

농어촌 정신보건서비스 실태와 개선방안 : 자살, 우울을 중심으로

김 동 진 부 연구 위원
김 태 완 연구 위원
채 수 미 전문 연구원
김 대 은 전문 연구원
최 민 정 초빙 연구원

제 출 문

농림축산식품부 장관 귀하

본 보고서를 「농어업인 삶의 질 향상 위원회 전문지원기관 업무위탁: 농어촌 정신보건서비스 실태와 개선방안 (2015 농어업인 삶의 질 향상 정책 심층연구)」의 최종보고서로 제출합니다.

2015년 12월

연구기관명: 한국보건사회연구원
연구책임자: 한국보건사회연구원

김 동 진 부연구위원

요 약

1. 연구 개요

1) 연구 배경 및 목적

- 우리나라는 성인의 약 28%가 평생에 한 번 이상 정신건강 문제를 겪을 만큼 정신건강 문제가 매우 심각함. 특히 인구 고령화로 인해서 노인독거가구가 빠르게 증가하고 있고, 고령 및 노인독거가구의 정신건강 수준(우울증상 경험률과 자살 생각률)은 젊은 연령층에 비해 높은 것으로 나타나 정신건강 문제로 인한 사회적 부담이 증가할 것으로 예상됨.
- 농어촌 지역은 도시 지역에 비해 정신건강 문제가 심각한 수준인 것으로 나타나고 있음. 농어촌 지역의 정신질환 평생 유병률과 1년 유병률은 도시에 비해 높은 편이고, 노인 인구의 비율과 자살자 수가 많은 직종 중의 하나인 농림어업 관련 종사자의 비율이 높음.
- 농어촌 지역의 정신건강 문제의 심각성에 비해 정신건강서비스에 대한 접근성이 떨어지는 등 관련 인프라는 도시에 비해 매우 열악한 수준임.
- 따라서 본 연구는 우울, 자살, 알코올 중독 등 농어촌 지역의 주요 정신건강 유병실태와 서비스 공급 현황을 파악하고, 도시와는 구별되는 농어촌 지역의 정신건강 수준에 영향을 미치는 요인을 파악하여 농어촌 지역 주민의 정신건강서비스를 강화하기 위한 정책 방향을 재설정하고, 추진 과제를 제안하는 것을 주요 목적으로 하고 있음.

2) 연구 방법

- 한국복지패널 자료를 활용하여 우울과 자살 생각 등 정신건강 문제의 도농간 격차를 비교하였고, 한국의 사회심리적 불안 실태 조사 자료를 활용하여 도시와 농촌의 정신건강에 영향을 미치는 요인을 분석하였음.
- 국내외의 문헌 고찰을 실시하여 자살자의 심리부검, 정신건강서비스 공급 체계 등 선진 사례를 조사하였고, 농어촌 지역 정신건강증진센터의 담당자를 인터뷰하여 농어촌 지역의 정신건강 문제의 실태를 파악하고 개선방안 도출에 활용하였음.

2. 주요 결과

1) 농어촌 정신건강 유병 현황 및 서비스 공급 현황

(1) 농어촌 정신건강 유병 현황

- 한국복지패널 자료를 분석한 결과 지역별 우울 평균점수는 도시(5.98점)에 비해 농촌(6.81점)이 높았으며, 이는 도시에 비해 농촌의 주민들이 우울감을 더 많이 느끼고 있는 것으로 판단할 수 있음.
 - 특히 여성에서 도시에 거주하는 경우(13.3%)보다 농촌에 거주하는 경우(17.7%)에 우울감 비율이 통계적으로 유의미하게 높았음.

(2) 농어촌의 자살에 대한 태도 및 자살률 현황

- 2013년도 자살실태조사 결과에 따르면 농촌과 도시에서 자살에 대한 태도에서 차이가 있는 것으로 나타났음. 자살에 대한 인식, 자살에 대한 예방 인식 등이 도시에 비해 부족한 것으로 보이며, 전반적으로 자살은 예방할 수 있다는 인식이 도시에 비해 낮은 것으로 나타나 자살과 자살 예방에 대한 인식 개선이 필요한 것으로 판단됨.
- 전국에서 자살률이 가장 높은 지역은 강원도(남자 52.8명, 여자 41.5명)인 것으로 나타났고, 전반적으로 대도시 지역에 비해 군 지역이 밀집되어 있는 지역에서 자살률이 높게 나타났음.
- 2000년부터 2011년 사이에 10만 명당 자살자 수가 25명 이상 증가한 지역들을 대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분해 본 결과 인구 10만 명당 자살자 수가 25명 이상 증가한 군 지역은 남자의 경우 27지역, 여자의 경우 7지역이었고 이는 대도시 및 중소도시(남자 12지역, 여자 1지역)에 비해 매우 높은 수치임.

(3) 농어촌 정신보건서비스 제공 현황

- 정신건강서비스 제공 기관(정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 정신보건센터, 중독통합관리센터)은 대도시 지역에 편중되어 있음. 전체 85개 군 중 정신건강증진센터가 설치되지 않은 군은 48개에 이르며, 중독통합관리센터는 군 지역에는 전무한 실정임.
- 농촌 지역의 정신보건 사업에 대한 예산 집행은 주로 보건소에서 직접 집행하는 형태로 나타나고 있으며 14.3%만이 협력기관 전액 집행으로 나타났음. 정신보건센터를 보건소에서 직접 운영할 경우 기존의 보건소 인력을 활용하여 정신보건 사업을 수행해야 하기 때문에 정신보건 사업을 전문적으로 수행하

는 위탁기관에 비해서 정신보건 사업을 적극적으로 수행하는데 어려움으로 작용함.

- 대도시에 비해 프로그램이 과도하게 치매 사업에 편중되어 있고, 질적 수준이 높지 않으며, 위기관리, 생애주기별 정신건강증진 사업 모두 도시 지역에 비해 지표충족률이 매우 낮음.

(4) 정신건강 상태 및 서비스 제공 현황에 대한 면담 결과

■ 농어촌의 정신건강 상태

- 농어촌 지역의 정신건강 유병 수준이 도시에 비해 높다고 특정지어 말할 수는 없으나 정신건강증진센터의 등록 관리 대상자가 증가하고 있으며, 다양한 경로를 통한 환자 신고 및 의뢰가 많아졌음. 또한 정신건강의 문제는 단지 노인에 한정되어 일어나고 있지 않다는 것이 공통된 의견임.
- 농어촌 지역 환자들은 여러 가지 정신질환을 복합적으로 가지고 있거나, 장기간 치료받지 못하고 방치되어 만성화된 경우가 대부분이며, 배우자, 부모 등 가족 구성원 모두가 정신질환을 갖고 있는 경우가 많아, 치료를 시작하거나 지속할 수 있도록 지원할 수 있는 가족의 지지가 부족함.
 - 또한, 정신질환에 대한 잘못된 인식으로 초기단계에서 치료를 시도하지 않아 중증의 상태로 진전된 경우가 많음.
- 농촌 지역의 자살 이유는 개인별로 다양하여 자살의 원인을 몇 가지로 규정 짓기 어렵다고 보았는데, 대체로 젊은이의 자살은 가정 내 문제, 경제, 사고 등 뚜렷한 문제가 드러나는 반면, 노인의 자살은 분명한 이유를 찾기 어려운 경우가 많았음.
 - 노인은 복합만성질환으로 신체적 고통이 지속되어 일상생활이나 경제 활동이 자유롭지 않은 점이 중요한 요인으로 작용함.

■ 농어촌의 정신건강증진서비스 제공 현황

- 정신건강증진센터의 사업 중 하나로 경제적 수준에 따라 약제비 및 진료비가 지원되는데, 경제적 부담으로 치료를 중단하는 경우가 많은 상황에서 비용 지원사업은 치료 의지가 있는 환자의 지속적인 치료에 실질적인 도움이 되고 있음.
- 농어촌에는 치료 뿐 아니라 특히 재활을 위한 인프라가 부족하여, 치료가 완료된 이후에도 정상적인 활동이 어렵거나, 또는 증상이 쉽게 재발하는 문제가 있음.
- 지역 주민과의 접촉이 잦은 gatekeeper를 활용하는 것은 정신건강 고위험군을 조기 발견하는데 효과적인 방법임.

2) 농어촌 정신건강에 영향을 미치는 요인

- 2015년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘한국사회의 사회·심리적 불안 실태조사’를 활용하여, 도시와 농촌의 우울, 자살 생각 실태를 파악하고, 정신건강의 문제가 인구·사회학적 특성, 개인 및 사회적 요인에 따라 어떠한 양상을 보이고 있는지를 분석하였음.
- 분석 결과 농어촌 지역의 우울과 자살 생각에 미치는 요인은 도시 지역과는 다소 다른 양상으로 나타났음.
 - 도시에서 나타난 노인의 정신건강 문제는 경제, 갈등, 건강 등 다른 요인으로 설명이 가능하였으나, 농촌 지역에서는 이러한 요인들을 고려하여도 초고령자의 우울 위험이 9.0배로 상당한 수준으로 나타났음.
 - 농촌 지역에는 도시와 다르게 빈곤 또는 경제적 박탈감이 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났음.
 - 이러한 결과는 농촌이 도시에 비해 정신건강 및 정신적 스트레스를 해소

하기 위한 의료적, 문화적 접근성이 낮기 때문에, 농촌 지역에 오랜 기간 거주하며 방치된 문제가 노년기에 두드러진 것으로 볼 수 있음.

- 농촌 지역 주민 사이에서는 인구학적 특성 및 경제적 요인이 자살 생각의 위험을 높이는 데 기여하지 않으며, 신체적 건강은 우울과 함께 자살 생각에 영향을 미치는 요인으로 나타났음.
 - 사회적 지지는 도시 지역 뿐 아니라 농촌 지역에서도 정신건강의 문제를 해소하는 데 도움이 되는 요인으로 확인되었음.
- 우울이나 자살 생각에 영향을 미치는 요인과 관련된 이러한 지역 간 차이는 농어촌 지역에 근무하는 정신건강증진센터 종사자 면담에서도 나타남.
- 농촌은 도시에 비해 지역 공동체가 활성화 되어 있어, 지역 주민들 간 정서적 교류를 통해 우울이 완화될 수 있는 반면, 이웃 간의 잦은 왕래를 통한 공감대 형성은 자살을 확산시키는 촉진제로서도 작용함.
 - 독거, 다문화, 빈곤, 고령화가 일반적이어서 이러한 문제가 상대적인 박탈감, 차별로 이어지지는 않을 수 있음.
 - 특히, 농어촌에서는 절대적 빈곤이 모든 연령대의 공통적인 어려움일 것임. 도시에 비해 상대적 박탈감은 중요한 요인으로 작용하지 않을 것으로 보고 있는데, 이것은 오랜 기간 낮은 경제적 수준으로 살아왔고, 같은 지역 주민의 생활여건도 크게 다르지 않기 때문임.

3. 정책 제안

1) 정책 방향

- 자살 문제에 대응 방안이 효과적으로 마련되기 위해서는 생애주기별 특성과 지역적 특성이 고려될 필요가 있고, 지역 사회별로 특화 사업을 개발하여 수행할 수 있는 기전을 마련해야 함.
 - 지역 사회의 정신건강 문제 및 문제해결을 위해 활용할 수 있는 자원 보유 여부에 따라 수행할 수 있는 사업을 다양화하고, 사업 운영체계 또한 도시와는 다른 농어촌 특성을 반영하여 모델화할 필요가 있음.
- 지역 사회 내에서 정신보건 사업에 대한 컨트롤타워 역할을 수행하기 위하여 군 단위별로 적어도 1개소의 센터가 설치되어야 하며, 재정자주도가 낮은 지자체에서 센터 설치를 추진하기 위하여 예산 배분의 원칙을 변경하여 지역취약성 인지적 예산 배분 방식을 고려할 필요가 있음.
- 지역 사회에서 사업을 수행할 때 활용할 수 있는 인프라 및 연계 프로그램의 부족 문제를 해결하기 위하여 인접한 몇 개 군이 연계하여 사업 수행체계를 공동으로 구성할 필요가 있음. 이 과정에서 광역시도가 적극적으로 참여하여 컨트롤타워 역할을 수행해야 함.
- 중독의 치료 재활을 위한 부처가 산재되어 있는데 정책 협조체계가 긴밀하지 않아 정책 추진에 어려움이 많음. 이를 해결하기 위하여 부처별로 수행하고 있는 중독·자살과 관련된 다양한 사업들을 체계적·통합적으로 연계할 필요가 있음.
- 자살 원인에 대하여 체계적으로 규명하며 근거를 기반으로 하는 정책을 마련하고, 정책 시행 후에는 효과성에 대한 모니터링을 수행하여 농어촌 지역에 민감도 높은 정책을 선별하여 수행할 필요가 있음.

2) 정책 과제

■ 농어촌 정신건강서비스 다양화

- 지역마다 정신건강 문제에 있어서 서로 다른 특성을 보일 수 있으므로, 지역의 특성에 따른 특화 사업을 개발할 필요가 있음.
- 생애주기별 정신건강증진 프로그램을 강화하며, 위기가구 정신건강 모니터링 및 자살 예방 사업을 확충함.
- 농촌에는 노인 인구의 비율이 높기 때문에 노인을 대상으로 하는 정신건강 서비스가 강화되어야 함. 사회참여 활동을 통한 사회적 지지는 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것(박경희, 2005)으로 알려져 있으므로, 사회참여와 사회적 지지 강화 활동을 적극 활용한 프로그램을 개발함.
- 재가에 있는 고위험자들의 낮은 서비스 접근성을 개선하기 위하여 고위험자에 대한 민감도 높은 프로그램 및 프로그램 제공 모형의 개발이 필요함.
 - 농어촌에서 기존의 재가방문서비스를 제공하는 보건복지 인력들을 활용하면 더욱 효과적임. 특히, 방문간호사, 의료급여사례관리자, 희망복지지원단 사례관리자 등과의 협력은 반드시 필요함.

■ 고위험자 발굴 및 정신건강서비스 접근성 강화

- 고위험자 발굴 체계 강화
 - 자살자의 대부분이 정신질환을 가지고 있거나 혹은 신체 증상을 가지고 있어 사망 전 어떤 형태로든 보건의료서비스를 접촉하는 것으로 알려져 있음.
 - 따라서 지역 사회 내 일차의료기관에서 자살 징후를 보이는 고위험자를 발굴하여 정신건강지지 체계로 연계할 수 있는 네트워크를 마련함.

- 정신질환자 초기 약물치료 강화
 - 정신질환 초기 우울증에 대한 약물치료 및 순응도를 제고해야 하며 정신질환의 중증화를 예방하기 위하여 치료지속률도 제고해야 함.
- 급성·중증 정신질환자에 대한 의료접근성 강화
 - 급성·중증 환자의 치료를 위한 경제적 접근성을 높이기 위해 초기 응급 입원 시 비용을 지원할 필요가 있음. 또한, 입원 뒤에는 지역의 사회복지사 등과 협의하여 환자가 의료급여 혜택을 받아 추후 입원 시 경제적 부담을 덜어주는 방안을 고려할 필요가 있음.
 - 급성·중증 환자 치료를 위한 지리적 접근성을 개선하기 위해 지역 내에 정신의료기관이 부재할 경우 인근 지역과 연계하고, 환자들이 의료기관 내원 시 교통수단을 제공하거나 교통비를 지원하는 방안 등을 모색함.
- 농어촌 정신건강증진 인프라 강화
 - 현재 농어촌 지역의 정신보건 전문요원, 정신보건 사업인력은 양적으로 대도시의 절반 이하 수준인데, 사업인력의 양적·질적 수준의 강화가 필요함.
 - 지역별로 정신보건 사업을 전담할 수 있는 전담기관을 확보하고, 기관 간 연계를 통한 사업 효율성을 모색해야 함.
 - 지역 사회 내에서 민간 자원을 활용하여 중증환자와 자살 고위험자에 대한 발굴 체계를 강화하기 위해 희망복지지원단 사례관리자, 방문간호사, 의료급여사례관리사 외에 농촌지도자, 영농후계자, 부녀회장, 마을 이장 등을 게이트키퍼로서 역할을 부여함.
 - 지역 사회내 자살자가 발생한 마을을 중심으로 모방 자살이 발생하지 않도록 지역 사회 지지체계를 강화하며, 지역 주민이 참여할 수 있도록 하는 기제를 마련함.

■ 농어촌 정신건강서비스 전달체계 강화

- 중앙부처에서의 연계체계, 지역 간 연계체계, 지역 내 연계체계 등 각급 단위에서의 연계체계를 강화해야 함.
 - 부처별 사업들 간의 유사·중복을 조정하고, 컨트롤타워를 설치하여 관련 부처 간 네트워크 기능을 활성화해야 함.
 - 지역 단위 정신건강 문제 해결을 위해 광역시도의 역할이 강화되어야 함. 지역의 생활권에서 해결이 불가능한 문제에 대해서 광역시도의 개입이 필요하고, 정신의료기관의 이용, 정신보건 사업의 인력 교육 등 공동의 노력을 통해 사업 효율성을 도모할 수 있음.
- 자살에 대한 태도, 정신건강에 영향을 미치는 요인 등의 분석 결과로 미루어보았을 때, 도시와는 다른 농어촌 지역의 특수성은 정신건강 문제에서도 드러났으며, 이를 반영한 차별적인 문제해결 방안이 필요.
 - 또한 중재개입 지점을 파악하기 위하여 생애주기별, 지역별로 서로 다른 사회적 특성에 대한 고려 등 농어촌에서 정신건강 문제가 발생하는 원인에 대한 맥락적 분석이 선행되어야 함.
- 자살률 증가 혹은 정신건강으로 인한 문제 해결이 시급한 지역을 삶의 질 특별 지원 구역(가칭)으로 지정·운영하여 우선적으로 지원하도록 함.
 - 사회복지 분야의 ‘사회보장 급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률’ 제48조(사회보장 특별지원 구역)에는 “영구임대주택단지, 저소득층 밀집 거주지, 그 밖에 보건, 복지, 고용, 주거, 문화 등 특정 분야의 서비스가 취약한 지역을 사회보장특별구역으로 선정하여 지원 가능”하도록 설정하고 있음.
 - 자살률이 높고, 정신건강 문제가 심각한 지역은 경제적으로도 취약할 가능성이 높기 때문에 지자체 자체적 노력만으로는 지역의 정신건강 문제를 해결하지 못할 가능성이 높음. 이러한 경우 삶의 질 특별지원 구역으로 설정하여 삶의 질 계획에서 별도로 지원하는 방안을 고민해 볼 수 있음.

차 례

제1장 서론

- 1. 연구 필요성 및 목적 1
- 2. 연구 내용 및 방법 9

제2장 농어촌 정신건강 유병 현황 및 서비스 공급 현황

- 1. 농어촌 정신건강 유병현황 11
- 2. 농어촌의 자살에 대한 태도 및 자살률 현황 18
- 3. 농어촌 정신보건서비스 제공 현황 23
- 4. 정신건강 상태 및 서비스 제공 현황에 대한 면담 결과 29

제3장 농어촌 정신건강에 영향을 미치는 요인

- 1. 분석 내용 및 방법 40
- 2. 도시와 농촌의 정신건강 상태 비교 46
- 3. 정신건강에 영향을 미치는 요인 52
- 4. 도시 지역 주민의 정신건강에 영향을 미치는 요인 59
- 5. 농촌 지역 주민의 정신건강에 영향을 미치는 요인 65

제4장 외국의 정신건강 관련 정책 사례

- 1. 자살 예방을 위한 국가전략 수립 71
- 2. 근거기반 정책 마련을 위한 자살사망원인 파악 74
- 3. 고위험자 조기발견 체계 75
- 4. 자살 예방 대책의 효율성 제고를 위한 네트워크 구축 76

5. 인구 집단별 자살 예방 및 위험중재서비스에 대한 접근성 강화 78
6. 자살 예방 자원 분배 확대 및 자원 분배의 효율성 강화 80

제5장 정책 방향 및 정책 과제

1. 정책 방향 81
2. 정책 과제 84

참고 문헌 91

표 차례

제1장

표 1- 1. 65세 이상 노인의 자살사망률	4
표 1- 2. 65세 이상 노인자살률 도농비교	6
표 1- 3. 도시와 농촌의 정신질환 유병률	7

제2장

표 2- 1. 인구학적 특성	12
표 2- 2. 지역별 우울 변화	13
표 2- 3. 지역별 우울 변화(인구특성별)	14
표 2- 4. 지역별 우울 변화(사회특성별)	15
표 2- 5. 지역별 자살의식 변화	16
표 2- 6. 지역별 자살의식 변화(인구학적특성별)	17
표 2- 7. 지역별 자살의식 변화(사회학적특성별)	18
표 2- 8. 자살에 대한 태도의 지역별 차이	20
표 2- 9. 2000~2011년 자살률이 증가한 지역의 수	23
표 2-10. 지역별 정신보건기관 현황	24
표 2-11. 정신보건센터 미설치 지역 현황(2014. 기준)	24
표 2-12. 정신보건 사업 예산집행 방식(2012년 말 기준)	26
표 2-13. 정신보건 사업 위탁비율	27
표 2-14. 지역별 정신보건 사업 인력 현황	27
표 2-15. 지역별 정신보건세부사업별 운영 현황(2012말 기준)	28
표 2-16. 기초정신건강증진센터 과정지표 충족 비율	29

제3장

표 3- 1.	정신건강에 영향을 미치는 요인 변수	44
표 3- 2.	분석 대상자의 일반 특성	45
표 3- 3.	도시와 농촌의 정신건강	47
표 3- 4.	스트레스에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이	48
표 3- 5.	우울에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이	50
표 3- 6.	자살 생각에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이	51
표 3- 7.	전체 조사대상자의 우울에 영향을 미치는 요인	55
표 3- 8.	전체 조사대상자의 자살 생각에 영향을 미치는 요인	58
표 3- 9.	도시 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인	61
표 3-10.	도시 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인	64
표 3-11.	농촌 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인	67
표 3-12.	농촌 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인	70

제4장

표 4- 1.	자살대책 관련 부처 및 역할 분담	77
표 4- 2.	주요 중앙부처별 시책 수 및 예산	77

그림 차례

제1장

그림 1- 1. 연령에 따른 우울증상 경험률 및 자살 생각률(%)	2
그림 1- 2. 노인가구 형태에 따른 우울수준 변화 추이	3
그림 1- 3. 인구 10만 명당 자살 사망률 추계	3
그림 1- 4. 연령별 자살사망률	5
그림 1- 5. 자살 시도자의 도농별 연령 분포	5
그림 1- 6. 직업별 자살사망률	7

제2장

그림 2- 1. 남성의 2000년과 2011년의 지역별 자살사망률 (인구 10만명당)	21
그림 2- 2. 여성의 2000년과 2011년의 지역별 자살사망률 (인구 10만명당)	22
그림 2- 3. 광역시도별 중독관리통합센터 수	25

제4장

그림 4- 1. WHO 자살 예방 국가전략 프레임워크	73
그림 4- 2. 일본의 자살대책 추진체계	76

제5장

그림 5- 1. 자살사망자의 도움요청 체계와 반응	86
-----------------------------------	----

제 1 장

서 론

1. 연구 필요성 및 목적

1.1. 연구의 필요성

1.1.1. 정신건강 문제로 인한 사회적 부담

가. 정신건강의 질병부담 증가

- 한국 성인 인구의 약 1/4는 평생 동안 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있는 것으로 보고되고 있음(조맹제 외, 2011).
 - 정신질환실태 역학조사에 따르면, 니코틴 사용 장애를 제외하고는 성인의 27.6%가 평생 동안, 16.0%가 지난 1년간 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있는 것으로 나타났음.
- 정신건강은 건강행동(예. 음주 및 흡연), 신체질환(예. 만성질환), 자살과 연관성이 높으며, 현재 전 세계적으로 우울증으로 야기되는 질병부담이 세 번째로 큰 것으로 나타났음. 2020년 10개의 주요 장애 원인 중에는 정신장애

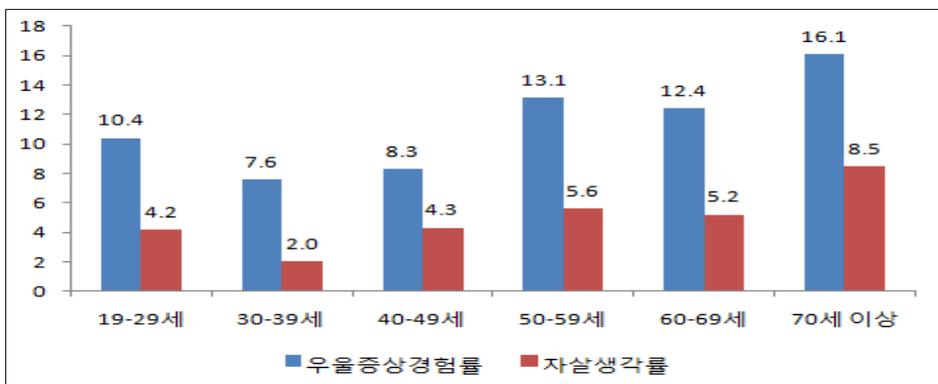
가 5개가 포함될 것으로 보고됨(WHO, 2008).

