

일부 정신과 간호사의 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 관한 조사연구

계명대학교 간호대학

이경희, 박청자

A Study of Psychiatric Nurses' Perception concerning Ideology and
Role in Community Mental Health

Kyung-Hee Lee, Chung-Ja Park

Department of Nursing, Keimyung University

= Abstract =

This study was done to determine the perception level about the ideology and role in community mental health, variables influencing this perception level and the relationships between community mental health ideology and role perception.

The subjects for this study were 89 psychiatric nurses.

Data were collected by the means of a questionnaire from October 3rd to October 17th 1994.

The questionnaire was consisted of Baker Schulberg's C.M.H.I. Scale and Baker & Howard's role perception and translated by Cha.

The results of this study were reviewed in a statistical method Anova, Pearson Correlation Coefficient and Manova to obtain the following the results.

1. Perception level about the ideology and the role in community mental health services shows that the score of perception level about the ideology in community mental health is lowest in the preceding results.

2. Analysis of the relationships of influencing variables to the community mental health ideology and the role perception, most variables was not significant, but those respondents whose psychiatric nursing clinical experience was group therapy had a significantly high perception level about the community mental health ideology($p<0.05$).

And the educational levels shows significantly high role perception level($p<0.05$).

3. Relationships between the community mental health ideology and the role perception: The higher the perception level about the community mental health ideology, the higher the role perception level about the

* 최초 접수일 : 11월 8일

* 최종 수정원고 접수일 : 12월 8일

community mental health ideology($r=0.4425$, $p<0.001$).

Key Words: Community mental health ideology, Role perception

국 문 초 록

이 연구는 일부 정신과 간호사의 지역사회 정신보건이념과 역할인식수준을 규명하기 위해서 시도 되어졌다. 연구대상은 대구지역의 정신과 병동에서 근무하는 89명의 간호사를 대상으로 하였다. 자료는 1994년 10월 3일에서 17일까지 설문지에 의해 수집되어졌다.

설문지는 Baker Schulberg의 C.M.H.I.Scale과 Baker와 Howard의 역할인식 척도를 차영남이 번안한 것을 사용하였다.

연구결과는 SPSS통계처리에 의해 Anova, Pearson 상관계수 및 Manova로 처리하였다.

1. 지역사회 정신보건이념 및 역할인식 수준은 선행연구에 비해 낮은 수준으로 나타났다.
2. 분석 결과 대부분의 변수들은 지역사회 정신보건 이념 및 역할인식 수준에 유의한 영향을 주지 못하는 것으로 나타났고, 임상 실습에서 집단치료를 경험한 그룹은 그렇지 않은 그룹에 비해 지역사회 정신보건 이념의 수준이 유의하게 높은 수준으로 나타났다.

그리고 교육수준이 높은 집단이 그렇지 않은 그룹에 비해 역할 인식수준이 유의하게 높은것으로 나타났다.

3. 지역사회 정신보건 이념과 역할인식 수준과의 관계는 순상관의 관계로 나타났으나 유의하지는 않았다.

중심단어: 지역사회 정신보건 이념, 역할인식

타났다(남 1993).

그러나 현대의학의 눈부신 발전에 비해 우리의 정신건강 문제는 아직 그늘 속에 가려져 있는 실정으로 정신장애인의 진료에 충실하고 국민의 정신보건을 국가의 중요사업으로 추진하고 있는 구미선진 각국과 비교해 많은 차이가 있다.

특히 정신보건 분야에서 만성 정신질환자 관리는 그들이 사회적 도움을 가장 필요로 하는 취약한 대상이라는 점에서 정부가 우선적으로 관심을 기울여야 하는 가장 중요한 분야라고 할 수 있다(남 1993).

현재 우리나라의 정신의료 전달체계는 전혀 존재하지 않고 있다. 그리고 정신질환자에 대한 통계자료가 미비하며 정신질환자 관리가 정신 병원과 정신요양원을 중심으로 하는 입원 및 수용관리 위주로 정신의료 시설의 지역적 안

1. 연구의 필요성

오늘날 산업화에 따른 생활환경의 변화와 이에 따른 가족 및 사회구조의 변화가 심화되고 있다. 그와 함께 야기되는 문화욕구의 갈등과 정신적 가치관의 혼란은 많은 스트레스나 적응 장애의 원인이 되고 있다.

이러한 상황에서 정신질환자의 숫자는 더욱 증가하는 추세를 보이고 있다.

정부통계에 의하면 1989년의 전체 환자 수와 입원대상자 수는 각각 90만 7000명과 10만 5000명으로서 1987년도의 41만 2000명과 6만 7000명에 비해 거의 2배가 증가되는 것으로 나

배가 이루어지지 못하며 환자를 위한 사회복귀 시설이 거의 전무한 상태이다(남 1993). 이의 해결을 위한 방법의 일환으로 우리 나라에서 만성 정신질환자의 적절하고 효율적인 관리를 위해 간호사가 건강 전달체제의 최말단에서 일차 건강관리의 중심인력으로 활동할 수 있는 준비가 필요하다고 하겠다.

본 연구는 인간과 그가 처해있는 환경에 대한 이해를 전제로 지역주민의 정신건강의 중요성을 인식하고 이를 위해 국가적인 차원에서 정신건강을 포괄적으로 증진시키는 지역사회 정신보건사업을 우리나라에 정착시킬 때 능동적으로 대처해야 하는 간호사를 대상으로 예전될 수 있는 문제를 발견하고 개선방향을 모색하고자 한다.

우리 나라에서 정신과에서 근무하는 간호사들의 지역사회 정신보건 이념과 역할인식에 관한 연구조사 전혀 되어 있지 않은 실정이므로 여기에서는 앞으로 정신과 병동에서 근무하는 간호사를 중심으로 우리나라의 지역사회 정신보건 사업의 방향 모색을 위한 자료를 제시하고자 한다.

이를 위해 정신과 병동에서 근무하는 간호사를 대상으로 지역사회 정신보건 이념에 대한 인식정도를 살펴보고 간호사의 정신보건분야에서 역할인식정도와의 관계를 알고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 다음과 같은 목적을 지닌다.

- 1) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념 및 역할인식정도는 긍정적인지 알고자 한다.
- 2) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념 및 역할인식정도에 영향을 미치는 변수를 알고자 한다.
- 3) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념 및 역할인식정도에 영향을 미치는 교과과정을 알고자 한다.
- 4) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념 및 역할인식정도에 영향을 미치는 정신간호학

의 실습내용을 알고자 한다.

5) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념 및 역할인식정도에 영향을 미치는 교육수준을 알고자 한다.

6) 정신 간호사들의 지역사회 정신보건이념과 역할인식정도와의 관계를 알고자 한다.

