

## 서울시 50대 정신건강검진사업에 대한 웹기반 조사

경희대학교 의과대학 경희대학교병원 정신건강의학과,<sup>1</sup> 국립중앙의료원 정신건강의학과,<sup>2</sup>  
연세대학교 의과대학 강남세브란스병원 정신건강의학과,<sup>3</sup> 서울특별시 서울의료원 정신건강의학과,<sup>4</sup>  
중앙보훈병원 정신건강의학과<sup>5</sup>

안승민<sup>1</sup> · 이미경<sup>1</sup> · 이소희<sup>2</sup> · 석정호<sup>3</sup> · 이해우<sup>4</sup> · 강석훈<sup>5</sup> · 백종우<sup>1</sup>

### Web-Based Survey on the Mental Health Screening of the Baby-Boomer Generation

Seung-Min An, MD<sup>1</sup>, Mikyung Lee, MA<sup>1</sup>, So Hee Lee, MD, PhD<sup>2</sup>, Jeong-Ho Seok, MD, PhD<sup>3</sup>,  
Haewoo Lee, MD<sup>4</sup>, Suk-Hoon Kang, MD<sup>5</sup> and Jong-Woo Paik, MD, PhD<sup>1</sup>

Department of Psychiatry<sup>1</sup>, School of Medicine, Kyung Hee University, Seoul,

Department of Psychiatry<sup>2</sup>, National Medical Center, Seoul,

Department of Psychiatry<sup>3</sup>, Yonsei University College of Medicine, Gangnam Severance Hospital, Seoul,

Department of Psychiatry<sup>4</sup>, Seoul Medical Center, Seoul,

Department of Psychiatry<sup>5</sup>, Veterans Health Service Medical Center, Seoul, Korea

#### ABSTRACT

**Objective :** A pilot project entitled ‘50s mental health screening project’ was conducted in Seoul. As a part of this project, we conducted surveys to obtain the opinions of psychiatrists regarding mental health screenings.

**Methods :** A questionnaire was mailed to members registered with the Korean Neuropsychiatric Association, which enquired about the ‘50s mental health screening project’.

**Results:** A majority (90.9%) of the subjects agreed on the purpose and implementation of the project. However, there were fewer individuals that actually showed the intent to participate (65.8%). The mean age of the group with the intention to participate was higher compared to the group with no intention to participate. The factors that negatively affected the intent to participate included prejudice and discrimination against psychiatry (3.795), low health insurance reimbursement (3.784), and inconvenience of reporting to public health centers (3.664). The most appropriate method that scored the highest for screening mental health was face-to-face consultation with a psychiatrist (3.889). Most of the participants agreed on the method of a self-reported survey along with an interview of psychiatrist (84.9%).

**Conclusion :** Subjects were concerned about prejudice and discrimination against psychiatry, low health insurance reimbursement, and inconvenience of reporting to public health centers. These problems need to be supplemented. Face-to-face consultation with a psychiatrist may be considered an appropriate method for future mental health screening. (Anxiety and Mood 2017;13(2):108-114)

KEY WORDS : Baby-Boomer · Mental health screening · Depression · Psychiatrist.

## 서 론

베이비붐 세대란 합계출산율이 3.0이상인 연령대가 일정기

Received : August 1, 2017 / Revised : September 28, 2017

Accepted : September 28, 2017

#### Address for correspondence

Jong-Woo Paik, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, School of Medicine,  
Kyung Hee University, 26 Kyungheedaero, Dongdaemoon-Gu, Seoul 02447,  
Korea

Tel : +82-2-958-8419, Fax : +82-2-957-1997

E-mail : paikjw@khu.ac.kr

간 연속적으로 유지된 인구 코호트를 의미한다. 한국에서는 1955년부터 1963년 기간 중에 태어난 사람들을 말하며, 2010년 기준으로 712.5만명으로 전체 인구의 14.6%를 차지하는 거대한 인구집단이다.<sup>1</sup> 이들은 산업화, 고도성장, 민주화 운동 등 중요한 사회변화의 중심에 자리하고 있었고, 현재는 대부분 50대에 해당한다. 그런데 국내 임금근로자의 2016년 평균 퇴직 연령은 남성 51.6세, 여성 47.0세로, 50대는 은퇴하거나 은퇴를 앞두고 있는 세대로 고용불안 현상에 직면하고 있다.<sup>2</sup> 또한 부모 세대에 대한 부양과 자녀 양육의 책임을 동시에 느

