

정신질환에 대한 일반인의 사회적 거리감에 영향을 미치는 요인

문상준, 이진석, 박수경¹⁾, 이선영, 김윤, 김용익, 신영수

서울대학교 의과대학 의료관리학교실 및 의료관리학 연구소, 서울대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾

Factors Affecting Social Distance toward Mental Illness: A Nationwide Telephone Survey in Korea

Sangjun Moon, Jin-Seok Lee, Sue Kyung Park¹⁾, Sun Young Lee, Yoon Kim, Yong-Ik Kim, Youngsoo Shin

Department of Health Policy and Management & Institute of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine; Department of Preventive Medicine, Seoul National University College of Medicine¹⁾

Objective: The purpose of this study was to investigate impact of knowledge, familiarity, and prejudice about mental illness as well as demographic factors on the social distance from mentally ill people, which is a proxy measure of discrimination.

Method: To assess the impact of knowledge and familiarity, prejudice about mental illness and demographic factors on the social distance from mental illness, we conducted a telephone survey in South Korea with the responders being nationally representative people who were 18 years old or over (n=1040). Independent samples T-tests, one way ANOVA and linear regression analysis were performed to analyze the results of the survey.

Result: The social distance from mental illness decreased as the knowledge and familiarity increased, but the social

distance was increased as prejudice was increased. Prejudice had a greater impact on social distance than familiarity and knowledge. Females showed greater social distance than did males. A higher education level had a negative effect on social distance.

Conclusion: To reduce the social distance from mentally ill people, efforts to increase the familiarity about mental illness as well as efforts to educate people about mental illness are important.

J Prev Med Public Health 2008;41(6):419-426

Key words : Mental health, Social distance, Knowledge, Prejudice

서론

정신질환에 대한 사회적 편견과 낙인은 정신질환자에 대한 차별행위를 정당화하여 정신질환자들이 일반인과 같은 생활을 하기 어렵게 만든다. 일반인들은 정신질환에 걸린 사람들을 고용하지 않으려 하고 [1,2], 주택을 임대해 주지 않는다 [3,4]. 또한 낙인을 많이 느끼는 정신질환자들의 평균임금이 같은 조건의 일반 근로자 임금보다 낮다는 보고도 있다 [5].

한편 편견은 정신질환자들의 치료 시작을 늦추고, 지속적인 치료를 받기 어렵게 만들어 정신질환을 악화시키는 역할을 한다. 정신질환 초기 증상이 있는 사람들은

정신질환에 대한 부정적인 태도로 인해 정신과 의사를 찾는 것을 꺼린다 [6,7]. 그리고 낙인은 정신질환 예후에 큰 영향을 미치는 정신질환 미치료 기간(duration of untreated psychosis, DUP)을 연장시킨다 [8,9]. 또한 낙인을 느끼는 사람에게서 우울증의 증상이 더 심하며, 우울증 치료 순응도도 떨어진다 [10,11]. 이러한 사회생활과 치료의 어려움 때문에 정신질환자가 느끼는 삶에 대한 만족도는 일반인에 비해 낮다 [11,12].

정신질환자 삶의 질과 정신질환 치료 환경 개선을 위해서는 정신질환에 대한 편견과 차별 행위의 개선이 필요하다. 이를 위해서는 어떤 요인들이 영향을 미치는가

를 규명해야 한다. 그런데 사람들의 차별 행위를 직접적으로 평가하기는 쉽지 않기 때문에 외국 연구에서는 정신질환자를 직장 동료로 받아들일 수 있는지, 자신의 아이를 돌보는 사람으로 고용할 수 있는지 등에 대한 응답자의 반응을 평가하는 사회적 거리감(social distance) 척도를 차별행위의 대리 지표로 이용한다 [13]. 본 연구에서도 이 사회적 거리감을 차별행위에 대한 대리 지표로 이용하고자 한다.

일반적으로 정신질환에 대한 지식수준은 편견에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다 [14,15]. 한편, 본인이나 주변 사람이 정신질환을 앓았던 경험이 있는 경우 정신질환에 대한 편견이 감소하고 그 결과 사회적 거리감이 줄어든다는 연구결과도

Table 1. Factor scores of the questionnaire

Question	Component 1	Component 2
Conversation with uncomfortable mind	0.706	0.042
Breaking off relationship	0.636	0.014
Burden on society	0.642	-0.137
Danger	0.572	-0.155
Social contribution	0.481	-0.404
Continuing problem	0.490	-0.309
Hospitalization	0.469	-0.382
Cause of mental illness	0.235	-0.118
Possibility of mental illness	0.208	0.760
Knowing prevalence	-0.152	0.479
Living normal life	-0.339	0.434

있다[16-20]. 이는 정신질환에 대한 편견을 개선하고 사회적 거리감을 줄이기 위해서는 교육과 함께 정신질환에 대한 친밀도를 높이는 활동이 병행되어야 함을 의미한다.

우리나라에서 이루어진 기존의 연구는 정신질환에 대한 교육 전후의 태도 변화를 관찰한 연구가 대부분으로[21,22] 일반인구집단에 대한 대표성이 부족하다. 또한, 정신질환 경험이 편견 및 차별 행위에 미치는 영향에 대한 분석도 미진한 실정으로서 이에 대한 규명이 필요하다.