- 정신질환 유병률은 전체 성인의 7.7% 수준이며, 이들 중 86.8%가 복합질환을 보유하고 있고, 특히 여성(61.6%), 노인(38.4%), 의료급여수급자(22.7%)일수록 복합질환 유병률이 높게 나타났음(전진아, 2014).

나. 노인의 우울 및 자살 관련 정신건강 현황

- 우리나라는 9년 연속 OECD 자살률 1위를 기록하고 있으며, 우울, 자살 등 정신건강 문제가 심각함.
 - ‘13년 한국인 자살률은 인구 10만 명당 29.1명으로 OECD국가 평균 자살률(12.0명)의 2.4배임(OECD, 2015).
- 인구고령화로 인해서 노인독거가구의 비중이 증가하고 있는데, 2014년 65세 이상 고령인구는 총인구의 12.7%로 매년 증가추세에 있고, 2014년 65세 이상 노인 단독가구는 전체 가구의 7.1%로 2035년에는 15.4%로 2배 이상 증가할 것으로 전망됨(통계청, 2014).
- 고령 및 노인독거가구의 정신건강 수준(우울증상 경험률과 자살 생각률)은 젊은 연령층에 비해 낮은 것으로 나타남(보건복지부·질병관리본부, 2013).

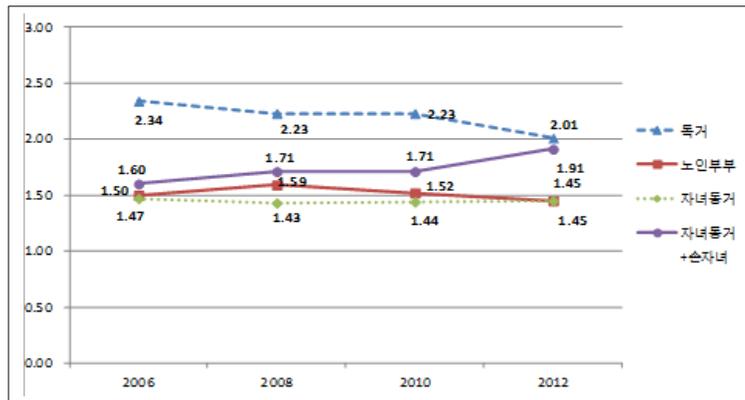
그림 1-1. 연령에 따른 우울증상 경험률 및 자살 생각률(%)



자료: 보건복지부·질병관리본부(2013) 재구성.

- 노인부부 가구(1.45)나 자녀와 동거하는 경우(1.45)에 비해 노인독거가구(2.01)의 우울수준이 높게 나타남(김남순 외, 2014).

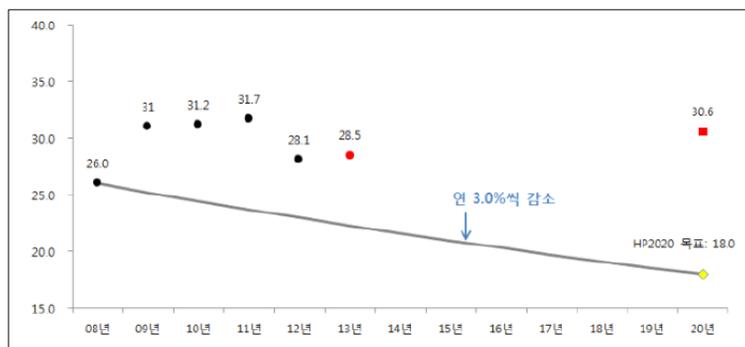
그림 1-2. 노인가구 형태에 따른 우울수준 변화 추이



자료: 김남순 외(2014)

- 이러한 상황에도 불구하고 제2차 자살 예방 기본계획('08~'12)이후 제3차 계획이 수립되지 않아 현재 우리나라에서는 국가단위의 자살 예방 전략이 부재한 상태임.
 - 국민건강증진종합계획에 자살사망률 지표가 있으나, 현재 목표로 설정되어 있는 '인구 10만 명당 자살사망률을 18명으로 감소'를 달성하기 위한 구체적인 방안은 미흡함.

그림 1-3. '인구 10만 명당 자살 사망률' 추계



자료: 한국건강증진개발원(2015)

- 연령이 높아질수록 자살사망률이 높았고, 65세 이상 노인의 고의적 자해(자살)에 의한 사망률은 인구 10만 명당 64.2명으로 나타남(통계청, 2014).
 - 65~69세의 경우 자살사망률이 인구 10만 명당 42.2명인데 반해, 80세 이상은 자살사망률이 인구 10만 명당 94.7명으로 높게 나타남.

표 1-1. 65세 이상 노인의 자살사망률

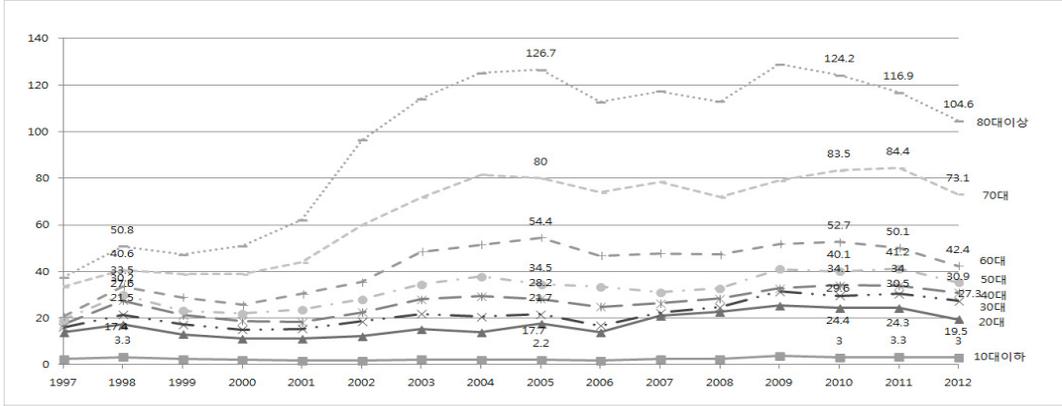
(단위: 인구 10만 명당)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013
65세 이상	35.5	80.3	81.9	79.7	69.8	64.2
남 자	55.6	128.6	128.5	128.6	107.7	102.3
여 자	23.6	49.3	50.1	46.1	43.5	37.3
65~69세	25.9	62.5	60.0	54.0	45.8	42.2
70~74세	34.4	74.5	76.1	76.5	67.4	59.5
75~79세	45.5	88.8	94.7	96.1	81.5	77.7
80세 이상	51.0	126.7	123.3	116.9	104.5	94.7

자료 : 통계청(각 년도), 사망원인통계

- 연령대가 높아질수록 자살사망률이 높은 것으로 나타남.
 - 10대 이하는 모든 연도에서 가장 낮은 수준의 자살사망률과 증가 추세를 보임.
 - 20대부터 50대까지는 1997년 외환위기와 2002년, 2008년 글로벌 금융위기 때 자살이 크게 증가한 것을 제외하면 눈에 띄는 변화는 나타나지 않음.
 - 반면 60대는 외환위기 때 증가한 자살사망률이 2000년까지 소폭 감소함
가 이후 꾸준히 증가하여 2005년 54.4명에 이르렀으며 2006년 다소 감소한 이후 2009년부터 다시 증가함.
 - 70대와 80대 이상은 외환위기 이후에도 자살사망률이 크게 감소하지 않고 꾸준히 증가하여 2005년에는 각각 80명, 126.7명으로 나타났으며 2008년까지 감소 추세를 보이다가 2009년부터 다시 증가하여 2012년 자살사망률은 각각 73.1명, 104.6명으로 나타남(이상영 외, 2014).

그림 1-4. 연령별 자살사망률

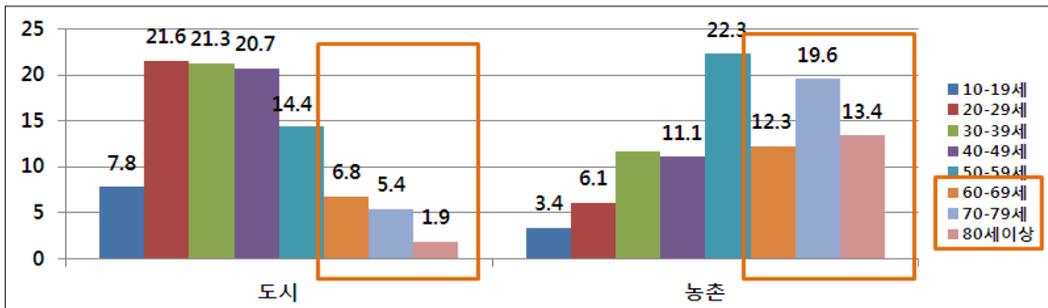


자료: 통계청(각년도), 사망원인통계; 이상영 외(2014) 재인용

다. 노인자살률의 도농 간 편차

- 자살시도자의 연령분포는 도농에 따라 차이가 뚜렷함(보건복지부, 2013).
 - 도시는 자살 시도자 중 60대 이상이 차지하는 비율이 14.1%이나, 농촌은 45.3%로 나타나, 농촌에서 고령자의 비율이 훨씬 높게 나타남.

그림 1-5. 자살 시도자의 도농별 연령 분포



자료: 보건복지부(2013)

- 인구 10만 명당 농촌 노인(만 65세 이상)의 자살률은 2012년 기준으로 평균 78.8명으로 도시 지역(70.4명)에 비해 8명 정도 많은 것으로 나타남(조미형 외 2013).

- 도농 간 노인자살률 차이가 2000년 1.1명이었는데 2010년에는 19.9명으로 증가하다 2012년 8명으로 감소함.
- 하지만 농촌 지역은 도시 지역에 비해 표준편차가 2배 이상 큰 것으로 나타났고, 이는 곧 농촌 지역 내에서도 지자체 간 격차가 크다는 것을 의미함.

표 1-2. 65세 이상 노인자살률 도농비교

	2000		2005		2010		2012	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
도시	37.1	21.0	8.9	40.4	74.2	21.2	70.4	24.6
농촌(군 지역)	38.2	35.2	89.6	82.0	94.1	43.6	78.8	36.2
전체	37.8	30.3	86.1	68.6	86.2	37.7	73.5	29.5

자료: 조미형 외(2013)

- 노인은 자살시도 방법 중 농약음독 및 약물음독의 비율이 높게 나타남(보건복지부, 2013).
 - 50~69세는 약물음독이 57.1%, 농약음독이 23.1%로 나타났으며, 70세 이상은 약물음독이 48.6%, 농약음독이 34.0%임.
 - 도시 지역에서는 농약음독을 자살 시도 방법으로 활용한 경우가 8%인데 반해 농어촌 지역의 경우 40.6%로 높음.

1.1.2. 농어촌의 정신건강 문제

가. 정신질환 유병률

- 정신질환 평생 유병률은 도시 지역이 27.4%(’11), 농촌 지역이 28.3%(’11), 정신질환 일년 유병률은 도시 지역이 15.8%(’11), 농촌 지역이 16.7%(’11)으로, 농촌 지역이 도시 지역에 비해 높음.

1.1.3. 농어촌 정신건강서비스 제공 인프라

- 2014년을 기준으로 정신건강증진센터가 없는 군 지역은 38개이며, 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 중독통합관리센터 등 주요 정신보건기관이 대도시에 편중되어 있어, 군 지역에서의 정신보건기관에 대한 접근성이 매우 떨어지고 있는 실정임.
- 정신보건전문요원과 정신보건 사업인력 등 주요 정신보건 관련 인력들도 대도시와 중소도시, 농어촌 지역 간 편차가 크게 나타남.
- 높은 자살사망률 등 정신건강 문제의 심각성에 비해 낮은 정신보건서비스에 대한 접근성으로 인해 농어촌 정신건강 문제가 악화될 우려가 있음.

1.2. 연구 목적

- 본 연구는 우울과 자살 등 농어촌 지역의 주요 정신건강 유병 실태와 서비스 공급 현황을 파악함.
- 도시와 구별되는 농어촌 지역의 정신건강 수준에 영향을 미치는 요인을 파악함.
- 농어촌 지역 주민의 정신건강서비스를 강화하기 위한 정책 방향을 재설정하고, 추진 과제를 제안하는 것을 주요 목적으로 하고 있음.

2. 연구 내용 및 방법

2.1. 주요 연구 내용

- 농어촌 주민의 정신건강 유병 현황 분석
 - 한국복지패널 등 2차 자료 분석
 - 농어촌 정신건강증진센터 종사자 인터뷰
- 정신건강서비스 제공 현황 분석
 - 정신건강증진센터 종사자 인터뷰
 - 관련 현황 통계 활용
- 정신건강에 영향을 미치는 요인 분석
 - 한국보건사회연구원의 최신 조사자료(2015년) 분석
 - 도시와 농촌에서 정신건강에 영향을 미치는 요인 파악
- 외국의 정신건강서비스 사례 분석
 - 일본, 핀란드 등 외국의 주요 정신건강서비스 제공 사례 분석
- 정책 방향 및 개선과제 제안
 - 서비스, 전달체계, 접근방식 분야에서 정책 방향 및 개선과제 도출

2.2. 연구 방법

2.2.1. 2차 자료 분석

- 한국복지패널자료를 활용하여 우울, 자살 생각 등 정신건강 문제의 도농 간 격차를 비교함.

- 한국의 사회·심리적 불안 실태 조사 자료를 활용하여 도시와 농촌의 정신건강에 영향을 미치는 요인을 분석함.

2.2.2. 문헌 연구 및 현장 인터뷰

- 자살자 심리부검, 정신건강서비스 공급체계 등에 대해 국내·외 문헌을 고찰함.
- 농어촌 지역 정신건강증진센터의 담당자를 인터뷰하여 농어촌 지역의 정신건강 문제의 실태를 파악하고 개선방안 도출에 활용함.

제 2 장

농어촌 정신건강 유병 현황 및 서비스 공급 현황

1. 농어촌 정신건강 유병 현황

- 본 절에서는 도농 간의 정신건강 분석을 위해 한국복지패널을 활용함.
 - 한국복지패널은 2006년(기준년도 2005년)부터 현재까지 조사가 진행되고 있으며, 일반가구 및 개인의 소득, 자산, 지역구분(도농)과 더불어 정신건강을 측정할 수 있는 문항을 포함하고 있음.
 - 본 연구에서 도농 구분은 한국복지패널에서 제공하고 있는 지역 구분을 기초로 하고 있음. 즉 군 지역은 농촌 지역으로 나머지 지역은 도시 지역으로 구분하여 분석함.

1.1. 조사대상자 일반적 특성

- 한국복지패널조사의 전체 분석대상자의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같음¹⁾.

1 본 장에서는 각 년도 횡단가중치(표본추정)를 적용하여 분석함.

- 남성의 비율은 연평균 49.4%이었고, 여성은 50.6%로 여성이 다소 많았음.
- 응답자의 연령대는 35~54세의 비율이 39.8%로 가장 높았고, 다음으로 15~34세가 33.1%로 54세 이하의 비율이 72.9%로 절반 이상을 차지하며, 65세 이상 14.2%, 55~64세 12.9% 순으로 나타났음.
- 학력은 고졸의 비율이 33.7%로 가장 높았고, 다음으로 4년제 졸업이 25.9%, 초등학교 졸업 이하가 14.2%, 전문대 졸업이 12.4%, 중학교 졸업이 10.5%, 대학원 이상 3.3% 순이었음.
- 거주 지역의 경우 전체 응답자의 8%가 농촌에 거주하고 있었으며, 도시 거주자는 92%로 다수를 차지하고 있었음.

표 2-1. 인구학적 특성

(단위: 명, %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013
성별	남성	6,732(49.5)	6,502(49.4)	6,133(49.3)	6,113(49.1)	7,632(49.4)	7,321(49.5)
	여성	6,877(50.5)	6,662(50.6)	6,317(50.7)	6,330(50.9)	7,821(50.6)	7,455(50.5)
연령	15~34세	4,673(34.3)	4,439(33.7)	4,163(33.4)	4,080(32.8)	5,043(32.6)	4,662(31.5)
	35~54세	5,548(40.8)	5,334(40.5)	4,953(39.8)	4,957(39.8)	5,994(38.8)	5,763(39.0)
	55~64세	1,597(11.7)	1,607(12.2)	1,599(12.8)	1,595(12.8)	2,161(14.0)	2,087(14.1)
	65세 이상	1,791(13.2)	1,783(13.5)	1,735(13.9)	1,811(14.6)	2,254(14.6)	2,275(15.4)
학력	초졸 이하	2,067(15.2)	1,933(14.7)	1,784(14.3)	1,748(14.0)	2,124(13.7)	1,981(13.4)
	중졸	1,572(11.5)	1,429(10.9)	1,280(10.3)	1,205(9.7)	1,581(10.2)	1,507(10.2)
	고졸	4,788(35.2)	4,520(34.3)	4,192(33.7)	4,124(33.1)	5,125(33.2)	4,864(32.9)
	전문대졸	1,548(11.4)	1,570(11.9)	1,559(12.5)	1,593(12.8)	1,955(12.7)	1,899(12.8)
	4년제졸	3,207(23.6)	3,273(24.9)	3,211(25.8)	3,329(26.8)	4,147(26.8)	4,048(27.4)
	대학원이상	426(3.1)	439(3.3)	423(3.4)	444(3.6)	520(3.4)	488(3.3)
거주지역	도시	12,489(91.8)	12,051(91.5)	11,376(91.4)	11,429(91.8)	14,263(92.3)	13,754(93.0)
	농촌	1,120(8.2)	1,112(8.5)	1,074(8.6)	1,015(8.2)	1,190(7.7)	1,034(7.0)
동거여부	동거	13,036(95.8)	12,612(95.8)	11,870(95.3)	11,752(94.4)	14,583(94.4)	13,958(94.4)
	비동거	573(4.2)	551(4.2)	580(4.7)	691(5.6)	869(5.6)	829(5.6)
합계		13,609(100.0)	13,163(100.0)	12,450(100.0)	12,443(100.0)	15,453(100.0)	14,788(100.0)

1.2. 우울감

- 먼저 우울감에 대한 변화를 보면, 시간이 지남에 따라 전반적으로 평균 우울점수가 감소하다 2013년 이후 다시 증가하는 양상을 보임.
- 도시와 농촌을 구분하여 보면 지역별 우울 평균점수는 도시에 비해 농촌 지역이 높았으며, 지역별 차이도 유의한 것으로 나타남.
 - CES-D11 지수가 16점 이상으로 우울증상을 가질 가능성이 높은 경우는 도시와 농촌에서 모두 10%대 정도로 나타나고 있으며, 도시에 비해 농촌의 주민들이 우울감을 더 많이 느끼고 있음.

표 2-2. 지역별 우울 변화

(단위: 점, %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013
평균 점수	전체	7.79	6.31	5.79	5.17	5.34	6.03
	도시	7.74	6.18	5.71	5.10	5.25	5.98
	농촌	8.38	7.63	6.63	6.01	6.42	6.81
	t-value	-3.33***	-7.36***	-4.97***	-5.52***	-6.36***	-4.30***
우울감	도시	16.1	11.2	10.2	9.8	10.0	11.2
	농촌	18.7	15.5	11.8	11.1	12.2	14.0
	t-value	-2.97***	-5.26***	-2.12**	-1.86*	-2.99***	-3.56***

주: 1) ***p<.001, **p<0.01, *p<0.05

- 인구학적 특성별로 도시와 농촌 간의 우울감에 대한 차이를 보면, 성별에서는 남성의 경우 지역적 차이가 나타나지 않는 반면, 여성은 어느 지역에 거주하고 있는지에 따라 우울감에 차이가 있음.
 - 남성은 도시에 비해 농촌 지역에 거주하는 남성이 우울감을 느끼는 비율이 높았지만, 지역적 차이는 유의하지 않음.
 - 반면, 여성은 도시보다는 농촌에 거주하는 여성의 우울감 비율이 높았으며, 지역 간 차이도 통계적으로 의미가 있음.

○ 연령별 특성에서는 전반적으로 도시와 농촌이라는 지역 변수가 큰 영향을 미치지 않는 것으로 나타남.

- 15~54세까지는 도시에 거주하는 경우 우울감이 농촌에 비해 높은 반면에 55세 이상 중고령층에서는 도시에 비해 농촌에서 우울감을 느끼는 비중이 높음.

표 2-3. 지역별 우울 변화(인구특성별)

(단위: %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
성별	남성	도시	13.4	7.7	7.8	7.0	7.7	8.8
		농촌	13.0	9.5	8.7	7.0	8.9	10.3
		t-value	0.30	-1.82*	-0.93	0.04	-1.28	-1.37
	여성	도시	18.7	14.6	12.5	12.4	12.1	13.3
		농촌	23.8	20.8	14.7	15.0	15.3	17.7
		t-value	-4.09***	-5.24***	-2.07**	-2.58***	-3.05***	-3.88***
연령별	15-34	도시	13.2	7.0	6.9	8.6	6.8	6.6
		농촌	13.7	4.8	5.9	4.5	3.4	3.2
		t-value	-0.23	1.55	0.67	2.89***	2.65***	2.58**
	35-54	도시	13.8	9.0	7.6	7.4	7.8	8.0
		농촌	13.6	9.7	5.9	4.8	7.6	6.9
		t-value	0.14	-0.49	1.49	2.54**	0.23	0.88
	55-64	도시	18.9	14.1	14.0	11.1	11.6	14.6
		농촌	19.5	21.6	17.0	12.9	11.1	12.8
		t-value	-0.27	-3.20***	-1.40	-1.00	0.26	0.87
	65+	도시	29.9	27.6	24.2	19.8	22.2	27.0
		농촌	28.1	27.2	20.5	22.2	24.9	28.9
		t-value	1.13	0.23	2.51*	-1.85	-1.96*	-1.30

주: 1) ***p<.001, **p<0.01, *p<0.05

○ 다음으로 사회적 특성별(교육수준, 동거유무)로 우울과 자살 의식 간에 지역적 차이를 분석함.

- 교육 수준을 기준으로 보면 고졸을 제외하고는 대부분 지역 간 차이가 유의하지 않음.

- * 즉 학력에 있어 전반적으로 도시에 거주하는 것이 농촌에 거주하는 것에 비해 우울감을 느끼는 비율이 높은 것으로 나타나고 있지만 그 지역적 차이는 유의하지 않음.
- * 교육수준에 있어 고학력자보다는 저학력자일수록 우울감에 노출되는 경우가 높음.

표 2-4. 지역별 우울 변화(사회특성별)

(단위: %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
교육 수준별	초졸 이하	도시	30.7	28.0	26.1	21.8	22.5	28.9
		농촌	26.9	27.0	20.9	21.3	23.5	27.4
		t-value	2.50*	0.64	3.47***	0.35	-0.69	1.01
	중졸	도시	19.4	17.2	15.9	13.9	15.6	20.0
		농촌	13.1	16.9	12.3	10.7	12.5	14.5
		t-value	2.66***	0.11	1.52	1.61	1.38	2.29*
	고졸	도시	16.3	9.9	9.1	9.4	9.1	10.6
		농촌	13.7	8.7	7.1	6.1	5.3	7.4
		t-value	1.47	0.86	1.49	2.73**	3.24**	2.35*
	전문대	도시	14.1	6.6	6.5	8.0	7.1	6.4
		농촌	14.3	8.9	4.1	5.7	6.7	4.1
		t-value	-0.06	-0.86	1.18	1.07	0.15	1.11
	4년제	도시	8.8	5.8	5.1	5.1	5.7	5.4
		농촌	15.0	3.6	5.8	1.7	5.1	3.5
		t-value	-2.16*	1.49	-0.38	3.27***	0.38	1.26
	대학원 이상	도시	8.8	4.6	4.3	4.3	6.5	2.5
		농촌	4.2	1.2	0.8	2.8	-	-
		t-value	0.98	1.31	1.56	0.36	-	-
동거 유무	동거	도시	16.3	11.4	10.4	10.1	10.3	11.6
		농촌	19.3	16.4	12.2	11.9	12.9	15.1
		t-value	-3.27***	-6.01***	-2.30*	-2.60***	-3.51***	-4.23***
	비동거	도시	9.1	7.5	4.4	3.5	3.4	2.0
		농촌	8.9	1.0	6.7	0.8	4.3	1.4
		t-value	144.93	284.21***	-0.76	1.75	-0.34	0.37

주: 1) ***p<.001, **p<0.01, *p<0.05

1.3. 자살 의식

- 평생에 걸쳐 자살을 한 번이라도 생각해 본 경험이 있는 경우는 10.7%, 직접 계획을 세우거나 시도를 해 본 경우는 각각 1.8%와 1.2%로 조사됨.
- 지역별로 보면 농촌에 비해 도시에 거주하는 주민이 자살 생각, 계획 및 시도를 한 비율이 높게 나타나고 있지만, 지역적 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 분석됨.