끼지만, 부모 세대와는 달리 자녀들로부터 부양을 기대하지는 않는다. 동시에 양 세대와의 가치갈등을 가장 심각하게 인식하고 있다. 즉, '낀 세대' 혹은 '샌드위치 세대'로서 양쪽 세대의 가교 역할을 맡고 있다. 이 점은 은퇴로 인한 고용불안 현상을 더욱 증가시킨다.<sup>3</sup>

이런 변화를 겪고 있는 50대는 우울증 치료비용과 자살률이 높은 연령대이기도 하다. 2016년 전국정신질환역학조사 결과에서 50대의 주요 우울증 1년 유병률은 여성 1.8%, 남성 0.6%로 보고되었고,<sup>4</sup> 건강보험심사평가원 자료에서는 우울증 치료비용이 50대에서 3년 연속 가장 높은 수치를 기록하였다.<sup>5</sup> 2015년 통계청 자료에서는 50대 사망원인의 2위는 자살이며, 전체연령대 중 자살사망자 수가 가장 많은 세대이다.<sup>6</sup> 이러한 이유로 2015년 보건복지정책 수요조사 및 분석 보고서에서도 50대의 삶의 만족도는 전 연령대에서 가장 낮은 수치를 기록했다.<sup>7</sup>

해외의 베이비붐 세대 역시 정신건강적 문제를 가질 가능성이 높다는 보고가 있다. 영국에서 은퇴를 앞둔 베이비붐 세대가 정신과 질병의 유병률이 전생세대에 비해 높았다는 결과도 있고(OR=1.90),<sup>8</sup> 미국에서도 베이비붐 세대가 정신건강 증진을 위해 소비하는 시간이 다른 세대에 비해 많다는 보고도 있다.<sup>9</sup> 우리나라에서도 베이비붐 세대에서 우울증과 치매 및 인지기능저하로 인한 의료이용이 증가하고 있다는 보고가 있다.<sup>10</sup>

2016년 정신건강실태조사에서 정신건강서비스 이용률은 2011년 15.3%에서 2016년 22.2%로 증가하였다. 하지만 구미 선진국에 비하면 낮은 수준이다. 또한 최초 치료가 이루어지기까지 84주를 소요하여 미국 52주, 영국 30주에 비해 치료가 늦다.<sup>4</sup> 이런 점 때문에 보건복지부는 2012년 '정신건강증진 종합대책'을 발표하고, 2013년부터 전국민을 대상으로 생애주기별 정신건강검진을 계획하였다. 우울증에 대한 인식개

선과 정신과 이용을 촉진시키기를 기대하였지만 심리검사설문지를 통한 검진 방법의 적절성과 실효성에 대해 논란이 있어 성공적으로 시행되지 못했다.<sup>11</sup> 또한 건강보험에서 제공하는 생애주기 우울증선별검사도 40세와 65세에 한정되어 있어 50대에 대한 별도의 검진은 아직까지 시행되지 못하는 상황이다.

이러한 상황에서 서울시는 2014년 '베이비붐 응원 종합계획'을 발표하여 사회적, 경제적인 지원대책을 마련한 바 있다. 이 계획의 일환으로 50대의 정신건강 문제를 인식하여 정신질환의 조기발견과 치료 그리고 사회적 지지망으로 연계를 위해 '50대 정신건강 검진 사업을 위한 시범사업'을 2015년에 시행하였다. 대상자는 자발적으로 시범사업 참여에 동의하고, 정신건강의학과 치료 경험이 없는 사람으로 하였다. 앞선 생애주기별 정신건강검진의 문제점을 인식하여 7개의 정신건강의학과 의원에서 자기보고 설문지와 함께 전문의 대면평가를 통해 검진을 시행하였으며, 필요한 경우 3회까지 Z코드로 청구하여 그 비용을 지원하였다. 검진 후 치료가 필요하다고 생각되는 대상자는 바로 검진 종결 후에 건강보험에 따른 치료를 시행하도록 하였고, 치료가 필요한 정도는 아닌 위험군에 대해서는 정신건강증진센터로 연계하여 관리하였다. 이를 통해 치료 받고 있지 않는 환자를 발굴하고, 정신건강의학과에 대한 문턱을 낮추며, 치료율을 높이고, 결과적으로 자살률을 낮출 것으로 기대하였다(Figure 1).

