

일 지역사회 공무원의 정신건강지식 및 정신건강사업에 대한 태도조사

김현실^{1*}, 강은옥²

¹송호대학교 간호학과, ²횡성군 정신건강복지센터

Mental health literacy of local public officials and the mental health business attitude survey

Hyeun-Sil Kim^{1*}, Eun-Ok Kang²

¹College of Nursing, Songho University, ²Hoengseong-gun Mental Health Center

요약 본 연구의 목적은 우리나라 지역사회 공무원의 정신건강지식 및 정신건강사업에 대한 인식을 알아보기 위해 시행된 서술적 조사연구이다. 조사대상자는 강원도 3개 군에 근무하는 공무원 273명을 대상으로 시행하였으며, 구조화된 설문지를 통해 2018년 7월 1일부터 8월 15일까지 자료를 수집하였다. 자료 분석은 SPSS 22.0 프로그램을 이용하였다. 연구결과 공무원의 정신건강지식은 101.45점(범위 35-160)이었다. 정신건강지식정도는 직업, 정신건강 교육 유무, 정신건강 치료경험 유무, 가족의 정신건강 치료경험 유무에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 정신건강사업에 대한 인식으로 정신건강복지센터에 대해 알고 있는지에 대해 응답자의 39.9%가 이름정도만 알고 있다고 응답하였으며, 확대해야 할 정신건강서비스는 우울 등 조기발견 서비스가 35.9%로 가장 많았다. 정신건강사업으로 인한 지역사회의 변화에 대해 약간 좋아지고 있다는 응답자가 44.7%로 가장 많았다. 조사대상자들의 정신건강복지센터에 대한 인식과 정신건강 지식 점수와의 관계를 분석한 결과 정신건강지식점수에 따라 정신건강복지센터에 대한 사전지식 유무와 정신건강 관리를 위한 정부의 관리투자에 관한 문항은 통계적으로 유의한 것으로 나타났으므로(p=.012) 지역사회 공무원들의 정신건강지식을 향상시키기 위해 정신건강간호사를 활용한 교육 프로그램의 개발을 제안한다.

Abstract The purpose of the present study was to investigate perceptions of mental health literacy and mental health services of local public officials in Korea. The participants were 273 civil servants working in three Gangwondo provinces. Data were collected from July 1, 2018 to August 15, 2018 using structured questionnaires, and SPSS Ver. 22.0 was used for data analysis. Results showed mental health literacy of public officials was 101.45 points (range 35-160). Mental health literacy level was found to be significantly dependent on occupation and levels of mental health education, mental health treatment experience, and family mental health treatment experience. Only 39.9% of respondents stated they were aware of mental health welfare centers. The most common condition that caused respondents to seek mental health services was depression (35.9%). In addition, 44.7% of the respondents opined that mental health care was improving due to community changes. An analysis of the relationship between perceptions of mental health welfare centers and mental health literacy scores showed a positive relationship between participant prior knowledge about mental health welfare centers and investment in mental health management (p=.012), suggesting a need for further development of educational programs using mental health nurses to improve mental health literacy among community officials.

Keywords : Mental health literacy, mental health service, public official, mental health nurse, education program

본 연구는 2018년 송호대학교 교내연구비 지원으로 연구되었음(SH-2017-A).

본 연구에 도움을 주신 양양군, 양양군 정신건강복지센터 팀장님께 감사드립니다.

*Corresponding Author : Hyeun-Sil Kim(Songho Univ.)

Tel: +82-33-340-1094 email: hskim@songho.ac.kr

Received October 24, 2018

Revised (1st November 12, 2018, 2nd November 19, 2018)

Accepted February 1, 2019

Published February 28, 2019

1. 서론

1.1 연구의 필요성

우리나라 농촌지역사회는 도시에 비해 높은 빈곤률과 고령화, 노인자살 등 정신건강과 관련된 문제가 증가하고 있으나 인력이나 시설 등의 기반 부족으로 적절한 시기에 대처하지 못하는 경우가 많고, 정신질환 치료 및 재활 서비스 지원체계가 취약한 실정이다[1]. 국립정신건강센터에서 실시한 대국민 정신건강지식 및 태도조사에 의하면 일반국민 10명 중 6명이 지난 1년간 우울감이나 생활에 불편을 줄 정도의 기분변화나 불안, 불면 등의 정신건강 문제를 겪었던 것으로 조사되었다[2]. 우리나라 지역사회 정신건강사업의 주된 분야는 정신건강복지센터(2017년 5월 정신건강복지법 개정에 따라 ‘정신건강증진센터’에서 ‘정신건강복지센터로 변경됨’)로 2017년 현재 전국에 226개의 기초 및 광역센터가 설치되어 대부분 지역사회 정신보건 사업의 핵심적인 부분을 담당하고 있다[3]. 그러나 아직도 대다수의 국민이 정신건강서비스에 대한 편견이나 정보부족[4] 등으로 정신건강문제가 발생했을 경우 적시에 도움을 받지 못하는 것으로 나타나고 있다[5]. 더욱 문제가 되는 것은 높은 우울증과 자살 발생률을 기록하고 있음에도 정신건강서비스 이용률이 매우 저조하다는 점이다[6]. 우리나라의 자살률은 OECD 국가 중 1위로, 지속적으로 증가추세를 보이고 있으며[7], 특히 강원도는 2015년 기준 인구 10만 35.5명으로 가장 높은 자살률을 기록하고[7] 있는 바, 이는 정신건강의 문제에 있어서 지역편차도 간과할 수 없는 문제이다.

