

## 우울증 대상자의 정신 상담 경험 여부 예측 모형\*

한 명 희\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

전 세계적으로 우울증 환자의 수는 급격히 증가하고 있으며, 2030년에는 대상자와 지역사회로 하여금 가장 큰 사회·경제적 부담을 초래하는 질환이 될 것으로 예측된다(Kim, Kim, & Rhee, 2020). 우울증은 2주 이상 거의 매일 우울한 기분, 흥미의 상실, 식욕 및 수면 상태의 변화, 이유가 없는 피로, 자살하고자 하는 생각 등으로 일상 및 직장 생활에 곤란을 겪는 경우를 의미한다(Ministry of Health and Welfare, 2021). 우울증은 한 개인의 평생에 걸쳐 어떠한 시기에도 노출될 수 있고(Jeon, 2014), 성인 10명 중 1명이 일생 동안 1회 이상 노출될 정도로 흔한 질병이어서(Choi, 2021), 유병률이 10-20%로 높게 나타나는 것이 특징이다(Jeon, 2014).

우울증 환자의 경우 다수의 부정적인 경험을 하게 되며 이는 극심한 정신적 스트레스를 유발한다. 이러한 정신적 스트레스로 그들의 삶의 질은 낮아지고, 심각하게는 자살 생각과 시도까지 하게 된다(Park, Choi,

Lee, & Lee, 2020). 실제로, 우리나라는 우울증 유병률과 자살률이 크게 증가하고 있고, 자살을 시도하는 사람들 중 약 56%가 우울증을 앓고 있었던 것으로 추정된다(Rho & Yoon, 2013). 보건복지부 국립정신건강센터 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서에 따르면, 우리나라의 경우 Organization for Economic Cooperation and Development(OECD) 국가 중 최고 수준의 자살률을 보이고 있지만, 이에 가장 영향을 크게 미치는 우울증 고위험군이 치료로 연계되는 비율은 3.7%에 불과하다고 보고하였다(Choi, 2021). 이에, 우울증을 감정의 불안정과 같은 단순한 문제로 취급하기 보다는 정신 및 신체에 심각한 영향을 주는 질병으로 여겨 질병의 초기부터 적극적으로 치료할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 제안하고 있다(Choi, 2021).

이렇듯, 우울증이 정신건강의학의 분야 그리고 임상 환경에서 가장 흔하게 마주치는 질환임에도 불구하고, 큰 문제는 우울증의 증상이 있지만 치료를 시도하지 않는 환자의 비율이 30%를 차지하여 치료 참여도가 저조하다는 것이다(Lee, 2018). 보건복지부의 2022년 정신건강사업 안내에 따르면, 우리나라는 24시간 전 국민을 대상으로 정신건강 상담전화(1279)를 운영하고 있고, 청(소)년

\* 이 논문은 2022년도 동양대학교 학술연구비의 지원으로 수행되었음.

\*\* 동양대학교 간호학과 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-7039-5242>) (교신저자 E-mail: dewdrop54@daum.net)

• Received: 27 January 2023 • Revised: 18 April 2023 • Accepted: 26 April 2023

• Address reprint requests to: Myeunghee Han

School of Nursing, Dongyang University

(36040) 145, Dongyangdae-ro, Punggi-eup, Yeongju-si, Gyongsangbuk-do, Republic of Korea

Tel: +82-54-630-1279, E-mail: dewdrop54@daum.net

을 대상으로 정신건강을 위한 조기중재센터도 운영하고 있다. 또한, 생애주기별 마음건강사업을 통해 우울증 고위험군을 조기에 발견하고 치료하여 우울증의 발병을 예방하고 만성화를 방지하려는 노력도 하고 있다 (Ministry of Health and Welfare, 2022). 하지만 이러한 노력에도 불구하고, 최근 기사에 따르면 우울증으로 인한 정신과 치료를 기피하면서 극단적 선택을 선택하는 비율이 2020년 4,905명에서 2021년 5,258명으로 7.2%나 증가하였다고 보고하였다(Lee, 2022). 이는 여전히 우울증을 발생시키는 병리적 기전에 대한 이해도가 낮고 우울증 치료 참여에 많은 한계가 있다는 것을 의미한다(Park et al, 2020). 또한, 우울증 환자들은 사회의 부정적 시선으로 인해 치료를 받는 것을 조심스러워 하고 피하게 되어 우울증의 진단과 치료가 늦어지는 한계를 경험하고 있다. 이런 이유로 우울증의 진단이 늦어져 치료의 효과가 좋지 못하면 보다 중증으로 심화되어 생명을 해치는 최악의 결과를 낳을 수 있다(Choi, 2021). 따라서 우울증을 효과적으로 치료하고 관리하기 위하여 우울증 증상이 있는 사람을 조기발견하고 치료에 참여할 수 있도록 독려하는 것이 필요하다(Ahn, 2012).