표 2-5. 지역별 자살의식 변화

(단위: %)

구분	자살 생각	자살계획	자살시도
전체	10.7	1.8	1.2
도시	10.8	1.8	1.2
농촌	9.6	1.7	1.1
t-value	-1.76	-0.55	-0.37

주: 1) ***p<.001, **p<0.01, *p<0.05

- 자살의식에 대한 인구특성별 차이를 보면 지역 간 차이가 크지 않음.
 - 성별을 기준으로 보면 남성에 비해 여성의 자살의식 비율이 높음.
 - 연령을 기준으로 보면 청장년층에 비해 중고령층의 자살의식이 높았으며, 특히 65세 이상 노인에 비해 55-64세의 자살의식이 높음.
 - * 이는 동 연령층의 경우 사회에서는 구조조정, 정리해고, 자영업 실패 등으로 인해 생활에 어려움을 경험하는 동시에 자녀들이 성장함에 따른 교육 및 양육에 대한 부담 등으로 인해 다른 연령대에 비해 많은 정신적 어려움을 경험하는 것으로 추측됨.

표 2-6. 지역별 자살의식 변화(인구학적특성별)

(단위: %)

구분		자살 생각	자살계획	자살시도	
성별	남성	도시	8.4	1.3	0.7
		농촌	7.7	1.4	0.9
	여성	도시	12.9	2.2	1.6
		농촌	11.3	1.9	1.3
연령별	15-34	도시	6.4	0.8	0.6
		농촌	8.1	0.4	0.6
	35-54	도시	11.9	1.6	1.0
		농촌	7.6	0.7	0.8
	55-64	도시	13.8	4.1	2.7
		농촌	13.2	2.8	1.8
	65+	도시	12.5	2.1	1.4
		농촌	10.0	2.5	1.3

○ 사회학적특성별 기준을 통해 자살의식 변화를 보면, 먼저 교육수준에 있어 학력이 낮은 경우 자살의식을 가지는 비중이 높음.

- 지역 구분에 있어 학력이 초졸 이하인 경우와 더불어 대학 이상인 경우 도시에 비해 농촌의 자살계획, 자살시도가 높은 것으로 분석됨.
- 그 외의 경우 대부분 농촌에 비해 도시에 거주하는 경우 자살의식을 많이 하는 것으로 나타났으나 지역별 차이는 유의하지 않음.

표 2-7. 지역별 자살의식 변화(사회학적특성별)

(단위: %)

구분		자살 생각	자살계획	자살시도	
교육 수준별	초졸이하	도시	15.6	4.5	3.2
		농촌	12.6	3.1	1.9
	중졸	도시	13.2	2.8	2.4
		농촌	7.2	0.9	0.6
	고졸	도시	13.1	2.1	1.3
		농촌	9.4	0.7	0.3
	전문대	도시	7.7	0.9	0.7
		농촌	6.2	-	0.3
	4년제	도시	7.3	0.8	0.3
		농촌	7.1	1.8	1.8
	대학원이상	도시	8.8	0.1	-
		농촌	-	-	-
동거 유무	동거	도시	11.1	1.9	1.2
		농촌	9.9	1.8	1.2
	비동거	도시	5.2	0.7	0.2
		농촌	3.7	-	-

2. 농어촌의 자살에 대한 태도 및 자살률 현황

2.1. 자살에 대한 태도²

- 2013년 자살실태조사에서는 자살에 대한 태도를 묻는 설문을 진행하고 설문
문에 포함된 37개의 문항을 10개 태도로 분류함³. 그 결과를 지역별로 구분

2 안용민 외. (2014). 2013 자살실태조사 결과를 참고하였음.

3 이 보고서에서는 자살에 대한 태도를 조사하기 위해 Attitudes Towards Suicide(ATTS)
도구를 이용하였음. ATTS는 Renberg와 Jacobsson(2003)이 스웨덴에서 두 개의 대규모

한 결과 자살에 대한 태도는 도시와 농촌에서 차이를 보이고 있는 것으로 나타남.

- “자살에 대한 수용적 태도”란 “불치병으로 고통 받는 상황에서 자신 및 타인의 자살을 용인하는 태도 및 자살에 대한 허용적인 태도”를 의미하며, 도시(2.79)에 비해 농촌(2.93)이 자살에 대해서 수용적인 태도를 가지고 있는 것으로 나타남.
- “자살에 대한 거부적 태도”는 “자살은 이해하기 어렵다는 태도”와 관련이 있으며, 이 항목 역시 도시(3.90)에 비해 농촌(4.01)이 높게 나타남.
- “자살에 대한 인식 부족”은 “자살하려는 사람들이 사전에 자살에 대해 이야기를 하지 않는다는 생각, 자살에 대해 말하는 것이 실제 자살과는 관련이 적다는 태도”를 의미하는데, 농촌(3.59)이 도시(3.46)보다 더 높음.
- “자살에 대한 예방 인식”은 “자살은 예방될 수 있다는 태도”이며 농촌(3.64)은 도시(3.46)에 비해 자살에 대한 예방 인식 수준이 낮았음.
- “자살에 대한 금기적 태도”는 “자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고 다른 사람의 자살결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 태도”임. 이러한 태도는 도시(2.69)에 비해서 농촌(2.98)에서 높게 나타남.
- “자살의 보편화 경향”은 “자살 생각 및 자살이 보편적이라는 태도”인데, 이 역시 도시(2.89)보다 농촌(3.14)이 높게 나타남을 확인함.
- “자살에 대한 결정과정”은 “자살이 충동적이라기보다는 시간을 두고 발생함는 태도”와 관련이 있고 농촌(2.76)이 도시(2.69)에 비해 이러한 태도를 더 많이 보였지만 통계적으로 유의하지는 않음.

전집을 통해 개발한 자살태도를 측정하는 질문지이며, 초기에는 20문항 버전으로 개발되었으나 최근에는 37문항 버전이 널리 사용되고 있음. 안용민 등(2014)은 ATTS-37을 Renberg와 Jacobsson(2003)이 분류한 “자살에 대한 수용적 태도”, “자살에 대한 거부적 태도”, “자살에 대한 인식 부족”, “자살에 대한 예방 인식”, “자살에 대한 금기적 태도”, “자살의 보편화 경향”, “자살에 대한 결정과정”, “자살 동기에 대한 유추”, “자살 예방의 준비성”, “합리적 선택” 요인으로 나누어 분석하였음.

- “자살동기에 대한 유추”는 “자살시도가 대부분 대인관계 갈등에 기인한다는 태도”이며, 도시와 농촌 중 이러한 태도를 더 많이 보인 곳은 농촌(2.78)임.
 - “자살 예방의 준비성”은 “자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 준비가 되어 있다는 태도”를 의미하는데 이러한 태도는 농촌 (3.75)이 도시(3.61)보다 높게 나타남.
 - 마지막으로 “합리적 선택”은 “자살을 받아들여야 할 상황이 있다는 태도”이고, 농촌(2.52)에서 이러한 태도가 도시(2.28)보다 높게 나타남.
- 농촌에서의 자살에 대한 태도를 요약하면, 농촌에서는 자살에 대한 수용적 태도와 거부적 태도가 동시에 높고, 금기적 태도와 보편화 경향이 함께 높게 나타나는 상반된 특성을 보이고 있음.
- 또한 자살에 대한 인식, 자살에 대한 예방 인식 등이 도시에 비해 부족한 것으로 보이며, 전반적으로 자살은 예방할 수 있다는 인식개선이 필요한 것으로 판단됨. 또한 자살이 합리적인 선택이 될 수 있다고 생각하는 고 위험군에 대한 중재적 개입이 필요함.

표 2-8. 자살에 대한 태도의 지역별 차이

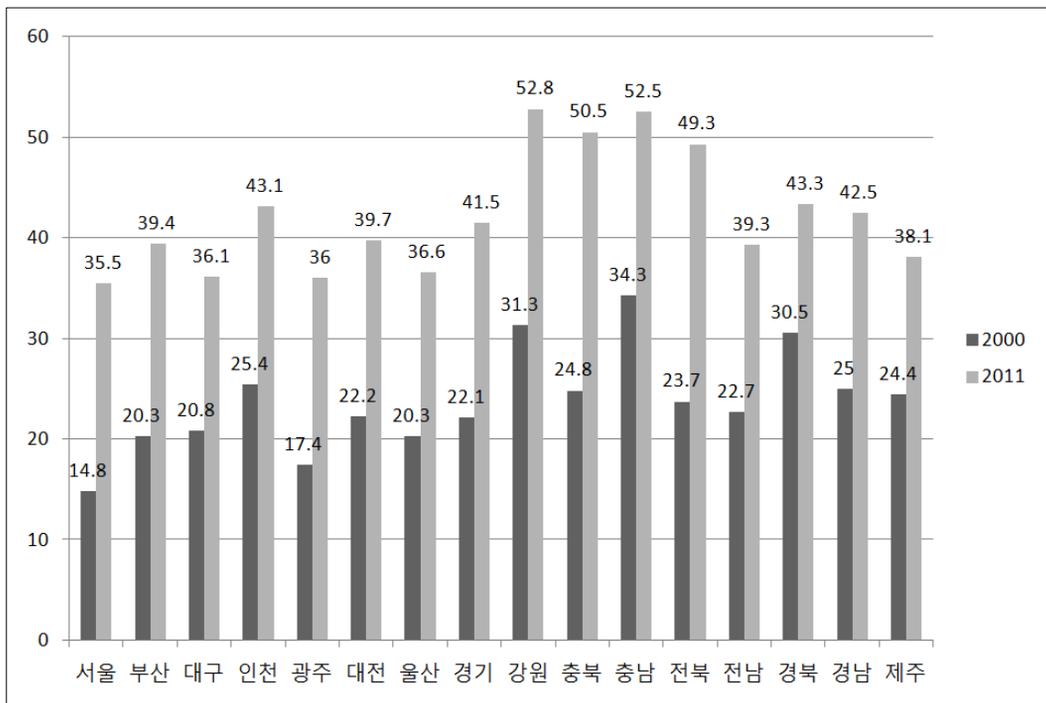
구분	도시	농촌	p
자살에 대한 수용적 태도	2.79 (0.7)	2.93 (0.58)	p<0.01
자살에 대한 거부적 태도	3.90 (0.70)	4.01 (0.63)	p<0.01
자살에 대한 인식부족	3.46 (0.49)	3.59 (0.53)	p<0.001
자살에 대한 예방 인식	3.64 (0.67)	3.46 (0.63)	p<0.001
자살에 대한 금기적 태도	2.69 (0.62)	2.98 (0.66)	p<0.001
자살의 보편화 경향	2.39 (0.82)	3.14 (0.89)	p<0.001
자살에 대한 결정과정	2.69 (0.78)	2.76 (0.71)	-
자살동기에 대한 유추	2.59 (0.80)	2.78 (0.81)	p<0.001
자살 예방의 준비성	3.61 (0.73)	3.75 (0.70)	p<0.01
합리적 선택	2.28 (1.03)	2.52 (1.19)	p<0.01

자료: 안용민 외(2014) 재구성

2.2. 지역별 자살률 및 자살률 증가 지역 수

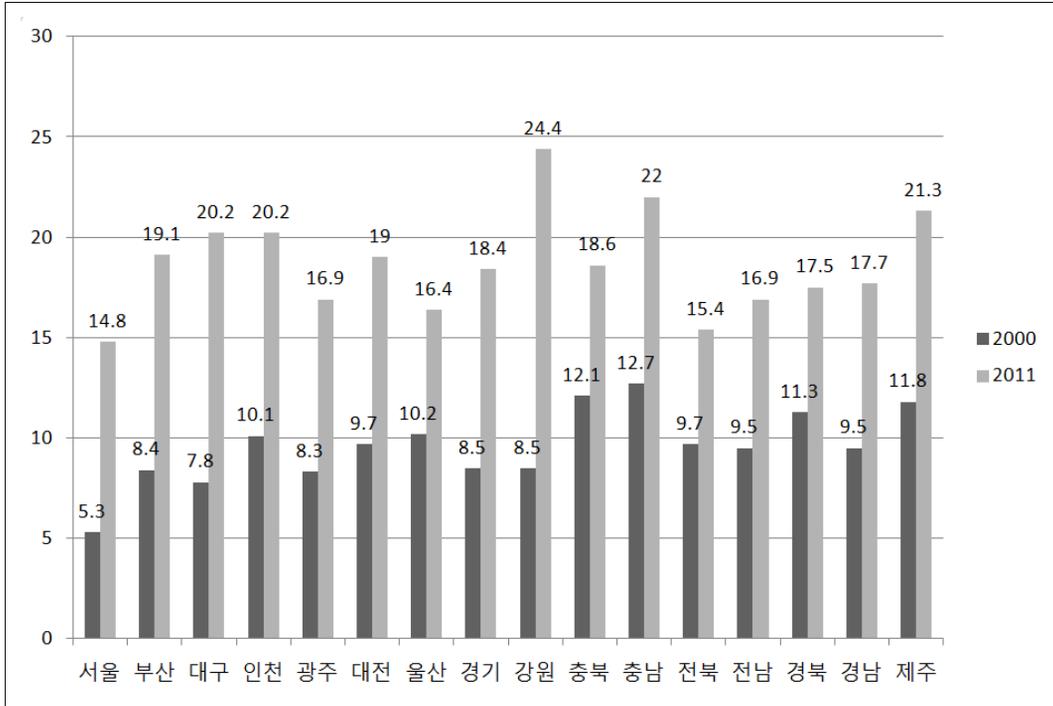
- 전국 모든 시·도에서 2000~2011년 사이에 남자와 여자 모두에서 자살자 수가 증가하였으며, 그 중에서도 자살률이 가장 높은 지역은 강원도(남자 52.8명, 여자 41.5명)였고, 가장 낮은 지역은 서울이었음.
- 전반적으로 대도시 지역에 비해, 군 지역이 밀집되어 있는 지역에서 자살률이 높았음.

그림 2-1. 남성의 2000년과 2011년의 지역별 자살사망률(인구 10만 명당)



자료 : 통계청(각년도), 사망원인통계; 이상영 외(2012) 재인용

그림 2-2. 여성의 2000년과 2011년의 지역별 자살사망률(인구 10만 명당)



자료 : 통계청(각년도), 사망원인통계; 이상영 외(2012) 재인용

- 2000년부터 2011년까지 10만 명당 자살자 수가 25명 이상 증가한 지역들을 대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분하여 지역의 수를 확인한 결과 남자와 여자 모두 자살률이 증가한 지역이 군 지역에 집중됨.
 - 대도시에서는 남자와 여자에서 10만 명당 25~30명이 증가한 지역 수는 한 곳에 불과하였지만, 군 지역에서는 남자의 경우 8곳, 여자의 경우 2곳인 것으로 나타남.
 - 10만 명당 30~40명 증가한 지역들은 대도시 1곳, 중소도시 5곳, 군 지역은 남자 9곳, 여자 2곳인 것으로 나타남.
 - 10만 명당 40명 이상 증가한 지역들은 대도시와 중소도시에는 없었고 군 지역에서만 남자 10곳, 여자 3곳으로 나타남.

표 2-9. 2000~2011년 자살률이 증가한 지역의 수

10만 명당 자살자 수의 증가	대도시		중소도시		군 지역	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
25~30명 증가	1	1	5	0	8	2
30~40명 증가	1	0	5	0	9	2
40~50명 증가	0	0	0	0	5	2
50명 이상 증가	0	0	0	0	5	1

자료 : 통계청(각년도), 사망원인통계; 이상영 외(2012) 재구성

3. 농어촌 정신보건서비스 제공 현황

3.1. 농어촌의 정신보건기관 분포 현황

- 정신보건기관에는 정신건강증진센터, 국·공립 정신의료기관, 민간 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 중독관리통합지원센터 등이 대표적이며, 이들의 분포 현황을 대도시, 중소도시, 군 지역으로 나누어 살펴보면 다음과 같음.
- 2011년 자료에 의하면 군 지역에는 정신의료기관 72개소(5.8%), 정신요양시설 16개소(30.8%), 사회복지시설 24개소(10.5%), 정신보건센터 27개소(17.2%)가 분포하였고, 중독관리통합지원센터는 군 지역에서 부재함.
- 2014년에도 군 지역의 상황은 크게 달라지지 않았고, 정신건강증진센터를 제외하고는 오히려 개소 수가 감소함. 정신의료기관은 67개소(5.1%), 정신요양시설 8개소(13.8%), 사회복지시설 20개소(6.6%), 정신건강증진센터 40개소(21.7%)가 군 지역에 분포되어 있음. 중독관리통합지원센터는 2014년에도 여전히 설치되지 않음.

표 2-10. 지역별 정신보건기관 현황

(단위: %)

구분	대도시		중소도시		군 지역		전체	
	2011년	2014년	2011년	2014년	2011년	2014년	2011년	2014년
정신의료기관	645 (52.2%)	706 (54.1%)	518 (41.9%)	532 (40.8%)	72 (5.8%)	67 (5.1%)	1,235 (100.0%)	1,305 (100.0%)
정신요양시설	14 (26.9%)	21 (36.2%)	22 (42.3%)	29 (50.0%)	16 (30.8%)	8 (13.8%)	52 (100.0%)	58 (100.0%)
사회복귀시설	131 (57.2%)	177 (58.4%)	74 (32.3%)	106 (35.0%)	24 (10.5%)	20 (6.6%)	229 (100.0%)	303 (100.0%)
정신건강증진센터	59 (37.6%)	80 (43.5%)	71 (45.2%)	64 (34.8%)	27 (17.2%)	40 (21.7%)	157 (100.0%)	184 (100.0%)
중독관리통합지원센터	18 (51.4%)	25 (50.0%)	17 (48.6%)	25 (50.0%)	- (0.0%)	- (0.0%)	35 (100.0%)	50 (100.0%)

주: 2011년 자료는 조미형 외(2013)를 인용하였고, 2014년 자료는 중앙정신보건 사업지원단 (2015). “정신보건시설 목록”에 제시된 정신보건기관 현황자료를 지역에 따라 분류하여 사용하였음.

- 표준형 정신보건센터의 경우 정신보건법상 시·군·구 단위로 설치할 수 있게 되어 있으나, 전국에 정신보건센터가 설치되지 않은 군 지역은 2014년말 기준으로 38개 군에 이룸. 또한, 전남, 경북, 경남, 제주 지역에는 광역형 정신보건센터가 설치되지 않음.

표 2-11. 정신보건센터 미설치 지역 현황(2014. 기준)

(단위: 개소)

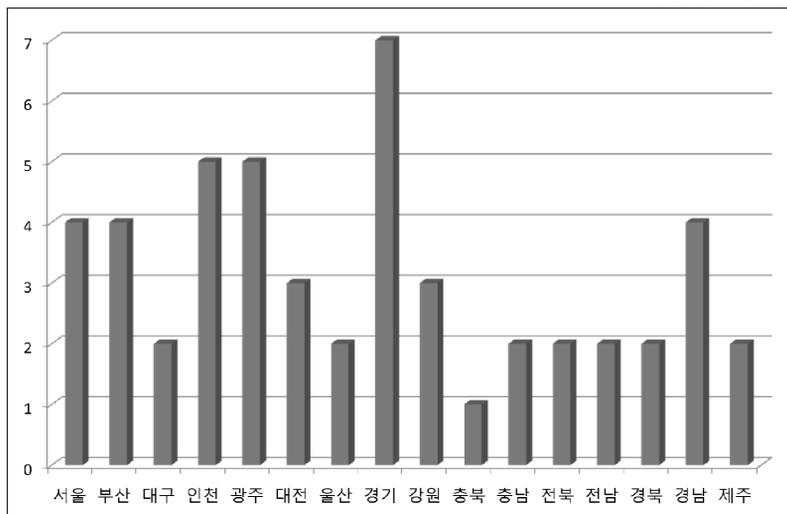
지역	표준형 센터 미설치 지역(군단위)	광역형센터 설치 여부
부산	0	○
대구	0	○
인천	1(옹진)	○
울산	0	
경기	0	○
강원	7(영월, 평창, 정선, 철원, 화천, 인제, 고성)	○
충북	0	○
충남	1(서천)	○

지역	표준형 센터 미설치 지역(군단위)	광역형센터 설치 여부
전북	5(무주, 순창, 임실, 장수, 진안)	○
전남	9(강진, 곡성, 담양, 무안, 보성, 신안, 영암, 진도, 화순)	
경북	11 (군위, 봉화, 성주, 영양, 예천, 울릉, 울진, 의성, 청도, 청송, 고령)	
경남	4(산청, 의령, 창녕, 함양)	
제주	0	
계	38	

자료: 조미형 외(2013); 보건복지부(2015)

- 중독관리통합지원센터의 경우에도 관련법상 인구 20만 명당 1개소를 설치하게 함에 따라 상대적으로 인구밀도가 낮은 농어촌 지역의 경우 접근성에 문제가 발생함.
 - 기 설치된 광역 시도 단위의 중독관리통합센터의 경우에도 도내 시 지역에 설치되어 있을 뿐, 군단위에 설치된 센터는 전무함.

그림 2-3. 광역시도별 중독관리통합센터 수
(단위: 개소)



자료: 보건복지부(2015).

3.2. 지역별 정신보건 사업 수행 현황

3.2.1. 도시와 농촌의 정신보건 사업 예산 집행 방식 현황

- 조미형 외(2013)의 연구에서는 2012년 지역 사회 정신보건 사업 현황조사 자료를 활용하여 정신보건 사업 예산 집행 방식을 보건소 직접 집행, 협력기관 부분 집행, 협력기관 전액 집행으로 구분하여 지역별로 비교함(조미형 외, 2013).
- 도시 지역에서는 협력기관에서 전액 집행하는 비율이 80.6%에 이르고, 중소도시에서도 58.5%를 차지하였지만, 농어촌 지역에서는 14.3%만이 협력기관 전액 집행으로 나타남.

표 2-12. 정신보건 사업 예산집행 방식(2012년 말 기준)

(단위: 개소, %)

구분	대도시	중소도시	군 지역
보건소 직접 집행	12(17.9)	29(35.4)	70(83.3)
협력기관 부분 집행	1(1.5)	5(6.1)	2(2.4)
협력기관 전액 집행	54(80.6)	48(58.5)	12(14.3)
계	67(100)	82(100)	84(100)

자료: 조미형 외(2013).

- 도시와 농촌에서 정신보건 사업의 위탁 비율 또한 차이가 있었음. 도시에서는 정신보건 사업을 위탁하는 비율이 82.1%이지만, 농촌에서는 위탁사업의 비율이 14.3%에 그치고 있음.
 - 이러한 차이는 군 지역에서는 정신보건 사업을 위탁받아 수행할 수 있는 전문기관이나 전문인력 등 민간 인프라가 크게 부족하기 때문인 것으로 유추해 볼 수 있음.

표 2-13. 정신보건 사업 위탁비율

(단위: %)

구분	대도시	군 지역
보건소 직영	17.9	85.7
외부기관 위탁	82.1	14.3

자료 : 조미형 외(2013)

- 정신보건센터를 보건소에서 직접 운영할 경우 기존의 보건소의 인력을 활용하여 정신보건 사업을 수행해야 하기 때문에 정신보건 사업을 전문적으로 수행하는 위탁기관에 비해서 정신보건 사업을 적극적으로 수행하는데 어려움으로 작용할 수 있음(조미형 외, 2013).

3.2.2. 정신보건 사업 수행 인력 현황

- 지역별 정신보건전문요원 참여 인력 수는 대도시에서 평균 8.8명, 농어촌에서는 3.0명으로 대도시에 비해 부족함.
 - 특히 농어촌 지역에서 근무하는 정신보건 전문요원 수는 평균 1.0명이 채 안 되는 것으로 나타나 대도시나 중소도시에 비해 크게 부족하였음.

표 2-14. 지역별 정신보건 사업 인력 현황

(단위: 명)

	대도시	중소도시	농어촌
정신보건 사업 참여 인력	8.8	6.9	3.0
정신보건전문 간호사	1.9	2.1	0.8
정신보건전문 사회복지사	4.5	1.9	0.2
정신보건전문 임상심리사	0.4	0.2	0.0

자료: 조미형 외(2013) 재구성

3.2.3. 정신보건 사업 프로그램 현황

- 군 지역 정신보건기관 사업의 특징은 대도시에 비해 프로그램이 과도하게 치매 사업에 편중되어 있고, 질적 수준도 높지 않다는 것임(조미형 외, 2013).
 - 대도시나 중소도시에 비해 농어촌 지역에서는 치매 사업을 운영하는 지자체가 많았던 반면, 아동청소년정신보건 사업 운영률은 대도시와 중소도시에 비해 농어촌에서는 운영률이 낮았음.
 - 농어촌의 높은 자살률 등을 감안하면 전체 인구 집단을 대상으로 한 자살 예방 사업이나 정신건강증진 사업이 필요할 것으로 생각되나 관련 사업 수행률은 대도시나 중소도시에 비해 낮았음.

표 2-15. 지역별 정신보건세부사업별 운영 현황(2012말 기준)

(단위: 개소, %)

	아동청소년 정신보건 사업	치매사업	자활사업 재활 프로그램	노숙자 정신보건 사업	공동 모금회 지원사업	자살 예방 사업	기타
대도시	79.7	11.6	2.9	1.4	7.2	8.7	21.7
중소도시	79.5	31.3	14.5	2.4	2.4	15.9	13.4
군 지역	57.1	69.9	15.7	0.0	0.0	4.9	8.5

자료: 조미형 외(2013)

주: 자활사업재활프로그램은 2011년말 지원 종료

- 농어촌 지역에서 정신보건 사업 수행과 관련된 자원과 인력 등 인프라 부족과 관련 프로그램 부족 등은 사업 성과로 그대로 이어져 농어촌 정신건강증진센터의 사업성과 또한 도시 지역에 비해 저조한 것으로 나타남.
 - 특히, 지역 사회자원의 활용 및 연계체계, 위기관리 및 응급대응체계의 적절성, 생애주기별 정신건강증진 사업체계의 적절성, 사회재활 지원체계의 적절성 지표는 대도시나 중소도시에 비해 크게 저조한 것으로 나타남.

