

2016년도 정신질환실태 조사

The Survey of Mental Disorders in Korea

홍진표
(책임연구자)

이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁, 하태현, 손상준, 손정우, 유제춘, 김정란,
박종익, 김성환, 조성진, 정영철, 김문두, 장성만, 김병수, 안준호, 김봉조,
윤진상, 신일선
(지역권 책임연구자)

전홍진 (조사요원 훈련 책임연구자)
김선웅 (표본과 자료관리 책임연구자)

보건복지부 삼성서울병원

제 출 문

보건복지부장관 귀하

이 보고서를 “2016년도 정신질환실태 조사” 학술연구용역사업과제의 최종보고서로 제출합니다.

2017. 4월

삼성서울병원장

◆ 책임연구자 홍 진 표 (삼성서울병원)

◆ 조사지역별 책임기관 및 지역권 책임연구자

서울1	이 동 우	(인제대학교 상계백병원)
서울2	함 봉 진	(서울대학교병원)
서울3	이 소 희	(국립중앙의료원)
경기1	성 수 정	(한림대학교 강동성심병원)
경기2	윤 탁	(동국대학교 일산병원)
경기3	하 태 현	(분당 서울대학교병원)
경기4	손 상 준	(아주대학교병원)
충북	손 정 우	(충북대학교병원)
대전	유 제 춘	(을지대학교병원)
충남	김 정 란	(충남대학교병원)
강원	박 종 익	(강원대학교병원)
부산	김 성 환	(동아대학교병원)
인천	조 성 진	(가천대학교 길병원)
전북	정 영 철	(전북대학교병원)
제주	김 문 두	(제주대학교병원)
대구	장 성 만	(경북대학교병원)
경북	김 병 수	(경북대학교병원)
울산	안 준 호	(울산대학교병원)
경남	김 봉 조	(경상대학교병원)
광주	윤 진 상	(전남대학교병원)
전남	신 일 선	(전남대학교병원)

◆ 총괄 (조사요원 훈련, 표본관리, 자료 분석)

전 홍 진 (삼성서울병원)

김 선 응 (동국대학교

서베이앤헬스폴리시리서치센터)

머 리 말

1995년 정신보건법이 제정된 계기로 2001년 정신질환실태 역학조사를 처음 시작했고 이번이 네 번째 조사이다. 네 번의 조사에 연구진으로 참여하면서 이 조사를 바라보는 국가기관, 언론, 의료계의 관심이 갈수록 높아짐에 스스로 놀라곤 한다. 우리 국민 모두가 정신건강 문제가 남의 문제가 아니라 바로 나와 우리 가족, 그리고 이웃의 문제임을 점점 더 잘 인식하게 된 것이다.

예전에는 주위에 정신건강 문제가 의심되는 사람이 있어도 무시하거나 독특한 사람 정도로 넘어갔었지만 국민들의 의학지식 수준이 높아지면서 이를 정신질환으로 정확히 인식하게 되었다. 국민들은 정신질환은 매우 흔하고, 그 사람의 삶 뿐 아니라 가족관계, 직업능력 등에 심각한 악영향을 미치는 건강문제라는 것을 점점 잘 인식하고 있다.

우리나라는 보건의료수준면에서 그동안 많은 발전을 이뤄서 낮은 영아사망률 및 평균수명 등에서 최상위국가이지만 정신건강측면에서는 그러지 못하다. 자살률은 OECD국가에서 제일 높은 수준이고, 입원 중인 정신질환자가 너무 많다는 문제와 함께 치료 받지 못한 정신질환자로 인한 범죄도 심각한 사회문제이다. 한국인들은 입시와 취업과 생존이라는 스트레스를 받으면서 성장하면서, 점증하는 개인주의 문화로 가족이나 친지의 지원을 받기 어려운 한편 자신의 정신건강문제를 효과적으로 지원받을 국가적인 체계가 미흡하게 살아가고 있다.

정신질환의 실태조사는 각 질환의 분포와 위험요인을 산출함으로써 우리나라 국민의 정신건강 실태의 기초 자료를 제공할 뿐 아니라 중앙 정부 등에서 정신건강 정책을 수립할 때 필수적인 기본 자료라고 할 수 있다. 그동안 3차례 서울대 조맹제교수님의 조사의 틀을 2016년 조사에서도 이어받아서 수행하였다. 정신장애의 진단평가는 기존과 동일하게 공인 정신장애 진단도구인 WHO-CIDI (Composite International Diagnostic Interview)를 사용하고 WHO의 지침에 따라서 이뤄지도록 하여, 향후 국가 간 비교와 횡문화적 연구의 자료로도 활용되도록 하였다. 이번 조사에서는 약물사용장애를 추가하였고, 동국대 통계학과 김선웅교수연구팀의 참여로 표본의 대표성을 강화하였다.

국민정신건강에 중요한 정보를 수집하고자 최선을 다하고, 수집된 자료 하나 하

나를 소중히 다루고 최고의 정보를 제공하고자 나름대로 노력하였지만 보고서를 돌아보면 부족하고 아쉬운 점이 많다. 조사기간인 여름에 기록적인 폭서로 인하여 조사 수행이 거의 불가능한 상황에서도 조사에 참여해준 국민 응답자들과 낮은 수당에도 기꺼이 참여한 조사요원에게 특별히 감사함을 표하고 싶다.

이 중요한 임무를 완수할 수 있었던 것은 각 지역권의 책임연구자 21분과 그 연구원들의 노력과 조사원 교육과 표본추출 및 통계분석을 주관한 전홍진, 김선웅, 홍성준교수의 헌신에 의한 것임을 강조하고 싶다. 연구를 위해 1년간 밤낮으로 뛰어다닌 이효철, 심공주, 김해수선생에게 감사하고 싶다. 무엇보다도 이 용역연구의 시작부터 끝까지 전적인 지원을 아끼지 않은 보건복지부 정신건강정책과 차전경과장님과 김혜영사무관, 박서영, 유효영주무관, 김수진 연구원께 감사드리며 보건복지부에 이 보고서를 드린다.

2017년 4월

성균관대학교 삼성서울병원
정신건강의학과
교수 홍진표

Abstract

The Survey of Mental Disorders in Korea

The aim of this survey was to estimate the prevalence and correlates of psychiatric disorders in a nationwide sample of Korean adults.

For this purpose, a multistage cluster sampling method was used to select the survey household from twenty one community catchments across throughout the country. From July 2016 to November 2016, trained interviewers visited selected households and interviewed one person aged over 18 years old per household using last birthday method. In this survey, the Korean version of the Composite International Diagnostic Interview (K-CIDI) was used as a diagnostic tool which is based on the DSM-IV criteria. Additionally, items to assess suicidal behavior, internet addiction, game addiction, smart phone addiction and the pathological gambling were included. A total of 5,102 subjects participated in this study.

The prevalence rate of all types of DSM-IV mental disorders was 25.4% for lifetime, and 11.9% for 12-month. More specifically, lifetime and 12-month prevalence of major mental disorders were as follows: 12.2% and 3.5% for alcohol use disorders, 6.0% and 2.5% for nicotine use disorders, 0.5% and 0.2% for schizophrenia spectrum disorders, 5.3% and 1.9% for mood disorders, 9.3% and 5.7% for anxiety disorders, respectively. The lifetime prevalence of suicidal thoughts and suicide attempt were 15.4% and 2.4%. For pathological gambling, internet addiction, game addiction and smart phone addiction, lifetime prevalence rate was 0.5%, 1.4%, 1.2% and 5.0% respectively. It was found that about 1/4 of participants had diagnosis of any psychiatric disorders but only 22.2% of them had been treated by mental health specialists.

Fortunately, the use of mental health service was increased over the past five years. However, in comparison to other developed countries, the rate remains low.

The results of this survey is expected to be used as basic data for establishing the mental health policies in Korea. Furthermore, comparison of the results with those of previous surveys will allow us to observe and analyze mental health trend in Korea. Analysis of risk factors and comorbidities across different mental disorders will be helpful in assigning limited mental health resources to the most needed group. We believe that these efforts will contribute in improving mental health status in Korea.

**2016년도
정신질환실태 조사 요약**

1. 조사의 개요

1.1. 조사의 필요성

정신질환은 사회적 편견이 심해서 치료거부율이 높은 반면 유병률은 매우 높은 질환군이다. 다른 신체질환은 효과적인 치료법의 개발과 함께 사회적인 질병 부담이 매우 빠르게 줄어든 것과는 달리 치료법 개발이 더딘 한편 개발된 치료법도 효과적으로 사용되지 못하여 사회적인 질병부담의 개선이 매우 더딘 질병군이라고 볼 수 있다. 선진 각국에서는 정신질환의 실태를 조사하고 이에 대한 정책 개발을 통하여 정신질환으로 인한 국민들의 고통을 줄이는 것을 매우 중요하게 다루고 있다.

국내에서는 2001년 이후 정신질환실태 조사를 5년마다 주기적으로 실시하면서 정신질환의 유병률을 발표하여 정신질환의 중요성을 알리는 한편 국민들의 정신건강을 향상시키기 위한 정책을 수립하기 위한 중요한 근거 자료로 사용되고 있다.

2011년 정신질환실태 역학조사 결과에 의하면 국민 중 28.1%는 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 것으로 나타나서 정신질환이 우리 국민에 매우 흔하면서도 삶의 질에 미치는 악영향을 보고한 바 있다.

지난 5년동안 정신질환대책을 수립하고 편견을 개선하기 위한 많은 정책적 노력을 기울인 상태에서 2016년 정신질환실태 조사를 통하여 정신질환의 유병률이나 위험요인의 변화와 함께 실태조사에 체계적으로 다루지 못한 약물 남용과 중독에 대한 실태 조사를 추가할 필요가 있었다. 그 외에도 최근 사회적인 관심사인 산후 우울증, 강남역사건을 통해 부각된 조현병 스펙트럼장애, 현대병으로 불리는 인터넷이나 게임 중독 실태에 대한 더 자세한 조사의 필요성이 제기 되었다.

1.2. 조사의 목적

이번 조사의 목적은 노인을 포함한 성인에서 약물사용장애를 포함한 주요 정신질환의 실태를 파악하는 것이다. 지역사회에서 거주하는 성인에서, 주요 정신질환의 유병률을 조사하고, 사회인구학적 특성에 따라서 질환의 분포를 파악한다. 또한 개별 정신질환에서 동시에 존재하는 공존질환에 양상에 대하여 분석하였다. 주 정신질환 외에도 최근 사회적인 관심사인 자살행동과 도박 중독, 약물 중독의 실태를

추가로 조사하였다. 정신질환을 앓고 있는 사람에서 정신보건 서비스 이용 실태를 파악하고 이용이 저조한 원인을 분석하였다. 이런 각종 실태 결과들을 기존 조사인 2001년, 2006년, 2011년도 정신질환 실태 역학조사 결과와 비교하고, 변화된 양상에 대한 해석을 하고 이를 통하여 향후 주력하여야 할 정책에 대한 제언을 추가하였다.

1.3. 조사의 법적 근거

정신보건법의 제 4조의 2에서 보건복지부 장관은 정신질환자의 실태조사를 5년마다 실시하여야 한다고 시행 근거가 명시되어 있다<표 1>.

표 1. 정신질환자 실태조사의 법적 근거

법령	내용
정신보건법	第4條의2(實態調査) ①保健福祉部長官은 이 法の 적절한 施行을 위하여 精神疾患患者의 實態調査를 5년마다 實施하여야 한다. ②第1項의 規定에 의한 調査의 方法과 內容 등에 관하여 필요한 사항은 保健福祉部令으로 정한다.
정신보건법 시행규칙	제1조의2(실태조사의 방법 및 내용) ①정신보건법(이하 "법"이라 한다) 제4조의2의 규정에 의하여 정신질환자의 실태조사를 하는 경우 그 조사방법은 다음 각호와 같다. 1. 가구를 직접 방문하여 하는 가구조사 2. 의료기관 및 사회복지시설 등 시설을 방문하여 하는 시설조사 3. 국민건강보험 및 의료급여관련 자료에 의한 조사 4. 기타 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 방법에 의한 조사 ②법 제4조의2의 규정에 의하여 정신질환자의 실태조사를 하는 경우 조사사항은 다음 각호와 같다. 1. 정신질환자의 성별·연령·학력·결혼상태 및 가족상황에 관한 사항 2. 정신질환의 발생원인·유형 및 정도에 관한 사항 3. 정신질환자의 치료경력, 의료서비스 이용행태 및 치료비용에 관한 사항 4. 정신질환자의 취업·직업훈련·소득·주거·경제상태 및 복지서비스 정도에 관한 사항

1.4. 조사 기간

전체 연구는 2016년 4월 17일부터 2016년 11월 30일까지 약 7개월 동안 진행되었고, 현장 방문 조사는 2016년 6월 27일부터 2016년 11월 28일까지 약 5개월 동안 진행되었다.

2. 조사 방법

2.1. 조사 수행 조직체계

삼성서울병원의 총괄 연구팀이 전체 연구의 기획과 진행, 관리를 맡았다. 조사원의 교육은 삼성서울병원의 교육 전담 연구팀이, 동국대학교 서베이 앤 헬스폴리시 리서치센터가 조사표본 및 자료분석을 맡았다. 조사가 전국에서 동시에 실시되어야 하므로 전국 21개 지역의 세부책임자를 선정하여 각 지역에서 조사가 체계적으로 이뤄지도록 하였다. 지역책임 조사기관이 조사의 질을 관리하고 현장조사를 감독하면서 진행하였고 별도의 메신저 프로그램을 이용하여 총괄연구팀과 수시로 협의하면서 조사를 진행되도록 하였다<표 2>.

2.2. 조사 대상

최종 조사 대상 목표는 지역사회에 거주하고 있는 만 18세 이상의 일반 성인 인구 5100명으로 하였다. 일반인구의 유병률을 파악하는 조사이므로 병원, 요양원 등의 시설에 입소해있는 자는 포함하지 않았지만, 조현병의 경우 다수의 환자가 입원되어 있어서 입원시설 통계를 보정하여 전체 환자수를 추정해보았다.

2011년도에는 조사대상이 만 18세 이상, 만 74세 이하의 성인으로 제한되어서 만 75세 이상의 노인 인구에 대한 조사의 필요성이 제기되었다. CIDI 도구가 시간이 많이 걸리고 정신력을 요구하여 75세 이상에서는 신뢰도 검증이 되어 있지 않으나 2016년도 조사에서는 만 75세 이상의 성인도 조사대상에 추가하였다. 만 18세 이상의 아동, 청소년은 정신질환의 종류가 성인과 다르고, 조사 도구도 차이가 있어서 별도로 조사가 진행되고 있다.

표 2. 각 조사지역 별 연구과제 책임 조사기관, 책임자

지역	1차 추출단위	표본크기	조사책임기관	책임자
서울	노원구	333	인제대학교 상계백병원	이동우
	종로구	333	서울대학교병원	함봉진
	강동구	333	국립중앙의료원	이소희
경기	하남시	300	한림대학교 강동성심병원	성수정
	파주시	300	동국대학교 일산병원	윤탁
	오산시	300	분당서울대학교병원	하태현
	수원시 영통구	300	아주대학교병원	손상준
충북	청주시 상당구	160	충북대학교병원	손정우
대전	대덕구	150	을지대학교병원	유제춘
충남	금산군	200	충남대학교병원	김정란
강원	춘천시	150	국립춘천병원	박종익
부산	남구	350	동아대학교병원	김성환
인천	남동구	290	가천대학교 길병원	조성진
전북	전주시 완산구	190	전북대학교병원	정영철
제주	제주시	100	제주대학교병원	김문두
대구	중구	250	경북대학교병원	장성만
경북	경산시	270	경북대학교병원	김병수
울산	동구	116	울산대학교병원	안준호
경남	진주시	335	경상대학교병원	김봉조
광주	동구	150	전남대학교병원	윤진상
전남	화순군	190	전남대학교병원	신일선
총 책임자			삼성서울병원	홍진표
조사원 교육			삼성서울병원	전홍진
표본과 자료관리			동국대학교	김선용

2.2.1. 조사 대상의 선정방법

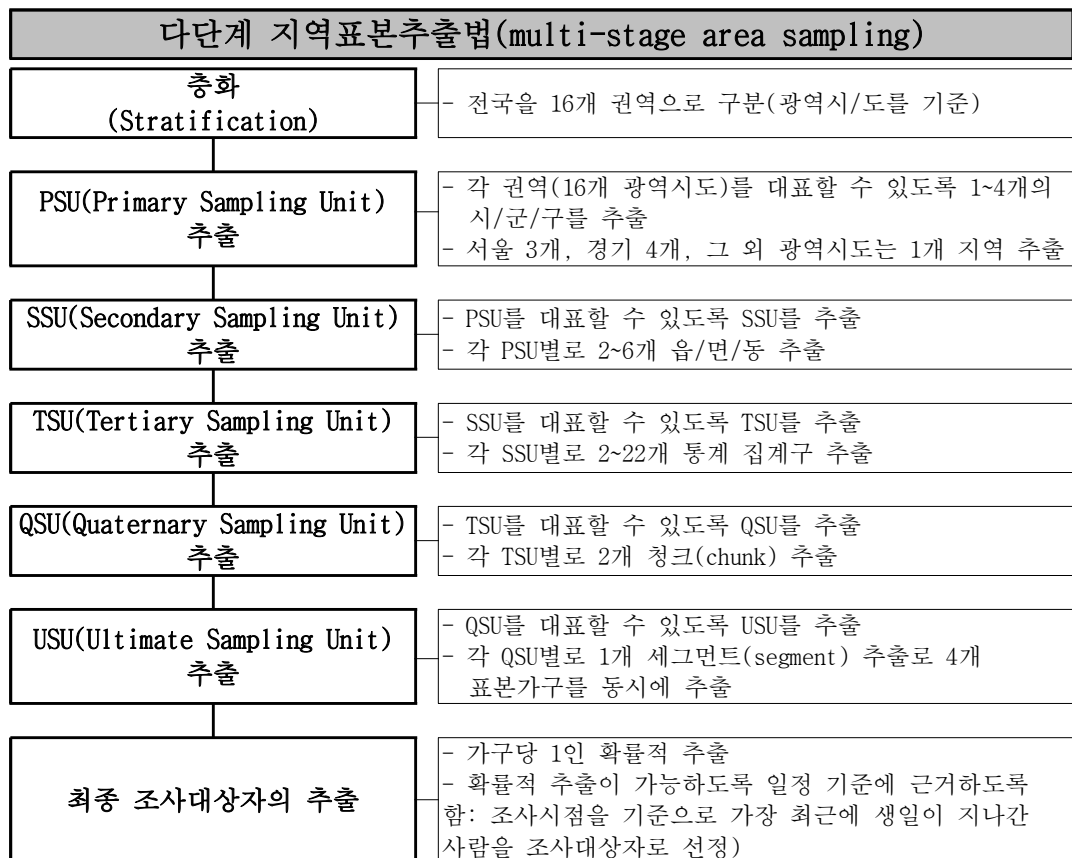
본조사가 국내 대표 통계로 인정되기 위해서 전국적으로 표본이 고르게 추출될 필요가 있다. 2010년 인구주택총조사 자료를 근거로 최종 조사대상자를 선정하는 단계까지 확률적인 방법을 사용하여 표본의 대표성을 유지하였고, 이는 <표 3>과 같이 요약할 수 있다.

전국의 표본가구를 추출하기 위하여 각 층별로 5단계 표본추출법을 사용하였다. 1차추출단위인 시군구와 2차추출단위인 읍면동은 행정구역이며, 3차추출단위인 집계

구는 통계청에서 통계의 공표를 위한 구역으로, 읍면동의 약 1/30크기이다. 4차추출단위인 청크는 24개 표본가구로 구성된 표본추출단위로, 집계구를 임의로 구획하여 설정한다. 5차추출단위이면서 최종추출단위인 세그먼트는 4개 표본가구로 구성된 표본추출단위이다. 각 조사지역마다 인구가 다르므로, 우리나라 전체인구대비 각 조사지역 인구 비율을 고려하여 조사지역별 조사대상자수를 추산하였다.

사전 조사 시 실제로는 가구가 아니거나, 가구원이 존재하지 않는 등의 경우를 제외하여 본 조사대상이 될 가구를 선정한다. 각 가구에서 한명만을 조사대상으로 선정하였다. 조사대상자를 선정하기 위한 방법으로는 최근생일자법(last birthday method)¹⁾을 이용하며, 주민등록상 생일을 기준으로 하였다.

표 3. 표본 추출 방법



1) 조사 시점을 기준으로 가장 최근에 생일이 지나간 사람을 조사대상자로 선정하는 방법으로, 본 조사에서는 조사원의 실수 및 가구원에 의한 응답편향(response bias)을 최소화하기 위하여 격자(grid)형태를 이용하여 가구원 정보를 수집하여 최근생일자를 확인하는 방법으로 진행하였다.

2.3. 조사 내용

2.3.1. 주요 정신질환의 유병률

포함된 주요 정신질환으로는 니코틴 사용에 의한 장애, 알코올 사용장애, 공포증 등 불안장애, 우울장애 및 기분부전장애, 양극성장애, 조현병 스펙트럼장애, 강박장애 및 외상 후 스트레스장애, 약물 사용장애 등 총 17가지가 포함되었다. 2011년에는 22개 정신질환을 조사하였는데 신체형장애는 전세계적으로 사용 중인 진단분류 체계인 DSM-5에서 진단명이 대부분 바뀌어서 CIDI 2.1로는 진단이 불가능한 이유로, 식이장애는 예년에 진단기준에 맞는 사람이 거의 없어서 조사대상에서 제외되었다. 마약류사용실태에 대한 사회적 요구로 약물사용장애가 추가되었다. 주요 정신질환 중 하나라도 평생 동안 한 번 이상 앓은 비율(평생유병률), 최근 12개월 이내에 앓은 비율(일년유병률), 최근 1달 이내에 앓은 비율(한달유병률)을 조사하였다.

2.3.2. 인구사회학적 분포와 관련 요인

예전과 동일하게 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 취업상태, 소득수준, 거주지 등이 포함되었다.

표 4. 2016년도 정신질환 실태조사 도구

도구	항목	조사내용
Section A	응답자 인적 사항	사회 인구학적 관련요인
Section B	니코틴 사용에 의한 장애	
Section D	공포증 및 기타 불안장애	정신질환의 유병률
Section E	우울장애 및 기분부전장애	
Section F	조증 및 양극성정동장애	
Section G	조현병 스펙트럼 장애	
Section J	알코올 사용과 관련된 장애	
Section K	강박장애 및 외상 후 스트레스장애	
Section L	약물 사용과 관련된 장애	
Section Q	도박중독	
Section R	인터넷 중독	
Section S	자살	
Section SR	정신건강서비스 이용실태	정신건강서비스이용

2.3.3. 부가도구

자살 관련행동(자살생각, 자살계획, 자살시도)의 유병률, 도박중독, 인터넷중독 등의 유병률 및 실태를 파악하였다.

2.3.4. 정신건강서비스 이용 실태

정신건강을 이유로 정신건강의학과 의사, 기타 정신건강전문가, 타과의 의사, 한의사, 종교인 등 전문가와 상담을 한 적이 있는 비율 등을 조사하였다<표 4>.

2.4. 조사 도구

예년과 동일하게 주요 정신질환의 유병률을 조사하기 위한 설문 도구로는 K-CIDI(2.1버전)를 사용하였다.

2.4.1. 한국어판 CIDI (Korean version of the Composite International Diagnostic Interview)

설문을 통하여 정신질환 진단을 내릴 수 있는 대표적인 도구는 CIDI, SCID, MINI 등을 들 수 있다. 1997년 WHO와 미국의 Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)에서 서로 다른 여러 문화권이나 국가에서 정신과적 증상과 증후군들을 평가하여 국가간에 비교가 가능하도록 개발된 도구이며, 본 조사에서 사용된 것은 CIDI 2.1버전이다.

CIDI가 다른 도구와의 차별점은 정신과 임상 경험이 없는 일반인들이 교육을 받으면 사용이 가능하며, 완전히 구조화된 설문도구여서 면담자의 주관에 배제하고 객관적인 진단이 가능하도록 만들었다. 대상은 18세 이상이고 65세 정도까지 신뢰도 및 타당도가 입증되었다. 대규모의 조사에 매우 유용하며, 여러 가지 문화, 국가에서 정신장애를 평가하는데 적합하고 신뢰도가 높다.

CIDI에서는 진단별로 경험한 증상을 질문하고, 각 문항에 대한 답을 컴퓨터 알고리즘으로 진단을 내리게 된다. 전세계적으로 정신질환 진단분류에 사용되는 ICD-10

과 DSM-IV의 진단기준 두 가지에 따라서 진단평가가 가능하여 국가간 비교가 용이하다. 2015년에 미국 APA(American Psychiatric Association)에서는 기존 진단기준인 DSM-IV를 DSM-5로 개정되었으나, DSM-5의 진단기준에 맞춘 CIDI후속 버전이 아직 개발되지 않아서 불가피하게 기존에 사용하던 DSM-IV 진단기준에 따라서 진단을 내릴 수밖에 없었다. 5년뒤에 DSM-5 및 ICD-11에 따른 정신질환 유병률을 구할 수 있을 것으로 기대된다.

2000년에 조맹제 등에 의해서 CIDI 2.1버전이 한국어로 번역되어, 신뢰도 타당도 검증이 이뤄졌고, CIDI Korean Version (K-CIDI)이 완성되었다. 한국어판 CIDI는 2001년, 2006년, 2011년 정신질환 실태조사에서 전국적인 표본에 적용하여 사용되어 왔고, 이번 실태조사에서도 동일한 버전의 CIDI를 사용함으로써 실태조사의 결과에 대한 연속성을 가지고, 비교에도 용이하다.

2.4.2. 부가도구 - 자살, 도박중독, 인터넷중독 등

자살실태에 대한 조사를 위해서 WHO World Mental Health CIDI의 설문지의 자살생각, 자살계획, 자살시도에 대한 설문 문항을 사용하였다. 도박 중독 조사도구는 구조화된 진단도구인 DIS(Diagnostic Interview Schedule)에 포함된 병적 도박을 위한 진단적 인터뷰를 사용하였다. 인터넷 중독 등은 도박 중독과 달리 국제질병분류 속에 포함되어 있지 않고 새로운 진단분류인 ICD-11 에서 진단으로 포함시킬 것을 고려 중인 정신건강문제이다. 전세계적으로 인정된 구조화된 진단도구가 존재하지 않아서 정신건강기술개발사업단에서 전홍진 등이 개발한 자가척도를 사용하였으며 인터넷중독 28문항, 게임중독 30문항, 스마트폰중독 28문항을 사용하였다.

2.5. 조사 방법

2.5.1. 조사원 선발

이번 조사는 지역별로 조사대상자 인원의 편차가 많아서 조사지역별로 2~11인을 선발하였다. 조사의 질 관리를 위해, 1인의 현장관리자가 조사원을 감독하고 조사결과를 점검하며 조사 진행의 실무를 맡아 관리하도록 하였다. 조사원들은 지역실정에 맞춰서 선발하였으며 대학생에서 40대 정신보건종사자까지 다양하였다.

2.5.2. 조사원 교육

조사원의 교육은 중앙의 CIDI 훈련센터에서, 전문 강사진에 의해 이루어졌다. 미국의 CIDI training center에서 교육을 받은 사람을 포함하여 정신건강의학과 전문의 이상의 강사진에 의해, 5일간, 전일로 권장기준을 준수하는 교육을 실시했다. 교육 중에는 CIDI의 모의면담을 진행하고, 마지막에는 실제 대상자와의 면담을 진행하였다<표 5, 6>

표 5. 실제 훈련 일정

일정	정규 교육 (국립정신건강센터)			추가 교육 (삼성서울병원)		
	6/20-6/24	6/27-7/1	7/4-7/8	8/30-9/3	9/20-9/24	11/5-11/9
참여 지역	경기 파주 인천 강원 춘천 부산 제주 대구 울산	서울 종로 서울 강동 경기 하남 충북충남 강원 춘천 인천 대구 경북 울산	서울 노원 경기 오산 경기 하남 경기 수원 충북 충남 대전 인천 전북 경남 광주 전남	서울 노원 서울 강동 충남대전 전북 전남 경북 대구 제주	경기 파주 경기 오산 충북	경기 오산 서울 강동
소계	22	45	50	19	4	7
총인원	조사요원 147명, 현장관리자 21명					

표 6. 조사요원 훈련프로그램의 내용

구분	시 간	내 용
1일	10:00-10:10	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검 명단확인, 자료 배부
	10:10-10:30	연구 소개, 교육일정 소개, 참여자 소개
	10:30-12:00	CIDI 개괄/PFC 사용/소집단 연습(PFC) Section A (사회인구학적 자료)/소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-17:00	표본추출 관련 교육
	17:00-18:00	현장관리자 교육
		정리
2일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section E, F (기분장애, 양극성장애)/소집단연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-16:30	Section K, S (PTSD, 강박장애, 자살)/소집단 연습
	16:30-16:45	전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:45-17:00	정리
3일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section B, J, L (니코틴, 알코올, 약물)/소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-16:00	Section G, Q, (조현병 스펙트럼 장애, 도박)
	16:10-16:30	전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:30-17:00	정리
4일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section D (공포장애, 불안장애)/소집단 연습 소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-15:30	Section SR (서비스이용, 부가도구집)/ 소집단 연습
	15:30-16:30	모의면담(비디오 자료) 모의면담(live) 지도 - 전체 개별 모의면담 장소 안내(조 구성, 담당자 소개) 전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:30-17:00	장소 정리
5일	8:30-9:00	모의면담 장소로 이동
	9:00-9:30	명단 확인
	9:30-12:00	* 개별 모의면담, 슈퍼비전
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-17:00	슈퍼비전

2.5.3. 사전방문

사전에 조사대상으로 선정된 조사구 내 모든 가구를 방문하여 해당 가구가 존재하는지를 확인하고 본조사에 적합하지 않은 경우(예: 재개발, 고시촌, 원룸촌, 실제 가구 없음) 조사대상에서 제외하였다.

2.5.4. 본조사와 자료 입력

조사요원들이 해당가구를 직접 방문하여 체계적인 방법으로 대상자를 선정하여 대상자와 대면 면담하였다. 조사도구는 90페이지 이상으로, 한 명의 조사 대상자당 평균 90분 정도가 소요되었다. 조사의 질 관리를 위하여, 현장관리자가 설문지를 점검하고 조사내용의 불일치와 누락을 확인하였다. CIDI 설문은 CIDI training center에서 제공받은 자료전용입력프로그램을 이용하여 코딩하였다. 부가도구들은 별도 입력프로그램을 개발하여 입력하였다.

2.5.5 자료 관리

조사 완료된 CIDI 설문지와 지역에서 입력된 자료를 각 지역에서 중앙으로 배송되었다. 중앙 총괄팀에서 설문지 원자료를 감수하였고, 교육을 받은 감수요원이 중앙으로 모인 CIDI 설문지 전체에 대해서 원자료와 데이터를 비교 검토하였다.

중앙 총괄팀에서 컴퓨터에 입력된 조사 결과에서 누락이나 오류, CIDI의 규칙에 오류가 있는지를 점검하고 피드백을 제공해, 오류를 최소화하도록 하였다.

2.5.6. 자료 분석

기존에 개발된 SPSS를 이용한 진단알고리즘 프로그램을 CIDI 데이터에 적용하여 DSM-IV에 따른 평생진단, 일년진단, 한달진단을 내렸다. 그 외에 발병연령, 기타 변수들을 산출하여 자료를 분석하였다. 유병률을 계산할때는 2015년 인구주택총조사자료를 바탕으로 성별, 연령, 지역에 따른 설계가중치를 이용하여 보정하여 분석하였다.

3. 조사의 결과

3.1. 최종 응답자의 특징

면담을 완료한 최종응답자는 총 5102명으로 남자가 1,941명(38.1%), 여자가 3,160명(61.9%)으로 남녀 비는 1:1.6이었다. 전체적으로 20대, 30대 구간을 제외한 모든 연령군이 우리나라 전체 인구구성과 유사하게 고르게 분포하고 있다. .

3.2. 전체 정신질환 유병률

이번 조사에서는 섭식장애와 신체형장애를 제외하고 약물사용장애가 포함된 17개 정신질환에 대한 유병률 조사가 이뤄졌다. 17개 정신질환의 평생유병률(평생 동안, 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율)은 25.4%였다. 18세 이상 우리 국민의 25.4%는 평생 중 한 번 이상은 17가지 정신질환 중 한가지 이상을 경험하였다는 의미이다. 남녀별로는 남자 28.8%, 여자 21.9%로 남자의 평생유병률이 여자의 약 1.3배였다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 평생유병률은 13.2%로 나타났다.<표 7>.

17개 정신질환의 일년유병률(지난 1년 동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율)은 11.9%(남자 12.2%, 여자 11.5%)로 9명 중에 한명이 이환되었다.<표 8, 그림 2>.

3.3. 개별 주요 정신질환군의 유병률

평생유병률이 높은 순서대로 주요 정신질환군을 열거하면, 알코올 사용장애가 12.2%, 불안장애가 9.3%, 기분장애가 5.3%(주요우울장애 5.0%), 니코틴 사용장애가 6.0%, 조현병 스펙트럼장애가 0.5%, 약물 사용장애가 0.2%였다. 성별로 살펴보면 남성에서는 알코올 사용장애가, 여성에서는 불안장애의 평생유병률이 가장 높은 것으로 나타났다<표 7, 그림 1>.

주요 정신질환군별 일년유병률을 보면, 불안장애가 5.7%, 알코올 사용장애가 3.5%, 니코틴 사용장애가 2.5%, 기분장애가 1.9%, 조현병 스펙트럼장애는 0.2%였다. 약물 사용장애는 지난 1년 중에는 남용 및 중독에 해당되는 사례는 없었다. 일년유병률

에서는 불안장애가 가장 높아서, 알코올 사용장애보다 더 흔하였다. 성별로는, 남자에게서는 알코올 사용장애가, 여자에서는 불안장애가 일년유병률이 가장 높았다<표 8>.

일개월유병률 결과는 다음과 같다. 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애의 유병률은 9.8%, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하였을 경우는 6.1%이었다. 일개월 유병률은 불안장애 4.9%, 알코올 사용장애 2.3%, 니코틴 사용장애 2.2%, 기분장애 1.2%, 조현병 스펙트럼장애 0.1%, 약물사용장애 0%로 보고되었다. 여자의 일개월유병률은 불안장애가 가장 높았고 남자는 니코틴 사용장애에서 가장 높았다.

2015년 인구주택총조사 결과를 표준인구로 삼고, 일년유병률을 적용하면 국내 추정 정신질환자수를 추산해 볼 수 있다. 지난 1년 중에 만 18세 이상 국민에서 정신장애를 경험한 사람은 남자 2,415,261명, 여자 2,285,252명으로 총 4,700,513명으로 추산되며 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 경우 남자 981,437명, 여자 1,888,717명, 전체 2,870,154명으로 추산된다<표 9>. 지난 조사와는 달리 대상 인구가 70세 이상까지 확대된 점을 고려하여야 하고 조사 상병명이 조정된 점을 고려하여야 한다.

그림 1. 정신장애 평생유병률

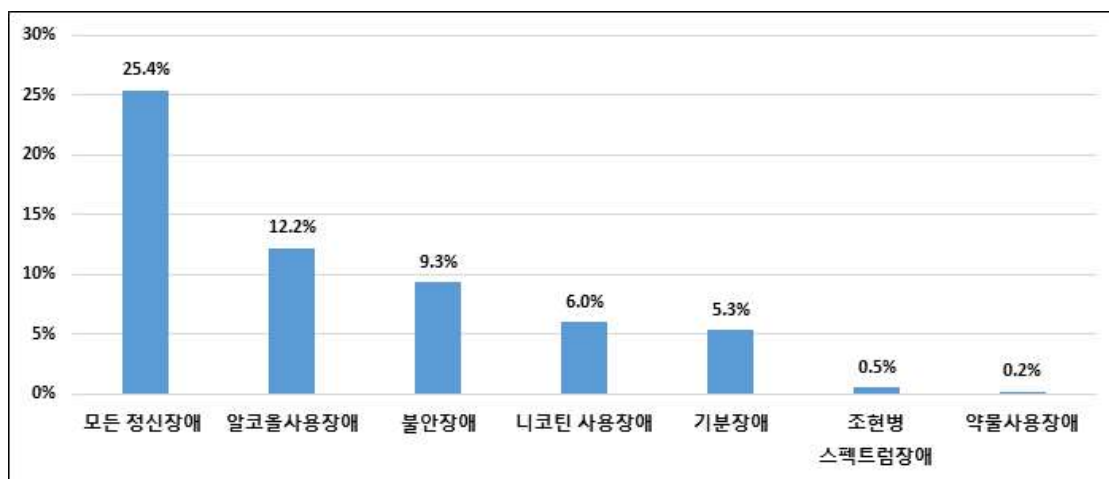


표 7. 주요 정신질환의 평생유병률^a

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
알코올 사용장애	18.1	1.1	6.4	0.6	12.2	0.6
알코올 의존	6.4	0.7	2.7	0.4	4.5	0.4
알코올 남용	11.8	0.9	3.6	0.4	7.7	0.5
약물사용장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
니코틴 사용장애	10.6	0.8	1.4	0.2	6.0	0.4
니코틴 의존	8.3	0.7	1.0	0.2	4.7	0.4
니코틴 금단	4.4	0.6	0.6	0.2	2.5	0.3
조현병 스펙트럼장애	0.5	0.2	0.4	0.1	0.5	0.1
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
단기정신병적장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1
기분장애	3.3	0.5	7.2	0.6	5.3	0.4
주요우울장애	3.0	0.5	6.9	0.6	5.0	0.4
기분부전장애	0.8	0.2	1.8	0.3	1.3	0.2
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1
불안장애	6.7	0.7	11.7	0.7	9.3	0.5
강박장애	0.1	0.1	1.0	0.3	0.6	0.1
외상후스트레스장애	1.3	0.3	1.8	0.3	1.5	0.2
공황장애	0.4	0.1	0.6	0.2	0.5	0.1
광장공포증	0.8	0.3	0.6	0.2	0.7	0.2
사회공포증	1.2	0.3	2.0	0.3	1.6	0.2
범불안장애	1.9	0.4	2.8	0.3	2.4	0.3
특정공포증	3.6	0.5	7.5	0.6	5.6	0.4
모든 정신장애 ^a	28.8	1.2	21.9	0.9	25.4	0.8
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	24.7	1.2	21.5	0.9	23.1	0.7
모든 정신장애 ^a 니코틴/알코올사용장애 제외	9.1	0.8	17.2	0.8	13.2	0.6

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 8. 정신장애 일년유병률^a

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
알코올 사용장애	5.0	0.6	2.1	0.4	3.5	0.4
알코올 의존	2.2	0.4	0.9	0.2	1.5	0.2
알코올 남용	2.8	0.5	1.2	0.3	2.0	0.3
약물 사용장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
니코틴 사용장애	4.5	0.5	0.6	0.1	2.5	0.3
니코틴 의존	3.8	0.5	0.5	0.1	2.1	0.3
니코틴 금단	1.6	0.3	0.3	0.1	0.9	0.2
조현병 스펙트럼장애	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
조현병 및 관련 장애 ^c	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
단기정신병적장애	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
기분장애	1.3	0.3	2.5	0.3	1.9	0.2
주요우울장애	1.1	0.3	2.0	0.3	1.5	0.2
기분부전장애	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1
불안장애	3.8	0.5	7.5	0.6	5.7	0.4
강박장애	0.1	0.0	0.7	0.2	0.4	0.1
외상후스트레스장애	0.2	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1
공황장애	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1
광장공포증	0.3	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1
사회공포증	0.4	0.2	0.5	0.1	0.4	0.1
범불안장애	0.4	0.1	0.5	0.2	0.4	0.1
특정공포증	2.8	0.4	5.5	0.5	4.2	0.3
모든 정신장애 ^a	12.2	0.9	11.5	0.7	11.9	0.6
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	9.3	0.8	11.1	0.7	10.2	0.5
모든 정신장애 ^a 니코틴/알코올사용장애 제외	5.0	0.6	9.5	0.7	7.2	0.4

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 9. 정신장애 주요진단군별 일년유병률 및 추정환자수*

		남자		여자		전체	
		유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)
알코올 사용장애		5.0	982,402	2.1	409,414	3.5	1,391,816
니코틴 사용장애		4.5	883,387	0.6	122,970	2.5	1,006,358
약물 사용장애		0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0
조현병 스펙트럼장애	지역사회	0.2	32,880	0.2	30,481	0.2	63,361
	입원환자 보정					0.28	50,489
기분장애		1.3	250,130	2.5	499,472	1.9	749,602
불안장애		3.8	752,765	7.5	1,495,239	5.7	2,248,004
모든 정신장애		12.2	2,415,261	11.5	2,285,252	11.9	4,700,513
모든 정신장애 ²⁾ 니코틴사용장애 제외		9.3	1,830,948	11.1	2,209,040	10.2	4,039,988
모든 정신장애 ³⁾ 니코틴/알코올사용장애 제외		5.0	981,437	9.5	1,888,717	7.2	2,870,154

¹⁾조현병 스펙트럼장애를 제외하면 모두 지역사회 거주 환자수 추정임.

²⁾니코틴 사용장애 외의 정신장애를, 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자.

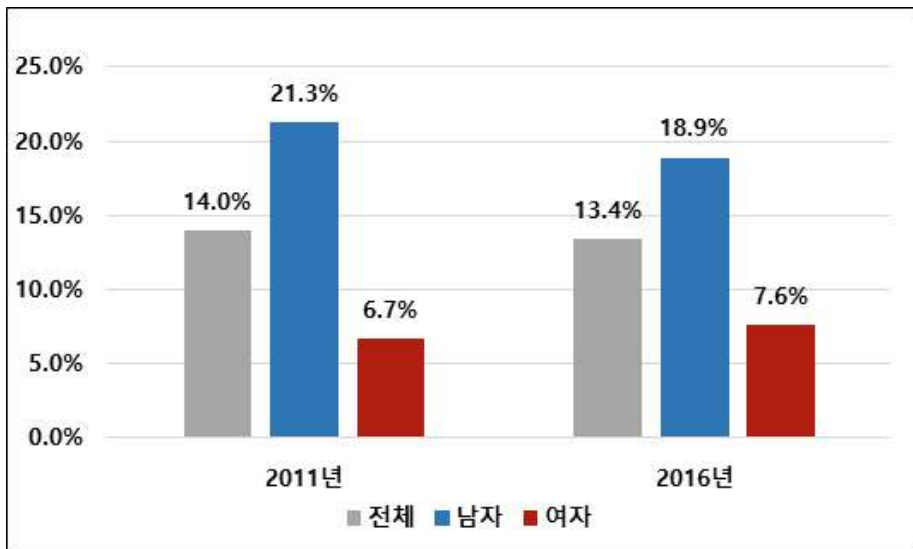
³⁾니코틴 사용장애, 알코올 사용장애 이외의 정신장애를 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자

3.3.1. 알코올 사용장애

알코올 사용장애는 과도한 알코올 사용으로 인하여 부적응이 발생하고 있음에도 불구하고 개인이 지속적으로 알코올을 사용하고 있을 경우 진단 가능한 정신질환이다.

알코올 사용장애는 알코올 남용과 중독을 포함하는 질병군으로 본 조사 결과 평생유병률은 12.2% (64세 이하: 13.4%)로 매우 높았다. 남자의 평생유병률은 18.1%로 여자의 6.4%에 비하면 약 3배 높았다. 알코올 사용장애 일년유병률은 3.5% (64세 이하: 4.1%)로 남자(5.0%)가 여자(2.1%)보다 2배 이상 높았다. 2016년 알코올 사용장애 평생유병률은 2011년(14.0%) 보다 낮았으며 알코올 남용과 알코올 의존 평생유병률 역시 2011년에 비해 낮아졌다<그림 3>. 일년유병률 자료를 근거로 지난 한 해 이환된 환자 수는 139만명으로 추정되었다.

그림 3. 알코올 사용장애 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

가. 알코올 남용

알코올 남용은 알코올에 대한 내성과 금단 증상은 없지만, 개인의 생활에 다양한 부적응이 초래되는 경우이다. 즉 음주로 인해 직장, 학교, 가정 등에서 다양한 문제가 생김에도 불구하고 음주 행동을 반복하는 상태가 알코올 남용이다. 평생유병률은 전체 7.7%, 남자 11.8%, 여자 3.6%였고, 일년유병률은 전체 2.0%, 남자가 2.8%, 여자가 1.2%로 나타났다. 남자, 젊은 나이, 고졸 이하의 교육수준, 부분제 직업종사자에서 알코올 남용의 위험이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 남녀 모두 20대 초반에 알코올 남용이 발생하는 비율이 가장 높으며, 이후 점차 감소하는 경향을 보였다.

나. 알코올 의존

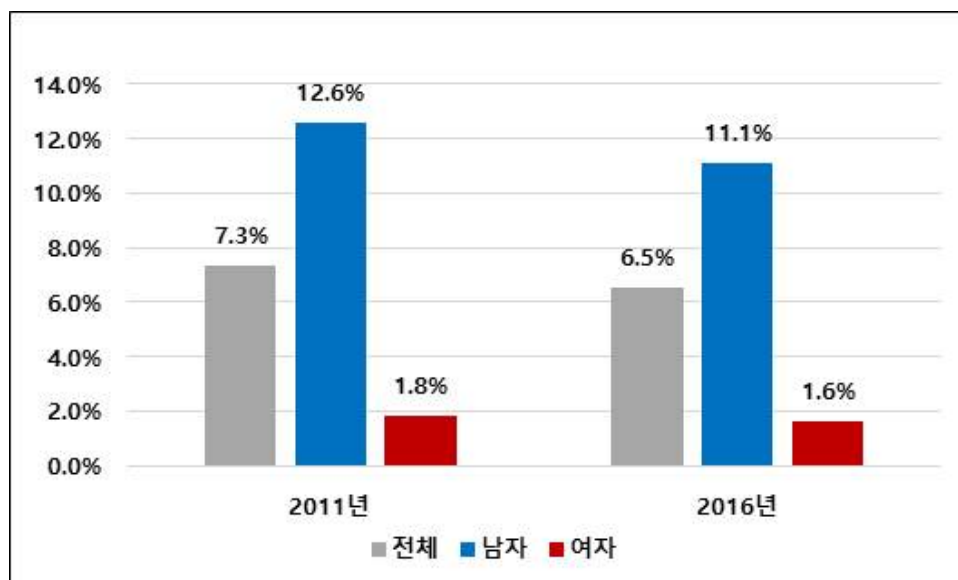
알코올 의존이란 지속적인 알코올 섭취로 인하여 알코올에 대한 내성이 생기고, 이에 따라 알코올 섭취량이나 빈도가 증가하게 된다. 알코올을 섭취하지 않으면 다양한 고통스러운 금단 증상을 경험하게 되고, 이를 피하기 위해 다시 알코올을 섭취하게 되는 악순환이 나타난다. 평생유병률은 전체 4.5%, 남자 6.4%, 여자 2.7%였다. 일년유병률은 전체 1.5%, 남자는 2.2%, 여자는 0.9%로 나타났다. 여자에 비해 남자인 경우, 40~60대에 비해 20대에서 알코올 의존의 위험성이 높은 것으로 나타났다. 남자는 이혼/별거/사별 집단에서 알코올 의존 일년유병률이 높으며, 여자는 미혼일 때 알코올 의존 일년유병률이 높았다. 남녀 모두 20대 초반에 발병하는 경우가 가장 많았다.

3.3.2. 니코틴 사용장애

니코틴 사용장애에는 니코틴 금단과 니코틴 의존을 포함하고 있다. 니코틴 금단은 과도하게 오랫동안 니코틴을 사용한 개인이 니코틴 사용을 중단하거나 감량하였을 경우 나타나는 부적응적인 인지적, 신체적, 행동적 증상이 생기는 경우이다. 니코틴 의존은 잦은 니코틴 사용으로 인하여 니코틴에 대한 내성과 금단 증상이 나타나는 경우를 말한다.

니코틴 사용장애 평생유병률은 전체 6.0% (64세 이하: 6.5%), 남자 10.6%, 여자 1.4%였으며 2011년(7.3%)에 비해 니코틴 사용장애 평생유병률은 감소하였다<그림 4>. 지난 한 해 동안 조사해당 연령인 18세 이상 국민 가운데 약 100만명이 지난 한 해 동안에 니코틴 사용장애에 이환되었다.

그림 4. 니코틴 사용장애 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

가. 니코틴 의존

니코틴 의존은 잦은 니코틴 섭취로 인하여 니코틴에 대한 내성이나, 금단 현상을 비롯한 여러 문제가 발생하는 부적응 상태를 말한다.

니코틴 의존의 평생유병률은 전체 4.7%, 남자에서 8.3%, 여자에서 1.0%였다. 일년 유병률은 전체 2.1%, 남자 3.8%, 여자 0.5%로 나타나 남녀간에 큰 차이를 보였다. 남자의 경우 니코틴 의존은 50대 때 가장 높게 나타났고 이후 점차 감소하였다. 반면에 여자는 18-29세 구간에서 니코틴 의존의 유병률이 가장 높았고 이후 연령대에서는 감소하는 경향을 보였다. 남자에서는 이혼/별거/사별 집단에서, 여자에서는 미혼인 경우 니코틴 의존의 유병률이 가장 높았다. 남자가 여자에 비해 유의하게 위험이 높았고, 교육 수준이 낮은 집단에서 위험성이 증가하였다. 남녀 모두 20대 초반에 발병하는 비율이 가장 높으며, 연령이 증가할수록 발병이 감소하는 추세였다.

나. 니코틴 금단

몇 주 이상 니코틴을 매일 사용하다가 이를 줄이거나 중단할 경우 24시간 내에 불쾌한 기분 또는 우울, 불면, 식욕 변화 등의 부적응적인 징후 및 증상이 나타나는 경우 진단된다.

평생유병률은 남자의 경우 4.4%, 여자의 경우 0.6%, 전체 2.5%였다. 일년유병률은 남자의 경우 1.6%, 여자의 경우 0.3%, 전체 0.9%으로 나타났다. 남자는 니코틴 금단 일년유병률이 50세까지는 증가하다가 50세 이후에는 감소하는 경향을 보였다. 남녀 모두 미혼/별거/사별 집단에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높았다. 여자가 남자에 비하여 니코틴 금단의 위험이 낮았고, 낮은 교육 수준과 낮은 소득 수준 집단에서 위험성이 증가하는 것으로 나타났다.

3.3.3. 조현병 스펙트럼 장애

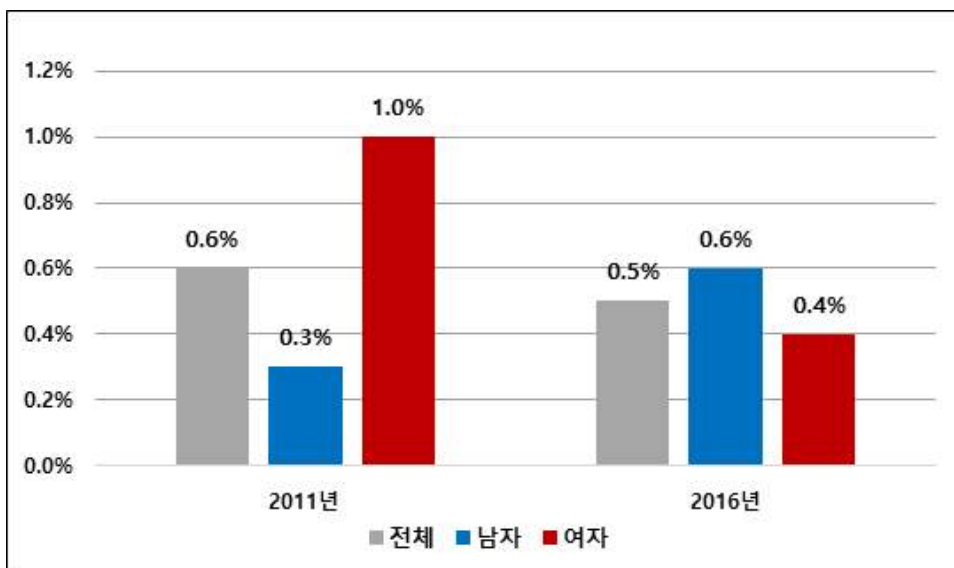
조현병 스펙트럼장애의 핵심적 특징은 망상, 환각, 와해된 언어, 와해된 또는 비정상적인 운동 행동, 음성 증상 등이 있으며, 증상의 심각도와 기간에 따라서 스펙트럼 상으로 배열될 수 있다.

본 조사에서는 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애, 단기정신병적장애로 총 다섯 가지가 포함되어 있다. 조현병 스펙트럼 장애의 평생유병률은 전체 0.5% (64세 이하: 0.5%), 남자 0.5%, 여자 0.4%로 나타났으며, 2011년과 비교하였을 때, 조현병 스펙트럼 장애의 평생유병률은 <그림 5>와 같다.

일년유병률을 토대로 우리나라 지역사회 추정환자수는 63,361명이다. 조현병 스펙트럼장애 환자들이 조사 당시 의료기관 및 요양시설, 부랑아수용시설에 입원 숫자를 보정할 경우 지난 1년간 조현병스펙트럼 장애 환자수는 약 11만3천명으로 추산되었다.

조현병 스펙트럼장애에서 특징적인 망상과 환청의 경험률을 조사한 결과 경험률은 2.0%로, 약 762,879명이 평생 한번 이상 조현병 증상을 경험한 적이 있는 것으로 추정된다.

그림 5. 조현병 스펙트럼 장애 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

가. 조현병 및 관련장애

국민 정신건강 측면에서 가장 심각한 정신질환인 조현병과 그와 유사한 증상을 보이는 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함하는 진단군을 포함한다. 본 조사에서 조현병 및 관련 장애의 평생유병률 0.2%, 일년유병률은 0.1%로 파악되었다. 남자는 30대, 여자는 20대에서 조현병 및 관련 장애의 일년유병률이 가장 높게 나타났다. 남녀 모두 미혼 집단에서, 부분제 취업 집단에서, 농촌에 거주하는 집단이 위험요인으로 나타났다.

나. 단기정신병적장애

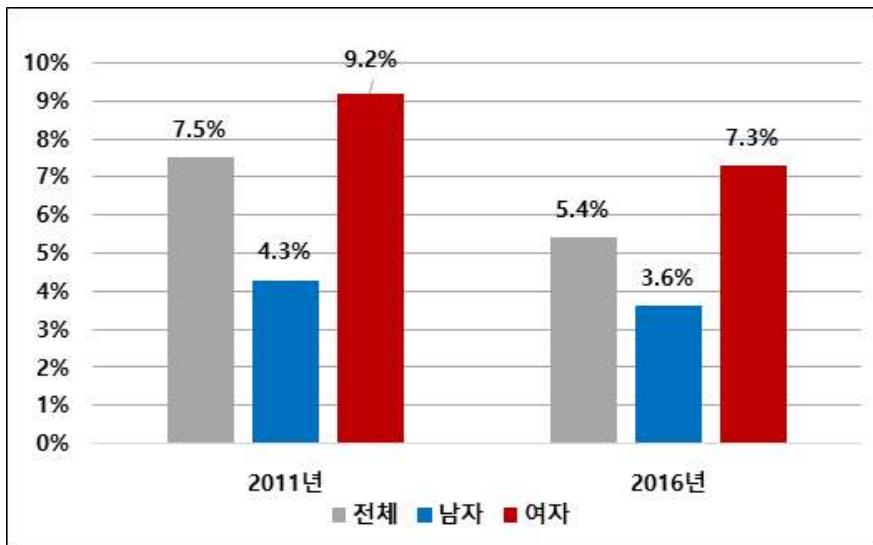
조현병의 주요 증상 중 한 가지 이상이 1개월 이내로 비교적 짧게 지속되는 장애이다. 장애로부터 회복된 후에는 병전 기능 수준으로 완전히 돌아오는 특징을 갖고 있다. 단기정신병적장애 평생유병률이 0.3%, 일년유병률은 0.0%으로 나타났다

3.3.4. 기분장애

기분장애는 기분이 저조해지거나 고양되는 등 기분 조절의 문제로 인하여 나타나는 다양한 증상군을 특징으로 하는 정신장애로 주요우울장애 및 양극성장애가 대표적이다.

기분장애 평생유병률은 전체 5.3% (64세 이하: 5.4%), 남자 3.3%, 여자 7.2%였다. 이 중에서 주요 우울장애가 가장 큰 부분을 차지한다. 2011년와 비교하였을 때 기분장애 유병률은 점차 낮아지고 있다<그림 6>. 지난 한 해 동안 기분장애에 이환된 사람은 전체 1.9% (64세 이하: 2.0%), 남자 1.3%, 여자 2.5%로서, 조사해당 연령인 18세 이상 일반인구 중 약 74만 명이 지난 한 해 동안에 기분장애에 해당하는 것으로 추산된다. 남자와 여자 모두에서 미혼집단에서 기분장애 유병률이 높았고, 저소득층에서 기분장애 유병률이 높은 경향을 보였다.

그림 6. 기분장애 평생유병률



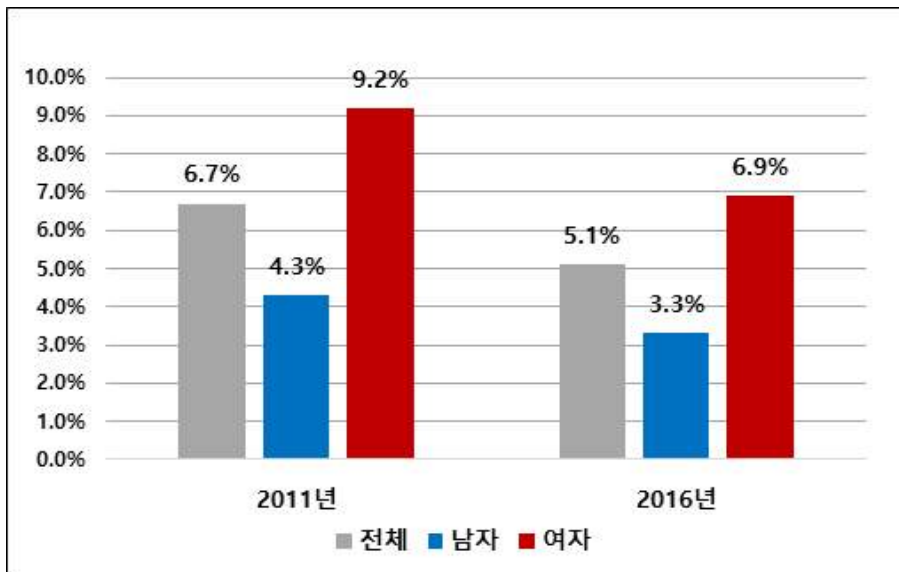
*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

가. 주요우울장애

주요 우울장애는 우울한 기분 또는 흥미나 즐거움의 상실이 2주 이상 동안 거의 매일 지속되는 점이 가장 특징적인 증상으로 그 외에 체중이나 식욕의 변화, 수면의 변화, 피로감, 무가치감 자살생각 등의 증상이 나타나는 경우를 의미한다.

주요우울장애 평생유병률은 전체 5.0% (64세 이하: 5.1%), 남자 3.0%, 여자 6.9%로 여자에서 2배 이상 높았다. 일년유병률은 전체 1.5% (64세 이하: 1.6%), 남자 1.1%, 여자 2.0%로 나타났다.

그림 7. 주요우울장애 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

여자, 20대, 월 소득 200만원 미만의 저소득층에서 경우 일년유병률이 높았다. 남자는 미혼 집단에서, 여자는 이혼/별거/사별 집단에서 그렇지 않은 집단에 비하여 주요우울장애 일년유병률이 높았다.

본 조사에서는 주요우울장애의 아형 중 산후우울증의 유병률에 대한 조사를 추가적으로 실시하였다. 주요우울장애를 경험한 여성 중, 산후우울증의 비율은 약 9.8%로 나타났다. 전체 여성인구와 비교하였을 때, 산후우울증의 평생유병률은 0.8%였다. 산후우울증은 30대에서, 기혼 집단에서 높았으며, 전일제로 근무할 경우, 농촌보다는 도시 지역에서 유병률이 높았다.

나. 기분부전장애

기분부전장애는 우울한 기분이 없는 날보다 있는 날이 더 많고, 하루 동안 대부분 우울감이 지속되는 기간이 2년 이상 지속되는 경우를 말하며 가벼운 형태지만 만성적인 우울증을 말한다. 기분부전장애의 평생유병률은 1.3%, 일년유병률은 0.2%로 분석되었다. 남자보다 여자에게서 일년유병률이 높게 나타났다(남자 0.2%, 여자 0.3%). 남녀 모두 미혼 집단에서, 미취업집단에서 기분부전장애의 유병률이 높았으며, 남자의 경우 도시지역에 거주할 때, 여자는 농촌지역에 거주할 때 유병률이 높았다. 여자의 경우 저소득층에서 높은 일년유병률을 보였다

다. 양극성 장애

양극성장애는 기분이 지나치게 들뜨거나 과대하거나 과민한 기분이 적어도 1주일간 지속되는 조증 삽화, 혹은 조증과 우울증이 섞인 혼재성 삽화가 한 번 이상 있을 때 진단한다. 양극성 장애의 평생/일년/일개월유병률은 모두 0.1%로 나타났다. 여자는 30대, 미혼집단, 미취업집단, 도시지역, 고소득층에서 높은 일년유병률을 보였다.

3.3.5. 불안장애

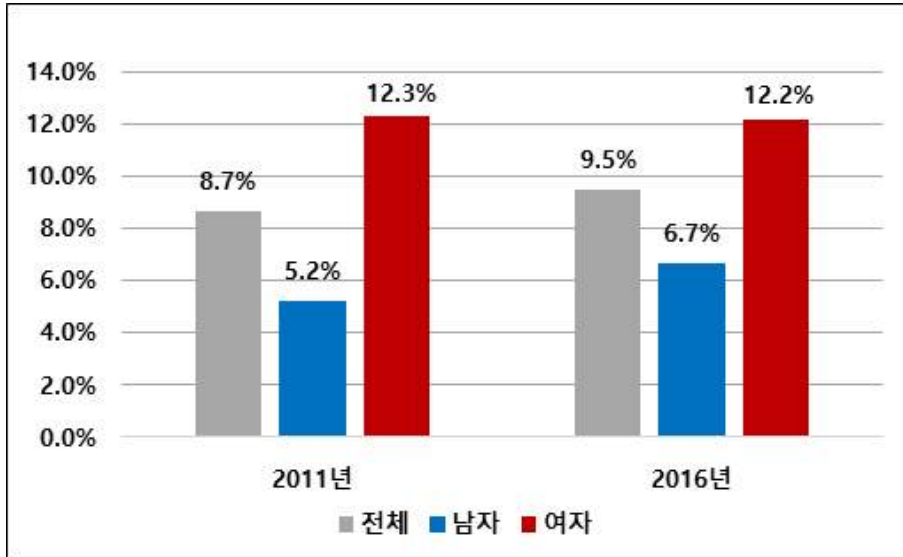
불안장애는 불안의 정도가 과도하거나 나이에 비하여 지나치게 두려워하는 증상이 심하여 일상생활에 지장을 초래하는 경우를 말한다. 불안장애는 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 범불안장애의 일곱 가지에 대하여 조사가 이뤄졌다.

불안장애 평생유병률은 전체 9.3% (64세 이하: 9.5%) 남자 6.7%, 여자 11.7%로 나타났다으며 2011년(64세 이하: 8.7%)에 비해 다소 증가하였다<그림 8>. 일년유병률은 전체 5.7% (64세 이하: 5.9%), 남자 3.8%, 여자 7.5%였으며 18세 이상 일반인구 중 약 220만 명이 지난 한 해 동안에 불안장애에 이환된 것으로 추정된다.

불안장애 가운데 가장 높은 평생유병률을 보인 질환은 특정공포증(5.9%)이었고, 그 다음은 범불안장애(2.3%), 사회공포증(1.8%), 외상후스트레스장애(1.4%), 강박장애(0.7%), 광장공포증(0.7%), 공황장애(0.4%)였다(64세 기준). 강박장애와 외상후스트레스장애를 제외한 모든 불안장애에서 2011년과 비교하였을 때 평생유병률이 증가하였다<그림 8>.

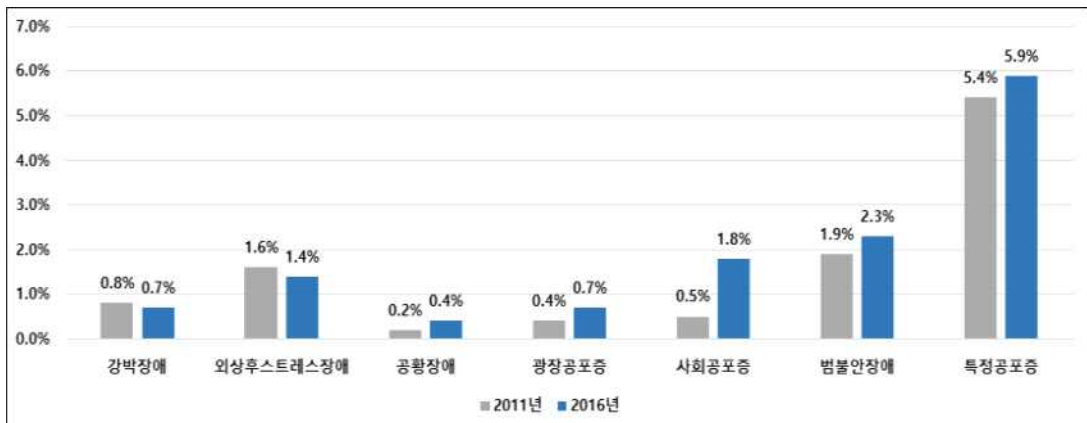
여자, 60대 이하, 미혼, 무직, 농촌지역, 200만원 미만의 저소득이 불안장애의 위험요인으로 나타났다.

그림 7. 불안장애 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

그림 8. 불안장애별 평생유병률



*2011년과 비교를 위해 64세 이하를 기준으로 함

가. 특정공포증

특정공포증은 공포증의 대부분을 차지하는 진단군으로 동물이나 곤충, 높은장소, 폭풍, 혈액, 주사, 공중 교통수단, 터널 등 특정한 사물, 환경, 또는 상황에 대하여 즉각적인 불안반응이 유발되고 이를 두려워하고 회피하는 것을 말한다. 평생유병률은 전체 5.6%, 남자 3.6%, 여자 7.5%였다. 일년유병률은 전체 4.2%, 남자 2.8%, 여자 5.5%로 나타났다. 남녀 모두 75%이상이 10대 이하의 연령에서 발병하는 양상을 보였으며 여자, 낮은 연령에서 흔하였다.

나. 외상후스트레스장애

외상후 스트레스장애는 극심한 외상성 경험한 이후에 사건을 연상시키는 자극에 대한 회피나, 사건의 심리적 재경험, 과각성 등을 특징으로 하는 질환이다. 평생유병률은 전체 1.5%, 남자 1.3%, 여자 1.8%, 일년유병률은 전체 0.5%, 남자 0.2%, 여자 0.8%로 나타났다. 서구권 국가에 비해서는 낮으나 다른 아시아 국가에 비해서는 다소 높은 수준이었다. 전체적으로 45세 이전에 외상후스트레스장애의 77.5%가 발병하는 것으로 나타났다. 여자, 30-44세의 연령구간, 저소득수준 집단에서 위험도가 높은 것으로 조사되었다.

다. 강박장애

강박장애는 강박사고 또는 강박행동이 반복적으로 나타나는 정신질환으로 강박사고는 반복적이고 원하지 않는 지속적인 오염과 같은 사고, 폭력적이거나 공포스러운 장면들과 같은 심상, 또는 누군가를 찌르는 것과 같은 충동을 말하며, 강박행동은 손 씻기, 숫자 세기, 확인하기 등과 같은 반복적 행동을 말한다. 평생유병률은 전체 0.6% 일년유병률은 0.4%로 나타났다. 여자가 남자보다, 저소득층에서 강박장애에 이환될 위험이 컸다. 82%이상이 30세 이전에 발병하는 것으로 나타났다.

라. 사회공포증

사회공포증은 공포증의 한가지 유형으로 주로 사람들 앞에서 말을 하거나 식사하거나 사인 등 사회적 상황에 대한 불안과 공포가 심하거나 회피하려고 하여 심각한 고통을 받거나 지장이 있는 경우에 진단하게 된다. 사회공포증 평생유병률이 1.6%, 남자 1.2%, 여자 2.0%였고, 일년유병률은 0.4%, 남자 0.4%, 여자 0.5%였다. 미

국이나 유럽에 비해 낮은 수준이나, 중국보다는 높은 수준이었다. 사회공포증은 대부분 20대 이하의 연령에서 발병하였고, 나이가 어릴수록 사회공포증의 위험도가 증가하였다. 나아가, 이혼/별거/사별의 경우와 무직상태, 농촌에 거주하는 경우에도 위험도가 높았다.

마. 범불안장애

범불안장애는 심각한 두려운 대상이 아닌 일상적인 다양한 사건이나 활동에 대해서 지나치게 걱정하는 것을 특징으로 하는 질환으로 그 정도가 스스로 조절하기 어려울 정도이면서 불안이나 걱정이 6개월 이상 지속되는 경우 진단된다.

평생유병률이 2.4%, 남자 1.9%, 여자 2.8%였다. 일년유병률은 전체 0.4%, 남자 0.4%, 여자 0.5%로 나타났다. 무직상태에서 위험이 높은 것으로 나타났다.

바. 공황장애

공황장애는 예기치 못한 공황발작을 반복적으로 경험한 이후에 추가적인 공황발작이나 그로 인한 결과에 대해 지속적으로 걱정하고, 이로 인하여 외출을 두려워하는 등의 행동 변화가 나타나는 질환을 말한다. 공황장애 평생유병률은 0.5%, 남자 0.4%, 여자 0.6%였고 일년유병률은 0.2%, 남자 0.2%, 여자 0.3%였다. 남자보다 여자의 공황장애 일년유병률이 높았고, 이혼/별거/사별 집단에서, 미취업 군, 농촌지역에서 유병률이 높은 것으로 나타났다.

사. 광장공포증

광장공포증은 공포증의 한가지 유형으로 불안증상이 생겼을 때 도움받기 어렵거나 급해 빠져나갈 수 없는 광장 같은 공간이나 비행기 안 같은 상황에 놓이는 경우 심하게 두려워하거나 회피가 심한 것을 말한다. 평생유병률은 전체 0.7%, 남자 0.8%, 여자 0.6%였고, 일년유병률은 0.2%, 남자 0.3%, 여자 0.1%로 나타났다. 기혼집단에 비해 이혼/별거/사별 집단이, 도시보다는 농촌에 거주하는 집단이 광장공포증의 위험도가 높은 것으로 발견되었다.

3.3.6. 약물사용 장애(마약류 실태조사)

마약류 사용실태에 대한 사회적 관심이 증대됨에 따라 이번 정신건강실태 조사에서 약물 사용장애에 대한 조사가 새로 추가되었다. 사법적인 관점에서는 마약류를 한번이라도 사용한 경우 마약류중독사범으로 규정하여 처벌의 대상으로 간주하지만 의학적인 관점에서는 약물사용장애는 알코올이나 나코틴사용장애와 동일한 기준으로 마약류를 반복 사용하여 그로 인하여 고통이나 기능장애가 생기는 정도가 되어야 약물사용장애로 간주하는 점이 가장 큰 차이점이다.

2016년 정신질환실태 조사에서는 질병으로 간주되는 약물남용과 약물의존 뿐 아니라 약물오용도 마약류실태조사의 취지를 고려하여 포함하였으며, 마약류 약물로는 비처방 마약류 및 처방 마약류로 구분하여 조사를 시행하였다.

약물 오용의 평생유병률은 0.5%, 약물 남용은 0.02%(n=1), 의존은 0.2%로 나타났다. 약물오용자로는 비처방 마약류 9명, 처방 마약류의 26명으로 가장 많았고, 약물 남용자로는 각각 1명, 0명, 약물의존자로는 7명, 3명이었다<본문 표 147>. 한편, 비처방 마약류, 처방마약류 모두에서 오용에서는 안정제/수면제의 사용 빈도가 가장 높은 것으로 나타났다.

우리나라는 마약류 중독자의 현황 및 유병률 자료가 없는 것이 현실로, 현재 적발된 마약류 사범의 공식적인 숫자는 2011년 마약류 사범으로 단속된 9,174명이다(대검찰청, 2011). 현 조사에서는 약물 남용 및 의존자가 약 9만명 정도로 평가하고 있으며 마약류 사범 수의 약 10배에 달하는 인원을 사실상 중독자로 추정하고 있는 기존 방식을 고려해 볼 때 본 조사 결과가 거의 정확함을 확인 할 수 있다(보건복지부, 2009).

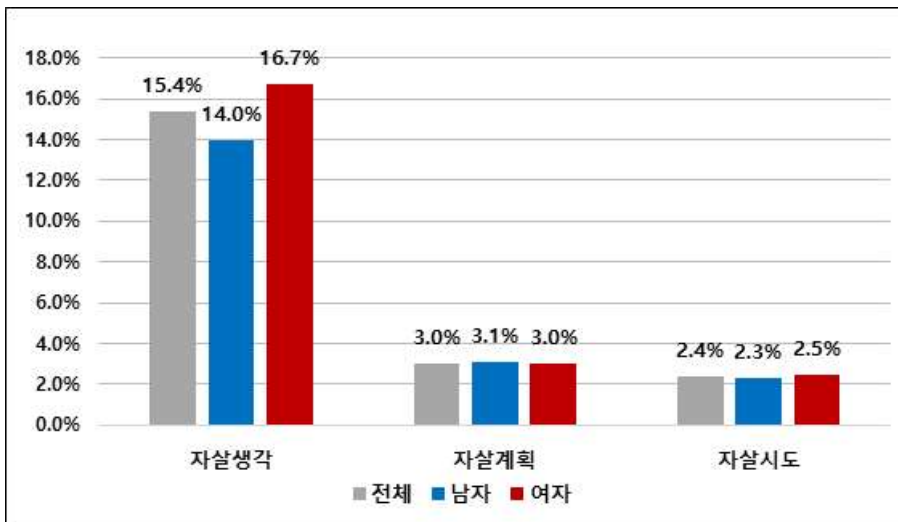
3.3.7. 자살 관련 행동

국내 자살률은 2011년 이후 점차 낮아지고 있지만 아직도 OECD국가 중에서는 가장 높은 나라 중 하나이다. 본 조사에서는 자살사망을 보완할 수 있는 자료로서 국민들의 자살생각, 자살기도, 자살계획 의 유병률을 조사하였다.

평생 자살생각률(suicidal idea)은 15.4%, 자살계획(suicidal plan)의 경우 3.0%, 자살기도(suicidal attempt)의 경우에는 2.4%로 나타났다<그림 9>. 지난 일년 간의 자살생각률은 2.9%, 자살계획률은 0.4%, 자살시도율은 0.1%였다. 일년 자살생각률은 남자는 60대에서 가장 높았고 여자의 경우 20대, 50대, 60대에서 높게 나타났다. 나아가, 소득이 낮을수록 자살생각 유병률이 높은 경향이 있었고, 남자의 경우 이혼/별거/사별한 경우, 여자는 미혼인 경우에 자살생각 유병률이 높았다.

자살생각을 한 경우의 50.1%, 자살계획을 한 경우의 68.7%, 자살시도를 한 경우의 75.1%가 CIDI를 이용한 진단에서 정신질환 진단을 받았다. 자살생각이 있는 경우 남자에서는 알코올 사용장애를 경험한 경우가 28.3%로 가장 많았고, 여자에서는 기분장애가 25.2%로 가장 많았다. 자살시도의 경우에도 남자에서는 알코올 사용장애가 50.7%, 여자에서는 기분장애가 44.2%로 흔한 것으로 나타났다. 자살관련 행동을 한 대상자 중 정신장애를 경험한 비율이 높아, 정신질환과 자살관련 행동이 밀접하게 연관된다는 것을 재확인할 수 있었다.

그림 9. 자살 관련 행동 평생 경험 비율



3.3.8. 병적 도박

병적 도박이란 반복적인 도박으로 인해서 경제적 어려움, 친밀한 관계의 붕괴, 직업적인 발전의 피해처럼 비관적인 개인적, 사회적 결과가 생김에도 불구하고 지속적, 반복적으로 도박행동을 하는 것을 말한다. 병적 도박은 지속적이고 반복적인 부적절한 도박 행위로 10가지 항목 중 적어도 5가지 이상 해당될 때 진단 할 수 있고, 도박 고위험군은 1~4개의 증상을 보이는 경우로 정의한다. 병적 도박은 국민 중 0.5% (남자 0.9%, 여자 0.1%), 병적 도박 고위험군은 1.4%(남자 2.7%, 여자 0.2%)로 나타났다. 2011년과 비교하면 감소한 경향을 보였다.

3.3.9. 인터넷 중독, 게임 중독, 스마트폰 중독

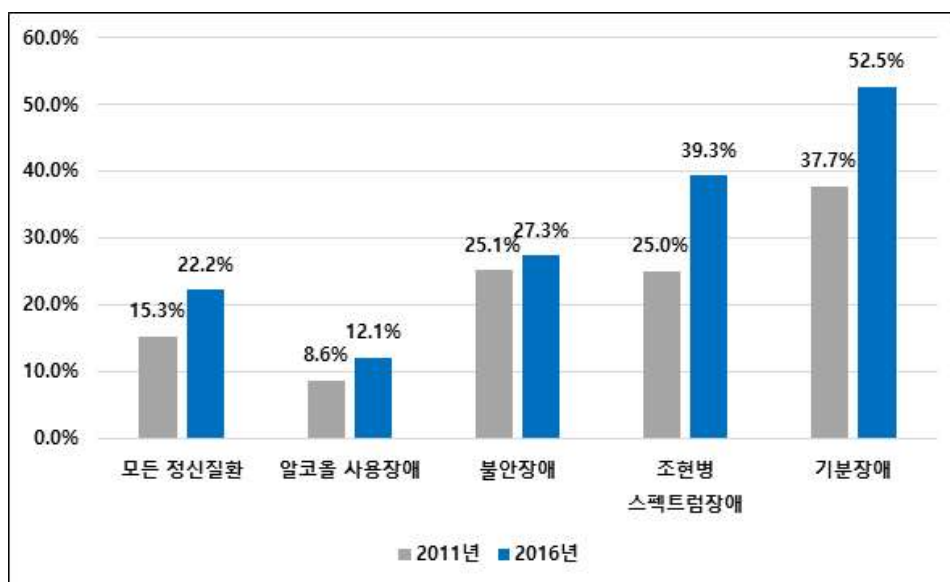
1980년대 이후 개인컴퓨터와 정보통신 기술의 발전과 함께 최근 모바일기기의 발전으로 인터넷, 게임, 스마트폰의 과다 사용이 사회적 문제로 부각하고 있다. 인터넷중독은 플랫폼으로서의 인터넷 뿐만 아니라 콘텐츠 종류로 게임, 음란물 시청, SNS 및 채팅, 온라인 도박 등 다양한 영역으로 나타날 수 있다. 이로 인해 일상생활(직업, 가정, 학업 등)의 장애, 언어파괴, 폭력성 및 성충동 유발의 문제점이 생기는 경우 중독이라고 할 수 있다. 인터넷 등의 중독 조사는 정신건강기술개발사업단/보건복지부의 '인터넷, 게임, 스마트폰 생활 습관 설문' 자가척도 각 30문항, 28문항을 이용하였다. 인터넷 중독은 1.4%, 게임중독은 1.2%, 스마트폰중독은 5.0%로 나타났다. 인터넷중독은 여자에서 세배가량 높고, 18-29세 연령군에서 가장 흔하였다. 게임중독의 경우 남자가 여자보다 약간 높았고, 18-29세연령군, 미혼집단, 부분제 취업집단에서 높았다. 스마트폰중독의 경우 여자가 남자보다 두배 흔하였고, 18-29세 군에서 높았다. 남자의 경우 60대에서도 높았다. 미혼, 미취업집단에서 높았다.

3.4. 정신보건 서비스 이용실태

정신건강문제가 있는 국민들은 정신건강서비스를 이용하여 질병을 조기에 극복하여 직업능력이나 삶의 질을 회복하여야 함에도 불구하고 국내의 경우 정신질환에 대한 사회적 편견이나 서비스제공의 질이나 양적인 면에서 제한이 되어서 이용에 장벽이 많은 것이 현실이다.

국내 일반성인 중에서 정신건강 문제로 관련 인력(의사, 정신건강의학과 의사, 사회복지사, 목사 등)와 상의한 적이 있는 경우는 전체의 9.6%이었다. CIDI로 정신질환 진단받은 사람 중의 22.2%가 정신건강 관련 인력을 한번 이상 방문한 것으로 나타났는데 이는 2006년 11.4%, 2011년 15.3%에 비해서는 이용률이 증가하였지만 아직도 구미선진국에 비해서는 낮은 수준이라고 할 수 있다. 정신질환별 정신건강서비스 이용률에 편차가 심한데, 기분장애가 52.5%, 조현병 스펙트럼 장애가 39.3%, 불안장애가 27.3%, 알코올 사용장애가 12.1%였다<그림 10>. 한편, 본 조사에서는 정신건강서비스 이용이 질병을 극복할 적절한 정도로 이뤄졌는가라는 관점에서는 조사가 이뤄지지 못 하였다는 한계가 있다.

그림 10. 정신질환군별 정신보건서비스 평생 이용률



CIDI로 정신질환 진단받은 사람 중에 정신건강의학과 전문의를 방문한 비율은 16.6% 수준이었다. 2011년의 11.9% 수치에 비해 2016년 조사에서는 39.6%가 증가하였지만, 전체 전문가 상의가 45.1% 증가한 것(15.3%→ 22.2%)에 비하면 증가율이 낮은데, 이는 아직도 정신건강의학과 방문에 대한 편견을 반영한 것으로 생각된다. 정신건강의학과 및 정신질환에 대한 편견개선에 대한 국가적 대책의 필요성이 제기되는 부분이다. 그리고, 2016년 전문의 방문 비율을 정신질환별로 살펴보면 기분장애에서는 40.4%, 조현병스펙트럼장애에서는 32.1%, 불안장애에서는 19.3%였으며 알코올 사용장애에서는 8.1% 수준에 불과하였다.

3.5. 기존(2001년, 2006년, 2011년) 조사와의 비교 (2016년 만 18세-64세 기준)²⁾

2001년, 2006년에는 만 18세에서 64세를 대상으로 하였고, 2011년 조사는 74세까지 포함하고 있으나 직접 비교를 위해 만 64세 이하의 유병률을 2016년 64세 이하 결과로 비교를 하였다. 또한, 기존의 조사에서는 신체형장애와 섭식장애를 포함하였지만, 본 조사에서는 제외되었기에, 기존 조사의 모든 정신장애 유병률(전체)은 신체형장애와 섭식장애를 제외하고 재분석하였다. 이러한 결과는 <표 10>에 제시되었다.

모든 정신장애의 평생유병률은 2001년에 29.9%, 2006년에 26.7%, 2011년에 27.4%, 2016년 26.6%으로 나타났다. 2011년을 제외하고는 모든 정신장애 평생유병률은 감소하고 있는 추세라고 할 수 있다.

알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 평생유병률은 2001년 12.7%, 2006년 12.1%, 2011년 14.4%, 2016년 13.5%으로 나타났다. 2011년과 비교하였을 때 알코올과 니코틴 사용장애 평생유병률은 약간 감소하였으나, 10년 전인 2006년과 비교하였을 때는 증가하였다.

기분장애 평생유병률, 일년유병률은 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있었으나 2016년에는 다소 감소하였다. 한편, 불안장애의 평생유병률은 2006년 6.9%, 2011년 8.7%, 2016년에는 9.5%로 증가하고 있으며, 세부적으로는 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증 유병률이 증가하였다.

알코올 사용장애의 일년유병률은 2001년 6.8%, 2006년 5.6%, 2011년 4.7%, 2016년에는 4.1%, 니코틴 사용장애의 일년유병률은 2001년 6.7%, 2006년 6.0%, 2011년 4.1%, 2016년 2.9%으로 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있다

2) 2001년, 2006년에는 만 18세-64세를, 2011년에는 만 18세-74세를 조사대상으로 하였음. 한편, 2016년 조사는 만 18세 이상 전체를 조사대상으로 하였지만, 요약보고서에서는 만 18세~64세까지의 유병률을 비교함.

표 10. 18-64세 일반인에서 정신장애 평생유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	15.9(0.5)	16.2(1.2)	14.0(1.0)	13.4(0.7)	-0.6	12.2(0.6)
알코올 의존	8.1(0.4)	7.0(0.9)	5.6(0.6)	5.0(0.5)	-0.6	4.5(0.4)
알코올 남용	7.8(0.4)	9.2(0.5)	8.5(0.8)	8.4(0.6)	-0.1	7.7(0.5)
니코틴 사용장애	10.3(0.4)	9.0(0.7)	7.3(0.7)	6.5(0.5)	-0.8	6(0.4)
니코틴 의존	9.4(0.4)	7.7(0.7)	5.5(0.6)	5.0(0.4)	-0.5	4.7(0.4)
니코틴 금단	2.4(0.2)	2.9(0.3)	3.1(0.5)	2.7(0.3)	-0.4	2.5(0.3)
약물 사용장애	-	-	-	0.2(0.1)	-	0.2(0.1)
조현병 스펙트럼장애	1.1(0.1)	0.5(0.1)	0.6(0.2)	0.5(0.1)	-0.1	0.5(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.2(0.1)
단기정신병적장애	0.8(0.1)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.3(0.1)	-0.1	0.3(0.1)
기분장애	4.6(0.3)	6.2(0.6)	7.5(0.7)	5.4(0.4)	-2.1	5.3(0.4)
주요우울장애	4.0(0.3)	5.6(0.5)	6.7(0.7)	5.1(0.4)	-1.6	5.0(0.4)
기분부전장애	0.5(0.1)	0.5(0.1)	0.7(0.2)	1.3(0.2)	0.6	1.3(0.2)
양극성 장애	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.1(0.1)
불안장애	8.8 (0.4)	6.9 (0.5)	8.7(0.8)	9.5(0.5)	0.8	9.3(0.5)
강박장애	0.8 (0.1)	0.6 (0.1)	0.8(0.2)	0.7(0.2)	-0.1	0.6(0.1)
외상후스트레스장애	1.6 (0.2)	1.2 (0.2)	1.6(0.4)	1.4(0.2)	-0.2	1.5(0.2)
공황장애	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.2(0.1)	0.4(0.1)	0.2	0.5(0.1)
광장공포증	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.4(0.2)	0.7(0.2)	0.3	0.7(0.2)
사회공포증	0.3 (0.1)	0.5 (0.2)	0.5(0.2)	1.8(0.3)	1.3	1.6(0.2)
범불안장애	2.2 (0.2)	1.6 (0.1)	1.9(0.4)	2.3(0.3)	0.4	2.4(0.3)
특정공포증	4.8 (0.3)	3.8 (0.4)	5.4(0.6)	5.9(0.4)	0.5	5.6(0.4)
모든 정신장애 ^a	29.9 (0.6)	26.7 (1.8)	27.4(1.3)	26.6(0.9)	-0.8	25.4(0.8)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	25.3 (0.6)	23.2 (1.6)	24.5(1.2)	24.2(0.9)	-0.3	23.1(0.7)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	12.7(0.4)	12.1 (1.0)	14.4(1.0)	13.5(0.6)	-0.9	13.2(0.6)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

4. 결론

2016년 정신질환실태 조사에서 17개 주요정신질환을 조사한 결과 18세 이상 성인 인구 중 25.4%가 평생 한가지 이상의 정신질환을 경험하였으며, 11.9%가 지난 1년 내에 정신질환을 겪은 것으로 나타났다. 이는 2006년, 2011년에 비해서 약간 줄어드는 경향을 보여주고 있다. 일년유병률을 기준으로 17개 정신장애에 470만명이 이환된 결과를 보여주고 있다.

평생유병률면에서 보면 남자에서는 알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 불안장애의 순으로 흔하데 비하여 여자에서는 불안장애, 알코올 사용장애, 기분장애의 순으로 흔하였고 이는 지난 조사와 비슷한 양상이라고 할 수 있다.

알코올 사용장애의 일년유병률은 3.5%로 남자가 여자보다 2배 이상 높았으며 2006년 이후 점진적으로 낮아지는 결과를 보였다. 니코틴 사용장애의 일년유병률은 2.5%로 남자가 여자보다 7배 높았으며, 2001년(6.7%), 2006년(6.0%), 2011년(4.1%)에 비해 감소하였다. 조현병 스펙트럼장애의 일년유병률은 0.2%이며, 입원 중인 사람을 보정할 경우 국내 11만5천명으로 추산되었다. 또한 우리 국민 중 2.0%가 조현병의 망상 환청 증상을 경험한 것으로 나타났다. 주요 우울장애 일년유병률은 1.5%로 여자에서 2배 높았으며 20대 저소득층에서 높게 나타났다. 주요 우울장애 유병률은 2011년에 비하여 낮고 2006년과 비슷한 수준으로 나타났다. 양극성장애의 경우 0.1%로 예년과 유사한 양상을 보였다. 불안장애의 일년유병률은 5.7%로 여자가 남자보다 두배 정도 높았다. 약물사용장애(약물남용 및 의존)의 평생유병률은 0.2%로 나타났으며 약물오용은 0.5% 수준으로 전국단위 실태조사로는 첫번째 보고라고 할 수 있다. 주로 사용된 약물은 안정제/수면제 등의 빈도가 가장 높았다. 자살생각, 자살계획, 자살기도의 일년유병률은 2.9%, 0.4%, 0.1%로 예년에 비해 약간 낮아진 양상을 보였다. 소득이 낮고, 고연령에서 높은 경향을 보였다. 병적도박은 0.5%, 도박 고위험군은 1.4%로 추산되어 2011년보다 약간 낮아진 경향을 보였다. 2016년에 처음으로 인터넷중독, 게임중독, 스마트폰 중독을 조사한 결과 각각 1.4%, 1.2%, 5.0%로 나타났다. 인터넷중독과 스마트폰 중독은 여자에서 게임중독은 남자에서 흔하였으며 모두 18-29세가 가장 높았다. CIDI로 정신질환 진단받은 사람 중의 22.2%가 정신건강서비스를 한번 이상 방문한 것으로 나타났는데 이는 2006년 11.4%, 2011년 15.3%에 비해서는 이용률이 증가하였지만 아직도 구미선진국에 비해서는 낮

은 수준이라고 할 수 있다. 질환별로 살펴보면 기분장애에서는 40.4%, 조현병 스펙트럼장애에서는 32.1%, 불안장애에서는 19.3%였으며 알코올 사용장애에서는 8.1%에서 정신건강서비스를 이용하였다.

5. 제언

지난 5년간 한국사회는 사회적 충격적 사건이 발생한 한편에는 평균적으로는 소득이 증가되고 건강 수준이 향상되고, 평균수명이 향상되고 다양한 복지 정책이 실시되는 등 정신건강에 영향을 줄 수 있는 긍정적인 여건의 변화도 있어 왔다.

국내 정신질환 평생유병률(만 18-64세 기준)은 2011년 27.4%에서 2016년 26.6%로 근소한 감소된 경향을 보였다. 니코틴 알코올을 제외한 전체 정신질환 유병률도 모든 성별 연령층에서 감소되는 경향이 있으나 20대 남성에서만 약간 증가되었다.

알코올 및 니코틴사용장애는 정신질환 유병률의 저하에 기여를 하였다. 알코올 사용장애는 2011년에 비해 많이 감소하였지만, 2010년 15세 이상의 우리나라 국민 1인당 알코올 소비량은 8.9리터, 2015년에는 9.0리터로 우리나라 국민의 알코올 소비량 다소 증가하였다³⁾. 양주와 소주 등의 고농도 알코올 소비량은 지속적으로 감소되는 반면 막걸리, 와인 등 저농도 알코올 소비량은 증가하는 추세이다. 식품의약품안전처의 2016년 상반기 주류 소비·섭취 실태조사에 의하면 고위험음주율이 2012년 66.2%에서 2016년 58.3%로 약 8% 가까이 감소한 결과와 종합하면 전체 알코올 소비량은 큰 변화가 없지만 저농도 알코올을 사용하고, 알코올의 병적인 사용은 감소하는 추세로 볼 수 있다. 향후 일회 음주량을 줄이고, 폭탄주 등의 음주문화의 개선, 음주 접근성을 제한하는 정책이 시행되면 알코올사용장애는 점차 줄어들 것으로 보인다.

나아가 2014년 기준 OECD 국가별 연간 1인당 알코올 소비량을 비교해본 결과 1위인 벨기에의 1인당 알코올 섭취량은 12.6리터였고, OECD 평균은 8.9리터, 우리나라는 9.0로 나타났다. 한편, 2011년 우리나라 알코올 소비량은 8.9리터로 2011년에 비해 증가하였지만 비슷한 수준으로 유지되고 있다.

하지만 알코올사용장애 유병률이 20대에서 가장 높고, 지난 5년간 전연령층에서 감소되나 20대에서는 약간 증가한 점, 여성 20대의 유병률이 6.9%로 남성 20대 7.5%와 유사한 점에 주목해야한다. 20대에는 본격적으로 알코올과 담배에 노출되는 시기로 생물학적으로 심리적으로 통제력이 부족하고, 우울 및 불안장애 위험이 높아서 알코올 예방 정책만으로는 한계가 있을 수 있다. 청소년시기부터 알코올 등 중독성 물질에 대한 예방 교육이나 20대층을 향한 알코올예방 정책을 통해서 20대

3) 음주통계시스템(대한보건협회).

특히 젊은 여성을 대상의 관리가 필요하다. 또한 최근 혼술을 마시는 사람의 비율이 증가하고 있고, 이런 혼술문화는 알코올의존자의 행동을 합리화시키는 면이 있어서 혼술문화의 확산에 대한 대책이 필요하다.

2015년 초에 실시된 담배값 인상 조치로 인해 담배판매량이 2014년 대비하여 2016년에 10%이상 감소하였고, 금연법 실시로 흡연장소의 제한으로 물리적 접근성이 나빠진 점, 금연치료를 적극 지원한 점이 니코틴 사용장애가 점진적으로 줄어드는 결과를 낳았다. 니코틴 사용장애 유병률이 전연령층에서 감소되었으나 연령층 중에서 남성에서는 50대, 여성에서는 20대에서 니코틴 사용장애가 가장 높다는 점을 고려할 때 금연정책 수립시 20대에서 흡연에 노출을 줄이는 정책과 함께 니코틴 사용장애가 흔한 중년층 남자와 증가추세인 20대 여성을 대상으로 하는 금연지원 사업이 지속적으로 시행되어야 한다.

국내 주요 우울장애의 유병률은 미국이나 유럽에 비해서는 많이 낮고, 다른 아시아국가에 비해서는 높은 수준이었으며 2006년 이후 점진적으로 증가되는 양상을 보였다. 하지만 이번 조사에서는 5년 전에 비하여 감소되는 결과를 보였지만 우리 사회에서 우울증이 감소되었는지 다양한 의견이 있을 수 있다. 우울증이 감소된 원인에 대한 가설로는 자살률이 2011년 31.7명에서 2015년 25.8명으로 19%가 감소한 것처럼 국민들이 좌절이나 실패감에 대한 내인성이 강해진 점을 생각할 수 있다. 또한 사회적으로 불안을 유발하는 사건이 많아지면서 우울 대신 불안에 대한 감수성이 높아지는 점, 자신의 좌절을 내향화하기보다는 사회나 국가를 원망하는 외부귀인화 경향이 심해지는 점, 운동습관이 확산되면서 신체적 건강이 향상된 점과 함께 우울증을 인지하고 조기치료를 권유하는 우울증관리정책도 심한 우울증인 주요 우울장애가 감소하게 된 원인으로 보인다. 이번 조사에서 전연령층에서 주요 우울증이 감소되었으나 20대 남자 특히 미취업층에서 우울증이 증가되었다. 이는 취업난, 주택난, 낮은 혼인률, 상대적 빈곤감 면에서 지난 세대보다 상대적 어려움을 겪고 있는 20대의 고통이 반영되고 있다고 보인다. 우울증은 체질적 소인과 함께 사회적으로 발병에 중요한 영향을 미치므로 젊은 세대를 위한 각종 노동복지정책과 함께 우울증을 조기에 인지하고 치료받을 수 있는 서비스의 강화, 정신과 치료에 대한 사회적 제도적 장벽을 제거하는 정책수립과 함께 젊은 세대를 위한 IT기술을 활용한 우울증 자기관리법을 개발할 필요가 있다.

불안장애의 평생유병률은 최근 10년 사이 6.9%에서 9.5%로 꾸준히 증가하고 있

다. 1인 가구 비율이 2000년 15.5%에서 2015년 27.2%로 증가하면서 안전과 관련된 불안이 증가되고, 가족의 사회적 지지가 부족해지는 점이 한 원인이 될 것이다. 최근 몇 대형 재난을 겪으며 전반적인 안전에 대한 신뢰가 하락한 점, 문지마 범죄가 증가한 점 등도 불안의 증가에 기여했을 것으로 생각된다. 실제 2015년 OECD 삶의 질(How's life?) 보고서에서 사회연계지원 부문은 OECD 최하위권이었고, 밤에 혼자 있을 때 안전하다고 느끼는 정도 역시 34개국 중 28위로 하위권이었다.

급격히 변화하는 사회 환경에 적응하고 생존해야하는 사회적 압력으로 인한 막연한 불안감도 기여했을 것이다. 2017년 2월 실업자 수가 IMF 이후 최대 수치인 5.0%, 청년실업률의 경우 당대 2위인 12.3%로 나타나 고용불안, 주거불안 등 생활에 대한 불안감도 증가했을 것으로 보인다. 사회공포증, 특정공포증의 경우 젊은 연령에서 위험이 더 높았고, 20대에서 유병률이 가장 높아 젊은층의 불안에 관심이 필요함을 시사한다.

마지막으로, 이러한 스트레스의 증가는 우울 및 불안장애 모두의 위험이 되는데, 기분장애의 경우 2011년에 비해 오히려 감소하였다. 그 원인으로 불안에의 감수성 증가, 좌절에 대한 내인성 증가 등과 함께 우울증 관리 정책을 생각할 수 있다고 하였는데, 실제 우울장애의 경우 정신건강서비스 이용률이 37.7%에서 52.5%로 많이 증가한 바 있다. 그러나 불안장애의 경우 25.1%에서 27.3%으로 다소 증가하는데 그쳤다. 즉, 여러 가지 사회적 변화로 불안장애가 증가하는 반면, 필요한 서비스를 이용하고 지원을 받는 비율은 증가하지 않았다는 의미가 된다.

가장 우선적으로는 사회안전망을 개선하는 노력이 필요할 것이다. 그와 함께, 우울장애에 비하여 관심을 받지 못했던 불안장애에 대한 정신건강정책을 체계적으로 수립해 정신건강서비스에 대한 접근성을 향상시킬 필요가 있다. 특히 고립된 1인 가구에 대한 사회적지지 제공, 30대 이하 젊은층의 불안에 대한 개입 등 위험이 높은 계층에 대한 지원정책 설계가 필요할 것이다.

조현병, 양극성장애, 강박장애 등은 유병률이 낮아서 본 실태조사의 표본크기로는 그 추이를 비교하기 어려운 질병군이다. 본 조사 결과 조현병의 망상이나 환청 같은 증상을 평생 경험한 적이 있는 사람이 2.0%이고, 평생 조현병 스펙트럼장애를 경험한 사람이 0.5% 수준이고, 지난 1년간 지역사회에서 조현병 스펙트럼장애를 경험한 사람이 0.2%, 6만3천명이고, 추가로 입원 중인 사람이 5만여명인 점을 고려할 때 망상이나 환청으로 인해서 주위에서 이해하기 힘든 행동이나 난폭하거나 공격

적인 행동을 할 위험성을 지닌 사람은 매우 흔하다는 것을 알 수 있다. 이들의 상태는 호전과 악화를 반복하고, 증상으로 인해 사회적 기능이 매우 저하되거나 사회에 위해를 가할 가능성이 있는 반면 병식이 부족하여 스스로 서비스를 이용할 가능성이 낮다. 중증환자에서 증상이나 서비스 요구도에 맞춰서 때로는 강제적으로 치료를 제공해야 할 수 있다. 하지만 정신질환 인권감수성이 높아진 국내 여건을 고려할 때 이는 점점 더 힘든 과제로 부각되고 있다. 올해 개정 정신보건법이 시행될 경우 반복 장기 입원 중이 환자들이 대거 사회에서 생활하게 될 수 있는 점을 고려할 때 정신건강증진센터를 중심으로 의료기관 사회복지시설들이 협력하여 조현병 환자에 대한 체계적이고 지속적인 관리시스템을 인권친화적으로 운영하는 것이 필요하다. 그 외 외래치료명령제도의 적극적 활용, 보호자가 협력하지 않는 난폭한 정신질환자의 입원관리 등도 새로운 도전이 될 것이다.

가정이나 직장에서 화투문화가 점차 사라지면서 병적도박의 유병률은 점차 줄어들고 있는 반면 IT기술의 발달로 인한 게임중독이나 인터넷도박은 최근 새로운 사회문제가 되고 있다. 게임이나 스마트폰 중독 증상은 신종 질병이라고 할 수 있어서 그 위험요인이나 치료나 예방법이 아직 제대로 개발되지 않았다. 정신건강기술 개발사업단에서 발주된 게임이나 인터넷중독 관련 연구성과를 바탕으로 정책개발이 필요하다.

국내 자살률은 2011년 십만명당 자살률 31.7명에서 점진적으로 감소하여 2015년 25.8명으로 감소되고 있다. 자살관련 평생유병률은 2011년과 2016년 각각 자살생각 15.6%, 15.4%, 자살계획 3.7%, 3.0%, 자살시도는 3.2%, 2.4%로 개선되고 있어서 국내 자살률 저하가 단순히 제초제 금지 같은 치명적 자살방법의 제한 뿐 아니라 자살 충동 자체가 개선되고 있는 것으로 보인다. 지난 5년간 우울증 관리 정책의 효과, 자살에 대한 대중의 이해도 증가, 자살예방활동의 성공적인 수행으로 설명할 수 있을 것이다. 하지만 국내 자살률은 아직도 OECD국가 중에 최고 수준이고 자살생각률 자체도 높은 수준이므로 자살예방정책을 지속적으로 체계적으로 진행하여야 한다. 자살생각을 한 사람의 50.1%, 자살시도자의 68.7%에서 정신장애를 경험한 것으로 나타나서 자살예방을 위해서 정신질환 관리가 매우 중요함을 알 수 있다.

정신건강서비스이용률은 선진국에 비하면 여전히 낮은 수치이나 2011년 15.3%에서 이번에 22.2%로 꾸준히 증가되고 있었다. 이는 정신건강서비스에 대한 사회적 요구가 높아졌고, 정신건강증진센터를 통하여 적극적으로 사업을 시행된 성과로 생

각된다. 이번 조사에서 정신질환의 유병률이 감소된 데에는 서비스 이용률의 증가로 인한 정신질환 발병의 예방효과, 조기 치료로 인한 회복효과 등이 작용하였을 것으로 보인다. 정신건강서비스 이용을 선진국 수준으로 향상시키기 위하여 정신건강서비스 이용에 대한 인식개선을 위한 꾸준한 홍보, 사회적 차별 철폐 등의 적극적인 노력이 필요하다. 전체 정신건강서비스 이용률 증가에 비하여 정신건강의학과 전문의 이용의 증가율이 상대적으로 낮으므로 정신건강의학과 치료에 대한 편견을 제거하기 위한 지속적 홍보, 치료에의 접근성을 향상시키는 정책 등 국가적 노력이 필요할 것으로 생각된다.

2016년도
정신질환실태 조사
본문

〈본문 목차〉

제 1 장. 서 론	1
1. 개 관	1
1.1. 정신질환실태 조사의 필요성	1
1.2. 우리사회 정신건강의 현 주소	2
2. 연구의 필요성	5
2.1. 정신질환에 대한 사회적 관심의 증대와 조사의 목적	5
2.2. 정신질환실태 조사의 법적 근거와 활용 방안	9
3. 국내·외 역학 연구 현황	11
3.1 과학적 진단체계와 진단도구의 도입	12
3.2. 국외 연구현황	14
3.2.1. ECA(Epidemiological Catchment Area) 연구	15
3.2.2. NCS (National Comorbidity Survey) 연구	16
3.2.3. 세계정신건강조사(World Mental Health Surveys)	19
3.3 국내 연구현황	25
3.3.1. 2001년 이전 국내 연구 동향	25
3.3.2. 2001년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)	26
3.3.3. 2006년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)	26
3.3.4. 2011년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)	27
제 2 장. 연구내용과 방법	30
1. 연구수행 조직체계 및 연구절차 개요	30
1.1 연구수행 조직체계	32
1.2. 조사지역 및 조사기관의 선정	32
1.3. 연구수행 개요 및 일정	34
2. 표본설계	36
2.1. 모집단 및 표본추출틀	36
2.2. 층화 및 표본추출단계	39
2.3. 표본 크기 결정 및 표본배분	39
2.3.1 표본 크기와 목표오차	39
2.3.2 표본배분	44
2.4. 표본추출 및 표본대체	50
2.4.1 표본추출단계별 표본추출방법	50
2.4.2 표본대체	56
3. 조사도구 및 내용	58
3.1. 한국어판 CIDI (Korean version of Composite International Diagnostic Interview)	58

3.2. 조사내용	62
3.2.1. 정신질환의 유병률 및 관련요인	62
3.2.2. 자살, 도박 중독, 인터넷중독 등	62
3.2.3. 정신건강서비스 이용실태조사	63
3.3. 조사 기획	63
3.3.1. 연구책임자 합동회의	63
3.3.2. 기존(2001년, 2006년, 2011년) 정신질환실태조사의 검토	65
3.3.3. 응답률 향상을 위한 대책	65
4. 조사요원 선발 및 교육	66
4.1. 조사요원의 선발	66
4.2. 조사요원의 교육	67
4.3. 훈련프로그램의 내용 및 일정	69
4.4. 조사방법론(survey methodology) 교육	73
5. 현장조사	75
5.1. 현장 방문조사기간 및 대상자 선정	75
5.2. 조사준비(조사에 대한 사전 협조 요청 및 홍보)	76
5.2.1. 행정 체계를 통한 지방자치단체로의 조사협조 요청	76
5.2.2. 표본가구에 대한 직접적 조사 홍보	77
5.2.3. 조사요원 관리 및 표본가구 방문 계획 수립	80
5.3. 현장조사 및 질적 관리	81
5.3.1 현장조사	83
5.3.2 조사의 질적 관리	88
5.4. 자료의 관리	88
5.4.1. 자료 점검	91
5.4.2. 자료 분석	88
6. 조사 완성률	92
6.1. 조사대상자 응답률	92
제 3 장. 조사 결과	94
1. 응답자의 사회인구학적 분포	94
2. 모든 정신질환의 개관	97
2.1. 정신장애의 평생/일년유병률/일개월 유병률	97
2.2. 2001년, 2006년, 2011년 정신질환실태 역학조사와의 비교	111
2.3. 전체 유병률의 사회인구학적 분포	127
3. DSM-IV 정신질환별 유병률 및 동반이환율 분석	144
3.1. 알코올 사용장애	144
3.1.1. 알코올 사용장애군 개관	144
3.1.2. 알코올 의존	152

3.1.3. 알코올 남용	162
3.2. 니코틴 사용장애	172
3.2.1. 니코틴 사용장애군 개관	172
3.2.2. 니코틴 의존	179
3.2.3. 니코틴 금단	189
3.3. 조현병 스펙트럼 장애	199
3.3.1. 조현병 스펙트럼 장애군 개관	199
3.3.2. 조현병 및 관련 장애	205
3.3.3. 단기정신병적 장애	214
3.3.4. 조현병 증상 경험	222
3.4. 기분장애	224
3.4.1. 기분장애군 개관	224
3.4.2. 주요우울장애	230
3.4.2.1 주요우울장애 산후우울증 아형	246
3.4.3. 기분부전장애	244
3.4.4. 양극성 장애	255
3.5. 불안장애	266
3.5.1. 불안장애군 개관	266
3.5.2. 강박장애	275
3.5.3. 외상후스트레스장애	286
3.5.4. 공황장애	397
3.5.5. 광장공포증	308
3.5.6. 사회공포증	319
3.5.7. 특정공포증	330
3.5.8. 범불안장애	341
3.6. 병적 도박	352
3.7. 약물 사용장애	358
3.7.1. 조사의 배경	362
3.7.2. 조사 결과	360
3.8. 인터넷/게임/스마트폰 중독	367
3.8.1. 인터넷 중독	367
3.8.2. 게임 중독	372
3.8.3. 스마트폰 중독	377
3.9. 자살관련행동	382
4. 정신건강서비스 이용실태	391
4.1. 조사배경	391
4.2. 조사결과	391

참 고 문 헌	407
부 록	부1
1. 한국어판 CIDI(K-CIDI) 내용 개요	부2
1.1. 탐색흐름도(probe flow chart)	부2
1.2. K-CIDI 각 장의 내용 및 A1, B1, J1 카드	부3
2. 지역권 책임연구자	부18
3. 지방자치단체 조사협조 요청 공문	부19
4. 통장 및 이장 조사 협조 요청 및 당부 안내문	부20
5. 보건복지부 홈페이지에 게재된 조사 관련 인포그래픽	부22
6. 용어 해설집	부23

〈표 목차〉

제 1 장. 서 론	1
표 1. 정신질환자 실태조사의 법적 근거	10
표 2. 1980년대 이전, 북미지역에서 진행되었던 정신 질환 역학 연구들	14
표 3. 세계정신건강역학연구 국가별 표본	21
표 4. 세계정신건강역학연구를 통해 도출된 장애에 대한 전반적 기능 평가 국가별 비교	22
표 5. 세계정신건강역학연구를 통해 도출된 국가별 정신질환 일년 유병률 비교	22
표 6. 세계정신건강역학연구로 도출된 소득에 따른 국가별 주요우울증 유병률의 비교	23
표 7. 세계정신건강역학연구로 도출된 소득에 따른 국가별 정신증상 경험률의 비교	24
표 8. 2011년 까지 진행되어온 정신장애 평생유병률a 비교(성과 연령의 보정)	29
제 2 장. 연구내용과 방법	32
표 9. 각 조사지역(Primary sampling unit)별 연구과제 책임자	33
표 10. 연구추진 일정표	34
표 11. 모집단 현황 (2010년 인구주택총조사)	38
표 12. 광역시도별 표본 집계구 및 표본가구 배분	47
표 13. 2016년 조사권역별 표본 읍면동 및 표본 집계구수	49
표 14. 표본 추출 방법	56
표 15. WHO CIDI를 사용해 진단할 수 있는 질환	60
표 16. 2016년도 정신질환 실태조사 도구	61
표 17. 현장조사 과정의 문제점과 대책	64
표 18. 조사지역별 조사요원 및 현장관리자 수	67
표 19. 조사요원 훈련프로그램의 내용	71
표 20. 실제 훈련 일정	72
표 21. 가구방문조사 시 발생 가능한 다양한 상황들	84
표 22. 가구방문상황에 따른 표본가구 대체 방법 가이드라인	87
제 3 장. 조사 결과	97
표 23. 전국 인구의 성별 및 연령별 분포	94
표 24. 응답자의 사회인구학적 분포	96
표 25. 정신장애 평생유병률	99
표 26. 정신장애 일년유병률	101
표 27. 정신장애 일개월유병률	103
표 28. 정신장애 주요진단군별 일년유병률 및 추정환자수	105
표 29. 정신장애 평생유병률 비교	113
표 30. 남성에서 정신장애 평생유병률 비교	115

표 31. 여성에서 정신장애 평생유병률 비교	117
표 32. 정신장애 일년유병률 비교	119
표 33. 남성에서 정신장애 일년유병률 비교	121
표 34. 여성에서 정신장애 일년유병률 비교	123
표 35. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 ·	129
표 36. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학 적 분포	130
표 37. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포	131
표 38. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코 틴 사용장애 제외)	132
표 39. 지난 일년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코틴사용장애 제외)	133
표 40. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코틴사용장애 제외)	134
표 41. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (알 코올/니코틴사용장애 제외)	135
표 42. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학 적 분포 (알코올/니코틴사용장애 제외)	136
표 43. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (알코올/니코틴사용장애 제외)	137
표 44. 알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수	146
표 45. 알코올사용장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	147
표 46. 알코올사용장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석a	151
표 47. 지역사회 역학조사에서 알코올 의존의 유병률	153
표 48. 알코올의존 일년유병률의 사회인구학적 분포	155
표 49. 알코올의존 발병연령의 분포	159
표 50. 알코올의존 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	160
표 51. 알코올 의존과의 동반이환율	164
표 52. 지역 사회 역학조사에서 알코올 남용의 유병률	163
표 53. 알코올 남용 일년유병률의 사회인구학적 분포	165
표 54. 알코올 남용 발병연령의 분포	169
표 55. 알코올 남용 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	170
표 56. 알코올 남용과의 동반이환율	171
표 57. 니코틴 사용장애 일년유병률 및 추정 환자 수	173
표 58. 니코틴사용장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	174
표 59. 니코틴사용장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	178

표 60. 지역사회 역학조사에서 니코틴 의존 유병률	180
표 61. 니코틴의존 일년유병률의 사회인구학적 분포	182
표 62. 니코틴의존 발병연령의 분포	186
표 63. 니코틴의존 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	187
표 64. 니코틴의존과의 동반이환율	188
표 65. 지역사회 역학조사에서 니코틴 금단의 유병률	190
표 66. 니코틴금단 일년유병률의 사회인구학적 분포	192
표 67. 니코틴 금단 발병연령의 분포	196
표 68. 니코틴 금단 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	193
표 69. 니코틴금단과의 동반이환율	198
표 70. 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률 및 추정환자수	200
표 71. 정신보건시설 및 관련시설에 입원/입소 중인 조현병 환자수	201
표 72. 지역사회 역학조사에서 조현병 스펙트럼 장애의 유병률	202
표 73. 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	206
표 74. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	209
표 75. 조현병 및 관련 장애 발병연령의 분포	211
표 76. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	212
표 77. 조현병 및 관련 장애의 동반이환율	213
표 78. 단기정신병적장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	215
표 79. 단기정신병적장애 발병연령의 분포	219
표 80. 단기정신병적장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	220
표 81. 단기정신병적 장애의 동반이환율	221
표 82. 조현병 증상 경험 질문	223
표 83. 조현병 스펙트럼 장애의 증상 및 조현병 증상 경험률	223
표 84. 기분장애 일년유병률 및 추정환자수	227
표 85. 기분장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	228
표 86. 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률	233
표 87. 주요우울장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	235
표 88. 주요우울장애 발병연령의 분포	238
표 89. 주요우울장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	239
표 90. 주요우울장애와의 동반이환율	240
표 91. 지역사회 역학조사에서 보고된 주요 우울증 중 산후우울증 비율	242
표 92. 주요우울장애와 산후우울증 평생유병률의 사회인구학적 분포 비교	243
표 93. 지역사회 역학조사에서 기분부전장애 유병률	246
표 94. 기분부전장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	252
표 95. 기분부전장애 발병연령의 분포	253
표 96. 기분부전장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	258

표 97. 기분부전장애와의 동반이환율	259
표 98. 지역사회 역학조사에서 양극성 장애 유병률	257
표 99. 양극성 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	259
표 100. 양극성 장애 발병연령의 분포	263
표 101. 양극성 장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	264
표 102. 양극성 장애와의 동반이환율	265
표 103. 불안장애 일년유병률 및 추정환자 수	269
표 104. 불안장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	272
표 105. 불안장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	274
표 106. 지역사회 역학조사에서 보고된 강박장애 유병률	277
표 107. 강박장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	279
표 108. 강박장애 발병연령의 분포	283
표 109. 강박장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	284
표 110. 강박장애의 동반이환율	285
표 111. 지역사회 역학조사에서 외상후스트레스장애 유병률	288
표 112. 외상후스트레스장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	290
표 113. 외상후스트레스장애 발병연령의 분포	294
표 114. 외상후스트레스장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	295
표 115. 외상후스트레스장애와의 동반이환율	296
표 116. 지역사회 역학조사에서 공황장애 유병률	299
표 117. 공황장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	301
표 118. 공황장애 발병연령의 분포	305
표 119. 공황장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	306
표 120. 공황장애의 동반이환율	307
표 121. 지역사회 역학조사에서 광장공포증의 유병률	310
표 122. 광장공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포	312
표 123. 광장공포증 발병연령의 분포	316
표 124. 광장공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	317
표 125. 광장공포증과의 동반이환율	318
표 126. 지역사회 역학조사에서 사회공포증의 유병률	321
표 127. 사회공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포	323
표 128. 사회공포증 발병연령의 분포	327
표 129. 사회공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	328
표 130. 사회공포증과의 동반이환율	329
표 131. 지역사회 역학조사에서 특정공포증의 유병률	332
표 132. 특정공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포	334
표 133. 특정공포증 발병연령의 분포	338

표 134. 특정공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	339
표 135. 특정공포증과의 동반이환율	340
표 136. 지역사회 역학조사에서 범불안장애 유병률	343
표 137. 범불안장애 일년유병률의 사회인구학적 분포	345
표 138. 범불안장애 발병연령의 분포	349
표 139. 범불안장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	350
표 140. 범불안장애와의 동반이환율	351
표 141. 병적 도박 및 병적 도박 고위험군의 일년유병률	354
표 142. 도박 유형별 이용률	355
표 143. 병적 도박의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	356
표 144. 병적 도박, 병적 도박 위험군과의 동반이환율	363
표 145. 지역사회 역학조사에서 보고된 약물 사용장애(남용 및 의존) 유병률	362
표 146. 약물의 오용, 남용 및 의존의 평생 빈도와 평생유병률, 평생 추정환자 수 ·	362
표 147. 비처방 마약류의 종류별 오용 빈도, 남용 빈도, 의존 빈도	363
표 148. 처방 마약류의 종류별 오용 빈도, 남용 빈도, 의존 빈도	363
표 149. 약물사용장애 사회인구학적 분포	364
표 150. 약물 오용과 약물 의존, 남용의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	365
표 151. 약물 오용과 약물 의존, 남용의 동반이환율	366
표 152. 인터넷 중독의 인구사회학적 분포	369
표 153. 인터넷 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	370
표 154. 인터넷 중독과의 동반이환율	371
표 155. 게임 중독의 인구사회학적 분포	374
표 156. 게임 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	375
표 157. 게임 중독의 동반이환율	376
표 158. 스마트폰 중독의 인구사회학적 분포	379
표 159. 스마트폰 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석	380
표 160. 스마트폰 중독의 동반이환율	381
표 161. 자살관련행동을 평가하는 문항	384
표 162. 자살관련행동의 평생, 일년, 일개월 유병률	384
표 163. 자살관련행동 일년유병률의 사회인구학적 분포	385
표 164. 자살시도 후 행동	388
표 165. 자살관련행동이 있었던 대상자에서 평생 한번 이상 경험한 정신장애의 비율 ···	389
표 166. 정신건강 문제로 전문가와 상담을 한 적이 있는 대상자의 수와 비율	394
표 167. 정신질환군별 정신건강서비스 이용률(평생)	394
표 168. 진단군별에 따라 전문가에게 상의한 자신의 정신건강 문제의 주제	396
표 169. 정신건강서비스를 이용하지 않은 이유(정신질환군 별로)	497

부 록	부1
표 170. 지역권 책임연구자 목록	부18

〈그림 목차〉

제 1 장. 서 론	1
그림 1. OECD 국가 인구 10만 명 당 자살률	2
그림 2. 2014년 정신 및 행동장애 연령별 진료 인원 점유율과 연도별 진료 인원의 추 이	4
그림 3. 강남역 살인사건 뉴스보도	5
그림 4. 인터넷 이용자 수와 스마트기기 보유율 변화	5
그림 5. 정신, 신경계, 약물 사용장애에 의한 장애보정손실년수	6
그림 6. 한국인에서의 질병부담 상위 20개 질환(사고로 인한 손상은 제외됨)	6
그림 7. 본 조사에 사용된 한국어판 CIDI 2.1 버전	13
그림 8. ECA (Epidemiological Catchment Area)에서 주요질환 유병률과 치료율 ..	16
그림 9. NCS-R (National Comorbidity Survey Replication)에서 주요질환 12개월 유 병률	33
그림 10. NCS-A의 질문지 첫 페이지	18
제 2 장. 연구내용과 방법	30
그림 11. 연구수행 조직체계	31
그림 12. 조사방법의 개요	35
그림 13. 목표오차에 따른 표본 크기의 변화	41
그림 14. 가구목록 작성방법 교육	45
그림 15. 가구목록 작성방법 실습	46
그림 16. 표본 시군구 및 표본 시군구별 조사책임기관	50
그림 17. 2016년 정신질환 실태조사 인포그래픽의 일부	65
그림 18. 실제 훈련 장면	72
그림 19. 조사요원 및 현장관리자 조사방법론 교육 장면	74
그림 20. 가구방문기록표 내 가구원 목록 작성 및 조사대상자 선정 양식	75
그림 21. 사전 안내 편지	79
그림 22. 행정 체계를 및 통한 조사협조 요청 및 표본가구에 대한 조사홍보를 위한 조 사방법론	80
그림 23. 부재중 쪽지	82
그림 24. 가구방문기록표	86
그림 25. 가구방문기록표 EXCEL 양식	87
그림 26. AAPOR(American Association for Public Opinion Research) 공식 홈페이지(왼쪽)와 응답률 등의 산출을 위한 Standard Definition(오른쪽)	93
제 3 장. 조사 결과	94
그림 27. 정신장애 평생유병률 (전체)	106
그림 28. 정신장애 평생유병률 (남성)	106

그림 29. 정신장애 평생유병률 (여성)	107
그림 30. 정신장애 일년유병률 (전체)	107
그림 31. 정신장애 일년유병률 (남성)	108
그림 32. 정신장애 일년유병률 (여성)	108
그림 33. 정신장애 일개월 유병률 (전체)	109
그림 34. 정신장애 일개월유병률 (남성)	109
그림 35. 정신장애 일개월유병률 (여성)	110
그림 36. 정신장애 일년유병률의 변화 (전체)	125
그림 37. 정신장애 일년유병률의 변화 (남성)	125
그림 38. 정신장애 일년유병률의 변화 (여성)	126
그림 39. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포	138
그림 40. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	138
그림 41. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 결혼 상태에 따른 분포	139
그림 42. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 결혼 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	139
그림 43. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 교육 상태에 따른 분포	140
그림 44. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 교육 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	140
그림 45. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 취업 상태에 따른 분포	141
그림 46. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 취업 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	141
그림 47. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 거주 지역에 따른 분포	142
그림 48. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 거주 지역에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	142
그림 49. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 소득수준에 따른 분포	143
그림 50. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 소득수준에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)	143
그림 51. 알코올 사용장애 일년유병률의 연령에 따른 분포	148
그림 52. 알코올 사용장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	148
그림 53. 알코올 사용장애 일년유병률의 교육상태에 따른 분포	149

그림 54. 알코올 사용장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	149
그림 55. 알코올 사용장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	150
그림 56. 알코올 사용장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포	150
그림 57. 우리나라 알코올 의존 평생유병률	154
그림 58. 우리나라 알코올 의존 일년유병률	154
그림 59. 알코올 의존 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	156
그림 60. 알코올 의존 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	156
그림 61. 알코올 의존 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	157
그림 62. 알코올 의존 일년유병률의 취업상태 따른 분포	157
그림 63. 알코올 의존 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	158
그림 64. 알코올 의존 일년유병률의 소득수준에 따른 분포	158
그림 65. 알코올 의존 발병연령의 분포	159
그림 66. 우리나라 알코올 남용 평생유병률	164
그림 67. 우리나라 알코올 남용 일년유병률	164
그림 68. 알코올 남용 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	166
그림 69. 알코올 남용 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	166
그림 70. 알코올 남용 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포	167
그림 71. 알코올 남용 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	167
그림 72. 알코올 남용 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	168
그림 73. 알코올 남용 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	168
그림 74. 알코올 남용 발병연령의 분포	169
그림 75. 니코틴 사용장애 일년유병률의 연령에 따른 분포	175
그림 76. 니코틴 사용장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	175
그림 77. 니코틴 사용장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포	176
그림 78. 니코틴 사용장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	176
그림 79. 니코틴 사용장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	177
그림 80. 니코틴 사용장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	177
그림 81. 우리나라 니코틴 의존 평생유병률	181
그림 82. 우리나라 니코틴 의존 일년유병률	181
그림 83. 니코틴 의존 일년유병률의 연령에 따른 분포	183
그림 84. 니코틴 의존 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	183
그림 85. 니코틴 의존 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	184
그림 86. 니코틴 의존 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	184
그림 87. 니코틴 의존 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	185
그림 88. 니코틴 의존 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	185
그림 89. 니코틴의존 발병연령의 분포	186
그림 90. 우리나라 니코틴 금단 평생유병률	191

그림 91. 우리나라 니코틴 금단 일년유병률	191
그림 92. 니코틴 금단 일년유병률의 연령에 따른 분포	193
그림 93. 니코틴 금단 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	193
그림 94. 니코틴 금단 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	194
그림 95. 니코틴 금단 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	194
그림 96. 니코틴 금단 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	195
그림 97. 니코틴 금단 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	195
그림 98. 니코틴 금단 발병연령의 분포	196
그림 99. 우리나라 조현병 스펙트럼 장애 평생유병률	203
그림 100. 우리나라 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률	203
그림 101. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	208
그림 102. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	208
그림 103. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포	209
그림 104. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	209
그림 105. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	210
그림 106. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	210
그림 107. 조현병 및 관련 장애 발병연령의 분포	211
그림 108. 단기정신병적장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	216
그림 109. 단기정신병적장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	216
그림 110. 단기정신병적장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포	217
그림 111. 단기정신병적장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	217
그림 112. 단기정신병적장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	218
그림 113. 단기정신병적장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	218
그림 114. 단기정신병적장애 발병연령의 분포	219
그림 115. 기분장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포(%)	227
그림 116. 기분장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포(%)	227
그림 117. 기분장애 일년유병률의 교육연한에 따른 분포(%)	228
그림 118. 기분장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포(%)	228
그림 119. 기분장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포(%)	229
그림 120. 기분장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포(%)	229
그림 121. 우리나라 주요우울장애 평생유병률	233
그림 122. 우리나라 주요우울장애 일년유병률	233
그림 123. 주요우울장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	235
그림 124. 주요우울장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	235
그림 125. 주요우울장애 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	236
그림 126. 주요우울장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	236
그림 127. 주요우울장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	237

그림 128. 주요우울장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포	237
그림 129. 주요우울장애의 발병연령 분포	238
그림 130. 지역사회 역학조사에서 보고된 주요 우울증 중 산후우울증 비율	242
그림 131. 우리나라 기분부전장애 평생유병률	247
그림 132. 우리나라 기분부전장애 일년유병률	247
그림 133. 기분부전장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	249
그림 134. 기분부전장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	249
그림 135. 기분부전장애 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	250
그림 136. 기분부전장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	250
그림 137. 기분부전장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	251
그림 138. 기분부전장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포	251
그림 139. 기분부전장애 발병연령의 분포	252
그림 140. 우리나라 양극성장애 평생유병률	258
그림 141. 우리나라 양극성장애 일년유병률	258
그림 142. 양극성 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	260
그림 143. 양극성 장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포	260
그림 144. 양극성 장애의 일년유병률의 교육수준에 따른 분포	261
그림 145. 양극성 장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	261
그림 146. 양극성 장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	262
그림 147. 양극성 장애 일년유병률의 월 소득수준에 따른 분포	262
그림 148. 양극성 장애 발병연령에 따른 분포	263
그림 149. 불안장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	271
그림 150. 불안장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	271
그림 151. 불안장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	272
그림 152. 불안장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	272
그림 153. 불안장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	273
그림 154. 불안장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	273
그림 155. 우리나라 강박장애 평생유병률	278
그림 156. 우리나라 강박장애 일년유병률	278
그림 157. 강박장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	280
그림 158. 강박장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	280
그림 159. 강박장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	281
그림 160. 강박장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	281
그림 161. 강박장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	282
그림 162. 강박장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	282
그림 163. 강박장애 발병연령의 분포(%)	283
그림 164. 우리나라 외상후스트레스장애 평생유병률	289

그림 165. 우리나라 외상후스트레스장애 일년유병률	289
그림 166. 외상후스트레스장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	291
그림 167. 외상후스트레스장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	291
그림 168. 외상후스트레스장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	292
그림 169. 외상후스트레스장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	292
그림 170. 외상후스트레스장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	293
그림 171. 외상후스트레스장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	293
그림 172. 외상후스트레스장애 발병연령의 분포(%)	294
그림 173. 우리나라 공황장애 평생유병률	300
그림 174. 우리나라 공황장애 일년유병률	300
그림 175. 공황장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	302
그림 176. 공황장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	302
그림 177. 공황장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	303
그림 178. 공황장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	303
그림 179. 공황장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	307
그림 180. 공황장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	307
그림 181. 공황장애 발병연령의 분포(%)	305
그림 182. 우리나라 광장공포증 평생유병률	311
그림 183. 우리나라 광장공포증 일년유병률	311
그림 184. 광장공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	313
그림 185. 광장공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	313
그림 186. 광장공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	314
그림 187. 광장공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	314
그림 188. 광장공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	315
그림 189. 광장공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	315
그림 190. 광장공포증 발병연령의 분포	316
그림 191. 우리나라 사회공포증 평생유병률	322
그림 192. 우리나라 사회공포증 일년유병률	322
그림 193. 사회공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	324
그림 194. 사회공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	324
그림 195. 사회공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	325
그림 196. 사회공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	325
그림 197. 사회공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	326
그림 198. 사회공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	326
그림 199. 사회공포증 발병연령의 분포(%)	327
그림 200. 우리나라 특정공포증 평생유병률	333
그림 201. 우리나라 특정공포증 일년유병률	333

그림 202. 특정공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	335
그림 203. 특정공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	335
그림 204. 특정공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포	336
그림 205. 특정공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포	336
그림 206. 특정공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포	337
그림 207. 특정공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포	337
그림 208. 특정공포증 발병연령의 분포	338
그림 209. 우리나라 범불안장애 평생유병률	344
그림 210. 우리나라 범불안장애 일년유병률	344
그림 211. 범불안장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	346
그림 212. 범불안장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포	346
그림 213. 범불안장애 일년유병률의 교육연한에 따른 분포	347
그림 214. 범불안장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포	347
그림 215. 범불안장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포	348
그림 216. 범불안장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포	348
그림 217. 범불안장애 발병연령의 분포	349
그림 218. 마약류의 부적절한 사용, 남용, 의존의 평생 추정환자수(명)	362
그림 219. 자살생각이 처음 시작된 연령	386
그림 220. 자살을 처음 계획한 연령	386
그림 221. 처음 자살시도를 한 연령	387
그림 222. 살아오면서 지금까지 자살을 시도한 횟수	388
그림 223. 자살시도 때 사용한 방법(명)	389
그림 224. 자살행동이 있었던 대상자에서 평생 한번 이상 정신장애를 경험 비율 ...	390
그림 225. 한·미 정신건강서비스 이용률 변화의 비교(한국: 평생, 미국: 12개월) ...	395
그림 226. 정신질환을 진단받은 사람에서의 정신건강서비스 이용률의 국가별 비교 (한국: 평생, 그 외: 12개월)	395
그림 227. 정신질환군별 정신건강서비스 이용률의 변화	396
그림 228. 정신건강서비스를 이용하지 않은 이유 (모든 정신질환)	397
부 록	부1
그림 229. 탐색흐름도	부2
그림 230. A장의 첫 페이지	부3
그림 231. B 장의 첫 페이지	부4
그림 232. D 장의 첫 페이지	부5
그림 233. E 장의 첫 페이지	부6
그림 234. F 장의 첫 페이지	부7
그림 235. G 장의 첫 페이지	부8
그림 236. J 장의 첫 페이지	부9

그림 237. K 장의 첫 페이지	부10
그림 238. L 장의 첫 페이지	부11
그림 239. Q 장의 첫 페이지	부12
그림 240. S 장의 첫 페이지	부13
그림 241. SR 장의 첫 페이지	부14
그림 242. A1 카드	부15
그림 243. B1 카드	부16
그림 244. J1 카드	부17
그림 245. 지방자치단체 조사협조 요청 공문	부19
그림 246. 통장 및 이장 조사 협조 요청 및 당부 안내문	부20
그림 247. 통장 서명의 조사 안내문	부21
그림 248. 정신질환실태 조사를 알리는 인포그래픽	부22

제 1 장. 서 론

1. 개 관

1.1. 정신질환실태 역학조사의 필요성

정신질환이 사회, 문화, 경제적 측면에서 한 사회에 미치는 영향은 적지 않다. 또한 보건분야에서 정신건강이 차지하는 비중이 매우 높으므로 공중보건학에서 정신질환의 유병률과 현상적 특성을 통해서 적절한 정책수립이 필요하다.

또한 세계 각국의 의료 지출이 지속적으로 증가함에 따라, 보건-관리에 대한 사회적 요구를 충족하여 대비하는 것이 쉽지 않다는 결론에 도달하게 되어, 보건자원의 효율적인 분배를 이루기 위해서 우선순위를 결정하는 규칙들이 필요해졌다(Bobadilla 등, 1994). 이를 위해서 상대적인 질병 부담 및 치료 비용의 효과성에 대한 증거를 찾기 위해서 노력하였고, 이를 고려하여 의료 자원을 배분하게 되면 사회 전체적인 이익을 가져올 수 있다(Gold 등, 1996).

그러나 기존 문헌들을 살펴보면, 정신질환은 사회적 부담과 사회 의료비의 지출 사이에 상당한 불일치가 존재하는 것으로 보인다. 1990년대 중반, WHO에서 수행한 세계 질병 부담 연구에서 우울증, 양극성 장애, 조현병 그리고 약물 사용 장애 같은 흔한 정신과 문제들은 질병장애 순위에서 상위권으로 추정되었으나(Murray 등, 1996). 전체 의료 예산 중 정신질환이 차지하는 비율은 많은 국가들에서 상대적으로 낮아지는 추세이다(Ormel 등, 2008).

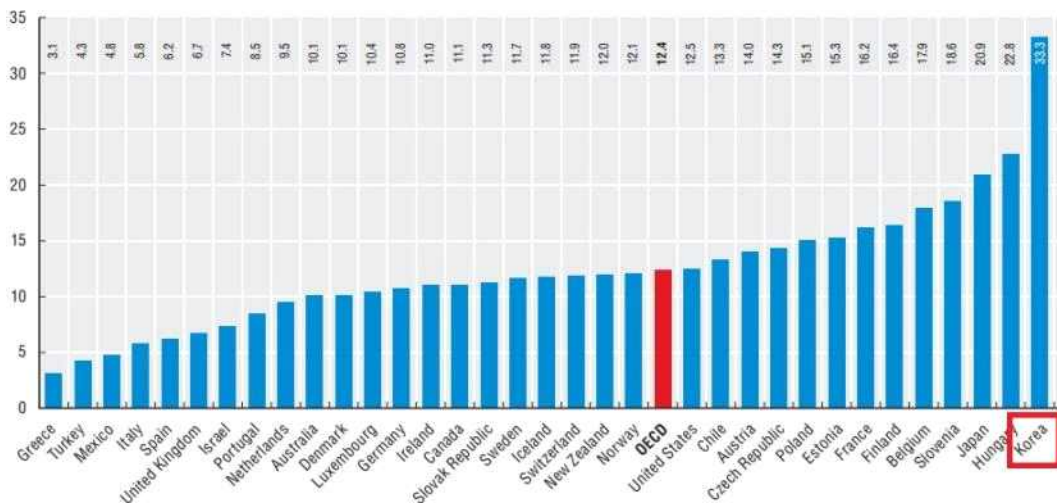
사회 전반적인 정신질환의 실태 현황 파악과 더불어 정신보건 서비스 수요와 공급 간의 불균형을 해소하기 위한 노력의 일환으로 전국민 정신건강 실태조사가 제안되었다. 연구팀은 본 조사를 통하여 전국 여러 지역의 전국 대표 표본에 대한 체계적인 일반 인구 조사를 실시하여 정신 장애의 유병률에 대한 신뢰할 수 있는 데이터를 도출하고자 한다. 이 연구 조사는 정신건강의학과 의사를 포함한 정신건강서비스 전문가들과 건강정책 입안자를 위해 중요한 정보를 제공해 줄 수 있다. 정신질환의 사회적 부담과 그에 비해 불충분하게 공급되는 치료 현황에 대해 명확한 정보를 제공해 줄 것이다. 나아가 우리사회에 미충족되고 있는 정신건강 치료요구에 적합한 중장기적인 대응방안을 마련하는 밑바탕이 될 수 있다.

1.2. 우리사회 정신건강의 현 주소

우리나라는 해방이후 급속한 산업화, 세계화를 통한 가시적 성과들인 경제적 물질적 발전을 이룩했으나, 전통적 가치관의 변화나 연대의식 상실, 경쟁구도 강화 등의 예기치 못했던 무형의 변화 또한 겪고 있다. 한편 최근에는 경기 침체와 회복의 부침 속에 양극화, 실업률의 증가가 발생하고 있으며, 인터넷·스마트기기의 확대 보급, 독신 가구의 증가 등 생활 양상의 변화를 경험하고 있다. 사회의 빠른 변화 속에서 우리 사회의 정신질환과 관련 문제들이 빠른 속도로 증가하고 있다.

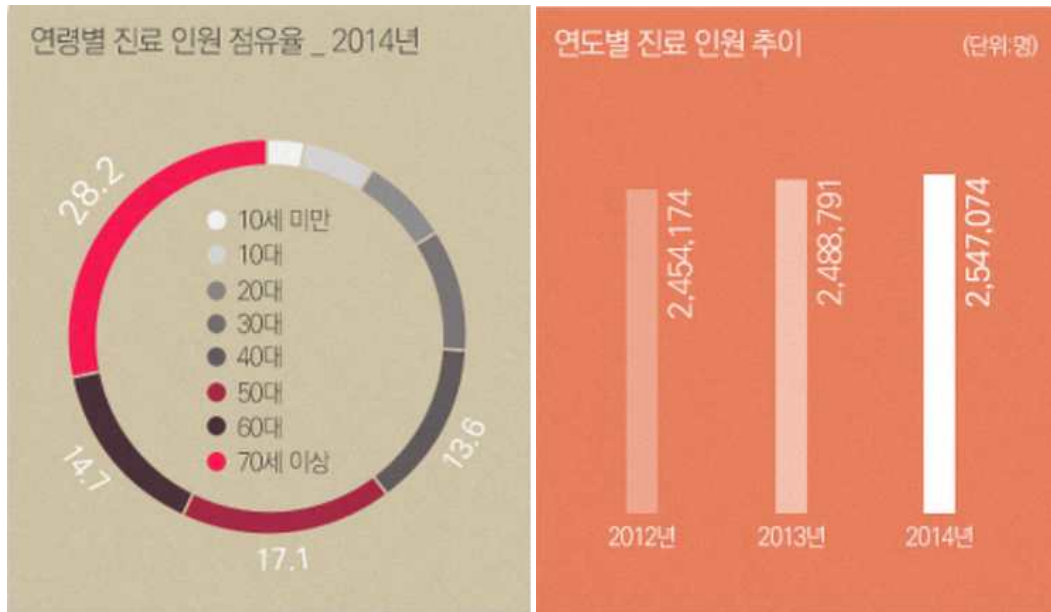
우선, 우리보다 앞서 근대화, 산업화를 일궈낸 다른 OECD 국가 인구 10만 명 당 자살률에 비교하면 우리나라의 자살률은 다른 국가 평균의 2배 이상으로 심각한 수준이다<그림 1>(OECD, 2014). 2015년 통계청 자료에 따르면 인구 10만 명 당 자살율이 26.5명으로, 이는 역대 최고 수준을 기록한 2011년 31.7명을 기점으로 감소하는 양상이지만, 여전히 5대 사망원인에 포함되어 있는 우리 사회의 중요 문제이다

그림 1. OECD 국가 인구 10만 명 당 자살률



(통계청, 2015).

그림 2. 2014년 정신 및 행동장애 연령별 진료 인원 점유율과 연도별 진료 인원의 추이

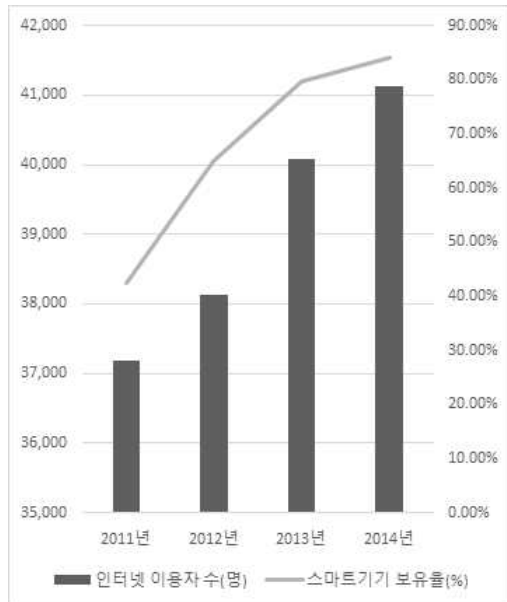


더불어, 전통적으로 사회의 기본단위로 여겨졌던 가족의 형태, 개념에 변화가 일어나고 있다. 1인 가구가 늘어나 27%에 달하고 있고(통계청, 2015), 늦은 초혼과 증가하는 이혼은 저출산과 사회의 고령화로 이어지고 있다. 노인 인구는 2015년 662만 명으로 2010년 542만 명에서 약 120만 명 증가하였으나(통계청, 2015) 전통적 가족 체계로부터의 변화로 인해 오늘날에는 적절한 부양을 받지 못하고 있는 노인이 많은 것이 현실이다. 노인인구의 급증과 가족 지지체계의 상실은 의료비 증가, 노인 우울증의 증가 등의 문제로 이어지고 있다. 그렇지만, 늘어나는 1인가구의 비율이 반영하듯 공동체 중심의 사회로부터 개인화되고 있는 현실로 인해, 정신질환자에 대한 가족 내 부양능력이나 지역사회 지지체계는 급격히 약화되어간다. 건강보험심사평가원 자료에 따르면 2014년 F00-99, G40, G41에 해당하는 정신 및 행동장애의 진료인원 점유율은 50대 이상이 절반 이상을 차지하고 있는데, 사회전반적인 고령화와 가족 지지체계의 약화로 인한 해당 질환군에 대한 연도별 진료인원의 지속적 증가 추세는 앞으로도 예상된다. (건강보험심사평가원, 2015)<그림 2>.

