳤던 변수들이 여전히 2단계에서도 정신장애인의 물리적 통합에 유의미한 영

향을 미치는 것으로 나타났다.

끝으로 3단계에서는 독립변수와 조절변수의 상호작용항을 추가적으로 투입하였다. 모형의 설명력은 29.9%였으며, 모형의 적합도도 통계적으로 유의미하였다(F=.19.719, p=.000). 또한 상호작용항이투입된 단계에서 R²변화량은 .008로 통계적으로 유의미(p=.008)하였다. 또한, 상호작용항이 물리적통합에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나, 동네무질서와 물리적 통합 사이에서 지역사회응집력의 조절 효과를 발견할 수 있었다. 한편, 물리적 통합에 통계적으로 유의미한 영향 관계를 보여준 통제변수와 조절변수의 영향은 1단계와 2단계의 분석 결과와 일관되었다.

지역사회응집력이 어떠한 조건에서 조절효과를 가져오는지를 살펴보기 위하여 단순기울기검증을 실시하였다(〈그림 2〉). 동네무질서와 물리적 통합의 관계에서 지역사회응집력 수준이 높을 때 기울기는 -0.424(t=-3.000, p=.003), 그리고 지역사회응집력 수준이 낮을 때 기울기는 -0.380(t=-3.010, p=.003)로 나타났으며, 통계적으로 유의미하였다. 즉, 지역사회응집력이 높을 때와 낮을 때 모두 동네무질서가 물리적 통합에 미치는 영향을 감소시킴으로써, 조절변수가 독립변수의 효과를 억제하는 것으로 나타났다. 특히, 기울기 값이 지역사회응집력이 높을 때 보다 낮을 때 더 완만하게 감소한 것으로 나타났다. 즉, 지역사회응집력이 높은 경우 동네무질서가 물리적 통합에 미치는 부정적 영향이 더 강화되는 것을 알 수 있었다. 다시 말하자면, 지역 주민 사이의 유대감과 신뢰감이 높은 지역에서는 동네 환경이 무질서할수록 집 밖의 지역사회활동이 저조한 것으로 나타났다.



(2) 동네무질서와 사회적 통합에서 지역사회응집력의 조절효과

다음 〈표 3〉은 동네무질서와 사회적 통합과의 관계에서 지역사회응집력의 조절 효과를 분석한 결과이다. 1단계 모델 분석 결과, 모형의 설명력은 17.5%였으며 이는 통계적으로 유의미하였다 (F=11.877, p=.000), 독립변수인 동네무질서는 물리적 통합과는 달리 사회적 통합에 유의미한 영향

을 미치는 것으로 나타났다. 통제변수 중에서는 물리적 통합과 마찬가지로 교육 수준과 친구와 치료 진의 지지 수준, 그리고 서비스 만족도가 사회적 통합에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

다음으로 지역사회응집력 변수를 추가한 2단계 모형의 설명력은 27.5%였으며, 모형적합도는 통계 적으로 유의미하였다(F=18.896, p=.000). 조절변수인 지역사회응집력이 사회적 통합에 유의미한 영 향을 미치는 것으로 나타났다. 1단계와 마찬가지로 독립변수인 동네무질서는 정신장애인의 사회적 통 합에 유의미한 정적(+) 관계를 보였다. 통제변수의 영향력에서는 치료진 지지 변수를 제외한 교육수 준, 친구 지지, 그리고 서비스 만족도가 여전히 정신장애인의 사회적 통합에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 외에도 정신과적 증상이 사회적 통합과 통계적으로 유의미한 정적(+) 관계를 보 여주었다.

/11 2\	도네므지시이	시하저	투하	고[게[시] 시	지역사회응집력의	ㅈ저능고
(# .32	국네구업시와	사외의	동입	꾸기네네지	시역사외등업덕의	오염양과

