

생애주기별 정신건강 수준과 정신건강 지원 현황

Mental health through the lifespan

전진아 | 한국보건사회연구원 부연구위원
최지희 | 한국보건사회연구원 전문연구원

본 원고는 생애주기별 정신건강 수준 차이와 기존 정신건강증진 정책이 생애주기별로 다르게 나타나는 정신건강 문제에 어떻게 대응하고 있는지를 살펴보았다. 그 결과 아동·청소년은 스마트폰, 인터넷 과의존, 청장년층은 도박중독과 알코올 사용 장애, 노인은 우울, 자살 문제가 심각하게 나타났다. 제한된 인력으로 다양한 사업을 수행하는 현재의 정신건강증진체계상 생애주기별로 다양하게 나타나는 정신건강 문제에 적절하게 대응하고 있다고 보기 어렵다. 생애주기에 따라 적절하게 개입하기 위해서는 기존 정신건강증진체계의 확대, 유관 자원들 간 연계, 정신보건 전문인력 확보 등이 필수적이다.

1. 들어가며

우리나라는 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 자살률이 가장 높고 삶의 만족도 지수도 34개국 중 27위를 기록하는 등 하위권에 머물러

있다. 또한 국민의 25%는 평생에 한 번 이상 우울이나 불안 등의 정신건강 문제를 경험하고 있다.¹⁾ 이처럼 국내 정신건강 문제는 심각하게 보고되고 있으며, 이에 따라 국내 정신건강 문제 개입에 대한 요구 역시 증가하고 있다.

1) 보건복지부(2011), 2011년 정신질환실태 역학조사, 보건복지부.

기존 연구들은 생애주기별로 다른 정신건강 문제를 보인다고 보고하며 생애주기별 개입을 강조한다.²⁾³⁾ 하지만 국내 연구 대부분은 주로 아동·청소년이나 노인의 정신건강에 더 관심을 가져 온 것이 사실이다.⁴⁾⁵⁾ 즉, 청년과 중장년이 경험하는 정신건강 문제가 어떠한지에 대한 연구는 제한적이다.

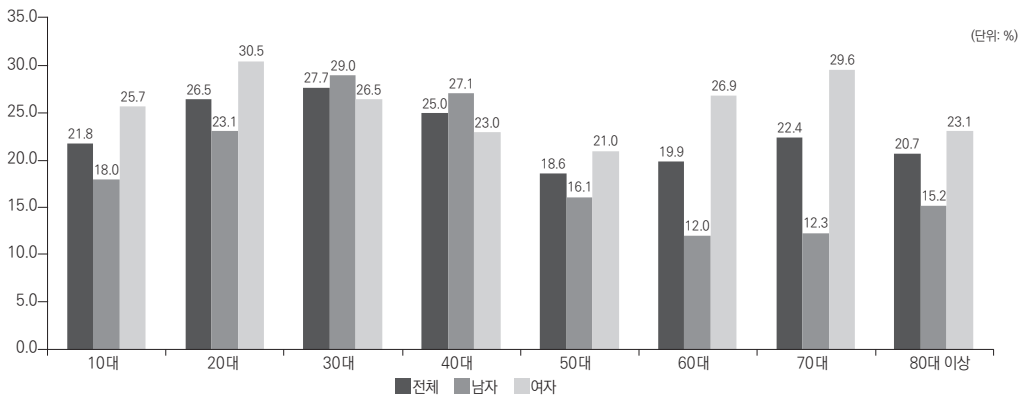
생애주기별로 어떠한 정신건강 문제를 호소하고 있는가? 생애주기별로 정신건강 문제가 다르다면 기존의 정신건강증진 정책은 이에 적절히 대응하고 있는가? 이 두 질문에 대해 본 원고

는 연령별 정신건강 수준 차이를 살펴보고 기존 정신건강증진 정책이 이에 대응하고 있는지 정책 현황을 광역 및 기초 정신건강증진센터 사업과 2016년 2월에 발표된 정신건강 종합대책 중심으로 살펴보았다.

2. 생애주기별 정신건강 수준

본 원고는 생애주기별 정신건강 수준을 스트레스, 우울, 자살, 중독으로 구분해 살펴보았다.

그림 1. 생애주기별 스트레스 인지율(2013년)



주: 10대는 2013년 국민건강영양조사에서 측정된 12-18세를 의미하며, 20대는 19-29세를 의미함.
 자료: 질병관리본부(2013), 2013년 국민건강영양조사.

