

제주도 대학생의 우울증 및 우울증상 유병률과 관련요인

홍성철^{1)*}, 김문두²⁾, 이창인²⁾, 황승욱³⁾

제주대학교 의과대학 ¹⁾예방의학교실, ²⁾신경정신과학교실, ³⁾가정의학교실 및 의과학연구소

Prevalence of depression and depressive symptoms and correlates of depressive symptoms among college students on Jeju Island in Korea

Seong-Chul Hong^{1)*}, Moon-Doo Kim²⁾, Chang-In Lee²⁾, Seung-Wook Hwang³⁾

Departments of ¹⁾Preventive Medicine, ²⁾Neuropsychiatry, ³⁾Family Medicine,

College of Medicine and Institute of Medical Science, Cheju National University, Jeju 690-756, Korea

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to determine the prevalence of depression and depressive symptoms, and the correlates of depressive symptoms, and to propose countermeasures for individual depression risk factors among college students.

Methods: One university and three colleges in Jeju-do were selected as the study population and a total of 1000 students were selected by multiphasic cluster sampling to represent each department and year within each college. Of the 945 total respondents, 421 were men and 524 were women. The Beck Depression Inventory was used to evaluate depression and the BDI STEN score was used to assess depressive symptoms. Multiple logistic regression analysis was performed for comparisons.

Results: The prevalence of depression among male and female students was comparable, at 9.3% and 9.8%, respectively. The prevalence of depressive symptoms among men was 14.4%, while among women the level rose to 26.8%. Those with poor life satisfaction scores were significantly more likely to have depressive symptoms than those with good life satisfaction (odds ratio (OR) = 2.62; (95% confidence interval (95% CI), 1.483-4.629). Students over 23 years old were significantly less likely to have low depressive symptoms than those under 18 (OR = 0.439; 95% CI, 0.247-0.779). Groups with poor body image satisfaction were significantly more likely to have depressive symptoms when compared to respondents who had good body image (OR = 2.847; 95% CI, 1.341-6.045). Students with poor perceived health status were significantly more likely to have depressive symptoms than those with good perceived health status (OR = 2.029; 95%CI, 1.157-3.557).

Conclusion: In conclusion, universities and colleges should provide education programs, such as health education

*Corresponding author: ghdhsc@cheju.ac.kr

that facilitates the development of a healthy body image. In addition, they should focus on various scholarships that could improve satisfaction with student life, especially for alienated students. Furthermore, colleges should help direct students towards engagement in more productive work, and lead social policies away from the dominance of appearance.

Key words: Depression, depressive symptoms, college student, risk factors

서 론

우울증은 가장 흔한 정신장애이며 미국과 유럽에서 주요 공중보건 문제로 여겨진다 (1, 2). 미국의 경우 우울증으로 고생하는 인구가 어느 한 시점에서 측정했을 때 전체 인구의 8%에서 18%로 추산되고 있으며 (3), 일생동안 한번이라도 우울증에 걸려 고생하는 사람이 전체인구의 25%까지 추산되고 있다 (4). 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 (5).

최근에 젊은 연령층의 자살률이 급증하여 심각한 사회적, 공중 보건 문제로 대두되고 있다 (6). 많은 연구 (7)들에서 자살은 우울증과 많은 관련이 있는 것으로 보고하고 있다. 특히 학업 성적이 그 사람의 미래를 결정짓는 현재 우리나라의 상황과 부모들의 과도한 자녀 교육에 대한 욕심으로 우리나라의 학생들은 어려서부터 학원과 학교 수업, 과외 등에 적절한 여가활동을 하지 못하고 정상적인 발달과정을 거치지 못하는 현실이다. 따라서 이런 청소년기를 거쳐 대학에 진학한 학생들의 사회적응과 생활능력에 있어서 문제가 있을 것이라는 것을 추정하는 것은 무리가 아니다. 또한, 치열한 경쟁에서 자신이 원하는 대학에 진학을 하는 경우가 드물고, 대학에 진학을 하게 되더라도, 그 동안 겪지 않던 새로운 스트레스에 시달리게 된다. 성적뿐만 아니라 이성친구와의 관계 (8), 외모가 중심이 되는 사회에서 자신의 신체에 대한 불만과 외모가 취업과 성공을 가름한다는 생각 등에 자신의 외모에 지나치게 집착을 하게 된다 (9).

