

한국인의 정신건강이해력 평가와 취약집단분석*

서 미 경

(경상대학교)

이 민 규

(경상대학교)

[요 약]

본 연구는 한국인의 정신건강이해력(MHL)을 평가하고 취약집단을 분석하기 위한 목적을 가지고 있다. 이를 위해 전국의 연령별, 지역별 인구비례에 따라 표집된 성인 1,197명을 대상으로 정신분열병, 우울증, 알코올중독 사례를 무작위로 배정하여 각 사례의 정신질환 인식률, 원인에 대한 이해, 치료법과 치료자원에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인을 조사하였다. 그 결과 우리나라의 MHL은 매우 낮음을 알 수 있다. 전반적인 인식률도 낮지만 특히 정신분열병에 대한 인식률이 매우 낮았다. 원인 또한 사회적, 생물학적 원인보다 개인적 원인을 선호하였고, 심리상담을 제외한 전문적 치료의 유용성을 자가 치료보다 낮게 인식하였다. 전문가 중에서는 정신과전문의의 유용성을 가장 높게 인식하였지만 이것 역시 가족보다 낮은 수준이다. MHL 취약집단을 분석하기 위해 군집분석을 실시한 결과 MHL이 높은 집단과 낮은 집단의 차이는 원인에 대한 이해와 치료방법과 자원에 대한 이해에서 나타났다. 낮은 집단의 특성은 남성이 많고, 60대 이상이며, 군 이하 지역에 거주하는 사람으로 분석되었다. 이러한 결과를 바탕으로 연구자들은 정부 주도하의 대중매체를 활용한 MHL 향상 프로그램을 제안하고 취약집단에 대한 우선적 개입의 필요성을 주장하였다.

주제어: 정신건강이해력, 취약집단, 치료방법에 대한 이해, 전문가에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인

* 본 논문은 2012년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2012S1A5A2A01016666).

1. 서론

정신질환은 임상적으로 중요한 행동적, 심리적 증후군이지만 다른 어떤 질환보다 사회문화적 요인에 의해 치료와 질병경과가 영향을 받는 사회적 장애(social handicap)이기도 하다. 즉, 대중들이 가지고 있는 정신질환과 정신과치료에 대한 부정적 신념에 의해 조기 진단과 치료가 지연될 뿐 아니라 뚜렷한 증상이 나타나도 치료를 기피하여 증상이 악화되기도 한다. 이처럼 정신질환과 치료에 대한 사회문화적 개념이 초기 진단과 치료 그리고 회복 전반에 영향을 미치며 이것이 전문가의 신념과 다를 때 아무리 선진화된 정신보건서비스라 하더라도 효율적으로 활용되지 못해 불필요한 예산을 낭비하게 된다.

따라서 자신이나 타인의 증상을 정신질환으로 인지하고 초기에 치료적 개입을 요청하여 이를 관리할 수 있는 대중의 능력 즉, '정신건강이해력(mental health literacy 이하 MHL)¹⁾'이 매우 중요하다. MHL은 건강에 대한 정보를 이해하고 활용하는 능력을 의미하는 '건강이해력(health literacy)'의 개념을 정신보건영역에 적용시킨 것이다. Jorm(2000)은 건강이해력의 개념을 정신보건영역에 적용시키면서 MHL을 '정신질환을 인식하고, 관리하며, 예방하는 것에 대한 지식과 신념'이라 정의 하였다. 여기에는 질병을 인식할 수 있는 능력, 정보를 구하는 능력, 원인에 대한 이해, 자가 치료(self-treatment)에 대한 지식, 유용한 전문가와 치료방법에 대한 신념 등이 포함된다.

정신질환은 다른 만성질환과 마찬가지로 첫 발병에서 치료가 지연될 경우 질병의 전체 경과를 악화시키게 된다. 즉, 질병이 존재하지만 치료받지 않은 기간(duration of untreated psychosis : DUP)이 길어지면서 증상이 악화될 뿐 아니라 자-타해의 위험과 자살 등 다양한 사회적 비용이 증가하게 되고, 결국 강제입원을 통한 집중적 치료를 필요로 하게 된다. 강제입원과 집중적 치료과정은 경제적 부담뿐 아니라 환자의 사회적 관계망을 급격히 약화시키게 되고 이러한 사회적 지지의 상실은 다시 재발요인으로 작용하는 악순환을 경험하게 된다(Judge et al., 2005). 따라서 국민 개개인의 MHL 향상은 자신의 증상뿐 아니라 주변 누군가의 증상을 정신질환으로 인식하고 적극적으로 치료를 요청하여 만성화를 예방하는 중요한 전략이 될 수 있다.

MHL은 전문가가 아닌 대중의 지식과 기술을 강조하는 것으로, 인생 어느 시점에 누구나 한번쯤은 경험할 수 있는 다양한 정신질환에 대한 관리를 대중에게 권한부여(empower)하는 것이다(Jorm, 2000). 만약 대중의 정신건강이해력이 취약할 경우 효과적 치료에 대한 대중과 전문가의 신념차이로 인해 증거기반 실천(evidenced based therapy)이 어려워진다. 뿐만 아니라 서비스가 소비자중심(bottom up)이 아닌 전문가중심(top down)으로 제공되어 치료순응도가 저하될 수 있다. 이처럼 효율적이지 못한 서비스 이용은 서구에 비해 동양 문화권에서 더 심각하다. 미국 내 아시아인에 관한 연구들(Hirai, 1999; Shin, 2002)을 보면, 아시아인들은 미국인들과 달리 심리적 문제를 수치스러운 것으로

1) MHL을 이선혜와 서진환(2010)은 '정신건강역량'이라 해석하였으나 연구자들은 literacy가 글자를 읽고 쓸 수 있는 이해력을 의미하므로 MHL을 정신건강이해력이라 해석하였다.

로 인식하고, 남에게 개인적 문제나 감정을 이야기하는데 익숙하지 않아 정신과 치료를 회피하는 경향이 있다고 한다.

이러한 상황은 우리나라도 마찬가지이다. 성인의 정신질환 평생 유병률은 27.6%(보건복지부, 2011)이고 진료비 역시 연간 1조원에 달해(국민일보, 2008) 정신질환은 이미 막대한 사회적 비용을 초래하는 심각한 질환으로 대두되었다. 그럼에도 불구하고 치료가 필요한 사람들 중 정신의료서비스를 이용하는 비율은 15.3%로 2001년 8.9%보다는 높아졌으나 선진국에 비해서는 매우 낮은 편이다(보건복지부, 2011). 최근 KBS뉴스(2012년 2월 15일자 방송)에서도 성인 6명 가운데 1명이 지난 1년간 한번 이상 정신질환을 경험한 적이 있음에도 불구하고 정신건강서비스를 이용한 비율은 15.3%에 불과하다며 조기발견과 서비스이용을 위한 종합적 대책이 시급함을 보도하였다. 따라서 대중의 MHL 향상을 통해 조기에 정신질환을 발견하고 적극적으로 치료하는 것이 개인적, 사회적 비용을 절감하는데 있어 매우 중요하다.

이런 중요성에 근거하여 외국에서는 대중의 MHL을 평가하려는 노력이 90년대 후반부터 지속되고 있다. 즉, 정신질환의 인식과 원인에 대한 이해 그리고 정신과치료에 대한 태도(Wolff et al., 1996; Angermeyer and Matschinger, 2003; Angermeyer and Matschinger., 2005; Jorm et al., 2005; Nakane et al., 2005), 치료자원에 대한 인식(Angermeyer et al., 1999; Jorm et al., 2007) 등을 평가하려는 연구가 있어왔다. 또한 대중(Reiger et al., 1988; Battaglia et al., 1990; Paykel et al., 1998; Dannon et al., 2002; Jorm et al., 2003)과 일반의(Hannaford et al., 1996; Howe, 1996; Thompson et al., 2000)를 대상으로 MHL 향상프로그램의 효과를 분석한 연구들도 활발히 이루어지고 있다. 그러나 MHL은 매우 문화적으로 민감한 개념(Snowden and Yamada, 2005)이고 각국의 의료서비스 전달체계에 따라 그 내용이 많이 다를 수 밖에 없으므로 외국의 연구결과를 그대로 국내에 적용하기에는 무리가 있다.

