한국산업간호학회지 제17권 제1호
Korean Journal of
Occupational Health Nursing
Vol.17, No.1, May, 2008

주요용어 : 사업장, 정신질환, 우울

정신질환에 대한 중소규모 사업장 중간관리자의 인식 및 태도*

Cognition and Attitudes toward Psychological Problems among Middle Managers in Small and Medium-sized Workplaces

양선임** · 임현우*** · 조선진*** · 지유나***
정혜선*** · 김보경**** · 이강숙**** · 이원철***

Ⅰ. 서 론

현대 사회의 구조와 환경이 복잡화하고 다변화됨에 따라 정신질환이 날로 만연하고 있다. 보건복지부(2006)의 발표에 의하면 정신질환 1년 유병율은 18세 이상 64세 이하 인구의 14.4%인 약 466만명이고, 이 중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.4%인 약 273만명, 알코올 사용 장애의 1년 유병율은 6.8%인 약 221만 명으로 보고되었다.

직장인들에게는 IMF사태 이후 고용환경이 급격히 변하면서 근로자들의 정신적 부담이 더욱 심화되어 왔다. 그동안 기업은 구조조정으로 인원을 감축하고, 결원을 충원하지 않고, 인사관리에도 실적을 더욱 중시하는 경향을 보여 왔다. 이에 따라 근로자들은 동료와의 경쟁 심리가 일상화되고, 평생직장으로서의 인식도 낮아져서 직장생활에 대한 안정감이 현격하게 저하되어 있다.

그 결과 근로자들의 스트레스가 과다해지고, 스트레스성 질환의 발병률이 높아지고 있으며, 스트레스로 인한 정신질환 또는 우울증상 역시 폭넓게 나타나고 있는 실정이다(김경숙 등, 2003). 우리나라에서 전국 10개 지역 사업장 근로자 2천700명을 대상으로 조사한 결과에 따르면 우울증 고위험군이 24.7%에 달하는 것으로 나타났다(한국직무스트레스학회, 2004). 호주의 New South Wales의 산재보상 통계에 의하면 임상적 우울증과 외상후 스트레스장애를 포함하여 보상이 된 정신질환의 사례는 1999년에 전체 직업성 질환의 17.2%에서 2001년에 26.8%로 점차 증가하여, 2001년에는 1,000명의 근로자 중 1명 정도로 발생하였다. 직장인의 부적절한 정신건강으로 인한 작업 손실과 생산성 저하는 의외로 심각하여, 미국에서는 근로자 중 25%가 평생 한 번은 우울증과 스트레스성 불안장애에 걸리고, 20%는 알코올을 남용하는 등의 이유로 근로자 1명당 8000달러와 16일의 노동일수 손실을 입히는 것으로 보고한 바 있다(한국직무스트레스학회, 2004).

직장 내 스트레스로 인해 발생하는 정신질환이 증가함에 따라 우리나라에서도 정신질환을 산업재해로 인정하는 추세이다. 우리나라에서 직무상 스트레스로 인해 발생한 우울증, 불안장애 등으로 산재판정 및 보상이 내려진 건수는 업무상 스트레스로 발생한 질병을 산업재해로 처음 인정한 2000년 이후 2001년 27건에 비해 2004년에는 85건으로 3년 사이 약 3배 이상 급증하였다. 이는 전통적인 직업병인 진폐증, 유기용제 중독, 소음성 난청 등을 합한 건수보다 많은 수치여서,

* 본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(A05-0047-B50704-05N1-00050B).
** 가톨릭대학교 보건대학원
*** 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실(교신저자 임현우 E-mail: y1693@catholic.ac.kr)
**** 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 및 산업의학센터

근로자의 정신건강에 대한 관리가 시급함을 시사한다고 하겠다. 미국의 경우도 16개주의 산재보상 소송 수에 대한 분석 결과에서 정신질환이 보상 질환으로 11번째로, 보상비용으로는 4위를 차지하는 것으로 보고되고 있다(이강숙, 2007). 이에 따라 근로자의 신체적 건강뿐 아니라 정신건강 관리에 대한 사회적 관심이 커지고 있는 실정이다.

그러나 신체적 건강 문제와는 달리 정신적 건강 문제에 대해서는 사회적인 편견과 오해가 팽배해 있다. 따라서 근로자가 정신적 문제를 경험하게 될 경우, 의료적인 도움을 받고자 하기 보다는 사회적 낙인과 실직에 대한 우려로 이를 드러내지 않는 경향이 존재한다. 이는 결국 근로자 개인의 측면에서 정신적 문제의 만성화 및 치료에 요하는 기간 연장이라는 결과로, 사회적으로는 생산성 저하 및 사회경제적 비용 상승 이라는 결과로 이어질 것이다. 그러므로 우선적으로 정신적 건강문제에 관한 근로자의 인식과 태도가 보다 바람직한 방향으로 변화하여야 하며, 이는 매우 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다.

앞서 언급한 바와 같이 근로자의 상당수가 정신질환에 이환될 위험에 노출되어 있는 상황에서 정신질환에 대한 편견과 오해는 정신과적 도움을 추구하는데 가장 중대한 장애요인이 된다. 특히 근로자 가운데 중간관리자는 직장내 인사, 총괄 등의 업무를 수행하면서 하위직급의 근로자와 상위직급의 근로자 사이에서 의사소통의 연결통로 역할을 담당하고 있다. 따라서 하위직급자가 정신적 문제를 겪고 있다는 것을 알게 될 경우, 중간관리자가 정신적인 문제에 관하여 어떠한 인식 태도를 갖고 있는지에 따라 문제해결을 위한 행동방식이 달라질 수 있다. 즉 정신적 질환에 대한 중간관리자의 태도는 근로자의 일상생활 및 근로지속 여부에 영향을 미칠 수 있는 것이다. 중소규모 사업체에서는 중간관리자가 인사업무에 상당부분 관여되어 있기 때문에 중간관리자의 정신질환에 대한 태도가 더욱 중요하다. 그러나 지금까지 정신질환에 대한 태도를 조사한 연구는 지역정신보건사업의 가능성을 알아보기 위하여 지역주민을 대상으로 정신질환자에 대한 인식 및 태도를 살펴본 연구들이 대부분이고(사공정규와 채정옥, 2001; 이은희 등, 2000; 이정은, 1999; 이주훈 등, 1996), 근로자의 정신질환에 대한 태도를 파악한 연구는 거의 찾아보기 어렵다.

