

정신장애인에 대한 사회편견 연구*

양 옥 경**

본 연구는 일반인들의 정신장애인에 대한 편견적 태도 및 생각이 어느정도인가를 살펴보고자 하는데 목적을 둔 것으로, 크게 3개 차원에서의 비교연구에 초점을 두었다. 하나는 인구사회학적 및 지역별 차이에 따른 일반인의 정신장애인에 대한 편견비교이며, 다른 하나는 지체장애인에 대한 편견과의 비교이며, 마지막 하나는 정신장애인, 그 가족, 그리고 전문가들의 편견과의 비교분석이다. 연구대상은 18세 이상의 성인으로, 일반인 300명, 정신장애인, 그 가족, 전문가 각 100명씩 총 600명이다. 표본은 우선 지역을 선정한 후 지역내 조사답변자를 선정하였다. 지역으로는 서울, 경산, 홍성이 선정되었고, 일반인은 무작위표집하였으며, 나머지는 각 지역의 병·의원을 통해 표집하였다. 자료수집에는 정신장애인 편견척도, 장애인 편견척도를 포함한 설문지를 활용하였다. 분석결과, 우리나라 일반인의 정신장애인에 대한 편견은 그다지 심하지 않은 것으로 나타났다. 한 인간으로서 이들을 수용하는 정도는 높았으나, 이들에게 '사회적응하여 사는 사람'으로, '사회인'으로서의 역할을 부여하는데 있어서는 아직까지 낮은 수용도를 보이고 있었다. 특히 병원에 입원한 정신장애인에 대한 부정적 인식이 컸으며, 사회복지사의 경험이 편견의 정도를 낮추는데 지대한 공헌을 하였다. 장애인에 대한 편견과의 비교에서는 격리치료에서는 정신장애인에게, 불임수술에서는 장애인에게 높은 편견적 태도를 보였다. 대도시에서의 편견은 낮은 반면, 중소도시와 군/읍단위에서의 편견은 항목별로 뚜렷한 차이를 보였다. 나이, 교육적도, 월수입에 따른 차이도 크게 보였다. 정신장애인들의 자기편견의 경우도 항목별 차이를 보이는 가운데 타인과의 관계속에서 이해되는 부분에 대한 편견이 높았다. 가족과 전문가에게서도 대체로 낮은 편견을 보이는 가운데 항목별 차이를 나타냈다. 이같은 결과는 특정편견에 긍정적, 부정적 영향을 미치는 요소들에 대해 전문가의 개입이 필요함을 드러내 준 것이다. 정신보건정책의 수립에 있어서도 입원치료중심의 정책이 아니라 지역사회에서 사회전체가 정신장애인들의 인권을 인정해주는 사회통합의 정책을 마련하여야 함도 시사해 주고 있다고 하겠다.

I. 문제제기

정신장애 및 정신장애인에 대한 사회문화적 편견은 정신보건의 역사에서 알 수 있는 바와 같

* 본 연구는 1997-1998 이화여자대학교 교내연구비 지원으로 이루어졌음.

** 이화여대 사회복지학과 교수

이 세계적으로 공통된 것이다. 원시·농경사회에서는 편견은 낮고 수용도 및 경외심이 높았던 반면, 근대 산업화·도시화시대에서는 그 반대의 현상이 보여진다. 탈산업, 정보화시대가 된다는 21세기에는 과연 어떻게 될까.

50년대 이후 꾸준히 진행되어 온 사회적 태도연구는 주로 정신병 자체에 대한 인식 및 태도 연구가 주를 이루었으며, 정신병을 앓고 있는 '사람'에 대한 태도연구는 매우 미흡한 실정이다. 병에 관한 태도조차도 정신의학적 측면에서 이루어진 것으로 치료활성화를 위한 병의 인식에 초점을 두었을 뿐이다. 특히 우리나라의 경우 무속신앙적 접근과의 혼돈(이부영, 1970)속에서 정신장애의 증상에 대한 정확한 이해 및 발견, 그리고 서양의학에 입각한 치료방법의 수용에 초점을 둔 인식연구가 전부였다. 이에 본 연구에서는 사회문화적 측면에서 정신장애를 갖고 있는 사람에 대한 편견 또는 낙인 등의 사회태도에 관해 연구하고자 한다.

우리나라에서는 70년대 초반부터 정신병에 대한 인식연구가 있어 왔고(김광일, 1974; 김광일 외, 1973; 1989; 원호택외, 1977; 박용천외, 1983; 안동현외, 1986), 그 결과는 우리의 정치경제, 사회문화적 상황에 맞추어 해석되어 왔으며, 단편적인 결과를 일반화시켜 나갔다. 따라서 우리는 일반적으로 우리나라 사람들의 태도가 외국에 비하여 더 부정적이라는 막연한 확신을 갖고 있다. 따라서 우리나라의 정신보건문제를 언급하는 글에서는 정신병에 대한 부정적인 편견을 갖고 있음에 대해 비난하고 있으며, 이런 사회적 분위기를 정신장애인의 사회복귀를 어렵게 하는 요인이라고 추측하면서 이들의 지역사회복귀는 시기상조라고 지적하고 있다. 그러나 실제로 이에 관해 검증해 낸 실증적인 연구는 많지 않으며, 이와같은 막연한 편견이 전체 사회의 인식을 부정적인 방향으로 몰아가고 있다.

그러나 정신보건법의 시행으로 정신장애인들이 대형정신병원보다 지역사회에서 생활하는 시간이 길어지고 있는 이때 이같은 막연한 편견적 태도는 이들의 지역사회생활 및 통합을 저해하는 요소가 되고 있다. 경기도를 비롯하여 서울시 등에 20여개의 지역(사회)정신보건센터들이 설립되어 각종 서비스를 제공하고 있고, 지역사회 곳곳에 사회복지시설이 설립되어 정신장애인들의 재활훈련이 지속적으로 이루어지게 될 것으로 판단됨에 따라 정신장애인들은 이제 주변에서 쉽게 자주 접할 수 있는 대상이 되어가고 있다. 따라서 이들에 대한 지역주민의 태도는 어떠한 지에 대한 연구는 매우 중요하다.

지역정신보건 개념의 등장으로 재활 및 사회복귀가 강조되고 있다. 진정한 의미의 복귀는 편견없는 사회에서 하나의 사회인으로 인정받고 사회에 통합되는 것이다. 과연 사회는 이들을 받아들일 준비가 되어 있는지, 아직 준비되지 않았다면 이들의 태도를 어떻게 바꿀 수 있는지에 관한 연구가 필요하다. 또한 치료수혜자로서의 소극적인 환자와 가족으로서가 아닌 치료서비스의 주체로서 자신에 대한 태도와 인식의 연구 역시 필요하다.

지금까지의 산발적인 연구결과들을 보면, 우리나라에서의 정신장애인에 대한 감정은 '동정'과 '거부'의 상반된 경향을 갖고 있는 것으로 보인다(양옥경, 1996). 동정하고 이해는 하면서도 두려워하고 있는 상반된 감정을 보유하고 있다. 이는 장애인에 대한 역사적 고찰에서도 나타나는 것으로 근본적으로는 동정과 수용의 감정이 깔려있다고 한다(최래옥, 1997:8). 또한 치료전망에 대해서는 긍정적이면서도 수용치료에는 부정적이다. 그러나 이같은 차이는 실재 우리나라 국민들이 보여주는 상반된 감정이외에 조사도구상의 문제, 조사지역 선정의 문제, 표본추출상의 문제 등에 연유한 것일 수도 있다.

이에 본 연구에서는 이같은 한계점들을 보완하는 조사연구를 하고자 한다. 타당도 및 신뢰도가 높으면서 다양한 차원에서 정신장애인에 대한 태도 및 생각을 표현할 수 있는 척도를 개발하여 사용하며, 대도시, 중소도시, 군단위의 3개 단위지역을 선정하여 지역별 비교분석을 하고, 일반인, 정신장애인, 정신장애인 가족, 그리고 전문가의 집단별 비교분석하는 것을 목적으로 한다. 또한 이들에 대한 사회편견이 그외의 소외계층인 지체장애인에 대한 것과 어떻게 다른지 비교해 보고자 한다.

II. 사회편견적 태도

정신장애인들에 대한 사회편견적 태도는 낙인(labeling)과 그에 따른 사회적 거부, 스티그마(stigma)에서부터 비롯된다. 스티그마란 특정속성에 낙인을 찍고 오명을 씌우며 경멸의 태도를 보이는 것(문인숙·양옥경, 1991:95)으로, 낙인과 구별된다. 낙인은 특정속성에 대해 그에 적합한 명칭(label)을 붙여줌으로써 그 특성을 집합적으로 설명하는데 그친다. 문제는 그 명칭으로 인해 파생되는, 그 명칭의 특성속에 갇혀버리게 되는 그 다음단계, 즉, 스티그마에 있다.

이같은 스티그마는 특수집단에 대한 전형화(stereotyping)로 인해 발생하게 되며 (Goffman, 1968:12-21), 여기서 파생된 고정관념은 그 집단에 대한 막연한 편견을 갖게 하고 그 편견에 따른 차별대우를 하는 결과를 낳게 한다. 일반적으로 사람들은 신체적 결함이 있는 자, 정신적 결함이 있는 자, 빈곤한 자를 포함한 사회적 결함이 있는 자, 그리고 사회에 의존적인 삶을 살 수 밖에 없는 자들에게 전형화된 사회편견적 태도를 보이게 된다.

정신장애인에 대한 사회편견, 사회적 거부, 낙인, 스티그마를 포함하는 사회적 태도에 관한 연구는 1970년대를 절정기로 꾸준한 연구결과를 보이고 있다(Dohrenwend et al., 1962; Lemkau, 1962; Cohen & Struening, 1963; Farina et al., 1971; Crocetti et al., 1971; Fink, 1986;

Link, 1987; Link et al., 1989; Fabrega et al., 1991). 미국의 70년대 전후의 연구들을 분석평가한 크로세티(Crocetti) 등의 연구(1971)는 사회는 정신분열증만을 정신병으로 인식하면서, 이들에 대한 처우가 처벌적이거나 감금적이기를 바라고, 사회로부터 고립시키며 개인적 접촉을 거부하여 사회적 거리를 최대한도로 유지하기를 바라는 것으로 요약하고 있다. 다른 연구에서는 정신분열증만을 질병으로 인식하고 정신분열증환자만을 '아픈 사람'으로 인정하면서 아픈 사람에 대한 사회보호의 역할을 수용하는 태도를 보인 것으로 나타났다(Lemkau & Crocetti, 1962). 정신병이라는 낙인(labeling)은 긍정적이기도 하고 부정적이기도 한 영향을 함께 준다는 것이다(Rosenfield, 1997).

