

일 대학 대학생의 우울증 인식도 및 우울증 지원프로그램 수요조사

경희대학교 의과대학/의학전문대학원 정신과학교실,¹ 건강보험심사평가원 심사평가정책연구소²

김우재¹ · 김설민¹ · 김은경¹ · 김경훈² · 송지영¹ · 백종우¹

A Study on Awareness of Depression and Needs of a Depression Support Program in the University

Woo Jae Kim, MD¹, Sul Min Kim, MA¹, Eun Kyung Kim¹, Kyoung Hoon Kim, MPH²,
Ji Young Song, MD, PhD¹ and Jong-Woo Paik, MD, PhD¹

Department of Neuropsychiatry¹, KyungHee University School of Medicine, Seoul,
Review & Assessment Policy Institute², Health Insurance Review & Assessment Service, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : Depression is a significant and growing problem among college students. Depression contributes to numerous academic, social, and health problems, including suicide. This study surveyed depression awareness and the need for establishing a depression support program through Kyunghee University.

Methods : We used the Kyunghee University Mail delivery system for college students to conduct this survey on depression and depression.

Results : All of the students who responded to the survey, 41.86% reported that they had experienced depression. Among students experiencing depression, 27.27% experienced suicidal ideation, and 56.56% said they wanted to receive mental health counseling or treatment. All the respondents, 47.04% of respondents said they would go to the external medical center, not school's internal counseling center of school, for such treatment. All the respondents, 73.75% said the student depression/suicide problem was serious. In addition, 71.34% of respondents required a depression support program.

Conclusion : The university's depression support program needs to improve its accessibility by developing content focused on the early detection of, and improved awareness of, depression. (Anxiety and Mood 2010; 6(1):55-64)

KEY WORDS : Depression · Early intervention · Depression support program · Health services demand · Universities · E-Mail transfer system.

서 론

기분장애는 어느 연령에서도 발생 가능한 질환이다. 그러나 기분장애 중 재발성이 높고 심각한 형태는 종종 조기에

접수일 : 2010년 3월 23일 / 수정일 : 2010년 4월 12일

계재확정일 : 2010년 4월 12일

Address for correspondence

Jong-Woo Paik, M.D., Ph.D., Department of Neuropsychiatry, KyungHee University School of Medicine, 1-1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-702, Korea
Tel : +82.2-958-8543, Fax : +82.2-957-1997

E-mail : paikjw@gmail.com

본 연구는 국립정신보건교육연구센터에서 지원한 "초기 성인기를 대상으로 한 우울증 조기발견 및 관리모형개발" 용역연구개발사업의 지원에 의해 이루어진 것임. 이 논문의 일부는 2009년 대한신경정신의학회 추계학술대회(일 대학 대학생의 우울증 인식도 및 우울증 치료프로그램 수요조사, 포스터 발표)와 학술보고서(초기 성인기를 대상으로 한 우울증 조기발견 및 관리모형 개발, 서울, 국립정신보건교육연구센터, 2008)에 발표되었음.

발병하는 특징이 있다.¹ 특히 대학생이나 초기 성인기의 우울증은 비전형적이거나 양극성 장애가 동반될 확률이 높고 약물남용의 동반 등 다른 연령의 우울증과 다른 양상이 존재하며 기능저하가 심하고 높은 자살률을 보여 적극적인 개입이 필요한 질환이다.²

미국의 경우 대학생들을 대상으로 2004년 수행된 미국 대학생건강협회(National College Health Assessment; NCHA)의 조사³에 따르면 주요 우울증의 1년 유병률이 18.9%에 이르러 우울증이 가장 흔한 정신질환으로 보고되었다. Furr 등⁴이 2001년에 4개 미국대학 1,455명의 대학생들을 대상으로 조사한 연구결과에서도 53%의 대학생들이 우울증의 일부 증상들을 경험하였으며 9%의 학생들이 자살에 대한 생각을 보고하였고 1%는 실제 자살시도를

하였다고 보고하였다.

국내의 경우 2006년 보건복지부 정신질환실태 역학조사⁵에 따르면 20~30대가 우울증이 가장 많은 연령대인 것으로 나타났다. 또한 2001년에 비해 20대 남녀와 40~50대 중년남성에서 우울증이 증가하였으나 우울증 환자의 의료이용률은 33.2%에 불과하여 아직도 저 인식되고 저 치료되고 있는 실정이다.

대학생을 대상으로 한 국내 최초의 대규모 역학연구로 2006년 서울대의 정신건강실태조사⁶가 실시되었는데 주요우울증의 평생 유병률은 8.2%로 보고되었고 1년 유병률도 5.4%이었으며 경도의 우울증도 3.6%인 것으로 나타났다. 2006년에는 전국 의과대학생을 대상으로 정신건강 실태조사⁷를 실시하였는데 지난 1년 동안 우울증을 한 번이라도 경험한 적이 있는 학생이 전체의 12.4%로 나타났으며 이러한 학생들은 학습능력, 학업성취 만족도, 전공만족도, 전공-적성 적합도, 휴학, F학점, 유급, 대인관계, 대학생활 적응 등에서 문제가 있는 경우가 더 많았다. 하지만 우울증이 있거나 자살시도를 한 적이 있는 학생들 중에서 전문적인 진료나 치료를 받는 경우가 매우 적었으며 전체적으로 우울증 등 정신건강에 대한 인식이 매우 낮았다.

정신과에 대한 편견과 사회적 낙인은 우울증의 저치료에 기여하고 있으며 사회적 낙인에 대한 부담을 크게 느낄수록 정신과 치료에 대한 순응도가 감소하는 것으로 보고되었다.⁸ 20대 환자들은 정신과에 대한 낙인에 가장 많은 영향을 받을 가능성이 높으며 조기발견과 순응도 개선을 위한 적극적인 정책적 노력이 시급함을 보여주고 있다.

