

서울시 지역주민의 알코올장애와 스트레스, 정신건강 및 자살

손애리*†, Sherme Villasurda Legaspi**,
홍인옥**, 김태경***, 류은정****, 오경재*****

* 삼육대학교 보건관리학

** 삼육대학교 보건복지대학원

*** 진주보건대학 간호과

**** 건국대학교 간호학과

***** 원광대학교 의학과

I. 서론

우리나라에서 음주가 문제시되는 이유는 음주에 대한 관용적인 태도로 인하여 음주자의 비율이 높을 뿐만 아니라 음주빈도와 음주량도 매우 높아 고위험음주를 한다는 데 있다. 2005년의 국민건강영양조사에 의하면 우리나라 남성의 고위험음주자의 비율이 46.3%이며, 여성은 9.2%에 이른다(보건복지부, 2005). 특히 최근에는 20-30대의 남성 층과 20대의 젊은 여성음주자가 크게 증가하였다(보건복지부, 2003, 2005). 음주 단일요인에 의한 한국인 사망자수는 1995년에는 29,497명(천성수, 1998), 2000년에는 21,123명(김광기 등, 2004), 2007년에는 38,431명으로 추산되며, 알코올 관련 사망이 제거될 경우 국민 평균수명이 2.03년 증가(천성수 등, 2007) 된다. 음주로 인한 사회경제적비용의 추정액은 15.5조원(정우진, 2004), 16.7조원(정헌배, 2001), 13.6조원(노인철 등, 1997)으로 우리나라 GNP에 약 4% 수준에 이르고 있어 그 피해가 막대하다 할 수 있다.

음주는 원만한 대인관계, 축제, 관혼상제 등에서 긍정적인 기능을 하는 반면에 술로 인한 피해 또한 심각하다. 음주로 인한 피해는 간경변증, 간암, 각종 암, 심혈관질환, 신

생아 결함 등과 같은 건강상의 문제뿐만 아니라 음주 후 원치 않는 경험, 성폭력, 원치 않은 성경험, 법적인 위반, 경제적 곤란, 폭력으로 인한 상해, 사고, 자살과 같은 이차적 폐해로 연결되기 때문에 더 문제가 된다(천성수와 손애리, 2008; 손애리와 박지은, 2006; 천성수 등, 2003).

음주는 또한 정신적 건강과도 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있다(Grant 등, 2004; Cho 등, 2002). 알코올사용장애는 우울증과 같은 정서장애와 흔하게 동반된다고 알려져 있으며, 한 역학조사보고는 알코올사용장애 환자의 작게는 1/4 많게는 2/3에서 별도의 치료가 필요할 정도의 우울증을 앓는다고 보고하고 있다. 한국과 미국의 역학조사결과를 보면, 우울증을 앓고 있는 사람에서 그렇지 않은 사람에 비하여 알코올의존에 이환될 위험은 2~3배에 이른다고 보고되고 있다(Grant 등, 2004; Cho 등, 2002). 우울증과 알코올사용장애는 함께 동반될 경우, 예후와 치료 반응이 좋지 않고 자살의 위험이 급격히 증가하기 때문에 더욱 심각한 결과를 초래할 수 있다. 미국의 Dumais 등(2005)의 연구결과에 의하면 우울증환자에서 알코올사용장애가 동반될 경우, 그렇지 않은 우울증환자에 비하여 자살의 위험이 3.16배 증가한다고 보고하고 있다(Dumais 등,

교신저자: 손애리

서울시 노원구 공릉2동 26-21 삼육대학교 보건관리학

전화: 02-3399-1669 팩스: 02-3399-1672 E-mail: aeree@syu.ac.kr

* 이 논문은 성동구 보건소와 삼육대학교 학술연구비의 지원에 의한 것임.

▪ 투고일 09.12.01

▪ 수정일 09.12.10

▪ 게재확정일 09.12.12

2005). 또한 Sher 등(2005c)의 연구에 의하면 알코올사용장애를 앓은 적이 있는 우울증환자에서 그렇지 않은 사람에 비하여 자살시도횟수, 자살시도 치명도, 자살에 대한 사고 등이 유의하게 더 높았으며, 이는 만성적 음주로 인하여 증가된 공격성, 충동성에 의하며 매개된다고 보고하였다(Sher 등, 2005b). 즉, 우울증환자에서 만성적으로 음주를 할 경우, 세로토닌의 저하와 같은, 충동을 조절하는 뇌기능의 저하가 유발되어, 우울증환자로 하여금, 자살에 대한 사고를 행동으로 옮길 수 있는 위험이 높아진다(Sher, 2006).

우리나라에서 이루어진 정신 질환에 대한 본격적인 역학 조사로는 이정균 등(1985)과 이호영 등(1989)이 DIS-III(Diagnostic Interview Schedule-III) 한국어판을 이용한 이 두 가지의 역학 조사결과에 따르면 정신질환의 진단 범주별로 알코올 남용 및 의존의 유병률이 약 21.7-26.8%로 가장 높았고, 불안 및 신체화 장애가 약 7.4-8.5%, 정동 장애 3.07-5.52%, 정신분열병 0.12-0.65%로 나타나 알코올남용 및 의존의 비율이 정신질환에서 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 알코올남용 및 의존자와 정신건강과 관련성을 찾는 연구가 필요함에도 불구하고 지금까지의 음주에 관련된 국내 연구는 주로 음주량, 음주빈도 등의 위험음주행동의 실태를 파악(보건복지부, 2002, 2006; 보건복지가족부, 2008)하거나 인구·사회경제적 요인을 규명하거나 알코올의 중독과 폐해를 다루는 연구가 대부분이다(천성수 등, 2003; 손애리와 박지은, 2006; 윤명숙, 2000; 박현선과 이상균, 2001). 음주와 스트레스, 정신건강 및 자살과 관련된 연구는 국외(Dumais 등, 2005; Grant 등, 2004; Sher, 2006)에서는 최근에 활발하게 이루어지고 있으나 국내의 경우 단순히 실태를 파악하거나 인구사회적 변수의 통제 없이 음주와 정신건강과의 상관성을 분석하는 기술 연구(descriptive research)가 많다.