지금까지의 우리나라의 편견연구들은 거의 모두 정신장애, 즉 질병에 관한 인식연구가 주를 이루었다. 특히 우리나라의 편견연구들은 거의 전부 질병에 관한 것이었다. 간혹 연구에 따라서 그 내용에 정신장애인에 관한 이해를 묻는 몇몇 질문이 포함되어 있는 것으로 정신장애인에 대한 태도가 평가되곤 하였다. 사회과학적 관점에서 주로 일반인(Lemkau & Crocetti, 1962; Rabkin, 1974; 김광일의, 1973; 박수훈, 1976), 지역사회지도자(Dohrenwend et al., 1962; 박용천 외, 1983; 안동현외, 1986), 그리고 전문가집단(Atwood, 1982; Cohen, 1963; Dickstein & Hinz, 1992; 권영재, 1979; 채인영외, 1986)을 중심으로 조사해왔으며, 최근들어 소비자 집단인 정신장애인 본인(Angermeyer et al., 1987; Link et al., 1989; Weinstein, 1983; 서미경, 1994)과 가족(Gullekson, 1992; 조영숙, 1993)을 대상으로 한 연구가 시작되었다. 그러나 대부분의 연구가 질병인식에 관한 것이었으며, 그 결과들도 상반되는 경우가 많았고 또 해석도 다양하다.

김광일 등의 연구를 보면 (1989) 전반적으로 정신장애인에 대한 태도와 견해는 대체로 긍정적인 것으로 나타난 반면, 두렵고 기분이 언짢은 사람들이라는 견해를 갖고 (27%) 기피하는 현상을 보이기도 하였다. 서울사람들, 학력이 높은 사람들, 나이가 어린 사람들이 치료의 효과에 대해 더 긍정적이고 낙관적인 견해를 보이는 것으로 나타났다. 반면에 안동현 등의 농촌연구에서는 (1986) 예후에 대해서는 낙관적으로 기대하면서도 수용하지는 못하는 것으로 나타났다. 이에 앞서 고복자(1979)는 영미 비교연구결과와 비교하면서 영국인이나 미국인들보다 서울사람들이 정신장애인의 사회복귀에 대해 더 부정적 견해를 갖고 있다고 결론지었다.

우리나라의 일반인 대상 연구결과에 따르면 정신장애인에 대한 태도가 일관성있게 긍정이나 부정은 아닌 것으로 보이며, 도시, 농촌간의 차이도 있을 것으로 보인다. 정신장애인을 이해하는 긍정의 태도와 사회복귀를 불가능하게 하는 부정의 태도가 함께 존재하고 있음에 따라 더욱 세분화된 연구가 필요함을 보여주고 있다.

국외의 연구들에서는 시대적 차이도 보이고 있는데, 래브킨(Rabkin, 1974)은 과거 입원치료

경력이 있는 사람에 대한 사회의 태도에 관한 기존 연구를 검토한 결과, 일반인의 정신장애에 대한 인식이 탈시설화이전에 비하여 향상되었다고 밝히고 있다. 지역사회중심의 재활치료가 성행하면서 정신장애에 대해 더욱 정확한 이해를 하게 되었으며 정신장애인에 대해서도 이해하고 수용하는 정도가 높아졌다는 것이다.

크로세티 등의 연구(1971)에서는 정신장애인에 대한 사회적 거리, 즉, 같은 직장에서 근무, 방을 함께 사용하기, 사랑에 빠질 가능성의 3가지 질문에 대해 일반인들은 매우 긍정적인 답변을 하여 사회적 거리를 축소시켰다는 결론을 내고 있다. 역시 탈시설화에 따른 지역사회 정신건강 실현의 결과인 것이다. 이같은 변화는 전문가라고 해서, 그리고 낮은 사회계층이라고 해서 다르지 않다는 주장이다.

의사들의 연구에서(권영재, 1979; Atwood, 1982; Dickstein & Hinz, 1992) 의사들은 일반인들보다 예후에 대해서 더 부정적이고 비관적인 반응을 보이고 있다. 집안에 환자가 있으면 알리지 않겠다고 답한 경우가 일반인보다 더 높게 나타났다. 반면에 정신병원의 입원치료나 정신과의사의 역할에 대해서는 일반인보다 긍정적인 반응을 보이고 있다.

정신장애인 본인대상의 연구에서 서미경(1993)은 이들 자신이 인간관계에서는 어려움을 겪게 된다는 다소 부정적 반응을 보였으나, 사회적, 직업적 재활의 가능성에 대해서는 비교적 긍정적인 반응을 보였다고 하였다. 김용익 등의 가족, 전문가, 지도자층 대상의 연구에서는 전문가가 가장 긍정적인 태도를 보였다고 한 반면에 (김용식 외, 1988), 다른 연구에서(남정자 외, 1993; 안동현 외, 1986)는 일반주민과 전문가를 비교해 본 결과 전문가가 더 부정적인 태도를 보이고 있다고 보고하고 있다.

이같은 다양한 연구결과는 우리나라에서의 연구들이 아직 정신장애인의 태도연구가 부족하다는 점과, 지역별, 편견적 태도영역별, 기타 다른 요인별 구분이 이루어지는 체계적 연구가 절실히 필요함을 말해준다. 또한 일정한 간격을 갖고 정기적으로 변화추이를 추적해 볼 수 있는 종적연구(longitudinal study)의 필요성도 말해준다.

III. 연구방법

1. 조사대상

조사대상은 조사의 목적과 내용에 따라 12개 집단(3개지역*4집단=12집단)으로 나뉘며 총 600

명이다. 우선 지역특성에 따른 일반인들의 편견차이를 보기 위하여 대도시, 중소도시, 군/읍단위의 3개 지역으로 나누었으며, 18세 이상의 남녀로 각 지역당 100명씩 300명이다. 또한 정신장애인 본인, 그들의 가족, 그리고 전문가 집단과의 비교분석을 위해 각 지역 각 집단에서 100명씩 300명으로 하였다. 정신장애인은 어린이와 노인을 제외한 만 18세 이상 65세 이하의 남녀이며, 정신장애인 가족은 정신장애인의 4촌이내 친족으로 18세 이상의 성인남녀이고, 전문가는 사회복지사, 임상심리사, 간호사 및 정신과 의사이다.

조사표본은 우선 지역을 선정하고 지역내 조사답변자를 추출하는 2단계를 취하였다. 지역선정을 위하여는 지역의 크기와 발전수준에 따라 총화한 후, 지역에 정신의료시설이 있고 지역의 특성을 가장 잘 반영하는 곳으로 정하였다. 따라서 대도시로 서울특별시, 중소도시로 경산시, 군/읍단위로 홍성군/홍성읍을 선정하였다.

조사답변자 선정은 대상집단에 따라 각기 다른 방법을 취하였다. 일반인은 연구자 및 연구보조원들이 아파트, 시장, 길거리, 사무실 등을 직접 다니면서 무작위로 추출하였다. 정신장애인과 그 가족은 각 지역내에 있는 병의원에 의뢰하여 입원환자나 퇴원하여 외래치료를 받는 사람중에서 설문에 응하는 사람으로, 그리고 전문가는 동일 병의원 등에 근무하는 사람 중에서 설문에 응하는 사람으로 하였다. 서울에서는 국립정신병원을 비롯하여 6개 병원에서, 경산과 홍성에서는 각 지역내에 유일하게 존재하는 의료원에서 추출하였다. 조사대상자의 사회인구학적 분포는 <표 1>과 같다.

응답자는 총 595명으로 99.2%의 응답율을 보였다. 일반인 298명, 정신장애인 99명, 가족 106명, 전문가 92명으로 가족이 가장 높은 응답율을 보인 반면, 전문가는 가장 낮은 응답율을 보였다. 응답자의 평균 연령은 33.8세이며 가족을 제외하고는 비슷한 연령군에 속해 있다. 여자 290명(48.7%)으로 남녀의 비율이 비슷하였으며, 정신장애인의 경우는 남자가(69.7%), 전문가인 경우는 여자의 비율(60.9%)이 높았다. 교육정도는 대졸이 42.7%로 가장 많았으나, 정신장애인과 가족은 고졸이 많았고, 정신장애인중에는 전혀 교육을 받지 못한 사람도 있었다. 종교는 없는 경우가 39.7%로 가장 많았으며, 기독교, 불교, 천주교의 순이었다. 결혼상태는 기혼이 51.4%로 가장 많았으며, 정신장애인의 경우 미혼이 59.6%로 가장 많았다. 직업은 전문직이 25%로 가장 높은 가운데 일반인의 경우 다양한 직업으로 고른 분포를 보이고 있으며, 정신장애인의 경우 48.7%가 무직이었다. 월평균수입은 100-150만원의 수준이 가장 많았으며, 정신장애인의 경우 50만원 이하의 저소득층이 많은 것으로(24%) 나타났다.

<표 1> 응답자의 인구사회학적 분포

N(%)

		전 체 (N=595)	일반인 (N=298)	정신장애인 (N=99)	가 족 (N=106)	전문가 (N=92)
연 령	평 균 (sd)	33.8311 (9.9659)	32.6812 (10.0893)	33.7917 (7.7091)	39.5943 (11.8922)	30.9565 (6.0163)
성 별	남 자	305(51.3)	151(50.7)	69(69.7)	49(46.2)	36(39.31)
	여 자	290(48.7)	147(49.3)	30(30.3)	57(53.8)	56(60.9)
교 정 유 도	무 학	1(.2)	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
	국 졸	24(4.0)	1(.3)	12(12.1)	11(10.4)	0(0.0)
	중 졸	35(5.9)	11(3.7)	13(13.1)	11(10.4)	0(0.0)
	고 졸	233(39.2)	143(48.0)	38(38.4)	50(47.2)	2(2.2)
	대 졸	254(42.7)	124(41.6)	31(31.3)	29(27.4)	70(76.1)
	대학원	46(7.7)	19(6.4)	3(3.0)	4(3.8)	20(21.7)
	무응답	2(.3)	0(0.0)	1(1.0)	1(.9)	0(0.0)
종 교	없 음	236(39.7)	134(45.0)	33(33.3)	27(25.5)	42(45.7)
	불 교	119(20.2)	64(21.5)	21(21.2)	27(25.5)	7(7.6)
	기독교	187(31.4)	80(26.8)	32(32.3)	42(39.6)	33(35.9)
	천주교	53(8.9)	20(6.7)	13(13.1)	10(9.4)	10(10.9)
결 상 혼 태	미 혼	258(43.4)	134(45.0)	59(59.6)	30(28.3)	35(38.0)
	기 혼	306(51.4)	155(52.0)	21(21.2)	73(68.9)	57(62.0)
	별거/이혼	21(3.5)	3(1.0)	15(15.2)	3(2.8)	0(0.0)
	사 별	7(1.2)	5(1.7)	2(2.0)	0(0.0)	0(0.0)
	무응답	3(.5)	1(.3)	2(2.0)	0(0.0)	0(0.0)
직 업	없 음	124(20.8)	49(16.4)	48(48.5)	27(25.5)	의 사 26 (28.3)
	생산직근로자	27(4.5)	6(2.0)	14(14.1)	7(6.6)	간호사 39 (42.4)
	서비스직	50(10.1)	37(12.4)	8(8.1)	13(12.3)	
	판매직	46(7.7)	32(10.7)	3(3.0)	11(10.4)	임 상 심리사 2 (2.2)
	회사원	58(9.7)	35(11.7)	8(8.1)	14(13.2)	
	공무원	66(11.1)	46(15.4)	2(2.0)	5(4.7)	사 회 복지사 25 (27.2)
	전문직	152(25.5)	46(15.4)	10(10.1)	20(18.9)	
	학 생	51(8.6)	41(13.8)	5(5.1)	5(4.7)	
	무응답	11(1.8)	6(2.0)	1(1.0)	4(3.8)	
월평균 수 입	50만원 이하	86(14.5)	50(16.8)	24(24.0)	12(11.3)	0(0.0)
	50~100만원	124(20.8)	68(22.8)	18(18.2)	24(22.6)	14(15.2)
	100~150만원	144(24.2)	60(20.1)	17(17.2)	23(21.7)	44(47.8)
	150~200만원	83(13.9)	38(12.8)	12(12.1)	18(17.0)	15(16.3)
	200~250만원	26(4.4)	10(3.4)	4(4.0)	5(4.7)	7(7.6)
	250~300만원	20(3.4)	15(5.0)	2(2.0)	3(2.8)	0(0.0)
	300만원 이상	36(6.1)	20(6.7)	0(0.0)	6(5.7)	10(10.9)
	무응답	76(12.8)	37(12.4)	22(22.2)	15(14.2)	2(2.2)