따라서 국내 의료서비스 전달체계와 문화적 특성을 반영한 MHL을 평가하고 MHL 취약집단을 분석하여 지역사회정신보건의 실천적 전략을 개발하는 것이 필요하다. 그러나 국내에서는 정신질환에 대한 대중의 편견과 차별에 관한 연구들(양옥경, 1998; 한덕웅·이민규, 2003; 김정남·서미경, 2004 등 다수)은 1970년대부터 지속적으로 이어져오고 있으나 MHL을 평가하려는 노력은 매우 제한적이다. 국내에서 대중의 MHL을 평가한 연구는 이선희와 서진환(2009, 2010)의 것밖에 없다. 이들은 수도권 지역의 성인을 대상으로 처음에는 우울증 사례를, 다음에는 정신분열병과 우울증 사례를 제시하여 사례의 식별률, 원인지각, 증상해결방법의 유용성에 대한 신념, 주요 정신건강 정보원 등을 조사하였다. 이 연구들은 국내에서 처음으로 MHL의 포괄적 영역을 다루고 이를 외국의 결과와 비교하였다는 점에서 상당한 의미를 가진다. 최근에는 대중이 아닌 지역사회에서 일차적 사례발견자의 역할을 수행하는 사회복지사를 대상으로 MHL을 조사한 연구들(이선희 외, 2012; 전미순, 2013)이 있다.

본 연구는 이러한 연구들을 발전시켜 전국을 대상으로 지역별, 연령별 인구비례에 따라 성인 1,197명을 표집 하여 MHL을 포괄적으로 평가하고, MHL의 취약집단을 분석하여 지역사회정신보건사업의 일차적 표적 집단을 선정하고자 하였다. 본 연구에서는 기존의 연구들이 우울증과 정신분열병에 초점을 둔 것과 달리 알코올중독을 포함시켰다. 그 이유는 우리나라가 OECD국가 중 인구대비 알코올중독

자가 가장 많고(국민일보, 2011) 질병부담을 볼 때 우울증, 정신분열병에 이어 세 번째로 부담이 많은 정신질환이기 때문이다(박재현 외, 2006). 따라서 3대 만성정신질환인 정신분열병, 우울증, 알코올 중독 사례를 통해 대중의 MHL을 평가하고 취약집단을 분석하여 MHL을 향상시킬 수 있는 정책적, 실천적 함의를 제안하는 것이 본 연구의 목적이다.

본 연구의 질문은 다음과 같다.

첫째, 각 장애 유형별 MHL(정신질환 인식, 원인에 대한 이해, 치료방법과 치료자원에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인)에 어떠한 차이가 있는가?

둘째, MHL 취약집단은 어떤 특성을 가지고 있는가?

2. 정신건강이해력(MHL)에 관한 선행연구

MHL은 건강이해력의 개념을 정신보건영역에 적용한 것이다. 일반적으로 건강이해력은 건강을 증진시키기 위해 정보에 접근하고 이해하며 활용할 수 있는 능력을 의미하는데 대표적인 예로 다이어트, 유방암 자가진단법 등을 들 수 있다. 따라서 MHL은 “정신질환을 인식, 관리, 예방하기 위한 지식과 신념”(Jorm, 2000)을 의미하고 정신건강관련 지식이나 문제해결능력 정도로 평가한다. MHL을 구성하는 요소에 대해서는 연구자들마다 다르게 규정하고 있다. 즉, MHL이라는 용어를 사용하고는 있으나 구성요소를 정신질환의 원인에 대한 것으로 한정시킨 연구자들(Nakane et al., 2005; Schomerus et al., 2006)도 있고, 정신과치료방법에 대한 신념에 초점을 둔 연구들(Angermeyer et al., 1999; Lauber et al., 2001; Highet et al., 2002)도 있다. 또한 MHL 개념에 정신질환 인식, 원인 예후에 대한 것까지 포괄적으로 본 연구자들(이선희·서진환, 2010; Angermeyer and Matschinger, 2003)도 있다. 기존의 연구자들이 포함한 구성요소들을 모두 포함하여 Jorm(2000)은 MHL의 구성요소를 정신질환의 인식, 원인에 대한 지식과 신념, 자가치료에 대한 지식과 신념, 전문적 도움에 대한 지식과 신념, 정신과치료에 대한 낙인, 정신보건정보를 얻는 방법에 대한 지식 등 6가지로 보았다. 본 연구에서는 선행연구들이 공통적으로 보아온 정신질환의 인식, 원인에 대한 이해, 자가 치료와 전문적 치료를 포함한 치료방법과 치료자원에 대한 이해, 그리고 정신과치료에 대한 낙인을 MHL의 구성요소로 보았다.

대중을 대상으로 한 MHL의 선행연구들이 공통적으로 본 구성요소인 첫째, 정신질환의 인식 둘째, 정신질환의 원인과 위험요인에 대한 지식과 신념 셋째, 치료자와 치료방법에 대한 지식과 신념으로 나누어 정리하면 다음과 같다.

첫째, 정신질환의 인식(recognition)은 자신이나 주변의 누군가가 특정 문제를 보일 때, 이를 정신질환으로 인식할 수 있는 능력을 의미한다. 주로 특정 사례를 제시하고 사례에 제시된 사람이 어떤 문제를 가지고 있다고 생각하는지를 질문하는 방식으로 평가된다. Angermeyer와 Matschinger(2003)는 독일의 18세 이상 성인 5,025명을 대상으로 정신분열병과 우울증의 사례를 제시하고 인식률을 분석하였다. 그 결과 정신분열병은 70.2%, 우울증은 62.2%가 정신질환이 있는 것으로 응답하였다. 스위스

에서 Lauber 외(2003)가 16세 이상의 성인 1,737명을 대상으로 수행한 연구에서도 정신분열병은 73.6%가 정신질환을 가진 사람이라 인식한 반면, 우울증은 60.2%가 생활상의 위기를 경험하는 사람으로 인식하였다. 호주에서 이루어진 Jorm 외(1997)의 연구에서는 우울증 사례를 정확하게 우울증이라 응답한 비율은 39%이고 넓은 범주 내의 정신질환이 있는 것으로 응답한 비율은 72%이다. 반대로 정신질환이라 할 수 없다고 응답한 비율 역시 28%나 되었다. 그러나 정신분열병 사례는 응답자의 16%가 정신질환이 아니라고 응답한 반면, 84%는 넓은 범주의 정신질환이 있다고 응답하였다. Jorm 외(2005)은 일본과 호주의 인식률을 비교하였다. 그 결과 호주에 비해 일본이 정신과진단을 사용하지 않으려는 경향이 있고 특히 우울증의 진단을 회피하는 경향이 두드러진다고 하였다. 국내 이선희와 서진환(2010)의 연구에서는 정확한 진단을 내린 비율은 우울증의 경우 35.2%, 정신분열병의 경우 33.5%이고 정신건강문제로 인식한 비율은 우울증이 57.4%이고 정신분열병이 61.5%로 호주보다는 낮고 일본보다는 높은 수준이라 하였다. 결국 정도의 차이는 있지만 대부분의 연구결과 정신질환으로 인식되는 경향은 우울증보다 정신분열병이 더 높다.

둘째, 정신질환의 원인을 이해하는 방식은 선호하는 치료방법과 치료자원에 영향을 미칠 수 있으므로 중요한 MHL의 구성요소이다. 선행연구들이 원인을 분류하는 방식은 매우 다양하지만 대체로 심리사회적 원인(성격적 문제, 예민성, 생활사건, 어린 시절의 문제, 스트레스 등)과 생물학적 원인(유전, 신경전달물질의 장애 등)을 공통적으로 보고 있다. Schomerus 외(2006)가 독일의 성인을 대상으로 한 조사에서 우울증은 주로 심리사회적 원인으로, 정신분열병은 주로 생물학적 원인으로 이해하는 경향이 있었다. 독일에서 수행된 Angermeyer와 Matschinger(2003)의 연구에서도 정신분열병은 60% 이상이 뇌질환이나 유전을 원인으로 지목하였고 우울증은 70~80%에서 생활사건이나 직장에서의 스트레스를 원인으로 지목하였다. 호주에서 이루어진 두 연구(Nakane et al., 2005; Jorm et al., 2005)에서는 트라우마, 일상의 문제, 사랑하는 사람의 죽음, 어린 시절의 문제 등 심리사회적 원인을 90%가 우울증의 원인으로, 80%가 정신분열병의 원인으로 지목하였다. 유전을 원인으로 보는 것 역시 우울증 67.4%, 정신분열병 70.0%로 비슷한 수준이었다(Jorm et al., 2005). 이러한 결과를 일본과 비교(Nakane et al., 2005)해보면 두 나라 모두 심리사회적 원인을 주요 원인으로 지적하였으나 호주가 일본에 비해 높은 것은 감염, 알리지, 유전적 원인이었고 일본이 호주에 비해 높은 것은 예민한 성격, 나약한 성격 등이었다. 이선희와 서진환(2010)의 연구에서는 우울증은 심리적 요인보다 사회적 요인을, 정신분열병은 사회적 요인보다 심리적 요인을 더 중요하게 보았다. 또한 생물학적 원인은 정신분열병에서 더 중요하게 다루어졌고 과거보다는 나아졌지만 여전히 초자연적 원인(팔자소관, 해달벌, 귀신)을 중요한 원인으로 지각하고 있는 것으로 나타났다.

