

일부 인터넷 이용자의 우울수준에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인*

조선진* · 김영복**† · 임현우* · 박용문* · 이원철*

*가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 · **서남대학교 병원행정학과

〈목 차〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 논의	

I. 서론

질병의 사회적 부담에 있어 세계보건기구에서는 많은 질병 가운데 우울증이 사회적, 직업적, 신체적 장애를 많이 가져오는 질병 4위에 이르고 보고하였으며, 2020년이 되면 우울증의 사회적 부담은 다른 질병을 제치고 2위가 될 것으로 전망되고 있다(WHO, 2001). 이와 같이 사회적 부담이라는 측면에서 우울증은 커다란 사회적 문제임이 틀림없다. 뿐만 아니라 우울증 환자의 80%에서 내과적 질병을 동반하며(Moos and Mertens, 1996), 우울증을 앓은 사람의 10~15%는 결국 자살로 삶을 마치게 되는 등(WHO, 2001), 개인적 차원에서도 우울증은 매우 중대한

질병이다.

전세계적으로 우울증의 평생유병률은 약 10% 정도로 알려져 있으며, 시점유병률은 약 5% 정도이다(조맹제와 이준영, 2005). 국내에서 실시된 역학조사 결과에 따르면(보건복지부, 2001), 우리나라의 우울증 평생유병률은 약 4%정도이다. 그러나 우울증 진단과 관계없이 한 번 이상의 기분삼화를 경험해 본 사람은 전체 인구의 약 50%에 달한다는 보고(Cassem, 1995)가 있고, 우리나라의 사망원인 4위가 자살이며(통계청, 2005) 자살자의 80%가 우울증을 앓고 있었다는 보고도 있다는 점을 참고하면, 그 문제의 크기가 작지 않음을 알 수 있다(홍대식, 2001).

이와 같이 우울증이 사회적 · 개인적으로 미치

* 본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임.
(A05-0047-B50704-05N1-00050B).

† 교신저자 : 김영복

전라북도 남원시 광치동 720 서남대학교 보건학부 (우: 590-711)
전화번호: 061-620-0120, E-mail: healthkyb@empal.com

는 심각한 영향을 감안하여, 선진국에서는 우울증 예방을 위한 체계적인 프로그램이 수행되고 있다. 호주의 경우, 우울증 관리를 위해 우울증의 발견과 치료에 국한하지 않고 교육적 방법을 동원하는 예방적 측면으로부터 시작되는 포괄적인 국가단위의 전략이 구성되어 있다. 약물중독과 자살 예방을 위해 우울증 예방이 중시되고 있으며, 국가단위의 여성 및 노인 건강 프로그램에서도 우울증을 강조하고 있다. 각 주에서는 우울증 및 자살과 같은 정신건강문제를 예방하기 위해 학교중심의 프로그램을 포함한 다양한 프로그램을 제공하며, 민간차원에서도 일차의료진에 의해 우울증의 기타 위험요인 존재에 대한 기회검진(opportunistic screening), 인간관계 상담, 사별 중재 프로그램 등을 제공하고 있다(Commonwealth of Australia, 2000). 일본의 경우도 1980년대부터 계속된 지역사회 중심의 우울증 관리 프로그램을 통해 노인의 자살을 감소시킨 결과를 보고하였다(Hirofumi et al, 2004).

하지만 우리나라의 경우 우울증에 대한 체계적인 예방프로그램이 마련되어 있지 않으며, 개별 연구자 수준에서 단발성의 중재가 시도되고 있는 실정이어서 포괄적이고 체계적인 우울증 예방프로그램 계획 및 수행이 시급하다고 하겠다. 우울증 예방프로그램을 계획함에 있어 최근 중요한 보건교육 매체로 인식되고 있는 인터넷을 고려해볼 필요가 있다. 건강행태의 변화를 목적으로 하는 보건교육프로그램들은 더 이상 집단적 모임만을 고집할 수 없으며(조선진, 2003) 정보통신기술의 발달이라는 사회적 환경의 변화는 보건교육 프로그램에 있어서도 새로운 도전이 되고 있는 실정이다. 인터넷을 보건교육에 활용하고 그 효과를 분석한 조선진(2003), 김소야자와 권인숙(2000), Bernhardt 등(2000), 민영숙

(1999) 등의 연구결과는 인터넷이라는 매체가 효과적인 보건교육 방법으로 활용될 수 있음을 시사한다.

인터넷이라는 매체는 보건교육에 활용할 수 있는 수단으로서 뿐만이 아니라 또다른 강점을 가지고 있다. 우리나라의 인터넷 이용률은 만 6세 이상 인구의 72.8%에 달한다는 점이다(한국인터넷진흥원, 2005). 더욱이 인터넷 이용자의 약 91%는 초고속인터넷을 사용하고 있으며(정보통신정책연구원, 2004), '인터넷의 일상화'라는 표현도 흔히 접할 수 있을 만큼 인터넷은 현대 사회를 살아가는 대중의 생활 깊숙이 침투해 있다(정보통신정책연구원, 2006). 따라서 인터넷을 이용하는 네티즌을 대상으로 한 보건교육은 대상자의 규모 측면에서도 그 중요성을 간과할 수 없는 것이다.

이러한 상황에서 인터넷 이용자의 우울증 예방 프로그램의 개발과 수행은 매우 시의적절한 것으로 생각된다. 이와 같은 보건교육 프로그램 계획 시 가장 먼저 이루어져야 하는 것은 PRECEDE-PROCEDE 모델(Green과 Kreuter, 1999)에서 제시하고 있는 바와 같이 대상자에 대한 진단일 것이다. 대상자에 대한 진단이 간과된다면 과거 보건교육이 프로그램 수행에만 치중하고 대상자의 요구를 충족시키기 위해 전략적으로 계획된 보건교육 프로그램을 구상하는 것에 대한 관심은 부족했다(Bartholomew et al, 2001)는 비판이 여전히 남아 있게 되는 것이다. 대상자에 대한 진단으로서 우울증 예방프로그램에 대한 인터넷 이용자의 요구도에 관한 두 가지 측면은 전문가의 입장에서 볼 때 그 대상자에게 있어 중요한 건강문제로 인식되는가에 관한 것이 하나이고, 다른 하나는 대상자가 원하는 프로그램인가에 관한 것으로 나누어 생각해 볼 수 있다(김영복 등, 2001).