이에 본 연구에서는 우리나라 일반인구집단의 정신질환에 대한 경험, 지식, 편견, 사회적 거리감을 파악하고, 경험, 지식, 편견이 사회적 거리감에 미치는 영향을 확인하고자 한다. 아울러 정신질환 경험 및 지식이 차별 행위에 영향을 미치는 경로를 분석하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구 모형

본 연구에서는 정신질환에 대한 지식, 경험, 편견이 사회적 거리감에 미치는 영향을 규명하기 위해, 친밀감-편견-사회적 거리 모형(familiarity-prejudice-social distance model) [16]을 기본 모형으로 하고, 지식-태도-실천 모형(knowledge-attitude-practice model, KAP model) [23]을 참고하여 연구모형을 만들었다(Figure 1). 지식은 정신질환의 원인, 유형, 행태 등에 관한 지식으로 정의하였다. 친밀감은 정신질환에 대한 경험으로 정의하였다. 본인 혹은 주변 사람 중 정신질환 경험이 있는 사람이 있는 경우, 경험자로 본다. 편견은 정신질환

에 대한 일반적인 선입견에 동의하고 그에 따른 감정적인 반응을 하는 것을 의미하는데 이는 지식-태도-실천 모형의 태도와 유사한 개념이다. 그리고 차별은 편견에 따라 행동하는 것으로 정의하였는데 이것은 사회적 거리감으로 대치될 수 있고, 지식-태도-실천 모형의 실천에 해당하는 개념이다 [16].

2. 연구 대상 및 조사 방법

본 연구를 위한 전화 설문조사는 2007년 9월 28일에서 30일에 걸쳐 수행되었다. 조사 모집단은 전국의 15세에서 69세의 인구집단으로, 전국을 16개 시도로 나누어 인구에 비례하여 표본수를 할당하여 무한모집단 무작위 추출법을 이용하여 표본을 추출하였다. 설문조사는 훈련된 전화면접요원이 구조화된 설문지를 이용하여 전화면접을 하는 방식으로 이루어졌다. 각 설문요원은 지역과 연령별로 할당된 인원수를 조사 완료할 때까지 전화설문조사를 실시하였다. 설문조사 완료 결과 1,040명이 전화설문에 응답하였다. 표본오차는 95%신뢰수준에 $\pm 3.0\%$ 였다.

3. 설문문항의 구성

설문문항은 정신질환에 대한 친밀감 2문항, 지식 3문항, 편견 8문항, 차별행위의 대리 지표인 사회적 거리감 4문항, 인구학적 특성 4문항으로 구성되었다(Appendix A).

정신질환에 대한 친밀감 지표는 기존 연구 [15,24,25]에서 친밀감 지표로 사용된 ‘정신질환 경험’과 ‘정신보건사업인지’

를 이용하여 생성하였다. ‘정신보건사업인지’ 여부는 기존 연구에서 정신건강증진사업 노출과 관련된 설문 문항 [15]을 대체할 수 있는 설문 문항이다. 두 이분형 변수의 합을 통해 0-2점 사이의 연속변수를 생성하였는데, 점수가 높을수록 친밀감이 높음을 의미한다. 이 때, 두 변수의 결측치는 회귀분석을 통하여 산출한 값으로 대체하여 계산에 사용하였다.

지식과 편견에 관한 설문문항은 모두 11개로 한국, 미국, 영국, 아일랜드, 스코틀랜드, 호주의 설문 문항 [26-31] 중 많은 국가에서 조사에 포함시킨 문항을 이용하여 구성하였다. 이 11가지 설문문항은 요인분석을 통하여 지식과 편견 2가지 성분으로 구분할 수 있었다(Table 1). 이 때 생성된 요인 점수를 본 연구의 분석에 이용하였는데, 지식 점수가 높을수록 정신질환에 대한 지식수준은 높은 것을 의미하며, 편견 점수가 높을수록 편견이 큼을 의미한다. 결측치는 회귀분석을 통하여 산출한 값으로 대체하여 요인점수 생성에 이용하였다.

Link 등 [13]이 정신질환에 대한 차별행위의 대리 지표로 개발, 검증한 사회적 거리감 척도(social distance scale)와 일치하는 직장동료, 거주시설, 부모고용, 이웃관계 문항 점수의 합을 이용하여 사회적 거리감 지표를 생성하였다. 5점 척도로 이루어진 각 지표 점수의 총합(0-16점)을 분석에 이용하였고, 각 문항의 결측치는 회귀분석을 통하여 산출한 값으로 대체하였다. 거리감 점수가 높을수록 차별행위를 할 가능성이 높다.

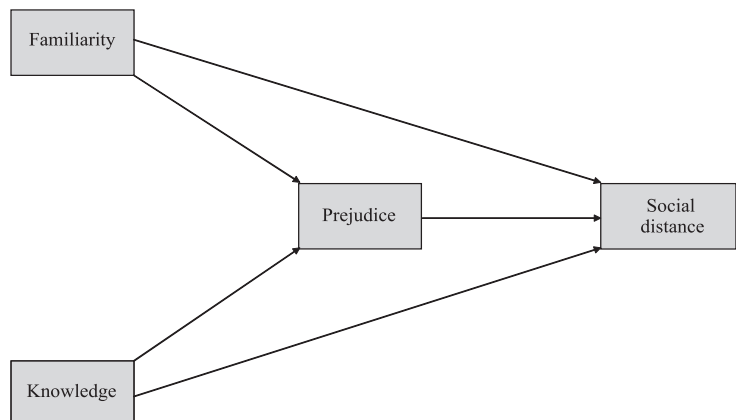


Figure 1. Path model representing formation of discrimination.