정신건강지식(mental health literacy)이란 구체적으로 자신이나 타인에 대한 정신건강에 대한 인식과 적절하게 관리할 수 있으며, 예방을 돕는 정신장애에 대한 믿음과 신뢰이다[8]. 정신건강지식은 장애에 대한 인식이나, 태도, 도움을 요청하는 행동 등 여러 가지 상태를 포함하고 있다[8]. 그간의 연구에서 정신건강지식에 대한 연구는 두 방향에서 이루어져 왔는데 첫 번째는 조현병이나 우울증 같은 독특한 장애에 대한 정신건강지식을 바라보는 것이며, 두 번째는 특정 그룹의 정신건강지식을 보는 것이다[9]. 이러한 정신건강지식을 바탕으로 한 정신장애에 대한 이해는 질환을 잘 인식할 수 있게 하지만[10], 정신건강지식 수준이 낮을 경우 자신과 타인의 증상을 제대로 알 수 없게 되고 결과적으로 전문적인 도움을 요

청할 수 없게 된다[11]. Kelly 등(2007)은 누군가 도와줄 주변사람들이 정신이상에 의해 나타난 초기 변화를 빠르게 인지하여 도움에 접근하는 방법을 알고 있다면 적절한 도움요청이 가능할 것이라고 하였다[11]. 이는 정신건강문제에 있어서는 본인의 인식도 중요하지만 주변 사람들의 관심과 조인이 문제를 해결하는데 도움을 줄 수 있다는 것이다[11]. 이러한 중요성에 근거하여 호주나 영국, 캐나다 등지에서 1990년대 들어서면서 대중의 정신건강지식을 파악하려는 노력이 지속되고 있다[5]. DeWalt 등(2004)은 건강정보이해능력이 낮은 경우 건강 관련 이슈에 대한 지식이나 건강수준도 낮은 것으로 나타났다[12]. Holman(2015)은 사회경제적 지위가 정신건강정보 이해능력과 밀접한 연관을 가지고 있다고 보고하였다[13]. 국내에서는 보건복지부와 국립정신건강센터를 중심으로 대중의 정신건강지식 수준을 조사한 결과 지식수준이 그리 높지 않으며, 특히 정신건강복지센터에 대해서는 이름정도만 알고 있다는 응답이 지배적이었다[2]. 그 외 국내 연구동향을 살펴보면 성인의 정신건강지식이나 취약집단을 분석한 연구[14, 15], 노인[4, 16], 정신 장애인[16], 결혼이민 여성[18], 대학생[19] 등을 대상으로 한 연구가 있을 뿐 공무원을 대상으로 한 연구는 없으며, 전반적으로 국내에서 정신건강지식에 관한 연구는 아직 미미한 수준이다.

이미 초고령 사회로 진입한 우리나라의 농촌지역사회는 전통적인 가족 지지체계가 붕괴되고 독거노인이 증가하게 되면서 주변의 지지기반이 부족하여 지역주민의 정신건강증진을 위해 정신건강복지센터와 함께 지역주민을 보살펴줄 누군가가 필요한 것이 현실이다. 더구나 군 단위 지역사회의 정신건강복지센터는 주민의 접근이 용이하지 않아 장거리 지역은 1회성의 행사에도 참석이 어려울 정도로 어려움이 발생하기도 한다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 공무원의 관심과 정부의 적극적인 지원이 필요하다.

공무원은 국민의 삶을 지키는 파수꾼이며, 국가에서 시행하는 여러 사업을 계획하고 실행하는 대표적인 집단[20]이라고 할 수 있다. 그러나 현미열 등[20]의 연구결과에 의하면 공무원들이 시민이나 의료인에 비해 정신질환자에 대한 태도가 가장 부정적인 것으로 나타나고 있다. 정신질환에 대한 지역사회의 태도는 정신질환의 예방 및 조기발견, 조기치료 뿐만 아니라 질환의 회복과 재활에도 큰 영향을 미친다. 이렇듯 정신질환에 대한 지역

사회의 태도에 따라 환자의 조기발견과 조기치료 가능성이 달라질 수 있으므로, 지역사회를 기초로 한 정신보건 사업에서 가장 일선에 있는 공무원들의 정신건강지식 및 정신건강사업에 대한 태도가 미치는 영향은 클 것으로 생각된다[20]. 따라서 가장 가까이에서 국민을 살펴 줄 수 있는 공무원의 정신건강지식과 정신건강사업에 대한 태도를 파악하여 농촌지역사회 여건에 부합하는 정신건강관리체계를 구축하는 것은 의미가 있다고 생각된다.

이에 본 연구에서는 일 지역사회에 거주하고 있는 공무원의 정신건강지식과 정신건강사업에 대한 인식을 조사하여 분석결과를 토대로 향후 공무원의 정신건강지식을 향상시키기 위한 프로그램 개발과 지역사회 여건에 맞는 지역사회 정신건강사업 전략개발을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

1.2 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 조사 대상자의 일반적 특성과 정신건강상태를 파악한다.
- 2) 조사 대상자의 정신건강지식 수준을 파악한다.
- 3) 조사 대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강지식의 차이를 파악한다.
- 4) 조사 대상자들이 느낀 정신건강복지센터로 인한 지역사회의 변화에 해 파악한다.
- 5) 조사대상자의 정신건강복지센터에 대한 인식과 정신건강지식 점수와의 관계는 어떠한지 파악 한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 강원도 일 지역에 거주하고 있는 공무원의 정신건강지식과 정신건강사업에 대한 태도를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상

본 연구의 대상자는 강원도 양양군, 양양군, 횡성군의 3개 군을 임의 선정하였으며, 대상자의 선정기준은 3개 군에 근무하고 있으며, 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 공무원 273명을 대상으로 하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 일반적 특성

일반적 특성에는 성별, 나이, 결혼상태, 교육정도, 직업, 종교, 주거형태, 월수입, 자녀 수, 자신의 정신건강상태, 정신건강관련 교육경험, 자신의 정신건강관련 치료 경험 및 가족의 정신건강 관련 치료경험을 묻는 13문항이다.

2.3.2 정신건강지식(mental health literacy)

공무원의 정신건강지식을 측정하기 위하여 O'Connor와 Casey[21]의 Mental Health Literacy Scale(MHLS)을 조선영과 최송식이 수정 보완한 도구를 이용하였다[17]. 연구도구는 Likert 척도로 이루어져 있으며, 점수는 최저 35점에서 최고 160점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 정신건강지식이 높음을 의미한다. 문항은 총 35문항으로 구성되었으며, 정신질환을 인식할 수 있는 능력, 정신질환 위험요인, 정신질환의 원인, 전문적 치료, 자가 관리에 대한 지식과 정신질환에 대한 정보를 찾는 능력, 정신질환에 대한 인식도 제고 등에 대한 질문들로 구성되어 있다. 조선영과 최송식의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α 0.8이었으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α 0.65이다.

