

개인 및 지역사회 특성이 우울감 경험에 미치는 영향

Impact of Individual and Community Characteristics on the Experience of Depression

김소형¹, 김민경^{2*}

¹연세대학교 일반대학원 보건행정학과(박사과정), ²협성대학교 보건관리학과

So-hyeong Kim¹, Min-kyoung Kim^{2*}

¹Department of Health Administration, Yonsei University Graduate School, Wonju 26493, Korea

²Department of Health Management, Hyeongsung University, Hwaseong 18330, Korea

[요약]

COVID-19 대유행을 겪으며 국내외적으로 정신건강 관리의 중요성이 강조되고 있다. 특히, 우리나라는 자살률이 높아서 이에 대한 원인을 파악하고 대책을 마련해야 한다는 사회적 요구가 강력하다. 본 연구에서는 정신 건강을 대표하는 지표인 우울감 경험에 주요하게 영향을 주는 요인이 무엇인지 확인했다. 2021년 지역사회건강조사와 KOSIS 공표 자료를 활용하여 개인과 지역 단위 자료를 분석한 결과, 스트레스 수준, 주관적 건강 수준, 기초생활수급 여부 등이 주요하게 영향을 미침을 확인하였다. 지방 보건 당국은 스트레스 완화와 생활 습관 개선을 위한 보건교육 및 홍보 활동을 확대하고, 기초생활수급자 등 특정 집단에 대한 집중 프로그램을 개발하는 등 지역 주민의 정신 건강 관리를 강화해야 한다. 더불어, 중앙 정부와의 협력을 통한 포괄적 건강 관리에 힘쓰고, 인구 및 가족 영역과 조화하여 효과적인 정신 건강 정책을 구현해야 한다.

[Abstract]

The COVID-19 pandemic has emphasized the importance of mental health both domestically and internationally. Korea has a high suicide rate, and there is a strong social demand to understand the causes and take measures. In this study, we identified the factors that significantly affect the experience of depression, a leading indicator of mental health. Using data from the 2021 Community Health Survey and KOSIS, we analyzed data at the individual and community level, and found that stress levels, subjective health, and basic living status are key influences. Local health authorities should strengthen mental health for the population, including expanding health education and promotion activities to reduce stress and improve lifestyle, and developing targeted programs for specific groups, such as those living on basic subsistence. They should also work with the central government to strive for comprehensive health care and implement effective mental health policies in harmony with population and family authorities.

Key Words: Depression experience, Health behavior, Mental health, Community, Multilevel analysis

<http://dx.doi.org/10.14702/JPEE.2024.521>



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Received 8 July 2024; **Revised** 10 July 2024

Accepted 26 July 2024

***Corresponding Author**

E-mail: kmk20@omail.uhs.ac.kr

I. 서론

사람이 건강하고 생산적인 삶을 살아가기 위해서는 좋은 정신건강이 필수적이다. 정신질환을 경험한 사람은 정신건강이 양호한 사람과 비교해서 낮은 교육 성과, 실업, 신체 건강의 악화 등의 결과를 보이며, 우울증이나 조현병과 같은 정신질환이 심해지면 자해나 자살로 이르기까지 한다[1]. 또한 정신질환으로 인해 지역사회 내에서 이웃과 긍정적인 관계망을 형성하는 데 어려움을 겪고, 고립, 은둔 등 사회적 위험에 놓이기도 한다. 정신건강은 감염병과 같은 환경 변화에도 영향을 받게 되는데, COVID-19 대유행 기간에 불안과 우울 증 증상이 두 배나 증가한 것으로 분석되었으며, 기후 변화 등 새로운 사회적 위험이 대두되면 이는 더 악화할 것으로 전망된다[2].

