

## 배우자의 우울증이 가족기능과 가족 의사소통에 미치는 영향

유승현<sup>1</sup>, 권혁주<sup>1</sup>, 김선희<sup>1</sup>, 이정아<sup>1</sup>, 선우성<sup>1</sup>, 김영식<sup>1</sup>, 김병수<sup>2</sup>, 오한진<sup>3</sup>, 김철민<sup>4</sup>, 최희정<sup>5</sup>, 황희진<sup>6</sup>, 옥선화<sup>7</sup>

<sup>1</sup>울산대학교 의과대학 서울아산병원 가정의학과, <sup>2</sup>울산대학교 의과대학 서울아산병원 정신과, <sup>3</sup>비에비스 나무병원, <sup>4</sup>가톨릭대학교 의과대학 서울성모병원 가정의학과, <sup>5</sup>을지대학교 의과대학 가정의학교실, <sup>6</sup>가톨릭관동대학교 의과대학 가톨릭관동대학교 국제성모병원 가정의학과, <sup>7</sup>서울대학교 아동가족학과, 생활과학연구소

## The Impact of a Spouse's Depression on Family Functioning and Communication

Seung-Hyun Yoo<sup>1</sup>, Hyuk-Ju Kwon<sup>1</sup>, Sun-Hee Kim<sup>1</sup>, Jung-Ah Lee<sup>1</sup>, Sung Sunwoo<sup>1</sup>, Young-Sik Kim<sup>1</sup>, Byung-Su Kim<sup>2</sup>, Han-Jin Oh<sup>3</sup>, Chul-Min Kim<sup>4</sup>, Hee-Jeong Choi<sup>5</sup>, Hee-Jin Hwang<sup>6</sup>, Sun-Wha Ok<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

<sup>3</sup>Department of Family Medicine, Vievis Namuh Hospital, Seoul, Korea

<sup>4</sup>Department of Family Medicine, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, Korea

<sup>5</sup>Department of Family Medicine, Eulji University School of Medicine, Daejeon, Korea

<sup>6</sup>Department of Family Medicine, Catholic Kwandong University International St. Mary's Hospital, Catholic Kwandong University College of Medicine, Seoul, Korea

<sup>7</sup>Department of Child Development and Family Studies, Institute of Human Ecology, Seoul National University, Seoul, Korea

**Background:** Depression is known to affect family function and communication. However, the distress experienced by those who have spouse with depression has not been properly assessed to date. This study attempted to examine the effect of depression on family function and communication as reported by the spouses of the depressed patients.

**Methods:** The participants of this study were 445 couples who visited 28 family doctors from April 2009 to June 2011. The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (FACES-III) was used to evaluate the family function, and the family communication scale in FACES-IV was used to evaluate communication among family members. A score of more than 21 points on the CES-D scale was used to indicate depression. The relationships between family type, family communication, and the depression of one's spouse were analyzed using the chi-square test and logistic regression.

**Results:** The odds ratios, indicating how the family is heading towards an extreme level, were statistically significant in all male and female respondents (male: odds ratio [OR] 3.08, 95% confidence interval [CI] 1.73-5.48; female: OR 2.09, 95% CI 1.02-4.27). On the other hand, only female respondents with depressed spouses reported their family communication not to be good (male: OR 1.65, 95% CI 0.88-3.07; female: OR 2.48, 95% CI, 1.25-4.93).

■ Received: September 16, 2015 ■ Accepted: November 6, 2015

■ Corresponding author : **Young-Sik Kim, MD, MPH, PhD**  
Departments of Family Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, 88 Olympic-ro 43-gil, Songpa-gu, Seoul 05505, Korea  
Tel: +82-2-3010-3811, Fax: +82-2-3010-3815  
E-mail: youngkim@amc.seoul.kr

**Conclusions:** This study revealed people perceive their family function and communication not good when they have spouses with depression. There was no gender difference in the evaluation of their family function, but the perception on their family communication were different by gender.

**Korean J Health Promot 2016;16(1):11-19**

**Keywords:** Depression, Spouses, Family functioning, Communication

## 서 론

우울증은 우울한 기분, 의욕, 흥미의 상실, 죄의식, 무가치감, 수면 또는 식욕의 장애, 에너지 및 집중력의 저하 등의 증상을 나타내는 질환이다.<sup>1)</sup> 세계보건기구(World Health Organization)에 따르면 우울증은 세계적으로 세 번째로 높은 질병부담을 초래하는 질환이며, 2030년에는 1위를 차지할 것이라고 예측되었다.<sup>1)</sup> 우리나라에서도 우울증은 정신질환 중 세 번째로 높은 유병률을 차지하는 질환으로, 2011년에 시행한 정신질환 실태조사에서 우울증은 평생 유병률 6.7%, 일년 유병률 3.1%로 2006년에 비하여 80% 가량 증가하였으며, 다른 정신질환과 비교했을 때 지속적으로 증가하는 추세이다.<sup>2)</sup>

