

우울 경험, 진단 및 치료에 영향을 미치는 요인

이해종¹, 조경숙^{2,3}, 윤장호^{2,4}, 박현숙⁵

¹연세대학교 보건과학대학 보건행정학과, ²오레곤주립대학교 보건대학 보건정책과, ³보건복지부, ⁴오레곤주립대학교 응용경제대학원, ⁵대전대학교 경영대학 병원경영학과

Factors Associated with Self-Reported Depression, Diagnosis, and Treatment among Korean Adults

Haejong Lee¹, Kyung Sook Cho^{2,3}, Jangho Yoon^{2,4}, Hyun Suk Park⁵

¹Department of Health Administration, Yonsei University College of Health and Science, Wonju, Korea, ²Health Management and Policy Program, College of Public Health and Human Sciences, Oregon State University, Corvallis, OR, USA, ³Ministry of Health and Welfare, Sejong, Korea, ⁴Applied Economics Graduate Program, Oregon State University, Corvallis, OR, USA, ⁵Department of Health Service Management, Daejeon University College of Business Administration, Daejeon, Korea

Background: We compared factors associated with self-reported depression and, in particular, diagnosis and treatment of depressive symptoms in Korean adults.

Methods: The sample included 13,306 adults aged 19 years or older from the 2010 and 2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). Data were applied to the χ^2 test and multivariate logistic regression analysis.

Results: The following characteristics of individuals are significantly associated with self-reported depression: female (vs. male, OR [odds ratio]=3.35), ages 50-59 years (vs. 60+, OR=1.45), economic status (low vs. high, OR=1.35; middle-low vs. high OR=1.29), unemployed (vs. employed, OR=1.23), education (elementary vs. college, OR=1.18; middle school vs. college, OR=1.27; vs. high school vs. college, OR=1.18), current smoking (vs. no, OR=1.19), high-risk alcohol consumption (vs. no, OR=1.18), perceived health (good vs. very good/excellent, OR=1.156; poor/fair vs. very good/excellent, OR=2.65), chronic disease (vs. no, OR=1.26), activity limitation due to health problems (vs. no, OR=1.74), and being in a sickbed during the past month (vs. not in a sickbed, OR=1.69). Living in a metropolitan area (vs. rural, OR=1.40) is significantly associated with greater odds of being diagnosed with depression. The odds of being treated for depression are lower for female (vs. male, OR=0.53). Greater odds of being treated for depression was seen for those with chronic conditions (vs. no, OR=1.73) and activity limitation due to health problems (vs. no, OR=2.05), as well as, those in a sickbed (vs. not, OR=1.88).

Conclusions: Applying our findings, policy makers should address the lower rates of depression diagnosed in non-metropolitan areas to reduce regional variations, and also promote treatment in females.

Korean J Health Promot 2014;14(1):9-16

Keywords: Depression, Diagnosis, Treatment

서 론

우울은 어느 나라에서나 흔한 정신질환으로 전 세계적

으로는 연간 3억 5천만 명 정도의 인구가 우울을 경험하고 있다.¹⁾ 우리나라에서는 2011년 전체 성인의 13.2%가 우울을 경험한 것으로 조사되었는데, 이러한 우울은 2005년 15.4%에서 2011년 13.2%로 지난 6년간 큰 변화가 없었는데 반해, 치료가 필요한 주요우울장애는 2001년 1.8%에서 2011년 3.0%로 1.7배나 증가하여 우울을 경험한 사람들 중 치료가 필요한 사람들이 급속히 증가함을 알 수 있다.^{2,3)} 기존 문헌들을 고찰해 볼 때, 우울에 영향을 미치는 요인은 다양한데, 여성일수록,^{4,5)} 젊은 층이거나

■ Received : January 11, 2014 ■ Accepted : March 17, 2014

■ Corresponding author : **Kyung Sook Cho, PhD**

Health Management and Policy Program, College of Public Health and Human Sciences, Oregon State University, Waldo Hall 305, Corvallis, OR 97331, USA

Tel: +1-503-851-6243, Fax: +1-541-737-4001

E-mail : gabrielle@korea.kr, kyungsookcho@nate.com

노인일수록,⁶⁾ 배우자상태나 동거가족 여부 등과 같이 가족 내 지지가 없을수록,^{5,7)} 종교가 없을수록,⁵⁾ 사회활동이나 사회참여가 없을수록⁸⁾ 우울할 가능성이 높다고 보고하고 있다. 흡연, 음주, 운동, 수면 등과 같은 건강행태 요인들도 우울과 상관관계가 있으며,^{5,9)} 질병을 앓고 있는 경우 우울 발생을 증가시킬 수 있다는 연구들도 있다.^{4,5,7,10,11)}

