

[보고서 제출]

국민 정신건강 지식 및 태도 조사도구 개발

2020. 08.

서울대학교 의과대학
국립정신건강센터

제 출 문

국립정신건강센터 귀하

이 보고서를 “국민정신건강 인식관련 조사 개발 연구용역”의 보고서로 제출합니다.

2020. 08. 04.

서울대학교 의과대학

- ▶ 연구책임자 : 박 지 은
- ▶ 연 구 원 : 박 혜 윤
서 화 연
김 희 정
안 혜 정
백 창 현

보고서 요약서

연구사업명	국민 정신건강 인식관련 조사개발			
연구과제명	국문	국민 정신건강 지식 및 태도 조사도구 개발		
	영문	Development of scales to measure mental health literacy and attitude in Korean people		
연구책임자	성명	박지은	소속기관	서울대학교 의과대학
	최종학위	MD, PhD	전공	정신과학교실
연구 참여자	연구원 5명			
연구기간	2020년 4월 ~ 2020년 6월 (3개월)			
연구비	20,000,000원			
연구형태	문헌(<input checked="" type="checkbox"/>), 조사(<input checked="" type="checkbox"/>), 실험(<input type="checkbox"/>)			
	단독(<input checked="" type="checkbox"/>), 공동(<input type="checkbox"/>)			
요약문	<p>○ 연구목표 및 필요성</p> <p>- 정신건강에 대한 지식 및 태도는 국민의 정신건강 수준 및 서비스 이용에 영향을 미침. 국외에서는 정신건강 이해력과 정신질환에 대한 태도를 측정하는 다양한 도구가 개발되어왔고 이를 활용하여 정신건강 인식의 수준을 조사하고 정신건강 증진을 위한 개입의 효과를 증명하는 연구가 활발히 진행됨. 그러나 국내에서는 아직까지 정신건강 인식의 다양한 측면을 포괄하는 도구가 개발되어 있지 않음.</p> <p>- 본 연구는 국립정신건강센터에서 2017년부터 매년 시행 중인 대국민 정신건강지식 및 태도 조사의 도구를 재정비하는 것을 목표로 함. 구체적으로는 정신질환에 대한 이해력, 편견 그리고 도움추구 태도 등 정신건강 인식과 관련하여 다양하고 구체적인 내용을 포함할 수 있도록 하고 한국의 사회문화적 특성을 반영하고자 함. 본 연구를 통해 마련된 근거와 재정비된 도구를 활용하여 궁극적으로는 국민 정신건강 지식 및 태도 조사가 우리나라 국민들의 정신건강 인식 형성 모델을 제시하고 추후 인식 변화의 전략 수립에 기여하고자 함.</p> <p>○ 연구내용 및 방법</p> <p>1) 국내외 정신건강 인식 조사 및 측정도구 개발 연구 리뷰</p> <p>- 최근 10년간 출판된 문헌의 리뷰를 통해 참고할만한 측정도구 선별</p> <p>- 본 연구팀이 기 수행한 '정신질환 및 정신과 인식 관련 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구' 결과를 반영하여 선별도구 재점검</p>			

2) 정신건강 인식 조사 도구 선별 (전문가 합의 및 내용 타당도 검증)

- 연구팀 회의를 통해 1차 선별: 선별 기준을 마련하고 도구의 초안 마련
- 다학제 전문가 델파이 조사를 통해 2차 선별
- 중간보고회 이후 발주기관 의견 수렴하여 최종 선별

3) 국민 정신건강 지식 및 태도 조사 방법 제언

○ 연구결과

- 문헌리뷰 및 연구팀 회의를 통해 조사도구 개발에 중점적으로 반영할 도구들을 선별하였음. 그 결과, 크게 사례기반 설문지와 일반적인 정신질환에 대한 설문지, 두 가지 형식이 있었고 각각 장단점이 존재하여 병합하여 활용할 필요가 있다고 판단함. 참고할 주요 도구로써 MHLQ(호주), CAQ(중국), Multi-component MHL measure(미국)를 선별하였음. MHLQ와 Multi-component MHL measure는 번안한 후 국내의 사회문화적 상황에 부합하도록 수정하였으며 CAQ의 경우 답안지 일부 내용을 참고함. 또한 설문 대상자의 정신건강과 서비스 이용을 알아보기 위해서 기존 국립정신건강센터의 조사도구의 일부 문항을 삭제하고 새로운 문항을 추가하였음.
- 1차 개발된 연구팀 도구에 대해 델파이 조사를 시행하여 다양한 분야의 정신건강 전문가의 의견을 취합하였고 도구의 '타당도'와 개별 문항의 '필요도'를 측정함. 1차 델파이 이후 수정된 도구에 대해 평가한 2차 델파이 연구에서는 거의 대부분의 문항에서 '타당도'가 상승함.
- 델파이 조사결과 및 국립정신건강센터 중간보고회 피드백을 반영하여 최종 조사도구 선별함.

○ 기대성과 및 활용방안

- 본 연구에서 개발한 조사도구를 향후 대국민 정신건강 인식 및 태도 조사에 활용할 수 있음. 조사의 질적 향상을 통해 1) 우리나라 정신건강인식의 모델을 형성, 2) 근거 기반 정신건강 인식 개선 전략의 개발, 3) 정신질환 위험군의 서비스 이용 접근성 향상, 4) 정신건강 서비스 제공 기관의 역할 재정립, 5) 대국민 정신건강 향상을 위한 정책 제언 등의 성과가 기대됨.

목 차

제 1장. 서론

제 2장. 연구 배경 및 연구 목적

1. 정신건강인식의 개념 및 중요성
2. 국내외 정신건강인식 연구 현황
3. 정신질환 및 정신과 인식 관련 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구
4. 연구 목적

제 3장. 국내외 정신건강인식 도구 검토

1. 연구 방법
2. 국내외 도구 연구 현황
3. 조사도구 개발에 사용된 도구

제 4장. 도구 개발 내용 및 결과

1. 국민 정신건강지식 및 태도조사에서 사용된 기존의 조사도구 분석
2. 새로운 조사도구 개발

제 5장. 결론

부록

-연구팀 개발 조사도구

제 1장. 서론

○ 우리나라 국민의 정신건강 현황

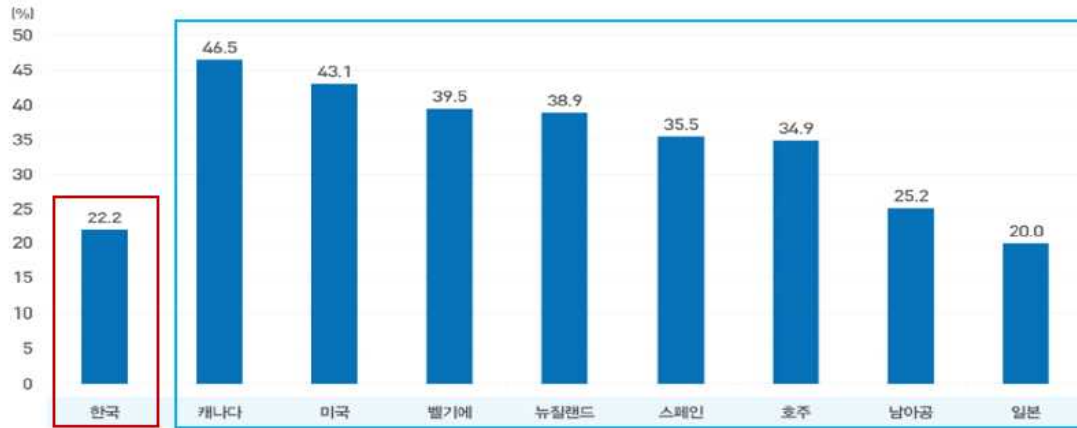
- 정신질환실태 역학조사(2016)에 따르면 국내 성인의 정신질환 평생 유병률은 25.4%이고 일년 유병률은 11.9%로 우리나라 국민의 4명 중 1명은 살면서 한 번 이상 주요정신질환을 겪는 것으로 알려짐.
- 국민 정신건강지식 및 태도조사(2019)에 의하면 주관적으로 보고한 정신건강상태에 대해 우리나라 국민의 46.8%는 평소 자신의 정신건강 상태에 대해 '좋다'고 응답한 반면, 11.8%는 '나쁘다'라고 응답하여 자신의 정신건강상태를 긍정적으로 평가하는 비율이 높았음. 다만 최근 3년 사이 자신의 정신건강 상태가 '좋다'고 응답한 비율은 54.5%(2017년), 52.3%(2018년), 46.8%(2019년)로 점점 감소하는 추세이므로 주의를 기울일 필요가 있음.
- 같은 조사에서 주요한 정신건강문제 13가지에 대한 경험 유무를 질문하였을 때, 지난 1년 간 정신건강문제를 경험한 비율은 62.2%로 평균적으로 1년 동안 2.2개의 정신건강 문제를 겪은 것으로 나타남(표 1). 정신건강문제 유형 중 심각한 스트레스(37.6%), 우울감(30.3%), 기분변화(30.2%) 등이 높은 비율을 차지하였음. 이외에도 정신건강문제 중에서 5개 이상 경험한 고위험군은 20.4%에 달하여 상당수의 응답자가 정신건강문제로 인한 고통과 어려움을 겪고 있을 것으로 예상됨.

정신건강문제 유형	2018년(%)	2019년(%)	전년대비(%p)
수 일간 지속되는 우울감	29.1	30.3	1.2%p
생활에 불편을 줄 정도의 기분변화	29.1	30.2	1.1%p
자제할 수 없는 분노 표출(폭력행위 등)	11.7	13.7	2.0%p
수 일간 지속되는 불안	25.0	27.9	2.9%p
수 일간 지속되는 불면	24.1	24.9	0.8%p
심각한 스트레스	38.6	37.6	-1.0%p
자살생각	9.0	9.5	0.5%p
건망증으로 인한 일상생활 장애	19.5	22.5	3.0%p
환청, 환시, 망상적 생각	6.4	7.1	0.7%p
알코올 문제	5.8	8.9	3.1%p
약물중독	-	2.4	-
도박중독	3.8	1.8	-2.0%p
기타 중독(게임 중독 등)	12.4	7.0	-5.4%p

표 1. 2019 국민 정신건강 지식 및 태도 조사, 국립정신건강센터

○ 우리나라 국민의 정신건강 서비스 이용

- 정신건강문제는 이를 경험하는 개인에게 고통을 유발할 뿐만 아니라 사회경제적인 측면에서도 상당한 손실을 일으키므로 조기에 발견하여 치료하는 것이 중요함(박종익, 전미나, 2012). 따라서 정신건강 및 치료에 대한 인식을 제고하고 정신질환에 대한 편견을 해소하여 정신건강문제를 겪는 경우 적절한 정신건강 서비스를 통해 도움을 받을 수 있도록 해야 함.



※ 한국: 평생, 그 외 국가: 12개월
출처: 보건복지부, (2017), 2016년도 정신질환실태 조사.

그림2. 2016년도 정신질환실태 역학조사, 보건복지부

- 우리나라 국민의 정신건강 서비스 이용 현황을 살펴보면, 정신질환실태 역학조사(2016)에서 국내 성인의 정신건강 서비스 평생 이용률은 22.2%로 2006년 11.4%, 2011년 15.3%에 비해 증가함. 그러나 다른 국가의 이용률(1년 이용률 기준, 캐나다-46.5%, 미국-43.1%, 벨기에-39.5%, 뉴질랜드-38.9%, 스페인-35.5% 등)과 비교했을 때 이는 비교할 수 없을 정도로 낮은 수준임(그림 2).
- 국민 정신건강지식 및 태도조사(2019)에서도 정신건강문제를 경험한다고 응답한 사람이 62.2%에 달하는 것에 비해 22.0%만이 주변인 또는 정신건강전문가에게 도움을 요청한 것으로 나타나, 정신건강문제가 있을 때 도움추구를 하는 비율이 상당히 낮다고 할 수 있음. 정신건강 문제가 생겼을 때 상담하거나 상의하는 대상은 주로 주변 사람이나 정신과 의사(또는 간호사)인 것으로 보고됨. 구체적으로는 '가족 및 친지'(39.7%), '정신과 의사(또는 간호사)'(38.3%), '친구 또는 이웃 '(36.8%), '심리 또는 상담전문가'(27.4%), '사회복지사'(9.2%), '정신과 이외 의사(또는 간호사)'(6.7%), '종교인'(6.2%), '무속인'(1.9%), '기타'(1.5%) 순임.
- 본인의 정신건강문제에 대해 알게 된 후 1년 이상 치료를 받지 않은 응답자도 30.9%에 달해 정신건강문제를 인식했다라도 정신과적 치료로 이어지는 비율은 낮음. 정신건강문제에 대해 상담(상의)을 받지 않은 이유로 '치료가 필요하나 심각하지 않아 그냥 두면 나아질 것 같아서'가 39.3%로 가장 높으며, 그 다음으로 '정신질환은 스스로 극복해야 하는 것이라서'(20.3%), '별 효과가 없을 것 같아서'(17.2%), '정신과 치료에 대한 두려움'(10.9%), '치료기관을 알지 못해서'(9.4%) 등이 있음.
- 반면 지난 1년간 정신건강문제를 경험하지 않은 응답자에게 정신건강문제 발생 시 상담 또는 상의할 의향을 묻자 73.7%가 주변인이나 전문가에게 상담할 의향이 있다고 응답함. 그러나 실제 정신건강 문제가 있는 개인이 정신건강문제가 있음에도 치료를 받은 비율은 22.2%에 불과해 이러한 차이의 원인이 되는 다양한 barrier를 탐색할 필요가 있음.
- 위의 조사에서 알 수 있듯이 정신건강 서비스 이용률이 낮은 이유는 다양하나 크게는 정신건강 및 치료에 대한 이해력의 문제(mental health literacy/knowledge/recognition), 정신과 치료에 대한 편견의 문제(stigma/discrimination), 정신건강 서비스 접근성의 문제(information/accessibility)로 나누어볼 수 있겠음.

제 2장. 연구목적 및 필요성

1. 정신건강인식의 개념 및 중요성

○ 정신건강 인식의 개념

- 정신건강 인식은 지식과 태도로 이루어지며, 크게 정신건강 이해력(Mental Health Literacy), 정신질환에 대한 편견(Stigma), 실제 도움을 구하는 태도(Help-seeking Attitude)로 구성됨.
- 정신건강의 문제를 느끼는 개인은 전문적 도움에 대한 필요를 인식하고, 치료에 대한 비용과 이득을 계산하고, 치료의 종류를 선택하여 치료를 시작하게 됨. 이러한 과정에서 정신질환과 치료에 대한 신념, 태도는 전문적 도움에 대한 선호를 결정할 뿐 아니라, 치료에 대한 비용과 이득 분석에도 영향을 미침. 정신건강 이해력과 스티그마는 모두 이러한 과정을 결정하는 중심 요소가 됨.
- 정신건강 이해력은 보건 분야에서 사용하던 건강이해력을 정신건강 분야에 적용한 것으로, 크게 여섯 가지 하위 항목으로 구성됨(Jorm et al., 1997). 이는 정보를 얻는 방법, 질병을 인식하는 능력, 위험요인과 원인에 대한 이해, 자가 치료에 대한 이해, 유용한 전문가와 치료방법에 대한 신념으로 구성되어 있으며, 정신건강 문제가 있을 경우 도움을 찾는 행위에 큰 영향을 미침. 정신건강 이해력은 대중의 지식과 기술이므로, 이해력의 증가는 본인 뿐 아니라 주변인의 증상을 인지하고 적극적으로 치료를 요청하는 행위에 연결되며 치료 시 전문가와 대중의 원활한 의사소통에도 도움이 됨. 반대로 대중과 전문가의 치료에 대한 신념의 차이가 있을 경우 증거를 기반한 치료가 어려워지고, 치료 순응도가 저하될 수 있으며, 치료의 비효율성이 증가함.
- 정신질환에 대한 편견은 정신건강 이해력과 밀접한 연관을 가지고 있지만 일치하지는 않음. 이해력과는 다르게 스티그마는 주로 정신질환에 대한 부정적 신념을 주로 다룸. Coleman(2017)은 스티그마를 내면화된 스티그마(internalized stigma), 사회적 스티그마(public perceived stigma), 구조적 차별(structural discrimination)로 구성하는 것을 주장한 바 있음. 사회적 스티그마는 정신질환에 대한 부정적인 편견으로 정의되며, 사회나 공동체의 구성원이 공유하고 있으며, 이는 개인이 가지고 있는 스티그마의 집합체라고 볼 수 있음. 반면 내면화된 스티그마는 정신질환자 개인이 자신에게 정신질환자의 그룹에 대한 편견과 고정관념을 적용시켜 스스로를 이해할 때 발생함. 구조적인 차별, 혹은 개인이 예상하는 차별의 정도도 스티그마의 한 구성요소를 이루고 있으며, 예상하는 차별에 따라 행동의 주도력과 동기를 잃어버리고, 실제로 예상하는 차별을 당하는 자기실현적 성격을 가지고 있음. 스티그마의 평가는 스티그마의 구성요소 모두를 평가하고 측정할 수 있어야 함.

◇ 정신건강 이해력

- 정신건강이해력의 개념을 Jorm(1997)이 정신건강에 적용하여 정의한 이후 서구에서는 활발한 연구가 진행 되었으며, 정신질환이 의심되는 사람에서 정신질환을 인식할 수 있는 지에 대한 연구가 주로 이루어짐.
- 이러한 연구는 비서구 국가에서는 상대적으로 적게 수행되었는데, 홍콩, 한국, 일본, 대만, 말레이시아 등에서 연구를 수행한 바 있으며, 이를 토대로 서구 사회와 비교하는 연구를 진행한 바 있음. 공통적으로 호주, 영국 등의 정신보건 선진국에서는 정신질환에 대한 인식 정도가 높게 보고됨. 예를 들어, 우울증의 증상을 사례 제시했을 때, 호주에서는 65.3%가 우울증을 인지했으며, 한국에서는 35.2%, 일본에서는 22.6%가 우울증을 인지했음(Lee & Suh, 2010).

- 정신질환의 원인에 대해서는 질환 종류에 따라 다른 원인으로 이해하기도 하였음. 우울증은 스트레스를 원인으로 인지하는 비율이 높고, 조현병은 생물학적인 원인으로 생각하는 비율이 높음. 한국의 경우에는 정신질환의 원인을 초자연적인 것에서 찾는 비율이 적지 않은 것으로 보고됨(Lee & Suh, 2010).
- 치료방법에 대한 신념도 문화에 따라 차이를 보임. 특히 서양에서는 정신과를 비롯한 전문적 치료를 선호하지만, 동양에서는 가족들에게 도움을 구하고 자가 치료를 선호하는 경향을 보임. 대국민 정신건강지식 및 태도 조사(2019)에 따르면 한국에서도 역시 가족 및 친지에 가장 먼저 도움을 요청하는 것으로 보고되나, 전문가 도움은 소폭씩 상승하고 있는 것으로 보임.

◇ 정신질환에 대한 편견 (stigma)

- 스티그마에 대한 연구는 1950년대부터 시작되었음. 가장 많이 연구된 스티그마는 정신질환자의 위험성에 대한 연구임. 정신질환자를 위험하게 인지하는 비율에 관한 연구와 정신질환의 이미지를 접하는 경로로서 영화, 뉴스를 비롯한 미디어에 관한 연구가 주로 이루어짐. 대국민 정신건강지식 및 태도조사에서도 정신질환자의 위험성 인식에 대한 문항을 2017년부터 포함하고 있으며, 여기에서는 '정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다'라는 문항으로 '그렇다'의 비율이 60% 이상으로 조사되었음.
- 정신질환자는 혼자 살거나 사회적 관계에서 소외당하는 경우가 많으며, 이와 관련하여 대인관계와 관련된 차별도 연구의 주요 주제로 연구됨. 정신질환에 걸릴 경우 대인관계 형성의 어려움을 예상하고 있으며, 대국민 정신건강지식 및 태도조사에서 '정신과 치료 경험이 있는 사람과 같이 일할 수 있다', '정신질환에 걸린 사람과 대화하면 나는 불편함을 느낄 것이다', '내가 정신질환에 걸리면 몇몇 친구들은 나에게 등을 돌릴 것이다'와 같은 문항으로 측정하고 있음. 특히 정신질환자에 대한 취업 차별은 현저해서, 정신장애인의 취업률은 15.7%로 지체장애, 시각장애, 청각장애 등 다른 장애보다 현저히 낮은 것으로 보고됨(2017년 장애인실태조사, 보건복지부).