선진국에서는 이러한 우울증 등 대학생 정신건강에 대한 지원을 위해 대학 내의 심리상담센터나 정신보건 센터나 공익재단을 설립하여 대학생의 우울증에 대한 지원을 하고 있다. 대표적인 재단으로 대학 내 자살률을 감소시키고 스트레스를 예방하기 위한 목적으로 세워진 미국의 Jed foundation이 있으며 상당수 대학 내에 정신건강서비스를 직접 제공하고 있다.⁹ 대표적으로 하버드대학의 하버드정신건강 서비스(Harvard mental health service)는 100년 전에 설립되었으며 350여명의 직원들이 학내 문제, 관계상의 갈등, 술 남용, 강간, 우울증이나 불안 등의 문제를 다루고 있다.¹⁰ 메시아 대학(Messiah College)의 상담, 건강 서비스 센터(Engle center for counseling & Health services)는 대학 캠퍼스 내에 위치하여 보건, 상담 서비스, 정신건강을 위한 무료 온라인 스크리닝 검사, 교직원들을 위한 학생 지원 지침 등을 제공하고 있다.¹¹ Schwartz가 2006년 미국대학건강 지(Journal of American College Health)에 발표한 논문¹²에 따르면 대학생들을 대상으로 한 정신건강

서비스가 90년대 이후 증가한 양상을 보이는데 유병율의 상승 보다는 공급의 증대로 인한 치료율의 향상으로 보고하고 있다. 특히 정신과 약물치료가 5배로 증가한 것으로 나타나 정신과적 개입의 필요성이 증가하고 있다는 것이 밝혀졌다.

국내에서 이루어지고 있는 대학생상담서비스는 1962년에 서울대학교에서 학생지도연구소라는 명칭으로 발족한 것이 시초로 현재 거의 모든 대학에서 학생생활을 돕기 위한 학생생활연구소가 설립되어 운영되고 있다.^{13,14} 최근 일부 학교에서는 응급개입서비스도 제공하고 있으나 기존의 학내 상담소는 우울증 같은 심각한 질환에 대해 체계화되고 구체적인 지침이 마련되고 있지 않고 있어 조기개입이 어려운 실정이다.^{15,16} 급변하는 사회에서 성인 대학생의 스트레스 원이 다양해지는 실태를 반영할 때,¹⁷ 대학생 집단에서의 심각도가 높은 우울증 같은 정신과적 질환에 대한 조기개입이 필요하고 정신건강에 대한 관심과 수요가 늘어남에 따라 양질의 서비스를 제공하기 위한 구조화된 개입 지침 및 관리가 필요하다.

이에 따라 본 연구는 일 대학에서 대학생 우울증의 조기 발견과 관리를 위한 프로그램 개발의 일환으로 대학생들을 대상으로 우울증에 대한 인식도와 대학생우울증지원프로그램의 수요를 조사하고자 하였다.

대상 및 방법

대 상

경희대학교 서울캠퍼스에 재학중인 대학생 중 이메일주소 대량 이메일발송시스템에 등록된 11,578명을 대상으로 2008년 11월 27일부터 2008년 12월 2일까지 경희대학교 대량 이메일 발송 시스템을 이용하여 우울증 수요 및 인식에 대한 설문을 첨부한 이메일을 발송하였다. 재학생 11,578을 대상으로 하였고 481명은 실패하여 11,097명에게 이메일이 발송되었다(6,403명은 수신확인). 이중 1,427명이 설문에 참여하였고 설문을 완료한 1,353명의 학생을 대상으로 연구를 진행하였다. 총 재학생의 11.7%가 설문에 참여하였다.

설문 구성

설문은 전국 의과대학 정신건강실태조사⁷에 사용된 우울증과 관련된 설문을 이용하였고 일부 자체 개발한 설문을 삽입하였다.

설문지는 우울증의 인식에 관한 내용, 자살과 관련된 내용, 인구통계학적 배경으로 구성되었다. 우울증의 인식에

관한 내용에는 과거 우울증 경험과 우울증시 치료를 받았는지에 대한 질문, 지금 현재 우울증이 있다고 생각하고 어떻게 할 것인지에 대한 질문과 우울증 등의 정신건강문제에 대해 어떤 식으로 해결할 것인지가 질문에 포함되었다. 또한 약물을 포함한 정신과 치료에 대해 대학생들은 어떻게 생각하고 있는지, 자살 생각이나 기도 여부 등에 대해 물었다.

마지막으로 인구통계학적 배경에는 성별, 거주 형태, 학년이 포함되었고 동거인의 여부에 따른 차이를 알기 위해 동거인이 있는지를 질문하였다.

자료 분석

설문조사는 경희대학교에 재학중인 학생을 대상으로 우울증에 대한 인식도 파악하고 대학생 우울증 프로그램의 수요를 조사하기 위한 목적으로 실시되었다. 설문에 참여한 대학생의 성별, 학년, 거주형태 등 일반적 특성을 조사하였고, Chi-squared test 혹은 Fisher's exact test로 일반적 특성에 따른 과거 우울증 경험, 우울증 치료 경험, 자살생각 여부, 자살경험의 관련성을 파악하였다. 그리고 우울증에 대한 인식도 조사는 자신의 상담 필요성, 우울증 발병시 대처방법, 상담방법, 그리고 친구가 자살시도를 한 경우 대처방법 등을 조사하였고, 우울증 지원센터의 필요성에 대한 인식 정도는 주변인들의 우울증 경험여부, 우울증 자살의 심각성 인식 등으로 조사하였다.

자료구축 및 통계분석은 SAS ver. 9.13(SAS Institute, Inc., Cary, NC, USA)을 사용하였고, 유의수준 5%에서 통계적 유의성 여부를 판단하였다.

결 과

인구학적 특성(Table 1)

인구학적 분포는 Table 1에 제시되었다. 설문조사가 완료된 대학생 중에서 여학생은 67.3%를 차지하였고, 가족과 동거하는 학생은 59.8%, 자취는 25.5%이었다. 그리고 학년별로는 1학년 26.4%, 2학년 26.6%, 3학년 23.0%, 4학년 24.0%로 학년에 따른 분포의 차이는 없었다.

