

지역사회 상황적 특성이 지역사회 간 정신건강 차이에 미치는 영향

김재희[†]

대진대학교 간호학과

(2018년 11월 30일 접수: 2018년 12월 17일 수정: 2018년 12월 21일 채택)

Influence of Community Contextual Characteristics on Community Differences of Mental Health

Jae-Hee Kim[†]

Department of Nursing, Daejin University

(Received November 30, 2018; Revised December 17, 2018; Accepted December 21, 2018)

요약 : 본 연구의 목적은 지역사회를 대상으로 지역사회 제반 특성과 정신건강과의 관계를 파악하고 중재 가능한 상황적 특성이 지역사회 정신건강에 영향요인으로 작용하는 지 파악하는 것이다. 연구대상은 전국의 229개 시군구의 인구집단이며, 분석에 필요한 자료는 통계청 사이트와 제6기 지역보건의료계획에서 확보하였다. 자료의 분석을 위해 사용된 통계방법은 ANOVA, Spearman 상관관계, 다중회귀분석 등이었다. 연구결과 지역사회 스트레스 인지율은 보건예산, 정신건강예산, 정신건강인력에 따라 유의한 차이가 있었으며, 노인인구비율, 고용률, 기초생활보장수급자비율, 보건예산, 정신건강인력수 등과 부적 상관관계가 있었다. 우울감 경험률은 정신건강인력에 따라 차이가 있었으며 기초생활보장수급자비율 및 정신건강인력수와 부적 상관관계가 있었다. 또한 지역사회 스트레스 인지율은 정신건강예산이, 우울감 경험률은 정신건강인력수가 영향요인이었다. 상기 결과를 바탕으로 지역사회 간 정신건강의 차이를 줄이기 위해서는 지역사회 자체적으로 전체 보건예산 뿐 아니라 정신건강예산, 정신건강인력수의 강화할 필요가 있음을 제안한다.

주제어 : 지역사회, 구조적, 상황적, 스트레스, 우울감

Abstract : The purpose of this paper was to identify the relationship between the characteristics of community mental health, and to identify if mediatable contextual property acts as factor influencing community mental health. Data of 229 municipal population groups were collected from KNSO and The 6th Community Health Plan. The data were analyzed using ANOVA, Spearman correlation, and multiple regression analysis. The perceived stress showed significant difference depending on health budget, mental health budget, number of mental health personnel, and was negatively correlated with proportion of the elderly, employment rate, percentage of NBLs recipients, health budget, and number

[†]Corresponding author
(E-mail: hjw9266@daejin.ac.kr)

of mental health personnel. The depressive mood differed depending on the number mental health personnel, and was negatively correlated with percentage of NBLS recipients and number of mental health personnel. Mental health budget and number of mental health personnel were respectively influencing factor of perceived stress and depressive mood. Following the above result, in order to reduce the gap between the mental health of communities, the researcher suggests that mental health budget as well as overall health budget and the number of mental health personnel be enforced.

Keywords : Community, structural, situational, stress, depression

1. 서론

국가의 정신건강관리 정책에서 세계적인 추세는 시설 중심에서 지역사회 중심으로의 변화이다. 1960년 이후 미국과 서구유럽에서 시작된 정신건강관리에서의 탈원화는 애초 입원시설의 미흡, 비싼 입원 비용, 치료약물의 개발 등으로 출발하였으며, 최근에는 재활을 위해 다른 서비스 및 지역사회 서비스와 정신건강서비스를 통합함으로써 지역사회 관리를 강화하는 것으로 변화하고 있다 [1]. 우리나라도 2012년 입원치료 기관이었던 국립정신병원을 지역사회의 정신건강서비스를 제공 기관으로 개편하고 2016년 전부 개정된 정신보건법에 사회복지의 필요성을 반영하는 등 [2] 정신질환자의 사회적 복귀와 사회통합의 증진을 위한 지역사회중심의 정신건강관리가 이루어지고 있다 [3].

지역사회중심의 정신건강관리가 타당성을 갖기 위해서는 지역의 인구집단 즉, 지역사회의 정신건강수준이 정확히 파악되어야 한다. 그리고 건강은 여러 수준에서 설정될 수 있는 환경적 요인이 상호작용한 결과이기 때문에 [4] 제반 환경적 요인들이 포괄적으로 파악되어야 할 것이다. 이와 같은 포괄적인 접근을 통해 개인과 집단의 정신건강을 관리하고 나아가 증진시킬 수 있는 보다 타당한 근거자료가 제시될 수 있기 때문이다 [5].

