

인천시민의 정신건강·복지서비스 인지도에 대한 연구⁺

김혜미* · 허선영**

I. 서론

II. 문헌고찰

- 1. 인천시민의 정신건강 및 정신건강·복지서비스 현황
- 2. 정신건강·복지서비스 인지도 개념 및 관련 요인

III. 연구방법

IV. 분석결과

V. 결론 및 함의

김
혜
미
·
허
선
영

I. 서론

2016년 정신질환실태 역학조사에 따르면 우리나라 국민의 정신장애 평생유병률은 25.4%로 이는 우리나라 성인 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신질환 중 한 가지 이상을 경험했다는 것을 나타낸다.¹⁾ 이는 정신건강 문제가 누구나 경험할 수 있는 건강문제라는 것을 의미하며, 일반 신체건

+ 본 연구는 인천대학교의 지원을 받아 수행된 연구로(2021-0169) 인천광역정신건강복지센터의 『인천시민 정신건강 인식 및 정책마련 기초연구』 자료를 활용한 연구임을 밝힘.

* 제1저자, 인천대학교 사회복지학과

** 교신저자, 충북연구원 사회통합연구부

1) 보건복지부, 『2016 정신질환실태조사』, 2017.

강 문제와 같이 정신건강 문제도 적시의 치료와 개입이 요구됨을 알려준다. 하지만 여전히 우리나라 국민의 정신건강 관련 서비스 이용률은 매우 저조한 것으로 보고되고 있는데²⁾ 예로, 국립정신건강센터 조사에 따르면 2019년 기준 우리나라 국민 중 정신건강 문제를 경험했을 때 병원 혹은 전문가에게 상담을 받거나 치료를 받은 적이 있다고 응답한 비율은 약 7.5%로 나타난다. 실제 이러한 유병률과 서비스 이용률 간의 차이, 즉 치료 간극(treatment gap)은 도움과 개입이 필요한 많은 현대사회 성인이 적절한 서비스를 받지 않고 있음을 의미하며, 이런 외부 지원 및 치료의 부재는 정신건강문제를 경험하는 당사자 개개인의 삶뿐 아니라 사회 전반의 문제로도 이어질 수 있다.

이를 위해 정부에서는 2017년 정신건강복지법 개정을 통해 정신건강 서비스 대상자를 중증 정신장애인에서 국민 전체로 확대하였으며, 우리나라 국민의 정신건강 및 서비스 이용 실태 파악을 위해 주기적인 실태조사를 실시하고 있다. 인천시 역시 중앙정부의 정신건강종합대책에 근거하여 인천시민의 인식개선을 통한 정신건강·복지서비스 이용 제고와 정신건강 문제 조기 발견, 생애주기별 정신건강 지원체계 마련을 위해 노력 중에 있다. 특히 시민들의 정신건강·복지서비스에 대한 접근성 향상을 위해 서해5도와 같이 서비스 취약지역에 거주하는 시민을 위한 이동상담 및 서비스를 마련하며 1인가구와 같은 마음건강 취약계층을 위한 심리지원서비스를 확대하고 인천시민 전체를 대상으로 정신건강의 필요성과 정신건강·복지서비스에 대한 인지도를 높이기 위해 다양한 홍보활동과 교육을 제공 중에 있다.³⁾ 즉, 인천시를 포함한 한국의 정신건강·복지서비스에 대한 물리적 접근성은 계속해서 향상되고 있음을 알 수 있다. 다만 여전히 정신건강·복지서비스에 대한 “심리적 접근성”⁴⁾은 매우 낮은 편으로

2) 국립정신건강센터, 『2019 국민 정신건강지식 및 태도조사』, 2019.

3) 인천광역시, 『2019 정신건강종합시행계획』, 인천광역시, 2019, 14쪽.

보고되고 있는데 예로 2019년에 공표된 인천시 지역사회보장계획을 살펴 보면 정신건강 관리 및 정신문제 관련 서비스에 대해 인천시민의 약 75%가 인지하지 못하고 있는 것으로 나타났다.⁵⁾ 이는 즉 실제 다수의 인천시민이 정신건강 관련 어려움이 있더라도 이용할 수 있는 서비스에 대해 잘 모르고 있음을 알려준다.

이런 낮은 심리적 접근성은 전진아 외⁶⁾는 우리나라 사람들의 정신질환 및 정신건강에 대한 낮은 인식, 정신건강·복지서비스 제공 주체에 대한 이해 부족과 더불어 정신건강·복지서비스 이용에 대한 부정적 인식이 결합되어 나타난 결과라고 설명한다. 아무리 좋은 정책과 서비스가 마련되더라도 정작 잠재적 이용자가 이를 제대로 인식하지 못하고 있다면 이는 정책 목적 달성으로 이어지기 어려우며⁷⁾ 동시에 이는 정신건강 취약성을 심화시키는 문제로도 이어질 수 있다. 현재까지 우리나라 국민의 정신건강 문제와 어려움에 대한 연구, 정신건강·복지서비스에 대한 연구는 많이 진행되었으나 아직까지 정신건강·복지서비스에 대한 인지도를 살펴본 연구는 많지 않다. 특히 정신건강 지표에서 전체 국민 대비 취약성을 보이는 인천시민의 정신건강·복지서비스 인지도에 대해 살펴본 연구는 전무하다고 해도 과언이 아니다. 따라서 본 연구는 이런 연구의 간극을 채우고 동시에 인천시민의 정신건강 증진을 위한 정책과 실천적 방안 마련을 위한 첫 단계로 인천시민의 정신건강·복지서비스 인지도를 살펴보고자 한다. 또한 인지도와 관련 있는 요인을 살펴봄으로써 정신건강·복지서비스 홍보 및 인식 증진을 위한 정책 마련을 위한 실증적 근거를 제공하고 자 한다.

4) 전진아 외, 『수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구』, 한국보건사회연구원, 2019, 22쪽.

5) 이선정 외, 『제4기 인천시 지역사회보장계획 2019-2022』, 인천광역시, 2019.

6) 전진아 외, 앞의 논문.

7) 김신영, 「노인복지서비스 인지도 결정요인 연구」, 『노인복지연구』 32, 2006, 99-117쪽.

II. 문헌고찰

1. 인천시민의 정신건강 및 정신건강·복지서비스 현황

인천시민의 정신건강 지표는 국내 다른 지역과 비교할 때 상대적으로 취약한 것으로 나타난다. 예로 2020년 기준 ‘지난 1년간 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 우울을 경험한 사람의 비율’을 나타내는 우울감 경험률을 살펴보면 인천시민의 우울감 경험률은 7.9%로 이는 전국에서 가장 높은 수치로 나타난다.⁸⁾ 인구 10만 명당 고의적 자해(자살)로 사망한 사람 수를 가리키는 자살 사망률의 경우 2020년 기준 인천은 26.5명으로 나타났으며 이는 전국 자살률 25.6명보다 약간 높은 것으로 나타났다. 2014년 기준 자살사망률이 29.1명으로 집계된 것을 고려하면 인천의 자살사망률은 감소추세를 보이고 있음을 알 수 있다. 하지만 청소년 자살 사망률의 경우 인천의 수치는 여전히 심각한 것으로 보고되는데, 2020년 기준 인천 청소년의 자살사망률은 4.3명으로 이는 강원도, 제주도 다음으로 높은 수치로 나타난다.⁹⁾ 인천시민의 고위험 음주율(한 번의 술자리에서 7잔 이상(남성), 5잔 이상(여성)을 주 2회 이상 마시는 사람의 비율)은 매우 높으며 이는 강원(14.3), 제주(13.4) 다음으로 높은 12.2로 보고되었다. 2016년 이후 계속해서 감소추세를 보이고 있기는 하지만 여전히 다른 지자체 대비 높은 음주율을 보이고 있다. 마지막으로 일상생활 스트레스 지표를 살펴본 결과, 인천시민의 스트레스 지표는 매우 심각한 것으로 보고된다. 일상생활에서 스트레스를 매우 많이 경험하는 사람의 비율로 나타내는 스트레스 지표는 전국에서 인천이 제일 높은 것

8) 인천광역시 정신건강 통계정보 플랫폼,
<https://public.tableau.com/app/profile/imhc/viz/17677/1>

9) 인천광역시 정신건강 통계정보 플랫폼, 앞 자료.