이전에 우울 증상을 경험한 학생은 총 573명으로 42.2%이었다. 여학생의 우울증 경험 비율은 43.9%로 남자 38.7%보다 높게 나타났지만, 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=0.0674$). 정신과 치료를 받은 경험이 있는 환자는 9.6%이었고, 남학생은 14.5%로 여학생 7.5%보다 약 2배 정도 정신과 치료를 많이 하였다($p=0.0089$). 그러나 우울증을 경험한 학생 573명 중에서 치료를 받은 학생이 55명으로

9.6%에 불과하였다. 자살을 생각한 경험에 대해서는 45.5%가 있다고 응답하였고, 가족과 동거(48.8%) 하거나 자취(40.8%)하는 학생의 응답 비율이 높았다. 이전에 자살을 기도한 적이 있었다는 비율도 13.9%에 달했는데 이전에 우울증을 경험했다고 답한 학생의 64.9%가 자살시도 생각을 해보았고, 18.6%가 실제로 자살을 시도해 본 적이 있다고 응답하였다.

우울증에 대한 인식(Table 2, 3)

자신의 상담 필요성

설문에 참여한 대학생 중에서 자신의 정신건강과 관련하여 상담이나 정신과 진료를 받고 싶은 생각이 있다고 답한 학생은 56.6%이었다. 여학생의 61.4%는 상담이 필요하다고 응답한 반면에 남학생의 46.7%만이 상담이나 진료가 필요하다고 응답하였다($p \leq 0.0001$). 그리고 과거 우울증 경험, 우울증 진료 경험, 그리고 자살을 생각한 경험이 있는 대학생은 정신과 상담이나 진료가 필요하다고 응답하였고, 특히 자살을 시도한 경험이 있는 대학생의 77.9%가 정신과 상담에 대한 요구 정도가 유의하게 높았다($p=0.0073$).

우울증 발병시 대처방법

우울증에 대한 대처방법은 58.7%의 학생들이 휴식이나 취미생활, 운동 등 나름대로의 방법을 찾겠다고 응답하였고, 외부 의료기관(정신과) 방문 19.2%, 그냥 지내겠다 6.7% 순이었다. 그러나 대학 내 상담센터를 방문하겠다는 학생은 4.1%에 불과하였다. 특히 남학생들은 외부 의료기관을 이용하겠다는 응답이 20.7%로 여성 18.5%보다 높았다. 과거에 정신과 치료를 받았던 학생의 45.5%가 정신과를 방문한다고 응답하였고, 치료를 받은 경험이 없는 학생 중에서 16.3%만이 정신과를 방문한다고 하였고, 55.5%가 스스로 이겨내 보겠다고 응답하였다. 그리고 자살 사고 경험이 있는 학생의 21%가 정신과를 방문하겠다고 응답하였으나, 경험이 없는 학생은 17.7%가 정신과를 방문하겠다고 응답하였다.

본인이나 친구의 우울증에 대한 상담방법을 묻는 질문에는 47.2%의 학생이 정신과 병원 진료를 하겠다고 응답하였고, 대학생 우울증 지원센터의 전화 또는 이메일 상담을 받겠다는 학생들이 21.8%로 두 번째를 차지하였다. 남학생은 53.9%가 정신과 병원을 이용한다고 하였고, 14.8%만이 대학생우울증 지원센터의 전화 또는 이메일 상담을 받겠다고 한데 반해 여학생은 25.2%가 대학생우울증 지

Table 1. Sociodemographic characteristics of objects and depression experiences

Variables	N (%)	Past depression experience		Past depression treatment experience*		Past suicidal thought experience		Past suicidal attempt experience*	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Total	1,359 (100)	573 (42.2)	786 (57.8)	55 (9.6)	517 (9.4)	619 (45.5)	740 (54.5)	86 (13.9)	533 (86.1)
Gender									
Male	445 (32.7)	172 (38.7)	273 (61.4)	25 (14.5)	147 (85.5)	171 (38.4)	274 (61.6)	19 (11.1)	152 (88.9)
Female	914 (67.3)	401 (43.9)	513 (56.1)	30 (7.5)	370 (92.5)	448 (49.0)	466 (51.0)	67 (15.0)	381 (85.0)
Scholastic years									
1 st	359 (26.4)	147 (41.0)	212 (59.1)	15 (10.2)	132 (89.8)	164 (45.7)	195 (54.3)	28 (17.1)	136 (82.9)
2 nd	362 (26.6)	157 (43.4)	205 (56.6)	9 (5.7)	148 (94.3)	170 (47.0)	192 (53.0)	17 (10.0)	153 (90.0)
3 rd	312 (23.0)	116 (37.2)	196 (62.8)	11 (9.5)	105 (90.5)	135 (43.3)	177 (56.7)	18 (13.3)	117 (86.7)
4 th	326 (24.0)	153 (46.9)	173 (53.1)	20 (13.2)	132 (86.8)	150 (46.0)	176 (54.0)	23 (15.3)	127 (84.7)
Residential state									
With family	813 (59.8)	342 (42.1)	471 (57.9)	33 (9.7)	308 (90.3)	397 (48.8)	416 (51.2)	50 (512.6)	347 (87.4)
Trace	346 (25.5)	148 (42.8)	198 (57.2)	15 (10.1)	133 (89.9)	141 (40.8)	205 (59.3)	26 (18.4)	115 (81.6)
Dormitory	56 (4.1)	23 (41.1)	33 (58.9)	3 (13.0)	20 (87.0)	22 (39.3)	34 (60.7)	1 (4.6)	21 (95.5)
Lodging	104 (7.7)	44 (42.3)	60 (57.7)	2 (4.4)	44 (95.7)	40 (38.5)	64 (61.5)	5 (12.5)	35 (87.5)
Others	40 (2.9)	14 (35.0)	26 (65.0)	2 (14.3)	12 (85.7)	19 (47.5)	21 (52.5)	4 (21.1)	15 (79.0)

