

## 기초생활보장수급자의 정신건강실태와 재활

윤명숙\*

### 1. 머리말

최근 수년사이 경제위기과정에서 절대빈곤인구의 수가 거의 두 배로 증가하였으며(박능후, 2000), 국민기초생활보장법 실시로 공공부조사업이 본격화되면서 적극적 의미의 '일을 통한 복지대책'으로서 생산적 삶의 달성을 위한 자활의 중요성이 강하게 부각되고 있다. 보건복지부는 비취업대상자들이 노동시장에 진입할 수 있도록 재활프로그램, 지역봉사, 자활근로, 자활공동체, 취업지원 등의 단계적 전략을 제시하고 있다. 이에 따라 가장 하위프로그램인 재활프로그램이 2001년 6월부터 전국 22개 기관에서 시범사업 형식으로 약 4백명의 대상자들이 참여하는 가운데 진행 중에 있다. 이러한 재활프로그램은 조건부 수급자중 비취업자를 대상으로 심리사회적 문제를 가진 수급자들의 심리정서적 문제를 완화시키고 자활의욕을 고취하여 자활촉진을 기대하는 것을 목적으로 하고 있다. 이처럼 수급자들의 문제실태 및 대처방안에 대한 사회적 관심이 매우 높아지고 있으나 아직까지는 경제적 요인 즉 구직이나 직업유지를 통한 빈곤탈피에 일차적 초점이 주어진 상태이다. 그러나 빈곤층을 대변하는 이들 집단의 이질적인 속성과 다양한 욕구들로 인해 수급자들의 특성 및 문제점들을 일반화하거나 하나의 범주로 구성하기는 상당히 어려운 실정이다. 그러나 수급자들이 나타내는 문제유형 및 욕구에 대한 접근을 경제적 원조나 직업훈련 등 자활지원중심의 경제적 접근으로 한정하고 해결하는 것은 제한적 성격을

---

\* 전북대학교 사회복지학과 교수.

가지기 때문에 통합적 실천 측면에서 다루어줄 필요가 있다. 수급대상자들의 문제를 복지적이고 통합적 관점에서 접근하고 실천하는데 있어서 중요하게 부각되어야 하는 점은 그들이 가지고 있는 부정적인 속성이 아니라 그들이 지닌 성장과 발전의 잠재력을 개발하고 회복하는 재활(rehabilitation)의 관점을 인정하는 것이다. 무엇보다 중요한 점은 수급대상자들의 정신건강이 이들의 효과적인 사회적응 및 자활을 통한 생산성 증진에 필수적이라는 점이다. 자활사업의 진행과정에서 많은 실무자들을 통해 보고되고 있는 수급자들의 폭음 및 만성적 음주, 심신미약, 무기력증, 가정폭력 등의 문제는 이들의 효과적인 재활을 위해 정신건강차원에서 우선적으로 다루어야 하는 중요한 표적요인들 중의 하나이다. 음주문제를 가진 사람들은 가정폭력비율이 높고 무기력한 특성을 나타내는 경향이 높으며 다른 약물남용과 정신질환을 가질 비율이 높고, 현재 지역사회내에 만성적인 알코올중독자의 비율이 높을 것으로 추정되기도 한다. 수급자들의 음주문제, 불안 등 정신건강 문제는 이들의 효과적인 자립 및 빈곤탈피에 부정적 영향을 미치게 되고, 빈곤의 장기화에 중요한 결정인자로 작용할 가능성이 높다. 따라서 심리사회적 문제를 가진 수급자들을 대상으로 이들의 정신건강에 대한 인식을 높이고 효과적인 문제해결방안을 안내하는 지역사회중심의 전문적인 재활프로그램을 개발하여 이들의 재활을 촉진시킬 필요가 있다. 그러나 현재 진행중인 대다수의 재활프로그램이 실제적인 이들의 정신건강 현황 및 욕구에 기초하여 이루어지지 못한 한계점을 가지고 있다. 또한 현재의 수급권자 선정과정에서 대상자들의 정신건강상태를 측정하고 기준화시킨 분류기준이 아니어서 일반수급자와 조건부 수급자들 간 정신건강의 명백한 차이가 존재할 가능성이 상대적으로 낮을 수 있다. 최근까지 수급자들의 정신건강문제는 상대적으로 관심의 대상이 되지 못했고 빈곤계층의 정신건강에 초점을 맞춘 연구실적은 매우 저조한 실정이다. 따라서 본 연구는 기초생활수급자들의 정신건강실태와 문제점에 대해 탐색적으로 파악하고 이를 기반으로 수급자들의 정신건강증진 및 자활촉진을 위한 전문적인 재활프로그램 개발의 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 한다.