구분		1단계		2단계		3단계	
		B(S.E.)	β	B(S.E.)	β	B(S.E.)	β
	성별	047(.055)	032	065(.051)	044	071(.051)	049
	연령	.004(.003)	.068	.003(.003)	.042	.003(.003)	.044
	배우자(있음=1)	091(.086)	041	052(.081)	023	054(.081)	024
	교육수준	052(.023)	086*	059(.022)	098**	062(.022)	102**
느게	진단명(조현병=1)	008(.061)	005	041(.058)	026	039(.058)	024
통제 변수	유병기간	.000(.003)	006	001(.003)	016	001(.003)	018
현기	정신과적 증상	.062(.032)	.077	.059(.030)	.073*	.052(.030)	.065
	가족지지	.027(.033)	.039	002(.031)	003	009(.031)	031
	친구지지	.256(.030)	.388***	.224(.028)	.339***	.222(.028)	.336***
	치료진지지	.071(.033)	.107*	.047(.031)	.071	.054(.031)	.082
	서비스만족	115(.058)	086*	126(.054)	094*	118(.054)	088*
독립 변수	동네무질서	.171(.060)	.114**	.211(.057)	.140***	.210(.057)	.139***
조절 변수	지역사회응집력			.381(.042)	.340***	.392(.042)	.351***
상호 작용항	동네무질서×지역 사회응집력					.159(.068)	.083*
수정R ² / F		.175/11.877***		.275/18.896***		.280/18.068***	
$\triangle R^2 / \triangle F$.191/11.877***		.099/83.574***		.006/5.483*	

^{*}p<.05, **p<.01, ***p<.001

끝으로 상호작용항을 추가한 3단계 모형의 설명력은 28.0%였으며, 모형의 적합도도 통계적으로 유 의미하였다(F=.18,068, p=.000). 또한 상호작용항이 투입된 단계에서 R²변화량(.006)과 상호작용항이 통계적으로 유의미하여 지역사회응집력의 조절효과를 확인할 수 있었다. 이 외에 동네무질서와 지역

사회응집력, 통제변수 중에는 교육수준과 친구지지 및 서비스 만족도가 지속적으로 사회적 통합에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

지역사회응집력이 사회적 통합에 미치는 조절효과의 패턴을 살펴보기 위하여 단순기울기검증을 실시하였다(〈그림 2〉). 동네무질서와 사회적 통합의 관계에서 지역사회응집력 수준이 높을 때의 기울기는 0.621(t=3.263, p=.001), 지역사회응집력 수준이 낮을 때의 기울기는 0.493(t=3.604, p.000)으로 나타났으며, 모두 통계적으로 유의미하였다. 조절변수가 독립변수의 영향을 강화시키는 것으로써, 지역주민 사이의 유대감과 신뢰감이 높은 지역에서는 동네의 환경이 무질서할수록 이웃 사이의 상호작용이 활발한 것으로 나타났다.

(3) 동네무질서와 심리적 통합에서 지역사회응집력의 조절효과

다음 〈표 4〉는 동네무질서와 심리적 통합과의 관계에서 지역사회응집력이 미치는 조절 효과를 분석한 결과이다. 1단계 모델 분석 결과, 모형의 설명력은 30.2%였으며 모형적합도는 통계적으로 유의미하였다(F=23.172, p=.000). 독립변수인 동네무질서는 물리적 통합과 마찬가지로 심리적 통합에도 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(p=.855). 한편, 통제변수 중 심리적 통합에 유의미한 영향을 미친 변수로는 사회적 지지에 해당하는 가족지지, 친구지지, 치료진지지 뿐이었다. 즉, 가족과친구 및 치료진으로부터 받는 지지수준이 높을수록 지역에 대한 소속감이나 지역의식이 더 높은 것으로 나타났다.

다음으로 2단계 모델은 설명력이 41.8%를 보였으며, 모형적합도도 통계적으로 유의미하였다 (F=34.931, p=.000). 조절변수인 지역사회응집력은 심리적 통합에 통계적으로 유의미한 정적(=) 영향을 미치는 것으로 나타났다. 1단계 분석 결과와 마찬가지로 동네무질서는 심리적 통합에 통계적으로 유의미한 영향관계를 보여주지 않은 반면, 사회적 지지는 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

마지막으로 상호작용항을 투입한 3단계 모델의 경우, 모델 설명력이 42.1%를 보였으며, 모델 적합 도도 통계적으로 유의미하였다(F=32.884, p=.000). R²변화량(.004)과 상호작용항의 영향이 통계적으로 유의미함으로써, 지역사회응집력의 조절효과가 있는 것으로 확인되었다. 이 외에 조절변수인 지역 사회응집력과 통제변수인 가족, 친구, 치료진으로부터의 지지 수준은 여전히 심리적 통합에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