The p-values refer to comparisons among variables by Chi-squared test or Fisher's exact test
 * : Number of missing values; past depression treatment experience 787 respondents, past suicidal attempt experience 740 respondents

Table 2. Depression awareness by gender, residential state, scholastic years

Variables	Category	Gender		Residential state						Scholastic years				p-value		
		Total	Male	Female	p-value	With family	Trace	Dormitory	Lodging	Others	p-value	1st	2 nd		3 rd	4 th
Consultation needed	Yes	769 (56.6)	208 (46.7)	561 (61.4)	<.0001	456 (56.1)	194 (56.1)	27 (48.2)	65 (62.5)	27 (67.5)	0.2735	207 (57.7)	202 (55.8)	177 (56.7)	183 (56.1)	0.9621
	No	590 (43.4)	237 (53.3)	353 (38.6)		357 (43.9)	152 (43.9)	29 (51.8)	39 (37.5)	13 (32.5)		152 (42.3)	160 (44.2)	135 (43.3)	143 (43.9)	
Solution for depression	Univ. consultation center	56 (4.1)	19 (4.3)	37 (4.1)	0.1040	30 (3.7)	13 (3.8)	6 (10.7)	6 (5.8)	1 (2.5)	0.5771	17 (4.7)	9 (2.5)	16 (5.1)	14 (4.3)	0.1110
	Psychiatric consultation	261 (19.2)	92 (20.7)	169 (18.5)		164 (20.2)	61 (17.6)	13 (23.2)	16 (15.4)	7 (17.5)		71 (19.8)	66 (18.2)	53 (17.0)	71 (21.8)	
	Other consultation	56 (4.1)	9 (2.0)	47 (5.1)		35 (4.3)	18 (5.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	2 (5.0)		18 (5.0)	14 (3.9)	12 (3.9)	12 (3.7)	
	Self-management	797 (58.7)	254 (57.1)	543 (59.4)		468 (57.6)	212 (61.3)	30 (53.6)	64 (61.5)	23 (57.5)		215 (59.9)	216 (59.7)	178 (57.1)	188 (57.7)	
Solution for suicidal attempt	Alternative medicine	10 (0.7)	4 (0.9)	6 (0.7)		7 (0.9)	3 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	4 (1.1)	4 (1.3)	2 (0.6)	
	Religion	91 (6.7)	36 (8.1)	55 (6.0)		53 (6.5)	20 (5.8)	5 (8.9)	9 (8.7)	4 (10.0)		17 (4.7)	21 (5.8)	25 (8.0)	28 (8.6)	
	No management	88 (6.5)	31 (7.0)	57 (6.2)		56 (6.9)	19 (5.5)	2 (3.6)	8 (7.7)	3 (7.5)		21 (5.9)	32 (8.8)	24 (7.7)	11 (3.4)	
	Student life center	93 (6.8)	39 (8.8)	54 (5.9)	<.0001	54 (6.6)	19 (5.5)	7 (12.5)	13 (12.5)	0 (0.0)	0.1331	21 (5.9)	23 (6.4)	24 (7.7)	25 (7.7)	0.5663
Consultation methods	Psychiatric consultation	642 (47.2)	240 (53.9)	402 (44.0)		389 (47.9)	165 (47.7)	26 (46.4)	41 (39.4)	21 (52.5)		176 (49.0)	184 (50.8)	136 (43.6)	146 (44.8)	
	Visit consultation	166 (12.2)	58 (13.0)	108 (11.8)		94 (11.6)	39 (11.3)	11 (19.6)	16 (15.4)	6 (15.0)		34 (9.5)	47 (13.0)	44 (14.1)	41 (12.6)	
	Internet consultation	296 (21.8)	66 (14.8)	230 (25.2)		178 (21.9)	80 (23.1)	9 (16.1)	23 (22.1)	6 (15.0)		79 (22.0)	74 (20.4)	69 (22.1)	74 (22.7)	
	Public center consultation	162 (11.9)	42 (9.4)	120 (13.1)		98 (12.1)	43 (12.4)	3 (5.4)	11 (10.6)	7 (17.5)		49 (13.7)	34 (9.4)	39 (12.5)	40 (12.3)	
Solution for friend's suicidal attempt	Tide over yourself	145 (10.7)	63 (14.2)	82 (9.0)	0.0032	89 (11.0)	38 (11.0)	5 (8.9)	8 (7.7)	5 (12.5)	0.8503	41 (11.4)	46 (12.7)	27 (8.7)	31 (9.5)	0.0784
	Recommend psychiatric consultation	781 (57.5)	251 (56.4)	530 (58.0)		460 (56.6)	199 (57.5)	32 (57.1)	65 (62.5)	25 (62.5)		203 (56.6)	202 (55.8)	171 (54.8)	205 (62.9)	
	Other consultation center	340 (25.0)	94 (21.1)	246 (26.9)		205 (25.2)	82 (23.7)	16 (28.6)	28 (26.9)	9 (22.5)		88 (24.5)	82 (22.7)	94 (30.1)	76 (23.3)	
	Do not know	93 (6.8)	37 (8.3)	56 (6.1)		59 (7.3)	27 (7.8)	3 (5.4)	3 (2.9)	1 (2.5)		27 (7.5)	32 (8.8)	20 (6.4)	14 (4.3)	

The p-values refer to comparisons among variables by the Chi-squared test or Fisher's exact test