본 연구는 '50대 정신건강 검진 사업'에 대한 의견을 수렴하기 위하여 대한신경정신의학회의 회원을 대상으로 웹 기반 설문조사를 실시하였다. 정신건강의학 전문가들의 의견을 통하여 정신건강검진의 효과, 성공 또는 실패 예측 요인, 검진 방식의 적절성에 대해 평가하였고, 향후 정신건강 검진의 필요성과 나아가야 할 방향에 대해 알아보려고 하였다.

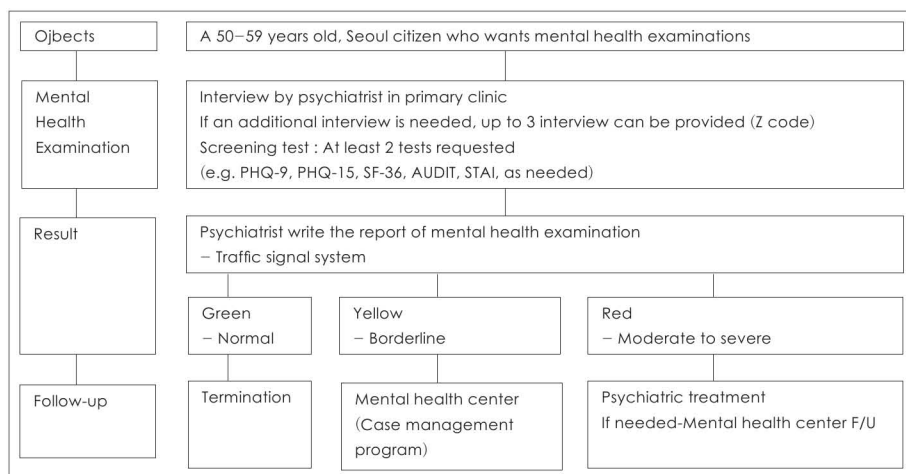


Figure 1. Flowchart of the project.

## 대상 및 방법

### 대 상

대한신경정신의학회에 이메일이 등록된 정신건강의학과 의사 회원에게 구글 드라이브 기반으로 설문지를 작성하여 2015년 8월 24일에 푸싱 이메일을 통해 발송하였다. 총 3200여명을 대상으로 발송하였고, 이중 219명이 설문에 응답하였다. 219명의 응답결과를 분석하여 연구를 진행하였다. 참가자의 개인정보는 수집되지 않았고 경희대학교병원 IRB의 심의를 받았다.

### 설문 구성

설문내용은 시범사업에 참여한 정신건강의학과 의원의 전문의들과 정신건강증진센터의 상임팀장 등으로 자문위원회를 구성하여 2차례 사업 수행에 대한 의견을 수렴하였고, 여기서 논의된 사항을 토대로 연구팀이 설문조사 문항을 자체 개발하였다. 먼저 '50대 정신건강 검진 사업'에 대해 간략히 소개하였고, 인구통계학적 배경과 사업에 대해 찬성 여부, 참여 의향을 물어보았다. 그리고 사업에서 기대되는 효과, 사업에 부정적인 요인, 참여하지 않는다면 그 이유, 본 사업 내용

중 보완해야 될 점, 향후 필요한 정신건강검진 방식에 대해서는 연구자들이 예상하는 항목에 대해 1점에서 5점으로 평가하였다. 또한 선호하는 검진 방식과 Z코드 사용에 대한 의견도 물어보았다.