조사 대상의 인구학적 특성으로 성별, 연령, 학력, 경제력을 조사하였다. 연령은 30세 미만, 30-40세, 40-50세, 50세 이상으로 구분하여 분석에 활용하였고, 학력은 중졸 이하, 고교 재학 및 졸업, 대학 재학 및 졸업 이상으로 구분하였다. 경제력은 조사 대상자의 판단에 따라 상, 중, 하로 나누어 분석하였다.

본 설문도구의 Cronbach's alpha 값은 0.731로 내적 신뢰성이 있다고 볼 수 있다.

3. 자료 분석

연구 모형을 검증하기 위해 다음과 같이 자료 분석을 실시하였다. 먼저, 각 설문문항에 대한 일반인들의 반응을 빈도분석을 통하여 파악하였다. 그리고 일반적 특성에 따른 정신질환에 대한 친밀감, 지식, 편견, 사회적 거리감의 차이를 비교하기 위하여 독립표본 T 검정과 일원배치 분산분석(one way ANOVA)을 실시하였다. 교육 수준과 경제력에 따른 친밀감, 지식, 편견, 사회적 거리감의 차이는 성, 연령을 보정한 결과를 보기 위하여, 공분산 분석(ANCOVA)을 실시하였다.

정신질환에 대한 사회적 거리감에 친밀감, 지식, 편견이 미치는 영향을 분석하기 위해 인구학적 특성을 보정하여 3가지 모형의 다중회귀분석을 실시하였다. 첫 번째 모형은 전체 표본을 대상으로 인구학적 특성을 보정하여 다중회귀분석을 실시하였고, 두 번째 모형은 여성을 대상으로, 세 번째 모형은 남성을 대상으로 다중회귀분석을 시행하였다.

연구 모형으로 설정한 친밀감과 지식이 사회적 거리감에 영향을 미치는 경로를 검증하기 위하여 경로분석을 실시하였다. 자료 분석에는 SPSS v12.0과 Amos v5.0을 이용하였다.

결 과

1. 조사 대상자의 특성

조사 대상자의 특성은 Table 2에 정리되어 있다. 남녀 비율과 연령 비율은 균등하게 나타났고, 조사 대상의 평균 연령은 38.9세였다. 학력은 중졸 이하가, 경제력은

Table 2. Scores of familiarity, knowledge, prejudice and social distance according to demographic of studied population

Variable	Frequency (%)	Familiarity		Knowledge		Prejudice		Social distance	
		Mean	p-value	Mean	p-value	Mean	p-value	Mean	p-value
Total	1,040 (100.0%)	0.40		0.000		0.000		6.53	
Gender									
Female	522 (50.2%)	0.37	0.088	-0.030	0.334	0.029	0.354	6.92	<0.001
Male	518 (49.8%)	0.43		0.030		-0.029		6.13	
Age(yrs)									
< 30	297 (28.6%)	0.32	0.047	0.177	<0.001	-0.526	<0.001	6.04	0.001
30 - 39	241 (23.2%)	0.41		0.164		-0.206		6.40	
40 - 49	231 (22.2%)	0.43		0.070		0.233		6.72	
≥ 50	271 (26.0%)	0.44		-0.400		0.560		7.00	
Education									
≤Middle school	182 (17.5%)	0.37	0.070	-0.363	<0.001	0.462	<0.001	6.60	0.897
High school	388 (37.3%)	0.36		0.086		-0.004		6.48	
≥College	470 (45.2%)	0.44		0.212		-0.176		6.54	
Economic Level									
Low	309 (29.7%)	0.39	0.625	-0.147	0.006	0.128	0.028	6.55	0.976
Middle	570 (54.8%)	0.39		0.044		-0.054		6.52	
High	161 (15.5%)	0.44		0.126		-0.053		6.50	

Table 3. Result of the questionnaire

Question	No experience incorrect negative (%)	Neutral (%)	Experience correct positive (%)	No reply (%)
Familiarity				
Mental illness experience	66.3		32.1	1.6
Community mental health program experience	92.5		7.1	0.4
Knowledge				
Possibility of mental illness	13.0		86.4	0.6
Knowing prevalence	93.2		6.8	0.0
Living normal life	36.3		62.9	0.9
Prejudice				
Conversation with uncomfortable mind	57.6	14.9	25.9	1.6
Breaking off relationship	69.7	11.7	16.3	2.3
Burden on society	23.0	18.3	58.6	0.2
Danger	76.6	10.3	12.0	1.1
Social contribution	21.0	10.7	66.3	2.1
Continuing problem	52.5	12.2	33.6	1.7
Hospitalization	41.4	14.6	42.8	1.2
Cause of mental illness	45.9	13.8	36.8	3.5
Social distance				
Coworker	11.2	11.2	75.0	1.8
Residence	22.6	16.5	58.9	1.9
Caretaker	60.6	14.8	22.3	2.3
Neighborhood	15.6	18.8	63.9	1.7

상이 상대적으로 적었다. 조사 대상자 중 정신질환에 대한 경험이 있는 사람은 317명으로 전체의 34.3%를 차지하였다. 정신질환에 대한 친밀감은 3점 만점에 평균 0.40점이었고, 사회적 거리감 점수는 16점 만점에 6.53점으로 나타났다.