○ 정신건강 인식 연구의 중요성

- 전국 정신질환 실태조사(2016)에서 국내 정신질환 평생 유병률(25.4%), 일년 유병률(11.4%)은 서구와 비슷한 것으로 보고됨. 그러나 정신질환에 이환된 대상자들의 정신건강 서비스 이용률은 22.2%로 2011년 15.3%에 비해서는 증가한 것이나, 캐나다 46.5%, 미국 43.1%, 호주 34.9% 등 다른 국가에 비해 현저하게 낮음. 또한 정신병적 증상이 발생했을 때 치료까지의 시간 또한 84주(2011년)로 조사되어 미국 52주, 영국 30주에 비해 상당히 긴 것을 알 수 있음.
- 이렇게 국내 정신건강 서비스 이용률이 낮은 이유 중 하나는 사회 구성원들이 가지는 정신질환에 대한 편견이 많은 역할을 하고 있음. 정신질환에 대한 사회적 편견은 정신질환을 가지고 있는 개인의 삶에 부정적 영향을 줄 뿐 아니라, 정신과 문제를 겪고 있는 개인이 전문적 도움을 구하는 태도와 행위에도 영향을 미치며, 이로 인해 주관적인 삶의 질을 저하시키고, 조기발견과 조기치료에 방해가 됨.
- 개인의 기능저하는 사회적인 측면에서 질병으로 인한 사회 경제적 비용을 증가시킴. World Health organization (WHO)에 의하면 한 해 85%의 중증 정신질환자가 치료를 받지 않는 것으로 보고되고 있으며, 치료의 지연은 의료비의 상승, 예후의 악화 등을 일으킴. 장기입원 및 예후의 악화는 다시 정신질환자의 지역사회 통합을 방해하며, 이는 다시 장기입원으로 이어지는 등 악순환의 구조에 빠지게 됨.

- 또한 정신질환자 스스로 가지는 내면화된 차별과 낙인은 정신질환자의 대인관계를 위축시키고, 자존감의 저하, 삶의 질 저하를 일으킴. 이는 다시 정신건강의 문제를 악화시키는 원인으로서 작용하며, 일상생활에 필요한 기술 및 삶의 과제를 성취하는 것을 방해하여 정신건강의 문제를 장기화시키고, 특히 중증 정신질환자의 사회적 소외를 일으키는 중요한 기제로서 작용하게 됨.
- 따라서 정신건강 인식 연구는 실제 정신건강의 어려움을 느끼는 개인이 정신건강의 문제임을 인식하고 증거 기반의 적절한 정보와 신념을 가지고 정신질환에 대한 편견 및 차별 없이 전문적 도움을 구하고 치료를 유지하는 과정을 지향하며, 이 과정의 장애물을 파악하고 이를 개선하기 위한 증거 기반의 개입을 개발하기 위한 기초가 됨을 알 수 있음.

2. 국내외 정신건강인식 연구 현황

○ 국외

- 정신건강 이해력 연구는 Jorm 등(1997)의 정의 이후 서구사회에서는 활발한 연구가 진행되어왔으나, 아시아에서는 상대적으로 적음. 현재까지 연구를 종합하면, 한국, 일본 등 아시아 국가의 정신건강 이해력이 서구에 비해 낮으며, 원인에 대해서도 동양에서는 병의와 같은 초자연적인 원인을 드는 경우가 많음. 치료 방법적인 면에 있어서는 동양에서는 주로 스스로 치유하는 방법을 선호하나, 동서양 모두에서 약물에 대해서는 부정적인 신념을 가진 것으로 조사됨. 편견에 관한 연구도 역시 다양하게 이루어져왔으며, 최근에는 일반인 뿐 아니라 전문가 집단의 편견, 구조적 차별에 대한 연구도 함께 진행되어 왔음.
- 개별 연구분 아니라 호주, 스위스, 아일랜드 등에서는 정책의 기초자료로 삼기 위한 정신건강 이해력 및 스티그마에 대한 국가 조사를 진행한 바 있음.

◇ 영국의 예

- 영국에서는 1994년부터 영국 국민을 대상으로 하여 정신질환에 대한 태도조사를 지속적으로 시행하고 있음. 조사에서 사용되는 문항들은 1994년 이후로 수정과 보완을 거쳐 사용되고 있으며 MAKS(Mental Health Knowledge Schedule), CAMI(Community Attitudes towards the Mentally Ill scale), RIBS(Reported and Intended Behavior Scale) 같은 도구들이 사용됨. 조사는 1994년부터 1996년까지는 매년, 1997년부터 2003년까지는 매 3년 마다 시행되었음. 또한 2007년부터는 다시 매년 조사가 이루어졌으며 2011년도부터는 정신질환에 대한 대중들의 인식의 변화를 모니터링 하는 데에 초점을 둠.
- 영국에서는 정신질환에 대한 국민의 태도와 행동을 개선시키고자 'Time To Change'라는 캠페인을 진행 중이며, 대중매체를 활용하거나 지역사회 내 정신질환자와의 직접 만남을 통해 정신질환에 대한 인식을 증진시키고자 함. 이러한 캠페인의 효과성은 정신질환에 대한 태도조사를 통하여 측정되고 있으며 전반적으로 긍정적인 효과가 나타난 것으로 보고됨. 캠페인의 phase1(2007-2011년도)과 phase2(2011-2015년도)에서는 25세에서 44세의 중산층을 대상으로 하였음. phase3(2016-2021년도)에서는 기존의 조사에서 사회경제적 수준이 낮은 집단과 남성 집단에서 긍정적인 결과가 덜 나타난 점을 반영하여, phase 1,2와 연령은 동일하나 소득수준이 낮고 성별인 남성인 경우에 초점을 두었음.
- 주요 결과
 - 2009년부터 2019년 사이에 정신건강 스티그마와 관련된 지식, 태도, 사회적 거리감 등은 모두 긍정적인 변화를 보였음.
 - 2014년 정신질환에 대한 태도 조사 보고서에 따르면, 2008년 태도조사의 결과 수치와 비교해서 대부분의 정신건강인식과 관련된 항목들이 개선됨. 스티그마와 관련된 정신건강 지식을 묻는 '심리치료는 정신건강문제가 있는 사람들에게 효과적인 치료법이 될 수 있다'(2009년, 79% → 2014년, 83%), '심각한 정신질환 문제가 있는 사람들은 회복할 수 있다'(2009년, 60% → 2014년, 64%) 등의 질문에 동의하는 비율이 상승함. 2008년도에 비해 2014년도에는 정신질환자에 대한 태도가 더 호의적인 것으로 나타남. 구체적인 문항을 일부 살펴보면, '정신질환 병력이 있는 사람은 공공업무에서 배제되어야 한다'는 문항은 2008년 21%에서 2014년 16%로 감소하였으며 '정신질환이 있는 사람이 이웃에 사는 것이 두렵다'는 문항은 2008년 16%에서

2014년 12%로 감소하였음. 정신질환에 대한 이해와 관용 수준 또한 2008년에 비해 증가함. '우리는 우리 사회의 정신질환자에 대해 훨씬 더 관용적인 태도를 지닐 필요가 있다'는 문항은 83%에서 91%로 증가하였으며 '누구나 정신건강문제를 겪을 수 있다'는 문항은 89%에서 94%로 상승함. 정신질환에 대한 지역사회의 태도를 측정하는 문항에서는 2008년 이후로 전반적인 태도의 개선이 이루어졌음.

◇ 일본의 예

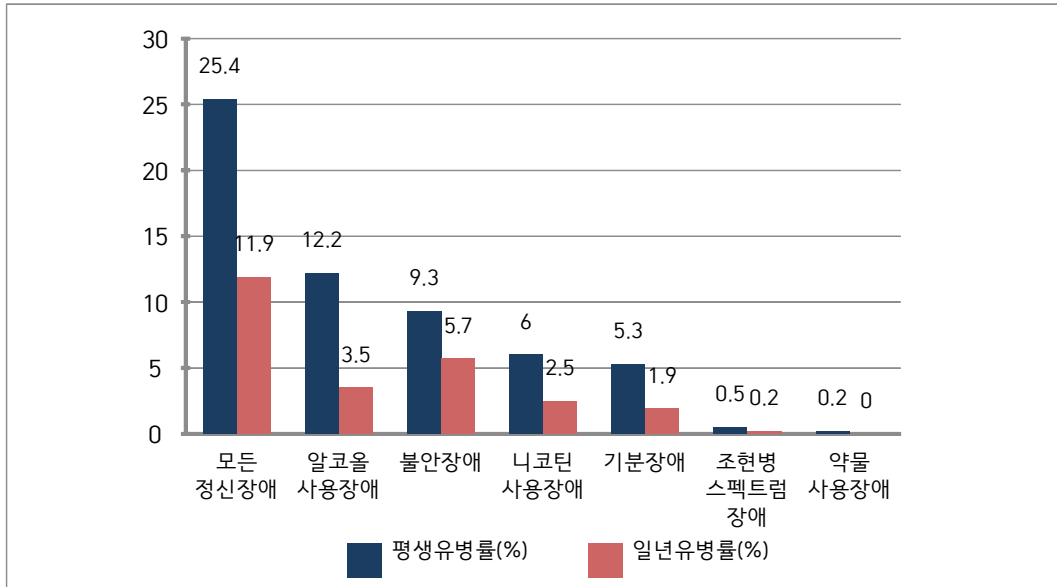
- 일본에서도 일반인들의 정신질환 및 정신질환자에 대한 인식에 대한 연구들이 진행되고 있음. Ando 등(2013)에 따르면, 정신질환의 태도에 대한 연구들은 대체로 우울증, 조현병, 치매, 일반적인 정신질환에 대한 인식 및 태도를 측정함.
- 일본의 일반 대중에서는 조현병에 대한 지식이 부족한 것으로 나타났으며 조현병의 유병률, 발병, 특징적인 증상 등에 대해서 각각 27%, 42%, 12%만이 정확한 응답을 하였음. 초등학교 선생님의 경우 조현병을 묘사하는 case vignette를 읽고 어떤 정신건강문제인지를 정확하게 인식한 비율은 23%에 그침.
- 대부분의 사람들이 정신질환은 치료의 대상이 될 수 있으나 회복에 대해서는 비관적임. 한 연구에서는 일반인의 80%가 조현병이 치료될 수 있다고 응답했으나 완전한 회복(full recovery with or without relapse)이 가능하다고 응답한 비율은 40% 미만임. 정신질환 치료에 대한 약물의 인식은 매우 낮았으며 특히 부작용에 대한 지식이 부족함. 또한 정신질환의 원인에 대해 물었을 때, 생물학적인 요소보다는 개인적인 취약성과 같은 심리사회적 요소들을 주로 언급하였음.
- 대부분의 일반인들은 정신질환을 지닌 사람에 대한 사회적 거리감이 상당히 높은 것으로 나타났으며 특히 친밀한 대인관계에서 그러하였음. 조현병은 우울증에 비해 더 낙인의 영향이 큰 것으로 알려졌으며 조현병의 심각도가 증가할수록 스티그마의 영향이 더 큰 것으로 나타남. 정신건강 전문가의 경우에는 정신질환을 지닌 사람들과의 직접적인 사회적인 접촉과 임상적인 경험의 축적으로 인해 낮은 스티그마를 보임. 일본에서의 정신질환에 대한 낙인/스티그마는 대만이나 호주에 비해 높은 것으로 나타났으며 이러한 원인에는 일본의 제도주의, 스티그마를 다루는 국가적인 캠페인의 부족, 사회에 순응하는 것에 가치를 두는 일본의 특성 등이 있음. 또한 정신질환에 대한 태도를 교육하는 프로그램은 정신건강과 관련된 스티그마를 줄이는 데 효과적인 것으로 나타났음.

○ 국내

- 우리나라에서도 대국민 정신건강지식 및 태도를 포함하여 국가단위의 정신건강의 지식 및 태도를 측정하였으며, 2017년부터는 대국민 정신건강지식 및 태도 조사를 매년 진행하고 있음. 또한 정신보건법에 근거하여 2011년부터 5년마다 전국 정신질환 실태조사를 시행하고 있으며 설문에는 정신건강 서비스 이용과 관련하여 태도를 묻는 문항이 일부 포함되어 있음.

◇ 정신질환실태 역학조사 (2016)

- 1995년 정신보건법 제정을 바탕으로 하여 5년마다 조사가 시행되고 있으며 2001년, 2006년, 2011년, 2016년 총 네 차례 이루어짐. 조사에서는 각 질환별 분포와 위험요인을 산출함으로써 우리나라 국민의 정신건강 실태의 기초자료를 제공하고 중앙정부 등에서 정신건강정책을 수립할 때 필수적인 기본자료로 활용할 수 있도록 함. 조사에서 정신장애 진단평가를 위해 사용되는 도구는 공인 정신장애 진단도구인 WHO-CIDI(Composite International Diagnostic Interview)이며 부가적으로 자살, 도박중독, 인터넷 중독 등의 조사도구가 사용됨. 조사는 WHO의 지침을 따르며 조사 결과는 국가 간 비교와 횡문화적 연구의 자료로 활용될 수 있음.
- 가장 최근 조사인 2016년도 역학조사에서는 만 18세 이상의 일반 성인 인구 약 5천 명을 대상으로 진행하였으며(18세 미만의 아동/청소년은 별도로 조사를 시행), 총 17개의 정신질환(니코틴 사용장애, 알코올 사용장애, 불안장애, 우울장애, 인터넷 중독 등)에 대해 질환별 유병률과 정신보건서비스 평생 이용률을 확인함.
- 주요 결과
 - 정신질환 평생 유병률은 25.4%, 일년 유병률은 11.9%. 남성의 평생 유병률은 여성의 1.3배였으며 알코올/니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 평생유병률은 13.2%임.
 - 평생 유병률은 알코올 사용장애(12.2%), 불안장애(9.3%), 기분장애(5.3%, 주요우울장애는 5.0%), 니코틴 사용장애(6.0%), 조현병 스펙트럼장애(0.5%), 약물 사용장애(0.2%) 순으로 나타났으며 남성에서는 알코올 사용장애가, 여성에서는 불안장애의 평생 유병률이 가장 높았음.
 - 주요 정신질환군별 일년 유병률을 보면, 불안장애가 5.7%, 알코올 사용장애가 3.5%, 니코틴 사용장애가 2.5%, 기분장애가 1.9%, 조현병 스펙트럼장애는 0.2%였음.
 - 정신건강문제를 진단받은 국내 성인 중 22.2%가 정신건강 관련 전문가를 한번 이상 방문한 것으로 나타났으며 정신질환별로 정신건강서비스 이용률에 편차가 큰 것으로 나타남. 구체적으로는 기분장애 52.5%, 조현병 스펙트럼 장애 39.3%, 불안장애 27.3%, 알코올 사용장애 12.1%였음.
 - 정신건강서비스를 이용하지 않은 이유에는 정신건강과 치료에 대한 이해력의 문제(예: '나는 정신질환이 없다고 생각했다', '그 정도 문제는 스스로 해결할 수 있다고 생각했다', '치료효과가 있을 거라고 생각하지 않았다'), 정신질환에 대한 편견의 문제(예: '치료받는 것을 다른 사람들이 알면 어떻게 생각할까 걱정되었다'), 정신건강 서비스 접근성의 문제(예: '치료비가 얼마나 들까 걱정하였다', '어디에 가서, 누구를 만나야 하는지 몰랐다', '거리, 교통편, 아이 등의 이유로 치료를 받으러 갈 수 없었다') 등이 있는 것으로 나타남.



◇ 국민 정신건강 지식 및 태도조사 (2019)

- 국립정신건강센터에서 2017년부터 매년 시행중인 조사로 국민들의 정신건강문제에 대한 인식 및 편견을 알아보고 정신건강에 대한 인식을 제고하려는 목적으로 시행됨. 조사 내용에는 응답자의 정신건강 상태와 정신건강문제에 대한 도움 추구 여부, 정신건강 및 정신질환에 대한 태도, 국내 정신건강 관련 기관의 인지도 등이 포함됨.
- 주요 결과
 - 우리나라 국민의 46.8%가 평소 자신의 정신건강 상태에 대해 좋다고 응답하였으며 67.1%는 평소 건강한 정신을 유지하기 위한 노력을 하는 것으로 나타남.
 - 지난 1년간 정신건강문제를 경험한 비율은 62.2%였으며 정신건강문제를 경험했을 때 절반 이상이 일상생활 및 사회활동에서 제한을 받은 것으로 보고되었음. 그러나 정신건강문제로 주변 인이나 전문가에게 도움을 구한 경우는 22%에 그쳤으며 절반 이상이 치료를 받으려 6개월 이상의 기간이 걸리는 것으로 나타남.
 - 정신건강문제를 경험하지 않은 응답자의 경우 상담(상의)을 받지 않으려는 이유는 ‘치료가 필요하나 심각하지 않아 그냥 두면 나아질 것 같아서’(29.9%), ‘별 효과가 없을 것 같아서’(23.6%), ‘정신질환을 스스로 극복해야 하는 것이라서’(22.0%), ‘정신과 치료에 대한 두려움’(10.3%)이나 ‘치료기관을 알지 못해서’(6.2%) 등으로 정신질환에 대한 편견을 해소하고 치료에 대한 정보 및 지식 제공의 중요성이 시사됨.
 - 정신질환에 대한 부정적인 인식과 관련해서 ‘정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다’(64.5%), ‘정신질환에 걸리다면, 나에게 문제가 있어서라고 생각할 것이다’(42.8%), ‘내가 정신질환에 걸리면 몇몇 친구들은 나에게 등을 돌릴 것이다’(39.2%), ‘정신질환에 걸린 사람과 대화하면 나는 불편함을 느낄 것이다’(30.6%), ‘한번이라도 정신질환에 걸리면 평생 문제가 있을 것이다’(24.0%), ‘정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다’(22.6%) 등으로 나타남.

◇ 국내 정신건강 인식 연구의 한계점

- 1) 기존 국내 조사의 정신건강 인식 항목은, 위에서 언급한 정신건강 인식의 다양한 측면(정신 건강 이해력 및 다양한 스티그마의 내용)을 포함하고 있지 못함. 정신질환의 편견에 대한 연구가 일부 이루어지고 있으나 주로 특정 집단의 사회적 편견(public stigma)을 조사한 경우가 대다수였음. 정신건강 서비스 이용에 내재화된 편견(internalized stigma)과 도움추구에 대한 태도가 중요한 것으로 알려져 있으나 서비스 이용과 관련된 요인들을 포괄하는 국내 연구는 거의 없음.
- 2) 주제의 특성상 우리나라 국민의 사회문화적 특수성과 정신보건 서비스 전달체계를 고려하는 것이 중요하나 이와 관련한 내용이 포함되어 있지 않음.
- 3) 추후 국가 간 비교와 변화를 모니터링하기 위해서는 기존의 타당화된 도구를 수정 적용할 필요가 있으나 포함하고 있지 않음.

3. 정신질환 및 정신과 인식 관련 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구 (2019)

- 본 연구팀에서는 2019년에 정신질환 및 정신과 인식에 대한 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구를 진행하였으며 위 연구 결과를 새로운 정신건강지식 및 태도 조사도구에 반영하고자 함. 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구에서는 2016년-2019년 3년간 인터넷 카페, 블로그, Q&A 및 소셜 네트워크 서비스(트위터)에 등록된 text 중 정신질환 및 정신과 관련 키워드를 분석하였음(총 6,097,369 개의 text를 선별하여 분석함). 주요 내용은 다음과 같음.

○ 우울증 관련 키워드

- ✓ 우울증 치료를 위한 병원으로 정신과를 우선적으로 고려하지만, 정신과에 대한 막연한 두려움으로 한의원을 대안으로 삼기도 함(비율은 정신과 65%, 한의원 35%).
- ✓ 우울증도 노력하고 도움을 받아 적극적으로 치료해야 할 질병이라는 인식이 확산됨.

○ 정신과 관련 키워드

- ✓ 내과, 외과 등의 다른 과 진료와 비교해보았을 때 정신과는 '처음' 가니까 '정보'가 중요한 것으로 나타남.
- ✓ '도전' 해야 하는 정신과: 정신과는 전문적인 치료를 받으러 가는 곳이기 때문에 '도전', '가격'과 같은 심리적 진입장벽이 존재함.
- ✓ 정신과에 대한 잘못된 정보나 편견으로 인해 정신과를 가지 않고 내과에서 정신과 약을 처방받으려는 경우도 있음.
- ✓ 동네 병원과 대학병원을 비교했을 때, 대학병원과 같은 큰 병원을 선호하는 경향이 있으나 둘 중에 어디를 먼저 가야하는지 모르는 경우도 많음.

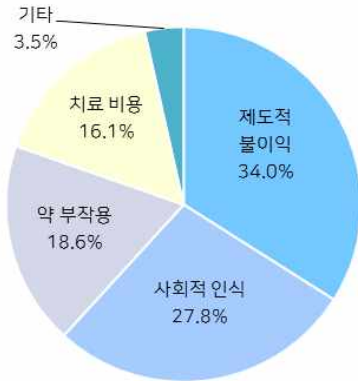
○ 정신과 진입장벽 관련 키워드

- ✓ 정신과의 진입장벽 중 제도적 불이익과 사회적 인식이 절반 이상을 차지하는 것으로 나타남 (61.8%). 이 중에서도 특히 정신과 기록에 대한 우려가 가장 높음.
 - 1) **정신과 기록:** 기록이 남으면 보험 가입이 제한되거나 대학 입시, 취업 등에 불이익이 생길 것을 우려하여 비보험으로 진료하는 경우도 있음.
 - 2) **정신과 약:** 복용했을 때 발생하는 부작용과 장기복용 시 내성이 생기거나 약물에 대한

의존도가 높아질 것 우려.

- 3) **정신과 진료비용:** 치료비용에 대한 부담도 정신과 방문을 망설이게 하는 요인 중 하나임. 다만 2018년 7월부터 정신과 치료 본인부담 최대 39% 감소되어 제도적 개편 이후 정신과 진료비에 대한 부담이 비교적 줄어들음.
- 4) **접근성이 낮은 정신과, 불친절한 정신과 의사:** 의사들의 무성의한 태도나 비밀 보장에 대한 불신 등은 전체에서 차지하는 비중은 낮지만 환자들이 재방문을 꺼리는 결정적 요인으로 작용함.

