한국의 젊은 성인에서 우울 관련 요인: 제7기 3차년도 국민건강영양 조사(2018)

공보경, 신정호*, 이동욱

오산한국병원 가정의학과

Factors Associated with Depression in Korean Young Adults: Analysis Based on the 2018 Korea National Health and Nutrition Examination Survey

Bo Kyung Kong, Jeong Ho Shin*, Dong Wook Lee

Department of Family Medicine, Osan Hankook Hospital, Osan, Korea

Background: Mental health promotion in young adults is as essential as physical health promotion. This study was performed to investigate the factors related to depression in adults aged 19–39 years.

Methods: This study included 1,620 adults aged 19–39 years from the Seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey conducted in 2018. Depression was assessed using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9); based on their scores, the subjects were classified into two groups. The chi-square test was performed to compare between-group differences. Logistic regression analysis was used to evaluate the relationship between depression and associated factors.

Results: The sample's mean ($\pm$ standard deviation) PHQ-9 score was 2.71 ± 3.48 points. Weighted multiple logistic regression analysis revealed that perceived health status (odds ratio [OR], 3.179; 95% confidence interval [CI], 3.168 to 3.189), sex (OR, 3.149; 95% CI, 3.139 to 3.159), unmet medical needs (OR, 1.990; 95% CI, 1.982 to 1.998), pain and discomfort (OR, 1.980; 95% CI, 1.973 to 1.986), and health screening (OR, 1.404; 95% CI, 1.400 to 1.408) were related to PHQ-9 score.

Conclusion: Various factors, especially those related to health, are associated with depression in young adults. Among these, perceived health status, unmet medical needs, pain and discomfort, and health screening are modifiable factors. As health promotion specialists, family physicians should consider these factors in mental health screening.

Keywords: Depression; Young Adult; Mental Health; Health Promotion; Patient Health Questionnaire 9

서론

초기 성인 혹은 젊은 성인들은 생애 주기별 건강상태 측면에서 최상급으로 평가할 수 있기 때문에 건강검진 등을 통한 적극적 건강관리의 필요성은 덜 강조되어 왔다. 하지만 급격한 사회 변화에 따라 우리나라 20–30대 역시 다양한 건강 문제에 노출되고 있으며

이에 따른 인식의 변화로 가정의학 교과서 최신판에 이르러 가정의학 범주에서 다루는 하나의 세분화된 분야로 초기 성인기의 건강관리에 있어서 가정의의 역할을 정립하려는 움직임이 시작되는 등 젊은 성인에서의 건강관리도 재조명되고 있다.¹⁾

세계보건기구의 건강정의에 따르면 건강이란 단순히 질병이나 손상이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태

Received March 8, 2021 Revised March 30, 2021

Accepted April 6, 2021

Corresponding author Jeong Ho Shin

Tel: +82-31-379-8594, Fax: +82-31-379-8563

E-mail: immortaloul@hanmail.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3354-8107>

Copyright © 2021 The Korean Academy of Family Medicine

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

를 말한다. 그러나 그간 건강증진의학은 주로 신체적 건강에 초점을 맞추어 신체적 질병예방에 치중되어 왔다. 따라서 보다 완전한 건강 상태를 추구하기 위해서는 정신적, 사회적 안녕에 대한 관심이 요구된다. 이에 우리나라 젊은 성인이 직면하고 있는 건강문제, 특히 정신적 건강문제의 현황을 파악하고 해결책을 제시하려는 노력이 필요하다.

우울증이 주요원인으로 작용한다고 알려진 자살은 2019년 기준 20-30대 사망원인 1위²⁾이며 2011년 정신질환실태 역학조사에 의하면 18-29세의 우울증의 유병률이 4.0%로 2006년과 비교하여 74% 증가하였다.³⁾ 치료되지 않을 때 우울증은 만성화되고 재발되는 경과를 보이며 다른 만성질환들에 비해 동반 시 건강을 가장 많이 악화시켜 주요 경제활동원인 초기 성인의 우울증은 생산성 손실을 가져오고 장기적으로 인구 전반의 건강관리에 부담을 증가시킬 수 있으므로 공중보건 우선순위로 시급히 해결해야 할 문제로 부각된다.^{4,5)}