지역사회응집력이 심리적 통합에 미치는 조절 효과에 대하여 단순기울기검증을 실시하였다(〈그림 2〉). 지역사회응집력 수준이 높을 때의 기울기는 0.397(t=2.079, p=.038), 지역사회응집력 수준이 낮을 때의 기울기는 0.250(t=2.028, p=.043)으로 나타났으며, 모두 통계적으로 유의미하였다. 조절변수가 독립변수의 효과를 강화시키는 것으로써, 지역 주민 사이의 유대감과 신뢰감이 높은 지역에서 동네환경이 무질서할수록 지역사회에 대한 소속감이나 이웃과의 심리적 연결감이 더 강한 것으로 나타났다.

구분		1단계		2단계		3단계	
		B(S.E.)	β	B(S.E.)	β	B(S.E.)	β
	성별	023(.063)	013	047(.058)	026	053(.058)	029
	연령	.005(.003)	.062	.003(.003)	.033	.003(.003)	.035
	배우자(있음=1)	100(.099)	036	047(.091)	017	048(.090)	017
	교육수준	017(.0-27)	022	027(.025)	035	029(.025)	038
E 1	진단명(조현병=1)	.037(.071)	.018	008(.065)	004	005(.065)	003
통제 변수	유병기간	002(.004)	021	003(.003)	030	003(.003)	032
전구	정신과적 증상	010(.036)	010	014(.033)	014	021(.033)	021
	가족지지	.115(.038)	.134**	.076(.035)	.089*	.069(.035)	.081*
	친구지지	.275(.035)	.333***	.232(.032)	.280***	.230(.032)	.278***
	치료진지지	.160(.038)	.194***	.128(.034)	.155***	.135(.035)	.163***
	서비스만족	.027(.066)	.016	.013(.061)	.007	.020(.061)	.012
독립 변수	동네무질서	013(.069)	013	.041(.064)	.022	.040(.063)	.021
조절 변수	조절 기여시하으지려			.513(.047)	.366***	.525(.047)	.375***
- 상호 작용항	동네무질서× 지역사회응집력					.153(.076)	.063*
수정R ² / F		.302/23.172***		.418/34.931***		.421/32.884***	
$\triangle R^2 / \triangle F$.316/23.172***		.114/120.734***		.004/4.005*	

〈표 4〉 동네무질서와 심리적 통합 관계에서 지역사회응집력의 조절효과

5. 결론 및 제언

이 연구는 정신장애인의 회복을 위한 중요한 실천전략인 지역사회통합에 영향을 미치는 요인을 기 존 연구에서 주로 다루었던 개인 및 프로그램 환경을 넘어 동네 환경 차원에서 규명하고자 하였다. 지역사회통합의 다차원적 개념을 고려하여 물리적, 사회적, 심리적 통합으로 분류하고, 지역사회환경 요인이 각각의 통합에 어떠한 영향을 미치는지를 분석하였다. 특히, 객관적 지역지표가 갖는 한계를 지적한 기존 연구의 결과를 고려하여, 지역사회환경을 주관적 인식에 기반하여 동네무질서로 측정하 였다. 아울러 지역사회환경과 정신장애인의 지역사회통합 사이에 복잡한 매커니즘이 존재한다는 이론 적 모델에 기반하여 지역사회응집력의 조절효과를 검증하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째. 동네가 무질서할수록 지역사회의 활동참여나 공간과 서비스 활용이 저조한데. 지역사회응집 력이 강할수록 이러한 부정적 관계가 증폭되는 것으로 나타났다. 선행 연구에 의하면 무질서한 환경 을 갖는 지역사회에는 일반적으로 좋은 학교나 공원, 그리고 서비스 시설과 같은 자원이 잘 갖춰져 있지 않는 경우가 상당하다(Ross et al., 2001), 즉, 무질서한 동네에서는 이용할만한 서비스나 편의시

^{*}p<.05, **p<.01, ***p<.001

설이 충분하지 않은데, 이것이 지역사회 참여활동을 저해할 수 있다는 것이다. 또 다른 한편으로는 동네가 무질서할수록 지역에 대한 위험이나 위협적 요인이 많아서 바깥 출입을 자제함으로써 지역사회활동의 참여나 공간의 이용 행위가 감소할 수 있다(Liska, 1987; Ross and Jang, 2000, 재인용). 그런데 이 연구의 결과에서 나타난 것처럼 지역사회응집력이 이러한 현상을 더욱 강화시킬 수 있음을 알수 있었다. 즉, 주민사이의 유대가 강한 지역에서는 동네 환경이 무질서할 때 서로에게 외부활동을 줄이도록 유도하여 위험한 상황에 노출되는 가능성을 낮추도록 하는 것으로 해석된다.

