

# 알코올사용장애로 인한 한국성인남성의 병원입원여부에 미치는 영향요인

홍해숙 · 박정은 · 박완주

경북대학교 간호대학

## Predictors of Hospitalization for Alcohol Use Disorder in Korean Men

Hong, Hae-Sook · Park, Jeong-Eun · Park, Wan-Ju

College of Nursing, Kyungpook National University, Daegu, Korea

**Purpose:** This study was done to identify the patterns and significant predictors influencing hospitalization of Korean men for alcohol use disorder. **Methods:** A descriptive study design was utilized. Data were collected using self-report questionnaires from 143 inpatients who met the DSM-5 alcohol use disorder criteria and were receiving treatment and 157 social drinkers living in the community. The questionnaires included Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Alcohol Problems, Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ), Life Position, and The Korean version of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST-K). Data were analyzed using descriptive statistics, t-test,  $\chi^2$ -test, F-test, Pearson correlation coefficients, and logistic regression with forward stepwise. **Results:** AUDIT had significant correlations with alcohol problems, alcohol expectancy, and parents' alcoholism. In logistic regression, factors significantly affecting hospitalization were divorced (OR=4.18, 95% CI: 1.28-13.71), graduation from elementary school (OR=28.50, 95% CI: 8.07-100.69), middle school (OR=6.66, 95% CI: 2.21-20.09), high school (OR=6.31, 95% CI: 2.59-15.36), drinking alone (OR=9.07, 95% CI: 1.78-46.17), family history of alcoholism (OR=2.41, 95% CI: 1.11-5.25), interpersonal relationship problems (OR=1.28, 95% CI: 1.17-1.41), and sexual enhancement of alcohol expectancy (OR=0.83, 95% CI: 0.72-0.94), which accounted for 53% of the variance. **Conclusion:** Results suggest that interpersonal relationship programs and customized cognitive programs for social drinkers in the community are needed to decreased alcohol related hospitalization in Korean men.

**Key words:** Hospitalization, Alcohol use disorder, Adult

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

알코올사용장애는 복합적인 요인으로 발생되며, 다른 정신질환

에 비하여 유병률과 재발률이 높은 만성질환이다. 날로 증가하는 알코올의존은 알코올사용에 있어서 자기통제가 불가능하여 뜻하지 않은 결과를 가져옴에도 불구하고 알코올 섭취를 계속하는 상태를 말하며, 개인의 삶을 황폐화시킬 뿐만 아니라 가족해체와 지역사회 질서유지에도 혼란을 초래한다[1]. 음주로 인한 우리나라

주요어: 입원, 알코올사용장애, 성인

\*본 연구는 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 기초연구사업에 의해 수행되었음(No. NRF-2013R1A1A4A01004549).

\*This study was supported by the Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education and Technology (No. NRF-2013R1A1A4A01004549).

Address reprint requests to : Park, Wan-Ju

College of Nursing, Kyungpook National University, 680 Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu 700-422, Korea  
Tel: +82-53-420-4977 Fax: +82-53-421-2758 E-mail: wanjupark@knu.ac.kr

Received: April 22, 2014 Revised: May 2, 2014 Accepted: September 2, 2014

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)  
If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

의 사회경제적 비용은 2000년 14조 9,352억원에서 2009년 23조 4,430 억원으로 10년간 약 10조원이 증가하였으며[2], 2010년 세계보건기구(WHO)는 음주폐해 감소를 위한 세계전략(Global strategy to reduce harmful use of alcohol)을 채택하여 국가마다 적극적이고 종합적인 전략을 마련하여 시행할 것을 촉구하였다[3]. 이에 대부분의 국가에서는 음주문제를 사회문제로 분류하고 국가차원에서 대응하고 있는 추세이다[4,5].

2012년 우리나라 성인남성의 월간 음주율 73.5%는 성인여성의 월간 음주율인 42.9%와 비교할 때, 남성이 여성보다 알코올 문제에 더 많이 노출되어 있음을 알 수 있다[5]. 성인남성의 알코올남용 환자는 612,472명, 알코올의존 환자는 576,444명으로 모두 알코올사용장애로 보고되고 있다[1]. 주요 정신질환군별 평생유병률 조사에서도 알코올사용장애가 13.4%로 가장 많으며, 성인남성에게서 특히 높게 보고되고 있다[1]. 연간 음주자의 폭음 빈도에서 성인남성은 주 1회 폭음하는 사람이 34.4%, 거의 매일 폭음하는 사람이 6.5%로 나타났으나, 지난 1년간 정신건강 전문가에게 음주문제로 상담을 받은 경우는 1.4%에 그쳤으며, 98% 이상의 알코올사용장애자들은 자신의 문제를 인정하지 않고 상담이나 치료를 받지 않는 것으로 나타났다 [1,5]. 이처럼 한국 성인남성은 알코올의존의 고위험군으로 여겨진다. 더구나 음주에 대해 관대하고 허용적인 문화권인 한국사회는 알코올사용장애 비율이 높은 편이다.

알코올의존과 같은 음주행태는 생물학적, 개인적, 사회심리적 및 환경적 요인이 복합적으로 작용하여 발생하며[3], 기대이론[6]에 의하면 개인적, 사회심리적 인지과정에 기초한 음주에 대한 기대나 사고 및 신념은 환경적 요인과 역동적으로 상호작용하여 음주행태에 영향을 미친다. 즉, 건강행동에 영향을 미치는 개인의 기대, 행동 및 환경은 복합적으로 상호작용하여 음주행위에 영향을 미치게 된다 [3,6].

문제음주의 영향요인에 대한 국내 선행 연구들과 연구 경향에 대한 메타분석 논문에서 유의하게 나타난 변수들을 선정하였다. 일반적 특성은 나이, 거주형태, 종교, 결혼 상태, 교육수준, 직업이 선정되었고[4,7-9], 음주관련 특성은 최초 음주시기, 음주파트너, 블랙아웃, 과음시기, 건강문제, 음주가족력[4,7-9]과 그 외 개인적[10], 사회심리적[4,7-9,11,12] 및 환경적 요인[4,11]에서 근거중심 결과의 유의한 변수들이 선정되었다. 동질하지 않은 일반적 특성을 통제함에도 불구하고 나타나는 차이와 그 변수들 중 알코올사용장애로 인한 입원여부에 영향을 미치는 예측요인을 파악하여 중재 가능한 변수들을 찾기 위해 연구가 시도되었다.

개인적 요인의 삶의 자세는 개인이 자신의 문제를 어떠한 방향으로 해결할 지 결정하는 중요한 요인으로, 음주행태의 연관성과 음주문제 및 재발 가능성을 예측하는데 도움이 될 수 있다[10]. 사회

심리적 요인인 음주효과기대는 개인의 학습된 성향으로 문제음주에 영향을 미친다[4,11]. 이러한 음주효과기대는 음주행동이나 음주문제를 예언하는 주요변인으로[4,8], 상습적 음주자인 경우 음주효과에 대한 기대나 신념은 주로 내적 긴장을 감소시키고 정서 상태를 고양시키기 위해 음주를 한다. 또한, 그들은 첫 음주에서 얻게 된 심리적 경험과 동일한 경험을 갖기 위해 지속적으로 문제음주를 한다. 이러한 문제성 음주정도는 사고발생 가능성을 높이며, 폭음으로 인한 기억소실과 같은 인지적인 문제와 함께 기능적, 행동적, 관계적 문제인 음주문제까지 초래하게 된다[7,9,12]. 또한, 가족의 음주문제와 같은 환경적 요인은 알코올에 대한 빈번한 노출과 함께 부정적인 가족의 음주 문제로 문제성 음주행동을 초래할 수 있는 중요한 요인이다[4,11].

