

박사학위논문

한국 성인에 있어서 우울증 및  
자살사고에 미치는 관련요인



제주대학교 대학원

의학과

김 용 범

2007년 12월

# 한국 성인에 있어서 우울증 및 자살사고에 미치는 관련요인

지도교수 홍 성 철

김 용 범

이 논문을 의학 박사학위 논문으로 제출함

2007년 12월

김용범의 의학 박사학위 논문을 인준함

심사위원장 \_\_\_\_\_ 印

위 원 \_\_\_\_\_ 印

위 원 \_\_\_\_\_ 印

위 원 \_\_\_\_\_ 印

위 원 \_\_\_\_\_ 印

제주대학교 대학원

2007년 12월

Correlates of depressive symptoms and  
suicidal ideation among Korean adults

Yong-Beom Kim

(Supervised by Professor Seong-Chul Hong)

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Doctor of Philosophy in Medicine

Date Approved:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Department of Medicine  
Graduate School  
Cheju National University

# 목 차

목 차 .....	i
LIST OF TABLES .....	iii
A B S T R A C T .....	vi
I. 서 론 .....	1
II. 연구대상 및 방법 .....	3
1. 국민건강 영양조사 개요 .....	3
2. 연구의 기본 틀 .....	4
3. 연구대상 .....	8
4. 분석내용 .....	9
5. 분석방법 .....	11
III. 결 과 .....	13
1. 연구 대상자의 일반적 특성 .....	13
2. 성별, 연령군별 우울증 및 자살사고 유병률 .....	15
3. 사회·경제적 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	17
4. 삶의 질 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	21
5. 의료이용 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	23
6. 활동장애 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	25
7. 건강습관 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	27
8. 평생질환 이환 여부에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	31
9. 지난 1년간 질환 이환 여부에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	35
10. Charlson Comorbidity Index 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률 .....	39
11. 다변량 로지스틱 회귀분석 (Multivariate Logistic Regression Analysis) .....	41

IV. 고찰	45
1. 우울증상과 자살사고의 유병률	45
2. 우울증상 관련요인	46
3. 자살사고 관련요인	47
4. 연구의 제한점 및 의의	50
V. 결론	52
VI. 참고문헌	53
VII. 적 요	62



## LIST OF TABLES

Table 1. Charlson Comorbidity Index .....	7
Table 2. General characteristics of the subjects .....	14
Table 3. Prevalence of depressive symptoms according to sex and age group .....	15
Table 4. Prevalence of suicidal ideation according to sex and age group .....	16
Table 5. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to socioeconomic level .....	18
Table 6. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to socioeconomic level .....	20
Table 7. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of quality of life .....	21
Table 8. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of quality of life .....	22
Table 9. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of medical service utility .....	23
Table 10. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of medical service utility .....	24
Table 11. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of disturbances of activities .....	25

Table 12. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of disturbances of activities .....	26
Table 13. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of health behaviors .....	28
Table 14. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of health behaviors .....	30
Table 15. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of life time morbidity .....	32
Table 16. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of life time morbidity .....	34
Table 17. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of one-year morbidity .....	36
Table 18. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of one-year morbidity .....	38
Table 19. Age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level Charlson Comorbidity Index .....	39
Table 20. Age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level Charlson Comorbidity Index .....	40
Table 21. Multivariate logistic regression analysis of prevalence of depressive symptoms and its correlates .....	42
Table 22. Multivariate logistic regression analysis of prevalence of suicidal ideation and its correlates .....	44

## ABSTRACT

To find out the characteristics of depressive symptoms and suicidal ideation and their risk factors among various areas such as sociodemographic characteristics, activity limitations, morbidity, and health behaviors.

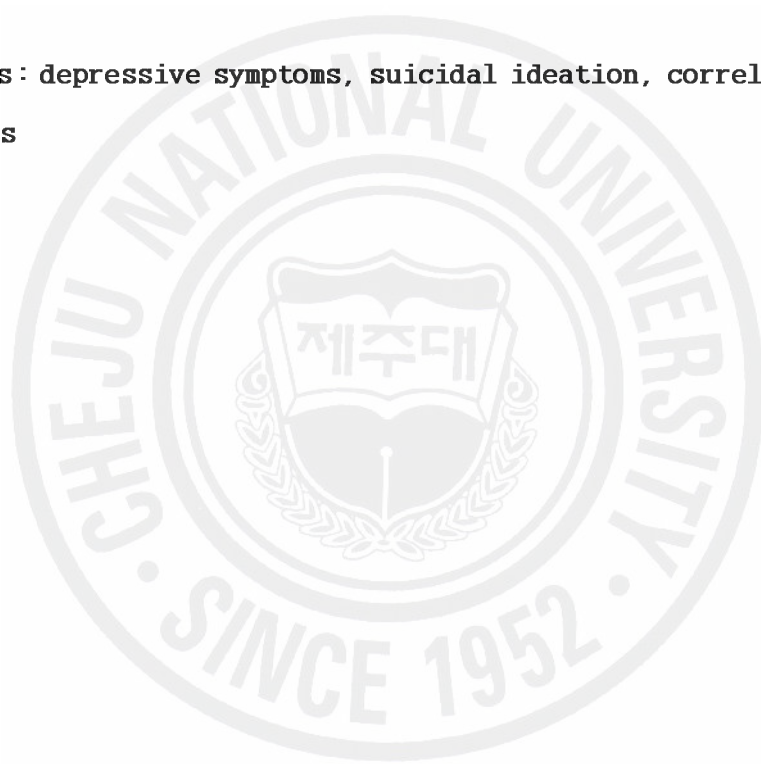
We used the raw data of the Third National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES III), 2005 of Korea. The subjects were total of 7802 (male 3510, female 3292). Dependent variables were prevalence of depression and prevalence of suicidal ideation. Independent variables were socioeconomic status, health behaviors, and quality of life. etc. We provide prevalence of depression and suicidal ideation according to each levels of variables, also provide age and sex adjusted odds ratios. finally, we suggest correlates of depressive symptoms and suicidal ideation using multiple logistic regression analysis.

Prevalence of depressive symptoms was 15.4% (Male 11.3%, Female 19.4%). Prevalence of suicidal ideation was 18.5% (Male 13.9%, Female 23.0%). Correlates of the depressive symptoms were female sex (OR=2.39, 95% CI 2.38-2.40), no occupation (OR=1.56, 95% CI 1.55-1.56), under 1 million won of monthly income (OR=1.518, 95% CI 1.513-1.523), Charlson Comorbidity Index score 3 and over (OR=1.67, 95% CI 1.67-1.68) current smoker (OR=1.92, 95% CI 1.38-1.39), high risk drinker (OR=1.21, 95% CI 1.21-1.21). Correlates of the suicidal ideation were female sex (OR=2.16, 95% CI 2.16-2.17), no occupation (OR=1.50, 95% CI 1.50-1.51), under 1 million won of monthly income (OR=1.62, 95% CI 1.62-1.63), Charlson Comorbidity Index score 3 and over (OR=1.70, 95% CI 1.69-1.72), current smoker (OR=1.92, 95% CI 1.91-1.92), high risk drinker (OR=1.21, 95% CI 1.21-1.21), and having depressive symptoms (OR=7.77, 95% CI 7.76-7.79).



Prevalence of depressive symptoms and suicidal ideation among Korea were very high and almost all known correlates of depressive symptoms and suicidal ideation were consistent with our results. It would be needed to lessen individual, social and national burden of depressive symptoms and suicidal ideation with active management and intervention of the correlates of these devastating conditions.

**Key words: depressive symptoms, suicidal ideation, correlates, health behaviors**



## I. 서 론

우울증은 가장 흔한 정신장애이며, 미국과 유럽에서 주요 공중보건 문제로 여겨진다 (Weisman et al., 1981, Reiger et al., 1988). 미국의 경우 우울증은 질병 부담을 가장 많이 지운다고 보고되고 있다 (Ustun et al., 2000). 지역사회에서 조사한 우울증과 우울증상의 유병률은 연구에 따라 결론이 다양하다 (Stallones et al., 1990). 미국의 경우 우울증은 가장 많은 정신장애이며, 평생 유병률이 남자 10%, 여자 22%로 보고되고 있다 (World Health Organization, 2005, Kessler et al., 2003, Un, 2004, Weissman & Myers, 1978). 시점 유병률은 전체 인구의 %에서 18%로 추산되고 있다 (Myers & Weissman, 1980). 우리나라의 경우도 남성의 23.1%, 여성의 27.4%가 우울증상을 가지고 있으며, 남성의 6.8%와 여성의 10.4%가 임상적으로 진단이 가능한 정도의 심한 우울증을 앓고 있다 (Cho et al., 1998).

현재까지 잘 알려진 우울증의 관련요인으로는 주변 가족의 죽음, 직업 상실, 경제적 상실, 건강 상실, 여성 등이다 (신경정신의학회, 2005).

우울증상의 유병률은 임상적으로도 매우 중요하다. 우울증상은 신체적인 질환의 치료를 방해하고, 신체질환의 예후를 나쁘게 한다. 우울증상이 있는 환자들은 치료 순응도가 좋지 않아 더욱 예후는 나빠지게 된다 (Koike et al., 2002). 따라서 일차 진료를 담당하고 있는 의사들이 일차 진료에서 우울증을 초기단계인 우울증상기에 발견하여 치료를 하면 신체질환의 예후도 좋게 할 수 있을 것이다.

자살은 의학적 차원의 문제일 뿐만 아니라 그 자체가 사회적인 문제로 대두되고 있다. 자살의 본질에 관한 이론은 크게 세 가지로 나누어지는데, 첫 번째는 한 개인의 내적 심리현상으로 이해하려는 것 (Freud, 1917)이고, 두 번째는 개인과 사회와의 관계에서 찾으려고 한 Durkheim (1951)의 관점이며, 세 번째는 다른 정신장애와의 관련성, 유전성, 약물효과 등에 관한 연구와 같은 생물학적 요인 (Erkki et al., 1994)으로 보려는 관점이다. 이에 따라 최근에는 자살을 심리학적, 사회학적, 생물학적 요인이 복합되어 나타나는 현상으로 이해하려는 경향이 일반화 되어있다(정인원 등, 1996).

우리나라 인구 10만 명 당 자살 사망자의 수는 1983년에 9.5명에서 2001년 15.5명으로 이 기간 동안 63%가 증가 (통계청, 2001)하여 자살률이 매우 높다고 알려진

헝가리, 핀란드, 덴마크, 스위스 등보다 더 급격한 증가세를 보였으며 (OECD, 1999), 특히, 한국에 닥친 1997년도 말의 극심한 경제위기 이후 2005년, 연령 표준화 통계로 우리나라 자살률은 24.7명으로 OECD 국가 중 1위로 나타났으며, 22.6명인 헝가리 (2003년 기준)와 20.3명인 일본 (2003년 기준)보다 높았다 (통계청, 2005).

잘 알려진 자살사고 및 자살시도의 관련요인들은 우울 기분, 알코올 의존, 만성통증, 가족 간의 갈등, 사회적 지지체계의 빈약, 경제적 곤란 (Rowe et al., 2006, Taylor et al., 2007), 낮은 교육수준 (Yen et al., 2005, Taylor et al., 2007), 여성, 젊은 성인, 낮은 교육수준, 주요 우울삽화 (Gabilondo 등, 2007), 결혼상태, 정신·사회적 스트레스, 신체적 활동 (Taylor et al, 2007) 노인의 경우에는 도구적 일상생활 능력의 장애 (Awata et al., 2005), 직업상태 및 장애유무 (Pirkis, 2000) 등이다.

Bruce et al. (2004)은 노인환자에서 자살사고와 우울증에 대해서 일차적인 진료에서 개입을 하게 될 경우 자살사고와 자살시도가 현저하게 가능성이 줄어들고 우울증의 경과도 좋은 쪽으로 이끌어갈 수 있다고 주장하여 치료를 빠른 시기에 받게 된다면 자살률도 낮출 수 있다고 하였다.

그러나 자살사고가 지속적으로 있을 가능성이 많으며, 정신건강 서비스를 받지 않을 가능성이 많으며 (Hintikka et al., 2001). 자살사고가 있는 사람 중 약 12%가 결국에는 자살을 시도하는 것으로 알려져 (Pirkis, 2000), 자살사고 자체가 자살행동의 강력한 위험인자이다.

가장 최근에 전 국민 조사 자료를 이용한 우울증상 관련요인 조사로는 1998년도 조맹제 등 (1998)의 조사로 최근의 현황을 연구한 자료는 없다. 또한 전 국민 조사 자료를 이용한 자살사고의 관련요인을 조사한 연구는 현재까지 없다.

따라서 본 연구에서는 2005년도 전 국민 건강영양조사의 일환으로 시행한 보건의식 행태 자료를 이용하여, 우울증과 자살사고의 관련요인을 파악하여 우울증과 자살사고의 유병률을 줄이기 위한 정책을 제시하고자 한다.