지역사회 간 정신건강의 차이를 파악하기 위해서 우리나라에서는 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살생각률 및 자살율 등의 지표가 사용되고 있다. 범 국가적으로 이루어지는 국민건강영양조사에서 정신건강은 스트레스 인지, 우울감 경험, 자살생각 및 자살시도 등으로 파악되고 있으며 지역사회건강조사에서는 수면시간, 스트레스 인지, 우울감 경험 등으로 파악되고 있다. 한편 선행 연구들에서는 스트레스 인지율과 우울감 경험

률이 많이 사용되고 있다 [6-8].

정신건강은 개인적 차원과 지역사회 차원의 다양한 요인들의 영향을 받는다. 개인적 차원의 요인들로는 연령, 성 등의 생물학적 요인과, 결혼상태, 교육수준, 소득수준 등의 사회경제적 요인, 음주, 흡연, 운동 등의 건강행위 요인들이 있다. 지역사회 차원에서는 물리적 환경, 지역의 인구규모 및 인구구성, 지역사회의 경제적 수준, 정신건강서비스 체계 등이 영향요인이다 [9-10]. 여기에서 지역사회 차원에서 영향요인은 매우 포괄적으로 구성될 수 있다. 거주지 특성을 포함한 구조적 특성, 서비스 이용 가능성과 접근성 등을 포함한 상황적 특성, 사회적 규범, 마을 정체성, 지역사회 가치, 사회 응집력, 안정감, 정신질환에 대한 태도 등을 포함하는 응집력 특성이다 [11-12].

지역사회 제반 특성들이 지역사회 정신건강에 영향을 준다는 것은 지역사회 간 정신건강의 차이가 있다는 것을 전제로 한다. 이는 여러 선행연구들에서 확인되고 있다 [6, 8, 13]. Choi 등 [6]의 연구에서는 우리나라 시군구 지역별로 스트레스 인지율과 우울감 경험률에서 차이가 있는 것으로 나타났으며, 박은옥 [8]의 연구에서는 지역의 스트레스 인지율에 있어서 시군구간 차이가 있었다.

지금까지 지역사회의 물리적, 사회문화적 특성과 정신건강과의 관련성 연구는 주로 개인을 대상으로 하고 있으며, 지역 인구집단을 대상으로 정신건강의 차이를 파악하고 이에 관련요인을 파악하고자 한 연구는 찾아보기 어렵다. 개인이 아니라 지역사회를 대상으로 연구를 통해 시군구 단위로 이루어지는 지역사회중심의 정신건강관리에 더욱 실질적인 근거자료가 될 수 있을 것이다.

본 연구는 국가차원에서 전국적으로 조사된 자료를 활용하여 개인이 아닌 지역사회를 대상으로 지역사회 제반 특성과 정신건강과의 관계를 파악

하고 그 중 중재 가능한 상황적 특성이 지역사회 정신건강에 영향요인으로 작용하는 지 확인하고자 수행되었다. 이를 통해 지역사회 정신건강관리를 위한 정책적 함의를 도출하는 것이 궁극적 목적이며, 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 지역사회의 구조적 특성에 따른 지역사회 정신건강의 차이를 비교한다.

둘째, 지역사회의 상황적 특성에 따른 지역사회 정신건강의 차이를 비교한다.

셋째, 지역사회 상황적 특성과 지역사회 정신건강과의 상관관계를 파악한다.

넷째, 지역사회 정신건강에 영향을 미치는 지역사회 상황적 특성을 파악한다.

2. 연구방법

2.1. 연구모형

지역사회 정신건강의 차이와 지역사회의 구조적, 상황적 특성과의 관련성을 파악하기 위해 수행된 본 연구의 모형은 다음과 같다.

2.2. 연구자료 및 연구대상

본 연구의 대상은 2015년 전국의 229개 시군구이다. 연구에 필요한 자료 중 해당 시군구의 2015년 여성인구비율, 노인인구비율, 고용률, 국민기초생활보장수급자 비율, 공공 보건예산액, 스트레스 인지율, 우울감 경험률 등은 국가통계포털에서 확보하였다. 그 외 정신건강예산액과 정신건강인력은 전국 시군구의 제6기 지역보건의료계획을 활용하였다. 한편 상기 연구대상수는 효과크기 .15, 유의수준 .05(양측), 검정력 0.95 등의 요건을 적용하여 G*Power 3.0.10 프로그램으로 산출하였을 때의 회귀분석(통제변수 포함하여 독립변수 7개)을 위한 최소 표본수 153개를 충족하고 있다.