3. 용어의 정의

1) 지역사회 정신보건 이념 : Baker 와 Schulberg(1967)가 개발한 38개 항목으로 구성된 CMHI scale(Community Mental Health Ideology Scale)을 차(1980)가 번안한 연구도구로 측정하였다. 이 이념 인식정도는 각 항목에서 나타난 점수의 합으로 최고 266점에서 최저 38점 사이를 분포하며 점수가 높을수록 지역사회 정신보건 이념에 대한 인식정도가 높은 것을 뜻한다.

2) 역할인식 : Baker와 Howard가 개발한 지역사회 정신보건사업에서 간호사의 역할항목을 차(1980)가 번안한 도구를 이용하여 측정하였다.

지역사회 정신보건사업을 수행하는데 간호사의 역할인식 정도는 각 항목에서의 점수의 합으로 최고 126점에서 최저 21점 사이에 분포하며 점수가 높을수록 역할인식이 높은 것을 뜻한다.

3) 정신 간호사 : 이의 자격은 1990년 6월 5일 보건사회부 고시 제 90-44호 "전문 간호사 과정 등에 관한 고시"에서 의료법 제 56조 및 동법 시행규칙 제 54조의 규정에 의하여 이론 200시간, 실습 1000시간의 1년 과정인 정신간호과정을 이수한 자이나 본 연구에서는 정신과 병동에서 근무하는 간호사를 뜻한다.

II. 이론적 배경

1. 지역사회 정신보건의 역사적 배경

고대 시대에서부터 18세기 후반에 이르기까지 정신질환자는 인격을 가진 자연인으로서 받아 들여지지 않았으며 치료의 대부분이 주로 억제(restraints)와 지역사회로부터 격리시키는 것이었다(김 1992).

파리의 비세뜨르란 남자 정신장애자를 수용한 병원에서 피넬(Phillippe Pinel)은 당시 혁명정부의 국민의회 허가를 얻어 49명의 정신장애자의 쇠사슬을 풀어 주어 정신의학의 첫번째 혁명이라고 불리는데 이는 인본주의 사상을 바탕으로 최초로 인도주의적 치료가 정신질환자에게 제공되었다는데 그 의의가 있다(이 및 정 1982; 이 등 1992).

프로이드(Sigmund Freud)에 의한 정신분석의 발달은 정신의학의 두 번째 혁명이라고 불리며 지역사회 정신의학 역시 피넬과 프로이드에 이어 새로운 혁명이라고 할만하였다. 그러나 이것은 새로운 개념이라기보다 이미 Pinel의 휴머니즘을 바탕으로 정신분석을 응용하여 지역사회로 병든 사람을 치료하는데 확대한 개념이다.

20C 초반에 정신위생운동의 제창자이며 추진자인 미국의 실업가 Clifford Whittingham Beers는 1909년 전국정신위생위원회를 조직하여 정신질환에 대한 사회의 올바른 인식과 태도를 호소하였다(이 등 1992).

1930년 Washington에서 제 1회 국제정신위생위원회(The International Committee for Mental Hygiene)가 열렸는데 50개국에서 400명이 참가하였다. 2회는 Paris에서 1937년에 개최되었고 1948년 London에서 제 3회 정신건강을 위한 국제대회가 열렸는데, 이때 명칭이 국제정신보건회의(The International Congress on Mental Health)로 바뀌어 이를 제 1회로 그 이후 국제정신보건위원회가 열리게 되었다.

세계정신보건연합(the World Federation for Mental Health; WFMH)의 창립은 1948년에 이루어졌으며 Geneva에 중앙부서가 있다. 이의 목적은 전 세계인구의 정신건강을 최고수준으로 증진시키는데 있다.

세계정신보건연합 WFMH 설립에 자극받아 WHO내 정신보건위원회 Committee on Mental Health가 1949년에 세워졌으며 이의 목적은 예방적 측면에서 지역사회내에서 정신장애를 유발할 수 있는 요소를 제거하는 것 등이다.

세계정신의학협회(The World Psychiatric Association)는 1961년에 개최되었으며 런던에서 1964년 8월에 열린 제 1차 국제 사회정신의학회의(The 1st International Congress of Social Psychiatry)는 치료가 정신과 의사에 의해서만 이루어지지 않으며 간호사뿐만 아니라 환자 자신과 같은 이들에 의해서도 이루어질 수 있다는 사실을 인정하였다. 따라서 이 회의의 목적은 인간행동의 다양한 분야에서 지역사회와 모든 전문요원 및 자원을 통합하여 개인과 사회의 부적응을 보다 효과적이고 경제적으로 예방, 치료하는 것이다(Evans 1968).

미국에서 1946년에 전국정신보건법(The National Mental Health Act)이 통과되고 국립정신보건기구(The National Institute of Mental Health; NIMH)가 결성되었다. 1950년대는 이 법의 기금에 의한 보조로 일반병원에서 정신과 병동이 증가하였으며 정온제의 출현과 치료적 환경을 도입하여 각 주립병원마다 환자수가 크게 줄게 되었다(이 등 1992).

1962년 제 1차 전국정신보건협의회가 열려 1963년에는 이를 근거로 정박아 수용시설 및 지역사회 정신보건센터를 위한 법안 제정이 Kennedy에 의해 통과되었다(Evans 1968; 이 등 1992; 이 및 정 1982).

그 후 정신장애 인구를 사회에 한 구성원으로서 사회참여시키고자 하는 정신건강운동은 지역사회를 중심으로 변화, 확대되어 가고 있다.

2. 지역사회 정신보건운동과 간호사의 역할

지역사회 정신의학의 개념은 나라마다 또 학자마다 그 강조하는 측면이 다르다. 그러나 공통적으로 전통적인 정신의학치료의 결함이 계기가 되어 입원시키지 않고 지역사회 안에서

만성질환에 대한 보호와 의료가 목표가 되었는데 이는 환자를 지역사회 속으로 재통합하려는 것이었다(이 1985).

Adolf Meyer는 정신건강운동의 이론적 배경을 제공해 주었으며 그에 의하면 환자는 신체, 정신, 사회적 단위로 이해되어져야 한다고 강조했다(이 1992). 즉, 정신건강 문제는 환경과 밀접한 관계가 있고 환경이 개인의 정신건강의 원인이 될 수 있다. 그러므로 정신건강운동은 지역사회생활 자체의 증진에 있다고 볼 수 있다.

Caplan의 예방에 대한 개념은 지역사회생활 자체의 증진과 치료적인 사회화와 관련이 있으며 그의 제 1차, 2차, 3차 예방의 개념은 지역사회 정신보건 이론의 토대가 되었다(이 1992; 이 및 정 1983).