### 자료 분석

설문에 참여한 대상자의 성별, 연령, 근무기간, 소재지, 주요진료영역 등 인구통계학적 배경에 대해 조사하였고, Chi-squared test로 참여의향에 따른 인구통계학적 차이가 있는지를 확인하였다. 또한 본 사업에 예상하는 긍정적 효과, 부정적 효과, 보완해야 될 점, 선호하는 방식에 대해 평균 점수를 파악하였고, Chi-squared test로 참여의향에 따라 예상하는 긍정적 효과, 부정적 효과 차이가 있는지 확인하였다. 통계분석은 R version 3.2.1을 사용하였다. 유의수준은 5%에서 통계적 유의성 여부를 판단하였다.

## 결 과

### 인구통계학적 특성

대상자는 총 219명이고, 남자 68.5%, 여자 31.5%이다. 현재

Table 1. Demographic characteristics of the subject

Variable	Intention not to participate (N=75)	Intention to participate (N=144)	Total (N=219)	p value
Gender (n, %)				0.567
Male	49 (65.3)	101 (70.1)	150 (68.5)	
Female	26 (34.7)	43 (29.9)	69 (31.5)	
Age (yrs)	39.7±8.5	42.6±8.8	41.6±8.8	0.018
Workplace (n, %)				0.228
Private clinic	19 (25.3)	52 (36.1)	71 (32.4)	
Public hospital	11 (14.7)	11 (7.6)	22 (10.0)	
University hospital	31 (41.3)	55 (38.2)	86 (39.3)	
Private hospital(including mental hospitals)	14 (18.7)	26 (18.1)	40 (18.3)	
Career duration as psychiatrist (yrs)	6.2±5.4	6.9±6.1	6.7±5.9	0.411
Location of workplace (n, %)				0.938
Seoul	34 (45.3)	61 (42.4)	95 (43.4)	
Metropolitan city other than Seoul	12 (16.0)	22 (15.3)	34 (15.5)	
City other than a metropolitan city	27 (36.0)	55 (38.2)	82 (37.4)	
Township (Gun, Myeon etc.)	2 (2.7)	5 (3.5)	7 (3.2)	
No response	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.5)	
Type of practice (n, %)				0.049
Outpatient (mainly insurance service)	25 (33.3)	58 (40.3)	83 (37.9)	
Outpatient & inpatient*	29 (38.7)	50 (34.7)	79 (36.1)	
Inpatient†	13 (17.3)	31 (21.5)	44 (20.1)	
Outpatient (mainly non-insurance service)‡	8 (10.7)	3 (2.1)	11 (5.0)	
No response	0 (0.0)	2 (1.4)	2 (0.9)	

Data are presented as numbers, % or mean value. \* : Outpatient service for more than 8 hours per week, † : Outpatient service for less than 8 hours per week, ‡ : Psychotherapy, Cognitive behavioral therapy, etc.

재직 중인 근무지로 대학병원 39.3%, 개인의원 32.4%, 사립병원 18.3%, 국공립병원 10.0%순이다. 진료 형태로 외래환자 진료 37.9%, 외래 및 입원환자진료 36.1%, 입원환자진료 20.1%, 비보험진료 5.0%이다. 조사 대상자의 대다수인 90.9%가 본 사업의 취지와 시행에 찬성하고 반대는 9.1%이다. 하지만 실제 시행 시 참여의향을 묻는 질문에는 참여 65.8%, 불참 34.2%로 좀 더 낮은 참여의향을 보였다. 참여의향을 가진 군(평균 42.6세) 불참여의향을 가진 군(평균 39.7세)보다 연령이 유의하게 많았다(p=0.018). 주요 진료 영역에서는 외래환자 보험진료 군에서 참여 군이 유의하게 많았고, 비보험진료 군에서 불참 군이 유의하게 많았다(p=0.049)(Table 1).

**50대 정신건강검진 사업에 대한 의견**

본 사업에서 기대되는 효과에 대한 4가지 항목은 대체로 비슷한 점수를 보였고, 참여 군과 불참 군에서 유의한 차이를 보였다. 본 사업에서 부정적인 요인에서는 정신과에 대한 편견과 차별(3.795점), 낮은 의료수가(3.784점), 보건소 보고의 불편함(3.664점)이 다른 항목들에 비해 높았다. 모든 항목에서 참여 군과 불참 군에서 유의한 차이는 없었지만, 보건소 보고의 불편함에서 불참 군(3.890점)이 참여 군(3.543점)에 비해 높았다(p=0.082). 참여하지 않는다면 그 이유는 낮은 보상(27.4%)와 행정처리의 부담(26%), 근무기관상황(17.8%), 관에 대한 불신(10.5%), 별다른 효과가 없을 것임(3.2%) 순이었다. 다만, 불참 군에서는 근무기관 상황(32.0%)이 좀 더 높았다(p=0.011)(Table 2).