셋째, 치료방법과 치료자원에 대한 이해방식은 선호하는 치료방법에 대한 순응도를 예측하는 주요 요인이다. 그러나 이것이야말로 각국의 의료서비스 전달체계와 밀접한 관련이 있다. Fisher와 Goldney(2003)는 우울증에 대한 호주국민의 MHL이 연령에 따라 어떻게 다른지를 분석하기 위해 15~24세와 65~74세의 사람들을 비교하였다. 노인인구가 젊은 세대에 비해 우울수준이 더 높지 않지만 12개월 내 의사를 만났거나 항우울제를 복용한 경험은 더 많았다. 그럼에도 불구하고 전문가의 개입이 도움이 될 거라는 인식은 노인인구가 오히려 더 낮았고 정신과 의사를 더 해롭다고 인식하는 경

향이 있었다. 호주에서 이루어진 또 다른 연구(Highet et al., 2002)에서는 80% 이상이 친지로부터의 지지, 운동, 요가, 심리치료, 정신치료 등이 도움이 된다고 한 반면 수면제 혹은 진정제, 항우울제 등은 오히려 해로운 치료방법으로 인식하는 경향이 있었다. Angermeyer와 Matschinger(2005)는 1990년대 독일의 정신보건개혁이 가져온 치료방법의 발전이 대중의 정신과치료 수용에 얼마나 기여했는지를 분석하기 위해 1990년과 2001년 조사결과를 비교하였다. 그 결과 우울증과 정신분열병이 발견될 경우 정신과의사와 정신과치료를 권하겠다는 응답이 증가하였고, 특히 정신분열병의 경우 약물치료를 권하겠다는 응답이 현저히 증가하여 대중의 수용도에 긍정적 영향을 미쳤다고 판단하였다. 스위스에서 수행된 조사(Lauber et al., 2001)에 의하면 정신과의사와 심리학자의 정신치료가 정신분열병과 우울증 치료에 도움이 된다고 생각하지만 약물치료는 응답자의 1/4 이상이 해롭다고 하였다. 이선희와 서진환(2010)의 연구에서는 정신분열병의 경우 정신보건전문가가 도움이 되지만 우울증의 경우 가족, 친구, 한의사 등 비정신보건전문가가 도움이 된다고 인식하는 것으로 나타났다. 정신분열병의 치료방법으로는 정신과 치료가 선호되는 경향이 있으나 우울증의 경우 스트레스관리, 간헐적 음주 등이 더 유용하다고 응답하여 정신과 치료의 유용성을 다소 낮게 평가하였다.

3. 연구방법

1) 조사대상

조사대상은 전국에서 표집된 일반 성인 1,197명이다. 표집방법은 지역표본추출방법, 비례층화표본추출법, 할당표본추출법을 혼합 사용하여 광역도시, 중소도시, 군 단위 이하의 지역 인구비례와 연령별 인구비례에 따라 표집인원을 산출하였다. 즉, 전체 표집 목표를 1500명으로 정하고 각 지역단위의 인구비례에 따라 사례수를 할당한 뒤 해당지역의 연령별 인구비례에 따라 최종 표집인원을 산출하였다. 조사는 2012년 10월 ~ 12월까지 시행하였다.

조사대상의 연령은 20대 203명(17.0%), 30대 243명(20.3%), 40대 277명(23.2%), 50대 208명(17.4%), 60대 이상 265명(22.2%)이다. 남자는 585명(49.1%)이고 여자는 607명(50.9%)이며 거주 지역은 대도시(특별시와 광역시) 376명(31.5%), 중소도시 419명(35.1%), 군 이하 398명(33.4%)이다. 교육정도는 초등학교 수준 55명(4.6%), 중학교 수준 96명(8.1%), 고등학교 수준 462명(39.0%), 대학교 이상 572명(48.3%)이다. 주관적 경제수준은 상 17명(1.4%), 중상 184명(15.6%), 중 713명(60.5%), 중하 221명(18.8%), 하 43명(3.6%)이다.

조사대상자에게는 전형적인 정신분열병, 우울증, 알코올중독 사례 하나씩을 무작위로 배정하였다. 따라서 정신분열병 사례에 응답한 사람은 421명(35.2%), 우울증 사례는 396명(33.1%), 알코올중독 사례는 380명(31.7%)이다. 사례가 무작위 배정되었음을 검증하기 위해 사례 유형과 성별($\chi^2=4.597$, $p=.100$), 연령($\chi^2=3.482$, $p=.901$), 교육수준($\chi^2=2.824$, $p=.831$), 지역($\chi^2=3.552$, $p=.470$), 경제수준

($\chi^2=11.423$, $p=.179$)을 chi-square 검증한 결과 모두 통계적으로 의미 있는 차이를 보이지 않아 비교적 무작위 배정되었다 할 수 있다.

2) 조사도구

본 연구에서는 대표적인 만성 정신질환이라 할 수 있는 정신분열병, 우울증, 알코올중독 사례를 활용하였다. 이 사례는 김재훈과 서미경(2011)이 사용하였던 사례를 보다 증상위주로 간략하게 수정하여 활용하였다. 사용된 사례는 DSM-IV에 의해 진단이 가능하고 진단 타당성은 정신의학, 임상심리, 정신보건사회복지를 전공한 교수 3인이 확인하였다. 각 사례는 20대 후반에서 30대 초반의 남자로 하였다. 사례의 성별을 남자로 통일시킨 이유는 같은 증상과 행동을 보여도 사례의 성별에 따라 사회적 지위를 더 가치절하하거나 혹은 사회적 기능을 더 심각한 문제로 인식할 수 있기 때문(Schnittker, 2000)이다. 각 사례는 해당질환의 특징적인 증상을 보이거나 정신과 진단이나 치료병력은 제시하지 않는 것으로 구성되었다(부록참고).

MHL의 4가지 구성요소(정신질환의 인식, 원인에 대한 이해, 치료방법과 치료자원에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인)을 질문한 방식은 다음과 같다.

첫째, '정신질환의 인식'은 각 사례가 보이는 문제를 무엇이라 생각하는지를 개방형으로 질문하였다. 즉, 해당사례의 문제를 정신분열병(혹은 조현병, 정신분열병, 분열 포함), 우울증(우울, 기분장애 포함), 알코올중독(혹은 알코올리즘)으로 정확히 답한 경우 엄격한 기준²⁾에서 인식한 것으로 평가하였다. 좀 더 기준을 관대하게 적용할 경우 세 사례 모두 정신질환, 정신장애, 정신병으로 보는 것을 포함시켰다. 취약집단 선정을 위한 군집분석에서는 관대한 기준을 적용하였다. 그 이유는 MHL이 정확한 진단을 맞추는 것이 아니라 문제를 정신질환으로 보고 치료의 필요성을 인식하는 능력을 의미하기 때문이다.

둘째, '원인에 대한 이해'는 선행연구들이 공통적으로 제시한 13개의 원인문항을 요인분석 하여 개인적 원인(나약한 성격, 의지력 부족, 잘못된 생활습관), 사회적 원인(스트레스, 가족 내 갈등, 부모의 잘못된 양육방식, 가난한 환경), 생물학적 원인(뇌질환, 유전적 원인, 신경전달물질의 장애), 미신적 원인(신들림, 과거의 업보, 머리가 너무 좋아서)으로 나누어 보았다. 그러나 개별문항 또한 중요하므로 분석 시에는 개별문항과 하위요인 모두를 활용하였다. 개인적 원인의 Cronbach's α 값은 .640, 사회적 원인의 Cronbach's α 값은 .670, 생물학적 원인의 Cronbach's α 값은 .839, 미신적 원인의 Cronbach's α 값은 .790이다.

셋째, '치료방법과 치료자원에 대한 이해'는 선행연구들과 정신보건전문가들의 자문을 받아 11개의 치료방법과 7개의 치료자원으로 문항을 구성하였다. 각 문항들이 독립된 것이므로 개별문항으로 분석하였다. 그러나 서술상 편의를 위해 연구자들이 임의로 심리상담, 외래치료, 정신과 입원치료, 사회적

2) 이선희 외(2012)은 본 연구에서 본 인식률을 '식별률'이라 하였고 엄격한 기준, 다소 엄격한 기준, 관대한 기준으로 나누었는데 본 연구에서는 '엄격한'과 '다소 엄격한'을 '엄격한 기준'에 포함시켜 보았다.

활치료는 '전문적 치료'로 운동, 여행, 종교활동, 취미활동, 명상, 생활습관과 식습관의 변화는 '자가 치료'로 보았다. 치료자원 역시 정신과전문의, 임상심리사, 간호사, 정신보건사회복지사는 '정신보건전문가'로, 한의사, 성직자, 가족은 '비전문가'로 분류하였다. 제시된 치료방법과 치료자원이 얼마나 도움이 된다고 생각하는지 혹은 해롭다고 생각하는지를 "매우 해롭다(-2)"에서 "매우 도움이 된다(+2)"로 측정하였다.