[정신과 진입장벽 카테고리별 비중]



category	freq	share
제도적 불이익	28228	34.00%
사회적 인식	23075	27.80%
약 부작용	15413	18.60%
치료 비용	13384	16.10%
기타	2927	3.50%

[카테고리별 TOP3]

rank	제도적 불이익	freq	사회적 인식	freq	약 부작용	freq	치료 비용	freq	기타	freq
1	기록	14690	미친사람	7710	부작용	11535	진료비	6361	덜다	1071
2	공무원	4202	부정적인식	6340	내성	1841	약값	1981	무시하다	883
3	보험가입	2968	편견	5587	금단현상	1021	비싸다	1341	접근성	661

그림 3. 정신과 진입장벽 카테고리 별 비중

4. 연구 목적

- 본 연구에서는 정신건강에 대한 이해력, 편견 그리고 도움추구 태도 등 정신건강 인식과 관련하여 다양하고 구체적인 내용을 포함할 수 있도록 조사 도구를 재정비하고자 함.
- 이를 통해 마련된 근거와 재정비된 도구를 활용하여 궁극적으로는 대국민 정신건강 지식 및 태도 조사가 우리나라 국민들의 정신건강 인식 형성의 모델을 제시하고 변화의 전략을 수립하기 위해 충분히 기여할 수 있도록 하고자 함.

제 3장. 국내외 정신건강인식 도구 검토

1. 연구 방법



그림 4. 연구 흐름도

1) 국내외 정신건강 인식 조사 및 조사도구 리뷰

- ◇ 최근 10년간 출판된 정신건강 인식과 관련한 조사 및 연구 결과를 체계적으로 리뷰
 - 조사 및 연구 주제는 정신건강 이해력(literacy) 및 편견(stigma)을 포함하며 편견의 경우 public, personal, internalized, help-seeking attitude 등 다양한 측면을 포함하도록 함
 - 정신건강 인식 조사는 다음의 항목에 따라 체계적 분류 및 정리하고자 함
 - 연구범위가 어떠한가? 예) 지역사회/의료기관, 국가별
 - 연구대상자는 누구인가? 예) 연령별, 학생/의료인/공무원 등 특수 집단별
 - 연구방법은 어떠한가? 예) 대면조사, 전화조사, 온라인조사 등
 - 사용된 연구도구는 무엇인가? 조사에 사용된 도구를 정리
- ◇ 최근 10년간 출판된 정신건강 인식 측정도구 개발연구를 리뷰
 - 연구 주제는 정신건강 이해력(literacy) 및 편견(stigma) 측정 뿐 아니라 서비스 이용의 다양한 barrier 측정 연구를 포함
 - 연구 방법은 아래 항목에 따라 체계적 분류 및 정리하고자 함
 - 개발지역이 어디인가? 예) 국내, 아시아, 서구
(도구가 개발된 지역에 따른 사회문화적 특이성을 고찰)
 - 연구대상자가 누구인가? 예) 환자 대상, 일반인 대상, 환자 가족 대상
 - 조사도구 종류는 무엇인가? 예) 양적 도구, 질적 도구, case vignette 이용한 도구 등
 - 타당화된 도구인가?
 - 사용 요청 및 저작권 문제 등

- ◇ 본 연구팀이 기 수행한 ‘정신질환 및 정신과 인식 관련 소셜 미디어 빅데이터 분석 연구’ 결과를 반영하여 선별 도구 재점검
 - 2016년-2019년 3년간 인터넷 상에 등록된 text 중에 정신질환 및 정신과 관련 키워드를 분석함.
 - 자연어 처리 및 분석: SOCIALmetrics™ engine provided by Daumsoft
 - 정신과와 연관된 총 6,097,369개의 text를 선별하여 분석함
- ◇ 국내외 정신건강 인식 조사 및 조사도구 리뷰는 다음 사항을 고려하여 진행함
 - Pubmed, PsycInfo, CINHAL, Web of Science 등의 database에서 관련된 외국 문헌 search
 - 대규모 조사 사업, 저널 인용 지수, 피인용 횟수를 고려하여 문헌 선택
 - 측정도구의 개발 과정, 신뢰도, 타당도가 검증된 문헌 선택
 - 국내 연구의 경우 국내 비의학 저널 출판 연구 및 지역사회 조사사업 보고서 등도 포함
 - 정신건강 인식 및 태도에 대한 도구를 개념별로 분류하여(Help-seeking, Literacy, Stigma) 조사
 - 연구 진행의 편의를 위해 literacy 팀과 stigma 팀으로 나누어 문헌조사를 수행하고 향후 조사도구 선별을 위해 매주 회의를 통해 조사된 내용을 공유 및 종합함

진행팀	리뷰 내용
Literacy 팀 -연구자 1 (MD) -연구자 2	최근 10년간 -정신건강 이해력 조사 및 연구 리뷰 -정신건강 이해력 측정도구 개발 연구 리뷰 -정신건강 이해력 증진 개입 연구 리뷰
Stigma 팀 -연구자 3 (MD) -연구자 4	최근 10년간 -정신질환 스티그마 조사 및 연구 리뷰 -정신건강 스티그마 측정도구 개발 연구 리뷰 -정신건강 스티그마 개입 연구 리뷰

표2. 문헌리뷰 진행방식

2) 정신건강인식 조사도구 선별

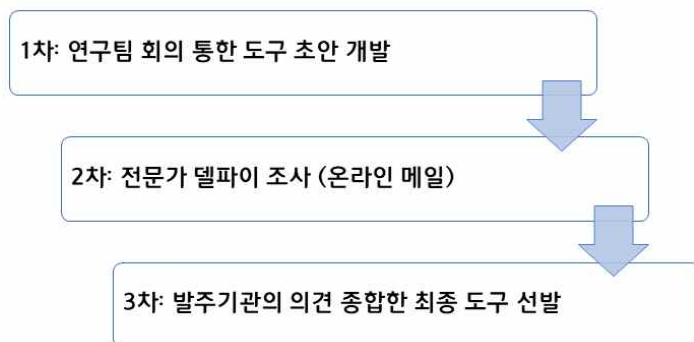


그림 6. 정신건강인식 조사도구 개발 프로세스

◇ 기존 문헌의 체계적 리뷰를 통해 정리된 조사 도구 1차 선별

- 연구팀 회의를 통해 도구를 1차 선별하여 새로운 조사도구를 개발함. 선별 기준은 아래와 같으며 선별된 도구를 단독으로 활용하거나, 필요한 문항들을 조합하여 활용할 가능성을 고려함
 - ✓ 정신건강 인식의 다양한 측면을 포함하였는가?
 - ✓ 다양한 대상자에게 적용할 수 있는 도구인가? 예) 환자/고위험군, 일반인, 고령층 등
 - ✓ 우리나라 사회문화적 특이성을 반영할 수 있는 도구인가?
 - ✓ 연속적으로 측정하여 변화를 볼 수 있는 도구인가?
 - ✓ 인식 개선 개입의 효과를 특정할 수 있는 도구인가?

◇ 전문가 델파이 조사를 통한 조사도구 2차 선별

- 연구팀이 1차 선별한 조사 도구를 정신건강전문가 집단의 의견을 물어 조사도구의 실행가능성, 타당성 및 필요성에 대한 의견을 취합함
- 필요한 경우, 선별된 조사 도구의 사용 허가를 원저자에게 받고 전문가 델파이 조사 결과를 토대로 기존 문헌에는 없지만 국내 현실을 반영할 수 있는 문항을 도출하거나 국내의 사회문화적 상황과 맞지 않는 문항을 삭제할 수 있음

◇ 최종 도구 선별

- 델파이 조사와 중간보고회 피드백 내용을 바탕으로 선별된 도구의 최종 타당도 및 실행가능성에 대해 논의하고 우리나라 국민의 정신건강 인식 형성 모델의 기반이 될 수 있는지, 향후 정신건강 인식 개선을 위한 개입의 효과 측정 도구로 활용 가능한지 등에 대한 토론

3) 국민 정신건강지식 및 태도 조사 방법 제언

- 기존 국민 정신건강지식 및 태도 조사의 제한점 및 개선점을 고찰하고 본 연구에서 선별한 도구의 실행 가능성을 검토
- 중간보고회 이후 국립정신건강센터의 의견을 종합한 형태로 보완



그림 7. 연구일정 및 연구 실행 계획도

2. 국내외 도구 연구 현황

- 정신건강인식 도구의 검토는 정신건강 이해력(mental health literacy)에 관한 리뷰논문을 중심으로 하여 진행됨(Wei et al., 2015). 위 논문에서는 정신건강 이해력을 정신질환과 정신건강에 대한 지식(knowledge of mental illness and positive mental health), 정신질환에 대한 태도(stigma), 도움추구의 효용성(help-seeking efficacy)의 세 가지 개념으로 구분함. 이를 기준으로 하여 총 401개의 논문을 리뷰하고 각 연구에서 개발되거나 사용된 도구를 세 가지 개념으로 분류함.



그림 8. 정신건강 인식의 구성요소

- 1) **정신건강 지식 측정도구**(knowledge measures, 총 69개, 타당화된 도구 14개): 정신건강 지식 측정도구는 주로 정신질환을 인식할 수 있는 능력(ability of illness identification)과 정신질환에 대한 용어, 병인, 진단, 예후, 결과 등에 대한 사실적 지식을 측정함
 - 2) **정신건강 스티그마 측정도구**(stigma measures, 총 111개, 타당화된 도구 65개): 정신건강 스티그마 측정도구는 정신질환 또는 정신질환자에 대한 스티그마를 측정하거나 자기-스티그마(self-stigma), 경험된 스티그마(experienced stigma), 정신건강 치료 및 도움추구와 관련된 스티그마 등의 내용을 포함함
 - 3) **정신건강 도움추구 측정도구**(help-seeking measures, 총 35개, 타당화된 도구 10개): 도움추구 측정도구는 도움추구에 대한 태도, 도움을 추구하고자 하는 의도, 실제 도움추구 행동 등으로 구성된 조사도구가 포함됨.
- 위의 분류에 따라 국내에서 개발되거나 번안된 도구도 함께 조사하였음. 다른 나라에 비해서 우리나라의 정신건강 이해력 연구는 매우 적음. 2009년 처음으로 우울증에 대한 지식과 신념을 조사한 이후로 적은 수의 논문이 보고되었으며, 매년 시행하는 대국민 정신건강지식 및 태도조사에도 정신건강 이해력의 일부를 측정하는 문항이 포함되어 있지만, 기존 연구의 결과 정신질환의 종류에 따른 정보와 태도의 차이가 큼에도 불구하고 정신질환을 분류하지 않고 있어 결과 해석이 어려움. 국내의 정신건강인식 측정도구들은 대개 기존의 해외 도구를 번안 및 타당화하거나 대체로 상담 영역에서의 도움추구를 측정하는 도구를 개발하는 연구로 Jorm 등(1997)이 제시한 정신건강 인식의 여러 영역을 포괄하는 도구는 없었음.

1) 정신건강지식 주요 도구(Knowledge measures)

번호	도구명
1	MHLS
2	MAKS
3	WPA-OD
4	MHKQ
5	D-Lit
6	A-Lit

① MHLS (Mental Health Literacy Scale)

측정 내용	주로 정신건강지식과 태도를 측정함. 도구는 Jorm's Vignette Interview, 호주 통계청 자료 및 전문가 의견을 반영하여 개발됨
문항 수	35문항
측정 방법	4점 또는 5점 리커트 척도
하위 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 정신장애 식별 능력(8문항) 2. 정신건강 위험요인과 원인에 대한 지식(2문항) 3. 자가치료(self-treatment)에 대한 지식(2문항) 4. 이용 가능한 전문적인 도움에 대한 지식(3문항) 5. 정신건강 정보를 찾는 방법에 대한 지식(4문항) 6. 도움추구 인식 및 적절한 도움추구를 증진시킬 수 있는 태도(16문항)
기타	<p>※ 국내 번안 및 타당화</p> <ul style="list-style-type: none"> - 김희철(2019). 한국어판 정신건강정보이해능력 척도(MHLS-K)의 타당화 연구 - 4요인/18문항/4점 리커트 척도 - 하위요인 <ol style="list-style-type: none"> 1) 정신장애인에 대한 태도 2) 도움추구 효능감 3) 각각 정신질환의 인지능력 4) 정신질환 및 정신건강서비스에 대한 지식

② MAKS (Mental Health Knowledge Schedule)

측정 내용	주로 정신건강과 관련된 지식을 측정하기 위해 개발됨. 일반 대중의 스티그마 (stigma)와 연관된 정신건강 지식을 평가하며 anti-stigma 개입의 효과를 평가하는 데 사용될 수 있음
문항 수	12문항
측정 방법	5점 리커트 척도
하위 요인	<ul style="list-style-type: none"> - 6문항: 도움추구, 인식, 지원, 취업, 치료, 회복과 관련된 문항 <ul style="list-style-type: none"> · 정신건강에 문제가 있는 대부분의 사람들은 보수를 받는 일을 하기 원한다. · 친구가 정신건강에 문제가 있다면, 나는 전문적인 도움을 받을 수 있도록 어떤 조언을 줄 지 알고 있다. · 약물치료는 정신건강에 문제가 있는 사람들에게 효과적일 수 있다. · 정신치료(예, 심리치료/상담)는 정신건강문제가 있는 사람들에게 효과적일 수 있다. · 심한 정신건강문제가 있는 사람들은 완전히 회복될 수 있다. · 정신건강문제가 있는 대부분의 사람들은 도움을 받기 위해 건강 전문가에게 간다. - 6문항: 정신질환(우울장애, 스트레스, 조현병, 양극성장애, 약물중독, 슬픔)에 대한 친숙도(familiarity)를 묻는 문항

③ WPA-OD (World Psychiatric Association Open the Doors)

측정 내용	영국의 중학생을 대상으로 한 연구에서 사용되었으며 정신건강 이해력, 정신건강문제를 지닌 사람에 대한 태도 등을 평가하기 위한 내용들로 구성됨
문항 수	총 10문항
측정 방법	5점 리커트, 개방형 질문
하위 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 정신건강이해력(Literacy) (4문항) <ul style="list-style-type: none"> 예) 정신건강문제는 스트레스에 의해 발생한다. 조현병을 앓고 있는 사람들은 분열된 성격을 지니고 있다. 2. 정신건강문제를 지닌 사람에 대한 특성(attribute) (5문항) <ul style="list-style-type: none"> 예) 정신건강문제를 지닌 사람들은 폭력적일 가능성이 높다. 정신건강문제를 지닌 사람들은 예측할 수 없다. 3. 개방형 질문: 정신건강문제를 지닌 사람을 묘사하도록 함.

④ MHKQ(Mental Health Knowledge Questionnaire)

측정 내용	중국의 보건복지부에서 개발한 도구로, 정신건강에 대한 인식, 신념, 태도를 측정하기 위해 개발됨. 중국의 국민들의 정신장애에 대한 지식 및 태도를 조사하기 위한 연구들에서 사용됨
문항 수	총 20문항
측정 방법	- 예/아니오로 응답 - 점수가 높을수록 정신건강이해력이 높음
하위 요인	1. 정신건강 홍보활동에 대한 인식 (4문항) 예) 국제 자살예방의 날에 대해 들어본 적 있나요? 2. 정신장애가 흔치 않고 변화 불가능하다는 신념 (5문항) 예) 중년 혹은 노인들은 심리적 문제와 정신장애를 덜 겪는다. 3. 심리적 문제와 정신장애의 정상화 (6문항) 예) 심리적 문제나 정신장애가 있는 것으로 의심된다면 심리 혹은 정신과 서비스가 필요할 것이다. 4. 정신장애는 전반적 안녕감(well-being)의 일부라는 인식 (3문항) 예) 긍정적인 태도, 좋은 대인관계, 건강한 생활방식은 정신건강을 유지하는데 도움이 된다. 5. 정신장애 원인에 대한 잘못된 신념 (2문항) 예) 모든 정신장애들은 외부 스트레스 요인에 의해 발생한다.

⑤ D-Lit(Depression Literacy Questionnaire)

측정 내용	우울에 대한 지식을 측정하는 문항으로 구성되며 우울증의 증상과 특징뿐만 아니라 치료에 대한 지식까지 다루고 있음
문항 수	각각 22문항씩
측정 방법	- 예/아니오/모름으로 응답 - 점수가 높을수록 정신건강이해력이 높음
문항 내용 (예시)	- 우울한 사람들은 그들의 잘못이 아님에도 죄책감을 느낀다(T). - 무모하고 신중하지 못한 행동은 우울증의 증상일 수 있다(F). - 사람들은 우울증의 결과로 행동이 느려지거나 초조해질 수 있다(T). - 우울증이 있는 대부분의 사람들은 입원이 필요하다(F). - 인지행동치료는 경도에서 중등도 우울증에서 항우울제만큼 효과적이다(T). - 항우울제는 중독성이 있다(F).

⑥ A-Lit(Anxiety Literacy Questionnaire)

측정 내용	불안에 대한 지식을 측정하는 문항으로 구성됨
문항 수	각각 22문항씩
측정 방법	- 예/아니오/모름으로 응답 - 점수가 높을수록 정신건강이해력이 높음
문항 내용 (예시)	- 불안장애가 있는 사람들은 횡설수설하거나 앞뒤가 맞지 않게 이야기한다(F). - 지나친 걱정은 불안장애의 주요한 증상이다(T). - 근육긴장은 불안장애의 증상일 수 있다(T). - 불안장애는 당신의 집중력에 영향을 주지 않는다(F). - 항불안제 복용을 빠르게 중단하는 것은 문제가 되지 않는다(F).

2) 정신건강 스티그마 주요도구 (Stigma measures)

번호	도구명	번호	도구명
1	Link SDS	6	DSS
2	RIBS	7	AQ/AQ-27/r-AQ
3	OMI	8	AMIQ
4	CAMI	9	ISMI/ISMI-10
5	PDD	10	CESQ

① Link SDS (Link's Social Distance Scale)

측정 내용	정신건강문제가 있는 사람에 대한 사회적 거리감을 측정
문항 수	7문항
측정 방법	-정신건강문제를 겪고 있는 Jim Johnson이라는 남성을 묘사하는 Vignette를 읽고 Jim Johnson과 같은 사람과 얼마나 가깝게 지낼 수 있는지를 묻는 문항에 응답하도록 함 -4점 리커트 척도
문항내용	1. Jim Johnson 같은 사람에게 당신의 집에 있는 방을 대여해준다면 어떠할 것 같습니다? 2. Jim Johnson 같은 누군가가 직원이라면 어떠할 것 같습니다? 3. Jim Johnson 같은 누군가가 이웃이라면 어떠할 것 같습니다? 4. Jim Johnson 같은 사람이 당신의 아이들을 몇 시간 동안 돌본다면 어떠할 것 같습니다? 5. 당신의 자녀가 Jim Johnson 같은 사람과 결혼한다면 어떠할 것 같습니다? 6. Jim Johnson을 당신과 친한 젊은 여성에게 소개한다면 어떠할 것 같습니다? 7. Jim Johnson 같은 사람을 당신의 친구에게 직원으로 추천한다면 어떠할 것 같습니다?

② RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale)

측정 내용	정신건강 문제가 있는 사람에 대한 개인적인 경험(reported behavior)과 정신건강 문제가 있는 사람과 사회적으로 가깝게 지낼 의향(intended behavior)이 얼마나 있는지 측정. 스티그마 개입 운동의 outcome variable로도 사용됨
문항 수	8문항
측정 방법	5점 리커트 척도
하위 영역	- 4가지 상황 : 정신건강문제가 있는 사람과 1)함께 사는, 2)일하는, 3)가까이에 사는, 4)관계를 지속하는 상황

③ OMI (Opinions about Mental Illness)

측정 내용	건강기관 종사자(Health care personnel)의 정신질환에 대한 태도를 평가하기 위해 개발됨. 정신질환의 원인, 치료, 예후에 대한 의견이나 태도를 반영하는 문항들로 구성됨. 낙인을 측정하는 내용이 다소 오래되어 어휘가 어색하거나 사회적 변화가 반영되어있지 않음
문항 수	54문항(척도 간 중복되는 문항 있음)
측정 방법	6점 리커트 척도
하위 영역	1. 권위주의(Authoritarianism) (24문항) 2. 자비심(Benevolence) (9문항) 3. 정신위생이념(Mental hygiene ideology) (11문항) 4. 사회적 제한(Social restrictiveness) (11문항) 5. 대인관계 병인(Interpersonal etiology) (7문항)
기타	※ 국내 번안 - 한덕웅, 이민규(2003). 정신질환에 관한 사회적 표상의 변화: 1976년과 1995년간의 비교 - 김정남(2003). 정신장애인에 대한 사회적 낙인 척도 개발

④ CAMI (Community Attitudes towards the Mentally II)

측정 내용	일반 주민들의 정신질환자에 대한 태도를 측정하기 위해 개발됨. 정신질환자의 탈시 설화와 정신질환의 유전적 원인론에 대한 내용이 반영되어 있지 않은 OMI의 제한 점을 개선한 도구
문항 수	40문항
측정 방법	5점 리커트 척도
하위 영역	1. 권위주의(Authoritarianism) (10문항) 2. 자비심(Benevolence) (10문항) 3. 사회생활제한(Social restrictiveness) (10문항) 4. 지역정신보건 개념(Community mental health ideology) (10문항)
기타	※ 국내 번안 및 타당화 - 이주훈 외 (1996). 수서 일원 지역주민의 정신질환자에 대한 태도

⑤ PDD (Perceived Devaluation-Discrimination)

측정 내용	정신과 환자들에 대한 가치절하 및 차별에 대한 신념을 측정하기 위한 도구로 주로 perceived stigma를 측정함. 국내 정신질환 역학조사에서 사용됨.
문항 수	12문항
측정 방법	6점 리커트 척도
문항 내용	<ol style="list-style-type: none"> 1. 대부분의 사람들은 정신과 환자였던 사람을 기꺼이 친구로 받아들일 수 있다. 2. 대부분의 사람들은 정신과 환자도 일반사람과 똑같은 지능을 가지고 있다고 생각한다. 3. 대부분의 사람들은 정신과 환자였던 사람도 일반사람들처럼 일을 할 수 있다고 생각한다. 4. 대부분의 사람들은 완전히 회복한 정신과 환자가 학교에서 아이들을 가르치는 것을 허락한다. 5. 대부분의 사람들은 정신질환을 앓았던 것을 인생의 실패라고 생각한다. 6. 대부분의 사람들은 이전에 정신과 환자였던 사람이 한동안 별 문제 없이 잘 지냈어도 내 아이 돌보는 일을 맡기지 않을 것이다. 7. 대부분의 사람들은 정신과 환자였던 사람을 열등하다고 생각한다. 8. 대부분의 회사에서는 정신과 환자였던 사람이라도 일을 잘 할 수 있다면 채용할 것이다. 9. 대부분의 회사에서는 정신과 환자였던 사람보다 일반인을 더 선호할 것이다. 10. 우리 지역사회의 대부분의 사람들은 정신과 환자였던 사람을 보통 사람과 똑같이 대해준다. 11. 대부분의 사람들은 심각한 정신장애를 앓았던 사람과 데이트하기를 싫어할 것이다. 12. 정신과 환자였던 사람의 의견은 진지하게 받아들이기 어렵다.

⑥ DSS (Depression Stigma Scale)

측정 내용	우울증에 대한 스티그마(stigma)를 측정. 호주의 MHLQ에서도 변형되어 사용됨.
문항 수	18문항
측정 방법	5점 리커트 척도
하위 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1) personal stigma (9문항) <ul style="list-style-type: none"> 예) 우울증이 있는 사람들은 마음만 먹으면 극복해낼 수 있다. 예) 우울증은 개인적인 나약함을 나타내는 것이다. 2) public stigma (9문항) <ul style="list-style-type: none"> 예) 대부분의 사람들은 우울증이 있는 사람들이 마음만 먹으면 극복해낼 수 있다고 생각한다. 예) 대부분의 사람들은 우울증이 개인적인 나약함을 나타내는 것이라 생각한다.

3) 정신건강 도움추구 주요 도구 (Help-seeking measures)

번호	도구명
1	ATSPPH/ATSPPH-SF
2	IASMHS (revision of ATSPPH)
3	GHSQ, GHSQ-V
4	AHSQ
5	ISCI
6	MHSAS
7	MHSIS
8	WMH-CIDI
9	SSOH
10	SSRPH

① ATSPPH (the Attitudes Toward Seeking Professional Help Scale)

측정 내용	도움추구 및 상담과 관련된 태도를 측정
문항 수	총 29문항
측정 방법	4점 리커트 척도
하위 요인	1. 도움에 대한 필요성(Need) (8문항) 예) 다른 많은 일들처럼 정서적인 어려움은 저절로 해결되는 경향이 있다. 2. 낙인에 대한 내인성(Stigma) (5문항) 예) 정신질환을 앓았다는 것은 부끄러운 일이다. 3. 자기 문제에 대한 개방성(Openness) (7문항) 예) 나는 나의 개인적인 어려움에 대해서 알려고 하는 사람들에게 화가 난다. 4. 전문가에 대한 신뢰(Confidence) (9문항) 예) 만약 내가 정신건강문제가 생긴다면 우선적으로 전문적인 도움을 받고 싶을 것이다.
기타	※ ATSPPH-SF -ATSPPH의 단축형(short form) 척도 -총 10문항 -원 척도의 도움에 대한 필요성(Need)과 전문가에 대한 신뢰(Confidence)에 해당하는 내용을 1)상담에 대한 긍정적 태도 및 필요성, 2)상담에 대한 부정적 태도와 필요성으로 구성함 ※ ATSPPH의 한계(오래된 어휘 사용, psychiatrist와 psychologist 구분 모호 등)를 보완하기 위해 이후 IASMHS 등이 개발됨

② GHSQ (General Help-Seeking Questionnaire)

측정 내용	세 가지 정신적 문제가 있을 경우, 도움추구를 할 것인지와 누구에게 도움을 구할지를 측정하고자 함
문항 수	총 3가지 문항
측정 방법	7점 리커트 척도
문항 내용	세 가지 상황(개인적 또는 정서적인 어려움, 불안 또는 우울, 자살 사고)에서 각각의 항목에 얼마나 도움을 추구할 용의가 있는지를 묻음 예) 만약 당신이 개인적이거나 정서적인 어려움이 있다면, 다음의 사람들에게 도움을 구할 용의가 얼마나 있나요? 각각의 목록에서 당신이 도움을 추구할 의향이 얼마나 있는지 숫자에 표시하십시오. (목록: 친밀한 사람, 친구, 부모, 친척이나 다른 가족, 정신건강 전문가, 의사, 핫라인 전화, 목사 또는 종교인, 누구에게도 도움을 구하지 않을 것, 기타)
기타	※ GHSQ-V 기존 GHSQ에서 Vignette(스트레스, 불안, 우울, 자살사고, 물질남용, 정신증, 심장 질환) 상황을 추가로 제시하고 그러한 상황에서 각각 도움 추구 목록에 있는 항목에 얼마나 도움을 추구할 용의가 있는지 측정

③ ISCI (Intentions to Seek Counseling Inventory)

측정 내용	여러 가지 문제 상황에서 얼마나 상담이나 심리치료를 받으러 올 것인지 상담에 대한 의도를 측정
문항 수	총 17문항
측정 방법	4점 리커트 척도
하위 영역	1) 심리적 & 대인관계적 문제 2) 물질 사용 문제 3) 학업 문제 4) 체중조절 문제

2. 조사도구 개발에 참고한 주요 도구

1) MHLQ (Mental Health Literacy Questionnaire)

- 정신건강에 대한 인식 수준이 높은 것으로 알려진 호주에서는 국가정신보건계획에 따라 1995년부터 호주의 보건복지부(Department of Health and Ageing)의 지원을 받아 정신건강 이해력 및 편견에 대한 국가적 조사가 이루어지고 있음. MHLQ는 Jorm 등이 개발하여 1995년부터 현재까지 호주의 국민건강조사(National Survey of Mental Health Literacy)에서 사용되고 있는 도구로, 정신질환을 묘사하는 Case Vignette를 제시하고 Case Vignette와 관련된 정신장애에 대한 인식과 도움 추구에 대한 신념, 의학적/심리학적/자조적 개입법, 정신질환의 원인, first-aid actions, 스티그마/태도를 측정함.
- 성인을 대상으로 한 국가 단위의 조사는 1995년, 2003-4년, 2011년 총 세 차례 이루어졌으며, 청소년을 대상으로 한 조사 또한 개별적으로 이루어졌음. 2011년도에는 15세 이상의 국민을 대상으로 하여 일부 청소년과 성인을 대상으로 시행됨.

측정 내용	정신장애의 인식, 도움추구, 스티그마, 치료에 대한 신념 및 예후, 원인 등 정신건강 이해력에 대한 다양한 내용을 포괄하고 있음
문항	-Case Vignette 6가지 -Case Vignette와 관련된 문항
측정 방법	-전화조사 -개방형 질문(open-ended questions) -응답자들은 Case Vignette 중 하나에 무작위로 배정되며 사례를 읽고 나서 그와 관련된 일련의 문항들에 응답하게 됨
하위 요인	1. Case Vignette의 종류 1) 주요우울장애 2) 자살사고가 있는 주요우울장애 3) 조기 조현병 4) 만성 조현병 5) 외상후스트레스장애 6) 사회공포증 2. Case Vignette와 관련된 문항 1) 정신건강문제 인식(recognition) 2) 정신건강문제 관련 도움추구(mental health first aid response) 3) 정신질환자에 대한 경험(contact with people like those in the vignette) 4) 스티그마(stigma) 5) 치료 및 예후에 대한 신념(beliefs about treatment and long-term outcomes) 6) 정신건강문제의 원인 및 위험요인에 대한 신념(beliefs about causes and risk factors)
주요 결과	-1997년도 주요 조사 결과 (Jorm et al., 1997) ○ 총 2가지 vignette(우울증, 조현병)에 대해 대부분의 응답자들은 정신건강문제가 있음을 인식하였으며, 우울증에서는 39%, 조현병에서는 27%의 응답자가 정확한 병명

(labeling)을 말함

○ 우울증 사례에서 가장 도움이 될 것 같은 사람을 묻는 질문에 일반의(83%)와 상담가(74%)가 가장 도움이 된다고 인식하고 있었으며 정신과 의사(51%)와 심리학자(49%)는 그에 비해 낮은 응답을 보임. 조현병 사례에서는 가장 도움이 될 것 같은 사람은 상담가(81%), 일반의(74%), 심리학자(62%) 순으로 도움이 될 것이라 여기는 것으로 나타남

○ 많은 정신과적 치료(항우울제, 항정신병약, 전기충격요법, 정신병동 입원 등)에 대해 도움이 되기보다는 해로울 것이라고 인식하고 있었으며 비정신과적 요법(예, 신체 및 사회적 활동, 휴식과 스트레스 관리 등)이 매우 도움이 된다고 응답함

-2003-4년도 주요 조사 결과 (Jorm et al., 2005)

○ 총 4가지 vignette(우울증, 자살사고 있는 우울증, 조기 조현병, 만성 조현병)에서 우울증과 자살사고가 있는 우울증의 병명을 정확히 맞힌 비율은 각각 65.3%, 77.3%였음. 조기 및 만성 조현병 사례에서는 각각 34.8%, 9.6%의 비율로 정확한 응답을 하여, 정신질환의 종류에 따라 인식도가 달라짐을 확인함

○ 가장 도움이 되는 방법에 대한 질문에는 우울증 및 자살사고가 있는 우울증에서는 일반의, 상담가, 친한 친구, 신체 활동, 독서, 외부활동(getting out more), 이완학습, 건강정보 얻기 등이 가장 도움이 된다고 응답하였음. 두 개의 조현병 사례에서도 유사하였으나 일반의가 도움이 된다는 대답이 다소 낮았으며 정신과 의사가 도움이 된다는 응답이 약간 높았음

○ 예후에 대한 신념에서는 응답자 대부분 전문적인 도움을 받는 경우 완전히 회복(full recovery)하거나 완전히 회복하나 재발할 가능성이 있을 것(full recovery with later relapse)으로 인식하고 있었음

-2011년도 주요 조사 결과 (Reavley & Jorm, 2011)

○ 총 6가지 vignette(우울증, 자살사고 있는 우울증, 조기 조현병, 만성 조현병, 외상후스트레스장애, 사회공포증)에서 응답자의 75%가 정확하게 우울증을 인식하고 있었으며 조현병과 외상후스트레스장애의 인식률은 약 33% 정도로 유사하였음. 다만, 사회공포증에서는 정확한 응답을 한 비율이 9.2%에 불과해 상대적으로 다른 장애군에 비해 낮은 인식률을 보임

○ 응답자들은 일반의, 상담가, 항우울제, 항정신병약(조현병의 경우) 및 신체 활동이나 이완과 같은 생활방식상의 개입(lifestyle intervention)이 도움이 된다고 응답하였고 예후에 대해서는 낙관적으로 인식하여, 치료를 받은 후에는 재발이 있다 하더라도 회복을 할 것으로 보았음

○ 정신질환에 대한 스티그마를 측정한 결과 만성 조현병이 가장 위험하고, 예측불가능하며, 고용을 꺼리는 것으로 나타난 반면, 사회공포증은 개인적인 취약함으로 인식하는 경향이 있었음. 정신질환자의 위험성과 사회적 거리감은 정신장애가 있는 개인의 성별이 여성일 때보다 남성일 때 더 높았으며 응답자는 자신보다 다른 사람들이 더 차별적 태도(stigmatizing attitude)를 보인다고 인식하였음

2) CAQ (Case Assessment Questionnaire)

- CAQ는 중국의 보건복지부에서 개발한 도구로, 중국의 국민들을 대상으로 정신장애에 대한 지식과 태도를 평가하기 위한 연구에서 사용되고 있는 도구임
- MHLQ와 유사하게 정신건강문제를 묘사하는 사례가 주어지고 그와 관련된 정신건강인식 문항에 응답함. Wang 등(2013)의 연구에서는 강박장애 사례를 불안장애로 바꾸어 사용함
- 본 도구는 중국에서 개발되어 아시아 지역의 문화적인 특수성을 드러내는 문항(예, 빙의, 한의사 진료)이 포함되어 있으며 객관식으로 응답하도록 제작됨. 본 연구에서는 아시아의 사회문화적 특성을 반영하기 위해 CAQ의 답안지 일부를 참고하였음.

측정 내용	정신건강문제를 인식하는 능력, 정신건강문제의 원인, 도움추구 방법, 스티그마 등을 측정함
문항 수	-5가지 사례(우울증, 조증, 조현병 양성증상, 조현병 음성증상, 강박장애) -사례에 대한 9문항
측정 방법	객관식 응답
문항 내용	<p>1. 이 사람의 문제는 무엇입니까? ① 소진 ② 신체적 문제 ③ 정신적 문제 ④ 빙의 ⑤ 어느 것도 아님 신체적 또는 심리적 문제가 있다고 생각되면 다음 질문에 계속 대답하십시오.</p> <p>2. 이 사람이 겪는 문제의 이름은 무엇입니까? ① 신체쇠약 ② 신경쇠약 ③ 우울 ④ 조증 ⑤ 강박장애 ⑥ 불안장애 ⑦ 조현병 ⑧ 다른 문제 ⑨ 모름</p> <p>3. 이러한 유형의 문제의 주된 원인은 무엇입니까? ① 부정적인 생활사건 ② 업무 스트레스 ③ 유전적 질병 ④ 사고 문제 ⑤ 빙의 ⑥ 다른 원인</p> <p>4. 당신이 그를 돕고 싶다면, 이 사람에게 무엇을 하도록 제안할 것입니까? ① 친구나 가족에게 이야기하기 ② 휴식 ③ 의사(western) 진료 ④ 한의사 진료 ⑤ 정신과의사 진료 ⑥ 기타 ⑦ 모르겠음</p> <p>5. 대부분의 이웃들은 이 사람을 어떻게 생각합니까? ① 그가 매우 이상하다고 생각함 ② 그의 행동을 두려워함 ③ 그를 불쌍하다고 생각함 ④ 특별한 점이 없음 ⑤ 어느 것도 아님</p> <p>6. 당신은 이 사람처럼 될 가능성이 있다고 생각합니까? (예/아니오)</p>

	<p>7. 이 사람은 판단능력이 있다고 생각합니까? (예/아니오/대답하기 어려움)</p> <p>8. 이 사람을 계속 일을 할 수 있습니까? (예/예, 휴식 후에/예, 치료 후에/아니오)</p> <p>9. 이 사람은 평범한 사람과 비교를 했을 때 다른 사람을 해칠 가능성이 높습니까?(예/아니오)</p>
<p>주요 결과</p>	<p>○ 각 case의 정신건강문제(우울증, 조증, 조현병 양성증상, 조현병 음성증상, 불안장애)에 대해 대체로 정신적 문제라고 인식하고 있었으며 병명을 정확하게 인식한 비율은 각각 35%, 42%, 30%, 19% and 21%로 나타남. 다만, 우울증에서는 소진(burnout)이라고 응답한 비율이 25.4%, 신체적 문제는 12.2%인 것으로 나타났으며 불안장애의 경우 소진(burnout)이라고 응답한 비율이 29.9%, 신체적 문제로 대답한 비율은 19.3%였음</p> <p>○ 정신질환의 주요한 원인에 대해서는 직무 스트레스(37.3%), 사고 문제(thinking problems)(30.0%), 부정적인 생활사건(24.4%)라고 응답하였으며, 상담가(34.2%) 또는 정신과의사(33.3%)를 만나는 것이 도움 추구에 있어서 도움이 되는 것으로 응답한 비율이 높았음</p> <p>○ 예후에 대해서는 절반 이상의 응답자들은 치료 후에는 일을 할 수 있을 것이라고 응답하였으며 정신질환자의 위험성에 대해서는 우울증(33.2%), 조현병 음성증상(32.9%), 불안장애(17.6%)에 비해 조증(66.5%)과 조현병 양성증상(53.3%) 사례에서 높게 나타남</p> <p>○ 교육수준이 높고 나이가 어릴수록 일반적인 정신장애에 대한 인식률이 높았음</p>

3) Multi-component Mental Health Literacy measure

- 정신건강 이해력을 평가하는 기존 도구들이 있으나 대부분 정신건강 전문가나 정신질환자 및 학생집단을 대상으로 하고 있어, 일반 대중들을 대상으로 한 타당하고 포괄적인 정신건강 이해력 도구의 필요성 개발하고자 함. 이를 통해 정신건강 인식 수준을 적절하게 파악하여 정신건강 교육 등에 활용하고자 함
- 본 도구는 비교적 최근(2016)에 개발된 도구로, 한 문항에 지식과 스티그마/태도를 묻는 내용들이 혼재된 기존의 정신건강이해력 도구와 달리 이를 지식/신념/자원 영역으로 구분하고자 하는 시도를 하였음.

측정 내용	미국 일반인들의 정신건강 이해력을 조사하기 위해 개발된 도구로 일반적인 정신질환에 대한 지식과 정신건강에 대한 이해를 크게 지식(knowledge-oriented), 신념(belief-oriented), 자원(resource-oriented)의 세 가지 영역으로 나누어 측정	
문항 수	총 26문항	
측정 방법	5점 리커트 척도 + 모름(I don't know)	
하위 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 지식 영역에서의 정신건강이해력 (12문항) (knowledge-oriented mental health literacy) 2. 신념 영역에서의 정신건강이해력 (10문항) (belief-oriented mental health literacy) 3. 자원 영역에서의 정신건강이해력 (4문항) (resource-oriented mental health literacy) 	
문항 내용	하위 요인	원문(번역)
	지식	1. 상담은 우울증에 도움이 되는 치료이다.
		2. 조현병이 있는 사람은 실제로 없는 것들을 볼 수 있다.
		3. 정신질환을 조기 진단하면 호전될 가능성을 높일 수 있다.
		4. 동료/또래 지지모임에 참여하는 것은 정신질환으로부터 회복하는 데 도움이 된다.
		5. 설명되지 않는 신체적 통증이나 피로는 우울증의 징후일 수 있다.
		6. 인지행동치료는 개인의 사고방식이나 스트레스에 대처하는 방식을 바꿀 수 있다.
		7. 양극성 장애가 있는 사람은 급격한 기분변화를 보일 수 있다.
		8. 정신과 약물을 처방받아 복용하는 것은 효과가 있다.
		9. 누군가 외모에 신경을 쓰는 것을 중단한다면 우울증의 징후일 수 있다.
		10. 음주는 정신질환 증상을 악화시킨다.
		11. 정신질환이 있는 사람은 입원하지 않고도 지역사회에서 치료를 받을 수 있다.
		12. 불안장애가 있는 사람은 과도한 불안이나 공포를 호소한다.

	신념	13. 매우 종교적/영적인 사람은 정신질환에 걸리지 않는다.
		14. 우울증에 걸리는 것은 본인이 나약하기 때문이다.
		15. 정신질환은 단기적인 장애이다.
		16. 정신질환으로부터 회복하는 것은 대개 운에 달려있다.
		17. 우울증이 있는 사람에게 자살을 생각하는지 물어보아서는 안 된다.
		18. 잘못된 양육은 조현병을 유발한다.
		19. 정신질환은 치료를 받지 않더라도 시간이 지나면 호전될 것이다.
		20. 정신질환으로부터 회복하여 일상에 복귀하는 것은 단순한 치료 그 이상이다.
		21. 강박증이 있는 사람은 원한다면 저장행동(hoarding)을 멈출 수 있다.
		22. 우울증이 있는 사람은 치료받지 않아도 스스로 나을 수 있다.
	자원	23. 나는 정신건강서비스를 받기 위해 어디로 가야 하는지 알고 있다.
		24. 나는 자살예방상담전화의 번호를 알아낼 수 있다.
		25. 나는 정신질환에 대한 유용한 정보를 어디서 얻을 수 있는지 알고 있다.
		26. 나는 우리 지역에서 정신과 의원에 연락하는 방법을 알고 있다.

