

성인의 만성질환 유형에 따른 우울변화에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

손태용, 김윤화‡
유한대학교 보건복지과

Factors Affecting Depression Changes in Adults According to Chronic Disease Type

Tae-Yong Sohn, Yun-Hwa Kim†
Department of Health and Welfare, Yuhan University

<Abstract>

Objectives : The purpose of this study was to investigate the depressive change and predictors of chronic illnesses and to examine whether depressive change predictors are different according to chronic disease types. **Methods** : Data from the 1st to the 10th year of the Korean Welfare Panel of 5,023 adults over 20 years of age who were treated for chronic diseases for more than three months were examined. We assessed demographic, sociological, and socioeconomic factors including depression predictors of chronically ill patients, and analyzed the data using latent growth modeling and multiple group analysis. **Results** : Depression symptoms of chronically ill patients gradually decreased, showing a linear relationship across time. In addition, multiple group analysis was performed for each type of chronic disease. **Conclusions** : We described the phenomenon of depression in chronically ill patients, and discussed the practical and policy interventions required to improve depression in chronically ill patients.

Key Words : Chronic Diseases, Depression Trajectory, Latent Growth Curve Modeling, Multi-Group Structural Equation Modeling

‡ Corresponding author : Yun-Hwa Kim(socialwer@yuhan.ac.kr) Department of Health and Welfare, Yuhan University

• Received : Nov 1, 2017

• Revised : Dec 6, 2017

• Accepted : Dec 18, 2017

I. 서론

사회경제의 발달에 따른 의학기술의 발전은 급성기 질환을 치료하여 생명연장을 가능케 하고, 많은 질환을 급성에서 만성 질환으로서 관리할 수 있도록 기여했다. 그럼에도 불구하고 만성질환의 유병률은 시간이 지남에 따라 점점 증가하고 있는 추세이다. 만성질환은 연령을 불문하고 높은 유병률을 보이는 가운데, 30대는 약 40%이상, 40대는 약 50%이상, 50대는 60-70%, 60대에서는 83.7%, 70대 91.3%가 만성질환이 있는 것으로 나타나 연령 증가에 따른 만성질환 유병률도 비례하는 양상을 보이고 있다[1].

장기간에 걸친 지속적 관리를 요하는 만성질환의 특성으로 인해 우울과 같은 정신건강 문제에 취약해질 수 있다. 보건복지 현장에서 많이 접하게 되는 사회경제적 취약 계층에 속한 만성질환을 가진 대상자들의 우울은 신체적인 치료에 밀려 상대적으로 간과되는 경향이 있다. 만성질환자의 우울이 관리되지 않으면 만성적인 합병증이 야기되고 [2], 이는 또 다른 합병증에 관한 불안, 인지기능 손상, 자살의 위험성 등의 위험요인 증가 문제를 가질 수 있고, 이로 인해 질환관리가 되지 않는 악순환의 경로를 반복하는 문제가 있다. 이는 인지능의 저하가 만성질환자의 우울을 야기하고[3], 자살과 같은 위험 요인이 우울과 매우 밀접하게 관련있다는 연구들을 통해 만성질환자의 우울 관리의 필요성을 거듭 강조하고 있다[4].

오래 지속되는 질환으로서의 만성질환에 동반되는 우울은 시간의 흐름의 따라 여러 영향요인과 더불어 지속될 수 있다. 기존의 만성질환자를 대상으로 한 연구들은 횡단 연구 중심으로 이루어진 가운데, 우울을 경감시켜주는 보호요인으로는 긍정적인 심리적 기제 즉, 낙관주의 삶에 대한 긍정적인 태도[5]와 가족 지지를 포함한 사회적 지지 요인[6]등이 있었다. 반면, 우울을 증가시키는 위험요

인으로는 낮은 주관적 건강상태 인식[7], 질환 악화[8] 등이 있었다. 그러나 이는 횡단연구로 진행되었기에, 단지 사회경제적으로 취약한 상황에 속해 있을수록 우울하다는 일관적인 결론만 얻었을 뿐이다.

이러한 한계점 극복의 방법으로 종단 연구가 필요하다. 만성질환자 대상의 종단 연구는 부족한 실정이다. 국외의 경우 만성질환자들의 우울변화와 영향요인들과 함께 살펴본 종단 연구를 통해 횡단으로 파악할 수 없었던 우울의 변화 양상이나, 이에 실질적인 영향 요인이 되는 변인을 찾아 만성질환자의 정신건강에 관한 위험요인을 파악할 수 있는 연구들이 진행되어 왔다. 이를 통해 우울이 시간이 지남에 따라 지속적으로 나타나는 현상을 설명하고[9], 종단분석을 통해 질환의 회복을 더디게 하는 위험요인을 파악하는 연구들이 진행된 바 있다[10].

만성질환은 질병의 종류도 뿐 아니라, 정신건강에 영향을 미치는 요인이 다양하므로 종단으로 만성질환자들의 정신건강을 살피는 데에 있어서 질환 유형마다의 특성을 고려한 다각적인 요인에 대한 탐색이 이루어져야 한다. 최근 들어서는 Wellness라는 개념을 만성질환자들의 건강 보건 영역에서 적용하고 있는데, 이는 단순한 생활습관의 변화와 질병에 집중하는 것을 넘어서 건강수준 향상을 위한 전인적인(Whole-Person) 관점에서의 접근이 필요하다고 제시하고 있다. 이러한 통합된 Wellness에는 건강지원 뿐 아니라 복지적인 차원까지도 포함하는 다각도의 복지 향상에 기여하는 개입모델이다[11]. 따라서 만성질환자의 관리에는 각 질환별 특성을 고려하고, 의료적인 상태 및 심리사회적 요인, 환경적인 요인들의 복합적 요소들이 포함되어야 한다. 유형에 따른 탐색적 분석은 임상에서 보다 효과적인 개입이 이루어지는 데에 긍정적인 기여를 할 것이다. 따라서 만성질환의 유형별로 정신건강이 어떻게 다른가를 시간의 흐름

에 따라 살펴보면, 여기에 어떠한 변인들이 영향을 미치는가를 파악하여 만성질환자들의 정신건강을 개입하는 실천현장에 개입지점을 모색하고, 개입의 우선순위를 선정하는데 있어 보다 정확한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 또한 정책적으로도 우울에 취약한 만성질환자들을 위한 정책마련에의 기초자료로서도 활용될 수 있을 것이다.

상기의 연구 목적을 달성하기 위한 연구질문은 다음과 같다. 첫째, 만성질환자의 우울 변화는 어떠한가? 둘째, 만성질환자의 질환유형에 따라 우울의 종단적 변화에 차이가 있는가? 셋째, 만성질환자의 우울 종단변화의 예측요인은 무엇인가? 넷째, 만성질환자의 우울변화의 예측요인이 질환유형에 따라 다른가?