2006년 보건복지부가 발표한 국가 음주정책 목표인 '파랑새 2010'가 시행되었음에도 불구하고 현실은 여전히 문제음주율과 위험음주율이 높게 나타나, 국가는 2013년에 수정·보완한 '파랑새 2020'을 발표하면서 지속적인 모니터링과 연구를 통한 근거기반 자료로 합리적이고 효율적인 대안을 제시하고자 하였다[4]. 또한, 허용적인 한국사회의 음주문화에 따른 알코올의존에 대한 선별기준이 새롭게 달라지고 있고, 음주를 예방가능한 주요 건강위험요인으로 인식하고 있는 현시점에서, 시대적 현상을 고려한 새로운 관점의 연구가 우선적으로 필요한 실정이다.

이에 본 연구는 정신병원의 탈원화와 허용적인 음주문화사회에서 알코올사용장애로 정신병원의 입원 환자군과 지역사회 일반 성인남성들인 사회음주자군(social drinker)의 개인적, 사회심리적, 환경적 요인을 비교분석하여 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세 및 부모의 음주문제의 차이와 관계를 분석하고자 한다. 이를 통해 한국 청장년층의 음주행태와 막대한 사회적 비용손실을 초래하는 정신병원 입원여부를 결정하는 예측요인을 찾아 무차별적인 대중 홍보교육이 아닌, 문제음주자들에게 중재가능한 예측된 위험요인을 최소화하고 궁극적인 알코올사용장애로 인한 입원가능성을 줄이는 효과적인 개입의 방향을 찾는 데 학문적 기초를 제공하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 알코올사용장애로 인한 입원 환자군과 지역사회 일반 성인남성들인 사회음주자군의 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세 및 부모의 음주문제와 관련된 특성과 관계를 파악하고, 입원여부를 결정하는 영향요인을 규명하고자 한다. 이를 위한 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 입원 환자군과 사회음주자군의 인구학적 특성 및 음주관

런 특성을 파악한다.

둘째, 입원 환자군과 사회음주자군의 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세 및 부모의 음주문제 차이를 비교한다.

셋째, 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세 및 부모의 음주문제의 상관관계를 분석한다.

넷째, 입원여부에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 알코올사용장애로 입원한 입원 환자군과 지역사회 사회음주자군인 성인남성을 비교하면서, 개인적·사회심리적·환경적 요인인 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세와 부모의 음주문제와의 차이와 관계 그리고 입원여부에 미치는 예측요인을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 대상은 알코올사용장애로 진단받은 입원 환자군(inpatients)과 지역사회의 일반 성인남성들인 사회음주자군(social drinker)으로 총 300명이었다. 입원 환자군은 D시에 소재한 200병상 이상의 정신병원 3곳에 입원한 25-65세 남자환자 중 미국정신의학회의 정신장애 진단 및 통계편람 제5판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)에 의거하여 알코올사용장애로 진단받았으며, 현재 급성알코올 금단증상이나 신체적 문제, 정신지체나 기질적 뇌증후군이 없는 자를 대상으로 하였다. 또한, 의사소통이 가능하며, 본 도구의 질문내용을 이해하고 응답할 수 있고, 문자해독능력이 있는 자로서, 금단증상이 사라지는 시점인 입원 후 2주가 지난 입원치료를 받고 있는 환자군이다. 비교군은 현재 사회적 기능을 잘 유지하고 있으며, 음주로 인한 법적문제나 음주이외의 정신과 치료병력이 없는 일반 남성으로 선정하였다.

연구 대상자 선정 시, 우리나라 연간 음주자의 고위험 음주율이 높은 성인층과 장년층에서 음주관련 의존이 높은 점을 고려하여 25세 이상의 성인 남성을 본 연구에 참여시켰다. 청소년후기인 20-24세인 경우 음주량만 특히 높게 나타나는 특성이 있으므로, 전체 연구 결과에 미치는 영향을 배제하고자 20-24세의 청소년후기 연령은 연구 대상에서 제외되었다. 입원 환자군과 사회음주자군의 선정기준과 배제기준은 성별과 연령제한을 같은 기준에 맞추어 표집하였다. 표본크기는 주요변수인 AUDIT을 기준으로 총 문항의 최

소 10배와 공변량으로 보정될 수 있는 예측 혼돈변수를 모두 고려하여 1.5배에 해당되도록 각 군마다 150명 정도로 추정하여 편의표집하였다[13]. 설문지 미회수율과 불성실한 응답으로 인한 탈락률 약 10%를 고려하여 총 330부를 배포하였다. 설문지 회수율은 전체 94.8%로 입원 환자군 153부, 사회음주자군 160부의 총 313부가 회수되었으며, 답변이 누락되거나 불성실한 응답을 보인 설문지 13부를 제외하고 최종적으로 입원 환자군 143명, 사회음주자군 157명이 최종분석되었다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 문제성 음주정도

WHO [14]의 알코올사용장애 선별검사(Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT])는 현재의 음주 심각도와 음주문제의 위험이 있는 성인을 조기발견하기 위한 문제성 음주정도를 선별하는 도구이다. 2001년 WHO가 상업목적이 아닌 곳에서는 사용할 수 있도록 승인한 AUDIT은 총 10문항으로, 지난 1년간 개인이 경험한 음주의 빈도와 양을 측정하기 위한 해로운 음주에 관한 질문 3문항, 알코올의존 증상인 내성 및 금단의 유해한 사용에 관한 질문 3문항, 위험한 음주와 관련된 질문 4문항으로 구성되어 있다. AUDIT은 알코올사용장애뿐만 아니라 위험음주도 선별할 수 있는 도구로서, 문제성음주자의 조기선별 검사로 타당성이 매우 높다. 점수 범위는 0-40점으로, 1-8번 문항은 5점 Likert 척도(0-4점), 9-10번 문항은 3점 Likert 척도(0, 2, 4점)이며, 점수가 높을수록 고위험 음주행태를 하고 있음을 의미한다. AUDIT 검사의 절단값(Cut-off value)은 서양의 경우 8점 미만을 주로 사용하지만, 본 연구에서는 한국중독정신의학회[15]에서 제시한 0-9점은 정상음주자(nonhazardous drinking), 10-19점은 위험음주자(hazardous drinking), 20점 이상을 알코올사용장애(alcohol use disorder)로 구분하는 한국표준기준을 사용하였다. 따라서, 알코올사용장애에 대한 절단점(cut-off)은 20점 이상인 경우를 양성으로 정의하였다. WHO Guidelines [14]에서 AUDIT의 검사-재검사(test-retest)의 신뢰도는 .86이었으며, 선행 연구들에서 나타난 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82에서 .89였고, 본 연구의 도구 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었다.

#### 2) 음주문제

음주문제(Alcohol Problem)를 측정하기 위해 여러 연구들을 토대로 새롭게 개발한 Shin [12]의 음주문제 척도를 개발자의 허락을 받고 사용하였다. 음주문제는 음주자들이 술을 마시는 동안 또는 술을 마신 이후에 흔히 경험할 수 있는 음주로 인한 문제들을 의미한다. 총 3영역으로 직업 및 사회 기능적 문제(functional problems) 6문

항, 행동적 문제(behavior problems) 10문항, 가족 및 대인 관계적 문제(relationship problems) 7문항으로 구성되어 있다[12]. 각 문항은 Likert 5점 척도로, 지난 3개월 동안 각 문항이 가리키는 내용을 얼마나 자주 경험했는지를 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '거의 항상 그렇다'의 5점으로 측정하였다. 점수가 높을수록 음주로 인한 문제가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 전체 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93으로, 기능적 문제의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88, 행동적 문제 .84, 관계적 문제는 .79였다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 기능적 문제 .92, 행동적 문제 .92, 관계적 문제 .91로 전체 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .97이었다.

