

제주 지역의 알코올장애 및 우울증 유병율과 관련요인

김상희¹, 김문두¹, 곽영숙¹, 이창인¹, 강지연², 송정국³, 박준혁¹

¹제주대학교 의학전문대학원 정신건강의학과, ²제주 연강병원, ³제주의학전문대학원 예방의학교실

(Received November 28, 2013; Revised December 5, 2013; Accepted December 12, 2013)

Abstract

Prevalence and Associated factors of Alcohol use Disorder and Depressive Disorder in Jeju

Sang-Hee Kim¹, Moon-doo Kim¹, Young-suk Kwak¹, Chang-In Lee¹
Ji-eon Kang², Jeong-Kuk Song³, Joon Hyuk Park¹

¹Department of psychiatry, Jeju National University School of Medicine, ²Jeju Yeonkang Hospital

³Department of Preventive medicine, Jeju National University School of Medicine

We investigated the prevalence and associated factors of alcohol use disorder and depressive disorder and the influence of those diseases on quality of life. 507 adults participated in the study. Using the scores of Alcohol Use Disorder Identification Test-Korea (AUDIT-K) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria, the participants were categorized into one of three diagnostic groups: social drinking, harmful drinking and alcohol use disorder. Using scores of Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) scores, we classified individual scoring 16 to 24 as having probable depression and those scoring ≥ 25 as having definite depression. Prevalence of social drinking, harmful drinking and alcohol use disorder were estimated to be 72.0%, 22.1%, 5.9%, respectively. Gender, age, educational level, religion and AUDIT-K score were associated with greater risk of alcohol problem. Mental component score (MCS) of alcohol use disorder was lower than that of social drinking. Prevalence of normal, probable depression, and definite depression were estimated to be 77.5%, 13.0%, 9.5%, respectively. Religion, job, cohabitants and medical insurance state were associated with greater risk of depression. Both physical component score (PCS) and mental component score (MCS) were lower in patients with depressive disorder than normal group. Alcohol use disorder and depressive disorder were very common and may cause poor mental and physical health. More attention should be paid to detection and management of alcohol use disorder and depressive disorder. (J Med Life Sci 2013;10(2):145-152)

Key Words : alcohol use disorder, depressive disorder, Quality of life, Jeju

서론

알코올 사용 장애는 정신질환의 일종으로, 지역사회에 만연해 있는 건강문제이지만 그 심각성에 비해 충분한 개입이 이루어지지 못하고 있는 실정이며, 치료율은 5% 이하로 보고되고 있을만큼 다른 신체적 질환, 정신질환에 비해 치료 접근성이 매우 낮아 그 심각성이 더하다(1-4). 제주 지역도 이와 크게 다르지 않을 것으로 생각되는데, 제주 지역 내에서는 아직 알코올 사용장애에 대한 체계적 역학조사가 없는 실정이며, 알코올 사용장애의 낮은 치료 접근성은 치료 필요성에 대한 인식과 치료의 질 향상을 위

한 지역사회 내의 체계적 노력이 부족하였다는 데서 그 원인을 찾을 수 있다.

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 우울증을 3위로 보고하였고, 2030년이 되면 1위가 될 것으로 예측하였다(5). 우리나라 자살률은 이미 OECD 국가에서 2010년 1위로서 우울증의 중요성이 어느 때보다 강조되는 시점이다(6). 또한 우울증은 다양한 기능장애를 동반하고, 사회문화적 요인이 미치는 영향이 크기 때문에(7, 8) 국가별로 최적화된 정신보건정책을 비롯한 대책 수립이 필요하다. 이를 위해서는 정확하고 신뢰도 높은 역학조사 자료가 필수적이나(9), 제주 지역 내의 우울장애에 대한 역학연구가 부족한 상태이다.

따라서 본 연구에서는 제주지역의 알코올 사용장애와 우울장애의 유병율과 인구사회학적 특징을 밝히고, 알코올 사용장애와

Correspondence to : Joon Hyuk Park,
Department of psychiatry, Jeju National University Hospital, Jeju National University School of Medicine, Aran 13gil 15,
Jeju-si, Jeju Special Self-Governing Province, Korea 690-767
E-mail. empath0125@gmail.com

우울증이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보고, 이들의 위험인자를 규명하여 알코올 사용장애 및 우울증에 대한 예방, 관리, 치료, 재활 등에 필요한 기초적 자료를 제공하고, 향후 공공의료적 정책 수립의 기반을 마련하여, 그 구축방향을 제시하고자 한다.