2.3.3 정신건강사업에 대한 인식

정신건강이나 정신질환에 대한 정보를 어떻게 접하는지, 정신건강복지센터에 대해 알고 있는지, 센터에 대한 정부의 투자가 확대되거나 축소되어야 하는지를 묻는 5가지 문항이다.

2.3.4 정신건강사업으로 인한 지역사회의 변화

정신건강복지센터의 운영으로 지역사회 정신건강 상태에 대한 개인의 느낌을 묻는 질문이다.

2.4 자료수집

본 연구의 자료수집 기간은 2018년 7월 1일부터 8월 15일까지이며, 구조화된 설문지를 이용하여 조사하였다. 자료수집 대상은 강원도 3개 군의 보건소, 경찰서, 군청 등의 지역사회 공무원을 대상으로 정신건강복지센터의 협조를 받아 수집하였다.

2.5 자료 분석

본 연구에서 수집된 자료는 연구문제를 검증하기 위하여 SPSS 22.0 ver 프로그램을 이용하여 자료를 처리하고 구체적으로 통계분석 하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 이용하였고, 일반적 특성에 따른 정신건강지식정도를 파악하기 위해 t-test와 one-way ANOVA를 통해 분석하고, 사후 검정이 필요한 경우 Scheffe test를 실시하였다. 대상자들의 정신건강복지센터에 대해 알고 있는 정도 및 정부의 투자에 관한 의견을 알아보기 위하여 빈도분석을 실시하였다. 정신건강지식정도와 정신건강복지센터에 대한 인식정도를 파악하기 위해 교차분석을 실시하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 로 측정하였으며 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α .65이었다.

3. 연구결과

3.1 일반적 특성

본 조사에 참여한 대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 성별은 남자 39.6%(108명), 여자 60.4%(165명)로 여자의 비율이 높았고, 연령대는 20대 17.6%(48명), 30대 36.6%(100명), 40대 33.0%(90명), 50대 이상이 12.8%(34명)로 30대가 가장 많았다. 결혼여부는 기혼 68.5%(187명), 미혼 31.1%(85명)로 기혼이 많았으며, 학력은 고졸이하 8.8%(24명), 전문대졸 24.9%(68명), 4년제 대학졸업 59.0%(161명)로 4년제 대학 졸업자가 가장 많았다. 직업은 사무직 57.1%(156명), 전문직 22.0%(60명)로 사무직이 많았고, 종교는 없다고 55.3%(151명)가 응답하였고 그 다음이 기독교, 불교 순이었다. 주거형태는 자가 71.8%(196명), 전세 17.9%(49명)로 대부분 자가에 거주한다고 응답하였다. 월수입은 200만 원 이상이 40.7%(111명)로 가장 많았다. 자녀수는 2명이라고 응답한 경우가 39.6%(108명), 자녀 없음 35.9%(98명), 1명 20.1%(55명)로 2명이 가장 많았다. 조사대상자들의 주관적 정신건강상태는 보통 41.0%(112명) 또는 좋다 40.7%(111명)라고 응답한 경우가 가장 많았으며, 정신건강교육경험 유무에 대해서는 교육을 받은 적이 없다 64.1%(175명), 있다 35.9%(98명)로 없다고 응답한 경우가 많았다. 정신건강 치료 경험에 대해서는 받은 적이 없다고 응답한 경우가 94.1%(257명), 있다고 응답

한 경우가 5.9%(16명)였으며, 가족 중 정신건강과 관련된 치료 경험 유무에 대해 묻는 문항에 대해서도 응답자의 93.0%(254명)이 받은 적이 없다고 응답하여 자신이나 가족 중에 정신건강과 관련된 치료경험이 없는 경우가 대다수인 것으로 나타났다[Table 1].

Table 1. Demographic Characteristics of the Participants (N=273)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	108(39.6)
	Female	165(60.4)
Age(yr)	20-29	48(17.6)
	30-39	100(36.6)
	40-49	90(33.0)
	over 50	35(12.8)
Marital status	unmarried	85(31.1)
	married	187(68.5)
	Others	1(0.4)
Education(yr)	Below 12	24(8.8)
	13-15	68(24.9)
	Over 16	181(66.3)
	more than master	17(6.2)
	more than doctor	3(1.1)
Job	Professional	60(22.0)
	Engineer	25(9.2)
	Officer	156(57.1)
	Service	8(2.9)
	Others	24(8.8)
Religion	None	151(55.3)
	Protestantism	68(24.9)
	Catholicism	21(7.7)
	Buddhism	32(11.7)
	Others	1(0.4)
Housing tenure	Owners	196(71.8)
	Rent a house with a deposit	49(17.6)
	Monthly rent	14(5.1)
	Others	14(5.1)
Monthly income (million won)	Below 1	63(23.1)
	1-2	111(40.7)
	2-3	63(23.1)
	3-4	28(10.3)
	Above 5	8(2.9)
Subjective mental health state	Very good	35(12.8)
	Good	111(40.7)
	Medium	112(41.0)
	Poor	13(4.8)
	Very poor	2(0.7)
Experience of mental health education	Yes	16(5.9)
	No	257(94.1)
Experience of psychiatric treatment	Yes	16(5.9)
	No	257(94.1)
Experience of psychiatric treatment in the family	Yes	19(7.0)
	No	254(93.0)

Table 2. MHLs according to demographic Characteristics of the Participants

(N=273)

