ORIGINAL ARTICLE

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2024;35(4):399-411
https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.4.399

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

한국인 M세대와 Z세대의 화병 비교 연구

권찬영

동의대학교 한의과대학 한방신경정신과

Comparative Study of Hwa-Byung of Generation M and Generation Z in South Korea

Chan-Young Kwon

Department of Oriental Neuropsychiatry, Dong-eui University College of Korean Medicine

Received: October 27, 2024
Revised: November 11, 2024
Accepted: December 16, 2024

Correspondence to
Chan-Young Kwon
Department of Oriental Neuropsychiatry, Dong-eui University College of Korean Medicine, 52-57 Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan, Korea.
Tel: +82-51-850-8808
Fax: +82-51-867-5162
E-mail: beanalogue@deu.ac.kr

Acknowledgement
This work was partly supported by Innovative Human Resource Development for Local Intellectualization program through the Institute of Information & Communications Technology Planning & Evaluation (IITP) grant funded by the Korea government (MIST) (IITP-2024-RS-2020-II201791, 50%), and by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (grant number: RS-2023-KH139364, 50%).

Objectives: Hwa-byung (HB), a culture-related anger syndrome, has traditionally been linked to middle-aged Korean women. However, recent societal changes indicate its potential prevalence among younger generations. This study aimed to compare the characteristics and symptoms of Hwa-byung between Generation M (born 1980～1994) and Generation Z (born 1995～2005) in South Korea.
Methods: A total of 449 participants (Generation M: n=323, Generation Z: n=126) completed the HB Trait Scale, HB Symptom Scale, Emotional Labor Scale, Depression Anxiety Stress Scale, and State-Trait Anger Expression Inventory. Generational differences were analyzed using t-tests and chi-square tests, with effect sizes calculated using Cohen's d and Cramér's V.
Results: Generation Z exhibited significantly higher scores in interpersonal difficulties (p=0.005), poor emotional expression (p=0.019), and fatalistic acceptance (p=0.025). Among HB patients, Generation Z demonstrated significantly higher scores in conversation initiation difficulties (p=0.005), fatalistic acceptance (p=0.008), and repeated guilt (p=0.041). In contrast, Generation M reported more severe somatic HB symptoms (e.g., numbness and digestive issues) and higher levels of anxiety (p=0.017) and trait anger (p=0.012). Effect sizes ranged from small to medium (Cohen's d=0.14～0.52).
Conclusions: Hwa-byung manifests differently across generations, with Generation Z facing greater challenges in interpersonal communication and a higher tendency toward fatalistic acceptance and repeated guilt, particularly among HB patients. Generation M, on the other hand, exhibited more severe somatic symptoms and emotional distress. These findings highlight the need for generation-specific interventions: focusing on improving interpersonal skills and addressing passive coping strategies for Generation Z, while emphasizing stress management and emotional regulation for Generation M.

Key Words: Hwa-byung, Generation M, Generation Z, Mental health.

Copyright © 2024 by The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. All rights reserved.
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

화병(Hwa-byung)은 일종의 분노 증후군(anger syndrome)으로, 정신장애의 진단 및 통계편람, 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, the Fourth Edition)에서 문화관련증후군(culture-bound syndrome)으로 소개된 바 있다[1]. 대한한방신경정신과학회에서 2021년 발간한 '화병 한의표준임상진료지침'에서는 화병을 '분노와 같은 부정적인 감정이 해소되지 못하여 화의 양상으로 폭발하는 증상이 있는 증후군'으로 정의하고 있다[2]. 이 질환은 전통적으로 중년 여성의 질환으로 인식되어 왔으며, 이 중 화병의 유병률은 4.95%로 나타났다[3]. 중년 여성에서 화병 증상과 관련된 요인은 가족관계 문제로 인한 스트레스 수준 및 여성 역할에 대한 인식으로 나타났는데[4], 화병을 이해하기 위한 생태 모델에서는 감정 표현, 여성의 성 역할, 가족 역할, 정신장애의 낙인 등 동아시아의 유교적 가치관이 화병의 원인이 될 수 있음을 밝혔다[5].

한편, 최근 한국 사회의 급격한 변화, 세대 간 가치관의 차이, 그리고 디지털 기술의 발전은 한국인의 정신건강 문제를 야기하고 있다[6,7]. 특히 한국 사회에서는 코로나19 (the coronavirus 2019) 팬데믹 이후 성 역할에 대한 갈등이 심화되었는데, 특히 30대 여성이 열악한 노동 환경과 가족관계 문제로 우울과 스트레스에 노출된 것으로 보고되고 있다[8,9]. 젠더 갈등은 한국 젊은 성인에서 남성과 여성 모두에게 영향을 미치고 있으며, 분노와 같은 부정적 감정의 경험과 관련된다[10]. M세대(1980~1994년생)와 Z세대(1995~2005년생)는 한국 사회에서 독특한 특성을 가진 세대로 떠오르고 있다[11-13]. 예를 들어, 이 집단의 특성과 언어 사용을 조사한 연구에 따르면, 자신을 표현하는데 주저함이 없이 솔직한 말과 행동을 사용하지만, 선을 넘지 않는 것을 선호하는 특징이 있고[14], 평등과 공정성을 중요 가치로 여긴다는 특징[15]이 있다. 따라서 이 세대는 불공정한 것으로 인지된 스트레스 사건에 대한 취약성이 높다고 할 수 있으며[16], 이는 이러한 정신병리로 인해 발생하는 화병[2]이 한국인 MZ세대에 흔하게 존재할 수 있음을 시사한다.

한편, MZ세대는 서로 다른 사회문화적 배경에서 성장하여 각기 다른 특성을 보일 수 있다. M세대는 아날로그와 디지털의 전환기를 경험했으며, 경제적 불확실성과 높은 취업 스트레스를 경험한 세대인 반면, Z세대는 디지털 네이티브이며 코로나19 팬데믹을 겪으며 비대면 소통에 익숙해진 세대라는 특징이 있다. 이러한 특성을 반영하듯, 두 세대의 직무 태도 차이를 조사한 연구에서는 Z세대가 M세대에 비해 유연근무제 및 스마트워크 시스템에 대한 선호가 높고, 직무를 위해 사적인 시간을 손해 보지 않고 일과 삶의 균형을 이루려는 경향도 유의하게 높은 것으로 나타났다[17]. 따라서 인지된 불공정에 대한 대응방식도 다를 수 있으며, 이는 M세대와 Z세대에서 화병의 양상이 다를 수 있음을 시사한다.

아직까지 MZ세대의 화병 및 세대별 화병 특성에 관한 연구는 제한적이다. 하지만 세대별 화병 양상의 차이를 이해하는 것은 세대별 특성에 부합하는 정신건강 개선 전략을 수립하기 위해 필수적이다. 따라서 본 연구에서는 MZ세대 간 화병 유병률, 화병 성격, 화병 증상 차이를 비교 분석하고자 하였다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 한국의 MZ세대를 대상으로 한 기존 설문조사의 결과를 이차분석한 것이다.

2. 연구 대상

본 연구의 포함기준은 1) 한국에 거주하는 한국 국적의 성인으로, 2) 1980~2005년생에 해당하는 자였다. 한편, 1) 협심증, 심근경색, 뇌졸중, 암 등의 중증 신체질환이 있거나, 2) 우울장애, 양극성 장애, 치매 등 중증 정신장애가 있는 경우는 제외되었다. 본 설문조사는 마크로밀 엠브레인(Embrain Co., Ltd., Seoul, Republic of Korea)에 의해 2024년 6월 7일부터 12일 사이에 온라인 익명 설문조사로 시행되었다.

3. 연구 도구

설문조사에서 수집된 항목은 연령, 성별, 결혼 상태 등 인구통계학적 정보, 주관적 건강상태(subjective health statue), 화병, 감정노동, 우울, 불안, 스트레스, 분노였다.

