

[특별초청원고] 한국인의 정신건강 바로보기 3

누가 정신건강서비스를 이용하는가?

박소연

경기대학교 사회복지학과 교수

1. 서 론

한국인들의 정신질환 평생유병률은 27.6%로 10명 중 3명이 평생 한 번 이상 정신장애를 경험하고 있다. 문제는, 한국인의 정신건강서비스 이용률은 22.2% 밖에 되지 않아 평생유병률에 비해 정신건강서비스 이용률이 매우 저조하다는 것이다(보건복지부, 2017).

정신건강서비스 이용률을 국가별로 비교해보았을 때 그 차이는 더욱 확연히 드러난다. 캐나다의 경우 정신건강서비스의 연간 이용률이 46.5%였으며, 미국은 39.2%, 뉴질랜드가 38.9%로 그 뒤를 이었다. 특히 우리나라가 정신질환 증상이 발현한 후 첫 치료까지 걸린 시간(Duration of untreated psychosis)이 84주, 약 1년 6개월이 소요된 것에 반해, 캐나다는 56주, 미국은 52주, 영국은 30주로 나타나, 다른 국가

에 비해 정신질환을 발견하고도 제대로 된 치료를 진행하기까지 장애요인이 존재한다는 것을 알 수 있다. 실제로 정신질환을 진단받은 사람들 중 전문가와 상담을 하지 않은 사람들에게 이유를 물었을 때, ‘나는 정신질환이 없다고 생각했다’가 81%로 가장 많았고, ‘그 정도 문제는 스스로 해결할 수 있다고 생각했다’라는 응답이 75.6%로 뒤를 이어(보건복지부, 2017), 개인 스스로의 정신건강을 제대로 인지하지 못하거나 인지하더라도 개인이 해결할 수 있는 문제로 치부하여 정신건강서비스를 이용하는데 어려움이 발생한 것으로 추측해 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 개인이 의료서비스를 이용하는데 있어 어떤 요인들이 영향을 미치는 살펴보기 위해 설계된 앤더슨의 건강서비스 이용모델(Andersen's behavioral model of health care service)을 적용하고자 한다(Andersen, 1995). 이 모델을 토대로 누가 정신건강서비스를 이용하는지 분석하고, 그 결과를 통해 사회전반의 정신건강서비스 이용률을 향상시킬 수 있는 방안을 제시하고자 한다.

2. 연구 방법

1) 자료 수집 및 표본

제 6기(2013-2015) 국민건강영양조사 자료를 바탕으로 본 연구에서 설정한 연구 모델을 분석해보았다. 자료는 만 19세 이상 성인 남녀 5,945명을 대상으로 수집되었다. “최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받아본 적이 있습니까?”라는 질문에 응답한 5,571명(94%)의 표본을 가지고 분석을 실시하였다. 그

[특별초청원고] 누가 정신건강서비스를 이용하는가?

결과, 5,571명 중 153명(2.75%)이 정신건강서비스 이용 경험이 있는 것으로 조사되었다.

2) 연구 모델

헬스케어 서비스를 분석하는 여러 가지 연구 프레임이 존재한다. 본 연구에서는 앤더슨의 건강서비스 이용모델을 적용하여 분석을 실시하였는데, 본 모델은 신체건강서비스 분석에 많이 활용되었지만 최근에는 정신건강서비스 이용 분석에도 많이 활용되고 있다. 앤더슨의 건강서비스 이용 모델은 크게 선행요인, 가능요인, 욕구요인으로 나눌 수 있다(Andersen, 1995). 먼저 선행요인은 인구사회학적인 요인으로 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 소득수준과 같은 변인이 포함된다. 가능요인은 헬스케어 서비스 이용을 가능하게 해주는 다양한 자원을 의미하는 것으로 거주지역, 소득, 보험과 같은 변인이 포함된다. 마지막으로 욕구요인은 질병요인으로 전문가의 판단 또는 주관적 판단에 의한 건강상태를 말한다.

