

코로나바이러스감염증-19 격리경험자의 우울에 미치는 영향요인 : 2020년 지역사회건강조사를 바탕으로

정연진¹ · 전해정²

¹동주대학교, 조교수 · ²부산여자대학교, 조교수

Factors Influencing Depression in Covid-19 Quarantined Persons : Based on the 2020 Community Health Survey

Yeon Jin, Jeong¹ · Hye Jung, Jun²

¹*Dongju College, Assistant professor*

²*Busan Women's College, Assistant professor*

Abstract

Purpose : The purpose of this study is to examine the influencing of quarantine experience on depression of subjective health status, fear of COVID-19 (coronavirus disease-19), and belief in COVID-19 response ability. **Methods** : This study was conducted with 204,424 people with quarantine experience who participated in the 2020 CHS (Community Health Survey). Data were analyzed with the χ^2 test, t-test and multiple logistic regression using the SAS 9.4. **Results** : The factors associated with depression were age(CI = 1.72-2.37), Social support during quarantine(CI = 1.13-1.93), Subjective health status(CI = 1.74-5.33). As for sociodemographic characteristics, age, social support during quarantine and subjective health status were factors influencing depression. As for COVID-19 characteristics, fear of COVID-19 and belief in ability to respond to COVID-19 were identified as factors affecting depression. **Conclusion** : It is necessary to prepare a system for screening people who are vulnerable to mental health and a system for tracking and managing mental health after quarantine.

Key words : COVID-19, Quarantine, Depression, Fear, Big data

I. 서론

1. 연구의 필요성

2020년 세계보건기구는 코로나바이러스감염증-19 (coronavirus disease-19, COVID-19, 이하 코로나19)의 대유행(pandemic)을 선포하였다[1]. 코로나19의 대유행은 중국 우한시에서 2019년 처음 발견된 severe acute respiratory syndrome coronavirus 2(SARS-CoV-2)의 확산으로 시작되었다[2]. 국내에서는 2020년 1월 첫 확진자가 확인되었으며[3] 현재까지 2년간 그 확산세가 계속되고 있다.

계속되고 있는 코로나19 감염의 유행으로 특정 일부 대상이 아닌 전국민이 코로나19 감염위험에 노출되어 있다. 감염확산 방지를 위한 상시 마스크 착용하기, 환기시키기, 생활 속 거리두기, 다중이용시설 이용의 제한 등 사회적 거리두기 방역지침의 준수가 새로운 정상(new normal)으로 자리 잡아가고 있으며, 코로나19 확산의 예측할 수 없는 불확실성으로 확진자와 접촉자는 국가적 차원에서 강제적 격리가 권고되고 있다[4]. 코로나19 확진자와 밀접접촉자는 증상의 유무와 중증도에 따라 병원, 생활치료센터 또는 자가로 구분되어 사회와 격리되고 있다. 전국의 누적 확진자 수는 2022년 1월 26일 기준 749,979명으로 집계되고 있으며[5], 확진자 수는 전국적으로 계속적인 증가추세를 보여 왔으나 지난 4월부터 감소세로 전환되었다.

병원, 생활치료센터 외 격리자의 경우는 주로 주거지에서 자가격리 수칙을 준수하여 생활하여야 한다. 관할 보건소에서는 자가격리 대상자들을 상대로 지원 물품을 제공하고, 담당 관리자가 자가격리자에게 주기적으로 연락을 취하여 방역수칙 준수에 대한 안내 및 격리지침 준수 여부의 확인 그리고 건강상태 점검 등이 이루어지며, 자가격리자는 ‘자가격리자 안전보호’ 애플리케이션을 통해 건강상태를 보고하는 등 체계적이고, 적극적인 관리가 이루어지고 있다[6]. 이와 같은 정부차원의 관리에도 불구하고 갑작스런 격리로 인한 가족, 친구 등의 개인적 관계 그리고 학교, 회사, 동호회 활동 등 사회적 관계의 단절과 같은 일상생활

상태의 변화는 상실감, 스트레스, 불안, 우울 등의 정신적 문제를 초래한다[7,8]. 특히, 감염자, 자가격리자 그리고 그들의 가족이나 친구, 보건의료업무 종사자, 만성 신체질환자, 기존의 정신질환자, 아동청소년, 학생, 노인, 사회적 취약 계층, 감염자 발생이 높은 지역 거주자 등은 감염병 대유행 상황에서 정신건강 문제에 취약한 집단으로 분류되고 있다[9]. 많은 국가들에서 윤리적 문제를 고려하여 자발적인 격리가 이루어지고 있는 것과는 달리 우리나라에서는 국가정책적으로 강제적인 형태의 격리가 이루어지고 있다[10-12]. 격리자들이 경험하는 코로나 감염자 낙인으로 인한 심적 부담감[8]과 우울, 불안, 외상후스트레스 장애와 같은 정신건강 문제에 대한 보다 각별한 관심과 지지가 필요하다.