제 4장. 도구 개발 내용 및 결과

1. 기존 국민 정신건강지식 및 태도조사에서 사용된 조사도구 분석

- 국민 정신건강지식 및 태도조사에서 사용된 기존의 조사도구의 측정 항목은 다음과 같음.

1. 응답자 특성	- 성별, 연령, 직업, 최종학력, 소득수준	
2. 응답자의 정신 건강 상태	공통문항	- 평소 정신건강 상태 - 정신건강을 유지하기 위한 노력 - 정신건강문제 경험여부
	정신건강문제가 '있다'는 응답자	- 일상생활 및 사회활동 제약 여부 - 정신건강문제에 대한 상담(상의) 여부 및 대상 - 정신건강문제 인지 후, 치료까지의 기간
	정신건강문제가 '없다'는 응답자	- 정신건강문제에 대한 상담(상의) 의향 및 대상 - 상담(상의) 또는 치료를 받지 않으려는 이유
3. 정신건강 및 정신질환에 대한 인식	정신건강 및 정신질환에 대한 인식	- 정신건강 및 정신질환에 대한 인식과 태도 - 정신건강 및 정신질환에 대한 정보 습득 경로 - 정신건강증진을 위한 지원방안
	기관 인지도	- 국립정신건강센터 인지도 및 역할 - 정신건강복지센터 인지도 - 정신건강 상담 전화 서비스 인지도 - 중독관리통합지원센터 인지도

표 3. 국민 정신건강지식 및 태도조사 측정항목, 국립정신건강센터

- 기존 조사도구의 한계점

○ 응답자의 정신건강 상태 문항

1) 정신건강을 유지하기 위한 노력

→ 정신건강을 유지하기 위한 어떤 노력을 하는가에 대한 보기 문항이 모두 바람직한 생활습관이나 활동들로 구성되었으나 생각할 수 있는 모든 방법이 포함된 것은 아님. 이에 대한 측정이 추후 정신건강 증진을 위한 개입이나 개선 방향을 수립하는 데에는 도움이 되지 않을 것으로 판단함. 또한 정신건강 증진을 위한 노력을 하고 있다고 답한 사람에서만 질문한 것도 제한점이 있음.

2) 정신건강문제에 대한 상담(상의) 여부 및 대상

→ 이 문항을 통해서도 정신건강문제로 누구에게 도움을 구했는지는 알 수 있으나, 자신이 상담 또는 상의를 요청한 대상으로부터 받은 도움이 실제로 얼마나 도움이 되었는가에 대해서는 알 수 없음.

3) 상담(상의) 또는 치료를 받지 않으려는 이유

→ 정신과적 치료나 도움을 추구하는 데 있어 기존 도구의 항목들 외에도 제도적인 불이익, 정신과 약물의 부작용, 사회적 인식, 치료비용 등의 다양한 진입장벽이 상당한 영향을 미치는 바, 내용을 추가할 필요가 있음.

○ 정신건강 및 정신질환에 대한 인식 문항

1) 정신건강 및 정신질환에 대한 인식과 태도

→ 정신건강 이해력(literacy)과 스티그마(stigma)의 내용이 혼재되어 있으며 특히 정신건강 이해력 및 지식과 관련된 문항이 너무 적어 보완될 필요가 있음. 또한 도구의 출처가 불분명하여 국외의 연구결과와 비교 분석하기가 부적절함.

2) 기관 인지도

→ 국민의 정신건강인식에 대한 질문에 비해 정신건강 관련 기관에 대한 인지도를 묻는 문항의 비중이 상대적으로 큼.

2. 새로운 조사도구 개발

1) 연구팀 개발 도구

- 선행연구 리뷰와 연구팀 회의를 거쳐 참고할 주요 도구를 스크리닝 후, 최종적으로 호주의 정신건강인식 조사 도구인 MHLQ, 중국에서 개발된 CAQ, 미국의 연구진이 개발한 Multi-component MHL measure가 선별됨. 위 도구들을 참고하여 국내의 사회문화적 상황에 알맞은 도구를 제작하고자 하였음.
- MHLQ의 저자에게 원문 및 사용 허가를 구한 후 도구를 번안 및 수정하였음. CAQ의 경우 도구 전체를 번안하여 활용하기보다는 일부 보기 문항을 참고하여 아시아 문화권의 사회문화적인 특성을 반영할 수 있도록 하였음. Multi-component MHL measure의 저자에게도 사용 허가를 구하였으며, 이중 언어사용자인 한국인 원저자와 함께 번안한 후 수정 내용을 논의함. 마지막으로, 기존의 국립정신건강센터의 국민 정신건강인식 및 태도조사에서 사용된 기존 도구는 전년도와의 비교를 위해 최대한 기본 틀을 유지하면서 정신건강인식의 다양한 내용을 포함할 수 있도록 수정하였음.
- 위의 과정을 거쳐 새롭게 수정된 정신건강지식 및 태도 조사도구는 1)Case Vignette 기반 설문지, 2) 일반적인 정신건강인식 설문지, 3) 설문 대상자의 정신건강 및 서비스 이용 관련 설문지, 4) 정신건강인식 형성 영향요인의 네 파트로 나누어짐. Part1은 MHLQ를 수정하여 특정 정신건강문제(주요우울장애, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고, 조현병, 알코올 사용장애)를 묘사하는 사례를 주고 이에 대한 정신건강 지식 및 태도를 묻는 질문들로 구성하였으며, Part2에서는 정신질환에 대한 지식을 묻는 Multi-component MHL measure를 통해 특정한 정신질환 사례가 아닌 일반적인 정신질환에 대한 이해력을 측정하도록 함. Part 3에서는 응답자의 정신건강과 서비스 이용을 알아보기 위해 국립정신건강센터의 국민 정신건강인식 및 태도 조사의 도구를 수정하여 사용함. 마지막으로, part 4에서는 응답자의 정신건강인식 형성 과정에서 영향을 미친 영향을 평가하기 위한 한 가지 문항을 추가하였음.

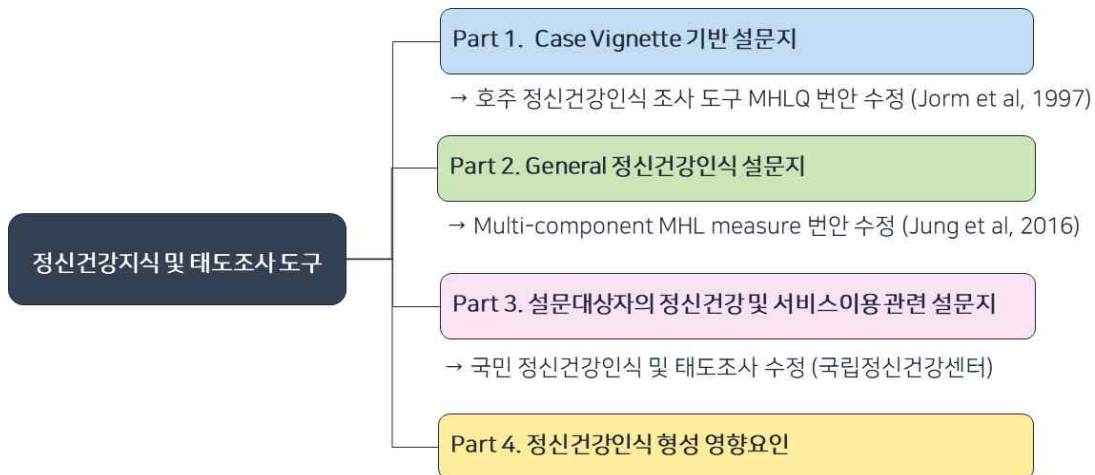


그림 9. 정신건강지식 및 태도 조사도구 구성

2) 도구 2차 선별: 델파이 연구

○ 델파이 조사

- 델파이 기법은 1950년대 미국 랜드 연구소에서 국방부의 정책 결정을 위한 연구를 위해 처음 사용되었으며, 현재는 다양한 분야에서 활용되는 조사방법임. 델파이 기법은 특정한 문제에 대한 전문가의 경험적 지식이나 의견을 구하기 위해, 전문가 집단에게 익명으로 설문지를 작성하도록 함. 개별 응답자는 전체 응답자의 통계치를 참고하여 설문을 반복 수행하게 되며, 이를 바탕으로 최종적인 합의를 도출하게 됨
- 본 연구에서는 정신건강 전문가를 20명을 대상으로 조사를 시행하였으며 전문가 집단은 정신과 전문의, 간호학 전문가, 지역사회 정신건강 전문가, 언론 종사자, 사회학 및 사회복지학 전문가 등으로 정신건강의 다양한 분야의 종사자들을 모집함
- 델파이 조사지는 정신건강 인식의 기본 개념과 본 연구팀에서 활용한 조사도구(MHLQ, CAQ, Multi-component MHL measure)에 대한 설명을 읽고 나서 연구팀이 개발한 조사도구에 대한 평가를 할 수 있도록 구성함. 1차 델파이 조사에서는 응답자는 Vignette와 각 문항의 타당도를 5점 척도(1-매우 낮음, 5-매우 높음)로 평정하도록 하였으며 각각 문항에 대한 의견을 주관식으로 기입하도록 함. 2차 델파이 조사에서는 1차 델파이 조사를 바탕으로 의견을 반영한 수정된 조사도구와 함께 1차 델파이 조사의 전문가 응답을 취합한 통계치(평균, 표준편차)를 함께 제시하였음. 2차 델파이 조사에서는 각 문항의 타당도와 필요도를 5점 리커트 척도로 체크하도록 하였으며 맨 마지막에만 전체 도구에 대한 종합 의견을 제시하도록 구성함.

○ 델파이 연구 자문단 명단

번호	이름	분야
1	신민섭	임상심리
2	박한선	정신과/인류학
3	김재형	사회학
4	권대익	언론
5	손지훈	정신과/공공의료
6	박종익	정신과
7	성수정	정신과
8	이명수	정신과
9	이화영	정신과
10	김정란	정신과
11	이소희	정신과
12	조성준	정신과
13	이광민	정신과
14	정두영	정신과/학교보건
15	최희승	간호학
16	유은승	임상심리
17	허립	사회복지
18	안성희	사회복지
19	허심양	임상심리
20	이수현	임상심리

○ Part 1. Case Vignette 기반 설문지

◇ Case Vignette 개발

- 기존 선행연구를 리뷰한 결과, 정신건강인식 도구는 정신질환을 묘사하는 사례가 주어지는 case vignette와 사례가 주어지지 않는 non-case vignette로 나뉨. case vignette 도구는 질환별로 정신건강 지식 및 태도의 수준을 측정하여 이를 비교할 수 있다는 장점이 있으며, non-case vignette 도구는 질환별 인식 수준을 알 수는 없지만 전반적인 정신질환에 대한 지식과 스티그마를 알아볼 수 있으며 시행하기가 비교적 간편함. 우리나라의 경우, 정신건강인식 수준은 낮은 편으로 non-case vignette 도구만 사용할 경우, 개개인에 따라 떠올리는 정신질환의 종류가 달라 전체 대상의 정신질환의 심각도와 인식을 정확하게 평가하기 어려울 수 있음. 따라서 본 연구에서는 case vignette를 통해 정신질환별로 질환에 대한 인식과 도움추구 및 태도에 대해 측정하고자 함.
- 개발된 Case Vignette는 총 4가지로 주요우울장애, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고, 조현병, 알코올 사용 장애를 포함시킴. 주요 정신질환(조현병, 주요우울장애)을 포함하면서도 국내 특이적으로 중요한 이슈(자살)와 질환(알코올 사용장애)을 포함할 수 있도록 함.
 - **주요우울장애 & 조현병 vignette:** MHLQ에는 6가지 vignette(주요우울장애, 자살사고가 있는 주요우울장애, 조기 조현병, 만성 조현병, 외상후스트레스장애, 사회공포증)가 있음. 본 연구에서는 이를 참고하여 일반인들에게 대표적으로 잘 알려져 있으면서 유병률이 높은 주요우울장애와 정신질환에 대한 편견이 심한 것으로 알려진 조현병을 포함하였음. 특히 주요우울장애와 조현병은 정신건강인식 연구에서 대표적으로 많이 사용되는 질환들이며, MHLQ를 사용한 국외의 여러 연구와의 비교하기 위해 최대한 기존 도구와 유사하게 구성하였으며 DSM-5의 기준을 충족시킬 수 있도록 함.
 - **정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고 & 알코올 사용장애 vignette:** 연구팀 회의를 통해 국내 정신질환의 현황을 반영할 수 있는 사례를 포함하고자 하였으며 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고와 알코올 사용장애가 포함되었음. 알코올 사용장애는 우울증 및 조현병과 마찬가지로 DSM-5의 기준을 충족할 수 있도록 제작하였으며, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고 vignette는 자살사고가 있지만 기저에 우울장애와 같은 정신과적 증상 분명히 드러나지 않도록 서술하였음. 알코올 사용장애는 국내에서 유병률이 높으나 질환의 심각성에 대한 인식이 매우 부족한 것으로 알려져 있음. 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고는 지속적으로 국내의 정신건강문제 중 하나로 꼽히는 높은 자살률에 대한 인식을 확인할 수 있을 것으로 예상됨.
 - 특히 자살사고와 관련하여, 국민의 73.9%는 자살은 절대로 정당화될 수 없다고 응답하여 자살에 대한 부정적인 인식이 있는 한편, 누군가 자살을 결심한다면 아무도 막을 수 없을 것이라고 인식하는 비율도 25.6%에 달해 자살이 쉽게 예방될 수 없고 자살을 막기 위한 노력이 어렵다는 인식이 많음(2013 자살실태조사, 보건복지부). 우리나라의 경우 자살에 대한 일반 국민들의 지식은 증가하였으나 자신이나 주변에서 자살과 관련한 실제적 위기 상황에서는 도움추구나 개입을 하는 경향이 적어, 자살과 관련된 도움 추구에 대한 인식을 확인할 필요성이 있음(2018 자살실태조사, 보건복지부). 이에 자살사고를 묘사하는 vignette를 통해 자살사고를 정확하게 인식하고 자살사고와 관련된 도움추구를 탐색하는 것이 추후 자살 예방과 개입에 활용할 수 있는 근거가 될 것으로 예상됨.

- 응답자는 4가지 vignette 중 무작위로 한 가지 사례를 읽게 되며, 사례를 읽은 후에는 이후 사례와 관련된 정신건강인식 문항에 답하게 됨. vignette에 등장하는 인물의 이름은 성별로 인한 편향을 방지하기 위해 사례에서는 일상생활에서 빈번하게 사용되지 않으면서 남녀 이름의 대표성을 띠는 철수/영희를 무작위 배정하여 사용하기로 함. vignette의 내용은 다음과 같음.
- 1) 주요우울장애 (Major Depressive Disorder)

철수/영희 씨는 35세 직장인이다. 그/그녀는 최근 몇 주간 줄곧 침울한 기분에 의욕이 저하된 상태이다. 밤에는 내가 쓸모없는 사람인 것 같다는 생각과 미래에 대한 걱정들로 잠을 쉽게 이루지 못하는 날이 많고, 거의 늘 피곤하고 지친 상태로 식욕마저 떨어져 체중이 눈에 띄게 감소하였다. 일할 때에는 주도적으로 잘 처리하던 일에도 갈팡질팡하며 우유부단한 모습을 보이는가 하면, 실수를 연발하여 상사가 업무 효율성이 떨어지는 것을 걱정하고 있다.

2) 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고 (Suicidal Idea)

57세 철수/영희 씨는 배우자가 암으로 오랜 기간 투병하다가 재작년에 사망하여 혼자가 되었다. 배우자의 치료비로 상당한 빚을 지게 되었고, 해 오던 아르바이트는 최근 경기 불황으로 쉬고 있다. 마시지 않던 술을 한두 잔 마시게 되는 날에는 문득 이런 어려움이 끝나지 않을 것 같은 생각에 문득 '삶을 끝내면 얼마나 편안할까?'라는 생각을 하게 되었다. 철수/영희 씨는 최근 몇 주 동안에는 이러한 생각을 자주하였는데, 어디서 어떻게 죽을지에 대해서도 생각하고 있는 자신을 발견하게 되었다.

3) 조현병 (Schizophrenia)

철수/영희 씨는 부모님과 함께 사는 24세 취업 준비생이다. 몇 개월 동안 잠깐씩 아르바이트를 하면서 안정적인 직장을 구하고자 하였지만 연락 오는 곳이 없었다. 철수/영희 씨는 약 일 년 전부터 사람들을 만나려 하지 않고, 주로 자기 방에서만 지내게 되었다. 이제는 부모님과도 식사하는 것을 거부하고, 씻지 않으려 한다. 종종 방안에서 "나를 괴롭히지 마"라고 혼잣말을 하거나 싸우는 듯이 이야기하기도 한다. 걱정이 된 부모님은 대화를 시도해 보려고 했지만, 집 안에 도청장치가 설치되어 감시당한다는 말만 되풀이하며 거부하고 있다.

4) 알코올 사용장애 (Alcohol Use Disorder)

철수/영희 씨는 40대 직장인으로 1년 전 새로 옮긴 직장에서는 술자리가 잦은 편이었다. 점차 평소보다 많은 양을 마셔야 취하는 느낌을 받았고, 만취상태가 될 때까지 일쑤였다. 언제부터인가 술이 취한 상태에서 말실수로 동료와 다투는 일들이 생겼고, 숙취로 결근하는 일이 잦아졌다. 이런 일이 반복되자, 가족들은 철수/영희 씨가 술을 마시는 것에 대해 나무라기 시작했다. 술을 끊으려고 몇 번 시도해보았지만 잘 되지 않았고, 오히려 최근에는 회식이 없는 날에도 잠이 오지 않아서 거의 매일 집에서 혼자 술을 마시고 있다.

◇ Vignette 관련 문항(modified MHLQ)

- MHLQ는 전화 조사를 기반으로 하여 대부분의 질문들이 개방형(open-question)으로 이루어짐. 국내에서 수행되는 국민 정신건강지식 및 태도조사는 주로 온라인으로 시행되는 점을 고려하여 국내의 현실에 맞게 모든 문항들을 객관식, 순위, 리커트 척도로 변형함. 문항 내용은 다음과 같으며 전체 도구의 내용은 부록을 참고.

Case vignette: 주요우울장애, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고, 조현병, 알코올 사용 장애		
번호	하위요인(범주)	문항
1	정신질환 인식	철수/영희 씨에게 문제가 있다면, 어떤 문제일까요?
2	도움추구	철수/영희 씨에게 가장 도움이 되는 것은 무엇일까요?
3		다음은 철수/영희 씨를 도울 수 있는 사람들입니다. 각각의 사람들이 철수/영희 씨에게 얼마나 도움이 될지 표시하십시오.
4		철수/영희 씨가 다음과 같은 행동을 한다면, 각각 얼마나 도움이 될지 표시하십시오.
5	예후	다음은 철수/영희 씨의 회복에 대한 질문입니다. 철수/영희 씨가 전문적인 도움을 받는다면 어떻게 될까요?
6		철수/영희 씨가 어떠한 전문적인 도움도 받지 않으면, 어떻게 될까요?
7	병인	철수/영희 씨가 가진 문제의 원인으로 가장 가능성이 높다고 생각하는 3가지를 순서대로 표시하십시오.
8	정신질환에 대한 차별	철수/영희 씨의 문제가 주변에 알려지게 된다면, 다른 사람들로부터 차별을 받을 것이라고 생각하나요?
8-1		철수/영희 씨와 같은 문제를 가진 사람들이 다음의 경우에서 차별받을 가능성이 얼마나 높다고 생각하는지 표시하십시오.
9	정신질환에 대한 낙인	다음의 각각의 의견에 대해 귀하께서 동의하는 정도를 체크해 주십시오.
10	사회적 거리감	다음은 철수/영희 씨와 같은 사람과 어느 정도로 관계를 가까이 지낼 의향이 있는지를 묻는 질문들입니다. 각 상황에 대해 체크하십시오.
11	(정신질환에 대한) 개인적 경험	귀하의 가족/가까운 친구나 지인/직장동료나 이웃 중에 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 가진 사람이 있습니까?
12		귀하께서는 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 경험한 적이 있습니까?