**향후 나아가야 할 방향**

보완해야 할 점에서는 의료기관에 대한 보상 확대(4.134점), 적극적인 홍보 및 안내(4.131점), 정신건강의학과 전문의의 적극적인 참여(4.014점), 담당부처 공무원과 학회 및 의사

회의 의사소통(4.005점)이 4점 이상으로 높았다. 향후 정신건강검진에서 가장 필요한 방식에서는 전문의 대면 진료를 통한 검진(3.889점)이 다른 항목들에 비해 월등히 높았다. 전문의 상담 시에 가장 선호하는 검진 방식에서는 면담과 함께 자가보고검사를 함께 시행하는 방식에 대해 84.9%로 대다수가 동의하였고, Z코드 사용에 대해서도 60.7%가 동의하고 8.7%만이 반대하였다(Table 3).

**고 찰**

설문조사 결과, 본 사업의 취지와 시행에 찬성한다는 답변이 조사 대상자의 대다수인 199명(90.9%)였지만, 그에 반해 참여의향을 답한 대상자는 144명(65.8%)로 찬성의사에 비해 낮다. 참여 군과 불참 군의 차이를 보면, 참여 군이 연령이 높고, 외래환자 보험진료가 많았고, 불참 군에서 비보험진료가 많았다. 이는 사업의 주 대상인 개인의원 전문의의 연령이 더 높은 것과 연관이 있을 것이다.

본 사업에서 기대되는 효과에 대해 4가지 항목이 대체로 비슷한 점수를 보였지만, 정신질환에 대한 인식 개선과, 정신과에 대한 편견 감소가 좀 더 높은 점수를 얻었다. 동시에 사업에서 부정적인 요인에 대해서도 정신과에 대한 편견과 차별이 가장 높은 점수를 얻었다. 서울시가 직접 시행하는 사업의 효과가 편견감소에 긍정적이라는 기대와 함께 사업의 현실적 어려움이 편견에 있을 것이라는 회원들의 인식을 반영하는 결과로 해석할 수 있을 것이다. 2013년 자료 기준 11년 연속 OECD 국가 중 자살률 1위인 우리나라의 현실을 고려할 때 우울증의 조기 진단과 치료는 매우 중요하지만, 정신과 진료에 대한 편견 및 항우울제에 대한 부정적 인식이 높고, 이로 인해 의료이용률이 낮고,<sup>4</sup> 치료가 지연되고 있는 실정이다.<sup>12,13</sup> 그러므로 성공적인 정신건강검진을 위해서는 정신과 치료에 대한 인식

**Table 2.** Opinions on mental health screening

Variable	Intention not to participate (N=75)	Intention to participate (N=144)	Total (N=219)	p value
Positive effects expected from the project				
1. Improving the understanding of mental illness	3.378	3.824	3.671	0.003
2. Reducing prejudice against psychiatry	3.351	3.817	3.657	0.022
3. Increasing visits by normal or at risk individuals	3.351	3.725	3.597	0.047
4. Early detection of psychiatric patients	3.419	3.664	3.579	0.107
Factors expected to have a negative impact on the project				
1. Prejudice and discrimination against psychiatry	3.676	3.858	3.795	0.568
2. Low Health insurance reimbursement	3.808	3.771	3.784	0.442
3. Inconvenience of reporting to public health center	3.890	3.543	3.664	0.082
4. Exclusion of hospitals	3.113	3.203	3.172	0.769