- 2) 강미경 등(2012), 성인의 생애주기별 정신건강 관련 삶의 질 영향요인, 재활간호학회지, 15(2), pp.73-82.
- 3) 박영례와 손연정(2009), 성인여성의 생애주기별 외모만족도, 자아존중감, 우울, 스트레스 및 건강관련 삶의 질 간의 관계, 기본간호학회지, 16(3), pp.353-361.
- 4) 김경숙, 문재우 등(2008), 우리나라 노인들의 정신건강에 대한 분석, 보건과 사회과학, 23, pp.105-132.
- 5) 양미진, 이은경 등(2006), 청소년의 심리내적 요인과 환경적 요인이 정신건강에 미치는 영향, 청소년상담연구, 14(1), pp.63-76.

생애주기별 정신건강 수준을 살펴보기 위해 본 원고는 2013 국민건강영양조사와 2011년 국민건강보험 청구자료를 분석했으며, 중독 현황은 중독별 실태조사 보고서에 제시돼 있는 수치를 활용했다. 정신건강 수준은 10대부터 10세 단위로 연령대를 구분하여⁶⁾ 분석 및 제시하였으며, 동일 연령대 안에서도 남녀 차이가 두드러지게 나타난다고 보고하는 기존 연구들에 기반해⁷⁾ 남녀 간 차이도 제시하였다.⁸⁾

가. 스트레스

평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많음’ 또는 ‘많음’ 느끼는 사람의 비율로 측정된 스트레스 인지율은 30대가 27.7%로 가장 높게 나타났다. 20대(26.5%)와 40대(25.0%)도 30대와 유사하게 높게 나타났다. 연령대별 스트레스 인지율 패턴에서는 남녀 간 차이가 나타나지 않았으나 남녀 간 스트레스 인지율이 높게 나타나는 연령대는 상이하다. 일반적으로 여성의 스트레스 인지율이 남자에 비해 높지만 30대와 40대는 남자의 스트레스 인지율이 여자보다 높게 나타난다. 남자는 50대 이후부터 스트레스 인지율

이 낮아지는 반면 여자는 20대에 스트레스 인지율(30.5%)이 가장 높고 점차 낮아지다가 60대와 70대에 다시 높아지는 경향을 보인다.

나. 우울

최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 비율로 측정된 우울 증상 경험률은 70대에서 가장 높게 나타난다. 기존 연구들에서 제시하는 것처럼 우울 증상 경험률은 젊은 연령대보다 노년층에서 높게 나타난다.

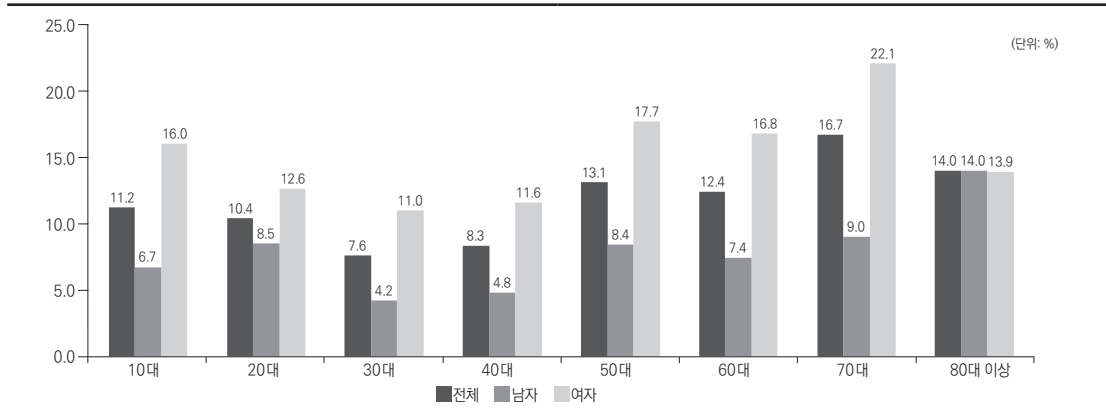
다음의 <그림 2>에서 제시된 것처럼 일반적으로 여성의 우울 증상 경험률이 남자보다 높게 나타난다. 다만 80대 이상 노인은 전반적으로 우울 증상 경험률이 높은 편이긴 하나 남녀 간 차이가 없다는 것을 확인할 수 있었다. 특히 남자의 우울 증상 경험률은 80대 이상에서 가장 높게 나타났다. 여성의 우울 증상 경험률은 70대에 22.1%로 가장 높고, 그다음으로 50-60대에서 높게 나타났다. 10대의 우울 증상 경험률도 16.0%로 높았다.