표 4. vignette 관련 문항 요약

○ Part 2. General 정신건강인식 설문지

- Part 2에서는 Multi-component MHL Measure를 사용하였으며 이중 언어자인 한국인 원저자에게 번안의 정확도와 원 문항의 의도, 수정한 문항에 대한 상의 후 합의를 도출함. 수정된 도구는 기존 도구에서 1문항을 삭제, 3문항을 추가하여 총 28문항으로 구성되었으며, 하위요인은 지식 12문항, 신념 11문항, 정보 5문항임(전체 조사도구 문항은 부록 참고).
- **문항 2**에서 '조현병이 있는 사람은 실제로 볼 수 없는 것을 본다'라는 문항은 조현병의 대표적인 증상인 환시를 묘사하고 있음. 그러나 일반적으로는 조현병 환자들이 환시보다는 환청을 경험하는 비율이 높은 점을 고려하여 '조현병이 있는 사람은 남들에게 들리지 않는 목소리를 들을 수 있다'로 수정함. 또한 원 **문항 11** '정신질환이 있는 사람은 지역사회에서 치료를 받을 수 있다'는 문항 의도를 명확히 하기 위해 '입원하지 않고도'라는 어구를 추가하였음. 원 **문항 20**번 '정신질환으로부터 회복하는 것은 치료되는 것과 같다'의 제작 의도는 정신질환이 지속적인 치료와 케어가 필요함에도 회복되는 것을 완치되는 것으로 생각하여 치료를 멈추는 상황을 고려한 것으로, 회복이 곧 완치는 아니라는 점을 확인하기 위한 문항임. 그러나 일반인을 대상으로 한 설문에서는 그 의미가 명확히 전달되기 어렵다고 판단하여 삭제함. **문항 21**번 '강박증이 있는 사람은 원한다면 저장행동(hoarding)을 멈출 수 있다'에서 저장강박(hoarding)은 우리나라에서 아직 익숙한 용어가 아니므로, '증상'으로 대체하였음.
- 소셜 미디어 빅데이터 연구에서는 우리나라 국민들이 정신과 진료 기록으로 인한 사회적/직업적인 불이익을 예상하여 정신건강 서비스를 이용하지 않는 것으로 나타남. 이에 신념 하위요인에 다음 두 문항('정신과 진료를 받으면 취업에 불이익을 받는다', '정신과 진료기록은 나의 동의 없이 유출될 것이다')를 추가하였음.
- 마지막으로, 정신건강 서비스에 대한 정보와 관련하여 지역의 정신건강복지센터에 대해 알고 있는지를 확인하기 위한 문항 '나는 정신건강복지센터에 대해 알고 있다.'를 추가함.

하위 요인	Multi-component MHL measure 원문(번역)	수정본
지식	1. 상담은 우울증에 도움이 되는 치료이다.	동일
	2. 조현병이 있는 사람은 실제로 없는 것들을 볼 수 있다	조현병이 있는 사람은 남들에게 들리지 않는 목소리를 들을 수 있다.
	3. 정신질환을 조기 진단하면 호전될 가능성을 높일 수 있다.	동일
	4. 동료/또래 지지모임에 참여하는 것은 정신질환으로부터 회복하는 데 도움이 된다.	
	5. 설명되지 않는 신체적 통증이나 피로는 우울증의 징후일 수 있다.	
	6. 인지행동치료는 개인의 사고방식이나 스트레스에 대처하는 방식을 바꿀 수 있다.	
	7. 양극성 장애가 있는 사람은 급격한 기분변화를 보일 수 있다.	
	8. 정신과 약물을 처방받아 복용하는 것은 효과가 있다	
	9. 누군가 외모에 신경을 쓰는 것을 중단한다면 우울증의 징후일 수 있다.	

	10. 음주는 정신질환 증상을 악화시킨다.	
	11. 정신질환이 있는 사람은 지역사회에서 치료를 받을 수 있다.	정신질환이 있는 사람은 입원하지 않고도 지역사회에서 치료를 받을 수 있다.
	12. 불안장애가 있는 사람은 과도한 불안이나 공포를 호소한다.	
신념	13. 매우 종교적/영적인 사람은 정신질환에 걸리지 않는다.	동일
	14. 우울증에 걸리는 것은 본인이 나약하기 때문이다.	
	15. 정신질환은 단기적인 장애이다.	
	16. 정신질환으로부터 회복하는 것은 대개 운에 달려있다.	
	17. 우울증이 있는 사람에게 자살을 생각하는지 물어보아서는 안 된다.	
	18. 잘못된 양육은 조현병을 유발한다.	
	19. 정신질환은 치료를 받지 않더라도 시간이 지나면 호전될 것이다.	삭제
	20. 정신질환으로부터 회복하여 일상에 복귀하는 것은 단순한 치료 그 이상이다.	
	21. 강박증이 있는 사람은 원한다면 저장행동을 멈출 수 있다.	강박증이 있는 사람은 원한다면 증상을 멈출 수 있다.
	22. 우울증이 있는 사람은 치료받지 않아도 스스로 나을 수 있다.	동일
	(추가) 정신과 진료를 받으면 취업에 불이익을 받는다.	
	(추가) 정신과 진료기록은 나의 동의 없이 유출될 것이다.	
자원	23. 나는 정신건강서비스를 받기 위해 어디로 가야 하는지 알고 있다.	동일
	24. 나는 자살예방상담전화의 번호를 알아낼 수 있다.	
	25. 나는 정신질환에 대한 유용한 정보를 어디서 얻을 수 있는지 알고 있다.	
	26. 나는 우리 지역에서 정신과 의원에 연락하는 방법을 알고 있다.	
		(추가)나는 정신건강복지센터에 대해 알고 있다.

표 5. part 2. General 정신건강인식 설문지 수정사항 요약

○ Part 3. 설문대상자의 정신건강 및 서비스 이용 관련 설문지

- Part 3의 내용은 국립정신건강센터의 국민 정신건강지식 및 태도조사에서 응답자의 정신건강상태를 측정하는 문항을 수정 및 보완한 것임. 아래의 그림 10은 Part 3의 문항의 flow를 간략히 정리한 내용이며, 기존의 국립정신건강센터 도구와 수정된 도구의 문항의 수정사항은 표 6에 요약함. 전체 조사도구는 부록 참고.

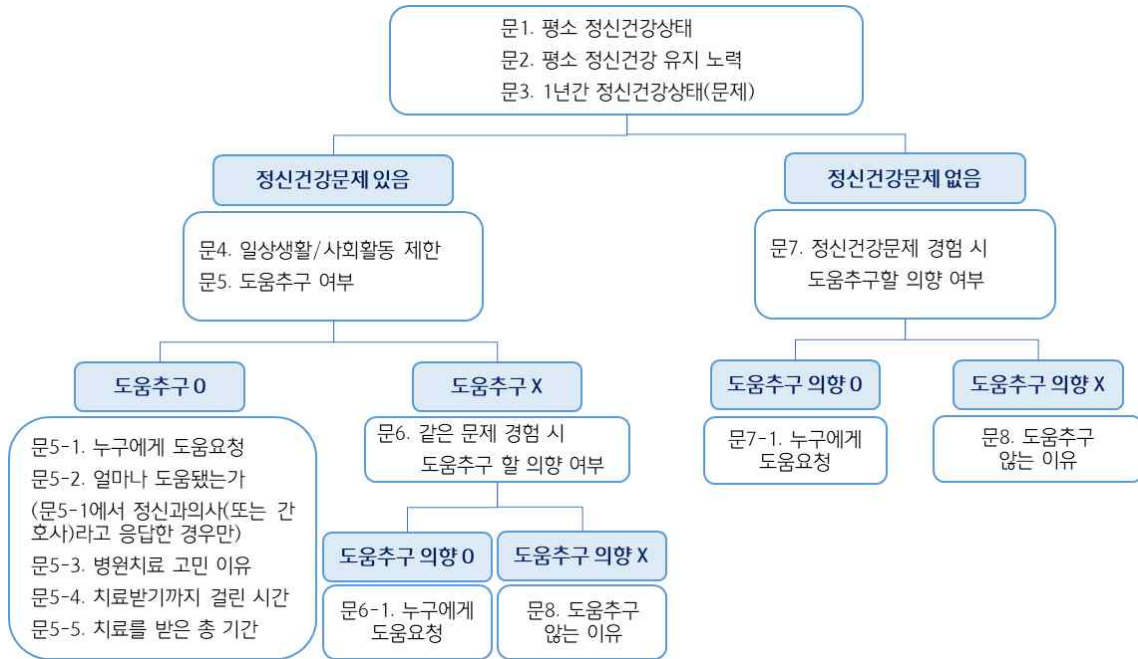


그림 10. 설문대상자의 정신건강 및 서비스 이용 관련 설문지 문항 flow

문항	기존 국립정신건강센터 도구	문항	수정된 도구 변경사항
1	‘귀하의 평소 정신건강상태는 어떻다고 생각하십니까?’	1	동일
2	‘귀하께서는 평소 건강한 정신을 유지하기 위해 노력하십니까?’	2	동일
2-1	‘귀하께서는 평소 건강한 정신을 유지하기 위해 다음 중 어떤 노력을 가장 많이 하고 계십니까?’		삭제
3	‘다음은 지난 1년 간 귀하의 정신건강상태에 대한 질문입니다. 다음과 같은 일들을 지난 1년간 경험한 적이 있으십니까? 각 항목별로 경험 여부를 응답해 주시기 바랍니다.’ ※ 응답 항목: 수 일간 지속되는 우울감, 생활에 불편은 줄 정도의 기분변화...(중략)...기타 중독문제(게임 중독 등)	3	응답 항목에 다음 두 가지를 추가함 ‘원인을 알 수 없는 신체불편감’, ‘조절되지 않는 강박사고 및 강박행동’

4	'귀하께서 이러한 정신건강문제를 경험했을 당시, 일상생활 및 사회활동에 제한을 받은 적이 있습니까?'	4	동일
5-1	'귀하께서 정신건강문제를 경험했을 당시, 누구에게 도움을 요청하였습니까?' ※ 응답 항목: 가족 및 친지, 친구 또는 이웃, 사회 복지사...(중략)...무속인	5-1	항목에 '한의사' 추가함
		5-2	(문항 추가) '귀하가 도움을 요청하신 다음의 사람들이 귀하에게 얼마나 도움이 되었는지 표시하십시오.'
		5-3	(문항 추가) '귀하께서 정신과 치료를 받기까지 고민을 하셨다면 어떠한 이유 때문이었습니까?'
5-2	'귀하께서는 처음으로 본인의 정신건강문제를 알게 된 후, 치료(약물포함)를 받기까지 걸린 기간은 얼마나 되나요?'	5-4	'귀하께서는 처음으로 본인의 정신건강문제를 알게 된 후, 정신과 치료(약물포함)를 받기까지 걸린 기간은 얼마나 되나요?'
측정하지 않음		5-5	(문항 추가) '귀하께서 정신과 치료를 받으신 총 기간은 얼마나 됩니까?'
		5-6	(문항 추가) '귀하께서 받으신 정신과 치료(약물 치료 포함)가 얼마나 도움이 되었습니까?'
		6	(문항 추가) '귀하의 정신건강문제에 대해 누군가와 상의(상담)하거나 병원에 방문하지 않으셨지만, 추후에 그런 문제를 다시 겪을 경우 도움을 받을 의향이 있습니까?' → '예' 라고 응답한 경우: 6-1. '귀하의 정신건강문제에 대해 누구에게 도움을 요청하고 싶습니까?' → '아니오' 라고 응답한 경우: 8. '다른 사람에게 상의(상담) 혹은 치료를 받지 않았거나, 받지 않으시려는 가장 큰 이유는 무엇인가요?'
6	'귀하께서는 문3과 같은 정신건강문제를 경험하게 된다면, 주변인 또는 전문가와 상의(상담)할 의향이 있습니까?'	7	동일
6-1	'만약 상의(상담)를 한다면, 가장 먼저 누구에게 받으시겠습니까?'	7-1	항목에 '한의사' 추가됨
7	'다른 사람에게 상의(상담) 혹은 치료를 받지 않았거나, 받지 않으시려는 가장 큰 이유는 무엇인가요?'	8	-우선순위 3순위 고르도록 변경 -보기 항목 추가 : '주변의 부정적인 시선 때문에', '정신과 약물 치료의 부작용을 걱정해서', '좋은 병원을 알지 못해서', '적절한 치료방법을 알지 못해서', '치료 비용이 걱정되어서', '치료기록으로 인한 불이익이 걱정되어서', '시간적 여유가 없어서'

표 6. part 3. 설문대상자의 정신건강 및 서비스 이용 조사도구 수정사항 요약

- 기존 문항 2-1에서는 '귀하께서는 평소 건강한 정신을 유지하기 위해 어떤 노력을 가장 많이 하고 계십니까?'라는 질문에 운동 및 취미활동, 규칙적인 생활, 상담 및 대화, 명상 및 휴식, 봉사활동, 종교생활, 기타 중에 고르도록 하였음. 본 연구에서는 위 보기들이 정신건강을 유지하는 다양한 방식들을 나열한 것이므로 정신건강과 서비스 이용을 알아보는 데 연관성과 필요성이 낮다고 판단하여 이를 삭제함.
- 문항 3번에서는 지난 1년 간 정신건강 상태에 대한 질문으로 '수 일간 지속되는 우울감', '수 일간 지속되는 불안', '심각한 스트레스' 등의 증상 유무를 묻고 있음. 본 연구에서는 델파이 조사의 의견을 반영하여 좀 더 다양한 증상이 포함되도록 '원인을 알 수 없는 신체불편감(두근거림, 화끈거림, 소화불량 등)', '조절되지 않는 강박사고 및 강박행동(손 씻기, 확인하기 등)'을 추가함.
- 문항 5-1, 6-1, 7-1에서 도움을 추구할 대상 목록에는 '가족 및 친지', '친구 또는 이웃', '사회복지사', '심리 또는 상담전문가', '정신과 의사(또는 간호사)', '정신과 이외의 의사(또는 간호사)', '종교인', '무속인', '기타'가 있음. 우리나라의 경우, 정신과 방문에 대한 막연한 두려움으로 정신적인 어려움이 있을 경우 한의원에 방문하거나 한약을 복용하는 경우가 종종 있으므로 '한의사'를 추가하였음.
- 문항 5-1에 이어서 5-2를 추가하여 실제로 정신건강문제를 경험했고 도움추구(상담 또는 병원방문)를 한 경우 도움을 요청한 사람들이 실제로 얼마나 도움이 되었는지 정도를 응답할 수 있도록 하였으며 5-3에서는 정신과 치료를 받기까지 고민을 하였다면 어떠한 이유에서 정신과 방문을 망설였는지를 물어보도록 함.
- 기존 문항 5-2에서 정신건강문제를 알고 난 후 치료를 받기까지 걸린 기간을 묻는 질문을 포함함. 위 문항에서 응답자는 '치료'에 대해 정신과 진료뿐만 아니라 정신과 이외의 의사 진료, 상담전문가나 사회복지사와의 상담 등 다양한 내용을 고려할 수 있음. 이에 본 연구에서는 '치료'를 '정신과 치료'로 한정하여 정신과 진료를 받기까지 걸린 기간을 측정하고자 함.
- 수정된 도구의 문항 5-5, 5-6은 새로 추가되었으며 5-5에서는 '정신과 치료를 받은 기간', 5-6에서는 '정신과 치료의 효과/도움을 받은 정도'를 응답하도록 하였음.
- 기존 도구에서는 정신건강문제가 있는 사람이 도움추구를 하지 않은 경우와 정신건강문제가 없는 사람이 향후 도움추구를 할 의향이 없는 이유를 묻고 있음. 본 연구에서는 정신건강문제가 있는 사람이 도움추구를 하지 않은 경우를 추후에 그런 문제를 다시 겪는다면 1)도움을 받을 의향이 있는 경우와 2)도움을 받을 의향이 없는 경우로 나누어, 1)도움을 받을 의향이 있는 경우 누구에게 도움을 청할 것인지(문항 6-1번), 2)의향이 없는 경우는 그 이유에 대해서 응답하도록 함(문항 8번).
- 마지막으로 기존 문항 7번에서는 '다른 사람에게 상의(상담)를 받지 않았거나, 받지 않으시려는 가장 큰 이유는 무엇인가요?'라는 물음에 대한 응답 항목으로 '치료가 필요하나, 심각하지 않아 그냥 두면 나아질 것 같아서', '정신질환은 스스로 극복해야하는 것이라서', '정신과적인 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서', '적당한 치료기관을 알지 못해서', '별 효과가 없을 것 같아서' 등 정신질환과 치료에 대한 낙인과 정보 부족 등을 포함하는 문항들로 구성됨. 본 연구에서는 빅데이터 연구와 정신질환실태 역학조사 문항을 참고하여 정신건강문제와 관련하여 도움추구가 이루어지지 않는 이유로 '주변의 부정적인 시선 때문에', '정신과 약물치료의 부작용을 걱정해서', '좋은 병원을 알지 못해서', '적절한 치료방법을 알지 못해서', '치료비용이 걱정되어서', '치료기록으로 인한 불이익이 걱정되어서', '시간적 여유가 없어서' 등을 추가하였음.

○ Part IV. 응답자의 정신건강 지식 및 태도 형성에 대한 영향요인 설문

- Part 4는 응답자의 정신건강인식이 형성되는 과정에서 영향을 줄 수 있는 요인들을 묻는 1가지 문항으로 구성됨. 문항의 내용은 아래와 같음.

※설문 시작부터 지금까지 답하신 귀하의 의견이 형성되는 과정에서 아래의 각 보기들이 얼마나 영향을 주었는지 표시해주십시오.

	매우 많이 받음	많이 받음	어느 정도 받음	별로 받지 않음	전혀 받지 않음
① 가족 및 친지	5	4	3	2	1
② 친구관계 및 경험	5	4	3	2	1
③ 직장 및 사회생활	5	4	3	2	1
④ 뉴스 또는 신문	5	4	3	2	1
⑤ 영상매체(영화, 드라마 등)	5	4	3	2	1
⑥ 책	5	4	3	2	1
⑦ 유명인의 영향	5	4	3	2	1
⑧ 초중고 학교교육	5	4	3	2	1
⑨ 대중교육, 캠페인, 공익광고 등	5	4	3	2	1
⑩ 인터넷 커뮤니티(예, 카페) 또는 SNS	5	4	3	2	1

- 문항 목록에는 ‘가족 및 친지’, ‘친구관계 및 경험’, ‘직장 및 사회생활’과 같이 직접적인 경험을 통한 영향뿐만 아니라 ‘뉴스 및 신문기사’, ‘영상매체’, ‘책’과 같은 매체를 통한 간접적인 경험을 측정하고자 함. 이외에도 초중고 교육이나 캠페인, 공익광고, 인터넷 커뮤니티 및 SNS, 유명인의 영향 등을 포함하고 있음.
- 본 문항은 델파이 연구 1차 조사에서 조사도구가 향후 정신건강에 대한 인식과 태도를 변화시키기 위한 활동(예, 대중교육, 캠페인, 정책반영 등)에 필요한 정보를 덜 포함하고 있다는 의견을 반영하여 추가된 것임.

○ 1, 2차 델파이 연구 결과 요약

◇ Part I. Vignette에 관한 의견

단위: 평균(표준편차)

Case Vignette	1차 델파이 조사		2차 델파이 조사	
	타당도		타당도	필요도
1. 주요우울장애	4.00(1.08)		4.43(0.51)	4.50(0.52)
2. 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고	3.72(1.13)		4.07(0.83)	3.88(1.20)
3. 조현병	3.89(1.02)		4.50(0.52)	4.56(0.51)
4. 알코올 사용 장애	3.89(1.02)		4.29(0.47)	4.38(0.72)
Vignette 종합의견	1차 델파이 조사		2차 델파이 조사	
1. 일반인이 쉽게 이해할 수 있는 수준으로 작성되었다.	4.33(0.59)		4.63(0.50)	
2. 나이 등 인구학적 정보로 인한 편향이 발견되지 않는다.	4.22(0.73)		4.38(0.62)	
3. 중요한 정신질환이 적절하게 선별되었다.	4.11(0.83)		4.25(0.58)	

◇ Part I. Vignette 기반 설문지에 관한 의견

단위: 평균(표준편차)

문항 5점 리커트 척도로 응답 (1점-매우 낮음, 5점 매우 높음)	1차 델파이 조사		2차 델파이 조사	
	타당도		타당도	필요도
1번	3.49(0.90)		3.64(0.63)	3.56(0.81)
2번	3.80(0.90)		3.93(0.47)	4.06(0.57)
3번	4.10(0.90)		4.31(0.48)	4.13(0.96)
4번	3.70(0.90)		4.06(0.77)	3.94(0.57)
5번	3.90(1.00)		4.06(0.57)	3.81(0.66)
6번	4.20(0.90)		4.31(0.60)	4.13(0.81)
7번	3.70(1.10)		3.67(0.62)	3.88(0.72)
8번	4.30(0.90)		4.38(0.62)	4.44(0.51)
8-1번	3.65(1.17)		4.00(0.73)	4.00(0.82)
9번	4.40(0.70)		4.56(0.51)	4.56(0.51)
10번	4.33(0.84)		4.56(0.51)	4.60(0.51)
11번	4.22(1.00)		4.31(0.87)	4.06(1.00)
12번	4.56(0.78)		4.38(0.96)	4.31(0.95)

◇ Part II. General 정신건강인식 설문지에 관한 의견

단위: 평균(표준편차)

문항 5점 리커트 척도로 응답 (1점-매우 낮음, 5점 매우 높음)	1차 델파이 조사	2차 델파이 조사	
	타당도	타당도	필요도
13-1번(하위요인: 지식)	4.22(0.81)	4.38(0.72)	4.38(0.50)
13-2번(하위요인: 신념)	4.06(0.87)	4.44(0.51)	
13-3번(하위요인: 정보)	4.56(0.51)	4.50(0.82)	

◇ Part III. 설문대상자의 정신건강 및 서비스 이용 관련 설문지에 관한 의견

단위: 평균(표준편차)

문항 5점 리커트 척도로 응답 (1점-매우 낮음, 5점 매우 높음)	1차 델파이 조사	2차 델파이 조사
1) 설문지의 흐름이 적절하게 구성되었다.	4.47(0.72)	4.73(0.46)
2) 대상자의 지난 1년 간 정신건강 문제를 측정하기에 적절하다.	4.39(0.78)	4.47(0.64)
3) 대상자의 정신건강문제에 대한 도움추구 행동 및 관련요인을 측정하기에 적절하다.	4.44(0.71)	4.80(0.41)

◇ 국민 정신건강지식 및 태도조사 도구 전체 종합의견

단위: 평균(표준편차)

문항	1차 델파이 조사	2차 델파이 조사
1) 조사도구는 국민들의 정신건강지식을 알아보기에 적절한 문항으로 구성되어 있다.	4.29(0.85)	4.57(0.51)
2) 조사도구는 국민들의 정신질환에 대한 태도를 알아보기 적절한 문항으로 구성되어 있다.	4.50(0.80)	4.54(0.52)
3) 조사도구는 향후 정신건강에 대한 인식과 태도를 변화시키기 위한 활동(예, 대중교육, 캠페인, 정책반영 등)에 필요한 정보를 포함하고 있다.	3.60(0.90)	3.86(0.36)
4) 문항의 양은 적절하다.	3.50(1.00)	3.79(0.43)
5) 문항 별 응답 방식(객관식, 리커트 척도, 우선순위 등)은 적절하다.	4.20(0.80)	4.50(0.52)

- 조사도구 최종 버전은 이전 버전보다 간결해지고 수정 후에 문장의 의미가 좀 더 분명해진 것으로 평가받음. 또한 정신건강인식의 다양한 측면을 종합적으로 측정할 수 있으며 문항지에 답을 하는 과정을 통해서도 어느 정도의 교육효과를 기대해볼 수 있을 것이라는 의견도 있음.

3) 최종 선별: 국립정신건강센터의 의견과 델파이 연구를 반영한 최종 도구 선별

- 국립정신건강센터의 중간보고회 및 최종보고회 의견과 델파이 1,2차 조사의 내용을 반영하여 최종 도구를 선별하였음(표 7). 개발된 도구에 대해 전문가들이 평가한 주요 의견은 다음과 같음.
 - (1) Part 1의 case vignette 사례의 다양화 문제
 - : 본 도구에서 제시한 case vignette는 총 4가지로, 주요우울장애, 조현병, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고, 알코올 사용장애로 이루어짐. 여러 전문가들은 불안장애, 강박장애, 양극성장애, 신체증상장애 등 좀 더 다양한 장애군을 추가하면 좋겠다는 의견들이 많았음.
 - (2) 조사도구의 양 문제
 - : 전체 설문조사의 양이 많아 조사도구의 길이를 줄였으면 좋겠다는 의견을 반영하여 일부 문항을 삭제하였으며 문항의 보기 순서 등을 변경하였음.
 - (3) 조사도구의 난이도 문제
 - : 기존에 우리나라에서 사용되던 정신건강지식 측정도구에 비해 문항이 어렵고 특히 Part 2의 정신건강이해력을 묻는 문항들에서는 의학적인 용어가 포함되어 일반인들이 이해가 어려울 것이라는 의견이 있었음.

Case vignette: 주요우울장애, 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고, 조현병, 알코올 사용 장애			
번호	하위요인(범주)	문항	
part 1	1	정신질환 인식	철수/영희 씨에게 문제가 있다면, 어떤 문제일까요?
	2	도움추구	철수/영희 씨에게 가장 도움이 되는 것은 무엇일까요?
	3		다음은 철수/영희 씨를 도울 수 있는 사람들입니다. 각각의 사람들이 철수/영희 씨에게 얼마나 도움이 될지 표시하십시오.
	4		철수/영희 씨가 다음과 같은 행동을 한다면, 각각 얼마나 도움이 될지 표시하십시오.
	5	예후	다음은 철수/영희 씨의 회복에 대한 질문입니다. 철수/영희 씨가 전문적인 도움을 받는다면 어떻게 될까요?
	6		철수/영희 씨가 어떠한 전문적인 도움도 받지 않으면, 어떻게 될까요?
	7	병인	철수/영희 씨가 가진 문제의 원인으로 가장 가능성이 높다고 생각하는 3가지를 순서대로 표시하십시오.
	8	정신질환에 대한 차별	철수/영희 씨의 문제가 주변에 알려지게 된다면, 다른 사람으로부터 차별을 받을 것이라고 생각하나요?
	8-1		철수/영희 씨와 같은 문제를 가진 사람들이 다음의 경우에서 차별받을 가능성이 얼마나 높다고 생각하는지 표시하십시오.
	9	정신질환에 대한 낙인	다음의 각각의 의견에 대해 귀하께서 동의하는 정도를 체크해 주십시오.
	10	사회적 거리감	다음은 철수/영희 씨와 같은 사람과 어느 정도로 관계를 가까이 지낼 의향이 있는지를 묻는 질문들입니다. 각 상황에 대해 체크하십시오.
	11	(정신질환에 대한) 개인적 경험	귀하의 가족/가까운 친구나 지인/직장동료나 이웃 중에 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 가진 사람이 있습니까?
12	귀하께서는 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 경험한 적이 있습니까?		
part 2	13	일반 정신건강 인식	전반적인 정신건강 이해력을 세 가지(지식/신념/자원) 측면에서 측정하는 문항
part 3	14	설문 대상자 정신건강	응답자의 정신건강 및 서비스 이용에 관한 문항
part 4	15	정신건강 인식 형성 영향요인	지금까지 답하신 귀하의 의견이 형성되는 과정에서 아래의 각 보기들이 얼마나 영향을 주었는지 표시해주십시오.

표 7. 최종 개발된 정신건강지식 및 태도조사 조사도구 문항

제 5장. 결론

- 본 연구에서는 국민 정신건강지식 및 태도조사의 도구를 보완 및 재정비하여 우리나라 국민들의 정신질환에 대한 이해력 및 태도를 효과적으로 측정하는 것을 목표로 하였음. 이를 위해 국내외 정신건강인식 조사와 조사도구에 대한 문헌조사를 수행하였으며 개발에 참고할만한 조사도구를 선별함. 선별된 조사도구를 바탕으로 하여 우리나라의 사회문화적 특성과 의료 시스템을 고려하여 새로운 조사도구를 구성하였음. 1차 개발된 도구는 델파이 조사를 통해 다양한 영역의 전문가의 의견을 반영하여 수정 및 보완 과정을 거쳤으며, 국립정신건강센터의 의견을 종합하여 최종 도구가 선별됨. 개발된 도구는 향후 국민 정신건강지식 및 태도조사의 온라인 설문으로 수행될 예정이며 이를 통해 정신건강인식 개선을 위한 근거자료로 사용될 것임.
- 본 연구에서 개발한 도구에는 몇 가지 장점과 의의가 있음.
 - 먼저 국내에서는 2008년도에 수행된 ‘우리나라 일반성인의 정신건강지식 실태조사’ 이후로 정신건강문제에 대한 지식, 치료 및 예후에 대한 지식과 태도, 정신질환에 대한 편견, 정신건강 서비스 이용에 대한 정보 등을 포괄적으로 측정하고자 한 연구가 없었음. 특히 본 연구에서는 다양한 방식(case vignette 도구와 non-case vignette 도구)과 내용(응답자의 정신건강인식과 정신건강상태와 서비스 이용)을 포함하고 있음.
 - 정신건강인식을 알아보기 위해 본 연구에서는 질환별 인식을 알아볼 수 있는 case vignette 질문지와 전체 정신건강 및 정신질환에 대한 인식을 측정하는 general 정신건강지식 질문지를 모두 활용함. 이를 통해 국내에서 정신질환별(우울증, 조현병, 자살사고, 알코올 사용장애) 인식과 스티그마에 대해 알아보고, 질환별 차이를 분석할 뿐만 아니라 조사결과를 국외의 유사한 연구와 비교할 수 있다는 점에서 의의가 있음. 또한 일반 정신건강지식 질문지는 2016년도에 개발된 multi-component MHL measure를 사용하여 비교적 최신의 정신건강지식을 측정할 수 있으며 국내 특이적인 내용을 반영한 문항(‘정신과 진료를 받으면 취업에 불이익을 받는다’, ‘정신과 진료 기록은 나의 동의 없이 유출될 것이다’)들을 추가함. 이를 통해 추후 이러한 문항들에 대한 응답이 개선되는지 확인하는 것도 의미가 있을 것으로 보임.
 - 본 도구는 문헌조사를 통해 적절한 도구를 포함했을 뿐만 아니라 정신과 전문의를 비롯한 언론인, 임상심리학자, 사회복지학자, 간호학자, 공공의료 전문가, 학교보건 전문가 등 다양한 분야의 델파이 조사 자문위원들에게 도구의 타당성과 적절성에 대한 자문을 두 번에 걸쳐 받음. 이를 통해 다양한 관점에서 도구를 평가한 의견을 반영하여 수정 및 보완할 수 있었음.
- 앞서 델파이 조사 및 보고회의 피드백을 통해 본 도구의 한계점은 다음과 같음.
 - (1) Part 1의 case vignette 사례의 다양화 문제
 - : 델파이 조사 결과, Part 1의 case vignette의 불안장애, 적응장애, 강박장애, 양극성장애, 신체증상장애 등 더 다양한 정신장애를 포함하면 좋겠다는 의견이 있었음. 사례를 추가하여 다양한 장애에 대한 인식을 확인하는 것이 이상적이나 이제까지 국민을 대상으로 한 조사에서 case vignette를 사용한 경우는 없었기 때문에 우선적으로 4가지 vignette(우울증, 조현병, 자살사고, 알코올 사용장애)를 통해 정신건강에 대한 인식을 확인하고 추후에 장애를 추가할 수 있겠음. 또한 기존 국민 정신건강지식 및 태도조사에서 응답자 수가 1,500명임을 고려했을 때, case vignette의 수가 늘어날 경우 이에 비례하여 설문응답자를 더 모집해야 하는 현실적인 이유를 고려하여 네 가지로 선별하였음.

(2) 조사도구의 양 문제

: 조사도구의 길이가 길다는 의견을 반영하여 일부 문항을 제거하고 간략하게 구성하도록 하였으나, 기존에 사용된 도구에 비해서 여전히 문항이 많은 편으로 매년 시행되는 조사에 활용하기가 부담이 될 수 있음. 이와 관련하여 앞으로 본 도구를 어떻게 활용할지에 대한 추후 논의가 필요할 것으로 보임. 영국과 호주의 사례에서처럼 조사를 매년 시행하지 않고 격년이나 3년, 5년 등의 기간을 두어 실시하거나, 조사 목적에 따라 전체 도구(Part 1-4) 중 일부를 선택하여 사용할 수 있겠음. 또한 전 연령을 대상으로 실시하는 것이 어렵다면 특정 인구집단을 대상으로 하여 집중적인 조사를 수행할 수 있음. 국외 연구들에서는 특히 청소년 집단을 타깃으로 하여 정신건강인식 조사를 하는 경우가 많았으며, 정신건강인식 개선 캠페인이나 개입 프로그램의 전후효과를 확인하는 차원에서 정신건강인식 도구를 활용하기도 함. 이처럼 조사도구의 양이 많다는 한계점을 조사도구 활용의 다양화를 통해 해결해볼 수 있겠음.

(3) 조사도구 난이도 문제

: 본 조사도구는 기존 도구에 비해 일반인이 응답하기에 어렵고 특히 part 2에서는 의학용어가 사용되어 난이도가 높다는 의견이 있었음. 본 연구의 도구는 이전에 비해 좀 더 정교한 정신건강인식을 측정하는 것을 목표로 삼고 있으며, 특히 part 2(일반적인 정신건강지식) 문항은 정신건강에 대한 '지식'을 측정하기 위해 고안된 것으로 다소 어렵게 느껴질 수 있음. 이에 추후 pilot 연구를 통해 좀 더 쉬운 용어로 수정할 필요가 있어 보임. 그러나 정신건강인식 연구가 활발한 해외 연구에서는 정신건강이해력(literacy) 측정도구를 통해 정신장애의 질환명을 비롯하여 다양한 증상 및 치료법에 대한 내용 등 상당히 깊은 수준의 지식을 묻고 있음. 또한 이제까지 국민들을 대상으로 정신건강 지식에 대해 묻는 조사가 거의 없었으므로 전국적인 조사를 통해 기본 자료를 수집할 필요가 있을 것으로 보임. 조사도구를 통해 국민들의 정신건강 및 질환에 대한 지식수준을 가늠할 수 있을 것으로 생각되며, 궁극적으로는 현재 국민들의 정신건강지식의 수준을 확인하고, 추후 정신건강 인식 개선 전략을 통해 국민들의 정신건강 및 질환에 대한 이해를 높이고 인식의 변화와 개입에 따른 효과를 확인할 수 있을 것으로 기대됨.

- 본 연구를 통해 재정비된 도구를 활용하여 대국민 정신건강 지식 및 태도조사를 수행함으로써 아래와 같은 성과를 기대함

○ 학문적 기대성과

- 본 연구에서 개발한 조사도구를 통해 우리나라의 다양한 인구 집단에서의 정신건강 인식의 현황을 규명할 수 있을 것으로 보임. 이제까지 국내에서 수행된 정신건강 인식 관련 조사들은 특정 정신질환에 대한 스티그마를 조사하거나 일부 지역에만 한정된 연구가 주를 이루어 국민들의 전반적인 정신건강 인식도에 정보가 부족한 실정이었음. 이에 본 도구를 활용하여 조사를 시행할 경우, 연령별이나 집단별(일반 대중, 정신건강 문제를 지닌 집단, 전문가 집단, 교사 집단 등)로 정신건강 이해력과 편견에 대한 수준을 확인할 수 있을 뿐만 아니라, 정신건강문제 유형에 따른 지식과 스티그마의 확인할 수 있을 것임.
- 특히 본 도구는 국외 도구를 그대로 사용하지 않고 우리나라의 사회문화적 특성을 적극 반영하였기 때문에 상대적으로 아시아권 국가의 정신건강 인식 연구의 초석이 될 수 있음.

○ 임상적 기대성과

- 본 조사도구를 활용하여 궁극적으로는 정신질환 고위험군 및 환자군의 정신건강 서비스 이용률을 높일 수 있을 것으로 기대됨. 조사도구에서는 정신건강문제에 대한 도움을 청하지 않는 이유를 다양한 문항으로 측정하고 있으며, 이를 통해 실제 정신건강 서비스로 이어지지 않는 문제점을 개선할 수 있는 제도 및 인식 개선사업을 통해 서비스 이용률을 향상시킬 수 있을 것임.
- 특히 한국의 주요 정신건강문제에 해당하는 우울증, 조현병, 자살, 알코올 사용문제에 대한 이해를 높일 수 있을 것으로 예상됨.
- 정신건강에 대한 인식을 개선함으로써 정신질환의 치료를 넘어서 정신건강을 추구하는 임상과로 지평을 넓힐 수 있음. 또한 1차, 2차, 3차 정신과 의료기관의 역할을 재정립할 수 있으며 정신과 임상과의 사회적 역할을 증진시킬 수 있음.

○ 사회적 기대성과

- 정신건강에 대한 인식을 개선으로 서비스 이용을 증진시킴으로써 국민의 정신건강 향상에 이바지할 수 있으며 정신질환을 예방하고 발견과 치료를 앞당김으로써 정신질환으로 인한 사회경제적 손실을 줄일 수 있을 것으로 예상됨. 또한 우리나라의 정신건강 관련 서비스의 역할과 위상을 재정립하여 질을 향상시킬 수 있으며 이를 통해 정신건강 향상을 위한 대국민 정책을 제언하고 수립할 수 있음.
- 조사내용을 바탕으로 하여 근거기반의 정신건강 인식 개선의 전략을 개발할 수 있음. 정신건강 지식에 대한 교육 및 편견 감소를 위한 캠페인 등을 다양한 측면에서 접근이 가능할 것으로 예상됨. 정신건강 선진국으로 알려져 있는 호주, 영국, 독일 등의 국가에서는 정신질환에 대한 편견을 감소시키고 인식을 제고하기 위한 다양한 캠페인들(anti-stigma movement)을 진행하고 정신건강 인식 도구를 이러한 개입의 효과성을 측정하는데 사용하고 있음. 이처럼, 본 도구는 우리나라 특성에 알맞은 전략 및 목표 수립과 정신건강 인식 개선에 활용될 수 있을 것으로 기대됨.

참고문헌

1. 국립정신보건교육연구센터. (2008). 우리나라 일반성인의 정신건강지식 실태조사.
2. 국립정신건강센터. (2018). 정신건강 현황 4차 예비조사 결과 보고서.
3. 국립정신건강센터. (2019). 2019년 국민 건강지식 및 태도 조사 결과보고서.
4. 박종익, & 전미나. (2016). 정신질환에 대한 사회적 편견. *신경정신의학*, 55(4), 299-309.
5. 보건복지부. (2015). 2015 국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서.
6. 보건복지부. (2016). 2016 정신질환 실태 역학조사 최종 보고서.
7. 보건복지부. (2017). 2017년 장애인실태조사.
8. 보건복지부. (2018). 2018 대국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서.
9. 보건복지부. (2018). 2018 자살실태조사
10. 서미경 & 이민규. (2013). 한국인의 정신건강이해력 평가와 취약집단 분석. *한국사회복지학*, 65(2), 313-334.
11. 통계청. (2015). 한국의 사회동향
12. 한국보건의료연구원. (2012). 국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 자살에 대한 연구.
13. Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(7), 471-482.
14. Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349-360.
15. Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of clinical psychology*, 57(7), 901-914.
16. Dey, M., Marti, L., & Jorm, A. F. (2019). The Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey: Study methodology, survey questions/vignettes, and lessons learned. *The European Journal of Psychiatry*, 33(2), 72-82.
17. Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541.
18. Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
19. Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
20. Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35(1), 79-90.
21. Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of

- web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 342-349.
22. Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., MacKinnon, A., Calear, A.L., Parsons, A., Bennet, K., Batterham, P.J., Stanimirovic, R. (2012). Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e69.
 23. Henderson, C., Potts, L., & Robinson, E. J. (2020). Mental illness stigma after a decade of Time to Change England: inequalities as targets for further improvement. *European Journal of Public Health*, 30(3), 526-532.
 24. Jeon, M., & Furnham, A. (2017). Mental health literacy in South Korea. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(4), 353-366.
 25. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (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.
 26. Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC medicine*, 3(1), 12.
 27. Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry research*, 243, 278-286.
 28. Kelly, A. E., & Achter, J. A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 40-46.
 29. Kim Honey, Hong JE, Oh MJ, Lee JY, Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Kim SW. (2018). Attitude towards Psychiatric Medications in general Population. *Korean Journal of Schizophrenia Research* 21(2), 51-58.
 30. Lee SH, & Suh JH. (2010). Mental health literacy of the Korean public: a comparison between depression and schizophrenia. *Korean J Soc Welfare Stud*, 41, 127-158.
 31. Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American sociological review*, 96-112.
 32. Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
 33. O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, 229(1-2), 511-516.
 34. O'Keeffe, D., Turner, N., Foley, S., Lawlor, E., Kinsella, A., O'Callaghan, E., & Clarke, M. (2016). The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia

- and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *Journal of Mental Health*, 25(2), 100–108.
35. Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342–346.
 36. Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schulze-Lutter., F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 261–268.
 37. Seeman, N., Tang S., Brown, A. D., Ing, A., (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115–121.
 38. TNS BMRB. (2015). Attitudes to mental illness 2014 research report. Time to Change; Available from: https://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Attitudes_to_mental_illness_2014_report_final_0.pdf.
 39. Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947–956.
 40. Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1086–1093.
 41. Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7(2), 225–240.
 42. Wang, J., He, Y., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W., Zeng, Q., ... & Cai, C. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 224–235.
 43. Zhuang, X. Y., Wong, D. F. K., Cheng, C. W., & Pan, S. M. (2017). Mental health literacy, stigma and perception of causation of mental illness among Chinese people in Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 498–507.

[부록] 보완된 '국민 정신건강 지식 및 태도 조사' 도구

Part 1. Case Vignette 기반 설문지

※ 다음의 사례를 읽고 이와 관련된 문항(1~12번)에 응답해주세요.

1) 주요우울장애 (Major Depressive Disorder)

철수/영희 씨는 35세 직장인이다. 그/그녀는 최근 몇 주간 줄곧 침울한 기분에 의욕이 저하된 상태이다. 밤에는 내가 쓸모없는 사람인 것 같다는 생각과 미래에 대한 걱정들로 잠을 쉽게 이루지 못하는 날이 많고, 거의 늘 피곤하고 지친 상태로 식욕마저 떨어져 체중이 눈에 띄게 감소하였다. 일할 때에는 주도적으로 잘 처리하던 일에도 갈팡질팡하며 우유부단한 모습을 보이는가 하면, 실수를 연발하여 상사가 업무 효율성이 떨어지는 것을 걱정하고 있다.

2) 정신과적 증상이 분명하지 않은 자살사고 (Suicidal Idea)

57세 철수/영희 씨는 배우자가 암으로 오랜 기간 투병하다가 재작년에 사망하여 혼자가 되었다. 배우자의 치료비로 상당한 빚을 지게 되었고, 해 오던 아르바이트는 최근 경기 불황으로 쉬고 있다. 마시지 않던 술을 한두 잔 마시게 되는 날에는 문득 이런 어려움이 끝나지 않을 것 같은 생각에 문득 '삶을 끝내면 얼마나 편안할까?'라는 생각을 하게 되었다. 철수/영희 씨는 최근 몇 주 동안에는 이러한 생각을 자주하였는데, 어디서 어떻게 죽을지에 대해서도 생각하고 있는 자신을 발견하게 되었다.

