

일반인의 에이즈에 대한 지식 및 태도

김소영* · 이진석** · 박수경*** · 김용익**†

*질병관리본부 · **서울대학교 의과대학 의료관리학교실 · ***서울대학교 의과대학 예방의학교실

〈 목 차 〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 논의	

I. 서론

에이즈(HIV/AIDS)는 1981년 첫 보고 이후 현재 전 세계적으로 3,320만 명의 감염인이 있는 것으로 보고되고 있다. 특히, 2007년 한 해에만 250만 명의 사람들이 새롭게 에이즈에 감염된 것으로 추정될 정도로 감염인의 규모가 지속적으로 증가하는 추세이다(UNAIDS, 2007). 우리나라도 2007년 12월말까지 국내에 보고된 에이즈 감염인은 5,155명으로 상대적으로 HIV 감염율이 낮은 편이지만 신규감염인이 매년 10%이상 지속적으로 증가하고 있는 실정이다(질병관리본부, 2008).

에이즈는 성매개성 질병이기 때문에 콘돔 사용과 같은 비교적 확실한 예방방법이 있다. 이에 에이즈에 대한 정확한 정보를 제공하고 예

방법을 홍보하는 중재활동은 에이즈의 확산을 막을 수 있는 중요한 방법으로 거론된다(Signorelli 등, 2006). 하지만 에이즈는 정신질환과 함께 대표적인 낙인 대상 질환 중 하나로 사회적으로 부정적인 인식과 거부감이 큰 질병이어서 다른 질병에 비해 정보를 제공하는 게 쉽지 않다. 우리나라에서도 1993년 민간 NGO 단체인 한국에이즈퇴치연맹과 대한에이즈예방협회가 창립된 이래 지속적으로 에이즈 예방 홍보 활동을 펼쳐왔다. 하지만 2005년 질병관리본부에서 실시한 에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태 조사 결과, 여전히 우리나라 일반 성인의 에이즈에 대한 지식수준은 대부분의 서구 유럽에 비해 상당히 낮았고, 에이즈 감염인을 바라보는 시각은 상대적으로 더 부정적인 것으로 나타났다(질병관리본부, 2005).

교신저자: 김용익

서울시 종로구 연건동 28(우: 110-799)

전화번호: 02-2072-3124 Fax: 02-743-2009 E-mail: yikim@snu.ac.kr

▪ 투고일 2008.8.25

▪ 수정일 2008.12.9

▪ 게재확정일 2008.12.22

선행연구에 따르면, 에이즈에 대한 부정적인 태도의 상당 부분은 에이즈에 대한 잘못된 지식으로부터 기인한 것으로 알려져 있다(Herek 등, 2002; Maswanya 등, 2000). 에이즈에 대해 부정확하게 알고 있는 사람이 에이즈 감염인에 대해 덜 우호적이고, 감염인을 비감염인과 격리하는 데에 더 많이 찬성하는 것으로 보고된다(Chliaoutakis 등, 1993). 이처럼 에이즈에 대한 낮은 지식수준과 부정적인 태도는 에이즈 감염인에 대한 낙인과 편견을 낳고, 낙인과 편견은 감염인에 대한 사회의 배제기전으로 작용하게 되어 결과적으로 질병의 조기발견과 조기 치료를 저해해 더 나쁜 건강결과를 초래한다(Gilmore와 Somerville, 1994).

인구사회학적 특성, 지식수준 및 태도와의 관련성을 조사한 연구에 따르면, 인구사회학적 특성과 에이즈에 대한 지식수준 및 태도가 관련이 있고, 에이즈에 대한 지식수준이 에이즈에 대한 태도에 영향을 미치며, 에이즈에 대한 교육 및 홍보가 에이즈에 대한 정확한 정보를 획득하는 데 중요한 역할을 한다(Ayranci, 2005; Moatti, 1998). 이에 따라 에이즈의 경우 인구사회학적인 특성에 따라 적절한 방식으로 정확한 정보를 제공하기 위한 중재활동이 다른 만성질환보다 더욱 강조되고 있다. 또한 에이즈 관련 지식, 태도 및 행태에 대한 행태학적 감시(behavioral surveillance)를 수행하여 이를 근거로 효과적인 교육프로그램과 대중매체 홍보를 시행하는 노력이 강조되고 있다(UNAIDS, 2000). 미국의 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention)에서도 에이즈 예방 사업을 개발하고 그 효과를 평가하기 위해 지속적인 조사가 필요하고, 특히, 성행태 및 에이즈 예방행태 관련 지표뿐만 아니라 에이즈 관

련 지식, 태도, 신념과 같이 사회인지적인 지표에 대한 조사가 반드시 필요하다고 지적하였다(Office of AIDS, 2002). 우리나라에서도 2002년부터 2007년에 걸쳐 네 차례 일반인을 대상으로 에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사를 실시한 바 있다(한국에이즈퇴치연맹, 2002; 한국에이즈퇴치연맹, 2003; 질병관리본부, 2005; 질병관리본부, 2007). 그러나 국내에서 에이즈에 대한 지식과 태도 간의 관련성을 분석한 연구는 중고등학생(오정아, 1999), 대학생(허신희 등, 2007; 박상화 등, 2002), 군인(문은수 등, 2004; 김남초 등, 2002) 등과 같은 특정 인구 집단을 대상으로 한 경우가 대부분이다. 또한 한국에이즈퇴치연맹과 질병관리본부에서 실시한 설문조사의 경우도 면접조사방식으로 시행되었기 때문에 대표성을 충분히 확보하는 데 한계가 있었다. 이 연구는 대표성 있는 표본추출방식을 활용하였고, 일반인을 대상으로 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도를 파악하고, 지식수준과 긍정적인 태도에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상

조사 대상자 수는 95% 신뢰수준에서 표본오차 $\pm 3\%$ 이내인 대상자 수(약 1,067)를 감안하여 약 1,100명으로 설정하였다. 각 시도별 표집 수는 통계청의 인구주택 총 조사자료를 이용하여 전국의 인구 분포를 기준(2006년 12월 31일 기준)으로 전국의 지역별·성별·연령별로 모집단의 분포에 따라 비례 할당하여 표본을 설