6) 활용한 자료에 따라 연령 구분이 상이함. 2013 국민건강영양조사에서 조사한 10대는 12~18세가 대상이므로 10대는 12~18세, 20대는 19~29세를 의미함. 한국정보화진흥원의 인터넷중독 실태조사는 조사가 50대까지 진행되어 10대부터 50대까지의 스마트폰, 인터넷 과의존 위험군 비율을 제시하였음. 도박중독 유병률을 제시하는 사행산업 실태조사는 20대부터 조사가 이뤄졌으나 원자료를 확보할 수 없어 2014년 사행산업 실태조사 보고서를 참조하였음. 보고서에서는 20대부터 60세 이상까지 10세 단위로 보고하고 있어 이 유병률을 제시하였음. 알코올 사용 장애 유병률을 제시하는 정신질환 실태 역학조사는 20대부터 74세까지 조사가 이뤄져 70대의 경우 74세까지의 알코올 사용 장애 유병률을 제시하였음.

7) 김남순 등(2016), 한국여성의 건강통계, 한국보건사회연구원·질병관리본부.

8) 일부 중독 지표의 경우 원자료를 확보할 수 없어 남녀의 연령대별 중독 현황을 살펴보는 게 제한적이었음. 따라서 실태조사 보고서에서 남녀의 연령대별 중독 현황이 제시되는 경우에 한해 남녀의 중독 유병률 차이를 제시하였음.

그림 2. 생애주기별 우울 증상 경험률(2013년)



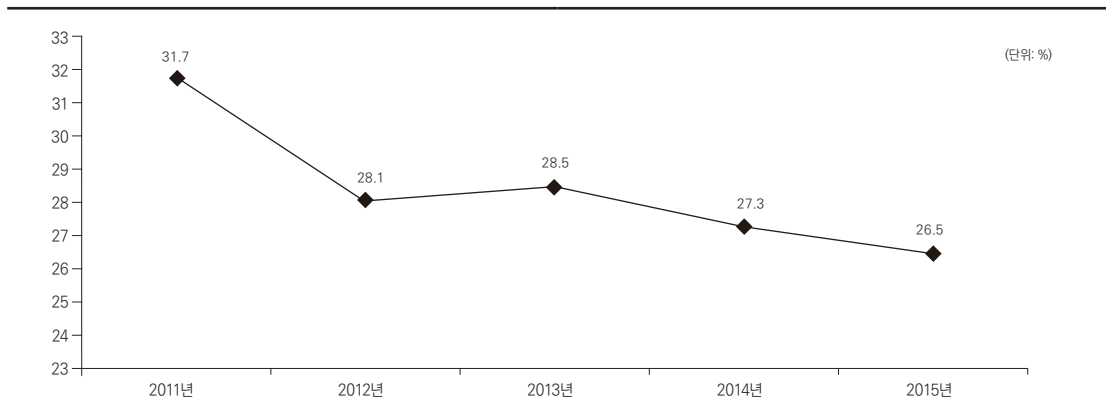
주: 10대는 2013년 국민건강영양조사에서 측정된 12-18세를 의미하며, 20대는 19-29세를 의미함.
 자료: 질병관리본부(2013), 2013년 국민건강영양조사.

다. 자살

국내 자살사망률은 계속 우려를 제기해도 지나치지 않을 만큼 높은 수준이다. 2015년 자살

사망률은 인구 10만 명당 26.5명이다. 다행스럽게도 최근 5년간 감소 추세를 보이고 있으나(그림 3) 여전히 다른 국가에 비해 높다.