그림 3. 강남역 살인사건 뉴스보도
(2016년 5월 23일, KBS뉴스)



그림 4. 인터넷 이용자 수와 스마트기기 보유율 변화



2016년 5월 강남역 살인사건<그림 3>이 발생한 이후 중증 정신질환자들에 대한 현황과학과 치료 및 재발방지를 위한 사회안전망 구축에 대한 사회적 요구가 높아졌다. 한편 혼자 술 마시고 혼자 밥 먹는다는 뜻인 ‘혼술·혼밥’의 유행으로 우울증, 알코올 의존 문제들이 우려되고 있는 상황이며, 인터넷·게임이 혼합된 새로운 기기인 스마트폰의 사용이 폭발적으로 증가함에 따라 해당 신기술 관련 문제에 대해서도 꾸준한 관심이 요구되고 있다(미래창조과학부, 2015)<그림 4>.

각종 정신건강 문제들이 사회 곳곳에서 관찰되지만 여전히 우리사회의 정신건강서비스 이용은 저조하다. 정신건강서비스 사용률은 2001년 8.7%, 2006년 11.4%, 2011년 15.3%로 증가하였으나 선진국에 비하면 아직 낮은 수준이다. 미국은 1990년에 11.2%에서 2010년에 39.2%로 정신건강서비스에 대한 접근성이 대폭 상승하였다. 또한 2011년 정신건강실태조사 결과에 비추어 각 정신질환별 정신건강서비스 이용률을 보면, 정신병적 장애가 25.0%, 기분장애가 37.7%, 불안장애가 25.1%, 알코올 사용장애가 8.6%, 니코틴 사용장애가 10.6%, 신체화장애가 16.7%로 알코올 사용장애 환자의 정신건강서비스 이용비율이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 불충분한 정신건강서비스 이용은 개인의 기능장애와 사회적 비용 손실을 초래하게 된다.

2. 연구의 필요성

2.1. 정신질환에 대한 사회적 관심의 증대와 역학조사의 목적

전 세계적으로 정신질환에 대한 관심이 지속적으로 증가하고 있는 이유로는 높은 유병률과 그에 따르는 사회경제적 파급력이 큰 것으로 추산되기 때문이다. 1980년부터 2013년까지 세계 63개국에 걸쳐 진행되었던 174개의 역학연구를 통해 추정해 보았을 때, 세계 인구 다섯 명 중 한명(17.6%)은 조사 시점으로부터 1년 사이에 기분장애, 불안장애, 물질사용 장애 등 흔한 정신질환을 앓아본 경험이 있을 것으로 추정된다고 하며, 약 29.2%는 일생동안 한번 이상의 흔한 정신질환을 경험했을 것이라고 추산되었다(Steel, 2014). 우리나라의 경우 2011년 정신질환실태 역학조사 결과에 따르면, 지난 일 년 간 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자가 16.0%, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하면 10.2%으로 조사되었다. 2010년 인구주택총조사 결과를 표준인구로 삼아 국내 추정 정신질환자수를 추산할 경우 조사가 실시된 2011년 기준으로 지난 1년 사이, 만 18세 이상 만 74세 이하에서 니코틴 사용장애를 제외한 정신장애를 경험한 사람은 남자 2,071,597명, 여자 2,802,958명으로 총 4,873,160 명으로 추산할 수 있으며, 알코올, 니코틴 사용장애를 제외한 경우 남자 1,098,847명, 여자 2,585,955명, 전체 3,681,943명으로 추산된다.

한편, 높은 이환율에 더불어 정신질환으로 인한 사회경제적 부담에 대한 많은 논의가 이루어지고 있다. 세계보건기구(WHO)가 진행한 2010년 세계 질병 부담 연구에 따르면, 전체 장애보정손실년수(Disability-adjusted life-years, DALY)에서 정신·신경계·물질사용 질환으로 인한 DALY가 10.4%를 차지하고 있으며, 그 중 정신질환이 56.7%, 물질 사용 장애는 14.7%로 추산되었다<그림 5>. 한편, 장애생활년수(Years lived with disability, YLD)의 경우, 전체 YLD중 가장 높은 수치인 28.5%가 정신·신경계·물질사용 질환에 의한 것으로 추산되었다(Whiteford 등, 2015). 우리나라의 경우 1998년도부터 2002년 상반기까지 추적조사 한 한국인의 주요 질병부담 요인 연구(Yoon 등, 2004)에 의하면, 한국인의 질병부담 순위에서 단극성 우울증(Unipolar depressive disorder)이 8위, 조현병(Schizophrenia)이 14위로 추정된 바 있다(Yoon 등, 2004)<그림 6>.

그림 5. 정신, 신경계, 약물 사용장애에 의한 장애보정손실년수

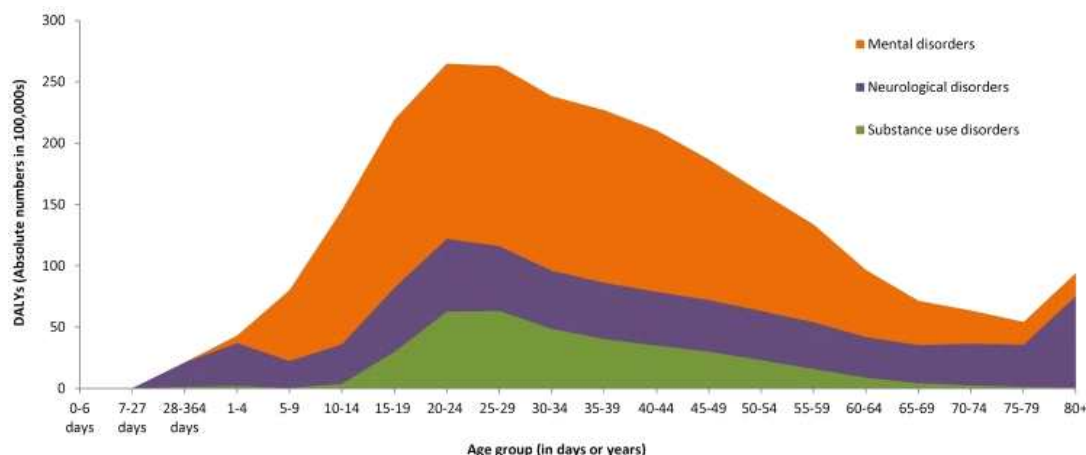
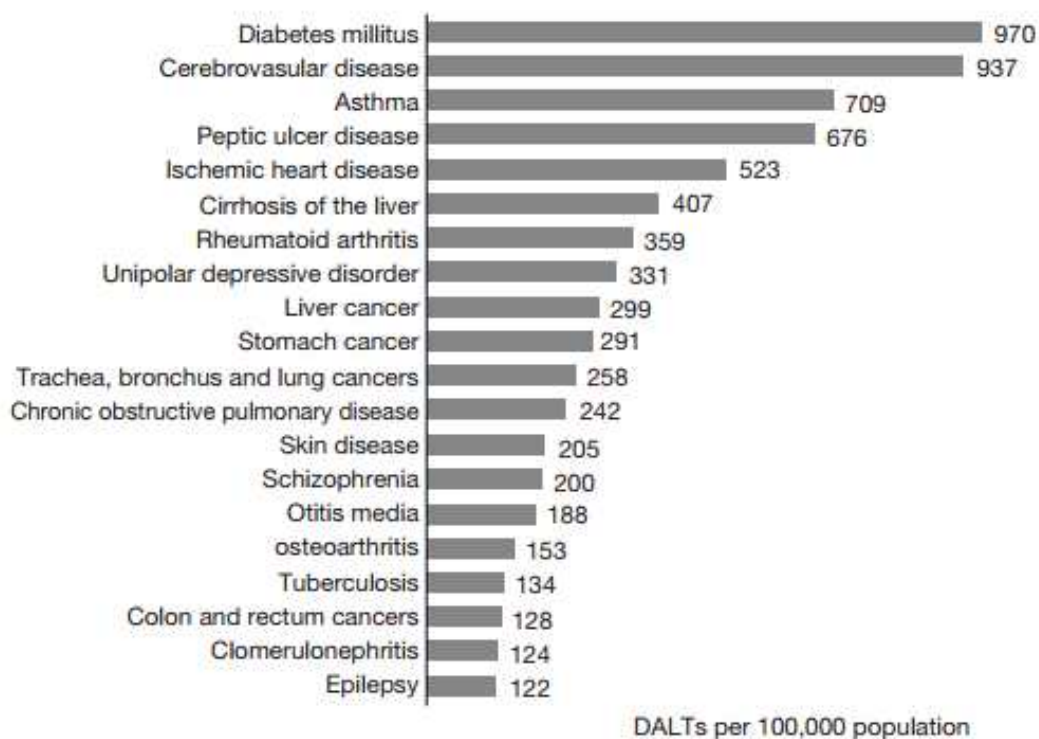


그림 6. 한국인에서의 질병부담 상위 20개 질환(사고로 인한 손상은 제외됨)



국내에서는 8위에 오른 단극성 우울증의 경우, WHO 연구에서 고소득 국가의 질병부담 원인으로 1위로 나타나고 있고, 아직 국내 연구에서 주요 20개 질병부담 원인에 포함되지 않은 알코올 사용장애가 고소득 국가 질병부담 원인 5위에 오른 점은 소득증대와 사회발전을 꾀하고 있는 우리사회에 시사하는 바가 크다. 한편, 2006년 발표된 정신질환의 질병부담 추정 연구(Park 등, 2006)에 따르면 우울증은 우리사회에서 암보다 큰 부담으로 작용하고 있는 것으로 추산되었고, 그로 인해 4조 이상의 사회경제적 비용이 소모된다고 한다(Chang 등, 2011). 실제로 2008년부터 2015년도까지 만성질환 진료현황을 살펴보았을 때 정신 및 행동장애에 대한 진료비가 연평균 11.7% 가량 증가일로에 있어(건강보험심사평가원, 2015), 정신질환으로 인한 건강보험 진료비가 연간 3조 839 억 원으로 추정된 바가 있으며(건강보험심사평가원, 2015), 질환의 치료에 소모되는 직접비 이외에 유무형의 사회적 간접비용을 고려하면 정신질환이 우리사회에 가하는 부담은 대폭 증가할 것으로 보인다.

더불어, 개인미디어의 확산과 정보의 공유가 급속히 빠르게 이루어지고 있다는 점 또한 정신질환에 대한 사회적 관심을 증폭시키고 있는 것으로 보인다. 우리 주변에서 끊임없이 발생하는 예기치 못한 사건 사고들이 사회 곳곳에 쉽게 퍼져나가게 된다는 점은 그로 인한 불안감을 증폭시키는데 일조한다. 특히 2016년에는 온 사회를 떠들썩하게 만든 ‘강남역 살인사건’의 피의자가 조현병 증상을 앓고 있던 정신질환자였음이 널리 알려지면서 정신질환자들에 대한 관심 필요성에 대한 공감대가 퍼지고 있고 우리 사회 정신질환의 현황에 대한 과학적인 조사에 대한 목소리가 어느 때 보다도 높다고 할 수 있겠다.

사회 전반적인 정신질환의 현황을 정확히 파악하기 위해서는 역학연구를 통한 질병의 유병률, 관련 요인, 의료서비스 이용실태 등의 조사가 이루어져야한다. 정신질환의 역학에 대한 과학적인 조사는 각 질환의 분포와 위험요인을 산출함으로써 정신의학 연구의 기초 자료를 제공하는 동시에 나아가, 질병으로 인한 사회적 부담을 낮추기 위한 국가 정신보건 정책 수립에도 기여할 수 있다.

우리나라에서는 1995년 정신보건법 제정 이래 다양한 정신보건사업이 진행되어왔다. 정신보건법에 근거하여 지역사회 정신보건사업이 실시되었고, 이후 정신보건센터, 아동, 청소년 정신보건사업, 정신요양시설 및 사회복지시설 운영 보조, 알코올 상담센터 운영 지원 등의 사업이 이루어져왔다. 2005년부터는 자살 등 위기 상담전화 운영, 2006년부터는 생명사랑 및 자살예방사업 추진을 시행하였고, 2007년에는

국가 알코올 종합대책 파랑새플랜 2010을 추진하였다. 2011년에는 정신질환에 대한 편견 해소 및 인식 개선, 지역사회 정신보건 체계 및 기반 확충, 정신질환자 치료여건 개선 및 권익증진을 기본 방향으로 하는 정신보건 사업이 진행되었다. 2014년에는 중앙심리부검센터 운영 지원이 시작되었으며, 2015년에는 국립정신건강센터 설립 및 국립정신병원 내 정신건강사업과를 신설하는 등 다양한 정신보건 사업이 시행되고 있다(보건복지부, 2016).

따라서 사회 정신건강의 실태와 그 변화를 조사하여 파악하는 것은 현재 상황에 대한 평가에서 나아가 다양한 정신보건사업을 평가하고, 우선순위를 결정하며, 앞으로의 정책의 방향을 결정하는데 있어 필수적이라 할 수 있다.

2.2. 정신질환실태 역학조사의 법적 근거와 활용 방안

본 조사는 정신보건법의 제4조 2에 명시된 법령에 따라 매 5년마다 진행된다. 보건복지부장관은 정신보건법 규정에 맞춰 정신질환자 실태조사가 5년마다 실시되어야 한다고 규정하고 있고, 보건복지부령으로 해당 조사의 방법, 내용에 대해서도 구체적으로 기술되어 있다(보건복지부, 1995)<표 1>. 해당 법령이 제정되어 공포된 1995년 이래로 제4조 2는 정신질환자 실태조사의 진행에 대한 법적 근거가 되어오고 있다.

정신보건법 제 4조 2에 따라 2001년부터 5년마다 진행되어온 본 연구는 주요 정신질환의 유병률, 공존질환, 관련요인, 정신건강서비스 이용실태 등을 파악하게 된다. 도출된 결과는 정신질환 예방과 관리, 및 정신건강 증진 정책의 수립과 평가에 기초 자료로 활용되어, 국가 보건정책 수립에 기여하고 정책의 효과를 검증할 수 있게 할 것이다. 더불어 횡문화적, 횡국가적인 정신질환 실태의 비교가 가능한 통계자료를 확보할 수 있게 될 것이다.

표 1. 정신질환자 실태조사의 법적 근거

법령	내용
정신보건법	<p>第4條의2(實態調査) ①保健福祉部長官은 이 法의 적절한 施行을 위하여 精神疾患患者의 實態調査를 5년마다 實施하여야 한다.</p> <p>②第1項의 規定에 의한 調査의 方法과 內容 등에 관하여 필요한 사항은 保健福祉部令으로 정한다.</p>
정신보건법 시행규칙	<p>제1조의2(실태조사의 방법 및 내용)</p> <p>①정신보건법(이하 “법”이라 한다) 제4조의2의 규정에 의하여 정신질환자의 실태조사를 하는 경우 그 조사방법은 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 가구를 직접 방문하여 하는 가구조사 2. 의료기관 및 사회복지시설 등 시설을 방문하여 하는 시설조사 3. 국민건강보험 및 의료급여관련 자료에 의한 조사 4. 기타 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 방법에 의한 조사 <p>②법 제4조의2의 규정에 의하여 정신질환자의 실태조사를 하는 경우 조사사항은 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환자의 성별·연령·학력·결혼상태 및 가족상황에 관한 사항 2. 정신질환의 발생원인·유형 및 정도에 관한 사항 3. 정신질환자의 치료경력, 의료서비스 이용행태 및 치료비용에 관한 사항 4. 정신질환자의 취업·직업훈련·소득·주거·경제상태 및 복지서비스 정도에 관한 사항 5. 서비스요구도 기타 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항 <p>③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의한 조사와 관련하여 필요하다고 인정하는 경우에는 조사사항의 일부에 대하여 임시조사를 할 수 있다.</p>

3. 국내·외 역학 연구 현황

3.1 과학적 진단체계와 진단도구의 도입

1980년대 이전의 연구자들은 단순한 검사척도를 이용하여 기본적인 질병 유무의 가능성을 구하거나(Langner, 1962) 또는 복잡한 절차를 거쳐 훈련되고 평가되는 숙련된 임상 의사가 진행하는 비용이 많이 드는 진단 평가(Endicott, 1978)로 제한되어 있었다. 후자는 숙련된 임상 의사가 많은 선진국의 좁은 지역대상의 연구에서는 효용성이 있었지만, 대부분의 그 외 상황에서는 그렇지 못했다(Weissman, 1978). 이런 제한점은 정신장애를 평가할 수 있는 정교하고 객관적인 진단체계와 진단도구가 부족했기 때문이다. 이후로 과학적인 진단체계와 진단도구를 통해 신뢰성 있는 역학 연구 결과를 얻을 수 있게 되었다.

1980년대 이후 정신의학 역학 조사의 새로운 옵션이 등장한 것은 구조화된 진단 도구인 Diagnostic Interview Schedule(DIS; Robins 등, 1981)가 개발된 덕분이었다. DIS는 최초의 완전 구조화된 정신 질환 진단 도구이고 임상 의사가 아닌, 훈련된 일반인에 의해 시행 가능하다. DIS의 개발은 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)에서 개발한 진단체계인 정신질환 진단통계 지침서 3판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III)을 기초로 진행되었다. 이를 바탕으로 미국 내 전역에 대한 역학조사인 Epidemiologic Catchment Area(ECA) 연구(Regier 등, 1984)가 이루어지면서 대규모 지역사회 정신보건에 대한 현황 파악의 첫 걸음이 시작된 것으로 평가된다(Robins, 1991; Aderibigbe, 1995). 이후로 ECA 결과는 광범위하게 전파되어 전 세계의 유사한 조사에서 ECA 방법론 및 도구 사용이 채택되었다(Horwath, 2000).

ECA 이후로 전 세계의 정신건강 관련 조사에서 DIS가 활용되기 시작하였으나, 최초의 DIS가 DSM-III를 기준으로 만들어졌기 때문에, 이후로 정신장애에 대한 국제 진단기준이 DSM-III-R, 이어서 DSM-IV, DSM-IV-R등으로 변화하였다는 점, 더불어 미국으로부터 시작된 DSM 진단기준과는 다르게 세계보건기구(WHO)에서 개발한 International Classification of Disease (ICD) 진단 기준을 사용하는 유럽 국가들이 있다는 점 등의 이유로 DIS를 대체할 새로운 도구의 등장 필요성이 커졌다. 더불어 DIS는 질환의 심각도에 대한 정보가 제공되지 않는다는 한계가 있었고, 향후 조

사는 질환의 심각성 평가에도 초점이 맞추어져야 한다는 점에 공감대가 형성되었다(WHO, 2015). 그 결과, 세계보건기구(WHO)와 미국의 Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)에서 DSM과 ICD 두가지 진단체계를 아우르며 횡문화적인 국가간 비교연구를 가능하게 하여 여러 지역에서의 정신건강 문제들을 평가할 수 있는 새로운 역학조사용 진단도구인 Composite International Diagnostic Interview(CIDI)를 개발하였다(Robins 등, 1988). 이후로는 미국에서 진행된 NCS(National Comorbidity Survey), WHO에서 진행된 세계정신역학연구 등에서 CIDI(Composite International Diagnostic Interview)를 광범위하게 사용하기 시작했고, 국내에서도 2001년 전국 정신질환 실태조사 이후로 한국어판 (K-CIDI)가 활용되고 있다(보건복지부, 2001)<그림 7>.

그림 7. 본 조사에 사용된 한국어판 CIDI 2.1 버전



Area:

No.

한국어판

**COMPOSITE INTERNATIONAL
DIAGNOSTIC INTERVIEW
(K-CIDI)**

CORE VERSION 2.1

2016년

면담완료	
검토완료	
입력완료	


 보건복지부



3.2. 국외 연구현황

2차 세계대전이 종결된 이후로 정신 질환에 대한 조사들이 이루어지기 시작했으나 (Regier 등, 1984)<표2>. 국가간 비교는 진단 방법의 불일치성으로 인해 어려움이 있었다. 정신 질환의 패턴과 예측 자에 대한 전국적인 대표 데이터의 필요성은 전 세계적으로 정신 건강 정책 기획자들에 의해 인식되었지만 1980년대 이전에 그러한 조사를 실시하는 것은 극히 어려웠다(WHO, 2015). 그러나 1980년대 이후로는 Diagnostic Interview Schedule(DIS)의 등장에 힘입어 ECA(Epidemiological Catchment Area) 연구(Regier 등, 1984)가 진행되었고, 1990년대, 2000년대에는 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)를 활용한 NCS(National Comorbidity Survey)가 진행되었다. 그러나 앞선 예인 ECA, NCS 등은 같이 미주 지역을 중심으로 제한적인 역학조사가 이루어져왔던 것이고, 국가 간 동시진행, 직접적인 비교가 이루어진 것은 아니었다. 이후로 점차 정신건강의 증진을 위한 보다 체계적이고 세계적인 대규모 역학 연구가 선행되어야 한다는 공감대가 형성되어 2000년대 이후 세계보건기구 세계정신건강조사(WHO World Mental Health Surveys)가 진행되고 있다.

표 2. 1980년대 이전, 북미지역에서 진행되었던 정신 질환 역학 연구들

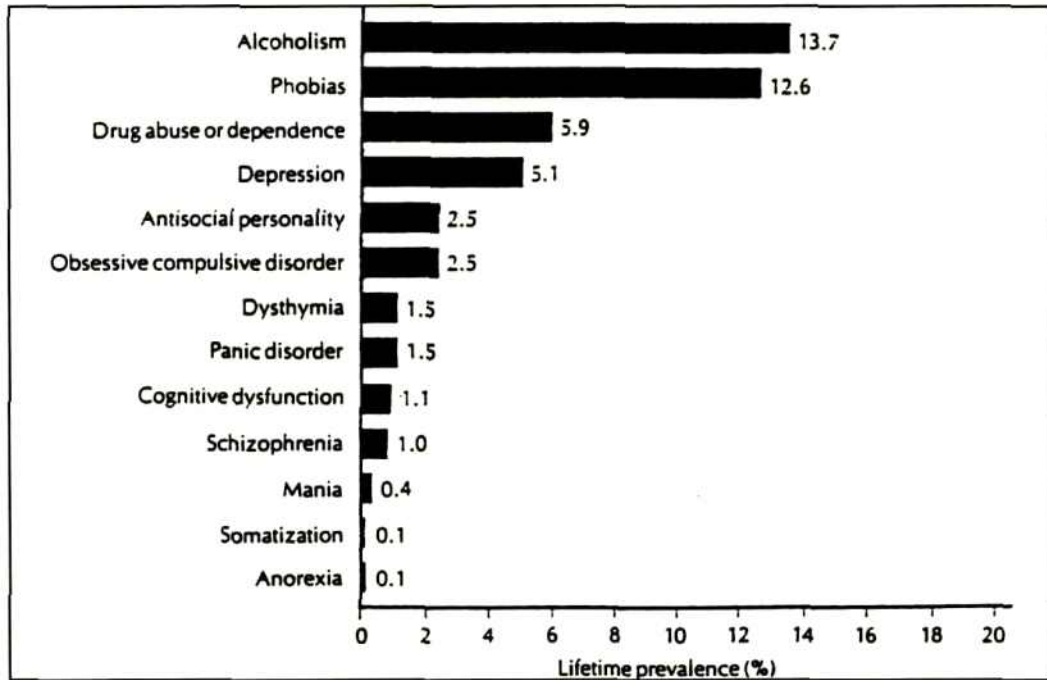
	Stirling County	Baltimore	M i d t o w n Manhattan	New Haven, Conn
조사 년도	1952	1953/54	1954	1967-1975
총 조사 대상자	20,000	966,000	175,000	72,000
대상자의 특성	시골 지역 가장(household heads)	도시 지역 모든 연령대	도시지역 성인 노인은 제외	도시지역 성인
연령 범위	18세 이상	모든 연령대	20-59	26세 이상
조사 완료 숫자	1,010	809	1,660	511
조사 완료율, %	95.5	62.6	87	89

3.2.1. ECA(Epidemiological Catchment Area) 연구

1980년대 미국 국립정신보건원(National Institute of Mental Health, NIMH)의 주관 하에 다섯 군데 대학병원의 참여로 ECA연구가 진행되었다(Regier 등, 1984). 이는 1960년대 이후 정신질환에 대한 유전학, 분자생물학, 정신약물학, 의학통계학 등의 발전에 따라서 새롭게 시도된 정신질환의 역학연구 모델이라 평가받는다. 이 연구에서는 다단계집락추출법(Multi-stage cluster sampling)을 이용하여 5개 지역(뉴헤이번, 더햄, 로스앤젤레스, 세인트루이스, 볼티모어)에서 각 지역 당 각각 3,000명 이상 표본을 추출되었고, 전체 20,861명에 대한 조사가 완료되었다. 검증된 체계적 면담 도구인 DIS-III(Diagnostic Interview Schedule-III)를 사용하여 각 정신질환의 시점, 기간, 평생유병률을 사회인구학적 요인과의 관계와 함께 제시하였다. 이는 구조적 면담도구인 DIS-III가 활용되었다는 점 외에도, 면담도구에 대한 신뢰도 및 타당도, 통계적 표본 추출방법, 진단에 있어 컴퓨터 알고리즘을 활용한다는 점 등에서 이전의 연구로부터 진일보 한 것이었다. 연구 결과 알코올 사용장애가 13.7%, 공포증 12.6%, 약물 사용장애가 5.9%, 우울장애가 5.1%, 조현병이 1.0%로 나타났다(Norman, 1994)<그림 8>.

ECA 연구의 의의로는 첫째로, 권역들 간 유병률과 특정 증상의 순위가 일관되게 관찰되어 문화가 서로 다른 나라간에도 유사한 유병률을 보였다는 점과(Robins 1988), 둘째로는 주요 정신질환 유병률과 정신건강서비스 이용에 대한 포괄적인 자료가 축적되어 지역사회에서 사례확인과 정신질환의 병리학적 연구들도 이어질 수 있게 되었다는 점이 있다.

그림 8. ECA (Epidemiological Catchment Area)에서 주요질환 유병률과 치료율



3.2.2. NCS (National Comorbidity Survey) 연구

1990년대에는 미국 미시간대학Michigan University 주관으로 NCS-1이 수행되었다 (Kessler 등, 1994). 앞서 언급된 ECA 연구에서 제기되었던 문제점, 부족한 점들을 보완하였으며 특히 정신질환간의 동반이환율이 평가되었다는 점에 주목할 필요가 있다. 이로 인해 정신질환의 역학을 개별적으로 평가하는 한계에서 벗어나 각 질환들 간의 연관성, 상호작용에 대한 체계적 연구의 틀이 마련될 수 있었다. NCS 연구에서는 표본을 추출에 있어 다단계 층화 추출방법이 활용되었고, 미국 48개 주에서 총 8,098명이 CIDI를 사용한 조사에 참여하였다. 이후 2001년부터 2002년까지 NCS-1의 조사대상자 중 약 5000명에게 재 면담을 시행한 NCS-2가 수행되었다. NCS-2는 NCS-1로부터 10년이 지난 뒤 그 사이에 발생한 정신질환, 물질사용장애의 변화 양상에 대한 정보를 수집하였다. 동시에 2001년부터 2003년까지 9,282명을 대상으로 한 NCS-R(National Comorbidity Survey Replication)이 시행되었다. NCS-R에서는 NCS-1에서 조사되지 못한 내용이 보충되어 심층적인 조사가 이루어졌는데,

그 결과 DSM-IV 기준으로 전체 주요질환의 12개월 유병률은 26.2%, 불안장애 18.1%, 기분장애 9.5%, 충동조절장애 8.9%, 물질관련 장애 3.8%로 조사되었다<그림 9>. 한편, 기존 연구들에 포함되지 못했던 청소년군에 대한 연구로 2001년부터 2004년까지 NCS-A(National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement)가 대략 10,000명의 청소년을 대상으로 이루어지기도 하였다<그림 10>.

그림 9. NCS-R (National Comorbidity Survey Replication)에서 주요질환 12개월 유병률

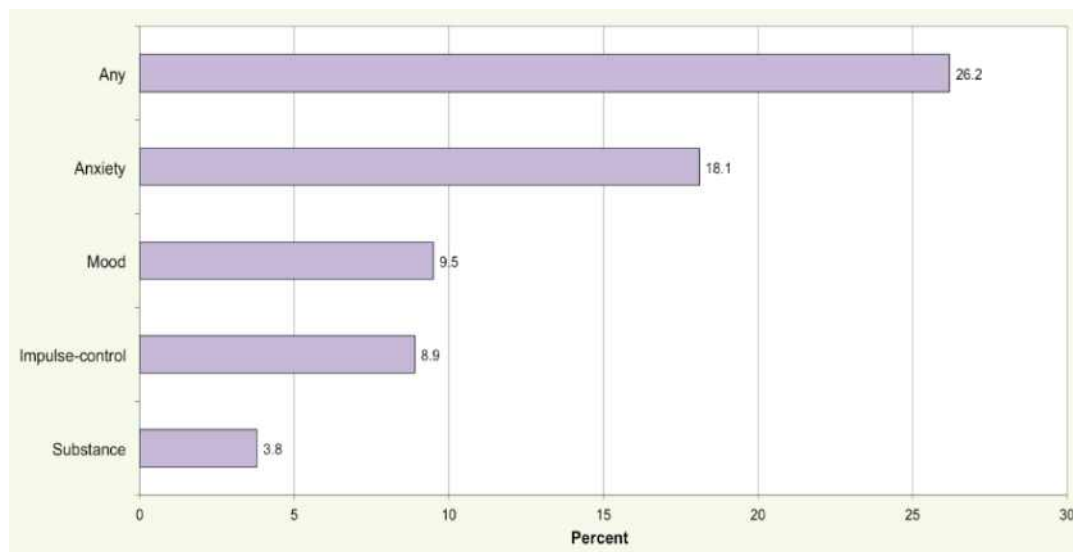


그림 10. NCS-A의 질문지 첫 페이지

30-DAY SYMPTOMS

*NSD1. (RB, PG 42) In the past 30 days, how often did you have each of the following experiences:

(IF NEC: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, or none of the time?)	ALL (1)	MOST (2)	SOME (3)	A LITTLE (4)	NONE (5)	DK (8)	RF (9)
*NSD1a. How often did you feel irritable or grumpy – all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, or none of the time??	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1b. How often did you feel mad or angry?	1	2	3	4	5 GO TO *NSD1q	8	9
*NSD1c. How often did you become so angry that you felt out of control?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1q. How often did you feel tired out for no good reason?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1r. How often did you feel nervous?	1	2	3	4	5 GO TO *NSD1t	8	9
*NSD1s. How often did you feel so nervous that nothing could calm you down?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1t. How often did you feel hopeless?	1	2	3	4	5	8	9

(IF NEC: all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, or none of the time?)	ALL (1)	MOST (2)	SOME (3)	A LITTLE (4)	NONE (5)	DK (8)	RF (9)
*NSD1u. How often did you feel restless or fidgety?	1	2	3	4	5 GO TO *NSD1w	8	9
*NSD1v. How often did you feel so restless you could not sit still?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1w. How often did you feel depressed?	1	2	3	4	5 GO TO *NSD1y	8	9
*NSD1x. How often did you feel so depressed that nothing could cheer you up?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1y. How often did you feel that everything was an effort?	1	2	3	4	5	8	9
*NSD1z. How often did you feel worthless?	1	2	3	4	5	8	9

*NSD2. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *NSD1a - *NSD1z)

AT LEAST ONE RESPONSE CODED '1' - '4' IN *NSD1 SERIES..... 1
ALL OTHERS..... 2 GO TO *NSD4

3.2.3. 세계정신건강조사(World Mental Health Surveys)

정신질환의 유병률을 한 국가 내에서 평가하던 한계를 벗어나, 세계 각국의 정신 질환 유병률을 조사하고 비교할 경우, 국가 내 정신건강 현황에 대한 상대적인 평가가 가능해지고, 국가가 제공하는 정신건강 서비스의 효과를 객관적으로 평가할 수 있게 된다는 장점이 있다. 따라서 이전 연구들(ECA, NCS 등)과는 달리 전 세계적으로 표준화된 방법으로 국가 간 정신질환실태를 조사하고자 하는 필요성에 부응하기 위해 세계보건기구(WHO)에서는 전세계적 정신건강조사를 진행하고자 하였다(Kessler, 1999). 이 움직임에 따라 2001년 이후로 많은 나라에서 CIDI를 활용한 정신질환에 대한 유병률 조사가 진행되었다(Demyttenaere 등, 2004). 2016년 현재까지 연구에 참가한 국가와 표본 크기, 응답률은 다음 <표 3>와 같다.

세계정신건강조사(World Mental Health Surveys, WMH Surveys)는 이전의 ECA, NCS 와 달리 장애의 중증도에 대한 측정, 장애에 대한 측정이 포함된다는 장점이 있다. 장애에 대한 측정은 세계적으로 통용되는 전반적 기능에 대한 평가인 WHO-DAS(WHO disability Assessment Schedule), SDS(Sheehan Disability Scales) 이 포함된다(Leon 등, 1997)<표 4>. 임상 적으로 검증 된 WMH 결과를 살펴보면, WMH 조사에서 평가 된 ICD 및 DSM 으로 진단되는 장애가 실제로 많은 국가의 일반 인구에서 매우 널리 퍼져 있으며 전반적으로 높은 유병률이 관찰되고 있다. WMH 조사는 종단연구(longitudinal study)가 아닌 횡단연구(cross-sectional study)이기 때문에, 시간 경과에 따른 변화를 연구하거나 원인과 결과에 대한 추론을 도출하기에는 어렵다는 한계가 있다. 더불어, WMH 조사에서 이루어진 진단들의 신뢰도 타당도가 국가별로 다양할 수 있다는 점 또한 잠재적인 한계로 평가된다.

2004년에 14개국의 완료된 조사를 분석하여 발표된 결과에 따르면 미국의 정신질환의 일년유병률은 26.4% 였으며, 유럽 국가들의 경우 8.2%~20.5% 정도로 조사되었다. 동아시아의 경우는 4.3%에서 9.1%로 이보다 낮은 수준이었다. 특히 기분장애에 있어서 동아시아의 경우 1.7%에서 3.1%로 3.5%이상인 서구 국가들에 비해서 상대적으로 낮은 유병률을 나타내었다(Demyttenaere 등, 2004)<표 5>. 약물의 사용은 특히 미국, 우크라이나, 네덜란드 등에서 높은 편이었다. 또한, 아직도 다수의 정신질환 이환자들이 정신건강서비스를 이용하지 않음을 보고하였다. 치료를 받은 비율은 심각한 정신질환이 있는 경우에 선진국은 절반 이상에서 치료를 받은 반면에,

개발도상국은 20%에서만 치료를 받고 있는 것으로 나타났다. 이후 수차례 여러 논문에서 각 나라 별 정신장애 이환율과 각 나라의 유병률을 합산하여 분석한 결과를 보고하였다.

2007년에 Kessler 등은 16개국에 대한 WMH 결과를 분석하여 정신질환 발병연령 비교에 대한 연구를 발표하였다. 그 결과, 각 정신질환의 평균 발병연령으로 기분장애는 25~43세, 대부분의 불안장애는 24~50세, 중독장애는 18~29세로 추정되었다. 공포증 등의 불안장애의 경우 7~14세, 충동조절장애 7~15세로 다른 질환에 비해 낮은 편이었다. 대략 절반정도의 정신질환이 10대 중후반에 시작되고 75%정도의 질환이 20세 중반까지 발병하는 것으로 나타났다. 대다수의 질환이 젊은 연령에 발병함에도 불구하고 치료까지는 몇 년 이상이 걸리는 것으로 밝혀졌다(Kessler 등, 2007).

2011년 Bromet 등은 18개국, 89,037명을 대상으로 주요우울장애의 나라별 유병률을 분석하였다(Bromet 등, 2011). 이 연구에서는 미국, 프랑스, 독일, 벨기에, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 뉴질랜드, 스페인, 이스라엘을 고소득 국가로 분류하고 브라질, 콜롬비아, 인도, 레바논, 멕시코, 남아프리카공화국, 우크라이나, 중국을 저소득 국가로 분류하여 국가별 소득과 주요우울장애의 유병률을 비교하였다. 이에 따르면 나라별로 주요우울증의 평생유병률은 6.5%(중국)~21.0%(프랑스), 일년유병률은 2.2%(일본)~10.4%(브라질) 매우 넓은 범위에 다양하게 분포하는 것으로 나타났다. 고소득 국가의 경우 주요우울증의 평생유병률은 14.6%였으며, 저소득 국가의 경우 11.1%로 유의한 차이가 있는 것으로 밝혀졌다<표 6>. 1년 유병률은 고소득국가와 저소득국가 각각 5.5%와 5.9%로 차이가 없었다. 여자 대 남자의 비율은 2:1로 여자에서 더 많이 발병하였다.

최근 연구로는 18개국, 31,261명을 대상으로 나라별 정신증상의 경험(psychotic experience)의 평생유병률과 일년유병률을 분석한 것이 있다(McGrath 등, 2015). 이 연구에서는 콜롬비아, 이라크, 나이지리아, 중국 심천, 페루를 저소득 국가로, 브라질, 레바논, 멕시코, 루마니아를 중소득 국가로, 벨기에, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈, 스페인, 미국을 고소득국가로 분류하여 소득수준과 정신증상경험의 유병률을 비교하였다. 이 연구에 따르면, 평생동안 1회 이상의 정신증상을 경험할 평생유병률은 5.8%이었고, 일년유병률은 2.0%였다<표 7>. 또한 중간 또는 고소득국가에서, 남성보다 여성에서, 기혼보다 미혼에서, 무직이거나 가족소득이 낮은 경우 정신증상의 평생유병률이 높은 것으로 나타났다. 한편, 2015년 6월에 Kessler 등은 주요우울장애 중 45.7% 정도가 평생 하나 이상의 불안장애를 동반한다는 결과를 발표하였다(Kessler 등, 2015).

표 3. 세계정신건강역학연구 국가별 표본

Country	Survey	Years	Response Rate	Sample Size
Argentina	AMHES	2015	77.3%	3927
Australia	SMHWP	2007	60.0%	8841
Belgium	ESEMeD	2001-2	50.6%	2419
Brazil	Sao Paulo Megacity	2005-8	81.3%	5037
Bulgaria	NSHS	2002-6	72.0%	5318
Colombia	NSMH	2003	87.7%	4426
Colombia Medellín	- MMHHS	2011-12	97.2%	3261
France	ESEMeD	2001-2	45.9%	2894
Germany	ESEMeD	2002-3	57.8%	3555
Iraq	IMHS	2006-7	95.2%	4332
Israel	NHS	2003-4	72.6%	4859
Italy	ESEMeD	2001-2	71.3%	4712
Japan	WMHJ - Region 1	2002-6	59.2%	3416
	WMHJ - Region 2	2003-4	55.1%	1323
	WMHJ - Regions 3-5	2004-6	42.6%	1143
Lebanon	LEBANON	2002-3	70.0%	2857
Mexico	M-NCS	2001-2	76.6%	5782
Netherlands	ESEMeD	2002-3	56.4%	2372
New Zealand	NZMHS	2004-5	73.3%	12992
Nigeria	NSMHW	2002-4	79.3%	6752
Northern Ireland	NIMHS	2005-8	68.4%	4340
Peru	EMSMP	2004-5	90.2%	3930
Poland	EZOP	2010-11	50.4%	10081
Portugal	NMHS	2008-9	57.3%	3849
PRC ² Beijing	B-WMH	2001-3	74.8%	2633
PRC ² Shanghai	S-WMH	2001-3	74.6%	2568
PRC ² Shenzhen	Shenzhen-WMH	2005-7	80.0%	7134
Romania	RMHS	2005-6	70.9%	2357
South Africa	SASH	2002-4	87.1%	4315

* 세계정신건강역학연구 참여 국가 중 현재 연구가 완료되지 않은 곳을 포함.

표 4. 세계정신건강역학연구를 통해 도출된 장애에 대한 전반적 기능 평가 국가별 비교

	Past 30 days		Past 12 months ^b		> 12 months ago		No lifetime MDE		SD ^c	F
	Mean ± SE	n	Mean ± SE	n	Mean ± SE	n	Mean ± SE	n		
I. High-income										
Belgium	11.3 ± 3.3+	42	7.5 ± 2.1+	71	3.5 ± 0.5	254	3.2 ± 0.7	676	8.4	3.2*
France	13.6 ± 2.6+	38	6.6 ± 1.1 +	134	4.0 ± 0.5	476	3.2 ± 0.4	788	8.4	7.9*
Germany	15.3 ± 5.4+	36	4.1 ± 1.0	73	2.4 ± 0.4	263	2.7 ± 0.3	951	7.9	2.8
Israel	21.5 ± 2.4+	82	9.7 ± 1.0+	208	6.8 ± 0.8+	211	5.0 ± 0.2	4358	12.0	24.7*
Italy	15.4 ± 2.5+	58	6.3 ± 2.0+	71	3.0 ± 0.4+	323	2.1 ± 0.2	1327	6.8	13.5*
Japan	2.9 ± 2.6	11	2.9 ± 0.8+	49	1.5 ± 0.2	125	1.0 ± 0.2	882	4.4	2.3
Netherlands	17.9 ± 2.4+	42	5.7 ± 1.1	93	5.1 ± 0.4	341	4.1 ± 0.5	618	8.8	12.5*
New Zealand	11.7 ± 1.0+	292	5.0 ± 0.5+	606	3.2 ± 0.2+	1473	2.5 ± 0.1	5064	7.6	32.9*
Spain	15.7 ± 2.2+	109	6.1 ± 1.0+	138	4.3 ± 0.6+	425	2.1 ± 0.2	1449	7.6	24.9*
United States	15.8 ± 1.2+	297	7.6 ± 0.6+	496	4.3 ± 0.2+	1002	3.0 ± 0.2	3896	9.0	54.9*
Total	15.3 ± 0.7+	1005	6.8 ± 0.3+	1942	3.9 ± 0.1+	4903	3.0 ± 0.1	20,096	8.9	149.4*
II. Low- to middle-income ^d										
Sao Paulo, Brazil	12.9 ± 1.6+	260	6.8 ± 0.6+	280	4.1 ± 0.5+	413	1.8 ± 0.2	1989	7.8	44.0*
Colombia	5.1 ± 1.4+	82	3.3 ± 0.7+	194	1.8 ± 0.3+	316	0.9 ± 0.1	1789	4.2	11.1*
Pondicherry, India	2.3 ± 0.5+	71	3.2 ± 0.8+	83	1.5 ± 0.4	153	1.0 ± 0.1	1066	4.3	3.9*
Lebanon	9.3 ± 1.5+	72	3.7 ± 0.8+	71	3.4 ± 0.7+	162	1.5 ± 0.2	726	5.8	17.3*
Mexico	8.0 ± 1.8+	117	3.4 ± 0.7+	142	1.4 ± 0.3+	250	0.6 ± 0.1	1853	4.3	8.5*
Shenzhen, China	3.3 ± 0.5+	101	1.7 ± 0.4+	144	0.6 ± 0.1	138	0.5 ± 0.0	2093	2.4	16.9*
Ukraine	14.8 ± 1.2+	229	10.91.1+	159	6.8 ± 1.1+	238	3.7 ± 0.3	1093	9.7	46.3*
Total	10.1 ± 0.7+	932	5.2 ± 0.3+	1073	3.1 ± 0.2+	1670	1.3 ± 0.1	10,608	6.1	112.6*

표 5. 세계정신건강역학연구를 통해 도출된 국가별 정신질환 일년 유병률 비교

Country	% (95% Confidence Interval)				
	Anxiety	Mood	Impulse-Control	Substance	Any
Americas					
Colombia	10.0 (8.4-11.7)	6.8 (6.0-7.7)	3.9 (3.2-4.7)	2.8 (2.0-3.7)	17.8 (16.1-19.5)
Mexico	6.8 (5.6-7.9)†	4.8 (4.0-5.6)	1.3 (0.9-1.8)‖	2.5 (1.8-3.3)	12.2 (10.5-13.80)
United States	18.2 (16.9-19.5)	9.6 (8.8-10.4)	6.8 (5.9-7.8)	3.8 (3.2-4.5)	26.4 (24.7-28.0)
Europe					
Belgium	6.9 (4.5-9.4)	6.2 (4.8-7.6)§	1.0 (0.3-1.8)‖	1.2 (0.6-1.9)‡†	12.0 (9.6-14.3)
France	12.0 (9.8-14.2)	8.5 (6.4-10.6)§	1.4 (0.7-2.0)‖	0.7 (0.3-1.2)‡†	18.4 (15.3-21.5)
Germany	6.2 (4.7-7.6)	3.6 (2.8-4.3)§	0.3 (0.1-0.6)‖	1.1 (0.4-1.7)‡†	9.1 (7.3-10.8)
Italy	5.8 (4.5-7.1)	3.8 (3.1-4.5)§	0.3 (0.1-0.5)‖	0.1 (0.0-0.2)‡†	8.2 (6.7-9.7)
Netherlands	8.8 (6.6-11.0)	6.9 (4.1-9.7)§	1.3 (0.4-2.2)‖	3.0 (0.7-5.2)‡†	14.9 (12.2-17.6)
Spain	5.9 (4.5-7.3)	4.9 (4.0-5.8)§	0.5 (0.2-0.8)‖	0.3 (0.0-0.5)‡†	9.2 (7.8-10.6)
Ukraine	7.1 (5.6-8.6)‡†	9.1 (7.3-10.9)§	3.2 (2.4-4.0)¶##**	6.4 (4.8-8.1)‡†	20.5 (17.7-23.2)
Middle East and Africa					
Lebanon	11.2 (8.9-13.5)	6.6 (4.9-8.2)	1.7 (0.8-2.6)¶##**	1.3 (0.0-2.8)	16.9 (13.6-20.2)
Nigeria	3.3 (2.4-4.2)	0.8 (0.5-1.0)	0.0 (0.0-0.1)¶##**	0.8 (0.3-1.2)	4.7 (3.6-5.8)
Asia					
Japan	5.3 (3.5-7.0)†	3.1 (2.2-4.1)	1.0 (0.4-1.5)¶##**††	1.7 (0.3-3.0)	8.8 (6.4-11.2)
People's Republic of China					
Beijing	3.2 (1.8-4.6)†	2.5 (1.5-3.4)	2.6 (1.3-3.9)¶##**	2.6 (1.2-3.9)	9.1 (6.0-12.1)
Shanghai	2.4 (0.9-3.9)†	1.7 (0.6-2.9)	0.7 (0.4-1.1)¶##**	0.5 (0.3-0.6)	4.3 (2.7-5.9)

표 6. 세계정신건강역학연구로 도출된 소득에 따른 국가별 주요우울증 유병률의 비교

	Screen positive, mean \pm SE	Lifetime prevalence, mean \pm SE	Lifetime/Screen positive, \pm mean \pm SE	12-month prevalence, mean \pm SE	12-month/Screen positive, mean \pm SE	12-month/lifetime, mean \pm SE	Age of onset, median (IQR) ^b
I. High-income							
Belgium	49.4 \pm 2.5	14.1 \pm 1.0	28.5 \pm 1.9	5.0 \pm 0.5	10.0 \pm 1.0	35.2(2.8	29.4 (20.9 to 41.3)
France	65.0 \pm 1.7	21.0 \pm 1.1	32.3 \pm 1.4	5.9 \pm 0.6	9.0 \pm 0.9	27.9(2.6	28.4 (19.3 to 38.9)
Germany	43.1 \pm 1.4	9.9 \pm 0.6	23.0 \pm 1.3	3.0 \pm 0.3	6.9 \pm 0.6	30.1 \pm 2.1	27.6 (18.6 to 39.6)
Israel	45.1 \pm 0.8	10.2 \pm 0.5	22.6 \pm 1.0	6.1 \pm 0.4	13.5 \pm 0.8	59.6 \pm 2.3	25.5 (18.1 to 38.5)
Italy	44.9 \pm 1.7	9.9 \pm 0.5	22.1 \pm 1.0	3.0 \pm 0.2	6.7 \pm 0.5	30.2 \pm 1.9	27.7 (19.1 to 39.1)
Japan	29.9 \pm 0.8	6.6 \pm 0.5	22.2 \pm 1.4	2.2 \pm 0.4	7.4 \pm 1.2	33.3 \pm 4.2	30.1 (20.8 to 45.3)
Netherlands	53.2 \pm 1.6	17.9 \pm 1.0	33.6 \pm 1.8	4.9 \pm 0.5	9.2 \pm 1.0	27.3 \pm 2.6	27.2 (19.3 to 39.5)
New Zealand	61.9 \pm 0.6	17.8 \pm 0.4	28.7 \pm 0.6	6.6 \pm 0.3	10.6 \pm 0.5	37.0 \pm 1.5	24.2 (16.1 to 34.5) ^c
Spain	37.7 \pm 1.0	10.6 \pm 0.5	28.2 \pm 1.2	4.0 \pm 0.3	10.6 \pm 0.8	37.5 \pm 1.9	30.0 (19.7 to 44.3)
United States	62.0 \pm 0.9	19.2 \pm 0.5	30.9 \pm 0.7	8.3 \pm 0.3	13.3 \pm 0.5	43.1 \pm 1.2	22.7 (15.1 to 34.6)
Total	52.3 \pm 0.4	14.6 \pm 0.2	28.1 \pm 0.3	5.5 \pm 0.1	10.6 \pm 0.2	37.7 \pm 0.7	25.7 (17.3 to 37.2)
II. Low- to middle-income							
Sao Paulo, Brazil	66.0 \pm 1.0	18.4 \pm 0.8	27.9 \pm 1.1	10.4 \pm 0.6	15.8 \pm 0.8	56.7 \pm 1.5	24.3 (17.2 to 35.8)
Colombia	58.6 \pm 1.1	13.3 \pm 0.6	22.6 \pm 1.0	6.2 \pm 0.4	10.6 \pm 0.7	46.7 \pm 2.6	23.5 (15.6 to 33.6)
Pondicherry, India	25.0 \pm 0.9	9.0 \pm 0.5	35.9 \pm 1.5	4.5 \pm 0.4	18.0 \pm 1.4	50.0 \pm 3.0	31.9 (24.5 to 42.7)
Lebanon	57.7 \pm 1.8	10.9 \pm 0.9	18.9 \pm 1.3	5.5 \pm 0.7	9.5 \pm 1.2	50.0 \pm 3.7	23.8 (17.5 to 32.8)
Mexico	40.6 \pm 1.1	8.0 \pm 0.5	19.6 \pm 1.2	4.0 \pm 0.3	9.8 \pm 0.8	50.0 \pm 2.7	23.5 (16.7 to 34.0)
Shenzhen, China	54.6 \pm 0.9	6.5 \pm 0.4	12.0 \pm 0.7	3.8 \pm 0.3	6.9 \pm 0.5	58.0 \pm 2.6	18.8 (14.9 to 23.4)
South Africa	56.1 \pm 1.3	9.8 \pm 0.7	17.4 \pm 1.2	4.9 \pm 0.4	8.6 \pm 0.8	49.6 \pm 2.7	22.3 (15.8 to 33.8)
Ukraine	82.4 \pm 1.1	14.6 \pm 0.7	17.7 \pm 0.8	8.4 \pm 0.6	10.2 \pm 0.7	57.8 \pm 2.2	27.8 (18.7 to 39.6)
Total	54.1 \pm 0.4	11.1 \pm 0.2	19.8 \pm 0.4	5.9 \pm 0.2	10.5 \pm 0.3	53.3 \pm 0.9	24.0 (17.0 to 34.8)

표 7. 세계정신건강역학연구로 도출된 소득에 따른 국가별 정신증상 경험률의 비교

Country by Income Level ^a	Prevalence, No. (%) [SE] ^b				Total Sample, No. of Respondents ^c
	Lifetime			12-mo PE	
	Any PE	Any HE	Any DE		
Low and lower middle					
Colombia	73 (7.5) [1.2]	68 (7.1) [1.2]	11 (0.9) [0.3]	25 (2.1) [0.5]	722
Iraq	51 (1.2) [0.2]	46 (1.1) [0.2]	13 (0.4) [0.2]	25 (0.7) [0.2]	4329
Nigeria	39 (2.2) [0.5]	32 (1.7) [0.4]	16 (1.0) [0.4]	15 (1.0) [0.4]	1417
PRC	151 (5.3) [0.8]	116 (3.8) [0.6]	54 (1.8) [0.4]	45 (1.4) [0.3]	2468
Peru	36 (6.4) [1.4]	33 (6.1) [1.4]	7 (1.1) [0.4]	18 (3.3) [0.9]	530
Total	350 (3.2) [0.3]	295 (2.6) [0.2]	101 (0.9) [0.1]	128 (1.2) [0.2]	9466
Upper middle					
Brazil	548 (14.9) [0.9]	471 (13.3) [0.9]	183 (3.6) [0.3]	230 (5.6) [0.4]	2922
Lebanon	37 (1.9) [0.4]	30 (1.6) [0.4]	14 (0.6) [0.3]	15 (0.9) [0.4]	1029
Mexico	53 (4.1) [1.0]	49 (3.6) [0.9]	12 (0.8) [0.4]	22 (1.4) [0.4]	715
Romania	24 (1.0) [0.4]	21 (0.9) [0.4]	5 (0.1) [0.1]	9 (0.3) [0.1]	2357
Total	662 (7.2) [0.4]	571 (6.4) [0.4]	214 (1.7) [0.1]	276 (2.7) [0.2]	7023
High					
Belgium	32 (8.3) [2.5]	19 (5.0) [1.6]	20 (5.7) [2.3]	11 (4.1) [2.4]	319
France	27 (5.7) [1.4]	23 (4.9) [1.3]	7 (1.6) [0.6]	6 (1.3) [0.7]	301
Germany	25 (2.8) [0.5]	16 (1.8) [0.4]	13 (1.3) [0.3]	6 (1.0) [0.2]	408
Italy	38 (4.5) [0.8]	31 (3.5) [1.0]	16 (1.9) [0.6]	12 (1.3) [0.5]	617
The Netherlands	47 (10.8) [2.5]	41 (10.1) [2.5]	11 (1.6) [0.5]	13 (3.0) [1.2]	348
New Zealand	724 (6.9) [0.4]	667 (6.5) [0.4]	134 (0.9) [0.1]	271 (2.4) [0.2]	7263
Portugal	140 (5.2) [0.7]	106 (3.9) [0.5]	66 (2.6) [0.5]	43 (1.7) [0.3]	2053
Spain	91 (6.7) [1.5]	77 (5.8) [1.5]	35 (1.4) [0.4]	19 (0.9) [0.2]	1159
United States	249 (8.6) [0.9]	232 (8.2) [0.9]	41 (1.3) [0.2]	79 (2.8) [0.4]	2304
Total	1373 (6.8) [0.3]	1212 (6.2) [0.3]	343 (1.4) [0.1]	460 (2.2) [0.2]	14772
All	2385 (5.8) [0.2]	2078 (5.2) [0.2]	658 (1.3) [0.1]	864 (2.0) [0.1]	31261

3.3 국내 연구현황

국내 역학연구는 크게 2001년 이전과 2001년 이후 전국 정신질환 실태 역학조사 실시 이후로 나눌 수 있다.

3.3.1. 2001년 이전 국내 연구 동향

국내 정신질환에 대한 역학연구는 1940년대 일본인 와타나베(渡邊) 등에 의해 부분적으로 시도된 적이 있으나 본격적인 연구는 1948년 최재혁과 유석진의 파주지역 역학조사가 시작이라고 할 수 있다(유석진, 1962a; 유석진, 1962b). 이후 1980년대까지 20~30여 편의 논문들이 발표되었고 이때까지 역학연구는 대개 간접 정보에 의하여 선별된 주민들에 대하여 정신과 전문의가 확인하는 방법을 사용하였고 대부분의 연구에서 진단도구나 선별검사를 시행하지 않았다는 문제점이 있었다.

과학적인 방법에 의해 지역사회에서 이루어진 역학연구는 1984년 최초로 실시되었다 알려져 있다. 이정균 등이 DSM-III를 바탕으로 개발된 구조화된 진단도구인 DIS(Diagnostic Interview Schedule; Robins 등, 1981)를 번안한 한국어판 DIS를 개발하여 전국적인 단위의 역학조사를 실시하였다. 그 결과 처음으로 전국적인 유병률과 같은 우리나라의 정신질환 실태가 보고되었다(Lee 등, 1990a, b). 이 연구는 이전의 역학조사로부터 방법론적으로 진일보한 역학조사연구였다. 더불어 표준화된 진단도구인 DIS를 사용하였기 때문에 동일 방법을 이용한 다른 나라의 자료와 비교하는 횡국가적 비교 연구들 (Helzer 등, 1990, Weissman 등, 1994, 1996a, b, 1997)이 가능해졌다는데 의의가 있다. 서구에 비해 약물 사용 장애를 비롯한 대부분의 정신질환 유병률은 낮은 반면 알코올 사용 장애의 유병률은 매우 높았다. 다른 지역과는 달리 알코올 남용이 의존보다 많았고, 남녀비가 매우 크고, 나이가 많은 코호트에서 유병률이 감소하지 않는 것으로 나타났다(Helzer 등, 1990).

한편, 이정균 등(1984)의 DIS 연구(이정균 등, 1984) 이후 2001년까지 전국 규모의 역학조사 연구는 없었다. 이호영 등에 의해 DIS를 이용한 역학연구가 강화에서(1989), 함봉진과 조맹제에 의해 CIDI를 이용한 역학연구가 남양주에서(2000) 이루어진 바 있으나, 특정 지역에서만 이루어졌다는 한계점이 있었다.

3.3.2. 2001년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)

1995년 정신보건법이 제정된 이후 처음으로 2001년에 전국 정신질환 실태 역학조사가 이루어졌다. 전국적으로 6000명 이상의 대상을 조사해 충분한 표본의 크기를 확보하였고, 전국 여러 지역에서 표본을 추출하여 대표성을 확보했다는 강점이 있다. 또한 WHO에서 개발한 국제적인 표준화 진단도구인 CIDI를 이용하였다는 장점을 가지고 있어 세계정신건강연구와 동일한 진단방법(CIDI, DSM-IV)를 사용하였으므로 직접비교가 용이하다.

전국 10개 조사지구에서 시행되었으며 최종조사대상자는 18세 이상 64세 이하의 7,867명 이었고, 이중 6,275명(응답률 79.8%)에 대해서 조사를 완료하였다.

연구의 결과 전체 정신장애의 유병률이 33.5%로 매우 높게 평가되었다. 주요우울증의 유병률은 서구보다 낮았으나 다른 동아시아 국가들과 비슷한 수준이었고, 유병률이 상승하였다. 알코올 사용 장애의 유병률은 다른 국가와 비교할 때 서구뿐만 아니라 일본, 중국을 포함하는 동아시아 국가보다도 매우 높은 수준이었다. 특히 알코올 의존의 유병률이 유럽에 비해서 10배 가까이 높았는데 1984년의 연구결과와 비교할 때 특히 여성에서 알코올 의존의 비율이 크게 증가하였다. 이를 통해 알코올 문제와 우울증에 대한 국가적인 차원의 관리와 예방이 필요함을 제시하였다. 조현병과 조울증의 유병률은 유의한 변화가 나타나지 않았다. 불안장애의 비율은 서구보다 낮았으나 다른 동아시아 국가보다는 높은 편이었다.

3.3.3. 2006년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)

5년마다 전국 단위의 정신질환 실태조사를 실시해야 한다는 정신보건법에 근거하여 2006년에 이어 이루어졌다. 2001년 전국 정신질환 실태조사의 내용을 보완하며 자료의 질적 향상을 도모하기 위하여, 2006년 전국 정신질환자 실태 조사에 사용될 조사도구를 개발하였다.

전국 12개 지역에서 만 18세 이상 64세 이하 7972명의 조사 대상자를 선정하였다. 이 중 6510명이 조사를 완료하여 81.7%의 응답율을 보였다.

연구결과 평생 적어도 한 가지 이상의 주요 정신장애를 가진 경우가 29.0%로 나타났다. 주요우울장애의 평생유병률은 5.6%, 일년유병률은 2.5%로서 2001년(평생 :

4.25%, 일년 : 1.65%)과 1984년(평생 : 3.4%)에 비해 높은 수준을 보였다. 그러나 이는 미국의 NCS-R이나, (평생유병률 16.6%), 유럽의 ESEMeD (평생유병률 12.8%)에 비해 낮은 수준이었다. 우리와 비슷한 문화권인 중국은 평생유병률이 3.5%, 일본은 6개월 유병률이 2.9%로서 보고되고 있어 우리와 비슷한 수준이거나 다소 낮은 수준을 보였다. 알코올 사용 장애의 유병률은 16.2%로서 2001년의 17.24%나 84년의 21.98%에 비해 감소하였다. 마찬가지로 니코틴 의존의 평생유병률은 7.7%, 일 년 유병률은 5.1%로서 84년 평생유병률 20.0%, 2001년 평생유병률 10.3%에 비하여 지속적으로 감소하였다.

3.3.4. 2011년 전국 정신질환 실태 역학조사(조맹제 등)

2006년도에 이어 5년마다 정신질환자의 실태조사를 실시해야 한다는 정신보건법에 근거하여 만 18세 이상 만 74세 이하의 일반 성인 인구 6000명을 대상으로 실시되었다. 2006년도에는 만 64세 이하의 성인으로 조사대상이 한정되어, 65세 이상의 노인 인구에 대한 조사의 필요성이 제기되었고, 이에 2011년도 조사에서는 만 65세 이상을 조사대상에 추가하게 되었다. 조사도구에 있어 자살, 도박중독, 인터넷 중독의 경우 각각 WMH-CIDI에서 사용되었던 자살 생각, 자살계획, 자살시도에 대한 설문 문항, DIS(Diagnostic Interview Schedule)에 포함된 병적 도박을 위한 진단적 인터뷰, 킴벌리 영의 인터넷 중독 자가진단 기준을 추가하여 내용을 구체화 하였다. 2010년도 인구주택총조사 자료를 이용하여 전국 12개 지역에서 다단계집락추출법으로 표본을 선정한 후 이를 바탕으로 13,895가구를 추출하고, 13,895 가구를 사전 방문하여 가구당 만 18세 이상 만 74세 이하의 가구원 한 명을 무작위로 선정하였다. 주소지 가구 부재 등의 이유로 조사대상 선정이 불가능한 제외하고 최종적으로 9,102명의 조사 대상자를 선정하였다. 이 중 6,022명이 조사를 완료하여 78.7%의 응답율을 보였다.

연구결과 평생 적어도 한 가지 이상의 주요 정신장애에 이환된 적이 있는 비율은 27.6%로, 2006년 30.2%에 비해 감소하였다<표 8>. 그러나 기분장애의 평생유병률과 일년유병률은 모두 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있는데, 특히 주요우울장애의 평생유병률은 6.7%로서 2001년(4.0%), 2006년(5.6%)에 비해 증가한 것을 볼 수 있다. 특히 여자의 경우는 평생유병률이 9.1%로 나타나 10명 중 1명 꼴로 평생 한

번 이상 우울증에 이환되는 것으로 나타났다. 불안장애 역시, 평생유병률은 6.9%에서 8.7%로, 일년유병률은 5.0%에서 6.8%로 유병률이 증가하였다. 기분장애와 불안장애 중 생물학적, 유전적 요인이 강한 것으로 나타나는 강박증, 양극성 장애의 경우 유병률의 변화가 크지 않았다. 반면 우울증, 특정공포증 등은 큰 변화를 보여, 사회 변화에 보다 민감한 양상이었다.

알코올 사용장애 경험자는 4.4%, 니코틴 사용장애 경험자는 4.0%로 나타났다. 남자, 알코올 의존, 니코틴 의존에서 유병률이 감소하였다. 여자에서는 감소 폭이 크지 않았고, 여자의 알코올 남용은 오히려 2006년도보다 증가하였다.

인터넷 중독의 유병률은 1.0%(남자 1.4%, 여자 0.7%)로 나타났다. 18세에서 29세 집단이 1.9%로 가장 높은 유병률을 보였으며, 인터넷 중독자 중 하나 이상의 정신장애를 경험한 경우가 75.1%였다. 도박 중독, 즉 병적 도박의 유병률은 1.0%(남자 2.0%, 여자 0.1%)로 나타났다. 병적 도박 군에서는 70.1%가 평생 하나 이상 정신질환을 경험한 것으로 나타났다.

표 8. 2011년 까지 진행되어온 정신장애 평생유병률^a 비교(성과 연령의 보정)

진단	2001년	2006년	2011년 (64세 이하)	06년 대비 증감(%)	2011년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) (%)	유병률(S.E.) (%)		유병률(S.E.) (%)
알코올 사용장애	15.9 (0.5)	16.2 (1.2)	14.0(1.0)	-13.6%	13.4(0.9)
알코올 의존	8.1 (0.4)	7.0 (0.9)	5.6(0.6)	-20.0%	5.3(0.6)
알코올 남용	7.8 (0.4)	9.2 (0.5)	8.5(0.8)	-7.6%	8.0(0.7)
니코틴 사용장애	10.3 (0.4)	9.0 (0.7)	7.3(0.7)	-18.9%	7.2(0.7)
니코틴 의존	9.4 (0.4)	7.7 (0.7)	5.5(0.6)	-28.6%	5.5(0.6)
니코틴 금단	2.4 (0.2)	2.9 (0.3)	3.1(0.5)	▲6.9%	3.1(0.4)
조현병 스펙트럼 장애	1.1 (0.1)	0.5 (0.1)	0.6(0.2)	▲20.0%	0.6(0.2)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2 (0.1)	0.1 (0.1)	0.2(0.1)	100%	0.2(0.1)
단기정신병적 장애	0.8 (0.1)	0.3 (0.1)	0.4(0.2)	▲33.3%	0.4(0.2)
기분장애	4.6 (0.3)	6.2 (0.6)	7.5(0.7)	▲21.0%	7.5(0.7)
주요우울장애	4.0 (0.3)	5.6 (0.5)	6.7(0.7)	▲19.6%	6.7(0.6)
기분부전장애	0.5 (0.1)	0.5 (0.1)	0.7(0.2)	▲40.0%	0.8(0.2)
양극성 장애	0.2 (0.1)	0.3 (0.1)	0.2(0.1)	-33.3%	0.2(0.1)
불안장애	8.8 (0.4)	6.9 (0.5)	8.7(0.8)	▲26.1%	8.7(0.7)
강박장애	0.8 (0.1)	0.6 (0.1)	0.8(0.2)	▲33.3%	0.7(0.2)
외상후스트레스장애	1.6 (0.2)	1.2 (0.2)	1.6(0.4)	▲33.3%	1.6(0.3)
공황장애	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.2(0.1)	-	0.3(0.1)
광장공포증	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.4(0.2)	▲100%	0.4(0.2)
사회공포증	0.3 (0.1)	0.5 (0.2)	0.5(0.2)	-	0.5(0.2)
범불안장애	2.2 (0.2)	1.6 (0.1)	1.9(0.4)	▲12.5%	1.9(0.3)
특정공포증	4.8 (0.3)	3.8 (0.4)	5.4(0.6)	▲42.1%	5.2(0.6)
모든 정신장애 ^a	30.9 (0.6)	30.2 (1.8)	28.1(1.3)	-7.0%	27.6(1.1)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	25.8 (0.6)	25.9 (1.6)	25.2(1.2)	-2.7%	24.7(1.1)
모든 정신장애 ^a 니코틴,알코올 사용장애 제외	12.7 (0.4)	12.6 (1.0)	14.4(1.0)	▲14.3%	14.4(0.9)

^a평생 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 비율. 지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률이므로 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차.

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

제 2 장. 연구내용과 방법

1. 연구수행 조직체계 및 연구절차 개요

1.1 연구수행 조직체계

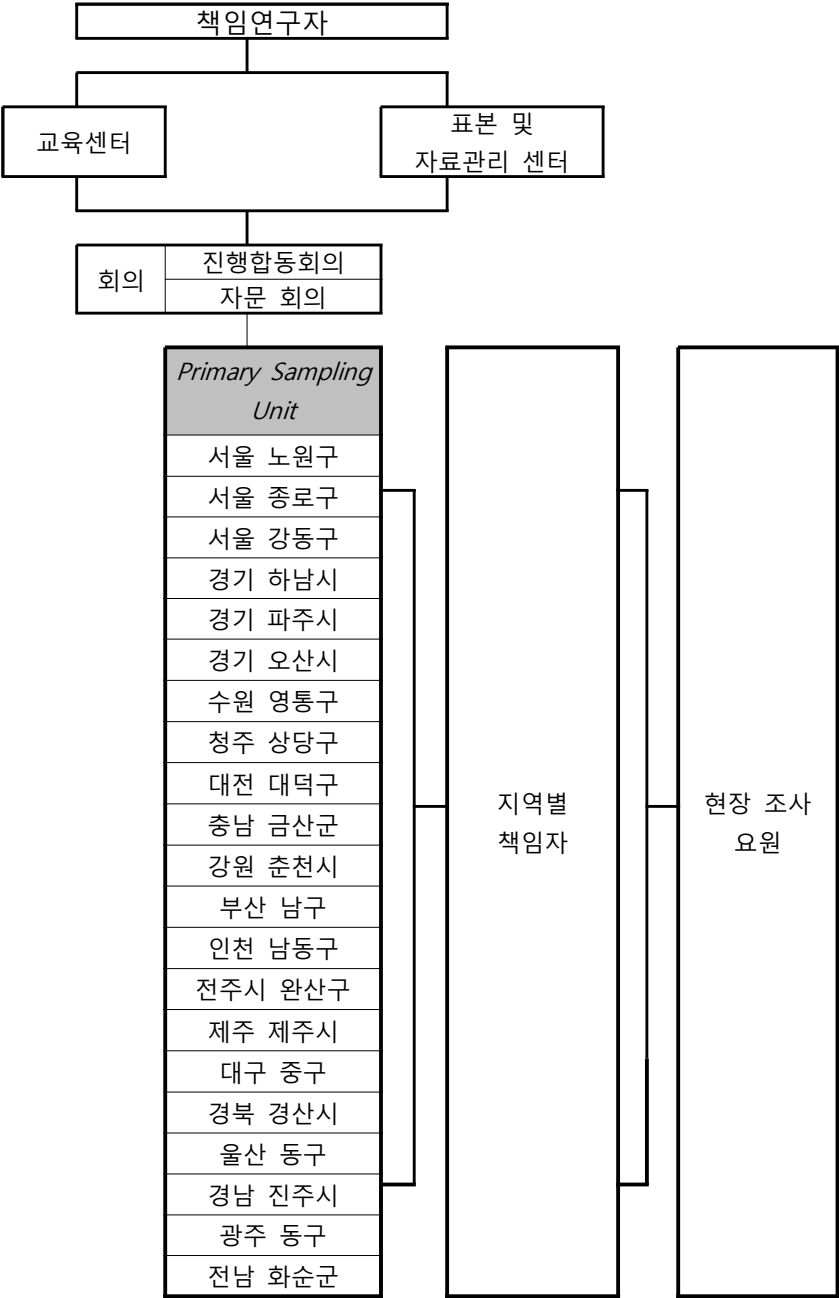
본 연구는 삼성서울병원에서 총괄 연구팀을 구성하고 전체 연구의 진행과 관리를 맡았다. 조사원 교육에는 삼성서울병원의 교육 전담 연구팀이, 표본 및 자료관리에는 동국대학교 헬스서베이센터 연구팀이 책임 조직으로 선정되었다. 조사를 진행하고 현장을 관리할 수 있도록 전국 21개 지역별로 책임연구기관을 선정하였고, 위촉 연구원은 전국 조사 지역별 책임기관의 지역연구책임자가 하였다.

각 조직별 분배된 업무는 다음과 같다. 전체 연구의 기획 및 세부계획수립, 연구팀 전체합동회의 및 자문회의 주관·시행, 조사도구의 개발, 현장조사요원에 대한 훈련, 전국 조사권역 및 조사대상 기준 설정, 현장조사 통합관리, 조사된 자료의 수집·정리, 통계분석 및 종합, 결과보고서 작성 등을 총괄연구팀, 교육전담 연구팀, 표본 및 자료관리 팀에서 담당하였다. 각 지역에서는 책임 기관이 조사 시작 전부터 각 지역 관련기관의 협조를 구하고 지역 주민에게 조사를 홍보하며, 현장조사요원을 선발하는 역할을 하였다. 이후 조사과정에서는 총괄 연구팀에서 제시한 기준에 맞추어 담당 지역 내에서 실제 진행될 조사대상 가구를 선정하고, 현장에서 조사를 실제로 진행하게 되는 조사요원들을 직접 관리하는 역할을 하게 되었다. 지역 책임기관에서는 조사요원이 수행해온 조사 내용의 질 관리를 하고, 모아진 결과물들은 최종적으로 총괄팀으로 보내진 뒤 총괄 팀에서 점검하여 조사의 질을 확보하였다.

각 지역에서는 지역연구책임자가 한 명의 현장관리요원과, 2~11명의 조사요원을 선발하였다. 이들은 이후 총괄팀, 교육팀의 주관하에 국립서울병원의 CIDI 훈련센터에서 WHO의 기준에 따르는 일주일간의 집중교육과정을 수료한 뒤 실제 현장조사에 투입되었다.

연구수행을 위한 조직체계의 이해를 위하여 조직체계도를 각 책임연구자들과 공유하였으며, 이를 <그림 11>에 첨부하였다.

그림 11. 연구수행 조직체계



1.2. 조사지역 및 조사기관의 선정

이번 조사에서는 통계품질검사에서 표본 추출을 전국적으로 확대하라는 지적에 따라서 기존에 12개 지역에서 21개 지역으로 확대되었다. 전국을 16개 시·군·구로 대분류한 후, 우리나라 전체인구 대비 각 지역별 인구수를 고려하여 총 21개의 조사지역(서울의 3개 지역, 인천·경기 5개 지역, 대전·충청 3개 지역, 부산·울산·대구·경상 5개 지역, 광주·전라 3개 지역, 강원·제주 2개 지역)을 선정하였다. 각 조사지역별로 인구수를 감안하여 면담완료 대상자 수를 산정하여, 표본추출 결과에 따라 조사대상을 결정하고, 현장조사를 시행하였다<표 9>.

조사지역별 책임조사기관은 정신과적 역학조사 수행의 경험과 지역사회 정신보건 사업시행의 기반이 있는지를 고려하여 결정되었다. 지역이 대폭 확대되면서 지난 2001년, 2006년 혹은 2011년 정신질환 실태조사에 참여한 경험이 없었던 책임자가 절반이상 참여하였다.

표 9. 각 조사지역(Primary sampling unit)별 연구과제 책임자

지역	1차 추출단위	표본크기	조사책임기관	책임자
서울	노원구	333	인제대학교 상계백병원	이동우
	종로구	333	서울대학교 의과대학	함봉진
	강동구	333	국립중앙의료원	이소희
경기	하남시	300	한림대학교 강동성심병원	성수정
	파주시	300	동국대학교 일산병원	윤탁
	오산시	300	분당서울대학교병원	하태현
	수원시 영통구	300	아주대학교 정신건강의학과	손상준
충북	청주시 상당구	160	충북대학교 의과대학	손정우
대전	대덕구	150	을지대학교병원	유제춘
충남	금산군	200	충남대학교	김정란
강원	춘천시	150	국립춘천병원	박종익
부산	남구	350	동아대학교병원	김성환
인천	남동구	290	가천대길병원	조성진
전북	전주시 완산구	190	전북대학교	정영철
제주	제주시	100	제주대학교병원	김문두
대구	중구	250	경북대학교	장성만
경북	경산시	270	경북대학교	김병수
울산	동구	116	울산대학교병원	안준호
경남	진주시	335	경상대학교병원	김봉조
광주	동구	150	전남대학교 의과대학	윤진상
전남	화순군	190	전남대학교 의과대학	신일선
총 책임자			삼성서울병원	홍진표
조사원 교육			삼성서울병원	전홍진
표본과 자료관리			동국대학교	김선용

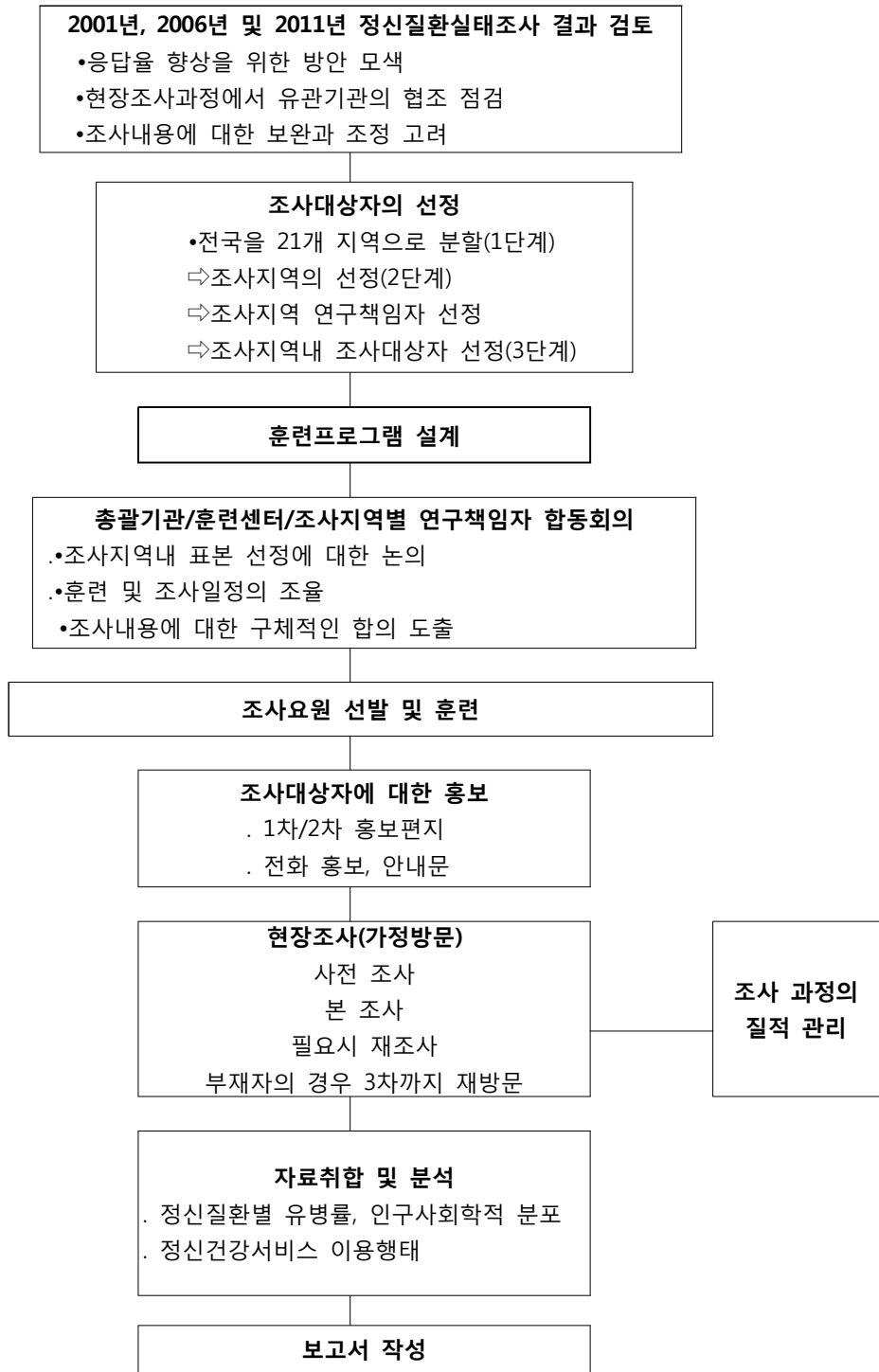
1.3. 연구수행 개요 및 일정

전체 연구는 2016년 4월 17일 부터 2016년 11월 30일 까지 9개월 동안 진행되었고, 현장 조사는 2016년 6월 27일 부터 2016년 11월 29일 까지 5개월 동안 진행되었다. 연구수행의 일정과 개요는 다음의 <표 10>, <그림 12>와 같다.

표 10. 연구추진 일정표

구분	월별 추진일정										
연구내용	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
연구 기획 각 조사지역별 조사대상자 선정 - 조사지역 선정 - 표본추출											
조사도구의 수정보완											
훈련 및 조사일정합의											
2011년 조사과정 평가 및 보완											
관계기관 협조요청 계획											
조사원 교육프로그램의 수정 보완 조사요원 선발											
조사요원 교육											
조사대상자에 대한 홍보 .1차홍보편지 .2차홍보편지 .전화홍보 사전조사											
현장조사(가정방문) 조사과정의 질적 관리											
조사결과 코딩 조사결과의 1차 점검											
미완료 조사 대상자 2차 조사 .조사요원의 추가 교육											
자료취합 조사결과 2차 점검과 data clearing 자료 분석 - 정신질환별 유병률, 병존율 - 정신건강서비스 이용행태											
보고서작성											

그림 12. 조사방법의 개요



2. 표본설계

2.1. 모집단 및 표본추출틀

「정신질환실태 역학조사」의 개념상 규정된 목표모집단(target population)은 조사 시점 현재 전국에 거주하는 모든 가구 내 만 19세 이상 대한민국 국민이다. 조사모집단(survey population)은 조사의 현실적인 측면을 고려하여, 전국에 거주하는 만 19세 이상 국민 중 병원, 요양원, 기숙시설, 특수사회시설 등에 입소해 있지 않은 자를 대상으로 하며, 관광호텔 등 숙박업소를 포함한 업무 전용 시설과 제주도를 포함한 도서산간지역은 제외하였다.

표본설계에서 사용한 표본추출틀(sampling frame)은 조사대상지역을 방문하거나 공공자료 및 전자지도 등을 이용하여 작성되었으며, 단독 주택(단독가구/다가구) 및 공동 주택(다세대/연립/아파트)의 형태를 갖는 가구를 대상으로 하였다. 조사시점이 2016년도라는 점을 고려하면 2015년 인구주택총조사에 사용되었던 조사구와 조사구 내 가구목록을 이용하여 표본설계를 진행하는 것이 바람직하다. 하지만 본 조사의 표본설계 시점에는 2015년 인구주택총조사 자료가 제공되지 않았으며, 이용 가능한 조사구 및 조사구 내 가구 정보 등이 6년 전에 작성되어 현재의 정보와 차이가 많이 발생한다.⁴⁾ 따라서 가구목록의 오류 정도가 높을 것으로 판단되므로, 2010년 조사구 자료를 직접 이용하여 표본을 추출하는 대신 집계구⁵⁾를 이용하여 보다 작은 단위의 소지역을 표본추출하고, 해당 소지역 내 가구 정보를 수집하여 표본추출틀로 활용하였다.

최종 표본추출단위인 ‘가구’는 통계청의 가구정의⁶⁾에 따라 “한사람 또는 두사람 이상이 모여서 취사, 취침 등 생계를 같이하는 생활 단위”로 규정하고, ‘집단가구’를 제외한 ‘일반가구’를 조사대상으로 하였다. 따라서 「정신질환실태 역학조사」에 포함되는 일반가구는 다음과 같이 구분된다.

① 가족으로 이루어진 가구

4) Kim 등(2014)은 통계청 조사구 가구목록과 요도가 노후 되어 가구 멸실 및 신축 등으로 인하여 가구목록에 오류가 있는 조사구의 비율이 지역(광역시도)에 따라 높게는 30~40%에 이르는 것을 확인함

5) 인구주택총조사 결과 공표를 위해 통계청에서 제공하는 읍면동의 1/30 크기의 소지역으로, 시군구 또는 읍면동 행정구역 보다 작은 규모의 지역을 표본으로 추출하기 위해 사용됨

6) 통계청, 2010 인구주택총조사

- ② 가족과 5인 이하의 남남이 함께 사는 가구
- ③ 가족이 아닌 5인 이하의 남남이 함께 사는 가구
- ④ 1인 가구

한편 「정신질환실태 역학조사」의 조사대상에서 제외되는 집단가구는 다음과 같은 유형이 있다.

- ① 가족이 아닌 6인 이상 가구
- ② 집단시설 가구 (기숙사, 양로원, 보육원 등 사회시설)
- ③ 외국인가구 (외국인만으로 구성된 가구)

참고로 한국인과 외국인이 함께 사는 가구(다문화 가정 등)는 ‘일반가구’에 해당되며, 다가구 주택의 경우는 하나의 주택에 여러 가구가 거주하지만 독립가구를 이루고 있으므로 별도의 가구로 간주하였다.

또한 「정신질환실태 역학조사」의 조사대상에 포함되는 일반가구가 거주하는 주택의 유형별 정의는 다음과 같다.

- ① 일반 단독주택: 통상 한 가구가 살림할 수 있도록 건축된 주택
- ② 다가구 단독주택: 여러 가구가 살 수 있도록 설계된 주택
(가구별 매매 및 등기 불가)
- ③ 영업겸용 단독주택: 주거용과 영업용이 함께 있는 건물 중 주거 면적이 영업용 면적보다 더 많은 건물의 주택
- ④ 아파트: 5층 이상의 공동 주택으로 ‘아파트’로 허가받은 주택
- ⑤ 연립/다세대주택: 4층(주거용) 이하의 공동주택(맨션, 빌라 등)
- ⑥ 비거주용 건물 내 주택: 상가, 학원 등 영업목적의 건물에 주택의 요건을 갖춘 거주 가능 공간이 있는 경우(고시원 등 집단시설 제외)

한편 「정신질환실태 역학조사」의 조사대상에서 제외되는 주택의 종류는 다음과 같다.

- ① 오피스텔(업무용)
- ② 호텔, 여관 등 숙박업소의 객실
- ③ 집단시설 (기숙사, 고시원 등) 및 특수사회시설(보육원, 양로원, 요양원 등)
- ④ 판잣집, 비닐하우스, 임시건물 등

<표 11>은 2010년 인구주택총조사의 가구와 행정구역의 분포를 정리한 것으로 조사모집단 현황이라 할 수 있다. 전체 모집단 가구는 17,574,067호로 249개 시군구와 3,429개 읍면동으로 구성되어 있다. 지역별로 살펴보면, 경기도와 서울시는 각각 전체 가구수의 22.24%와 20.36%를 차지하고 있으며, 세종특별자치시는 2010년 인구주택총조사 당시 소속 지역으로 포함하였다.

표 11. 모집단 현황 (2010년 인구주택총조사)

구분	가구 분포 (2010)		행정구역 분포 (2010)	
	가구수	백분율(%)	시군구수	읍면동수
전국	17,574,067	100.00	249	3,429
서울특별시	3,577,497	20.36	25	424
부산광역시	1,251,756	7.12	16	215
인천광역시	929,489	5.29	10	142
대구광역시	873,934	4.97	8	143
대전광역시	536,297	3.05	5	77
광주광역시	518,742	2.95	5	93
울산광역시	377,938	2.15	5	56
강원도	560,589	3.19	18	188
경기도	3,908,059	22.24	44	538
경상남도	1,165,209	6.63	22	321
경상북도	1,014,345	5.77	24	331
충청남도	758,552	4.32	17	211
충청북도	564,614	3.21	13	154
전라남도	684,986	3.90	22	295
전라북도	663,695	3.78	15	241
제주도	188,365	1.07	2	43

출처: 통계청, 「국가통계포털(KOSIS)」.

2.2. 층화 및 표본추출단계

「정신질환실태 역학조사」는 국민들의 주요 정신질환의 유병률, 인구사회학적 분포 및 이와 관련된 요인들의 통계자료를 확보하기 위하여 실시되었다. 전국을 대표하는 통계를 산출하기 위해서는 표본이 전국적으로 고르게 추출될 필요가 있으므로 16개 광역시도 지역으로 층화하였다. 각 층별로는 시군구, 읍면동 등의 행정구역들을 이용하여 표본지역을 추출하였으며, 최종적으로는 각 지역을 대표할 수 있는 표본가구들을 추출하였다. 상세한 내용은 다음과 같다.

전국의 표본가구를 추출하기 위하여 각 층별로 5단계 표본추출법을 사용하였다. 1차추출단위는 16개 광역시도 내 시군구이고, 2차추출단위는 읍면동, 3차추출단위는 집계구, 4차추출단위는 청크(chunk), 5차(최종)추출단위는 세그먼트(segment)이다. 1차추출단위인 시군구와 2차추출단위인 읍면동은 우리나라의 행정구역이며, 3차추출단위인 집계구는 통계청에서 통계의 공표를 위한 구역으로, 읍면동의 약 1/30크기이다. 4차추출단위인 청크는 24개 표본가구로 구성된 표본추출단위로, 집계구를 임의로 구획하여 설정한다. 보다 구체적으로는 도로명주소를 기반으로 집계구 내 임의의 구역을 선정한 후 해당 주소에 기초하여 24개 가구의 목록을 작성하게 되며, 이렇게 작성된 가구목록을 표본추출틀로 활용한다. 5차추출단위이면서 최종추출단위인 세그먼트는 4개 표본가구로 구성된 표본추출단위로, 1개 청크는 6개의 세그먼트로 구성된다. 즉, 1개 청크(24가구)에서 1개 세그먼트 추출로 4가구가 추출되며, 동시에 표본가구로 활용된다. 각 표본추출단계별 표본추출절차는 “2.4. 표본추출 및 표본대체”에서 상세하게 언급된다.

2.3. 표본 크기 결정 및 표본배분

2.3.1 표본 크기와 목표오차

표본설계의 중요한 과정 중 하나는 표본의 크기를 결정하는 것이다. 표본 크기가 필요 이상으로 크면 예산이 낭비될 뿐만 아니라 비표본오차가 상대적으로 커지므로 조사의 정확성이 저하될 수 있으며, 표본 크기가 작은 경우에는 표본분산이 커짐에 따라 추정량의 정도가 결여된다. 표본의 크기를 결정하는 절차는 주요 변수를 얼마

나 정확하게 추정할 것인가를 나타내주는 목표정도를 충족할 수 있도록 결정되어야 한다. 조사예산이 충분하다면 모집단 전체에 대한 추정량뿐만 아니라 부차모집단(subpopulation 또는 domain)의 추정량의 정확성 또한 표본크기 산출 시 고려할 수 있다.

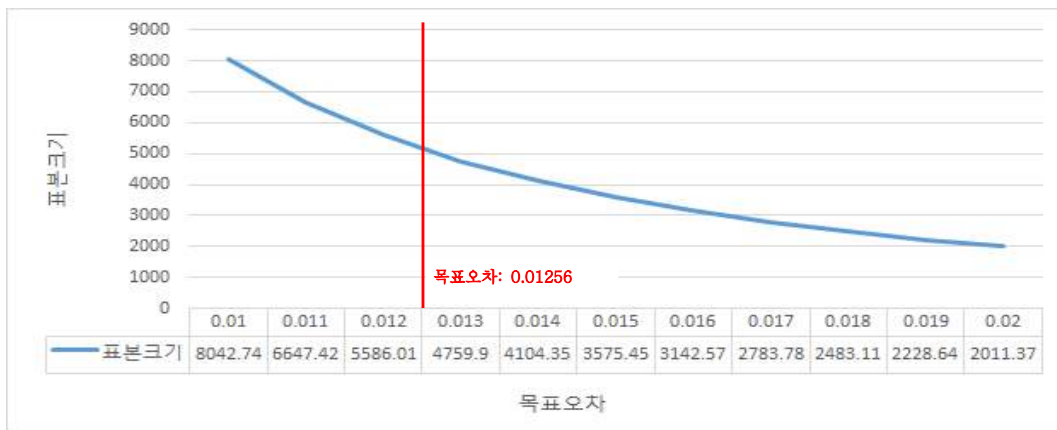
지속적으로 반복되는 조사에 있어서 표본설계 및 표본추출단계가 동일하다면, 과거조사에서 얻은 추정값의 정확도(분산, 표준오차, 상대표준오차 등)를 기준으로 표본크기를 결정하는 것이 바람직할 수 있다. 그러나 「정신질환실태 역학조사」는 과거 2011년 조사 당시의 자료를 확보하기 어려웠으며, 이에 따라 추정값 자체를 기준으로 다음과 같은 산출식(Scheaffer et al., 2006)을 통하여 표본크기를 결정하였다.

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p_i q_i / a_i}{N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i p_i q_i},$$

여기서 a_i 는 층 i 에 배분된 관측수의 비율이고, p_i 는 층 i 의 모집단 비율, 그리고 $D = \frac{B^2}{z_{\alpha/2}^2}$ 로 $z_{\alpha/2}$ 는 신뢰수준 $(1 - \alpha) \times 100\%$ 에서의 임계값, B 는 목표오차를 의미한다. q_i 는 1에서 p_i 를 뺀 값이다.

위 산출식을 사용하기 위하여 p_i 는 2011년 조사결과 각 지역별 추정값을, 추정을 위한 관심변수로는 ‘정신 장애 평생유병률’을 사용하였다. 한편 이번 조사에서는 각 층별로 표본을 비례배분하며 위 산출식의 a_i 는 지역별 가구비율(49쪽 <표 12> 참조)을 이용하였다. 한편 목표오차를 결정하기 위하여 2011년 조사 당시의 추정오차를 산출하였다. 층화표본설계를 고려한 ‘정신 장애 여부 평생유병률’의 추정값 p_{st} 은 27.6%, 추정오차는 1.13%p이며, 이를 기준으로 신뢰수준 95%에서 목표오차를 변화시키며 표본 크기를 산출하였다.

그림 13. 목표오차에 따른 표본 크기의 변화



목표오차를 1.0%p에서 2.0%p까지 0.1%p 단위로 변화시켜가며 표본 크기를 살펴볼 때, 목표오차에 따라 표본 크기는 비선형적으로 감소하는 것으로 나타났다<그림 13>. 만약 조사예산이 충분하다면 목표오차를 줄이기 위하여 표본크기를 크게 하는 것이 바람직할 것이다. 그러나 2016년 조사는 2011년 조사 당시와 비교하여 조사예산이 액면적으로는 증가하였으나, ‘마약류 중독자 실태조사’와의 통합 및 조사환경이 악화되고 있는 점 등을 고려할 때, 실제로는 조사예산이 동결 혹은 다소 감소한 것으로 판단된다. 따라서 현재 조사예산과 과거 조사의 추정오차 등을 고려할 때, 작년보다 다소 축소된 수준에서 결정되는 것이 적절하다고 판단되며, 목표오차 1.256%에서 5,100호 표본가구를 최종 표본 크기로 결정하였다. 이는 2011년 조사 당시 목표 6,000호 가구보다 축소된 표본 규모이나 주요 질환들의 유병률 추정에 있어 추정오차가 크게 증가하지 않을 것으로 판단되었다(‘표본크기 축소에 따른 2011년 주요 정신질환 유병률 표준오차의 변화’⁷⁾ 참조).

7) 표본크기를 5,100으로 축소하였을 경우에 각 질환별 유병률의 표준오차는 최대 0.1%p 내외로 변동되는 것으로 나타나, 표본 축소에 따른 유병률 추정의 문제는 나타나지 않을 것으로 판단되었다. 따라서 조사환경 및 실제적인 조사 예산의 탄력적 활용 등을 고려하여 2016년 조사의 목표표본크기는 5,100명으로 결정하였다.

<표본크기 축소에 따른 2011년 주요 정신질환 유병률 표준오차의 변화>

- ▷ 2011년 정신질환실태 역학조사는 광역시도에 근거하여 6개의 1차추출단위(primary sampling unit; PSU)를 선정하였으나, 실제로는 광역시도가 추출단위가 아닌 층(strata)의 개념으로 사용되고, 2차추출단위(secondary sampling unit; SSU)인 시군구가 실제 1차추출단위로 사용되었음. 따라서 2011년 조사의 추정값을 이용하여 다양한 사전분석을 실시하기 위해서는 층화표본추출에 근거한 접근이 필요함

• 표본비율 추정식: $p_w = \sum_{h=1}^h W_h p_h$

• 표본비율의 분산추정식: $var(p_w) = \sum_{h=1}^h W_h^2 var(p_h) = \sum_{h=1}^h W_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h - 1}$

- ▷ 2011년 조사 당시 표본배분은 2010년 인구주택총조사의 인구수에 비례하도록 실시되기는 하였으나, 인위적 표본 크기 조정으로 실제로는 비례배분을 실시하였다고 볼 수는 없음
- ▷ 더욱이 2011년 보고서에는 층(광역시도 6개 PSU)별 추정값이 나타나있지 않아, 원자료를 분석하지 않고서는 다양한 사전분석을 실시하기 어려우므로, 표본크기 조정에 따른 분산추정량의 변동을 통계적으로 검토하기 위해 비례배분을 이용한 층화표본추출의 표본비율의 분산추정식을 고려함

$$var(p_w) = \sum_{h=1}^h W_h^2 var(p_h) = \sum_{h=1}^h \frac{N_h^2}{N^2} var(p_h) = \frac{1}{N^2} \sum_{h=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h - 1}$$

- ▷ 표본크기 조정에 따른 표본분산의 변동 계산

Step1) 표본크기가 n 일 때의 표본분산 $var_0(p_w)$ 과 n' 일 때의 표본분산 $var_1(p_w)$ 정의

• 표본크기가 n 인 경우: $var_0(p_w) = \frac{1}{N^2} \sum_{h=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h - 1}$

• 표본크기가 n' 인 경우: $var_1(p_w) = \frac{1}{N^2} \sum_{h=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n'_h - 1}$

※ 표본크기가 변동하더라도 표본비율 p_h 와 p_w 는 변동이 없는 것으로 가정

Step2) 표본크기가 n 과 n' 의 관계식 정의

$$n' = n \times c, \text{ 여기서 } c \text{ 는 표본크기 } n \text{ 의 변동 비율}$$

단, 표본크기는 층에 따라 동일한 비율로 변동하는 것으로 가정함($n'_h = n_h \times c$)

Step3) 표본분산 $var_1(p_w)$ 의 산출식에서 크기 n'_h 을 n 과의 관계식으로 대체

$$var_1(p_w) = \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n'_h - 1} = \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h \times c - 1}$$

Step4) 위 Step3)의 산출식에서 $n_h - 1$ 을 n_h 으로 대체($\because n_h - 1 \approx n_h$ when $n_h \rightarrow \infty$)

$$\begin{aligned} var_1(p_w) &= \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h \times c - 1} \\ &\approx \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h \times c} = \frac{1}{N^2 c} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h} \\ &\approx \frac{1}{N^2 c} N^2 var_0(p_w) \left(\because var_0(p_w) = \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h - 1} \approx \frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^h N_h^2 \frac{p_h(1-p_h)}{n_h} \right) \\ &= \frac{1}{c} var_0(p_w) \end{aligned}$$

▷ 표본크기 조정에 따른 2011년 주요 정신질환의 평생유병률 표준오차 비교

진단	추정백분율 (%)	원 표준오차 ($n=6,022$)	추정 표준오차 ($n=5,100$)
알코올 사용장애	13.4	0.9	1
니코틴 사용장애	7.2	0.7	0.8
정신병적 장애	0.6	0.2	0.2
기분장애	7.5	0.7	0.8
불안장애	8.7	0.7	0.8
섭식장애	0.1	0.1	0.1
신체형장애	1.5	0.3	0.3
모든 정신장애	27.6	1.1	1.2
모든 정신장애(담배사용장애 제외)	24.7	1.1	1.2
모든 정신장애 (담배/알코올 사용장애 제외)	14.4	0.9	1

2.3.2 표본배분

표본조사에 있어서 표본설계는 가장 적은 비용으로 작은 분산을 갖는 추정량을 얻는 것을 목적으로 한다. 층화표본설계의 경우에는 표본크기가 결정된 후에 각 층마다 표본크기를 배분해 주어야 하는데, 이 때 표본을 배분하는 방법에 따라 분산의 크기가 서로 다르게 나타난다. 효율적인 표본배분을 위해서는 각 층별로 ‘모집단 크기’, ‘분산’, ‘비용’ 세 가지 요인을 고려해야 하는데, 이들 모든 요소를 고려한 배분 방법으로 ‘최적배분(optimal allocation)’이 있다. 그러나 일반적으로는 각 층별 조사 비용을 정확히 알기 어려우므로, 최적배분에서 ‘비용’ 요소를 제외한 ‘네이만배분(Neyman allocation)’이 보다 널리 사용되고 있다. 네이만배분법으로 표본을 배분하기 위해서는 과거 조사로부터 각 층별 추정분산을 활용해야하는데, 2011년 조사의 표본설계를 정확히 확인하기 어려우므로 2016년 조사에서는 ‘비례배분(proportional allocation)’을 이용하여 표본크기를 배분하였다. 또한 표본추출이 다단계에 걸쳐 진행되므로, 각 층별 최종 표본규모를 설정하고, 최종표본추출단위인 세그먼트의 표본크기를 기준으로 상위 표본추출단위(청크, 집계구, 읍면동, 시군구 순)의 표본크기를 산정하였으며, 각 표본추출단계별 표본크기 배분은 다음과 같다.

▷ 세그먼트(최종추출단위)

「정신질환실태 역학조사」 표본설계에서 세그먼트는 4개 가구로 구성된 표본추출단위로 최종추출단위이다. 각 표본 청크(24개 가구)에서 4개 가구를 계통추출(systematic sampling)하여 구성되며, 1개 세그먼트의 표본추출로 4개 표본가구를 동시에 추출한다. 세그먼트는 흔히 지역표본추출(area sampling)에서 최종 표본추출단위로 사용된다(Kish, 1987).

▷ 청크(4차추출단위)

청크는 24개 표본가구로 구성된 표본추출단위로, 표본 집계구 내 가구목록(표본추출틀)을 작성하기 위한 과정에서 임의로 구성된다. 추출된 모든 표본 집계구마다 모든 주택형태의 건물들의 도로명주소를 기반으로, 기준이 되는 건물(주소)를 선정 후, 해당 건물(주소)를 기반으로 주변 24개 가구의 목록을 작성하였다. 청크 내 가구목록 작성을 위해서 각 조사지역의 조사책임자들의 협조를 얻어 가구목록 작성업

무를 담당할 요원들을 선발하였으며, 각 요원들은 동국대학교 서베이앤헬스폴리시리서치센터(Survey & Health Policy Research Center, SHPRC)의 연구진에 의해 1일(8시간) 동안 집체교육을 이수하였다. 교육 내용은 표본의 개념, 표본가구 추출절차, 가구 유형 확인방법, 가구목록 작성방법 등을 포함하며, 교육은 연구원들 인솔하에 직접 가구 유형을 확인하고 가구목록을 작성하는 방법을 실습하는 방식으로 진행되었다<그림 14><그림 15>. 2016년 「정신질환실태 역학조사」에서는 1개 표본 집계구 당 2개 청크를 표본으로 추출하였다.

그림 14. 가구목록 작성방법 교육



그림 15. 가구목록 작성방법 실습



▷ 집계구(3차추출단위)

집계구는 통계청에서 제공하는 읍면동의 1/30 크기의 소지역으로, 통계청에서 제공되는 작은 단위의 집락(cluster)이다. 시군구 또는 읍면동 행정구역보다 작은 규모의 지역을 표본으로 추출하기 위해 사용될 수 있으며, 본 표본설계에서는 2010년 인구주택총조사 당시 집계구 정보를 이용하였다.

표본으로 추출된 집계구 내에서는 보다 작은 단위의 소지역(청크 및 세그먼트)을 표본추출하고, 해당 소지역 내 가구 정보를 수집하여 표본추출틀로 활용하였다. 표본설계에 따라 1개 표본 집계구에 8개 표본가구가 배분되므로, 전국에서 5,100개 표본가구를 추출하기 위해서는 최소 643개의 집계구가 표본으로 추출되어야 하며, 2010년 인구주택총조사 가구수에 비례하도록 표본을 배분한 결과는 <표 12>에 나타나있다. 한편 2010년 인구주택총조사 가구수에 비례하여 표본을 배분할 때, 제주 특별자치도의 경우에는 지역 단위 통계 산출이 부정확할 뿐만 아니라, 조사를 위한

예산 배분이 충분히 이루어지지 않으므로, 지역별로 비례배분된 표본가구수의 10% 내에서 적절히 표본가구수를 조정하였다.

표 12. 광역시도별 표본 집계구 및 표본가구 배분

광역시도	2010 인구주택총조사 가구수 비례 표본배분		지역별 표본크기 조정		
	표본 집계구	표본가구	표본 집계구	표본가구	조정 비율(%) (표본가구)
전국	643	5,100	645	5,100	-
서울특별시	130	1,038	126	999	-3.76%
경기도	142	1,134	152	1200	+5.82%
충청북도	21	164	20	160	-2.44%
대전광역시	20	156	19	150	-3.85%
충청남도	28	220	25	200	-9.09%
강원도	21	163	19	150	-7.98%
부산광역시	46	363	44	350	-3.58%
인천광역시	34	270	37	290	+7.41%
전라북도	24	192	24	190	-1.04%
제주도	7	55	13	100	+81.82%
대구광역시	32	254	32	250	-1.57%
경상북도	37	294	34	270	-8.16%
울산광역시	14	110	15	116	+5.45%
경상남도	43	338	42	335	-0.89%
광주광역시	19	150	19	150	±0.00%
전라남도	25	199	24	190	-4.52%

▷ 읍면동(2차추출단위)

「정신질환실태 역학조사」는 다단계 표본추출방법을 사용함에 따라 상위 표본추출단위의 크기가 상대적으로 작게 된다. 특히, 최상위 표본추출단위인 시군구의 경우에는 지역별로 1~2개 수준으로 지역적 산포가 크지 않으므로 차상위 표본추출단위인 읍면동의 표본크기를 적정 수준으로 확보하여 지역적 산포를 고르게 할 필요가 있다. 이 때 읍면동의 표본크기의 적정 수준은 시군구별로 배정된 집계구 표본

크기와 광역시도별 가구수 분포 외에도 지역별 조사협조, 조사요원 및 관리자 모집, 조사 환경 및 난이도 등을 종합적으로 고려하여 결정하였다.

▷ 시군구(1차추출단위)

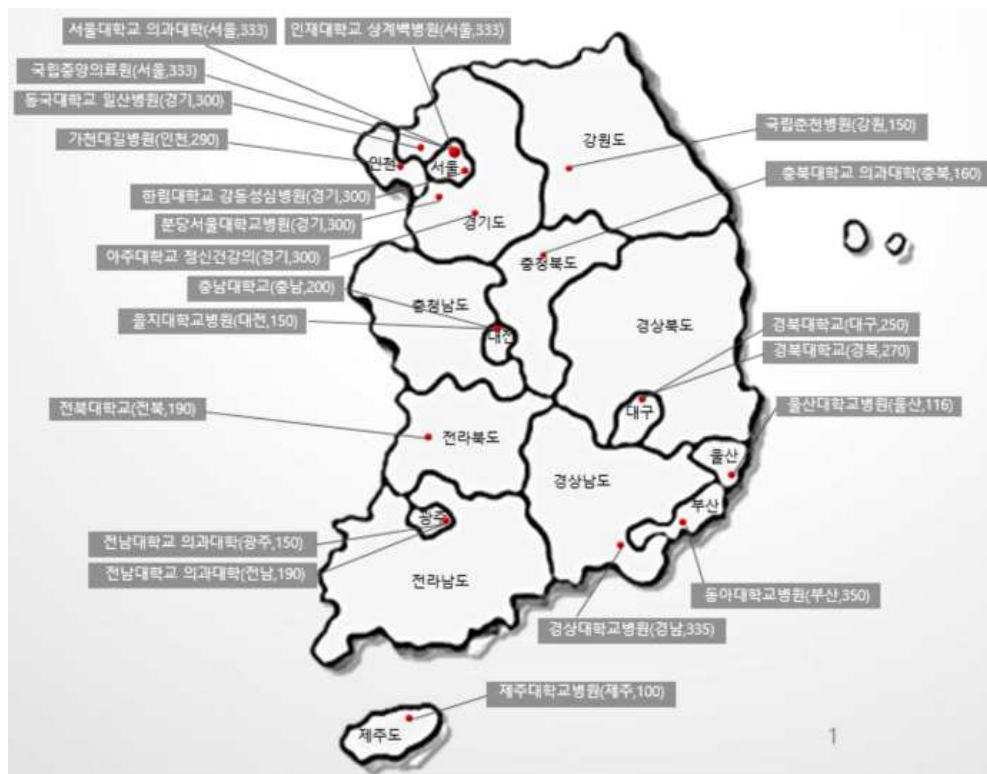
2011년에 실시된 「정신질환실태 역학조사」에서는 총 14개의 시군구에서 조사가 실시되었으나, 2015년에 실시된 통계청 「2015년 국가통계품질개선 컨설팅(정신질환 실태 역학조사)」와 보건복지부 「마약류 중독자 실태조사와 정신질환 역학실태조사 연계방안 마련 연구」를 기초로 1차추출단위인 시군구의 표본 크기를 21개로 확대하였다.

21개 표본 시군구는 16개 광역시도에 우선적으로 1개씩 배분되었으며, 광역시도별 가구수 분포를 고려하여 서울특별시와 경기도 지역에 각각 2개, 3개의 표본 시군구를 추가로 배분하였다. 이 때, 복수의 시군구가 표본으로 배분된 서울특별시와 경기도 지역은 조사 업무량 등을 고려하여 표본으로 추출된 각 시군구 내 집계구 이하 추출단위들의 표본크기를 균등하게 배분하였다. 표본으로 추출된 시군구 및 읍면동과 각 읍면동별 표본 집계구 배분 현황은 <표 13>에 상세히 나타나 있으며, 표본으로 추출된 시군구의 위치와 각 시군구별 조사책임기관은 <그림 16>과 같다.

표 13. 2016년 조사권역별 표본 읍면동 및 표본 집계구수

광역시도	조사권역	표본 읍면동 (표본 집계구수)
서울특별시	노원구	공릉2동 (8), 하계1동 (6), 상계1동 (8), 상계5동 (5), 상계3·4동 (7), 중계2·3동 (8)
	종로구	부암동 (6), 평창동 (9), 혜화동 (8), 숭인1동 (5), 숭인2동 (6), 청운효자동 (8)
	강동구	천호1동 (6), 천호3동 (6), 성내1동 (4), 암사1동 (8), 천호2동 (8), 길동 (10)
경기도	하남시	덕풍1동 (6), 덕풍2동 (8), 덕풍3동 (9), 신장2동 (15)
	파주시	문산읍 (8), 법원읍 (3), 금촌1동 (8), 금촌2동 (11), 교하읍 (8)
	오산시	남촌동 (10), 신장동 (11), 세마동 (3), 대원동 (14)
	수원시 영통구	매탄4동 (6), 영통1동 (12), 영통2동 (11), 태장동 (9)
충청북도	청주시 상당구	용암1동 (8), 영운동 (2), 금천동 (6), 용암2동 (4)
대전광역시	대덕구	회덕동 (4), 비래동 (4), 중리동 (6), 법2동 (5)
충청남도	금산군	금산읍 (17), 추부면 (8)
강원도	춘천시	동면 (2), 후평1동 (3), 퇴계동 (9), 효자2동 (5)
부산광역시	남구	대연1동 (7), 대연3동 (13), 용호1동 (14), 용호2동 (6), 문현4동 (4)
인천광역시	남동구	구월2동 (15), 간석1동 (11), 만수6동 (11)
전라북도	전주시	삼천3동 (6), 효자2동 (3), 효자4동 (13), 풍남동 (2)
제주도	제주시	삼도2동 (2), 삼양동 (2), 연동 (9)
대구광역시	중구	성내3동 (4), 남산1동 (5), 남산4동 (14), 대봉1동 (9)
경상북도	칠곡군	동부동 (11), 서부1동 (12), 북부동 (11)
울산광역시	동구	전하2동 (5), 남목2동 (10)
경상남도	진주시	천전동 (13), 상대1동 (6), 평거동 (11), 가호동 (12)
광주광역시	동구	산수1동 (6), 지산1동 (4), 서남동 (5), 지원2동 (4)
전라남도	화순군	화순읍 (22), 동면 (2)

그림 16. 표본 시군구 및 표본 시군구별 조사책임기관



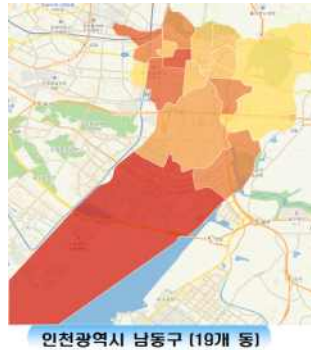
2.4. 표본추출 및 표본대체

2.4.1 표본추출단계별 표본추출방법

먼저, 표본 시군구는 2010년 인구주택총조사 자료에서 16개 광역시도별 가구수를 기준으로 비복원확률비례추출법(probability proportional to size without replacement, PPSWOR)을 이용하여 확률적으로 추출되었다. 비복원확률비례추출법은 Murthy(1957), Brewer(1963), Sampford(1967) 등 여러 연구자에 의해 개발되어 왔으며, 일반적으로 널리 사용되는 Sampford(1967)의 방법을 이용하였다. 표본으로 추출된 시군구 내 읍면동과 표본 읍면동 내 표본 집계구 또한 Sampford(1967)의 방법을 이용하여 추출하였다. 한편, 각 표본 집계구별 2개 청크 및 각 표본 청크별 세그먼트는 단순임의추출법(simple random sampling, SRS)으로 추출되었으며, 각 표본추출단계별 상세한 표본추출절차는 아래 예시와 같다.

<표본추출단계별 표본추출절차 (예시)>

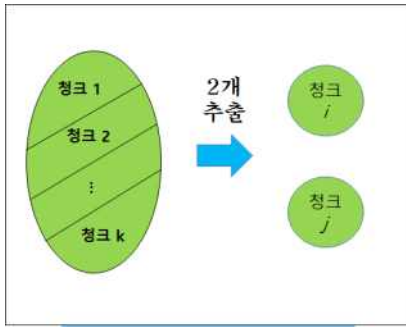
Step1) 국가통계포털(KOSIS) 내 2010년 인구주택총조사 가구수 분포를 이용하여 16개 광역시도별 총 21개 시군구 표본추출(PPSWOR)



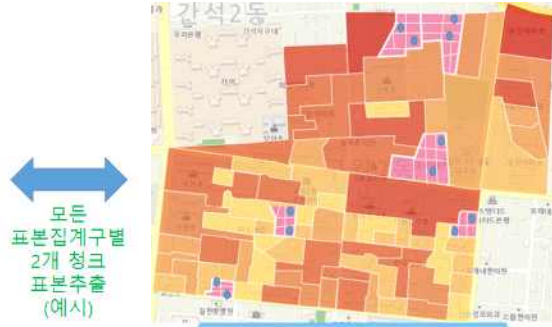
Step2) 각 표본 시군구 내 읍면동별 가구수 분포를 이용하여 읍면동 표본추출(PPSWOR)



Step3) 각 표본 읍면동 내 집계구별 가구수 분포를 이용하여 집계구 표본추출(PPSWOR)



표본집계구 청크 구분 및 추출 개념



구월2동 모든 표본집계구 청크 구분

- 표본 청크 내 건물들의 주택유형 및 가구수 확인 및 가구목록(표본추출틀) 작성
- ※ 표본으로 추출된 청크가 아파트 등 대규모 건물로 구성된 경우에는 웹 기반 거리 지도, 부동산 정보, 신축아파트 목록 등을 활용하여 상세 정보 확인

동·집계구 (청크)	구분	순서	건물주소
암사1동_27 (5)	본 표본 주소 목록	1.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 20
		2.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 16
		3.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 14
		4.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 12
		5.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 10
	예비 표본 주소 목록	1.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 8
		2.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 8-1
		3.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 4
		4.	서울특별시 강동구 고덕로24가길 35
		5.	서울특별시 강동구 암사11길 19-2
		6.	서울특별시 강동구 암사11길 19-3
		7.	서울특별시 강동구 암사11길 21-1
		8.	서울특별시 강동구 암사11길 23
		9.	서울특별시 강동구 암사11길 25
		10.	서울특별시 강동구 암사11길 27-1
		11.	서울특별시 강동구 암사11길 31
		12.	서울특별시 강동구 암사11길 27
		13.	서울특별시 강동구 암사11길 21
		14.	서울특별시 강동구 암사11길 19
		15.	서울특별시 강동구 암사11길 19-1



주택유형 확인 및 가구여부 판단



다가구주택 가구수 확인



건물별 가구 정보 확인



가구목록 작성양식 기입

Step5) 각 표본 청크별로 세그먼트(4개 가구) 추출(SRS)

※ 1개 표본청크는 총 6개 세그먼트로 구성되며, 처음 표본으로 추출된 세그먼트를 원표본가구로 선정하고, 나머지 5개 세그먼트를 순차적으로 예비표본가구로 활용



이와 같이 5단계의 표본추출단계를 따르는 경우, 다음과 같이 각 시군구 수준의 표본가구의 추출확률(f_i)은 다음 추출방정식(selection equation)을 통하여 동일한 추출확률(f)이 되며, 동시에 모든 표본가구들이 동일한 설계가중치를 갖게 된다.

$$f_i = \frac{J_i Mos_{ij}}{\sum Mos_{ij}} \times \frac{K_{ij} Mos_{ijk}}{\sum Mos_{ijk}} \times \frac{2 Mos_{ijkl}}{\sum Mos_{ijkl}} \times \frac{4}{\sum Mos_{ijklm}} = f,$$

여기서 Mos_{ij} 는 읍면동 크기(가구수), Mos_{ijk} 는 집계구 크기, Mos_{ijkl} 은 청크 크기, Mos_{ijklm} 은 세그먼트 크기를 나타냄. 또한 J_i 는 표본 시군구 i 내 읍면동 표본수이며, K_{ij} 는 표본 시군구 i 의 표본 읍면동 j 내 집계구 표본수이다.

최종적으로 추출된 표본가구에서 면접은 각 표본가구별로 1명의 조사대상자를 랜덤하게 선정하여 실시하였다. 표본가구의 가구원 중 어느 누구라도 접촉한 경우에는 조사원의 소속과 조사목적을 밝히고, 조사대상에 적합한 가구원(만 19세 이상)이 몇 명인지 확인한 후 적격 가구원이 1명 이상인 가구에 대하여 조사표 양식에 따라 가구원 목록을 기록하여 최종적으로 조사대상자를 선정하였다. 이 때, 조사대상자를 선정하기 위한 방법으로는 최근 생일자법(last birthday method)⁸⁾을 이용하며, 주민

8) 조사 시점을 기준으로 가장 최근에 생일이 지나간 사람을 조사대상자로 선정하는 방법으로, 본 조사에

등록상 생일을 기준으로 하였다. 선정된 응답자가 외국인의 경우에는 대한민국 국적을 취득한 자만을 조사대상에 포함하였으며, 다음과 같은 경우에는 조사대상에서 제외하였다.

- ① 조사기간 내 타 지역에 출타(유학, 출장, 여행, 군복무 등) 중인 자
- ② 조사시점 기준 3개월 미만 동거 중인 가족이 아닌 자(친척, 지인)
- ③ 동일 가구에 거주하지 않는 자(가정부, 운전사, 하숙생 등)
- ④ 대한민국 국적을 취득하지 않은 자

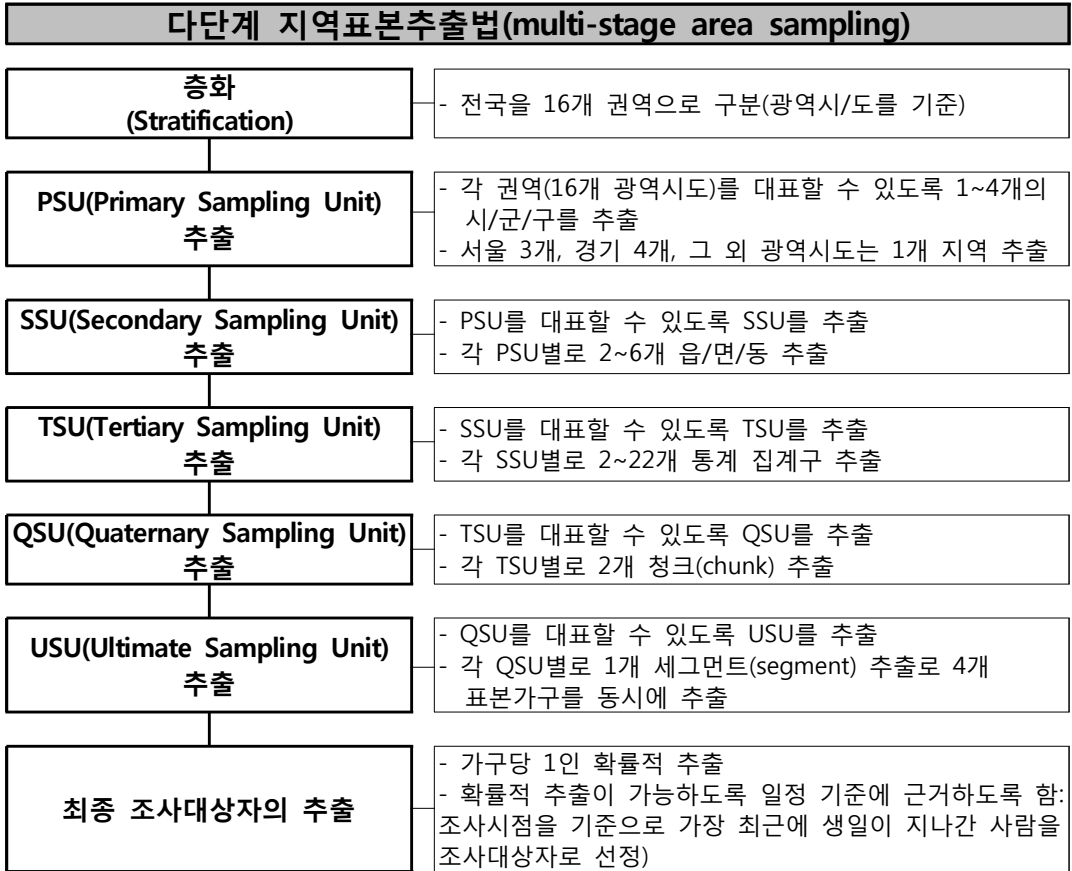
가구원 목록 작성 시 ‘가구원’이란 통계청의 가구정의(2010 인구주택총조사)에 따라 해당 주소지의 주민등록 등재 여부와는 관계없이 조사 시점 당시 한 가구에서 함께 생활하는 사람, 즉 동일 생활권을 갖는 모든 구성원을 의미한다. 따라서 주민등록이 함께 등재되어 있더라도 함께 생활하지 않으면 가구원에서 제외되며, 반면 주민등록이 함께 등재되어 있지 않더라도 함께 생활하는 것으로 간주되는 다음과 같은 경우 등은 가구원 목록에 포함하였다.

- ① 타 지역에 단기간으로 출타(출장, 여행 등) 중이지만 조사 기간 내 복귀하는 자
- ② 병원에 입원 중인 환자 및 보호자
- ③ 공인근무요원, 상근예비역, 산업체 근무요원, 직업군인 등으로서 출퇴근이 가능한 군복무자
- ④ 친척, 친구, 가정부, 종업원 등이 가족이 아니더라도 동일 가구에 거주하는 자

즉, 2016년 「정신질환 실태조사」의 단계별 표본추출방법은 <표 14>와 같이 요약할 수 있으며, 최종 조사대상자를 선정하는 단계까지 확률적인 방법을 사용함으로써 전체적으로 표본의 대표성을 유지하였다.

서는 조사원의 실수 및 가구원에 의한 응답편향(response bias)을 최소화하기 위하여 격자(grid)형태를 이용하여 가구원 정보를 수집하여 최근생일자를 확인하는 방법으로 진행하였다.

표 14. 표본 추출 방법



2.4.2 표본대체

최종표본추출단위인 세그먼트는 24개 표본가구를 포함하는 청크로부터 4개 가구를 계통추출하여 표본으로 추출되었다. 따라서 1개 청크에서 추출가능한 세그먼트는 총 6개이며, 표본으로 추출된 세그먼트를 원표본가구로 선정하고, 나머지 5개 세그먼트를 순차적으로 예비표본가구로 활용하였다. 조사 거부, 장기 부재 등으로 표본으로 추출된 표본가구 수준에서 조사 불가능인 경우에는 동일 청크 내에서 예비 표본가구로 대체하여 조사를 진행하였고, 재개발, 천재지변 등으로 표본으로 추출된 집계구나 청크가 조사 불가능인 경우에는 동일 읍면동 내 예비 집계구 또는 동일 집계구 내 예비 청크로 대체하였다. 최종적으로 2016년 「정신질환 실태조사」에서 대체된 표본 집계구는 전체 645개 표본 집계구 중 49개(7.6%)이다.

한편 표본가구와의 접촉을 위한 방문 횟수는 최소 3회로 하며, 요일/시간대를 달리하여 방문하도록 하였다. 또한 표본가구를 방문할 때마다 해당 가구와의 접촉상황을 ‘가구방문기록표’ 양식(87쪽 <그림 24> 참조)에 기록하여 조사진행정보를 수집하였다. 4회 이상 표본가구를 방문하는 경우에도 조사대상가구 또는 조사대상자와의 접촉 또는 면접이 이루어지지 않을 경우에는 면접 가능성을 타진하여, 해당 가구에서 면접이 불가능할 것으로 판단되는 경우에는 표본가구 대체 규칙에 따른 예비 표본가구와 접촉 및 면접을 시도하였다. 또한 최종적으로 선정된 조사대상자가 부재 중일 때는 해당 가구 내 가구원을 통하여 면접이 가능한 요일/시간대를 확인하고 빠른 시일 내에 재방문하여 조사를 진행하는 등의 노력을 경주하였다. 가구방문기록표와 조사진행정보, 그리고 표본대체 규칙에 대한 내용은 “5.3.2 조사의 질적 관리”에서 상세하게 언급된다.

3. 조사도구 및 내용

3.1. 한국어판 CIDI (Korean version of Composite International Diagnostic Interview)

CIDI는 높은 신뢰도를 바탕으로 서로 다른 국가, 문화, 인종을 아우르는 적절한 정신장애 평가도구로 알려져있다(Wittchen, 1994; Andrews, 1998). 숙련된 전문가가 아니어도 간단한 교육을 받은 일반인들이 독립적으로 적용할 수 있도록 사용법이 용이하고 내용이 분명하며 완전히 구조화되어 있어 대규모의 역학조사에 매우 유용하며, 여러 가지 상황, 문화, 국가에서 정신장애를 평가하는데 적합하고 받아들일만 하며 평가자간 신뢰도 역시 우수한 것으로 밝혀졌다(Kessler RC, Ustun TB, 2004).

CIDI는 National Comorbidity Survey(NCS)(Kessler 등, 1994), National Comorbidity Survey Replication(NCS-R)(Kessler 등, 2005), National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement(NCS-A)(Merikangas KR 등, 2010), International Consortium for Psychiatric Epidemiology(ICPE) Survey(WHO ICPE, 2000), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study(NEMESIS)(Bijl 등, 1998), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2(NEMESIS-2)(Ron de Graaf 등, 2010), Ontario Health Survey(OHS)(Offord 등, 1996), Australian National Mental Health Survey(Andrews 등, 2001), South Africa Stress and Health Study(SASH)(Herman 등, 2008), World Health Organization World Mental Health Surveys(Demyttenaere 등, 2004), European study of the epidemiology of mental disorders(ESEMeD)(Alonso 등, 2004) 등 전세계적으로 수많은 연구에 사용되었다.

CIDI는 현재 세계적으로 널리 사용되는 정신질환 진단의 두 축이라고 할 수 있는 ICD-10과 DSM-IV에서 진단되는 주요 정신장애들을 아우르고 있으며<표 15>, 배제해야하는 상황들(약물, 신체질환 등에 의한 증상)에 대응하기 위하여 순서도에 기반한 면담이 진행된다. 한편, CIDI는 원칙적으로 18세 이상의 성인을 위하여 고안되었으나, 다양한 교육적 문화적 배경과 지적능력을 가진 대상들을 전제로 개발되어, 보편적 언어 이해와 사용, 기억에 문제가 없다면, 교육을 거의 받지 않은 대상자들도 질문에 답할 수 있다.

2015년, 미국 APA(American Psychiatric Association)에서는 기존 진단기준인 DSM-IV가 DSM-5로 개정되었으나, 아직 DSM-5의 진단기준에 개정된 CIDI후속 버전이 개발되지 않아, 불가피하게 기존에 사용해온 DSM-IV 진단기준에 대응되는 CIDI를 이번 실태조사에서 사용하게 되었다.

한편, 한국어 번역은 2000년에 조맹제 등에 의해 진행되어 한국어판 CIDI(K-CIDI)가 개발되어 있으며, 해당 진단도구는 진단도구로서의 적절함을 판단할 수 있는 신뢰도, 타당도 연구에서 우수한 것으로 평가받았다(조맹제 등, 2002). 한국어판 CIDI는 2001년, 2006년, 2011년 정신질환실태 역학조사에서 전국적인 표본에 적용하여 사용되어왔고, 이번 실태조사에서도 동일한 버전의 CIDI를 사용함으로써 실태조사의 결과에 대한 연속성을 가지고, 비교에도 용이하다. 2016년도 정신질환 실태조사 도구의 내용은 <표 16>과 같다.

표 15. WHO CIDI를 사용해 진단할 수 있는 질환

Mood disorder	Substance disorder
DSM IV Major Depressive Disorder	DSM IV Alcohol Abuse
DSM IV Major Depressive Episode	ICD Harmful Use Alcohol
ICD Severe Depressive Episode	DSM IV Alcohol Dependence
ICD Moderate Depressive Episode	ICD Alcohol Dependence
DSM IV Minor Depressive Disorder	DSM IV Drug Abuse
ICD Mild Depressive Episode	ICD Harmful Use Drugs
DSM IV Recurrent Brief Depression	DSM IV Drug Dependence
DSM IV Dysthymia	ICD Drug Dependence
ICD Dysthymia	DSM IV Nicotine Dependence
DSM IV Hypomanic Episode	ICD Nicotine Dependence
ICD Hypomania	Impulse Control disorder
DSM IV Manic Episode	DSM IV Conduct Disorder
ICD Mania	ICD Conduct Disorder
Anxiety disorder	DSM IV Intermittent Explosive Disorder
DSM IV Agoraphobia	DSM IV Anorexia Nervosa
DSM IV Agoraphobia w/out Panic	ICD Anorexia Nervosa
ICD Agoraphobia with, w/out Panic	DSM IV Bulimia Nervosa
DSM IV GAD	ICD Bulimia Nervosa
ICD GAD	DSM IV Pathological Gambling
DSM IV OCD	ICD Pathological Gambling
ICD OCD	DSM IV Attention Deficit Disorder
DSM IV Panic Attack	ICD Hyperkinetic Disorder
ICD Panic Attack	DSM IV ODD
DSM IV Panic Disorder	ICD ODD
ICD Panic Disorder	Other
DSM IV Social Phobia	DSM IV Premenstrual Dysphoric Disorder
ICD Social Phobia	
DSM IV Specific Phobia	
ICD Specific Phobia	
DSM IV Separation Anxiety Disorder	
ICD Separation Anxiety Disorder	
DSM IV Adult Separation Anxiety Disorder	
ICD Adult Separation Anxiety Disorder	

표 16. 2016년도 정신질환 실태조사 도구

도구	항목	조사내용
Section A	응답자 인적 사항	사회 인구학적 관련요인
Section B	니코틴 사용에 의한 장애	
Section D	공포증 및 기타 불안장애	정신질환의 유병률
Section E	우울장애 및 기분부전장애	
Section F	조증 및 양극성정동장애	
Section G	조현병 스펙트럼 장애	
Section J	알코올 사용과 관련된 장애	
Section K	강박장애 및 외상 후 스트레스장애	
Section L	약물 사용과 관련된 장애	
Section Q	도박중독	
Section R	인터넷 중독	
Section S	자살	
Section SR	정신건강서비스 이용실태	

3.2. 조사내용

3.2.1. 정신질환의 유병률 및 관련요인

2016년 정신질환실태조사의 대상 질환으로는 2011년의 조사 질환과 거의 유사하여서 니코틴 사용장애, 불안장애, 우울증(산후우울증 포함), 양극성장애, 조현병스펙트럼장애, 강박장애 및 외상 후 스트레스장애, 약물사용장애에 해당되는 모든 질환을 대상으로 하였다. 2011년에는 포함되어 있던 신체형장애와 식이장애는 제외되었다. 그 이유는 신체형장애가 최근 DSM-5에서 질병명과 개념이 대부분 변경되어서 활용되기 어려운 형편임에도 불구하고 설문시행에 과도한 시간이 소요되는 비효율의 문제가 있어 삭제되었으며, 식이장애의 경우 과거 조사에서 이환자가 5명 미만이었어서 의미 있는 통계를 구하는 것이 어려운 문제가 있어 금번 조사 시행에는 제외하였다. 반면에 약물사용장애는 2001년도에 조사가 실시되었으나 이환자가 너무 적어서 2006년부터 제외하였으나 최근 마약류 중독에 대한 사회적 관심이 증가되어서 이에 대한 통계를 얻기 위하여 실시하였다. 그 외에 주요우울장애 중에서 아형인 산후우울증에 대한 추가적인 통계를 구하였고, 조현병 증상에 대한 설문을 자세히 분석하기로 하였다. 각 질환에서 관련 요인을 파악하기 위한 인구사회학적 정보로 성별, 연령, 거주지역, 결혼상태, 교육연수, 소득 등을 조사하였다.

3.2.2. 자살, 도박 중독, 인터넷중독 등

2011년과 동일하게 국내에 사회적 문제인 자살 관련 행동, 도박 중독도 조사 대상에 포함되었다. 자살에 대한 설문은 기존과 동일하게 WHO Mental Health CIDI에 있는 자살설문을 사용하였다. 도박 중독에 대한 조사도구로는 구조화된 진단도구인 DIS(Diagnostic Interview Schedule)에 포함된 병적 도박을 위한 진단적 인터뷰를 사용하였다. 인터넷 중독 등은 도박 중독과 달리 국제질병분류 속에 포함되어 있지 않고 새로운 진단분류인 ICD-11 에서 진단으로 포함시킬 것을 고려 중인 정신건강문제이다. 전세계적으로 인정된 구조화된 진단도구가 존재하지 않아서 2011년에는 김벌리 영(Kimberly S. Young)이 고안한 인터넷 중독 선별을 위한 자가진단 척도 8문항을 사용하였는데(Young, 1999), 2016년에는 정신건강기술개발사업단의 전홍진 등이 개발한 자가척도를 사용하였으며 인터넷중독 28문항, 게임중독 30문항,

스마트폰중독 28문항을 사용하였다.

3.2.3. 정신건강서비스 이용실태조사

정신건강서비스 이용실태설문도 CIDI 2.1에 있는 부분을 활용하였다. 평생 정신건강서비스를 이용한 적이 있는지, 어떤 서비스를 이용하였는지, 이용하지 않았다면, 그 이유가 무엇인지를 조사하였다.

3.3. 조사 기획

3.3.1. 연구책임자 합동회의

2016년 4월 전 지역별 연구책임자와 훈련센터 책임자, 총괄연구팀 모두가 참여하는 기획회의를 실시하여 조사에 대한 전반적 설명과 논의를 하였다. .

조사의 표본추출, 조사 진행방법, 인력관리, 연구비 사용 등에 대하여 논의하였다. 사전조사 과정, 관계기관과 지역사회의 협조를 구하는 과정, 조사대상자에 대한 동의 과정 등에 대하여 본 연구진의 과거의 사례 등을 공유하였다.

조사요원 선발방법, 선발 일정 등을 상의하고 훈련센터 운영계획을 논의하고 조사요원 교육 일정에 대해 결정하였다.

조사과정에서 나타날 어려움, 연구디자인에 대한 의견, 상호 협조사항 등에 대하여 지역 연구책임자들의 의견을 수렴하였다.

3.3.2. 기존(2001년, 2006년, 2011년) 정신질환실태조사의 검토

이전의 조사 과정 중에서 나타난 문제점을 정리하고 2016년 본 연구에서 그러한 사항들을 보완하는 대책을 수립하였다. 기존 조사에서 나온 문제점과 대책은 다음과 같다<표 17>.

표 17. 현장조사 과정의 문제점과 대책

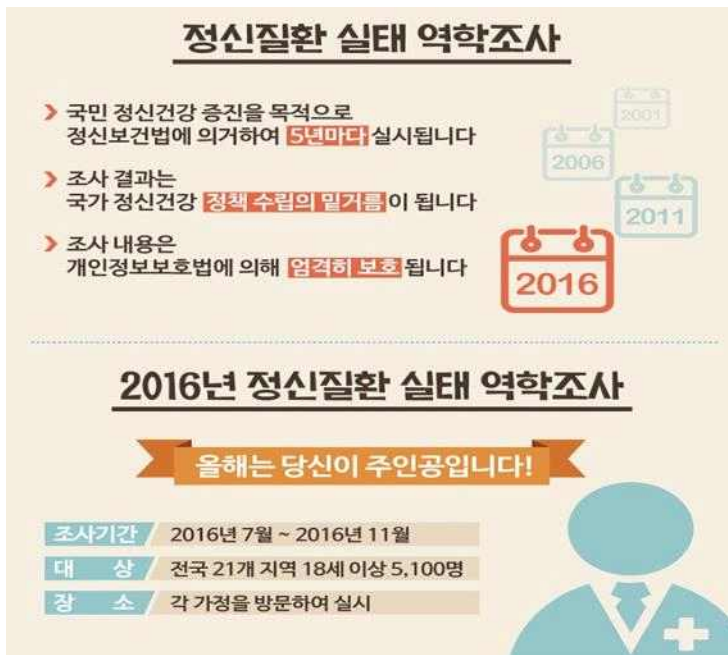
유형	내용	문제점	대책
조사대상자 요인	거부감	<ul style="list-style-type: none"> - 문전에서 박대를 당하거나 모욕을 당함. - 조사요원이 방문에 대해 주민이 동사무소로 항의 전화. - 아파트는 외부인 접근이 불가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 사전에 통반장을 통한 홍보 강화 - 동사무소를 통한 사전 홍보 - 관리사무소를 통한 홍보
	불만	<ul style="list-style-type: none"> - 사례품에 대한 불만 	<ul style="list-style-type: none"> - 사례품을 1만원에서 2만원으로 증액함
	부재	<ul style="list-style-type: none"> - 농촌지역에는 주민등록상의 대상자가 실제로는 도시지역에 거주 - 농촌지역의 인구분포보다 노인이 주로 포함 	<ul style="list-style-type: none"> - 대상자선정방법을 주민등록기준이 아니라 실거주 기준으로 - 성인대상자를 적극 방문
면담과 정의 요인	문항의 효용성	<ul style="list-style-type: none"> - ‘신체화 장애’ 장은 60여개의 질문과 약물과 신체질환을 물어서 매우 시간이 오래 걸림. - 설문 시간이 너무 오래 걸려서 지침 	<ul style="list-style-type: none"> - DSM-5가 개정되면서 정신과 진단체계의 변화로 해당장을 삭제 - 설문이 오래 걸림을 미리 설명하고 충분히 쉬면서 실시
조사요원 요인	의욕 부족	<ul style="list-style-type: none"> - 조사요원이 면담에 대해 힘들어하고 중도 사직함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 연고가 있는 조사요원을 선발하고 미리 충분히 정보 제공
	교통문제	<ul style="list-style-type: none"> - 넓은 지역에 걸쳐 분산되어 이동에 있어 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 조사요원을 지역연고가 있는 사람으로 선발 - 이동을 지원할 방법 모색
자료 획득의 어려움	주민등록자료	<ul style="list-style-type: none"> - 현행법상 연구목적이라고 하더라도 주민등록자료를 연구원에게 제공하는 것에 한계가 있음. - 시군구청-시도-행자부의 공문을 요구하는 읍/면/동이 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 주민등록자료 사용 중단
	전화번호자료	<ul style="list-style-type: none"> - 주민등록자료 데이터베이스와 전화번호자료의 데이터베이스가 별개로 되어 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 통반장을 통한 전화번호 협조 요청 - 지역 정신건강증진센터를 통한 협조

3.3.3. 응답률 향상을 위한 대책

대상자에 대한 홍보 대책을 수립하도록 하였다. 첫째, 조사 전에 각 지역의 동/면/읍사무소 등에 보건복지부 공문을 보내서 조사가 정신보건법에 근거하여 시행됨을 설명함. 둘째, 동사무소의 협조를 통하여 통반장 회의 등을 통하여 협조를 요청함. 셋째, 대상자 조사 대상 가구에 조사에 대한 안내문을 보내서 본 연구의 취지와 내용, 그리고 방문할 일자와 시간에 대한 설명이 담긴 안내문을 조사대상자들에게 편지로 배포하였다. 넷째, 보건복지부의 협조를 얻어, 보건복지부 홈페이지에 해당 조사에 대해 알기 쉽게 설명된 안내 내용(인포그래픽스)을 올려, 조사대상자들이 조사의 진정성에 대하여 의문을 제기하면 홈페이지 접속하여 인포그래픽스를 확인할 수 있도록 하였다<그림 17>..

그 외에도 조사지역별 조사지역의 시청, 읍·면·동사무소, 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 협조를 요청하였다. 협조적인 지역의 경우 통·반·이장과 사전 미팅을 통하여 대상자에 대한 사전조사를 실시하고, 통·반·이장에게 대상자 가구의 전화번호를 요청하여 전화를 통하여 조사를 미리 설명하도록 계획함.

그림 17. 2016년 정신질환 실태조사 인포그래픽의 일부



4. 조사요원 선발 및 교육

4.1. 조사요원의 선발

조사원은 조사현장에서 조사대상자와 접촉하여 자료를 수집하는 임무를 수행하므로, 성공적인 조사 수행을 위해서는 양질의 조사원을 모집하는 것이 중요하다. 「정신질환 실태조사」는 조사문항이 정신건강과 관련된 전문 용어 등이 포함되어 있어 이와 관련한 전문적 지식이 있는 조사원을 모집하는 것이 필수적이다. 따라서 조사요원은 가능하면 조사지역에 거주해 지역의 지리와 특성에 익숙하고, 의학, 간호학, 사회복지학 계통의 교육배경을 가진 자, 의료, 복지와 관련된 경험이 있으며 연구조사에 경험이 있는 자로 선발하였다. 전공 분야가 관련 분야일 경우 보다 조사 도구에 대한 이해가 높고 책임감 있는 참여가 이루어질 것으로 기대하였으며, 각 조사지역별 책임자가 모든 조사요원 지원들을 충분히 면접한 후 적절성을 결정하였다.