### 3) 음주효과기대

Brown 등[16]의 음주효과기대 설문(Alcohol Expectancy Questionnaire [AEQ])은 음주의 효과나 음주로 인한 결과에 대해 음주자가 갖는 믿음이나 인지적 기대를 측정하는 도구로 15-60세의 정상군부터 만성 음주문제군에 이르기까지 모두 측정 가능한 성인용 척도이다. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [17]의 임상가나 연구자를 위한 가이드(A guide for clinicians and researchers)에서 무상으로 사용 허락되어 있는 도구이며 본 연구에서는 원저자의 허락을 따로 받아 사용하였다. 성인용 음주효과기대는 청소년용 음주효과기대와 달리 전체적인 긍정적 변화(global positive changes), 성적 강화 및 이성에 대한 호감(sexual enhancement), 신체적 및 사회적 즐거움(physical & social pleasure), 사회적 주장 강화(increased social assertiveness), 이완 및 긴장 감소(relaxation & tension reduction), 각성 및 공격성(arousal & power)의 6개 하위영역 요인으로 구성되어 있다. 90개의 문항 중 Brown 등[16]이 각 영역별 대표 3문항씩 제시한 기준의 총 18개 문항으로 구성되었다. '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 Likert 5점을 사용하였다. 개발 당시 도구의 타당도는 test-retest에서 4주 후 .47-.76 그리고 8주 후 .48-.72이었으며, Cross-cultural validity와 Discriminant validity가 이루어졌으며[16] 개발 당시 도구신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였다. 본 연구에서의 신뢰도는 전체적인 긍정적 변화 .67, 성적 강화 및 이성에 대한 호감 .89, 신체적 및 사회적 즐거움 .88, 사회적 주장 강화 .70, 이완 및 긴장감소 .86, 각성 및 공격성 .73으로 전체 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이었다.

### 4) 삶의 자세

삶의 자세(Life position) 측정 도구는 Seo [10]가 교류분석(Transactional Analysis [TA]) 이론[18]을 핵심개념으로 한국형 오케이그램(OK-gram)을 네 가지로 점수화한 삶의 자세(Life position) 도구를 저자의 허락을 받은 후 사용하였다. 총 48문항으로, 자기긍정(I'm OK),

자기부정(I'm not OK), 타인긍정(You're OK), 타인부정(You're not OK) 4개 영역별 12문항씩으로 구성된다[10,18]. Likert 3점 척도로, 자신에게 해당되지 않으면 0점, 어느 쪽인지 잘 모르면 1점, 자신에게 해당된다면 2점으로, 자기부정과 타인부정 문항은 역으로 변환하여 점수가 높을수록 긍정적 삶의 자세를 취하는 것을 의미한다. 본 연구에서는 삶의 자세를 4가지 유형으로 다시 나누어서 제1자세는 자기부정·타인긍정(I'm not OK, You're OK), 제2자세는 자기부정·타인부정(I'm not OK, You're not OK), 제3자세는 자기긍정·타인부정(I'm OK, You're not OK), 제4자세는 자기긍정·타인긍정(I'm OK, You're OK)으로 분석하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 자기긍정이 .66, 자기부정이 .73, 타인긍정이 .75, 타인부정이 .70으로 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82였다.

### 5) 부모의 음주문제

부모의 음주문제를 측정하기 위해 Jones [19]에 의해 고안된 사정 도구를 토대로 Kim 등[20]이 개발하여 일반적으로 사용가능한 한국어판 알코올중독자자녀 선별검사(The Korean version of the Children of Alcoholics Screening Test [CAST-K])를 사용하였다. 이는 부모의 음주와 관련된 개인의 행동, 경험, 감정 등을 평가하여 부모의 음주문제를 선별하기 위해 고안된 사정도구이다. 총 30문항으로 구성된 자기보고식 검사로서, 아니오는 0점, 예는 1점으로 계산하여, 절단점에 따라 0-1점은 비음주 자녀, 2-5점은 사회적 음주 자녀, 6-12점은 과음주 자녀, 13점 이상은 문제성음주 자녀로 분류한다[19,20]. 개발 당시 도구의 신뢰도는 .96이었으며, 본 연구의 신뢰도 Kuder-Richardson 20에 의한 신뢰도는 .96이었다.

## 4. 자료 수집 및 자료 분석 방법

본 연구는 K대학교 임상연구윤리위원회의 승인(IRB No. 2013-06-017-001)을 거쳐 승인된 내용에 준하여 자료 수집을 실시하였다. 정신과 병동에 입원한 알코올사용장애 환자에 대한 자료 수집은 연구자가 직접 방문하여 병원관계자에게 연구의 취지를 설명하고 허락을 받았다. 환자 본인과 보호자에게 환자의 연구 참여에 대한 동의서를 읽게 하고, 임상연구 참여에 대한 충분한 상의 시간을 제공한 후 설문지에 동의를 받았다. 연구에 참여를 동의한 입원 환자에 한하여 훈련된 연구보조원이 병동에서 직접 구조화된 설문지를 배부하고 회수하였다. 지역사회의 사회음주자군은 훈련된 연구보조원이 연구의 취지를 설명하고 자발적인 연구 참여 희망자에 한하여 연구 참여에 대한 동의서를 받은 후 직접 설문지를 배부하고 회수하였다. 두 군 모두 설문이 이루어지는 동안 본인이 원치 않으면 언제든지 중단 할 수 있으며, 연구로 인한 어떠한 잠재적 위험이나

불이익도 없음을 설명하였다.

수집한 자료는 SAS Version 9.3을 이용하여 분석하였다. 알코올입원 환자와 사회음주자군의 인구학적 특성과 음주관련 특성은 기술통계 분석과  $\chi^2$ -test를 실시하였으며, 두 군간의 연구변수 점수 차이는 independent t-test를, 동질하지 않았던 특성들을 통제 한 후 두 군간 비교는 위하여 공분산분석(Analysis of covariance [ANCOVA])을 실시하였다. 연구변수들간의 관련성은 피어슨의 상관계수를 이용하였고, 입원여부에 미치는 예측요인을 파악하기 위하여 인구학적 특성, 음주관련 특성과 음주관련 연구변수들을 이용하여 단계적변수선택법에 의한 다중로지스틱회귀분석(Multiple logistic regression)을 실시하였다. 단계적변수선택법의 인입과 제거기준의 유의수준은 5%로 설정하였고 다중로지스틱회귀분석의 결과를 이용하여 모형에 선택된 변수들이 입원여부에 미치는 영향을 오즈비(odd ratio [OR])와 오즈비의 95% 신뢰구간(confidence interval [CI])을 구하였다. 로지스틱모형은 단계적변수선택법을 이용하였으므로 다중공선성 문제가 발생할 가능성은 거의 없겠지만 모형의 안정성을 확보하기 위하여 공선성을 확인하였다. 다중로지스틱 모형의 적합도는 입원여부를 판별능력을 알아 볼 수 있는 C-통계량과 모형 설명력을 나타내는 R<sup>2</sup>와 Max-rescaled R<sup>2</sup>을 산출하였다.