II. 연구방법

1. 분석자료

본 연구에 사용된 자료는 한국복지패널(Korea Welfare Panel Study)로 1차-10차년도까지의 데이터를 활용하였다. 한국복지패널은 전국조사로 모수치와 유사한 대표성을 띠며, 원가구 표본 유지율도 80%이상 높게 유지되는 사회복지 관련 대표적인 패널로, 복지 분야에 관한 광범위한 변수들이 포함되어 있어 보건복지 관련 연구에 적합하다[12]. 본 연구에서는 만성질환으로 3개월 이상 치료를 받고 있다고 응답한 20세 이상 가구원 5,023명을 추출하여 분석하였고, 우울변화에 대한 예측요인은 1차년도의 자료를 활용하였다.

2. 변수측정

1) 종속변수 : 우울

본 연구에서 사용한 척도는 지난 일주일간의 기분을 묻는 11문항의 CES-D척도 사용하였다. 각 문

항마다 '극히 드물다'(0)부터 '대부분 그랬다'(3)의 리커트 척도로 측정하였다. 역문항 역코딩 처리 후 합산한 점수가 높을수록 우울수준이 높다고 해석하였고, 16점 이상인 경우 우울이 있다고 판단한다[12]. Jeon & Kahng[13]의 연구에서의 신뢰도는 .87이었고, 본 연구에서의 신뢰도 계수는 1차년도 .89를 시작으로 이후 년도도 .86이상 높게 유지되었다.

2) 독립변수 : 만성질환 유형

만성질환에 해당되는 18가지 종류의 질환을 비교적 유병률이 높은 순환기계, 근골격계, 내분비계로 분류하였고[14], 암, 호흡기, 신장, 비뇨기과, 피부관련 질환 등은 빈도수가 낮아 다집단 분석을 위해 기타로 포함하여 분류하여 총 4가지의 만성질환 유형으로 분류하였다.

3) 우울 변화 예측요인

인구사회학적인 요인으로는 성별(남:1, 여:0), 연령, 배우자 유무(배우자 있음:1), 학력(고졸미만:0, 고졸이상:1), 직업 유무(직업있음:1)으로 더미변수 처리하였다. 의료적 요인에는 주관적 건강상태 '건강 아주 안 좋음'(1)부터 '아주 건강'(5)까지 5점 리커트 척도로 구성된 단일 문항을 사용하며 점수가 높을수록 건강하다고 해석하였고, 병원 이용횟수는 지난 1년간 외래 진료 횟수와 입원횟수를 합산하여 숫자가 높을수록 병원 이용한 횟수가 많다고 해석하였다. 건강행태는 흡연량과 음주량으로 각각 많이 한다고 응답할수록 위험한 건강행태를 나타내는 것으로 해석하였다. 다음으로 사회·경제적 요인에서 먼저 사회적 지지는 가족 및 친척, 친구 및 동료, 이웃, 동일 종교 신자, 복지관 및 관공서 직원, 사회단체 등에서 도움을 준 사람 수를 합산하여 나타난 지표로 숫자가 높을수록 사회적 지지가 높다고 해석하였고, 균등화 소득에 따른 가구 구분으로는 균등화 소득의 60%를 초과한 경우 '일

반집단(1)', 중위소득 60% 미만의 경우 '저소득집단 (0)'으로 구분하였다. 기초보장수급형태는 기초보장 수급여부로 더미변수로 사용하였다.

4) 표본의 인구학적 특성

전체 5,023명 중 만성질환 병명을 가지고 있고, 투약 및 투병의 형태로 치료 받은지 3개월 - 6개월에 해당되는 경우는 123명으로 전체의 2.4%에 불과하였고, 97.6%에 해당되는 4900명은 6개월 이상 경과된 대상자들이었다. 만성질환에 해당되는 종류는 고혈압, 관절염, 당뇨, 중풍, 만성신부전, 암, 요통, 디스크, 좌골통, 위염, 위궤양, 십이지장궤양, 만성간염, 간경변, 갑상선질환, 저혈압, 중풍, 뇌혈관질환, 심근경색증, 협심증, 폐결핵, 결핵, 만성기관지염, 천식, 백내장, 녹내장, 골절, 탈골 및 사고로 인한 후유증, 골다공증 등 기타의 18가지 종류(1차년도)의 만성질환을 포함하고 있으며, 여기에는 감기와 같은 계절성 질환이나, 일과적인 급성질환, 임신, 성형 등은 제외되었다. 연구대상자를 질병별로 분류한 결과 순환기계 1,963명(39.1%), 근골격계 1,147명(22.8%), 내분비계 744명(14.8%), 기타(암, 소화기계, 신장 등) 1,169명(23.3%)이었다.

3. 분석방법

만성질환자의 우울이 질환의 유형에 따라 어떠한 중단변화를 보이는지 알아보기 위해 SPSS 18.0과 AMOS 18.0을 사용하여 잠재성장분석과 다중집단분석을 실시하였다. 첫째, 연구대상자의 인구사회학적, 의료적, 사회·경제적 요인의 특성을 알아보기 위하여 빈도와 평균에 대한 기술통계분석을 실시하였다. 둘째, 만성질환 유형에 따른 우울의 차이가 있는지 살펴보기 위해 χ^2 , Independent Samples T-test, ANOVA를 실시하였다. 셋째, 만성질환자의 우울의 중단 변화 분석을 위해 잠재성장모형을 활용하였고, 만성질환 유형별로 예측요인의

차이가 있는지는 다중집단분석을 통해 분석하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

1) 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성에 따른 우울 정도를 분석한 내용으로 결과는 <Table 1>와 같다. 만성질환 유형에 따른 우울의 정도는 집단간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=23.834$, $p<.001$). 즉, 근골격계와 기타질환이 순환기계와 내분비계의 질환보다 우울의 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 성별은 남자가 8.53점(6.99), 여자가 10.20점(7.48)으로 여자의 우울수준이 통계적으로 유의하게 높았다($t=8.014$, $p<.001$). 연령은 평균이 64세로, 연령증가에 따라 우울의 수준도 통계적으로 유의하게 높았다($r=.084$, $p<.001$). 배우자가 없는 경우의 우울은 11.81점(7.64), 배우자가 있는 경우는 8.35점(6.88)으로 배우자가 없는 경우의 우울이 통계적으로 유의하게 높았다($t=15.857$, $p<.001$). 학력은 고졸미만의 우울정도가 10.11점(7.41), 고졸이상의 우울정도가 7.88점(6.87)으로 고졸미만의 우울이 유의하게 높았다($t=9.771$, $p<.001$). 직업의 경우, 직업없는 사람이 10.83점(7.47), 직업 있는 사람이 7.44점(6.61)으로 직업이 없는 경우 우울 수준이 유의하게 높았다($t=16.751$, $p<.001$). 균등화 소득은 저소득가구의 우울정도가 10.99점(7.56), 일반가구의 우울정도가 7.02점(6.16)으로 저소득가구의 우울이 유의하게 높았다($t=20.182$, $p<.001$). 기초보장수급형태의 경우, 수급자가 14.31점(7.74), 비수급자인 경우 8.71점(6.93)으로 수급인 경우 우울 수준이 유의하게 높았다($t=-18.676$, $p<.001$). 이는 만성질환자들에게 사회경제적인 상황이 정신건강에 매우 중요한 영향을 미치는 요인이라고 한 기존의 선행연구들과도 일치하는 결과이다[15]. 주관적 건강상태를