이와 같은 문제의식과 맞물려 우리나라 국가건강검진 프로그램에서 10년에 1회 포함되어 있는 정신건강검사가 최근 20-30대로 확대되어 시행되고 있다. 하지만 국가 건강검진 제도에 우울 위험도가 평가되고 분류된다 하더라도 사후관리체계는 여전히 미흡한 실정이다. 미국 질병예방서비스 위원회에서는 사후전담인력에 의한 우울증 추적관리 및 효과적인 치료가 가능한 곳에서 선별검사를 시행하도록 권고하고 있는데 이는 우울증 사후관리 체계에 대한 정립이 없을 경우 정신건강검진으로 인한 이득보다 오히려 손해가 클 수 있다고 판단하였기 때문이다.⁶⁾ 따라서 건강검진 시스템을 활용한 젊은 성인에서의 우울증상 선별을 활성화하는 동시에 사후관리 체계를 조직화하는 노력이 필요하고, 이에 건강증진의학 전문가로서 가정의학과 의사들의 역할이 매우 중요하다 하겠다.

우울과 같은 정신건강 문제는 특히 젊은 성인에서 흔하면서도 간과되기 쉬운 현상일뿐만 아니라 사회적 부담으로 작용할 수 있음에도 불구하고, 젊은 성인층의 우울과 관련한 논의는 다른 생애주기에 비해 상대적으로 부족하다. 이에 본 연구는 20-30대 우울증과 연관을 가지는 요인을 알아보고자 하였다. 이를 통해 건강검진 전문가인 가정의들이 새로이 정신건강검진에 포함되어 우울증으로 선별된 젊은 성인 수검자들을 체계적으로 사후관리하고 나아가 신체적, 정신사회적 안녕을 추구하는 포괄적 진료를 제공하는 데 도움이 되는 기반을 마련하고자 한다.

방 법

1. 연구대상

본 연구는 질병관리본부 주관으로 수행된 국민건강영양조사 제7

기 3차년도(2018) 자료⁷⁾를 이용하였으며, 국민건강영양조사는 질병관리본부 연구윤리심의위원회 승인을 받아 수행되었다(IRB No. 2018-01-03-P-A). 연구대상은 건강설문조사 항목에 참여한 7,649명 중 만 19세 이상 만 39세 이하의 성인이다. 이들 중 우울증선별도구(PHQ-9)에 무응답한 경우 등 결측값을 제외한 1,620명을 최종 분석 대상으로 하였다.

2. 연구방법

1) 연구 자료 활용 방법 및 사용 변수

국민건강영양조사 건강설문조사 항목들 가운데 성별, 연령, 가구원 수, 결혼 여부, 교육수준을 일반적 특성으로 분류하였고, 음주빈도, 흡연 여부, 신체활동, 유산소운동 실천율, 1주일간 걷기일수 및 근력운동일수를 생활습관 요인으로 포함하였으며 주관적 건강상태, 잠진 여부, 필요의료 미충족 여부, 주관적 체형인식, 1년간 체중 조절 여부, 통증 및 불편 여부를 건강 관련 요인으로 구분하였다.

연령은 만 19-29세 및 만 30-39세로 나누어 20대와 30대로 구분하였으며 가구원 수는 1-2명인 경우와 3-6명인 경우로 구분하였다. 유산소운동 실천율은 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 분을 기준으로 조사하였다. 근력운동 여부는 일주일에 1회 이상 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령 등의 운동을 한 경우로 정의하였다. 주관적 건강상태는 좋음과 나쁨으로 이분하였으며 잠진 여부는 최근 2년간 건강검진 수진 여부로 판단하였다. 필요의료 미충족의 경우 최근 1년 동안 병·의원 진료가 필요하였으나 받지 못한 경우로 정의하였다.

2) 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

우울증 선별도구인 PHQ-9은 간단하게 우울증을 선별하고 심각도를 평가하기 위해 만들어진 자가보고형 검사이다. PHQ는 Spitzer 등⁸⁾이 1990년대 후반에 보고한 도구로 PHQ-9은 이 가운데 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition의 주요우울상화 기준에 상응하는 9가지 문항으로 구성되어 있다.

각 항목에서는 지난 2주간 '전혀 아님(0점)', '여러 날 동안(1점)', '일주일 이상(2점)', '거의 매일(3점)'과 같이 빈도에 따라 선택한다. 점수의 합계는 0점에서 27점까지의 범위로, 0-4점을 우울증이 아님, 5-9점을 경도 우울, 10-14점을 중등도 우울, 15-19점을 중고도 우울, 20-27점을 고도 우울로 분류할 수 있다.⁹⁾ Lee 등¹⁰⁾은 PHQ-9 사용목적에 따라 총점 5점 또는 6점 이상일 경우 우울장애로 선별 가능하며 10점 이상으로 높아질 때 주요우울장애에 해당할 가능성이 높은 것으로 보고하였다.