코로나19 이후의 우울증 유병률은 미국의 경우 이전보다 3배 높게 보고되고 있고 중국의 경우 29.2%의 우울증 유병률을 보이며, 국내의 보고에서도 입원치료 기간에는 50%, 퇴원 한달 후 조사에서는 10%의 우울증 경험이 보고되고 있다[9,13,14]. 격리자들을 대상으로 한 Tang 등[15]의 연구에서는 자가격리자가 경험하는 우울, 불안이 격리되지 않은 인구집단에 비해 높게 나타났으며, 특히 감염병 노출지역 집단의 우울, 불안 수준이 노출지역이 아닌 집단에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타났다. Tang 등[15] 연구에서는 코로나 검사의 의무시행 여부가 우울에 영향요인으로 확인이 되었는데, 의무적으로 시행되는 지역의 대상자들이 경험하는 우울이 그렇지 않은 지역의 우울보다 유의하게 심하다고 보고하고 있다. 우리나라에서는 생활치료센터에 격리된 107명을 대상으로 이들의 우울, 불안, 외상 후 스트레스 장애와 신체적 증상의 변화를 관찰하였고, 격리기간, 선행 정신과적 질환 유무, 사회적 낙인에 대한 인지 등이 우울에 영향을 미친다고 보고하였다[8]. 또한 서울시에 거주하는 자가격리자를 대상으로 우울정도와 영향요인을 조사한 연구에 따르면 우울에 영향을 미치는 요인으로 자가격리 방역지침에 대한 지식, 격리수칙의 준수, 방역당국의 행정적 지원 등이 우울에 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다[16].

국내외 선행연구에서 살펴본 바와 같이 코로나19 이후 우울은 일반 인구집단에서도 높게 나타나고 있고, 상대적으로 취약집단인 격리경험자들의 우울은 더 높을 것으로 예측되고 있다. 현재까지의 연구들은 특정 인구집단을 대상으로 우울과 관련요인을 분석, 보고하고 있어 대한민국 전체 인구집단에 일반화하기에는 어려움이 있고, 관련 데이터는 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 전국단위의 조사인 지역사회 건강조사를 이용하여 코로나19로 인한 격리경험자를 대상으로 우울 발생 정도를 파악하고, 우울에 영향을 미치는 요인을 파악해 보고자 한다. 이를 통해 코로나19 격리자의 우울에 대한 정부, 지자체의 적극적인 개입과 보다 실효성 있는 대책마련, 정책적 지원을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 코로나19 격리경험자를 대상으로 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 대상자의 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음과 우울을 파악한다
- 대상자의 인구사회학적 특성과 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음에 따른 우울의 차이를 파악한다.
- 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 질병관리청에서 매년 실시하는 지역사회 건강조사를 바탕으로 격리경험자의 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구로, ‘2020년 지역사회건강조사’ 원시자료를 이용한 이차분석연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 질병관리청에서 실시하는 2020년 지역사회 건강조사의 원시자료를 이용하였다. 지역사회건강조사의 목표 모집단은 2020년 7월 기준으로 전국 시·군·구에 거주하는 만 19세 이상의 성인이고, 조사 대상은 조사시점에 선정된 표본가구에 거주하는 만 19세 이상 성인이다. 표본추출은 1차로 통·반/리 내 주택유형별 가구 수를 기준으로 표본지점을 추출한 뒤, 2차 계통추출법으로 최종 표본가구를 선정하는 복합 표본 설계로 구성되었다.

본 연구의 대상자는 질병관리청으로부터 제공받은 원시자료 229,269건 중 코로나바이러스감염증-19 관련 문항의 ‘코로나19로 격리 혹은 입원하신 적이 있습니까?’를 묻는 문항에 ‘예’라고 응답한 1,073명을 추출하여 분석에 활용하였으며, 결측치가 있는 282명을 제외한 792명(Weighted N=204,424명)이다.

3. 연구도구

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성은 선행연구[15,16]에서 우울에 관련이 있는 요인으로 보고한 연령, 가구형태와 같은 개인적 특성과 소득관련 사회경제적 특성 등의 변수를 중심으로 지역사회건강조사에서 확인가능한 성별, 연령, 가구유형, 교육수준, 월평균 소득으로 선정하였다. 성별은 남성, 여성, 연령은 19~39세, 40~64세, 65세 이상으로 분류하였고, 가구유형은 1인가구와 동거인이 있는 가구로 분류하였다. 교육수준은 ‘중졸 이하’, ‘고졸’, ‘대졸 이상’으로 재분류하였으며, 월평균 소득은 200만원 미만, 200~300만원 미만, 300~400만원 미만, 400만원 이상으로 구성하였다.