## 2. 빈곤과 정신건강

정신건강에 대한 단일 개념은 아직 합의되지 않았지만 기분이 좋은 상태나 행복, 만족, 성취와 같은 상태(Stuart & Sundeen, 1987)를 뜻한다. 정신건강에 대한 여러 사전적, 문헌적 의미를 종합해보면 정신건강이란 정신적 건강의 유지, 증진을 위한 활동, 최

적의 인간관계를 유지하는 것, 문제를 해결하기 위한 에너지를 갖는 것, 정신과 신체의 역동적인 상태를 유지하는 것, 안녕 상태의 속성을 포함하는 개념으로 볼 수 있다. 기존의 실직, 노숙관련 연구들(권구영 외, 1999; 김유순 외, 1998; 인도주의 의사실천협의회, 1999 등)을 통해 실직, 노숙자들의 정신건강문제가 일반인들에 비해 심각하며 특히 음주 문제, 불안, 우울 등의 증상이 심각한 것으로 보고되고 있다. 이영문 등이(1999:1234~1243) 저소득층 536명을 대상으로 한 연구에서 무직이나 단순근로직이, 교육수준이 낮을수록, 월세나 임대로 사는 사람이, 지역생활에 불만족한 계층에서 전반적인 정신건강 수준과 사회생활적응도가 낮게 나타났으며 불안이나 우울감 정도도 더 높은 것으로 나타났다. 또한 경제생활수준과 교육수준이 높을수록 정신건강수준도 높아지는 경향이 나타났다. 우리나라의 경우 정확한 추계는 없으나 최근 들어 급격한 증가를 보이고 있는 의료보호진료비 중 18.76%가 정신질환으로 인한 지출(한국보건 의료관리연구원, 1998)로 나타나 의료보험의 정신질환으로 인한 지출 2.78%와 비교해볼 때 빈곤층의 정신질환 문제가 상대적으로 심각하다는 것을 추정해볼 수 있다. 또한 저소득층의 자립실패요인을 살펴본 연구결과에 따르면 적절한 자립기술의 부족, 자영업 자본의 부족, 자립의욕의 결여, 사회적 지원망과 관심의 결여, 대인관계능력의 결여 등으로 나타나 저소득층의 자립을 위한 체계적이고 구조적인 서비스 제공이 필요한 것으로 나타나 심리사회적 측면도 중요한 요인으로 제시되는 것을 알 수 있다(박용순, 2001) 외국의 선행연구결과 빈곤계층이 빈곤하지 않은 계층보다 정신건강상태가 좋지 않은 것으로 나타나고 있고(Gary, 1985; Belle, 1999 등), 빈곤계층이 더 스트레스가 높으며 우울 및 불안의 정도가 높은 것으로(Kessler, 1986; Patel 외, 1999) 보고되고 있다. 장기간 실직상태인 경우 무기력, 절망, 비관주의, 숙명론(Kaufman, 1984; Harrison, 1984)에 빠지기도 하는 것으로 나타났다. 또한 장기적 실업은 가족간의 긴장, 우울, 절망감을 증가시키고, 경제적 곤란과 결혼 파탄, 자신감 상실, 자기가치감 감소 등을 초래하는 것으로 알려져 있다.

수급자들 중의 일부는 오랜 빈곤화 및 장기실직 과정에서 자존감 상실, 대인관계 취약, 자기관리 취약 등의 문제가 발생할 수 있다. 실제로 진단서 등으로 명확히 드러나는 문제가 아니라고 할지라도 상당한 숫자가 현실부적응의 문제를 가지고 있는 것으로 사회복지담당공무원들이 보고하고 있다. 수급자들은 1종과 2종의 의료보호를 통해 자신들의 정신건강 문제에 대한 전문적 치료를 받기도 하지만 대다수는 치료가 필요함에도 불구하고 지역사회내에 방치되어 있는 경우가 많은 실정이다. 무엇보다도 수급자들의 정신건강 문제를 다룰 수 있는 재활관련 프로그램 관련 시설이나 자원이 절대적으로 부족한 상태이기 때문에 필요한 서비스로부터 소외된 계층이 다수 존재할 것으로 추론할 수 있다.

### 3. 정신건강실태 조사

#### 1) 연구대상

전라북도 전주, 정읍지역을 대상으로 사회복지전담공무원과 보건소 정신보건전문요원들의 명단 협조를 받아 20세 이상 일반남성 178명과 국민기초생활보장법 수급자인 남성 130명 총 308명을 대상으로 20001 4월 13일~4월 30일 사이 훈련받은 면접요원들에 의해 구조적 면접조사(structuralized interview)하였다. 지역규모와 지역특성, 국민기초생활보장법 수급자 수 등을 고려하여 표본추출은 23개 읍·면·동의 인구수에 비례하여 할당하였다.

#### 2) 조사도구

Goldberg(1972), Goldberg 와 Hiller(1979)에 의해 개발된 일반정신건강검사(General Health Questionnaire: GHQ)는 일반인들을 대상으로 정신질환의 가능성을 일차적으로 검색하는 도구이다. GHQ는 신체증상(somatic symptom), 불안 및 불면증(anxiety and Insomnia), 사회적 부적응(social dysfunction), 심한 우울증(severe depression)의 4개 하위 척도로 구성되어 있고 각 항목별 7개 문항 씩 총 28개 문항으로 이루어져 있다. 본 조사에서는 국립나주정신병원(1998)이 표준화한 척도를 사용하였으며 척도별 신뢰도는 Cronbach's alpha .77-.85사이로 높게 나타났다. 각 문항별로 '전혀 그렇지 않다'(0)에서 "평소보다 훨씬 더 그렇다"(3)까지의 4점 척도로 측정하였다.