2.3. 연구변수

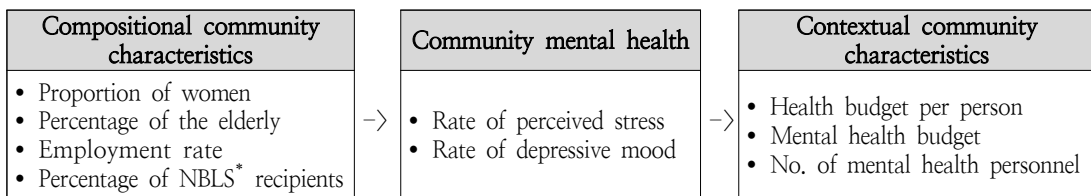
지역사회 정신건강을 비교하기 위한 지표로 스트레스 인지율과 우울감 경험률을 설정하였다. 그리고 이에 영향을 줄 수 있는 독립변수는 Collins 등[11]이 자살에 대한 지역사회 영향요인 연구에서 제시한 것들로 구성하였다. 이에 따라 구조적 특성은 여성인구비율, 노인인구비율, 고용률, 그리고 지역사회 경제적 수준의 간접지표로 설정한 국민기초생활보장수급자 비율로 구성하였다. 이들은 신체건강 뿐 아니라 정신건강에 있어서도 취약한 것으로 확인되는 인구집단이다[14-15]. 서비스 이용가능성과 접근성 등을 의미하는 지역 상황적 특성에는 지역사회의 보건예산액, 정신건강예산액 및 정신건강인력비율 등을 포함시켰다. 한편 각 독립변수를 3개 구간으로 범주화했는데, 변수들의 범주화는 해석의 용이함을 가져다 줄 수 있기 때문이다[16].

2.3.1. 지역사회 정신건강

- 스트레스 인지율: 평소 일상생활 중에 스트레스를 “대단히 많이” 또는 “많이” 느끼는 편이라고 응답한 사람의 비율을 말함.
- 우울감 경험률: 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느꼈다고 응답한 사람의 비율

2.3.2. 지역사회 구조적 특성

- 여성인구비율: 전체 인구대비 여성인구 비율을 말하며 본 연구에서는 평균(49.9%)을 중심으로 49% 미만, 49-51%, 51% 이상 등 세 구간으로 범주화함.
- 노인인구비율: 전체 인구대비 65세 이상 노인인구 비율을 말하며 고령화 사회를 구분하는 기준을 반영하여 14% 미만, 14-20%, 20% 이상으로 구분함.
- 고용률: 광역시와 세종시를 제외한 9개 도,



* National basic livelihood security

Fig. 1. Research framework.

154개 시군구의 15세 이상 인구대비 취업자 비율을 말하며 평균(63.2%)을 중심으로 60% 미만, 60-65%, 65%이상 등으로 범주화함.

- 기초생활보장수급자비율: 전체 인구대비 기초생활수급자 비율로 지역사회 취약자 정도를 파악하기 위해 구조적 특성에 포함시켰으며, 평균(4.0%)을 중심으로 3% 미만, 3-5%, 5% 이상 등으로 구분함.

2.3.3. 지역사회 상황적 특성

- 보건예산액: 인구 1인당 공공 보건예산액을 말하며 평균(90,659원)을 중심으로 50,000원 미만, 50,000-100,000원, 100,000원 이상 등으로 구분함
- 정신건강예산액: 인구 1인당 공공 정신건강예산액을 말하며 평균(2,864원)을 중심으로 1,000원 미만, 1,000-3,000원, 3,000원 이상 등으로 범주화함.
- 정신건강인력수: 인구 100,000명당 공공 정신건강인력 수를 말하며 평균(7.5명)을 중심으로 5명 미만, 5-10명, 10명 이상 등으로 구분함.

2.4. 자료분석

지역사회 특성에 따른 지역정신건강의 차이 비교를 위해 ANOVA를 사용하였으며 각 집단의 수가 동일하지 않으므로 사후검정으로 Scheffe 다중비교분석방법을 사용하였다. 지역사회 상황적 특성과 정신건강과의 상관관계는 범주형 변수가 포함되어 있기 때문에 Spearman 상관계수를 구하여 파악하였다. 마지막으로 지역사회 정신건강에 대한 영향요인을 분석하기 위해 단변량 분석에서 유의하게 나온 변수들을 통제된 상태에서 다중회귀분석(Multiple regression analysis)을 사용하였는데 독립변수가 범주형이어서 모두 가변수 처리를 하였다. 상기 분석을 위해 사용된 통계 프로그램은 SPSS for Win 21.0이었다.