## 연구 결과

### 1. 알코올 입원 환자군과 사회음주자군의 인구사회학적 특성 및 임상적 음주 특성

일반적 특성의 연령, 블랙아웃, 과음시기, 건강문제에서 입원 환자군과 사회음주자군간 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 주거형태, 종교, 결혼상태, 교육수준, 직업, 첫 음주시기, 음주 파트너, 음주가족력에서 유의한 차이가 있었다. 주거형태는 가족과 분리되어 혼자 사는 경우가 입원 환자군은 30.1%로 사회음주자군 7.0%보다 많았고, 종교는 사회음주자군이 48.4%, 입원 환자군 35.7%가 종교가 없었다. 독신은 입원 환자군 18.9%, 사회음주자군 8.3%였으며, 이혼은 입원 환자군 21.7%, 사회음주자군 3.2%로 차이가 있었다. 교육수준은 입원 환자군이 고졸 39.8%, 초졸 이하 25.2%, 중졸 21.0%, 대졸 이상 14.0% 순이었으며, 사회음주자군은 대졸 이상 73.2%, 고졸 16.6%, 중졸 7.0%, 초졸 이하 3.2% 순으로, 입원 환자군이 사회음주자군보다 평균 학력이 유의하게 낮았다. 직업은 입원 환자군은 기타 직업 55.9%, 생산직 25.2%, 전문직 18.9% 순이었으며, 사회음주자군은 전문직 43.4%, 기타 직업 31.8%, 생산직 24.8% 순으로 서로 차이가 나타났다.

대상자의 음주관련 특성을 분석한 결과, 최초 음주시기는 입원

환자군은 고등학교, 중학교, 대학교, 초등학교 순이었으며, 사회음주자군은 고등학교, 대학교, 중학교, 초등학교 순으로 서로 차이가 있었다. 음주파트너는 입원 환자군은 혼자서 마심이 31.5%, 사회음주자군은 1.3%로 유의한 차이가 있었다. 음주가족력은 가족력이 있다가 입원 환자군에서 55.9%, 사회음주자군은 19.7%로, 입원 환자군에서 유의하게 높게 나타났다(Table 1).

### 2. 입원 환자군과 사회음주자군의 문제성 음주정도 및 음주문제, 음주효과기대, 삶의 자세, 부모의 음주문제 차이

입원 환자군과 사회음주자군의 문제성 음주정도 및 음주문제, 음주효과기대, 삶의 자세, 부모의 음주문제의 평균 차이를 독립 t-검정으로 분석하였다. 음주효과기대의 이성에 대한 호감이나 성적 강화 영역에서만 두 군의 차이가 없이 사회음주자군에서 높게 나타났으며, 그 외는 모두 유의한 차이가 있었다. 입원 환자군의 AUDIT의 평균점수는 21.62점, 사회음주자군은 10.62점으로 서로 총점 11점의 차이로 통계적으로 서로 유의한 차이를 보였다( $t=10.68, p<.001$ ). 음주문제에서도 두 군은 43.43점, 25.14점으로 차이가 있었고( $t=11.76, p<.001$ ), 음주효과기대에서도 두 군은 55.43점, 49.42점으로 차이가 있었으며( $t=4.02, p<.001$ ) 두 군 모두 신체적, 사회적 즐거움의 기대가 가장 높았고, 각성과 공격성의 기대는 가장 낮게 나타났다. 삶의 자세는 모든 형태에서 일반음주자가 높게 유의한 차이를 보였다. 부모의 음주문제에서도 두 군은 9.78점, 4.83점으로 차이를 보여( $t=5.07, p<.001$ ) 본 연구에 선택된 연구변수들은 문제 음주에 모두 중요한 변수들로 나타났다.

그러나 최소제곱법을 이용하여 일반적 특성에서 입원 환자군과 사회음주자군간 동질하지 않았던 주거, 종교, 결혼상태, 교육수준, 직업, 첫 음주시기, 음주파트너, 음주가족력을 보정변수로, 동질하지 않았던 특성을 동시에 통제하고 두 군간 비교를 위하여 공분산분석(ANCOVA)을 실시하였다. 그 결과 입원 환자군의 AUDIT 평균점수는 20.90점, 사회음주자군은 13.97점으로 서로 총점 6.93점 차이로 줄어들었지만 여전히 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $F=26.29, p<.001$ ). 음주문제는 두 군이 43.38점, 31.27점으로 여전히 차이가 있었으며( $F=34.33, p<.001$ ), 입원 환자군의 음주문제는 관계적 문제, 행동적 문제, 기능적 문제 순으로 높았고, 사회음주자군은 행동적 문제, 관계적 문제, 기능적 문제 순으로 나타났다. 음주효과기대에서 유의하였던 많은 영역들이 유의하지 않았고 알코올과 관련된 전반적인 긍정적 기대에서만 입원 환자군은 8.70점, 일반음주군은 7.66으로 차이가 있었다( $F=7.93, p=.005$ ). 삶의 자세에서도 자기긍정·타인부정(I'm OK, You're not OK)이 일반음주자군은 27.21점, 입원 환자군 24.77점으로 일반음주자군이 유의하게 높았고

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of Participants

(N=300)

Characteristics	Categories	Total	Inpatients	Social drinkers	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Age (year)	25-40	29 (9.7)	10 (6.9)	19 (12.1)	3.79	.285
	41-50	85 (28.3)	37 (25.9)	48 (30.6)		
	51-60	94 (31.3)	48 (33.6)	46 (29.3)		
	≥61	92 (30.7)	48 (33.6)	44 (28.0)		
Living	With family	246 (82.0)	100 (69.9)	146 (93.0)	26.97	< .001
	Alone	54 (18.0)	43 (30.1)	11 (7.0)		
Religion	Yes	173 (57.7)	92 (64.3)	81 (51.6)	4.98	.026
	No	127 (42.3)	51 (35.7)	76 (48.4)		
Marital status	Married	224 (74.7)	85 (59.4)	139 (88.5)	36.12	< .001
	Single	40 (13.3)	27 (18.9)	13 (8.3)		
	Divorced	36 (12.0)	31 (21.7)	5 (3.2)		
Educational level	≤Elementary	41 (13.7)	36 (25.2)	5 (3.2)	112.83	< .001
	Middle school	41 (13.7)	30 (21.0)	11 (7.0)		
	High school	83 (27.6)	57 (39.8)	26 (16.6)		
	≥College	135 (45.0)	20 (14.0)	115 (73.2)		
Occupation	White collar	95 (31.7)	27 (18.9)	68 (43.4)	24.14	< .001
	Blue collar	75 (25.0)	36 (25.2)	39 (24.8)		
	Others	130 (43.3)	80 (55.9)	50 (31.8)		
First time to consume alcohol	Elementary school	18 (6.0)	12 (8.4)	6 (3.8)	23.12	< .001
	Middle school	59 (19.7)	42 (29.4)	17 (10.8)		
	High school	119 (39.7)	51 (35.7)	68 (43.3)		
	University	104 (34.6)	38 (26.5)	66 (42.1)		
Drinking partner	Alone	47 (15.7)	45 (31.5)	2 (1.3)	51.77	< .001
	Close friends	189 (63.0)	74 (51.7)	115 (73.2)		
	Peer group	36 (12.0)	13 (9.1)	23 (14.6)		
	Family	28 (9.3)	11 (7.7)	17 (10.9)		
Blackout symptoms	Yes	164 (54.7)	84 (58.7)	80 (51.0)	1.83	.176
	No	136 (45.3)	59 (41.3)	77 (49.0)		
Onset of heavier drinking (year)	≤20s	85 (28.3)	43 (30.1)	42 (26.8)	2.66	.448
	30s	109 (36.3)	56 (39.2)	53 (33.8)		
	40s	65 (21.7)	26 (18.2)	39 (24.8)		
	≥50s	41 (13.7)	18 (12.5)	23 (14.6)		
Health problems	Yes	184 (61.3)	90 (62.9)	94 (59.9)	0.30	.586
	No	116 (38.7)	53 (37.1)	63 (40.1)		
Family history	Yes	111 (37.0)	80 (55.9)	31 (19.7)	42.07	< .001
	No	189 (63.0)	64 (44.1)	126 (80.3)		

( $F=6.54, p=.011$ ) 나머지 영역은 유의하지 않았다(Table 2).