으로 나타나며, 이는 2018년부터 지속해서 전국 1위로 집계되고 있다. 종합해보면 인천시민의 전반적인 정신건강 지표는 다른 지역에 비해 매우 취약한 것으로 나타나고 있으며, 특히 인천시민의 우울과 스트레스 수준은 전국 1위로 보고되고 있다. 이는 인천시민의 정신건강을 위한 예방 및 서비스의 시급성과 중요성을 알려주며 인천시민의 정신건강·복지서비스에 대한 접근성 향상을 위한 고민이 요구됨을 시사한다.

그렇다면 인천에는 어떤 정신건강·복지서비스가 마련되어 있는가? 어떤 기관들이 서비스를 제공하고 있는가? 먼저 정신건강·복지 서비스 및 서비스 기관은 크게 공공기관과 민간기관으로 구분된다. 공공기관은 정부의 지원 하에 운영되는 서비스 기관을 가리키며 민간의료기관은 개인, 법인 등이 영리 목적으로 운영하는 기관을 포함한다. 현재 인천의 경우 정신건강증진시설이라는 이름 하에 총 12개의 정신건강복지센터와 2개의 자살예방센터, 5개의 중독관리통합지원센터, 11개의 정신재활시설과 2곳의 정신요양시설이 있다. 상급의료기관인 인천의료원은 공공의료기관으로 정신건강 의료서비스를 제공하고 있다. 민간 정신의료원의 경우 25개의 입원 가능한 병원과 62개의 외래진료 서비스를 제공하는 의원급 병원이 있다.¹⁰⁾

병원 및 의원의 경우 정신질환 진단 및 진료, 약물 처방 등 치료서비스를 제공하는 반면 인천 각 지자체마다 운영되고 있는 정신건강복지센터는 지역사회 기반, 지역사회 주민을 위해 통합적인 정신건강 관련 서비스를 제공하는 기관으로 볼 수 있다. 중증질환자 관리뿐 아니라 센터에서는 지역사회를 대상으로 하는 정신건강증진사업, 홍보사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계사업, 인식개선 사업 등을 진행하며 지역사회 주민의 전반적인 정신건강 개선을 위한 노력을 펴하고 있다. 이와 마찬가지로 중독통합관

10) 인천광역시 정신의료기관,
<https://www.imhc.or.kr/localMentalHealth/mentalHospitals2.asp>

리지원센터, 자살예방센터 등은 모두 중앙정부의 지원 및 지침 하에 운영되는 서비스기관으로 지역사회 내 정신장애, 자살, 알코올 문제 등 고위험군 대상자를 포함한 인천시민 모두를 위한 다양한 서비스를 제공하고 있다. 중독관리통합지원센터는 알코올중독 등 여러 중독질환의 어려움을 가진 대상자를 발굴하고 관리 및 필요한 서비스를 지원 및 연계하며 궁극적으로 중독의 굴레에서 벗어나 지역사회로의 복귀를 지원하는 역할을 수행하는 기관이다. 현재 인천에는 동구, 연수구, 남동구, 계양구, 부평구에 기관이 설립되어 운영 중에 있다. 자살예방센터는 지속적으로 증가하는 한국사회 자살 문제를 직접적으로 다루기 위해 기획 및 운영되는 기관으로 자살예방 관련 교육, 상담, 자살고위험군 사례관리, 유가족 지원서비스 등을 통합적으로 제공하며 현재 인천 내 총 2곳, 인천광역시자살예방센터와 미추홀구자살예방센터가 운영 중에 있다.

이 외 인천시뿐 아니라 전국단위로 운영되는 서비스로는 상담전화 서비스이다. 현재 운영 중인 서비스는 정신건강 위기상담전화(1577-0199), 자살예방상담전화(1393), 생명의 전화(1588-9191)가 있으며 이는 자살위기 상담, 정신건강 상담 및 정보 제공, 의료기관 연계 등의 서비스를 제공한다. 정신건강·복지서비스는 단순히 정신건강 어려움뿐 아니라 복지, 생활 영역에서의 어려움을 동시에 다루기 때문에 다수의 정신건강·복지서비스는 민간·공공기관 간 협력으로 제공된다. 예로, 지역 내 복지관 및 지역아동센터 등에서 사례가 발굴되면 사례관리서비스를 통해 대상자가 정신건강 복지센터, 중독통합관리지원센터, 자살예방센터 등으로 의뢰되어 여러 유관기관이 통합적으로 대상자에게 서비스를 제공하는 체계로 진행되고 있다. 즉, 민·관 기관의 협력네트워크를 중심으로 현재 정신건강·복지 서비스가 제공되고 있다.

2. 정신건강·복지서비스 인지도 개념 및 관련 요인

정신건강·복지서비스에 대한 정보, 서비스 제공기관에 대한 정보를 알고 있는지를 나타내는 인지도는 서비스 연구 영역에서 매우 중요한 지표로 여겨진다. 지역사회 내 이용 가능한 서비스에 대해 알고 있는가는 인지도(awareness) 혹은 지식(knowledge)으로 혼용되어 사용되며 이는 서비스 이용과 유의한 관계가 있는 변수로 파악되고 있다.¹¹⁾ 임효연과 정은수¹²⁾의 연구에 따르면 복지관에 대한 지역사회 주민의 인지도가 이들의 서비스 이용의사와 밀접한 관계가 있는 것으로 파악되었으며, 천재영과 최영¹³⁾ 역시 서비스 인지도가 우리나라 성인의 정신건강 서비스 이용의향 및 이용행위와 유의한 관계가 있는 것으로 보고했다. 다수의 해외 연구에서 역시 서비스에 대한 인지도는 실제 서비스 이용까지 연결되는 중요한 변수로 보고되고 있다¹⁴⁾. 서비스 이용은 실제 지역사회 주민의 건강과 안녕에 직결되기 때문에 서비스 이용을 촉진시키고 서비스 접근성을 향상시키기 위한 노력은 국내외 모든 보건복지영역의 정책, 실천현장 및 학계에서도 지속되고 있다. 전진아 외¹⁵⁾는 정신건강 서비스의 접근성 향상을 위한 연구를 통해 실제 정신건강 서비스 수요자가 이용자가 되는 과정에서 이용가능한 서비스에 대한 정보와 인지가 중요한 게이트 역할을 수행한다

11) 임효연·정은수, 「지역사회복지관 주민조직화 서비스의 이용의사에 영향을 미치는 요인: 앤더슨 행동모형의 적용을 통해 본 복지의식의 영향」, 『한국콘텐츠학회논문지』 17권 9호, 2017, 159-172쪽.

12) 임효연·정은수, 위의 논문.

13) 천재영·최영, 「앤더슨 행동모형을 적용한 지역사회 주민의 정신건강서비스 이용요인 분석」, 『한국지역사회복지학』 49, 2014, 307-335쪽.

14) Othman S, Kong SZ, Mohd Mydin FH, et al. "Knowledge, utilization and barriers to primary care services for sexual and reproductive health among adolescents in secondary schools in Selangor, Malaysia". *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, Vol. 14, No. 1, 2019, pp. 10-17.

15) 전진아 외, 『수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구』, 한국보건사회연구원, 2019, 205쪽.

고 설명한다. 자신의 정신건강 상태를 어느 정도 인지하고 어려움을 필요하다고 느끼는 사람이 실제 서비스 이용을 하기 위해서는 “도움이 필요한 데 어디를, 어떻게 찾아가야 하는지, 어떻게 찾아가야 하는지”¹⁶⁾를 아는 것이 중요하며 따라서 이들에게 이용 가능한 서비스에 대한 정보를 제공하는 것이 중요함을 강조했다.

서비스 이용까지의 주요 게이트로 기능하는 서비스 인지도의 중요성에도 불구하고 아직까지 이에 대한 연구는 서비스 이용, 서비스 이용의사 연구에 비해 상대적으로 부족한 상황이다. 국내 연구 중 서비스 인지도를 중점적으로 탐색한 연구는 주로 노인복지서비스와 장애인복지서비스 영역에 집중되어 있는데 예로 강유진과 강효진¹⁷⁾, 김신영¹⁸⁾, 진재문과 김수영¹⁹⁾은 노인복지서비스에 대한 인지도를 살펴봤으며, 노인복지서비스의 인지도가 노인의 교육수준, 건강상태와 이웃과의 관계에 따라 차이가 있음을 보고했다. 진재문과 김수영은 의료와 여가서비스와 관련된 노인의 인지도가 가장 높음을 지적하며 재가복지서비스에 대한 인지도는 매우 낮음을 보고했다. 이중섭²⁰⁾은 광주시에 거주하는 등록장애인의 장애유형, 장애정도, 학력, 연령 및 배우자 여부가 이들의 장애인복지서비스 인지도와 관련 있음을 보고했다. 최근 보건복지부와 문화체육관광부에서는 전국적으로 확대되는 사회서비스원의 사회적 인지도 및 인식 정도를 살펴보기 위해 전국단위의 연구를 진행했으며, 그 결과 조사참여자의 약 80% 이상이 사회서비스원에 대해 인지하고 있는 것으로 보고했다.²¹⁾

16) 위의 책, 205쪽.