하버드 대학의 심리학자 Baker와 Schulberg가 개발한 지역사회 정신보건이념은 정신건강 사업의 목적을 전체 지역사회의 정신건강의 유지와 증진, 정신질환의 치료와 재활에 두고 지역사회 인구전체를 대상으로하여 그 대상에게 전인적이고 계속적인 관리를 제공하는 것으로써 치료의 일차목적을 정신질환자의 사회적 적응에 두고 있고 이 사업을 진행함에 있어서 지역사회 전체를 참여 시킨다는 것이다(Birnbaum 1978).

1967년 Baker와 Schulberg는 지역사회 정신보건이념 척도인 CMHI Scale(Community Mental Health Ideology Scale)을 이용하여 지역사회 정신보건 이념을 조사했는데 정신과 전문의의 경우 낮은 점수를 나타냈다(이 1984; 차 1980). 1980년 차(1980)의 연구에서 간호학을 전공하는 대학원생들을 대상으로 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 관한 연구에서 다른 건강전문인 단체보다 높게 나타났다. 그리고 지역사회 정신보건이념에 대한 인식정도가 높을수록 역할인식도 비례해서 높게 나타나 앞으로 지역사회 정신보건을 위한 주도적 역할을 하려는 의지를 가지고 있었다(이 1984).

이(1984)의 연구에서 보건진료원을 대상으로

지역사회 정신보건이념 인식정도를 조사한 결과 Birnbaum이 보건간호사를 대상으로 조사한것보다 인식정도가 높게 나타났으나 선행연구들에서 정신과 전문의와 정신분석학자들을 제외한 다른 집단과 비교해 볼 때 낮은 편이었으며 지역사회 정신건강이념 및 역할인식과의 관계는 상관관계가 약하게 나타났다.

Newfeld(1972)는 지역사회 정신보건 간호사의 역할 확인(role identification)을 위해 많은 전통적인 간호역할이 변화해야 하고 또한 간호사들의 역할확대가 필요하다고 했다.

Cotter(1968)는 지역사회 정신보건 사업에서 간호사의 기능을 다음과 같이 요약했다.

1) 개인 및 다른 동료의 정신건강을 증진시킬 수 있는 건강한 자아개념, 정서적 안정감과 통찰력을 지닌다.

2) 정신질환자의 발견 및 의뢰를 한다. 그리고 가정방문을 통해 재가치료하는 환자와 가족에게 지지 및 격려를 줄 수 있다. 환자와 가족의 유대 및 환자의 복귀를 준비시킨다.

3) 추후관리를 통해 환자가 사회화할 수 있는 준비를 도운다.

4) 기관이나 집단을 통해 정신보건에 관한 교육을 시킬 수 있다.

5) 정규적인 보수교육을 통해 전문적인 성장을 지속시킬 수 있는 기회를 가진다(이 1984).

지역사회 안에서 정신건강을 유지하기 위한 노력은 포괄적이고 광범위한 문제를 내포한다. 이런 의미에서 간호사는 정신건강 분야에서 미래에 대한 도전을 받고 있으며 모든 지역사회 주민을 대상으로 정신건강 증진을 위한 지역사회 정신보건 간호를 제공하기 위해 간호사의 역할확대는 필연적이다.

III. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 대구직할시에 위치한 3개 대학병원, 3개 정신과 전문병원의 정신과 병동에 근

무하는 간호사, 그리고 경산시에 위치하는 1개 종합병원내 정신과 병동에서 근무하는 간호사들 총 89 명을 대상으로 하였다.

2. 연구도구

연구도구는 Baker와 Schulberg가 개발한 CMHI Scale(Community Mental Health Ideology)과 Baker와 간호학자인 Howard가 개발한 지역사회 정신보건사업에서 간호사의 역할 항목을 차(1980)가 번역한 것을 사용하였다.

도구의 유의도 검증결과 지역사회 정신보건 이념의 Standardized Item Alpha가 0.8608, 간호사의 지역사회 정신건강 사업에서 역할 인식에 대한 Standardized Item Alpha가 0.8994로 신뢰성 있게 나타났다.

3. 자료수집 및 분석방법

자료수집은 1994년 10월 3일부터 10월 17일 까지 총 14일간이었으며, 간호부(과)의 협조를 얻어 연구의 목적과 내용 및 설문지 작성법을 설명한 후 간호부(과)를 통하여 간호사에게 배부해 주도록 의뢰했으며, 완성된 설문지는 직접 회수하였다.

수집된 자료는 SPSS PC'를 이용하여 전산 통계로 처리하였으며, 지역사회 정신보건 이념에 대한 문항별 평점방법은 Likert type 척도에 따라 전적으로 동의한다 6점, 동의한다 5점, 확실치 않으나 동의한다 4점, 확실치 않으나 동의하지 않는다 3점, 동의하지 않는다 2점, 전적으로 동의하지 않는다 1점으로 배점하였으며 역문항의 경우는 전적으로 동의한다 1점, 동의한다 2점, 확실치 않으나 동의한다 3점, 확실치 않으나 동의하지 않는다 4점, 동의하지 않는다 5점, 전적으로 동의하지 않는다 6점으로 배점하였다. 지역사회 정신건강 사업 내용에 대한 간호사의 역할인식에 관한 배점은 매우 중요하다 6점, 중요하다 5점, 약간 중요하다 4점, 별로 중요하지 않다 3점, 중요하

지 않다 2점, 하나도 중요하지 않다 1점으로 배점하였다. 각각 점수가 높을수록 동의 정도와 중요성 인식도가 높은 것으로 해석할 수 있게 하였다.

자료의 분석방법에서 모든 변수의 분포는 실수와 백분율로 산출하였고 지역사회 정신보건 이념 및 역할인식에 대한 항목별 인식정도는 평균점으로 처리하였다. 지역사회 정신보건 이념 및 역할인식에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위해서 MANOVA를 이용하여 분석하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 표1과 같이 종교별로는 무종교가 38.2%로 가장 많았고, 종교의 의미는 내 삶의 가치관에 약간 영향을 준다가 37.5%, 학력은 간호전문대학졸업이 82.0%, 지역사회 정신건강 학습경험이 있는 경우가 84.3%로 높게 나타났으며, 정신간호학 실습경험 여부에서는 가족요법과 간호집담회나 기타 세미나 참여를 제외한 대부분의 항목에서 실습경험이 있는 것으로 나타났다.

또한 정신과 병동 또는 외래근무경력은 3년 이상이 42.7%, 정신건강간호의 필요성은 매우 필요하다가 88.8%, 친지 친척중에 정신질환자는 없다가 82.0%로 높게 나타났다.

대상자의 평균 연령은 26.7세로 나타났다.