2. 일반인구 집단의 정신질환에 대한 지식, 친밀감, 편견, 사회적 거리감

본 설문조사 각 항목에 대한 응답은 Table 3에 정리되어 있다. 일반 인구 집단은 정신질환에 대한 경험과 정신보건사업 경험이 적어 친밀감이 낮은 것으로 조사되었다. 정신질환 유병률을 알고 있는 사람은 매우 적었지만 정신질환 발병가능성과 정신

질환자들의 정상 생활 여부에 대한 지식 수준은 60% 이상으로 조사되었다.

일반인들이 정신질환자들에게 가지고 있는 가장 큰 편견은 '정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편'이라는 생각으로 조사 결과 나타났다. 그 외에 50% 이상의 응답자들이 자신이 정신질환에 걸릴 경우 주변사람들이 관계를 끊을 것이라는 편견과 정신질환자와 대화 시 불편함을 느낄 것이라는 편견을 갖고 있었다. 사회적 거리감은 4가지 항목 중 3가지 항목에서 거리감이 크지 않은 것으로 조사된 반면, 자신의 아이를 돌보는 사람으로 정신질환자를 받아들이는 데에는 60% 이상의 응답자가 거리감을 드러내었다.

Table 4. Analysis of covariance of familiarity, knowledge, prejudice and social distance by education and economic level with gender and age

Variable	Familiarity		Knowledge		Prejudice		Social Distance	
	Mean square	p-value	Mean square	p-value	Mean square	p-value	Mean square	p-value
Education								
Gender	0.651	0.146	0.009	0.924	0.031	0.847	165.898	<0.001
Age	3.411	0.001	23.440	<0.001	142.415	<0.001	152.161	<0.001
Education	1.271	0.016	12.528	<0.001	3.273	0.018	8.528	0.154
Economic Level								
Gender	1.095	0.060	0.437	0.499	0.034	0.840	17.386	<0.001
Age	2.325	0.006	41.953	<0.001	181.415	<0.001	14684	<0.001
Economic level	0.194	0.534	2.648	0.071	0.106	0.879	0.080	0.923

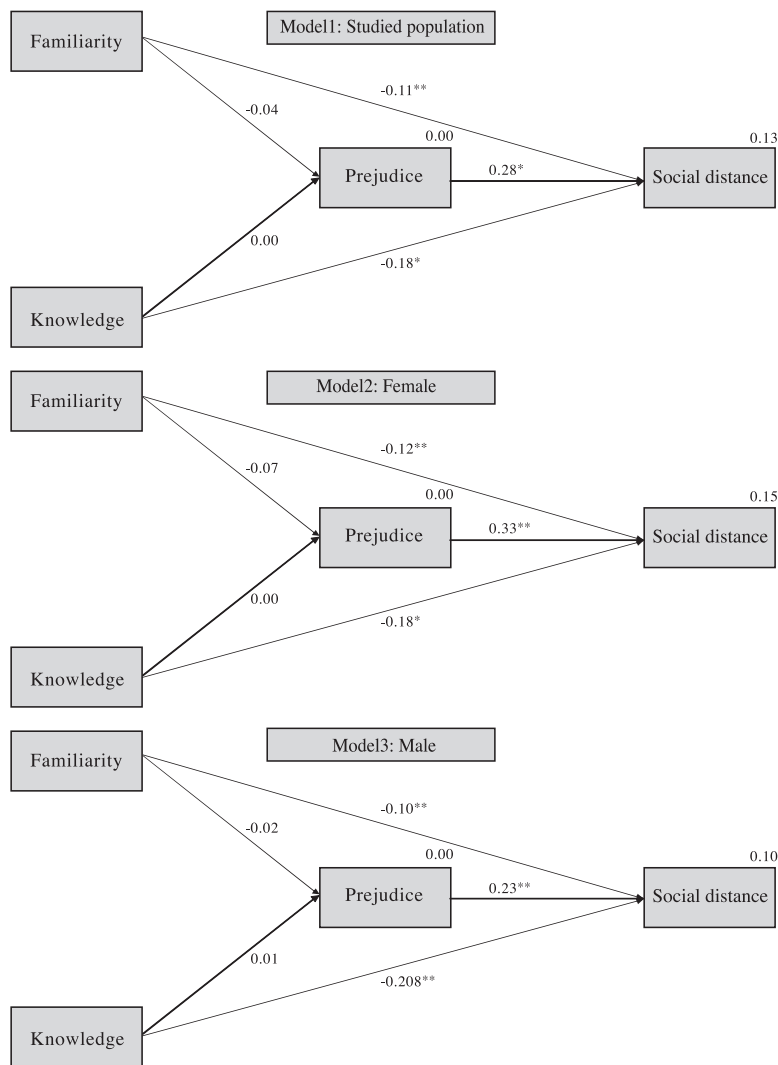


Figure 2. Standardized coefficient and R square of each path representing formation of social distance.

*p<0.10, **p<0.05

3. 개인적 특성에 따른 정신질환에 대한 친밀감, 지식, 편견, 사회적 거리감

개인적 특성에 따른 친밀감, 지식, 편견, 사회적 거리감의 차이는 Table 2에 정리되어 있다. 교육수준, 경제력에 따른 친밀감의 차이는 없었다. 남성은 여성에 비해 친

밀감이 높게 나타났고 (p<0.1), 연령이 증가할수록 친밀감이 증가하였다 (p<0.05). 지식 측면에서 성별에 따른 차이는 없었지만, 젊은 연령대에서, 교육수준이 높을수록 지식 점수가 높았다 (p<0.05). 경제력이 하라고 생각하는 사람들의 지식수준은

다른 계층의 사람보다 낮았다 (p<0.05).