표 2-16. 기초정신건강증진센터 과정지표 충족 비율

(단위: %)

		대도시	중소도시	군 지역
사업계획 수립	목표의 적절성	42.1	42.9	38.2
	활동전략의 적절성	63.2	48.1	47.1
	자체평가방안의 적절성	52.6	51.9	26.5
지역 사회 협력	지역 사회자원의 활용(연계체계)	57.9	46.8	32.4
정신보건 사업체계 구축	신규 환자발견체계의 적절성	55.3	46.8	50.0
	사례관리 운영체계의 적절성	55.3	32.5	35.3
	위기관리 및 응급대응체계의 적절성	60.5	63.6	35.3
구축	생애주기별 정신건강증진 사업체계의 적절성	50.0	57.1	38.2
	지역특성을 반영한 특성화 사업 및 프로그램 수행	36.8	41.6	35.3
	사회재활지원체계의 적절성	71.1	32.5	20.6

자료: 조미형 외(2013)

4. 정신건강 상태 및 서비스 제공 현황에 대한 면담 결과

- 농어촌의 정신건강 수준을 파악할 수 있는 통계자료가 부족할 뿐 아니라, 정신질환에 대한 부정적 인식으로 농촌의 정신건강 실태를 충분히 파악하기에는 어려움이 있음.
 - 본 연구에서 제시하고 있는 분석 결과에서도 농촌의 정신건강 수준은 일관되게 나타나고 있지 않음. 기존에 발표된 자료에 근거하여 농촌이 반드시 도시에 비해 정신건강이 더 심각하다고 결론짓기는 어려움.
 - 그렇기 때문에 단순히 수치화한 정신질환의 유병률만으로는 농촌의 정신건강 실태와 맥락을 판단하기 어렵고, 농촌의 정신건강증진 사업에 대한 정책적 지지의 근거로도 미약함.

- 따라서 농촌의 정신건강증진 사업 담당자의 시각을 통해, 농촌에서 정신건강이 얼마나 문제가 되고 있으며, 경제적 수준, 의료 인프라 등 취약한 농촌의 환경이 정신건강과 어떻게 연관되어 나타나는지 살펴보고자 함.

4.1 조사방법

- 농촌 지역의 정신건강증진 사업 담당자를 대상으로 ‘농어촌의 정신건강 실태 및 개선방안’이라는 주제로 의견을 수렴함. 이들은 농어촌의 지역 주민 또는 정신질환자를 가장 가까이에서 접하고 있을 뿐 아니라 해당 사업을 전문적으로 수행하고 있기 때문에, 농촌의 전반적인 문제와 요구를 가장 잘 파악할 수 있음.
 - 2015년 11월부터 12월 사이 기초 정신건강증진센터 사업 담당자 및 지방 의료원의 정신보건사회복지사 등 6인을 대상으로 조사함.

4.2 농어촌의 정신건강 상태

- 농어촌 지역의 정신건강 수준을 유병률 등 수치로 제시하기는 어려운 상황이며, 도시에 비해서도 대상자가 많다고 볼 수는 없음. 그러나 정신건강증진센터의 등록 관리 대상자가 증가하고 있으며, 다양한 경로를 통하여 환자 신고 및 의뢰가 많아짐.
 - 정신건강증진센터의 사업이 지속되면서 초기에 비해 센터의 사업이 홍보되고, 지역 주민의 센터에 대한 거부감이 완화되어 가고 있음. 이에 따라 그동안 드러나지 않았던 정신건강 문제가 발견되고 있는 측면도 있음.
- 정신건강의 문제는 단지 노인에 한정되어 일어나고 있지 않다는 것이 공통

된 의견임. 센터의 사업 참여자도 10대부터 모든 연령층이 포함되어 있으며, 일례이지만 지방의료원 정신과의 입원 환자는 소아부터 노인까지 다양하게 분포되어 있음.

- 노인 인구 비율이 높은 만큼 도시에 비해 정신질환자의 연령이 높은 편임.
- 학대, 방임 등 취약한 환경에 노출되어 있는 아동들이 관리되지 못하는 경우가 많으며, 이들은 성장하여 정신질환에 이환될 가능성이 높음. 조기 개입이 이루어지지 않을 경우 청소년기에 학교폭력에 연관될 가능성이 높고, 성인기에는 정신질환이 장기화되어 악화될 수 있음.

- 여러 가지 정신질환을 복합적으로 가지고 있거나, 장기간 치료받지 못하고 방치되어 만성화된 경우가 대부분임.
- 배우자, 부모 등 가족 구성원 모두가 정신질환을 갖고 있는 경우가 많아, 치료를 시작하거나 지속할 수 있도록 지원할 수 있는 가족의 지지가 부족함.

“저희 지역에 지적 장애 2급인 엄마가 있어요. 조금 충동적이고 약간 정신과적 문제가 있는... 남편은 청각장애이고, 큰 딸은 정신분열증인 것 같은데 병원에 한 번도 가본 적이 없고요. 둘째 딸하고 막내도 정신분열로 진단을 받았어요. 그런데 둘째 딸만 병원을 다니고 큰 딸하고 막내는 병원을 잘 안다녀요. 지금은 31살 정도 됐을 텐데 딱 보면 50대 아저씨 같아요. 수염이 길고 씻지도 않고 혼잣말하면서 웃으면서 거리를 배회하는데 (센터에서) 개입을 할 수가 없어요. 어머니 때문에... 친구를 막 때려요. 정말 도끼를 들고 찍는 정도로 때리는데도 엄마가 (지원을 원하지 않아요.)”

- 중심지에서 멀리 떨어져 있거나, 취약 집단이 밀집해 있는 지역은 비교적 도시화가 진행된 곳에 비해 정신질환 문제가 더욱 많이 발생하고 있음.

4.3. 농어촌의 정신건강에 영향을 미치는 요인

○ 농어촌은 도시와 다른 환경을 가지고 있으며, 이것은 지역의 정신건강 증진에 긍정적, 부정적 영향을 미치고 있음.

- 도시에 비해 지역 공동체가 활성화 되어 있어, 지역 주민들 간 정서적 교류를 통해 우울이 완화될 수 있음. 반면, 이웃 간의 잦은 왕래를 통한 공감대 형성은 자살 사건을 확산시키는 촉진제 역할을 함.

“제일 중요한 건 자주 다른 사람들과 교류하는 거예요. 어르신들끼리 만나든 젊은 사람이 찾아가든 그런 횡수가 늘어나면 아무래도 우울감이나 이런 것들을 경감시킬 수 있는 중요한 요인이 되는 것 같긴 해요. 그래서 학생들이나 자원 봉사자들을 활용해서 하면 좋을 것 같아요. 어쨌거나 시골은 도시보다는 지역 공동체가 아직은 살아 있잖아요. 그 지역 공동체를 다시 활성화시키는 게 여러 가지 복합적인 문제를 해결할 수 있지 않을까요?”

“지역 사회가 작다보니까 지역에서 무슨 일이 있으면 다 알음알음 알아요. 자살 시도 사건이 하나 있으면, 한 하루 이틀 만에 다 알죠. 누구네 집 누가 자살로 죽었다더라 뭐 이런 것부터 시작해서 다...”

- 농어촌은 지역 특색을 유지하려는 성향이 있어, 타 지역 사람이나 문화에 폐쇄적인 태도를 갖고 있음. 문화 활동, 정신건강 증진 및 치료 인프라가 부족한 농어촌에서는 이러한 점이 지역 간 교류, 협력에 장애가 됨.

“제가 세 개 지역에 근무해 왔는데 지역마다 사람들의 성향이 정말 다 달라요. 자기주장이 강하고, 같은 지역 사람끼리 (어울리려고 해요.) 처음 만나면 집이 어디인지부터 물어요. 아마 시골은 그런 것을 무시 못 하는 것 같더라고요. ...(중략)... 뭐랄까? 좀 폐쇄적이라고 해야 되나요?”

- 독거, 다문화, 빈곤, 고령화가 일반적이어서, 이러한 문제가 상대적인 박탈감, 차별로 이어지지는 않지만, 전반적으로 국가의 지원이 필요한 취약 인구 집단이 넓게 분포하고 있음.

- 지적장애가 있을 때 정신질환이 동반될 확률이 높는데, 농어촌에는 경제적 문제, 부적응, 요양 등의 이유로 도시에서 떠나온 지적장애인이 많음.
 - 정신질환은 단기간에 호전되거나 완치되지 않기 때문에, 농어촌에는 외래, 입원, 재활을 위한 인프라가 부족하여 질환이 재발하거나 악화됨.
- 경제적 요인은 전반적으로 모든 연령대에 해당되는 공통적인 어려움일 것으로 지목됨. 여기에서 경제적 요인은 절대적 빈곤을 말하며, 농어촌에서는 도시에 비해 상대적 박탈감은 중요한 요인으로 작용하지 않을 것으로 보고 있음. 오랜 기간 낮은 경제적 수준으로 살아왔고, 같은 지역 주민의 생활여건도 크게 다르지 않기 때문임.
- 절대적 빈곤으로 인해 자살에 이르기기도 하고, 또는 경제적 부담으로 치료를 중단하거나 방치하여 정신질환이 악화됨.

“사실 농촌은 소득이 많다고 해도 도시처럼 많은 것은 아니고요. 주민들 간에 소득격차가 있다고 해도 동네에서는 비슷비슷해 보이고, 또 많은 적든 먹는 것 입는 것이 비슷하거든요. 머리모양도 비슷하고요. 어르신들은 점심을 경로당에서 다 같이 해먹고, 먹고 놀이하는 것도 한 동네에서 비슷하고... 도시는 소득에 따라서 옷차림부터 시작해서 걸음으로 드러나잖아요. 근데 여기에서는 누가 부잣집 할머니인지 저희가 잘 구분이 안 되거든요. 할머니들이 저 사람 잘 산다 그래서 아는 거죠.”

- 정신질환에 대한 잘못된 인식으로 치료를 시도하지 않아 중증의 상태로 진전됨.
- 정신질환을 개인의 문제로 인식하여 환자 스스로 또는 가족이 환자 지원을 위한 외부의 개입을 차단하는 경우가 많음.
 - 농어촌에서는 정신질환을 치료가 필요한 문제로 인식하지 않고 그럴 수도 있다고 ‘이해’하려는 경향이 있어, 환자를 발견해도 신고하거나 개입하지 않고 불편하거나 위협적일 수 있는 상황을 견디고 살아감.

“도시에서는 안 좋게 하고 다니면 신고가 들어가는데 시골에 있는 사람들은 그냥 봐주는 것 같아요. 병원 오실 때 너무 안 좋은 상태로 오시는 경우가... 어떻게 손 쓸 수 없고... 이분들이 이미 네트워크가 다 끊어져서 치료가 끝나도 어디 연계할 데가 없는 거예요.”

“정신질환자가 치료를 중단했는데 센터나 유관기관이 손을 못 쓰는 경우가 있어요. 주민들은 오랫동안 봐왔기 때문에 저 사람이 문제가 있지만 어쩔 수 없이 그렇게 가는 경우가 많아요. 저희 센터에서 경찰 개입해서 사례회의도 했는데 가족들이나 본인이 원하지 않으니까 어쩔 수가 없었어요. 보호자들이 치료를 한다고 하지만...”

- 자살을 결정하게 되는 이유는 개인별로 다양하여 농어촌의 자살의 원인을 몇 가지 특정한 이유로 규정짓기 어렵다고 봄.

“왜 죽느냐는 명확하지 않아요. 시도하는 분들을 보니까 정신질환 성격장애 때문이기도 하지만 실제로 사기를 당해서, 관계가 단절되어서... 이유를 규정지을 수가 없어요. 어떤 문제든 죽고 싶다는 이유가 다양해서...”

- 자살은 특별한 사건을 경험한 충격으로 또는 오래된 문제에 대한 해결방법으로 결정하게 됨. 젊은이의 자살은 주로 전자의 이유로, 노인의 자살은 주로 후자의 이유라는 다른 특징을 보이고 있음.

- 대체로 젊은이의 자살은 가정 내 문제, 경제, 사고 등 문제가 뚜렷하게 드러나는 반면, 노인의 자살은 분명한 이유를 찾기 어려운 경우가 많음.
- 노인은 복합만성질환으로 신체적 고통이 지속되어 일상생활이나 경제 활동이 자유롭지 않은 점이 중요한 요인으로 작용함.
- 또한 오랜 기간 정신 질환을 앓고 있을 때, 자살의 위험은 높아지며 자살 성공률이 높음.

“농촌은 제가 봤을 때는 신체적인 질환이든 정신적인 질환이든 병이 있다는

것이 가장 큰 것(요인) 같고요. 잘 모르겠지만 자살이나 자살시도 보면 정신과적, 신체적 질환이 있는 남자들이 가장 많거든요. ...(중략)... 어르신들이 관심이 제일 많은 게 건강인 것 같아요.

어르신들에게 크게 충격적으로 와 닿는 것은 시골에서는 농산물을 조금씩이라도 키우잖아요. 이것을 할 수 없을 만큼 아프지 아니면 그래도 이걸 할 수 있을 정도가 되는지 그게 중요한 문제인 것 같아요. 농사를 못하시면...아 내가 이렇게 늙었구나, 내가 이렇게 힘이 없고 아픈가를 그런 것들을 많이 느끼시는 것 같더라고요.”

4.4. 농어촌의 정신건강증진 서비스 제공 현황

- 농어촌의 적은 인구를 고려하면 조손가구, 위기가구 등 취약 아동의 비율이 도시에 비해 높지만, 청소년을 수용할 수 있는 시설과 인력이 양적, 질적으로 충족되지 않음.

“청소년들은 학원이나 이런 문화(공공과 민간의 인프라)가 너무 없어요. 지역아동센터가 너무 적어서 수용할 수 있는 인원도 적어요. 그리고 사실 종사자의 수준 차이도 많고요. 비율로 따지면 도시보다 여기에 있는 아이들이 한 부모나 조손가정이 높거든요. 그런 아이들을 적절히 케어 할 수 있는 시스템이 확실히 부재한 것 같고요. ...(중략)... 학교 위클래스, 드림스타트, 상담 복지 센터... 이런 곳들이 아무래도 경쟁적인 곳(도시)에 비해서는 규모가 작고 수준이 떨어지고...”

- 장년층은 다른 연령군에 비해 농어촌에서 차지하는 비율이 낮아 정신건강 증진 사업이 활성화되기 어렵고, 이들은 경제 활동에 가장 활발하게 참여하는 세대이기 때문에 시간이 부족하여 서비스에 대한 요구도 적음.

- 농어촌의 장년층은 주로 가까운 도시에 거주하며 주간에만 일터로 이동해 온 경우가 많음. 지역의 정신건강 증진 사업은 비거주자를 제외하지는 않지만, 이들을 대상으로 하는 사업이 많지 않고 수요도 적음.
- 사업장을 대상으로 교육 프로그램이 운영되고 있지만, 근무시간에 영향을 미치기 때문에 직장인의 참여도가 낮음.
- 농어촌의 정신건강증진 프로그램은 노인에 집중되어 있지만, 한 곳의 센터가 포괄해야 하는 지역이 넓기 때문에 서비스가 지속되기 어려움.
 - 경로당을 대상으로 이루어지는 프로그램은 수요가 많고 활성화되어 있지만, 관할 지역의 경로당을 모두 지원해야하기 때문에 한시적으로 제공됨.
- 정신건강증진센터의 사업 중 하나로 경제적 수준에 따라 약제비 및 진료비가 지원됨. 경제적 부담으로 치료를 중단하는 경우가 많은 상황에서 비용지원 사업은 치료 의지가 있는 환자의 지속적인 치료에 실질적인 도움이 되고 있음.
- 농어촌에는 치료 뿐 아니라 특히 재활을 위한 인프라가 부족하여, 치료가 완료된 이후에도 정상적인 활동이 어렵거나, 또는 쉽게 재발되는 문제가 있음.

“정신과 질환이 치료기간이 길잖아요. 형제들은 서로 부양의무가 없으니까 떨어져나가고 부모님만 뒷바라지 하다 보면 돌아가시고, 나중에 환자가 갈 데가 없어서 병원에 남아있는 경우가 많거든요. 만성 환자들이 갈 곳이 없어요. 사회복지시설도 집이 있고, 교통수단이 있는 사람이 다니고 있는 거고, 방치되어 있는 사람들 많은데 이분들 갈 데 없어요. 시골에서는 환자를 데리고 가시면 움막 지어놓고 사시다가 다시 입원시키고 이런 경우도 많거든요.”

“저희 지역 안에 정신의료 시설이 없어요. 그래서 (치료받으려면) 다 밖으로 나가야해요. 그러다보니 센터와 의료기관 협력이 조금 힘들고 위기 대응이 나 이럴 때 어려움이 조금 있었거든요. 그래서 이주하는 가정들이 많죠.”

“정신질환자든 알코올 중독이든 들어갔다 나오면 똑같은 상황이잖아요. 인프라가 없다보니까 입원했다 퇴원했다 계속 반복이예요.”

- 알코올 중독은 정신질환 중에서도 회복 가능성이 낮기 때문에 사업의 효과가 나타나기 어려울 뿐만 아니라, 중독에 대해 전문적으로 대응할 수 있는 인력과 시설이 부재함.
- 정신건강증진 사업 담당자들은 환자와 가족이 누군가의 개입을 동의하지 않는 상황에 직면할 때 폭력과 폭언에 노출됨. 안전하지 않은 근무 환경은 원활한 사업 운영에 장애가 되고 있음.
- 지역 주민과의 접촉이 잦은 게이트키퍼를 활용하는 것은 정신건강 고위험군을 조기 발견하는 데 효과적인 방법임.
 - 읍·면지역 사회복지공무원, 주민센터 공무원, 경찰서 등 주요 관공서의 인력을 대상으로 교육과 홍보를 함으로써 정신질환에 대한 이해를 높일 때, 정신건강증진 사업 담당자가 고위험군을 접촉할 가능성이 높아짐.
 - 지역의 이장, 부녀회장, 노인회장 등을 적극적으로 활용하여, 이들을 통해 지역공동체를 활성화시키고, 또한 드러나지 않고 방치되어 있는 지역의 정신질환자를 조기에 발견하도록 함.
 - 이외에도 영농후계자, 새마을지도자, 농협 직원, 종교인 등은 지역 주민을 가장 많이 접촉하는 사람들임. 이들은 정기적으로 모이거나 연락이 가능하여 조직화되어 있는 집단이므로, 일정 시간 정신건강 증진 관련 교육을 이수하도록 하면 게이트키퍼의 역할을 효과적으로 수행할 수 있는 인적 자원임.

“마을의 부녀회장이나 아니면 기능이 조금 되는 활동력이 있는 어르신 한명이 그 마을에 있는 독거노인 세 네 분 정도 맡아서 하루에 한 번씩 방문해서 체크하는 이런 사업들이 지금 진행되고 있거든요. ...(중략)... 이장님들, 부녀회장, 노인회장 이런 분들을 잘 활용하면 그 안에 공동체가 좀 활성화 되는... 왜 옛날에 저희 아프면 앞집에서 챙겨주고 하는 그런 것들을 다시 살려주는 게 좀 필요하지 않을까... 도시 사는 친척이나 자식들이 와 보는 건 현실적으로 거의 불가능하니까 지역에 있는 자원들을 살려주면 좋을 것 같아요.”

제 3장

농어촌 정신건강에 영향을 미치는 요인

- 정신적 문제가 심각해지면 정신건강뿐 아니라 신체건강에도 영향을 미치며, 이것은 가정의 행복과도 관련이 있음. 정신건강 문제는 사회적으로도 다양한 문제를 일으키며, 국가의 공공자원의 지출에도 영향을 미침.
 - 우울은 중요한 공중보건 문제이며, 자살을 일으키는 가장 중요한 요인 중의 하나임. 자살 시도 경험이 있는 심각한 우울은 정상적인 생활을 유지할 수 있는 개인의 역량을 악화시킬 수 있음.
- 따라서 정신질환을 정확히 진단하고 치료하며, 정신질환을 예방할 수 있도록 정신건강 증진을 위한 적절한 국가지원체계를 마련해야 함. 농촌은 생활수준, 지역문화, 생활습관 등 도시와 다른 특성을 가지고 있어, 이러한 차이가 도시와 농촌의 정신건강 수준에도 영향을 미칠 수 있음. 따라서 농촌 지역 주민의 정신건강에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 농촌 지역에 부합한 정책을 수립하는 것이 중요함.

1. 분석 내용 및 방법

1.1. 분석 내용

- 최근 한국보건사회연구원에서 실시된 조사 결과를 이용하여 도시와 농촌의 정신건강 문제를 스트레스, 우울, 자살 생각의 측면에서 비교함으로써 농촌의 정신건강의 수준을 파악함.
- 정신건강의 문제가 인구·사회학적 특성, 개인 및 사회적 요인에 따라 어떠한 양상을 보이고 있는지를 분석함.
 - 특히 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 요인들이 농촌 지역에서 도시 지역과 다른 양상을 나타내는지 검토하고자 함.

1.2. 분석 자료

- 분석을 위하여 2015년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘한국사회의 사회·심리적 불안 실태조사’를 활용함(이상영 외, 2015).
 - 조사는 사회·심리적 불안을 측정하고, 불안으로 인해 나타날 수 있는 정신건강 문제를 파악하는 데 중점을 두고 있음.
 - 전국의 만 19세 이상 성인을 대상으로 2015년 8월 8일~9월 22일 기간 동안 조사가 실시되었으며, 가구 방문을 통한 면접조사 방식으로 진행됨.
 - 표본은 전국의 17개 시·도를 층화하고 성, 연령을 고려하여 추출하였고, 최종 조사 완료된 대상자 수는 7,000명임.
- 조사 결과는 읍·면·동당 평균 세대 수, 시도별 주민등록세대 수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용됨.

1.3. 정신건강 관련 변수

- 정신건강은 우울과 자살 생각으로 나누어 측정함.
 - 우울은 Radloff(1977)가 개발한 CES-D11 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)로 측정함. 지난 일주일간 경험한 우울 증상에 대해 응답하도록 하는 11개 문항으로 구성된 척도를 활용함. 각 응답항목에서 ‘극히 드물다’는 0점, ‘가끔 있음’은 1점, ‘종종 있음’은 2점, ‘대부분 그랬다’는 3점으로 점수화하여, 16점 미만일 경우 정상군으로, 16점 이상일 경우는 고위험군으로 분류함.
 - 자살 생각은 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 경험으로, ‘예’, ‘아니오’로 응답하도록 함.

1.4. 정신건강에 영향을 미치는 요인 관련 변수

- 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 요인으로는 인구학적 특성, 경제적 특성, 가족 및 지역 사회와의 갈등, 건강 수준 및 건강 행태, 사회적 특성의 다섯 가지로 분류함.
- 여러 연구에서 성, 연령 등 인구학적 특성에 따라 정신건강 상태에 차이가 있는 것으로 보고하고 있음.
 - Tian et al.(2015)의 연구에서는 여성이 남성에 비해 정신장애가 더 많이 나타나며 이러한 경향은 도시와 농촌 모두 같다고 함. 반면, Hawton et al.(2013)은 메타 분석을 통해 남성의 자살 위험이 1.76배 높음고 함.
 - 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 메타분석 결과에 따르면, 우울의 위험은 여성이 남성에 비해 1.4배 높음. 또한 이 연구에서는 우울의 위험 인자를 사별, 수면 장애, 장애라고 보고하였으며, 이것은 노인에게

서 많이 나타나는 문제들이라고 지적함(Cole & Dendukuri, 2003).

- 사회경제적 수준이 낮을수록 신체 기능이 낮아질 뿐 아니라, 우울과 같은 정신 장애의 발생률도 높아짐. 일반적으로 사회경제적 수준이 낮은 집단은 상대적으로 심리사회적 자원이 적고, 스트레스가 높은 생활환경에 노출되어 있으며, 사회적 지지가 낮음(Koster et al., 2006).
- 한편, 갈등이 우울의 위험요인으로 언급되고 있는데, 생물학적으로 우울에 취약한 사람들은 가족이나 친구와 갈등이나 논쟁이 있을 때 우울해질 수 있음 4. 사회경제적으로 취약한 여성들 사이에서 가족으로부터의 지지가 자살 시도의 위험을 낮추는 것으로 나타났으며(Meadows et al., 2005), 가족의 지지가 높다는 점은 신체적 건강 뿐 아니라 정신적 상태를 향상시키는 데에도 기여함(Huang et al., 2015). 즉, 가족의 지지를 받지 못하고, 갈등의 상황에 놓인 경우 정신건강에 부정적 영향을 미치게 될 것으로 예측할 수 있음.
- 건강 상태와 흡연, 음주 등 생활습관은 정신건강과 상호 관련성을 갖고 있음. 특히 농촌에서는 도시에 비하여 정신건강과 관련된 의료접근성이 낮고, 농사 등 육체노동과 관련된 직종에 종사하는 경우가 많아 건강관리에 취약할 수 있으며, 건강한 생활습관을 유지할 수 있는 정보와 유인에도 취약할 수 있음.
 - 암, 뇌졸중, 심장질환 등 중증 만성 질환은 우울의 위험인자로 작용함. 우울은 주요 질환과 동반되기도 하고 질환에 반응하기도 함 5 6.
 - 기존 연구에 따르면 장애가 있는 사람들은 신체적으로 건강한 사람들과 비교하여 정신질환을 갖게 될 위험이 높고, 만성질환이 1개 이상 있는 사

4 Depression (major depressive disorder).

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/basics/risk-factors/con-20032977> 에서 2016. 1. 14 인출.