부정적으로 인식할수록, 병원이용횟수가 많을수록, 음주량이 많아질수록, 사회적 지지 정도가 낮을수록 우울의 수준도 통계적으로 유의하게 높아지는 것으로 분석되었다($r=-.345$; $r=.165$; $r=-.092$; $r=-.126$, $p<.001$). 한편, 흡연량은 우울과 통계적인 상관관계는 없는 것으로 나타났다.

2) 우울의 종단적 상관관계 및 기술통계

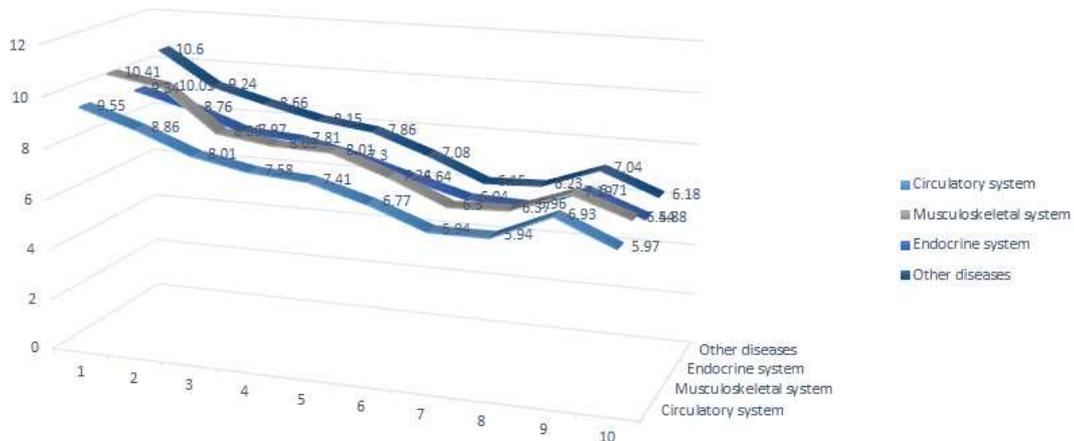
우울변수의 다변량 정규성을 검토한 결과, 왜도는 절대값 3미만, 첨도는 절대값 10미만으로 정규성 가정을 충족하는 것으로 나타났다. 다음으로 우울의 종단적 상관관계를 살펴본 결과, 전체집단과 각 만성질환 유형별 집단 모두 우울수준은 1차년도부터 10차년도까지 유의한 정적 상관관계를 나

타냈고, 다중공선성의 문제는 발견되지 않았다. 전체 집단의 우울수준의 평균은 1차년도부터 각각 9.56점(7.34), 8.86점(6.28), 8.01점(5.72), 7.58점(5.42), 7.41점(5.46), 6.77점(4.98), 5.94점(4.50), 5.94점(4.84), 6.93점(4.69), 5.97점(4.59)으로 시간이 지남에 따라 점점 더 감소하는 경향을 나타냈다. <Figure 1>은 본 연구대상자 전체의 우울 평균과, 각 질환유형별 우울의 평균이 1차년도부터 10차년도까지 어떻게 달라지는지를 나타낸 그림이다. 기타질환과 근골격계 질환이 다른 집단에 비해 높은 우울에서 시작하며 순환기계와 내분비계는 전체의 평균보다 낮은 지점에서 시작하고 있다. 네 집단이 일정한 간격을 유지하며 그 차이가 계속 유지되며, 모두 선형적인 형태로 감소하고 있다.

<Table 1> Depression according to general characteristics of patients(1st year) (n=5,023)

	Division	Frequency	Mean	SD	t/r/F
Chronic Diseases	Circulatorysystem(a)	1963	8.62	6.89	23.834*** b,d>a b,d>c
	Musculoskeletal system(b)	1147	10.41	7.52	
	Endocrine system(c)	744	9.34	7.42	
	Other diseases(d)	1105	10.60	7.68	
Sex	Male	1929	8.53	6.99	8.014***
	Female	3094	10.20	7.48	
Age		5023	64.02	12.61	.084***
Presence of spouse	No spouse	1749	11.81	7.64	15.857***
	Has a spouse	3274	8.35	6.88	
Education	Under high school graduation	3769	10.11	7.41	9.771***
	Above high school graduation	1254	7.88	6.87	
Occupation	Unemployed	3132	10.83	7.47	16.751***
	Has a job	1891	7.44	6.61	
Subjective health status		5023	2.23	.96	-.345***
Number of hospital visits		5023	32.65	46.89	.165***
Health behavior	Amount of smoking	4803	.29	.68	.022
	Drinking	4802	.52	.90	.092***
Social Support		4802	5.46	6.74	-.126***
Equalization Income	Low-income families	3209	10.99	7.56	20.182***
	General income families	1814	7.02	6.16	
Basic guarantee receipt	Non-recipient	4263	8.71	6.93	-18.676***
	Recipient	760	14.31	7.74	

(***p<.001, **p<.01, *p<.05)



<Figure 1> Depression change by whole group and chronic disease

2. 분석 결과

1) 무조건부 모형의 우울변화 모형 적합도

1차년도부터 10차년도까지의 만성질환자의 우울변화가 어떻게 변화하는지를 살펴보고자 가장 적합한 모형을 찾기 위해 무변화 모형, 10년동안 급격한 영향 사건이 없던 점을 감안한 선형변화 모형의 두 가지 유형의 잠재성장모형을 제시하였다. 분석 결과, 무변화 모형에 비해 선형변화 모형이 더 좋은 적합도를 나타내어 만성질환자의 우울변화를 잘 추정하고 있는 모형으로 선택되었다(무변화 모형 적합도 $\chi^2=3978.416(53)$, $p=.000$, RMSEA=.121, NFI=.616, TLI=.604, CFI=.619, 선형변화 모형 적합도 $\chi^2=167.828(47)$, $p=.000$, RMSEA=.036, NFI=.952, TLI=.959, CFI=.965).