둘째, 사회적 통합과 관련하여 동네가 무질서할수록 오히려 지역사회주민간의 상호작용은 활발하였 으며 지역사회응집력이 강할수록 이러한 긍정적 관계는 더욱 촉진되는 것으로 나타났다. 동네가 무질 서하고 위험하다고 느낄수록 동네 사람들과 만나서 사회적 상호작용을 꺼려한다는 선행 연구(Ross and Mirowsky, 2009) 와는 일관되지 않은 결과라고 할 수 있다. 그러나 다른 연구(Schieman, 2005)에 서는 열악한 동네에 거주하는 취약계층 인구집단들 사이에서 끈끈한 사회적 지지 관계가 나타났다. 동네가 무질서하고 위험하다고 느낄수록 지역주민들은 제한된 상호작용을 하면서 서로를 보호하는 경 향이 나타날 수 있다는 것이다. 즉, 무질서한 동네 분위기 속에서 일상의 안전을 의지할 수 있는 지지 망을 형성하려는 움직임이 생기는데, 협소하더라도 일단 이러한 지지망이 형성되면, 무질서한 동네 환 경 속에서 이 지지망은 더욱 끈끈해질 수 있다. 그리고 이 지지망 내에서 활발한 사회적 상호작용이 일어날 수 있다. 더구나 정신장애라는 사회적 낙인이 강한 질환을 가진 경우. 정신장애인은 지역 내에 서 협소한 사회적 지지망을 가질 가능성이 높다. 더욱이 위험하다고 느껴지는 동네라면 정신장애인과 그 가족은 협소하지만 제한된 지지망 관계에 더욱 의존하면서 상호작용을 할 가능성이 높다. 이러한 가정을 보다 명확하게 검증하기 위해서는 정신장애인이 지역에서 교류하는 지역주민의 규모와 기간 등을 파악하고 이 변수들이 지역사회통합에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지에 대하여 살펴보는 후속 연구가 필요하겠다. 한편. 지역사회 주민사이의 유대감과 신뢰감이라는 지역사회응집력이 증가할수록 동네무질서가 사회적 통합을 증가시키는 정적 관계는 더욱 증폭되는 것으로 나타났다. 즉, 무질서한 환경 속에서 나타나는 사회적 상호작용은 지역응집력이 강할수록 더욱 강화되었다.

셋째, 심리적 통합과 관련하여 동네무질서 수준은 정신장애인의 지역사회의식이나 소속감에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 한편 지역사회응집력이 강할수록 동네무질서가 심리적 통합에 미치는 정적 관계를 강화시키는 조절효과가 나타났다. 앞서 제시하였던 연구(Schieman, 2005)에서 처럼 무질서한 동네 환경이 오히려 일부 주민사이에서 서로를 보살피고 돕는 관계를 만들 수 있고, 이것이 지역에 대한 소속감이나 애착을 강화시킬 수 있다. 그리하여 본 연구의 결과에서처럼 지역 주민들의 유대감이나 신뢰감이 있다면, 무질서한 동네 환경이 심리적 통합감에 미치는 정적 영향이 강화될 수 있다.

지역사회응집력이 동네무질서와 정신장애인의 지역사회통합 사이의 관계를 조절할 수 있다는 연구결과를 통하여, 동네 환경은 정신장애인에게도 유의미한 영향을 미칠 수 있음을 확인할 수 있었다. 비록 더럽고 위험하며 위협적인 환경 속에서도 지역주민사이에서 신뢰적 관계가 형성된다면 정신장애인의 지역사회통합도 촉진될 수 있었다. 무질서한 동네 환경이 주는 불안 속에서도, 각자의 삶이 겪게되는 어려운 처지를 서로 이해하며 서로의 안녕을 묻고 지지하며 도와주는 분위기가 만들어진다면.

