



Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees (작업으로 생긴 우울과 결근 : 근로자의 장기 우울증상에 대한 예측)

출 처 *Occupational Medicine*, 2008 58(4):295-301; doi:10.1093/oc-
cmed/kqn043

저 자 Veerle Brenninkmeijer, Irene Houtman and Roland Blonk

서론

우울호소와 관련되어 나타나는 상병과 작업불능은 사회적문제이다. 세계보건기구가 언급하듯이 우울은 머지않아 가장 주요한 건강문제가 될 것이다.¹⁾ 우울은 근로자 개인뿐만 아니라 사업주에게도 생산성이나 노동력의 손실을 가져오게 하며, 이와 관련된 비용으로 인해 사회에까지 영향을 미친다.

우울 호소과정에는 성별, 교육, 연령, 결혼상태, 자녀수, 가장이란 지위 등 인구학적 변수들이 영향을 미친다.²⁾³⁾ 또한 높은 직무요구, 낮은 의사결정 범위, 높은 신체부담, 높은 화학적 위험, 직무손실에 대한 위협감과 인식 같은 작업관련 변수들도 영향을 미친다.⁴⁾⁵⁾

작업재개 방법도 우울의 진행 예후에 영향을 미칠 가능성이 있다. 작업재개 방식은

기능부전이 온 신념에 자극을 주어 우울증상 개선에 도움을 준다.⁶⁾ 작업재개는 또한 일반 작업의 설정에서뿐만 아니라 동료에 대한 의무감 향상과 기분전환에도 도움을 준다.⁷⁾ 어떤 사업주들은 근로자와 직접 만나 근로자들이 느끼는 것을 묻기도 하는데, 이처럼 사업주들이 어떻게 활동하느냐에 따라서 우울결과에 영향을 줄 수도 있다.⁸⁾

사업주들은 근로자의 사업장 복귀를 지원하기 위해 작업일정을 조정하거나, 업무나 환경에 변화를 주기도 하며, 특별한 훈련 도구를 마련해 주기도 하며, 갈등해결을 위해 구조조정이란 마지막 활동을 취하기도 한다. 네덜란드 정부는 상병과 작업불능을 감소시키고자 사용주의 책임감을 향상시키기 위한 다양한 방법들을 투입하고 있다.

이 연구의 목적은 장기 결근(long-term

absence; LTA)하는 근로자의 장기 우울증상을 예측할 수 있는 변수들이 무엇인지 파악하는데 있다.

방법

이 연구는 정신건강의 이유 중 근로자의 LTA 관련 코호트연구의 일부이다.⁹⁾ 임상적 우울보다 우울증상에 초점을 두고 있다. 임상적 우울이면 높은 수준의 우울 증상들이 나타나지만, 우울증상이 있다 해서 그것이 꼭 임상적 우울인 것은 아니다. 우울 증상은 적응장애나 기타장애가 있을 때도 나타나며 '건강한' 사람들에게게서도 나타나기 때문이다.

대상을 선정하기 위해 초기선별검사와 1차 면접(T1, 상병 13주후)을 실시하고 그 1년 후에 2차 면접(T2)을 실시했다.

초기선별검사 설문지는 네덜란드의 3대 사회보험회사를 통해 전 부서에 배포하였다. 여기서 사업주가 상병자라고 보고한 7,864명의 근로자를 선별하였는데, 이것은 네덜란드에서 상병 13주째에 있는 근로자들은 사업주에게 보고할 의무가 부과되어있는데 근거한다. 이들이 일반특성문항과 건강호소의 출현 및 보고된 상병의 원인 등에 관하여 일반 건강검사설문지(GHQ; General Health Questionnaire¹⁰⁾)에 응답하였다. 이때 응답

에 대한 신뢰성을 높이고자 다음 기준을 사용했고, 이 기준에 적합한 사람들을 본 연구의 최종대상으로 선정하였다. 기준 1은 12-20주 동안의 상병상황을 열거한 경우, 기준 2는 이름과 주소를 밝혀 연구에 대한 협조의지를 가진 경우, 기준 3은 환경요인(GHQ-12로 5이상인 심리적 산란감이 있는 경우, 참여자 스스로 상병이 있다고 보고한 경우, 환경이 상병의 주요 원인이었다고 응답한 경우) 세 가지 중 하나라도 해당되면 선정하였다.

면접은 전담 면접원을 채용하여 수행하였다. 우울 증상 측정을 위한 도구로 SCL-90¹¹⁾(광범위한 영역의 정신건강 호소를 측정할 수 있는 도구)의 하위척도인 우울척도로 측정했다. 이 척도는 고독감, 죽음에 대한 생각 등 16문항에 대해 응답자들이 이전 주일에 경험했던 감정을 '1 전혀 아니다'에서부터 '5 매우 그렇다'로 점수 주어 1-2-3-4-5로 표시하도록 구조화한 것인데, 문항의 신뢰도는 모두 0.93이었다.