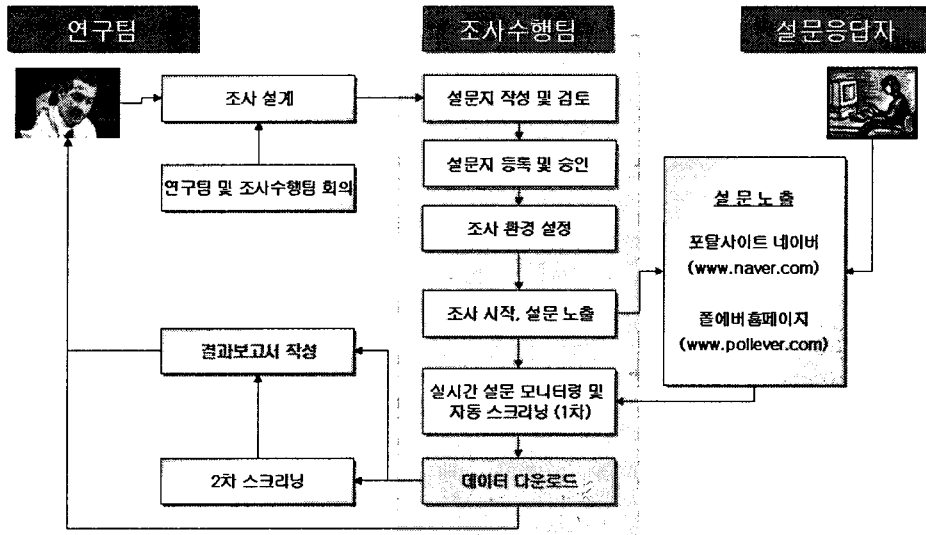


그림 1. 인터넷 설문조사 수행과정

만약 우울증 예방프로그램을 계획함에 있어 전자 만을 고려하고 후자를 고려하지 않는다면 프로그램에 대한 대상자의 참여도가 떨어져 효율성을 기대하기 어려울 것이다.

대상자가 요구하고 있는 보건교육 프로그램인 지를 진단해 볼 수 있는 방법 중 하나는 그 프로그램에 대한 대상자의 참여의도를 파악하는 것인데, 참여의도는 어떤 교육 프로그램에 대한 참여를 예측할 수 있는 중요한 요인으로 인식되고 있다(Ajzen, 1991). 그러므로 우울증 예방프로그램에 대한 잠재적 참여자들의 특성을 파악하고, 참여의도와 관련이 있는 요인이 무엇인지를 파악하여 이를 바탕으로 대상자 맞춤형 우울증 예방프로그램을 개발, 수행한다면 보다 긍정적인 결과를 기대해 볼 수 있을 것이다.

따라서 본 연구에서는 인터넷 이용자의 우울 수준과 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도를 알아보고, 우울수준에 따라 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도에 영향을 미치는 요인이 무

엇인지 밝힘으로써 향후 우울증 예방프로그램 개발시 필요로 하는 기초자료를 제공하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 우리나라에 거주하며 인터넷을 사용하는 만 13세부터 만 49세까지의 청소년 및 성인 1,000명을 대상으로 하였다. 자료수집을 위해 2006년 2월 1일부터 10일까지 인터넷 포털 사이트인 네이버와 설문조사 사이트인 폴에버를 통해 자기기입식 질문지를 활용한 설문조사를 수행하였다. 설문조사 과정은 그림 1과 같다. 첫째, 연구팀과 설문조사 수행팀이 조사방법을 설계한 후, 둘째, 등록 및 결과 접근 플랫폼에서 설문을 등록하고 승인하였다. 셋째, 응답시간 및

기타 제한사항 입력, 설문대상 및 표본수 설정하고, 복수의 설문채널 운영 등의 조사환경을 결정 한 후, 넷째, 설문조사 패널을 활용하여 조사를 수행하였다. 다섯째, 작성된 설문결과에 대해 1차 및 2차 스크리닝을 통해 설문지의 논리적인 오류 유무를 검수한 후, 여섯째, 최종 분석 자료를 확정하였다.

표본수는 신뢰구간 95%(양측검정), 허용오차 $\pm 3\%$ 를 목표로 하여 산출하였는데, 우울척도를 기준으로 하였을 경우 854명이 산출되고, 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도를 기준으로 하였을 경우 949명이 산출된다. 한편, 본 연구가 인터넷 이용자의 우울수준에 따라 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도를 분석하고자 하였으므로, 하위집단에 대한 분석을 고려하여 표본수를 1,000명으로 결정하였다.

2005년 12월 말 인터넷 이용자에 관한 통계자료에 따르면(한국인터넷진흥원, 2006), 인터넷 이용자의 남녀 비율은 약 1:1.17이었으며, 6세~49세까지의 연령구성비는 10대 이하 30%, 20대 24.9%, 30대가 26.5%, 40대가 18.6%였다. 이를 기초로 본 연구에서는 조사에 응답하는 대상자의 성비를 1:1로 하였고, 연령대별 구성비도 실제 인터넷 이용자의 구성비와 유사하도록 응답 대상자를 제한하였다.

응답한 설문조사결과에 대한 1차 스크리닝은 폴에버가 기존에 보유하고 있던 패널들에 대한 개별정보와 설문응답 내용이 일치하지 않을 경우 설문조사가 중도에 종료되도록 함으로써 설문조사에 참여하지 못하도록 제한하였고, 2차 스크리닝은 1차스크리닝을 거쳐 수집된 자료중 논리적 일관성이 없는 자료를 배제하는 방식으로 진행하였다.

2. 연구내용 및 도구

본 연구에서 다룬 조사내용은 사회인구학적 특성, 우울수준, 건강증진행위, 주관적 건강상태, 과거 우울관련 상담·조언의 경험, 우울증 예방 프로그램 참여의 장애요인에 대한 주관적 통제력이었다.

사회인구학적 특성은 성별, 연령, 거주지역, 교육수준, 직업, 한 달 가구 총수입 등에 대한 질문을 포함하고 있다.