17) 강유진·강효진, 「노인복지서비스 인지도 및 이용의사에 영향을 미치는 요인: 1998년도 전국노인생활실태조사 자료를 중심으로」, 『노인복지연구』 28, 2005, 255-294쪽.

18) 김신영, 「노인복지서비스 인지도 결정요인연구」, 『노인복지연구』 32, 2006, 99-117쪽.

19) 진재문·김수영, 「부산시 독거노인의 빈곤유형별 삶의 질 및 노인복지서비스 인지도에 관한 연구」, 『지방정부연구』 20(1), 2016, 327-354쪽.

20) 이중섭, 「장애인복지서비스의 인지에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 『한국사회복지행정학』 11(2), 2009, 75-102쪽.

21) 보건복지부·문화체육관광부, 『2020년 사회서비스에 대한국민인식조사 결과 보고서』, 2020.

지역사회 내 정신건강복지와 관련된 서비스에 대한 인식은 지역사회 주민의 정신건강 어려움을 발견할 수 있게 하며, 치료, 예방 및 관리로 이어지게 한다. 오미정 외는 정신건강사업의 인지도 향상은 정신건강복지사업의 필수요소가 되며 지역사회 주민의 정신건강 증진을 위한 중요한 과업이라 설명하고 있다.²²⁾ 특히 인천과 같이 지역사회 주민의 전반적인 정신건강 지표가 취약한 지역 내 주민의 서비스 인지도를 파악하고 이를 향상시키기 위한 정책·실천적 방안을 마련하는 것은 매우 중요하다. 하지만 이런 중요성에도 불구하고 국내 서비스 인지도 혹은 서비스에 대한 지식에 대해 살펴본 연구는 매우 제한적이며 특히 정신건강·복지서비스에 대한 지역사회 주민의 인지도를 탐색한 연구는 거의 전무한 것으로 파악된다. 더 나아가 인천에 거주하는 주민의 정신건강·복지 서비스와 관련된 연구는 아직까지 매우 미진한 수준에 머물러 있는 것으로 나타난다. 따라서 본 연구에서는 아직까지 탐색되지 않은 인천 내 지역주민의 정신건강·복지서비스 인지도를 살펴보고자 한다. 구체적으로 본 연구에서는 지역주민의 서비스 인지도를 지자체별로 살펴봄, 인지도와 관련 있는 요인을 탐색함으로써 향후 정신건강·복지서비스 인지도 향상을 위한 정책적, 실천적 제언을 제공하고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 분석자료

본 연구의 대상은 인천광역시에 거주하는 만 19세 이상 69세 이하의

22) 오미정·김민자·장경오, 「일 지역사회 학생의 정신건강상태, 정신건강인식, 정신건강복지센터와 정신건강사업에 대한 인식조사」, 『한국산학기술학회논문』 21, 2020, 427-437쪽.

성인이다. 조사대상은 행정안전부 주민등록인구통계(2020년 7월 기준)에 따라 10개 구·군, 성, 연령대별로 비례할당하여 표집하였으며, 남녀 총 1,000명을 대상으로 조사를 진행하였다. 조사는 구조화된 설문지를 이용하여 2020년 7월 22일부터 29일까지 7일간 온라인으로 진행되었다.

2. 변수 설정

1) 종속변수: 정신건강·복지서비스 인지도

본 연구의 종속변수는 정신건강·복지서비스 인지도로서 정신건강복지센터, 중독통합관리지원센터, 자살예방상담전화, 생명의 전화, 자살예방센터, 청소년복지상담센터 등 6개 정신건강·복지서비스 제공기관에 대해 인지하는지 여부를 이분척도로 측정하였다.

2) 독립변수

응답자의 성별, 연령, 주관적 경제수준, 거주지역 및 거주기간을 측정하였다. 연령은 2020년 기준으로 연속변수로 측정하였으며, 주관적 경제수준은 상, 중상, 중, 중하, 하의 5범주로 측정 후 분석을 위해 상(상/중상), 중, 하(중하/하)의 3범주로 분류하였다. 거주지역의 경우 10개 구·군으로 조사된 것을 강화군과 옹진군을 합하여 전체 9개 구·군으로 구분하였다. 응답자들의 인천시 거주기간은 연, 월로 측정한 값을 월 단위로 환산하여 분석에 활용하였다.

우울의 측정을 위해 20문항의 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)를 축약·번안한 CES-D10을 사용하였다. CES-D는 자기보고형 우울증상 척도로 다수의 선행연구들에 의해 내적일치도와 타당도가 검증되어 광범위하게 사용되고 있다.²³⁾ 10문항의 경험 여부에 대해 '0'

과 '1'로 측정하며, 긍정문항으로 서술된 2문항을 역산한 후 합산한 값을 사용하였다. 점수 범위는 0~10점이며, 4점 이상이면 우울, 4점 미만이면 비우울로 간주하였다.²⁴⁾ 본 연구에서 우울 척도의 신뢰도(Cronbach's alpha)는 .860이었다.

지각된 스트레스 척도(perceived stress scale, PSS)는 최근 1개월 동안 지각한 스트레스 수준을 측정하는 5점 리커트 척도로 1988년 Cohen 등이 개정한 척도를 이종하 등이 번역한 척도를 사용하였다.²⁵⁾ 10문항 중 4문항은 긍정문항으로 역채점하였으며, 총점은 0~40점으로 점수가 높을수록 지각된 스트레스 수준이 높음을 의미한다. 이종하 등의 연구에서 신뢰도(Cronbach's alpha)는 .82이었으며,²⁶⁾ 본 연구에서는 .816로 나타났다. 해당 척도에서 제시된 절단점은 없으나 본 연구에서는 분석을 위해 평균 점수를 기준으로 지각된 스트레스 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 구분하였다.

문제음주의 정도를 확인하기 위해 한국형 알코올사용장애선별 척도인 AUDIT-K(Alcohol Use Disorders Identification Test-Korea)를 사용하였다.²⁷⁾ AUDIT-K는 자기보고식 음주문제 선별도구로 음주량, 알코올 의존성 각각 3문항, 음주에 따른 부정적 결과 4문항 등 총 10문항으로 구성되어 있다. 점수의 범위는 0점~40점이며, 문제음주 임계값인 남성 10점, 여

23) Radloff, L. S., "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population". *Applied Psychological Measurement*, Vol. 1, No. 3, 1977, pp. 385-401.

24) Irwin, M., Artin, K. H. and Oxman, M. N., "Screening for Depression in the Older Adult: Criterion Validity of the 10-Item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)." *Archives of internal medicine*, Vol. 159, No. 15, 1999, pp. 1701-1704.

25) 이종하 외, 「한글판 스트레스 자각척도의 신뢰도와 타당도 연구」, 『정신신체의학』 20(2), 2012, 127-134쪽.

26) 위의 논문, 131쪽.

27) 이병욱 외, 「한국어판 알코올 사용장애 진단 검사 (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)의 개발: 신뢰도 및 타당도 검사」, 『중독정신의학』 4(2), 2000, 83-92쪽.

성 6점을 기준으로 정상음주 집단과 문제음주 집단으로 양분하였다.²⁸⁾

마지막으로 자살생각은 지난 1년 동안 자살을 생각해본 적이 있는지에 대해 ‘있다(=1)’, ‘없다(=0)’로 측정하였다.