이에 본 연구에서는 중소규모 사업장 중간관리자의 정신질환에 대한 태도를 알아보고 정신질환에 대한 태도에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써, 근로자를 관리하는 중간관리자의 인식 및 태도 변화에 도움이 될 수 있는 방안을 마련하는데 기여하고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 중소규모 사업장 중간관리자의 정신질환에 대한 태도를 파악한다.

둘째, 중소규모 사업장 중간관리자의 인구학적 특성, 직업적 특성, 정신질환관련 특성, 사회심리적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도를 파악한다.

셋째, 정신질환에 대한 태도에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구대상

서울 및 경기지역에 위치한 중소규모 사업장 중 2개 기관의 보건관리대행기관에서 관리하는 91개 사업장의 중간관리자를 대상으로 하였다. 중간관리자는 보건관련 총무 및 인사업무 담당자 중 대리에서 차장까지의 직급에 해당하는 사람이었으며, 182명의 대상자 중 165명이 설문에 응답하였다. 그 중 응답이 부실한 4부를 제외한 161부를 분석에 사용하였다.

2. 자료수집 방법

조사대상 사업장을 담당하고 있는 산업간호사 2명이 대상자들에게 조사의 취지와 중요성을 설명하고 동의를 받은 뒤 자기기입식 설문지를 배부하였고, 작성된 설문지를 직접 회수하였다. 자료조사 기간은 2006년 9월 25일부터 11월 4일까지 40일간 이었다.

3. 조사도구

본 연구에서 사용한 설문지는 인구학적 특성, 직업관련 특성, 정신질환관련 특성, 사회심리적 특성, 정신질환에 대한 태도에 관한 항목으로 구성하였다.

인구학적 특성으로는 성별, 연령, 수입, 교육수준, 전공, 결혼상태, 종교 등 7개 항목으로 구성하였다.

직업관련 특성에서는 회사규모, 인사부서 근무 여부 등 2개 항목으로 구성하였다.

정신질환관련 특성에서는 정신질환자와의 접촉경험 유무, 정신질환 증상에 대한 인지정도, 정신질환에 대한 대중매체(TV, 라디오, 인터넷 등)의 기사접촉 경험 여부 등 3개 항목으로 구성하였다.

사회심리적 특성에서는 대상자의 우울수준과 성격을 알아보기 위한 문항으로 구성하였다.

대상자의 우울수준은 미국 정신보건연구원(National Institute of Mental Health: NIMH)에 의해 우울증의 지역사회 역학조사용으로 개발된 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(이하 CES-D)을 한국어로 번역하고 신뢰도와 타당도 검증을 수행한 조맹제와 김계희(1993)의 한국판 CES-D를 사용하였다. 이 도구는 총 20문항으로 구성되어 있으며, 지난 일주일 동안 경험했던 우울증상의 빈도에 따라 우울증상을 0점~3점의 네 단계로 응답하도록 되어있다. 일부 문항을 역산하여 총점을 구하였으며, 점수가 높을수록 우울증상의 정도가 심한 것을 의미한다. 절단점은 조맹제와 김계희(1993)가 지역사회 역학연구의 일차 선별도구로서의 용도에 가장 적합한 것으로 제시한 21점을 기준으로 하여, 20점 이하는 정상군, 21점 이상은 우울증상군으로 분류하였다.

대상자의 성격은 Myers-Briggs의 성격유형검사(이하 MBTI)의 하위차원 중 외향성-내향성 지표를 사용하였다. 이 도구는 총 21문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 두 개 또는 세 개의 범주를 제시하고 있다. 각각의 응답범주는 외향적 또는 내향적 유형 여부와 가중치가 부여되어 있고, 전체 문항에 대한 응답을 각각의 성격 유형별로 합산하여 더 큰 점수를 나타내는 것이 대상자의 성격유형에 해당한다. 외향성 성격의 사람들은 개인의 인식과 판단에서 사람과 대상 등 외부세계와 외부환경에 초점을 두며, 세상을 이해하기 위해 외적 경험을 필요로 하고 먼저 행동화하는 성향이 있다. 내향성 성격의 사람들은 인식과 판단에서 개념이나 사상 등 자신의 내부 세계에 더 초점을 맞추며, 세상을 직접 경험하기 전에 먼저 생각 속에서 이해하려는 성향이 있다(고려대학교 부설 행동과학연구소, 1999; 장현재와 탁진국, 2004).

정신질환에 대한 태도는 1981년 Taylor와 Dear가 정신질환에 대한 태도조사를 위해 고안한 Community Attitudes to the Mentally Ill(이하 CAMI)을 이주훈 등(1996)이 한국어로 번역한 후 신뢰도를 측정한 도구를 사용하였다. CAMI는 지역사회 구성원이 정신질환에 대해 갖는 태도 조사를 위해 고안된 도구이나, 사업장 역시 생활공동체로서 구성원 상호간에 접촉빈도가 높다는 점에서 지역사회와 유사한 면이 있고, 또 정신질환에 대한 태도를 다차원적으로 측정하는데 유용하다는 장점이 있다. 또한, 본 연구는 근로자를 대상으로 하고 있으므로 사회생활이 가능한 정도의 정신질환에 대한 태도를 측정하여야 하는데, 이 도구는 "정신과적 치료를 필요로 하나 지역사회에서 대체로 독립적인 생활이 가능한 사람으로서 증상이 매우 심한 상태는 아닌 사람을 뜻한다"는 전제로 응답을 하도록 요구하고 있으므로 본 연구에 적절하다고 판단되었다. CAMI는 권위주의, 자비심, 사회생활제한, 정신보건개념 등 4개 하위영역으로 구성되어 있으며, 그것의 구체적인 내용은 다음과 같다.