## II. 연구대상 및 방법

본 연구는 2005년도 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 우리나라의 우울증 및 자살사고 특성을 파악하고, 우울 및 자살과 관련된 인구사회학적 특성, 활동제한 특성, 질병이환 특성, 보건의식행태 특성 등 제영역의 위험요인 (risk factor)을 규명함으로써 향후 우울증 및 자살사고 예방구축에 근거자료를 제공하고자 시도되었다.

### 1. 국민건강영양조사 개요

#### 1) 배경 및 목적

국민건강영양조사의 목적은 건강수준, 의료이용 및 접근성, 건강관련 의식 및 행태에 대한 전국 규모의 대표성과 신뢰성 있는 통계를 산출하여 국민건강증진을 위한 목표설정과 평가, 그리고 효과적인 건강증진사업 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하는 것이다.

#### 2) 조사 기간 및 조사 완료율

2005년 4월 6일부터 5월 2일까지 통합조사구에 대한 조사가 이루어졌고, 5월 10일부터는 비통합조사구에 대한 조사가 6월 21일까지 이루어졌다. 대상 가구의 10.1%가 조사에 불참하였다. 조사불참 사유는 거절, 장기출타, 늦은 귀가, 빈집 등이 대부분이었다.

#### 3) 2005년 국민건강영양조사의 통계 추정 방법

##### (1) 추정절차

가중치를 적용하여 가중합계평균을 내었다. 가중치는 추출률, 응답률을 적용하고 그리고 2005년 7월 1일 지역별 성별 연령별 인구비율을 사후층화하여 만들었다.

## (2) 무응답처리

건강면접 및 보건영양조사와 영양조사는 항목 무응답이 대부분 2% 내외로 매우 낮아 무응답처리는 하지 않았다.

## 2. 연구의 기본 틀

### 1) 본 연구의 기본가설

#### (1) 가설 1

한국인에 있어서 사회·경제적 수준, 질병이환상태, 건강행태, 신체활동장애, 삶의 질 등이 우울증 유무와 관련성이 있을 것이다.

#### (2) 가설 2

한국인에 있어서 사회·경제적 수준, 질병이환상태, 건강행태, 신체활동장애, 삶의 질 등이 자살사고 유무와 관련성이 있을 것이다.

### 2) 본 연구에 사용되어진 주요 변수

#### (1) 종속변수

##### ① 연간 우울증 경험비율

- 지난 1년 동안 연속된 2주 이상의 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울을 경험한 사람의 비율로 “예-아니오”로 측정

##### ② 연간 자살생각 인구비율

- 지난 1년간 자살을 생각해 본 사람의 비율로 “예-아니오”로 측정

(2) 독립변수

특 성	세 부 내 용
사회·경제적 수준	지역(시도), 규모(읍면/동), 성, 연령, 결혼상태, 학력, 직업, 의료보장 유형
보건의식행태	흡연, 알코올 의존, 우울증상, 휴식충분도, 스트레스, 규칙적인 운동, 주관적 건강, 주관적 체격만족도, 비만도(BMI) 등
질병이환	관절염, 디스크, 백내장, 암, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심근경색, 심혈관질환, 빈혈 등 각종 만성질환
의료이용실태	지난 2주간 치료유무, 지난 1년간 사고 유무, 지난 2주간 외래의료이용, 지난 1년간 입원의료 이용 등
활동제한 및 삶의 질	지난 한달간 외병유무, 시력, 청력, 걷는 문제에 따른 활동장애, 장애유무 등

3) 변수의 조작적 정의

(1) 종속변수

변 수	조작적 정의
우울증 유무	있다=1, 없다=0
자살사고	있다=1, 없다=0

(2) 주요 독립변수

구 분	변 수	조작적 정의
인구학적 요인	성별	남자=1, 여자=2
	연령	초등졸 이하=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
	연령군	19-29=1, 30-39=2, 40-49=3, 50-59=4, 60-69=5 70-79=6, 80 이상=7
사회 경제적 수준	거주지역	광역시=1, 시지역=2, 군지역=3
	학력	초등졸 이하=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
	직업	사무직=1, 생산직=2, 비경제=3, 무직=4
	결혼상태	결혼=1, 미혼=2, 기타=3
	소득수준	100만 이하=1, 101-200만=2, 201-300만=3, 301만 이상=4
	의료보장	직장=1, 지역=2, 보호=3
삶의 질	운동능력	걷는데 지장없다=0, 다소 지장있다=1, 종일 누워 있어야한다=2
	자기관리	목욕, 옷 입는데 지장 없다=0, 다소 지장있다=1 혼자 목욕, 옷 못 입는다=2
	일상생활	지장이 없다=0, 다소 지장이 있다=1, 할 수 없다=2
	통증/불편감	없다=0, 다소 있다=1, 심한 통증이 있다=2
	불안/우울	없다=0, 다소 있다=1, 심한 불안/우울이 있다=2
의료이용	2주간 이환유무	있음=1, 없음=0
	2주간 치료유무	있음=1, 없음=0
	1년간 사고유무	있음=1, 없음=0
	의료 미충족 욕구	있음=1, 없음=0
	1년간 입원유무	있음=1, 없음=0
	2주간 외래이용	있음=1, 없음=0
활동장애	외병	있음=1, 없음=0
	시력문제	전혀 문제없음=0, 조금 문제 있음=1, 많이 문제 있음=2, 전혀 보지 못함=3
	청력문제	전혀 문제없음=0, 조금 문제 있음=1, 많이 문제 있음=2, 전혀 듣지 못함=3
	걷는 문제	전혀 문제 없음=0, 조금 문제 있음=1, 많이 문제 있음=2, 전혀 걷지 못함=3
	활동제한	예=1, 아니오=0
	장애	장애인 등록 유무 예=1, 아니오=0

(3) 삶의 질 (EQ-5D)

EQ-5D의 측정 결과는 두 가지 방법으로 제시된다. 첫째, 표 1에서 보는 바와 같이 5개 영역문항의 응답치를 주어진 조건표와 대조하여 전반적 건강관련 삶의 질의 단일 점수를 얻게 된다 (EQ-5D weighted index score). 이 때 점수는 0에서 1까지의 값을 지니는 것이 보통이다. 이 경우 주어지는 조건표는 사회마다 다르며, 해당 사회에 특이적 조건표를 얻기 위해서는 표준 겐블링 (standard gambling)이나 시간 교환법 (Time Trade-Off, 이하 TTO)을 적용하여 EQ-5D에 대한 별도의 가치 평가 (valuation) 연구를 수행해야 한다. 둘째, 눈금자에 표시된 눈금을 그대로 읽어 단일점수 (EQ-5D VAS score)를 얻는 방법이다 (The EuroQol Group, 1990).

**Table 1. Charlson Comorbidity Index**

Comorbidity	2005년 국민건강영양조사 질병명 분류	Score
Myocardial infarct	심근경색증	1
Congestive heart failure	-	1
Peripheral vascular disease	-	1
Cerebrovascular disease (except hemiplegia)	뇌졸중	1
Dementia	-	1
Chronic pulmonary disease	천식, 만성폐쇄성 폐질환 (만성기관지염, 폐기종), 기관지 확장증	1
Connective tissue disease	류마티스성 관절염	1
Ulcer disease	위·십이지장 궤양	1
Mild liver disease	만성간염, 간경변증	1
Diabetes (without complications)	당뇨병	1
Diabetes with end organ damage	-	2
Hemiplegia	-	2
Moderate or severe renal disease	만성신부전	2
2nd Solid tumor (non metastatic)	위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 기타 암	2
Leukaemia	기타 암	2
Lymphoma, Multiple myeloma	기타 암	2
Moderate or severe liver disease	-	3
2nd Metastatic solid tumor	-	6
AIDS	-	6



#### (4) Charlson Comorbidity Index (CCI)

각각의 질병이 독립적으로 삶의 질에 영향을 미칠 뿐만 아니라 복합상병 (coexisting morbidities)의 존재가 삶의 질에 영향을 미친다고 알려져 있다 (Xuan, Kirchdoerfer, Boyer, & Norwood, 1999, Johnson & Nowatzki, Coons, 1996). 복합상병 (coexisting morbidities)은 한 개인에게 동시에 한 가지 이상의 질병이 있는 상태를 말한다. 복합상병 (coexisting morbidities)의 척도로 가장 많이 사용되는 것은 Charlson Comorbidity Index이다 (de Groot, Beckerman, Lankhorst, & Bouter, 2003). 본 연구에서는 Charlson Comorbidity Index에 포함된 19개 질병 중 조사에 포함된 질병에 대하여 "지난 1년간 3개월 이상 앓았거나 현재 앓고 있음"에 해당하는지를 파악하여 포함되지 않는 경우는 0점, 해당하는 경우 각 질병에 따라 1~6점의 점수를 주어 총점을 구하였다 (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987). 단, 당뇨병은 조직손상의 여부를 알 수 없어서 1점을 주었다 (Table 1).

### 3. 연구대상

본 연구의 대상은 우울증 유병률과 자살생각 유병률을 파악할 수 있는 자료로써 국민건강영양조사 중 '성인보건의식실태조사' 자료를 기본으로 이용하였다. 본 자료에서는 우울증 유병률과 자살생각 유병률 외 흡연, 음주 등 연구 대상자들의 건강 습관 행태도 이용하였다. 성인보건의식실태조사는 만 19세 이상을 대상으로 조사하였으며, 총 8,419 가구를 조사하여 조사대상 완료인구는 총 7,802명으로 조사 완료율은 92.7%이다. 그 외 사회·경제적 수준은 가구조사에서 확보하였으며, 질병이환, 의료이용실태, 활동제한 및 삶의 질 자료는 건강면접 조사를 이용하였다. 건강면접 조사는 19세 이상 성인에 있어서 총 대상가구 25,487가구 중 조사완료 인구는 총 25,215명으로 조사 완료율은 98.9%이다.

#### 4. 분석내용

2005년 국민건강영양조사 중 보건의식행태조사 자료에서 우리나라 국민의 우울 및 자살사고 발생실태 및 관련 요인을 규명하고자 하였다. 우울 및 자살사고 발생 실태는 보건의식행태조사 자료를 이용하여 구하였으며, 사고중독 발생과 관련된 요인규명을 위한 심층분석에서 종속변수는 지난 1년간 우울증상 및 자살충동 유무이고, 사회·경제적 특성, 활동제한 특성, 질병이환 특성, 보건의식행태 특성 등은 독립변수에 해당한다.

분석내용은 크게 다음 7개 단계로 나누어 이루어졌다.

##### 1) 우울증 및 자살사고의 유병 실태를 분석한다.

우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태는 성별 및 연령구간 별로 제시하였으며, 각 연령군별로 성비를 제시하였다.

##### 2) 사회경제적 특성에 따른 우울증 및 자살사고 발생의 차이를 분석한다.

지역규모별 (대, 중소, 구/군), 성, 연령, 결혼상태, 학력, 직업, 의료보장 유형 등으로 구성된 사회경제적 특성별로 우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 비차비 (Odds Ratio, 이하 OR)와 유의성 검증결과를 제시하였다

##### 3) 보건의식행태 특성에 따른 우울증 및 자살사고 발생 차이를 비교분석한다.

흡연, 알코올 의존, 우울 증상, 휴식 충분도, 스트레스, 규칙적인 운동, 주관적 건강상태, 주관적 체격만족도, 비만도 (Body Mass Index 이하, BMI) 수준별로 우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다.

**4) 질병이환 특성에 따른 우울증 및 자살사고 발생 차이를 비교분석한다.**

질병이환 특성은 응답자의 본인인지 유병률을 기준으로 평생 유병률 및 지난 1년간 유병상태를 기준으로 정리하였다. 관절염, 디스크, 백내장, 암, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심근경색, 심혈관질환, 빈혈 등 주로 만성질환으로 한정하였으며, 각 질환별 이환 유무에 따라 우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다.

**5) 의료이용 실태에 따른 우울증 및 자살사고 발생 정도의 차이를 분석한다.**

의료이용실태는 건강설문조사 원자료를 이용하였으며, 지난 2주간 치료유무, 지난 1년간 사고 유무, 지난 2주간 외래 의료이용, 지난 1년간 입원 의료이용 등으로 정리하였으며, 각 수준 별로 우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다.

**6) 활동제한 및 삶의 질 특성에 따른 우울증 및 자살사고 발생 정도의 차이를 분석한다.**

활동제한은 지난 한달간 외병유무, 시력, 청력, 걷는 문제에 따른 활동장애, 장애 유무 등으로 하였으며, 각 수준 별로 우리나라 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다. 또한 일상생활활동 (Activity of Daily Living 이하, ADL) 신체활동제한 내용 (옷 입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 침상 밖으로 이동, 화장실 이용, 대소변 조절하기), EuroQoL 신체활동제한 내용 (운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울) 수준별로 우울증 및 자살경향 유병실태를 제시하고, 성과 연령을 보정한 후 각각 변수의 기준치에 대하여 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다.