'정신과치료에 대한 낙인'을 평가하기 위해 Stigma Scale for Receiving Psychological Help(SSRPH)를 수정하여 사용하였다. 문항내용은 사례와 같은 문제로 정신과 치료를 받을 경우 남들에게 얼마나 부정적으로 보일 거라 인식하는지를 질문하는 것이다(Komiya et al., 2000). SSRPH는 5문항으로 구성되어 있고 Cronbach's α 값은 .847이다.

'원인에 대한 이해'와 '정신과 치료에 대한 낙인'은 "매우 그렇다(5점)"에서 "전혀 그렇지 않다(1)"까지 5점 척도로 이루어져 있어 점수가 높을수록 해당 문항에 동의하는 정도가 높음을 의미한다.

3) 분석방법

정신질환 유형별(정신분열병, 우울증, 알코올중독 사례) 이해력(인식률, 원인에 대한 이해, 치료방법에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인)의 차이를 보기 위해 chi-square 검증과 일원분산분석(ANOVA)을 실시하였다. 취약집단분석을 위해서는 군집분석을 실시하였다. 군집분석은 각 관측치들 간의 유사성을 측정하여 유사성이 높은 관측치들끼리 묶어 군집을 나누는 통계분석방법이다. 본 연구에서는 비계층군집분석인 K-means 방법을 사용하여 분석하였다. K-means 방법은 사전에 정해진 군집의 숫자에 따라 대상들이 군집에 할당되는 방식이다. 연구자들은 군집의 수를 2개로 지정했을 때 군집의 사례 수가 적절하고 해석적 의미가 극대화 된다 판단하여 군집의 수를 2개로 지정하였다. 군집분석을 위해 MHL의 구성요소 중 원인에 대한 이해와 치료방법과 치료자원에 대한 이해를 척도화하기 위해, 해당 문항들이 정신질환을 어느 정도 과학적으로 이해한다고 볼 수 있는지를 전문가 100명³⁾에게 질문하였다. 각 문항 간 상관관계 분석을 하여 부적 관계를 갖는 문항에 역점수를 부여하고 각 문항에 전문가가 과학적으로 이해했다고 평정한 평균점수를 산출하여 가중치를 부여하였다⁴⁾. 이 점수들을 표준화시켜 원인에 대한 이해력과 치료방법과 치료자원에 대한 이해력의 합산점수로 활용하였다.

3) 전문가 집단의 조사는 온라인 조사를 하였으며 그들의 인구통계학적 변인은, 남자 51명, 여자 49명이고, 연령 42.55(± 0.77)세이며, 정신과전문의 27명, 전공의 5명, 임상심리사 36명, 사회복지사 32명이다.

4) 가중치를 부여한 이유는 원인이거나 치료방법을 질문한 문항들이 이해력을 평가하는데 있어 동일한 수준이라 할 수 없으므로, 각 문항들에 동의하는 정도를 전체 이해력 점수로 환산하기 위해서이다.

4. 연구결과

1) 정신질환 유형별 정신건강이해력의 차이

(1) 정신질환의 인식률

정신질환의 인식률을 알아보기 위해 각 사례의 문제를 무엇이라 생각하는지를 개방형으로 질문한 결과 <표 1>과 같다. 각 사례의 진단을 정확히 맞추는 엄격한 기준을 적용할 경우 정신분열병 3.6%, 우울 42.2% 알코올중독 49.7%로 정신분열병의 인식률이 현저히 낮았다. 포괄적인 정신과적 문제로 보는 것까지 포함한 관대한 기준으로 평가할 경우 정신분열병 11.2%, 우울 42.9%, 알코올중독이 50.3%로 증가하였다. 그러나 여전히 정신분열병의 인식률은 낮은 편이다. '인식한 것'으로 인정되지 못한 응답 중 가장 많은 것은 정신분열병과 우울증을 '심리사회적 문제'로 보는 경우였다(각각 44.7%, 46.2%). 그러나 알코올중독을 심리사회적 문제로 보는 경우는 9.7%에 불과했다. 또한 정신분열병을 우울증으로 보는 경우가 3.6%, 우울증을 정신분열병으로 보는 경우가 0.8%였다. 상대적으로 알코올중독을 다른 질환으로 본 경우는 0.5%미만으로 낮았다.

<표 1> 정신질환의 인식률

인식기준	정신분열병	우울	알코올중독
엄격한 기준	15(3.6%)	167(42.2%)	189(49.7%)
관대한 기준	47(11.2%)	170(42.9%)	195(50.3%)

(2) 원인에 대한 이해

각 사례가 보이는 문제의 원인을 어떻게 이해하는지에 대한 응답 결과는 <표 2>와 같다. 의지력 부족이나 잘못된 생활습관과 같은 개인적 원인으로 보는 경향은 정신분열병과 우울증보다 알코올중독에서 더 높았다. 그러나 스트레스, 가족갈등, 양육방식, 가난한 환경과 같은 사회적 원인으로 보는 경향은 장애유형별 의미 있는 차이가 없었다. 그러나 '가난한 환경'을 제외한 대부분의 사회적 원인을 모든 유형의 주요 원인으로 보고 있음을 알 수 있다. 뇌질환, 유전, 신경전달물질의 장애와 같은 생물학적 원인으로 보는 경향은 개인적 원인과 사회적 원인에 비해 낮았다. 생물학적 원인 전체는 장애유형별 의미 있는 차이가 없었으나 뇌질환은 알코올중독에 비해 정신분열병이, 신경전달물질의 장애는 알코올중독에 비해 우울증의 원인으로 보는 경향이 높았다. 전반적으로 미신적 요인을 문제의 원인으로 보는 경향은 낮았으나 정신분열병을 미신적 원인으로 보는 경향이 다른 유형에 비해 높았다. 세부적으로는 알코올중독이나 우울증에 비해 정신분열병을 신들림으로 보는 경향이 높았고 '머리가 너무 좋

아서'를 원인으로 지목한 것 또한 알코올중독에 비해 정신분열병과 우울증의 경우 더 높았다.

정신질환유형과 관계없이 대체로 사회적 원인보다 개인적 원인을 더 중요한 것으로 보는 경향이 있다. 그리고 전문가들이 주요 원인으로 꼽는 생물학적 원인에 대한 이해는 상대적으로 낮다. 또한 과거와 달리 정신질환을 미신적 원인으로 이해하는 경향은 중간점수 3점이하였다.

〈표 2〉 정신질환의 원인에 대한 인식

원인	정신분열병(a)	우울증(b)	알코올중독(c)	F값(p)	사후검증
나약한 성격	4.03 (±.84)	3.91 (±.90)	4.40 (±.87)	2.48	
의지력 부족	4.00 (±.89)	3.89 (±.98)	4.35 (±.77)	28.48***	c>a,b
잘못된 생활습관	3.67 (±1.01)	3.59 (±1.04)	4.14 (±.91)	34.41***	c>a,b
개인적 원인	3.90 (±.69)	3.80 (±.73)	4.17 (±.65)	30.57***	c>a,b
스트레스	4.30 (±.81)	4.42 (±.80)	4.29 (±.78)	2.92	
가족 갈등	3.91 (±1.04)	3.88 (±1.00)	3.86 (±.99)	.21	
잘못된 양육방식	3.72 (±1.11)	3.54 (±1.14)	3.58 (±1.13)	2.86	
가난한 환경	3.02 (±1.14)	3.05 (±1.14)	3.07 (±1.15)	.24	
사회적 원인	3.74 (±.74)	3.72 (±.74)	3.70 (±.73)	.23	
뇌질환	3.06 (±1.23)	3.02 (±1.29)	2.81 (±1.20)	4.80**	c<a
유전적 요인	2.87 (±1.17)	2.80 (±1.21)	2.93 (±1.16)	1.09	
신경전달물질 장애	3.09 (±1.18)	3.20 (±1.21)	2.96 (±1.18)	3.97*	c<b
생물학적 원인	3.01 (±1.04)	3.01 (±1.08)	2.91 (±1.02)	1.26	
신들림	2.41 (±1.23)	2.17 (±1.21)	2.17 (±1.18)	5.24**	a>c,b
과거의 업보	2.11 (±1.10)	2.13 (±1.15)	2.03 (±1.11)	.82	
머리가 좋아서	2.21 (±1.14)	2.14 (±1.13)	1.86 (±1.03)	10.87***	c<a,b
미신적 원인	2.24 (±.93)	2.15 (±.98)	2.02 (±.98)	5.13**	a>c

(3) 치료방법과 치료자원에 대한 이해

다양한 치료방법(전문적 치료와 자가 치료법)과 치료자원(정신보건전문가와 비전문가)들이 해당사례의 문제해결에 어느 정도 도움이 될지 혹은 해가 될지를 질문한 결과 <표 3>과 같다. 항목들의 평균을 보면 모든 치료방법과 인적자원이 도움이 되는 것으로 이해하고 있다.