2. 지역사회 정신보건 이념 및 역할인식에 대한 항목별 인식정도

지역사회 정신보건이념에 대한 항목별 구성비율과 평균 평점은 표2와 같다. 38개 항목중 가장 높은 평균평점을 보인 항목은 “정신보건 사업의 대상은 개인뿐만이 아니고 가족, 지역사회 나아가서는 국가까지 확장시켜야 한다” (5.528 ± 0.893)였으며, 그 다음은 “정신질환자에

표1. 대상자의 일반적 특성

| 특 성 | 구 分 | 인수(비율%) |
|------------------------|--|--|
| 종 교 | 무 종교 기독교 천주교 불교 기타 무 응답 | 34 (38.2) 20 (22.5) 16 (18.0) 16 (18.0) 2 (2.2) 1 (1.1) |
| 종교의 의미 | 종교가 없다 내 삶의 가치관에 아주 중요한 영향을 준다 내 삶의 가치관에 약간 중요한 영향을 준다 내 삶의 가치관에 별로 영향을 주지 않는다 내 삶의 가치관에 아무런 영향을 주지 않는다 무 응답 | 30 (33.7) 24 (27.0) 28 (31.5) 4 (4.5) 1 (1.1) 2 (2.2) |
| 지역사회정신보건 | 학습경험 있다 학습경험 없다 무 응답 | 75 (84.3) 13 (14.6) 1 (1.1) |
| 정신간호학실습 | 환자와의 면담 有 환자와의 면담 無 특수정신치료의 관찰,참여 有 특수정신치료의 관찰,참여 無 집단요법의 관찰,참여 有 집단요법의 관찰,참여 無 놀이요법의 관찰,참여 有 놀이요법의 관찰,참여 無 가족요법의 관찰,참여 有 가족요법의 관찰,참여 無 간호집단회나 기타 세미나 참여 有 간호집단회나 기타 세미나 참여 無 | 66 (74.2) 23 (25.8) 67 (75.3) 22 (24.7) 67 (75.3) 22 (24.7) 72 (80.9) 17 (19.1) 16 (18.0) 73 (82.0) 36 (40.4) 43 (59.6) |
| 정신과 근무 경력 | 경력없음 1년 미만 1년 - 2년 미만 2년 - 3년 미만 3년 이상 | 4 (4.5) 26 (29.2) 10 (11.2) 11 (12.4) 38 (42.7) |
| 정신건강간호에 대한 관심 | 매우 필요하다 약간 필요하다 | 79 (88.8) 10 (11.2) |
| 친지 또는 친척중에 정신질환자 유무 여부 | 과거에 있었다 현재 있다 없다 | 6 (6.7) 10 (11.2) 73 (82.0) |

표2. 지역사회 청진보건 이념에 대한 각 항목의 구성비율

| 번 호 | 문항 | *표는 부정 구문임 | | | | | | | |
|--------|--|------------|------------------------|-----------|-----------|----------|----------|---------------|-------------------|
| | | 전적 동의 | 동의 으나 동의 나 동의 않음 | 확실치 않음 | 확실치 않음 | 동의 않음 | 동의 많음 | 전적으로 동의 많음 | 산술평 균±표 준편차 |
| 1 | 모든 청진건강 기관은 그 지역의 지방행정기관과 공식적인 유대관계를 맺고 있어야 한다 | 45(50.6) | 37(41.6) | 7(7.9) | | | | | 5.427± 0.638 |
| *2 | 아직까지는 환자 개인을 치료하는 종래의 치료형태가 우리 전문직 기능에 적절하다 | 1(1.1) | 11(12.4) | 18(20.2) | 22(24.7) | 30(33.6) | 6(6.7) | 1(1.1) | 3.944± 1.265 |
| *3 | 우리의 전문직 자원은 제한되어 있으므로, 청진질환을 일으키는 사회적 조건을 조절하거나 예상하는 것보다 치료를 위해 알고 있는 지식을 활용하는 것이 더 낫다 | 3(3.4) | 5(5.6) | 15(16.9) | 19(21.3) | 33(37.1) | 14(15.7) | | 4.303± 1.274 |
| 4 | 청진질환자에 대한 우리 전문인의 책임은, 청진건강기관에서 그들을 치료하는 것 이상으로 확대되어야 한다 | 53(59.6) | 29(32.6) | 5(5.6) | | | | | 5.472± 0.799 |
| 5 | 청진파 전문의의 중요한 업무 중의 하나는 누가 그 지역의 장애자이며, 그들이 그 지역사회에서 어떤 위치를 차지하고 있는지를 알아내는 것이다 | 16(18.0) | 40(44.9) | 19(21.3) | 10(11.2) | 4(4.5) | | | 4.607± 1.051 |
| *6 | 지역사회 보건사업의 원활한 일자리 창출사업은 청진건강분야에서는 아직 별로 필요가 없다 | 1(1.1) | 1(1.1) | 20(22.5) | 34(38.2) | 33(37.1) | | | 5.090± 0.861 |
| 7 | 청진건강사업은 청진적인 손상을 받기 쉬운 사람들에게 특별한 관심을 기울여야 한다 | 25(28.1) | 40(44.9) | 15(16.9) | 3(3.4) | 3(3.4) | 3(3.4) | | 4.809± 1.186 |
| *8 | 청진건강사업은 전문적 업무이며로 사업을 계획하고 수행해 나감에 있어서 지역주민의 영향을 받아서는 안된다 | 2(2.2) | 2(2.2) | 5(5.6) | 26(29.2) | 40(44.9) | 14(15.7) | | 4.596± 1.041 |
| 9 | 지역사회 청진질환 병명을 알게 해서는 체계화된 체계화된 청진건강사업은 유해한 환경 조건을 위해서는 체계화된 체계화된 두어야 한다 | 14(15.7) | 48(53.9) | 23(25.8) | 2(2.2) | 2(2.2) | | | 4.787± 0.818 |
| 10 | 청진건강에 종사하는 전문인들은 다른 건강에 종사하는 사람과 협조해서 사업의 효율성을 높이도록 노력해야 한다 | 50(56.2) | 35(39.3) | 1(1.1) | 1(1.1) | 2(2.2) | | | 5.461± 0.784 |
| *11 | 청진건강 전문인은 진료소를 찾아오는 청진질환자에 대해서 만 체임을 지면 된다. 즉 스스로 진료소를 찾아오지 않는 사람들에 대해서는 책임질 필요가 없다 | 3(3.4) | 6(6.7) | 32(36.0) | 48(53.9) | | | | 5.404± 0.765 |
| 12 | 제 전체 인구에 충점을 두는 지역사회 보건중심으로 변화되야 한다 | 54(60.7) | 25(28.1) | 9(10.1) | 1(1.1) | | | | 5.472± 0.770 |