성별에 따른 편견의 차이는 나타나지 않았다. 저연령대에서 편견이 적었고, 저학령층에서 편견이 심하였다 (p<0.05). 경제수준이 올라갈수록 편견이 줄어드는 경향이 나타났다 (p<0.05). 사회적 거리감은 남성이 여성에 비해 적게 나타났고, 연령대가 증가할수록 사회적 거리감이 커 차별행위를 할 가능성이 높게 나타났다 (p<0.05). 하지만 교육과 경제력에 따른 사회적 거리감의 차이는 나타나지 않았다.

성과 연령의 효과를 제거한 후, 교육수준과 경제력이 친밀감, 지식, 편견, 사회적 거리감에 영향을 주었느냐를 검증한 공분산 분석의 결과는 Table 4에 제시되어 있다. 단변량 분석과는 달리 교육수준은 친밀감에 유의한 영향을 미쳤다. 교육수준과 경제력은 성, 연령 보정 후에도 지식, 편견, 사회적 거리감에 유의한 영향을 끼쳤다.

4. 정신질환에 대한 사회적 거리감에 친밀감, 지식, 편견이 미치는 영향

개인적 특성을 보정하여 정신질환에 대한 사회적 거리감에 친밀감, 지식, 편견이 미치는 영향을 규명한 다중회귀분석 결과는 Table 5와 같다. 조사대상 전체를 분석한 결과(model 1) 친밀감, 지식이 높을수록, 편견이 적을수록 사회적 거리감이 줄어들어 차별행위를 적게 할 가능성이 높아진다 (p<0.05). 그리고 여성이 남성보다, 학력이 높을수록 사회적 거리감이 크게 나타났다 (p<0.05). 편견이 사회적 거리감에 미치는 영향이 가장 컸고, 지식, 교육수준, 친밀감 순으로 영향을 미쳤다.

여성을 대상으로 분석한 결과(model 2), 전체를 대상으로 한 분석과 같이 지식이 친밀감보다 사회적 거리감에 큰 영향을 미쳤다. 하지만 남성과 비교하여 보았을 때(model 3), 상대적으로 친밀도가 미치는 영향이 더 컸다.

5. 친밀감, 지식이 사회적 거리감에 영향을 미치는 경로 분석

경로분석을 시행한 결과, 친밀감, 지식, 편견에서 사회적 거리감으로 가는 경로는 통계적으로 유의하였지만, 친밀감과 지

식에서 편견으로 향하는 경로는 유의하지 않았다(Figure 2). 친밀감과 지식이 편견을 통해 사회적 거리감에 영향을 미치는 간접효과 역시 통계적으로 유의하지 않은 결과(친밀감 $p=0.128$, 지식 $p=0.974$)가 나타났다. 그리고 사회적 거리감의 다중상관치는 0.13으로 사회적 거리감이 친밀감, 지식, 편견으로 설명되는 부분은 13%이다. 이러한 양상은 여성과 남성을 따로 경로분석한 결과에서도 유사하게 나타났다.

고찰

본 연구 결과, 일반인들은 정신질환에 대한 위험을 가장 큰 편견으로 인식하고 있었으며, 자신의 자녀를 정신질환자에게 맡기는 것에 대한 사회적 거리감이 크게 나타났다. 그리고 남녀 모두 정신질환에 대한 지식과 친밀감(정신질환 경험)이 사회적 거리감을 감소시키고, 편견은 사회적 거리감을 증가시키는 효과가 있음을 확인할 수 있었다. 이 때 사회적 거리감에 영향을 미치는 정도는 남성의 경우 정신질환에 대한 지식이 친밀감보다 컸고 여성은 상대적으로 친밀감이 미치는 영향이 컸다. 경로분석 결과에서는 친밀감과 지식이 편견을 통해 사회적 거리감에 미치는 매개 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

이번 조사 결과, 일반인들이 느끼는 정신질환자에 대한 편견은 위험성, 관계 문제 등에 집중되어 있는 것으로 드러났다. 위험성의 경우, 외국에 비하여 상당히 높은 수준으로 2003년 아일랜드에서 이루어진 조사 [28]에서는 19%만이 정신질환자가 더 위험하다고 응답하였다. 또한 사회적 거리감 척도에서 다른 부분에서는 사회적 거리감이 적으나 자녀 문제와 같은 민감한 부분에서는 여전히 정신질환자에 대한 거리감이 크다는 것이 드러났다. 향후 정신질환에 대한 편견 및 차별행위 개선을 위해서는 이러한 부분에 역량을 집중해야 할 것으로 사료된다.