이러한 우울은 흔히 사회적 기능과 일상생활에서의 기능장애를 유발하며,¹²⁻¹⁴⁾ 이러한 해로운 영향의 정도는 당뇨와 같은 다른 만성질환이 미치는 악영향과 비교할 수 있다.¹⁵⁾ 특히 적기에 치료하지 않을 경우 재발 및 심각한 증상으로 발전할 수 있고 극단적으로는 자살로 이어질 수도 있다는 점에서 적극적인 진단 및 치료의 중요성이 대두되고 있다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 우울증의 진단과 치료율은 상당히 낮아서 우울을 경험한 자들 중 10%만이 지난 1년간 치료를 포함하여 정신건강 상담을 받고 있으며,²⁾ 주요우울장애의 경우도 26.8%만이 평생치료를 받고 있다.¹⁶⁾ 이렇듯 저조한 우울치료율은 비단 우리나라만의 문제가 아니며 미국과 같은 다른 나라들에서도 심각한 문제로서,¹⁷⁻¹⁹⁾ 우울증 치료율을 높이는 것이 효과적인 치료방법을 개발하는 것보다 더 중요하고 시급한 이슈로 대두되어 왔다.²⁰⁾

이렇듯 우리나라의 많은 연구들이 우울과 상관관계가 있는 요인들을 분석해 왔다. 하지만, 우울증 발병의 역학적 이해와 더불어 우울 환자의 진단 및 치료 또한 중요함에도 불구하고 우울의 진단과 치료에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 여전히 미미한 실정이다. 이러한 연구의 한계는 비단 우리나라에서만 아니라 미국과 같은 선진국에서도 지적되고 있다.²¹⁾ 따라서 본 연구의 목적은 사회 인구학적 요소, 건강행태와 건강상태를 포함한 포괄적인 우울 상관 요소들이 우울에 독립적인 영향이 있는가를 규명하여 기존 연구들을 보충함과 동시에 무엇보다도 우울의 “진단” 및 “치료”에 영향을 미치는 요소들을 규명하여 우울의 진단과 치료 접근성을 높이는데 필요한 기초자료를 제공하는데 있다.

방 법

1. 연구 대상

이 연구는 2010년 및 2011년 국민건강영양조사의 원시 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 1998년부터 시작하였으며, 3년 주기로 실시하다가 2007년(제4기: 2007-2009)부터는 매년 실시하고 있는데, 이는 각기 다른 지역을 표본으로 추출하는 순환표본 설계방법(rolling survey sampling)을 사용하여 3개 연도 표본이 전국을 대표하는 하나의 표본이 될 수 있도록 설계하였다. 제5기는 2010년,

2011년, 2012년 3개 연도에 해당되나, 본 연구에서는 원시 자료 접근이 가능한 2010년과 2011년 자료를 통합하여 사용하였다. 건강설문 조사가 이루어진 2010년(8,473명) 자료 및 2011년(8,055명) 자료 중 만 19세 이상 성인 각각 6,740명, 6,566명, 총 13,306명을 분석대상으로 하였다.

2. 연구 방법

이 연구에 사용된 종속변수는 세 가지가 사용되었다. 첫째는 지금까지 우울증을 앓은 적이 있는지 여부에 따라 ‘우울경험’으로 정의하였고, 이에 대한 분석 대상자는 13,306명이었다. 둘째는 우울증을 앓은 적이 있다고 응답한 자 중에서 의사의 진단을 받은 적이 있는지 여부에 따라 ‘우울진단’이라고 정의하였으며 1,863명을 분석대상으로 하였다. 세 번째는 우울증으로 의사진단을 받았다고 응답한 자 중에서 현재 우울증 치료를 받고 있는지 여부에 따라 ‘우울치료’로 정의하였고, 501명을 분석대상으로 하였다.

이러한 세 가지 종속변수에 영향을 미치는 독립변수는 이론적 고찰에 의해 다음과 같은 사회인구학적 특성, 건강행태, 그리고 건강상태 관련 변수들이 사용하였다. 사회인구학적 특성으로는 성, 연령(19-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60세 이상), 거주지(대도시, 중소도시, 군지역), 소득수준(상, 중상, 중하, 하), 직업 유무, 동거가족 유무, 교육수준(초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상), 체질량지수(BMI, 18.5와 25를 기준으로 저체중, 정상, 과체중이상) 등으로 구분하였다. 특히, 사회인구학적 변수 중에서 ‘결혼 여부’와 ‘동거가족 유무’는 우울에 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데,^{5,7)} 본 연구에서는 ‘동거가족 유무’만을 모델에 포함시켰다. 그 이유는 이 두 변수 간 상관관계가 높아 두 변수 모두를 모델에 포함시킬 경우 통계학적으로 다중공선성(multicollinearity) 등의 문제가 발생할 수 있으며, 이 변수들을 모델에 포함하는 목적이 가족관계를 통한 동거인의 지지가 우울 발병과 진단 및 치료에 영향을 줄 수 있다는 점에 초점을 둔 것이기에 두 변수 중 ‘동거가족 유무’가 가족 내 지지를 더 잘 대변해 주는 것으로 판단되었기 때문이다.