2) 무조건부 모형 분석 : 우울변화의 초기치, 변화율(연구문제 1)

첫 번째 연구문제인 만성질환자의 우울변화는 어떠한가를 알아보기 위해, 우울변화의 초기값과 변화율에서 유의미한 변량이 나타나는지를 살펴보았다. 만성질환자의 우울의 전체 평균의 초기값과 기울기, 개인차를 나타내는 변량은 모두 통계적으로 유의미하였다. 즉, 전체 표본의 1차년도 시점에

서의 우울수준 초기 평균값은 8.363점이고($p<.001$), 매년 -.422만큼씩 우울수준이 감소하는 것으로 나타났다($p<.001$). 다음으로 변량의 초기값과 변화율의 분석 결과, 초기 우울 수준이 개인에 따라 다양한 것으로 나타났고(22.101, $p<.001$), 변화율 역시 통계적으로 유의하여(.212, $p<.001$), 개인에 따라 우울이 다양하게 변화하고 있는 것을 알 수 있다. 즉, 초기 우울에도 개인차가 있을 뿐 아니라, 시간이 지남에 따라서도 더 빨리 증가하는 사람, 천천히 증가하는 사람, 혹은 감소하는 사람 등 다양한 양상으로 변화할 수 있음을 나타내고 있다. 이는 향후 조건부 모형을 통해 이러한 개인차이를 설명할 수 있는 예측변인을 살펴볼 수 있음을 의미한다. 우울의 초기값과 변화율의 부적 상관관계가 유의하여($r=-1.320$, $p<.001$), 초기 우울수준이 높은 사람일수록 시간의 경과에 따라 우울수준이 낮은 사람보다 상대적으로 빠른 속도로 우울이 감소하는 현상을 볼 수 있다.

만성질환자의 우울변화는 10년간 선형적으로 감소하는 형태를 보이는 것으로 나타났다. 이는 한국 복지패널을 활용하여 우울 중단변화에 관한 연구를 진행한 다른 연구들과 연구대상자는 달랐지만, 선형 변화의 양상은 일치하는 결과를 나타내고 있다. 베이비 붐 세대를 대상으로 한 성준모의 연구

[16], 신체장애인 대상으로 한 연구[13]에서도 모두 시간이 지남에 따라 우울이 감소하는 현상이 본 연구의 결과와 일치하였다.

3) 무조건부 모형의 다중집단 분석 : 만성질환 유형별 우울변화의 차이(연구문제 2)

두 번째 연구문제인 만성질환 유형에 따라 우울 변화의 차이가 있는지를 알아보기 위한 단계로 무조건부 모형의 다중집단별 분석을 실시하였다. 집단간 차이 검증 결과($\chi^2=890.413$, $df=4$, $p<.001$), 유의한 것으로 나타나 만성질환 유형별로 우울변화의 차이가 있는 것으로 나타났다. 다음으로는 만성질환별 모형의 적합도를 비교한 결과 네 집단 모두 수용가능한 모형적합도를 보이는 것으로 나타났다(순환기계 모형 적합도 $\chi^2=302.723(50)$, $p=.000$, RMSEA=.051, NFI=.914, TLI=.919, CFI=.927, 근골격계 모형 적합도 $\chi^2=221.325(50)$, $p=.000$, RMSEA=.055, NFI=.902, TLI=.907, CFI=.912, 내분비계 모형 적합도 $\chi^2=150.731(50)$, $p=.000$, RMSEA=.052, NFI=.907, TLI=.929, CFI=.935, 기타질환 모형 적합도 $\chi^2=215.606(50)$, $p=.000$, RMSEA=.055, NFI=.908, TLI=.904, CFI=.903).

다음으로 만성질환별 우울수준의 초기치와 변화율을 다음과 같이 분석한 결과, 먼저 초기 우울값이 순환기계 8.019점($p<.001$)에서 매년 -.268점($p<.001$)씩, 근골격계 9.871점($p<.001$)에서 매년-.384점($p<.001$), 내분비계 8.844점($p<.001$)에서 매년 -.334점($p<.001$)씩, 기타질환 9.873점($p<.001$)에서 매년 -.424점($p<.001$)씩 우울이 감소되는 것으로 나타났다. 초기값과 변화율간의 상관관계가 매우 유의하여 초기 우울이 높을수록 시간의 경과에 따라 우울수준이 낮은 사람보다 상대적으로 빠른 속도로 우울이 감소하는 현상을 볼 수 있다($r=-1.340$;

$r=-.972$; $r=-1.411$; $r=-1.566$, $p<.001$). 순환기계 집단의 초기값의 변량(22.309, $p<.001$)과 변화율의 변량(.208, $p<.001$), 근골격계 집단의 초기값의 변량(20.018, $p<.001$)과 변화율의 변량(.148, $p<.001$), 내분비계 집단의 초기값의 변량(25.171, $p<.001$)과 변화율의 변량(.198, $p<.001$), 기타질환 집단의 초기값의 변량(25.515, $p<.001$)과 변화율의 변량(.220, $p<.001$)이 모두 유의하여 초기 우울과 이후 변화양상 및 속도에서 개인차가 유의하게 발생할 수 있는 것으로 나타났으며, 이를 토대로 초기값과 변화율에서 개인간 차이를 살펴보는 조건부 모형분석이 가능함을 알 수 있었다. 이를 종합하여 보면, 네 집단 모두 시간이 지남에 따라 우울이 감소되는 양상이 동일하고 초기 우울이 높은 사람이 더 빠르게 우울이 감소하는 공통적인 현상을 볼 수 있다. 초기 우울수준은 기타질환 집단과 근골격계가 높게 시작했지만, 이 두 집단은 상대적으로 빠른 우울감소 현상을 나타내고 있었다. 그러나 시간이 지나도 다른 두 집단에 비해 여전히 우울수준이 높은 양상이 유지되는 것을 볼 수 있다. 이같은 결과는 시간이 지남에 따라 우울이 증가한다는 기존의 선행 연구들과 상반된 결과를 나타내고 있다 [17]. <Table 2>.

다음으로 집단별 조건부 모형을 분석하기 위해 만성질환 유형간 형태동일성, 절편요인의 평균동일성, 기울기 요인의 평균동일성을 검증하였다(형태동일성 검증모형 적합도 $\chi^2=2736.682(584)$, $p=.000$, RMSEA=.017, NFI=.944, TLI=.922, CFI=.955, 절편요인의 평균 동일성(초기값 고정) 적합도 $\chi^2=2737.190(587)$, $p=.000$, RMSEA=.017, NFI=.944, TLI=.922, CFI=.955, 기울기요인의 평균동일성(기울기 고정) 적합도 $\chi^2=2738.992(590)$, $p=.000$, RMSEA=.017, NFI=.944, TLI=.922, CFI=.955).