최근 우리사회는 산업화로 인하여 하루가 급변하고 있고, IMF체제 이후 지속되는 경제적 위기로 인하여 정신질환자뿐만 아니라 지역 주민의 우울증, 자살, 알코올 중독 등과 같은 정신건강의 문제가 심각해졌다(보건복지부, 2006). 일반인의 정신건강문제가 심각해짐에 따라 정신보건정책이 정신질환자의 관리정책에서 지역주민의 정신보건으로 정책방향이 전환됨에 따라 정신질환 및 지역사회주민의 정신건강을 관리하기 위한 중재프로그램을 개발하기 위한 기초자료의 필요성이 더욱 증가하고 있다.

따라서 본 연구는 서울시 지역주민을 대상으로 인구·사회경제적 요인별 문제음주자, 알코올의존자 및 음주수준의 실태를 파악하여 그들의 음주와 스트레스, 정신건강 및 자살 간의 관계를 탐색한 후 스트레스 위험군, 정신건강증상의 임상군 및 구체적 자살을 계획할 가능성에 대하여 교차비를 구함으로써 음주와 관련된 정신보건사업프로그램의 개발 및 지역보건의료계획 수립 시 필요한 기초자료를 제공하고자 하는 데 있다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 면접식 횡단적 조사연구(cross-sectional study)이다.

2. 연구대상 및 절차

본 연구의 조사지역은 서울시 S구이며, 전체 17개 동에서 만 19세 이상인 남녀 주민을 대상으로 하였다. 표집은 S구 보건소의 협조를 받아 전체 17개 동의 가구 수를 파악한 후 아파트와 일반(아파트외의 가구)으로 층화한 후 동별 표본가구 수를 할당하였다. 총 750가구¹⁾를 무작위로 추출하였다. 선정된 표본가구를 대상으로 세대주, 가구구성원, 주소와 전화번호의 목록을 작성하였고, 조사 전에 선정된 가구에게 행정기관의 공문을 발송하여 설문에 협조하도록 하였다. 전체 조사원은 국민건강조사 등 이미 조사경험이 많은 숙련된 조사원으로 구성하였으며, 설문지에 대한 기본적인 내용 및 면접조사 방법에 대한 교육에 대한 워크숍을 받도록 하였다. 조사원은 추출된 가구를 직접 방문하여 조사의 취지에 대한 설명과 함께 대상자의 동의서를 받은 후 면접하도록 하였다. 조사의 질적 관리를 위하여 조사원을 감독하는 총 책임자가 조사기간 동안에 무작위로 선정된 가구에 전화를 하여 조사가 제대로 이루어졌는지 확인하도록 하였다.

조사대상은 선정된 가구 구성원의 만 19세 이상이며, 설문의 내용에 스스로 응답할 수 있는 의사소통 가능한 주민

1) 가구당 평균 인구는 2.3명이며, 성인은 1.7명으로 750가구를 추출할 경우 1275명의 표본수가 예상된다.

을 대상으로 하였다. 총 수거된 설문지는 1280부였으나 이 중 불성실한 설문지 45부를 제외한 총 1234부가 분석에 사용되었다. 조사기간은 2009년 4월 27일부터 5월 17일까지 3주간이었다.

3. 조사 내용 및 도구

설문지는 인구학적 변수(성, 연령, 결혼상태), 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득), 스트레스, 간이정신진단검사 및 AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)로 이루어졌다.

1) 스트레스 지수 측정 도구(Psychosocial Wellbeing Index: PWI - Short Form)

스트레스는 PWI(Psychosocial Wellbeing Index)의 단축형태인 PWI-SF(Psychosocial Wellbeing Index - Short Form)을 이용하여 측정하였다(장세진, 2000). 총 18문항으로 각 항목에 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’에서 ‘항상 그렇다(3점)’의 4점 척도로 평정하도록 되어있다. 범위는 0-54점으로 점수가

가 낮을수록 스트레스 수준이 낮음을 의미하며, 이 중 부정적 감정의 내용을 가진 7개의 항목은 역코딩을 하였다. 개발자들은 8점 이하인 경우 일반군(건강군), 9-26점은 경계군(잠재적 스트레스군), 그리고 27점 이상인 경우 임상군(고위험군)으로 규정하도록 하였다(김환철 등, 2006). 본 연구에서 PWI-SF의 신뢰도를 측정하는 내적일치도의 계수(Cronbach α)는 0.852였다.

2) 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision: SCL-90-R)

간이정신건강검사(SCL-90-R)는 미국의 ‘Cornell 의학자수’에서 시작되어 Derogatis에 의해 현재의 것으로 개발된 것으로 9개의 정신과적 증상을 기술하는 자기보고식 임상진단검사로 진단 및 치료효과를 측정할 수 있는 도구이다. SCL-90-R은 9개 증상차원(척도)은 신체화 12문항, 강박증 10문항, 대인예민성 9문항, 우울 13문항, 불안 10문항, 적대감 6문항, 공포 불안 7문항, 편집증 10문항, 정신증 10문항과 부가적 문항으로 총 90문항이다. 각 문항은 지난 7일