〈표 1〉 변수의 측정

변수	측정
정신건강·복지 서비스 인지도	○ 6개 정신건강·복지서비스 제공기관에 대한 인지 여부(인지=1, 비인지=0)
성별	○ 남성=1, 여성=0
연령	○ 2020년 기준 나이로 측정, 연속변수(단위: 세)
거주지역	○ 9개 구, 군
거주기간	○ 인천시 거주기간을 연, 월로 측정한 값을 월 단위로 환산(단위: 개월)
주관적 경제수준	○ 상/중상/중/중하/하의 5항목으로 조사된 것을 상/중상, 중, 중하/하의 3항목으로 변경
우울	○ 최근 2주 동안 우울 경험 여부(그렇다=1, 아니다=0)를 측정(10문항) ○ 4점 이상(=우울), 4점 미만(=비우울)
지각된 스트레스	○ 10문항을 합한 값을 평균값 기준으로 평균 이상과 평균 이하 2집단으로 구분
문제음주	○ 성별 문제음주 임계값을 기준으로 정상음주 집단과 문제음주 집단으로 구분
자살생각	○ 지난 1년간 자살을 생각해 본 경험이 있는지의 여부(1=있음, 0=없음)

28) 조근호 외, 「위험 음주자의 선별을 위한 한국어판 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-K)의 최적 절단값」, 『중독정신의학』 13(1), 2009, 34-40쪽.

3. 분석방법

응답자들의 사회인구학적 특성 및 정신건강 수준을 확인하기 위해 빈도 분석 및 기술통계분석을 실시하였다. 그리고 카이제곱 검정(chi-squared test)을 통해 응답자들의 특성에 따른 정신건강·복지서비스 인지도 차이를 확인하였으며, 분석을 위해 SPSS 23.0 프로그램을 활용하였다.

IV. 분석결과

1. 응답자들의 특성

〈표 2〉 응답자의 사회인구학적 특성

단위: 명, %(N=1,000)

구분		빈도	백분율
성별	남성	510	51.0
	여성	490	49.0
연령	20대 이하	200	20.0
	30대	187	18.7
	40대	222	22.2
	50대	231	23.1
	60대	160	16.0
거주지역	중구	46	4.6
	동구	21	2.1
	미추홀구	138	13.8
	연수구	124	12.4
	남동구	181	18.1
	부평구	172	17.2
	계양구	107	10.7
	서구	183	18.3
강화/옹진군	28	2.8	

단위: 명, %(N=1,000)

구분		빈도	백분율
주관적 경제수준	상	67	6.7
	중상	65	6.5
	중	439	43.9
	중하	392	39.2
	하	102	10.2
거주기간	10년 미만	196	19.6
	10년~20년 미만	151	15.1
	20년~30년 미만	242	24.2
	30년 이상	272	27.2
	결측	139	13.9

응답자 중 남성과 여성이 각각 51.0%, 49.0%를 차지하였으며, 연령별로는 50대, 40대, 20대 이하 순으로 많았고, 60대가 16%로 가장 적은 비중을 차지하였다. 주관적 경제수준에 대해 응답자의 43.9%가 ‘중’으로 응답하였고, ‘중상’, ‘중하’는 각각 6.5%, 39.2%를 차지하였다. ‘하’로 응답한 경우는 각각 39.2%, 10.2%로 나타난 데 비해 ‘상’으로 응답한 경우는 0.2에 불과하였다. 거주지역을 살펴보면 서구(18.3%), 남동구(18.1%), 부평구(17.2%) 순으로 많았고, 동구에 거주하는 비율이 2.1%로 가장 적은 것으로 나타났다. 응답자 중 30년 이상 인천시에 거주했다는 응답이 27.2%로 가장 많았고, 10년~20년 미만은 15.1%로 나타났다.

〈표 3〉 응답자의 정신건강 특성

단위: 명, %(N=1,000)

구분		빈도(백분율)	평균(표준편차)	최소/최대
우울	비우울	697(69.7)	2.634(2.877)	0/10
	우울	303(30.3)		
지각된 스트레스		-	17.356(5.368)	0/37
문제음주	정상음주	727(72.7)	6.355(6.905)	0/35
	문제음주	273(27.3)		
자살생각	해 본 적 없음	910(91.0)	-	-
	해 본 적 있음	90(9.0)		

응답자들의 우울 수준은 평균 2.634(표준편차=2.877)점이었으며, 전체 응답자의 30.3%가 우울 경험 집단으로 나타났다. 지각된 스트레스 수준은 평균 17.356점(표준편차=5.368)으로 나타났다. AUDIT-K로 측정된 문제음주의 평균은 6.355점이었으며, 남성 10점, 여성 6점을 기준으로 전체의 27.3%가 문제음주 집단에 속하는 것으로 확인되었다. 응답자 중 9.0%가 지난 1년 동안 자살생각을 해 본 적이 있는 것으로 나타났다.

2. 기관별 인지도 분석

1) 기관별 인지도

〈표 4〉 정신건강서비스 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		빈도	백분율
정신건강복지센터	인지	589	58.9
	비인지	411	41.1
중독통합관리지원센터	인지	713	71.3
	비인지	287	28.7
자살예방상담전화	인지	820	82.0
	비인지	180	18.0
생명의 전화	인지	660	66.0
	비인지	340	34.0
자살예방센터	인지	870	87.0
	비인지	130	13.0
청소년복지상담센터	인지	908	90.8
	비인지	92	9.2

6곳의 정신건강서비스 제공기관 모두에 대해 인지하는 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 기관별 인지도를 살펴보면, 청소년복지상담센터를 ‘알고

있다'고 응답한 비율이 90.8%로 가장 높았고, 그 다음으로는 자살예방센터, 자살예방상담전화가 각각 87.0%, 82.0%로 높게 나타났으며, 정신건강복지센터를 인지하고 있는 비율이 58.9%로 가장 낮은 것으로 나타났다.

2) 응답자 특성별 기관 인지도 차이 분석

정신건강복지센터에 대한 인지도가 응답자의 특성에 따른 차이가 있는지에 대해 카이제곱 검정을 통해 살펴본 결과는 <표 5>에 제시된 바와 같으며, 주관적 경제수준 및 문제음주 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 확인되었다. 먼저 주관적 경제수준이 '상', '중'인 경우 정신건강복지센터를 인지하는 비율이 모른다는 응답보다 높았으나, '하'인 경우 정신건강복지센터에 대해 알고 있다는 응답(54.5%)과 모른다는 응답(45.4%)이 큰 차이를 보이지 않았다. 그리고 문제음주 집단에서 정신건강복지센터를 인지하는 비율이 64.5%로 정상음주 집단의 정신건강복지센터 인지 비율(56.8%)보다 높은 것으로 나타났다.

중독통합관리지원센터의 경우 연령과 주관적 경제수준, 그리고 문제음주에 따른 인지도 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 6>). 연령별로는 60대에서 '알고 있다'는 응답이 81.9%로 가장 높은 데 비해 40대에서는 인지하는 비율이 65.8%인 것으로 나타났다. 주관적 경제수준이 '상', '중'인 경우 인지비율이 각각 79.1%, 73.8%인데 비해, '하'인 경우 68.0%로 다른 두 집단에 비해 낮은 것으로 나타났다. 중독통합관리지원센터의 경우 거주기간에 따른 인지율 차이가 통계적으로 유의하게 나타났는데, 거주기간이 길수록 인지율이 높았다. 정신건강복지센터와 마찬가지로 중독통합관리지원센터도 문제음주 정도에 따른 인지 차이가 있는 것으로 나타났는데, 문제음주 집단에서 중독통합관리지원센터를 인지하고 있는 비율(76.2%)이 더 높았다.

〈표 5〉 정신건강복지센터 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	χ^2 (p)
성별	남성	302(59.2)	208(40.8)	.043 (.836)
	여성	287(58.6)	203(41.4)	
연령	20대 이하	114(57.0)	86(43.0)	7.947 (.094)
	30대	102(54.5)	85(45.5)	
	40대	122(55.0)	100(45.0)	
	50대	146(63.2)	85(36.8)	
	60대	105(65.6)	55(34.4)	
거주지역	중구	24(52.2)	22(47.8)	4.133 (.845)
	동구	13(61.9)	8(38.1)	
	미추홀구	82(59.4)	56(40.6)	
	연수구	77(62.1)	47(37.9)	
	남동구	111(61.3)	70(38.7)	
	부평구	93(54.1)	79(45.9)	
	계양구	65(60.7)	42(39.3)	
	서구	106(57.9)	77(42.1)	
주관적 경제수준	상	49(73.1)	18(26.9)	11.096 (.004)
	중	271(61.7)	168(38.3)	
	하	269(54.5)	225(45.5)	
거주기간	10년 미만	112(57.1)	84(42.9)	2.730 (.435)
	10년~20년 미만	98(64.9)	53(35.1)	
	20년~30년 미만	139(57.4)	103(42.6)	
	30년 이상	159(58.5)	113(41.5)	
우울	비우울	417(59.8)	280(40.2)	.818 (.366)
	우울	172(56.8)	131(43.2)	
스트레스	낮음	296(58.5)	210(41.5)	.068 (.794)
	높음	293(59.3)	201(40.7)	
문제음주	정상음주	413(56.8)	314(43.2)	4.811 (.028)
	문제음주	176(64.5)	97(35.5)	
자살생각	해 본 적 없음	541(59.5)	369(40.5)	1.266 (.261)
	해 본 적 있음	48(53.3)	42(46.7)	