3) 측정도구

본 연구에서는 선행요인으로 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제활동상태 등을 포함하였다. 연령은 18-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60-69세, 70세 이상(준거집단)으로 구분하여 측정하였다. 결혼상태는 결혼(준거집단), 이혼/별거/사별, 미혼의 세 단위로 교육수준은 무학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교 이상(준거집단)의 5단위로 분류하여 측정하였다. 경제활동상태는 미취업(준거집단)과 취업으로 측정하였다.

가능요인은 거주지역, 소득수준, 건강보험 종류 등을 포함하였다.

거주지역은 서울특별시, 경기도, 6개 광역시 등을 포함한 대도시와 그 외의 지역(준거집단)으로 구분하여 측정하였다. 소득수준은 200만원 미만, 200만 - 300만원 미만, 300만원 이상(준거집단)으로 구분하여 측정하였다. 건강보험종류는 국민건강보험과 의료급여(준거집단)로 측정하였다.

욕구요인은 우울감, 음주, 자살생각, 자살계획, 자살시도, 주관적 건강상태, 주관적 스트레스 인지율 등을 포함하였다. 우울감은 2주 이상 연속으로 우울감을 느낀 경험을 유무로 측정하였다. 음주는 총 10 문항으로 구성된 알코올 중독 자가 진단검사(AUDIT) 척도로 측정되었다. 전체 문항의 합계점수가 남자인 경우 10점 이상, 여성과 65세 노인의 경우 6점 이상인 사람은 고위험 집단으로 그렇지 않은 사람은 정상 집단으로 분류되었다(조근호 외, 2008). 자살생각, 자살계획, 자살시도는 유무로 측정하였다. 주관적 건강상태는 나쁨, 보통, 좋은(준거집단)으로 구분하여 측정하였고 주관적 스트레스 인지율은 적게 느낌(준거집단)과 많이 느낌으로 구분하여 측정하였다.

3. 연구 결과

1) 조사대상자의 특성: 정신건강서비스 이용 대상자를 중심으로

정신건강서비스 이용 대상자의 특성을 살펴보면 5,571명 중 153명(2.75%)가 정신건강서비스를 이용한다고 답했으며, 이 중 여성은 71.2%, 남성 28.8%로 조사되었다. 연령의 경우 50대 28.1%, 40대 22.2% 순으로 정신건강서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 현재 기혼인 상태의 응답자는 55.6%로 집계되었다. 응답자의 교육수준은 대

[특별초청원고] 누가 정신건강서비스를 이용하는가?

학 이상(32.6%)이 가장 많았고, 고등학교 졸업(28.4%), 무학(2.8%) 순이었다. 정신건강서비스를 이용하는 대상자의 거주지역은 서울, 경기도 등 6개 광역시·도를 포함한 대도시(66.6%), 그 외 지역(33.9%)으로 나타났다. 가구소득수준은 47.3%가 200만원 미만인 것으로 조사되었다.

또한 정신건강서비스 이용 대상자 중 현재 신체적, 정신적 건강상태를 살펴본 결과 63.4%가 우울감이 있는 것으로 조사되었으며, 38.5%가 알코올 장애를 가지고 있는 것으로 나타났다. 자살과 관련해서는 자살을 생각해본 적이 있는 응답자가 54%로 가장 많았고, 자살계획(18.9%) 및 자살시도(9.5%)도 있었다. 이들의 주관적 건강상태는 주로 보통(40.2%)으로 나타났으며, 나쁘다고 응답한 대상자의 비율은 14.5%로 조사되었다.

2) 선행요인, 가능요인, 욕구요인이 정신건강서비스 이용에 미치는 영향 분석

선행요인, 가능요인, 욕구요인이 정신건강서비스 이용에 영향을 미치는지를 살펴보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(<표 1> 참조). 그 결과, 선행요인에서는 연령, 교육수준, 가능요인에서는 건강보험, 욕구요인에서는 우울감, 자살생각, 자살계획, 주관적 건강상태가 통계적으로 유의미하게 정신건강서비스 이용에 영향을 미쳤다.