<표 2> 일반인 지역별 응답자의 인구사회학적 분포

N(%)

		전체(N=298)	서울(N=101)	경산(N=100)	홍성(N=97)
연령	평균(sd)	32.6812 (10.0893)	34.3168 (10.5422)	31.9800 (9.6337)	31.7010 (9.9574)
성별	남자	151 (50.7)	52 (51.5)	44 (44.0)	55 (56.7)
	여자	147 (49.3)	49 (48.5)	56 (56.0)	42 (43.3)
학력	국졸	1 (.3)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	중졸	11 (3.7)	2 (2.0)	6 (6.0)	3 (3.1)
	고졸	143 (48.0)	27 (26.7)	60 (60.0)	56 (57.7)
	대졸	124 (41.6)	54 (53.5)	33 (33.0)	37 (38.1)
	대학원	19 (6.4)	17 (16.8)	1 (1.0)	1 (1.0)
종교	없음	134 (45.0)	35 (34.7)	46 (46.0)	53 (54.6)
	불교	64 (21.5)	17 (16.8)	31 (31.0)	16 (16.5)
	기독교	80 (26.8)	39 (38.6)	18 (13.0)	23 (23.7)
	천주교	20 (6.7)	10 (9.9)	5 (5.0)	5 (5.2)
결혼상태	미혼	134 (45.0)	43 (42.6)	47 (47.0)	44 (45.4)
	기혼	155 (52.0)	54 (53.5)	53 (53.0)	48 (49.5)
	별거/이혼	3 (1.0)	2 (2.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
	사별	5 (1.7)	2 (2.0)	0 (0.0)	3 (3.1)
	무응답	1 (.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
직업	없음	49 (16.4)	15 (14.9)	29 (29.0)	5 (5.2)
	생산직근로자	6 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.1)
	서비스직	37 (12.4)	13 (12.9)	5 (5.0)	19 (19.6)
	판매직	32 (10.7)	5 (5.0)	4 (4.0)	23 (23.7)
	회사원	35 (11.7)	19 (18.8)	1 (1.0)	15 (15.5)
	공무원	46 (15.4)	3 (8.9)	28 (28.0)	9 (9.3)
	전문직	46 (15.4)	29 (28.7)	6 (6.0)	11 (11.3)
	학생	41 (13.8)	7 (6.9)	23 (23.0)	11 (11.3)
	무응답	6 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.1)
월평균수입	50만원 이하	50 (16.8)	15 (14.9)	29 (29.0)	6 (6.2)
	50~100만원	68 (22.8)	21 (20.8)	14 (14.0)	33 (34.0)
	100~150만원	60 (20.1)	24 (23.8)	20 (20.0)	16 (16.5)
	150~200만원	38 (12.8)	11 (10.9)	14 (14.0)	13 (13.4)
	200~250만원	10 (3.4)	4 (4.0)	1 (1.0)	5 (5.2)
	250~300만원	15 (5.0)	6 (5.9)	3 (3.0)	6 (6.2)
	300만원 이상	20 (6.7)	13 (12.9)	1 (1.0)	6 (6.2)
	무응답	37 (12.4)	7 (6.9)	18 (18.0)	12 (12.4)

일반인응답자의 지역별 분포를 보면 다음과 같다. 서울 101명, 경산 100명, 홍성 97명으로 홍성의 응답율이 가장 낮았다. 이들의 평균연령은 32.7세이며 서울이 약간 높고 다른 지역은 같은 연령대이다. 여자 147명(49.3%)으로 남녀 비율이 비슷하였으며, 경산의 경우는 여자가 홍성의 경우는 남자가 더 높은 응답율을 보였다. 교육정도는 고졸이 48.0%로 가장 많았으나, 서울에서는 대졸이 53.5%로 과반수를 차지하였다. 종교는 없는 경우가 45%로 가장 많았으며, 서울에서는 기독교가 우세하였고 경산에서는 불교가 높은 비율을 보였다. 결혼상태는 기혼이 52%로 가장 많았으며, 서울과 홍성에서는 별거, 이혼, 사별 등의 답변도 있었던 것에 반해 경산에서는 미혼과 기혼의 2집단만이 응답한 것으로 나타났다. 직업은 무직이 16.4%로 가장 높은 가운데 고른 분포를 보이고 있다. 서울의 경우는 전문직이(28.7%), 경산에서는 공무원이(28%), 그리고 홍성에서는 판매직(23.7%)이 높은 분포를 보이고 있다. 월평균수입은 50-100만원의 수준이 가장 많았으며(22.8%), 경산에서는 50만원 이하가 29%로 가장 높은 비율을 나타냈다.

2. 조사도구 및 조사방법

조사도구는 정신장애인 편견척도, 장애인 편견척도, 일반적 사항으로 구성된 설문지이다.

편견척도들은 본 연구자에 의해 새로이 구성되었다. 기존의 척도들은 (Nunnally, 1961; Yuker et al., 1966; Siller et al., 1967; Gilbert & Levinson, 1956; Cohen et al., 1962) 대부분이 30여년 전에 개발된 것이어서 대부분 정신장애 및 장애에 대한 이해 및 태도에 관한 것이 주류를 이루고 있다. 따라서 정신장애 및 장애를 갖고 있는 사람에 대한 태도의 내용이 반약하다. 이에 본 연구에서는 기존의 척도와 관련연구 (Link et al., 1987; 김광일 등, 1984; 박용천 등, 1983; 원호택 등, 1977; 김용익, 1994)를 참고로 하여 증상에 대한 이해부분은 제외하고 정신장애인에 대한 견해를 묻는 것에 충실한 척도로 재구성하였다. 척도의 타당도를 확보하기 위해 정신장애인 편견척도는 정신의료관련 전문가(정신과 의사, 정신보건전문요원), 장애인 편견척도는 장애관련 전문가(장애인복지관, 고용촉진공단, 재활협회 등의 사회복지사) 각 10명의 자문을 받았다.

척도는 정신장애인 및 장애인 대한 태도를 다차원적으로 측정할 수 있도록 대인관계에 대한 태도, 결혼 및 가정생활에 대한 생각, 직장생활에 대한 견해, 격리수용 및 님비현상에 대한 태도, 재활 및 사회복지에 관한 견해 등의 내용을 담고 있다. 정신장애인 편견척도는 50문항, 장애인 편견척도는 47문항으로 되어 있다. '매우 동의한다'에서 '매우 동의하지 않는다'의 5점 척도로 구성되어 있으며, 긍정-부정의 문장이 섞여있다. 점수가 높을수록 편견의 정도가 높은 것이며, 부정의 문장인 경우 역산한다.

각 척도의 신뢰도는 전반적으로 매우 높은 편이었다. 1차, 2차 검증시 정신장애인 편견척도는

Chronbach's α .8698과 .9956이었으며, 장애인 편견척도는 .9339와 .9213이었다. 거트만 이분할 방식을 활용한 검사-재검사 신뢰도 검증에서 정신장애인 편견척도는 .8702, 장애인 편견척도는 .8541이었다. 본 연구대상자들이 보여준 신뢰도는 각각 .8755와 .8941이다.

조사방법은 자기기록식을 채택하였으며, 회수율을 높이기 위하여 직접방문조사를 실시하였다. 정신장애인과 가족은 각 기관의 사회복지사의 도움을 받아 실시하였다.

IV. 연구결과 및 분석

1. 정신장애인에 대한 일반인의 사회편견

전체적으로 볼 때 우리나라 일반인들의 정신장애인에 대한 편견은 그다지 높지 않은 것으로 나타났다. 전체 평균 2.5137(sd:3.702)로 최저점수 1.51과 최고점수 3.77을 나타내고 있다. 척도상 5점이 편견이 가장 높은 점수이므로 평균 2.51은 중간의 편견상태를 나타내는 것임을 알 수 있다. 그러나 이 총 평균은 의미가 크지 않다. 왜냐하면 다양한 영역별로 각기 다른 태도를 보일 수 있기 때문이다. 따라서 세분화된 영역별 내용에 따라 살펴보아야 한다.

총 10개 영역, 37개 항목이 분석에 사용되었다. <표3>을 보면, 재활을 위한 사회의 책임부분에 대한 영역에서 일반인들은 매우 낮은 편견을 보여, 가급적이면 사회적 도움을 제공하며 (1.7651) 생활을 위한 보조비까지 지급하는 것이 좋다(1.8523)고 생각하는 것으로 결론을 도출할 수 있다. 반면에 이들은 정신장애인을 정상적인 생활을 유지하고 사회에 적응하면서(3.0805) 사회생활을 할 수 있는 사람으로 생각하는데 있어서는 약간의 주저함이 있는 것으로 나타났다. 또한 입원환자들은 다 위험하다는 생각에 상당히 동의하고 있었으며(3.5940) 그럼에도 불구하고 정신병원에 높은 울타리를 치고 경비원으로 둘러쌓이게 하는 것에 대해서는 2.1913의 꽤 높은 수준의 반대를 하는 것으로 보인다. 평생 정신장애인들을 병원에서 살게 하는 것(1.7617), 입원환자에게는 친숙한 환경(1.6812)과 사생활을 보장해주어야(2.0403) 한다는 데에도 역시 낮은 편견정도를 보여 대조를 이루고 있다.

한결을 더 나아가 이웃사람으로서 함께 생활하는 것에는 약간의 주저함을 보이고 있으나 (2.8557) 지역내에 사회복지관을 위한 이용시설을 세우는 것에는 큰 거부감이 없는 것으로 나타났다(1.8725). 이같은 결과는 우리나라에서 지역사회 정신건강사업을 펼쳐나가는 데 지역으로부터의 큰 도움은 받지 못하더라도 큰 어려움이나 반대 또는 거부감에 부딪히지는 않을 것이라는 희망적인 결론을 도출하게 해준다.