### 3. 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과기대, 삶의 자세, 부모의 음주문제의 관계

문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과기대, 부모의 음주문제는 서로 유의한 정상관관계이고, 삶의 자세는 이들과 역상관관계를 나타냈다. 문제성 음주정도는 음주문제( $r=.77, p<.001$ )와 가장 높은 정상관관계가 있었으며, 음주문제와 음주효과기대( $r=.49, p<.001$ ), 문제성 음주 정도와 음주효과기대( $r=.46, p<.001$ ), 음주문제와 부모의 음주문제( $r=.38, p<.001$ ), 문제성 음주정도와 부모의 음주문제( $r=.36, p<.001$ ), 중정도의 정적인 상관관계가 있었다. 음주효과기대

와 부모의 음주문제( $r=.20, p=.001$ )는 약한 정상관관계를 나타냈다. 그러나 음주문제와 삶의 자세( $r=-.45, p<.001$ ), 문제성 음주정도와 삶의 자세( $r=-.39, p<.001$ )는 중정도의 역상관관계가 있었으며, 삶의 자세와 부모의 음주문제 ( $r=-.24, p<.001$ ) 그리고 음주효과기대와 삶의 자세( $r=-.22, p<.001$ ) 약한 역상관관계를 나타냈다(Table 3).

### 4. 입원여부에 영향을 미치는 요인

입원여부에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 단계적(step-wise) 변수선택법으로 다중로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 모형에 사용한 독립변수는 범주형은 터미처리를 하였고 연속형은 그대로 사용하였다. 또한, 문제성음주정도(AUDIT) 등 음주관련 도구로

**Table 2.** Comparisons of Study Variables between Inpatients and Social Drinkers

(N=300)

Variables	Categories	Independent t-test				ANCOVA			
		Inpatients	Social drinkers	t	p	Inpatients	Social drinkers	F	p
		M ± SD	M ± SD			M ± SE*	M ± SE*		
AUDIT	Total	21.62 ± 10.13	10.62 ± 7.35	10.68	<.001	20.90 ± 1.24	13.97 ± 1.59	26.29	<.001
Alcohol problem	Functional problems	11.69 ± 4.68	6.26 ± 2.99	11.83	<.001	11.61 ± 0.56	7.96 ± 0.71	35.78	<.001
	Behavioral problems	15.57 ± 6.48	9.85 ± 4.12	9.03	<.001	15.67 ± 0.77	12.15 ± 0.99	17.38	<.001
	Relationship problems	16.17 ± 6.03	9.03 ± 3.92	12.05	<.001	16.10 ± 0.73	11.16 ± 0.94	38.38	<.001
	Total	43.43 ± 15.69	25.14 ± 10.45	11.76	<.001	43.38 ± 1.89	31.27 ± 2.43	34.33	<.001
Alcohol expectancy	Global positive changes	9.27 ± 2.30	7.50 ± 2.27	6.71	<.001	8.70 ± 0.34	7.66 ± 0.43	7.93	.005
	Sexual enhancement	8.27 ± 3.07	8.45 ± 2.67	-0.54	.589	8.01 ± 0.44	8.58 ± 0.56	1.47	.227
	Physical & social pleasure	10.68 ± 2.79	9.99 ± 2.75	2.14	.033	9.93 ± 0.40	10.05 ± 0.52	0.07	.789
	Increased social assertiveness	9.50 ± 2.78	8.32 ± 2.48	3.88	<.001	8.90 ± 0.39	8.25 ± 0.50	2.35	.127
	Relaxation & tension reduction	10.04 ± 2.92	8.36 ± 3.21	4.72	<.001	9.53 ± 0.46	9.02 ± 0.59	1.03	.311
	Arousal & aggression	7.66 ± 2.82	6.78 ± 2.52	2.86	.005	7.57 ± 0.39	7.03 ± 0.50	1.59	.209
	Total	55.43 ± 13.08	49.42 ± 12.79	4.02	<.001	52.64 ± 1.92	50.59 ± 2.46	0.96	.329
Life position	I'm not OK <sup>1</sup> , You're OK	27.28 ± 6.58	30.46 ± 5.61	-4.52	<.001	26.94 ± 0.90	28.26 ± 1.15	1.83	.178
	I'm not OK, You're not OK <sup>1</sup>	25.84 ± 7.54	30.04 ± 6.81	-5.07	<.001	26.56 ± 1.05	28.63 ± 1.35	3.25	.072
	I'm OK, You're not OK <sup>1</sup>	25.52 ± 6.18	29.06 ± 5.53	-5.09	<.001	24.77 ± 0.87	27.21 ± 1.12	6.54	.011
	I'm OK, You're OK	27.06 ± 7.86	29.48 ± 6.55	-2.89	.004	25.15 ± 1.07	26.84 ± 1.37	2.09	.150
	Total <sup>2</sup>	52.90 ± 11.34	59.52 ± 10.12	-5.35	<.001	51.72 ± 1.58	55.47 ± 2.03	4.75	.031
Parent's drinking problem	CAST-K <sup>3</sup> Total	9.78 ± 9.36	4.83 ± 7.31	5.07	<.001	9.57 ± 1.09	8.50 ± 1.39	0.81	.370

\*Mean values were estimated using least squared method, adjusted for living, religion, marital status, educational level, and occupation. first time of drinking, drinking partner, family history; <sup>1</sup>Life position subtotal scores were calculated after reversed coding; <sup>2</sup>Life position total scores were calculated after reversed coding for negative items; <sup>3</sup>The Korean version of the Children of Alcoholics Screening Test; AUDIT=The Alcohol Use Disorders Identification Test.

**Table 3.** Correlations among Study Variables

(N=300)

Variables	AUDIT	Alcohol problem	Alcohol expectancy	Life position	Parents' drinking problem
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
AUDIT	1				
Alcohol problem	.77 (<.001)	1			
Alcohol expectancy	.46 (<.001)	.49 (<.001)	1		
Life position	-.39 (<.001)	-.45 (<.001)	-.22 (<.001)	1	
Parents' drinking problem	.36 (<.001)	.38 (<.001)	.20 (.001)	-.24. (<.001)	1

AUDIT=The Alcohol Use Disorders Identification Test.

측정한 변수들은 하부영역 점수를 사용하였다.

로지스틱회귀분석 결과 일반적 특성 중에는 결혼상태와 교육수준이, 음주관련 특성 중에는 음주파트너와 음주가족력이, 그리고 음주관련 측정 변수들 중에는 음주문제 중 관계적 음주문제영역과 음주효과기대 중 이성에 대한 호감의 기대영역이 통계적으로 유의하였다. 적합한 로지스틱모형을 통하여 기혼자에 비교하여 이혼한 경우 4.18배(95% CI: 1.28-13.71), 대학교를 졸업한 경우보다 초등학교 졸업인 경우 28.50배(95% CI: 8.07-100.69), 중학교 졸업인 경우 6.66배(95% CI: 2.21-20.09), 고등학교 졸업인 경우 6.31배(95% CI: 2.59-15.36), 친한 친구와 술을 마시는 경우보다 혼자서 마시는 경우 9.07배(95% CI: 1.78-46.17)로 입원할 위험이 유의하게 높았다. 그리고 가족음주력이 있는 경우는 가족음주력이 없는 경우보다 2.41배

(95% CI: 1.11-5.25), 음주문제에서 관계적 음주문제 영역 점수가 1점 증가할수록 1.28배(95% CI:1.17-1.41) 입원할 위험이 높았으며 음주 효과 기대에서는 이성에 대한 호감의 기대 영역의 값이 1점 증가할수록 입원할 위험은 0.83배(95% CI: 0.72-0.94)로 낮아졌다. 모형의 설명력 값 R<sup>2</sup>은 53%로 나타났으며 표본크기 등을 고려한 Max-rescaled R<sup>2</sup>은 70%로 비교적 높은 설명력을 보였다. 또한, 입원여부를 분별할 수 있는 능력을 알 수 있는 C통계치도 0.94로 높아 모형이 잘 적합되었음을 알 수 있다(Table 4).