건강행태 변수로는 현재 흡연 여부, 고위험음주 여부, 신체활동 여부, 만성질환 여부로 나누었는데, 현재 흡연 여부는 평생 100개비 이상을 피웠고, 현재에도 흡연을 하고 있는 경우를 중심으로 흡연 여부를 결정하였다. 고위험 음주 여부는 1회 평균음주량이 7잔이며 주 2회 이상 음주하는 경우로 구분하였고, 신체활동 여부는 중증도 신체활동, 격렬한 신체활동, 걷기 실천 중 한 가지라도 하는 경우와 그렇지 않은 경우로 정의하였다. 건강상태 변수로는 주관적 건강, 만성질환 여부, 활동제한여부, 외병 여부

로 나누었고, 주관적 건강의 경우 평상시 자신의 건강상태가 어떻다고 생각하는지를 리커트 5점 척도로 측정된 것을 세 집단(상, 중, 하)으로 범주화하였다. 만성질환 여부는 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심근경색증, 관절염, 결핵, 천식, 당뇨병 중 어느 하나라도 있는 경우는 만성질환이 있는 것으로 간주하였다. 또한 활동제한은 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 있는지에 따라 구분하고, 외병은 최근 1달간 외병이 있는 경우인지에 따라 구분하였다.

3. 분석방법

본 연구는 앞에서 정의한 우울경험 여부, 우울진단 여부, 우울치료 여부를 각각 종속변수로 하여 이러한 종속

변수에 어떠한 요인들이 영향을 미치며 그 차이는 어떠한지를 파악하고자 하였다. 먼저 교차분석(χ^2 -test)을 통하여 각 독립변수들에 따른 우울경험 여부, 우울진단 여부, 우울치료 여부를 살펴보고, 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하여 각 독립변수들이 이들 세 종속변수에 어떠한 영향을 미치는지 그 영향과 정도의 차이를 분석하였다. 모든 분석은 PASW Statistics 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 통해 이루어졌다.

결 과

1. 사회인구학적 특성에 따른 우울경험, 진단 및 치료

연구 대상자들의 사회인구학적 특성에 따른 우울경험,

Table 1. Self-reported depression, diagnosis, and treatment by socioeconomic characteristics^a

Variables	Self-reported depression (n=13,306)			Diagnosis of depression (n=1,863)			Treatment of depression (n=501)		
	No	Yes	<i>P</i> ^b	No	Yes	<i>P</i> ^b	No	Yes	<i>P</i> ^b
Gender									
Male	4,876 (92.8)	378 (7.2)	<0.001	289 (76.5)	89 (23.5)	0.056	56 (62.9)	33 (37.1)	0.069
Female	5,538 (78.8)	1,485 (21.2)		1,073 (72.3)	412 (27.7)		295 (71.6)	117 (28.4)	
Age, y									
19-29	1,290 (89.4)	153 (10.6)	<0.001	108 (70.6)	45 (29.4)	0.034	38 (84.4)	7 (15.6)	0.150
30-39	2,044 (87.1)	303 (12.9)		237 (78.2)	66 (21.8)		50 (75.8)	16 (24.2)	
40-49	1,947 (88.0)	266 (12.0)		205 (77.1)	61 (22.9)		41 (67.2)	20 (32.8)	
50-59	1,922 (81.6)	433 (18.4)		299 (69.1)	134 (30.9)		90 (67.2)	44 (32.8)	
60+	3,211 (81.9)	708 (18.1)		513 (72.5)	195 (27.5)		132 (67.7)	63 (32.3)	
Residential area									
Metropolitan	4,795 (85.3)	824 (14.7)	0.179	585 (71.0)	239 (29.0)	0.153	162 (67.8)	77 (32.2)	0.111
Small & medium-sized	3,657 (84.8)	657 (15.2)		487 (74.1)	170 (25.9)		129 (75.9)	41 (24.1)	
Rural	1,962 (83.7)	382 (16.3)		290 (75.9)	92 (24.1)		60 (65.2)	32 (34.8)	
Economic status									
Low	1,922 (78.8)	518 (21.2)	<0.001	376 (72.6)	142 (27.4)	0.600	89 (62.7)	53 (37.3)	0.057
Middle-low	2,607 (83.5)	514 (16.5)		378 (73.5)	136 (26.5)		95 (69.9)	41 (30.1)	
Middle-high	2,908 (87.0)	432 (12.9)		326 (75.5)	106 (24.5)		77 (72.6)	29 (27.4)	
High	2,862 (88.1)	385 (11.9)		275 (71.4)	110 (28.6)		86 (78.2)	24 (21.8)	
Education									
Elementary school and under	2,862 (88.1)	385 (11.9)	<0.001	489 (70.0)	210 (30.0)	0.065	137 (65.2)	73 (34.8)	0.046
Middle school	1,111 (82.5)	236 (17.5)		173 (73.0)	63 (27.0)		40 (63.5)	23 (36.5)	
High school	3,519 (86.5)	549 (13.5)		406 (74.0)	143 (26.0)		108 (75.5)	35 (24.5)	
College and over	3,313 (89.8)	376 (10.2)		291 (77.4)	85 (22.6)		66 (77.6)	19 (22.4)	
Occupation									
Unemployed	3,996 (80.0)	1,007 (20.0)	<0.001	721 (71.6)	286 (28.4)	0.067	191 (66.8)	95 (33.2)	0.040
Employed	6,412 (88.3)	853 (11.7)		638 (74.8)	215 (25.2)		160 (74.4)	55 (25.6)	
Living with others									
Living alone	670 (80.0)	168 (20.0)	<0.001	127 (75.6)	41 (24.4)	0.253	26 (63.4)	15 (36.6)	0.212
Not alone	9,740 (85.2)	1,695 (14.8)		1,235 (72.9)	460 (27.1)		325 (70.7)	135 (29.3)	
BMI, kg/m ²									
<18.5	477 (84.6)	87 (15.4)	0.970	64 (73.6)	23 (26.4)	0.140	20 (87.0)	3 (13.0)	0.175
18.5-25	6,582 (84.7)	1,187 (15.3)		884 (74.5)	303 (25.5)		212 (70.0)	91 (30.0)	
>25	3,276 (84.9)	584 (15.1)		409 (70.0)	175 (30.0)		119 (68.0)	56 (32.0)	