Data are rated by 5 point scale according to importance & necessity

**Table 3.** Suggestions on mental health screening

	Total (N=219)
Things to improve	
1. Increased compensation to medical institutions	4.134
2. Active promotion and guidance about the project	4.131
3. Active participation of psychiatrists	4.014
4. Communication with government officials-in-charge	4.005
5. Managing and supporting consultation room for mental health screening	3.533
6. Expanding the pool of participants	3.455
7. Expansion to hospitals and general hospitals beside the clinics	3.214
Preferred screening methods (n, %)	
1. Self-report tests must be done together with interview	133 (60.7)
2. Self-report tests (some subjects) with interview	53 (24.2)
3. Face-to-face psychological examination with clinical psychologist after interview with psychiatrist	28 (12.8)
4. Interview with psychiatrist	4 (1.8)
5. No response	1 (0.5)
Proper screening methods	
1. Psychiatrist interview-based mental health screening	3.889
2. Self-report questionnaire based mental health screening	3.195
3. Internet-based online mental health screening	2.571
4. Telephone-based mental health screening by professional counselors	2.089

Data are presented as numbers, % or rated by 5 point scale according to importance & necessity

변화와 접근성을 높이는 것이 중요한 요소이다.

일본에서도 늘어나는 자살자 수의 원인을 정신과에 대한 낮은 접근성과 치료하지 않은 우울증으로 생각하였다. 이로 인해 50인 이상 사업장에서 근무하는 직장인을 대상으로 정신건강검진을 의무화하였다. 하지만 회사에서 정신건강검진이 시행되면 응답이 노출될 위험이 있고, 결과에 따른 차별에 대한 우려로 참여율이 낮고, 과소진단의 가능성이 높은 것이 문제였다.<sup>14</sup> 국내 연구에서도 직장에서 우울증인 것을 알면 직장생활에 불이익을 받을 것이라 생각하는 인식이 많아 조기 진단과 적극적인 치료에 어려움이 있다.<sup>15</sup> 이런 점을 고려할 때 본 사업은 지역사회 의원에서 시행되는 만큼 직장 내 검진보다 참여율과 접근성이 높을 것으로 기대된다

본 사업에서 부정적인 요인에 대해서는 정신과에 대한 편견과 차별과 함께 낮은 의료수가, 보건소 보고의 불편함이 점수가 높았다. 또한 참여 군에 비해 불참 군에서 보건소 보고의 불편함이 더 점수가 높았다. 참여하지 않는다면 그 이유에 대해서도 낮은 보상과 행정처리의 부담을 가장 많이 염려했다. 또한 보완해야 할 항목에서도 의료기관에 대한 보상 확대가 가장 높았다. 우리나라의 정신과 의료 수가는 낮은 편으로, 정신과 개원 의사들을 대상으로 한 설문조사에서도 저수가 정책으로 인한 경영의 어려움을 호소하고 있다.<sup>16</sup> 우울증은 다른 질병들처럼 특정 검사만으로 진단이 불가능하고, 전반적인 임상 정보와 정신병리, 그리고 사회문화적인 측면, 신

체적인 상태 등을 종합적으로 고려해야 한다.<sup>17</sup> 다른 질병에 대한 진료와 비교해서 시간도 많이 필요하다.<sup>18</sup> 이런 상황에서 검진을 위해 많은 시간을 들여 정해진 정도의 자가보고설문지와 면담수가만으로 많은 정상군을 보는 것은 추가적인 행정처리와 함께 정신건강의학과 의원에 부담이 될 수 있다. 성공적인 사업의 시행을 위해서는 기존의 면담수가 외의 적절한 보상을 제공하는 것이 중요하며, 행정처리의 간소화 또한 필요하다.

향후 정신건강검진에 필요한 방식을 묻는 질문에서 전문의 대면 진료를 통한 검진이 다른 항목들에 비해 월등히 높은 점수를 받았다. 면담과 함께 자가보고검사를 함께 시행하는 것에 대해서도 84.9%가 동의하였다. 외국에서도 위험 군을 대상으로 한 정신건강검진이 시행되고 있다. 호주에서는 전국민을 대상으로 한 Beyond blue 프로젝트의 일환으로, 치료받고 있지 않은 우울증 및 불안증의 조기 발견과 개입을 위해 직장인을 대상으로 자가보고 설문지를 통한 검진을 시행하고 있고,<sup>19</sup> 미국자살예방재단은 자살 위험이 높은 대학생을 대상으로 웹사이트 설문지를 통해 고위험군을 선별하고 치료를 지원하고 있다.<sup>20</sup> 하지만 우울증의 증상은 다양하게 나타나기 때문에 단일한 자가보고 설문지로는 정확한 진단을 하기가 힘들다.<sup>21,22</sup> 미국질병예방특별위원회의 2016년 발표에서도 우울증의 검진을 위해서는 정확한 진단, 효과적인 치료, 지속적인 경과관찰이 가능한 시스템에서 시행되어야 한다고 하였