<Table 2> Estimates of Depressive Change in Unconditional Model by Type of Chronic Disease

Diseases		Estimate	S.E.	C.R.
Circulatory system(a)	Mean			
	Intercept	8.019	.134	59.903***
	Slope	-.268	.019	-14.062***
	Covariance	-1.340	.136	-9.883***
	Variance			
	Intercept	22.309	1.120	19.912***
Musculoskeletal system(b)	Mean			
	Intercept	9.871	.175	56.332***
	Slope	-.384	.025	-15.107***
	Covariance	-.972	.184	-5.274***
	Variance			
	Intercept	20.018	1.495	13.390***
Endocrine system(c)	Mean			
	Intercept	8.844	.227	38.954***
	Slope	-.334	.031	-10.979***
	Covariance	-1.411	.228	-6.186***
	Variance			
	Intercept	25.171	1.996	12.609***
Other diseases(d)	Mean			
	Intercept	9.873	.197	50.122***
	Slope	-.424	.028	-15.198***
	Covariance	-1.566	.221	-7.070***
	Variance			
	Intercept	25.515	1.818	14.036***
	Slope	.220	.035	6.312***

■ Group difference statistical significance : $\chi^2=890.413$, $df=4$, $p<.001$

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

형태동일성 검증 결과, χ^2 는 2736.682($df=584$)로 통계적으로 유의하였지만, RMSEA 값이 .017이고, 증분적합지수들 중 NFI, CFI가 모두 .92 이상으로 모형이 자료에 잘 적합하는 것으로 나타났다. 따라서 형태동일성이 성립되었다. 이어 평균동일성을 검증한 결과, χ^2 는 2737.190($df=587$)로 통계적으로 유의하였지만, RMSEA 값이 .017이고, 증분적합지수들 중 NFI, CFI가 모두 .92 이상으로 제약을 가해도 형태동일성 모형에 비해 나빠지지 않아 절편요인의 평균 동일성이 성립되었다. 절편요인의 평균 동일성이 검증되어 기울기요인의 평균동일성을 검증한 결과, χ^2 는 2738.992($df=590$)로 통계적으로 유의하였지만, RMSEA 값이 .017이고, 증분적합지

수들 중 NFI, CFI가 모두 .92 이상으로 제약을 가해도 절편요인의 평균 동일성모형에 비해 나빠지지 않아 기울기요인의 평균 동일성이 성립되었다. 이를 통해 모형에 제약을 가하여도 모형적합도가 나빠지지 않고 여전히 높은 수준에서 적합한 바, 집단별로 비교를 수행하기 위한 조건이 충족되었다고 보았다.

4) 조건부 모형 분석 : 우울변화 예측요인(연구문제 3)

무조건부 모형과 무조건부 모형의 다중집단분석이 유의미한 것으로 만성질환자의 우울변화의 예측요인이 포함된 조건부 모형의 분석을 실시하였

다. 조건부 모형의 적합도는 χ^2 이 974.344(df=154)로 통계적으로 유의하였지만, RMSEA 값이 .033이고, 증분적합지수들 중 NFI, TLI, CFI가 모두 .92 이상으로 모형이 자료에 잘 적합하는 것으로 나타났다.

표준화 경로계수를 중심으로 우울변화에 영향을 미치는 예측변인들을 분석한 결과, 인구사회학적 요인 중 성별과 학력은 초기치만 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 남자보다 여자가 초기 우울수준이 더 높았고($b=-.057, p<.01$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다($b=.019, ns$). 고졸이상보다 고졸미만의 우울수준이 더 높았고($b=-.039, p<.05$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되었다($b=.018, ns$). 즉, 성별과, 학력에 따른 우울수준의 차이는 10년간 크게 변화가 없이 지속된 것을 알 수 있다. 연령, 배우자 유무, 직업 유무는 우울 초기치와 변화율 모두 유의미한 차이가 나타났다. 연령이 높을수록 출발점에서 우울수준이 낮았고($b=-.057, p<.01$), 시간이 지남에 따라서 연령이 높은 사람들의 우울감소속도가 느려서 연령에 따른 우울증상 수준의 격차는 시간이 지남에 따라 커지는 것으로 나타났다($b=.235, p<.001$). 이를 통해 연령이 높은 고령자의 경우 초기 우울이 높아지는 것과, 우울의 감소 속도 또한 느려지므로 고령자의 우울에 관심을 가져야 됨을 나타내고 있다. 이는 Ostojic et al.[18]의 연구결과와 일치한다. 배우자 유무는 배우자가 없는 경우 출발점에서 우울수준이 더 높았으나($b=-.155, p<.001$), 시간이 지남에 따라서 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 우울의 감소속도가 더 느린 것으로 나타났다($b=.099, p<.001$). 직업유무는 직업이 없는 경우 출발점에서 우울수준이 더 높았으나($b=-.092, p<.001$), 시간이 지남에 따라서 직업이 있는 경우가 없는 경우보다 우울의 감소속도가 더 느린 것으로 나타났다($b=.063, p<.05$). 이는 Peter et al.[15]의 연구에

서와 같이 직업이 없는 사람에게서 우울이 높게 나타난다는 결과와도 일치한다. 종단 연구에서도, 직업등급에 따른 사회경제적인 지위를 통해 낮은 직업 등급의 사람들은 높은 등급의 직업을 가진 사람들보다 더 지속적인 우울을 경험하는 즉, 나쁜 우울의 상태가 시간이 지남에도 지속되는 현상을 설명하고 있다[19].

의료적인 요인으로 주관적 건강상태는 초기치와 변화율 모두 유의미한 차이가 나타났다. 주관적 건강상태가 좋다고 인식할수록 출발점에서의 우울수준은 낮으나($b=-.300, p<.001$), 주관적 건강상태가 좋은 사람들의 우울의 감소속도가 상대적으로 느려서 시간이 지남에 따라서 건강상태가 좋지 않은 사람에 비해 완만해 지는 것으로 나타났다($b=.264, p<.001$). 병원이용횟수가 많은 사람이 출발점에서의 우울수준은 높았으나($b=.083, p<.001$), 10년간에 걸쳐 상대적으로 더 빠른 속도로 우울이 감소하는 것으로 나타났다($b=-.071, p<.01$). 흡연량이 많은 사람이 출발점에서의 우울수준은 높았으나($b=.088, p<.001$), 10년간에 걸쳐 상대적으로 더 빠른 속도로 우울이 감소하는 것으로 나타났다($b=-.077, p<.05$).