이러한 가운데 정신건강 영역에 대한 OECD의 관심은 점차 확장되고 있다. OECD는 건강 관련 지표를 총망라한 「한 눈에 보는 보건 지표(Health at a Glance)」에 2017년부터 정신건강 영역을 추가하였다. 초기에는 많은 OECD 국가에서 중요한 사망 원인이 되어왔던 자살을 주요 지표로 다루었다. 한편, COVID-19 대유행으로 많은 인구가 불안과 우울감에 노출되자 OECD는 2021년 관련 지표를 추가하였다. 이와 함께 다양한 개입을 통해 우울증을 예방하고 치료하면 자살을 예방할 수 있지만, 많은 국가에서 정신건강 치료를 적시에 제공하는 데 어려움이 있음을 문제점으로 지적하였다[3].

II. 이론적 배경

정신건강 문제는 개인뿐만 아니라 함께 살아가야 하는 사람과 지역사회와도 밀접한 관계가 있다. 정신건강을 다루는 다수의 국내외 정책은 정신질환자가 사회에 통합되어 살아갈 수 있도록 지원 체계를 마련해야 함을 강조한다[4]. 정신건강 및 사회복지 시설의 질과 인권 기준을 평가하고 개선하기 위한 정보를 제공하고자 마련된 WHO Quality Rights Tool Kit은 정신질환자가 사회적 지지망을 통해 지역사회 내에 통합되어 독립적으로 살아갈 것을 촉구한다[5]. 하지만, 최근 국내에서 이루어진 조사에 따르면, 정신질환자는 신체활동, 영양, 식습관 등에서 문제를 겪으며, 조사 참여자의 70%가 자립생활에 불안감을 보였다[4].

이러한 가운데, 정부는 국가의 정신건강 현황을 정리하는 작업을 약 10년간 진행해 왔다. 2015년 1차 예비조사를 시작으로 2020~2023년에 걸쳐 국가정신건강현황 보고서를 다섯 차례 발간했다. 이 보고서에서는 우울감 경험률, 고위험 유증

율, 정신장애 평생유병률, 자살 사망률을 주요한 정신건강 지표로 삼았다. 즉, 우리나라 정부는 네 개의 지표를 통해 국민의 정신건강 수준을 지켜보고자 한 것이다. 이 중에서 우울감 경험률은 OECD도 삶의 질을 측정에 있어서 새롭게 관심을 두기 시작한 지표로 2021년 기준 10.2%이다[6].

우리나라 성인 인구의 우울감 경험률은 지난 20여 년간 감소 추세에 있다. 2005년 15.4%에서 2015년 13.0%, 2021년 10.2%로 줄었다. COVID-19의 영향으로 최근 우울감 경험률이 소폭 상승하였으나, 전반적으로 감소하는 경향을 보인다. 이러한 추세 속에서 우울감 발생에는 어떤 요인이 영향을 미치는지에 대한 확인과 이에 대한 정책적 중재가 중요하다.

우울감 결정 요인은 꾸준히 개인을 분석 단위로 삼아왔으나[5,7-12], 최근에는 개인 자료와 지역 정보를 함께 살펴보고 있다[13-15]. 개인을 주된 분석 대상으로 하는 연구는 질병 유무 등 건강 상태[8,12]나 사회적 지지를 중요한 요인으로 보았다[9,13,15]. 또한 지역주민의 신체활동이나 식습관을 비롯한 건강행태, 각종 지역사회 요인이 우울감 경험에 미치는 영향력을 살펴본 연구도 있다[4]. 한편, 개인 변수와 함께 지역 정보를 다층적으로 분석에 투입한 연구에서는 재정자립도[7,13]와 지니계수[14]를 주요한 특성 변수로 확인하였다.

III. 연구방법

A. 연구설계 및 대상

본 연구는 지역주민의 우울감 경험에 미치는 영향요인을 확인하기 위하여 개인 단위와 지역 단위 자료를 접목하여 분석한다. 개인 단위의 자료로는 질병관리청의 2021년 지역사회건강조사(Community Health Survey) 원시자료를 활용하였으며, 조사대상은 조사시점에 선정된 표본가구에 거주하는 만 19세 이상의 성인이다[16]. 최종 분석에는 확률크기 비례계통추출법에 따라 추출된 표본 중에서 결측치가 있는 자료를 제외한 총 228,870명의 자료가 개인 특성 변수로 사용되었다. 지역 사회 요인 변수는 KOSIS(국가통계포털)에서 시·군·구 단위로 추출하였다.