〈표 1〉 정신건강서비스 이용에 미치는 영향요인: 로지스틱 회귀분석

| | | OR | SE | p-value | 95% CI |
|------------|------------------------|------|------|---------|------------|
| 성별 | 여(준거집단) | 1 | | | |
| | 남 | 0.67 | 0.14 | 0.07 | 0.44, 1.03 |
| 연령 | 70세 이상(준거집단) | 1 | | | |
| | 18세~29세 | 1.14 | 0.67 | 0.82 | 0.36, 3.62 |
| | 30세~39세 | 1.79 | 0.86 | 0.23 | 0.69, 4.61 |
| | 40세~49세 | 1.98 | 0.88 | 0.12 | 0.83, 4.73 |
| | 50세~59세 | 2.32 | 0.91 | 0.03 | 1.08, 5.00 |
| | 60세~69세 | 2.58 | 0.94 | 0.01 | 1.26, 5.27 |
| 선행 요인 | 결혼(준거집단) | 1 | | | |
| | 결혼상태 이혼/별거/사별 | 1.38 | 0.37 | 0.23 | 0.82, 2.32 |
| | 미혼 | 1.31 | 0.49 | 0.47 | 0.63, 2.73 |
| 교육수준 | 대학교 이상(준거집단) | 1 | | | |
| | 무학 | 0.27 | 0.18 | 0.04 | 0.07, 0.97 |
| | 초등학교 | 0.52 | 0.19 | 0.07 | 0.26, 1.06 |
| | 중학교 | 0.73 | 0.25 | 0.37 | 0.37, 1.44 |
| | 고등학교 | 0.71 | 0.19 | 0.20 | 0.42, 1.20 |
| 경제활동상태 | 미취업(준거집단) | 1 | | | |
| | 취업 | 0.73 | 0.16 | 0.15 | 0.47, 1.12 |
| 거주지역 | 이외지역(준거집단) | 1 | | | |
| | 서울특별시, 경기도, 6개 광역도시 | 0.99 | 0.21 | 0.96 | 0.66, 1.49 |
| 가능 요인 | 300만원 이상(준거집단) | 1 | | | |
| | 소득수준 200만원 미만 | 1.34 | 0.35 | 0.27 | 0.80, 2.23 |
| | 200만 원~ 300만원 미만 | 1.13 | 0.32 | 0.67 | 0.64, 1.98 |
| 건강보험 종류 | 의료급여(준거집단) | 1 | | | |
| | 국민건강보험 | 0.48 | 0.16 | 0.03 | 0.25, 0.92 |

[특별초청원고] 누가 정신건강서비스를 이용하는가?

〈표 1〉 정신건강서비스 이용에 미치는 영향요인: 로지스틱 회귀분석 (계속)

| | | OR | SE | p-value | 95% CI |
|-----------------|-----------------------|--------------|------|----------|------------|
| 우울감 | 없음(준거집단) | | | | |
| | 있음 | 4.62 | 1.07 | p <0.001 | 2.93, 7.27 |
| 음주 | 정상음주군(준거집단) | | | | |
| | 위험군집단 | 0.77 | 0.16 | 0.20 | 0.5, 1.151 |
| 자살생각 여부 | 없음(준거집단) | | | | |
| | 있음 | 2.86 | 0.76 | p <0.001 | 1.70, 4.82 |
| 육구 요인 | 자살계획 여부 | 없음(준거집단) | | | |
| | 있음 | 2.47 | 0.93 | 0.02 | 1.18, 5.16 |
| | 자살시도 여부 | 없음(준거집단) | | | |
| | 있음 | 1.60 | 0.84 | 0.37 | 0.57, 4.49 |
| 주관적 건강상태 | 좋음(준거집단) | | | | |
| | 나쁨 | 2.14 | 0.64 | 0.01 | 1.18, 3.85 |
| | 보통 | 1.43 | 0.40 | 0.21 | 0.82, 2.48 |
| 주관적 스트레스 인지율 | 적게 느낌(준거집단) | | | | |
| | 많이 느낌 | 1.47 | 0.32 | 0.07 | 0.96, 2.25 |
| | 상수항 | 0.01 | 0.01 | | 0.01, 0.04 |
| 통계량 | Wald χ^2 | 202.17(df=8) | | p <0.001 | |
| | Pseudo R ² | 0.23 | | p <0.001 | |