정신장애인의 지역사회통합도 향상될 수 있다는 것이다. 일반적으로 현대인에게 사회생활의 스트레스 와 긴장을 회복시켜주는 장소(곽현근·노병일, 2003)라고 언급되는 동네가, 정신장애인에게도 일상생 활의 스트레스로 작용하는 것이 아니라 이를 극복시켜주는 자원이 될 수도 있음을 발견할 수 있었다. 이러한 결과는 첫째. Sampson 외(1997)의 수정된 사회해체이론의 적합성을 부분적으로 확인시켜주 었다. Sampson 외(1997)는 개인의 삶에 대한 지역사회환경의 직접적 영향보다는 이 둘 사이를 연결 시키는 집합적 효능감의 과정적 관계를 고려해야한다고 주장하였다. 그리고 이 집합적 효능감을 이루 는 중요한 구성 요소가 본 연구에서 살펴보았던 지역사회응집력이다. 본 연구에서도 확인할 수 있었 듯이 동네무질서는 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 과정에서 지역사회응집력 수준에 따 라 그 영향이 완화되거나 강화되었다.

둘째. 정신장애인의 지역사회통합을 달성하기 위해서는 정신장애인의 내적 역량을 강화시키기 위한 기능 훈련이나 교육에 국한되지 않고, 정신장애인이 거주하는 동네 환경을 변화시키고 주민들과의 관 계를 변화시키는 노력이 모색되어야함을 확인할 수 있었다. 이러한 노력은 최근 지역에서 활발하게 일어나는 '마을만들기'의 운동과도 접목될 수 있을 것이다. 마을만들기란 "물리적 공간환경의 개선활 동이나 제도적 틀로만 규정되는 것이 아니라 마을 삶터를 주민들 스스로 가꾸고 마을공동체를 이루 며, 책임감 있고 자격있는 건강한 마을 사람을 양성하는 측면이 포함"된다(정석, 1999), 즉, 마을만들 기란 '공간'과 '사람' 이라는 두 가지의 요소를 바꾸어나가는 총체적 운동으로써. 지역사회의 물리적 공간에서 일상적 삶을 영위하는 사람들의 사회적 관계를 변화시키고자 하는 운동이라 할 수 있다. 이 는 본 연구의 결과에서도 나타난다. 지역사회응집력이라는 사회적 관계가 동네무질서라는 환경과 정 신장애인의 지역사회통합 사이의 관계를 조절하는 결과를 보여주었기 때문이다.

우리나라의 정신보건사업안내(보건복지부, 2014)에 의하면, 정신장애인의 회복과 지역사회통합을 위하여 지역 내 정신질환에 대한 잘못된 인식과 편견을 개선하는 사업을 하도록 요구하고 있다. 주로 대중매체를 통한 인식개선이나 교육, 홍보활동 등이 포함되어 있다. 이렇듯 직접적으로 정신질환에 대 한 지역 내 편견을 해소하는 노력도 중요하다. 그러나 본 연구결과에서는 정신질환에 대한 인식개선 이라는 일방적 전달식 방법보다는 정신장애인이 거주하는 물리적 환경과 그 공간 안에서 살아가는 주 민들의 관계를 동시에 진단하고 이것을 향상시키는 노력이 필요할 것이다. 실제로 Cutrona 외(2000) 의 연구에서도 지역사회 내의 응집력이 강할수록 소수자에 대한 지역의 부정적 인식이 약화되는 것을 발견할 수 있었다. 따라서 정신보건서비스 조직의 실무자들은 기관 내부의 서비스 제공 활동에만 업 무의 범위를 국한시키지 않고, 지역사회라는 보다 넓은 개입 환경을 고려할 필요가 있다. 지역에서 벌 어지는 다양한 공동체 운동이나 마을만들기 움직임, 그리고 주민조직화 사업에 협력적 파트너로 참여 하여 정신장애인에게 지지적인 지역사회를 구축하는 데 일조해야할 것이다. 아울러 이 연구 결과는 동네 중심의 지역 역량 강화를 위해 활동하는 지역사회복지 현장에게도 정신장애인을 주민의 중요한 구성원으로 고려하여 주민조직화 사업을 수행하는 것이 필요하다는 시사점을 제공해준다 하겠다.