| | | | | | | | |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------|
| 13 | 정신건강 전문인을 교육시킬 때에는 우리가 일하는 지역사회에 대한 이해를 둘는 내용을 중심적으로 다루어야 한다 | 16(18.0) | 43(48.3) | 24(27.0) | 4(4.5) | 2(2.2) | 4.753±0.883 |
| *14 | 정신질환의 조절은 정신과적 치료를 통해 서만 가능하다 | 4(4.5) | 2(2.2) | 8(9.0) | 24(27.0) | 36(40.4) | 4.472±1.207 |
| 15 | 정신건강 전문인은 발전된 환자뿐만 아니라 지역사회에서 적응하지 못하는 잠재적인 환자에 대해서도 책임을져야 한다 | 27(30.3) | 37(41.6) | 19(21.3) | 5(5.6) | 1(1.1) | 4.944±0.921 |
| 16 | 현제의 정신건강 사업은 개인환자 중심이므로 지역사회 전 세의 정신건강 문제를 해결하는데는 효과적이지 못하다 | 17(19.1) | 39(43.8) | 23(25.8) | 5(5.6) | 2(2.2) | 3(3.4) |
| *17 | 우리의 전문적 책임은 개인 환자를 치료하는 것 이자 사회의 유해한 요인을 제거하는 것은 아니다 | 1(1.1) | 11(12.4) | 11(12.4) | 21(23.6) | 31(34.8) | 4.258±1.284 |
| *18 | 정신건강사업에 지역주민을 참여시키는 것은 비효과적인 방법이다 | 1(1.1) | 2(2.2) | 6(6.7) | 51(57.3) | 26(29.2) | 3(3.4) 4.978±1.187 |
| 19 | 정신건강사업의 대상은 개인 뿐만이 아니고 가족, 지역사회, 나아가서는 국가까지 확장시켜야 한다 | 58(65.2) | 27(30.3) | 1(1.1) | 1(1.1) | 2(2.2) | 5.528±0.893 |
| *20 | 정신건강 전문인들은 환자가 치료를 받고 있을 때만 환자의 복지에 기여할 수 있다 | 2(2.2) | 7(7.9) | 4(4.5) | 16(18.0) | 43(48.3) | 4.596±1.213 |
| 21 | 정신건강 전문인들은 정신 질환자의 치료를 돋는 지역사회 의 다른 건강 전문인들에게 정신건강에 대한 조언을 해주어야 한다 | 37(41.6) | 42(47.2) | 8(9.0) | 1(1.1) | 1(1.1) | 5.236±0.917 |
| 22 | 치료계획을 세울 때에는 정신건강 기관에서 환자를 다루거나 그 기관에 오기 전에 환자를 접촉하는 모든 의료팀을 포함시켜야 한다 | 35(39.3) | 42(47.2) | 10(11.2) | 1(1.1) | 1(1.1) | 5.202±0.894 |
| *23 | 정신과 전문의는 자신이 직접 접촉하는 환자들에 대한 유용한 서비스를 제공할 수 있다 | 4(4.5) | 14(15.7) | 5(5.6) | 18(20.2) | 35(39.3) | 13(14.6) 4.180±1.435 |
| *24 | 비정신건강 전문인과의 협력을 정신건강 사업의 성공여부에 그리 중요한 것이 아니다 | 1(1.1) | 4(4.5) | 2(2.2) | 20(22.5) | 46(51.7) | 16(18.0) 4.730±1.009 |
| 25 | 정신건강 진료소(mental health center)는 통합적인 지역사회 정신건강 사업(Comprehensive community mental health program)의 한 부분일 뿐이다 | 1(1.1) | 18(20.2) | 22(24.7) | 19(21.3) | 24(27.0) | 4(4.5) 1(1.1) 3.292±1.281 |

| | | | |
|-----|---|---|----------------------|
| *26 | 정신건강 전문인들은 이미 사회에서 정신질환자로 규명된 사람들과 스스로 진료소를 찾는 사람들에게만 서비스를 제공해야 한다 | 2(2.2) 4(4.5) 4(4.5) 14(15.7) 45(50.6) 20(22.5) | 4.753± 1.131 |
| 27 | 아직 질환에 걸리지 않은 사람들에게는 예방사업으로서, 생활의 위기를 극복하는 방법을 터득할 수 있도록 도와주어야 한다 | 49(55.1) 33(37.1) 6(6.7) 1(1.1) | 5.461± 0.675 |
| *28 | 환자의 환경을 변화시키는데 있어서 법적으로 관여하기 보다는 그 환경에 대처하는 능력을 지니도록 도와주어야 한다 | 26(29.2) 53(59.6) 6(6.7) 1(1.1) | 1.854± 0.847 |
| *29 | 정신과 전문의가 담당해 온 정신질환 치료를 정신과 전문의 가 아닌 의료인에게 수행하도록 하는 것은 좋은 방법이 아닙니다 | 3(3.4) 25(28.1) 15(16.9) 21(23.6) 18(20.2) 7(7.9) | 3.528± 1.382 |
| *30 | 우리는 예방에 대한 충분한 지식이 없으므로, 정신 건강의 예방사업을 개발하는 것보다는 정신질환자를 치료하는 것에 우선적인 노력을 기울여야 한다 | 2(2.2) 7(7.9) 7(7.9) | 4.427± 1.205 |
| 31 | 병원은 지역사회 의 활동목표에 참여하며, 지역사회는 병원에 활용목표에 참여하도록 서로 노력해야 한다 | 29(32.6) 54(60.7) 5(5.6) 1(1.1) | 5.236± 0.658 |
| 32 | 정신건강 사업의 성공을 위해서는, 사회적 활동(social action)이 필요하다 | 31(34.8) 49(55.1) 9(10.1) | 5.247± 0.627 |
| *33 | 정신건강 전문인력이 부족하므로, 기준 인력은 예방사업 보다는 치료사업에 쓰여져야 한다. | 18(20.2) 20(22.5) 16(18.0) 30(33.7) 5(5.6) | 3.820± 1.257 |
| 34 | 각 정신건강 기관과 그 지역사회와 전장,복지기관은 유대관계를 가져야 한다 | 41(46.1) 43(48.3) 2(2.2) 1(1.1) | 2(2.2) 5.303± 1.005 |
| 35 | 정신건강 전문인은 사회변화의 촉진자(agent for social change)가 되어야 한다 | 29(32.6) 48(53.9) 10(11.2) 2(2.2) | 5.169± 0.711 |
| *36 | 전문기술을 더 효과적으로 사용하기 위해서는, 간접적으로 많은 환자를 다루는 것보다 체한 듯 환자를 중첩적으로 치료해야 한다 | 16(18.0) 12(13.5) 29(32.6) 24(27.0) 6(6.7) | 3.843± 1.260 |
| *37 | 대체로 정신건강 업무에서는 사회과 인류학에 대한 많은 지식이 필요하지 않다 | 1(1.1) 2(2.2) 4(4.5) 29(32.6) 35(39.3) 18(20.2) | 4.674± 0.997 |
| *38 | 환자를 다루는 지역사회 건강기관들은 환자 일원에는 관여하지 않아도 된다 | 3(3.4) 1(1.1) 18(20.2) 39(43.8) 28(31.5) | 4.989± 0.935 |

대한 우리 전문인의 책임은 정신보건기관에서 그들을 치료하는 것으로 확대되어야 한다"(5.472 ± 0.779), "정신보건사업은 특정한 환자에게만 중점을 두는 병원 중심에서 전체 인구에 중점을 두는 지역사회보건 중심으로 변화되어야 한다"(5.472±0.770)로 나타났는데 정신보건사업을 국가적 차원으로 확대하는 것에 긍정적인 반응을 나타내고 있다. 가장 낮은 평균평점을 보인 항목은 "환자의 환경을 변화시키는데 있어서 법적으로 관여하기보다는 그 환경에 대처하는 능력을 지니도록 도와주어야 한다"(1.854 ± 0.847)로서 건강한 환경변화를 위한 간호사의 소극적인 자세를 보였다.