방법

2012년 12월 1일부터 2012년 12월 31일까지 제주시의 동 지역에 거주하는 20세 이상의 성인 중 면담에 응한 자를 대상으로 하였고, 조사 대상으로 선정된 이들에 대한 개별 접촉 대인 면담을 시행하였다. 알코올 사용장애에 대해서는 AUDIT-K 점수와 DSM-IV 진단기준에 따라 정상음주군, 고위험음주군(AUDIT-K 점수가 남성은 10점, 여성은 6점 이상이면서 알코올 사용장애에 해당되지 않는 군), 알코올사용장애(DSM-IV 진단기준상 알코올 의존장애 또는 알코올 남용장애)로 분류하였고, 우울장애에 대해서는 CES-D 점수에 따라 정상군(CES-D<16), 유력 우울증군(CES-D 16-24), 확실 우울증군(CES-D>24)으로 분류하였다. 삶의 질은 SF-36으로 평가하였고, 인구사회학적 정보, 알코올 상담센터와 정신건강센터에 대한 인지도는 자체 제작한 설문지를

이용하였다. 유병율과 95% 신뢰구간은 exact methods for a binomial parameter로 추정하였으며, 카이제곱 검정, T-검정을 사용하였다.

결과

제주시 도시 지역에서 대상자 총 507명이 본 조사에 참여하였고, 대상자 중 남성은 264명(52.1%), 여성은 243명(47.9%)이었다. 평균 나이는 43.6세였고, 교육 수준은 평균 13.3년이었는데, 남성은 13.7년, 여성은 12.8년으로 남성의 교육 수준이 더 높았다(p<0.05). 무학의 비율도 전체는 3.0% 였고, 남성은 0.4%, 여성은 5.8%로 여성에서 무학의 비율이 훨씬 높았다(p<0.001). 위험 음주자를 평가하기 위한AUDIT-K 점수의 평균은 5.6점이 이었고, 남성은 8.0점, 여성은 3.1 점으로 남성에서 점수가 훨씬 높았다(p<0.001). 하루 음주량을 표준단위로 측정하였을 때 남성은 1.6 unit, 여성은 0.3 unit 로 남성의 일일 음주량이 훨씬 높았다(p<0.001). 우울증의 정도를 측정하는 CES-D 점수와 신체적, 정신적 건강을 측정하는 SF-36 점수에는 남녀 간의 차이가 없었다. (표 1)

Table 1. Baseline characteristics of the subjects.

Rank	Men	Women	Total
Total (%)	264 (52.1%)	243 (47.9%)	507
Age(years)	43.2±16.1	44.1±15.1	43.6±15.7
Education(years)	13.7±2.8*	12.8±4.2	13.3±2.8
Uneducated	0.4%*	5.8%	3.0%
AUDIT-K	8.0±6.6**	3.1±3.9	5.6±6.0
Alcohol consumption (unit/day)	1.6±2.1**	0.3±0.6	1.0±1.7
CES-D	14.1±6.6	14.6±7.7	14.3±7.1
PCS	53.2±5.6	52.1±7.6	52.7±6.6
MCS	54.2±7.6	54.0±7.4	54.1±7.5

PCS = physical component score of SF-36, MCS = mental component score of SF-36
* p<0.05, ** p<0.001

총 507명 중 고위험음주군은 112명(22.1%)(95% C.I 18.48-25.70), 알코올 사용장애군은 30명(5.9%)(95% C.I 3.86-7.97)이었다. 평균 연령은 고위험음주군에서 38.5세로 가장 낮았고(p<0.001), 교육 수준은 정상음주군보다 알코올 사용장애군, 고위험음주군에서 더 높았다(p=0.002). 정상음주군의 표준 음주량은 하루0.4 unit인 반면에, 고위험음주군은 2.3 unit, 알코올 사용장애