1) 인구통계학적 정보

인구통계학적 정보에는 성별, 연령, 거주지역(수도권 또는 비수도권), 결혼 여부, 직업 여부가 포함되었다.

2) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 응답자가 자신의 건강에 대해 주관적으로 평가하는 것으로, '매우 좋음', '좋음', '보통임', '나쁨', '매우 나쁨'으로 응답하였다.

3) 임상 척도

화병 척도는 2008년 권 등[18]이 개발한 척도로, 화병 성격 16개 문항과 화병 증상 15개 문항으로 구성된다(Table 1). 응답자는 각 문항에 대하여 '전혀 그렇지 않다' (0점), '그렇지 않은 편이다' (1점), '중간 정도 그렇다' (2점), '상당히 그렇다' (3점), '완전히 그렇다' (4점)로 응답하며, 화병 증상의 총점이 30점 이상인 경우, 화병이 존재하는 것으로 간주할 수 있다[18]. 본 연구에서 이 척도의 Cronbach's alpha 값은 0.94였다.

감정노동(emotional labor) 평가를 위해 Lee[19]에 의해 개발된 평가도구가 사용되었으며, 이 도구는 14개의 문항으로 직원중심 감정노동(employee-focused emotional labor)과 직무중심 감정노동(job-focused emotional labor)을 평가한다. 본 연구에서 이 척도의 Cronbach's alpha 값은 0.89였다.

우울, 불안, 스트레스 등 심리적 고통을 평가하기 위해 Lovibond 등[20]의 우울 불안 스트레스 척도(Depression Anxiety Stress Scales-21 items, DASS-21)가 사용되었다. 본 도구는 우울, 불안, 스트레스를 각각 7개 문항으로 평가하며, 본 연구에서 이 척도의 Cronbach's alpha 값은 0.96이었다.

상태 분노, 특성 분노, 그리고 분노 표현 방식(분노 억제,

Table 1. The HB Scale Consists of HB-T and HB-S

Variables		Questionnaire
HB-T		
Q1	Life sacrifices	I live my life giving up many things.
Q2	Feeling unrecognized	People around me don't recognize well how I feel.
Q3	Accumulating negative emotions	I tend to accumulate negative emotions in my mind for a long time.
Q4	Poor emotional expression	I don't express well when I'm hurt.
Q5	Excessive endurance	I tend to endure things foolishly until I explode.
Q6	Interpersonal difficulties	I find it too difficult to deal with people.
Q7	Conversation initiation difficulty	It's hard for me to initiate conversation with others.
Q8	Poor self-expression	I can't express what I want to say to others.
Q9	Fixed behavioral patterns	I always choose the same route when going somewhere.
Q10	Preference for familiar places	When going out, I revisit places where I had enjoyable experiences before.
Q11	Event avoidance	I try to forget 'the event' as much as possible.
Q12	Problem avoidance	I try not to think about problematic situations as much as I can.
Q13	Yielding to others	I give up my position and follow the other person's stance.
Q14	Accommodating others	I try to accommodate others' opinions.
Q15	Fatalistic acceptance	When problems arise, I accept them as fate.
Q16	Frequent guilt	I often feel guilty.
HB-S		
Q1	Life unhappiness	My life is rather unhappy.
Q2	Deep regret/resentment	There are times when I feel deep regret or resentment.
Q3	Life sorrow	I feel that my life is sorrowful.
Q4	Feeling sorrowful	I feel sorrowful.
Q5	Feeling wronged	I feel wronged.
Q6	Emotional fragility	My nerves are so fragile that I can't control my emotions.
Q7	Physical restlessness	My hands and feet tremble, and I feel restless.
Q8	Self-disappointment	I often feel disappointed in myself.
Q9	Facial heat	My face often flushes with heat.
Q10	Chest heat	I often feel a heat buildup in my chest.
Q11	Rising-qi symptoms	I often feel something rising from below (legs or abdomen) to above (chest).
Q12	Anger-related numbness	When I get angry, my hands feel numb or tremble.
Q13	Digestive problem	I have indigestion and often feel bloated.
Q14	Exhaustion	I am very exhausted.
Q15	Perceived unfairness	I feel that the world is unfair.

HB: Hwa-byung, HB-S: Hwa-byung symptom scale, HB-T: Hwa-byung trait scale.

분노 표출, 분노 조절)을 평가하기 위해 Spielberger 등[21]의 상태-특성 분노 표현 척도(State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI)가 사용되었다. 본 연구에서 이 척도의 Cronbach's alpha 값은 0.95였다.

4. 자료 분석 방법

연구 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 통해 분석하였다. 또한, 세대 간 차이 검증을 위해 독립표본 t-검정과 카이제곱 검정을 실시하였다. 단, M세대와 Z세대의 차이 비교는 화병 유무에 관계 없이 전체 군, 그리고 화병이 있는 군으로 구분하여 분석을 실시하였다. 화병 개별 증상의 경우, '상당히 그렇다(3점)' 또는 '완전히 그렇다(4점)'으로 응답한 경우를 해당 증상이 존재하는 경우로 정의하고, 화병 개별 증상의 유병률을 분석하고 세대 간에 비교를 실시하였다. 효과크기의 평가를 위해, 연속형 변수의 경우 Cohen's d를, 범주형 변수의 경우 Cramér's V를 산출하였다. Cohen's d의 경우 0.2는 작은 효과크기, 0.5는 중간 효과크기, 0.8은 큰 효과크기로 해석하였으며, Cramér's V의 경우 0.1은 작은 효과크기, 0.3은 중간 효과크기, 0.5는 큰 효과크기로 해석하였다. 모든 통계적 검정의 유의수준은 $p<0.05$로 설정하였다. 모든 통계적 분석과 시각화는 Python (3.10.10 버전)을 사용하여 시행되었다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 동의대학교부속한방병원 임상시험심사위원회의 심의면제 승인을 받아 수행되었다(승인번호: DH-2024-09). 모든 참가자들에게 연구의 목적과 절차가 설명되었으며, 자발적 참여 및 개인정보 제공에 동의하는 것으로 응답한 참가자들만 설문조사에 참여하였다. 연구 과정에서, 개인정보 보호와 비밀 유지를 준수하였다.

III. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

전체 연구 대상자 449명 중 M세대는 323명(71.9%), Z세대는 126명(28.1%)이었다. M세대의 평균 연령은 38.54±4.45세, Z세대는 24.75±3.28세였다. 성별 분포에서는 M세대의 경우 남성이 184명(57.0%), 여성이 139명(43.0%)이었으며, Z세대는 남성 56명(44.4%), 여성 70명(55.6%)으로 유의한 차이를 보였다(p=0.020). 결혼 상태에서는 M세대의 경우 기혼자가 170명(52.6%)으로 많았던 반면, Z세대는 2명(1.6%)에 불과했다($p<0.001$). 직업 유무에서도 세대 간 유의한 차이가 관찰되었는데, M세대의 취업률(84.2%)이 Z세대(47.6%)보다 높았다($p<0.001$) (Table 2).

임상 척도의 경우, DASS-21 척도에서 M세대는 불안(6.04±5.00 vs 4.80±4.71, p=0.017) 점수가 Z세대보다 유의하게 높았다. STAXI 척도에서도 M세대는 특성 분노(20.16±6.48 vs 18.46±6.31, p=0.012), 분노 표출(15.07±4.60 vs 13.83±4.60, p=0.010) 점수가 Z세대보다 유의하게 높았다. 한편, 감정노동 척도에서는 세대 간 유의한 차이가 관찰되지 않았다($p>0.05$) (Table 2, Fig. 1).

