

일부 도시지역 주민의 음주행태와 절주동기, 문제음주와의 관계

이효영¹, 임혁^{2*}, 김혜숙³, 김민정⁴

¹동서대학교 보건행정학과, ²동서대학교 사회복지학과, ³대구보건대학교 보건행정과, ⁴가야대학교 간호학과

The Relationships among Drinking Behaviors, Sober Motivation, and Drinking Problems of Citizens living in an Urban Area

Hyo Young Lee¹, Hyuk Im^{2*}, Hye Sook Kim³, Min Jung Kim⁴

¹*Department of Health Administration, Dongseo University,*

²*Division of Social Welfare, Dongseo University,*

³*Department of Health Administration, Daegu Health University,*

⁴*Department of Nursing, Kaya University*

<Abstract>

Objectives: The purpose of this study was to identify a regional difference among drinking behaviors, sober motivation, and drinking problems. **Methods:** The subjects included 600 citizens living in two regions, Busan. Descriptive analysis, t-test, correlation, and path analysis were used to confirm the regional difference. **Results:** The path of drinking method on sober motivation was statistically significant in both regions and drinking attitude was found to be a common factor that weakens an individual's sober motivation. Besides, the path of social networking on sober motivation had a difference in statistical significance between the two regions. Finally, the influence of social networks of District N (comparison region) on sober motivation was statistically significant and stronger than that of District D. **Conclusions:** A social environment-centered intervention to address drinking problems is essential in District N because of its people's tendency to drink together. On the other hand, an individual-focused intervention is preferred in District D where sober motivation is mainly affected by drinking method and attitude.

Key Words : Drinking Behavior, Sober Motivation, Problem Drinking, Path Analysis

‡ Corresponding author : Hyuk Im(imhyuk@dongseo.ac.kr) Division of Social Welfare, Dongseo University

* 본 연구는 질병관리본부 만성질환과와 부산시 건강정책과의 지원을 받아 수행된 연구임

• Received : Mar 22, 2020

• Revised : May 25, 2020

• Accepted : Jun 25, 2020

I. 서론

지역사회에서 음주문제는 가장 보편적인 정신적 건강의 위협요인이지만 아직도 음주문제의 폐해와 심각성을 잘 모르는 사람이 많다. 여기에는 “술을 좀 마실 줄 알아야 사회생활을 잘 할 수 있다”는 음주에 대한 그릇된 인식과 음주문제가 심각하여도 정신과 진료를 회피하는 현상과도 깊은 관련이 있어 보인다[1]. 우리나라 음주문화는 매우 허용적 이어서, 여러 사회적 모임에서 술은 빠짐없이 등장한다. 약간의 실수는 가볍게 넘겨주는 암묵적 동의가 있으며, 스트레스와 정신적 긴장해소를 이유로 들어 우리나라 사람의 알코올 소비량은 지속적으로 늘어나고 있다[2]. 그러나 과도한 음주는 개인의 신체와 정신건강 모두에 미치는 부정적인 영향이 매우 크다.

때때로 음주는 스트레스 해소와 인간관계 증진에 도움이 되지만 그것이 과음이나 폭음으로 이어지는 것은 여러 측면에서 문제가 된다[3]. 과도한 음주는 개인의 건강을 크게 해칠 뿐 아니라, 사회 전반에 미치는 폐해 또한 크다. 문제음주로 인한 사회경제적 폐해가 어느 정도인지는 음주로 인한 사회경제적 비용을 추산해 보면 잘 알 수 있다. 음주의 폐해 정도를 가늠할 수 있는 비용추계 연구는 매우 드문 상황에서 비용을 추계한 정우진 등(2006)의 연구에 따르면, 우리나라의 의료비 지출과 조기사망 및 생산성 감소 등 음주로 인한 사회경제적 비용(2000년 기준)은 약 14조 9,437억원으로 추산된다고 한다. 이것은 2006년 한 해 동안의 GDP 대비 2.86%에 해당하는 수치라고 한다. 특히, 음주로 인한 질병발생의 사회·경제적 비용은 약 2조 8천억으로 추정된다[4].

세계 여러 국가에서 음주의 사회경제적 손실규모가 GDP대비 0.5-2.7% 정도 수준에 이르는 것을 감안해 볼 때[5], 우리나라는 다른 나라에 비해 음주로 인한 폐해 정도가 상대적으로 심각한 상황임

을 잘 알 수 있다. 그러므로 체계적인 음주문제의 관리는 보건의료의 차원을 넘어 국가 차원에서 다루어야 할 중요한 사회적 의제가 아닐 수 없다. 음주로 인한 사회경제적 손실 규모는 대부분의 국가에서 관심을 갖고 관리하는 중요한 국가지표 중 하나이듯, 우리나라도 이 부분에 많은 관심을 기울여야 할 필요가 있다.

문제음주(problem drinking)와 관련하여 가장 근접한 국가통계 지표는 고위험음주(high-risk drinking)로 대표할 수 있다. 국민건강통계에서 제시하고 있는 고위험 음주율은 남성의 경우에는 1회 평균 음주량이 7잔 이상, 여성의 경우에는 1회 평균 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주를 하는 비율로 정의하고 있다[6]. 우리나라 국민의 음주실태를 조사하여 보고한 한국질병관리본부(2014)의 제5차 국민건강영양조사 결과에 따르면, 우리나라 만 19세 이상 성인 남성의 21.8%가 1회 평균 7잔 이상을 마시며 주 2회 이상 술을 마시는 것으로 나타났다. 그리고 고위험 음주율은 2005년 14.9%에서 2012년 17.5%로 증가하는 양상을 보였다고 한다[7]. 이러한 고위험 음주는 문제음주로 이어질 수 있다. 문제음주는 ‘알코올 의존(alcohol dependence)’이 진행되기 직전 단계에 이르렀음을 의미한다. 이쯤 되면, 개인의 일상과 사회생활은 음주로 인해 여러 문제로 방해받는 일이 많아진다. 비록 알코올 의존에 비해 문제발생의 정도나 심리적, 신체적 의존 증상은 적게 나타나지만, 더 이상 알코올 의존으로 진행되지 않도록 각별한 주의가 필요하다[8].