군은 3.0 unit 였다(p<0.001). 알코올 사용장애군의 20%에서 확실 우울증을 동반하고 있었고, 이는 정상음주군의 2.5 배 높은 비율이다. 또한, 알코올 사용장애군에서 정상음주군에 비해 낮은 정신적 건강상태를 보였고(p=0.011), 신체적 건강상태에는 군 간의 유의미한 차이가 없었다. (표2)

Table 2. Sociodemographic characteristics of social drinking, harmful drinking and alcohol use disorder.

	social drinking	Harmful drinking †	Alcohol use disorder ‡	P
Total(%)	365(72.0%)	112(22.1%)	30(5.9%)	
Age	45.3±16.5	38.5±11.9	43.0±13.4	<0.001
Education	12.9±3.8	14.0±2.6	14.7±3.2	0.002
AUDIT-K	2.8±2.8	12.2±4.9	15.9±7.7	<0.001
Alcohol consumption(unit/day)	0.4±0.8	2.3±2.3	3.0±2.8	<0.001
CES-D	14.0±7.2	14.7±6.6	16.7±8.0	0.130
Definite depression**	7.9%	10.7%	20%	0.076
Religion(yes/no)	212/153	52/59	12/18	0.029
Job(yes/no)	276/89	89/23	25/5	0.484
cohabitant(yes/no)	348/17	107/5	27/3	0.416
Medical insurance/Medical care	356/9	110/2	30/0	0.64
PCS	52.5±7.3	53.5±4.7	52.3±4.7	0.329
MCS	54.6±7.6	53.4±7.1	50.5±7.4	0.011

PCS = physical component score of SF-36, MCS = mental component score of SF-36

† AUDIT-K ≥ 6 in women, ≥ 10 in men and not alcohol dependence or alcohol use disorder in DSM-IV

‡ Alcohol dependence or alcohol use disorder in DSM-IV

** CES-D ≥ 25

또한, 507명 중 유력우울군은 66명(13.0%)(95% C.I 10.09-15.95), 확실우울군은 48명(9.5%)(95% C.I 6.92-12.02)이었다. 대상자들의 각 군간의 평균연령, 교육수준에는 유의미한 차이를 보이지 않았다. CES-D 점수는 정상군 11.3점, 유력우울증군 18.9점, 확실우울증군 32.6점으로 확실우울증군에서의 점수가 가

장 높았고($p < 0.001$), 각 군 간의 표준음주량, AUDIT-K 점수의 차이는 없었다. 종교가 있을 때($p = 0.03$), 직업이 있을 때($p = 0.002$), 동거인이 있을 때($p = 0.005$) 우울증의 유병률이 더 낮았다. 삶의 질 평가에서는 우울군이 정상군에 비해 신체적 건강상태와 정신적 건강상태 모두가 낮게 나타났다($p < 0.001$). (표3)

Table 3. Sociodemographic characteristics of normal, probable depression and definite Depression.

	Normal	Probable depression*	Definite depression**	P
Total (%)	393(77.5%)	66(13.0%)	48(9.5%)	
Age(years)	43.3±14.8	46.2±17.8	43.0±19.4	0.371
Education(years)	13.5±3.2	12.6±4.8	12.7±4.5	0.1
CES-D	11.3±1.7	18.9±2.5	32.6±8.1	<0.001
Alcohol consumption(unit/day)	1.0±1.8	1.0±1.7	0.9±1.4	0.935
AUDIT-K	5.3±5.7	6.6±6.7	6.8±7.3	0.104
Religion(yes/no)	223/169	26/40	27/21	0.03
Job(yes/no)	316/117	42/24	32/16	0.002
cohabitant (yes/no)	378/15	63/3	41/7	0.005
Medical insurance/Medical care	390/3	65/1	41/7	<0.001
PCS	53.9±4.7	49.1±9.1	47.7±11.1	<0.001
MCS	56.0±5.2	52.1±6.1	41.2±11.1	<0.001

PCS = physical component score of SF-36, MCS = mental component score of SF-36

* CES-D score 16-24

** CES-D score ≥ 25

알코올 사용장애의 유병률은 5.9%(95% C.I 3.86-7.97)였고, 남성은 10.2%(95% C.I 6.57-13.88), 여성은 1.2%(95% C.I -0.15-2.62)로 남성에서 여성보다 훨씬 높은 유병률을 보였다. 교

육수준별로 보면, 고학력일수록 높은 고위험음주군 유병률을 보였다(표4).