3. 연구결과

3.1. 지역사회 특성과 정신건강

연구의 대상인 우리나라 전체 시군구 즉, 지역의 구조적 특성, 상황적 특성 및 정신건강은 Table 1과 같다. 노인인구비율은 6.2-36.3%까지 매우 폭이 넓으며, 고령사회(노인인구 비율 14-20%)에 해당되는 곳이 23.6%, 초고령 사회

(노인인구 비율 20% 이상)에 해당된 곳이 35.8%이었다. 고용률이 60% 미만인 곳이 154개 시군구의 33.1%이었으며 국민기초생활수급자 비율이 3% 미만인 곳이 30.6%이었다. 지역사회 1인당 보건의료예산이 50,000원 미만인 곳이 44.5%이었으며 정신보건예산이 1인당 1,000원 미만인 곳이 20.2%이었고, 인구 100,000명당 공공 정신건강인력이 5명 미만인 곳이 178개 시군구의 47.2%이었다.

지역사회 정신건강 수준을 가늠해보기 위해 설정한 스트레스 인지율과 우울감 경험률의 평균은 각각 26.2%와 6.4%이었다.

3.2. 지역사회 구조적 특성에 따른 지역사회 정신건강

연구대상 지역의 스트레스 인지율은 노인인구비율($F=30.570$, $p<.001$), 고용률($F=14.140$, $p<.001$), 기초생활보장 수급자비율($F=22.527$, $p<.001$)에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉 노인인구비율이 낮을수록, 고용률이 낮은 경우에서, 그리고 기초생활수급자비율이 낮을수록 스트레스 인지율이 높게 나타났다. 우울감 경험률은 노인인구비율이 14-20%보다 낮거나 높은 경우에서($F=4.555$, $p=.011$), 그리고 기초생활보장수급자비율이 낮을수록($F=7.724$, $p=.001$) 유의하게 높은 것으로 나타났다(Table 2).

3.3. 지역사회 상황적 특성에 따른 지역사회 정신건강

지역사회의 스트레스 인지율은 세 가지 상황적 특성 모두에서 유의한 차이를 보였다. 즉 보건예산액이 적을수록($F=25.120$, $p<.001$), 정신건강예산액이 적을수록($F=4.609$, $p=.011$), 그리고 정신건강인력이 적을수록($F=3.340$, $p=.038$) 스트레스 인지율이 높게 나타났다(Table 2).

우울감 경험률은 정신건강인력비율에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데($F=3.600$, $p=.029$), 인력이 5-10명보다 적거나 많은 경우에서 우울감 경험률이 높았다.

3.4. 지역사회 상황적 특성과 지역사회 정신건강의 관계

지역사회의 상황적 특성과 지역사회 정신건강과의 상관관계를 Spearman correlation coefficient를 이용하여 분석한 결과를 보면, 스트레스 인지율은 보건예산($r=-.413$, $p<.001$) 및 정

Table 1. Community Characteristics and Mental Health

N=229

Characteristics	Categories	n(%) or MD±SD	Range
Compositional			
Proportion of women(%)	Under 49	42(18.3)	43.3-52.5
	49-51	149(65.1)	
	51 and above	38(16.6)	
Proportion of the elderly(%)	Under 14	93(40.6)	6.2-36.3
	14-20	54(23.6)	
	20 and above	82(35.8)	
Employment rate(%)*	Under 60	51(33.1)	50.3-80.9
	60-65	40(26.0)	
	65 and above	63(40.9)	
Percentage of NBLs [§] recipients(%)	Under 3	70(30.6)	0.8-9.1
	3-5%	94(41.0)	
	5 and above	65(28.4)	
Contextual			
Health budget per person(won)	Under 50,000	102(44.5)	6,656-602,297
	50,000-100,000	52(22.7)	
	100,000 and above	75(32.8)	
Mental health budget per person(won) [†]	Under 1,000	42(20.2)	36-32,061
	1,000-3,000	103(49.5)	
	3,000 and above	63(30.3)	
No. of mental health personnel per 100,000 population [‡]	Under 5	84(47.2)	1.1-37.8
	5-10	53(29.8)	
	10 and above	41(23.0)	
Mental health			
Rate of perceived stress		26.2±6.4	10.9-37.4
Rate of depressive mood		6.4±2.4	0.7-16.8

*N=154, †N=208, ‡N=178

§National basic livelihood security

신건강인력수($r=-.227$, $p=.002$)와 통계적으로 유의한 부적 관계가 있는 것으로 나타났다. 그리고 우울감 경험률은 정신건강인력수($r=-.167$, $p=.026$)와 유의한 부적 상관관계가 있었다(Table 3).