Table 3. Depression awareness by past experience related depression

Variables	Category	Past depression experience		Past treatment experience*		Past suicidal thought experience		Past suicidal attempt experience*		P-value			
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No				
Consultation needed	Yes	394 (68.8)	375 (47.7)	<.0001	40 (72.7)	353 (68.3)	0.4988	403 (65.1)	366 (49.5)	<.0001	67 (77.9)	336 (63.0)	0.0073
	No	179 (31.2)	411 (52.3)		15 (27.3)	164 (31.7)		216 (34.9)	374 (50.5)		19 (22.1)	197 (37.0)	
Solution for depression	Univ. consultation center	24 (4.2)	32 (4.1)	<.0001	2 (3.6)	22 (4.3)	<.0001	25 (4.0)	31 (4.2)	0.0083	2 (2.3)	23 (4.3)	0.4460
	Psychiatric consultation	110 (19.2)	151 (19.2)		25 (45.5)	84 (16.3)		130 (21.0)	131 (17.7)		16 (18.6)	114 (21.4)	
	Other consultation	27 (4.7)	29 (3.7)		3 (5.5)	24 (4.6)		31 (5.0)	25 (3.4)		6 (7.0)	25 (4.7)	
	Self-management	302 (52.7)	495 (63.0)		15 (27.3)	287 (55.5)		336 (54.3)	461 (62.3)		45 (52.3)	291 (54.6)	
Consultation methods	Alternative medicine	7 (1.2)	3 (0.4)		1 (1.8)	6 (1.2)		5 (0.8)	5 (0.7)		0 (0.0)	5 (0.9)	
	Religion	45 (7.9)	46 (5.9)		3 (5.5)	42 (8.1)		38 (6.1)	53 (7.2)		5 (5.8)	33 (6.2)	
	No management	58 (10.1)	30 (3.8)		6 (10.9)	52 (10.1)		54 (8.7)	34 (4.6)		12 (14.0)	42 (7.9)	
	Student life center	40 (7.0)	53 (6.7)	0.0096	2 (3.6)	38 (7.4)	0.1025	37 (6.0)	56 (7.6)	0.0858	4 (4.7)	33 (6.2)	0.4602
Solution for friend's suicidal attempt	Psychiatric consultation	281 (49.0)	361 (45.9)		36 (65.5)	245 (47.4)		312 (50.4)	330 (44.6)		49 (57.0)	263 (49.3)	
	Visit consultation	85 (14.8)	81 (10.3)		8 (14.6)	76 (14.7)		62 (10.0)	104 (14.1)		5 (5.8)	57 (10.7)	
	Internet consultation	113 (19.7)	183 (23.3)		6 (10.9)	107 (20.7)		134 (21.7)	162 (21.9)		20 (23.3)	114 (21.4)	
	Public center consultation	54 (9.4)	108 (13.7)		3 (5.5)	51 (9.9)		74 (12.0)	88 (11.9)		8 (9.3)	66 (12.4)	
Solution for friend's suicidal attempt	Tide over yourself	60 (10.5)	85 (10.8)	0.8736	5 (9.1)	55 (10.6)	0.3822	71 (11.5)	74 (10.0)	0.1186	13 (15.1)	58 (10.9)	0.2355
	Recommend psychiatric consultation	327 (57.1)	454 (57.8)		37 (67.3)	289 (55.9)		336 (54.3)	445 (60.1)		44 (51.2)	292 (54.8)	
	Other consultation center	143 (25.0)	197 (25.1)		9 (16.4)	134 (25.9)		171 (27.6)	169 (22.8)		20 (23.3)	151 (28.3)	
	Do not know	43 (7.5)	50 (6.4)		4 (7.3)	39 (7.5)		41 (6.6)	52 (7.0)		9 (10.5)	32 (6.0)	

The P-values refer to comparisons among variables by the Chi-squared test or Fisher's exact test
 * : Number of missing values : past depression treatment experience : 787 respondents, past suicidal attempt experience : 740 respondents

Table 4. Needs for depression support center by gender, residential state, scholastic years

	Gender		Residential state					Scholastic years				p			
	Total	Male	Female	p-value	With family	Trace	Dormitory	Lodging	Others	p-value	1 st		2 nd	3 rd	4 th
Doubtful about friend's depression	379 (27.9)	131 (29.4)	248 (27.1)	0.3740	204 (25.1)	110 (31.8)	20 (35.7)	37 (35.6)	8 (20.0)	0.0190	76 (21.2)	99 (27.4)	92 (29.5)	112 (34.4)	0.0016
	980 (72.1)	314 (70.6)	666 (72.9)		609 (74.9)	236 (68.2)	36 (64.3)	67 (64.4)	32 (80.0)		283 (78.8)	263 (72.7)	220 (70.5)	214 (65.6)	
Friend's suicidal attempt	78 (20.6)	23 (17.6)	55 (22.2)	0.2900	41 (20.1)	23 (20.9)	5 (25.0)	8 (21.6)	1 (12.5)	0.9609	9 (11.8)	17 (17.2)	16 (17.4)	36 (32.1)	0.0029
	301 (79.4)	108 (82.4)	193 (77.8)		163 (79.9)	87 (79.1)	15 (75.0)	29 (78.4)	7 (87.5)		67 (88.2)	82 (82.8)	76 (82.6)	76 (67.9)	
Very serious	283 (20.8)	83 (18.7)	200 (21.9)	0.0028	164 (20.2)	76 (22.0)	8 (14.3)	21 (20.2)	14 (35.0)	0.1395	71 (19.8)	68 (18.8)	56 (18.0)	88 (27.0)	0.1685
Serious	720 (53.0)	223 (50.1)	497 (54.4)		422 (51.9)	184 (53.2)	33 (58.9)	64 (61.5)	17 (42.5)		181 (50.4)	196 (54.1)	171 (54.8)	172 (52.8)	
Not very serious	250 (18.4)	89 (20.0)	161 (17.6)		162 (19.9)	58 (16.8)	11 (19.6)	13 (12.5)	6 (15.0)		76 (21.2)	70 (19.3)	57 (18.3)	47 (14.4)	
Not serious	19 (1.4)	12 (2.7)	7 (0.8)		8 (1.0)	8 (2.3)	1 (1.8)	0 (0.0)	2 (5.0)		5 (1.4)	6 (1.7)	4 (1.3)	4 (1.2)	
Not interested	87 (6.4)	38 (8.5)	49 (5.4)		57 (7.0)	20 (5.8)	3 (5.4)	6 (5.8)	1 (2.5)		26 (7.2)	22 (6.1)	24 (7.7)	15 (4.6)	
Many demand & really necessary	218 (16.0)	70 (15.7)	148 (16.2)	0.1040	136 (16.7)	53 (15.3)	5 (8.9)	15 (14.4)	9 (22.5)	0.0993	49 (13.7)	61 (16.9)	35 (11.2)	73 (22.4)	0.0013
Many demand	754 (55.5)	262 (58.9)	492 (53.8)		453 (55.7)	187 (54.1)	34 (60.7)	66 (63.5)	14 (35.0)		196 (54.6)	189 (52.2)	201 (64.4)	168 (51.5)	
Utilization low	295 (21.7)	90 (20.2)	205 (22.4)		166 (20.4)	77 (22.3)	16 (28.6)	21 (20.2)	15 (37.5)		87 (24.2)	90 (24.9)	59 (18.9)	59 (18.1)	
Few necessity	76 (5.6)	16 (3.6)	60 (6.6)		48 (5.9)	24 (6.9)	0 (0.0)	2 (1.9)	2 (5.0)		24 (6.7)	15 (4.1)	15 (4.8)	22 (6.8)	
Few demand & necessity	16 (1.2)	7 (1.6)	9 (1.0)		10 (1.2)	5 (1.5)	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)		3 (0.8)	7 (1.9)	2 (0.6)	4 (1.2)	

