

일 대학병원에 입원한 만성질환자의 우울 증상과 인구사회학적 위험요인

최경애¹, 최현정¹, 박소영²

¹한림대학교강남성심병원 사회복지팀, ²이화여자대학교 연령통합고령사회연구소

Depressive Symptoms and Sociodemographic Risk Factors among Chronic Disease Inpatients at University Medical Centers

Gyong-Ae Choi¹, Hyun-Jung Choi¹, So-Young Park²

¹Department of Social Work, Hallym University Kangnam Sacred Heart Hospital, Seoul, Korea

²Ewha Institute for Age Integration Research, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Background: The purpose of this study was to examine the prevalence of and the sociodemographic risk factors for depressive symptoms among inpatients with chronic diseases who completed the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) conducted by a social work department at university medical centers.

Methods: In 2015, PHQ-9 data were collected from six medical centers affiliated with Hallym University Medical Center. The sample comprised 517 inpatients aged 18 years or over with chronic diseases. Descriptive statistics, chi-square test, simple logistic regression, and multiple logistic regression were used for data analyses.

Results: The prevalence of depressive symptoms among inpatients with chronic diseases was 31.7 percent. The results of the simple and multiple logistic regressions showed that the single/widowed/divorced/separated group was at higher risk for depressive symptoms than married inpatients. Having a religion or being unemployed also increased the risk of depressive symptoms among the respondents.

Conclusions: Findings of this study emphasize the importance of systematic depressive symptom management for inpatients with chronic diseases.

Korean J Health Promot 2019;19(1):32-38

Keywords: Patient Health Questionnaire-9, Depression, Prevalence, Risk factors

서론

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 21세기 인류를 괴롭힐 주요 질병으로 우울증을 지목해왔고, 오

는 2020년에는 우울증이 모든 연령에서 나타나는 질환 중 1위를 차지할 것이라고 경고하였다.¹⁾ 2016년 정신질환 실태 조사에 의하면, 한국 성인의 주요 우울장애 평생 유병률은 5.0%로 알코올사용장애(12.2%), 불안장애(9.3%)에 이어 세 번째로 높게 나타나고 있다.²⁾

우울증은 극단적인 경우 자살로 이어질 수 있기 때문에 조기 발견과 예방이 매우 중요하다. 최근 국내외 선행 연구는 우울의 영향요인으로 인구사회학적 특성과 함께 만성질환의 유무에 초점을 두면서 우울과 다른 만성 신체질환과의 연관성에 주목하고 있다.³⁻⁵⁾ 구체적으로 고령, 낮은 교육 수준, 낮은 가구 소득, 퇴직 또는 실직, 독거 등의 요인들이 우울 증상을 높이는데 기여하는 것으로 보고되고 있으며,^{3,5-7)}

- Received: Oct. 16, 2018 ■ Revised: Jan. 17, 2019 ■ Accepted: Jan. 28, 2019
- Corresponding author : So-Young Park, PhD
Ewha Institute for Age Integration Research, Ewha Womans University,
52 Ewhayodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea
Tel: +82-2-3277-2235, Fax: +82-2-3277-2783
E-mail: syp279@gmail.com
- This work was supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea (NRF-2018S1A5B5A02032658).

사회적 관계망이 약한 고령자 또한 우울 증상에 취약한 것으로 알려져 있다.⁷⁾

신체질환이 동반된 경우에는 우울증의 발병 위험성이 증가하고, 우울 증상이 더욱 악화되며, 동반된 신체질환의 수가 증가할수록 우울증 발생 위험도는 더욱 증가하게 된다.⁸⁻¹¹⁾ 특히 만성질환이 동반되는 경우 우울증의 발병 위험성이 높아지고 우울 증상이 악화되는 것으로 보고되고 있다.^{5,8,10)} 만성질환은 3개월 이상의 발생경과와 회복이 어려운 병리적 상태를 가지며 후유장애 등으로 장기간의 치료와 관찰이 요구되는 질병으로 우리나라의 국민건강영양조사에서는 만성질환을 순환기계, 근골격계, 호흡기계, 내분비 대사성 질환, 암, 기타 질환으로 구분하고 있다.¹²⁾