Abbreviation: BMI, body mass index.

^aValues are presented as N (%).

^bCalculated by chi-square test.

진단 및 치료 여부를 살펴보면 Table 1과 같다. 남자(7.2%)에 비해 여자(21.2%)의 우울경험 비율이 월등히 높았고, 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 연령별로는 19-29세 10.6%, 30-39세 12.9%, 40-49세 12.0%, 50-59세 18.4%, 60세 이상 18.1%로 연령이 증가할수록 우울경험 비율이 증가하는 경향을 보였고, 통계적으로 유의하였다. 거주지별로는 대도시 14.7%, 중소도시 15.2%, 군지역 16.3%로 도시규모가 작아질수록 우울경험을 많이 하는 것으로 나타났지만 이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 소득수준에 따라서는 소득이 하인 집단 21.2%, 중하 집단 16.5%, 중상 집단 12.9%, 상인 집단 11.9%로 소득이 낮을수록 우울경험을 많이 하는 것으로 나타났고 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 교육수준별 우울경험은 대졸 이상이 10.2%로 가장 낮았고, 초졸 이하 11.9%, 고졸 13.5%, 중졸 17.5%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 직업 유무에 따라서는 무직일 경우(20.0%)가 유직일 경우(11.7%)보다 우울을 더 경험하는 것으로 나타났고 통계적으로 유의하였다. 동거가족 유무에 따라서는 홀로 사는 경우(20.0%)가 가족과 사는 경우(14.8)보다 우울한 것으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다. BMI에 따른 우울경험은 거의 차이가 없었다.

우울진단에 있어서는 성별로 통계적으로 유의한 차이를

보이지 않았고, 연령별로는 50-59세가 30.9%로 가장 높았고, 19-29세 29.4%, 60세 이상 27.4%, 40-49세 22.9%, 30-39세 21.8%로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 거주지별로는 대도시 29.0%, 중소도시 25.9%, 군지역 24.1%로 도시 규모가 클수록 우울진단을 더 많이 받는 것으로 나타났으나 이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 경제상태, 교육 수준, 직업 유무, 동거가족, BMI 역시 통계적으로 유의한 변수가 아니었다. 우울치료에 있어서는 여자(28.4%)에 비해 남자(37.1%)의 비율이 높았으나 이는 통계적으로 유의하지는 않았고, 연령이 증가할수록 우울치료를 더 받는 것으로 나타났으나 이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 거주지의 경우는 군지역(34.8%)과 대도시(32.2%) 지역이 중소도시(24.1%)에 비해 치료를 더 받는 것으로 나타났지만 통계적으로 유의하지 않았다. 경제상태, 동거가족, BMI에 따른 우울치료 여부 역시 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았고, 교육수준(중졸 36.5%, 초졸 34.8%, 고졸 24.5%, 대졸 이상 22.4%)에 따른 우울치료는 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

2. 건강행태 및 건강상태에 따른 우울경험, 진단 및 치료

흡연, 음주, 운동 등 건강행태 관련 변수들을 살펴보면,

Table 2. Self-reported depression, diagnosis, and treatment by health behaviors and health status^a