### 논 의

본 연구는 D시에 소재한 200병상 이상의 정신병원 3곳에서 자발

Table 4. Predictors of Hospitalization by Multiple Logistic Regression Analysis

(N = 300)

Characteristics	Categories	OR	95% CI	$\chi^2$	p
Marriage	Married	1.00			
	Divorced	4.18	1.28-13.71	5.59	.018
	Single	1.69	0.49-5.77	0.69	.405
Education	College	1.00			
	Elementary	28.50	8.07-100.69	27.07	<.001
	Middle school	6.66	2.21-20.09	11.35	.001
	High school	6.31	2.59-15.36	16.44	<.001
Drinking partner	Close friends	1.00			
	Alone	9.07	1.78-46.17	7.05	.008
	Family	0.54	0.15-1.91	0.92	.337
	Peer group	1.60	0.47-5.89	0.57	.451
Family history	No	1.00			
	Yes	2.41	1.11-5.25	4.95	.026
Drinking problem	Relationship problems	1.28	1.17-1.41	28.31	<.001
Alcohol expectancy	Sexual enhancement	0.83	0.72-0.94	7.85	.005

C statistics = .94, R<sup>2</sup> = .53, Max-rescaled R<sup>2</sup> = .70

적으로 연구 참여에 동의한 알코올사용장애 입원 환자군과 지역사회 일반 성인남성들인 사회음주자군(social drinker)간의 일반적 특성과 음주관련 특성, 개인적, 사회심리적 및 환경적 요인의 차이와 관계를 분석하고 입원가능성의 예측요인을 확인하고자 하였다.

연구 결과 입원 환자군과 지역사회 사회음주자군은 거주형태, 종교, 결혼상태, 교육수준, 직업, 첫 음주시기, 음주파트너, 음주가족력에서 유의한 차이가 있었다. 입원 환자군과 지역사회의 사회음주자군의 AUDIT 평균은 21.62점, 10.62점으로 평균 11점 정도의 차이를 보였으나, 동질하지 않았던 변수들을 통제하고 본 공분산분석한 결과 20.90점, 13.97점 수준으로 평균의 차이가 6.93점으로 줄었으나 통계적으로 서로 유의한 차이를 보였다. 정신병원 입원 환자군은 선행 연구의 음주운전수강명령 대상자들의 AUDIT 17.01점보다 3.89점 더 높았다[11]. 본 연구의 지역사회의 사회음주자 24세 이상 65세 이하의 청장년 성인의 AUDIT 13.97점으로 19세 이상의 남녀성인 모두를 포함한 Yoo 등[21]의 AUDIT 9.70점보다 더 높았다. 이는 연령기 준의 차이와 함께 시대적 심각성과 남성이 여성보다 문제성 음주정도가 월등히 높기 때문이라 사료된다[5].

AUDIT은 위험음주자를 선별하는 도구로서 민감도와 특이도가 높은 편이나, 나라마다 각기 다른 시대적 사회환경적으로 적합한 절단값들을 달리 사용하고 있다. 세계보건기구(WHO)와 서양에서는 문제음주의 선별기준을 8점 이상으로 권장하고 있으나, 최근 한국남성의 음주행태의 위험 수준을 10점 이상일 경우 문제음주자로 구분하는 2011년 한국중독정신의학회의 한국표준기준[1,15]을 본 연구에서 사용하였다. 본 연구의 지역사회의 일반 성인남성들인 사회음주자군은 AUDIT의 새로운 한국표준기준인 10점 이상인 경우 54.8%가, 서양기준인 8점 기준으로는 63.7%나 문제음주자로 파악되

었다. 이는 한국 청장년층인 성인남성의 문제성 음주정도가 여전히 매우 심각함을 알 수 있다.

술을 마시는 동안이나 술을 마신 후에 경험할 수 있는 음주문제는 서로 차이를 보인 일반적 특성과 음주관련 특성을 통제한 후에도 입원 환자군에서 43.38점, 사회음주자군에서 31.27점 수준으로 서로 유의한 차이가 나타났다. 사회음주자군의 음주문제 31.27점은 일반대학생의 음주문제 점수 32.78점 보다 낮게 나타났으나[9] 하위영역의 행동적 문제, 관계적 문제, 기능적 문제 순으로 나타난 선행 연구 결과와 일치하였다[9]. 그러나 직장남성[22]인 경우와 20대에서 50대까지 연령이 젊은 성인남성[7]인 경우 기능적 문제, 관계적 문제, 행동적 문제 순으로 나타나, 본 연구 결과와 서로 상반되었다. 반면에 입원 환자인 경우는 관계적 문제, 행동적 문제, 기능적 문제 순으로 관계적 문제가 음주문제 중 가장 높았다. 일반음주자인 경우, 음주문제가 특정인구 집단의 일반적 특성과 사회적 환경에 따라 음주문제가 달라지므로[7] 이에 대한 구체적인 추후 연구가 필요할 것으로 사료된다.

음주효과기대 수준은 입원 환자군과 사회음주자군간에 유의한 차이가 있었으나, 일반적 특성과 음주관련 특성을 통제한 후에는 전반적인 긍정적 변화 영역에서만 입원 환자군이 사회음주자군보다 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 입원 환자군이 비합리적으로 음주효과에 대한 긍정적 기대와 함께 순간적인 효과에 관심을 기울이며 음주로 인한 파괴적인 결과는 무시하는 자동적사고의 활성화 경향으로 문제음주 수준이 높다는 선행 연구와 일치한 결과였다[4,11]. 그동안 국내 선행 연구들의 대부분은 음주효과기대를 측정하기 위해 성인용 음주효과기대 도구가 아닌 청소년용 도구를 사용하였으므로 본 연구 결과와 직접적인 비교는 어려우나, 성인용



도구를 사용한 본 연구에서는 입원 환자군과 지역사회 사회음주자군에서는 신체·사회적 즐거움, 이완 및 긴장 감소, 사회적 주장 강화, 성적 강화, 전반적인 긍정적 변화, 각성 및 공격성 순으로 나타나 두 군 모두에서 신체·사회적 즐거움, 이완 및 긴장감소, 사회적 주장강화에서 높게 나타났다. 그러나 청소년용 도구로 측정된 성인의 음주효과기대의 선행 연구에서는 사교성 향상, 공격성과 긴장 감소, 이성에 대한 호감도 강화 순으로 본 연구와는 다른 결과를 나타내었다[8]. 보통 알코올 사용이 지속되면 무의식에서 음주로 인해 강화된 습관들로 심각한 음주문제까지 발전시켜 중독자가 된다[11]. 이와 같이 음주효과에 대한 기대는 미래의 음주행동 문제를 유의하게 예측할 수 있으므로[8] 추후 문제음주를 줄이기 위해서는 알코올 효과에 대한 비합리적인 음주기대를 가지고 있는지 우선적으로 파악하고 그에 대한 인지적 재해석을 위한 인지중재프로그램 개발 연구가 필요할 것으로 사료된다.