〈표 6〉 중독통합관리지원센터 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	χ^2 (p)
성별	남성	361(70.8)	149(29.2)	.135 (.713)
	여성	352(71.8)	138(28.2)	
연령	20대 이하	139(69.5)	61(30.5)	13.104 (.011)
	30대	129(69.0)	58(31.0)	
	40대	146(65.8)	76(34.2)	
	50대	168(72.7)	63(27.3)	
	60대	713(81.9)	29(18.1)	
거주지역	중구	31(67.4)	15(32.6)	11.620 (.169)
	동구	13(61.9)	8(38.1)	
	미추홀구	101(73.2)	37(26.8)	
	연수구	94(75.8)	30(24.2)	
	남동구	130(71.8)	51(28.2)	
	부평구	111(64.5)	61(35.5)	
	계양구	86(80.4)	21(19.6)	
	서구	126(68.9)	57(31.1)	
주관적 경제수준	강화/옹진군	21(75.0)	7(25.0)	5.943 (.051)
	상	53(79.1)	14(20.9)	
	중	324(73.8)	115(26.2)	
거주기간	하	336(68.0)	158(32.0)	6.719 (.081)
	10년 미만	128(65.3)	68(34.7)	
	10년~20년 미만	105(69.5)	46(30.5)	
	20년~30년 미만	170(70.2)	72(29.8)	
우울	30년 이상	207(76.1)	65(23.9)	.377 (.539)
	비우울	501(71.9)	196(28.1)	
스트레스	우울	212(70.0)	91(30.0)	.001 (.975)
	낮음	361(71.3)	145(28.7)	
문제음주	높음	352(71.3)	142(28.7)	4.389 (.036)
	정상음주	505(69.5)	222(30.5)	
자살생각	문제음주	208(76.2)	65(23.8)	3.067 (.080)
	해 본 적 없음	656(72.1)	254(27.9)	
	해 본 적 있음	57(63.3)	33(36.7)	

〈표 7〉에서 보듯이 자살예방상담전화에 대한 인지 여부는 성별, 주관적 경제수준에 따른 차이가 통계적으로 유의한 것으로 나타났으나 연령, 거주 지역 및 거주기간, 정신건강 특성에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 여성의 경우 자살예방상담전화에 대한 인지율이 84.5%로 남성(79.6%)에 비해 높은 것으로 나타났다. 주관적 경제수준이 높은 집단에서 자살예방상담전화에 대한 인지율이 높은 것으로 나타났는데, ‘상’, ‘중’인 경우 각각 88.1%, 84.1%가 자살예방상담전화를 인지하고 있으나 ‘하’에서는 79.4%가 인지하는 것으로 나타났다.

생명의 전화에 대한 인지도는 전반적으로 인지하고 있는 비율이 비인지 비율보다 높은 것으로 나타났으며, 카이제곱 검정 결과 연령과 거주지역, 문제음주 여부에 따라 인지도 차이가 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다(〈표 8〉). 연령별로는 대체로 높은 연령 집단에서 인지율이 높은 것으로 나타났다. 60대의 81.3%, 50대의 73.6%가 생명의 전화를 알고 있는 것으로 나타났으나 30대(53.5%), 20대 이하(61.0%)에서는 인지율이 다소 낮은 것으로 나타났다. 거주지역별로는 강화/옹진군에 거주하고 있는 응답자의 인지율이 78.6%로 가장 높게 나타났고, 서구(55.7%), 동구(57.1%)에서는 인지율이 낮은 편이었다. 한편, 문제음주 집단이 정상음주 집단에 비해 인지율이 낮았고 비인지율이 더 높았다.

자살예방센터에 대한 인지도를 분석한 결과를 〈표 9〉에서 살펴보면, 성별에 따라 인지율이 유의한 차이를 보였다. 남성의 경우 인지율이 84.3%인데 비해 여성의 인지율은 89.8%로 나타났다. 이 외에 사회인구학적 특성이나 정신건강 특성에 따른 인지도 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 7〉 자살예방상담전화 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	χ^2 (p)
성별	남성	406(79.6)	104(20.4)	4.035 (.045)
	여성	414(84.5)	76(15.5)	
연령	20대 이하	164(82.0)	36(18.0)	3.694 (.449)
	30대	146(78.1)	41(21.9)	
	40대	185(83.3)	37(16.7)	
	50대	196(84.8)	35(15.2)	
	60대	129(80.6)	31(19.4)	
거주지역	중구	38(82.6)	8(17.4)	4.869 (.772)
	동구	18(85.7)	3(14.3)	
	미추홀구	110(79.7)	28(20.3)	
	연수구	105(84.7)	19(15.3)	
	남동구	151(83.4)	30(16.6)	
	부평구	145(84.3)	27(15.7)	
	계양구	87(81.3)	20(18.7)	
	서구	142(77.6)	41(22.4)	
주관적 경제수준	상	59(88.1)	8(11.9)	5.269 (.072)
	중	369(84.1)	70(15.9)	
	하	392(79.4)	102(20.6)	
거주기간	10년 미만	158(80.6)	38(19.4)	.525 (.913)
	10년~20년 미만	123(81.5)	28(18.5)	
	20년~30년 미만	197(81.4)	45(18.6)	
	30년 이상	226(83.1)	46(16.9)	
우울	비우울	570(81.8)	127(18.2)	.076 (.783)
	우울	250(82.5)	53(17.5)	
스트레스	낮음	411(81.2)	95(18.8)	.416 (.519)
	높음	409(82.8)	85(17.2)	
문제음주	정상음주	597(82.1)	130(17.9)	.025 (.874)
	문제음주	223(81.7)	50(18.3)	
자살생각	해 본 적 없음	747(82.1)	163(17.9)	.053 (.818)
	해 본 적 있음	73(81.1)	17(18.9)	

〈표 8〉 생명의 전화 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	$\chi^2(p)$
성별	남성	341(66.9)	169(33.1)	.345 (.557)
	여성	319(65.1)	171(34.9)	
연령	20대 이하	122(61.0)	78(39.0)	39.273 ($<.001$)
	30대	100(53.5)	87(46.5)	
	40대	138(62.2)	84(37.8)	
	50대	170(73.6)	61(26.4)	
	60대	130(81.3)	30(18.8)	
거주지역	중구	28(60.9)	18(39.1)	16.349 (.038)
	동구	12(57.1)	9(42.9)	
	미추홀구	97(70.3)	41(29.7)	
	연수구	80(64.5)	44(35.5)	
	남동구	128(70.7)	53(29.3)	
	부평구	121(70.3)	51(29.7)	
	계양구	70(65.4)	37(34.6)	
	서구	102(55.7)	81(44.3)	
주관적 경제수준	강화/옹진군	22(78.6)	6(21.4)	1.820 (.402)
	상	45(67.2)	22(32.8)	
	중	299(68.1)	140(31.9)	
거주기간	하	316(64.0)	178(36.0)	1.297 (.730)
	10년 미만	125(63.8)	71(36.2)	
	10년~20년 미만	101(66.9)	50(33.1)	
	20년~30년 미만	160(66.1)	82(33.9)	
우울	30년 이상	187(68.8)	85(31.3)	.086 (.769)
	비우울	458(65.7)	239(34.3)	
스트레스	우울	202(66.7)	101(33.3)	1.797 (.180)
	낮음	344(68.0)	162(32.0)	
문제음주	높음	316(64.0)	178(36.0)	3.331 (.068)
	정상음주	492(67.7)	235(32.3)	
자살생각	문제음주	168(61.5)	105(38.5)	.009 (.926)
	해 본 적 없음	601(66.0)	309(34.0)	
	해 본 적 있음	59(65.6)	31(34.4)	