계하였다. 전화번호는 Random Digit Dialing 방식으로 생성하였다. 국번은 이미 지역별로 정해져 있기 때문에, 지역별 국번의 분포에 비례하여 국번을 미리 정하여 가입자 번호 4자리만 난수를 이용하여 생성하였다. 16개 권역은 서울특별시, 6개 광역시(부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산), 9개 도(경기도, 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라북도, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 제주도)로 구분하였다. 연령은 만 19~59세(20대, 30대, 40대, 50대)로 구분하여 모집단의 분포에 근접하게 표본을 설계하였다. 19세 미만의 청소년은 청소년 건강행태조사 중 성행태를 조사하고 있으나 다른 나라에 비해서 성경험률이 낮은 편이기 때문에 조사대상에서 포함시키지 않았고, 60세 이상 성인은 성활동이 적은 편이고 유럽의 다른 조사에서도 대상인구를 60세 미만으로 제한하는 것이 보편적이기 때문에 조사대상에서 포함시키지 않았다. 조사는 2007년 9월(1주일간)에 실시되었고, 전화설문조사를 끝까지 마친 1,087명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 조사도구

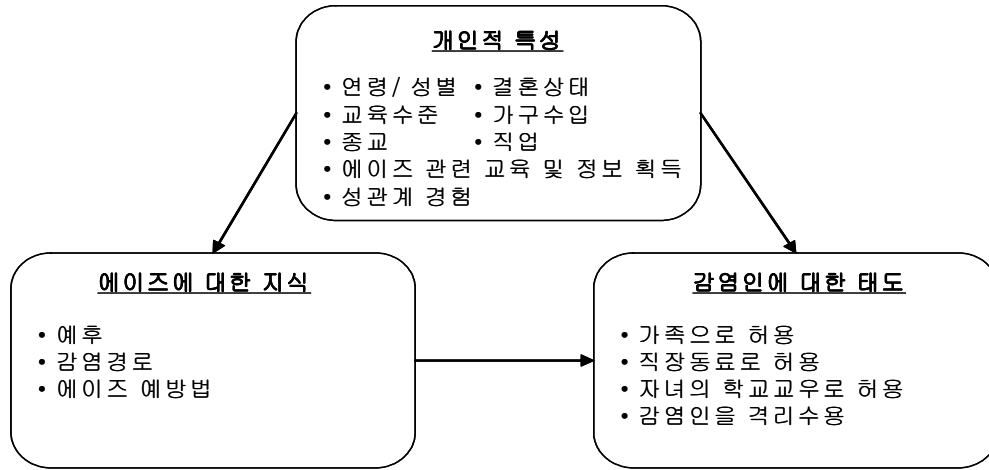
이 연구는 유엔 산하 에이즈 전담기구(UNAIDS)와 세계보건기구(WHO)에서 에이즈 예방사업을 계획하고 사업의 효과를 평가하기 위해 개발한 에이즈에 대한 행동감시조사지표를 수정, 보완하여 2005년 질병관리본부에서 에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사를 목적으로 만든 설문문항을 토대로 하였다. 이중 에이즈 연구 관련 국내 전문가 의견조사 결과 우선순위가 높은 문항을 예비조사 문항으로 선정하였다. 예비조사 결과를 통해 이해도가 낮은 문항은 내용을 수정하고 응답거부율이 높

아 전화설문조사 방식으로는 조사하기 어려운 문항은 배열을 바꾸는 등 수정과정을 거쳐 설문조사 문항을 최종적으로 선정하였다.

선행연구에 따르면 인구사회학적 특성이 에이즈에 대한 지식수준 및 태도와 관련이 있고, 에이즈에 대한 지식수준이 에이즈에 대한 태도에 영향을 미치며, 에이즈에 대한 교육 및 홍보가 에이즈에 대한 정확한 정보를 획득하는 데 중요한 역할을 한다(Ayranci, 2005; Moatti, 1998). 이 연구에서는 일반인의 개인적 특성과 지식수준, 감염인에 대한 태도간에 관련성을 파악하기 위해 응답자의 개인적 특성 8문항, 에이즈에 대한 지식 관련 4문항 및 감염인에 대한 태도 관련 4문항으로 설문문항을 구성하였다(그림 1). 국내외 선행연구결과에 따르면 개인적 특성 중 연령, 성별, 교육수준, 종교, 에이즈에 대한 교육 및 정보 획득 여부 등이 에이즈에 대한 지식수준 및 감염인에 대한 태도와 관련이 있다(Ayranci, 2005; Moatti, 1998; 오정아, 1999; 김정순, 1997). 이에 이 연구는 개인적 특성으로 연령, 성별, 교육 수준, 종교, 에이즈 관련 교육 및 정보 획득 여부와 함께 결혼 상태, 가구수입 및 직업, 성관계 경험 여부를 물었다. 에이즈에 대한 지식은 에이즈의 예후, 감염경로 및 예방법에 대한 문항으로 구성하였고, 에이즈에 대한 태도는 가족이나 직장 동료로 함께 지낼 수 있는지, 격리수용을 해야 하는지, 자녀와 같이 학교에 다니도록 허용할 것인지를 물었다. 에이즈에 대한 지식과 태도를 묻는 문항은 '예' 또는 '아니오'로 응답하도록 하였다.

3. 조사방법

이 연구의 설문 내용이 사적으로 민감한 내



<그림 1> 개인적 특성, 에이즈에 대한 지식 및 태도의 관계

용인 점을 감안하여 조사원에게 조사방법론, 정보보안 및 연구의 특수성을 감안한 면접기술 등을 별도로 교육한 후 조사를 실시하였다. 조사원은 조사에 들어가기 전에 응답자에게 조사에 참여할 것인지에 대해 구두로 동의를 구하였고, 응답자의 의사에 따라 조사 도중 언제라도 특정 질문에 대해 응답하지 않을 수 있고 조사를 중단할 수도 있음을 설명하였으며, 응답자의 의향을 물어 동성의 조사원을 원하는 경우 동성으로 배치하였다. 조사 대상자의 대표성을 확보하기 위해 조사 시간대는 저녁시간(저녁 9시까지)과 주말을 포함하였고, 개인정보 보호를 위해 한 번 전화조사를 시행한 응답자와는 추가 정보 수집을 목적으로 재접촉하지 않았다. 또한, 조사기관은 조사 기간 동안 전화설문이 끝나는 대로 전화번호를 코드화하여 관리하였으며, 연구진은 전화번호를 삭제한 채로 조사기관으로부터 자료를 구독하였다. 이 연구는 2007년 9월 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회의 승인을 받았다.