Characteristics	Categories	n(%)	Mental Health Literacy scale (MHLs)		
			Mean ±SD	t/F	p-value
Gender	Male	108(39.6)	100.13±8.89	-1.692	.092
	Female	165(60.4)	102.32±11.30		
Age(yr)	20-29	48(17.6)	100.47±12.17	0.352	.788
	30-39	100(36.6)	102.19±8.83		
	40-49	90(33.0)	101.43±10.33		
	over 50	35(12.8)	100.77±12.60		
Marital status	unmarried	85(31.1)	101.32±10.19	0.667	.573
	married	187(68.5)	101.42±10.59		
	Others	1(0.4)	-		
Education(yr)	Below 12	24(8.8)	96.83±10.16	2.198	.070
	13-15	68(24.9)	100.17±9.46		
	Over 16	161(59.0)	102.52±10.10		
	more than master	17(6.2)	103.70±15.55		
	more than doctor	3(1.1)	96.50±10.60		
Job	Professional	60(22.0)	104.58±10.59	4.130	.003 (a>b)
	Engineer	25(9.2)	97.12±6.19		
	Officer	156(57.1)	100.69±10.05		
	Service	8(2.9)	109.75±10.25		
	Others	24(8.8)	100.37±13.27		
Religion	None	151(55.3)	101.38±9.90	0.450	.772
	Protestantism	68(24.9)	102.02±10.88		
	Catholicism	21(7.7)	102.95±15.02		
	Buddhism	32(11.7)	99.81±8.70		
	Others	1(0.4)	95.00±0.00		
Housing tenure	Owners	196(71.8)	101.06±10.45	1.194	.312
	Rent a house with a deposit	49(17.6)	101.69±9.22		
	Monthly rent	14(5.1)	106.50±14.30		
	Others	14(5.1)	101.07±9.93		
Monthly income (million won)	Below 1	63(23.1)	103.30±11.97	0.868	.484
	1-2	111(40.7)	101.49±9.97		
	2-3	63(23.1)	100.00±9.70		
	3-4	28(10.3)	100.39±10.74		
	Above 5	8(2.9)	101.62±8.91		
Subjective mental health state	Very good	35(12.8)	100.22±11.35	0.338	.853
	Good	111(40.7)	101.97±11.17		
	Medium	112(41.0)	101.26±9.52		
	Poor	13(4.8)	101.15±9.56		
	Very poor	2(0.7)	107.00±16.97		
Experience of mental health education	Yes	16(5.9)	105.66±11.59	4.848	<.001
	No	257(94.1)	99.10±8.95		
Experience of psychiatric treatment	Yes	16(5.9)	109.56±14.56	2.330	.033
	No	257(94.1)	100.95±9.96		
Experience of psychiatric treatment in the family	Yes	19(7.0)	109.52±13.59	3.562	<.001
	No	254(93.0)	100.85±9.95		
Total		273(100.0)	101.45±10.45		

3.2 조사대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강지식정도

본 연구의 대상자인 공무원의 정신건강지식은 101.45점으로 나타났다.

이를 일반적 특성에 따른 정신건강지식정도를 분석한 결과 성별에 따라서는 남자가 100.13점, 여자가 102.32점으로 여자가 약간 더 높았으나 통계적으로 유의한 수치는 아니다. 연령에 따라서는 30-39세가 102.19점, 40-49세가 101.43점으로 20-29세 100.47점, 50세 이상 100.77점 보다 높았으나 역시 통계적으로 유의하지는 않았다. 결혼 상태에 따라서는 미혼이 101.32점, 기혼이 101.42점으로 나타났다. 교육수준에 따라서는 석사 이상이 103.70점으로 가장 높았으며, 교육경력 12년 이하가 98.83점으로 낮게 나타났으나 역시 통계적으로 유의하지는 않았다. 직업에 따라서는 서비스직이 109.75점으로 가장 높았으며, 전문직이 104.58점, 사무직 100.69점이었고, 가장 낮게 나타난 직종은 기술직으로 97.12점으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($p=.003$). 종교에 따라 가톨릭이 102.95점, 기독교가 102.02점, 무교가 101.38점으로 나타났다. 주거여부에 따라서는 월세인 경우가 106.50점으로 가장 높았으며, 전세 101.69점, 자가 101.06점으로 나타났다. 월급여에 따라서는 100만원 이하 103.30점, 500만원 이상 101.62점으로 유사하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

대상자의 정신건강상태에 대한 문항에는 매우 좋다고 매우 좋지 않다고 응답한 경우의 정신건강지식이 107.00점으로 가장 높게 나타났으나 역시 통계적으로 유의하지는 않았다. 정신건강교육 유무에 따른 정신건강지식에서는 받았다고 응답한 경우가 105.56점, 받지 않았다고 응답한 경우가 99.10점으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 개인이 정신치료 경험에 대해서는 경험이 있다고 응답한 경우가 109.56점, 없다고 응답한 경우가 100.95점으로 나타났다. 가족의 정신치료 경험여부에 대해서는 경험이 있는 경우의 정신건강지식점수가 109.52점, 없는 경우가 100.85점으로 통계적으로 유의하였다.

일반적 특성 중 직업, 정신건강 교육 유무, 정신건강 치료경험 유무, 가족 중 정신건강 치료경험 유무에서 정신건강지식점수와 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 직업은 전문직에 종사하는 대상자가 기술직/기능직에 종사하고 있는 대상자보다 지식점수가 높게 나타났으며 ($p=.003$), 정신건강 교육경험이 있는 대상자가 교육경험

이 없는 대상자보다 지식점수가 높았다($p<.001$). 정신건강 치료경험이 없는 대상자가 치료경험이 있는 대상자보다 정신건강 지식점수가 더 높았으며($p=.033$), 가족 중 정신건강 치료경험이 없는 대상자의 지식점수가 치료경험이 있는 대상자의 지식점수보다 더 높은 것으로 나타났다($p<.001$)[Table 2].

3.3 조사대상자의 정신건강복지센터에 대한 인식

조사대상자들의 정신건강복지센터에 대한 인식을 분석한 결과는 Table 3과 같다.

대상자들은 정신건강 및 정신질환에 대한 정보를 인터넷으로 얻는다는 응답이 44.7%(122명), TV 등 대중매체를 통해서 26.7%(73명), 기타 보건소나 정신건강복지센터에서 얻는다는 응답이 17.9%(49명)로 인터넷을 통해 정보를 얻는다고 응답한 경우가 가장 많았다. 정신건강복지센터에 대해 알고 있는지에 대해서는 응답자의 39.9%(109명)가 이름 정도만 알고 있다고 응답하였고, 관련서비스에 대해 알고 있다고 응답한 대상자는 46.9%(128명) 이었다. 관련서비스를 직접 이용해본 경험은 2.6%(7명) 만이 서비스를 경험해보았다고 응답하였다. 정신건강 및 정신질환 관리를 위한 정부의 관리투자에 대해서는 투자를 축소해야 한다는 응답은 거의 없었으며(0.4%), 현 수준을 유지해야 한다고 응답한 경우가 32.6%(89명), 투자를 약간 확대해야 한다는 응답이 39.2%(107명), 투자를 매우 확대해야 한다는 의견도 25.6%(70명)로 대부분이 현 수준을 유지하거나 투자를 확대해야 한다는 응답이 많았다.