Table 4. Prevalence of alcohol use disorder † in Jeju.

	Men			Women			Total		
	N	Prevalence	95% CI	N	Prevalence	95% CI	N	Prevalence	95% CI
Age(years)									
20-29	5	8.47%	1.37% 15.58%	1	2.33%	0.00% 6.83%	6	5.88%	1.32% 10.45%
30-39	3	5.26%	0.00% 11.06%	0	0.00%	0.00% 0.00%	3	2.54%	0.00% 5.38%
40-49	12	18.75%	9.19% 28.31%	1	1.61%	0.00% 4.75%	13	10.32%	5.01% 15.63%
50-59	5	12.50%	2.25% 22.75%	0	0.00%	0.00% 0.00%	5	6.17%	0.93% 11.41%
60-69	2	8.33%	0.00% 19.39%	0	0.00%	0.00% 0.00%	2	5.13%	0.00% 12.05%
≥70	0	0.00%	0.00% 0.00%	1	4.76%	0.00% 13.87%	1	2.44%	0.00% 7.16%
Education(years)						0.00%			
0-6	0	0.00%	0.00% 0.00%	1	3.85%	0.00% 11.20%	1	2.63%	0.00% 7.70%
7-12	6	5.36%	1.20% 9.50%	0	0.00%	0.00% 0.00%	6	2.82%	0.60% 5.00%
≥13-	21	15.00%	9.10% 20.90%	2	1.72%	0.00% 4.10%	23	8.98%	5.50% 12.50%
crude prevalence	27	10.23%	6.57% 13.88%	3	1.23%	0.00% 2.62%	30	5.92%	3.86% 7.97%
Age standardized † prevalence		10.28%	7.63% 12.92%		1.42%	0.39% 2.45%		5.76%	3.73% 7.79%
Age and gender standardized † prevalence								5.72%	3.69% 7.74%

† Alcohol dependence or alcohol use disorder in DSM-IV ‡ standardized to the 2010 population census, Jeju.

확실우울증은 70세 이상에서 가장 높은 유병률을 보였고 (21.95%(95% C.I 9.28-34.62)), 상대적으로 50대에서 가장 낮은

유병률을 보였으며(2.47%(95% C.I -0.91-5.85)), 교육수준이 낮을수록 높은 유병률을 보였다(표5).

Table 5. Prevalence of definitive depression † in Jeju.

	Men			Women			Total		
	N	Prevalence	95% CI	N	Prevalence	95% CI	N	Prevalence	95% CI
Age(years)									12.75%
20-29	8	13.56%	4.82% 22.30%	5	11.63%	2.05% 21.21%	13	12.71%	6.27% 19.22%
30-39	7	12.28%	3.76% 20.80%	8	13.11%	4.64% 21.59%	15	3.97%	6.70% 18.72%
40-49	1	1.56%	0.00% 4.60%	4	6.45%	0.34% 12.57%	5	2.47%	0.56% 7.38%
50-59	2	5.00%	0.00% 11.75%	0	0.00%	0.00% 0.00%	2	7.69%	0.00% 5.85%
60-69	2	8.33%	0.00% 19.39%	1	6.67%	0.00% 19.29%	3	21.95%	0.00% 16.06%
≥70	3	15.00%	0.00% 30.65%	6	28.57%	9.25% 47.89%	9		9.28% 34.62%
Education(years)									18.42%
0-6	2	16.67%	0.00% 37.80%	5	19.23%	4.10% 34.40%	7	7.51%	6.10% 30.70%
7-12	10	8.93%	3.60% 14.20%	6	5.94%	1.30% 10.60%	16	9.38%	4.00% 11.10%
≥13-	11	7.86%	3.40% 12.30%	13	11.21%	5.50% 16.90%	24	9.27%	5.80% 12.90%
crude prevalence	23	8.71%	5.31% 12.11%	24	9.88%	6.13% 13.63%	47	9.48%	6.75% 11.79%
Age standardized † prevalence		8.37%	5.96% 10.78%		10.91%	8.20% 13.63%		9.68%	6.93% 12.03%
Age and gender standardized † prevalence									7.11% 12.26%

† CES-D score ≥24. ‡ standardized to the 2010 population census, Jeju.