대개 문제음주에 대한 접근은 개인의 알코올 사용형태와 알코올 사용으로 인해 발생하는 여러 문제들에 대한 인지수준, 음주가 주변 사람들에 미치는 영향, 절주의 가능성 등 개인적 요인에 초점을 두고 개입하는 경우가 많다[9]. 하지만 문제음주에 관한 것들은 개인적 요인만으로는 설명이 불가능하고 사회적 관계요인이나 지역사회 환경적 특성

에 따라 상당 부분 영향을 받게 되어 있다[10]. 실제로 문제음주는 술에 대한 접근이 비교적 용이한 지역사회 환경과도 상당부분 영향을 받는다고 한다[11]. 한국건강증진개발원(2018)의 조사결과에 따르면, 절주가 어려운 이유는 “음주가 사회생활 하는데 필요해서”라는 응답이 40.5%, “기존에 마시던 음주습관 때문에”라고 응답한 경우가 27.3%, 등 지역주민의 음주를 대하는 태도와 사회적 관계에 영향을 많이 받는 것으로 나타났다[12][13]. 그러므로 음주에 관한 개인적 특성에만 초점을 두는 접근만으로는 문제음주의 폐해를 줄이고 예방하는데 한계가 있을 수밖에 없다. 문제음주의 해결을 위해서는 여러 가지 사회 환경 요인을 동시에 고려할 필요가 있다.

그런데 사회 환경 요인에 따라 음주문제를 규명하고 거주지역의 특성에 따라 어떤 영향을 받는지에 관한 국내의 연구들은 드문 실정이다. 그래도 해외에서는 문제음주와 관련하여 어떤 지역사회 요인들이 작용하는지 밝히기 위한 노력이 꾸준히 있어 왔다. 대표적으로 지역사회에서 얼마나 술을 쉽게 접할 수 있는 환경에 거주하고 있는지를 밝히거나[14], 주류 판매점의 위치와 개수에 따라 지역사회 내 음주사고의 발생율의 관계를 살펴본 연구[15] 등을 예로 들 수 있다. 이러한 선행연구들의 노력들은 음주로 인해 야기되는 문제들을 둘러싼 다양한 사회 환경 요인을 밝힘으로써 지금도 술로부터 안전한 지역과 국가를 만들기 위한 근거 자료로 많이 활용되고 있다.

문제음주에 영향을 미치는 또 다른 요인으로는 인지적 요인을 들 수 있다. 선행연구들에서는 인지적 요인과 관련해서는 무엇보다 음주거절의 기술과 관련한 자기효능감이 매우 중요하다고 밝히고 있다[16] [17][18]. 이것은 음주상황에서 책임 있는 음주행태를 가능하게 만들고 절주를 하게 하는 동기에도 직접적으로 영향을 미치기도 한다[19]. 따라서 지역주민의 문제음주를 감소시키기 위해서는

다양한 측면의 고려가 필요할 수 있으며, 여기에 절주를 하게 하는 동기를 마련해 주고, 지역주민들이 점차 술을 줄여나간다면, 지역 내 문제음주의 비율을 낮추는데 일정 부분 도움이 될 수 있다[20]. 뿐만 아니라, 알코올의 긍정적 효과를 기대하는 경우 음주할 가능성이 높고, 문제음주는 인구사회학적 요인 및 환경요인, 음주 문화 등 다양한 요인과 관련되어 있다는 연구들도 있다[13][21].

따라서 본 연구의 목적은 지역사회 내에서 개인의 음주행태와 절주동기가 문제음주에 어떤 영향을 미치는지를 살펴보고, 지역사회 내 문제음주를 감소시키고 공중보건의 관점에서 절주를 통한 건강증진방안을 제안하는데 있다.

II. 연구방법

1. 연구대상자

우리나라 질병관리본부에서 매년 정기적으로 조사하는 「지역사회건강조사(Community Health Survey)」의 조사결과에 따르면, 부산광역시는 최근 5년간(2011년-2016년) 음주율 1위를 보이고 있다. 그 중에서도 원도심 지역의 고위험 음주율이 상대적으로 높은 것으로 보고되고 있다[22]. 그 중에서도 부산광역시에서 절주예방사업 지역으로 선정된 N구의 경우에는 인구의 고령화 현상이 뚜렷하고 소지역 건강지표에서도 건강의 사회적 결정요인과 관련된 박탈지수가 높아 지역밀착형 공공보건사업의 수행이 상대적으로 큰 지역이다[12][13]. 이에 따라, 본 조사에서는 부산광역시 지역사회건강조사에서 고위험음주율이 최근 5년간(2011년-2016년) 평균 21% 이상으로 가장 높게 나타난 D구(중재지역)와 상대적으로 고위험음주율이 최근 5년간(2011년-2016년) 평균 17.7% 이하로 낮게 나타난 N구(대조지역)를 조사대상지로 선정하고 두 개 지역에 거주하고 있는 지역주민을 600명을 대상으로

로 조사를 진행하였다. 표본추출의 방식은 두 지역 주민의 인구사회학적 정보(성, 연령)에 기초하여 층을 나누고, 각 층에서 필요한 만큼의 비율로 표본을 뽑아 할당하는 형태의 층화비례무작위 할당 표집의 방식을 사용하였다. 그리고 자료수집방법은 자기기입식 설문지조사기법을 활용한 조사연구기법을 활용하였으며, 설문조사는 사회조사전문기관인 D리서치에 의뢰하여 진행하였다. 설문에 응당한 시간은 20분 정도가 소요되었으며, 대상자는 면대면 설문조사를 통하여 이루어졌다. 자료수집 기간은 2018년 10월 1일부터 2018년 11월 10일까지 진행되었으며, 2개 지역별로 각각 300사례 동수로 할당하여 총 600부의 응답 자료를 분석 자료로 활용하였다.