삶의 자세에서도 유의하였던 많은 영역들은 최소제곱법을 이용하여 동일하지 않았던 특성을 동시에 통제하고 두 군간 비교를 위하여 공분산분석(ANCOVA)을 실시 후에는 자기긍정·타인부정(I'm OK, You're not OK)에서만 사회음주자군이 입원 환자군 보다 더 높게 나타났다. 입원 환자인 경우 자기부정·타인긍정, 자기부정·타인부정의 삶의 자세 점수가 높았고, 사회음주자에서도 자기부정·타인부정, 자기부정·타인긍정이 높은 점수로 분포되어 두 군 모두 자기부정 영역이 자기긍정보다 높은 순으로 나타났다. 동일하지 않았던 특성을 통제 후 자기긍정·타인부정(I'm OK, You're not OK)에서만 사회음주자군이 더 높게 나타난 것은 사회음주자들은 입원 환자보다 자신에 대해 더 긍정적이고, 수용하는 자세를 가지고 있는 것으로 사료된다. 반대로 알코올사용장애자는 자기비난과 죄책감뿐만 아니라, 대인관계상의 친밀감 형성을 억제하고 자신의 생각과 감정을 인식하지 못한 채, 거절자아를 형성하게 되어 자기부정으로 대인관계적 문제를 야기한다는 선행 연구 결과와 일치하였다[23]. 알코올중독자는 알코올 문제와 상관성이 없는 경우에도 자기자신이나 삶에 대하여 부정적 정서와 경직된 신념을 지니고 있는 경우가 많다고 보고되고 있다[11,24]. 즉, 입원 환자들은 긍정적 삶의 자세가 부족하여 부정적 신념으로 음주를 하는 경향을 보이는 것으로 사료된다. 따라서, 긍정적 삶의 자세를 갖을 수 있도록 하는 지역사회에서의 간호중재가 필요하다.

부모의 음주문제는 두 군이 9.78, 4.83으로 서로 차이가 있었으나 일반적 특성과 음주관련 특성을 통제 후 공분산분석 결과 서로 유의한 차이가 없었다. 이는 가족력은 문제음주자에게 매우 중요한 문제로 더 간단하게 일반적 특성에서 물어야 되는 주요 항목으로 자리하고 있었기 때문에 통제 후 유의한 차이가 없어진 것으로 사료된다. 지역사회의 사회음주자군에서 나타난 부모의 음주문제

16.6%는 일반대학생 대상의 선행 연구[25]의 33.2%보다 낮았다. 이는 본 연구 대상자의 연령이 높은 것을 감안한다면, 여전히 젊은 부모들의 음주문제가 갈수록 증가되고 있는 추세를 보이고 있다. 선행 연구[25]에 따르면, 알코올중독이나 의존은 유전적, 가족적, 생물학적 취약성을 갖고 있다고 밝혀지고 있으며 그 취약성은 부모의 음주문제가 있는 경우가 그렇지 않은 사람에 비해 문제성 음주에 노출될 가능성이 3-4배 높고, 조기 발병과 임상적으로 더 심한 음주행태를 가진다. 즉, 음주문제를 가지고 있는 부모와 함께 사는 자녀는 각 구성원의 경계가 불분명하여 가족들의 자아분화가 잘 이루어지지 못하여, 부정적 정서반응이 많이 나타나기 때문에 문제음주자가 될 가능성이 높음을 제시하고 있다[26].

문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과기대, 부모의 음주문제는 모두 서로 유의한 정상관관계가 있었다. 문제성 음주정도와 음주문제는 가장 높은 정상관관계이며, 음주문제와 음주효과기대, 문제성 음주정도와 음주효과기대, 음주문제와 부모의 음주문제, 문제성 음주정도와 부모의 음주문제는 중등도의 정상관관계가 있었고, 음주효과기대와 부모의 음주문제는 약한 정상관관계가 나타났다. 그러나 음주문제와 삶의 자세, 문제성 음주정도와 삶의 자세는 중등도의 역상관관계가 있었으며, 삶의 자세와 부모의 음주문제, 음주효과기대와 삶의 자세는 약한 역상관관계를 나타냈다. 따라서, 삶의 자세가 긍정적일수록 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과기대 및 부모의 음주문제가 낮아지는 것으로 나타나, 문제음주자나 일반음주자에게 긍정적 삶의 자세에 대한 중재프로그램을 제공한다면 음주의 위험성을 줄일 수 있을 것으로 보인다.

알코올 사용장애로 인한 정신병원 입원여부에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 단계적 변수선택법을 이용한 다중 로지스틱 회귀분석을 사용하였다. 일반적 특성, 음주관련 특성 그 외 연구변수들 중 유의한 독립변수를 단계적 변수선택법으로 선택하여 입원 여부를 설명하는지를 분석하였으며, 모형의 설명력  $R^2$  53%와 Max-rescaled  $R^2$  70%로 모형적합도가 높음이 확인되었다. C통계량 94%는 이 모형에서 6개의 예측변수를 가지고 입원여부를 94% 진단할 수 있어 판별력도 높음이 증명되었다. 문제성 음주정도(AUDIT)는 Table 2에서 당연히 입원여부에 유의한 변수로 나타났으므로 그 외의 영역별 변수를 추가하면서 입원여부에 미치는 영향요인을 찾고자 하였다. 음주문제로 입원할 확률이 이혼인 경우는 결혼한 경우보다 4.18배 더 높았다. 이는 이혼, 별거 및 사별인 경우 일년유병률이 가장 높게 나타난 선행 연구[1] 결과와 일치하였다. 교육수준에서 초등학교 졸업인 경우 대학교를 졸업한 경우보다 28.50배, 중학교 졸업인 경우 6.66배, 고등학교 졸업인 경우 6.31배 더 입원할 가능성이 높아 교육수준이 낮은 사람이 음주문제가 높음이 확인되었다. 즉, 교육수준이 무학이거나 초등학교졸업인 경우 알코올 사용장애

가 높았으며, 교육수준이 높을수록 음주정도가 낮아져 알코올 남용의 유병률이 낮았다는 선행 연구[1,22] 결과와 일치하였다. 친한 친구와 술을 마시는 경우보다 혼자서 마시는 경우 9.07배 입원할 확률이 높았다. 음주문제의 가족력이 있는 경우는 가족력이 없는 경우보다 2.41배 높아 부모의 음주문제가 있을수록 자녀가 입원할 확률이 높아진다는 선행 연구[27] 결과와 일치하였다.

음주문제에서 타인과의 관계적 문제가 있는 경우 점수가 한 단위가 증가할수록 입원할 확률이 1.28배 더 높았다. 이는 문제음주 수준과 관련된 사회적 상황요인으로 타인갈등이 가장 유의한 상관관계가 높았던 선행 연구[11] 결과와 일치하였다. 이성에 대한 호감이나 성적강화에 대한 기대점수가 한 단위 증가할수록 입원할 확률이 0.83배 낮게 나타나, 타인을 인식하고 기본예절이 필요한 사회적 규범 상황에서의 음주문제는 심각하지 않아 입원할 가능성이 적음이 확인되었다. 즉, 자신과 타인간의 대인관계 갈등이 심할수록 음주로 인한 입원가능성이 높으므로, 지역사회의 다양한 영역에서 타인과의 갈등을 적절하게 대처하는 중재전략을 개발하여 제공된다면 입원가능성을 줄일 수 있으리라 사료된다.

이와 같이 알코올사용장애로 인한 정신병원의 입원여부를 예측하는 분석에서 타인과의 관계적 문제로 인한 이혼인 경우, 혼자서 술을 마시는 경우, 음주문제 중 관계적 문제, 알코올효과 기대에서도 대인관계적 요인인 이성에 대한 호감이나 성적강화 기대 유무가 입원여부에 미치는 예측요인으로 파악되었다.

본 연구 결과 지역사회의 사회음주자군인 경우 AUDIT이 13.97점으로 문제성 음주자가 54.8%로 나타나, 지역사회에서의 문제성 음주자를 위한 효과적인 알코올예방 프로그램 개발이 우선적으로 필요함을 시사한다. 또한, 탈원화의 국가정책과 맞물려 입원 환자들의 역기능적인 지역사회로의 복귀와 허용적인 음주문화로 인한 지역사회에서의 문제성 음주수준은 날로 높아지고 있는 현실에서 입원가능성을 줄일 수 있는 실증적 근거자료로 활용될 수 있을 것으로 기대하는 바이다.