사회경제적 요인으로 사회적 지지가 높은 사람이 출발점에서의 우울수준은 높았으나($b=.177, p<.001$), 10년간에 걸쳐 상대적으로 더 빠른 속도로 우울이 감소하는 것으로 나타났다($b=-.129, p<.001$). 기초보장수급자인 경우 초기 우울수준이 더 높았고($b=.177, p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다. 소득변수인 균등화 소득 역시 저소득가구인 경우 초기 우울수준이 더 높았고($b=.189, p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다. 한편, 음주량에 따른 만성질환자의 우울변화는 초기치, 변화율 모두 유의미하지 않았다($b=-.012; b=.033, ns$).

<Table 3> Conditional Model: Predictors of Depressive Change in Chronically ill Patients (Whole Group)

	Depressive change	Predictor of the first year	All group			
			B	S.E.	C.R.	P
Demographic factors	Intercept	←Sex	-.572	.198	-2.891	-.057**
	Slope	←Sex	.018	.031	.565	.019
	Intercept	←Age	-.022	.007	-3.127	-.057**
	Slope	←Age	.008	.001	7.473	.235***
	Intercept	←Presence of spouse	-1.583	.017	-9.328	-.155***
	Slope	←Presence of spouse	.094	.027	3.482	.099***
	Intercept	←Education	-.441	.205	-2.157	-.039*
	Slope	←Education	.018	.032	.565	.018
	Intercept	←Occupation	-.921	.168	-5.467	-.092***
	Slope	←Occupation	.059	.027	2.209	.063*
Medical factors	Intercept	←Health status	-1.531	.087	-17.681	-.300***
	Slope	←Health status	.125	.014	9.121	.264***
	Intercept	←Number of hospital visits	.009	.002	5.266	.083***
	Slope	←Number of hospital visits	-.001	.000	-2.654	-.071**
	Intercept	←Amount of smoking	.633	.127	4.995	.088***
	Slope	←Amount of smoking	-.052	.020	-2.561	-.077*
	Intercept	←Drinking	-.066	.097	-.677	-.012
	Slope	←Drinking	.017	.015	1.077	.033
Socio-economic factors	Intercept	←Social Support	-.093	.011	-8.316	.177***
	Slope	←Social Support	.012	.002	6.668	-.129***
	Intercept	←Equalization Income	-1.918	.172	-11.132	-.189***
	Slope	←Equalization Income	.035	.027	1.289	.037
	Intercept	←Basic guarantee receipt	2.405	.227	10.601	.177***
	Slope	←Basic guarantee receipt	-.026	.036	-.711	-.020

Model fit
 $\chi^2=974.344$
 (df=154,
 p=.000)
 RMSEA=.033
 NFI=.948
 TLI=.921
 CFI=.956

***p<.001, **p<.01, *p<.05

5) 조건부 모형의 다중집단 분석 : 만성질환유형별 특성이 우울변화에 미치는 영향(연구문제 4)

조건부 모형의 다중집단 분석으로 예측변인들을 투입하여 만성질환 유형별 다중집단분석을 실시하였다. 모형의 적합도는 χ^2 이 1443.246(df=590)로 통계적으로 유의하였지만, RMSEA 값이 .017이고, 증분적합지수들 중 NFI, CFI가 .91 이상으로 모형이 자료에 잘 적합하는 것으로 나타났다. 만성질환자

의 우울변화가 유형별로 차이가 유의한지를 확인하기 위해 아무런 제약도 가하지 않은 조건부 모형의 기저모형($\chi^2=1443.246$, df=590, p<.001)과 네 집단간 차이가 없어 집단간 동일하다고 제약을 가한 제약모형($\chi^2=1567.638$, df=662, p<.001)의 카이제곱 값의 차이가 유의하여($\Delta\chi^2=124.392$, $\Delta df=72$, p<.001), 집단간 우울수준에 있어 예측변인들 중 적어도 한 개 이상은 순환기계, 근골격계, 내분비

계, 기타질환집단간 차이가 있음을 나타내고 있다.

인구사회학적 요인에서 성별은 순환기계에서만 초기치가 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 남자보다는 여자가 초기 우울수준이 더 높았고(순환기계 $b=-.090$, $p<.01$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(순환기계 $b=.028$, ns). 즉, 순환기계 질환을 가진 여성은 초기 우울수준이 더 높고 우울이 지속되는 것을 알 수 있다. 연령은 순환기계와 근골격계가 같은 양상을 보이고, 내분비계와 기타만성질환이 같은 양상을 보인 가운데, 순환기계와 근골격계 집단의 경우, 연령은 초기치와 변화율이 모두 유의하여, 연령이 높을수록 출발점에서 우울수준이 낮았고(순환기계 $b=-.052$, $p<.05$; 근골격계 $b=-.093$, $p<.001$), 시간이 지남에 따라서 연령이 높은 사람들의 우울감소속도가 느려서 연령에 따른 우울증상 수준의 격차는 시간이 지남에 따라 커지는 것으로 나타났다(순환기계 $b=.230$, $p<.001$; 근골격계 $b=.343$, $p<.001$). 이를 통해 순환기계와 근골격계 질환이 있는 고령자의 경우 초기 우울이 높아지는 것과, 우울의 감소 속도 또한 느려지므로 고령자의 우울에 관심을 가져야 됨을 나타내고 있다. 내분비계와 기타만성질환의 경우는 변화율만 유의하여 시간이 지남에 따라서 연령증가에 따라 우울감소속도가 느려지는 것으로 나타났다(내분비계 $b=.199$, $p<.001$; 기타질환 $b=.228$, $p<.001$). 배우자 유무는 순환기계와 내분비계의 양상과, 근골격계와 기타질환의 양상이 유사한 것으로 분석되었다. 먼저 순환기계와 내분비계의 경우 초기치와 변화율 모두 통계적으로 유의하였고, 배우자가 없는 경우 출발점에서 우울수준이 더 높았으나(순환기계 $b=-.158$, $p<.01$; 내분비계 $b=-.177$, $p<.001$), 시간이 지남에 따라서 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 우울의 감소속도가 더 느린 것으로 나타났다(순환기계 $b=.199$, $p<.01$; 근골격계 $b=.166$, $p<.05$). 근골격계와 기타질환의 경우는 초기치만 유의미한 차이를

보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 배우자가 있는 경우보다 없는 경우에서 초기 우울수준이 더 높았고(근골격계 $b=-.155$, $p<.001$; 기타질환 $b=-.135$, $p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(근골격계 $b=.114$, ns; 기타질환 $b=.041$, ns). 즉, 배우자 유무에 따른 우울수준의 차이는 10년간 크게 변화가 없이 지속된 것을 알 수 있다. 학력은 내분비계에서만 초기치가 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 고졸미만이 고졸이상보다 초기 우울수준이 더 높았고(내분비계 $b=-.129$, $p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(내분비계 $b=.092$, ns). 즉, 내분비계 질환을 가진 경우 학력이 낮은 경우에 초기 우울수준이 더 높고 우울이 지속되는 것을 알 수 있다. 직업유무는 내분비계, 기타질환에서 초기치만 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 직업이 있는 경우보다 없는 경우 초기 우울수준이 더 높았고(내분비계 $b=-.088$, $p<.05$; 기타질환 $b=-.080$, $p<.05$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(내분비계 $b=.031$, ns; 기타질환 $b=.017$, ns). 즉, 내분비계와 기타 질환을 가진 경우 직업이 없는 경우 초기 우울수준이 더 높고 우울이 지속되는 것을 알 수 있다.