친밀감이 사회적 거리감을 줄인다는 결과는 기존의 선행 연구 결과와 부합하는 것이다. Lauber 등 [32]과 van't Veer 등 [24]

Table 5. Multivariate linear regression of social distance by general characteristics, familiarity, knowledge and prejudice

Variable	Model1: all		Model2: female		Model3: male	
	β	p-value	β	p-value	β	p-value
Familiarity	-0.110	<0.001	-0.132	0.001	-0.089	0.037
Knowledge	-0.209	<0.001	-0.190	<0.001	-0.224	<0.001
Prejudice	0.303	<0.001	0.347	<0.001	0.269	<0.001
Age	-0.004	0.910	0.043	0.377	-0.038	0.429
Education	0.134	<0.001	0.188	<0.001	0.096	0.034
Economic level	-0.005	0.861	0.001	0.983	-0.017	0.693
Gender						
Female	Reference group					
Male	-0.134	<0.001				
R ²	0.158		0.184		0.116	

의 연구에서 정신질환을 앓고 있는 사람과 접촉한 경험이 있는 사람이 그렇지 않은 사람 보다 사회적 거리감이 작은 것으로 나타났다. 선행 연구에서 나타난 친밀감의 상관계수 ($\beta=-0.074$ [32], $\beta=-0.072$ [24])에 비해 본 연구의 상관계수 ($\beta=-0.110$)가 더 크게 나타났다. 이를 통해 볼 때, 국내에서 정신질환자에 대한 경험이 사회적 거리감에 미치는 영향은 외국에서보다 큰 것으로 사료된다.

정신질환에 대한 지식수준이 높을수록 사회적 거리감은 감소하는 것으로 나타났다. 지식과 정신질환에 대한 태도의 관계는 연구자에 따라 결과가 다르게 나타나는데, Byrne [33]는 정신질환에 대한 지식과 태도가 상관관계가 없다고 하였고, Lauber 등 [32]은 의학적 지식이 많은 사람이 사회적 거리감이 크다고 발표하였다. 한편, Corrigan 등 [19]과 Addison과 Thorpe [14]는 정신질환에 대한 지식수준이 높을수록 긍정적인 태도를 갖는다고 하였다. 이와 같이 지식과 정신질환에 대한 태도의 상관관계는 명확히 규명되기 어려운 부분이 있기 때문에 향후 추가적인 연구를 통해 두 요소 간의 관계를 확인할 필요가 있다.

정신질환에 대한 편견의 경우, 기존의 연구에서는 편견의 종류에 따라 사회적 거리감에 미치는 영향을 분석하였다. Lauber 등 [32]의 연구에서는 정신질환자에게 부정적인 감정을 가지거나 정신질환자에게 강한 체제를 가해야 한다고 생각하는 사람에게서 사회적 거리감이 컸고, 정신질환자를 도와야 한다고 생각하는 사람의 사회적 거리감은 적었다. van't Veer 등 [24]

의 연구에서도 정신질환들이 지적이고, 믿을 만하고, 직장을 가질 수 있다고 생각하는 사람들의 사회적 거리감은 적었고, 정신질환자들이 위험하고, 범죄를 저지를 확률이 높다고 생각한 사람들의 거리감은 크게 나타났다. 이러한 결과는 본 연구에서 나타난 편견이 클수록 사회적 거리감이 크다는 결과와 부합하는 것이다.

교육수준의 경우, 본 연구에서는 대학재학 이상의 고학력자에게서 사회적 거리감이 크게 나타났는데, 이는 일반적인 통념과 어긋나 보인다. 이와 관련하여 교육수준이 높을수록 차별적 태도가 감소한다는 선행 연구 결과가 있는 반면 [34], 정신질환에 대한 지식이 오히려 사회적 거리감을 늘리는 결과를 야기한다는 주장도 있다 [35]. Table 1에서 나타난 교육 수준이 올라갈수록 정신질환에 대한 편견은 감소하는 결과와 비교하여 볼 때, 교육 수준은 개인의 인식에는 영향을 줄 수 있지만 실제 행동에는 큰 영향을 주지 못하는 것으로 추정된다.

단변량 분석에서는 연령대가 증가할수록 사회적 거리감이 커지는 것으로 나타났다지만, 다중회귀분석 결과에서는 유의한 차이가 없었다. Lauber 등 [36]과 van't Veer 등 [24]은 연령과 정신질환에 대한 태도가 상관관계가 없다고 하였지만, Lauber 등 [32]의 2004년 연구에서는 연령이 증가할수록 사회적 거리감 역시 증가한다고 하였다. 본 연구의 단변량 분석에서 나타난 연령에 따른 사회적 거리감의 차이는 친밀감, 지식, 교육수준 등 다른 요인으로 인한 것으로 사료된다.

친밀감, 지식, 편견의 남녀 상관계수 비

교를 통하여 사회적 거리감에 영향을 미치는 요인의 성별에 따른 차이를 고찰해 볼 수 있다. 남성의 경우 여성에 비해 상대적으로 지식의 상관계수가 큰 반면, 여성은 상대적으로 친밀감과 편견의 상관계수가 크다 (Table 5). 이를 통해 볼 때, 여성은 정신질환에 대한 경험과 편견이 차별행위에 상대적으로 더 큰 영향을 끼치는 반면, 남성은 지식수준이 더 큰 영향을 주는 것으로 사료된다.

남녀의 차이는 사회적 거리감 점수에서도 나타나는데, 여성은 남성보다 사회적 거리감이 커 차별행위를 할 가능성이 높다 (Table 1.2). Lauber 등 [32]은 여성의 사회적 거리감이 남성보다 크다고 보고한 반면, Savrun 등 [37]은 여성이 편견은 적지만 사회적 거리감의 차이는 없는 것으로 보고하였다. 이러한 성별에 따른 차이의 원인으로 부모의 교육수준과 정신질환 치료 가능성에 대한 믿음 등을 들고 있는데, 향후 국내의 성별에 따른 사회적 거리감 차이의 원인에 대한 규명이 필요하다.