한편, 통제변수의 영향력 중 흥미로운 결과가 나타났다. 서비스만족도의 영향이 지역사회통합의 유 형에 따라 다양하게 나타난 것이다. 서비스만족도가 물리적 통합을 증가시키는 반면, 사회적 통합은 오히려 감소시켰다. 이는 정신건강증진센터 등의 제도적 서비스 환경을 눈여겨볼 필요가 있음을 시사 한다. 정신장애인은 정신건강증진센터 등의 공적 서비스조직을 통해 각종의 서비스나 편의시설 등에 대한 지역 자원의 정보를 습득한다. 그리하여 지역사회 내 여러 물리적 공간이나 환경을 활용하는 능력이 증가할 수 있으며, 이것이 물리적 통합의 향상으로 연결될 수 있다. 반면, 기관이 제공하는 서비스는 공적 서비스 조직 내에서의 상호작용이나 활동을 촉진시킴으로써 오히려 동네 주민과 상호작용할 수 있는 기회를 감소시켜 사회적 통합을 약화시킬 수 있다. 따라서 정신보건서비스 조직들은 정신 장애인이 비정신장애인과 어울릴 수 있는 기회를 동네에서 가질 수 있도록 노력할 필요가 있을 것이다.

한편, 본 연구의 결과를 해석하는 데 몇 가지 한계점을 지적해야할 것이다. 첫째, 서울과 경기도 지 역으로 한정하여 본 연구 결과를 적용할 수 있다는 점이다. 다만 서울과 경기도는 다양한 지역 환경 을 가지는 동시에 우리나라에서 정신장애인이 가장 많이 거주하기 때문에. 일반화 하계를 어느 정도 극복할 수 있을 것이라 기대된다. 둘째. 정신건강증진센터를 이용하는 정신장애인을 연구대상으로 조 사함으로써, 지역사회에 거주하면서 서비스를 이용하지 않는 정신장애인에게 이 연구결과를 적용하는 데 한계를 가질 수 있다. 셋째. 연구 대상이 정신장애인이라는 점에서 설문조사결과에 대한 신뢰도 문 제가 제기될 수 있으나, 기존 연구(국승희·손정락, 2002)에서 심하게 황폐화된 조현증 환자가 아닌 경우 자기보고식 설문응답에 제약이 없다고 언급한 바 있다. 넷째, 이 연구에서 설계한 횡단적 연구는 분석 변수들 사이의 선후관계나 화류과정을 명확히 검증하는 데 한계를 가질 수 있다. 예를 들어서. 지역 내에서 통합수준이 낮기 때문에 오히려 지역사회에 대하여 더 위험하거나 무질서하다고 판단할 수 있다. 향후 연구에서는 이러한 다양한 영향 관계를 보다 명확히 검증할 수 있는 모형을 설정하고 분석하는 노력이 필요하겠다. 다섯째, 이 연구에서는 지역사회환경을 주관적 판단에 근거하여 측정하 였다. 기존 연구(Ross, 2000)에서 동네의 의미에는 사회적 상호작용이라는 사회적 경계가 존재하기 때 문에. 개인마다 그 범위가 다양할 수 밖에 없고. 따라서 객관적인 행정구역의 지표가 아닌 주관적 판 단에 의한 측정이 중요하다고 지적하였다. 그럼에도 여전히 객관적 지표를 활용하여 지역사회환경을 측정하고 이것의 영향력을 살펴보는 필요성을 제기하는 연구들도 있다(Yanos et al., 2011). 주관적 판 단 외에도 객관적 지표로 측정된 지역사회환경의 영향을 검증하는 후속 연구가 필요하겠다. 끝으로, 이 연구에서 지역사회응집력의 조절 효과를 R²변화량의 유의미도에 근거하였다. 그 변화량이 비록 유 의미하였으나, .004에서 .008이라는 매우 미미한 분포여서 지역사회응집력의 조절효과가 확대 해석될 수 있다. 따라서 반복적 후속 연구를 통하여 동네무질서와 지역사회통합의 관계에서 지역사회응집력 이 미치는 영향을 지속적으로 재검증하는 노력이 필요하겠다.