Variables	Self-reported depression (n=13,306)			Diagnosis of depression (n=1,863)			Treatment of depression (n=501)		
	No	Yes	P ^b	No	Yes	P ^b	No	Yes	P ^b
Health behaviors									
Currently smoking									
No	8,106 (83.6)	1,587 (16.4)	<0.001	1,151 (72.5)	436 (27.5)	0.088	313 (71.8)	123 (28.2)	0.045
Yes	2,284 (89.4)	270 (10.6)		207 (76.7)	63 (23.3)		38 (60.3)	25 (39.7)	
High-risk alcohol use									
No	5,274 (82.0)	1,156 (18.0)	<0.001	835 (72.2)	321 (27.8)	0.154	220 (68.5)	101 (31.5)	0.186
Yes	5,128 (87.9)	706 (12.1)		526 (74.5)	180 (25.5)		131 (72.8)	49 (27.2)	
Physical activities									
No	5,459 (84.5)	1,005 (15.5)	0.103	731 (72.7)	274 (27.3)	0.376	191 (69.7)	83 (30.3)	0.405
Yes	4,922 (85.3)	849 (14.7)		624 (73.5)	225 (26.5)		160 (71.1)	65 (28.9)	
Health status									
Perceived health									
Excellent/Very good	3,868 (91.4)	364 (8.6)	<0.001	284 (78.0)	80 (22.0)	0.034	68 (85.0)	12 (15.0)	<0.001
Good	4,823 (86.0)	788 (14.0)		576 (73.1)	212 (26.9)		155 (73.1)	57 (26.9)	
Poor/Fair	1,723 (70.8)	711 (29.2)		502 (70.6)	209 (29.4)		128 (61.2)	81 (38.8)	
Chronic disease									
No	6,863 (87.9)	943 (12.1)	<0.001	705 (74.8)	238 (25.2)	0.057	186 (78.2)	52 (21.8)	<0.001
Yes	3,550 (79.4)	920 (20.6)		657 (71.4)	263 (28.6)		165 (62.7)	98 (37.3)	
Activity limitation									
No	9,428 (87.0)	1,411 (13.0)	<0.001	1,049 (74.3)	362 (26.7)	0.019	278 (76.8)	84 (23.2)	<0.001
Yes	984 (68.6)	451 (31.4)		312 (69.2)	139 (30.8)		73 (52.5)	66 (47.5)	
Sickbed									
No	9,692 (86.4)	1,525 (13.6)	<0.001	1,130 (74.1)	395 (25.9)	0.028	292 (73.9)	103 (26.1)	<0.001
Yes	720 (68.2)	336 (31.8)		231 (68.8)	105 (31.2)		59 (56.2)	46 (43.8)	

^aValues are presented as N (%).

^bCalculated by chi-square test.

비흡연자(16.4%)에 비해 흡연자(10.6%)가, 고위험 음주자(12.1%)에 비해 그렇지 않은 자(18.0%)가 우울경험이 더 적었고, 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한 흡연하는 경우(39.7%)가 그렇지 않은 경우(28.2%)보다 우울치료를 더 많이 받았고 이는 통계적으로 유의하였다 (Table 2).

주관적 건강, 만성질환, 활동제한, 외병 등 건강상태와 관련된 변수들과 우울경험 여부, 진단 및 치료와의 관련성을 분석한 결과는 다음과 같다. 주관적 건강이 나쁠수록(상 8.6%, 중 14.0%, 하 29.2%) 우울경험 비율이 높았고, 만성질환이 있을수록(무 12.1%, 유 20.6%), 활동제한이 있을수록(무 13.6%, 유 31.8%), 외병이 있을수록(무 13.0%, 유 31.4%) 우울을 경험하는 것으로 나타나, 이는 통계적으로 유의하였다. 우울진단에 있어서는 만성질환을 제외한 주관적 건강(상 22.0%, 중 26.9%, 하 29.4%), 활동제한(무 25.9%, 유 31.3%), 외병(무 25.7%, 유 30.8%)이 통계적으로 유의한 변수로 나타났다. 또한, 우울치료를 있어서는 주관적 건강이 나쁠수록(상 15.0%, 중 26.9%, 하 38.8%) 우울치료를 받는 비율이 높았고, 만성질환이 있을수록(무 21.8%, 유 37.3%), 활동제한이 있을수록(무 21.6%, 유 43.8%), 외병이 있을수록(무 23.2%, 유 47.5%) 우울치료를 받는 것으로 나타났고 이 모두 통계적으로 유의하였다.

3. 우울경험, 진단 및 치료에 영향을 미치는 요인 비교

다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 다음의 Table 3과 같다. 먼저, 우울경험에 영향을 미치는 변수로는 성, 연령, 소득수준, 직업 유무, 교육수준, 흡연, 고위험음주, 주관적 건강, 만성질환, 활동제한, 외병 등이었다. 즉, 남성성에 비해 여성일수록 우울을 보고할 가능성이 3.34배나 높았고, 연령이 60세 이상인 집단에 비해 50-59세 집단이 우울을 경험할 가능성이 1.450배 높았으며, 소득수준이 상인 집단에 비해 하인 집단이 우울을 보고할 확률은 1.345배, 소득수준이 중하인 집단은 1.291배 높았다. 교육수준에 따라 살펴보면, 대졸 이상인 집단에 비해 초졸 이하 집단이 우울을 보고할 확률이 1.263배, 중졸 집단은 1.272배, 고졸집단은 1.176배 높았다. 흡연의 경우 비흡연자에 비해 흡연자가 우울을 경험할 가능성이 1.192배 높았고, 고위험음주자의 경우도 그렇지 않은 경우에 비해 1.180배 높았다. 또한 주관적인 건강이 상인 집단에 비해 중인 집단이 우울을 경험할 가능성은 1.516배였으며, 주관적 건강이 하인 집단은 2.652배나 높았다. 또한 만성질환이 없는 경우에 비해 있는 경우는 1.255배, 활동제한이 없는 경우에 비해 있는 경우는 1.744배, 외병이 없는 경우에 비해 있는

경우도 1.692배나 우울을 경험할 확률이 높았다.