<표 3> 정신장애인에 대한 일반인의 사회편견

평균(sd)

편견영역	편견내용	전체(N=298)	서울(N=101)	경산(N=100)	홍성(N=97)
겉모습	겉모습 구분	2.3289 (.9636)	2.2376 (.9290)	2.2400 (.9114)	2.5155 (1.0139)
	일반인과 구별	2.4899 (1.0262)	3.0594 (.9780)	3.1100 (1.0140)	3.2680 (1.0851)
	일반인과 다름	3.1443 (.9889)	2.1485 (.8413)	2.5100 (.9265)	2.8247 (1.0802)
영원한 정신장애인 = 인생의 실패자	영원한 정신장애인	2.0537 (.9011)	2.0693 (.8277)	1.9800 (.9209)	2.1134 (.9561)
	회복불가능	2.2651 (.8877)	2.1683 (.6793)	2.1500 (.9143)	2.4845 (1.0115)
	가장 해로운 병	2.5940 (1.8054)	2.4950 (1.1011)	2.4800 (1.0682)	2.8144 (1.0639)
	진정한 인간 아님	1.7819 (.8345)	1.6733 (.6944)	1.7300 (.8511)	1.9485 (.9284)
우정 및 관계형성	인생의 실패자	2.5034 (1.1199)	2.4950 (1.1369)	2.3600 (1.0301)	2.6598 (1.1805)
	진정한 우정	2.3893 (.9997)	2.1980 (.8834)	2.5100 (1.0588)	2.4639 (1.0314)
결혼, 연애, 가정	정신장애인 이해함	2.6376 (.8816)	2.6238 (.7981)	2.5100 (.8586)	2.7835 (.9707)
	결혼허용	2.5302 (.9197)	2.3960 (.8841)	2.5000 (.8348)	2.7010 (1.0121)
	입원시 이혼보장	3.1711 (1.0481)	3.1881 (.9666)	3.4100 (.9754)	2.9072 (1.1464)
	불임수술	2.3020 (1.0328)	2.1584 (.9459)	2.2100 (.9775)	2.5464 (1.1367)
	아기보모	2.7718 (1.0025)	2.8713 (.9557)	2.7500 (.9783)	2.6907 (1.0739)
직장생활 및 동료	자신의 결혼	2.9698 (1.1051)	2.8317 (1.0777)	3.1200 (1.0757)	2.9588 (1.1540)
	직업 가질 수 있음	2.7450 (1.0027)	2.5050 (.9014)	2.8700 (1.0125)	2.8660 (1.0471)
	직업 갖고 싶어함	2.2483 (.8481)	2.0792 (.7960)	2.3500 (.7833)	2.3196 (.9415)
정상생활	같은 부서 근무	2.8993 (.9008)	2.8416 (.8801)	3.0600 (.8507)	2.7938 (.9568)
	할 수 있는 일	3.3758 (.9462)	3.3267 (.9910)	3.2500 (.9783)	3.5567 (.8412)
	일상생활결정권	2.5638 (.9235)	2.5248 (.8197)	2.4600 (.9366)	2.7113 (.9996)
	시민권리수행	2.0738 (.7574)	2.0693 (.7779)	2.1800 (.8334)	1.9691 (.6366)
대통령과 투표권	사회적응	3.0805 (.6965)	3.1089 (.7470)	3.1700 (.6365)	2.9588 (.6910)
	투표권	2.9027 (1.0920)	3.8416 (1.1290)	3.9000 (1.1055)	3.8144 (1.0541)
공격성과 격리	대통령선출	3.8523 (1.0941)	2.8020 (1.0002)	2.8800 (1.1217)	3.0309 (1.1498)
	공격적	2.6174 (1.0157)	2.3267 (.8956)	2.8100 (1.0145)	2.7216 (1.0482)
	위험성	2.7550 (.8821)	2.7030 (.9954)	2.9700 (.8221)	2.5876 (.7740)
	격리치료	3.2148 (1.1165)	2.9208 (1.1890)	3.3600 (1.0301)	3.3711 (1.0735)
	입원환자 위험함	3.5940 (.9426)	3.8722 (.8556)	3.5900 (.9545)	3.4021 (.9859)
	정신병원에 울타리	2.1913 (.9358)	1.9802 (.8364)	2.2900 (.8910)	2.3093 (1.0444)
이웃과 남비현상	평생 병원에서	1.7617 (.7787)	1.6337 (.6741)	1.6400 (.5949)	2.0206 (.9680)
	이웃	2.8557 (.9442)	2.7030 (.9648)	3.1400 (.9214)	2.7216 (.8867)
	지역에 복귀시설	1.8725 (.7636)	1.7723 (.7054)	2.0700 (.7946)	1.7732 (.7570)
	동네에 정신병원	2.9832 (1.0714)	2.6238 (1.0085)	3.2700 (.9305)	3.0619 (1.1710)
	입원시 사생활보장	2.0403 (.7861)	1.9703 (.7544)	2.0900 (.7926)	2.0619 (.8141)
재활위한 사회의책임	입원시 친숙한 환경	1.6812 (.7714)	1.6337 (.7965)	1.7500 (.7017)	1.6598 (.8150)
	사회적 도움	1.7651 (.7190)	1.6733 (.6498)	1.9000 (.7977)	1.7216 (.6883)
	생활비 보조	1.8523 (.7599)	1.7624 (.7369)	2.0300 (.6884)	1.7629 (.8263)

정신장애인들의 결혼에 관하여는 2.5303로 꽤 높은 편견을 갖는 반면, 정신장애인과 자신의 결혼에 관해서는 더욱 인색하여 2.9698로 높았으며 아기의 부모로도 맞기지 않겠다는(2.7718) 의견이다. '나'와 직접 관계가 된 것이 아니라면 일반인들은 상당히 허용적일 수 있으나 자신의 이해관계와 직결되면 허용하기 어렵다는 것이다. 이는 기존의 연구결과와 동일하다(Rabkin, 1974). 또한 주지할 만한 것은 이들의 결혼은 허용하되, 병원에 입원을 하게 되면 배우자가 이혼할 수 있도록 보장해주어야 한다는 것에 상당히 동의하고(3.1711) 있다는 점이다. 정신장애를 갖게 되는 것은 괜찮으나 정신병원에 입원하게까지 되는 상태에서는 더 이상 허용하기가 어렵다는 뜻으로 해석된다. 이는 정신장애인의 정신병원에의 입원이 사회편견 형성에 얼마나 큰 영향력을 갖고 있는지를 알게 해주는 부분이라 하겠다.

일반인들은 이들이 자신과 다른 것도 확실하고(3.1443) 많은 질병중 가장 해로운 병으로 보이는 것에도 동의하지만(2.5940) 이들도 자신들과 같은 하나의 인간으로 보고(1.7819) 회복가능성에 기대를 갖는 것으로 나타났다. 이들은 또한 정신장애인을 완전히 이해할 수는 없지만(2.6376) 친구로서 우정을 나눌 수는 있는(2.3893) 것으로 답변하고 있다. 또한 같은 부서에서 근무하는 데에는 좀 편견이 있으나(2.8993) 이들이 직업을 갖고 싶어할 것이라는 생각에는 낮은 편견(2.2483)을 보이는 것으로 나타났다.

사회편견의 내용중 가장 높은 편견을 보이는 것은 대통령과 같은 국가를 책임지는 업무를 맡기는 것(3.8523)으로 나타났다. 반면에 대통령 등을 선출하는 투표권을 허용하는데에는 훨씬 낮은 편견(2.9027)을 보이고 있다. 그다음으로는 '정신장애인들이 할 수 있는 일은 많지 않다'(3.3758)는 것과 '사회적응이 힘들다'는 것으로(3.0805)으로 나타났다.

2. 일반인의 사회편견의 지역별 비교

전체적으로 낮은 편견정도를 보이는 가운데에서도 일반적으로 대도시인 서울보다는 중소도시인 경산 또는 농어촌지역인 홍성에서 편견의 정도가 더 심한 것으로 나타났다. <표4>를 보면, 37개 항목중 17개 항목에서 차이를 보이고 있는데, 주로 자신만의 문제인 것으로 보이는 사항은 홍성에서의 편견이 더 높았으며, 주위와의 관계속에서 발생하는 문제에 대해서는 경산에서의 편견이 더 높은 것으로 나타났다.

즉, 정신장애인이 '진정한 인간이 아니다'라거나 '회복이 불가능하다' 또는 '일반인과 다르다', 따라서 '불임수술'을 받아 후손에 전수되지 않도록 해야한다는 등의 사항에서는 홍성에서의 편견이 서울이나 경산에 비해 높음을 알 수 있다. 반면에 직업과 관련된 사항이나 이혼에 관한 것, 이웃으로 수용하는 것, 지역에 정신병원 등 시설을 설립하는 것, 그리고 격리치료하는 것 등 주변환경과의 관계속에서 이해되는 부분에 관해서는 서울이나 홍성에 비해 경산에서의 편견이 훨씬 높았다. 또한 국가가 생활비를 보조해주는 것에 관해서도 가장 높은 편견을 보이고 있다.

<표 4> 일반인의 지역별 차이

편견내용		SS	MS	df	F	p
일반인과 다름	집단간	22.687	11.343	2	12.496	.000
	집단내	267.783	.908	295		
	총	290.470		297		
회복불가능	집단간	6.942	3.471	2	4.508	.012
	집단내	227.115	.770	295		
	총	234.057		297		
진정한 인간 아님	집단간	4.152	2.076	2	3.022	.050
	집단내	202.670	.687	295		
	총	206.822		297		
입원시 이혼보장	집단간	12.491	6.246	2	5.872	.003
	집단내	313.781	1.064	295		
	총	326.272		297		
불임수술	집단간	8.722	4.361	2	4.176	.016
	집단내	308.097	1.044	295		
	총	316.819		297		
직업 가질 수 있음	집단간	8.802	4.401	2	4.480	.012
	집단내	289.815	.982	295		
	총	298.617		297		
직업 갖고 싶어함	집단간	4.415	2.208	2	3.113	.046
	집단내	209.209	.706	295		
	총	213.624		297		
공격적	집단간	13.297	6.648	2	6.692	.001
	집단내	293.092	.994	295		
	총	306.389		297		
위험성	집단간	7.613	3.807	2	5.024	.007
	집단내	223.504	.758	295		
	총	231.117		297		
격리치료	집단간	13.210	6.605	2	5.457	.005
	집단내	357.046	1.210	295		
	총	370.255		297		
입원환자 위협함	집단간	7.152	3.576	2	4.109	.017
	집단내	256.718	.870	295		
	총	263.869		297		
정신병원에 울타리	집단간	6.825	3.413	2	3.975	.020
	집단내	253.272	.859	295		
	총	260.097		297		
평생 병원에서	집단간	9.640	1.856	2	8.342	.000
	집단내	170.444	.770	295		
	총	180.084		297		
이웃	집단간	12.182	6.091	2	7.113	.001
	집단내	252.614	.856	295		
	총	264.975		297		
지역에 복귀시설	집단간	5.872	2.936	2	5.177	.006
	집단내	167.283	.567	295		
	총	173.154		297		
동네에 정신병원	집단간	21.874	10.937	2	10.113	.000
	집단내	319.042	1.081	295		
	총	340.916		297		
생활비 보조	집단간	4.750	2.375	2	4.202	.016
	집단내	166.753	.565	295		
	총	171.503		297		

이같은 차이를 보이는 것은 대도시, 중소도시, 농어촌의 차이이기도 하겠으나, 각 지역이 위치해 있는 지역별 차이이기도 할 것이다. 이에 관한 선행연구가 없어 해석이 미흡하나, 경산시에서는 도시라는 특성으로 인해 주변에 알려지지 않도록 하는 부분에 더 높은 편견을 보이는 것으로 사려된다. 반면에 홍성군은 서로서로 잘 알고 지내는 작은 동네라는 지역적 특성상 주위 환경과의 관계상의 문제가 이미 문제시되지 않을 수 있기 때문에 정신장애인 자신에 대한 편견이 큰 것이라고 판단된다. 실제로 농촌의 경우 아내나 며느리 등 젊은 직계가족보다 이장이나 면장 등 나이많은 동네유지가 그 집안의 내력에 대해 더 잘 알고 있는 것은 흔히 볼 수 있는 일이다. 또한 홍성군에서 격리치료, 시설설립 등에 낮은 편견을 보이는 이유는 이미 대형정신병원이 지역사회에 생활권내에 존재하고 있기 때문이 아닌가 생각된다. 서울시의 편견수준이 가장 낮은 이유는 서울이 너무 큰 대도시이므로 주위의 다른 사람들에 대해 별로 큰 관심조차 주지 않는 것으로 사려된다. 정신장애에 관한 인식도에 있어서는 도시-농촌간 큰 차이가 없는 것으로 밝혀졌었다(김광일 등, 1989).