정부의 투자가 필요한 분야에 대해서는 정기적 정신건강 검진 서비스 10.3%(28명), 정신질환의 원인과 치료 등에 대한 교육 7.3%(20명), 정신질환 예방, 치료, 회복에 대한 연구 15.8%(43명), 정신질환 인식개선 및 편견 해소 114.4%(31명), 상담 및 치료기관 지원혜택 등 정보 제공 서비스 13.9%(38명) 등으로 나타났다. 확대되어야 할 서비스를 묻는 문항에는 우울 등 조기발견 서비스가 35.9%(98명)로 가장 많았으며, 자살예방 10.3%(28명), 중독예방 및 치료서비스 9.2%(25명), 만성정신질환관리 5.1%(14명)로 우울 등 조기발견 서비스가 확대되어야 한다고 응답한 대상자가 가장 많았다[Table3].

Table 3. Awareness of mental health promotion center (N=273)

Question	n(%)
Information pathways for mental health and mental illness	
Hospital(doctor, Nurse, Social workers)	13(4.8)
Public health center/ Mental health center	49(17.9)
Family & Geography	6(2.2)
TV or mass media	73(26.7)
Books	8(2.9)
Internet	122(44.7)
Others	2(0.7)
Presence knowledge of mental health center	
Only know the name	109(39.9)
Know about related service	128(46.9)
Experience using related services directly	7(2.6)
Do not know	29(10.6)
Government managed investment for mental health	
Very reduction	1(0.4)
Some reduction	4(1.5)
Maintain current level	89(35.8)
Slightly enlarged	107(39.5)
Extending	70(25.8)
Improvement of community mental health status in community due to mental health center	
Getting better	31(11.4)
Slightly improving	122(44.7)
No change	73(26.7)
No change at all	14(5.1)
Others	33(12.1)
Total	273(100.0)

Table 4. Relationship between perception of mental health promotion center and MHLs (N=273)

Question	Mental health literacy scale			x ²
	Low n(%)	High n(%)	Total n(%)	
Information pathways for mental health and mental illness				
Hospital(doctor, Nurse, Social workers)	7(4.8)	6(4.7)	13(4.8)	9.199
Public health center/ Mental health center	19(13.0)	30(23.6)	49(17.9)	
Family & Geography	4(2.7)	2(1.6)	6(2.2)	
TV or mass media	42(28.8)	31(24.4)	73(26.7)	
Books	6(4.1)	2(1.6)	8(2.9)	
Internet	68(46.6)	54(42.5)	122(44.7)	
Others	0(0.0)	2(1.6)	2(0.7)	
Presence knowledge of mental health center				
Only know the name	68(46.6)	41(32.3)	109(39.9)	11.464*
Know about related service	59(40.4)	69(54.3)	128(46.9)	
Experience using related services directly	1(0.7)	6(4.7)	7(2.6)	
Do not know	18(12.3)	11(8.7)	29(10.6)	
Government managed investment for mental health				
Very reduction	0(0.0)	1(0.8)	1(0.4)	25.810**
Some reduction	3(2.1)	1(0.8)	4(1.5)	
Maintain current level	61(42.1)	28(22.2)	89(35.8)	

Slightly enlarged	60(41.4)	47(37.3)	107(39.5)	6.026
Extending	21(14.5)	49(38.9)	70(25.8)	
Improvement of community mental health status in community due to mental health center				
Getting better	12(8.2)	19(15.0)	31(11.4)	
Slightly improving	69(47.3)	53(41.7)	122(44.7)	
No change	44(30.1)	29(22.8)	73(26.7)	
No change at all	6(4.1)	8(6.3)	14(5.1)	
Others	15(10.3)	18(14.2)	33(12.1)	
Total	146(53.5)	127(46)	273(100.0)	

*p<.01, **p<.001

3.4 정신건강사업으로 인한 지역사회의 변화

정신보건센터로 인해 지역사회 정신건강상태의 향상 여부에 대한 개인의 느낌을 묻는 질문에 대해서는 많이 좋아지고 있다 11.4%(31명), 약간 좋아지고 있는 것 같다 44.7%(122명), 별다른 변화가 없는 것 같다고 응답한 경우는 26.7%(73명) 로, 대부분 긍정적으로 인식하는 부분이 많았다[Table3].

3.5 조사대상자들의 정신건강복지센터에 대한 인식과 정신건강지식점수와의 관계

조사대상자들의 정신건강복지센터에 대한 인식과 정신건강 지식 점수와의 관계를 분석한 결과 정신건강지식 점수에 따라 정신건강복지센터에 대한 사전지식 유무 (p=.009)와 정신건강 관리를 위한 정부의 관리투자 관한 문항(p<.001)은 통계적으로 유의하였다[Table 4].

4. 논의

우리나라 군 단위 이하의 지역사회는 정신건강지식이 취약하며[15], 정신건강인력이나 기반 부족으로 적절히 정신건강 문제에 대처하지 못하는 것이 현실이다. 이에 지역사회 공무원의 정신건강 및 정신질환에 대한 올바른 이해가, 부족한 정신건강인력의 지지자로 매우 중요하다 는 것을 전제로 공무원의 정신건강지식 정도와 정신건강 사업에 대한 태도를 조사하였다.

본 조사에 참여하고 있는 대상자의 성별은 남자 보다 여자의 비율이 높았으며, 직업은 사무직이, 학력은 대학 졸업이 가장 많았다. 이에 조사에 응한 대상자를 통해 얻은 분석 결과는 일반적인 지역사회 공무원의 특성을 반영할 수 있을 것이라 사료된다.