우울증 대상자의 정신 상담 경험을 파악하는 선행연구가 부족하여 영향을 미치는 요인들을 정확하게 파악할 수 없으나 성별, 나이, 교육수준, 사회적지지 정도가 정신 건강 도움 요청행위에 영향을 미친다는 결과가 있었다(Lee, 2007). 농어촌 지역에 거주하는 노인의 정신건강서비스 이용의향에 관한 연구에 따르면 학력, 독거여부, 서비스 인지도, 소득수준에 따라 이용에 차이가 있음을 확인하였다(Lee, Choi, Park, & Lim H, 2010). 한 연구에서는 경제수준, 경제활동 여부, 스트레스 수준, 주관적 건강상태가 불안하거나 우울한 성인의 정신문제 상담경험에 영향을 준다고 밝혔다(Kim, 2020). 하지만, 우울증이 있는 대상자를 중심으로 정신상담 참가에 영향을 미치는 선행연구는 극히 드물어 본 연구는 우울증이 있는 대상자 중 정신상담 치료 참여 여부를 예측하는 요인들을 분석하고자 한다. 특히, 치료를 받지 못하고 있는 대상자들이 가지고 있는 특성들의 조합을 중점적으로 밝히고자 하며, 이에 정신 의학 치료의 취약계층을 파악하고 그들을 위한 실질적인 정신 건강 의료서비스가 제공될 수 있도록 하며, 정신 건강

증진 및 치료와 관련된 사회복지 강화 및 범국가적 정책 방안 마련의 기초자료로서 활용되고자 시도되었다.

## 2 연구 목적

본 연구는 2021년 지역사회 건강조사를 활용하여 우울증이 있는 대상자 중 우울증 정신상담 치료 참여 여부를 예측하는 모형을 구축하고자 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 우울증으로 인한 정신상담 경험군과 비경험군의 일반적 특성을 비교한다.
- 둘째, 우울증으로 인한 정신상담 경험군과 비경험군의 건강관련 특성을 비교한다.
- 셋째, 정신상담 치료 참여 여부를 예측하는 모형을 구축한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계 및 대상

본 연구의 대상자는 2021년 지역사회건강조사를 활용한 이차자료 분석이다. 설문 총 응답자 229,242명 중 Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)의 문항 중 결측치를 가진 15,137명은 본 연구에서 제외하였으며, PHQ-9 총점 10점 이상(중간 정도 우울증)으로 병·의원에서 진료를 받거나 정신건강복지센터에서 상담이 필요하다고 판단되는(Park et al, 2010) 3,925명을 대상으로 하였다. 총 3,925명 중 우울증상으로 인한 정신상담 여부에 “예”로 응답한 대상자는 정신상담 경험군(n=1,387, 35.3%), “아니오”로 응답한 대상자는 정신상담 비경험군(n=2,538, 64.7%)으로 구분하였다. 본 연구의 최소 대상자 수는 데이터마이닝을 활용한 분류 모형 연구에서 최소 표본수를 선정할 때 사용하는 ‘6\* 종속변수의 집단 수\*독립변수의 수’ 수식에 의하여 산출되었다(Dermater & Hancock, 2001; Seo & Kim, 2019). 본 연구의 종속변수의 집단은 2, 독립변수의 수는 24임을 적용하였을 때 최소 표본의 수는 288이었다. 이에 본 연구의 대상자 수는 의사결정나무분석을 위해 충분한 것으로 확인되었다.

## 2. 연구 도구

### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 나이(만)는 생애 주기별 연령 기준을 적용하여 '19-44세', '45-64세', '65-74세', 그리고 '75세 이상'으로 구분하였다. 성별(남자, 여자), 거주 지역(시, 도), 교육 수준(고등학교 졸업 이하, 2-3년제 대학 졸업 이상), 경제활동 여부(예, 아니오), 혼인 상태(미혼, 기혼), 가구원수(명), 가족 형태(독거, 독거 아님), 기초생활수급자여부(예, 아니오), 코로나 관련 총소득 변화(감소, 변화 없음, 증가), Body Mass Index(BMI, kg/m<sup>2</sup>)(저체중, 정상, 과체중, 비만), 그리고 삶의 만족도(0-10점)가 포함되었다.

### 2) 건강관련 특성

대상자의 건강관련 특성으로 현재 흡연 여부에 대해서는 '매일 피운다', '가끔 피운다'의 경우 '예' 그리고 '과거에는 피웠으나 현재 피우지 않는다'의 경우에는 '아니오'로 재코딩 하였다. 또한, 음주 여부(예, 아니오), 연간 음주 빈도(최근 1년간 전혀 마시지 않았다, 한 달에 1번 미만, 한달에 1번 정도, 한달에 2-4번 정도, 일주일에 2-3번 정도, 일주일에 4번 이상, 한번 섭취 시 음주량(1-2잔, 3-4잔, 5-6잔, 7-9잔, 10잔 이상)이 포함되었다. 주관적 건강수준의 항목에 대한 응답은 '매우 좋음'과 ' 좋음'은 ' 좋음'으로, '나쁨'과 '매우 나쁨'은 '나쁨'으로 재 코딩하여 나타내었다. 자살 생각 경험 여부(예, 아니오), 자살시도 경험 여부(예, 아니오), 인지장애 경험 여부(예, 아니오)도 포함되었다. 의료진 설명 내용 이해 능력과 글로 쓰인 건강정보 이해 능력의 경우 '아주 쉽다', '어느 정도 쉽다'는 '쉽다'로 '다소 어렵다'와 '매우 어렵다'는 '어렵다'로 재 코딩 하였다. 주관적 스트레스 수준은 '대단히 많이 느낀다', '많이 느끼는 편이다', '조금 느끼는 편이다', 그리고 '거의 느끼지 않는다'로 구분하였다.