3. 인구사회학적 배경에 따른 일반인 사회편견 비교

1) 성별

<표 5> 일반인의 성별에 따른 사회편견

편견내용	성 별	평 균 (sd)	t	p
일반인과 구별	남	3.0265 (.9996)	-2.019	.004
	여	3.2653 (1.0424)		
입원시 이혼보장	남	3.3576 (1.0286)	3.159	.002
	여	2.9796 (1.0368)		
자신의 결혼	남	2.7550 (1.0518)	-3.464	.001
	여	3.1905 (1.1185)		
직업 갖고 싶어함	남	2.3510 (.8959)	2.134	.034
	여	2.1429 (.7851)		
사회적응	남	2.9801 (.6052)	-2.537	.012
	여	3.1837 (.7677)		
공격적	남	2.4570 (.9915)	-2.796	.006
	여	2.7823 (1.0171)		
이웃	남	2.4783 (.8658)	-1.999	.046
	여	2.9660 (1.0096)		

<표 6> 일반인의 나이에 따른 사회편견

편견내용	연령	평균 (sd)	F	p
일반인과 다름	20대이상(239)	2.3096 (.9146)	7.306	.000
	30대(205)	2.4341 (1.0155)		
	40대(94)	2.6170 (1.0787)		
	50대이상(54)	2.9815 (1.2811)		
인생의 실패자	20대이상(239)	2.2929 (1.0442)	5.712	.001
	30대(205)	2.5317 (1.1093)		
	40대(94)	2.5532 (1.1879)		
	50대이상(54)	2.9444 (1.2350)		
진정한 인간 아님	20대이상(239)	1.6611 (.8188)	3.138	.025
	30대(205)	1.7171 (.7908)		
	40대(94)	1.9043 (.8433)		
	50대이상(54)	1.9444 (.9197)		
진정한 우정	20대이상(239)	2.2427 (.9743)	3.703	.012
	30대(205)	2.2780 (.9930)		
	40대(94)	2.4787 (1.0341)		
	50대이상(54)	2.6852 (1.1463)		
정신장애인 이해함	20대이상(239)	2.4686 (.8970)	5.543	.001
	30대(205)	2.4488 (.9254)		
	40대(94)	2.7553 (1.0020)		
	50대이상(54)	2.9704 (1.0144)		
결혼허용	20대이상(239)	2.4728 (.9065)	4.391	.005
	30대(205)	2.2976 (.9570)		
	40대(94)	2.6809 (1.0495)		
	50대이상(54)	2.6481 (.9548)		
불임수술	20대이상(239)	2.1506 (.9800)	3.040	.029
	30대(205)	2.2634 (1.1500)		
	40대(94)	2.4468 (1.1511)		
	50대이상(54)	2.5556 (1.1601)		
직업 가질 수 있음	20대이상(239)	2.3808 (.9578)	4.969	.002
	30대(205)	2.4341 (1.0393)		
	40대(94)	2.7660 (1.1305)		
	50대이상(54)	2.7963 (1.0707)		
직업 갖고 싶어함	20대이상(239)	1.9456 (.7399)	6.701	.000
	30대(205)	2.0780 (.7630)		
	40대(94)	2.2553 (.8912)		
	50대이상(54)	2.4074 (1.0374)		
사회적응	20대이상(239)	3.1172 (.7798)	3.280	.021
	30대(205)	3.0927 (.8202)		
	40대(94)	2.8404 (.7663)		
	50대이상(54)	2.9444 (.7871)		
일상생활결정권	20대이상(239)	2.3138 (.9381)	2.804	.039
	30대(205)	2.5463 (1.0591)		
	40대(94)	2.5957 (1.0403)		
	50대이상(54)	2.5000 (.9857)		
공격적	20대이상(239)	2.3975 (.9554)	6.621	.000
	30대(205)	2.5561 (.9817)		
	40대(94)	2.8936 (1.1683)		
	50대이상(54)	2.8148 (1.0474)		

성별에 따른 사회편견의 차이는 별로 크지 않은 것으로 나타났다. <표5>를 보면, 7개 항목에서 차이를 보이고 있는데 결혼, 직업, 사회적응, 공격성 및 이웃관계의 영역에서 차이를 보였다. 대체로 여자가 남자보다 편견이 더 높은 것으로 나타났는데, '입원시 이혼' '직업갖고 싶어함'의 항목에서는 남자의 편견이 더 높은 것으로 나타났다.

결혼에는 높은 편견을 보였지만 이혼에는 월등히 낮게 보여, 결혼결정도 신중하게 하지만 결혼후 이혼 역시 신중하게 결정하는 것이 여자인 것으로 보인다. 또한 직업에 관한 것은 남자가, 이웃에 관한 것에는 여자가 더 높은 편견을 보인 것도 각자 자신들과 직접 관련된 영역이기 때문이라고 분석된다.

2) 나이

일반인들의 나이에 따른 차이를 보기 위하여 20대를 시작으로 연령대별로 4개 집단으로 나누었다. <표6>에서 보여주듯이 12개 항목중 대부분의 경우에서 50대 이상의 일반인들이 가장 높은 편견을 보였다. 나이에 따라 편견정도가 비례하는 경향을 보인 가운데 사회적응 가능성에 대한 항목에서만 유독 나이와 편견이 반비례하는 경향을 보여 20대에서 가장 높은 편견을 보이고 있다.

역시 이에 대한 선행연구나 이론이 없어 연령이 낮을수록 생각이나 사상이 자유롭고 이해의 폭이 넓다는 일반론에 의존할 수밖에 없다.

3) 종교

종교에 관해서도 역시 큰 차이를 보이고 있지 않다. 종교를 갖고 있는가 아닌가에 따른 차이에서는 어떤 편견 내용에 대해서도 유의미한 차이를 보이지 않았다. 종교유형에 따른 분석에서는 <표7>에서 보이듯이 5개 항목에서만 대체로 불교와 천주교를 믿는 사람들의 편견이 기독교나 무교의 사람들보다 더 높은 것으로 나타났다.

4) 교육정도

교육정도에 따른 편견의 비교에서는 11개 영역에서 그 차이를 보이고 있다. <표8>에서 보이듯이 교육정도가 낮을수록 편견의 정도가 높았으며, 중졸이하의 교육을 받은 일반인들이 거의 모든 영역에서 가장 높은 편견을 보였고, 반면에 대학원 이상의 교육을 받은 일반인들이 가장 낮은 편견을 보였다. 교육이 높을수록 동네에 정신병원이나 사회복지시설을 설립한다든지, 이들을 이웃으로 받아들인다든지 하는 등 정신장애인의 수용의 측면에서 낮은 편견을 보였다. 그러나, '입원환자는 위험하다'는 항목에서는 그 반대의 현상이 나타나 교육정도가 높을수록 높은 편견

을 보였으며 생활비보조의 항목에서는 대학원 이상의 학력에 비해 중졸, 고졸, 대졸출신 학력의 일반인들이 가장 민감하게 높은 반응을 보였다.

<표 7> 일반인의 종교유형에 따른 사회편견

편견내용	종교유형	평균 (sd)	F	p
겉모습 구분	없 음	2.2164 (.9288)	3.064	.028
	불 교	2.5313 (1.0979)		
	기독교	2.4500 (.9400)		
	천주교	1.9500 (.6048)		
직업 갖고 싶어함	없 음	2.1716 (.7611)	2.875	.037
	불 교	2.3594 (.9819)		
	기독교	2.1750 (.8078)		
	천주교	2.7000 (.9787)		
일상생활결정권	없 음	2.5746 (.9207)	4.752	.003
	불 교	2.7656 (1.0038)		
	기독교	2.2875 (.7826)		
	천주교	2.9500 (.9445)		
투표권	없 음	2.9851 (1.0760)	5.697	.001
	불 교	3.1250 (1.1616)		
	기독교	2.5000 (.9678)		
	천주교	3.2500 (1.0699)		
평생 병원에서	없 음	1.7463 (.7428)	3.123	.026
	불 교	2.0000 (.8729)		
	기독교	1.6500 (.7647)		
	천주교	1.5500 (.6048)		

이는 교육수준에 따른 차이가 없다는 고복자(1979)의 연구결과와 다르다. 반면에 교육수준이 높을수록 편견이 낮았다는 연구결과(Askenasy, 1974)와는 동일하다. 이에 대한 해석은 2가지로 내릴 수 있다. 교육수준이 높을수록 진실로 편견이 낮다는 해석과, 교육수준이 높을수록 사회적으로 바람직하다고 평가되는 항목에 답변을 했을 가능성의 해석이다. 그러나 본 연구에서는 영역별로 교육정도에 따른 편견차이를 보여주고 있기 때문에 이들의 답변을 진실성을 인정할 수 있다고 사려된다.