질병과 가족기능은 서로 영향을 미치며, 특히 우울증이 가족기능, 의사소통, 결혼기능에 영향을 미친다는 사실은 이미 여러 연구들을 통해 밝혀졌다. 미국에서 시행한 한 환자-대조군연구에서 정신질환을 지닌 환자의 가족이 대조군에 비하여 가족기능이 떨어진다고 보고하였고,<sup>3)</sup> 우울증이 가족기능에 영향을 미치고 역으로 가족기능의 장애가 발견된 경우 가족 구성원에게 우울증이 있을 가능성을 고려해야 한다는 연구 결과도 있었다.<sup>3,4)</sup> 우울증이 있는 경우 부부 간의 언어적, 비언어적 긍정적 표현이 감소하고, 상호작용의 불균형, 불만, 부정적인 언어 표현이 증가하며 부부 간의 관계를 평가할 때에도 우울증이 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해서 더 부정적인 성향을 보인다고 알려졌다.<sup>5-9)</sup>

이렇듯 이전의 연구들을 통해 우울증과 가족기능 및 의사소통과의 상관관계가 조사되어 왔으나, 우울증 환자의 배우자가 경험하는 고충에 대해서는 제대로 된 평가가 이루어지지 않았다.<sup>10)</sup> 또한 최근 증가하고 있는 우울증과 관련하여 우리나라에서 배우자의 우울증이 가족기능뿐만 아니라 가족내 의사소통에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 연구는 미흡한 실정으로, 환자뿐만 아니라 가족 구성원의 관점에서 가족기능과 의사소통을 평가하는 것이 중요하다. 따라서 본 연구에서는 코호트자료를 이용하여 부부 중 우울증이 있는 경우 그 배우자에게 가족기능과 의사소통의 측면에서 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 하였다.

## 방 법

### 1. 연구 대상자 선정

본 연구에서는 일차의료 가족코호트자료를 이용하였다. 이 자료는 일차의료기관을 방문한 가족을 대상으로 가족의 정신심리, 사회경제적 정보와 다수의 질환에 관련된 임상 정보를 이용하여 가족 환경과 건강의 상호관계를 규명하고자 하는 다기관 코호트연구를 목적으로 수집되었다. 2009년 4월부터 2011년 6월까지 전국 22개 종합병원에서 28명의 가정의학과 전문의들을 찾은 부부 중 연구에 동의한 520쌍의 부부가 등록되었으며, 결측값이 있는 대상을 제외한 445쌍의 부부가 본 연구에 포함되었다.

### 2. 자료의 수집

연령, 성별, 동반질환 등의 자료는 의무기록을 통하여 얻었고, 흡연 유무, 교육수준, 가족의 수입, 신체활동 등의 정보와 우울증, 가족기능 및 의사소통에 대한 평가는 설문지를 통하여 이루어졌다. 설문지는 내원 당일 부부가 각각 작성하고 연구간호사가 검토하도록 하였고, 설문지 내용을 이해하기 어렵거나 시력 등의 문제로 작성이 곤란한 경우는 연구간호사가 작성을 돕도록 하였다. 수집된 자료를 토대로 남녀를 배우자의 우울증 유무에 따라 각각 두 군으로 분류하였다.

모든 참여자들에게 연구에 대하여 충분히 설명하고 동의서를 획득하였으며, 연구 계획서는 임상시험심사위원회(Institutional Review Board)를 통해 승인을 받았다. 본 연구의 자료수집 단계에서는 질병관리본부로부터 지원을 받았으나 해당 기관은 연구 수행, 자료분석, 결과 해석에서 어떠한 역할도 하지 않았다.

#### 1) 대상자의 기본 특성

연구 대상자의 연령은 50세 미만, 50-59세, 60-69세, 70세 이상의 네 군으로 나누었고, 교육 수준은 교육기간에 따라 12년 미만, 12년, 12년 초과 세 군으로 분류하였다. 가족의 월수입은 '함께 거주하는 가구원의 총 소득이 어느 정도인가'에 대한 질문의 답으로 월간 200만원 미만, 200-399만

원, 400-599만원, 600만원 이상의 네 군으로 나누었다. 신체 활동 정도는 이미 여러 국가에서 시행된 연구를 통해 타당도와 신뢰도가 입증된<sup>11)</sup> 한국판 국제신체활동설문지(International Physical Activity Questionnaire, IPAQ)를 토대로 하였다. 설문을 작성하기 전 지난 7일 동안 고강도 활동, 중등도의 활동, 보행을 10분 이상 시행한 일수와 시간을 조사하여 신체활동량을 대사당량(metabolic equivalent task, MET [min/week])으로 산출하여 높은 신체활동, 중등도의 신체활동, 낮은 정도의 신체활동의 3가지 군으로 분류하였다. 높은 신체활동군은 1) 일주일에 3일 이상 격렬한 신체 활동을 통해 최소 1,500 MET (min/week)의 운동량을 소비한 경우 2) 일주일에 7일 이상 걷기, 중등도, 격렬한 신체 활동 중 어떤 조합에라도 해당되는 경우 둘 중 적어도 한 가지를 만족해야 하며, 중등도의 신체활동군은 1) 일주일에 3일 이상 하루에 적어도 20분 이상 격렬한 신체 활동을 한 경우 2) 일주일에 5일 이상 하루에 적어도 30분 이상 걷거나 중등도의 신체 활동을 한 경우 3) 일주일에 5일 이상 걷기, 중등도, 격렬한 신체 활동 중 어떤 조합에라도 해당되는 경우를 통해 최소 600 MET (min/week)의 활동을 한 경우 세 가지 중 적어도 어느 하나를 만족해야 한다. 낮은 신체 활동군은, 상기의 두 군에 해당되지 않거나 활동을 하지 않는 경우이다. 흡연력은 과거흡연자/비흡연자군과 현재흡연자군으로 나누었으며, 당뇨와 고혈압의 유병 유무는 의무 기록을 통하여 확인하였다.