Table 1. The difference of PHQ-9 score by the characteristics of study group

Variable	No.(%)	PHQ-9 score	P-value ^a
Sex			<0.001
Male	754 (46.5)	2.09±0.001	
Female	866 (53.5)	3.47±0.001	
Age, y			<0.001
19–29	877 (54.1)	2.41±0.001	
30–39	743 (45.9)	3.06±0.001	
Household members			<0.001
1–2	380 (23.5)	3.01±0.002	
3–6	1,240 (76.5)	2.64±0.001	
Marital status			<0.001
Married	721 (44.5)	2.41±0.001	
Single	899 (55.5)	2.96±0.001	
Education			<0.001
≤High school	632 (39.0)	2.88±0.001	
≥College	988 (61.0)	2.64±0.001	
Alcohol			<0.001
≤4 Times a month	1,235 (76.2)	2.66±0.001	
≥Twice a week	385 (23.8)	3.01±0.002	
Current smoking			<0.001
No	1,255 (77.5)	2.62±0.001	
Yes	365 (22.5)	3.12±0.002	
Physical activity (moderate-intensity)			<0.001
No	1,134 (70.0)	2.88±0.001	
Yes	486 (30.0)	2.44±0.002	
Aerobic exercise			<0.001
No	730 (45.1)	2.66±0.001	
Yes	890 (54.9)	2.80±0.001	
Walking			<0.001
≤4 Times a week	792 (48.9)	2.82±0.001	
≥5 Times a week	828 (51.1)	2.67±0.001	
Muscular exercise			<0.001
None	1,144 (70.6)	2.81±0.001	
≥Once a week	476 (29.4)	2.58±0.002	
Perceived health status			<0.001
Very good or good	604 (37.3)	1.57±0.001	
Fair or poor or very poor	1,016 (62.7)	3.43±0.001	
Health screening			<0.001
Yes	899 (54.9)	2.37±0.001	
No	731 (45.1)	3.19±0.002	
Unmet medical needs			<0.001
No	1,483 (91.5)	2.52±0.001	
Yes	137 (8.5)	5.05±0.004	
Perceived body type			<0.001
Thin or normal	872 (53.8)	2.56±0.001	
Obese	748 (46.2)	2.94±0.001	
Weight-control			<0.001
Yes	1,023 (63.1)	2.83±0.001	
No	597 (36.9)	2.60±0.001	
Pain and discomfort			<0.001
No	1368 (84.4)	2.46±0.001	
Yes	252 (15.6)	4.28±0.003	
Total	1,620 (100)	2.74±0.001	

Values are presented as mean±standard error after weighted analysis method.
PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9.

^aBy weighted t-test.

본 연구에서는 PHQ-9 총점이 0–4점인 우울증상이 없는 군과 5점 이상인 우울증상이 있는 군으로 이분하여 분석하였다.

3. 자료 분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18 (IBM Co., Armonk, NY, USA) 프로그램을 사용하여 분석하였다. 연구대상자들의 일반적 특성, 생활습관 요인, 건강 관련 요인들의 PHQ-9 점수와의 관련성을 알아보기 위해 Independent Sample t-test를 시행하였다. 또한 PHQ-9 점수가 0점 이상 4점 이하인 정상군과 5점 이상 27점 이하인 우울군으로 나누어 일반적 특성, 생활습관 요인, 건강 관련 요인 각 구성항목에 따른 두 군 간의 차이를 비교하기 위해 chi-square test를 활용하였다. 이후 각 요인들이 우울 여부에 미치는 영향력을 평가하기 위해 logistic regression analysis를 시행하였다. 통계적 유의수준은 0.05 이하로 하였다.

결 과

1. 연구대상자들의 특성에 따른 우울점수 차이

본 연구의 최종 분석대상자는 1,620명으로 평균(±표준편차) PHQ-9 점수는 2.71±3.48점이었었다. 남성이 754명(46.5%), 여성이 866명(53.5%)이었고 20대가 877명(54.1%), 30대가 743명(45.9%)이었으며, 여성의 PHQ-9 점수의 평균은 3.35±3.84점, 남성은 1.99±2.86점이었었다. 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 604명(37.3%), 좋지 않

Table 2. Univariate analysis for the general characteristic factors of PHQ-9 score

Variable	PHQ-9 score 0–4 group (n=1,280)	PHQ-9 score 5–27 group (n=340)	P-value ^a
Sex			<0.001
Male	654 (86.7)	100 (13.3)	
Female	626 (72.3)	240 (27.7)	
Age, y			<0.001
19–29	718 (81.9)	159 (18.1)	
30–39	562 (75.6)	181 (24.4)	
Household members			<0.001
1–2	286 (75.3)	94 (24.7)	
3–6	994 (80.2)	246 (19.8)	
Marital status			<0.001
Married	589 (81.7)	132 (18.3)	
Single	691 (76.9)	208 (23.1)	
Education			<0.001
≤High school	492 (77.8)	140 (22.2)	
≥College	788 (79.8)	200 (20.2)	

Values are presented as number (%).
PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9.