작업관련특성은 JCQ(Job Content Questionnaire¹²⁾)에 근거하여 다음과 같이 구성하였다.

앞으로 직업을 잃을 가능성에 대한 직무불완전 1문항, 동료 간 긍정적인 작업분위기 1문항, 자율성에 관한 결정 범위 3문항, 전문기술의 필요성에 대한 판단 5문항, 상병 발생 이전 작업 상황을 파악할 수 있는

문항들(문항의 신뢰도 계수 0.62), 양적 작업요구 5문항(문항의 신뢰도 계수 0.77), 신체적 부담 2문항(문항의 신뢰도 계수 0.64), 지도력의 질 1문항, 화학적 위험의 사정 1문항, 기타 근무기간(재직기간 및 현 부서 재임기간), 작업시간(공식 또는 초과근무시간), 출장시간, 작업일정(작업일수, 야간근무, 주말근무), 관리기능, 사업장규모 및 구조조정 경험 유무 등을 파악하였다.

작업재개는 T1, T2양면에서 측정했으며, 부분이든 전체든 또는 전혀 없었는지를 물었다.

사업주의 행동은 T1, T2 사이에서 관여한 다양한 활동여부에 관해 표시하도록 하였다. 분석방법은 일원변량분석과 다변량분석을 실시하였다. 먼저 T1에서의 우울호소에 영향을 미치는 인구학적 변수를 파악했고, 그 다음에 T1을 통제된 상태에서 T2에서의 우울 호소에 영향을 미치는 인구학적 변수를 파악하고자 회귀분석을 실시하였다. 작업관련 특성들, 사용주에 의한 작업재개 및 활동들에 관한 변수들에 대하여도 같은 방식으로 분석하였다.

결과

3대 사회보험회사를 통해 배포했던 설문지는 3,289매가 회수되었다. 이중 279매는

불충분한 것이었고, 992매는 기준1의 12-20주 기준과 맞지 않았다. 나머지 2,018매 중 838매는 기준 2의 코호트 연구에 참여할 의사가 있었는데 그 중 597매는 기준 3에 적합하였다. 42매는 면접에 대한 두려움 등으로 면접이 이루어지지 않은 것들이었다. 이와 같은 1차 선정 후 총 555명을 1차 전화 면접했고, 2차 면접은 436명을 실시하였는데 이들은 T1 1년 후 사업주에 의해 작업 재개와 중재가 있었다.

설문지 응답률은 42%였고, 1차 면접의 응답률은 93%였고, 2차 면접의 응답률은 79%였다. 이 연구의 분석대상들은 네덜란드의 일반 근로 인구와 비교할 때 다소 고연령, 고학력이며, 비상업기관에 더 많이 근무하며, 여성구성비가 높은 편이었다.

불행하게도 비응답자 분석은 수행하지 못했지만 비응답자들은 1차 면접 시에 35세 미만의 젊은이들로 저학력이고 연구 참여의지가 적었고, 2차 면접 시에 여성구성비가 더 많았다. 응답자와 비응답자 간 연령, 교육수준, 부문, GHQ점수, 우울 증상들은 차이가 없었다.

일반적으로 우울 증상들은 T1(34.4 ± 13.1)과 T2(27.5 ± 11.1)사이에서 감소되었고 이 차이는 유의하였다($p < .01$). 우울증상은 응답자의 72%에서 감소를, 24%에서 상승을, 4%에서 같은 수준으로 남아 있었다.

우울 증상의 예측변수는 T1에서 나타나지 않았다. 우울증상의 과정은 교육과 '가장이란 지위' 두 개의 인구학적 변수에 의해 영향 받았다. 저학력(베타=0.10, $p<0.05$)과 단독 가장(베타=0.14, $p<0.05$)인 개인은 우울 증상의 과정에 취약했다.

작업관련 특성과 관련해 구조조정을 목격했던 개인에게 우울 증상이 더 많이 나타났다. T1에서 좋은 지도자를 만났거나, 높은 수준의 결정범위를 가졌거나, 대기업에서 일했다고 응답한 개인은 우울 증상을 적게 보고했다. T2에서 부분이든 전체든 작업재개를 보고했던 개인의 우울호소가 개선되었고, 사업주로부터 작업변경이나 작업조정을 경험한 개인의 우울개선이 더 두드러졌다. 기타 중재는 별다른 영향이 나타나지 않았다.

토의

이 연구에서 장기 우울의 위험 증가에 대한 예측 요인은 '낮은 교육수준'과 '가장이란 지위'의 2가지 인구학적 변수임을 발견하였다. 통제력이 낮고 의무나 한계에 대한 근심 격정과 관련있는 이 감정들은 우울호소와 관련 있는 것으로 나타났다.¹³⁾

T1에서 작업관련변수들은 우울과정에 거의 영향을 미치지 않았다. 부분이든 전체든 작업재개는 우울증상의 개선에 관련되고,

작업재개는 회복을 위한 중요한 수단이라고 생각한다. 그렇지만 우울증상의 개선이 작업재개를 가능하게 하는 의미일수도 있다.