## 2) 우울 평가

본 연구에서는 한국판 역학연구우울척도(the center for epidemiologic studies depression scale, CES-D)를 이용하여 측정된 우울증의 여부를 바탕으로 배우자의 우울증이 있는 군과 없는 군으로 분류하였다. CES-D는 자가보고 방식으로 응답자가 지난 1주간 느낀 우울증상을 측정하는 도구로, 총 20문항으로 구성되며 점수의 범위는 0에서 60점으로 점수가 높을수록 우울한 증상이 심한 상태를 뜻한다. 본 연구에서는 한국에서 CES-D의 타당도와 신뢰도를 평가한 연구를 통해 우울증의 선별검사에 적합하다고 판단된 수치인 21점 이상으로 우울증 여부를 정하였다.<sup>12)</sup>

## 3) 가족기능

본 연구에서는 가족기능을 평가하기 위하여 국내에서 타당도, 신뢰도가 검증된<sup>13)</sup> 가족적응력 및 결속력 평가척도(family adaptation and cohesion evaluation scale III, FACES-III)를 사용하였으며, 가족 구성원의 역동적인 상호관계를 적응력과 결속력의 두 가지 차원으로 나누어 평가하였다. 적응력과 결속력 정도는 각 10문항으로 구성되며, 문항당

5점의 점수가 할당된다. 적응력은 가족 구성원이 처한 상황과 긴장에 대응하여 역할, 규칙 등의 가족체계를 변화시킬 수 있는 능력을 뜻하며 점수의 범위에 따라 경직된(rigid) 가족, 구조화된(structured) 가족, 유연한(flexible) 가족 또는 혼돈된(chaotic) 가족으로 분류한다. 결속력은 가족 구성원이 상호간에 느끼는 정서적 유대감을 뜻하며 이 역시 점수에 따라 이탈된(disengaged) 가족, 분리된(separated) 가족, 연결된(connected) 가족 또는 밀착된(enmeshed) 가족의 형태로 분류된다. 적응력과 결속력에 따른 분류를 종합하여 총 16가지의 가족형태로 나뉘게 되는데, 결속력과 적응력이 지나치게 높거나 낮을 때 역기능적 가족유형으로 분류하고 두 차원이 모두 적절한 수준일 때 바람직한 가족유형으로 보았다. 본 연구에서는 이러한 분류 방법에 따라 가족유형을 크게 조화형(balanced), 중간형(intermediate), 극단형(extreme)의 세 가지로 분류하였다.<sup>14)</sup>

## 4) 가족 의사소통

의사소통을 평가하기 위한 도구로 2011년 발표된 FACES-IV의 가족의사소통척도(family communication scales, FCS)를 사용하였으며,<sup>15)</sup> 해당 도구의 신뢰도와 타당도는 외국에서뿐 아니라 한국어판에서도 검증되었다.<sup>16)</sup> 가족 의사소통 척도는 10개의 문항으로 구성된 개방적 의사소통 측정을 위한 도구로 각 문항은 1점에서 5점의 항목으로 구성되어 있으며 총점에 따라 가족 의사소통의 정도가 낮은 군(10-35점), 중간 정도인 군(36-39점), 높은 군(40-50점)의 세 군으로 분류할 수 있다.<sup>15)</sup>

## 5) 통계분석

모든 자료는 남성과 여성으로 분류하여 성별이 결과에 미치는 영향을 비교하고자 하였다. 따라서 연구 대상자의 기본 특성은, 성별과 배우자에게 우울증 여부에 따라 다시 각각 두 군으로 나눈 후 카이제곱검정을 시행하여 비교하였다. 배우자의 우울증 여부가 가족기능 및 의사소통에 미치는 영향을 확인하기 위하여 카이제곱검정 및 다변량로지스틱회귀분석을 이용하였다. 카이제곱검정을 시행하여 기대도수가 5 이하인 경우 Fisher 검정을 시행하였다. 이분형 로지스틱회귀분석을 이용하기 위하여 가족유형은 조화형과 중간형을 적합한(appropriate) 유형으로 묶어 극단형과 비교하였고, 의사소통의 수준이 높은(high) 군과 중간 정도인(moderate) 군을 모두 의사소통이 좋은(good) 군으로 묶어 의사소통이 떨어지는(poor) 군과 비교하였다. 카이제곱검정을 이용한 연구 대상의 일반적 특성의 비교를 통해 획득한  $P$  값이 0.1 이하인 항목을 교란변수로 판단하여, 다변량 분석시 보정하였다. 남녀 모두에서 단변량분석에서  $P$  값이

0.1 이하로 나타난 교육 및 소득수준을, 남성에서 신체활동 정도를 추가하여 분석하였고, 연령, 본인의 우울증 여부에 의한 교란을 보정하기 위하여 이 항목들을 추가하여 분석을 시행하였다. 본인의 우울증 유무 역시 가족 유형과 가족간 의사소통 정도에 영향을 미칠 수 있으므로 이 변수들을 추가하여 분석을 시행하였다. 수집한 자료에 대한 통계분석은 IBM SPSS version 21.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA)을 이용하였으며 유의성 검정은 *P* 값이 0.05 미만인 경우를 기준으로 하였다.