<표 1> SCL-90-R의 9개의 증상차원의 조작적 정의

SCL-90-R의 9개의 증상차원	문항 수	조작적 정의
신체화(Somatization, SOM)	12문항	자율신경계의 영향 하에 있는 순환기, 소화기, 호흡기 및 기타 기관의 장애와 두통, 동통 등 신체적 기능이상에 대해 주관적으로 호소하는 증상들로 구성되어 있다.
강박증(Obsessive-Compulsive, O-C)	10문항	자신은 원치 않는데도 어쩔 수 없이 되풀이하게 되는 사고, 충동 및 행동 등 강박 증상을 반영한다.
대인예민성(Interpersonal Sensitivity, I-S)	9문항	타인과의 관계에서 나타나는 불편감, 부적합감 및 열등감 등을 측정한다.
우울(Depression, DEP)	13문항	삶에 대한 관심의 철수, 동기의 결여, 활력의 상실, 절망감 및 자살에 대한 생각 등으로 나타나는 기분이나 감정의 저조 등 임상적으로 우울증의 증상과 일치되는 증상들이 포함된다.
불안(Anxiety, ANX)	10문항	신경과민, 긴장, 초조, 두려움 및 불안과 관련된 신체적인 증상으로 이루어져 있다.
적대감(Hostility, HOS)	6문항	분노, 공격성, 자극과민성, 격분, 울분 등 부정적인 정서상태를 내포하는 사고, 감정 및 행동을 반영한다.
공포불안(Phobic Anxiety, PHOB)	7문항	광장공포증의 정의와 일치하는 것으로 특정한 사람, 장소, 대상 혹은 상황에 대해 지속적이고도 불합리한 두려움이 생겨 회피행동을 하게 되는 상태를 평가한다.
편집증(Paranoid Ideation, PAR)	6문항	편집증적 사고를 재려는 것으로 투사적 사고, 적대감, 의심, 자율성의 상실에 대한 두려움 및 망상 등을 반영하는 내용을 담고 있다.
정신증(Psychoticism, PSY)	10문항	가벼운 대인관계에서의 소원으로부터 정신병의 증상에 이르는 비교적 넓은 영역의 증상을 반영한다. 즉 고립, 철수, 분열성적 생활양식 및 환각과 사고전과와 같은 정신분열증의 일급증상들이 포함된다.

동안 경험한 증상의 정도에 따라 ‘전혀 없다(0점)’에서 ‘아주 심하다(4점)’의 5점 척도로 구성되며, 각 척도는 점수가 높을수록 정신건강상태가 좋지 않음을 의미한다. SCL-90-R의 9개의 증상차원의 조작적 정의는 다음과 같다(김재환과 김광일, 1984)(<표 1> 참조).

전반적인 정신건강수준을 전체심도지수(Global Severity Index: 이하 GSI로 칭함)로 알 수 있으며, 현재의 장애수준을 알 수 있다. 현재의 장애 수준을 파악하기 위해서 SCL-90-R의 9개의 증상차원의 증상척도는 T 점수로 환산하여 사용하였다. T 점수 70점 이상은 비정상적임(임상군)을 시사하고, 50점 이상은 비정상적 경향이 있음(경계군)을 의미한다(구미시정신보건센터, 2008; 최익수 등, 2003). 따라서 본 연구에서는 정신적으로 불안정한 수준이 70T 이상을 임상군, 다소 불안정한 수준인 50-69T를 경계군, 안정수준인 50T 미만을 일반군의 3군으로 구분하였다. 이 검사에 대한 신뢰도와 타당도는 잘 입증되어 있으며 한국인에 대한 표준화 자료가 마련되어 있다(권석만 등, 2001; 박상규와 이병하, 2004; 고려대학교 부설 행동과학연구소, 1999). 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach α .77~.90, 검사-재검사 신뢰도는 .78~.90이었다. 본 연구의 경우 Cronbach

α 신뢰도는 신체화 0.872, 강박증 .851, 대인예민성 .871, 우울 .914, 불안 .892, 적대감 .855, 공포불안 .807, 편집증 .799, 정신증 .857로 매우 높게 나타났다.

3) 알코올장애

대상자의 음주 혹은 문제음주 수준을 측정하기 위해서 WHO에서 개발한 AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)검사를 사용하였다. AUDIT는 알코올 관련 문제를 가진 사람들을 선별하는데 높은 타당도가 있는 것으로 나타났다. 총 10문항으로 구성되어 있으며, 총점이 8점이 넘으면 문제음주자, 16점이 넘으면 알코올의존자로 간주된다(Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989). 본 연구에서 AUDIT의 신뢰도를 측정하는 내적일치도의 계수(Cronbach α)는 0.888이었다.

4. 분석방법

본 연구의 통계분석은 통계 패키지 프로그램인 SPSS 17 for Windows를 활용하였다. 인구·사회경제적 요인과 심리적 및 정신적 요인에 따른 문제음주자, 알코올의존자 및

<표 2> 대상자의 인구·사회경제적 특성

항목		분류	남성(N=537)		여성(N=697)		전체(N=1234)	
성	남성		537	(100.0)	0	(0.0)	537	(43.5)
	여성		0	(0.0)	697	(100.0)	697	(56.5)
인구학적 요인	연령(세)	19-29	114	(21.2)	119	(17.1)	233	(18.9)
		30-39	123	(22.9)	175	(25.1)	298	(24.1)
		40-49	119	(22.2)	169	(24.2)	288	(23.3)
		50-59	91	(16.9)	131	(18.8)	222	(18.0)
		60-69	56	(10.4)	62	(8.9)	118	(9.6)
결혼상태	70-79	27	(5.0)	31	(4.4)	58	(4.7)	
	80-89	7	(1.3)	10	(1.4)	17	(1.4)	
	미혼	173	(32.4)	153	(22.1)	326	(26.6)	
	기혼	347	(65.0)	484	(69.8)	831	(67.7)	
교육수준	사별/이혼/별거	14	(2.6)	56	(8.1)	70	(5.7)	
	중졸이하	61	(11.4)	141	(20.4)	202	(16.5)	
	고졸	198	(37.0)	244	(35.3)	442	(36.1)	
사회경제적 요인	전문대이상	276	(51.6)	306	(44.3)	582	(47.5)	
	소득(만원/월)	< 50	34	(6.5)	44	(6.7)	78	(6.6)
		50-99	30	(5.7)	43	(6.5)	73	(6.2)
		100-199	114	(21.8)	137	(20.8)	251	(21.2)
		200-299	124	(23.8)	153	(23.2)	277	(23.4)
		300-399	85	(16.3)	120	(18.2)	205	(17.3)
≥ 400		135	(25.9)	163	(24.7)	298	(25.2)	