대상자들의 우울수준을 측정하기 위해 Zung (1986)의 자가평가 우울척도(Zung Self-Rating Depression Scale: SDS)를 활용하였다. Zung의 자가평가 우울척도는 20개 문항으로 구성된 우울증에 관한 자기보고식 척도로서 Hamilton 우울평가척도(HAM-D)와 DSM-III의 우울증에 대한 기준을 포함하고 있다. 이 도구는 우울증 환자를 선별하기 위한 도구로서 널리 사용되고 있는데, 4점 척도를 사용해 총점은 20점~80점의 범위를 가지며 50점 미만은 정상군, 50~59점은 경도우울군, 60~69점은 중등도우울군, 70점 이상은 중증우울군으로 구분된다. 본 연구에서는 50점을 절단점으로 하여 정상군과 경도우울이상 우울군으로 대상자의 우울수준을 분류하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다.

건강증진행위는 각 행위간에 서로 관문적인 역할을 할 수 있으므로(김혜경, 2002), 건강증진행위를 파악하여 우울증 예방프로그램 참여의도와 관련성을 살펴보고자 하였다. 건강증진행위로서 흡연습관을 금연자, 과거흡연자, 현재흡연자로 나누어 조사하였고, 음주습관은 금주, 주 1회 미만, 주 1회 이상으로 구분하였으며, 운동습관은 전혀 안하는 경우와 불규칙적 또는 규칙적 운동 집단으로 분류하였다. 연구대상자들의 비

만도는 체중과 신장을 조사하여 BMI(kg/m²)를 산출한 뒤 WHO(2000)에서 아시아인을 위해 제시한 평가기준에 따라 저체중군(<18.5), 정상군(18.5~22.9), 과체중군(위험체중군; 23.0~24.9), 비만군(>25)으로 구분하였다.

주관적 건강상태로서 주관적으로 자각하고 있는 피로수준 및 우울수준에 대해 각각 5점 척도로 조사하였고, 점수가 높을수록 그 정도가 심함을 뜻한다.

과거의 경험은 향후 행동수행에 영향을 미치게 되므로, 과거 우울관련 상담·조언 경험을 조사내용에 포함하여, 평생 동안 자신의 우울과 관련된 상담이나 조언을 받은 경험이 있는지를 조사하였다. 한편, 계획된 행동이론에 따르면(Ajzen, 1991), 어떤 행동이행의 용이성에 대해 개인이 어떻게 지각하는지가 행동의도에 영향을 미친다. 이에 따라 본 연구에서는 우울증 예방프로그램 참여에 있어서의 장애요인에 대한 지각된 통제력을 5점 척도로 조사하였으며, 점수가 높을수록 통제력이 높음을 의미한다.

우울증 예방프로그램에 대한 참여의도는 5점 척도로 질문하였고 점수가 높을수록 참여의도가 높은 것을 뜻한다.

3. 자료분석 방법

조사된 자료는 모두 전산부호화하여 SPSS 12.0 for Windows 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 조사대상자의 우울수준을 구분하여 사회인구학적 특성, 건강증진행위, 주관적 건강상태, 과거 우울관련 상담·조언의 경험, 우울증 예방프로그램 참여에 있어서의 장애요인에 대한 지각된 통제력 등과 우울증 예방프로그램 참여의도와 관련된성을 분석하기 위해 t-test 또는

ANOVA를 실시하였다. 우울수준별로 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시도하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 특성

정상군의 경우, 성별은 남자가 54.4%, 여자가 45.6%였고, 연령은 10대와 20대, 30대가 모두 26% 전후를 차지하였으며, 20대가 21.8%를 나타내었다. 거주지역은 광역시가 가장 많았으며(46.6%), 교육수준은 대졸이상이 47.8%로 가장 많은 빈도를 나타내었고, 다음은 고졸(32.4%), 중졸이하(19.8%)의 순이었다. 직업의 경우 직장인이 44.9%, 학생이 39.5%, 주부가 15.5%였고, 한 달 가구 총수입은 200만원대가 34.6%로 가장 많았고 다음은 301만원 이상(30.1%), 100만원대(23.6%), 100만원 이하(11.7%)의 순으로 조사되었다.

건강증진행위 가운데 흡연습관은 지금까지 흡연한 경험이 없는 비흡연자가 58.0%였고, 현재 흡연자는 26.6%, 과거흡연자는 15.4%를 차지하였다. 음주습관의 경우 최근 1년동안 전혀 술을 마시지 않은 대상자가 42.6%로 가장 많았고, 주 1회 미만과 주 1회 이상 음주자는 각각 28.8%와 28.6%를 나타내었다. 운동습관은 전혀 하지 않는다고 응답한 군이 39.8%, 불규칙적으로 운동한다고 응답한 군이 39.2%로 유사한 빈도를 갖는 것으로 조사되었고, 규칙적으로 운동한다고 응답한 군은 21.0%였다. BMI로 산출한 비만도의 경우, 저체중이 12.4%, 정상이 51.1%, 과체중

이 16.5%, 비만이 20.2%로 조사되었다.

주관적 건강상태의 경우, 주관적 피로수준에서 항상 피로를 느낀다고 응답한 군은 19.8%였고, 주관적 우울수준이 높은 편이라고 응답한 사람은 정상군의 13.6%였으며, 장애요인에 대해 지각된 통제력은 8.9%가 매우 낮은 것으로 조사되었다.

경도우울이상군에서는 남자가 43.3%, 여자가 56.7%였고, 연령군의 빈도는 20대(28.4%), 10대와 30대(각각 25.6%), 40대(20.5%)의 순이었다. 거주지역은 특별시와 광역시가 각각 41.5%와 41.8%로 유사한 빈도를 나타내었고, 교육수준은 대졸이상이 가장 많아 42.3%를 차지하였다. 직업의 빈도는 직장인(45.8%), 학생(37.4%), 주부(18.5%)의 순이었고, 월수입은 200만원대가 31.9%로 가장 많았으며, 다음은 200만원대(28.4%), 100만원 이하(21.3%), 301만원 이상(18.5%)의 순이었다.

경도우울이상군의 건강증진행위 중 흡연습관의 경우 비흡연자가 54.5%를 차지하였고, 현재 흡연자는 29.1%, 과거흡연자는 16.5%였다. 음주습관은 전혀 마시지 않는 사람이 42.5%로 가장 많았으며, 주 1회 미만 음주자는 32.9%, 주1회 이상 음주자는 24.6%였다. 운동을 전혀 하지 않는다고 응답한 사람이 47.6%에 달하였고, 불규칙적인 운동은 37.5%, 규칙적 운동은 14.9%의 대상자가 실행하고 있는 것으로 조사되었다. 비만도는 저체중이 13.2%, 정상이 50.4%, 과체중이 17.5%, 비만이 19.0%로 분류되었다.