## 결 과

### 1. 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자는 445쌍의 부부로 총 890명이었다. 이를 남성과 여성으로 분류하여 분석을 시행한 결과, 배우자에게 우울증이 있는 빈도는 남성에서 71명(16.0%), 여성에서는 45명(10.1%)이었고 평균 연령은 남성 62.0±9.8세, 여성 58.6±9.4세였다. 남성에서는 배우자의 우울증이 있는 군과 없는 군 간에 연령(*P*=0.01), 신체활동 정도(*P*=0.05)에 유의한 차

**Table 1.** Demographic and clinical characteristics of the study participants

	Male			Female		
	Subjects with spouse's depression <sup>a</sup> (n = 71)	Subjects without spouse's depression (n = 374)	<i>P</i> value <sup>b</sup>	Subjects with spouse's depression (n = 45)	Subjects without spouse's depression (n = 400)	<i>P</i> value
Age, years			0.01			0.57
Mean±SD	62.0±8.5	62.0±10.0		59.67±9.7	58.51±9.4	
< 50	3 (4.2)	57 (15.2)		6 (13.3)	79 (19.8)	
50-59	25 (35.2)	74 (19.8)		12 (26.7)	123 (30.8)	
60-69	30 (42.3)	150 (40.1)		20 (44.4)	149 (37.2)	
> 70	13 (18.3)	93 (87.7)		7 (15.6)	49 (87.5)	
Education (duration, years)			0.05			0.01
< 12	33 (46.5)	220 (58.8)		11 (24.4)	153 (38.2)	
12	22 (31.0)	107 (28.6)		14 (31.1)	149 (37.2)	
> 12	16 (22.5)	47 (12.6)		20 (44.4)	98 (24.5)	
Monthly income, 10,000 won/month			0.01			0.001
≥ 600	18 (25.4)	117 (31.3)		4 (8.9)	115 (28.7)	
400-599	14 (19.7)	83 (22.2)		6 (13.3)	95 (23.8)	
200-399	18 (25.4)	123 (32.9)		20 (44.4)	125 (31.2)	
< 200	21 (29.6)	51 (13.6)		15 (33.3)	65 (16.2)	
Smoking			1.00			1.00
Current smoker	19 (26.8)	100 (26.7)		6 (13.3)	53 (13.2)	
Ex/never smoker	52 (73.2)	274 (73.3)		39 (86.7)	347 (86.8)	
Physical activity <sup>c</sup>			0.05			0.45
High	26 (36.6)	139 (37.2)		9 (20.0)	115 (28.7)	
Moderate	16 (22.5)	130 (34.8)		16 (35.6)	132 (33.0)	
Low	29 (40.8)	105 (28.1)		20 (44.4)	153 (38.2)	
Diabetes mellitus			0.36			0.70
Yes	17 (25.0)	111 (30.5)		6 (13.6)	45 (11.6)	
No	51 (75.0)	253 (69.5)		38 (86.4)	342 (88.4)	
Hypertension			0.49			0.43
Yes	39 (57.4)	172 (47.3)		17 (38.6)	127 (32.7)	
No	29 (42.6)	192 (52.7)		27 (61.4)	261 (67.3)	

Values are presented as number (%) or mean±SD.

<sup>a</sup>Depression: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) score ≥ 21.

<sup>b</sup>*P* value was calculated using the chi-square test.

<sup>c</sup>Categorized by International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short-form.

이가 있었고, 남성과 여성 모두에서 배우자의 우울증이 있는 군과 없는 군 간에 교육수준(남성  $P=0.05$ , 여성  $P=0.01$ ) 및 소득수준(남성  $P=0.01$ , 여성  $P=0.001$ )에 유의한 차이가 있었다(Table 1).

**2. 배우자의 우울증 유무와 적응력, 결속력의 상관관계**

배우자의 우울증 유무에 따라 응답자 본인이 인지하는 가족유형에 차이가 있는지 확인하기 위하여 적응력과 결속력을 평가한 결과, 남성 응답자에서만 배우자의 우울증 유

무에 따라 응답자가 평가한 적응력( $P=0.002$ )과 결속력( $P=0.01$ )에 차이가 있었다. 반면 여성에서는 배우자의 우울증 유무에 따라 적응력과 결속력에 차이가 없었다(Table 2).