알코올상담센터의 인지도에서는 모름의 비율이 57.8%(95% C.I 53.49-62.09)였고, 남성이 60.6%(95% C.I 54.71-66.50)로 여성의 54.7%(95% C.I 48.47-60.99)보다 높았다. 70대 이상은 92.7%(95% C.I 84.71-100.65)가 알코올상담센터에 대해 모른다고 답하였고, 60대 이하에서는 20-30대에서 알코올상담센터에

대한 인지도가 67.7%(95% C.I 58.57-76.73)로 가장 낮았다. 교육수준별로는 고학력일수록 알코올상담센터에 대한 인지도가 높았고, 고위험음주군에서 63.4%(95% C.I 54.47-72.31)로 알코올상담센터에 대한 인지도가 가장 낮았다.(표 6, 7)

Table 6. Awareness of alcohol center according to age and educational Level.

	Men			Women			Total						
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI				
Age(years)													
20-29	40	67.80%	55.87%	79.72%	29	67.44%	53.44%	81.45%	69	67.65%	58.57%	76.73%	
30-39	38	66.67%	54.43%	78.90%	29	47.54%	35.01%	60.07%	67	56.78%	47.84%	65.72%	
40-49	35	54.69%	42.49%	66.88%	26	41.94%	29.65%	54.22%	61	48.41%	39.69%	57.14%	
50-59	19	47.50%	32.02%	21.9	62.98%	19	46.34%	31.08%	61.61%	38	46.91%	36.05%	57.78%
60-69	10	41.67%	4%	61.39%	10	66.67%	42.81%	90.52%	20	51.28%	35.59%	66.97%	
≥70	18	90.00%	76.85%	100.00%	20	95.24%	77.92%	100.00%	38	92.68%	84.71%	100.00%	
Total	160	60.61%	54.71%	66.50%	133	54.73%	48.47%	60.99%	293	57.79%	53.49%	62.09%	
Education(years)													
0-6	11	91.67%	76.03%	100.00%	23	88.46%	76.18%	100.00%	34	89.47%	79.72%	99.23%	
7-12	70	62.50%	53.53%	71.47%	55	54.46%	44.74%	64.17%	125	58.69%	52.07%	65.30%	
≥13-	79	56.43%	48.21%	64.64%	55	47.41%	38.33%	56.50%	134	52.34%	46.23%	58.46%	

Table 7. Awareness of alcohol center according to social drinking, harmful drinking[†] and alcohol use disorder (AUD)[‡].

	Men			Women			Total					
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI			
Social Drinking	105	62.13%	54.82%	69.44%	105	53.57%	46.59%	60.55%	210	57.53%	52.46%	62.61%
Harmful drinking [†]	45	66.18%	54.93%	77.42%	26	59.09%	44.56%	73.62%	71	63.39%	54.47%	72.31%
AUD [‡]	10	37.04%	18.82%	55.25%	2	66.67%	13.32%	100.00%	12	40.00%	22.47%	57.53%
Total	160	60.61%	54.71%	66.50%	133	54.73%	48.47%	60.99%	293	57.79%	53.49%	62.09%

† AUDIT-K ≥6 in women, ≥10 in men and not alcohol dependence or alcohol use disorder in DSM-IV

‡ Alcohol dependence or alcohol use disorder in DSM-IV

정신보건센터의 인지도에서는 모름이라고 응답한 비율이 전체 67.9%(95% C.I 63.78-71.92)였고, 남성이 70.8%(95% C.I 65.35-76.32)로 여성의 64.6%(95% C.I 58.60-70.62)보다 높았다. 연령대별로는 70대 이상은 90.2%(95% C.I 81.16-99.33)가 모름이라고 응답하였고, 60대 이하에서는 20대에서 정신보건센

터에 대해 모름이라고 응답한 비율이 78.4%(95% C.I 70.45-86.41)로 가장 낮았다. 교육수준별로는 고학력일수록 정신보건센터에 대한 인지도가 높았고, 확실우울군에서 77.1%(95% C.I 65.19-88.97)로 정신보건센터에 대한 인지도가 가장 낮았다.(표 8,9)

Table 8. Awareness of mental health center according to age and educational level.