의료사회복지사는 의료기관에서 환자의 효과적인 진단과 치료에 영향을 미치는 심리, 사회, 경제적 문제를 해결함으로써 환자의 치료가 잘 유지되도록 하고, 적기에 퇴원하여 사회복귀를 하도록 환자와 그 가족을 돕는 전문 분야이다. 의료사회복지사의 활동은 의료법 시행규칙 38조2항6호에 명시되어 있으며, 의료사회복지사의 업무는 수련환경 평가 및 병원 인증기준에 따라 심리사회적 문제 상담, 경제적 문제 상담, 퇴원계획 상담, 지역사회 자원연결 상담, 재활 상담으로 구분되어 있다. 사회사업팀에 의뢰되는 주요 만성질환자는 경제적 부담 및 치료가 장기화되는 중증질환 산정특례 대상자(암, 뇌질환, 심장질환, 화상, 희귀난치성 질환)와 지속적인 자가 관리가 요구되어 다학제적 팀 접근으로 교육이 필요한 당뇨병 환자와 신장질환자 등이다.

만성질환을 동반한 우울증 환자는 체계적이고 집중적인 관리가 필요함에도 불구하고, 우울증이 신체적 질환에 따른 부차적인 증상으로 여겨져 입원 초기 적극적인 선별을 통한 치료 개입이 제대로 이루어지지 않고 있는 실정이다.¹³⁾ 또한 국내에서 우울과 만성 신체질환과의 동반질환이 있는 입원환자를 대상으로 한 우울증 연구는 상대적으로 적은 편이다. 환자의 우울 증상이 신체질환의 치료 과정에 부정적인 영향을 미치고 가족들에게 커다란 부담을 주며 이로 인하여 사회적인 비용과 손실이 상당히 커질 수 있음⁹⁾을 감안할 때 입원환자를 대상으로 한 우울 증상 선별 과정은 매우 중요하며 이들을 대상으로 한 연구는 더욱 활발히 진행될 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 일 대학병원에 입원한 성인 만성질환자 중 각 임상과에서 사회복지팀에 협진 의뢰하거나 자발적으로 사회복지팀을 방문한 환자 중에서 환자건강질문지(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)에 응답한 환자를 대상으로 우울 증상 유병률을 파악하고 우울 증상에 영향을 미치는 인구사회학적 위험요인을 파악함으로써 만성질환과 우울의 동반양상 가능성이 있는 위험 집단을 선별하는 예측요인을 제시하고자 하였다.

방 법

1. 연구 대상

본 연구는 2015년 3월부터 12월까지 한림대학교의료원 산하 6개 병원에서 데이터를 수집하여 구축한 PHQ-9 데이터 자료를 이용하여 분석한 후향적 연구이다. 연구모집단은 각 병원에 입원한 만 18세 이상의 성인 만성질환자였고, 각 임상과에서 사회복지팀에 통상적으로 협진 의뢰하는 만성질환자 또는 자발적으로 사회복지팀에 방문한 만성질환자 명단을 바탕으로 PHQ-9에 응답한 530명의 의무기록을 본 연구의 분석 자료로 활용하였다. 이 중 질환이 재발하여 반복 입원한 경우는 최초 입원 시의 자료만을 분석하여 최종 연구 대상은 517명이었다. 급성기 환자와 18세 미만의 만성질환자는 연구 대상에서 제외하였다. 본 연구는 기존 자료를 이용하여 분석하였기 때문에 한림대학교강남성심병원 윤리심의위원회의 심의를 면제받았다(면제승인번호 제 2018-10-006호).

2. 조사 항목

우울 증상 평가를 위하여 한국어판 PHQ-9를 사용하였다. PHQ-9는 DSM-IV의 진단기준에 근거하여 지난 2주간 무관감, 우울감, 수면 변화, 피로감, 식욕 변화, 죄책감, 집중력 저하, 좌불안석 또는 처진 느낌, 자살사고 등 9가지 요소로 구성되어 있다. 각 문항은 0점(전혀 그렇지 않다)부터 3점(거의 매일 그렇다)까지 4점 척도로 측정되고 응답 분포는 0-4점(우울증 아님), 5-9점(가벼운 우울증), 10-14점(중간 정도 우울증), 15-19점(약간 심각한 우울증), 20-27점(심한 우울증)으로 점수가 높을수록 우울 증상이 높음을 의미한다.¹⁴⁾ PHQ-9 척도의 타당도와 신뢰도와 관련하여 국내외 선행 연구에서는 절단점 기준을 5점부터 15점까지 다양하게 제시하고 있다.¹⁴⁻¹⁶⁾ 본 연구는 국내 선행연구 결과¹⁶⁾를 반영하여 10점을 절단점으로 하여 0-9점을 우울증 없음, 10-27점을 우울증 있음으로 분류하였다. 본 연구에서 PHQ-9 척도의 신뢰도(Cronbach's alpha)는 0.86이었다.