본 연구는 다음의 몇 가지 제한점이 있어 결과를 해석함에 있어 이를 고려할 필요가 있다. 최근 여성 음주인구가 급속하게 늘어나고 있는 상황에서 여성음주자가 제외되었던 점과 연구대상자를 편의표집한 것이므로 연구 결과의 일반화에 제한이 있으며, 알코올 관련 문제로 입원한 환자들인 경우 주관적 자가보고 방식의 조사 결과를 분석에 사용한 점에서 타당성의 문제를 배제할 수 없다는 점을 본 연구의 제한점으로 밝혀둔다. 이러한 연구의 제한점을 보완한 추후 연구가 필요함을 제언한다. 본 연구 결과 지역의 사회음주자에서 문제성 음주정도가 높아, 앞으로 알코올의존과 관련된 다양한 문제들에 대한 새로운 시각으로 접근할 수 있도록 연구의 범위가 확대되어야 한다. 지역사회에서 문제성 음주정도의 위험

수준의 조기선별과 함께 개인적 문제음주 수준에 적합한 단계적 선택치료 및 예방교육 개입이 마련되어야 할 것이다. 또한, 음주에 대한 기대, 삶의 자세, 신념 및 사고가 변할 수 있도록 적절한 인지중재 방법의 간호중재가 필요하다. 또한, 추후 연구에서 입원 환자군이 지역사회로의 사회복귀가 역기능적으로 이루어질 수 있는 상황과 음성적인 음주문제를 지닌 지역사회의 사회음주자들을 위한 [28] 전략적 음주예방 중재와 만성 알코올의존환자들을 위한 계속적 관리(contingency management)를 위한 체계개발 연구가 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

## 결론

본 연구는 D시에 소재한 200병상의 정신병원 3곳에 입원한 입원 환자군과 지역사회의 청장년층 성인남자인 사회음주자군을 대상으로 문제성 음주정도, 음주문제, 음주효과에 대한 기대, 삶의 자세 및 부모의 음주문제와의 차이와 관계를 규명하고, 알코올사용장애로 입원할 예측변수를 탐색하고자 시도되었다.

간호학적 의의는 한국음주사회의 특성을 고려하여 한국중독정신의학회에서 제시한 문제성 음주정도 선별도구의 새로운 한국표준기준을 사용하여 분석하였고, 음주량이 월등히 많이 나타나는 19에서 24세까지의 특수성을 제외한 후 25세 이상에서 65세까지의 청장년층의 성인남성을 대상으로 연령에서 적합한 도구를 사용하여 알코올사용장애로 인한 입원유무를 예측할 수 있는 요인을 찾고자 한 것에 있다. 근거중심의 음주관련 변수들 중 일반적 특성과 음주관련특성 그리고 개인적, 사회문화적, 환경적 요인을 포함한 근거가 되는 중요한 변수가 선정되었고, 이 중 동질하지 않은 특성을 통제하여 입원여부에 미치는 예측요인을 찾고자 시도하였다.

입원 환자군의 문제성 음주정도는 입원 환자군의 ADUIT 20.90 점, 사회음주자군의 ADUIT 13.97점이었으며, 지역사회의 사회음주자군에서 54.8%가 문제음주자가 높게 나타났다. 판별력 94%, 설명력 53%의 로지스틱 회귀분석에서 선택된 음주관련변수들 중 타인과의 관계적 문제가 정신병원의 입원여부의 예측요인으로 밝혀졌으며 이혼인 경우, 교육수준이 낮은 경우, 음주파트너 없이 혼자서 술을 마시는 경우, 가족음주력이 있는 경우, 이성에 대한 호감과 성적강화의 음주효과기대가 적은 경우 또한 입원가능성이 높은 예측요인으로 밝혀졌다. 따라서, 관계향상을 위한 인간관계중진의 프로그램이 우선적으로 제공되어야 하며 입원을 줄일 수 있는 예측요인에 대한 전략적 중재프로그램이 계속 개발되어야 한다. 또한, 음주관련문제가 생물학적, 개인적, 사회심리적 및 환경적 요인에 따라 복합적으로 발생하므로 본 연구에서 분석되지 못했던 생물학적 근거를 뒷받침할 구체적인 후속 연구가 지속되어야 한다.

## REFERENCES

1. Seoul National University College of Medicine. The 2011 epidemiological survey of mental disorders among Korean adults. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2011.
2. Chung W, Lee SM, Kim JY. Socioeconomic costs of alcohol drinking. Seoul: Jipmoon; 2009.
3. Lee H, Lee B, Lim JH, Choi M. The structural relations between problem drinking of Korean adults and related factors. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2012;13(1):109-121.
4. Kim JS, Lee JK, Chung S. Meta-analysis of factors related to problem drinking. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2013;14(2):1-18.
5. Ministry of Health & Welfare, Korea Centers for Disease Control and Prevention. Korea health statistics 2012: Korea national health and nutrition examination survey (KNHANESV-3). Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2013.
6. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
7. Kim S. A study drinking motives, self efficacy, drinking problem in male adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;15(3):270-280.
8. Suh KH, Cho EH. Sensation seeking and alcohol expectancies factors associated with problem drinking and motivation for alcohol use. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2011;12(1):1-14.
9. Lee MR. The relationship between alcohol use and drinking problems among college students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2012;13(10):4619-4628. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.10.4619>
10. Seo HS. A study on relation between life position and functional ego state of alcoholics. *Transactional Analysis & Psychological Therapy*. 2007;4(1):93-115.
11. Choi BJ. A study on the causes effecting on problem drinking: A survey of corrective education attendees on drinking problem [master's thesis]. Gyeongju: Uiduk University; 2012.
12. Shin HW. The effects of personality on drinking problems. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 1999;18(1):105-122.
13. Hair-Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
14. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva, CH: World Health Organization; 2001.
15. Korean Academy of Addiction Psychiatry, National Alcohol Project Supporting Committee. *Addiction treatment guidelines series: I. Alcohol use disorder*. Seoul: Author; 2011.
16. Brown SA, Christiansen BA, Goldman MS. The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*. 1987;48(5):483-491.
17. Allen JP, Wilson VB, editors. *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
18. Berne E. *What do you say after you say hello?: The psychology of human destiny*. New York, NY: Grove Press; 1972.
19. Jones JW. The children of alcoholics screening test: A validity study. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 1983;2(3):155-163.
20. Kim MR, Chang HC, Kim KB. Development of the Korean version of the children of alcoholics screening test (CAST-K): A reliability and validity study. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1995;34(4):1182-1193.
21. Yoo IS, Choi EM, Kwon HJ, Lee SG. Drinking pattern and nonfatal injuries of adults in Korea. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2012;13(4):1690-1698. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.4.1690>
22. Kim JH. A study on factors affecting problematic drinking of employees [master's thesis]. Jinju: Gyeongsang National University; 2005.
23. Whitfield CL. *The Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Deerfield Beach, FL: Health Communications; 2006.
24. Lee JY. The effect of ego states and life positions on empathy in nursing students. *The Korean Journal of Stress Research*. 2012;20(2):113-122.
25. Kim JH. The college adjustment of adult children of alcoholics: Focused on moderating effect of protective factors. *Journal of Social Work Practice*. 2008;7:131-157.
26. Kim HS. The relationship between perceived parenting behavior and codependency in ACOAs of university students. *Korean Review of Crisis & Emergency Management*. 2013;9(4):83-102.
27. Ryu JS, Kang KH, Lee JH. Factors of problem drinking among Korean adults. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2011;12(1):29-42.
28. Abbaszadeh A, Eskandari M, Borhani F. Changing the care process: A new concept in Iranian rural health care. *Asian Nursing Research*. 2013;7(1):38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.01.004>