7) 우울증 및 자살사고 발생과 관련된 위험요인을 심층적으로 결정한다.

이상 특성별로 우울증 및 자살사고 발생에 대한 단순비교 결과를 토대로 다변량 로지스틱 회귀분석 (Multivariate Logistic Regression Analysis)을 사용하여 특성군별 우울증 및 자살사고 발생 위험도에 대한 OR과 유의성 검증결과를 제시하였다.

## 5. 분석방법

### 1) 국내·외 문헌고찰

우울증 및 자살사고 발생 및 유형에 대한 국내외 실태, 사고중독 관련 위험요인 등 국내외 선행연구 및 참고문헌을 온라인과 국내 주요 도서관 오프라인 검색을 통해 수집하였다.

### 2) 관련요인 분석

국민건강영양조사의 면접조사와 보건위생행태조사 자료를 SPSS 14.0을 통해 조사모형을 기반으로 산출된 가중치를 반영하여 분석하였으며 세부적인 분석방법은 다음과 같다.

#### (1) 우울증 및 자살사고 유형 실태 파악

성별 및 연령군별 우울증 및 자살사고 유형률 및 카이제곱 분석 (Chi-square Analysis), 20대를 기준으로 하여 연령군별 로지스틱 회귀분석 (Logistic Regression Analysis)을 통해 각 수준별 OR과 95% 신뢰구간 (Confidence Interval, 이하 CI)을 산출하였다.

#### (2) 각 주요 특성 (변수)에 따른 우울증 및 자살사고 발생의 차이

사회·경제적 특성, 보건위생행태 등 각 주요 특성 (변수)군별 우울증 및 자살사고 유형률, 카이제곱 분석 (Chi-square Analysis), 로지스틱 회귀분석 (Logistic Regression Analysis)을 통해 성과 연령을 보정한 후 각 수준별 OR과 95% CI을 산출하였다.

(3) 우울증 및 자살사고 발생과 관련된 위험요인을 심층 분석

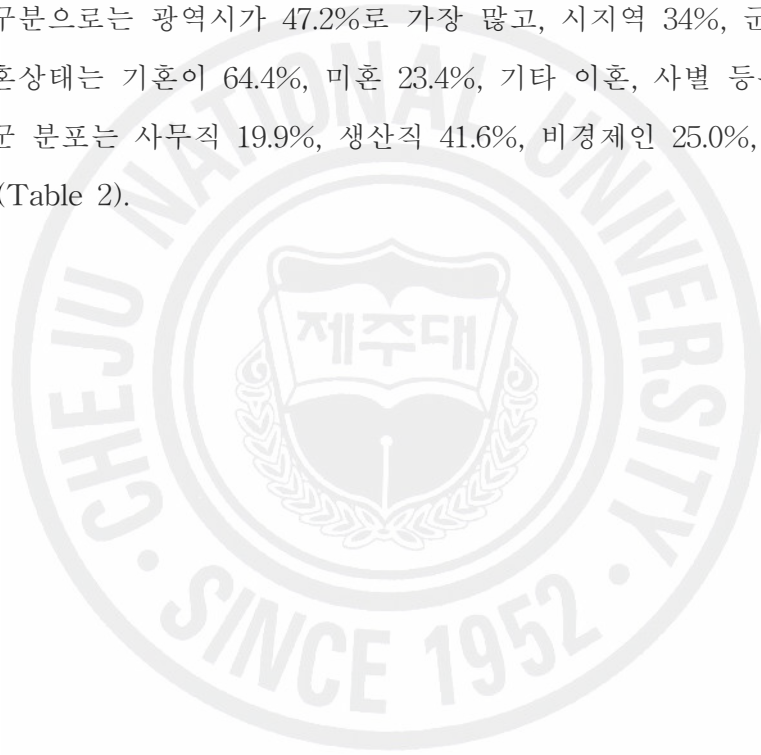
이상의 단변량 및 성과 연령을 보정한 로지스틱 회귀분석 (Logistic Regression Analysis) 결과를 바탕으로 다변량 로지스틱 회귀분석 (Multivariate Logistic Regression Analysis)을 시행하여 위험인자를 결정하였다.



### III. 결 과

#### 1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 7,802명으로 성별 분포는 남자 49.5%, 여자 50.5%이었다. 연령군 분포는 30대가 23.4%로 가장 많았으며, 19-29세가 22.6%, 40대가 2.5%로 나타났다. 지역구분으로는 광역시가 47.2%로 가장 많고, 시지역 34%, 군지역 18.8%로 나타났다. 결혼상태는 기혼이 64.4%, 미혼 23.4%, 기타 이혼, 사별 등은 12.2%로 나타났다. 직업군 분포는 사무직 19.9%, 생산직 41.6%, 비경제인 25.0%, 무직이 15.5%로 나타났다 (Table 2).



**Table 2. General characteristics of the subjects**

Variables		N (7,802)	%
Sex	Male	3,510	49.5
	Female	4,292	50.5
Age	19–29	1,336	22.6
	30–39	1,742	23.4
	40–49	1,878	22.5
	50–59	1,229	14.1
	60–69	970	9.9
	70–79	516	5.8
	80–	131	1.5
Region of residence	Metropolitan	3,588	47.2
	City	2,650	34.0
	County	1,564	18.8
Marital status	Married	5,315	64.4
	Unmarried	1,418	23.4
	Other	1,063	12.2
Education (years)	under 6	1,690	18.3
	9	887	10.3
	12	2,712	35.8
	over 12	2,513	35.6
Occupation	White collar	1,468	19.9
	Blue collar	3,282	41.6
	Non–economically productive	1,848	23.0
	No Occupation	1,202	15.5
Monthly income (million Won)	≤100	1,944	23.2
	101–200	2,312	31.3
	201–300	1,812	23.7
	≥301	1,647	21.8
Medical insurance	Medicare(union of workplace)	4,330	55.7
	Medicare(regional)	3,169	40.7
	Medicaid	302	3.6

## 2. 성별, 연령군별 우울증 및 자살사고 유병률

### 1) 우울증 유병률

전체적으로 15.4%의 유병률을 보였으며, 남자 11.4%, 여자 19.4%로 성비는 1.72배로 여자의 유병률이 높았다. 연령군별로 보면, 남성의 경우 70대가 17.1%로 가장 높았으며, 19-29군에서 7.8%로 가장 낮았다. 여성의 경우 60대가 29.5%로 가장 높았으며, 30대가 14.9%로 가장 낮았다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 우울증 유병률은 증가하는 경향을 보이고 있다 (Table 3).

**Table 3. Prevalence of depressive symptoms according to sex and age group**

Age group	N (7,802)	Male (3,510)	Female (4,292)	Sex ratio (F/M)
19-29	12.4	7.8	17.3	2.21
30-39	12.5	10.2	14.9	1.46
40-49	14.8	12.6	17.1	1.36
50-59	18.0	12.9	23.2	1.80
60-69	22.8	15.1	29.5	1.95
70-79	22.4	17.1	25.7	1.50
80 +	16.4	8.9	19.3	2.17
Total	15.4	11.3	19.4	1.72



## 2) 자살사고 유병률

전체적으로 18.5%의 유병률을 보였으며, 남자 13.9%, 여자 23.0%로 성비는 1.66배로 여자의 유병률이 높았다. 연령군별로 보면 남성의 경우 70대가 24.5%로 가장 높았으며, 19-29군에서 7.8%로 가장 낮았다. 여성의 경우 80대 이상에서 37.6%로 가장 높았으며, 20대가 17.5%로 가장 낮았다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 우울증 유병률은 증가하는 경향을 보이고 있다 (Table 4).

**Table 4. Prevalence of suicidal ideation according to sex and age group**

Age group	N (7,802)	Male (3,510)	Female (4,292)	Sex ratio (F/M)
19-29	12.5	7.8	17.5	2.26
30-39	14.3	11.2	17.5	1.56
40-49	18.2	15.4	21.1	1.37
50-59	23.3	17.5	29.1	1.66
60-69	26.3	21.0	30.8	1.47
70-79	30.8	24.5	34.8	1.42
80-	32.4	19.3	37.6	1.95
Total	18.5	13.9	23.0	1.66

### 3. 사회·경제적 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

#### 1) 우울증 유병률

거주지역별로 우울증상의 유병률을 보면, 광역시에 비해 시지역 및 군지역의 OR이 각각 0.81, 0.84로 유의하게 낮게 나타났다. 학력은 대졸에 비해 초등졸업 이하 1.45, 중졸 1.55, 고졸 1.27로 나타나 학력수준이 낮은 경우 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높게 나타났다. 직업군별로 보면, 사무직에 비해 생산직 1.56, 비경제인 1.36, 무직 2.24로 나타나, 직업이 없거나 블루칼라 직업군일수록 OR이 유의하게 높았다.

결혼상태는 기혼에 비해 미혼 1.25, 기타 1.54로 우울증상의 OR이 유의하게 높았다. 소득수준별로 보면, 월소득 300만원 이상이 군에 비해 100만원 미만 2.30, 100-200만원의 경우 1.50으로 유의하게 우울증 유병률이 높았다. 의료보장별로 보면, 직장 건강보험자에 비해 지역 1.37, 보호 3.06으로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다 (Table 5).

**Table 5. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to socioeconomic level**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Region of residence	1	3,588	16.5				
	2	2,650	13.7	0.81	0.81	–	0.81
	3	1,563	15.8	0.84	0.84	–	0.85
Education	1	1,689	21.7	1.45	1.45	–	1.46
	2	887	19.7	1.55	1.54	–	1.55
	3	2,712	15.1	1.27	1.26	–	1.27
	4	2,513	11.3	ref			
Occupation	1	1,468	9.6				
	2	3,282	15.1	1.56	1.56	–	1.57
	3	1,848	16.6	1.36	1.35	–	1.36
	4	1,201	22.2	2.24	2.24	–	2.25
Marital status	1	5,315	14.2				
	2	1,418	13.2	1.25	1.25	–	1.25
	3	1,062	26.2	1.54	1.54	–	1.54
Monthly income (million Won)	1	1,943	24.2	2.30	2.29	–	2.30
	2	2,312	15.5	1.50	1.50	–	1.50
	3	1,812	10.5	0.95	0.95	–	0.95
	4	1,647	11.0	ref			
Medical insurance	1	4,330	12.9				
	2	3,168	17.1	1.37	1.37	–	1.38
	3	302	34.9	3.06	3.05	–	3.08

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

거주지역별로 자살사고 유병률을 보면, 광역시에 비해 시지역 및 군지역의 OR이 각각 0.81, 0.80로 유의하게 낮게 나타났다. 학력은 대졸에 비해 초등졸업 이하 2.29, 중졸 2.13, 고졸 1.55로 나타나 학력수준이 낮은 경우 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높게 나타났다. 직업군별로 보면, 사무직에 비해 생산직 2.05, 비경제인 1.48, 무직 2.59로 나타나 직업이 없거나 블루칼라 직업군일수록 OR이 유의하게 높았다.

결혼상태는 기혼에 비해 미혼 1.11, 기타 2.73으로 우울증상의 OR이 유의하게 높았다. 소득수준별로 보면, 월소득 300만원 이상이 군에 비해 100만원 미만 2.73, 100-200만원의 경우 1.59로 유의하게 우울증 유병률이 높았다. 의료보장별로 보면 직장 건강보험자에 비해 지역 1.64, 보호 3.43으로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다 (Table 6).



**Table 6. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to socioeconomic level**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Region of residence	1	3,588	19.7				
	2	2,650	16.3	0.81	0.81	–	0.81
	3	1,564	19.2	0.80	0.80	–	0.80
Education	1	1,690	30.4	2.29	2.29	–	2.30
	2	887	25.2	2.13	2.13	–	2.14
	3	2,712	17.7	1.55	1.55	–	1.55
	4	2,513	11.1	ref			
Occupation	1	1,468	9.5				
	2	3,282	19.6	2.05	2.04	–	2.05
	3	1,848	18.3	1.48	1.48	–	1.49
	4	1,202	27.2	2.59	2.58	–	2.60
Marital status	1	5,315	17.3				
	2	1,418	13.3	1.11	1.10	–	1.11
	3	1,063	34.6	1.72	1.71	–	1.72
Monthly income (million Won)	1	1,944	30.7	2.73	2.73	–	2.74
	2	2,312	17.1	1.59	1.58	–	1.59
	3	1,812	14.5	1.31	1.30	–	1.31
	4	1,647	11.5	ref			
Medical insurance	1	4,330	14.4				
	2	3,169	21.8	1.64	1.64	–	1.64
	3	302	42.4	3.43	3.41	–	3.44

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

#### 4. 삶의 질 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

##### 1) 우울증 유병률

삶의 질은 5개의 지표로 비교분석하였다. 운동능력의 경우, 양호한 군에 비해 불량 2.59, 매우 불량 2.82로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 나타났다. 자기관리 분야는 양호한 군에 비해 불량 2.39, 매우 불량 1.96으로 나타났으며, 일상생활 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 2.91, 매우 불량 3.27로 통증 및 불쾌감 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 2.51, 매우 불량 5.77로 나타났으며, 불안 및 우울 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 4.78 매우 불량 14.91로 유의하게 높게 나타났다 (Table 7).