The P-values refer to comparisons among variables by the Chi-squared test or Fisher's exact test
 * : Number of missing values: 980 respondents

원센터의 전화나 이메일 상담을 받겠다고 응답하였다.

친구가 자살시도를 했다고 가정했을 때 어떻게 대처할 것이냐는 물음에는 57.5%의 학생들이 정신과 치료를 권유하겠다고 답하였고, 그 외 다른 상담기관을 권유한다는 응답도 25.0%에 달했다.

우울증 지원센터의 필요성에 대한 인식 (Table 4)

주변인들의 우울증 경험 여부

학교 내에서 선, 후배나 동료가 우울증이 의심되는 상황을 경험한 학생들은 모두 379명으로 27.9%를 차지하였다. 이 중에서 하숙하는 학생들의 35.6%, 기숙사에서 생활하는 학생들의 35.7%가 경험이 있다고 답해 가족과 동거하거나(25.1%) 자취하는 학생(31.8%)보다 주변에서 우울증이 의심되는 학생을 발견할 확률이 유의하게 높았다($p=0.0190$). 학년별로 보면, 1학년이 21.1%, 2학년이 27.4%, 3학년이 29.5%, 4학년이 34.4%로 학년이 증가할수록 더 많이 경험하는 것으로 나타났다($p=0.0016$). 주변 동료가 자살을 생각하거나 기도한 적이 있냐는 질문 역시 고학년일수록 더 많이 경험(1학년 : 11.8%, 2학년 : 17.1%, 3학년 : 17.4%, 4학년 : 32.1%)하고 있는 것으로 나타났다($p=0.0029$).

우울증 및 자살의 심각성 인식 (Figure 1)

설문에 참여한 73.8%의 학생들은 대학생들의 우울증이나 자살문제가 심각하다고 응답하였다. 남학생 중에서 우울증이 심각하다고 응답한 비율은 68.8%인 반면에 여학생은 76.1%로 상대적으로 남학생들이 여학생들보다 대학

생 우울증이 덜 심각하다고 인식하는 것으로 나타났다($p=0.0028$). 그리고 우울증을 경험한 학생의 79.4%가 심각하다고 응답한 반면에 우울증 경험이 없는 학생은 69.8% 응답하여 우울증을 경험한 학생들이 우울증을 더 심각하게 인식하는 것으로 나타났다($p<0.0001$).

우울증 지원센터의 필요성과 수요 (Figure 2)

대학생 중에서 972명(71.5%)이 우울증 지원센터가 필요한 사업이라고 응답하였고, 학년이 증가할수록 필요성에 대한 응답 비율이 증가하였다($p=0.0013$). 우울증 지원센터 필요성은 성별($p=0.1040$), 거주형태($p=0.0993$), 학년($p=0.0013$)에 따른 응답의 유의한 차이가 없었다. 하지만, 과거 우울증 경험이 있거나 진료를 받은 대학생 중 60%가 우울증 지원센터가 필요하다고 응답($p=0.0007$) 하였으며, 과거에 자살 생각이 있었던 대학생 중 69.1%가 우울증 지원센터가 필요하다고 응답($p=0.0004$) 하였다.

고 찰

이번 연구에서 과거 우울증상을 경험했다는 대학생의 비율이 42.2%로 2001년 Furr 등⁴이 4개 미국대학 1,455명의 대학생들을 대상으로 조사한 연구결과의 53%와 비슷한 결과를 보였다. 하지만 2006년 전국 의과대학생 정신건강실태7조사에서 경도와 주요 우울장애를 겪은 적이 있다는 비율이 19.6%이어서 이번 결과와 차이를 보인다. 이는 이메일 설문 of 제한점으로서 평소 우울증에 대한 관심이 높았던 학생들이 더 많이 참여한 영향일 것으로 추측된다.