5 전계자료

6 What Are the Risk Factors for Depression?

<http://www.webmd.com/depression/guide/depression-are-you-at-risk> 에서 2016. 1. 14 인출.

랍은 만성질환이 전혀 없는 사람과 비교하여 심리적 장애를 가질 확률이 높음(Tian et al., 2015). 또한 농촌에서 자살사망자의 신체질환 유병률은 매우 높으며, 신체질환이 있는 자살사망자들은 신체질환이 없는 자살사망자와 비교하여 나이가 많고 교육과 소득 수준이 낮음(Jia et al., 2014).

- 한편, 만성질환으로 인한 심각한 고통이나 통증은 우울로 연결될 수 있는데, 농촌 지역 거주자들이 도시 지역 거주자에 비해 우울의 중증도가 낮고, 삶의 만족도가 높다고 보고되기도 함. 이것은 도시와 농촌의 환경 차이로 인해 만성질환에 대처하는 전략이 다르기 때문인데, 농촌은 항상 무엇을 해야 하는 사회적 압박을 덜 받고, 만성질환으로 자신의 직업(농업)을 잃는 것이 아니기 때문이라고 해석됨(Ziarko et al., 2015).
 - 생활습관은 정신건강과의 관련성을 갖는데, 예를 들어 스트레스가 높아지면 이에 저항하기 위하여 흡연이나 과식과 같은 건강하지 않은 행태를 하게 되는 것으로 설명할 수 있음(Kaplan et al., 2013).
 - 중국의 노인을 대상으로 수행한 연구에서는 흡연이 정신장애 발생 위험을 증가시킨다고 함. 반면 음주는 농촌 지역에서 반대의 작용을 하는 것으로 나타났는데, 중국의 농촌 지역 노인들이 파티를 열며 술 마시는 것을 좋아하기 때문인 것으로 해석함(Tian et al., 2015). Hawton et al.(2013)의 연구에서는 알코올 또는 약물의 남용이 우울의 위험을 각각 2.47배, 2.66배 증가시키는 것으로 보고함.
- 다른 사람으로부터 도움을 받을 수 있고, 일상적인 문제와 감정을 함께 나누고, 정보와 애정을 교환하는 등의 사회적 지지와 지역 사회에서 이용 가능한 사회적 자원은 개인의 정신건강을 완화시켜주는 작용을 함. 도시에서는 스트레스를 해소하기 위한 다양한 문화 활동에 대한 접근성이 높은 반면, 농어촌은 경로당, 마을회관 등에서의 활동을 통해 유대관계가 형성되어 있어 이를 통해 정서적인 위안을 얻을 가능성이 높음.
- 사회적 지지는 다양한 연령 집단에서 우울 증상을 완화시키는 역할을 하

며, 사회적 지지가 부족하다는 것은 우울 증상 발생의 예측인자로 볼 수 있음. 초기 성인기를 대상으로 연구한 결과, 불만족스러운 사회적, 심리적 지지와 부족한 교우관계가 우울과 관련이 있는 것으로 나타남 (Martinez Hernaez et al., 2016).

표 3-1. 정신건강에 영향을 미치는 요인 변수

영향 요인	측정변수	척도 및 분류
인구학적 특성 요인	성	남/여
	연령	19~29세/30~39세/40~49세/50~59세/ 60~64세/65~69세/70세 이상
	거주지역	읍·면/동
경제적 요인	직업	비육체노동자/육체노동자/무직
	소득	200만원 미만/200~400만원 미만/400~600만원 미만/600 만원 이상
가족·지역 사회와의 갈등	가족구성원과의 관계의 원만한 정도	‘매우 그렇지 않다’, ‘그렇지 않다’/‘그렇다’, ‘매우 그렇다’
	이웃주민들과의 관계의 원만한 정도	‘매우 그렇지 않다’, ‘그렇지 않다’/‘그렇다’, ‘매우 그렇다’
건강 수준 및 건강 행태	주관적 건강 상태	‘매우 나쁨’, ‘나쁨’/‘보통’/‘ 좋음’, ‘매우 좋음’
	평생 흡연 여부	있음/없다
	음주	AUDIT-K로 측정 정상(0~15점)/위험 및 중독(16~40점)
사회적 특성	사회적지지 정도	0~10점
	자존감	Rosenberg 척도 10개 문항으로 측정 0~40점
	동거여부	동거/비동거

1.5. 분석 대상자의 일반적 특성

- 분석 대상자의 84.8%가 동 지역 거주자이며, 읍·면 지역 거주자가 15.2%에 해당됨.
- 읍·면 지역의 65세 이상 노인은 20.3%, 70세 이상의 고령자는 15.3%를 차지하고 있어, 동 지역이 각각 14.2%, 10.2%인 것에 비해 노인 인구의 비율이 높음.
- 결혼 상태가 이혼, 사별, 별거와 같이 안정적이지 못한 경우가 동지역이 6.4%인데 반해, 읍·면 지역은 9.0%로 높았고, 혼자 사는 경우도 동지역이 7.5%인 반면, 읍·면 지역이 10.0%로 높음.
- 읍·면 지역은 동 지역에 비해 육체노동자의 비율이 높고, 60세 이하 인구 집단에서 고학력자 비율이 동 지역에 비해 낮았으며, 60세 이상 인구 집단에서 저학력자의 비율이 높음. 뿐만 아니라 읍·면 지역은 동 지역에 비해 고소득자의 비율이 낮았고, 저소득자의 비율이 높아 사회·경제적으로 낮은 수준에 있음.

표 3-2. 분석 대상자의 일반 특성

		동 지역		읍·면 지역	
		명	%	명	%
성	남성	2,940	49.5	528	49.7
	여성	2,997	50.5	535	50.3
연령	19~29세	1,116	18.8	159	15.0
	30~39세	1,109	18.7	195	18.3
	40~49세	1,231	20.7	211	19.9
	50~59세	1,181	19.9	202	19.0
	60~64세	460	7.7	81	7.6
	65~69세	235	4.0	53	5.0
	70세 이상	605	10.2	163	15.3

		동 지역		읍·면 지역	
		명	%	명	%
결혼 상태	미혼	1,319	22.2	201	18.9
	기혼	4,238	71.4	766	72.1
	이혼, 사별, 별거	380	6.4	96	9.0
독거여부	동거	5,492	92.5	956	90.0
	독거	445	7.5	107	10.0
직업	비육체노동자	1,406	23.7	188	17.7
	육체노동자	2,436	41.0	485	45.6
	무직	2,094	35.3	390	36.7
교육	19~59세 중졸이하	98	1.7	26	2.4
	19~59세 고졸	1,815	30.6	365	34.3
	19~59세 대재이상	2,725	45.9	376	35.4
	60세 이상 초졸	352	5.9	107	10.0
	60세 이상 중졸	454	7.6	96	9.1
	60세 이상 고졸이상	494	8.3	93	8.8
소득	200만원 미만	917	15.4	244	23.0
	200만원~400만원 미만	2,274	38.3	461	43.4
	400만원~600만원 미만	2,237	37.7	287	27.0
	600만원 이상	509	8.6	71	6.7
계	5,937	100.0	1,063	100.0	

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

2. 도시와 농촌의 정신건강 상태 비교

2.1. 도시와 농촌의 정신건강 일반 현황

○ 평소 스트레스를 많이 또는 매우 많이 느낀다고 응답한 비율은 읍·면지역이

42.4%로 동지역 37.0%보다 높음.

- 우울 점수가 위험군으로 분류된 경우는 도시와 농촌 모두 약 4%로 비슷하여, 농촌의 정신건강 문제가 도시에서 나타나는 수준에 이르고 있음.
- 최근 1년간 자살을 생각한 적이 있다고 응답한 비율은 동 지역이 6.5%로 읍·면 지역 4.4%보다 많음.

표 3-3. 도시와 농촌의 정신건강

		동지역		읍·면지역		F(p)
		명	%	명	%	
스트레스	느끼지 않는 편	3,739	63.0	612	57.6	8.152 (.004)
	느끼는 편	2,198	37.0	451	42.4	
우울	정상군	5,705	96.1	1,020	96.0	0.017 (.898)
	위험군	232	3.9	43	4.0	
자살 생각	예	387	6.5	46	4.4	5.943 (.015)
	아니오	5,550	93.5	1,017	95.6	

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시·도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

2.2. 스트레스에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성

- 도시와 농촌 모두 남성이 더 많은 스트레스를 느끼고 있음.
- 도시에서는 경제 활동이 가장 활발한 30~50대의 스트레스가 가장 많은 반면, 농촌은 구직 활동을 시작하는 20대의 스트레스가 가장 큼.
 - 경기침체나 높은 실업률 등 부정적인 사회 분위기 속에서 특히 농촌의 젊은 세대가 취업의 기회가 더욱 적을 수 있음. 또한 노인의 스트레스는 도시보다 농촌이 더욱 높은 편으로 나타남.
- 도시에서는 미혼자의 스트레스가 가장 컸지만, 농촌은 결혼 상태에 따라 스

트레스에 차이를 보이지 않음.

- 도시와 농촌 모두 독거 여부에 따라 스트레스에 차이가 없었음.

- 도시에서는 근로자라는 점 자체가 상당한 스트레스로 작용하는 것으로 보였으나, 농촌에서는 근로자 중에서도 육체노동자의 스트레스가 상당히 높음.
- 교육 수준의 차이로 인한 스트레스는 도시에서는 두드러지지 않았으나, 농촌에서는 학력이 높을수록 더 많은 스트레스를 느끼고 있는 것으로 나타남.
- 소득이 증가할수록 스트레스가 높아졌는데, 600만 원 이상의 고소득자일 경우 도시에서는 스트레스가 낮았지만, 농촌에서는 가장 스트레스가 높은 집단으로 나타나고 있음.

표 3-4. 스트레스에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이

(단위: %)

		동				읍·면			
		느끼지 않는 편	느끼는 편	N	F(p)	느끼지 않는 편	느끼는 편	N	F(p)
성	남성	57.3	42.7	2,941	68.655	50.1	49.9	528	16.707
	여성	68.6	31.4	2,997	(<.001)	64.9	35.1	535	(<.001)
연령	19~29세	62.0	38.0	1,116	21.991 (<.001)	47.1	52.9	159	4.894 (<.001)
	30~39세	56.6	43.4	1,109		53.3	46.7	195	
	40~49세	58.0	42.0	1,231		50.2	49.8	211	
	50~59세	59.2	40.8	1,181		55.9	44.1	202	
	60~64세	75.8	24.2	460		66.5	33.5	81	
	65~69세	75.6	24.4	235		79.5	20.5	53	
	70세 이상	79.3	20.7	605		72.9	27.1	163	
결혼 상태	미혼	59.6	40.4	1,319	5.039	48.8	51.2	201	2.885
	기혼	63.5	36.5	4,238	(.007)	59.9	40.1	766	(.056)
	이혼, 사별, 별거	68.6	31.4	380		56.7	43.3	96	
독거 여부	동거	62.9	37.1	5,491	0.128	58.1	41.9	956	0.798
	독거	63.8	36.2	445	(.721)	52.8	47.2	107	(.372)
직업	비육체노동자	54.3	45.7	1,406	102.612	40.2	59.8	188	12.846
	육체노동자	56.7	43.3	2,436	(<.001)	56.9	43.1	485	(<.001)
	무직	76.1	23.9	2,094		66.6	33.4	390	

		동				읍·면			
		느끼지 않는 편	느끼는 편	N	F(p)	느끼지 않는 편	느끼는 편	N	F(p)
교육	19~59세 중졸이하	59.3	40.7	98		67.6	32.4	26	
	19~59세 고졸	58.8	41.2	1,815		57.5	42.5	365	
	19~59세 대재이상	59.0	41.0	2,725	24.864	45.3	54.7	376	8.815
	60세 이상 초졸	79.5	20.5	352	(<.001)	80.8	19.2	107	(<.001)
	60세 이상 중졸	75.8	24.2	454		72.0	28.0	96	
	60세 이상 고졸이상	77.4	22.6	494		63.0	37.0	93	
소득	200만원 미만	72.7	27.3	917		70.3	29.7	244	
	200만원~400만원 미만	62.7	37.3	2,274	15.274	55.1	44.9	461	5.367
	400만원~600만원 미만	59.0	41.0	2,237	(<.001)	54.0	46.0	287	(.001)
	600만원 이상	64.6	35.4	509		44.3	55.7	71	
계	63.0	37.0	5,937		61.2	45.1	1,063		

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시·도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

2.3. 우울에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성

- 도시에서는 여성이 더 우울한 것으로 나타났지만, 농촌에서는 성별에 따른 차이가 없었음.
- 도시와 농촌 모두 70세 이상 노인의 우울이 가장 심각한 문제로 드러났고, 도시는 연령이 증가할수록 우울이 증가하는 특징을 보임.
- 도시에서는 결혼 상태가 안정적이지 않거나, 혼자 살고 있다거나, 직업이 없을 때 우울이 문제가 되고 있었던 반면, 농촌은 이러한 상황에 따라 우울이 다르지 않음.
- 도시와 농촌 모두 교육과 소득 수준이 낮을 때 우울이 더욱 높게 나타났는데, 농촌에서는 600만 원 이상 고소득자의 우울이 200만 원 미만의 저소득자 만큼이나 높은 수준으로 나타나고 있음.

표 3-5. 우울에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이

(단위: %)

		동				읍·면			
		정상군	위험군	N	F(p)	정상군	위험군	N	F(p)
성	남성	96.8	3.2	2,940	6.783	95.4	4.6	528	0.628
	여성	95.4	4.6	2,997	(.009)	96.6	3.4	535	(.428)
연령	19~29세	97.8	2.2	1,116	19.800 (<.001)	97.2	2.8	159	6.234 (<.001)
	30~39세	97.6	2.4	1,110		99.1	0.9	195	
	40~49세	97.8	2.2	1,231		97.4	2.6	211	
	50~59세	95.8	4.2	1,181		95.3	4.7	202	
	60~64세	96.4	3.6	460		99.3	0.7	81	
	65~69세	94.1	5.9	235		98.6	1.4	53	
	70세 이상	87.9	12.1	605		87.6	12.4	163	
결혼 상태	미혼	97.5	2.5	1,320	58.371 (<.001)	97.7	2.3	201	2.335 (.097)
	기혼	96.6	3.4	4,237		96.1	3.9	766	
	이혼, 사별, 별거	85.1	14.9	380		91.4	8.6	96	
독거 여부	동거	96.6	3.4	5,492	42.000	96.4	3.6	956	3.223
	독거	90.1	9.9	445	(<.001)	92.5	7.5	107	(.073)
직업	비육체노동자	98.5	1.5	1,406	21.382 (<.001)	96.2	3.8	188	0.491 (.612)
	육체노동자	96.6	3.4	2,436		96.7	3.3	485	
	무직	93.9	6.1	2,094		95.0	5.0	390	
교육	19~59세 중졸이하	89.2	10.8	98	28.572 (<.001)	91.4	8.6	26	2.430 (.033)
	19~59세 고졸	96.3	3.7	1,815		98.2	1.8	365	
	19~59세 대제이상	98.2	1.8	2,724		96.7	3.3	376	
	60세 이상 초졸	86.2	13.8	352		90.9	9.1	107	
	60세 이상 중졸	91.2	8.8	454		91.5	8.5	96	
	60세 이상 고졸이상	97.0	3.0	494		96.2	3.8	93	
소득	200만원 미만	89.2	10.8	917	48.860 (<.001)	92.2	7.8	244	3.325 (.019)
	200만원~400만원 미만	96.4	3.6	2,274		97.0	3.0	461	
	400만원~600만원 미만	97.8	2.2	2,237		98.4	1.6	287	
	600만원 이상	99.5	0.5	509		92.5	7.5	71	
계		96.1	3.9	5,937		96.3	4.0	1,063	

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

2.4. 자살 생각에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성

- 성별에 따라서는 도시와 농촌 모두 자살 생각에 차이를 보이지 않음.
- 연령이 증가할수록 우울이 증가하는 것과 나란하게 자살 생각도 늘어났고, 농촌의 70세 이상의 자살 생각이 도시에 비해 두드러졌음.
- 도시와 농촌 모두 이혼, 사별, 별거 상태일 때, 혼자살고 있을 때, 직업이 없을 때 자살 생각이 많아졌음.
- 도시와 농촌 모두 교육, 소득 수준이 낮아질수록 우울과 함께 자살 생각이 많아졌음.

표 3-6. 자살 생각에서 나타나는 도시와 농촌의 인구사회학적 특성의 차이

(단위: %)

		동				읍·면			
		예	아니오	N	F(p)	예	아니오	N	F(p)
성	남성	6.7	93.3	2,940	0.167	3.1	96.9	528	3.301
	여성	6.4	93.6	2,996	(.683)	5.6	94.4	535	(.070)
연령	19~29세	4.8	95.2	1,116	4.997 ($<.001$)	1.7	98.3	159	6.757 ($<.001$)
	30~39세	4.3	95.7	1,109		1.0	99.0	195	
	40~49세	6.5	93.5	1,232		3.3	96.7	211	
	50~59세	7.6	92.4	1,181		3.6	96.4	202	
	60~64세	6.8	93.2	460		4.4	95.6	81	
	65~69세	9.8	90.2	235		4.6	95.4	53	
	70세 이상	10.2	89.8	605		13.3	86.7	163	
결혼 상태	미혼	5.2	94.8	1,319	47.988 ($<.001$)	1.4	98.6	201	24.034 ($<.001$)
	기혼	5.8	94.2	4,237		3.4	96.6	766	
	이혼, 사별, 별거	19.2	80.8	380		18.2	81.8	96	
독거 여부	독거	6.0	94.0	5,492	30.230 ($<.001$)	3.0	97.0	956	31.571 ($<.001$)
	여부	13.1	86.9	445		16.3	83.7	107	
직업	비육체노동자	4.7	95.3	1,407	5.614 (.004)	1.0	99.0	188	4.30 (.014)
	육체노동자	6.5	93.5	2,437		4.3	95.7	485	

		동				읍·면			
		예	아니오	N	F(p)	예	아니오	N	F(p)
	무직	7.8	92.2	2,093		6.0	94.0	390	
교육	19~59세 중졸이하	17.9	82.1	98		11.2	88.8	26	
	19~59세 고졸	8.1	91.9	1,815		3.1	96.9	365	
	19~59세 대제이상	3.9	96.1	2,725	14.5	1.2	98.8	376	7.115
	60세 이상 초졸	12.3	87.7	352	(<.001)	12.1	87.9	107	(<.001)
	60세 이상 중졸	9.4	90.6	454		11.7	88.3	96	
	60세 이상 고졸이상	6.1	93.9	494		3.6	96.4	93	
소득	200만원 미만	12.8	87.2	917		11.6	88.4	244	
	200만원~400만원 미만	6.7	93.3	2,274	26.732	3.0	97.0	461	14.825
	400만원~600만원 미만	4.7	95.3	2,237	(<.001)	0.8	99.2	287	(<.001)
	600만원 이상	2.3	97.7	509		2.8	97.2	71	
계		6.5	93.5	5,937		4.4	95.6	1,063	

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

3. 정신건강에 영향을 미치는 요인

- 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 요인을 인구학적 특성 요인(성, 연령, 지역), 경제적 특성 요인(직업, 소득), 가족 및 지역 사회와의 갈등 요인(가족 구성원과의 관계, 이웃주민과의 관계), 건강 수준 및 건강 행태 요인(주관적 건강 상태, 흡연, 음주), 사회적 특성 요인(사회적지지, 자존감, 동거여부)의 다섯 가지로 분류함.
- 다섯 가지 요인을 독립변수에 순차적으로 추가한 다섯 개 모형의 분석 결과를 비교함으로써 정신건강에 영향을 미치는 요인을 파악함.
 - 가족 및 지역 사회와의 갈등 요인에서 가족, 이웃과 함께 직장에서의 갈등도 고려하였으나, 직장에서의 갈등은 정신건강과 통계적으로 유의한

관계를 갖지 않는 것으로 나타남. 또한 직장에서의 갈등은 직업이 있는 응답자만 포함되어, 분석모형에 포함될 경우 직업이 없는 약 35%의 응답자가 탈락되기 때문에 분석모형에서 제외하기로 함.

3.1. 전체 조사 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

- 앞서 도시와 농촌의 우울 현황을 살펴보았을 때, 도시와 농촌의 유병률은 각각 3.9%, 4.0%로 비슷하였고, 연령이 높을수록 유병률이 증가함. 모형1에서 인구학적 특성에 따른 우울의 위험을 분석한 결과, 역시 도시와 농촌의 차이는 나타나지 않았으며, 연령별 차이가 두드러졌음.
 - 20대를 기준으로 보면, 현실적으로 퇴직이 시작되거나 퇴직을 앞두고 있는 50대의 우울 위험이 1.9배 높음.
 - 사회적으로는 연금 지급이 시작되어 노인기로 접어드는 65~69세의 우울은 2.3배로 더욱 높아지고, 70세 이상 후기 노인기에는 5.8배로 최고에 이름.
- 경제적 특성 요인이 추가된 모형2에서는 도시와 농촌의 차이는 여전히 드러나지 않았으며, 일부 경제적 효과가 나타나면서 연령의 효과가 줄어들었음.
 - 연령별로는 20대에 비해 50대와 70대의 우울이 높아졌으며, 600만 원 이상 최고 소득 집단에 비해 200만 원 미만의 최하 소득 집단의 우울이 4.8배 높음.
 - 또 다른 경제적 요인인 직업은 관련성이 나타나지 않았는데, 즉 직업 유무에 따라, 직업의 유형에 따라서 우울이 다르지 않음.
- 가족 및 지역 사회와의 갈등 요인이 추가된 모형3에서는 모형2에서 나타난 요인들의 효과가 줄어들고, 가족 및 지역 사회와의 갈등 요인이 드러남.
 - 특히 가족 구성원과의 갈등이 개인의 우울에 상당한 영향을 나타내고 있

었는데, 스스로 관계가 원만하다고 생각하는 경우보다 원만하지 않다고 판단하는 경우 우울의 위험은 6.7배 높음.

- 이웃과의 관계가 원만하지 않은 경우에 우울의 위험은 2.0배로 높아졌음.

- 건강 수준 및 건강 행태 요인이 추가된 모형4에서는 남성에 비해 여성의 우울 위험이 2.4배 높음이 확인되었고, 가족갈등 뿐 아니라 자신의 건강과 행태도 우울의 위험을 증가시키는 것으로 나타남.

- 스스로 신체적 건강이 좋다고 생각하는 집단에 비해 보통이라고 생각하는 집단은 3.2배, 나쁘다고 생각하는 집단은 8.6배로 위험이 증가함.

- 흡연과의 관련성은 분명하지 않았고, 음주의 경우 정상군보다 위험 및 중독으로 분류되는 경우 우울의 위험이 3.2배 높음.

- 마지막으로 사회적 특성 요인까지 포함된 모형5에서는 남성에 비해 여성(2.3배)이, 가족갈등이 있는 경우(2.1배), 주관적 건강 상태가 나쁠수록(보통은 2.1배, 나쁜 편은 3.6배), 위험한 음주 습관을 가질 때(2.7배) 우울의 위험이 증가함.

- 반면, 스스로 사회적 지지를 많이 받는다고 생각할수록, 그리고 자존감이 높을수록 우울의 위험이 줄어드는 것으로 나타남.

- 도시와 농촌의 차이가 없는 것으로 나타나 농촌에서 우울을 경험하고 있는 집단의 규모는 도시와 비슷한 수준일 것으로 예측됨. 우울은 특정 연령군에서 더욱 문제가 된다고 설명할 수 없으며, 빈곤 자체만으로는 우울의 위험이 증가하지 않는 것으로 해석할 수 있음<표 3-7>.