3.5. 지역사회 상황적 특성이 지역사회 정신건강에 미치는 영향

지역사회의 스트레스 인지율에 대한 영향을 요인을 파악하기 위해 단변량 분석에서 유의하게 나온 구조적 변수들을 통제된 상태에서 다중회귀 분석을 실시하였다. 회귀분석 전에 확인한 다중공선성과 자기상관에서는 문제가 없는 것으로 나타났다. 즉, 스트레스 인지율과 우울감 경험률을 중

속변수로 하였을 때 분산팽창지수가 각각 1.449-4.912와 1.220-3.718로 기준치인 10미만이었으며, Durbin Watson 값은 각각 1.848, 1.847로 2에 근접하였다.

지역사회의 스트레스 인지율을 종속변수로 하는 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며($F=3.670$, $p<.001$), 설명력은 22.7%이었다. 모형에서 스트레스 인지율에 영향을 미치는 요인은 정신건강예산($\beta=-.248$, $p=.016$)이었다(Table 4).

다음으로 파악한 회귀모형은 지역사회 우울감 경험률을 종속변수로 하는 것으로, 통계학적으로 유의하였다($F=2.972$, $p=.002$). 그리고 정신건강인력수($\beta=-.287$, $p=.002$)가 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

Table 2. Mental Health according to Community Characteristics

N=229

Characteristics	Rate of perceived stress	Rate of depressive mood
	M±SD	M±SD
Compositional		
Proportion of women(%)		
Under 49	25.81±4.84	6.14±2.58
49-51	26.62±4.35	6.57±2.38
51 and above	25.22±4.60	5.79±2.21
F(p), Scheffe test	1.815(.165)	1.755(.175)
Proportion of the elderly(%)		
Under 14 ^a	28.46±4.03	6.37±2.14
14-20 ^b	26.37±4.52	7.12±2.97
20 and above ^c	23.60±4.60	5.85±2.15
F(p), Scheffe test	30.570(<.001), a>b>c	4.555(.011), a,c<b
Employment rate(%)		
Under 60 ^a	27.78±4.70	6.22±2.09
60-65 ^b	25.33±5.01	6.49±2.43
65 and above ^c	23.34±3.73	5.87±2.52
F(p), Scheffe test	14.140(<.001), a>b.c	.839(.434)
Percentage of NBLS* recipients(%)		
Under 3 ^a	28.52±4.27	6.81±2.21
3-5 ^b	26.37±3.98	6.70±2.79
5 and above ^c	23.59±4.48	5.40±1.60
F(p), Scheffe test	22.527(<.001), a>b>c	7.724(.001), a,b>c
Contextual		
Health budget per person(won)		
Under 50,000 ^a	27.91±4.32	6.46±2.22
50,000-100,000 ^b	26.84±3.76	6.68±2.42
100,000 and above ^c	23.42±4.25	5.99±2.60
F(p), Scheffe test	25.120(<.001), a,b>c	1.484(.229)
Mental health budget per person(won)		
Under 1,000 ^a	24.57±5.59	5.66±2.51
1,000-3,000 ^b	27.07±4.31	6.47±2.41
3,000 and above ^c	25.96±4.11	6.59±2.41
F(p), Scheffe test	4.608(.011), a,c>b	2.082(.127)
No. of mental health personnel per 100,000 population		
Under 5 ^a	27.46±4.42	6.89±2.29
5-10 ^b	26.01±5.12	5.76±2.73
10 and above ^c	25.49±3.26	6.35±2.36
F(p), Scheffe test	3.340(.038)	3.600(.029)

*National basic livelihood security

Table 3. Correlation among Community Characteristics and Community Mental Health

	Rate of perceived stress	Rate of depressive mood
	r (ρ)	r (ρ)
Health budget per person	-.413(.000)	-.095(0.151)
Mental health budget per person	.033(.638)	.134(.054)
No. of mental health personnel per 100,000 population	-.227(.002)	-.167(.026)

Table 4. Impact of Community Contextual Characteristics on Rate of Perceived Stress

Predictors	B	S.E.	β	t	p	
Perceived stress*	Health budget per person(100,000 and above)					
	Under 50,000	1.353	1.870	0.135	0.724	0.471
	50,000-100,000	1.866	1.500	0.186	1.244	0.216
	Mental health budget per person(1,000-3,000)					
	Under 1,000	-3.198	1.309	-0.248	-2.444	0.016
	3,000 and above	1.209	1.161	0.126	1.041	0.300
	No. of mental health personnel per 100,000 population(Under 5)					
	5-10	0.556	1.166	0.056	0.477	0.634
	10 and above	1.050	1.653	0.105	0.636	0.527
Adjusted $R^2=.227$, $F=3.670$, $p<.001$						
Depressive mood†	Health budget per person(Under 50,000)					
	50,000-100,000	0.217	0.494	0.038	0.440	0.661
	100,000 and above	0.457	0.807	0.079	0.566	0.572
	Mental health budget per person(1,000-3,000)					
	Under 1,000	-1.030	0.542	-0.151	-1.902	0.059
	3,000 and above	0.817	0.557	0.153	1.467	0.144
	No. of mental health personnel per 100,000 population(Under 5)					
	5-10	-1.544	0.501	-0.287	-3.080	0.002
	10 and above	-1.381	0.791	-0.236	-1.745	0.083
Adjusted $R^2=.102$, $F=2.972$ $p=.002$						