그림 3. 자살사망률 추이(2011-2015년)

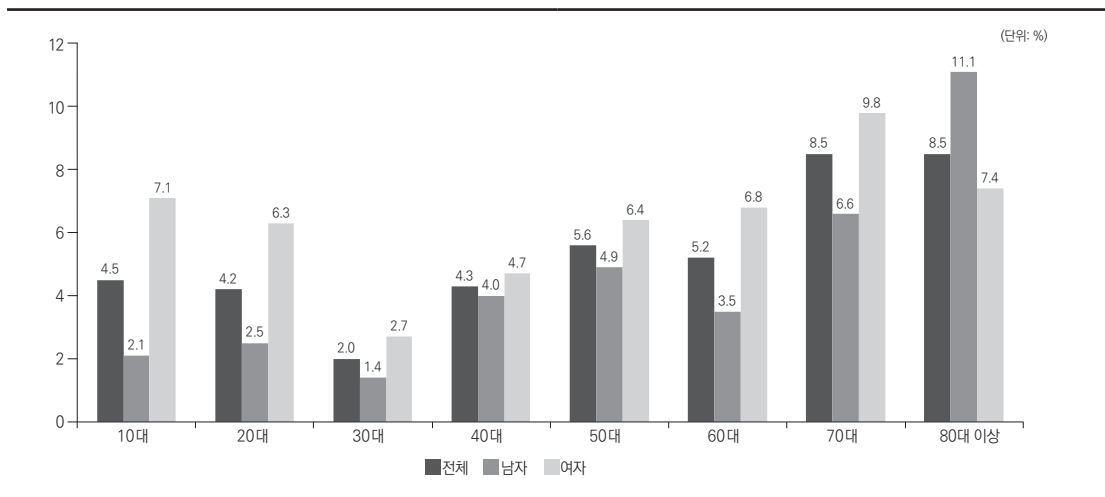


자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea.or.kr).

생애주기별 자살을 자살생각률과 자살사망률을 중심으로 살펴본 결과는 <그림 4>, <그림 5>와 같다. 우선 최근 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있는 비율로 측정된 자살생각률을 살펴본 결과 70대에서 가장 높게 나타났으며, 일반적으로 여자가 남자보다 자살생각률이 높았다. 남녀 간 자살생각률이 높은 연령대는 상이

한데, 여자의 자살생각률은 70대에서 가장 높고 30-40대에서 낮게 나타난다. 남자는 70대 이후부터 자살생각률이 높게 나타나는데 80대 이상이 11.1%로 가장 높았다. 특히 80대 이상 남자의 자살생각률은 여자보다 높아 초고령 노인 남자에 대한 개입이 필요함을 시사한다.

그림 4. 생애주기별 자살생각률(2013년)

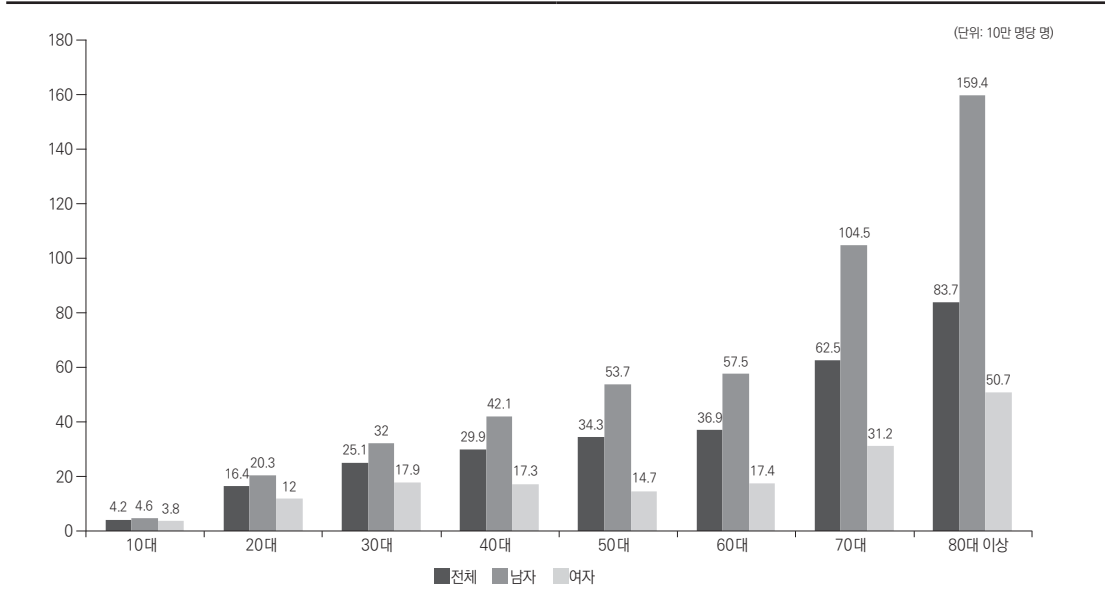


주: 10대는 2013년 국민건강영양조사에서 측정된 12-18세를 의미하며, 20대는 19-29세를 의미함.
 자료: 질병관리본부(2013), 2013년 국민건강영양조사.