**Table 7. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of quality of life**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR	
Physical activity	0	6,809	15.7			
	1	947	40.7	2.09	2.08	– 2.09
	2	35	42.2	6.17	6.10	– 6.24
Self-care	0	7,577	17.8			
	1	183	45.8	2.45	2.43	– 2.46
	2	31	39.1	3.31	3.27	– 3.35
Activity of daily living	0	7,028	16.1			
	1	723	43.8	2.43	2.43	– 2.44
	2	41	46.4	3.60	3.56	– 3.64
Pain / Discomfort	0	5,189	12.5			
	1	2,387	30.0	2.24	2.24	– 2.24
	2	214	51.8	6.18	6.15	– 6.20
Anxiety / Depression	0	6,099	11.8			
	1	1,553	42.2	4.99	4.98	– 5.00
	2	124	71.5	15.70	15.60	– 15.79

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

운동능력의 경우 양호한 군에 비해 불량 2.09, 매우 불량 6.17로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높게 나타났다. 자기관리 분야는 양호한 군에 비해 불량 2.45, 매우 불량 3.31로 나타났으며, 일상생활 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 2.43, 매우 불량 3.60로 통증 및 불쾌감 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 2.24, 매우 불량 6.18로 나타났으며, 불안 및 우울 분야에서는 양호한 군에 비해 불량 4.99 매우 불량 15.70으로 유의하게 높게 나타났다 (Table 8).

**Table 8. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of quality of life**

Variables	N	%	OR*	95% CI** of OR		
Physical activity	0	6,809	13.6			
	1	947	29.3	2.59	2.58	– 2.59
	2	35	53.2	2.82	2.79	– 2.86
Self-care	0	7,577	14.9			
	1	183	36.9	2.39	2.38	– 2.40
	2	31	41.3	1.96	1.93	– 1.98
Activity of daily living	0	7,028	13.7			
	1	723	32.6	2.91	2.90	– 2.91
	2	41	40.1	3.27	3.24	– 3.31
Pain / Discomfort	0	5,189	11.0			
	1	2,387	23.4	2.51	2.51	– 2.52
	2	214	46.0	5.77	5.74	– 5.79
Anxiety / Depression	0	6,099	9.5			
	1	1,553	36.2	4.78	4.77	– 4.79
	2	124	65.0	14.91	14.82	– 15.01

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 5. 의료이용 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

### 1) 우울증 유병률

지난 2주간 질병이환 유무에 따른 OR은 1.84, 지난 2주가 치료유무는 1.52, 지난 1년간 사고로 인해 의료기관 이용유무는 1.54, 지난 1년간 미충족 의료 유무는 2.17, 지난 1년간 입원유무는 1.45, 지난 2주간 외래이용은 1.32로 의료이용이 많거나, 미충족 의료이용이 높을수록 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높게 나타났다 (Table 9).

**Table 9. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of medical service utility**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR	
Last 2 week morbidity	0	3,646	10.5			
	1	4,152	20.3	1.84	1.84	– 1.85
Last 2 week medical service use	0	4,244	12.1			
	1	3,555	19.9	1.52	1.52	– 1.52
Last 1 year accident	0	1,112	15.0			
	1	116	20.7	1.54	1.54	– 1.55
Last 1 year unmet need of medical service use	0	880	13.4			
	1	348	26.2	2.17	2.17	– 2.18
Last 1 year usage of inpatient unit	0	1,052	14.8			
	1	176	21.3	1.45	1.44	– 1.45
Last 2 week usage of outpatient unit	0	764	13.7			
	1	464	19.9	1.32	1.31	– 1.32

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.



## 2) 자살사고 유병률

지난 2주간 질병이환 유무에 따른 OR은 2.04, 지난 2주가 치료유무는 1.67, 지난 1년간 사고로 인해 의료기관 이용유무는 1.41, 지난 1년간 미충족 의료 유무는 2.48, 지난 1년간 입원유무는 1.34, 지난 2주간 외래이용은 1.29로 의료이용이 많거나, 미충족 의료이용이 높을수록 자살사고 유병률의 OR이 유의하게 높게 나타났다 (Table 10).

**Table 10. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of medical service utility**

Variables	N	%	OR*	95% CI** of OR
Last 2 week morbidity	0	3,646	11.6	
	1	4,152	25.3	2.04
Last 2 week medical service use	0	4,244	13.5	
	1	3,555	25.0	1.67
Last 1 year accident	0	1,384	18.1	
	1	131	23.1	1.41
Last 1 year unmet need of medical service use	0	1,080	15.7	
	1	435	33.1	2.48
Last 1 year usage of inpatient unit	0	1,314	17.8	
	1	201	24.3	1.34
Last 2 week usage of outpatient unit	0	938	16.2	
	1	576	24.1	1.29

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 6. 활동장애 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

### 1) 우울증 유병률

지난 한달간 와병상태로 있는 경우 2.38, 시력문제가 조금 1.47, 많이 2.16, 전혀 보이지 않는 경우 2.00으로 나타났다. 청력문제는 조금 1.28, 많이 1.17, 전혀 듣지 못함 1.45로 나타났으며 걷는 문제는 조금 2.09, 많이 6.17로 나타났다. 평상시 활동 제한 유무에 따라 활동제한이 있는 군에서 OR이 2.13으로 유의하게 높았으며, 장애인 등록을 한 군에서 1.63으로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다. 전체적으로 활동장애가 있을수록 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다 (Table 11).

**Table 11. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of disturbances of activities**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR	
Sick in bed	0	6,994	13.8			
	1	805	30.6	2.38	2.38	– 2.39
Vision problem	0	5,763	13.2			
	1	1,709	20.7	1.47	1.46	– 1.47
	2	324	29.8	2.16	2.15	– 2.17
	3	3	26.2	2.00	1.90	– 2.10
Hearing problem	0	7,068	14.8			
	1	601	22.0	1.28	1.27	– 1.28
	2	117	22.4	1.17	1.16	– 1.18
	3	12	25.5	1.45	1.42	– 1.48
Walking problem	0	6,809	13.6			
	1	947	29.3	2.09	2.08	– 2.09
	2	35	53.2	6.17	6.10	– 6.24
limitation of activity	0	7,022	14.0			
	1	777	30.2	2.13	2.13	– 2.14
Disability	0	7,524	15.2			
	1	275	23.7	1.63	1.63	– 1.64

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

지난 한달간 외병상태로 있는 경우 2.60, 시력문제가 조금 1.31, 많이 2.01, 전혀 보이지 않는 경우 3.59로 나타났다. 청력문제는 조금 1.69, 많이 2.61, 전혀 듣지 못함 1.09로 나타났으며 걷는 문제는 조금 2.59, 많이 2.82로 나타났다. 평상시 활동제한 유무에 따라 활동제한이 있는 군에서 OR 2.46으로 유의하게 높았으며, 장애인 등록을 한 군에서 2.17로 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다. 전체적으로 활동장애가 있을수록 자살사고 유병률의 OR이 유의하게 높았다 (Table 12).

**Table 12. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of disturbances of activities**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Sick in bed	0	6,994	16.4				
	1	805	37.5	2.60	2.60	—	2.61
Vision problem	0	5,763	16.0				
	1	1,709	24.2	1.31	1.30	—	1.31
	2	324	36.5	2.01	2.00	—	2.02
	3	3	51.1	3.59	3.44	—	3.75
Hearing problem	0	7,068	17.0				
	1	601	32.3	1.69	1.69	—	1.70
	2	117	45.6	2.61	2.59	—	2.62
	3	12	25.0	1.09	1.06	—	1.11
Walking problem	0	6,809	15.7				
	1	947	40.7	2.59	2.58	—	2.59
	2	35	42.2	2.82	2.79	—	2.86
limitation of activity	0	7,022	16.4				
	1	777	40.5	2.46	2.45	—	2.47
Disablity	0	7,524	17.9				
	1	275	35.0	2.17	2.16	—	2.17

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 7. 건강습관 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

건강습관은 흡연유무, 스트레스 정도, 충분한 수면 유무, 충분한 휴식유무, 주관적 체격인식도, 문제음주유무, 규칙적 운동유무, 주관적 건강인식정도에 대해 비교 분석하였다.

### 1) 우울증 유병률

비흡연자에 비해 과거흡연 1.18, 현재흡연 1.67로 유의하게 높았으며, 스트레스 수준에 따라서는 OR이 2.72, 9.11, 21.68로 스트레스 수준이 높을수록 우울증상의 유병률이 높았다. 충분한 수면 여부는 2.03, 충분한 휴식유무는 1.54로 유의하게 높았다. 주관적 체격인식도는 정상에 비해 야윈 1.09, 비만 0.99로 나타났으며, 문제음주 유무는 1.25로 문제음주자의 경우 우울증 유병률의 OR이 유의하게 높았다. 규칙적인 운동을 하는 군은 그렇지 않는 군에 비해 OR이 0.85로 유의하게 낮았다. 주관적 건강인식도를 보면, 건강하다고 인식하는 군에 비해 불량 1.28, 매우 불량 2.77로 유의하게 높게 나타났다. 전반적으로 건강습관은 우울증 유병률과 유의한 관련성이 있었다 (Table 13).

**Table 13. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of health behaviors**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Smoking	0	4,438	17.0				
	1	1,273	12.1	1.18	1.17	–	1.18
	2	2,090	14.5	1.67	1.67	–	1.68
Stress	1	523	43.6	21.68	21.57	–	21.79
	2	2,230	25.3	9.11	9.07	–	9.15
	3	3,916	9.1	2.72	2.71	–	2.73
	4	1,133	4.4	ref			
Sleep	0	4,963	12.2				
	1	2,839	21.0	2.03	2.02	–	2.03
Rest	0	5,231	14.0				
	1	2,571	18.3	1.54	1.53	–	1.54
Subjective sense of body image	0	3,599	15.2				
	1	1,470	15.8	1.09	1.09	–	1.09
	2	2,733	15.5	0.99	0.99	–	0.99
High risk drinking	0	6,072	16.0				
	1	1,730	13.8	1.25	1.25	–	1.26
Regular exercise	0	2,556	16.0	0.85	0.84	–	0.85
	1	5,246	14.2	ref			
Subjective sense of health status	1	3,147	10.6				
	2	2,944	14.6	1.38	1.38	–	1.38
	3	1,709	27.5	2.77	2.76	–	2.78

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

비흡연자에 비해 과거흡연 1.62, 현재흡연 2.51로 유의하게 높았으며, 스트레스 수준에 따라서는 OR이 2.95, 10.82, 21.69로 스트레스 수준이 높을수록 자살사고의 유병률이 높았다. 충분한 수면 여부는 1.88, 충분한 휴식유무는 1.62로 유의하게 높았다. 주관적 체격인식도는 정상에 비해 야윈 1.46, 비만 1.23으로 나타났으며, 문제음주 유무는 1.41로 문제음주자의 경우 자살사고 유병률의 OR이 유의하게 높았다. 규칙적인 운동을 하는 군은 그렇지 않는 군에 비해 OR이 0.72로 유의하게 낮았다. 주관적 건강인식도를 보면, 건강하다고 인식하는 군에 비해 불량 1.58, 매우 불량 3.78로 유의하게 높게 나타났다. 또한 우울증 유무는 9.42로 자살사고 유병률과 유의한 관련성을 보였다. 전반적으로 건강습관은 자살사고 유병률과 유의한 관련성이 있었으며, 특히 우울은 자살사고와 높은 관련성이 있었다 (Table 14).