*Adjusted for percentage of the elderly, employment rate and percentage of NBLs

†Adjusted for percentage of the elderly and percentage of NBLs

4. 논의

선행연구들에서 신체 건강 뿐 아니라 정신건강에 있어서도 지역사회 간 차이가 있으며, 여기에 지역사회의 제반 특성들이 영향을 준다는 것이

확인되었다. 본 연구는 상기 사실이 우리나라에서는 구체적으로 어떻게 다르게 또는 동일하게 나타나는 지 확인함으로써 지역사회 중심의 정신건강관리에 정책적 함의를 도출하고자 수행되었다. 이를 위해 지역사회의 특성 중 정책적으로 중재가 가능한 기능적 측면에서의 특성에 초점을 두

었다.

본 연구의 첫 번째 단변량 분석의 결과는 선행 연구들에서 확인된 내용과 차이를 보였다. 지역사회 구조적 측면에서의 특성에 따른 정신건강이었다. 즉, 지역사회의 스트레스 인지율은 노인인구 비율이 낮을수록, 고용률이 낮은 경우, 기초생활수급자비율이 낮을수록 높았으며, 우울감 경험률은 노인인구비율이 중간보다 낮거나 높은 경우, 기초생활보장수급자비율이 낮을수록 높은 것으로 나타났다. 반면 선행연구들에서 보면 이진희[11]의 개인을 대상으로 한 연구에서는 지역의 재정자립도가 높을수록 더 많이 스트레스를 받는 것으로 나타났으며, 김남순[17]의 연구에서는 여성, 노인 및 사회경제적 수준이 낮을수록 우울 등의 정신건강이 좋지 않은 것으로 보고되었다. 일반적으로 여성, 노인, 실업자, 저소득층 등은 건강위험요인에 노출될 가능성이 높고 자원이 부족하여 신체건강 뿐 아니라 정신건강에서도 취약집단으로 간주되고 있다[14]. 한편 박은옥의 연구에서 스트레스 인지율은 노인인구비율과 부적 상관관계를 보여 본 연구와 유사하였다. 본 연구에서 상반되는 결과를 보인 것은 인구집단을 세분화하지 않고 19세 이상 성인을 한 집단으로 간주하였기 때문일 수 있다. 노인은 다른 성인 연령층에 비해 실업자인 경우가 많고 다양한 방법으로 국가로부터 경제적 지원을 받고 있으므로, 추후 연구에서 노인집단을 노인을 제외한 인구집단을 따로 구분하고 각 인구집단의 정신건강에 영향요인이 다르게 나타나는지 확인해 볼 필요가 있다.

둘째, 지역사회 상황적 측면에서의 특성에 따라 지역사회 정신건강의 차이를 보인 것은 상황적 특성이 정책적으로 증재가능하다는 점에서 의의를 갖는다. 본 연구에서 지역사회의 스트레스 인지율은 보건예산액이 적을수록, 정신건강예산액이 적을수록, 정신건강인력이 적을수록 높게 나타났으며, 상관관계 분석에서도 같은 맥락의 결과를 보였다. 그리고 우울감 경험률은 정신건강인력수가 적을수록 높게 나타났다. 본 연구에서와 같이 지역사회의 예산 및 인력수에 따라 정신건강의 차이가 있는지를 확인한 연구는 찾기 어렵다. 단지 본 연구의 독립변수구성의 기반이 되었던 Collins 등[11]의 연구에서 유사한 결과를 찾아볼 수 있는데, 연구에서는 정신건강서비스 이용의 수월성이 낮거나 서비스 종류들이 적을 때 자살이 더 많이 발생한다고 하였다. 한편 지역사회 보건 의료체계의 투입요소로서 예산과 인력은 서비스

의 결과 및 성과와 관련이 있는 것으로 보고되고 있다[18-19]. 제한된 연구결과이기는 하나 본 연구결과로 미루어 보았을 때, 보건 및 정신건강 예산과 정신건강 인력수 등의 증가를 통해 서비스 제공이 강화되고, 이를 통해 인구집단의 서비스 이용가능성이 증가하며 결과적으로 정신건강의 차이로 이어질 수 있음을 유추해볼 수 있을 것이다.