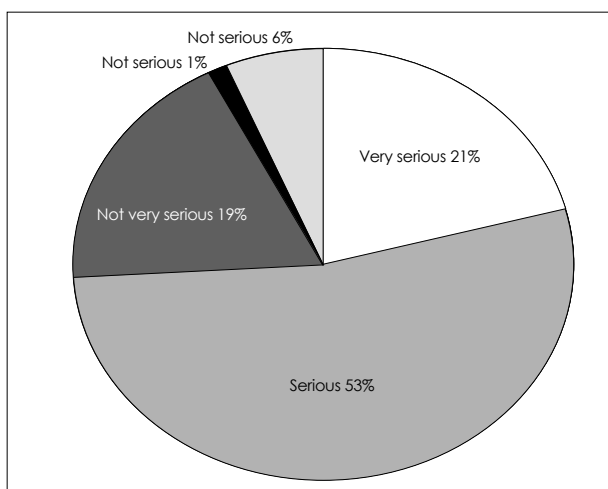


Figure 1. Perceived seriousness about depression of the university students.

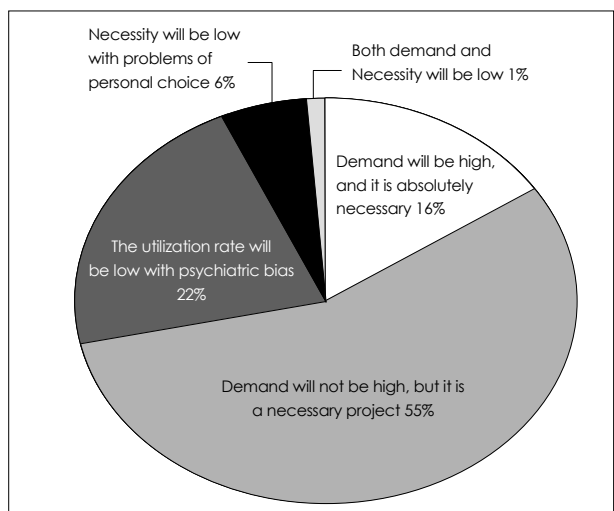


Figure 2. The necessity and demand for a depression support program for university students.

자살사고에 대해 비교해 보면 2006년 전국 의과대학생 정신건강실태조사⁷에서는 자살사고를 한 적이 있는 학생의 비율이 22.8%인데 반해 본 연구결과에서는 45.5%로 2배 가량 높았다.

우울 증상을 경험했다고 답한 학생이 42.2%인데 반해 치료를 받았다는 학생들은 9.6%에 불과했다. 이중 남학생은 14.5%로 여학생 7.5%보다 정신과 치료를 많이 받은 것으로 조사되었는데 이는 여학생이 우울증에 대한 관심이 높아 우울증 치료를 받지 않은 여학생들의 참여율 또한 높아져 발생한 결과라 해석할 수 있다. 2006년 전국 의과대학생 정신건강실태조사에서 우울증 치료를 받은 적이 8.7%에 불과하다는 결과와 비슷하여 전반적으로 우울증의 저 치료가 심각한 상황임을 알 수 있었다. 2007년 건강보험심사평가원의 우울증 환자 의료이용 현황 및 질 수준 보고서¹⁸에 보고된 내용으로 전체 우울증 환자와 비교하여 성인기 초기 환자의 특성을 중심으로 검토해 보면 2004년을 기준으로 할 때 18~29세의 환자는 전체 환자 중 불과 8.4%에 불과하여 20대 환자의 치료율이 낮다고 추측했는데 이번 연구의 결과와 유사하였다.

이번 연구의 결과도 마찬가지로 상담이나 진료의 필요성은 인정하면서도 대학 내부의 도움보다는 외부의 의료기관을 이용하겠다는 응답이 많았다. 이는 전 국민의료보장서비스로 인해 의료기관에 접근성이 용이한 한국적 상황도 있지만 내부 상담 시 개인적 정보의 유출에 대한 우려도 관여할 것으로 생각된다. 따라서 대학생 우울증지원프로그램은 외부 정신과 병/의원과 연계할 수 있는 네트워크를 구성, 상담이나 진료가 필요한 학생들에게 적절한 관리와 지원을 해야 할 것이다.

73.8%에 달하는 학생들이 우울증의 심각성을 느끼고 있었고 71.5%의 학생들이 지원프로그램의 필요성에 동의하였다. 이는 학생들이 자신의 정신건강문제와 관련해서 상담이나 진료를 받고 싶어하지만 이런 문제에 대해 접근할 수 있는 방법이 없었다고 판단된다. 그러므로 앞으로 학내에서 손쉽게 이용할 수 있는 지원프로그램을 구축하고 아울러 이를 잘 이용할 수 있도록 홍보해야 할 것이라 생각된다.

거주 형태에 따른 특성으로 이번 연구 결과에서 가족과 동거하거나 자취하는 학생의 자살 사고의 경험이 높았는데 외국의 경우 하숙이나 기숙사 생활을 하고 있는 학생들이 우울증과 자살의 위험에 취약하다는 연구와는 차이가 있다.³ 이는 외국의 경우 부모님과 동거하는 경우가 14.0% 정도인데 반해 한국의 경우 59.8%의 학생이 부모님과 동거하기 때문에 생긴 차이로 생각된다. 결국 학생들뿐만 아

니라 부모에게도 우울증에 대한 교육을 실시하고 지원 프로그램에 대해 홍보해야 할 필요성이 있을 것이다.

자살을 생각하거나 시도한 적이 있느냐는 질문에 학년이 올라갈수록 더 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 4학년이 취업이나 환경의 변화 등과 관련된 스트레스가 가장 많은 학년이라는 특성 때문이라고 생각할 수 있다. 앞으로 가장 관심을 쏟아야 할 학년이라 판단된다.

주변 사람들의 자살 시도에 관해서 여자 학생들은 정신과나 다른 상담기관에 의뢰하겠다는 비율이 높았으나 남자 학생들은 스스로 이겨내라고 한다는 비율이 높고 정신과나 다른 상담기관을 권유하는 비율이 낮아 남자 학생들에 대해 우울증에 대한 적극적인 교육이 더욱 필요할 것으로 판단되었다.