**Table 14. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of health behaviors**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR	
Smoking	0	4,438	19.0			
	1	1,273	15.9	1.62	1.61	- 1.62
	2	2,090	18.9	2.51	2.51	- 2.52
Stress	1	523	46.6	21.69	21.59	- 21.79
	2	2,230	31.3	10.82	10.77	- 10.86
	3	3,916	11.0	2.95	2.94	- 2.96
	4	1,133	5.7	ref		
Sleep	0	4,963	15.4			
	1	2,839	23.7	1.88	1.88	- 1.88
Rest	0	5,231	17.0			
	1	2,571	21.5	1.62	1.61	- 1.62
Subjective sense of body image	0	3,599	16.3			
	1	1,470	21.5	1.46	1.46	- 1.46
	2	2,733	19.6	1.23	1.23	- 1.23
High risk drinking	0	6,072	18.9			
	1	1,730	17.2	1.41	1.41	- 1.42
Regular exercise	0	2,556	15.6	0.72	0.72	- 0.72
	1	5,246	19.8	ref		
Subjective sense of health status	1	3,147	11.0			
	2	2,944	17.2	1.58	1.58	- 1.59
	3	1,709	36.9	3.78	3.77	- 3.79
Depressive symptoms	0	794	11.5			
	1	721	56.8	9.42	9.40	- 9.44

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 8. 평생질환 이환 여부에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

### 1) 우울증 유병률

유방암 3.30, 대장암 2.30, 기타 암 1.70으로 암 이환에 따라서는 높은 OR을 보였다. 심혈관질환으로는 심근경색 2.02, 협심증 1.94, 뇌졸중 1.67로 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 그 외 질환으로서는 관절염 1.44, 류마티스 관절염 1.67, 위궤양 1.84, 천식 1.65, 신부전 1.52로 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 주로 사망률이 높고 만성질환 일수록 높은 OR을 보였다 (Table 15).





**Table 15. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of life time morbidity**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Gastric cancer	0	7,769	15.4				
	1	30	24.2	1.38	1.36	-	1.40
Hepatic cancer	0	7,793	15.4				
	1	6	24.6	1.98	1.92	-	2.03
Colon cancer	0	7,785	15.4				
	1	14	32.9	2.30	2.26	-	2.34
Breast cancer	0	4,268	19.3				
	1	22	47.9	3.30	3.26	-	3.33
Cervical cancer	0	4,263	19.4				
	1	27	29.7	1.48	1.46	-	1.50
Other cancers	0	7,761	15.4				
	1	38	29.7	1.70	1.68	-	1.72
Arthritis	0	6,377	13.7				
	1	1,422	24.4	1.44	1.44	-	1.45
Osteoarthritis	0	6,563	14.1				
	1	1,236	24.0	1.33	1.32	-	1.33
Rheumatoid arthritis	0	7,563	15.1				
	1	236	28.2	1.67	1.66	-	1.68
Osteoporosis	0	7,342	14.8				
	1	457	28.4	1.36	1.35	-	1.36
Herniated disk	0	7,053	14.8				
	1	746	21.4	1.35	1.35	-	1.36
Ulcer	0	7,386	14.9				
	1	413	25.1	1.84	1.84	-	1.85
Liver cirrhosis	0	7,767	15.4				
	1	32	21.5	1.35	1.33	-	1.37
Stroke	0	7,653	15.2				
	1	146	27.6	1.67	1.66	-	1.68
Myocardial Infarction	0	7,746	15.3				
	1	53	29.4	2.02	2.00	-	2.04
Angina pectoris	0	7,684	15.2				
	1	115	31.9	1.94	1.92	-	1.95
Athma	0	7,522	15.1				
	1	277	26.5	1.65	1.64	-	1.66
Renal failure	0	7,740	15.4				
	1	59	26.6	1.52	1.50	-	1.53

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

유방암 3.21, 대장암 2.21, 기타 암 1.42로 암이환에 따라서 높은 OR을 보였다. 심혈관질환으로는 심근경색 1.81, 협심증 2.33, 뇌졸중 2.00으로 심혈관질환 이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보이고 있었다. 그 외 질환으로서는 관절염 1.70, 류마티스 관절염 1.71, 위궤양 1.96, 천식 1.86, 신부전 3.02로 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 주로 사망률이 높고, 만성질환일수록 자살사고 유병률의 높은 OR을 보였다 (Table 16).



**Table 16. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of life time morbidity**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Gastric cancer	0	7,769	18.5	0.90	0.89	-	0.91
	1	30	23.3				
Hepatic cancer	0	7,793	18.5	0.80	0.77	-	0.82
	1	6	16.0				
Colon cancer	0	7,785	18.4	2.21	2.17	-	2.25
	1	14	40.0				
Breast cancer	0	4,268	22.8	3.21	3.17	-	3.25
	1	22	54.4				
Cervical cancer	0	4,263	23.0	0.91	0.90	-	0.93
	1	27	26.1				
Other cancers	0	7,761	18.4	1.42	1.40	-	1.43
	1	38	33.1				
Arthritis	0	6,377	15.7	1.70	1.70	-	1.71
	1	1,422	33.0				
Osteoarthritis	0	6,563	16.1	1.61	1.60	-	1.61
	1	1,236	33.2				
Rheumatoid arthritis	0	7,563	18.0	1.71	1.70	-	1.71
	1	236	34.9				
Osteoporosis	0	7,342	17.5	1.48	1.47	-	1.49
	1	457	37.8				
Herniated disk	0	7,053	17.5	1.51	1.51	-	1.52
	1	746	28.1				
Ulcer	0	7,386	17.8	1.96	1.95	-	1.96
	1	413	31.3				
Liver cirrhosis	0	7,767	18.4	2.14	2.12	-	2.16
	1	32	36.1				
Stroke	0	7,653	18.1	2.00	1.99	-	2.01
	1	146	39.2				
Myocardial Infarction	0	7,746	18.4	1.81	1.80	-	1.83
	1	53	34.8				
Angina pectoris	0	7,684	18.1	2.33	2.32	-	2.35
	1	115	44.1				
Athma	0	7,522	17.9	1.86	1.85	-	1.87
	1	277	35.6				
Renal failure	0	7,740	18.3	3.02	2.99	-	3.04
	1	59	48.7				

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 9. 지난 1년간 질환 이환 여부에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

### 1) 우울증 유병률

유방암 5.91, 간암 1.98, 기타 암 1.56으로 암이환에 따라서는 높은 OR을 보이고 있었으나, 질병이환자가 적어 큰 의미를 두기는 어렵다. 심혈관질환으로는 심근경색 2.10, 협심증 1.96, 뇌졸중 1.95로 심혈관질환 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 그 외 질환으로서는 관절염 1.46, 관절통 1.71, 류마티스 관절염 1.63, 위궤양 2.06, 천식 1.80, 신부전 1.85로 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 주로 사망률이 높거나 만성질환 일수록 높은 OR을 보였다 (Table 17).



**Table 17. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level of one-year morbidity**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Gastric cancer	0	1223	15.40	1.68	1.65	-	1.71
	1	5	28.14				
Hepatic cancer	0	1226	15.42	1.98	1.92	-	2.03
	1	2	24.56				
Colon cancer	0	1227	15.43	0.61	0.58	-	0.64
	1	1	9.10				
Breast cancer	0	1219	15.33	5.91	5.83	-	6.00
	1	9	61.38				
Cervical cancer	0	1227	15.42	1.15	1.12	-	1.18
	1	1	24.16				
Other cancers	0	1221	15.39	1.56	1.54	-	1.59
	1	7	26.91				
Arthritis	0	892	13.78	1.46	1.45	-	1.46
	1	336	24.73				
Osteoarthritis	0	940	14.06	1.37	1.36	-	1.37
	1	288	24.50				
Rheumatoid arthritis	0	1163	15.10	1.63	1.62	-	1.63
	1	65	28.18				
Osteoporosis	0	1097	14.76	1.39	1.39	-	1.40
	1	131	28.81				
Herniated disk	0	1075	14.77	1.49	1.48	-	1.49
	1	153	23.42				
Ulcer	0	1158	15.02	2.06	2.05	-	2.07
	1	70	28.38				
Liver cirrhosis	0	1221	15.41	1.47	1.45	-	1.49
	1	7	21.46				
Stroke	0	1193	15.22	1.95	1.94	-	1.97
	1	35	30.63				
Myocardial Infarction	0	1212	15.34	2.10	2.08	-	2.12
	1	16	29.85				
Angina pectoris	0	1196	15.22	1.96	1.95	-	1.98
	1	31	32.39				
Asthma	0	1164	15.06	1.80	1.79	-	1.81
	1	64	29.06				
Bronchiectasis	0	1225	15.49	1.22	1.20	-	1.24
	1	3	19.01				
Renal failure	0	1213	15.34	1.85	1.83	-	1.86
	1	15	30.78				

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 2) 자살사고 유병률

유방암 5.36, 대장암 10.14, 기타 암 1.39로 암 이환에 따라서 높은 OR을 보였다. 심혈관질환으로는 심근경색 1.91, 협심증 2.32, 뇌졸중 2.31로 심혈관질환 이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 그 외 질환으로서는 관절염 1.68, 류마티스 관절염 1.67, 위궤양 2.27, 천식 2.00, 신부전 3.32로 질병이환자의 경우 유의하게 높은 OR을 보였다. 주로 사망률이 높거나 만성질환 일수록 자살사고 유병률의 높은 OR을 보였다 (Table 18).



**Table 18. Prevalence and age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level of one-year morbidity**

Variables		N	%	OR*	95% CI** of OR		
Gastric cancer	0	1511	18.47				
	1	4	18.69	0.68	0.66	–	0.69
Hepatic cancer	0	1514	18.47				
	1	1	16.02	0.80	0.77	–	0.82
Colon cancer	0	1511	18.44				
	1	4	68.12	10.14	9.84	–	10.44
Breast cancer	0	1506	18.37				
	1	9	65.35	5.36	5.28	–	5.44
Cervical cancer	0	1513	18.46				
	1	2	26.40	0.97	0.95	–	1.00
Other cancers	0	1507	18.43				
	1	8	31.18	1.39	1.37	–	1.41
Arthritis	0	1051	15.84	자살			
	1	464	33.24	1.68	1.68	–	1.69
Osteoarthritis	0	1107	16.20				
	1	408	33.48	1.61	1.60	–	1.61
Rheumatoid arthritis	0	1438	18.04				
	1	77	35.13	1.67	1.67	–	1.68
Osteoporosis	0	1345	17.51				
	1	170	37.86	1.48	1.47	–	1.48
Herniated disk	0	1320	17.53				
	1	195	29.88	1.60	1.59	–	1.60
Ulcer	0	1425	17.91				
	1	90	35.95	2.27	2.26	–	2.28
Liver cirrhosis	0	1505	18.41				
	1	10	36.23	2.38	2.35	–	2.41
Stroke	0	1465	18.14				
	1	50	42.22	2.31	2.29	–	2.32
Myocardial Infarction	0	1496	18.36				
	1	19	35.55	1.91	1.89	–	1.93
Angina pectoris	0	1470	18.15				
	1	44	44.40	2.32	2.30	–	2.33
Asthma	0	1428	17.92				
	1	87	38.69	2.00	2.00	–	2.01
Bronchiectasis	0	1508	18.40				
	1	7	48.07	3.72	3.66	–	3.77
Renal failure	0	1492	18.27				
	1	23	51.46	3.32	3.29	–	3.35

\* OR ; Odds Ratio.

\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

## 10. Charlson Comorbidity Index 수준에 따른 우울증 및 자살사고 유병률

우울증 유무와 자살사고 유병률을 종속변수로 하고, 성 및 연령을 보정한 다변량 회귀분석을 시도하였다.

### 1) 우울증 유병률

Charlson Comorbidity Index가 0점에 비해 1점 (1.73), 2점 (2.87), 3점 이상 (3.59)로 Charlson Comorbidity Index 점수가 높아질수록 OR이 유의하게 높아졌다 (Table 19).

**Table 19. Age-, sex-adjusted odds ratio of depressive symptoms according to level Charlson Comorbidity Index**

	B	SE*	Exp** (B)	95.0% CI*** for EXP (B)		
age (yr)	0.009	0.000	1.01	1.01	–	1.01
sex (female/male)	0.621	0.001	1.86	1.86	–	1.86
CCI****(0)						
1	0.484	0.001	1.62	1.62	–	1.63
2	0.855	0.002	2.35	2.34	–	2.36
3+	1.087	0.004	2.97	2.94	–	2.99
Constant	-2.557	0.001	0.08			

\* SE ; Standard Errors.

\*\* EXP ; Expectation.

\*\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

\*\*\*\* CCI ; Charlson Comorbidity Index.



## 2) 자살사고 유병률

Charlson Comorbidity Index가 0점에 비해 1점 (1.62), 2점 (2.35), 3점 이상 (2.97)로 CCI 점수가 높아질수록 OR이 유의하게 높아졌다 (Table 20).

**Table 20. Age-, sex-adjusted odds ratio of suicidal ideation according to level Charlson Comorbidity Index**

	B	SE*	Exp** (B)	95.0% CI*** for EXP (B)		
age(yr)	0.016	0.000	1.02	1.02	–	1.02
sex(female/male)	0.594	0.001	1.81	1.81	–	1.81
CCI****(0)						
1	0.547	0.001	1.73	1.72	–	1.73
2	1.054	0.002	2.87	2.86	–	2.88
3+	1.278	0.004	3.59	3.56	–	3.62
Constant	–2.678	0.001	0.07			

\* SE ; Standard Errors.