^aBy weighted Chi-square test.

다고 응답한 경우는 1,016명(62.7%)이었으며, 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우의 PHQ-9 점수는 3.43 ± 3.90 점인데 비해 좋다고 응답한 경우는 1.50 ± 2.13 점이었다. 필요의료 미충족 여부 문항에서 미충족이라고 응답한 경우는 137명(8.5%), 충족인 경우는 1,483명(91.5%)이었으며, 필요의료가 미충족된 군은 PHQ-9 평균점수 5.09 ± 4.91 에 비해 충족군은 2.49 ± 3.23 점이었다.

성별($P<0.001$), 연령($P<0.001$), 가구원 수($P=0.028$), 결혼 여부($P=0.003$), 흡연 여부($P=0.048$), 중강도 신체활동($P=0.004$), 1주일간 근력운동일수($P=0.028$), 주관적 건강상태($P<0.001$), 검진 여부($P<0.001$), 필요의료 미충족 여부($P<0.001$), 주관적 체형인식($P=0.009$), 통증 및 불편 여부($P<0.001$)는 PHQ-9 점수에 각각 유의한 차이를 보이는 것으로 확인되었다. 하지만 교육수준($P=0.070$), 음주빈도($P=0.168$), 유산소운동 실천율($P=0.520$), 1주일간 걷기일수($P=0.866$), 1년간 체중조절 여부($P=0.151$)는 PHQ-9 점수와 유의한 연관성이 없었다. 하지만 가중치 적용 후 시행한 분석에서는 연구에 포함된 모든 요인이 PHQ-9 점수와 유의한 연관성이 있었다(Table 1).

2. 일반적 특성에 따른 우울 여부와의 관계

전체 대상자 1,620명 가운데 PHQ-9 점수가 0점에서 4점 사이에 있는 군은 1,280명, 5점에서 27점 사이에 있는 군은 340명으로 조사되었다. 일반적 특성에 따른 우울 여부 관련 변수들과의 관계에서

성별($P<0.001$), 연령($P=0.002$), 가구원 수($P=0.044$), 결혼 여부($P=0.020$)는 우울 여부와 연관성을 가지는 것으로 확인되었다. 하지만 교육수준($P=0.381$)은 우울 정도와 유의한 연관성이 없는 것으로 분석되었다. 하지만 가중치 적용 후 시행한 분석에서는 모든 변수가 우울 정도와 유의한 연관성이 있었다(Table 2).

3. 생활습관 요인에 따른 우울 여부와의 관계

생활습관 요인에 따른 우울 여부 관련 변수들과의 관계에서 중강도 신체활동 여부($P=0.003$), 1주일간 근력운동일수($P=0.038$)는 우울 정도와 연관성을 가지는 것으로 확인되었다. 하지만 음주빈도($P=0.390$), 흡연 여부($P=0.423$), 유산소운동 실천율($P=0.951$), 1주일간 걷기일수($P=0.596$)는 우울 정도와 유의한 연관성이 없는 것으로 조사되었다. 하지만 가중치 적용 후 시행한 분석에서는 모든 변수가 우울 정도와 유의한 연관성이 있었다(Table 3).

4. 건강 관련 요인에 따른 우울 여부와의 관계

건강 관련 요인에 따른 우울 여부 관련 변수들과의 관계에서 주관적 건강상태($P<0.001$), 검진 여부($P<0.001$), 필요의료 미충족 여부($P<0.001$), 주관적 체형인식($P=0.032$), 통증 및 불편 여부($P<0.001$)는 우울 정도와 연관성을 가지는 것으로 조사되었다. 하지만 1년간 체중조절 여부($P=0.129$)는 우울 정도와 유의한 연관성이 없는 것으로