그리고 실제 자살사망률을 살펴보면 연령대가 높을수록 자살사망률이 높아지는 것을 알 수 있다. 특히 70-80대 노인의 자살사망률이 다른 연령대보다 높게 나타난다. 그리고 앞서 살펴본 자살생각률과 달리 자살사망률은 남자가 여자보다

월등히 높다. 특히 70대 이후 남자 노인의 자살사망률은 인구 10만 명당 100명을 훨씬 웃도는 수치이므로 남자 노인의 자살 예방을 위한 정책적 개입이 필요하다.

그림 5. 생애주기별 자살사망률



자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea.or.kr).

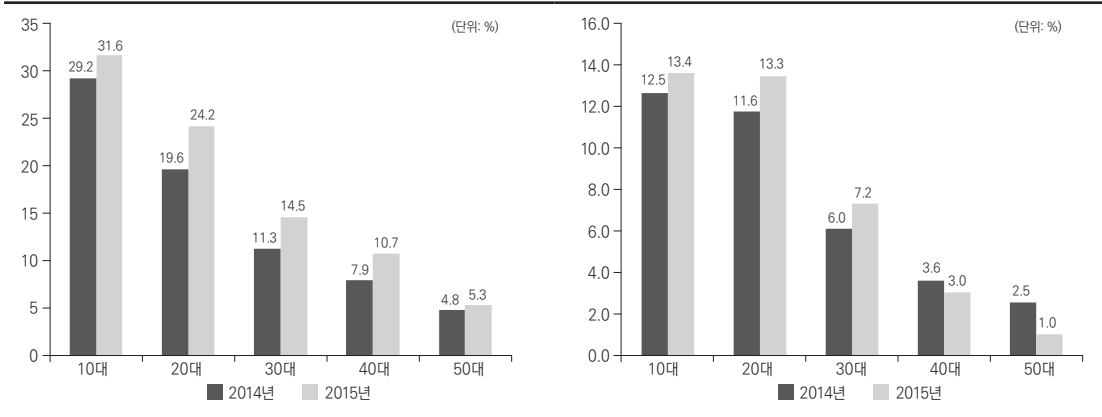
라. 중독

생애주기별 중독 현황은 기존 국내 조사에서 산출 가능한 스마트폰, 인터넷 과의존 위험군의 비율, 도박중독 유병률, 알코올 사용 장애 유병률을 중심으로 살펴보았다. 우선 한국정보화진흥원이 개발한 표준화된 스마트폰 과의존 척도(S-척도), 인터넷 과의존 척도(K-척도)를 활용, 잠재

적 위험 사용자군과 고위험 사용자군 비율의 합으로 산출되는 스마트폰 과의존 위험군과 인터넷 과의존 위험군 비율은 <그림 6>과 같다.⁹⁾ 스마트폰과 인터넷 과의존 위험군 비율은 10-20대의 젊은 연령층에서 높게 나타나며, 2014년에 비해 2015년에 스마트폰과 인터넷 과의존 위험군 비율이 증가했다.

9) 잠재적 위험 사용자군은 인터넷(스마트폰) 사용에 대한 금단, 내성, 일상생활 장애 중 한 가지 이상의 증상 경험, 인터넷(스마트폰) 사용 조절력 감소, 이에 따른 심리적 사회적 기능 저하를 보이는 그룹을 의미하며, 고위험 사용자군은 인터넷(스마트폰) 사용에 대한 금단과 내성 증상을 보이며 이로 인한 일상생활 장애가 발생하는 그룹을 의미함.