본 연구의 독립변수로 성별, 연령, 결혼 상태, 종교, 직업, 의료보험 유형, 만성질환 등을 포함하였다. 연령은 18-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60-69세, 70세 이상 등으로 구분하였다. 결혼 상태는 기혼과 미혼/사별/이혼/별거로 구분하였고, 종교와 직업은 있음과 없음으로 구분하였다. 의료보험 유형은 건강보험, 의료급여, 산재보험/자동차보험/기타로 나누었다. 만성질환은 입원 당시 주요 진단명을 기준으로 질환별로 단순 구분을 하였고 각종 암, 화상, 뇌질환(뇌경색, 뇌출혈, 뇌손상 등), 신장질환(만성신부전, 신우신염,

Table 1. Prevalence of depressive symptoms

| Variable | Value |
|---------------------------|------------|
| PHQ-9 | |
| No depressive symptoms | |
| Minimal (0-4) | 192 (37.1) |
| Mild (5-9) | 161 (31.2) |
| Depressive symptoms | |
| Moderate (10-14) | 81 (15.7) |
| Moderately severe (15-19) | 54 (10.4) |
| Severe (20-27) | 29 (5.6) |

Abbreviation: PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9.
Values are presented as number (%).

사구체신염 등), 당뇨병(1형, 2형), 심장질환(허혈성 심장질환, 심부전 등), 소화기(궤양, 간질환 등)/호흡기(만성 폐쇄성 폐질환, 결핵, 천식 등)/기타 질환 등 개별 질환의 유무를 각각의 변수로 설정하였다.

3. 자료분석 방법

첫째, 연구 대상자의 일반적 특성 파악을 위하여 빈도와 백분율을 포함한 기술통계분석을 실시하였고, PHQ-9 척도의 경우 신뢰도를 확인하기 위하여 Cronbach's alpha 계수를 산출하였다. 둘째, 응답자의 인구통계학적 특성과 질환 관련

Table 2. Proportions (%) of the PHQ-9 categories by sociodemographic characteristics among Korean adult inpatients

| Variable | Total | PHQ-9 | | χ^2 |
|---|------------|------------|------------|--------------------|
| | | ≤9 | 10-27 | |
| Gender | | | | 0.93 |
| Female | 243 (47.0) | 171 (70.4) | 72 (29.6) | |
| Male | 274 (53.0) | 182 (66.4) | 92 (33.6) | |
| Age, y | | | | 4.94 |
| 18-29 | 20 (3.9) | 14 (70.0) | 6 (30.0) | |
| 30-39 | 36 (7.0) | 24 (66.7) | 12 (33.3) | |
| 40-49 | 97 (18.8) | 73 (75.3) | 24 (24.7) | |
| 50-59 | 168 (32.5) | 109 (64.9) | 59 (35.1) | |
| 60-69 | 122 (23.6) | 87 (71.3) | 35 (28.7) | |
| ≥70 | 74 (14.3) | 46 (62.2) | 28 (37.8) | |
| Marital status | | | | 9.59 ^a |
| Married | 340 (66.1) | 247 (72.6) | 93 (27.4) | |
| Single/widowed/divorced/separated | 174 (33.9) | 103 (59.2) | 71 (40.8) | |
| Religion | | | | 5.97 ^b |
| No religion | 267 (61.5) | 196 (73.4) | 71 (26.6) | |
| Catholic/Protestant/Buddhist/other | 167 (38.5) | 104 (62.3) | 63 (37.7) | |
| Job | | | | 6.54 ^b |
| Yes | 237 (46.0) | 175 (73.8) | 62 (26.2) | |
| No | 278 (54.0) | 176 (63.3) | 102 (36.7) | |
| Health insurance | | | | 16.13 ^c |
| National health insurance | 401 (77.6) | 283 (70.6) | 118 (29.4) | |
| Medical aid | 59 (11.4) | 27 (45.8) | 32 (54.2) | |
| Industrial accident compensation insurance/automobile insurance/other | 57 (11.0) | 43 (75.4) | 14 (24.6) | |
| Disease | | | | 24.57 ^c |
| Cancer | 240 (46.4) | 172 (71.7) | 68 (28.3) | |
| Burns | 88 (17.0) | 64 (72.7) | 24 (27.3) | |
| Brain | 71 (13.7) | 51 (71.8) | 20 (28.2) | |
| Renal | 21 (4.1) | 9 (42.9) | 12 (57.1) | |
| Diabetes mellitus | 24 (4.6) | 16 (66.7) | 8 (33.3) | |
| Cardiovascular | 23 (4.4) | 19 (83.6) | 4 (17.4) | |
| Digestive/respiratory/other | 50 (9.7) | 22 (44.0) | 28 (56.0) | |