따라서 대학생들은 실력만이 미래를 결정짓는 것이 아니라는 것을 인식하고 좌절하게 되며, 미래에 대한 시각은 부정적으로 된다. 우울증은 자신과 현실, 미래에 대한 부정적인 인지를 가지게 한다 (10). 따라서, 자신의 미래를 결정짓는 중요한 시점인 대학생활을 힘들게 하고, 그 사람의 인생을 결정지을 수도 있다. 그러므로 우울증을 조기에 발견하고 치료하는 것이 대학생활을 긍정적으로 하고 미래를 긍정적으로 바꾸며, 또한 최근에 급증하고 있는 젊은 층의 자살을 줄이는데 있어서 가장 중요한 요인이다. 우울증에 대한 효과적이고 경제적인 치료방법들이 개발되면서, 초기 진단과 우울증의 정확한 측정에 많은 관심이 쏟아지고 있다. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (11), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (12), Self Rating Depression Scale (SDS) (12), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (14)와 Beck Depression Inventory (BDI) (15)가 우울증을 측정하는 도구로 많이 쓰인다. 이 중 BDI는 세계적으로 가장 많이 사용되고 있는 척도 중 하나인데 다른 척도들과는 달리 표준적인 지시만으로도 쉽게 실시할 수 있다. 또한 각 개별 증상의 심한 정도를 단순히 Likert형으로 평가하는 대신 이미 평가가 되어있는 구체적인 진술문에 응답케 함으로써, 반응자들이 자신의 심리상태를 수량화하는데서 겪게 되는 혼란을 줄일 수 있다 (16). 이 도구에 대한 신뢰도 및 요인분석, 타당도 연구가 국내에서도 되었다 (16, 17). 또, 한국판 CES-D와 한국판 BDI 사이의 진단적 타당성도 유사함도 증명되었다 (18).

우울증이 심각한 공중보건의 문제이며 특히 대학생활에 있어서는 중요한 학교 보건의 문제임에도 불구하고

고 한국에서의 대학생들의 우울증에 관해서는 연구가 많이 되어있지 않는 형편이다. 따라서 본 연구는 제주도 대학생들의 우울증 유병률과 우울증상 유병률, 그리고 우울증상의 관련 요인을 알아보고자 하였다.

대상 및 방법

1. 표본추출(조사지역 및 조사 대상의 선정)

제주에 소재한 종합대학교 1개교와 대학 3개교를 대상으로 하였다. 선정된 학교를 대상으로 학문 계열과 학년에 따라 다단계 군집 추출하여 총 945명이 대상자로 선정되었다. 이중 남자 대학생은 421명 (44.6%) 여자 대학생은 524 (55.4%)명이었다.

2. 조사기간과 설문방법

설문은 2003년 3월 한 달 간 시행되었으며, 자기 기입식 설문지로 각 대상 학생들에게 배부한 후 수거하는 방식으로 진행되었다.

3. 측정도구

1) 일반적 사항과 건강의식, 생활습관 등에 관한 설문지

이 연구를 위하여 직접 고안한 설문지를 사용하였다. 일반적 사항을 묻는 질문에는 연령, 성별, 학년, 이성친구 유무, 생활수준, 성적 등이 포함되어있다. 건강인식, 건강행동 및 생활습관에 관한 설문에는 주관적 건강, 생활만족도, 아침식사유무, 운동, 신체상, 신체상에 대한 만족도, AUDIT, 음주력, 음주양태, 흡연력과 흡연 양태 등이 포함되어있다.

2) BDI

우울증의 측정을 위해서 K-BDI (18)를 사용하였다. 이 척도는 자기보고형 21문항의 설문지이며, 우울증상의 파악과 심한 정도를 평가하며, 문항에는 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 요인들을 포함되어 있다. 우울증의 유병률을 측정하기 위해 남성에서

는 23점을, 여성에서는 24점을 절단점으로 사용하였다 (16). 우울증상의 유병률을 보기위해서는 BDI STEN 점수 (16)를 사용하였는데 이는 Standard Ten의 약자로서 BDI 원점수를 평균이 5.5이며 표준편차가 2인 분포로 변형한 것으로 10개의 단계로 나뉜다. 7점은 임상적으로 진단은 되지 않지만 우울 성향이 있는 경우이며, 8은 우울증, 9와 10은 심한 주요 우울증을 나타낸다. 본 연구의 목적은 우울증의 조기 발견에 있으므로 7점 이상을 우울증상이 있는 군으로 정의 하였다.

4. 통계분석

각 독립변수별로 우울증과 우울증상 유병률을 제시하였다. 그리고 각 독립변수의 수준별로 우울증과 우울증상 유병률의 차이가 있는지를 카이제곱 검정을 통해 분석하였다. 카이제곱 검정에서 유의하게 나온 변수들을 독립변수로 하고 우울증상 유병률을 종속변수로 하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 각 수준별로 교차비와 95% 신뢰구간을 제시하였다. 모든 통계분석은 SPSS 10.0을 사용하였으며 유의수준은 $P < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

1000명의 대상자 중 945명이 응답을 하였고 남성이 421명 (44.6%), 여성이 524명 (55.4%)이었다. 4년제 대학생이 56.3%였으며, 2년제 대학생이 43.7%였다. 84.5%의 학생들이 제주도가 고향이었다 (Table 1).