4. 분석방법

설문조사 문항 중 '예' 또는 '아니오'로 응답하도록 요청한 문항임에도 불구하고 '모르겠다'로 응답한 경우는 '예' 또는 '아니오'와 별도로 '모르겠다'로 처리하였다. 에이즈에 대한 지식점수는 4개 문항 중 맞게 답한 문항수로 하였고, 에이즈에 대한 태도점수는 4개 문항 중 긍정적으로 답한 문항수로 산정하였다. 지식 문항에 '모르겠다'로 응답한 경우 오답으로 처리하였고, 태도 문항에 '모르겠다'로 응답한 경우는 부정적인 태도를 보이는 것으로 처리하였다. 응답자의 개인적 특성별 에이즈에 대한 지식과 태도의 차이는 각각 지식점수와 태도점수를 이용하여 t test와 ANOVA로 검정하였다. 에이즈에 대한 지식점수와 감염인에 대한 태도는 Pearson 상관 분석을 이용하여 비교하였다. 이와 함께 지식수준과 감염인에 대한 태도간의 관계를 분석하기 위하여 지식점수가 평균 이상의 정답률을 나타낸 집단을 상위지식군으로, 평균 이하의 정답률을 나타낸 집단을 하위지식군으로 정의

하여 Chi-square 검정을 실시하였다. 그리고 태도점수가 평균 이상인 집단은 긍정적태도군으로, 평균 이하인 집단을 부정적태도군으로 정의하여 상위지식군과 긍정적태도에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 통계처리는 SAS 9.1을 이용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

총 4,208여 통의 전화를 시도하였고, 이 중 1,389건이 성공하여 응답시작률은 33.0%였다. 총 전화 건수(4,208건) 중 설문 도중에 응답을 거부하여 중단한 경우는 302건이었고, 통화자 중 설문을 끝까지 마친 경우는 1,087건으로 설문완료율은 77.3%였다. 설문소요시간은 조사대상자 1인당 약 5~7분이었고, 연령이 높을수록 응답 성공률이 낮았다. 응답자는 성별, 연령별로 고르게 분포하였고, 교육수준은 고졸 이하인 경우가 44.1%였고, 종교는 없는 경우가 49.0%였으며, 결혼 상태는 미혼이 27.9%, 기혼인 경우가 72.1%였다. 직업은 생산직 종사자가 30.0%, 사무직 종사자가 21.3%, 가정주부가 26.2%로 직업군이 고르게 포함되었다. 에이즈 예방을 위한 '콘돔사용 캠페인 광고'나 '에이즈 예방 공익광고'를 본 적이 있거나 학교나 직장 등에서 에이즈를 비롯한 성병예방교육을 받은 적이 있는 경우가 78.0%였다. 지난 1년 동안 한 번이라도 성관계를 가진 적이 있는 경우는 77.9%였다(표 1).

2. 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도

에이즈에 대한 예후, 감염 경로 및 예방에 대한 지식을 묻는 질문의 정답률은 67.0% 이상이었다. 가족 중 에이즈 감염인이 생길 때 집에서 함께 지낼 수 있느냐는 응답에 68.2%가 그럴 수 있다고 하였고, 에이즈에 감염되면 직장에서 사표를 내도록 해야 하느냐는 문항에 68.1%가 그렇지 않다고 응답하였으며, 자녀가 에이즈 감염인과 같은 학교에 다니도록 허용하겠느냐는 문항에 50.4%가 허용한다고 응답하였고, 에이즈 감염인은 격리시켜야 하느냐는 문항에 대해 60.9%가 그렇지 않다고 응답하였다(표 2).

에이즈에 대한 지식 점수의 평균은 2.86(± 1.11)점이었으며, 3분위수 중 Q1 2점, 중위수 3점, Q3 4점이였다. 지식점수는 젊을수록, 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 농/임/어업에 종사하거나 가정주부인 경우보다 사무관리적인 경우, 에이즈에 대한 교육을 받았거나 정보를 접한 적이 있는 경우에 증가하는 경향을 보였다($p < 0.01$). 한편 에이즈에 대한 지식점수는 성별, 결혼상태, 종교유무 및 성경험 여부에 따라서는 차이를 보이지는 않았다(표 3). 상위지식군도 지식점수에 대한 단변량분석결과와 마찬가지로 결과를 보였다($p < 0.001$). 상위지식군 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 소득수준과 에이즈에 대한 교육을 받았거나 정보를 접한 적이 있는지가 유의하게 영향을 미치고 있었다. 소득수준이 200만원 미만인 군보다 200~300만원인 군(약 1.68배), 300~400만원인 군(약 1.83배), 400만원 이상인 군(약 1.92배)은 상위지식군일 교차비가 더 높았다. 에이즈에 대한 교육이나 정보를 받은 적이 없는 군보다