① 권위주의(Authoritarianism) : 정신질환자에게 절대적인 순종을 요구하고 비인도적인 감정으로 대하며, 정신질환자들을 하위계급으로 보아 강압적으로 다루어야 한다는 견해

② 자비심(Benevolence) : 과학적 이라기보다는 오히려 종교와 인도주의에 입각한 정신질환자들에게 온정주의적 견해

③ 사회생활 제한(Social restrictiveness) : 정신질환자들은 사회에 특히 가정에 위협을 주는 존재이기에 입원중이나 퇴원 후에도 사회적 기능을 제한해야

〈표 1〉 CAMI의 하위영역별 문항구성과 점수의 의미

하위영역	부정적문항	긍정적문항	점수범위	하위영역별 점수의 의미
권위주의(A)	A1~A5	A6~A10(역산)	5~50	점수가 낮을수록 정신질환자에 대해 권위적인 태도가 강함
자비심(B)	B6~B10(역산)	B1~B5	5~50	점수가 낮을수록 정신질환자에 대한 자비심이 강함
사회생활 제한(S)	S1~S5	S6~S10(역산)	5~50	점수가 낮을수록 정신질환자의 사회생활을 제한해야 한다는 태도가 강함
지역정신보건개념(C)	C6~C10(역산)	C1~C5	5~50	점수가 낮을수록 지역사회정신보건개념이 강함

한다는 견해

④ 정신보건개념(Community mental health ideology): 정신질환도 다른 질병과 마찬가지로 일종의 병이므로 지역사회에서 치료해야 한다는 견해

CAMI의 전체 문항 수는 하위영역 당 10문항으로 구성된 총 40문항의 5점 척도이다. 각 하위영역의 문항들은 긍정적 태도와 부정적 태도를 반영하는 문항들로 구성되어 있으며, 일부 문항은 역산한 후 합의 평균점수를 구하였다. 하위영역별 문항구성과 점수의 의미는 〈표 1〉과 같다.

4. 자료 분석

대상자의 인구학적 특성, 직업관련 특성, 정신질환관련 특성, 사회심리적 특성에 따라 CAMI의 하위영역 점수에 차이가 있는지를 알아보기 위하여 t test 또는 분산분석을 수행하였으며 통계적인 유의수준은 0.05를 기준으로 적용하였다. 중간관리자의 정신질환자에 대한 태도를 결정하는 요인을 알아보기 위해 다중 회귀분석을 시행하였는데, 이 때 모델에는 단변수 분석시 통계적으로 유의하였거나 유의한 수준에 근접한 변수와, 기존연구에서 정신질환에 대한 태도에 중요한 영향을 미치는 것으로 보고된 교육수준, 그리고 본 연구에서 중요하게 생각한 우울수준 및 성격 변수가 포함되었다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구대상자의 특성

연구대상자의 인구학적 특성을 살펴보면, 성별은 남자가 58.4% 이었고, 연령은 40대가 37.3%이었다. 가구총수입은 300만원 이상이 60.2%이었고, 교육수준은 전문대졸이상이 79.5% 이었다. 전공은 보건관련학과가 22.4% 이었다. 결혼상태는 기혼이 70.2% 이었고, 종교는 없음이 53.4% 이었다.

직업관련 특성을 살펴보면, 회사 규모는 100인 미만 사업장이 53.4% 이었고, 100인 이상 사업장이 46.6% 이었다. 인사관리 업무는 안한다가 65.8% 이었다.

정신질환관련 특성을 살펴보면, 정신과적 문제를 가진 사람과 접촉 경험이 있는지에 대해서 있다가 21.1% 이었다. 정신과적 문제가 있을 경우 나타나는 증상을 알고 있는지에 대해서는 모름이 51.6% 이었다. 매스컴에서 정신과적 문제를 가진 사람에 대한 기사를 접한 경험이 있는지에 대해 있다가 82.0% 이었다.

사회심리적 특성을 살펴보면, CES-D로 측정한 대상자의 우울수준은 정상인 사람이 87.0% 이었고, 우울증상이 있는 사람은 13.0% 이었다. MBTI로 측정한 성격유형에서 외향적인 사람은 49.1% 이었고, 내향적인 사람은 50.9% 이었다.

〈표 2〉 연구대상자의 특성

영역	변수	구분	N	%
인구학적 특성	성별	남자	94	58.4
		여자	67	41.6
	연령	20대	42	26.1
		30대	59	36.6
		40대	60	37.3
	교육수준	고졸	33	20.5
		전문대졸이상	128	79.5
	가구총수입	300만원미만	64	39.8
		300만원이상	97	60.2
	결혼상태	미혼	48	29.8
		기혼	113	70.2
	종교유무	없음	86	53.4
		있음	75	46.6
	전공	보건관련학과	36	22.4
		비관련학과	125	77.6
직업관련 특성	회사규모	100인미만	86	53.4
		100인이상	75	46.6
	인사관리업무	한다	55	34.2
		안한다	106	65.8
정신질환관련 특성	접촉경험	있다	34	21.1
		없다	127	78.9
	증상인지	모른다	83	51.6
		안다	78	48.4
	매스컴 접한경험	있다	132	82.0
		없다	29	18.0
사회심리적 특성	우울수준	정상	140	87.0
		우울	21	13.0
	성격	외향적	79	49.1
		내향적	82	50.9
총수			161	100

2. 연구대상자의 특성에 따른 정신질환에 대한 태도

정신질환에 대한 태도를 CAMI 하위영역별로 살펴본 결과 권위주의는 35.0±4.4점, 자비심은 23.0±4.6점, 사회생활 제한은 32.3±4.9점, 지역정신보건 개념은 27.2±5.1점으로 나타났다〈표 3〉.