그러나 이러한 우울에 영향을 미치는 변수들과는 달리 우울진단에 유의한 영향을 미치는 변수는 거주지였다. 즉, 거주지가 군지역인 집단에 비해 대도시에 거주하는 집단이 의사로부터 우울을 진단받을 확률이 1.403배 높게 나타났다. 반면, 여성일수록(여 vs. 남, OR [odds ratio]=0.533), 만성질환이 있을수록(유 vs. 무, OR=1.731), 활동제한이 있을수록(유 vs. 무, OR=2.048), 외병이 있을수록(유 vs. 무, OR=1.875) 우울치료를 받는 것으로 나타나, 우울경험, 우울진단, 그리고 우울치료를 받는 요인들 간 차이를 보였다.

고 찰

본 연구의 로지스틱 회귀분석 결과(Table 3)에서 성, 연령, 소득수준, 교육수준, 직업 유무 등의 사회인구학적 특성들은 우울경험의 요인으로 나타났는데, 이는 다른 연구 결과들과 일치하는 결과였다.^{4,5,7,8)} 특히 직업이 있는 경우보다 없는 경우 우울을 경험할 가능성이 1.26배나 높아, 직장이 스트레스의 원인이 될 수 있음에도 불구하고, 역으로 직장을 통한 경제적인 지원 또는 자아성취 등이 우울을 감소시켜 줄 수 있는 요인이 될 수도 있음을 보여주었다. 건강행태 관련 변수들 중에서는 흡연(유 vs. 무, OR=1.19)과 고위험음주(유 vs. 무, OR=1.18)가 유의한 변수로 나타나 기존 이론과 일치하였다.⁹⁾ 이 외에도 낮은 주관적 건강(중 vs. 상, OR=1.52; 하 vs. 상, OR=2.65), 만성질환(유 vs. 무, OR=1.26), 활동제한(유 vs. 무, OR=1.74), 외병(유 vs. 무, OR=1.19) 등 건강상태 관련 변수들이 우울에 영향을 미치는 것으로 나타나 기존 연구와 일치하였다.^{5,22)}

다른 한편, 본 연구에서 우울 진단과 치료에 대한 사회인구학적 변수들의 영향력은 거의 없거나 매우 미미하였다. 우울진단에 영향을 미치는 변수로는 거주지가 유일하였는데, 거주지의 경우 군지역보다 대도시 지역이 우울진단을 받을 가능성이 1.4배나 높았다. 이는 군지역에 비해 대도시에 정신의료기관과 인력이 집중되어 있어서 진단의 접근성이 용이하다고 추정해 볼 수 있다. 실제로 우리나라의 정신의료시설과 인력의 반 이상이 광역시 이상의 대도시에 집중되어 있다.²³⁾ 따라서 우울 진단율을 높이기 위해서는 장기적으로 정신과 의사 수 또는 정신의료기관 수를 확대하는 동시에, 단기적으로는 체계화된 우울증상 평가지표를 고안하여 개원의나 보건소의 일차 보건의료인력을 활용하는 방안을 고려해 볼 수도 있다.²⁴⁾ 그러나 정신과 의사가 아닌 의사들조차도 우울증을 인식하고 발견하는데 있어서 정확성이 떨어진다는 연구결과가 있으므로

Table 3. Factors related to self-reported depression, diagnosis, and treatment^a

Variables	OR		
	Self-reported depression (n=13,306)	Diagnosis of depression (n=1,863)	Treatment of depression (n=501)
Socioeconomic characteristics			
Gender (ref: Male)	3.35 ^b	1.25	0.53 ^b
Age (ref: 60+)	19-29	0.92	0.96
	30-39	1.23	0.88
	40-49	1.11	0.92
	50-59	1.45 ^b	1.25
Residential area (ref: Rural)	Metropolitan	1.11	1.40 ^c
	Small & medium-sized	1.14	1.22
Economic status (ref: High)	Low	1.35 ^d	0.84
	Middle-low	1.29 ^d	0.85
	Middle-high	1.09	0.80
Occupation (ref: Employed)	1.23 ^d	1.08	1.24
Education (ref: College)	Elementary school	1.26 ^c	1.48
	Middle school	1.27 ^c	1.21
	High school	1.18 ^c	1.19
Living with others (ref: No)	1.22	1.22	1.23
BMI (ref: Under weight)	Normal	1.04	0.93
	Overweight and obesity	0.93	1.14
Health behaviors			
Currently smoking (ref: No)	1.19 ^c	NA	NA
High-risk alcohol use (ref: No)	1.18 ^d	NA	NA
Physical activities (ref: Yes)	0.91	NA	NA
Health status			
Perceived health (ref: Excellent/Very good)	Good	1.52 ^b	2.06
	Poor/Fair	2.65 ^b	2.00
Chronic disease (ref: No)	1.26 ^b	0.98	1.73 ^c
Activity limitation (ref: No)	1.74 ^b	1.16	2.05 ^d
Sickbed (ref: No)	1.69 ^b	1.22	1.88 ^c

Abbreviations: OR, odds ratio; ref, reference; BMI, body mass index; NA, not available.