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

	남자		여자		전체	
	N	%	N	%	N	%
전체	539	(100.0)	548	(100.0)	1,087	(100.0)
연령						
19-29세	143	(26.5)	135	(24.6)	278	(25.6)
30-39세	151	(28.0)	148	(27.0)	299	(27.5)
40-49세	149	(27.6)	155	(28.3)	304	(28.0)
50-59세	96	(17.8)	110	(20.1)	206	(19.0)
결혼상태						
미혼	188	(34.9)	115	(21.0)	303	(27.9)
결혼 또는 동거	341	(63.3)	413	(75.4)	754	(69.4)
이혼/별거/사별	7	(1.3)	16	(2.9)	23	(2.1)
무응답	3	(0.6)	4	(0.7)	7	(0.6)
소득수준						
200만원 미만	95	(17.6)	95	(17.3)	190	(17.5)
200-300만원 미만	120	(22.3)	134	(24.5)	254	(23.4)
300-400만원 미만	112	(20.8)	112	(20.4)	224	(20.6)
400만원 이상	132	(24.5)	146	(26.7)	278	(25.6)
무응답	80	(14.8)	61	(11.1)	141	(13.0)
교육수준						
중졸 이하	46	(8.5)	68	(12.4)	114	(10.5)
고졸	164	(30.4)	201	(36.7)	365	(33.6)
전문대졸	89	(16.5)	85	(15.5)	174	(16.0)
대졸 이상	234	(43.4)	189	(34.5)	423	(38.9)
무응답	6	(1.1)	5	(0.9)	11	(1.0)
종교						
기독교	94	(17.4)	136	(24.8)	230	(21.2)
천주교	43	(8.0)	55	(10.0)	98	(9.0)
불교	92	(17.1)	121	(22.1)	213	(19.6)
무교	304	(56.4)	229	(41.8)	533	(49.0)
기타	3	(0.6)	4	(0.7)	7	(0.6)
무응답	3	(0.6)	3	(0.5)	6	(0.6)
직업						
농/임/어업	20	(3.7)	8	(1.5)	28	(2.6)
생산직*	222	(41.2)	104	(19.0)	326	(30.0)
사무직†	147	(27.3)	85	(15.5)	232	(21.3)
가정주부	8	(1.5)	277	(50.5)	285	(26.2)
학생	86	(16.0)	47	(8.6)	133	(12.2)
무직/기타	44	(8.2)	19	(3.5)	63	(5.8)
무응답	12	(2.2)	8	(1.5)	20	(1.8)
에이즈에 대한 교육 및 정보 획득 여부						
유	459	(85.2)	389	(71.0)	848	(78.0)
무	80	(14.8)	159	(29.0)	239	(22.0)
성관계 경험 여부						
유	427	(79.2)	420	(76.6)	847	(77.9)
무	112	(20.8)	128	(23.4)	240	(22.1)

* 생산직: 자영업, 서비스직, 판매직, 노동자 / † 사무직: 행정관리직, 기술직, 사무직

<표 2> 에이즈에 대한 지식 및 태도

설문문항	남자		여자		전체	
	N	%	N	%	N	%
에이즈에 대한 지식 정답률						
에이즈도 제대로 치료하면 20년 이상 생존할 수 있다(Y)	372	(69.0)	375	(68.4)	747	(68.7)
에이즈 감염인과 키스를 하면 에이즈에 감염될 수 있다(N)	365	(67.7)	363	(66.2)	728	(67.0)
에이즈 감염인과 번기를 같이 사용하면 에이즈에 감염될 수 있다(N)	409	(75.9)	392	(71.5)	801	(73.7)
성관계시 콘돔을 사용하면 에이즈를 예방할 수 있다(Y)	432	(80.2)	404	(73.7)	836	(76.9)
감염인에 대한 긍정적인 태도						
당신의 가족 중에 에이즈 감염인이 생길 때 집에서 함께 지내실 수 있습니까?(Y)	378	(70.1)	363	(66.2)	741	(68.2)
에이즈 감염인이 같은 직장에 있을 때 사표를 내도록 해야 합니까?(N)	352	(65.3)	388	(70.8)	740	(68.1)
당신의 자녀가 있을 때 에이즈 감염인과 같은 학교에 다니도록 허용하시겠습니까?(Y)	285	(52.9)	263	(48.0)	548	(50.4)
에이즈 감염인은 다른 사람과 격리시켜 수용시설에 보내야 합니까?(N)	324	(60.1)	338	(61.7)	662	(60.9)

Y: '예'로 응답, N: '아니오'로 응답

있는 군이 약 1.42배 상위지식군일 교차비가 더 높았다(OR = 1.42, 95% CI = 1.03-1.95) <표 4>.

에이즈에 대한 긍정적인 태도 점수의 평균은 2.48(±1.42)점이었고, 3분위수 중 Q1 = 1점, 중위수 3점, Q3 4점이였다. 감염인에 대한 태도도 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 농/임/어업에 종사하거나 가정주부인 경우보다 학생이나 사무관리직에 종사하는 경우 긍정적인 경향을 보였다(p < 0.01). 지식수준과 마찬가지로 성별, 종교유무 및 성경험 여부에 따라서는 차이를 보이지는 않았다. 반면, 결혼상태의 경우 지식수준과는 관련성이 없었으나, 감염인에 대한 태도는 미혼인 경우 더 긍정적이었고, 에이즈에 대한 교육여부 또는 정보 구득 여부는 에이즈에 대한 지식수준과는 관련성이 있지만 감염인에 대한 태도와는 관련

성이 없었다<표 3>. 에이즈에 대한 긍정적태도 군도 긍정적인 태도 점수에 대한 단변량분석결과와 마찬가지로 결과를 보였다(p < 0.001). 긍정적태도군 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 소득수준과 직업이 에이즈에 대한 긍정적태도에 유의하게 영향을 미치고 있었다. 소득수준이 200만원 미만인 군보다 300~400만원인 군이 약 2.04배 긍정적태도군일 교차비가 높았고(OR = 2.04, 95% CI = 1.32-3.17), 농/임/어업에 종사하는 경우보다 사무직인 경우가 약 2.86배 긍정적태도군일 교차비가 높았다(OR = 2.86, 95% CI = 1.03-7.94) <표 4>.

에이즈에 대한 지식수준을 하위지식군과 상위지식군으로 구분하여 감염인에 대한 태도에 차이가 있는지 분석하였다. 그 결과, 상위지식군이 하위지식군보다 감염인에 대한 태도를 묻