	Men			Women			Total					
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI			
Age(years)												
20-29	47	79.66%	69.39%	89.93%	33	76.74%	64.12%	89.37%	80	78.43%	70.45%	86.41%
30-39	42	73.68%	62.25%	85.12%	30	49.18%	36.63%	61.73%	72	61.02%	52.22%	69.82%
40-49	43	67.19%	55.68%	78.89%	42	67.74%	56.11%	79.38%	85	67.46%	59.28%	75.64%
50-59	23	57.50%	42.18%	72.82%	26	63.41%	48.67%	78.16%	49	60.49%	49.85%	71.14%
60-69	14	58.33%	38.61%	78.06%	7	46.67%	21.42%	71.91%	21	53.85%	38.20%	69.49%
≥70	18	90.00%	76.85%	100.00%	19	90.48%	77.92%	100.00%	37	90.24%	81.16%	99.33%
Total	187	70.83%	65.35%	76.32%	157	64.61%	58.60%	70.62%	344	67.85%	63.78%	71.92%
Education(years)												
0-6	10	83.33%	62.25%	100.00%	22	84.62%	70.75%	98.48%	32	84.21%	72.62%	95.80%
7-12	83	74.11%	65.99%	82.22%	66	65.35%	56.07%	74.63%	149	69.95%	63.80%	76.11%
≥13-	94	67.14%	59.36%	74.92%	69	59.48%	50.55%	68.42%	163	63.67%	57.78%	69.56%

Table 9. Awareness of mental health center according to normal, probable depression* and definite depression**.

	Men			Women			Total					
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI			
Normal	143	69.42%	63.13%	75.71%	115	61.60%	54.52%	68.47%	258	65.65%	60.95%	70.34%
Probable depression*	26	74.29%	59.81%	88.77%	23	74.19%	58.79%	89.60%	49	74.24%	63.69%	84.79%
Definite depression**	18	78.26%	61.40%	95.12%	19	76.00%	59.26%	92.74%	37	77.08%	65.19%	88.97%
Total	187	70.83%	65.35%	76.32%	157	64.61%	58.60%	70.62%	344	67.85%	63.78%	71.92%

* CES-D score 16-24

** CES-D score ≥25

고 찰

본 연구는 제주 지역의 20대 이상 성인을 대상으로 알코올 사용장애와 우울장애의 유병률과 인구사회학적 요인을 알아보고, 알코올 사용장애와 우울장애와 삶의 질과의 연관성을 알아보는 연구이다.

본 연구에서 제주 지역의 알코올 사용장애 유병률은 5.9%로 Room et al., (2005)의 연구에서 보인 4%보다는 약간 높은 수치이며(10), 이는 2006년 실시한 전국 정신질환실태 역학조사상의 5.6%와 비슷한 수치이다. 고위험음주군(AUDIT-K 점수가 남성 10점 이상, 여성 6점 이상이면서 알코올 사용장애 군에 해당되지 않는 군)의 유병률은 22.1%였고, 남성이 여성보다 3배 높았다. 이는 Cho MJ et al.,(2010)의 연구와도 일치하는 부분이다(11, 12). 연령별로는 40대에서 가장 높은 유병률을 보였고, 교육 수준별로 고학력일수록 높은 유병률을 보였다. 성별, 나이, 교육 수준, 종교유무, AUDIT-K score, 표준음주량이 알코올 사용장애의 관련요인으로 나타났으며, 알코올 사용장애군의 20%에서 확실우울증을 동반하고 있었고, 이는 정상음주군의 2.5 배 높은 비