의료적 요인으로는 주관적 건강상태, 병원이용횟수, 건강행태(흡연량, 음주량)에 관해 분석하였다. 주관적 건강상태의 경우 모든 질환의 양상이 같은 가운데, 초기치와 변화율이 모두 유의하였다. 주관적 건강상태 인식 정도가 높을수록 출발점에서 우울수준이 낮았고(순환기계 $b=-.362$, $p<.001$; 근골격계 $b=-.273$, $p<.001$; 내분비계 $b=-.213$, $p<.01$; 기타질환 $b=-.285$, $p<.001$), 시간이 지남에 따라서 건강상태 인식이 높은 사람들의 우울감소속도가 느려서 우울증상 수준의 격차는 시간이 지남에 따라 커지는 것으로 나타났다(순환기계 $b=.311$, $p<.001$; 근골격계 $b=.173$; 내분비계 $b=.273$,

$p<.001$; 기타질환 $b=.334$, $p<.001$). 병원이용횟수는 근골격계와 내분비계가 같은 양상을 보이고, 기타 질환은 다른 양상을 보였다. 근골격계와 내분비계는 초기치와 변화율이 모두 유의한 가운데, 병원이용횟수가 가 많은 사람이 출발점에서의 우울수준은 높았으나(근골격계 $b=.097$, $p<.01$; 내분비계 $b=.163$, $p<.001$), 10년간에 걸쳐 상대적으로 더 빠른 속도로 우울이 감소하는 것으로 나타났다(근골격계 $b=-.143$, $p<.05$; 내분비계 $b=-.166$, $p<.05$). 기타질환은 초기치만 유의하고 변화율은 유의미하지 않았다. 병원이용횟수가 많을수록 초기 우울수준이 더 높았고($b=.077$, $p<.05$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다($b=-.045$, ns). 건강행태에서 흡연량은 순환기계와 기타질환만 유의한 차이를 보인 가운데, 순환기계는 초기치가 유의하였으나, 변화율은 유의미하지 않았다. 기타질환은 초기치, 변화율 모두 유의미하였다. 순환기계 집단에서는 흡연량이 많을수록 초기 우울수준이 더 높았고($b=.111$, $p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다($b=-.044$, ns). 기타질환에서는 흡연량이 많은 사람이 출발점에서의 우울수준은 높았으나($b=.123$, $p<.01$), 10년간에 걸쳐 상대적으로 더 빠른 속도로 우울이 감소하는 것으로 나타났다($b=-.174$, $p<.01$).

사회경제적 요인으로는 사회적 지지와 균등화소득, 기초보장수급여부에 따른 우울의 중단 관계를 분석하였다. 먼저 사회적 지지의 경우 순환기계, 근골격계, 내분비계 질환의 양상이 같은 가운데, 초기치와 변화율이 모두 유의하였다. 사회적 지지 정도가 높을수록 출발점에서 우울수준이 낮았고(순환기계 $b=-.139$, $p<.001$; 근골격계 $b=-.105$, $p<.01$; 내분비계 $b=-.189$, $p<.001$), 시간이 지남에 따라서 사회적 지지가 높은 사람들의 우울 감소속도가 느려서 우울증상 수준의 격차는 시간이 지남

에 따라 커지는 것으로 나타났다(순환기계 $b=.199$, $p<.001$; 근골격계 $b=.183$, $p<.01$; 내분비계 $b=.296$, $p<.001$). 한편 기타질환은 초기치만 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 사회적 지지가 높을수록 초기 우울수준이 더 낮았고($b=-.084$, $p<.05$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다($b=.044$, ns). 즉, 초기에 사회적 지지가 높은 경우 우울수준의 차이는 10년간 크게 변화가 없이 지속된 것을 알 수 있다. 균등화소득은 네 집단의 양상이 모두 동일한 가운데, 초기치만 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 즉 각 질환 모두 일반가구에 비해 저소득가구일 경우 초기 우울수준이 더 높았고(순환기계 $b=-.210$, $p<.001$; 근골격계 $b=-.181$, $p<.001$; 내분비계 $b=-.168$, $p<.001$; 기타질환 $b=-.179$, $p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(순환기계 $b=.064$, ns; 근골격계 $b=.050$, ns; 내분비계 $b=.055$, ns ; 기타질환 $b=.011$, ns). 같은 맥락으로 기초보장수급의 경우도 모든 만성질환 집단에서 초기치만 유의미한 차이를 보이고 변화율은 유의미하지 않았다. 즉 각 질환 모두 수급인 경우 비수급에 비해 초기 우울수준이 더 높았고(순환기계 $b=.140$, $p<.001$; 근골격계 $b=.233$, $p<.001$; 내분비계 $b=.225$, $p<.001$; 기타질환 $b=.159$, $p<.001$), 시간이 지나도 그 차이가 지속되는 것을 알 수 있다(순환기계 $b=.003$, ns; 근골격계 $b=-.100$, ns; 내분비계 $b=-.056$, ns ; 기타질환 $b=.018$, ns). 즉, 저소득가구와 수급자인 경우의 우울수준의 차이는 10년간 크게 변화가 없이 지속된 것을 알 수 있다. 이처럼 사회경제적인 요인은 만성질환자의 정신건강에 매우 중요한 변인임을 알 수 있다. 한편, 음주량에 따른 만성질환자의 우울 중단변화는 초기치, 변화율 모두 유의미하지 않았다($b=-.012$; $b=.033$, ns).