\*\* EXP ; Expectation.

\*\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

\*\*\*\* CCI ; Charlson Comorbidity Index.

## 11. 다변량 로지스틱 회귀분석 (Multivariate Logistic Regression Analysis)

### 1) 우울증 유병률

우울증 유무를 종속변수로 하는 다변량 회귀분석을 시행하였다. 성별 (여 / 남) 2.16, 직업군 (기준 : 사무직)은 생산직 1.24, 비경제 1.17, 무직 1.50로 나타났으며, 지역 (기준 : 광역시)은 시지역 0.83, 군지역 0.77, 소득수준 (기준 : 300만 이상)은 100만 이하 1.62, 100-200만 1.23으로 나타나, 사회·경제적 수준이 우울증 유병률에 상당한 관련성이 있는 것으로 나타났다 (Table 21).



**Table 21. Multivariate logistic regression analysis of prevalence of depressive symptoms and its correlates**

	B	SE*	Exp** (B)	95.0% CI** for EXP(B)		
age (yr)	-0.005	0.000	1.00	1.00	-	1.00
sex (female / male)	0.772	0.002	2.16	2.16	-	2.17
Region of residence (Metropolitan)						
City	-0.190	0.001	0.83	0.83	-	0.83
County	-0.263	0.001	0.77	0.77	-	0.77
Occupation (White collar)						
Blue collar	0.212	0.002	1.24	1.23	-	1.24
Non-economically productive	0.160	0.002	1.17	1.17	-	1.18
No Occupation	0.406	0.002	1.50	1.50	-	1.51
Marital status(Married)						
Unmarried	-0.020	0.002	0.98	0.98	-	0.98
Other	0.117	0.002	1.12	1.12	-	1.13
Monthly income (million Won)						
(≥301)						
≤100	0.480	0.002	1.62	1.61	-	1.62
101-200	0.207	0.002	1.23	1.23	-	1.23
201-300	-0.138	0.002	0.87	0.87	-	0.87
CCI (0)						
1	0.272	0.001	1.31	1.31	-	1.32
2	0.471	0.002	1.60	1.59	-	1.61
3+	0.533	0.004	1.70	1.69	-	1.72
Life Quality	-0.028	0.000	0.97	0.97		0.97
Smoking (no-smoker)						
ex-smoker	0.108	0.002	1.11	1.11	-	1.12
smoker	0.324	0.002	1.38	1.38	-	1.39
High risk drinking	0.190	0.001	1.21	1.21	-	1.21
Constant	-0.564	0.004	0.57			

\* SE ; Standard Errors.

\*\* EXP ; Expectation.

\*\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

\*\*\*\* CCI ; Charlson Comorbidity Index.

삶의 질 척도는 0.97로 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 질병상태에 따른 Charlson Comorbidity Index는 0점에 비해 1점 (1.31), 2점 (1.60), 3점 이상 (1.70)으로 Charlson Comorbidity Index 점수가 높아질수록 우울증 유병률도 유의하게 높았다. 주요한 건강습관으로는 흡연이 비흡연자에 비해 OR이 과거흡연 1.11, 현재 흡연 1.38로 유의하게 높게 나타났으며, 고위험 음주자의 경우 OR이 1.21로 유의하게 높게 나타났다. 본 다변량 회귀분석(Multivariate Logistic Regression Analysis)의 설명력 ( $R^2$ )은 27%였다.

## 2) 자살사고 유병률

자살사고 유무를 종속변수로 하는 다변량 회귀분석 (Multivariate Logistic Regression Analysis)을 시행하였다. 성별 (여 / 남) 2.39, 직업군 (기준 : 사무직)은 생산직 1.64, 비경제 1.29, 무직 1.56으로 나타났으며, 지역 (기준 : 광역시)은 시지역 0.82, 군지역 0.73, 소득수준 (기준 : 300만 이상)은 100만 이하 1.67, 100-200만 1.15로 나타나 사회경제적 수준이 자살사고 유병률에 상당한 관련성이 있는 것으로 나타났다.

삶의 질 척도는 0.98로 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 질병 상태에 따른 Charlson Comorbidity Index는 0점에 비해 1점 (1.30), 2점 (1.94), 3점 이상 (1.95)으로 Charlson Comorbidity Index 점수가 높아질수록 자살사고 유병률도 유의하게 높았다. 주요한 건강습관으로는 흡연이 비흡연자에 비해 OR이 과거흡연 1.55, 현재 흡연 1.92로 유의하게 높게 나타났으며, 고위험 음주자의 경우 OR 1.21로 유의하게 높게 나타났다. 우울증은 OR이 7.77로 가장 높은 OR을 보였다. 본 다변량 회귀분석의 설명력 ( $R^2$ )은 31%였다 (Table 22).

**Table 22. Multivariate logistic regression analysis of prevalence of suicidal ideation and its correlates**

	B	SE*	Exp** (B)	95.0% CI*** for EXP (B)		
age (yr)	0.001	0.000	1.00	1.00	–	1.00
sex (female/male)	0.872	0.002	2.39	2.38	–	2.40
Region of residence (Metropolitan)						
City	–0.205	0.001	0.82	0.81	–	0.82
County	–0.316	0.001	0.73	0.73	–	0.73
Occupation(White collar)						
Blue collar	0.492	0.002	1.64	1.63	–	1.64
Non–economically productive	0.256	0.002	1.29	1.29	–	1.30
No Occupation	0.442	0.002	1.56	1.55	–	1.56
Marital status (Married)						
Unmarried	–0.120	0.002	0.89	0.88	–	0.89
Other	0.203	0.002	1.22	1.22	–	1.23
Monthly income (million Won) (≥301)						
≤100	0.515	0.002	1.67	1.67	–	1.68
101–200	0.143	0.002	1.15	1.15	–	1.16
201–300	0.243	0.002	1.28	1.27	–	1.28
CCI (0)						
1	0.264	0.001	1.30	1.30	–	1.31
2	0.662	0.002	1.94	1.93	–	1.95
3+	0.669	0.005	1.95	1.93	–	1.97
Life Quality	–0.024	0.000	0.98	0.98		0.98
Smoking(no–smoker)						
ex–smoker	0.436	0.002	1.55	1.54	–	1.55
smoker	0.650	0.002	1.92	1.91	–	1.92
High risk drinking	0.192	0.001	1.21	1.21	–	1.21
Depressive symptoms	2.051	0.001	7.77	7.76	–	7.79
Constant	–1.727	0.004	0.18			

\* SE ; Standard Errors.

\*\* EXP ; Expectation.

\*\*\* 95% CI ; 95% Confidence Interval.

\*\*\*\* CC ; Charlson Comorbidity Index.

## IV. 고찰

### 1. 우울증상과 자살사고의 유병률

본 연구의 결과 지난 1년간의 우울증상의 유병률은 남자 11.3%, 여자 19.4%, 전체 15.4%로 나타났다. 이는 미국의 18% (Myers & Weissman, 1980)와 비슷한 수치이며, 1998년도의 한국에서 시행한 남자 23.1%, 여자 27.4%보다는 낮은 수치이다. 이렇게 국내외 우울증상 유병률이 차이가 나는 것은 우울증상의 측정방법이 다르고, 우울증을 표시하는 방식이 다르기 때문이다. 1998년에 시행한 Cho (1998) 등의 조사보다는 우울증상 유병률이 많이 줄어들었는데, 이 당시의 경우에는 조사의 경우에는 CES-D 척도의 우울가능성을 기준 (16점 이상)으로 하였으며, 이는 한국인의 경우 CES-D 점수 21점을 기준으로 보아야 한다는 기존의 연구 (조맹제와 김계희, 1993)에 비취보면 과대평가된 결과일 것이라는 추정이 가능하다. 실제 우울증상의 정도를 나타내는 25점 이상의 경우에는 남자 6.8%, 여자 10.4%로 본 연구의 결과보다는 낮았던 것으로 나타났다. 본 연구에서 사용한 우울증상의 유무는 2주 정도 이상 우울증상으로 인해 사회생활이 지장이 받은 적이 있느냐는 질문을 사용하여 실제 진단기준에 근접하게 하였으므로 실제 우울증에 좀 더 가까운 유병률이 나온 것으로 생각된다.

지난 1년간의 자살사고의 유병률은 남자 13.9%, 여자 23.0%, 전체 18.5%로 나타났다. 이는 호주의 8.2% (Fairweather et al., 2007), 홍콩의 6% (Liu et al., 2006)보다는 높은 수치이며, 남자의 경우는 핀란드의 14.7% (Hintikka et al., 2001)와 비슷한 수치이며, 여성의 경우 20.3%로 나타난 대만의 가임여성인구와 비슷한 유병률이다 (Yang & Yang, 2000). 이렇게 자살사고의 유병률이 지역과 국가마다 다르게 나타난 것은 자살사고의 측정의 다양성으로 인한 것과 현재 자살사망률의 국가 및 지역차이에 근거하는 것으로 생각할 수 있겠다. 우리나라의 경우, 현재 OECD 국가 중 자살률이 1위에 있어 자살사고의 경감이 가장 필수적인 예방책이라고 할 수 있겠다.

## 2. 우울증상 관련요인

연령이 증가할수록 우울증상의 유병률도 증가하는 것으로 나타났는데, 이는 Weissman & Klerman의 연구 (1985)와 일치하는 것으로 나타났다. 이는 연령의 증가로 사회적 스트레스에 직면하게 될 기회가 많아지며, 최근 우리나라의 노화 현상과 더불어 노인 우울증의 증가에 기인하는 것으로 생각된다.

다변량 로지스틱 회귀분석에서 여자의 경우 남자에 비해 우울증상을 가질 위험이 1.86배 높은 것으로 나타났다. 이는 이전의 국내 연구 (조맹제 등, 1998)에서와 거의 같은 수준의 차이이다. 이는 여성의 사회·문화적, 생물학적 취약성을 반영한 것으로 생각된다 (Horwath & Weissman, 1995, Weissman & Klerman, 1977, 1985).

결혼상태와 사회적 지지는 우울증상에 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있다 (Bothwell & Weissman, 1977). 배우자와 같이 살아가는 것이 사회적 지지체계의 일부이며, 부부간의 불화나 독신의 경우는 잘 알려진 우울증의 위험인자이다. 본 연구의 결과도 결혼상태가 미혼이거나 기타의 경우가 배우자가 있는 경우에 비해 우울증상의 위험이 높은 것으로 나타나 이를 지지한다.

월소득이 낮을수록, 직업이 없는 경우에 우울증상 유병률이 높게 나타났다. 이는 가난한 사람들이 우울증에 취약하고 신체질환 및 사회적 소외 등이 가난한 사람들에서 더욱 많다는 기존의 연구 결과 (Craig & Van Natta, 1979, Husaini et al., 1980)와 일치한다.

현재 흡연자가 비흡연자에 비해서 고위험 음주자인 경우에 고위험 음주자가 아닌 경우에 비해서 우울증상 유병률이 높게 나타났다. 이는 좋은 건강습관을 가진 군에서 더 낮은 우울증상을 보인다는 기존의 연구 (Kawakami et al., 1987)와 일치하는 소견이다. 그러나 이런 건강 습관이 우울증으로 인한 결과인지 이런 건강습관의 결과로 우울증상을 가지게 되는지는 명확하지 않다. 향후 전향적인 연구를 통해 더 많은 연구가 필요할 것이다.

만성적 신체질환의 경우 약 1/3 가량의 환자들이 우울증상에 시달리게 되며, 내과적 질환이 있는 경우에 우울증상의 심각도와 경과 및 결과를 나쁘게 한다 (Lavretsky et al., 2002). 본 연구의 결과에서도 Charlson Comorbidity Index 점수가 3점 이상인 경우와, 유병과 외병, 활동제한이 있는 경우, 장애가 있는 경우 및

통증이 많은 경우에 없는 경우보다 우울증상이 더 많이 생기는 것으로 나타나 이를 지지한다.

주관적 건강상태가 나쁠수록 우울증상의 유병률이 높게 나타나 이전의 연구 (Mossey & Shapiro, 1982, 도병욱 등, 1996)와 일치된 결과를 보였다.

스트레스와 우울의 관계에 대해서는 연구마다 견해를 달리하고 있는데, 스트레스가 우울과 연관이 있다는 연구들 (Lewis, 1934, 김현수, 1976, 고진부, 1978)이 있는 반면에 박문희와 박민철 (1995)은 스트레스 지각은 우울과는 상관이 없다는 보고를 하고 있고, 최영민 등(1996)과 고정인 등(1999)은 스트레스는 우울보다는 불안을 더 잘 설명한다고도 하였다. 최근에는 만성적인 평소 스트레스가 뇌의 기질적인 손상을 일으켜 결국에는 우울증에 이르게 한다는 연구 결과 (신경정신의학회, 2005b)가 인정을 받고 있는 실정이다. 본 연구의 결과에서도 성과 연령을 보정한 회귀분석에서 평소 스트레스가 많다고 느끼는 경우에 우울증상이 생길 위험이 그렇지 않다고 응답한 경우에 비해 21.68배 높게 나타나 최근의 결과를 뒷받침한다.