Abbreviation: PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9.
Values are presented as number (%).

^a $P<0.01$.

^b $P<0.05$.

^c $P<0.001$.

요인에 따른 우울 증상 유병률 차이를 알아보기 위하여 카이 제곱검정(chi-square test)을 실시하였다. 셋째, 우울 증상에 영향을 미치는 각 독립변수의 위험 정도를 파악하기 위하여 단순 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 모든 독립변수의 우울 증상에 대한 상대적 위험 정도를 알아보기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 통계분석은 SPSS ver. 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 사용하였다.

결 과

표 1은 연구 대상자의 PHQ-9 심각도에 따른 우울 증상 유병률 결과이다. 전체 응답자 중에서 우울 증상이 없는 경

우(PHQ-9, 0 to 9)가 68.3%였고 중간 정도 이상의 우울 증상이 있는 경우(PHQ-9, 10 to 27)가 31.7%였다. 표 2는 전체 집단의 일반적 특성과 독립변수별 PHQ-9 분포 비율을 보여준다. 우울 증상이 없는 집단과 있는 집단 간 차이의 경우, 성별, 연령을 제외한 나머지 변수들에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 즉 기혼에 비해서 미혼/사별/이혼/별거 집단의 우울 증상이 더 높았고($\chi^2=9.59$, $P<0.01$), 종교가 있는 집단이 종교가 없는 집단에 비하여 우울 증상이 더 높았다($\chi^2=5.97$, $P<0.05$). 또한 직업이 없는 집단이 있는 집단에 비하여 우울 증상이 더 높았고($\chi^2=6.54$, $P<0.05$), 의료보험 유형($\chi^2=16.13$, $P<0.001$)과 만성질환 종류($\chi^2=24.57$, $P<0.001$)에 따라서도 집단 간에 우울 증상이 차이가 있었다.

Table 3. Simple and multiple logistic regression model for depressive symptoms among Korean adult inpatients

| Variable | Simple logistic regression | | Multiple logistic regression | |
|---|----------------------------|--------|------------------------------|-------|
| | OR (95% CI) | P | OR (95% CI) | P |
| Gender | | | | |
| Female | 1 | | 1 | |
| Male | 1.20 (0.83-1.74) | 0.336 | 1.63 (1.01-2.62) | 0.047 |
| Age, y | | | | |
| 18-29 | 1 | | 1 | |
| 30-39 | 1.17 (0.36-3.80) | 0.798 | 1.99 (0.47-8.44) | 0.350 |
| 40-49 | 0.77 (0.27-2.22) | 0.625 | 1.69 (0.45-6.35) | 0.440 |
| 50-59 | 1.26 (0.46-3.46) | 0.650 | 2.27 (0.63-8.17) | 0.208 |
| 60-69 | 0.94 (0.33-2.64) | 0.905 | 1.25 (0.34-4.62) | 0.736 |
| ≥ 70 | 1.42 (0.49-4.12) | 0.519 | 1.21 (0.32-4.57) | 0.782 |
| Marital status | | | | |
| Married | 1 | | 1 | |
| Single/widowed/divorced/separated | 1.83 (1.25-2.69) | 0.002 | 1.70 (1.05-2.75) | 0.031 |
| Religion | | | | |
| No religion | 1 | | 1 | |
| Catholic/Protestant/Buddhist/other | 1.67 (1.11-2.53) | 0.015 | 1.65 (1.05-2.60) | 0.031 |
| Job | | | | |
| Yes | 1 | | 1 | |
| No | 1.64 (1.12-2.39) | 0.011 | 2.10 (1.22-3.62) | 0.008 |
| Health insurance | | | | |
| National health insurance | 1 | | 1 | |
| Medical aid | 2.84 (1.63-4.95) | <0.001 | 1.84 (0.95-3.56) | 0.069 |
| Industrial accident compensation insurance/automobile insurance/other | 0.78 (0.41-1.48) | 0.449 | 0.97 (0.46-2.08) | 0.944 |
| Disease ^a | | | | |
| Cancer | 1 | | - | - |
| Burn | 0.95 (0.55-1.64) | 0.850 | - | - |
| Brain | 0.99 (0.55-1.79) | 0.978 | - | - |
| Renal | 3.37 (1.36-8.37) | 0.009 | - | - |
| Diabetes mellitus | 1.27 (0.52-3.09) | 0.607 | - | - |
| Cardiovascular | 0.53 (0.18-1.62) | 0.268 | - | - |
| Digestive/respiratory/other | 3.22 (1.72-6.01) | <0.001 | - | - |