2. 측정도구 및 변수

1) 음주행태(drinking behavior): 음주방식, 음주 태도, 그리고 사회 네트워크

음주행태와 관련한 측정도구는 보건복지부 절주 가이드라인 개발 연구에서 조병희 등(2018)이 사용한 척도를 사용하였으며, 이는 초점집단연구와 음주자 설문조사, 전문가 회의를 거쳐 만들어진 도구이다[21]. 크게 세 가지 부분으로 나누어 측정하고 평가하고 있으며, 먼저, 음주방식(drinking method)을 측정하였다. 본 연구에서는 일부 도시 지역 주민들이 주로 어떻게 술을 마시고 음주방식이 얼마나 다양한지를 알아보기 위해, 다음과 같은 설문문항을 구성하였다. 이를 위한 척도의 구성은 총 3문항으로 구성되었으며, 척도의 평정은 3점 리커트 척도(전혀 없다=1 ~ 가끔 있다=2 ~ 자주 있다=3점)로 구성하였다. 설문문항들은 '원샷(한꺼번에 술잔을 비우기)을 한 적이 있다', '잔 돌리기, 잔 주고받기, 내림술을 경험한 적 있다', '폭탄주(2종류이상의 술을 섞어서 마시기)를 마신 적이 있다' 등으로 구성하였다. 척도의 평정은 점수가 높

을수록 술 마시는 방법이 다양하고 문제음주의 가능성이 높은 방식을 취하고 있음을 의미한다. 척도의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.812$ 로 나타났다.

다음은 음주태도(drinking attitude)에 관한 측정이다. 본 연구에서는 일부 도시지역 주민들이 음주에 대하여 어떤 태도를 가지고 있는지 물어보기 위해 다음과 같은 설문문항으로 조사하여 보았다. 척도의 구성은 총 7문항으로서, 5점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다 ~ 매우 그렇다=5점)로 구성하였다. 설문문항들은 ① 공원이나 산에 가서 술을 마시는 것은 괜찮다 ② 낮술을 마시는 것은 괜찮다 ③ 술은 좀 취해도 된다 ④ 고등학생도 술을 마셔도 된다 ⑤ 혼자 술을 마셔도 괜찮다 ⑥ 술에 취해서 한 행동은 용서할만하다 ⑦ 상대방이 원하는 술을 거절하면 예의에 어긋난다 등으로 구성하였다. 질문의 형태는 지역주민을 대상으로 음주에 대한 다양한 생각들을 체크하는 형태로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 음주에 대해 관대한 태도를 취하는 것을 의미한다. 척도의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.811$ 로 나타났다.

마지막으로, 사회적 네트워크(social networking)에 관한 측정이다. 본 연구에서는 지역주민들이 얼마나 많은 지역의 모임에 소속되고 있거나 활동하고 있는지에 따라 음주행태가 영향을 받는다고 보고, 그에 관한 내용을 조사에 포함하여 측정하였다. 이와 관련한 설문문항은 총 6문항으로 구성하였다. 설문문항들은 ① 종교활동 모임(교회, 성당, 절) ② 스포츠/레크레이션/ 문화 활동 동호회 ③ 친목회, 계모임 ④ 봉사단체 ⑤ 동창회 ⑥ 향우회 및 종친회 등으로 나누어 조사하였다. 척도의 평정은 세 가지 수준의 서열변수(소속되어 있지 않음=1 ~ 소속되어 있으나 소극적으로 활동함=2 ~ 소속되어 있으며 적극적으로 활동함=3점)로 구성하였다. 점수산정은 합계방식을 사용하였으며, 합계 점수가 높을수록 지역주민들이 지역의 모임의 빈도와 적극성이 높음을 의미한다. 척도의 신뢰도는

Cronbach's $\alpha=0.811$ 로 나타났다.

2) 절주동기(sober motivation)

본 연구에서는 지역주민의 절주동기를 알아보기 위하여, 조병희 등(2018)이 보건복지부 연구과제로 실시한 절주가이드라인 개발 연구에 사용한 설문 문항을 활용하였다[21]. 이는 초점집단연구와 음주자 설문조사, 전문가 회의를 거쳐 만들어진 절주동기를 알아보는 문항이다. 이와 관련한 질문의 형태는 “술을 안 마시거나 적게 마시겠다고 생각과 관련된 동기”에 대해 조사하여 보았다. 이를 위한 척도의 구성은 총 4개 문항, 5점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다 ~ 매우 그렇다=5점)로 구성하였다. 절주동기와 관련한 설문문항은 ‘음주는 내 업무에 방해가 된다’, ‘음주로 인해 통제력을 잃고 싶지 않다’, ‘음주는 살을 찌게 한다’, ‘음주는 내 건강에 좋지 않다’ 등으로 표현된다. 본 연구에서 사용된 절주동기 척도의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.765$ 로 나타났다.

3) 문제음주(problem drinking)

본 연구에서는 지역주민의 문제음주 정도를 측정하기 위해 ‘한국형 ‘알코올 사용장애 간이선별검사(The Korean Version of Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT-K)’를 사용하였다. 이 척도는 1989년 세계보건기구(WHO)에서 개발하여 전 세계에 보급한 것으로 잘 알려져 있다. 척도의 구성은 3개 하위요인 총 10개 문항으로 구성되었으며, 세부적인 내용은 음주 빈도(3문항), 의존 증상의 여부(3문항), 알코올로 야기된 문제 여부(4문항) 등으로 이루어져 있다[23]. 척도의 평정은 전체 문항의 점수를 합산하여 처리하며, 점수가 높을수록 음주문제가 심각함을 의미한다. 그리고 선행연구들에서는 고위험군과 정상군의 절단점(cut-off point)은 12점 이상이면 고위험군으로, 12점 미만이면 정상군으로 분류할 것을 권고하고 있다[24].

개발 당시 원척도(original scale)의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.84$ 였고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.85$ 로 큰 차이 없이 나타났다.

3. 분석방법 및 윤리적 고려

본 연구에서 수집된 자료는 IBM Statistics 22.0 과 SPSS AMOS 22.0 통계 프로그램을 활용하여 분석하였다. 먼저, 조사대상자의 일반적 특성을 알아보기 위해 기술통계분석을 실시하였다. 그리고 조사도구의 신뢰도 검증을 위해서 내적일관성 신뢰도분석을 실시하였다. 그런 다음, 조사대상자의 음주행태와 절주동기, 문제음주의 지역별 차이를 알아보기 위하여 평균차이검증(t-test)과 Pearson's 상관관계분석을 이용하였다. 마지막으로 투입된 변수들이 문제음주와의 인과관계가 어떠한지를 살펴보기 위하여 경로분석에 입각하여 지역 간 차이를 분석하기 위하여 다중집단 경로분석(multi-group path analysis)을 실시했다. 본 연구는 동서대학교 연구윤리위원회의 연구 승인을 받아 이루어졌다 (IRB: 1041493-A-2018-014).