### 3. 자살사고 관련요인

남녀 모두 연령이 증가하면서 자살사고의 유병률이 높아지는 추세를 보였으며 20대가 가장 낮으며, 70대, 80대가 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 초기 성인기에 자살사고의 존재가능성이 높다고 밝힌 호주 (Fairweather et al., 2007), 중국의 대도시 (Lee et al., 2007), 스페인 (Gabilondo et al., 2007), 스코틀랜드 (Hunt et al., 2006) 등의 연구에서와는 다른 결과이다. 노인의 경우 자살의 위험요인은 경제 상태와 주변 지지의 상실이므로 (Rowe et al., 2006) 이는 우리나라의 급속한 노화현상과 맞물려 노인복지 대책의 어려움을 반영하는 것으로 생각할 수 있다.

남녀의 자살사고 유병률은 각각 13.9%, 23.0%로 나타났다. 이는 여성에서 더 높은 것으로 나타난 기존의 연구 (Gabilondo et al., 2007, Hunt et al., 2006)와 일치하는 결과이다. 이는 여성에서 우울증의 유병률이 높은 것과 일맥상통하는 결과로 볼 수 있겠다.



배우자가 있는 경우에 비해서 배우자가 어떤 식으로든 없이 살아가는 사람들이 자살사고를 가질 위험이 1.155배 높은 것으로 나타났으며, 미혼의 경우에는 기혼의 경우보다 0.938배 낮은 것으로 나타났다. 이는 배우자가 없거나 (Lee et al., 2007, Taylor et al., 2007, Pirkis et al., 2000) 사회적 지지체계가 없는 경우 (Rowe et al., 2006, Vanderhorst & McLaren, 2005) 자살사고의 위험성이 높다는 기존의 연구들과 일치하는 결과들이다. 미혼의 경우에는 논란이 많은데, Lee et al. (2007) 등은 미혼의 경우 자살사고의 유병률이 높은 것으로 보고하여 본 연구의 결과와는 상반되는 결과를 보였다. 본 연구에서 같은 집단을 대상으로 시행한 우울증상 유병률의 경우에는 미혼인 경우가 배우자가 있는 경우에 비해서 1.059배 더 높은 것으로 나타나 결혼상태에 따른 우울증상과 자살사고의 유병률의 차이는 서로 상반된 결과를 보였다. 이를 설명할 수 있는 변수들은 아직 논란 중이다. 다만, 우리나라의 경우 강력한 유교적 문화로 인해 우리나라의 경우 우울한 감정의 표현보다는 자살사고의 표현에는 아직 신중한 태도를 나타내는 것일 수도 있겠다.

취업상태는 자살사고가 있는 사람들에서 자살시도를 예측할 수 있는 가장 강력한 인자로 보고되어 왔다 (Pirkis et al., 2000). 취업은 기본적인 수입을 유지해주며, 대인관계 유지의 기본이 되는 요소로 우울증의 예방에도 매우 중요한 요인이다. 본 연구의 결과 사무직을 가지고 있는 집단에 비해서 무직인 경우 자살사고가 생길 위험이 1.756배 높았다. 이는 기존의 연구 결과들 (Pirkis et al., 2000, Fairweather et al., 2007) 과 일치하는 결과이다. 우리나라의 경우 박종순 등(2003)은 경제성장률과 실업률이 자살률과 밀접한 관계가 있다고 보고하였다. 이는 한국에서 급격한 산업화와 도시화, 지역사회와 가족의 통합력 와해 (신승철 등, 1990)에 더하여, 경제적인 문제가 자살과 높은 관련성이 있다는 것을 시사한다.

소득수준이 낮을수록 자살사고의 위험이 높았다. 이는 기존의 연구결과와 일치하는 것이다 (Rowe et al., 2006). 그러나 실제로 낮은 수준의 소득 자체보다는 재정적 상실(Turvey et al., 2002)과 재정적 스트레스(Dooley et al., 1998)가 더 중요한 의미를 지닌다고 보고되고 있다.

비흡연자에 비해서 과거흡연자와 현재 흡연자는 모두 자살사고의 유병률이 높은 것으로 나타났다. 이는 기존의 연구 결과들 (Tanskanen et al., 1998, Hintikka et al., 2001, Boden et al., 2007)과 일치하며, 특히 흡연이 자살사고에서 벗어나는 것을 지연시킨다는 것 (Hintikka et al., 2001)을 생각해 볼 때 중요한 공중보건의 문제이

며, 우리나라의 경우 남성들의 흡연율은 감소하고 있는 반면에 여성들의 흡연인구가 늘어나고 있고, 여성에서의 자살사고 유병률이 높게 나타난 것을 볼 때 향후 여성 흡연자의 조절이 자살 유병률 감소에 필수적인 것이라고 생각할 수 있다.

고위험 음주의 경우에도 자살사고의 위험률을 증가시켰다. Hufford (2001)는 알코올 의존이 자살행동을 일으키는 기전을 알코올이 심리적 스트레스를 증가시키며, 공격성을 증가시키고, 술을 마신 후에 자살사고를 행동화하는 것을 촉진하며, 다른 대처전략을 적용하는데 장애가 있는 인지를 가지게 한다는 것으로 설명을 하고 있다.

지난 2 주간의 질병이 있는 경우 (유병)와 지난 1달간의 와병이 있는 경우의 OR은 각각 1.19, 1.43으로 나타났다. 이는 내과적 질환이 자살사고와 연관이 있다는 기존의 연구들 (Raue et al., 2007, Akechi et al., 2004)과 일치하는 경우이다. 본 연구의 결과 종합적인 질환의 정도를 나타내는 Charlson Comorbidity Index가 3점 이상인 경우에 자살사고를 가질 가능성이 1.70배로 나타나 이를 더욱 지지하고 있다.

본 연구에서 활동제한과 장애 상태가 자살사고의 관련요인으로 나타났다. 기존의 연구들은 노인들에 국한한 연구들에서 인지기능의 장애와 활동제한 (Ayalon et al., 2007, Awata et al., 2005, Pirkis et al., 2000)이 자살사고에 영향을 미친다고 보고하였으나, 본 연구의 경우 전체 연령대에서 활동제한과 장애가 자살사고에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

기존의 연구들은 주관적으로 느끼는 건강상태가 자살사고에 영향을 미친다고 보고하고 있다 (Berg et al., 2003, Yang & Yang, 2000). 본 연구에서도 주관적 건강이 불량하다고 생각하는 집단이 양호하다고 생각하는 집단에 비해 자살사고의 위험이 높은 것으로 나타나 기존의 연구와 일치하는 결과들을 보여주고 있다.

평소 스트레스가 많은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 자살사고를 가질 위험성이 3.02배 높은 것으로 나타나 평소 스트레스의 관리가 자살사고에 미치는 영향이 크다는 것을 밝혔다. 이는 기존의 연구들 (Scocco et al., 2001, Hintikka, 2001, Taylor et al., 2007)과 일맥상통하는 결과이다.

통증이 많이 있는 경우에 없는 경우보다 자살사고의 위험이 높았다. 이는 통증에 압도되는 경우 자살의 위험성이 높다는 Edwards et al. (2006)의 연구 결과와 일치하며, Tang et al. (2006)은 통증이 자살에 미치는 8가지 위험요인을 통증의 유형, 통증의 정도와 기간, 통증과 함께 오는 불면증, 통증에 대한 무력감과 무망감, 통증

으로부터 벗어나고 싶은 욕구, 통증에 압도되는 것과 통증을 회피하게 되는 것, 문제해결능력의 부재라고 제시 하였으며, 만성통증 환자들의 통증조절과 통증 대처 전략 마련이 자살사고 유병률의 감소에 영향을 줄 것이라고 제안하였다.

우울은 자살사고와 자살시도에 있어서 가장 잘 알려진 위험인자이다. 본 연구에 결과에서도 우울증상이 있는 경우가 없는 경우에 비해서 자살사고를 가질 위험이 7.77배로 나타나 가장 강력한 위험인자로 나타났다. Liu et al. (2006)은 무망감, 삶의 이유, 가족이나 친지로부터의 도움을 거절하는 것이 지난 1년간의 자살사고의 위험인자라고 하였고, 삶의 이유가 주관적 스트레스와 자살사고를 완화하는 효과가 있다고 이야기 하였다. Bernal et al. (2007)은 유럽인을 대상으로 한 연구에서 주요 우울삽화와 기분부전장애가 있는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 자살사고의 위험도가 각각 2.9배, 2배라고 하였다. 노인 (Raue et al., 2007, Awata et al., 2005, Scocco et al., 2001) 과 젊은 성인(Lee et al., 2007, Gabilondo et al., 2007, Prigerson & Slimack, 1999) 을 불문하고 우울증상은 자살사고의 강력한 위험인자라고 보고되고 있다. 특히 Petrie et al. (1992)은 자살시도로 입원한 환자의 재시도를 예측할 수 있는 가장 강력한 예측인자는 무망감과 낮은 자아존중감이라고 하여 자살사고가 있는 환자들에서 우울증상과 관련된 무망감 및 자아존중감이 예후에 큰 영향을 미칠 것이라는 것을 시사하고 있다. 따라서 자살사고가 있는 환자의 우울증상 유무를 판단하고 우울증상에 미치는 관련요인들을 또한 파악하여야 자살사고의 유병률을 줄일 수 있을 것이라고 생각된다.

#### 4. 연구의 제한점 및 의의

본 연구의 제한점으로는 다음과 같은 것이 있다. 첫째, 본 연구의 디자인은 단면 연구로서 우울증상과 자살사고의 관련요인을 파악하였으나 이들의 인과관계를 파악하기에는 어려움이 있다. 둘째, 자살사고 자체보다는 자살시도나 자살사고의 변동이 추후 자살의 위험성을 더 잘 설명하는 것으로 알려져 있으나 (Witte et al., 2005) 본 연구는 1년간의 연구로서 자살사고의 변화를 관찰하기 어려웠다. 셋째, 자살성공자의 위험요인을 파악하기 위해서는 자살성공자의 자료를 취합해야하나 자료 취합

의 어려움으로 인해 연구가 불가능한 현실이다. 넷째, 우울증을 진단하는 방법이 가장 정확하고 신뢰도가 있을 것이나 대규모 역학 연구이므로 진단하는 방법을 사용하지 못하고 설문에 의지하였다는 점이다.

단면연구의 디자인상의 제한점은 극복하기 어려우나, 자살 성공자보다는 자살사고의 유병률을 조사한 이유는 자살사고가 자살행동의 강력한 위험인자이므로 자살사고의 관련요인을 파악하여 예방할 수 있는 대책을 세우는 것이 최선이라고 생각했기 때문이다. 우울증상의 유무를 정확하게 판단하기 위하여, “2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울증”으로 설문을 하여 가급적 주요우울증의 기준에 근접한 자료를 이용하였으므로 전국적 역학조사의 연구방법으로서 큰 문제가 없으며, 오히려 초기발견과 초기치료가 중요한 우울증과 자살사고의 관련요인 파악에는 더 중요하다고 생각된다.



## V. 결 론

한국 성인에서 우울증상과 자살사고의 유병률이 매우 높게 나타났으며, 기존에 알려진 관련요인들이 대부분 재현되었다. 본 연구에서 나타난 우울증상과 자살사고 관련요인들을 적극적으로 관리하여 우울증상 및 자살사고로 인한 개인과, 사회, 국가의 부담을 경감시키는 제도적, 재정적 지원이 필요할 것이다.



## VI. 참고문헌

고정인, 피상순, 류미경, 오상우, 박민철, 1995, 기분장애 환자의 스트레스와 정서반응 (우울, 불안, 분노 반응), 생물치료정신의학, 5(2) : 113-21.

고진부, 1978, 우울증의 사회 정신의학적 연구, 신경정신의학, 17 : 295-302.

김현수, 1976, 우울증의 유발요인에 관한 임상적 연구, 신경정신의학, 15 : 355-71.

도병욱, 조성자, 최소영, 오상우, 김철환, 유태우, 1996, 일차진료에서 우울성향과 증상 및 질병의 연관성, 가정의학회지, 17(9) : 775-83.

박문희, 박민철, 1995, 알코올 의존 환자의 스트레스 지각, 대처방식, 사회적지지 및 통제소재가 우울과 불안에 미치는 영향, 신경정신의학, 34 : 1451-9.

박종순, 이준영, 김순덕, 2003, 우리나라에서 경제성장률과 실업률이 자살률에 미치는 영향, 예방의학회지, 36(1) : 85-91.