### 3) 정신건강관련 특성

지역사회건강조사의 정신 건강에 대한 조사는 PHQ-9 척도를 사용하여 파악되었다. PHQ-9 척도는 총 9문항 1) 일에 대한 흥미나 재미없음, 2) 우울감 혹은 절망감, 3) 잠들기 어렵거나 많이 잠, 4) 피로감, 기력 저하, 5)

식욕 저하 혹은 과식, 6) 내 자신이 나쁜 사람, 7) 신문이나 TV 집중 어려움, 8) 거동이나 말이 느림, 9) 죽는 것이 낫겠다는 생각으로 구성되어 있다. 각 문항은 '전혀 아니다'(0점), '여러 날 동안'(1점), '1주일 이상'(2점), '거의 매일'(3점)로 응답하도록 되어 있고, 각 응답의 합을 산출하여 총점 27점 중 4점 이하는 '우울증 아님', 5~9점은 '가벼운 우울증', 10~19점은 '중간 정도 우울증', 20점 이상은 '심한 우울증'으로 치료가 필요함으로 해석한다(Park et al, 2010; Hwang & Oh, 2014) (Hwang & Oh, 2014; Park et al, 2010).

## 2. 자료 분석

본 연구의 자료 분석은 SPSS 28.0을 활용하여 시행하였다. 정신상담 경험군과 비경험군의 일반적 특성, 건강관련 특성, 그리고 정신건강 관련 특성을 확인하고 비교하기 위하여 기술 통계 분석 및 독립 표본 T-분석, 그리고 교차분석을 실시하였다. 또한, 정신상담 경험 여부를 예측하는 모델을 구축하기 위하여 의사결정나무분석 방법을 실시하였다. 본 연구에 포함된 변수들은 명목 변수와 연속 변수 두 가지 형태를 모두 가지고 있어, 변수가 이산형인 경우에는  $\chi^2$ -test를 수행하고, 연속형인 경우에는 F-test를 적용해 주는 Chi-squared Automatic Interaction Detection(CHAIID)를 선정하였다(Choi & Seo, 1999; Seo & Kim, 2021). 또한 트리의 구성을 최대 수준 수 3, 부모 노드 100, 자식 노드 50으로 설정하였다. 본 연구에서 최종적으로 도출된 트리의 타당성을 확인하기 위해서는 분할 표본 타당성 검사(split-sample validation)을 실시하였다(Choi & Seo, 1999; Seo & Kim, 2021).

## III. 연구 결과

### 1. 일반적 특성

본 연구의 대상자 중 우울증으로 인한 정신상담 경험군과 비경험군의 차지 비율은 각 35.3%(n=1,387명)과 64.7%(n=2,538명)이었다. 정신상담 경험군의 경우 19-44세에 해당하는 비율이 36.0%(n=500명)로 가장 높았고, 비경험군의 경우는 45-64세가 28.5%(n=723

명)로 가장 높은 것으로 나타났으며, 연령에 따른 정신 상담 경험 여부는 유의한 차이가 있었다( $p<.001$ ). 정신 상담 경험 여부는 성별( $p<.001$ ), 거주 지역( $p<.001$ ), 교육 정도( $p<.001$ ), 그리고 혼인 상태( $p<.001$ )에 따라 유의미한 차이가 있었다. 가족 구성원 수에 대해서는 경험군과 비경험군 각 평균 2.28명과 2.16명으로 통계학적 차이가 있었다( $p=.002$ ). 기초생활수급자 여부에 따라 정신 상담 경험 여부에 차이가 있는 것으로 확인

되었다( $p<.001$ ). 경제활동 여부( $p=.244$ ), 가족 형태 ( $p=.476$ ), 가구 월 소득( $p=.425$ ), 코로나 관련 총소득 변화( $p=.614$ ), 체질량지수( $p=.189$ ), 그리고 삶의 만족도( $p=.289$ )에 따른 정신상담 경험 여부는 통계학적으로 유의미한 차이가 없었다(Table 1).

## 2. 건강관련특성

Table 1. General characteristics (N=3,925)

Characteristics	Categories	Experience of counseling for depression		p-value
		Yes group (n=1,387, 35.3%)	No group (n=2,538, 64.7%)	
		N(%) or M±SD	N(%) or M±SD	
Age	19-44	500(36.0)	654(25.8)	<.001
	45-64	473(34.1)	723(28.5)	
	65-74	226(16.3)	478(18.8)	
	≥75	188(13.6)	683(26.9)	
Sex	Male	376(27.1)	850(33.5)	<.001
	Female	1011(72.9)	1688(66.5)	
Location	City	499(36.0)	756(29.8)	<.001
	Province	888(64.0)	1782(70.2)	
Education level	≤High school graduate	919(66.3)	1884(74.3)	<.001
	≥College graduate	467(33.7)	653(25.7)	
Economic activity	Yes	519(37.4)	998(39.3)	.244
	No	868(62.6)	1540(60.7)	
Marital status	Single	353(25.5)	469(18.5)	<.001
	Married	1034(74.5)	2067(81.5)	
Number of family member		2.28±1.28	2.16±1.16	.002
Family type	Single	442(31.9)	838(33.0)	.476
	No-single	945(68.1)	1700(67.0)	
Household income(month, 10,000won)		14,201.41±32348.92	14,405.60±32604.20	.425
Basic livelihood recipient	Yes	303(21.8)	418(16.5)	<.001
	No	1084(78.2)	2118(83.5)	
Changes in household income by COVID-19*	Decrease	531(38.3)	1010(39.8)	.614
	No change	812(58.5)	1443(56.9)	
	Increase	44(3.2)	82(3.3)	
BMI(kg/m <sup>2</sup> ) <sup>†</sup>	Underweight	121(8.9)	222(9.0)	.189
	Normal	520(38.3)	1032(41.7)	
	Overweight	270(19.9)	471(19.0)	
	Obesity	446(32.9)	748(30.3)	
Life satisfaction		4.27±4.86	4.44±5.07	.289