Ⅲ. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 조사대상자의 인구사회학적 특성은 다음과 같다. 먼저, 성별의 경우에는 중재 지역인 D구와 대조지역인 N구 모두 남성과 여성의 비율이 거의 1:1의 동수로 구성되어 있다. 이는 본 연구의 조사설계 단계에서 할당표집의 방식을 사용한 것에 따른 결과로 생각된다. 둘째, 연령별로는 D구의 경우, 60대 이상이 37.0%로 가장 높았고, 50대가 19.7%, 40대가 16.0%의 순으로 나타났다. 반면, N구의 경우에는 60대 이상이 30.0%로 가장 높았고, 그 다음으로 40대와 50대의 비율이

19.3%로 동일한 비율을 보여주었다. 셋째, 결혼상태와 관련해서는 D구의 경우, 기혼으로 응답한 경우가 74.3%의 비율을 보여주었고, N구의 경우에는 73.0%로 그리 큰 차이를 보이지는 않았다. 다만, 미혼의 비율이 N구(21.7%)에서 조금 더 높게 나타났다. 넷째, 학력과 관련해서는 D구의 경우, 고졸의 비율이 35.3%로 가장 높게 나타났다. 그러나 전문대졸 이상의 비율은 상대적으로 낮은 것으로 보였다. 한편, N구의 경우에는 고졸의 비율이 36.0%로 가장 높았지만 전문대졸 이상의 비율은 합계 46.7%로 D구에 비해 교육수준이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다. 여기에는 상대적으로 고령화 비율이 높은 D구와 평균 연령이 상대적으로 젊은 N구의 지역적 차이에 따른 현상으로 보인다. 마지막으로, 경제적 소득과 관련해서는 D구의 경

우, 300만원대의 중위소득 비율이 27.3%가 가장 높게 나타났지만 N구의 경우에는 500만원 이상이라고 응답한 경우가 31.1%로 가장 높게 나타났다. 대체로 D구 지역주민의 경제적 상태가 N구에 비해 상대적으로 낮은 것으로 보인다<Table 1>.

2. 두 지역의 문제음주, 절주동기, 음주행태의 차이 및 관련성

1) 두 지역의 문제음주, 절주동기, 음주행태 점수의 평균차이

본 연구에서는 두 지역의 문제음주, 절주 동기, 음주행태의 평균차이검증을 위하여 두 표본집단이 정규분포를 이루고 분산이 같다는 점을 확인하고 t-test를 실시하여 보았다.

<Table 1> General characteristics of the subjects in the two regions

Characteristics	D-Gu		N-Gu		
	n	%	n	%	
Sex	Male	147	49.0	146	48.7
	Female	153	51.0	154	51.3
Age	Under 29 years	43	14.3	50	16.7
	30-39 years	39	13.0	44	14.7
	40-49 years	48	16.0	58	19.3
	50-59 years	59	19.7	58	19.3
	Over 60 years	111	37.0	90	30.0
Marital status	Single	61	20.3	65	21.7
	Married	223	74.3	219	73.0
	Divorced	3	1.0	7	2.3
	Separated	1	0.3	0	0.0
	Widowed	12	4.0	9	3.0
Education	Elementary school	23	7.7	13	4.3
	Middle school	56	18.7	39	13.0
	High school	106	35.3	108	36.0
	College(2 year)	52	17.3	73	23.4
	University(4 year) and over	63	21.0	67	23.3
Monthly income (unit: 10,000 won by Korean currency)	Under 100	13	4.3	1	0.3
	Between 100 to 199	47	15.7	31	10.3
	Between 200 to 299	44	14.7	46	15.3
	Between 300 to 399	82	27.3	71	23.7
	Between 400 to 499	61	20.3	58	19.3
	Over 500	53	17.6	93	31.1
	total	300	100.0	300	100.0

그 결과, 전체적으로 문제음주는 평균 9.55(sd=6.240)의 분포를 보인 가운데, D구 지역주민의 문제음주 평균값(M=9.71)로서, N구 지역주민의 문제음주 평균값(M=9.40)보다 높게 나타났다. 그러나 두 집단 간의 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다($t=.608, p=.543$). 절주동기의 경우에는 D구와 N구의 평균값이 유의한 차이를 보여주었으며 ($t=-2.139, p=.033$), 절주동기의 전체 평균값은 $M=3.22$ 로 나타났다. 이 중 D구의 절주동기 ($M=3.15$)보다 N구 지역주민의 절주동기($M=3.29$)가 상대적으로 더 높게 나타났다. 한편, 사회네트워크를 통한 음주와 관련한 변수들은 모두 두 지역 간에 유의한 차이는 나타나지 않았다. 그러나 주어진 평균값을 중심으로 소수점까지 차이를 비교해 보면 첫째, 음주방식의 경우에는 전체 평균 $M=1.87$ 로 나타났고, N구 지역주민의 음주방식이 D구 주민에 비해 더 다양한 것으로 나타났다. 둘째, 음주태도는 전체평균 $M=2.57$ 로 나타났다. 여기에서는 D구 지역주민의 음주태도가 N구 주민들에 비해 더 허용적인 것으로 나타났다, 사회적 네트워크는 $M=8.62$ 로 나타났는데, N구 지역주민의 사회적 모

임이 더 많은 것으로 나타났다<Table 2>.