조사지역별로 표본 크기의 차이가 있으므로, 조사원의 조사에 대한 부담과 난이도를 고려할 때, 약 표본가구 100호당 조사요원 1인 선발하는 것을 기준으로 하였다. 또한 이와 별도로 조사 진행의 질적 관리를 위해, 모집한 조사요원 중 1인을 현장관리자(field supervisor)로 활용하였다<표 18>. 현장관리자(field supervisor)는 전체적인 조사 작업을 감독하고, 제출된 설문지를 실시간 전산 입력을 통해 점검하며, 조사대상자 명단 및 면담 미완료 대상자를 분류하는 역할을 하였다. 현장관리자는 조사의 질적 관리에 있어 중요한 역할을 한다. 실제 조사 상황에서 일부 조사대상자에게 전화로 연락하여, 조사요원이 실제로 찾아가서 설문을 완료했는지 확인하고, 만약 조사내용 중 누락된 사항이 발견될 경우 조사원에게 재조사를 지시하도록 한다. 더불어 현장관리자는 현장의 조사요원들의 고충을 듣고 해결을 위한 실질적 지원이나 격려, 정서적지지 등 전반적인 관리를 맡았다.

표 18. 조사지역별 조사요원 및 현장관리자 수

조사지역		조사기관	책임자	sample size	조사요원 수	현장관리자
서울	노원	인제대학교 의과대학	이동우	333	11	1
	종로	서울대학교 의과대학	함봉진	333	4	1
	강동	국립중앙의료원	이소희	333	5	1
경기	하남	한림대학교 강동성심병원	성수정	300	6	1
	파주	동국대학교 일산병원	윤탁	300	5	1
	오산	분당서울대병원	하태현	300	11	1
	수원	아주대학교 정신건강의학과	손상준	300	6	1
충북	청주시 상당구	충북대학교 의과대학	손정우	160	5	1
대전	대덕구	울지대학교	유제춘	150	5	1
충남	금산군	충남대학교	김정란	200	7	1
강원	춘천	강원대학교병원	박종익	150	3	1
부산	남구	동아대학교	김성환	350	6	1
인천	남동구	가천대길병원	조성진	290	5	1
전북	전주시완산구	전북대학교	정영철	190	3	1
제주	제주시	제주대학교병원	김문두	100	4	1
대구	중구	경북대학교	장성만	250	7	1
경북	경산시	경북대학교	김병수	270	9	1
울산	동구	울산대학교	안준호	116	2	1
경남	진주시	경상대학교	김봉조	335	5	1
광주	동구	전남대학교 의과대학	윤진상	150	5	1
전남	화순군	전남대학교 의과대학	신일선	190	4	1
전체				5,100	118	21

4.2. 조사요원의 교육

조사요원은 조사대상자를 직접 접촉하는 중요한 역할을 하기에, 역학조사의 반응율과 신뢰도 등 전반적인 조사의 품질을 높이기 위하여 조사요원의 면담기술, 연구 전반에 대한 이해를 위한 충분한 교육이 필수적이라 할 수 있다. 본 연구는 다수의 조사요원이 참여하고 기록하는 연구이기 때문에, 개개인의 정확도 못지않게 각 조사원별로 편차가 크지 않아야 조사에 대한 신뢰도를 담보할 수 있게 된다. 또한 조사원이 조사표 및 조사도구를 익숙하게 다루지 못하거나, 실수를 하는 경우에는 조

사원에 대한 신뢰 저하로 표본가구가 조사를 거부하거나, 접촉이 불가능한 상황 등이 증가할 수 있으며, 전체적인 조사 진행에 차질을 가져올 수 있다. 따라서 모든 조사원은 일정 기간 동안 조사도구 및 조사수행과 관련한 표준화된 교육을 이수하여야 하며, 전반적인 조사원 교육이 종료된 후에는 실제 조사상황을 가정하여 모의 면담을 실시함으로써 실제 조사 시 발생할 수 있는 문제점들에 대해 충분히 대비해야 한다. 이에 따라 2016년 「정신질환 실태조사」의 조사요원 교육은 WHO에서 공인된 훈련센터(training center)에서 전문적인 강사진에 의해 일괄적으로 실시되었다. 훈련센터의 인력과 시설요건에 대한 WHO의 명시적인 규정은 없으나, WHO에서 4-6명 내외의 소그룹 교육을 권장하고 있어, 5일간 권장기준을 준수하는 교육을 실시하였다.

이에 따라 2016년 「정신질환 실태조사」의 조사요원 교육은 WHO에서 공인된 훈련센터(training center)에서 전문적인 강사진에 의해 일괄적으로 실시되었다. 더불어, CIDI 조사요원에 대한 교육을 4-6명 내외의 소그룹으로, 5일간 실시하였다. 강사진은 2001, 2006, 2011년 전국 정신질환 실태조사에서 면담자 교육과 실습을 담당한 경험이 있고, 정신질환 환자에 대한 임상과 연구 경험이 풍부한 전문 강사를 중심으로 구성하였다.

4.3. 훈련프로그램의 내용 및 일정

조사요원이 상담전문가가 아니라 일반인을 교육하므로 타당도가 있는 교육프로그램을 시행하는 것이 매우 중요하다. 따라서 본 조사에서는 조사요원 교육을 위한 훈련프로그램을 세계보건기구의 CIDI training center가 제시하는 지침을 준수하되, 추가되는 도구에 대한 교육일정을 추가하였으며 모의면담과 같은 실습을 강화하였다. 교육 전 조사요원에게 연구개요, 조사도구, 교육일정 등을 담은 자료를 배포함으로써 사전에 역학조사에 대한 이해를 돕고자 하였으며, 또한 표본설계의 변화에 따라 표본설계 관련 교육 일정이 추가되어 조사준비상황, 가구방문기록표 작성 요령, 표본대체방법 및 방문조사 시 발생가능한 문제점에 대한 대처 요령 등 조사방법론 관련 내용 등도 새롭게 추가되거나 강화되었다.

5일간 아침 9시부터 저녁 5시까지 교육이 진행되었고, 가상면담(mock interview) 및 실제 대상자 대한 면담(live interview)을 포함하였다. 가상면담은 교육현장에서 각 교육시간마다 훈련생들에게 질문을 던지는 방식으로 이루어졌다. 실제현장 조사 상황을 가정하여 예상 질문에 대해 훈련생이 직접 대답을 해 보고 피드백을 받는 시간을 갖도록 했다. 훈련생들은 교육의 마지막에, 사전에 비디오로 촬영된 대상자를 보면서 대상자의 대답에 따라서 CIDI에 기입하는 실습을 수행하였다.

실제 지역에서 면담을 실시할때의 면담 상황과 동일하게, 실제 대상자에 대해 2인 1조로 면담(live interview)을 하고 CIDI에 기입하는 과정을 실시하였으며, 실습 후 CIDI 교육담당자와 훈련생이 모여서 회의를 통해 CIDI 기입방법 뿐 아니라 면담방법과 태도에 대하여 점검을 받고 토론을 하도록 하였다. 또한 훈련 중에 훈련생 간에 peer review를 실시하여 서로 활발한 논의가 가능하도록 하였다. 이런 과정을 통하여 면담자간 일치도가 개선될 수 있도록 하였다<표 19, 그림 18>.

이전 조사에서는 표본설계 및 조사방법론 표본 추출을 위해 자료 관리 센터를 설립하였다. 센터는 총괄연구책임자의 관리 하에 동국대 서베이앤헬스 폴리시리서치 센터 및 통계학과에서 담당하였다. 표본 추출 방법 및 가구방문조사 진행 방법을 따로 교육해 조사요원 및 현장관리자들이 효율적인 조사 진행을 할 수 있도록 하였다.

또한 부가도구집 교육 및 실습을 추가하여 추가도구의 응답률을 높이고자 하였으며, 표본추출 관련 교육을 통해 연구 진행에 대한 이해를 돕고자 하였다. CIDI 이

론 교육 내용을 비디오 녹화 후 배포해, 추후 면담 진행에 어려움이 있을 때 참고할 수 있도록 하였다.

1차 교육 후, 추가로 선발된 조사요원들에 대해 2차 교육을 실시하였다. 총 5기에 걸쳐 21인의 현장관리자와 147명의 조사요원을 훈련시켰다<표 20>. 2차 교육 시 강원도에서 실제 조사를 진행한 현장관리자의 진행 Know-how에 대해 강의를 추가하였다.

표 19. 조사요원 훈련프로그램의 내용

구분	시 간	내 용
1일	10:00-10:10	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
		명단확인, 자료 배부
	10:10-10:30	연구 소개, 교육일정 소개, 참여자 소개
	10:30-12:00	CIDI 개괄/PFC 사용/소집단 연습(PFC) Section A (사회인구학적 자료)/소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-17:00	표본추출 관련 교육
	17:00-18:00	현장관리자 교육
		정리
2일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section E, F (기분장애, 양극성장애)/소집단연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-16:30	Section K, S (PTSD, 강박장애, 자살)/소집단 연습
	16:30-16:45	전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:45-17:00	정리
3일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section B, J, L (니코틴, 알코올, 약물)/소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-16:00	Section G, Q (조현병 스펙트럼 장애, 도박)
	16:10-16:30	전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:30-17:00	정리
4일	8:30-9:00	장소 준비, 도구 이동, 준비 점검
	9:00-9:30	명단 확인, 과제점검
	9:30-12:00	Section D (공포장애, 불안장애)/소집단 연습 소집단 연습
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-15:30	Section SR (서비스이용, 부가도구집)/ 소집단 연습
	15:30-16:30	모의면담(비디오 자료) 모의면담(live) 지도 - 전체 개별 모의면담 장소 안내(조 구성, 담당자 소개) 전체집단 모임, 과제 할당, 마무리
	16:30-17:00	장소 정리
5일	8:30-9:00	모의면담 장소로 이동
	9:00-9:30	명단 확인
	9:30-12:00	* 개별 모의면담, 수퍼비전
	12:00-13:00	점 심 식 사
	13:00-17:00	수퍼비전

그림 18. 실제 훈련 장면



표 20. 실제 훈련 일정

일정	정규 교육 (국립정신건강센터)			추가 교육 (삼성서울병원)		
	6/20-6/24	6/27-7/1	7/4-7/8	8/30-9/3	9/20-9/24	11/5-11/9
참여 지역	경기 파주 인천 강원 춘천 부산 제주 대구 울산	서울 종로 서울 강동 경기 하남 충북충남 강원 춘천 인천 대구 경북 울산	서울 노원 경기 오산 경기 하남 경기 수원 충북 충남 대전 인천 전북 경남 광주 전남	서울 노원 서울 강동 충남대전 전북 전남 경북 대구 제주	경기 파주 경기 오산 충북	경기 오산 서울 강동
소계	22	45	50	19	4	7
총인원	조사요원 147명, 현장관리자 21명					

4.4. 조사방법론(survey methodology) 교육

2016년 「정신질환 실태조사」는 2011년 조사와 비교하여 표본설계와 그에 따른 조사방법에 많은 변화가 있었다. 이에 따라 정확한 가중치 산출 및 통계 추정을 위하여 표본가구별로 방문횟수, 방문상황, 가구 여부, 가구원 정보 등 다양한 보조정보의 수집이 필요해졌으며, 표본대체 규칙, 조사대상자 선정방법 등에도 변화가 생겼다. 동국대학교 서베이앤헬스폴리시치센터(SHPRC)는 이러한 표본설계 및 조사방법의 변화를 반영하여 조사요원들로 하여금 정확한 표본가구의 정보를 기입할 수 있는 ‘가구방문기록표’ 양식을 작성하도록 하였으며, 조사요원들과 담당 현장관리자를 대상으로 ‘가구방문기록표’ 양식 작성방법과 표본대체 및 조사대상자 선정방법을 포함하는 전반적인 조사방법론 교육을 실시하였다<그림 19>

<조사방법론 교육 내용>

- ① 조사의 개요(목적 및 중요성)
- ② 표본설계(표본추출방법, 표본의 대표성, 표본가구 확인 및 조사대상자 선정방법 등)
- ③ 조사준비(조사 협조 및 홍보방법, 표본가구 사전 방문 및 방문 안내편지 전달 등)
- ④ 표본가구 방문 시 발생가능 상황 및 가구방문기록표 작성 요령
- ⑤ 표본가구 접촉 가이드라인 및 접촉 시 발생가능 문제점 대처 요령
- ⑥ 표본 대체의 원칙 및 대체 방법
- ⑦ 조사요원 관리 및 조사상황 모니터링 방안(현장관리자 대상)

조사방법론 교육은 기본적으로 조사 개요, 표본설계, 조사준비 등 조사수행에 필요한 내용들을 조사요원들과 현장관리자를 통합하여 실시되었으며, 현장관리자는 지역 및 표본가구에 대한 조사홍보 및 협조요청, 조사요원 관리, 조사상황 모니터링, 조사진행상황 보고 등 조사 관리에 대한 추가 교육을 이수하였다. 조사방법론 교육 내용에 대한 상세한 기술은 “5. 현장조사”에 정리되어 있다.

그림 19. 조사요원 및 현장관리자 조사방법론 교육 장면



5. 현장조사

5.1. 현장 방문조사기간 및 대상자 선정

현장 방문 조사는 2016년 6월 27일 ~ 2016년 11월 25일, 즉 5개월 간 이루어졌다. 대상자는 2016년 1월 1일 기준으로 만 18세 이상에 해당되는 사람, 즉 1997년 12월 31일생까지로 하였다.

표본으로 추출된 가구별로 만 19세 이상 성인 중 조사시점을 기준으로 가장 최근에 생일이 지나간 사람을 조사대상자로 선정하였으며, 주민등록상 생일을 기준으로 하였다. 이 방법의 경우, 접촉된 가구원에게 직접 조사대상자가 누구인지를 확인하여 간단하게 조사대상자를 선정할 수 있다. 그러나 가구원이 잘못 이해하고 조사대상을 알려주는 경우들이 많이 발생하며, 조사요원이 실수 또는 의도적으로 조사대상자를 왜곡하여 선정할 수 있는 여지가 있다. 따라서 2016년 「정신질환 실태조사」에서는 이러한 상황들을 미연에 방지하고자 표본가구별로 모든 가구원의 정보를 격자 형식으로 수집하고, 수집된 정보에 기초하여 조사대상자를 선정하도록 하였다<그림 20>.

그림 20. 가구방문기록표 내 가구원 목록 작성 및 조사대상자 선정 양식

	구분	가구주와의 관계	성별 (①남 ②여)	연령 (만 나이)	성인 여부 (√ 표시)	생일 (월만 표기)	조사대상자 선정 (√ 표시)
가구현황	가구주	본인					
	가구원2						
	가구원3						
	가구원4						
	가구원5						
	가구원6						
	가구원7						
	가구원8						
	가구원9						
	가구원10						

만약, 선정된 조사대상자가 외국인의 경우에는 대한민국 국적을 취득한 자만을 조사대상에 포함하였으며, 해당 주소지의 주민등록 등재여부와 관계없이 조사 시점 당시 한 가구에 함께 생활하는 사람만을 가구원 목록에 포함하였다. 가구원 및 조

사대상자 선정과 관련한 상세한 내용은 “2.4 표본추출 및 표본대체”에 상세히 기술되어 있다.

5.2. 조사준비(조사에 대한 사전 협조 요청 및 홍보)

최근 국내 가구방문조사는 1인 가구 및 맞벌이 가구 등의 빠른 증가와 생활환경의 변화 등으로 가구 및 개인의 조사 거부 및 접촉 불가 등의 상황이 크게 증가하고 있다. 특히 아파트, 빌라, 원룸 형태의 가구들에서 경비원을 고용하거나 전자키 등을 사용하는 경우가 급증하여 국내 가구 방문조사는 갈수록 힘들어지고 있는 상황이다. 따라서 조사가 잘 수행될 수 있도록 각 조사대상지역에 조사에 대한 사전 홍보, 행정기관 조사협조 등을 통하여 조사요원들의 조사부담을 덜어주어야 한다. 따라서 2016년 「정신질환 실태조사」에서는 조사방법론 교육 시 각 지역의 조사책임자 및 현장관리자들로 하여금 다음과 같은 내용을 숙지하고 해당 지역 특성에 맞추어 적극적으로 활용하도록 권고하였다.

5.2.1. 행정 체계를 통한 지방자치단체로의 조사협조 요청

국내 가구방문조사 시 무응답율을 낮추고 조사성공률을 높이기 위해서는 행정 체계를 이용하여 공식적으로 조사에 대한 협조를 요청하고, 각 표본가구에 조사에 대해 인지시키는 것이 매우 중요하다. 이와 관련하여 Choi 등(2013)은 행정기관을 통한 체계적인 조사협조를 통하여 조사 무응답을 줄이는 방안을 제시하였으며, 통장의 협조를 얻기 위한 방법론과 통장의 역할의 중요성 및 유용성에 대해 논하였다(Choi, 2013).

‘통’은 행정동의 하부조직으로, 이들 조직의 장인 통장은 지방행정기관의 보조기관 역할을 담당하고 있다. 특히 주민의 대표자로서 주민등록신고사항의 사실 확인 및 정부정책을 주민들에게 홍보하고, 주민들의 민원과 불편사항 등을 해결해 주는 등 지방행정의 최일선에서 이웃의 봉사자 역할을 수행함으로써 가구들에 대한 정보를 가장 잘 파악하고 있는 사람이다. 따라서 통장을 통하여 가구방문조사에 대한 협조를 받을 수 있다면 조사성공률을 크게 높일 수 있다.

가구방문조사 시 통장들에게 기대할 수 있는 역할은 크게 ‘① 표본가구에 대한 조

사 사전 안내', '② 표본가구에 대한 정보 제공', '③ 표본가구 조사 시 동행 및 조사 독려'로 구분할 수 있다. 그러나 통장들로부터 조사에 대한 협조를 얻기 위해서는 지방행정기관을 통한 행정적 절차와 함께 통장과의 연락, 접촉, 협조 요청을 위한 체계적인 방법이 구축되어야 한다. 이에 2016년 「정신질환 실태조사」에서는 조사방법론 교육을 통하여 아래와 같이 3단계의 행정체계를 이용한 조사협조 요청방안을 설명하였다.

<행정적 절차를 통한 조사지역 협조 요청>

Step1) 시청, 군청 및 구청 방문을 통한 조사 협조 요청

- 조사를 진행할 각 지역의 주민센터(동, 읍, 면사무소)에 2~3일 내에 연구원 또는 조사감독자가 방문 예정임을 공문 상으로 전달 요청

Step2) 주민센터(동, 읍, 면사무소) 방문을 통한 협조 요청

- 표본가구명부 내 모든 표본가구에 대한 '통' 또는 '리' 확인 요청
- 해당 '통' 또는 '리'의 장(통장 또는 이장)의 연락처 요청
- 해당 통장 또는 이장에게 조사 목적 및 내용, 해당 표본가구 목록 및 연구진에 의한 연락이 취해질 것임을 사전에 전달 요청

Step3) 해당 지역 통장 및 이장 방문 및 협조 요청

- 해당 지역 표본가구에 대한 정보(재택시간, 연락수단 등) 요청
 - 각 표본가구에 통장 또는 이장의 서명이 담긴 안내문 전달 및 조사독려 요청
 - 통장 또는 이장의 협조가 원활한 표본가구에 대해서는 조사가 가능한 시간 및 날짜, 연락처 등의 확인 요청
- ※일반적으로 주민센터에서는 한달에 1~2회 통장(또는 이장)회의를 진행하므로, 이를 잘 이용하면 통장 및 이장과의 접촉이 용이함

5.2.2. 표본가구에 대한 직접적 조사 홍보

행정 체계를 통하여 조사를 홍보하고 협조를 요청하는 것은 조사의 공신력과 당위성을 얻기 위해 가장 중요하고 효율적인 방법이나, 모든 표본가구에 조사 홍보 및 협조가 이루어진다고는 할 수 없다. 따라서 각 표본가구마다 조사를 홍보하고 인지시키기 위한 보다 직접적인 접촉방법이 필요하며, 이를 위한 가장 효율적인 방법 중 하나는 각 표본가구에 사전 안내 편지를 전달하는 것이다<그림 21>.

이에 2016년 「정신질환 실태조사」에서는 조사방법론 교육을 통하여 각 표본가구마다 표본으로 선정된 사실과 함께 ‘조사요원의 방문 예정’ 사실을 알릴 것을 권고하였다. 표본가구에서 조사요원의 방문 사실을 미리 인지하는 경우에는 조사에 대한 부담과 낯선 사람의 방문에 대한 거부감을 낮출 수 있으며, 조사의 목적과 중요성을 인지함으로써 조사에 보다 협조적이고 및 응답을 성실하게 할 수 있다. 사전 안내 편지를 전달하는 방법으로는 조사요원이 조사지역의 사전 답사를 겸하여 인편으로 직접 우편함에 넣는 방법과 우편을 통하여 전달하는 방법 등을 모두 고려할 것을 권고하였으며, 전자키가 설치된 빌라 또는 아파트 등과 같은 건물은 출입이 어려우므로 우편을 통한 전달이 효과적임을 안내하였다. 한편, 만약 전달된 사전 안내 편지가 우편함에 계속 들어있는 경우에는 해당 가구가 부재중이거나 빈집 등인 것으로 간주할 수 있으며, 해당 상황이 지속되는 경우에는 표본가구를 대체하거나 방문일정을 조정하는 등의 조사전략 수정이 가능하므로 “5.2.3. 조사요원 관리 및 표본가구 방문계획 수립”과도 관련이 깊다. 또한 각 표본가구에 사전 안내 편지를 전달하는 과정은 처음 표본으로 추출된 가구뿐만 아니라 표본가구 대체 시 새로 선정된 표본가구에 대해서도 실시해야 함을 교육하였다.

그림 21. 사전 안내 편지

2016 정신건강실태 역학조사 안내문

안녕하십니까?

거주하시는 지역의 통장님 등을 통하여 “보건복지부와 _____병원에서 진행하는 설문조사가 있다”는 소식을 전해 들으셨는지 모르겠습니다.

이번 설문조사는 보건복지부에서 5년마다 법에 의해서 지역 주민의 정신건강 실태에 관한 조사를 하는 것으로서 이 설문조사의 결과는 전 국민의 정신건강 증진을 위한 귀중한 자료로 사용될 것이므로 설문조사에 꼭 참여하셔서 많은 좋은 의견을 주시기 바랍니다.

본 설문조사는 7월부터 11월 동안 진행될 예정이며 전문 면접원이 맥을 직접 방문한 뒤 설문지를 이용하여 질문들을 드릴 것입니다.


저희 면접원이 방문하는 귀댁은 “표본설계(sample designs)”라는 통계적 방법과 컴퓨터 프로그램을 함께 이용하여 선정된 것입니다. 다른 가구로 대체될 수 없음을 의미합니다. 바쁘시고 번거롭더라도 조사에 꼭 참여하여 주시길 바랍니다. 면접에 소요되는 시간은 한 시간 정도입니다.

감사합니다.

면접원이 방문하면 반드시 **정신건강실태조사사업단, 보건복지부 명찰**을 확인하시기 바랍니다.

면접원이 귀댁을 방문해서 뵈 수 있는 날짜와 시간을 아래의 전화번호로 사전에 알려주시면 그 때 찾아뵈 수도 있으니 연락을 주시면 감사하겠습니다.

☎ (각 기관 연락처)
담당자 이름 연락처

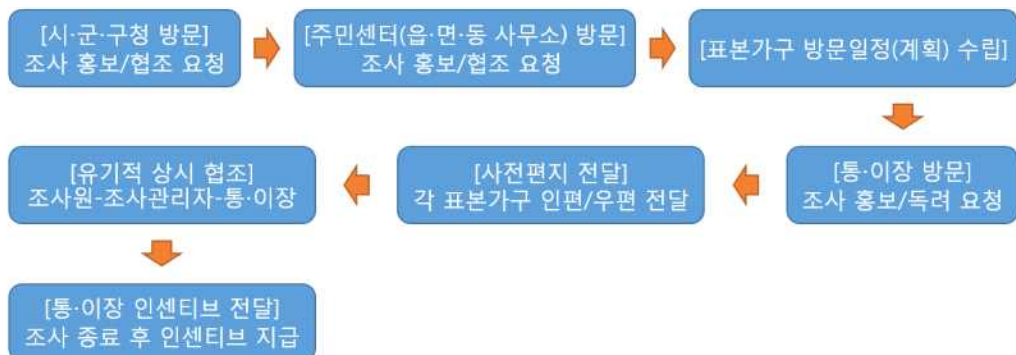
정신건강실태조사사업단
 보건복지부

5.2.3. 조사요원 관리 및 표본가구 방문 계획 수립

가구방문조사는 조사요원이 직접 가구원을 접촉하여 조사를 진행하기 때문에 체력 및 정신적으로 부담이 크다. 조사시기의 대부분이 여름철(7~8월)이라 특히 조사요원들의 체력 안배에 힘을 필요가 있다. 따라서 조사요원의 적절한 조사업무량과 근무시간의 계획적인 할당 및 관리가 매우 중요하다. 이를 위해서는 표본가구에 대한 방문 일정을 수립하는 것이 중요하며, 각 표본가구의 위치와 조사요원의 이동경로 및 조사시간 등을 고려하여 방문 일정과 시간을 조정해야 한다. 그러나 방문계획 수립에 있어 조사요원 스스로 판단하기 어려운 부분이 많을뿐더러, 조사요원들과의 의사소통 체계/방법 수립 등과 관련되어 있으므로, 연구원 및 현장관리자와 함께 진행하는 것이 바람직하다.

또한 이는 “5.2.2. 표본가구에 대한 직접적인 조사홍보” 및 “5.2.1. 행정체계를 통한 지방자치단체로의 조사협조 요청”과 연계되어 진행될 수 있으며, 각 조사준비과정들의 연계가 잘 이루어지는 경우에는 표본가구로 하여금 조사에 대한 목적 및 내용이 사전에 전달되어 방문조사에 대한 거부감을 최소화하고 조사의 신뢰성과 대표성을 제고할 수 있다<그림 22>.

그림 22. 행정 체계를 및 통한 조사협조 요청 및 표본가구에 대한 조사홍보를 위한 조사방법론



5.3. 현장조사 및 질적 관리

현장조사는 조사요원이 선정된 가구를 방문하고, 가구 내에서 선정된 대상자를 직접 대면하여 면담하며, 완전구조화 면담 도구인 CIDI의 특성을 반영하여 CIDI 도구에 제시되는 질문을 그대로 읽어 질문하고, 응답을 받는 방식으로 진행하였다. 조사요원이 면담을 완료하면 완료된 내용을 현장관리자에게 제출하고, 현장관리자는 결과를 검수, 검토하여 문제점이 있을 경우 보완하도록 하였다. 질적 관리를 위하여 조사요원이 조사진행과정에서 발생하는 문제점이나 질문을 현장관리자나 지역연구책임자와 상의할뿐 아니라 중앙의 총괄책임자 연구팀과 카카오톡, 라인 등의 사회관계망서비스(Social Network Service) 단체 대화방을 통하여 문제를 공유하고 해결책을 찾도록 하였다.

5.3.1 현장조사

평균적인 조사시간은 한명의 조사대상자 당 90분이 소요되었다. 이는 일반적인 가구방문조사에 비해 상당히 조사시간이 많이 소요되는 것으로, 각 조사지역별로 표본크기와 가구 및 지역 특성 등을 고려하여 1일 조사업무량을 적절히 설정할 필요가 있었다. 각 표본가구별로 조사대상자가 조사수행 시 선정됨에 따라 첫 방문에서 조사대상자를 접촉하기 용이하지 않으므로, 가급적 조사요원 1인당 1일 조사완료 건수가 3건을 초과하지 않도록 권고하였다.

면담시간은 조사대상자의 특성에 따라서 차이가 많이 나서 노인이거나 청각 장애가 있는 경우 시간이 걸렸다. 하지만 일부 노인의 경우 면접조사를 귀찮아 해서 무조건 아니라고만 대답하는 경우가 있었다. 최대한 성실히 대답하도록 권유를 했지만 어려움이 많아서 다음 조사에서는 75세 이상의 노인에서 조사는 현실적으로 부실한 자료만 양산할 가능성이 매우 높았다.

조사기간은 조사요원들이 대부분 학생이고 조사 일정을 고려할 때 여름방학 기간에 집중하였다. 조사협조 및 홍보를 통하여 방문 가능 일과 시간이 확인된 표본가구에 우선적으로 조사가 진행되었으며, 그렇지 못한 표본가구는 요일과 시간대를 달리하여 조사를 실시하였다. 부재 등의 사유로 접촉이 되지 않는 가구는 현장관리자의 판단 하에 일정 횟수 이상 재방문을 실시하였고, “부재중 쪽지”를 활용하여

조사요원의 연락처와 방문사실을 표본가구에 인지도시킴으로써 조사의 효율성을 제고하였다<그림 23>. 또한 조사에 대해 거부의를 나타낸 경우에도 일정한 간격을 두고 재방문을 실시하도록 하였으며, 재방문 간격은 거부의사의 강한 정도에 따라 달리 조정하도록 하였다. 한편 조사거부의를 표시한 표본가구의 경우에는 해당 통장 및 이장들로 하여금 해당 가구에 조사 참여를 독려하도록 요청하였으며, 원룸 및 빌라 등의 주인집과 아파트 및 오피스텔 등의 관리사무소 등에도 조사 협조를 요청하였다.

그림 23. 부재중 쪽지

(각 기관) 면접원 _____입니다.

혹시 통장님의 연락을 받으셨는지 모르겠습니다.


이번 설문조사는 보건복지부에서 5년마다 법에 의해서 **지역 주민의 정신건강 실태**에 관한 조사를 하는 것으로서 이 설문조사의 결과는 **전 국민의 정신건강 증진을 위한 귀중한 자료로 사용될 것**이므로 설문조사에 꼭 참여하셔서 많은 좋은 의견을 주시기 바랍니다.

혹시 조사가 가능한 날짜와 시간을 아래의 번호로 알려주시거나 빈 공간에 적어주시면 그 때 찾아뵙도록 하겠습니다. 감사합니다.

* 조사 완료시에는 소정의 상품권을 지급해 드립니다.

면접원 전화번호: _____

정신건강실태조사사업단



보건복지부

대부분의 경우에는 오후부터 저녁까지 표본가구를 방문하여 조사가 진행되었으나, 응답률 제고 및 조사대상자의 편의 측면을 위하여 조사 시간과 장소를 달리하여 조사가 수행되기도 하였다. 예를 들어, 조사대상자의 귀가 시간이 늦은 경우에는 저녁 시간대에 조사를 수행하거나, 사전에 약속을 한 후 직장 근처에서 조사가 진행되기도 하였다. 또한 조사기간 내에 목표 표본 크기만큼 조사를 완료하지 못한 지역들은 대해서는 조사기간을 방학기간으로 한정하지 않고 조사요원이 조사대상자를 방문하는 기간 및 시간을 조절하여 조사를 진행하였다. 조사기간이 연장되는 지역들은 조사요원 추가 모집이 불가피하였으며, 조사도구 및 조사방법론에 대한 추가 교육을 이수한 조사요원들만 조사에 투입되었다.

5.3.2 조사의 질적 관리

조사가 실제 대상자에게 실시되었는지 못지 않게 조사가 원칙대로 시행되고 자료가 제대로 모아졌는지는 조사의 성패에 매우 중요하다. 원칙적으로 매주 회수되는 K-CIDI에 대해서 훈련프로그램을 이수한 현장관리자가 설문지를 체크하여 조사내용의 불일치와 누락을 점검하고 문제가 없다고 인정된 경우에 컴퓨터에 입력하였다. CIDI 설문지는 CIDI 입력 프로그램을 이용하여 입력하도록 하였고 기타 도구는 별도로 MS ACCESS 프로그램을 이용한 입력프로그램을 제작하여 입력하였다.

항목이 누락되었거나 대상자가 거부하였을 경우에는 경우에 따라 '9', '99', '999'로, 모른다고 답했을 경우 경우에 따라 '8', '98', '998'로 코딩하였다. 항목이 누락된 경우에는 가능한 한 추가로 확인전화를 통해서 보충하도록 하였다.

또한 조사의 질관리를 위해, 현장관리자가 응답자 중에 일부에 전화하여 조사했는지를 확인하였다. 전화상으로 조사요원이 조사대상자를 실제로 방문/조사했는지, 조사대상 가구내에서 조사대상을 제대로 찾아서 했는지 확인하고, 조사문항의 일부를 조사대상에게 다시 질문하여 맞게 기입되었는지 확인하였다. 하지만 2016년 조사의 경우 과거의 조사와는 달리 응답자들이 이름 제공을 거부하거나 전화번호 제공도 거부하는 사례가 매우 많아서 질관리에 심각한 어려움이 많았다.

또한 모든 조사요원들은 매 표본가구 방문 시마다 발생한 상황(<표 21>)들을 '가구방문기록표'에 별도로 기록하였다(<그림 24>). 가구방문기록은 크게 표본 정보, 방문 정보, 가구 정보로 구분되며, 이들 정보들은 현재 조사의 관리 및 차후 조사의 기초자료로 활용할 수 있다. 표본가구 방문상황, 표본가구 대체 상황, 그리고 표본가구 내 가구원 정보 등은 가중치 조정, 응답률 산출, 통계적 추정 등 정확한 통계 산출에 유용하게 활용된다. 이렇게 기록된 모든 가구방문기록표는 조사요원 및 현장관리자에 의해 EXCEL 양식으로 전산화되어 동국대학교 서베이앤헬스폴리시리서치센터(SHPRC)로 전달되었다(<그림 25>).

한편, 조사를 진행하다보면 조사거부, 장기 부재 등의 사유로 표본가구의 대체가 필요한 상황이 발생한다. 표본가구가 대체되면 처음 추출된 표본과의 괴리로 인한 편향이 발생할 수 있으며, 이는 곧 표본의 대표성과 정확성을 저해하는 요인이 된다.

표 21. 가구방문조사 시 발생 가능한 다양한 상황들

구분	방문상황	상세설명
1	건물 소멸	표본가구명부에는 주소가 있으나, 실제 방문 시에 건물이 존재하지 않는 경우
2	비가구 (업무용)	방문한 가구가 주거 목적이 아닌 상업 또는 업무용으로 사용 중인 경우 (단, 업무/주거 공용인 경우에는 주거용으로 간주)
3	비적격 가구 (성인 비거주)	만 19세 이상 성인이 살고 있지 않는 경우
4	건물 진입 불가 (가구 여부 확인 가/부)	전자키, 경비원의 제지 등으로 건물 자체를 출입하지 못한 경우
5	빈집 (사람이 살지 않는 가구)	사람이 전혀 살고 있지 않는 경우 (비어있는 집 또는 폐가 등)
6	적격자 부재 (만 19세 이상 성인 모두 잠시 부재)	가구원과 접촉하였으나, 해당 가구에 만 19세 이상 성인이 모두 부재중인 경우
7	부재중 가구 (모든 가구원 잠시 부재)	사람이 살고 있으나, 가구 방문 시 아무 응답도 없는 경우 ("빈집"과 구별 필요)
8	가구원 조사 불가 (신체적, 정신적, 고령, 외국인 등)	가구원이 신체, 정신, 나이, 언어 등의 문제로 의사소통이 어렵거나 조사수행이 어려운 경우
9	가구원 조사 거부 (조사대상자 선정 전/후)	가구원이 조사에 참여하기를 거부하는 경우
10	가구원 재방문 조사약속	가구원이 조사 시점에 조사에 참여하기 어려우나 차후에 조사에 참여하기로 약속한 경우
11	기타 발생 상황 (조사대상자 선정 전)	4~10의 상황들 외에 조사대상자 선정 전에 발생할 수 있는 가구원 접촉과 관련한 모든 상황
12	조사대상자 부재	조사대상자가 조사 시점에 외출 중인 경우
13	조사대상자 조사 불가 (신체적, 정신적, 고령, 외국인 등)	조사대상자가 신체, 정신, 나이, 언어 등의 문제로 의사소통이 어렵거나 조사수행이 어려운 경우
14	조사대상자 조사 거부	조사대상자가 조사에 참여하기를 거부하는 경우
15	조사대상자 재방문 조사약속	조사대상자가 조사 시점에 조사에 참여하기 어려우나 차후에 조사에 참여하기로 약속한 경우
16	조사 성공	조사대상자의 조사 참여 완료

표본현황										표본가구							
집계구 현황					표본가구 현황					도표명주소				상세정보			
집계구 코드	대계 여부	(대계시) 동집계구 코드	정크코드	대계 여부	(대계시) 동정크 코드	표본번호	대계 여부	(대계시) 동표본번호		광역시도	시군구	상세주소	가구특징	복수가구여부	총 가구수	가구선택	비고
27					9	100				경기도	안산시 단원구	xx아파트 101동 1601호					

따라서 표본가구의 대체는 각 조사지역의 연구원 및 현장관리자의 허가를 통해서만 실시되고, 조사요원들이 임의로 대체할 수 없도록 하였다. 또한 조사방법론 교육시 표본가구 대체를 위한 가이드라인을 제공하여 각 지역의 연구원 및 현장관리자라 하더라도 현재의 가구방문상황을 신중하게 검토하여 표본가구를 대체할 수 있도록 하였다<표 22>.

표 22. 가구방문상황에 따른 표본가구 대체 방법 가이드라인

구분	방문상황	상세설명
1	매우 강한 거부 (욕설 또는 위협)	현장관리자 확인 즉시 대체
2	강한 거부	1회 재방문 후 대체 (방문간격: 2~3일)
3	약한 거부	2회 재방문 후 대체 (현장관리자의 판단에 따른 추가 재방문 실시)
4	지속적인 부재 (부재중 쪽지가 없는 경우)	평일, 주말 포함 6회 이상 재방문 후 대체
5	지속적인 부재 (부재중 쪽지가 있는 경우)	2회 재방문 후 가구상황 파악 후 대체
6	우편물이 잔뜩 쌓여 있는 경우	2회 재방문 후 상황이 변하지 않으면 즉시 대체
7	가스, 전기 등의 공급 중단 안내장이 있는 경우	현장관리자 확인 즉시 대체
8	업무용 또는 비적격 가구	현장관리자 확인 즉시 대체
9	빈집이 확실한 것으로 확인되는 경우	현장관리자 확인 즉시 대체

한편 연구원 및 현장관리자에 의한 표본가구 대체는 표본추출과정에서 세그먼트(4개 표본가구)를 추출하고 남은 청크 내 가구목록에서만 가능하다. 만약 재개발, 천재지변 등으로 표본으로 추출된 집계구나 청크가 조사 불가능인 경우에는 표본설계를 담당하던 동국대학교 서베이앤헬스폴리시리서치센터(SHPRC)에서 직접 동일 읍면동 내 예비 집계구 또는 동일 집계구 내 예비 청크로 대체하여 해당 지역에 전달하였다. 동국대학교 SHPRC는 집계구 또는 청크 수준에서의 표본대체를 위하여 연구원 및 현장관리자의 의견뿐만 아니라 전산화된 가구방문기록을 함께 검토하여 예비 표본 집계구 및 청크를 추출하고, 가구목록을 작성하여 해당 지역에 전달하였다.

5.4. 자료의 관리

5.4.1. 자료 점검

조사 완료된 CIDI 설문지는 각 지역에서 중앙으로 배송되었다. 중앙으로 모인 CIDI 설문지 전체에 대해서 감수를 진행하였다. 감수요원을 선정하여 오류를 발견할 수 있도록 조사도구에 대해 훈련시키고, 연구원 및 감수요원이 2016년 9월부터 2016년 11월까지 중앙으로 모인 모든 원자료를 검토하였다. 일차적으로 각 조사지역에서 입력된 자료를 다시 설문지와 대조 확인하여, 누락되거나 잘못 입력된 자료를 확인하고 수정하였다.

총괄에서 지역에서 보내진 자료파일을 누락된 자료가 없는지 살피고, CIDI의 규칙에 맞게 면담이 진행되고 입력되었는지 확인하였다. 오류가 발견된 경우 피드백을 제공하여, 잘못된 면담방식이나 오류를 최소화하였다. 특히 완료된 K-CIDI의 일관성을 점검하기 위하여 입력프로그램(data entry program)을 사용하여 'skip'과 'consistency'를 활성화시킨 상태에서 입력을 점검하였다.

5.4.2. 자료 분석

▷ 유병 진단 알고리즘을 이용한 자료분석

① K-CIDI의 조사 자료를, CIDI 전용의 자료입력 프로그램과, 부가도구 전용 자료입력 프로그램을 이용하여 코딩, 자료 파일로 정리하고 진단 알고리즘 프로그램에 적합한 형태로 전환한다.

② K-CIDI의 문항들로부터 진단알고리즘을 이용하여 DSM-IV와 ICD-10의 진단, 발병연령, 기타 변수들을 산출하고 CIDI의 모든 문항과 진단알고리즘에 의해 발생한 변수들을 SPSS의 자료 파일로 전환한다.

③ 2015년 인구주택총조사 자료에 의한 인구분포를 기준으로 지역, 성별, 나이에 따라 표본가중치를 계산하여 분석에 이용한다.

④ 각 정신질환의 유병률을 산출하고 각종 사회인구학적 변수들과의 관계를 조사한다. 각 정신질환들 간의 동반이환율을 분석하고 의료이용도를 조사한다. 2001년, 2006년, 2011년 조사결과와의 비교를 통하여 정신질환 분포의 시간적 추이를 파악한다.

⑤ 질환에 따라 질병행태, 정신질환 장애의 정도 등을 분석한다.

▷ 통계적 추정 및 분석의 정확성을 높이기 위한 가중치 조정

표본설계를 통하여 표본가구들이 동일한 확률로 추출하더라도 실제 조사 자료는 자체가중(self-weighting)이 되지 않는 경우가 대부분이다. 조사를 수행하다보면 무응답, 비적격(부적합)가구 등이 다수 발생하며, 이에 따라 표본조사자료는 일반적으로 자체가중을 만족하지 않게 된다.

또한 표본가구의 대체 없이 조사가 완전하게 수행되더라도, 모든 표본가구 내 가구원의 수는 동일하지 않으므로 개인 수준의 조사자료는 자체가중이 되도록 설계하는 것이 사실상 불가능하다. 따라서 통계적 추론의 정확성을 높이기 위해서는 각 분석수준(표본가구 및 조사대상자)별로 모집단을 대표할 수 있도록 표본 설계 시 추출확률을 고려하여 가중치를 산출하여 반영해야 한다. 아울러 이렇게 설계된 가중치들은 무응답 등에 따른 응답 편향이 보정되어야 하며, 부모집단(지역, 성별, 연령대 등)에 따른 보다 정확한 통계적 추론이 가능하도록 정밀하게 조정되어야 한다. 가중치는 분석 수준에 따라 조정 방법이 상이하며, 가중치를 고려하지 않고 분석하는 경우에는 무응답, 포함범위 오차 등이 반영되지 않아 분석이 부정확하다.

2016년 「정신질환 실태조사」의 모든 표본가구는 각 조사지역 내에서 근사적으로 동일한 설계가중치를 갖도록 설계되었으며, 가구방문상황 및 가구원에 대한 정보는 가구방문기록표를 통하여 수집되었다. 따라서 이들 정보들을 이용하여 다음과 같이 다단계에 걸쳐 가중치를 산출·조정하였다.

<표본가구 수준의 가중치 조정방법>

Step1) 표본설계 시 초기 가중치

$$W_{initial} = \frac{\text{표본추출틀(가구목록) 내 모든 가구의 수}}{\text{표본으로 추출된 가구의 수}}$$

Step2) 비가구 가중치 조정

$$A_1 = \begin{cases} 0 & \text{비가구(가구가 확실히 아닌 경우)} \\ P_{in-scope} & \text{가구 여부 확인 불가} \\ 1 & \text{가구(확실히 가구가 맞는 경우)} \end{cases}$$

Step3) 가구 무응답 가중치 조정

$$A_2 = \frac{\text{모든 표본가구의 가중치}(W_{initial} \times A_1) \text{의 합}}{\text{응답한 표본가구의 가중치의 합}}$$

Step4) 개인 가중치 조정

$$A_3 = \frac{1}{\text{표본가구 내 조사대상자(개인) 추출 확률}}$$

Step5) 개인 무응답 가중치 조정

$$A_4 = \frac{\text{모든 조사대상자의 가중치}(W_{person} \times A_3) \text{의 합}}{\text{모든 응답자의 가중치의 합}}$$

Step6) 조사대상자(person level) 사후층화 가중치 조정

$$A_5 = \frac{\text{사후층에 대한 모집단 추정치}}{\text{사후층 내 가중치}(W_{person} \times A_3 \times A_4) \text{의 합}}$$

Step7) 최종 가중치 산출

$$W_{final} = W_{initial} \times A_1 \times A_2 \times A_3 \times A_4 \times A_5$$

▷ 도메인 분석 기법을 이용한 부모집단 추정

부모집단(지역, 성별, 연령대 등)별로 특정 변수들의 분석과 관련하여 다음과 같은 도메인 분석(domain analysis)을 사용해서 분석을 실시하였다. 도메인 분석과 관련한 자세한 내용은 Lohr(1999)와 Heeringa 등(2010)을 참조할 수 있으며 Lohr, 1999; Heeringa, 2010), 이에 따른 SAS/STAT(2009)의 도메인 분석 절차는 다음과 같다 (SAS Institute Inc, 2009)..

<도메인 분석 절차>

Step1) 도메인 D 에 의한 조사단위별 지시변수 J_D 정의

$$J_D(h, i, j) = \begin{cases} 1 & \text{조사단위 (분석대상)가 도메인 } D \text{에 포함} \\ 0 & \text{그렇지 않음} \end{cases}$$

Step2) 지시변수 J_D 에 의한 조사단위별 가중치 조정

$$k_{hij} = w_{hij} J_D(h, i, j) = \begin{cases} w_{hij} & \text{조사단위가 도메인 } D \text{에 포함} \\ 0 & \text{그렇지 않음} \end{cases}$$

- 조정된 가중치를 이용한 도메인 D 에 대한 평균 및 비율 추정

$$\hat{\bar{Y}}_D = \frac{\sum_{h=1}^H \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} k_{hij} y_{hij}}{k_{...}}, \text{ 여기서 } k_{...} = \sum_{h=1}^H \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} k_{hij}$$

- 도메인 D 에 대한 평균 및 비율 추정값($\hat{\bar{Y}}_D$)의 추정 분산 산출

$$\hat{V}(\hat{\bar{Y}}_D) = \sum_{h=1}^H \hat{V}_h(\hat{\bar{Y}}_D),$$

$$\hat{V}_h(\hat{\bar{Y}}_D) = \frac{n_h(1-f_h)}{n_h-1} \sum_{i=1}^{n_h} (z_{hi.} - \bar{z}_{h..})^2, \text{ 단 } n_h > 1,$$

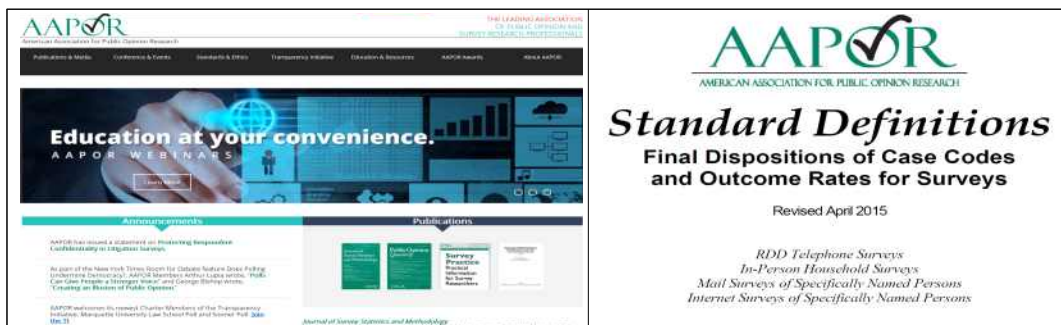
$$\text{여기서 } z_{hi.} = \frac{\sum_{j=1}^{m_{hi}} k_{hij} (y_{hij} - \hat{\bar{Y}}_D)}{k_{...}} \text{ 이고, } \bar{z}_{h..} = \frac{\sum_{i=1}^{n_h} z_{hi.}}{n_h}.$$

6. 조사 완성을

6.1. 조사대상자 응답률

응답률은 조사가 얼마나 성공적으로 진행되었는지를 나타내는 중요한 척도로, 곧 조사의 질적 척도라고 할 수 있다. 조사가 성공적으로 수행되기 위해서는 표본설계부터 표본관리 및 감독에 이르기까지 조사의 질을 제고하기 위하여 다양한 노력들이 요구되며, 이러한 노력들은 곧 응답률의 향상으로 이어진다. 그러나 응답률을 단순히 (성공 표본수)/(조사에 사용된 모든 표본수)로 산출하게 되면 표본설계방법, 표본관리/감독에 따른 다양한 조사상황을 반영할 수 없으며, 결과적으로 조사의 질을 제대로 측정할 수 없다. 따라서 이러한 문제점을 해결할 수 있는 표준화된 응답률을 산출할 필요가 있으며, 조사기관 또는 국가별로 조사의 질을 비교할 수 있도록 응답률 산출을 위한 대표적인 기준 방법들이 필요하다. 그러므로 조사에 사용된 표본들의 최종 조사상황(업무용, 건물진입불가, 부재중 가구, 가구원 및 응답자의 조사 거부, 조사 성공 등)을 고려한 세계적인 기준인 AAPOR(미국여론조사학회)⁹⁾의 응답률 산출식¹⁰⁾ 사용이 권장된다<그림 26>.

그림 26. AAPOR(American Association for Public Opinion Research) 공식 홈페이지(왼쪽)와 응답률 등의 산출을 위한 Standard Definition(오른쪽)



9) <http://www.appor.org>

10) AAPOR (American Association for Public Opinion Research)에서는 RDD 전화조사, 가구방문조사, 우편 및 인터넷 조사에 대하여 응답률 뿐만 아니라 협조율, 거부율, 접촉률 등의 조사와 관련한 다양한 지표들에 대한 산출식을 함께 제공하고 있으며, 현재 2015년 4월 개정판이 제공되고 있다.

AAPOR는 총 6가지 응답률(RR1~RR6) 산출식을 제공하고 있으며, 표본설계와 산출 및 공표 목적에 따라 적절한 산출식을 이용하면 된다. 예를 들어 표본설계가 복잡하지 않고 부분 조사완료 등을 제외한 최소한의 응답률만 공표하고자 하는 경우에는 6가지 응답률 산출식들 중 RR_1 을 이용하면 된다.

$$RR_1 = \frac{I}{(I+P)+(R+NC+O)+(UH+UO)},$$

여기서 I 는 조사완료, R 은 조사 거부 및 중단, NC 는 응답자 비접촉, O 는 응답자 조사 불가, UH 는 가구 미확인, UO 는 가구는 확실하나 조사대상 미확인인 상황들을 나타낸다.

위의 방법으로 계산한 결과, 이번 조사의 전체 조사응답률은 40.3%로 나타났다.

제 3 장. 조사 결과

1. 응답자의 사회인구학적 분포

본 조사에 참여한 응답자는 총 5102명이다. 이 중 남자가 1,941명(38.1%), 여자가 3,160명(61.9%)이었다<표 24>. 5102명의 응답자 중 70세 이하의 응답자는 4,287명으로, 남자가 1636명(38.2%), 여자가 2651명(61.8.%)으로 나타났다.

2015년 인구주택총조사 결과에 의하면, 우리나라의 만 18세 이상 인구에서 남자는 47.6%, 여자는 50.5%이다<표 23>. 실제 우리나라 성비에 비해, 면담을 완료한 남자의 비율이 다소 낮았다. 본 조사는 직접 가구를 방문하여 면담하는 조사이기에, 직장에 나가있는 대상자를 조사하기 어려울 수 있다. 남자는 여자에 비해 직장을 가지고 있는 경우가 더 많아 면담을 진행할 수 없는 상황이 많이 발생하였을 가능성이 있다. 또한, 연령이 증가함에 따라 남녀 성비가 크게 역전되는데, 집에 머무르는 시간이 많은 노인 대상자가 조사에 참여하게 되면서 여성 응답자가 증가한 것으로 보인다.

표 23. 전국 인구의 성별 및 연령별 분포

연령 (세)	남자		여자		전체	
	인구수(명)	%	인구수(명)	%	인구수(명)	%
18~29세	4,084,466	21.1	3,653,554	17.7	7,738,020	19.0
30~39세	3,709,853	19.1	3,625,402	17.6	7,335,255	18.0
40~49세	4,246,505	21.9	4,190,633	20.3	8,437,138	20.7
50~59세	3,238,260	16.7	3,984,861	19.3	7,956,324	19.5
60~69세	2,343,503	12.1	2,501,875	12.1	4,845,378	11.9
70세 이상	1,716,328	8.8	2,588,949	12.6	4,305,277	10.5
합계	19,338,915	47.6	20,545,274	50.5	40,617,392	100

우리나라 전체인구의 연령별 분포는 18~29세 구간이 19.0%, 30대가 18.0%, 40대가 20.7%, 50대가 19.5%, 60대가 11.9%, 70세 이상이 10.5%였다<표 23>. 한편, 본 조사의 대상자의 연령별 분포는 18~29세 구간이 14.9%, 30대가 15.4%, 40대가 20.1%, 50대가 17.5%, 60대가 14.5%, 70세 이상이 17.5%으로 나타났다< 24>. 우리나라 전체 인구구성에 비해, 20대와 30대 구간에서 비율이 다소 떨어지는 반면, 60대 이상의 구간에서 비율이 약간 높은 것이 특징이다. 이러한 현상은 20~30대는 학업 및 취업 등으로 사회활동이 가장 왕성한 시기이므로, 가정방문 시에 만나기 어려워 대상자에 대한 면담완료가 떨어지는 경향이 있는 반면, 60대 이상은 퇴직 등으로 집에 있는 경우가 많아 면담 완료율이 증가한 것으로 생각된다. 그 외의 연령군에서는 우리나라 인구 구성과 유사하게 분포하고 있다.

조사대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 조사대상자의 61.3%가 현재 결혼을 한 상태였고, 이혼/별거/사별은 18.2%, 미혼이 20.5%였다. 남자의 이혼/별거/사별이 10.1%인데 비하여 여자의 이혼/별거/사별이 23.2%로 나타났다<표 24>. 교육 수준의 경우, 교육연한 1~6년인 경우가 13.3%, 7~9년 8.3%, 10~12년 28.9%, 13년 이상이 45.7%로 나타났다. 전체 응답자 중 54.7%, 남자의 65.9%, 여자의 45.8%가 전일제로 일하고 있었고, 부분제 취업은 14.6%, 미취업은 30.7%였다. 인구학적 변인에 따른 유병률 계산을 위해 학생과 주부는 미취업군에 포함시켰다. 조사응답자의 40.7%가 가구당 월수입이 200만원 미만이었고 16.7%가 월 200만~300만, 42.6%가 월 300만 이상이라고 응답하였다<표 24>.

표 24. 응답자의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	인원(명)	%	인원(명)	%	인원(명)	%
연령군						
18~29세	378	19.5	381	12.1	759	14.9
30~39세	278	14.3	510	16.1	788	15.4
40~49세	340	17.5	688	21.8	1028	20.1
50~59세	353	18.2	540	17.1	893	17.5
60~69세	260	13.4	480	15.2	740	14.5
70세 이상	333	17.1	561	17.8	894	17.5
결혼상태						
기혼	1193	61.5	1933	61.2	3126	61.3
이혼/별거/사별	196	10.1	733	23.2	929	18.2
미혼	552	28.4	493	15.6	1045	20.5
교육(년)						
무학	28	1.4	164	5.2	192	3.8
1~6년	168	8.7	509	16.1	677	13.3
7~9년	137	7.1	289	9.1	426	8.3
10~12년	563	29.0	913	28.9	1476	28.9
13년 이상	1046	53.9	1285	40.7	2331	45.7
취업상태*						
전일제	944	65.9	826	45.8	1770	54.7
부분제	164	11.4	308	17.1	472	14.6
미취업	325	22.7	670	37.1	995	30.7
거주 지역						
도시	1272	66.5	1927	61.7	3199	63.5
농촌	641	33.5	1194	38.3	1835	36.5
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	674	39.3	1150	41.6	1824	40.7
중: 200만~300만	298	17.4	449	16.2	747	16.7
상: 300만 이상	741	43.3	1168	42.2	1909	42.6
전체	1942	38.1	3160	61.9	5102	100.0

※항목별로 무응답이 있어 인하여 전체 응답자수와 차이가 있을 수 있음.

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

*주부와 학생은 미취업으로 계산함.

2. 모든 정신질환의 개관

2.1. 정신장애의 평생/일년유병률/일개월 유병률

본 조사는 만 18세 이상 인구를 대상으로 진행되었다. 그 결과, 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애의 평생유병률은 25.4%이었다. 남녀별로는 남자 28.8%, 여자 21.9%로 남자가 여자보다 약간 높았지만, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 평생유병률은 남자가 9.1%, 여자가 17.2%로 남녀 차이가 크게 나타났다.

평생유병률이 높은 순서로 살펴보면, 알코올 사용장애 12.2%, 불안장애 9.3%, 니코틴 사용장애 6.0%, 기분장애 5.3%, 조현병 스펙트럼장애 0.5%, 약물사용장애 0.2% 순으로 나타났다. 남성에서는 알코올 사용장애 평생유병률이 가장 높았고, 여성의 경우는 불안장애의 평생유병률이 가장 높았다. 개별 질환으로 보았을 때는 남성에서는 알코올 남용, 여성에서는 특정공포증의 평생유병률이 가장 높았다<표 25>.

일년유병률은 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애가 11.9%, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애가 7.2%로 조사되었다. 각 질환별로 일년유병률이 높은 순서로 나열하였을 때, 불안장애 5.7%, 알코올 사용장애 3.5%, 니코틴 사용장애 2.5%, 기분장애 1.9%, 조현병 스펙트럼장애 0.2%, 약물사용장애 0%였다. 정신장애군에 따라 성별로 가장 흔한 문제는, 여성에서는 불안장애, 남성에서는 알코올 사용장애였다. 개별 질환수준에서 살펴보면, 여성에서는 특정공포증, 남성에서는 니코틴 의존의 일년유병률이 가장 높았다<표 26>.

성별로 살펴보면 기분장애와 불안장애의 일년유병률은 여자가 남자에 비해 높게 나타나서 기분장애 일년유병률은 남자가 1.3%, 여자가 2.5%, 불안장애 일년유병률은 남자가 3.8%, 여자가 7.5%였다. 반면에 알코올사용장애와 니코틴사용장애 일년유병률은 남자에게서 2배 이상 높게 나타나서 성별에 따라 유병률에서의 큰 차이가 나타나고 있음을 알 수 있다. 조현병 스펙트럼장애와 약물사용장애 일년유병률의 경우, 남녀 간 차이가 없었다<표 26>.

정신장애의 일개월 유병률 결과는 다음과 같다. 먼저, 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애의 유병률은 9.8%, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하였을 경우는 6.1%이었다. 일개월 유병률은 불안장애 4.9%, 알코올 사용장애 2.3%, 니코틴

사용장애 2.2%, 기분장애 1.2%, 조현병 스펙트럼장애 0.1%, 약물사용장애 0%로 보고되었다. 여성의 경우 일개월 유병률은 불안장애에서 6.5%로 가장 높았으나 남자는 니코틴 사용장애에서 3.8%로 가장 높았다. 개별 질환으로는 여자는 특정공포증에서, 남자는 니코틴 의존에서 일개월 유병률이 높게 나타났다<표 27>.

정신질환의 평생/일년유병률은 아래의 표로 정리하였으며 각 정신질환별 상세한 설명은 다음 각론에서 상술한다. 지난 조사와는 달리 조사 대상자가 70세 이상까지 확대된 점을 고려하여야 하고 조사 상병명이 조정된 점을 고려하여야 한다.

2015년 인구주택총조사 결과를 표준인구로 삼고, 일년유병률을 적용하면 국내 추정 정신질환자수를 추산해 볼 수 있다. 지난 1년 중에 만 18세 이상 국민에서 정신장애를 경험한 사람은 남자 2,415,261명, 여자 2,285,252명으로 총 4,700,513명으로 추산되며 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 경우 남자 981,437명, 여자 1,888,717명, 전체 2,870,154명으로 추산된다<표 28>.

표 25. 정신장애 평생유병률^a

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
알코올사용장애	18.1	1.1	6.4	0.6	12.2	0.6
알코올의존	6.4	0.7	2.7	0.4	4.5	0.4
알코올남용	11.8	0.9	3.6	0.4	7.7	0.5
니코틴사용장애	10.6	0.8	1.4	0.2	6.0	0.4
니코틴의존	8.3	0.7	1.0	0.2	4.7	0.4
니코틴금단	4.4	0.6	0.6	0.2	2.5	0.3
약물사용장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
조현병 스펙트럼 장애	0.5	0.2	0.4	0.1	0.5	0.1
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
단기정신병적장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1
기분장애	3.3	0.5	7.2	0.6	5.3	0.4
주요우울장애	3.0	0.5	6.9	0.6	5.0	0.4
기분부전장애	0.8	0.2	1.8	0.3	1.3	0.2
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 25. 정신장애 평생유병률^a(계속)

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%)	유병률(%)	SE(%)	유병률(%)	SE(%)
불안장애	6.7	0.7	11.7	0.7	9.3	0.5
강박장애	0.1	0.1	1.0	0.3	0.6	0.1
외상후스트레스장애	1.3	0.3	1.8	0.3	1.5	0.2
공황장애	0.4	0.1	0.6	0.2	0.5	0.1
광장공포증	0.8	0.3	0.6	0.2	0.7	0.2
사회공포증	1.2	0.3	2.0	0.3	1.6	0.2
범불안장애	1.9	0.4	2.8	0.3	2.4	0.3
특정공포증	3.6	0.5	7.5	0.6	5.6	0.4
모든 정신장애 ^a	28.8	1.2	21.9	0.9	25.4	0.8
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	24.7	1.2	21.5	0.9	23.1	0.7
모든 정신장애 ^a 니코틴/알코올사용장애 제외	9.1	0.8	17.2	0.8	13.2	0.6

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 26. 정신장애 일년유병률^a

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
알코올사용장애	5.0	0.6	2.1	0.4	3.5	0.4
알코올의존	2.2	0.4	0.9	0.2	1.5	0.2
알코올남용	2.8	0.5	1.2	0.3	2.0	0.3
니코틴사용장애	4.5	0.5	0.6	0.1	2.5	0.3
니코틴의존	3.8	0.5	0.5	0.1	2.1	0.3
니코틴금단	1.6	0.3	0.3	0.1	0.9	0.2
약물사용장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
조현병 스펙트럼 장애	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
조현병 및 관련 장애 ^c	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
단기정신병적장애	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
기분장애	1.3	0.3	2.5	0.3	1.9	0.2
주요우울장애	1.1	0.3	2.0	0.3	1.5	0.2
기분부전장애	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 26. 정신장애 일년유병률^a(계속)

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
불안장애	3.8	0.5	7.5	0.6	5.7	0.4
강박장애	0.1	0.0	0.7	0.2	0.4	0.1
외상후스트레스장애	0.2	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1
공황장애	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1
광장공포증	0.3	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1
사회공포증	0.4	0.2	0.5	0.1	0.4	0.1
범불안장애	0.4	0.1	0.5	0.2	0.4	0.1
특정공포증	2.8	0.4	5.5	0.5	4.2	0.3
모든 정신장애 ^a	12.2	0.9	11.5	0.7	11.9	0.6
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	9.3	0.8	11.1	0.7	10.2	0.5
모든 정신장애 ^a 니코틴/알코올사용장애 제외	5.0	0.6	9.5	0.7	7.2	0.4

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 27. 정신장애 일개월유병률^a

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
알코올사용장애	3.5	0.5	1.2	0.3	2.3	0.3
알코올의존	1.3	0.3	0.6	0.2	1.0	0.2
알코올남용	2.2	0.4	0.6	0.2	1.4	0.2
니코틴사용장애	3.8	0.5	0.5	0.1	2.2	0.3
니코틴의존	3.2	0.5	0.4	0.1	1.8	0.2
니코틴금단	1.5	0.3	0.2	0.1	0.8	0.2
약물사용장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
조현병 스펙트럼장애	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
조현병 및 관련 장애 ^c	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
단기정신병적장애	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
기분장애	0.6	0.3	1.8	0.3	1.2	0.2
주요우울장애	0.5	0.2	1.4	0.2	0.9	0.2
기분부전장애	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 27. 정신장애 일개월유병률^a(계속)

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b	유병률(%)	SE(%) ^b
불안장애	3.3	0.5	6.5	0.6	4.9	0.4
강박장애	0.1	0.0	0.7	0.2	0.4	0.1
외상후스트레스장애	0.2	0.1	0.7	0.2	0.4	0.1
공황장애	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
광장공포증	0.3	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1
사회공포증	0.3	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1
범불안장애	0.2	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1
특정공포증	2.5	0.4	4.9	0.5	3.7	0.3
모든 정신장애 ^a	10.2	0.8	9.4	0.7	9.8	0.5
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	7.3	0.7	9.0	0.6	8.1	0.5
모든 정신장애 ^a 니코틴/알코올사용장애 제외	4.0	0.5	8.1	0.6	6.1	0.4

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 28. 정신장애 주요진단군별 일년유병률 및 추정환자수¹⁾

		남자		여자		전체	
		유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)
알코올 사용장애		5.0	982,402	2.1	409,414	3.5	1,391,816
니코틴 사용장애		4.5	883,387	0.6	122,970	2.5	1,006,358
약물 사용장애		0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0
조현병 스펙트럼장애	지역사회	0.2	32,880	0.2	30,481	0.2	63,361
	입원환자 보정					0.28	50,489
기분장애		1.3	250,130	2.5	499,472	1.9	749,602
불안장애		3.8	752,765	7.5	1,495,239	5.7	2,248,004
모든 정신장애		12.2	2,415,261	11.5	2,285,252	11.9	4,700,513
모든 정신장애 ²⁾ 니코틴사용장애 제외		9.3	1,830,948	11.1	2,209,040	10.2	4,039,988
모든 정신장애 ³⁾ 니코틴/알코올사용장애 제외		5.0	981,437	9.5	1,888,717	7.2	2,870,154

¹⁾조현병 스펙트럼장애를 제외하면 모두 지역사회 거주 환자수 추정임.

²⁾니코틴 사용장애 외의 정신장애를, 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자.

³⁾니코틴 사용장애, 알코올 사용장애 이외의 정신장애를 지난 일 년 사이 한번이라도 앓은 적이 있는 대상자

그림 27. 정신장애 평생유병률 (전체)

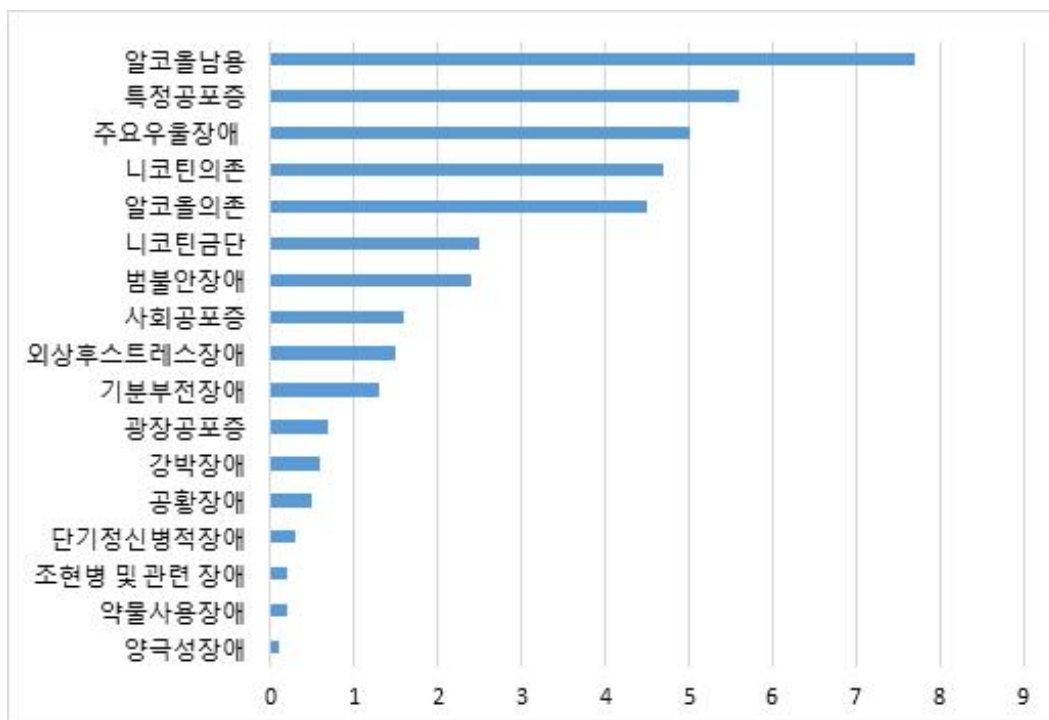


그림 28. 정신장애 평생유병률 (남성)

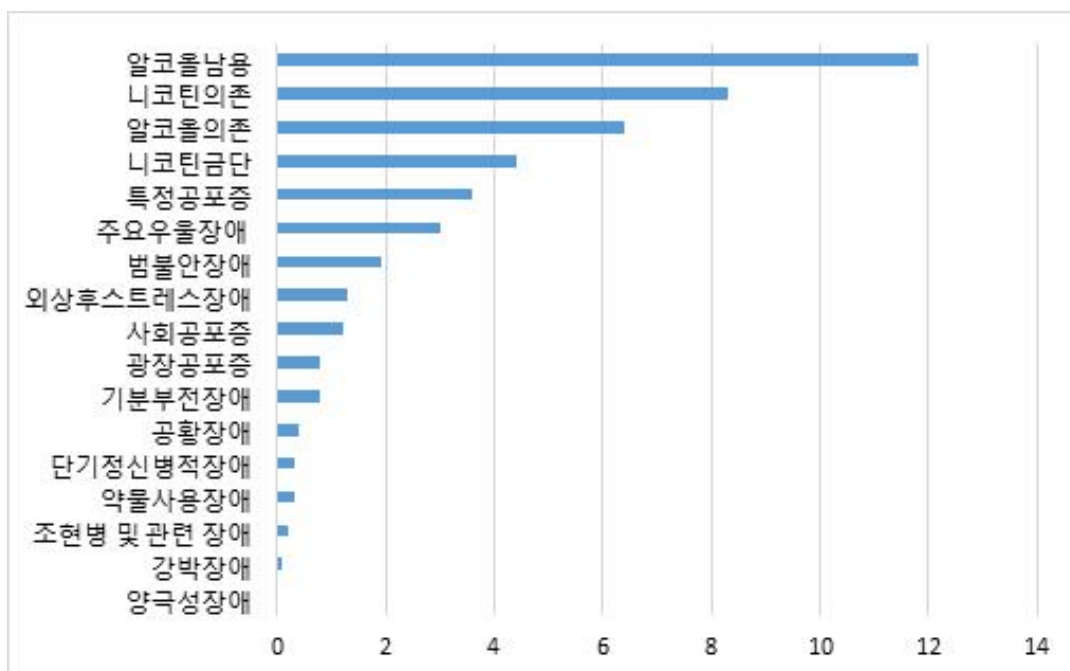


그림 29. 정신장애 평생유병률 (여성)

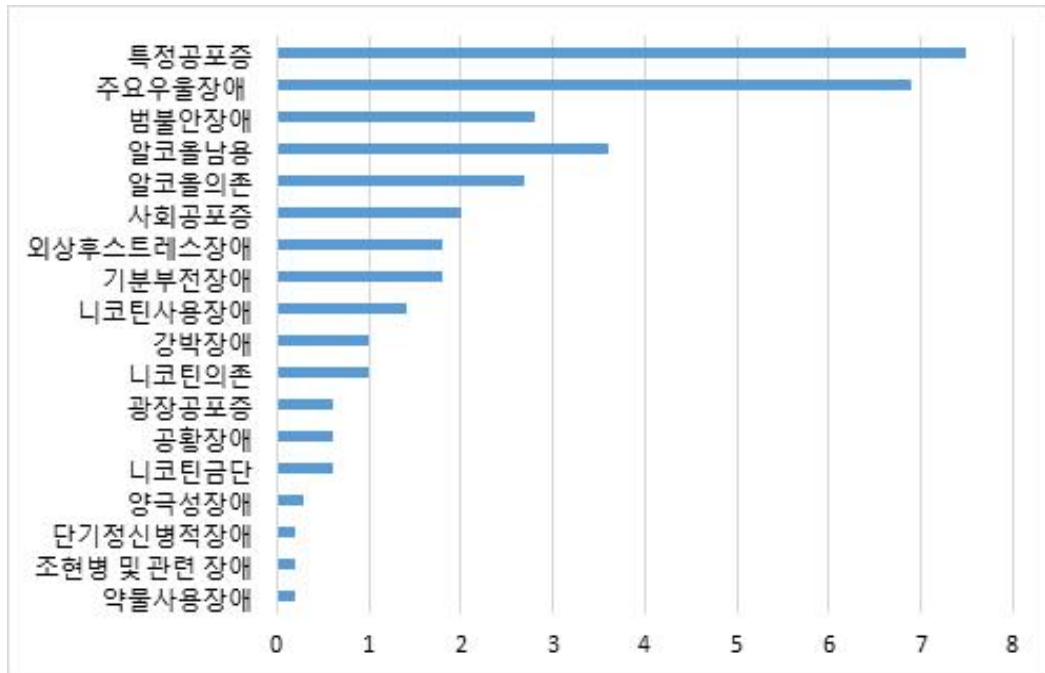


그림 30. 정신장애 일년유병률 (전체)

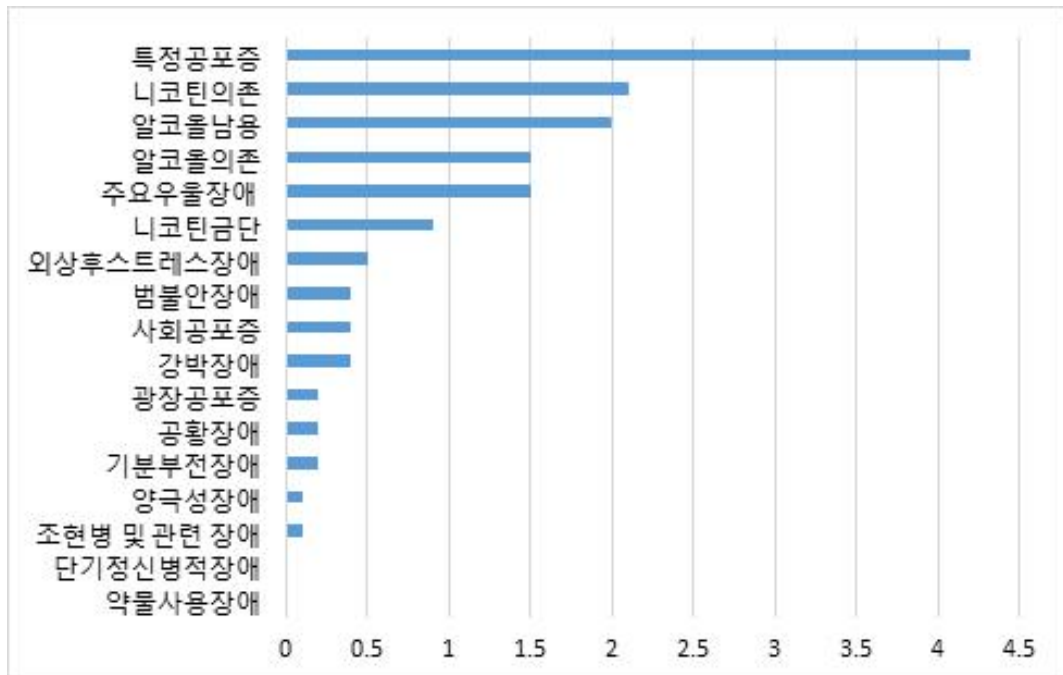


그림 31. 정신장애 일년유병률 (남성)

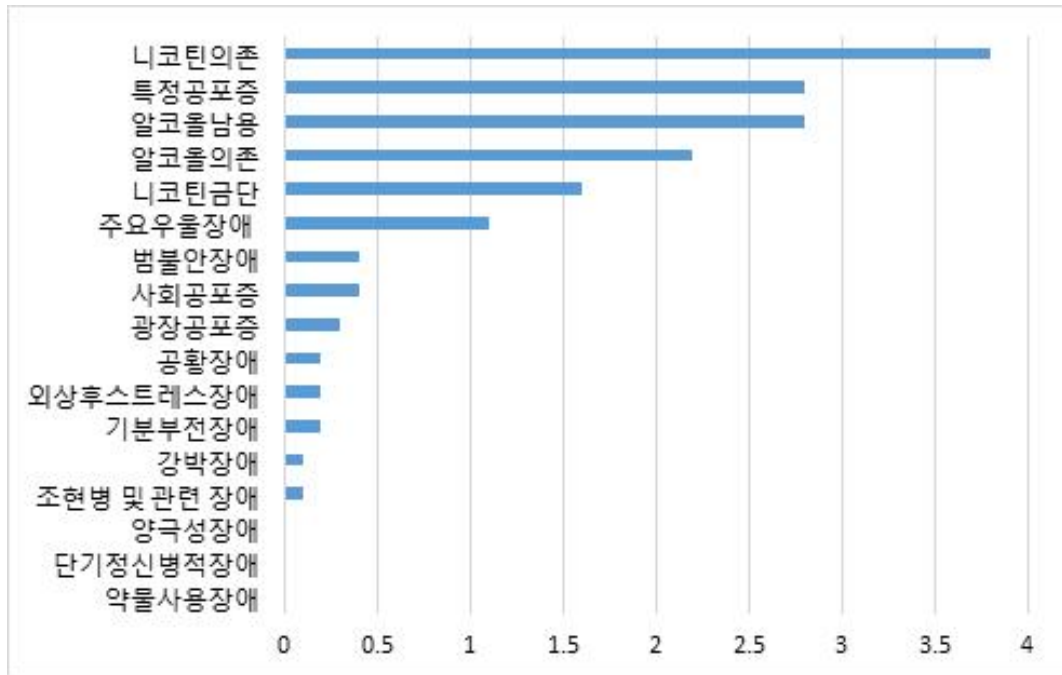


그림 32. 정신장애 일년유병률 (여성)

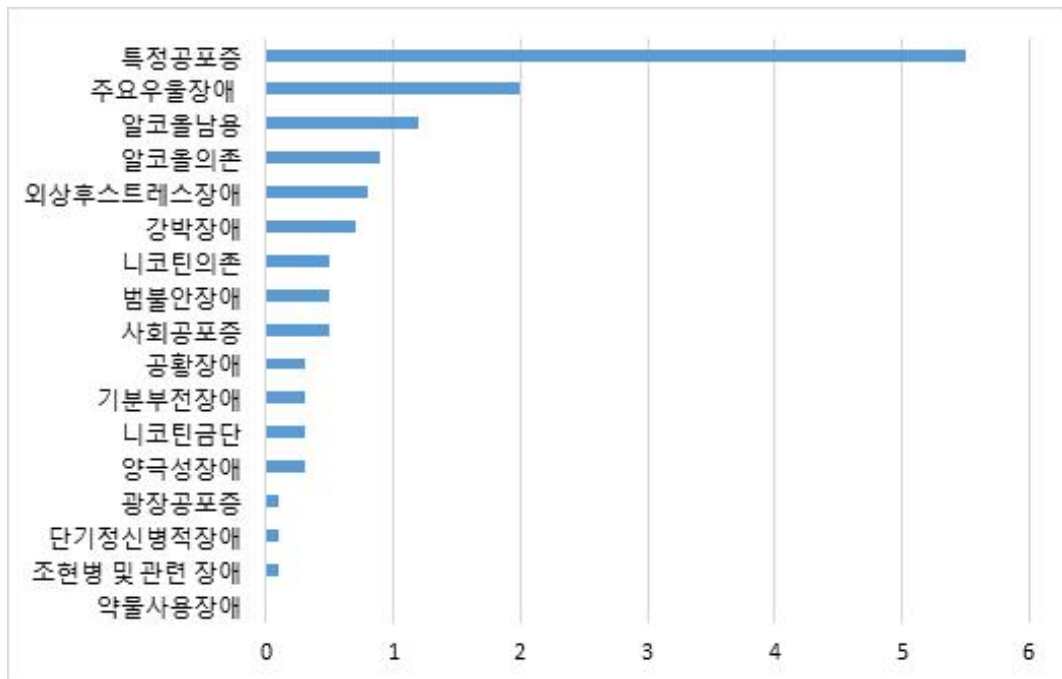


그림 33. 정신장애 일개월 유병률 (전체)

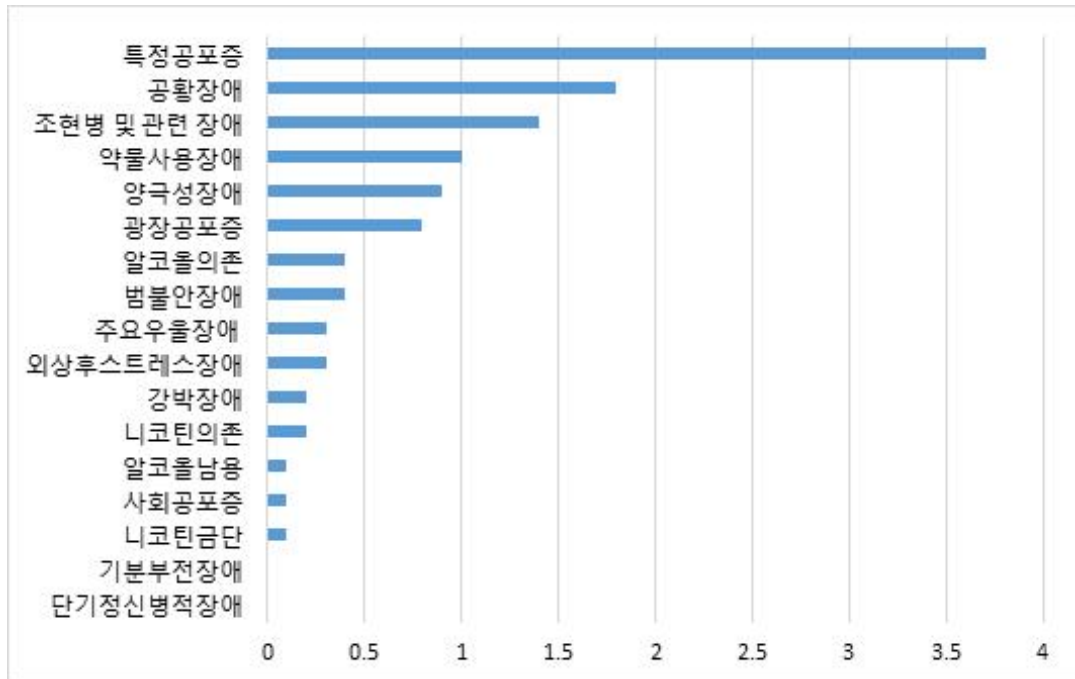


그림 34. 정신장애 일개월유병률 (남성)

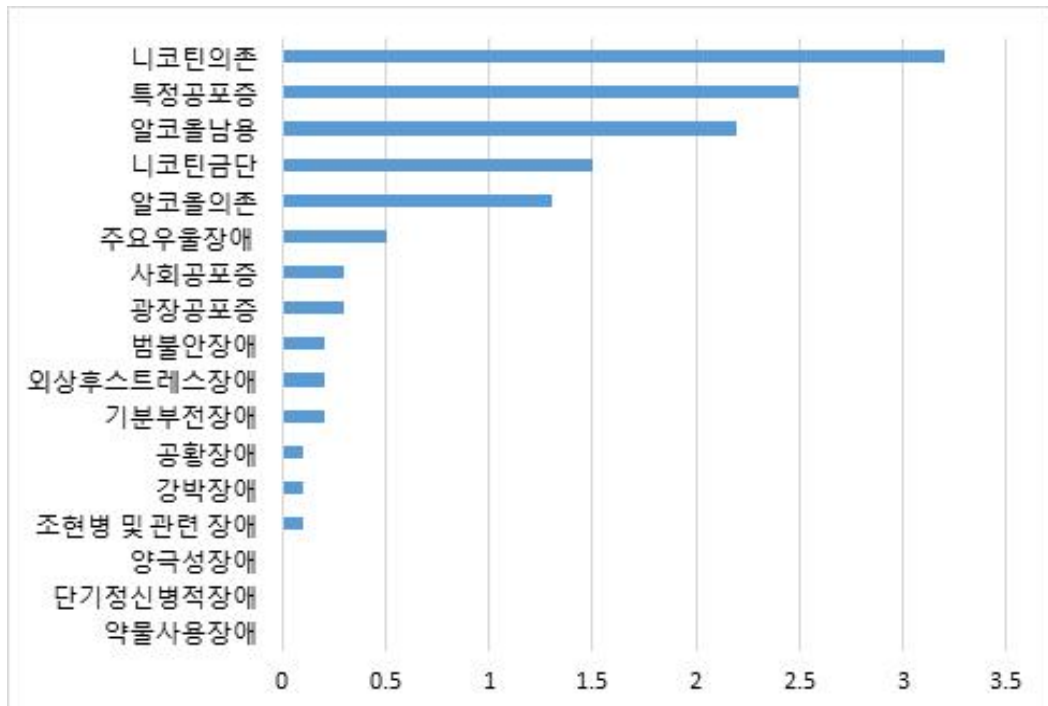
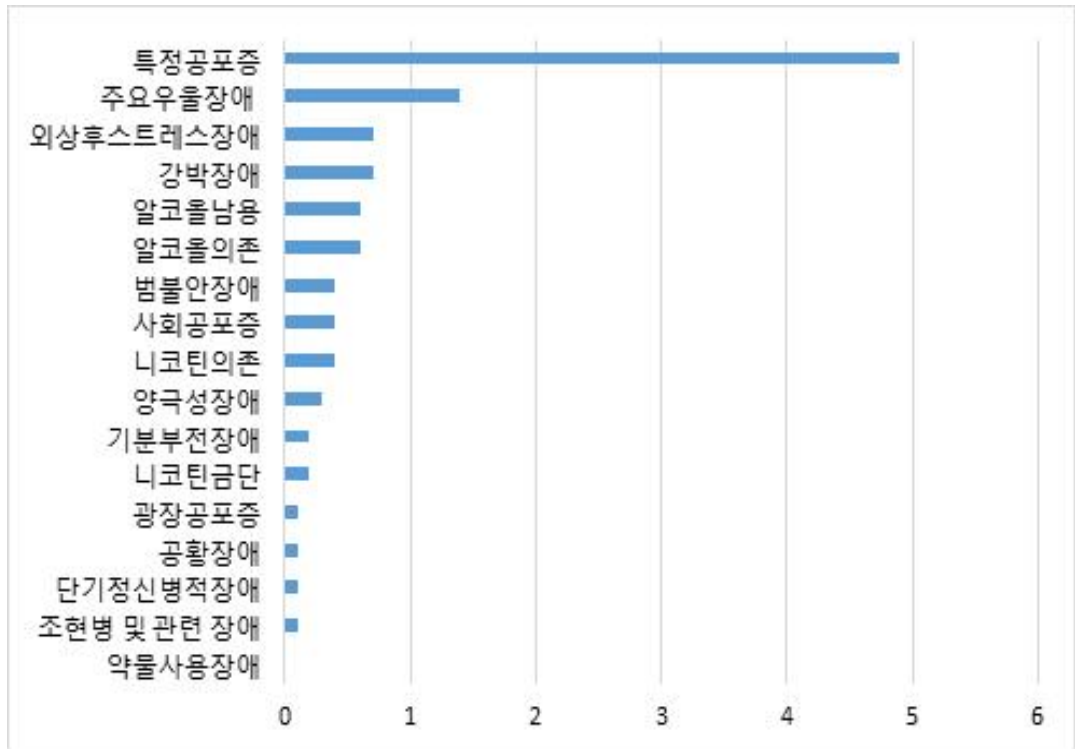


그림 35. 정신장애 일개월유병률 (여성)



2.2. 2001년, 2006년, 2011년 정신질환 실태조사와의 비교

우리나라 정신보건법에 따라 정신질환 실태조사는 5년마다 실시되고 있다. 2001년을 시작으로, 2006년, 2011년에도 조사가 진행되어 2016년에 네 번째로 조사가 실시되었다.

2001년 조사와 2006년 조사에는 다른 주요 정신질환과 더불어 섭식장애와 신체형장애가 조사에 포함되어 있고, 조사 대상자의 연령은 만 18세~64세였다. 반면, 2011년 조사에는 만 18세~74세 이하의 대상자가, 2016년 조사에는 만 18세 이상의 대상자가 참여하였다. 한편, 섭식장애와 신체형장애는 2011년에는 포함되었지만 2016년 조사에서는 제외되었다. 이러한 이유로 2016년과 기존의 조사 결과를 직접 비교하기 어려워 해당 장에서는 2011년과 2016년의 결과를 만 64세 이하의 대상자만 포함시켜 분석하였다. 또한, 2001년, 2006년, 2011년에는 포함되었지만 본 조사에서는 제외된 섭식장애와 신체형장애의 유병률을 제외하고 모든 정신장애, 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애, 니코틴 알코올사용장애를 제외한 모든 정신장애 유병률 다시 분석하였다. 이러한 결과를 <표 29~34, 그림 36~38>에 제시하였다.

모든 정신장애의 평생유병률은 2001년에 29.9%, 2006년에 26.7%, 2011년에 27.4%, 2016년에 26.6%으로 나타났다. 2011년에 비해서 2016년의 모든 정신장애 평생유병률은 약간 감소하였고, 2006년과는 비슷한 수준으로 발견되었다. 이에 따라, 전 국민의 약 1/4 정도가 평생 정신장애에 이환되는 것으로 나타났다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신질환의 평생유병률은 2001년에 12.7%, 2006년에 12.1%, 2011년에 14.4%, 2016년에 13.5%로 나타났다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 평생유병률은 2011년에 비해서는 감소하였으나, 2006년에 비해서는 약간 상승하였다 <표 29>.

장애별로 살펴보면, 기분장애 평생유병률은 2001년 4.6%, 2005년 6.2%, 2011년 7.5%로 꾸준히 증가하고 있는 추세였으나, 2016년에는 5.4%로 감소하였다. 반면, 불안장애의 평생유병률은 2001년 8.8%, 2006년 6.9%, 2011년 8.7%, 2016년 9.5%로 증가하고 있다. 알코올 사용장애는 2001년 15.9%, 2006년 16.2%, 2011년 14.0%, 2016년 13.4%, 니코틴 사용장애는 2001년 10.3%, 2006년 9.0%, 2011년 7.3%, 2016년 6.5%로 나타났다. 알코올 사용장애와 니코틴 사용장애의 일년유병률은 매 조사마다 지속적으로 감소하고 있다<표 29>.

성별에 따라 결과를 분석해보았을 때, 특징적인 양상은 다음과 같다. 먼저, 남성의 알코올 사용장애 평생유병률은 꾸준히 감소하고 있지만, 여성의 유병률은 2006년 이후로 꾸준히 증가하고 있는 바, 남녀 간 상반된 추세가 나타났다. 남자의 니코틴 사용장애 평생유병률은 2001년에 비하여 비교적 큰 폭으로 감소하였으나, 여성의 경우는 비슷한 수준으로 유지되고 있다. 기분장애 평생유병률은 남녀 모두 감소하였다. 남성의 불안장애 평생유병률은 지속적으로 증가하였고 2011년과 비교하였을 때는 상당히 큰 폭으로 상승하였다. 여성의 경우, 불안장애 평생유병률은 2011년과 비교하였을 때는 큰 차이가 없었다<표30, 표31>.

표 29. 정신장애 평생유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	15.9(0.5)	16.2(1.2)	14.0(1.0)	13.4(0.7)	-0.6	12.2(0.6)
알코올 의존	8.1(0.4)	7.0(0.9)	5.6(0.6)	5(0.5)	-0.6	4.5(0.4)
알코올 남용	7.8(0.4)	9.2(0.5)	8.5(0.8)	8.4(0.6)	-0.1	7.7(0.5)
니코틴 사용장애	10.3(0.4)	9.0(0.7)	7.3(0.7)	6.5(0.5)	-0.8	6.0(0.4)
니코틴 의존	9.4(0.4)	7.7(0.7)	5.5(0.6)	5(0.4)	-0.5	4.7(0.4)
니코틴 금단	2.4(0.2)	2.9(0.3)	3.1(0.5)	2.7(0.3)	-0.4	2.5(0.3)
약물 사용장애	-	-	-	0.2(0.1)	-	0.2(0.1)
조현병 스펙트럼장애	1.1(0.1)	0.5(0.1)	0.6(0.2)	0.5(0.1)	-0.1	0.5(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.2(0.1)
단기정신병적장애	0.8(0.1)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.3(0.1)	-0.1	0.3(0.1)
기분장애	4.6(0.3)	6.2(0.6)	7.5(0.7)	5.4(0.4)	-2.1	5.3(0.4)
주요우울장애	4.0(0.3)	5.6(0.5)	6.7(0.7)	5.1(0.4)	-1.6	5.0(0.4)
기분부전장애	0.5(0.1)	0.5(0.1)	0.7(0.2)	1.3(0.2)	0.6	1.3(0.2)
양극성 장애	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.1(0.1)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 29. 정신장애 평생유병률^a 비교(계속)

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	8.8(0.4)	6.9(0.5)	8.7(0.8)	9.5(0.5)	0.8	9.3(0.5)
강박장애	0.8(0.1)	0.6(0.1)	0.8(0.2)	0.7(0.2)	-0.1	0.6(0.1)
외상후스트레스장애	1.6(0.2)	1.2(0.2)	1.6(0.4)	1.4(0.2)	-0.2	1.5(0.2)
공황장애	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.4(0.1)	0.2	0.5(0.1)
광장공포증	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.4(0.2)	0.7(0.2)	0.3	0.7(0.2)
사회공포증	0.3(0.1)	0.5(0.2)	0.5(0.2)	1.8(0.3)	1.3	1.6(0.2)
범불안장애	2.2(0.2)	1.6(0.1)	1.9(0.4)	2.3(0.3)	0.4	2.4(0.3)
특정공포증	4.8(0.3)	3.8(0.4)	5.4(0.6)	5.9(0.4)	0.5	5.6(0.4)
모든 정신장애 ^a	29.9 (0.6)	26.7 (1.8)	27.4(1.3)	26.6(0.9)	-0.8	25.4(0.8)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	25.3 (0.6)	23.2 (1.6)	24.5(1.2)	24.2(0.9)	-0.3	23.1(0.7)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	12.7(0.4)	12.1 (1.0)	14.4(1.0)	13.5(0.6)	-0.9	13.2(0.6)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 30. 남성에서 정신장애 평생유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	25.2(0.8)	25.5(1.7)	21.3(1.8)	18.9(1.2)	-2.4	18.1(1.1)
알코올 의존	12.1(0.6)	10.3(1.3)	7.7(1.2)	6.6(0.8)	-1.1	6.4(0.7)
알코올 남용	13.1(0.6)	15.2(1.0)	13.5(1.5)	12.2(1)	-1.3	11.8(0.9)
니코틴 사용장애	18.7(0.7)	16.3(1.4)	12.6(1.5)	11.1(0.9)	-1.5	10.6(0.8)
니코틴 의존	17.1(0.7)	13.9(1.3)	9.5(1.3)	8.8(0.8)	-0.7	8.3(0.7)
니코틴 금단	4.3(0.4)	5.3(0.5)	5.3(1.0)	4.5(0.6)	-0.8	4.4(0.6)
약물 사용장애	-	-	-	0.3(0.2)	-	0.3(0.1)
조현병 스펙트럼장애	0.8(0.2)	0.5(0.2)	0.3(0.2)	0.6(0.2)	0.3	0.5(0.2)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.1(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.1	0.2(0.1)
단기정신병적장애	0.6(0.1)	0.3(0.2)	0.1(0.1)	0.3(0.2)	0.2	0.3(0.1)
기분장애	2.2(0.3)	4.0(0.6)	4.8(1.0)	3.6(0.5)	-1.2	3.3(0.5)
주요우울장애	2.0(0.3)	3.6(0.5)	4.3(0.9)	3.3(0.5)	-1.0	3.0(0.5)
기분부전장애	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.3(0.2)	0.9(0.3)	0.6	0.8(0.2)
양극성 장애	0.1(0.6)	0.4(0.1)	0.2(0.2)	0.0(0.0)	-0.2	0.0(0.0)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 30. 남성에서 정신장애 평생유병률^a 비교(계속)

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	4.6(0.4)	4.6(0.5)	5.2(1.0)	6.9(0.7)	1.7	6.7(0.7)
강박장애	0.5(0.1)	0.5(0.1)	0.5(0.3)	0.2(0.1)	-0.3	0.1(0.1)
외상후스트레스장애	0.7(0.2)	0.7(0.2)	0.9(0.4)	1.2(0.3)	0.3	1.3(0.3)
공황장애	0.1(0.1)	0.1(0.1)	-	0.4(0.1)	-	0.4(0.1)
광장공포증	0.3(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.8(0.3)	0.6	0.8(0.3)
사회공포증	0.2(0.1)	0.4(0.2)	0.4(0.3)	1.3(0.4)	0.9	1.2(0.3)
범불안장애	1.1(0.2)	1.1(0.2)	1.3(0.5)	1.9(0.4)	0.6	1.9(0.4)
특정공포증	2.2(0.3)	2.1(0.3)	2.8(0.7)	4.0(0.6)	1.2	3.6(0.5)
모든 정신장애 ^a	38.4(0.9)	37.6(2.3)	32.0(2.1)	29.8(1.4)	-2.2	28.8(1.2)
모든 정신장애 ^a 니코틴 사용장애 제외	28.(0.8)	29.8(2.0)	26.7(2.0)	25.8(1.3)	-1.4	24.7(1.2)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	6.6(0.5)	7.7(0.9)	8.6(1.3)	9.5(0.9)	0.9	9.1(0.8)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 31. 여성에서 정신장애 평생유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	6.3(0.5)	6.9(1.0)	6.7(0.9)	7.6(0.7)	0.9	6.4(0.6)
알코올 의존	3.9(0.4)	3.7(0.6)	3.4(0.7)	3.3(0.4)	-0.1	2.7(0.4)
알코올 남용	2.4(0.3)	3.2(0.4)	3.3(0.6)	4.3(0.5)	1.0	3.6(0.4)
니코틴 사용장애	1.6(0.2)	1.6(0.3)	1.8(0.5)	1.6(0.3)	-0.2	1.4(0.2)
니코틴 의존	1.5(0.2)	1.4(0.2)	1.4(0.4)	1.1(0.2)	-0.3	1.0(0.2)
니코틴 금단	0.4(0.1)	0.5(0.1)	0.9(0.3)	0.7(0.2)	-0.2	0.6(0.2)
조현병 스펙트럼장애	1.4(0.2)	0.5(0.1)	1.0(0.4)	0.4(0.1)	-0.6	0.4(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.3(0.2)	0.2(0.1)	-0.1	0.2(0.1)
단기정신병적장애	1.0(0.2)	0.4(0.1)	0.7(0.3)	0.2(0.1)	-0.5	0.2(0.1)
기분장애	7.1(0.5)	8.4(0.7)	10.2(1.1)	7.3(0.6)	-2.9	7.2(0.6)
주요우울장애	6.2(0.4)	7.6(0.7)	9.2(1.0)	6.9(0.6)	-2.3	6.9(0.6)
기분부전장애	0.9(0.2)	0.8(0.2)	1.1(0.4)	1.8(0.3)	0.7	1.8(0.3)
양극성 장애	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.2)	0.3(0.2)	0.1	0.3(0.1)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 31. 여성에서 정신장애 평생유병률^a 비교(계속)

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	13.1(0.6)	9.3(0.8)	12.3(1.2)	12.2(0.8)	-0.1	11.7(0.7)
강박장애	1.0(0.2)	0.7(0.1)	1.1(0.4)	1.2(0.3)	0.1	1.0(0.3)
외상후스트레스장애	2.4(0.3)	1.8(0.3)	2.2(0.5)	1.7(0.3)	-0.5	1.8(0.3)
공황장애	0.5(0.1)	0.2(0.1)	0.5(0.3)	0.5(0.2)	0.0	0.6(0.2)
광장공포증	0.3(0.1)	0.1(0.1)	0.6(0.3)	0.6(0.2)	0.0	0.6(0.2)
사회공포증	0.4(0.1)	0.5(0.2)	0.6(0.3)	2.3(0.4)	1.7	2.0(0.3)
범불안장애	3.3(0.3)	2.1(0.2)	2.4(0.5)	2.7(0.4)	0.3	2.8(0.3)
특정공포증	7.5(0.5)	5.5(0.6)	8.0(1.0)	7.9(0.7)	-0.1	7.5(0.6)
모든 정신장애 ^a	22.4(0.8)	19.6(1.6)	22.8(1.5)	23.1(1.1)	0.3	21.9(0.9)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	21.7(0.8)	18.8(1.6)	22.2(1.5)	22.6(1.1)	0.4	21.5(0.9)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	18.6(0.7)	14.9(1.2)	18.3(1.4)	17.7(1)	-0.6	17.2(0.8)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 32. 정신장애 일년유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	6.8(0.3)	5.6(0.6)	4.7(0.6)	4.1(0.4)	-0.6	3.5(0.4)
알코올 의존	4.3(0.3)	3.2(0.5)	2.4(0.4)	1.8(0.3)	-0.6	1.5(0.2)
알코올 남용	2.5(0.2)	2.5(0.2)	2.3(0.4)	2.3(0.3)	0.0	2.0(0.3)
니코틴 사용장애	6.7(0.3)	6.0(0.6)	4.1(0.5)	2.9(0.3)	-1.2	2.5(0.3)
니코틴 의존	6.0(0.3)	5.1(0.5)	3.2(0.5)	2.4(0.3)	-0.8	2.1(0.3)
니코틴 금단	1.5(0.2)	1.9(0.2)	1.6(0.4)	1.0(0.2)	-0.6	0.9(0.2)
약물 사용장애	-	-	-	-	-	-
조현병 스펙트럼장애	0.5(0.1)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.2(0.1)	-0.2	0.2(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.2(0.1)	0.1(0.1)	-0.1	0.1(0.0)
단기정신병적장애	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0(0)	-0.2	0.0(0.0)
기분장애	2.2(0.2)	3.0(0.3)	3.5(0.5)	2.0(0.3)	-1.5	1.9(0.2)
주요우울장애	1.8(0.2)	2.5(0.3)	3.0(0.5)	1.6(0.2)	-1.4	1.5(0.2)
기분부전장애	0.4(0.1)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.2(0.1)	-0.2	0.2(0.1)
양극성 장애	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.1(0.1)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 32. 정신장애 일년유병률^a 비교(계속)

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	6.1(0.3)	5.0(0.4)	6.8(0.7)	5.9(0.4)	-0.9	5.7(0.4)
강박장애	0.5(0.1)	0.5(0.1)	0.6(0.2)	0.5(0.1)	-0.1	0.4(0.1)
외상후스트레스장애	0.6(0.1)	0.7(0.1)	0.6(0.2)	0.4(0.1)	-0.2	0.5(0.1)
공황장애	0.2(0.1)	0.1(0.0)	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.0	0.2(0.1)
광장공포증	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.3(0.2)	0.2(0.1)	-0.1	0.2(0.1)
사회공포증	0.2(0.1)	0.4(0.1)	0.4(0.2)	0.5(0.1)	0.1	0.4(0.1)
범불안장애	1.0(0.1)	0.3(0.1)	1.0(0.3)	0.4(0.1)	-0.6	0.4(0.1)
특정공포증	4.1(0.3)	3.4(0.3)	4.9(0.6)	4.5(0.4)	-0.4	4.2(0.3)
모든 정신장애 ^a	18.5(0.5)	15.2(1.3)	15.4(1.0)	12.8(0.7)	-2.6	11.9(0.6)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	14.1(0.5)	11.8(1.1)	12.8(1.0)	10.9(0.6)	-1.9	10.2(0.5)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	8.4(0.4)	7.9(0.7)	9.3(0.8)	7.5(0.5)	-1.8	7.2(0.4)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 33. 남성에서 정신장애 일년유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올 사용장애	11.0(0.6)	8.7(1.0)	6.9(1.1)	5.7(0.7)	-1.2	5.0(0.6)
알코올 의존	6.9(0.5)	4.7(0.7)	3.4(0.8)	2.4(0.5)	-1.0	2.2(0.4)
알코올 남용	4.1(0.4)	4.0(0.4)	3.6(0.8)	3.2(0.5)	-0.4	2.8(0.5)
니코틴 사용장애	12.1(0.6)	10.8(1.0)	7.0(1.1)	4.9(0.6)	-2.1	4.5(0.5)
니코틴 의존	10.8(0.6)	9.2(1.0)	5.5(1.0)	4.2(0.6)	-1.3	3.8(0.5)
니코틴 금단	2.8(0.3)	3.3(0.4)	2.8(0.7)	1.7(0.4)	-1.1	1.6(0.3)
약물 사용장애	-	-	-			
조현병 스펙트럼장애	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.2(0.2)	0.2(0.1)	0.0	0.2(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.1(0.1)	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.0	0.1(0.1)
단기정신병적장애	0.2(0.1)	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.0(0.0)	-0.1	0.0(0.0)
기분장애	0.9(0.2)	2.1(0.4)	2.3(0.7)	1.4(0.4)	-0.9	1.3(0.3)
주요우울장애	0.7(0.2)	1.7(0.4)	1.8(0.6)	1.2(0.3)	-0.6	1.1(0.3)
기분부전장애	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.3(0.2)	0.2(0.2)	-0.1	0.2(0.1)
양극성 장애	0.1(0.1)	0.4(0.1)	0.2(0.2)	0.0(0.0)	-0.2	0.0(0.0)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 33. 남성에서 정신장애 일년유병률^a 비교(계속)

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	2.8(0.3)	3.2(0.4)	3.7(0.8)	4.0(0.6)	0.3	3.8(0.5)
강박장애	0.3(0.1)	0.4(0.1)	0.3(0.2)	0.1(0.1)	-0.2	0.1(0.0)
외상후스트레스장애	0.2(0.1)	0.5(0.1)	0.2(0.2)	0.2(0.1)	0.0	0.2(0.1)
공황장애	0.1(0.1)	-	0.0(0.0)	0.2(0.1)	0.2	0.2(0.1)
광장공포증	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.1(0.1)	0.3(0.1)	0.2	0.3(0.1)
사회공포증	0.2(0.1)	0.4(0.2)	0.3(0.2)	0.4(0.2)	0.1	0.4(0.2)
범불안장애	0.5(0.1)	0.2(0.1)	0.7(0.4)	0.4(0.2)	-0.3	0.4(0.1)
특정공포증	1.7(0.2)	1.9(0.3)	2.5(0.7)	3.1(0.5)	0.6	2.8(0.4)
모든 정신장애 ^a	22.8(0.8)	20.3(1.7)	16.0(1.7)	13.5(1.0)	-2.5	12.2(0.9)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	14.0(0.6)	12.5(1.2)	11.4(1.4)	10.2(0.9)	-1.2	9.3(0.8)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	3.9(0.4)	5.2(0.6)	5.6(1.1)	5.4(0.7)	-0.2	5.0(0.6)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 34. 여성에서 정신장애 일년유병률^a 비교

진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
알코올사용장애	2.6(0.3)	2.5(0.5)	2.4(0.5)	2.5(0.4)	0.1	2.1(0.4)
알코올 의존	1.7(0.2)	1.7(0.4)	1.0(0.4)	1.1(0.3)	0.1	0.9(0.2)
알코올 남용	0.9(0.2)	0.9(0.2)	1.3(0.4)	1.4(0.4)	0.1	1.2(0.3)
니코틴사용장애	1.1(0.2)	1.1(0.2)	1.0(0.4)	0.7(0.2)	-0.3	0.6(0.1)
니코틴 의존	1.0(0.2)	0.9(0.2)	0.8(0.3)	0.5(0.2)	-0.3	0.5(0.1)
니코틴 금단	0.1(0.1)	0.4(0.1)	0.4(0.2)	0.3(0.1)	-0.1	0.3(0.1)
약물사용장애	-	-	-	-	-	-
조현병 스펙트럼장애	0.7(0.2)	0.2(0.1)	0.6(0.3)	0.2(0.1)	-0.4	0.2(0.1)
조현병 및 관련 장애 ^c	0.2(0.1)	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.0	0.1(0.1)
단기정신병적장애	0.4(0.1)	0.1(0.1)	0.4(0.2)	0.1(0.0)	-0.3	0.1(0.0)
기분장애	3.6(0.3)	3.9(0.4)	4.8(0.8)	2.5(0.4)	-1.3	2.5(0.3)
주요우울장애	2.9(0.3)	3.2(0.4)	4.2(0.7)	1.9(0.3)	-1.3	2.0(0.3)
기분부전장애	0.6(0.1)	0.5(0.1)	0.5(0.3)	0.3(0.2)	-0.2	0.3(0.1)
양극성 장애	0.2(0.1)	0.3(0.1)	0.2(0.2)	0.3(0.2)	0.1	0.3(0.1)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

^c조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

표 34. 여성에서 정신장애 일년유병률^a 비교(계속)

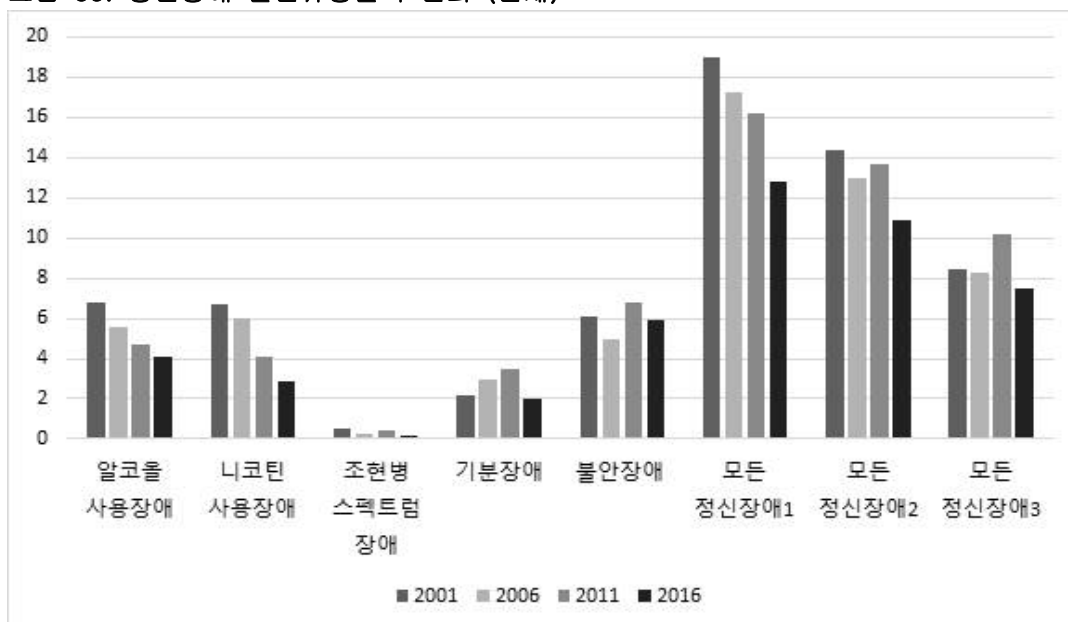
진단	2001년	2006년	2011년	2016년 (64세 이하)	증감	2016년 (전체)
	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)	유병률(S.E.) ^b (%)		유병률(S.E.) ^b (%)
불안장애	9.5 (0.5)	6.9 (0.6)	10.0 (1.1)	7.8(0.7)	-2.2	7.5(0.6)
강박장애	0.7 (0.2)	0.6 (0.1)	0.9 (0.3)	0.9(0.3)	0.0	0.7(0.2)
외상후스트레스장애	1.1 (0.2)	0.9 (0.2)	1.0 (0.4)	0.7(0.2)	-0.3	0.8(0.2)
공황장애	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.3 (0.2)	0.2(0.1)	-0.1	0.3(0.1)
광장공포증	0.3 (0.1)	0.1 (0.1)	0.4 (0.2)	0.1(0.1)	-0.3	0.1(0)
사회공포증	0.3 (0.1)	0.4 (0.2)	0.4 (0.2)	0.5(0.2)	0.1	0.5(0.1)
범불안장애	1.5 (0.2)	0.5 (0.1)	1.1 (0.4)	0.4(0.1)	-0.7	0.5(0.2)
특정공포증	6.5 (0.5)	4.9 (0.6)	7.4 (0.9)	6.0(0.6)	-1.4	5.5(0.5)
모든 정신장애 ^a	15.0 (0.7)	11.9 (1.1)	14.7 (1.3)	12.1(0.8)	-2.6	11.5(0.7)
모든 정신장애 ^a 니코틴사용장애 제외	14.2 (0.7)	11.3 (1.1)	14.4 (1.3)	11.7(0.8)	-2.7	11.1(0.7)
모든 정신장애 ^a 니코틴, 알코올 사용장애 제외	12.8 (0.6)	9.7 (0.9)	13.0 (1.3)	9.7(0.8)	-3.3	9.5(0.7)

^a지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

^bSE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임

그림 36. 정신장애 일년유병률의 변화 (전체)

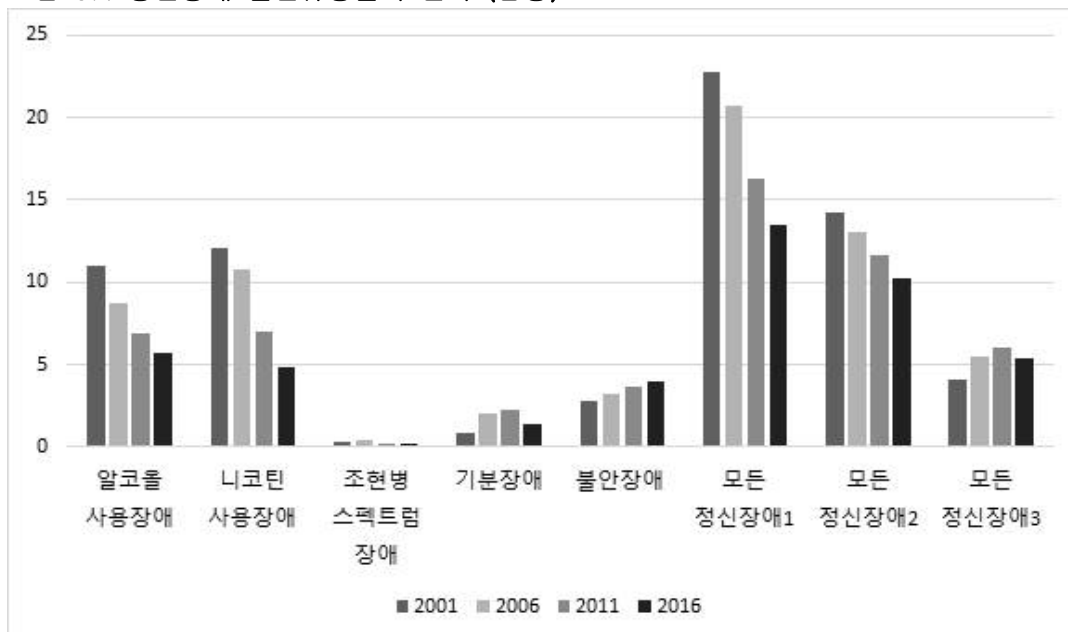


¹모든정신장애

²니코틴사용장애를 제외한 모든 정신장애

³니코틴, 알코올사용장애를 제외한 모든 정신장애

그림 37. 정신장애 일년유병률의 변화 (남성)

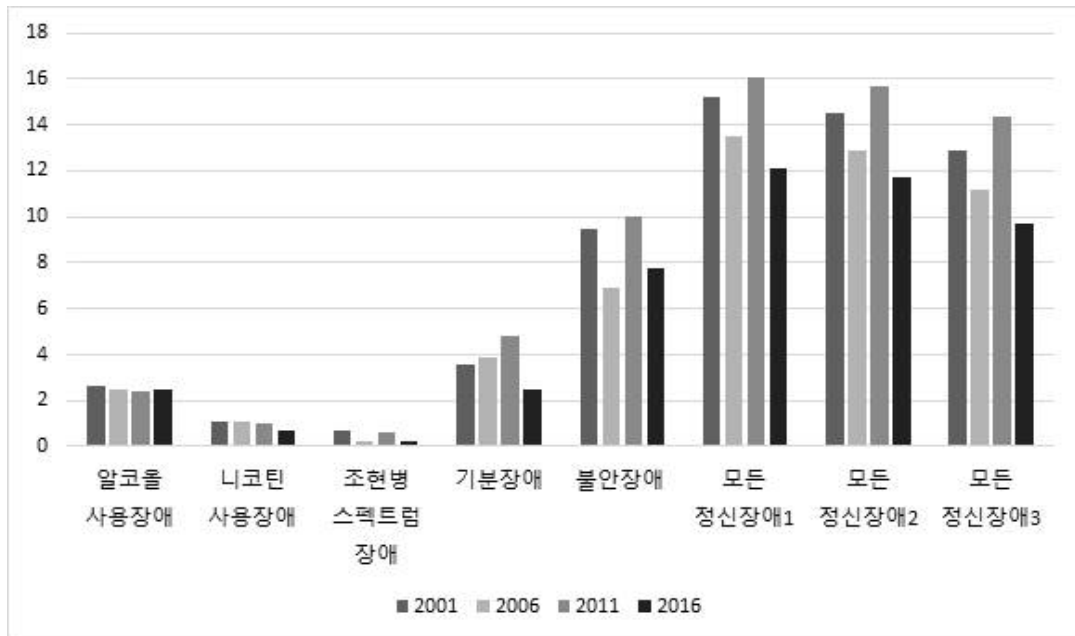


¹모든정신장애

²니코틴사용장애를 제외한 모든 정신장애

³니코틴, 알코올사용장애를 제외한 모든 정신장애

그림 38. 정신장애 일년유병률의 변화 (여성)



¹모든정신장애

²니코틴사용장애를 제외한 모든 정신장애

³니코틴, 알코올사용장애를 제외한 모든 정신장애

2.3. 전체 유병률의 사회인구학적 분포

알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 18~29세 구간에서 18.6%, 30대에서 12.7%, 40대에서 10.9%, 50대에서 11.1%, 60대에서 8.1%, 70세 이상은 5.7%로 나타났다. 남녀 모두 18~29세 연령 구간에서 정신질환 유병률이 각각 17.2%, 20.3%로 가장 높았고, 70세 이상의 연령 군에서는 유병률이 가장 낮았다 <표 36>. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 일년유병률은 18~29세 구간에서 11.9%, 30대에서 8.1%, 40대에서 5.5%, 50대에서 5.4%, 60대에서 6.3%, 70세 이상 구간에서 5.2%로, 50대 까지는 나이가 증가함에 따라 유병률이 감소하다가 60대에서 약간 증가하는 경향을 보였다. 남자는 연령이 증가함에 따라 전체적으로 감소하는 경향을 보이거나, 70대 이상에서 다시 유병률이 증가한 모습을 보이고 있다. 여성의 경우에는 40대에서 최저점을 이루고 60대에서 다시 증가한 후 70대로 넘어가면서 감소하는 경향을 보이고 있다 <표 42>.

알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 미혼 집단에서 18.1%으로 나타나 이혼/별거/사별 집단과 기혼에 비해 높았다. 이러한 경향성은 남녀 모두에게서 발견되었다 <표 36>. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 일년유병률 또한 미혼집단에서 가장 높게 나타났다 <표 42>.

교육 수준과 취업 상태에 따라 일년유병률 또한 다르게 나타나고 있는데, 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 10~12년의 교육을 받은 집단에서 가장 높았다. 취업 상태의 경우, 미취업 집단에서 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률이 가장 높았다 <표 36>. 반면, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신질환의 일년유병률의 경우, 7~9년의 교육을 받은 집단에서, 그리고 미취업 집단에서 가장 높게 나타났다 <표 42>.

거주 지역에 따라 알코올과 니코틴을 포함한 모든 정신장애의 일년유병률은 큰 차이를 보이지 않았다. 하지만 성별에 따라 세부적으로 살펴보았을 경우, 남자는 도시 지역보다는 농촌 지역에서 유병률이 높았고, 여자는 도시 지역에서 높게 나타났다 <표 36>. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신질환의 경우, 여자는 지역에 따라 차이를 보이지 않았다 <표 42>.

마지막으로 월 소득수준에 따라 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률을 살펴보았다. 그 결과, 남녀 모두 월 소득이 200만원 미만인 집단에

서 일년유병률이 가장 높았다<표 36>. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애의 일년유병률 또한 월 소득이 200만원 미만인 집단에서 가장 높게 나타나, 저소득층의 정신장애 일년유병률이 높은 것을 알 수 있다<표 42>.

인구사회학적 분포에 따른 모든 유병률 결과는 <표 35~43>에 제시하였다.

표 35. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	29.6	3.0	33.1	2.9	31.2	2.1
30~39세	25.9	2.9	28.2	2.4	27.1	1.9
40~49세	30.8	2.8	18.8	1.7	24.7	1.6
50~59세	33.9	3.0	15.8	1.8	25.2	1.8
60~69세	25.9	3.0	18.5	2.1	21.9	1.8
70세 이상	21.6	2.6	14.5	1.7	17.7	1.5
결혼상태						
기혼	27.7	1.5	18.7	1.0	23.2	0.9
이혼/별거/사별	36.6	4.3	22.6	1.9	26.9	1.9
미혼	29.5	2.4	31.4	2.7	30.3	1.8
교육(년)						
무학	13.9	6.4	12.9	2.9	13.1	2.7
1~6년	32.7	4.1	16.9	2.0	22.1	1.9
7~9년	27.9	4.5	22.9	3.0	24.8	2.5
10~12년	33.1	2.4	19.4	1.6	26.1	1.5
13년 이상	26.8	1.6	25.2	1.5	26.1	1.1
취업상태						
전일제	27.5	1.6	21.7	1.8	25.5	1.2
부분제	30.9	4.1	23.1	2.9	26.4	2.4
미취업	42.7	4.0	25.4	2.2	32.1	2.1
거주지역						
도시	27.5	1.5	23.5	1.2	25.5	0.9
농촌	31.9	2.3	19.2	1.4	25.3	1.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	32.1	2.2	23.7	1.5	27.7	1.3
중: 200만~300만	27.5	3.3	21.5	2.5	24.6	2.1
상: 300만 이상	29.5	1.9	22.3	1.4	26.1	1.2
전체	28.8	1.2	21.9	0.9	25.4	0.8

· SE(Standard Error): 표준 오차

※ 무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 36. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	17.2	2.4	20.3	2.5	18.6	1.7
30~39세	11.9	2.1	13.5	1.9	12.7	1.4
40~49세	14.0	2.1	7.9	1.1	10.9	1.2
50~59세	13.4	2.0	8.8	1.4	11.1	1.2
60~69세	5.3	1.4	10.5	1.8	8.1	1.2
70세 이상	4.1	1.1	7.1	1.3	5.7	0.8
결혼상태						
기혼	9.8	1.0	8.5	0.7	9.1	0.6
이혼/별거/사별	15.7	3.3	12.3	1.6	13.3	1.5
미혼	16.6	1.9	20.3	2.3	18.1	1.5
교육(년)						
무학	3.9	2.9	8.7	2.5	7.8	2.1
1~6년	9.5	2.5	9.2	1.5	9.3	1.3
7~9년	9.2	2.7	11.6	2.4	10.7	1.8
10~12년	15.3	1.8	10.4	1.2	12.8	1.1
13년 이상	11.5	1.1	12.9	1.2	12.1	0.8
취업상태						
전일제	11.7	1.2	11.1	1.5	11.5	0.9
부분제	11.5	2.7	10.4	2.3	10.9	1.7
미취업	18.3	3.0	14.5	1.8	16.0	1.6
거주지역						
도시	11.6	1.1	12.3	1.0	11.9	0.7
농촌	13.2	1.6	10.1	1.1	11.6	0.9
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	13.9	1.6	15.0	1.4	14.5	1.1
중: 200만~300만	10.2	1.8	8.5	1.5	9.4	1.2
상: 300만 이상	12.7	1.4	11.0	1.1	11.9	0.9
전체	12.2	0.9	11.5	0.7	11.9	0.6

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 37. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	14.3	2.3	16.0	2.2	15.1	1.6
30~39세	10.6	2.0	11.7	1.9	11.2	1.4
40~49세	11.3	1.9	6.9	1.1	9.0	1.1
50~59세	11.1	1.8	6.5	1.2	8.9	1.1
60~69세	4.4	1.3	8.7	1.5	6.7	1.0
70세 이상	3.6	1.0	5.6	1.1	4.7	0.8
결혼상태						
기혼	8.3	0.9	6.7	0.6	7.5	0.6
이혼/별거/사별	11.1	2.7	10.8	1.6	10.9	1.4
미혼	14.1	1.8	16.6	2.1	15.1	1.4
교육(년)						
무학	3.9	2.9	7.9	2.4	7.1	2.0
1~6년	7.8	2.3	7.9	1.5	7.9	1.2
7~9년	7.6	2.6	7.9	1.8	7.8	1.5
10~12년	12.1	1.7	8.5	1.1	10.3	1.0
13년 이상	9.9	1.1	10.6	1.1	10.2	0.8
취업상태						
전일제	10.0	1.1	9.5	1.4	9.9	0.9
부분제	10.0	2.5	8.6	2.1	9.2	1.6
미취업	13.1	2.7	11.1	1.6	11.9	1.4
거주지역						
도시	9.5	1.0	9.9	0.8	9.7	0.7
농촌	11.3	1.4	8.5	1.0	9.8	0.9
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	12.6	1.6	13.4	1.3	13.0	1.0
중: 200만~300만	8.7	1.7	5.7	1.2	7.2	1.1
상: 300만 이상	10.5	1.3	9.3	1.0	9.9	0.8
전체	10.2	0.8	9.4	0.7	9.8	0.5

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 38. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코틴 사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	27.9	2.9	31.8	2.9	29.8	2.1
30~39세	20.9	2.8	28.0	2.4	24.5	1.8
40~49세	25.5	2.6	18.6	1.7	22.0	1.6
50~59세	29.5	3.0	15.3	1.7	22.6	1.8
60~69세	21.5	2.8	18.1	2.1	19.7	1.7
70세 이상	17.2	2.4	14.2	1.7	15.5	1.4
결혼상태						
기혼	23.0	1.5	18.5	1.0	20.7	0.9
이혼/별거/사별	32.8	4.3	21.7	1.9	25.1	1.9
미혼	26.5	2.3	30.4	2.6	28.1	1.8
교육(년)						
무학	7.4	5.2	12.7	2.9	11.6	2.6
1~6년	27.0	3.9	16.6	1.9	20.0	1.8
7~9년	25.4	4.4	22.9	3.0	23.8	2.5
10~12년	27.6	2.3	18.6	1.6	23.0	1.4
13년 이상	23.4	1.6	24.8	1.5	24.0	1.1
취업상태						
전일제	22.7	1.6	21.1	1.8	22.2	1.2
부분제	27.8	4.0	22.8	2.9	24.9	2.4
미취업	39.2	4.0	24.9	2.1	30.4	2.1
거주지역						
도시	23.8	1.4	22.9	1.2	23.4	0.9
농촌	26.7	2.2	18.8	1.4	22.6	1.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	27.2	2.1	22.7	1.5	24.9	1.3
중: 200만~300만	24.4	3.2	21.1	2.5	22.8	2.0
상: 300만 이상	24.9	1.8	22.2	1.4	23.6	1.2
전체	24.7	1.2	21.5	0.9	23.1	0.7

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 39. 지난 일년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코틴사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	16.2	2.4	19.7	2.5	17.8	1.7
30~39세	7.9	1.7	13.3	1.9	10.6	1.3
40~49세	10.3	1.8	7.4	1.1	8.8	1.1
50~59세	8.5	1.7	8.3	1.4	8.4	1.1
60~69세	3.5	1.2	10.1	1.8	7.0	1.1
70세 이상	3.1	1.0	7.0	1.3	5.3	0.8
결혼상태						
기혼	6.6	0.8	8.2	0.7	7.4	0.5
이혼/별거/사별	10.9	3.0	11.9	1.6	11.6	1.4
미혼	14.6	1.8	19.6	2.3	16.6	1.4
교육(년)						
무학	0.0	0.0	8.5	2.5	6.9	2.0
1~6년	6.1	2.0	9.1	1.5	8.1	1.2
7~9년	6.3	2.4	11.1	2.3	9.3	1.7
10~12년	10.7	1.6	9.8	1.2	10.3	1.0
13년 이상	9.3	1.0	12.6	1.2	10.7	0.8
취업상태						
전일제	8.1	1.0	10.8	1.5	9.0	0.8
부분제	7.6	2.2	10.4	2.3	9.2	1.6
미취업	15.7	3.0	13.9	1.8	14.6	1.6
거주지역						
도시	9.1	1.0	11.7	0.9	10.4	0.7
농촌	9.0	1.3	10.0	1.1	9.5	0.8
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	10.8	1.5	14.1	1.3	12.6	1.0
중: 200만~300만	6.0	1.4	8.1	1.5	7.0	1.0
상: 300만 이상	9.7	1.3	10.9	1.1	10.3	0.8
전체	9.3	0.8	11.1	0.7	10.2	0.5

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 40. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포(니코틴사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	12.3	2.2	15.2	2.2	13.6	1.6
30~39세	7.1	1.7	11.5	1.8	9.3	1.2
40~49세	7.3	1.5	6.4	1.0	6.9	0.9
50~59세	6.7	1.5	6.3	1.2	6.5	0.9
60~69세	2.8	1.1	8.3	1.5	5.7	1.0
70세 이상	3.0	1.0	5.5	1.1	4.4	0.8
결혼상태						
기혼	5.5	0.8	6.5	0.6	6.0	0.5
이혼/별거/사별	5.9	2.1	10.3	1.6	9.0	1.3
미혼	11.3	1.7	15.7	2.1	13.1	1.3
교육(년)						
무학	0.0	0.0	7.7	2.4	6.2	2.0
1~6년	4.9	1.8	7.8	1.5	6.9	1.2
7~9년	5.9	2.4	7.9	1.8	7.1	1.4
10~12년	8.0	1.4	7.9	1.1	7.9	0.9
13년 이상	7.3	1.0	10.2	1.1	8.6	0.7
취업상태						
전일제	6.4	0.9	9.1	1.4	7.3	0.8
부분제	5.1	1.8	8.6	2.1	7.1	1.5
미취업	11.1	2.7	10.4	1.5	10.7	1.4
거주지역						
도시	6.9	0.9	9.4	0.8	8.1	0.6
농촌	7.4	1.2	8.3	1.0	7.9	0.8
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	9.6	1.5	12.8	1.3	11.2	1.0
중: 200만~300만	4.9	1.3	5.3	1.2	5.1	0.9
상: 300만 이상	7.3	1.1	9.1	1.0	8.2	0.8
전체	7.3	0.7	9.0	0.6	8.1	0.5

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 41. 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (알코올/니코틴사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	14.6	2.2	21.9	2.6	18.0	1.7
30~39세	9.0	2.0	20.2	2.2	14.6	1.5
40~49세	7.2	1.5	15.7	1.6	11.5	1.1
50~59세	6.4	1.4	14.0	1.7	10.1	1.1
60~69세	9.4	2.0	18.0	2.1	13.9	1.5
70세 이상	6.7	1.5	13.0	1.6	10.2	1.1
결혼상태						
기혼	7.1	0.8	14.7	0.9	11.0	0.6
이혼/별거/사별	10.5	2.9	20.6	1.9	17.5	1.6
미혼	13.0	1.7	22.5	2.4	16.9	1.4
교육(년)						
무학	0.0	0.0	12.1	2.9	9.7	2.3
1~6년	10.7	2.5	15.6	1.9	14.0	1.5
7~9년	11.4	3.5	22.2	3.0	18.1	2.3
10~12년	9.8	1.6	16.1	1.5	13.0	1.1
13년 이상	8.6	1.0	17.9	1.3	12.7	0.8
취업상태						
전일제	6.7	0.9	15.1	1.5	9.5	0.8
부분제	10.7	2.9	20.5	2.8	16.3	2.0
미취업	14.9	2.6	20.4	2.0	18.3	1.6
거주지역						
도시	9.2	0.9	17.9	1.1	13.5	0.7
농촌	8.6	1.3	16.2	1.4	12.6	1.0
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	12.4	1.7	19.9	1.5	16.3	1.1
중: 200만~300만	7.5	1.7	15.8	2.2	11.6	1.4
상: 300만 이상	8.7	1.2	17.5	1.3	12.9	0.9
전체	9.1	0.8	17.2	0.8	13.2	0.6

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 42. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (알코올/니코틴사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	10.2	1.9	13.9	2.1	11.9	1.4
30~39세	4.8	1.4	11.5	1.8	8.1	1.2
40~49세	4.3	1.2	6.6	1.0	5.5	0.8
50~59세	2.7	0.9	8.3	1.4	5.4	0.8
60~69세	2.5	1.0	9.6	1.7	6.3	1.1
70세 이상	3.0	1.0	7.0	1.3	5.2	0.8
결혼상태						
기혼	3.2	0.6	7.3	0.7	5.3	0.4
이혼/별거/사별	3.4	1.3	11.6	1.6	9.1	1.2
미혼	9.1	1.5	14.7	2.1	11.4	1.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	8.5	2.5	6.9	2.0
1~6년	5.2	1.8	9.1	1.5	7.8	1.2
7~9년	5.7	2.4	10.6	2.3	8.8	1.7
10~12년	5.0	1.1	8.7	1.2	6.9	0.8
13년 이상	4.9	0.8	9.9	1.0	7.2	0.6
취업상태						
전일제	3.4	0.7	8.9	1.3	5.3	0.6
부분제	5.0	1.8	9.8	2.2	7.7	1.5
미취업	7.7	2.0	12.2	1.7	10.5	1.3
거주지역						
도시	5.0	0.7	9.5	0.8	7.2	0.6
농촌	4.5	0.9	9.6	1.1	7.2	0.7
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	6.6	1.2	12.4	1.3	9.7	0.9
중: 200만~300만	3.5	1.1	6.3	1.4	4.9	0.9
상: 300만 이상	5.0	0.9	9.4	1.0	7.1	0.7
전체	5.0	0.6	9.5	0.7	7.2	0.4

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 43. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (알코올/니코틴사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	8.3	1.8	12.3	2.0	10.2	1.3
30~39세	3.6	1.3	10.5	1.8	7.0	1.1
40~49세	3.4	1.0	5.9	1.0	4.7	0.7
50~59세	2.1	0.8	6.2	1.2	4.1	0.7
60~69세	2.4	1.0	7.8	1.4	5.2	0.9
70세 이상	3.0	1.0	5.5	1.1	4.4	0.8
결혼상태						
기혼	2.6	0.5	6.0	0.6	4.3	0.4
이혼/별거/사별	2.6	1.2	10.1	1.6	7.8	1.2
미혼	7.4	1.4	13.2	2.0	9.8	1.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	7.7	2.4	6.2	2.0
1~6년	4.9	1.8	7.8	1.5	6.9	1.2
7~9년	5.7	2.4	7.9	1.8	7.1	1.4
10~12년	4.1	1.1	7.3	1.1	5.7	0.8
13년 이상	3.8	0.7	8.7	1.0	6.0	0.6
취업상태						
전일제	2.7	0.6	8.1	1.3	4.5	0.6
부분제	3.5	1.5	8.6	2.1	6.4	1.4
미취업	5.7	1.8	9.7	1.5	8.2	1.2
거주지역						
도시	4.1	0.7	8.0	0.8	6.0	0.5
농촌	3.5	0.8	8.3	1.0	6.0	0.7
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	5.7	1.1	11.4	1.2	8.7	0.9
중: 200만~300만	2.9	1.0	4.4	1.0	3.7	0.7
상: 300만 이상	4.0	0.9	8.2	1.0	6.0	0.6
전체	4.0	0.5	8.1	0.6	6.1	0.4

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 39. 지난 일년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포

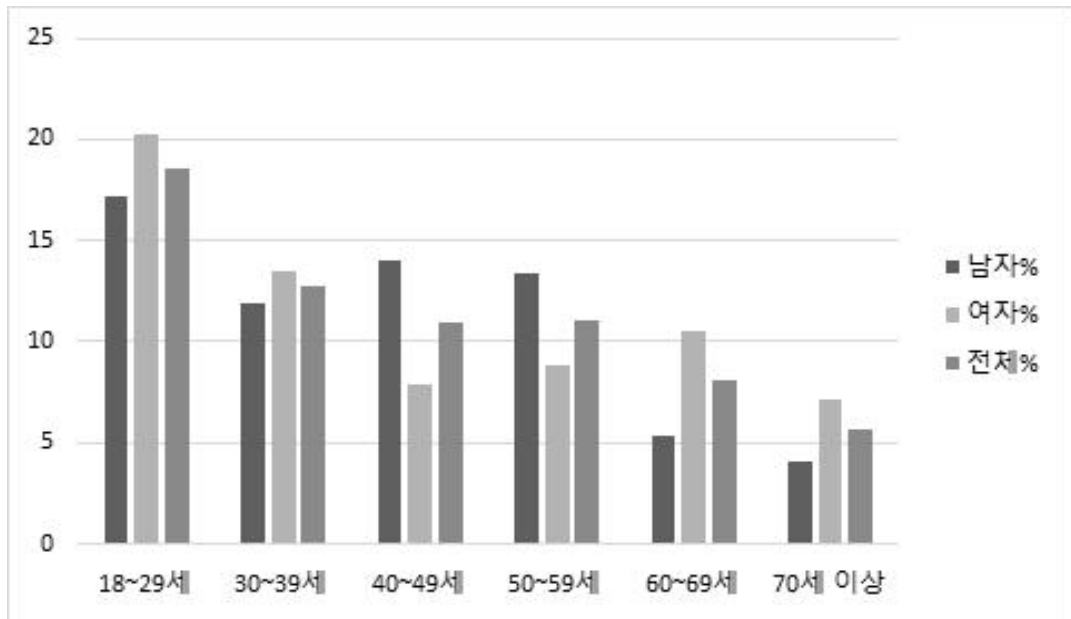


그림 40. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)

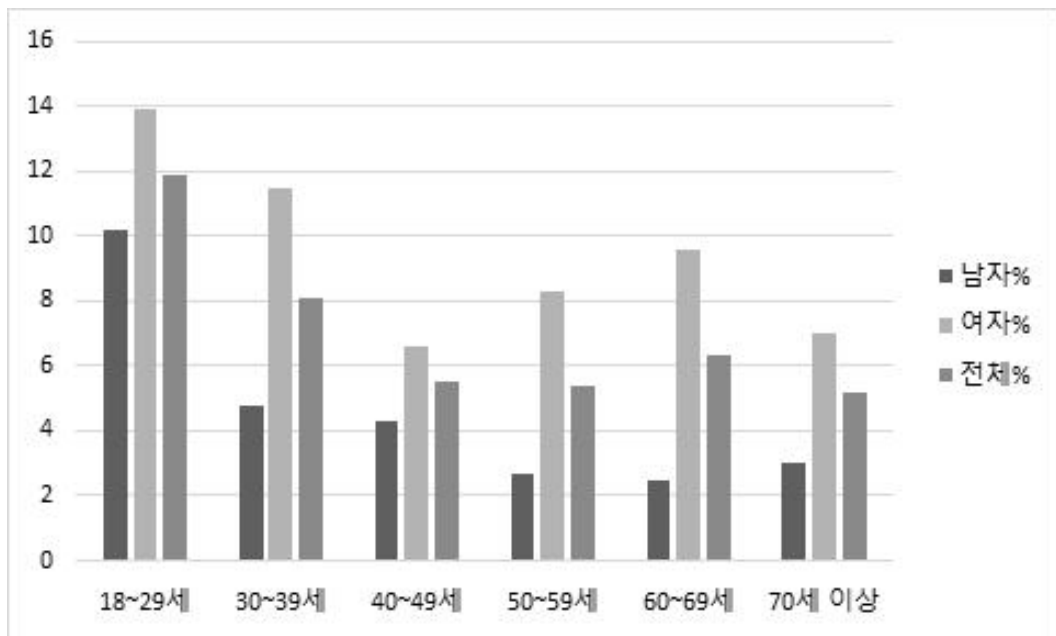


그림 41. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 결혼 상태에 따른 분포

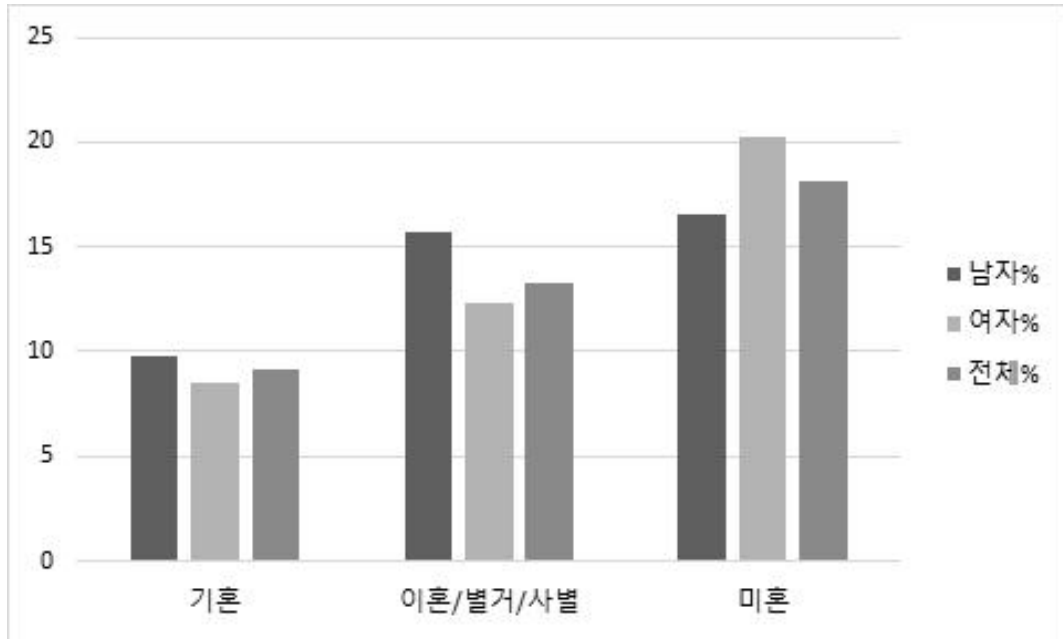


그림 42. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 결혼 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)

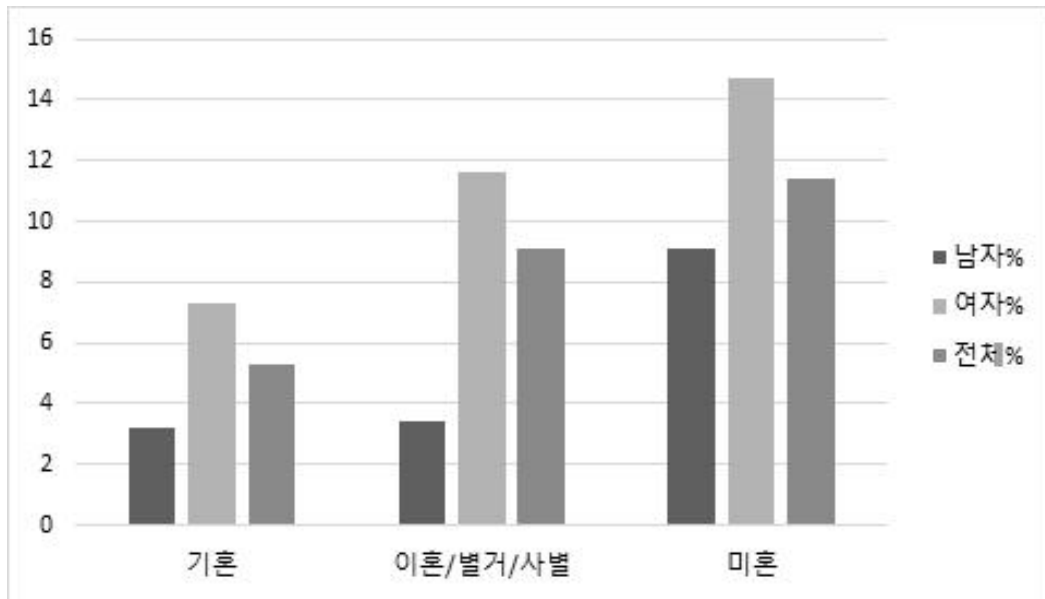


그림 43. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 교육 상태에 따른 분포

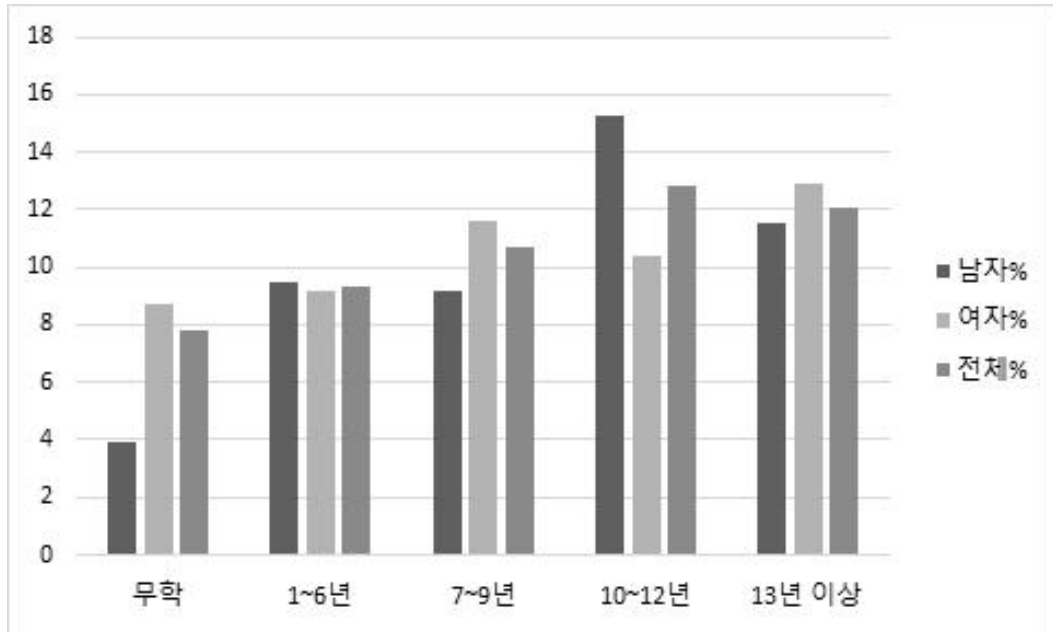


그림 44. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 교육 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)

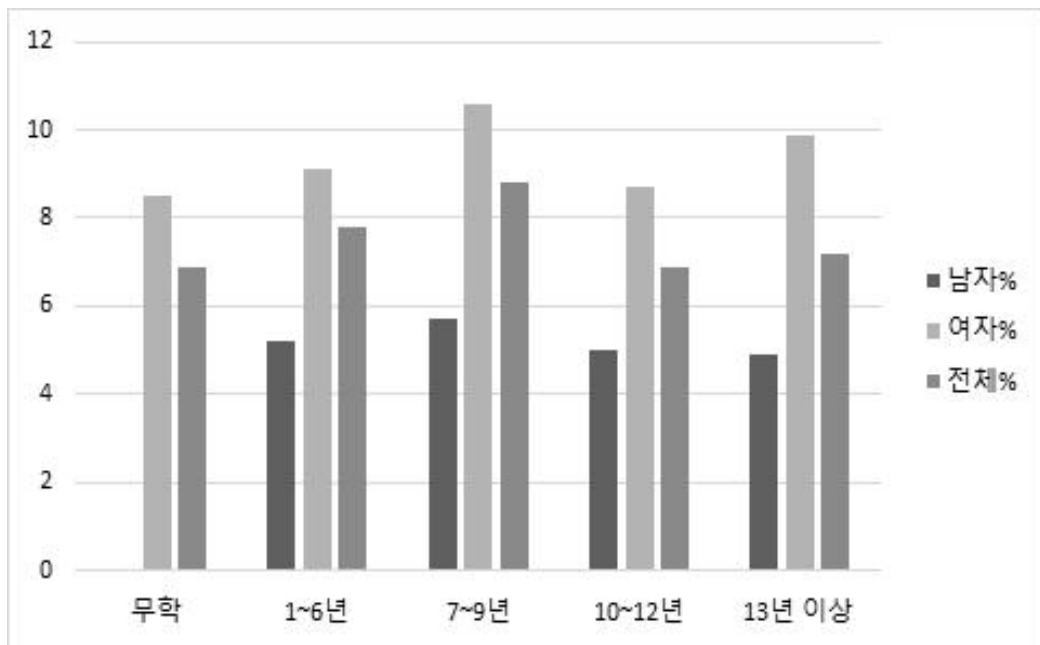


그림 45. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 취업 상태에 따른 분포

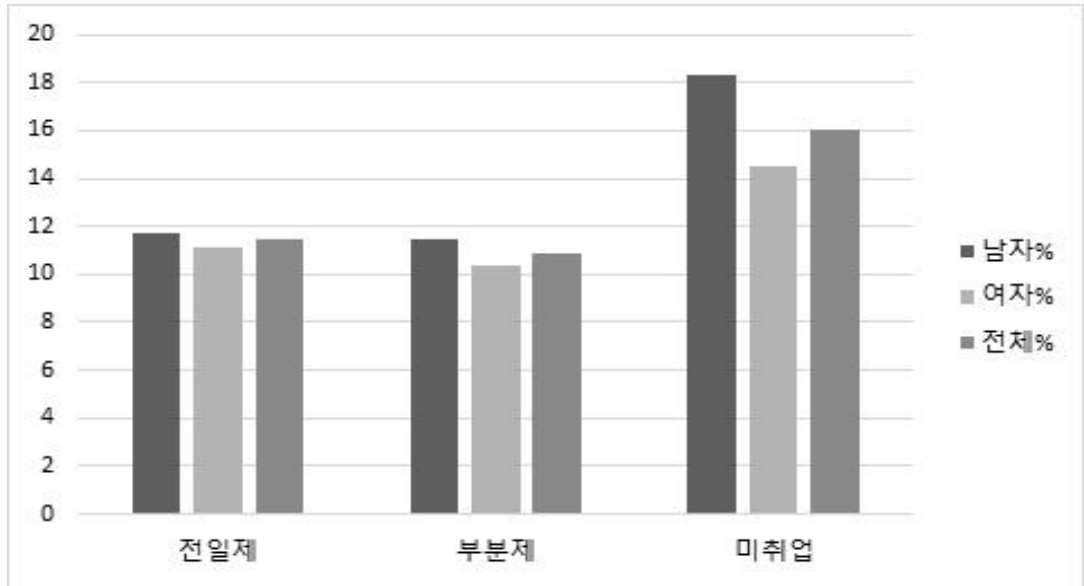


그림 46. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 취업 상태에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)

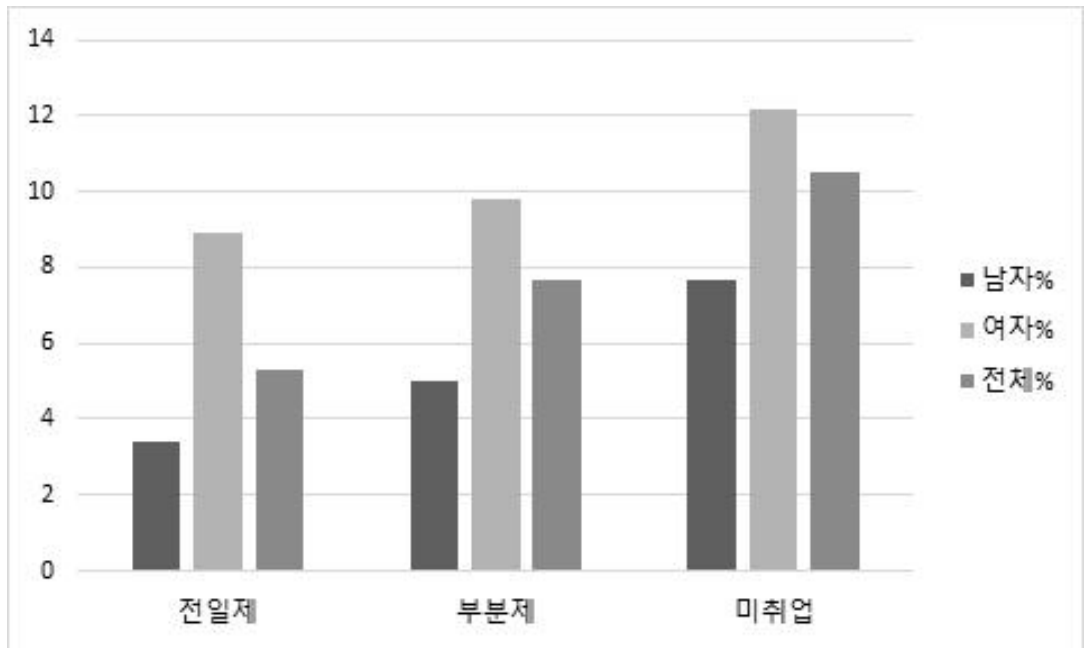


그림 47. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 거주 지역에 따른 분포

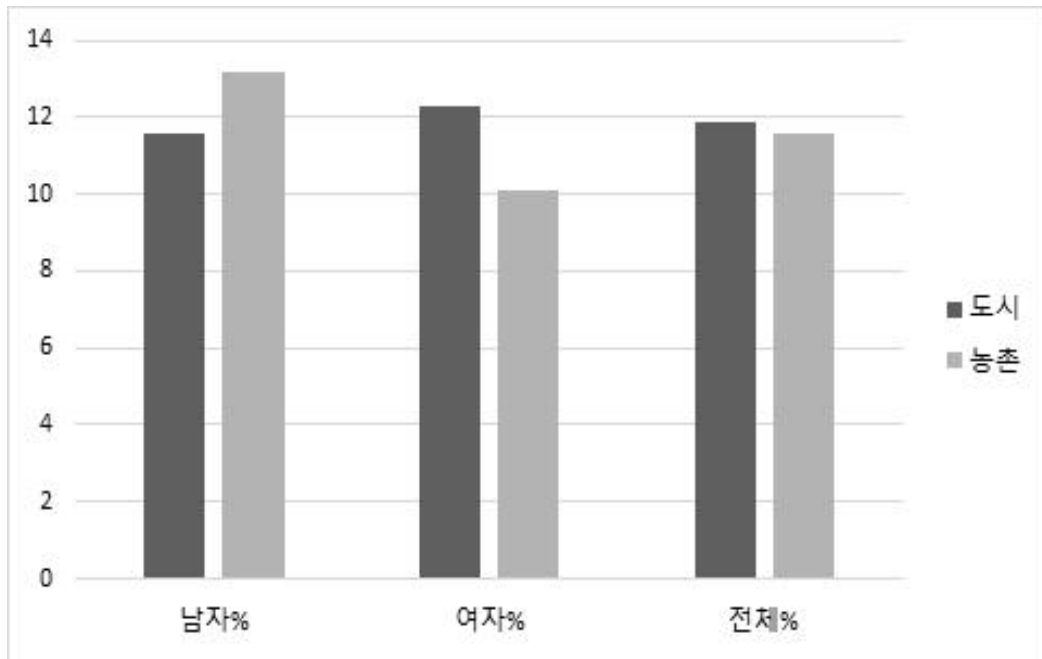


그림 48. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 거주 지역에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)

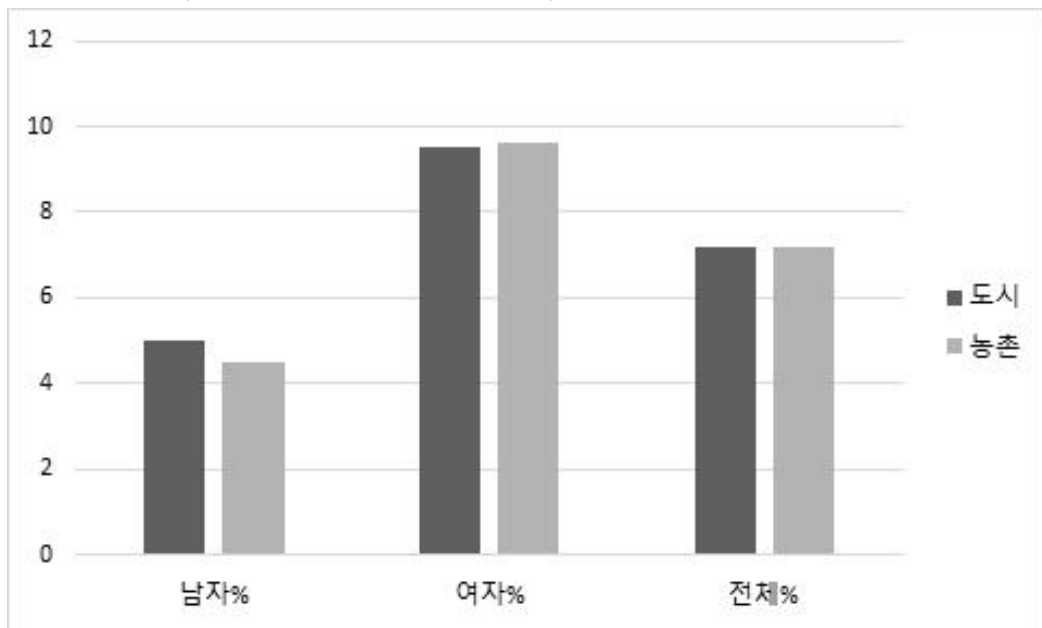


그림 49. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 소득수준에 따른 분포

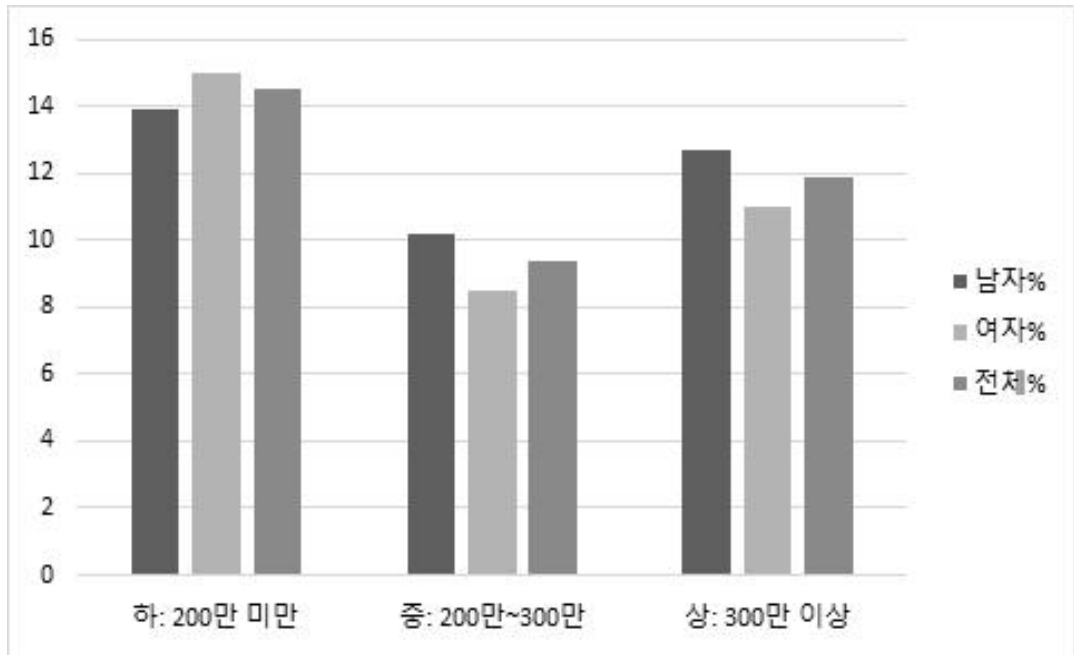
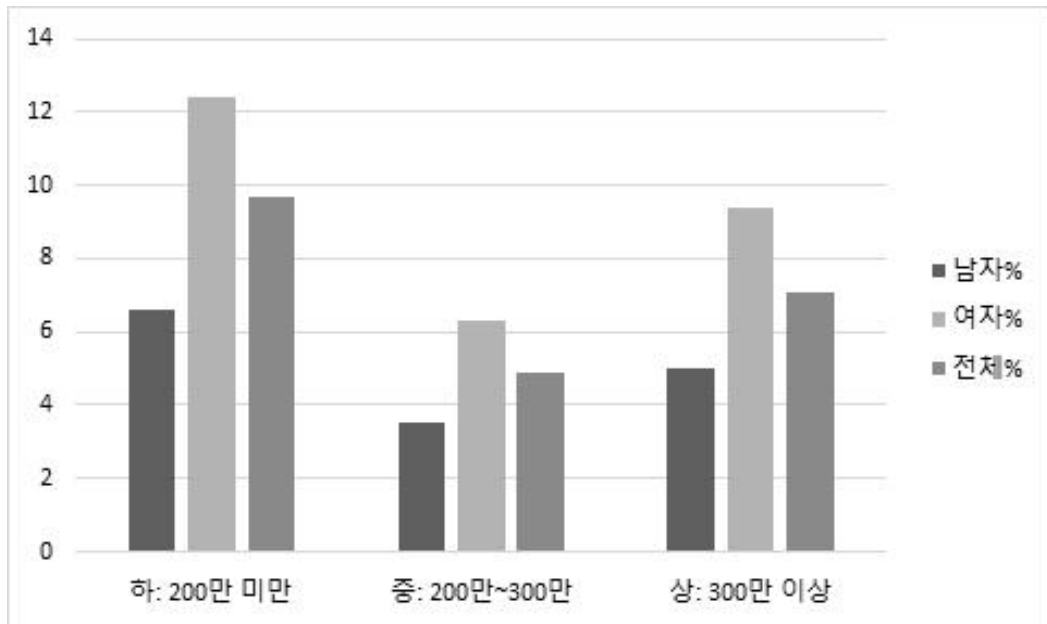


그림 50. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 소득수준에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)



3. DSM-IV 정신질환별 유병률 및 동반이환을 분석

3.1. 알코올 사용장애

3.1.1. 알코올 사용장애군 개관

알코올사용장애는 과도한 알코올 사용으로 인하여 부적응이 발생하고 있음에도 불구하고 개인이 지속적으로 알코올을 사용하고 있을 경우 진단 가능한 정신질환이다. DSM-IV에서 알코올 사용장애는 알코올 의존과 알코올 남용을 포함하고 있다. 알코올 의존이란, 지속적인 알코올 섭취로 인하여 알코올에 대한 내성과 금단 증상을 경험하는 경우이다. 반복적인 알코올 사용으로 인하여 알코올에 대한 내성이 생기고, 이에 따라 알코올 섭취량이나 빈도가 증가하게 된다. 알코올을 섭취하지 않으면 다양한 고통스러운 금단 증상을 경험하게 되고, 이를 피하기 위해 다시 알코올을 섭취하게 되는 악순환이 나타난다. 반면에, 알코올 남용은 알코올에 대한 내성과 금단 증상은 없지만, 개인의 생활에 다양한 부적응이 초래되는 경우이다. DSM-IV에서는 알코올 의존과 알코올 남용을 개별적인 질환으로 간주하였으나, 개정판인 DSM-5에서는 알코올 의존과 알코올 남용을 통합하여 하나의 진단범주로 구성하였고 이를 알코올 사용장애로 부르고 있다.