\* COVID-19: coronavirus disease-2019

† BMI: Body Mass Index

두 군의 건강관련 특성을 비교한 결과는 Table 2에서 확인할 수 있다. 정신상담 경험군의 경우 자살 생각을 하는 비율은 77.0%였으며, 정신상담 비경험군은 67.0%로 확인되었으며, 정신 상담 경험 여부는 자살 생각 여부에 따라 유의미한 차이가 있었다( $p < .001$ ). 자

살 시도의 여부에 대해서는 정신상담 경험군의 경우 13.8%, 정신상담 비경험군은 5.6%였으며, 자살 시도 여부와 정신 상담 경험 여부는 관계가 있었다( $p < .001$ ). 인지장애 경험 여부와 정신상담 경험 여부와도 유의미한 관계가 있었는데( $p = .034$ ), 인지기능 장애를 경험 한

Table 2. Health-related Characteristics (N=3,925)

Characteristics	Categories	Experience of counseling for depression		p-value
		Yes group (n=1,387, 35.3%)	No group (n=2,538, 64.7%)	
		N(%) or M±SD	N(%) or M±SD	
Smoking	Yes	299(58.7)	542(58.3)	.911
	No	210(41.3)	387(41.7)	
Drinking	Yes	1046(75.4)	1864(73.4)	.182
	No	341(24.6)	674(26.6)	
Frequency of drinking	None	388(37.1)	752(40.3)	.569
	<1/month	169(16.2)	271(14.5)	
	1/month	88(8.4)	157(8.4)	
	2-4/month	167(16.0)	275(14.9)	
	2-3/week	146(14.0)	248(13.3)	
	>4/week	88(8.3)	161(8.6)	
Amount of drinking	1-2cups	222(33.7)	345(31.0)	.322
	3-4cups	119(18.1)	234(21.1)	
	5-6cups	71(10.8)	133(12.0)	
	7-9cups	103(15.7)	185(16.6)	
	≥10cups	1143(21.7)	215(19.3)	
Subjective health status	Good	145(10.5)	281(11.1)	.725
	Average	406(29.2)	758(29.9)	
	Bad	836(60.3)	1499(59.0)	
Suicidal thought	Yes	1068(77.0)	1701(67.0)	<.001
	No	319(23.0)	837(33.0)	
Suicidal attempt	Yes	192(13.8)	141(5.6)	<.001
	No	1195(86.2)	2397(94.4)	
Cognitive impairment experience	Yes	717(72.9)	1400(69.0)	.034
	No	267(27.1)	628(31.0)	
Ability to understand medical staff explanation	Easy	916(66.0)	1441(56.8)	<.001
	Difficult	471(34.0)	1095(43.2)	
Ability to understand written health information	Easy	721(64.2)	1057(56.5)	<.001
	Difficult	402(35.8)	814(43.5)	
Subjective stress level	Very much	511(36.9)	787(31.0)	<.001
	Much	649(46.8)	1183(46.6)	
	Little	189(13.6)	464(18.3)	
	Rare	37(2.7)	104(4.1)	
PHQ-9*		15.40±4.47	14.21±3.98	<.001