4. 논 의

본 연구의 결과를 요약해보면 첫째, 70세 이상 고령층 노인 인구에 비해 50-59세, 60-69세 집단이 정신건강서비스를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다. 이는, 고령집단의 경우 정신건강 문제에 민감하지 못하거나 정신건강과 관련된 증상을 노화의 증상이라고 혼동하는 경향

이 있는 것으로 해석해 볼 수 있다. 그러나 최근 뉴스보도에 따르면 70세 이상의 노인들이 정신질환 관련 진료를 많이 받은 것으로 나타났는데(조민규, 2017), 이는 치매 조기 예방 및 치료를 위한 상담이 70대 이상 노인층에게 집중적으로 나타났기 때문인 것으로 생각된다.

둘째, 교육수준이 높을수록 정신건강서비스를 더 이용하는 것으로 나타났다. 이는 여러 선행연구를 통해 밝혀진 바와 같이 고학력자일수록 개인의 감정을 인지할 수 있는 능력이 높고, 정신건강문제에 대한 치료의 효과성을 긍정적으로 인식하고 있기 때문이라고 볼 수 있다(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000). 교육수준이 낮은 사람일수록 치료 및 서비스에 대한 정보가 부족하여 정신건강서비스 이용 접근성 또한 낮다는 선행연구의 결과(Steele, Dewa, & Lin, 2007)에 비추어 보았을 때, 정신건강서비스 자원 및 정신장애의 증상, 치료의 효과성 등에 관해 교육하고 관련 정보를 제공함으로써 이에 대한 이해력을 증진시킬 필요가 있다.

셋째, 의료급여를 지원받는 사람일수록 정신건강서비스를 많이 이용하는 것으로 나타났다. 이는 소득수준이 낮을수록 스트레스가 높아지고 이것이 정신건강에 부정적인 영향을 미쳐 헬스케어 서비스 이용이 증가한다는 선행연구(송태민, 2013)의 맥락에서 해석될 수 있다. 또한 의료급여를 받을 경우 공공에 의한 사례관리 대상이 되는 경우가 많아 정신건강에 대한 사전 및 조기 개입과 연계 등이 보다 용이해지기 때문에, 국민건강보험을 받는 사람에 비해 상대적으로 서비스 접근성과 이해도가 높을 것으로 풀이된다. 이러한 결과는 읍, 면, 동 복지 허브화와 민간 협력을 통해 지역 주민 대상의 정신건강교육 및 관리를 강화하는 방안을 모색할 필요가 있음을 시사하는 바이다.

넷째, 우울감이 있는 사람일수록 정신건강서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 이는 우울증에 대한 부정적 인식이 완화되면서 정신건강서비스 이용에 긍정적인 변화를 가져온 것으로 풀이된다.

다섯째, 자살생각이나 자살계획이 있는 경우 정신건강서비스를 이용하는 것으로 나타났으며, 자살시도 여부는 정신건강서비스 이용에 유의미한 영향을 미치지 않았다. 그러나 자살생각과 자살계획이 있는 경우 자살시도로 이어질 수 있으므로, 이들을 지속적으로 모니터링 하여 자살시도를 예방할 수 있도록 노력해야 할 필요가 있다.

여섯째, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 정신건강서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 이는 질병의 심각성도 정신건강서비스 이용에 영향을 미치나 개인이 주관적으로 인지하는 건강상태 또한 정신건강서비스 이용에 영향을 미치는 결정적 요인임을 본 연구를 통해 확인하였다.