2. 우울증과 우울증상의 유병률

1) 성 및 학년

남성과 여성에서 우울증의 유병률은 각각 9.3%, 9.8%였고 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 또한 우울증상 유병률은 14.4%, 26.8%로 여성에서 유의하게 높았다. 학년에 따른 우울증의 유병률은 유의한 차이

Table 1. Sociodemographic characteristics of study population

		Men		Women		Total	
		N	%	N	%	N	%
Age	18-19	107	26.0	245	47.2	352	37.8
	20-22	121	29.4	209	40.3	330	35.4
	23-	184	44.7	65	12.5	249	26.7
College system	4-year	305	72.4	227	43.3	532	56.3
	2-year	116	27.6	297	56.7	413	43.7
Home town	Main land Korea	93	22.4	50	9.8	143	15.5
	Jeju island	322	77.6	460	90.2	782	84.5
Boy or girl friends	Never have	166	39.7	234	45.2	400	42.7
	-	119	28.5	88	17.0	207	22.1
	+	133	31.8	196	37.8	329	35.1
Self-assessed living standard	High	39	9.7	27	5.3	66	7.2
	Middle	305	75.5	421	82.5	726	79.4
	Low	60	14.9	62	12.2	122	13.3
Cohabit with family	+	242	58.5	353	68.4	595	64.0
	-	172	41.5	163	31.6	335	36.0

Table 2. Prevalence according to each sex and year in college

		Depression*		p-value†	Depressive symptoms‡		p-value
		N	%		N	%	
Sex	Men	38	9.3	NS	59	14.4	<0.001
	Women	51	9.8		139	26.8	
Year in college	1	56	12.2	<0.01	116	25.3	<0.01
	2	24	8.4		54	18.9	
	3	4	2.8		19	13.4	
	4	4	10.3		6	15.4	

* Men \geq 23, Women \geq 24, † Kai-square test, ‡ STEN score \geq 7

가 있었고, 1학년의 우울증 유병률이 12.2%로 가장 높았다. 우울증상의 유병률 역시 유의한 차이가 있었고 1학년이 25.3%로 가장 높았다 (Table 2).

2) 일반적 특성

남학생의 경우 우울증의 유병률은 생활수준에 따라 유의한 차이가 있었고, 우울증상의 유병률은 연령, 학년, 생활수준에 따라 유의한 차이가 있었다.

여학생의 경우, 우울증의 유병률은 여러 변수에 따른 유의한 차이가 없었으나 연령 ($P=0.06$)과 이성의 친구 유무 ($P=0.056$)는 유의한 수준에 근접하였다. 우

울증상 유병률은 학교의 연제 (종합대학, 대학)와 연령에 따라 유의한 차이가 있었다.

남녀 대학생을 합쳐서 본 결과, 우울증의 유병률은 연령과 학년, 생활수준에 따라 유의한 차이가 있었고, 우울증상 유병률은 학교 연제와 연령, 그리고 생활수준에 따라 유의한 차이가 있었다 (Table 3).

3) 생활습관

남학생의 경우, 우울증의 유병률은 주관적 건강, 신체만족도, 생활만족도에 따라 유의한 차이가 있었고, 우울증상의 유병률은 신체만족도, 주관적 건강,

Table 3. Prevalence according to sociodemographic characteristics

	Men				Women				Total			
	Depression		Depressive symptoms		Depression		Depressive symptoms		Depression		Depressive symptoms	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
College system												
p-value*	NS†		NS		NS		<0.05		NS		<0.05	
4-year	29	9.9	42	14.3	18	8.1	30	13.5	47	9.1	89	17.2
2-year	9	7.8	17	14.7	33	11.1	63	21.2	42	10.2	109	26.4
Age*												
p-value	NS		<0.05		P=0.06		<0.05		P<0.05		<0.001	
18-19	13	12.6	21	20.4	31	12.8	55	22.7	44	12.8	101	29.3
20-22	12	10.0	20	16.7	16	7.7	31	15.0	28	8.6	66	20.2
23-	12	6.7	17	9.6	3	4.6	6	9.2	15	6.2	28	11.5
Cohabit with family												
p-value	NS		NS		NS		NS		NS		NS	
Yes	24	10.1	36	15.2	35	10.0	60	17.1	59	10.0	130	22.1
No	14	8.4	23	13.8	13	8.1	30	18.8	27	8.3	64	19.6
Boy or girl friends												
p-value	NS		NS		P=0.056		NS		P=0.06		P=0.059	
Never	17	10.5	22	13.6	17	7.3	39	16.7	34	8.6	61	15.4
No	14	12.3	23	20.2	14	16.3	21	24.4	28	14.0	44	22.0
Yes	7	5.3	14	10.7	20	10.4	33	17.1	27	8.3	47	14.5
Self-assessed living standard												
p-value	<0.001		<0.01		NS		NS		<0.001		<0.01	
Hihg	3	7.9	6	15.8	4	14.8	6	22.2	7	10.8	12	18.5
Middle	19	6.4	32	10.8	36	8.7	70	16.8	55	7.7	138	19.4
Low	14	24.1	17	29.3	9	14.5	15	24.2	23	19.2	42	35.0