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

^aDisease was excluded from the multiple logistic regression analysis because the sample size of the variable was too small when broken down by this sub-category.

표 3은 우울 증상에 영향을 미치는 변수의 상대적인 위험 정도를 살펴보기 위하여 단순 및 다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다. 단순 로지스틱 회귀분석 결과에 따르면, 결혼 상태, 종교, 직업, 의료보험 유형, 만성질환 등이 우울 증상과 독립적으로 연관되는 것으로 나타났다. 즉, 기혼자에 비하여 미혼/사별/이혼/별거인 경우(odds ratio [OR], 1.83; 95% confidence interval [CI], 1.25-2.69), 종교가 없는 군에 비하여 종교가 있는 경우(OR, 1.67; 95% CI, 1.11-2.53), 직업이 있는 군에 비하여 직업이 없는 경우(OR, 1.64; 95% CI, 1.12-2.39), 건강보험군에 비하여 의료급여인 경우(OR, 2.84; 95% CI, 1.63-4.95), 암질환 환자에 비하여 신장질환 환자(OR, 3.37; 95% CI, 1.36-8.37) 또는 소화기/호흡기/기타 질환 환자인 경우(OR, 3.22; 95% CI, 1.72-6.01) 우울 증상이 높게 나타났다. 마지막으로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 성별, 결혼 상태, 종교, 직업이 우울 증상을 예측하는 위험요인이었다. 구체적으로 여성에 비하여 남성 집단(OR, 1.63; 95% CI, 1.01-2.62), 기혼자에 비하여 미혼/사별/이혼/별거인 경우(OR, 1.70; 95% CI, 1.05-2.75), 종교가 없는 군에 비하여 종교가 있는 집단(OR, 1.65; 95% CI, 1.05-2.60), 직업이 있는 군에 비하여 직업이 없는 집단(OR, 2.10; 95% CI, 1.22-3.62)에서 통계적으로 유의하게 우울 증상이 더 높게 나타났다.

고 찰

본 연구는 일 대학병원에 입원한 만성질환자 중 사회복지팀에서 상담한 환자의 우울 증상 유병률이 31.7%로 일반 인구를 대상으로 한 선행 연구와 비교해서 높은 수준이었음을 확인하였다. 단순 및 다중 로지스틱 회귀분석 결과, 결혼 상태, 종교, 직업 등이 우울 증상을 예측하는 주요 위험요인이었다. 본 연구의 결과를 토대로 논의를 하면 다음과 같다.

첫째, 일 대학병원에 입원한 만성질환자 중 사회복지팀에서 상담한 환자의 우울 증상 유병률은 일반 인구보다 훨씬 높은 수준으로 나타났다. 즉 2016년 한국 성인의 주요 우울 장애 평생 유병률은 5.0%였고 일년 유병률은 1.5% 수준이었다.²⁾ 입원환자가 일반 인구에 비하여 우울증 유병률이 높은 이유는 만성질환과 관련된 신체기능의 감소와 함께 치료 과정에서 겪는 심리적인 어려움, 직장생활 중단 및 치료비 마련에 대한 부담감, 가족 지지의 약화 등 다양한 요인들이 복합적으로 작용한 결과로 볼 수 있다.^{4,17,18)} 한편 우울 증상은 환자의 치료 거부 및 순응도를 약화시키고,¹⁹⁾ 암 전이나 재발 등 치료 과정에 부정적인 영향을 미치며,²⁰⁾ 자살 생각을 유발하여 사망률을 높이는 것²¹⁾으로 보고되고 있다. 따라서 초기에 우울 증상을 가진 환자를 선별하여 이들이 적절한 치료를 받을 수 있도록 적극적으로 개입할 필요가 있다.