구체적으로 보면, 전문적 치료(심리 상담과 치료, 외래약물치료, 입원치료, 사회재활치료)의 경우, 심리상담과 치료를 가장 도움이 되는 것으로 이해하고 있다. 상대적으로 입원치료의 유용성은 매우 낮게 인식되었다. 정신질환 유형별 차이를 보면 외래약물치료와 사회재활치료의 경우 다른 질환에 비해 알코올중독에 도움이 될 거라 보는 경향이 높았고, 정신과 입원치료는 우울증의 경우 다른 질환보다 낮았다. 자가 치료(운동, 여행, 종교 활동, 명상, 생활습관이나 식습관의 변화) 중에는 운동, 취미활동, 생활습관의 변화 등이 다른 것들에 비해 유용성이 높게 인식되었다. 중요한 것은 이러한 것들이 심리 상담을 제외한 전문적 치료보다 유용성이 더 높게 인식되었다는 사실이다. 질환별 차이를 보면, 알코올중독이 다른 질환보다 여행, 생활습관과 식습관의 변화가 더 유용할 거라 생각하였다.

치료자원 중 정신보건전문가(정신과전문의, 임상심리사, 간호사, 정신보건사사회복지사)의 유용성을 질문한 결과, 전반적으로 정신과전문의의 도움을 가장 크게 인식하는 것으로 나타났다. 다음이 임상심리사와 사회복지사이고 간호사의 도움을 가장 낮게 인식하였다. 정신질환 유형별 정신보건전문가의 유용성의 차이를 보면, 임상심리사만이 의미 있는 차이를 보여 알코올중독의 경우 우울증보다 더 도움이 될 것이라 인식하였다. 비전문가(한의사, 성직자, 가족)의 도움 정도를 평가해보면, 가족을 가장 큰 자원으로 인식하였고 이는 정신과 전문의보다 더 높은 수준이다. 반대로 한의사의 유용성은 낮은 편으로 그 정도가 성직자보다 낮았다. 그러나 질환유형별 의미 있는 차이는 없었다.

<표 3> 치료방법과 치료자에 대한 인식

치료방법/치료자	정신분열병	우울증	알코올중독	F값(p)	사후검증
심리상담 혹은 치료	1.48 (±.76)	1.41 (±.75)	1.44 (±.74)	.79	
외래약물치료	.75 (±.98)	.78 (±.88)	.95 (±.96)	5.19**	c>a,b
정신과입원치료	.65 (±1.08)	.41 (±1.03)	.74 (±1.12)	9.96***	b<a,c
사회재활치료	.89 (±.92)	.77 (±.92)	.96 (±.86)	4.48*	c>b
전문적치료	.94 (±.72)	.84 (±.65)	1.03 (±.69)	6.76**	c>b
운동	1.18 (±.78)	1.25 (±.75)	1.30 (±.77)	2.28	
여행	.98 (±.88)	1.08 (±.85)	.91 (±.95)	3.36*	c<b
종교 활동	.80 (±1.02)	.84 (±.99)	.87 (±1.51)	.55	

취미활동	1.09 (±.81)	1.10 (±.81)	1.09 (±.89)	.05	
명상	.66 (±.97)	.72 (±.94)	.80 (±.93)	2.30	
생활습관의 변화	1.07 (±.80)	1.11 (±.81)	1.38 (±.73)	17.39***	c>a,b
식습관의 변화	.59 (±.86)	.59 (±.83)	1.08 (±.85)	42.86***	c>a,b
자가 치료	.91 (±.60)	.96 (±.60)	1.06 (±.60)	6.63**	c>a
정신과 전문의	1.16 (±.88)	1.07 (±.83)	1.19 (±.84)	2.09	
임상심리사	.71 (±.95)	.66 (±.87)	.86 (±.89)	4.97**	c>b
간호사	.19 (±.85)	.11 (±.77)	.19 (±.86)	1.25	
정신보건 사회복지사	.75 (±.92)	.62 (±.87)	.75 (±.89)	2.75	
정신보건전문가	.70 (±.72)	.62 (±.62)	.75 (±.65)	3.93*	c>b
한의사	.15 (±.90)	.15 (±.85)	.30 (±.95)	3.71*	
성직자	.45 (±1.09)	.50 (±.98)	.36 (±1.10)	1.93	
가족	1.40 (±.85)	1.31 (±.83)	1.32 (±.89)	1.18	
비전문가	.66 (±.69)	.65 (±.64)	.66 (±.74)	.02	

(4) 정신과치료에 대한 낙인

정신과치료에 대한 낙인은 알코올중독에 대한 낙인(M=14.38)이 가장 높았는데 이는 우울증과 비교하여 의미 있는 차이이다. 그러나 정신분열병과 우울증 치료에 대한 낙인은 의미 있는 차이를 보이지 않았다.

〈표 4〉 정신과치료에 대한 낙인의 차이

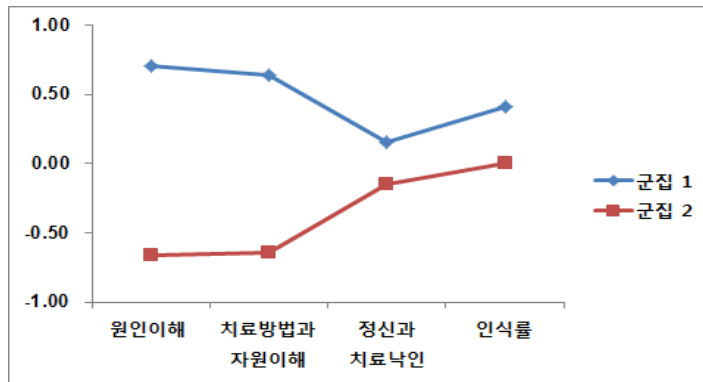
원인	정신분열병(a)	우울증(b)	알코올중독(c)	F값(p)	사후검증
정신과치료에 대한낙인	2.83 (±.90)	2.68 (±.95)	2.88 (±1.00)	4.76**	c>b

2) 정신건강이해력 취약집단 분석

MHL의 구성요소인 정신질환의 인식률, 원인이해, 치료방법과 치료자원에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인을 투입하여 군집분석을 실시한 결과 <표 5>와 같이 군집변수들이 나누어진다. 두 군집의 프로파일을 그리면 <그림 1>과 같다. 군집 1은 521명(46.85%)이고 군집 2는 591명(53.15%)이다. 군집 1은 MHL의 구성요소 모두 이해력이 높은 집단이고 군집 2는 구성요소 모두 이해력이 낮은 취약집단이다. 구성요소 중 원인에 대한 이해와 치료방법 및 치료자원에 대한 이해에서 두 집단 간에 분명한 차이가 있고 정신과치료에 대한 낙인과 인식률에는 큰 차이를 보이지 않았다. 따라서 MHL을 향상시키기 위해서는 정신질환의 원인에 대한 이해와 치료방법 및 치료자원에 대한 이해력을 중심으로 프로그램을 구성하는 것이 필요하다.

<표 5> 군집변수들의 최종 군집 중심

군집변인	군집 1	군집 2
원인에 대한 이해	0.71	-0.66
치료방법 및 자원에 대한 이해	0.64	-0.64
정신과치료에 대한 낙인	0.16	-0.15
인식률	0.41	.006



<그림 1> 군집별 프로파일

실제 취약집단인 군집 2의 특성을 알아보기 위해 군집 1과 군집 2의 인구통계학적 특성을 비교한 결과 <표 5>와 같이 성별, 교육수준, 연령, 거주지에서 의미 있는 차이를 보였다. 즉, 취약집단인 군집 2의 경우 남자가 더 많고, 대졸 이하가 많으며, 20대와 60대 이상이 많고 광역시나 시지역보다 군 지역에 거주하는 경우가 더 많았다.