대상자들의 음주문제를 평가하기 위해 알코올사용장애선별검사(Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)와 한국형 알코올의존 선별검사(Alcoholism Screening Test of Seoul National Mental Hospital: NASTI)를 사용하였다. AUDIT는 세계보건기구에서 개발한 선별도구로서 음주문제를 가질 위험이 있는 개인을 조기에 발견하는 데 적합한 도구이다. 총 10문항의 5점 likert척도로서 지난 1년 동안 개인이 경험한 음주의 빈도와 양, 알코올의존 증상, 음주와 관련된 문제 등 세 영역을 측정한다. 측정방법은 '전혀 마시지 않는다' 또는 '전혀 없다'의 0점에서 '일주일에 4번 이상', '7~9잔', '거의 매일'의 4점까지 측정되며 주량에 대한 질문에서는 '10잔 이상'의 5점이 포함된다. 총점이 8점이상인 응답자는 보다 전문적인 진단과 평가를 필요로 하는 문제음주자로 선별된다.

Cronbach's alpha .88로 내적 신뢰도가 높게 나타났다. NAST(I)는 국내에 적합하게 수정된 도구로서 알코올사용장애를 이미 가지고 있는 개인의 선별에 적합한 척도로서 총 12문항으로 구성되어 있으며, '그렇다'라고 응답한 문항이 4개 이상 또는 가중치 점수 12점 이상이면 알코올의존 치료를 받아야 할 최소수준으로서 알코올의존으로 진단될 가능성이 매우 높은 것으로 본다. 본 연구에서의 Cronbach's alpha .84로서 신뢰도가 높게 나타났다.

### 3) 조사결과 분석

#### (1) 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음과 같다(〈표 1〉). 조사대상자의 연령은 40~49세가 전체 21.8%를 차지하여 가장 많았으며, 50~59세가 19.5%, 60~69세가 18.5%였으며 평균 연령은 50.69세로 나타났다. 특히 농촌지역의 특성을 감안하여 60세 이상의 노인층이 일반남성의 경우 28.6%, 수급자들의 경우 37%를 차지하는 등 상대적으로 높게 나타났다. 대상자들의 결혼형태는 기혼이 전체 77.2%로 많았고 미혼이 15.3%, 사별이나 이혼 및 별거가 5.5%로 나타났다. 특히 수급자들의 경우 이혼 및 별거 6.2%, 사별 6.2% 총 12.4%로 나타나 일반남성에 비해 상대적으로 높았다. 학력은 전체적으로 고등학교졸업학력이 28.6%, 초등학교졸업이 25%, 대학이상이 18.2%로 나타났으나 일반남성의 경우 고등학교졸업이 가장 많은 33.1%를 차지하고 있는데 반해 수급자들의 경우 초등학교 졸업이 39.2%로 가장 높게 나타나 대상자들간의 학력 불균형이 크게 나타나고 있다.

가구구성 형태를 살펴보면 대상자의 64.5%가 배우자 및 자녀와 함께 살고 있는 핵가족 형태를 가지고 있으며, 부모님과 사는 경우가 15.6%, 부모님을 모시고 배우자 및 자녀와 살고있는 경우가 8.5%로 나타났다. 수급자들의 경우 혼자 사는 경우가 12.3%, 일정하지 않은 경우가 5.4%로 나타나 상대적으로 안정성이 낮게 나타났다. 종교를 보면 전체적으로 종교를 가진 응답자가 50%로 절반정도 수준이었으며 이중 기독교가 23.9%, 불교가 15.4%로 나타났다.

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성

구분	내용	일반		수급자		계	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%
연령	29세 이하	30	16.9	6	4.6	36	11.7
	30~39세	33	18.5	13	10.0	46	14.9
	40~49세	37	20.8	30	23.1	67	21.8
	50~59세	27	15.2	33	25.4	60	19.5
	60~69세	30	16.9	27	20.8	57	18.5
	70세 이상	21	11.7	21	16.2	42	13.6
	계	178	100	130	100	308	100
결혼형태	미혼	33	18.6	14	10.8	47	15.3
	기혼	140	79.1	97	74.6	237	77.2
	이혼 또는 별거			8	6.2	8	2.6
	사별	1	.6	8	6.2	9	2.9
	동거	3	1.7	2	1.5	5	1.6
	기타			1	.8	1	.3
	계	177	100	130	100	307	100
학력	무학 또는 한문수학	15	8.4	24	18.5	39	12.7
	초등졸	26	14.6	51	39.2	77	25.0
	중등졸	27	15.2	21	16.2	48	15.6
	고등졸	59	33.1	29	22.3	88	28.6
	대학이상	51	28.7	5	3.8	56	18.2
	계	178	100	130	100	308	100
동거가족	혼자 따로	8	4.5	16	12.3	24	7.8
	형제, 자매와	1	.6	1	.8	2	.7
	부모와	32	18.1	16	12.3	48	15.6
	배우자(자녀포함)와	122	68.9	76	58.5	198	64.5
	부모, 배우자(자녀포함)와	14	7.9	12	9.2	26	8.5
	부모, 배우자(자녀포함), 친인척과			2	1.5	2	.7
	기타			7	5.4	7	2.3
계	177	100	130	100	307	100	
종교	불교	30	17.0	17	13.1	47	15.4
	원불교	8	4.5	1	.8	9	2.9
	천주교	7	4.0	2	1.5	9	2.9
	기독교	36	20.5	37	28.5	73	23.9
	기타종교	10	5.7	5	3.8	15	4.9
	없다	85	48.3	68	52.3	153	50.0
	계	176	100	130	100	306	100