율이며, 이 군의 정신적 건강상태가 정상음주군에 비해 더 낮았다. 또한 본 연구에서는 제주 지역의 알코올 상담센터의 인지도에 대한 조사도 함께 하였는데, 전반적인 알코올 상담센터 인지도가 아주 낮고, 특히 70대 이상의 노인에서는 90% 이상에서 알코올 상담센터에 대해 모른다고 응답했는데, 이전의 연구 결과들에서 노인에서의 알코올과 관련된 문제들이 더 심각함을 보였기 때문에(13, 14) 노인들에서 특히 알코올 상담센터에 대한 인지도가 낮은 것은 더욱 심각한 문제라고 볼 수 있다. 60대 이하의 연령에서는 20대의 젊은 사람들에서 알코올 상담센터에 대한 인지도가 낮은 결과를 보였다. 이상의 연구결과들로 볼 때 제주지역의 음주 문제는 타 지역 및 한국 전반의 음주문제와 마찬가지로 상당히 심각한 수준에 와 있다는 것을 알 수 있으며(15), 알코올 사용장애군의 정신 건강 상태에 대한 점수가 정상음주군에 비해 유의미하게 낮은 것으로 볼 때, 이로 인한 개인적, 심리적, 사회적 문제 등을 크게 경험하고 있을 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 알코올 상담센터에 대한 인지도는 터무니 없이 낮아 지역 및 정부 차원의 노력이 그 심각성에 비해 잘 이루어지지 않고 있다는 것을 알 수 있다. 미국의 경우 알코올남용과 알코올중독을

중요한 공중보건 문제로 인식하고 종합적인 알코올남용 및 중독 예방, 치료, 재활에 대한 법을 제정했을 뿐 아니라 이와 관련된 행동적 연구들을 수행하고 있으며 다양한 정부 지원의 지역 프로그램들을 활성화 하고 있다(2, 16). 따라서, 우리나라의 지역사회에서도 이 문제에 대한 심각성을 다시 한 번 인식하여 이와 관련된 일을 하는 종사자들의 인력을 확보하고 체계에 대한 강화와 개선, 홍보가 우선 절실히 필요할 것으로 보인다.

다음으로 본 연구에서는 제주지역의 우울장애에 대한 연구도 함께 실시하였다. 제주 지역의 유력우울군 또는 확실우울군의 유병률은 22.5%였고 이는 우리사회에 우울증이 빠르게 확산되고 있음을 엿볼 수 있는 결과이기도 하다(8, 17). 70세 이상에서 확실우울증의 비율이 가장 높아 그 문제의 심각성이 더하다고 볼 수 있다(18, 19). 따라서 지역 차원에서 이러한 노인들을 위한 프로그램이나 대책 등이 더욱 절실히 필요하다고 볼 수 있다. 우울증에는 배우자의 상실, 경제생활의 악화, 사회로부터의 고립, 일상생활에 대한 통제 불가능, 신체적 질병 등의 부정적인 일상생활이 관련 요인으로 밝혀져 왔고(17), 이외에도 본 연구에서는 종교유무, 직업유무, 동거인 유무, 의료보장 형태, CES-D score 가 우울 장애와 관련요인으로 밝혀졌다. 이것은 사회적으로 고립되어 있을수록, 이혼, 별거, 사별 등으로 인해 혼자 사는 경우, 우울증이 지속되거나 우울증이 생길 가능성이 높다는 이전의 결과와 일치하는 부분이라 할 수 있겠다(20). 또한 가족 또는 사회적 지지나 사회참여 등은 우울증을 감소시키는데 중요한 역할을 할 수 있다고 생각해 볼 수 있으며(21), 이는 Ohayon et al.(2006)의 결과와도 일치하는 부분들이다(9). 본 연구에서는 각 군별로 삶의 질에 대해서도 알아보았는데, 정상군보다 우울군에서 신체적, 정신적 건강상태 모두가 더 좋지 않은 것으로 나타났다. 이는 다른 동반 이환물이 있을 때 우울증이 더 많다는 연구 결과와 일치하기도 하며(22, 23), 우울증으로 인해 정신적 만족감, 행복감이 떨어지고 우울증의 신체화 증상 등으로 인해 정신적, 신체적 건강상태에 대한 주관적인 만족감이 더 낮은 것일 수도 있다. 따라서, 이러한 우울장애 환자들의 삶의 질을 높여주는 지역사회의 노력이 절실히 필요하다. 하지만 전반적인 정신보건센터 인지도가 아주 낮고 우울군에서 그 인지도가 더 낮다는 결과가 나와 이로 인한 문제가 더 크다고 볼 수 있다. 우울증은 발견이 늦고 치료를 받지 않으면 예기치 못한 불행한 사고로 발전할 위험성이 있지만, 우울증에 대한 국민의 부정적 인식으로 인한 상담 및 치료를 기피하려는 경향이 있다(20). 지역사회의 정신보건센터에서는 이러한 우울증에 대한 국민들의 부정적 인식을 전환시킬 수 있는 홍보활동을 강화하고, 국민에게 정신보건센터에 대해 홍보하는 것 또한 시급하며, 상담 접근성 확대, 치료 프로그램의 도입 등을 위한 시설보강, 인력 보충, 홍보 대책 등의 노력이 필요할 것으로 보인다.