2. 전체 대상자의 화병 특성 비교

화병 성격 척도 총점은 Z세대(34.25±9.91)가 M세대(32.46±8.71)보다 높은 경향을 보였으나, 통계적으로 유의한 차이는 아니었다(p=0.061) (Table 2). 그러나 세부 항목별 분석에서 Z세대는 '감정표현의 어려움' (Q4, p=0.019), '대인관계의 어려움' (Q6, p=0.005), '대화 시작의 어려움' (Q7, p=0.001), '의사표현의 어려움' (Q8, p=0.009), '운명적 수용' (Q15, p=0.025) 항목에서 M세대보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 한편, M세대는 Z세대와 비교하여 '삶의 희생' (Q1, p=0.023) 항목에서 유의하게 높은 점수를 보였다(Table 3, Fig. 2).

화병 증상 척도 총점은 M세대(26.24±11.21)가 Z세대(24.26±12.51)보다 높은 경향을 보였다(p=0.105) (Table 2). 특히 M세대는 '삶의 불행감' (Q1, p=0.024), '억울함' (Q5, p=0.021), '손발 떨림과 불안' (Q12, p=0.016), '소화불량' (Q13, p=0.040) 등 항목에서 Z세대보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 하지만 화병 개별 증상의 유병률에서는 군간의 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3, Fig. 3).

3. 화병 진단군에서의 세대 간 특성 비교

화병으로 진단된 대상자는 M세대에서 119명(36.8%), Z세대에서 44명(34.9%)이었다. 화병 진단군 내에서 화병 성격 척도 총점 총점은 Z세대(40.93±7.76)가 M세대(38.39±7.95)보다 높은 경향을 보였다(p=0.070). 특히 Z세대는 '대화 시작의 어려움' (Q7, p=0.005), '운명적 수용' (Q15, p=0.008), '반복적 죄책감' (Q16, p=0.008) 항목에서 M세대보

Table 2. Characteristics of the Entire Sample

Variables		Generation M (n=323)	Generation Z (n=126)	ES	χ^2 or t-value	p-value
Sex	Male	184	56	0.11	5.712	0.020*
	Female	139	70			
Age	Raw (year)	38.54±4.45	24.75±3.28	3.48	31.603	0.000***
Region	Metropolitan	202	63	0.11	5.892	0.019*
	Non-metropolitan	121	63			
Marriage	Single or divorced	153	124	0.47	99.932	0.000***
	Married	170	2			
Job	Have	272	60	0.37	62.988	0.000***
	Not have	51	66			
Subjective health state	Good or very good	102	55	0.11	5.859	0.053
	Normal	168	53			
	Bad or very bad	53	18			
HB scale	HB-T	32.46±8.71	34.25±9.91	-0.19	-1.878	0.061
	HB-S	26.24±11.21	24.26±12.51	0.17	1.627	0.105
HB	Absence	204	82	0.02	0.145	0.744
	Presence	119	44			
EL	Employee-focused EL	3.25±0.62	3.31±0.76	-0.09	-0.646	0.519
	Job-focused EL	3.08±0.69	3.10±0.73	-0.03	-0.146	0.884
	Total EL	3.15±0.59	3.19±0.67	-0.06	-0.394	0.694
DASS-21	Depression	7.26±5.22	6.43±5.54	0.16	1.485	0.138
	Anxiety	6.04±5.00	4.80±4.71	0.25	2.398	0.017*
	Stress	8.48±4.71	7.53±5.18	0.19	1.870	0.062
STAXI	State anger	16.96±6.85	15.90±6.76	0.16	1.467	0.143
	Trait anger	20.16±6.48	18.46±6.31	0.26	2.512	0.012*
	Anger-control	19.28±4.02	19.57±4.55	-0.07	-0.653	0.514
	Anger-out	15.07±4.60	13.83±4.60	0.27	2.571	0.010*
	Anger-in	17.34±4.89	17.67±5.21	-0.07	-0.633	0.527
SI	Absence	199	80	0.02	0.136	0.746
	Presence	124	46			

ES means Cohen's d for independent t-test and Cramér's V for Chi-square test.
DASS: the Depression Anxiety Stress Scale, EL: emotional labor, ES: effect size, HB-S: Hwa-byung symptom scale, HB-T: Hwa-byung trait scale, SI: suicidal ideation, STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory.
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

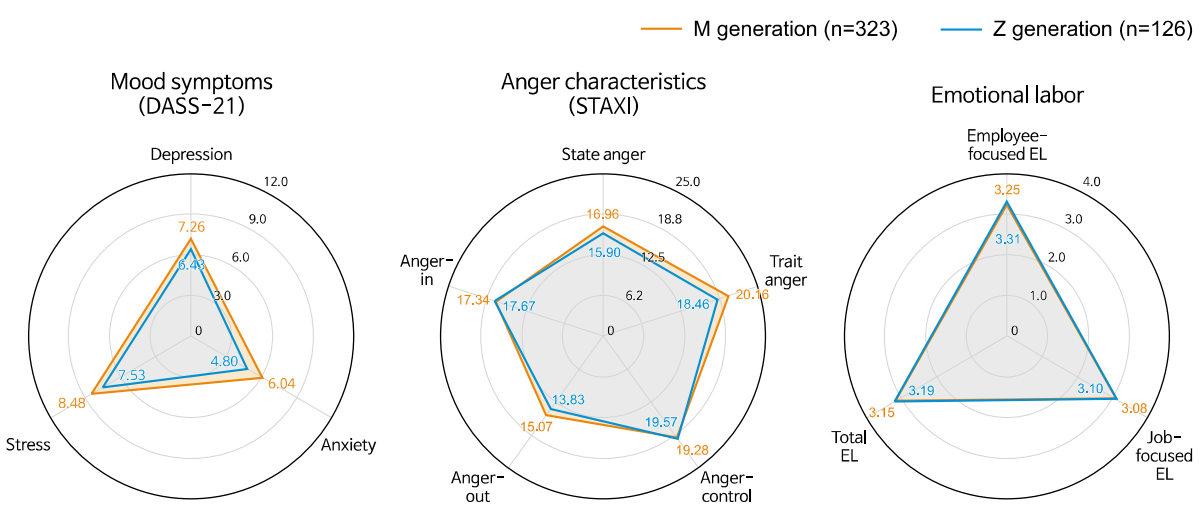


Fig. 1. Clinical outcomes of the participants.
DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales-21 items, EL: emotional labor, STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory.