〈표 9〉 자살예방센터 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	χ^2 (p)
성별	남성	430(84.3)	80(15.7)	6.641 (.010)
	여성	440(89.8)	50(10.2)	
연령	20대 이하	175(87.5)	25(12.5)	3.117 (.538)
	30대	156(83.4)	31(16.6)	
	40대	193(86.9)	29(13.1)	
	50대	203(87.9)	28(12.1)	
	60대	143(89.4)	17(10.6)	
거주지역	중구	41(89.1)	5(10.9)	2.984 (.935)
	동구	19(90.5)	2(9.5)	
	미추홀구	121(87.7)	17(12.3)	
	연수구	110(88.7)	14(11.3)	
	남동구	157(86.7)	24(13.3)	
	부평구	147(85.5)	25(14.5)	
	계양구	94(87.9)	13(12.1)	
	서구	159(86.9)	24(13.1)	
경제 수준	강화/옹진군	22(78.6)	6(21.4)	2.333 (.312)
	상	62(92.5)	5(7.5)	
	중	377(85.9)	62(14.1)	
거주기간	하	431(87.2)	63(12.8)	.761 (859)
	10년 미만	171(87.2)	25(12.8)	
	10년~20년 미만	131(86.8)	20(13.2)	
	20년~30년 미만	215(88.8)	27(11.2)	
우울	30년 이상	235(86.4)	37(13.6)	.006 (.936)
	비우울	606(86.9)	91(13.1)	
스트레스	우울	264(87.1)	39(12.9)	.273 (.601)
	낮음	443(87.5)	63(12.5)	
문제음주	높음	427(86.4)	67(13.6)	.099 (.422)
	정상음주	631(86.8)	96(13.2)	
자살생각	문제음주	239(87.5)	34(12.5)	.312 (.358)
	해 본 적 없음	790(86.8)	120(13.2)	
	해 본 적 있음	80(88.9)	10(11.1)	

〈표 10〉에서 보듯이 청소년복지상담센터의 경우 성별, 연령, 우울여부, 자살생각 경험여부에 따른 인지도 차이가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 여성의 경우 청소년복지상담센터에 대한 인지도가 94.9%로 남성(86.9%)에 비해 높게 나타났다. 대체로 연령이 높을수록 인지도가 높은 것으로 나타났으나 30대는 인지도가 86.6%로 모든 연령대에서 가장 낮았다. 우울 여부에 따른 청소년복지상담센터 인지도 차이 분석에서 우울을 경험하지 않았다고 응답한 집단에서 청소년복지상담센터의 인지도가 더 높은 것으로 나타났으며, 자살생각 경험 여부 역시 자살생각을 해 본 적 없다고 응답한 집단에서 청소년복지상담센터 인지도가 더 높았다.

[그림 1]에 제시한 바와 같이 정신건강복지센터는 동구와 서구를 제외한 전 지역에서 인지도가 가장 낮은 것으로 나타났고, 동구, 서구는 생명의 전화에 대한 인지도가 가장 낮았다. 대부분의 지역에서 자살예방센터와 청소년상담센터, 자살예방상담전화의 순으로 인지도가 높은 편이었다. 연수구, 남동구, 부평구의 경우 특히 청소년복지상담센터에 대한 인지도가 높았고, 강화/옹진군에서는 자살예방상담전화의 인지도가 가장 높게 나타났다. 동구와 서구의 경우 생명의 전화 인지도가 가장 낮았고 강화/옹진군의 경우 타지역에 비해 정신건강서비스에 대한 인지도가 약간 낮았으나 6개 기관에 대한 인지도는 고른 편이었다.

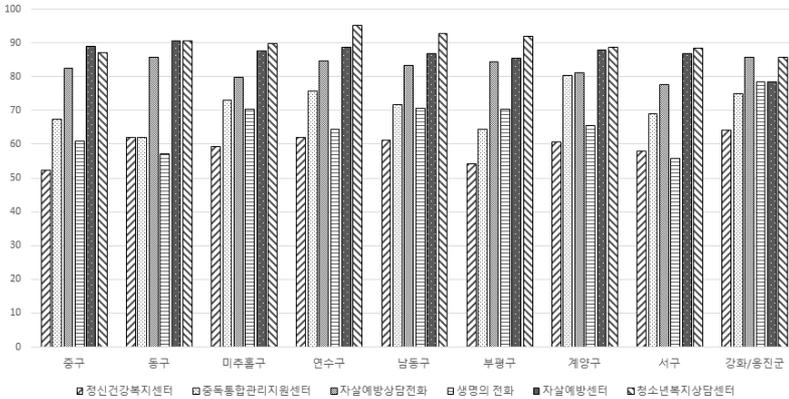
〈표 10〉 청소년복지상담센터 인지도

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인 지	비인 지	$\chi^2(p)$
성별	남성	443(86.9)	67(13.1)	19.315 (.001)
	여성	465(94.9)	25(5.1)	
연령	20대 이하	179(89.5)	21(10.5)	8.903 (.064)
	30대	162(86.6)	25(13.4)	

단위: 명, %(N=1,000)

구 분		인지	비인지	$\chi^2(p)$
연령	40대	200(90.1)	22(9.9)	8,903 (.064)
	50대	216(93.5)	15(6.5)	
	60대	151(94.4)	9(5.6)	
거주지역	중구	40(87.0)	6(13.0)	7,422 (.492)
	동구	19(90.5)	2(9.5)	
	미추홀구	124(89.9)	14(10.1)	
	연수구	118(95.2)	6(4.8)	
	남동구	168(92.8)	13(7.2)	
	부평구	158(91.9)	14(8.1)	
	계양구	95(88.8)	12(11.2)	
	서구	162(88.5)	21(11.5)	
주관적 경제수준	상	63(94.0)	4(6.0)	2,402 (.301)
	중	403(91.8)	36(8.2)	
	하	442(89.5)	52(10.5)	
거주기간	10년 미만	171(87.2)	25(12.8)	2,849 (.416)
	10년~20년 미만	139(92.1)	12(7.9)	
	20년~30년 미만	221(91.3)	21(8.7)	
	30년 이상	245(90.1)	27(9.9)	
우울	비우울	642(92.1)	55(7.9)	4,719 (.030)
	우울	266(87.8)	37(12.2)	
스트레스	낮음	464(91.7)	42(8.3)	.992 (.319)
	높음	444(89.9)	50(10.1)	
문제음주	정상음주	661(90.9)	66(9.1)	.047 (.828)
	문제음주	247(90.5)	26(9.5)	
자살생각	해 본 적 없음	831(91.3)	79(8.7)	3,256 (.071)
	해 본 적 있음	77(85.6)	13(14.4)	



[그림 1] 거주지역별 정신건강·복지서비스 인지도

V. 결론 및 논의

코로나19 팬데믹으로 인해 국민의 전반적인 정서 및 심리건강이 악화된 지난 약 2년의 시간 동안 한국 정신건강복지정책은 온 국민의 마음건강에 초점을 두고 수립되어 운영되고 있다. 이는 우리나라 정신건강복지정책과 서비스가 기존의 중증정신장애인 대상에서 사회 모든 구성원으로 확대 적용됨을 알리며 어느 때보다 서비스 접근성 및 이용 편리성이 강조됨을 의미한다. 개인의 서비스 필요성을 인지하고 실제 이런 필요성이 서비스 이용의 행위까지 이어지기까지는 많은 단계를 거치게 된다. 전진아 외²⁹⁾는 이 과정을 설명하며 지역사회 내 이용 가능한 서비스에 대한 정보와 인지가 매우 중요한 게이트 역할을 함을 강조했다. 실제 기존 연구에서도 서비스에 대해 인지하는 것이 이용자의 이용행위에 주요 영향을 미치는

29) 전진아 외, 앞의 논문.