<표 3> 개인적 특성별 에이즈에 대한 지식수준과 태도 차이

	에이즈에 대한 지식점수				감염인에 대한 긍정적인 태도점수			
	(N)	평균	표준편차	(p값)	(N)	평균	표준편차	(p값)
전체	1,087	2.86	1.11		1,087	2.48	1.42	
성별								
남자	539	2.93	1.07	0.06	539	2.48	1.44	0.84
여자	548	2.80	1.14		548	2.47	1.40	
연령별(세)								
19-29	278	2.97	1.02	<0.01	278	2.71	1.34	<0.01
30-39	299	3.04	1.01		299	2.54	1.39	
40-49	304	2.80	1.14		304	2.42	1.47	
50-59	206	2.56	1.24		206	2.15	1.44	
결혼상태별								
미혼	303	2.98	1.03	0.04	303	2.69	1.38	<0.01
기혼/동거	754	2.83	1.13		754	2.41	1.43	
이혼/별거/사별	23	2.52	1.12		23	2.09	1.38	
교육수준별								
중졸 이하	114	2.33	1.20	<0.01	114	2.04	1.48	<0.01
고졸	365	2.69	1.16		365	2.32	1.44	
전문대졸 이상	597	3.08	1.00		597	2.67	1.37	
종교유무								
유	548	2.83	1.09	0.26	548	2.43	1.42	0.25
무	533	2.91	1.12		533	2.53	1.43	
가구소득별								
200만원 미만	190	2.49	1.17	<0.01	190	2.08	1.43	<0.01
200-300만원 미만	254	2.95	1.06		254	2.50	1.38	
300-400만원 미만	224	3.06	1.04		224	2.73	1.38	
400만원 이상	278	3.02	1.03		278	2.54	1.44	
직업별								
농/임/어업	28	1.96	1.07	<0.01	28	1.43	1.48	<0.01
생산직	326	2.88	1.09		326	2.29	1.45	
사무직	232	3.09	1.03		232	2.72	1.34	
가정주부	285	2.77	1.14		285	2.42	1.41	
학생	133	2.95	1.01		133	2.77	1.35	
에이즈에 대한 교육 및 정보획득 여부별								
유	848	2.94	1.08	<0.01	848	2.49	1.42	0.42
무	239	2.61	1.18		239	2.41	1.44	
성경험유무별								
유	847	2.87	1.12	0.51	847	2.45	1.42	0.18
무	240	2.82	1.09		240	2.58	1.41	

<표 4> 지식수준과 태도에 영향을 미치는 요인

	상위지식군*		긍정적태도군†	
	aOR‡	95% CI§	aOR‡	95% CI§
성별				
남자	1.00		1.00	
여자	0.86	0.61-1.20	0.95	0.69-1.30
연령별(세) 				
19-29	1.00		1.00	
30-39	0.83	0.48-1.45	0.91	0.55-1.51
40-49	0.63	0.35-1.15	0.83	0.49-1.43
50-59	0.56	0.29-1.07	0.68	0.37-1.23
결혼상태별				
미혼	1.00		1.00	
기혼/동거	0.92	0.52-1.65	0.87	0.52-1.46
이혼/별거/사별	0.84	0.30-2.38	1.05	0.38-2.94
교육수준별 				
중졸 이하	1.00		1.00	
고졸	0.88	0.54-1.43	1.17	0.72-1.90
전문대졸 이상	1.56	0.92-2.64	1.55	0.93-2.59
종교유무				
유	1.00		1.00	
무	0.95	0.72-1.25	1.01	0.78-1.30
가구소득별 				
200만원 미만	1.00		1.00	
200-300만원 미만	1.68	1.09-2.58	1.46	0.97-2.21
300-400만원 미만	1.83	1.16-2.89	2.04	1.32-3.17
400만원 이상	1.92	1.23-3.01	1.38	0.91-2.11
직업별 				
농/임/어업	1.00		1.00	
생산직	2.14	0.89-5.12	2.04	0.76-5.43
사무직	1.99	0.79-5.06	2.86	1.03-7.94
가정주부	1.65	0.67-4.07	2.21	0.81-6.04
학생	1.55	0.54-4.48	2.61	0.85-8.13
에이즈에 대한 교육 및 정보획득 여부별 				
무	1.00		1.00	
유	1.42	1.03-1.95	0.91	0.67-1.23
성경험유무별				
유	1.00		1.00	
무	0.78	0.50-1.23	0.83	0.55-1.27

* 상위지식군: 지식점수가 평균 이상의 정답률을 나타낸 집단

† 긍정적태도군: 태도점수가 평균 이상인 집단

‡ aOR: adjusted odds ratio

§ CI: confidence interval

|| p < 0.001 by Chi-square

는 모든 문항에서 통계적으로 유의하게 긍정적인 반응을 보였다($P < 0.0001$). Pearson 상관분석결과에서도 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 긍정적인 태도는 양의 상관관계를 보였다($r = 0.36, P < 0.0001$).

IV. 논의

이 연구는 전화설문조사 방식으로 시행되었다. 성관계 경험과 같은 사적이고 민감한 질문의 응답률은 조사방식에 따라 차이가 있을 수 있다. 에이즈에 대한 행태감시조사를 3가지 조사방식(웹, 우편, 전화)으로 시행한 연구에 따르면, 조사방식에 따라 동일한 설문문항에 대한 응답의 차이가 있었으며, 이 같은 차이는 응답자의 인구학적 특성을 보정해도 여전히 존재하는 것으로 나타났다(Link and Mokdad, 2005). 예를 들면, 에이즈 검사 경험률에 대한 응답에서 전화설문조사 방식은 웹 또는 우편 조사보다 경험률이 낮게 조사되었다(Link and Mokdad,

2005). 그러나 전화설문조사는 응답자가 설문에 대해 갖고 있는 심리적 불안을 덜어 줄 수 있고, 조사 기간이 방문면접조사나 우편조사보다 더 짧기 때문에 '예' 또는 '아니오'로 응답할 수 있는 짧은 질문의 경우 우편조사나 면접조사보다 용이하게 적용할 수 있다. 이에 현재 전화설문조사방식은 특정 질환의 유병률이나 위험행태(risk behaviors)의 추이 및 여러 질병에 영향을 미치는 위험요소(risk factors)를 규명하는 중요한 방법으로 활용되고 있다(Kempf and Remington, 2007). 일례로 미국은 1984년 이후 지금까지 성행태를 포함한 행태감시조사 방식으로 전화설문조사를 사용하고 있다(Kempf and Remington, 2007).