B. 자료 분석

대상자의 일반적 특성, 건강행태에 따른 우울감 경험의 차이 비교는 복합표본 카이제곱 검정으로 살펴보았다. 연구 대상자의 개인 및 지역 수준 변수를 고려한 우울감 경험의

지역 간 변이 분석은 다수준 로지스틱 회귀분석(multilevel logistic regression analysis)을 실시하였다. 통계프로그램은 SAS 9.4 프로그램을 사용하였다.

IV. 연구결과

A. 연구 대상의 일반적 특성에 따른 우울감 경험

남성보다 여성이, 나이가 많을수록, 학력이 낮을수록, 경제활동을 하지 않는 경우, 배우자가 없는 경우, 기초생활수급자가 그 외의 집단에 비교해서 우울감 경험이 많았다. 세대 유형별로는 부부로만 구성된 1세대 가구가 다른 유형(2세대, 3세대)보다 우울감 경험이 많았다(표 1).

B. 건강행태에 따른 우울감 경험

건강생활실천을 하지 않는 경우, 아침 식사를 하지 않는 경우, 스트레스를 많이 느낄수록, 주관적 건강 수준이 나쁜

경우, 고혈압과 당뇨병 진단 경험이 있는 경우에 우울감 경험이 많았다(표 2).

C. 우울감 경험에 영향을 미치는 요인

다수준 로지스틱 회귀분석을 실시하기 위해 독립변수 간의 다중 공선성을 분석하여 확인한 결과 공차 한계는 0.1 이상이었으며, 분산 팽창인자 값은 기준값 10을 넘지 않아 다중 공선성의 위험은 없었다. 우울감 경험에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단변량 분석에서 차이가 있었던 변수를 단계적 회귀모형에 투입한 결과 성별, 나이, 교육, 배우자 여부, 세대 유형, 기초생활 수급 여부, 건강생활실천 여부, 아침 식사 여부, 스트레스인지 정도, 주관적 건강 수준, 고혈압 진단 경험 여부가 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 한편, 지역사회 요인은 재정자립도만 통계적으로 유의하였다. 단계적 회귀분석에 따르면, 스트레스가 우울감 경험에 가장 중요하게 영향을 주었으며, 이어서 주관적 건강 수준, 기초생활 수급 여부, 교육 수준, 연령, 재정자립도가 유효하게 영향을 주었다(표 3).

표 1. 일반적 특성에 따른 우울감 경험의 차이

Table 1. Differences of depression experience according to general characteristics

Variables	Categories	Depressive Mood Experience (N=228,870)		χ^2	p-value
		Yes n(%)	No n(%)		
Gender	Man	5,375(5.15)	98,967(94.85)	1127.14	<.0001
	Woman	10,928(8.78)	113,600(91.22)		
Age	19-44	4,299(6.41)	62,743(93.59)	124.31	<.0001
	45-64	6,150(7.03)	81,366(92.97)		
	65-74	3,072(7.63)	37,177(92.37)		
	≥75	2,782(8.17)	31,281(91.83)		
Education	≤ Elementary	4,772(9.35)	46,262(90.65)	699.69	<.0001
	Middle	2,001(8.23)	22,317(91.77)		
	High	5,226(6.78)	71,809(93.22)		
	≥College	4,304(5.63)	72,179(94.37)		
Economic activity	Yes	8,113(5.66)	135,191(94.34)	1241.87	<.0001
	No	8,190(9.57)	77,376(90.43)		
Family type	One generation	9,058(7.99)	104,270(92.01)	258.68	<.0001
	Two generation	6,446(6.31)	95,696(93.69)		
	Three generation	799(5.96)	12,601(94.04)		
Spouse	Yes	9,184(6.07)	142,076(93.93)	745.60	<.0001
	No	7,119(9.17)	70,491(90.83)		
Basic livelihood recipient	Yes	1,771(18.56)	7,770(81.44)	1969.05	<.0001
	No	14,532(6.63)	204,797(93.37)		