〈표 3〉 연구대상자의 인구학적 특성에 따른 CAMI의 영역별 점수

변수	범주	권위주의	p	자비심	p	사회생활 제한	p	지역정신 보건개념	p
성별	남	34.6±4.6		23.0±5.1		31.7±4.6		27.3±5.0	
	여	35.4±4.1	0.674	22.9±4.4	0.943	33.1±5.1	0.061	27.0±5.2	0.702
연령	20대	34.4±4.5		23.7±5.8		33.6±4.8		27.0±5.9	
	30대	35.4±5.0		23.0±4.2		31.8±5.5		27.7±4.8	
	40대	35.0±3.6	0.607	22.5±4.7	0.461	31.8±4.3	0.123	26.9±4.7	0.669
교육수준	고졸	33.9±3.6		24.6±3.6		32.7±4.0		27.0±3.9	
	전문대졸이상	35.2±4.5	0.110	22.6±5.0	0.028	32.2±5.1	0.596	27.3±5.3	0.759
가구 총수입	300만원 미만	35.0±4.5		22.8±4.4		33.1±4.8		26.8±4.5	
	300만원 이상	34.9±4.3	0.930	23.1±5.1	0.686	31.8±4.9	0.092	27.5±5.4	0.366
결혼상태	미혼	34.5±4.7		23.8±5.3		33.3±5.3		27.5±6.1	
	기혼	35.1±4.2	0.427	37.0±5.8	0.338	31.8±4.6	0.073	27.1±4.6	0.663
종교	없음	34.9±4.4		23.1±5.2		32.3±5.0		27.7±5.4	
	있음	35.0±4.3	0.920	22.9±4.4	0.793	32.3±4.9	0.921	26.7±4.6	0.214
전공	보건관련학과	35.6±4.6		22.8±4.7		31.6±5.8		28.0±5.0	
	비관련학과	34.8±4.3	0.334	23.0±4.9	0.799	32.5±4.6	0.345	27.0±5.1	0.307
M±SD		35.0±4.4		23.0±4.6		32.3±4.9		27.2±5.1	

1) 연구대상자의 인구학적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도

인구학적 특성에 따른 CAMI 하위영역 비교에서는 자비심 영역의 경우 교육수준이 고졸이하인 군 보다 전문대졸 이상인 군에서 더 높은 자비심을 갖는 것으로 나타났다(p=.028). 정신질환자의 사회생활을 제한하여야 한다는 태도에 대하여 여성보다는 남성이, 가구 총수입이 300만원 이상인 경우, 그리고 결혼상태가 기혼인 경우 다소 높은 경향을 띠었고, 통계적으로 유의한 수준에 근접하였다〈표 3〉.

2) 연구대상자의 직업관련 특성에 따른 정신질환에 대한 태도

직업관련 특성에 따른 CAMI 하위영역 비교에서는 회사규모에 따라 정신질환자에 대하여 자비심이 차이가 있었다〈표 4〉. 즉 회사규모가 100인 미만인 군에 비해 100인 이상인 군에서 더 높은 자비심을 갖고 있는 것으로 분석되었다(p=.030).

3) 연구대상자의 정신질환관련 특성에 따른 정신질환에 대한 태도

정신질환 등 정신과적 문제를 가진 사람을 접한 경

〈표 4〉 연구대상자의 직업관련 특성에 따른 CAMI의 영역별 점수

변수	범주	권위주의	p	자비심	p	사회생활 제한	p	지역정신 보건개념	p
회사규모	100인 미만	34.5±4.3	0.184	23.8±4.8	0.030	32.4±4.9	0.679	27.7±5.0	0.203
	100인 이상	35.5±4.4		22.1±4.8		32.1±4.9		26.7±5.1	
인사관리업무	한다	35.1±3.4	0.848	22.8±4.2	0.673	31.9±3.9	0.456	27.2±4.4	0.984
	안한다	35.0±4.8		23.1±5.1		32.5±5.3		27.2±5.4	

〈표 5〉 연구대상자의 정신질환관련 특성에 따른 CAMI의 영역별 점수

변수	범주	권위주의	p	자비심	p	사회생활 제한	p	지역정신 보건개념	p
접촉경험	있다	35.3±4.0	0.577	21.4±3.9	0.026	33.5±4.6	0.097	25.8±5.2	0.060
	없다	34.9±4.5		23.4±5.0		32.0±4.9		27.6±5.0	
증상인지	모른다	35.3±4.3	0.294	23.5±4.5	0.171	32.5±4.8	0.569	26.9±4.7	0.392
	안다	34.6±4.5		22.4±5.2		32.1±5.0		27.6±5.4	
메스컴경험	있다	35.5±4.2	0.001	22.5±4.8	0.003	32.4±5.0	0.492	27.1±5.2	0.521
	없다	32.4±4.2		25.4±4.3		31.7±4.8		27.8±4.5	

험이 있는 군이 없는 군에 비해 더 높은 자비심을 갖고 있었다(p=.026). 또한 그들은 사회생활을 제한해야 한다는 태도가 다소 약하고, 지역정신보건 개념은 다소 더 강한 성향을 띠었는데, 이는 통계적으로 유의한 수준에 근접한 결과였다. 매스컴을 통하여 정신질환에 대해 경험한 군은 그렇지 않은 군에 비해 권위주의 수준은 낮고(p=.001), 자비심은 더 높은 것으로(p=.003) 분석되었다〈표 5〉.

4) 연구대상자의 사회심리적 특성에 따른 정신질환에 대한 태도

사회심리적 특성에 따른 CAMI 하위영역 비교에서는 우울수준에 따라 정신질환자에 대한 권위주의적 태도에 차이가 있었다. 즉, 정상군에 비해 우울증상군이 더 높은 권위주의적 태도를 갖고 있었으며(p=.017), 자비심은 다소 낮은 경향을 띠며 통계적으로 유의한 수준에 근접하였다. 한편, MBTI로 측정한 성격 유형에서 내향적인 군은 외향적인 군에 비해 근소하게 자비심이 높은 경향을 띠었다〈표 6〉.