**3. 가족기능과 의사소통에 대한 다변량분석**

배우자의 우울증 유무에 따라 응답자 본인이 인지하는 가족유형 및 의사소통에 차이가 있는지 확인하기 위하여 적응력과 결속력 및 이를 토대로 도출된 가족유형과 의사소통을 평가한 결과, 남성 응답자에서는 배우자의 우울증 유

**Table 2.** Comparison of adaptability and cohesion between subjects with spouse's depression and subjects without spouse's depression

		Subjects with spouse's depression	Subjects without spouse's depression	P value <sup>a</sup>
Male				
Adaptability	Rigid	30 (42.3)	78 (20.9)	0.002
	Structured	17 (23.9)	122 (32.6)	
	Flexible	12 (16.9)	99 (26.5)	
	Chaotic	12 (16.9)	75 (20.1)	
Cohesion	Disengaged	48 (67.6)	173 (46.3)	0.01
	Separated	12 (16.9)	105 (28.1)	
	Connected	9 (12.7)	75 (20.1)	
	Enmeshed	2 (2.8)	21 (5.6)	
Female				
Adaptability	Rigid	13 (28.9)	69 (17.2)	0.13
	Structured	12 (29.4)	119 (29.8)	
	Flexible	7 (15.6)	112 (28.0)	
	Chaotic	13 (28.9)	100 (25.0)	
Cohesion	Disengaged	26 (57.8)	167 (41.8)	0.09
	Separated	13 (28.9)	115 (28.7)	
	Connected	5 (11.1)	82 (20.5)	
	Enmeshed	1 (2.2)	36 (9.0)	

<sup>a</sup>P value was calculated using the chi-square test.

**Table 3.** Comparison of family functioning and communication between subjects with spouse's depression and subjects without spouse's depression

		Subjects with spouse's depression	Subjects without spouse's depression	P value <sup>a</sup>
Male				
Family type	Appropriate	41 (57.7)	300 (80.2)	< 0.001
	Extreme	30 (42.3)	74 (19.8)	
Communication	Good	48 (67.6)	300 (80.2)	0.02
	Poor	23 (32.4)	74 (19.8)	
Female				
Family type	Appropriate	30 (66.7)	317 (79.2)	0.05
	Extreme	15 (33.3)	83 (20.8)	
Communication	Good	27 (60.0)	324 (81.0)	0.001
	Poor	18 (40.0)	76 (19.0)	

<sup>a</sup>P value was calculated using the chi-square test.

**Table 4.** Multivariate logistic regression to predict odds ratio of extreme family type and poor family communication according to presence of spouse's depression<sup>a</sup>

		Appropriate family type	Extreme family type	Adjusted OR (95% CI)	Good communication	Poor communication	Adjusted OR (95% CI)
Male							
Spouse's depression	No	300 (80.2)	74 (19.8)	1 (reference)	300 (80.2)	74 (19.8)	1 (reference)
	Yes	41 (57.7)	30 (42.3)	3.08 (1.73-5.48) <sup>b</sup>	48 (67.6)	23 (32.4)	1.65 (0.88-3.07) <sup>d</sup>
Female							
Spouse's depression	No	317 (79.2)	83 (20.8)	1 (reference)	324 (81.0)	76 (19.1)	1 (reference)
	Yes	30 (66.7)	15 (33.3)	2.09 (1.02-4.27) <sup>c</sup>	27 (60.0)	18 (40.0)	2.48 (1.25-4.93) <sup>e</sup>

Abbreviations: OR, odds ratio; CI, confidence interval.

Extreme Families are those in the corners representing the extremes of Cohesion and Adaptability in Circumplex Model (sixteen types of marital and family systems).

Family communication was investigated using Family Communication Scales (FCS) included in FACES-IV. Family communication is classified into 2 groups by total score. The good communication group was in the range of 36-50 points, and poor group was in the range of 10-35 points.

<sup>a</sup>Values are presented as number (%) or adjusted OR

<sup>b</sup>P value < 0.001. Adjusted for age, education, income, physical activity.

<sup>c</sup>P value = 0.04. Adjusted for age, education, income.

<sup>d</sup>P value = 0.17. Adjusted for age, education, income, physical activity.

<sup>e</sup>P value = 0.009. Adjusted for age, education, income.

무에 따라 응답자가 평가한 가족유형( $P < 0.001$ )과 가족내 의사소통( $P = 0.02$ )에 차이가 있었다. 반면 여성에서는 배우자의 우울증 유무에 따라 가족내 의사소통( $P = 0.001$ )에서만 유의한 차이를 보였다(Table 3).

다변량로지스틱회귀분석을 이용하여 교란변수를 보정하여 가족기능과 의사소통에 영향을 미칠 수 있는 요인 및 배우자의 우울증 여부에 따른 교차비를 확인하였다. 배우자에게 우울증이 있는 경우에는 없는 경우와 비교하였을 때, 응답자가 평가한 가족유형이 극단형으로 향할 교차비가 남녀 모두에게서 통계적으로 유의하게 높았다(남: 교차비 3.08, 95% confidence interval [CI] 1.73-5.48; 여: 교차비 2.09, 95% CI 1.02-4.27). 반면 의사소통을 평가하였을 때, 배우자에게 우울증이 있는 경우 여성에서만 가족내 의사소통이 좋지 않다고 평가하는 것으로 나타났다(남: 교차비 1.65, 95% CI 0.88-3.07; 여: 교차비 2.48, 95% CI 1.25-4.93) (Table 4).