먼저 공무원의 정신건강지식은 평균 101.45점으로 나

타났다. 이는 유사한 척도를 사용하여 조사한 O'Conner & Casey[21]의 연구결과보다 낮은 수준으로 그들은 정신질환이 없는 호주인의 정신건강지식점수를 125.19점(SD=11.76), 정신질환이 있는 호주인의 평균 정신건강지식점수를 130.97점(SD=12.02)[21]으로 보고하였다. 호주인의 점수가 높게 나타난 것은 1990년대 이후 국가 정신보건계획을 통해 주요 집단에 대한 정신건강지식을 향상시키는 국가사업을 진행해온 결과로 볼 수 있다. 이에 비해 국내의 연구결과는 호주의 연구결과보다 모두 낮은 점수를 보였다. 국내에서 같은 도구를 이용하여 조사한 연구로는 대학생들을 대상으로 한 이소정의 연구(M=106.39, SD=10.36)[19]나 국내 정신질환자를 대상으로 한 조선영, 최승식의 연구(M=104.40, SD=9.95)[17]가 있으며 본 연구결과와 유사한 수치이다. 국내의 연구결과가 외국의 연구결과보다 정신건강지식 수준에서 낮은 점수를 받은 것은 아직 다양한 매체에 의해 정신건강자가관리 지원체계가 부족한 결과로 생각된다[22]. 또한 국내의 정신건강지식에 대한 연구가 미미하기 때문에 단순한 비교분석이 어려우며 정확한 비교분석을 위해서는 대상 집단별로 반복연구가 필요하다. 그러나 대학생들을 대상으로 한 이소정[19]의 결과가 본 연구결과와 유사하다는 것은 의미하는 바가 크다고 볼 수 있는데 이는 지속적으로 대중의 정신건강지식 향상을 위해 정신건강복지센터를 중심으로 한 교육프로그램의 개발이 필요한 근거라 할 수 있다. 더구나 본 연구 대상자가 대부분 4년제 대학졸업과 사무직, 여자의 비율이 높았음에도 불구하고 정신건강지식 점수가 낮게 낮았는데 이는 정신건강이해력의 취약집단을 분석한 서미경, 이민규[15]의 연구결과와는 다소 상반된 결과로 그들은 연구에서 정신건강 취약집단의 특성을 남성, 60대 이상, 군 이하 지역에 거주하는 사람으로 분석한 바 있다. 본 연구에서 이러한 결과가 나타난 것은 전반적인 정신건강지식 향상을 위한 농촌 지역사회의 특성을 반영한 대상자별 교육 정책이나 프로그램 개발의 필요성을 내포하고 있는 것이라 볼 수 있다.

조사 대상자들은 자신의 주관적 정신 상태에 대해 보통(41.0%), 또는 좋다(40.7%)라고 응답하여 대부분 긍정적인 응답을 하였는데 이러한 수치는 일반 국민을 대상으로 한 결과[2]와 유사한 결과이다. 그러나 정신건강 교육을 받은 적 없다는 항목에 64.1%가 응답하여 구체적인 대상자별 정신건강교육의 필요성을 실감케 한다.

일반적 특성에 따른 정신건강지식 정도에서는 성별에 따라서는 유의한 차이가 없었는데 이는 국내에서 성인을 대상으로 한 연구결과와 유사하다[5, 15]. 그러나 서미경, 이민규는 그들의 연구에서 남성을 정신건강에 취약한 집단[15]으로 분석한 바 있다. 또한 직업과 정신질환 교육여부, 질환의 경험여부에 의해 정신건강지식점수가 통계적으로 유의한 차이가 있었는데, 우선 정신건강 교육을 받은 경우가 없는 경우보다 정신건강지식이 높았다. 이처럼 정신건강지식은 교육을 통해 향상시킬 수 있으므로[23, 24], 대상자에 초점을 맞춘 정신건강교육프로그램이 절실히 필요하다. 또 다른 변수로 본 연구에서는 정신건강 치료경험이 없는 대상자가 치료경험이 있는 대상자의 지식점수보다 높았으며, 가족 중 정신건강 치료경험이 없는 대상자가 치료경험이 있는 대상자의 지식점수 보다 높게 나타났다. 이는 전반적으로 정신건강관련 경험이 많을수록 정신건강지식 수준이 높아진다는 기존의 연구 결과와는 상반된 결과이나[5, Furnham, & Blythe[25]의 연구와 유사한 것으로 그들은 연구에서 정신질환의 직접적인 경험이 지식을 상승시키는 것 같지는 않다고 하였다. 오히려 정신질환의 초기 증상을 처음 관찰하는 사람들이 가족이나 친구이기 때문에 이들에게 필요한 정신건강지식이 갖추어진다던 조기단계에서의 인식이나 도움요청이 쉬울 것[25]이라고 하였다. 또한 직업에 따른 정신건강지식의 수준은 전문직에 종사하는 대상자가 기술직이나 기능직에 종사하는 대상자의 지식보다 높은 것으로 나타났다.

조사대상자들의 정신건강복지센터에 대한 인식을 분석한 결과 조사대상자들이 정신건강 및 정신질환에 대한 정보를 인터넷(44.7%)과 TV 등 대중매체(26.7%)를 통해 접한다고 응답하였다. 이는 국립건강센터의 2016년 조사 자료와 유사한 것으로 일반 대중은 정신건강 정보를 TV에서 가장 많이 얻으며(65.9%), 그 다음이 인터넷으로(54.8%) 접한다고 응답한 결과와 유사하다[2]. 본 연구에서 인터넷으로 정보를 얻는다는 응답이 가장 많았던 이유는 응답 공무원의 대부분이 사무직이나 전문직으로 컴퓨터를 쉽게 접하고 있기 때문이라고 사료된다.

정신건강복지센터에 대해 알고 있는지에 대해서는 응답자의 39.9%가 이름정도만 알고 있다고 응답하였고, 46.9%만이 관련서비스에 대해서도 알고 있다고 응답하여 국민건강사업의 주축이 되는 공무원들에서조차 정신건강복지센터의 역할에 대해 정확하게 인지하지 못하고

있음을 알 수 있었다. 우리나라의 지역사회정신건강사업은 1995년 정신보건법의 제정과 함께 시작되어 정신보건사업을 실시해 오고 있으나, 홍현숙 등[5]의 연구에 의하면 응답자의 92%가 지역정신보건기관을 모른다는 결과를 제시하여 정신건강의 문제가 발생했을 경우 적절한 도움을 받지 못한다고 하였으며, 2016년 보건복지부에서 실시한 대국민 정신건강지식 및 태도 조사에서도 정신보건센터에 대해 대다수 국민의 인지수준이 ‘기관의 이름정도만 알고 있다’고 응답한 것으로 조사되었다[2]. 본 연구에서도 정신보건복지센터를 가까이에서 경험할 수 있는 공무원을 대상으로 하였음에도 이름정도만 알고 있는 경우가 39.9%로 나타나 정신보건사업에 대한 홍보 및 교육이 절실하다고 하였다.