표 2. 건강행태에 따른 우울감 경험의 차이

Table 2. Differences of depression experience according to health behavior

Variables	Categories	Depressive Mood Experience (N=228,870)		χ^2	p-value
		Yes n(%)	No n(%)		
Health promoting lifestyle	Yes	4,655(6.22)	70,236(93.78)	138.59	<.0001
	No	11,648(7.56)	142,331(92.44)		
Breakfast	Yes	12,790(6.92)	171,926(93.08)	57.38	<.0001
	No	3,513(7.96)	40,641(92.04)		
Stress	Much	8,979(17.65)	41,900(82.35)	1338.21	<.0001
	A little	6,014(4.92)	116,134(95.08)		
	Rarely	1,310(2.35)	54,533(97.65)		
Subjective health status	Good	3,634(3.91)	89,296(96.09)	5989.34	<.0001
	Moderate	6,513(6.70)	90,726(93.30)		
	Bad	6,156(15.91)	32,545(84.09)		
Hypertension	Yes	5,312(8.03)	60,835(91.97)	115.77	<.0001
	No	10,991(6.75)	15,1732(93.25)		
Diabetes	Yes	2,550(8.97)	25,872(91.03)	167.64	<.0001
	No	13,753(6.86)	186,695(93.14)		

표 3. 우울감 경험에 미치는 영향요인

Table 3. Factors influencing the depression experience

Variables	Model 1		Model 2		
	OR	95% CI	OR	95% CI	
Personal factors					
Gender	Man	0.696***	0.671-0.722	0.701***	0.674-0.729
	Woman(ref)				
Age	19-44(ref)				
	45-64	1.219***	1.160-1.281	1.226***	1.164-1.292
	65-74	1.066	0.993-1.143	1.058	0.983-1.139
	≥75	0.869**	0.804-0.940	0.866**	0.798-0.940
Education	≤ Elementary	1.302***	1.219-1.391	1.317***	1.229-1.410
	Middle	1.336***	1.250-1.428	1.334***	1.245-1.430
	High	1.133***	1.082-1.186	1.133***	1.080-1.189
	≥College(ref)				
Economic activity	Yes	0.672***	0.646-0.698	0.669***	0.643-0.696
	No(ref)				
Family type	One generation(ref)				
	Two generation	0.768***	0.739-0.799	0.770***	0.739-0.802
	Three generation	0.721***	0.666-0.781	0.701***	0.644-0.762
Spouse	Yes	0.705***	0.679-0.732	0.710***	0.683-0.738
	No(ref)				
Basic livelihood recipient	Yes	1.658***	1.555-1.767	1.634***	1.530-1.746
	No(ref)				
Health promoting lifestyle	Yes	0.909***	0.875-0.944	0.913***	0.877-0.950
	No(ref)				

표 3. 계속

Table 3. Continued

Variables		Model 1		Model 2	
Personal factors		OR	95% CI	OR	95% CI
Breakfast	Yes	0.895***	0.856-0.936	0.887***	0.846-0.930
	No (ref)				
Stress	Much	9.095***	8.541-9.684	9.042***	8.473-9.650
	A little	2.459***	2.310-2.618	2.429***	2.277-2.592
	Rarely (ref)				
Subjective health status	Good (ref)				
	Moderate	1.412***	1.352-1.475	1.415***	1.351-1.481
	Bad	2.719***	2.583-2.863	2.760***	2.616-2.913
Hypertension	Yes	0.952*	0.913-0.993	0.947*	0.907-0.989
	No (ref)				
Diabetes	Yes	1.013	0.963-1.066	1.009	0.958-1.064
	No (ref)				
Community factors					
Financial independence				1.006***	1.001-1.011
Social support				0.944	0.597-1.493
Number of hospital beds in medical institutions (per 1,000 people)				0.997	0.991-1.004
Number of doctors (per 1,000 people)				1.007	0.980-1.035
ICC		0.0074		0.0072	
-2 log likelihood		7806.8		7333.9	
AIC		7852.8		7387.9	
BIC		7933.8		7480.3	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