\* PHQ: Patient Health Questionnaire-9

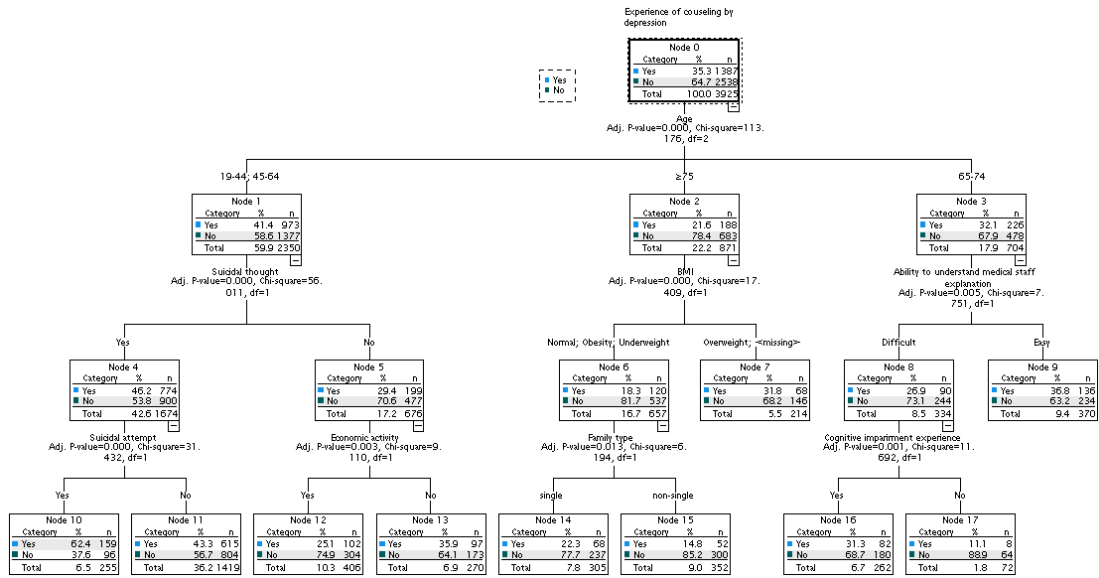


Figure 1. Prediction model of experience of counseling for depression

경우의 비율이 정신 상담을 경험한 군에서는 72.9%, 경험하지 않은 군은 69.0%로 나타났다. ‘의료진의 설명내용 이해가 쉽다’라고 응답한 비율이 정신상담 경험 군은 66.0%, 비경험군은 56.8%이었으며, 의료진의 설명 내용 이해능력과 정신상담 경험 여부는 유의미한 관계를 보였다( $p < .001$ ). 글로 쓰인 건강정보 이해능력에서는 정신상담 경험군은 64.2%가 비경험군은 56.8%가 ‘쉽다’고 응답하여 차이를 보이며, 글로 쓰인 건강정보 이해능력과 정신상담 경험 여부는 유의미한 관계가 있었다( $p < .001$ ). 주관적 스트레스 수준과 정신상담 경험 여부도 통계학적으로 유의미한 관계가 있는 것으로 확인되었다( $p < .001$ ). 흡연 여부( $p = .911$ ), 음주 여부( $p = .182$ ), 음주 빈도( $p = .569$ ), 음주량( $p = .322$ ), 그리고 주관적 건강수준( $p = .725$ )는 정신상담 경험 여부와 관련이 없는 것으로 나타났다.

### 3. 정신 상담 경험 여부 예측 모델과 타당성 분석

본 연구의 대상자들의 정신상담 경험 여부를 예측하는 모델은 Figure 1에서 확인할 수 있다. 예측 모델의 첫 번째 분리 기준으로 정신상담 경험 여부에 영향을 미치는 변수는 연령이었다( $p < .001$ ,  $F = 113.18$ ). 연령의

범위 중 19-44세와 45-64세의 경우(Node1), 자살 생각에 따라 정신상담 경험 여부에 차이가 있었다( $p < .001$ ,  $F = 56.01$ ). 자살 생각이 있는 경우 정신 상담을 한 비율은 45.2%였으며, 자살 생각이 없는 경우는 29.4%가 정신 상담을 경험하였다. 자살 생각이 있는 경우(Node4), 자살 시도 여부에 따라 정신상담 경험에 차이가 있었다( $p < .001$ ,  $F = 31.43$ ). 자살 시도가 있는 경우(Node10), 62.4%가 정신 상담을 받았다. 자살 생각이 없는 경우(Node5), 경제활동 여부가 정신상담 경험에 유의미한 영향을 미쳤다( $p = .003$ ,  $F = 9.11$ ). 경제활동을 하지 않는 경우(Node13) 정신 상담을 받은 비율은 35.9%였으며, 경제활동을 하는 경우(Node12), 정신상담 경험이 25.1%였다.

연령이 75세 이상인 경우(Node2), BMI에 따라 정신상담 여부에서 차이가 있었다( $p < .001$ ,  $F = 17.41$ ). 과체중인 경우(Node7), 31.8%가 정신 상담 경험이 있었다. BMI가 정상/비만/저체중인 경우 가족 형태가 정신상담 경험에 영향을 미쳤으며( $p = .013$ ,  $F = 6.19$ ), 독신가구인 경우(Node14) 22.3%, 2명 이상의 가족 인원을 가진 경우(Node15), 14.8%가 정신 상담을 한 것으로 확인되었다.

연령이 65-74세인 경우에는 의료인의 설명을 이해

할 수 있는 능력에 따라서 정신 상담 경험 여부에 차이가 있었다( $p=.005$ ,  $F=7.75$ ). 의료인의 설명을 쉽게 이해하는 경우(Node9) 36.8%가 정신 상담을 하였다. 의료인의 설명이 이해하기 어렵다고 생각하는 경우에는(Node8), 인지기능 저하의 경험에 따라 정신 상담 경험 여부에 차이가 있었다. 인지기능이 저하된 경우(Node16), 31.3%가 정신 상담을 하였으며 인지기능 저하의 경험이 없는 경우(Node17) 11.1%가 정신 상담을 한 것으로 확인되었다. 연구의 정신상담 경험 여부 예측 모델의 타당성 분석인 split-sample의 결과 training data의 risk estimate(RE)가 .332로 나무 모형이 옳게 분류될 확률이 66.8%로 확인되었다.