둘째, 단순 및 다중 로지스틱 회귀분석 결과, 인구사회학적 요인 중에서 결혼 상태, 종교, 직업 등이 상대적으로 우울 증상을 높이는 데 기여하는 것으로 나타났다. 우선 기혼 집단에 비하여 미혼/사별/이혼/별거 집단에서 우울 증상이 높게 나왔는데 이러한 결과는 일반 인구를 대상으로 한 선행 연구 결과와 일치한다.²⁶⁾ 이는 사별이나 이혼 과정을 경험한 집단의 경우 그 과정에서 겪는 심리적 스트레스로 인하여 우울 증상이 심화되는 반면 기혼 집단의 경우 배우자가 사회적 지지를 제공하는 중요한 자원이 됨을 시사한다.^{7,17)} 오늘날 가족구조의 변화로 인하여 가족 구성원 간의 유대감이 점점 약화되고 있는 상황에서 가족이 없는 만성질환자들이 우울 증상의 위험에 노출될 가능성이 더 크다. 그러므로 여러 가지 복합적인 어려움을 가지고 있는 취약계층을 위하여 가족 지지를 대신할 수 있는 다른 사회적 지지 연계 방안을 강구하고 결혼 상태와 같이 환자의 개별 특성을 고려한 우울증 개입 프로그램을 개발하고 적용할 필요가 있다.

종교의 경우 본 연구에서는 우울 증상을 높이는 위험요인이었으나 기존 연구에서는 종교가 우울 증상을 감소하거나 예방하는 요인으로 주로 언급되고 있다.^{22,23)} 최근 종교성(religiosity) 또는 영성(spirituality)과 정신건강 간의 관련성에 관한 연구가 많이 보고되면서 종교에 대한 관심이 새롭게 조명되고 있다.^{24,25)} 종교 모임에 참석하고 기도함으로써 마음의 안정을 얻고 종교 활동을 통하여 종교적인 지지 체계를 구축해 나갈 수 있다면 우울 증상을 감소하는데 도움이 될 수 있다. 하지만 종교 단체 내에서 구성원 간 또는 목회자와 신도 간의 갈등이 발생하게 된다면 이러한 상황 자체가 개인적인 스트레스로 작용하게 되어 정신건강에 부정적인 영향을 미치게 된다. 따라서 종교 유무 외에 종교 단체 참여 여부, 교류 정도 등 관련 요인들을 함께 고려하여 정신건강에 대한 종교의 영향력을 파악할 필요가 있다.

직업 상태의 경우 직업이 있는 집단에 비하여 직업이 없는 집단이 우울 증상에 더 노출될 가능성이 큰 것으로 조사되었고 이 결과는 기존 연구 결과와 대체로 일치한다. 예를 들어, 2016년 정신질환 실태조사에서 주요 우울장애 위험률은 전일제 취업자에 비하여 부분제 취업자가 3.2배, 무직은 4.0배 높은 것으로 조사되었다.²⁾ 직업 상실은 경제적 부담감과 강한 상관관계가 있기 때문에,²⁶⁾ 특히 만성질환이 있는 입원환자의 경우 불안정한 직업 상태는 치료비 부담과 함께 심리적인 어려움을 가중시킬 수 있다. 고소득층에 비하여 저소득층에서 우울 증상 위험률이 높다는 기존 연구 결과는 이를 뒷받침한다.^{2,27)}

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 대상자는 일 대학병원 의료원의 각 임상과에서 사회복지팀에 협진 의뢰하거나 자발적으로 사회복지팀을 방문한 입원환자 중에서 PHQ-9에 응답한 성인 만성질환자로 한정되었기 때문