2) 문제음주, 절주동기, 음주행태 점수간의 관련성

본 연구에서는 주요 변수들 간에 어떤 관계성이 있는지 살펴보기 위해 상관관계분석을 실시하여 보았다. 그 결과, 문제음주와 상관관계 계수가 가장 높은 변수는 음주방식 변수($r=.530, p<.01$)로 나타났다. 그 다음은 절주동기로 pearson $r=.259(p<.01)$ 이었고, 사회적 네트워크는 pearson $r=.179(p<.01)$, 절주동기는 pearson $r=.094(p<.05)$ 순으로 나타났다. 절주동기의 경우에는 음주방식과는 양(+의 상관관계인 pearson $r=.221, p<.01$)로 나타난 반면, 음주태도($r=-.112, p<.01$)와 사회적 네트워크($r=-.094, p<.05$)는 음(-)의 상관관계를 보여주었다. 한편, 사회적 네트워크와 음주방식($r=.081(p<.05)$)은 양(+의 상관관계를 보여주었고, 음주태도와는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 마지막으로 음주태도가 허용적일수록 다양한 음주방식을 접하게 됨을 알 수 있었다($r=.238, p<.01$)<Table 2>.

<Table 2> t-test of major variables according to participants by regions and correlation analysis of major variables

		total(n=600case)		D-Gu(n=300case)		N-Gu(n=300case)		t
		mean	SD	mean	SD	mean	SD	
Problem drinking		9.55	6.240	9.71	6.250	9.40	6.238	.608
Sober motivation		3.22	0.833	3.15	0.760	3.29	0.894	-2.139*
Drinking Behavior	drinking method	1.87	0.533	1.83	0.537	1.91	0.528	-1.687
	drinking attitude	2.57	0.620	2.61	0.628	2.53	0.610	1.479
	social networking	8.62	1.647	8.57	1.742	8.67	1.548	0.743
		Drinking method	Drinking attitude	Social networking	Sober motivation	Problem drinking		
Drinking method		1						
Drinking attitude		.238**		1				
Social networking		.081*		.056		1		
Sober motivation		.221**		-.112**		-.094*		1
Problem drinking		.530**		.259**		.179**		.094*
								1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

3. 음주행태, 절주동기, 문제음주의 경로분석과 경로계수의 비교

1) 두 지역 간 경로모형의 비교

본 연구에서는 일부 도시지역 주민들 간의 음주행태와 절주동기 그리고 문제음주 등 3가지 요인들의 관계를 살펴보기 위해 다음과 같은 연구모형을 설정하고 경로분석을 실시하였다. 다음은 중재지역인 D구에 거주하는 지역주민의 사례와 대조지역인 N구 지역주민의 사례를 비교하기 위하여 설정한 경로모형이다.

2) 경로계수 비교분석 결과

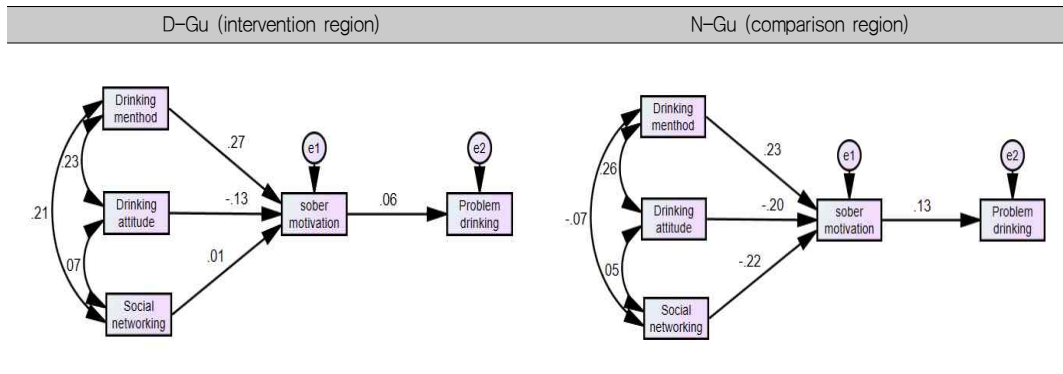
일부 도시지역 주민들의 음주행태와 절주동기가 문제음주에 어떤 영향을 미치는지를 경로분석한 결과는 다음과 같이 나타났다. 먼저, D구의 경우 ‘음주방식→절주동기’의 경로의 C.R.값이 4.697로 가설검정의 최소임계치인 ±1.645보다 크게 나타나 통계적으로 유의하였다(C.R.=4.697>1.645). 이는 N구의 경우에도 마찬가지로 나타났다(C.R.=4.041). 그리고 음주방식이 절주동기에 미치는 영향력의 크기는 4가지 경로 중에 가장 크게 나타났다(D구의 $\beta=.274^{***}$, N구의 $\beta=.227^{***}$).

둘째, ‘음주태도→절주동기’의 경우에는 음주에

대해 허용적인 태도를 취할수록 절주동기는 약화되는 것으로 나타났다(D구의 $\beta=-.125^*$, N구의 $\beta=-.196^{***}$). 다만, N구의 지역주민들의 음주태도가 절주동기에 미치는 영향이 더 큰 것으로 나타났다. 그리고 두 지역 모두 ‘음주방식→절주동기’의 경로는 통계적으로 유의하였다(D구의 C.R.=2.195, N구의 C.R.=3.500).

셋째, 두 지역 간 비교에서 D구의 경우에는 ‘사회적 네트워크→절주동기’가 유의한 영향력을 가지지 못하는 것으로 나타났다($\beta=.009$ p=.876). 그러나 N구의 경우에는 지역단체와 여러 모임에 참여하는 정도로 대표되는 사회적 네트워크가 절주동기를 약화시키는 주요 요인으로 작용하는 것으로 나타났다($\beta=-.223$, p<.001). D구의 ‘사회적 네트워크→절주동기’ 경로는 통계적으로 유의하지 않았던 반면, N구의 ‘사회적 네트워크→절주동기’의 경로는 유의한 것으로 보여(C.R.=4.106), 두 지역 간의 경로차이를 잘 알 수 있었다.

마지막으로, ‘절주동기→문제음주’의 경로비교에서는 D구의 경우에는 통계적 유의성이 발견되지 않았고, N구의 경우에는 이 경로의 통계적 유의성을 확인할 수 있었다(C.R.=2.205). N구의 경우에는 절주동기가 문제음주에 미치는 영향력의 크기가 $\beta=.127$ (p=.027)로 나타났다<Table 3>.