Table 3. Differences between HB-T and HB-S in the Whole Sample

Variables		Generation M (n=323)	Generation Z (n=126)	ES	χ^2 or t-value	p-value
HB-T	Q1	1.89±0.86	1.68±0.87	0.24	2.278	0.023*
	Q2	1.92±0.86	1.86±0.90	0.07	0.681	0.496
	Q3	2.06±1.03	2.17±1.09	-0.10	-0.979	0.328
	Q4	2.10±0.97	2.35±1.08	-0.24	-2.359	0.019*
	Q5	2.12±1.08	2.20±1.10	-0.07	-0.654	0.514
	Q6	1.78±1.00	2.09±1.11	-0.30	-2.841	0.005**
	Q7	1.78±1.08	2.17±1.25	-0.34	-3.363	0.001**
	Q8	1.91±1.04	2.21±1.11	-0.28	-2.637	0.009**
	Q9	2.11±0.96	2.28±1.11	-0.17	-1.634	0.103
	Q10	2.23±0.93	2.18±1.02	0.05	0.496	0.620
	Q11	2.28±0.82	2.32±0.91	-0.04	-0.367	0.714
	Q12	2.20±0.85	2.23±0.97	-0.03	-0.377	0.706
	Q13	1.92±0.87	1.92±0.94	0.00	-0.012	0.990
	Q14	2.25±0.82	2.41±0.86	-0.19	-1.897	0.059
	Q15	1.97±0.88	2.18±1.02	-0.22	-2.244	0.025*
	Q16	1.94±0.94	2.00±1.12	-0.06	-0.532	0.595
	Total score	32.46±8.71	34.25±9.91	-0.19	-1.878	0.061
HB-S	Q1	1.70±1.03	1.45±1.11	0.24	2.266	0.024*
	Prevalence	77 (23.8%)	23 (18.3%)	0.06	1.633	0.210
	Q2	1.97±1.02	1.83±1.11	0.13	1.208	0.228
	Prevalence	103 (31.9%)	37 (29.4%)	0.03	0.269	0.651
	Q3	1.82±1.06	1.65±1.13	0.16	1.497	0.135
	Prevalence	88 (27.2%)	29 (23.0%)	0.04	0.841	0.403
	Q4	1.84±1.03	1.76±1.13	0.08	0.663	0.508
	Prevalence	88 (27.2%)	34 (27.0%)	0.00	0.003	1.000
	Q5	1.86±1.08	1.60±1.17	0.23	2.313	0.021*
	Prevalence	92 (28.5%)	32 (25.4%)	0.03	0.432	0.558
	Q6	1.41±0.94	1.36±1.10	0.05	0.468	0.640
	Prevalence	44 (13.6%)	21 (16.7%)	0.04	0.679	0.456
	Q7	1.15±0.96	1.02±1.00	0.13	1.335	0.183
	Prevalence	33 (10.2%)	12 (9.5%)	0.01	0.048	1.000
	Q8	1.86±0.97	1.94±1.11	-0.08	-0.743	0.458
	Prevalence	82 (25.4%)	41 (32.5%)	0.08	2.331	0.128
	Q9	1.60±1.04	1.65±1.11	-0.05	-0.480	0.631
	Prevalence	63 (19.5%)	29 (23.0%)	0.04	0.686	0.436
	Q10	1.55±1.08	1.51±1.16	0.04	0.372	0.710
	Prevalence	68 (21.1%)	25 (19.8%)	0.02	0.081	0.897
	Q11	1.47±1.07	1.36±1.12	0.10	0.967	0.334
	Prevalence	58 (18.0%)	25 (19.8%)	0.02	0.214	0.685
	Q12	1.69±1.04	1.42±1.12	0.25	2.415	0.016*
	Prevalence	76 (23.5%)	22 (17.5%)	0.07	1.957	0.203
	Q13	1.78±1.11	1.53±1.21	0.22	2.059	0.040*
	Prevalence	85 (26.3%)	28 (22.2%)	0.04	0.807	0.399
	Q14	2.36±1.04	2.20±1.15	0.15	1.459	0.145
	Prevalence	147 (45.5%)	53 (42.1%)	0.03	0.436	0.528
	Q15	2.19±1.05	1.99±1.12	0.19	1.783	0.075
	Prevalence	119 (36.8%)	41 (32.5%)	0.04	0.732	0.443
	Total score	26.24±11.21	24.26±12.51	0.17	1.627	0.105

ES means Cohen's d for independent t-test and Cramér's V for Chi-square test. The prevalence of each symptom refers to cases where a score of 3 or higher was answered.
HB-S: Hwa-byung symptom scale, HB-T: Hwa-byung trait scale.
*$p<0.05$, **$p<0.01$, ***$p<0.001$.

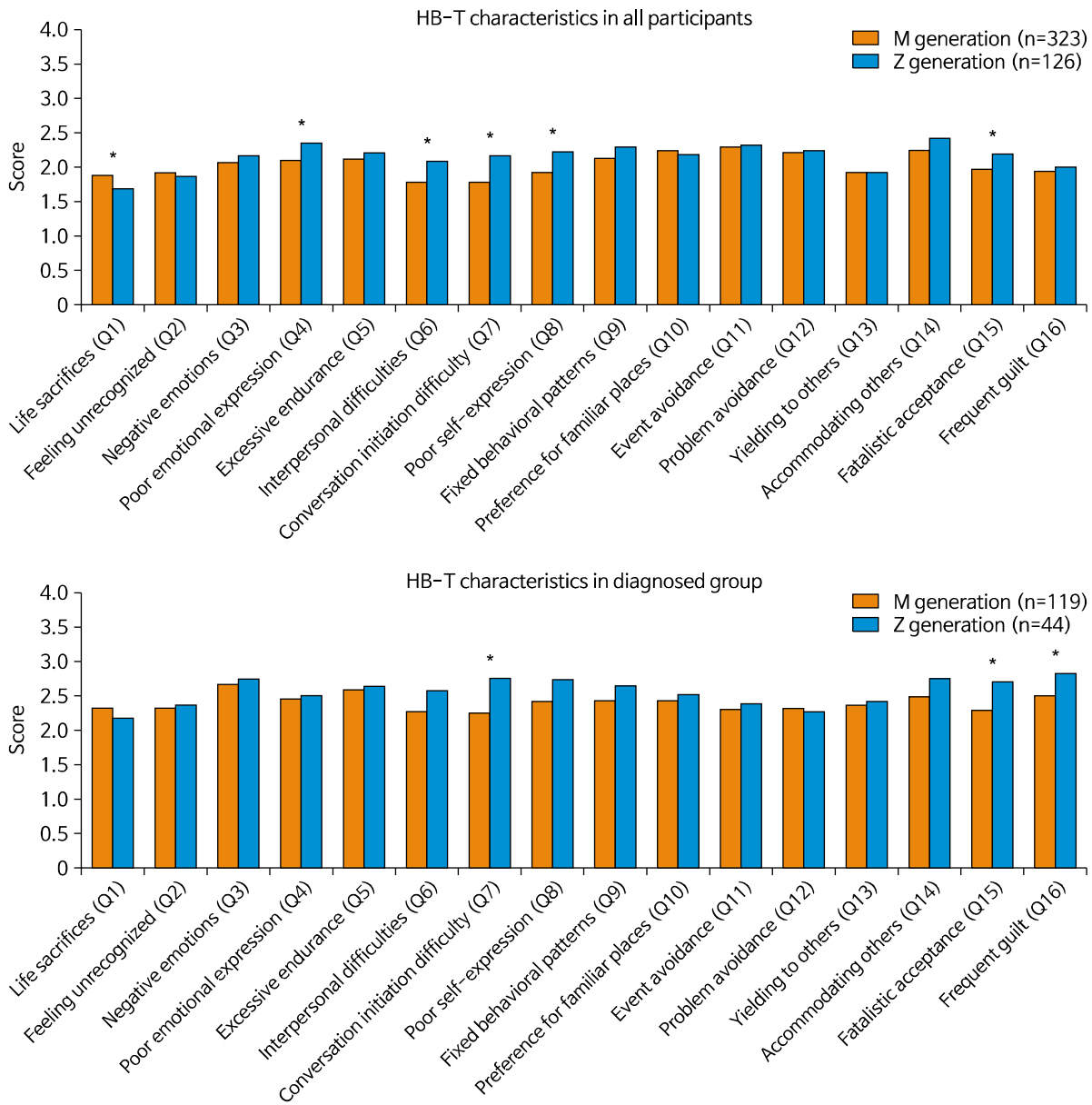


Fig. 2. Hwa-byung trait of the participants. * indicates the presence of a statistically significant difference.
HB-T: Hwa-byung trait scale.

다 높은 점수를 보였다(Table 4, Fig. 2).

화병 진단군 내 화병 증상 척도 총점은 세대 간 유의한 차이를 보이지 않았다(M세대: 37.97±6.54, Z세대: 37.80±6.29, p=0.907) (Fig. 3). 또한, 개별 화병 증상의 점수나 유병률에서 군 간의 유의한 차이는 관찰되지 않았다(Table 4, Fig. 4).