Table 3. Univariate analysis for the life style factors of PHQ-9 score

Variable	PHQ-9 score 0-4 group (n=1,280)	PHQ-9 score 5-27 group (n=340)	P-value ^a
Alcohol			<0.001
≤4 Times a month	982 (79.5)	253 (20.5)	
≥Twice a week	298 (77.4)	87 (22.6)	
Current smoking			<0.001
No	997 (79.4)	258 (20.6)	
Yes	283 (77.5)	82 (22.5)	
Physical activity (moderate-intensity)			<0.001
No	874 (77.1)	260 (22.9)	
Yes	406 (83.5)	80 (16.5)	
Aerobic exercise			<0.001
No	576 (78.9)	154 (21.1)	
Yes	704 (79.1)	186 (20.9)	
Walking			<0.001
≤4 Times a week	386 (78.1)	108 (21.9)	
≥5 Times a week	894 (79.4)	232 (20.6)	
Muscular exercise			<0.001
None	888 (77.6)	256 (22.4)	
≥Once a week	392 (82.4)	84 (17.6)	

Values are presented as number (%).

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.

^aBy weighted Chi-square test.

Table 4. Univariate analysis for the health related factors of PHQ-9 score

Variable	PHQ-9 score 0-4 group (n=1,280)	PHQ-9 score 5-27 group (n=340)	P-value ^a
Perceived health status			<0.001
Very good or good	553 (91.6)	51 (8.4)	
Fair or poor or very poor	727 (71.6)	289 (28.4)	
Health screening			<0.001
Yes	733 (82.5)	156 (17.5)	
No	547 (74.8)	184 (25.2)	
Unmet medical needs			<0.001
No	1,203 (81.1)	280 (18.9)	
Yes	77 (56.2)	60 (43.8)	
Perceived body type			<0.001
Thin or normal	707 (81.1)	165 (18.9)	
Obese	573 (76.6)	175 (23.4)	
Weight-control			<0.001
Yes	796 (77.8)	227 (22.2)	
No	484 (81.1)	113 (18.9)	
Pain and discomfort			<0.001
No	1,120 (81.9)	248 (18.1)	
Yes	160 (63.5)	92 (36.5)	

Values are presented as number (%).

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.

^aBy weighted Chi-square test.

Table 5. Multiple logistic regression analysis for factors associated with PHQ-9 score

Variable	Regression coefficient	P-value	Odds ratio ^a	95% confidence interval
Perceived health status			1	
Very good or good				
Fair or poor or very poor	1.156	<0.001	3.179	3.168–3.189
Sex				
Male			1	
Female	1.147	<0.001	3.149	3.139–3.159
Unmet medical needs				
No			1	
Yes	0.688	<0.001	1.990	1.982–1.998
Pain and discomfort				
No			1	
Yes	0.683	<0.001	1.980	1.973–1.986
Marital status				
Married			1	
Single	0.437	<0.01	1.548	1.542–1.554
Health screening				
Yes			1	
No	0.339	<0.001	1.404	1.400–1.408
Current smoking				
No			1	
Yes	0.306	<0.001	1.357	1.353–1.362
Physical activity (moderate-intensity)				
No			1	
Yes	0.288	<0.001	1.334	1.329–1.338
Aerobic exercise				
No			1	
Yes	0.271	<0.001	1.312	1.307–1.316
Walking				
≤4 Times a week			1	
≥5 Times a week	0.258	<0.001	1.294	1.290–1.298
Household members				
1–2			1	
3–6	0.214	<0.001	1.238	1.234–1.242
Alcohol				
≤4 Times a month			1	
≥Twice a week	0.178	<0.001	1.195	1.191–1.199
Age, y				
19–29			1	
30–39	0.162	<0.001	1.176	1.172–1.180
Perceived body type				
Thin or normal			1	
Obese	0.082	<0.001	1.085	1.082–1.088
Education				
≤High school			1	
≥College	0.062	<0.001	1.064	1.061–1.067
Weight-control				
Yes			1	
No	0.046	<0.001	1.048	1.044–1.051
Muscular exercise				
None			1	
≥Once a week	-0.331	<0.001	0.718	0.716–0.721
Constant	-3.981	<0.001	0.019	

PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9.

^aAnalyzed by weighted multiple logistic regression adjusted for perceived health status, sex, unmet medical needs, pain and discomfort, marital status, health screening, current smoking, physical activity, aerobic exercise, walking, household members, alcohol, age, perceived body type, education, physical activity, muscular exercise.

조사되었다. 하지만 가중치 적용 후 시행한 분석에서는 모든 변수가 우울 정도와 유의한 연관성이 있었다(Table 4).