본 조사는 DSM-IV-TR을 기반으로 하고 있으므로, 알코올 의존과 알코올 남용을 구분하여 유병률 조사를 하였다.

조사 결과에 의하면 알코올 사용장애 평생유병률은 12.2%로, 남자가 18.1, 여자가 6.4%로 나타났다. 알코올 남용의 평생유병률은 7.7%, 알코올 의존의 평생유병률은 4.5%로, 알코올 남용 유병률이 알코올 의존 유병률에 비해 약간 높았다.

알코올 사용장애 일년유병률은 3.5%로, 지난 한 해 동안 알코올 사용장애에 이환된 18세 이상의 사람은 약 139만 명으로 추산되었다<표 44>. 64세 이하에서 알코올 사용장애 일년유병률은 2006년 5.6%, 2011년 4.7%, 2016년 4.1%로, 지속적으로 감소하고 있는 추세이다.

2010년 15세 이상의 우리나라 국민 1인당 알코올 소비량은 8.9리터, 2015년에는 9.0리터로 우리나라 국민의 알코올 소비량 다소 증가하였다. 나아가 지역사회건강조사에서는 2008년부터 지난 8년간 월간음주율(최근 1년 동안 1회 이상 술을 마신 사람의 비율)이 증가하고 있음을 발견하였다. 알코올 소비량과 월간음주율은 상승하였지만

본 조사 결과에 의하면 알코올 사용장애 유병률은 감소하고 있는 것으로 나타났다. 그 이유를 살펴보면 다음과 같다. 알코올 사용장애는 과도한 음주로 인하여 사회적 또는 직업적 장애가 초래되는 정신질환으로 일반적인 음주/음주률과는 구분된다. 즉, 알코올 사용장애의 감소는 과도한 음주로 하여금 심각한 부적응을 경험하는 사람이 감소하였음을 의미한다. 식품의약품안전처의 2016년 상반기 주류 소비·섭취 실태조사에 의하면 고위험음주률이 2012년 66.2%에서 2016년 58.3%로 약 8% 가까이 감소한 것을 조사되었다. 건강에 대한 관심의 증가와 과도한 음주를 지양하는 인식의 확산으로 고위험음주가 감소하였을 것으로 예상된다(식품의약품안전처, 2016). 이러한 결과를 종합해보면 우리나라 국민의 부적응적인 알코올 사용이 전반적으로 감소하고 있는 것으로 볼 수 있다.

나아가, 최근에는 이른바 “혼자 마시는 술(이하 혼술)”이 사회적으로 유행이 될 만큼 혼자 음주를 하는 부류가 증가하고 있다. 2016년 하반기 주류 소비·섭취 조사에 의하면 최근 음주 경험자 중 25.5%가 6개월 전에 비해 혼술이 늘었다고 보고하였다. 이는 1인 가구의 증가와 관련이 있을 것으로 보이는데, 1인 가구는 2000년 23.9%에서 2015년 27.2%로 증가하였고, 우리나라의 가장 보편적인 가구 형태로 자리 잡았다(통계청, 2015). 혼자 의·식·주를 해결하는 사람의 증가가 음주문화에도 영향을 미쳤을 것으로 해석된다. 나아가 혼술을 하는 사람 중 81.5%는 다른 사람과 어울려 마실 때 보다 알코올을 적게 섭취하고, 57.1%는 도수가 낮은 알코올을 마시는 것으로 나타났다(식품의약품안전처, 2016). 한편, 혼자 술을 마실 경우 여러 명과 마실 때 보다 적게 마시지만 여전히 WHO에서 권고한 고위험음주량 보다 많은 양을 섭취하는 것으로 밝혀져 혼술의 잠재적인 위험성에 대해 조사해야 할 필요가 있다.

마지막으로 알코올 사용장애의 감소는 건전한 회식 문화를 선호하는 사회적 추세와도 간접적인 관련성이 있을 것으로 보여진다. 나아가, 「부정청탁 및 금품등 수수의 금지에 관한 법률」의 시행 후 음주 문화가 달라졌거나 달라 질 것으로 예상한 사람의 비율이 80%에 다다랐다(식품의약품안전처, 2016). 음주 문화가 달라진 경우, 이전 보다 음주 차수와 음주량이 감소하였다고 보고하여 부적응적인 알코올의 사용이 감소하였을 가능성이 있다. 추후 연구에서는 이러한 사회문화적 추세를 반영하여 조사를 진행해야 할 것이다.

사회인구학적 분포: 알코올 사용장애의 일년유병률은 남자가 5.0%, 여자가 2.1%로 남자의 일년유병률이 여자의 일년유병률에 비해 2배 이상 높았다. 남녀 모두 18세~29세 구간에서 알코올 사용장애 유병률이 가장 높았고, 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향성이 보였다. 남자의 경우는 40대에 일시적으로 알코올 사용장애 일년유병률이 증가하였지만 50대 때 다시 감소하였다. 나아가 남자는 이혼/별거/사별을 한 상태일 경우 알코올 사용장애 일년유병률이 가장 높았으나 여자는 미혼일 경우 가장 높았다. 남자는 10~12년의 교육 수준을 받은 집단에서 알코올 사용장애 일년유병률이 가장 높았고, 여자의 경우는 13년 이상의 교육을 받은 집단이 가장 높은 유병률을 보였다. 남녀 모두 미취업 상태에서 알코올 사용장애 일년유병률이 가장 높았다. 알코올 사용장애 일년유병률은 남자의 경우, 거주 지역에 따라 차이가 없었으나, 여자는 도시 지역에서 일년유병률이 더 높게 나타났다. 또한 남녀 모두에서 가구별 월 소득수준이 200만원 미만인 집단에서 알코올 사용장애 일년유병률이 가장 높았다<표 45, 그림 51~56>.

위험요인분석: 여자가 남자보다 알코올 남용의 위험이 낮았으며($OR=0.4$, $p<0.001$), 젊을수록 알코올 남용의 위험이 높은 것으로 나타났다. 나아가, 미혼이거나($OR=3.6$, $p<0.001$), 학생이나 주부일 경우($OR=2.0$, $p<0.01$) 알코올 사용장애의 위험률이 증가하였다<표 46>.

표 44. 알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수

	남자		여자		전체	
	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)
알코올 남용	2.8	556,110	1.2	229,774	2.0	785,884
알코올 의존	2.2	426,292	0.9	179,639	1.5	605,931
전체	5.0	982,402	2.1	409,414	3.5	1,391,816

표 45. 알코올 사용장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	7.5	1.8	6.9	1.6	7.2	1.2
30~39세	4.2	1.2	2.8	0.9	3.5	0.8
40~49세	6.3	1.5	0.9	0.4	3.6	0.8
50~59세	6.2	1.5	0.4	0.3	3.4	0.8
60~69세	1.0	0.6	0.5	0.5	0.8	0.4
70세 이상	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	3.8	0.7	1.2	0.3	2.5	0.4
이혼/별거/사별	7.6	2.8	0.2	0.2	2.5	0.9
미혼	6.8	1.4	6.1	1.4	6.5	1.0
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.9	0.9	0.0	0.0	0.3	0.3
7~9년	1.3	0.8	1.1	0.8	1.2	0.6
10~12년	6.5	1.3	1.4	0.5	3.9	0.7
13년 이상	5.1	0.8	3.3	0.7	4.3	0.5
취업상태						
전일제	5.0	0.8	2.2	0.8	4.1	0.6
부분제	2.9	1.4	2.2	1.3	2.5	0.9
미취업	8.9	2.5	2.7	0.8	5.1	1.1
거주지역						
도시	4.9	0.8	2.8	0.5	3.9	0.5
농촌	4.9	1.0	0.8	0.4	2.7	0.5
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	5.8	1.2	2.8	0.7	4.2	0.7
중: 200만~300만	3.2	1.0	1.7	0.7	2.5	0.6
상: 300만 이상	5.0	0.9	1.8	0.5	3.5	0.5
전체	5.0	0.6	2.1	0.4	3.5	0.4

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 51. 알코올 사용장애 일년유병률의 연령에 따른 분포

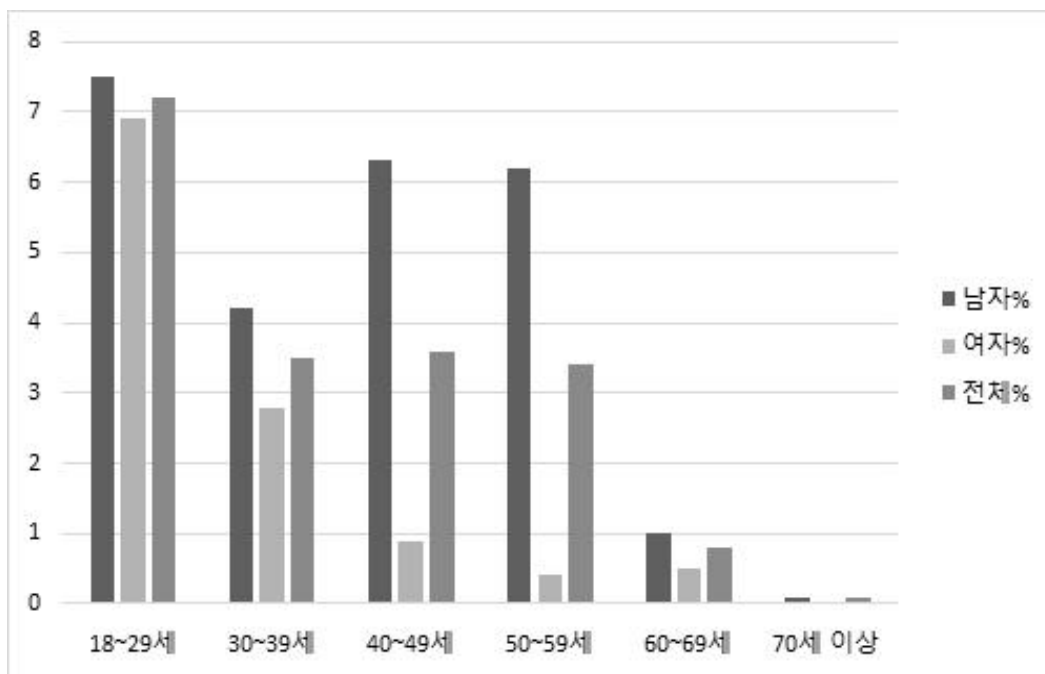


그림 52. 알코올 사용장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

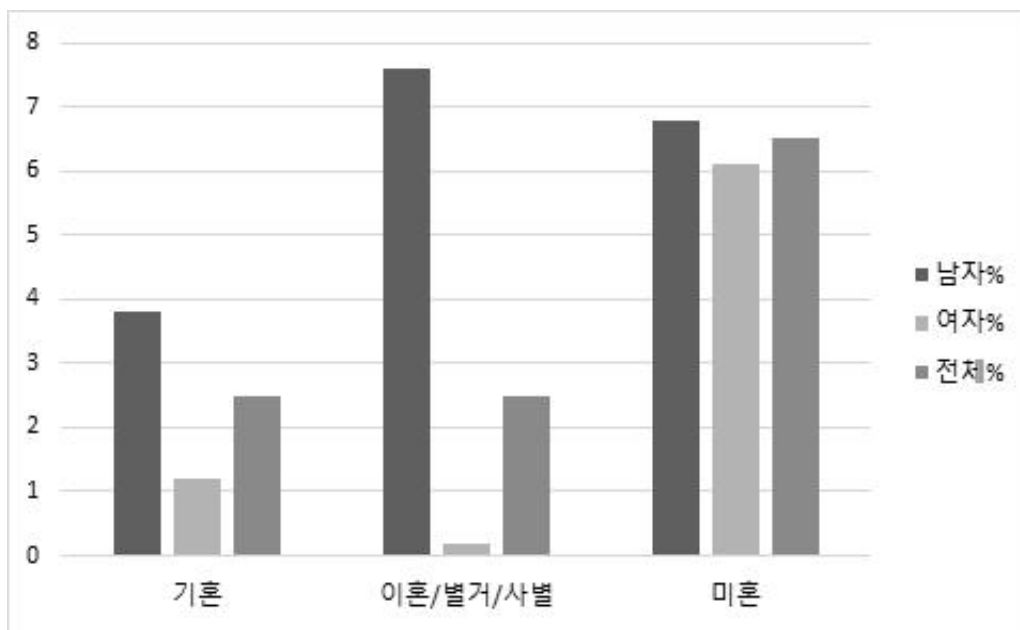


그림 53. 알코올 사용장애 일년유병률의 교육상태에 따른 분포

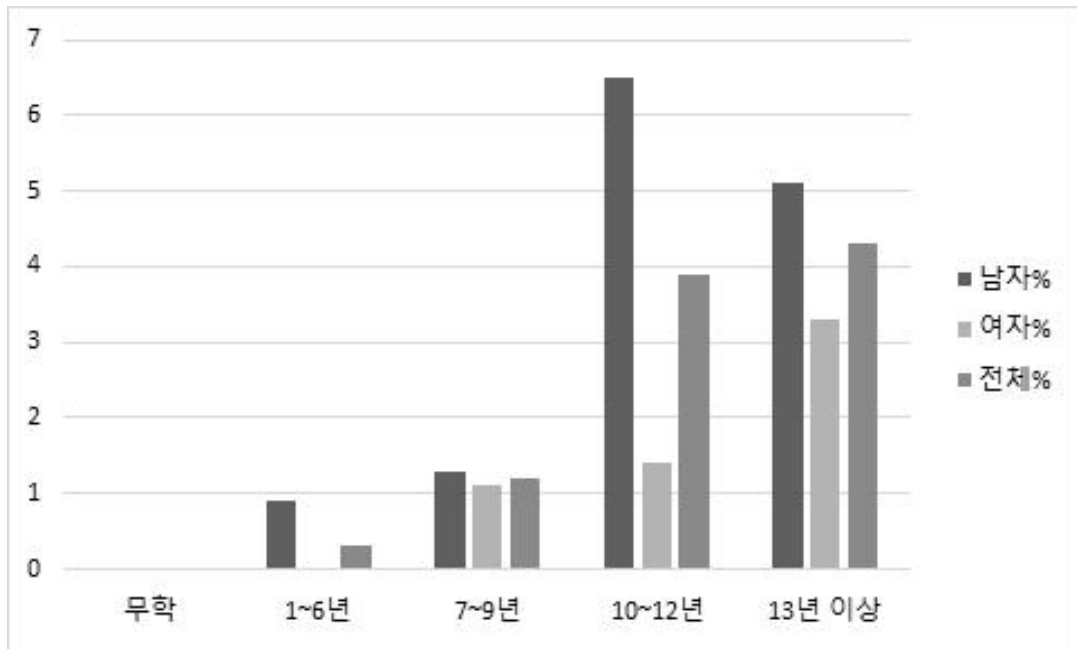


그림 54. 알코올 사용장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

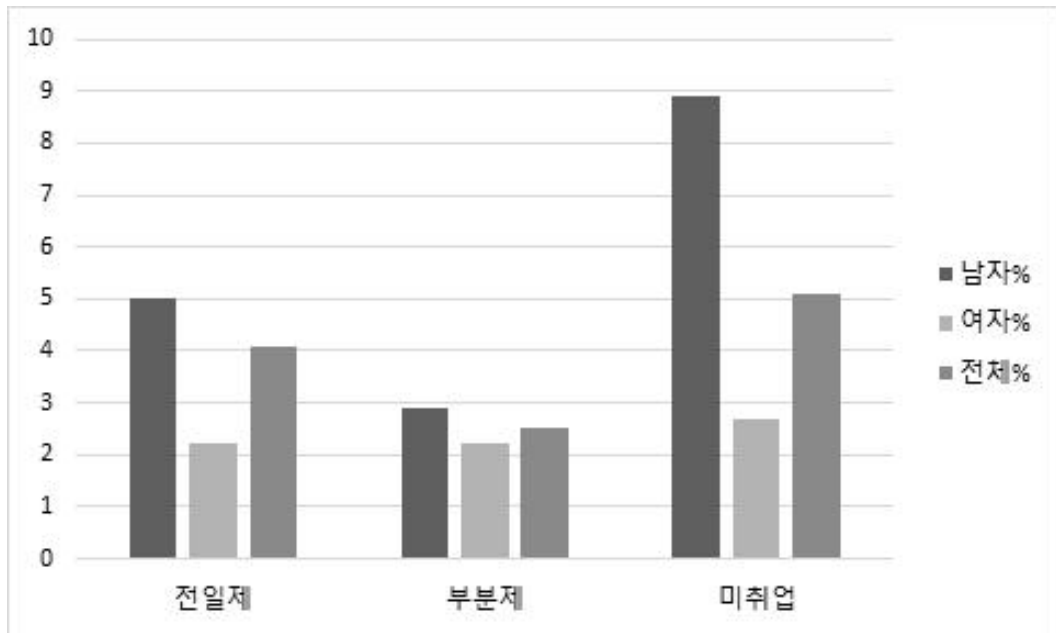


그림 55. 알코올 사용장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

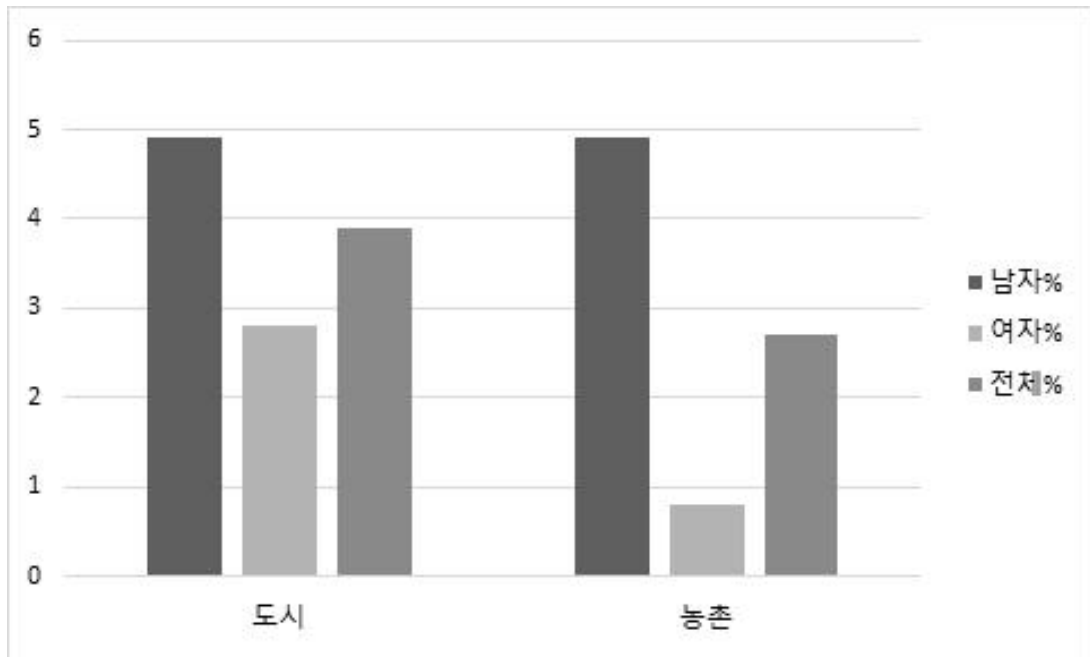


그림 56. 알코올 사용장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포

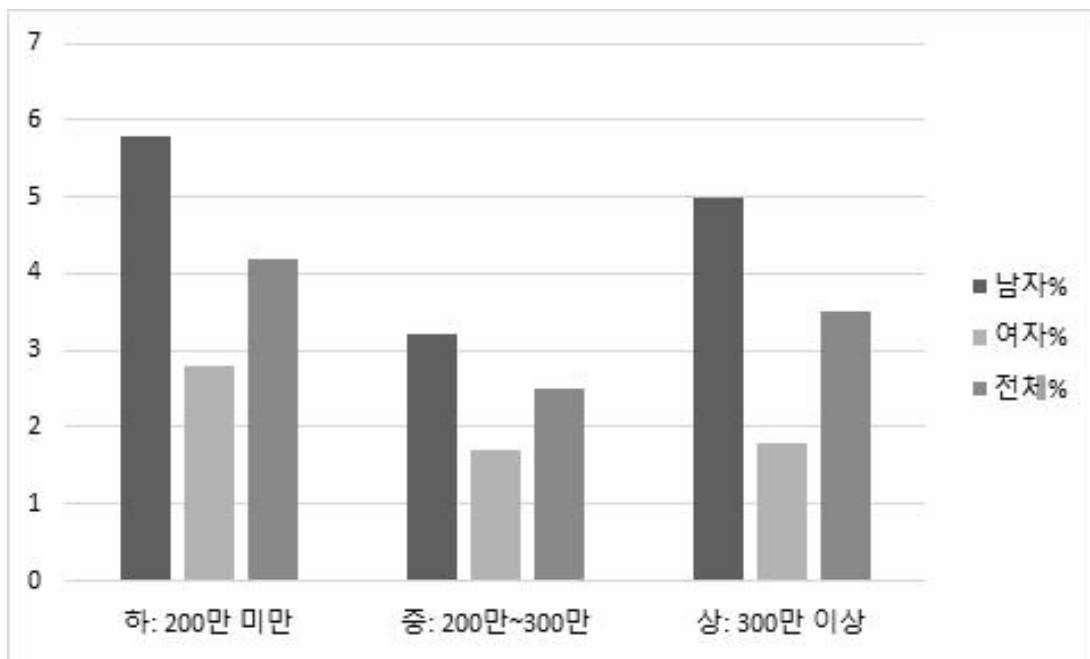


표 46. 알코올사용장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.4 (0.2-0.5)	0.000
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	2.1 (1.5-2.7)	0.000
30~44	2.3 (1.7-3.0)	0.000
18~29	4.1 (3.1-5.5)	0.000
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	0.7 (0.4-1.3)	0.25
미혼	3.6 (2.4-5.1)	0.000
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.5 (0.3-0.7)	0.000
직업		
전일제	1	
부분제	0.4 (0.1-1.2)	0.098
학생/주부	2.0 (1.2-3.1)	0.003
무직	0.5 (0.3-0.9)	0.16
거주지역		
도시	1	
농촌	0.6 (0.4-0.9)	0.03
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.0 (0.6-1.8)	0.9
하: 200만 미만	1.3 (0.9-1.9)	0.2

^a알코올사용장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

3.1.2. 알코올 의존

개 관

알코올 의존이란 지속적인 음주로 인하여 다양한 인지적, 행동적, 신체적 증상이 나타나는 정신질환이다. DSM-IV에서 알코올 의존은 지난 12개월 내에 술에 대한 내성이나 금단증상 (또는 금단 증상을 완화하기 위해 지속적으로 알코올을 섭취)이 나타나거나, 생각했던 것보다 더 많은 양을 술을 마시거나 장기간 마시는 등의 7가지 증상 중 3가지 이상이 충족될 경우 진단된다.

조사결과

본 조사에서 알코올 의존 평생유병률은 4.5%, 일년유병률 1.5%로 나타났다. 이전 조사 결과와 비교하였을 때, 알코올 의존 평생유병률은 2006년 8.1%, 2011년 5.3%, 2016년 4.5%으로 지속적으로 감소하고 있다<표 47, 그림 57>. 우리나라 알코올 의존 일년유병률은 미국, 헝가리에 비해서는 낮은 수준이지만, 중국과 터키, 호주 그리고 유럽 국가 보다는 높은 수준을 보이고 있다<표 47>.

사회인구학적 분포: 남자의 알코올 의존 일년유병률은 2.2%, 여자는 0.9%로 나타났으며, 남녀 모두 18-29세 연령군에서 알코올 의존 일년유병률이 가장 높았다<표 48>. 남자는 이혼/별거/사별 집단에서, 미취업 상태에서 알코올 의존 일년유병률이 가장 높으며, 여자는 미혼일 때, 취업 상태가 부분제일 경우 알코올 의존 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 도시 지역에 거주할 경우, 소득이 적을수록 알코올 의존 일년유병률이 높게 나타났다. 교육 수준에 따른 특징적인 양상은 발견되지 않았다<표 48, 그림 57~64>.

발병연령: 남녀 모두 20대 초반의 발병이 가장 많으며, 이후 연령이 증가함에 따라 서서히 감소하는 경향을 보이고 있다. 남자는 20대 때 알코올 의존의 41.6%가 발병하며, 여자는 동일 연령구간에서 알코올 의존의 46.4%가 발병한다<표 49, 그림 65>.

위험요인 분석: 여자가 남자보다 알코올 의존의 위험이 유의하게 낮았다($OR=0.3$, $p<0.001$). 중년에 비해 20대가 알코올 의존의 위험이 높은 것으로 나타났다($OR=2.3$,

P<0.001)<표 50>.

동반이환: 알코올 의존은 니코틴 사용장애, 단기정신병적 장애, 주요우울장애, 외상 후스트레스장애, 공황장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 51>.

표 47. 지역사회 역학조사에서 알코올 의존의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	3.2	4.3	8.1
한국전국(2006) ^a	3.2	4.3	8.1
한국전국(2011) ^a	1.6	2.2	5.3
한국전국(2016) ^a	1.0	1.5	4.5
일본 (2002) ^a	-	2.2	5.3
중국 (2002) ^a	-	0.4	-
중국 (2015) ^a	-	-	1.4
미국 NCS-R (2002) ^a	-	7.2	14.1
미국 NSDUH (2013) ^a		7.0	
미국 NIH (2014) ^a	-	6.8	
유럽 ESEMeD ^a	-	1.3	5.4
독일 (2009-2012) ^c	-	3.6	1.1
헝가리 (2010) ^d		6.8	
호주 NSMHWB (2007) ^a		1.4	3.9
터키 (2017) ^a		1.6	

^a정신장애의 진단 및 통계편람 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

^cGerman National Health Interview and Examination Survey for Adults

^dHungarian Statistical Office

그림 57. 우리나라 알코올 의존 평생유병률

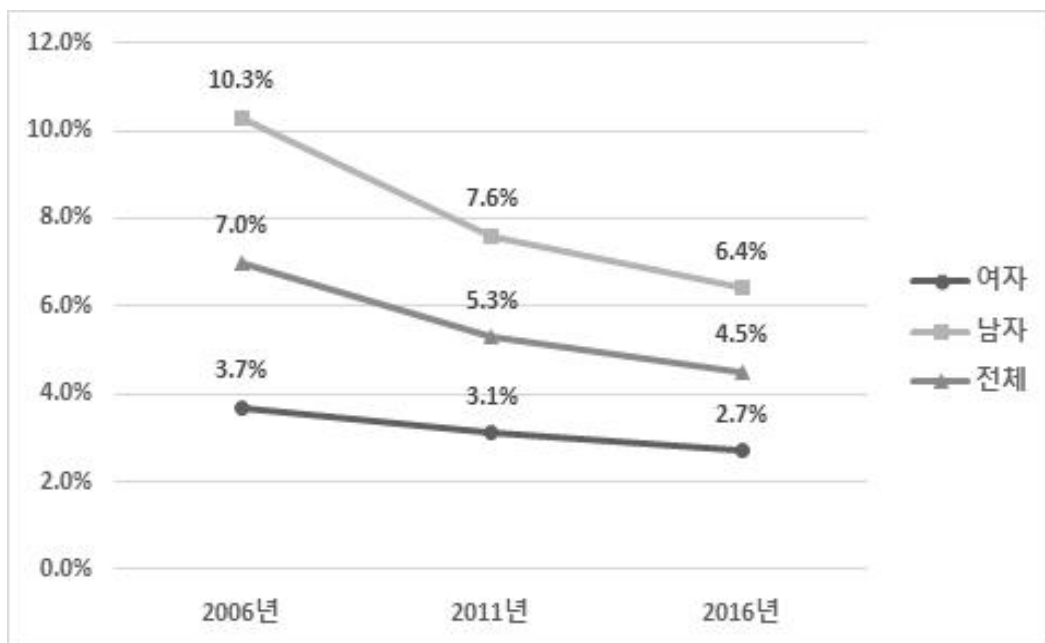


그림 58. 우리나라 알코올 의존 일년유병률

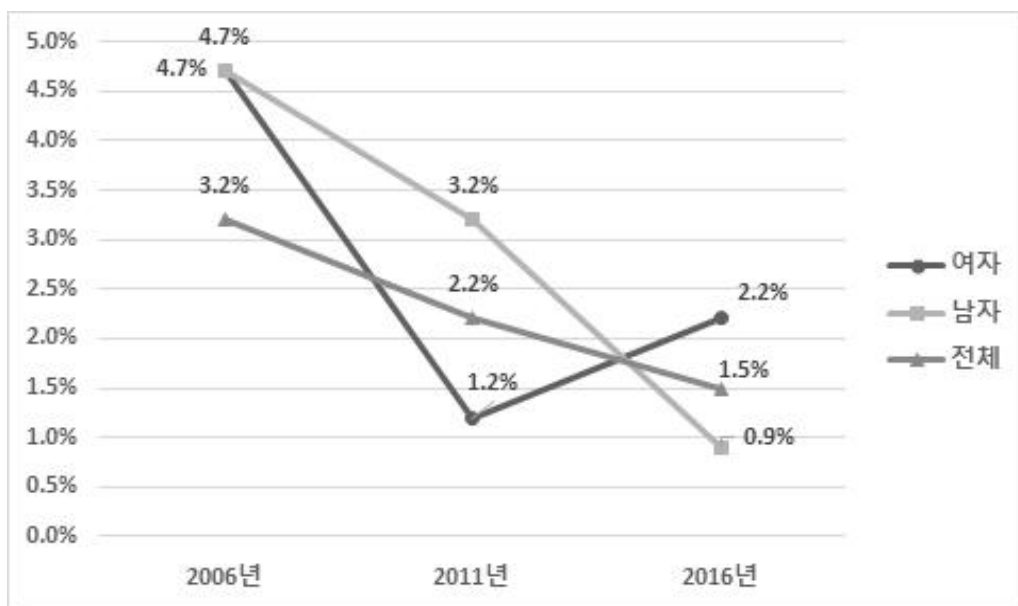


표 48. 알코올의존 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	3.5	1.1	2.1	0.7	2.8	0.7
30~39세	1.2	0.6	1.6	0.7	1.4	0.5
40~49세	2.8	1.1	0.6	0.3	1.7	0.5
50~59세	2.6	1.0	0.3	0.3	1.5	0.5
60~69세	1.0	0.6	0.5	0.5	0.8	0.4
70세 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
결혼상태						
기혼	1.5	0.4	0.9	0.3	1.2	0.2
이혼/별거/사별	3.6	2.1	0.1	0.1	1.2	0.7
미혼	3.2	0.9	1.6	0.6	2.6	0.6
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.9	0.9	0.0	0.0	0.3	0.3
7~9년	0.9	0.7	1.1	0.8	1.0	0.6
10~12년	3.0	1.0	1.0	0.5	2.0	0.6
13년 이상	2.0	0.4	1.1	0.3	1.6	0.3
취업상태						
전일제	1.9	0.5	0.5	0.2	1.4	0.4
부분제	1.0	0.7	1.5	1.1	1.3	0.7
미취업	3.0	0.9	0.8	0.4	1.6	0.4
거주지역						
도시	2.4	0.5	1.2	0.3	1.8	0.3
농촌	1.5	0.5	0.5	0.3	1.0	0.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	2.9	0.9	1.4	0.5	2.1	0.5
중: 200만~300만	1.9	0.8	1.1	0.6	1.5	0.5
상: 300만 이상	1.7	0.5	0.8	0.3	1.3	0.3
전체	2.2	0.4	0.9	0.2	1.5	0.2

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 59. 알코올 의존 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

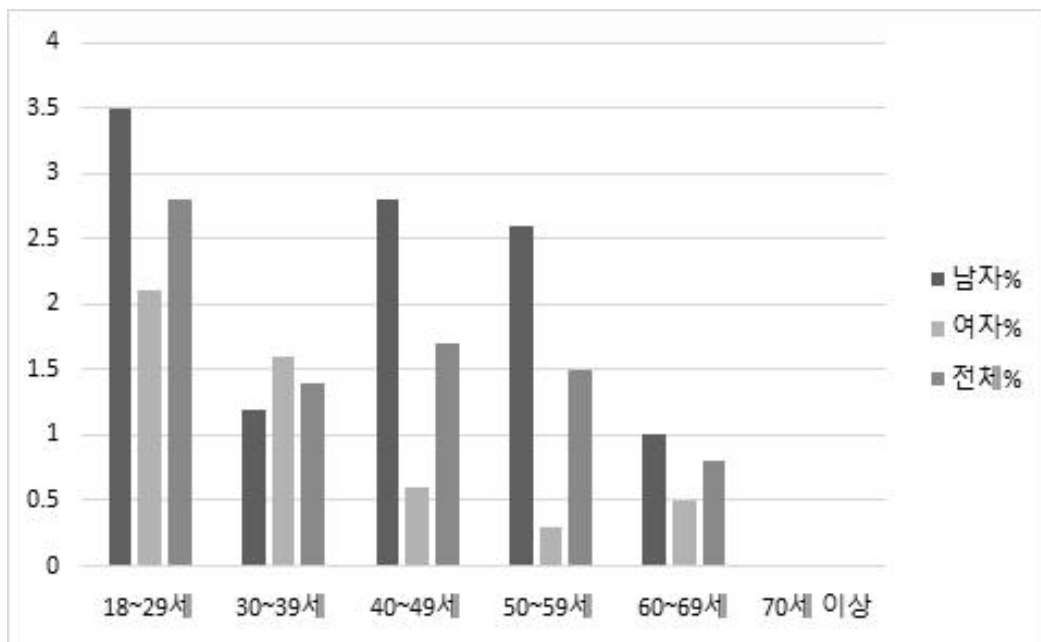


그림 60. 알코올 의존 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

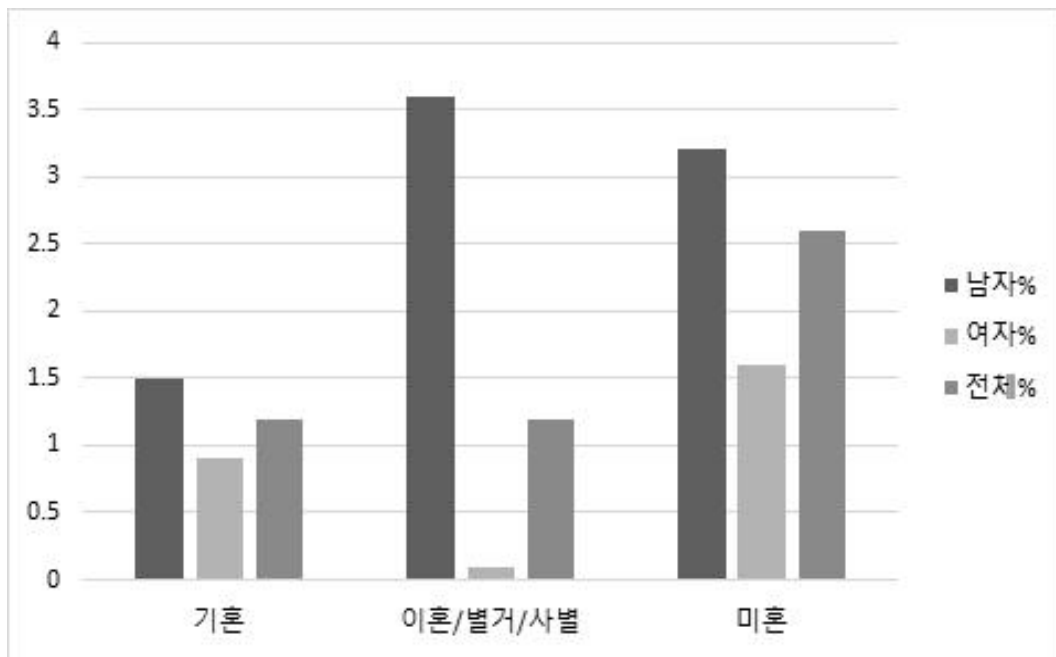


그림 61. 알코올 의존 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

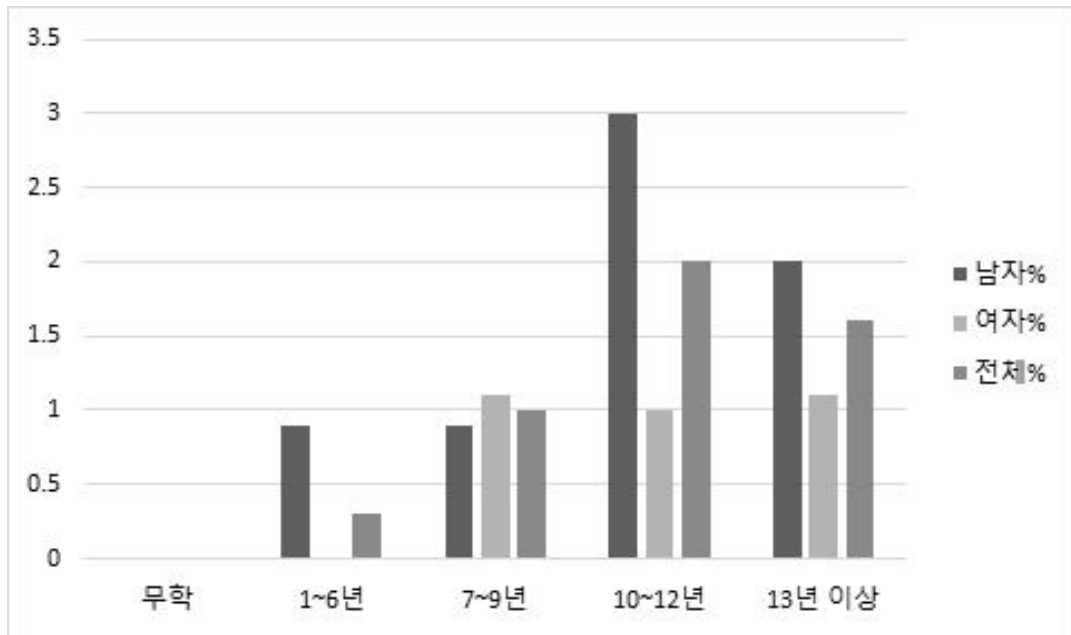


그림 62. 알코올 의존 일년유병률의 취업상태 따른 분포

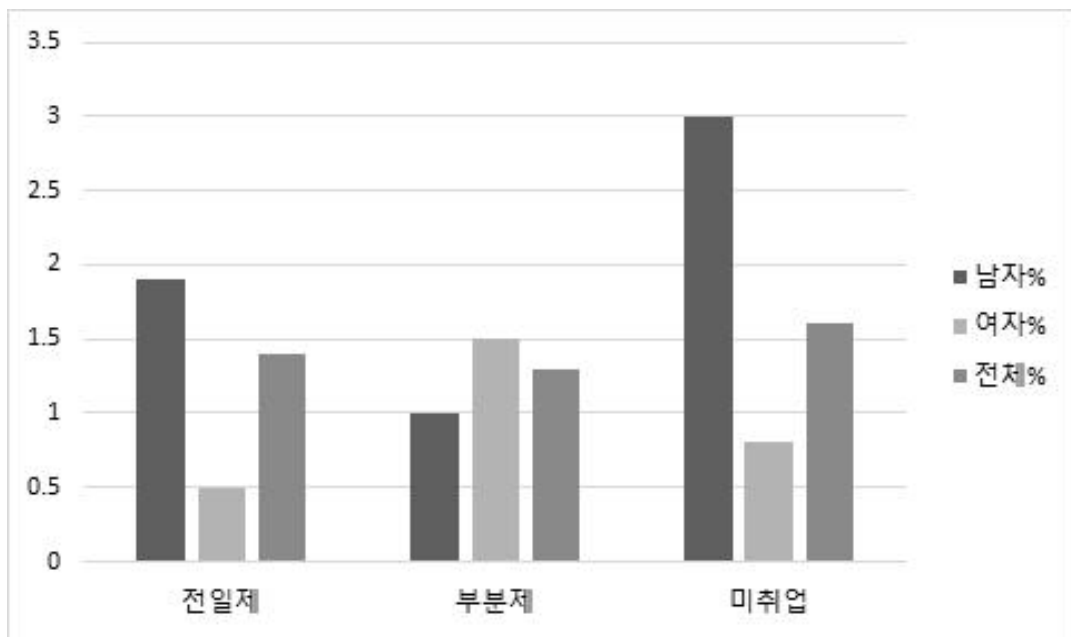


그림 63. 알코올 의존 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

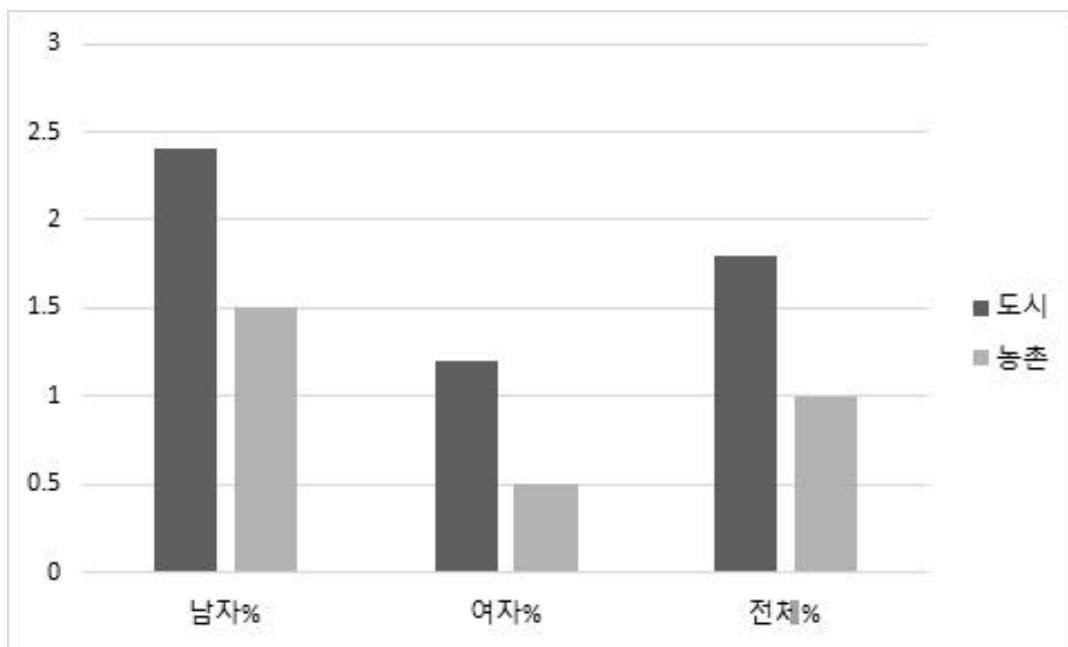


그림 64. 알코올 의존 일년유병률의 소득수준에 따른 분포

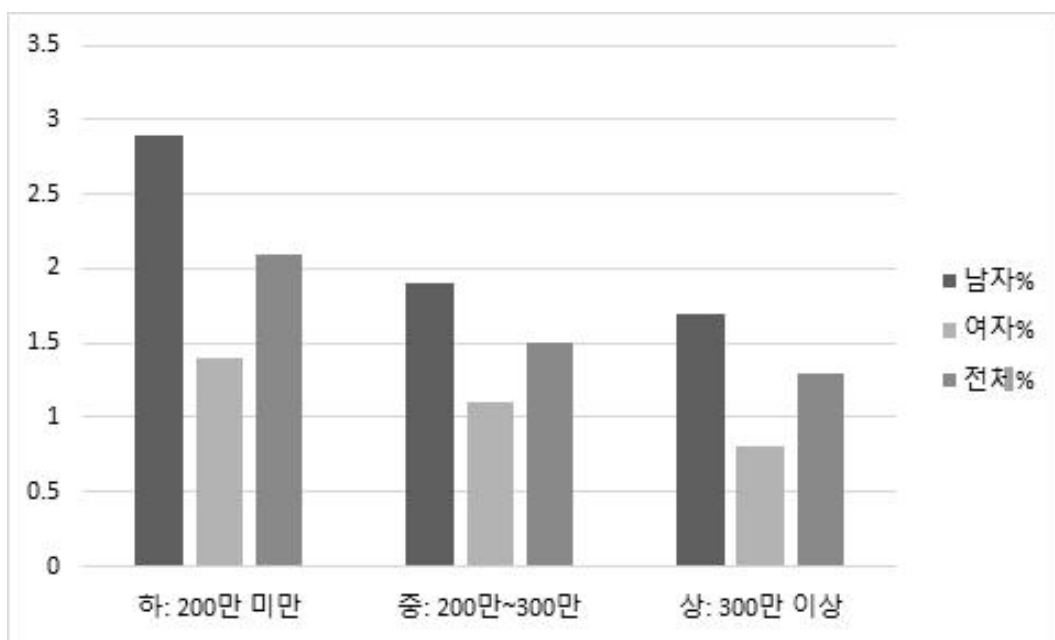


표 49. 알코올의존 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	0	19	39	16	15	14	12	5	8	2	1	0	1	132
	백분율	0	14.4	29.5	12.1	11.4	10.6	9.1	3.8	6.1	1.5	0.8	0	0.8	100
여자	환자수	0	14	26	6	10	4	1	5	2	1	0	0	0	69
	백분율	0	20.3	37.7	8.7	14.5	5.8	1.4	7.2	2.9	1.4	0	0	0	100
전체	환자수	0	33	65	22	25	18	13	10	10	3	1	0	1	201
	백분율	0	16.4	32.3	10.9	12.4	9.0	6.5	5.0	5.0	1.5	0.5	0	0.5	100

그림 65. 알코올 의존 발병연령의 분포

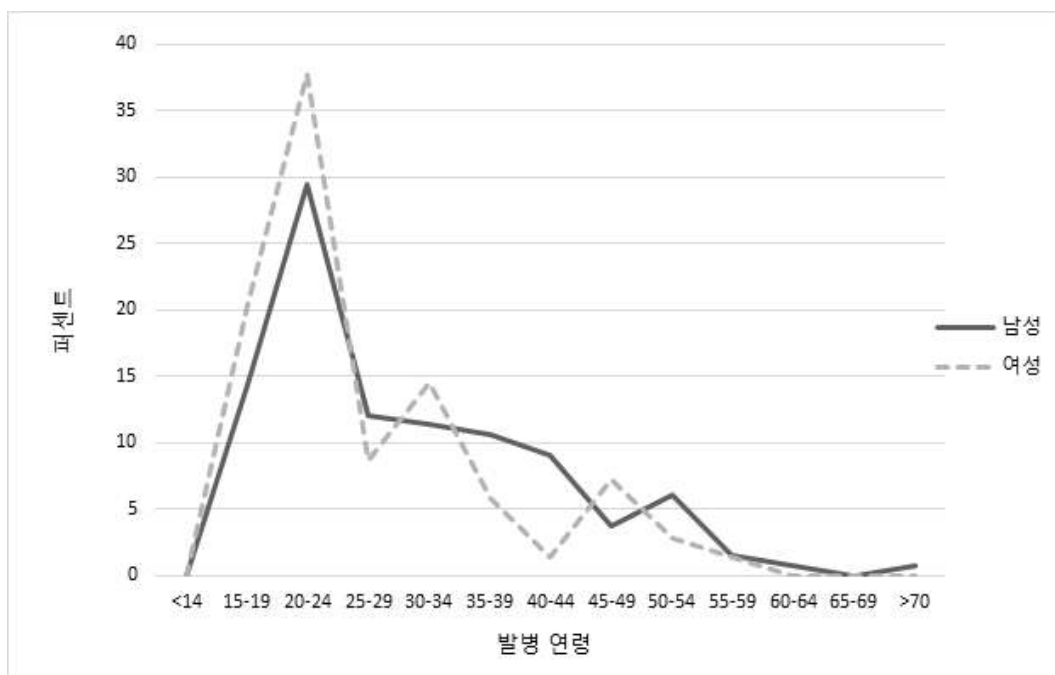


표 50. 알코올의존 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.3 (0.1-0.5)	0.000
연령구간(세)		
45~59	1	
60세 이상	0.1 (0.0-0.3)	0.000
30~44	1.1 (0.5-2.3)	0.061
18~29	2.3 (0.9-5.8)	0.000
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	0.9 (0.3-2.4)	0.939
미혼	0.7 (0.3-1.6)	0.494
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	2.2 (1.5-3.1)	0.000
직업		
전일제	1	
부분제	0.6 (0.1-2.7)	0.511
학생/주부	1.6 (0.8-3.2)	0.166
무직	0.9 (0.5-1.9)	0.959
거주지역		
도시	1	
농촌	0.8 (0.5-1.5)	0.600
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.4 (0.6-2.9)	0.365
하: 200만 미만	2.5 (1.4-4.5)	0.002

^a알코올의존을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 51. 알코올 의존과의 동반이환율^a

질환	대응위험도 ^a	P-value
니코틴 사용장애		
니코틴 의존	1.8 (1.6-2.0)	0.000
니코틴 금단	1.6 (1.4-1.8)	0.000
약물 사용장애		
조현병 스펙트럼장애	-	-
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-
단기정신병적장애	1.5 (1.0-2.1)	0.000
기분장애		
주요우울장애	1.3 (1.1-1.5)	0.000
기분부전장애	-	-
양극성 장애	-	-
불안장애	-	-
강박장애	-	-
외상후스트레스장애	1.2 (1.0-1.4)	0.022
공황장애	1.4 (1.0-1.8)	0.004
광장공포증	-	-
사회공포증	-	-
범불안장애	-	-
특정공포증	-	-

^a알코올 의존을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.1.3. 알코올 남용

개관

알코올 남용은 부적응적인 알코올 사용으로 인하여 심각하고 해로운 결과와 기능 장애가 초래되는 경우이다. 중요한 임무를 반복적으로 실패하거나, 법적인 문제를 일으키고, 신체기능의 저하, 사회적 문제나 대인 관계 문제가 발생함에도 불구하고 지속적으로 알코올 사용을 한다(진단기준 A). 이러한 다양한 문제들이 12개월 사이에 반복적으로 발생될 경우 알코올 남용이 진단될 수 있다. 알코올 내성과 금단, 강박적 사용에 대한 진단기준을 포함하고 있는 알코올 의존과 달리 알코올 남용에서는 반복적인 물질 사용으로 인한 해로운 결과만을 포함하고 있다. 알코올 남용보다는 알코올 의존으로 우선 진단된다(진단기준 B).

조사결과

본 조사에서 알코올 남용 평생유병률은 7.7%, 일년유병률은 2.0%로 나타났다. 알코올 남용 평생유병률은 2011년(8.0%)에서 약간 감소하였고 일년유병률(2.1%)은 비슷한 수준으로 나타났다. 알코올 남용의 평생/일년유병률은 전반적으로 감소하고 있다<표 52, 그림 65, 66>. 국가별로 비교해보면, 알코올 남용 일년유병률은 0.1%에서 6.8%까지 다양한 분포를 보이고 있다. 우리나라 알코올 남용 일년유병률은 미국, 호주, 터키에 비해서 낮고, 유럽의 여러 국가들보다는 높은 수준이다.

사회인구학적 분포: 남자에서 알코올 남용의 일년유병률은 2.8%, 여자에서는 1.2%로 나타나, 남자의 유병률이 여자의 유병률 보다 2배 이상 높았다. 남녀 모두 알코올 남용의 일년유병률이 18세~29세 때 가장 높았다. 남자는 이혼/별거/사별 집단에서, 여자는 미혼 집단에서 일년유병률이 가장 높았고, 남자는 10~12년, 여자는 13년 이상의 교육을 받은 군에서 유병률이 가장 높았다. 거주 지역에 따라서도 남녀 간 차이가 나타났는데, 남자의 경우는 농촌, 여자의 경우는 도시 지역에서 유병률이 더 높았다. 나아가, 남자는 300만원 이상인 집단에서 알코올 남용 일년유병률이 가장 높았지만, 여자는 소득 수준이 200만원 미만인 집단에서 더 높게 나타났다. 남녀 모두 미취업일 때, 알코올남용 유병률이 높았다<표 53, 그림 66~73>.

발병연령: 남녀 모두 20대 초반의 발병이 가장 많으며, 이후 연령이 증가함에 따라 서서히 감소하는 경향을 보이고 있다. 남자는 10대 후반에서 20대 후반에 이르기까지 알코올 남용의 41.3%가 발병하며, 여자는 동일 연령구간에서 알코올 남용의 56.3%가 발병한다<표 54, 그림 74>.

위험요인 분석: 여자가 남자보다 알코올 남용의 위험이 유의하게 낮았다(OR=0.4, $p<0.001$). 전일제에 비해 학생/주부일 경우 위험성이 유의하게 증가하였다 (OR=1.9, $P<0.01$)<표 55>.

동반이환: 알코올 남용은 니코틴 사용장애, 약물사용장애, 조현병 및 기타장애, 단기 정신병적장애, 우울장애, 강박장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 56>.

표 52. 지역 사회 역학조사에서 알코올 남용의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	1.7	2.5	7.8
한국전국(2006) ^a	1.6	2.5	9.2
한국전국(2011) ^a	1.6	2.1	8.0
한국전국(2016) ^a	1.4	2.0	7.7
일본(2002) ^a	-	1.6	-
중국(2002) ^a	-	-	4.7
미국 NCS-R(2002) ^a			
미국 NIH(2014) ^a	-	6.8	-
유럽 ESEMeD ^a	-	0.7	4.1
이탈리아(2001)	-	0.1	0.8
프랑스(2001)	-	0.5	4.1
벨기에(2001)	-	1.7	7.7
호주 NSMHWB(2007) ^a		2.9	18.3
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	11.4
터키(2017) ^a		3.2	

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 66. 우리나라 알코올 남용 평생유병률

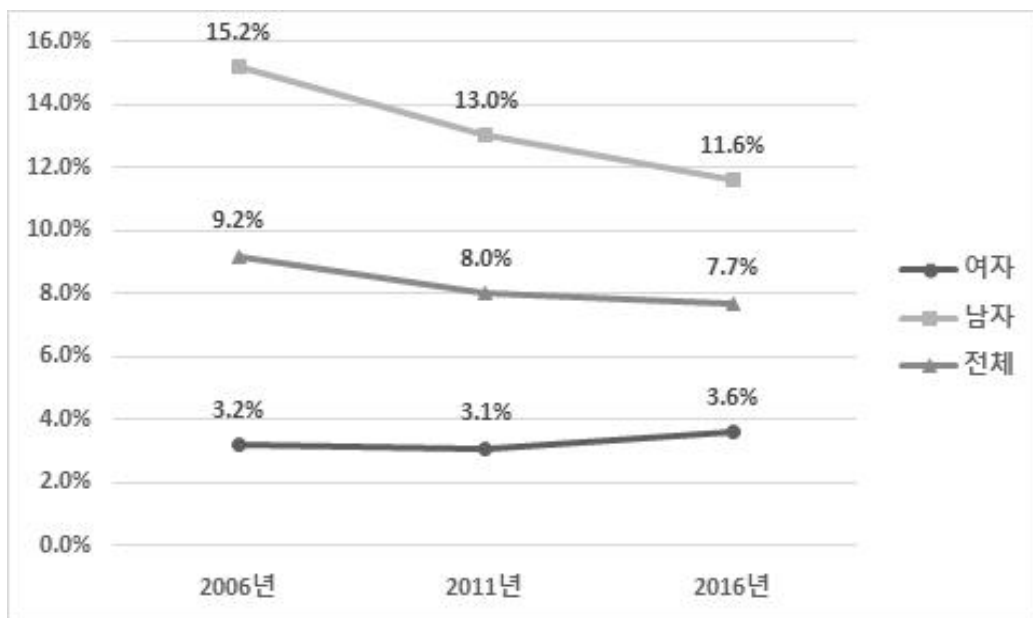


그림 67. 우리나라 알코올 남용 알년유병률

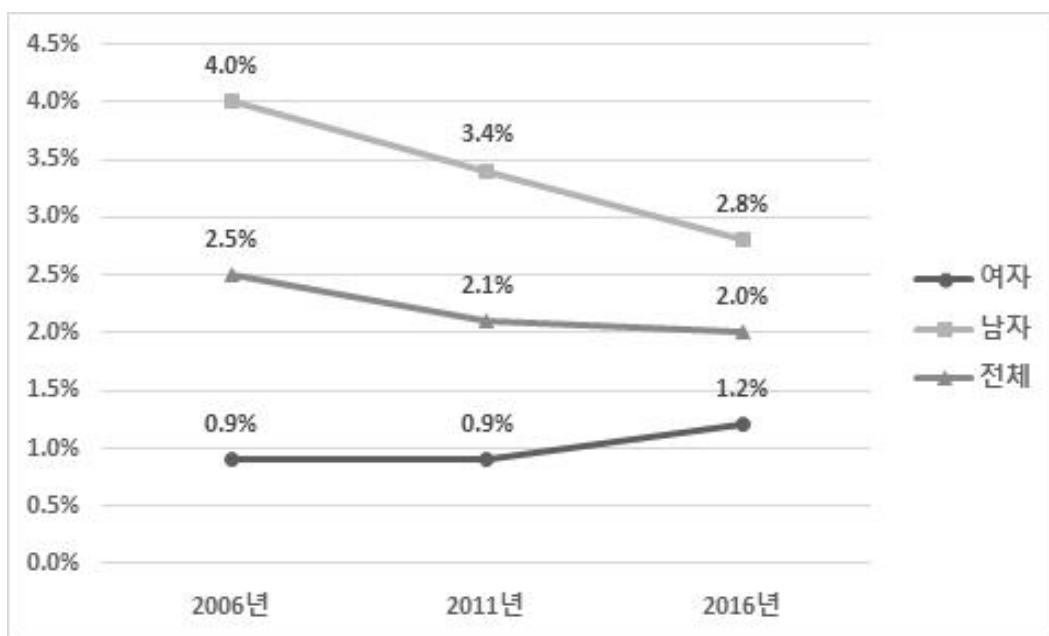


표 53. 알코올 남용 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	4.0	1.4	4.9	1.4	4.4	1.0
30~39세	3.0	1.0	1.2	0.6	2.1	0.6
40~49세	3.5	1.1	0.2	0.2	1.9	0.6
50~59세	3.6	1.1	0.1	0.1	1.9	0.6
60~69세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
70세 이상	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	2.3	0.5	0.3	0.2	1.3	0.3
이혼/별거/사별	4.0	1.9	0.1	0.1	1.3	0.6
미혼	3.6	1.1	4.5	1.3	3.9	0.8
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2	0.2
10~12년	3.4	0.8	0.4	0.2	1.9	0.4
13년 이상	3.0	0.7	2.2	0.6	2.7	0.5
취업상태						
전일제	3.1	0.6	1.7	0.8	2.7	0.5
부분제	1.9	1.2	0.7	0.7	1.2	0.6
미취업	5.9	2.4	1.9	0.7	3.5	1.0
거주지역						
도시	2.5	0.6	1.6	0.4	2.1	0.4
농촌	3.4	0.9	0.3	0.2	1.8	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	2.9	0.9	1.4	0.5	2.1	0.5
중: 200만~300만	1.3	0.6	0.6	0.4	1.0	0.3
상: 300만 이상	3.3	0.8	1.0	0.4	2.2	0.5
전체	2.8	0.5	1.2	0.3	2.0	0.3

그림 68. 알코올 남용 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

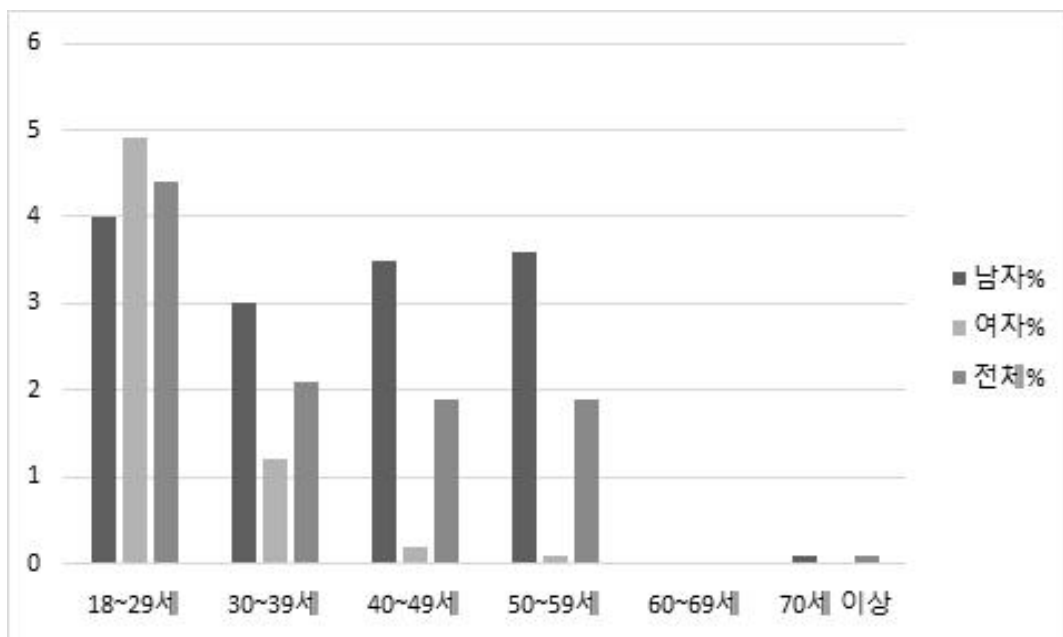


그림 69. 알코올 남용 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

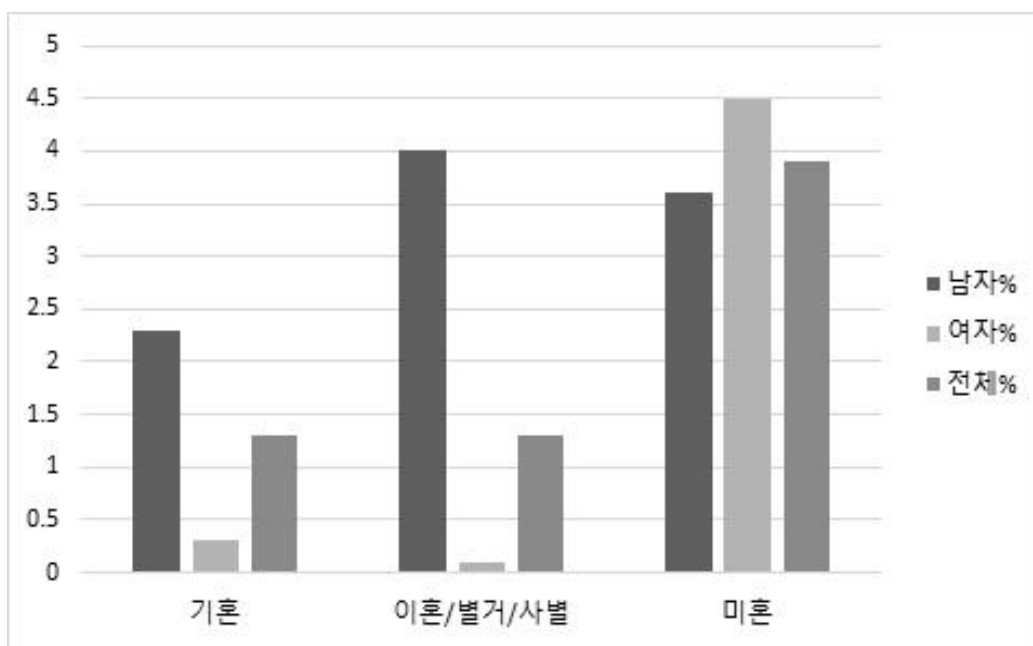


그림 70. 알코올 남용 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포

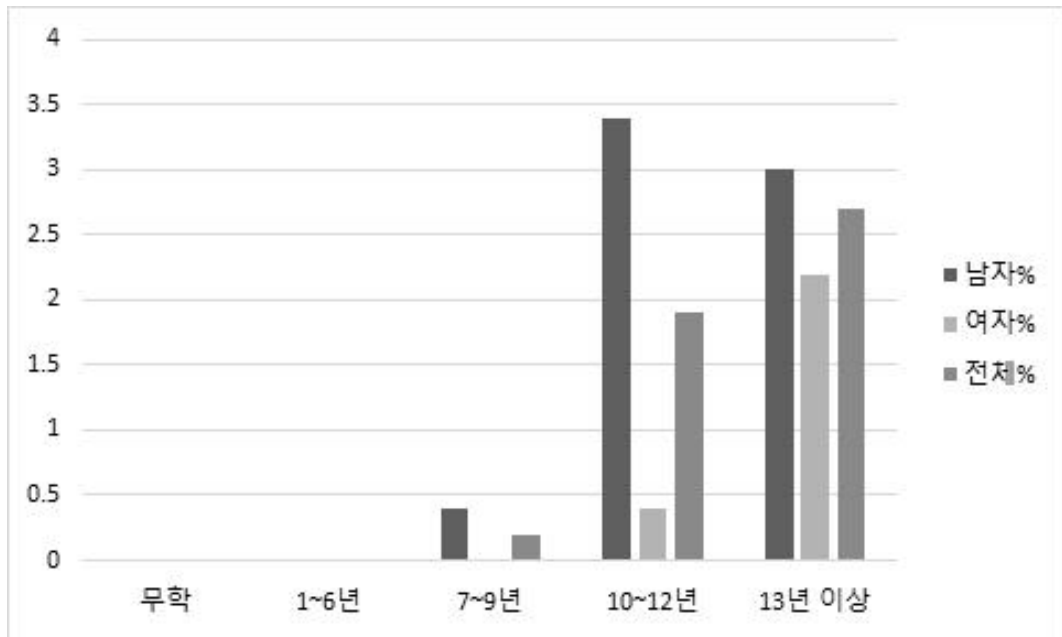


그림 71. 알코올 남용 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

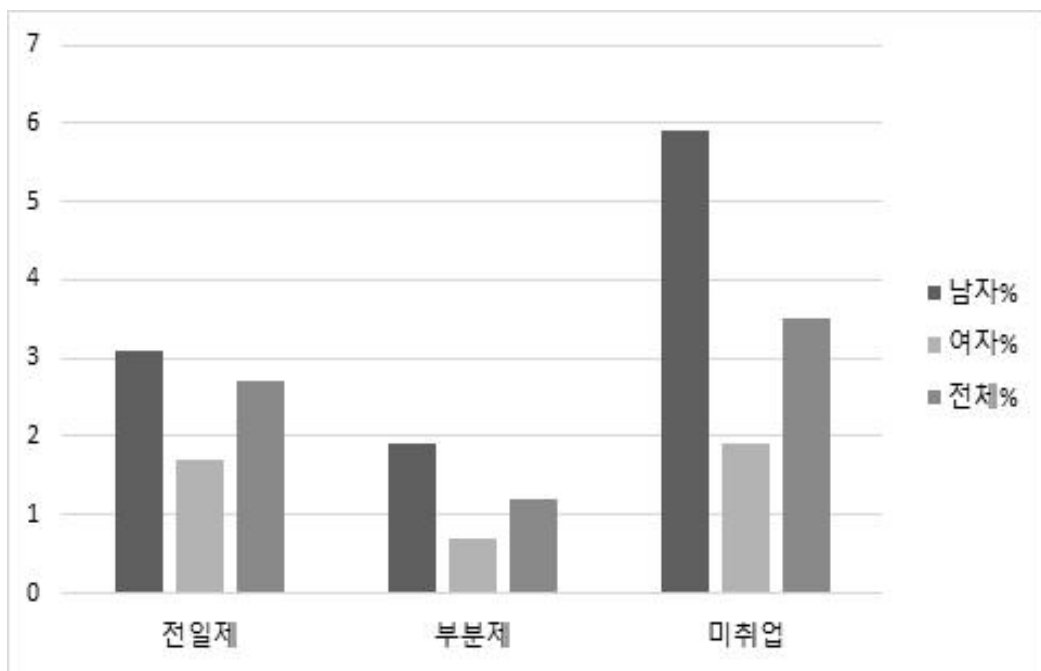


그림 72. 알코올 남용 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

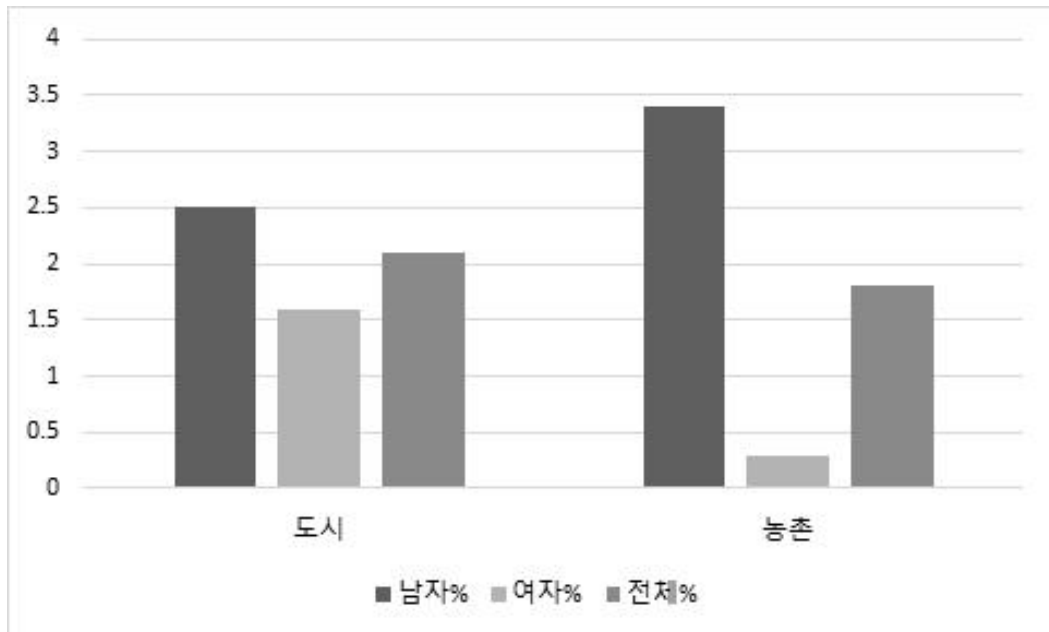


그림 73. 알코올 남용 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

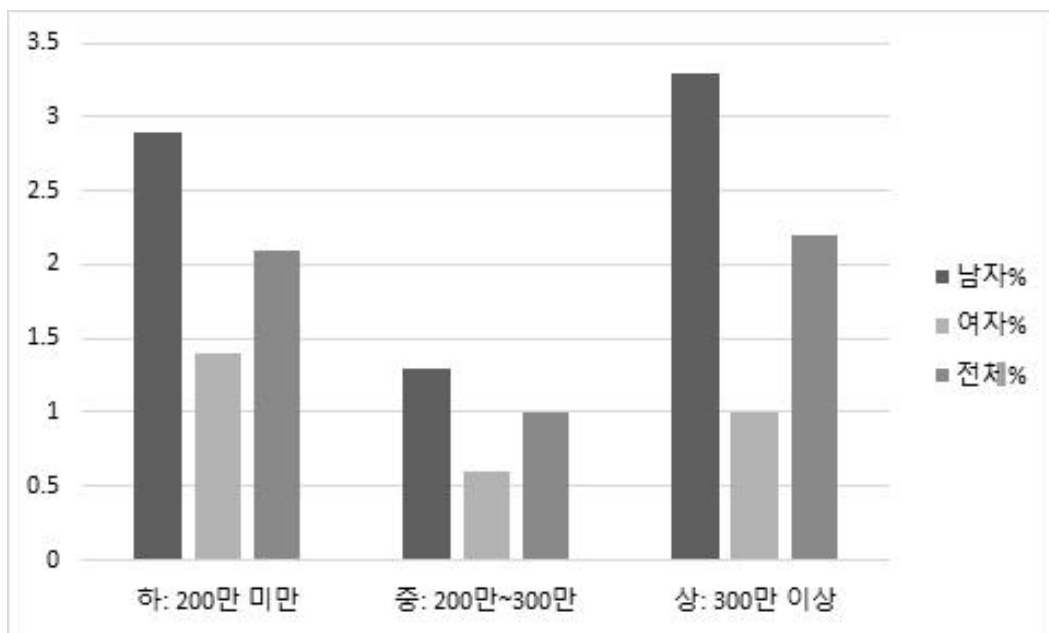


표 54. 알코올 남용 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	1	45	80	54	33	20	25	19	15	6	3	1	3	305
	백분율	1	14.8	26.2	17.7	10.8	6.6	8.2	6.2	4.9	2.0	1.0	0.3	1.0	100
여자	환자수	1	24	51	25	12	6	6	4	2	2	0	0	0	133
	백분율	0.8	18.0	38.3	18.8	9.0	4.5	4.5	3.0	1.5	1.5	0	0	0	100
전체	환자수	2	69	131	79	45	26	31	23	17	8	3	1	3	438
	백분율	0.5	15.8	29.9	18.0	10.3	5.9	7.1	5.3	3.9	1.8	0.7	0.2	0.7	100

그림 74. 알코올 남용 발병연령의 분포

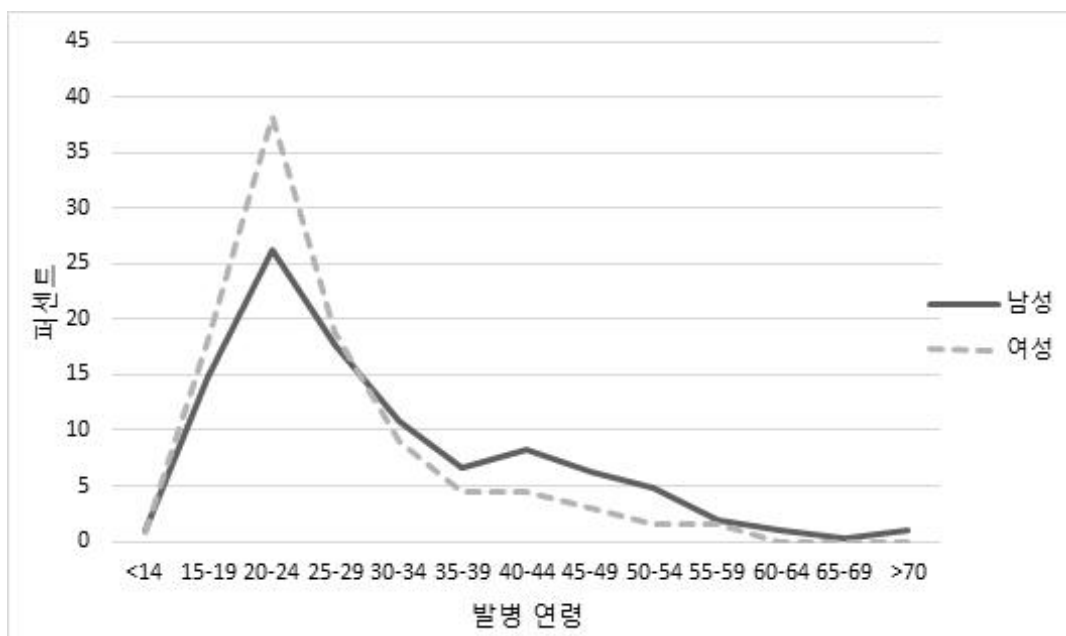


표 55. 알코올 남용 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.4	0.000
연령구간(세)		
45~59	1	
60 이상	0.0 (0.0-0.3)	0.002
30~44	1.1 (0.5-2.1)	0.823
18~29	2.3 (0.9-5.4)	0.065
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.4 (0.5-3.5)	0.505
미혼	1.0 (0.5-2.1)	0.942
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.1	0.810
직업		
전일제	1	
부분제	0.2 (0.0-1.6)	0.1
학생/주부	1.9 (1.1-3.3)	0.031
무직	0.3 (0.2-0.7)	0.007
거주지역		
도시	1	
농촌	1.1 (0.6-1.9)	0.625
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.8 (0.4-1.7)	0.593
하: 200만 미만	1.1 (0.6-1.9)	0.802

^a알코올 남용을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 56. 알코올 남용과의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a	P-value
니코틴 사용장애		
니코틴 의존	1.2 (1.0-1.3)	0.002
니코틴 금단	1.3 (1.1-1.4)	0.000
약물사용 장애	1.5 (1.1-2.1)	0.022
조현병 스펙트럼장애	-	-
조현병 및 관련 장애 ^b	1.6 (1.2-2.1)	0.001
단기정신병적장애	1.4 (1.1-1.9)	0.007
우울장애		
주요우울장애	1.2 (1.1-1.3)	0.000
기분부전장애	-	-
양극성 장애	-	-
불안장애		
강박장애	1.3 (1.0-1.6)	0.047
외상후스트레스장애	-	-
공황장애	1.4 (1.2-1.7)	0.001
광장공포증	1.3 (1.1-1.6)	0.012
사회공포증	-	-
범불안장애	1.2 (1.0-1.4)	0.001
특정공포증	-	-

^a알코올 남용을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.2. 니코틴 사용장애

3.2.1. 니코틴 사용장애군 개관

DSM-IV에서 니코틴 사용장애는 니코틴 금단과 니코틴 의존을 포함하고 있다. 니코틴 금단은 과다하게 오랫동안 니코틴을 사용한 개인이 니코틴 사용을 중단하거나 감량하였을 경우 나타나는 부적응적인 인지적, 신체적, 행동적 증상을 포함하고 있다. 한편, 니코틴 의존은 잦은 니코틴 사용으로 인하여 니코틴에 대한 내성과 금단 증상이 나타나는 경우이다.

본 조사 결과에 의하면 니코틴 사용장애 평생유병률은 6.0%로, 남자가 10.6%, 여자 1.4%였다. 니코틴 의존의 평생유병률은 4.7%, 니코틴 금단의 평생유병률은 2.5%로 나타났다. 일년유병률의 경우, 니코틴 사용장애는 2.5%, 니코틴 의존은 2.1%, 니코틴 금단은 0.9%였다. 지난 한 해 동안 니코틴 사용장애에 이환된 18세 이상의 국민은 약 100만명으로 추산된다<표 57>. 니코틴 사용장애의 일년유병률은 2001년(6.7%), 2006년(6.0%), 2011년(4.0%)에 비해 감소하였다. 마찬가지로 평생유병률 또한 지속적으로 감소하고 있는 추세이다.

니코틴 사용장애의 일년유병률과 평생유병률의 감소 남녀 모두에게서 일관되게 나타나고 있다. 2015년에 담배값이 약 2배 정도 인상되면서 담배 판매량은 2014년에 비해 32.3%가 감소하였다. 1인당 흡연량으로 보았을 때는 2014년 95.4갑에서 2016년에는 80.8갑으로 감소한 것이다. 또한, 우리나라 성인 흡연율은 1998년 이후로 꾸준히 감소하고 있다. 흡연율과 담배 판매량의 감소가 니코틴 사용장애 유병률 감소와 관련이 있을 것으로 예상해 볼 수 있다.

한편, 2016년 담배 판매량은 2014년 보다는 떨어졌지만 2015년 보다는 증가한 수준으로, 담배 판매량이 이전의 수준으로 회복될 가능성이 제기되었다. 이에 따라 니코틴 사용장애 유병률 또한 증가될 수 있기에 지속적인 관심이 필요할 것으로 보여진다.

사회인구학적 분포: 니코틴 사용장애 일년유병률은 남자가 4.5%, 여자는 0.6%으로 남녀 간 큰 차이가 나타났다. 남자는 30대 때 일년유병률이 가장 높았고, 여자는 18세~29세 구간에서 가장 높았다<표 58>. 남자는 이혼/별거/사별 집단에

서 니코틴 사용장애 일년유병률이 높은 반면, 여자는 미혼 집단에서 니코틴 사용장애 일년유병률이 높았다. 남녀 모두 10-12년 교육을 받은 군에서 니코틴 사용장애의 일년유병률이 가장 높았다. 남자는 부분제, 여자는 미취업 상태에서 니코틴 사용장애 일년유병률이 상승하였다. 거주 지역에 따라서도 성별 간 차이가 있었는데, 남자는 농촌 지역에서, 여자는 도시 지역에서 유병률이 더 높게 나타났다. 또한, 남자는 월 300만원 이상의 소득군에서, 여자는 200만원 이하의 소득군에서 일년유병률이 높았다<표 58, 그림 75~80>.

위험요인분석: 여자가 남자보다 알코올 남용의 위험이 낮았으며(OR=0.1, $p<0.001$), 젊을수록 알코올 남용의 위험이 높은 것으로 나타났다. 나아가, 12년 이하의 교육을 받았을 경우(OR=1.9, $P<0.01$), 월 소득이 200만원 미만일 경우(OR=1.9, $p<0.01$) 알코올사용장애의 위험률이 증가하였다<표 59>.

표 57. 니코틴 사용장애 일년유병률 및 추정 환자 수

	남자		여자		전체	
	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)
니코틴 의존	3.8	754,709	0.5	90,248	2.1	844,958
니코틴 금단	1.6	316,953	0.3	55,549	0.9	372,504
전체	4.5	883,387	0.6	122,970	2.5	1,006,358

표 58. 니코틴사용장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	4.3	1.1	1.1	0.5	2.8	0.6
30~39세	5.6	1.5	0.4	0.2	3.0	0.8
40~49세	5.0	1.3	0.7	0.3	2.8	0.7
50~59세	6.0	1.3	0.7	0.4	3.4	0.7
60~69세	2.1	0.8	0.5	0.4	1.2	0.4
70세 이상	1.4	0.6	0.2	0.1	0.7	0.3
결혼상태						
기혼	4.1	0.6	0.4	0.2	2.2	0.3
이혼/별거/사별	7.1	2.1	0.7	0.3	2.6	0.7
미혼	4.7	1.0	1.2	0.5	3.2	0.6
교육(년)						
무학	3.9	2.9	0.2	0.2	0.9	0.6
1~6년	3.3	1.6	0.3	0.2	1.3	0.5
7~9년	3.9	1.6	0.5	0.5	1.8	0.7
10~12년	6.8	1.3	1.1	0.4	3.9	0.6
13년 이상	3.5	0.6	0.5	0.2	2.2	0.3
취업상태						
전일제	4.7	0.8	0.4	0.2	3.2	0.5
부분제	6.2	2.0	0.0	0.0	2.6	0.8
미취업	4.9	1.2	1.2	0.4	2.6	0.5
거주지역						
도시	4.4	0.6	0.8	0.2	2.6	0.3
농촌	4.7	0.9	0.2	0.1	2.3	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	4.9	0.9	1.4	0.4	3.1	0.5
중: 200만~300만	5.5	1.4	0.7	0.4	3.1	0.8
상: 300만 이상	4.6	0.8	0.2	0.1	2.5	0.4
전체	4.5	0.5	0.6	0.1	2.5	0.3

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 75. 니코틴 사용장애 일년유병률의 연령에 따른 분포

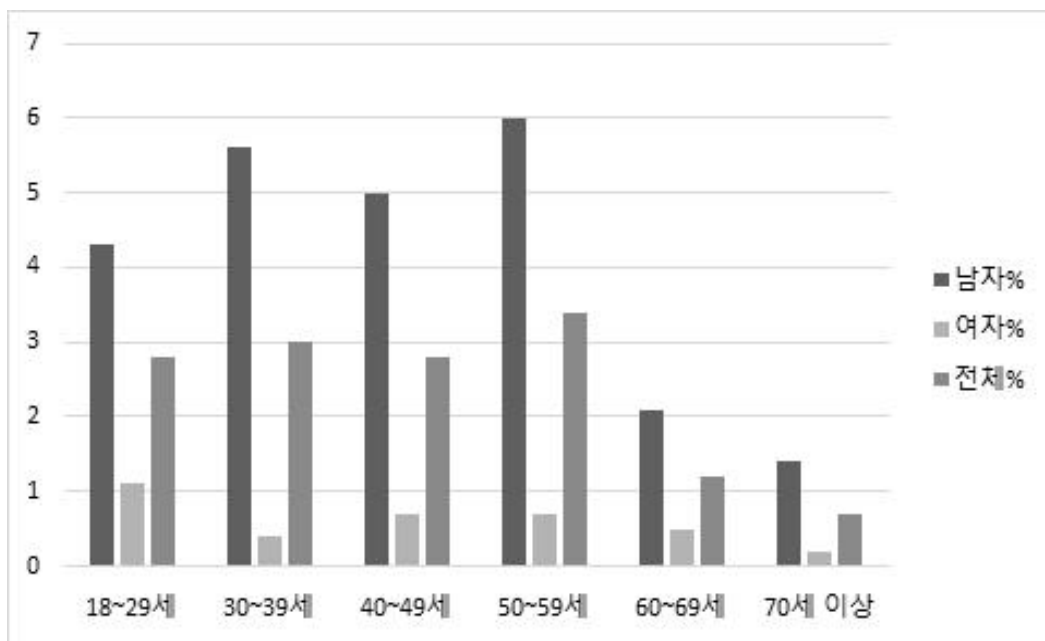


그림 76. 니코틴 사용장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

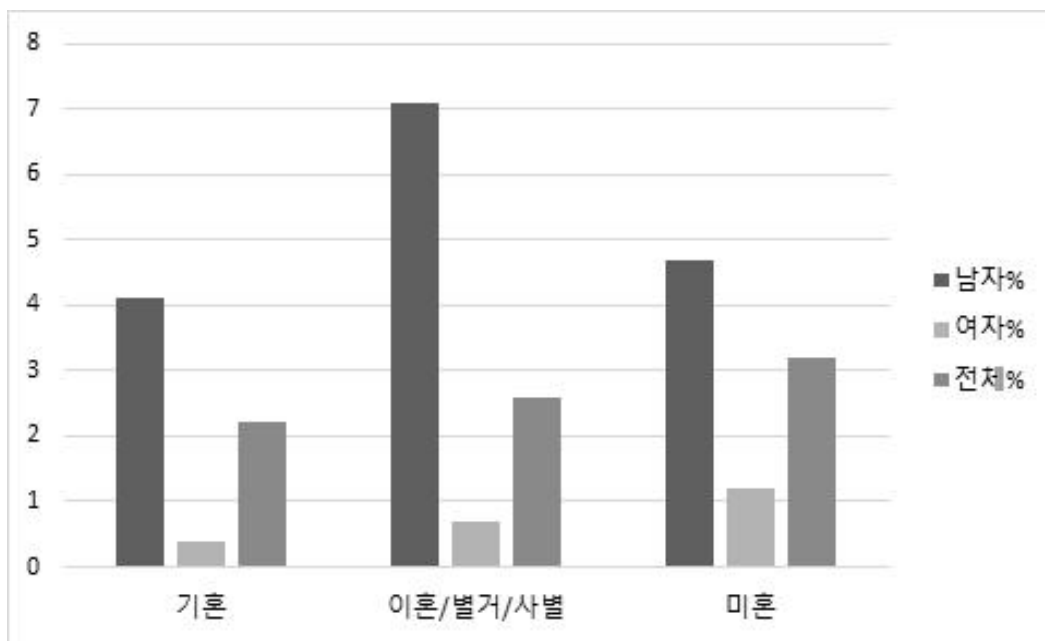


그림 77. 니코틴 사용장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포

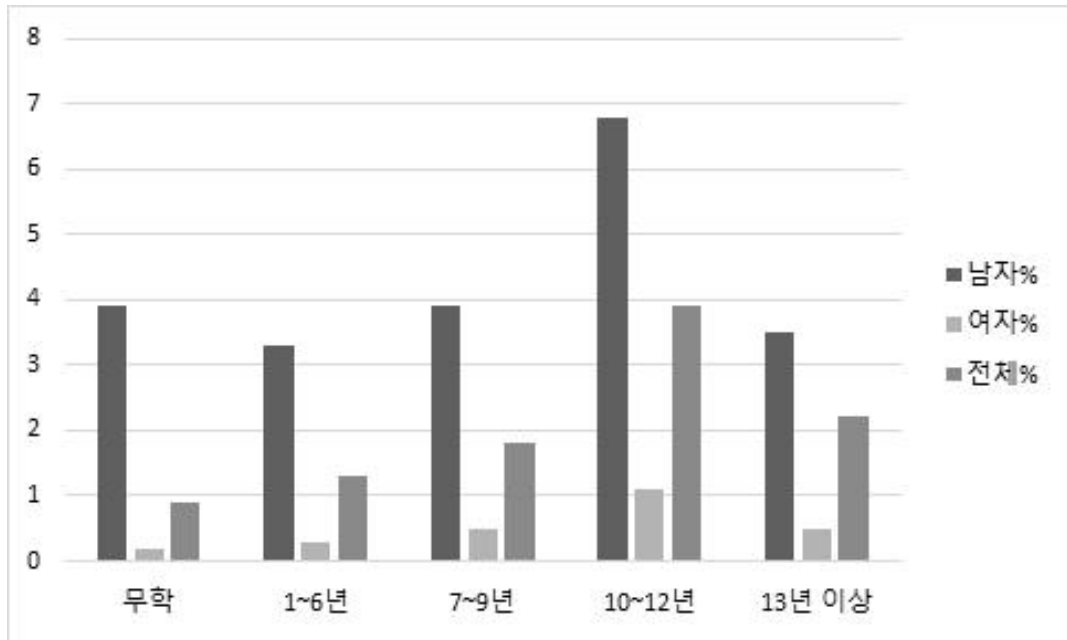


그림 78. 니코틴 사용장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

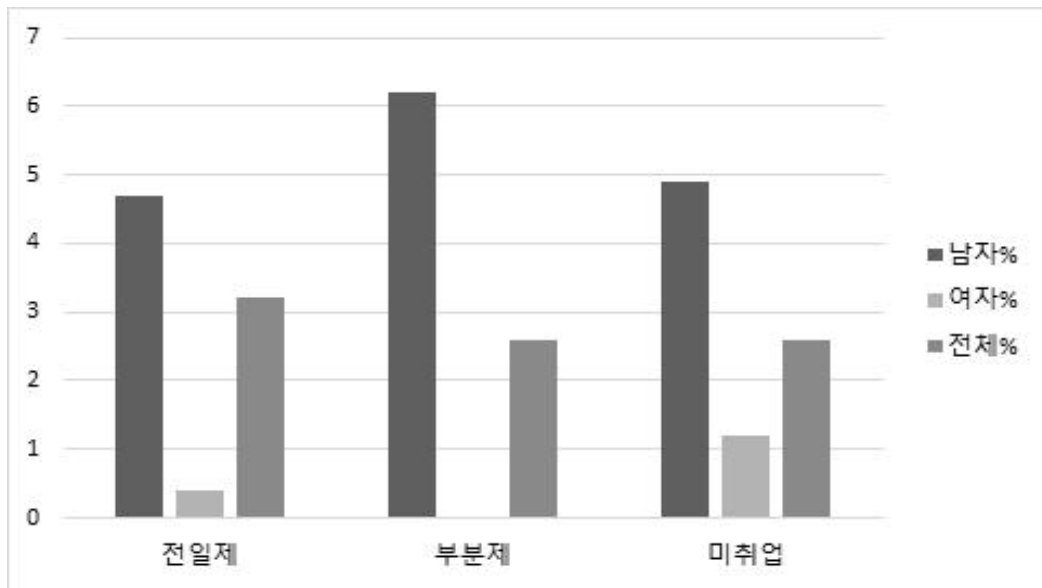


그림 79. 니코틴 사용장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

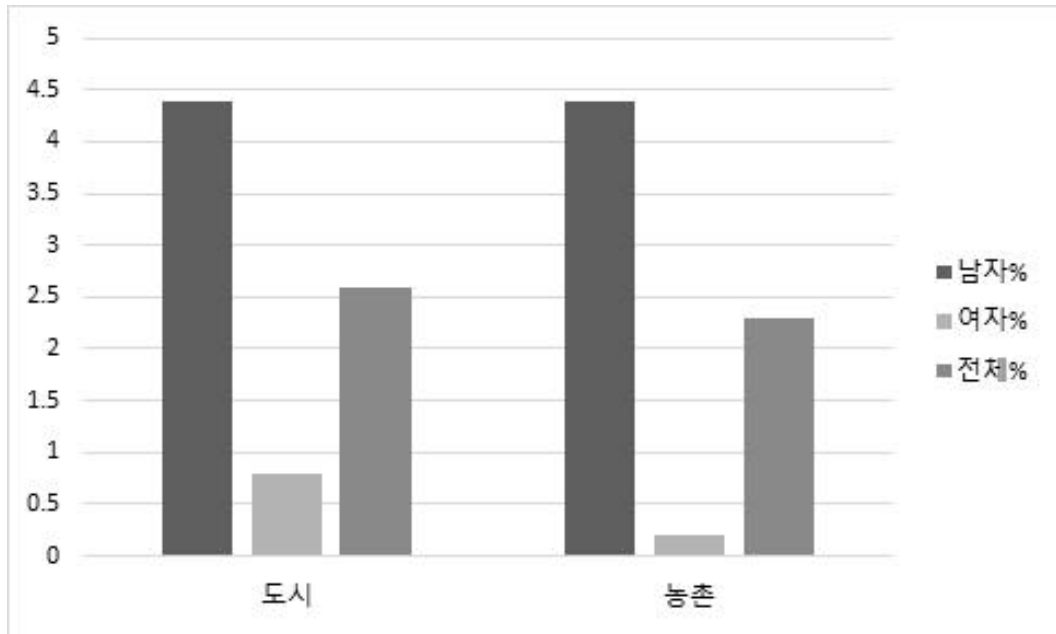


그림 80. 니코틴 사용장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

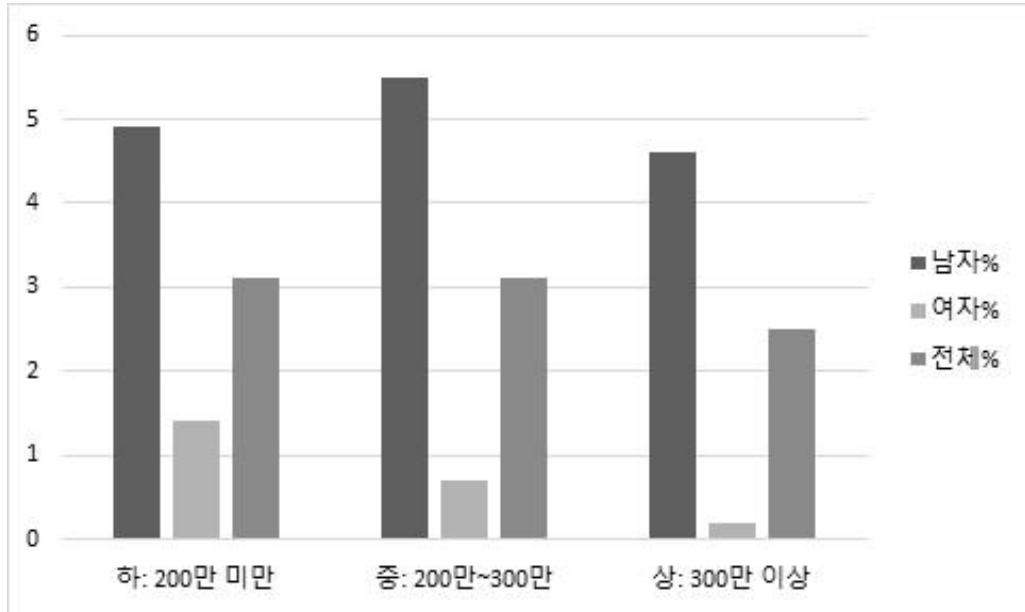


표 59. 니코틴사용장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.1 (0.0-0.2)	0.000
연령구간(세)		
60세 이상	1	
45~59	3.4 (2.1-7.2)	0.000
30~44	4.1 (2.1-8.4)	0.000
18~29	4.2 (1.8-9.6)	0.000
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.5 (0.8-2.6)	0.154
미혼	0.8 (0.4-1.5)	0.542
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.9 (0.1-3.0)	0.003
직업		
전일제	1	
부분제	0.9 (0.3-2.1)	0.810
학생/주부	0.9 (0.5-1.5)	0.663
무직	0.8 (0.5-1.5)	0.630
거주지역		
도시	1	
농촌	0.9 (0.6-1.4)	0.884
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.6 (0.9-2.7)	0.085
하: 200만 미만	1.9 (1.2-3.1)	0.004

^a니코틴사용장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

3.2.2. 니코틴 의존

개관

니코틴 의존은 잦은 니코틴 섭취로 인하여 니코틴에 대한 내성이나, 금단 현상을 비롯한 여러 문제가 발생하는 부적응을 말한다. 반복적인 니코틴 섭취로 니코틴에 대한 내성이 생기고, 각성효과를 얻기 위해 더 많은 니코틴을 섭취하게 된다. 니코틴 섭취를 중단하거나 줄일 경우 불쾌감이나 우울감 등의 금단현상이 나타날 수 있고 이를 완화시키기 위해 다시 니코틴을 섭취하게 된다.

조사결과

본 조사 결과 니코틴 의존 평생유병률은 4.7%, 일년유병률은 2.1%로 나타났다. 이전 조사와 비교하였을 때 니코틴 의존 평생유병률은 2006년 7.7%, 2011년 5.5%, 2016년 4.7%로 지속적으로 감소하였고 일년유병률 또한 감소하고 있다<표 60, 그림 81, 82>.

사회인구학적 분포: 니코틴 의존의 일년유병률은 남자 3.8%, 여자 0.5%로 남자가 여자에 비해 약 4배 정도 높았다. 남자는 50대에서 일년유병률이 가장 높게 나타났고 여자의 경우는 18세~29세 연령군에서 가장 높게 나타나 남녀 간 뚜렷한 차이가 발견되었다. 결혼 상태의 경우 남자에서는 이혼/별거/사별 집단에서, 여자에서는 미혼 집단에서 니코틴 의존의 유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 10-12년의 교육을 받은 집단에게서 유병률이 가장 높았다<표 60>. 남자의 경우는 취업 상태와 거주 지역에 따라 니코틴 의존 일년유병률에서의 큰 차이가 발견되지 않았으나, 여자는 미취업 상태일 때, 도시 지역에 거주할 경우 높게 나타났다. 또한 남자는 200-300만원 사이의 월 소득이 있을 때 니코틴 의존 일년유병률이 가장 높게 나타나고 여자는 소득이 낮은 집단일수록 니코틴 의존 일년유병률이 증가하였다<표 61, 그림 83~88>.

발병연령: 남녀 모두 20대 초반에 발병하는 비율이 가장 높았다<표 70, 그림 78>. 남자는 10대 후반에서 20대 후반에 이르기까지 니코틴 의존의 54%가 발병하며, 여자는 동일 연령구간에서 알코올 의존의 48.6%가 발병한다<표 62, 그림 89>.

위험요인 분석: 여자가 남자에 비하여 니코틴 의존의 위험이 유의하게 낮았다 (OR=0.1, $p<0.001$). 젊을수록 니코틴 의존의 위험이 증가하였고, 교육 수준이 낮은 집단이 교육 수준이 높은 집단에 비해 니코틴 의존의 위험성이 높았다(OR=1.7, $p<0.001$)<표 63>.

동반이환: 니코틴 의존은 알코올 사용장애, 약물사용장애, 단기정신병적장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 외상 후 스트레스 장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애, 특정공포증 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 64>.

표 60. 지역사회 역학조사에서 니코틴 의존 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	5.1	6.0	9.4
한국전국(2006) ^a	4.3	5.1	7.7
한국전국(2011) ^a	1.3	3.1	5.5
한국전국(2016) ^a	1.8	2.1	4.7

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

그림 81. 우리나라 니코틴 의존 평생유병률

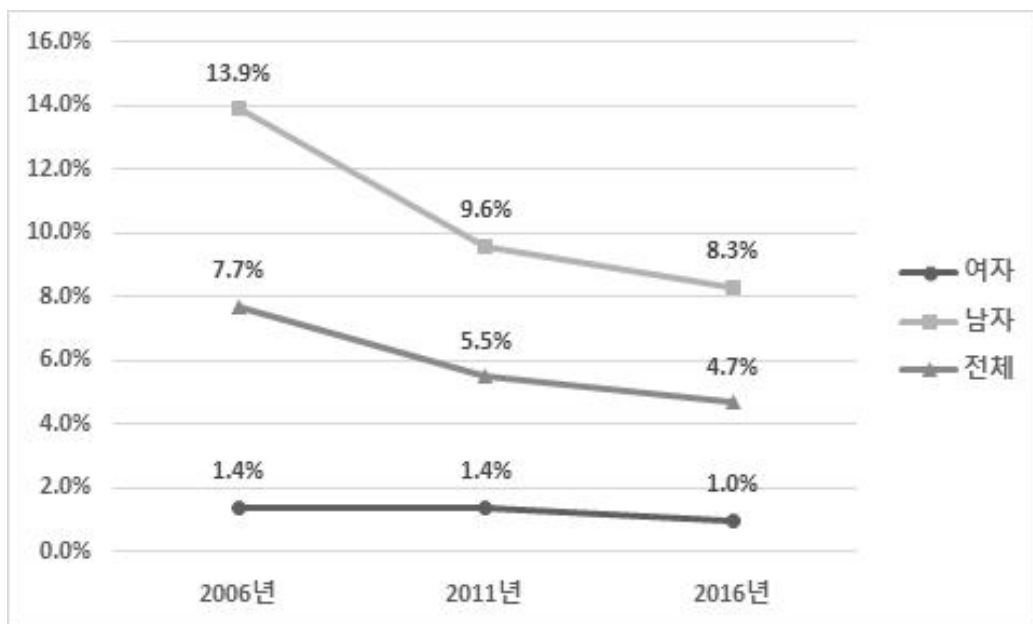


그림 82. 우리나라 니코틴 의존 일년유병률

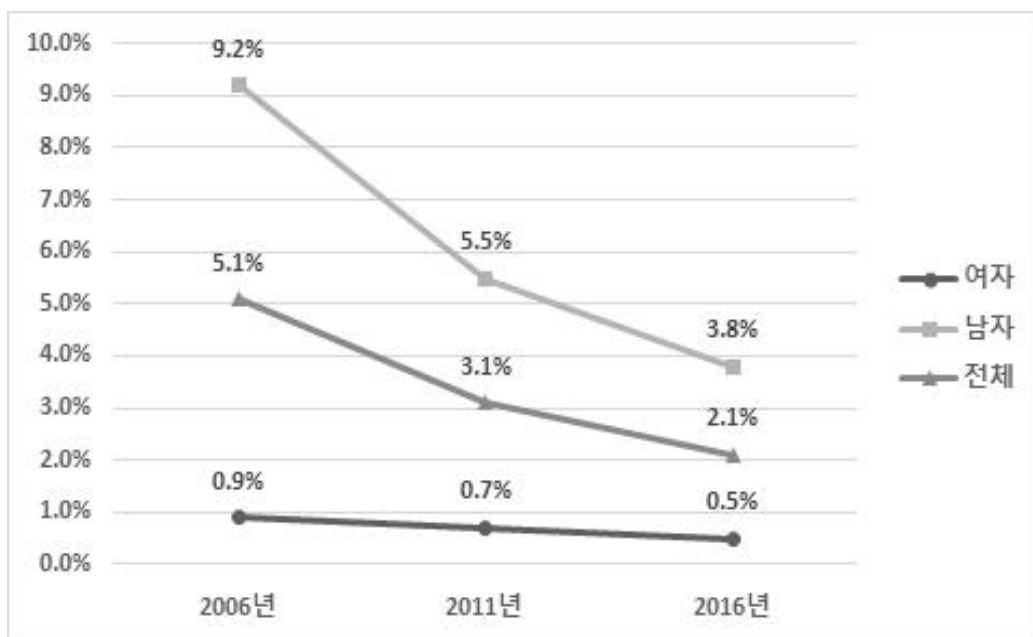


표 61. 니코틴의존 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	3.5	0.9	0.9	0.5	2.3	0.5
30~39세	5.2	1.5	0.4	0.2	2.8	0.8
40~49세	4.2	1.2	0.5	0.3	2.3	0.6
50~59세	5.2	1.2	0.3	0.2	2.8	0.6
60~69세	1.5	0.7	0.5	0.4	1.0	0.4
70세 이상	1.1	0.5	0.1	0.1	0.5	0.2
결혼상태						
기혼	3.6	0.6	0.4	0.1	2.0	0.3
이혼/별거/사별	6.0	2.0	0.1	0.1	1.9	0.6
미혼	3.8	0.9	1.0	0.4	2.7	0.5
교육(년)						
무학	3.9	2.9	0.2	0.2	0.9	0.6
1~6년	1.4	1.1	0.2	0.1	0.6	0.4
7~9년	1.8	1.2	0.0	0.0	0.7	0.4
10~12년	5.9	1.2	0.8	0.3	3.3	0.6
13년 이상	3.3	0.6	0.4	0.2	2.0	0.3
취업상태						
전일제	4.3	0.7	0.4	0.2	3.0	0.5
부분제	4.3	1.6	0.0	0.0	1.8	0.7
미취업	4.1	1.1	0.7	0.3	2.0	0.5
거주지역						
도시	3.9	0.6	0.6	0.2	2.3	0.3
농촌	3.7	0.9	0.2	0.1	1.8	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	3.0	0.7	0.8	0.3	1.8	0.4
중: 200만~300만	4.9	1.4	0.7	0.4	2.8	0.7
상: 300만 이상	4.5	0.8	0.2	0.1	2.4	0.4
전체	3.8	0.5	0.5	0.1	2.1	0.3

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 83. 니코틴 의존 일년유병률의 연령에 따른 분포

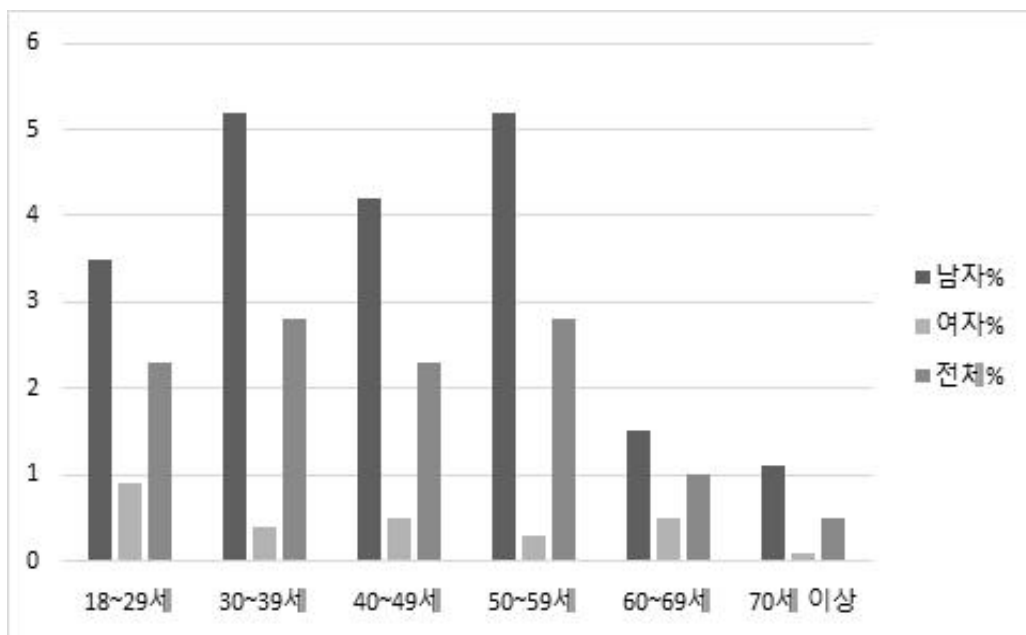


그림 84. 니코틴 의존 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

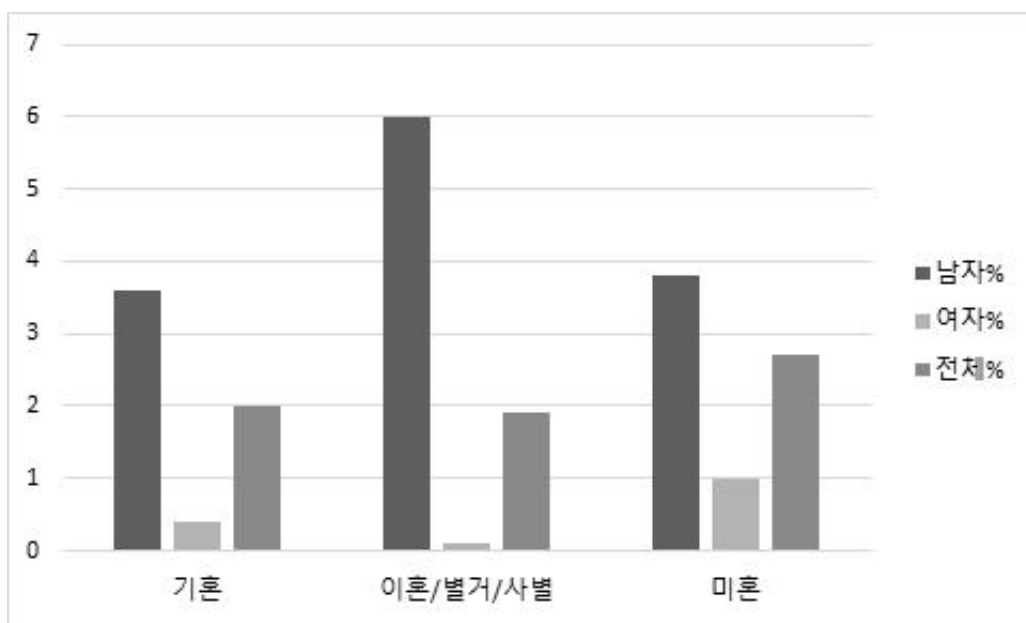


그림 85. 니코틴 의존 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

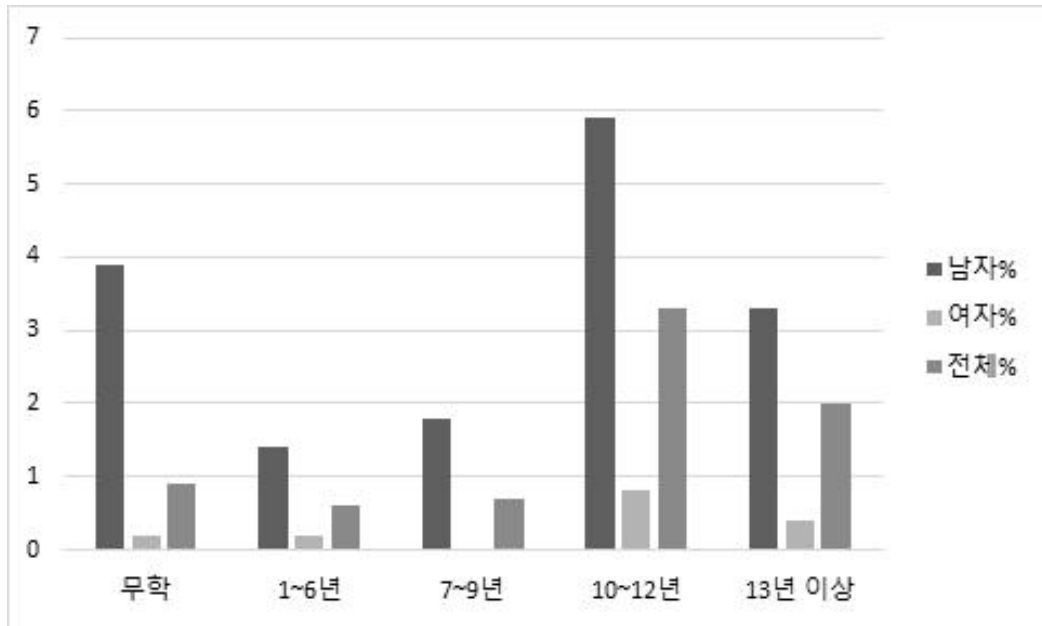


그림 86. 니코틴 의존 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

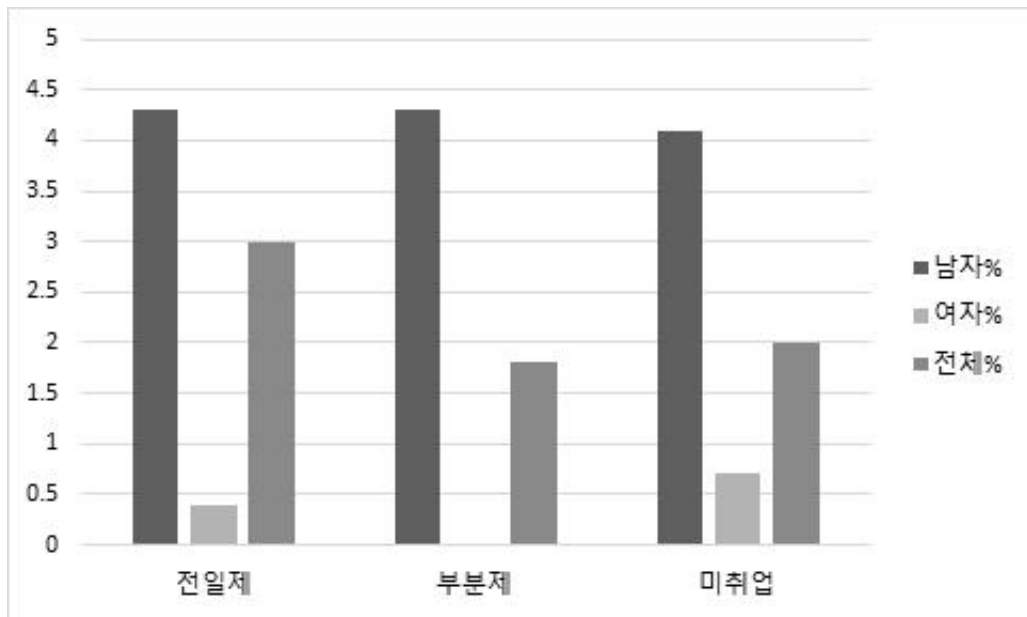


그림 87. 니코틴 의존 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

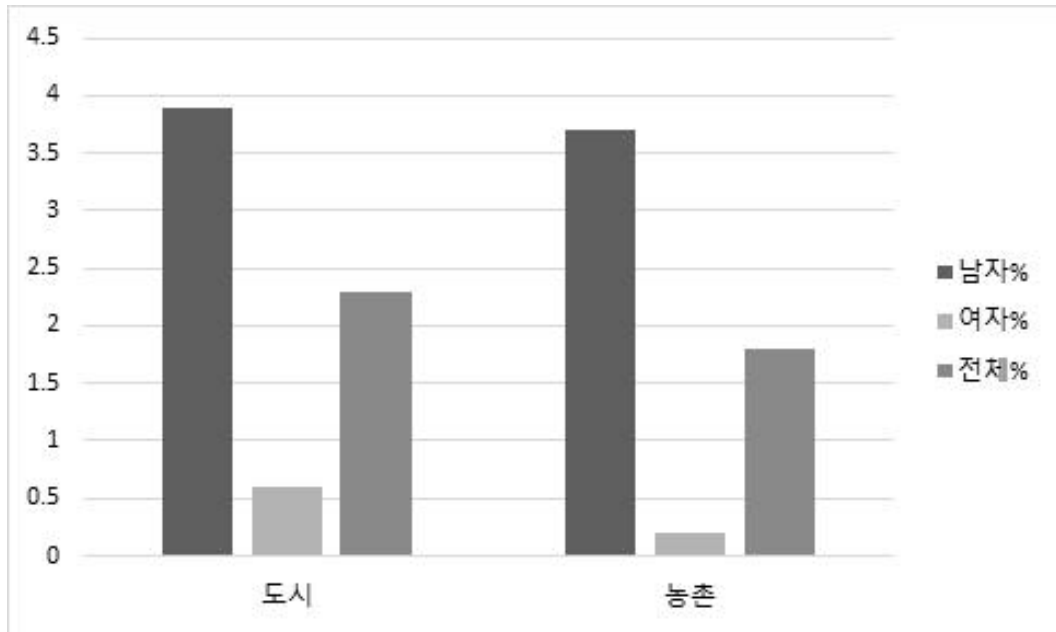


그림 88. 니코틴 의존 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

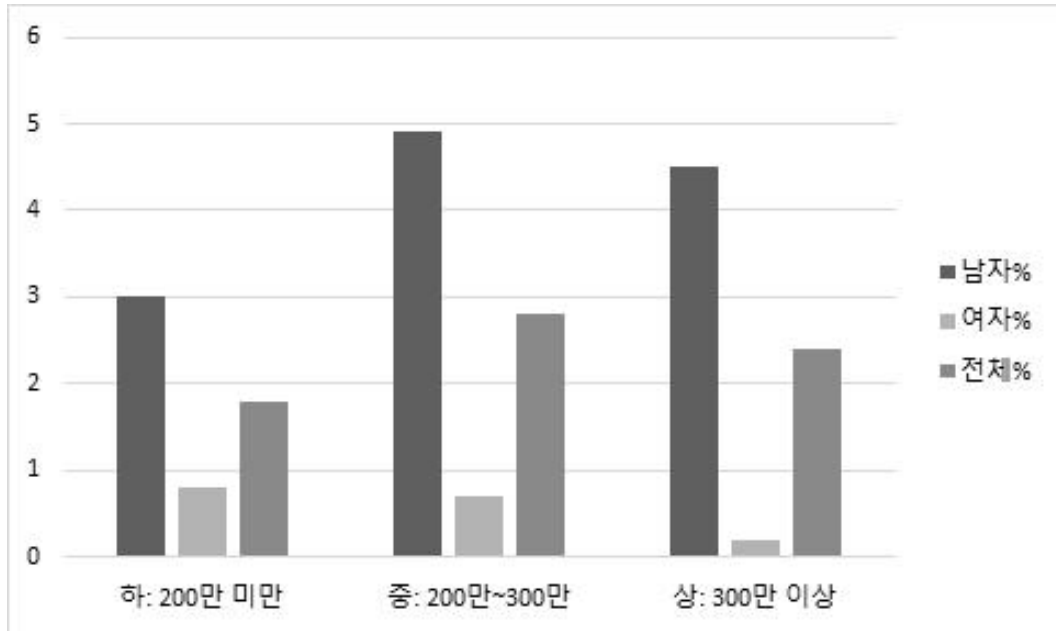


표 62. 니코틴의존 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	0	23	43	22	15	13	13	7	11	4	4	3	5	165
	백분율	0	14.1	26.4	13.5	9.2	8.0	8.0	4.3	6.7	2.5	2.5	1.8	3.1	100
여자	환자수	0	3	9	5	4	1	2	5	1	3	0	1	1	35
	백분율	0	8.6	25.7	14.3	11.4	2.9	5.7	14.3	2.9	8.6	0	0	0	100
전체	환자수	0	26	52	27	19	14	15	12	12	7	4	4	6	198
	백분율	0	13.1	26.3	13.6	9.6	7.1	7.6	6.1	6.1	3.5	2.0	2.0	3.0	100

그림 89. 니코틴의존 발병연령의 분포

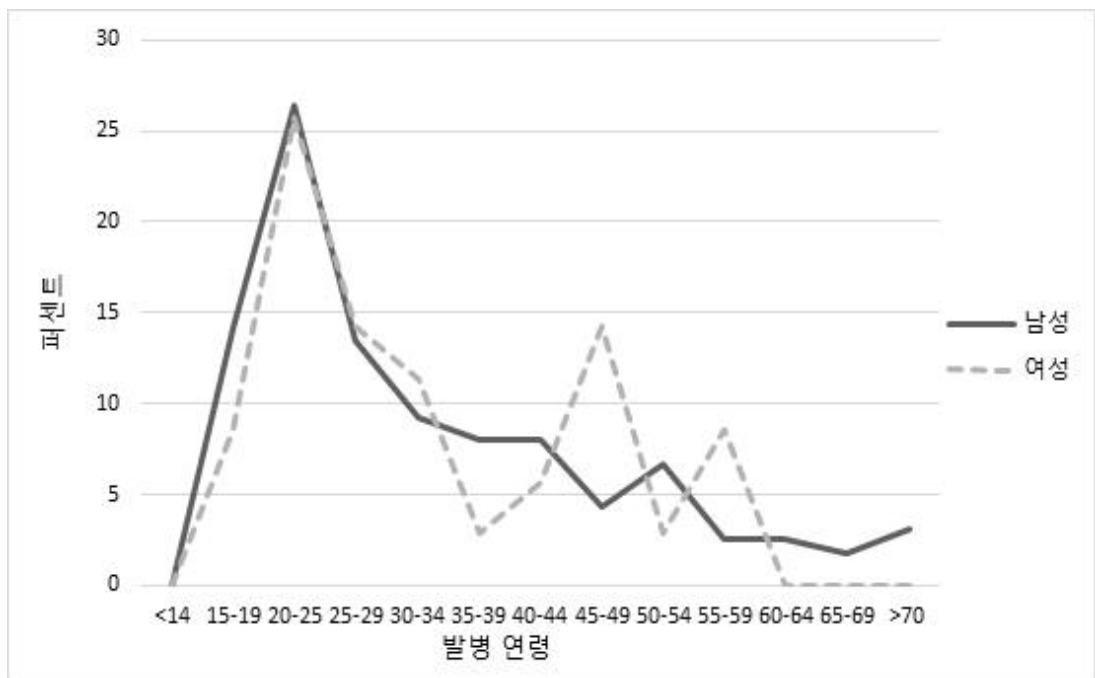


표 63. 니코틴의존 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.1 (0.0-0.2)	0.000
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	3.3 (1.6-6.6)	0.001
30~44	3.9 (1.8-8.5)	0.000
18~29	4.1 (1.6-10.20)	0.002
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.3 (0.6-2.5)	0.412
미혼	0.8 (0.4-1.6)	0.630
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.7 (1.0-2.7)	0.024
직업		
전일제	1	
부분제	0.9 (0.3-2.5)	0.927
학생/주부	0.8 (0.4-1.4)	0.486
무직	0.9 (0.5-1.6)	0.941
거주지역		
도시	1	
농촌	0.9 (0.5-1.5)	0.958
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.5 (0.8-2.6)	0.136
하: 200만 미만	1.4 (0.8-2.3)	0.172

^a니코틴 의존을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 64. 니코틴의존과의 동반이환율^a

	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	1.7 (1.5-1.8)	0.000
알코올의존	1.4 (1.3-1.5)	0.000
약물사용장애	1.6 (1.0-2.3)	0.017
조현병 스펙트럼장애	-	-
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-
단기정신병적장애	1.7 (1.2-2.30)	0.002
우울장애		
주요우울장애	1.4 (1.3-1.5)	0.000
기분부전장애	1.3 (1.0-1.6)	0.006
양극성장애	-	-
불안장애		
강박장애	-	-
외상후스트레스장애	1.3 (1.1-1.5)	0.000
공황장애	1.4 (1.1-1.8)	0.008
광장공포증	1.4 (1.1-1.8)	0.005
사회공포증	-	-
범불안장애	1.3 (1.2-1.5)	0.000
특정공포증	1.2 (1.1-1.4)	0.000

^a니코틴 의존을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.2.3. 니코틴 금단

개관

몇 주 이상 니코틴을 매일 사용하다가 이를 줄이거나 중단할 경우 24시간 내에 여러 가지 부적응적인 징후 및 증상이 나타나는 경우 진단된다. 부적응적인 증상은 불쾌한 기분 또는 우울, 불면, 집중력 저하, 식욕 또는 체중 증가 등이 있으며, 중요한 기능에서의 현저한 곤란이 동반된다.