IV. 고찰

1. 본 연구 결과의 요약

본 연구는 한국의 MZ세대 간 화병의 특성과 증상을 비교 분석한 최초의 연구로서, 다음과 같은 주요 결과를 도출하였다. 전체 대상자(p=0.061)와 화병 진단군(p=0.070) 내에서 Z세대는 M세대보다 화병 특성 척도 총점이 더 높은 경향을

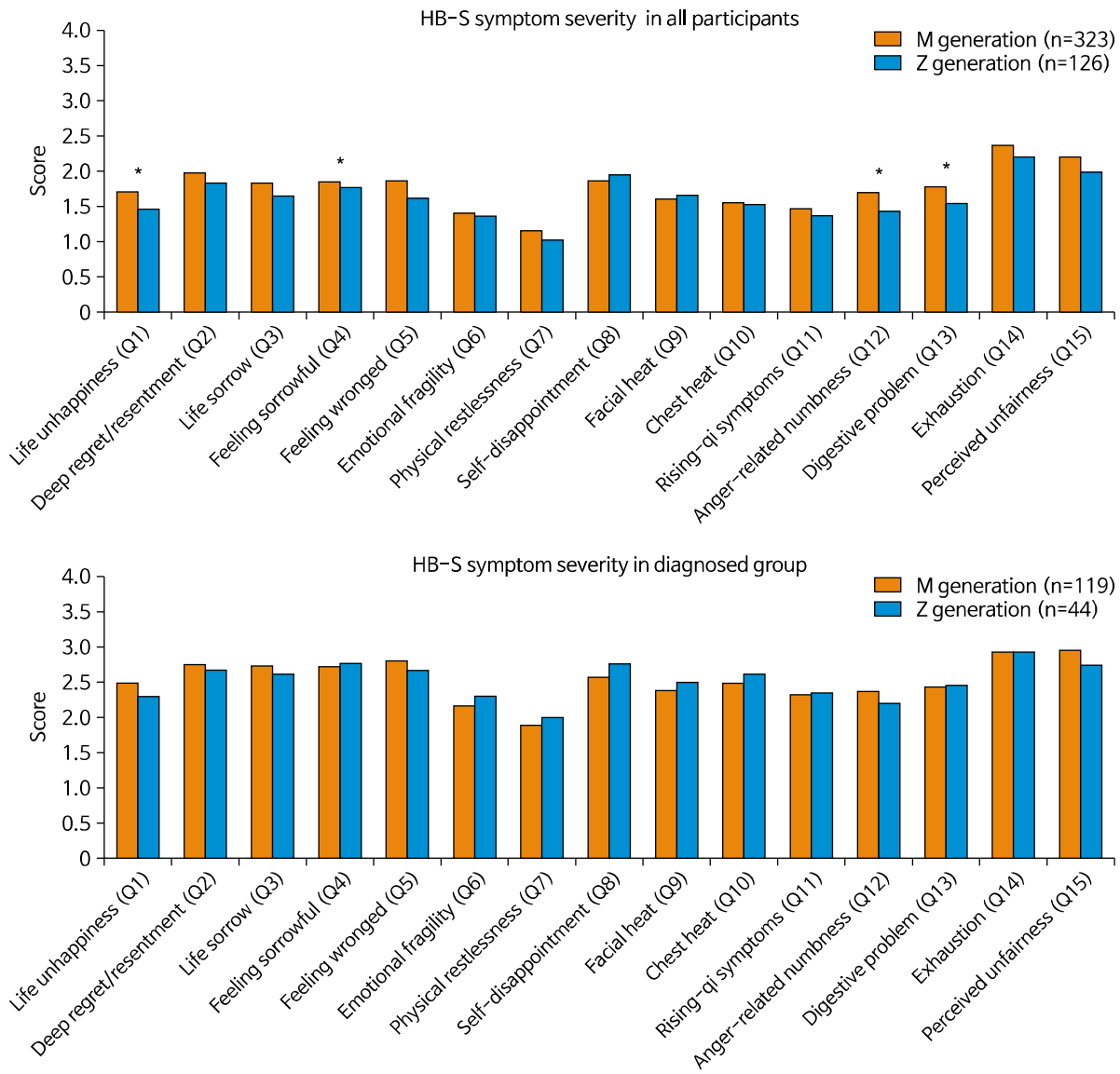


Fig. 3. Hwa-byung symptom of the participants. * indicates the presence of a statistically significant difference.
HB-S: Hwa-byung symptom scale.

보였다. 구체적으로, 전체 대상자에서 Z세대는 M세대에 비해 화병 특성 척도에서 대인관계 및 의사소통 영역의 어려움이 더 두드러졌다. 특히 감정표현의 어려움($p<0.05$), 대인관계의 어려움($p<0.01$), 대화 시작의 어려움($p<0.01$), 의사표현의 어려움($p<0.01$), 운명적 수용($p<0.05$) 항목에서 유의하게 높은 점수를 보였다. 또한, 화병 진단군에서 Z세대는 M세대에 비해 화병 특성 척도에서 대화 시작의 어려움($p<0.01$), 운명적 수용($p<0.01$), 반복적 죄책감($p<0.01$) 항목에서 유의하게 높은 점수를 보였다. 이처럼 대화 시작의 어려움, 운명적 수용, 반복적 죄책감에서 관찰된 중간 효과 크기의 유의한 차이는 M세대와 비교한 Z세대의 독특한 심리적 대처 방식을 시사한다.

한편, 전체 대상자에서 M세대는 Z세대에 비해 신체화된 화병 증상을 더 많이 보고하였으며, 특히 손발 떨림($p<0.05$), 소화불량($p<0.05$) 등의 신체 증상이 유의하게 높게 나타났다. 하지만 화병 진단군에서는 군 간에 화병 증상의 점수와 유병률에서 유의한 차이가 관찰되지 않았다.

Table 4. Differences between HB-T and HB-S in the Individuals with Hwa-byung

Variables		Generation M (n=119)	Generation Z (n=44)	ES	χ^2 or t-value	p-value
HB-T	Q1	2.31±0.80	2.16±0.81	0.19	1.074	0.284
	Q2	2.32±0.81	2.36±0.75	-0.05	-0.315	0.753
	Q3	2.66±0.91	2.73±0.90	-0.08	-0.395	0.693
	Q4	2.45±0.95	2.50±1.00	-0.05	-0.271	0.787
	Q5	2.58±1.01	2.64±0.99	-0.06	-0.318	0.751
	Q6	2.27±1.05	2.57±1.07	-0.28	-1.612	0.109
	Q7	2.24±1.03	2.75±0.94	-0.52	-2.859	0.005**
	Q8	2.42±0.93	2.73±1.07	-0.31	-1.793	0.075
	Q9	2.43±0.91	2.64±1.12	-0.21	-1.215	0.226
	Q10	2.44±0.97	2.52±0.98	-0.08	-0.500	0.618
	Q11	2.30±0.88	2.39±0.99	-0.10	-0.522	0.603
	Q12	2.32±0.84	2.27±0.95	0.06	0.303	0.763
	Q13	2.37±0.91	2.41±0.90	-0.04	-0.246	0.806
	Q14	2.49±0.84	2.75±0.87	-0.31	-1.754	0.081
	Q15	2.29±0.88	2.70±0.88	-0.47	-2.689	0.008**
	Q16	2.50±0.87	2.82±0.92	-0.36	-2.063	0.041*
	Total score	38.39±7.95	40.93±7.76	-0.32	-1.827	0.070
HB-S	Q1	2.48±0.83	2.30±1.03	0.19	1.172	0.243
	Prevalence	63 (52.9%)	19 (43.2%)	0.09	1.224	0.294
	Q2	2.75±0.79	2.66±0.89	0.11	0.614	0.540
	Prevalence	80 (67.2%)	27 (61.4%)	0.06	0.490	0.578
	Q3	2.73±0.79	2.61±0.90	0.14	0.813	0.417
	Prevalence	76 (63.9%)	26 (59.1%)	0.05	0.313	0.589
	Q4	2.72±0.71	2.77±0.74	-0.07	-0.394	0.694
	Prevalence	74 (62.2%)	26 (59.1%)	0.03	0.130	0.721
	Q5	2.80±0.78	2.66±0.91	0.17	0.968	0.335
	Prevalence	77 (64.7%)	28 (63.6%)	0.01	0.016	1.000
	Q6	2.16±0.82	2.30±0.85	-0.17	-0.926	0.356
	Prevalence	41 (34.5%)	16 (36.4%)	0.02	0.052	0.854
	Q7	1.88±0.91	1.98±0.90	-0.11	-0.591	0.555
	Prevalence	30 (25.2%)	12 (27.3%)	0.02	0.071	0.841
	Q8	2.56±0.80	2.77±0.80	-0.26	-1.486	0.139
	Prevalence	67 (56.3%)	28 (63.6%)	0.07	0.711	0.475
	Q9	2.39±0.87	2.50±0.82	-0.13	-0.754	0.452
	Prevalence	52 (43.7%)	21 (47.7%)	0.04	0.211	0.724
	Q10	2.49±0.85	2.61±0.90	-0.14	-0.828	0.409
	Prevalence	62 (52.1%)	23 (52.3%)	0.00	0.000	1.000
	Q11	2.32±0.89	2.34±1.01	-0.02	-0.132	0.895
	Prevalence	48 (40.3%)	23 (52.3%)	0.11	1.862	0.213
	Q12	2.38±0.86	2.20±1.03	0.19	1.082	0.281
	Prevalence	54 (45.4%)	16 (36.4%)	0.09	1.065	0.373
	Q13	2.44±0.95	2.45±1.07	-0.01	-0.102	0.919
	Prevalence	57 (47.9%)	22 (50.0%)	0.02	0.057	0.861
	Q14	2.93±0.81	2.93±0.82	0.00	0.007	0.995
	Prevalence	85 (71.4%)	28 (63.6%)	0.08	0.917	0.345
	Q15	2.95±0.79	2.75±0.94	0.23	1.357	0.177
	Prevalence	83 (69.7%)	27 (61.4%)	0.09	1.029	0.348
	Total score	37.97±6.54	37.80±6.29	0.03	0.117	0.907