사회적 지지는 원자료의 코로나19 관련 문항 중 격리에 들어갈 경우 도움을 청할 수 있는 사람이 몇 명이나 있는지를 묻는 문항을 활용하였다. 해당 문항은 ‘0명’, ‘1~2명’, ‘3~5명’, ‘6명 이상’으로 응답하도록 구성되어 있다. 본 연구에서는 응답방식을 ‘있음’과 ‘없음’으로 구분하였고, 0명인 경우 ‘없음’ 1명 이상인

경우 ‘있음’을 의미한다.

주관적 건강상태는 원자료에서 조사한 주관적 건강 수준을 측정하는 문항을 활용하였다. 주관적 건강수준을 측정하는 문항은 ‘평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각하는가’를 묻는 단일문항으로 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 원자료의 5개로 구성된 응답을 3개로 재구성하였다. 원자료의 ‘매우 나쁨’과 ‘나쁨’을 ‘나쁨’으로, ‘보통’을 ‘보통’으로, ‘좋음’과 ‘매우 좋음’을 ‘좋음’으로 구분하였다.

2) 일상생활 상태

격리관련 특성으로 일상생활 상태의 변화 정도를 묻는 문항을 조사하였다. 일상생활 상태는 코로나19 관련 문항으로 ‘코로나19 유행 이전의 일상생활 상태를 100점이라고 하고 일상생활이 완전히 정지된 것을 0점으로 하여 현재의 상태는 몇점입니까?’를 묻는 문항을 활용하였다. 본 연구에서는 100점에 응답한 경우는 ‘변화없음’으로 그 이외 점수에 응답한 경우는 ‘변화있음’으로 구분하였다.

3) 코로나19 두려움

코로나19 두려움은 ‘코로나19 유행으로 얼마나 염려가 되십니까?’를 묻는 5개 문항을 통해 확인하였다. 5개 문항은 감염에 대한 염려, 감염으로 인한 죽음에 대한 염려, 감염으로 인한 주변인으로부터의 비난, 피해에 대한 염려, 가족이나 건강취약자에 대한 전파에 대한 염려, 경제적 피해에 대한 염려로 구성되어 있다. 응답방식은 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’, ‘그렇다’, ‘보통이다’, ‘그렇지 않다’, ‘전혀 그렇지 않다’의 5개 항목으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 ‘전혀 그렇지 않다’와 ‘그렇지 않다’는 두려움이 ‘없음’으로 ‘보통이다’, ‘그렇다’, ‘매우 그렇다’는 두려움이 ‘있음’으로 구분하였다.

4) 코로나19 대응능력에 대한 믿음

코로나19 대응능력에 대한 믿음은 ‘기관 또는 이웃의 코로나19 대응능력이 적절하다고 생각하십니까?’

의 문항을 활용하였다. 해당 문항은 정부(보건복지부, 질병관리청), 시·군·구 행정기관, 대중매체, 의료기관, 이웃과 동료의 대응능력에 대한 믿음을 평가하는 문항으로 ‘매우 적절하다’, ‘적절하다’, ‘보통이다’, ‘적절하지 않다’, ‘전혀 적절하지 않다’의 5개 항목으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 ‘매우 적절하다’, ‘적절하다’, ‘보통이다’는 정부와 시·군·구, 대중매체 등의 기관과 이웃·동료의 대응능력에 대해 긍정적으로 평가하고 있으므로 믿음이 ‘있음’으로 ‘적절하지 않다’, ‘전혀 적절하지 않다’는 믿음이 ‘없음’으로 구분하였다.

5) 우울

지역사회건강조사에서는 우울을 측정하기 위해 한국 어판 우울증 선별도구인 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)을 사용하고 있다. PHQ-9은 지난 2주간의 우울 관련 증상경험을 묻는 9개의 문항으로 구성되어 있다. 해당 도구는 Kroenke 등[17]이 개발하고, Park 등[18]이 한국인을 대상으로 타당화한 한글판 우울증 선별도구로 일에 대한 흥미, 우울감, 수면장애, 피로감, 식욕, 불행감, 집중력 저하, 불안행동, 자기 비하 관련 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 Likert 척도이다. 본 연구에서는 ‘전혀 아니다’는 우울이 ‘없음’으로, ‘여러날 동안’, ‘일주일 이상’과 ‘거의 매일’은 우울이 ‘있음’으로 구분하였다.