표 3-7. 전체 조사대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
인구학적 특성	성	1.192	(0.905 - 1.539)	1.097	(0.898 - 1.491)	1.282	(0.990 - 1.757)	2.401	(1.374 - 4.196)	2.288	(1.370 - 3.821)
	19~29세	1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
	30~39세	0.943	(0.540 - 1.648)	0.924	(0.516 - 1.633)	0.958	(0.533 - 1.720)	0.900	(0.463 - 1.747)	0.925	(0.475 - 1.802)
	40~49세	0.988	(0.588 - 1.649)	0.981	(0.566 - 1.701)	0.943	(0.537 - 1.654)	0.829	(0.418 - 1.643)	0.785	(0.436 - 1.553)
	50~59세	1.888	(1.134 - 3.079)	1.791	(1.060 - 3.027)	1.753	(1.017 - 3.023)	1.517	(0.780 - 2.951)	1.451	(0.735 - 2.866)
	60~64세	1.377	(0.716 - 2.648)	0.813	(0.411 - 1.606)	0.778	(0.379 - 1.499)	0.541	(0.202 - 1.451)	0.585	(0.335 - 1.069)
	65~69세	2.294	(1.105 - 4.764)	1.094	(0.500 - 2.382)	1.463	(0.651 - 3.287)	1.081	(0.412 - 2.837)	1.051	(0.413 - 2.677)
지역	70세 이상	5.798	(3.578 - 9.395)	2.390	(1.328 - 4.304)	2.882	(1.542 - 5.313)	1.676	(0.755 - 3.719)	2.189	(0.959 - 4.947)
	농촌(ref.도시)	0.888	(0.591 - 1.334)	0.830	(0.540 - 1.275)	0.847	(0.533 - 1.346)	0.902	(0.490 - 1.629)	1.082	(0.591 - 1.979)
경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000	
	육체노동자			1.214	(0.749 - 1.949)	1.032	(0.647 - 1.741)	0.843	(0.488 - 1.456)	0.823	(0.471 - 1.437)
	무직			1.447	(0.873 - 2.389)	1.315	(0.789 - 2.192)	1.231	(0.677 - 2.238)	1.008	(0.533 - 1.907)
	600만원 이상			1.000		1.000		1.000		1.000	
갈등	200만원 미만			4.785	(1.863 - 12.343)	3.070	(1.191 - 7.915)	2.066	(0.736 - 5.801)	1.086	(0.355 - 3.329)
	200만원 ~400만원 미만			2.380	(0.993 - 5.745)	2.213	(0.899 - 5.396)	1.749	(0.677 - 4.517)	1.157	(0.404 - 3.313)
	400만원 ~600만원 미만			1.453	(0.591 - 3.572)	1.438	(0.575 - 3.895)	1.200	(0.450 - 3.200)	1.086	(0.370 - 3.190)
	원만하지 않음(ref.원만함)					6.679	(4.089 - 9.513)	3.879	(2.402 - 6.036)	2.060	(1.275 - 3.329)
건강 수준 및	이웃관계					1.999	(1.355 - 2.948)	1.488	(0.940 - 2.354)	1.064	(0.630 - 1.716)
	좋은 편							1.000		1.000	
	나쁜 편							8.631	(5.007 - 14.876)	3.689	(1.991 - 6.471)
건강 행태	보통							3.180	(2.113 - 4.784)	2.119	(1.402 - 3.202)
	경험 있음(ref.없음)							1.454	(0.812 - 2.608)	1.328	(0.773 - 2.282)
사회적 특성	위험 및 중독(ref.정상)							3.200	(2.008 - 4.881)	2.683	(1.772 - 4.091)
	사회적 지지									0.813	(0.720 - 0.919)
	자존감									0.779	(0.731 - 0.830)
	동거여부									0.849	(0.494 - 1.458)

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

3.2. 전체 조사 대상자의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

- 자살은 우울 등 정신건강의 문제로 인해 일어날 수 있지만, 또한 예기치 못한 경험이나 상황으로 인해 충동적으로 결정되기도 함. 최근 1년간 자살을 생각한 경험은 도시 지역 거주자가 6.5%로, 농촌 지역 거주자(4.4%)보다 높았는데, 모형1의 결과에서 나타난 바와 같이 도시 지역이 농촌 지역 보다 자살 생각의 위험이 더 높음.
 - 인구학적 특성만을 고려하면 우울에서 나타난 것처럼, 20대에 비해 50대(1.6배), 65~69세(2.1배), 70세 이상(2.8배)의 위험이 높음.
- 경제적 특성 요인이 반영된 모형2에서도 도시 지역 거주자의 위험이 계속되고 있으며, 연령의 효과는 20대에 비해 50대의 위험 증가만이 남았음. 경제적 수준은 우울보다 자살 생각에 더욱 강력한 요인으로 부각됨.
 - 600만 원 이상에 비해 400~600만 원 미만은 1.8배, 200~400만 원 미만은 2.8배 자살 생각을 더 많이 하였고, 200만 원 미만인 최하 소득 집단은 6.8배 위험이 증가함.
 - 그러나 소득 수준과 함께 경제적 위치를 나타내는 직업의 경우, 직업 유무와 유형에 따라서 자살 생각의 위험이 다르지 않음.
- 가족 및 지역 사회와의 갈등 요인을 고려한 모형3에서는 가족 및 이웃과의 갈등이 자살 생각에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 거주 지역, 소득 수준의 효과는 지속됨.
 - 가족 구성원과의 관계가 원만하지 않을수록(4.3배), 이웃과의 관계가 원만하지 않을수록(1.7배) 자살 생각의 위험이 증가함.
- 모형3보다 건강 수준 및 건강 행태 요인이 추가되면, 모형3에서 영향요인으로 파악된 거주 지역, 소득 수준, 갈등 뿐 아니라 성별 차이가 드러나며, 건강 수준과 건강 행태가 나쁠수록 자살을 더 생각하게 되는 것으로 나타남.
 - 주관적으로 건강 상태를 좋은 편이라고 보는 경우보다 보통이라고 생각

하는 경우 1.5배, 나쁜 편이라고 생각하는 경우 4.1배 위험이 증가함.

- 흡연과 음주의 영향은 각각 2.1배, 2.2배로 나타나, 흡연과 음주가 스트레스나 정신적인 문제를 해소하는 긍정적인 효과를 기대하기는 어려움. 분석 모형에서는 정신적인 건강 상태를 악화시키는 요인으로 입증되었으나, 현실적으로는 정신적인 건강 상태가 나쁜 경우 부적절한 건강 행태를 갖게 되는 반대의 관련성도 예측 가능함.

- 모든 변수가 포함된 모형5의 결과를 살펴보면, 남성에 비해 여성이(2.4배), 최고 소득에 비해 최저 소득인 경우(2.1배), 가족갈등이 있는 경우(1.7배), 주관적 건강 상태가 나쁜 경우(2.0배), 그리고 흡연(1.9배), 음주(1.9배)와 같은 부적절한 건강 행태가 자살 생각의 위험을 증가시키는 것으로 나타났으며, 이러한 요인은 우울에서도 관련성이 확인됨.
- 사회적 지지와 자존감은 우울에서 나타난 것과 같이 자살 생각을 완화시키는 데 중요한 요인인 것으로 나타남.
- 자살 생각이 우울과 다른 점은 농촌보다는 도시에 거주할 때 극단적인 선택을 할 수 있는 가능성이 높다는 점이며, 최고 소득에 비해 최저 소득의 위험만이 2.1배로 나타나 빈곤의 문제는 자살로 이어지게 되는 중요한 요인으로 예측됨<표 3-8>.

표 3-8. 전체 조사대상자의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
인구학적 특성	성	0.984	(0.799 - 1.212)	0.932	(0.745 - 1.166)	1.041	(0.830 - 1.307)	2.664	(1.736 - 4.069)	2.402	(1.530 - 3.631)
	19~29세	1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
	30~39세	0.861	(0.574 - 1.300)	0.824	(0.541 - 1.255)	0.845	(0.555 - 1.288)	0.794	(0.509 - 1.237)	0.815	(0.519 - 1.279)
	40~49세	1.410	(0.988 - 2.012)	1.425	(0.985 - 2.061)	1.419	(0.974 - 2.069)	1.301	(0.864 - 1.958)	1.265	(0.838 - 1.910)
	50~59세	1.644	(1.159 - 2.332)	1.601	(1.110 - 2.311)	1.596	(1.088 - 2.320)	1.386	(0.908 - 2.117)	1.345	(0.874 - 2.069)
	60~64세	1.511	(0.942 - 2.424)	0.868	(0.519 - 1.452)	0.881	(0.521 - 1.492)	0.623	(0.335 - 1.160)	0.677	(0.359 - 1.279)
	65~69세	2.145	(1.281 - 3.593)	0.974	(0.553 - 1.718)	1.235	(0.695 - 2.197)	0.997	(0.535 - 1.858)	1.087	(0.583 - 2.028)
	70세 이상	2.752	(1.891 - 4.006)	1.054	(0.658 - 1.686)	1.192	(0.737 - 1.928)	0.721	(0.394 - 1.318)	0.827	(0.445 - 1.538)
	지역	0.612	(0.436 - 0.859)	0.561	(0.398 - 0.789)	0.571	(0.407 - 0.801)	0.507	(0.337 - 0.763)	0.560	(0.366 - 0.859)
	경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000
육체노동자				1.010	(0.724 - 1.409)	0.915	(0.652 - 1.285)	0.923	(0.642 - 1.336)	0.899	(0.625 - 1.295)
무직				1.136	(0.800 - 1.613)	1.065	(0.750 - 1.512)	1.227	(0.834 - 1.807)	1.107	(0.742 - 1.651)
600만원 이상				1.000		1.000		1.000		1.000	
200만원 미만				6.756	(3.615 - 12.636)	4.831	(2.575 - 9.063)	4.462	(2.271 - 8.769)	2.103	(1.048 - 4.219)
갈등	200만원~400만원 미만			2.779	(1.587 - 4.867)	2.622	(1.479 - 4.648)	2.440	(1.359 - 4.380)	1.626	(0.887 - 2.980)
	400만원~600만원 미만			1.789	(1.028 - 3.147)	1.785	(1.011 - 3.150)	1.724	(0.965 - 3.081)	1.472	(0.807 - 2.688)
건강 수준 및 건강 상태	가죽관계					4.281	(3.182 - 5.760)	3.223	(2.288 - 4.540)	1.743	(1.179 - 2.575)
	이웃관계					1.725	(1.288 - 2.348)	1.402	(1.007 - 1.952)	1.070	(0.760 - 1.508)
	주관적 건강 상태										
	좋은 편					1.000		1.000		1.000	
	나쁜 편 보통					4.076	(2.721 - 6.105)	2.014	(1.298 - 3.125)	1.077	(0.804 - 1.443)
사회적 특성	흡연							2.109	(1.405 - 3.163)	1.888	(1.281 - 2.785)
	음주							2.196	(1.655 - 2.914)	1.902	(1.426 - 2.537)
사회적 특성	사회적 지지									0.774	(0.711 - 0.842)
	자존감									0.839	(0.807 - 0.872)
통계어부	통계어부									1.354	(0.892 - 2.055)
	독거(ref:동거)										

주: 음·면·동·당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

4. 도시 지역 주민의 정신건강에 영향을 미치는 요인

4.1. 도시 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인

- 인구학적 특성 요인만을 고려한 모형1에 따르면, 도시 지역에서는 남성에게 비해 여성의 우울이 더 문제가 됨. 연령별로는 베이비부머를 비롯하여 65세 이상 노인의 우울이 젊은 세대에 비해 심각한 것처럼 비춰짐.
- 모형2에서는 인구학적 특성 요인과 함께 경제적 요인을 포함하였는데, 직업 유형에 따른 차이는 보이지 않았지만 소득 수준이 낮을수록 우울 위험이 분명하게 증가함. 소득 수준을 고려하면 고연령군의 우울 위험 수준이 낮아졌음.
- 모형3에서 가족 및 지역 사회와의 갈등이 추가되었는데, 성, 연령, 소득의 효과가 유지되었고, 이와 함께 가족과 이웃과의 관계가 원만하지 않을 때 우울해지는 것으로 나타남.
 - 가족과의 관계가 원만하지 않을 때, 이웃과의 관계가 원만하지 않을 때 우울의 위험이 각각 7.6배, 2.2배 높아졌음.
 - 도시 지역에서는 지역 주민과 협업하는 일이 적고, 공동체 의식이 부족하여 갈등이 생겼을 때 쉽게 해소되지 못할 수 있음. 이것은 결국 일정 부분 우울에도 영향을 미치는 것으로 보임.
- 건강 수준 및 건강 행태 요인까지 포함한 모형4에서는 모형3에서까지 나타났던 연령의 효과는 나타나지 않음. 건강 상태를 나쁘다고 생각할수록, 위험한 음주 습관을 갖고 있을 때 우울의 위험이 높아졌음.
- 사회적 특성이 포함된 마지막 모형5에 따르면, 도시 지역 주민의 우울은 남성보다 여성이(2.7배), 소득 수준이 낮을수록, 가족과의 갈등이 있을 때, 주관적 건강 상태가 나쁠수록, 위험한 음주습관을 갖고 있을 때 문제가 되는

것으로 나타남.

- 즉, 우울은 연령 증가가 요인으로 작용하기보다는 경제적 어려움 등의 요인들과 관련이 있음. 다만, 삶의 과정을 통해 노인들이 이러한 문제를 더 많이 경험하였을 것이므로, 이러한 문제가 모형1에서 연령 효과로 투영되었을 수 있음.
- 도시에서 낮은 수준의 소득은 삶의 질을 떨어뜨리고 상대적 박탈감을 경험하게 함으로써 정신건강의 문제를 증가시키는 데 기여하였을 것으로 보임. 우울의 위험은 가구소득이 600만 원 이상인 고소득군과 비교하여 400~600만 원 소득군은 차이가 없었으나, 그 보다 낮은 수준인 200~400만 원 미만은 4.2배, 200만 원 미만은 4.6배로 나타남.
- 신체적 건강이 뒷받침되지 않으면, 경제 활동에 어려움을 겪게 되고 대인관계에서도 소극적 태도를 보임으로써 사회적 지지가 약화될 수 있음. 신체적 건강의 문제는 신체적 고통뿐 아니라 사회적 고립으로 이어질 수 있어 정신건강의 위험을 증가시킬 수 있음. 신체적 건강이 좋은 편일 때 보다 나쁜 편일 때 우울은 4.0배, 보통이라 생각할 때 2.0배 높아졌음.
- 가족을 비롯한 누군가와 일상적인 문제와 감정을 교류하고 도움을 받을 수 있다는 점은 정서적으로 위로가 될 수 있으므로, 사회적 지지는 우울을 완화시키기 위한 중요한 요인 중의 하나로 여겨짐. 한편, 자신을 얼마나 가치 있는 존재로 여기는가를 나타내는 자존감은 여러 심리적 문제와 관련이 있으며, 우울을 예측하는 개인적인 요소로 보고되기도 함. 적극적인 자존감은 우울 징후를 감소시키고, 우울 회복에 중요한 역할을 함고 알려져 있음(정현진, 2013). 분석 결과 스스로 사회적 지지를 많이 받고 있다고 생각할수록, 자존감이 높을수록 우울의 위험이 낮아졌음.
- 동거 여부에 따라 우울과 자살 생각은 다르지 않았는데, 즉 누군가와 함께 산다는 것이 사회적 지지를 대표하거나 또는 사회적 지지나 자존감을 확보하는 데 기여하지 못하는 것으로 해석됨<표 3-9>.

표 3-9. 도시 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
인구학적 특성	성	1.347	(1.008 - 1.802)	1.237	(0.881 - 1.719)	1.505	(1.106 - 2.124)	2.998	(1.582 - 5.589)	2.747	(1.548 - 4.888)
	19~29세	1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
	30~39세	1.075	(0.602 - 1.917)	1.032	(0.558 - 1.906)	1.064	(0.571 - 1.982)	1.108	(0.547 - 2.243)	1.064	(0.524 - 2.160)
	40~49세	0.939	(0.555 - 1.602)	0.939	(0.532 - 1.729)	0.923	(0.506 - 1.684)	0.831	(0.392 - 1.763)	0.743	(0.355 - 1.558)
	50~59세	1.878	(1.114 - 3.165)	1.747	(1.003 - 3.042)	1.664	(0.938 - 2.951)	1.638	(0.797 - 3.335)	1.474	(0.713 - 3.046)
	60~64세	1.609	(0.820 - 3.158)	0.831	(0.403 - 1.712)	0.814	(0.374 - 1.772)	0.656	(0.230 - 1.872)	0.672	(0.226 - 1.946)
	65~69세	2.762	(1.292 - 5.907)	1.162	(0.510 - 2.645)	1.623	(0.677 - 3.892)	1.180	(0.422 - 3.300)	0.994	(0.363 - 2.718)
70세 이상	5.827	(3.515 - 9.659)	2.055	(1.114 - 3.791)	2.596	(1.333 - 4.984)	1.322	(0.539 - 3.070)	1.625	(0.672 - 3.928)	
경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000	
	육체노동자			1.437	(0.844 - 2.447)	1.202	(0.695 - 2.080)	0.910	(0.466 - 1.670)	0.917	(0.493 - 1.707)
	무직			1.675	(0.972 - 2.883)	1.554	(0.897 - 2.691)	1.445	(0.759 - 2.603)	1.109	(0.586 - 2.100)
	600만원 이상			1.000		1.000		1.000		1.000	
	200만원 미만			14.382	(4.659 - 44.403)	8.937	(2.930 - 27.261)	8.258	(2.194 - 31.090)	4.588	(1.122 - 18.769)
갈등	소득			6.326	(2.187 - 18.238)	5.918	(2.030 - 17.252)	5.486	(1.526 - 19.722)	4.217	(1.083 - 16.430)
	가족관계			3.994	(1.367 - 11.669)	4.065	(1.384 - 11.936)	3.757	(1.032 - 13.675)	3.803	(0.974 - 14.855)
	이웃관계					7.636	(5.259 - 11.088)	4.317	(2.705 - 6.889)	2.161	(1.295 - 3.603)
	주관적 건강 상태					2.170	(1.439 - 3.273)	1.648	(1.019 - 2.668)	1.202	(0.736 - 1.965)
건강 행태	좋은 편							1.000		1.000	
	나쁜 편							9.004	(4.992 - 16.242)	4.010	(2.117 - 7.586)
	보통							2.864	(1.819 - 4.509)	1.997	(1.259 - 3.165)
사회적 특성	흡연							1.469	(0.757 - 2.812)	1.273	(0.694 - 2.334)
	음주							3.414	(2.197 - 5.303)	2.789	(1.791 - 4.341)
	사회적 지지									0.775	(0.681 - 0.883)
동거여부	자존감									0.786	(0.734 - 0.841)
	동거(여부)									0.871	(0.496 - 1.529)

주: 음·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

4.2. 도시 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

- 자살 생각에 영향을 미치는 요인들이 역시 자살 생각과도 관련이 있음. 모형1에서는 연령별 차이만 나타났는데, 20대에 비해 50대, 65세 이상이 자살 생각을 더 많이 하는 것으로 나타남.
- 모형2에서는 연령의 효과가 줄어들었고, 소득 수준이 낮을수록 자살 생각을 더 많이 하는 것으로 나타남.
- 모형3에서는 갈등요인이 관련성을 보였는데, 가족, 이웃과의 관계가 원만하지 않을 때 자살 생각의 위험이 높아졌음.
- 모형4에서는 건강 수준 및 건강 행태 요인이 포함되면서 관련성을 나타내었고, 연령효과는 완전히 사라지고 성별 차이가 나타남.
- 마지막으로 모형5에 따르면 도시 지역 주민의 자살 생각은 남성보다는 여성이 많이 하고 있었으며, 경제적 어려움, 가족 갈등, 건강 악화, 신체건강 및 부적절한 건강 행태와 관련이 있음.
 - 도시의 여성은 정신건강이 취약하였는데, 남성에 비해 자살 생각의 위험이 2.5배에 이룸.
 - 도시 지역 주민은 소득 수준에 차이가 있다는 점이 우울에도 다르게 기여하였는데, 반면 자살 생각의 위험은 소득 수준에 따라 위험 정도에 차이가 있는 것은 아니었다. 가장 높은 수준의 소득 집단에 비해 가장 낮은 수준의 소득 집단의 자살 생각이 2.5배로 차이를 보여, 자살 생각은 상대적인 소득의 차이보다는 절대적인 빈곤이 문제가 되는 것으로 짐작할 수 있음.
 - 도시 지역 주민의 64.7%가 근로자였는데, 이들은 대부분의 시간을 직장에서 보내고 있기는 하지만 가족과의 갈등으로 인해 우울뿐 아니라 자살 생각도 많이 하게 되는 것으로 나타남.
 - 신체적 건강이 좋은 편일 때보다 나쁜 편일 때 자살 생각은 2.1배 높아졌

고, 흡연(2.1배)과 음주(2.0배)도 영향을 미침.

- 사회적 지지와 자존감은 우울의 위험을 낮추는 작용을 하는 것으로 나타났는데, 자살 생각의 위험에서도 긍정적인 작용을 하는 요인으로 재확인됨.

표 3-10. 도시 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
인구학적 특성	성	0.929	(0.746 - 1.158)	0.866	(0.683 - 1.089)	0.964	(0.758 - 1.227)	2.739	(1.762 - 4.446)	2.495	(1.598 - 3.901)
		1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
		0.886	(0.584 - 1.344)	0.849	(0.551 - 1.309)	0.875	(0.568 - 1.347)	0.837	(0.529 - 1.323)	0.834	(0.523 - 1.330)
	연령	1.387	(0.959 - 2.007)	1.418	(0.964 - 2.084)	1.433	(0.968 - 2.122)	1.372	(0.894 - 2.106)	1.299	(0.842 - 2.002)
		1.627	(1.130 - 2.342)	1.626	(1.110 - 2.383)	1.628	(1.105 - 2.398)	1.448	(0.928 - 2.257)	1.379	(0.877 - 2.167)
		1.457	(0.896 - 2.370)	0.845	(0.457 - 1.437)	0.887	(0.515 - 1.527)	0.639	(0.339 - 1.204)	0.662	(0.349 - 1.253)
		2.141	(1.232 - 3.718)	1.004	(0.547 - 1.842)	1.286	(0.694 - 2.382)	1.057	(0.549 - 2.075)	1.055	(0.538 - 2.074)
	2.274	(1.514 - 3.416)	0.873	(0.518 - 1.472)	1.024	(0.600 - 1.745)	0.606	(0.312 - 1.177)	0.664	(0.333 - 1.322)	
경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000	
	육체노동자			0.983	(0.688 - 1.384)	0.878	(0.619 - 1.245)	0.876	(0.602 - 1.276)	0.871	(0.597 - 1.270)
	무직			1.176	(0.817 - 1.683)	1.114	(0.775 - 1.601)	1.328	(0.887 - 1.988)	1.183	(0.779 - 1.785)
갈등	600만원 이상			1.000		1.000		1.000		1.000	
	200만원 미만			7.408	(3.747 - 14.644)	5.249	(2.651 - 10.393)	5.081	(2.444 - 10.592)	2.474	(1.165 - 5.255)
	200만원~400만원 미만			3.133	(1.717 - 5.719)	2.962	(1.604 - 5.470)	2.761	(1.477 - 5.162)	1.882	(0.983 - 3.606)
	400만원~600만원 미만			2.071	(1.135 - 3.779)	2.065	(1.124 - 3.800)	2.010	(1.080 - 3.740)	1.731	(0.906 - 3.308)
건강 수준 및 건강 상태	가족관계 이웃관계					3.990	(2.921 - 5.449)	3.050	(2.121 - 4.386)	1.615	(1.084 - 2.406)
	원만하지 않음(ref. 원만함) 원만하지 않음(ref. 원만함)					1.825	(1.327 - 2.510)	1.562	(1.112 - 2.194)	1.194	(0.841 - 1.685)
사회적 특성	좋은 편							1.000		1.000	
	주관적 건강 상태							4.160	(2.712 - 6.380)	2.055	(1.300 - 3.248)
	나쁜 편							1.333	(1.032 - 1.881)	0.974	(0.717 - 1.322)
	보통							2.351	(1.532 - 3.640)	2.111	(1.396 - 3.191)
동거여부	홀연										
	음주							2.327	(1.709 - 3.169)	1.983	(1.448 - 2.716)
	위험 및 중독(ref. 정상)									0.771	(0.706 - 0.841)
동거여부	사회적지지										
	자존감										
	동거여부									0.831	(0.798 - 0.866)
										1.161	(0.742 - 1.818)

주: 음·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임

5. 농촌 지역 주민의 정신건강에 영향을 미치는 요인

5.1. 농촌 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인

- 본 분석에서는 행정구역상 읍·면인 경우 농촌으로 분류함. 농촌으로 분류된 지역이라고 할지라도, 이미 상당히 도시화가 진행된 지역이 포함되어 있어 일반적인 농촌의 특성이 다소 희석되었을 가능성이 있음. 또한 분석 자료는 가구방문을 통해 수집되었기 때문에, 사회·경제적으로 보다 취약한 벽·오지 거주자의 현황이 충실히 반영되지 못하였을 수 있음.
- 이러한 제한점이 있기는 하지만, 앞서 살펴본 바와 같이 농촌 지역의 분석 대상자는 고연령자의 비율이 높고, 결혼 상태, 소득 및 교육 수준 등 도시에 비해 취약성을 보이고 있음.
- 성, 연령의 인구학적 특성만을 고려한 모형1에 따르면, 농촌 지역 주민은 성별 차이는 보이지 않았고, 20대에 비해 70세 이상의 초고령자의 우울이 5.3배 높음.
- 모형1에 경제학적 요인을 추가한 모형2의 분석 결과를 보면, 농촌 지역에서는 직업이나 소득 수준에 따라 우울이 달라지지 않는 것으로 나타남.
- 가족·지역 사회와의 갈등을 고려하면(모형3), 여전히 70세 이상 노인의 우울이 높게 나타나고, 가족과의 관계가 원만하지 않을 경우 우울이 3.6배 증가함. 한편, 농촌은 도시에 비해 이웃과의 교류가 활발하기 때문에, 교류를 통한 정서적 지지가 이웃 간의 갈등을 완화시키는 작용을 하였을 것으로 보임. 도시 지역 주민은 모형3과 모형4에서 이웃 간의 갈등으로 우울의 위험이 증가하는 것으로 나타났던 반면, 농촌 지역 주민 사이에서는 이것이 위험 요인으로 작용하지 않음.
- 그런데 모형에 건강 수준 및 건강 행태 요인이 포함되면(모형4) 가족갈등

요인 또한 관련 요인으로 드러나지 않았고, 주관적 건강 상태가 강력한 영향요인으로 나타남. 스스로 생각할 때 건강 상태가 좋은 편이라고 생각하는 경우에 비해 보통이라고 생각하는 경우 5.0배, 나쁘다고 생각하는 경우 8.8배로 우울의 위험이 크게 증가함.