그림 6. 생애주기별 스마트폰, 인터넷 과의존 위험군 비율(2014-2015년)

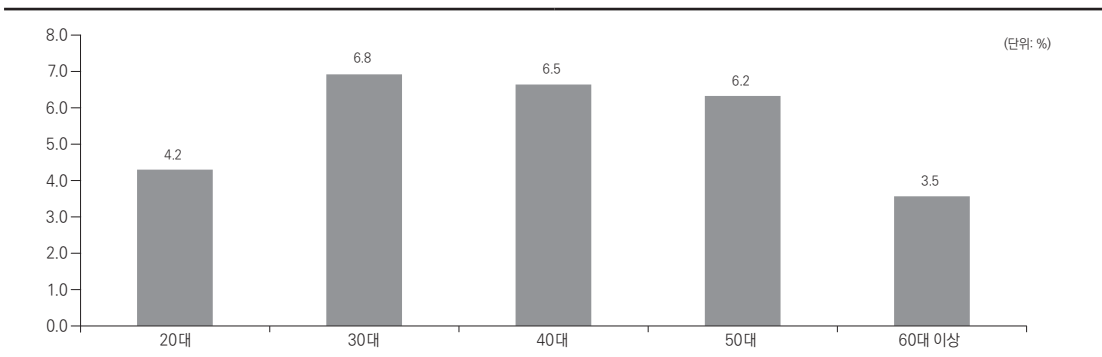


자료: 미래창조과학부·한국정보화진흥원(2015년), 2015년 인터넷 과의존 실태조사.

2014년 사행산업 실태조사에 의하면 도박 중독 유병률¹⁰⁾은 5.4%로 남자가 8.9%, 여자가 2.0%로 나타났다. 생애주기별로 보면, 앞서 살펴본 스마트폰, 인터넷 과의존 위험군의 비율이

10-20대에 높게 나타나는 것과 달리 30-50대 중장년층의 도박중독 유병률이 다른 연령에 비해 높다.

그림 7. 생애주기별 도박중독 유병률(2014년)



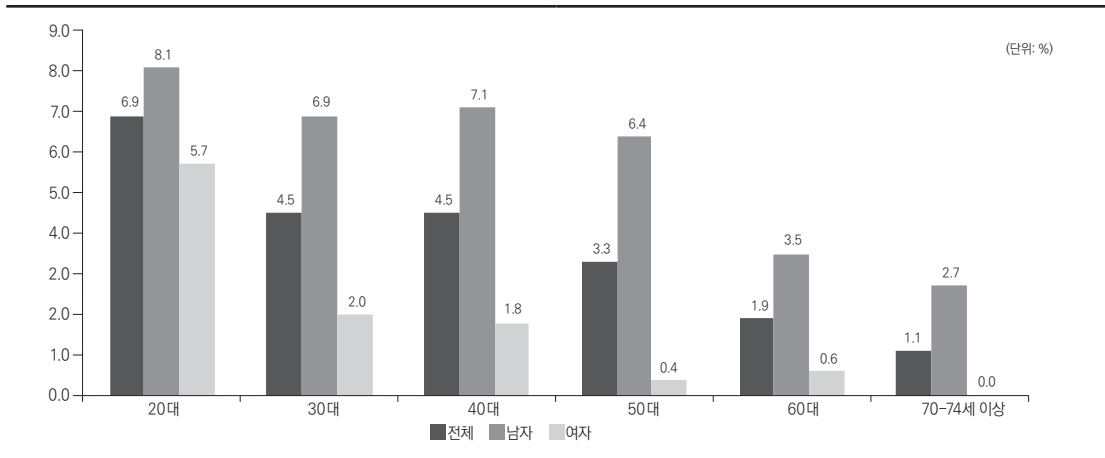
자료: 사행산업통합감독위원회(2014), 사행산업 이용실태 조사.

10) 도박중독 유병률은 도박중독을 측정하는 총 9문항으로 구성된 CPGI 척도를 활용해 조사하게 되며, 0-3점 분포를 가진 각 문항의 합을 산출해 비문제성(0점), 저위험(1-2점), 중위험(3-7점), 문제성(8점)으로 구분함. 이 중 중위험과 문제성인 집단의 비율이 도박 중독 유병률로 산출됨.

마지막으로 2011년 정신질환 실태 역학조사 보고서에서 산출된 알코올 사용 장애 일 년 유병률을 살펴보면, 전반적으로 남자의 알코올 사용 장애 일 년 유병률이 여자에 비해 높게 나타난다. 연령별로 보면 남자는 20-50대까지, 청년층부터

장년층까지 유병률이 고루 높은 반면 여자는 20대에서 두드러지게 높게 나타난다. 이는 알코올 사용 장애 문제에 대한 개입에서 남녀 간 접근 방식을 달리해야 함을 의미한다.

그림 8. 생애주기별 알코올 사용 장애 일 년 유병률(2011년)



자료: 보건복지부(2011), 2011년 정신질환실태 역학조사.