사업주가 근로자의 작업조정이나 작업변경에 관여하는 것은 우울증상의 개선에 특히 효과적인 듯이 보인다. 사업주에 의한 다른 활동들은 효과적인 것으로 나타나지 않았다.

이 연구의 강점은 정신건강을 이유로 하는 장기 결근과 관련되는 변수들에 대하여 가치있는 인식을 제공하는데 있다.

이 연구의 약점은 다음과 같다.

1. 기초적으로 실태조사여서 추론과 해석 시 주의를 요한다.
2. 대표성이 취약하다. 초기 코호트의 6%만이 T1과 T2에 참여했다. 더욱이 일반근로인구와 비교하면 이 연구의 대상은 고연령, 고학력, 비상업직종 여성 편중적이었다.
3. 사업주의 중재가 낮은 수준이었다.
4. 작업관련 특성 변수의 측정에 관심이 부족했다. 이를테면 실용성 설문구성을 중심으로 했기 때문에 어떤 변수는 1 문항으로 구성해 문항의 신뢰도를 떨어뜨리기도 하였다.

이 연구 결과는 우울증상의 과정에서 여성이 우울에 더 취약하다는 다른 연구 결과와 일치하지 않았고, 성 효과는 유의하지 않

았다. 이 연구에서 작업재개의 이익효과는 우울의 회복을 높이는데 부분적 작업재개라도 중요함을 시사하고 있었다.¹⁴⁾¹⁵⁾

마지막으로 우울증상의 개선과정에 작업 전환이나 작업 조정이 효과적이었다는 것은 기존 연구와 일치하였다.⁹⁾ 기존 연구에서 과업 빈도를 줄이거나 근무시간을 단축하는 것, 역시 작업재개를 향상시켰는데 이 연구

에서는 효과가 없었다.

결론적으로 이 연구는 장기 우울증상에 영향을 미치는 변수들을 제시함으로써, 근로자의 정신건강에 관하여 사업주 및 보건 관리자 등 관련 산업보건 전문가들에게 새로운 인식과 가치를 제공하게 하는 기회가 되었다고 생각한다. 🍀

제공 | 편집위원 정 문 희

강 고 문 헌

1. World Health Organization. Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (3 October 2006, date last accessed).
2. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* (2003) 108:163–174.[CrossRef][Web of Science][Medline]
3. Patten SB, Wang JL, Williams JVA, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* (2006) 51:84–90.[Web of Science][Medline]
4. Janssen N. The Natural Course of Fatigue in a Working Population (2004) Dissertation. Maastricht, The Netherlands: Datawyse Universitaire Pers Maastricht.
5. Kunnen R, Praat WCM, de Voogd-Hamelink AM, Wetzels CMMP. Trendrapport Aanbod van Arbeid 1997 [Trend Report Labour Supply 1997] (1997) The Hague, The Netherlands: OSA.
6. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Treatment of work-related psychological complaints: a randomised field experiment among self-employed. *Work Stress* (2006) 20:129–144.[CrossRef][Web of Science]
7. Hope DA, Heimberg RG, Bruch MA. Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav Res Ther* (1995) 33:637–650.[CrossRef][Web of Science][Medline]

8. Nieuwenhuijsen K. Employees with Common Mental Disorders: From Diagnosis to Return to Work (2004) Wageningen, The Netherlands: Ponsen & Looijen. Dissertation.
9. Houtman ILD, Schoemaker CG, Blatter BM, de Vroome EMM, van den Berg R, Bijl RV. Psychische Klachten, Interventies en Werkhervatting: De Prognosestudie INVENT [Psychological Complaints, Interventions and Work Resumption: The Prospective Study INVENT] (2002) Heerhugowaard, The Netherlands: PlantijnCasparie.
10. Koeter MWJ, Ormel J. General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking; Handleiding [General Health Questionnaire; Dutch Adaptation; Manual] (1991) Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
11. Arrindell WA, Ettema JHM. SCL-90: Handleiding bij een Multidimensionele Psychopathologie-indicator [SCL-90: Manual for a Multidimensional Indicator for Psychopathology] (1996) Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
12. Karasek RA. Job Content Questionnaire and Users' Guide (1985) Los Angeles, CA: Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California.
13. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* (1998) 28:585-598.[CrossRef][Web of Science][Medline]
14. Durand MJ, Loisel P. Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. *Work* (2001) 17:57-63.[Medline]
15. Shrey DE. Worksite disability management model for effective return-to-work planning. *Occup Med (Lond)* (2000) 15:789-801.