에 연구 결과의 일반화에 한계가 있다. 후속 연구에서는 입원 만성질환자의 특성과 각 질환별 대상자 수를 충분히 확보하여 연구 대상자의 대표성을 높일 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 횡단 연구이기 때문에 인구사회학적 요인과 우울 증상 간에 인과관계를 예측할 수 없다. 특히 종교와 직업의 경우 우울 증상과의 시간적인 선후 관계를 확인하기 어렵기 때문에 해석에 주의할 필요가 있다. 후속 연구에서는 종단 연구를 통하여 우울 증상 유병률의 추이 변화와 우울 증상에 영향을 미치는 위험요인에 대하여 알아볼 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 병원 의무기록 자료를 활용하여 분석하였기 때문에 인구사회학적 요인 이외에 가족, 지역사회, 환경 등과 관련된 다른 위험요인을 포함하지 못한 한계가 있다. 후속 연구에서는 의무기록 자료와는 별개로 설문조사 또는 면접조사를 실시하여 우울 증상과 이러한 위험요인 간의 관련성을 파악할 필요가 있다. 넷째, 종교의 경우 무응답률(16.1%)이 높아서 로지스틱 회귀분석에 포함되지 못한 대상자가 많았고 직업 변수는 세부 직업 분류별 표본수가 작아서 직업 유무의 이분형 범주로 구분하여 측정할 한계가 있다. 만성질환은 하위 항목별로 표본수가 충분하지 않아서 최종 로지스틱 분석에서 제외하였다. 후속 연구에서는 결측치가 발생하지 않도록 체계적으로 자료 수집을 하고, 직업 유무뿐만 아니라 세부 직업별로 어떠한 직종이 위험요인에 더 노출되어 있는지 파악할 필요가 있다. 아울러 암질환에 비하여 우울 증상이 높게 나온 신장질환 환자군에 대한 각별한 관심과 함께, 소화기/호흡기/기타 질환의 경우 특히 어떠한 질환군이 우울 증상에 취약한지 후속 연구를 통하여 파악할 필요가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 입원환자의 우울 증상 유병률과 우울 증상에 영향을 주는 인구사회학적 위험요인을 파악한 기초 연구로서 만성질환과 우울의 동반양상 가능성이 있는 위험 집단을 초기에 스크리닝하여 예방 및 관리하는 시스템 구축의 중요성을 시사하였다는 측면에서 의의가 있다. 스크리닝 결과 우울 증상 위험군에 포함된 환자에 대해서는 각 임상과와 사회복지팀에서 추가적인 평가와 개입이 이루어질 필요가 있다. 성인 만성질환자의 경우 신체질환에 대한 치료와 함께 초기 우울 증상의 선별과 치료적 개입, 종결, 사후 관리에 이르는 우울 증상 조기 발견 및 치료 시스템이 이들을 치료하는 현장에서 우선 적용될 필요가 있다. 이후 지역사회 내 유관기관과 연계가 이루어지면 의료기관과 지역 간 통합 연계 네트워크 형성을 통해서 지역사회 내 정신건강 예방 사업의 효과성이 증대될 것으로 사료된다.

요 약

연구배경: 본 연구는 일 대학병원 의료원에 입원한 만성 질환자 중 사회복지팀에서 실시한 환자건강질문지(PHQ-9)에 응답한 환자를 대상으로 우울 증상 유병률을 파악하고 우울 증상에 영향을 미치는 위험요인을 파악하는데 목적이 있다.

방법: 환자건강질문지(PHQ-9) 데이터는 한림대학교의료원 산하 6개 병원에서 2015년에 수집되었다. 연구 대상자는 18세 이상 성인 만성질환자 517명이었고, 기술통계분석, 카이제곱검정, 단순 로지스틱 회귀분석, 다중 로지스틱 회귀분석 등의 방법을 사용하여 자료를 분석하였다.

결과: 만성질환을 앓고 있는 입원환자의 우울 증상 유병률은 31.7%로 나타났다. 단순 및 다중 로지스틱 회귀분석 결과, 결혼 상태, 종교, 직업이 우울 증상을 예측하는 주요 위험요인이었다. 구체적으로 미혼/사별/이혼/별거 집단이 기혼 집단에 비하여 우울 증상이 더 높게 나타났다. 응답자 중에서 종교가 있는 경우, 직업이 없는 경우에도 우울 증상의 위험성이 높아지는 것으로 나타났다.