## 고 찰

본 연구는 우리나라의 부부를 대상으로 배우자에게 우울증이 있는 경우 상대 배우자가 인지하는 가족기능과 의사소통이 어떠한 영향을 받는지에 대하여 확인한 연구로, 배우자에게 우울증이 있는 경우 남성과 여성 모두가 가족기능이 떨어진다고 평가하였으며, 여성은 가족 간의 의사소통의 양과 질이 저하된다고 평가하는 것으로 나타났다.

우울증과 가족기능의 관계에 대한 이전 연구들은 있으나, 우울증 환자의 배우자가 가족기능뿐만 아니라 가족내 의사소통을 어떻게 평가하는지, 남녀 간의 차이가 있는지에 대

하여 밝히고자 한 연구는 드물다. 게다가 한국에서는 이에 대한 기존 연구가 거의 없었다는 점에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다. 또한 체계적인 척도를 사용하여 가족기능뿐만 아니라 의사소통과 우울증의 상호관계를 평가하였다는 장점이 있으며 이러한 연구 결과를 재현하고 공고히 하기 위하여 다른 평가도구들을 이용한 추가적인 연구를 통해 일관적인 결과가 도출되는지 확인할 필요가 있다. 또한 역으로 우울증을 치료한 결과 가족기능과 의사소통이 향상되는지에 대해 연구해 볼 수 있을 것이다.

가족기능의 측면에서 우리나라에서 시행한 가정의학과 외래 내원 환자의 우울과 가족기능의 상관성에 대하여 분석한 과거의 한 연구에서는 우울의 정도가 높을수록 가족기능이 감소하였다는 것을 보여준다.<sup>17)</sup> 또한 외국의 연구에서도 우울증이 있는 경우 가족기능이 떨어지며, 우울증과 결혼기능의 감소는 강한 연관관계가 있음을 보여주었다.<sup>18)</sup> 우울증 환자 본인과 그 가족 구성원이 인지하는 가족기능에 어떠한 차이가 있는지 평가한 외국에서 시행한 연구들은 환자 본인과 그 가족 구성원이 평가하는 가족기능에 차이가 있으며 가족 구성원이 평가하는 우울증과 가족기능의 감소에 상관관계가 있음을 보여주었다.<sup>19,20)</sup> 특히 우울증 환자의 배우자는 상대 배우자에게 우울증이 있는 경우 대조군에 비해서 결혼관계를 더욱 부정적이고 비판적으로 평가하였다.<sup>6,21)</sup> 하지만 우리나라에서는 배우자의 측면에서 상대 배우자에게 우울증이 있는 경우 가족기능을 어떻게 인지하고 평가하는지 분석한 연구가 없었다.

또한 이전의 연구들에서 우울증 환자가 가족기능에 미치는 영향에 대하여 다루었으나, 부부 중 한 사람에게 우울증

이 있는 경우 배우자가 느끼는 가족간의 관계, 특히 의사소통 측면에 있어 남녀에 따른 차이가 있는지에 대해서는 연구된 바가 많지 않았다.<sup>8)</sup> 본 연구에서는 배우자의 우울증 유무에 따른 가족기능과 의사소통에 대한 인식의 차이뿐만 아니라 응답자의 성별에 따른 차이가 있는 것으로 나타났으며, 이러한 남녀 간의 차이가 발생한 원인으로 다음과 같은 가능성들을 고려해 볼 수 있다. 첫째, 우울증과 부부 간에 발생하는 문제 사이의 인과관계에 남녀 간의 차이가 있을 수 있다. 여성은 결혼생활에서 문제가 있을 경우 그 이후에 우울증이 나타날 가능성이 높으며 남성은 우울증이 선행할 경우 결혼생활에서 문제가 발생하는 원인으로 작용할 수 있다는 것을 보여준 한 연구는, 우울증과 부부문제 사이의 인과관계에 남녀 간의 차이가 있다는 것을 시사한다.<sup>22)</sup> 둘째, 남자와 여자에서 부정적인 감정을 표현하는 정도에 차이가 있을 수 있다는 점을 고려해 볼 수 있다. 이러한 반응의 차이는 우울증에 의해서 더욱 심화되는 것으로 알려져 있는데,<sup>23)</sup> 여성의 경우 우울증에 대하여 보다 깊게 생각하며 부정적인 감정을 표현하는 경향이 있는 반면, 남성의 경우 부정적인 감정을 축소시키거나, 상황을 회피하려는 경향이 있다. 마지막으로 남녀 간의 문제해결 방식의 차이도 원인이 될 수 있다. 즉, 여성은 남성보다 더욱 관계지향적인 성향이 있어 가족관계에 문제가 있을 경우 관계 해결에 대한 책임감을 더 많이 느끼는 것으로 나타났다.<sup>24)</sup> 또한 가족문제 해결을 위한 토론시 여성은 비판적인 경향을 보이는 것에 비하여, 남성은 방어적이며 회피하려는 경향이 있었다는 연구 결과는 본 연구에서 의사소통 측면에서 나타난 남녀간의 차이를 뒷받침해준다.<sup>25)</sup>