^aAssessed by multivariate logistic regression analysis.

^bP<0.001.

^cP<0.05.

^dP<0.01.

보건소 등에서 보건의료인력을 훈련시키는데는 보다 많은 주의와 노력이 요구될 것이다.²⁵⁾ 참고로, 우리나라 인구 10만 명당 정신과 의사 수는 5.12명으로 전 세계 평균 1.27명보다는 높으나, 고소득국가 10.5명의 절반 수준인 반면, 우리나라의 인구 10만 명당 외래시설은 2.35로 고소득국가의 2.32와 비슷하나, 정신병원 병상 수 149 (고소득국가 0.1보다 월등히 많고, 정신병원 병상 수 149 (고소득국가 31), 일반병원 정신병상 수 41.2로 고소득국가(각각 31, 13.6)보다 월등히 높으므로 시설보다는 정신건강 인력 확대에 더 초점을 맞출 필요가 있다.²⁶⁾

반면, 이러한 거주지는 우울 치료에는 영향을 미치지 않았고, 성별 외에 만성질환(유 vs. 무, OR=1.731), 활동제한(유 vs. 무, OR=2.05), 와병(유 vs. 무, OR=1.88) 등 주로 건강상태 관련 변수들이 우울 치료에 영향을 미치는 주요 변수들이었다. 만성질환이 있는 자들은 그렇지 않은 자들에 비해 만성질환 치료를 위해 의료기관을 방문할 가

능성이 더 높다고 볼 수 있다. 이러한 의료기관에 대한 접근성이 우울치료를 자연스럽게 연결되었을 가능성이 높으며, 이들 만성질환자들은 그렇지 않은 사람들에 비해 우울증의 중증도가 높아 치료를 받게 되었을 가능성 또한 높다 하겠다.^{5,22)} 한편, 남성에 비해 여성(여 vs. 남, OR=3.35)일수록 우울이 있다고 보고한 반면, 여성(여 vs. 남, OR=0.53)일수록 우울증 치료가 잘 이루어지고 있지 않아 대조를 이루었다. 이는 여성이 우울증에 더 취약하여 발생률이 높음에도 불구하고, 우울증에 대한 사회적 편견 등에 따라 정신과 의사와 상담을 하거나 정신의료기관을 방문하는 것을 꺼리는 것으로 판단된다.^{3,20)} 따라서 우울증 치료를 높이기 위해서는 우울증을 포함하여 정신질환에 대한 사회적 편견을 해소하고, 정신과 상담이나 치료를 받는 것이 일반적인 신체적 질병 치료와 다를 것이 없다는 사회 분위기가 형성될 필요가 있다.

본 연구는 다음과 같은 한계점이 있다. 먼저, 이차자료

를 이용한 제한 때문에 우울증에 대한 보다 명확한 측정과 정의를 내리지 못하였다. 본 연구에는 우울증을 앓은 적이 있는지 여부를 ‘우울경험’이라고 정의하였고, 우울 치료의 경우, 치료기간, 치료결과 등과 같은 질적인 부분이 배제된 상태에서 우울 치료를 받은 적이 있는지 없는지 그 여부만을 측정할 한계가 있다. 둘째, 우울의 진단과 치료에 영향을 줄 것으로 예상되는 우울의 중증도와 같은 중요한 변수가 포함되지 못하였다. 따라서 향후 연구에서는 우울을 평가하는 척도를 보다 세분화하고, 우울의 중증도 등과 같은 주요 변수들을 고려하여 우울 진단 및 치료에 영향을 미치는 요인들을 보다 체계적으로 규명할 필요가 있겠다. 이러한 연구의 제한점에도 불구하고, 본 연구는 우울에 영향을 미치는 요인을 연구한 기존의 많은 연구들과 달리, 우울의 진단과 치료에 영향을 미치는 요인들을 규명하여 비교 분석하고자 하였고, 몇 가지 주요한 결론을 얻을 수 있었다는 점에서 의의를 가질 수 있겠다.

요 약

배경: 우울에 영향을 미치는 요인과 특히 우울의 진단 및 치료에 영향을 미치는 사회인구학적, 건강행태, 건강상태 요인을 규명하여 비교 분석하고자 하였다.