3) 조현병 (Schizophrenia)

철수/영희 씨는 부모님과 함께 사는 24세 취업 준비생이다. 몇 개월 동안 잠깐씩 아르바이트를 하면서 안정적인 직장을 구하고자 하였지만 연락 오는 곳이 없었다. 철수/영희 씨는 약 일 년 전부터 사람들을 만나려 하지 않고, 주로 자기 방에서만 지내게 되었다. 이제는 부모님과도 식사하는 것을 거부하고, 씻지 않으려 한다. 종종 방안에서 "나를 괴롭히지 마"라고 혼잣말을 하거나 싸우는 듯이 이야기하기도 한다. 걱정이 된 부모님은 대화를 시도해보려고 했지만, 집 안에 도청장치가 설치되어 감시당한다는 말만 되풀이하며 거부하고 있다.

4) 알코올 사용 장애 (Alcohol Use Disorders)

철수/영희 씨는 40대 직장인으로 1년 전 새로 옮긴 직장에서는 술자리가 잦은 편이었다. 점차 평소보다 많은 양을 마셔야 취하는 느낌을 받았고, 만취상태가 될 때까지 마시기 일쑤였다. 언제부터인가 술이 취한 상태에서 말실수로 동료와 다투는 일들이 생겼고, 숙취로 결근하는 일이 잦아졌다. 이런 일이 반복되자, 가족들은 철수/영희 씨가 술을 마시는 것에 대해 나무라기 시작했다. 술을 끊으려고 몇 번 시도해보았지만 잘 되지 않았고, 오히려 최근에는 회식이 없는 날에도 잠이 오지 않아서 거의 매일 집에서 혼자 술을 마시고 있다.

1. 철수/영희씨에게 문제가 있다면, 어떤 문제일까요?

- ① 신체적 문제
- ② 정신적 문제
- ③ 문제없음
- ④ 기타(_____)
- ⑤ 모름

②로 답변한 경우, 다음 중 어떤 정신적 문제라고 생각하십니까?

- 1) 스트레스/소진
- 2) 우울증
- 3) 공황장애
- 4) 조현병
- 5) 알코올 사용 장애
- 6) 기타(_____)
- 7) 모름

2. 철수/영희 씨에게 가장 도움이 되는 것은 무엇일까요?

- ① 휴식과 재충전
- ② 가족 및 친지와 이야기
- ③ 친구 또는 이웃과 이야기
- ④ 정신과 의사 진료
- ⑤ 정신과 이외의 의사 진료
- ⑥ 심리 또는 상담전문가 만나기
- ⑦ 사회복지사 만나기(주민센터, 정신건강복지센터, 등)
- ⑧ 한의사 진료
- ⑨ 종교인 만나기
- ⑩ 무속인 만나기
- ⑪ 기타 (_____)
- ⑫ 모름

3. 다음은 철수/영희 씨를 도울 수 있는 사람들입니다. 각각의 사람들이 철수/영희씨에게 얼마나 도움이 될지 표시 하십시오.

목록	매우 도움됨	도움됨	보통	거의 도움 안됨	전혀 도움 안됨
① 스스로 해결하기	5	4	3	2	1
② 가족 및 친지	5	4	3	2	1
③ 친구 또는 이웃	5	4	3	2	1
④ 정신과 의사	5	4	3	2	1
⑤ 정신과 이외의 의사	5	4	3	2	1
⑥ 심리 또는 상담전문가	5	4	3	2	1
⑦ 사회복지사(주민센터, 정신건강복지센터 등)	5	4	3	2	1
⑧ 한의사	5	4	3	2	1
⑨ 종교인	5	4	3	2	1
⑩ 무속인	5	4	3	2	1

4. 철수/영희 씨가 다음과 같은 행동을 한다면, 각각 얼마나 도움이 될지 표시하십시오.

	매우 도움됨	도움됨	보통	거의 도움 안됨	전혀 도움 안됨
① 운동	5	4	3	2	1
② 이완, 명상	5	4	3	2	1
③ 규칙적인 생활	5	4	3	2	1
④ 금주	5	4	3	2	1
⑤ 정신건강 정보 구하기(책, 인터넷 등)	5	4	3	2	1
⑥ 친목/사교 활동	5	4	3	2	1
⑦ 심리상담(정신과 상담 포함)	5	4	3	2	1
⑧ 정신과 약물치료	5	4	3	2	1
⑨ 정신과 입원치료	5	4	3	2	1
⑩ 종교 활동	5	4	3	2	1

5. 다음은 철수/영희 씨의 회복에 대한 질문입니다. 철수/영희 씨가 전문적인 도움을 받는다면 어떻게 될까요?

- ① 회복될 것이다. 그리고 더 이상 재발 가능성 없다
- ② 회복될 것이다. 그러나 재발 가능성 있다
- ③ 부분적으로 회복될 것이다
- ④ 나아지지 않을 것이다
- ⑤ 악화될 것이다
- ⑥ 모르겠다

6. 철수/영희 씨가 어떠한 전문적인 도움도 받지 않는다면, 어떻게 될까요?

- ① 회복될 것이다. 그리고 더 이상 재발 가능성 없다
- ② 회복될 것이다. 그러나 재발 가능성 있다
- ③ 부분적으로 회복될 것이다
- ④ 나아지지 않을 것이다
- ⑤ 악화될 것이다
- ⑥ 모르겠다

7. 철수/영희 씨가 가진 문제의 원인으로 가장 가능성이 높다고 생각하는 3가지를 순서대로 표시 하시오.

1순위	2순위	3순위

- ① 유전
- ② 뇌기능 이상
- ③ 불우한 어린 시절(학대, 잘못된 양육, 가족의 해체 등)
- ④ 생활 스트레스(대인관계 갈등, 경제적 어려움 등)
- ⑤ 외상적 사건(심각한 사고 및 사별 등)
- ⑥ 성격적 요인(자신감 부족, 불안, 예민 등)
- ⑦ 의지가 약함
- ⑧ 기타(_____)

8. 철수/영희 씨의 문제가 주변에 알려지게 된다면, 다른 사람들로부터 차별을 받을 것이라고 생각하나요?

- ① 예 ⇨ **문 8-1로**
- ② 아니오 ⇨ **문 9로**
- ③ 모르겠음 ⇨ **문 9로**

8-1. 철수/영희 씨와 같은 문제를 가진 사람들이 다음의 경우에서 차별받을 가능성이 얼마나 높다고 생각하는지 표시하십시오.

항목	차별 가능성 매우 높음	차별 가능성 높음	아마도 차별 가능성 있음	차별 가능성 낮음	차별 가능성 매우 낮음
① 대학 입시	5	4	3	2	1
② 공무원 취업	5	4	3	2	1
③ 회사(민간기업) 취업	5	4	3	2	1
④ 자격증 취득 (예, 운전면허, 미용사, 사회복지사)	5	4	3	2	1
⑤ 승진	5	4	3	2	1
⑥ 보험가입	5	4	3	2	1

9. 다음의 각각의 의견에 대해 귀하께서 동의하는 정도를 체크해주십시오.

#	문 항	매우 동의함	동의함	보통	동의 안함	전혀 동의 안함
1	철수/영희 씨와 같은 문제를 가진 사람들은 마음만 먹으면 극복해낼 수 있다	5	4	3	2	1
2	철수/영희 씨와 같은 문제는 개인적인 나약함을 나타내는 것이다	5	4	3	2	1
3	철수/영희 씨의 문제는 실제 의학적 질병은 아니다	5	4	3	2	1
4	철수/영희 씨와 같은 문제가 있는 사람들은 다른 사람에게 위험하다	5	4	3	2	1
5	나에게 철수/영희 씨와 같은 문제가 생기지 않으려면, 이런 사람들을 피하는 것이 최선이다	5	4	3	2	1
6	철수/영희 씨와 같은 문제가 있는 사람들의 행동을 예측할 수 없다	5	4	3	2	1
7	만약 나에게 철수/영희 씨와 같은 문제가 있었다면, 누구에게도 말하지 않을 것이다	5	4	3	2	1
8	만약 누군가가 철수/영희 씨와 같은 문제가 있었다는 것을 알게 된다면, 나는 그를 고용하지 않을 것이다	5	4	3	2	1
9	만약 어떤 정치인이 철수/영희 씨와 같은 문제가 있었다면, 나는 그에게 투표하지 않을 것이다	5	4	3	2	1

10. 다음은 철수/영희 씨 같은 사람과 어느 정도로 가까이 지낼 의향이 있는지를 묻는 질문들입니다. 각 상황에 대해 체크하십시오.

#	문항(personal stigma)	매우 있음	약간 있음	별로 없음	전혀 없음
1	귀하는 철수/영희 씨의 이웃으로 이사 갈 의향이 얼마나 있습니까?	1	2	3	4
2	귀하는 철수/영희 씨와 저녁 시간에 친목 모임을 가질 의향이 얼마나 있습니까?	1	2	3	4
3	귀하는 철수/영희 씨와 친구로 지낼 의향이 얼마나 있습니까?	1	2	3	4
4	귀하는 철수/영희 씨와 업무상 가깝게 일할 의향이 얼마나 있습니까?	1	2	3	4
5	귀하는 철수/영희 씨와 결혼을 하여 가족이 될 의향이 얼마나 있습니까?	1	2	3	4

11. 다음 문항은 정신질환자에 대한 개인적 경험과 관련된 문항입니다.

11-1. 귀하의 가족 중에 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 가진 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

11-2. 귀하의 가까운 친구나 지인 중에 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 가진 사람이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모름

12. 귀하께서는 철수/영희 씨와 비슷한 문제를 경험한 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니오
③ 모름

Part 2. 일반 정신건강인식 설문지

13. 다음의 문항을 읽고 귀하께서 동의하는 정도에 체크하십시오.						
문항	전혀 동의하지 않음	동의 하지 않음	보통	동의함	매우 동의함	모름
1. 상담은 우울증에 도움이 되는 치료이다.						
2. 조현병이 있는 사람은 남들에게 들리지 않는 목소리를 들을 수 있다.						
3. 정신질환을 조기에 진단하면 호전될 가능성을 높일 수 있다.						
4. 동료/또래 지지모임에 참여하는 것은 정신질환으로부터 회복하는데 도움이 된다.						
5. 설명되지 않는 신체적 통증이나 피로는 우울증의 징후일 수 있다.						
6. 인지행동치료는 개인의 사고방식이나 스트레스에 대처하는 방식을 바꿀 수 있다.						
7. 양극성 장애가 있는 사람은 급격한 기분변화를 보일 수 있다.						
8. 정신과 약물을 처방받아 복용하는 것은 효과가 있다.						
9. 누군가 외모에 신경 쓰는 것을 중단한다면 우울증의 징후일 수 있다.						
10. 음주는 정신질환 증상을 악화시킨다.						
11. 정신질환이 있는 사람은 입원하지 않고도 지역사회에서 치료를 받을 수 있다.						
12. 불안장애가 있는 사람은 과도한 불안이나 공포를 호소한다.						
13. 매우 종교적/영적인 사람은 정신질환에 걸리지 않는다.						
14. 우울증에 걸리는 것은 본인이 나약하기 때문이다.						
15. 정신질환은 단기적인 장애이다.						
16. 정신질환으로부터 회복하는 것은 대개 운에 달려있다.						
17. 우울증이 있는 사람에게 자살을 생각하는지 물어 보아서는 안 된다.						
18. 잘못된 양육은 조현병을 유발한다.						
19. 정신질환은 치료를 받지 않더라도 시간이 지나면 호전될 것이다.						
20. 강박증이 있는 사람은 원한다면 증상을 멈출 수 있다.						

21. 우울증이 있는 사람은 치료받지 않아도 스스로 나을 수 있다.						
22. 정신과 진료를 받으면 취업에 불이익을 받는다.						
23. 정신과 진료기록은 나의 동의 없이 유출될 것이다.						
24. 나는 정신건강서비스를 받기 위해 어디로 가야 하는지 알고 있다.						
25. 나는 자살예방상담전화의 번호를 알아낼 수 있다.						
26. 나는 정신질환에 대한 유용한 정보를 어디서 얻을 수 있는지 알고 있다.						
27. 나는 우리 지역에서 정신과 의원에 연락하는 방법을 알고 있다						
28. 나는 정신건강복지센터에 대해 알고 있다.						

Part 3. 설문대상자 정신건강 관련 설문지

14. 다음의 문항을 잘 읽어보시고 질문에 알맞게 응답해주시요.

문1. 귀하의 평소 정신건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

문2. 귀하께서는 평소 건강한 정신을 유지하기 위해 노력을 하십니까?

- ① 매우 그렇다 ② 그런 편이다 ③ 그렇지 않은 편이다 ④ 전혀 그렇지 않다

문 3. 다음은 지난 1년 간 귀하의 정신건강 상태에 대한 질문입니다. 다음과 같은 일들을 지난 1년간 경험하신 적이 있으십니까? 각 항목별로 경험 여부를 응답해주시기 바랍니다.

구분	없다	있다
1) 수 일간 지속되는 우울감	1	2
2) 생활에 불편을 줄 정도의 기분변화	1	2
3) 자제할 수 없는 분노 표출 (폭력행위 등)	1	2
4) 수 일간 지속되는 불안	1	2
5) 수 일간 지속되는 불면	1	2
6) 심각한 스트레스	1	2
7) 자살생각 (진지하고 구체적으로 생각)	1	2
8) 건망증으로 인한 일상생활 장애	1	2
9) 환청, 환시, 망상적 생각	1	2
10) 알코올 문제	1	2
11) 약물중독 문제	1	2
12) 도박 중독문제 (온라인 도박 포함 등)	1	2
13) 기타 중독문제 (게임 중독 등)	1	2
14) 원인을 알 수 없는 신체불편감 (두근거림, 화끈거림, 소화불량 등)	1	2
15) 조절되지 않는 강박사고 및 강박행동 (손 씻기, 확인하기 등)	1	2

*** 안내** 위의 문항 1) ~ 13) 모두 '없다'라고 응답하신 분은, **문 7로**

문4, 문5. 응답 대상 **문 3의 1)~13)중 하나라도 "2번 (있다)"에 응답하신 분에 해당함**

문 4. 귀하께서 이러한 정신건강문제를 경험했을 당시, 일상생활 및 사회활동에 제한을 받은 적이 있습니까?

구분	큰 지장이 있음	상당한 지장이 있음	경미한 지장이 있음	별 영향 없음
1) 일상생활 및 가정생활	1	2	3	4
2) 사회활동 및 대인관계	1	2	3	4
3) 업무 및 학업	1	2	3	4

문 5. 귀하께서 정신건강문제를 경험했을 당시, 누군가와 상의(상담)하거나 병원에 방문하신 적이 있습니까?

- ① 있다 ⇨ 문 5-1로 ② 없다 ⇨ 문 6으로

* 안내	문 5의 ①번에 응답하신 분은 문 5-1로 이동 문 5의 ②번에 응답하신 분은 문 6으로 이동
------	---

문5-1 ~ 5-5. 응답 대상	문 5의 ①번 응답자만 해당
-------------------	------------------------

문 5-1. 귀하께서 정신건강문제를 경험했을 당시, 누구에게 도움을 요청하셨습니다? 도움을 요청한 사람을 모두 고르시오.

- | | |
|------------------|----------------------|
| ① 가족 및 친지 | ② 친구 또는 이웃 |
| ③ 사회복지사 | ④ 심리 또는 상담전문가 |
| ⑤ 정신과 의사(또는 간호사) | ⑥ 정신과 이외의 의사(또는 간호사) |
| ⑦ 한의사 | ⑧ 종교인 |
| ⑨ 무속인 | ⑩ 기타(_____) |

문 5-2. 귀하가 도움을 요청하신 다음의 사람들이 귀하에게 얼마나 도움이 되었는지 표시하십시오.

	매우 도움됨	도움됨	보통	거의 도움 안됨	전혀 도움 안됨
① 가족 및 친지	5	4	3	2	1
② 친구 또는 이웃	5	4	3	2	1
③ 사회복지사	5	4	3	2	1
④ 심리 또는 상담전문가	5	4	3	2	1
⑤ 정신과 의사(또는 간호사)	5	4	3	2	1
⑥ 정신과 이외의 의사(또는 간호사)	5	4	3	2	1
⑦ 한의사	5	4	3	2	1
⑧ 종교인	5	4	3	2	1
⑨ 무속인	5	4	3	2	1
⑩ 기타(_____)	5	4	3	2	1

* 안내	문 5-1에서 ⑤ 정신과 의사(또는 간호사) 로 답한 경우에만 5-3으로 이동. 나머지 경우는 설문 종료
------	---

문5-3 ~ 5-5.
응답 대상

문 5-1에서 ⑤ 정신과 의사(또는 간호사) 로 답한 경우에만 해당

문 5-3. 귀하께서 병원치료를 받기까지 고민을 하셨다면 어떠한 이유 때문이었습니까?
(우선순위대로 3가지를 고르시오.)

1순위	2순위	3순위

- ① 고민을 하지 않았다.
- ② 심각하지 않아 그냥 두면 나아질 것 같아서
- ③ 정신질환은 스스로 극복해야하는 것이라서
- ④ 별 효과가 없을 것 같아서
- ⑤ 주변의 부정적인 시선 때문에
- ⑥ 정신과 약물치료의 부작용을 걱정해서
- ⑦ 좋은 병원을 알지 못해서
- ⑧ 적절한 치료방법을 알지 못해서
- ⑨ 치료비용이 걱정되어서
- ⑩ 치료기록으로 인한 불이익이 걱정되어서
- ⑪ 시간적 여유가 없어서
- ⑫ 기타 ()

문 5-4. 귀하께서는 처음으로 본인의 정신건강문제를 알게 된 후, **정신과 치료(약물 포함)**를 받기까지 걸린 기간은 얼마나 되나요?

- ① 3개월 이하 ② 3개월 초과 ~ 6개월 이하
- ③ 6개월 초과 ~ 1년 이하 ④ 1년 초과 ~ 3년 이하
- ⑤ 3년 초과

문 5-5. 귀하께서 **치료를 받으신 총 기간**은 얼마나 됩니까?

- ① 3개월 이하 ② 3개월 초과 ~ 6개월 이하
- ③ 6개월 초과 ~ 1년 이하 ④ 1년 초과 ~ 3년 이하
- ⑤ 3년 초과

※ 안내

Part 3 설문종료 (문 5의 ①번에 응답한 경우)

문 6. 응답 대상	문 5의 ②번 응답자만 해당
-------------------	------------------------

문 6. 귀하의 정신건강문제에 대해 누군가와 상의(상담)하거나 병원에 방문하지 않으셨지만, 추후에 그런 문제를 다시 겪을 경우 도움을 받을 의향이 있습니까?

- ① 예 ⇨ **문 6-1로** ② 아니오 ⇨ **문 8로**

* 안내	문 6의 ①번에 응답하신 분은 문 6-1로 이동 문 5의 ②번에 응답하신 분은 문 8로 이동
-------------	--

문 6-1. 응답 대상	문 6의 ①번 응답자만 해당
---------------------	------------------------

6-1. 귀하의 정신건강문제에 대해 누구에게 도움을 요청하고 싶습니까?
(우선순위대로 3가지를 고르시오.)

1순위	2순위	3순위

- | | |
|------------------|----------------------|
| ① 가족 및 친지 | ② 친구 또는 이웃 |
| ③ 사회복지사 | ④ 심리 또는 상담전문가 |
| ⑤ 정신과 의사(또는 간호사) | ⑥ 정신과 이외의 의사(또는 간호사) |
| ⑦ 한의사 | ⑧ 종교인 |
| ⑨ 무속인 | ⑩ 기타(_____) |

* 안내	Part 3 설문종료 (문 6의 ①번에 응답한 경우)
-------------	--------------------------------------

문 7. 응답 대상	문 3의 1)~13)중 모두 '1번 (없다)'에 응답하신 분에 해당함
-------------------	---

문 7. 귀하께서는 문3과 같은 정신건강문제를 경험하게 된다면, 주변인 또는 전문가와 상의(상담)할 의향이 있습니까?

- ① 주변인 또는 전문가에게 상의(상담) 할 의향이 있다 ⇨ **문 7-1로**
- ② 주변인 또는 전문가에게 상의(상담) 할 의향이 없다 ⇨ **문 8로**

* 안내	문 7의 ①번에 응답하신 분은 문 7-1로 이동 문 7의 ②번에 응답하신 분은 문 8로 이동
-------------	--

문 7-1. 응답 대상	문 7의 ①번 응답자만 해당
---------------------	------------------------

문 7-1. 만약 상의(상담)를 한다면, 가장 먼저 누구에게 받으시겠습니까?
(우선순위대로 3가지를 고르시오.)

1순위	2순위	3순위

- ① 가족 및 친지
- ② 친구 또는 이웃
- ③ 사회복지사
- ④ 심리 또는 상담전문가
- ⑤ 정신과 의사(또는 간호사)
- ⑥ 정신과 이외의 의사(또는 간호사)
- ⑦ 한의사
- ⑧ 종교인
- ⑨ 무속인
- ⑩ 기타(_____)

* 안내	설문 종료 (문 7의 ①번에 응답한 경우) (정신건강문제가 없는 사람 & 도움추구의향 0)
-------------	---