고,<sup>23</sup> 다른 연구에서도 정확한 진단과 치료가 가능한 정신건강 전문가의 도움이 필요하다고 하였다.<sup>24</sup> 하지만, 경제적인 이유나 접근성 때문에 전세계적으로 정신건강의학과 전문의에 의한 검진은 없었다. 그러나 우리나라에서는 일차의료기관에 전문의가 많다는 점과 상대적으로 낮은 의료수가로 인해 전문의들의 정신건강검진 참여가 가능하다. 본 사업은 전문의의 대면 진료를 통한 검진이기 때문에 질적으로 우수할 것으로 생각된다. 또한 본 사업은 검진 장소도 지역사회 의원에서 시행되는 만큼 필요 시에 즉각적인 개입 및 지속적인 치료가 가능하여 효과적일 것으로 기대된다. 또한 2016년 정신건강 종합대책에서 ‘마음건강주치의제도’가 포함되었다. 관내 전문의가 정신건강증진센터에서 일반상담을 제공하는 형태로 2016년부터 광주에서 시범사업 중이다. 정신과 의원을 통한 검진보다 참여율과 접근성이 높아질 것이 기대되고 있다. 치료 연계율 등에 대한 평가가 필요하겠지만 또 다른 대안으로 고려 될 수 있을 것이다.<sup>25</sup>

본 연구의 제한 점으로는, 인터넷 매체를 기반으로 한 설문조사 프로그램을 이용하여 진행되었다. 인터넷 매체를 기반으로 한 설문조사는 적은 비용, 편리성, 짧은 설문 기간 등의 장점을 가지고 있다.<sup>26</sup> 반면, 이러한 방식은 설문대상의 층화가 이루어지지 않았고 매체의 특성상 전통적인 설문 조사 방식보다 낮은 응답을 보이고 있어 전통적인 설문조사에 비해 관심이 있는 대상이 주로 참여할 수 있다는 점에서 대표성 문제가 제기될 수 있다. 하지만 국내외 연구에서 인터넷 기반 설문조사의 응답률이 낮지만 전통적인 설문조사와 비교해서 대표성에는 차이가 없다는 보고도 제시되고 있다.<sup>27-29</sup> 또한, 설문조사의 특성상 폐쇄형 질문을 할 수 밖에 없었고, 연구자가 예상한 항목에 대해 점수로 평가하는 방식이 되었다. 이를 보완하기 위해 설문조사 끝에 개방형 질문으로 다양한 의견을 줄 수 있도록 하였고, 14건의 의견이 제시되었는데 그 중 9건 의견은 보상과 행정처리의 어려움에 대한 의견, 대상자 학대에 대한 의견으로 본 설문 항목에 해당하는 내용이였다.

## 결 론

낮은 치료율과 높은 자살률을 특징으로 하는 한국사회의 정신건강의 문제에 대한 정책적 대안의 하나로 추진되고 있는 정신건강검진에 대하여 대한신경정신의학회 전문가들의 의견을 조사한 것에 의미를 두고 있다. ‘50대 정신건강 검진 사업을 위한 시범사업’의 성공적인 시행 뿐만 아니라, 추후에 정신건강 검진을 계획, 시행하는데 도움을 줄 것으로 기대된다. 50대 정신건강검진사업은 현재 시범사업이 진행중인 마음건강주치의제와 함께 지역사회를 기반으로 한 정신건강의

학과 전문의를 통한 정신건강검진의 새로운 모델로 효과성 평가 등 추가적인 연구가 필요할 것이다.