지역사회 정신보건을 위한 간호사의 역할인식에 대한 항목별 구성비율과 평균평점은 표3과 같다. 21개 항목중 가장 높은 평균평점을 보인 항목은 "치료적 환경을 조성하고 유지한다"(5.596±0.598)이며, 다음으로 "정신질환자의 치료목적을 규명하는데 있어서의 협력자이다"(5.573±0.541), "지지요법을 담당한다"(5.360±0.626)의 순으로 나타났다. 가장 낮은 평균평점을 보인 항목은 "임산부나 산모를 위한 어머니 교실을 주도한다"(4.685±0.961)로 예방적 차원에서 정신건강 사업수행에 대한 주도적 역할에 대해 약한 긍정을 나타냈다.

대상자 전체의 지역사회정신보건 이념척도(CMHI Scale)에 의한 총 평균 평점은 178.46, 표준편차는 15.45로 나타났다(표4). 이는 Carpenter의 주립정신병원 간호사의 평균점수에 비해 낮게 나타났다.

대상자 전체의 역할인식에 대한 총점 평균은 108.17, 표준편차는 9.04로 나타났다.

3. 지역사회 정신보건 및 역할인식간의 관계

지역사회 정신보건과 역할인식간의 상관관계는 $r=0.4425$, $p=0.000$ ($N=89$)로 높은 상관을 나타냈다.

간호사의 일반적 특성으로 종교, 종교의 의미, 학력, 지역사회 정신건강 학습경험 유무, 정

신간호학 실습경험 유무, 정신과 병동 또는 정신과 외래 근무경력, 정신건강간호에 대한 관심 정도, 친지, 친척중에 정신질환자 유무를 조사하여 각각의 특성과 지역사회 정신보건 및 역할 인식간의 관련성을 규명하기 위하여 다변량 분석(MANOVA)을 실시한 결과 표 5와 같다.

본 연구 대상자는 간호사의 일반적 특성과 지역사회 정신보건이념 및 역할인식간의 관련성을 규명한 결과 정신간호학 실습경험 유무 중 집단요법의 관찰, 참여 항목을 제외한 다른 변수들과의 관계에서 유의한 차이를 나타내지 못했다.

종교에 있어 차(1980)의 연구에서 기독교인이 지역사회 정신보건이념에 대해 유의하게 높은 인식을 나타낸 것에 비해 본 연구는 다른 집단에 비해 기독교인들의 평균평점이 높았으나 유의하지 않은 결과를 보였다.

종교가 자신에게 주는 의미에 있어 "아주 중요한 영향을 끼친다"라고 대답한 집단이 지역사회 정신보건이념 인식에 있어 가장 높은 점수를 나타냈으나 유의한 차이는 없었다.

간호학 교과과정에서 지역사회 정신보건이 포함된 경우 차(1980)의 간호대학원생을 중심으로 한 결과와 비교할 때 차(1980)의 경우 지역사회 정신보건이 포함된 경우 유의한 차이를 보인데 비해 본 연구에서는 유의하지 않았다. 이는 대상자의 교육적 배경과 관계가 있을 것이라고 사료된다.

정신간호학 실습내용중 집단요법의 실습내용을 경험한 경우 지역사회 정신보건 이념인식에 유의한 차이를 나타했는데($P<0.05$), 이는 임상교육에 따르는 여러 가지 문제가 있으나 이런 교육을 이수한 이후에 정신보건에 대한 폭넓은 이해와 인식을 형성할 수 있는 것이라고 추정된다. 특히 집단요법에는 정신간호사의 독자적인 활동이 요구되므로 지역사회 정신보건 이념인식에 유의한 영향을 줄 수 있었다고 사료된다(표5).

교육수준에 따른 비교에서 간호대학을 졸업하고 대학원 과정을 이수한 집단이 다른 집단에 비해 지역사회 정신보건이념인식정도가 높

표3. 역할인식 항목에 대한 구성비율

| 번호 | 문항 | 매우 중요 | 중요 | 약간 중요 | 별로 중요 | 증 여 중 요 하 지 무 용 답 없 음 | 하나도 증 여 중 요 하 지 무 용 답 없 음 | 평균±표준편차 |
|----|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------|
| 1 | 정신질환의 치료목적을 구별하는데 힘들지이다 | 53(59.6) | 34(38.2) | 2(2.2) | | | | 5.573±0.541 |
| 2 | 집단 요법을 주도한다 (group therapist) | 14(15.7) | 61(68.5) | 12(13.5) | 1(1.1) | 1(1.1) | | 4.966±0.665 |
| 3 | 집단 요법을 돋는다 (Cotherapist for groups) | 28(31.5) | 52(58.4) | 9(10.1) | | | | 5.213±0.612 |
| 4 | 지지 요법(Supportive therapy)를 담당한다 | 39(43.8) | 43(48.3) | 7(7.9) | | | | 5.360±0.626 |
| 5 | 놀이 요법을 주로 한다 (Play therapist) | 21(23.6) | 55(61.8) | 12(13.5) | 1(1.1) | | | 5.607±0.688 |
| 6 | 의사의 집중적 치료가 더 이상 필요없을 때 추후 관리를 담당한다 | 33(37.1) | 41(46.1) | 10(11.2) | 3(3.4) | 1(1.1) | 1(1.1) | 5.101±1.001 |
| 7 | 가족 요법을 주도한다(family therapist) | 17(19.1) | 46(57.1) | 23(25.8) | 2(2.2) | 1(1.1) | 1(1.1) | 4.831±0.895 |
| 8 | 치료적 환경을 조성하고 유지한다 | 57(64.0) | 29(32.6) | 2(2.2) | 1(1.1) | | | 5.596±0.598 |
| 9 | 정신 질환자의 가정 간호를 담당한다 | 33(37.1) | 42(47.2) | 11(12.4) | 2(2.2) | 1(1.1) | 1(1.1) | 5.146±0.924 |
| 10 | 정서적 문제가 있는 일반 입원 환자를 관리한다 | 32(36.0) | 47(52.8) | 8(9.0) | 1(1.1) | 1(1.1) | | 5.213±0.746 |