5. 자료수집 방법 및 윤리적 고려

지역사회건강조사는 조사 대상자에게서 조사에 대한 사전 동의서를 받으며, 조사에 사용된 도구와 조사 과정은 질병관리청의 의학연구윤리심의위원회의 심의와 승인을 받고 진행된다. 본 연구에서는 질병관리청 지역사회건강조사 홈페이지를 통해 원시자료 공개 절차와 규정을 준수하면서 자료를 신청하였으며, 질병관리청으로부터 익명화된 자료를 제공받아 분석에 활용하였다. 본 연구에서 사용된 자료는 일반인에게 공개되는 자료로서 본 연구자는 지역사회건강조사 홈페이지(<https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>)에서 다운로드 받아 사용하였다. 본 연구는 보건복지부 지정 기관생

명윤리위원회(IRB)의 심의 후 승인을 받았다(IRB No. P01-202201-01-019).

6. 자료 분석

자료 분석은 SAS 9.4 프로그램을 이용하였다. 대상자의 인구사회학적 특성과 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음과 우울은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다. 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 우울의 차이는 Rao-scott χ^2 test를 실시하였다. 대상자의 인구사회학적 특성을 보정한 상태에서 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 우울에 미치는 영향을 규명하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 본 연구를 위해 이용한 지역사회건강조사는 복합표본설계를 이용하여 표본을 추출하였기 때문에 가중치를 적용한 복합표본분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구의 대상자는 남성이 50.7%, 여성이 49.3%였다. 연령은 평균 36.58 ± 0.31 세로 19세~39세가 56.4%, 40세~64세 34.8%, 65세 이상이 8.8%였다. 가구의 유형을 분석한 결과 1인 가구가 13.5%, 2인 가구 이상이 86.5%를 차지하였다. 교육수준은 대졸이상이 52.9%로 가장 많은 비율을 차지하였고 고졸 38.7%, 중졸 이하가 8.4%였다. 월평균 소득은 479.94 ± 6.76 만원으로 400만원 이상의 소득이 있다고 응답한 대상자가 57.9%로 가장 많은 비율을 차지하였고 300~399만원(17.3%) 순으로 나타났다. 사회적 지지는 도움요청 가능한 사람이 '있다'고 응답한 대상자가 12.4%, '없다'가 87.6%였다. 주관적 건강상태는 '좋음'이 62.2%였으며, '보통'이 31.7%, '나쁨'이 6.1%였다(Table 1).

Table 1. Demographic Characteristics of Participants

(n = 792)

Characteristics	Categories	n(%) [†]	M±SE
Gender	Male	363(50.7)	
	Female	429(49.3)	
Age (yr)	19~39	384(56.4)	36.58±0.31
	40~64	286(34.8)	
	≥ 65	122(8.8)	
One-person households	Yes	136(13.5)	
	No	656(86.5)	
Education	≤ Middle school	110(8.4)	
	High school	292(38.7)	
	≥ College	390(52.9)	
Monthly household income (10,000 won)	<200	161(15.3)	479.94±6.76
	200~299	90(9.5)	
	300~399	131(17.3)	
	≥400	410(57.9)	
Social support during quarantine	Have	112(12.4)	
	None	680(87.6)	
Subjective health status	Bad	57(6.1)	
	Moderate	258(31.7)	
	Good	477(62.2)	

[†] unweighted count(weighted %)

2. 대상자의 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음과 우울

대상자의 격리관련 특성 중 일상생활변화가 있는 사람이 98.0%, 없는 사람이 2.0%였다. 코로나19에 대한 두려움이 있는 경우가 96.4%, 없는 경우가 3.6%, 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 있는 사람이 97.9%, 없는 사람이 2.1%였다. 우울이 있는 사람이 58.4%, 없는 사람이 41.6%였다(Table 2).

3. 대상자의 인구사회학적 특성, 일상생활 상태, 코로나19 두려움, 코로나19 대응능력에 대한 믿음에 따른 우울

대상자의 우울에 차이가 있는 인구사회학적 특성은 가구유형($\chi^2=15.70$, $p<.001$), 월평균 소득($\chi^2=8.85$, $p=.031$), 격리 기간 중의 사회적 지지($\chi^2=4.25$, $p=.039$), 주관적 건강상태($\chi^2=47.35$, $p<.001$)였다. 일상생활 상태($\chi^2=12.308$, $p<.001$), 코로나19 두려움($\chi^2=54.422$, $p<.001$) 그리고 코로나19 대응능력에 대한 믿음($\chi^2=3.963$, $p=.047$) 유무에 따라 우울에 차이가 있었다(Table 3).