조사결과

본 조사결과 니코틴 금단 평생유병률은 2.5%, 일년유병률은 0.9%이었다. 니코틴 금단의 일년유병률은 2001년 1.5%, 2006년 1.9%, 2011년 1.6%, 2016년 0.9%로 지속적으로 감소하는 양상을 보이고 있다<표 65, 그림 90, 91>.

사회인구학적 분포: 니코틴 금단 일년유병률은 남자가 1.6%, 여자가 0.3%이었다. 남녀 모두 50대 연령 구간에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높았고, 이후 점차 감소하는 경향성이 나타났다. 나아가, 남녀 모두 이혼/별거/사별 집단에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높았다. 남자는 무학에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높게 나타난 반면, 여자는 10~12년의 교육수준에서 니코틴금단 일년유병률이 가장 높았다. 니코틴 금단 일년유병률은 취업상태에 따라서도 다르게 나타났는데, 남자의 경우는 부분제, 전일제에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높았고 여자는 미취업군에서 가장 높았다. 남자의 경우 도시 보다 농촌에 거주하는 집단이 니코틴 금단 일년유병률이 높았고, 여자는 그 반대였다. 남녀 모두 소득수준이 가장 낮은 집단에서 니코틴 금단 일년유병률이 가장 높았다<표 66, 그림 92~97>.

발병연령: 남녀 모두 30대 초반에 발병하는 비율이 가장 높으며, 연령이 증가할수록 점차 발병 비율 감소하는 추세를 보인다<표 67, 그림 98>.

위험요인 분석: 여자가 남자에 비하여 니코틴 금단의 위험이 유의하게 낮았고 (OR=0.1, $p<0.001$) 나이가 어릴수록, 소득 수준이 낮을수록 위험률이 증가하였다. 나아가, 12년 이하의 교육을 받은 경우(OR=3.4, $p<0.01$), 소득 수준이 200만원 미만일

경우(OR=4.6, $p<0.001$) 니코틴 금단의 위험성이 증가하였다<표 68>.

동반이환: 니코틴 금단은 알코올 남용, 알코올 의존, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애, 외상 후 스트레스 장애, 광황장애, 광장공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 69>.

표 65. 지역사회 역학조사에서 니코틴 금단의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	1.4	1.5	2.4
한국전국(2006) ^a	1.6	1.9	2.9
한국전국(2011) ^a	1.3	1.6	3.1
한국전국(2016) ^a	0.9	0.9	2.5

^a정신장애의 진단 및 통계편람 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 90. 우리나라 니코틴 금단 평생유병률

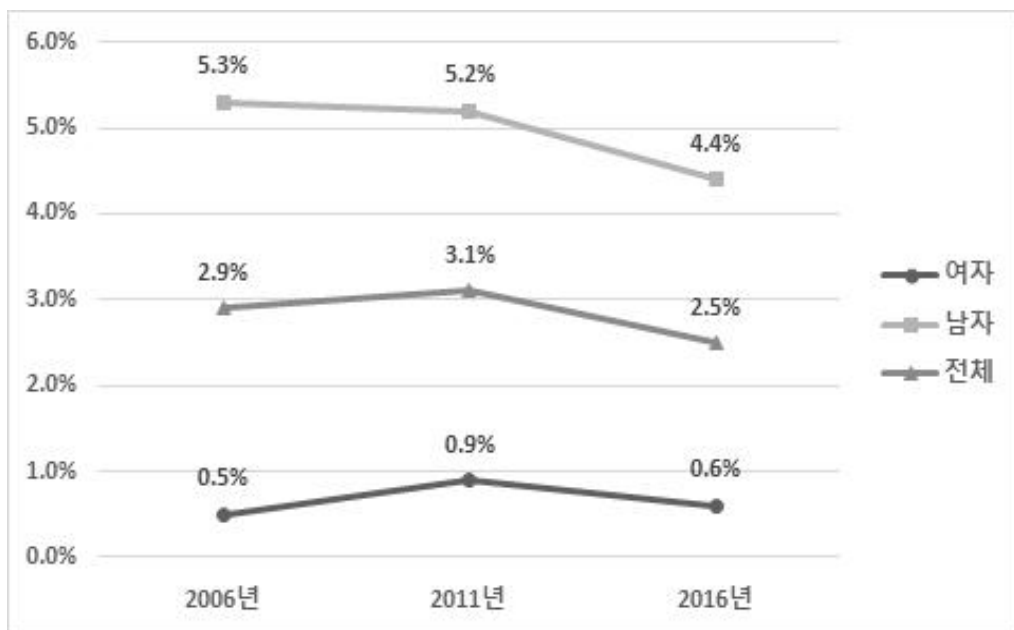


그림 91. 우리나라 니코틴 금단 일년유병률

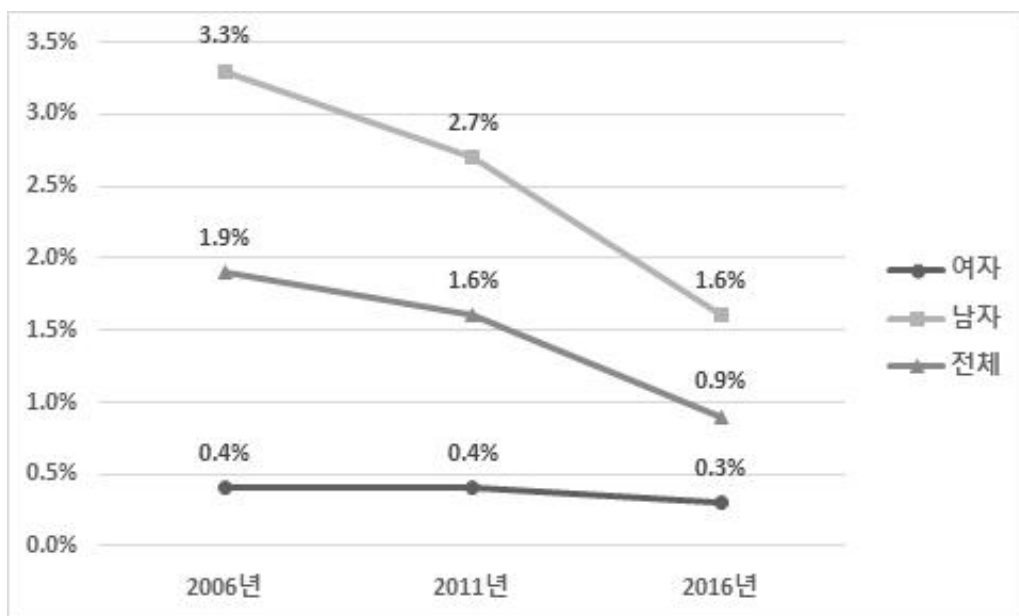


표 66. 니코틴금단 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	1.1	0.6	0.4	0.3	0.8	0.3
30~39세	1.4	0.9	0.0	0.0	0.7	0.4
40~49세	1.7	0.8	0.3	0.2	1.0	0.4
50~59세	2.9	0.8	0.7	0.4	1.8	0.5
60~69세	1.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.2
70세 이상	1.0	0.5	0.1	0.1	0.5	0.2
결혼상태						
기혼	1.6	0.4	0.2	0.1	0.9	0.2
이혼/별거/사별	1.8	0.8	0.7	0.3	1.0	0.3
미혼	1.5	0.6	0.3	0.2	1.0	0.4
교육(년)						
무학	3.9	2.9	0.0	0.0	0.8	0.6
1~6년	1.9	1.2	0.1	0.1	0.7	0.4
7~9년	2.8	1.3	0.5	0.5	1.4	0.6
10~12년	3.3	0.9	0.6	0.2	1.9	0.5
13년 이상	0.7	0.2	0.1	0.1	0.4	0.1
취업상태						
전일제	1.5	0.4	0.0	0.0	1.0	0.3
부분제	2.4	1.3	0.0	0.0	1.0	0.6
미취업	2.4	0.9	0.7	0.3	1.3	0.4
거주지역						
도시	1.3	0.3	0.4	0.1	0.8	0.2
농촌	2.3	0.7	0.0	0.0	1.1	0.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	3.1	0.8	0.8	0.3	1.9	0.4
중: 200만~300만	1.9	0.9	0.4	0.3	1.2	0.5
상: 300만 이상	1.1	0.4	0.0	0.0	0.6	0.2
전체	1.6	0.3	0.3	0.1	0.9	0.2

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 92. 니코틴 금단 일년유병률의 연령에 따른 분포

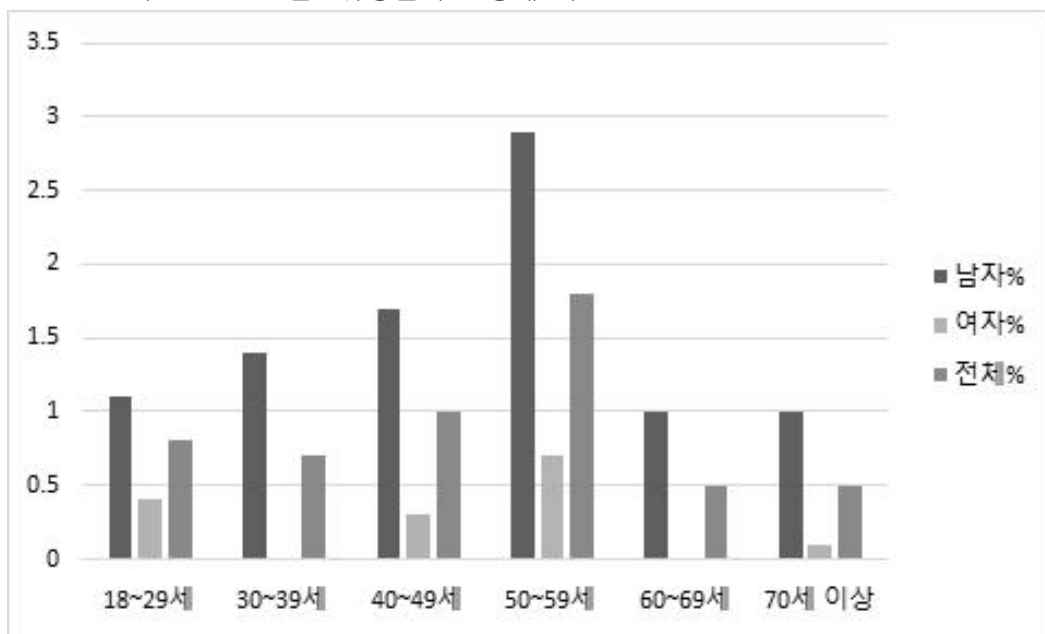


그림 93. 니코틴 금단 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

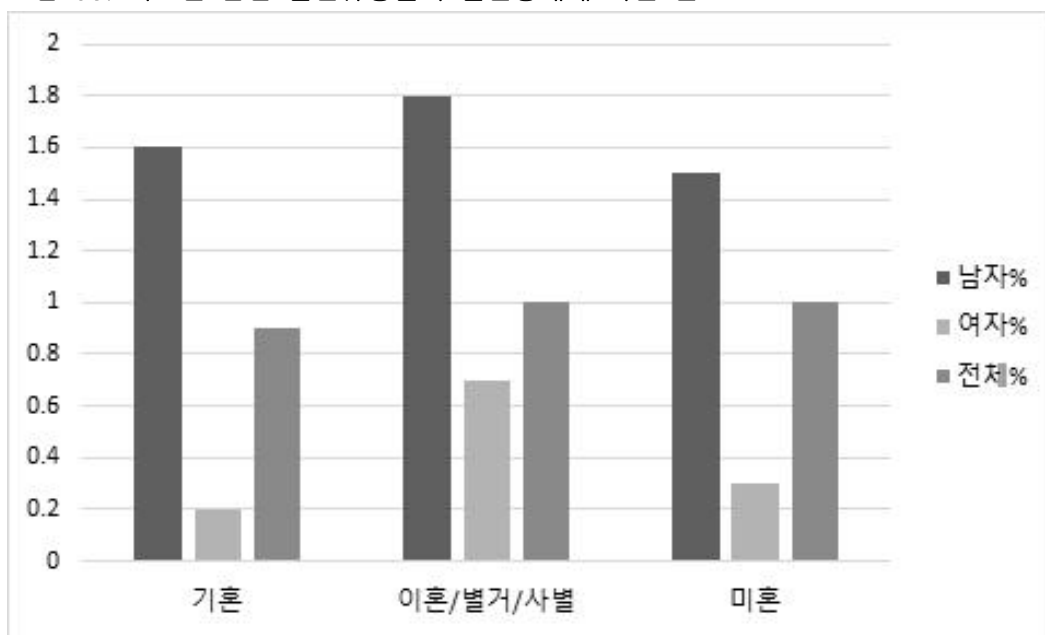


그림 94. 니코틴 금단 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

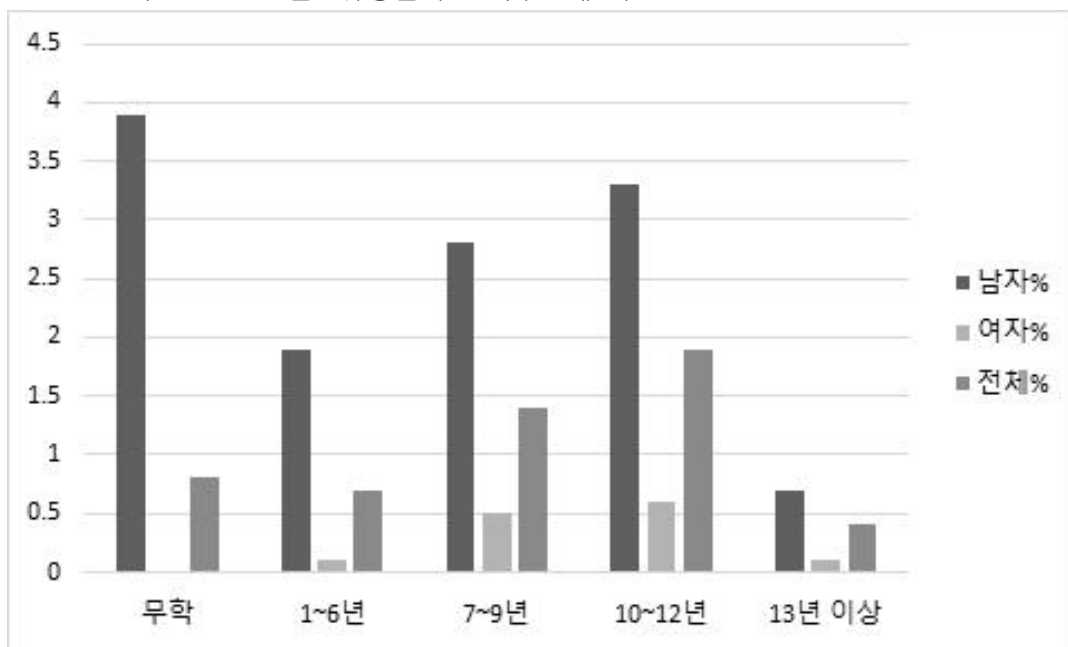


그림 95. 니코틴 금단 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

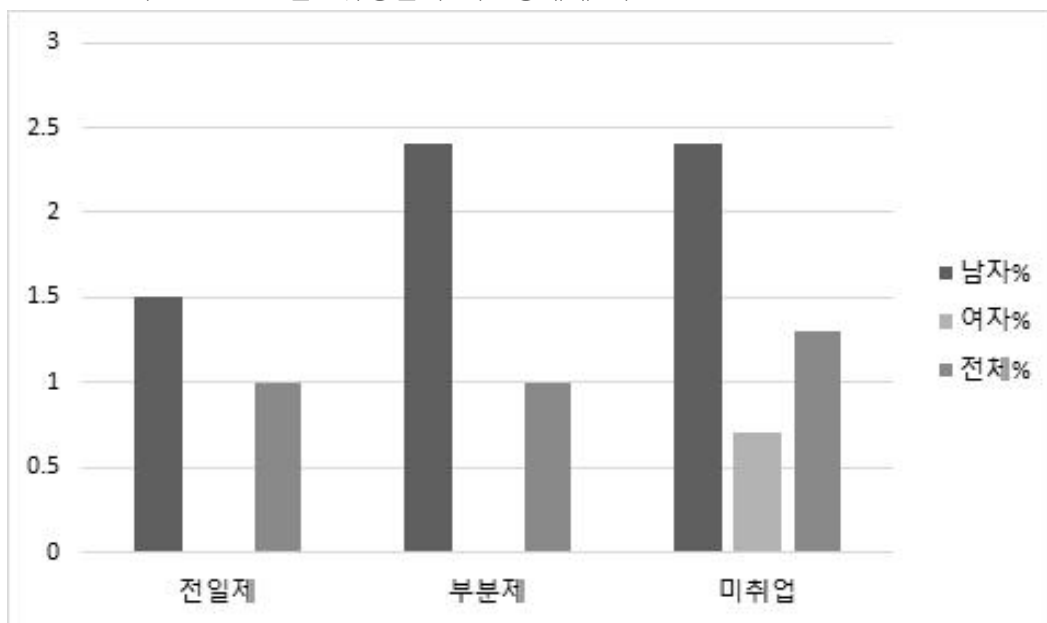


그림 96. 니코틴 금단 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

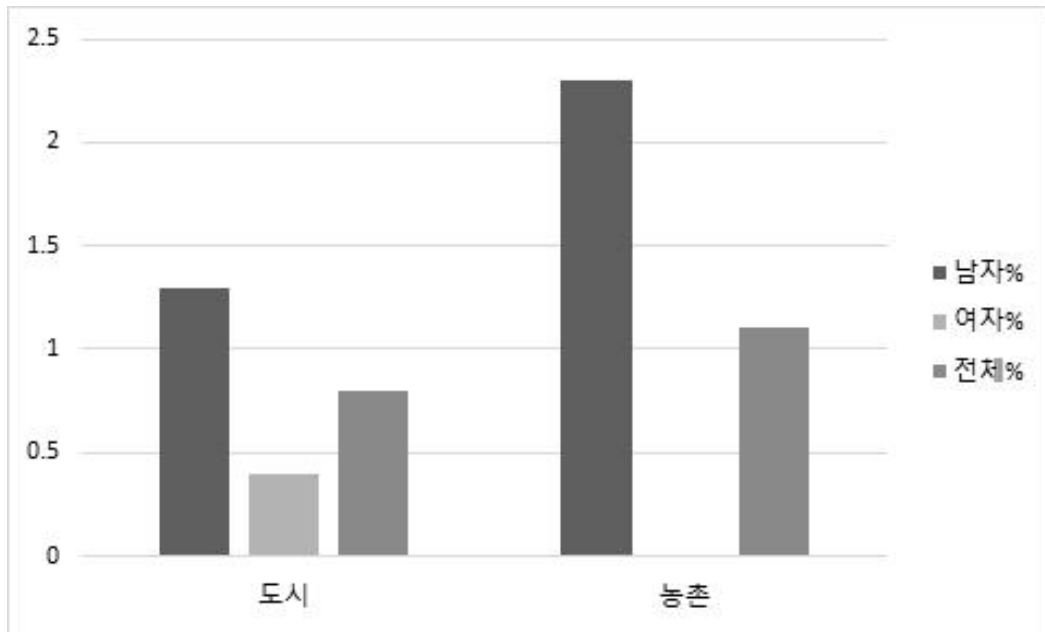


그림 97. 니코틴 금단 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

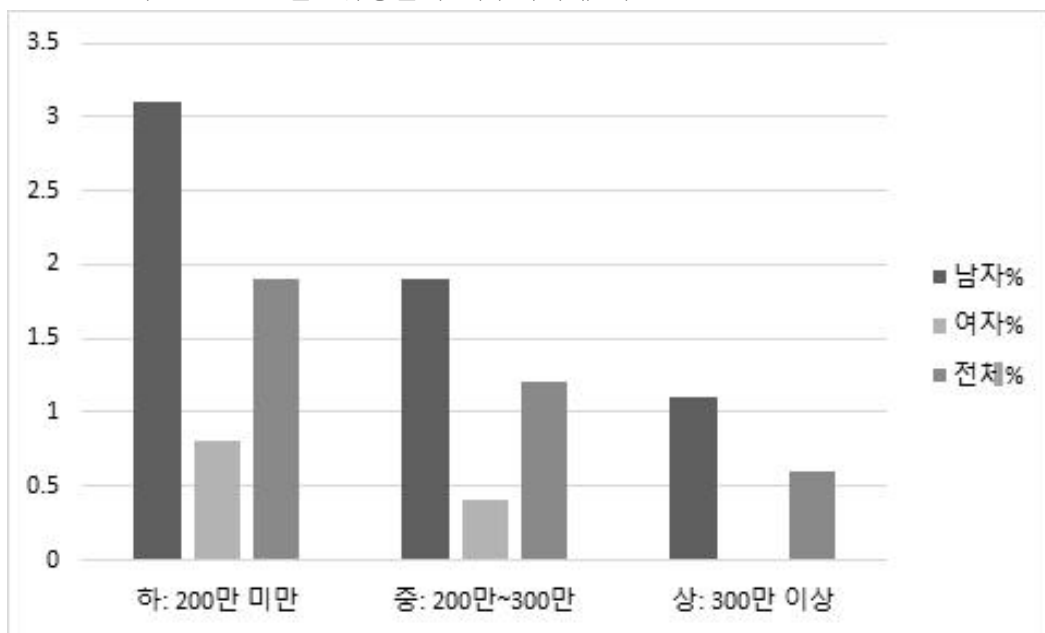


표 67. 니코틴 금단 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	1	12	11	7	18	12	4	7	5	1	4	2	1	85
	백분율	1.2	14.1	12.9	8.2	21.2	14.1	4.7	8.2	5.9	1.2	4.7	2.4	1.2	100
여자	환자수	0	3	4	1	5	0	3	1	2	0	0	0	0	19
	백분율	0	15.8	21.1	5.3	26.3	0	15.8	5.3	10.5	0	0	0	0	100
전체	환자수	1	15	15	8	23	12	7	8	7	1	4	2	1	104
	백분율	1.0	14.4	14.4	7.7	22.1	11.5	6.7	7.7	6.7	1.0	3.8	1.9	1.0	100

그림 98. 니코틴 금단 발병연령의 분포

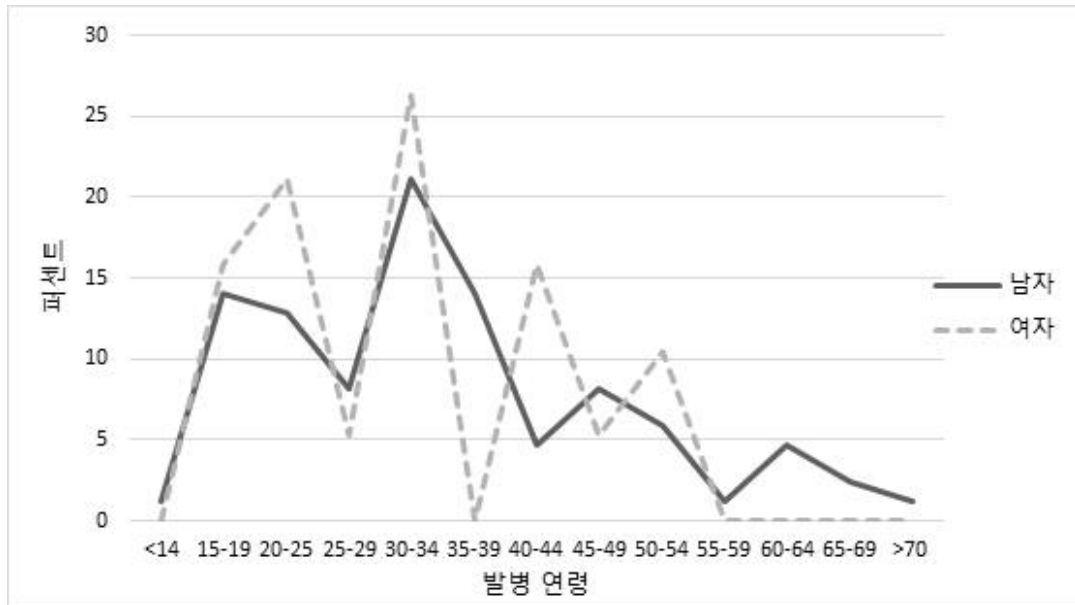


표 68. 니코틴 금단 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.1 (0.0-0.3)	0.000
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	6.0 (2.5-14.3)	0.000
30~44	4.0 (1.2-12.7)	0.017
18~29	4.7 (1.2-18.0)	0.000
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.4 (0.6-3.1)	0.371
미혼	0.5 (0.1-1.3)	0.163
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	3.4 (1.5-7.4)	0.002
직업		
전일제	1	
부분제	0.7 (0.1-3.2)	0.658
학생/주부	1.1 (0.5-2.7)	0.764
무직	0.8 (0.3-1.8)	0.667
거주지역		
도시	1	
농촌	0.9 (0.5-1.9)	0.420
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	2.4 (2.0-6.	0.074
하: 200만 미만	4.6 (2.0-10.4)	0.000

^a니코틴 금단을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 69. 니코틴금단과의 동반이환율^a

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	1.5 (1.3-1.7)	0.000
알코올의존	1.5 (1.3-1.6)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-
단기정신병적장애	-	-
기분장애		
주요우울장애	1.4 (1.2-1.6)	0.000
기분부전장애	1.4 (1.1-1.7)	0.001
양극성장애	1.8 (1.0-3.1)	0.030
불안장애		
강박장애	-	-
외상후스트레스장애	1.5 (1.2-1.8)	0.000
공황장애	1.6 (1.3-2.2)	0.000
광장공포증	1.4 (1.0-1.9)	0.022
사회공포증	-	-
범불안장애	1.5 (1.3-1.8)	0.000
특정공포증	1.2 (1.0-1.4)	0.003

^a니코틴 금단을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.3. 조현병 스펙트럼 장애

3.3.1. 조현병 스펙트럼 장애군 개관

조현병 스펙트럼 장애는 현실을 왜곡하는 기괴한 사고와 혼란스러운 언어를 특징으로 하는 다양한 장애를 포괄한다. 조현병 스펙트럼 장애의 핵심적 특징은 망상, 환각, 와해된 언어, 와해된 또는 비정상적인 운동 행동, 음성 증상 등이 있으며, 증상의 심각도와 기간에 따라서 스펙트럼 상으로 배열될 수 있다.

본 조사에서 사용한 조사도구인 한국어판 CIDI에서 다루는 조현병 스펙트럼 장애는 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애, 단기정신병적장애로 총 다섯 가지이다. 조사 결과, 조현병 스펙트럼 장애의 평생유병률은 전체 0.5%, 남자 0.5%, 여자 0.4%로 나타났다. 일년유병률은 전체 0.2%, 남자 0.2%, 여자 0.2%였다 조현병 스펙트럼장애의 평생유병률과 일년유병률 모두 2011년에 비하여 감소하였다<표 72, 그림 99, 100>.

지역사회에서 조현병 스펙트럼 장애 유병률은 실제보다 과소 추정되었을 가능성이 있다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 조현병 스펙트럼 장애는 증상의 심각성과 만성적인 특성으로 인하여, 사회적 편견과 낙인이 가장 심한 정신질환 중 하나이다. 이에 따라, 조현병 스펙트럼 장애가 있거나 유사한 증상을 경험한 적이 있음에도 불구하고, 남에게 이야기 하지 않아 유병률이 과소 추정될 수 있다. 둘째, CIDI는 질문을 정확히 이해하고 이에 적절히 응답할 수 있는 인지적 능력이 요구된다. 조현병 스펙트럼 장애의 경우 인지기능의 저하 및 사고 장애 등이 동반되는 경우가 흔하여, 면담자의 질문에 적절히 응답하지 못하였을 수 있다. 이러한 상황을 고려해보면, 지역사회에서 조현병 스펙트럼 장애 유병률이 과소 추정되었을 가능성이 충분히 있다. 또한, 조현병 스펙트럼 장애가 있는 환자들은 시설에 입소되어 지내는 경우가 많아 지역사회 조사만으로는 정확한 유병률 파악이 어려울 수 있다.

지난 해 단면적으로 조사시 정신의료기관의 조현병 환자 수는 35,362명, 정신요양 시설 및 부랑인 시설의 조현병 환자 수는 15,127명, 지역사회의 조현병 등으로 이환된 사람은 63,361명으로, 이를 종합해보면, 우리나라 조현병 스펙트럼장애 환자의 수는 총 113,850명으로 예상할 수 있다<표 70, 71>.

지역 사회에서 조현병 스펙트럼 장애의 일년유병률은 0.2%로 나타났다. 정신의료기

관, 정신요양시설, 노숙자 부랑인시설 입원 환자 수를 고려하였을 때 일년유병률은 0.28%로 계산된다<표 72>.

사회인구학적 분포: 입원(소)환자를 제외한 지역사회 조현병 스펙트럼 장애 일년 유병률은 남자에서 0.2%, 여자에서 0.2%로 나타났다. 남자는 30대에서, 여자는 20대에서 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 미혼 집단에서 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률이 높았고 교육 수준의 경우, 남자는 7~9년의 교육수준을 받은 군에서 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률이 가장 높게 나타났지만 여성에서는 특징적인 양상은 발견되지 않았다. 남녀 모두 전일제로 일할 경우, 모두 월 소득이 200만원-300만원 사이일 경우 조현병 스펙트럼 장애 유병률이 높게 나타났다<표 73>.

표 70. 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률 및 추정환자수

	남자		여자		전체	
	유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수	유병률	추정 환자수
조현병	0.1	15,021	0.0(n=0)	0	0.0(n=3)	15,021
조현양상장애	0.1	17,859	0.1	10,162	0.1	28,021
조현정동장애	0.0(n=0)	0	0.0(n=1)	7,087	0.0(n=1)	7,087
망상장애	0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0	0.0(n=0)	0
단기정신병적 장애	0.0(n=0)	0.0	0.1	13,232	0.0(n=4)	13,232
전체	0.2	32,880	0.2	30,481	0.2	63,361

표 71. 정신보건시설 및 관련시설에 입원/입소 중인 조현병 환자수

	정신질환자 총수(명)	조현병 환자수(명)	조현병 환자 비율 (%)
국립정신병원	2,273	1,405	61.8
공립정신병원	3,351	2,405	71.8
사립정신병원	38,202	20,098	52.6
종합병원정신과	4,292	2,121	49.4
병원 정신과	18,426	7,323	39.7
정신과 의원	4,084	2,010	49.2
정신의료기관 소계^a	70,628	35,362	50.1
정신요양시설	10,477	9,036	86.2
부랑인 시설^b	9,731	6,091^c	62.6
입원시설 환자 총계	90,836	50,489	55.6

^a국립정신건강센터 2016년 국가 정신건강 현황 예비조사 결과보고서를 바탕으로 한 2015년 총계임.

^b노숙인 재활·요양시설, 노숙인 자활시설 환자 포함

^c2015년 보건복지부 백서에서는 노숙인 재활·요양시설, 노숙인 자활시설에 입원된 환자 수를 약 9,731으로 추산함. 정신보건관련시설 입원(소)자의 주요 정신장애 유병률에 대한 조성진 등(2004)의 연구에 의하면 부랑인시설의 조현병 일년유병률은 62.6%로 나타남. 이에 따라, 노숙인 시설에 입원되어 있는 환자 중 조현병 환자 수는 약 6,091명으로 예상함

표 72. 지역사회 역학조사에서 조현병 스펙트럼 장애의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2006) ^{a,1}			
지역사회 유병률	0.1	0.3	0.5
입원(소)환자 보정 후 ²	0.2	0.4	0.6
한국전국(2011) ^{a,1}			
지역사회 유병률	0.3	0.4	0.6
입원(소)환자 보정 후 ²	0.4	0.5	0.7
한국전국(2016) ^{a,3}			
지역사회 유병률	0.1	0.2	0.5
입원(소)환자 보정 후 ^{4,5}	0.18	0.28	0.58

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

¹조현병, 조현정동장애, 양극성장애, 망상장애를 모두 포함

²정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설 환자 포함

³조현병, 조현정동장애, 조현양상장애, 단기정신병적 장애, 망상장애를 모두 포함

⁴정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설, 노숙자 부랑인시설 환자 포함

⁵지역사회+입원환자+정신요양시설+부랑인시설/전체인구*100

그림 99. 우리나라 조현병 스펙트럼 장애 평생유병률

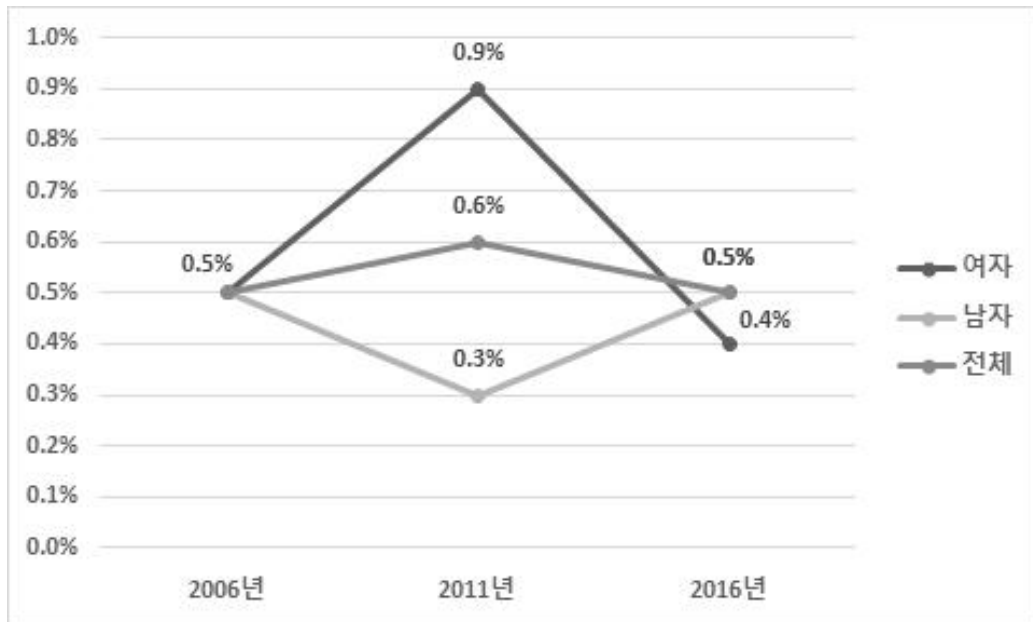


그림 100. 우리나라 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률

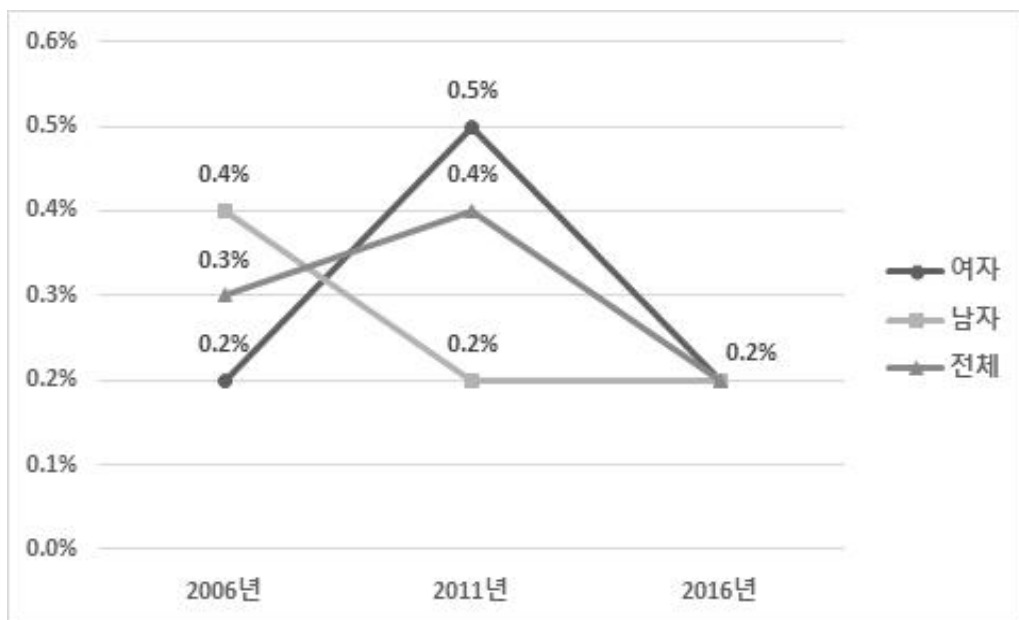


표 73. 조현병 스펙트럼 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.1	0.1	0.5	0.3	0.3	0.2
30~39세	0.5	0.4	0.2	0.2	0.4	0.2
40~49세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60~69세	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
70세 이상	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
이혼/별거/사별	0.3	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1
미혼	0.5	0.3	0.4	0.3	0.5	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.4	0.4	0.1	0.1	0.2	0.1
7~9년	1.9	1.4	0.2	0.2	0.8	0.5
10~12년	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
13년 이상	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
부분제	0.8	0.8	0.2	0.2	0.5	0.4
미취업	0.9	0.5	0.2	0.1	0.4	0.2
거주지역						
도시	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
농촌	0.3	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
중: 200만~300만	0.4	0.4	0.3	0.2	0.3	0.2
상: 300만 이상	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
전체	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

3.3.2. 조현병 및 관련 장애

앞서 설명한 바와 같이, 조현병 스펙트럼 장애는 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애, 단기정신병적 장애를 포함하고 있다. 하지만, 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애는 대상 수가 적어 사회인구학적 변인 등의 분석이 어렵다. 이에 단기정신병적 장애를 제외한 네 가지 장애를 묶어 조현병 및 관련 장애로 분석을 실시하였다.

개관

1) DSM-IV에 의하면, 조현병은 특징적 증상은 망상, 환각, 와해된 언어(지리멸렬이나 언어의 일탈), 와해된 혹은 긴장증적 행동, 음성증상(감정의 둔화, 무언증 혹은 의욕 없음)으로, 이 중 2가지가 적어도 한 달 동안 나타날 경우 진단된다. 장애의 징후가 최소 6개월 동안 지속되어야 하며, 심각한 사회적, 직업적 기능에서의 손상을 동반한다.

2) 조현양상장애는 조현병과 유사한 장애지만, 조현병과 달리 장애의 징후가 1개월 이상으로, 6개월 미만으로 나타날 경우 진단된다. 나아가, 사회적/직업적 기능의 손상이나 장애가 없어도 진단될 수 있다. 장애의 징후가 만약 기간이 1개월 이하로 나타난다면 단기 정신병적 장애, 6개월 이상 지속될 경우에는 조현병으로 진단한다.

3) 조현정동장애는 조현병 증상과 기분장애 증상이 동시에 나타날 경우 진단되는 장애이다. 조현정동장애에서는 주요우울장애 삽화나 조증 삽화가 조현병의 증상과 함께 동시에 나타나야 하며, 기분 삽화가 없을 때에도 환각이나 망상이 2주 이상 지속되어야 한다. 병의 이환기간 중 상당기간 기분장애 삽화가 지속되어야 진단한다.

4) 망상장애는 한 가지(혹은 그 이상)의 망상이 1개월 이상 지속될 때 진단한다. 이러한 증상이 조현병의 진단기준과는 맞지 않으며 망상의 영향이나 파생 결과를 제외하고는 뚜렷한 기능장애나 기괴한 행동이 나타나지 않아야 한다. 또한 조증이나 우울삽화가 나타날 경우 망상 증상의 지속 기간에 비해 짧게 나타난다.

조사결과

본 조사에서 조현병 및 관련 장애의 평생유병률 0.2%, 일년 유병률은 0.1%로 파악되었다. 조현병 및 관련 장애의 평생유병률은 2001년 0.2%, 2006년 0.1%, 2011년 0.2%로 2016년과 비슷한 수준으로 유지되고 있다.

사회인구학적 분포: 본 조사 결과, 남자는 30대, 여자는 20대에서 조현병 및 관련 장애의 일년유병률이 가장 높게 나타났다. 남녀 모두 미혼 집단에서, 부분제 취업 집단에서, 농촌에 거주하는 집단에서, 소득 수준이 200만원에서 300만원 사이인 집단에서 조현병 및 관련 장애의 일년유병률이 가장 높았다<표 74, 그림 101~106>.

발병연령: 발병연령을 응답한 사례수가 적기는 하나 남자는 10대 초반, 30대 초반, 50대 초반에, 여자의 경우는 10대 초반, 20대 후반에 발병하는 것으로 발견되었다 <표 75, 그림 107>.

위험요인 분석: 미혼이 기혼에 비하여 조현병 및 관련 장애의 위험이 유의하게 높았다($OR=5.7$, $p<0.001$)<표 76>

동반이환: 알코올 의존, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성장애, 강박장애, 외상후 스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증와 유의한 동반이환을 보였다<표 77>.

표 74. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.1	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2
30~39세	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2	0.2
40~49세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60~69세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
70세 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
이혼/별거/사별	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
미혼	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7~9년	1.2	1.2	0.0	0.0	0.5	0.5
10~12년	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
13년 이상	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
부분제	0.8	0.8	0.0	0.0	0.4	0.4
미취업	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
거주지역						
도시	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
농촌	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
중: 200만~300만	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2	0.2
상: 300만 이상	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
전체	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 101. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

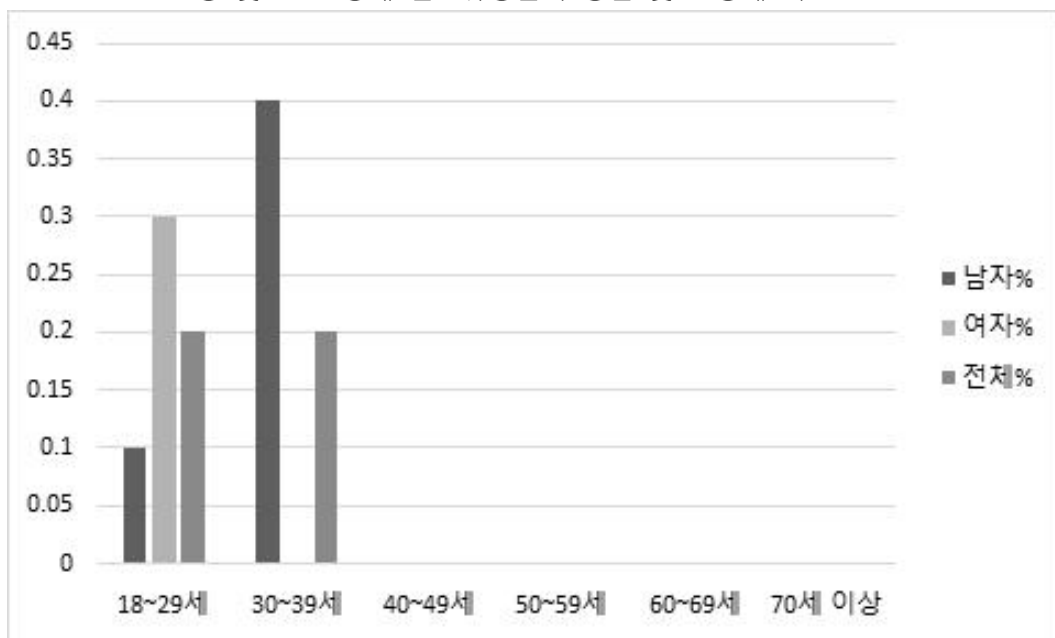


그림 102. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

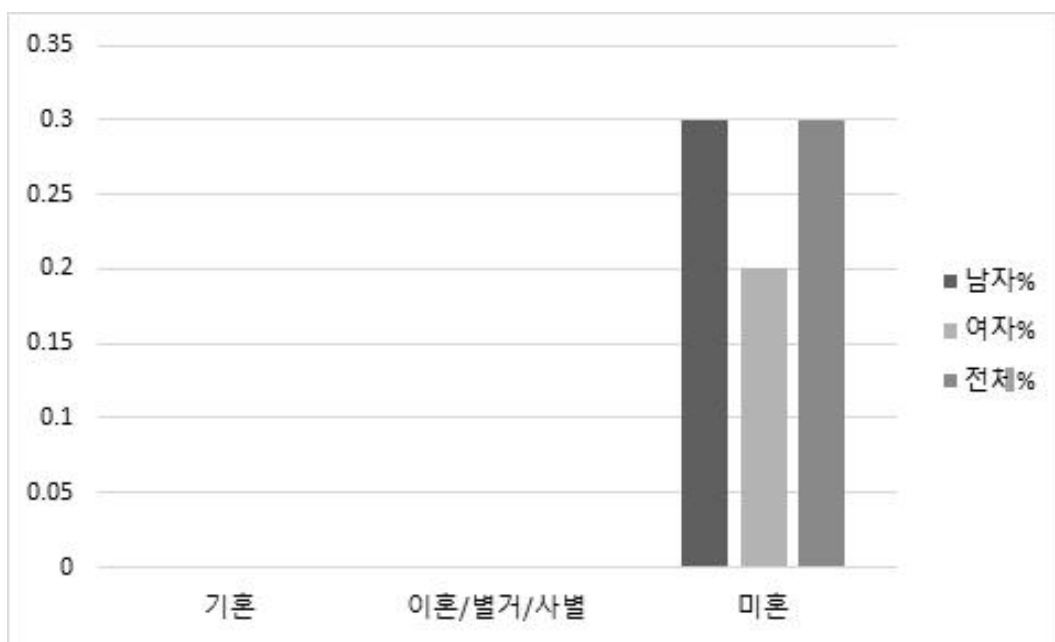


그림 103. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포

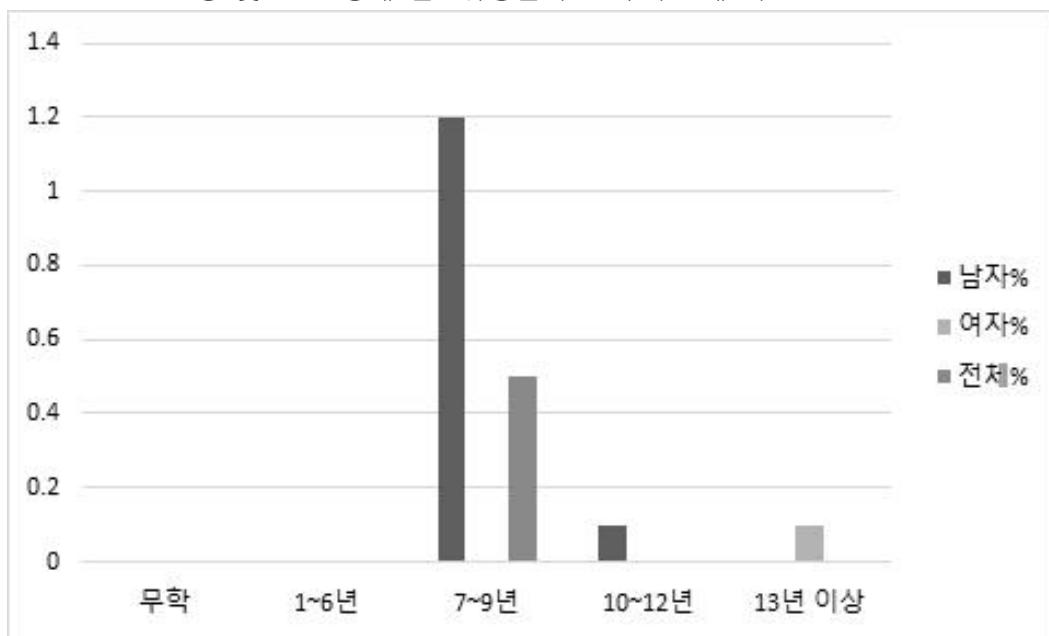


그림 104. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

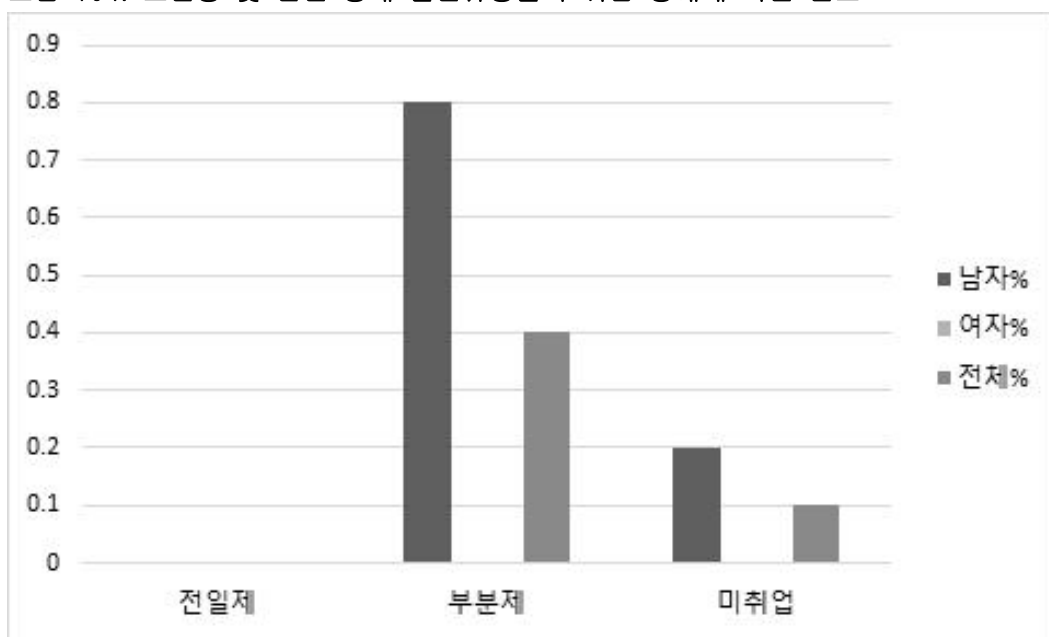


그림 105. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

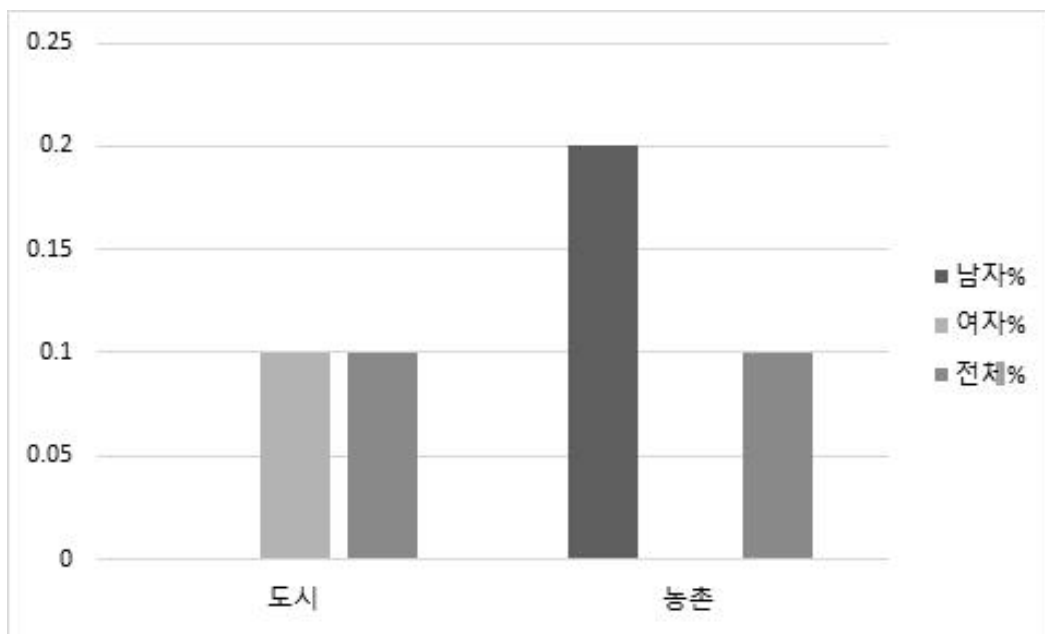


그림 106. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

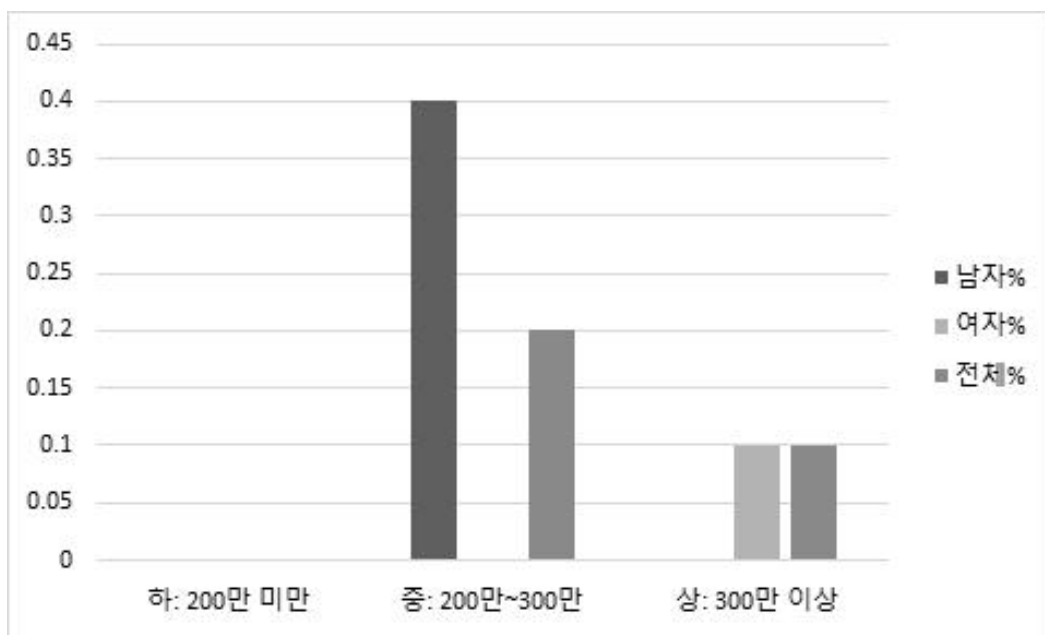


표 75. 조현병 및 관련 장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	6
	백분율	33.3	0	0	0	33.3	0	0	0	33.3	0	0	0	0	100
여자	환자수	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6
	백분율	0	33.3	33.3	0	0	0	0	0	0	0	16.7	16.7	0	100
전체	환자수	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	1	1	0	12
	백분율	16.7	16.7	16.7	0	16.7	0	0	0	16.7	0	8.3	8.3	0	100

그림 107. 조현병 및 관련 장애 발병연령의 분포

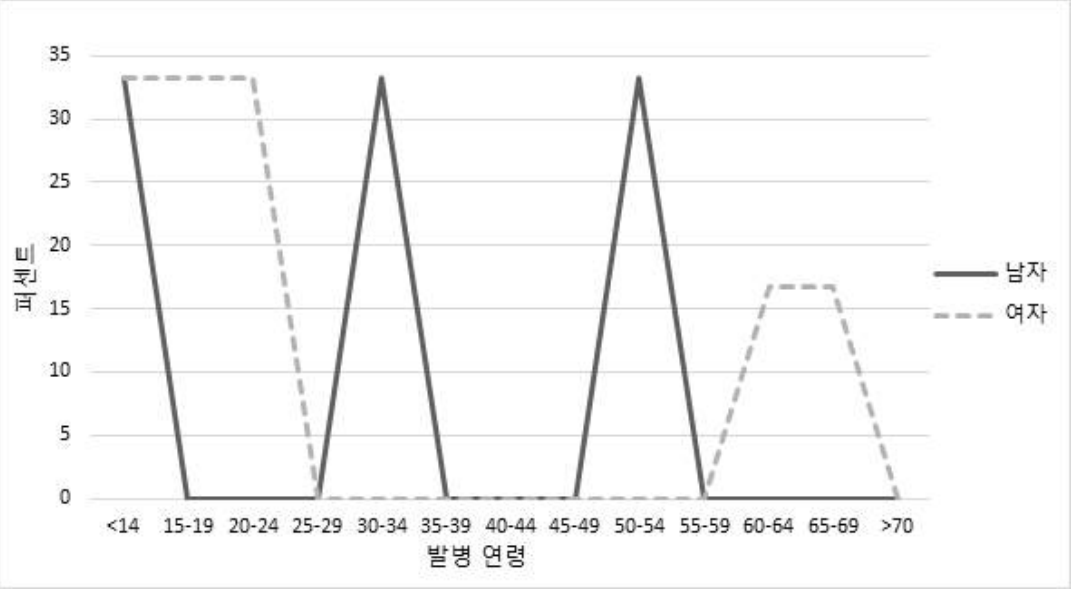


표 76. 조현병 및 관련 장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.1 (0.0-1.1)	0.069
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	0.0 (0.0-0.0)	0.986
30~44	2.2 (0.3-18.6)	0.468
18~29	0.2 (0.0-2.8)	0.221
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.4 (0.6-3.1)	0.515
미혼	5.7 (0.5-6.5)	0.001
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	7.7 (0.7-80.1)	0.089
직업		
전일제	1	
부분제	0.7 (0.1-3.2)	0.658
학생/주부	1.1 (0.5-2.7)	0.764
무직	0.8 (0.3-1.8)	0.667
거주지역		
도시	1	
농촌	1.5 (0.2-8.0)	0.609
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.9 (0.1-9.9)	0.999
하: 200만 미만	0.5 (0.1-2.7)	0.429

^a조현병 및 관련 장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 77. 조현병 및 관련 장애의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올 남용	-	-
알코올 의존	1.7 (1.3-2.4)	0.001
니코틴사용장애		
니코틴 의존	-	-
니코틴 금단	-	-
약물사용장애	-	-
기분장애		
주요우울장애	1.9 (1.4-2.5)	0.000
기분부전장애	2.4 (1.8-3.2)	0.000
양극성 장애	3.2 (1.8-5.7)	0.000
불안장애		
강박장애	2.0 (1.2-3.3)	0.010
외상후스트레스장애	1.8 (1.2-2.7)	0.002
공황장애	2.8 (2.0-4.0)	0.000
광장공포증	1.9 (1.1-3.1)	0.018
사회공포증	1.9 (1.3-2.8)	0.001
범불안장애	-	-
특정공포증	-	-

^a조현병 및 관련 장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

3.3.3. 단기정신병적 장애

개관

단기정신병적 장애는 조현병의 주요 증상(망상, 환각, 와해된 언어 혹은 긴장증 같은 극도의 비정상적인 정신운동 행동) 중 한 가지 이상이 1일에서 1개월 이내로 비교적 짧게 지속되는 장애이다. 단기정신병적장애는 갑작스러운 발병을 특징으로 하는데, 갑작스러운 발병이란 비정신병적 상태에서 정신병적인 상태로의 변화가 특별한 전조 증상 없이 2주 이내로 나타나는 것이다. 또한, 장애로부터 회복된 후에는 병전 기능 수준으로 완전히 회복된다.

조사결과

본 조사에서는 단기정신병적장애 평생유병률은 0.3%으로 나타났다. 단기정신병적장애의 일년유병률은 2001년 0.3%, 2006년 0.2%, 2011년 0.2%, 2016년 0%(n=4)로 점차 감소하고 있다.

사회인구학적 분포: 단기정신병적장애 일년유병률은 남자는 0.0%, 여자는 0.1%로 나타났다. 여자는 18~29세 연령군에서, 미혼집단에서 가장 높은 유병률을 보였다. 교육 수준과 취업상태에 따른 뚜렷한 양상은 나타나지 않았다. 도시 지역에 거주할 경우, 그리고 월 소득이 200만원에서 300만원 사이인 집단에서 단기정신병적 장애의 일년유병률이 제일 높았다. 각 사회인구학적 변인에 따른 분포양상은 <표 78, 그림 108~113>과 같다.

발병연령: 남자의 경우, 20대 때 발병하는 경우가 57.2%인 반면 여자는 30%가 20대 때 발병하는 것으로 나타났다<표 79, 그림 114>.

위험요인 분석: 사례수가 적어 통계적으로 유의한 위험요인은 발견되지 않았다<표 80>.

동반이환: 알코올 사용장애, 약물사용장애, 광장공포증, 사회공포증과 유의한 동반이환을 보였다<표 81>.

표 78. 단기정신병적장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
30~39세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40~49세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60~69세	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
70세 이상	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
이혼/별거/사별	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
미혼	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
7~9년	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
10~12년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
13년 이상	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
부분제	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
미취업	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
거주지역						
도시	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
농촌	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
중: 200만~300만	0.0	0.0	0.3	0.2	0.1	0.1
상: 300만 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
전체	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 108. 단기정신병적장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

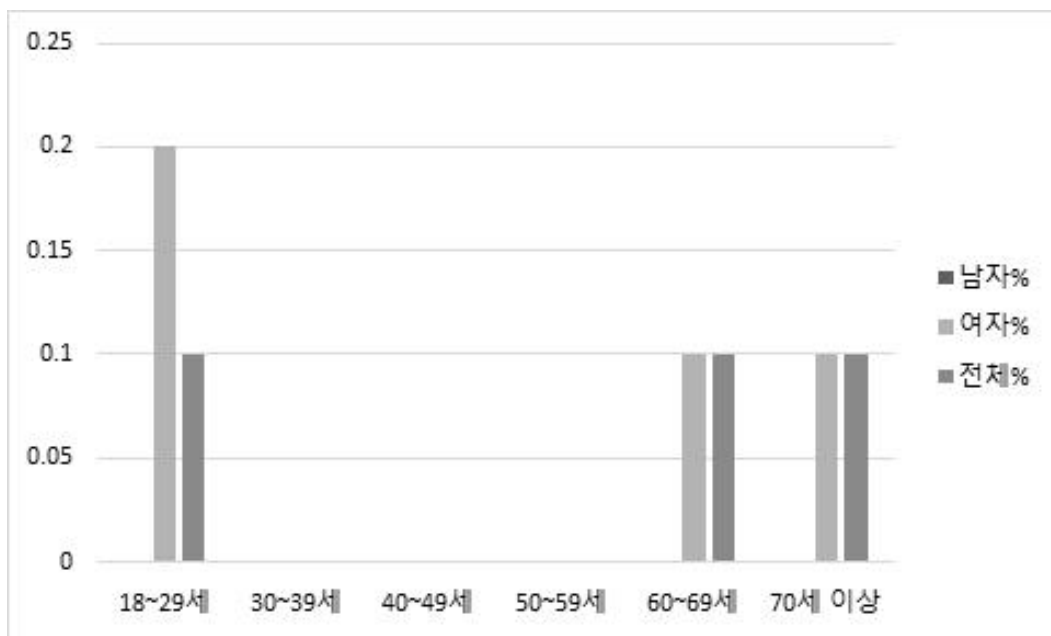


그림 109. 단기정신병적장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

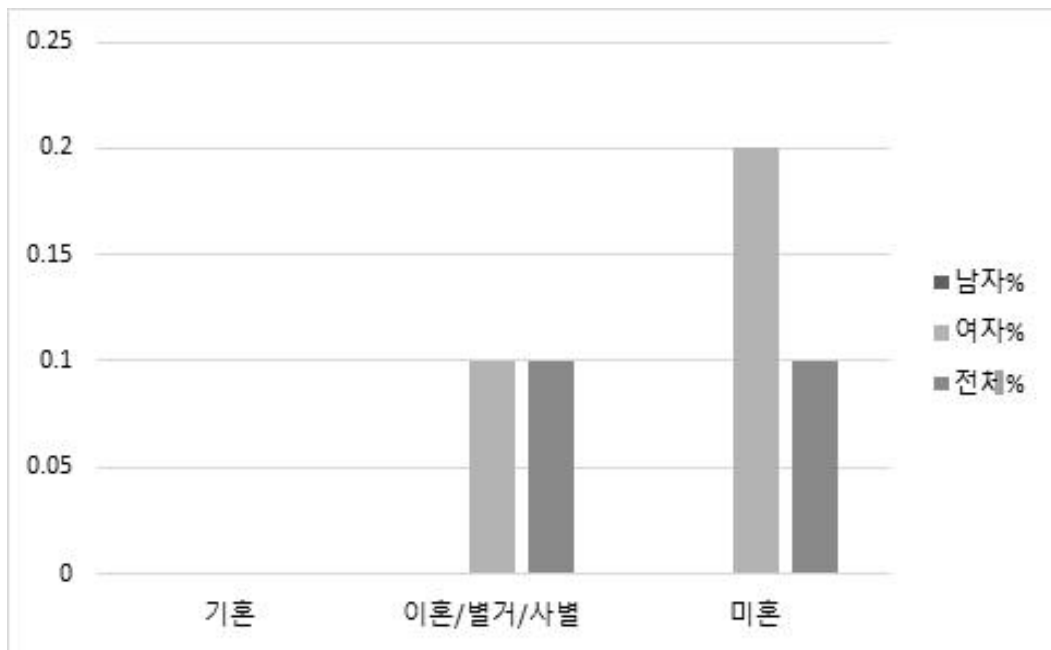


그림 110. 단기정신병적장애 일년유병률의 교육 수준에 따른 분포

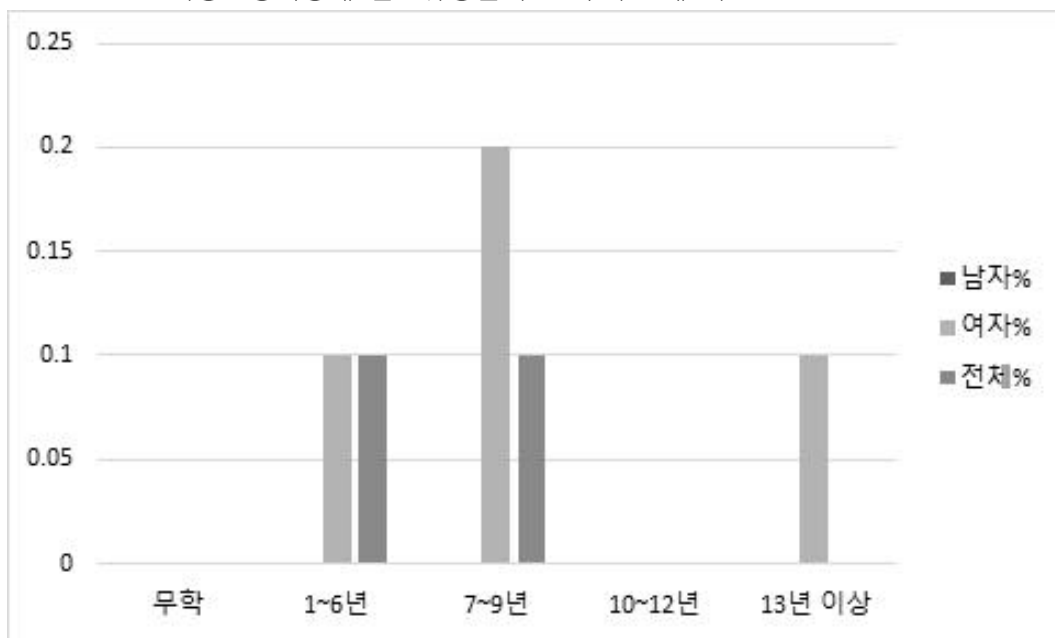


그림 111. 단기정신병적장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

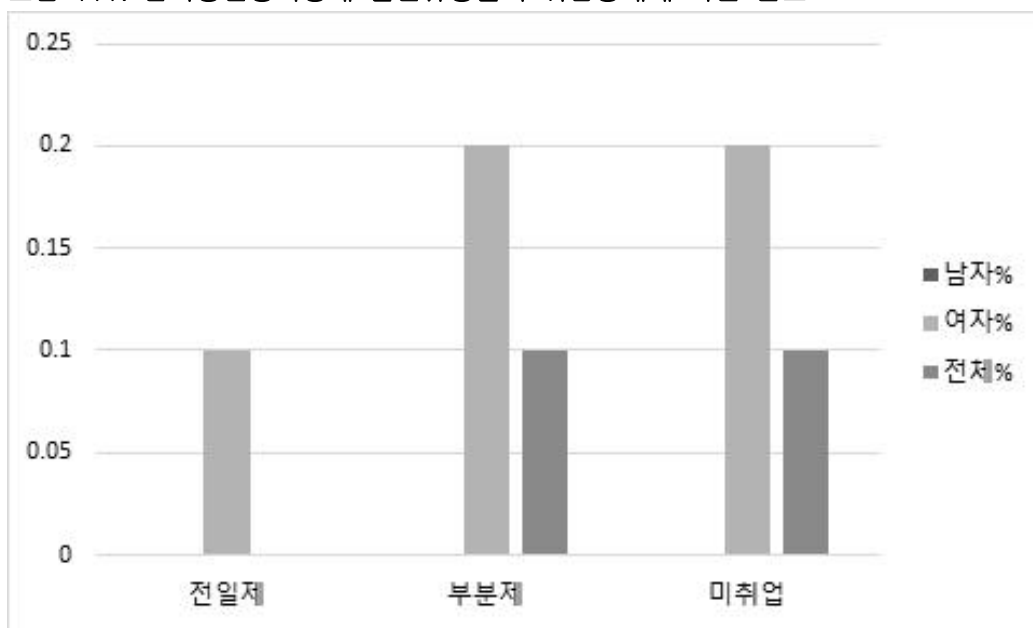


그림 112. 단기정신병적장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

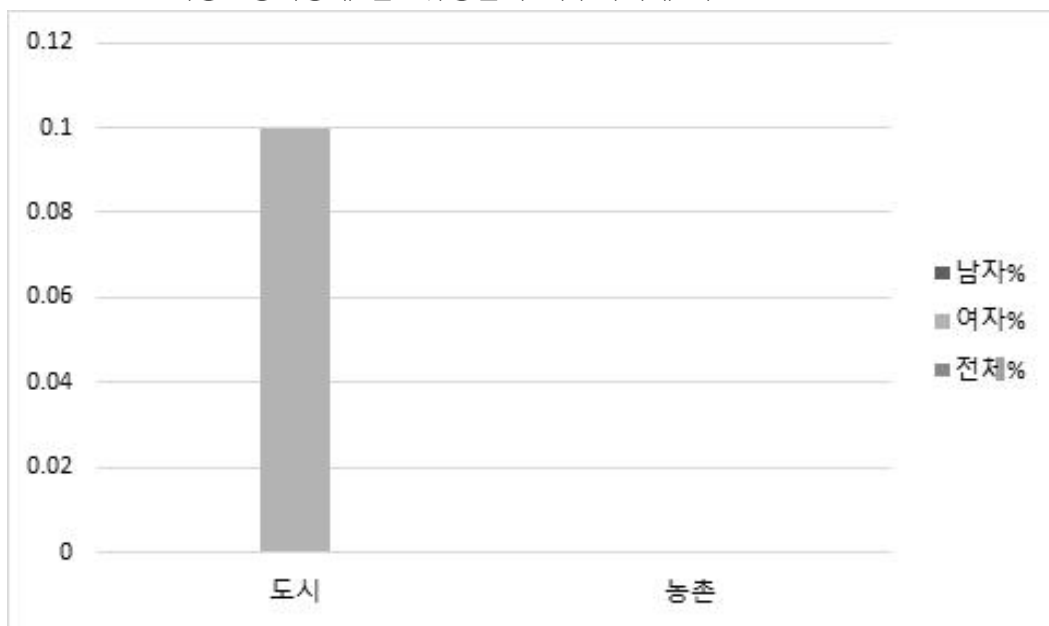


그림 113. 단기정신병적장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

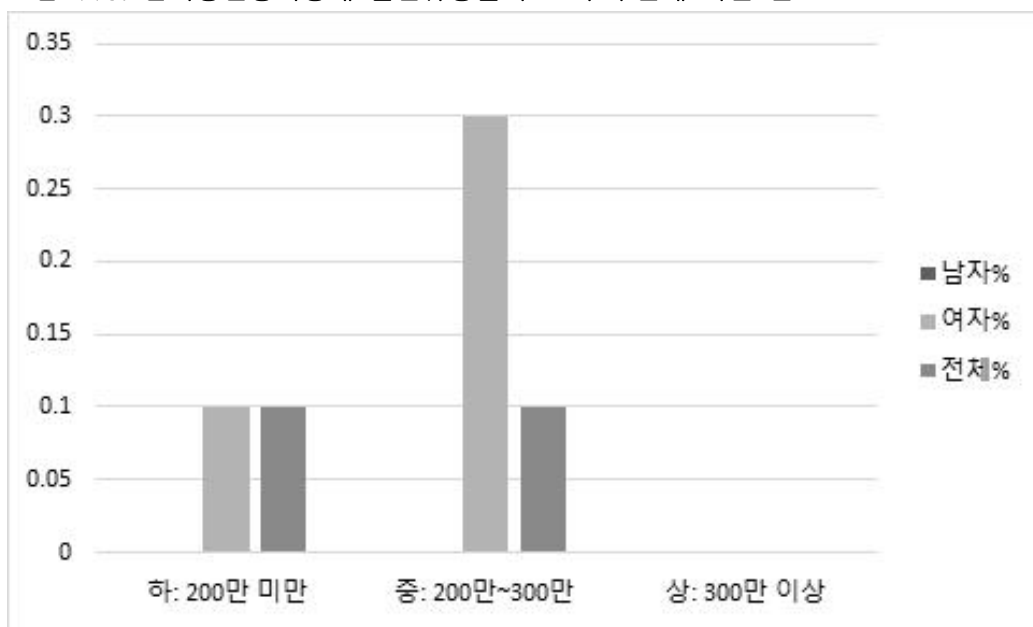


표 79. 단기정신병적장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	1	0	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7
	백분율	14.3	0	28.6	28.6	0	14.3	0	14.3	0	0	0	0	0	100
여자	환자수	0	1	3	0	2	1	0	0	0	0	2	0	1	10
	백분율	0	10.0	30.0	0	20.0	10.0	0	0	0	0	20.0	0	10.0	100
전체	환자수	1	1	5	2	2	2	0	1	0	0	2	0	1	17
	백분율	5.9	5.9	29.4	11.8	11.8	11.8	0	5.9	0	0	11.8	0	5.9	100

그림 114. 단기정신병적장애 발병연령의 분포

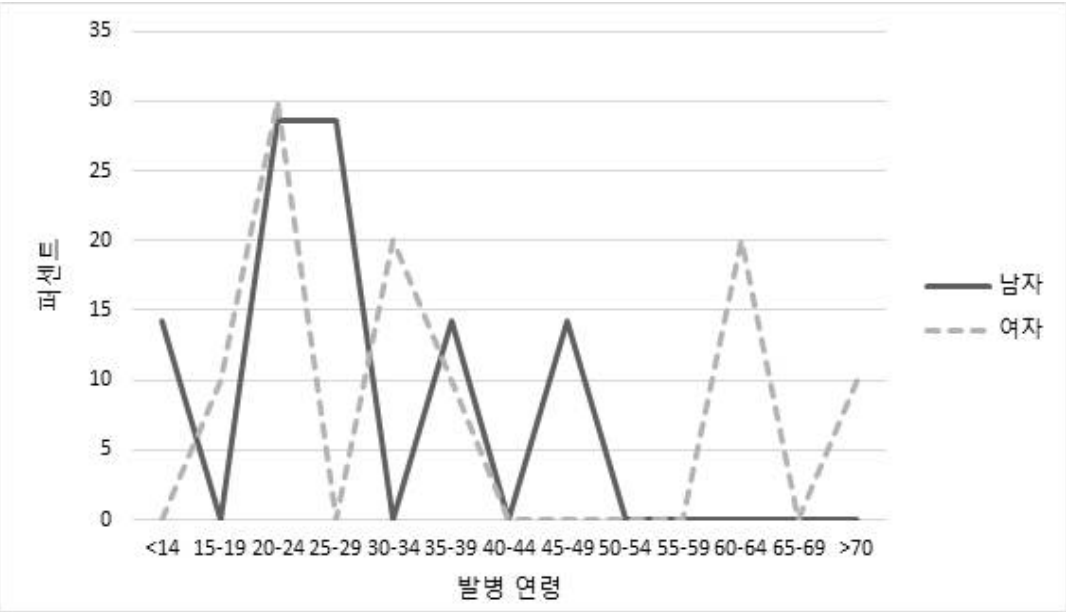


표 80. 단기정신병적장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.1 (0.0-1.1)	0.069
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	0.0 (0.0-0.0)	0.988
30~44	0.0 (0.0-0.0)	0.989
18~29	1.4 (0.0-91.6)	0.864
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.4 (0.6-3.1)	0.803
미혼	5.7 (0.5-6.5)	0.262
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.9 (0.2-3.6)	0.939
직업		
전일제	1	
부분제	0.3 (0.2-60.9)	0.384
학생/주부	0.0 (0.0-0.0)	0.991
무직	1.2 (0.1-17.6)	0.879
거주지역		
도시	1	
농촌	0.6 (0.1-6.5)	0.666
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.9 (0.1-9.9)	0.984
하: 200만 미만	0.5 (0.1-2.7)	0.985

^a단기정신병적장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인 로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

표 81. 단기정신병적 장애의 동반이환율^a

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
니코틴사용장애		
니코틴의존	-	-
니코틴금단	-	-
알코올사용장애		
알코올남용	1.4 (1.0-1.9)	0.039
알코올의존	1.5 (1.1-2.1)	0.008
약물사용장애	2.5 (1.5-4.3)	0.001
기분장애		
주요우울장애	-	-
기분부전장애	-	-
양극성장애	-	-
불안장애		
강박장애	-	-
외상후스트레스장애	-	-
공황장애	-	-
광장공포증	1.7 (1.0-2.9)	0.036
사회공포증	1.5 (1.1-2.0)	0.005
범불안장애	-	-
특정공포증	-	-

^a단기정신병적장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

3.3.4. 조현병 증상 경험

조현병 스펙트럼 장애는 사고, 감정, 행동 등의 영역에서 매우 다양한 증상을 보이며 심각한 사회적 기능에서 손상을 초래할 수 있다. 또한 조현병 스펙트럼 장애는 만성적인 경과를 보이지만 조기에 발견되면 충분히 예방하고 치료 가능한 정신질환이다. 이에 따라 조현병 증상을 조기에 발견하는 것은 조기 개입에 있어서 매우 중요하다. 흔히 보고되는 조현병 증상은 환시, 환청, 사고주입 및 전파, 조정망상, 외부에서의 메시지 전파, 피해망상이 있다<표 82>.

조현병 증상 경험률을 분석하여, 조현병 발병의 가능성이 높은 사람의 수를 추정하였다. 분석 결과, 조현병 증상 경험률은 1.8%로, 약 71만명이 평생 한번 이상 조현병 증상을 경험한 적이 있는 것으로 추정된다. 조현병 증상 경험률은 남성(1.5%)이 여성(2.0%)으로 여성에서 보다 높게 나타났다<표 83> 조현병 스펙트럼 장애의 평생 유병률은 남성의 유병률(0.5%)이 여성(0.4%)보다 약간 높아, 증상과 장애간의 차이가 발견 되었다<표 30, 표 31>.

표 82. 조현병 증상 경험 질문

증상	조현병 증상 경험 질문
환시	주변의 다른 사람들은 보지 못하는 어떤 물체나 사람을 본 적이 있습니까? 즉, 완전히 깨어 있는 상태에서 헛것을 본 적이 있습니까?
환청	남들은 듣지 못하는 목소리를 들은 적이 있습니까?
사고주입/사고전파	- 자기의 것이 아니거나 이상한 생각이, 머리 속으로 직접 주입되고 있다고 확신한 적이 있습니까? - 누군가 또는 무언가가 자신의 생각을 빼가거나 훔쳐간다고 확신한 적이 있습니까?
조정망상	어떤 권력이나 힘에 조종당하고 있어서, 자신의 행동과 생각이 자신의 것이 아니라고 확신한 적이 있습니까?
외부에서 메시지 전파	텔레비전이나 라디오에서 특별한 내용을 나에게 보내고 있다거나, 나만을 상대로 프로그램이 준비되고 있다고 생각한 적이 있습니까?
피해망상	- 자신이 비밀리에 시험당하거나 실험대상이 되고 있다고 생각 한 적이 있습니까? - 다른 사람이 자신을 미행하고 있다고 생각한 적이 있습니까? - 누군가가 자신에 대해 음모를 꾸미거나, 해치려고 한다거나, 독약을 넣으려고 한다고 생각한 적이 있습니까?

표 83. 조현병 증상 경험률

증상	남자		여자		전체	
	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)	유병률(%)	추정 환자수(명)
환시	0.7	127,636	1.1	225,998	0.9	353,634
환청	0.5	93,526	0.3	58,315	0.4	151,841
사고주입/사고전파	0.5	88,959	0.4	90,399	0.5	179,358
조정망상	0.05	9,669	0.0(n=1)	6,363	0.5	16,032
외부에서 메시지 전파	0.2	38,677	0.0(n=1)	6,369	0.1	45,046
피해망상	0.7	127,636	0.7	135,598	0.7	263,234
전체	1.5	297,819	2.0	415,014	1.8	712,833

3.4. 기분장애

3.4.1. 기분장애군 개관

여러 가지 종류의 기분을 경험하는 것은 자연스러운 일이며, 또한 건강한 것이다. 그렇지만, 사회 통념상 다른 사람들에 비하여 지나치게 기분이 들뜨거나, 저조하다면 기분을 조절하는데 이상이 있다는 생각을 해볼 수 있을 것이다. 그렇게 기분을 경험하거나 표현하는 것에 어려움을 겪고, 장시간 자신의 생활에 지장을 줄 만큼 부적절한 상태가 되는 것을 통칭하여 기분장애mood disorder라고 한다. 흔히 우울증으로 알려져 있는 주요우울장애major depressive disorder와 조울병으로 알려져 있는 양극성 장애bipolar disorder가 대표적인 기분장애라 할 수 있다. 정신과 외래를 방문하는 환자 중 가장 흔한 질환인 기분장애 환자들은 기분 증상 외에도 다양한 신체증상을 동반하며, 내과, 정형외과, 산부인과 등 신체적 질환을 치료하는 전문가들을 방문하는 경우가 많다.

올해 조사 결과, 기분장애의 평생유병률은 남자 3.3%, 여자 7.2%, 전체 5.3%였다. 한편, 기분장애 전체 중에는 남자 3.0%, 여자 6.9%, 전체 3.6%로 주요우울장애가 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 추산되고 있다. 지난 1년간을 기준으로 했을 때에는, 기분장애로 진단할 수 있는 사람은 전체인구 중 남자 1.3%, 여자 2.5%, 전체 1.9%로, 올해조사 해당 연령인 18세 이상에 일반인구 전체 중 약 75만 명이 지난 한 해 동안에 기분장애에 이환된 것으로 추정된다<표 84>.

기분장애 평생유병률은 2001년 4.6%, 2005년 6.2%, 2011년 7.5%로 꾸준히 증가하고 있는 추세였으나, 2016년에는 5.3%로 감소하였다. 세부 장애별로 살펴보면, 주요우울장애의 평생유병률은 6.7%에서 5.0%으로 감소한 것이 발견되었다. 이러한 감소는 2011년 이후 감소하고 있는 자살률과도 비슷한 맥락으로 보여진다. 나아가, 정신의료 서비스 이용률의 증가와 정신건강 정책의 적극적인 시행, 사회적 인식 개선 등으로 인한 조기 치료 등이 주요우울장애 유병률 감소에 작용하였을 것으로 생각된다.

반면, 2011년 기분부전장애 평생유병률은 0.7%에서 1.3%으로 오히려 증가하였다. 기분부전장애는 주요우울장애 보다 나타나는 증상의 수는 적지만 2년 이상 지속되는 것이 특징이다. 주요우울장애의 유병률은 감소하였지만, 상대적으로 악화된 형태

의 우울증상이 장기간 지속되는 경우가 증가한 것으로 보여진다. 나아가, 기분부전 장애는 우울한 성격적 특성으로 인식되기도 하여 치료의 동기가 낮을 가능성이 있다. 양극성장애의 평생유병률은 2011년과 2016년 모두 0.2%로 나타났으며 2006년 조사와 2001년 조사에서도 비슷한 수준으로 보고되었다. 양극성장애는 사회적인 요인 보다는 생물학적, 유전적 요인이 강한 양극성장애로, 유병률의 변화가 비교적 일관되게 유지되고 있는 것으로 보여진다.

사회인구학적 분포: 기분장애의 일년유병률은 남자가 1.3%, 여자가 2.5%로 나타나 기분장애의 일년유병률이 여자가 남자보다 약 2배 높았다. 마찬가지로 평생유병률도 여자가 남자에 비해 2배 이상 높았다. 남자에서는 20대가 3.7%로 타 연령층에 비하여 기분장애의 일년유병률이 높았고, 여자에서는 20대가 3.5%, 50대와 70대가 각각 2.7%, 2.8%로 타 연령층에 비하여 기분장애 일년유병률이 높았다. 남자와 여자 모두에서 미혼집단에서 기분장애 유병률이 높았다(남자 2.7%, 여자 3.4%). 학력과 기분장애 일년유병률의 증감 경향은 남자와 여자 모두에서 뚜렷하지 않았다. 남자에서는 미취업 집단에서 4.2%, 여자에서는 부분제 집단에서 3.9%로 기분장애 유병률이 높은 경향을 보이고 있다. 남자에서는 도시지역 거주자가 농촌지역 거주자에 비하여 기분장애 일년유병률이 높았으나, 여자에서는 반대로 농촌지역 거주자가 도시지역 거주에 비해 기분 장애 일년유병률이 높은 것으로 나타났다. 남자와 여자 모두 저소득층 일수록 기분장애 유병률이 높은 경향을 보이고 있다<표 84, 그림 115~120>

표 84. 기분장애 일년유병률 및 추정환자수

진단	남자		여자		전체	
	이환자수 (명)	유병률(%)	이환자수 (명)	유병률(%)	이환자수 (명)	유병률(%)
기분장애	250,130	1.3	499,472	2.5	749,602	1.9
주요우울장애	215,471	1.1	397,240	2.0	612,711	1.5
기분부전장애	34,659	0.2	54,337	0.3	88,996	0.2
양극성 장애	0	0.0	54,460	0.3	54,460	0.1

표 85. 기본장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	3.7	1.2	3.5	1.0	3.6	0.8
30~39세	0.1	0.1	3.0	1.1	1.5	0.5
40~49세	1.5	0.7	1.1	0.4	1.3	0.4
50~59세	0.6	0.4	2.7	0.8	1.6	0.5
60~69세	0.3	0.2	2.3	0.8	1.4	0.4
70세 이상	0.2	0.2	2.8	0.8	1.6	0.4
결혼상태						
기혼	0.6	0.3	1.6	0.3	1.1	0.2
이혼/별거/사별	0.8	0.5	5.0	1.3	3.7	0.9
미혼	2.7	0.9	3.4	1.0	3.0	0.6
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.8	0.6	0.6	0.4
1~6년	0.0	0.0	3.4	0.9	2.3	0.6
7~9년	0.0	0.0	3.6	1.2	2.3	0.8
10~12년	1.2	0.5	2.9	0.8	2.1	0.5
13년 이상	1.5	0.5	2.0	0.5	1.7	0.3
취업상태						
전일제	0.4	0.2	1.1	0.4	0.7	0.2
부분제	0.2	0.2	3.9	1.7	2.3	1.0
미취업	4.2	1.8	3.5	1.0	3.7	0.9
거주지역						
도시	1.2	0.3	2.0	0.4	1.6	0.3
농촌	0.9	0.4	3.4	0.7	2.2	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	1.4	0.5	4.5	0.8	3.0	0.5
중: 200만~300만	1.3	0.7	1.1	0.5	1.2	0.4
상: 300만 이상	1.3	0.5	1.6	0.4	1.4	0.3
전체	1.3	0.3	2.5	0.3	1.9	0.2

• SE(Standard Error): 표준 오차

그림 115. 기분장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포(%)

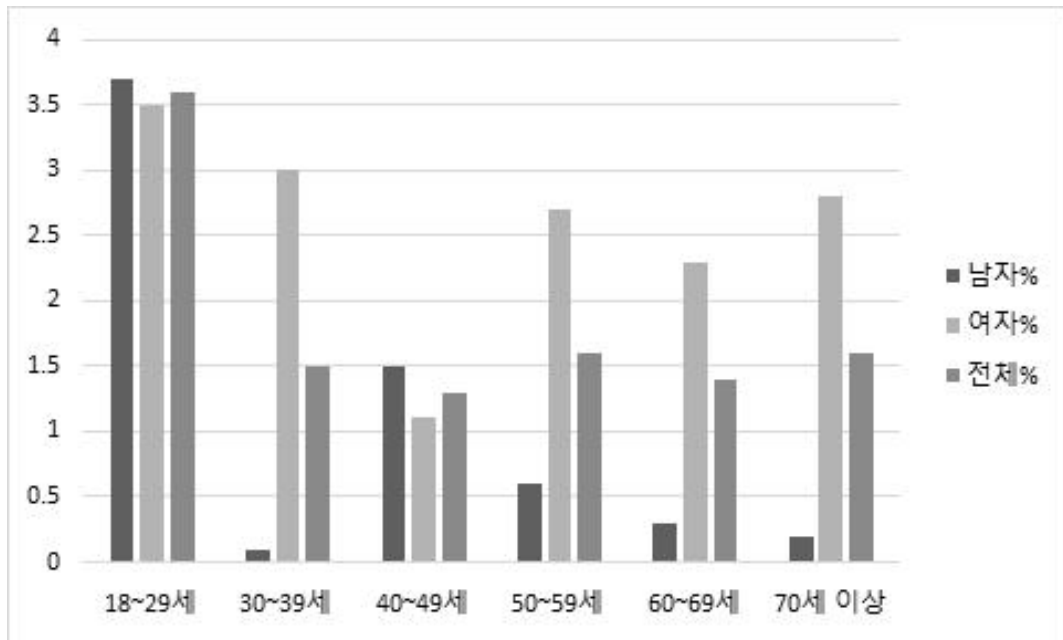


그림 116. 기분장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포(%)

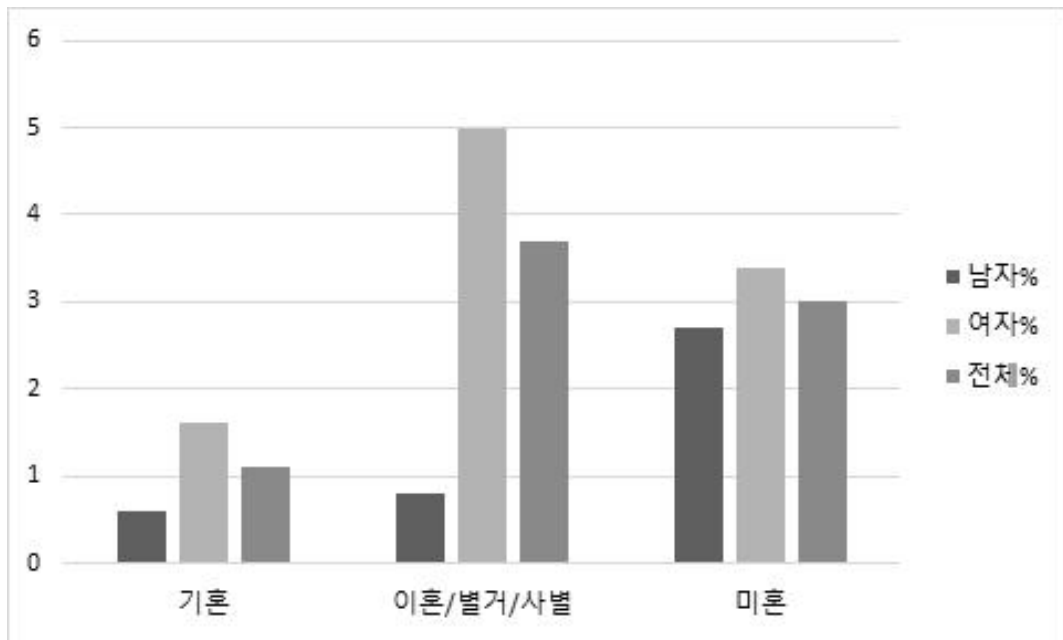


그림 117. 기분장애 일년유병률의 교육연한에 따른 분포(%)

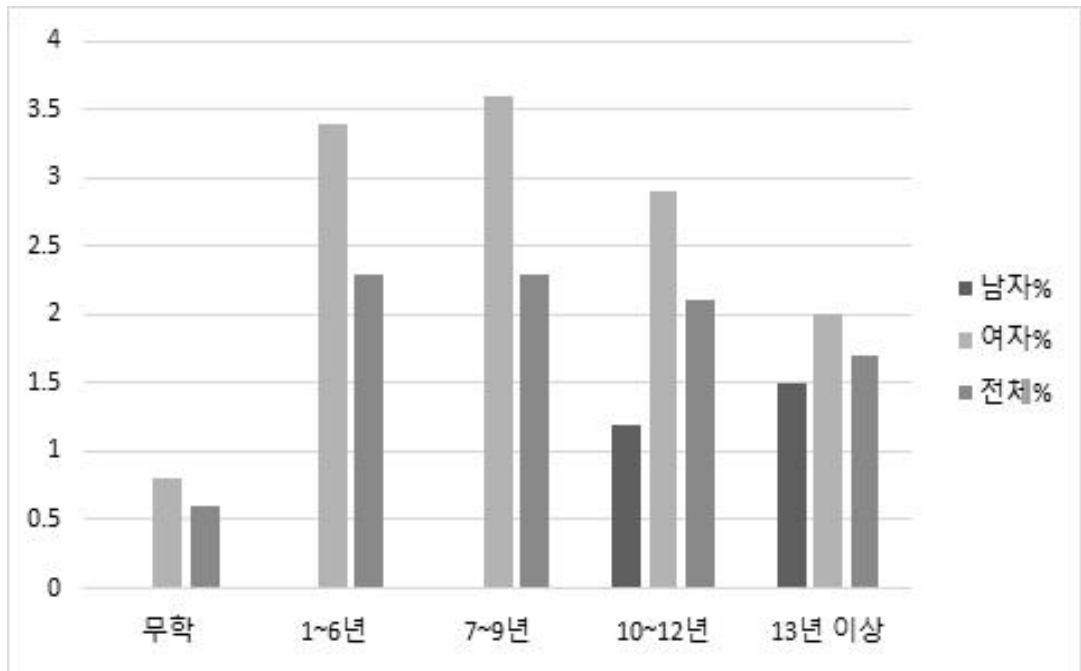


그림 118. 기분장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포(%)

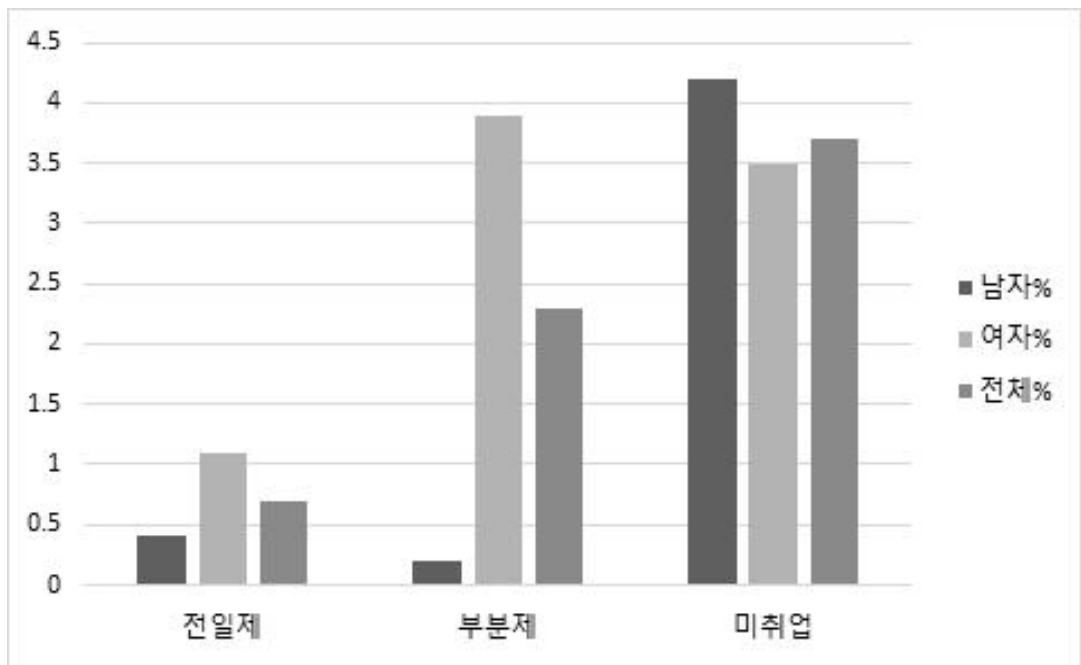


그림 119. 기분장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포(%)

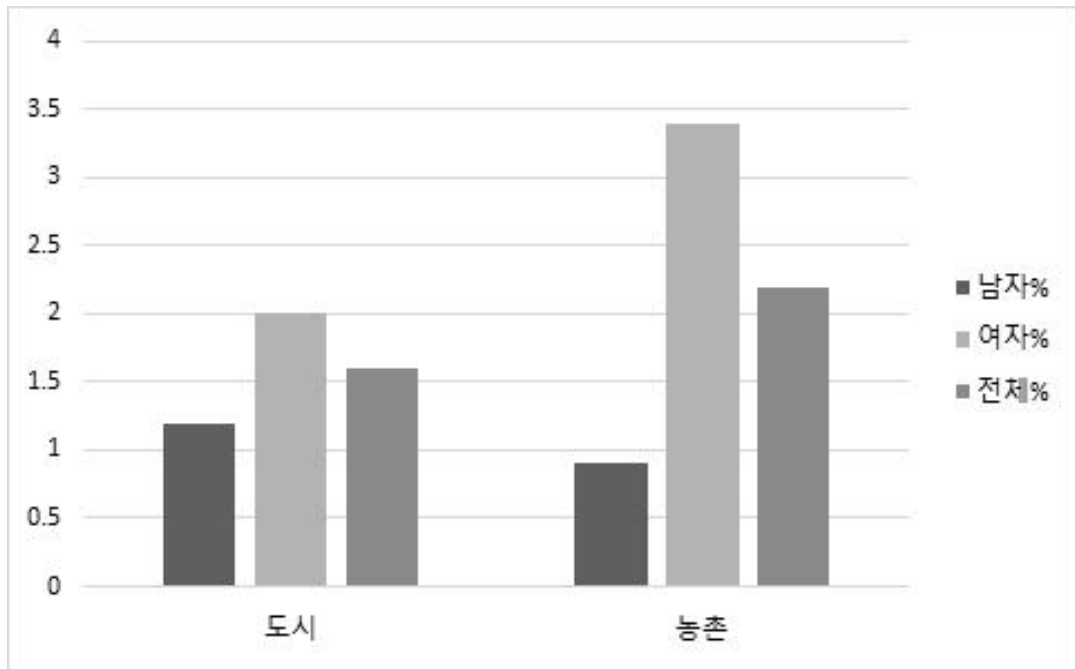
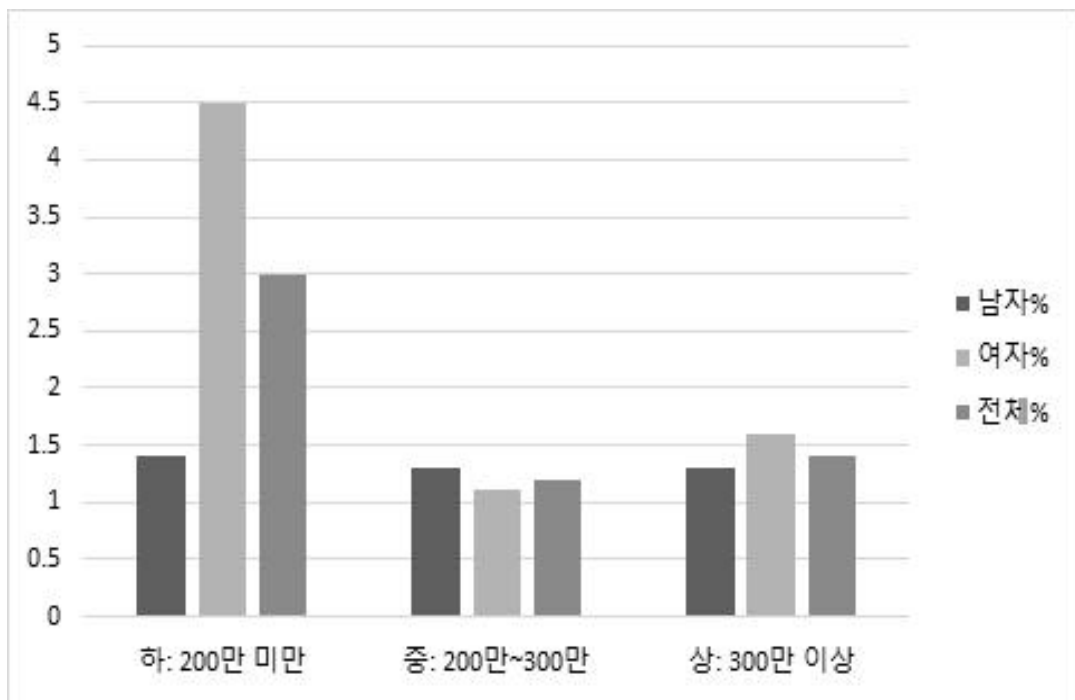


그림 120. 기분장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포(%)



3.4.2. 주요우울장애

개관

적어도 2주 동안의 우울 기분 또는 거의 모든 활동에 있어서 흥미나 즐거움의 상실
이 필수적으로 존재하며, 더불어 식욕, 체중, 수면, 정신운동활동의 변화, 감소된
에너지, 무가치감 또는 죄책감, 생각하고 집중하고 결정하기 어려움, 반복되는 죽음
에 대한 생각 또는 자살 생각 또는 자살 계획 및 시도 중 최소한 4개의 부가적인
증상이 있어야 한다. 주요우울 삽화를 진단하기 위해서는 증상이 새롭게 나타나거
나 또는 삽화 이전의 상태와 비교하여 명백하게 악화된 상태여야 하고, 증상이 하
루 중 대부분, 거의 매일, 적어도 연속 2주 동안 지속되어야 한다. 삽화는 사회적,
직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래
해야 한다. 주요우울 삽화의 증상은 일반적인 의학적 상태(예: 암, 뇌졸중, 심근경색
증, 당뇨병)가 있는 이들에게 발생할 때 감별이 특히 어렵고, 일부 진단기준은 일반
적인 의학적 상태의 특징적 징후나 증상과 동일하기 때문에, 불쾌감, 무쾌감증, 죄책
감 또는 무가치감, 집중력 손상 또는 우유부단함, 그리고 자살 생각과 같은 비생장
증상들이 특히 주의 깊게 평가 되어야 한다. 또한 삽화는 물질의 생리적 효과나 다
른 의학적 상태로 인한 것이 아니어야 하며, 조현병 스펙트럼 장애, 망상장애 또는
기타 정신병적 장애로 더 잘 설명되지 않아야 한다.

조사결과

본 조사에서 우리나라 주요우울장애는 1.5%로 조사되어 대부분의 국가에 비해 낮
았으며 우리나라 주요우울장애 일년유병률은 2006년을 시작으로 지속적으로 감소하
고 있는 것으로 나타났다<표 86, 그림 121, 122>. 국외의 연구에서 보고된 주요우울
장애 일년유병률은 2.3%에서 8.7% 사이로 국가 차이가 큰 것으로 나타났다<표 86>.
주요우울장애가 시대와 사회, 인종에 영향을 받지 않고, 비슷한 수준으로 분포하는
것으로 알려져 있으나, 실제로는 조사 결과를 바탕으로 파악했을 때 그 차이가 적
지 않게 보고되기도 한다. 그에 대하여 여러 가지 설명이 있을 수 있으나, 우울증을
표현하고 그것을 병적인 것으로 인정하는 주관적 기준의 차이에서 기인하는 것으로
보인다.

사회인구학적 분포: 본 조사 결과, 주요우울장애 일년유병률은 여자 2.0%, 남자 1.1%로 나타났다. 남자는 20대에서 3.1%, 40대에서 1.4%로 해당 나잇대 인구가 타 연령대에 비해 일년유병률이 높았고 여자의 경우에는 20대가 2.9%, 70대 이상이 2.7%로 다른 연령 집단에 비하여 일년유병률이 높았다. 남자는 미혼 집단에서, 여자는 이혼/별거/사별 집단에서 그렇지 않은 집단에 비하여 주요우울장애 일년유병률이 높았다. 한편, 남녀 모두 교육수준과 주요우울장애 일년유병률의 증감 경향은 뚜렷하지 않았다. 남자에서는 미취업 상태, 여자에서는 부분제 취업 상태일 때 보다 주요우울장애 일년유병률이 높았다. 남자의 경우 거주 지역이 도시지역일 때 주요우울장애 일년유병률이 높았고 여자는 이와는 반대 양상이 나타났다. 남자와 여자 모두 저소득층에서 주요우울장애 일년유병률이 높은 경향을 보였다<표 87, 그림 123~128>.

발병연령: 남자는 10대 후반에 발병의 최고점을 보이고 여자는 30대 초반에 가장 높은 발병율을 보였다. 연령이 증가함에 따라, 남녀 모두 발병률이 점차 감소하였다 <표 88, 그림 129>.

위험요인 분석: 주요우울장애의 위험요인은 다음과 같다. 먼저 여자가 남자에 비해 위험도가 약 1.6배 높았다($OR=1.6, p<0.05$). 연령에 따라서는, 60세 이상의 연령군에 비해 18~29세 연령군은 약 4.8배의 위험을 보였다. 전일제 취업자에 비하여 부분제 취업은 3.2배, 학생/주부는 4.5배, 무직은 4.0배의 위험을 보였으며, 도시지역에 비하여 농촌지역에 거주할 경우 1.6배의 위험을 보였다. 마지막으로, 300만원 이상의 월 소득이 있는 집단에 비해 200만원 미만의 월 소득을 가진 집단은 약 2.8배의 위험도 증가가 추정되었다<표 89>.

동반이환: 주요우울장애는 니코틴사용장애, 알코올사용장애, 조현병 및 관련 장애, 기분부전장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 90>.

표 86. 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	1.3	1.8	4.0
한국전국(2006) ^a	1.8	2.5	5.6
한국전국(2011) ^a	2.4	3.1	6.7
한국전국(2016) ^a	0.9	1.5	5.0
일본(2002) ^a	2.9	-	-
중국(2013) ^a	-	2.3	3.3
미국 NCS-R(2002) ^a	-	6.7	16.6
유럽 ESEMeD ^a	-	3.9	12.8
이탈리아(2001)	-	3.0	10.1
프랑스(2001)	-	6.0	21.4
벨기에(2001)	-	4.6	13.6
뉴질랜드(2002) ^a		-	16.0
호주(2007) ^a		4.1	-
영국 (2014)		3.8	
레바논(2002) ^a	-	4.9	-
멕시코(2001) ^a	-	3.7	-
터키(2017)		8.2	

^a정신장애의 진단 및 통계편람 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 121. 우리나라 주요우울장애 평생유병률

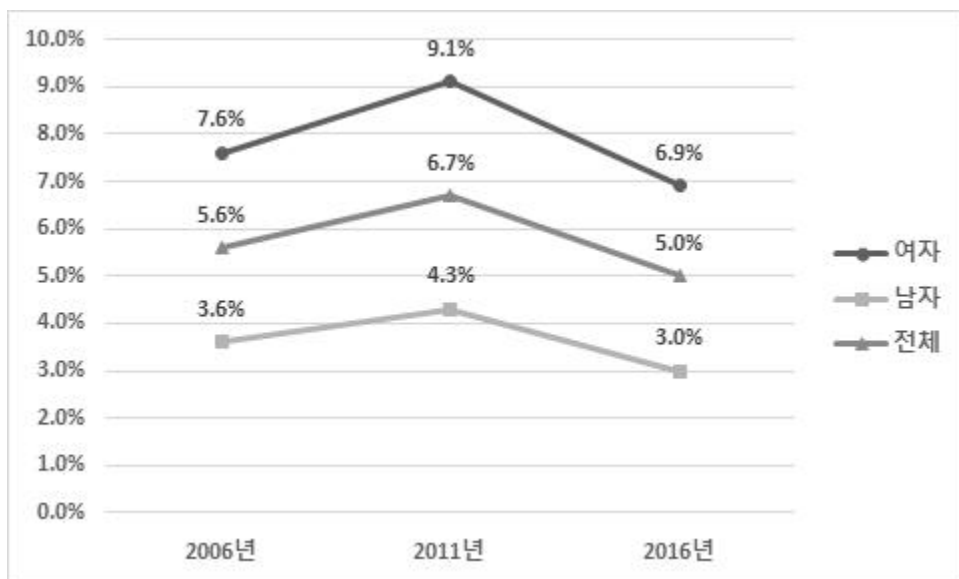


그림 122. 우리나라 주요우울장애 일년유병률

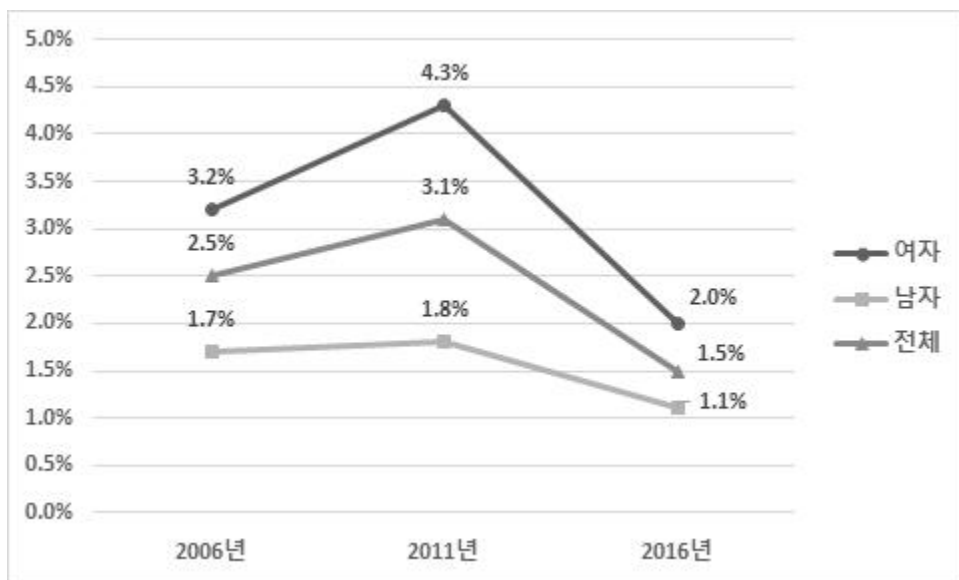


표 87. 주요우울장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	3.1	1.0	2.9	0.9	3.0	0.7
30~39세	0.1	0.1	2.4	1.0	1.2	0.5
40~49세	1.4	0.7	0.6	0.3	1.0	0.4
50~59세	0.6	0.4	1.8	0.6	1.2	0.4
60~69세	0.3	0.2	2.2	0.7	1.3	0.4
70세 이상	0.0	0.0	2.7	0.7	1.5	0.4
결혼상태						
기혼	0.6	0.3	1.3	0.3	1.0	0.2
이혼/별거/사별	0.5	0.4	4.2	1.2	3.1	0.8
미혼	2.2	0.7	2.4	0.8	2.3	0.5
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.8	0.6	0.6	0.4
1~6년	0.0	0.0	3.2	0.8	2.2	0.6
7~9년	0.0	0.0	3.5	1.2	2.1	0.8
10~12년	1.2	0.5	1.9	0.6	1.5	0.4
13년 이상	1.3	0.4	1.6	0.4	1.4	0.3
취업상태						
전일제	0.4	0.2	0.5	0.3	0.4	0.2
부분제	0.2	0.2	3.9	1.7	2.3	1.0
미취업	4.0	1.8	2.0	0.6	2.8	0.8
거주지역						
도시	1.0	0.3	1.5	0.3	1.2	0.2
농촌	0.8	0.4	2.9	0.6	1.9	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	1.3	0.5	4.0	0.8	2.7	0.5
중: 200만~300만	1.2	0.7	1.1	0.5	1.2	0.4
상: 300만 이상	1.0	0.5	1.2	0.3	1.1	0.3
전체	1.1	0.3	2.0	0.3	1.5	0.2

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 123. 주요우울장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

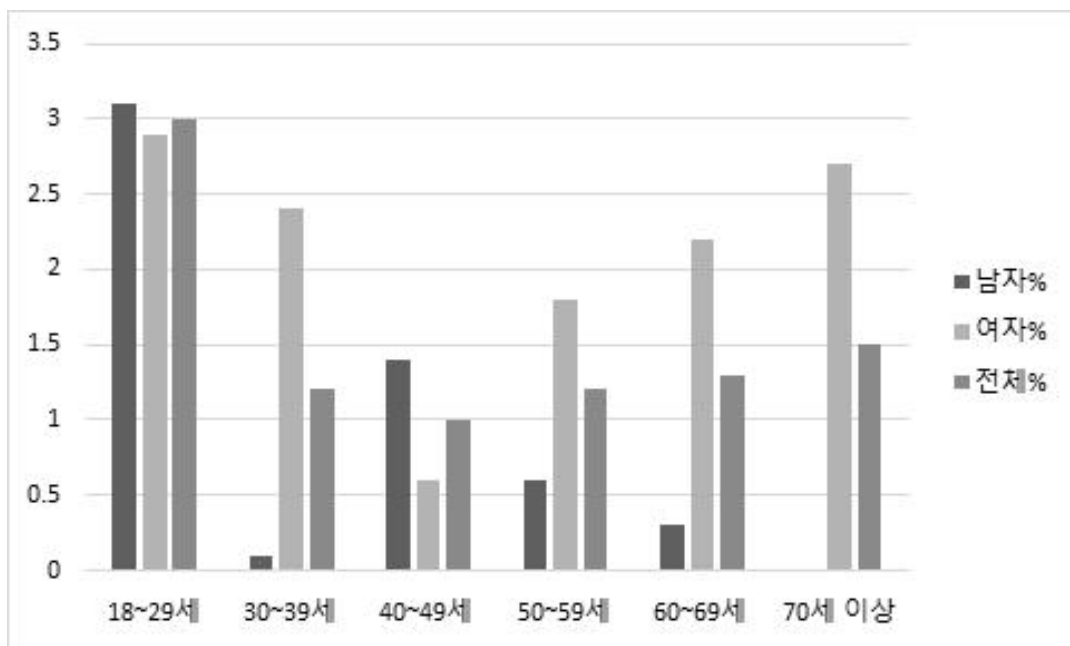


그림 124. 주요우울장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

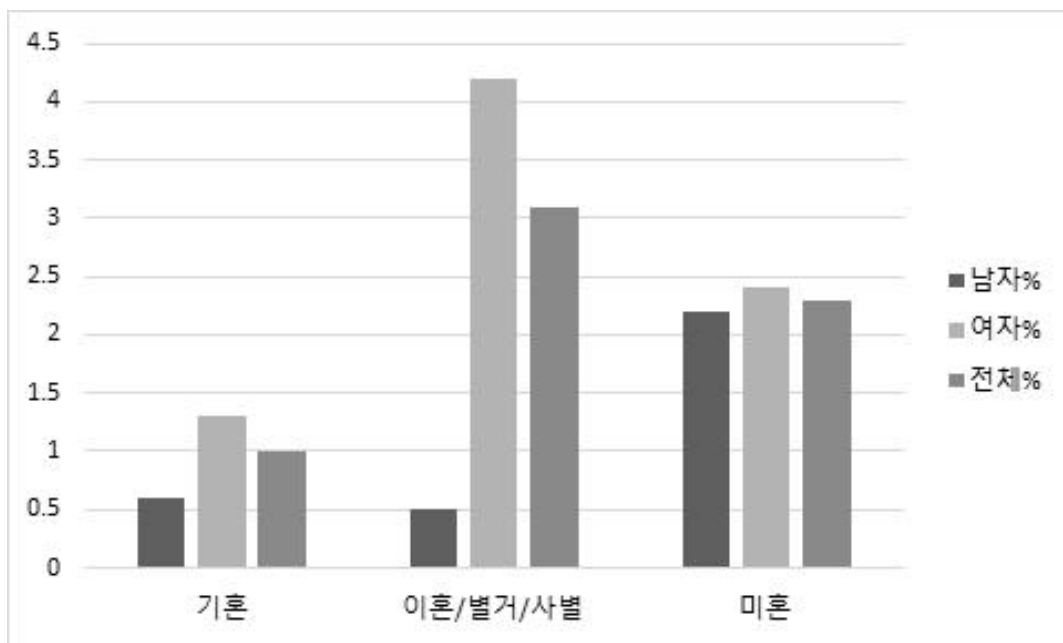


그림 125. 주요우울장애 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

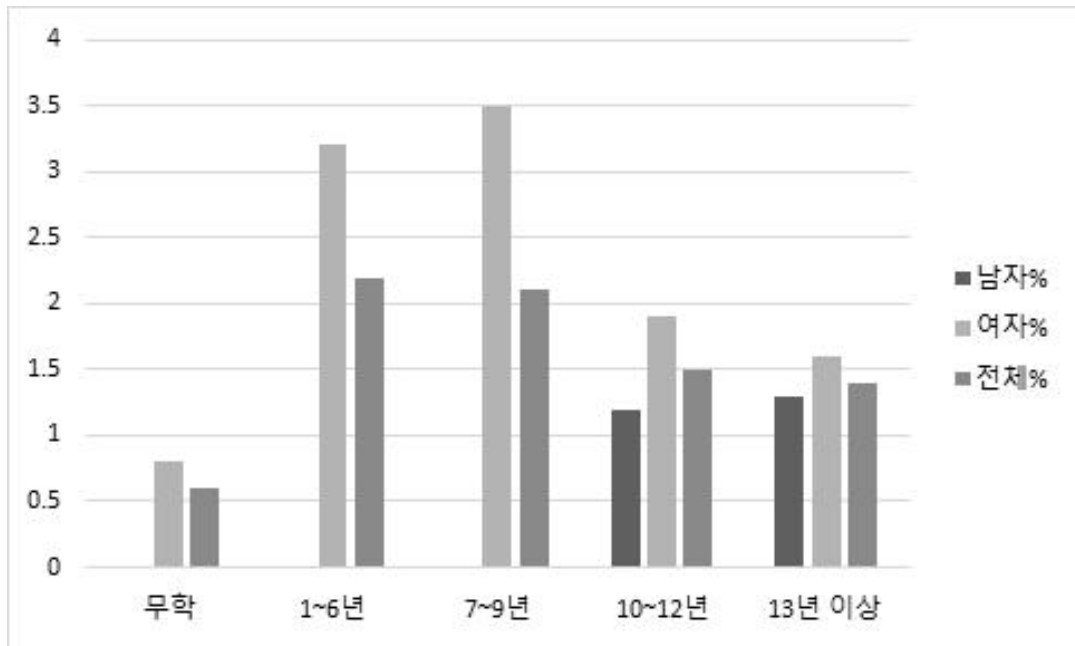


그림 126. 주요우울장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

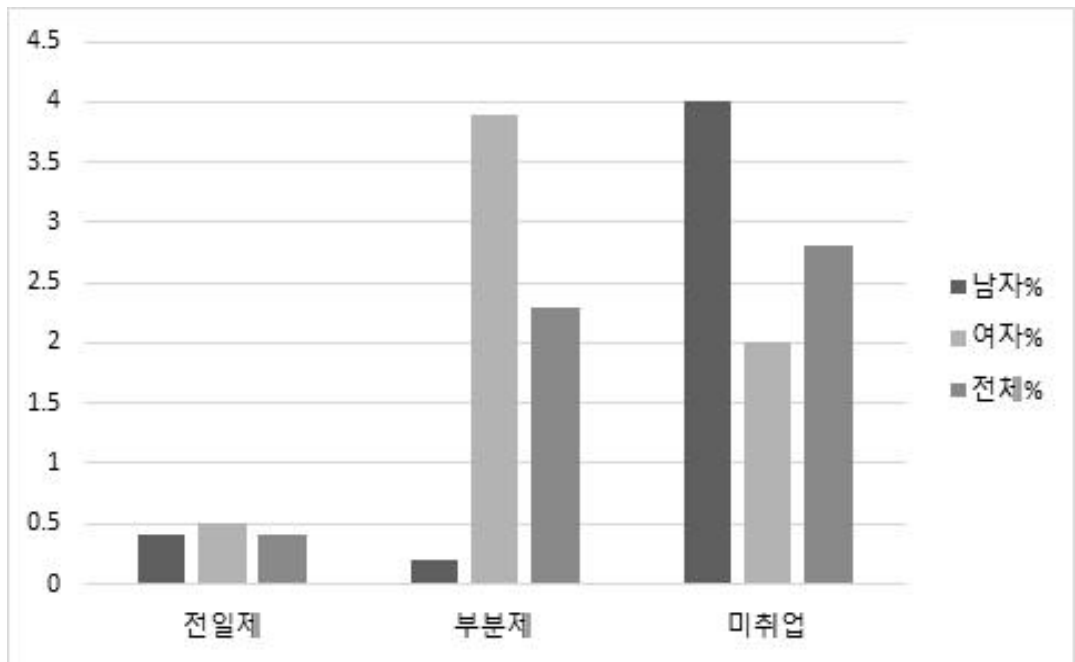


그림 127. 주요우울장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

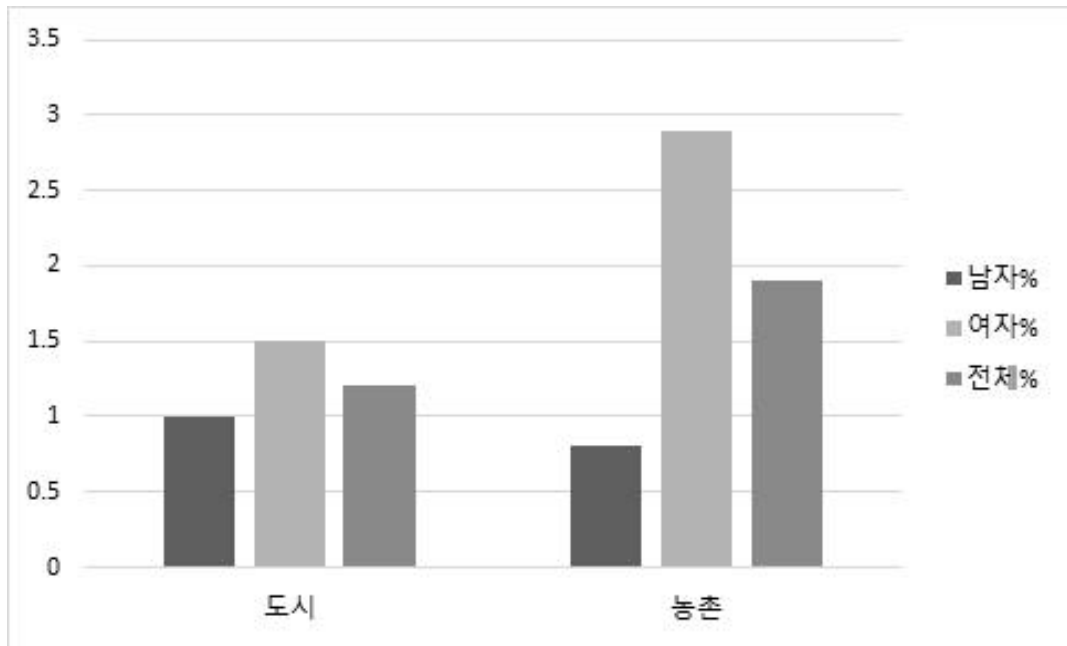


그림 128. 주요우울장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포

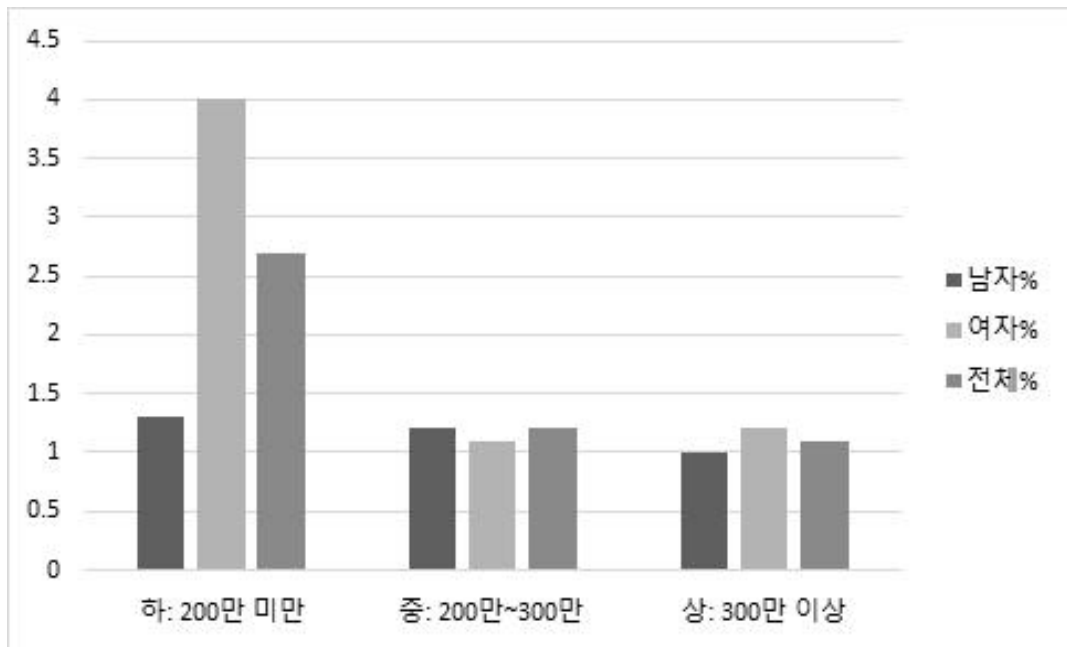


표 88. 주요우울장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	4	13	8	5	10	3	2	3	6	2	0	2	1	59
	백분율	6.8	22.0	13.6	8.5	16.9	5.1	3.4	5.1	10.2	3.4	0	3.4	1.7	100
여자	환자수	1	14	19	18	37	29	18	20	20	7	14	6	10	213
	백분율	0.5	6.6	8.9	8.5	17.4	13.6	8.5	9.4	9.4	3.3	6.6	2.8	4.7	100
전체	환자수	5	27	27	23	47	32	20	23	26	9	14	8	11	272
	백분율	1.8	9.9	9.9	8.5	17.3	11.8	7.4	8.5	9.6	3.3	5.1	2.9	4.0	100

그림 129. 주요우울장애의 발병연령 분포

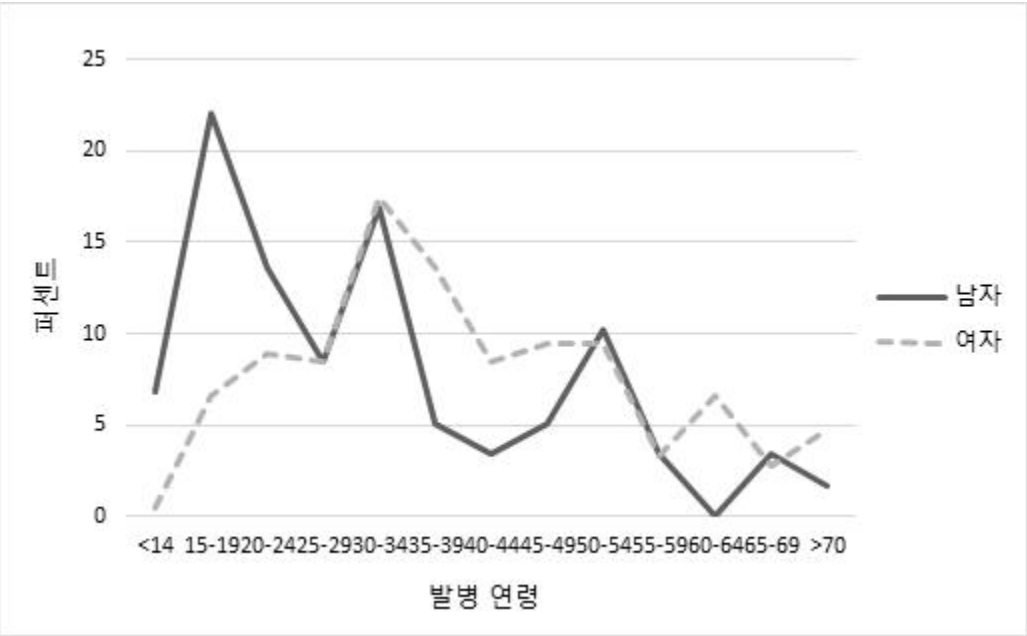


표 89. 주요우울장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	1.6 (1.0-2.7)	0.043
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	1.5 (0.8-2.9)	0.174
30~44	1.6 (0.7-3.5)	0.182
18~29	4.8 (1.9-10.0)	0.001
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	2.2 (1.2-3.9)	0.007
미혼	1.2 (0.6-2.4)	0.572
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.2 (1.1-2.0)	0.503
직업		
전일제	1	
부분제	3.2 (1.9-10.9)	0.041
학생/주부	4.5 (1.9-10.9)	0.001
무직	4.0 (1.7-9.2)	0.001
거주지역		
도시	1	
농촌	1.6 (1.0-2.5)	0.038
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.0 (0.5-2.33)	0.837
하: 200만 미만	2.8 (1.6-4.7)	0.000

^a주요우울장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 90. 주요우울장애와의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.4 (1.3-1.5)	0.000
니코틴금단	1.4 (1.3-1.6)	0.000
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.5 (1.3-1.5)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	1.9 (1.4-2.5)	0.000
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
기분부전장애	2.6 (2.3-3.0)	0.000
불안장애		
강박장애	1.5 (1.2-1.9)	0.000
외상후스트레스장애	1.9 (1.7-2.1)	0.000
공황장애	1.9 (1.6-2.3)	0.000
광장공포증	1.9 (1.6-2.2)	0.000
사회공포증	1.7 (1.5-1.9)	0.000
범불안장애	2.0 (1.8-2.2)	0.000
특정공포증	1.4 (1.3-1.6)	0.000

^a주요우울장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.4.2.1 주요우울장애 산후우울증 아형

개관

본 조사에서는 주요우울장애의 아형 중 산후우울증의 유병률에 대한 조사를 추가적으로 실시하였다. 산후 우울증은 주요우울장애의 일종으로 분만 후 4주 이내에 기분 증상이 발병하는 경우를 대상으로 하며, 출산 후 추적 관찰의 기간에 따라 차이가 있지만, 3-6%의 여성에서 임신 중 또는 출산 후 수주 혹은 수개월 이내에 주요우울장애가 발병한다. 산후 주요우울 삽화의 50%는 실제로는 분만 전에 시작되어 최근에는 이러한 삽화들을 총괄하여 주산기 삽화로 일컫는다. 주된 증상으로는 주요우울장애와 유사하여, 슬픔, 무기력감, 수면 및 식욕의 변화, 성욕의 감소, 불안, 초조가 있을 수 있다. 전향적 연구들에서 임신 중 기분 및 불안 증상과 '출산 후 우울'이 출산 후 주요우울삽화의 위험을 증가시킨다는 보고가 있었다. 주산기 발병 기분 삽화는 정신병적 양상을 포함할 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있다(영아를 살해하라는 환청이나 악마가 씌었다는 망상 등). 그러나 이러한 특정 망상이나 환청이 없는 고도의 산후 기분삽화에서도 영아 살해가 나타날 수 있다(Spinelli MG, 2004). 정신병적 양상을 동반하는 산후 기분삽화는 500-1000건의 분만당 1건의 비율로 알려져 있으며 초산부들, 이전에 산후 기분삽화의 병력이 있는 경우, 1형 양극성 장애의 과거력이나 가족력이 있는 경우 특히 높아진다.

조사결과

기존 연구에 의하면 주요우울장애를 경험한 여성 중 약 8%~15% 사이가 산후우울증으로 나타났다. 본 조사에서는 9.8%로 나타나, 여성의 주요우울장애 중 약 10%가 산후우울증인 것으로 발견되었다<표 91, 그림 130>.

사회인구학적 분포: 주요우울장애와 산후우울증의 인구사회학적 분포를 비교하면 다음과 같다. 먼저 주요우울장애와 산후우울증 모두 20대에서 평생유병률이 가장 높게 나타났다. 결혼상태에 따라서는, 주요우울장애의 경우는 이혼/별거/사별 집단에서, 산후우울증은 기혼 집단에서 가장 높았다. 7~9년 사이의 교육을 받은 집단의 주요우울장애 유병률이 가장 높았지만 산후우울증의 경우는 교육 수준에 따라 큰

차이가 발견되지 않았다. 또한, 주요우울장애의 경우는 부분제 취업 상태, 산후우울증은 전일제 취업 상태에서 유병률이 높았다. 거주 지역에 따라서도 차이가 발견되었는데, 주요우울장애는 농촌 지역에서 더 높은 빈도로 나타났지만 산후우울증은 그 반대 양상을 보였다. 마지막으로 소득 수준에 따라서 세부적으로 살펴 본 결과, 주요우울장애는 200만원 미만 집단에서 유병률이 가장 높았다. 산후우울증의 경우는 집단 간 뚜렷한 차이가 발견되지 않았다<표 92>.

표 91. 지역사회 역학조사에서 보고된 주요 우울증 중 산후우울증 비율

지역	산후우울증/전체 우울증(%)
캐나다 (2011)	8.7
일본 (2015)	13.6
뉴질랜드 (2016)	14.0
한국 (2016)	9.8

그림 130. 지역사회 역학조사에서 보고된 주요 우울증 중 산후우울증 비율

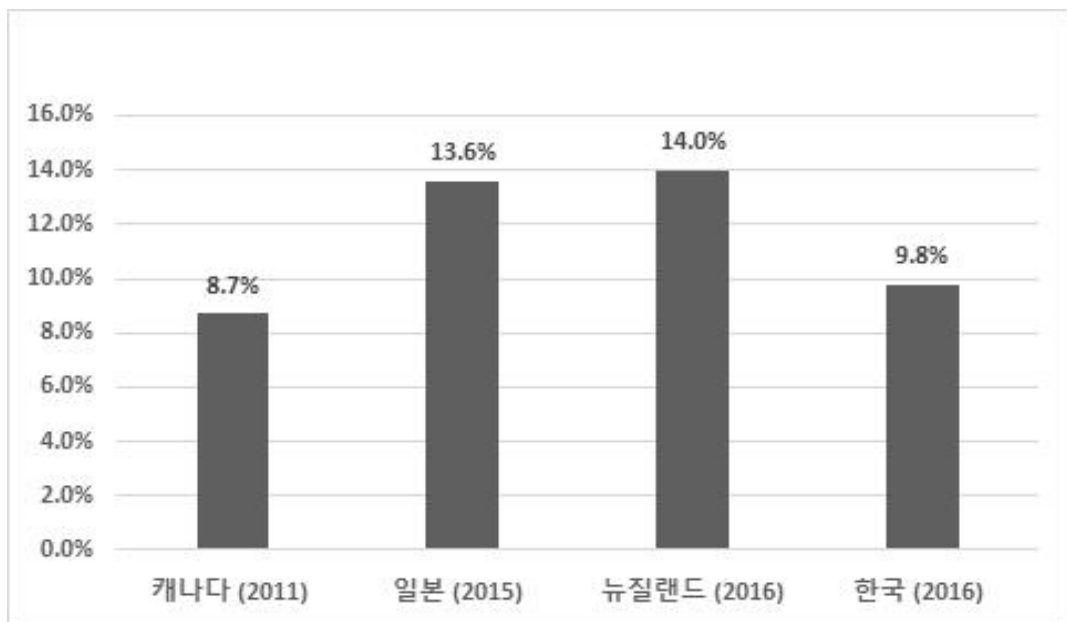


표 92. 주요우울장애와 산후우울증 평생유병률의 사회인구학적 분포 비교

	주요우울장애	산후우울증
	%	%
연령군		
18~29세	6.1	0.0
30~39세	4.3	1.0
40~49세	4.1	0.4
50~59세	3.5	0.1
60~69세	5.0	0.3
70세 이상	3.4	0.2
결혼상태		
기혼	3.3	0.5
이혼/별거/사별	7.5	0.4
미혼	5.9	0.0
교육(년)		
무학	2.8	0.4
1~6년	4.3	0.1
7~9년	7.1	0.4
10~12년	4.7	0.3
13년 이상	4.1	0.4
취업상태		
전일제	0.6	3.0
부분제	9.1	1.3
미취업	5.0	2.2
거주지역		
도시	4.0	0.4
농촌	5.2	0.2
소득수준(원/월)		
하: 200만 미만	5.8	0.2
중: 200만~300만	5.0	0.4
상: 300만 이상	3.7	0.4
전체	5.9	0.8

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

3.4.3. 기분부전장애

개관

기분부전장애는 일정한 기간 안에 심한 우울삽화를 가지는 주요우울장애와는 다르게, 만성화되는 경한 우울감이 유지되는 상태이다. 그렇기 때문에, 기분부전장애 환자들은 어린시절부터 우울함이 전반적으로 분포해 있는 경우가 많다. 기분부전장애(지속성 우울장애)은 2년 동안, 우울 기분이 없는 날보다 있는 날이 더 많고, 하루 대부분 지속되는 만성적인 우울한 기분이다(진단기준 A). 아동과 청소년의 경우 기간은 적어도 1년이 되어야 하며, 기분이 과민한 상태로 나타나기도 한다. 기준 기간인 2년 동안(아동이나 청소년의 경우 1년 동안) 아무 증상 없는 기간이 2개월 이상 지속되지 않는다. 우울 기분의 기간 동안 식욕부진 또는 과식, 불면 또는 과다 수면, 기력의 저하 또는 피로감, 자존감 저하, 집중력 감소 또는 우유부단, 절망감의 6가지 증상(진단기준 B) 중 적어도 2개가 나타난다. 이 증상들은 일상적인 경험의 대부분을 차지하기 때문에 임상가가 직접적으로 묻지 않는다면 보고되지 않는 경우가 흔하다. 감별을 위해서는 조증 삽화, 경조증 삽화가 없어야 하고, 순환성 장애의 진단 기준을 충족하지 않아야 하며, 장애가 조현병 스펙트럼 장애 및 기타 정신병적 장애와 겹쳐져서 나타나는 것이 아니어야 한다. 또한 증상이 물질(남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니어야 한다. 만약 질환의 현 삽화 기간 동안 어느 시점에서든 주요우울장애의 진단기준을 모두 만족한다면 주요우울장애로 진단해야 한다.

조사결과

본 조사에서는 기분부전장애 평생유병률이 1.3%, 일년유병률이 0.2%로 나타났다. 기분부전장애의 평생유병률은 점차 증가하고 있는 추세를 보이고 있다<표 93, 그림 131, 132>. 국외의 연구(미국, 뉴질랜드 등)에서 보고된 기분부전장애의 평생유병률이 2.1%~7.9%으로 추산된다. 한편, 한국이나 중국을 비롯한 비서구권국가에서는 1% 이하의 낮은 수준의 유병률이 보고된 바, 기분부전장애의 유병률은 국가 간 큰 차이가 나타났다.

사회인구학적 분포: 기분부전장애 일년유병률은 남자 0.2%, 여자 0.3%로 나타났다.

남녀 모두에서 20대에서 유병률이 높았지만, 여자에서는 50대에서도 유병률이 높게 나타났다. 남자와 여자 모두 미혼 집단에서 각각 0.5%, 0.6%로 가장 높은 유병률을 보였다. 남자와 여자 모두 교육년수와 기분부전장애의 유병률의 증감 경향은 뚜렷하지 않았다. 남자와 여자 모두 미취업 집단에서 기분부전장애의 유병률이 가장 높았다. 거주지역에 따른 분포에는 성별로 다른 결과가 나타났는데, 남자의 경우 도시에 사는 사람이, 여자의 경우 농촌에 사는 사람이 유병률이 높았다. 남자에서는 300만원 이상의 인구군에서, 여자에서는 200만원 미만의 인구군에서 상대적으로 높은 유병률이 관찰되었다.<표 94, 그림 133~138>.

발병연령: 발병연령에 따른 유병률의 차이가 성별로 다른 양상을 나타냈는데, 남자는 10대 후반에 21.4%가 발병하였고, 여자는 30대에 18.6%가 발병하였다<표 95, 그림 139>.

위험요인 분석: 위험요인에 대한 요인분석 상 혼인여부가 기분부전장애의 유병률에 통계적 유의한 것으로 나타났다. 미혼인 사람들은 기혼인 사람들에 비해 기분부전장애의 유병률이 8.1배라고 해석된다<표 96>.

동반이환: 알코올 의존, 니코틴 사용장애, 조현병 및 관련장애, 주요우울장애, 양극성장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 97>.