단위: 명(%)

AUDIT 점수는 빈도분석, 독립표본 t-검증과 분산분석을 이용하였다. 문제음주자 및 알코올의존자가 스트레스의 위험군과 9개의 정신건강증상의 임상군에 대한 위험가능성에 대한 교차비(Odds Ratio)는 인구·사회경제적 유의한 변수를 통제한 후 로지스틱회귀분석을 이용하여 산출하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 대상자의 인구·사회경제적 특성

남성은 전체 대상자 43.5%(537명), 여성은 56.5%(697명)로 여성이 조금 많았으며, 남성의 평균연령은 43.6세(±15.4)세, 여성은 43.9세(±15.1)세로 비슷하였다. 전체 대상자 중 30-39세가 24.1%로 가장 많았으며, 40-49세가 23.3%로 30대와 40대가 가장 많았다. 결혼상태에서는 전체 대상자의 67.7%가 기혼이며 미혼은 26.6%, 사별/이혼/별거는 5.7%로 나타났으며 성별로 비슷한 분포를 보였다. 교육수

준은 전문대 졸업이상이 47.5%(남성 51.6%, 여성 44.3%)로 가장 많았으며, 그 다음으로 고졸이 36.1%(37.0%, 35.3%)로 높았고, 남성이 여성보다 교육수준이 높은 것으로 나타났다. 소득은 400만 원 이상이 25.2%(남성 25.9%, 여성 24.7%)라고 응답하여 가장 높은 비율을 보였고, 다음으로 200-299만원이라는 응답이 23.4%(남성 23.8%, 여성 23.2%), 100-199만원이 21.2%(남성 21.8%, 여성 20.8%)의 순이었다.

2. 인구사회적 특성별 음주

인구 사회경제적 특성에 따른 음주는 <표 3>과 같다. 문제음주자의 경우 남성(58.5%)이 여성(12.7%)보다 문제음주자 비율이 높았으며, 연령의 경우 20대(38.4%), 30대(36.1%), 40대(36.1%)의 문제음주자 비율이 다른 연령층에 비하여 높았다. 결혼상태의 경우 미혼자의 문제음주자 비율(40.4%)이 가장 높았으며, 교육수준의 경우 학력이 높아질수록 문제음주자 비율이 높은 것으로 나타났다. 소득의 경우 400만 원 이상이라고 응답한 사람이 38.1%로 가장 높았고, 다음으

<표 3> 인구 및 사회경제적 특성에 따른 문제음주 및 알코올의존자 비율과 음주(AUDIT) 점수

항목		N	문제음주자 ^a %	알코올의존자 ^b %	평균	표준편차	t / F	p 값	
성	남성	521	58.5	21.9	9.80	(7.73)	18.68	(.000)	
	여성	677	12.7	3.0	3.14	(4.51)			
인구학적 요인	연령	229	38.4	10.0	7.00	(6.32)	5.44	(.000)	
	19-29	292	36.0	10.6	6.32	(6.44)			
	30-39	280	36.1	13.6	6.60	(7.34)			
	40-49	214	27.6	11.7	5.47	(7.83)			
	50-59	183	20.8	9.3	4.16	(6.47)			
결혼상태	미혼	317	40.4	10.1	7.03	(6.36)	7.23	(.001)	
	기혼	807	31.4	12.1	5.83	(7.10)			
	사별/이혼/별거	68	13.2	4.4	3.78	(7.12)			
교육수준	중졸이하	197	17.8	7.1	3.74	(6.19)	13.75	(.000)	
	고졸	427	37.0	14.8	6.75	(7.68)			
사회경제적 요인	전문대졸 이상	567	34.6	10.1	6.32	(6.49)	2.30	(.057)	
	소득	<100	144	22.9	9.0	4.57			(6.57)
	100-199	240	33.3	13.3	6.32	(7.39)			
	200-299	269	36.4	10.4	6.53	(7.09)			
	300-399	202	29.7	12.4	6.25	(7.26)			
	>400	291	38.1	11.7	6.54	(6.57)			

주: ^a문제음주자는 AUDIT 점수가 8점 이상인 자; ^b알코올의존자는 AUDIT 점수가 16점 이상인 자

로 200-299만원 36.4%로 높았다. 의존음주는 남성(21.9%)이 여성(3.0%)보다 높았으며, 결혼상태의 경우에는 기혼자의 알코올의존자 비율(12.1%)이 가장 높았다. 교육수준별은 고졸이라고 응답한 사람의 비율이 14.8%로 가장 높았고, 소득의 경우 100-199만원이 13.3%로 가장 높았다.

여성(3.14점)보다는 남성(9.80점)의 AUDIT 점수가 유의하게 높았으며, 연령이 증가함에 따라 AUDIT 점수가 유의하게 감소하는 경향을 보였다. 결혼상태의 경우 사별/별거

/이혼의 AUDIT 점수(3.78점)가 가장 낮았으며, 미혼(7.03점)이 가장 높았고 기혼의 AUDIT 점수(5.83점)는 다음으로 나타나 결혼상태별 유의한 차이를 보였다. 교육수준별로 살펴 본 결과는 고졸(6.75점)의 군에서 AUDIT 점수가 가장 높았고, 다음으로 전문대졸 이상(6.32점), 중졸이하(3.74점)의 순으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의하였다. 소득수준별로는 100만 원 미만의 저소득 계층 AUDIT 점수가 낮았고 경계적 유의성을 보였다.