남편에게 우울증이 있는 경우보다 아내에게 우울증이 있는 경우 부부의 결혼관계가 더 부정적인 경향이 있다는 것을 보여주는 소수의 연구 결과들은 의사소통 측면에 대한 본 연구 결과와는 상반된다.<sup>7,8)</sup> 이는 각 연구 간에 평가하고자 하는 구체적인 항목, 평가방법 및 도구 그리고 평가의 주체의 차이 등에 기인했을 가능성이 있다. 그러나 대부분의 연구에서는 우울증이 있는 배우자를 둔 여성의 가족평가가 더 부정적인 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지해 준다.<sup>26)</sup>

본 연구에서는 가족기능과 가족내 의사소통을 평가하기 위하여 자가보고 방식의 평가도구를 이용하였다. 우울증 환자 본인이 평가한 결과는 우울증 자체의 영향을 받을 수 있으므로, 배우자의 입장에서 평가한 가족기능과 의사소통에 초점을 맞추었으며 본인에게 우울증이 있는 경우는 보정하였다. 그럼에도 불구하고 자가보고 방식은 응답자의 언어이해능력, 자기성찰능력 등에 영향을 받을 수 있기 때문에 보다 객관적인 평가 방식을 이용한 비교 연구의 필요성이 제기될 수 있다.<sup>27)</sup> 하지만 CES-D는 비교적 문항이 간결하며

각 문항당 증상을 느낀 기간을 기준으로 증상의 정도를 측정하여 역학연구에 사용하기 쉽다는 특징이 있으며,<sup>28)</sup> diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)와 같은 우울증을 진단하기 위한 임상적인 도구는 아니지만 우울증상의 정도를 잘 반영하기 때문에 널리 사용되고 있다.<sup>29)</sup> 또한 실제 외래에서는 관찰자에 의한 객관적 평가 방식보다는 자가보고 방식이 더 비용 효과적이며 사용하기 편할 것으로 생각된다. 추후 외래에서의 자가보고 방식의 설문지 사용에 타당성을 부여하기 위하여 자가보고 방식과 McMaster Clinical Rating Scale과 같은 객관적 평가 방식에 대한 비교연구가 필요하다.

본 연구의 제한점으로 다음과 같은 사항들을 고려해 볼 수 있다. 이번 연구는 일차진료를 위하여 가정의학과를 방문한 환자들만을 대상으로 하였고, 연구 대상자 중 60대 이상이 남자의 64.3%, 여자의 50.6%로 높은 비율을 차지하였으며, 평균 연령이 60.3세로 높아 이 결과를 일반적으로 적용하는데 주의를 기울여야 한다. 또한 통계적 분석 측면에서, 이분형 로지스틱회귀분석을 이용하기 위하여 가족유형과 의사소통을 두 군으로 다시 분류하였기 때문에 결과 해석에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 이에 대해서는 보다 세분화된 변수를 이용한 후속 연구가 필요할 것이다. 마지막으로, 본 연구는 단면연구로서 인과관계를 확인하기 어렵다는 제한점이 있다. 결혼생활에서 적응과 배우자의 우울증은 상호간에 양방향으로 영향을 미친다는 연구에서도 나타났듯이,<sup>30)</sup> 우울증으로 인해 가족기능 및 의사소통의 저하가 나타났을 가능성이 있지만 반대의 경우도 고려할 수 있다. 따라서 인과관계를 보다 분명히 하기 위하여 장기간의 추적관찰을 통한 후속 연구가 필요할 것이다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 다기관연구로 연구 대상자의 수가 890명으로 비교적 많았으며, 부부를 동시에 관찰한 연구이고, 일차의료를 방문한 환자라는 대표성이 있다는 장점이 있다. 또한, 연구 과정에서 모두 신뢰성, 타당성이 검증된 평가도구들을 사용했다는 장점이 있다.

본 연구에 따르면 우울증은 상대 배우자가 평가하는 가족기능과 가족내 의사소통을 저하시키는 요인이므로, 응답자가 평가한 가족기능과 의사소통이 저하되어 있을 때 그 배우자에게 우울증이 있을 가능성을 염두에 두고 선별검사를 시행해 보는 것을 고려해 볼 수 있다. 또한 일차의료에 종사하는 가정의학과 의사는 우울증의 높은 유병률을 항상 인지하고 우울증이 발견될 경우 가족적 접근을 포함한 다각적이고 포괄적인 치료를 제공해야 할 것이다.

## 요 약

연구배경: 우울증은 가족기능, 가족 의사소통에 영향을 미

치는 것으로 알려져 있다. 하지만 우울증 환자의 배우자가 경험하는 고충에 대해서는 제대로 된 평가가 이루어지지 않았다. 본 연구에서는 부부를 대상으로 수집한 자료를 토대로 배우자에게 우울증이 있는 경우 상대 배우자가 평가하는 가족기능과 가족 의사소통에 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 하였다.