ES means Cohen's d for independent t-test and Cramér's V for Chi-square test. The prevalence of each symptom refers to cases where a score of 3 or higher was answered.
HB-S: Hwa-byung symptom scale, HB-T: Hwa-byung trait scale.
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

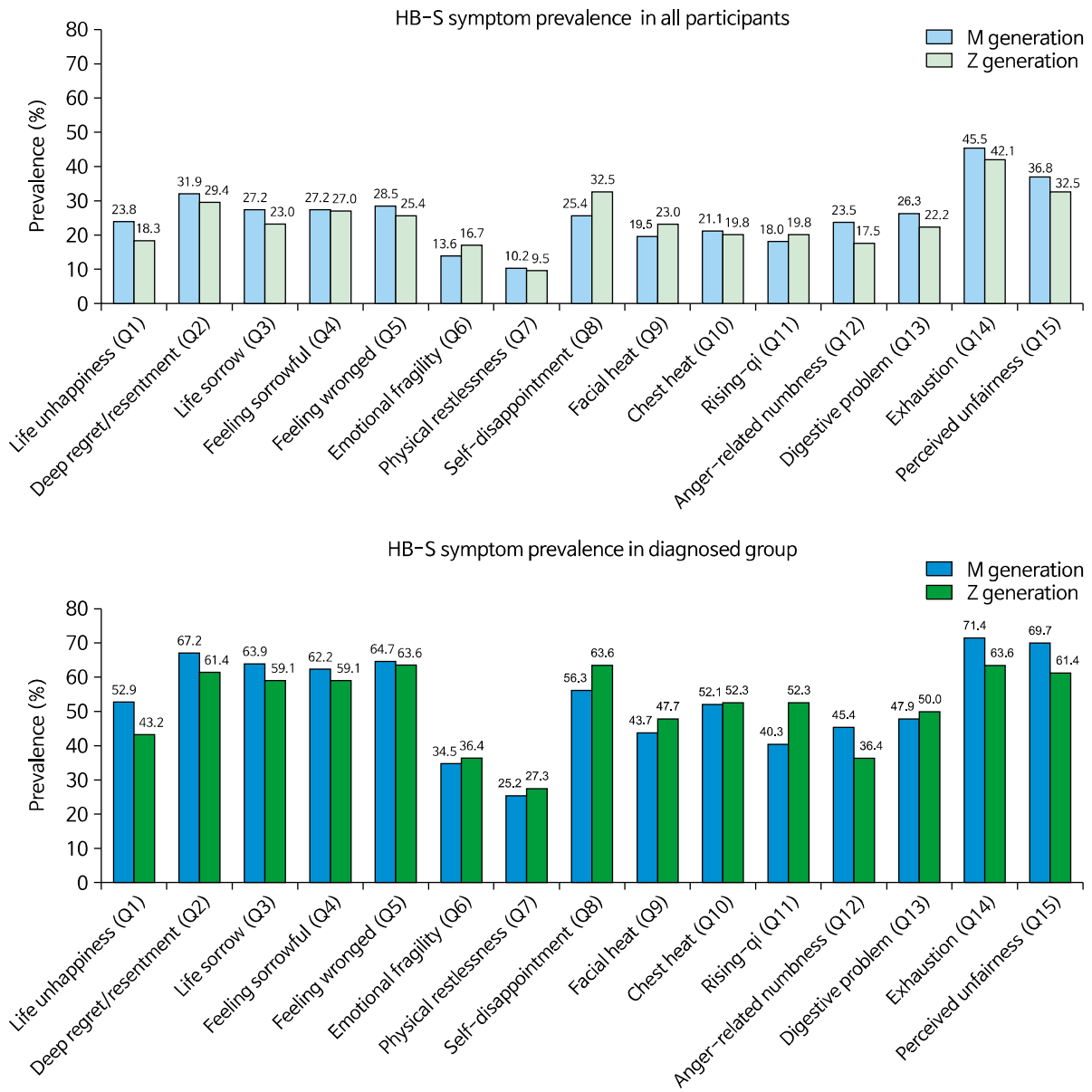


Fig. 4. Prevalence of Hwa-byung symptom of the participants. * indicates the presence of a statistically significant difference.
HB-S: Hwa-byung symptom scale.

2. 본 연구 결과의 함의

본 연구에서는 M세대와 Z세대 간의 화병 성격에서 일부 유의한 차이를 발견했다. 그중, Z세대의 높은 대인관계 어려움은 현대 한국 사회의 세대별 특성을 반영하는 것으로 해석될 수 있을 것이다. 기존 연구에서 지적한 바와 같이, Z세대는 솔직한 자기표현을 선호하지만 '선을 넘지 않는' 범위 내에서 소통하려는 경향이 있는데[14], 이는 디지털 네이티브로서 SNS를 통한 간접적이고 선택적인 소통에 익숙한 세대적 특성과[22], 코로나19 팬데믹으로 인한 비대면 소통의 일상화가 복합적으로 작용한 결과로 해석된다[23]. 특히 본 연구에서 Z세대의 대화 시작 어려움과 의사표현 어려움이 두드러진 점은, 온라인상의 활발한 소통이 반드시 실제 대인관계에서의 원활한 의사소통으로 이어지지 않을 수 있으며, 그것이 곧 화병에 대한 취약성에 기여할 수 있다고 해석될 수 있을 것이다. 특히 주목할 만한 점은 감정노동이나 분노조절과 같

은 변수들에서는 세대 간 실질적인 차이가 거의 없었던 반면 (Cohen's d<0.10), 대인관계 및 의사소통 영역에서는 상대적으로 더 큰 차이를 보였다는 것이다. 이는 MZ세대가 경험하는 스트레스의 질적 특성이 다르다기보다는, 그것을 표현하고 대처하는 방식에서 차이가 있음을 시사한다.