경로분석 결과, 친밀감과 지식이 편견을 매개로 하여 사회적 거리감에 영향을 미치는 경로는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 하지만 Corrigan 등 [19]과 Angermeyer 등 [38]의 연구에서는 친밀감이 편견을 통해 사회적 거리감에 영향을 미친 매개효과가 나타났다. 이러한 차이는 조사 도구와 방법, 분석 방법 상의 차이에 기인한 것일 수도 있으나 외국과 국내에서 사회적 거리감에 영향을 미치는 경로의 차이로 인한 것일 수도 있으므로 이를 검증하기 위한 추가적인 연구가 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 우선 연구 결과에 대한 설명력이 낮은 점을 들 수 있다. Lauber 등 [36]의 연구의 R 제곱값은 0.448로 매우 높았지만, van't Veer 등 [24]의 연구와 Lauber 등 [32]의 연구는 R 제곱값이 0.197과 0.212로 본 연구와 큰 차이를 보이지 않았다. 이렇게 설명력이 낮은 것은 이 연구에서 다루어지지 않은 사회적 거리감을 설명하는 다른 요인들이 존재함을 의미한다. 비록 설명력은 낮지만 본 연구는 국내에서 검증되지 않았던 정신질환 경험과 사회적 거리감의 관계를 확인하였다는

의의가 있다.

사회적 거리감이 실제로 정신질환에 대한 차별을 대리할 수 있느냐도 문제가 될 수 있다. 사회적 거리감은 어떠한 상황을 가정하고 그에 따른 응답자의 반응을 보는 것으로 반드시 실제 차별 행위를 반영한다고 보기는 어렵다. 하지만 기존의 많은 연구에서 이 사회적 거리감 지표를 이용하여 차별 행위의 정도를 측정하였고, 이에 대한 신뢰도 및 타당도가 검증되었기 때문에 본 연구에서도 이 도구를 이용하였다. 하지만 국내에서는 이 도구에 대한 신뢰도 및 타당도에 대한 검증이 이루어지지 않았기 때문에 향후 이와 관련된 연구가 필요하다.

조사 방법으로 전화를 이용하였다는 것도 문제가 될 수 있다. 이동전화 도입이 증가하면서 유선전화 가구 보유율이 90%대로 추정되며, 전화통화율도 70% 이하로 추정된다 [39]. 이러한 문제는 표본 추출시 문제로 작용할 수 있다. 또한 전화 설문 특성 상 많은 문제를 자세히 조사할 수 없는 것도 한계점이다.

경제적 수준을 월평균 수입 등 객관적인 지표를 사용하지 않고 응답자 판단에 따라 상중하로 구분하여 분석한 것도 분석의 한계로 지적될 수 있다. 하지만 전화 설문의 특성 상 측정의 정확도를 높이기 위해 구체적인 수입을 질문할 경우 응답률이 낮아질 수 있다고 판단하여 상중하로 설문을 시행하였다. 본 조사에서는 주관적인 경제적 수준에 따른 정신질환에 대한 편견과 지식의 차이를 확인할 수 있었다.

본 연구는 어떠한 요인이 사회적 거리감에 영향을 끼치는가를 규명하여 향후 정신질환에 대한 편견 및 차별 행위 감소를 위한 근거를 제시했다는 의의가 있다. 연구 결과 정신질환에 대한 친밀감은 기존에 국내에서 정신질환에 대한 인식 개선에서 강조되어 왔던 지식 못지않게 사회적 거리감에 영향을 미치는 것으로 드러났다. 국내의 정신질환 인식개선 사업은 교육에 편중되어 있다. Corrigan 등 [17] 등은 정신질환 태도 개선에서 교육의 효과는 적고 지속기간이 짧은 반면, 정신질환자와의 접촉은 태도를 긍정적으로 개선시

키고 실제로 정신질환자들을 돕는 행위를 증가시킨다고 하였다. 그렇기 때문에 현재 정신질환 인식 개선을 위해 이루어지고 있는 지식 전달 위주의 프로그램과 더불어 비정신질환자들이 정신질환자들과 보다 많이 접촉할 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요하다.

참고문헌

1. Olshansky S, Grob S, Ekdahl M. Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental hospitals during period 1951-1953. *Ment Hyg* 1960; 44: 510-522.
2. Farina A, Feliner RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J Abnorm Psychol* 1973; 82(2): 268-272.
3. Page S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Can J Behav Sci* 1977; 9(2): 85-90.
4. Page S. Psychiatric stigma: Two studies of behaviour when the chips are down. *Can J Ment Health* 1983; 2(1): 13-19.
5. Baldwin ML, Marcus SC. Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57(3): 388-392.
6. Lehtinen V, Vaeisaenen E. Attitudes towards mental illness and utilization of psychiatric treatment. *Soc Psychiatry* 1978; 13(2): 63-68.
7. Segal DL, Coolidge FL, Mincic MS, O'riley A. Belief about mental illness and willingness to seek help: A cross sectional study. *Aging Ment Health* 2005; 9(4): 363-367.
8. Jovanovic DB. Duration of untreated psychosis and stigma in psychotic patients: A family view. *Eur Psychiatry* 2007; 22(Suppl 1): S117-S118.
9. El-Adi M, El-Mahdy M, Anis M. First Episode Psychosis (FEP): Factors associated with delayed access to care in a rural Egyptian setting. *Eur Psychiatry* 2007; 22(Suppl 1): S79-S80.
10. Sirey JA, Bruce MK, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001; 52(12): 1615-1620.
11. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998; 39(4): 335-347.
12. Rosenfield S. Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev* 1997; 62(4): 660-672.
13. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients:

- Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92(6): 1461-1500.
14. Addison SJ, Thorpe SJ. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(3): 228-234.
 15. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001; 46(3): 245-252.
 16. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SK, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27(2): 219-225.
 17. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, et al. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull* 2002; 28(2): 293-309.
 18. Corrigan, PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5(2): 201-222.
 19. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52(7): 953-958.
 20. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak M. Changing public attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25(3): 447-456.
 21. Yang S, Yu SJ. The Stigma toward the Mental illness and mentally ill patients among nursing students between before and after learning psychiatric-mental health nursing. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 10(3): 421-435. (Korean)
 22. Kim MH. Comparative study on the cognition and attitudes toward the mentally ill person among EMT college student before and after psychiatric nursing course work. *J Korean Emerg Med Technol* 2002; 6(6): 5-14. (Korean)
 23. Nishiuchi K, Tsutsumi A, Takao S, Mineyama S, Kawakami N. Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes, and behavior in the workplace: A randomized controlled trial. *J Occup Health* 2007; 49(3): 190-198.
 24. van 't Veer JT, Kraan HF, Drosseart SH, Modde JM. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill - A Dutch public study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2006; 41(4): 310-317.
 25. Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perception of how dangerous they are. *J Health Soc Behav* 1986; 27(4): 289-303.
 26. Seo DW, Cho MJ, Kim YH, Kim JH, Kim KK, Moon YH, et al. 2006 Annual Report of The Central Mental Health Supporting Committee. Seoul: Ministry of health and welfare; 2006. p. 262-290.
 27. Mental Health America. Mental Health America Attitudinal Survey. Part IV : Understanding of and attitudes towards mental illness executive summary. Alexandria: Mental health america; 2007. [cited 2008 Jan 29]. Available from: URL:<http://www.nmha.org/download.cfm?DownloadFile=FE3B7AAC-1372-4D20-C8C6CCF28E5B821F>.
 28. TNS. *Attitudes to Mental Illness 2007*. London: TNS; 2007.
 29. Mental Health Ireland. Public attitudes to mental illness. Co Dublin: Mental Health Ireland; 2003. [cited 2007 Aug 30] Available from : URL:http://mentalhealthireland.ie/pressreleases/publications/Public_Atitudes_2003_Full.pdf.
 30. Brauholtz S, Davidson S, King S. *Well? What do You Think (2004): The Second National Scottish Survey of Public Attitudes to Mental Health, Mental Well-being and Mental Health Problems*. Edinburgh: Blackwell's Bookshop; 2004.
 31. Commonwealth Department of Health and Family Services. Research and consultation among young people on mental health issues final report. Canberra: Department of Health and Aging; 1997. [cited 2008 Jan 29] Available from: URL:[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/\\$File/reconsall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/$File/reconsall.pdf).
 32. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Roessler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40(3): 265-274.
 33. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *J R Soc Med* 1997; 90(11): 618-621.
 34. de Toldo Piza Peluso E, Blay SL. Community perception of mental disorders: A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(12): 955-961.
 35. Crisp AC, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
 36. Lauber C, Nordt C, Haker H, Falcato L, Roessler W. Community psychiatry: Results of a public opinion survey. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52(3): 234-242.
 37. Savrun BM, Arıkan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BC, Aksoy C, et al. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007; 44(1): 57-61.
 38. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population study. *Schizophr Res* 2004; 69(2-3): 175-182.
 39. Kim SW. The changes in fixed telephone household coverage rates due to diffusion of mobile phones: The impact in some selected countries including South Korea. *Surv Res* 2004; 5(1): 27-49. (Korean)

Appendix. Questionnaire of this study

Familiarity

- Mental illness experience Do you know someone or have yourself been treated for mental illness
- Community mental health program experience Do you ever have been experienced about community mental health program by public health center or mental health center in your community?

Knowledge

- Possibility of mental illness Virtually anyone can become mentally ill
- Knowing prevalence Approximately, how much people are mentally ill in our country today?
- Living normal life People with mental illness can live normal life.

Prejudice

- Conversation with uncomfortable mind It may be uncomfortable having conversation with mentally ill person.
- Breaking off relationship If I became mentally ill, some of my friends would break off relationship with me.
- Burden on society People with mental illness are a burden on society
- Danger Those who have mental illness are more dangerous than the others.
- Social contribution Those who have mental illness can't contribute to the society.
- Continuing problem If someone became mentally ill, he would have always problems.
- Hospitalization The best therapy for many people with mental illness is to be hospitalized.
- Cause of mental illness The biggest cause of mental illness is a lack of self discipline and willpower.

Social distance

- Coworker I can work with those who have been treated for mental illness.
 - Residence It is all right locating residence of mentally ill people in our village.
 - Caretaker If I have a child, I can hire someone who has been treated for mental illness as my child's caretaker.
 - Neighborhood I can live next door to someone who has been treated for mental illness.
-