한편, 음주 정상군과 위험군에서 알코올 의존의 심각성은 정신건강서비스 이용에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 국가별 주요 정신장애 유병률을 비교하면 우리나라는 알코올 사용 장애(13.4%), 불안 장애(8.6%), 기분 장애(7.5%) 순이었다(보건복지부, 2017). 반면 유럽과 미국에서는 우울과 불안 장애가 더 높은 것으로 나타났다. 우리나라의 경우 알코올 장애 유병률이 우울증의 유병률보다 높으나 우울증은 치료가 필요한 질병으로 인식하고 있는 반면 알코올 문제를 '문제'라고 인식하지 않기 때문에 정신건강서비스 이용에 영향을 미치지 않는 것으로 풀이될 수 있다. 따라서 알코올 문제와 관련된 증상을 스스로 인지하고 감지할 수 있는 정보 및 교육 제공이 시급하다. 구체적으로, '흡연은 질병이다'와 같은 캠페인을 음주에도 적용시켜 알코올 섭취에 관대한 한국 문화의 인식개선을 위한 방안을 모색할 필요가 있다.

마지막으로 본 연구는 국민건강영양조사 자료를 활용하여 2차 분석을 실시하였는데, 2차 자료 분석의 특성상 정신건강서비스 이용에 영향을 미치는 다양한 요인들을 충분히 반영하지 못했다는 점에서 한계가 있다 하겠다. 그러므로 후속연구에서는 정신건강서비스 이용

에 대한 개인의 인식, 사회적 수용 및 편견 등을 포함하여 보다 포괄적인 연구가 요구된다.

정신건강에 대한 오해와 편견은 어디에나 존재한다. 이러한 오해와 편견을 해소하기 위해 사회적인 캠페인을 실행해야하는 것은 당연하다. 특히 본 연구를 통해 밝혀진 정신건강서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 중심으로 맞춤형 서비스를 제공하고, 이에 대한 공공 캠페인 및 인식 개선 프로젝트 등의 구체적인 방안이 계획, 실시되기를 기대한다.

참고문헌

- 보건복지부 (2017). 2016년 정신질환실태역학조사.
- 보건복지부 & 질병관리본부 (2015). 제6기(2013-2015) 국민건강영양조사 원시자료.
- 서울시정신건강복지센터 (2017). 서울시 정신보건통계. URL: <http://seoulmentalhealth.kr/about/trend2.jsp>
- 송태민 (2013). 앤더슨 행동모형을 이용한 노년기 외래의료서비스 이용에 대한 스트레스 취약요인의 매개효과 분석. <보건사회연구>, 33(1), 547-576.
- 양소남, 김재인, & 박소연 (2016). 상담서비스 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. <한국웰니스학회지>, 11(3), 265-275.
- 이선혜 (2007). 한국인의 정신건강 도움요청행위에 영향을 미치는 요인. 정신보건과 사회사업, 27:122-151.
- 조민규 (2017. 10. 20). [2017 국감] 정신질환 진료 증가 ... 최근 5년간 진료인원 1227만명. 『쿠키뉴스』. URL: <http://www.kukinews.com/news/article.html?no=493255>
- 조근호, 채숙희, 박애란, 이해국, 신임희, & 민성호 (2009). 위험 음주자의 선별을 위한 한국어판 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-K) 의 최적 절단값. <중독정신의학>, 13, 34-40.
- 천재영 & 최 영 (2014). 앤더슨 행동모델을 적용한 지역사회 주민의 정신건강서비스 이용 요인분석, <한국지역사회복지학>, 49, 307-335.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 36, 1-10.
- Diener, E., Suh, E. M., Kim-Prieto, C., Biswas-Diener, R., & Tay, L. S.

- (2010). *Unhappiness in South Korea: Why it is high and what might be done about it*. Seoul: Korean Psychological Association.
- Gelberg, L., Andersen, R. M., and Leake, B. D. (2000). The behavioral model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people”, *Health Services Research*, 34(6), 1273-1302.
- OECD. (2014). OECD Health data. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Park, SJ., Jeon, HJ, Kim, JY, Roh, S. (2014). Sociodemographic factors associated with the use of mental health services in depressed adults: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES). *BMC Health Services Research*, 14, 645
- Steele, L. S., Dewa, C., and Lin, E. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada: Association and policy implications, *Healthcare Policy*, 3, 96-106.
- WHO. (2012). Mental health survey. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2004/np14/en/>

최초 투고일: 2017년 10월 20일
논문 수정일: 2017년 12월 05일
게재 확정일: 2017년 12월 13일