흥미롭게도 이번 연구 결과에 따르면, 화병 진단군 내에서 Z세대가 M세대보다 반복적 죄책감 성향이 더 강하게 나타났다. 이러한 결과는 선행연구들에서 보고된 소셜 네트워크 서비스(social network service, SNS)가 정신건강에 미치는 부정적인 영향과 연계하여 해석할 수 있을 것이다. Lee 등[24]의 연구에 따르면, SNS를 통한 상향적 사회적 비교는 우울감을 초래할 수 있는데, 자기 비난(self-deprecation)이 이러한 관계를 매개하는 것으로 나타났다. 디지털 네이티브인 Z세대는 SNS를 통해 타인의 성공과 성취를 반복적으로 접하면서 사회적 비교를 경험하며, 이는 자기 비하와 부정적 자기 평가, 죄책감을 경험할 가능성이 있다. 특히 코로나19 팬데믹 이후 비대면 소통이 증가하면서, 온라인 공간에서의 타인과의 비교가 더욱 심화되었을 가능성이 있다.

본 연구의 발견 중, M세대의 높은 신체화 증상은 한국의 문화적 맥락에서 중요한 의미를 갖는다. Lee 등[5]이 제시한 화병의 생태학적 모델에 따르면, 유교적 가치관과 감정 표현의 억제는 신체화 증상으로 이어질 수 있다. 특히 한국을 포함한 아시아 국가에 속한 사람들은 서양인에 비해 부정적인 경험을 신체화하는 경향이 더 큰 것으로 알려져 있다[25]. 그런데 본 연구에서는 한국인 내에서도 Z세대와 비교하여 M세대에서 전반적으로 높은 신체화 증상을 발견했다. 이와 같은 높은 수준의 신체화 증상(손발 떨림, 소화불량 등)은 이러한 문화적 맥락과 함께[5], 노동시장의 불안정성, 일-가정 양립의 어려움, 그리고 세대 간 가치관 충돌로 인한 스트레스가 복합적으로 작용한 결과로 볼 수 있다[8]. 특히 M세대의 높은 불안, 분노 점수는 이러한 스트레스가 정서적 고통으로 이어지고 있음을 보여준다. 화병은 본래 개념적으로 화를 억누르고 축적하는 일정기간이 있은 후, 그 화가 터져 나오듯 발생하며 특유의 신체적 및 정신적 증상을 발생시키는 것으로[2], M세대는 Z세대에 비해 스트레스에 대한 화를 억누른 기간이 더 길기 때문에, 더 뚜렷한 화병 증상을 보였을 가능성도 있다.

본 연구에서 특히 주목할 만한 결과는 전체 및 화병 진단군 내에서 Z세대가 M세대보다 운명적 수용과 타인 의견 수용 성향이 더 강하게 나타났다는 점이다. 기존 연구에서는 Z세대의 강한 공정성 추구 성향을 보고했으나[15], 아이러니하게 본 연구에서 나타난 높은 운명적 수용 성향은 이러한 공정성 추구가 현실적 한계에 부딪히면서 발생하는 심리적 대처 기제로 해석될 수 있을 것이다. Lee 등[16]이 지적한 바와 같이, 청년 세대의 분노와 혐오 표현은 사회적 불평등 경험의 표출이며, 이것이 무력감으로 이어질 수 있다. 반면, Wu 등[26]의 연구에서는 운명적 수용이 단순히 운명에 체념하는 것이 아니라, 상황의 통제 가능성에 따라 적응적 또는 회피적 대처를 선택적으로 활용하는 유연한 대처방식일 수도 있다. 이러한 Z세대의 높은 운명적 수용 성향에 대하여 상반된 해석이 가능함에 따라, 향후 이러한 성향이 화병에 대한 취약성으로 작용할지 여부는 종적 관찰 등을 통해 확인해야 할 것으로 사료된다.

3. 추후 연구를 위한 제언

향후 연구의 방향성은 다음과 같이 제시될 수 있다. 첫째, 종단적 연구설계를 통해 화병의 발생과 경과를 추적할 필요가 있다. 특히 청년기부터 중년기까지의 장기 추적 연구를 통해 세대별 특성이 연령효과인지 코호트 효과인지 명확히 구분할 필요가 있다. 이러한 연구는 화병의 자연경과에 대한 이해를 높이고, 예방적 개입의 시기와 방법을 결정하는 데 중요한 근거를 제공할 수 있다. 둘째, 질적 연구를 통해 세대별 화병 경험의 맥락과 의미를 심층적으로 탐색할 필요가 있다. 특히 Z세대의 대인관계 어려움과 운명적 수용이 어떤 경험과 인식을 바탕으로 형성되는지[16], M세대의 신체화 증상이 어떤 사회문화적 맥락에서 발생하는지를 심층적으로 이해할 필요가 있다. 이는 질적 연구, 현상학적 연구 등 다양한 질적 연구방법을 통해 접근될 수 있다. 셋째, 세대별 특성을 고려한 맞춤형 중재 프로그램의 개발과 효과 검증이 필요하다. 본 연구 결과로 미루어 볼 때, Z세대를 위해서는 디지털 플랫폼을 활용한 의사소통 증진 프로그램, 온-오프라인을 연계한 대인관계 훈련 프로그램 등이 고려될 수 있다. M세대를 위해서는 신체화 증상 관리, 스트레스 대처기술 향상, 감정표현 훈련 등을 포함한 통합적 중재 프로그램이 개발될 필요가 있다. 넷째, 화병의 예방과 조기 개입을 위한 사회적 지원체계 구축에 대한 연구가 필요하다. 특히 직장, 학교, 지역사회 등 다양한 환경에서 세대별 특성을 고려한 정신건강 증진 프로그램의 개발과 적용에 대한 연구가 요구

된다.

4. 연구의 강점 및 한계점

본 연구는 기존의 중년 여성 중심이었던 화병 연구의 범위를 확장하여 MZ세대의 화병 특성을 최초로 비교 분석했다는 강점이 있다. 이는 현대 한국 사회에서 화병이 더 이상 특정 연령대나 성별의 문제가 아님을 실증적으로 보여준다. 둘째, 세대별로 상이한 화병의 표현 양상을 구체적으로 규명했다는 점이다. 특히 Z세대의 대인관계 어려움과 M세대의 신체화 증상이라는 특징적 양상을 밝힘으로써, 세대 특성을 고려한 차별화된 개입 전략의 필요성을 제시하였다. 셋째, 화병 진단군 내에서 세대 간 증상 발현의 차이를 밝힘으로써, 임상현장에서 활용할 수 있는 구체적인 근거를 제공했다.

하지만, 본 연구는 다음과 같은 한계점을 가진다. 첫째, 온라인 설문조사의 특성상 디지털 기기 사용에 익숙하지 않거나, 온라인 설문조사에 관심이 없는 집단이 과소 표집되었을 가능성이 있으므로, 본 연구 결과의 일반화 가능성에 한계가 존재한다. 둘째, 본 연구는 횡단적 연구설계로 인해 관찰된 세대 간 차이가 연령효과인지 코호트 효과인지 구분하기 어렵다. 또한 회고적 자기보고식 측정으로 인해 회상 편향(recall bias)이 발생했을 가능성이 있으며, 사회적 바람직성 편향(social desirability bias)도 그 응답에 영향을 미쳤을 수 있다[27]. 셋째, 본 설문조사에서는 화병의 발생과 관련된 구체적인 스트레스 요인(직장, 가정, 대인관계 등)을 세부적으로 파악하지 못했으며, 스트레스 대처방식, 사회적 지지체계, 회복탄력성 등 보호요인에 대한 평가도 부족했다는 한계가 존재한다. 넷째, 화병이 한국의 문화관련증후군으로 간주됨에도 불구하고[1], 세대별 문화적 가치관, 정체성, 생활양식 등이 화병 경험에 미치는 영향을 충분히 탐색하지 못했다. 대부분의 변수에서 관찰된 작은 효과크기는 본 연구에서 발견된 통계적 유의성이 실제 임상적 의미로 해석될 때는 신중한 접근이 필요함을 시사한다. 특히 화병 진단군이 아닌 전체 표본에서 관찰된 차이들은 대부분 작은 효과크기를 보여, 실제 임상 현장에서 이러한 차이를 감지하기는 어려울 수 있다. 특히 급변하는 한국 사회에서 세대 간 문화적 차이가 화병의 표현과 경험에 어떤 영향을 미치는지에 대한 심층적 이해가 부족하다는 한계가 존재한다. 다섯째, 본 연구에서 관찰된 세대 간 화병 특성의 차이는 성별 구성의 차이에 의해 영향을 받았을 수 있다. Z세대에서 여성의 비율이 더 높았던 점(55.6% vs 43.0%)은 특히 대인관계 어려움이나 운명적 수용과 같은 특성에 영향을 미쳤을 수 있다. 한국 사회에서 여성이 경험하는 독특한 스트레스 요인들을 고려할 때[5], 후속 연구에서는 세대와 성별의 상호작용 효과를 면밀히 분석할 필요가 있다. 마지막으로, 본 연구는 비교적 연령대가 근접한 MZ세대만을 대상으로 했다는 한계가 있다. 향후에는 중년층(X세대)과 청년층(Z세대)의 비교 연구 등을 통해 더 큰 세대 간 차이를 확인할 필요가 있다. 이는 화병의 세대별 특성을 더 명확하게 파악하는 데 도움이 될 것이다.