#### IV. 논 의

우울증의 조기 진단 및 치료의 중요성이 강조되는 가운데, 본 연구는 2021 지역사회건강조사 자료를 활용하여, 우울증 선별 검사인 PHQ-9 결과 10점 이상으로 중간 정도 우울증을 나타내는 3,925명의 정신 상담 경험 여부를 예측하는 모델을 구축하기 위하여 시행되었다. 본 연구의 결과에서 대상자 중 정신 상담 경험이 없는 군이 60%이상의 비율을 보이면서, 상담이 필요한 중간 정도의 우울증을 보이는 대상자들의 정신 상담 경험이 현저히 낮은 것을 확인할 수 있었다. 이는 우울증 등의 정신 관련 질환에 대한 사회적 인식이 좋지 않은 한국의 경우 전문적인 우울증 치료에 참여하지 않는 비율이 전체의 65-75%가 된다(Yim, Jeong, Jung, Y, Wang, & Kim, 2011)는 한 보도와의 맥락을 함께 하여 우울증을 보이는 대상자들의 치료 참여가 절실함을 확인할 수 있었다. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)는 우울증을 예방하고 치료하는 것에 상담이 필수적이라 강조하며, 정신 상담을 우울증 치료의 가장 시급한 방법으로 시행할 것을 추천하였다(OECD, 2022). 하지만, 사회적 편견과 비용 문제로 인해 정신 상담을 어려워하며, 시도하더라도 증도에 포기하는 경우가 흔하다(Kim, 2022).

본 연구의 결과에서 정신상담 경험 여부 예측 모델의 첫 번째 분리기준으로 선정된 연령의 경우, 정신 상담 경험이 있는 대상자의 비율이 연령이 75세 이상인

범위인 경우에는 21.6%로 가장 낮았고, 19-44세와 45-64세 범위 속하는 대상자는 41.4%로 가장 높았다. 미국의 경우 65세 이상의 인구에서 약 200만 명이 우울증을 갖고 있는 것으로 나타났고 전 연령대에서 가장 높은 수치를 기록한 것으로 보아 노인에게 있어 우울은 광범위하게 발생할 수 있는 질병으로 간주되고 있다(Kim et al, 2020). 본 연구의 결과와 비슷한 맥락으로, 미국 노인의 우울증 환자 중에서 치료를 받는 사람은 약 10%에 불과한 것으로 나타나(Nam & Jung, 2011), 노인 우울증 환자의 조기 치료를 위한 노력이 절실하게 요구된다. 노인 우울증의 경우 제때 치료를 받지 않으면 자살로 이어질 가능성이 다른 연령대에 비해 높은 것으로 보도되고 있어(Nam & Jung, 2011), 노인 우울증을 조기 파악하고 치료를 받을 수 있도록 자원을 마련하는 것이 필수적이라 하겠다.

본 연구에서 연령이 65-74세 범위에 있으면서, 의료인의 설명을 이해하는 것에 어려움이 있고, 인지 기능 장애 경험이 없는 경우 88.9%로 정신 상담 경험 비율이 가장 낮은 것으로 확인되었다. 이는 자신이 우울하다는 것은 인지하였지만, 상담을 받는다고 해도 설명을 이해하는 수준이 낮아 질병의 호전을 기대하기 어려워 상담을 꺼리는 것으로 추측할 수 있다. 비록 노인인구의 정신 상담 이용에 관한 연구는 아니지만, 한 선행 연구에 따르면 의료정보의 이해력이 낮은 경우 만성질환 관리가 부적절하다는 결과가 있어 본 연구의 결과를 뒷받침한다(Kim & Lee, 2008). 또한, 다른 연구는 적절히 건강정보를 이해할 수 있어야 의료기관방문을 방문하여 지속적이며 효과적인 질환 모니터링이 이루어진다고 하였다(Park & Youn, 2020). 따라서 노인인구의 경우 의료인의 설명 이해 수준을 파악하고, 그에 맞는 설명을 통하여 적절한 건강관리를 할 수 있도록 하는 의료인들의 적극적인 지원이 필요하다. 현재 우리나라에서는 보건복지 상담전화, 정신건강위기상담전화 등과 같이 전화통화를 활용한 정신 상담 프로그램을 운영하고 있어 상담이 필요한 노인인구가 참여할 수 있도록 적극 홍보할 필요가 있으며, 부모와 긴밀한 관계를 맺고 생활하는 자녀들에게도 노인인구의 정신 상담 교육의 필요성을 교육하여 필요한 경우 권유할 수 있도록 해야 할 것이다(Choi, 2022).

정신 상담 경험이 62.4%로 가장 높은 비율을 보인

예측 경로는 연령대가 19-44세, 45-64세의 범주에 속 하면서 자살 생각이 있고 자살 시도까지 경험한 경우였다. 이 연령대는 학교 및 경제 활동의 주된 연령층으로 정기적인 정신건강 검진을 받을 가능성이 높고 이에 따라 상담에 참여했을 가능성이 높을 것으로 추측된다. 하지만, 본 연구의 결과에서 주목해야 할 점은 37.6%는 자살 생각이 있고 이로 인해 자살 시도도 했지만 우울증 개선을 위한 상담 치료 경험이 없다는 점이다. 따라서 궁극적으로 자살이라는 극단적인 선택을 막기 위해 우울증이 있는 대상자를 파악하고 필수적으로 정기적이며 체계적인 우울 상담 치료 경험을 할 수 있도록 지원하는 지역사회와 관심과 노력이 절실히 요구된다.