| | | | | | | |
|----|--|----------|----------|----------|---------|---------------------------------|
| 11 | 일반 입원 환자에게 정신 건강 상담을 한다 | 23(25.8) | 44(49.4) | 21(23.6) | 1(1.1) | 5.000 ± 0.739 |
| 12 | 일반 입원 환자의 정서적 문제를 확인하고, 그 해결을 위한 계획을 세우는 간호 집단회를 주도한다 | 30(33.7) | 48(53.9) | 9(10.1) | 1(1.1) | $1(1.1) \quad 5.146 \pm 0.899$ |
| 13 | 역할의 변화(role transition, 예를 들면 임신, 자녀 교육, 청소년, 은퇴 상실로 인해 문제가 있는 사람을 위해 위기 중재를 한다) | 29(32.6) | 51(57.3) | 8(9.0) | 1(1.1) | 5.180 ± 0.820 |
| 14 | 육아, 치도소, 학교, 청소년 단체, 산업장에서 정신 질환자를 발견한다 | 18(20.2) | 48(53.9) | 17(19.1) | 5(5.6) | $1(1.1) \quad 4.865 \pm 0.842$ |
| 15 | 임산부나 산모를 위한 어머니 교실을 주도한다 | 19(21.3) | 33(37.1) | 29(32.6) | 6(6.7) | $2(2.2) \quad 4.685 \pm 0.965$ |
| 16 | 간호 대상 가족의 상호 관계를 평가한다 | 28(31.5) | 46(51.7) | 14(15.7) | 1(1.1) | 5.135 ± 0.710 |
| 17 | 환자가 병원에서 가정과 지역 사회로 빨리 돌아갈 수 있도록 촉진자의 역할을 한다 | 43(48.3) | 40(44.9) | 5(5.6) | 1(1.1) | 5.404 ± 0.656 |
| 18 | 지역 사회에 있는 정신 건강 간호 대상자에게 조언 자의 역할을 한다 | 34(38.2) | 48(53.9) | 6(6.7) | 1(1.1) | 5.292 ± 0.643 |
| 19 | 지역 사회 단체(학부모 교사 협의회, 정신 건강 단체, 사회 기구)를 위한 교육자의 역할을 한다 | 20(22.5) | 56(62.9) | 11(12.4) | 2(2.2) | 5.056 ± 0.663 |
| 20 | 정신 건강의 유지와 증진에 도움을 줄 수 있는 지역사회 단체 구성원들과 협조적인 관계를 갖는다 | 32(36.0) | 45(50.6) | 11(12.4) | 1(1.1) | 5.202 ± 0.741 |
| 21 | 진행중인 사업을 평가하고 새로운 사업을 계획하는 데 참여한다 | 31(34.8) | 43(48.3) | 12(13.5) | 2(2.2) | $1(1.1) \quad 5.135 \pm 0.815$ |

표4. 선행연구의 각 집단별 지역사회 정신보건 이념에 대한 인식정도의 비교

| 연구의 연도 | 연구자 | 연구대상집단 | 실수 | CMHI 평균 | 표준편차 |
|--------|---------------------|--|-----|---------|-------|
| 1967 | Baker, Schulberg | Harvard post-Doctorals | 57 | 239.79 | 19.48 |
| | | Harvard visiting faculty | 15 | 234.60 | 26.91 |
| | | Community psychologists | 23 | 234.43 | 14.68 |
| | | Columbia post-Doctorals | 25 | 221.96 | 24.06 |
| | | Amer. Psychol. Assoc. | 79 | 217.89 | 22.19 |
| | | Amer. Occup. Therapy Assoc. | 35 | 207.69 | 21.07 |
| | | Soc. for Biol. Psychiat. | 29 | 206.28 | 32.97 |
| | | Amer. Psychiat. Assoc. | 175 | 198.93 | 37.02 |
| | | Amer. Psychoanal. Assoc. | 46 | 194.52 | 31.23 |
| | | 계 | 484 | | |
| 1970 | Langston | Social worker | 9 | 235.89 | 16.41 |
| | | Psychologist | 7 | 229.00 | 20.36 |
| | | OT. RT. | 20 | 213.65 | 16.82 |
| | | Nurse | 22 | 210.23 | 20.17 |
| | | Psychiatrist | 13 | 202.38 | 19.84 |
| | | 계 | 71 | | |
| 1970 | Carpenter | State mental hospital nurse | 36 | 212 | 35.8 |
| 1971 | Howard Baker | Graduate nursing student | 386 | 232.97 | 18.54 |
| 1978 | Birnbaum | Community health nurse Occupational | 42 | 217.07 | 21.19 |
| | | Health nurse | 29 | 199.41 | 18.54 |
| | | School nurse | 62 | 199.61 | 23.00 |
| | | 계 | 133 | | |
| 1980 | 차영남 | 간호학 전공 대학원생 | 91 | 213.53 | 17.49 |
| 1984 | 이경희 | 보건진료원 | 160 | 203.144 | 16.54 |
| 1994 | 이경희 | 정신과 간호사 | 89 | 178.46 | 15.45 |

은 것으로 나타났으나 유의하지 않았다. 그러나 역할인식은 대학원 과정을 이수한 집단이 다른 집단에 비해 높은 것으로 나타났고 유의한 차이를 나타냈다(표6-1).

정신과 근무경력의 경우 지역사회 정신보건 이념인식은 3년 이상의 근무경력을 가진 경우가 가장 높은 평점을 보였으나 역할인식은 근무경력 2-3년에서 가장 높았다. 그러나 유의한 차이는 없었다(표6-2).

정신보건간호에 대해 매우 필요하다고 대답한 집단이 지역사회 정신보건 이념인식이 가장 높은 평점을 보였으나 유의하지 않았다(표6-3).

V. 결론 및 제언

본 연구는 대구 직할시와 경산시에 위치하는 총 7개 정신과 병동에서 근무하는 정신과 간호사를 대상으로 Baker와 Schulberg가 개발

표5. 특성에 따른 지역사회 정신보건과 역할인식과의 관계

| 특 성 | Statistic | | F 값 | P |
|--|--------------|--|--|---|
| 종 교 | Hotellings T | 1.12 | 1.66 | 0.14 |
| 종교의 의미 | Hotellings T | 0.08 | 0.75 | 0.64 |
| 지역사회정신보건 | Hotellings T | 0.09 | 0.38 | 0.68 |
| 정신간호학실습 환자의 면담 특수정신치료의 관찰,참여 집단요법의 관찰,참여 놀이요법의 관찰,참여 가족요법의 관찰,참여 간호집담회, 기타 세비나 참여 | Hotellings T | 0.07 0.01 0.07 0.07 0.01 0.01 0.00 | 2.82 0.56 3.16 2.84 0.64 0.33 | 0.07 0.58 0.05* 0.06 0.53 0.72 |

한 지역사회 정신보건 이념 척도와, Howard 와 Baker가 개발한 지역사회 정신보건사업을 위한 간호사의 역할인식 항목으로 구성된 설문지를 차(1980)가 번안하여 신뢰도와 타당도를 인정받은 도구로써 지역사회 정신보건 이념과 지역사회 정신보건 사업을 위한 간호사의 역할인식 정도를 조사하였다.