정신건강 및 정신질환관리를 위한 정부의 관리투자에 대해서는 투자를 약간 확대해야 한다는 응답이 39.2%로 가장 많았으며, 현 수준을 유지해야 한다는 응답도 32.6%로 나타나 대부분 축소보다는 확대해야 한다는 응답이 많았다. 이러한 결과는 2016년 대국민 정신건강지식 및 태도조사[2]에서 정신건강 관리를 위해 응답자의 80.1%가 정부의 관리/투자의 확대가 필요하다고 응답한 결과[2] 보다는 낮은 수치로 응답자들은 현재 어느 정도의 예산이 투입되고 있는지 정확히 모르기 때문에 선택하기 곤란하다고 응답하여, 현재 정부의 정책을 시행하는 부서로서의 책임감이 드러나는 응답이라고 할 수 있다. 그러나 정부의 관리투자를 확대해야 한다는 응답자들을 대상으로 투자가 필요한 분야를 조사한 결과, “정신질환 예방, 치료, 회복에 대한 연구” 분야에 투자를 해야 한다는 응답이 가장 높게 나타났으며, 정신질환 예방 및 관리를 위해 확대되어야 할 서비스에 대해서는 “우울, 불안 등 조기발견 서비스”라는 응답이 가장 높게 나타나 2016년 보건복지부 연구결과[2]와 유사하였다. 특히 질환 예방 및 관리를 위해 우선적으로 확대해야 할 분야로는 우울, 불안 등의 조기발견 서비스라고 응답하여 국민이 느끼는 정신건강문제에 관한 취약 질환은 동일한 체감을 보이는 것으로 나타났다.

정신건강복지센터로 인해 지역사회 정신건강상태 향상 여부에 관해서는 약간 좋아지고 있는 것 같다는 응답이 44.7%로 가장 많았으며, 많이 좋아지고 있다고 응답한 경우가 11.4%로 긍정적인 응답이 많았다. 이는 최근 조사 대상 군에서 실시하는 정신건강복지센터 사업의 일환인 “이·통장과 함께 하는 자살예방사업”을 통해 독거

노인의 안전을 확인하고 자살 고위험자 발견 시 정신건강복지센터로 의뢰해주는 “이·통장 자살 게이트키퍼”를 활용한 자살자수 감소효과[26]를 공무원들이 직접 체감한 결과로 보여 진다. 또한 이를 정신건강복지센터에 대한 인식과 정신건강지식점수와와의 관계를 분석한 결과 정신건강지식점수에 따라 정신건강복지센터에 대한 사전 지식 유무($p=.009$)와, 정신건강 관리를 위한 정부의 관리투자에 관한 문항($p<.001$)은 통계적으로 유의한 결과가 나타났다. 이는 결국 정신건강복지센터를 잘 알고 관심이 있을수록 정신건강지식점수가 높아진다는 것으로 보아 정신건강복지센터를 통한 정신건강지식 프로그램 개발이 절실히 필요함으로 보여주고 있다.

본 연구의 결과에 따라 앞으로 지역의 정신건강복지센터는 센터가 있음으로 해서 지역의 정신건강이 향상되고 있음을 체감할 수 있도록 느낄 수 있는 프로그램을 개발하고, 세계적인 시대의 흐름에 맞추어 우울 등 조기발견 서비스를 확대할 수 있는 서비스 제공, 지리적인 특성을 살펴 군 단위에 맞는 차별화된 프로그램을 개발하여야 할 것이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 정부의 적극적인 시설 및 인력 충원이 필요하며, 정신건강증진을 위해 지역사회 공무원들의 적극적인 이해와 관심이 매우 필요할 것으로 보인다.

5. 결론 및 제언

강원도 지역 공무원의 정신건강지식 및 정신건강사업에 대한 태도조사 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 조사대상자들의 정신건강지식 평균은 101.45점으로 이는 외국이나 국내의 기존 연구 결과보다 다소 낮은 수치이다. 조사대상자들은 자신들의 주관적 정신건강상태는 보통이나 좋다고 긍정적으로 평가하고 있었으나, 정신건강교육을 받은 적은 없는 대상자가 더 많았다. 더구나 치료경험 여부에 따라서는 치료경험이 없는 대상자의 정신건강지식이 더 높은 것으로 나타났다.

둘째, 정신건강사업에 대한 태도조사에 대한 질문에서 조사대상자들은 대부분 정신건강정보를 인터넷을 통해 정보를 얻는다고 응답하였고, 정신건강복지센터에 대해서는 39.9%가 아직도 이름 정도만 알고 있다고 응답하였다.

셋째, 정신건강 및 정신질환 관리를 위한 정부의 투자

에 대해서는 투자를 약간 확대해야 한다는 응답이 가장 많았으며, 투자가 필요한 분야는 우울, 불안 등의 조기 발견 서비스라고 응답하여 국민들이 느끼는 취약한 정신 건강 문제에 동일한 체감을 보이는 것으로 나타났다.

넷째, 정신건강복지센터로 인해 지역사회 정신건강상태가 향상되고 있는지를 묻는 주관적 질문에는 약간 좋아지고 있다는 긍정적인 응답이 44.7%로 가장 많이 나타났다으며, 정신건강복지센터를 잘 알고 있을수록 정신건강지식점수가 높아졌으므로 정신건강복지센터를 활용한 공무원의 정신건강지식 프로그램 개발이 필요함을 보여주는 것이라 할 수 있다.

본 연구는 강원도 3개 군을 임의 선정하여 연구를 진행하였으므로 일반화하는데 한계가 있으나 향후 지역사회 공무원의 정신건강지식 향상을 위해 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 정신건강복지센터의 정신건강간호사 등의 전문인력을 활용한 차별화된 교육 프로그램의 개발한다.