<표 4> 심리적 및 정신건강상태에 따른 문제음주 및 알코올의존자 비율과 AUDIT 점수

			N	문제음주자 %	알코올의존자 %	평균	표준편차	F	p 값
심리요인	스트레스	일반군	125	32.8	4.8	5.50	(5.48)	5.00	(.000)
		경계군	818	31.4	10.3	5.74	(6.65)		
		고위험군	252	36.5	17.1	7.25	(8.32)		
신체화	신체화	일반군	878	30.8	9.6	5.57	(6.50)	6.26	(.002)
		경계군	270	36.3	15.9	7.20	(7.87)		
		임상군	23	47.8	17.4	7.39	(8.89)		
강박증	강박증	일반군	891	31.5	9.1	5.53	(6.24)	10.72	(.000)
		경계군	262	35.1	16.4	7.29	(8.21)		
		임상군	21	47.6	33.3	11.19	(12.19)		
대인예민성	대인예민성	일반군	871	30.8	9.5	5.51	(6.40)	8.57	(.000)
		경계군	277	39.0	15.5	7.56	(8.06)		
		임상군	24	41.7	20.8	8.42	(9.47)		
우울	우울	일반군	894	32.0	9.4	5.63	(6.32)	17.19	(.000)
		경계군	244	36.9	18.0	7.59	(8.44)		
		임상군	27	37.0	18.5	7.93	(10.90)		
불안	불안	일반군	953	30.8	9.2	5.56	(6.40)	20.56	(.000)
		경계군	204	38.7	18.1	7.75	(8.36)		
		임상군	22	54.5	36.4	12.14	(11.23)		
정신건강 상태	적대감	일반군	929	31.0	9.7	5.52	(6.38)	8.30	(.000)
		경계군	222	35.1	13.5	7.20	(7.93)		
		임상군	36	58.3	38.9	12.25	(10.88)		
공포불안	공포불안	일반군	939	31.3	9.7	5.62	(6.39)	18.21	(.000)
		경계군	209	38.3	16.7	7.71	(8.61)		
		임상군	37	35.1	18.9	7.14	(8.97)		
편집증	편집증	일반군	931	31.1	9.5	5.55	(6.40)	11.67	(.000)
		경계군	217	37.8	16.6	7.54	(8.00)		
		임상군	32	40.6	21.9	9.28	(10.69)		
정신증	정신증	일반군	928	31.0	9.2	5.49	(6.26)	18.23	(.000)
		경계군	223	38.6	18.4	7.92	(8.58)		
		임상군	28	53.6	25.0	10.86	(10.35)		
전체심도지수	전체심도지수	일반군	962	31.4	9.5	5.61	(6.34)	11.16	(.000)
		경계군	205	37.6	17.1	7.52	(8.51)		
		임상군	27	40.7	29.6	10.07	(11.50)		
자살	구체적 자살계획	예	27	40.7	25.9	10.22	(10.97)	3.17	(.002)
	아니오	1,165	32.5	10.8	5.95	(6.81)			

3. 심리적 및 정신건강 상태별 음주

스트레스에 따른 문제음주자 및 알코올의존자의 비율은 고위험군에서 36.5%, 17.1%로 나타나 일반군이나 경계군에서 보다 높게 나타났다. 정신건강상태(SCL-R의 9개의 증상차원 및 전체심도지수)에 따른 문제음주자 및 알코올의존자의 비율도 9개의 증상 모두에서 임상군, 경계군, 일반군의 순으로 비율이 높음을 알 수 있다. 임상군의 문제음주자 비율은 적대감이 58.5%로 가장 높았고, 불안이 54.5%로 높았으며, 알코올의존자의 비율도 문제음주자의 비율과 마찬가지로 적대감이 38.9%로 가장 높았고, 다음으로 불안이 36.4%로 높게 나타났다.

스트레스 및 정신건강상태(SCL-R의 9개의 증상차원 및 전체심도지수)에 따른 AUDIT 점수는 <표 4>에서 보는 바와 같이 모두 유의한 차이를 보였다. 스트레스의 수준에 따른 AUDIT 점수는 임상군에서 유의하게 높았으며, 정신건강상태를 측정하는 9개의 증상차원도 스트레스와 마찬가지로 임상군이 일반군이나 경계군보다 AUDIT 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 구체적인 자살계획을 했다고 응답한 사람이 없다고 응답한 사람보다 AUDIT 점수가 유의하게 높았다.

4. 문제음주 및 알코올의존과 정신건강의 위험도 (교차비)

<표 5>는 문제음주자 및 알코올의존자가 스트레스 위험군, 9개의 정신건강증상의 임상군 및 자살할 가능성을 교차비로 나타낸 것이다. 교차비는 인구·사회경제적 요인 중 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득을 통제하여 로지스틱회귀분석을 이용하여 구하였다.

문제음주자의 경우 불안, 적대감, 정신증만이 유의하였다. 즉 문제음주자가 정상음주자에 비하여 임상적으로 불안 증상을 보일 가능성은 2.5배(p=.033), 적대감 3.0배(p=.001), 정신증 2.4(p=.023)배로 나타났다.

알코올의존자는 문제음주자가 갖는 불안, 적대감, 정신증 이외에도 스트레스 고위험군, 강박증에서 유의한 것으로 나타났다. 알코올의존자가 그렇지 않은 경우보다 스트레스 고위험군이 될 확률은 1.9배로 유의하였다(p=.001). 9개의 정신건강상태 중 특히 강박증, 불안, 적대감, 정신증이 유의하였다. 즉 알코올의존자가 비알코올의존자에 비하여 임상적으로 강박증이 될 가능성은 4.1배(p=.003), 불안은 4.7배(p=.001), 적대감 5.5배(p=.000), 정신증 2.3(p=.025)배로 나타났다. 구체적인 자살을 계획할 확률도 2.9배(p=.018)로 유의하게 높았다.