5. 우울 여부와 관련된 변수들에 대한 로지스틱 회귀분석

우울점수와 관련이 있을 것으로 판단된 각 요인들이 우울점수에 어느 정도 영향을 미치는지를 확인하기 위해 시행한 다중 로지스틱 회귀분석에서, 주관적 건강이 나쁘거나 보통이라고 응답한 군이 매우 좋음 또는 좋음이라고 응답한 군에 비해 3.753배 더 우울 성향이 높고, 여성의 경우 남성에 비해 2.753배, 필요의료가 미충족된 경우 충족된 군에 비해 2.551배, 통증 및 불편이 있다고 응답한 군은 없다고 응답한 군에 비해 1.851배, 검진을 받지 않은 군은 받은 군에 비해 1.345배 더 우울 성향이 높아지는 것으로 조사되었다. 가중치 적용 후 시행한 분석에서는 주관적 건강 여부에 따라 3.179배, 성별에 따라 3.149배, 필요의료 미충족 여부에 따라 1.990배, 통증 및 불편 여부에 따라 1.980배, 검진 수검 여부에 따라 1.404배 우울 성향에 차이를 보였다(Table 5).

고 찰

본 연구에서 7기 3차년도 2018년 국민건강영양조사 자료를 기초로 파악한 20~30대 젊은 성인 중 PHQ-9 점수 5점 이상인 경우는 1,620명 가운데 340명으로 20.99%였고, 동일 대상에서 PHQ-9 점수 10점 이상인 중등도 이상의 우울 증상을 보인 경우는 5.2%였다. 이는 다른 선행연구^{11,12)}의 결과와 크게 다르지 않은 것으로 파악된다. 우울증과 관련하여 가장 많은 선행연구들이 진행된 생애주기인 65세 이상 노년기에서의 PHQ-9 5점 이상인 경우는 25.4%, 10점 이상인 경우로 보면 9.2%로 보고¹³⁾된 바 있는데 수치로 보면 젊은 층에 비해 노년층에서 우울점수가 높다는 사실을 확인할 수 있다. 하지만 젊은 성인에서는 노인인구에 비해 우울 증상을 호소하는 경우가 적다 하더라도 자살과 같은 극단적 국면으로 전개되어 사회적 파급 효과가 더욱 클 수 있으므로 이는 전문가의 적절한 개입이 필요한 지점이라 판단된다.

연구결과에서 언급한 바와 같이 평소엔 자신의 건강상태가 좋지 않다고 생각하는 경우, 여성인 경우, 최근 1년 동안 병·의원 진료가 필요하였으나 받지 못한 적이 있는 경우, 현재 통증이나 불편감이 있는 경우, 최근 2년간 건강검진을 받은 적이 없는 경우 우울증상이 발생할 위험이 높았다. 이 가운데 주관적 건강상태, 필요의료 미충족 여부, 통증이나 불편감 여부, 건강검진 수검 여부 등의 요인은 교정가능한 요인으로 일차의료 환경에서도 간단하게 문진으로 파악할 수 있어 구조화된 면담에 활용이 가능할 것으로 생각된다.

다양한 선행연구들이 주관적 건강상태가 우울증과 관련된 요인임을 보여주고 있다.^{14,15)} 또한 많은 연구들에서 주관적 건강인식은 실제 건강상태를 반영하는 변수로 널리 사용되고 있다. 우리나라에서도 고령화연구패널조사를 사용한 연구에서 주관적 건강인식의 실제 건강상태를 보여주는 변수로서의 유효성이 검증되었다.¹⁶⁾ 그러나 주관적 건강상태가 우울증 대상자에서 개인의 건강상태를 보다 정확하게 알 수 있는 타당한 요인임을 밝힌 연구¹⁷⁾나 주관적 건강상태가 우울 및 통증 및 불편, 동반질환, 외병일수와 유의한 관련성이 있음을 보여준 연구들^{18,19)}은 고령자를 대상으로 분석한 경우가 많았다. 반면 전 연령층이 고르게 포함된 연구에서는 상반된 결과가 나타나 우울증 대상자의 연령에 따라서도 주관적 건강상태 관련 요인이 다를 수 있다는 것을 보여준다.

미충족 의료와 관련한 연구²⁰⁾에 따르면 국내 의료 미충족률은 전반적으로 증가하는 경향을 보였으며 성인의 경우 시간적 요인에 의한 미충족률이 높았고 노인의 경우 경제적 요인에 의한 미충족률이 높았다. 또한 본 연구결과와 마찬가지로 우울증이 미충족 의료와 관계된 요인으로 확인되었으며 경제활동 유무, 의료보장 유형, 주관적 건강상태, 만성질환 유무 등이 미충족 의료와 연관성이 있을 것으로 파악되었다.