대상자들의 사회경제적 특성을 살펴보면(〈표 2〉), 직업 유형면에서 일반남성의 경우 농어축산업이 전체의 33.0%, 판매·서비스직이 25.2%, 사무직 14.2%로 나타났다. 수급자들의 경우 51.2%가 무직인 것으로 나타났고, 24.8%가 농어축산업, 판매·서비스직 9.3%으로 나타났다. 대상자 가족의 월평균 수입을 살펴보면 일반인의 경우 100~149만원이 24.0%, 50만원 미만이 24.6%로 낮게 나타났고, 수급자의 경우는 50만원 미만이 80.6%, 50~99만원이 13.2%로 나타났다. 주거형태의 경우 일반인의 경우 자가 77.8%로 높게 나타났고 수급자의 경우도 50.8%로 나타났는데 이는 주택보급률이 높은 지역적 특수성을 반영한 것으로 보인다. 그러나 수급자들의 경우 월세의 비율이 23.8%로 두 번째로 높게 나타나 주거 안정성이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

〈표 2〉 대상자의 사회경제적 특성

구 분	내 용	일 반		수 급 자		계	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%
직업	전문직	8	4.5	1	.8	9	3.0
	관리직	5	2.8	2	1.6	7	2.3
	사무직	25	14.2			25	8.2
	판매/서비스직	44	25.0	12	9.3	56	18.4
	생산직	6	3.4	11	8.5	17	5.6
	농어축산업	58	33.0	32	24.8	90	29.5
	무직	15	8.6	66	51.2	81	26.5
	기타	15	8.5	5	3.9	20	6.6
	계	176	100	129	100	305	100
월수입	50만원 미만	43	24.6	104	80.6	147	48.4
	50~99만원	28	16.0	20	15.6	48	15.8
	100~149만원	42	24.0	5	3.9	47	15.5
	150~199만원	24	13.7			24	7.9
	200~249만원	12	6.9			12	4.0
	250~299만원	9	5.1			9	3.0
	300~349만원	3	1.7			3	1.0
	350~399만원	5	2.9			5	1.6
	400만원 이상	9	5.1			9	3.0
	계	175	100	129	100	304	100
주거형태	자가	137	77.8	66	50.8	203	66.3
	전세	24	13.6	23	17.7	47	15.4
	월세	6	3.4	31	23.8	37	12.1
	기타	9	5.1	10	7.7	19	6.2
		계	176	100	130	100	306

(2) 음주문제

전체 조사대상자중 65.9%가 음주자인 것으로 나타났고 최근 전혀 술을 마시지 않았다고 응답한 비율이 일반인의 경우 27.5%, 수급자의 경우 43.1%로 나타났다. 음주 빈도면에서 보면 일반남성들이 수급자들에 비해 더 자주 음주하는 것으로 나타났다. 전체 대상자들의 음주빈도를 살펴보면 일주일에 2~3번이 20.8%, 일주일에 4번 이상이 20.5%로 나타났다. 한국성인들을 대상으로 한 김용석의 연구(1999)에서 나타난 일주일에 3~4번(10.6%), 노숙자들을 대상으로 한 유채영 등(2000)의 연구에서 일주일에 2~3번이 22.6%, 일주일에 4번 이상이 10.1%로 나타난 것과 비교해보면 조사대상자들의 음주빈도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

최근에 주로 마시는 술의 종류( <표 4>)로는 74.48%가 소주를 가장 많이 마신다고 하였으며, 매주 16.17%, 막걸리 8.33% 순 이었다. 조사대상자들이 한번 음주할 때 10잔 이상 음주하는 경우가 18.8%로 가장 많았으며, 3~4잔, 7~9잔의 순서로 나타났다. 전체 대상자의 31.5%가 평균 7잔 이상 폭음하는 비율이 높은 것으로 나타났으며, 수급자들에 비해 일반남성들이 더 많은 양을 음주하는 것으로 나타났다.

<표 3> 음주자 비율과 음주빈도

구 분	일반		수급자		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
전혀 마시지 않는다	49	27.5	56	43.1	105	34.1
한달에 한번이상	19	10.7	12	9.2	31	10.1
한달에 2~4번	22	12.4	23	17.7	45	14.6
일주일에 2~3번	45	25.3	19	14.6	64	20.8
일주일에 4번이상	43	24.2	20	15.4	63	20.5
계	178	100	130	100	308	100

$\chi^2 = 1.3886$  df = 4 p=.008

<표 4> 조사대상자의 음주량

구 분	일반		수급자		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
전혀 마시지 않는다	49	27.5	56	43.1	105	34.1
1~2잔	20	11.2	16	12.3	36	11.7
3~4잔	27	15.2	21	16.2	48	15.6
5~6잔	15	8.4	7	5.4	22	7.1
7~9잔	25	14.0	14	10.8	39	12.7
10잔 이상	42	23.6	16	12.3	58	18.8
계	178	100	130	100	308	100

$\chi^2 = 12.142$  df=5 p=.033



조사대상자중 문제음주자 비율을 분석해본 결과 50.3%가 문제음주자인 것으로 나타나 대상자의 1/2가 음주문제를 가지고 있으며 이들을 대상으로 하는 보다 적극적인 예방 활동이 필요한 것으로 보인다. 이 결과는 동일척도를 사용하여 한국 일반남성을 측정한 문제음주비율인 32.2% (김용석, 1999), 31.2% (제갈정, 2000) 보다 매우 높은 비율을 보이고 있다. 문제음주자 비율을 일반인과 수급자로 나누어 살펴본 결과 일반인중 문제음주자의 비율은 56.7%로 수급자의 41.5%에 비해 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타났다(〈표 5〉).

조사대상자들의 알코올의존정도를 살펴본 결과 전체대상자의 16.9%가 알코올의존자인 것으로 나타나 한국 일반 남성의 알코올의존비율 10.1% (김용석, 1999)와 비교하여 상대적으로 높고 노숙자들의 29.6% (유채영 외, 1999) 보다는 낮은 것으로 나타났다. 일반인과 수급자의 알코올의존비율을 살펴보면(〈표 6〉), 일반남성 중 14.6%가 알코올의존자, 수급자중 20.2%가 알코올의존자로서 수급자의 알코올의존 비율이 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의미하지는 않았다.

〈표 5〉 일반인/수급자의 문제음주자 비율

구 분	일반		수급자		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
정상군	77	43.3	76	58.5	153	49.7
문제음주군	101	56.7	54	41.5	155	50.3
계	178	100	130	100	308	100

$$\chi^2 = 6.946 \text{ df}=1 \text{ p} = .011$$

〈표 6〉 일반인/수급자의 알코올의존자 비율

구 분	일반		수급자		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
알코올의존 무	152	85.4	103	79.8	255	83.1
알코올의존 유	26	14.6	26	20.2	52	16.9
계	178	100	129	100	307	100

$$\chi^2 = 1.637 \text{ df}=1 \text{ p} = .220$$

〈표 7〉 알코올의존자의 일반정신건강 비교

	구분	빈도	평균	표준편차	t
일반정신건강	알코올의존 무	255	28.89	13.61	-3.423***
	알코올의존 유	52	36.35	12.13	
신체증상	알코올의존 무	255	7.71	4.50	-2.102**
	알코올의존 유	52	8.94	3.72	
불안 및 불면증	알코올의존 무	255	7.31	4.22	-3.381***
	알코올의존 유	52	9.46	4.18	
사회적 부적응	알코올의존 무	255	9.91	3.75	-2.655**
	알코올의존 유	52	11.31	3.39	
심한 우울	알코올의존 무	255	4.96	3.99	-2.625*
	알코올의존 유	52	6.63	4.22	

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

알코올의존으로 분류된 집단과 그렇지 않은 집단의 일반정신건강정도를 비교해본 결과 (〈표 7〉), 알코올의존자들의 정신건강상태가 더 안 좋은 것으로 나타났다. 또한 신체 증상, 불안 및 불면증, 사회적 부적응, 심한 우울영역에서도 모두 더 상태가 안 좋은 것으로 나타나 심한 음주와 그로 인한 상태가 이들의 정신건강에 부정적 영향을 미치고 있는 것으로 보인다.

(3) 가정폭력

가정 내 폭력여부를 살펴본 결과 (〈표 8〉), 조사대상자들 중 가정폭력을 경험한 적이 있는 사람은 11.8%에 달하는 것으로 나타났다. 이 결과는 전라북도지역 결혼한 성인여성들을 대상으로 한 연구(윤명숙, 2000)에서 보고된 11.9%와 거의 유사한 비율이다. 폭력을 행사하는 가해자는 80.6%가 본인으로 가장 많았고, 부부가 서로 폭력을 행사하는 경우도 6.5%로 나타났다. 가정폭력이 있다고 응답한 비율을 살펴보면 기초생활 수급자들이 15.5%로 일반남성 9.1%보다 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의미하지 않았다.

〈표 8〉 일반인과 수급자의 가정폭력 비교

구분	내용	일반		수급자		계	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%
가정폭력유무	있다	16	9.1	20	15.5	36	11.8
	없다	159	90.9	109	84.5	268	88.2
	계	175	100	129	100	304	100

$\chi^2 = 2.878, df = 1, p = .107$

(4) 정신건강

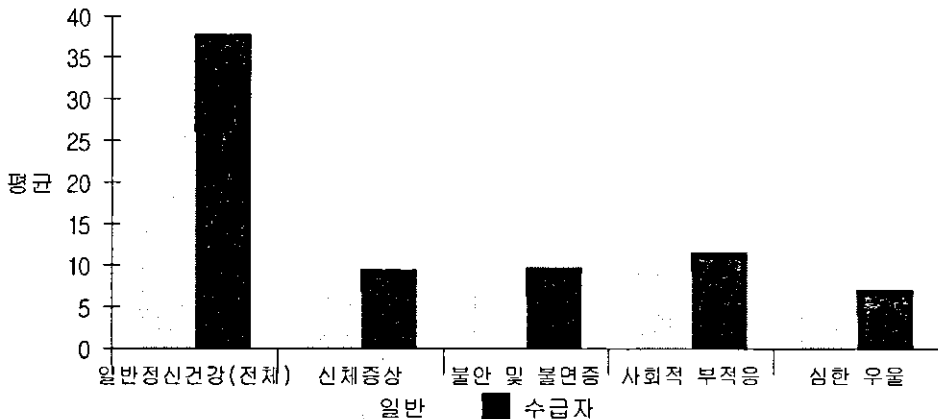
일반인과 수급자들의 정신건강정도를 비교해 본 결과 수급자들의 정신건강수준이 일반 남성들에 비해 통계적으로 유의미하게 낮은 것으로 나타났다(〈표 9〉). 이것을 하위영역별로 살펴볼 때 전체 4개 영역 모두 수급자들의 정신건강 정도가 낮게 나타났고 특히 사회적 부적응영역이 가장 문제가 많았고, 불안 및 불면증 영역순으로 나타나 수급자들이 자신이 쓸모 없는 역할을 한다고 느끼거나 생존경쟁 속에서 낙오되어 있다고 느끼고, 불안 및 두려움, 근심걱정을 경험하는 정도가 일반남성들에 비해 더 높은 것으로 추정된다(〈그림 1〉).

〈표 9〉 일반인과 수급자의 일반정신건강 비교

	구분	빈도	평균	표준편차	t
일반정신건강	일반	178	25.93	11.02	-8.317***
	수급자	130	37.74	13.89	
신체증상	일반	178	6.78	3.84	-5.495***
	수급자	130	9.44	4.65	
불안 및 불면증	일반	178	6.15	3.59	-7.809***
	수급자	130	9.69	4.35	
사회적 부적응	일반	178	9.11	3.70	-6.076***
	수급자	130	11.54	3.27	
심한 우울	일반	178	3.89	2.95	-7.329***
	수급자	130	7.07	4.65	

\*\*\*p<.001

〈그림 1〉 일반인과 수급자의 정신건강 비교



일반정신건강의 위험집단(20%)과 비위험집단(80%)을 구분하여 본 결과(〈표 10〉) 위험집단에 속하는 사람이 일반남성의 경우 9.6%였으나 수급자들의 경우 34.6%로 높게 나타나 수급자들의 정신건강이 매우 심각할 수 있다는 점을 나타내주고 있다.

수입에 따른 일반정신건강의 차이를 살펴본 결과 〈표 11〉과 같이 수입이 낮을수록 정신건강 정도가 안 좋은 것으로 나타났으며 하위 네 영역에서도 모두 유의미한 차이가 나타났다. Scheffe's test에 의해 사후검정한 결과 월평균소득 50만원이하인 대상자들이 월평균소득 150만원미만인 집단, 150만원 이상인 집단과 유의미한 차이가 나타나 소득이 낮은 경우 정신건강상태가 안 좋은 것으로 분석된다. 이로 미루어볼 때 저소득층에 대한 정신건강 증진에 주의점이 주어져야 할 것으로 보인다.

〈표 10〉 일반정신건강 집단 구분

구분	일반정신건강		
	위험군	비위험군	계 빈도(%)
일반	17 (9.6)	161 (90.4)	178 (100)
수급자	45 (34.6)	85 (65.4)	130 (100)
계	62 (20.1)	246 (79.9)	308 (100)

$\chi^2=29.357$  df=1 p=.000

〈표 11〉 수입에 따른 일반정신건강 분산분석

변수	구분	df	SS	MS	F
일반정신건강	집단간	2	8831.557	4415.778	28.290***
	집단내	301	46982.180	156.087	
	계	303	55813.737		
신체증상	집단간	2	575.270	287.635	16.385***
	집단내	301	5283.888	17.554	
	계	303	5859.158		
불안 및 불면증	집단간	2	882.274	441.137	28.601***
	집단내	301	4642.516	15.424	
	계	303	5524.789		
사회적부적응	집단간	2	224.795	112.398	8.474***
	집단내	301	3992.310	13.263	
	계	303	4217.105		
심한 우울	집단간	2	657.232	328.616	22.585***
	집단내	301	4379.558	14.550	
	계	303	5036.789		

\*\*\*p<.001

일반정신건강과 관련요인들의 상관관계를 살펴보면(〈표 12〉), 연령이 일반정신건강 전체 그리고 하위영역으로 신체화, 불안 및 불면, 심한 우울과 정적상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 수입은 일반정신건강과 네 개 하위영역모두와 부적상관관계를 가지고 있고, 교육수준은 일반정신건강 전체와 하위영역 중 신체화, 불안 및 불면, 심한 우울과 부적상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 나이가 많을수록 신체화 증상이나, 불안 및 불면증상, 심한 우울을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 교육수준이 낮을수록 정신건강 정도가 더 안 좋고 신체화 증상이나, 불안 및 불면증상, 심한 우울을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 또한 월평균 수입이 적을수록 더 많은 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타났다.

정신건강에 영향을 미치는 요인들을 살펴본 결과(〈표 13〉) 전체대상자들의 경우 직업이 있고 가정폭력이 없으며 수입이 많을수록, 교육수준이 높을수록 정신건강이 좋은 것으로 나타났다. 대상자를 분류하여 살펴본 결과 일반남성의 경우 직업이 없을 경우 정신건강이 안 좋은 것으로 나타나 직업을 통한 일이나 생산성이 그 사람의 정신건강에 영향을 미치는 것으로 보인다. 반면, 수급자들의 경우 가정폭력이 있을 경우 정신건강이 안 좋은 것으로 나타났는데, 이것은 실제적으로 수급자집단의 교육, 수입, 직업의 변량이 적은 사실을 반영한 결과로 해석할 수 있다.

〈표 12〉 일반정신건강 상관관계표

	일반정신 건강	신체증상	불안 및 불면증	사회적 부적응	심한우울	연령	교육수준	직업	수입
일반정신 건강	1.000								
신체 증상	.814***	1.000							
불안 및 불면증	.907***	.672***	1.000						
사회적 부적응	.711***	.371***	.552***	1.000					
심한 우울	.857***	.592***	.745***	.479***	1.000				
연령	.211***	.255***	.203***	-.030	.242***	1.000			
교육 수준	-.316***	-.289***	-.327***	-.055	-.351***	-.653***	1.000		
수입	-.328***	-.282***	-.321***	-.321***	-.280***	-.409***	.570***	-.420***	1.000

〈표 13〉 정신건강에 영향을 미치는 요인

		전 체			일 반			수 급 자		
		b	$\beta$	t	b	$\beta$	t	b	$\beta$	t
중 속 변 수	연령	-.0001	-.002	-.025	-.005	-.088	-.640	.133	.140	1.196
	교육수준	-.479	-.173	** -2.159	-.195	-.084	-.716	-.466	-.143	-1.262
	거주형태	-1.290	-.067	-1.154	-1.503	-.067	-.811	-.427	-.026	-.276
	수입수준	-.001	-.116	*-1.714	-.008	-.084	-.905	-.005	-.131	-1.294
	결혼형태	-1.986	-.058	-.926	-.157	-.005	-.052	-2.033	-.062	-.643
	음주문제	-.403	-.015	-.267	1.316	.059	.741	-.248	-.009	-.097
	가정폭력	4.528	.019	**1.947	2.919	.079	.975	6.559	.173	* 1.845
직업유무	-8.071	-2.262	***-4.164	-9.203	-.227	** -2.834	-2.858	-.104	-1.030	
constant	46.494		9.352	42.584		6.061	38.905		4.748	
		$R^2 = .237$ F = 10.425			$R^2 = .0.097$ F = 2.0444			$R^2 = .179$ F = 2.925		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

#### 4. 결과 및 제언: 재활프로그램의 탐색

##### 1) 제언

전라북도 전주, 정읍지역의 20세 이상 일반남성 178명과 국민기초생활보장법 수급자인 남성 130명 총 308명을 대상으로 행해진 위의 연구결과를 토대로 서비스의 방향을 간략히 제언해보면 다음과 같다.

첫째, 기초생활보장법 수급권자들의 삶의 질과 정신건강 증진을 위한 프로그램 개발이 시급하다. 특히 연령이 높은 사람들과 교육수준이 낮은 사람들의 정신건강 상태가 더 저하되어 있다는 결과에 기반하여 60세 이상 노년층과 저학력층의 정서적 안정을 지원하는 정서지원프로그램 개발이 필요하다. 수급권자들의 경우 정신건강 전체 영역에 걸쳐서 비교집단인 일반남성들보다 문제가 더 심각한 것으로 나타나 이들 집단의 삶의 질 향상과 정신건강 향상을 위해 동기증진 프로그램, 개별화된 사례관리 프로그램 등의 활성화와 소득보장 프로그램과의 실제적 연계를 통해 구조화되고 통합된 사회복지 서비스 개입이

시급하다.

둘째, 지역사회 음주문제의 적극적인 해결을 위한 지역사회 중심의 예방, 치료, 재활 체계구축과 동시에 정보-자원의 연계망 구축이 필요하다. 연구결과 수급자중 문제음주자의 비율이 한국 일반남성들의 수준에 비교할 때 매우 높게 나왔다는 점에 비추어 볼 때 보다 적극적인 지역사회 예방 프로그램이 필요하다는 것을 시사해주고 있다. 또한 수급권자중 전문적인 알코올중독 치료가 필요한 알코올의존자의 비율이 일반인들에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 특히 폭음현상과 가정폭력 비율이 높게 나타난 점을 감안하여 음주피해감소 프로그램 개발이 시급하다. 심한 음주가 음주자의 정신건강에 부정적 결과를 미친다는 점과 40~50대 문제음주자의 비율이 높다는 점을 감안하여 표적집단의 스트레스 및 긴장 감소 프로그램 개발 필요하다. 현실적으로 알코올문제 치료·재활자원이 빈약한 지역 현실을 감안하여 A.A 등 자조집단의 적극적 활용방안과 지역정신보건센터나 지역사회복지관의 정신건강 프로그램 활용방안 역시 함께 모색되어야 할 것이다.

셋째, 수급권자들의 가족정서지원 프로그램을 통한 통합적인 개입이 필요하다. 금번 조사의 경우 남성들만을 대상으로 이루어져 실제적으로 빈곤인구의 40% 가량을 차지하고 있는 여성빈곤층의 문제나 특성을 반영할 수 없다는 근본적 한계를 가지고 있다. 그러나 본 연구 결과 수급자들의 정신건강에 가정폭력여부가 영향을 미친다는 점을 감안할 때, 빈곤가정의 가정폭력 문제 해결을 위한 개입방안이 필요하며 기존의 가정폭력관련 기관 및 가족복지 서비스 기관과의 연계를 통해 빈곤가구의 정서적 기능을 증진시키기 위한 상호접근이 필요하다.

## 2) 재활프로그램의 탐색

추후 수급권자들의 정신건강에 대한 보다 체계적인 연구가 이어져야 하겠지만 현재의 탐색적 연구결과와 관련하여 이들의 정신건강 증진을 위한 재활프로그램개발을 위한 기본원칙은 다음과 같다.