이러한 제한점에도 불구하고 이 연구는 그 동안 정신보건영역에서 소홀히 다루었던 지역사회환경의 영향을 정신장애인의 다차원적인 지역사회통합 측면에서 다루었다는 점에서 학문적 의의가 있겠다. 또한, 이 연구의 결과는 우리나라의 정신보건서비스 영역에 새로운 관점과 방향을 제시하는 계기가 될 수 있을 것이다. 즉, 정신장애인의 개인적 차원이나 서비스 및 프로그램 환경 측면을 변화시키기 위해 노력하였던 기존 전략에서 더 나아가 지역사회 차원의 적극적이고 능동적인 개입 전략이 필요함을 발견할 수 있었기 때문이다.

참고문헌

- 곽현근·노병일, 2003, "인지된 동네무질서와 사회적 유대가 개인의 무력감에 미치는 영향에 관한 연구", 『지방정부연구』, 7(2): 217-239.
- 국승희·손정락, 2002, "정신분열증 환자의 삶의 질 평가를 위한 Happy-QoL척도의 개발: Rasch 모델을 이용하여", 『한국심리학회지: 임상』, 21(3): 665-691.
- 김영미, 2010, "이웃환경과 청소년의 가족환경스트레스, 학습된 무력감의 관계", 『정신보건과 사회사업』, 36: 232-262.
- 김미영, 2011, "정신장애인의 회복모형 연구", 이화여자대학교 박사학위논문.
- 민소영, 2009, "정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인의 경로분석", 『 정신보건과 사회사업』, 33:36-68.
- 박현선·이상균, 2008, "청소년기 비행친구의 영향에 대한 보호요인의 조절효과 자아존중감, 부모애착 및 지도감독을 중심으로", 『사회복지연구』, 7: 399-427.
- 보건복지부, 2014, 『정신보건사업안내』, 보건복지부.
- 이진향, 2005, "지역사회정신보건프로그램이 정신장애인의 사회통합에 미치는 영향", 경상대학교 석사학 위논문.
- 정석, 1999, 『마을단위 도시계획 실현 기본방향(I): 주민참여형 마을만들기 사례연구』, 서울: 서울시정 개발연구원.
- 최송식·최윤정, 2010, "정신장애인의 회복에 영향을 미치는 지역사회통합의 경로 분석", 『재활복지』, 14: 225-255
- 최옥채. 2005. 『사회복지사를 위한 조직화 기술』, 경기도: 학현사.
- 최윤정, 2010, "지역사회통합을 통한 정신장애인의 회복 전략", 부산대학교 박사학위논문.
- 하경희, 2007, "정신장애인의 임파워먼트에 영향을 미치는 요인", 『재활복지』, 11(30): 120-145.
- Aiken, L. S., and West, S. G., 1991, Multiple Regression: Tesing and Interpreting Interactions, CA: Sage,
- Aneshensel, C. S., 2010, "Neighborhood as a social context of the stress process", 35-52, in *Advances in the Conceptualization of the Stress Process*, edited by Avison, W., Aneshensel, C. S., Schieman, S., and Wheaton, B., New York: Springer.
- Aubry, T., and Myner, J., 1996, "Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours", Canadian Journal of Community Mental Health, 15(1): 5-20.
- Baron, R. M., and Kenny, D. A., 1986, "The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations", *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6): 1173-1182.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Hessling, R. M., Brown, P. A., and Murry, V., 2000, "Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American women", *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6): 1088-1101.
- Dawson, J. F., 2014, "Moderation in management research: What, why, when and how", *Journal of Business and Psychology*, 29: 1-19.