V. 결론 및 제언

우리나라의 자살률은 OECD 38개 국가 중에서 가장 높다. 2023년 OECD 보건통계에 따르면, 우리나라의 자살률은 인구 십만 명당 24.1명으로 OECD 국가 평균(11.0명)의 두 배를 넘어섰고, 일본 15.4명, 호주 12.4명 등 아시아태평양 지역의 국가보다 월등히 높은 수준이다[17]. 이러한 가운데 OECD는 우울증을 예방하면 자살도 예방할 수 있다는 견해를 보인바[3], 우울증을 예방하기 위한 개인과 사회의 노력이 촉구된다. 특히, 본 연구에서 확인되었듯이 스트레스를 줄이고, 개인의 건강에 대한 인지 수준을 높이기 위한 여러 활동이 뒷받침되어야 한다. 이를 위해서 지역 보건 당국은 관련 교육과 홍보활동을 다각화하여 주민의 생각과 생활 습관을 개선해야 한다. 더불어, 기초생활수급자 등 생활 여건이 좋지 않은 주민의 건강 관리를 위한 노력도 필요하다. 이들의 정신건강을 향상하기 위한 집중 프로그램을 개발하고, 충분한

재정을 투입하여 사례 관리 등을 통해 주민건강 관리 활동을 강화해야 한다.

비록 본 연구에서 지역 수준에서 투입된 사회적 지지가 유의한 영향력을 보이지 못했지만, 개인 수준에서 배우자 유무가 우울감 경험에 영향을 보인 점을 통해 가족의 지지가 우울감 경험을 줄일 수 있음을 확인했다. 즉, 불안이나 우울과 같은 정신 건강 문제를 극복하는 데는 사람 간의 관계 중에서도 가장 근본적인 가족의 정서적 지지가 중요하다. 더불어, 한 세대만 구성된 가구보다 여러 세대가 어우러진 가구에서 우울감 경험이 적다는 점도 우리 사회에 주는 시사점이 크다. 최근 MZ세대를 중심으로 한 젊은 층에서 결혼과 출산을 기피하는 분위기가 커지고 있다. 특히, 이 문제는 지방에서 심각한데, 국가 전체적으로 현안이 된 저출산 현상과 맞물려 지방 인구 감소 추세의 심화에 따라 결혼장려금을 지급하는 지방자치단체가 늘고 있다. 아직 영향력을 가늠할 수 없지만, 크고 작은 정책적 중재로 가족에 대한 개인의 인식

변화가 일어나고 사회구조가 전환한다면 인구 문제를 해결할 수 있을 뿐 아니라 우울감 경험 및 자살률 감소와 같은 정신건강 문제 개선에서 긍정적 효과를 기대할 수 있을 것이다.

이와 같은 측면에서 개인의 우울 경험을 줄이고, 국가적으로 자살률을 낮추기 위한 노력을 중앙정부와 지방정부를 함께 해 나가야 한다. 건강한 개인과 가정을 만들고, 안정된 사회를 조성하기 위해서는 중앙부처와 시·도, 시·군·구가 네트워크를 형성하여 포괄적인 건강 관리를 해야 한다. 한편, 정책적 개입도 보건 영역에 치중하기보다는 사회적 지지와 정서적 지지를 넓혀 나가도록 인구 및 가족 정책 등 다른 영역과 교차하여 이루어져야 한다.