3. CAMI 하위영역에 대한 다중 회귀분석

1) CAMI에서 권위주의 영역에 대한 다중 회귀분석

정신질환자에 대한 권위주의 영역에 대해서는 교육수준, 매스컴을 통한 정신질환자 접촉 경험, 우울수준, 성격 등의 변수를 독립변수군으로 하여 회귀분석을 실시하였다. 그 결과 매스컴을 통한 정신질환 경험, 우울수준 등 2개 변수에 대하여 유의한 차이가 있었다. 즉 매스컴 접촉 경험이 없을수록(p=.001), 우울증상군일수록(p=.001) 정신질환자에 대하여 더 권위적이었다〈표 7〉.

2) CAMI에서 자비심 영역에 대한 다중 회귀분석

정신질환자에 대한 자비심영역은 교육수준, 회사규

〈표 6〉 연구대상자의 사회심리적 특성에 따른 CAMI의 영역별 점수

변수	범주	권위주의	p	자비심	p	사회생활 제한	p	지역정신 보건개념	p
우울수준	정상	35.3±4.2	0.017	22.6±4.4	0.065	32.2±4.6	0.744	27.1±4.8	0.320
	우울	32.9±5.0		25.6±6.8		32.6±6.7		28.2±6.5	
성격	외향적	34.6±4.6	0.222	23.3±5.5	0.095	32.1±5.3	0.674	27.7±5.6	0.336
	내향적	35.4±4.1		22.7±4.1		32.5±4.5		26.7±4.4	

〈표 7〉 CAMI에서 권위주의 영역*에 대한 다중 회귀분석

변수	기준변수	비표준화계수		p
		β	S.E	
교육수준(대졸이상)	고졸	1.377	.797	0.086
매스컴 접한 경험(없다)	있음	-2.954	.835	0.001
우울수준(우울)	정상	-.127	.037	0.001
성격(내향적)	외향적	1.138	.643	0.079
R^2=0.159 Adjusted R^2=0.137 F=7.35 p〈0.001				

* 점수가 낮을수록 정신질환자에 대해 권위적인 태도가 강함

〈표 8〉 CAMI에서 자비심 영역*에 대한 다중 회귀분석

변수	기준변수	비표준화계수		p
		β	S.E	
교육수준(대졸이상)	고졸	-2.116	.882	.018
회사규모(100인이상)	100인미만	-.134	.770	.862
정신질환자접촉경험(없다)	있다	1.608	.894	.074
매스컴접한경험(없다)	있다	2.378	.929	.011
우울수준(우울)	정상	.168	.043	.000
성격(내향적)	외향적	-1.214	.707	.088
R^2=0.196 Adjusted R^2=0.165 F=6.269 p〈0.001				

* 점수가 낮을수록 정신질환자에 대한 자비심이 강함

모, 정신질환자 접촉경험, 매스컴 접한 경험, 우울수준, 성격 등의 변수에 대하여 다중 회귀분석을 시행하였다. 그 결과 교육수준, 매스컴 접한 경험, 우울수준에서 유의한 차이가 있었다. 즉 교육수준이 낮을수록(p=.018), 매스컴을 통한 정신질환 경험이 없을수록(p=.011), 우울증상군일수록(p〈.001) 정신질환자에 대한 자비심이 적은 것으로 나타났다〈표 8〉.

3) CAMI에서 사회생활제한 영역에 대한 다중 회귀분석

정신질환자에 대하여 사회생활제한 영역은 성별, 교육수준, 가구총수입, 결혼상태, 정신질환자접촉경험, 우울수준, 성격 등의 변수를 독립변수군에 포함하여 다중 회귀분석을 실시하였다. 그 결과 남자일수록(p=.045), 가구총수입이 300만원 이상일수록(p=.030), 정신질환자 접촉경험이 없을수록(p=.019) 정신질환자에 대하여 사회생활 제한적인 태도를 갖고 있었다〈표 9〉.

4) CAMI에서 지역정신보건개념 영역에 대한 다중 회귀분석

정신질환자에 대하여 지역정신보건개념 영역은 교육수준, 정신질환자접촉경험, 우울수준, 성격 등의 변수를 회귀식에 포함하여 다중 회귀분석을 실시하였다. 그 결과 정신질환자 접촉경험이 없을수록(p=.043) 정신질환자에 대한 지역사회정신보건 개념이 낮은 것으로 분석되었다〈표 10〉.

Ⅳ. 논 의

근로자의 정신건강에 관계하는 변수는 근로조건, 작업환경, 관리조직 등 다양한 것들이 존재하지만, 이러한 제도적 환경 못지않게 중요한 것은 인적 환경이다. 주어진 조건이 같다고 해도 근로자, 관리자 등 인적 구성과 개별적 성향이 어떠한가에 따라 직장 내의 분위기와 정서는 크게 달라지게 마련이다. 그러므로 사업장의 인적 환경은 특히 근로자의 정신건강에 대한 주요 변수로 주목해야 한다. 본 연구는 이러한 시각에서 사업장 중간관리자를 대상으로 정신질환에 대한 그들의 태도와 인식을 알아보고자 하였다. 사업장의 중간관리자는 직무상 근로자와 접촉빈도가 높은 존재이기에 이들의 태도와 성향에 따라 정신질환이 있는 근로자의 정신건강에 직접적으로 영향을 끼치게 된다. 따라서 사업장 중간관리자의 정신질환에 대한 태도와 인식이 어떠한가를 파악하는 일은 정신질환이 있는 근로자의 정신건강관리 방안 모색의 일환이라는 의미를 가지고 있다.