4. 대상자의 우울에 미치는 영향요인

대상자의 인구사회학적 특성과 격리특성을 보정한 상태에서 우울에 미치는 영향요인을 살펴본 결과는 <Table 4>와 같다. 대상자의 우울 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 인구사회학적 특성에서는 연령, 사회적 지지, 주관적 건강상태가 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 코로나19 두려움과 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령은 65세 이상인 자에 비해 40~64세는 1.47배 우울이 높았고($p=.021$), 65세 이상인 자에 비해 19~39세인 경우 우울이 1.72배 높았다($p=.001$). 대상자가 격리기간 동안 사회적 지지를 받을 수 있는 경우에 비해 사회적 지지를 받을 수 없는 경우 우울이 1.48배 높

았다($p=.005$). 주관적 건강상태가 좋음에 비해 보통인 경우 2.06배 우울이 높았고($p<.001$), 나쁨인 경우 3.04배 우울이 높았다($p<.001$). 코로나19에 대한 두려움이 없는 사람에 비해 있는 경우 우울이 7.82배 높았다($p<.001$). 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 있는 경우에 비해 없는 경우 우울이 1.74배 높았다($p=.019$)(Table 4).

IV. 논의

본 연구는 코로나19 격리경험자의 우울에 미치는 영향요인을 파악하고자 시행된 연구이다. 연구결과 코로나19 격리경험자의 우울에 영향을 미치는 요인은 연령, 격리기간 동안의 사회적지지, 주관적 건강상태, 코로나19에 대한 두려움 그리고 코로나19 대응능력에 대한 믿음으로 파악되었다.

본 연구대상자의 57.4%가 우울이 있는 것으로 확인되었다. 2020년 우리나라 일반대중을 대상으로 한 온라인 실태조사에 따르면 우울 위험군이 22.1%, 자살 사고의 경우 13.8%로 보고하고 있다[19]. 또한 동일한 환경이 아닌 점을 감안하여 직접적인 비교는 어려우나 Xiong 등(2020)의 체계적 문헌고찰 연구에서는 중국, 미국, 스페인, 덴마크 등 다양한 나라의 일반대중을 대상으로 코로나19 상황에서의 우울 유병률을 보고하고 있는데 14.6%에서 48.3%까지 범위까지 우울이 발생한다고 보고하고 있다[20]. 이처럼 코로나 팬데믹 상황이 장기화되면서 정부차원에서 이루어지는 방역조치 뿐만 아니라 팬데믹 상황자체에서 오는 문제들이 격리경험자 뿐 아니라 일반대중에 이르기까지 정신건강에 부정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 우울과 같은 정신건강문제를 관리하기 위한 지역 사회와 국가의 적극적인 예방, 관리 프로그램개발 및 적용이 필요할 것으로 판단된다.

코로나19 격리경험자의 우울에 미치는 영향요인 중 인구사회학적 특성은 연령, 격리기간 동안의 사회적지지 그리고 주관적 건강상태였다. 먼저 격리경험자의 인구사회학적 특성 중 연령은 65세 이상의 대상자

Table 2. Degrees of Daily Life Status, the Fear of COVID-19, Belief in Ability and Depression to Respond to COVID-19 (n = 792)

Variables	Categories	n(%) [†]
Daily life status	Yes	772(98.0)
	No	20(2.0)
The fear of COVID-19	Yes	765(96.4)
	No	27(3.6)
Belief in ability to respond to COVID-19	Yes	774(97.9)
	No	18(2.1)
Depression	Yes	461(58.4)
	No	331(41.6)

[†]unweighted count(weighted %)

Table 3. Characteristics according to Depression of Participants (n = 792)

Characteristics	Categories	Depression		Rao-Scott $\chi^2(p)$
		Yes	No	
		n(%) [†]	n(%) [†]	
Gender	Male	201(49.1)	162(53.0)	3.17 (.075)
	Female	260(50.9)	169(47.0)	
Age (yr)	19~39	227(57.8)	157(54.5)	4.90 (.087)
	40~64	162(34.5)	124(35.2)	
	≥65	72(7.7)	50(10.3)	
One-person households	Yes	369(15.5)	287(10.6)	15.70 ($<.001$)
	No	92(84.5)	44(89.4)	
Education	≤Middle school	69(7.9)	41(9.1)	3.58 (.167)
	High school	161(37.9)	131(39.8)	
	≥College	231(54.2)	159(51.1)	
Monthly household income (10,000 won)	<200	105(16.8)	56(13.3)	8.85 (.031)
	200~299	55(10.0)	35(8.8)	
	300~399	76(17.2)	55(17.2)	
	≥400	225(56.0)	185(60.7)	
Social support during quarantine	Have	65(11.0)	47(14.3)	4.25 (.039)
	None	396(89.0)	284(85.7)	
Subjective health status	Bad	47(8.0)	10(3.6)	47.35 ($<.001$)
	Moderate	173(37.1)	85(24.0)	
	Good	241(54.9)	236(72.4)	
Daily life status	Yes	455(98.7)	317(97.0)	12.308 ($<.001$)
	No	6(1.3)	14(3.0)	
The fear of COVID-19	Yes	453(98.9)	312(92.9)	54.422 ($<.001$)
	No	8(1.1)	19(7.1)	
Belief in ability to respond to COVID-19	Yes	450(98.4)	324(97.2)	3.963 (.047)
	No	11(1.6)	7(2.8)	