주관적 피로수준에서 항상 피로를 느낀다고 응답한 군은 42.3%였고, 주관적 우울수준이 높은 편이라고 응답한 사람은 51.4%였으며, 장애요인에 대해 지각된 통제력은 16.7%가 매우 낮은 것으로 조사되었다.

정상군과 경도우울이상군 간에 빈도의 차이를 나타낸 변인은 성별(경도우울이상군에서 여의 비율이 더 높음), 월수입(정상군에서 고소득층의 비율이 더 높음), 운동습관(정상군에서 규칙적 운동 수행자 비율이 더 높음), 주관적 피로수준(경도우울이상군이 더 높은 피로수준을 호소), 주관적 우울수준(경도우울이상군이 더 우울하다고 지각), 장애요인에 대한 통제력(경도우울이상군에서 통제력이 매우 낮은 군의 비율이 높음) 등이었다.

한편, 과거에 우울증과 관련된 상담이나 조언을 받은 경험이 있는지에 대한 질문에서 경험이 있다고 한 응답자는 정상군의 경우 5.1%였고, 경도우울이상군의 경우 7.3%였다. 향후 우울증 예방프로그램이 제공될 경우 이에 참여할 의도가 있는지에 대해서는 정상군의 12.4%가 참여할 의도가 없다고 하였고, 40.3%는 참여할 의도가 있다고 하였으며, 47.3%는 그저그렇다고 답하여 미온적인 태도를 나타내었다. 경도우울이상군에서는 13.2%가 참여할 의도가 없다고 답하였고, 37.5%가 참여할 의도가 있다고 하였으며, 49.4%가 그저그렇다고 응답하였다.

2. 우울수준별 우울증 예방프로그램 참여의도

사회인구학적 특성에 따른 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도의 차이를 분석한 결과는 표 1에 나타내었다. 정상군의 경우, 성별에 따라 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도에 차이가 있었는데, 여자가 남자보다 더 높은 참여의도를 나타내고 있었다($p=.001$). 연령에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에도 차이가 있었는데, 10대가 가장 높고, 다음은 40대였으며, 20대와 30대는 동등한 참여의도를 나타내었다($p=.017$). Duncan 검정 결과에서는 20대와 30대보다 10대

표 1. 우울수준별 사회인구학적 특성에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도

변수	범주	정상군			경도우울이상군		
		Mean±S.D.	t or F	Duncan test	Mean±S.D.	t or F	Duncan test
성별	남자	3.21±.86	-3.20	해당없음	3.25±.88	-0.25	해당없음
	여자	3.42±.77	p=0.001		3.27±.77	p=0.802	
연령	10대	3.46±.84	3.42 p=0.017	20대, 30대 <10대	3.18±.82	4.50 p=0.004	40세미만 <40대
	20대	3.20±.78			3.18±.79		
	30대	3.20±.77			3.21±.83		
	40대	3.33±.88			3.56±.79		
거주지역	특별시	3.25±.73	1.20 p=0.301		3.26±.71	0.73 p=0.480	
	광역시	3.36±.87			3.31±.85		
	군소계지	3.27±.88			3.17±.97		
교육수준	중졸이하	3.44±.83	3.02 p=0.049	대졸이상 <중졸이하	3.23±.81	0.08 p=0.925	
	고졸	3.33±.80			3.27±.87		
	대졸이상	3.23±.84			3.27±.78		
직업	학생	3.40±.82	3.10 p=0.046		3.11±.79	5.57 p=0.004	학생<주부
	직장인	3.22±.86			3.31±.82		
	주부	3.35±.74			3.52±.79		
경제수준	100만원이하	3.63±.81	4.99 p=0.002	101만원+< 100만원이하	3.17±.94	2.37 p=0.070	
	101~200만원	3.31±.81			3.20±.81		
	201~300만원	3.20±.73			3.26±.74		
	301만원 이상	3.29±.91			3.48±.77		
	계	3.30±.82			3.26±.82		

가 높은 참여의도를 나타내는 것으로 분석되었다. 거주지역에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에는 차이가 없는 것으로 나타났고, 교육수준에 따른 차이가 존재하는 것으로 분석되었다(p=.049). 즉 대졸이상보다 중졸이하가 더 높은 참여의도를 갖고 있었다. 직업의 경우 학생의 참여의도가 가장 높고, 다음은 주부, 직장인의 순이었으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 수준이었다(p=.046). 경제상태의 경우 가장 높은 참여의도를 나타낸 군은 한 달 가구 총수입 100만원 이하인 군이었으며, 다음은 100만원대와 301만원 이상군이 거의 동등한 참여의사를 보였고, 200만원대인 군의 참여의도가 가장 낮았다(p=.002).

경도우울이상군의 경우, 성별에 따라 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도에 차이는 나타나지 않았다. 연령에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에는 정상군의 경우와 마찬가지로 차이가 있었는데, 40대가 가장 높고, 그 외의 군은 거의 동등한 참여의도를 나타내었다(p=.004). 거주지역과 교육수준에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에는 차이가 없는 것으로 나타났고, 직업의 경우 주부의 참여의도가 가장 높고, 다음은 직장인, 학생의 순이었으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 수준이었다(p=.004). 경제상태의 경우 소득이 높은 군이 낮은 군보다 더 높은 참여의도를 나타내었는데, 통계적으로 유의한 수준에 근접한 것으로 분석되었다(p=.070).

표 2. 우울수준별 건강증진행위·주관적 건강상태·지각된 통제력에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도

변수	범주	정상군			경도우울 이상군		
		Mean±S.D.	t or F	Duncan test	Mean±S.D.	t or F	Duncan test
흡연	비흡연자	3.36±.80	3.95 p=0.020	현재흡연자 <비흡연자	3.19±.80	4.42 p=0.013	현재흡연자 <비흡연자
	과거흡연자	3.38±.85			3.18±.81		
	현재흡연자	3.15±.84			3.45±.82		
음주	마시지않음	3.36±.81	1.92 p=0.147		3.18±.80	2.43 p=0.090	
	주1회미만	3.33±.88		3.25±.81			
	주1회이상	3.20±.78		3.41±.84			
운동	전혀안함	3.25±.74	1.10 p=0.334		3.32±.83	.55 p=0.578	
	불규칙적	3.31±.86		3.30±.82			
	규칙적†	3.39±.90		3.31±.77			
비만도	저체중	3.44±.89	1.22 p=0.301		2.90±.89	4.74 p=0.003	저체중 <정상군, 비만군
	정상	3.27±.80		3.28±.78			
	과체중	3.37±.86		3.30±.81			
	비만	3.26±.80		3.44±.81			
주관적 피로수준	때때로느낌 이하	3.33±.81	1.69 p=.194	해당없음	3.17±.81	6.99 p=.009	해당없음
	항상느낌	3.22±.87			3.39±.81		
주관적 우울수준	낮은편	3.23±.82	2.58 p=.077		3.10±.82	5.53 p=.004	낮은편 <높은편
	보통	3.37±.79		3.14±.77			
	높은편	3.41±.90		3.39±.82			
지각된 장애요인 통제력	낮은편	3.55±.74	24.00 p=.000	보통, 높음 < 낮음	3.53±.74	27.42 p=.000	높음 <보통 <낮음
	보통	3.13±.78			3.15±.74		
	높은편	3.30±.99			2.64±.94		
우울 관련 상담·조언	경험 없음	3.27±.82	1.69 p=.194	해당없음	3.25±.81	0.80 p=0.427	해당없음
	경험 있음	3.94±.68			3.38±.90		
	계	3.30±.82			3.26±.82		

표 2는 우울증 예방프로그램 참여의도에 대한 건강증진행위, 주관적 건강상태, 지각된 통제력, 과거 우울관련 상담경험에 따른 차이를 분석한 결과를 제시하고 있다. 정상군에서는 흡연습관에 따라 우울증 예방프로그램 참여의도가 다른 것으로 분석되었고, 주관적 우울수준은 통계적으로 유의한 수준에 근접하였다. 구체적으로 살펴보면, 흡연습관에서 현재흡연자의 참여의도가 가장 낮았고 비흡연자와 과거흡연자의 참여의도가 유사하게 나타났다(p=.020). 주관적 우울수준이 낮은 군의 참여의도가 가장 낮았고, 주관적 우울수준이 높은 군의 참여의도가 가장 높았다

(p=.070). 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 낮은 군이 다른 군에 비해 참여의도가 더 높은 것으로 분석되었다(p<.001). 음주습관과 운동습관, 그리고 비만도에 따른 우울증 예방프로그램 참여의도에는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.

경도우울이상군의 경우, 운동습관 및 음주습관을 제외한 건강증진행위에 따라 우울증 예방프로그램 참여의도에 차이가 있는 것으로 분석되었다. 흡연습관에서는 비흡연자와 과거흡연자에 비해 현재흡연자의 참여의도가 높았고(p=.013), 비만도에서는 비만도가 높은 군이 낮

은 군보다 높은 참여의도를 나타내어 비만군이 가장 높은 참여의도를 갖는 것으로 분석되었다(p=.003). 주관적 피로수준의 경우, 항상 피로를 느낀다고 응답한 군의 우울증 예방프로그램 참여의도가 때때로 피로를 느끼거나 그 이하라고 응답한 군의 참여의도보다 더 높았다(p=.009). 주관적으로 생각하는 자신의 우울수준이 높은 편이라고 응답한 군이 다른 군에 비해 더 높은 참여의도를 나타내었고(p=.004), 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 높은 군보다는 보통인 군이, 보통인 군보다는 낮은 군에서 더 높은 참여의도를 갖고 있는 것으로 분석되었다(p<.001). 한편, 음주습관의 경우 술을 전혀 마시지 않는 군보다 주1회 미만 마신다고 응답한 군이, 이 군보다는 주1회 이상 마신다고 응답한 군의 참여의도가 다소 높았는데, 통계적으로 유의한 수준에 이르지 못하는 못하였다(p=.090).

과거에 우울과 관련된 상담 또는 조언을 경험했는지 여부에 따라 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도에 차이가 있는지 분석한 결과, 정상군과 경도우울이상군이 서로 상이한 결과를 나타내었다. 정상군의 경우, 우울관련 상담·조언 경험이 있는 군이 없는 군보다 높은 참여의도를 나타내었고 이는 통계적으로 유의하였다(p=.000). 경도우울이상군에는 우울관련 상담·조언 경험이 없는 사람보다 경험이 있는 사람의 우울증 예방프로그램 참여의도가 다소 높았지만, 이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 분석되었다(p=.427).

3. 우울수준별 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인

대상자가 갖는 제변인이 우울증 예방프로그램 참여의도에 미치는 영향을 알아보기 위해 회귀분

석을 실시한 결과는 표 3과 표 4에 제시하였다.

표 3. 정상우울수준군의 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인

변수	B	S.E	β	p
성별	.119	.075	.072	.114
연령	.007	.005	.092	.181
교육수준	-.055	.055	-.051	.324
학생여부	.151	.137	.089	.272
직장인여부	.030	.097	.018	.758
경제수준	-.035	.035	-.042	.318
흡연습관	-.091	.083	-.049	.274
주관적 우울수준	.032	.035	.038	.352
상담·조언경험	-.539	.147	-.144	.000
지각된 장애요인 통제력	-.232	.037	-.250	.000
R ²	0.123			
Adjusted R ²	0.109			
F	8.359 (p<.001)			

표 4. 경도우울이상군의 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인

변수	B	S.E	β	p
연령	.004	.006	.050	.526
학생여부	-.016	.130	-.009	.900
주부여부	.158	.116	.069	.176
경제수준	.044	.040	.056	.264
흡연습관	.189	.097	.106	.051
음주습관	.004	.056	.004	.941
BMI	.010	.043	.041	.823
주관적 피로수준	.015	.048	.015	.760
주관적 우울수준	.008	.261	.010	.975
BMI*주관적우울수준 ^a	.003	.012	.089	.810
지각된 장애요인 통제력	-.258	.042	-.301	.000
R ²	0.172			
Adjusted R ²	0.149			
F	7.247(p<.001)			

a.비만도(BMI)와 주관적 우울수준의 상호작용 변수

정상군의 경우(표 3), 사회인구학적 특성에서는 성별이 통계적으로 유의미한 수준에 근사한 영향을 나타내었는데, 여자일수록 우울증 예방

프로그램에 대한 참여의도가 높아지는 것으로 분석되었다($p=.084$). 과거 우울관련 상담 또는 조언 경험이 있을수록 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 높아졌으며($p<.000$), 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 낮을수록 참여의도가 높았다($p<.000$). 이와 같은 모델의 설명력은 10.7%였으며, 모델의 적합도는 적절한 것으로 분석되었다($p<.000$).

경도우울이상군에서는 비만도를 나타내는 BMI와 주관적 우울수준 간에 상호작용이 존재하는 것으로 나타나 그 상호작용항을 회귀식에 추가하였다(표 4). 분석결과, 흡연은 통계적으로 유의한 수준에 근사한 영향력을 갖고 있었는데, 현재흡연자일수록 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 높아지는 경향이 있었다($p=.072$). 그리고 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 낮아질수록 참여의도는 높아지는 것으로 분석되었다($p<.000$). 이 모델이 경도우울이상군의 우울증 예방프로그램 참여의도에 대해 갖는 설명력은 14.7%였고 적절한 모델적합도를 나타내었다($p<.000$).

IV. 논 의

본 연구에서는 우울증 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 인터넷을 활용하여 설문조사를 수행하였다. 우리나라만 6세 이상의 인구 가운데 인터넷을 사용하는 인구는 3,067만 명으로 조사되었고(정보통신부, 2004), 초고속인터넷 가구 보급률도 76.6%로 보고되어(정보통신정책연구원, 2004), 대부분의 국민이 인터넷을 사용하고 있다고 하여도 과언이

아닐 것이다. 이와 같이 인터넷 사용이 일상화되어 있어서 최근 인터넷을 통한 여론 조사 또한 빈번히 이루어지고 있는데, 인터넷 조사에 관하여 그 자료의 대표성에 관한 의구심을 표명하는 의견도 있다. 그러나, 본 연구에서는 동일 IP로 한 번만 설문응답을 할 수 있도록 하고, 대상자의 연령과 성별 등의 분포가 어느 한 쪽으로 치우치지 않도록 하였으며, 1차 자동스크리닝과 2차 스크리닝 과정을 거쳐 자료의 질 관리에 주력하였다. 뿐만 아니라, 본 연구를 토대로 하여 인터넷을 활용한 우울증 예방프로그램을 기획하고자 하였으므로 인터넷 조사의 한계는 그리 크게 작용하지 않았다고 볼 수 있을 것이다.

우울수준을 평가하기 위해 사용되고 있는 우울증 척도는 Center for Epidemiologic Studies: Depression(CES-D)(Radloff 1977), Zung의 Self-Rating Depression Scale(SDS)(Zung, 1965), Beck Depression Inventory(BDI)(Beck, 1961), Hamilton Depression Scale(HAM-D)(Hamilton, 1960), MMPI-Depression Scale(Hathaway and McKinley, 1951) 등이 대표적이다. 본 연구에서는 대상자들의 우울수준을 파악하기 위해 사용이 편리하고 타당도와 신뢰도가 확보되어 있는 Zung의 SDS를 활용하였으며, 조사 결과 높은 신뢰도를 나타내었다. 본 연구 결과, 대상자의 약 40%가 경도우울이상에 해당하였는데, SDS를 사용해 일반인의 우울수준을 측정된 연구에서는 대상자에 따라 15%~40%가 경도우울이상군으로 조사되고 있다(곽은주 등, 2003; 권숙희, 1996; 성미혜, 2002). SDS Index의 절단점과 관련하여, 50점을 절단점으로 사용할 경우 SDS 점수가 과장되어 나오는 경향이 있으므로 50~60점 사이의 절단점이 적절하다는 주장도 있다(Ann, 1997). 그러나 국내에서는 타당화 연

구를 거쳐 우울증의 선별검사를 위한 절단점으로 권고되고 있는 가이드라인이 존재하지 않으므로 본 연구에서는 원저자가 제안한 기준에 따라 우울수준을 분류하였다(Zung, 1965).

한편, 우울증 예방프로그램에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 모델에 건강증진행위 요인을 포함하였다. 이를 두 가지 측면으로 설명하면, 하나는 대상자에 대한 접근성 파악 측면이고, 또 하나는 다중 중재의 가능성 모색의 측면이다. 건강증진행위에 따른 참여의도에의 영향을 분석함으로써 어떤 건강증진행위를 수행하거나 혹은 수행하고 있지 않은 사람이 참여의도가 높은지 혹은 낮은지를 알게 되고, 이것은 우울증 예방프로그램 수행시 효율성을 제고할 수 있는 중요한 전략으로 활용될 수 있을 것이다. 한편, Calnan (1985)은 여러 가지의 건강증진 관련 행위 중 하나를 실천할 경우, 다른 사람들에 비해 나머지 행위도 더 많이 수행할 가능성이 있다고 보고하였다. 따라서 건강증진행위 수행에 대한 중재와 우울증에 대한 중재를 하나의 프로그램으로 구성하는 방안 마련을 시도해보는데 도움을 줄 수 있을 것이라는 분석으로 건강증진행위 요인을 조사하였다.

우울증 예방프로그램에 영향을 미치는 요인은 정상군과 경도우울이상군이 서로 다른 것으로 분석되었다. 본 연구팀은 초기 분석과정에서 우울수준이 그 예방프로그램 참여의도에 영향을 미치는 것으로 나타남에 따라 대상자를 정상군과 경도우울이상군으로 구분하여 참여의도 영향요인을 파악할 필요가 있다고 판단하였다. 이러한 분석결과는 향후 우울증 예방프로그램의 대상자들을 우울수준에 따라 분화하여 그 특성에 맞도록 특화된 프로그램을 개발하는데 도움이 될 것이다.

정상군의 경우, 과거에 우울증과 관련된 상담 또는 조언을 받은 경험이 있을수록 우울증 예방프로그램 참여의도가 높아지는 것으로 나타났다. 과거의 경험은 개인의 행동과 태도 형성에 매우 중요한 영향을 미치는 요소이다(Rosenstock, 1990). 정상군에 해당하는 대상자들은 과거의 경험에 대해 긍정적으로 평가를 하고, 따라서 향후 우울증 예방프로그램에 대해서도 그와 유사한 기대를 가지고 더욱 호의적이며 참여의도로까지 표현된 것이라 사료된다. 과거 보건교육의 영향으로 자신의 행동에 변화를 경험한 경우 건강증진 프로그램에 관한 긍정적인 참여의사 비율이 높아졌다는 보고(김영복 등, 2001)는 이를 뒷받침해 준다. 자기효능감 이론에 따르면 효능기대와 결과기대는 행동수행의 가능성을 높여주므로(Bandura, 1986), 정상군에서 과거 우울관련 상담·조언 경험을 통해 효능기대와 결과기대가 모두 강화되었을 것으로 생각된다.

한편, 경도우울이상군에서는 흡연습관이 우울증 예방프로그램 참여의도에 미치는 영향은 통계적으로 유의미한 수준에 근접한 것으로 분석되었다($p=.051$). 즉 현재흡연자일수록 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 높아졌다. 2001년도 국민건강영양조사 결과에 따르면, 현재흡연자 중 약 65% 이상이 금연할 의도가 있는 것으로 조사되었으며, 이는 현재흡연자의 약 70%가 금연을 희망하고 있었다는 미국의 통계자료와도 유사한 수치이다(CDC, 1994). 본 연구에서 현재흡연자가 우울증 예방프로그램에 대해 더 높은 참여의사를 나타낸 것은 이 두 가지 행위가 관문행동으로 작용할 수 있다는 가능성을 제시해 주는 것으로 생각된다. 즉, 기존의 조사자료를 바탕으로 할 때, 흡연자의 2/3 정도는 금연을 희망할 것이고, 이들은 우울증 예방에도 역시 관

심을 갖고 있는 것이 아닐까 하는 관측을 가능하게 한다. 물론, 경도우울이상군이라는 점을 감안하면 현재흡연여부가 우울의 증증도와 관련이 있을 것으로 생각해 볼 수 있으나, 두 변인간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않는 것으로 보아($p=.152$) 전자에 더 무게를 실을 수 있겠다.

정상군과 경도우울이상군에서 모두 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 유의한 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 특이한 것은, 일반적으로 어떤 건강행위를 수행함에 있어 장애요인으로 작용하는 것에 대한 지각된 통제력이 클수록 그 행동의도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있으나 (Ajzen, 1991), 본 연구에서는 반대의 경향이 관찰된 점이다. 즉 우울증 예방프로그램에 참여하는데 시간, 비용, 거리, 낙인 등의 문제가 있을 경우 프로그램에 참여하지 못할 것이라고 생각할수록 오히려 참여의도는 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 연구대상자가 인터넷 이용자라는 점을 생각해 볼 때, 우울증 예방프로그램에 높은 참여의사를 나타낸 인터넷 이용자들이 시간 등의 장애요인에 대해 매우 민감하게 반응한 것이라고 사료된다. 즉 시간적, 공간적 제약을 극복할 수 있고 익명성을 가지는 인터넷을 활용하고 있는 대상자들에게 있어 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인은 매우 치명적인 것으로 비춰지는 듯하다. 따라서 인터넷 이용자를 대상으로 하는 우울증 예방프로그램은 시·공간적, 경제적 요인 등의 장애요인에 대한 고려가 보다 더 중대한 사안일 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점은 자기기입식 질문지를 활용하여 조사하였으므로 응답이 다소 과대 또는 과소 평가되었을 가능성을 배제할 수 없다는 점

이다. 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도를 파악하기 위한 질문을 단순화하였으므로 보다 구조적인 자료를 얻지 못하였으며, 경도우울이상군을 세분화하지 않았으므로 우울증의 증증도에 따른 참여의도를 알기 위해서는 후속연구가 요구된다. 그리고 본 연구는 인터넷 이용자의 우울증 예방프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위해 수행한 것이므로, 연구결과를 일반화하는데 있어 주의를 기하여야 한다고 사료된다.

V. 결 론

본 연구는 인터넷 이용자에 있어 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 파악함으로써 우울증 예방프로그램 개발에 요구되는 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

연구결과, 정상군의 경우 과거의 우울 관련 상담·조언 경험이 있을수록 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 유의하게 높아지는 것으로 분석되었으며, 경도우울이상군에서는 현재흡연자일수록 그 참여의도가 높아지는 경향을 나타내었다. 두 군 모두에서 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 낮을수록 우울증 예방프로그램 참여의도는 높아지는 것으로 분석되었다.

따라서 인터넷을 활용한 우울증 예방프로그램 개발시에는 우울증 예방프로그램 참여의도에 있어 정상군과 경도우울이상군에서 영향력을 행사하는 변인이 상이한 점을 감안하여, 우선적으로 대상자에 대한 우울수준 선별과정을 거치도록 고안하고, 정상군과 경도우울이상군으로 분류하

여 접근하도록 해야 할 것이다. 우울증 예방프로그램 수행 초기에 참여자 확보 또는 홍보가 요구되는 상황에서는 정상군 중 과거 우울관련 상담이나 조언경험이 있는 사람을 중심으로 접근하는 것이 효율적일 것이라고 생각된다. 정상군에게 주어지는 중재 메시지로써 과거 상담·조언경험이 있는 대상자에게는 과거의 경험을 떠올리고 전문적 도움추구의 장점에 대해 강조할 필요가 있으며, 과거에 우울과 관련된 상담·조언경험이 없었던 대상자들은 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 낮을 것을 감안하여 우울증 예방에 대한 압력이 적으면서도 꼭 필요한 양질의 정보를 제공해야 할 것으로 생각된다.

한편, 경도우울이상군에 해당하면서 현재 흡연을 하고 있는 대상자를 위해서는 금연프로그램과 우울증 예방프로그램이 조화된 중재안을 생각해볼 수 있겠다. 현재 흡연하지 않는 경도우울이상군의 경우 우울증 예방프로그램에 대한 참여의도가 낮은 경향이 있으나 우울증에 있어 고위험군에 해당함을 감안하여 우울증에 대한 대처 중심의 접근을 시도해보아야 할 것이다.

정상군과 경도우울이상군 모두의 경우 우울증 예방프로그램 참여의 장애요인에 대해 지각된 통제력이 낮을수록 오히려 참여의도는 높아졌던 결과는 본 연구의 대상자가 인터넷 이용자, 소위 '네티즌'임을 여실히 반영하고 있다고 생각된다. 즉 인터넷 이용자를 대상으로 한 우울증 예방프로그램에서 무엇보다 중요한 것은 시간적, 공간적, 비용적 장애요인을 극복하는 것임을 뚜렷이 보여준다고 사료된다.

참고문헌

- 곽은주, 송인순 외 2인. 도시지역 일부 고등학생들의 우울과 불안에 관한 조사 연구. 보건교육·건강증진학회지 2003;20(2):63-79.
- 국립서울정신병원, 정신질환실태 역학조사. 보건복지부용역과제. 2001.
- 김소야자, 권인숙. 인터넷 탐색과 비디오 시청에 따른 고등학생의 금연교육 효과. 간호학탐구 2000;9(1):118-143.
- 김영복, 하은희 외 2인. 대학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인에 관한 연구. 보건교육·건강증진학회지 2001;18(1): 1-15.
- 김혜경. 효과적인 건강상담을 위한 제 보건행동이론의 활용방안에 대한 연구. 보건교육건강증진학회지. 2002;19(1): 149-170.
- 민영숙. 청소년의 약물남용예방을 위한 웹활용 학습 프로그램 개발 및 효과[박사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 1999.
- 보건복지부. 2001년도 국민건강·영양조사-보건의 식행태편-. 한국보건사회연구원, 보건복지부. 2002.
- 성미혜. 중년 여성의 자아개념과 우울과의 관계. 보건교육·건강증진학회지 2002;19(1):171-184.
- 송옥현. 정신과 외래 환자의 The Self-Rating Depression Scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학 1977;16(1):84-94.
- 신호철, 김철환 외 5인. Zung's Self - Rating Depression Scale(SDS)의 타당성 - 가정의학과 외래를 방문한 만성 질환 환자를 중심으로 -. 가정의학회지 2000;21(10): 1317-1329.
- 정보통신부. 2004년 상반기 정보화실태조사. 서울: 정보통신부. 2004.
- 정보통신정책연구원. 유무선 인터넷 이용자 성향분석. 서울: 정보통신부. 2004.
- _____. 인터넷 일상화의 변화추이 분석. 서울: 정보통신부. 2006.
- 조맹제, 이준영. 우울증의 역학. 대한의사협회지 772-782.

- 조선진. 인터넷을 활용한 자궁경부암 조기검진 수검증진 프로그램 개발 및 효과평가[박사학위논문]. 서울: 가톨릭대학교 대학원, 2003.
- 통계청. 사망원인통계연보. 2005.
- 한국인터넷진흥원. 2005 정보화실태조사. 2005.
- _____. 2006 상반기 정보화실태조사 요약보고서. 2006.
- 한홍무, 염태호 외 4인. Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구. 신경정신의학 1986;25(3):487-502.
- 홍대식 편역, 현대심리학개론. 박영사: 서울, 2001.
- Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991.
- Alamar B, Glantz SA. Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption. American Journal of Public Health 2006; 96(8):1359-1363.
- Ann B. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. 2nd Ed. Philadelphia: Open University Press 1997.
- Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall 1986.
- Bartholomew LK, Parcel GS et al. Intervention mapping: Designing theory and evidence based health promotion programs. Mountain View, Calif.: Mayfield 2001.
- Beck AT. An inventory of measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4: 5612-571.
- Bernhardt AM, Dalton MA et al. E-mail communication between medical students and schoolchildren: a model for medical education. Pediatrics & Adolescent Medicine 2000;154(12):1258-1262.
- Calnan M. Patterns in preventive behavior: a study of women in middle age. Social Science Medicine 1985;20(3):263-268.
- Cassem EH. Depressive disorders in the medically ill. An overview. Psychosomatics 1995;36(2):S2-10.
- Centers for Disease Control and Prevention. Health objectives for the nation cigarette smoking among adults-United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994;43(50):925-30.
- Cho MJ. Development of the Korean version of diagnostic instruments and epidemiological studies for major psychiatric disorders. Seoul: Ministry of Health & Welfare 2001.
- Commonwealth of Australia. National Action Plan for Depression.. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra 2000.
- Godin G, Valois P, LaPage I. The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: an application of Ajzen's theory of planned behavior. Journal of Behavioral Medicine 1993;16: 81-102.
- Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach. (3rd ed.) Mountain View, Calif.: Mayfield 1999.
- Grossman M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York, Columbia University Press 1972.
- Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:59-62.
- Hathaway S. MCKinley. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York: Psychological Corporation 1951.
- Hirofumi O, Junichi K et al. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up.
- Lee CK, Kwak YS et al. Psychiatric epidemiology in Korea, Part II: Urban and rural differences. J of Merv Ment Dis 1990;178(4):247-252.
- Moos RH, Mertens JR. Patterns of diagnosis, comorbidities, and treatment in late-

middle-aged and older affective disorder patients: comparison of mental health and medical sectors. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(6):682-688.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stage and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:390-395.

Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.

Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies, In Glanz K, Rimer BK, Sewis FM(eds.), *Health behavior and health education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc., Publisher 1990.

Weissman MM, Leaf PJ et al. Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine* 1988; 18(1):141-153.

WHO, IASO, IOTF. The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. *Health Communication Australia*. Pty Ltd.

WHO. Burden of mental and behavioral disorders, in *World Health Report*. Geneva: World Health Organization, 2001; 19-46.

Yesavage JA, Brink TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983;17:37-49.

Zung WWK. A Self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.

<ABSTRACT>

Internet Users' Intention to Participate in Preventive Program of Depression

S.J. Jo* · Y.B. Kim** · H.W. Yim* · Y.M. Park* · W.C. Lee*

* *Dept. of Preventive Medicine, College of Medicine, the Catholic University of Korea*

** *Dept. of Hospital Service Administration, Seonam University*

Objectives: This study purposed to examine the intention to participate in the preventive program of depression of Internet user and to offer the baseline data for development of mental health promotion program.

Methods: The internet survey was performed using a self-reported questionnaire on intention to participate in the preventive program of depression, depressive symptom(with Zung's SDS) and so forth from 1,000 internet user (aged 13~49 years) via two web sites at Feb(1st~10th), 2006. We analyzed the intention to participate in preventive program of depression and the factors related with that intention by depressive level.

Results: In the normal group, the intention to participate in a preventive program of depression was influenced significantly by counselling experience(s) on depression($p<.001$), and perceived control($p<.001$) over the barriers to participation in the preventive program of depression, and marginally by gender. In the depressive group, the smoking habit revealed marginal effect($p=.051$) and perceived control over the barriers to participation in the preventive program of depression influenced on that intention significantly($p<.001$).

Conclusion: Among internet users, especially the solutions of barriers to participate in the preventive program of depression is more important at the intervention program for prevention of depression. In the normal group, we need to consider the use of messages tailored by counselling experience(s) on depression. Some intervention program dealing with two subjects, smoking cessation and prevention of depression concurrently, will be appropriate for the depressive group.

Key words : Depression, Internet User, Mental health, Intention, Prevention