첫째, 수급자들에 대한 재활은 인간에 대한 권한위임과 강점중심적인(*strength perspective*)인 견해에 기반하여 대상자들을 '가치와 힘'을 가진 주체적 인간으로 간주되어야 한다.

둘째, 수급대상자 각자의 개별적인 특성과 문제영역을 고려한 심리사회적 재활프로그램이 개발되어야 하며 이와 동시에 단계적 자활을 촉진하는 방식이 병행되거나 선행될 필요성이 매우 높다. 많은 빈민들은 심리적으로 의욕이 저하되어 있거나 무기력, 장래에

대한 부정적 견해를 가지고 있는 경우가 많아 경제적 서비스 중심으로 빈곤을 탈피하도록 유도하는 것만으로는 본인의 심리사회적 상태에 기인하여 적극적인 참여가 어려운 경우가 많다. 따라서 이들의 심리적, 사회적 어려움을 극복하게 하기 위한 구체적이고 실제적인 접근이 이루어지도록 한다.

셋째, 지역사회내 다양한 관련 자원들을 체계적으로 연계하는 것이 필요하며 사회의 잠재적 자원을 개발, 조직하기 위한 지속적인 노력을 한다. 조건부 수급자들의 경우 재활후견 기관과의 적극적 상호 협조가 우선적으로 필요하고, 읍·면·동사무소의 사회복지전담공무원들과의 협조를 통해 재활프로그램 운영에 필요한 행정적 지원을 받을 수 있다. 그러기 위해서는 현재의 선정과정 및 선정기준이 개선되어야 할 것이며 재활프로그램으로의 일차적 의뢰과정을 위해 전담공무원들의 간접적 서비스 역할이 보다 강화되어야 할 것이다. 동시에 1997년 정신보건법 실시이후 확대된 70여 개에 이르는 지역정신보건센터나 사회복지시설, 보건소 등의 정신보건관련기관과의 유기적 연계를 갖고 사례관리 접근을 통해 상호원조하는 경험을 갖도록 하는 것이 중요하다.

재활프로그램의 효과적인 실시를 위해서는 대상자의 유형별 분류가 우선적으로 이루어져야 하며 예시적으로 다음 유형의 분류에 따른 접근을 시도하는 것이 필요할 것이다 (〈표 14〉).

#### 가) 군:

- 낮은 자존감, 동기, 무기력 등 심리적 어려움을 경험하고 근로의욕이 낮은 자
- 취약한 정신건강문제를 가진 자
- 기타(가정폭력, 아동학대 등)

#### 나) 군:

- 문제음주자 또는 알코올중독자

기초생활수급자들 전반의 정신건강문제에 대한 재활프로그램의 접근은 이들의 개별화된 욕구 및 진단과 기능적 수준에 맞추어 사례관리 위주의 포괄적인 접근방식으로 전환되어야 할 필요성이 있다. 이들의 정신건강 문제를 다루기 위해서는 대상자에 대한 포괄적이고 전문적인 사정이 선행되어야 하고 이를 근거로 체계적이고 연속적인 보호가 제공되어야 한다. 본 연구는 우리나라 빈곤층의 정신건강 및 재활문제에 대한 접근이 단순한 경제사회적 접근만으로는 한계가 있으며 알코올 중독 및 약물 문제, 정신건강 측면에서 복합적 접근이 필요하다는 점을 주목하고 있으나 연구의 한계상 실천과정에 대한 연구를



체계적으로 제시하지 못하였다. 추후 빈민들의 정신건강문제 특히 장애인 여성, 노인들의 특수성을 고려한 연구가 진행될 필요가 있다.

〈표 14〉 예시: 재활프로그램 접근

분 류	내 용
가) 군	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개별치료: 동기강화 치료(Motivational Enhancement Therapy: MET) 대상자 자신의 자원을 동기화시키는 전략을 사용하는 것으로서 자신의 미래행동을 결정할 수 있는 대상자 자신의 선택과 책임을 강조하는 전략을 구사한다. 대상자 상태에 대한 피드백→책임의 강조→문제해결을 위한 실제적 조언→대상자가 다양하게 선택할 수 있는 메뉴들→공감→자기효능감의 강화 과정을 거쳐 변화하고자 하는 의지 증진에 초점을 둔다.</li> <li>■ 집단치료               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회기술훈련</li> <li>• 사회적응훈련</li> <li>• 의사소통훈련</li> <li>• 스트레스 관리 훈련</li> </ul> </li> </ul>
나) 군	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 문제음주상황에서의 일시적 음주자, 초기 음주자 : 자조집단(AA)로 의뢰하거나 단기 음주관련 교육 프로그램 실시</li> <li>② 음주문제는 있으나 문제해결자원 및 대처기술이 있는 경우 : 체계적인 지역사회관여, 구조화된 단기 개입, 위험감소 프로그램 참여(risk reduction program)</li> <li>③ 음주문제 심각하고 문제해결자원 및 대처기술 미약한 경우 : 구조화된 재발방지(relapse prevention) 프로그램, 손상감소 프로그램 참여, 사례관리</li> <li>④ 음주문제 심각, 만성적이고 문제해결자원 및 대처기술 미약한 경우 : 의료기관 해독 및 입원 프로그램 의뢰, 전문적 사례관리</li> </ol>