<표 5> 문제음주자 및 알코올의존자의 스트레스 위험군, 9가지 증상의 임상군과 자살에 대한 교차비

		문제음주자			알코올의존자			
		Odds Ratio	(95% CI)	p 값	Odds Ratio	(95% CI)	p 값	
심리적요인	스트레스 고위험군	1.2	(0.9-1.7)	.140	1.9	(1.3 -2.9)	.001	
	신체화	1.9	(0.8-4.4)	.116	1.7	(0.6- 5.1)	.346	
	강박증	1.9	(0.8-4.5)	.146	4.1	(1.6 - 10.5)	.003	
	대인예민성	1.5	(0.6-3.3)	.361	2.1	(0.8 - 5.8)	.138	
	정신건강상태 임상군	우울	1.2	(0.5-2.6)	.663	1.8	(0.7 - 4.8)	.247
		불안	2.5	(1.1-5.9)	.033	4.7	(1.9 - 11.5)	.001
		적대감	3.0	(1.5-5.9)	.001	5.5	(2.7 - 11.0)	.000
		공포불안	1.1	(0.6-2.2)	.744	0.0	(0.8 - 4.4)	.138
		편집증	1.4	(0.7-2.9)	.330	1.9	(1.0 - 5.5)	.056
	정신증	2.4	(1.1-5.1)	.023	2.3	(1.1 - 6.5)	.025	
자살	구체적 자살계획	1.4	(0.6-3.1)	.371	2.9	(1.2 - 7.0)	.018	

주: 교차비는 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득을 통제한 후 문제음주자 및 알코올의존자가 스트레스 위험군 및 정신건강상태 임상군, 구체적 자살계획을 가질 확률을 구한 것임

IV. 논의

본 연구는 서울시 지역주민을 대상으로 인구·사회경제적 요인별 문제음주자, 알코올의존자 및 음주수준의 실태를 파악하고, 음주와 스트레스, 정신건강상태 및 자살과의 관련성을 파악하여 정신보건사업프로그램의 개발 및 지역보건의료계획 수립 시 필요한 기초자료를 제공하고자 하는 데 있다.

인구·사회경제적 특성에 따른 음주양상을 보면 남성이 여성보다 문제음주자, 알코올의존자의 비율이 높았다. 연령이 낮을수록 AUDIT 점수가 높은 것으로 나타났으나 알코올의존자의 경우 40대가 가장 높았다. 결혼상태의 경우 문제음주자나 AUDIT 점수는 미혼자가 높았으나 알코올의존자는 기혼이 높았다. 교육수준은 고졸이라고 응답한 사람이 문제음주자, 알코올의존자 및 AUDIT 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났으며 소득은 경제적 유의성을 보였다. 이와 같은 결과는 남성이 여성보다, 연령이 낮을수록, 학력과 소득수준이 높을수록 음주율이 높아진다는 선행연구와 유사하다(보건복지부, 2002, 2006; 보건복지부, 2008; 한국음주문화연구센터, 2000; 정태련 등, 2001).

스트레스에 따른 문제음주자와 알코올의존자의 비율, AUDIT의 점수는 일반군보다는 경계군이, 경계군 보다는 고위험군이 높게 나타났다. 정신건강상태(SCL-R의 9개의 증상차원 및 전체심도지수)에 따른 문제음주자 및 알코올의존자의 비율도 스트레스와 마찬가지로 9개의 증상 모두에서 임상군이 가장 높고, 다음으로 경계군, 일반군의 순으로 비율이 높아짐을 알 수 있다. 김혜경, 서경현(2008)의 연구에 의하면 음주여부에 따라서는 정신건강과 관련이 없었지만 음주수준과는 문제행동, 우울, 치매증상과는 정적 상관성이 있는 것으로 나타나 음주여부보다는 음주수준이 높아질수록 정신건강과의 관련성이 있음을 알 수 있다. 윤명숙 등(2008)의 연구에 의하면 알코올의존자와 그렇지 않은 집단 간의 정신건강상태(신체증상, 불안, 불면증, 사회적 부적응, 심한 우울)가 안 좋은 것으로 나타나고 있으며 다른 연구에서도 마찬가지로 음주수준이 높아질수록 정신건강과 관련이 있는 것으로 나타났다(김경숙 등, 2008; 윤명숙, 2007; Damrais, 1983). 그러나 국내의 연구들 대부분은 대부분이 음주수준과 정신건강상태와의 관련성을 단변량 분석(univariate analysis)으로 보았기 때문에 인

구·사회경제적 요인을 통제한 후에도 유의한지에 대하여 다변량 분석(multivariate analysis)을 통하여 알아볼 필요가 있다.

성, 연령, 결혼상태, 교육수준 및 가구소득을 통제한 후 로지스틱회귀분석을 한 결과 문제음주자자 임상적으로 불안증상을 보일 가능성은 문제음주자가 아닌 사람에 비하여 2.5배, 적대감 3.0배, 정신증 2.4배 큰 것으로 나타났다. 알코올의존자의 경우는 문제음주자가 갖는 불안, 적대감, 정신증 이외에도 스트레스 고위험군, 강박증에서 유의한 것으로 나타났다. 스트레스나 강박증은 문제음주자에게서는 유의하지 않게 나타났으나 음주의 정도가 심해져 알코올의존자가 되면 스트레스 고위험군이 될 확률은 1.9배, 강박증이 될 가능성은 4.1배로 나타난 것으로 나타났다. 이 결과는 음주의 정도가 심해져 알코올의존자가 될 경우 스트레스를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 일반적으로 스트레스를 위한 반응 혹은 대처방식으로 음주를 하지만 그 음주에 따른 부작용이 다시 스트레스가 되는 악순환의 관계가 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 불안, 적대감은 문제음주자에게서도 유의하였으나 알코올의존자에게서는 교차비가 불안은 4.7배, 적대감 5.5배 커져 강한 인과관계가 있는 것으로 나타났으며, 정신증 2.3배로 문제음주자와 비슷한 수준이었다. 일반적으로 술의 작용은 중추신경의 기능을 억제한다. 음주초기 한 두 잔의 술이 긴장과 불안을 감소시키는 것은 바로 이러한 술의 억제작용 때문이다(Cherpitel 등, 2004). 그러나 그 이상의 음주를 지속적으로 할 경우 충동, 공격성, 본능적 욕구 등을 억제하는 전두엽의 기능을 제대로 못하여 불안이나 적대감과 같은 정신증상이 일어날 수 있다(Sher, 2005c). 본 연구결과 문제음주와 의존음주는 정신건강에 매우 밀접한 관련이 있는 것을 알 수 있다. 우울의 경우 문제음주와 의존음주와의 상관성에서는 유의하였으나 문제음주자 혹은 알코올의존자가 그렇지 않은 사람이 우울이 일어날 확률은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 우울을 문제음주 혹은 알코올의존에 대하여 선행변수(독립변수)로 하여 인과관계와는 관련이 있다고 보고하고 있으나 본 연구의 경우 음주가 선행요인으로 우울을 종속변수로 설정하여 인과관계를 보았기 때문일 수 있다. 즉 우울해서 술을 마시는 것이지, 술을 마셔서 우울해 지는 것을 아닐 수 있다는 것이다. 그러나 우울과 음주에 대한 선행요인을 탐색하기 위해서는 추후 연