〈표 6〉 군집 1과 군집 2의 인구통계학적 특성 비교

특성		군집 1	군집2	χ^2
성별	남	227 (42.9%)	328 (56.7%)	21.15***
	여	302 (57.1%)	250 (43.3%)	
	합계	529	578	
교육수준	초졸	11 (2.1%)	39 (6.8%)	57.66***
	중졸	19 (3.6%)	66 (11.5%)	
	고졸	189 (35.8%)	239 (41.7%)	
	대졸 이상	309 (58.5%)	229 (40.0%)	
	합계	528	573	
연령	20대	88 (16.5%)	109 (18.8%)	38.80***
	30대	133 (25.0%)	94 (16.2%)	
	40대	139 (26.1%)	119 (20.6%)	
	50대	95 (17.9%)	95 (16.4%)	
	60대 이상	77 (14.5%)	162 (28.0%)	
	합계	532	579	
거주지	광역시	194 (36.6%)	149 (25.7%)	49.74***
	시지역	209 (39.4%)	175 (30.2%)	
	군지역	127 (24.0%)	255 (44.0%)	
	합계	530	579	

5. 논의 및 결론

1) 요약 및 논의

본 연구는 정신건강문제에 대한 올바른 신념과 이해가 정신질환의 1, 2차 예방에 매우 중요하다는 전제로 우리나라 성인의 MHL을 평가하고 MHL 취약집단을 분석하였다. 지역표본추출, 비례층화표본추출, 할당표본추출법을 혼합사용하여 표집된 성인 1197명을 대상으로 전형적인 정신분열병, 우울증, 알코올중독 사례를 무작위로 배정하여 해당 사례에 대한 MHL(정신질환의 인식, 원인에 대한 이해, 치료방법 및 치료자원에 대한 이해, 정신과치료에 대한 낙인)을 평가하였다.

연구결과 다음과 같은 사항들이 발견되었다.

첫째, 제시된 사례를 정신질환이나 정신과적 문제로 본 인식률은 정신분열병이 11.2%, 우울증이 42.9%, 알코올중독이 50.3%이다. 이는 국내에서 수도권지역의 성인을 대상으로 한 이선훈와 서진환(2010)의 연구결과 정신분열병 61.5%, 우울증 57.4%, 보다 상당히 낮은 수준이다. 본 연구에서는 10명 중 8~9명이 정신분열병의 문제를 정신과적 문제로 보지 않았다는 것이다. 이는 Angermeyer와

Matschinger(2003)가 독일인을 대상으로 하였을 때의 70.2%, 62.2%보다 낮고 Lauber 외(2003)이 스위스 사람들을 대상으로 조사했을 때의 73.6%, 60.2%보다도 현저히 낮은 수준이다. 대부분 대증을 대상으로 한 연구에서는 알코올중독 사례를 다루지 않아 비교가 어렵지만 전미순(2013)이 사회복지사를 대상으로 한 연구에서는 알코올중독의 인식률이 72.2%였다. 이것과 비교해볼 때 알코올중독 인식을 또한 낮은 편이다.

본 연구의 인식률이 이처럼 낮은 것은 두 가지 해석이 가능하다. 우선, 정보와 관련 기관에 대한 접근성이 상대적으로 높은 수도권만을 대상으로 한 조사와 달리 전국의 성인을 지역별, 연령별 할당하여 표집 하였기 때문에 인식률이 낮을 수 있다. 이러한 해석을 수용할 경우 우리나라의 인식률은 서구에 비해 심각할 정도로 낮은 수준이다. 그러나 또 다른 해석이 가능하다. 모든 연구들이 활용한 사례가 다르므로 얼마나 심각한 증상을 문제로 제시하였는지에 따라 결과가 다를 수 있다. 본 연구에서는 아주 심각한 증상은 대증의 MHL과 상관없이 응급상황으로 치료체계와 연결되므로 대증이 일상에서 접할 수 있는 증상을 중심으로 사례를 구성하였다. 이로 인해 인식률이 낮아질 수 있다고 추정된다. 중요한 것은 인식률이 낮을 경우 자신이나 주변에서 유사한 문제를 보일 때, 정신질환이라 인식하지 않아 치료체계와의 접촉이 지연되고 이로 인해 의료서비스의 비효율성이 초래될 수 있다.

둘째, 제시된 문제의 원인을 이해하는 방식은 도움요청행위와 치료순응에 영향을 미치는 주요 요인이다. 본 연구 결과 유형에 관계없이 정신질환의 원인을 개인적 원인, 환경적 원인, 생물학적 원인, 미신적 원인 순으로 이해하는 경향을 보였다. 사례 유형별 차이를 보면, 개인적 원인을 가장 높게 지각하는 것은 알코올중독이고, 생물학적 원인 중 뇌질환과 신경전달물질의 장애는 알코올중독이 정신분열병과 우울증보다 낮았다. 미신적 원인은 대체로 낮게 인식되었지만 전반적으로 다른 유형에 비해 정신분열병의 원인으로 인식하는 경향이 높았다. 사회적 원인은 유형별 의미 있는 차이를 보이지 않았다.

이러한 결과는 이선희와 서진환(2010)의 연구에서 정신분열병은 사회적 요인보다 심리적 요인을, 우울증은 심리적 요인보다 사회적 요인을 더 중요하게 보았다는 결과와는 다소 차이가 있다. 그러나 생물학적 원인이 정신분열병에서 더 중요하게 인식되었다는 것은 유사한 결과이다. 또한 사회복지사를 대상으로 한 전미순(2013)의 연구에서 알코올중독의 경우 개인적 원인을 높게 지각한다는 결과와도 일치한다. 그러나 서구의 연구결과들과는 상당한 차이를 보인다. 먼저 독일에서는 정신분열병의 주요원인으로 생물학적 원인을 그리고 우울증의 주요원인으로 스트레스를 지목하였다(Angermeyer and Matschinger, 2003). 호주에서 이루어진 연구(Jorm et al., 2005)는 정신분열병과 우울증 모두 사회, 환경적 원인을 주요 원인으로 지적하였다. 이러한 차이는 연구자에 따라 제시한 원인 문항이 다르고 질문 방식 역시 다르기 때문이라 생각된다. 즉, 본 연구처럼 여러 가지 원인을 제시하고 각 문항에 어느 정도 동의하는지를 질문한 연구도 있지만 가장 중요한 원인 하나를 선택하라고 요구한 연구도 있어 결과를 직접 비교하는데 있어 주의를 필요로 한다.

셋째, 치료방법과 자원에 대한 이해는 선호하는 치료방법과 치료자에 대한 순응도를 예측할 수 있는 주요 요인이다. 본 연구결과 전문적 치료로는 심리상담 및 치료를 가장 높게 선호하였고, 정신과 입원 치료에 대한 선호도가 가장 낮았다. 자가 치료방법으로는 운동과 생활습관의 변화를 가장 선호

하였다. 심리상담을 제외한 정신과치료의 유용성은 대부분 자가 치료보다 낮은 수준이다. 이러한 경향은 정신과치료에 대한 부정적 인식과 무관하지 않다고 생각된다. 우울증과 알코올중독의 경우 40~50%가 정신과적 문제로 인식하면서도 전문적 치료보다 자가 치료의 유용성을 더 높게 인식한다. 흥미로운 것은 알코올중독의 경우 정신질환이라는 인식률은 높는데 원인은 개인적인 것으로 이해하고, 그럼에도 불구하고 정신과치료의 유용성은 다른 질환에 비해 높다는 것이다. 또한 정신분열병은 우울증에 비해 현저히 낮은 인식률에도 정신과치료의 유용성은 높게 인식된다. 이러한 경향은 정신보건전문가의 유용성에서도 비슷하게 나타난다. 이처럼 인식률과 전문적 치료에 대한 인식이 일치하지 않는 것은 심리상담을 제외한 정신과치료를 편견에 의한 심리적 부담을 덜기 위한 수단으로 보기 때문이 아닐까 조심스럽게 추측해본다. 기존의 연구(김재훈·서미경, 2011)결과 알코올중독과 정신분열병이 우울증보다 위험성에 대한 편견이 현저히 높다. 따라서 두려움을 감소시키기 위한 수단으로 전문적 치료의 유용성을 높게 평가할 수 있다고 생각된다. 정신보건전문가 중에서는 정신과전문의의 유용성을 가장 높게 인식하였고 비전문가 중에는 가족이 가장 많은 도움이 될 거라 인식하였다. 이는 전문의보다 높은 수준이다. 치료에 있어 가족의 중요성이 강조되는 것은 우리의 가족주의 문화가 반영된 결과라 생각된다.

이선혜와 서진환(2010)의 연구에서는 정신분열병의 경우 정신보건전문가가 도움이 되지만 우울증의 경우 가족, 친구, 한의사 등 비정신보건전문가가 도움이 된다고 인식하여 본 연구결과와 다소 차이가 있다. 그러나 Lauber 외(2001)는 정신과전문의와 심리학자가 정신분열병과 우울증에 도움이 될 수 있지만 이때 선호하는 치료방법은 정신치료이고, 약물치료는 도움이 되지 않는다고 인식하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다. MHL의 다른 요소들과 달리 치료방법과 치료자원에 대한 이해는 각 국가의 보건서비스 전달체계에 따라 다르고, 같은 나라라 하여도 서비스의 접근성에 따라 상당한 차이를 보일 수밖에 없다. 만약 지역적 특성상 관련 전문가와 치료방법에 접근할 기회가 부족하다면 상대적으로 유용성을 낮게 인식할 수 있다.