V. 결론

본 연구는 한국의 MZ세대 간 화병의 특성과 증상을 비교 분석한 최초의 연구로서, 세대별 특성에 따른 화병 양상의 차이를 확인했다는 점에서 의의가 있다. Z세대는 M세대에 비해 대인관계 및 의사소통의 어려움이 더 두드러졌으며, 특히 화병 진단군에서 운명적 수용 성향이 더 강하게 나타났다. 반면 M세대는 소화장애 등 신체화된 화병 증상을 더 많이 보고했다. 이러한 세대별 차이는 디지털 네이티브로서의 특성, 코로나19 팬데믹의 영향, 사회경제적 압박 등 각 세대가 경험한 고유한 사회문화적 맥락을 반영하는 것일 수 있다. 본 연구의 결과는 세대별 특성을 고려한 맞춤형 정신건강 중재 전략 수립의 필요성을 제시하며, 향후 종단적 연구를 통해 세대별 화병의 발생과 경과에 대한 더 깊은 이해가 필요함을 시사한다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. 846 p.
2. The Korean Society Of Oriental Neuropsychiatry. Clinical Practice Guideline of Korean Medicine of Hwabyung. National Institute for Korean Medicine Development. 2021.
3. Park YJ, Kim HS, Kang HC, Kim JW. A survey of Hwa-Byung in middle-age Korean women. J Transcult Nurs. 2001;12(2):115-22. https://doi.org/10.1177/104365960101200205
4. Kim E, Hogge I, Ji P, Shim YR, Lothspeich C. Hwa-Byung among middle-aged Korean women: family relationships, gender-role attitudes, and self-esteem. Health Care Women Int. 2014;35(5):495-511. https://doi.org/10.1080/07399332.2012.740114

5. Lee J, Wachholtz A, Choi KH. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. Asia Taepyongyang Sangdam Yongu. 2014;4(1):49. https://doi.org/10.18401/2014.4.1.4
6. Hong J, Yi JH. The relationship of subjective social status to mental health in South Korean adults. World Psychiatry. 2017;16(1):107-8. https://doi.org/10.1002/wps.20357
7. Jung SW, Jung S, Lee MY, Oh KS, Shin YC, Shin DW, et al. Psychological Distress Trends and Effect of Media Exposure Among Community Residents After the Seoul Halloween Crowd Crush. J Korean Med Sci. 2024;39(33): e233. https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e233
8. Kang M, Yu S, Choe SA, Moon D, Ki M, Chun BC. Gender Inequalities in Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Population-based Study in Korea. J Prev Med Public Health. 2023;56(5):413-21. https://doi.org/10.3961/jpmph.23.170
9. Hwang S, Shin H. Gender Gap in Mental Health during the COVID-19 Pandemic in South Korea: A Decomposition Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2250. https://doi.org/10.3390/ijerph20032250
10. Lee YJ, Na J, Kim BK. Age, Gender and One's Perception of Discrimination Against Men Versus Women in Korea. Psychol Rep. 2024;127(5):2347-67. https://doi.org/10.1177/00332941221149175
11. Han K, Lee S. A Study on the Difference in Spatial Preference of Baby Boomer and MZ Generation according to Digital Environment Experience. Journal of the Korea Institute of Spatial Design. 2024;19(4):575-84. https://doi.org/10.35216/kisd.2024.19.4.575
12. Jun HJ, Jang JH. Factors Influencing Suicidal Ideation in Generation Z: Using Data from the 2022 Community Health Survey. J Korean Pubilc Health Nurs. 2024;38(2):164-75. https://doi.org/10.5932/JKPHN.2024.38.2.164
13. Shin G, Song J. An Empirical Study on the Happiness of Generation MZ Employees in South Korea: Focusing on the Preceding Factors of Happiness and Engagement. Asian Journal of Innovation and Policy. 2022;11(3):363-96. https://doi.org/10.7545/ajip.2022.11.3.363
14. Park SH. A study on the characteristics and language use of the MZ generation. Korean Language Research. 2022; 63(18):1-23. https://doi.org/10.16876/klrc.2022.63.18.1
15. Ji KY, Oh SJ. The Impact of Organizational Fairness Awareness on the Intention to Stay in the MZ Generation Working in Small and Medium-Sized Businesses: the Mediating Effect of Career Motivation and the Moderated Mediating Effect of the Meaning of Work. Korean Management Consulting Review. 2024;24(3):1-21.
16. Lee J, Park JW, Lee S. The birth of rage and hate speech in the youth generation: A critical study on 'hate and disgusting language' in the online community Everytime. Broadcasting & Communication. 2021;22(2):5-37. https://doi.org/10.22876/bnc.2021.22.2.001
17. Lim SG, Lee G, Kim HJ. A Study on the Generation Gap between Millennial and Z Generations. Korean Public Management Review. 2022;36(4):23-46. https://doi.org/10.24210/kapm.2022.36.4.002
18. Kwon JH, Park DG, Kim JW, Lee MS, Min SG, Kwon HI. Development and validation of the Hwa-Byung Scale. Kor J Clin Psychol. 2008;27(1):237-52. https://doi.org/10.15842/kjcp.2008.27.1.014
19. Lee B. Development of a Model for Emotional Labor Worker's Health. Korean J Occup Health Nurs. 2007;16(1):78-88.
20. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-43. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u
21. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. Issues Compr Pediatr Nurs. 1995;18(3):207-32. https://doi.org/10.3109/01460869509087271
22. Yadav G, Rai J. The Generation Z and their Social Media Usage: A Review and a Research Outline. Global Journal of Enterprise Information System. 2017;9(1):110-6. https://doi.org/10.18311/gjeis/2017/15748
23. Heo ML, Jang YM. Implications for Health Management Through an Analysis of Changes in Life Patterns of Generation Z College Students Experiencing the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. J Multidiscip Healthc. 2023; 16:1661-70. https://doi.org/10.2147/jmdh.S415120
24. Lee SY, Park JH. Effect of Upward Social Comparison in SNS on Depression among Middle School Students: The Mediating Effect of Self-Deprecation and the Moderated Mediating Effect of Cognitive Flexibility. Human Ecology Research. 2021;59(3):353-67. https://doi.org/10.6115/fer.2021.026
25. Choi E, Chentsova-Dutton Y, Parrott WG. The Effectiveness of Somatization in Communicating Distress in Korean and American Cultural Contexts. Front Psychol. 2016;7:383. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383
26. Wu WCH, Chen SX, Ng JCK. Does Believing in Fate Facilitate Active or Avoidant Coping? The Effects of Fate Control on Coping Strategies and Mental Well-Being. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(17):6383. https://doi.org/10.3390/ijerph17176383
27. Mondal H, Mondal S. Social desirability bias: A confounding factor to consider in survey by self-administered questionnaire. Indian J Pharmacol. 2018;50(3):143-4. https://doi.org/10.4103/ijp.IJP_15_17