구가 필요하다. 자살은 문제음주자가 정상음주자에 비하여 구체적 자살계획을 할 가능성은 유의하지 않게 나온 반면에 알코올의존자는 그렇지 않은 사람에 비하여 2.9배나 큰 것으로 나타나 자살과 의존음주와 관련성이 있는 것으로 나타났다. Cherpitel 등(2004)의 연구에 의하면 자살시도자 중 평균 40%(10%-73%), 자살사망자 중 평균 40%(10%-69%)에서 자살 시도 전 음주를 하였고, 또한 자살시도 전 6시간 내 음주한 사람이 자살시도의 위험이 13배로 보고하고 있다(Cherpitel 등, 2004). 만성적이고 반복적인 음주는 알코올남용, 알코올의존과 같은 만성정신질환을 유발하고, 이것이 자살의 주요한 위험요인으로 작용한다. 최근 자살은 우리나라에서 문제가 되는 정신 건강 이슈이다. 자살예방을 위해서는 만성적이고 반복적인 음주를 하는 알코올사용장애를 예방하기 위한 프로그램이나 음주정책이 필요하다. 본 연구는 문제음주자에서 알코올의존자로 가게 되면 정신건강이 더 안 좋아져 여러 증상을 동시에 유발시킬 수 있으므로 문제음주자가 알코올의존자로 더 진전되지 않게 적극적으로 중재해야 함을 뒷받침하는 결과라 할 수 있다.

본 연구는 음주와 스트레스, 정신건강상태와 자살과의 관련성을 편의표본추출이 아닌 층화집락추출법을 통해 표집된 자료를 이용하여 검증했다는 점에서는 의의가 있으나 서울시의 한 개의 구만을 대상으로 하였기 때문에 서울시 전체로 일반화하는 데는 한계가 있다.

V. 결론

본 연구는 서울시 지역주민을 대상으로 음주와 스트레스, 정신건강상태 및 자살과의 관련성을 파악하고자 시도되었다. 본 연구는 서울시 S구이며, 전체 17개 동에서 만 19세 이상인 남녀 주민을 층화집락추출법을 통해 표집된 1,234명을 대상으로 하는 면접식 횡단적 조사연구로 수행하였다. 정신건강상태를 알아보기 위하여 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision: SCL-90-R)를 사용하였고, 스트레스 수준은 사회심리적 건강 측정 도구 단축형(psychosocial wellbeing index -short form)에 의해 측정하였으며, 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 남성이 여성보다, 연령이 낮을수록, 학력과 소득

수준이 높을수록 문제음주율, 의존음주율 및 AUDIT 점수가 높은 것으로 나타났다.

둘째, 음주와 스트레스, 정신건강상태 9개의 증상과 자살은 유의한 상관성을 보였다.

셋째, 문제음주자가 임상적으로 불안증상을 보일 가능성은 2.5배, 적대감 3.0배, 정신증 2.4배로 나타났다. 알코올의존자가 스트레스 고위험군이 될 확률은 1.9배, 임상적으로 강박증이 될 가능성은 4.1배, 불안은 4.7배, 적대감 5.5배, 정신증 2.3배로 나타났다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 음주는 스트레스, 정신건강상태, 자살과 상관성이 크므로 음주 및 음주로 인한 문제를 줄이는 것은 단지 음주의 폐해를 예방하는 것뿐만 아니라 스트레스를 관리하고, 정신적인 건강에 긍정적 영향을 미치고 궁극적으로 자살을 예방하는데 기여를 한다고 할 수 있다. 그러므로 알코올과 관련한 통제정책으로 절대적인 음주량을 감소시키는 것이 필요하며, 문제음주자를 조기 발견하여 알코올의존자로 가는 것을 예방하는 프로그램의 개발이 시급하다 하겠다.

참고문헌

- 고려대학교 부설 행동과학연구소. 심리척도 핸드북. 학지사, 1999.
- 구미시정신보건센터. 구미시지역사회정신보건사업 실행보고서. 구미시정신보건센터, 2008.
- 권석만, 김선영, 이주실, 고운영. 한국 남성 HIV 감염자의 정신건강 상태 및 관련된 요인. 한국심리학회지 2001;20:219-227.
- 김경숙, 문재우, 박재산. 우리나라 노인들의 정신건강에 대한 분석: 경로당 및 교회 활동 참여자를 중심으로. 보건과 사회과학 2008;23:105-132.
- 김광기 등. 한국의 음주기인사망수준의 변화: 1995-2000. 한국보건행정학회지 2004;14(1):24-43.
- 김재환, 김광일. 간이정신진단검사의 한국판 표준화연구 III. 정신건강연구 1984;2:278-309.
- 노인철, 서문희, 김영래. 음주의 경제사회적 비용과 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원, 1997.
- 박상규, 이병하. 빈곤층의 심리적 특성에 관한 연구. 한국심리학회지 2004;20:813-824.
- 박현선, 이상균. 알코올 중독자 가정 청소년 자녀의 성인아이 성향과 심리사회적 문제. 한국사회복지학 2001;46:118-144.
- 보건복지가족부. 2005 국민건강영양조사. 보건복지가족부, 2006.