- 사회적 특성 요인까지 포함된 최종 분석 모형인 모형5를 기준으로 살펴보면, 초고령자인 경우 신체적 건강 상태가 상대적으로 좋지 않다는 점이 농촌 지역 주민의 우울을 증가시키는 요인이라고 볼 수 있음. 반면, 높은 자존감을 가지고 있다는 점은 우울을 완화시키는 데 기여하고 있음.
 - 농촌 지역 주민은 도시 지역 주민과 달리 여성의 정신건강이 더 취약하다고 볼 수 없었음.
 - 도시에서 나타난 노인의 정신건강 문제는 경제, 갈등, 건강 등 다른 요인으로 설명이 가능하였으나, 농촌 지역에서는 이러한 요인들을 고려하여도 초고령자의 우울 위험이 9.0배로 상당한 수준으로 나타남. 이러한 결과는 농촌이 도시에 비해 정신건강 및 정신적 스트레스를 해소하기 위한 의료적, 문화적 접근성이 낮기 때문에, 농촌 지역에 오랜 기간 거주하며 방치된 문제가 노년기에 두드러진 것으로 볼 수 있음.
 - 농촌 지역의 20대는 30대, 60~64세에 비해 오히려 우울의 위험이 높은 현상도 발견됨.
 - 농촌 지역에는 도시와 다르게 빈곤 또는 경제적 박탈감이 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며, 오히려 고소득자가 저소득자에 비해 우울이 더 높음<표 3-11>.

표 3-11. 농촌 지역 주민의 우울에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
인구학적 특성	성	0.589	(0.288 - 1.294)	0.529	(0.226 - 1.241)	0.545	(0.227 - 1.309)	0.961	(0.265 - 3.482)	1.002	(0.226 - 4.444)
	19~29세	1.000		1.000		1.000		1.000		1.000	
	30~39세	0.291	(0.050 - 1.712)	0.284	(0.048 - 1.682)	0.289	(0.047 - 1.780)	0.043	(0.004 - 0.486)	0.059	(0.005 - 0.649)
	40~49세	0.911	(0.183 - 4.525)	1.094	(0.231 - 5.169)	1.015	(0.203 - 5.073)	0.500	(0.062 - 4.023)	0.582	(0.063 - 5.379)
	50~59세	1.672	(0.365 - 7.647)	2.321	(0.517 - 10.411)	2.282	(0.435 - 11.965)	0.979	(0.187 - 5.115)	1.185	(0.212 - 6.623)
	60~64세	0.245	(0.023 - 2.568)	0.321	(0.032 - 3.190)	0.280	(0.026 - 3.076)	<0.001	(<0.001 - <0.001)	<0.001	(<0.001 - <0.001)
	65~69세	0.443	(0.060 - 3.288)	0.594	(0.063 - 5.562)	0.633	(0.057 - 6.017)	0.401	(0.019 - 8.582)	0.654	(0.034 - 12.572)
70세 이상	5.277	(1.305 - 21.327)	7.127	(1.247 - 40.731)	6.900	(1.100 - 43.283)	6.182	(1.025 - 37.275)	8.977	(1.340 - 60.121)	
경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000	
	육체노동자			0.473	(0.137 - 1.640)	0.489	(0.139 - 1.725)	0.272	(0.055 - 1.313)	0.281	(0.046 - 1.707)
	무직			0.735	(0.169 - 3.203)	0.653	(0.143 - 2.982)	0.604	(0.108 - 3.385)	0.879	(0.142 - 5.446)
	600만원 이상			1.000		1.000		1.000		1.000	
	200만원 미만			0.336	(0.050 - 2.245)	0.239	(0.041 - 1.748)	0.082	(0.008 - 0.863)	0.055	(0.005 - 0.536)
갈등	소득			0.383	(0.098 - 1.503)	0.353	(0.094 - 1.324)	0.280	(0.069 - 1.131)	0.136	(0.024 - 0.791)
	200만원 ~400만원 미만			0.195	(0.035 - 1.072)	0.187	(0.035 - 0.993)	0.262	(0.049 - 1.388)	0.181	(0.026 - 1.246)
	400만원 ~600만원 미만										
건강 수준 및 건강 행태	가족관계					3.616	(1.132 - 11.538)	1.900	(0.351 - 10.272)	1.235	(0.189 - 8.069)
	이웃관계					1.170	(0.310 - 4.420)	0.632	(0.111 - 3.588)	0.475	(0.077 - 2.942)
	좋은 편							1.000		1.000	
	나쁜 편							8.788	(2.115 - 36.514)	2.994	(0.616 - 14.551)
	보통							5.049	(1.633 - 15.612)	3.457	(1.048 - 11.400)
사회적 특성	흡연							1.875	(0.529 - 6.644)	1.916	(0.497 - 7.384)
	음주							2.948	(0.921 - 9.440)	2.975	(0.945 - 9.938)
	위험 및 중독(ref. 정상)									1.101	(0.760 - 1.597)
동거여부	사회적 지지										
	자존감										
	동거여부										
	동거(ref.동거)									0.623	(0.108 - 3.607)

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

5.2. 농촌 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

- 인구학적 특성만을 고려한 모형1에서 초고령자의 자살 생각이 높은 것으로 나타났으나, 이후 모형에서는 연령효과는 나타나지 않음.
- 일반적으로 자살을 결정하는 데에는 지속적으로 앓고 있던 정신 질환이 악화되거나, 빈곤을 비롯하여 충격적인 문제나 사건이 상당히 기여하는 것으로 알려져 있음. 분석 자료를 통해 응답자 개인의 정신 질환과 경험을 파악하기는 어려웠으나, 소득 수준을 모형에 포함함으로써 경제 문제가 미치는 영향을 파악하는 것이 가능함. 그러나 모형2에서 나타난 것처럼, 소득 수준은 농촌 지역의 우울뿐 아니라 자살 생각에도 영향을 미치지 않는 것으로 나타남.
- 모형3에서 고려한 가족과의 갈등은 자살 생각의 위험을 8.3배나 높였음. 이웃과의 갈등은 모든 모형에서 자살 생각의 위험과 관련이 없었음.
- 모형4에서 건강 수준과 건강 행태를 고려하면, 건강 행태와는 상관관계를 보이지 않았으나, 건강 수준이 나쁠수록 자살 생각의 위험은 4배 이상 증가함. 농촌 지역 주민은 신체적 건강이 우울뿐 아니라 자살을 고려하게 하는 중요한 요인으로 나타남.
- 최종적으로 모형5의 분석 결과를 살펴보면, 농촌 지역 주민은 가족갈등과 신체적 건강이 자살 생각을 하게 하는 위험요인으로 나타났고, 사회적 지지를 많이 받고 있을수록 자살 생각의 위험이 낮아졌음.
 - 농촌 지역에서는 인구학적 특성, 경제적 수준은 자살 생각의 위험을 증가시키는 데 기여하지 않음. 앞서 초고령자는 우울의 위험이 높았으나, 다른 연령군에 비해 자살 생각의 위험이 더 높지는 않음.
 - 가족갈등은 모형3에서 위험도가 8.3배로 나타났지만, 모형4에서 신체적 건강 문제가 나타나면서 위험도가 6.2배로 낮아지고, 모형5에서 사회적 지지를 통해 위험도가 4.9배로 낮아졌음. 역시 신체적 건강의 위험도도

사회적 지지를 고려하면 모형5에서 모형4보다 위험도가 낮아졌음.

- 도시 지역 주민은 남성보다 여성이, 그리고 가장 높은 소득집단에 비해 가장 낮은 소득집단이 자살을 고려하였으나, 농촌 지역 주민 사이에서는 이와 같은 인구학적 특성 및 경제적 요인이 자살 생각에 기여하지 않는다는 차이를 보임. 반면, 사회적 지지는 도시 지역 뿐 아니라 농촌 지역에서도 정신건강의 문제를 해소하는 데 도움이 되는 요인으로 확인됨 <표 3-12>.

표 3-12. 농촌 지역 주민의 자살 생각에 영향을 미치는 요인

분류	변수	모형1		모형2		모형3		모형4		모형5		
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	
인구학적 특성	성	1.556	(0.797 - 3.040)	1.471	(0.733 - 2.953)	1.713	(0.8581 - 3.421)	1.623	(0.545 - 4.831)	1.446	(0.485 - 4.311)	
		1.000		1.000		1.000		1.000		1.000		
	연령	19~29세	0.597	(0.108 - 3.311)	0.614	(0.095 - 3.971)	0.622	(0.094 - 4.118)	0.618	(0.091 - 4.193)	0.785	(0.107 - 5.772)
		30~39세	2.001	(0.526 - 7.609)	1.733	(0.443 - 6.774)	1.593	(0.330 - 6.512)	1.005	(0.200 - 5.043)	0.985	(0.190 - 5.215)
		40~49세	2.241	(0.640 - 7.843)	1.604	(0.407 - 6.322)	1.574	(0.375 - 6.617)	1.398	(0.297 - 6.572)	1.371	(0.294 - 6.391)
		50~59세	2.624	(0.422 - 16.324)	1.232	(0.176 - 8.907)	1.038	(0.156 - 6.902)	0.655	(0.078 - 5.496)	0.963	(0.107 - 8.660)
		60~64세	3.008	(0.709 - 12.754)	0.911	(0.197 - 4.221)	1.130	(0.241 - 5.301)	0.672	(0.102 - 4.433)	1.084	(0.162 - 7.276)
70세 이상	8.647	(2.566 - 29.143)	2.488	(0.661 - 9.372)	2.215	(0.596 - 8.231)	1.312	(0.258 - 6.657)	1.658	(0.335 - 8.214)		
경제	비육체노동자			1.000		1.000		1.000		1.000		
	육체노동자			2.155	(0.483 - 9.627)	2.225	(0.492 - 10.070)	2.054	(0.419 - 10.061)	2.548	(0.331 - 19.612)	
	무직			1.984	(0.467 - 8.436)	1.638	(0.385 - 6.958)	1.408	(0.238 - 6.656)	1.571	(0.218 - 11.320)	
	600만원 이상			1.000		1.000		1.000		1.000		
	200만원 미만			2.127	(0.412 - 10.986)	1.399	(0.253 - 7.727)	1.274	(0.225 - 7.208)	0.378	(0.048 - 2.956)	
갈등	200만원 ~400만원 미만			0.835	(0.157 - 4.343)	0.647	(0.121 - 3.468)	0.654	(0.128 - 3.327)	0.297	(0.046 - 1.925)	
	400만원 ~600만원 미만			0.213	(0.031 - 1.460)	0.167	(0.023 - 1.191)	0.210	(0.032 - 1.306)	0.123	(0.015 - 1.046)	
	원만하지 않음(ref.원만함)					8.306	(3.394 - 20.308)	6.156	(2.166 - 17.501)	4.943	(1.421 - 17.193)	
	원만하지 않음(ref.원만함)					0.821	(0.306 - 2.206)	0.425	(0.128 - 1.409)	0.305	(0.078 - 1.200)	
건강 수준 및 건강 행태	좋은 편							1.000		1.000		
	주관적 건강 상태 나쁜 편							4.871	(1.366 - 17.368)	2.908	(0.752 - 11.247)	
	보통							4.000	(1.613 - 9.921)	2.739	(1.054 - 7.225)	
	경험 있음(ref.없음)							0.734	(0.231 - 2.329)	0.663	(0.206 - 2.133)	
사회적 특성	흡주							1.630	(0.716 - 3.712)	1.453	(0.584 - 3.614)	
	위험 및 중독(ref. 정상)									0.712	(0.555 - 0.888)	
	사회적 지지									0.940	(0.839 - 1.052)	
	자존감									2.739	(0.991 - 7.572)	
동거여부												

주: 읍·면·동당 평균 세대수, 시도별 주민등록세대수, 연령별 추계인구 분포를 고려한 표본가중치가 적용된 결과임.

제 4 장

외국의 정신건강 관련 정책 사례⁷⁾

- 자살 예방에 대한 주요 외국으로부터의 시사점을 도출하기 위해 자살 예방을 위한 국가전략수립, 근거기반 정책수립을 위한 자살원인 파악, 고위험자 조기발견 체계 강화, 부문 간 네트워크 구축, 서비스 접근성 강화, 자원 배분의 효율성 강화 측면에서 사례 분석을 수행함.

1. 자살 예방을 위한 국가전략 수립

- 자살 문제에 대한 적극적인 예방 대책으로서 세계보건기구(WHO)는 각국 정부에 국가적 차원의 접근을 권장하고 있으며, 국가전략 시행은 자살률 감소에 효과적인 것으로 평가됨.

7) 본 장은 김동진 외(2015)의 보고서를 재구성하였음.

[사례]

1. WHO

- WHO는 자살 예방 국가전략 수립을 위해 (1) 명확한 목표, (2) 위험요인 및 방어요인, (3) 대상별 효과적 개입방법, (4) 집계시스템 개선 및 연구, (5) 모니터링 및 평가의 구체성 등의 프레임 강조함.
- WHO(2012)는 현재 노르웨이·핀란드·영국·뉴질랜드·호주·스웨덴·미국 등 25개국 이상이 이러한 자살 예방 국가전략을 수립·추진하고 있는 것으로 파악됨.

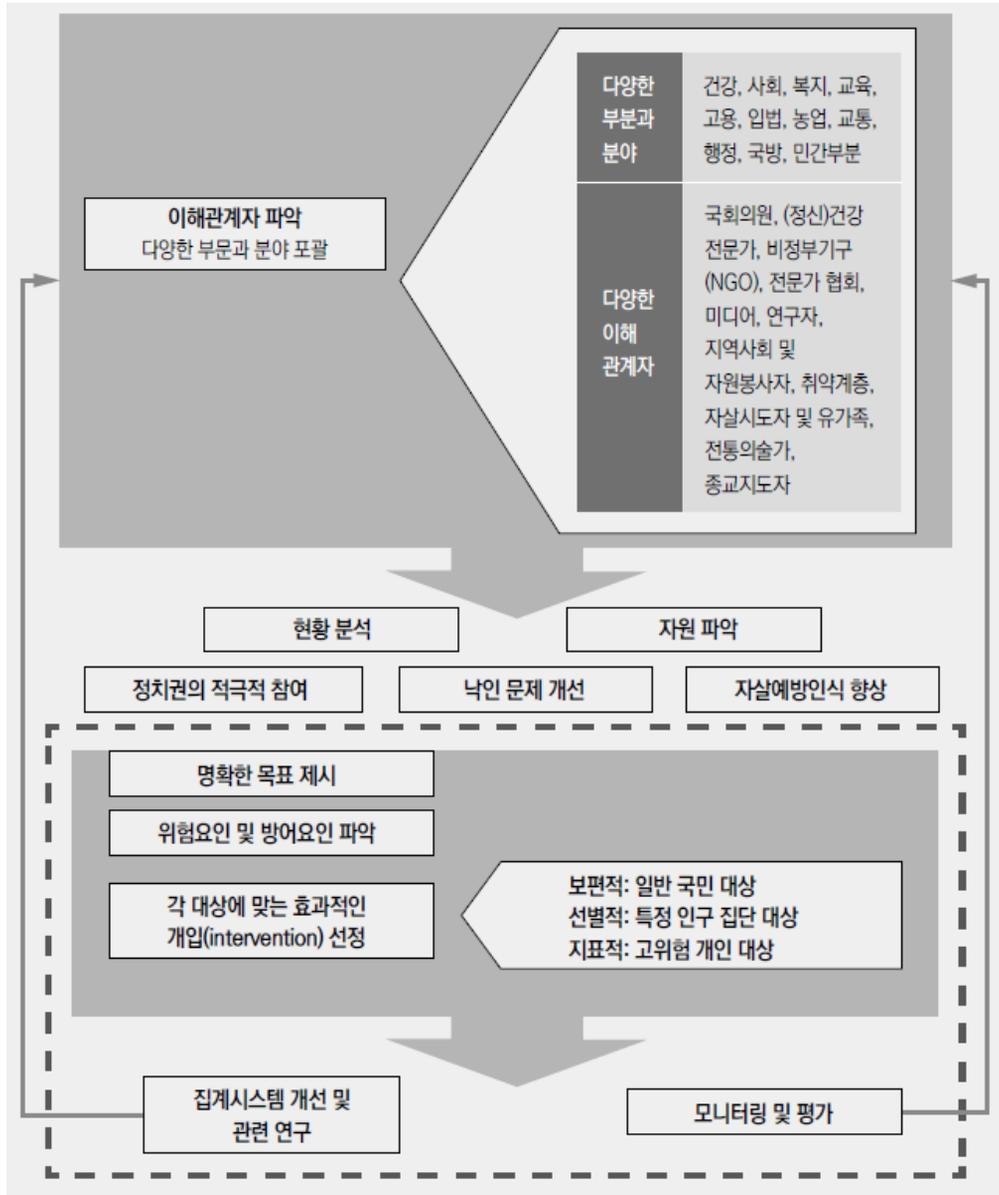
2. 핀란드

- 1980년 후반까지 세계에서 가장 높은 자살사망률을 기록함에 따라 1986년 세계 최초로 자살 예방대책을 수립함.
- 아울러 자살 예방에 대한 근거를 마련하기 위해 1986-1992년까지 6년간 자살사망자에 대한 심리부검 실시함.
- 심리부검결과를 토대로 1992년 자살사망 프로그램을 마련함.

3. 일본

- 일본의 자살종합대책은 다음의 8가지 방향으로 구성함.
- 사회적 요인을 고려한 종합적 대처, 국민 한 사람 한 사람이 자살 예방의 주역이 되는 대책, 단계별 대상별 대책의 효과적 조합, 관계부처와의 연계에 의한 포괄적 지원강화, 자살실태에 맞는 시책 추진, 시책의 검증 및 평가를 통한 중장기적 추진, 인구 집단별 실태에 근거한 대책 추진, 정부 지자체 관계기관 민간단체 기업 및 국민의 역할을 명확하게 하고 연계와 협력 하에 추진함.

그림 4-1. WHO 자살 예방 국가전략 프레임워크



자료: 김정수, 송인한(2013)

2. 근거기반 정책 마련을 위한 자살 사망 원인 파악

- 자살 원인은 개인 및 사회적 요인이 복합적으로 작용하기 때문에 자살 예방 대책의 근거마련을 위해서는 이에 대한 맥락적 이해가 필요함.

[사례]

1. 핀란드

- 핀란드의 자살 예방 대책의 근거를 마련하는 데 기여한 심리적 부검은 자살 사망, 경찰현장조사, 심리적 부검에 대한 유가족 동의, 정신과 전문의 유가족 심층면접, 자살자 주변 환경 조사, 수집 자료 분석 및 분류, 수집 정보 데이터베이스화, 고위험군에 대한 프로그램 마련의 과정을 거쳐 이루어졌음.
- 심리적 부검은 사회보건부(Ministry of Social Affairs and Health)가 중심이 되어, 1987년 한 해 동안 발생한 1,366명의 자살사망자를 대상으로 수행됨.
- 심리적 부검을 통해 발견된 자살의 원인은 1992년 자살 예방프로그램을 마련하는 데 바탕이 되었고, 이 프로그램은 4년간 전국적으로 시행됨.
- 비록 우리나라에서는 심리적 부검이 유가족 동의를 끌어내어야 하는 과제, 원인 규명이 자살사망자 본인이 아닌 주변인을 통한 간접적인 접근방식이라는 한계 등이 있으나 자살사망률 감소를 목표로 자살사망에 대한 원인 규명을 위해 국가적 노력이 집중된다는 데에 의의가 있음.

3. 고위험자 조기발견 체계

- 고위험자를 조기발견하기 위한 게이트키퍼를 발굴하고 양성하여 이들을 적극적으로 활용함.

[사례]

1. 일본

- 일본이 추진 중인 자살대책의 특징 중의 하나는 고위험자의 조기발견을 위한 게이트키퍼를 적극적으로 활용하고 있다는 점임.
- 우리나라도 게이트키퍼를 양성하고 있으나 교사, 의사 등 전문가에게 한정되어 있는데 일본의 경우 약사, 미용사 등 대중을 접하는 직종의 인력을 적극 활용하고 있음.

2. 호주

- 자살고위험군 대상 지역 사회 기반 예방 활동(Community prevention activities for high risk groups)을 적극적으로 수행하고 있음.
- 자살고위험군인 원주민, 남성, 성소수자, 유가족 등을 대상으로 하고 있음.
- 지역 사회에 기반 네트워크와 파트너십을 구축하여 문화센터, 음식점, 술집 등과 같은 지역 사회 자원을 활용하고, 학교나 일터 등에서 자살 위험요인을 파악할 수 있는 역량을 강화함.

4. 자살 예방 대책의 효율성 제고를 위한 네트워크 구축

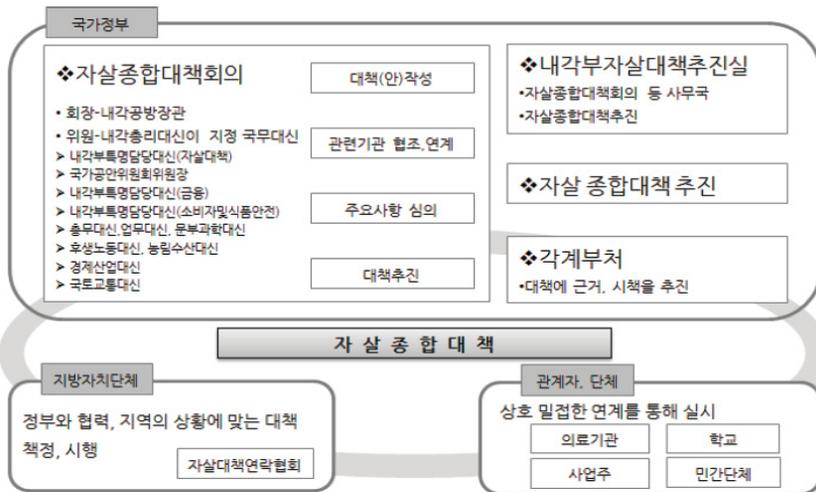
- 자살 예방사업의 효율성 제고를 위해서는 관련 부처 간 네트워크 구축을 통한 연계 및 협력체계 유지가 필요함.

[사례]

1. 일본

- 일본 자살 대책 추진체계 속에서 다양한 이해관계자로 하여금 자살 예방의 기초정보를 갖도록 연계하고 포괄적 지원을 하고 있는 것도 자살을 개인의 문제 뿐 아니라 사회·경제적 문제가 다양하게 연관이 있을 것으로 보기 때문임.
- 최근에는 후생노동성으로 컨트롤타워가 이전되었으나, 사업 초기만 하더라도 내각부의 총괄책임 하에 관련부처간의 협조와 연계체계가 유지됨.

그림 4-2. 일본의 자살대책 추진체계



자료: 이상영(2013)

표 4-1. 자살대책 관련 부처 및 역할 분담

대책영역	관련부처
자살실태규명	내각부, 후생노동성, 문부과학성, 경찰청
국민의 인식과 관심 증대	내각부, 총무성, 문부과학성, 법무성
인력양성	내각부, 후생노동성, 금융청 소비자청, 경찰청, 총무성
정신건강증진	내각부, 후생노동성, 농림수산성, 국토교통성, 문부과학성, 경제산업성
적절한 정신과 진료 제공	후생노동성
사회적 대처 강화	내각부, 후생노동성, 금융청, 소비자청, 경제산업성, 법무성, 국토교통성, 경찰청, 총무성, 문부과학성
자살미수자에 대한 관리	후생노동성
유족에 대한 지원강화	내각부, 문부과학성, 후생노동성
민간단체와의 연대 강화	내각부, 후생노동성

자료: 이상영(2013)

표 4-2. 주요 중앙부처별 시책 수 및 예산

부처명	2010년		2011년	
	시책수	예산(천엔)	시책수	예산(천엔)
내각부	22	164,777	19	226,021
경찰청	7	0	7	0
금융청	6	278,079	6	278,517
소비자청	2	0	4	0
총무성	5	55,244	6	52,740
법무성	4	121,416	4	117,839
문부과학성	15	168,843	14	123,084
후생노동성	60	6,418,278	59	8,281,923
농림수산성	3	0	2	0
경제산업성	10	6,850,996	8	5,884,057
국토교통성	3	0	3	0
계	137	14,057,633	132	14,964,181

자료: 이상영(2013)

5. 인구 집단별 자살 예방 및 위험중재서비스에 대한 접근성 강화

- 청소년, 노인 등 자살발생이 높은 집단을 대상으로 한 자살 예방 및 정신건강 서비스에 대한 접근성을 강화해야 함.
 - 자살위험시 즉각적으로 도움을 요청할 수 있는 핫라인 설치 및 우울 증상, 자살 징후 등에 대한 교육을 강화해야 함.