한편 전화설문조사의 설문 시간이 다른 조사에 비해 짧은 것은 장점인 동시에 전화설문조사 방식의 제한점으로 작용한다. 전화설문조사는 응답률이 다른 조사방식에 비해 낮고 응답 시간에 민감하기 때문에 설문시간이 길어질수록 응답률이 쉽게 떨어진다(Kempf and Remington, 2007). 따라서 전화설문은 조사수

<표 5> 감염인에 대한 태도와 지식수준과의 관련성

감염인에 대한 태도	하위지식군 [†]		상위지식군 [‡]	
	N	%	N	%
당신의 가족 중에 에이즈 감염인이 생길 때 집에서 함께 지내실 수 있습니까?(Y)	191	(53.2)	550	(75.6)
에이즈 감염인이 같은 직장에 있을 때 사표를 내도록 해야 합니까?(N)	181	(50.4)	559	(76.8)
당신의 자녀가 있을 때 에이즈 감염인과 같은 학교에 다니도록 허용하시겠습니까?(Y)	126	(35.1)	422	(58.0)
에이즈 감염인은 다른 사람과 격리시켜 수용시설에 보내야 합니까?(N)	153	(42.6)	509	(69.9)

* p value for Chi-square < 0.0001

† 하위지식군: 지식점수가 평균 이하의 정답률을 나타낸 집단

‡ 상위지식군: 지식점수가 평균 이상의 정답률을 나타낸 집단

를 가능한 한 최소한으로 줄여야 한다. 선행 연구에서 에이즈의 감염경로에 대한 지식수준을 조사하기 위해 주로 제시하는 감염경로는 변기, 키스, 수영장, 악수 또는 껌을 씹을 때, 물건을 같이 사용할 때, 주사기, 면도기·속옷·수건·빗, 모기, 수직감염, 재채기 또는 기침, 일상생활 또는 학교·직장생활을 공유할 때, 수혈, 성관계, 분비물(소변, 눈물, 콧물 등), 감염인 산모가 수유할 때 등이다(Ayranci, 2005; Tavoosi A 등, 2004; Herek 등, 2002; Maswanya 등, 2000). 또 감염인에 대한 태도는 가족이나 직장 동료로 함께 지낼 수 있는지, 격리수용해야 하는지, 자녀와 감염인이 학교를 같이 다니도록 허용할 것인지, 감염인을 지원해야 하는지, 감염인 가족과 함께 지낼 수 있는지, 감염인의 명단을 공개해야 하는지 등을 조사하였다(Ayranci, 2005; Tavoosi A 등, 2004; Maswanya 등, 2000). 이 연구는 설문조사 문항수를 최소화하기 위해 전문가 의견조사 결과 우선순위가 높은 동시에 에이즈에 대한 지식을 묻는 문항은 기존 조사에서 정답률이 낮은 경우, 감염인에 대한 태도를 조사하는 문항은 기존 조사에서 다른 문항보다 감염인에 대해 부정적으로 응답한 문항을 선정하였다.

이 연구의 전화설문 대상자는 random digit dialing 방법으로 추출되었다. 이 방법은 전체 인구집단이나 시장연구조사에 적합하기는 하지만, 통화중이거나 연결이 안 되는 문제로 응답률이 낮을 수 있다. 또한 설문 응답자가 특정 집단에 편중되는 경향이 있다. 이에 이 연구에서는 가정에 머무는 시간이 많은 가정주부로 설문 응답자가 편중되지 않도록 조사 시간대로 저녁시간(저녁 9시까지)과 주말을 활용하였다. 또한 동일한 대상자에 대해 낮, 저녁, 주말로 조

사 시간대를 변경해가며 통화를 시도하여 응답률을 높이고자 하였다. 이 연구는 에이즈에 대한 일반인의 지식과 태도를 살펴본 단면연구이다. 따라서 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도를 시계열적으로 파악할 수 없는 제한점이 있다. 이 연구는 최근 에이즈에 대한 행태감시조사에 주로 활용되고 있는 전화설문조사방식을 통해 에이즈 행태감시의 기초자료를 제공한 점에서 의의가 있으나, 향후 종단적 연구를 통해 에이즈에 대한 지식과 태도의 추이를 살펴보거나 설문문항의 범위를 넓혀서 좀 더 구체적인 행태를 파악할 수 있는 추가적인 연구가 필요하다.

이 연구결과 에이즈에 대한 지식을 묻는 문항에 65%이상의 정답률을 보였는데, 이는 우리나라에서 일반인을 대상으로 시행한 선행 조사결과보다 향상된 결과이다(질병관리본부, 2005; 한국에이즈퇴치연맹, 2003). 선행연구에 따르면, 에이즈에 대한 교육 및 홍보가 에이즈에 대한 정확한 정보를 획득하는 데 중요한 역할을 한다(Ayranci, 2005; Moatti, 1998). 우리나라도 2002년부터 에이즈에 대한 일관성 있는 메시지를 전하는 홍보·교육 사업을 본격적으로 시작했는데, '안전한 성(safer sex)' 캠페인이 그것이다(최용준, 2007). 한편 선진국은 이미 1980년대 후반부터 정부차원에서 에이즈에 대한 대중홍보에 관심을 기울여왔다(레드리본, 2006). 이 연구결과 에이즈에 대한 일반인의 지식수준이 외국보다 여전히 낮은 것도 선진국에 비해 에이즈에 대한 홍보·교육 사업이 늦게 시작한 데서 이유를 찾을 수 있을 것으로 판단된다(National AIDS Trust, 2006). 감염인에 대한 태도 또한 외국 선행연구 결과와 비교할 때 우리나라는 더 부정적인 경향을 보이

고 있었다. 에이즈 감염인이라는 이유로 동료 감염인이 직장에 사표를 내는 데에 반대한다는 응답이 미국과 영국의 일반인 대상 조사결과 각각 90.9%, 92.0%인 반면 이 연구에서는 68.1%만이 차별에 반대하는 입장을 보였다 (Herek 등, 2002; National AIDS Trust, 2006). 또한 자녀를 에이즈 감염인과 같은 학교에 다니도록 허용하겠다는 응답이 터키와 미국의 일반인 대상 조사결과 각각 67.0%, 91.5%인 반면 이 연구에서는 50.4%만이 허용하겠다는 입장을 보였다(Ayranci, 2005; Herek 등, 2002). 에이즈 감염인은 격리수용하는 데에 반대하는 입장도 터키와 프랑스의 조사결과 각각 82.2%, 78.1%인 반면 우리나라는 60.9%였다 (Ayranci, 2005; Moatti, 1998). 이는 에이즈에 대한 지식수준이 외국에 비해 낮기 때문에 감염인에 대해서도 외국에 비해 더 부정적인 태도를 취하는 것으로 유추하여 해석할 수 있다.