방법: 2010년 및 2011년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 만 19세 이상 성인 13,306명을 분석대상으로 하였다. 교차분석 및 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

결과: 다중 로지스틱 회귀분석 결과, 여성(여 vs. 남, OR(odds ratio)=3.35), 50대 연령(50-59 vs. 60+, OR=1.45), 낮은 소득수준(하 vs. 상, OR=1.35; 중하 vs. 상, OR=1.29), 무직(무 vs. 유, OR=1.23), 낮은 교육수준(초졸 vs. 대졸, OR=1.26; 중졸 vs. 대졸, OR=1.27; 고졸 vs. 대졸, OR=1.18), 흡연(유 vs. 무, OR=1.19), 고위험음주(유 vs. 무, OR=2.28), 낮은 주관적 건강(중 vs. 상, OR=1.52; 하 vs. 상, OR=2.65), 만성질환(유 vs. 무, OR=1.255), 활동제한(유 vs. 무, OR=1.744), 외병(유 vs. 무, OR=1.69) 등이 우울경험에 영향을 미치는 요인들이었다. 우울진단에 영향을 미치는 변수로는 거주지(대도시 vs. 군지역, OR=1.40)가 유일하였고, 남자일수록(여 vs. 남, OR=0.501), 만성질환이 있을수록(OR=1.73), 활동제한이 있을수록(OR=2.05), 외병이 있을수록(OR=1.88) 우울치료를 받은 것으로 나타났다.

결론: 정책결정자는 우울증 진단율의 지역적 차이를 줄이기 위해 대도시 이외 지역에서의 우울진단율을 높이는 한편 여성의 치료율을 향상시킬 수 있도록 노력해야 할 것이다.

중심단어: 우울, 진단, 치료

REFERENCES

1. World Health organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: WHO; 2012. [Accessed December 10, 2013]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
2. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2011 Korean national health and nutrition examination survey. Cheongwon: KCDC; 2012. <https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>.
3. Ministry of Health and Welfare. 2011 The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Seoul National University; 2011. <http://welfare24.tistory.com/95>.
4. Kim JM, Lee JA. Depression and health status in the elderly. J Korean Gerontological Society 2010;30(4):1311-27.
5. Chiang HH, Livneh H, Yen ML, Li TC, Tsai TY. Prevalence and correlates of depression among chronic kidney disease patients in Taiwan. BMC Nephrol 2013;14:78.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Mental illness surveillance among adults in the United States. MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report 2011;60(3):1-31. [Accessed December 10, 2013]. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6003a1.htm?s_cid=su6003a1_w.
7. Kim YJ. Comparison of health habits, perceived stress, depression, and suicidal thinking by gender between elders living alone and those living with others. J Korean Acad Fundam Nurs 2009;16(3):333-44.
8. Grammatikopoulos L, Koutentakis C. Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. Annals of General Psychiatry 2010;9(Suppl 1):S137.
9. Al-Nsour M, Zindah M, Belbeisi A, Rolle IV, Walke H, Strine T, et al. Frequent mental distress, chronic conditions, and adverse health behaviors in the behavioral risk factor surveillance survey, Jordan, 2007. Prev Chronic Dis 2013;10:130030.
10. Kim RB, Park KS, Lee JH, Kim BJ, Chun JH. Factors related to depression symptom and the influence of depression symptom on self-rated health status, outpatient health service utilization and quality of life. Korean Journal of Health Education and Promotion 2011;28(1):81-92.
11. Yoon J, Bernell SL. The role of adverse physical health events on the utilization of mental health services. Health Serv Res 2013;48(1):175-94.
12. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(10):897-904.
13. Hirschfeld RA, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Möller HJ, et al. Social functioning in depression: a review. J Clin Psychiatry 2000;61(4):268-75.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JW, deGruy III FV, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1995;274(19):1511-7.
15. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. JAMA 1989;262(7):914-9.
16. Ministry of Health and Welfare. 2001 The Epidemiological sur-

- vey of mental disorders in Korea. Seoul:Ministry of Health and Welfare, Seoul National Hospital;2002. <http://stat.mw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?menuId=47&bbSeq=13&nttSeq=235&searchKey=&searchWord=&nPage=13>.
17. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):85-94.
 18. Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, Kouzis AC, Frank RG, Edlund M, et al. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1999;156(1):115-23.
 19. Narrow WE, Regier DA, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ. Use of services by persons with mental and addictive disorders: findings from the national institute of mental health epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):95-107.
 20. USDHHS. Mental Health: a report of the Surgeon General. Washington, DC:United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office of the Surgeon General;1999. [Accessed December 10, 2013]. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>.
 21. Olsson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):101-8.
 22. Lee KU, Kim W, Min KJ, Shin YC, Chung SK, Bahk WM. The rate and risk factors of early discontinuation of antidepressant treatment in patients with major depressive disorder. *Korean J Psychopharmacol* 2006;17(6):550-6.
 23. Chung JW, YL Oh, Chea HL, Yoon SM, Choi JH, Whang DS. Mental health resources in Korea. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012. https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/policy/list.jsp?key=title&year_value=2014&query=%C1%A4%BD%C5.
 24. Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(7):694-704.
 25. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians-a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;23(1):25-36.
 26. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Geneva:WHO;2011. [Accessed December 10, 2013]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf.