

# 기분장애 환자에서 한의치료 이용과 관련된 요인분석: 제2기 한국의료패널 자료를 중심으로

이경은<sup>#</sup>, 권찬영<sup>\*,#</sup>

동의대학교부속한방병원, 동의대학교 한의과대학 한방신경정신과\*

## Analysis of Factors Related to the Use of Korean Medicine Treatment in Patients with Mood Disorders: Based on 2019 Korea Health Panel Annual Data

Kyoungeun Lee<sup>#</sup>, Chan-Young Kwon<sup>\*,#</sup>

Dong-eui University Korean Medicine Hospital, \*Department of Oriental Neuropsychiatry, Dong-eui University College of Korean Medicine

**Received:** November 1, 2023

**Revised:** December 11, 2023

**Accepted:** December 16, 2023

### Correspondence to

Chan-Young Kwon  
Department of Oriental  
Neuropsychiatry, Dong-eui University  
College of Korean Medicine, 52-57,  
Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan,  
Korea.

Tel: +82-51-850-8808

Fax: +82-51-867-5162

E-mail: beanalogue@deu.ac.kr

<sup>#</sup>The first two authors contributed equally to this study.

### Acknowledgement

This research was supported by the MSIT (Ministry of Science and ICT), Korea, under the Grand Information Technology Research Center support program (IITP-2023-2020-0-01791) supervised by the IITP (Institute for Information & Communications Technology Planning & evaluation), and by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (grant number: HI23C1403). This study used the Korea Health Panel Annual Data 2019 (Version 2.0.1) jointly hosted by the Korea Institute for Health and Social Affairs and the National Health Insurance Service.

**Objectives:** We used the 2019 Korea Health Panel Annual Data to analyze factors related to visits to Korean medicine (KM) outpatient clinics among patients with mood disorders in Korea.

**Methods:** Individuals aged 19 years or older, with depressive or bipolar disorders, and with a record of using Western medicine (WM) and/or the KM medical service were included. The 266 subjects were classified into the WM group or the integrative medicine (IM) group. The Andersen healthcare utilization model was used to analyze factors that potentially influenced the subjects' healthcare utilization. Binomial logistic regression analysis was used to analyze factors influencing the use of IM medical services.

**Results:** Among the subjects, 75.56% (n=201) were in the WM group, and 24.44% (n=65) were in the IM group. Statistically significant differences were observed in residential areas, total annual income, the presence of disability, and the level of pain/discomfort between the two groups. Regression analysis found that residential areas and pain/discomfort were factors related to the use of IM services. Specifically, reporting "a lot" of pain/discomfort compared to "no" pain/discomfort showed a significant positive relationship with the use of IM (odds ratio=4.57, 95% confidence interval=1.79 to 11.70).

**Conclusions:** This study was the first to analyze the status of KM medical service use and related factors among patients with mood disorders in Korea. The finding that the presence of pain/discomfort was positively correlated with the use of KM services is potentially related to medically unexplained physical symptoms or somatization phenomena.

**Key Words:** Korean medicine, Depressive disorder, Bipolar disorder, Mood disorder, Korea Health Panel Annual Data.

## I. 서론

기분장애(mood disorders)는 우울장애(depressive disorder)와 양극성장애(bipolar disorder)로 대표되는 정신장애로, 기분(mood) 상태의 고양(elevated), 저조(depressed), 또는 그 변화양상을 주요 임상증상으로 한다<sup>1)</sup>. 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)-IV에 따르면 우울장애는 조증, 경조증, 또는 기타 더 잘 설명되는 정신병적 장애 없이 하나 이상의 주요 우울 삽화가 동반되는 경우 진단한다<sup>2)</sup>. 양극성장애는 제1형과 2형으로 분류되는데 제1형 양극성장애는 조증 삽화가 발생하며, 제2형 양극성장애는 주요우울 삽화와 경조증 삽화 및 간헐적 관해기가 번갈아 나타나는 질환이다<sup>3)</sup>.

2020년 건강보험공단의 조사에 따르면, 2016년에서 2020년 사이 5년간 기분장애 환자가 30.7% 증가하였으며, 2020년을 기준으로 기분장애 환자의 수는 100만명을 초과한다. 이중, 우울장애가 전체 기분장애 환자의 75%를 차지하며, 양극성장애는 11%로 그 뒤를 잇는다. 또한 성별과 연령에 따른 유병률 차이가 존재하여, 2020년 기준, 여성이 남성보다 2배 높은 빈도로 발생하며, 여성은 60대가 16.9%, 20대가 15.9%, 남성은 20대가 18.6%, 60대가 14.8% 순으로 많았다<sup>4)</sup>. 이처럼 우울장애는 높은 빈도의 정신장애, 세계보건기구(World Health Organization)는 “21세기 인류를 가장 괴롭힐” 질환으로 우울증을 꼽았으며, 2030년 우울증이 고소득 국가에서 질병부담 1위 질환이 될 것으로 예측하였다. 세계적으로 주요우울장애(major depressive disorder)의 평생 유병률은 2~21%에 이르며<sup>5)</sup>, 국내에서는 2021년 조사 기준 7.7%로 보고되었다<sup>6)</sup>. 우울증으로 인한 진료비 지출은 2016년 2,146억원, 2019년 3,321억원으로 증가하는 추세이며<sup>4)</sup>, 증상이 업무 및 일상생활에서의 생산성 저하를 가져와 사회경제적 비용 역시 발생한다<sup>7)</sup>.

우울장애의 일차 치료에는 약물치료가 적용되며, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), 선택적 노르에피네프린 재흡수 억제제(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI), 모노아민 산화효소 억제제(monoamine oxidase inhibitor, MAOI), 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant, TCA) 등이 사용된다<sup>8)</sup>. 그러나 SSRI와 TCA는 체중 감소, 불안, 성

적 문제, 피곤함, 불면증 등의 부작용을 초래할 수 있고, 이로 인하여 21~60%에 이르는 환자들에서 불순응을 야기한다<sup>9)</sup>. 또한, 항우울제 투여에도 불구하고, 적절한 치료반응을 보이지 않는 치료저항성 우울증(treatment-resistant depression)도 약 30%로 흔하다는 한계점이 존재한다<sup>10)</sup>.

제1형 및 제2형 양극성장애에 모두 일차 치료로 약물치료가 시행되며, 증상의 재발 방지 및 잔여 증상 조절을 위하여 약물의 규칙적인 복용과 유지치료가 필요하다. 그러나 임상에서는 환자의 병식 부족 혹은 약물 복용 도중 이상 반응에 의한 치료순응도 저하로 인하여 약물 복용이 지속되지 못하는 경우가 빈번한 실정이다<sup>11)</sup>. 이렇게 약 복용이 중단될 시, 증상의 재발 뿐 아니라 악화 및 금단증상이 발생하여 우울증이 심화되거나 자살 충동을 느끼는 등의 문제가 발생할 수 있다<sup>12)</sup>. 또한, 약물치료를 지속해도 치료 반응이 저하되거나 재발을 반복하는 경우가 많아, 1990년대 이후 심리사회적 치료를 병행하여 시행하는 추세이다<sup>13)</sup>.

지난 60년 동안 정신약리학의 발전에도 불구하고 위와 같이 기분장애에 대한 기존 약리학적 치료는 한계점을 가지고 있으며, 이에 기존치료에 만족하지 못하는 기분장애 환자들은 보완통합의학(complementary and integrative medicine)을 비롯한 다른 중재를 찾는 실정이다<sup>14)</sup>. 이와 관련하여 한의치료 역시 기분장애의 치료에 활용될 수 있으며, 실제 우울장애 및 양극성장애에 대한 한의치료의 유효성이 보고되어 왔다<sup>15,16)</sup>. 하지만 아직까지 한국의 기분장애 환자를 대상으로 한의의료 이용 현황에 대한 연구는 부족한 상황이며, 또한, 이 환자들의 한의의료 이용 관련 요인도 조사되지 않아왔다.

이에 본 연구에서는 제2기 한국의료패널 자료를 사용하여, 국내에서 기분장애 환자들의 한의 외래의료기관 방문과 관련된 요인을 분석하였으며, 한의치료 이용 요인과 관련된 유의미한 결과를 얻어 보고하는 바이다.

## II. 방법

### 1. 자료원

본 연구에서 사용한 자료원은 제2기 한국의료패널이었다. 이 패널은 전국단위 설문조사로, 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 실시하고 관리하고 있다. 통계청에서 집계된 표본 가구 중, 2단계 군집확률추출(clustered prob-

ability sampling) 방식을 통해 대상 가구 및 가구원이 선정된다. 제1기 패널은 2008년에 구축되어 2018년까지 추적 관찰되었으며, 제2기 패널은 2019년에 구축되어 추적관찰되고 있다.

## 2. 연구대상

본 연구의 포함기준은 다음과 같았다: (1) 만 19세 이상 성인, (2) 우울증 또는 양극성장애를 앓는 것으로 응답하였으며, (3) 2019년 한 해 동안 1회 이상 양방 또는 한방 의료기관을 이용한 자. 제2기 한국의료패널의 대상자수는 2019년을 기준으로 14,741명이며, 만 19세 이상 성인은 12,395명이다. 이 중, 우울증 또는 양극성장애를 앓는 것으로 응답한 자는 277명(2.23%)이었다. 이는 5년마다 보건복지부에서 시행하고 있는 정신건강실태조사 결과에서 얻은 한국인의 기분장애 1년 유병률과 유사하다(우울장애 - 2016년: 1.5%, 2019년: 1.7%; 양극성장애 - 2016년: 0.1%, 2019년: 조사 미시행).

우울증 또는 양극성장애 환자 277명 중, 11명은 2019년 한 해 동안 양방과 한방 의료기관을 모두 이용하지 않아 분석에 제외되어, 본 연구에서 분석에 포함된 연구대상자의 수는 266명이었다. 연구대상자 266명은 외래 의료 이용에 따라 양방 의료기관 단독 이용군(이하, 양방 이용군), 한방 의료기관 단독 이용군(이하, 한방 이용군), 양·한방 의료기관 이용군(이하, 양·한방 이용군)으로 분류하였으나, 한방 의료기관 만을 단독으로 이용한 한방 이용군은 존재하지 않았다. 따라서, 연구대상자는 양방 의료기관 만을 단독으로 이용한 양방 이용군과 양방 및 한방 의료기관을 모두 이용한 양·한방 이용군으로 분류되었다.

## 3. 연구도구

연구대상자들에서 의료기관 이용(양방 또는 양·한방)과 관련된 요인을 탐구하기 위해, 본 연구에서는 앤더슨의 의료서비스 이용모델(Andersen healthcare utilization model)을 이용하였다<sup>17)</sup>. 이 모델에서는 개인의 의료서비스 이용을 3가지로 분류한다: 선행요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 욕구요인(need factors). 본 연구에서 정의된 각 요인별 변수는 다음과 같았다.

### 1) 선행요인

연령, 성별, 교육수준, 거주지역. 이 중, 연령은 만 19~29세, 만 30~49세, 만 50~64세, 만 65세 이상으로 구분하여 범주화되었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 고등학교 졸업 이하, 대학교 졸업 이상으로 구분하여 범주화되었다. 거주지역은 서울/경기/인천, 강원, 대전/충청/세종, 광주/전라/제주, 부산/대구/울산/경상으로 구분하여 범주화되었다.

### 2) 가능요인

연간 총 소득, 경제활동 상태, 건강보험 가입 유형, 연간 총 소득은 사분위로 구분하되, 2019년 한국의료패널 대상자 중 만 19세 이상 성인은 12,395명의 연간 가계 총 소득을 모집단으로 구분하여 범주화되었다(제1사분위: 6,000만원 이상, 제2사분위: 3,591만원 이상, 제3사분위: 1,788만원 이상, 제4사분위: 1,788만원 미만). 건강보험 가입 유형의 경우, 직장 또는 지역가입자와 의료급여 등으로 구분하여 범주화되었다.

### 3) 욕구요인

장애 유무, 주관적 건강상태, 인지된 스트레스, 불안, 자살 사고, 통증/불편감, 만성 질환의 수, 만성 질환의 유형. 주관적 건강상태의 경우, ' 좋음', '보통', '나쁨'으로, 주관적 스트레스의 경우, '매우 많이', '많이', '약간', '거의 없음'으로, 불안과 자살사고의 경우, '있음', '없음'으로, 통증/불편감의 경우 '매우 많이', '많이', '없음'으로 구분하여 범주화되었다. 제2기 패널에서 고려된 만성 질환의 유형은 연구자의 정의에 따라 다음과 같이 재분류되었다: 암(위암, 대장암, 폐암, 유방암, 자궁경부암, 갑상선암, 기타 암), 심뇌혈관질환(고혈압, 협심증, 심근경색, 뇌출혈, 뇌경색), 내분비질환(당뇨병, 갑상선 기능저하증, 갑상선 기능항진증), 간질환(만성 간염, 알코올성 간염), 근골격계 질환(무릎관절증, 무릎의 관절 퇴행성 관절염, 류마티스 관절염, 추간판장애, 기타 척추질환), 호흡기계 질환(천식, 폐기종, 만성폐쇄성폐질환, 기관지확장증), 치매, 신장질환(만성 신부전).

이 외에, 대상자들의 특성 뿐 아니라, 대상자들의 개별 의료이용 내용을 분석하기 위해, 의료기관 별 개별 방문 당 치료의 목적과 주요 진단을 분석하였다. 단, 양방 이용군의 경

**Table 1.** Differences in Characteristics According to Treatment Group

Variables	Category	WM group (n=201)	IM group (n=65)	$\chi^2$ or t (p-value) Compared to WM group
Age	19~29	6 (3.0%)	2 (3.1%)	0.001 (1.000)
	30~49	29 (14.4%)	9 (13.8%)	0.014 (1.000)
	50~64	48 (23.9%)	13 (20.0%)	0.419 (0.612)
	65+	118 (58.7%)	41 (63.1%)	0.390 (0.563)
	Mean age (yr)	63.95±15.15	65.15±15.08	0.560 (0.576)
Sex	Men	55 (27.4%)	13 (20.0%)	1.399 (0.257)
	Women	146 (72.6%)	52 (80.0%)	
Education level	Elementary school or below	79 (39.3%)	27 (41.5%)	0.102 (0.772)
	Middle or high school	94 (46.8%)	24 (36.9%)	1.928 (0.197)
	College above	28 (13.9%)	14 (21.5%)	2.138 (0.170)
Region	Seoul/Gyeonggi/Incheon	47 (23.4%)	22 (33.8%)	2.799 (0.105)
	Gangwon	5 (2.5%)	3 (3.1%)	0.067 (0.680)
	Daejeon/Chungcheong/Sejong	29 (14.4%)	15 (23.1%)	2.661 (0.124)
	Gwangju/Jeolla/Jeju	38 (18.9%)	9 (13.8%)	0.864 (0.455)
Total income	Busan/Daegu/Ulsan/Gyeongsang	<b>82 (40.8%)</b>	<b>17 (26.2%)</b>	<b>4.507* (0.039)</b>
	1st percentile	14 (7.0%)	9 (13.8%)	2.944 (0.124)
	2nd percentile	23 (11.4%)	11 (16.9%)	1.323 (0.285)
	3rd percentile	57 (28.4%)	14 (21.5%)	1.167 (0.334)
	4th percentile	107 (53.2%)	31 (47.7%)	.604 (0.477)
Employment status	Mean income	<b>2,412.41±2,182.71</b>	<b>3,115.89±3,015.21</b>	<b>2.045* (0.042)</b>
	Active	50 (24.9%)	24 (36.9%)	3.550 (0.079)
Health insurance type	Non-active	151 (75.1%)	41 (63.1%)	
	Employee or local	96 (47.8%)	37 (56.9%)	1.649 (0.254)
Disability	Medical aid or others	105 (52.2%)	28 (43.1%)	
	Presence	<b>42 (20.9%)</b>	<b>6 (9.2%)</b>	<b>4.519* (0.040)</b>
Self-assessed health	Absence	<b>159 (79.1%)</b>	<b>59 (90.8%)</b>	
	Good	18 (9.0%)	6 (9.2%)	0.005 (1.000)
	Fair	63 (31.3%)	20 (30.8%)	0.008 (1.000)
Perceived stress	Poor	120 (59.7%)	39 (60.0%)	0.002 (1.000)
	Very much	26 (12.9%)	9 (13.8%)	0.036 (0.835)
	Much	87 (43.3%)	33 (50.8%)	1.112 (0.317)
	A little	53 (26.4%)	12 (18.5%)	1.663 (0.246)
Anxiety	Rarely	26 (12.9%)	10 (15.4%)	0.252 (0.677)
	Presence	88 (43.8%)	25 (38.5%)	0.569 (0.474)
Suicidal ideation	Absence	104 (51.7%)	39 (60.0%)	1.348 (0.256)
	Presence	69 (34.3%)	26 (40.0%)	0.688 (0.457)
Pain/discomfort	Absence	123 (61.2%)	38 (58.5%)	0.153 (0.771)
	Very much	16 (8.0%)	1 (1.5%)	3.386 (0.081)
	Much	<b>110 (54.7%)</b>	<b>50 (76.9%)</b>	<b>10.096** (0.001)</b>
Chronic disease	Absence	66 (32.8%)	13 (20.0%)	3.876 (0.061)
	Total number of chronic disease	3.67±1.85	3.49±1.71	-0.673 (0.502)
Cancer	Presence	16 (8.0%)	2 (3.1%)	1.856 (0.257)
	Absence	185 (92.0%)	63 (96.9%)	
Cardio-cerebrovascular	Presence	114 (56.7%)	36 (55.4%)	0.035 (0.886)
	Absence	87 (43.3%)	29 (44.6%)	
Endocrine	Presence	60 (29.9%)	14 (21.5%)	1.690 (0.207)
	Absence	141 (70.1%)	51 (78.5%)	
Liver	Presence	5 (2.5%)	0 (0%)	1.648 (0.339)
	Absence	196 (97.5%)	65 (100%)	
Musculoskeletal	Presence	103 (51.2%)	38 (58.5%)	1.027 (0.321)
	Absence	98 (48.8%)	27 (41.5%)	
Respiratory	Presence	15 (7.5%)	4 (6.2%)	0.127 (1.000)
	Absence	186 (92.5%)	61 (93.8%)	

Table 1. Continued 1

Variables	Category	WM group (n=201)	IM group (n=65)	$\chi^2$ or t (p-value) Compared to WM group
Dementia	Presence	10 (5.0%)	4 (6.2%)	0.137 (0.751)
	Absence	191 (95.0%)	61 (93.8%)	
Renal	Presence	5 (2.5%)	0 (0%)	1.648 (0.339)
	Absence	196 (97.5%)	65 (100%)	

\*p&lt;.005; \*\*p&lt;0.01.

IM: integrative medicine, WM: Western medicine.

우 양방 의료이용을 분석하였고, 양·한방 이용군의 경우 한방 의료이용을 분석하였다.

#### 4. 자료분석

분석에서는 카이제곱 검정(chi-square test)과 t-test를 사용하여 양방군과 양·한방군 간의 일반적 특성을 비교분석하였다. 또한, 이항 로지스틱 회귀분석(binomial logistic regression analysis)을 사용하여, 양방 의료기관 단독 이용과 비교하여 양방 및 한방 의료기관을 모두 이용하는 것과 관련된 요인을 분석하였다. 단, 로지스틱 회귀분석의 모델은 Model 1부터 3으로 나누어, Model 1에는 선행요인을, Model 2에는 선행요인과 가능요인을, Model 3에는 선행요인, 가능요인, 욕구요인을 모두 고려하여 분석하였다. 이항 로지스틱 회귀분석을 통한 결과값은 승산비(odds ratio, OR)와 95% 신뢰구간(confidence interval, CI)으로 계산하여 제시되었다. 본 연구에서는 0.05 미만의 p값을 통계적으로 유의한 것으로 간주하였다. 한국의료패널 데이터는 가구 및 가구원에 대한 가중치를 제공하고 있으나, 본 연구는 전체 인구에 대한 연구가 아니라 특정 집단(기분장애 환자)에 대한 연구이므로 가중치는 적용하지 않았다. 본 연구에서 시행한 모든 분석은 IBM사의 SPSS version 18.0을 사용하여 실시했다.

#### 5. 윤리적 고려

본 연구는 동의대학교부속한방병원 임상시험심사위원회에서의 심의를 통해 심의면제를 승인받았다(DH-2023-03).

### III. 결과

#### 1. 일반적 특성

포함기준에 부합한 대상자의 수는 성인 기분장애 환자인

면서, 외래 의료기관 이용자인 266명의 75.56% (양방 이용군, n=201)와 24.44% (양·한방 이용군, n=65)에 각각 해당했다.

먼저 선행요인 중, 양방 이용군과 양·한방 이용군 간에 연령( $63.95 \pm 15.15$ 세 vs.  $65.15 \pm 15.08$ 세), 남성 비율(27.4% vs. 20.0%), 교육수준에서 유의한 차이가 관찰되지 않았다. 한편, 거주지역의 경우, 부산/대구/울산/경상에 거주하는 대상자의 비율이 양방 이용군은 40.8%, 양·한방 이용군은 26.2%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p=0.039$ ). 가능요인에서는, 연간 총 소득에 있어 두 군간 유의한 차이를 보였는데, 양방 이용군은  $2,412.41 \pm 2,182.71$ 만원, 양·한방 이용군은  $3,115.89 \pm 3,015.21$ 만원으로 유의한 차이를 보였다( $p=0.042$ ). 이 외에, 경제활동 상태, 건강보험 가입 유형에서는 유의한 차이가 관찰되지 않았다. 마지막으로 욕구요인에서는, 장애 유무에서 두 군간 유의한 차이가 관찰되었다. 즉, 장애의 존재 비율이 양방 이용군에서 20.9%, 양·한방 이용군에서 9.2%로 유의한 차이를 보였다( $p=0.040$ ). 또한, 통증/불편감이 '많이'라고 응답한 비율도 양방 이용군에서 54.7%, 양·한방 이용군에서 76.9%로 유의한 차이를 보였다( $p=0.001$ ). 이 외에 주관적 건강상태, 인지된 스트레스, 불안, 자살사고, 만성 질환의 수, 만성 질환의 종류에서 유의한 차이는 관찰되지 않았다(Table 1).

#### 2. 양·한방 이용과 관련된 요인

로지스틱 회귀분석 결과, Model 1부터 3에 모두 양·한방 이용과 관련된 요인으로 선행요인에서 거주지역이 존재했다. 즉, 부산/대구/울산/경산에 거주하는 것은 서울/경기/인천에 거주하는 것과 비교할 때, 기분장애 환자들의 양·한방 이용과 유의한 음적 관련을 보였다(Model 1, OR=0.47 [95% CI=0.22 to 0.99]; Model 2, OR=0.46 [95% CI=0.21 to 0.97]; Model 3, OR=0.38 [95% CI=0.16 to

Table 2. Factors Associated with the Use of Integrative Medicine

Independent variables	Model 1			Model 2			Model 3			
	OR	95% LLCI	95% ULCI	OR	95% LLCI	95% ULCI	OR	95% LLCI	95% ULCI	
Predisposing factors	Age (ref: 65+)	0.61	0.10	3.83	0.49	0.07	3.22	0.43	0.05	4.11
	30~49	0.64	0.23	1.79	0.43	0.14	1.30	0.26	0.07	1.03
	50~64	0.75	0.33	1.66	0.57	0.24	1.35	0.55	0.20	1.47
Sex	Men	0.65	0.31	1.36	0.72	0.33	1.55	1.10	0.45	2.71
	Elementary school or below above)	0.52	0.18	1.45	0.71	0.24	2.13	0.31	0.08	1.17
Region (ref: Seoul/Gyeonggi/Incheon)	Middle or high school	0.44	0.18	1.07	0.57	0.22	1.48	0.34	0.11	1.05
	Gangwon	0.94	0.16	5.43	0.87	0.13	5.68	0.78	0.09	6.82
Daejeon/Chungcheong/Sejong	1.13	0.50	2.55	1.20	0.52	2.79	1.01	0.39	2.63	
	Gwangju/Jeolla/Jeju	0.56	0.23	1.39	0.55	0.22	1.40	0.45	0.15	1.38
Enabling factors	Busan/Daegu/Ulsan/Gyeongsang	<b>0.47*</b>	<b>0.22</b>	<b>0.99</b>	<b>0.46*</b>	<b>0.21</b>	<b>0.97</b>	<b>0.38*</b>	<b>0.16</b>	<b>0.94</b>
	Total income (ref: 4th percentile)	-	-	-	1.96	0.67	5.68	2.93	0.80	10.69
Need factors	2nd percentile	-	-	-	1.38	0.56	3.44	1.81	0.66	4.92
	3rd percentile	-	-	-	0.67	0.31	1.46	0.82	0.32	2.10
Employment status	Active	-	-	-	1.85	0.93	3.65	1.56	0.74	3.31
	Employee or local medical aid or others)	-	-	-	1.33	0.69	2.59	1.39	0.66	2.96
Disability	Presence	-	-	-	-	-	-	0.40	0.14	1.14
	Self-assessed health (ref: Good)	-	-	-	-	-	-	0.90	0.25	3.21
Perceived stress (ref: rarely)	Fair	-	-	-	-	-	-	1.31	0.36	4.83
	Very much	-	-	-	-	-	-	0.97	0.25	3.73
Anxiety	Much	-	-	-	-	-	-	0.91	0.34	2.38
	A little	-	-	-	-	-	-	0.38	0.13	1.15
Suicidal ideation	Presence	-	-	-	-	-	-	0.52	0.23	1.14
	Presence	-	-	-	-	-	-	1.10	0.50	2.42
Pain/discomfort (ref: absence)	Very much	-	-	-	-	-	-	0.74	0.07	8.41
	Much	-	-	-	-	-	-	<b>4.57**</b>	<b>1.79</b>	<b>11.70</b>
Cancer	Presence	-	-	-	-	-	-	0.28	0.05	1.54
	Cardio-cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	0.76	0.33	1.74
Endocrine	Presence	-	-	-	-	-	-	0.55	0.25	1.22
	Liver	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00	NA
Musculoskeletal	Presence	-	-	-	-	-	-	1.04	0.46	2.34
	Respiratory	-	-	-	-	-	-	0.81	0.20	3.20
Neuropsychiatric	Presence	-	-	-	-	-	-	1.53	0.33	7.12
	Renal	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00	NA

\*p < 0.05; \*\*p < 0.01.

LLCI: lower limit confidence interval, OR: odds ratio, ULCI: upper limit confidence interval.

0.94)). 한편, 가능요인에서는 통계적으로 유의한 변수가 발견되지 않았다. 욕구요인까지 모두 고려한 Model 3에서는 유일하게 발견된 통계적으로 유의한 변수는 통증/불편감이 '많이' 존재하는 경우였다. 즉, 통증/불편감이 '없다'고 보고한 것과 비교하여 '많이' 존재한다고 보고한 것은 양·한방 이용과 유의한 양적 관련을 보였다(OR=4.57 [95% CI=1.79 to 11.70]). 이 외에, 통계적으로 유의한 차이를 보인 변수는 존재하지 않았다(Table 2).

### 3. 기분장애 환자들의 의료내용 분석

양방 이용군은 201명이 총 6,767회의 양방 의료를 이용해 1인당 연간 평균 치료횟수는 33.67회였으며, 양·한방 이용군은 65명이 총 790회의 한방 의료를 이용해 1인당 연간 평균 치료횟수는 12.15회였다. 치료를 받은 주요 이유의 경우, 양방 이용은 질병의 치료와 검사(진단)가 97.18%로 가장 많고, 한방 이용 역시 질병의 치료와 검사(진단)가 86.96%로 가장 많았다. 주요 진단의 경우, 양방은 정신과적 상태와 근골격계 상태가 각각 21.74%와 21.87%로 유사한 비율을 보였다. 한방은 근골격계 상태가 86.46%가 가장 높았다(Table 3).

## IV. 고찰

본 연구는 한국에서 기분장애 환자들의 한의의료 이용 현황 및 관련 요인을 조사하기 위한 목적으로 제2기 한국의료패널 자료를 분석하였다.

그 결과, 분석대상자인 성인 기분장애 환자 중, 24.44%가

양방치료와 함께 한방치료를 받고 있으며, 한방치료를 병행하는 것과 관련된 요인으로 거주지역과 통증/불편감의 존재를 확인하였다. 즉, 부산/대구/울산/경산에 거주하는 것은 서울/경기/인천에 거주하는 것과 비교하여 기분장애 환자들의 양·한방 이용과 유의한 음적 관련을, 통증/불편감이 '없다'고 보고한 것과 비교하여 '많이' 존재한다고 보고한 것은 양·한방 이용과 유의한 양적 관련이 있음을 확인하였다. 또한, 개별 의료내용을 분석할 때, 기분장애 환자들의 양방 또는 한방 이용은 모두 질병의 치료와 검사(진단)가 가장 흔했는데, 양방의 경우, 정신과적 상태와 근골격계 상태가 주 진단인 비율이 각각 21.74%와 21.87%였던 반면, 한방의 경우, 근골격계 상태가 주 진단인 비율이 86.46%로 매우 높았다.

본 연구에서의 주요 발견 중 하나는, 성인 기분장애 환자에서의 한방치료 이용과 통증/불편감과 관련성이다. 이를 설명할 가능성이 있는 이유 중 하나는 기분장애로 인한 신체적 불편감의 존재이다. 기존 우울장애를 비롯한 심리적 고통과 관련하여 일부 임상연구에서는 동양인이 서양인 대비 신체적 증상의 호소가 많다는 점을 발견했다<sup>18)</sup>. 한국에서 시행된 연구에서는 주요우울장애 환자 207명을 대상으로 분석한 결과, 60.9%에서 신체증상의 존재를 확인했고, 임상증상, 우울 증정도, 불안 증정도 모두 신체증상이 없는 환자에 비해 신체증상이 있는 환자에서 유의하게 더 높은 것으로 나타났다<sup>19)</sup>. 기분장애와 관련된 신체적 증상에는 통증/불편감이 중요한 역할을 차지하는데, 최근의 네트워크 분석에서는 우울장애 환자들의 신체증상 간 네트워크 구조를 조사한 결과, 심계항진, 숨 참과 함께 허리 통증의 중심성이 가장 높다는 것을 발견했다<sup>20)</sup>.

**Table 3.** Characteristics of Western Medicine and Integrative Medicine Treatments for Individuals with Mood Disorders

Variables		WM group (201 individuals, 6,767 WM sessions)	IM group (65 individuals, 790 KM sessions)
Mean treatment sessions per individual		33.67	12.15
Reason of treatment	Disease treatment or examination (diagnosis)	6,576 (97.18%)	687 (86.96%)
	Rehabilitation and palliative care	23 (0.34%)	24 (3.04%)
	Accident or poisoning	71 (1.05%)	72 (9.11%)
	Preventive care	51 (0.75%)	2 (0.25%)
	Other	46 (0.68%)	5 (0.63%)
Main diagnosis	Psychiatric condition	1,471 (21.74%)	Not assessed
	Neurological condition	208 (3.07%)	0 (0%)
	Musculoskeletal condition	1,480 (21.87%)	683 (86.46%)
	Others	3,608 (53.32%)	107 (13.54%)

IM: integrative medicine, KM: Korean medicine, WM: Western medicine.

이러한 신체화 현상을 감정 표현에 대한 억압의 맥락에서 이해할 수 있으며, 문화권의 가치와 규범이 감정 억압에 영향을 미칠 수 있다. 예를 들어, 서양에서는 고통에 대한 직접적이고 언어적인 감정 표현이 보편적 문화 규범이며, 신체적 고통을 표현하는 것은 감정적 고통을 신체로 전달한 것으로 여겨진다. 이에 반해 동양권에서는 신체와 감정이 전인적으로 통합 되어있으며, 부정적 감정을 강하고 직접적으로 표현하는 것은 사회적으로 용인되지 않는다<sup>21)</sup>. 이와 같이 동양 문화권에서는 감정에 대한 표현이 상대적으로 억압되어 있기 때문에, 신체적 호소를 통한 고통의 표현이 문화적 규범을 이루게 되었고, 이에 따라 변비, 피로, 식욕부진, 흉부 작열감 등의 신체적 증상이 발현된다고 해석될 수 있다<sup>21)</sup>. 하지만 기분장애 환자에서 신체화 현상은 문화권 또는 감정의 억압 만으로는 설명될 수 없고, 최근에는 애착이나 정신화(mentalization)와의 관련성<sup>22)</sup>, tryptophan catabolite 경로와 같은 생물학적 메커니즘과의 개입 가능성<sup>23)</sup> 등이 발견되고 있어 추가적인 연구가 필요하다.

위와 같이 기분장애 환자에서 빈번하게 나타날 수 있는 통증/불편감을 설명하는 기질적 병리가 발견되지 않는 경우, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상(medically unexplained physical symptoms, MUPS)으로 진단될 가능성이 있다. MUPS는 기질적 원인이 없는 만큼 다루기 어려운 문제이며<sup>24)</sup>, 실질적으로 의료비 지출을 늘리는 원인이 된다<sup>25)</sup>. MUPS의 경우, 환자는 이를 신체적 문제로 보는 경향이 있는 반면, 의사는 심리적 문제에서 기원한 것으로 보는 입장 차이에서 환자의 불만이 발생하는 상황에서, 보완통합 의학은 전략적 접근이 될 수 있기 때문에 의료의 사각지대에 놓인 환자들의 내원 빈도가 높다<sup>26)</sup>. 또한 한의학에서는 치미병(治未病)의 개념이 존재하여, 진단되지 않지만 피로나 통증을 호소하는 환자에 대한 한의학 진단과 치료방법을 제시하고 있으므로<sup>27)</sup>, MUPS 환자들은 더 빈번하게 한의치료를 이용할 가능성이 있다.

영국에서 시행된 80명의 MUPS 환자들을 대상으로 시행한 무작위대조군임상시험에 따르면 침치료는 이 환자들의 주관적 건강상태 및 웰빙 지수를 향상시켰으며, 이러한 효과는 12개월간 지속되었다<sup>24)</sup>. 같은 증재를 사용한 질적 연구에 따르면, 침치료는 MUPS 환자의 통증 및 약제 사용의 감소와 관련이 있었으며, 신체적 및 정신적 에너지 수준의 증가를 가져오는 등 여러 긍정적인 효과를 보였다<sup>28)</sup>. 이와 같

은 한의학적 치료는 기존의학적으로 진단되지 못하는 증상에 대하여 변증을 통해 치료적 접근을 할 수 있을 뿐 아니라, 이를 통해 개별화되고 환자 중심적인 치료를 행할 수 있는 장점이 있다. 이는 본 연구에서 발견된 기분장애 환자에서 통증/불편감의 존재가 한의치료 이용과 통계적으로 유의한 관련이 있는 결과를 설명하는 하나의 요인일 수 있다.

회귀분석 결과, 서울/경기/인천 지역에 거주하는 것과 비교하여 부산/대구/울산/경상 지역에 거주하는 것이 한방 의료기관 방문과 통계적으로 유의한 음적 관련이 있었다. 하지만 이러한 발견은 기존에 발견되어 왔던 일반적인 한의치료 이용의 경향과 다른 결과로 사료된다. 예를 들어, 한국의료패널 2009년 자료를 분석한 결과에 따르면, 서울 거주자에 비하여 부산 거주자에서 유의하게 한의치료 이용률이 높았다(OR=1.4)<sup>29)</sup>. 또한, 2014년에 시행된 한국 국민들의 한의학에 대한 인식과 태도를 조사한 결과에 따르면, 한의학에 대해 신뢰한다고 응답한 비율은 부산 62.9%로 서울 59.1%에 비해 더 높은 경향을 보였다<sup>30)</sup>. 하지만 아직까지 환자의 개별 질환에 따라 한의치료 이용률이나 한의학에 대한 인식과 태도를 조사한 연구 결과는 부족하기 때문에, 본 연구 결과에서 발견된 거주지역과 한방 의료기관 방문 간의 관련성을 해석하기 어려운 상황이다. 다만 본 저자들은 정신장애 진료 특화 또는 정신과 진료 특화 한의 의료기관의 지역별 차이가 본 연구 결과에서 발견된 지역별 차이를 설명하는 하나의 가능성으로 제안한다. 정신장애, 특히 기분장애 환자에서 한의치료 이용과 관련된 요인을 조사하는 것은 이 남겨진 질문을 해석하기 위한 근거를 제공할 뿐 아니라, 향후 한의약이 한국 국민의 정신건강 개선에 일조하기 위한 기초자료를 제공할 것으로 사료된다.

이 연구는 한의계에서 최초로 기분장애 환자의 한의 외래 의료기관 방문과 관련된 요인을 분석했다는 의미를 갖지만 다음과 같은 한계점이 있다. 첫째, 본 연구는 제2기 한국의료패널을 사용한 연구로, 본 자료원은 전국 단위 일반 인구의 대표성을 확보하기 위해 2단계 군집확률추출 방식을 통해 선정된 가구 및 가구원을 대상으로 한다. 하지만, 그 모집단은 기분장애 환자 또는 한의 외래의료기관 방문자가 아니므로, 본 연구에서의 결과를 일반화하여 한국의 기분장애 환자 또는 한의 외래의료기관 방문자로 확장해 해석하는 것은 한계가 있다. 같은 이유로 인해 본 연구에서는 제2기 한국의료패널에서 제공하고 있는 가구원에 대한 가중치를 적용하



지 않고 분석하였다. 둘째, 본 연구의 대상이 된 우울장애와 양극성장애는 그 임상적 특징과 진단, 치료, 예후가 구분되는 기분장애로, 그들의 의료이용 역시 다를 가능성이 있다. 예를 들어, 미국의 한 인구기반 연구에서는 우울장애 환자에 비해 양극성장애 환자에서 정신과 입원, 상담 이용, 약물 사용, 응급실 방문 등의 의료자원의 이용이 더 빈번함을 발견한 바 있다<sup>31)</sup>. 하지만 한국의료패널의 경우, 우울장애와 양극성장애를 구분하지 않고 환자의 기분장애 이환을 조사하기 때문에, 본 연구에서는 우울장애와 양극성장애 환자에서 의료이용을 비교분석 할 수 없었다. 셋째, 한국의료패널에서 조사하지 않은 요인에 의해 본 연구의 대상자들의 의료이용에 유의한 영향을 미쳤을 가능성이 배제될 수 없다. 넷째, 기분장애 환자에서 한의치료 이용 현황 및 관련 요인의 분석을 위해서는 불안장애 등 기분장애 외의 정신장애 환자에서 한의치료 이용 현황 및 관련 요인을 분석하고 비교고찰을 시행할 필요성이 있다. 하지만, 본 자료의 데이터원으로 사용한 제2기 한국의료패널의 경우, 주질환 코드 중 신경정신과 질환으로 '치매'와 '우울증/양극성장애'만을 제공하고 있으므로, 다른 정신장애 환자의 한의치료 이용과 비교하지 못했다는 한계점이 있다. 하지만 건강보험공단이나 건강보험심사평가원 등의 자료원을 이용하여 기타 정신장애 환자의 한의치료 이용 현황 및 관련 요인을 분석하고 본 연구의 결과와 비교고찰 될 수 있을 것으로 사료된다.

## V. 결론

본 연구에서는 제2기 한국의료패널 2019년 자료를 이용하여, 성인 기분장애 환자에서 한의치료 이용 현황 및 관련 요인을 조사하고자 했으며, 다음과 같은 주요 발견을 얻을 수 있었다.

1. 2019년 동안 성인 기분장애 환자이면서, 외래 의료기관 이용자인 266명이 이 연구의 분석 대상이 되었으며, 이들 중 75.56%는 양방 치료만을, 24.44%는 양방과 한방 치료를 모두 받았고, 한방 치료만 받은 경우는 없었다.

2. 앤터슨의 의료서비스 이용모델을 사용하여 분석한 결과, 양방 이용군과 양·한방 이용군 간에 유의한 차이가 관찰되었던 선행요인은 거주지역이었고, 가능요인은 연간 총 소득이었으며, 욕구요인은 장애의 존재와 통증/불편감의 수준이었다.

3. 로지스틱 회귀분석 결과, 한방치료를 병행하는 것과 관련된 요인으로 거주지역과 통증/불편감의 존재를 확인하였다. 즉, 부산/대구/울산/경산에 거주하는 것은 서울/경기/인천에 거주하는 것과 비교할 때, 기분장애 환자들의 양·한방 이용과 유의한 음적 관련을 보였다(OR=0.38 [95% CI=0.16 to 0.94]). 한편, 통증/불편감이 '없다'고 보고한 것과 비교하여 '많이' 존재한다고 보고한 것은 양·한방 이용과 유의한 양적 관련을 보였다(OR=4.57 [95% CI=1.79 to 11.70]).

## REFERENCES

1. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2021;55(1):7-117.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association 2013.
3. Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. Bipolar disorders. 2009;11(5):453-73.
4. Health Insurance review & assessment service. Healthcare Bigdata hub. Available from: <http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMfrnIntrslnsInfo.do> [Internet].
5. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020;42:657-72.
6. Welfare KMoHa. National mental health survey 2021. Sejong 2021.
7. Chow W DM, Sheehan H, Alphas L, Le H. Economic Burden Among Patients With Major Depressive Disorder: An Analysis of Healthcare Resource Use, Work Productivity, and Direct and Indirect Costs by Depression Severity. Am H Manang Care. 2019; 2019;16:e188-96.
8. Association AP. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts: American Psychological Association; 2019.
9. Balsikci A, Uzun O, Erdem M, Doruk A, Cansever A, Ates MA. Side effects that cause noncompliance to antidepressant medications in the course of outpatient treatment. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2014;24(1):69-75.
10. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, Berk M, Demyttenaere K, Goldberg JF, et al. Treatment-resistant

- depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*. 2023;22(3):394-412.
11. Jung Y-E, Kim MD. Psychosocial Treatment for Bipolar Disorder. *Mood and Emotion*. 2016;14(1):19-24.
  12. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381(9878):1672-82.
  13. Miklowitz DJ, Johnson SL. Social and familial factors in the course of bipolar disorder: Basic processes and relevant interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2009;16(2):281.
  14. Qureshi NA, Al-Bedah AM. Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013:639-58.
  15. Seung H-B, Kwon H-J, Kim S-H. Effectiveness and Safety of Traditional East Asian Herbal Medicine as Monotherapy for Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2022; 33(1):79-111.
  16. Lee J-Y, Kim J-Y, Jeong J-H, Jung IC. A Case Study on a Patient with Major Depressive Episode of Bipolar II Disorder Treated with a Combination of Interpersonal and Social Rhythm Therapy and Korean Medicine. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2020;31(3):213-23.
  17. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
  18. Ryder AG, Yang J, Zhu X, Yao S, Yi J, Heine SJ, et al. The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *J Abnorm Psychol*. 2008;117(2):300-13.
  19. Han H, Wang SM, Han C, Lee SJ, Pae CU. The relationship between somatic symptoms and depression. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014;35(6):463-9.
  20. Li Y, Jia S, Cao B, Chen L, Shi Z, Zhang H. Network analysis of somatic symptoms in Chinese patients with depressive disorder. *Front Public Health*. 2023;11:1079873.
  21. Saint Arnault D, Kim O. Is there an Asian idiom of distress?: Somatic symptoms in female Japanese and Korean students. *Archives of psychiatric nursing*. 2008; 22(1):27-38.
  22. Riem MME, Doedée E, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Res*. 2018; 268:108-13.
  23. Maes M, Rief W. Diagnostic classifications in depression and somatization should include biomarkers, such as disorders in the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway. *Psychiatry Res*. 2012;196(2-3):243-9.
  24. Paterson C, Taylor RS, Griffiths P, Britten N, Rugg S, Bridges J, et al. Acupuncture for 'frequent attenders' with medically unexplained symptoms: a randomised controlled trial (CACTUS study). *British Journal of General Practice*. 2011;61(587):e295-e305.
  25. Van Dessel N, Den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstaeuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(11): CD011142.
  26. Johansen M-L, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient education and counseling*. 2017;100(4):647-54.
  27. Lee J, Dong SO, Lee Y, Kim SH, Lee S. Recognition of and interventions for Mibyeong (subhealth) in South Korea: a national web-based survey of Korean medicine practitioners. *Integr Med Res*. 2014;3(2):60-6.
  28. Rugg S, Paterson C, Britten N, Bridges J, Griffiths P. Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences. *British Journal of General Practice*. 2011;61(587):e306-e15.
  29. Kim D-S. Study on factors related to the use of oriental medical service among outpatients. Seoul: Graduate School of Public Health Yonsei University; 2013.
  30. Kwon S, Heo S, Kim D, Kang S, Woo JM. Changes in trust and the use of Korean medicine in South Korea: a comparison of surveys in 2011 and 2014. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):463.
  31. Frye MA, Calabrese JR, Reed ML, Hirschfeld RM. Healthcare resource utilization in bipolar depression compared with unipolar depression: results of a United States population-based study. *CNS Spectr*. 2006;11(9): 704-10; quiz 19.