표 93. 지역사회 역학조사에서 기분부전장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.3	0.4	0.5
한국전국(2006) ^a	0.3	0.3	0.5
한국전국(2011) ^a	0.3	0.4	0.8
한국전국(2016) ^a	0.2	0.2	1.3
일본(2002) ^a	-	0.7	-
중국(2002) ^a	-	-	0.1
미국 NCS-R(2002) ^a	-	1.5	2.5
유럽 ESEMeD ^a	-	1.1	4.1
이탈리아(2001)	-	1.0	3.4
프랑스(2001)	-	1.6	7.9
벨기에(2001)	-	1.1	4.6
캐나다(2003) ^c			1.2
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	2.1
호주(2007) ^a	-	1.3	-
나이지리아(2002) ^a	-	0.1	0.2
레바논(2002) ^a	-	0.8	-
멕시코(2001) ^a	-	0.4	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

^cMini Neuropsychiatric Interview (MINI)

그림 131. 우리나라 기분부전장애 평생유병률

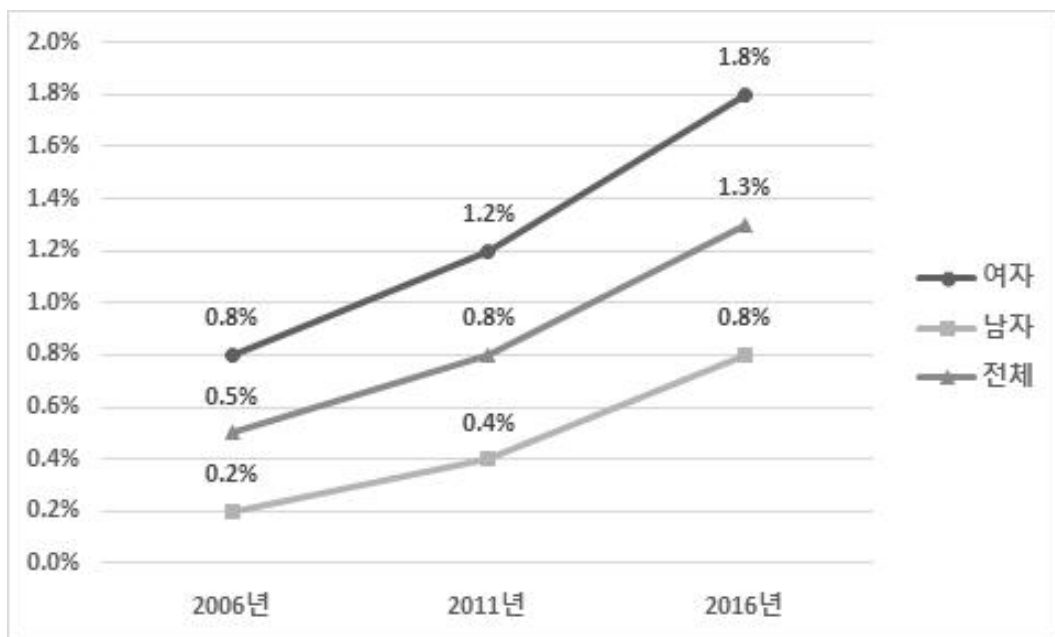


그림 132. 우리나라 기분부전장애 일년유병률

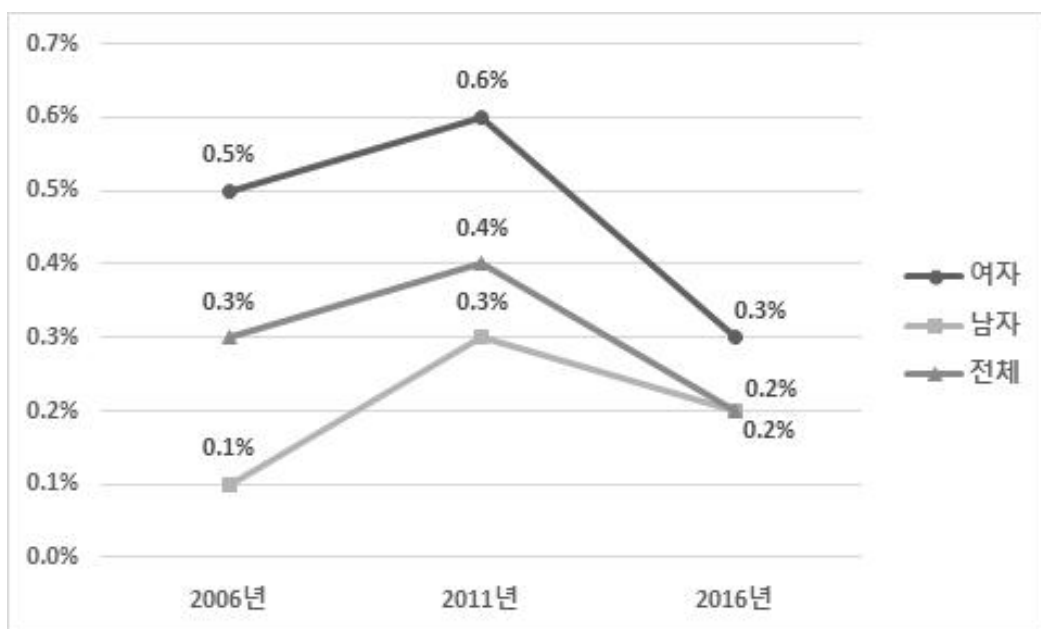


표 94. 기본부전장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.7	0.7	0.6	0.5	0.7	0.4
30~39세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40~49세	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.0	0.0	0.6	0.5	0.3	0.2
60~69세	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
70세 이상	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
이혼/별거/사별	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2
미혼	0.5	0.5	0.6	0.4	0.5	0.3
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
7~9년	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
10~12년	0.1	0.1	0.5	0.3	0.3	0.2
13년 이상	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0
부분제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
미취업	0.2	0.2	0.9	0.6	0.6	0.4
거주지역						
도시	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1
농촌	0.1	0.1	0.3	0.3	0.2	0.1
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.1	0.1	0.5	0.3	0.3	0.2
중: 200만~300만	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
상: 300만 이상	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2
전체	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 133. 기분부전장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

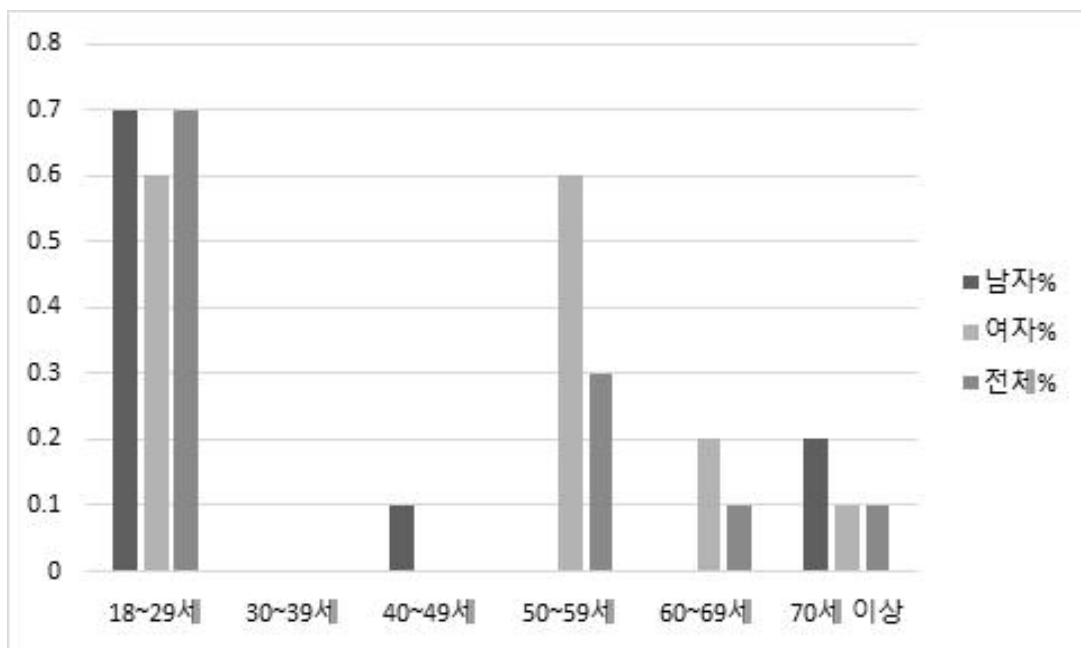


그림 134. 기분부전장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

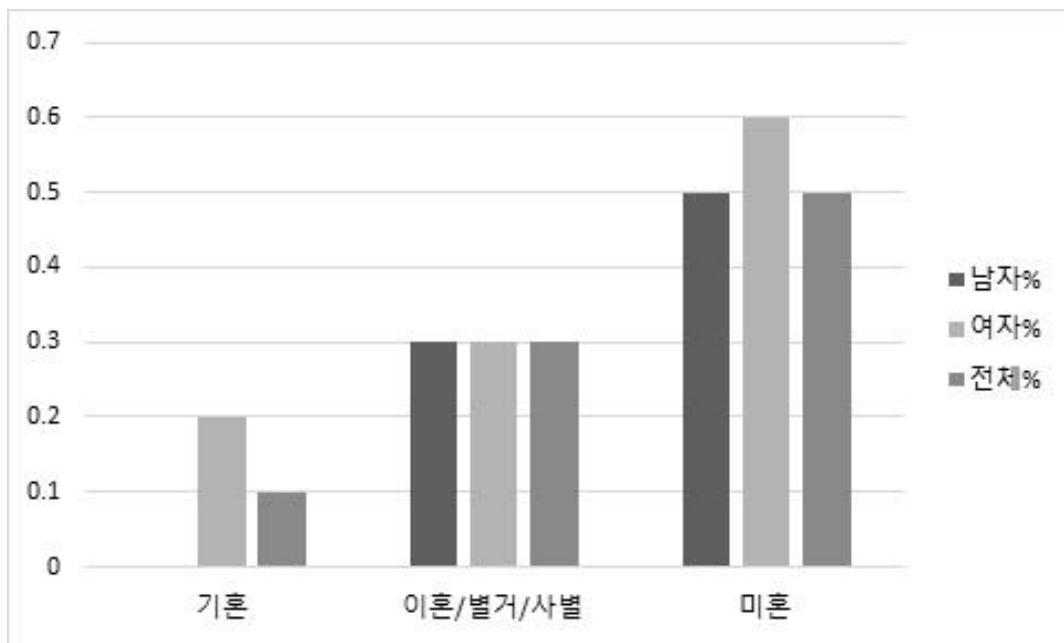


그림 135. 기분부전장애 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

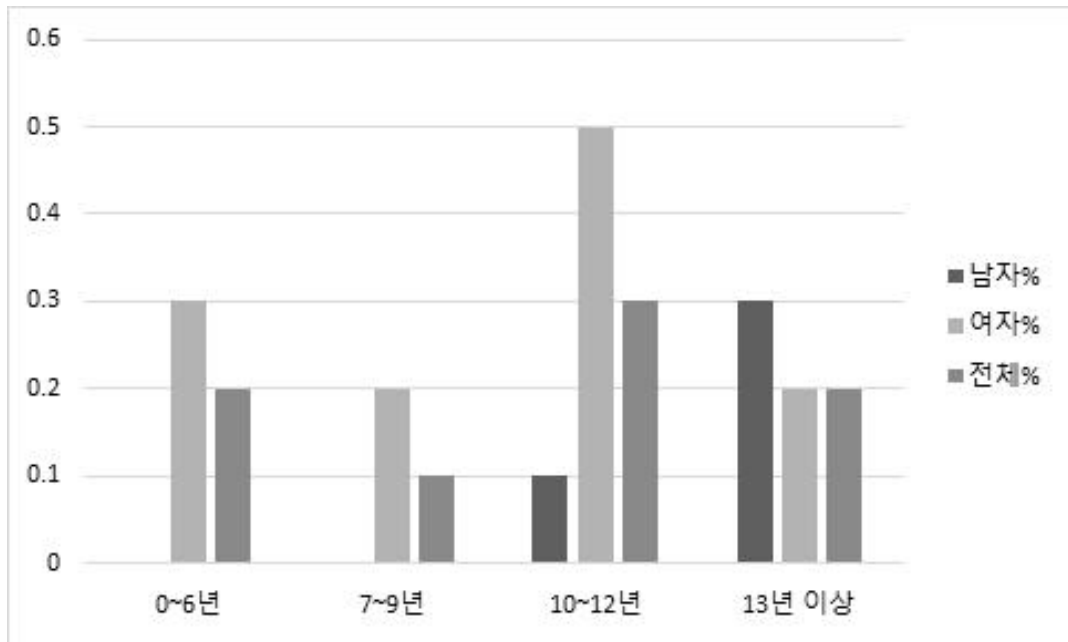


그림 136. 기분부전장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

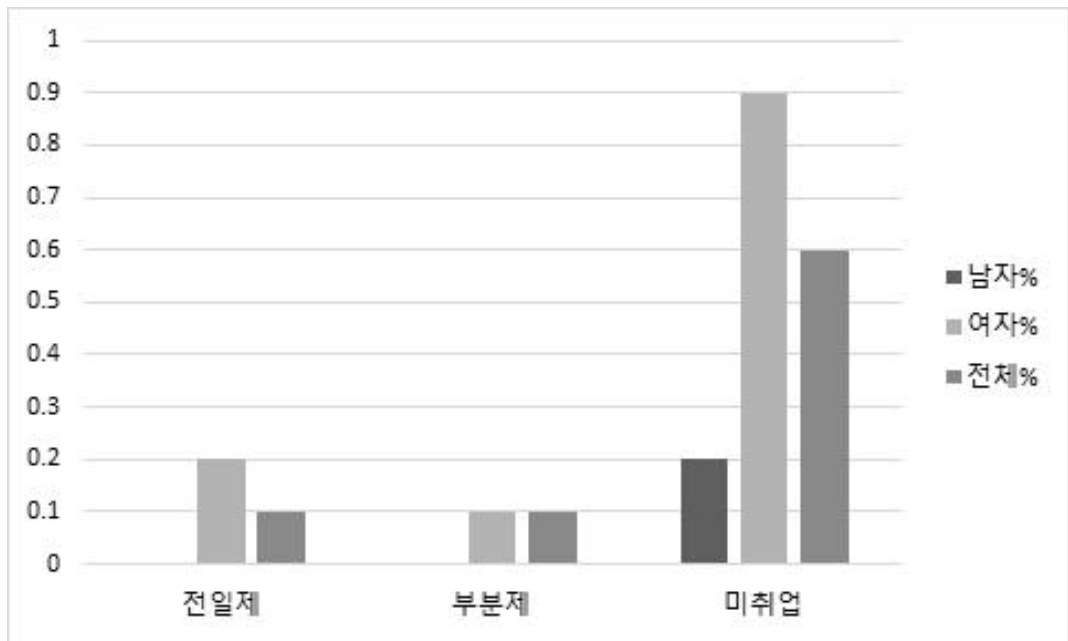


그림 137. 기분부전장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

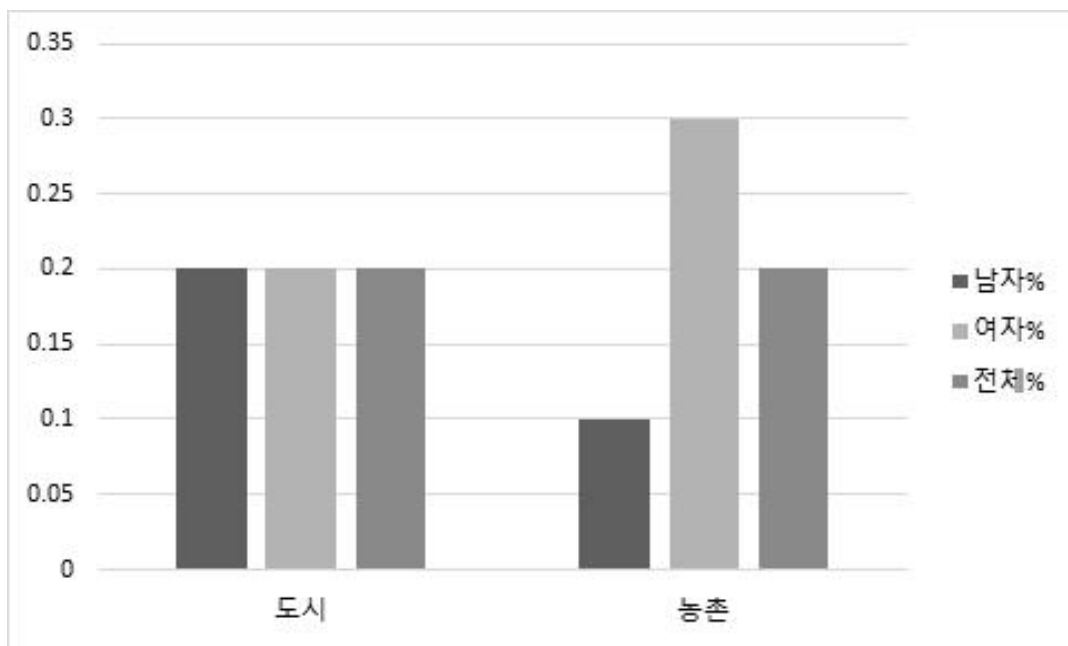


그림 138. 기분부전장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포

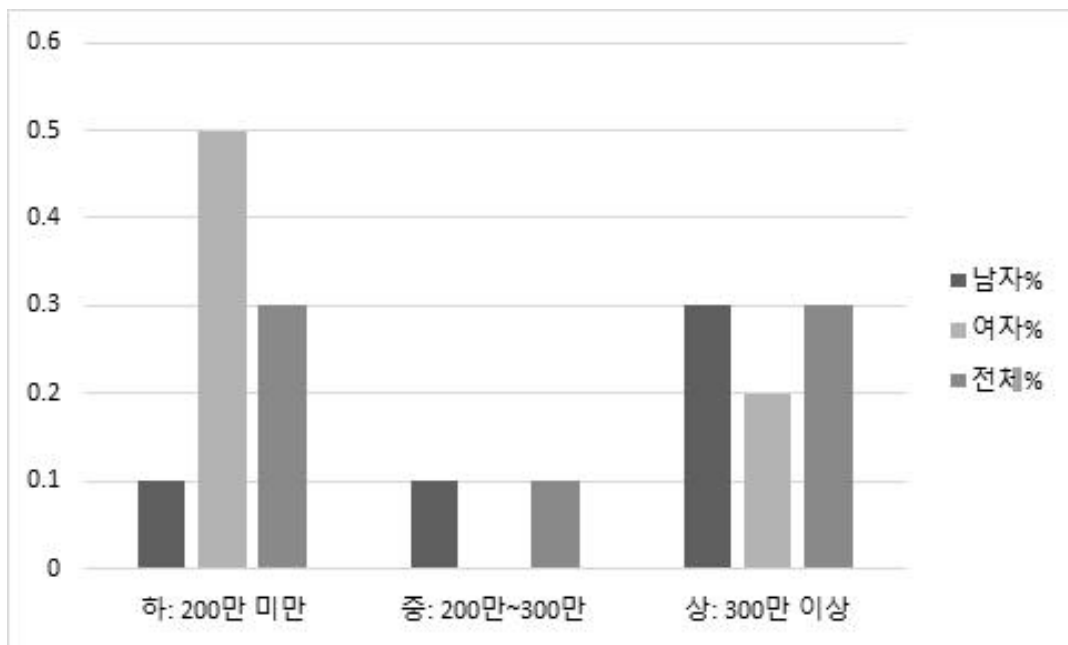


표 95. 기분부전장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70- 74	전체
남자	환자수	1	3	1	2	2	0	0	2	2	0	0	0	1	14
	백분율	7.1	21.4	7.1	14.3	14.3	0	0	14.3	14.3	0	0	0	7.1	100
여자	환자수	3	4	3	3	11	4	6	6	8	2	4	4	1	59
	백분율	5.1	6.8	5.1	5.1	18.6	6.8	10.2	10.2	13.6	3.4	6.8	6.8	1.7	100
전체	환자수	4	7	4	5	13	4	6	8	10	2	4	4	2	73
	백분율	5.5	9.6	5.5	6.8	17.8	5.5	8.2	11.0	13.7	2.7	5.5	5.5	2.7	100

그림 139. 기분부전장애 발병연령의 분포

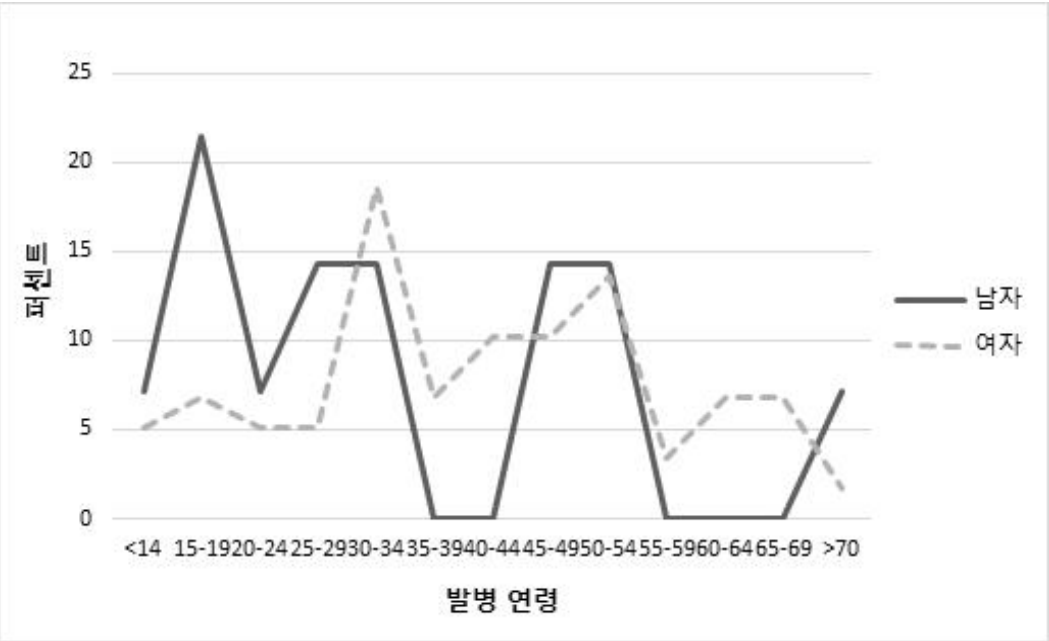


표 96. 기분부전장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	1.7 (0.4-6.9)	0.422
연령구간(세)		
60세 이상	1	
45~59	1.4 (0.2-7.2)	0.702
30~44	-	-
18~29	1.9 (0.1-20.0)	0.557
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	2.0 (0.3-11.2)	0.407
미혼	8.1 (1.2-51.8)	0.026
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	3.3 (0.6-16.7)	0.138
직업		
전일제	1	
부분제	1.7 (0.1-20.5)	0.646
학생/주부	1.6 (0.2-10.5)	0.615
무직	1.1 (0.1-6.4)	0.926
거주지역		
도시	1	
농촌	1.5 (0.4-5.5)	0.531
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.7 (0.1-6.3)	0.757
하: 200만 미만	1.3 (0.3-5.4)	0.684

^a기분부전장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 97. 기분부전장애와의 동반이환율

	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.3 (1.0-1.5)	0.023
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.3 (1.1-1.6)	0.006
니코틴금단	1.4 (1.1-1.7)	0.001
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	2.4 (1.7-3.2)	0.000
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
주요우울장애	2.6 (2.2-2.9)	0.000
양극성장애	2.6 (1.7-4.1)	0.000
불안장애		
강박장애	2.0 (1.6-2.6)	0.000
외상후스트레스장애	2.0 (1.7-2.3)	0.000
공황장애	2.2 (1.8-2.8)	0.000
광장공포증	2.1 (1.7-2.6)	0.000
사회공포증	1.9 (1.6-2.3)	0.000
범불안장애	2.1 (1.8-2.3)	0.000
특정공포증	1.5 (1.3-1.7)	0.000

^a기분부전장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.4.4. 양극성 장애

개관

고양된 기분을 가지고 지나친 대범함을 보이거나, 과도한 자신감 증가, 사고의 비약(flight of idea)과 스스로에 대한 과대망상적 생각들, 수면욕구의 감소를 보이는 등의 문제 등이 대표적인 양극성장애의 증상들이다. 우울삽화만을 가지는 주요우울증과는 달리, 우울삽화와 조증삽화를 모두 보이거나, 조증삽화만을 가질 때, 양극성 장애로 진단내릴 수 있다.

조증 삽화의 진단요소로는 비정상적으로 들뜨거나, 의기양양하거나, 과민한 기분, 그리고 활동과 에너지의 증가가 적어도 일주일간(만약 입원이 필요한 정도라면 기간과 상관없이), 거의 매일, 하루 중 대부분 지속되는 분명한 기간이 있으며, 자존감의 증가 또는 과대감, 수면에 대한 욕구 감소, 평소보다 말이 많아지거나 끊기 어려울 정도로 계속 말을 함, 사고의 비약, 주의산만, 목표 지향적 활동의 증가나 정신운동 초조, 고통스러운 결과를 초래할 가능성이 높은 활동에의 지나친 몰두와 같은 7개의 증상 가운데 3가지 이상(기분이 과민하기만 하다면 4가지 이상)을 만족한다. 경조증 삽화는 위의 진단적 증상이 적어도 4일 연속으로 거의 매일, 하루 중 대부분 지속되는 분명한 기간이 있으나, 입원이 필요할 정도로 심각하지는 않다. 물질로 유발된 기분장애의 삽화 또는 일반적인 의학적 상태로 인한 기분장애의 삽화는 제1형 양극성 장애로 진단되지 않으며, 조현병 스펙트럼 장애, 망상장애 또는 기타 정신병적 장애와는 별개로 발생하여야 한다.

조사결과

본 조사에서 양극성 장애 평생유병률과 일년유병률은 모두 0.1%로 나타나 2011년에 비해 양극성장애의 평생유병률과 일년유병률은 감소하였다<표 98, 그림 140, 141>. 국외 연구들과 비교하였을 때, 본 조사의 결과는 일본이나 중국과 비슷한 수준 보였고 서양국가인 미국, 영국, 뉴질랜드 등에 비하면 낮았다<표 98>. 다만, 양극성 장애는 CIDI를 사용하여 진단하기가 어렵고 조증 삽화에서 나타나는 과대하거나 과민한 기분이 우울 삽화에 비해 불편감이 적어 보고되지 않을 수 있다. 이에 따라, 지역사회에서의 양극성 장애 유병률이 과소평가 되었을 가능성이 있다.

사회인구학적 분포: 2016년 역학조사에서 여자의 양극성장애 일년유병률은 0.3%였

고, 전 연령대 중 30대에서 0.6%로 나타나, 가장 높은 유병률을 보였다. 전체 여성 중 미혼 집단에서 양극성 장애 일년유병률이 0.6%로 가장 높게 도출 되었다. 그러나 교육 수준에 따른 특징적인 양상은 발견되지 않았다. 취업상태의 경우, 여자는 미취업 집단이 0.6%로 가장 높은 유병률을 보였고, 거주지역에 따라서는 도시지역 거주자들이 농촌지역 거주자에 비해 높은 일년유병률을 보였다. 소득수준에 따라 살펴보면, 고소득층에서 유병률이 0.2%로 가장 높게 나타났다. 한편, 본 조사에서는 남자 인구군의 양극성장애 일년유병률이 0%로 조사되었는데, 이는 앞서 언급한대로 양극성장애가 다른 기분장애들과 다르게 병식(病識)이 결여되어 있는 경우가 많다는 점에도 영향을 받았을 것으로 보인다<표 99, 그림 142~147>.

발병연령: 양극성장애의 발병연령 분포를 살펴보면, 여자의 경우 20대 후반부터 30대 후반에 걸쳐 전체 중 60%가 발병하는 경향을 보였다<표 100, 그림 148>.

위험요인 분석: 통계적으로 유의한 위험 요인은 관찰되지 않았다<표 101>.

동반이환: 니코틴 금단, 조현병 및 관련장애, 기분부전장애, 강박장애, 외상후 스트레스 장애, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 102>.

표 98. 지역사회 역학조사에서 양극성 장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.2	0.2	0.2
한국전국(2006) ^a	0.3	0.3	0.3
한국전국(2011) ^a	0.2	0.2	0.2
한국전국(2016) ^a	0.0	0.1	0.1
일본(2002) ^a	-	0.1	-
중국(2002) ^a	-	-	0.1
미국 NCS-R(2002) ^a	-	2.6	3.9
미국(2012) ^a	-	1.8	4.1
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	3.8
호주(2007) ^a	-	1.8	-
영국(2014) ^b			2.0
레바논(2002) ^a	-	1.5	-
멕시코(2001) ^a	-	1.1	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^bMood disorder Questionnaire를 사용

그림 140. 우리나라 양극성장애 평생유병률

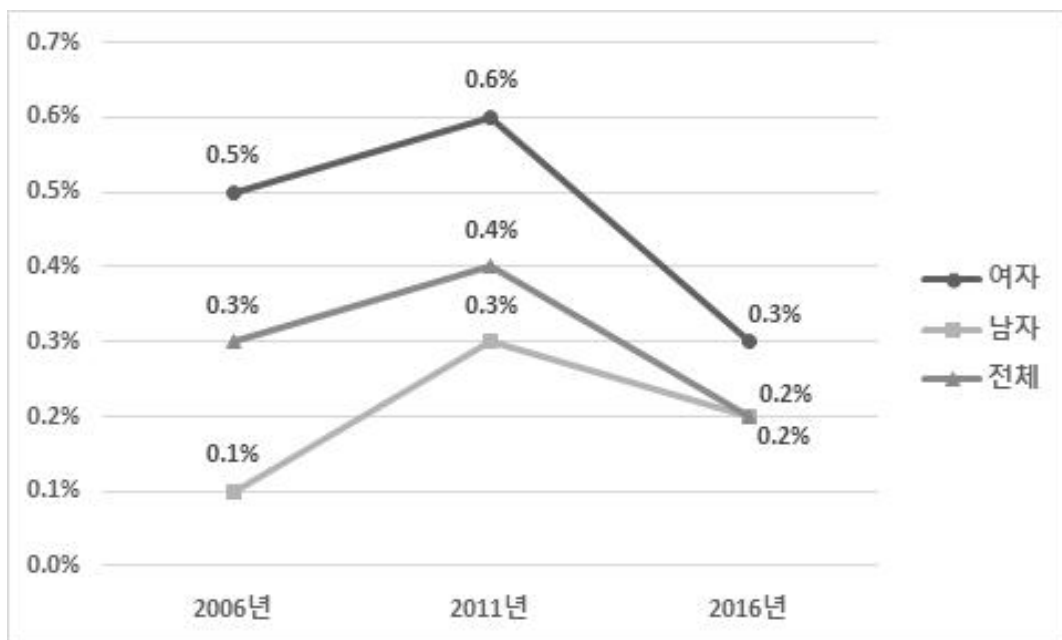


그림 141. 우리나라 양극성장애 일년유병률

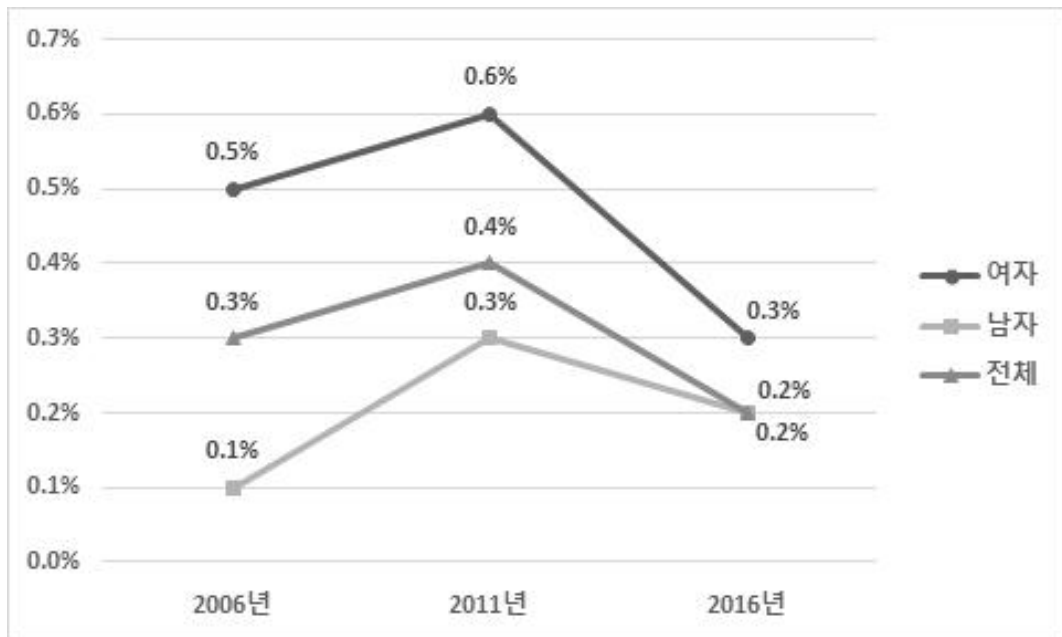


표 99. 양극성 장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30~39세	0.0	0.0	0.6	0.5	0.3	0.2
40~49세	0.0	0.0	0.5	0.3	0.2	0.2
50~59세	0.0	0.0	0.4	0.4	0.2	0.2
60~69세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
70세 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
이혼/별거/사별	0.0	0.0	0.4	0.4	0.3	0.3
미혼	0.0	0.0	0.6	0.4	0.2	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10~12년	0.0	0.0	0.5	0.3	0.3	0.2
13년 이상	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.5	0.3	0.2	0.1
부분제	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
미취업	0.0	0.0	0.6	0.4	0.4	0.3
거주지역						
도시	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
농촌	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
중: 200만~300만	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
상: 300만 이상	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
전체	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 142. 양극성 장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

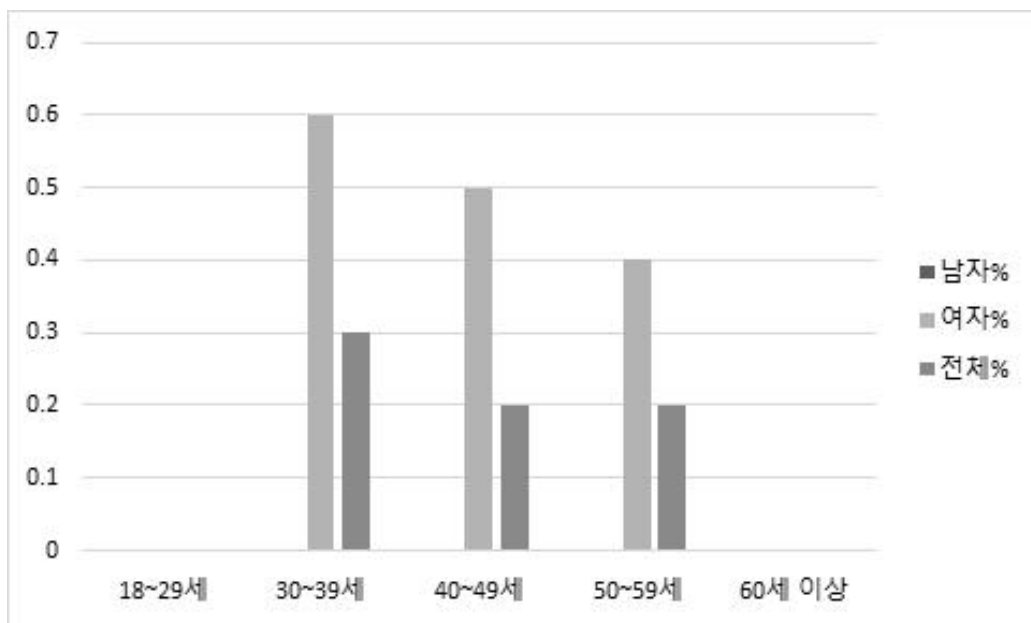


그림 143. 양극성 장애 일년유병률의 결혼상태에 따른 분포

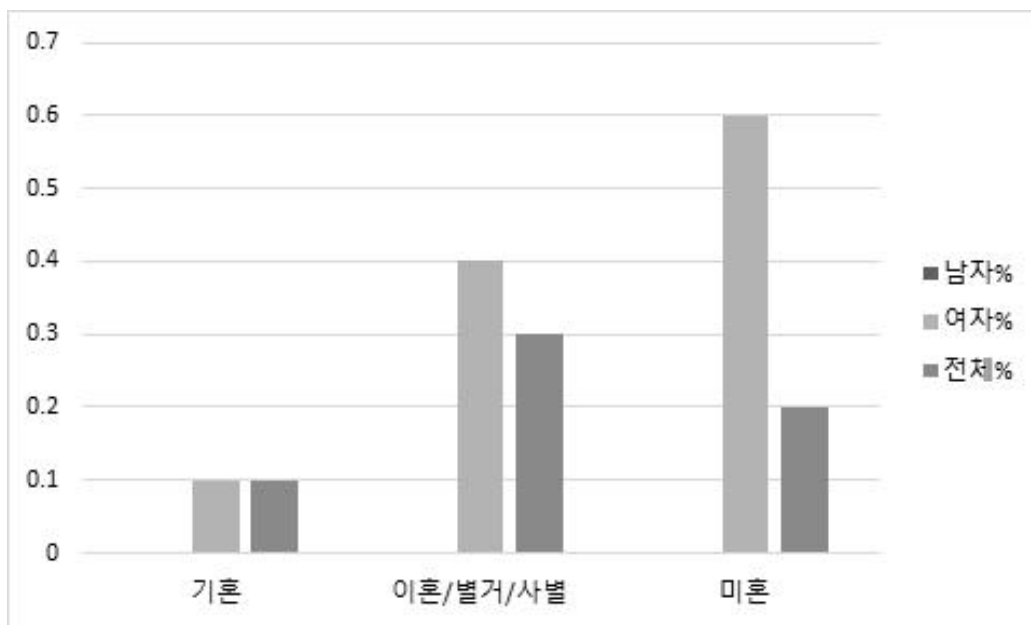


그림 144. 양극성 장애의 일년유병률의 교육수준에 따른 분포

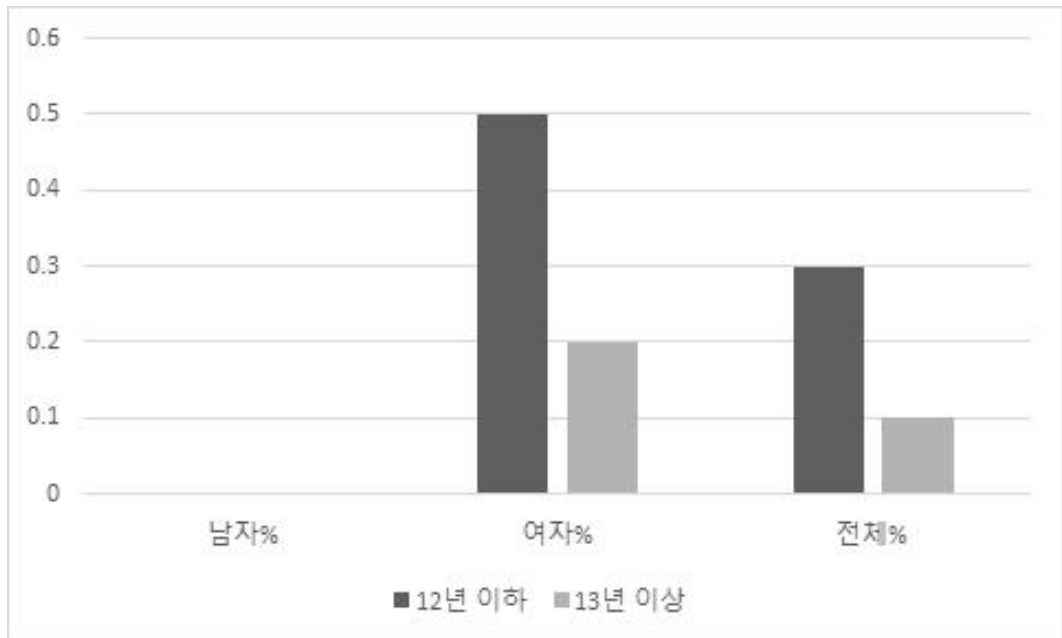


그림 145. 양극성 장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

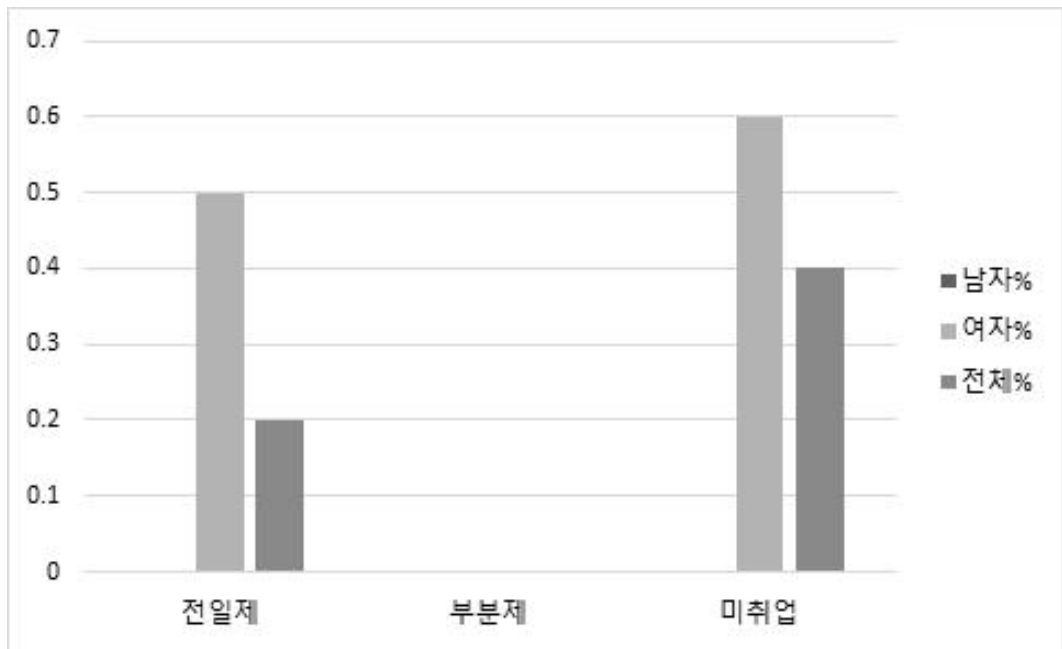


그림 146. 양극성 장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

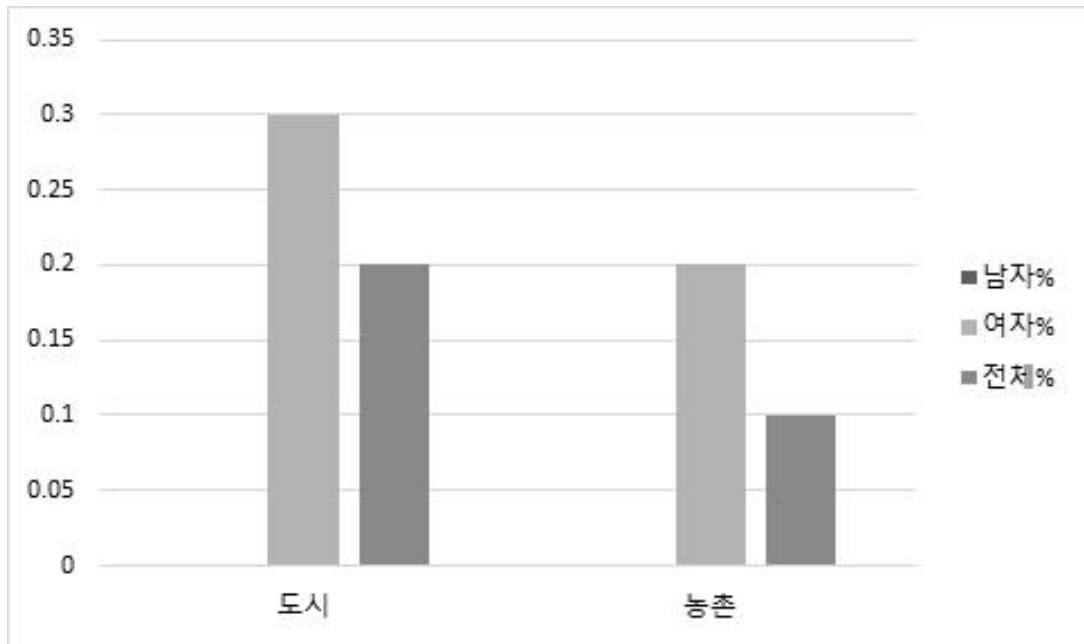


그림 147. 양극성 장애 일년유병률의 월 소득수준에 따른 분포

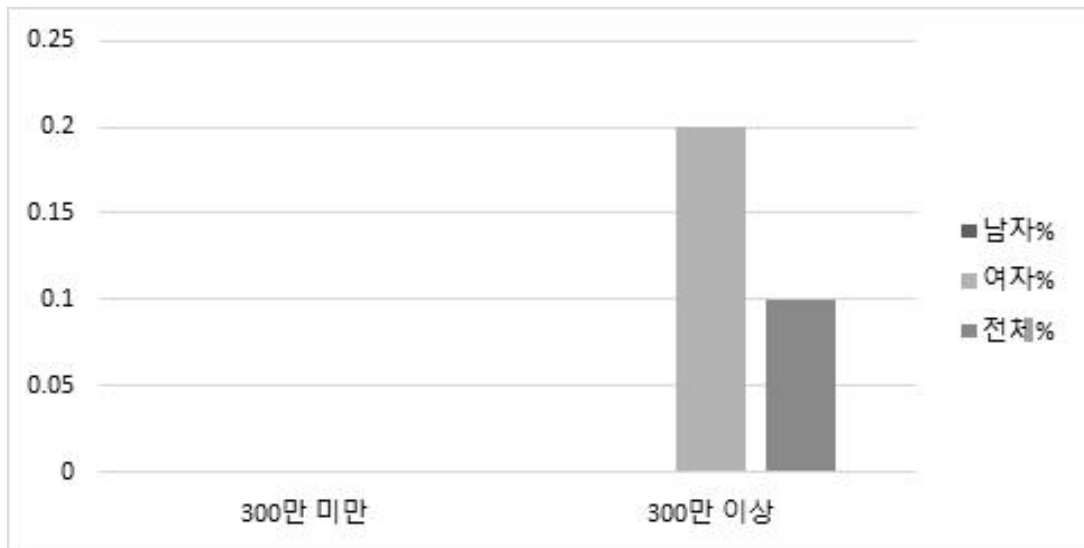


표 100. 양극성 장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70- 74	전체
남자	환자수	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	백분율	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
여자	환자수	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
	백분율	20.0	0	0	20.0	20.0	20.0	0	20.0	0	0	0	0	0	100
전체	환자수	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
	백분율	20.0	0	0	20.0	20.0	20.0	0	20.0	0	0	0	0	0	100

그림 148. 양극성 장애 발병연령에 따른 분포

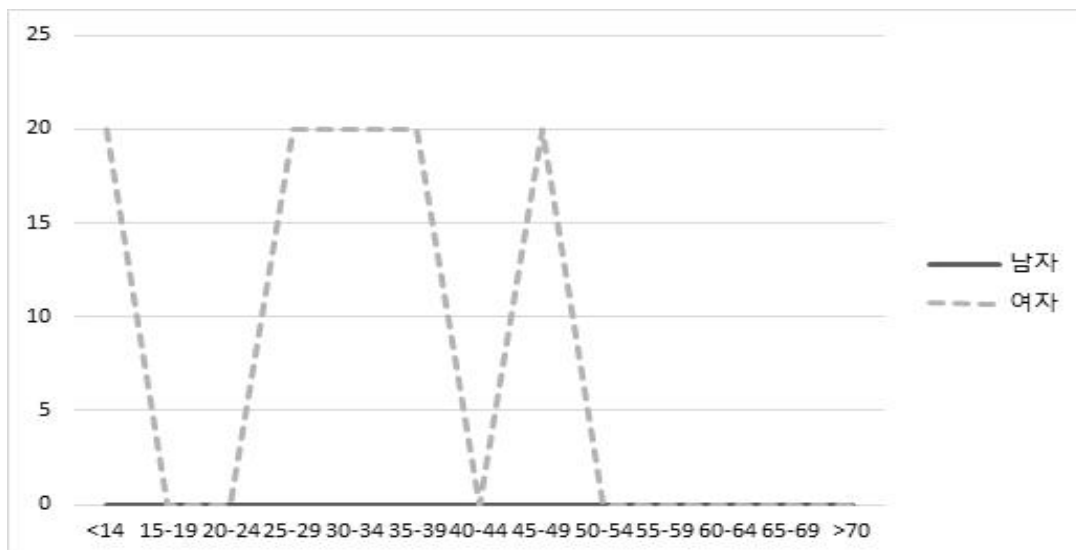


표 101. 양극성 장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	-	-
연령구간(세)		
60세 이상	1	
45~64	-	-
30~44	-	-
18~29	-	-
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	2.9 (0.2-41.7)	0.415
미혼	5.7 (0.4-74.5)	0.179
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	2.9 (0.3-23.5)	0.322
직업		
전일제	1	
부분제	-	0.990
학생/주부	-	0.951
무직	-	0.987
거주지역		
도시	1	
농촌	0.5 (0.0-5.3)	0.122
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	-	-
하: 200만 미만	-	-

^a양극성장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 102. 양극성 장애와의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올 사용장애		
알코올 남용	-	-
알코올 의존	-	-
니코틴 사용장애		
니코틴 의존	-	-
니코틴 금단	1.8 (1.1-3.2)	0.030
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련장애 ^b	3.2 (1.8-5.7)	0.000
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
기분부전장애	2.6 (1.6-4.1)	0.000
불안장애		
강박장애	3.3 (2.0-5.1)	0.000
외상후스트레스장애	1.9 (1.1-3.3)	0.020
공황장애	-	-
광장공포증	-	-
사회공포증	2.6 (1.6-4.1)	0.000
범불안장애	2.3 (1.4-3.5)	0.000
특정공포증	1.8 (1.1-2.8)	0.011

^a양극성장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.5. 불안장애

3.5.1. 불안장애군 개관

불안장애 범주는 극심한 공포와 불안 및 이와 관련된 행동적 양상을 지닌 다양한 질환들을 포함하고 있다. 불안장애에 포함되어 있는 질환은 불안과 공포를 유발하는 대상이나 상황에 따라서 구분될 수 있으며, 이와 관련된 인지적 관념 또한 다르게 나타난다.

불안장애는 불안은 그 정도가 과도하거나 발달상의 적절한 시기를 넘어서 지속된다는 점에서 발달 과정 중에 경험하는 정상적인 불안과는 다르며, 오랜 기간 지속된다는 점에서(대부분 6개월 이상) 종종 스트레스에 의해 유발되는 일시적인 공포와 불안과도 다르다. 불안장애의 공포와 불안이 과도한지의 여부에 대한 일차적 판단은 문화적, 상황적 요인을 고려하여 임상 의사가 내리게 되고, 증상이 생리적 반응이나 물질/약물 혹은 다른 의학적 상태로 인한 것이 아닐 때, 그리고 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않을 때에만 진단될 수 있다.

본 조사에는 DSM-IV에 기반한 한국어판 CIDI를 사용하여 총 7가지의 불안장애(강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증, 범불안장애)를 평가하였다. DSM-IV에서는 강박장애와 외상후스트레스장애가 불안장애의 범주에 포함되어 있지만, DSM-5에서 강박 및 관련 장애 범주와 외상 및 스트레스 관련 장애 범주가 새로 추가되었고, 이에 따라 강박장애와 외상후스트레스장애가 재분류되었다. DSM-5의 불안장애 범주는 위의 7가지 장애 외에도 분리불안장애와 선택적 함묵증을 포함하고 있지만 본 조사는 DSM-IV를 기반으로 한 CIDI를 사용했다는 점, 분리불안장애와 선택적 함묵증은 아동기에 보다 흔한 장애라는 점에서 본 조사에는 포함되지 않았다. DSM-IV에 따라, 강박장애와 외상후스트레스장애 결과는 불안장애 범주에 포함하여 기술하였다.

본 조사 결과는 다음과 같다. 불안장애 평생유병률은 남자 6.7%, 여자 11.7%, 전체 9.3%였다. 불안장애 일년유병률은 남자 3.8%, 여자 7.5%로 2011년과 마찬가지로 여자가 남자보다 높았으며, 광장공포증을 제외하고 모든 불안장애에서 남자보다 여자의 유병률이 더 높았다. 지난 한 해 동안 불안장애에 이환된 국민은 5.7%로 18세 이상의 일반인구 중 약 225만 명이 지난 한 해 동안에 불안장애를 경험한 것으로

추정된다<표 103>.

불안장애의 평생유병률은 2006년 6.9%, 2011년 8.7%, 2016년에는 9.3%로 점차 증가하고 있는 추세이다. 2011년과 2016년 조사를 비교하였을 때 가장 큰 증가의 폭을 보인 장애는 사회공포증으로, 2011년 0.5%에서 2016년 1.8%로 증가하였다. 불안장애 가운데 가장 높은 평생유병률을 보인 질환은 특정공포증 5.9%이었고, 그 다음은 범불안장애 2.3%, 사회공포증 1.8%, 외상후스트레스장애 1.4%, 강박장애와 광장공포증 0.7%, 공황장애 0.4%였다.

불안장애의 증가는 다음과 같이 설명될 수 있다. 기존 연구에 의하면 재난이나 참사는 사건과 관련된 직접적인 피해자뿐만 아니라 제3자에게도 영향을 미친다고 한다. 스스로를 잠재적인 피해자로 여기게 되는 개인화(personalization)과정을 거쳐 되어 과도한 경계와 공포를 느끼게 되는 것이다(Dixon, Rehling, Schiwach, 1993). 최근 몇 년간 우리나라에서 발생한 다양한 사회적 사건들이 개인화되어 불안장애의 증가에 기여하였을 수 있다. 또한 메스컴을 통해 외상 사건의 자극적인 정보에 반복적으로 노출되면서 불안과 부정적인 생각이 증폭하였을 가능성도 고려해봐야 할 것이다. 기존 연구에 의하면 외상 사건에 대한 보도를 접한 시간과 스트레스 반응과의 관련성이 보고되어, 자극적인 기사와 정보의 홍수가 사람들의 불안 증세를 가중시키는 요인으로 보여진다(Schuster et al., 2001).

기존의 연구에서는 무직(또는 낮은 소득) 미혼, 10~20대 그리고 여성일 경우 불안장애의 위험률이 증가한다고 보고하였다(Michael, Zetsche, Margraf, 2007). 통계청에 의하면 우리나라 2016년 2월 청년 실업률은 12.5%로 나타나 1999년 이후 최고치를 기록하고 있다. 나아가 우리나라 1인 가구 비중은 점차 증가하고 있는데 그 원인은 청년층의 혼인을 하락과 고령화로 인한 노인 단독 가구의 증가로 설명되고 있다. 1인가구의 다른 가구에 비해 소득이 낮고, 빈곤율이 47.2%로 보고되었다. 불안장애의 위험요인이 될 수 있는 청년 실업률과 미혼율 등이 증가하게 되면서 불안장애 또한 증가한 것으로 예상해볼 수 있다.

지금까지는 여성이 남성보다 불안장애의 취약성이 높다고 알려진 바, 여성의 불안장애가 사회적으로 더 많은 관심을 받아왔다. 그러나 본 조사에 따르면 남성의 불안장애가 지속적으로 증가하고 있어 남성의 불안장애에도 주목해야 할 필요성이 제기되었다.

한편, 비교적 최근에는 여러 유명 연예인들이 불안장애로 치료 받고 있는 사실을

언론에 공개하면서 불안장애에 대한 사회적 관심이 증가하였다. 하지만 다른 서구권 국가에 비해 우리나라의 불안장애 유병률이 낮다는 것은 여전히 정신질환에 대한 사회적인 편견이 심하고 불안장애의 증상을 취약한 성격적 특성으로 이해하고 치료의 필요성을 인지하지 못하는 것도 하나의 원인으로 생각해볼 필요가 있다. 그러므로 불안장애에 대한 올바른 인식 제공을 위한 노력이 필요하며, 치료가 필요한 대상을 스크리닝 할 수 있는 제도의 개발이 필요할 것으로 생각된다. 나아가 국가적 재난과 외상 사건은 사망자 또는 생존자뿐만 아니라 목격자 및 유가족, 불안에 취약한 이들에게도 2차 피해를 입힐 수 있으므로, 심리적 안정을 위한 개입이 충분히 이루어져야 할 것이다.

사회인구학적 분포: 사회인구학적 특성에 따라 불안장애 일년유병률 분포를 살펴본 결과, 남녀 모두 20대, 그 다음으로는 30대에서 일년유병률이 가장 높게 나타났다. 결혼상태의 경우, 남자와 여자 모두 미혼 집단에서 기혼이나 이혼/별거/사별 집단보다 불안장애 일년유병률이 높았다(남자 6.6%, 여자 11.8%). 교육수준에 따른 불안장애 일년유병률의 증감 경향은 뚜렷하지 않았고 취업상태의 경우 불안장애 일년유병률은 남자와 여자 모두 미취업군에서 각각 4.3%, 9.4%로 가장 높은 유병률을 보였다. 남자와 여자 모두는 도시지역(남자 4.0%, 여자 7.8%)이 농촌지역(남자 3.6%, 여자 7.0%)에 비해 불안장애 일년유병률이 더 높았다. 가구별 월소득에 따라서는 불안장애 일년유병률은 저소득층에서 가장 높은 경향을 보였다.<표 104, 그림 149~154>.

표 103. 불안장애 일년유병률 및 추정환자 수

진단	남자		여자		전체	
	추정 환자수 (명)	유병률(%)	추정 환자수 (명)	유병률(%)	추정 환자수 (명)	유병률(%)
불안장애	752,765	3.8	1,495,239	7.5	2,248,004	5.7
강박장애	12,936	0.1	144,820	0.7	157,756	0.4
외상후 스트레스장애	39,624	0.2	160,396	0.8	200,020	0.5
공황장애	36,144	0.2	62,674	0.3	98,818	0.2
광장공포증	60,501	0.3	21,677	0.1	82,178	0.2
사회공포증	72,964	0.4	89,965	0.5	162,929	0.4
범불안장애	72,056	0.4	92,661	0.5	164,717	0.4
특정공포증	561,438	2.8	1,095,884	5.5	1,657,322	4.2

표 104. 불안장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	7.4	1.5	10.8	1.9	9.0	1.2
30~39세	4.4	1.4	9.4	1.6	6.9	1.1
40~49세	2.9	0.9	5.8	1.0	4.4	0.7
50~59세	1.9	0.7	6.4	1.2	4.1	0.7
60~69세	2.1	1.0	7.7	1.6	5.1	1.0
70세 이상	2.8	1.0	4.5	1.1	3.7	0.7
결혼상태						
기혼	2.7	0.5	6.1	0.6	4.4	0.4
이혼/별거/사별	2.3	1.1	7.6	1.2	6.0	0.9
미혼	6.6	1.2	11.8	1.9	8.7	1.1
교육(년)						
무학	0.0	0.0	7.8	2.4	6.2	2.0
1~6년	4.9	1.8	6.7	1.4	6.1	1.1
7~9년	2.1	1.2	8.4	2.2	6.0	1.4
10~12년	4.0	1.1	6.0	0.9	5.1	0.7
13년 이상	3.8	0.6	8.4	1.0	5.9	0.6
취업상태						
전일제	2.9	0.6	8.3	1.3	4.7	0.6
부분제	4.2	1.6	6.3	1.7	5.4	1.2
미취업	4.3	1.1	9.4	1.5	7.4	1.0
거주지역						
도시	4.0	0.6	7.8	0.8	5.9	0.5
농촌	3.6	0.8	7.0	0.9	5.4	0.6
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	5.4	1.1	9.0	1.1	7.3	0.8
중: 200만~300만	2.4	0.9	5.1	1.3	3.7	0.8
상: 300만 이상	3.7	0.8	8.2	1.0	5.9	0.6
전체	3.8	0.5	7.5	0.6	5.7	0.4

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 149. 불안장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

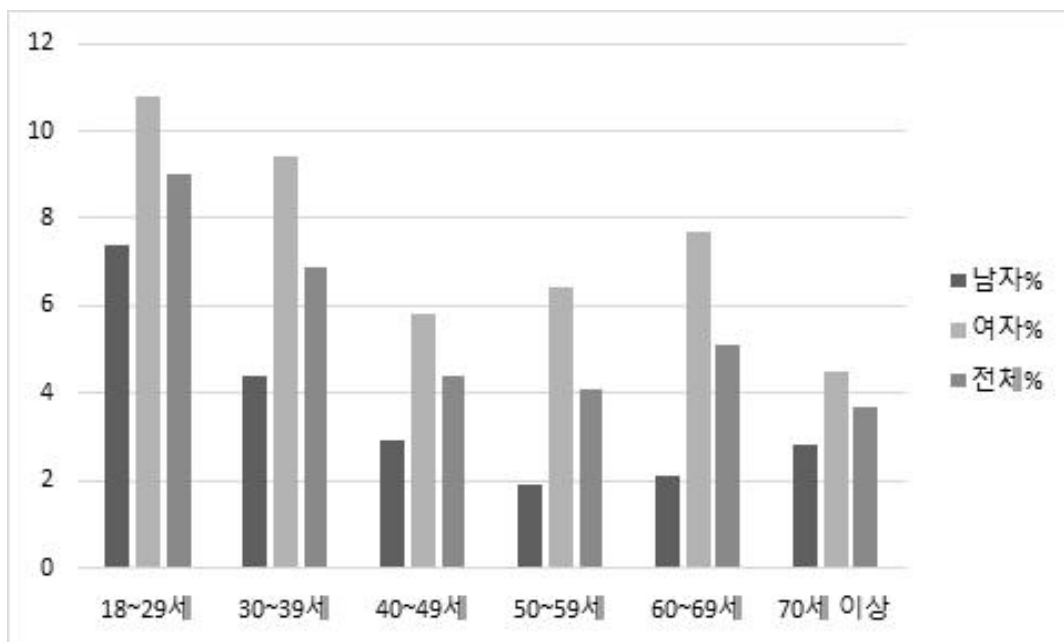


그림 150. 불안장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

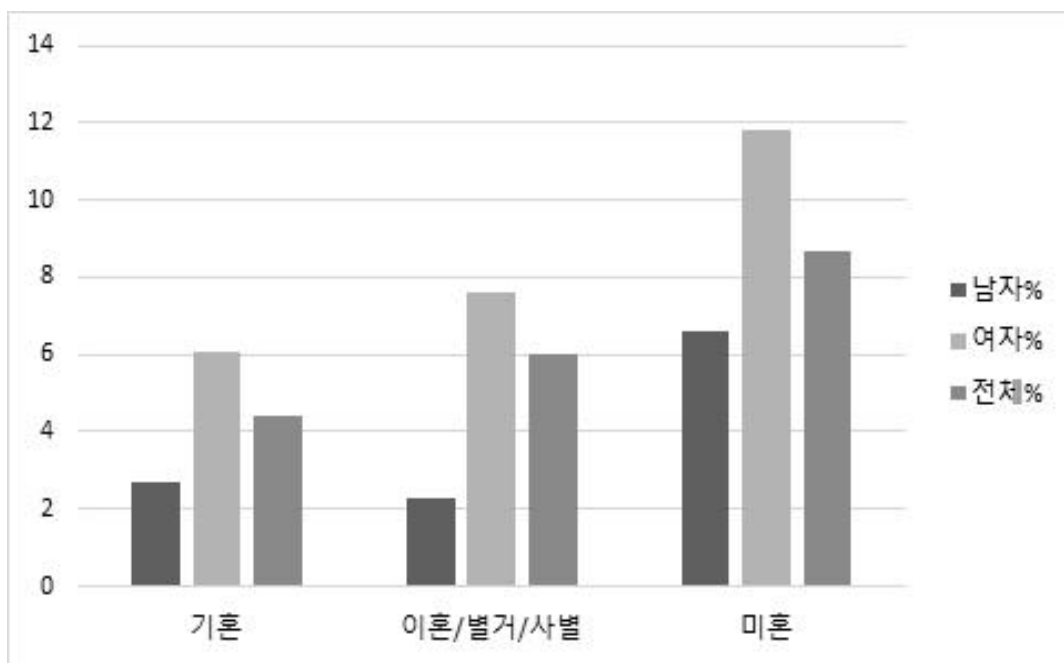


그림 151. 불안장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

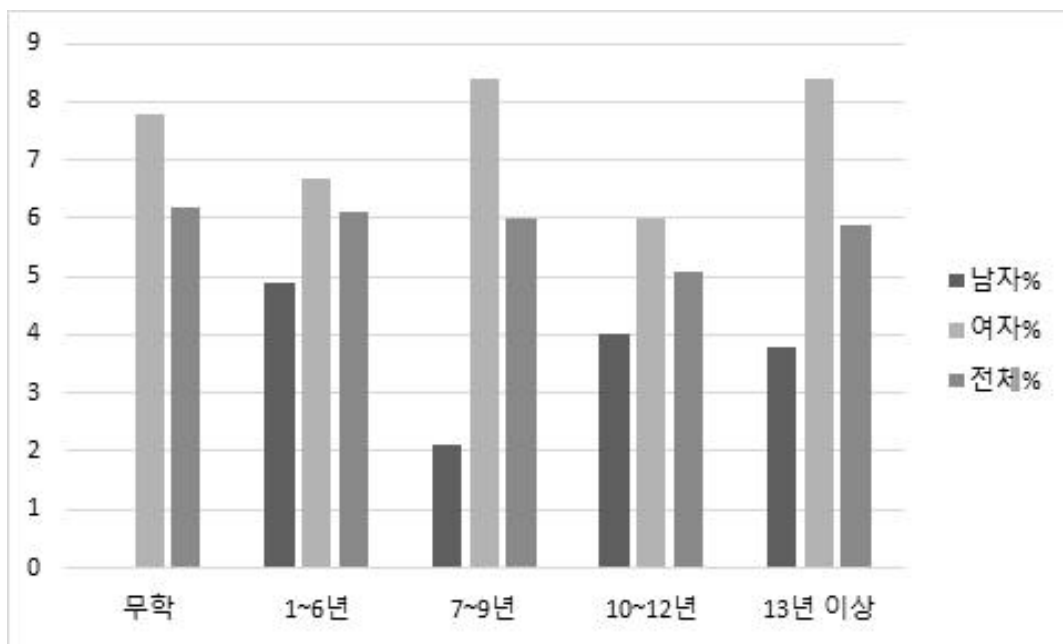


그림 152. 불안장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

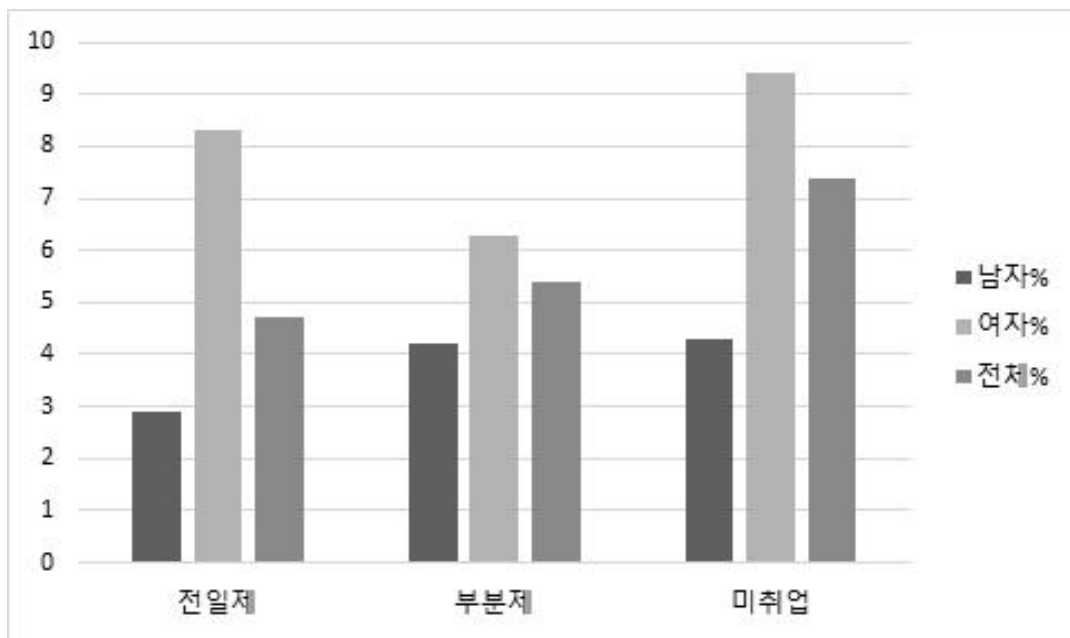


그림 153. 불안장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

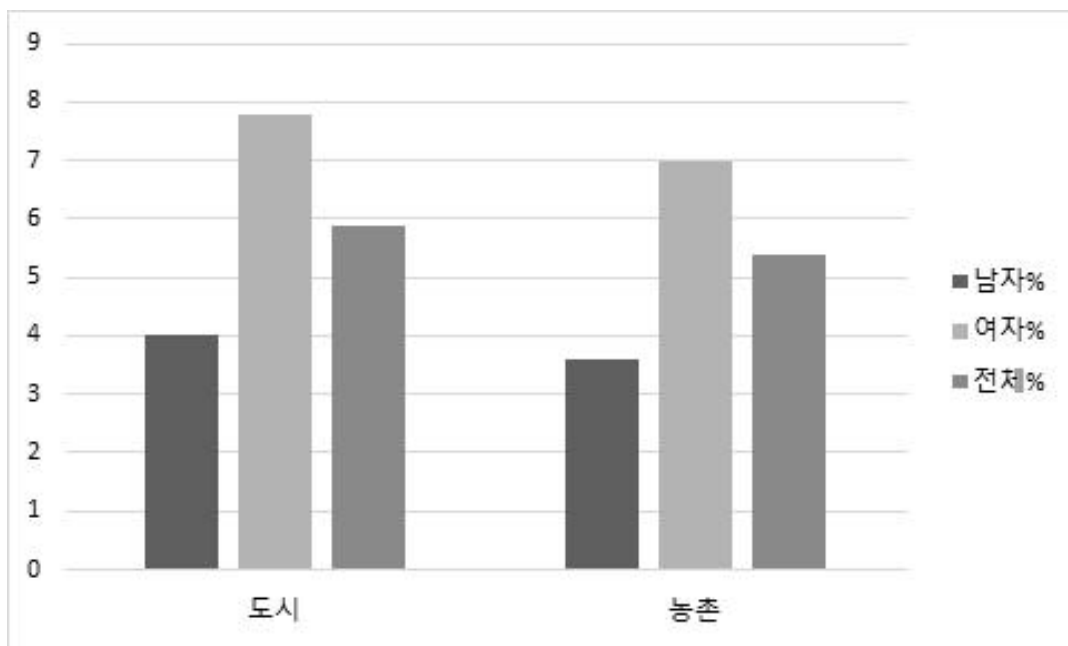


그림 154. 불안장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

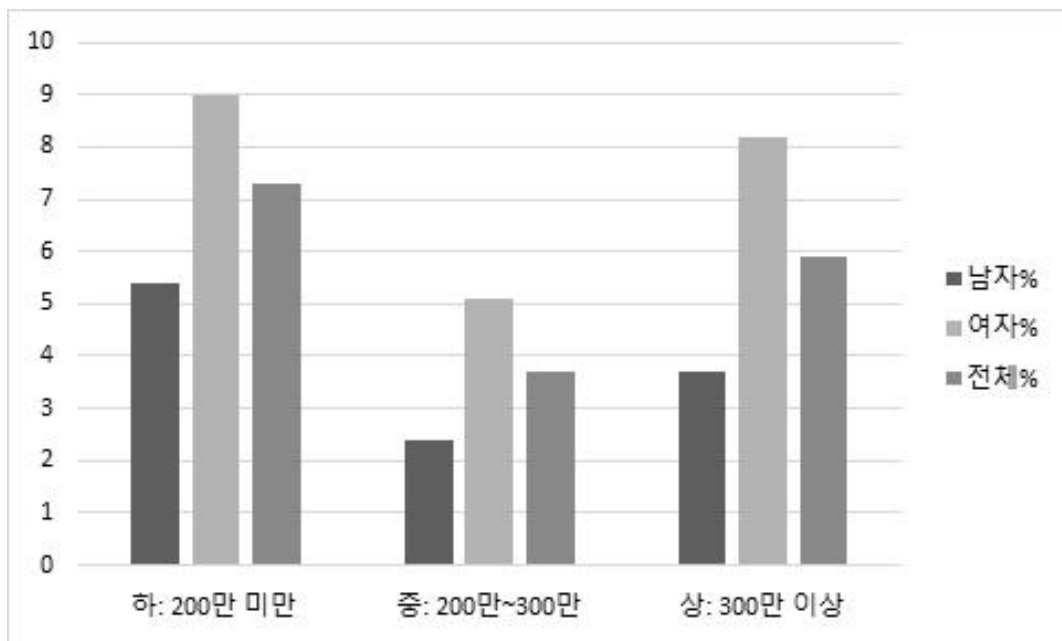


표 105. 불안장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	1.7 (1.3-2.3)	0.000
연령구간		
60세 이상	1	
45~59세	1.5 (1.0-2.0)	0.049
30~44세	2.1 (1.4-3.1)	0.000
18~29세	2.1 (1.3-3.5)	0.002
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.3 (0.8-1.7)	0.269
미혼	1.5 (1.1-2.2)	0.024
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.9 (0.7-1.2)	0.743
직업		
전일제	1	
부분제	1.0 (0.7-1.6)	0.863
학생/주부	1.1 (0.7-1.6)	0.645
무직	1.3 (1.0-1.8)	0.043
거주지역		
도시	1	
농촌	1.2 (0.8-1.4)	0.014
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200만~300만	0.7 (0.4-1.1)	0.132
하: 200만 미만	1.4 (1.1-1.9)	0.012

^a불안장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio.

3.5.2. 강박장애

개관

강박장애는 강박사고와 강박행동, 또는 둘 다 존재할 때 진단된다(진단기준 A). 강박사고는 반복적이고 지속적인 오염과 같은 사고, 폭력적이거나 공포스러운 장면들과 같은 심상, 또는 누군가를 찌르는 것과 같은 충동이며, 침투적이고 원하지 않는 반응으로서 현저한 불안감이나 괴로움을 초래하기 때문에 개인은 이러한 강박사고들에 대한 유발자극을 피하거나 사고의 억압을 통해 무시하고 억누르려고 시도하거나, 이를 강박 행동과 같은 다른 사고나 행동을 통하여 중화시키려고 노력한다. 강박행동은 반복적 행동(씻기, 확인하기 등)이나 심리 내적인 행위(숫자 세기, 속으로 단어 반복 등)로서 강박사고에 대한 반응이거나 또는 엄격한 규칙에 따라 수행을 하는 것이고, 현실적인 방식으로 연결되지 않거나 명백하게 과도한 정도의 것들이다. 이러한 강박사고와 강박행동들은 시간 소모적이고 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다(진단기준 B). 증상은 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니고, 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않는다. 나아가 증상으로 하여금 현저한 고통이나 장애가 초래될 경우 진단될 수 있다.

조사결과

본 조사에서는 일년유병률이 0.7%, 평생유병률이 0.7%로 나타났다. 그동안 지역 사회에서 보고된 강박장애의 유병률을 비교해보면 다음과 같다. 2011년 전국역학조사에서는 강박장애 일년유병률이 0.6%, 평생유병률은 0.6%이었으며, 다른나라와 비교해보면, 미국, 이집트, 뉴질랜드, 호주의 강박장애 유병률은 우리나라 보다 높고, 레바논이나 나이지리아보다는 높은 수준을 보이고 있다<표 106, 그림 155, 156>.

사회인구학적 분포: 남자의 강박장애 일년유병률은 0.1%, 여자는 0.7%로 나타나 여자가 남자에 비해 유병률이 약 7배 정도 높았다. 남자는 20대에서, 여자는 30대에서 강박장애 일년유병률이 각각 0.3%, 1.6%로 가장 높게 나타났다. 남녀 모두 모두 미혼 집단에서 강박장애 유병률이 기혼이나 이별/별거/사별에 비해 높게 나타났다. 반면, 교육연한에 따른 강박장애의 일년유병률의 증감 경향은 뚜렷하지 않았으나 취업상태의 경우는 남자는 미취업 집단에서, 여자는 전일제 집단에서 강박장애의

일년유병률이 가장 높았다. 남자는 도시지역에서만 유병률이 관찰되었고, 여자는 도시지역에서 농촌지역보다 두 배 가량 높은 강박장애 일년유병률을 나타냈다. 강박장애 일년유병률이 남자에서는 고소득층과 저소득층에서 0.1%로 동일했으며, 여자에서는 중간소득층에서 1.1%로 가장 높게 나타났다<표 107, 그림 157~162>.

발병연령: 남자의 경우 80%의 강박장애가 10대 때 발병하는 것으로 나타났다. 한편, 여자는 50%가 10대 때 발병하며, 29세 이전에 발병하는 비율은 79.2%로 나타났다. 전체적으로 강박장애는 30세 이전에 발병하는 비율이 82% 이상을 차지하고 있다<표 108, 그림 163>.

위험요인 분석: 여자가 남자보다 3.6배 높은 강박장애 일년유병률을 보였으며, 연령구간에 따라서는 60대에 비해 18-29세에서 3.6배, 45-59세에서 5.3배 높은 강박장애 일년유병률을 나타내었다(OR=3.6, $p<0.05$; OR=5.3, $p<0.05$). 저소득층의 경우 고소득층에 비해 일년유병률이 3.9배 높게 나타났다(OR=3.9, $p<0.05$).<표 109>.

동반이환율: 강박장애는 알코올 의존, 니코틴 의존, 조현병 및 관련장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였으며, 외상후 스트레스 장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 같은 모든 종류의 불안장애와도 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 110>.

표 106. 지역사회 역학조사에서 보고된 강박장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.5	0.5	0.8
한국전국(2006) ^a	0.5	0.5	0.6
한국전국(2011) ^a	0.5	0.6	0.8
한국전국(2016) ^a	0.4	0.4	0.6
싱가폴(2010) ^a		1.1	3.0
미국 NCS-R(2002) ^a	-	1.1	1.6
미국(2012) ^a		2.3	2.7
뉴질랜드(2003) ^a	-	-	1.2
호주(2007) ^a	-	1.9	-
레바논(2002) ^a	-	0.1	-
나이지리아(2002) ^a	-	-	0.1
이집트(2013) ^c			2.2

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

^cMini Neuropsychiatric Interview (MINI)

그림 155. 우리나라 강박장애 평생유병률

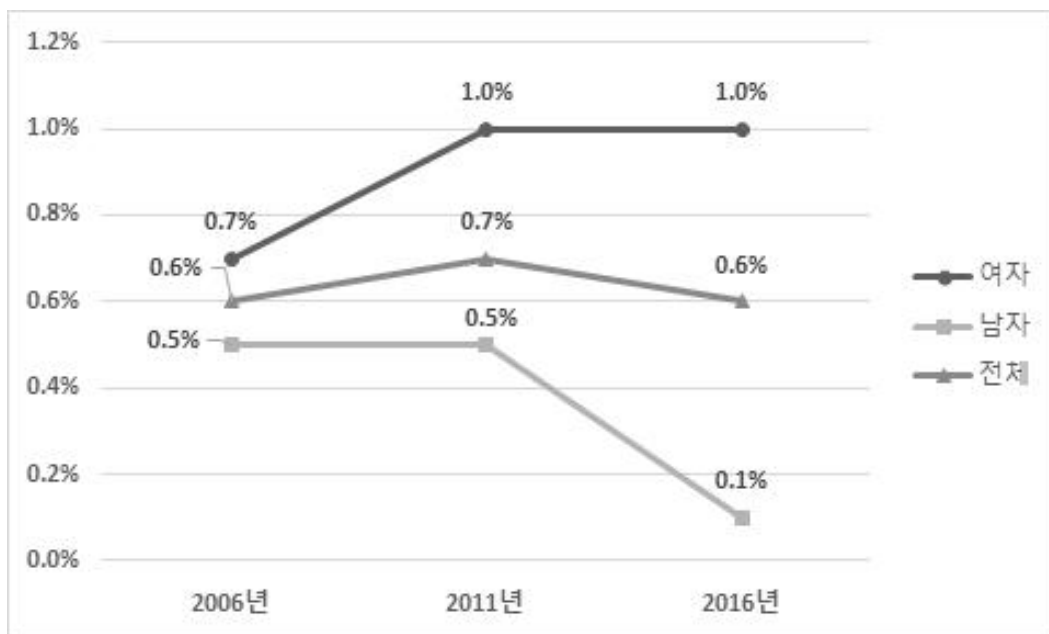


그림 156. 우리나라 강박장애 일년유병률

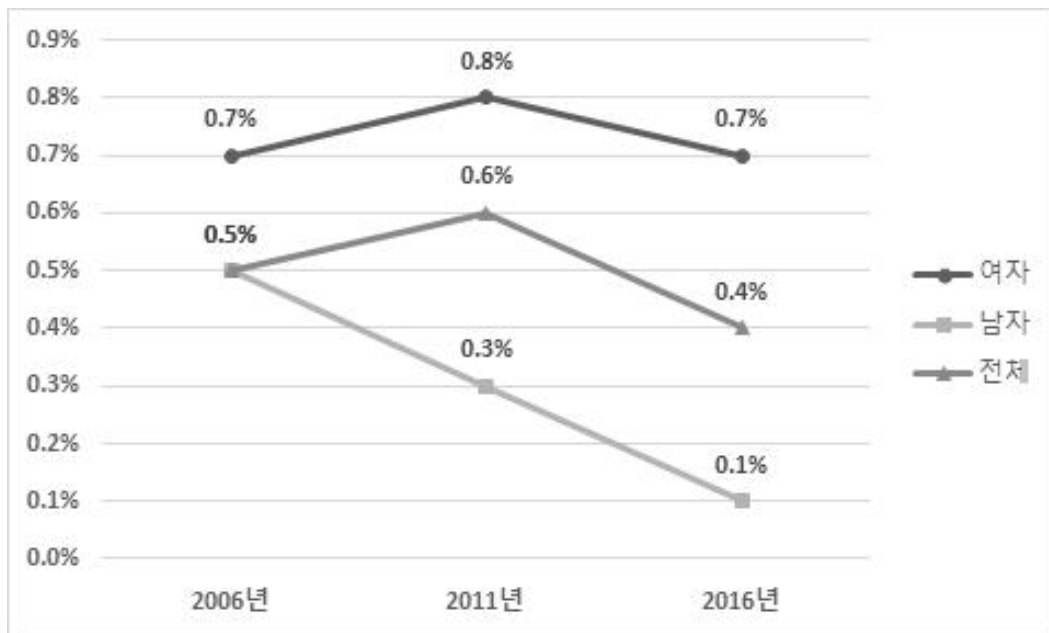


표 107. 강박장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.3	0.2	1.3	0.7	0.7	0.4
30~39세	0.0	0.0	1.6	1.0	0.8	0.5
40~49세	0.0	0.0	0.6	0.3	0.3	0.2
50~59세	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.2
60~69세	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
70세 이상	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.4	0.2	0.2	0.1
이혼/별거/사별	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
미혼	0.2	0.2	2.2	1.1	1.0	0.4
교육연한						
0~6년	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.0	0.0	1.2	0.9	0.8	0.5
10~12년	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
13년 이상	0.1	0.1	1.1	0.5	0.5	0.2
취업상태						
전일제	0.0	0.0	1.5	0.8	0.5	0.3
부분제	0.0	0.0	0.8	0.6	0.5	0.4
미취업	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4	0.2
거주지역						
도시	0.1	0.1	0.9	0.4	0.5	0.2
농촌	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
소득수준(만/월)						
하: 200만 미만	0.1	0.1	0.9	0.4	0.5	0.2
중: 200만~300만	0.0	0.0	1.1	0.7	0.5	0.3
상: 300만 이상	0.1	0.1	0.7	0.4	0.4	0.2
전체	0.1	0.0	0.7	0.2	0.4	0.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 157. 강박장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

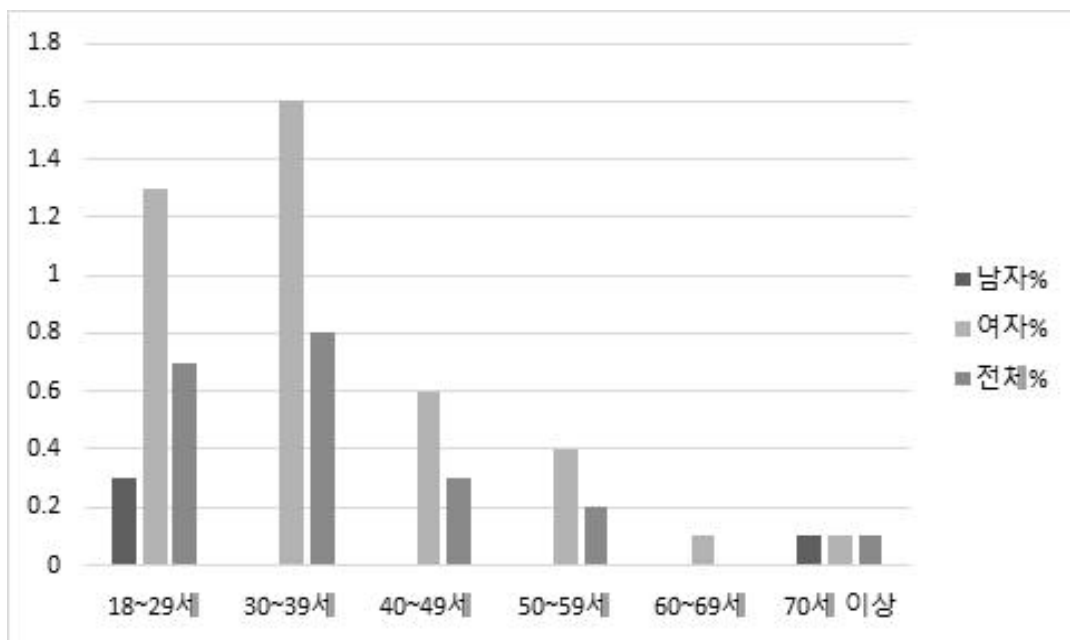


그림 158. 강박장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

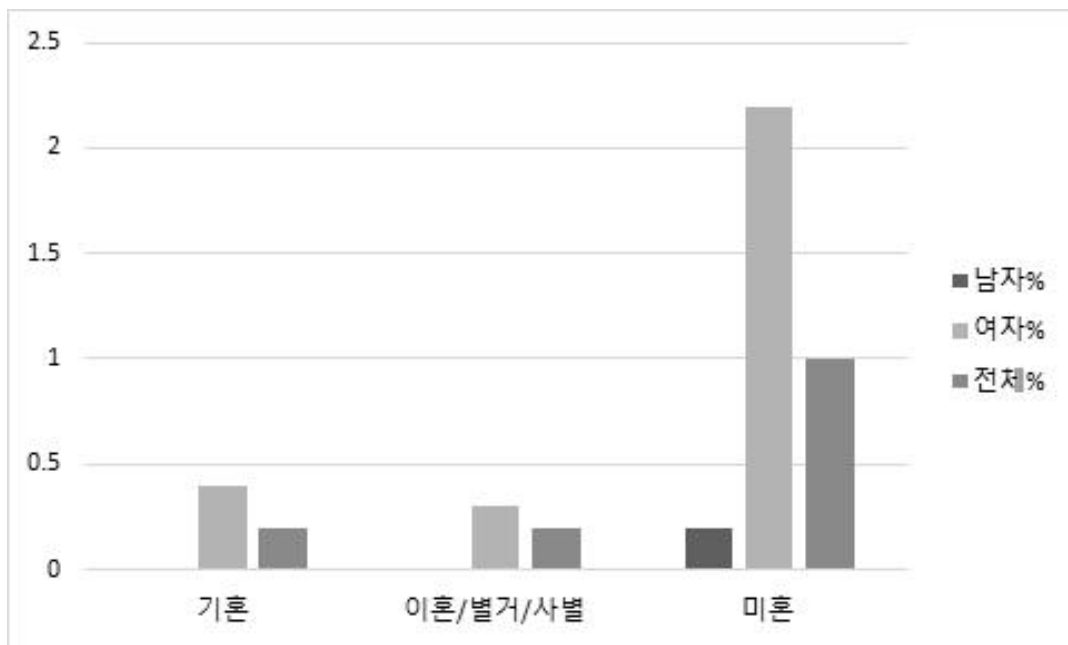


그림 159. 강박장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

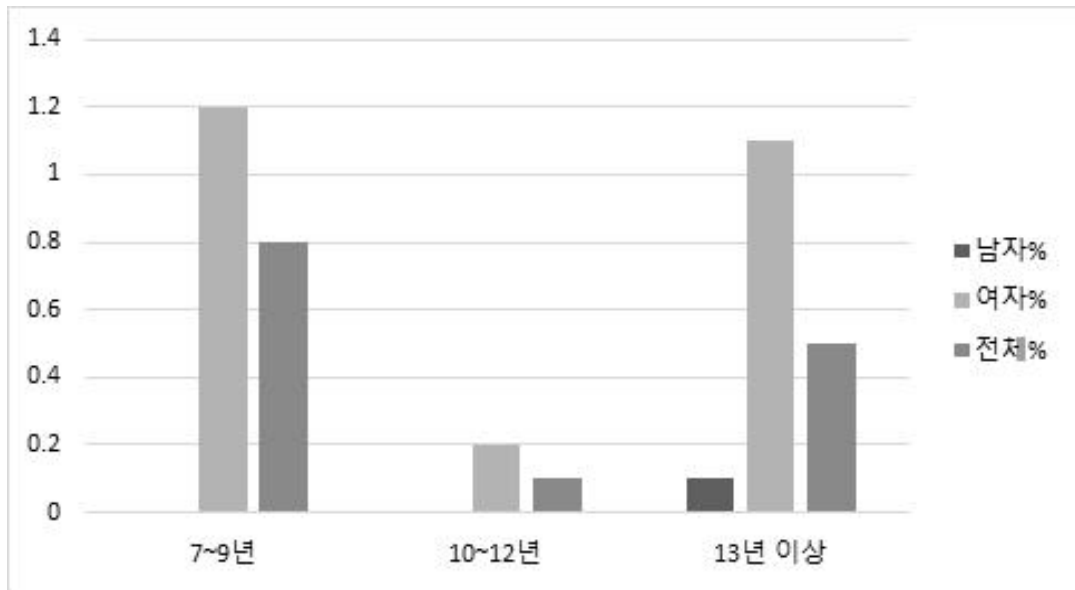


그림 160. 강박장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

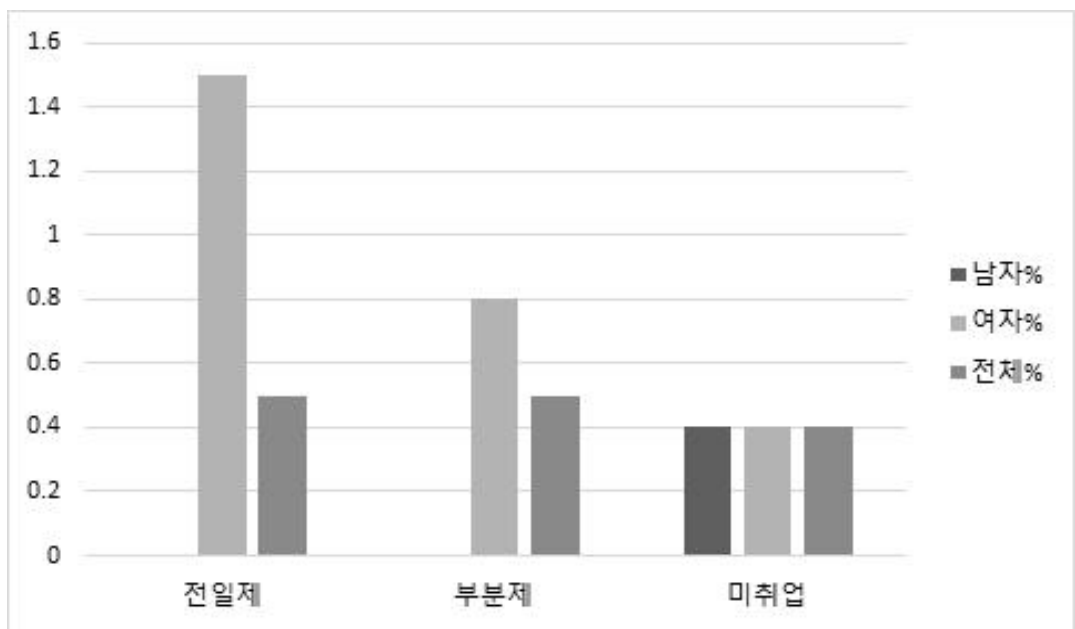


그림 161. 강박장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

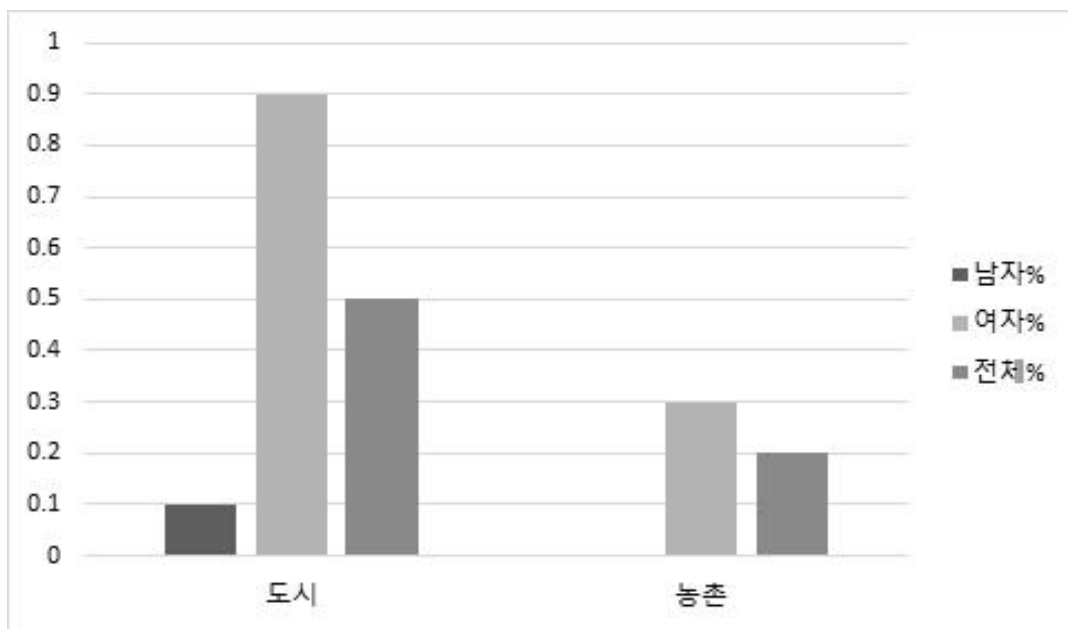


그림 162. 강박장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

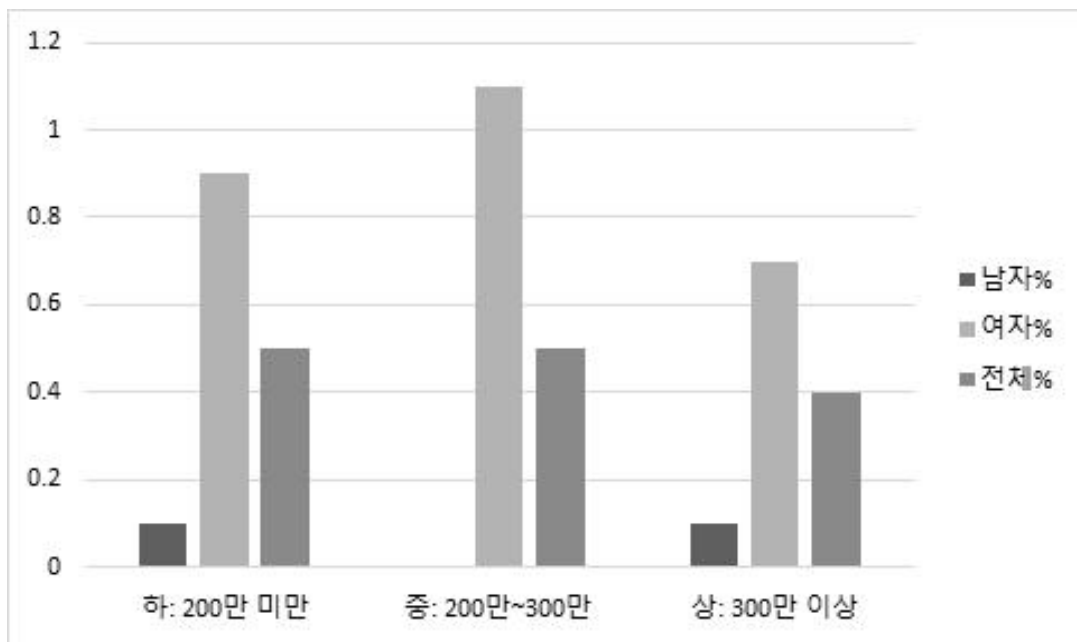


표 108. 강박장애 발병연령의 분포

연령(세)		14세 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 70	70 이상	전체
남자	환자수	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	백분율	20.0	60.0	0	20.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
여자	환자수	6	6	4	3	2	1	0	1	0	1	0	0	0	24
	백분율	25.0	25.0	16.7	12.5	8.3	4.2	0	4.2	0	4.2	0	0	0	100
전체	환자수	7	9	4	4	2	1	0	1	0	1	0	0	0	29
	백분율	24.1	31.0	13.8	13.8	6.9	3.4	0	3.4	0	3.4	0	0	0	100

그림 163. 강박장애 발병연령의 분포

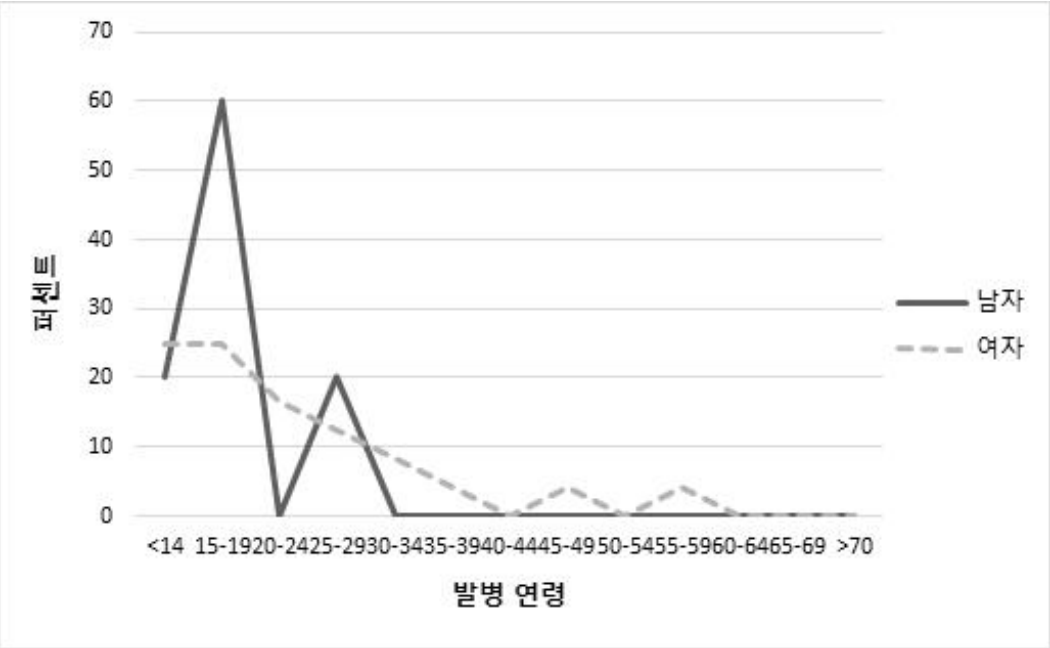


표 109. 강박장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	3.6 (1.4-9.6)	0.010
연령구간		
60 이상	1	
45~59세	5.3 (1.0-26.0)	0.044
30~44세	3.1 (0.4-21.1)	0.227
18~29세	3.6 (1.0-12.9)	0.046
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.0 (0.2-4.4)	0.988
미혼	1.6 (0.4-6.6)	0.480
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.1 (0.4-2.6)	0.909
직업		
전일제	1	
부분제	0.9 (0.0-8.3)	0.933
학생/주부	1.2 (0.3-5.1)	0.765
무직	1.1 (0.3-4.1)	0.828
거주지역		
도시	1	
농촌	0.3 (0.1-1.4)	0.160
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200만~300만	2.0 (0.4-8.7)	0.326
하: 200만 미만	3.9 (1.2-12.8)	0.023

^a강박장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 110. 강박장애의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)
알코올사용장애	
알코올남용	-
알코올의존	1.5 (1.1-1.9)
니코틴사용장애	
니코틴의존	1.5 (1.1-1.9)
니코틴금단	-
약물사용장애	-
조현병 스펙트럼 장애	
조현병 및 관련장애 ^b	1.9 (1.1-3.3)
단기정신병적장애	-
우울장애	
주요우울장애	1.5 (1.2-1.8)
기분부전장애	2.0 (1.6-2.6)
양극성장애	3.2 (2.0-5.1)
불안장애	
외상후스트레스장애	2.2 (1.7-2.6)
공황장애	2.2 (1.6-3.0)
광장공포증	2.2 (1.7-2.9)
사회공포증	1.7 (1.2-2.3)
범불안장애	1.8 (1.4-2.2)
특정공포증	1.5 (1.2-1.9)

^a강박장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.5.3. 외상후스트레스장애

개관

외상후스트레스장애는 외상 사건이나 스트레스성 사건 후 경험하는 다양한 부정적인 정서적, 인지적 그리고 행동적 증상을 포함하고 있다. 앞서 기술한 바와 같이 외상후스트레스장애는 DSM-5에서 외상 및 스트레스 관련 장애 범주로 재분류되었으나, 외상 사건에 노출된 후 불안이나 공포 반응이 현저하게 나타난다는 점에서 불안장애와도 밀접한 관련성이 있다.

외상후스트레스장애의 주요 특성은 한 가지 또는 그 이상의 외상성 사건에의 노출에 따르는 특징적 증상의 발달이다. 외상 사건은 다음 중 하나로 정의된다: 실제적이거나 위협적인 죽음, 심각한 부상, 또는 성폭력에의 노출을 직접 경험 또는 목격(진단기준 A1). 외상후스트레스장애로 진단되려면 외상 사건을 경험 한 후 사건에 대한 반응으로 극심한 공포, 무력감, 두려움(소아는 지리멸렬하거나 초조한 행동)이 일어나야 한다(진단기준 A2). 나아가, 이러한 외상성 사건과 관련하여 반복적, 불수의적으로 침습적인 재경험을 하고(진단기준 B), 외상과 관련한 자극, 고통스러운 기억, 생각이나 감정, 상황이나 환경을 회피하려 한다(진단기준 C). 또한 외상성 사건 후 시작되거나 악화된, 사건과 관련한 민감한 행동, 분노폭발, 자기과괴적 행동, 과각성, 과장된 놀람, 집중력 문제, 수면 교란 등의 각성과 반응성의 뚜렷한 변화가 현저하며(진단기준 D), 이러한 양상이 1개월 이상 나타나야 한다(진단기준 E).장애는 사회적, 직업적, 기타 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래하고 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니어야 한다.

조사결과

본 조사에서 외상후스트레스장애 평생유병률은 1.5%, 일년유병률은 0.5%로 도출되었다. 이전의 지역사회 조사에서 보고된 평생유병률은 2006년 1.7%, 2011년 1.6%으로 나타나 약간 감소하고 있는 추세이지만 성별에 따라서 살펴보면 남성의 평생유병률은 지속적으로 상승하고 있다<표 111, 그림 164, 165>. 한편, 국외 지역사회에서의 외상후스트레스장애 평생유병률은 0.3%~6.8% 사이로 보고되고 있다. 우리나라 외상후스트레스장애 평생유병률이 1.4%로 미국이나 프랑스 등의 서구권 국가에 비하여 낮았다. 일년유병률은 0.4%로 미국에 비하여 낮으나 멕시코와 일본과는 비슷

한 수준을 보였다. 한편, 중국과 비교하였을 때는 우리나라 유병률이 높게 나타났다<표 111>.

사회인구학적 분포: 성별에 따라 외상후스트레스장애의 일년유병률은 큰 차이가 나타났다. 남자의 일년유병률은 0.2%, 여자는 0.8%로 나타나, 여자가 약 4배 이상 높은 유병률을 보였다. 남자에서는 70세 이상이 0.5%, 여자에서는 30대에서 1.4%, 60대에서 1.2%로 일년유병률이 높은 경향을 보였다. 남자의 경우는 50대 이후부터 연령이 증가함에 따라 유병률도 증가하는 경향을 보였으나 여자에게서는 연령에 따른 뚜렷한 양상은 보고되지 않았다. 남자는 미혼집단에서 0.4%, 여자는 이혼/별거/사별한 경우에서 1.4%로 외상후스트레스장애 일년유병률이 가장 높았다. 남자와 여자 모두 교육연한이 1~6년인 경우 외상후스트레스장애 일년유병률이 각각 0.4%, 1.8%로 다른 교육연한에 비하여 외상후스트레스장애의 유병률이 가장 높았다. 남자는 부분제 취업군과 미취업군에서 0.5%로 외상후스트레스장애 일년유병률이 가장 높았으며, 여자는 부분제 취업군에서 1.9%로 외상후스트레스장애 일년유병률이 가장 높았다. 남자는 농촌지역보다 도시지역에서(0.3%), 여자는 도시지역보다 농촌지역에서(1.5%) 외상후스트레스장애 일년유병률이 더 높았다. 남녀 모두 소득수준이 200만원 미만인 저소득층에서 외상후스트레스장애 일년유병률이 가장 높았다<표 112, 그림 166~171>.

발병연령: 남자는 20대 초반에 가장 높은 발병률을 보였다. 여자는 전 연령대에 비교적 고르게 발병하나 10대 초반과 30대 초반에 상대적으로 발병률이 높았다. 전체적으로 45세 이전에 77.5%가 발병하는 경향을 보인다<표 113, 그림 172>.

위험요인 분석: 여자가 남자에 비해 0.3배의 위험도를 보였다($OR=0.3$, $p<0.05$). 연령구간에 따라서는 60세 이상보다 30-44세에서 3.6배의 위험도를 보였으며($OR=3.6$, $p<0.05$) 소득수준이 하위인 집단이 상위인 집단보다 5.2배의 위험도를 보이는 것으로 조사되었다($OR=5.2$, $p<0.001$)<표 114>.

동반이환율: 외상 후 스트레스 장애는 알코올 의존, 니코틴 사용장애, 조현병 및 관련장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애와 유의한 수준의 동반이환을 보이

며, 강박장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증의 모든 불안장애와 유의한 수준의 대응위험도를 보이고 있다<표 115>.

표 111. 지역사회 역학조사에서 외상후스트레스장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.5	0.6	1.6
한국전국(2006) ^a	0.6	0.7	1.2
한국전국(2011) ^a	0.6	0.6	1.6
한국전국(2016) ^a	0.4	0.5	1.5
일본(2002) ^a	-	0.4	-
중국(2002) ^a	-	-	0.3
일본(2014) ^a		0.7	1.3
미국 NCS-R(2002) ^a	-	3.6	6.8
미국(2013) ^b		4.7	8.3
유럽 ESEMeD ^a	-	0.9	1.9
이탈리아(2001) ^a	-	0.8	2.3
프랑스(2001) ^a	-	2.2	3.9
벨기에(2001) ^a	-	0.9	2.3
호주(2007) ^a	-	6.4	-
레바논(2002) ^a	-	2.0	-
멕시코(2001) ^a	-	0.6	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b정신장애의 진단 및 통계편람 제5판 (DSM-5)의 진단기준을 사용

그림 164. 우리나라 외상후스트레스장애 평생유병률

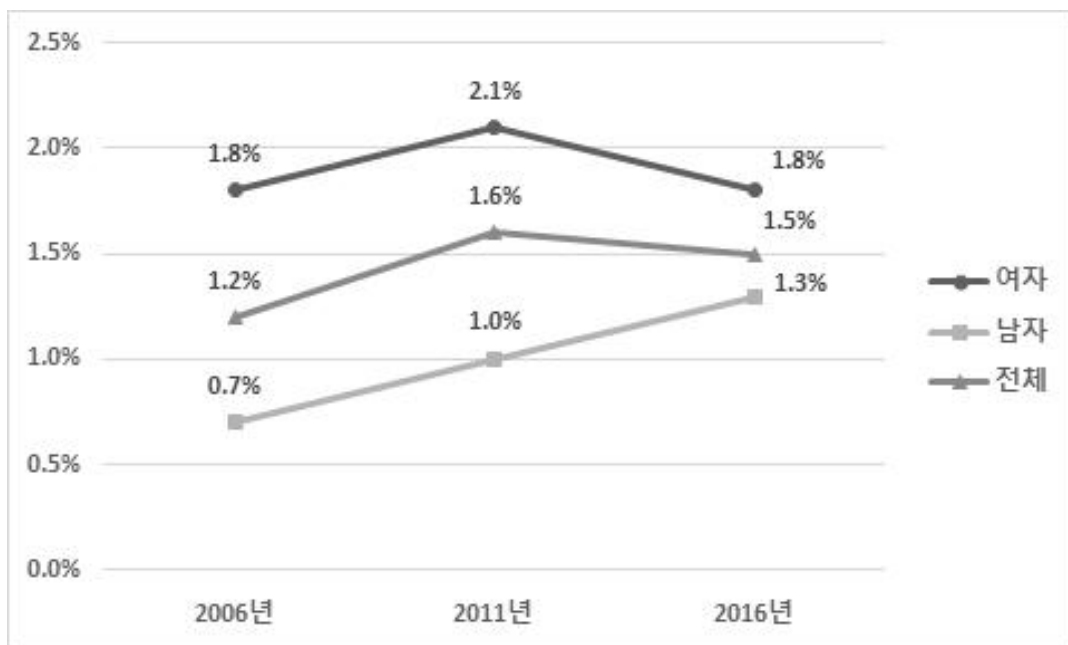


그림 165. 우리나라 외상후스트레스장애 일년유병률

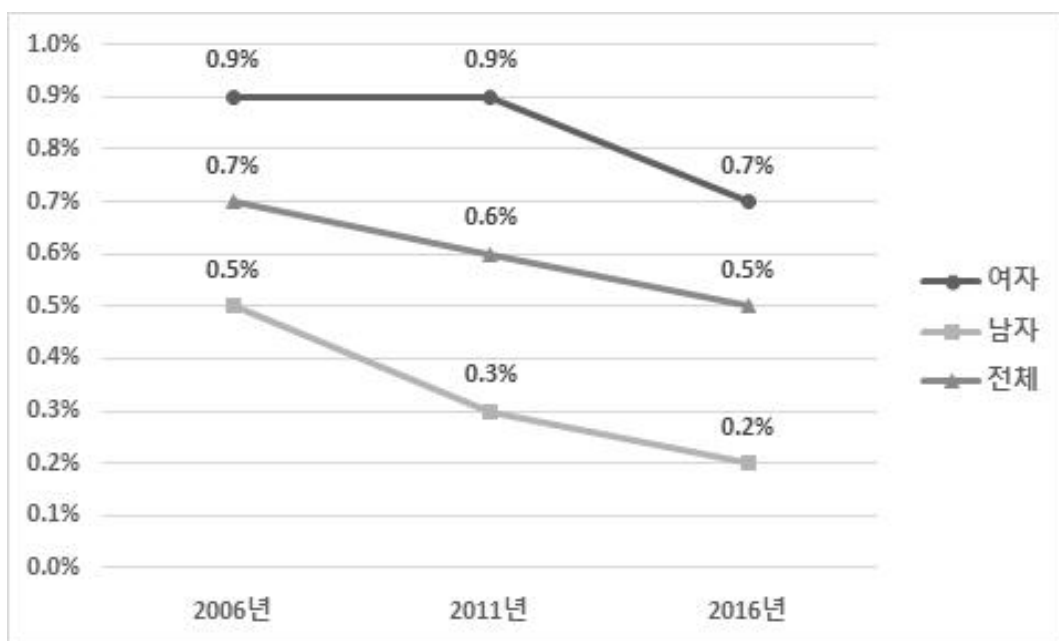


표 112. 외상후스트레스장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.2	0.2	0.4	0.2	0.3	0.1
30~39세	0.0	0.0	1.4	0.7	0.7	0.3
40~49세	0.0	0.0	0.5	0.3	0.3	0.1
50~59세	0.3	0.3	0.8	0.4	0.6	0.2
60~69세	0.4	0.4	1.2	0.5	0.8	0.3
70세 이상	0.5	0.4	0.6	0.4	0.6	0.3
결혼상태						
기혼	0.1	0.1	0.7	0.2	0.4	0.1
이혼/별거/사별	0.0	0.0	1.4	0.4	1.0	0.3
미혼	0.4	0.2	0.7	0.3	0.5	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.7	0.7	0.6	0.6
1~6년	0.4	0.4	1.8	0.6	1.3	0.4
7~9년	0.0	0.0	1.7	0.9	1.1	0.5
10~12년	0.1	0.1	1.0	0.4	0.6	0.2
13년 이상	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1
취업상태						
전일제	0.1	0.1	0.5	0.2	0.2	0.1
부분제	0.5	0.4	1.9	1.1	1.3	0.6
미취업	0.5	0.4	1.3	0.4	1.0	0.3
거주지역						
도시	0.3	0.1	0.5	0.1	0.4	0.1
농촌	0.1	0.1	1.5	0.4	0.8	0.2
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.5	0.3	2.2	0.5	1.4	0.3
중: 200만~300만	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.1
상: 300만 이상	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
전체	0.2	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 166. 외상후스트레스장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

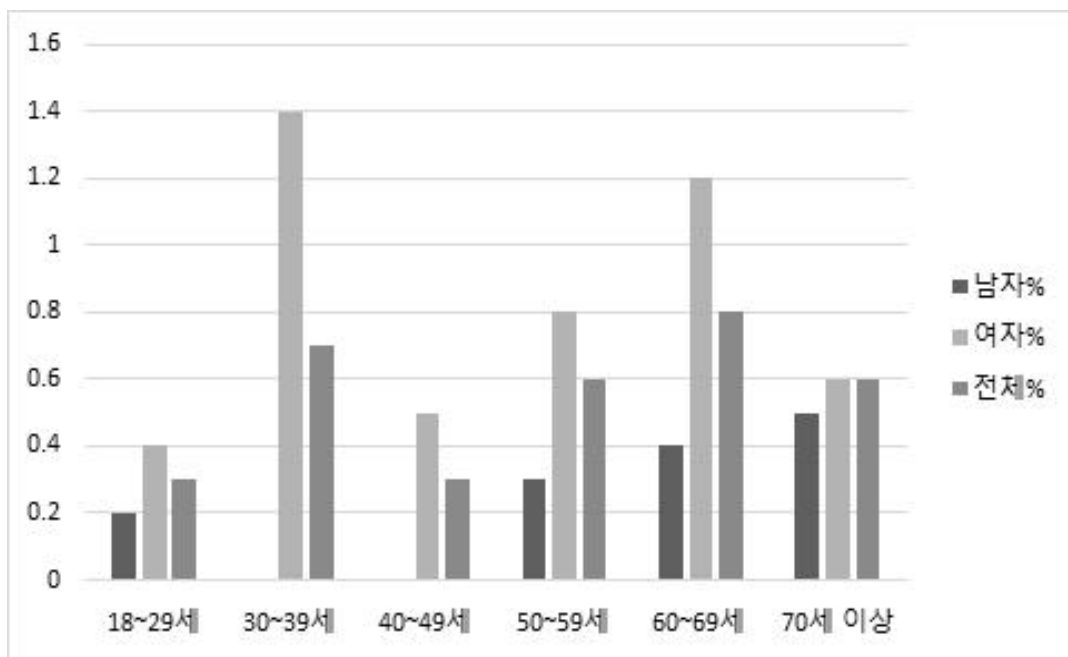


그림 167. 외상후스트레스장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

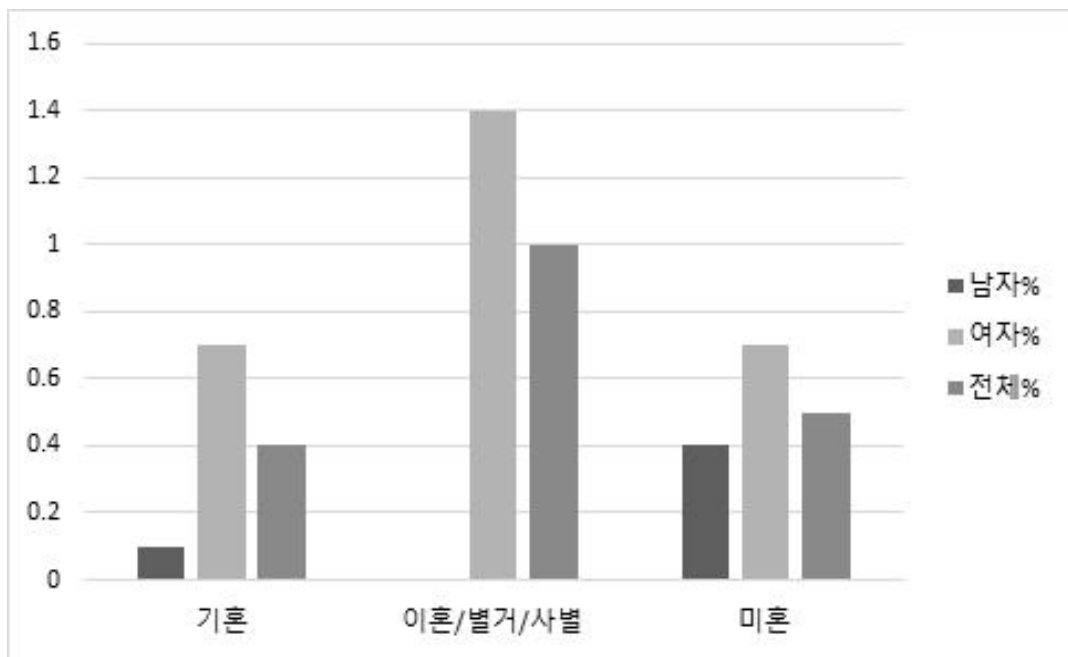


그림 168. 외상후스트레스장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

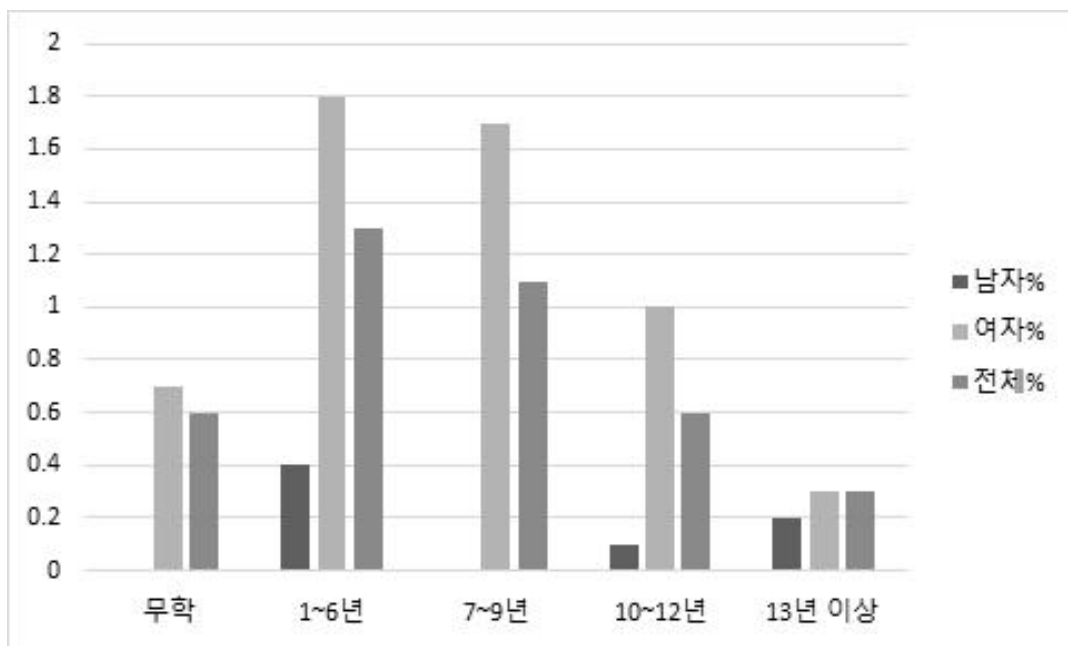


그림 169. 외상후스트레스장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

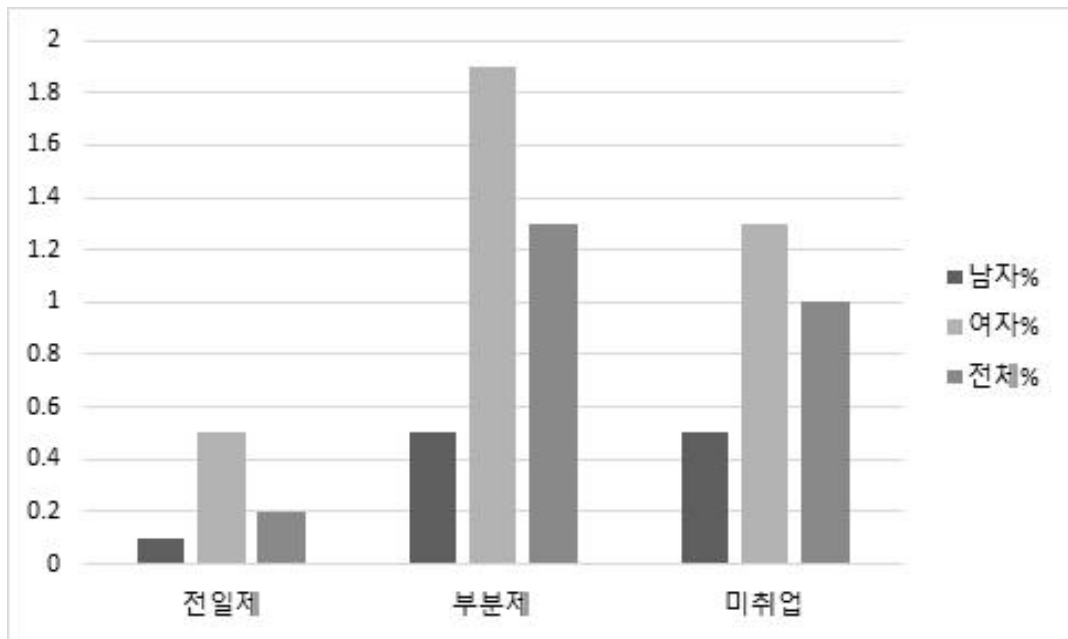


그림 170. 외상후스트레스장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

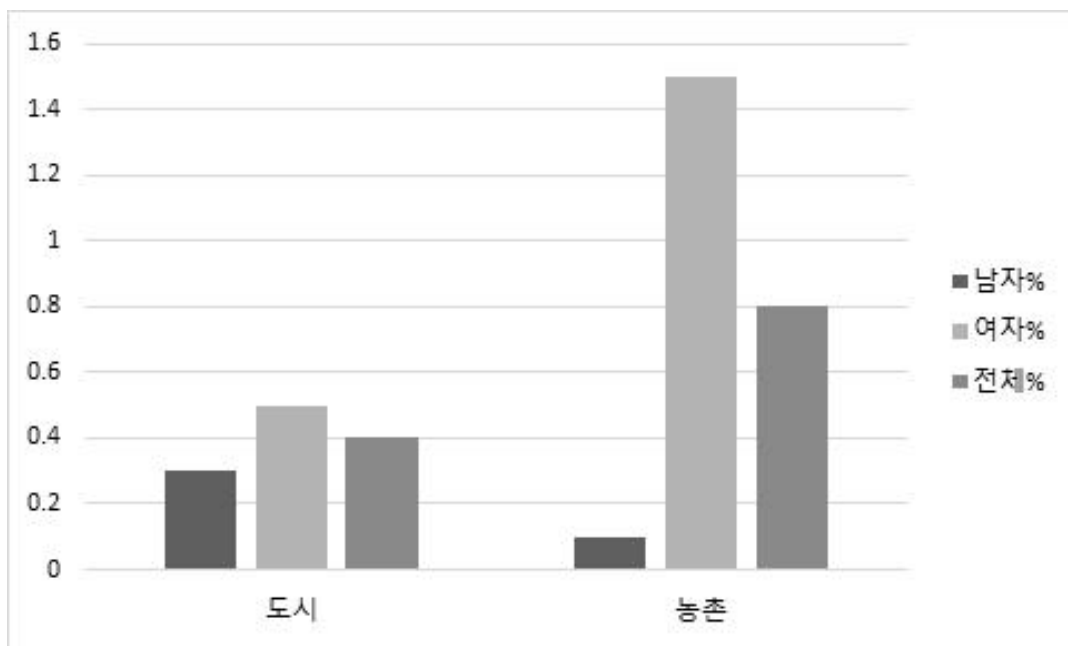


그림 171. 외상후스트레스장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

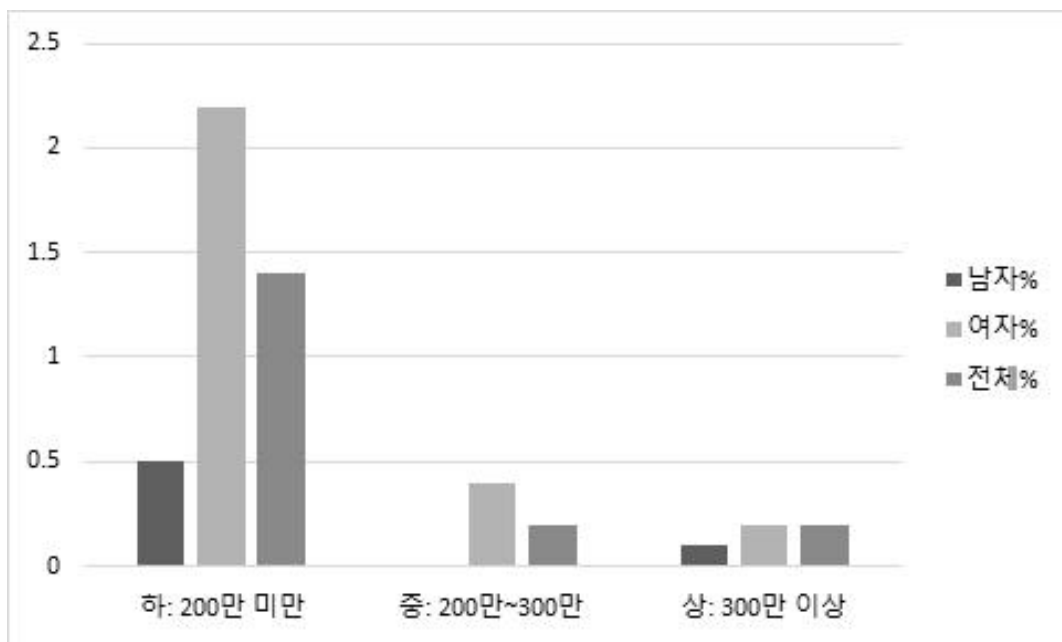


표 113. 외상후스트레스장애 발병연령의 분포

연령(세)		14세 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 70	70- 74	전체
남자	환자수	2	3	9	2	2	0	2	1	1	2	1	0	0	25
	백분율	8.0	12.0	36.0	8.0	8.0	0	8.0	4.0	4.0	8.0	4.0	0	0	100
여자	환자수	7	11	1	3	11	7	9	5	3	0	3	2	2	64
	백분율	10.9	17.2	1.6	4.7	17.2	10.9	14.1	0.3	0.2	0	4.7	0.1	0.1	100
전체	환자수	9	14	10	5	13	7	11	6	4	2	4	2	2	89
	백분율	10.1	15.7	11.2	5.6	14.6	7.9	12.4	6.7	4.5	2.2	4.5	2.2	2.2	100

그림 172. 외상후스트레스장애 발병연령의 분포

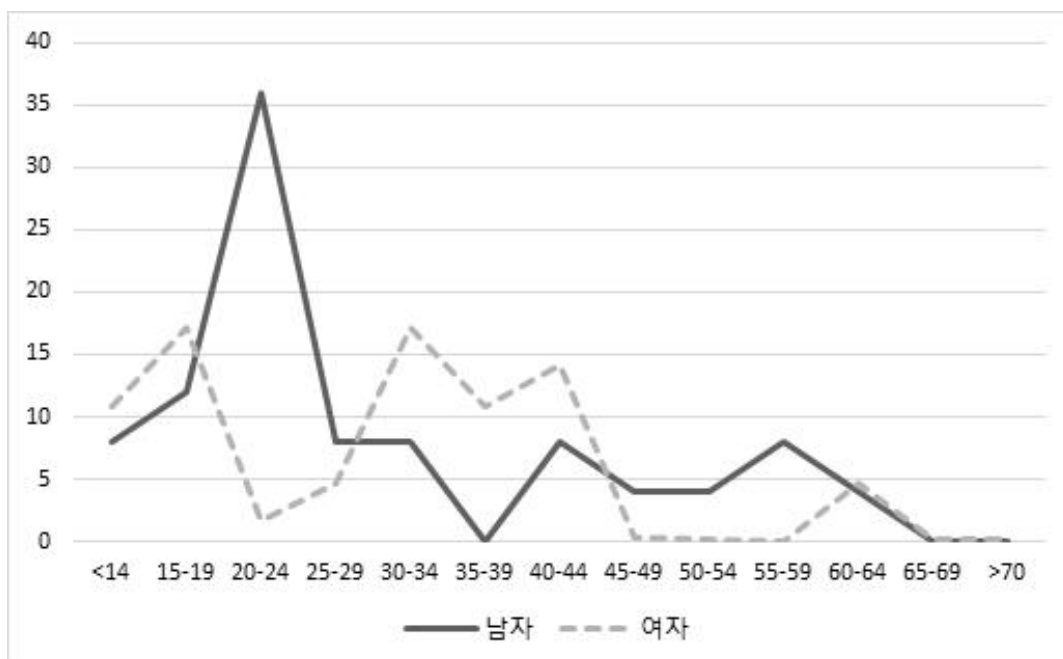


표 114. 외상후스트레스장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.3 (1.3-7.7)	0.011
연령구간(세)		
60세 이상	1	
45~59	1.9 (0.7-4.8)	0.155
30~44	3.6 (1.3-10.0)	0.012
18~29	1.7 (0.4-7.1)	0.404
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.1 (0.4-2.5)	0.795
미혼	1.5 (0.5-4.5)	0.449
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.6 (0.6-4.2)	0.256
직업		
전일제	1	
부분제	1.4 (0.3-5.8)	0.615
학생/주부	1.3 (0.4-4.4)	0.583
무직	1.3 (0.5-3.4)	0.563
거주지역		
도시	1	
농촌	1.3 (0.6-2.8)	0.349
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.3 (0.3-5.2)	0.662
하: 200만 미만	5.2 (2.1-13.2)	0.000

^a외상후스트레스장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 115. 외상후스트레스장애와의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.5 (1.3-1.7)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.5 (1.3-1.7)	0.000
니코틴금단	1.4 (1.2-1.8)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련장애 ^b	1.8 (1.2-2.7)	0.002
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
주요우울장애	1.9 (1.7-2.1)	0.000
기분부전장애	2.0 (1.7-2.3)	0.000
양극성장애	1.9 (1.1-3.3)	0.020
불안장애		
강박장애	2.1 (1.7-2.7)	0.000
공황장애	2.0 (1.6-2.5)	0.000
광장공포증	1.9 (1.5-2.3)	0.000
사회공포증	1.6 (1.4-2.0)	0.000
범불안장애	1.9 (1.7-2.2)	0.000
특정공포증	1.5 (1.3-1.7)	0.000

^a외상후스트레스장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.5.4. 공황장애

개관

공황장애는 예기치 못한 공황발작을 반복적으로 경험할 경우 진단될 수 있는 장애이다(진단기준 A). 공황장애에서 공황발작이란, 극심한 공포와 고통이 갑작스럽게 발생하여 수분 이내에 최고조에 이르러야 하며, 그 시간 동안 13가지 생리적(심계항진이나 가슴두근거림, 발한, 몸이 떨리거나 후들거림, 숨이 가쁘거나 답답한 느낌, 질식할 것 같은 느낌, 흉통 또는 가슴 불편감, 메스꺼움 또는 복부 불편감, 어지럽거나 불안정하거나 멍한 느낌이 들거나 쓰러질 것 같음, 출거나 화끈거리는 느낌, 감각이상, 비현실감이나 이인증), 인지적 증상(스스로 통제할 수 없거나 미칠것 같은 두려움, 죽을 것 같은 공포) 중 4가지 이상의 증상이 나타난다. 1회 이상의 예기치 못한 발작이 반복적으로 일어나야하며 적어도 1회 이상의 발작 이후 1개월 이상 추가적인 공황발작이나 그에 대한 결과에 대한 지속적인 걱정을 한다. 나아가 발작과 관련하여 부적응적인 변화(공황발작을 회피하기 위해 운동을 하거나 특정 환경을 피하는 것 등)가 나타난다(진단기준 B). 장애는 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니며, 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않을 경우 진단된다.

조사결과

본 조사에서 공황장애 평생유병률은 0.5%, 일년유병률은 0.2%로 나타났다. 2006년과 2011년 조사 결과와 비교해보면 공황장애 평생유병률과 일년유병률은 꾸준히 증가하고 있는 추세이다<표 116, 그림 173, 174>. 공황장애 유병률은 횡국가적 비교에서 큰 차이를 보인데 미국, 유럽, 호주, 뉴질랜드와 같이 서구권 국가의 평생유병률은 1.6%~6.8% 사이로 비교적 높았다. 반면 한국, 중국, 나이지리아 등의 평생유병률은 0.2%~0.4% 사이고 보고되어 서구권의 국가와 비교하였을 때는 상대적으로 낮았다<표 116>.

사회인구학적 분포: 남자의 공황장애 일년유병률이 0.2%, 여자에서는 0.3%로 나타났다. 남자의 경우 20대에서 0.5%로, 여자의 경우 50대와 70대 이상에서 각각 0.6%와 1.3%로 일년유병률이 가장 높게 나타났다. 결혼상태에 따라서는 남자와 여자 모두 이혼/별거/사별 집단에서 각각 0.6%와 0.9%로 유병률이 가장 높았다. 남녀 모두

7-9년의 교육을 받은 집단에서 공황장애 일년유병률이 가장 높았다. 또한, 남녀 모두 취업 군에서 각각 0.6%와 0.2%로 전일제 취업군과 부분제 취업군에 비해 유병률이 높은 것으로 나타났다. 농촌지역에 거주할 경우 남녀의 공황장애 일년유병률이 높은 것으로 나타났다. 남자는 저소득층에서 0.6%로, 여자는 고소득층에서 0.3%로 일년유병률이 다소 높은 것으로 나타났다<표 117, 그림 175~180>.

발병연령: 남자에서는 29세까지 75.1%가 발병하였고, 여자에서는 34세까지 66.6%가 발병한 것으로 나타났다. 전체의 72.9%가 34세 이전에 발병하고 이후 점차 감소하는 추세를 보이다가 다시 65세 이상에서 전체의 10.8%가 발병하는 경향을 보이고 있다<표 118, 그림 181>.

위험요인 분석: 통계적으로 유의한 공황장애의 위험요인은 발견되지 않았다<표 119>.

동반이환율: 공황장애는 알코올의존, 니코틴사용장애, 조현병 및 관련장애, 주요우울장애, 기분부전장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였으며, 강박장애, 외상후 스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 같은 모든 불안장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 120>.