통증이나 불편감 여부는 다양한 형태의 신체적 질환으로 나타날 수 있겠으나 위장염 등을 제외하고는 연령별로 그 요인이 다른데 노년층에서 고혈압, 당뇨병, 관절증 등이 다빈도로 나타나지만 청년층에서는 알레르기 비염 등이 다빈도로 나타난다. 다수의 연구들이 알레르기 비염은 우울을 비롯한 정신건강 특성들과 관련성이 있다고 보고하였으며^{21,22)} 기능성 위장질환과 우울증상, 불안과의 관련성에 대한 연구도 진행되었는데²³⁾ 메타분석 결과 항우울제는 기능성 소화불량증의 치료에 효과적이라고 보고된 바 있다.²⁴⁾ 따라서 연령대별로 차이는 있지만 청년층에서도 신체적 질환에 의한 통증이나 불편감 여부가 우울증상과 관련될 수 있다.

선행연구들에서 청년기 우울증과 관련된 요소들로 결혼상태, 교육수준, 취업상태, 흡연, 음주, 수면 등 인구사회적 특성들과 생활습관 관련 요인들이 주로 확인되었던 것과 달리, 본 연구에서는 20~30대 젊은 성인의 우울 여부에도 건강 관련 요인들이 중요한 연관인자로 분석되었다. 따라서 건강검진 전문가로서 가정의들은 20~30대 수검자들 중 PHQ-9 5점 이상의 우울증 선별 대상자들에게도 나쁜 주관적 건강상태 이면의 실제 건강문제나 미충족된 필요의료, 통증이나 불편감과 관련되어 있을 수 있다는 것을 염두에 두고 그 실체를 파악하기 위한 노력을 먼저 기울이면서 정기적 건강검진을 통한 추이 변화 파악 및 치료 연계의 사후관리를 보강해 나가야 할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, 이 연구는 단면 연구에 해당되므로 우울 점수와 관련된 각 요인의 인과관계를 규명하기 어렵다는 점이다. 둘째, 자가 기입식 설문 항목 가운데 일부는 주관적 인식에 따른 개인차를 배제하기 어려울 수 있다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 새로이 정신건강검진에 포함되어 우울성향으로 선별된 젊은 성인 수검자들에게 구조화된 진료를 통해 합리적 해결책을 제시할 수 있는 근거를 제시했다는 데에서 의의를 찾을 수 있을 것이다.

따라서 본 논문의 연구결과에서 밝힌 바를 토대로 가정의는 우울감을 호소하는 젊은 성인에게 신체적, 정신적, 사회적 관점에서의 건강증진 달성을 위한 진료기법 개발 및 환자 관리 등 현실적 방안을 추가 연구를 통해 모색할 필요가 있을 것으로 생각한다.

요약

연구배경: 급격한 사회변화에 따라 우리나라 20-30대 역시 다양한 정신적, 신체적 건강문제에 노출되고 있다. 이 가운데 특히 우울은 총체적 건강관리에 부담을 증가시킬 수 있으므로 공중보건 차원의 문제로도 인식되고 있다. 이에 본 연구에서는 젊은 성인층의 우울과 관련된 다양한 요인들을 파악하여 개선책 마련을 위한 자료로 활용할 수 있는 토대를 만들고자 하였다.

방법: 국민건강영양조사 제7기 3차년도(2018)자료를 활용하여 20-30대 성인 1,620명을 대상으로 분석하였다. 우울증 선별도구인 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)을 활용하여 0점 이상 4점 이하인 정상군과 5점 이상 27점 이하인 우울군으로 나누어 일반적 특성, 생활습관 요인, 건강 관련 요인 각 항목에 따른 두 군 간의 차이를 비교하고 각 요인들이 우울 정도에 미치는 영향을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하여 평가하였다.

결과: 연구대상 20-30대 성인 1,620명의 PHQ-9 점수 평균(±표준편차)은 2.71 (±3.48)로 조사되었으며 이 중 PHQ-9 점수 5점 이상인 경우는 340명으로 20.99%였다. 가중치를 적용한 다중 로지스틱 회귀 분석에서 주관적 건강상태(OR, 3.179; P<0.001), 성별(OR, 3.149; P<0.001), 필요의료 미충족 여부(OR, 1.990; P<0.001), 통증 및 불편 여부(OR, 1.980; P<0.001), 검진 수검 여부(OR, 1.404; P<0.001) 등의 요인이 우울 정도와 관련된 것으로 나타났다.