< Figure 1> Multi-group Path Model and Estimates

<Table 3> Path Analysis for the difference between two regions about problem drinking

	Path	B	β	S.E.	C.R.	p
D-Gu	drinking method→sober motivation	.517	.274	.110	4.697	<.001***
	drinking attitude→sober motivation	-.087	-.125	.040	-2.195	.028*
	social networking→sober motivation	.015	.009	.099	.156	.876
	sober motivation→Problem drinking	.129	.063	.119	1.084	.278
N-Gu	drinking method→sober motivation	.512	.227	.127	4.041	<.001***
	drinking attitude→sober motivation	-.164	-.196	.047	-3.500	<.001***
	social networking→sober motivation	-.515	-.223	.125	-4.106	<.001***
	sober motivation→Problem drinking	.221	.127	.100	2.205	.027*

*p<.05, ***p<.001

<Table 4> The result of multi-group path analysis and constraint each by all the path

Constraint of path	χ^2	df	p	χ^2/df
Unconstrained	240.336	6	<.001	40.056
Structural weights	253.811	10	<.001	25.381
Structural co-variances	280.770	21	<.001	13.370
Structural residuals	286.315	23	<.001	12.448
Saturated model	.000	0		
Independence model	364.418	20	<0.001	18.221

Path	χ^2	df	$\Delta\chi^2$	p	C.R.(p-value)
Unconstrained	240.336	6	-		
drinking method→sober motivation	240.337	7	.001	.974	-.320
drinking attitude→sober motivation	241.925	7	1.589	.207	-1.262
social networking→sober motivation	251.224	7	10.888	.001	-3.316
sober motivation→Problem drinking	240.686	7	.350	.554	.592

4. 다중집단 경로분석결과

본 연구에서 다중집단 경로분석을 진행한 결과는 각 모델의 χ^2 을 확인하는 것으로 비제약모델과 제약모델을 비교하는 형태로 진행하였다. 여기에서는 각 경로마다 χ^2 차이를 중심으로, 모든 경로에서 두 지역 모두를 똑같이 고정한 상태에서 분석한 모델의 결과들이다<Table 4>.

집단간 유의한 경로의 차이는 각 경로를 동일하게 고정했을 때의 경로간 차이와 경로가 서로 고정되었을 때의 C.R. 값이 ± 1.965 이상이면 경로간 유의한 차이가 있다고 말할 수 있다[25]. 그 결과, '사회적 네트워크→절주동기'의 경로가 C.R.=3.316으로 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다. 나머

지 경로에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다<Table 4>.

좀 더 자세히는 두 지역별로 주요 변수들의 경로가 유의한 차이를 보이는지를 알아보기 위해, 각각의 경로들에 제약을 두지 않은 비제약경로모델과 개별 경로들을 하나씩 제약해 나가면서 비교해 보았다. 그 결과, 이것은 각 경로를 하나씩 고정한 후, 비제약모델과 차이를 χ^2 검증하는 방법이다. 이 때, χ^2 차이가 3.84 이상이면 그 경로는 집단간에 유의한 차이가 있다고 해석한다[25]. 아래의 표를 보면, '사회적 네트워크→문제음주'의 경로에서 $\Delta\chi^2$ 이 3.84 이상의 차이가 나는데, 이는 집단간 경로가 통계적으로 유의한 차이가 있음을 의미한다. 나머지 경로에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다($\Delta\chi^2=10.886$, $p<.001$)이 결과를 바탕으로,

'N구에 거주하는 지역주민들의 사회적 네트워크가 절주동기에 미치는 영향'은 D구에 거주하는 지역 주민들에게서 사회적 네트워크가 절주동기에 미치는 영향보다 통계적으로 유의하고 강하다고 할 수 있었다(D구=.009<N구=-.223).

IV. 고찰 및 결론

본 연구에서는 문제음주의 주요 유발요인이라 할 수 있는 음주행태, 절주동기, 문제음주 간의 인과관계를 파악하고, 문제음주가 음주와 관련한 음주행태, 절주동기에 따라 어떤 지역적 차이를 보이는지를 고찰하여 보았다. 이는 향후 정신건강을 증진시키는 방안을 제시하는데 실증자료로서 중요한 의의를 줄 수 있을 것으로 생각된다. 특히, 일부 도시지역 주민의 음주행태를 비교분석하고, 문제음주의 발생경로를 여러 가지 경우의 수를 들어 복수로 확인하였던 점은 공중보건의 관점에서 절주를 통한 건강증진방안에 중요한 실천적 논점을 제공해 줄 수 있을 것으로 보인다.

다음은 본 연구에서 나타난 주요 연구결과들의 요약과 더불어 선행연구와의 비교검토를 중심으로 한 주요 논의사항에 관한 내용들이다. 이러한 논의들은 지역사회 차원에서 시민의 문제음주를 감소시켜서 건강한 지역사회를 만들어 나가기 위한 실질적 방안에 기준점을 마련해 줄 수 있을 것으로 보인다.

첫째, '음주방식→절주동기'의 경로는 두 지역 모두 통계적으로 유의하였는데, 이것은 음주의 방식이 다양할수록 절주에 대한 필요성이 상대적으로 증가하는 요인이 될 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 이것은 개인의 알코올을 접하는 형식과 방식은 일차적으로 개인의 인지구조와 깊은 관련이 있기에, 개인적 필요성이 적으면 음주가 주변 사람들에 미치는 영향이 적다고 판단하여 절주의 가능성은 상대적으로 낮아질 것이라고 주장한 선

행연구[9]의 내용을 지지하는 내용이다. 다양한 중재 전략을 통해 스스로문제 음주를 인지하고 절주의 동기를 강화할 수 있도록 하는 노력이 필요할 것이라 판단된다.