표 116. 지역사회 역학조사에서 공황장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.1	0.2	0.3
한국전국(2006) ^a	0.1	0.1	0.2
한국전국(2011) ^a	0.1	0.2	0.2
한국전국(2016) ^a	0.1	0.2	0.5
일본(2002) ^a	-	0.5	-
중국(2002) ^a	-	-	0.4
미국 NCS-R(2002) ^a		2.7	4.7
미국(2012)		2.4	6.8
유럽 ESEMeD ^a	-	0.8	2.1
이탈리아(2001)	-	0.6	1.6
프랑스(2001)	-	1.2	3.0
벨기에(2001)	-	1.1	2.0
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	2.7
캐나다(2005) ^a		1.6	3.7
호주(2007) ^a	-	2.6	-
나이지리아(2002) ^a	-	0.1	0.2
레바논(2002) ^a	-	0.2	-
멕시코(2001) ^a	-	0.6	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 173. 우리나라 공황장애 평생유병률

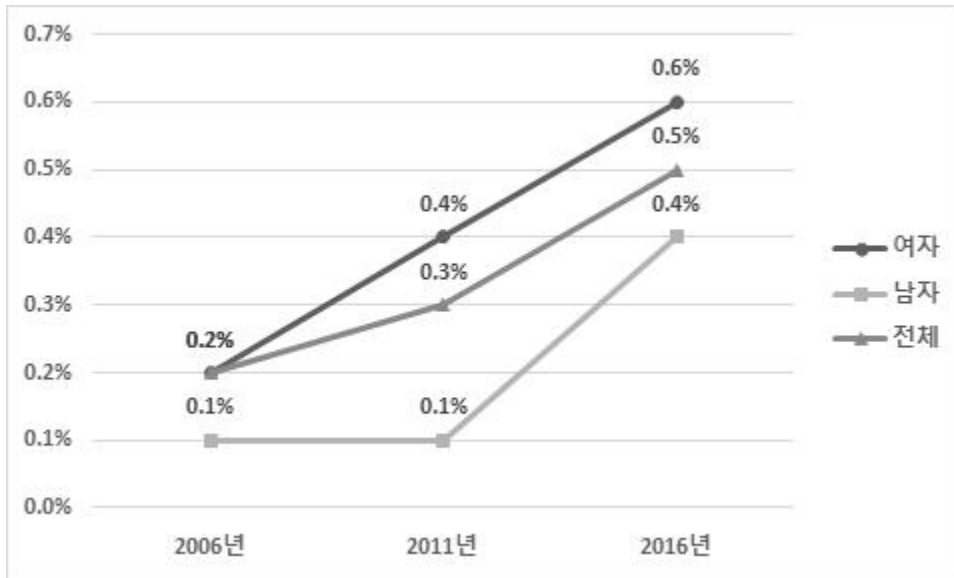


그림 174. 우리나라 공황장애 일년유병률

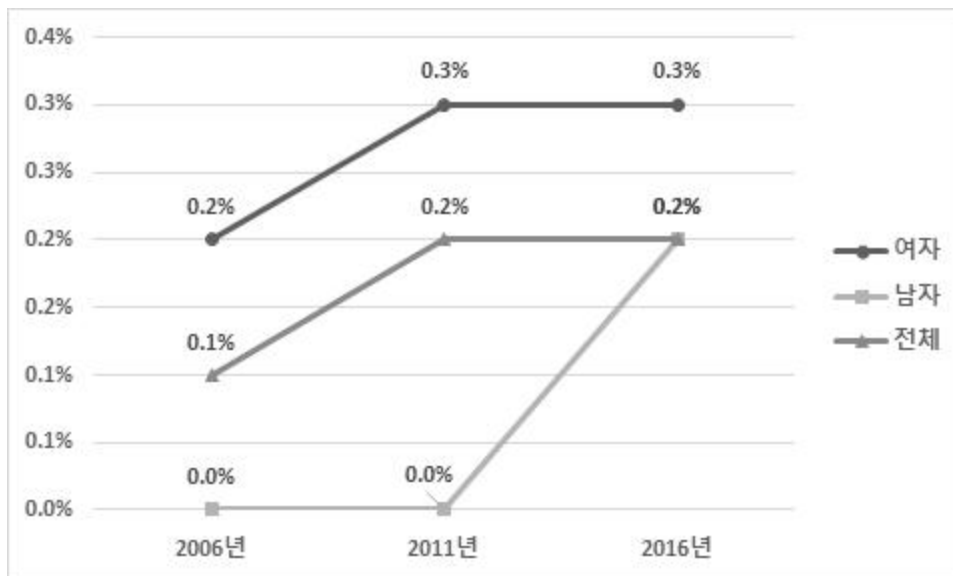


표 117. 공황장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.5	0.3	0.1	0.1	0.3	0.2
30~39세	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
40~49세	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.0	0.0	0.6	0.5	0.3	0.2
60~69세	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
70세 이상	0.4	0.3	1.3	0.8	0.9	0.4
결혼상태						
기혼	0.0	0.0	0.3	0.2	0.1	0.1
이혼/별거/사별	0.6	0.4	0.9	0.5	0.8	0.4
미혼	0.5	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2
1~6년	0.4	0.4	1.0	0.7	0.8	0.5
7~9년	0.7	0.7	0.7	0.5	0.7	0.4
10~12년	0.1	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2
13년 이상	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
부분제	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
미취업	0.6	0.4	0.2	0.2	0.4	0.2
거주지역						
도시	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1
농촌	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.6	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1
중: 200만~300만	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
상: 300만 이상	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1
전체	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 175. 공황장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

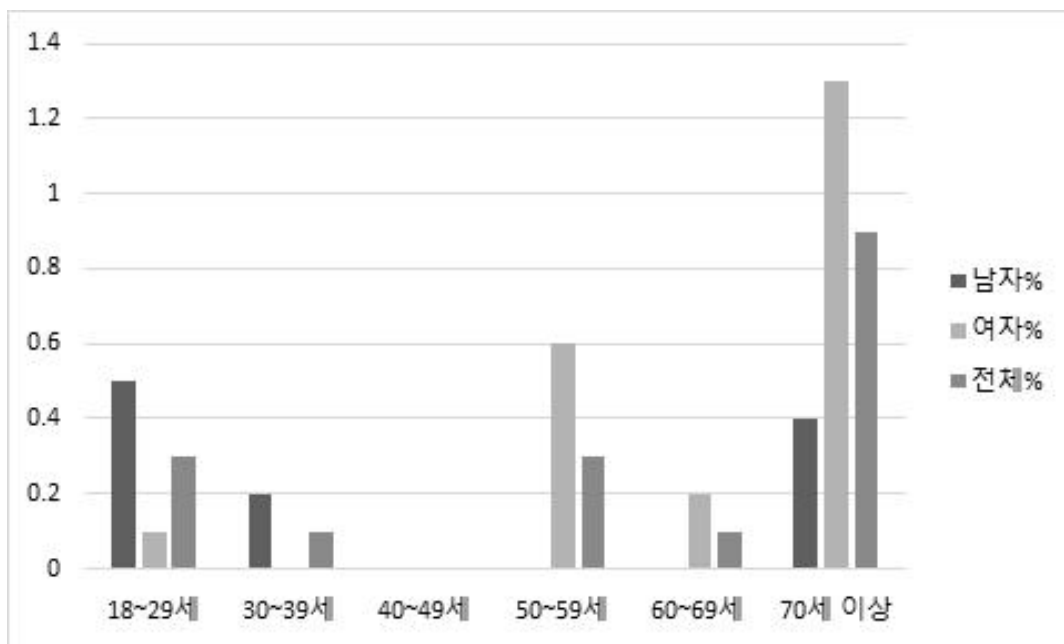


그림 176. 공황장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

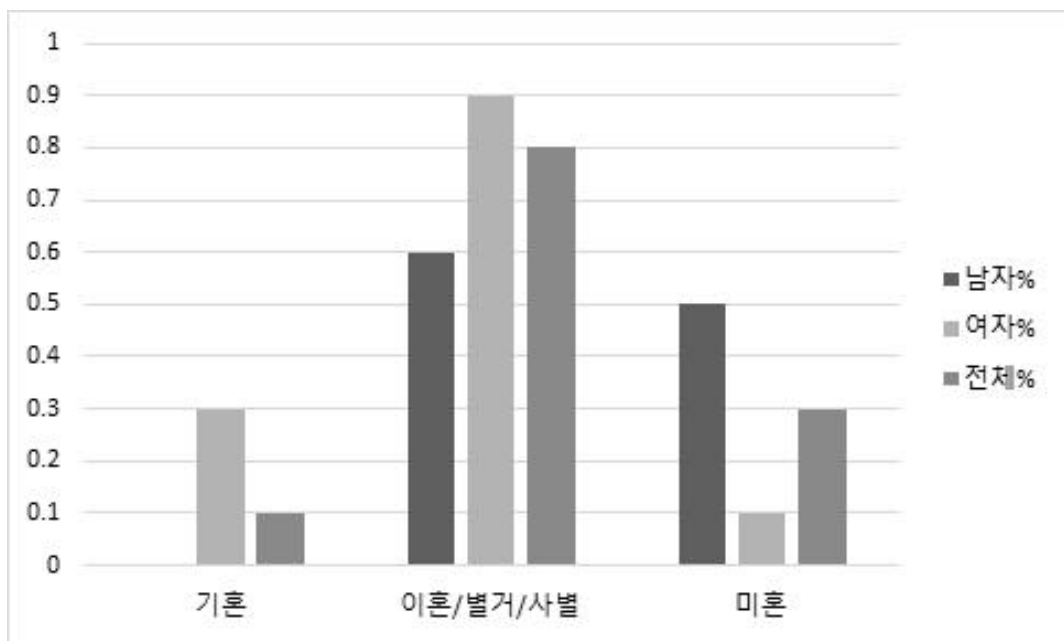


그림 177. 공황장애 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

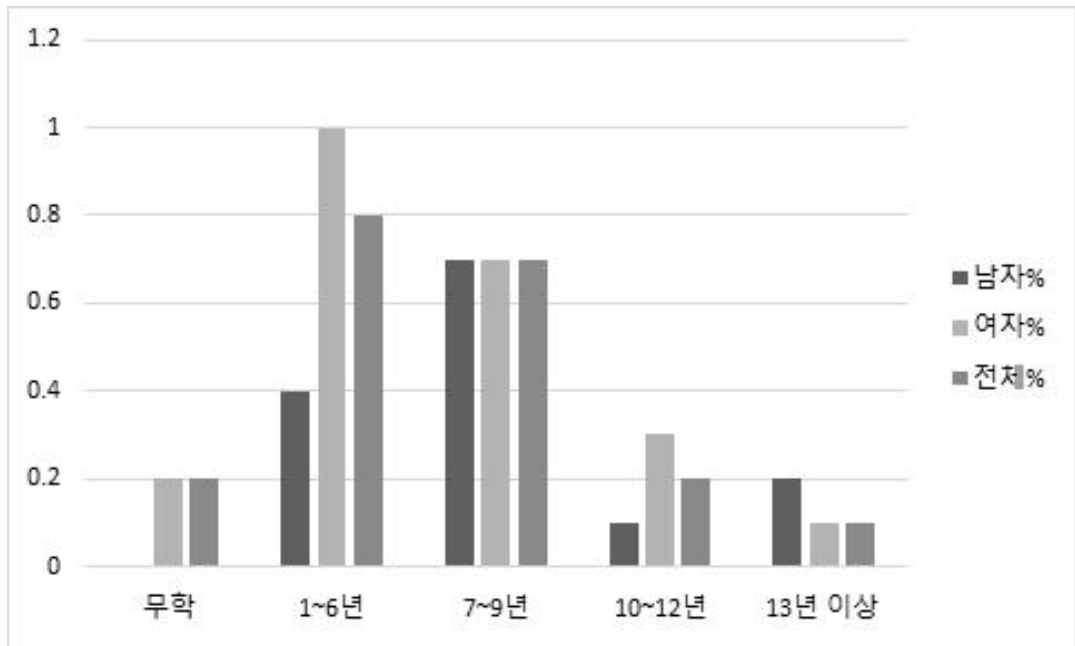


그림 178. 공황장애 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

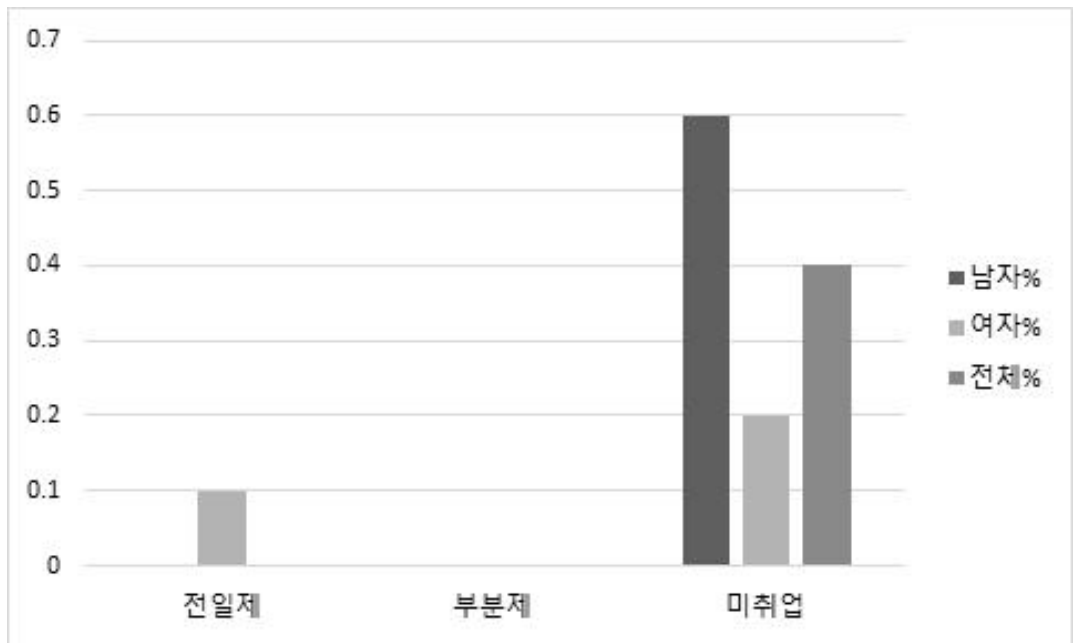


그림 179. 공황장애 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

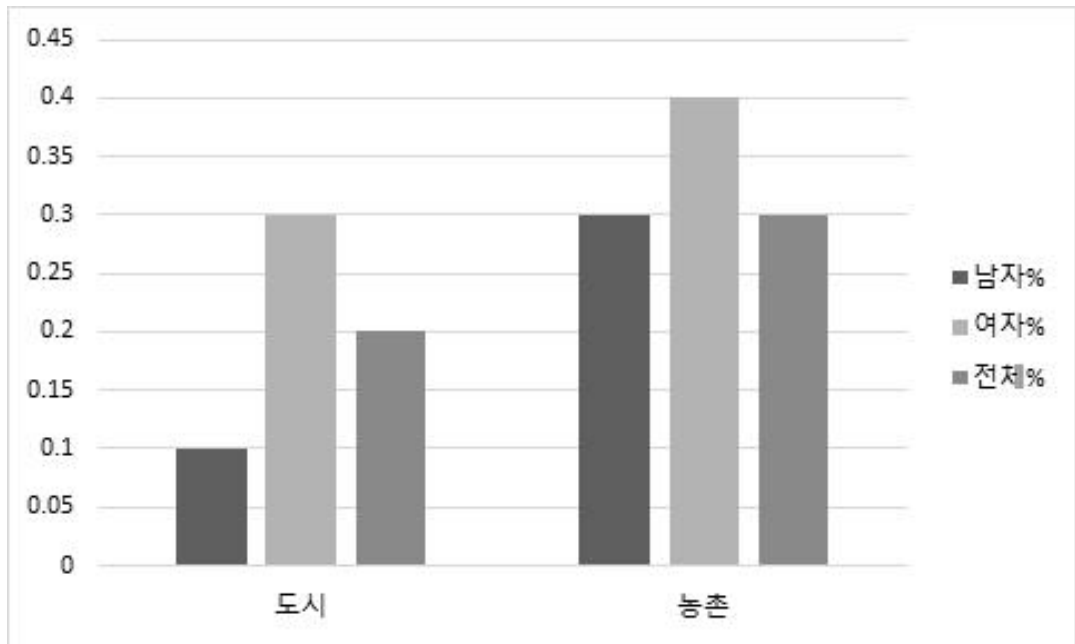


그림 180. 공황장애 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

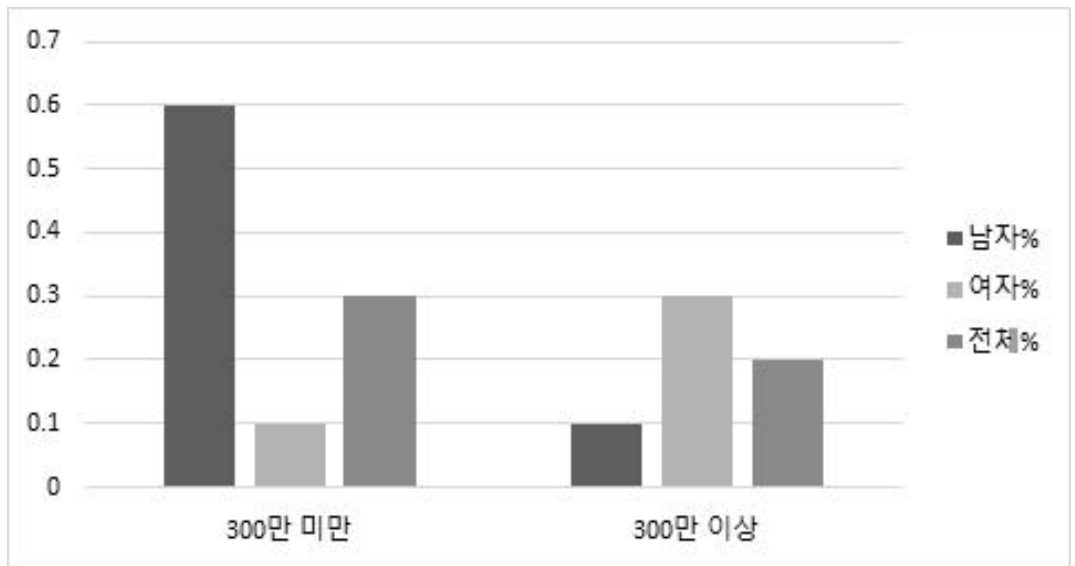


표 118. 공황장애 발병연령의 분포

연령(세)		14세 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 70	70 이상	전체
남자	환자수	4	3	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	16
	백분율	25.0	18.8	12.5	18.8	6.3	12.5	0	0	0	0	0	0	6.3	100
여자	환자수	3	0	4	3	4	1	1	1	1	0	0	2	1	21
	백분율	14.3	0	19.0	14.3	19.0	4.8	4.8	4.8	4.8	0	0	9.5	4.8	100
전체	환자수	7	3	6	6	5	3	1	1	1	0	0	2	2	37
	백분율	18.9	8.1	16.2	16.2	13.5	8.1	2.7	2.7	2.7	0	0	5.4	5.4	100

그림 181. 공황장애 발병연령의 분포(%)

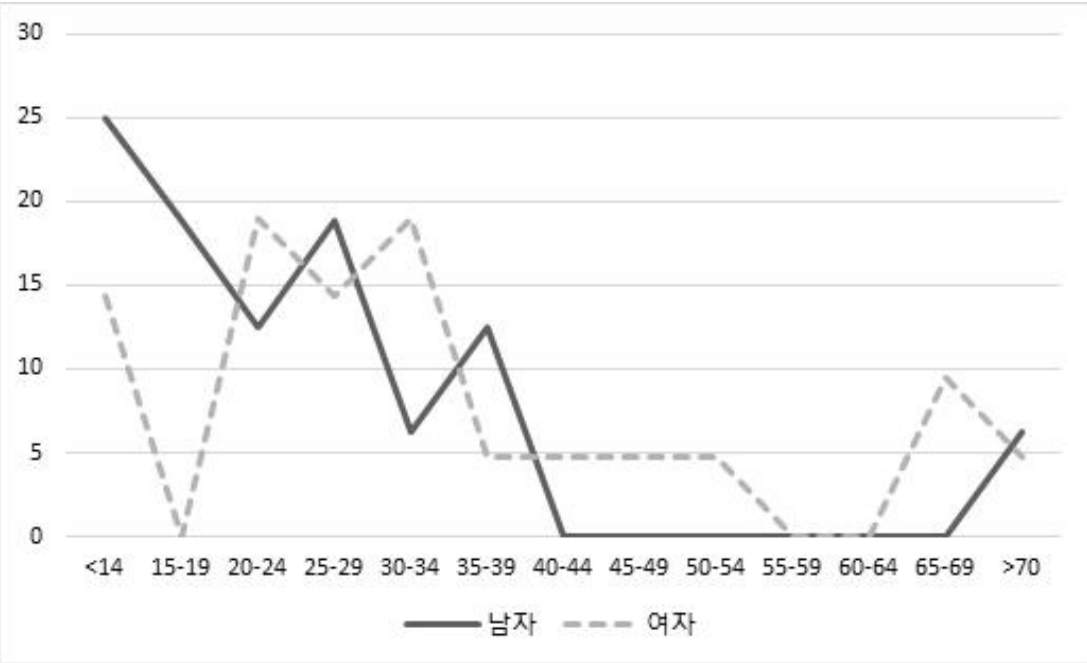


표 119. 공황장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.4 (0.1-1.4)	0.174
연령구간(세)		
60 이상	1	
45-59	1.3 (0.2-9.0)	0.747
30-44	2.3 (0.2-18.1)	0.422
18~29	6.4 (0.7-56.1)	0.093
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.3 (0.2-7.8)	0.755
미혼	2.2 (0.3-12.9)	0.373
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	2.9 (0.9-3.7)	0.102
직업		
전일제	1	
부분제	-	-
학생/주부	0.5 (0.0-2.4)	0.992
무직	0.9 (0.2-3.9)	0.991
거주지역		
도시	1	
농촌	0.99 (0.2-3.5)	0.992
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	2.0 (0.3-12.3)	0.424
하: 200만 미만	3.7 (0.9-15.5)	0.065

^a공황장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 120. 공황장애의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.7 (1.4-2.2)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.5 (1.2-1.9)	0.001
니코틴금단	1.7 (1.3-2.2)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	2.8 (2.0-4.0)	0.000
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
주요우울장애	1.9 (1.6-2.3)	0.000
기분부전장애	2.2 (1.8-2.8)	0.000
양극성장애	-	-
불안장애		
강박장애	2.2 (1.5-3.0)	0.000
외상후스트레스장애	2.0 (1.6-2.5)	0.000
공황장애	2.1 (1.7-2.6)	0.000
광장공포증	2.2 (1.7-3.0)	0.000
사회공포증	2.0 (1.7-2.7)	0.000
범불안장애	2.4 (2.0-2.9)	0.000
특정공포증	1.5 (1.3-2.0)	0.000

^a공황장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.5.5. 광장공포증

개관

광장공포의 본질적인 특징은 다양한 상황에 실제로 노출되거나 노출이 기대되는 상황에서 유발되는 현저한, 극도의 공포와 불안이다(진단기준A). 광장공포를 질병으로 규정짓는 진단기준은 다음과 같다. 1) 자동차, 버스, 기차, 선박 또는 비행기 같은 대중교통을 이용하는 상황, 2) 주차장, 시장, 거리와 같은 열린 공간에 있는 것, 3) 상점, 공연장, 영화관 같은 밀폐된 공간에 있는 것, 4) 줄을 서 있거나 군중 속에 있는 것, 5) 집 밖에 혼자 나와 있는 상황. 이 각각 상황에만 국한된 것이 아니라 다른 상황도 두려워할 수 있다. 이러한 상황이 발단이 되어 공포와 불안을 경험하게 되면, 전형적으로 어떤 끔찍한 일이 발생할 것이라는 생각을 하게 된다. 상황을 회피하거나(예: 여행을 제한함), 공황발작이나 공황과 유사한 증상이 일어나는 데 대한 현저한 불편감이나 불안을 참고 견디거나 동반자를 필요로 한다(진단기준 B). 광장공포증은 불안이나 공포로 인한 회피가 다른 정신장애에 의해 잘 설명되지 않을 경우 진단될 수 있다(진단기준 C).

조사결과

본 조사에서는 광장공포증의 평생유병률은 0.7%, 일년유병률은 0.2%로 나타났다. 2006년 광장공포증 평생유병률은 0.2% 2011년은 0.4%으로, 광장공포증은 지속적으로 증가하고 있다<그림 182, 183>. 미국의 광장공포증 일년유병률은 3.7%, 유럽은 0.4%~0.6%로 조사된 바, 우리나라의 광장공포증 일년유병률은 다른 나라에 비해 상대적으로 낮았다<표 121>. 마찬가지로 우리나라의 공황장애 평생유병률은 서구권 나라와 비교하였을 때는 낮은 수준이지만 나이지리아 보다는 약간 높았다.

사회인구학적 분포: 광장공포증 일년유병률은 남자 0.3%, 여자 0.1%로 나타났다. 남자는 20대에서 일년유병률이 가장 높고, 여자에서는 30대, 60대, 70대에서 일년유병률이 가장 높게 나타났다. 남자의 경우 20대에서만 일년유병률이 0.8%로 유난히 높은 특징을 보였다. 남자는 미혼 집단에서 일년유병률이 높았으며 여자는 결혼 상태와 무관한 특징을 보였다. 남자는 중졸, 여자는 초졸과 중졸의 교육수준 집단에서 광장공포증 일년유병률이 높았으며, 남자는 전일제와 미취업 상태에서 광장공포

증 일년유병률이 높았으며 여자는 부분제 취업 상태에서 광장공포증 일년유병률이 높았다. 남녀 모두 도시와 농촌 거주자에서 비슷한 수준의 광장공포증 유병을 보였다. 남자는 월소득수준이 가장 낮은 집단에서, 여자는 월소득수준이 중간 집단에서 광장공포증 일년유병률이 가장 높았다<표 122, 그림 184~189>.

발병연령: 남자에서는 30대 후반까지 93.7%가 발병하였고, 여자에서는 10대 초반까지 14.3%가 발병한 뒤, 20대 초반부터 30대 초반까지 52.3%가 발병하는 양상을 보이고 있다. 광장공포증의 전체 이환자 수가 남자 16명, 여자 21명으로 분석의 대상이 되기에 부족한 점이 있었다<표 123, 그림 190>.

위험요인: 통계적으로 유의한 수준의 위험요인은 결혼상태로, 이혼/별거/사별 상태의 경우에 5.3배 높은 수준의 위험을 보이는 것으로 분석되었다($OR=5.3, p<0.05$). 또한 거주지역의 경우 농촌에 거주하는 경우 1.7배 높은 수준의 위험을 보이는 것으로 분석되었다($OR=1.7, p<0.05$)<표 124>.

동반이환: 광장공포증은 여러 정신질환들과 동반이환을 보였다. 특히 알코올의존, 니코틴사용장애, 정신병적장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 125>.

표 121. 지역사회 역학조사에서 광장공포증의 유병률

지역	유병률		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.3	0.3	0.3
한국전국(2006) ^a	0.1	0.2	0.2
한국전국(2011) ^a	0.2	0.2	0.4
한국전국(2016) ^a	0.2	0.2	0.7
일본(2002) ^a	-	0.3	-
미국 NCS-R(2002) ^a		0.8	1.4
미국(2012)		1.7	3.7
유럽 ESEMeD ^a	-	0.4	0.9
이탈리아(2001)	-	0.4	1.2
프랑스(2001)	-	0.6	1.8
벨기에(2001)	-	0.4	0.8
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	1.2
캐나다(2005) ^a		0.7	1.5
호주(2007) ^a	-	2.8	-
멕시코(2001) ^a	-	0.7	-
나이지리아(2002) ^a	-	0.2	0.4
레바논(2002) ^a	-	0.3	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

그림 182. 우리나라 광장공포증 평생유병률

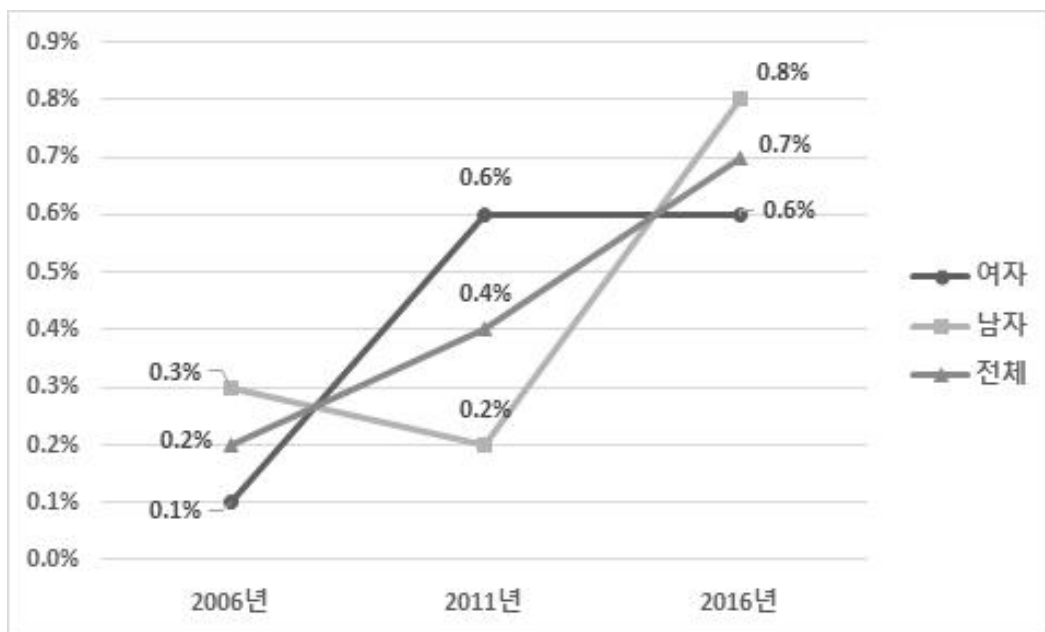


그림 183. 우리나라 광장공포증 일년유병률

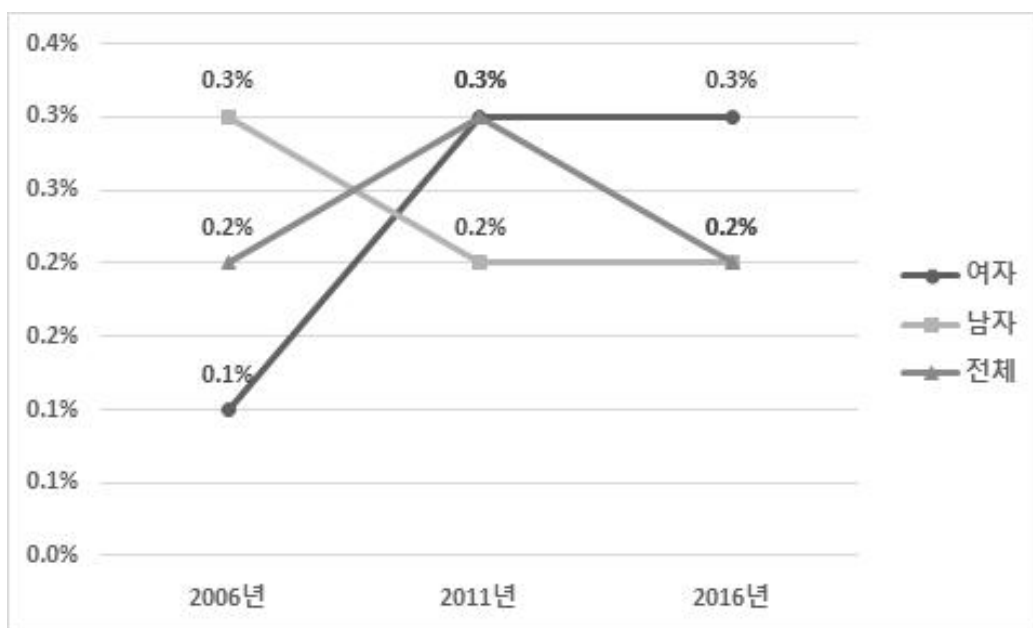


표 122. 광장공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.8	0.4	0.1	0.1	0.5	0.2
30~39세	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
40~49세	0.4	0.4	0.1	0.1	0.2	0.2
50~59세	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
60~69세	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
70세 이상	0.4	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2
결혼상태						
기혼	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
이혼/별거/사별	0.5	0.5	0.1	0.1	0.2	0.2
미혼	0.8	0.4	0.1	0.1	0.5	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.2
7~9년	2.4	1.7	0.3	0.3	1.1	0.7
10~12년	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
13년 이상	0.3	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
취업상태						
전일제	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
부분제	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.2
미취업	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
거주지역						
도시	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
농촌	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.8	0.4	0.2	0.1	0.5	0.2
중: 200만~300만	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
상: 300만 이상	0.3	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
전체	0.3	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 184. 광장공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

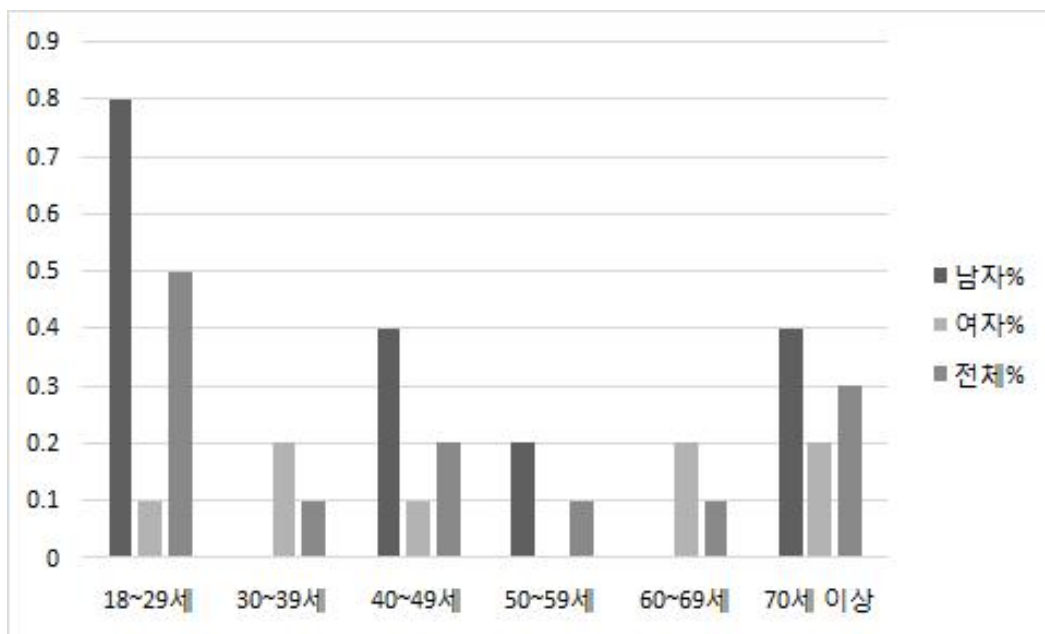


그림 185. 광장공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

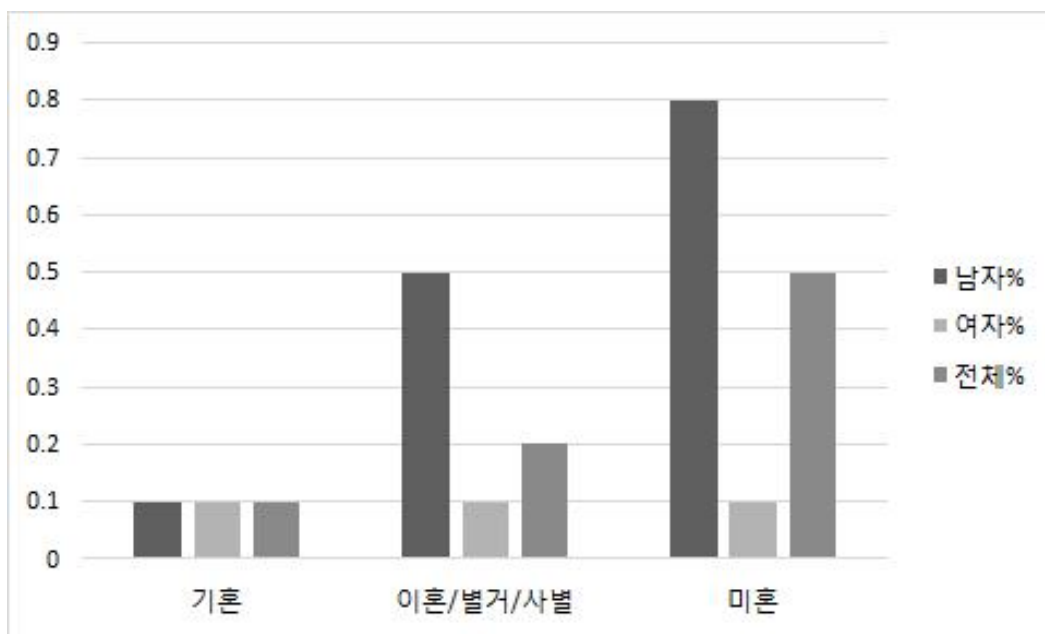


그림 186. 광장공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

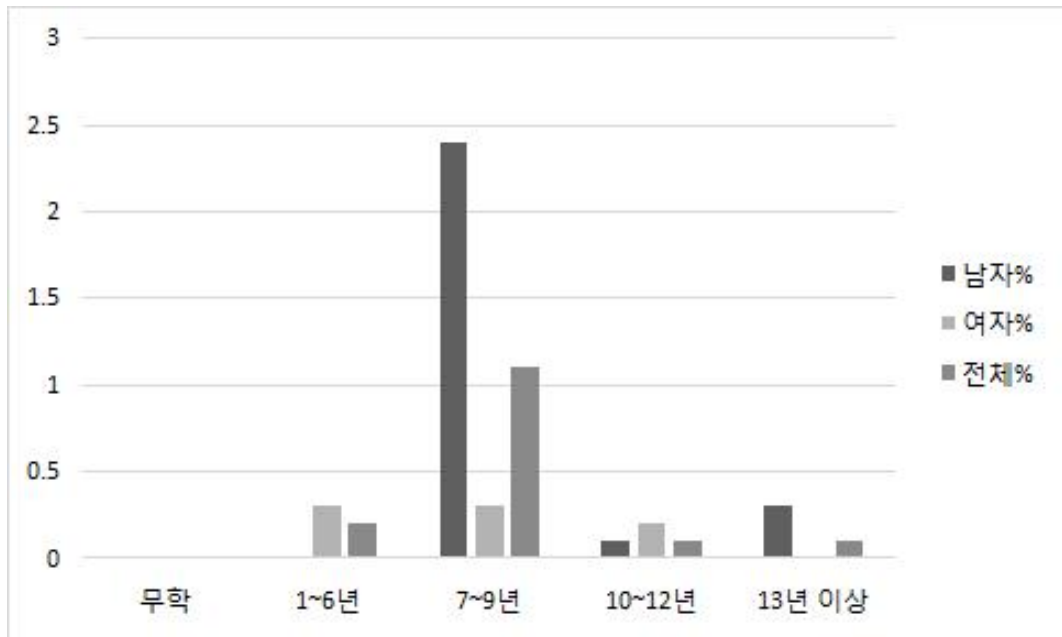


그림 187. 광장공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

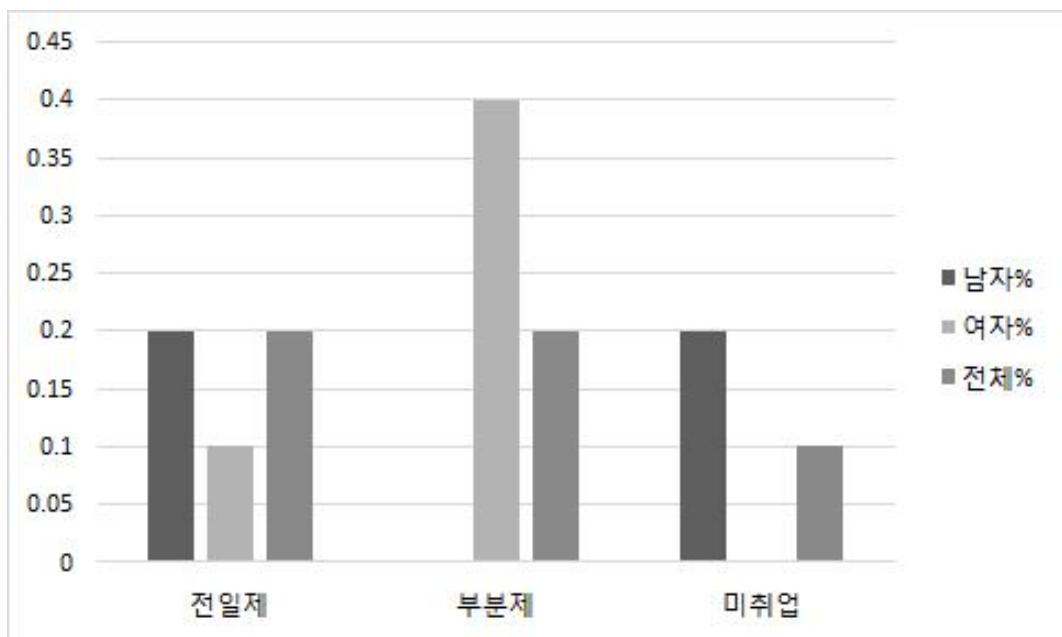


그림 188. 광장공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

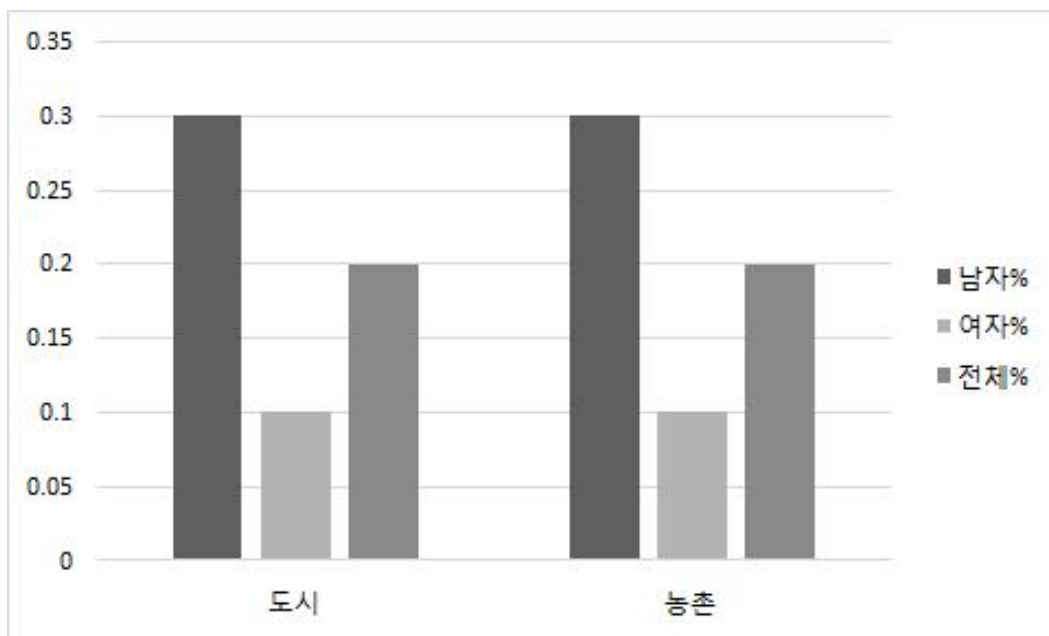


그림 189. 광장공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

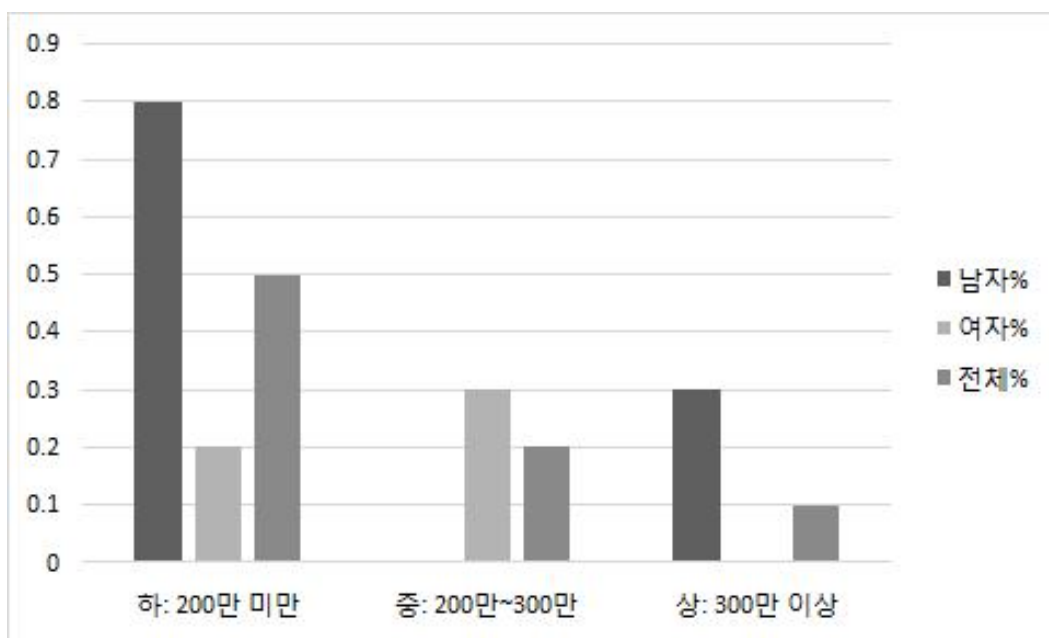


표 123. 광장공포증 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	4	3	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	16
	백분율	25.0	18.8	12.5	18.8	6.3	12.5	0	0	0	0	0	0	6.3	100
여자	환자수	3	0	4	3	4	1	1	1	1	0	0	2	1	21
	백분율	14.3	0	19.0	14.3	19.0	4.8	4.8	4.8	4.8	0	0	9.5	4.8	100
전체	환자수	7	3	6	6	5	3	1	1	1	0	0	2	2	37
	백분율	18.9	8.1	16.2	16.2	13.5	8.1	2.7	2.7	2.7	0	0	5.4	5.4	100

그림 190. 광장공포증 발병연령의 분포

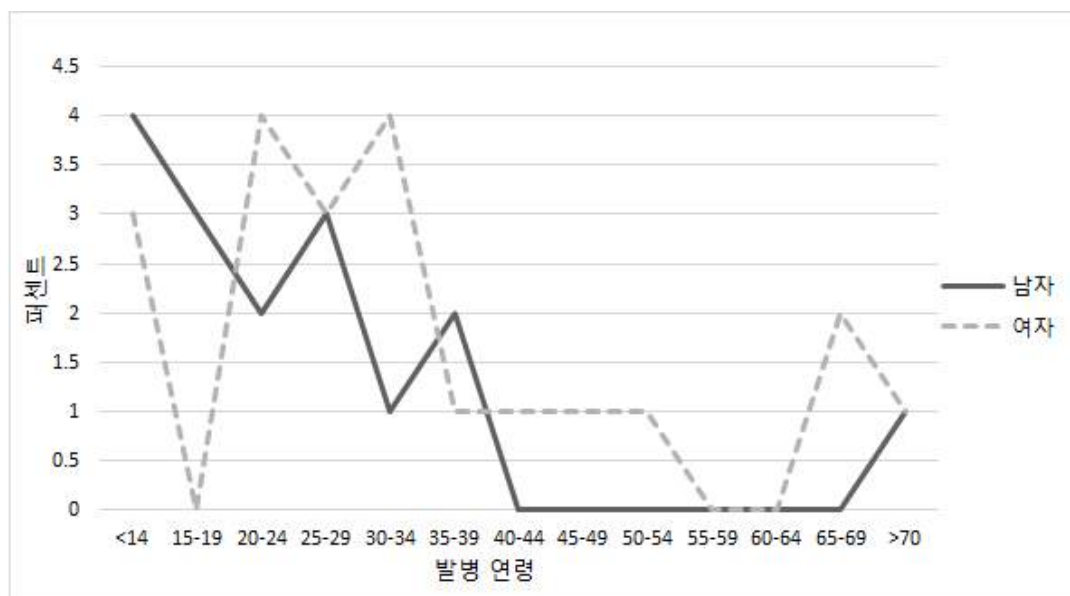


표 124. 광장공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio	P-value
성별		
남자	1	
여자	5.9 (0.1-1.8)	0.366
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	0.6 (0.1-3.5)	0.624
30~44	0.3 (0.0-3.6)	0.369
18~29	0.5 (0.0-4.9)	0.635
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	5.3 (1.1-25.3)	0.033
미혼	6.8 (0.9-47.3)	0.050
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.1 (0.2-4.8)	0.852
직업		
전일제	1	
부분제	-	-
학생/주부	3.8 (0.3-38.6)	0.261
무직	7.5 (0.8-65.8)	0.068
거주지역		
도시	1	
농촌	1.7 (0.5-5.8)	0.010
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200만~300만	-	-
하: 200만 미만	0.5 (0.1-1.8)	0.326

^a광장공포증을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 125. 광장공포증과의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.5 (1.3-1.9)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.5 (1.2-1.8)	0.001
니코틴금단	1.4 (1.0-1.9)	0.022
약물사용장애	-	-
정신병적 장애		
조현병스펙트럼장애	1.9 (1.1-3.1)	0.018
단기정신병적장애	1.7 (1.0-2.9)	0.036
우울장애		
주요우울장애	1.9 (1.7-2.3)	0.000
기분부전장애	2.1 (1.7-2.6)	0.000
양극성장애	-	-
불안장애		
강박장애	2.2 (1.7-2.9)	0.000
외상후스트레스장애	1.9 (1.5-2.4)	0.000
공황장애	2.2 (1.7-2.9)	0.000
사회공포증	2.4 (1.9-2.9)	0.000
범불안장애	2.0 (1.7-2.5)	0.000
특정공포증	2.0 (1.7-2.3)	0.000

^a광장공포증을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

3.5.6. 사회공포증

개관

사회공포증(또는 사회불안장애)의 핵심적인 특징은 다른 사람들에게 관찰을 당하는 사회적 상황에서 현저한 불안과 공포를 느끼는 것이다. 그러한 상황에서 불안과 공포는 극심하게 나타나며, 상황을 피하려 하기도 하는데 그러지 못할 경우 심각한 고통이 초래된다.

사회공포증은 다음과 같은 경우에 진단된다. 먼저, 낯선 사람과 대화를 하거나 타인 앞에서 연설을 하는 것과 같은 사회적 상황이나 활동상황에 대한 현저하고 지속적인 두려움이 나타나야 한다(진단기준 A). 이러한 불안은 다른 사람으로부터 부정적인 평가를 받을 수 있는 방식으로 행동을 하거나, 불안 증상을 타인에게 보일까 봐 두려워 하는 것이며(진단기준 B), 사회적 상황에서의 노출은 언제나 예외없이 불안을 유발시킨다(진단기준 C). 사회적 상황에 대한 두려움 때문에 사회불안이 있는 사람은 그러한 상황을 회피하거나 두려움 속에서 상황을 견디며(진단기준 D), 불안은 실제 위협이나 사회문화적 맥락에서 볼 때도 과도해야 한다(진단기준 E). 18세 이하의 경우 사회 공포증으로 진단받기 위해서는 6개월 이상 증상이 지속되어야 하며(진단기준 F), 이러한 증상으로 인하여 개인의 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능 영역에서 현저한 고통이 초래될 경우 진단된다(진단기준 G). 공포나 회피는 약물의 직접적인 생리적 작용이나 일반적인 의학적 상태로 인한 것이 아니며 다른 정신장애에 의해 더 잘 설명되지 않는다(진단기준 I). 만약 다른 정신장애나 일반적인 의학적 상태가 존재한다면(예: 말더듬, 파킨슨 병, 신경성 식욕부진증) 공포와 불안은 이와 무관하거나 지나칠 정도이다(진단기준 H).

조사결과

본 조사에서는 사회공포증 평생유병률이 1.6%, 1년유병률은 0.4%로 나타났다. 사회공포증 평생유병률은 2006년과 2011년에 0.5%로 보고되었으나, 2016년에는 약 3배 가까이 증가하였다<표 126, 그림 191, 192>. 미국이나 뉴질랜드 등의 영어권 국가에서는 10% 전후의 높은 유병률을 보이며, 유럽에서는 2.4%로 미국보다는 낮은 수준을 보인다. 우리나라 사회공포증 평생유병률은 미국이나 유럽에 비해서는 낮은 수준이나, 중국보다는 높았다<표 126>.

사회인구학적 분포: 사회공포증 일년유병률은 남자 0.4%, 여자 0.5%였다. 남자와 여자 모두 18~29세 연령군에서 사회공포증의 높은 일년유병률을 보였다. 남자에서는 미혼 상태, 여자에서는 이혼/별거/사별의 결혼 상태에서 사회공포증 일년유병률(남: 1.0%, 여: 1.1%)이 높았다. 남자는 13년 이상 교육수준에서 사회공포증 일년유병률이 높았으나, 여자는 1~6년 교육수준에서 사회공포증 일년유병률이 가장 높았다. 남자와 여자 모두 미취업자에서 사회공포증 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 농촌지역 거주자에서 지난 일 년 동안 사회공포증이 도시에서보다 높은 유병을 보였다. 남자는 소득수준이 높은 경우에 높은 유병률을 보였으나 여자는 소득수준이 가장 낮은 경우 사회공포증 일년유병률이 높았다<표 127, 그림 193~198>.

발병연령: 남자의 경우 사회공포증은 대부분 30대 미만에서 시작되며 여자에서는 40대 미만의 발병이 94.3%, 30대 미만에서는 83%로 나타났다<표 128, 그림 199>.

위험요인: 통계적으로 유의한 수준의 위험요인은 연령구간 중에 18~29세인 경우에 6.2배 높은 수준의 위험을 보이고($OR=6.2, p<0.005$), 30~44세인 경우에는 7.5배($OR=7.5, p<0.06$), 45~59세인 경우에는 5.8배의 높은 위험을 보였다($OR=5.8, p<0.05$). 또한 이혼/별거/사별의 결혼상태에서는 7.2배 높은 수준의 위험을 보였고($OR=7.2, p<0.001$), 무직인 경우 12.4배의 높은 수준의 위험을 보였다($OR=12.4, p<0.05$). 농촌에 사는 경우에 5.8배 높은 수준의 위험을 보이는 것으로 분석되었다($OR=5.8, p<0.001$)<표 129>.

동반이환: 사회공포증은 여러 정신질환들과 동반이환을 보였다. 특히 알코올 의존, 조현병스펙트럼장애, 단기정신병적장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 130>.

표 126. 지역사회 역학조사에서 사회공포증의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.2	0.2	0.3
한국전국(2006) ^a	0.3	0.4	0.5
한국전국(2011) ^a	0.3	0.3	0.5
한국전국(2016) ^a	0.3	0.4	1.6
일본(2002) ^a	-	0.8	-
중국(2002) ^a	-	-	0.5
미국 NCS-R(2002) ^a	-	6.8	12.1
미국(2012) ^a		7.4	13.0
유럽 ESEMeD ^a	-	1.2	2.4
이탈리아(2001)	-	1.0	2.1
프랑스(2001)	-	1.7	4.7
벨기에(2001)	-	0.9	2.0
뉴질랜드(2002) ^a	-	-	9.4
캐나다(2005)		6.7	
호주(2007) ^a	-	4.7	-
나이지리아(2002) ^a	-	0.3	0.3
레바논(2002) ^a	-	1.1	-
멕시코(2001) ^a	-	1.7	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

그림 191. 우리나라 사회공포증 평생유병률

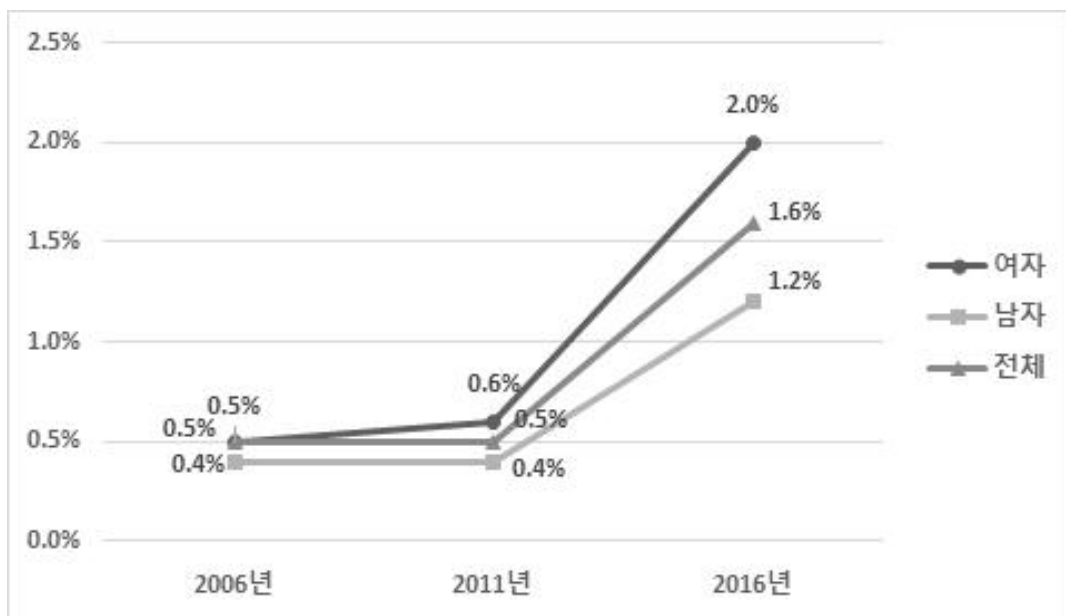


그림 192. 우리나라 사회공포증 일년유병률

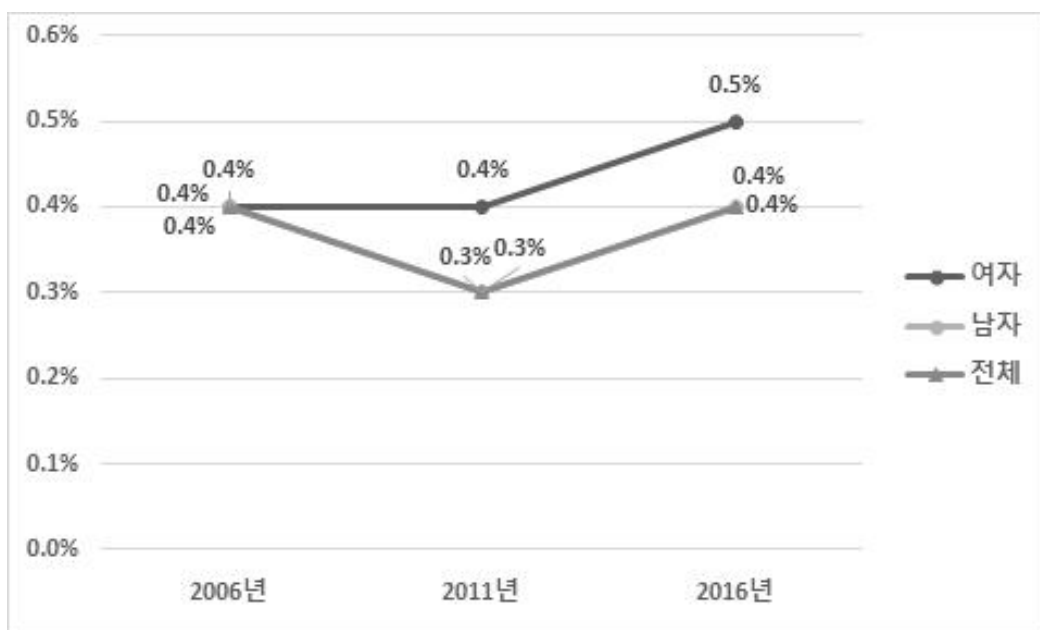


표 127. 사회공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	1.1	0.6	0.9	0.6	1.0	0.4
30~39세	0.3	0.3	0.7	0.3	0.5	0.2
40~49세	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
50~59세	0.1	0.1	0.6	0.3	0.4	0.2
60~69세	0.7	0.7	0.1	0.1	0.4	0.3
70세 이상	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
결혼상태						
기혼	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
이혼/별거/사별	0.0	0.0	1.1	0.4	0.8	0.3
미혼	1.0	0.4	0.7	0.5	0.9	0.3
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.5	0.5	0.4	0.4
1~6년	0.3	0.3	1.0	0.5	0.8	0.3
7~9년	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
10~12년	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
13년 이상	0.5	0.2	0.6	0.3	0.5	0.2
취업상태						
전일제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
부분제	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
미취업	1.1	0.7	1.2	0.6	1.2	0.5
거주지역						
도시	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
농촌	0.8	0.4	0.9	0.4	0.8	0.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.2	0.1	0.7	0.3	0.5	0.1
중: 200만~300만	0.3	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2
상: 300만 이상	0.4	0.3	0.6	0.3	0.5	0.2
전체	0.4	0.2	0.5	0.1	0.4	0.1

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 193. 사회공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

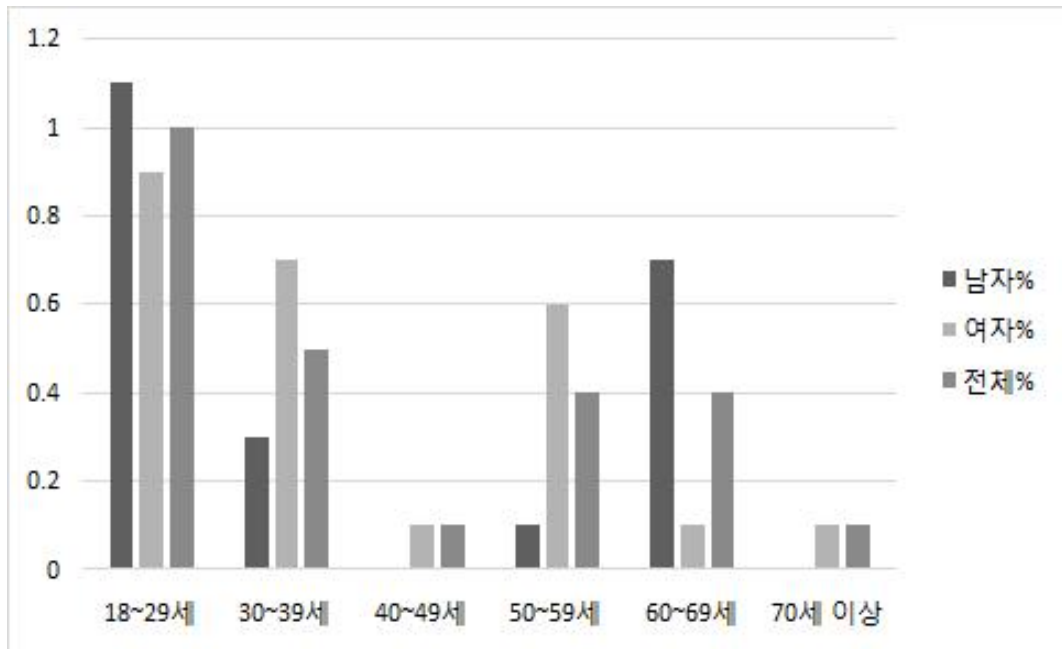


그림 194. 사회공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

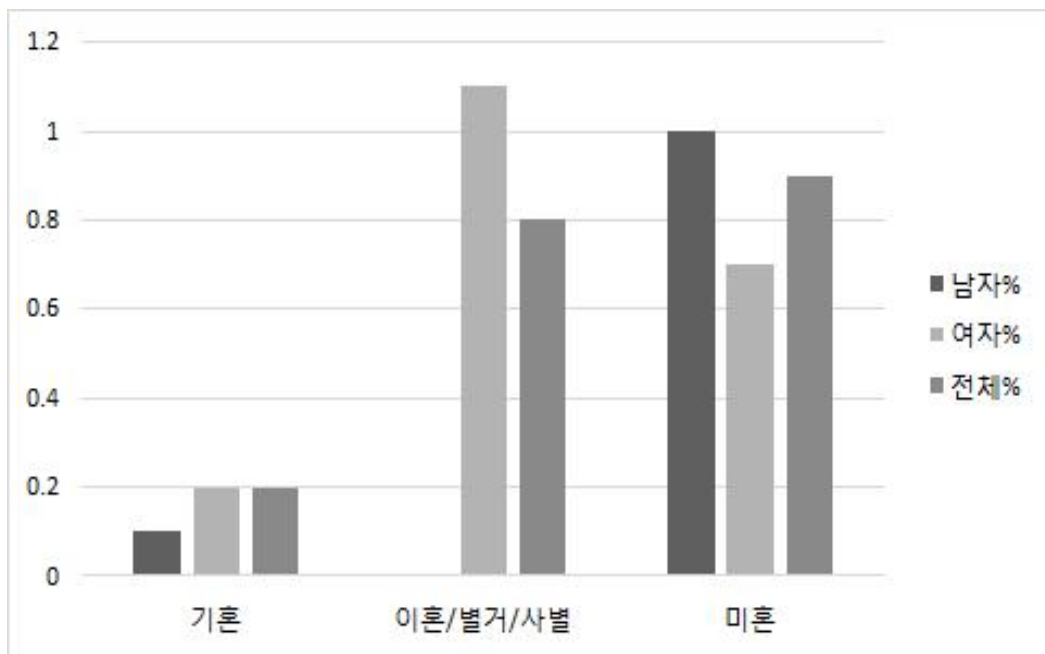


그림 195. 사회공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

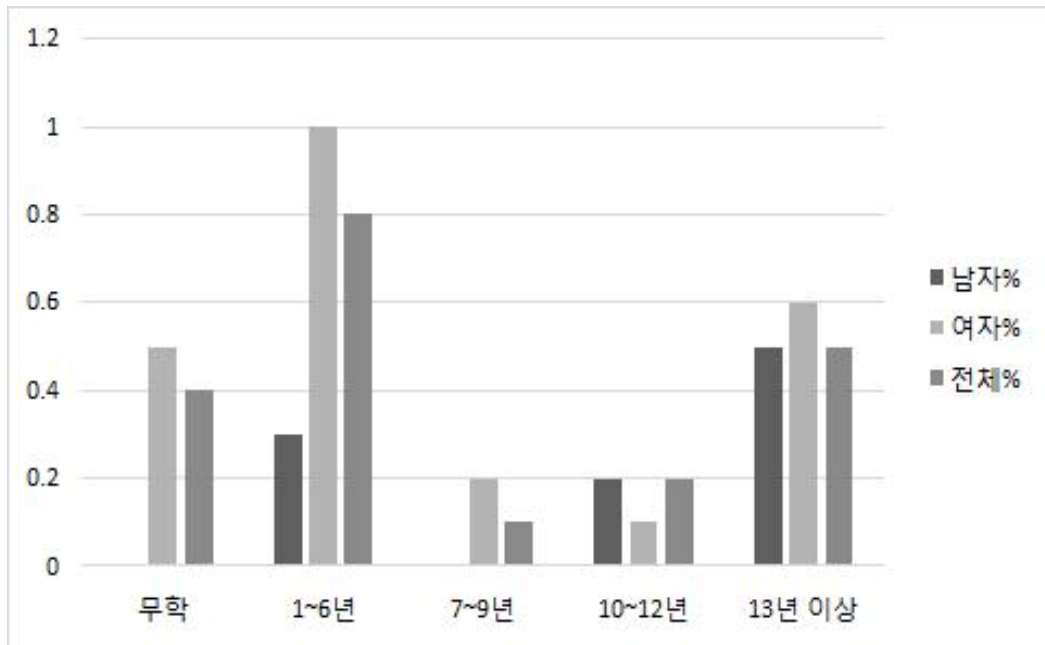


그림 196. 사회공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

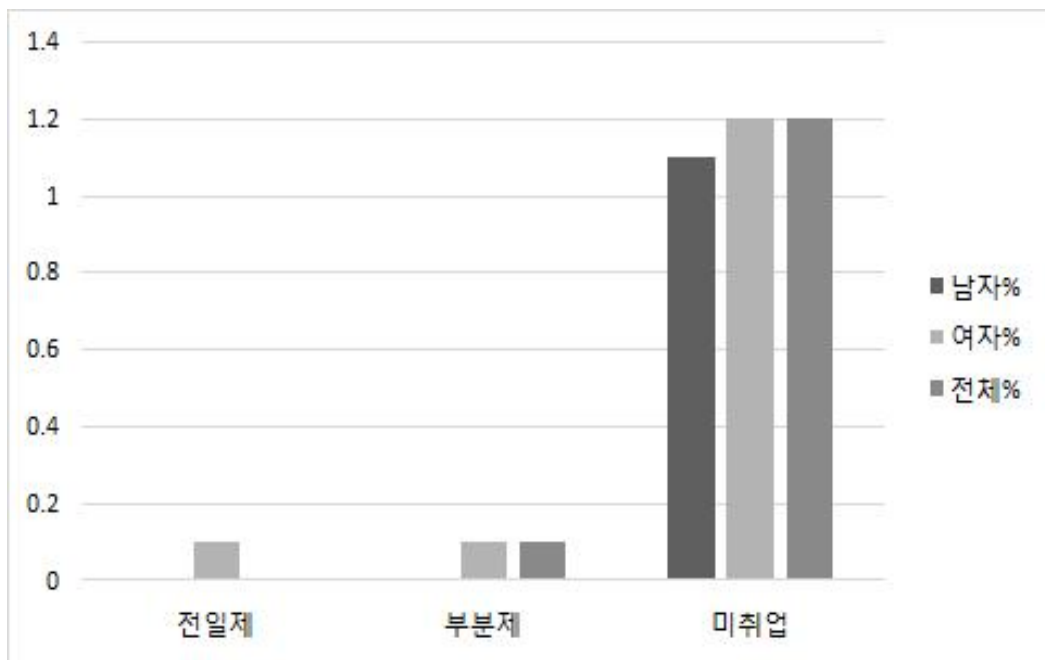


그림 197. 사회공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

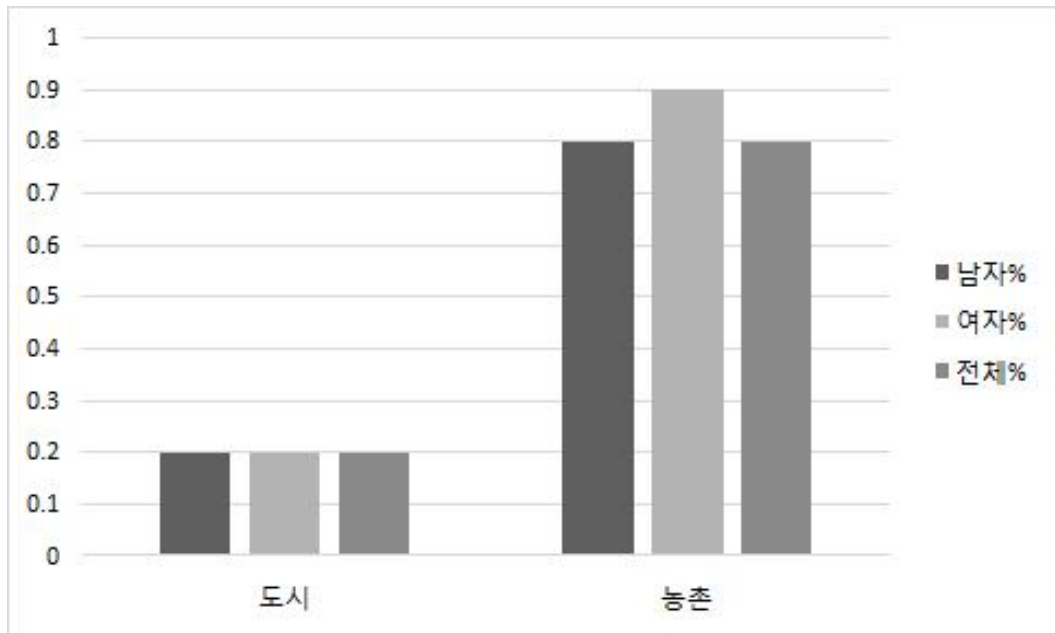


그림 198. 사회공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

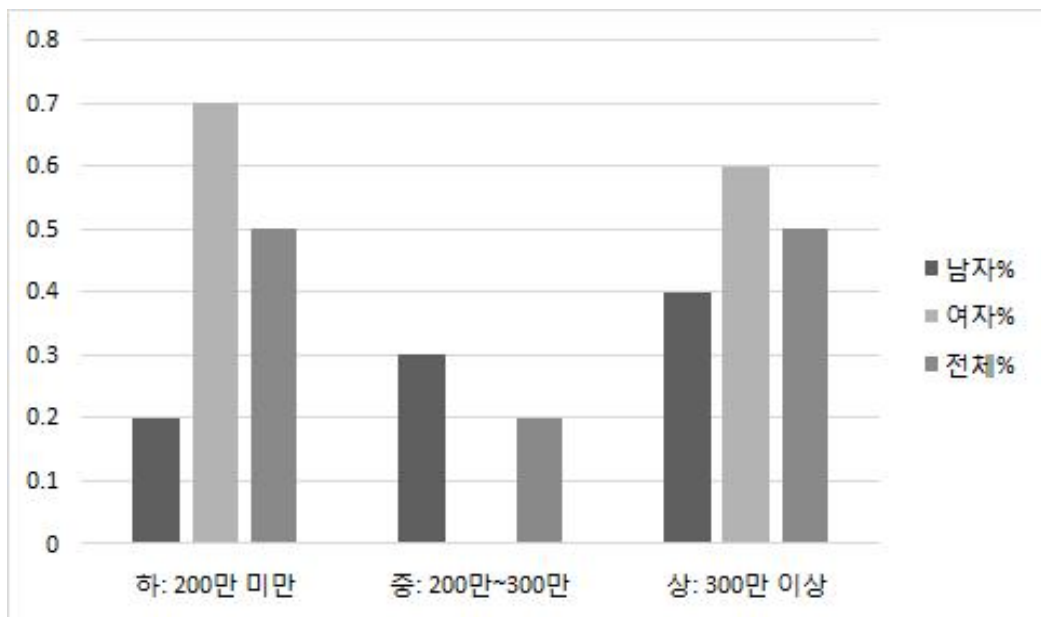


표 128. 사회공포증 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	7	6	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	백분율	38.9	33.3	22.2	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
여자	환자수	24	6	11	3	5	1	1	2	0	0	0	0	0	53
	백분율	45.3	11.3	20.8	5.7	9.4	1.9	1.9	3.8	0	0	0	0	0	100
전체	환자수	31	12	15	4	5	1	1	2	0	0	0	0	0	71
	백분율	43.7	16.9	21.1	5.6	7.0	1.4	1.4	2.8	0	0	0	0	0	100

그림 199. 사회공포증 발병연령의 분포(%)

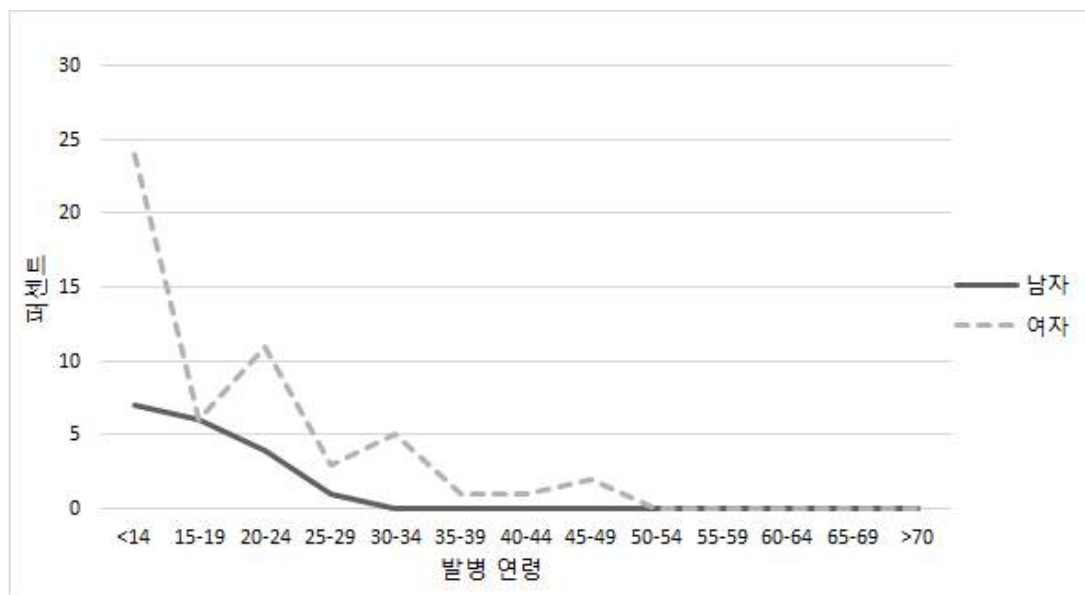


표 129. 사회공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	1.2 (0.4-3.2)	0.643
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	5.8 (1.3-24.5)	0.016
30~44	7.5 (1.5-37.0)	0.011
18~29	6.2 (1.0-38.1)	0.048
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	7.2 (1.8-28.5)	0.005
미혼	1.8 (.04-7.4)	0.412
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.7(0.2-2.2)	0.738
직업		
전일제	1	
부분제	-	-
학생/주부	7.5 (0.8-64.9)	0.064
무직	12.4 (1.6-107.1)	0.014
거주지역		
도시	1	
농촌	5.8 (2.2-15.1)	0.000
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.2 (0.0-2.0)	0.208
하: 200만 미만	1.1 (0.4-2.9)	0.802

^a사회공포증을 종속변인으로 위의 사회인구학적변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio를 산출함.

표 130. 사회공포증과의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.3 (1.1-1.6)	0.004
니코틴사용장애		
니코틴의존	-	-
니코틴금단	-	-
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼장애		
조현병 및 관련 장애	1.9 (1.3-2.8)	0.001
단기정신병적장애	1.8 (1.2-2.6)	0.003
우울장애		
주요우울장애	1.7 (1.5-1.9)	0.000
기분부전장애	1.9 (1.6-2.3)	0.000
양극성장애	2.6 (1.7-4.1)	0.000
불안장애		
강박장애	1.7 (1.2-2.3)	0.001
외상후스트레스장애	1.6 (1.4-2.0)	0.000
공황장애	2.1 (1.7-2.7)	0.000
광장공포증	2.4 (2.0-2.9)	0.000
범불안장애	1.8 (1.5-2.1)	0.000
특정공포증	2.0 (1.8-2.3)	0.000

^a사회공포증을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

3.5.7. 특정 공포증

개관

특정공포증의 필수 증상은 인식할 수 있는 명확한 대상이나 상황(진단기준 A)에 대한 현저하고 지속적인 두려움이다. 그러한 상황/대상은 공포 자극으로 불리는데, 공포자극은 동물이나 곤충, 고도, 폭풍, 혈액, 주사, 공중 교통수단, 터널 등이 될 수 있다. 특정공포증의 진단은 대중에게서도 흔히 나타나는 정상적이고 일시적인 두려움과 달리 극심하고 강렬한 것으로 경험되며 공포 자극에 노출되면 예외 없이 즉각적으로 불안반응이 유발된다(진단기준 B). 이 장애를 갖고 있는 개인은 두려움이 너무 지나치거나 비합리적임을 알고 있다(진단기준 C). 간헐적으로 공포 상황들을 회피하거나, 아주 심한 불안이나 고통을 지닌 채 견디어 낸다(진단기준 D). 회피, 예기 불안, 또는 두려움은 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 현저한 고통이나 손상을 초래한다(진단기준 E). 증상의 지속 기간은 최소한 6개월 이상이며(진단기준 F) 다른 정신장애(강박장애, 외상 후 스트레스 장애, 분리불안장애, 사회공포증, 광장공포증, 공황장애)에 의해 잘 설명되지 않을 경우 진단된다(진단기준 G).

조사결과

본 조사에서 특정공포증 평생유병률은 5.6%, 일년유병률은 4.2%로 나타났다. 한편, 미국, 프랑스, 뉴질랜드의 특정공포증 평생유병률이 10% 이상으로 나타났고 이탈리아, 중국, 한국의 유병률은 2~7% 사이로 나타났다. 우리나라 특정공포증 평생유병률은 서구권 국가에 비해 낮았으나 일본, 중국보다는 높았다<표 131>.

사회인구학적 분포: 특정공포증은 남자 2.8%, 여자 5.5%로 나타났다. 남녀 모두에서 18~29세 연령에서, 미혼 집단에서 일년유병률이 가장 높았다. 남자에서는 1~6년 교육을 받은 사람들에서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았고, 여자에서는 13년 이상 교육을 받은 사람들에서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았다. 남자에서는 부분제 취업상태에서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았고, 여자에서는 전일제와 미취업상태에서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 농촌보다 도시지역에서 일년유병률이 더 높았다. 남자에서는 가구별 월소득이 200만 미만인 집단에서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았고, 여자에서는 월소득 300만 이상인 집단에서

서 특정공포증 일년유병률이 가장 높았다<표 132, 그림 202~207>.

발병연령: 남녀 모두 75% 이상이 20대 미만의 연령에서 발병하는 양상을 보였다.
<표 133, 그림 208>.

위험요인분석: 남자에 비해 여자가 2배 이상 높은 위험을 보였고, 연령구간 중에 나이가 어려질수록 위험도 역시 상승하는 것으로 나타났고 이는 통계적으로 유의하였다<표 134>.

동반이환: 특정공포증은 알코올 의존, 니코틴 의존, 니코틴 금단, 단기정신병적장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애와 유의한 수준의 동반이환을 보였다<표 135>.

표 131. 지역사회 역학조사에서 특정공포증의 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	3.7	4.1	4.8
한국전국(2006) ^a	3.2	3.4	3.8
한국전국(2011) ^a	4.7	4.8	5.2
한국전국(2016) ^a	3.7	4.2	5.6
일본(2002) ^a	-	2.7	-
중국(2002) ^a	-	-	2.6
미국 NCS-R (2002) ^a	-	8.7	12.5
미국(2012) ^a	-	15.6	18.4
유럽 ESEMeD ^a	-	3.5	7.7
이탈리아 (2001)	-	2.7	5.7
프랑스 (2001)	-	4.7	11.6
벨기에 (2001)	-	3.1	6.8
호주(2007) ^a	-	-	-
뉴질랜드 (2002) ^a	-	-	10.8
나이지리아 (2002) ^a	-	3.5	5.4
레바논 (2002) ^a	-	8.2	-
멕시코 (2001) ^a	-	4.0	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 200. 우리나라 특정공포증 평생유병률

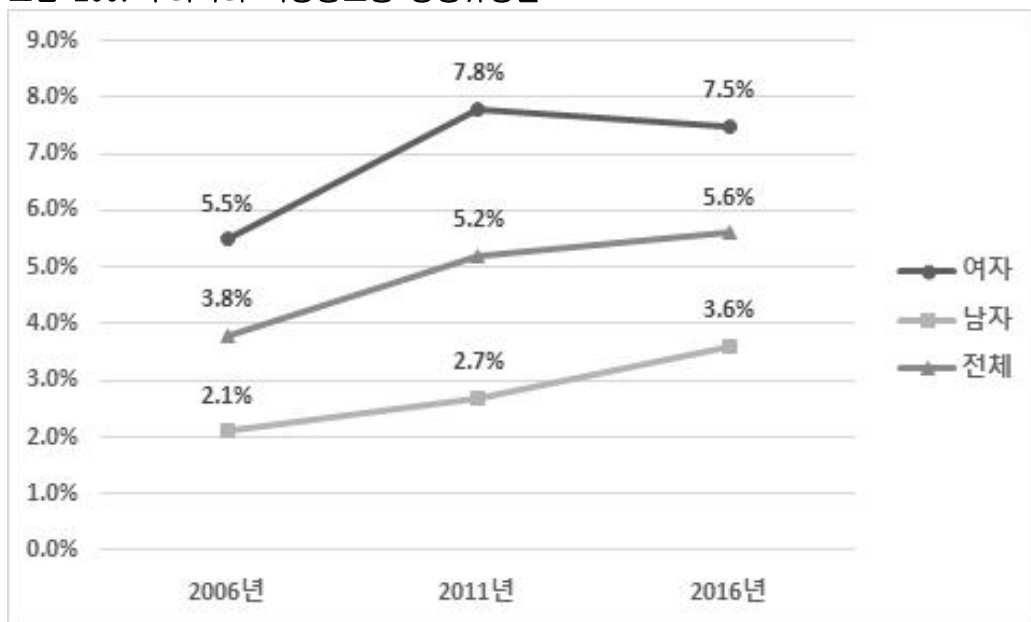


그림 201. 우리나라 특정공포증 일년유병률

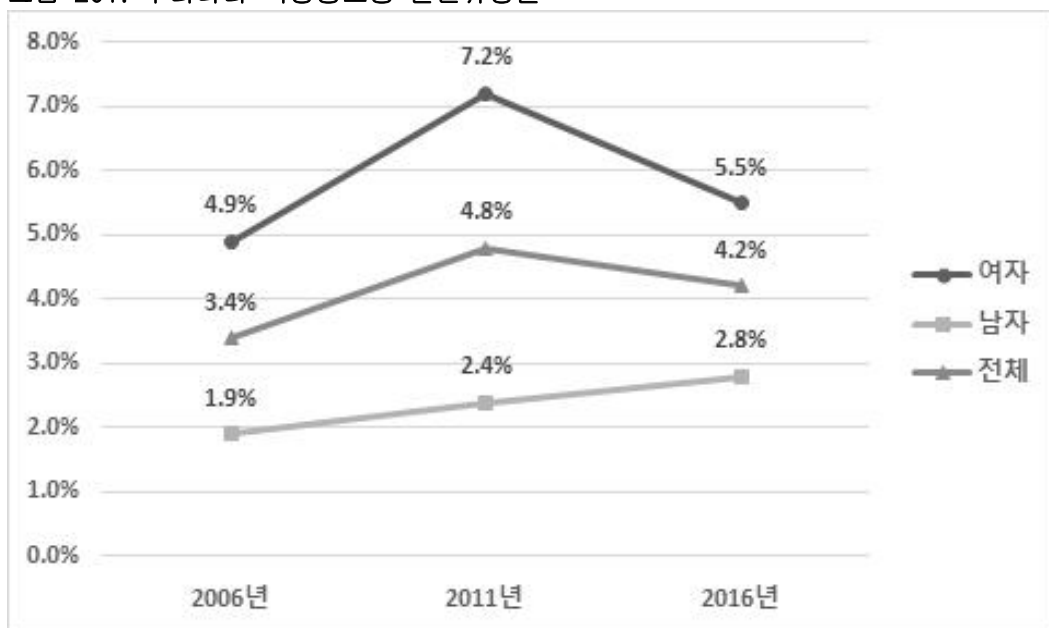


표 132. 특정공포증 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	5.1	1.4	8.6	1.7	6.7	1.1
30~39세	3.4	1.3	6.5	1.2	5.0	0.9
40~49세	2.5	0.9	4.7	0.9	3.6	0.6
50~59세	1.5	0.7	5.0	1.0	3.2	0.6
60~69세	1.8	0.9	5.3	1.3	3.6	0.8
70세 이상	1.5	0.8	2.0	0.6	1.8	0.5
결혼상태						
기혼	2.2	0.5	4.5	0.5	3.4	0.4
이혼/별거/사별	1.7	1.0	5.4	1.0	4.3	0.8
미혼	4.5	1.1	8.6	1.6	6.2	0.9
교육(년)						
무학	0.0	0.0	5.2	2.1	4.1	1.7
1~6년	4.1	1.7	3.2	0.8	3.5	0.8
7~9년	1.4	1.0	5.4	1.9	3.9	1.2
10~12년	3.4	1.0	4.9	0.8	4.2	0.6
13년 이상	2.6	0.5	6.5	0.8	4.3	0.5
취업상태						
전일제	2.6	0.6	6.5	1.1	3.9	0.5
부분제	4.0	1.6	4.2	1.2	4.1	1.0
미취업	1.6	0.6	6.5	1.2	4.6	0.8
거주지역						
도시	3.1	0.6	6.1	0.7	4.6	0.4
농촌	2.5	0.7	4.5	0.7	3.5	0.5
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	3.5	1.0	6.0	0.8	4.8	0.6
중: 200만~300만	1.7	0.7	3.9	1.1	2.7	0.7
상: 300만 이상	3.1	0.7	6.4	0.8	4.7	0.5
전체	2.8	0.4	5.5	0.5	4.2	0.3

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 202. 특정공포증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

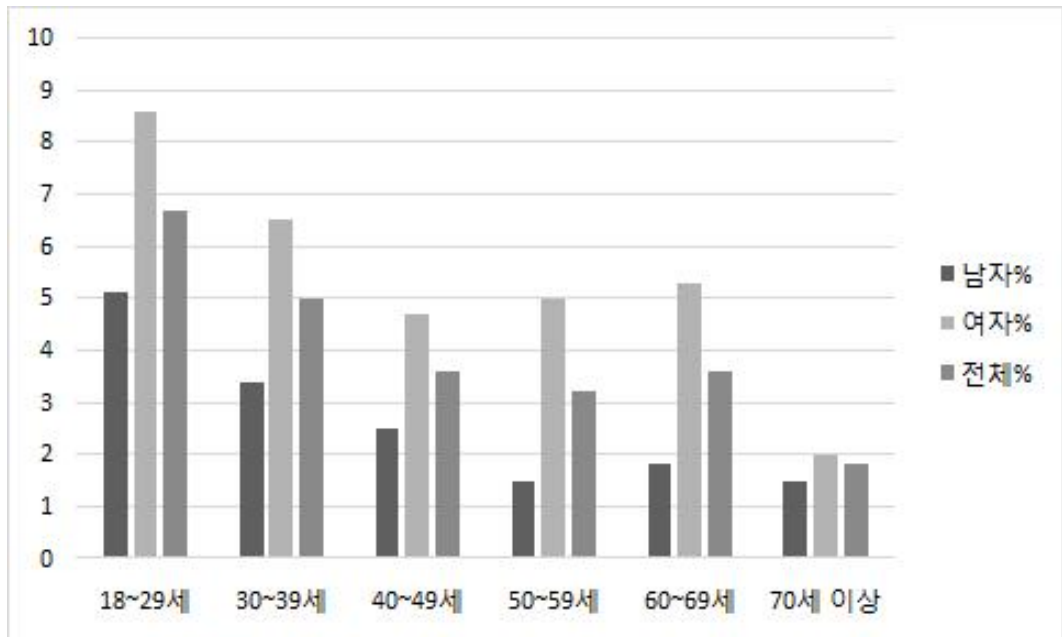


그림 203. 특정공포증 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

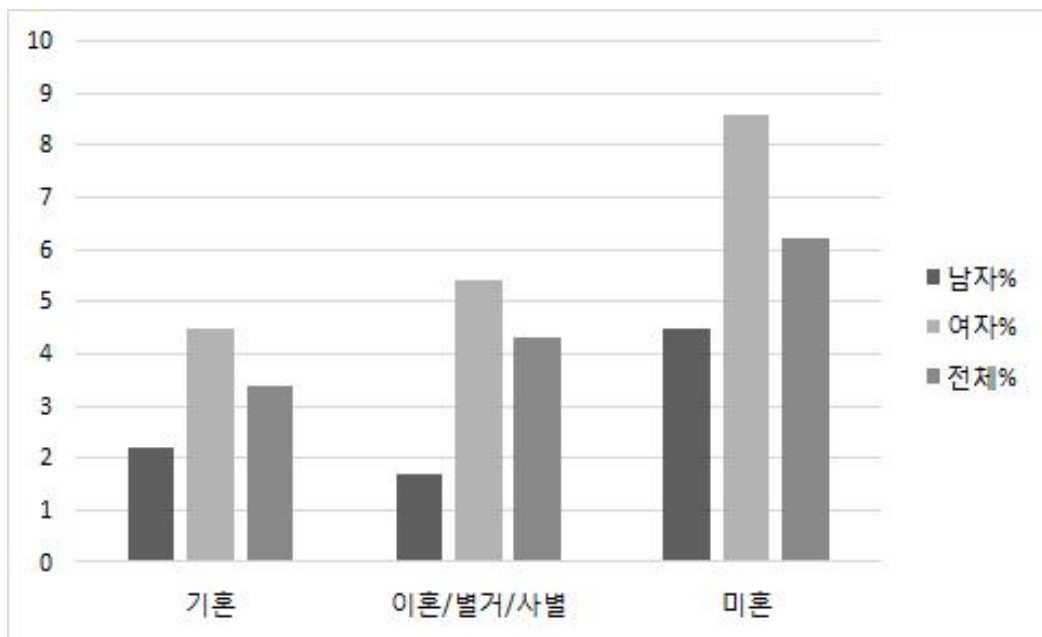


그림 204. 특정공포증 일년유병률의 교육 연한에 따른 분포

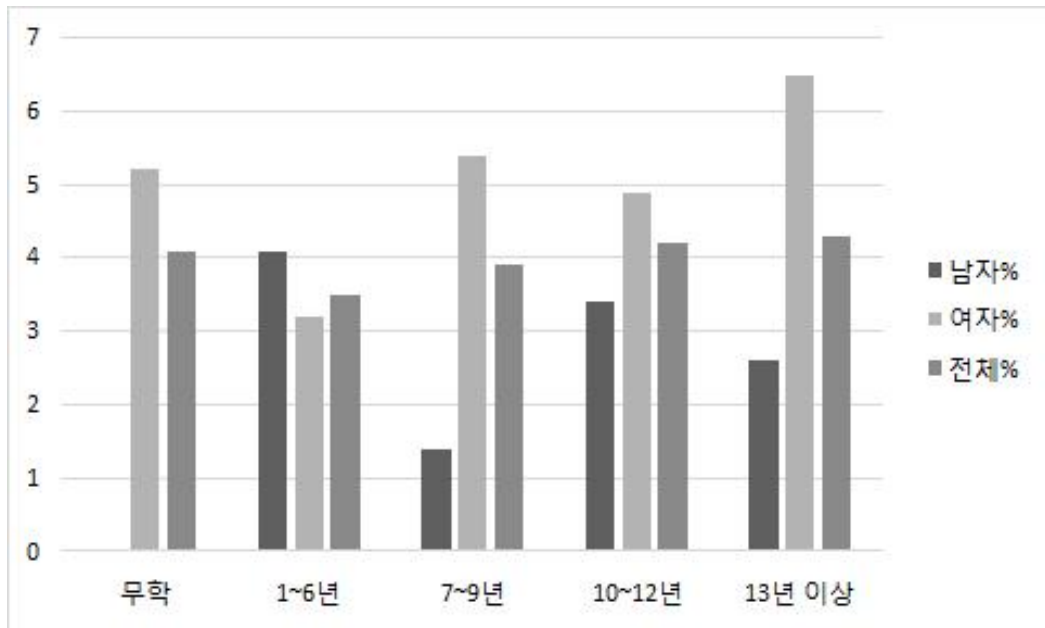


그림 205. 특정공포증 일년유병률의 취업 상태에 따른 분포

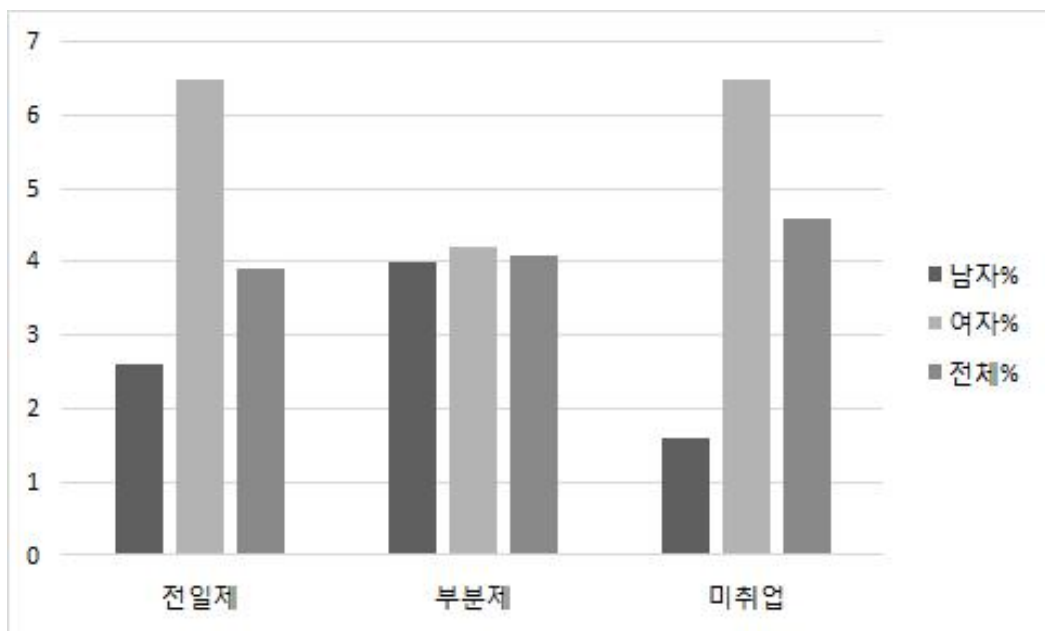


그림 206. 특정공포증 일년유병률의 거주 지역에 따른 분포

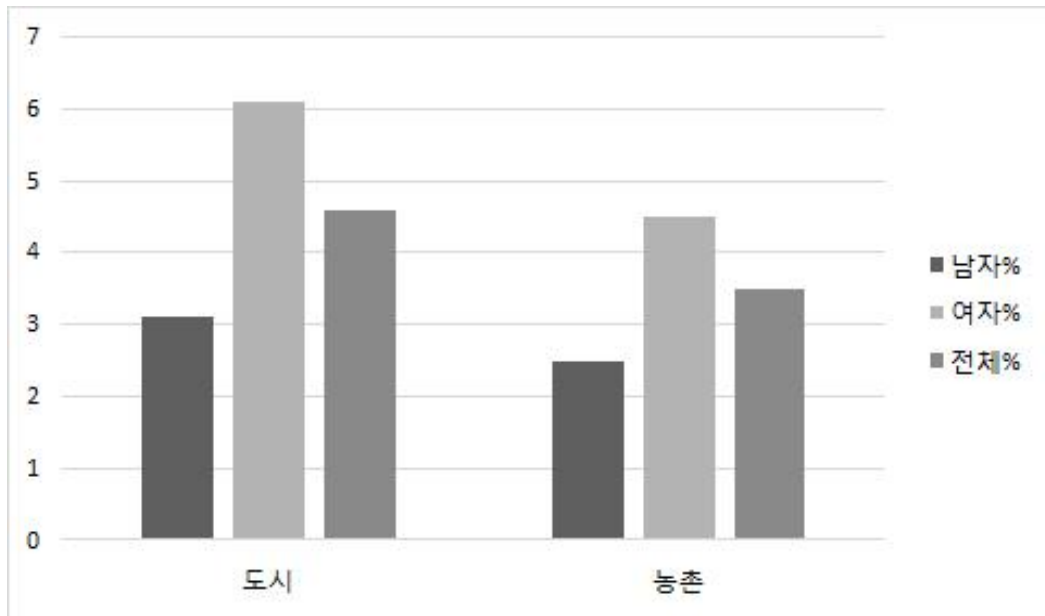


그림 207. 특정공포증 일년유병률의 소득 수준에 따른 분포

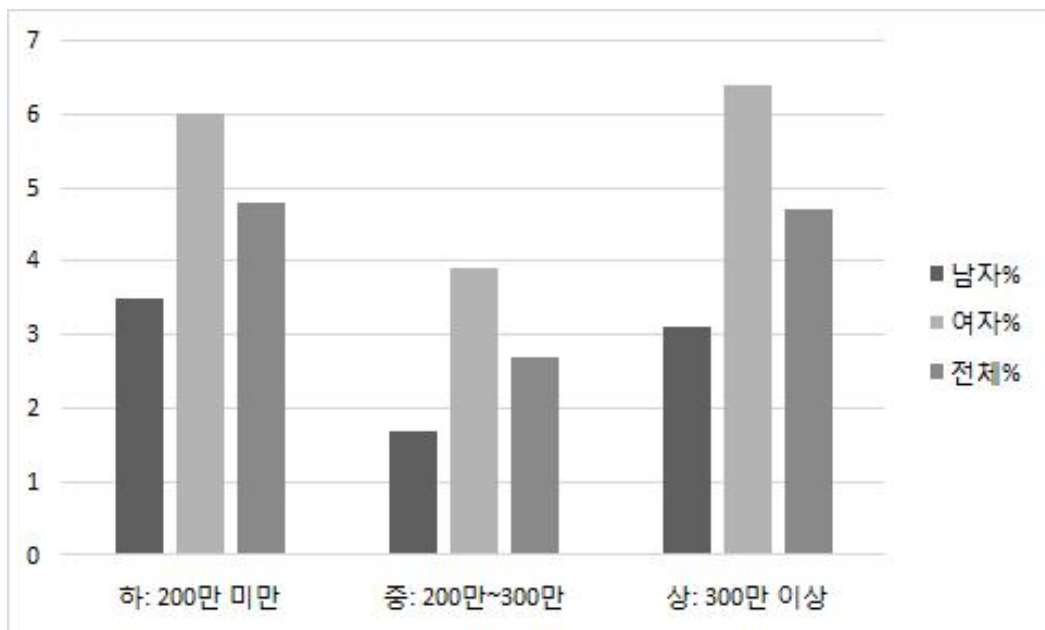


표 133. 특정공포증 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	51	7	5	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	69
	백분율	73.9	10.1	7.2	1.4	1.4	0	0	0	2.9	0	2.9	0	0	100
여자	환자수	156	18	11	7	8	3	9	3	3	3	2	3	2	228
	백분율	68.4	7.9	4.8	3.1	3.5	1.3	3.9	1.3	1.3	1.3	0.9	1.3	0.9	100
전체	환자수	207	25	16	8	9	3	9	3	5	3	4	3	2	297
	백분율	69.7	8.4	5.4	2.7	3.0	1.0	3.0	1.0	1.7	1.0	1.3	1.0	0.7	100

그림 208. 특정공포증 발병연령의 분포

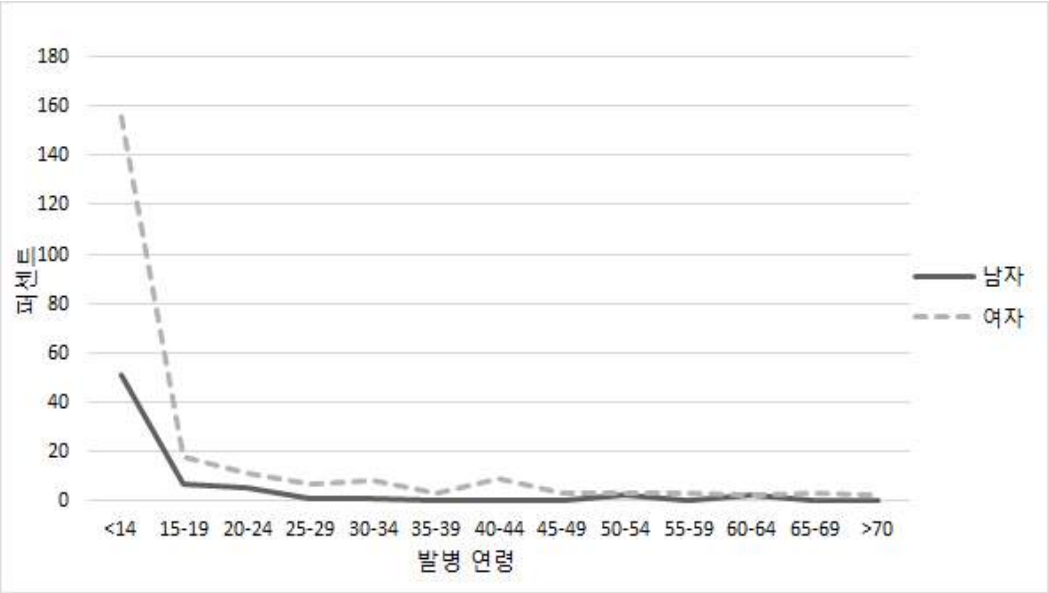


표 134. 특정공포증 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	2.0 (1.4-2.7)	0.000
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	1.7 (1.0-2.6)	0.021
30~44	2.3 (1.4-3.7)	0.000
18~29	2.6 (1.4-4.6)	0.001
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.2 (0.8-1.8)	0.350
미혼	1.3 (0.8-1.9)	0.221
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	1.1 (.0-1.5)	0.702
직업		
전일제	1	
부분제	1.0 (0.5-1.8)	0.920
학생/주부	0.9 (0.6-1.4)	0.864
무직	1.1 (0.7-1.5)	0.638
거주지역		
도시	1	
농촌	1.0 (0.7-1.5)	0.926
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.7 (0.4-1.1)	0.17
하: 200만 미만	1.3 (0.9-1.7)	0.17

^a특정공포증을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 135. 특정공포증과의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.2 (1.1-1.3)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.3 (1.1-1.4)	0.000
니코틴금단	1.3 (1.2-1.5)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병스펙트럼장애		
조현병 및 관련 장애	-	-
단기정신병적장애	1.5 (1.1-2.0)	0.005
우울장애		
주요우울장애	1.5 (1.3-1.6)	0.000
기분부전장애	1.5 (1.3-1.7)	0.000
양극성장애	1.8 (1.1-2.8)	0.011
불안장애		
강박장애	1.5 (1.3-1.9)	0.000
외상후스트레스장애	1.5 (1.3-1.7)	0.000
공황장애	1.6 (1.3-2.0)	0.000
광장공포증	2.0 (1.7-2.3)	0.000
사회공포증	2.0 (1.8-2.3)	0.000
범불안장애	1.7 (1.6-1.9)	0.000

^a특정공포증을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

3.5.8. 범불안장애

개관

범불안장애의 핵심적 특징은 여러 사건이나 활동에 대한 지나친 불안이나 걱정이다. 광범위하게 나타나는 걱정과 염려스러운 예견이 6개월 이상 지속되며(진단기준 A) 증상으로 인하여 일상생활이 어렵고 기능이 저하되며, 개인은 이런 걱정을 조절하는 것이 어렵다는 것을 인지하고 있다(진단기준 B). 불안과 걱정은 다음과 같은 증상 가운데 적어도 3개의 증상과 함께 나타난다. 증상으로는 안절부절못함, 쉽게 피로해짐, 집중 곤란 또는 마음이 멍해지는 느낌, 과민한 기분상태, 근육 긴장, 수면 장애(소아에서는 단 한 가지 부수적 증상만이 요구된다)가 있다(진단기준 C). 불안과 걱정의 초점은 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않으며 그 예는 다음과 같다. 공황장애에서 나타나는 공황발작, 사회공포증에서 관찰되는 공공장소에서 당혹스런 불안, 강박장애에서 나타나는 감염된다는 불안 등에 국한된 것이 아니며 범불안장애에서 불안과 걱정은 외상후 스트레스장애의 경과 중에만 일어나는 것도 아니다(진단기준 D). 범불안장애가 있는 개인은 불안이나 걱정 또는 신체증상이 심각한 고통을 유발하거나 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능에 장애를 초래한다(진단기준 E). 장애는 물질이나 일반적인 의학적 상태의 효과로 나타나는 것이 아니며 기분장애, 정신병적 장애, 또는 광범위성 발달장애의 경과 중에만 발생되지 않는다(진단기준 F).

조사결과

본 조사에서는 평생유병률이 2.4%, 일년유병률은 0.4%로 나타났다. 국외 연구와 비교하였을 때 우리나라 범불안장애 평생유병률은 같은 동양문화권인 중국 보다 높은 수준이나 미국이나 뉴질랜드와 같은 서부권 나라에 비해서는 낮게 나타났다. 일년유병률 역시 0.3%~2.7%로 국가별로 다양한 분포를 보이고 있는데, 본 조사에서는 일년유병률 0.4%로서 이탈리아나 멕시코와 비슷한 수준을 보이고 있다<표 136>.

사회인구학적 분포: 범불안장애 일년유병률은 남자 0.4%, 여자 0.5%로 여자에서 약간 높은 유병률을 보였다. 남자에서는 18~29세, 30~39세의 연령군에서 가장 높은 범불안장애 일년유병률을 보이고, 여자에서는 60~69세의 연령군에서 가장 높은 범불

안장애 일년유병률을 보였다. 남자에서는 미혼 집단에서 범불안장애 유병률이 높았고, 여자는 이혼/별거/사별 집단에서 범불안장애 유병률이 높은 양상을 보이고 있다(남자 0.5%, 여자 0.7%). 남자에서는 13년 이상 교육을 받은 집단에서 범불안장애 일년유병률이 높았으나, 여자에서는 반대로 무학인 경우 범불안장애 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 미취업 상태에서 범불안장애 일년유병률이 가장 높았다. 남녀 모두 농촌지역에서 범불안장애 일년유병률이 더 높았다. 남녀 모두 소득수준이 월 200만원 미만으로 가장 낮은 집단에서 범불안장애 일년유병률이 가장 높았다<표 137, 그림 211~216>.

발병연령: 남자의 경우 15세~54세 이하의 연령층에서 94.4 %가 발병하고, 여자의 경우 64세 이하의 연령층에서 92%가 발병하는 것으로 나타났다<표 138, 그림 217>.

위험요인분석: 범불안장애의 위험요인으로 무직상태에서 5.3배 높은 위험을 보였고 통계적으로 유의하였다(OR=5.3, $p<0.05$)<표 139>.

동반이환율: 범불안장애는 알코올 의존, 니코틴 의존, 니코틴 금단, 약물사용장애, 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성 장애, 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 유의한 수준의 동반이환을 보이는 것으로 나타났다<표 140>.

표 136. 지역사회 역학조사에서 범불안장애 유병률

지역	유병률(%)		
	1 개월	1 년	평생
한국전국(2001) ^a	0.8	1.0	2.2
한국전국(2006) ^a	0.3	0.3	1.6
한국전국(2011) ^a	0.9	1.0	1.9
한국전국(2016) ^a	0.3	0.4	2.4
일본(2002) ^a	-	1.2	-
중국(2002) ^a	-	-	0.8
미국 NCS-R(2002) ^a	-	2.7	5.7
미국(2012) ^a	-	2.0	9.0
유럽 ESEMeD ^a	-	1.0	2.8
이탈리아(2001)	-	0.5	1.9
프랑스(2001)	-	2.1	6.0
벨기에(2001)	-	0.9	2.7
뉴질랜드 (2002) ^a	-	-	6.0
호주(2007) ^a	-	2.7	-
나이지리아(2002) ^a	-	0.0	0.1
레바논(2002) ^a	-	1.3	-
멕시코(2001) ^a	-	0.4	-

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용

^b64세 이하 유병률 결과임

그림 209. 우리나라 범불안장애 평생유병률

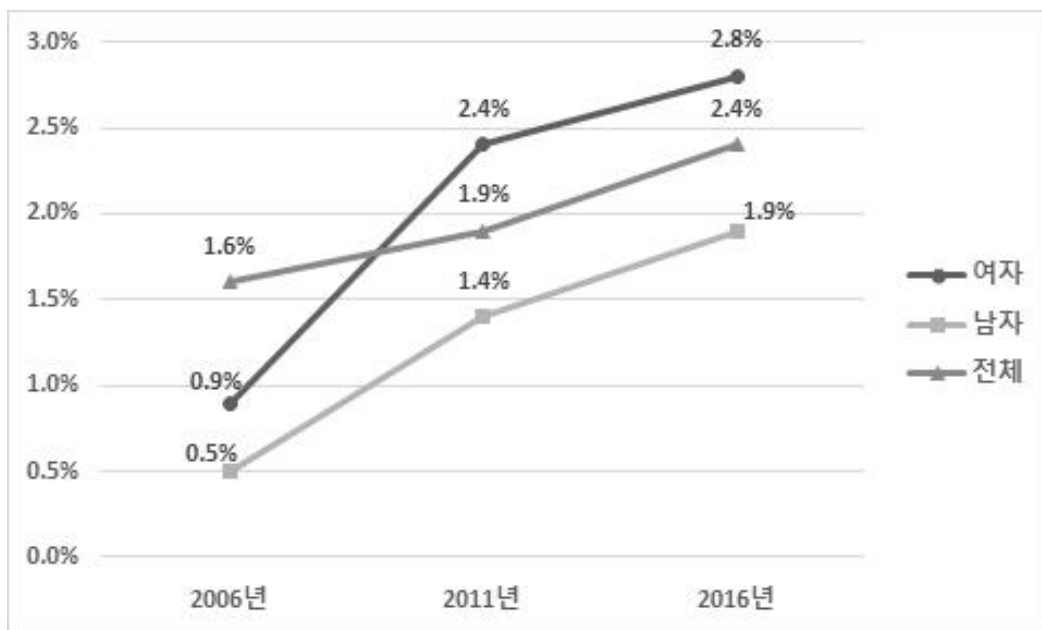


그림 210. 우리나라 범불안장애 일년유병률

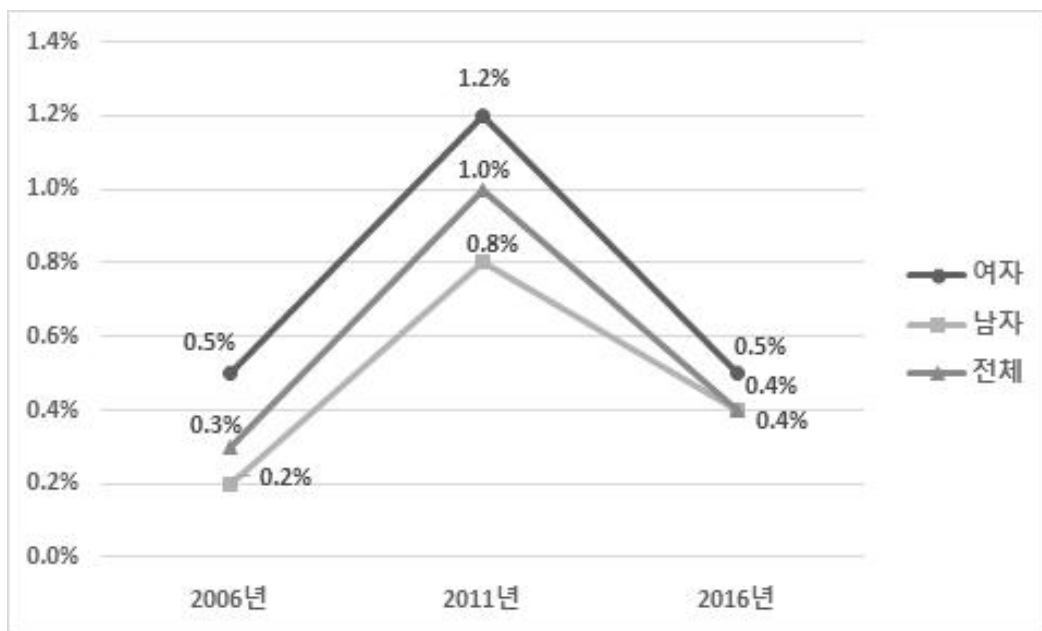


표 137. 범불안장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.6	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2
30~39세	0.6	0.6	0.6	0.4	0.6	0.4
40~49세	0.3	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2
50~59세	0.1	0.1	0.7	0.4	0.4	0.2
60~69세	0.0	0.0	1.0	0.8	0.5	0.4
70세 이상	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2
결혼상태						
기혼	0.3	0.2	0.4	0.2	0.4	0.1
이혼/별거/사별	0.0	0.0	0.7	0.4	0.5	0.3
미혼	0.5	0.3	0.4	0.4	0.5	0.2
교육(년)						
무학	0.0	0.0	1.4	0.9	1.1	0.7
1~6년	0.3	0.3	1.3	0.9	1.0	0.6
7~9년	0.0	0.0	0.7	0.7	0.4	0.4
10~12년	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1
13년 이상	0.5	0.2	0.3	0.2	0.4	0.2
취업상태						
전일제	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.1
부분제	0.2	0.2	0.4	0.4	0.3	0.2
미취업	0.4	0.3	1.1	0.6	0.9	0.4
거주지역						
도시	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1
농촌	0.6	0.4	0.8	0.4	0.7	0.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.9	0.5	1.0	0.4	1.0	0.3
중: 200만~300만	0.5	0.5	0.0	0.0	0.3	0.2
상: 300만 이상	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1
전체	0.4	0.1	0.5	0.2	0.4	0.1

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

그림 211. 범불안장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

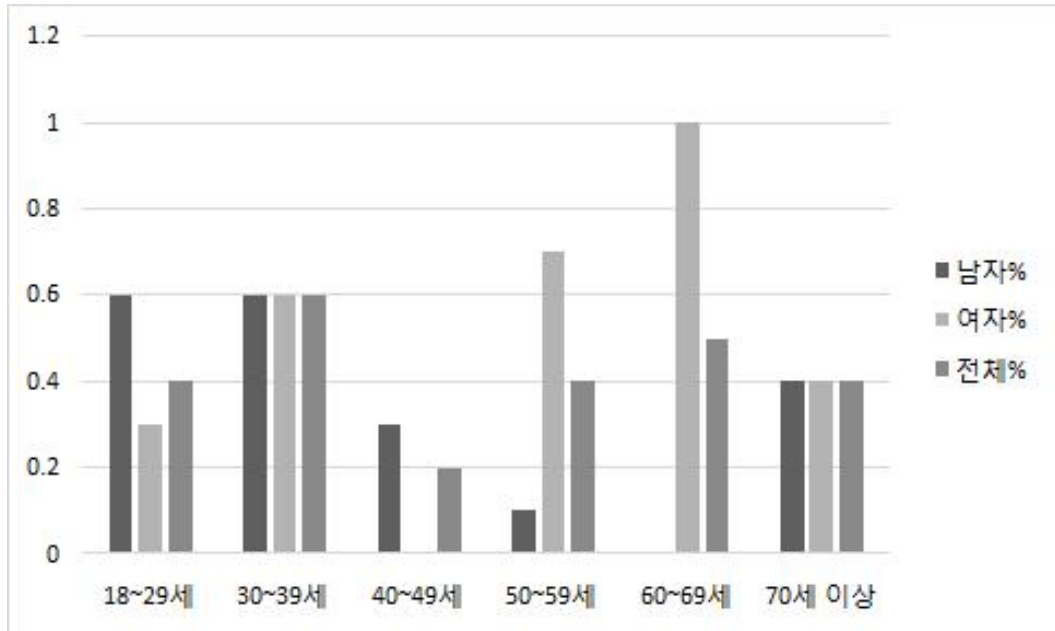


그림 212. 범불안장애 일년유병률의 결혼 상태에 따른 분포

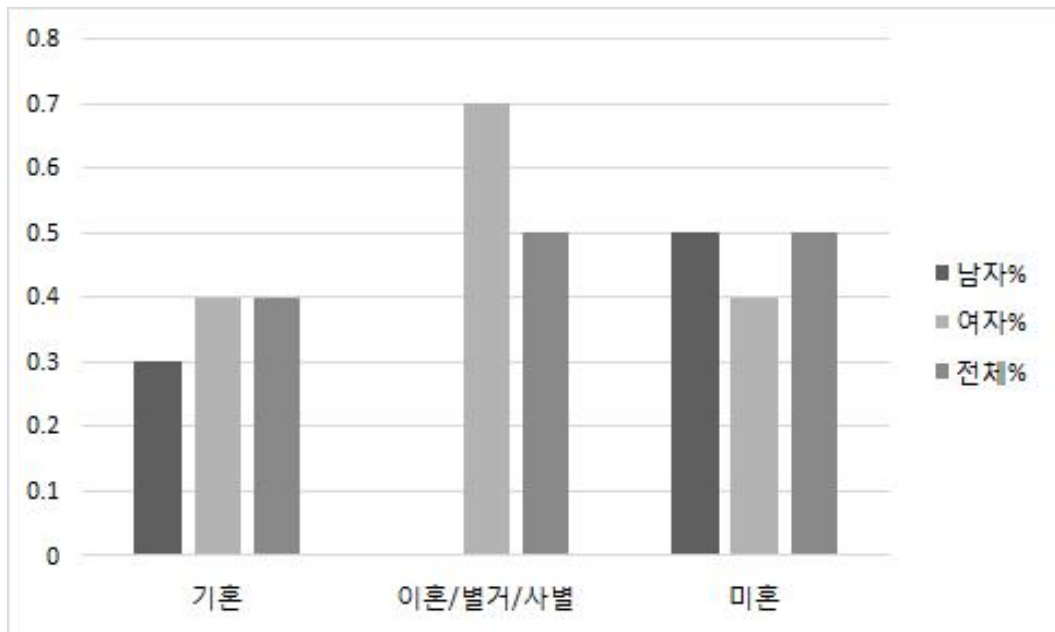


그림 213. 범불안장애 일년유병률의 교육연한에 따른 분포

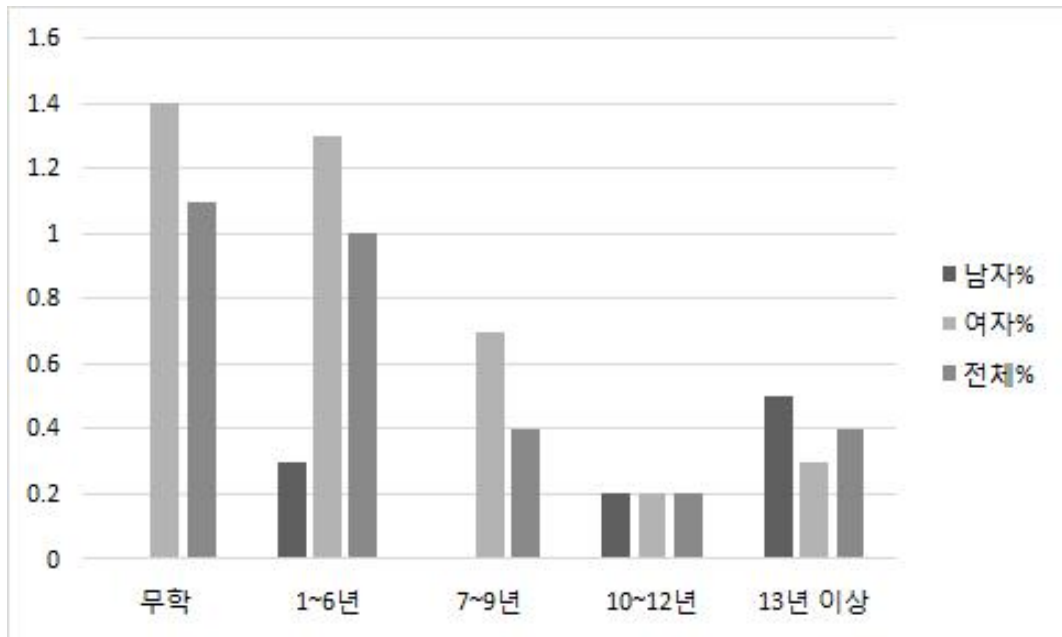


그림 214. 범불안장애 일년유병률의 취업상태에 따른 분포

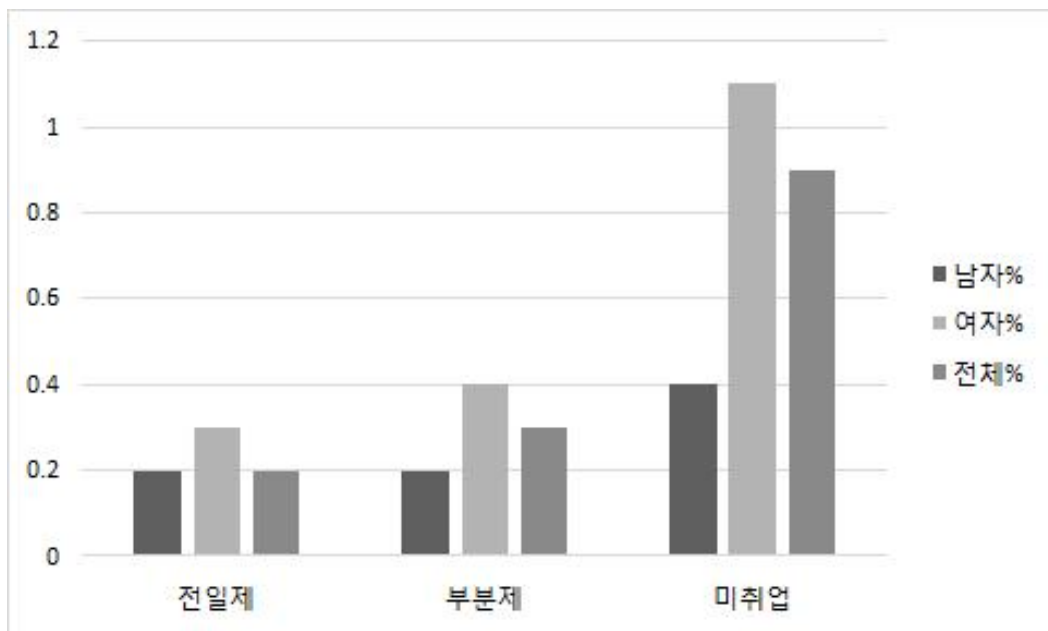


그림 215. 범불안장애 일년유병률의 거주지역에 따른 분포

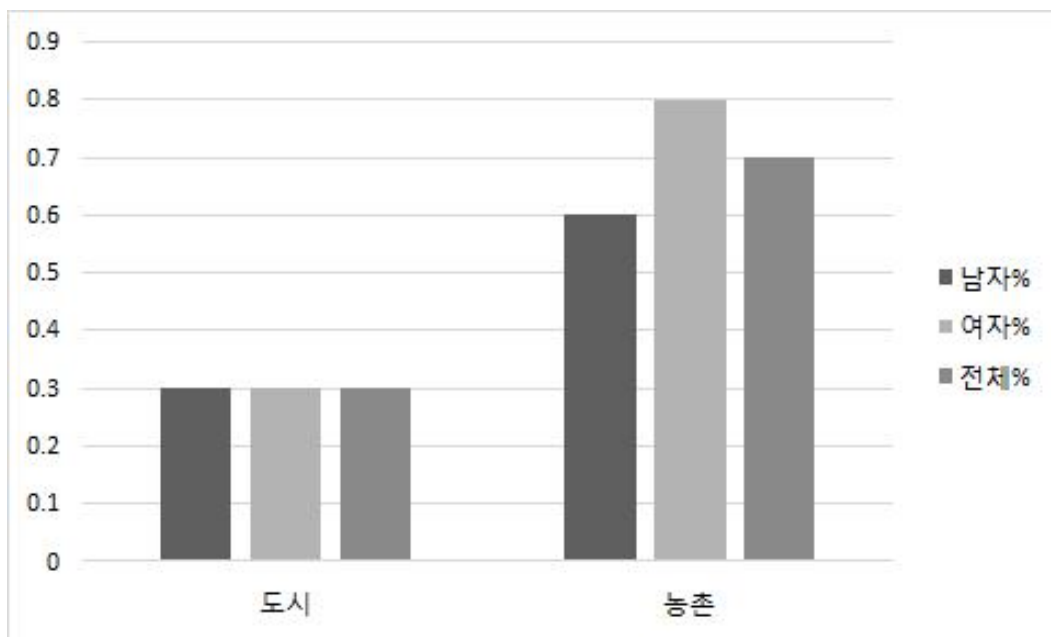


그림 216. 범불안장애 일년유병률의 소득수준에 따른 분포

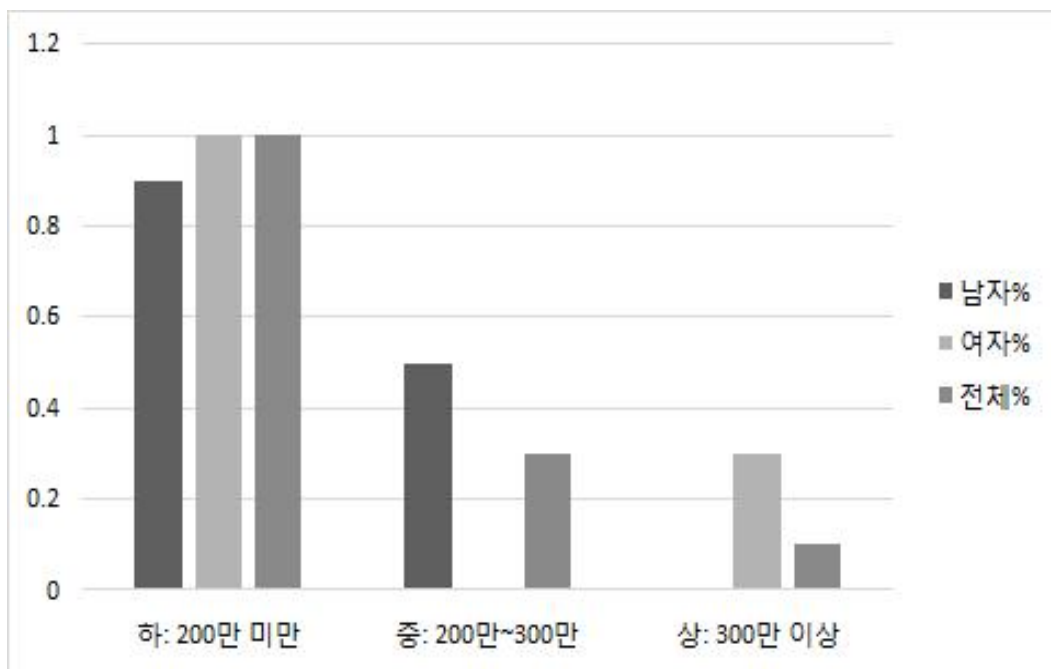


표 138. 범불안장애 발병연령의 분포

연령(세)		14 이하	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 이상	전체
남자	환자수	0	4	3	5	4	3	6	4	5	0	0	0	2	36
	백분율	0	11.1	8.3	13.9	11.1	16.7	16.7	11.1	13.9	0	0	0	5.6	100
여자	환자수	2	7	10	8	16	7	5	4	8	10	3	3	4	87
	백분율	2.3	8.0	11.5	9.2	18.4	8.0	5.7	4.6	9.2	11.5	3.4	3.4	4.6	100
전체	환자수	2	11	13	13	20	10	11	8	13	10	3	3	6	123
	백분율	1.6	8.9	10.6	10.6	16.3	8.1	8.9	6.5	10.6	8.1	2.4	2.4	4.9	100

그림 217. 범불안장애 발병연령의 분포

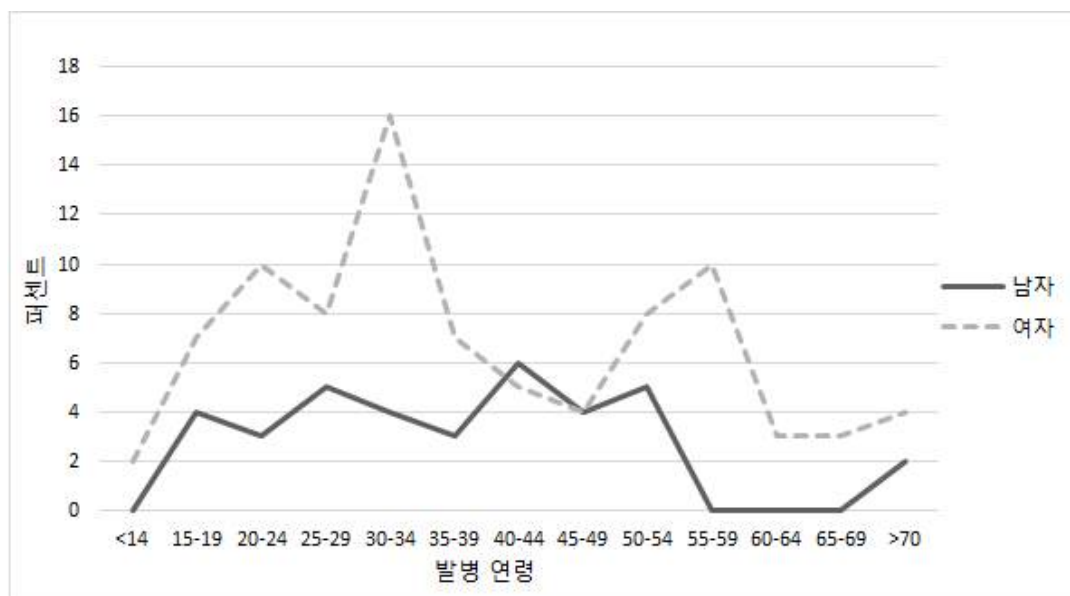


표 139. 범불안장애 일년유병률의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.7 (0.2-1.7)	0.428
연령구간(세)		
60 이상	1	
45~59	2.5 (0.7-8.9)	0.089
30~44	3.4 (0.8-14.5)	0.138
18~29	3.8 (0.6-23.1)	0.381
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	0.7 (0.1-2.5)	0.548
미혼	1.1 (0.2-4.7)	0.860
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.8 (0.2-2.2)	0.079
직업		
전일제	1	
부분제	-	-
학생/주부	3.2 (0.5-18.3)	0.188
무직	5.3 (1.1-25.1)	0.036
거주지역		
도시	1	
농촌	0.8 (0.2-2.2)	0.079
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.0 (0.2-5.0)	0.993
하: 200만 미만	2.9 (0.908.7)	0.054

^a범불안장애를 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 140. 범불안장애와의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.3 (1.2-1.6)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.4 (1.2-1.6)	0.000
니코틴금단	1.5 (1.3-1.8)	0.000
약물사용장애	1.8 (1.2-2.8)	0.005
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-
단기정신병적장애	-	-
우울장애		
주요우울장애	2.0 (1.8-2.2)	0.000
기분부전장애	2.1 (1.8-2.4)	0.000
양극성장애	2.3 (1.4-3.5)	0.000
불안장애		
강박장애	1.8 (1.4-2.2)	0.000
외상후스트레스장애	1.9 (1.7-2.2)	0.000
공황장애	2.4 (1.9-2.9)	0.000
광장공포증	2.1 (1.7-2.5)	0.000
사회공포증	1.8 (1.5-2.1)	0.000
특정공포증	1.7 (1.5-1.9)	0.000

^a범불안장애를 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.6. 병적 도박

개 관

병적 도박이란 자신의 잘못에 의한 사고, 친밀한 관계의 붕괴, 직업적인 발전의 피해처럼 비관적인 개인적, 사회적 결과에도 불구하고 지속적, 반복적으로 증가하는 도박현상을 말한다. 알코올이나 약물, 니코틴과 같이 자제력을 잃고 도피수단으로 해당 행위를 사용하며, 끊으면 각성상태가 저하되는 금단증상이 나타나기도 하고 자아의 억제기능이 약해지는 결과를 야기하는 충동장애의 일종이라 할 수 있다. 병적 도박은 본능적인 욕구가 충만하거나 욕구에 대하여 자아의 억제기능이 약해지면서 긴장이 고조되는 것을 줄이기 위하여 도박을 택하는 충동장애의 일종이다.

병적 도박은 지속적이고 반복적인 부적절한 도박 행위로 다음 10가지 항목 중 적어도 5가지 이상 해당될 때 진단 할 수 있다. 10가지 항목은, 도박에 대한 집착(A-1), 원하는 흥분감을 성취하기 위하여 더 많은 돈을 거는 욕구(A-2), 도박을 조절하고, 중단하고자 반복적으로 노력 하지만 실패(A-3), 도박을 중단하려고 시도할 때 나타나는 안절부절 못함 또는 과민성(A-4), 불쾌한 기분을 완화하거나 문제를 회피하기 위한 도박(A-5), 도박으로 돈을 잃은 다음 흔히 손실을 만회하고자 함(A-6), 도박으로 잃은 정도를 감추기 위해 가족, 치료자, 또는 타인에게 거짓말을 함(A-7), 도박에 드는 돈을 마련하기 위한 위조, 사기, 절도 또는 착복 등의 불법적 행위(A-8), 도박 때문에 의미 있는 대인관계, 직업, 교육, 경력의 기회가 위태로워지거나 상실됨(A-9), 도박에 의한 절망적인 재정상태를 타계하기 위해 타인에게 의존함(A-10)이다. 더불어, 도박행위가 조증 삽화에 의하지 않아야한다.

병적 도박은 네 단계의 진행을 거친다. 여가나 오락, 사교 목적으로 도박을 하여 해로운 효과가 전혀 없는 경우를 사교성 혹은 오락성 도박(Social or recreational gambling)이라 하고, 도박으로 인한 중대한 위기가 출현하는 경우를 위험성 도박(at-risk gambling)단계로 여긴다. 이후 실제로 도박자 자신이나 가족, 친지 및 지역 사회에 해로운 결과를 초래하지만 병적 도박의 기준에는 해당하지 않는 경우를 문제성 도박(Problematic gambling)이라 하며, 명백한 병적 도박의 증상을 5개 이상을 보이는 경우를 병적 도박(Pathological gambling)으로 진단하는 것이다. 본 조사에서는 5개까지는 아니나 1~4개의 증상을 보이는 위험성 도박, 문제성 도박의 단계를 고위험군으로 정의하였다.

조사결과

본 조사에서는 도박중독과 도박 고위험군으로 구분하여 조사를 실시한 결과, 병적 도박은 0.5%(남자 0.9%, 여자 0.1%), 병적 도박 고위험군은 1.4%(남자 2.7%, 여자 0.2%)로 나타났다<표 141>. 2011년에 실시된 정신질환실태 역학조사에서는 병적 도박이 1.0%(남자: 2.0%, 여자: 0.1%), 병적 도박 고위험군은 2.3%(남자: 3.9%, 여자: 0.9%)였다.

병적 도박을 보인 사람들 중, 도박유형별로는 화투/고스톱이 25.5%로 가장 많았고, 그 다음은 복권/로또(17%)와 카드 게임(17%)이 높게 나타났다. 병적 도박 고위험군은 화투/고스톱과 경정이 각각 23.1%로 높았고, 그 다음으로는 로또/복권(20.5%), 카드게임(19.2%) 등으로 나타났다<표 142>.

인구사회학적 분포: 병적 도박과 병적 도박 고위험군의 인구사회학적 특징은 다음과 같다. 먼저, 연령에 따라 분석해보았을 때, 병적 도박의 일년유병률은 60대에서 가장 높게 나타났다. 병적 도박 고위험군의 경우에는 50대에서 가장 높게 나타나 50대 고위험군이 60대가 되면서 보다 병적으로 심각한 도박 문제를 경험하게 되는 가능성을 시사한다. 결혼 상태의 경우, 별거/이혼/사별 집단에서 병적 도박, 병적 도박 고위험이 상승하였다. 다음으로 교육 수준에 따라 살펴보면, 병적 도박은 7~9년, 병적 도박 고위험의 경우는 13년 이상의 교육을 받은 집단에서 높게 나타났다. 병적 도박과 병적 도박 고위험군 간의 차이는 취업상태에서도 발견되었는데, 병적 도박은 미취업, 도박 고위험은 전일제로 근무하는 집단에서 가장 높은 빈도로 나타났다. 농촌 지역에 거주하는 집단에 비해 도시 지역에 거주하는 집단에서 병적 도박과 도박 고위험이 높았다. 소득 수준이 높을수록 병적 도박의 유병률이 높았고, 200만원~300만원 사이의 집단에서 병적 도박의 고위험이 가장 높았다<표 141>.

위험요인 분석: 병적 도박의 위험요인을 먼저 살펴보면 남자가 여자에 비해 위험도가 높았지만, 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 도박 고위험 또한 통계적으로 유의한 위험요인은 발견되지 않았다<표 143>.

동반이환: 병적 도박은 알코올 의존, 니코틴 의존, 니코틴 금단, 주요우울장애와 범불안장애와 유의한 수준의 동반이환률을 보였다. 병적 도박 고위험은 알코올 남용, 알코올 의존, 니코틴 의존과 높은 동반이환률을 보였다<표 144>.

표 141. 병적 도박 및 병적 도박 고위험군의 일년유병률

	병적 도박			병적 도박 고위험군		
	남자(%)	여자(%)	전체(%)	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령군						
18~29세	0.3	0.3	0.3	2.1	0.2	1.2
30~39세	0.4	0.0	0.2	2.0	0.4	1.2
40~49세	0.6	0.0	0.3	4.6	0.1	2.3
50~59세	1.2	0.2	0.7	3.4	0.1	1.8
60~69세	2.2	0.0	1.0	1.9	0.0	0.9
70세 이상	1.2	0.0	0.5	0.6	0.2	0.4
결혼상태						
기혼	0.9	0.0	0.5	2.7	0.1	1.4
별거/이혼/사별	2.8	0.0	0.9	5.0	0.2	1.6
미혼	0.3	0.2	0.3	2.2	0.2	1.4
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.3	0.0	0.1	0.5	0.1	0.3
7~9년	2.2	0.0	0.8	0.8	0.4	0.6
10~12년	0.9	0.0	0.5	2.6	0.0	1.3
13년 이상	0.8	0.2	0.5	3.2	0.2	1.9
취업상태						
전일제	0.6	0.0	0.4	3.6	0.1	2.4
부분제	0.5	0.0	0.2	2.3	0.4	1.2
미취업	2.3	0.2	1.0	1.5	0.3	0.8
거주지역						
도시	1.1	0.1	0.6	2.9	0.2	1.6
농촌	0.3	0.1	0.2	2.4	0.2	1.2
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.8	0.0	0.4	2.3	0.1	1.1
중: 200만~300만	0.7	0.2	0.5	3.1	0.7	1.9
상: 300만 이상	1.1	0.1	0.6	3.0	0.0	1.6
전체	0.9	0.1	0.5	2.7	0.2	1.4

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 142. 도박 유형별 이용률

	병적 도박 (%)	병적 도박 고위험군 (%)
화투, 고스톱	25.5	23.1
카드 게임	17.0	19.2
경마	6.4	1.3
경륜	2.1	0.0
경정	4.5	23.1
성인전자오락	8.5	3.8
카지노	4.3	2.6
로또, 복권	17.0	20.5
인터넷 도박	10.6	6.4
기타	4.3	0.0

표 143. 병적 도박의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	병적 도박		병적 도박 위험군	
	Odds ratio (95% CI)	P-value	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별				
남자	1		1	
여자	0.2 (0.0-1.8)	0.063	0.4 (0.2-0.8)	0.433
연령구간(세)				
60 이상	1		1	
45-59	4.2 (0.5-32.8)	0.174	2.0 (0.7-5.4)	0.154
30-44	1.8 (0.2-12.7)	0.565	1.0 (0.3-3.1)	0.961
18~29	0.6 (0.1-5.3)	0.669	0.9 (0.2-3.4)	0.866
결혼상태				
기혼	1		1	
이혼/별거/사별	1.8 (0.5-6.6)	0.392	1.3 (0.5-3.1)	0.560
미혼	2.8 (0.5-15.0)	0.214	1.7 (0.7-4.4)	0.266
교육(년)				
13년 이상	1		1	
12년 이하	0.5 (0.3-1.0)	0.739	0.6 (0.3-1.1)	0.107
직업				
전일제	1		1	
부분제	1.3 (0.1-11.8)	0.836	0.9 (0.3-2.9)	0.858
학생/주부	1.4 (0.3-6.0)	0.607	1.1 (0.6-2.6)	0.640
무직	2.2 (0.5-8.3)	0.250	0.6 (0.2-1.4)	0.243
거주지역				
도시	1		1	
농촌	0.4 (0.1-1.4)	0.162	0.8 (0.4-1.5)	0.522
소득수준(원/월)				
상: 300만 이상	1		1	
중: 200~300만	0.9 (0.2-3.6)	0.855	1.3 (0.6-2.8)	0.497
하: 200만 미만	0.7 (0.2-2.4)	0.610	1.0 (0.5-2.2)	0.926

^a병적 도박, 병적 도박 위험군을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로 짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 144. 병적 도박, 병적 도박 위험군과의 동반이환율^a

질환	대응위험도 ^a	P-value	대응위험도 ^a	P-value
알코올 사용장애				
알코올남용	1.1 (0.7-1.4)	0.855	1.2 (1.0-1.4)	0.013
알코올의존	1.4 (1.0-1.7)	0.022	1.4 (1.2-1.6)	0.000
니코틴 사용장애				
니코틴 의존	1.5 (1.2-1.9)	0.001	1.2 (1.0-1.4)	0.019
니코틴 금단	1.6 (1.1-2.1)	0.001	-	-
약물 사용장애	-	-	-	-
조현병 스펙트럼장애				
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-	1.7 (0.7-2.1)	0.580
단기정신병적장애	-	-	1.2 (0.7-2.1)	0.580
기분장애				
주요우울장애	1.3 (0.9-1.8)	0.071	1.1 (0.9-1.4)	0.276
기분부전장애	-	-	-	-
양극성 장애	-	-	-	-
불안장애	-	-		
강박장애	-	-	1.5 (0.8-3.1)	0.219
외상후스트레스장애	1.2 (0.7-2.1)	0.467	1.2 (0.8-1.7)	0.259
공황장애	-	-	1.1 (0.6-2.0)	0.660
광장공포증	-	-	-	-
사회공포증	-	-	1.1 (0.8-1.7)	0.543
범불안장애	1.3 (1.0-1.7)	0.016	-	-
특정공포증	1.1 (0.6-1.7)	0.932	1.2 (0.9-1.6)	0.130

^a병적 도박, 병적 도박 위험군을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포

3.7. 약물 사용장애

3.7.1. 조사의 배경

유엔마약범죄사무소는(UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime) 2011년 15~64세의 불법 마약 남용 인구를 세계 인구의 3.6~6.9%으로 추산한 바가 있으며, 그 수는 2009년 이후 다소 증가하고 있다. 나라별로 보다 유병률을 살펴보면, 미국의 약물 사용장애 평생유병률은 10.3%, 호주는 8.0%, 영국은 3.1%로 나타나 나라 간 큰 차이가 발견되었다<표 145>.

우리나라의 경우, 2000년대 초반의 국내 마약류 사범 검거자수는 7000명대 수준으로 보고되었다. 그러나 마약류 사범 검거자수는 2013년에는 9,764명, 2015년에는 11,916명으로 지속적으로 증가하고 있다. 또한, 경찰청에서는 2015년 11월부터 3개월간 마약사범 특별 단속을 시행하여 약 1천 500명이 넘는 마약사범을 검거하였다(대검찰청, 2015). 외국산 마약류의 유입이 증가하고 있는 바, 마약과 관련된 문제는 지속적으로 증가할 것으로 보여진다(안상원, 2016).

또한, 일반 인구에서도 약물을 사용하는 소비층도 다양하게 나타나 무직, 농업, 유흥업 외에 서비스업, 회사원, 주부 등에게도 퍼져 나가는 것으로 파악되었다. 아울러 개인이 섭취하는 약물 및 물질이 마약임을 인지하지 못하는 경우도 많아 마약류를 남용하는 사람의 비율은 더 높을 것으로 보인다. 한 조사에 따르면 우리나라 성인의 의사 처방 없이 가장 남용을 많이 하는 약물은 일명 ‘살 빼는 약’ 8.7%와 발기부전 치료제 5.8%로 나타나 일반인구에서도 약물 남용의 위험률이 상당히 높을 것으로 예상된다(식품의약품안전청, 2005).

국내에서 시행된 마약 및 약물 사용장애 실태조사를 살펴보면 다음과 같다. 식품의약품안전평가원에서는 2005년과 2009년에 두 차례 마약 및 약물 사용 실태조사를 실시한 바가 있다. 2005년 조사는 인천 지역의 인천지역의 초등학교생을 대상으로 한 조사였고, 2009년 조사는 ‘프로포폴 남용실태 조사 및 관리 방안 연구’로 병의원에서 설문조사를 사용하여 진행되었다. 또한 보건복지부도 마약 및 약물 사용장애 실태에 대한 조사가 실시되었는데, 그 중 하나는 ‘2009년 마약류중독자 실태조사’이다. 이 조사는 치료기관 등에 입원한 마약중독자를 중심으로 진행되었다(보건복지부, 2009).

앞서 살펴보았듯이 현재까지는 대표성 있는 일반인(일반 가구)표본을 사용하여 마약 및 약물 실태조사가 진행된 적이 없어 일반인 마약 사용자 실태를 정확히 추정하기가 어렵다. 이로 하여 본 2016년 정신질환 실태조사에서는 약물 사용장애에 대한 조사가 새로 추가되었다.

도출된 결과 나열에 앞서, 약물 사용장애에서 사용되는 오용, 남용과 의존의 차이에 대한 정의, 이해가 필요하다. 사회적으로 사용되는 용어와 의학적으로 사용되는 용어 간 아직 명확하고 일치된 합의가 이루어지지 않아 약물 사용장애에 대한 논의에 있어 혼란이 있을 수 있다.

약물(drug)의 사전적 의미는 병이나 상처를 고치는데 복용하거나 바르거나 주사하는 물품을 일컫는 용어이지만, 의약적인 기능을 가지고 있지 않은 본드, 가스 및 환각제(LSD, 대마초 등) 등 향정신성 물질에 대해서도 적용되어, 정신에 영향을 미치는 환각제 등을 포함하는 넓은 의미의 약물 개념으로 사용된다.

오용(misuse)은 잘못된 이용을 뜻한다. 의사의 처방 없이 약물을 사용하거나, 지시사항을 무시하여 사용하는 행위로, 치료의 목적으로 사용되었는지 여부와 상관없이 위험을 증가시킬 수 있는 양이나 또는 위험을 유발할만한 상황에서 복용할 때 이다. 본 조사에서는 약물을 1회 이상 부적절한 사용을 하였을 때를 오용으로 분류하였다.

남용(abuse)이란 완전히 약물의존으로 진행되지는 않았지만, 치료를 목적으로 하지 않고 감정이나 행동변화를 일으키기 위해 약물을 부적절하고 부적응적인 형태로 약물을 사용하는 경우를 말한다. 결국, 지속적이거나 산발적으로 사용하여 심각한 손상과 고통을 초래하게 되는 것으로, 직장/학교/가정에서 할 일을 하지 못하고, 위험한 행동(예, 음주운전)과 법적인 문제(예, 체포)가 되는 것 까지 포함할 수 있다.

의존(dependency)은 신체적, 심리적 요소를 가지고 있다. 약물은 반복 사용으로 인해 신체 화학작용이 약물에 중독된 상태가 '정상적'상태라고 느껴지도록 변화시킨다. 신체적 요소는 금단상태, 내성으로 인해 정신활성물질을 의도한 것 보다 더 많은 양을 더 오랫동안 사용하게되는 것이며, 심리적 요소로는 충동적으로 약물을 찾게됨, 조절하기가 어려움, 해로울 것임을 알면서도 지속적으로 약물을 사용함, 끊어보려고 계속 노력하지만 번번이 실패하는 것 등이 있다.

문제가 되는 정신활성물질, 약물은 불법적으로 사용자에게 의해 유통되기도 하지만, 의학적 필요로 의사에 의해 처방되는 경우도 있다. 2016년 정신질환 실태조사에서

는 크게 비처방 마약류/처방 마약류로 구분하여 조사를 시행하였다.