* Kai-square test, † Not significant

생활만족도, 그리고 AUDIT 점수에 따라 유의한 차이가 있었다.

여학생의 경우는 우울증의 유병률은 주관적 건강, 신체만족도, 생활만족도, 아침식사 여부, AUDIT 점수, 음주 여부, 체중조절노력 여부에 따라 차이가 있었고, 우울증상의 유병률은 주관적 건강, 신체만족도, 생활만족도, 흡연여부, 아침식사 여부, AUDIT 점수, 음주 여부, 체중조절노력 여부에 따라 유의한 차이가 있었다.

남녀 대학생을 합쳐서 본 결과, 우울증의 유병률은 주관적 건강, 신체만족도, 생활만족도, 아침식사 여부, AUDIT 점수, 음주여부에 따라 차이가 있었고, 우

울증상의 유병률은 주관적 건강, 신체만족도, 생활만족도, 아침식사여부, AUDIT 점수와 음주 여부에 따라 유의한 차이가 있었다 (Table 4 & 5).

3. 다변량 로지스틱 회귀분석

생활만족도가 나쁜 경우가 좋은 경우와 비교해서 우울증상이 더 많이 생기는 경향이 (OR=2.62 95% CI 1.483-4.629)있었다. 23세 이상인 경우가 그 이하의 연령보다 우울증상이 생길 위험이 낮았다 (OR=0.439 95% CI 0.247-0.779). 신체만족도가 불량한 경우 신체 만족도가 좋은 경우보다 우울증상이 생길 위험이 더 높았고 (OR=2.847 95% C I 1.341-6.045), 주관적 건강이

Table 4. Prevalence of depression and its correlates

		Total		Men		Women	
		N	%	N	%	N	%
Perceived health status							
	p-value*		<0.001		<0.001		<0.001
	good	16	4.9	6	3.6	10	6.3
	fair	35	8.7	14	9.3	21	8.3
	poor	38	18.9	18	19.4	20	18.5
Life satisfaction							
	p-value		<0.001		<0.01		<0.001
	High	19	5.4	10	5.9	9	5.0
	Middle	34	8.4	13	8.0	21	8.7
	Low	36	20.6	15	19.5	21	21.4
Breakfast							
	p-value		<0.01		0.07		<0.01
	irregular	64	12.5	26	11.8	38	13.0
	regular	25	6.1	12	6.5	13	5.7
Body image satisfaction							
	p-value		<0.001		<0.001		<0.001
	High	7	4.8	3	3.3	4	7.0
	Middle	31	6.2	15	6.6	16	5.8
	Low	51	18.5	20	21.7	31	16.9
AUDIT							
	p-value		<0.05		0.07		<0.05
	Normal	54	8.5	17	7.6	37	9.0
	Problem drinker	4	4.7	2	4.1	2	5.4
	Alcohol use disorder	27	15.2	15	13.0	12	19.0
	Alcohol dependence	4	16.0	4	20.0		
Current drinker							
	p-value		NS†		NS		NS
	No	9	7.4	3	7.5	6	7.4
	Yes	80	9.9	35	9.5	45	10.3
Smoking							
	p-value		NS		NS		<0.05
	Never	54	9.1	14	9.8	40	8.9
	Past history -	12	11.2	8	11.8	4	10.3
	Current smoker	22	10.0	16	8.2	6	24.0
Dieting							
	p-value		NS		NS		<0.05
	To lose	43	11.1	7	7.3	36	12.3
	To gain	16	12.3	13	11.8	3	15.0
	Never	30	7.4	18	8.9	12	5.9