보건복지부, 2006, 2005년도 국민건강영양조사 결과

[http://knhanes.cdc.go.kr/result/Result\\_03.aspx](http://knhanes.cdc.go.kr/result/Result_03.aspx)

신경정신의학회편a, 2005, 신경정신의학, 중앙문화사, 서울, pp 169.

신경정신의학회편b, 2005, 신경정신의학, 중앙문화사, 서울, pp 173.

신승철, 이호영, 이은설, 1990, 한국인의 자살, 신경정신의학, 29 : 923-31.

정인원, 박정래, 김재진, 1996, 충북대학교 병원 응급실을 방문한 자살기도자의 사회경제학적 특성 연구, 충북의대 학술지, 6(1) : 135-48.

조맹제, 김계희, 1993, 주요우울증 환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studieds Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구, 신경정신의학, 32(3) : 381-399.

최영민, 이정호, 이기철, 1996, 지각된 스트레스와 스트레스 대처방식이 직장인의 우울과 불안에 미치는 영향, 신경정신의학, 35 : 1376-85.

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y, 2004, Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer, Cancer, 1 ; 100(1) : 183-91.

Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, Hozawa A, Omori K, Kuriyama S, Arai H, Nagatomi R, Matsuoka H, Tsuji I, 2005, Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population : a community-based, cross-sectional study, Psychiatry Clin Neurosci, 59(3) : 327-36.

Ayalon L, Mackin S, Arean PA, Chen H, McDonel Herr EC, 2007, The role of cognitive functioning and distress in suicidal ideation in older adults, J Am Geriatr Soc., 55(7) : 1090-4.

Berg AM, Hem E, Lau B, Loeb M, Ekeberg O, 2003, Suicidal ideation and attempts in Norwegian police, Suicide Life Threat Behav, 33(3) : 302-12.

Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lepine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators, 2007, Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J Affect Disord., 101(1-3) : 27-34.

Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ, 2007, Cigarette smoking and suicidal behaviour: results from a 25-year longitudinal study, *Psychol Med.*, 25 : 1-7.

Bothwell W, Weissman MM, 1977, Social impairments 4 years after an acute depressive episode, *American Journal of Orthopsychiatry*, 47 : 231-237.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS, 2004, Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial, *JAMA*, 3 ; 291(9) : 1081-91.

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR, 1987, A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation, *Journal of Chronic Diseases*, 40 : 373-383.

Cho MJ, Nam JJ, Suh GH, 1998, Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults, *Psychiatr Res.*, 81 : 341-352.

Craig TJ, Van Natta PA, 1979, Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms : the relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education and marital status, *Arch Gen Psychiatry*, 36 : 149-154.

de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, & Bouter LM, 2003, How to measure comorbidity : a critical review of available methods, *Journal of Clinical Epidemiology*, 56 : 221-229.



Dooley D, Catalano R, Rook K, Serxner S, 1989, Economic stress and suicide: multilevel analyses. Part 1 : Aggregate time-series analyses of economic stress and suicide, *Suicide Life Threat Behav*, 19(4) : 321-36.

Durkeihm E, 1951, *Suicide* New York : Free PRESS, (K13-122).

Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J, 2006, Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain, *Pain*, 126(1-3) : 272-9.

Erkki T, Markus M, Henriksson, Hillevi M, 1994, Suicide in major depression, *Am J Psychiatry*, 151 : 530-6.

Fairweather AK, Anstey KJ, Rodgers B, Jorm AF, Christensen H, Age and gender differences among Australian suicide ideators : prevalence and correlates, *J Nerv Ment Dis.*, 195(2) : 130-6.

Freud S. 1957, Mourning and melancholia(1917) In : Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Translated and ed by Strachey J, London, Hogarth, 14 : 237-60.

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Haro JM, 2007, Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population, Results from the ESEMeD study, *Med Clin (Barc)*, 129(13) : 494-500.

Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H, 2007, Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 36(12) : 590-4.

Horwath E, Weissman MM, 1995, Epidemiology of depression and anxiety disorders. In : Textbook in Psychiatric Epidemiology Ed by Tsuang MT. Tohen M, Zahner GEP John Wiley&Son Inc.

Hufford MR, 2001, Alcohol and suicidal behavior, *Clin Psychol Rev.*, 21(5) : 797-811.

Hunt K, Sweeting H, Keoghan M, Platt S, 2006, Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. A general population study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 41(8) : 641-7.

Husaini BA, Neff JA, Harrington JB, Houghs MD, Stone RH, 1980, Depression in rural communities : validating the CES-D scale, *J Community Psychol.*, 8 : 20-7.

Johnson JA, Nowatzki TE, Coons SJ, 1996, Health-related quality of life on diabetic Pima Indians, *Medical Care*, 34 : 97-102.

Kawakami N, Haratami T, Koizumi A, 1987, Relationship between health practices and depressive mood among industrial workers, *Jpn J Ind Health*, 29 : 55-63.

Koike AK, Unutzer J, Wells KB, 2002, Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness, *Am J Psychiatry*, 159 : 1738-45.

Korea National Statistic Office, 2001, 2001 Annual Report on the Cause of Death Statistics.

Korea National Statistic Office, 2005, 2001 Annual Report on the Cause of Death Statistics.

Lavretsky H, Kitchen C, Mintz J, Kim MD, Estanol L, Kumar A, 2002, Medical burden, cerebrovascular disease, and cognitive impairment in geriatric depression : modeling the relationships with the CART analysis, *CNS Spectr.*, 7(10) : 716-22.

Lee S, Fung SC, Tsang A, Liu ZR, Huang YQ, He YL, Zhang MY, Shen YC, Nock MK, Kessler RC, 2007, Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China, *Acta Psychiatr Scand.*, 116(6) : 429-37.

Lewis AJ, 1934, Melancholia, a clinical survey of depressive states. *J Ment Sci.*, 80 : 277-378.

Liu KY, Chen EY, Chan CL, Lee DT, Law YW, Conwell Y, Yip PS, 2006, Socio-economic and psychological correlates of suicidality among Hong Kong working-age adults : results from a population-based survey, *Psychol Med.*, 36(12) : 1759-67.

Mossey JM, Shapiro E, 1982, Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly, *AJPH*, 72 : 800-8.

Myers JK, Weissman MM, 1980, Use of a self-report symptom scale to detect depression in community sample, *Am J Psychiatry*, 137 : 1081-4.

Organization for Economic Cooperation and Development. *OECD Health Data 1999.*

Petrie K, Brook R, 1992, Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide, *Br J Clin Psychol.*, 31(Pt3) : 293-300.

Pirkis J, Burgess P, Dunt D, 2000, Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults, *Crisis.*, 21(1) : 16-25.

Prigerson HG, Slimack MJ, 1999, Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults, *J Nerv Ment Dis.*, 187(1) : 23-31.

Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL, Heo M, Bruce ML, 2007, Suicidal ideation among elderly homecare patients, *Int J Geriatr Psychiatry.*, 22(1) : 32-7.

Reiger DA, Boyd JH, Rae DS, Burke JD, Locke BI, Myers JK, Kramer M et al., 1988, One month prevalence of mental disorders in the US based on the five Epidemiologic Catchment Area sites, *Arch Gen Psychiatry*, 45 : 977-86.

Rowe JL, Bruce ML, Conwell Y, 2006, Correlates of suicide among home health care utilizers who died by suicide and community controls, *Suicide Life Threat Behav.*, 36(1) : 65-75.

Scocco P, Meneghel G, Caon F, Dello Buono M, De Leo D, 2001, Death ideation and its correlates : survey of an over-65-year-old population, *J Nerv Ment Dis.*, 189(4) : 210-8.

Stallones L, Marx MB, Farrity TF, 1990, Prevalence and correlates of depressive symptoms among older US adults, *Am J Prev Med.*, 6 : 295-303.

Tang NK, Crane C, 2006, Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links, *Psychol Med.*, 36(5) : 575-86.

Tanskanen A, Viinamäki H, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen HT, Lehtonen J, 1998, Smoking and suicidality among psychiatric patients, *Am J Psychiatry*, 155(1) : 129-30.

Taylor A, Dal Grande E, Gill T, Fisher L, Goldney R, 2007, Detecting determinants of suicidal ideation : South Australian surveillance system results, *Int J Public Health*, 52(3) : 142-52.

Turvey C, Stromquist A, Kelly K, Zwerling C, Merchant J, 2002, Financial loss and suicidal ideation in a rural community sample, *Acta Psychiatr Scand.*, 106(5) : 373-80.

Vanderhorst RK, McLaren S, 2005, Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults, *Aging Ment Health*, 9(6) : 517-25.

Weisman MM, Myers JK, Thompson WD, 1981, Depression and its treatment in a US urban community, *Arch Gen Psychiatry*, 38:417-421.

Weissman MM, Klerman GL, 1977, Sex differences in the epidemiology of depression, *Archives of General Psychiatry*, 34 : 98-111.

Weissman MM, Klerman GL, 1985, Gender and depression. Trends in Neurosciences, 8 : 815-9.

Weissman MM, Myers JK, 1978, Affective disorder in a US urban community, *Arch Gen Psychiatry*, 35 : 1304-11.

Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE Jr, Schmidt NB, 2005, Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation?, *J Affect Disord.*, 88(2) : 131-6.

Xuan J, Kirchdoerfer LJ, Boyer JG, Norwood GJ, 1992, Effects of comorbidity on health-related quality of life scores : an analysis of clinical trial data, *Clinical Therapeutics*, 21 : 383-403.

Yang MS, Yang MJ, 2000, Correlated risk factors for suicidal ideation in aboriginal Southern Taiwanese women of childbearing age, *Public Health*, 114(4) : 291-4.

Yen YC, Yang MJ, Yang MS, Lung FW, Shih CH, Hahn CY, Lo HY, 2005, Suicidal ideation and associated factors among community-dwelling elders in Taiwan, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 59(4) : 365-71.



## VII. 적 요

우리나라의 우울증 및 자살사고 특성을 파악하고, 우울 및 자살과 관련된 인구사회학적 특성, 활동제한 특성, 질병이환 특성, 보건의식행태 특성 등 제 영역의 위험요인을 규명함으로써 향후 우울증 및 자살사고 예방구축에 근거자료를 제공하고자 한다.

2005년도 국민건강 영양 조사 원시자료를 이용하였다. 최종대상은 국민건강영양조사 대상자중 성인보건의식행태조사에 응한 총 7802명이었으며, 남자 3510명 여자 4292명이었다. 종속변수는 우울증 유병률, 자살사고 유병률로 하였고, 독립변수로는 사회경제적 수준, 보건의식행태, 삶의 질 등으로 하였다. 각 독립변수 수준별로 유병률을 제시하고 성과 연령을 보정한 비차비 (Odds Ratio)를 제시하였다. 우울증 유병률과 자살사고 유병률을 종속변수로 하는 로지스틱회귀분석을 시행하여 관련요인을 제시하였다.

본 연구의 결과 한국의 우울증상 유병률은 남자 11.3%, 여자 19.4%, 전체 15.4%로 나타났으며, 자살사고의 유병률은 남자 13.9%, 여자 23.0%, 전체 18.5%로 나타났다.

로지스틱 회귀분석결과 우울증상의 관련요인은 여성 (OR=2.39, 95% CI 2.38-2.40), 무직 (OR=1.56, 95% CI 1.55-1.56), 월소득이 100만원 이하인 경우 (OR=1.67, 95% CI 1.67-1.68)로 나타났으며, Charlson Comorbidity Index 점수가 3점 이상인 경우 (OR=1.95, 95% CI 1.93-1.97)로 나타났으며, 현재 흡연 (OR=1.92, 95% CI 1.38-1.39), 고위험 음주 (OR=1.21, 95% CI 1.21-1.21)로 나타났다.

자살사고의 관련요인은 여성 (OR=2.16, 95% CI 2.16-2.17), 무직 (OR=1.50, 95% CI 1.50-1.51), 월소득이 100만원 이하인 경우 (OR=1.62, 95% CI 1.62-1.63)로 나타났으며, Charlson Comorbidity Index 점수가 3점 이상인 경우 (OR=1.70, 95% CI 1.69-1.72)로 나타났으며, 현재 흡연 (OR=1.92, 95% CI 1.91-1.92), 고위험 음주 (OR=1.21, 95% CI 1.21-1.21)로 나타났다. 우울증상이 있는 경우 (OR=7.77, 95% CI 7.76-7.79)로 나타났다.

한국 성인에서 우울증상과 자살사고의 유병률이 매우 높게 나타났으며, 기존에 알려진 관련요인들이 대부분 재현되었다. 본 연구에서 나타난 우울증상과 자살사고 관련요인들을 적극적으로 관리하여 우울증상 및 자살사고로 인한 개인과, 사회, 국가의 부담을 경감시키는 제도적, 재정적 지원이 필요하다.