3. 생애주기별 정신건강 지원 현황

본 원고는 위의 분석 결과에 바탕으로 두고 이처럼 생애주기별로 다른 정신건강 수준을 보이는 국민들에게 어떠한 서비스들이 현재 제공되고 있는지를 살펴보았다. 국내에서의 정신건강 문제에 대한 개입은 주로 광역 및 기초 지방자치단체 내 정신건강증진센터에서 이뤄지고 있다. 정신건강증진센터는 중증정신질환자에 대한 사례 관리, 자살 예방, 교육 및 홍보 중심의 정신건강

증진(아동·청소년 포함) 사업 등을 수행하고 있다.

광역 및 기초 정신건강증진센터에서 이뤄지고 있는 사업은 아동·청소년 정신건강증진사업을 제외하고는 사업에 생애주기별 개입을 명시하는 경우가 드물다. 일부 지방자치단체는 아동, 성인, 노인 정신건강증진센터를 설치해 생애주기별 개입을 하기도 하지만 이는 매우 제한적이다. 또한 최근 들어 시범사업 형태로 일부 지자체에서 진행되는 노인 자살 예방 사업이 있어 아동·청소년

년, 노인에게 초점을 맞춘 사업은 상당수 있다고 볼 수 있다. 하지만 청년과 중장년 대상 서비스는 제한적이다. 중장년층이 높은 유병률을 보이는 중독 문제에 대응하는 중독관리통합지원센터는 전국 50개에 불과한 데다 주로 알코올 사용 장애를 중심으로 대응하고 있어 중장년층의 중독 문제에 제대로 대응하고 있다고 보기 어렵다.

다행스럽게도 2016년 2월 정부는 관계 부처 합동으로 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책’을 발표하면서 생애주기적 접근을 언급한 바 있다. 정신건강 종합대책에서 제시된 생애주기별 정신건강 지원 체계 구축 방안들은 영유아부터 노인의 정신건강을 지원하는 방안을 제시하고 있다(표 1). 아동·청소년에 대해서는 아동·청소년 정신건강 실태 파악을 위한 조사, 학교 기반 및 학교 밖 정신건강 지원 체계 구축 등을 제안하고 있으며, 청장년의 경우 정신건강증

진을 기반으로 스트레스 및 우울증 관리를 주요 내용으로 제시하고 있다. 노인과 관련해서는 인지기능, 노인성 우울 등 정신건강 및 생활 습관을 파악할 수 있는 종합검사를 제공하고 수면, 화병 관리, 사회 재적응 훈련 등 노인에게 특화된 정신건강 프로그램을 제공할 것을 제시하고 있다.

또한 생애주기별 자살 예방 대책으로 아동·청소년, 청장년, 노인 관련 종사자 대상 게이트키퍼 양성 및 교육 강화, 자살 예방 관리 가이드 마련과 보급 등을 제시하고 있으며, 높은 자살사망률을 보이는 노인 대상의 지역사회 노인 자살 예방 시범사업 확대를 제시했다. 그 외에도 중독 문제에 대한 조기 선별, 개입 체계 구축 방안을 제시하면서 아동·청소년의 인터넷게임, 스마트폰 중독에 대한 개입, 청장년 대상 알코올중독 개입 강화를 언급했다.

표 1. 정신건강 종합대책에서 제시된 생애주기별 정신건강 지원 체계 구축 방안의 주요 내용

구분	주요 내용
영유아	- 정서 발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계(정밀 발달검사, 정서 발달 자가평가 등) - 아동학대 발생 시 위기 개입 - 부모·교사 대상 심리 지원 및 교육
아동·청소년	- 아동·청소년 정신건강 관련 실태조사 - 학교 기반 정신건강 지원 체계 구축(정서행동특성검사 내실화, 교내 상담 강화, 위기 개입, 지역사회 연계) - 학교 밖 청소년 정신건강 지원 - 정신건강 관련 업무 담당 인력 역량 강화
청장년	- 대학생 정신건강 지원 체계 구축(인프라 구축, 자조 모임 지원) - 산모 산전·후 우울증 관리 강화(양육 교육, 조기 발견, 서비스 제공) - 근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리
노인	- 노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리 지원 - 노인 특화 정신건강 프로그램 제공(수면, 화병 관리, 사회 재적응 훈련 등) - 정신건강 관련 정보 제공 및 편견 해소 교육·홍보

자료: 보건복지부 보도자료(2016. 2. 23.), ‘정신건강에 대한 전사회적 대응역량 강화 - 관계부처 합동 정신건강 종합대책(2016-2020) 마련’에서 발췌하여 정리함.