셋째, 지역사회 스트레스 인지율과 우울감 경험률에 대한 영향요인은 각각 정신건강예산과 정신건강인력수이었다. 상기 결과는 지역사회의 보건예산, 정신건강예산 및 정신건강인력 등 상황적 특성 모두를 고려하되 스트레스 인지율에서 유의한 영향요인으로 파악된 정신건강예산과 우울감 경험률의 유의한 영향요인이었던 정신건강인력수를 강화하는 것에 초점을 두어야 하는 근거가 될 수 있을 것이다. 건강관리를 위한 접근은 건강문제에 취약한 인구집단을 대상으로 여러 측면의 요인들에 초점을 둘 경우 효과적이기 때문이다 [4].

결과적으로 지역사회 정신건강의 차이는 지역사회의 취약인구집단 정도, 예산과 인력, 서비스 제공, 사회 응집력, 사회적 연계성 등과 관련이 있다고 할 수 있다. 그리고 그런 특성들은 정신건강에 해가 될 수도 있고 득이 될 수도 있으며 산업화 및 고령화의 진행에 따라 그 영향은 더 커질 수 있다[15, 20-21]. 따라서 질병치료가 아닌 질병예방 및 건강증진을 목적으로 하는 정신건강관리는 지역사회의 특성을 고려하거나 중재하는 것에 초점을 맞추어야 할 필요가 있다.

본 연구는 측정도구의 미흡 및 대상인구 제한으로 인해 연구목적이었다 정책적 함의를 도출하는데 한계가 있었다. 추후 연구에서는 좀 더 정교한 측정도구의 사용, 노인인구와 비노인인구의 구분, 응집력을 포함한 다양한 지역사회 특성의 포함 등을 고려함으로써 더욱 풍부한 정책적 대안을 제시할 필요가 있다.

한편 본 연구에서 분석의 단위는 지역의 인구집단 즉, 지역사회이기 때문에 생태학적 오류가 발생할 수 있다[6, 22]. 따라서 영향요인으로 파악된 특성들은 개인의 스트레스나 우울감을 유발하는 요인으로 간주하기 보다는 지역사회 중심의 접근에서 고려되어야 할 요인으로 간주되어야 할 것이다.

5. 요약 및 결론

2000년 이후 활발하게 이루어진 지역사회 간 건강을 비교하는 연구에서는 지역사회 간 건강의 차이를 불평등한 물리적, 사회경제적 요인들에 의한 건강불평등으로 보았다[9, 23]. 본 연구에서는 불평등이 아니라 단지 차이가 있을 뿐인 것으로 접근하였다. 그리고 그 차이에 지역사회 상황적 특성 즉, 투입요소인 예산과 인력이 영향을 미치는 지 파악하였다. 본 연구의 지역사회의 행정단 위인 시군구에 의해 자체적으로 예산, 인력 등의 투입이 결정될 수 있다고 보았기 때문이다. 연구 결과 지역사회 스트레스 인지율은 보건예산, 정신건강예산, 정신건강인력에 따라 유의한 차이가 있었으며, 노인인구비율, 고용률, 기초생활보장수급자비율, 보건예산, 정신건강인력수 등과 부적 상관관계가 있었다. 우울감 경험률은 정신건강인력에 따라 차이를 보였으며 기초생활보장수급자비율 및 정신건강인력수와 부적 상관관계가 있었다. 또한 지역사회 스트레스 인지율과 우울감 경험률은 각각 정신건강예산과 정신건강인력수가 영향 요인이었다. 상기 결과를 바탕으로 지역사회 간 정신건강의 차이를 줄이기 위해서는 지역사회 자체적으로 전체 보건예산 뿐 아니라 정신건강예산, 정신건강인력수의 강화할 필요가 있음을 제언한다. 지역사회 중심의 정신건강관리에 실효성을 거두기 위해서 국가 차원에서 시군구에 대한 지원을 강화하고 각 시군구는 매년 이루어지는 건강조사 결과를 바탕으로 장기적 단기적으로 예산 및 인력 강화를 위한 대책을 수립하여야 할 것이다.