넷째, 정신과치료에 대한 낙인은 치료체계의 접근을 결정하는 주요 요인이다. 즉, 정신과치료의 유용성을 인식한다 하여도 낙인이 높은 경우 접근을 망설일 수 있다. 본 연구에서 치료에 대한 낙인은 알코올중독의 경우 가장 높았고 우울증의 경우 가장 낮았다. 흥미로운 것은 알코올중독의 경우 다른 질환에 비해 정신과치료가 필요하다고 인식하면서도 이에 대한 낙인은 가장 높았다. 그리고 우울증의 경우, 정신과치료의 유용성이 가장 낮을 뿐 아니라 치료에 대한 낙인 역시 가장 낮았다. 이는 세 질환에 대한 사회적 편견을 조사한 연구결과들(김재훈·서미경, 2011; 박근우·서미경, 2012)과 유사하다. 결국 특정 문제에 대한 편견이 그 문제로 치료받는 것에 대한 낙인과 무관하지 않음을 알 수 있다.

마지막으로 본 연구에서는 MHL 취약집단을 분석하였다. 그 결과 MHL의 4가지 구성요소 중 원인에 대한 이해와 치료방법 및 치료자원에 대한 이해에서 취약집단의 이해력이 두드러지게 낮다는 것을 알 수 있다. 취약집단의 인구통계학적 특성을 이해력이 높은 집단과 비교해볼 때 남성이 많고, 대졸이하의 교육수준이 많으며, 20대와 60대 이상이 많고 군 지역이하 거주자가 많았다. 60대 이상의 군 지역 거주자가 MHL의 취약집단이라는 것은 예상했던 바이다. 우리나라 정신보건서비스의 지역편중을

고려할 때 군 지역 이하의 노인들의 경우 서비스의 접근성도 낮고 정신질환을 이해하기 위한 정보의 접근성도 낮기 때문이다. 또한 취약집단에 60대 이상이 많기 때문에 대졸이상의 교육수준 비율도 낮은 것으로 판단된다. 그러나 20대의 이해력이 낮은 것은 의외의 결과이다.

2) 결론

연구결과를 바탕으로 연구자들은 다음과 같은 실천적 제안을 하고자 한다.

첫째, MHL이 낮은 집단과 높은 집단의 프로파일 차이를 보면, 인식률과 치료에 대한 낙인에서는 큰 차이를 보이지 않고, 원인과 치료방법 및 자원에 대한 이해에서 많은 차이가 난다. 따라서 MHL을 향상시키기 위해서는 정신질환의 원인을 제대로 이해하고 전문적 치료와 전문가들의 유용성에 대한 인식을 높일 필요가 있다. 특히 취약집단인 60대 이상의 군 이하 지역 거주자를 표적 집단으로 접근 가능한 치료방법과 자원에 대한 이해력을 높이기 위해 단순한 교육이 아닌 구체적인 서비스를 안내하고 이용 절차를 소개하는 노력이 절실히 요구된다. 우선적으로 2013년 올해부터 보건복지부가 시행하는 「생애주기별 정신건강검진」을 실시하는 과정에 해당지역의 정신보건서비스 내용을 구체적으로 안내하는 노력을 기울인다면 효율적으로 MHL을 높일 수 있을 것이라 생각한다.

둘째, 질환 유형별로는 정신분열병의 경우 인식률이 현저히 낮다. 즉, 10명 중 8~9명이 정신분열병의 증상을 정신질환으로 보지 않는다는 것이다. MHL 향상을 위해서는 기본적으로 해당문제를 정신질환으로 인식하는 것이 중요하다. 따라서 정신분열병을 대중이 쉽게 이해하고 인식할 수 있도록 사례를 중심으로 교육하는 것이 필요하다. 이선희와 서진환(2010)도 영화나 드라마 속 인물에 대한 관찰을 통해 특정 증상을 이해하고 식별하도록 하는 교육전략을 제안한바 있다. 또한 정신분열병과 달리 알코올중독은 대중에게 가장 익숙한 질환이다. 그럼에도 불구하고 원인은 개인적인 것으로 이해하고, 치료는 전문적 치료의 유용성을 높게 인식하는 매우 모순된 이해력을 보이고 있다. 따라서 편견 극복과 더불어 해당질환의 원인을 제대로 이해시키려는 노력이 필요하다.

셋째, 서구에 비해 우리나라의 MHL은 전반적으로 매우 낮다. 이처럼 낮은 MHL은 정신보건서비스 이용률을 저하시키고 조기진단과 조기치료를 방해하여 막대한 사회적 비용을 초래할 수 있다. 따라서 MHL을 향상시켜 서비스를 효율적으로 활용하기 위한 정부의 노력이 요구된다. 이미 서구에서는 1990년대부터 매스미디어를 활용한 다양한 프로그램이 시행되고 있다. 대표적인 프로그램으로 영국의 Defeat Depression⁵⁾과 You in Mind⁶⁾ 호주의 Community Awareness Program(CAP)⁷⁾, 미국의 청소년을 대상으로 한 Mental Illness Awareness Week⁸⁾ 등이 있다(Francis et al., 2002). 대부분 특

5) 영국에서 1991~1996년까지 시행된 프로그램으로 신문, TV, 라디오 등을 통해 지역사회를 대상으로 우울증의 상황, 조기 도움추구의 중요성을 교육한 프로그램이다.

6) 영국의 TV에서 10분짜리 공익광고를 7개 제작하여 시리즈로 방송한 것으로 내용은 정신질환에 대한 정보와 대처행동을 구체적인 예시로 제공하였다. 이 시리즈의 목표는 병식을 향상시키고, 타인과 자신의 문제를 정신질환으로 인식하고 발견하는 것이다.

7) 호주의 CAP는 1995년에 시작된 것으로 TV 광고를 통해 정신질환에 대한 정보를 확산시키기 위한 목적을 가지고 있다.

정 학회나 단체가 정부의 지원을 받아 프로그램을 운영하고 그 효과성을 분석하고 있다. 우리나라에서도 이와 같은 매스미디어를 활용한 프로그램을 개발하여 이를 확산시키려는 노력이 필요하다.

본 연구는 MHL에 대한 연구가 상대적으로 제한적인 우리나라에서 전국을 대상으로 한국인의 MHL을 평가하고 취약집단을 분석하였다는 점에서 의미가 있다. 그러나 몇 가지 한계점을 가지고 있다. 첫째, MHL을 척도화하는 작업을 선행하여 이를 표준화시키는 것이 필요하다. 본 연구에서는 전문가집단의 응답을 근거로 가중치를 부여한 점수를 활용했으나 보다 객관적인 MHL 척도를 만드는 작업이 이루어져야 한다. 이러한 척도는 향후 프로그램의 효과성을 분석하는데 있어서도 유용하게 활용될 수 있다. 둘째, MHL 취약집단을 분석하는데 있어 인구통계학적 변인만을 활용하였으나 여기에 정신질환의 경험정도, 대상자의 정신건강 정도, 치료경험 정도 등을 반영한 분석이 필요하다 이럴 경우 보다 실질적인 프로그램을 제안할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 국민일보, 2008, “지난해 국민 정신질환 진료비 부담 1조원”, 2008년 10월 5일.
- _____, 2011, “OECD 국가 중 인구대비 알코올중독자 최다... 교계, 범국민 금주운동 벌인다”, 2011년 7월 1일.
- 김정남·서미경, 2004, “정신장애인에 대한 편견과 차별에 관한 연구”, 『한국심리학회지: 건강』, 9(3): 589-607.
- 김재훈·서미경, 2011, “정신장애 유형에 따른 편견과 차별: 사례를 활용한 대학생 조사결과”, 『정신보건과 사회사업』, 37: 35-64.
- 박근우·서미경, 2012, “정신장애인의 사회적 거리감에 대한 수정된 귀인정서모형 적용: 정신장애 유형별 모형비교”, 『한국사회복지학』, 64(4): 209-231.
- 박재현·윤석준·이희영·조희숙·이진용·은상준·박종혁·김윤·김용익·신영수, 2006, “우리나라 국민의 정신질환으로 인한 질병부담 추정”, 『예방의학회지』, 39:1.
- 보건복지부, 2011, 『정신질환실태 역학조사』.
- 양옥경, 1998, “정신장애인에 대한 사회적 편견”, 『한국사회복지학』, 35(8): 231-261.
- 이선혜·서진환, 2009, “우리나라 성인의 우울증상 식별력과 해결방법에 대한 신념”, 『정신보건과 사회사업』, 32: 41-77.
- 이선혜·서진환, 2010, “한국 성인의 정신건강역량: 우울증과 정신분열병병을 중심으로”, 『사회복지연구』, 41(2): 127-158.
- 이선혜·서진환·최정아, 2012, “취약계층 정신보건에 대한 사회복지사의 인식과 개입”, 『2012 한국정신보건사회복지학회 추계학술대회 자료집』.
- 전미순, 2013, “지역사회복지서비스제공자의 정신건강이해력”, 경상대학교대학원 석사학위논문.
- 한덕웅·이민규, 2003, “정신질환에 대한 사회적 표상의 변화: 1976년과 1999년의 비교”, 『한국심리학회지: 건강』, 8(1): 191-206.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., and Riedel-Heller, S. G., 1999, “Whom to ask for help in case of

8) 미국에서 학교기반으로 시행된 프로그램이다. 정신보건정보를 제공하기 위한 것으로 일반적인 정신의학, 우울증, 자살, 약물 및 알코올 이슈를 포함한 내용으로 구성되어 있다.