참고문헌

- [1] OECD, *Health at a glance 2017*, OECD publishing, Paris, 2017.
- [2] OECD, Mental Health [Internet]. Available: <https://www.oecd.org/health/mental-health.htm>
- [3] OECD, *Health at a glance 2021*, OECD publishing, Paris, 2021.
- [4] J. Jun, S. B. Lee, J. H. Park, H. N. Lee, S. Y. Choi, E. M. Bae, K. H. Ha, J. H. Jhone, and S. M. Chae, *Health promotion and welfare service support strategies for people with mental illness in the community*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, 2022.
- [5] WHO, *WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*, World Health Organization, Geneva, 2012.
- [6] MOHW, HIRA, KIHASA, *Major Indicators of National Mental Health Status in 2021*, Ministry of Health and Welfare, Sejong, 2023.
- [7] J. H. Lee, "The regional health inequity, and individual and neighborhood level health determinants," *Health and Social Welfare Review* vol. 36, no. 2, pp. 345-384, 2016.
- [8] D. S. Son, "Factors influencing the mental health of the elderly women," *Mental Health & Social Work*, vol. 23, pp. 120-146, 2006.
- [9] Y. R. Park, K. S. Park, and E. H. Jung, "Effects of social support and social negativity on depressive symptoms of the rural elderly," *Mental Health & Social Work*, vol. 42, no. 2, pp. 151-177, 2014.
- [10] K. J. Kwon and J. Y. Bae, "A study on factors influencing the depression in elderly people who live alone in rural area," *Journal of Regional Studies*, vol. 24, no. 4, pp. 71-88, 2016.
- [11] S. Y. Song, H. J. Jun, and S. Joo, "The moderating effect of self-rated health on the association between grandparenting and depressive symptoms among grandparents," *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol. 40, no. 3, pp. 459-475, 2020.
- [12] E. Kim and J. Min, "Patterns of social participation and depressive symptoms among older adults with and without a spouse," *Health and Social Welfare Review*, vol. 42, no. 3, pp.172-189, 2022.
- [13] B. Y. Han and J H. Kang, "The impact of population density and neighborhood on depressive symptoms in south Korea - Multilevel Analysis Using 2012 Korean General Social Survey Combined with Region-level Data," *Korea Journal of Population Studies*, vol. 38, no. 3, pp. 75-111, 2015.
- [14] Y. J. Choi and T. R. Lee, "The effect of socioeconomic status to change in adolescent depression: A multilevel latent growth analysis," *The Journal of Korean Society for Welfare and Health Education* vol. 20, no. 1, pp. 69-84, 2019.
- [15] H. Chung, "The effects of a chronic disease/disability and stress from health on depressive symptoms among one-person households: A focus on the moderating effect of social support," *Human Ecology Research*, vol. 57, no. 2, pp. 201-211, 2019.
- [16] Korea Centers for Disease Control and Prevention, "Community health survey," August 2022 [Online]. Available: <https://chs.kdca.go.kr/chs/igm/igmMain.do>.
- [17] MOHW, KIHASA, *OECD Health Statistics 2023*, Ministry of Health and Welfare, Sejong, 2023.



김 소 형 (So-Hyeong Kim)_정회원

2013년 3월 : 長野大学 社会福祉学部 社会福祉学科 학사졸업
2015년 3월 : 東京都立大学 人文科学研究科 社会行動学 社会福祉教室 석사졸업
2019년 9월 ~ 현재 : 연세대학교 일반대학원 보건행정학과 박사과정
(관심분야) 지역복지, 사회보장, 정신보건, 보건정책



김 민 경 (Min-Kyoung Kim)_종신회원

2006년 2월 : 연세대학교 보건학석사
2019년 2월 : 충북대학교 의학박사
2020년 3월 ~ 현재 : 협성대학교 보건관리학과 조교수
(관심분야) 빅데이터, 의료정보, 건강증진, 보건교육