- 보건복지가족부. 2006년도 정신질환역학조사. 보건복지가족부, 2008.
- 보건복지부. 2001년도 국민건강 영양조사 -보건의식행태 편-. 한국보건사회연구원, 2002.
- 보건복지부. 국민건강영양조사 제 2기 기본보고서. 보건복지부, 2002.
- 보건복지부. 국민건강영양조사 제 4기 기본보고서. 보건복지부, 2008.
- 보건복지부. 국민건강영양조사 제3기(2005년)-성인 보건의식행태-. 한국보건사회연구원, 2006.
- 보건복지부·서울대학교 의과대학. 정신질환실태 역학조사. 보건복지부, 2006.
- 손애리, 박지은. 전국대학생의 비폭음자와 폭음자 간의 위험행동성 비교. 한국알코올과학회 2006;7(1):27-38.
- 윤명숙, 김성혜, 채완순. 기초생활보장수급자들과 일반인의 문제음주와 정신건강 비교연구. 한국알코올과학회지 2008;9(2): 13-26.
- 윤명숙. 도시·농촌 노인의 심리사회적 특성과 문제음주 및 삶의 질 관계연구. 노인복지연구 2007;38:281-310.
- 윤명숙. 한국의 알코올 약물 남용 문제 해결을 위한 지역사회 정신보건 개입방안- 지역사회 알코올 상담센터 중심으로. 한국사회복지학회 학술대회 자료집 2000;659-689.
- 이정균, 광영숙, 이희 등. 한국 정신 장애의 역학적 조사연구 - 도시 및 농촌지역의 평균 유병률. 대한의학협회지 1985; 28:1223-1244.
- 이호영 등. 강화도 정신과 역학 연구(III) -주요 정신질환의 평생 유병률. 신경정신의학 1989;28(6):984-998.
- 장세진. 스트레스. 대한예방의학회. 서울: 계축문화사, 2000; 92-94.
- 정우진 등. 알코올의 보건경제학: 알코올의 사회적 영향분석 및 사회경제적 비요 최소화 방안의 모색. 연세대학교 보건대학원, 2004.
- 정태련, 박재용, 한창현. 음주자의 스트레스 정도와 알코올 의존도와와의 관련성. 보건복지연구 2001;6:57-75.
- 정헌배 등. 주류 전문점제도의 실천적 도입방안. 청소년보호위원회, 2001.
- 천성수, 손애리. 한국인의 사인별 알코올기여도 산출. 한국알코올과학회지 2008;9(1):1-12.
- 천성수. 음주로 인한 평균수명 손실량 추정에 관한 연구. 대한보건협회학술지 1998;24(1):153-166.
- 천성수 외 7명. 한국인의 사인별 알코올기여도(Alcohol-attributable fractions) 산출. 한국알코올문제연구소·건강증진기금사업단 보고서. 2007.
- 최익수, 안병주, 전병훈, 장신순, 성지영. 이명환자에 있어서 간이정신진단 검사를 이용한 심리분석. Korean J Otolaryngol 2003;46:475-480.
- Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(5):18-24.
- Cho MJ, Hahm BJ, Suh T, Suh GH, Cho SJ, Lee CK. Comorbid mental disorders among the patients with alcohol abuse and dependence in Korea. *J Korean Med Sci* 17(2):236-241.
- Damaris JR. Drinking habits experiences about alcohol's effects for self vs others. *Journal of Clinical & Consulting Psychology* 1983;51:752-756.
- Dumais A, Lesage AD, Alda M et al. Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in Men. *Am J Psychiatry* 2005;162:2116-2124.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson, DA. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:807-816.
- Sher L, Milak MS, Parsey RV, et al. Positron emission tomographic study of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge in major depressive disorder with and without comorbid alcohol dependence. *Neruo psycho phamacology* 2005a.
- Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, et al. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav* 2005b;30:1144-1153.
- Sher L, Stanley BH, Grunebaum MF, et al. Lower cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic levels in depressed high-lethality suicide attempters with comorbid alcoholism. *Biol Psychiatry*. 2005c; 57:136.
- Sher L. Alcohol dependence: Neurobiological and Clinical Aspects. *The Scientific World J* 2006;6:700-706.

<ABSTRACT>

Alcohol Use Disorder, Stress, Mental Health and Suicide among Seoul Citizens

Aeree Sohn*, Sherme Villasurda Legaspi**, In-ok Hong**, Tae-kyung Kim***,
Eunjung Ryu****, Gyung-jae Oh*****

* *Division of Health Management, Sahmyook University*

** *Graduate School of Health Science and Social Welfare, Sahmyook University*

*** *Dept. of Nursing, Jinju Health College*

**** *Dept. of Nursing, Konkuk University*

***** *Dept. of Medicine, Wonkwang University*

Objectives: This study furthers the current understanding of alcohol use disorders, stress, mental health status and suicide among Seoul citizens. This study is to identify differences according to socio-demographic variables and variables which affect stress, mental status and suicide for developing mental health programs.

Methods: The study subjects using cluster-stratified sampling method were 1234 adults over 19 years old from 17 dong, S-Ku in Seoul City. A cross-sectional study with face-to-face interview was used to collect data. A questionnaire measuring socio-demographic variables, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and psychosocial wellbeing index-short form (PWI-SF) was utilized.

Results: Three findings in this study were discussed: (1) The prevalence of problem drinking and alcohol dependence and AUDIT score were significantly higher among male, younger age, and high level of education and income; (2) AUDIT score were related with stress, all 9 symptoms of SCL-R and suicide plan; (3) Problem drinkers were more likely to have 2.5 times of anxiety, 3.0 times of hostility, and 2.4 times psychoticism than non alcohol problem drinkers. Alcohol dependence drinkers were more likely to have 1.9 times of high risk group of stress, 4.1 times of obsessive-compulsive, 4.7 times of anxiety, 5.5 times of hostility, and 2.3 times psychoticism than non alcohol dependence drinkers.

Conclusion: The findings suggest that the future intervention of Mental Health programs should be carefully designed and tailored by socio-demographic variables.

Key words: Stress, Mental Health, SCL-90-R, Suicide