- a mental disorder? Preferences of the lay public", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 202-210.
- Angermeyer, M. C., and Matschinger, H., 2003, "Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 526-534.
- Angermeyer, M. C., and Matschinger, H., 2005, "Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111: 68-73.
- Battaglia, J., Coverdale, J. H., and Bushong, C. P., 1990, "Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools", *American Journal of Psychiatry*, 147: 324-329.
- Dannon, P. N., Iancu, I., and Grunhaus, L., 2002, "Psychoeducation in panic disorder patients: Effect of a self-information booklet in a randomized, masked-rater study", *Depression and Anxiety*, 16: 71-76.
- Fisher, L. J., and Goldney, R. D., 2003, "Differences in community mental health literacy in older and younger Australians", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 33-40.
- Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D., Blood, R.W., and Davis, C., 2002, *Improving Mental Health Literacy: A Review of the Literature*, Australian Government: Department of Health and Ageing.
- Hannaford, P., Thompson, C., and Simpson, M., 1996, "Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners", *British Journal of General Practice*, 46: 333-337.
- Highet, N., Hickie, I. B., and Davenport, T. A., 2002, "Monitoring awareness of and attitudes to depression in Australia", *Medical Journal of Australia*, 176: S63-S68.
- Hirai, M., 1999, "A cross-cultural comparison of factors related to help-seeking attitudes for psychological disorder", Master dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Howe., 1996, "Defeating psychological distress: Can general practitioner improve their own performance", *British Journal of General Practice*, 46: 407-410.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P. A., Christensen, H., and Jiao, Z., 1997, "Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment", *Medical Journal of Australia*, 166(4): 182-186.
- Jorm, A. F., 2000, "Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders", *British Journal of Psychiatry*, 177: 396-401.
- Jorm, A. F., Griffiths, K. M., Christensen, H., Korten, A. E., Parslow, R. A., and Rodgers, B., 2003, "Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: A randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms", *Psychological Medicine*, 33: 1071-1079.
- Jorm, A. F., Christensen, H., and Griffiths, K. M., 2005, "Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: Changes in Australia over 8 years", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 764-767.
- Jorm, A. F., Wright, A., and Morgan, A. J., 2007, "Where to seek help for a mental disorder?: National survey of the beliefs of Australian youth and their parents", *Medical Journal of Australia*, 187: 556-560.

- Judge, A. M., Perkins, D. O., Nieri, J., and Penn, D. L., 2005, "Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking precipitant and barriers to care", *Journal of Mental Health*, 14(5): 465-469.
- Komiya, N., Good, G. E., and Sherrod, N. B., 2000, "Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help", *Journal of Counseling Psychology*, 47(1): 138-143.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., and Rössler, W., 2001, "Lay recommendations on how to treat mental disorders", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36: 553-556.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., and Rössler., 2003, "Do people recognize mental illness?: Factors influencing mental health literacy", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253: 248-251.
- Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., Christensen, H., Nakane, H., and Griffiths, K. M., 2005, "Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: A comparison of Japan and Australia", *BMC Psychiatry*, 5(33): 1-9.
- Paykel, E. S., Hart, D., and Priest, R. G., 1998, "Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign", *The British Journal of Psychiatry*, 173: 519-522.
- Regier, D. A., Hirschfeld R. M., Goodwin, F. K., Burke Jr, J. D, Lazar, J B., and Judd L. L., 1988, "The NIMH depression awareness, recognition, and treatment program: Structure, aims, and scientific basis", *American Journal of Psychiatry*, 145: 1351-1357.
- Schnittker, J., 2000, "Gender and reactions to psychological problems: An examination of social tolerance and perceived dangerousness", *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2): 224-240.
- Schomerus, G., Matschinger, H., and Angermeyer, M. C., 2006, "Public beliefs about the causes of mental disorders revisited", *Psychiatry Research*, 144: 233-236.
- Shin, J. K., 2002, "Help-seeking behaviors by Korean immigrants for depression", *Mental Health Nursing*, 23: 461-476.
- Snowden, L. R., and Yamada, A. M., 2005, "Cultural differences in access to care", *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 143-166.
- Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D., and Campbell, M. J., 2000, "Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on depiction and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial", *The Lancet*, 355 : 185-191.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., and Leff J., 1996, "Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people", *British Journal of Psychiatry*, 168: 191-198.

Mental Health Literacy and Vulnerable Group Analysis of Korea

Seo, Mikyoung

(Gyeongsang National University)

Rhee, Minkyu

(Gyeongsang National University)

A study aims to assess Korean mental health literacy and analyze the characteristics of vulnerable population. This study presented typical vignettes of schizophrenia, depression and alcoholism to 1,197 adults randomly. All respondents were asked for recognition of mental illness, beliefs about causes, professional help and self-help, stigma for receiving psychiatric treatment for the person described. The results showed that the recognition of mental health problem in a vignette was very poor and that personal causes were seen by public as more important than environmental and bio-genetic causes. When the public were asked about various professional therapies and self-help activities, psychotherapy was favored while other professional help were considered to be less helpful than self-help activities. Among professionals, psychiatrist were viewed as most helpful. We used cluster analysis to compare high mental health literacy group with low mental health literacy group(vulnerable population). Vulnerable population were found to be more aged and to live in county area. We proposed government initiated program for enhancing public mental health literacy.

Key words: mental health literacy, recognition of mental illness, vulnerable group, beliefs about psychiatric treatment, beliefs about professional help, stigma for receiving psychiatric treatment

[논문 접수일 : 13. 03. 14, 심사일 : 13. 04. 16, 게재 확정일 : 13. 04. 27]

〈부 록〉

• 정신분열병 사례

철민(남, 28세)은 작년부터 사람들을 만나기 싫어하고 혼자 방에서 TV만 보고 시간을 보내며 때로는 며칠간 씻지도 않고 지내는 날이 많았다. 가족들은 걱정이 되었지만 원래 말이 많지 않고 내성적인 성격이었으므로 금방 좋아지겠지 하며 기다리고 있었다. 그러던 중 최근 2달 전부터 다른 사람들에게는 들리지 않는 이상한 소리가 들리고 누군가 자신을 해치려 한다는 생각 때문에 불안해하고 잠을 잘 자지 못한다. 가족들이 말을 시키면 아무 일도 아니니 내버려달라고 짜증을 낼 뿐 특별히 난폭하거나 위험한 행동을 하지 않는다.

• 우울증 사례

철민(남, 31세)은 몇 개월 전부터 잠이 잘 오지 않더니, 최근에는 2~3시간 밖에 못자고 힘이 없으며 피로하고 몸이 처지는 느낌을 받기 시작했다. 항상 초조하고 쉽게 짜증이 나며 집중력이나 기억력이 떨어진다는 생각이 들기도 한다. 자신이 무가치하고 삶이 공허하다는 생각이 들면서 평소 즐거웠던 일이나 취미생활에서 의욕이나 흥미를 상실했다. 그런 자신의 상태를 바꾸기 위해 노력했으나 그럴수록 더 절망적이고, 심지어 죄책감과 무기력감은 깊어져 갔다. 그로 인해 이제는 사람을 만나기도 싫고 누구와 얘기하는 것조차 귀찮아졌다.

• 알코올중독 사례

철민(남, 33세)은 10대 때부터 술을 마시다가 약 2년 전쯤 직장에서 잦은 회식으로 폭음을 시작하였다. 최근 한 달 동안 평소보다 많은 양의 술을 마셨고, 그래야만 전처럼 취한다는 느낌을 받을 수 있어 음주량은 점점 증가되고 있다. 음주에 대한 죄책감으로 몇 번이나 술을 끊기 위해 노력했지만 번번이 실패했다. 이제 술을 마시지 않으면 짜증이 나며 잠을 잘 수 없어 그 핑계로 다시 술을 마시게 된다. 최근 들어 음주 후 주변 사람들과 다투기도 하고 가끔은 다음 날 그 일을 기억하지 못하기도 한다.