4. 나가며

본 원고는 생애주기별 정신건강 수준 차이를 스트레스, 우울, 자살과 중독 영역별로 살펴보고 기존 정신건강증진 정책이 생애주기별로 다르게 나타나는 정신건강 문제에 어떻게 대응하고 있는지를 광역 및 기초 정신건강증진센터 사업과 2016년 2월에 발표된 정신건강 종합대책을 중심으로 살펴보았다.

본 원고에서는 생애주기별로 다른 정신건강 문제를 파악하였다. 구체적으로 보면, 젊은 연령층인 10-20대는 스트레스 인지율이 높고 스마트폰, 인터넷 과의존 위험군 비율이 높게 나타나고, 30-50대 중장년층은 다른 연령층에 비해 스트레스 인지, 우울 증상 경험, 자살생각률은 낮지만 도박중독 유병률과 알코올 사용 장애 일 년 유병률이 높게 나타난다. 그리고 60대 이상 노인층에서는 우울 증상 경험률과 자살생각률, 자살사망률이 높게 나타난다.

또한 본 원고에서 나타난 주요한 특성 중 하나는 남자 노인의 정신건강 수준이 매우 낮다는 점이다. 일반적으로 정신건강 수준은 여자가 남자보다 낮다고 보고된다.¹¹⁾ 즉 여자가 남자보다 스트레스 인지율, 우울 증상 경험률, 자살생각률이 높다고 보고된다. 하지만 본 원고에서 살펴본 것처럼 남자 노인 특히 70-80대 초고령 남자 노인의 정신건강 수준이 여자의 정신건강 수준과 유사하거나 오히려 더 낮게 나타나서 이들 계층에

대한 개입이 필요해 보인다. 현재 정신건강증진센터와 자살예방센터에서 이뤄지는 개입 프로그램들을 이용하고 있는 초고령 남자 노인의 비율이 어느 정도인지는 파악할 수 없으나, 일부 지역에서 시범사업 형태로 진행되는 노인 자살 예방 사업이 확대되는 과정에서 이들 초고령 남자 노인을 더 포함할 수 있는 방안이 모색돼야 할 것이다.

그리고 연령대별로 유사한 양상을 보이기는 하지만 알코올 사용 장애 일 년 유병률과 같이 여자의 유병률이 높게 나타나는 연령대는 남자의 유병률이 높게 나타나는 연령대와 차이가 있다. 이 때문에 생애주기별 개입을 한다고 하더라도 젠더 센서티브한 개입 역시 고려해야 한다. 즉 청년 남녀 모두와 장년 남자를 타깃으로 한 개입 프로그램이 필요하다. 이들의 중독 문제를 조기에 선별하고 개입할 수 있도록 하는 체계가 필요하다. 정신건강 종합대책에는 청장년의 알코올 사용 장애에 대한 조기 선별 및 개입 체계 구축에 대한 내용들은 명시돼 있으나 대부분의 대책이 알코올 사용 장애를 중심으로 제시돼 있다.

앞서 살펴본 것처럼 현재 국내 정신건강증진 정책은 광역 및 기초 정신건강증진센터와 자살예방센터에서 주로 제공되고 있으나 제한된 인력으로 다양한 사업을 수행하는 현재의 체계상 생애주기별로 다양하게 나타나는 정신건강 문제에 적절하게 대응하고 있다고 보기 어렵다. 특히 기존의 정신건강증진센터와 자살예방센터에서

11) 김남순 등(2016), 앞의 책.

는 담당 부처가 다르고 관련 전문인력이 없어 아동·청소년의 스마트폰과 인터넷 과의존, 장년층의 알코올과 도박중독에 대응하기 어려운 실정이다.

다행스럽게도 정신건강증진 종합대책을 통해 생애주기별 정신건강 지원 체계 및 자살 예방 체계가 범부처 차원에서 진행되고 있거나 진행될

예정이다. 하지만 이들 사업이 목적으로 하는 생애주기에 따른 적절한 개입이 실행되기 위해서는 각 부처에서 진행되고 있거나 진행될 사업들 간 연계, 중독관리통합지원센터 등 기존 정신건강증진체계의 확대와 정신보건 전문인력 확보 등이 필수적이다. ■