둘째, 음주에 대해 허용적 태도는 개인의 절주 동기를 약화시키는 공통요인으로 발견되었다. 이 결과는 우리사회가 음주에 대한 관대한 태도를 취하고 있고, 알코올 사용에 대한 왜곡된 인지가 갖고 있는 점과 깊은 관련이 있다. 선행연구들에서도 절주동기를 만들기 위해서는 무엇보다 음주에 대한 인식 자체를 바꾼 것이 중요하다고 하였다. 한국건강증진개발원(2018)에서도 음주에 대한 개인 및 지역사회의 허용적인 문화, 그리고 많은 광고 노출 등이 음주에 영향을 주고 있으며[12], 최근 연구에서는 절주동기는 음주를 대하는 태도에 따라 많은 영향을 받게 되어 있다고 보고하고 있다 [13]. 그러므로 절주동기를 강화하기 위한 중재전략을 세울 때에는 먼저 개인의 음주습관을 바꾸고 음주를 대하는 태도부터 엄격하게 바꾸어 나갈 수 있도록 돕는 인지행동적 치료와 사회적 중재전략의 개발이 필요해 보인다. 또한 허용적 태도를 바꿀 수 있는 장기적인 교육, 캠페인 등의 다양한 경로를 통한 중재전략이 필요해 보인다. 최근 지역사회 연구에서도 공중보건학적 예방 관점에 따라 다양한 전략의 활용과 절주 메시지의 반복적인 노출, 그리고 음주를 대신할 수 있는 다양한 여가 문화의 조성 등이 필요하며, 이는 단절적인 일회성의 사업이 아닌 장기적인 관점에서의 중재전략이 중요함을 강조하고 있다[13].

셋째, 지역사회 내 모임과 단체에 참여하는 것을 의미하는 사회적 네트워크는 절주동기에 일정한 영향을 주는 것으로 보이지만, 이 경로의 경우는 두 지역의 통계적 유의성이 달랐다. D구는 유의한 영향력이 없었지만 N구는 이 경로의 유의성이 분명 커 보였다. 이런 결과가 나온 배경에는 구도심지역인 D구의 경우에는 개인적 음주행태 요인

의 영향력이 상대적으로 더 클 뿐, 사회적 네트워크가 절주동기를 낮추는 요인으로는 작용하기 어려운 지역 환경과 관련이 있어 보인다. D구를 대상으로 한 연구에서는 오래된 거주기간으로 인한 친밀도와 오래된 밀집된 가구구조가 오히려 음주의 기회를 높이는 요인으로 작용하였다[13]. 심지어, D구의 지역에서는 절주동기가 문제음주에 미치는 경도가 유의하지 않았던 것은 D구 지역주민들과 같이 이미 비슷한 환경과 문화를 공유하고 있는 사람들에게서는 문제음주와 절주동기는 차이가 나타나지 않는 부분이 당연한 결과일지도 모른다. 문제음주가 지역 환경과 상당부분 영향을 받는다는 선행연구의 결과[11]가 있으나 특수한 문화적 환경 속에서는 다른 결과가 도출될 수도 있다. 그러나 N구의 경우에는 음주가 사회생활에 꼭 필요하다고 말하며 절주의 어려움을 호소하는 사람이 40.5%나 된다는 한국건강증진개발원(2018)의 연구는 기존의 사회네트워크가 음주의 경향을 높인다는 결과와 일치한다[12]. 이는 상대적으로 젊은 인구가 많고, 오래 거주하는 사람이 상대적으로 적은 N지역의 특성과도 관련이 있을 것이다. 이 부분은 사회참여가 건강에 주는 영향에 대한 다양한 추후 연구를 통해 좀 더 명확하게 해석되어질 필요가 있다.

넷째, 절주동기가 문제음주에 미치는 영향과 관련한 지역별 경로비교에서는 D구는 유의하지 않았고 N구는 유의한 경로를 보여주었던 것도 지역별 차이에 따른 결과로 생각된다. 이는 두 지역에서 절주예방사업을 실시할 때 원도심지역인 D구에서는 절주동기를 강화하는데 초점을 둔 사업을 수행하기 보다는 개인의 음주행태에 초점을 두는 방향이 더 적절함을 의미한다고 하겠다. 반면, 사회경제적 여건이 상대적으로 좋은 N구에서는 원도심지역과는 달리 절주동기 강화를 중심으로 사회적 네트워크를 통한 간접적인 중재전략의 개발이 더 효과적이라고 볼 수 있다[13]. 또한 D구의 경우는 사

회경제적 여건이 N구에 비해 좋지 않아 절주동기 보다는 이러한 요인이 더 강하게 영향을 미쳤을 것으로 예측되나, 이는 추후 연구에서 파악되어야 할 것이다.

마지막으로 다중집단 경로분석을 통하여, 각각의 경로들의 통계적 유의성을 분석한 결과에서는 '사회적 네트워크→절주동기'의 경로만이 두 지역 간에 유의한 차이를 보여주었다. 이로써, 알 수 있는 사실은 부산광역시 원도심지역의 대표지역인 D구와 소득수준과 학력 모두에서 상대적으로 양호한 N지역 환경의 차이가 사회적 네트워크에서 잘 드러난다는 점이다[13]. 이 결과만 두고 보면 D구의 경우에는 상대적으로 지역사회 내에서 지역모임의 빈도가 적은 것으로 보아, 단체모임에서 음주를 하기 보다는 혼술이나 개별적인 음주가 더 많은 사실과 관련이 있어 보인다[13]. 반면, N구의 지역주민들은 지역의 모임과 단체 활동에 활발하게 참여할수록 절주동기가 적어지는 것으로 보인다. 그러므로 향후 이 지역에서 절주예방사업을 수행할 때는 이 점을 충분히 고려하여 사업을 진행하는 것이 더 타당해 보인다.

이상의 분석결과를 통해, 본 연구에서는 D구와 N구의 주민들의 음주행태와 절주동기 그리고 음주 문제의 관계와 각각의 경로에서 일정한 지역적 차이를 발견할 수 있었다. D구의 지역주민들과 N구의 지역주민들에게서 상대적으로 개별적 음주행태의 영향이 크지, 사회·환경적 요인의 영향이 크지에 따라 절주동기 또한 제한받는 사실은 본 연구에서도 공통적으로 나타났다. 다만, 두 지역 모두 다양한 음주방식과 음주에 관대한 태도뿐만 아니라 사회적 네트워크에 따라서도 지역사회 음주행태가 달라지고 그로 인해 절주동기와 문제음주도 상당한 영향을 받는 것이 사실이다. 그런 점에서 볼 때, 본 연구의 결과는 공중보건 관점에서 문제음주로 인한 지역사회의 폐해를 줄이기 위한 지역사회 중재방안을 모색할 때 중요한 기능자 역

할 수 있을 것으로 기대된다. 예를 들어, 절주예방사업의 방향을 지역주민의 개별적인 음주방식과 음주태도를 개선하는 형태와 같은 개별중재의 방식으로 실시할 것인지 아니면, 사회·환경적 맥락에 초점을 두고 술 없이도 건강하게 지낼 수 있도록 하는 지역보건사업을 실시하는 등 환경중재의 형태로 실시할 것인지는 지역의 문화와 환경의 차이를 충분히 고려해서 결정해야 한다.