감사의 글(Acknowledgments)

이 논문은 2013학년도 제주대학교 학술진흥연구비 지원사업에 의하여 연구되었음

References

- 1) Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul;64(7):830-42.
- 2) MS Yun. Strategy for Managing system of Community Alcohol problem. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2004;2004(1):9-44.
- 3) Adams WL, Yuan Z, Barboriak JJ, Rimm AA. Alcohol-related hospitalizations of elderly people. Prevalence and geographic variation in the United States. *JAMA*. 1993 Sep 8;270(10):1222-5.
- 4) Farragher B, Wrigley M, Veluri R. Alcohol related problems in elderly people--a prospective study. *Ir Med J*. 1994 Nov-Dec;87(6):172-3.
- 5) WHO. Burden of mental and behavioral disorder, in *World Health Report*. Geneva, World Health Organization: 2001. p. 19-46.
- 6) NHIC. <http://knhanes.cdc.go.kr/Index.aspx>; 2009.
- 7) Franco-Bronson K. The management of treatment-resistant depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am*. 1996 Jun;19(2):329-50.
- 8) McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Feb;52(2):89-99.
- 9) Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *J Psychiatr Res*. 2006 Feb;40(1):30-6.
- 10) Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005 Feb 5-11;365(9458):519-30.
- 11) Cho MJ, Chang SM, Lee YM, Bae A, Ahn JH, Son J, et al. Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: A 2006 National Epidemiologic Survey (KECA-R). *Asian J Psychiatry*. 2010 Mar;3(1):26-30.
- 12) Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Mar;195(3):203-10.
- 13) Kim KW, Choi EA, Lee SB, Park JH, Lee JJ, Huh Y, et al. Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(12):1420-8.
- 14) Mulinga JD. Elderly people with alcohol-related

- problems: where do they go? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Jul;14(7):564-6.
- 15) Hahm BJ, Cho MJ. Prevalence of alcohol use disorder in a South Korean community--changes in the pattern of prevalence over the past 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Feb;40(2):114-9.
- 16) Jo H. Direction of Improvement for Community Alcohol Center. *Journal of Korean Alcohol Science*. 2004;2004(1):87-94.
- 17) Lee K. Factors Associated with Depressive Symptoms of the Married Women : Focused on Family Relationship Satisfaction and Conflict-coping Method. *JOURNAL OF THE KOREAN NEUROPSYCHIATRIC ASSOCIATION*. 2004;43(2):229-36.
- 18) Park JH, Kim KW, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *J Affect Disord*. 2012 Apr;138(1-2):34-40.
- 19) Park JH, Lee JJ, Lee SB, Huh Y, Choi EA, Youn JC, et al. Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *J Affect Disord*. 2010 Sep;125(1-3):234-40.
- 20) CK Park, JR Lee. Analysis of Factors Affecting the Change of Depression of Korean Adult Male and Female. *Health and Medical sociology*. 2011;29(-):99-128.
- 21) Horwitz AV. The use of multiple outcomes in stress dissolution. *Journal of Health and Social Behavior*. 1996;37:278-91.
- 22) Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly--prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004 Jul-Aug;39(1):15-.
- 23) Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, Mizuno K, et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 Nov-Dec;41(3):271-80.