[사례]

1. 미국 LEADS(Linking Education and Awareness of Depression and Suicide)

- 미국 자살 예방센터(Suicide Prevention Resource Center)에서 운영하는 13~17세 청소년을 대상으로 한 우울증과 자살에 대한 인식변화, 자살 예방에 대한 교육프로그램임.
- 도움을 청하는 방법, 우울증과 그 증상, 우울과 자살의 연계성, 자살징후 등과 같은 주제를 다루고, 학교 및 지역 사회에서 자살 예방 자원을 찾을 수 있도록 하고 있음.
- 2008년에 시작되어 855개 이상의 학교에서 약 21,000명의 학생이 프로그램에 참여하고 있음.

2. 미국 뉴욕 SPEAK(Suicide Prevention Education Awareness)

- 뉴욕주 자살 감소를 위해 2004년부터 시작한 인식개선 사업으로 뉴욕주 정신건강국(Office of Mental Health)에서 주도하고 있음.
- 자살 및 자살 예방, 위험요인 및 경고, 도움을 요청하는 방법 등의 내용

으로 구성되어 있음.

3. 호주

- 호주는 지역 사회를 중심으로 한 자살 예방 전략이 특징임. 자살위험자에게 지역 사회 기반 심리서비스(More community based psychology services)를 제공하고 있음. 특히 자살 생각에서부터 자살 행위까지 단계별로 영향요인을 파악하고, 단계별 개입 전략들을 계획하고 있음.
- 자살과 관련된 위기 상황에 대응하기 위하여 위기대응전화를 운영하며, 위기대응전화 상담원의 역량을 강화를 위해 최근 5년 동안 30.3백만 달러를 투입하고 있으며 계속해서 예산을 투입하고 있는 상황임.

4. 핀란드

- 자살 고위험자에 대한 조기발견과 치료기관 간 연계를 강화하고 대상에 따른 맞춤형 프로그램 운영하고 있음.
- 청년층: 자살을 시도한 사람들의 배경 및 심리문제를 자세히 조사하여 지지와 치료 제공, 가족 위기나 만성문제에 대한 지지, 직장생활에 적응하고 통합하는 것에 대한 지지를 제공하고 있음.
- 노인층: 노인우울증 조기 진단, 노인의 인생 설계와 대처 능력 향상을 위한 교육 및 활동 제공, 퇴직과 경제문제 등을 지원하고 있음.

6. 자살 예방 자원 분배 확대 및 자원 분배의 효율성 강화

- 자살 예방을 사회적으로 의제화 하고, 문제해결을 위한 자원 배분의 우선순위를 부여해야 함.

[사례]

1. 일본

- 도도부현 지역의 자살대책을 강화하기 위해 ‘지역자살대책 긴급강화기금’(2009년 기준 100억엔 규모)을 조성, 상담체계 정비 및 인력 양성에 활용하고 있음.
- 이 기금은 지자체의 자율적 자살 예방 대책을 추진하거나 민간단체의 활동을 지원하기 위한 목적으로 활용되어 지역단위의 자살 대처 능력을 제고하는데 기여하고 있음.
- 이외에도 일본은 2006년 자살대책기본법 제정 이후 3,000억 원에 달하는 예산을 투입하여 자살 문제를 해결하기 위한 노력을 하고 있음.

2. 미국

- 미국 물질남용 및 정신건강서비스를 주관하는 SAMHSA(Substance Abuse and Mental Health Service Administration)에서는 연간 3,480백만 달러(2012년)를 정신보건 사업에 활용하고 있음.

제 5 장

정책 방향 및 정책 과제

1. 정책 방향

1.1. 지역 특성에 맞는 사업 및 사업 운영 체계 다양화

- 자살 문제는 생애주기별 특성과 지역적 특성이 고려될 필요가 있으므로 지역 사회별로 특화 사업을 개발하여 수행할 수 있는 기전을 마련해야 함. 이 경우 지역정신건강증진 사업을 기본 사업과 특화 사업으로 구분하여 개별적으로 지원해야 함.
- 지역 사회의 정신건강 문제 및 문제해결을 위해 활용할 수 있는 자원 보유 여부에 따라 수행할 수 있는 사업을 다양화하고, 사업 운영체계 또한 도시와는 다른 농어촌 특성을 반영하여 모델화할 필요가 있음.
 - 관련 지침을 마련하여 지자체에서 활용할 수 있도록 하고, 예산 배분이나 평가 등을 활용하여 환경을 조성해야 함.

1.2. 정신건강증진사업에 대한 자원 배분 강화

- 정신건강증진센터 설치가 지역 사회 정신보건문제 해결을 위한 최우선 순위가 아닐 수는 있으나, 지역 사회 내에서 정신보건 사업에 대한 컨트롤타워 역할을 수행하기 위해 군 단위별로 적어도 1개소의 센터가 설치되어야 함.
- 현재 정신건강증진센터의 설치 재원은 국비와 지방비 매칭으로, 재정자주도가 낮은 지자체에서는 센터 설치가 경제적 부담으로 작용함.
 - 센터 운영비 또한 인건비와 사업비를 구분하지 않고 있어, 숙련된 인력이 오랫동안 근무할 경우 인건비 상승으로 인해 사업 수행에 영향을 줌.
- 그렇기 때문에 예산 배분의 원칙을 변경하여 지역 취약성 인지적 예산 배분 방식에 대한 사회적 논의가 필요함.
 - 노인, 저소득가구, 다문화 등 취약가구의 비율이 높은 지역일수록 관련 자원 배분에 우선순위를 두어야 함.
 - 특히, 자살의 경우 지역별로 격차가 뚜렷하기 때문에 지역별 자살 문제 해결을 위해 집중적으로 재원을 투입할 필요가 있음.

1.3. 광역시도의 역할 강화

- 군 지역에서 정신보건 사업을 수행하는 담당자가 가장 많이 호소하는 어려움 중의 하나가 사업 수행 시 연계하여 협력할 수 있는 민간 인프라에 대한 부족임.
- 이 경우 인접한 기초지자체들이 연계체계를 공동으로 구성하면, 인력, 시설 등 자원에 대한 접근성 개선에 도움이 될 수 있으며, 이 과정에서 광역시도가 적극적으로 참여하여 컨트롤타워 역할을 수행해야 할 필요가 있음.

1.4. 중독 예방·치료체계 구축 및 부처별 연계체계 확립

- 중독의 치료 재활을 위한 부처가 산재되어 있는데 정책 협조체계가 긴밀하지 않아 정책추진에 어려움이 많음.
 - 알코올은 보건복지부, 마약은 식품의약품안전청, 도박은 문화체육관광부, 인터넷은 안전행정부, 문화체육관광부, 여성가족부가 분담하고 있으나, 각 부처는 해당 인구 집단을 대상으로 개별적인 사업을 운영하고 있고 주관 부서와의 교류와 연계가 효율적으로 이루어지지 않고 있음.
- 또한 자살에 대한 사회적 인식 증가로 여러 공공 및 민간단체별로 개별적 노력이 진행되고 있으나, 이를 체계적이고 통합적으로 관리할 수 있는 기전이 필요함.

1.5. 정책의 효과성 규명 및 근거 기반 정책 수립

- 그동안 한국사회에서는 자살의 원인에 대해 체계적으로 규명하기보다는 대책 마련과 시행에만 중점을 두고 있음.
 - 이는 자살 문제의 시급성 차원에서 일면 수궁이 가지만 자살 예방 선진국들이 장기간의 원인조사와 그에 근거한 대책을 개발해 왔음을 감안할 때 우리도 자살 문제에 작동하는 기제를 보다 면밀히 파악해 보려는 노력이 필요함(최명민, 2015).
 - 실제로 2010년까지 증가하던 노인자살률이 2012년에 다소 감소하였는데, 그 이유로 2012년 12월부터 그라목손의 생산과 유통이 전면 중단된 것이 영향을 미친 것으로 알려졌을 뿐⁸⁾, 그 외에 어떤 이유에 의해 자살

8) 통계청 발표에 의하면 2012년 그라목손이 포함된 중독자살이 477명 감소(머니투데이 2013.9.25.일자)

률이 감소되었는지 파악하지 못하고 있음(조미형 외, 2013 재인용).

- 효과적인 정책을 수립하기 위해서는 근거에 기반 한 정책을 마련하고 그 정책 시행 후에는 효과성에 대한 모니터링을 수행하여 농어촌 지역에 민감도 높은 정책을 선별하여 수행할 필요가 있음.

2. 정책 과제

2.1. 농어촌 정신건강서비스 다양화

- 지역마다 정신건강 문제에 있어서 서로 다른 특성을 보일 수 있으므로, 지역의 특성에 따른 특화사업을 개발할 수 있도록 지원해야 함. 이 때 지역의 정신건강 문제뿐만 아니라 서비스 공급 여건을 반드시 함께 고려해야 함.
- 생애주기별 정신건강증진 프로그램을 강화하며, 위기가구 정신건강 모니터링 및 자살 예방 사업을 확충함.
 - 청년층, 노인층, 다문화가구, 위기가구 등 대상의 특성에 따라 맞춤형 프로그램을 운영하도록 함.
- 농촌에는 노인 인구의 비율이 높기 때문에 노인을 대상으로 하는 정신건강 서비스가 강화되어야 함. 사회참여 활동을 통한 사회적 지지는 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것(박경희, 2005)으로 알려져 있으므로, 사회참여와 사회적 지지 강화 활동을 적극 활용한 프로그램을 개발함.
 - 질병의 예방·관리, 신체와 정신의 기능 유지, 적극적인 사회참여가 선순환 구조로 진행되어야 함.
- 서비스 제공 인프라 부족 등의 이유로 경로당, 마을회관 등 주로 집단을 대상으로 프로그램을 제공하다 보니 재가에 있는 고위험자들은 정신건강증진

프로그램에 노출되지 않고 있는데, 이를 개선하기 위하여 고위험자에 대한 민감도 높은 프로그램 및 프로그램 제공 모형을 개발하고, 재가 노인 및 개인에 서비스 접근성을 개선하기 위한 지역 사회의 역할이 필요함.

- 농어촌에서 기존의 재가방문서비스를 제공하는 보건복지 인력들을 활용하면 더욱 효과적일 것임. 특히, 방문간호사, 의료급여사례관리자, 희망복지지원단 사례관리자 등등과의 협력은 반드시 필요함.

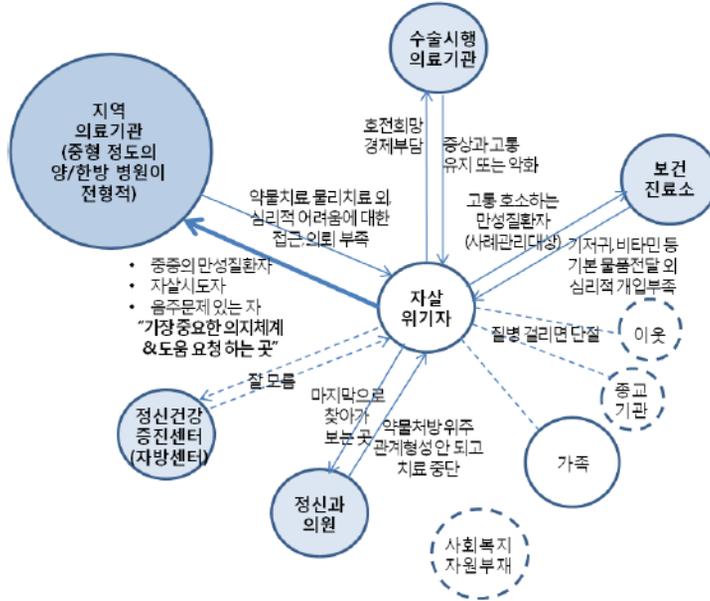
2.2. 고위험자 발굴 및 정신건강서비스 접근성 강화

2.2.1. 고위험자 발굴 체계 강화

- 자살자의 대부분이 정신질환을 가지고 있거나 혹은 신체 증상을 가지고 있어 사망 전 어떤 형태로든 보건의료서비스를 접촉하는 것으로 알려져 있음. 최명민(2015)의 심리부검연구에서도 자살자의 경우 마지막 지지체계가 의료기관이었던 것으로 파악됨.
 - 2009년에서 2011년 사이 자살원인은 정신적, 정신과적 문제가 연도별로 30% 내외로 가장 많았고, 육체적 질병문제가 20%를 넘어 두 번째로 높았으며, 그 다음은 경제생활 문제가 약 16% 내외를 차지⁹⁾함.
- 따라서 지역 사회 내 일차의료기관에서 자살 징후를 보이는 고위험자를 발굴하여 정신건강 지지체계로 연계할 수 있는 네트워크를 마련하도록 함.

9) 경찰청(각년도). 경찰청 통계연보

그림 5-1. 자살사망자의 도움요청 체계와 반응



자료: 최명민 등 2015

2.2.2. 정신질환자 초기 약물치료 강화

- 정신질환 초기 우울증에 대한 약물치료 및 순응도를 제고해야 하며 정신질환의 중증화를 예방하기 위하여 치료지속률도 제고해야 함.
 - 타 만성질환과는 달리 정신질환과 관련하여서는 우리나라의 외래치료에 대한 수준이 외국에 비해 매우 낮은 상태이고, 반대로 입원병상의 경우 외국에 비해 2배 가까이 높은 실정임.
 - 우울증 등은 정신질환에 대한 치료지속률이 낮아 항우울제 순응률이 권고사항에 비해 낮은 수준임.
 - 일차의료가 부족한 상황에서 중증·경증 정신질환과 알코올 중독에 대해

입원치료 외에는 대안이 없기 때문에 과소치료 및 강제입원 등의 부적절한 진료가 반복되고 있음.

2.2.3. 급성·중증 정신질환자에 대한 의료접근성 강화

- 급성·중증 환자의 치료를 위하여 경제적 접근성을 높여야 하는데, 이를 위해 초기 응급 입원 시 비용을 지원할 필요가 있음. 또한, 입원 뒤에는 지역 사회복지사 등과 협의하여 환자가 의료급여 혜택을 받아 추후 입원 시 경제적 부담을 덜어주는 방안을 고려할 필요가 있음.
- 경제적 접근성과 더불어 급성·중증 환자 치료를 위한 지리적 접근성도 개선해야 함. 지역 내에 정신의료기관이 부재할 경우 인근 지역과 연계협력하고, 환자들이 의료기관 내원 시 교통수단을 제공하거나 교통비를 지원하는 방안 등을 모색함.

2.2.4. 농어촌 정신건강증진 인프라 강화

- 농어촌 지역의 정신건강증진 사업인력 확충이 필요함.
 - 현재 농어촌 지역의 정신보건 전문요원, 정신보건 사업인력은 양적으로 대도시의 절반 이하 수준인데, 사업인력의 양적·질적 수준의 강화가 필요함.
- 지역별로 정신보건 사업을 전담할 수 있는 전담기관을 확보하고, 기관 간 연계를 통한 사업 효율성을 모색해야 함.
 - 이를 위해 지역별로 정신건강증진센터의 설치를 의무화해야하고, 중독통합관리지원센터의 설치 기준을 완화할 필요가 있으며, 민간정신의료기관의 접근성을 강화해야 함.
 - 정신보건법 전부개정안인 정신건강증진법(안)에 의하면, 모든 시군구별

로 정신건강증진센터 설치를 의무화하고 있음¹⁰⁾.

- 기존의 알코올 중독센터 등이 타 중독관리 기능과 합쳐진 중독통합관리 센터는 인구 이십만 명 당 1개소 설치로 정해져 있어 농어촌에서는 접근성이 떨어져 이에 대한 대책을 마련해야 함.
- 지역 사회 내에서 민간 자원을 활용하여 중증환자와 자살 고위험자에 대한 발굴 체계를 강화함.
 - 지역 사회 내에서 희망복지지원단 사례관리자, 방문간호사, 의료급여사례관리사 외에 농촌지도자, 영농후계자, 부녀회장, 마을 이장 등을 게이트키퍼로 역할을 부여함.
 - 이들에 대해서는 우울증상이나 자살징후에 대한 교육을 실시하고, 자살 징후자 발견시 즉시 연결 가능한 연계체계에 대해 교육함.
- 특히, 지역 사회 내 자살자가 발생한 마을을 중심으로 모방 자살이 발생하지 않도록 지역 사회 지지체계를 강화하며, 지역 주민이 참여할 수 있도록 하는 기제를 마련함.
- 정신건강증진센터에서 어려움을 겪는 문제 중의 하나로서 중증사례관리 대상자에 대한 연계체계가 미흡하다는 것임.
 - 자체적인 서비스 제공 인력이 부족하다는 점 외에도 지역 내 활용 가능한 연계 자원이 부족하여 현재 공공체계에 의한 사례 관리는 점점 힘들어지는 상태임.
 - 따라서 민간자원과의 네트워킹을 통해 중증사례관리 대상자를 연계할 수 있는 방안 모색이 필요함.

10) 2013년 6월 보건복지부는 ‘정신보건법’을 ‘정신건강증진법’으로 바꾸는 전부개정안을 입법예고하였으나 현재 국회 계류 중임.

2.3. 농어촌 정신건강서비스 전달체계 강화

- 중앙부처에서의 연계체계, 지역 간 연계체계, 지역 내 연계체계 등 각급 단위에서의 연계체계를 강화해야 함.
 - 부처별 사업들 간의 유사·중복을 조정하고, 컨트롤타워를 설치하여 관련 부처 간 네트워크 기능을 활성화해야 함. 일본에서는 자살 예방 사업 초기 후생 노동성이 아닌 내각부에서 컨트롤타워 역할을 수행하기도 함.
 - 지역(생활권) 간에 정신의료 자원을 공동으로 활용하는 등 정신건강증진을 위한 공동대처가 필요함.
 - 정신보건센터, 보건소, 정신의료기관, 경찰, 소방서 등 지역 내 유관기관의 업무연계가 강화되어야 하며, 이를 통해 위기 상황 발생 시 신속하고 효율적인 대처가 가능해짐.
- 지역단위 정신건강 문제 해결을 위해 광역시도의 역할이 강화되어야 함. 지역의 생활권에서 해결이 불가능한 문제에 대해서 광역시도의 개입이 필요하고, 정신의료기관의 이용, 정신보건 사업의 인력교육 등 공동의 노력을 통해 사업 효율성을 도모할 수 있음.
- 자살에 대한 태도, 정신건강에 영향을 미치는 요인 등의 분석 결과로 미루어보았을 때, 도시와는 다른 농어촌 지역의 특수성은 정신건강 문제에서도 드러났으며, 이를 반영한 차별적인 문제해결 방안이 필요함.
 - 또한 중재개입 지점을 파악하기 위하여 자살원인 파악이 반드시 필요하고 여기에는 개인적 특성 외에 생애주기별, 지역별로 서로 다른 사회적 특성에 대한 고려 등 농어촌에서 정신건강 문제가 발생하는 원인에 대한 맥락적 분석이 선행되어야 함.
- 자살률 증가 혹은 정신건강으로 인한 문제 해결이 시급한 지역을 삶의 질 특별 지원 구역(가칭)을 지정·운영하여 우선적으로 지원하도록 함.
 - 사회복지 분야의 ‘사회보장 급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한

법률’ 제48조(사회보장 특별지원 구역)에는 “영구임대주택단지, 저소득층 밀집 거주지, 그 밖에 보건, 복지, 고용, 주거, 문화 등 특정 분야의 서비스가 취약한 지역을 사회보장특별구역으로 선정하여 지원 가능”하도록 설정하고 있음.

- 자살률이 높고, 정신건강 문제가 심각한 지역은 경제적으로도 취약할 가능성이 높기 때문에 지자체 자체적 노력만으로는 지역의 정신건강 문제를 해결하지 못할 가능성이 높음. 이러한 경우 삶의 질 특별지원 구역으로 설정하여 삶의 질 계획에서 별도로 지원하는 방안을 고민해 볼 수 있음.

참고 문헌

- 경찰청. 각년도. 경찰청 통계연보.
- 김남순, 정최경희, 박은자, 전진아, 최지희, 박금령, 김소운, 박주영. 2014. 한국여성의 우울증과 만성통증에 대한 심층분석. 질병관리본부·한국보건사회연구원.
- 김동진, 김명희, 채수미, 김대은, 채수미, 최지희, 차미란. 2015. 제4차 국민건강증진종합계획 수립방향. 한국건강증진개발원·한국보건사회연구원.
- 김정수, 송인한. 2013. 자살 예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략. 보건사회연구, 33(1), pp. 513-546.
- 박경희. 2005. 노인복지관을 이용하는 노인들의 성공적 노후에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 보건복지부·질병관리본부. 2013. 2013 국민건강통계.
- 보건복지부. 각년도. 정신질환역학조사.
- 보건복지부. 2013. 2013년도 자살실태조사 요약보고서
- 보건복지부. 2014. 2014년 정신건강사업 안내.
- 보건복지부. 2015. 2015년 정신건강사업안내.
- 안용민, 박종익, 지선하, 김경일, 김보라 외. 2014. 2013 자살 실태조사. 보건복지부·서울대학교 의과대학.
- 이상영, 노용환, 이기주. 2012. 우리나라의 자살급증원인과 자살 예방을 위한 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 이상영. 2013. 외국의 자살 예방정책 사례와 시사점. 국회예산정책처 토론회 발표자료.
- 이상영, 정진욱, 김영택, 윤시문, 채수미, 채희란. 2014. 자살위험도 결정요인 및 지역간 격차요인 분석. 한국보건사회연구원.
- 이상영, 정진욱, 황도경, 손창균, 윤시문, 채수미 외. 2015. 한국사회의 사회·심리적 불안의 원인분석과 대응방안. 한국보건사회연구원.
- 조맹제, 성수정, 신서연, 김진선, 전승범, 김민경. 2011. 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부·서울대학교 의과대학.
- 조미형, 박대식, 정규형. 2013. 농어업인 삶의 질 향상 위원회 전문지기관 업무위탁: 농어촌 영향평가 전문평가. 농림축산식품부·한국농촌경제연구원.

- 전진아. 2014. “복합 정신질환(Comorbidity)의 현황과 정책과제”. 이슈엔포커스 제241호 (2014-20).
- 정현진. 2013. 자존감 유형에 따른 대학생의 대인관계능력과 우울 및 불안의 차이숙명여자 대학교 대학원. 석사학위논문
- 중앙정신보건 사업지원단. 2015. 2014년 중앙정신보건 사업지원단 사업보고서.
- 최명민. 2015. “한국농촌 지역 자살에 대한 심리부검연구”. *Korean Journal of Social Welfare*, Vol. 67, No. 1, 2015. 2, pp. 55-81
- 통계청. 각년도. 사망원인통계 원자료.
- 통계청. 2014. 2014 고령자통계.
- 한국건강증진개발원. 2015. 제3차 HP2020 대표지표 트렌드 분석. 한국건강증진개발원.
- Cole M, Dendukuri N. 2003. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160, 1147 - 1156.
- Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review.
- Huang X, Yang H, Wang HH, Qiu Y, Lai X, Zhou Z, Li F, Zhang L, Wang J, Lei J. 2015. The Association Between Physical Activity, Mental Status, and Social and Family Support with Five Major Non-Communicable Chronic Diseases Among Elderly People: A Cross-Sectional Study of a Rural Population in Southern China. *Int J Environ Res Public Health*, 12(10), pp.13209-13223.
- Jia CX, Wang LL, Xu AQ, Dai AY, Qin P. 2014. Physical illness and suicide risk in rural residents of contemporary China: a psychological autopsy case-control study. *Crisis*, 35(5), pp.330-337.
- Kaplan, S.A., Madden, V.P., Mijanovich, T., & Purcaro, E. 2013. The perception of stress and its impact on health in poor communities. *Journal of Community Health*, 38(1), 142-149.
- Koster A, Bosma H, Kempen GI, Penninx BW, Beekman AT, Deeg DJ, van Eijk JT. 2006. Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, pp.619-627.
- Martinez-Hernaez A, Carceller-Maicas N, DiGiacomo SM, Ariste S. 2016. Social support

- and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 10:2.
- Meadows,L.A., Kaslow,N.J., Thompson,M.P., & Jurkovic,G.J. 2005. Protective factors against suicide attempt risk among African-American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community. Psychology*, 36(1-2), 109-121.
- OECD. 2015. *OECD Health Data 2015*.
- TIAN T, CHEN Y, ZHU J, LID P. 2015. Effect of air pollution and rural-urban difference on mental health of the elderly in China. *Iran J Public Health*, 44(8), pp.1084-1094.
- Journal of Affective Disorders*, 147, pp. 17-28.
- WHO. 2008. *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization..
- WHO. 2012. *Public health action for the prevention of suicide*. World Health Organization.
- Ziarko M, Mojs E, Kaczmarek ŁD, Warchol-Biedermann K, Malak R, Lisinski P, Samborski W. 2015. Do urban and rural residents living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 19(22), pp.4227-4234.