<표 8> 일반인의 교육정도에 따른 사회편견

편견내용	교육정도	평균 (sd)	F	p
일반인과 다름	중졸이하	2.9167 (.9003)	5.511	.001
	고 졸	2.6579 (1.0884)		
	대 졸	2.3468 (.8268)		
	대학원졸이상	1.8947 (.8753)		
진정한 인간 아님	중졸이하	2.0833 (.9003)	2.732	.044
	고 졸	1.7133 (.8527)		
	대 졸	1.8871 (.8285)		
	대학원졸이상	1.4211 (.5073)		
공격적	중졸이하	3.3333 (1.2309)	7.626	.000
	고 졸	2.7972 (1.0783)		
	대 졸	2.4355 (.8482)		
	대학원졸이상	2.0000 (.8819)		
위험성	중졸이하	3.0000 (.7385)	2.669	.048
	고 졸	2.8252 (.8906)		
	대 졸	2.7258 (.8680)		
	대학원졸이상	2.2632 (.8719)		
격리치료	중졸이하	3.0833 (1.3790)	7.651	.000
	고 졸	3.3566 (1.0838)		
	대 졸	3.2339 (1.0677)		
	대학원졸이상	2.1053 (.9366)		
입원환자 위험함	중졸이하	3.1667 (1.2673)	3.276	.021
	고 졸	3.4825 (.9990)		
	대 졸	3.7016 (.8163)		
	대학원졸이상	4.0000 (.8819)		
정신병원에 올타리	중졸이하	2.5833 (1.4434)	2.681	.047
	고 졸	2.2657 (.9491)		
	대 졸	2.1371 (.8773)		
	대학원졸이상	1.7368 (.6534)		
이웃	중졸이하	2.9167 (1.2401)	2.713	.045
	고 졸	3.0070 (1.0035)		
	대 졸	2.7177 (.8416)		
	대학원졸이상	2.5789 (.7685)		
지역에 복귀시설	중졸이하	1.7500 (.8660)	2.816	.039
	고 졸	1.9720 (.8717)		
	대 졸	1.8306 (.6211)		
	대학원졸이상	1.4737 (.5130)		
동네에 정신병원	중졸이하	3.5000 (1.0000)	6.992	.000
	고 졸	3.1608 (1.0983)		
	대 졸	2.8548 (1.0097)		
	대학원졸이상	2.1579 (.7647)		
생활비 보조	중졸이하	1.9167 (.6686)	2.640	.050
	고 졸	1.8322 (.7505)		
	대 졸	1.9355 (.7937)		
	대학원졸이상	1.4211 (.5073)		

<표 9> 일반인의 수입정도에 따른 사회편견

편견내용	수입정도	평균 (sd)	F	p
회복불가능	50만원이하	1.9800 (.8443)	4.136	.001
	50~100만원	2.2647 (.8572)		
	100~150만원	2.2167 (.6132)		
	150~200만원	2.1579 (.7176)		
	200~250만원	3.2000 (1.2293)		
	250~300만원	2.2000 (.5606)		
	300만원이상	2.7000 (1.3018)		
가장 해로운 병	50만원이하	2.1200 (1.1542)	3.138	.006
	50~100만원	2.5000 (1.0000)		
	100~150만원	2.7333 (1.0555)		
	150~200만원	2.6842 (.8732)		
	200~250만원	2.9000 (.8756)		
	250~300만원	3.2000 (.9411)		
	300만원이상	2.8500 (1.4244)		
진정한 인간 아님	50만원이하	1.4400 (.7329)	2.612	.018
	50~100만원	1.9118 (.8933)		
	100~150만원	1.9500 (.8719)		
	150~200만원	1.7368 (.6445)		
	200~250만원	1.7000 (.4830)		
	250~300만원	1.5333 (.5164)		
	300만원이상	1.7000 (.8013)		
인생의 실패자	50만원이하	2.0400 (.9249)	3.750	.001
	50~100만원	2.4412 (1.0704)		
	100~150만원	2.6333 (1.0571)		
	150~200만원	2.5526 (1.0319)		
	200~250만원	3.2000 (.9189)		
	250~300만원	2.5333 (1.3558)		
	300만원이상	3.2000 (1.5079)		
대통령선출	50만원이하	3.5800 (1.1622)	2.174	.046
	50~100만원	3.9412 (.9123)		
	100~150만원	3.7333 (1.1913)		
	150~200만원	3.8158 (.1822)		
	200~250만원	4.0000 (.6667)		
	250~300만원	3.8667 (1.0601)		
	300만원이상	4.5500 (.9445)		
평생 병원에서	50만원이하	1.4800 (.5799)	2.560	.020
	50~100만원	1.8824 (.8899)		
	100~150만원	1.8000 (.6051)		
	150~200만원	1.7105 (.6111)		
	200~250만원	2.2000 (.9189)		
	250~300만원	1.4667 (.5164)		
	300만원이상	1.8000 (1.0563)		
생활비보조	50만원이하	1.7400 (.6328)	2.178	.046
	50~100만원	1.7794 (.6878)		
	100~150만원	2.0000 (.8830)		
	150~200만원	1.8947 (.6058)		
	200~250만원	1.8000 (.6325)		
	250~300만원	2.2000 (1.2649)		
	300만원이상	1.4500 (.6048)		

5) 수입정도

수입정도에 따른 비교에서는 7개 항목에서 그 차이를 보였다. <표9>를 보면 수입정도가 낮은 사람들의 편견이 수입이 많은 사람들의 편견보다 낮음을 알 수 있다. 거의 전 항목에서 가장 낮은 편견을 보이는 계층은 월 50만원 이하 수입의 저소득층 사람들이며, 반면에 가장 높은 편견을 보이는 계층은 월 200-300만원 수입의 상위계층 사람들이다. 생활비보조의 항목에서는 300만원 이상 수입의 가장 상위계층의 사람들이 가장 낮은 편견을 보이고 있다.

높은 소득으로 사회적 안정을 확보한 집단이 소외계층에 대해 편견이 높다는 일반론으로 설명이 가능하겠다.

6) 일반인의 사회봉사경험에 따른 비교

정신장애인을 위한 사회봉사를 한 경험이 있고 없고에 따라 이들에 대한 편견의 정도는 6개 항목에서 매우 다르게 나타나는 것으로 보인다. 봉사경험이 영향을 주는 영역으로는 역시 대인 관계에 관한 것과 이들에 대한 이해의 측면이었다. <표10>에서 보여주듯이 봉사를 통해 이들과의 접촉을 가졌던 사람들은 모두 이들이 일반인과 크게 다르지 않으며, 진정한 우정을 나눌 수 있고, 이웃으로 받아들일 수 있을만큼 위험하지도 항상 공격적이지도 않다고 이해하고 있었다. 또한 자신의 결혼에 있어서도 경험이 없는 사람들에 비해 월등히 높은 이해, 즉, 낮은 편견을 갖고 있는 것으로 나타났다. 이는 정신장애인들 옆에서 이들과 함께 대화하고 활동하고 도움을 주면서 이들이 특별히 위험하다거나 공격적이지 않다는 것을 직접 느꼈기 때문에 이같은 차이를 보여주는 것이라 생각된다.

<표 10> 일반인의 사회봉사 경험에 따른 사회편견

편견내용	사회봉사여부	평균 (sd)	t	p
일반인과 다름	예(n=45)	2.2222 (.8762)	-2.175	.033
	아니오(n=253)	2.5375 (1.0018)		
진정한 우정	예(n=45)	2.0889 (1.0185)	-2.202	.028
	아니오(n=253)	2.4427 (.9889)		
자신의 결혼	예(n=45)	2.5556 (1.2350)	-2.490	.016
	아니오(n=253)	3.0435 (1.0663)		
공격성	예(n=45)	2.2667 (.8634)	-2.868	.005
	아니오(n=253)	2.6798 (1.0296)		
위험성	예(n=45)	2.4889 (.8950)	-2.211	.028
	아니오(n=253)	2.8024 (.8731)		
이웃	예(n=45)	2.5556 (.9428)	-2.331	.020
	아니오(n=253)	2.9091 (.9363)		

이같은 결과는 매우 고무적이다. 이 결과에 따라 편견을 약화시키거나 없애는데 봉사활동을 통한 접촉이 매우 중요한 요건이 됨을 알 수 있다. 특히 봉사활동이 이들이 항상 위험한 존재가 아니라는 점, 진정한 대인관계를 통한 우정을 나눌 수 있다는 점, 그래서 이들을 이웃으로 받아들일 수 있다는 점 등 정신장애인과의 관계상에서의 편견을 낮출 수 있는 계기가 되고 있다는 점은 주목할 만하다. 봉사활동이 단지 요보호계층을 위한 도움제공의 차원 뿐 아니라 이들의 옹호(advocacy)의 기능과 도움제공자의 사회교육의 차원으로까지 승화될 수 있음을 보여주는 것이라 생각된다.

현재 자료상에 나타난 것을 보면, 봉사경험자는 45명, 단지 15.1%에 그치지 않는다. 더 많은 사람들이 이들을 위해 봉사활동에 참여함으로써 이들을 정확히 이해하고 이들에 대한 무지나 잘못된 이해에서 파생된 편견을 줄어나갈 수 있도록 해야 할 것이다. 물론 이미 편견이 낮았던 사람들이 봉사활동을 자원할 수도 있기 때문에 인과관계를 단정할 수는 없지만 둘간의 관계가 유의미한 것만은 사실이라고 하겠다.

4. 일반인과 기타 집단과의 사회편견 비교

일반인, 정신장애인, 가족, 전문가의 4개 집단의 편견정도를 비교한 결과 편견의 영역에 따라 어떤 부분에서는 일반인이, 어떤 부분에서는 정신장애인이나 가족, 또는 전문가가 더 높은 편견의 태도를 보였다. <표11>을 보면 총 27개 항목에서 차이를 보인 것으로 나타났다.

지금까지의 연구와 달리 정신장애인들의 자기편견 또는 자기낙인(self-stigma)은 그다지 높지 않은 것으로 나타났다. 정신장애인들은 '겉모습', '가장 해로운 병', '입원시 이혼보장', '할 수 있는 일', '사회적응', '투표권', '격리치료', '입원환자 위험', '동네에 정신병원설립'의 항목에서 높은 점수를 보였다. 반면에 '입원시 사생활보장'과 '진정한 인간 아님' 등의 항목에서는 낮은 편견을 보였다.

그러나 높고 낮은 편견의 절대값을 떠나서 이들이 일반인보다 더 높은 편견을 갖고 있는가 하는 점이다. 조사결과는 자기낙인에 있어서도 영역별 차이가 크게 있다는 것이다. '겉모습', '영원한 정신장애인', '입원시 이혼보장', '가장 해로운 병', '진정한 우정', '공격성', '지역에 복귀시 설립', 그리고 '생활비보조'의 항목에서 정신장애인들은 자기낙인의 정도를 높이 보였다. 반면에 '정상적인 사회생활' 과 직업 및 직장생활과 관련해서는 훨씬 낮은 편견을 보이고 있어 자기낙인의 정도가 약하다. 즉, 자신이 혼자 해내는 일에는 해낼 수 있다는 생각과 함께 자기낙인이 낮으나, 타인과의 관계속에서 이해되는 부분에서는 높게 나타났다. 자신과의 투쟁은 극복가능하지만 주위사람과의 투쟁에서는 이미 그들이 부여한 낙인의 영향을 받게 되어 스스로 더 높은 낙인을 부여하게 된다는 것이다. 이는 기존의 연구결과와 동일하기도 하고(Fink, 1986; Link et al., 1989), 또 그 반대이기도 하다(서미경, 1993).