마지막으로 본 연구는 일부 도시지역들 중에서도 특정 지역구 2곳만을 선정하여 조사한 것으로서, 연구의 결과를 해당 도시지역 전체로 일반화하여 적용하는데 일정한 한계점을 지닌다. 그리고 표집에서도 비확률적인 표집방법인 할당표집을 하여 해당 조사지역의 문화적 특성을 충분히 반영하지 못한 것도 또 다른 한계점이라 할 수 있다. 후속 연구에서는 지역사회의 문제음주와 관련한 다양한 영향요인을 고려하고 그것들의 문제음주와의 관련성을 분석하여 다양한 지역사회건강 중재방안을 제시하는 연구들이 수행되기를 기대한다.

REFERENCES

1. J.S. Kim(2012), Management of Drinking Patients in Primary Care, Korean J Fam Pract, Vol.2(4);280-288.
2. J.I. Kim(2018), Comparison of Female Nursing College Students in the State of Drinking, Drinking Motives, and Problem Drinking, Korea Academy Industrial Cooperation Society, Vol.19(8);183-192.
3. Korean Alcohol Research Foundation(2015). Available at <http://www.karf.or.kr/information> [accessed on 03 December 2015].
4. H.G. Kim(2007), A Study on Motivation for Alcohol Use and Drinking Behavior of Employees by Social Pressure, Korean Journal of Occupational Health Nursing, Vol.16(2);197-204.
5. W.J. Chung, H.J. Chun, S.M. Lee(2006), Socioeconomic Costs of Alcohol Drinking in Korea, J Prev Med Public Health, Vol.39(10);21-29.
6. S.J. Ko, Y.H. Jung(2018), Risk Analysis of Alcohol-attributable Illnesses due to High-Risk and Dangerous Drinking, Alcohol Health Behav Res, Vol.19(1);43-52.
7. Korea Center for Disease Control and Prevention(2014). National Health Statistics: National Health and Nutrition Examination Survey 5th Year. from <http://www.cdc.go.kr/>
8. Y.M. Ha, M.R. Jung(2015), Factors associated with Problem Drinking in Korean Male Employees for Drinking Motivation, Job Stress, and Drinking Refusal Self-efficacy, Korean Journal of Occupational Health Nursing, Vol.24(1);48-56.
9. H.D. Holder(1998), Alcohol and the Community: A System Approach to Prevention, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
10. T. Barrientos-Gutierrez, D. Gimeno, T.W. Mangione, R.B. Harist, B.C. Amick(2007), Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 work sites, Occupational and Environmental Medicine, Vol.64(9);602-608.
11. K.H. Kang, K.S. Kim, S.I. Kim, K.H. Meng, H.S. Hong, C.H. Jeong(2001), The relationship between alcohol use and job stress among firemen, Annals of Occupational and Environmental Medicine, Vol.13(4);401-412.
12. Korea Health Promotion Institute(2018), Community Integrated Health Promotion Program Guide:Prevention of alcohol abuse, Ministry of Health and Welfare, pp.1-76.
13. H.Y. Lee, H. Im, H.S. Kim, M.J. Kim, J.S.

- Yoon(2020), Study of the Drinking Environment, Drinking Culture and Behavior for the Development of an Alcohol Intervention Program, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.14(1);177-194.
14. P.J. Gruenewald(2011), Regulating availability: How access to alcohol affects drinking and problems in youth and adults, *Alcohol Research & Health*, Vol.34(2);248-256.
15. R.A. Scribner, D.P. MacKinnon, J.H. Dwyer(1994), Alcohol outlet density and motor vehicle crashes in Los Angeles County cities, *Journal of Studies on Alcohol*, Vol.55(4);447-453.
16. J.K. Ma, M.S. Yoo(2017), Affecting Factors on Problematic Drinking of College Students, *J Health Info Stat*, Vol.42(1);77-88.
17. H. Aas, K.I. Klepp, J.C. Laberg, L.E. Aarø(1995), Predicting adolescents's intentions to drink alcohol: outcome expectancies and self-efficacy, *J Stud Alcohol Drugs*, Vol.56(3);293-299.
18. H.I. Lee, C.N. Son(2009), The effects of motivational program on alcohol expectancy, abstinence self-efficacy, and problematic drinking in college students, *Korean J Str Res*, Vol.17(3);237-245.
19. I.S. Kim, M.H. Hyeon, J.M. Yoo(2001), Risk/vulnerability factors of drinking and drinking problem: data mining answer tree and neural connection, *Korea J Psychol*, Vol.6(2);75-95.
20. K.H. Kang(2016), Development and evaluation of tailored motivational enhancement program for problem drinkers [dissertation], Seoul National University, pp.1-100.
21. B.H. Cho, A.R. Son, M.H. Kim(2018), The Guideline for improving a drinking behavior related personal factors, Ministry of Health and Welfare.
22. Busan Metropolitan City(2016), Busan Metropolitan City Community Health Statistics, pp.15-30.
23. B.U. Lee, C.H. Lee, P.G. Lee, M.J. Nam(2000), AUDIT: Alcohol use disorders identification test, *Korea Academy of Addiction Psychiatry*, Vol.4(2);83-92.
24. J.S. Kim, M.K. Oh, B.K. Park, M.K. Lee, G.J. Kim(1999), Screening criteria of alcoholism by alcohol use disorders identification test(AUDIT) in Korea, *Korean J Fam Med*, Vol.20(9);1152-1159.
25. J.P. Woo(2014), Understanding of Structural Equation Model, Seoul: Hannarae, pp.442-445.