**방법:** 2009년 4월부터 2011년 6월까지 28명의 가정의학과 전문의를 찾은 445쌍의 부부를 연구 대상으로 선정하였다. 가족기능 평가를 위하여 가족 적응력 및 결속력 평가 척도 (FACES-III)를, 의사소통 평가를 위하여 FACES-IV의 가족 의사소통 척도를 사용하였으며 CES-D 21점 이상인 경우를 우울증으로 선별하였다. 배우자의 우울증 여부가 가족 기능 및 의사소통에 미치는 영향을 확인하기 위하여 카이 제곱검정 및 로지스틱회귀분석을 이용하였다.

**결과:** 연구 대상자의 평균 연령은 남성 62.0세, 여성 58.6세였고, 배우자에게 우울증이 있는 빈도는 남성에서 16.0%, 여성에서는 10.1%였다. 배우자에게 우울증이 있는 경우에는 없는 경우와 비교하였을 때, 응답자가 평가한 가족유형이 극단형으로 향할 교차비가 남녀 모두에게서 통계적으로 유의하게 높았다(남: 교차비 3.08, 95% CI 1.73-5.48; 여: 교차비 2.09, 95% CI 1.02-4.27). 반면 의사소통을 평가하였을 때, 배우자에게 우울증이 있는 경우 여성에서만 가족내 의사소통이 좋지 않다고 평가하는 것으로 나타났다(남: 교차비 1.65, 95% CI 0.88-3.07; 여: 교차비 2.48, 95% CI 1.25-4.93)

**결론:** 본 연구에서는 배우자의 우울증이 가족기능과 가족 의사소통에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 배우자에게 우울증이 있는 경우 가족기능 평가에서는 남녀 간에 차이가 없었지만, 의사소통 평가에서는 남녀 간에 차이가 나타났다. 추후 이에 대한 후속 연구가 요구된다.

중심 단어: 우울증, 배우자, 가족기능, 의사소통

## REFERENCES

- World Health Organization. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Korean Ministry of Health and Welfare. The epidemiological survey of mental disorder in Korea 2011. Seoul: Korean Ministry of Health and Welfare; 2012.
- Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *Fam Process* 1997;36(4):357-67.
- McNabb R. Family function and depression. *J Fam Pract* 1983; 16(1):169-70.
- Gotlib IH, Whiffen VE. Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences. *J Abnorm Psychol* 1989;98(1):23-30.
- Hautzinger M, Linden M, Hoffman N. Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982;13(4):307-14.
- Jacob T, Leonard K. Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, depressed, and nondistressed men. *J Abnorm Psychol* 1992;101(4):647-56.
- Johnson SL, Jacob T. Marital interactions of depressed men and women. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):15-23.
- McCabe SB, Gotlib IH. Interactions of couples with and without a depressed spouse: Self-report and observations of problem-solving situations. *J Soc Pers Relat* 1993;10(4):589-99.
- Beach SRH. Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice. Washington: American Psychological Association; 2001. p.205-24.
- Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;195:3508-1381.
- Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1993;3(3)2:381-99.
- Lim JH, Lee KR, Oh MK, Kwak KW, Yoon BB. A study of reliability and validity of FACES III. *J Korean Acad Fam Med* 1990;11(10):8-17.
- Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process* 1979;18(1):3-28.
- Olson DH, Barnes H. Family communication. Minneapolis: LIFE INNOVATIONS, Inc. 2012. [Accessed August 29, 2014]. <http://facesiv.com/pdf/4.communication.pdf>. 2012.
- Kim YS, Sunwoo S, Kim B, Park HK, Ok SW, Cha D. Reliability and validity of family communication scale in the FACES IV package: Korean version. *J Korean Fam Relat Assoc* 2012;17: 241-58.
- Kim DH, Lim YS, Kwak KW, Lee HR, Young BB. A comparative study between depression and family function in family practice. *Korean J Fam Med* 1990;11:23-8.
- Herr NR, Hammen C, Brennan PA. Current and past depression as predictors of family functioning: a comparison of men and women in a community sample. *J Fam Psychol* 2007;21(4): 694-702.
- Koyama A, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(5):495-500.
- Weinstock LM, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Miller IW. Family functioning and mood disorders: a comparison between patients with major depressive disorder and bipolar I disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(6):1192-202.
- Benazon NR, Coyne JC. Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol* 2000;14(1):71-9.
- Fincham FD, Beach SR, Harold GT, Osborne LN. Marital satisfaction and depression: different causal relationships for men and women? *Psychol Sci* 1997;8(5):351-6.
- Wilhelm K, Roy K, Mitchell P, Brownhill S, Parker G. Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(1):45-53.
- Dindia K, Allen M. Sex differences in self-disclosure: a meta-

- analysis. *Psychol Bull* 1992;112(1):106-24.
25. Christensen A, Heavey CL. Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *J Pers Soc Psychol* 1990;59(1):73-81.
  26. Johnson SL, Jacob T. Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(1):4-12.
  27. Bradbury TN, Fincham FD. Attributions in marriage: review and critique. *Psychol Bull* 1990;107(1):3-33.
  28. Radloff LS. The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401.
  29. Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol* 1977;106(3):203-14.
  30. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol* 1999;108(4):674-8.