<표 11> 일반인과 기타 집단간의 사회편견 비교

평균(sd)

편견영역	편견내용	일반인	정신장애인	가족	전문가	F
겉모습	겉모습 구분	2.3289(.9636)	2.7172(1.0502)	2.5755(.9947)	2.3913(.8511)	4.775**
	일반인과 구별	3.1443(1.0262)	3.2929(1.1362)	3.3302(.9633)	3.1630(.9639)	1.169
	일반인과 다름	2.4899(.9889)	2.5960(1.1058)	2.6509(1.2035)	2.0761(.7877)	6.186***
영원한 정신장애인	영원한 정신장애인	2.0537(.9011)	2.3232(1.2107)	2.0849(.8742)	2.2283(.9270)	2.370
	회복불가능	2.2651(.8877)	2.3737(1.1211)	2.2358(.8789)	2.4674(.8702)	1.501
	가장 해로운 병	2.5940(1.0854)	2.9394(1.3763)	2.8585(1.2145)	2.8478(1.0684)	3.186*
	진정한 인간 아님	1.7819(.8345)	1.7778(.9536)	1.8396(.8634)	1.5326(.6368)	2.671
	인생의 실패자	2.5034(1.1199)	2.5455(1.3114)	2.4057(1.1362)	2.4022(.9025)	.453
우정 및 관계형성	진정한 우정	2.3893(.9997)	2.4747(1.1189)	2.4623(1.0706)	1.9022(.8128)	7.138***
	정신장애인 이해함	2.6376(.8816)	2.5455(1.1804)	2.6698(1.0302)	2.1522(.6619)	6.975***
결혼, 연애, 가정	결혼허용	2.5302(.9197)	2.3636(1.2327)	2.4811(.9485)	2.3478(.8043)	1.275
	입원시 이혼보장	3.1711(1.0481)	3.4040(1.1945)	3.4717(.8859)	3.1630(.9409)	3.138*
	불임수술	2.3020(1.0328)	2.1515(1.1372)	2.4623(1.1886)	2.1304(1.1116)	2.058
	아기보모	2.7718(1.0025)	2.3737(1.1211)	2.4811(.9878)	2.8152(.9130)	5.728***
	자신의 결혼	2.9698(1.1051)	2.6061(1.2843)	2.9057(1.1508)	3.1848(1.0580)	4.349**
직장생활 및 동료	직업 가질 수 있음	2.7450(1.0027)	2.2121(1.1363)	2.6132(.9717)	1.8696(.7875)	21.713***
	직업 갖고 싶어함	2.2483(.8481)	1.9091(.8700)	2.0377(.6751)	1.7826(.6926)	10.209***
	같은 부서 근무	2.8993(.9008)	2.6465(1.1545)	2.6226(.9098)	2.5652(.9175)	4.618**
정상생활	할 수 있는 일	3.3758(.9462)	3.0505(1.1551)	3.2170(1.0220)	3.0870(.8975)	3.785**
	일상생활결정권	2.5638(.9235)	2.6768(1.1765)	2.4245(1.0137)	1.9348(.8871)	11.565***
	시민권리수행	2.0738(.7574)	1.8283(.7959)	2.0738(.7574)	1.9783(.6458)	3.171
	사회적응	3.0805(.6965)	2.8182(1.0725)	2.9245(.7770)	3.3370(.7153)	7.972***
대통령과 투표권	투표권	3.8523(1.0941)	3.3232(1.3690)	3.8396(1.1392)	3.9457(.8940)	6.611**
	대통령선출	2.9027(1.0920)	2.3636(1.1991)	2.4811(1.0975)	2.4022(.9840)	9.925***
공격성과 격리	공격적	2.6174(1.0157)	2.7980(1.1247)	2.5849(1.0316)	2.1957(.8547)	6.056***
	위험성	2.7550(.8821)	2.3535(1.1002)	2.5377(.9173)	2.4565(.7762)	6.185***
	격리치료	3.2148(1.1165)	3.0303(1.1991)	2.9623(1.2105)	2.3696(1.1165)	12.782***
	입원환자 위험함	3.5940(.9426)	3.8081(1.0660)	3.7170(.8367)	3.7935(.8326)	1.985
	정신병원에 올타리	2.1913(.9358)	2.1313(1.1307)	2.1415(1.0089)	1.7935(.8057)	4.050**
	평생 병원에서	1.7617(.7787)	1.8687(1.1397)	1.7642(.8344)	1.7065(.7637)	.617
이웃과 남비현상	이웃	2.8557(.9442)	2.5758(1.0982)	2.7170(.8918)	2.6304(.8608)	2.865*
	지역에 복귀시설	1.8725(.7636)	2.0606(.9348)	1.7264(.6100)	1.5652(.6843)	7.748***
	동네에 정신병원	2.9832(1.0714)	2.8687(1.2749)	2.7453(1.0334)	2.4239(1.1018)	6.285***
	입원시 사생활보장	2.0403(.7861)	1.7778(.7766)	1.9811(.8163)	1.8478(.6783)	3.559*
	입원시 친숙한 환경	1.6812(.7714)	1.9394(.9775)	1.7925(.8248)	1.7609(.7318)	2.593
재활위한 사회의책임	사회적 도움	1.7651(.7190)	1.8485(.9076)	1.7651(.7190)	1.6304(.7370)	1.759
	생활비 보조	1.8523(.7599)	2.1010(1.1383)	1.8113(.6916)	1.8913(.7331)	2.717

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

또한 전문가들의 편견에 있어서는 '아기보모가능', '자신의 결혼', '사회적응', '대통령선출'의 4개 영역에서 상대적으로 높은 편견을 보였다. 반면에 이들을 걸모습으로 구분한다던가, 한번 정신장애인이면 영원한 정신장애인이라고 생각하는 등의 편견은 낮았으며, 이들을 이해하고 진정한 우정을 나눌 수 있는 대상으로 보는 데에도 수용도가 높았다. 뿐만 아니라 이들을 진정한 인간으로 생각하고 있어, 격리치료에 대해서도 낮은 편견을 보이고 있었으며, 이들도 일반인과 마찬가지로 직업을 가질 수 있다고 생각하고 있었고, 또 같은 부서에서 근무할 수 있다고 하는 등 이웃으로 함께 하는 측면에서의 편견도 낮았다. 정신병원이 근무지인 경우가 많아서인지 동네에 정신병원이나 사회복지시설이 세워지는 것에 대해서도 4집단 중 가장 낮은 편견을 보이고 있으며 정신병원에 울타리를 높이 쌓아 격리시키는 것에 대해서도 반대 견해를 보이고 있다. 반면에 자신과의 직접적인 관계를 갖게 되는 경우에는 매우 높은 편견을 보였다.

이는 의사들의 편견이 일반인보다 더 높다는 기존의 연구결과(Atwood, 1982; Dickstein & Hinz, 1992)와 약간의 차이가 나는 결과를 보인 반면, 크로세티 등의 연구(1971)과는 동일한 결과를 보이고 있다. 이는 기존의 연구들이 영역별 구분을 하지 않았다는 점과, 이번 연구에서는 전문가집단내 의사의 비율이 단지 28%밖에 되지 않았다는 점으로 그 차이를 이해할 수 있을 것이다.

5. 지체장애인에 대한 사회편견과의 비교

일반인의 정신장애인과 지체장애인에 대한 사회편견의 비교는 13항목에서 이루어졌다. 그 이유는 2개의 척도가 동일한 문항으로 이루어지지 않았기 때문이며, 같은 내용을 다루고 있는 13개 항목만을 비교할 수 있었다.

비교를 위하여 두 문항간의 평균값비교와 비율검증을 하였다. <표12>에서 보이는 것 처럼 편견의 내용에 따라 정신장애인과 지체장애인 중 누구에게 더 높은 편견을 주는가는 달리 결정된다.

'공격적', '자신의 결혼', '이해함', '친구/우정'을 제외한 전 영역에서 큰 차이를 보였다. 대부분의 영역에서 정신장애인에 대한 편견이 지체장애인에 대한 편견보다 높게 나타났으며, '격리'나 '대통령선출'의 영역에서 가장 큰 격차를 보였다. 반면에 '지역사회 복지시설(그룹홈)설립', '불입수술'의 영역에서는 지체장애인에 대한 편견이 더 높게 나타났다. 그러나 '공격적'이라거나 '자신이 결혼하겠는가'에 관한 질문에서는 비슷한 정도의 편견을 보이고 있다.

<표 12> 일반인의 정신장애인과 지체장애인에 대한 사회편견 비교 명(%)

편견내용	구분	1점	2점	3점	4점	5점	평균(sd)
공격적	정신장애인	30(10.1)	130(43.6)	74(24.8)	52(17.4)	12(4.0)	2.6174(1.0157)
	장애인	17(5.7)	96(32.2)	132(44.3)	47(15.8)	6(2.0)	2.7617(.8569)
격리	정신장애인	15(5.0)	85(28.5)	49(16.4)	119(39.9)	30(10.1)	3.2148(.8188)
	장애인	123(41.3)	141(47.3)	24(8.1)	4(1.3)	6(2.0)	1.7550(.9213)
이웃	정신장애인	11(3.7)	110(36.9)	120(34.2)	61(20.5)	14(4.7)	2.8557(.7636)
	장애인	73(24.5)	139(46.6)	63(21.1)	17(5.7)	6(2.0)	2.1409(1.1199)
지역시설	정신장애인	94(31.5)	160(53.7)	34(11.4)	8(2.7)	2(0.7)	1.8725(.9155)
	장애인	29(9.7)	168(56.4)	79(26.5)	17(5.7)	5(1.7)	2.3322(1.0040)
인생의 실패자	정신장애인	54(18.1)	122(40.9)	53(17.8)	56(18.8)	13(4.4)	2.5304(.9997)
	장애인	88(29.5)	145(48.7)	43(14.4)	16(5.4)	6(2.0)	2.0168(1.0328)
이해함	정신장애인	14(4.7)	138(46.3)	97(32.6)	40(13.4)	9(3.0)	2.6376(1.2267)
	장애인	45(15.1)	152(51.0)	63(21.1)	22(7.4)	16(5.4)	2.3691(.7241)
우정/친구	정신장애인	51(17.1)	135(45.3)	64(21.5)	41(13.8)	7(2.3)	2.3893(1.1051)
	장애인	58(19.5)	178(59.7)	49(16.4)	12(4.0)	1(0.3)	2.0604(.7406)
불임수술	정신장애인	63(21.1)	137(46.0)	52(17.4)	37(12.4)	9(3.0)	2.3020(1.0328)
	장애인	40(13.4)	87(29.2)	59(19.8)	82(27.5)	30(10.1)	2.9161(1.2267)
결혼생활	정신장애인	23(7.7)	152(51.0)	71(24.2)	44(14.8)	7(2.3)	2.5302(.9179)
	장애인	50(16.8)	188(63.1)	44(14.8)	16(5.4)	0(0)	2.0872(.7241)
자신의 결혼	정신장애인	25(8.4)	87(29.2)	82(27.5)	80(26.8)	24(8.1)	2.9698(1.1051)
	장애인	22(7.4)	98(32.9)	100(33.6)	64(21.5)	14(4.7)	2.8322(1.0010)
같은부서 근무	정신장애인	9(3.0)	100(33.6)	111(37.2)	68(22.8)	10(3.4)	2.8993(.9008)
	장애인	65(21.8)	179(60.1)	41(13.8)	10(3.4)	3(1.0)	2.0168(.7630)
투표권	정신장애인	28(9.4)	91(30.5)	79(26.5)	82(27.5)	18(6.0)	2.9027(1.0920)
	장애인	168(56.4)	108(36.2)	12(4.0)	6(2.0)	4(1.3)	1.5570(.7818)
대통령선출	정신장애인	17(5.7)	18(6.0)	47(15.8)	126(42.3)	90(30.2)	3.8523(1.0941)
	장애인	53(17.8)	117(39.3)	82(27.5)	31(10.4)	15(5.0)	2.4564(1.0572)

역시 일반인들은 누구를 위한 시설이던 시설설립에 대해 민감한 반응을 보이는 것으로 해석된다. 특히 그 시설이 수용시설인 경우 반대는 더욱 심해지는데, 정신장애인을 위한 이용시설(사회복지시설)과 지체장애인을 위한 집단거주시설(그룹홈)의 비교에서 역시 지체장애인의 거주 시설에 훨씬 더 높은 반감을 나타내고 있다는 것이 그 증거라 하겠다. 불임수술을 통해 본 일반인들의 지체장애인에 대한 시각은 유전적 요소에 의한 장애라는 것을 알 수 있다. 정신장애보다 지체장애에 있어 유전성을 차단하기 위해 불임수술을 찬성하는 것이라 사려된다.