[†]unweighted count(weighted %)

Table 4. Multiple Logistic Regression Analysis

(n = 792)

Characteristics	Categories	Depression	<i>p</i>
		OR (95% CI)	
Gender	Female	ref.	
	Male	1.06(0.87~1.29)	.567
Age (yr)	≥65	ref.	
	19~39	1.72(1.23~2.37)	.001
	40~64	1.47(1.06~2.03)	.021
One-person households	No	ref.	
	Yes	1.35(0.98~1.86)	.068
Education	≤Middle school	ref.	
	High school	1.13(0.81~1.56)	.476
	≥College	1.27(0.87~1.83)	.210
Monthly household income (10,000 won)	≥400	ref.	
	<200	1.33(0.94~1.90)	.110
	200~299	1.15(0.88~1.52)	.300
	300~399	1.12(0.85~1.47)	.424
Social support during quarantine	Have	ref.	
	None	1.48(1.13~1.93)	.005
Subjective health status	Good	ref.	
	Moderate	2.06(1.61~2.63)	<.001
	Bad	3.04(1.74~5.33)	<.001
Daily life status	No	ref.	
	Yes	1.34(0.75~2.40)	.325
The fear of COVID-19	No	ref.	
	Yes	7.82(4.05~15.12)	<.001
Belief in ability to respond to COVID-19	Yes	ref.	
	No	1.74(1.10~2.75)	.019

OR=Odds ratio; CI=Confidential intervals.

에 비해 19~39세, 40~64세 대상자들의 우울이 더 높은 것으로 확인이 되었다. 이는 연령이 젊을수록 우울이 높고, 50세 이상에 비해 18~29세 연령에서 우울이 더 높다고 보고한 연구결과와 유사하다[15,21]. 사회적 활동이 왕성한 상대적으로 젊은 연령대의 대상자에게 갑작스런 격리는 사회적 단절을 초래하게 되고, 이로 인해 본인의 사회적 역할과 책임을 다하지 못함으로 인해 심리적 문제, 경제적 문제와 직업적 문제 등에 직면하게 된다. 따라서 격리경험자가 겪는 스트레스, 불안 그리고 우울과 같은 정신건강문제는 어렵지 않게 예측이 가능하므로 연령대에 적합한 문제를

파악하고 필요에 따른 지원이 이루어질 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 그러나 연령이 우울을 예측하지 않는다는 보고한 연구와[22,23] 연령이 높을수록 우울발생률이 높게 나타난다는 보고는[24] 본 연구결과와 상반된 결과였다. 추후 코로나19와 같은 감염병 시대의 격리경험자의 연령과 우울의 관계에 대한 연구가 지속적으로 이루어져야 할 것으로 생각된다.

코로나19로 인한 격리기간 동안의 사회적 지지는 우울에 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 격리기간 동안 사회적 지지가 있다고 응답한 경우에 비해 격리기간 동안의 사회적 지지가 없다고 응답한 경우 우울

이 1.48배 높았는데 이는 2021년 코로나 자가격리자 우울을 보고한 연구[16]와도 유사한 결과이며, 사회적 지지가 우울과 밀접한 관계가 있다고 보고한 선행연구[25]와도 맥락을 같이하고 있다. 격리경험자는 감염으로 인한 스스로의 건강문제에 대한 두려움 뿐만 아니라 본인의 감염으로 인해 발생하게 될 주변인들의 감염위험에 대한 염려 등으로 사회적, 심리적으로 위축될 가능성이 매우 높다. 사회적 지지가 우울을 낮추는데 긍정적인 영향을 미친다는 것은 다양한 연구를 통해 보고되고 있고[16,25] 이에 대한 정신건강복지센터와 같은 지역사회 기관을 통한 다양한 지원체계가 마련되어 운영되고 있다. 하지만 코로나19의 격리와 같은 특수한 상황에 대한 현실적인 대응체계는 충분히 마련되어 있지 않으므로 이에 대해 실효성있는 사회심리적 지원체계의 마련이 필요하다. 특히 격리로 인해 대면접촉이 어려운 경우에 대비한 비대면 지원 프로그램을 모색해야 할 필요가 있다.