본 연구결과 중소규모 사업장 중간관리자의 정신질

〈표 9〉 CAMI에서 사회생활제한 영역*에 대한 다중 회귀분석

변수	기준변수	비표준화계수		p
		β	S.E	
성별(여자)	남자	1.636	.810	.045
교육수준(대졸이상)	고졸	-.112	.944	.906
가구총수입(300만원이상)	300만원미만	-1.803	.823	.030
결혼상태(기혼)	미혼	-1.156	.868	.185
정신질환자접촉경험(없다)	있다	-2.282	.959	.019
우울수준(우울)	정상	-.038	.044	.387
성격(내향적)	외향적	.868	.770	.262
R^2=0.095 Adjusted R^2=0.054 F=2.300 p〈0.001				

* 점수가 낮을수록 정신질환자의 사회생활을 제한해야 한다는 태도가 강함

〈표 10〉 CAMI에서 지역정신보건개념 영역*에 대한 다중 회귀분석

변수	기준변수	비표준화계수		p
		β	S.E	
교육수준(대졸이상)	고졸	.221	.979	.822
정신질환자접촉경험(없다)	있다	1.981	.970	.043
우울수준(우울)	정상	.064	.046	.163
성격(내향적)	외향적	-1.290	.796	.107
R^2=0.048 Adjusted R^2=0.024 F=1.987 p〈0.001				

* 점수가 낮을수록 지역사회정신보건개념이 강함

환자를 대하는 태도는 CAMI 하위영역별로 권위주의는 35.0점, 자비심은 23.0점, 사회생활 제한은 32.3점, 지역정신보건 개념은 27.2점으로 나타났다. CAMI의 하위영역 점수는 50점 만점으로 권위주의 영역과 사회생활제한 영역에서 점수가 낮을수록 더 권위주의적이고, 더 사회생활을 제한해야 한다는 의견이며, 자비심 영역과 지역정신보건개념 영역에서 점수가 낮을수록 정신질환에 대하여 더 자비심이 강하고, 지역정신보건 개념이 높은 것을 의미한다. 지역사회 주민을 대상으로 한 다른 연구들과 비교해 보면, 권위주의 영역에서는 이주훈 등(1996)의 연구에서는 26.5점, 노춘희(1998)의 연구에서는 26.8점, 김미덕(1997)의 연구에서는 34.4점으로 보고되어 본 연구결과보다 낮은 점수를 나타냈다. 즉 지역사회주민보다 사업장의 중간관리자들이 정신질환자를 대하는 태도가 덜 권위주의적이라고 할 수 있다. 자비심 영역에서는 노춘희(1998)의 연구에서는 18.0점, 김미덕(1997)의 연구에서는 21.7점, 특히 직장인을 대상으로 정신질환에 대한 태도를 조사하였던 안채순 등(2001)의 연구에서는 21.3점으로 보고하여 본 연구결과보다 낮은 점수를 나타냈다. 지역사회주민이나 일반 직장인보다는 사업장의 중간관리자들이 정신질환자에 대한 태도에서 자비심이 약한 것으로 나타났다. 사회생활 제한 영역에서는 이주훈 등(1996)의 연구에서 25.1점, 노춘희(1998)의 연구에서 25.5점으로 본 연구결과보다 낮은 점수를 나타냈고, 안채순 등(2001)의 연구에서는 32.4점, 김미덕(1997)의 연구에서는 32.5점으로 나타나 본 연구결과와 유사하였다. 중소규모사업장 중간관리자는 정신질환자의 사회생활을 제한해야 한다는 태도에 대해서 지역사회연구와 의견이 같거나 적은 것으로 나타났다. 지역정신보건 개념에서는 노춘희(1998)의 연구에서는 20.4점, 안채순 등(2001)의 연구에서는 25.7점, 김미덕(1997)의 연구에서는 26.5점으로 본 연구결과보다 낮은 점수를 나타냈고, 이주훈 등(1996)의 연구에서는 27.3점으로 나타나 본 연구결과와 유사하였다. 중소규모 사업장 중간관리자는 지역주민에 비하여 지역정신보건개념수준이 같거나 다소 약한 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는 전반적으로 중소규모 사업장의 중간관리자가 지역사회주민이나 일반 직장인보다 정신질환자에 대한 태도가 덜 권위주의적이고 사회생활에 대한 생각이 개방적이지만 자비심은 약하고, 지역정신보건에 대한 개념은 약간 떨어진다고 할 수 있다.

중간관리자의 인구학적 특성에 따른 정신질환자에 대한 중간관리자의 태도 비교에서 교육수준에 따라 자비심 영역에서만 유의한 차이가 있었고 다른 변수는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

지역사회를 대상으로 한 조사연구에서 조사대상의 성별이 정신질환자에 대한 태도에 미치는 유의변수로 나타나기도 하고, 그렇지 않기도 하였다. 즉 이정은(1999)의 연구에서는 남성이 여성에 비해 더 자비적이고 지역정신개념에 긍정적이며 여성이 남성에 비해 더 권위적인 태도를 보였으며, 이주훈 등(1996)의 연구에서는 여자가 남자에 비해 더 자비적이고 지역사회정신보건개념에 긍정적이고 반면 더 권위적이고 사회생활 제한적이라는 결과를 보였다. 그러나 사공정규와 채정옥(2001)의 연구에서는 본 연구와 동일하게 조사대상자의 성별에 따라 CAMI의 4개 하위영역에 유의한 차이를 보이지 않았다.

연령에 있어서도 본 연구에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이주훈 등(1996), 장홍석 등(2002)의 연구에서도 본 연구와 마찬가지로 연령에 따라 유의한 차이가 없었다. 그러나 사공정규와 채정옥(2001)의 결과에서는 연령이 높을수록 더 권위적이고 더 사회생활 제한적이며 지역사회정신보건개념에 부정적으로 나타났고, 사공정규 등(2000)의 연구에서도 연령이 높을수록 더 권위적이고 더 사회제한적이었다. 지역사회조사에서는 사회적 구성원으로서 정신질환자에 대해 일반적 태도를 보이는 것이기에 연륜에 따른 차이가 나타나지만, 본 연구에서 연령에 따라 유의한 차이를 나타내지 않은 이유는 사업장의 중간관리자는 근로자와 직무적 관계를 맺고 있기 때문으로 생각되었고, 지역사회 조사와는 달리 연구대상이된 중간관리자의 연령대가 20대에서 40대까지 분포하기 때문으로 사료된다.