비율검증을 통해 본 비교도 평균값비교와 같은 패턴을 나타내고 있다. 평균값이 높은 항목은 주로 2,3,4의 높은 점수에 많이 몰려있고, 평균값이 낮은 항목은 주로 1,2,3의 낮은 점수에 몰려 있음을 알 수 있다.

따라서 정신장애인에 대한 편견이 더 높다든가 지체장애인에 대한 편견이 더 낮다든가 하는 단선적인 결론은 내릴 수 없고, 각 영역에 따라서 편견의 정도가 달리 나타난다고 이해해야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

우리나라 사람들의 정신장애인에 대한 편견은 그다지 높지 않은 것으로 나타났다. 특히 이들을 이해하고 돕고, 인권을 부여하고, 이들에 대한 사회의 책임을 공유하고 하는 측면에서는 높은 수용도를 보인 반면, 사회적응의 측면, 정신병원에 입원한 환자에 대한 편견과 스티그마는 매우 높았다.

정신장애인에 대한 사회편견 및 스티그마는 이들이 발병이전의 제자리로 돌아가야 제거되는 것으로 이해되고 있는데(Huffine & Clausen, 1979), 일반인들은 이들이 이미 돌아가기 이전부터 이들에게 그런 기회를 허용하는데 인색하다.

세프(1974)의 말처럼 한번 정신장애인은 영원한 정신장애인이다라는 생각이 우리나라 일반인들에게 지배적이지는 않았고 또 이들도 인간이라는 점에서는 이해도가 높아, 기본적으로는 정신장애인에 대한 편견은 낮은 편이다. 반면에 이들이 발병전의 역할로 되돌아가 할 수 있는 일이 많지 않다, 사회적응이 어렵다 등에 높은 편견정도를 보여 아직까지 이들이 사회에 완전히 복귀, 통합되기는 어렵다고 보여진다. 따라서 지역사회 정신건강사업에서는 이부분에 초점을 둔 사회복지프로그램을 개발해야 할 것이다.

정신병원에 대한 반감, 병원에 입원함과 동시에 부여되는 부정적 스티그마가 존재함을 알 수 있었다. 병원에 입원한 정신장애인에 대해서는 배우자의 이혼결정도 허용한다는 등 정신장애인

이 보여주는 어떤 특정 행동보다는 '정신병원에 입원'이라는 사건이 정신장애인에 대해 부정적 견해를 매우 극단적으로까지 몰고가고 있었다. 정신병원에의 입원치료가 사회로부터의 '격리'나 '차별'로 받아들여지지 않고 기타 다른 질병의 입원치료와 같이 하나의 '치료'로 받아들여질 수 있게 하는 노력이 전문가들에게 있어야 하겠다. 또한 사회복지시설이나 지역정신보건센터 등 지역사회를 이용한 치료의 확산에도 노력을 기울여야 할 것이다.

정신장애인의 '인간적 면모'를 이해하는데는 사회봉사의 경험이 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 이들이 지역사회에서 완전히 통합되는데는 봉사활동을 통한 지역사회 주민들의 잦은 접촉이 가장 효과적일 것이다. 따라서 전문가들은 정신장애인의 사회복지, 사회통합, 인권옹호 등을 위해 사회봉사를 활용하는 방안을 모색해 보아야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 고복자. 1979. "회복된 정신질환 환자의 사회복귀에 대한 일반인의 태도". 신경정신의학. 제 18권. 제2호. pp. 151-170.
- 권영재. 1979. "정신의학에 대한 비정신과 의사의 개념 및 태도 조사". 신경정신의학. 제18권. 제3호. pp. 339-345.
- 김광일. 1974. "한국에서의 정신질환에 대한 인식도". 대한의학협회지. 제17권. 제3호.
- 김광일 외. 1973. "정신증상에 대한 한국인의 태도조사". 신경정신의학. 제12권. 제1호.
- 김용식 외. 1988. "정신장애에 대한 태도조사를 위한 예비적 연구". 서울의대정신의학. 제13권. 제1호.
- 김광일 외. 1989. "정신질환에 대한 일반인의 견해: 추적조사". 정신건강연구. 제8호. pp. 118-132.
- 남정자 외. 1993. 지역사회정신보건 시행방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 문인숙, 양옥경. 1991. 정신장애와 사회사업. 일신사.
- 박수훈. 1976. "정신장애자의 입원전 치료에 대한 연구". 신경정신의학. 제15권. 제4호. pp. 118-123.
- 박용천 외. 1983. "정신병에 대한 지역사회 지도자들의 태도조사". 신경정신의학. Vol. 22. No. 2. pp. 218-229.
- 서미경. 1994. "정신질환자가 지각하는 낙인과 대처방법의 측정". 정신보건과 사회사업. 제1집. pp. 145-158.
- 안동현 외. 1986. "지역사회 지도자들의 정신질환에 대한 반응". 서울의대정신의학. 제11권. 제4호.
- 양옥경. 1996. 지역사회 정신건강 - 닫힌 시설에서 열린 사회로. 서울: 나남출판사.
- 원호택 외. 1977. "농촌인의 정신질환에 대한 인식과 태도". 신경정신의학.
- 이부영. 1970. "한국민간의 정신병관과 그 치료(I) - 무속사회의 정신병관". 신경정신의학. Vol. 9. pp. 35-45.
- 조영숙. 1993. "정신질환자 가족들의 정신질환에 대한 태도 조사연구". 간호학회지. 제11권. 제1호. pp. 7-17.
- 채인영 외. 1986. "정신의학 임상실습교육이 정신질환에 대한 태도에 미치는 영향". 신경정신의학. 제25권. 제1호. pp. 167-180.
- 최래옥. 1997. 한국의 장애이데올로기에 관한 연구. 장애인먼저추진본부.

- Angermeyer, M. et al. 1987. "Stigma perceived by patients attending modern treatment settings." *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 175(1). pp. 4-11.
- Askenasy, A. 1974. *Attitudes toward Mental Patients: A Study Across Culture*. Hague: Mouton.
- Atwood, Nancy. 1982. "Professional prejudice and the psychotic client." *Social Work*. March. pp. 9-33.
- Cohen, J. & E. L. Struening. 1963. "Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals." *J. of Abnormal Social Psychology*. Vol. 64. pp. 349-360.
- Crocetti, Guido et al. 1971. "Are the Ranks Closed? Attitudinal social distance and mental illness." *American Journal of Psychiatry*. Vol. 127(9). pp. 41-47.
- Diekstein & Hinz. 1992. "The Stigma of Mental Illness for Medical Students." *Stigma and Mental Illness*. edited by Fink, Paul & Allan Tasman. Washington, D. C. : APA Press.
- Dohrenwend, Bruce P. et al. 1962. The orientations of leaders in an urban area toward problems of mental illness. pp. 683-691.
- Faria, Amerigo et al. 1971. "Mental illness and the impact of believing others know about it." *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 77(1). pp. 1-5.
- Fabrega, Horacio Jr. 1991. "The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern western societies: a review of recent literature." *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 32(2). pp. 97-119.
- Fink, Paul J. 1986. "Dealing with Psychiatry's stigma." *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 37(8). pp. 814-818.
- Fink, Paul & Allan Tasman. 1992. *Stigma and Mental Illness*. Washington, D. C. : APA Press.
- Goffman, E. 1961. *Asylum: Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. N.Y.: A Doubleday Anchor Books.
- Goffman, E. 1968. *Sigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmond Worth: Penguin Books.
- Huffin, Carol & J. A. Clausen. 1979. "Madness and Work: Short- and Long-term Effects of Mental Illness on Occupational Careers." *Social Forces*. Vol. 57. pp. 1049-1062.
- Lemkau, Paul V. & G. M. Crocetti. 1962. "An urban populations opinion and knowledge: about mental illness." *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 118. pp. 692-700.
- Link, Bruce & F. T. Cullen. 1983. "Reconsidering the Social Rejection of ex-mental patients: levels of attitudinal response." *American Journal of Community Psychology*. Vol. 11(3).

pp. 261-273.

- Link B. G., F. T. Cullen, E. L. Struening et al. 1989. "A modified labeling theory approach to mental disorders and empirical assessment." *American Sociological Review*. 54. pp. 400-423.
- Link, Bruce et al.. 1992. "The Consequences of Stigma for Persons with Mental Illness : Evidence from the Social Sciences." *Stigma and Mental Illness*. edited by Fink, Paul & Allan Tasman. Washington, D. C. : APA Press
- Rabkin. 1974. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*. issue 10. pp. 172-177.
- Rosenfield, Sarah. 1997. "labeling Mental Illness : The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction." *American Sociological Review*. Vol. 62. August. pp. 660-672.
- Scheff, Thomas J. 1975. *Labeling Madness*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, Inc.
- Weinstein R. 1983. "Labeling theory and the attitudes of mental patients : a review". *J. Health Soc. Behav.* 24. pp. 70-84.

Abstract

Social Stigma on People with Mental Disorder

Yang, Ok Kyung

This study was designed to find out a degree of social stigma on people with mental disorder. Many comparisons were made. The first was a comparison with the stigma on the physically disabled. And the differences between general public, the mentally ill, their families, and professionals were explored. Among general public attitudes, the sociodemographic and regional differences were also explored.

The subject was 600 people, including 300 general public, 100 mentally ill, 100 families, 100 professionals. They were evenly distributed to 3 regions - big city, urban area, and rural area. The data were collected by a survey questionnaire consisting of the Attitude toward People with Mental Illness Scale, and the Attitude toward People with Physical Disabilities Scale.

The analysis showed that the public attitude toward the mentally ill was quite acceptable. Social stigma was low in areas like accepting his/her human right. But the public also showed low acceptance on areas in allowing social functioning roles, and social integration. High stigma on the hospitalized mentally ill was expressed to those hospitalized patients regarding divorce against their will. However, volunteer experiences with this population seemed influential in high acceptance and low stigma. In comparison with the stigma on people with physical disabilities, the results showed different levels in different areas. In regional comparison, the results showed that big city is the lowest among three. And the results of urban and rural area revealed different levels in different areas. In regard to self-stigma, while the subjects expressed low in general, they revealed high on areas like relating with others.

Based on the findings, the study would conclude that mental health policy should be community-based, social integration oriented policy instead of in-patient oriented policy. Moreover, the professionals should intervene on the elements affecting both negative and positive attitudes.

Tel : 02-360-2262

Fax : 02-360-2251

E-mail :