이상의 결과로 볼 때 우리나라 일반인의 에이즈에 대한 지식수준은 과거에 비해 향상되었으나 여전히 선진국에 비해 낮은 편이고 감염인에 대한 선입견이 많은 것으로 판단된다. 이 결과는 아직까지 우리나라가 에이즈에 대한 정보를 제공하고 에이즈에 대한 교육홍보활동을 통해 선입견을 없애는 보건학적 중재가 부족하거나 중재를 수행했다라도 효과적이지 않았을 수 있음을 시사한다. 실제 정부는 감염 예방을 위하여 대상의 특성에 따른 홍보를 실시하고 올바른 정보를 제공하며 감염인에 대한 편견과 차별 해소를 위해 예방 홍보 전략의 다각화에 노력하고 있지만 예방 홍보 사업에 대한 정부 재정 지원의 절대 규모는 아직 크지 않은 편이다(최용준, 2007). 우리나라의 경우 에이즈에 대한 중재활동이 1990년대 중반 이후에 시작되

었고 2000년대에 이르러서야 본격적인 활동을 수행하고 있는 것으로 평가할 수 있다. 즉, 시기로 에이즈에 대한 교육 및 홍보활동이 선진국에 비해 10년 내지 15년 정도 늦게 시작되었다. 따라서 최근에 수행된 보건학적 중재활동 효과도 아직까지 가시적으로 드러나지 않았을 수 있다. 그러나 현재 우리나라 감염인 규모가 지속적으로 증가하고 있는 추세일 뿐 아니라, 최근 WHO/UNAIDS가 제안한 워크북 방법으로 우리나라 감염인 수를 추계해 보면, 실제 우리나라의 감염인 규모는 기존에 신고된 생존자의 3.7배 수준에 이르는 것으로 예상된다(최용준, 2007). 따라서 보다 적극적이고 효과적인 보건학적 중재가 필요한 것으로 평가할 수 있다.

개인적 특성에 따른 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도를 분석한 결과 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록, 농/임/어업에 종사하거나 가정주부인 경우보다 학생이나 사무관리직에 종사하는 경우 긍정적인 경향을 보였다($p < 0.01$). 국외의 일반인 대상 에이즈에 대한 지식, 태도 조사에서도 이 연구결과와 마찬가지로 전반적으로 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록 에이즈에 대한 지식수준이 높고 감염인에 대해 보다 긍정적인 태도를 보였다(Ayranci, 2005; Moatti, 1998). 일부 인구집단을 대상으로 한 선행조사 결과에서도 에이즈에 대한 지식수준이 높을수록 에이즈에 대해 긍정적인 태도를 보여 이 연구 결과와 일치하였다(김남초 등, 2002; Maswanya 등, 2000).

결혼상태와 에이즈에 대한 정보획득 여부는 에이즈에 대한 지식수준 및 태도와 상반된 관련성을 보였다. 결혼상태의 경우 지식수준과는 관련성이 없었으나 감염인에 대한 태도와는 관

련성을 보였다. 한편 에이즈에 대한 교육을 받거나 관련 정보를 구득한 경우와 감염인에 대한 태도와는 관련성이 없었으나 에이즈에 대한 지식수준과는 관련성을 보였다. 국내외 선행 연구결과에서는 에이즈에 대한 홍보, 정보 제공 및 교육의 부족이 에이즈에 대한 잘못된 지식을 양산하고 이는 결국 에이즈에 대한 일반인의 부정적인 태도를 야기한다고 보고하고 있다(김정순, 1997; Ayranci, 2005; Moatti 등, 1988). 이 연구에서는 에이즈에 대한 정보 획득 여부와 감염인에 대한 태도가 직접적인 관련성을 보이지 않았다. 그러나 에이즈에 대한 지식수준이 감염인에 대한 태도와 양의 상관관계를 갖고, 에이즈에 대한 교육 및 정보는 지식수준과 관련성을 보이는 점을 고려할 때 에이즈에 대한 정보 획득 여부는 에이즈 감염인에 대한 태도와도 간접적으로 관련성을 보일 것으로 판단된다. 이 연구에서 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도는 성별, 종교 유무, 성경험 여부에 따라 차이를 보이지는 않았다. 성별과 종교 유무와 에이즈에 대한 태도와는 관련성은 연구마다 차이가 있다. 일부 연구에 따르면 여성이 남성보다(Ayranci, 2005), 종교가 없는 경우가 있는 경우보다(오정아, 1999; Moatti, 1998) 에이즈 감염인에 대해 긍정적인 태도를 보였다.

이와 같은 결과는 직간접적으로 에이즈에 대해 알고 접촉할 기회가 많고, 부정적인 선입견이 형성되기 이전의 인구집단이 에이즈에 대해 지식수준도 높고, 감염인에 대한 태도도 우호적임을 시사한다. 따라서 지식수준과 감염인에 대한 태도가 높은 집단과 낮은 집단에 대해 차별화된 접근전략이 필요할 것으로 판단된다. 예를 들면, 직장, 학교, 노인회 등의 공간을 활용하여

연령별, 교육수준별로 효과적으로 에이즈에 대한 정보를 제공할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다. 또 건강 관련 이슈의 경우 일반인은 대부분 대중 매체를 통해 가장 먼저 정보를 접하는 것으로 알려져 있다(Joffe H, 2002). 에이즈에 대한 정보도 주로 TV 등의 대중매체를 통해 일반인에게 가장 효과적으로 전달되는 것으로 알려져 있어 TV도 적극적으로 활용할 필요가 있을 것으로 판단된다(Ayranci, 2005; Maswanya 등, 2000).

V. 결론

이 연구는 일반인의 에이즈에 대한 지식수준과 감염인에 대한 태도를 살펴보고, 지식수준 및 감염인에 대한 태도에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였다. 이 연구는 전국의 지역별·성별·연령별로 모집단의 분포에 따라 비례 할당하여 표본을 설계한 후, Random Digit Dialing을 활용한 전화설문조사 방식으로 19-59세 인구를 대상으로 하였고, 최종 분석대상은 1,087명이었다.

이 연구결과 우리나라 일반인의 에이즈에 대한 지식수준은 과거에 비해 향상되었으나 여전히 선진국에 비해 낮은 편이고 감염인에 대한 선입견이 많은 것으로 나타났고, 젊은 연령대일수록, 교육수준과 소득수준이 높을수록, 농/임/어업에 종사하거나 가정주부인 경우보다는 사무관리직인 경우 지식수준이 높고, 감염인에 대해서도 더 긍정적인 태도를 보였다. 또 에이즈에 대한 지식수준이 높을수록 감염인에 대해 우호적인 태도를 보였다.