2021년 우리나라의 경우 우울증으로 인해 극단적 선택을 한 사람이 5,000명을 넘어선 것으로 확인되었고 심각성은 더욱 뚜렷해지고 있다(Lee, 2022). 위의 연구 결과를 바탕으로, 자살이라는 극단적인 상황을 막기 위하여, 우울증이 있는 경우 정신과 치료에 대한 사회적 편견을 완화시키고, 우울증의 조기 예방 및 치료를 위해 적극적으로 병원을 찾을 수 있도록 지원해야 할 것이다(Lee, 2022). 또한, 우울증을 관리함에 있어 정신건강 서비스 인프라에 초점을 맞춘 개입이 필요한 실정이다. 현재 우울증 관리를 위한 지역사회 인프라 현황을 보면, 치료와 재활을 위한 서비스, 정신건강 복지센터 인력, 정신 재활 시설 등이 모두 부족한 것으로 나타났으며 특히, 서비스가 제공된다 하더라도 지역적으로 편중되어 있는 상황이다(Ministry of Health and Welfare, 2019). 따라서 우울증을 관리할 수 있는 서비스나 전문 인력 확충이 필수적으로 선행되어야 한다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, 본 연구는 이차 자료 분석의 한계로 인하여 우울증에 유의미한 영향을 줄 수 있는 만성질환이나 진단받은 질병의 유무와 같은 변수는 포함하지 못하였다. 둘째, 본 연구의 자료는 자가 보고식 설문지를 통하여 얻은 자료이므로 내용의 신뢰성에 부족함이 있어 이는 정확한 결과 도출에 영향을 미쳤다 하겠다. 셋째, 의사결정 나무분석방법은 대용량 데이터의 구조를 단순화하여 해석을 용이하게 하는 반면 자료에 대한 예측은 불안정할 수 있고, 결과 변수에 대한 각 독립 변수의 효과를 파악하기는 어려워 이는 연구 결과의 해석에 부정적인 영향을 주었을 것이다. 넷째, 본 연구의 결과에서는 선행

연구에서 우울증에 영향을 미치는 요인들로 확인된 흡연 및 음주와 같은 건강행태는 정신 상담 경험여부에는 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 우울증에 영향을 미치는 영향요인과 구분하여 정신 상담 참여 여부에 영향을 미치는 요인들을 밝히는 후속연구가 이루어져야 할 것이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구의 결과에서 정신 상담을 받은 비율이 가장 낮은 대상자는 65-74세 범주에 해당하는 대상자 중 의료진의 설명 내용을 이해하기는 어렵지만 인지기능의 저하가 없는 경우였다. 반대로, 대상자 중 19-44세와 45-64세에 해당하면서 자살 생각이 있고 자살 시도도 한 경우 62.4%로 정신 상담을 받는 비율이 가장 높았다. 가족과 함께 생활하고 학교생활 혹은 경제활동을 할 가능성이 높은 연령대인 19-44세와 45-64세의 경우 정기적인 건강검진을 받거나 정신건강관련 교육 등에 노출될 기회가 많아 자신의 우울, 자살 생각, 그리고 자살 시도의 심각성에 대해 빠르게 인지할 가능성이 높아진다. 하지만, 65-74세의 경우 독거 중이거나 사회활동이 활발하지 않아 우울을 인지한다 하더라도 상담에 까지 이르지 못하는 경우가 많다. 노인인구가 급격히 증가하고 있고, 정신 상담과 같은 의료 서비스의 사각 지대에 있을 가능성이 높다. 따라서 지역사회는 노인을 포함한 우울증을 가지고 있는 대상자를 선별하기 위해 정기적인 검사를 시행하고 우울증이 확인되는 경우 즉각적으로 정신 상담을 받을 수 있도록 해당 기관으로 연계하는 시스템을 모색하고 적용해야 할 것을 제언한다. 또한 현재 시행되고 있는 전화 상담에 대한 소개와 적극적인 홍보가 필요하며 노인인구와 긴밀한 관계를 맺는 자녀들에게 부모의 우울에 대해 관심을 가지고 필요 시 정신 상담에 참여시킬 것을 교육해야 할 것이다.

## References

- Ahn, J. (2012). Depression, suicide, and Korean society. *Journal of Korean Medical Association*, 5(4), 320-321.  
<http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2012.55.4.32>