* Kai-square test, † Not significant

Table 5. Prevalence of depressive symptoms and its correlates

		Total		Men		Women	
		N	%	N	%	N	%
Perceived health status							
p-value*			<0.001		<0.01		<0.001
	good	30	9.3	14	8.4	16	10.1
	fair	70	17.3	24	15.9	46	18.2
	poor	52	25.9	21	22.6	31	28.7
Life satisfaction							
p-value			<0.001		<0.01		<0.001
	High	29	8.3	15	8.8	14	7.8
	Middle	68	16.8	25	15.3	43	17.8
	Low	55	31.4	19	24.7	36	36.7
Breakfast							
p-value			<0.01		NS†		<0.01
	irregular	99	19.3	36	16.3	63	21.6
	regular	52	12.6	22	11.9	30	13.2
Body image satisfaction							
p-value			<0.001		<0.001		<0.001
	High	10	6.8	5	5.6	5	8.8
	Middle	61	12.1	26	11.5	35	12.6
	Low	80	29.1	28	30.4	52	28.4
AUDIT							
p-value			<0.05		<0.05		NS
	Normal	95	14.9	24	10.7	71	17.2
	Problem drinker	12	14.0	7	14.3	5	13.5
	Alcohol use disorder	38	21.3	22	19.1	16	25.4
	Alcohol dependence	7	28.0	6	30.0	1	20.0
Current drinker							
p-value			NS		NS		NS
	No	17	14.0	4	10.0	13	16.0
	Yes	135	16.7	55	14.9	80	18.3
Smoking							
p-value			NS		NS		<0.001
	Never	92	15.5	20	14.0	72	16.0
	Past history +	18	16.8	10	14.7	8	20.5
	Current smoker	41	18.6	29	14.9	12	48.0
Dieting							
p-value			0.055		NS		NS
	To lose	76	19.5	15	15.6	61	20.8
	To gain	21	16.2	18	16.4	3	15.0
	Never	54	13.2	25	12.3	29	14.1

* Kai-square test, † Not significant

Table 6. Multiple logistic regression analysis of selected variables among both sexes

	Coefficient	S.E.*	Odds Ratio	95% CI†
Intercept	-2.345	0.505	0.096	
Sex	-0.054	0.231	0.948	0.602 - 1.492
College system	0.233	0.209	1.262	0.837 - 1.902
Age				
18-19				
20-22	-0.198	0.225	0.821	0.528 - 1.275
23-	-0.823	0.293	0.439	0.247 - 0.779
Perceived health status				
Good				
Fair	0.452	0.259	1.571	0.946 - 2.610
Poor	0.708	0.286	2.029	1.157 - 3.557
AUDIT				
Normal				
Problem drinker	0.021	0.353	1.021	0.512 - 2.039
Alcohol use disorder	0.350	0.241	1.420	0.886 - 2.275
Alcohol dependence	0.489	0.560	1.631	0.544 - 4.885
Body image satisfaction				
High				
Middle	0.294	0.374	1.342	0.644 - 2.794
Low	1.046	0.384	2.847	1.341 - 6.045
Life satisfaction				
High				
Middle	0.333	0.265	1.396	0.830 - 2.347
Low	0.963	0.290	2.620	1.483 - 4.629
Self-assessed living standard				
High				
Middle	-0.678	0.369	0.507	0.246 - 1.046
Low	-0.143	0.422	0.867	0.379 - 1.981

* Standard Error, † Confidence interval

나쁘다고 생각하는 경우도 좋다고 생각하는 경우보다 우울증상이 생길 위험이 더 높았다 (OR=2.029 95% CI 1.157-3.557 (Table 6).

토 론

본 연구는 제주지역 대학생을 대상으로 BDI를 사용하여 우울증과 우울증상 유병률을 알아보고 관련 요인을 파악하였다. 이민규 등 (16)에 따르면 K-BDI

의 신뢰도 계수는 남녀 각각 0.86와 0.84였고 본 연구에서의 신뢰도 계수는 0.8662였다. 또한 이민규 등 (16)은 우울증의 절단점으로 T-점수 분포의 평균으로부터 1 표준편차를 떨어져 있는 점수를 제시하였는데, 여기에 따르면, 남성에서는 65점, 여성에서는 64점이 되었고, 원점수로는 남성 23, 여성 24점이 해당되었다. 본 연구에서도 이 절단점을 사용하였다. 우울증상의 유병률을 알아보기 위해서는 우울증의 심한 정도를 알수 있는 STEN 점수를 사용하였는데 STEN은 Standard Ten의 약자로서 원점수 분포를 평

균이 5.5이고 표준편차가 2인 분포로 변형하여 10개의 단계로 나눈 것이다. 7점은 임상적으로 진단되지는 않지만 우울성향이 있는 경우, 8점은 우울증, 9점과 10점은 심한 우울증을 나타낸다. 본 연구의 목적은 우울증의 조기 진단과 조기 치료이며, 적절한 예방대책을 제시하는데 있으므로 본 연구에서는 우울증상의 유병률을 7점 이상으로 정의하였다.