교육수준은 학력이 높을수록 자비심이 많아 온정적인 태도를 보여 유의하게 나타났다. 이처럼 학력이 높으면 자비심에 긍정적 태도를 보이는 것은 이정은(1999), 장홍석 등(2002)의 연구와 유사한 것이다. 본 연구에서는 교육수준에 따라 자비심 영역에서만 유의한 차이를 보였으나, 위의 두 연구에는 자비심 외에 권위주의 영역에서도 유의한 차이를 보여, 학력이 낮을수록 더 권위주의적인 태도가 나타나기도 하였다.

본 연구에서 가구총수입은 유의한 변수로 나타나지 않았다. 이러한 결과는 사공정규와 채정옥(2001)의 연구와 일치하는 것이다. 그러나 장홍석 등(2002)의 연

구에서는 월소득이 적은 집단이 많은 집단에 비해 사회생활제한과 지역정신보건개념에 긍정적인 결과가 나왔고, Taylor와 Dear(1981)는 경제수준이 낮을수록 권위적이며 사회생활제한에 긍정적인 결과가 나와 지역사회를 대상으로 한 국내외의 연구결과가 일치하지 않는 상황이다.

본 연구에서 결혼상태는 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나, 사공정규 등(2000), 사공정규와 채정옥, 2001) 등의 연구에서는 기혼집단이 미혼집단에 비해 더욱 권위주의적이며, 사회생활제한에 유의하게 긍정적인 것으로 나타나 대체로 기혼자가 미혼자에 비해 정신질환자에 대해 더욱 보수적인 태도를 가지고 있는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서 연구대상자의 인구학적 특성 가운데 보건관련 전공유무, 종교 등은 유의한 변수로 나타나지 않았다. 지금까지 다른 연구에서 이것들을 변수로 설정하여 다루지 않았기 때문에 이 결과를 다른 연구와 비교하기가 어려웠다.

연구대상자의 직업적 특성 중 회사규모와 인사관리를 하는지 여부는 정신질환에 대한 태도에 유의한 차이가 없었다. 규모가 작은 사업장일수록 보다 온정적인 태도가 있고, 규모가 큰 사업장일수록 보다 행정적이며 기계적인 태도를 보일 것이라고 생각되었으나 사업장 규모에 따른 차이는 없었다. 본 연구에서 연구대상자가 중소규모 사업장의 중간 관리자이었기 때문에 큰 차이를 보이지 않은 것으로 사료되었다.

연구대상자의 정신질환관련 특성 중에서 정신질환자와의 접촉경험 유무와 매스컴의 정신질환 관련 기사를 접한 경험 여부에 따라 정신질환에 대한 태도에는 유의한 차이가 있었다. 중간관리자가 정신질환자와의 접촉경험 유무는 사회생활제한 영역과 지역정신보건개념 영역에서 유의한 차이가 있었다. 즉 정신질환자와 접촉한 경험이 있는 집단이 접촉경험이 없는 집단에 비해 정신질환자의 사회생활제한을 덜해야 되고, 지역정신보건개념에서도 긍정적인 태도를 보이는 경향을 나타냈다. 매스컴의 정신질환 관련 기사 접촉 경험의 변수에서는 그러한 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 덜 권위적인 태도를 보이면서, 동시에 자비심은 많은 태도를 보이는 것으로 나타났다. 정신질환자를 직접 접촉해보았거나, 매스컴을 통해 정신질환자에 대한 기사를 접해본 집단은 모두 정신질환자에 대한 경험과 사전지식이 있는 집단에 해당한다. 그러므로 위의 두 집단이 자비심이 많은 태도를 보이는 것은 정신질환자에 대한 경험과 사전지식이 긍정적으로 작용되어 있음을 의미한다. 그렇지만 정신질환의 증상을 인지할 수 있는지 여부는 정신질환에 대한 태도에 영향을 미치지 못하였다.

연구대상자의 사회심리적 특성에서 성격은 정신질환에 대한 태도와 유의한 연관성이 없었다. 우울수준 여부에 따라 권위주의와 자비심의 영역에서 유의한 차이를 보였다. 즉 우울증상이 있는 집단이 정상집단에 비해 더욱 권위주의적 태도를 보였고, 또 자비심은 적은 경향을 보였다. 이것은 우울증상이 있는 집단이 정신질환자에 대한 태도가 정상집단에 비해 더욱 경직되어 있음을 의미하며, 우울증상이 있을 경우 정신질환에 대한 인식과 태도가 다소 왜곡될 가능성도 배제할 수 없음을 시사한다고 하겠다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 중소규모 사업장 중간관리자의 근로자 정신질환에 대한 태도를 알아보고, 중간관리자의 정신질환자에 대한 태도에 미치는 요인을 파악하기 위한 것이다.

서울, 경기지역에 위치한 중소규모 사업장에 근무하는 중간관리자 161명을 대상으로 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 인구학적 특성, 직업관련 특성, 정신질환관련 특성을 조사하였고, 사회심리적 특성으로 중간관리자의 우울수준과 성격을 조사하였다. 우울수준은 CES-D(한국어판), 성격검사는 MBTI를 이용하였다. 정신질환자에 대한 인식 및 태도는 CAMI(한국어판)를 이용하여 조사하였다.

본 연구결과는 다음과 같다.

1. CAMI로 측정한 중소규모 사업장 중간관리자의 정신질환자에 대한 태도는 권위주의 35.0±4.4점, 자비심 23.0±4.8점, 사회생활제한 32.3±4.9점, 지역정신보건개념 27.2±5.1점이었다.
2. CAMI의 하위영역 중 "정신질환자에 대한 권위주의 영역"에 대한 다중 회귀분석에서 매스컴 접촉 경험이 없는 사람과 우울할수록 정신질환자에 대하여 권위적이었다.
3. CAMI의 하위영역 중 "정신질환자에 대한 자비심 영역"에 대한 다중 회귀분석에서 우울할수록 그리고, 매스컴 접한 경험이 없을수록 정신질환자에 대한 자비심이 적었고, 교육수준이 높을수록 정신질

환자에 대한 자비심이 높게 나왔다.