에이즈에 대한 예방교육과 이를 통해 자발적

인 행태변화를 유도하는 것이 HIV 감염의 확산을 막는 가장 효과적인 방법으로 알려져 있다(김정순, 1997). 향후 에이즈에 대한 일반인의 편견과 부정적인 태도를 줄이기 위해 제도적, 문화적 특성을 고려하여 대상의 특성에 따른 홍보를 실시하고 올바른 정보를 제공하며 감염인에 대한 편견과 차별 해소를 위해 예방 홍보 전략의 다각화에 노력을 기울여야 할 것이다. 특히, TV와 같이 홍보효과가 높은 대중매체를 통해 에이즈에 대한 정확한 정보를 제공하는 등의 보건학적 중재 활동이 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 김남초, 오정아, 한혜자, 김미혜, 김준권, 이해자, 김미정. 일부 군 사병의 성 의식과 에이즈에 대한 지식 및 태도. 한국보건간호학회지 2002;16(2):225-38.
- 김정순. 에이즈유행의 보건학적 의의와 효과적 예방전략. 보건학논집 1997;34(1):85-93.
- 레드리본. 에이즈의 역사. 레드리본 2006 6월호.
- 문은수, 정혜선, 최은숙. 일반 사병들의 에이즈에 대한 지식, 태도, 건강신념에 관한 연구. 지역사회간호학회지 2004;15(2):298-307.
- 박상화, 임달오, 이봉경, 한정호. 남자 대학생의 콘돔, 성병/에이즈 인식에 관한 조사 연구. 인구의학연구논집 2002; 15:46-55.
- 오정아. 일부 중·고등학생들의 에이즈에 대한 지식 및 태도. 한국보건간호학회지 1999;13(1):63-76.
- 질병관리본부. 2005년 에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태조사.
- 질병관리본부. 2008년 HIV/AIDS 관리지침.
- 최용준 외. 국가 에이즈 관리 사업 평가 및 모니터링 연구. 2007.
- 한국에이즈퇴치연맹. 2003년 전국민 성행태 및 에이즈 의식연구.
- 허신희, 최윤선, 김정은, 김선미, 김수현, 김대균, 김수연, 홍명호. 의대생과 비의대생의 AIDS 및 성병에 대한 지식. 한국호스피스완화의료학회지 2007;10(2):85-90.
- Ayranci U. AIDS knowledge and attitudes in a Turkish population: an epidemiological study 2005;5:95.
- Centers for disease control and prevention. HIV testing-United states, 2001. MMWR 2003; 52:540-5
- Chliaoutakis J, Socrataki F, Darviri C, Gousgounis N, Trakas D. Knowledge and attitudes about AIDS of residents of greater Athens. Soc Sci Med 1993;37(1):77-83
- Gilmore N, Somerville MA. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted disease: overcoming 'them' and 'un'. Soc Sci Med 1994;39(9):1339-1358.
- Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. Am J Public Health 2002;92(3):371-7.
- Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey. Int J STD AIDS 1998;9:341-6.
- Joffe H. Social representations and health psychology. Soc Sci Inform 2002;41(4):559-80.
- Kempf AM, Remington PL. New challenges for telephone survey research in the twenty-first century. Annu Rev Public Health 2007;28:113-26.
- Link MW, Mokdad AH. Alternative modes for health surveillance survey: an experiment with web, mail, and telephone. Epidemiology 2005;16(5):701-4.
- Maswanya E, Moji K, Aoyagi K, Yahata K,

- Izumi T, Takemoto T. Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki. *J Health Educ Res* 2000;15:5-11.
- McGarrigle CA, Mercer CH, Fenton KA, et al. Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National survey of sexual attitudes and lifestyles 2000. *AIDS* 2005;19:77-84.
- Moatti JP, Manesse L, Le Gales C, Pages JP, Fagnani F. Social perception of AIDS in the general public: a French study. *Health Policy* 1998;9:1-8.
- National AIDS Trust. Public attitudes towards HIV. 2006.
- Office of AIDS. California 2000 HIV/AIDS Knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors (KABB) survey. 2002.
- San Francisco BRFTS. 1998.
- Signorelli C, Pasquarella C, Limina RM, Colzani E, Fanti M, Cielo A, Greco M, de' Somenzi CP, Chironna M, Quarto M. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *Eur J Public Health* 2006; 16(5):498-504
- Sudha RT, Vijay DT, Lakshmi V. Awareness, attitudes, and beliefs of the general public towards HIV/AIDS in Hyderabad, a capital city from South India. *Indian J Med Sci.* 2005 Jul;59 (7):307-16.
- UNAIDS & WHO. UNAIDS 2003 Report. Geneva: UNAIDS:2003.
- UNAIDS. AIDS epidemic update. 2007.
- UNAIDS. Guidelines for second generation HIV surveillance. 2000.

<ABSTRACT>

Knowledge and Attitudes Towards AIDS in a General Population

So Young Kim* · Jin Seok Lee** · Sue Kyung Park*** · Yong Ik Kim**†

** Korea Centers for Disease Control and Prevention,*

*** Department of Health Policy and Management, Seoul National University, College of Medicine,*

**** Department of preventive medicine, Seoul National University, College of Medicine*

Objectives: The purpose of this study was to assess general population' AIDS knowledge and attitudes towards AIDS. **Methods:** Using a multistage area sampling and random digit dialing method, a random sample of individuals aged 19-59 years, living in 16 different area in Korea during September 2007 were interviewed by telephone.

Results: In all, 1,087 respondents completed the survey. In most items, respondents displayed a fairly good degree of knowledge about AIDS. However it was lower than that in developed countries. Respondents' attitudes towards AIDS were found to be negative. The knowledge and attitudes towards AIDS were more positive for respondents who were young, educated, office worker or students, higher in income. The higher level of knowledge, the more positive attitudes towards AIDS.

Conclusions: In general AIDS related knowledge was relatively low and people showed negative attitudes towards AIDS. Incorrect knowledge and lack of information on AIDS would lead to unnecessary negative attitudes and there need to be addressed by health education programs and campaigns using mass media.

Key words: AIDS, Knowledge, Attitude