References

1. M. Bergmarka, U. Bejerholmb, U. Markstroma. "Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years", *Social Policy & Administration*, Vol.51, No.1, pp.95-113, (2017).
2. J. I. Park, H. J. Park. "Critical Review on Amendment Bill of Mental Health Act", *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.56, No.1, pp.1-9, (2017).
3. M. G. Kim, K. H. Ha. "A Study on Mental Health Delivery System Reform for Deinstitutionalization of Persons with Mental Illness", *Social Welfare Policy*, Vol.43, No.3, pp.31-57, (2016).
4. B. G. Simons-Morton. "Health Behavior in Ecological Context", *Health Education & Behavior*, Vol.40, No.1, pp.6-10, (2013).
5. J. Y. Jeong, C. Kim, M. Shin, S. Y. Ryu, J. Hong, N. H. Kim et. al. "Factors Related with Regional Variations of Health Behaviors and Health Status: Based on Community Health Survey and Regional Characteristics Data", *Korean Public Health Research*, Vol.43, No.3, pp.91-108, (2017).
6. H. Choi, H. Kim. "Analysis of the Relationship between Community Characteristics and Depression Using Geographically Weighted Regression", *Epidemiological Health*, Vol.39, doi: 10.4178/epih.e2017025, (2017).
7. M. Rizal Abdul Manaf, Madihah Mustafa, Mohd Rizam Abdul Rahman, Khairul Hazdi Yusof, and Noor Azah Abd Aziz. "Factors Influencing the Prevalence of Mental Health Problems among Malay Elderly Residing in a Rural Community: A Cross-Sectional Study", *PLoS One*, Vol.11, No.6, doi: 10.1371/journal.pone.0156937, (2016).
8. E. O. Park. "A Comparison of Community Health Status by Region and an Investigation of related Factors using Community Health Indicators", *Journal Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.23, No.1, pp.31-39, (2012).
9. J. H. Lee. "The Regional Health Inequity, and Individual and Neighborhood Level Health Determinants", *Health and Social Welfare Review*, Vol.36, No.2, pp.345-384, (2016).
10. S. H. Jun. "The Effects of Neighborhood Characteristics on Mental and Physical Health", *Health and Social Science*, Vol.13, pp.113-134. (2003).
11. J. Collins, B. M. Ward, P. Snow, S. Kippen, F. Judd. "Compositional,

- Contextual, and Collective Community Factors in Mental Health and Well-Being in Australian Rural Communities”, *Qualitative Health Research*, Vol.27, No.5, pp.677-687, (2017).
12. A. V. Diez Roux, C. Mair. “Neighborhoods and Health”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125-145, doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333, (2010).
 13. I. S. Nam, D. W. Hyun. “An Analysis of Gender Differentials in Depression: the Impact of Inequality”, *Korean Social Security Studies*, Vol.30, No.2, pp.143-163, (2014).
 14. Y. H. Kim, Y. Cho. “Impact of Area Characteristics on the Health of Vulnerable Populations in Seoul”, *Korea Journal of Population Studies*, Vol.31, No.1, pp.1-26, (2008).
 15. C. Mair, A. V. Diez, S. Galea. “Are Neighbourhood Characteristics Associated with Depressive Symptoms? A Review of Evidence”, *Journal of Epidemiological Community Health*, Vol.62, No.11, pp.940-946, (2008).
 16. S. W. Han. “Logistic Regression Using Categorization(Master’s thesis)”, p.19, Yonsei University, (2006).
 17. N. S. Kim. Korean Women’s Health Statistics. pp.1-2, Korea Centers for Disease Control & Prevention, (2013).
 18. A. M. Meyer, M. Davis, G. P. Mays. “Defining Organizational Capacity for Public Health Services and Systems Research”, *Journal Public Health Management Practice*, Vol. 18, No.6, pp.535-544, (2012).
 19. A. P. Schenck, A. M. Meyer, T. M. Kuo, D. Cilenti. “Building the Evidence for Decision-Making: the Relationship between Local Public Health Capacity and Community Mortality”, *American Journal of Public Health*, Supp.l2, pp.211-216, (2015).
 20. D. V. Dyck, M. Teychenne, S. H. McNaughton, I. D. Bourdaudhuij, J. Salmon. “Relationship of the Perceived Social and Physical Environment with Mental Health-Related Quality of Life in Middle-Aged and Older Adults: Mediating Effects of Physical Activity”, *PLoS ONE*, Vol.10, No.3: e0120475, doi:10.1371/journal.pone.0120475, (2015).
 21. G. N. Kemp, D. A. Langer, M. C. Tompson. “Childhood Mental Health: An Ecological Analysis of the Effects of Neighborhood Characteristics”, *Journal of Community Psychology*, Vol.44, No.8, pp.962-979, (2016).
 22. S. Schwartz. “The Fallacy of the Ecological Fallacy: the Potential Misuse of a Concept and the Consequences”, *American Journal of Public Health*, Vol.84, No.5, pp.819-824, (1994).
 23. Y. J. Lee. “Elderly Healthy Level of Regional Disparities Compare”, *Journal of the Korea Contents Association*, Vol.15, No.11, pp.347-358, (2015).