4. CAMI의 하위영역 중 "정신질환자에 대한 사회생활 제한 영역"에 대한 다중 회귀분석에서 정신질환자접촉경험이 없는 사람, 가구 총 수입이 300만원 이상인 사람, 여자보다는 남자가 정신질환자에 대하여 사회생활을 제한하여야 한다는 태도를 가지는 것으로 나왔다.
5. CAMI의 하위영역 중 "정신질환자에 대한 지역정신보건개념 영역"에 대한 다중 회귀분석에서 정신질환자 접촉 경험이 없을수록 정신질환자에 대한 태도에서 지역사회정신보건 개념이 낮았다.

결론적으로 중간관리자들에 대하여 정신질환자에 대한 직간접적 접촉경험이 중간관리자들의 정신질환자에 대한 태도를 바꾸는데 중요한 요인으로 작용하는 것으로 보인다. 따라서 중간관리자를 대상으로 정신질환에 대한 편견을 해소하고 정확한 지식을 전달할 수 있는 중재가 교육이나 자원봉사, 영화회 등 직·간접적 경험을 제공해 줄 수 있는 다양한 형태의 프로그램으로 수행되어야 할 것으로 사료되었다. 또한 중간관리자의 우울수준에 따라 정신질환자에 대한 태도가 영향을 받기 때문에 중간관리자의 우울수준에 대한 관리도 필요할 것으로 사료되었다.

참 고 문 헌

고려대학교 부설 행동과학연구소 (1999). 심리척도 핸드북Ⅱ. 서울: 학지사.

김경숙, 이강숙, 이세훈 (2003). 일개 사업장이 구조조정에 대한 인식이 근로자의 사회심리적 건강에 미치는 영향. 대한산업의학회지, 15(1), 26-36.

김미덕 (1997). 지역사회 정신보건에 관한 주민의 인식도 연구. 동국대학교 행정대학원 석사학위논문.

노춘희 (1998). 지역사회 지도자의 정신질환에 대한 태도. 대한간호학회지, 28(4), 881-892.

보건복지부 (2006). 정신보건사업 안내. 서울: 보건복지부.

사공정규, 송창진, 손인기 (2000). 정신보건관련인력의 정신질환자에 대한 태도 연구. 동국논총(자연과학편), 39, 217-236.

사공정규, 채정옥 (2001). 포항시 지역주민의 정신질환에 대한 태도 연구. 신경정신의학회, 40(1), 50-62.

안채순, 김지윤, 장숙희 (2001). 광양만권 지역 직장인의 정신질환자에 대한 태도 조사. 순천청암대학 논문집, 25(2), 85-113.

이강숙 (2007). 2007년 도시철도공사 기관사 정신보건 임시건강진단 결과보고서. 미간행.

이은희, 김경자, 이선영 (2000). 광주지역 일반인들의 정신질환을 앓고 있는 사람에 대한 인식 및 태도. 신경정신의학회지, 39(3), 495-506.

이정은 (1999), 안산지역주민의 정신질환에 대한 태도. 신경정신의학지, 38(3), 530-538.

이주훈, 이충순, 황태연, 한광수, 이영문 (1996). 수서일원지역 주민의 정신질환에 대한 태도. 용인정신의학보, 3(2), 188-199.

장현재, 탁진국 (2004). MBTI 성격유형과 변혁적/거래적 리더십 행동 간의 관계. 한국심리학회지, 17(3), 467-483.

장홍석, 김선욱, 장성만 (2002). 정신질환자에 대한 태도연구(일 도시 지역주민과 공무원의 비교 중심). 신경정신의학지, 7(2), 103-113.

조맹제, 김계희 (1993). 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구. 신경정신의학, 32(3), 381-398.

한국직무스트레스학회 (2004). 기업의 직무스트레스 문제와 해결책. 한국직무스트레스학회 창립기념 학술대회 자료집, 서울.

Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophr Bull, 7(2), 225-240.

- Abstract -

Cognition and Attitudes toward Psychological Problems among Middle Managers in Small and Medium-sized Workplaces

Yang, Sun Im · Yim, Hyeon Woo***
*Jo, Sun-Jin** · Ji, Yu Na***
*Jung, Hye-Sun** · Kim, Bo Kyoung****
*Lee, Kang-Sook** · Lee, Won Chul***

Purpose: The purpose of the study was to identify attitudes of middle managers toward employees with psychological problems and to determine factors affecting their attitudes. **Methods:** A questionnaire with Community Attitudes Toward Mentally Ill (CAMI) scales was administered to 161 middle managers working in small and medium-sized enterprises based in Seoul and Gyeonggi Province. **Results:** There are four separate subscales on the CAMI. Mean score for authoritarianism was 35.0±4.4, benevolence 23.0±4.8, social restrictiveness 32.3±4.9 and community mental health ideology 27.2±5.1. According to multiple regression analysis, middle managers with no experience of learning mental illness through mass media or higher levels of depression symptom were more authoritative and less benevolent towards employees with psychological problems. The experience of meeting a patient with mental problem contribute to positive attitudes toward people with mental illnesses in social restrictiveness subscale and community mental health ideology subscale among CAMI. **Conclusion:** This study suggests that experience of having patients with mental problems and information on psychological problems will have great influence on attitudes of middle managers toward employees with psychological problems. It might be important to help middle manager manage their depression because their depression also affects their attitudes toward employees with psychological problems.

Key words : Workplace, Metally Ill, Depression

* Graduate School of Public Health, The Catholic University of Korea
** Department of Preventive Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea
*** Department of Preventive Medicine, College of Medicine and Industrial Medical Center, The Catholic University of Korea