본 연구에서 주관적 건강상태가 좋다고 인지하는 경우 그렇지 못한 경우에 비해 우울 발생이 낮은 것으로 확인이 되었다. 주관적 건강상태가 보통이다라고 응답한 경우 좋다고 응답한 경우에 비해 2.06배 우울이 높게 나타났으며, 나쁘다라고 응답한 경우 3.04배 우울이 높았다. 주관적 건강상태는 자신의 건강상태에 대한 주관적인 판단으로 주관적 건강상태가 나쁘다고 판단하는 경우 자신이 언제든지 질병에 노출될 수 있다는 두려운 마음을 갖게 됨으로써 스트레스, 불안, 우울, 두려움과 같은 정신건강 문제에 영향을 미친다[26]. 따라서 코로나19 상황에서 사회생활 참여 감소로 인해 취약계층인 노인들의 건강상태나 질병이 나빠질 수 있으므로 사회적 상호작용을 증진하고, 건강상태를 유지, 관리할 수 있는 심리상담 서비스, 신체활동 증진 프로그램 등의 지역사회 중재 개발이 필요하다.

코로나19에 대한 두려움은 우울에 영향을 미치는 요인으로 파악되었다. 대상자의 코로나19에 대한 두려움은 없는 경우에 비해 두려움이 있는 경우 우울이 7.82배 높게 나타났다. 선행연구에서 코로나19 두려움은 사회적 관계의 유무, 가족의 신뢰정도, 지역소속감

으로 나타났다[26,27]. 따라서 가족에 대한 신뢰정도가 낮고, 사회적 관계망 부족의 우려가 있는 취약계층에 대한 보다 관심있는 접근과 중재가 필요하고, 지역사회의 소속감을 증진시킬 수 있는 네트워크를 강화할 필요가 있다.

정부의 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 대상자의 우울에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 정부나 기관에 대한 코로나19 대응능력에 대한 믿음이 없는 경우에 비해 있는 경우 우울이 1.74배 높은 것으로 파악되었다. 선행연구는 신종감염병에 대한 두려움을 감소시키는 요인으로 공공기관에 대한 믿음을 제시하고 있어 본 연구와 맥락을 같이한다[28-30]. 정부나 기관에 대한 신뢰는 코로나19 상황에서 격리경험자 뿐 아니라 일반 대중에게도 강력한 심리적 안정망이 될 수 있다. 따라서 정부나 기관에 대한 신뢰를 높일 수 있도록 정부의 실효성있는 방역지침의 제공과 객관적이고 신뢰도 높은 정보 제공이 필요할 것으로 판단된다.

본 연구는 코로나19 격리경험자를 대상으로 우울 정도를 파악하고, 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하였다는데 의의가 있다. 하지만 본 연구는 지역사회 건강조사에서 수집된 데이터를 활용한 이차분석 연구로서 몇 가지 제한점을 갖는다. 첫째, 본 연구는 이차분석 연구이므로 원조사 자료수집에서 포함된 변수에 국한하여 분석하였다. 둘째, 본 연구는 단면조사 연구로 격리경험자의 일상생활 상태와 코로나19의 두려움, 정부나 기관의 코로나19 대응능력에 대한 믿음과 우울의 인과관계를 설명하기에는 한계가 있다. 셋째, 격리의 형태가 영향을 미칠 것으로 생각이 되었으나, 제공받은 자료에 한계가 있어 격리 형태가 제대로 반영되지 못하였다. 넷째, 본 연구는 일반인에게 공개되고 있는 지역사회건강조사 결과를 분석함으로써 코로나19 격리경험자의 우울을 보다 밀도있게 분석하기에는 다소 한계점이 있었다. 따라서 이러한 제한점이 개선된 추후연구가 진행되기를 기대한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회건강조사 자료를 활용하여 코로나19 격리경험자의 우울 정도와 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 실시한 이차 분석연구이다. 연구결과 코로나19 격리경험자의 우울에는 연령, 격리기간 중 사회적 지지, 코로나19 두려움 그리고 코로나19에 대한 믿음이 영향요인으로 확인되었다.

격리조치가 감염병 전파확산을 방지하기 위한 중요한 수단인 만큼 격리 수행 시 정신건강에 취약한 계층을 선별할 수 있는 시스템과 격리 후에 정신건강을 추적관리 할 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다. 또한, 정신건강 심리지원 서비스와 생활지원 서비스를 개발하여 사회적 지지가 격리 이전과 같이 유지될 수 있도록 관리할 필요가 있다. 특히 감염병과 같은 재난 상황 시 국가 차원의 신속한 정보제공과 대응이 효율적으로 적용될 수 있는 정책과 전략개발이 필요할 것이다.

따라서 본 연구 결과를 토대로 하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 격리경험자의 우울 증재를 위한 정책 및 전략 개발을 위해 질적자료 조사를 통한 자료수집이 필요하다.

둘째, 격리경험자의 우울을 감소할 수 있도록 격리 경험자의 특성을 반영한 심리적 방역지침 프로그램의 개발이 필요하다.

셋째, 본 연구에서 미비하게 다루어진 격리 특성과 관련한 다양한 요인을 포함한 심도있는 연구가 이루어질 필요가 있다.

References

1. World Health Organization (WHO). Novel coronavirus (2019-nCoV) situation reports. [Internet]. Geneva: 2019 [cited 2021 October 10]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395(10223):507-513.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
3. Korea Disease Control and Prevention Agency. Coronavirus Infectious Disease-19 [Internet]. Seoul: Korea Disease Control and Prevention Agency. 2021 [cited 2021 October 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qJjk8SmMNbc>
4. Koh KW. Physical activity guideline for social distancing during COVID-19. *Korean Journal of Health Education Promotion*, 2020;37(1):109-112.
<http://dx.doi.org/10.14367/kjhep.2020.37.1.109>
5. COVID-19 national situation board [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2021 [cited 2021 December 10] Available from: https://kosis.kr/covid/covid_index.do
6. Coronavirus Infectious Disease-19 Response Guidelines [Internet]. Seoul: Korea Disease Control and Prevention Agency. 2021 Available from: <https://kosis.kr/covid/html/guidelines.do>
7. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 2020;293:113462.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>
8. Kang E, Lee SY, Kim MS, Jung H, Kim KH, Kim KN, et al. The psychological burden of COVID-19 stigma: evaluation of the mental health of isolated mild condition COVID-19 patients. *Journal of Korean Medical Science*, 2021;36(3):e33
<https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e33>
9. Park HY, Jung J, Park H., Lee SH, Kim ES, Kim H, et al. Psychological consequences of survivors of

- COVID-19 pneumonia 1 month after discharge. *Journal of Korean Medical Science*. 2020;35(47):e409
<https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e409>
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-9.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
11. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 2004;10(7):1206-12.
<https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
12. Fong MW, Gao H, Wong JY, Xiao J, Shiu EY, Ryu S, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-social distancing measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2020;26(5):976-84.
<https://doi.org/10.3201/eid2605.190995>
13. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*. 2020;3(9):e2019686-e2019686.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
14. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020;87:49-50.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>
15. Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychology & Health*. 2021;36(2):164-78.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1782410>
16. Lee S, Kim Y, Kwon HY, Kim S, Lee E, Jeong Y, et al. Factors associated with Depression during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Quarantine in Four Districts of Seoul Metropolitan City. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 2019;24(1):15-24. <http://doi.org/10.7587/kjrehn.2021.15>
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 2001;16(9):606-13.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
18. Park SJ, Choi HR, Choi JH, Kim KW, Hong JP. Reliability and validity of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Anxiety and Mood*, 2010;6(2):119-24.
19. Korean Society for Traumatic Stress Studies [Internet]. Seoul: The third survey on the mental health of the people in COVID-19. 2020 [cited 2022 March 10] Available from: <http://kstss.kr/?p=1873>
20. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill, H., Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 2020;277(1):55-64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
21. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry research*, 2020;293:113462.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>
22. Peng M, Mo B, Liu Y, Xu M, Song X, Liu L, et al. Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of affective disorders*, 2020;275(1):119-24.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.035>
23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 co-

- ronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 2020;17(5):1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
 24. Szcześniak D, Gładka A, Misiak B, Cyran A, Rymaszewska J. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2021;104(10):110046.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>
 25. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry research*, 2020;290:113172.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
 26. Moon JH, Kim SJ, Sung KO, An exploratory study on COVID-19 phobia and influencing factors. *Journal of Social Science*, 2021;32(1):285-307.
<https://doi.org/10.16881/jss.2021.01.32.1.285>
 27. Kim JE, Yoon HJ, Nam EW. Depression in Korea high school students in the early of COVID-19 Pandemic: a web-based cross-sectional Study. *Korean Public Health Research*. 2021;47(4):1-14.
<https://doi.org/10.22900/kphr.2021.47.4.001>
 28. Cheng C, Tang CSK. The psychology behind the masks: Psychological responses to the severe acute respiratory syndrome outbreak in different regions. *Asian Journal of Social Psychology*, 2004;7(1):3-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00130.x>
 29. Park JE, Shon AR. The Relationship between government credibility and risk perception of the Mad Cow Disease, *Korean Public Health Research*, 2010;36(2):27-34.
 30. Lee SH. Risk and risk management in modern society: Theoretical discussion on the social construction of risk. *Journal of Contemporary Society and Culture*, 2009;29:61-88.
-