제주도 대학생들의 우울증 유병률은 남녀 각각 9.3%와 9.8%였고, 유의한 차이는 없었다. 우울증상의 유병률은 14.4%와 26.8%로 유의한 차이가 있었다. 이 결과는 제주 여성의 경우 우울증 유병률이 유의하게 낮다는 김문두 등 (19)의 연구와 일치하며, 여성이 더욱 심한 우울증에 잘 걸린다는 연구 (5)와는 일치하지 않는다. 우울증상의 유병률은 이전의 연구들 (20-22)과 유사하나 김문두 등 (20)의 연구는 일치하지 않는다. 여성에 우울증이 많다고 주장하는 연구들 (20-22)은 여성의 사회문화적, 생물학적 취약성을 그 원인으로 들고 있다. 김문두 등 (19)의 연구에서 제주 지역 여성의 경우 사회경제적 활동을 많이 하며, 사회적 소외와 경제적 의존과 같은 우울증을 일으키는 큰 원인들을 피할 수 있다고 하였다. 이를 보면, 사회 활동을 하지 않는 여자 대학생의 경우 일반 인구에서와 유사한 우울증상 유병률을 보이는 것은 별로 놀라운 일이 아니다. 하지만 우울증의 유병률은 사회 활동을 하지 않는 대학생임에도 불구하고 일반 인구에서보다 낮게 나와 사회적경제적 요인이외에 제주에서 여성에게 다른 방어 인자가 있을 것이라는 생각을 하게 한다. 일반 인구에서 여성의 우울증 유병률이 높은 것은 여성의 평균수명이 길기 때문이기도 하며 따라서 본 연구에서 여성의 낮은 유병률은 대학생만을 대상으로 한 본 연구의 연령 구성의 문제일 수도 있다.

남녀 모두에서 1학년이 우울증과 우울증상 유병률이 높았다. 이는 그들이 대부분의 제주도 고등학생들이 원하는 육지 지역에 있는 대학에 진학하지 못한 좌절감과 대학생활에 처음 접하는 스트레스 때문으로 여겨진다. 또한 육지가 고향인 학생들은 외지인

제주지역의 대학으로 올 수밖에 없었던 실패자로 생각을 하기 때문에 생각된다. 제주지역 대학신입생들에 대한 구체적인 연구가 이루어져 있지는 않지만 제주지역의 경우 일반적으로 대학 1학년에 타 지역으로 진학을 하기 위해 많은 경우는 재수를 하고 있는 실정이다.

사회인구학적 변수들에서, 남학생의 경우 우울증의 유병률은 생활수준에 따라 유의한 차이가 있었고, 우울증상의 유병률은 생활수준, 연령, 학교 성적에 따라 유의한 차이가 있었다. 여학생의 경우는 우울증의 유병률에 있어서는 모든 변수가 유의하지 않았는데, 연령과 이성친구 유무는 유의성에 근접하여 어느정도 의미가 있는 것으로 보였고 우울증상의 유병률은 학교 연제와 연령에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 남성의 경우는 경제적 상태가 우울증과 더 많이 연관이 되며 이는 일반 성인을 대상으로 하여 가난한 집단의 사람들이 우울증에 더 취약하고 신체질환을 많이 앓으며, 사회적 소외를 더 많이 겪는다고 한 연구 (23-25)결과와 일치한다. 남성과 달리 여성에서는 이성친구의 유무와 연령이 우울증과 연관이 있었는데 이는 청소년을 대상으로 하여 시행한 연구결과 이성친구와의 불화가 자살율을 증가시킨다고 한 연구 (8)의 결과와 부분적으로 일치한다. 남녀 모두를 볼 때, 사회경제적 수준이 낮은 경우, 학교 성적인 낮은 경우, 이성 친구와의 불화가 있는 경우, 어린 연령일수록 우울증과 연관성이 많았다. 이는 학생들이 대학생 생활에 적응하고 자신의 출신학교에 대해서 회의를 가지며, 학교 성적에서 오는 압박감과 이성친구와의 불화 등이 특징인 청소년과 성인 사이의 시기에 높여 수많은 갈등과 스트레스를 겪으며, 중국에는 우울증에 이르게 된다는 것을 나타낸다.

건강인식도와 건강행동 및 생활양식을 보면, 남학생의 경우 주관적 건강상태와 생활만족도, 신체만족도가 우울증과 관련이 있으며, 이는 이전의 연구결과와 부분적으로 일치한다 (26, 27, 9). 여성의 경우는 주관적 건강상태와 생활만족도, 신체만족도 외에 아침식사 여부와 AUDIT 점수와 유의한 관련성이 있었