둘째, 정신건강복지센터에 대한 홍보를 통해 지역사회의 건강이 향상되고 있음을 느낄 수 있도록 프로그램을 개발한다.

셋째, 공무원 각 대상자별 교육 프로그램 개발을 개발하여 정신건강지식을 향상시킬 수 있는 방안을 마련한다.

References

- [1] B. N. Do, H. K. Kim, H. J. Kim, H. S. Kim, Y. J. Park, ..& T. H. Ha, *Psychiatric Mental Health Nursing*, jdpub.com, 2017.
- [2] National Center for Mental Health, 2016 National mental health literacy and attitude survey, 2016.
- [3] G. H. Cho, T. Y. Hwang, Preliminary analysis of baseline mental health promotion center evaluation results, National Center for Mental Health, 2017 , *National Center for Mental Health clinical research* pp.103-119, 2017.
- [4] S. D. Chung, M. W. Lee, C. R. Park, & J. S. Lim, A study on factors influencing on mental health literacy using Anderson and Newman's Model : A comparison between older adults and other age groups, *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, Vol. 71(3), pp.193-218, 2016.
- [5] H. S. Hong, S. J. Kim, J. H. Song, Y. J. Ha, & S. W. Noh, Survey on Mental Health Literacy of General Adults in Korea, Research Report, 08-01, 12, pp.1-255, 2008.
- [6] H. N. Lee, S. T. An, Exploring mental health and suicide literacy : Based on mediated communication via mobile instant messengers, *Korean Journal of Communication Studies*, Vol. 25(4), pp.5-33, 2017.
- [7] Y. M. Park, B. K. Kim, The effects of suicide prevention policy of local governments on the suicide rates, *The Korean Journal of Local Government Studies*, Vol. 21(1), pp.1-24, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.20484/klog.21.1.1>
- [8] A. F. Jorm, A. E. Korten, P. A. Jacomb, H. Christensen, B. Rodgers, P. Pollitt. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, Vol. 166(4), pp.182-186, 1997.
- [9] A. Furnham, C. Lousley. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*, Vol. 5(03), pp.521, 2013.
DOI: <https://doi.org/10.4236/health.2013.53A071>
- [10] A. F. Jorm. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), pp.396-401, 2000.
- [11] C. M. Kelly, A. F. Jorm, & A. Wright. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, Vol. 187(7), S26, 2007.
- [12] D. A. DeWalt, N. D. Berkman, S. Sheridan, K. N. Lohr, & M. P. Pignone. Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*, Vol. 19(12), pp.1228-1239, 2004.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- [13] D. Holman. Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, Vol. 19(4), pp.413-429, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>
- [14] S. H. Lee, J. h. Suh, Mental Health Literacy of the Korean Public : A comparison between Depression and Schizophrenia, *Korean Journal of Social Welfare Studies*, Vol. 41(2), pp.127-158, 2010.
- [15] M. K. Seo, M. K. Rhee, Mental health literacy and vulnerable group analysis of Korea, *Korean Journal of Social Welfare Studies*, Vol. 65(2), pp.313-334, 2013.
- [16] D. N. Oh, J. Y. Lee, Depression health literacy and help-seeking intention of the aged receiving customized home visiting health care services, *J Korean Acad Community Health Nurs*, Vol. 23(3), pp.276-285, 2012.
- [17] S. Y. Cho, S. S. Choi, Mental health literacy among people with mental disorder : Correlations with socio-demographic factors, self-esteem, family support, *Korean Association of Health and Medical Sociology*, Vol. 44, pp.165-186, 2017.
DOI: <https://doi.org/10.21489/hass.2017.04.44.165>
- [18] B. H. Park, H. J. Kim, Y. S. Kim, A study on mental health literacy and social relationship among marriage migration female, *Korean Association of Health and Medical Sociology*, Vol. 42, pp.111-135, 2016.
DOI: <https://doi.org/10.21489/hass.2016.08.42.111>
- [19] S. J. Lee, Factors influencing on mental health literacy among university students, Unpublished master dissertation, Pusan National University, 2018.
- [20] M. Y. Hyun, S. Yang, G. J. Lee, Survey for community

attitudes towards people with mental illness, *Journal of Korean Acad Nurs*, Vol. 39(1), pp.84-94, 2009.
DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.1.84>

- [21] M. O'Connor, L. Casey. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, Vol. 229(1-2), pp.511-516, 2015.
- [22] J. W. Baik, H. Y. Lee, H. E. Nam, Research trend analysis of Health and Mental health literacy in Korea: 2007-2017, *The Korean journal of Health Service Management*, Vol. 12(3), pp.95-106, 2018.
DOI: <http://doi.org/10.12811/kshsm.2018.12.3.095>
- [23] R. J. Anderson, D. Pierce. Assumptions associated with mental health literacy training - Insights from initiatives in rural Australia. *Advances in Mental Health*, Vol. 10(3), pp.258-267, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.10.3.258>
- [24] A. N. Mendenhall, S. Fraunholtz. Mental health literacy: Social work's role in improving public mental health. *Social Work*, Vol. 58(4), pp.365-368, 2013.
DOI: <https://doi.org/10.1093/sw/swt038>
- [25] A. Furnham, C. Blythe. Schizophrenia literacy: The effect of direct experience with the illness. *Psychiatry research*, Vol. 198(1), pp.18-23, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.025>
- [26] K. W. Lee, gwnews, webmaster@gwnews.org, 2018.02.11.13:07

강 은 옥(Eun-Ok Kang)

[정회원]



- 2017년 9월 : 연세대학교 보건환경대학원 보건관리학과 석사과정 중
- 2013년 5월 ~ 현재 : 형성군 정신건강복지센터 팀장

<관심분야>
정신보건

김 현 실(Hyeun-Sil Kim)

[정회원]



- 2000년 2월 : 가톨릭대학교 산업보건대학원 산업보건간호학과(보건학 석사)
- 2016년 8월 : 대전대학교 일반대학원 간호학과 (간호학박사)
- 2018년 2월 ~ 현재 : 송호대학교 간호학과 교수

<관심분야>

정신간호, 노인간호, 의사소통, 메타분석