- Dupéré, V., and Perkins, D. D., 2007, "Community types and mental health: A multilevel study of local environmental stress and coping", American Journal of Community Psychology, 39: 107-119.
- Elliott, M., 2000, "The stress process in neighborhood context", Health and Places, 6: 287-299.
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., and Greenwood, R., 2007, "Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness", Community Mental Health Journal, 43(3): 211-228.
- Hill, T. D., and Maimon, D., 2013, "Neighborhood context and mental health", 479-501, in *Handbook of* the Sociology of Mental Health, edited by Aneshensel, C. S., Phelan, J. C., and Bierman, A., New York: Springer.
- Kennedy, C., 1989, "Community integration and well-being: Toward the goals of community care", Journal of Social Issues, 45(3): 65-77.
- Kim, J., and Ross, C. E., 2009, "Neighborhood-specific and general social support: Which buffers the effect of neighborhood disorder on depression?", Journal of Community Psychology, 37: 725-736,
- Kruzich, J. M., 1985, "Community integration of the mentally ill in residential facilities", American Journal of Community Psychology, 13(5): 553-564.
- Mair, C., Roux, D., and Galea, S., 2009, "Are neighborhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence", Journal of Epidemiology and Community Health, 62: 940-946.
- McMillan, D. W., and Chavis, D. M., 1986, "Sense of community: A definition and theory", Journal of Community Psychology, 14: 6-23,
- Pearlin, L. I., 1999, "The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships", 395-416, in Handbook of the Sociology of Mental Health, edited by Aneshensel, C. S., and Phelan, J. C., New York: Springer.
- Prince, P. N., and Gerber, G. J., 2005, "Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment", Quality of Life Research, 14: 161-169.
- Ross, C. E., 2000, "Neighborhood disadvantage and adult depression", Journal of Health and Social Behavior, 41(2): 177-187.
- Ross, C. E., and Jang, S. S., 2000, "Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors", American Journal of Community Psychology, 28: 401-420.
- Ross, C. E., and Mirowsky, J., 1999, "Disorder and decay: The concept and measurement of perceived neighborhood disorder", Urban Affairs Review, 34, 412-432,
- Ross, C. E., Mirowsky, J., and Pribesh, S., 2001, "Powerlessness and the amplification of threat: Mistrust in disadvantage, disorder, and mistrust", American Sociological Review, 66(4): 568-591.
- Ross, C. E., and Mirowsky, J., 2009, "Neighborhood disorder, subjective alienation, and distress", Journal of Health and Social Behavior, 50, 49-64.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., and Earls, F., 1997, "Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy", Science, 277(5328): 918-924.
- Schieman, S., 2005, "Residential stability and the social impact of neighborhood disadvantage: A study

- of gender- and race-contingent effects", Social Forces, 83: 1031-1064.
- Segal, S., and Aviram, V., 1978, The Mentally Ill in Community-based Sheltered Care: A Study of Community Care and Social Integration, New York: John Wiley & Sons.
- Segal, S. P., Baumohl, J., and Moyles, E. W., 1980, "Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: A paradox of intensity", Journal of Health and Social Behavior, 21(4): 345-359.
- Shern, D. L., Wilson, N. Z., Coen, A., Patrick, E. C., Foster, M., Bartsch, D. A., and Demmler, J., 1994, "Client outcome II: Longitudinal client data from the Colorado treatment outcome study", Milbank Quarterly, 72, 123-148.
- Yanos, P. T., Felton, B. J., Tsemberis, S., and Frye, V. A., 2007, "Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness", Journal of Mental Health, 16(6): 703-717.
- Yanos, P. T., Stefanci, A., and Tsemberis, S., 2011., "Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members", Journal of Community Psychology, 39(4): 390-401.
- Wheaton, B., and Clarke, P., 2003, "Space meets time: Integrating temporal and contextual influences on mental health in early adulthood", American Sociological Review, 68(5): 680-706,
- Wickes, R., Hipp, J. R., Zahnow, R., and Mazerolle, L., 2013, "Seeing" minorities and perceptions of disorders: Explicating the medicating and moderating mechanism of social cohesion", Criminology, 51(3): 519-560.
- Wong, Y. I., and Solomon, P., 2002, "Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations", Mental Health Services Research, 4: 13-28,
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., and Farley, G. K., 1988, "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support", Journal of Personality Assessment, 52(1): 30-41.

The Moderating Effect of Community Cohesion on the Relationship between Neighborhood Disorder and Community Integration among Persons with Mental Illnesses

Min, So Young (Kyonggi University)

This study examines the extent to which community cohesion moderates the effects of neighborhood disorder on community integration among persons with mental illnesses(MI) who are living in the community. Stress process model, social disorganization theory, and neighborhood disorder model were considered with regard to the moderating effect of community cohesion. 692 persons with MI who utilized Community Mental Health Enhancement Centers were surveyed and analyzed, employing moderated regression model.

Major findings showed that neighborhood disorder increased social integration. Community cohesion moderated the relationships of neighborhood disorder to three dimensions of community integration: physical, social and psychological integration. Implications for community intervention beyond the individual and service-level interventions were addressed in order to accomplish community integration for persons with MI.

Key words: mental illness, neighborhood disorder, community cohesion, community integration

[논문 접수일 : 15. 03. 10, 심사일 : 15. 04. 13, 게재 확정일 : 15. 06. 24]