요인임을 보고하고 있어³⁰⁾ 인지도에 대한 중요성은 이미 널리 논의되고 있는 바이다. 다만 여전히 서비스 인지도와 관련된 연구는 양적으로 매우 적으며 정신건강·복지서비스 영역에서의 인지도 연구는 매우 부족한 상황이다. 특히 다수의 정신건강 지표에서 취약성을 보이는 인천시민의 서비스 인지도에 대해서는 알려진 바가 거의 없다. 본 연구는 이런 연구의 간극을 메꾸기 위해 진행된 연구로 크게 인천시민의 정신건강 실태와 서비스 기관 인지도 실태를 파악하고 인천시민의 인지도와 관련된 요인을 살펴보는 데 그 목적을 두고 있다. 이를 위해 인천시에 거주하는 만 19세 이상 69세 이하 성인 1,000명을 10개 군·구, 성, 연령대별 비례할당으로 표집하여 조사를 진행했으며 SPSS 23.0을 활용하여 분석하였다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 인천시민의 정신건강 수준은 여전히 취약한 것으로 나타났다. 조사결과 인천시민의 스트레스 수준의 평균은 약 17점으로 나타났다. 이는 2013년 인천시에서 진행한 실태조사 결과³¹⁾ 대비 약 2점 이상 증가한 점수로 나타나며 이런 점수 상승이 코로나19로 인한 일시적인 효과인지 혹은 시간 차이에 따른 결과인지에 대해서는 정확한 해석은 어렵다. 다만 인천시민이 경험하는 일상생활에서의 스트레스 수준이 증가 추이를 보이고 있음은 이들의 스트레스 경감 및 관리를 위한 정책과 서비스 필요성을 알린다. 동시에 전체 응답자의 약 30%가 우울 경험 집단으로 구분되었으며 이는 기존 실태조사 결과와 크게 다르지 않은 것으로 파악되었다. 이는 즉 지난 수년간 인천시에서 실행한 다양한 정신건강 관련 정책과 서비스가 인천시민의 우울 경감에 크게 효과적이 아닐 수 있음을 알리는 결과로도 해석 가능하며 동시에 정책 효과성과 무관하게 2020년 코로나19로

30) 임효연·정은수, 앞의 논문.

31) 코리아리서치·인천광역시정신건강증진센터, 『2013년 인천시민 정신건강수준 및 인식도 조사』, 2013.

인해 인천시민의 전반적인 우울수준이 높아졌을 가능성을 시사하기도 한다. 또한 인천시민의 약 9%가 자살생각을 해본 적이 있는 것으로 나타났으며 이는 2013년 실태조사 결과 및 2018년 자살실태조사³²⁾ 결과 대비 증가한 것으로 파악된다. 다만 이는 일부 코로나19의 여파로도 해석 가능하다. 2021년 코로나19 국민 정신건강실태조사에 대한 복지부 자료³³⁾에 따르면 우리나라 국민의 자살생각 비율은 2020년 9.7%~13.8%의 범위를 가진 것으로 나타났다. 즉, 2020년에 실시된 본 연구조사의 결과는 전 국민 대상 결과에 대조해서 살펴봤을 때 코로나19로 인한 일시적인 증가로 해석 가능하다. 다만 이는 코로나19 시대를 살아가는 인천시민과 한국사회 구성원의 정신건강 취약성과 그 심각성을 알리며 지난 수년간 집중되어 실행해온 자살예방 사업의 방향과 실효성에 대한 검토가 필요함을 시사하기도 한다.

둘째, 정신건강·복지서비스에 대한 전반적인 인지도를 살펴본 결과 인천시민이 가장 높게 인지하고 있는 서비스는 청소년상담복지센터이며 그 다음으로 자살예방센터, 자살예방상담전화, 중독통합관리지원센터 등의 순으로 나타났다. 반면에 가장 잘 모르고 있는 기관은 정신건강복지센터인 것으로 나타났다. 이는 2013년 인천시 실태조사 결과와 비교했을 때 정신건강·복지서비스 기관에 대한 인식도가 크게 증가한 것으로, 2013년 당시 인천시민의 기관 인지도 수준이 14.9%~51.9%에 범위로 나타난 것에 비해 본 조사에서는 범위가 54.0%~90.8%로 나타났다. 특히 자살예방센터에 대한 인지도가 기존에 약 40%대에 머물렀던 것에 비해 본 연구에서는 응답자의 87%가 인지하고 있는 것으로 나타난 것과 자살예방상담전화에 대한 인지도 역시 80%를 우회하는 본 결과는 인천시민의 서비스 인지도가 전반적으로 증가한 것을 알려준다. 하지만 지역사회 내 정신건강복지

32) 서울대학교의과대학·서울대학병원·원광대학교, 『2018 자살실태조사』, 2018.

33) 보건복지부, 『2021년 코로나19 국민정신건강실태조사 보도자료』, (2021. 1. 11 배포).

서비스 제공의 중추적인 역할을 하는 정신건강복지센터에 대한 인지도가 낮게 나타난 것은 매우 우려되는 부분이다. 센터가 정신건강 관련 사업 및 정책에 대한 홍보를 종합적으로 진행하며 아동·청소년부터 노인까지 전 연령대 시민과 정신장애인을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공하는 중심기관임에도 불구하고 인천 다수의 지자체 내 시민이 기관에 대해 가지는 인지도는 다른 기관 인지도에 비해 낮게 나타났다. 이는 여전히 정신건강과 서비스에 대한 시민의 체감도는 낮음을 알려주며 지역 내 정신건강복지센터에 대한 보다 적극적인 홍보가 요구됨을 시사한다. 무엇보다 잠재적 대상자의 연령에 따른 차별화된 홍보전략이 요구된다. 예로 10-20대의 경우 인스타그램(Instagram), 틱톡(TikTok)과 같은 소셜미디어플랫폼을 활용하는 것도 하나의 방안이 될 수 있으며, 노인 인구를 위해서는 지역 내 병원, 요양시설, 경로당, 노인복지관 등 노인 친화적인 홍보리플렛을 작성해서 비치할 필요가 있을 것이다. 또한 정신적 어려움을 경험하는 장애인을 위한 홍보 방안 역시 요구된다. 시각장애인을 위한 점자홍보물, 발달장애인을 위한 맞춤형 홍보물 역시 대안이 될 수 있다.

셋째, 각 기관 인지도와 관련된 요인은 다르게 나타났다. 예로 정신건강복지센터와 중독통합관리지원센터의 경우 인천시민의 주관적 경제수준과 문제음주 여부에 따라 인지하는 정도가 다른 것으로 나타났다. 문제음주를 하는 개인이 정신건강복지센터와 중독통합관리지원센터에 대해 인지하는 정도가 높은 것으로 나타났다. 조사된 기관 중 중독통합관리지원센터의 경우 해당 지역 거주기간에 따라 인지도가 다른 것으로 나타났다. 본인이 거주하는 지역 내 산 기간이 오래될수록 기관에 대해 인지하는 비율이 높게 나타났다. 자살예방상담전화의 경우 여성이 남성보다 기관에 대해 인지하는 비율이 높았으며 주관적 경제수준이 높을수록 인지하는 비율 역시 높게 나타났다. 생명의 전화의 경우 특이한 점은 상대적으로 연령층이 낮은 시민의 경우 인지율이 낮게 나타났다는 부분이다. 40대 이상

인구에 비해 20~30대 인구의 인지율은 낮게 나타났다. 또한 청소년 상담 서비스를 제공하는 청소년복지상담센터의 경우에도 여성이 남성보다 인지율이 높게 나타났다. 지역별 인지도 차이가 유의하게 나타난 기관은 생명의 전화로 동구와 서구 구민의 인지율이 상대적으로 다른 지역 주민에 비해 낮은 것으로 나타났다. 이런 결과는 지역적 특성과 개인적 특성을 토대로 기초단체별 정신건강·복지서비스 및 제공기관에 대한 인지도 및 접근성 향상을 위한 노력이 필요함을 알린다.

본 연구는 인천 내 주요 정신건강·복지서비스 기관에 대한 인지도를 살펴본 연구로 인천시민의 전반적인 기관에 대한 인지도를 살펴보고 동시에 관련 요인을 파악하고자 했다. 연구결과를 종합적으로 살펴볼 때, 기존에 비해 기관에 대한 전반적인 시민의 인지도는 크게 상승한 것으로 보이며 이는 그동안 기관과 서비스를 알리는 민·관 협력 노력의 결과로도 이해할 수 있다. 다만 이 중 중심기관으로 기능하는 정신건강복지센터에 대한 시민의 인지도가 비교적 낮다는 결과는 향후 정신건강복지센터에 대한 홍보가 더 적극적으로 진행되어야 하며 홍보를 위한 플랫폼 다각화가 요구됨을 알린다. 반면에 자살관련 서비스를 제공하는 기관에 대한 인지도가 크게 향상된 것으로 보이는 본 연구결과는 그간 높은 자살률을 기록한 인천시가 오명을 벗어내고자 다각적으로 노력한 노력으로도 이해할 수 있다. 실제 인천시와 여러 정신건강·복지 유관기관에서는 기존의 홍보방식에서 벗어나 온라인 카드뉴스, 소셜미디어, 주요 의료시설 및 행정복지센터에 리플렛 비치, 기념품 제작 및 배포 등을 꾸준히 해왔으며 학교, 주민 시설 등을 포함한 다중시설 방문을 통해 집합교육과 홍보를 꾸준히 해왔다. 본 연구결과는 이런 노력의 결과로도 해석 가능할 것이다. 하지만 해석에 유의할 필요가 있는데, 2020년 조사의 경우 코로나19로 인해 온라인 조사로 진행되어 기본적으로 조사에 참여한 응답자의 선택적 편향이 있을 것으로 예측된다. 즉, 이미 온라인 플랫폼을 통해 정보 접근성을 가진 특

정 인구가 조사에 참여하여 연구결과가 정확히 인천시민 전체의 특성 및 인지도를 반영한다고 보기 어려울 수도 있다. 동시에 기관 명칭에 대해 알고 있더라도 실제 각 기관에서 어떤 서비스를 누구에게 제공하는지 그리고 서비스 이용 방법에 대해 인지하고 있다고 해석하기 어려운 부분이 있다. 이는 인지도의 범위와 깊이에 대해 추후 연구할 필요가 있음을 알린다.