결론: 본 연구를 통해 주관적 건강상태, 필요의료 미충족, 통증 및 불편, 건강검진 등의 요인이 젊은 성인에서 우울 정도와 관련된 교정 가능한 요인임을 확인하였다. 일차진료 현장에서 이상의 결과를 토대로 우울증으로 선별된 수검자들에게 체계화된 사후관리를 제공하고 궁극적으로는 신체적, 정신적, 사회적 건강을 달성하는 데

도움을 줄 것으로 생각한다.

중심단어: 우울; 젊은 성인; 정신건강; 건강증진; 우울증 선별도구

CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

ORCID

Bo Kyung Kong, <https://orcid.org/0000-0003-2171-0928>

Jeong Ho Shin, <https://orcid.org/0000-0002-3354-8107>

Dong Wook Lee, <https://orcid.org/0000-0002-8442-2125>

REFERENCES

1. Lee KS. Young adulthood health care. In: The Korean Academy of Family Medicine, editor: Textbook of family medicine. 5th ed. Seoul: JPNK; 2019. p. 113-7.
2. Statistics Korea. 2019 Death and cause of death in Korea. Daejeon: Statistics Korea; 2020.
3. Hong JB, Lee DW, Ham BJ. The survey of mental disorders in Korea. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016. p. 15-8.
4. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370: 851-8.
5. Ahn J. Depression, suicide, and Korean society. J Korean Med Assoc 2012; 55: 320-1.
6. Park SM, Yun JM, Son JS, Jeong SM, Lee G, Kim K, et al. Evaluation of the validity of adopting the national health screening program for Koreans in their twenties and thirties. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2017. p. 181-93.
7. Korea Centers for Disease Control and Prevention. Korea health statistics 2018: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII-3). Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282: 1737-44.
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-13.
10. Lee S, Huh Y, Kim J, Han C. Finding optimal cut off points of the Korean version of the patient health questionnaire-9(PHQ-9) for screening depressive disorders. Mood Emot 2014; 12: 32-6.
11. Shin C, Kim Y, Park S, Yoon S, Ko YH, Kim YK, et al. Prevalence and associated factors of depression in general population of Korea: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2014. J Korean

- Med Sci 2017; 32: 1861-9.
12. Yu X, Tam WW, Wong PT, Lam TH, Stewart SM. The Patient Health Questionnaire-9 for measuring depressive symptoms among the general population in Hong Kong. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 95-102.
 13. Lee HS. Depression and related risk factors in the elderly with a focused on health habits, mental health, chronic diseases, and nutrient intake status: data from the 2014 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Korean Diet Assoc* 2018; 24: 169-80.
 14. Kwon MJ, Kim YJ. Analysis of convergent factors on subjective health status of patients with depression. *J Digit Converg* 2016; 14: 309-16.
 15. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 30-6.
 16. Choi YH. Is Subjective health reliable as a proxy variable for true health? A comparison of self-rated health and self-assessed change in health among middle-aged and older South Koreans. *Health Soc Welf Rev* 2016; 36: 431-59.
 17. Lee SE. Economic activity participation as a moderator of the relationship between perceived health status and life satisfaction among elderly with chronic illness. *Ment Health Soc Work* 2012; 40: 234-62.
 18. Kim KS. The factors affecting self-rated health status in the aged with diabetes. *J Korean Data Anal Soc* 2012; 14: 3075-86.
 19. Kim ER. Social capital as a moderator of the relationship between self-rated health and depression among elderly with chronic arthritis. *Health Soc Sci* 2013; 33: 59-83.
 20. Kim SA, Seo YO, Woo KS, Shin YJ. A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea. *J Crit Soc Policy* 2019; 62: 53-92.
 21. Kim DH, Han K, Kim SW. Relationship between allergic rhinitis and mental health in the general Korean adult population. *Allergy Asthma Immunol Res* 2016; 8: 49-54.
 22. Sansone RA, Sansone LA. Allergic rhinitis: relationships with anxiety and mood syndromes. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8: 12-7.
 23. Lee DH, Lee SY, Ryu HS, Choi SC, Yang CM, Jang SH. Psychosocial characteristics and quality of life in patients with functional gastrointestinal disorder. *Korean J Psychosom Med* 2020; 28: 20-8.
 24. Hojo M, Miwa H, Yokoyama T, Ohkusa T, Nagahara A, Kawabe M, et al. Treatment of functional dyspepsia with antianxiety or antidepressive agents: systematic review. *J Gastroenterol* 2005; 40: 1036-42.