는데, 여성의 경우 적절한 스트레스 대처방법을 찾지 못하여 심한 우울증의 경우에 접근도가 높은 알코올을 섭취를 하게 되는 것으로 보인다 (19, 28, 29). 우울증상의 경우에도 남학생의 경우는 우울증과 같이 주관적 건강상태와 생활만족도, 신체만족도 등이 유의하였으며, 여학생의 경우는 이외에 아침식사 유무와 음주횟수, 흡연여부와 관련이 있었다. 특히 여성의 경우 우울증상의 경우는 AUDIT 점수와 관련이 없으며, 우울증인 경우는 관련이 있었는데, 이 결과는 단순한 잘못된 음주습관 이상의 알코올 의존은 우울증과 매우 높은 상관관계가 있다는 것을 시사한다. 이러한 결과는 또한 좋은 건강행동 습관이 우울증의 낮은 유병률과 관계가 있다는 기존 연구 (30)와 일치한다. 남녀 대학생 모두에서 생활만족도와 신체만족이 우울증과 관련이 많았는데 이는 강정주 (9)의 결과와 일치한다. 비록 인과적인 결과는 알 수 없지만 우울증상과 우울증 그리고 주관적 건강, 건강행동 그리고 생활양태는 높은 상관관계가 있음을 알 수 있었다. 이들은 동료압박과 사회적 관계에서 비롯된 심한 스트레스를 해결해야 하나 육지와 분리되어있는 제주 지역의 지정학적인 문제는 이들로 하여금 이런 스트레스를 해결할 수 있는 방법을 제한하고, 더욱 쉽게 접할 수 있는 알코올과 담배에 익숙해지게 된다. 최근의 외모우선주의가 우울증과 심각한 신체불만족을 연계시키는 요인으로 생각된다.

신체만족도, 생활만족도, 주관적 건강상태는 다중로지스틱 회귀분석에서 유의한 요인으로 나타났다. 가장 위험도가 높게 나온 것은 낮은 신체만족도이며, 다음은 불량한 생활만족도, 그리고 주관적 건강상태의 순서였다. 연령은 많을수록 교차비가 줄어들어 우울증상의 보호인자로 생각된다. 조 멩제 등 (5)은 성인연령층에서 생활수준이 낮은 경우 우울증의 위험이 높다고 하였다. 본 연구에서는 생활수준은 통계적으로 유의하지 않았는데, 이는 대학생의 경우 사회경제적 상태에 직접적인 영향을 받지 않는다는 것을 시사하며, 아마도 생활만족도와 생활수준의 높은 상관관계가 통계적 유의성을 희석시켰을 수도 있을 것

이다. 김문두 등 (19)은 주관적 건강이 우울증상의 위험요인이라고 하였다. 따라서 현재의 연구결과와는 이런 연구들과 일치하고 있다.

외모에 대한 부정적 인상을 가지고 있는 학생은 낮은 자아존중감을 가지며 (31), 자아존중감이 낮은 경우는 문제상황에 직면했을 때, 그 상황에 적극적으로 대처하지 못하고 회피하려는 경향이 높다 (9). 즉, 불량한 신체 만족도는 부정적 자기 이미지, 부정적 현실감 및 부정적 미래관을 나타낼 수 있고 이는 역시 우울증의 부정적 지각을 나타낸다고 할 수 있다. 본 연구에서 신체만족도가 가장 위험도가 높은 인자로 나타난 것은 신체상에 대한 불만족이 자아존중감, 우울, 일반적인 심리적 문제와 강한 연관이 있다는 Thompson (32)의 연구와 일치하고 있다.

결론적으로 우울증상은 잘 알려진 사회적, 인상적 문제이다. 우울증은 삶의 질을 저하시키며, 학생들이 부정적 자기관과 부정적 현실감, 그리고 부정적 미래관 (15)을 가지게 하여 입올한 미래에 빠지게 한다. 여기에 더하여, 우울증은 신체적 질환 및 정신적 질환과 스트레스의 치유과정을 더디게 하며 예후를 나쁘게 한다 (33). 그러므로 우울증과 우울증상을 조기에 발견하여 치료를 하는 것이 매우 중요하다. 따라서 대학은 학생 각자의 신체에 대한 개념과 건강한 신체상에 대한 교육프로그램을 개발하여야 한다. 또한, 생활만족도를 향상시킬 수 있도록 특별한 장학제도와 여러 가지 학생복지 제도를 마련하고, 특히 소외된 계층의 학생들에 대한 집중적인 정신보건서비스에 많은 관심을 가져야 할 것이다. 학생들에게 건강교육을 제공하고 규칙적인 건강검진을 시행하여 자신들의 건강상태에 확신을 가지게 하여야 할 것이다. 마지막으로 학생들이 더욱 생산적인 일에 집중할 수 있도록 해야 하며, 사회의 외모지상주의를 경계해야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 먼저, 앞서도 언급하였지만, 이 연구는 단면적 연구로서 우울증과 신체만족도, 생활만족도, 주관적 건강 상태 등의 변수들의 인과관계를 알 수 없다는 것이다. 향후 종적인

연구로서 인과관계를 파악할 수 있는 연구가 필요할 것이다. 둘째, 이 연구에서 사용한 BDI는 기본적으로 진단적인 도구가 아니라 선별검사의 성격을 가지고 있으므로 정신과 의사가 직접 면담을 하여 우울증으로 진단한 경우의 연구와는 그 결과가 다를 수 있다는 것이다. 따라서 본 연구의 결과는 진정한 임상적 우울장애집단이라기 보다는 부적응적인 집단에서 보이는 무망감과 무력감의 반응으로 볼 수도 있겠다.