**중심 단어 :** 베이비붐 세대 · 정신건강검진 · 우울증 · 정신건강 의학과 전문의.

## REFERENCES

1. Statistics Korea. Available at [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/14/1/index.board?bmode=read&aSeq=70786](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/14/1/index.board?bmode=read&aSeq=70786).
2. Statistics Korea. Available at [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=355178](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=355178).
3. Park TJ. An Exploratory Study for the Exploring the Essential Meaning about Work and Retirement in Baby Boomer. Quarterly Journal of Labor Policy 2013;13:29-57.
4. Ministry of Health & Welfare. The Survey of Mental Disorders in Korea 2016. Seoul: Ministry of Health & Welfare;2017.
5. Ministry of Health & Welfare. National Health Insurance Statistical Yearbook 2013. Seoul : Ministry of health & welfare;2014.
6. Korean National Statistical Office. Annual report on the cause of death statistics 2015. Daejeon: Korea National Statistical Office;2016.
7. Kim MG, Yeo YJ, Kim SA, Kim JH, Choi MJ. 2015 Health and welfare policy demand survey and analysis. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs;2015.
8. Rice NE, Lang IA, Henley W, Melzer D. Baby boomers nearing retirement: the healthiest generation? Rejuvenation Res 2010;13:105-114.
9. Zack MM, Moriarty DG, Stroup DF, Ford ES, Mokdad AH. Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health-United States, 1993-2001. Public Health Rep 2004;119:493-505.
10. Lee EW, Choi HJ, Kim HS. Factors Associated with Healthcare Service Utilization among Korean Baby Boomers. Health and Social Welfare Review 2015;35:335-354.
11. Ministry of Health and Welfare. Comprehensive Plan on Mental Health Promotion 2012. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012.
12. Lee SS, Seo JS, Moon SW, Nam BW. Comparison of attitude toward antidepressants between medical and surgical group outpatients in a Korean University Hospital. Korean Journal of Psychosomatic Medicine 2008;16.
13. Jung SJ, Lee SS, Lee KE, Lee BK, Gwak HS. Perception and attitude towards antidepressants in Koreans. Korean J of Clin Pharm 2012; 22:65-72.
14. Kawakami N, Tsutsumi A. The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. J Occup Health 2016;58:1-6.
15. Hong JP, Lee D, Sim Y, Kim YH. Awareness, Attitude and Impact of Perceived Depression in the Workplace in Korea. Journal of Korean Neuropsychiatric Association 2015;54:188.
16. Kim B, Lee SH, Byun J, Kim CS. A Survey on the Medium and Long-term Developmental Direction and Task for Private Psychiatric Practitioners. Journal of Korean Neuropsychiatric Association 2015; 54:16.
17. Association AP, Association AP. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000;75.
18. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 2002;17 Suppl 1:S1-11.
19. Hickie I. Beyondblue: The national depression initiative. Australasian Psychiatry 2001;9:147-150.
20. Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. J Am Coll Health 2008;57:15-22.
21. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychol Med 2010;40:225-

- 237.
22. Tomitaka S, Kawasaki Y, Ide K, Yamada H, Furukawa TA, Ono Y. Age-related changes in the distributions of depressive symptom items in the general population: a cross-sectional study using the exponential distribution model. *Peer J* 2016;4:e1547.
  23. Siu AL, Force USPST, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2016;315:380-387.
  24. Nimalasuriya K, Compton MT, Guillory VJ. Screening adults for depression in primary care: A position statement of the American College of Preventive Medicine. *J Fam Pract* 2009;58:535-538.
  25. Ministry of Health and Welfare. Comprehensive Plan on Mental Health Promotion 2016. Seoul: Ministry of Health and Welfare;2016.
  26. Gim G-y, Kim G-s. Methodological Issues in Internet Survey and Development of Personalized Internet Survey System Using Data Mining Techniques. *Journal of the Korean Society for Quality Management* 2004;32:93-108.
  27. 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.
  28. Ritter P, Lorig K, Laurent D, Matthews K. Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. *J Med Internet Res* 2004;6:e29.
  29. Yang K, Park S. A comparative analysis between the online survey and written questionnaire. *Chung-ang Manag Rev* 2000;26:21-38.