본 연구는 아직까지 탐색되지 않은 인천시민의 정신건강·복지서비스 기관에 대한 인지도를 살펴보고 관련된 요인을 파악했다는 점에서 의의를 가진다. 하지만 연구한계 역시 존재하는데 앞서 언급한 것과 같이 첫째, 조사 참여자의 선택적 편향 가능성이 있으며 둘째, 인지도와 관련 있는 인구사회학적 요인과 정신건강 관련 요인 간의 관계를 살펴봤으나 인과관계를 규명해내지 못했다는 한계를 가진다. 추후 변수 간의 인과관계와 더불어 인지도와 실제 서비스 이용 행위 간의 관계를 살펴보는 연구 역시 진행되어야 할 것이다.

〈참 고 문 헌〉

- 강유진·강효진, 「노인복지서비스 인지도 및 이용의사에 영향을 미치는 요인」, 『노인복지연구』 제28권, 2005.
- 국립정신건강센터, 『2019 국민 정신건강지식 및 태도조사』, 2019.
- 김신영, 「노인복지서비스 인지도 결정요인 연구」, 『노인복지연구』 제32권, 2006.
- 보건복지부, 「2021년 코로나19 국민정신건강실태조사 보도자료」, 2021.
- 보건복지부·문화체육관광부, 『2020년 사회서비스에 대한 국민인식조사 결과보고서』, 2020.
- 서울대학교의과대학·서울대학병원·원광대학교, 『2018 자살실태조사』, 2018.
- 오미정·김민자·장경오, 「일 지역사회 학생의 정신건강상태, 정신건강인식, 정신건강복지센터와 정신건강사업에 대한 인식조사」, 『한국산학기술학회논문지』 제21권 제3호, 2020.
- 이병욱 외, 「한국어판 알코올 사용장애 진단 검사(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)의 개발: 신뢰도 및 타당도 검사」, 『중독정신의학』 제4권 제2호, 2000.
- 이선정 외, 『제4기 인천시 지역사회보장계획 2019-2022』, 인천광역시, 2019.
- 이종하 외, 「한글판 스트레스 자각척도의 신뢰도와 타당도 연구」, 『정신신체의학』 제20권 제2호, 2012.
- 이중섭, 「장애인복지서비스의 인지에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 『한국사회복지행정학』 제11권 제2호, 2009.
- 인천광역시, 「2019 정신건강종합시행계획」, 2019.

- 임효연·정은수, 「지역사회복지관 주민조직화 서비스의 이용의사에 영향을 미치는 요인: 앤더슨 행동모형의 적용을 통해 본 복지의식의 영향」, 『한국콘텐츠학회논문지』 제17권 제9호, 2017.
- 전진아 외, 『수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구』, 한국보건사회연구원, 2019.
- 조근호 외, 「위험 음주자의 선별을 위한 한국어판 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-K)의 최적 절단값」, 『중독정신의학』 제13권 제1호, 2009.
- 진재문·김수영, 「부산시 독거노인의 빈곤유형별 삶의 질 및 노인복지서비스 인지도에 관한 연구」, 『지방정부연구』 제20권 제1호, 2016.
- 천재영·최영, 「앤더슨 행동모델을 적용한 지역사회 주민의 정신건강서비스 이용요인 분석」, 『한국지역사회복지학』 제49권, 2014.
- 코리아리서치·인천광역시정신건강증진센터, 『2013년 인천시민 정신건강수준 및 인식도 조사』, 2013.
- Irwin, M., Artin, K. H. and Oxman, M. N., "Screening for Depression in the Older Adult: Criterion Validity of the 10-Item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)", *Archives of internal medicine*, Vol. 159, No. 15, 1999.
- Othman, S. et al., "Knowledge, utilization and barriers to primary care services for sexual and reproductive health among adolescents in secondary schools in Selangor, Malaysia". *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, Vol. 14, No. 1, 2019.
- Radloff, L. S., "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", *Applied Psychological Measurement*, Vol. 1, No. 3, 1977.

〈자료〉

인천광역시 정신건강 통계정보,

<https://public.tableau.com/app/profile/imhc/viz/17677/1>

인천광역시 정신의료기관,

<https://www.imhc.or.kr/localMentalHealth/mentalHospitals2.asp>

〈국문초록〉

인천시민의 정신건강·복지서비스 인지도에 대한 연구

김혜미·허선영

본 연구는 인천시민의 정신건강 실태를 파악하고, 정신건강·복지 서비스에 대한 인지도 및 인지도에 관련된 요인을 탐색함으로써 인천시민의 정신건강 증진을 위한 실천적, 정책적 방안을 제시하는 데 그 목적을 두었다.

인천시민의 경우 우울감 경험률, 음주율, 스트레스 경험률, 자살사망률 등 다수의 정신건강 지표에서 취약하며, 국내 다른 지역주민들과 비교했을 때에도 높은 수준으로 나타난다. 따라서 정신건강·복지서비스에의 접근성 향상 및 이용률 제고를 통해 인천시민의 정신건강을 증진시키는 노력이 시급히 요구된다. 지역사회 정신건강·복지서비스에 대한 인지도는 서비스 이용의향과 행위에 영향을 미침으로써 정신 건강 증진에 있어서 핵심적이고 중요한 요인이다. 그러나 인천시민을 대상으로 정신건강 서비스에 대한 인지도에 대한 연구는 극히 부족한 실정이다. 이에 본 연구는 인천시민의 정신건강·복지서비스 인지도 및 이에 관련된 요인을 살펴보고자 하였다.

1,000명의 인천시민을 대상으로 온라인 설문조사를 통해 얻은 조사 결과는 다음과 같다. 첫째, 인천시민의 정신건강 수준은 취약한 상태로 나타났다. 둘째, 2013년 인천시 실태조사의 결과에 비해 전반적으로 정신건강·복지서비스에 대한 인지도는 높아졌으며, 특히 자살예방센터와 청소년

상담복지센터에 대한 인지도가 높은 편이었다. 반면 정신건강·복지서비스의 중심적인 역할을 수행하는 정신건강복지센터에 대한 인지도가 비교적 낮게 나타나 지역사회 내 정신건강복지센터에 대한 적극적인 홍보가 필요한 것으로 나타났다. 이러한 연구 결과를 토대로 실천적, 정책적 함의를 논의하였다.

주제어 : 정신건강, 정신건강·복지서비스, 정신건강복지기관, 서비스 인지도, 인천시

〈ABSTRACT〉

Mental Health Social Work Service Awareness among Residents of Incheon Metropolitan City

Kim Hyemee & Heo Sun-Young

This study is an exploratory study with an aim to examine the Incheon residents' awareness on mental health social work service agencies. While service awareness has been identified as a key factor leading to service utilization, studies focusing on service awareness particularly in the field of mental health social work are limited. In particular, not much is known about the service awareness among Incheon residents even though mental health needs and problematic indices are highly noticeable in Incheon City. With an objective to assess the awareness level, an on-line survey was conducted and a total of 1,000 residents participated in the survey. The findings revealed that the service awareness had increased, and that residents were well aware of 'Suicide Prevention Center' and 'Youth Counseling and Welfare Center'. In comparison, a less number of people had knowledge of "Community Mental Health and Welfare Centers", a central mental health service agency, indicating a need for more active

and diversified advertisement tacts to reach a larger community. Based on the findings, several implications are discussed.

Key words : Mental health, Mental health and social work service, Mental health welfare service agencies, Service awareness, Incheon metropolitan city