결론: 본 연구 결과는 만성질환 입원환자에 대한 체계적인 우울 증상 관리의 중요성을 강조한다.

중심 단어: 환자건강질문지, 우울 증상, 유병률, 위험요인

REFERENCES

1. World Health Organization. The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope [Internet]. Geneva: WHO; 2001. [Accessed Oct 16, 2018]. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
2. Hong JP. The survey of mental disorders in Korea [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2017. [Accessed Sep 14, 2018]. Available from: <http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37547>.
3. Himani G, Badini A, Nanji K. Depression and its associated factors among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Karachi, Pakistan. *Cureus* 2018;10(7):e2030.
4. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):216-26.
5. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* 2018;241:461-8.
6. Jeon JA, Lee NH. Depression, its concurrent chronic illnesses, and related health service use in the Korea welfare panel data. *Health and Welfare Policy Forum* 2015;219:75-84.
7. Lee PS, Lee YM, Lim JY, Hwang RI, Park EY. The relationship of stress, social support and depression in the elderly. *J Korean Acad Nurs* 2004;34(3):477-84.
8. Kim JM, Stewart R, Bae KY, Yang SJ, Yoon JS, Jung SW, et al. Physical comorbidity and 12-week treatment outcomes in

- Korean patients with depressive disorders: the CRESCEND study. *J Psychosom Res* 2011;71(5):311-8.
9. The Korean Geriatrics Society. Textbook of geriatric medicine. 3rd ed. Seoul: Medical Publisher; 2015.
10. Kim KU, Park HK, Jung HY, Ahn JJ, Moon E, Kim YS, et al. Association of depression with disease severity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung* 2014;192(2):243-9.
11. Han KM, Ko YH, Yoon HK, Han C, Ham BJ, Kim YK. Relationship of depression, chronic disease, self-rated health, and gender with health care utilization among community-living elderly. *J Affect Disord* 2018;241:402-10.
12. Jung YH. A study on the effective chronic disease management [Internet]. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2013. [Accessed Sep 28, 2018]. Available from: <https://www.kihasa.re.kr/web/publication/research/view.do?pageIndex=29&keyField=&key=&menuId=44&tid=71&bid=12&division=001&ano=1678>.
13. Jeong H, Yim HW, Jo SJ, Kim CM, Jeong S, Song H, et al. The screening and post-management of depression in primary care. *Korean J Fam Pract* 2012;2(1):15-23.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
15. Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo I, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Compr Psychiatry* 2008;49(2):218-23.
16. Choi HS, Choi JH, Park KH, Joo KJ, Ga H, Ko HJ, et al. Standardization of the Korean version of Patient Health Questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28(2):114-9.
17. Yeo Y, Yoo EK. The relationship among depression, self-esteem and ADL in the case of the hospitalized elderly patients with chronic disease. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22(6):676-86.
18. Zivin K, Wharton T, Rostant O. The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):631-49.
19. Kim H, Yi M. Anxiety, depression and uncertainty in cancer patients participating in clinical trial of anticancer drugs. *Korean J Adult Nurs* 2013;25(1):53-61.
20. Lee SJ, Kim J, Park YM. Influence of depression on cancer metastasis. *J Korean Oncol Nurs* 2008;8(2):105-10.
21. Choi R, Moon HJ, Hwang BD. The influence of chronic disease on the stress cognition, depression experience and suicide thoughts of the elderly. *The Korean Journal of Health Service Management* 2010;4(2): 73-84.
22. Lee DH, Ham KA, Kim JY, Kim MK, Jung SW, Kim JB. Gender differences in DSM-IV major depression symptoms: based on Korean psychiatric diagnostic screening questionnaire (K-PDSQ). *The Korean Journal of Rehabilitation Psychology* 2013;20(3):501-22.
23. Koenig H, King D, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
24. Krause N. Church-based social support and health in old age: exploring variations by race. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(6):S332-47.
25. Roh S, Lee YS, Kim Y, Park SY, Chaudhuri A. Gender differences in the roles of religious support and social network support in reducing depressive symptoms among older Korean Americans. *J Soc Serv Res* 2015;41(4):484-97.
26. Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *J Occup Health Psychol* 2002;7(4):302-12.
27. Ko SJ. Medical care expenditures and utilisations for depressed adults with chronic disease. *Health and Welfare Policy Forum* 2011;182:24-31.