- Choi S. (2021). Depression, why early treatment is important. Retrieved Dec 13, 2023 from <https://www.mkhealth.co.kr/news/articleView.html?idxno=53278>
- Choi, Y.(2022). Depression in the elderly was not something to struggle with alone. Retrieved Apr 17, 2023, <https://www.korea.kr/news/reporterView.do?newsId=148906444>
- Choi, J., & Seo, D. (1999). Decision trees and its applications. *Journal of the Korean Official Statistics*, 4(1), 61-83.
- Delmater, R., & Hancock, M. (2001). *Data mining explained: A manager's guide to customer-centric business intelligence*. Boston, MA: Digital Press.
- Hwang, I., & Oh, D. (2014). Questionnaires for assessing stress and mental health. *Hanyang Medical Reviews*, 34(2), 91-95. <https://doi.org/10.7599/hmr.2014.34.2.91>
- Jeon, J (2014). Gender differences in mental health of Korean adults: Focusing on depression, *Health and Welfare Policy Forum*, 4(210), 17-26. <http://dx.doi.org/10.23062/2014.04.3>
- Kim, K., Kim, J., & Rhee, H. (2020). A study on the depression levels and influencing factors in the elderly: A comparison between ordinary-income and low-income of the households. *Health and Social Welfare Review*, 40(3), 286-314. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2020.40.3.286>
- Kim, S. (2022). Relationship between mental health counseling and depression prevalence in the Korean adult population. *The Journal of the Korea Contents Association*, 22(5), 416-423. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2022.22.05.416>
- Kim, S., & Lee, E. (2008). The influence of functional literacy on perceived health status in Korean older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 195-203. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.2.195>
- Kim, Y. (2020). Factors affecting mental problem counseling in adults with anxiety and depression symptoms, *Journal of learner-centered curriculum and instruction*, 20(14), 861-877.
- Lee, H. (2018). Looking for a new paradigm on the treatment of depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 57(2), 107-107. <http://dx.doi.org/10.4306/jknpa.2018.57.2.107>
- Lee, K., Choi, S., Park, H., & Lim H. (2010). A study of factors affecting on the preference of the elderly's mental health services utilization in rural areas, *Korean Journal of Social Welfare*, 62(2), 257-278.
- Lee, S. (2007). Factors affecting help-seeking behavior of Koreans with mental health problems, *Mental Health & Social Work*, 27(12), 122-151.
- Lee Y. (2022). Refusing to receive psychiatric treatment... 1020 'depression extreme choice' increases year by year, Retrieved Jan 3, 2023 from <https://www.kukinews.com/newsView/kuk202210190131>
- Ministry of Health and Welfare. (2019). 2019 medical service experience survey. Retrieved Jan 15, 2023 from <https://repository.kihasa.re.kr/handle/201002/38786?mode=full>
- Ministry of Health and Welfare. (2021). 2021 Mental health related surveys. Retrieved Jan 07, 2023 from <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156488517>
- Ministry of Health and Welfare. (2022). 2022 mental health project information. Retrieved

- Apr 18, 2023, from  
[https://kamhsw.or.kr/outpage/data/2022%EB%85%84\\_%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%82%AC%EC%97%85%EC%95%88%EB%82%B4.pdf](https://kamhsw.or.kr/outpage/data/2022%EB%85%84_%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%82%AC%EC%97%85%EC%95%88%EB%82%B4.pdf)
- Nam, K., & Jung, E. (2011). The influence of social activity and social support perceived by elderly women living alone on their quality of life: Focusing on the mediating effect of depression and death-anxiety. *International Journal of Welfare for the Aged*, 52, 325-348.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2022). *Mental Health*. Retrieved Feb 21, 2023 from:  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health.htm>
- Park, J., Choi, B., Lee, S., & Lee, HA. (2020). A proposal of emotion recognition mobile application to improve depression in young people. *The Journal of the Korea Contents Association*, 20(2), 594-606.  
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2020.20.02.594>
- Park, E., & Youn, J. (2020). The association of medical service and medication use information literacy with multi-morbidity. *Health and Social Welfare Review*, 40(2), 222-243.  
<http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2020.40.2.222>
- Park, S., Choi, H., Choi, J., Kim, K., & Hong, J. (2010). Reliability and validity of the Korean version of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9). *Anxiety Mood*, 6(2), 119-24.
- Roh, S., & Yoon, Y. (2013). Analyzing online news media coverage of depression. *Korean Journal of Communication and Information*, 61, 1-23.
- Seo, J., & Kim M. (2019). A prediction model of factors related to career maturity in Korean high school students. *Child Health Nursing Research*, 25(2), 95-102.  
<https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.2.95>
- Seo, J., & Kim M. (2021). A prediction model for quality of life by resilience in disaster female victims. *Korean Journal of Adult Nursing*, 33(6), 639-648.  
<http://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.639>
- Yim, H., Jeong, H., Jung, Y., Wang, H., & Kim, S. (2011). Management of depression and suicide. *Journal of the Korean Medical Association*, 54(3), 275-283.  
<https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.3.275>

## A Prediction Model for Psychiatric Counseling for Depression among Subjects with Depressive Symptoms\*

Han, Myeunghee (Assistant Professor, School of Nursing, Dongyang University)

**Purpose:** The number of patients suffering from depression is rapidly increasing worldwide, and by 2030, it is expected to pose a severe social and economic burden. Reports suggest that approximately 30% of subjects with symptoms of depression do not attempt treatment. Therefore, predicting the characteristics of subjects with depressive symptoms who have not even attempted counseling treatment is essential to increase the participation rate for such treatment. This study intends to predict the participation rates for psychological counseling treatment for depression among subjects with depressive symptoms. **Methods:** This study used data from the 2021 Korea Community Health Survey (KCHS). Data analysis was carried out using a decision tree to design a model that predicted participation in psychological counseling for depression. **Results:** The results showed that subjects aged 65 to 74 had difficulty understanding the explanations of medical staff even though they did not have cognitive impairment. Only 11.1% of this group received psychological counseling, which was the lowest rate among the various age groups. Among the subjects, 62.4% of those aged 19-44 or 45-64, who had suicidal thoughts and attempted suicide, received psychological counseling and this was the highest rate among the age groups surveyed. **Conclusion:** The identification of people showing depressive symptoms is crucial for encouraging them to undertake treatment. Also, proper depression-oriented medical services should be developed and implemented for people with depressive symptoms who exhibit a blind spot towards attempting treatment.

**Key words :** Depression, Counseling, Decision trees, Community Health Survey (CHS)

\* This study was supported by a grant from Dong Yang University in 2022.