본 연구의 결과를 근거로 하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 지역사회 정신보건이념과 역할 인식정도는 대부분의 항목에서 긍정적인 인식을 보였으나 지역사회 정신보건이념 인식의 경우 선행 다른 연구들의 결과와 비교해 낮은 인식을 나타냈다.

2. 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 영향을 미치는 변수간 관계분석에 있어서 종교, 종교의 의미, 근무경력, 정신보건간호 중요도 사이에는 유의한 차이가 없었다.

3. 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 영향을 미치는 교과과정과의 관계분석에 있어 교과과정중 지역사회 정신보건을 이수 여부 사이에는 유의한 차이가 없었다.

4. 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 영향을 미치는 정신간호학 실습내용과의 관계분

석에서 집단요법의 실습내용을 경험한 경우 지역사회 정신보건이념 인식에 대해 유의하게 높은 인식정도를 나타냈다($P<0.05$).

5. 지역사회 정신보건이념과 역할인식에 영향을 미치는 교육수준과의 관계분석에서 교육수준에 따른 역할인식이 유의한 차이를 나타내어 교육수준이 높을수록 높은 인식정도를 나타냈다($P<0.05$).

6. 지역사회 정신보건이념과 역할인식과의 관계분석에서 지역사회 정신보건 이념에 대한 인식정도가 높을수록 역할인식이 높아지는 것으로 나타났다($r=0.4425$, $P<0.001$).

결론적으로, 본 연구를 통하여 정신 간호사들이 지역사회 정신보건이념에 대한 인식정도에 따라 역할에 대한 인식도 비례해서 긍정적으로 변화한다는 것을 알 수 있었다. 그런데, 지역사회 정신보건의 교과내용 및 정신 간호학 실습내용이 지역사회 정신보건이념 및 역할인식에 유의하게 긍정적인 영향을 주지 못했다는 점은 다각적으로 재검토되어 해결방안을 모색해야 할 것으로 본다.

본 연구의 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 간호사의 지역사회 건강사업의 참여시에 예상될 수 있는 문제들을 규명하기 위해 다른

표6-1-1. 교육수준에 따른 CMHI의 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 3 | 1037.78 | 345.93 | 1.472 | 0.228 |
| Within Groups | 85 | 19972.337 | 234.969 | | |
| Total | 88 | 21010.112 | | | |

표6-1-2. 교육수준에 따른 역할인식의 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 3 | 729.56 | 243.187 | 3.199 | 0.027 |
| Within Groups | 85 | 6460.912 | 76.011 | | |
| Total | 88 | 7190.472 | | | |

표6-2-1. 근무경력에 따른 CMHI의 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 4 | 231.813 | 57.953 | 0.234 | 0.918 |
| Within Groups | 84 | 20778.300 | 247.361 | | |
| Total | 88 | 21010.112 | | | |

표6-2-2. 근무경력에 따른 역할인식의 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 4 | 251.612 | 62.903 | 0.762 | 0.553 |
| Within Groups | 84 | 6938.860 | 82.606 | | |
| Total | 88 | 7190.472 | | | |

표6-3-1. 정신보건간호의 중요도 인식에 따른 CMHI 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 1 | 311.778 | 311.778 | 1.311 | 0.255 |
| Within Groups | 87 | 20698.334 | 237.912 | | |
| Total | 88 | 21010.112 | | | |

표6-3-2. 정신보건간호의 중요도 인식에 따른 역할인식 비교

| Source | D.F | Sum of Squares | Mean of Squares | F Ratio | F Prob. |
|----------------|-----|----------------|-----------------|---------|---------|
| Between Groups | 1 | 235.135 | 235.135 | 2.941 | 0.09 |
| Within Groups | 87 | 6955.337 | 79.946 | | |
| Total | 88 | 7190.472 | | | |

지역사회 정신보건의 교과내용 및 정신 간호학 실습내용이 지역사회 정신보건이념 및 역할인식에 유의하게 긍정적인 영향을 주지 못했다는 점은 다각적으로 재검토되어 해결방안을 모색해야 할 것으로 본다.

본 연구의 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 간호사의 지역사회 건강사업의 참여시에 예견될 수 있는 문제들을 규명하기 위해 다른 지역사회 보건간호사의 지역사회 정신보건이념에 대한 인식정도를 연구조사할 필요가 있다.
2. 간호사 이외에 지역사회 정신보건사업의 구성원인 다른 전문인의 지역사회 정신보건이념에 대한 인식정도를 조사할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김소야자외. 정신간호학. 대한간호협회, 서울, 1992
- 남정자. 우리 나라 정신보건의 현황. 정신간호 학회 추계학술대회. 서울, 1993. 11. 12.
- 이경희. 보건진료원의 지역사회정신건강 이념 및 역할인식정도에 관한 조사연구. 공주 전문대학 논문집 1984;11:28-29
- 이규항. Role of Psychiatric Practitioners in the Community Mental Health. National Workshop on Comprehensive Mental Health Policy. 서울, 1985. 7-8
- 이근후, 정성덕. 정신의학적 인간생물학. 삼일당, 서울, 1982
- 이소우외. 정신간호총론. 수문사, 서울, 1992
- 이정균. 정신의학. 일조각, 서울, 1992

차영남. 지역사회 정신보건이념에 대한 인식과 그에 따른 역할인식정도- 간호학 전공 대학원 학생을 중심으로. 연세대학교 대학원 석사 학위논문, 1980

Evans, Frances Monet Carter. The Role of the Nurse in Community Mental Health. Macmillan, New York, 1968

Baker, F. & Schulberg, H.C. The Development of a Community Mental Health Ideology Scale. C.M.H.J. 1967;3(3):216-225

Birnbaum, M.A. Assessment of Community Nurse's Adherence to Community Mental Health Ideology. J.P.N. 1978.

Cotter, Mary Dolora. The Public Health Nurse and Community Mental Health. Nursing Outlook 1968;April:60

Howard, L.A., Baker, F. Ideology and Role Function of the Nurse in Community Mental Health. Nursing Research. 1971;20(5):450-454

Newfeld, J.D. The Role of the Community Mental Health Nurse in a rule setting. In Community Mental Health Nursing: The practitioner's point of view. ed. by Elaine Goldman. Appleton-Century-Crafts, New York, 1972