3.7.2. 조사 결과

약물 사용실태를 살펴보면 약물 오용의 평생유병률은 0.5%이었고, 약물 남용은 0.02%(n=1), 의존은 0.2%으로 남용과 의존을 합친 약물사용장애는 0.22% 수준이었다. 이환된 사람수의 추정은 일년유병률을 근거로 추산하고 있으나 약물 오용, 남용 및 의존의 빈도, 유병률이 너무 낮아서 추정이 어렵다. 이를 보완하기 위하여 평생 유병률을 근거로 숫자를 추정하면 18세 이상에 일반인구 중 약물 오용에 이환된 적이 있는 사람은 23만명, 약물 남용은 1만명, 약물 의존은 8만명으로 추산된다<표 146, 그림 218>.

약물 종류에 따른 사용 빈도를 살펴보면, 비처방 약물과 처방 약물 모두 안정제/수면제의 사용 빈도가 가장 높았다. 몇 년 전부터 간헐적으로 사회적인 문제가 되고 있는 프로포폴은 안정제 계열의 마취약물로 일부 의료현장에서 빈번히 사용되고 있고, 반복적 언론 노출로 인해 사용자들 사이에 널리 알려지고 있는 것으로 풀이된다. 안정제/수면제는 비처방/처방 모두의 경우에서 의존에 대한 적지않은 빈도를 보이고 있어 약물의존이 향후 국민 정신건강에 미치는 결과를 고려했을 때, 비처방 의존자에 대한 다양한 치료방안 마련이 요구되며, 의료인들은 해당 약물들을 임상 현장에서 처방하는데 있어 각별한 유의가 필요하다고 하겠다<표 147, 표 148>.

우리 사회는 아직까지는 불법적인 약물사용에 대해 상대적으로 보수적인 사회적 분위기를 가지고 있고, 더불어 법적인 처벌 가능성에 대한 우려로 인해, 본 조사에서는 실제 약물 사용문제에 대한 현실적 유병률 조사가 이루어지지 못했을 가능성이 높다고 판단된다. 전체적으로 실제 부적절한 사용, 남용, 의존의 문제는 조사 결과보다 유의하게 높을 것이다. 그러나 이번 조사결과를 통하여 상대적으로 큰 문제가 되는 특정 물질, 약물에 대한 현황파악을 할 수 있다고 평가되어, 앞으로도 지속적인 추적조사가 필요할 것으로 보인다.

인구사회학적분포: 약물 오용의 유병률은 남자는 18~29세 군에서 가장 높았고 여자는 30대 연령군에서 가장 높게 나타났다. 이러한 양상은 약물 의존자와 남용자에게서도 일관되게 발견되었다. 한편, 약물 오용의 유병률은 별거/이혼/사별 집단에서

가장 높았지만, 약물 의존과 남용은 미혼에게서 가장 높은 빈도로 나타났다. 남자는 교육 수준이 높을수록 약물 오용의 유병률이 증가하였지만, 여자의 경우는 그 반대로 나타나, 교육 수준이 높아질수록 유병률이 감소하였다. 반면, 의존과 남용에서는 교육 수준에 따른 뚜렷한 양상이 발견되지 않았다. 나아가 남자는 도시 지역에서 여자는 농촌 지역에서 약물 오용의 유병률이 높았고, 의존과 남용은 도시 지역에서 높게 나타났다. 마지막으로, 소득 수준이 낮을수록 남녀 모두 약물 오용이 높은 빈도로 보고되었다. 반면, 약물 의존과 남용의 유병률은 소득 수준이 200만원~300만원 인 집단에서 가장 높았다<표 149>.

위험요인 분석: 통계적으로 유의한 약물 오용의 위험요인은 발견되지 않았다. 약물 의존과 약물 남용의 경우, 60세 이상에 비해 18세~29세 구간의 연령군에서 위험도가 높게 나타났다(OR=10.8, $p<0.05$)<표 150>.

동반이환: 약물 오용은 알코올 남용, 알코올 의존, 니코틴 의존, 주요우울장애, 기분부전장애, 강박장애, 공황장애, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증과 유의미한 수준의 동반이환을 보였다. 약물 의존과 남용은 알코올 의존, 니코틴 의존, 단기정신병적 장애, 주요우울장애, 외상 후 스트레스장애, 사회공포증, 범불안장애와 동반이환률이 높게 나타났다<표 151>.

표 145. 지역사회 역학조사에서 보고된 약물 사용장애(남용 및 의존) 유병률

지역	유병률(%)	
	1 년	평생
미국 (NESCAR, 2007) ^a	2.0	10.3
호주 (AIHW, 2010)	-	8.0
영국 (APMS, 2014) ^b		3.1

^a정신장애의 진단 및 통계편람” 제4판 (DSM-IV)의 진단기준을 사용
^b질병 및 관련 건강문제의 국제 통계 분류 10차 (ICD-10)기준을 사용함. 약물의존만 포함한 수치임.

표 146. 약물의 오용, 남용 및 의존의 평생 빈도와 평생유병률, 평생 추정환자 수^a

구분	비처방 약물			처방 약물			전체 ^b		
	명수	유병률	추정 환자 수	명수	유병률	추정 환자 수	명수	유병률	추정 환자 수
오용	9	0.10	56,067	26	0.4	179,445	35	0.50	235,512
남용	1	0.02	13,641	0	0.0	0	1	0.02	13,641
의존	7	0.20	65,852	3	0.0	16,692	8	0.20	82,544

^a약물사용장애만 평생유병률을 사용하고 다른 상범에서는 일년유병률 사용함.
^b비처방 약물과 처방 약물의 각 수치를 단순히 합한 것과 다를 수 있음

그림 218. 마약류의 부적절한 사용, 남용, 의존의 평생 추정환자수(명)

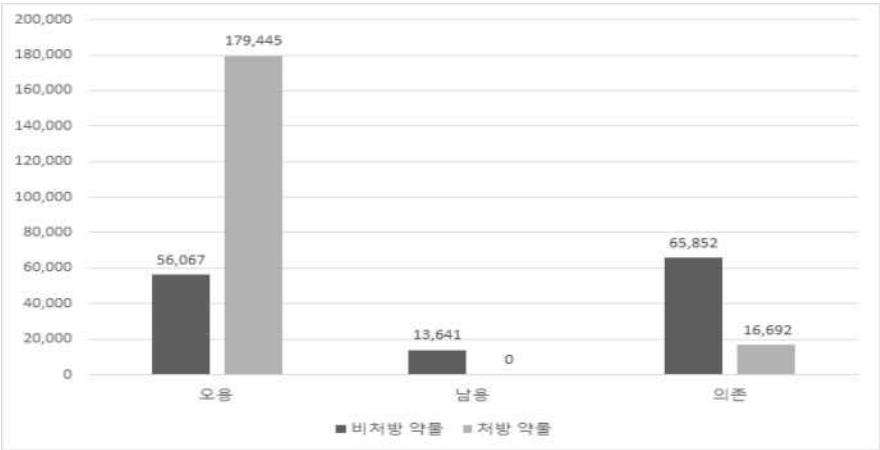


표 147. 비처방 마약류의 종류별 오용 빈도, 남용 빈도, 의존 빈도

구분	오용 빈도	남용 빈도	의존 빈도
대마초/하시시/뱅/간자 등	7	0	0
암페타민	0	0	0
안정제/수면제 등	16	0	5
아편/모르핀/헤로인 등	0	0	1
코카인	0	0	0
PCP	0	0	0
LSD/메스카린 등	1	0	0
본드/부탄가스 등	1	0	1
그 외	4	1	0
총합	29	1	8

표 148. 처방 마약류의 종류별 오용 빈도, 남용 빈도, 의존 빈도

구분	오용 빈도	남용 빈도	의존 빈도
암페타민	0	0	0
안정제/수면제 등	8	0	3
아편/모르핀/헤로인 등	1	0	0
총합	9	0	3

표 149. 약물사용장애 사회인구학적 분포

	오용자			의존자, 남용자		
	남자(%)	여자(%)	전체(%)	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령군						
18~29세	0.9	0.0	0.5	0.9	0.2	0.6
30~39세	0.6	1.0	0.8	0.3	0.4	0.3
40~49세	0.3	0.6	0.5	0.0	0.0	0.0
50~59세	0.5	0.7	0.6	0.0	0.0	0.0
60~69세	0.7	0.5	0.6	0.0	0.4	0.2
70~64세	0.0	1.2	0.7	0.2	0.2	0.2
결혼상태						
기혼	0.3	0.6	0.5	0.1	0.2	0.2
별거/이혼/사별	1.2	1.2	1.2	0.0	0.2	0.1
미혼	0.8	0.4	0.7	0.6	0.0	0.4
교육(년)						
무학	0.0	1.8	1.5	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.9	0.6	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.0	1.1	0.7	0.0	0.3	0.2
10~12년	0.3	0.5	0.4	0.2	0.3	0.3
13년 이상	0.7	0.5	0.6	0.3	0.1	0.2
취업상태						
전일제	0.4	0.5	0.4	0.0	0.3	0.1
부분제	0.9	1.7	1.4	0.0	0.7	0.4
미취업	1.1	0.5	0.7	0.7	0.0	0.3
거주지역						
도시	0.8	0.6	0.7	0.3	0.2	0.3
농촌	0.0	0.8	0.4	0.1	0.0	0.0
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.8	0.8	0.8	0.1	0.1	0.1
중: 200만~300만	0.7	0.5	0.6	0.8	0.2	0.5
상: 300만 이상	0.3	0.6	0.4	0.1	0.1	0.1
전체	0.5	0.7	0.6	0.3	0.2	0.2

표 150. 약물 오용과 약물 의존, 남용의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	약물 오용		약물 의존, 약물 남용	
	Odds ratio (95% CI)	P-value	Odds ratio (95% CI)	P-value
성별				
남자	1		1	
여자	1.3 (0.6-2.8)	0.461	0.4 (0.2-1.8)	0.433
연령구간(세)				
60 이상	1		1	
45-59	1.2 (0.4-3.6)	0.636	0.0 (0.0-)	0.989
30-44	2.1 (0.7-6.1)	0.187	0.9 (0.1-8.4)	0.986
18~29	0.6 (0.2-2.9)	0.617	10.8 (1.1-108.1)	0.043
결혼상태				
기혼	1		1	
이혼/별거/사별	1.9 (0.7-4.7)	0.182	1.1 (0.1-10.4)	0.959
미혼	1.3 (0.4-3.7)	0.646	0.6 (0.1-5.1)	0.678
교육(년)				
13년 이상	1		1	
12년 이하	0.8 (0.3-1.9)	0.667	2.3 (0.5-10.0)	0.284
직업				
전일제	1		1	
부분제	1.7 (0.5-5.7)	0.368	3.0 (0.3-35.8)	0.376
학생/주부	0.8 (0.3-2.5)	0.737	2.5 (0.4-18.0)	0.360
무직	0.9 (0.4-2.3)	0.896	1.6 (0.2-1.8)	0.621
거주지역				
도시	1		1	
농촌	0.7 (0.3-1.6)	0.412	1.2 (0.3-5.1)	0.849
소득수준(원/월)				
상: 300만 이상	1		1	
중: 200~300만	1.2 (0.4-3.4)	0.697	1.3 (0.2-6.5)	0.790
하: 200만 미만	1.8 (0.8-4.0)	0.166	0.6 (0.1-3.5)	0.570

^a약물 오용과 약물 의존/남용을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로 짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임.

표 151. 약물 오용과 약물 의존, 남용의 동반이환율^a

질환	약물 오용		약물 의존, 약물 남용	
	대응위험도 ^a	P-value	대응위험도 ^a	P-value
알코올 사용장애				
알코올남용	1.5 (1.2-1.9)	0.000	1.4 (0.9-2.1)	0.115
알코올의존	1.4 (1.1-1.7)	0.001	1.8 (1.3-2.6)	0.001
니코틴 사용장애				
니코틴 의존	1.4 (1.1-1.8)	0.005	1.6 (1.1-2.4)	0.019
니코틴 금단	-	-	-	-
조현병 스펙트럼장애				
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-	-	-
단기정신병적장애	-	-	2.5 (1.5-4.2)	0.001
기분장애				
주요우울장애	1.7 (1.4-2.0)	0.000	1.7 (1.2-2.4)	0.002
기분부전장애	1.8 (1.4-2.4)	0.000	-	-
양극성 장애	-	-	-	-
불안장애	-	-		
강박장애	1.8 (1.2-2.6)	0.002	-	-
외상후스트레스장애	1.3 (0.9-1.9)	0.104	1.6 (1.0-2.7)	0.072
공황장애	2.3 (1.6-3.2)	0.000	-	-
광장공포증	-	-	-	-
사회공포증	1.5 (1.3-1.9)	0.000	1.7 (1.0-2.8)	0.046
범불안장애	1.5 (1.2-2.0)	0.002	1.9 (1.2-2.7)	0.002
특정공포증	1.5 (1.3-1.9)	0.000	1.3 (0.9-2.1)	0.184

^a약물 오용과 약물 의존/남용을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.8. 인터넷/게임/스마트폰 중독

3.8.1. 인터넷 중독

개 관

1980년대 개인 컴퓨터의 보급과 1990년대 컴퓨터 통신 및 인터넷 기술의 발전으로 인터넷 사용자가 늘어남에 따라 그에 부작용으로 인터넷 과다 사용에 대한 문제가 대두되었다. 1966년 정신과 의사 이반 골드버그(Ivan K. Goldberg)가 인터넷중독 질환(IAD)이라는 용어를 처음 제안하였고, 이후 김벌리 영(Kimverly S. Young)은 인터넷중독(Internet Addiction)을 “인터넷 사용자가 약물, 알코올 또는 도박에 중독되는 것과 유사한 방식으로 인터넷에 중독되는 심리적 장애, 인터넷 사용(혹은 활동)에 탐닉되어 이에 대한 의존성, 내성 및 금단증상 등과 같은 병리적인 증상을 보이는 중독 상태”라고 정의하였다.

인터넷중독은 플랫폼(platform)으로서의 인터넷뿐만 아니라 콘텐츠(contents)로서의 인터넷에 따라 그에 따라 그에 따라 그포함하는 특성으로 인해 게임, 음란물 시청, SNS 및 채팅, 온라인 도박 등 다양한 영역으로 분류될 수 있다. 이로 인해 일상생활(직업, 가정, 학업 등)의 장애, 언어과괴, 폭력성 및 성충동 유발의 문제점을 야기한다.

이 연구의 인터넷중독 조사는 정신건강기술개발사업단/보건복지부의 ‘인터넷 생활습관 설문’ 자가척도 28문항을 이용하였다. 몰두(preoccupation), 내성(tolerance), 갈망/금단(craving, withdrawal), 통제력 상실(loss of control), 다른 영역에 태만(neglect of other area), 병식(insight)로 6개 하위 척도로 구성되어 있으며, 총점은 112점이고 진단을 위한 절단점(cutoff-score)은 49점이다.

조사결과

본 조사 결과, 인터넷 중독 유병률은 2011년 조사당시 1.0%에서 1.4%로 0.4% 증가하였다. 여자의 인터넷 중독이 0.7%에서 2.2%로 3배 가량 증가한 반면, 남자의 경우는 오히려 감소하였다.

인구사회학적 분포: 본 조사에서 인터넷 중독의 유병률은 1.4%로 나타났다. 남자는 0.7%, 여자는 2.2%로 발견되어, 여자의 유병률이 남자의 유병률에 비해 약 3배 정도

높았다. 남녀 모두 18세~29세 연령군에서, 미혼 집단에서 유병률이 높았다. 남자의 경우는 미취업 상태일 경우, 여자의 경우는 전일제 상태에서 유병률이 가장 높게 나타나, 취업상태에 따라 성별에서의 차이가 발견되었다. 또한 남자는 농촌에 거주하는 집단에서 반면에 여자는 도시에 거주하는 집단에서 유병률이 높았으며, 남녀 모두 소득 수준이 200~300만원 사이인 집단에서 인터넷 중독의 유병률이 높았다<표 152>.

위험요인 분석: 인터넷 중독의 위험도는 남자에 비해 여자가 약 3배 정도 높게 나타났다(OR=3.1, $p<0.000$). 통계적으로 유의하지는 않았으나, 18세에서 29세의 연령군에서 위험도가 40~50대에 비해 높았다<표 153>.

동반이환: 인터넷 중독은 알코올 의존, 주요우울장애, 양극성장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 유의한 동반이환을 보였다<표 154>.

표 152. 인터넷 중독의 인구사회학적 분포

	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령군			
18~29세	3.4	10.5	6.9
30~39세	0.0	0.3	0.2
40~49세	0.0	0.7	0.4
50~59세	0.0	0.0	0.0
60~69세	0.0	0.0	0.0
70세 이상	0.0	0.0	0.0
결혼상태			
기혼	0.0	0.5	0.2
별거/이혼/사별	0.0	0.2	0.1
미혼	2.2	8.9	5.1
교육(년)			
무학	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.0	0.6	0.4
10~12년	1.4	2.5	2.0
13년 이상	0.4	3.0	1.6
취업상태			
전일제	0.3	2.0	0.9
부분제	0.0	0.8	0.5
미취업	0.6	1.5	1.1
거주지역			
도시	0.3	2.5	1.4
농촌	1.4	1.7	1.5
소득수준(원/월)			
하: 200만 미만	0.4	2.1	1.3
중: 200만~300만	2.6	3.3	2.9
상: 300만 이상	0.3	1.7	1.0
전체	0.7	2.2	1.4

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 153. 인터넷 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석^a

	Odds ratio	P-value
성별		
남자	1	
여자	3.1 (1.1-8.7)	0.000
연령구간(세)		
45-59	1	
30~44	1.7 (0.1-31.4)	0.718
18~29	7.4 (0.9-60.4)	0.062
60세 이상	0.1 (0.0-0.0)	0.000
결혼상태		
미혼	1	
이혼/별거/사별	0.1 (0.0-1.3)	0.05
기혼	0.0 (0.0-0.0)	0.938
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.6 (0.1-2.4)	0.589
직업		
전일제	1	
부분제	3.2 (0.5-18.9)	0.207
학생/주부	1.3 (0.3-4.6)	0.656
무직	1.0 (0.2-4.9)	0.988
거주지역		
도시	1	
농촌	1.8 (0.1-2.4)	0.454
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	0.9 (0.3-2.8)	0.796
하: 200만 미만	0.8 (0.2-2.5)	0.679

^a인터넷 중독을 종속변인으로 위의 사회인구학적 변인을 독립변인으로 다변인로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio

표 154. 인터넷 중독과의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	1.2 (0.9-1.6)	0.122
알코올의존	1.7 (1.4-2.2)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.3 (0.9-1.8)	0.061
니코틴금단	1.2 (0.7-1.9)	0.532
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	-	-
단기정신병적장애	-	-
기분장애		
주요우울장애	1.6 (1.4-2.1)	0.000
기분부전장애	1.6 (0.9-2.7)	0.108
양극성장애	2.7 (1.5-4.6)	0.001
불안장애		
강박장애	1.6 (0.9-2.6)	0.061
외상후스트레스장애	-	-
공황장애	1.5 (0.7-3.1)	0.323
광장공포증	2.2 (1.7-3.0)	0.000
사회공포증	1.9 (1.3-2.7)	0.000
범불안장애	-	-
특정공포증	1.5 (1.2-1.9)	0.001

^a인터넷 중독을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.8.2. 게임 중독

개 관

게임중독(Game Addiction)은“과도하고 강박적인 컴퓨터게임이나 비디오게임 이용으로 일상생활에 심각한 사회적, 정신적, 육체적 및 금전적 지장을 받고 있는 상태”로 정의된다. 1980년대 비디오게임을 과도하게 사용하는 대상자에 대해 강박적 게임사용장애, 문제적게임사용장애 등 다양한 개념이 제시되었으나, 컴퓨터 보급률이 높아짐에 따라 주로 온라인 게임을 이용하는 대상자가 많아 인터넷 게임중독으로 혼용하여 쓰이는 경향이 있다.

미국정신의학회에서도 2013년 정신행동질환진단통계편람 5판을 통해 인터넷게임장애(Internet Gaming Disorder) 진단기준을 제시하였다. 다른 흥미로운 것들을 배제한 채 강박적, 지속적으로 인터넷 게임을 하며, 게임을 못하게 되면 금단 증상을 경험하게 되며 그 결과 임상적인 손상이 생긴다고 정의하고 있다.

이 연구의 게임중독 조사는 정신건강기술개발사업단/보건복지부의‘게임 생활 습관 설문’자가척도 30문항을 이용하였다. 몰두(preoccupation), 내성(tolerance), 갈망/금단(craving, withdrawal), 통제력 상실(loss of control), 다른 영역에 태만(neglect of other area), 병식(insight)로 6개 하위 척도로 구성되어 있으며, 총점은 120점이고 진단을 위한 절단점(cutoff-score)은 49점이다.

조사결과

인구사회학적 분포: 본 조사 결과 게임 중독의 유병률은 1.2%로 나타났으며, 남자의 유병률은 1.3%, 여자는 1.0%로 발견되었다. 남녀 모두 18세~29세 연령군에서, 미혼 집단에서, 부분제 취업 집단에서 유병률이 높았다. 10~12년의 교육을 받은 집단에서 남자의 게임 중독 유병률이 가장 높았고, 여자는 13년 이상의 교육 수준을 가진 집단에서 높게 나타났다. 농촌 지역에 거주하는 남자가 도시에 거주하는 남자에 비해 게임 중독 유병률이 높았지만 여자의 경우는 그 반대였다. 소득 수준에서도 게임 중독 유병률의 남녀 차이가 발견되었다. 남자는 200~300만원의 소득이 있는 집단에서, 여자는 300만원 이상의 수입이 있는 집단에서 유병률이 높았다<표 155>.

위험요인 분석: 여자에 비해 남자가 게임 중독 위험도가 높았으며 중년에 비해 18

세~29세 사이의 연령군에서 위험도가 높았으나, 두 결과 모두 통계적으로 유의하지는 않았다. 전일제로 근무하는 집단에 비해 부분제 취업 상태이거나($OR=13.3$, $p<0.05$) 학생/주부일 경우 위험도가 크게 증가하였다($OR=11.5$, $p<0.05$). 또한 도시에 비해 농촌에 거주하는 집단에서 위험도가 2.5배 증가하였다($OR=2.5$, $p<0.05$)<표 156>.

동반이환: 게임 중독은 니코틴 사용장애, 조현병 스펙트럼장애, 기분장애, 강박장애, 사회공포증, 특정공포증과 유의한 동반이환을 보였다<표 157>.

표 155. 게임 중독의 인구사회학적 분포

	게임 중독		
	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령군			
18~29세	5.0	4.1	4.5
30~39세	2.0	0.3	1.1
40~49세	0.0	0.5	0.2
50~59세	0.0	0.5	0.2
60~69세	0.0	0.0	0.0
70~64세	0.0	0.0	0.0
결혼상태			
기혼	0.3	0.3	0.3
별거/이혼/사별	0.0	0.2	0.1
미혼	4.0	3.7	3.8
교육(년)			
무학	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0
7~9년	0.0	0.0	0.0
10~12년	2.5	0.8	1.7
13년 이상	1.0	1.6	1.3
취업상태			
전일제	0.6	0.4	0.5
부분제	2.1	1.9	2.0
미취업	1.9	0.9	1.3
거주지역			
도시	0.6	1.1	0.8
농촌	3.0	0.8	1.8
소득수준(원/월)			
하: 200만 미만	1.5	0.1	0.7
중: 200만~300만	2.9	1.3	2.1
상: 300만 이상	0.9	1.4	1.2
전체	1.3	1.0	1.2

· SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 156. 게임 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석

	Odds ratio	P-value
성별		
남자	1	
여자	0.4 (0.2-1.1)	0.073
연령구간(세)		
45-59	1	
30~44	0.3 (0.1-1.9)	0.221
18~29	17.9 (0.8-15.2)	0.072
60세 이상	0.0 (0.0-0.0)	0.988
결혼상태		
기혼	1	
이혼/별거/사별	1.8 (0.1-19.2)	0.620
미혼	1.8 (0.3-8.1)	0.462
교육(년)		
13년 이상	1	
12년 이하	0.9 (0.5-1.8)	0.973
직업		
전일제	1	
부분제	13.3 (1.2-151.9)	0.038
학생/주부	11.5 (1.4-93.9)	0.023
무직	4.8 (0.5-44.9)	0.167
거주지역		
도시	1	
농촌	2.5 (1.0-16.5)	0.049
소득수준(원/월)		
상: 300만 이상	1	
중: 200~300만	1.0 (0.3-3.4)	0.962
하: 200만 미만	1.8 (0.6-4.8)	0.267

^a게임 중독을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

표 157. 게임 중독의 동반이환율

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	-	-
알코올의존	1.2 (0.7-2.0)	0.469
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.5 (1.2-1.9)	0.001
니코틴금단	1.7 (1.3-2.2)	0.000
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	2.1 (1.2-3.5)	0.006
단기정신병적장애	1.8 (0.9-3.2)	0.056
기분장애		
주요우울장애	1.5 (1.2-1.9)	0.001
기분부전장애	1.8 (1.2-2.8)	0.010
양극성장애	2.7 (1.5-4.7)	0.000
불안장애		
강박장애	1.6 (0.9-2.7)	0.000
외상후스트레스장애	1.2 (0.7-2.0)	0.399
공황장애	1.5 (0.7-3.2)	0.245
광장공포증	-	-
사회공포증	1.8 (1.2-2.7)	0.002
범불안장애	1.2 (0.7-2.1)	0.427
특정공포증	1.5 (1.2-1.9)	0.000

^a게임 중독을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.8.3. 스마트폰 중독

개 관

이동 통신 초고속 데이터 전송 기술의 진보로 컴퓨터를 통해 이용할 수 있던 다양한 인터넷 콘텐츠, 정보검색, 게임, SNS 등을 스마트폰으로도 이용할 수 있게 되었다. 이에 인터넷중독과 같이 스마트폰 과다 사용자가 늘어나면서, 스마트폰중독(Game Addiction)을 “스마트폰의 과도한 사용으로 인해 신체, 심리, 사회적 측면에서 부적응 또는 일탈을 경험함과 동시에, 스마트폰 사용에 지나치게 의존하거나 집착하며, 스마트폰을 더 많이 사용해야 만족하거나, 스마트폰 사용을 중단했을 때 느끼는 불안한 상태”라고 정의하였다(신호경, 이민석, 김홍국, 2011).

스마트폰 중독 역시 플랫폼뿐만 아니라 콘텐츠로서의 특성으로 인해 인터넷 중독과 유사성을 보이지만, 24시간 소지가 가능한 특성으로 인해 스마트폰을 이용한 인터넷 사용이 컴퓨터 보다 더 조절이 어렵다고 보고되었다(한국정보화진흥원, 2012). 또한, 스마트폰의 Blue Light가 수면을 방해하고 다음날 Commission Error를 증가시키고(J.-Y. Heo et al., 2017), 늦은 밤에 전자기기 사용은 우울감 및 자살경향성에 영향준다고 한다(J.-H. Seo et al., 2017).

본 연구의 스마트폰중독 조사는 정신건강기술개발사업단/보건복지부의 ‘스마트폰 생활 습관 설문’ 자가척도 28문항을 이용하였다. 몰두(preoccupation), 내성(tolerance), 갈망/금단(craving, withdrawal), 통제력 상실(loss of control), 다른 영역에 태만(neglect of other area), 병식(insight)로 6개 하위 척도로 구성되어있으며, 총점은 112점이고 절단점(cutoff-score)은 53점이다.

조사결과

사회인구학적 분포: 남자에서 스마트폰 중독의 유병률은 3.3%, 여자에서는 6.6%로 여자가 남자보다 약 2배 정도 더 높았다. 남녀 모두 스마트폰 중독 유병률은 인터넷, 게임 중독과 마찬가지로 18세~29세 연령군에서 가장 높았다. 여성의 경우는 연령이 증가함에 따라 유병률이 점차 감소하였으나, 남성의 경우에는 60대가 18세~29세 연령군 다음으로 유병률이 높았다. 스마트폰 중독은 미혼에게서 압도적으로 높게 나타났다. 여성의 경우 학력이 증가할수록 유병률 또한 증가하였으나 남성에게서는 그러한 양상은 발견되지 않았다. 남성의 경우는 10~12년의 교육을 받은 집단

에서 유병률이 가장 높았다. 나아가, 남녀 모두 미취업 집단에서, 도시에 거주하는 유병률이 높게 나타났다. 남자는 200~300만원 사이의 소득이 있는 집단의 스마트폰 중독 유병률이 높은 반면 여자는 수입이 높을수록 유병률이 상승하는 양상을 보였다<표 158>.

위험요인 분석: 남자보다 여자의 스마트폰 중독 위험도가 2배 정도 높게 나타났다 (OR=2.1, $p<0.01$). 젊을수록 위험도가 큰 폭으로 증가하였고, 기혼에 비해 미혼에서 보다 높은 위험도가 발견되었다(OR=2.7, $p<0.01$). 직업, 거주지역, 소득수준에서 유의한 위험요인은 발견되지 않았다<표 159>.

동반이환: 스마트폰 중독은 알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 약물 사용장애, 조현병 스펙트럼 장애, 기분장애, 불안장애와 유의한 수준의 동반이환을 보여, 여러 정신질환과 관련성이 높은 것으로 발견되었다<표 160>.

표 158. 스마트폰 중독의 인구사회학적 분포

	스마트폰 중독		
	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령군			
18~29세	12.0	24.5	18.2
30~39세	2.3	7.2	4.8
40~49세	0.8	2.2	1.5
50~59세	0.3	1.5	0.8
60~69세	3.1	0.0	1.3
70~64세	0.0	0.0	0.0
결혼상태			
기혼	1.3	3.0	2.2
별거/이혼/사별	0.0	0.4	0.2
미혼	8.3	22.3	14.2
교육(년)			
무학	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.0	0.0	0.0
7~9년	1.2	0.0	0.4
10~12년	4.2	5.7	4.9
13년 이상	3.4	10.5	6.7
취업상태			
전일제	1.5	6.6	3.3
부분제	1.8	4.2	3.1
미취업	4.3	6.9	5.9
거주지역			
도시	3.4	7.9	5.7
농촌	3.0	4.5	3.8
소득수준(원/월)			
하: 200만 미만	2.2	6.3	4.4
중: 200만~300만	5.4	6.0	5.7
상: 300만 이상	3.4	7.4	5.4
전체	3.3	6.6	5.0

• SE(Standard Error): 표준 오차

※무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값

표 159. 스마트폰 중독의 위험요인에 대한 로짓회귀분석

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	1.3 (1.1-1.5)	0.000
알코올의존	1.6 (1.4-1.8)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.4 (1.2-1.6)	0.000
니코틴금단	1.3 (1.1-1.6)	0.010
약물사용장애	-	-
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	2.0 (1.4-2.8)	0.000
단기정신병적장애	1.6 (1.2-2.1)	0.001
우울장애		
주요우울장애	1.5 (1.3-1.7)	0.000
기분부전장애	2.2 (1.8-2.8)	0.000
양극성장애	2.4 (1.5-3.8)	0.000
불안장애		
강박장애	2.0 (1.6-2.5)	0.000
외상후스트레스장애	1.5 (1.2-1.8)	0.000
공황장애	2.0 (1.6-2.7)	0.000
광장공포증	1.8 (1.3-2.4)	0.000
사회공포증	1.9 (1.6-2.3)	0.000
범불안장애	1.5 (1.2-1.8)	0.000
특정공포증	1.4 (1.2-1.6)	0.000

^a스마트폰 중독을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로짓회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

표 160. 스마트폰 중독의 동반이환률

질환	대응위험도 ^a (95% CI)	P-value
알코올사용장애		
알코올남용	1.3 (1.1-1.5)	0.000
알코올의존	1.6 (1.4-1.8)	0.000
니코틴사용장애		
니코틴의존	1.4 (1.2-1.6)	0.000
니코틴금단	1.3 (1.1-1.6)	0.010
약물사용장애	1.5 (0.92-2.7)	0.083
조현병 스펙트럼 장애		
조현병 및 관련 장애 ^b	2.0 (1.4-2.8)	0.000
단기정신병적장애	1.6 (1.2-2.1)	0.001
기분장애		
주요우울장애	1.5 (1.3-1.7)	0.000
기분부전장애	2.2 (1.8-2.8)	0.000
양극성장애	2.4 (1.5-3.8)	0.000
불안장애		
강박장애	2.0 (1.6-2.5)	0.000
외상후스트레스장애	1.5 (1.2-1.8)	0.000
공황장애	2.0 (1.6-2.7)	0.000
광장공포증	1.8 (1.3-2.4)	0.000
사회공포증	1.9 (1.6-2.3)	0.000
범불안장애	1.5 (1.2-1.8)	0.000
특정공포증	1.4 (1.2-1.6)	0.000

^a스마트폰 중독을 종속변인으로 각각의 장애는 독립변인으로 이항로지스틱회귀분석을 통해 산출된 odds ratio임

^b조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

3.9. 자살관련행동

개관

국내 자살사망률은 2011년에 정점을 기록하여 인구 10만 명당 31.5명을 기록하다가 점차 낮아지고 있다. OECD 국가 간 자살률(OECD 표준인구 10만 명당) 비교 시 OECD 평균 12.0명에 비해 한국은 25.8명(2015년도 기준)으로 가장 높은 수준이며, 12년째 OECD 회원국 중 자살률 1위라는 불명예를 기록하고 있다. 자살은 2015년에는 암, 심장 질환, 뇌혈관질환, 폐렴에 이어 우리나라 전체 사망원인 중 5위를 차지했으며, 10대, 20대, 30대에서는 사망원인 1위, 40대, 50대에서는 사망원인 2위를 차지하였다. 2015년 한 해 동안 13,513명이 자살로 사망했으며, 1일 평균 자살 사망자는 37명에 달한다. 평균을 내보면, 평균 38.9분마다 한 명이 자살로 사망하는 것이다(2015, 통계청) 이에 자살 문제는 우리 사회의 가장 심각한 사회 문제 중 하나로 인식되고 있다.

자살의 원인은 정신질환 뿐 아니라 생물학적, 유전적, 문화적, 심리적 원인들이 복합적으로 작용해 자살 관련 행동을 일으킨다. 그러나 자살과 정신질환은 밀접한 관련이 있다고 알려져 있으며 자살 사망자 중 60-90%에서 정신질환을 가지고 있다고 한다. 우울증을 비롯해 알코올 및 약물 중독, 조현병, 각종 불안장애, 식이장애, 성격장애 등을 가진 환자에서 자살률이 높아 정신질환자가 자살의 고위험군이기 때문이다. 따라서 주요 정신질환을 조기에 발견하고 치료하는 것이 매우 중요하다.

2016년 정신질환 실태조사에서도 자살관련 행동으로 자살생각(suicidal idea), 자살계획(suicidal idea), 자살시도(suicide attempt)에 대해 조사하였다<표 161>.

조사결과

본 조사 결과 평생유병률에서 자살생각 15.4%, 자살계획 3.0%, 자살시도는 2.4%로 나타났다. 만 18세 이상의 일반 성인의 15.4%는 지금까지 사는 동안 한 번 이상은 자살에 대해 진지하게 생각해보았으며 2.4%는 자살의 시도한 적이 있다. 지난 일년간의 자살관련 행동 일년유병률은, 자살생각이 2.9%, 자살계획은 0.4%, 자살시도는 0.1%였다<표 162>.

자살관련 행동 일년유병률에서 인구학적 특성을 살펴보면 남자에서 자살생각은 더 높게 나왔고, 여자가 남자에 비하여 자살계획, 시도의 빈도가 더 높았다. 자살생각

일년유병률은 남자는 60대, 여자는 20대에서 가장 높았다. 소득이 낮을수록 자살생각 유병률이 높은 경향이 있었고, 남자의 경우 이혼/별거/사별한 경우, 여자는 미혼인 경우에 자살생각 유병률이 높았다<표 163>.

자살생각이 처음 시작된 연령은 남녀 모두 15~19세 사이가 가장 많았고<그림 219>, 자살을 처음 계획한 연령은 남자는 15~19세, 여자에서는 30~34세에 가장 많았다<그림 220>. 처음 자살시도를 한 연령은 남녀 모두 15~19세 구간에서 가장 많았다<그림 221>. 자살시도를 한 횟수는 1회가 가장 많았지만 15회라고 답한 경우도 있었다<그림 222>. 자살시도자들이 자살을 기도할 때 사용한 방법으로는 약물이 가장 많았고, 추락, 목매, 칼 등의 무기, 화학약품, 교통수단 순이었다. 하지만 이는 자살시도 후 생존한 사람들의 특성이며 실제 자살로 사망한 경우는 포함되지 않았다. 국내 자살사망자에서 흔한 자살방법은 목매, 추락, 번개탄 등의 순서임을 유의하여야 한다.<그림 223>.

자살시도 전/후의 치료 여부를 조사한 결과 가장 심각했던 자살시도에서 병원 통원치료를 한 경우는 32%, 입원치료를 한 경우는 27%으로 나타났다<표 164>.

자살관련행동이 있는 사람에서 CIDI로 조사된 정신장애 진단 비율을 보면, 자살생각자에서는 50.1%, 자살계획자에서는 68.7%, 자살시도자에서는 75.1%에서 정신장애를 진단이 내려진 것으로 나타났다. 자살생각이 있는 사람 중에서 정신질환 진단을 살펴본 결과 남자는 알코올 사용장애 진단이 28.3%로 가장 많았고, 여자에서는 기분장애가 25.2%로 가장 많았다. 자살계획을 한 사람중에서 정신질환 진단을 살펴보면 남자에서는 46.8%가 알코올 사용장애, 여자에서는 39.0%에서 기분장애를 진단받은 것으로 나타났다. 자살시도의 경우에도 남자에서는 알코올 사용장애가 50.7%, 여자에서는 기분장애가 44.2%, 불안장애가 34.1%로 흔한 것으로 나타났다. 이 결과는 정신질환이 있는 경우 자살성향을 높인다는 것을 보여준 결과이다. 향후 자살예방사업에서 정신질환 관리는 매우 중요한 부분을 차지한다.<표 165, 그림 224>.

자살관련행동의 2011년 2016년 평생유병률을 각각 비교하면 자살생각 15.6%, 15.4%, 자살계획 3.7%, 3.0%, 자살시도는 3.2%, 2.4%로 조금씩 감소한 추세이다. 2011년 이후 점진적 자살율의 감소가 2011년말 시행된 파라콰트 판매 중지라는 치명적 자살방법 차단으로 인한 효과 이외에도 우리 국민의 자살성향 자체가 줄어든 효과도 있음을 반영한다. 우리 국민들의 자살성향이 줄어든 원인으로는 2012년 자살률 감소와 미디어 보도와의 관련성을 분석한 연구를 통해 유명인사 자살의 감소

와 언론의 자살보도 감소가 자살률 감소로 설명하기도 하고(안명희 등, 2015), 이번 실태조사에서 나타난 것처럼 우울증이 증가하는 추세가 아니라는 점도 고려할 수 있고, 국민들이 자살위험에 대한 경각심이 높아지고 자살예방에 대한 이해도가 높아진 점, 전반적으로 신체건강이 좋아지면서 우울정도도 낮아지는 점 등을 들 수 있다. 현재도 우리 국민의 자살성향이 높음을 고려할 때 언론 자살보도 가이드라인 준수의 강화, 국민들에게 자살예방정보를 효과적으로 전달할 필요가 있고, 자살예방 센터의 인프라를 구축하고, 자살예방 및 사회 전반적 생명존중 문화를 형성하기 위한 노력이 지속되어야 하며 정신질환과 자살관련 행동이 밀접하게 연관되어 있으므로 정신보건 서비스 이용의 문턱을 낮추고 적절한 치료적 개입을 받을 수 있도록 접근성 향상을 위한 정부의 대책마련이 필요할 것으로 생각된다.

표 161. 자살관련행동을 평가하는 문항

평가 대상	질문
자살생각	자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 한번이라도 있습니까?
자살계획	자살하려고 구체적으로 계획을 세운 적이 있습니까?
자살시도	자살을 시도한 적이 있습니까?

표 162. 자살관련행동의 평생, 일년, 일개월 유병률

	남자(%)	여자(%)	전체(%)
평생			
자살생각	14.0	16.7	15.4
자살계획	3.1	3.0	3.0
자살시도	2.3	2.5	2.4
일년			
자살생각	3.1	2.8	2.9
자살계획	0.3	0.5	0.4
자살시도	0.0	0.2	0.1
일개월			
자살생각	0.3	0.3	0.3
자살계획	0.1	0.1	0.1
자살시도	0.0	0.0	0.0

표 163. 자살관련행동 일년유병률의 사회인구학적 분포

	자살생각(%)			자살계획(%)			자살시도(%)		
	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체
연령군									
18~29세	4.1	4.6	4.3	0.2	0.8	0.5	0.0	0.5	0.2
30~39세	0.7	2.5	1.6	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0
40~49세	4.2	1.4	2.8	0.6	0.1	0.3	0.0	0.1	0.0
50~59세	2.5	2.7	2.6	0.3	0.8	0.6	0.0	0.3	0.1
60~69세	4.9	3.0	3.9	1.0	0.8	0.9	0.0	0.1	0.1
70세 이상	2.4	2.9	2.6	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
결혼상태									
기혼	2.3	1.7	2.0	0.4	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
이혼/별거/사별	6.7	4.6	5.2	0.0	1.3	0.9	0.0	0.3	0.2
미혼	3.9	4.8	4.3	0.2	0.8	0.4	0.0	0.6	0.2
교육(년)									
무학	2.6	2.2	2.2	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0
1~6년	7.1	3.4	4.6	1.8	0.5	0.9	0.0	0.1	0.1
7~9년	2.3	3.6	3.1	0.0	0.8	0.5	0.0	0.4	0.3
10~12년	3.5	3.2	3.3	0.0	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0
13년 이상	2.6	2.2	2.5	0.4	0.3	0.3	0.0	0.3	0.1
취업상태									
전일제	1.3	1.1	1.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
부분제	2.1	1.9	2.0	0.7	0.9	0.8	0.0	0.1	0.1
미취업	6.6	3.6	4.8	1.0	0.7	0.8	0.0	0.1	0.1
거주지역									
도시	2.6	2.7	2.6	0.2	0.5	0.3	0.0	0.3	0.1
농촌	3.8	3.0	3.4	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0
소득수준(원/월)									
하: 200만 미만	4.8	4.2	4.5	0.4	1.0	0.7	0.0	0.2	0.1
중:200만~300만	4.1	3.3	3.7	0.4	0.6	0.5	0.0	0.1	0.0
상: 300만 이상	2.3	1.4	1.9	0.3	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0
전체	3.1	2.8	2.9	0.3	0.5	0.4	0.0	0.2	0.1

그림 219. 자살생각이 처음 시작된 연령

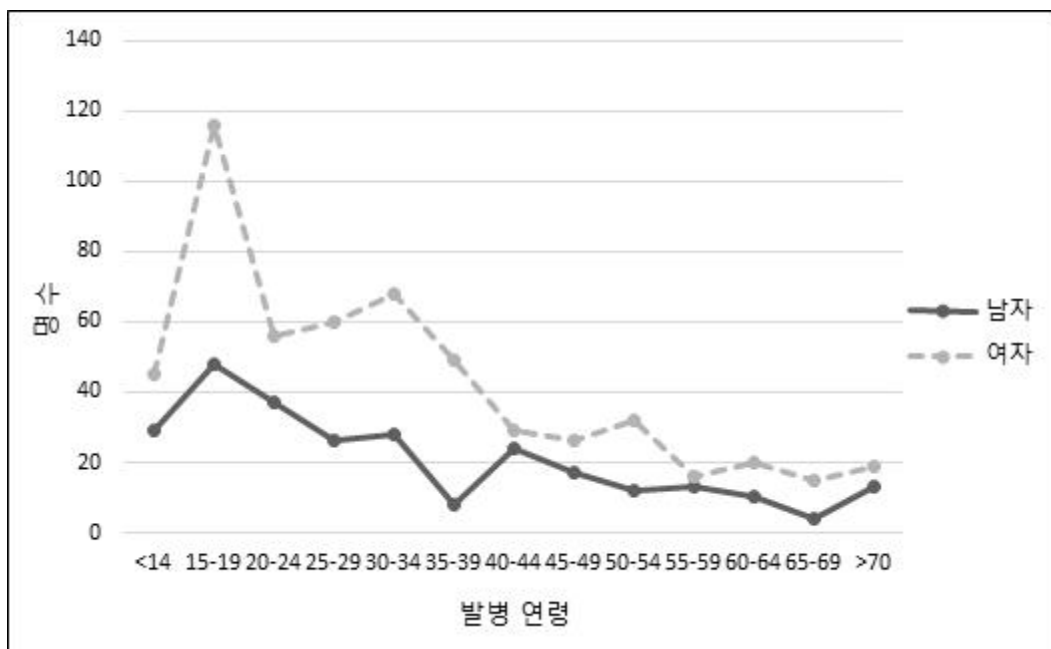


그림 220. 자살을 처음 계획한 연령

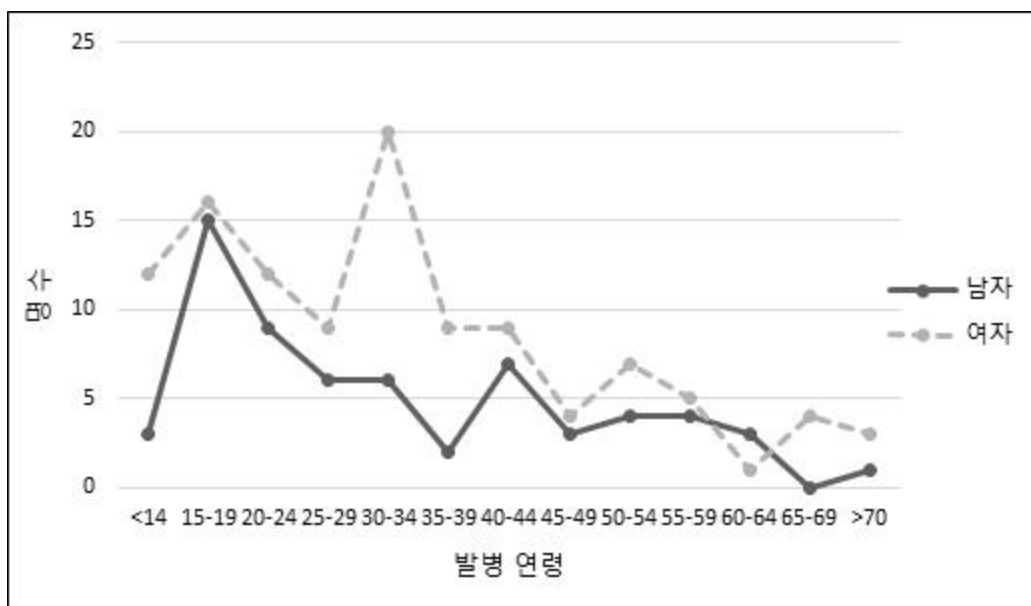


그림 221. 처음 자살시도를 한 연령

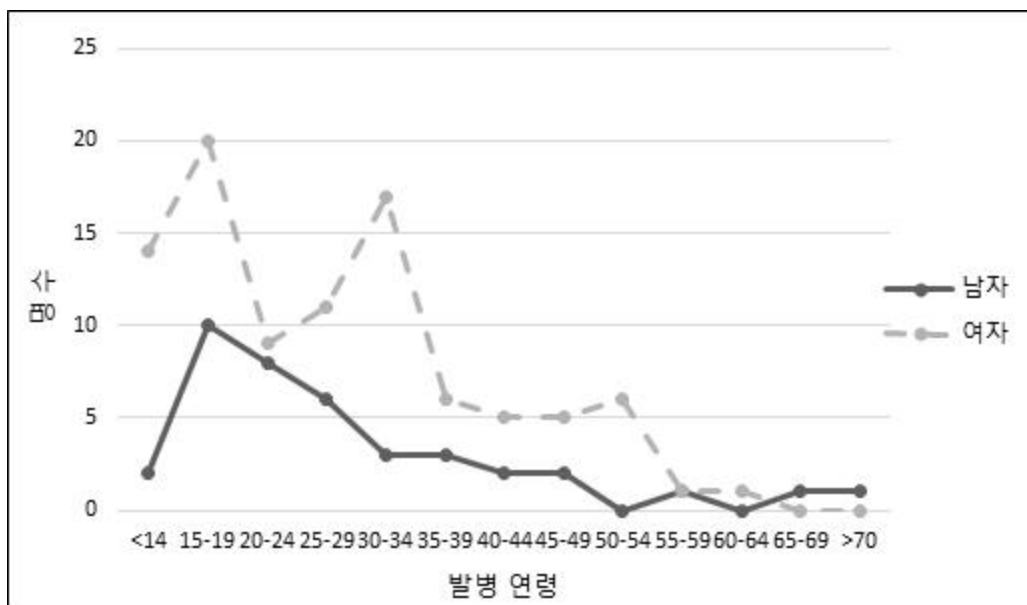


그림 222. 살아오면서 지금까지 자살을 시도한 횟수

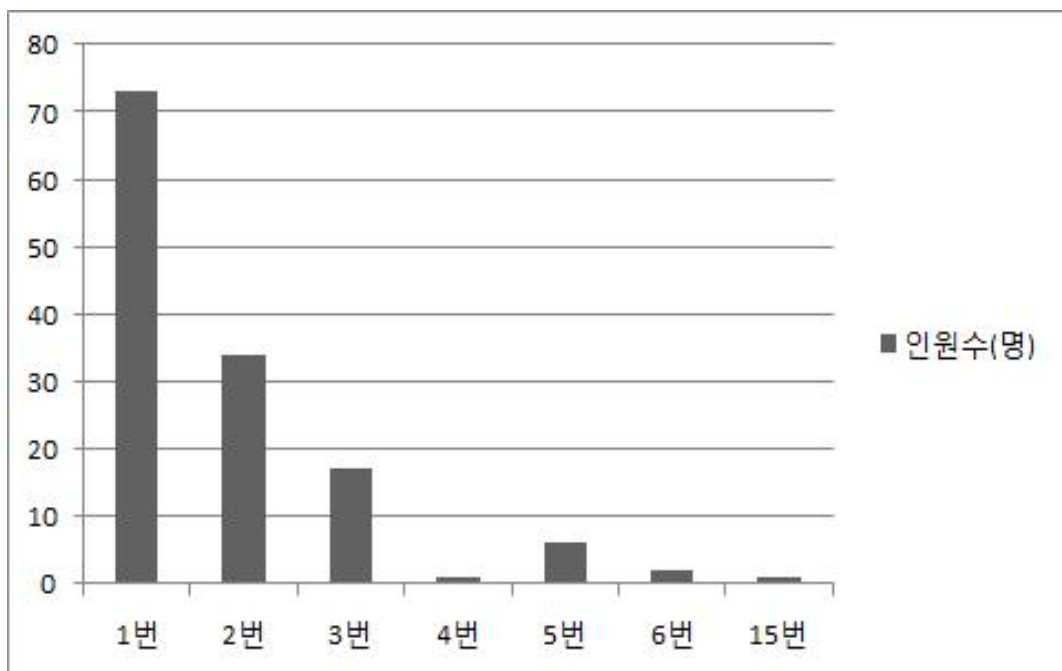


그림 223. 자살시도 때 사용한 방법(명)

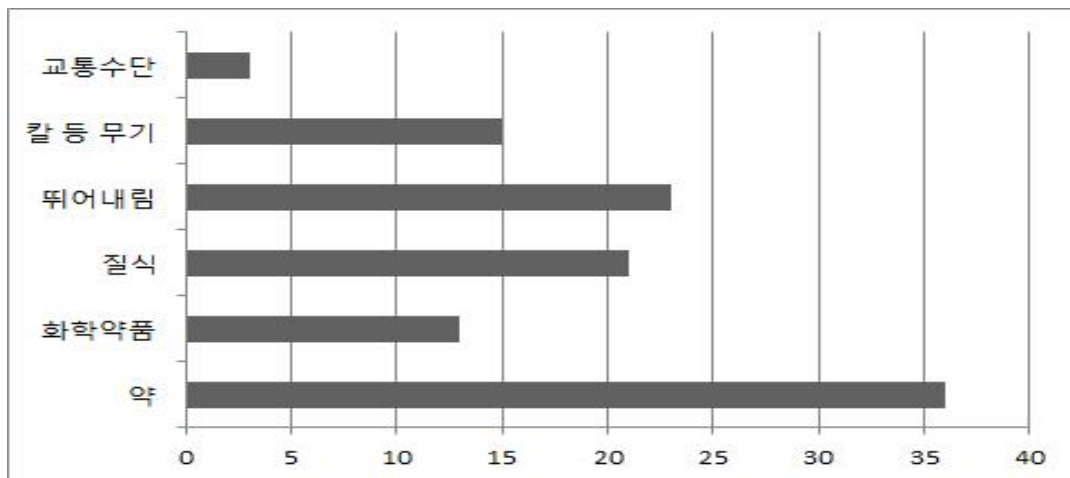


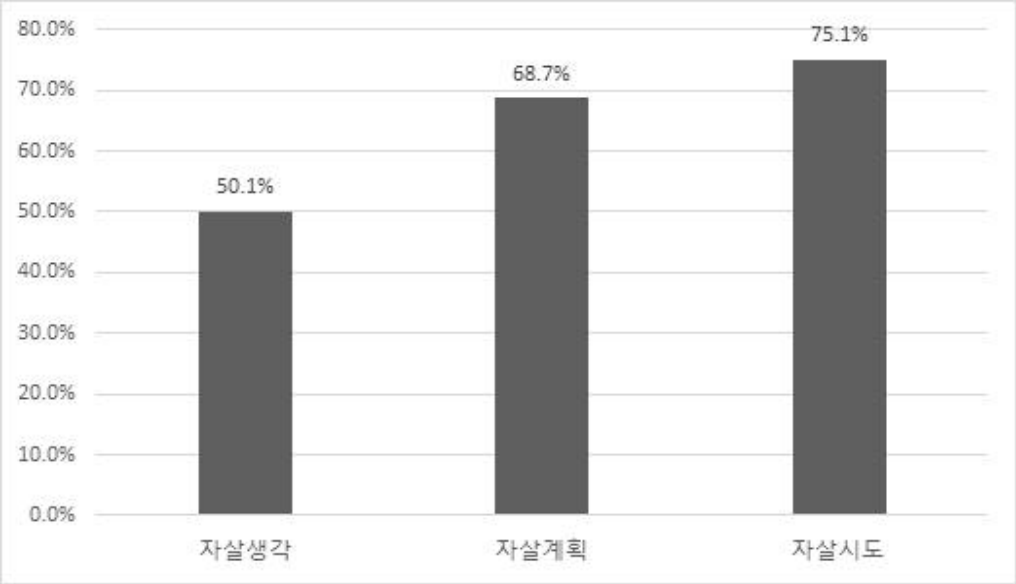
표 164. 자살시도 후 행동

가장 심각했던 때/혹은 1회만 시도한 경우 그때	남자	여자	전체
자살시도 때문에 병원에서 통원치료	11%	21%	32%
자살시도 때문에 병원에서 입원치료(응급실 포함)	9%	18%	27%

표 165. 자살관련행동이 있었던 대상자에서 평생 한번 이상 경험한 정신장애의 비율

		남자(%)	여자(%)	전체(%)
자살생각	모든 정신장애	54.8	46.3	50.1
	니코틴 사용장애	21.7	4.4	12.2
	알코올 사용장애	28.3	12.3	19.5
	약물 사용장애	1.6	0.2	0.9
	기분장애	16.4	25.2	21.3
	불안장애	18.9	23.4	21.4
	정신병적 장애	2.1	1.8	2.0
자살계획	모든 정신장애	84.1	53.3	68.7
	니코틴 사용장애	33.0	6.4	19.7
	알코올 사용장애	46.8	11.9	29.4
	약물 사용장애	5.6	0.0	2.8
	기분장애	35.4	39.0	37.2
	불안장애	42.8	30.5	36.7
	정신병적 장애	8.4	0.9	4.7
자살시도	모든 정신장애	81.4	69.2	75.1
	니코틴 사용장애	29.6	10.6	19.7
	알코올 사용장애	50.7	19.7	34.6
	약물 사용장애	7.5	1.4	4.3
	기분장애	32.2	44.2	38.4
	불안장애	40.7	34.1	37.2
	정신병적 장애	7.6	2.3	4.9

그림 224. 자살행동이 있었던 대상자에서 평생 한번 이상 정신장애를 경험 비율



4. 정신건강서비스 이용실태

4.1. 조사배경

신체질환과는 달리 정신질환을 앓고 있는 사람들은 자신의 병의 정도를 이해하지 못하거나, 망상을 현실로 이해하는 등 병식이 없거나, 의욕저하 등 병의 증상으로 인하여 치료를 받기 어렵거나, 정신건강서비스를 통하여 자신의 문제가 호전될 수 있음을 모르고 있는 경우가 많다. 따라서 정신질환은 의료보험공단 자료 등 치료와 관련된 자료를 이용해서는 이환된 사람의 규모나 정도를 파악하기 어렵다.

2006년 정신질환실태 역학조사에서부터 정신건강서비스 이용실태에 대한 조사를 통하여 정신건강서비스 이용 정도, 이용을 하지 않는 장애요인 등을 파악하여 정책 수립의 기본 자료로 활용하고자 하였다.

정신질환은 조기개입으로 인해 충분히 치료가 될 수 있으나, 치료가 늦어질수록 만성화에 이르러 그로 인한 기능장애가 보다 심각하게 나타날 수 있다. 이는 결국 개인과 가족뿐만 아니라 사회국가적으로도 엄청난 부담과 손실을 야기할 수 있다. WHO에서는 정신건강문제의 심각성을 경고하고 정신건강증진을 위한 각 국가의 노력을 강조한 바, 대다수의 선진국에서는 정신질환을 국가적인 차원에서 적극적으로 관리하고 있다.

지난 5년간 우리나라는 정신건강서비스 개선을 위하여 다양한 정책적 변화와 투자를 시도하였다. 정신건강서비스 이용실태를 조사함으로써 정신건강서비스 이용률뿐만 아니라 정신보건의료서비스의 접근성과 질의 향상에 도움이 될 수 있을 것이다.

4.2. 조사결과

본 조사에서 정신건강서비스 이용 여부는 ‘지금까지 살아오면서 정신건강상의 문제로 전문가와 상의한 적이 있습니까?’로 질문하였고, 사회적으로 정신과 진료에 대한 접근성이 높지 않음을 고려하여 관련 전문가 범위에는 정신건강의학과 전문의 뿐만 아니라 의사, 기타 정신건강전문가, 간호사, 종교인 등을 포함하였다.

이번 2016년 조사 결과 지역사회 일반성인 가운데 정신건강 문제로 전문가와 상의한 적이 있는 경우가 전체의 9.6%이었다. 이는 지난 2011년 조사 당시 7.0%에 비해 약 2.6% 증가된 수치로, 우리 사회에서 정신건강서비스 이용에 대한 수요, 인식이

확대된 때문으로 이해된다. 한편, 정신건강 문제로 정신건강의학과 전문의와 상의한 적이 있는 경우는 전체의 7.0%로 나타났다<표 166>.

CIDI 진단에 의한 정신장애에 이환된 적이 있는 대상자 중에서는 22.2%가 정신건강서비스를 이용한 적 있다고 답해서 2011년의 15.3%에 비하여 45.1% 증가한 것으로 조사되었다. 그러나 최근 다른 나라들의 조사 결과에 비하면 여전히 정신건강서비스 이용률이 낮은 수준으로 볼 수 있다. 최근 자료인 미국 National Survey on Drug Use and Health(2015) 조사에서는 최근 1년 사이 정신건강서비스를 이용한 일반인의 비율이 14.2%로 나타났고, 정신질환자에서는 43.1%로 나타났으며, 이는 동일 조사기관 연구의 5년 전 결과에 비해 상승한 결과이다<표 166, 그림 225>. 한편, 캐나다의 경우에도 1년 사이 정신건강문제로 진단받은 사람 가운데 46.5%가 정신건강서비스를 이용하였던 것으로 나타났다(Fleury 등, 2014). 더불어 기존 이외 국가와의 비교에서도 우리사회 정신건강 서비스 활용이 상대적으로 낮음을 확인할 수 있다. 정신질환으로 진단을 받은 사람들을 기준으로 12개월 정신건강 서비스 이용률 조사연구에서 벨기에 39.5%, 뉴질랜드 38.9%, 스페인 35.5%, 멕시코 남성 27.2%, 멕시코 여성 37.5%(Kessler와 Ustun, 2008), 호주 34.9%(Slade 등, 2009), 남아프리카 공화국 25.2%(Seedat 등, 2009)으로 조사되었고, 우리와 같은 아시아 국가인 일본은 20%(Naganuma 등, 2006)로 조사되었다<그림 226>. 결과해석에 있어 한 가지 유의해야 할 점은, 우리 결과가 평생 동안의 이용 여부를 묻는 반면 멕시코를 제외한 국가들의 경우 지난 12개월 사이의 정신건강 서비스 이용을 물었다는 점에서 우리사회의 정신건강 서비스 이용도가 상대적으로 더 낮다는 것을 유추할 수 있다.

정신장애군 별로 서비스 이용률을 살펴보면, 조현병 스펙트럼장애로 진단된 사람들 가운데 39.3%가 정신건강서비스를 이용한 적이 있다고 응답하였다. 기분장애 진단자의 52.5%, 불안장애 진단자의 27.3%가 정신건강서비스를 이용한 반면 알코올사용장애 진단자는 12.1%에 불과했다. 이번 조사에서 알코올사용장애 진단자의 서비스 이용률은 2011년 8.6%에 비해 증가하였지만 주요 정신질환군 중에서 가장 낮은 수준을 보였다<그림 227>. 정신건강서비스 이용률은 지금까지 평생 한 번 이상 이용한 적 있는 비율이므로, 질환에 적합한 치료를 받았는지의 여부에 비해 매우 낮은 기준이다. 정신질환이 발병한 사람들이 조기에 정신보건서비스를 이용하고 자신의 문제에 적합한 서비스를 적당한 기간 동안 이용하고 있는지에 대한 추가 조사가 필요할 수 있겠다.

정신질환군별로 정신건강을 상담한 전문가 중에서 정신건강의학과 의사로 한정하여 분석을 해보면, 정신질환 진단을 받은 사람들 중 16.6%만이 정신건강의학과 의사와 상의한 것으로 나타났다. 2011년의 11.9%가 상의한 것에 비하면 2016년 조사에서는 39.6% 증가하였지만, 전체 전문가 상의가 45.1% 증가한 것에 비하면 증가율이 낮다고 볼 수 있다. 정신건강문제에 대한 우리 사회의 관심이 급증하는데 비하여 정신건강서비스 이용이 상대적으로 낮은 데에는 정신과 치료에 대한 우리 사회의 인식개선이 더디고, 각종 수가체계에 의하여 이용이 불편한 점도 작용할 것으로 보인다. 진단군별로 정신건강의학과 서비스 이용률을 살펴보면 기분장애에서는 40.4%였고, 조현병스펙트럼장애에서는 32.1%, 불안장애에서는 19.3%였고, 알코올 사용장애는 가장 낮은 8.1%로 나타났다<표 167>.

전문가에게 상의한 정신건강 문제는 무엇이었는지 묻는 질문에 우울증이라고 답한 사람이 54.4%로 가장 많았다. 기분장애 진단된 사람의 68.5%가 우울증으로 전문가를 찾았다고 답했다. 알코올 사용장애의 경우 알코올 문제를 정신건강의 문제로 생각하고 전문가와 상의한 경우는 3.6%밖에 되지 않았다<표 168>. 알코올 사용장애 환자에서 알코올 문제를 자신의 문제라고 생각하지 않고 동반된 다른 정신건강 문제를 주로 주제로 삼았다고 볼 수 있다.

정신장애에 진단된 사람 중에서 전문가와 상담을 하지 않은 사람들에게 그 이유를 물어보았을 때, ‘나는 정신질환이 없다고 생각했다.’가 81%로 가장 흔하였다. 정신질환군 별로 살펴보면 알코올 사용장애에서 가장 높은 81.3%, 니코틴 사용장애 80.8%, 불안장애 77.5%가 ‘나는 정신질환이 없다고 생각했다’가 가장 흔한 답이었다. 기분장애에서는 ‘그 정도 문제는 스스로 해결할 수 있다고 생각했다’가 75.9%로 가장 흔한 답이었다. 한편, 정신병적 장애 환자군에서는 ‘나는 정신질환이 없다고 생각했다’와 ‘그 정도 문제는 스스로 해결할 수 있다고 생각했다’가 82.4%로 동률을 이루었다<표 169, 그림 228>.

이번 조사에서 정신질환의 전반적인 유병률의 감소에는 지난 5년간 생애주기별 정신건강검진, 우울증선별검사, 정신건강증진센터를 통한 무료 정신과 상담서비스 등 정신보건정책을 통하여 정신건강 서비스 확대정책의 활성화의 긍정적 결과로 생각된다. 그로 인한 일반 국민 사이의 정신건강 서비스에 대한 인식개선은 예방적, 적극적 치료를 유도하고 정신건강 서비스 자체에 대한 문턱을 낮출 수 있었을 것이다. 정신건강서비스 이용률이 증가될 경우에 정신질환 발병을 예방하고, 조기 치료

를 통한 조기 회복 및 증상 악화 예방을 통하여 국민정신건강 수준이 향상될 수 있다. 앞서 언급된 선진국 수준을 목표로 지속적으로 정신건강서비스 이용률을 증가시킨다면 정신질환으로 인한 사회적 비용을 최소화하고 나아가 국민 건강 증진에도모할 수 있을 것이다.

표 166. 정신건강 문제로 전문가와 상담을 한 적이 있는 대상자의 수와 비율

직종	대상자수(명)	전체 응답자에서의 비율(%) ^c
정신건강의학과 전문의	356	7.0
기타 정신건강전문가 ^a	54	1.1
정신건강의학과 전문의 이외의 의사	51	1.0
한 의사, 침술사	10	0.2
종교인 ^b	3	0.1
기타	5	0.2

^a기타 정신건강전문가는 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사, 정신보건간호사를 포함

^b종교인은 목사, 신부, 스님을 포함

^c응답자 대비 상담자 수의 비율

표 167. 정신질환군별 정신건강서비스^a 이용률(평생)

진단	정신건강서비스 이용률(%) ^b			정신건강의학과 전문의 방문 비율(%) ^b		
	2011년	2016년	11년 대비 증가율	2011년	2016년	11년 대비 증가율
알코올 사용장애	8.6	12.1	+3.5	6.6	8.1	+1.5
정신병적 장애	25.0	39.3	+14.3	20.7	32.1	+11.4
기분장애	37.7	52.5	+14.8	28.5	40.4	+11.9
불안장애	25.1	27.3	+2.2	19.1	19.3	+0.2
정신장애 전체	15.3	22.2	+6.9	11.9	16.6	+4.7

^a정신과 전문의, 기타 정신보건전문가 및 정신과 전문의 이외의 의사를 포함

^b해당 정신장애 전체 응답자 대비 상담자 수의 비율

그림 225. 한·미 정신건강서비스 이용률 변화의 비교(한국: 평생, 미국: 12개월)

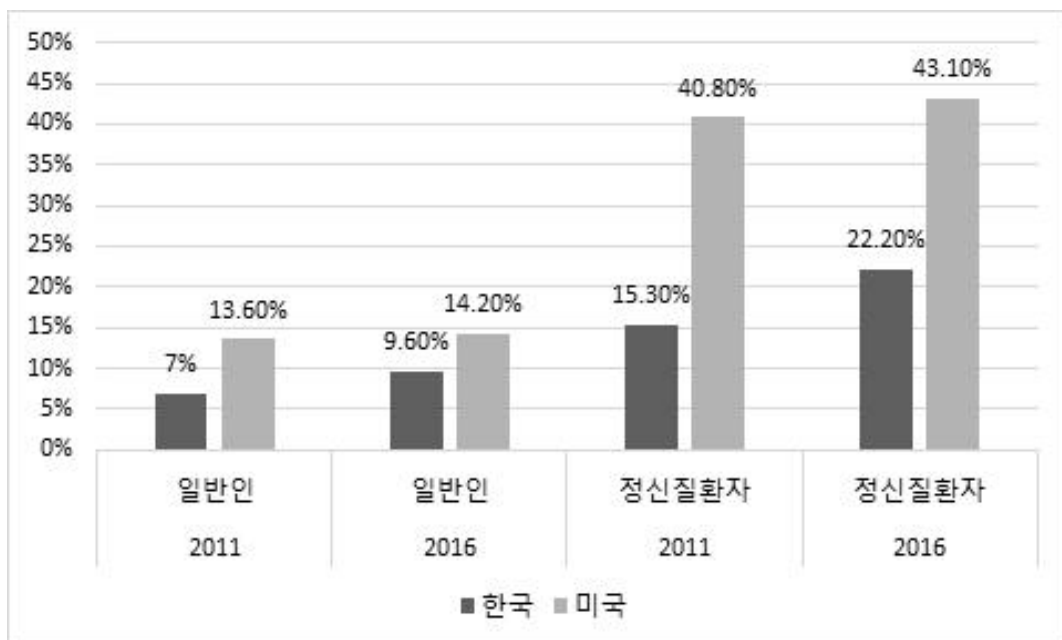


그림 226. 정신질환을 진단받은 사람에서의 정신건강서비스 이용률의 국가별 비교
(한국: 평생, 그 외: 12개월)

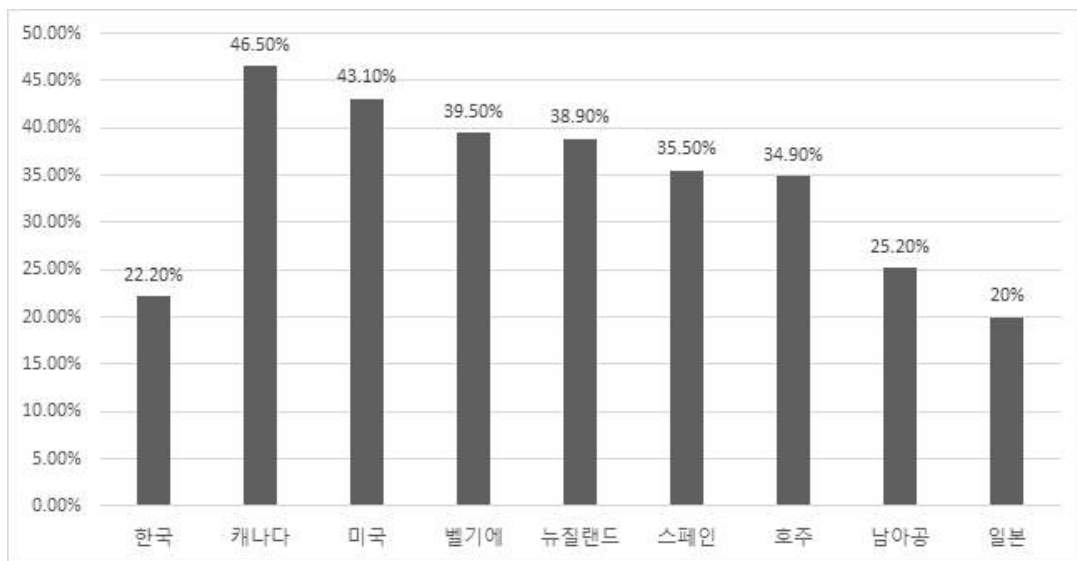


그림 227. 정신질환군별 정신건강서비스 이용률의 변화

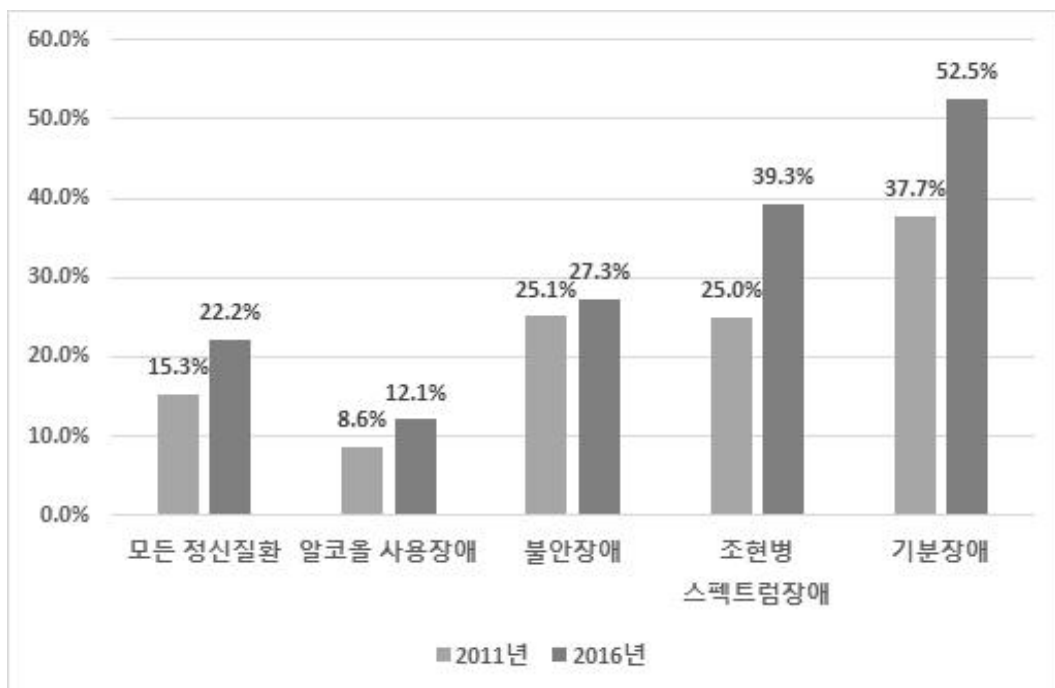


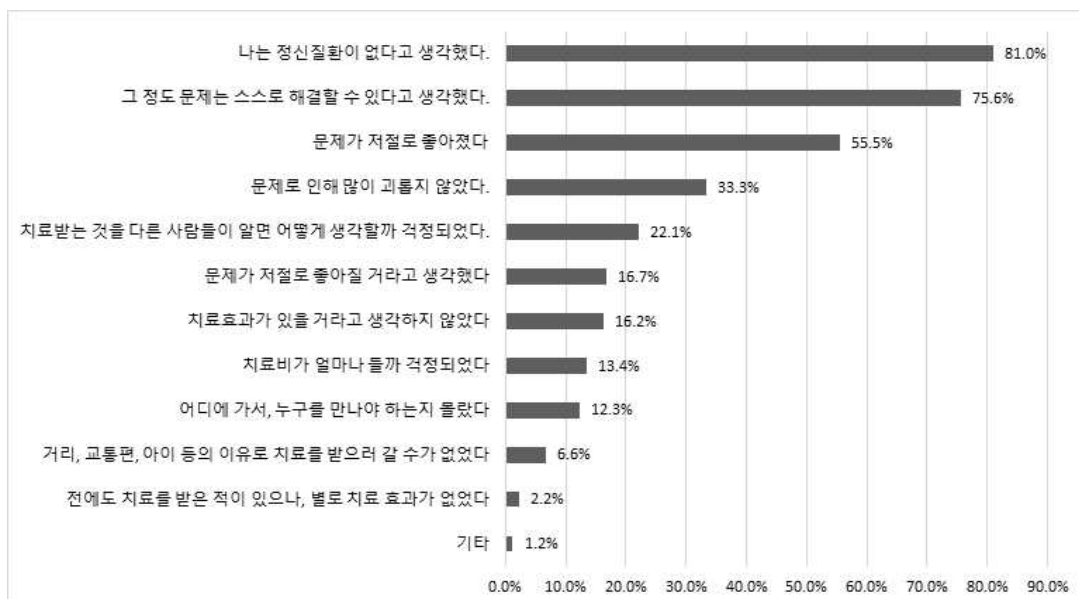
표 168. 진단군별에 따라 전문가에게 상의한 자신의 정신건강 문제의 주제

진단군 주제	모든 정신질환	알코올 사용장애	니코틴 사용장애	기분장애	불안장애
우울증	54.4%	32.8%	40.5%	68.5%	52.1%
불안장애	2.5%	7.3%	5.4%	1.4%	2.5%
불면증	10.0%	10.9%	8.1%	10.5%	9.2%
자살	1.7%	1.8%	-	1.4%	3.4%
알코올 문제	1.3%	3.6%	2.7%	0.7%	-
기타	30.1%	43.6%	42.7%	17.5%	32.8%

표 169. 정신건강서비스를 이용하지 않은 이유 (정신질환군 별로)

단위 (%)	모든 질환	알코올 장애	기분 장애	니코틴 장애	불안 장애	조현 병
나는 정신질환이 없다고 생각했다.	81.0	81.3	68.1	80.8	77.5	82.4
그 정도 문제는 스스로 해결할 수 있다고 생각했다.	75.6	76.0	75.9	72.8	76.6	82.4
문제가 저절로 좋아질 거라고 생각했다	16.7	49.6	63.1	54.7	59.2	58.8
문제로 인해 많이 괴롭지 않았다.	33.3	47.1	30.7	49.1	38.0	41.2
문제가 저절로 좋아졌다	55.5	46.3	33.3	48.1	44.4	58.8
치료받는 것을 다른 사람들이 알면 어떻게 생각할까 걱정되었다.	22.1	18.7	30.5	22.4	25.2	41.2
치료효과가 있을 거라고 생각하지 않았다	16.2	13.7	22.7	13.6	19.8	23.5
어디에 가서, 누구를 만나야 하는지 몰랐다	12.3	10.1	24.1	11.2	13.6	23.5
치료비가 얼마나 들까 걱정되었다	13.4	10.8	25.5	8.9	18.6	23.5
거리, 교통편, 아이 등의 이유로 치료를 받으러 갈 수가 없었다	6.6	3.5	14.9	3.4	10.2	5.9
전에도 치료를 받은 적이 있으나, 별로 치료 효과가 없었다	2.2	1.5	2.1	5.6	2.4	11.8
기타	1.2	0.7	4.3	1.4	1.8	3.9

그림 228. 정신건강서비스를 이용하지 않은 이유 (모든 정신질환)



참 고 문 헌

- 보건복지부. 정신보건법. 1995
- 보건복지부, 건강증진사업지원단. 2009. 마약류 등 유해약물의 사회적 손실 연구.
- 보건복지부, 국립서울병원. 정신질환실태 역학조사 보고서. 2001.
- 보건복지부, 국립서울병원. 정신질환실태 역학조사 보고서. 2006.
- 보건복지부. 국가알코올종합계획 「과량새플랜 2010」. 2006.
- 보건복지부. 2009년 마약류 중독자 실태조사. 2009.
- 보건복지부, 국립서울병원. 정신질환실태 역학조사 보고서. 2011.
- 보건복지부. 2016년 정신보건사업안내. 2016.
- 김진영, 정성훈, 서동우, 방수영, 이해국, 정인원. 정신질환으로 인한 총체적 질병부담에 대한 정신건강 전문가들의 인식도 조사. 신경정신의학 2008; 47(1):94-101
- 대검찰청. 마약류 범죄백서. 2001.
- 대검찰청. 마약류 범죄백서. 2015.
- 식품의약품안전평가원. 의약품의 오남용 예방 및 관리에 관한 지원 연구. 2005
- 식품의약품안전평가원. 인천지역 약물 오남용 실태 및 의식 조사. 2005
- 신호경, 김홍국, 이민석. 모바일 사용행동에 대한 실증연구-스마트폰 사용 중독을 중심으로. 정보화정책 2011; 18(3), 50-68.
- 안명희, 이태엽, 심유진, 김선옥, 홍진표. 2012년 자살률 감소와 미디어 보도와의 관련성 분석. 신경정신의학 2015; 54(2):216-221.
- 안상원, 권일용 (2016). 마약류별 범죄의 실태 및 2차 범죄 분석에 관한 연구. 한국중독 범죄학회 2016; 6(1), 38-56.
- 유석진. 1962a. 착시법에 의한 1,2농촌에서의 정신질환의 발생빈도에 관한 조사. 신경정신의학 1:113-122.
- 유석진. Mental disorders in the Korean rural communities. 신경정신의학 1962; 1:9-27.
- 이동우, 함봉진, 김성주, 성제수, 김봉석, 신정호, 정은기, 홍진표, 서동우, 조맹제. DSM-IV 알코올 사용장애의 유병률과 관련요인들. 사회정신의학 2004; 9(2):65-71.
- 이준영, 김장규, 함봉진, 홍진표, 김선옥, 김재훈, 박종익, 정인원, 조맹제. 우울장애의 유병률과 관련요인들. 사회정신의학 2004; 9(1):48-55.
- 이호영, 남궁기, 이만홍, 민성길, 김수영, 송동호, 이은설. 강화도 정신과 역학연구(III)-주요정신질환의 평생유병율, 신경정신의학 1989; 28(6) : 984-999
- 조맹제, 함봉진, 서동우, 홍진표, 배재남, 김장규, 이동우, 조성진. 한국어판 Composite International Diagnostic Interview (K-CIDI)의 개발. 신경정신의학 2002; 41(1):123-137.
- 조맹제, 함봉진, 김장규, 박강규, 정은기, 서동우, 김선옥, 조성진, 이준영, 홍진표, 최용성, 박종익, 이동우, 이기철, 배재남, 신정호, 정인원, 박종한, 배안, 이충경. 한국 정신장애의 역학조사 연구 [I]: 각 정신장애의 유병률. 신경정신의학 2004; 43 : 470-480

- 조맹제, 장성만, 함봉진, 정인원, 배안, 이영문, 안준호, 원승희, 손정우, 홍진표, 배재남, 이동우, 조성진, 박종익, 이준영, 김진영, 전홍진, 이해우. 한국 주요정신장애의 유병률 및 관련요인 : 2006 전국정신질환역학조사. 신경정신의학 2009; 48(3):143-52
- 중앙정신보건사업지원단, 국립정신건강센터. 2015 국가정신건강현황 예비조사 결과보고서. 2015.
- 통계청. 사망원인통계. 2015.
- 통계청. 인구주택총조사. 2015.
- 통계청. 정신질환실태조사 품질개선 컨설팅 최종결과보고서. 2015.
- 한국정보화진흥원. 『스마트폰 중독 진단척도』. 2012.
- 한국주류산업협회. 2012년 주류별 출고동향 총괄. 2012.
- 함봉진, 조맹제. 남양주시 일반인구에서 정신장애 유병률. 신경정신의학 2002; 41(4):713-724.
- Aderibigbe YA, Adityanjee SK. Psychiatric epidemiology in cross-cultural perspective: A review. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1995; 246(1):37-46.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bemert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004b; 109(Suppl 420):8-20
- Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. Br J Psychiatry 2001; 178:145-53.
- Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich study—a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. I. Problem, methodology. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1984; 234(1):13-20.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33(12):587-95.
- Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand Suppl 1988; 338:24-32.
- Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin of the World Health Organization. 1994; 72:653-62

- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of psychiatry*. 2005; 162:214–27.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang Irving, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, Graff R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lepine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora MEM, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9:90
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. 2016 HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>
- Cha ES, Chang S, Gunnell D, Eddleston M, Khang Y, Lee WJ. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. *International Journal of Epidemiology* 2015; 45(2):470–479.
- Chang SM, Cho SJ, Jeon HJ, Hahm BJ, Lee HJ, Park JI, Cho MJ. Economic burden of schizohrenia in South Korea. *J Koream Med Sci* 2008; 23(2):207–12.
- Chang SM, Hong JP, Cho MJ. 2011. Economic burden of depression in South K o r e a . *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; [Published online].
- Cho MJ, Hahm BJ, Kim JK, Park KK, Chung EK, Kim SU, Cho SJ, Lee JY, Hong JP, Choi YS, Park JI, Lee DW, Lee KC, Bae JN, Shin JH, Chung IW, Park JH, Bae A, Lee CK. Korean Epidemiologic Catchment area Study for Psychaitric Disorders: Prevalence of Specific disorders. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004; 43:470–80.
- Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee CK, Hahm BJ. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(3):203–10.
- Cho MJ, Chang SM, Hahm BJ, Chung IW, Bae A, Lee YM, Ahn JH, Won S, Son J, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Cho SJ, Park JI, Lee JY, Kim JY, Jeon HJ, Lee HW. Lifetime risk and age of onset and distributions of psychiatric disorders: analysis of national sample survey in South Korea. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; [Published online].
- Cho SJ, Cho MJ, Hahm BJ. Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(11):943–51.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S,

- Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581–2590.
- Dixon P, Rehling G, Shiwach R. Peripheral victims of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br J Med Psychol* 1993;66:193–202
- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1978; 35:837–44.
- Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Aiazzi L, Incerpi G, Pallanti S. Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *J Affect Disord* 1990; 20(2):135–41.
- Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Caron J. Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. *BMC Health Services Research*. 2014; 14:161
- Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein MC. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford: Oxford University Press. 1996.
- Goldberg I. Internet addiction. electronic message posted to research discussion list. 1996. [available online at <http://avocado.pc.helsinki.fi/~janne/ikg/>]
- Goldman HH. Deinstitutionalization and community care: social welfare policy as mental health policy. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 6(4):219–22.
- Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou sP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(8):757–66.
- Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2006; 188:465–71.
- Hagnell O. A prospective study of the incidence of mental disorder: A study based on 24,000 person years of the incidence of mental disorders in a swedish population together with an evaluation of the aetiological significance of medical, social, and personality factors. Lund, Sweden: Svenska Bokforlaget. 1996.
- Hahm BJ, Cho MJ. Prevalenc of alcohol use disorders in a South Korean community – Changes in the pattern of prevalence over the 15 years. *Soc Psychiat Psychiatric Epidemiol* 2005; 40(2) 114–119
- Helzer JE, Canino GJ, Yeh EK, Bland RC, Lee CK, Hwu HG, Newman S. Alcoholism—North America and Asia. A comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(4):313–9.

- Herman AA, Williams D, Stein DJ, Moomal Hashim. The South African Stress and Health Study (SASH): A foundation for improving mental health care in South Africa. The WHO World Mental Health Surveys: S Afr Med J. 2009; 99(5 Pt 2):339-344.
- Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2000; 23:493-507.
- Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatr Scand 1989; 79(2):136-47.
- Jeon HJ, Suh T, Lee HJ, Hahm BJ, Lee JY, Cho SJ, Lee YR, Chang SM, Cho MJ. Partial versus full PTSD in the Korean community: prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunctions. Depress Anxiety 2007; 24(8):577-85.
- Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Burger H, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Karam E, Kawakami N, Lepine JP, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Scott K, Ustun TB, Von Korff M, Williams D, Zhang M, Kessler RC. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. British Journal of Psychiatry. 2008; 192:368-75.
- Seo JH, Kim JH, Yang KI, Hong SB. Late use of electronic media and its association with sleep, depression, and suicidality among Korean adolescents. Sleep Medicine 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.022>
- Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta regression of factors that may predict outcome. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40:9-19.
- Helzer JE, Canino GJ, Yeh EK, Bland RC, Lee CK, Hwu HG, Newman S.. Alcoholism--North America and Asia. A comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47(4):313-9.
- Heo JY, Kim K, Fava M, Mischoulon D, Papakostas GI, Kim MJ, Kim DJ, Chang KC, Oh Y, Yu BH, Jeon HJ. Effects of smartphone use with and without blue light at night in healthy adults: A randomized, double-blind, cross-over, placebo-controlled comparison. Journal of Psychiatric Research 2017; 87:61-70.
- Joyce PR, Oakley-Browne MA, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Birth cohort trends in major depression: increasing rates and earlier onset in New Zealand. J Affect Disord 1990; 18(2):83-9.
- Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad JA, Nasser SC, Chatterji S, Kessler RC. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. Lancet 2006; 367(9515):1000-6.

- Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res* 2004; 121(3):293-301.
- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(4):441-52.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
- Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(1):2-9.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6):593-602.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6):617-27.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352(24):2515-23.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6:168-176
- Kessler RC, Sergio Aguilar-Gaxiola, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18(1): 23-33
- Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Andrade L, Bunting B, Demyttenaere K, Florescu S, Girolamo G, Gureje O, He Y, Hu C, Huang Y, Karam E, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Medina Mora ME, Moskalewicz J, Nakamura Y, Navarro-Mateu F, Oakley browne MA, Piaazza M, Posada-Villa J, Slade T, Torres Y, Vilagut G, Xavier M, Zarkov Z, Shahly V, Wilcox MA. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World

- Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015 Jun; 24(3): 210–226.
- Kessler RC, Ustun TB. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Cambridge University Press. 2008.
- Langner TS. A twenty–two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, 1962; 3:269–76.
- Lagner TS, Michael ST. Life stress and mental health: The midtown Manhattan Study. London: Collier–Macmillan. 1963.
- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis* 1990a; 178(4):242–246.
- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences. *J Nerv Ment Dis* 1990b; 178(4):247–252.
- Leighton AH. My name is Legion. The Stirling County Study, Vol. 1. New York: Basic Books. 1959.
- Leonard BE. New approaches to the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57:26–33.
- McGrath JJ, Saha S, Al–Hamzawi A. Psychotic Experiences in the General Population: A Cross–National Analysis Based on 31261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(7):697–705.
- Medina–Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, RojasE, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12–month DSM–IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005; 35(12):1773–83.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cul L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS–A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10):980–9.
- Miquel Codony, Jordi Alonso, Josué Almansa, Sebastian Bernert, Giovanni de Girolamo, Ron de Graaf, Josep Maria Haro, Viviane Kovess, Gemma Vilagut, Ronald C. Kessler. Perceived Need for Mental Health Care and Service Use Among Adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services* 2009; 60:1051–1058.
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1996.
- Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami O, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve–month use of mental health services in four areas in Japan: Findings from the World Mental

- Health Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2006; 60:240–248.
- Survey 2002–2003
- Norman SM. Prevalence and Treatment Models for Addiction in Psychiatric Populations. *Psychiatric Annals* 1994; 24(8):399–406
- OECD. Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en
- OECD (2017), Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en (Accessed on 27 March 2017)
- Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9):559–63.
- Park JH, Yoon SJ, Lee HY, et al. Estimating the burden of psychiatric disorder in Korea. *J Prev Med Public Health* 2006; 39:39–45
- Philip M. Burgess, Jane E. Pirkis, Tim N. Slade, Amy K. Johnston, Graham N. Meadows, Jane M. Gunn. Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43:615–623.
- Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41(10):934–941.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(2):85–94.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(4):381–9.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12):1069–77.
- Ron de Graaf, Margreet, Coen van Gool, Saskia van Dorsselaer. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study–2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 47(2):203–13.
- Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, et al. A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks.

- New England Journal of Medicine. 2001;345(20):1507–12.
- Seedat S, Williams DR, McGaffian K, Herman A, Moomal H, Williams SL, Jackson PB, Meyer L, Stein DJ. Mental health service use among South Africans for mood, anxiety and substance use disorders. *South African Medical Journal* 2009;99(5):346.
- Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Cheng H, Tsang A, Lee S, Kessler RC. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 2006; 36(2):257–67.
- Slade T, Johnston A, Browne MAO, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43:594–605.
- Sohn JH, Kim BS, Cho MJ. Prevalence of the major mental disorders among the Korean elderly. *Jornal of Korean Medical Science* 2011; 26(1); 1–10
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):476–493.
- U.S. Department of Health and Human Services(HHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA). *Mental Health, United States, 2010*. <http://www.samhsa.gov/shin>
- U.S. Department of Health and Human Services(HHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA). *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*. <http://store.samhsa.gov/home>. 2011.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States : Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629–640
- Weissman MM, Myers JK, Harding PS. Psychiatric disorders in a U.S. urban community: 1975–1976. *American Journal of Psychiatry*. 1978; 135:459–62.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(4):305–9.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4):293–9.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Cross National Collaborative*

- Group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Suppl:5–10.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Lee CK, Newman SC, Rubio–Stipec M, Wickramaratne PJ. The cross–national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 Suppl 3:9–14.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO–composite international diagnostic interview(CIDI): A Critical Review. *J psychiat. Res.* 1994; 28(1):57–84.
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One.* 2015; 10(2):e0116820.
- World Health Organization. Procedures for the Development of New Language Versions of the WHO Composite International Diagnostic Interview (WHO–CIDI). Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1997.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross–national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):413–426.
- World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. Geneva: WHO. 2001.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581–2590.
- Yoon SJ, Bae SC. Current Scope and Perspective of Burden of Disease Study based on Health Related Quality of Life. *J Korean Med Assoc.* 2004; 47(7):600–602.
- Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada. 1996.
- Young KS. Internet addiction: Symptom, Evaluation and Treatment. L. VaneCreek & Jackson(eds). *Innovations in Clinical Practice: A Source Book* 17: 19–31. 1999. .

부 록

1. 한국어판 CIDI(K-CIDI) 내용 개요

1.1. 탐색흐름도(probe flow chart)

1.2. K-CIDI 각 장(section) 및 A1, B1, J1 카드

2. 지역권 책임연구자

3. 지방자치단체 조사협조 요청 공문

4. 통장 및 이장 조사 협조 요청 및 당부 안내문

5. 용어 해설집

1.2. K-CIDI 각 장의 내용 및 A1, B1, J1 카드

그림 230. A장의 첫 페이지

A 장

DEMOG	A1	외모로 본 성별을 기록하십시오	남자.....1 여자.....2
DEMOG	A2	만으로 몇 살입니까?	나이 ____ / ____
DEMOG	A3	실제 생년월일이 언제입니까?	____ / ____ 일 ____ / ____ 월 ____ / ____ 년
DEMOG	DM6	키와 체중에 대해서 질문하겠습니다.	
	A.	키는 몇 센티미터입니까?	_____ 센티미터
	B.	체중은 몇 킬로그램입니까?	_____ 킬로그램
DEMOG	A4	현재 결혼 상태에 대해 이야기 해 주십시오. (결혼을 한 상태입니까? 혹시 사별, 별거, 이혼 상태는 아닙니까? 아니면 결혼을 한 적이 없습니까?)	
		결혼 상태..... (A 를 질문하십시오)	1
		사별 상태..... (B 를 질문하십시오)	2
		별거 상태..... (B 를 질문하십시오)	3
		이혼 상태..... (B 를 질문하십시오)	4
		결혼한 적 없음..... (B 를 질문하십시오)	5
	A.	현재 결혼 상태라면 (A4=1), 현재 (남편/부인)과 같이 살고 있습니까?	아니오.....1 예..... (A5 로 가시오)5
	B.	그러면 혹시 다른 사람과 결혼하지 않은 채 동거하고 있습니까?	아니오.....1 예.....5
DEMOG	A5	친 자녀는 몇 명이나 두었습니까? 양자, 양녀 또는 낳을 때 죽은 아이는 계산하지 마십시오.	자녀 수 ____ / ____
DEMOG	DE2	현재 귀하와 같이 살고 있는 사람은 몇 명입니까?	_____ 명
		모름.....	88
		거부.....	99

그림 231. B 장의 첫 페이지

B 장

TW4A	B1	이제 담배에 대해 몇 가지 질문하겠습니다. 지금까지 사는 동안, 한 달 이상 매일 (보기를 읽고)를 (피운/한) 적이 있습니까? A 열에 코딩하시오.			
			A 열		B 열
			아니오	예	하루 당 개수
	a)	담배	1	5	___/___
	b)	시가	1	5	___/___
	c)	파이프	1	5	___/___
	d)	짚는 담배 또는 코담배	1	5	___/___
		A 열에 5 가 하나도 없으면, 다음 장으로 가시오.			
		A 열에 5 로 코딩된 항목 각각에 대해 다음을 질문하고, B 열에 코딩하시오. (담배/시가/파이프/짚는 담배 또는 코담배)를 가장 많이 (피웠던/했던) 기간을 생각해 보십시오. 그때 하루에 얼마나 (피웠습니까/했습니까)?			
	B1e	담배를 한 달 이상 매일 피운 적이 있다고 하셨습니다. 담배를 한 달 이상 매일 처음으로 피기 시작한 것은 언제입니까. 마지막으로 담배를 피운 것은 언제입니까?	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ___/___ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ___/___		
TD41 TD10A4	B2	잠시 동안 담배를 피운 뒤에, 만족을 느끼기 위해서 그 담배를 더 자주 피우거나 더 독한 담배를 피워야만 했던 적이 있습니까?	아니오1 예.(B1 카드, B2 예 동그라미).....5		
TD45	B3	술담배를 피운 적이 있습니까? 즉, 한 개피를 마치자마자 다시 연이어 피우기 시작한 적이 있습니까?	아니오1 예.(B1 카드, B3 예 동그라미)....5		
TD43 TD10A2	B4	며칠 동안, 마음먹었던 것보다 훨씬 더 많이 피웠던 적이 종종 있습니까?	아니오1 예.(B1 카드, B4 예 동그라미)....5		
TD10A2 TD44	B5	담배를 끊거나 줄이고 싶었던 적이 두 번 이상 있습니까?	아니오1 예.(B1 카드, B5 예 동그라미)....5		
TD44 TD10A2	B6	담배를 끊거나 줄이려고 했지만 실패한 적이 있습니까?	아니오1 예.(B1 카드, B6 예 동그라미)....5		

그림 232. D 장의 첫 페이지

D 장

SPEC10A1 SPEC4A	D1	D1 카드를 제시하십시오. 이 카드에는 실제로는 위험하지 않은데도 어떤 사람들은 두려워서 피하는 것들이 나열되어 있습니다. 카드의 윗 부분을 자세히 보시면, 동물, 높은 곳, 폭풍우, 갇힌 장소에 있는 것, 피를 보는 것 등이 있습니다. 이것들 중 어떤 것이라도 심하게 두려워 하거나 피한 적이 있습니까?	아니오(D33로 가시오) 1 예5
ANIM10A ANIM4A	A.	이제 첫번째 그룹을 보십시오. 곤충, 뱀, 새, 그 외 다른 동물 등, 살아 있는 것을 심하게 두려워 한 적이 있습니까?	아니오1 예 ... (D1 카드, 1 그룹에 동그라미)5
ANIM10A ANIM4D	D2	실제로 위험하지 않은데도, 곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물에게 가까이 가는 것을 피한 적이 있습니까?	아니오1 예 ... (D1 카드, 1 그룹에 동그라미)5
D1A와 D2 모두 1 이면, D9로 가시오.			
ANIM4E	D3	곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 (두려워 하거나/피하는) 것 때문에, 생활이나 활동에 지장을 많이 받은 적이 있습니까?	아니오, 많지 않음1 예, 많음5
ANIM10C ANIM4C	D4	곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 지나치게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까? 즉, 남들보다 훨씬 더 심하게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까?	아니오1 예5
ANIM10C ANIM4C	A.	곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 터무니없이 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까? 즉, 실제 상황에 비해 훨씬 더 심하게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까?	아니오1 예5
ANIM10C ANIM4E	B.	곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 (두려워 하거나/피하는) 것 때문에, 기분이 많이 상한 적이 있습니까?	아니오1 예5
D4, D4A, D4B 예 5 가 하나도 없으면, D9로 가시오.			
ANIM4D	D5	곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물과 가까이 있었거나, 그래야 된다고 생각했을 때, 매우 당황하곤 했습니까?	아니오1 예5

그림 233. E 장의 첫 페이지

E 장

			I 열 평생 중에		
E1-E24 에 대하여 I 열을 코딩하시오.					
DEP10B1 DP4A1	E1	<p>이제 슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지냈던 때에 대해 질문하겠습니다. 지금까지 사는 동안, 2 주 이상 거의 매일 하루 종일 슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지낸 적이 있습니까?</p> <p>의사: _____ 기타: _____</p>	PRB: 1	3 4 5	
DEP10B2 DP4A2 DEP10S1	E2	<p>지금까지 사는 동안, 2 주 이상 일, 취미, 또는 평소 좋아하던 것들 대부분에 흥미를 잃은 적이 있습니까?</p> <p>의사: _____ 기타: _____</p>	PRB: 1	3 4 5	
E1 과 E2 모두가 1 이면, E34 로 가시오.					
1. 무기력			I 열 평생 중에	II 열 가장 힘들었을 때	
			아니오	예	아니오 예
DEP10B3 DP4A6	E3	<p>2 주 이상 (슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지냈던/ 또는 흥미를 잃고 지냈던) 때를 생각해 보십시오. 그 2 주 이상 동안에, [아주 힘들게 일한 것도 아닌데, 거의 매일, 항상 기운이 없거나 피곤했습니까?</p>	1	5	1 5

그림 234. F 장의 첫 페이지

F 장

MAN10A MA4A HP4A HP10A	F1	4일 이상, 너무 기분이 좋거나 흥분이 되어서, 문제가 생기거나, 친구나 가족들이 걱정을 하거나, 또는 의사가 조증이라고 말한 적이 있습니까? 의사: _____ 기타: _____ PRB 5 이면, F3 로 가시오.	PRB:	1	3	4	5
MAN10A MA4A HP10A HP4A	F2	4일 이상, 평소와는 달리 짜증이 나서, 불평을 하거나, 말다툼을 하거나, 사람에게 소리를 지르거나 사람을 때린 적이 있습니까? 의사: _____ 기타: _____	PRB:	1	3	4	5
F1 또는 F2 에 PRB 5 가 없으면, 다음 장으로 가시오							
				I 평생 중에		II 가장 심할 때	
F3-13A를 I 열에 코딩하시오.							
				아니오	예	아니오	예
MAN10B1 HP10B1 MA4B6 HP4B6	F3	4일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [평소보다 훨씬 더 활동량이 많아져서, 자신이나 가족 또는 친구들이 걱정을 했습니까?	1	5	1	5	
HP10B1 MAN10B1 MA4B6 HP4B6	F4	4일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [가만히 앉아 있지 못하고 왔다갔다했습니까?	1	5	1	5	
MAN10B8 HP10B6 MA4B7 HP4B7	F5	4일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [돈을 마구 써버려서 자신이나 가족들에게 경제적으로 어려움을 주거나 돈과 관련된 어리석은 결정을 내렸습니까?	1	5	1	5	

그림 235. G 장의 첫 페이지

G 장

SA10G24 SZ10G12A SZ4A1 SF4A DEL10A DEL4A BPD4A1	G1	이제 다른 사람에 대해 가지고 있을 수도 있는 생각에 대해 질문하겠습니다. <u>다른 사람이 자신을 감시하고 있다고 생각한 적이 있습니까?</u>	아니오 (G2 로 가시오) 1 예 5
A. 어떻게 그렇다는 것을 알았습니까? 아래에 기록하십시오.			
예: _____			
예가 비현실적입니까?			아니오 1 예 5*
SZ10G12A SA10G24 SZ4A1 SF4A DEL10A DEL4A BPD4A1	G2	<u>다른 사람이 자신을 미행하고 있다고 생각한 적이 있습니까?</u>	아니오 (B 로 가시오) 1 예 5
A. 다른 사람이 미행하고 있다는 것을 어떻게 알았습니까? 아래에 기록하십시오.			
예: _____			
예가 비현실적입니까?			아니오 1 예 5*
B. 이야기를 하고 있는 사람들을 보았을 때, 그 사람들이 <u>나에 대해 수군거리거나 비웃고 있다고 생각한 적이 있습니까?</u>			
C. 그 사람들이 수군거리거나 비웃고 있는 것이 나라는 것을 어떻게 알았습니까? 아래에 기록하십시오.			
SZ4A1 SF4A SZ10G12A DEL10A DEL4A BPD4A1	예: _____		
예가 비현실적입니까?			아니오 1 예 5*
SA10G22 SZ10G12A SZ4A1 SF4A DEL4A DEL10A BPD4A1	G3	<u>자신이 비밀리에 시험당하거나 실험대상이 되고 있다고 생각한 적이 있습니까?</u>	아니오 (G4 로 가시오) 1 예 5
A. 시험당하고 있다는 것을 어떻게 알았습니까? 아래에 기록하십시오.			
예: _____			
예가 비현실적입니까?			아니오 1 예 5*

J 장

J1	<p>이제 술에 대해 몇 가지 질문하겠습니다. 평생 마신 술을 다 합하면, 12 잔(즉, 소주 1병 반 또는 맥주 5 병 정도) 이 넘습니까? ※ 소주, 양주 구분 없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단 캔맥주 1개 (355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다. (술 종류별 용량 관계에 대해 필요할 경우, J1카드를 참고하십시오)</p> <p>A. 그러면, 회식, 경조사 등 특별한 경우나 명절에 마신 것을 계산해도, 평생 마신 술의 양이 12 잔 (소주 1 병 반 또는 맥주 5 병 정도) 이 안되니까?</p>	<p>아니오..... 1</p> <p>예.....(J2 로 가시오.)..... 5</p> <p>12 잔 이상을 마시지 않았음(다음 장으로 가시오.) 1</p> <p>12 잔 이상을 마셨음 5</p>
J2	<p>지난 1 년 동안, 마신 술을 다 합하면 12 잔이 넘습니까?</p> <p>A. 그 전에는 어땠습니까? 지금까지 사는 동안, 1 년에 12 잔 이상을 마신 적이 있었습니까?</p>	<p>아니오..... 1</p> <p>예.....(J3 로 가시오.)..... 5</p> <p>아니오 (다음 장으로 가시오.) .1</p> <p>예.....(J5A 로 가시오.)..... 5</p>
J3	<p>지난 1년 동안, 술을 얼마나 자주 마십니까?</p>	<p>일주일에 4회 이상..... 1</p> <p>일 주일에 2-3번..... 2</p> <p>일 주일에 1-2번..... 3</p> <p>한 달에 2-4번..... 4</p> <p>한 달에 1번 정도..... 5</p> <p>한 달에 1 번 미만?..... 6</p> <p>지난 1년간 전혀 마시지 않음... 7</p>
J4	<p>지난 1 년 동안, 술을 마시는 날, 보통 하루에 몇 잔을 마셨습니까? ※ 소주, 양주 구분 없이 각각의 술잔으로 계산합니다. 단 캔맥주 1개 (355cc)는 맥주 1.6잔과 같습니다.</p>	<p>1 일 평균 음주 잔 수</p>
J5	<p>평생을 생각해 보십시오. 지난 1년 동안 마셨던 것보다 더 많이 마셨던 해가 있었습니까?</p> <p>A. 그러면 가장 많이 마셨던 때를 생각해 보십시오. 그 때 얼마나 자주 마셨습니까? (보기를 순서대로 불러주면서 첫 번째 ‘예’라고 한 대답을 코딩 하시오.)</p>	<p>아니오...(C 로 가시오.)..... 1</p> <p>예..... 5</p> <p>거의 매일?..... 1</p> <p>일 주일에 3, 4 일?..... 2</p> <p>일 주일에 1, 2 일?..... 3</p> <p>한 달에 1-3 일?..... 4</p> <p>한 달에 한 번 미만?..... 5</p>

그림 237. K 장의 첫 페이지

K 장

OCO10A OCO10B OBS4A4 OBS4A1 OBS4A2	K1	다음에는 원하지 않는 생각이 계속 떠올라서 괴로웠던 적이 있는지 알아보겠습니다. 예를 들어, 손이 더럽다거나 병균이 묻어 있다는 생각이 계속되는 것을 말합니다. 그와 같은 불쾌한 생각이 떠오른 적이 있습니까?	아니오.....1 예.....5
OCO10A OCO10B OBS4A1 OBS4A2 OBS4A4	A.	또 다른 예로는, 나는 정말 바라지 않지만 내가 누군가를 해칠 것 같다는 생각이 계속되는 것입니다. 또는 창피한 내용이지만 떨쳐버릴 수 없는 생각을 했을 수도 있습니다. 그와 같은 불쾌한 생각이 계속된 적이 있습니까?	아니오.....1 예.....5
	B.	K1 또는 K1A 에 5 로 코딩 된 것이 있습니까?	아니오.. (K9 로 가시오).....1 예.....5
OCO10A	K2	그런 생각이 짧은 시간 동안만 들었습니까? 아니면 그런 생각이 2 주 이상 반복되어서, 괴로웠던 적이 있습니까?	2 주 미만..... (K9 로 가시오).....1 2 주 이상.....5
OBS4D	K3	괴롭게 했던 그 생각이 어떤 것인지 예를 들어 주십시오. 다른 것은? 예: _____ 응답자가 이야기한 <u>모든</u> 예가 <u>오로지</u> 다음에만 해당됩니까?:	아니오
		예	
	1)	직책감?	1 5
	2)	몸매, 몸무게, 또는 식사와 관련된 생각?	1 5
	3)	약물 또는 다른 물질의 흡수, 사용, 또는 그것으로부터 회복과 관련된 생각?	1 5
	4)	머리카락을 뽑는 것에 대한 생각?	1 5
	5)	심한 병에 대한 생각?	1 5
	6)	1-5 의 조합?	1 5
		만약 5 로 코딩 된 것이 있으면, K9 로 가시오.	

L 장

-
- L1 이제 약물에 대해 질문하겠습니다. (L1 카드를 제시하시오.)
- 카드의 A 부분에 있는 약물을 보십시오. 이것들 중 어떤 것이든 의사에게 처방 받은 적이 있었습니까? 아니오(L2 로 가시오.) 1
예 5
- A. A 부분에 있는 약물 중 어떤 것이든 의사가 처방한 것보다 더 많은 양을 사용하거나, 또는 더 오래 사용한 적이 있었습니까? 아니오(B로 가시오.) 1
예(B로 가시오.) 5
- B. 어떤 것입니까? (다른 것은?) 더 없다고 할 때까지 질문을 계속하시오.
- L4 문항의 2A, 3A, 4A 항목의 이름에 동그라미를 하고, 해당되는 항목의 A 옆에 5 를 코딩하시오.
-
- L2 A 부분에 있는 약물 중 어떤 것이든, 기분을 좋게 하기 위해서, 긴장을 풀기 위해서, 또는 더 활동적이 되거나, 정신을 차리기 위해서, 의사의 처방 없이 사용한 적이 있었습니까? 아니오(L3 로 가시오.) 1
예 5
- A. 어떤 것입니까? (다른 것도 있습니까?) 더 없다고 할 때까지 질문을 계속하시오.
- L4 문항의 2, 3, 4 항목의 이름에 동그라미를 하고, 해당되는 항목의 A 옆에 5 를 코딩하시오.
-
- L3 이제 다른 종류의 약물에 대해 질문하겠습니다. 카드의 B 부분에 있는 약물들을 보십시오. 이것들 중 어떤 것이든 사용한 적이 있었습니까? 아니오(L4 로 가시오.) 1
예 5
- A. 어떤 것입니까? (다른 것은?) 더 없다고 할 때까지 질문을 계속하시오.
- L4 문항의 1, 2, 4-8 항목의 이름에 동그라미를 하고, 해당되는 항목의 A 옆에 5 를 코딩하시오.
-

Q 장

아래 질문에 대한 답변은 개인별로 사용되지 않는다는 것을 다시 한번 말씀 드립니다. 여러 사람의 답변을 평균을 내어서 도박으로 고통 받는 분들을 돕기 위한 자료로만 사용될 것입니다.
(가족들이 면담에 같이 참여하지 못하도록 유도 하십시오.)

Q1. 이제 도박에 대해서 질문하겠습니다. (Q1 카드를 제시 하시오.)

카드에 있는 도박 종류를 보십시오. 이것들 중 어떤 것을 이용하여 도박 또는 내기를 해본 적이 있습니까?

아니오(다음 장으로 가시오.)1
예..... 5

A. 있다면, 어떤 것입니까? (A열에 5를 코딩 하시오.)

B. 이 중에서 한 해에 5번 이상 해 본 것이 있습니까?
(Q1카드에 동그라미를 하고, B열에 5를 코딩 하시오)

아니오(다음 장으로 가시오.)1
예..... 5

	A열		B열	
	아니오	예	아니오	예
1. 화투, 고스톱	1	5	1	5
2. 카드 게임	1	5	1	5
3. 경마	1	5	1	5
4. 경륜	1	5	1	5
5. 경정	1	5	1	5
6. 성인전자오락	1	5	1	5
7. 카지노	1	5	1	5
8. 로또, 복권	1	5	1	5
9. 인터넷 도박	1	5	1	5
10. 기타	1	5	1	5

S 장

S1	자살하는 것에 대해 <u>진지하게</u> 생각한 적이 한번이라도 있습니까?	아니오(S3로 가시오)1 예.....5
S2	자살하는 것에 대해 처음/마지막으로 생각한 때는 언제입니까?	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A. 현재 진지하게 자살에 대해서 생각하고 있습니까?		아니오(S3로 가시오)1 예.....5
S3	자살하려고 <u>구체적으로</u> 계획을 세운 적이 있습니까?	아니오(S5로 가시오).....1 예.....5
S4	자살하는 것에 대해 처음/마지막으로 계획을 세운 때는 언제입니까?	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A. 현재 구체적으로 자살하려고 계획을 가지고 있습니까?		아니오(S5로 가시오)1 예.....5
S5	자살을 시도한 적이 있습니까?	아니오 (다음 장으로 가시오) 1 예.....5
A. 자살을 시도한 횟수는 몇 회입니까?		____회
B. 그 중 술을 마시고 자살을 시도한 횟수는 몇 회입니까?		____회
S6	자살을 처음/마지막으로 시도한 때는 언제입니까? (1회만 시도한 경우 처음 시기만 기록)	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A. 마지막 자살시도를 한 지 한 달 이내입니까?		아니오(S7로 가시오)1 예.....5
S7	자살을 시도한 때 중에서 (가장 심각했던 때/1회만 시도한 경우 그때)를 기억하십시오. 자살 시도 중 (가장 심각했던 때/1회만 시도한 경우 그때)에 당시 몇 살이었습니까?	만 ____세
A. 아래 중 어떤 것이 내 상황을 가장 잘 나타냅니까?		1 2 3
1. 나는 진짜 죽으려고 했으며, 내가 죽지 않은 것은 단지 행운이다.		
2. 나는 죽으려고 시도했지만, 확실한 방법이 아니라는 것을 알고 있었다.		
3. 나는 단지 도움이 필요해서 그랬지, 죽으려고 한 것은 아니다.		

그림 241. SR 장의 첫 페이지

SR 장

*SR1. 지금까지 살아오면서 정신건강상의 문제로 전문가와 상의한 적이 있습니까?

아니오 1 *SR119로 넘어가시오
예 5 *SR1a로 넘어가시오
모름 8
거부 9

*SR1a. 처음으로 정신건강상의 문제를 상의한 전문가는 누구이었습니까?

1. 정신과 의사 ☐
2. 임상심리사, 정신보건 사회복지사, 정신보건 간호사 등 다른 정신건강 전문가 ☐
3. 비 정신과 의사 (정신과 의사 아닌 의사, 한의사 제외) ☐
4. 한의사, 침술사, 한약방 (한약사) 등 ☐
5. 일반 간호사 (정신과 간호사이외의 간호사) ☐
6. 종교인 혹은 성직자 (예, 목사, 신부, 스님 등) ☐
7. 무당 ☐
8. 약사 ☐
9. 기타(기술하시오: _____) ☐
9. 비해당 ☐
8. ☐
9. 무응답 ☐
9. ☐

*SR1b. 처음으로 정신건강상의 문제를 전문가와 상의한 때의 나이는 몇 살이었습니까?

_____ 세
비해당 997
모름 998
거부 999

*SR1c. 그러면 처음으로 정신건강상의 문제가 있다고 생각한 때의 나이는 몇 살이었습니까?

_____ 세
비해당 997
모름 998
거부 999

*SR1d. 정신건강 상의 문제는 무엇이었습니까?

1. 우울증
 2. 조현병 (정신분열병)
 3. 불면증
 4. 자살
 5. 알코올 중독
 6. 공황장애
 7. 기타 : (기록하시오; 예) _____
- 비해당 997
모름 998
거부 999

그림 242. A1 카드

A1 카드. [한국표준직업분류(KSCO)]

	내 용
1. 관리자	의회의원처럼 공동체를 대리하여 법률이나 규칙을 제정하고, 정부를 대표, 대리하며 정부 및 공공이나 이익단체의 정책을 결정하고 이를 지휘 조정한다. 정부, 기업, 단체 또는 그 내부 부서의 정책과 활동을 기획, 지휘 및 조정하는 직무를 수행한다. 현업을 겸할 경우에는 직무시간의 80% 이상을 다른 사람의 직무를 분석, 평가, 결정하거나 지시하고 조정하는데 사용하는 경우에만 관리자 직군으로 분류한다.
2. 전문가 및 관련 종사자	주로 자료의 분석과 관련된 직종으로 물리, 생명과학 및 사회과학 분야에서 높은 수준의 전문적 지식과 경험을 기초로 과학적 개념과 이론을 응용하여 해당 분야를 연구, 개발 및 개선하고 집행한다. 전문지식을 이용하여 의료 진료활동과 각급학교 학생을 지도하고 예술적인 창작활동이나 스포츠 활동 등을 수행한다. 또한 전문가의 지휘 하에 조사, 연구 및 의료, 경영에 관련된 기술적인 업무를 수행한다.
3. 사무 종사자	관리자, 전문가 및 관련 종사자를 보조하여 경영방침에 의해 사업계획을 입안하고 계획에 따라 업무를 추진하며, 당해 작업에 관련된 정보(Data)의 기록, 보관, 계산 및 검색 등의 업무를 수행한다. 또한 금전취급 활동, 법률 및 감사, 상담, 안내 및 접수와 관련하여 사무적인 업무를 주로 수행한다.
4. 서비스 종사자	공공안전이나 신변보호, 의료보조, 이 미용, 혼례 및 장례, 운송, 여가, 조리와 관련된 공공 및 개인 서비스를 제공하는 업무를 주로 수행한다. 이 대분류에 포함되는 대부분의 직업은 제 2 수준의 직무능력을 필요로 한다.
5. 판매 종사자	영업활동을 통해 상품이나 서비스를 판매하거나 인터넷 등 통신을 이용하거나, 상점이나 거리 및 공공장소에서 상품을 판매 또는 임대한다. 상품을 광고하거나 상품의 품질과 기능을 홍보하며, 매장에서 계산을 하거나 요금정산 등의 활동을 수행한다.
6. 농림어업 숙련 종사자	자기 계획과 판단에 따라 농산물, 임산물 및 수산물의 생산에 필요한 지식과 경험을 기초로 작물을 재배 수확하고 동물을 번식 사육하며, 산림을 경작, 보존 및 개발하고, 물고기 및 기타 수생 동 식물을 번식 및 양식하는 직무를 수행한다. 이 대분류에 포함되는 대부분의 직업은 제 2 수준의 직무능력을 필요로 한다.
7. 기능원 및 관련 기능 종사자	광업, 제조업, 건설업 분야에서 관련된 지식과 기술을 응용하여 금속을 성형하고 각종 기계를 설치 및 정비한다. 또한 섬유, 수공업에 제품과 목재, 금속 및 기타 제품을 가공한다. 작업은 손과 수공구를 주로 사용하며 기계를 사용하더라도 기계의 성능보다 사람의 기능이 갖는 역할이 중요하다. 자동화된 기계의 발전에 따라 직무영역이 축소되는 추세인데, 생산과정의 모든 공정과 사용되는 재료나 최종 제품에 관련된 내용을 알 수 있어야 한다.
8. 장치기계조작 및 조립종사자	기계를 조작하여 제품을 생산하거나 대규모적이고 때로는 고도의 자동화된 산업용 기계 및 장비를 조작하고 부분품을 가지고 제품을 조립하는 업무로 구성된다. 작업은 기계조작뿐만 아니라 컴퓨터에 의한 기계제어 등 기술적 혁신에 적응할 수 있는 능력을 포함하여 기계 및 장비에 대한 경험과 이해가 요구되며, 기계의 성능이 생산성을 좌우한다. 또한 여기에는 운송장비의 운전 업무도 포함된다.
9. 단순노무 종사자	주로 간단한 수공구의 사용과 단순하고 일상적이며, 어떤 경우에는 상당한 육체적 노력이 요구되고, 거의 제한된 창의와 판단만을 필요로 하는 업무를 수행한다. 몇 시간 혹은 몇 십 분의 직무 훈련(on the job training)으로 업무수행이 충분히 가능한 직업이 대부분이며, 일반적으로 제 1 수준의 직무능력을 필요로 한다. 직능수준이 낮으므로 단순 노무직 내부에서의 직업 이동은 상대적으로 매우 용이한 편이라고 할 수 있다.
10. 군인	의무로 복무를 수행하는 사병, 단기부사관, 장교를 제외하고, 현재 군인 신분을 유지하고 있는 직업 군인을 말한다. 직업정보 취득의 제약 등 특수 분야이므로 직무를 기준으로 분류하는 것이 아니라, 의무복무 여부와 계급을 중심으로 분류하였다. 국방과 관련된 정부기업에 고용된 민간인, 국가의 요청에 따라 단기간 군사훈련 또는 재훈련을 위해 일시적으로 소집된 자 및 예비군은 제외된다.

B1 카드

- B2 더 자주 또는 더 강한 담배를 피웠다.
- B3 줄 담배를 피웠다.
- B4 마음 먹었던 것보다 훨씬 더 많이 피웠다.
- B5 담배를 끊거나 줄이고 싶었다.
- B6 담배를 끊거나 줄이려고 했지만 실패했다.
- B7 담배를 끊거나 줄이고 난 뒤 문제가 생겼다.
- B11 담배를 끊거나 줄이고 난 뒤 생긴 문제 때문에 다시 피웠다.
- B12 심한 병이 있어서 좋지 않은 데도 피웠다.
- B13A 담배 때문에 건강 문제가 생긴 다음에도 피웠다.
- B14A 담배 때문에 정서적인 문제가 생긴 다음에도 피웠다.
- B15 담배에 중독되어 있다고 느꼈다.
- B16A 담배를 피우기 위해 활동을 포기했다.

그림 244. J1 카드

J1 카드

알코올 등가표

술의 종류		잔 수
소주 1 잔	=	1 잔
양주(위스키, 코냑, 보드카) 1/2 잔	=	1 잔
고량주 1/2 잔	=	1 잔
맥주 1 컵	=	1 잔
막걸리 1 사발	=	1 잔
와인 1 잔	=	1 잔
소주 1 과 1/2 병	=	12 잔
맥주 1000 cc	=	5 잔
맥주 5 병	=	12 잔

1 잔 = 약 9 gm 의 알코올

2. 지역권 책임연구자

표 170. 지역권 책임연구자 목록

권역			성명	소속 . 주소
지역권 책임 연구자	서울	노원	이 동 우	인제대학교 상계백병원 정신건강의학과 교수 서울특별시 노원구 상계동 761-1
		종로	함 봉 진	서울대학교병원 정신건강의학과 교수 서울시 종로구 대학로 101
		강동	이 소 희	국립중앙의료원 정신건강의학과 과장 서울시 중구 을지로 245
	경기	하남	성 수 정	한림대학교 강동성심병원 정신건강의학과 교수 서울특별시 강동구 길동 445번지
		파주	윤 탁	동국대학교 일산병원 정신건강의학과 교수 경기도 고양시 일산동구 식사동 814
		오산	하 태 현	분당 서울대학교병원 정신건강의학과 교수 경기도 성남시 분당구 구미로 173번 길 82
		수원	손 상 준	아주대학교병원 정신건강의학과 교수 경기도 수원시 영통구 원천동 산26-6
	충북	청주	손 정 우	충북대학교병원 정신건강의학과 교수 충북 청주시 서원구 개신동 62
	대전	대덕	유 제 춘	을지대학교병원 정신건강의학과 교수 대전광역시 유성구 노은서로 170
	충남	금산	김 정 란	충남대학교병원 정신건강의학과 교수 대전광역시 중구 대사동 640
	강원	춘천	박 종 익	국립춘천병원 원장 강원도 춘천시 동산면 원창리 713
	부산	남구	김 성 환	동아대학교병원 정신건강의학과 교수 부산광역시 서구 동대신동3가 1-22
	인천	남동구	조 성 진	가천대학교 길병원 정신건강의학과 교수 인천광역시 남동구 구월동 1198
	전북	전주	정 영 철	전북대학교병원 정신건강의학과 교수 전북 전주시 덕진구 건지로 20
	제주	제주	김 문 두	제주대학교병원 정신건강의학과 교수 제주특별자치도 제주시 아라1동 1753-3
	대구	중구	장 성 만	경북대학교병원 정신건강의학과 교수 대구광역시 중구 동덕로 130
	경북	경산	김 병 수	경북대학교병원 정신건강의학과 교수 대구광역시 중구 동덕로 130
	울산	동구	안 준 호	울산대학교병원 정신건강의학과 교수 울산광역시 동구 전하동 290-3
	경남	진주	김 봉 조	경상대학교병원 정신건강의학과 교수 경상남도 진주시 칠암동 90
	광주	동구	윤 진 상	전남대학교병원 정신건강의학과 교수 광주광역시 동구 학동 8
	전남	화순	신 일 선	전남대학교병원 정신건강의학과 교수 광주광역시 동구 학동 8

3. 지방자치단체 조사협조 요청 공문

그림 245. 지방자치단체 조사협조 요청 공문

2016 정신건강실태 역학조사 안내문

안녕하십니까?

거주하시는 지역의 통장님 등을 통하여 “보건복지부와 _____병원에서 진행하는 설문조사가 있다”는 소식을 전해 들으셨을지 모르겠습니다.

이번 설문조사는 보건복지부에서 5년마다 법에 의해서 지역 주민의 정신건강 실태에 관한 조사를 하는 것으로서 이 설문조사의 결과는 전 국민의 정신건강 증진을 위한 귀중한 자료로 사용될 것이므로 설문조사에 꼭 참여하셔서 많은 좋은 의견을 주시기 바랍니다.


본 설문조사는 7월부터 11월 동안 진행될 예정이며 전문 면접원이 댁을 직접 방문한 뒤 설문지를 이용하여 질문들을 드릴 것입니다.

저희 면접원이 방문하는 귀댁은 “표본설계(sample designs)”라는 통계적 방법과 컴퓨터 프로그램을 함께 이용하여 선정된 것입니다. 다른 가구로 대체될 수 없음을 의미합니다. 바쁘시고 번거롭더라도 조사에 꼭 참여하여 주시기 바랍니다. 면접에 소요되는 시간은 한 시간 정도입니다.


감사합니다.

면접원이 방문하면 반드시 정신건강실태조사사업단, 보건복지부 명찰을 확인하시기 바랍니다.

면접원이 귀댁을 방문해서 볼 수 있는 날짜와 시간을 아래의 전화번호로 사전에 알려주시면 그 때 찾아볼 수도 있으니 연락을 주시면 감사하겠습니다.

 (각 기관 연락처)
담당자 이름 연락처

정신건강실태조사사업단



보건복지부

4. 통장 및 이장 조사 협조 요청 및 당부 안내문

그림 246. 통장 및 이장 조사 협조 요청 및 당부 안내문

통장님께 당부드리는 말씀.

바쁘신데 국가 정신건강사업을 위해서 수고해주셔서 감사합니다.
몇가지 작은 필요한 사항들을 부탁드립니다.

1. 사전조사하실 때(가급적이면 학생들과 같이 방문)

저는 통장 ***입니다. 보건복지부에서는 국민건강의 실태를 파악하여 정책수립에 반영하기 위하여, 법에 의거 5년마다 ‘정신건강 실태조사’를 실시하고 있습니다. 이 조사를 위하여 동국대학교 서베이앤헬스폴리시리서치센터(SHPRC)에서 과학적인 표본설계를 통하여 조사가구를 표본으로 추출하였으며 귀댁이 조사가구로 선정되었습니다. 이 조사를 위해 조사원이 가정을 직접 방문하여 1:1 면접조사를 실시할 계획입니다. 또한 이 조사에 협조하시는 분들을 위해 작은 선물이 면담 완료 시 지급될 계획입니다. 바쁘시겠지만, 부디 온 국민의 정신건강 증진을 위해, 협조해주셨으면 합니다.

2. 면담예약이 가능할 경우

면담 가능하신 시간이 무슨 요일 몇 시이신지요? 자택으로 보건복지부 조사원이 갈 예정입니다라고 한 후 가능날짜 및 시간 기입함. 이 후 담당 조사원에게 알려주세요.

3. 기타

- 가능하면 면담에 응할 수 있도록 유도.
- 주소가 틀린 경우 맞는 주소 기록.
- 조사원이 길 못 찾는 경우 길 안내 부탁드립니다.
- 주기적으로 담당 조사원 또는 관리자가 연락드릴 예정입니다.
- 각 가정의 연락처 제공을 부탁드립니다.

그림 247. 통장 서명의 조사 안내문

안녕하세요.

통장입니다.

__ (각 기관) __에서 __ (각 읍,면,동) __ 주민을 대상으로 정신건강실태에
관한 설문조사를 국가기관인 보건복지부와 함께 진행합니다.

__ (각 기관) __ 면접원이 댁을 방문하여 설문지를 이용해서 질문들을
드릴 것입니다.

7월부터 11월까지 __ (각 읍,면,동) __ 에서 실시됩니다.

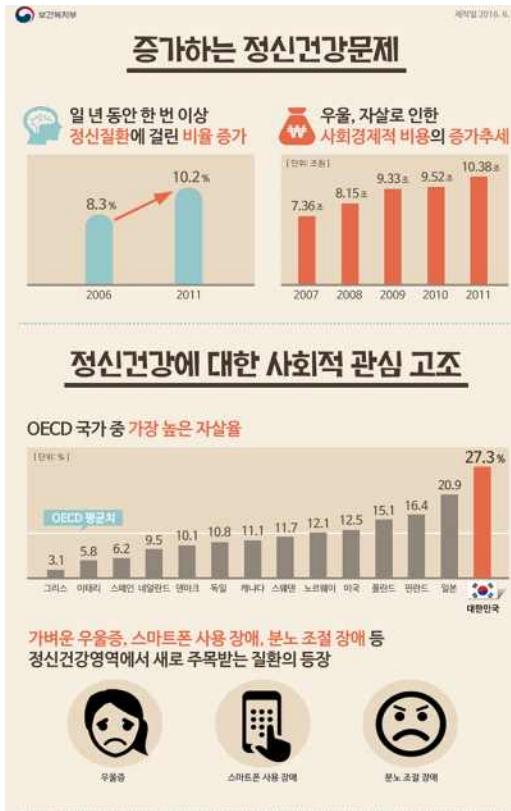
설문조사에 꼭 참여 부탁드립니다. __ (각 읍,면,동) __ 주민들의 정신건강
증진을 위한 귀중한 자료로 사용될 것입니다.

통장

(사인)

5. 보건복지부 홈페이지에 게재된 조사 관련 인포그래픽

그림 248. 정신질환 실태조사를 알리는 인포그래픽



6. 용어 해설집

감정의 둔화 : 얼굴의 표정 변화가 없어서 아무 감정도 없는 멍한 상태로 보이고 자신의 감정을 남에게 잘 표현하지도 않으며 상대방의 말에 감정이나 생각을 표현하지도 않는 등 정서적인 표현 및 반응성이 현저하게 줄어든 상태를 말함.

강박장애 : 불안장애의 하나로서, 반복적이고 원하지 않는 강박적인 사고 또는 잦은 손 씻기, 숫자 세기, 확인하기 등과 같은 강박적 행동을 반복적으로 함으로써 불안감을 감소시키려하는 정신질환을 말함.

게임 중독 : 게임에 몰두한 나머지 수면 시간의 감소와 피로 등으로 게임에 관한 것 이외의 생활에 악영향을 미치거나, 인간다운 생활을 영위하기가 어려운 증상을 말함.

공황장애 : 특별한 이유 없이 예상치 못하게 극단적인 불안 증상을 겪으면서 극도의 공포심과 심장이 빨리 뛰거나 가슴이 답답하고 숨이 차며 땀이 나는 등의 신체 증상이 동반되는 정신질환임.

관련요인 : 각 정신장애의 유병률과 유의한 연관성을 가지는 변수들로 특정 성별, 연령대, 결혼상태, 교육연한, 취업 상태 등을 포함함.

광장공포증 : 광장과 같은 넓은 장소나 급히 빠져나갈 수 없는 장소에 혼자 가는 것이 두려워 피하는 모습을 보이며 즉시 피하기 어려운 장소나 상황에 놓이면 극단적인 불안 및 공포 그리고 공황 장애에서 보이는 신체 증상과 유사한 형태의 증상들을 보이는 정신질환임.

기분부전장애 : 적어도 2년 동안 우울한 기분이 없는 날 보다 있는 날이 더 많고 하루 대부분 우울한 기분을 보이면서 식욕 부진, 과식, 불면, 과다수면, 피로, 자존심 저하, 절망감 등의 증상들을 보이는 정신질환임.

기분장애 : 기분이 지나치게 침울하거나 들떠 있어 기분의 조절이 어렵고, 이와 같은 비정상적인 기분이 장시간 지속되어서 일상생활과 대인관계 및 직업적인 수행에 곤란을 겪는 경우를 말함.

긴장증적 행동 : 이상하거나 타율적으로 취해진 자세를 오랜 시간 동안 유지하거나 똑같은 행동을 반복적으로 보이는 경우를 말함.

니코틴 금단 : 니코틴 사용을 오랜 기간 매일 사용한 후 중단하거나 사용량을 줄이

면 기분이 불쾌해지거나 불안해지는 등의 금단 증상들을 보이는 정신질환을 말한다.

니코틴 사용장애 : 니코틴 금단과 니코틴 의존을 포함하는 니코틴사용과 관련된 정신질환을 말한다.

니코틴 의존 : 니코틴 사용에 있어서 자기통제가 어렵고 부정적인 결과를 가져옴에도 불구하고 니코틴 섭취를 계속하는 정신질환을 말한다.

다단계집락추출법 : 전체 집단의 구성단위를 자연적 또는 인위적으로 몇 개의 집단으로 구분하여 무작위로 추출한 후, 선정된 집단 내에서 다시 자연적 또는 인위적인 기준을 근거로 몇 개의 집단을 무작위로 추출하여 최종적으로 추출된 하위 집단들 전부를 대상으로 조사를 진행하는 것을 말하며, 집단 구분 기준은 주로 행정구역 단위를 많이 이용함.

단기정신병적 장애 : 정신분열병에서 보이는 증상들을 1일 이상 1개월 이내의 기간 동안 보인 후 완전히 회복되는 경우를 말한다.

도박 중독 : 도박을 하기 위해 돈을 모으는 방법에 대해 많은 시간 동안 생각하고 도박에 대한 계획을 세우거나 도박을 배우는 데 많은 시간을 보내는 등 병적 도박과 관련된 13개의 증상들 중 5개 이상의 증상을 보이는 경우를 말한다.

동반이환 질환 : 특정 정신질환을 앓을 때 같이 발병할 가능성이 높은 것으로 나타나는 정신질환을 말한다.

망상 : 사회 문화적 배경에 비추어 볼 때 사고가 비합리적이고 비현실적이며 그 사고에 대한 주관적인 확신과 고집을 어떠한 합리적인 설명과 주장으로도 변화시키기 어려운 경우를 말한다.

무작위 선정 : 표본 추출에 있어 조사자의 주관에 입각하여 자의적으로 표본을 선정하지 않고, 무작위적으로 표본을 추출하는 방법; 조사자의 주관에 들어갈 수 없기 때문에 선택 오류의 가능성이 적음.

범불안장애 : 특별한 원인이 없이 막연하게 불안을 느끼거나 매사에 걱정이 지나쳐서 생활에 지장을 받거나 고통스러워하는 증상이 6개월 이상 지속되는 정신질환을 말한다.

병적 도박 : 일 년 동안 도박에 심취한 적이 2번 이상 있고 이 기간 동안에 개인적인 이득이 없이 일상생활에 문제가 생긴 경우와 자신의 의지로는 도박을 전혀 억제할 수 없는 경우에 해당됨.

병적 도박 고위험군 : 도박을 하기 위해 돈을 모으는 방법에 대해 많은 시간 동안 생각하고 도박에 대한 계획을 세우거나 도박을 배우는 데 많은 시간을 보내는 등 병적 도박과 관련된 13개의 증상들 중 1~4개의 증상을 보이는 경우를 말함.

불안장애 : 불안장애는 다양한 형태의 비정상적이고 병적인 불안과 공포로 인하여 일상생활에 장애를 일으키는 정신 질환으로, 불안과 공포는 정상적인 정서 반응이지만 정상적 범위를 넘어서면 정신적 고통과 신체적 증상을 초래함.

사회공포증 : 특정 사회적 상황에 대한 불안과 공포가 뚜렷하여 피하려하고 피할 수 없을 때에는 불안해지고 더 나아가서는 공황 장애에서 보이는 여러 심리적, 신체적 증상들을 보이는 정신질환임.

산후우울증 : 산모의 약 10%~20% 정도에서 발병되며 대개 산후 4주를 전후로 발병하지만 드물게는 출산 후 수 일 이내 혹은 수개월 후에도 발생할 수 있고, 주로 우울, 짜증, 눈물, 불안 및 기분변화 등의 증상이 있음.

스마트폰 중독 : 인터넷/게임 중독과 마찬가지로 행위 중독의 일종으로 인터넷/게임/통신 등 다양한 기능을 가진 스마트폰에 대한 이용 시간이 지나치게 많아 사회적, 정신적, 육체적 및 금전적인 면에서 심각한 지장을 받고 있는 상태를 말함.

알코올 남용 : 사회적 또는 직업상의 기능장애를 초래하는 알코올의 병적인 사용으로 사회적 음주와는 상관없이 알코올을 지속적으로 빈번히 마시는 것을 말함. 즉, 알코올 남용은 알코올로 인해 생활상에 큰 문제가 드러나지만 내성과 금단 증상이라는 생리적 의존 현상은 아직 나타나지 않은 상태임.

알코올 사용장애 : 알코올 남용과 알코올 의존을 포함하는 알코올사용과 관련된 정신질환을 말함.

알코올 의존 : 알코올 사용에 있어서 자기통제가 불가능하여 뜻하지 않은 결과를 가져옴에도 불구하고 알코올 섭취를 계속하는 경우로, 신체적으로 형성된 알코올의 금단증상을 피하기 위해 알코올을 계속 사용하는 신체적 의존과 알코올을 통해 긴장과 감정적 불편을 해소하려는 심리적 의존을 보임.

약물 중독: 고의 혹은 실수로 치료적 약물을 과량 복용하여 약물이 나타내는 치료적 효과 외의 독성 부작용이 발생할 것으로 예견되는 상태를 말함.

양극성 장애 : 비정상적으로 기분이 고양되거나 과민한 기분이 적어도 1주일간 지속되는 기간과 우울한 기분을 보이는 기간이 번갈아 나타나거나 동일한 시기에 함께 있으면서 불쾌감, 짜증 등을 보이는 정신질환임.

와해된 언어 : 특정 이야기에 대해 말하다가 주제와 전혀 상관없는 이야기를 하거나 많은 말을 하지만 그에 대한 명확한 주제나 목적이 없는 경우를 말함.

와해된 행동 : 계절이나 상황에 맞지 않는 옷차림을 하는 등 옷차림이나 외모에 신경을 쓰지 못하거나 갑작스럽게 공격적이고 적대적인 행동을 보이는 경우를 말함.

외상후스트레스장애 : 생명에 대한 위협을 느낄 정도의 사건을 경험 또는 목격한 후에 그 일과 관련된 반복적인 회상이나 꿈, 과민함, 분노 폭발, 지나친 경계 등의 증상들을 보이는 정신질환임.

음성증상 : 일반적으로 사람들이 갖고 있는 정서 반응이나 사회적 교류와 같은 기능들이 제대로 발휘되지 못하면서 감정 표현이나 반응이 줄어들고 사회적으로 고립되어 집에서만 지내려고 하는 등의 증상들을 말함.

인터넷 중독 : 인터넷을 통한 정보이용자가 지나치게 많은 시간 동안 컴퓨터에 접속하여 사회적, 정신적, 육체적 및 금전적인 면에서 심각한 지장을 받고 있는 상태를 말함.

일년유병률 : 지난 1년 동안 해당 질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율을 말함.

자살계획 : 자살에 대한 생각을 넘어서 자살을 실행하기 위한 구체적인 계획을 세우는 단계로 충동적으로 자살을 시도할 수 있기에 상당히 위험한 단계라고 할 수 있음.

자살생각 : 자살에 대한 생각을 하고 있는 상태로 자살계획 및 자살시도로 이어질 가능성이 높음.

자살시도 : 자살에 대한 생각을 바탕으로 구체적인 실행 계획을 세우고 그에 따른 시도를 했던 경우로 자살과 관련된 문제가 해결되지 않은 상태에서는 차후에 또 다시 자살을 시도할 가능성이 높기에 지속적인 관찰이 필요함.

장애보정손실년수(Disability-adjusted life-years, DALY) : 세계보건기구(WHO)가 정의한 개념으로 전반적으로 질병으로 인해 야기되는 부담을 측정하는 수치이다.

장애생활년수(Years lived with disability, YLD) : 세계보건기구(WHO)가 정의한 개념으로 장애생활년수는 장애로 인해 상실된 건강생활년수를 집계한 지표다. 측정단위는 인년人年person-year이다.

장애생활년수(Years Lived with Disability, YLD)와 조기 사망에 따른 손실수명년수

(Years of Life Lost, YLL)를 집산하여 도출해 낼 수 있다. 측정 단위는 인년(人年 person-year)이다.

조현병 : 망상, 환청, 와해된 언어 또는 행동, 정서적 둔감 그리고 사회적으로 고립되는 모습 등의 증상들을 최소 6개월간 지속적으로 보이는 정신질환임.

조현병 스펙트럼 장애 : 망상이나 환각이 있고 자신의 병적 상태에 대한 자각이 없으며 현실에 대한 객관적인 판단력의 저하를 보임에 따라 사회적, 직업적 또는 학업적 영역에서의 적응에 상당한 문제를 겪는 상태를 말함. 조현병, 조현양상장애, 망상장애, 단기 정신병적 장애 등이 있다.

조현양상장애 : 조현병과 같은 증상들을 1개월 이상 6개월 미만의 기간 동안 보이는 경우에 해당함.

주요우울장애 : 2주 이상 거의 매일 우울한 기분 또는 흥미나 즐거움의 상실과 함께, 체중이나 식욕의 변화, 피로, 무가치감, 반복되는 죽음에 대한 생각 등의 증상들로 인해 일상생활이나 직업에서 곤란을 겪는 경우를 말함.

특정공포증 : 특정한 사물, 환경 또는 상황에 대하여 지나치게 두려워하면서 피하려고 하며 피할 수 없는 상황에 놓이게 되면 불안감이 상승하고 공황 장애에서 보이는 여러 심리적, 신체적 증상들도 보일 수 있는 정신질환임.

평생유병률 : 평생 동안 해당 질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율을 말함.

표본 : 전체 집단에서 선택된 부분 집합을 말함.

환각 : 실제로 존재하지 않는 대상에 대한 감각으로 주변에 말하는 사람이 없는데도 사람의 말소리가 들리는 환청이나 주변에 아무도 없는데 무언가가 눈에 보이는 환시 등이 해당됨.