이 연구는 인터넷을 기반으로 한 설문조사 프로그램을 이용하여 진행되었다. 인터넷 설문조사는 인터넷상에서 설문조사를 수행한다는 것을 제외한다면 일반적인 설문조사와 동일하다.¹⁹ 인터넷 설문조사가 적은 비용, 편리성, 짧은 설문 기간 등의 장점을 가지고 있지만 전통적인 설문과는 다른 매체 특성을 가지고 있기도 하다.²⁰ Kongsved²¹나 Ritter 등²²의 연구에서 인터넷 기반의 온라인 조사와 전통적인 기존의 조사 방법을 비교할 때 인터넷 그룹의 응답자가 17.9%, 전통적 조사방법의 응답자가 73.2%로 나와 온라인 조사의 응답률이 낮음을 알 수 있었다. 하지만 위의 연구에서 낮은 응답률에도 불구하고 대표성에는 큰 차이가 없다고 보고되기도 하였다. 국내에서 양광민 등²³이 발표한 연구에 따르면 온라인 조사가 시간 및 비용 면에서 이점이 있는 반면 기존 조사방법에 비해 대표성 문제가 있다는 것이 일반적인 통념이었으나 연구의 결과 어느 정도의 한계점은 있으나 실질적으로 온라인 조사가 기존의 전통적인 조사 방법과 별 차이가 없다고 보고하였다. 또한 성비에 있어 재학생의 성비에 비해 조사대상자의 성비에서 여성의 비율이 높았다는 점도 제한점으로 존재한다.

결론

이 연구는 일 대학 대학생들의 우울증 인식도와 우울증의 대처 및 우울증 지원센터에 대한 수요도 조사를 대량메일서비스를 활용하여 진행되었다. 이번 조사로 우울증을 경험한 학생에 비해 실제 치료를 받는 경우는 적어 저 치료가 심각하다는 사실이 나타났다. 또한 자신의 정신건강 문제에 대한 상담 수요는 높은 반면 내부의 상담센터의 이용률은 저조한 것으로 나타났다.

또한 기숙사나 하숙을 하는 대학생들이 우울증의 발견을

이 높았고 학년이 올라갈수록 우울증 경험이 많아졌으며 남성들이 여성들에 비해 우울증에 대한 인식도가 낮고 도움 받기를 꺼리는 것으로 나타났다. 따라서 이러한 상황에 있는 대학생들의 우울증의 조기발견과 사례관리에 우선순위를 부여하는 것이 적절하다고 생각된다. 현재 대다수의 대학 내에 상담소가 운영되고 있지만 우울증의 중요성이 커지는 만큼 정신과 의사들의 적극적인 개입이 필요한 시점이다.

이에 따라 대학 내에서의 대학생 우울증지원프로그램은 우울증의 인식개선과 조기발견사업에 중점을 두고 외부 의뢰기관과 연계하여 우울증이 있는 학생들의 치료에 적극적으로 개입해야 할 것이다.

중심 단어 : 우울증 · 조기 개입 · 우울증 지원프로그램 · 대학 · 건강 서비스 수요 · 대량 메일 전송 시스템.

REFERENCES

1. Lim MH, Cho SC, Paik KC, Lee KK, Kim HW, Hong KE. Clinical characteristics of child and adolescent psychiatric inpatients with mood disorder. *Korean J child Adolesc Psychiatry* 2000;11:209-220.
2. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychol Med* 2001;31:791-801.
3. American College Health Association National College Health Assessment Spring 2006 Reference Group data report (abridged). *J Am Coll Health* 2007;55:195-206.
4. Furr SR, Westefeld JS, McConnell GN, Jenkins JM. Suicide and depression among college students: A decade later, APA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION;2001. p.97-100.
5. Yoo Petrus S. Mental Disorders In The Korean Rural Communities. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1962;1:9-27.
6. Ministry of health & welfare: The Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses in Korea;2006.
7. 한국외과대학-의학전문대학원협회. 전국외과대학생 정신건강실

태조사 보고서;2007.

8. Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR, Sirey JA, Faith MS. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *Int J Obes (Lond)* 2006;30:513-519.
9. Foundation J. ULifeline.
10. Services HUH. Harvard University Health Services information. Edited by David S. Rosenthal MD. 75 Mount Auburn Street, Cambridge, MA 02138;2009.
11. Services TsotECfCaH. THE ENGLE CENTER FOR COUNSELING AND HEALTH SERVICES. Grantham, PA, Messiah College;2009.
12. Schwartz AJ. Are college students more disturbed today? Stability in the acuity and qualitative character of psychopathology of college counseling center clients: 1992-1993 through 2001-2002. *J Am Coll Health* 2006;54:327-37.
13. 이경준, 이주형. 대학 학생생활연구소의 운영실태에 관한 조사연구. *學生指導研究* 1991;7:95-115.
14. 전국대학교 학생생활연구소장 협의회 편. 대학교 학생생활연구소의 현황과 전망. 서울: 전국대학교 학생생활연구소장 협의회;1993.
15. 2000년대의 대학의 변화와 학생생활연구소의 역할. 서울: 전국대학교 학생생활연구소장협의회;2000.
16. (개소 30주년 기념) 상담사례연구. 서울: 서강대학교 학생생활상담연구소;2000.
17. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists, Masson;2005. p.106.
18. 김경훈, 김남순, 백종우, 이병란, 이승미. 우울증 환자의 의료이용 및 질 수준. 서울: 건강보험심사평가원;2009.
19. Lee SH, Jung BT. An Application of Internet Survey. *Social Science Review* 1999;1999:227-247.
20. Gim GG, Kim GS. Methodological Issues in Internet Survey and Development of Personalized Internet Survey System Using Data Mining Techniques. *Journal of Korean Society for Quality Management* 2004;32:93-108.
21. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *J Med Internet Res* 2007;9:e25.
22. Ritter P, Lorig K, Laurent D, Matthews K. Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. *J Med Internet Res* 2004;6:e29.
23. Yang KM, Park SH. A Comparative Analysis between the Online Survey and Written Questionnaire 2000;26:21-38.