향후, 전향적인 연구가 필요할 것이며, 제주와 기타 지역의 대학생들의 우울증과 우울증상 유병률 및 관련요인 비교 연구를 통하여 제주 지역의 특성을 더 알아보아야 하겠다.

참 고 문 헌

1. Weissman MM, Myers JK, Thompson WD. Depression and its treatment in a US urban community. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:417-421.
2. Reiger DA, Boyd JH, Rae DS, et al. One month prevalence of mental disorders in the US based on the five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-986.
3. Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect depression in community sample. *Am J Psychiatry* 1980;137:1081-1084.
4. Weissman MM, Myers JK. Affective disorder in a US urban community. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:1304-1311.
5. Cho MJ, Nam JJ, Suh GH. Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatr Res* 1998;81:341-352.
6. 통계청. 2001년도 사망통계자료. 2001.
7. Sadok BJ, Sadock VA. *Suicide in comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Ed. ed. by Sadok BJ, Sadock VA; Baltimore, Williams and Wilkins Co. 2000;p2031-2040.
8. 박기창, 한정옥, 유계준. 횡성군에서의 자살에 관한 연구. *신경정신의학* 1985;24:285-293. 보건복지부. 2001년 국민건강 및 영양실태조사-건강행태편. 2002.
9. 강정주. 신체상에 대한 만족도와 스트레스 대처방식의 관계. 이화여대 석사학위 논문 2000;vi, p57.
10. Beck AT. *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York, Harper & Row Publishers Inc. 1967.
11. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-844.
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;2:56-62.
13. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;13:62-70.
14. Randolph LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *J Appl Psychol Meas* 1977;1:385-401.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
16. 이민규, 이영호, 박세현 등. 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I: 신뢰도 및 요인분석. *정신병리학* 1995;4(1):77-95.
17. 이민규, 이영호, 정한용 등. 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 II: 타당화 연구. *정신병리학* 1995;4(1):96-104.
18. 한홍무, 염태호, 신영우 등. Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구-정상집단을 중심으로. *신경정신의학* 1986;25:752-765.
19. 김문두, 황승욱, 홍성철. 제주 농촌지역 주민들의 우울증 유병률 및 우울증상과 관련요인. *가정의학회지* 2003;24:833-844.
20. Horwath E, Weissman MM. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: *Textbook in Psychiatric Epidemiology* Ed by Tsuang MT. Tohen

- M, Zahner GEP John Wiley&Son Inc; 1995.
21. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences in the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:98-111.
 22. Weissman MM, Klerman GL. Gender and depression. *Trend Neurosci* 1985;8:815-819.
 23. Buglass D. The relation of social class to the characteristics and treatment of parasuicide. *Soc Psychiatry* 1976;11:107-119.
 24. Craig TJ, Van Natta PA. 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* 1979;36:149-154.
 25. Husaini BA, Neff JA, Harrington JB, Houghs MD, Stone RH. Depression in rural communities: validating the CES-D scale. *J Community Psychol* 1980;8: 20-27.
 26. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72:800-808.
 27. 도병욱, 조성사, 최소영, 오상우, 김철환, 유태우. 일차진료에서의 우울성향과 증상 및 질병과의 연관성. *대한가정의학회지* 1996;17(9):775-783.
 28. 정원후, 김성부, 장기용, 손진욱, 박철수. 입원 남성 및 여성 알코올리즘 환자의 인구학적, 임상적 및 인격적 특성비교. *신경정신의학* 1997;36:688-704
 29. 성상경, 신동호, 송종호, 이규향. 여성알코올 의존 환자의 임상적 특성에 관한 연구. *신경정신의학* 1999;38:1262-1272.
 30. Kawakami N, Haratami T, Koizumi A. Relationship between health practices and depressive mood among industrial workers. *Jpn J Ind Health* 1987;29:55-63.
 31. Secord TE, Jourard SM. The appraisal of body cathexis: Body-cathexis and The Self. *J Couns Psychol* 1953;17:343-347.
 32. Thomson JK. *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press. 1990.
 33. Koike AK, Unutzer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1738-1745.