<Table 4> Conditional Model: Predictors of Depressive Change by Type of Chronic Disease

	Depressive change	Predictor of the first year	Circulatory system				Musculoskeletal system			
			B	S.E.	C.R.	P	B	S.E.	C.R.	P
Demos-graphic factors	Intercept	←Sex	-.858	.300	-2.856	-.090**	-.458	.487	-.939	-.042
	Slope	←Sex	.026	.049	.530	.028	.025	.077	.319	.026
	Intercept	←Age	-.022	.009	-2.555	-.052*	-.037	.010	-3.840	-.093***
	Slope	←Age	.010	.001	6.901	.230***	.012	.002	7.651	.343***
	Intercept	←Presence of spouse	-1.593	.268	-5.937	-.158***	-1.410	.331	-4.263	-.155***
	Slope	←Presence of spouse	.117	.043	2.692	.119**	.089	.053	1.690	.114
	Intercept	←Education	-.166	.280	-.592	-.015	.695	.452	1.537	.050
	Slope	←Education	-.027	.045	-.594	-.026	-.078	.072	-1.090	-.066
	Intercept	←Occupation	-.462	.255	-1.816	-.048	-1.916	.335	-5.728	-.208
	Slope	←Occupation	-.003	.041	-.065	-.003	.236	.053	4.440	.298
Medical factors	Intercept	←Health status	-1.751	.127	-13.756	-.362***	-1.375	.179	-7.681	-.273***
	Slope	←Health status	.145	.021	7.065	.311***	.075	.028	2.636	.173**
	Intercept	←Number of hospital visits	.004	.003	1.437	.036	.008	.003	2.797	.097**
	Slope	←Number of hospital visits	.000	.001	-.065	-.003	-.001	.000	-2.232	-.143*
	Intercept	←Amount of smoking	.825	.200	4.121	.111***	.542	.323	1.679	.068
	Slope	←Amount of smoking	-.032	.032	-.982	-.044	-.062	.051	-1.206	-.090
	Intercept	←Drinking	-.058	.147	-.393	-.011	-.056	.216	-.259	-.010
	Slope	←Drinking	-.014	.024	-.575	-.028	.020	.034	.581	.042
	Intercept	←Social Support	-.092	.016	-5.659	-.139***	-.078	.025	-3.061	-.105**
	Slope	←Social Support	.013	.003	4.848	.199***	.012	.004	2.882	.183**
Socio-economic factors	Intercept	←Equalization Income	-2.027	.259	-7.841	-.210***	-1.793	.363	-4.932	-.181***
	Slope	←Equalization Income	.060	.042	1.429	.064	.013	.058	.219	.015
	Intercept	←Basic guarantee receipt	2.070	.375	5.522	.140***	2.775	.424	6.545	.233***
	Slope	←Basic guarantee receipt	.004	.061	.069	.003	-.101	.067	-1.508	-.100
	Depressive change	Predictor of the first year	Endocrine system				Other diseases			
			B	S.E.	C.R.	P	B	S.E.	C.R.	P
Demos-graphic factors	Intercept	←Sex	.549	.509	1.079	.053	-.635	.416	-1.525	-.062
	Slope	←Sex	-.118	.079	-1.491	-.127	-.081	.065	1.256	.084
	Intercept	←Age	-.006	.011	-.586	-.015	-.014	.009	-1.454	-.042
	Slope	←Age	.008	.002	4.548	.199***	.007	.001	4.816	.228***
	Intercept	←Presence of spouse	-1.939	.437	-4.440	-.177***	-1.447	.387	-3.737	-.135***
	Slope	←Presence of spouse	.163	.068	2.395	.166*	.042	.060	.691	.041
	Intercept	←Education	-1.441	.426	-3.384	-.129***	-.450	.368	-1.223	-.042
	Slope	←Education	.092	.066	1.393	.092	.076	.058	1.315	.075
	Intercept	←Occupation	-.916	.424	-2.159	-.088*	-.854	.399	-2.143	-.080*
	Slope	←Occupation	.029	.066	.445	.031	.017	.062	.271	.017
Medical factors	Intercept	←Health status	-.107	.034	-3.115	-.213**	-1.463	.195	-7.516	-.285***
	Slope	←Health status	1.329	.220	6.046	.237***	.163	.030	5.381	.334***
	Intercept	←Number of hospital visits	.014	.003	4.269	.163***	.008	.004	2.207	.077*
	Slope	←Number of hospital visits	-.001	.001	-2.494	-.166*	.000	.001	-.787	-.045
	Intercept	←Amount of smoking	.088	.302	.293	.013	.794	.257	3.089	.123**
	Slope	←Amount of smoking	.039	.047	.827	.064	-.107	.040	-2.673	-.174**
	Intercept	←Drinking	-.207	.255	-.812	-.037	-.030	.215	-.139	-.005
	Slope	←Drinking	.032	.040	.799	.063	.036	.033	1.073	.069
	Intercept	←Social Support	-.130	.026	-4.986	-.189***	-.071	.030	-2.400	-.084*
	Slope	←Social Support	.018	.004	4.482	.296***	.003	.005	.757	.044
Socio-economic factors	Intercept	←Equalization Income	-1.739	.428	-4.065	-.168***	-1.891	.410	-4.610	-.179***
	Slope	←Equalization Income	.051	.067	.760	.055	.011	.064	.167	.011
	Intercept	←Basic guarantee receipt	3.293	.568	5.800	.225***	2.000	.473	4.232	.159***
	Slope	←Basic guarantee receipt	-.073	.088	-.825	-.056	.022	.074	.295	.018

(***p<.001, **p<.01, *p<.05)

모형적합도 : $\chi^2=1443.246(df=590, p=.000)$, RMSEA=.017, NFI=.924, TLI=.918, CFI=.952

IV. 고찰

본 연구의 목적은 만성질환을 가진 대상자들의 우울변화를 고찰하고, 우울변화에 영향을 미치는 예측요인을 파악하고, 만성질환 유형별로 예측요인이 다른가를 알아보는 연구이다. 이를 위해 전국 규모의 데이터이자, 복지 관련 정보를 많이 담고 있는 한국복지패널의 1차년도-10차년도까지의 자료를 이용하여, 만성질환자들의 유형에 따른 우울증단 변화를 분석하였다. 첫째, 만성질환의 네 집단의 인구사회학적인 특성은 서로 다른 것으로 나타났다. 만성질환 유형 중, 근골격계에 속하는 경우 다른 집단에 비해 여러 가지로 취약한 상태인 것으로 나타나, 특히 사회경제적으로 취약한 계층에 있는 근골격계 대상자는 보다 민감한 만성질환 관리가 요구된다고 보여진다. 둘째, 만성질환자의 우울변화는 네 집단에서 모두 10년도에 걸쳐 시간이 지남에 따라 우울의 수준이 선형적 관계를 보이며 점점 감소하는 양상을 나타냈다. 즉, 출발점에서의 우울이 높은 만성질환자의 경우, 우울이 낮은 사람에 비해 빠른 속도로 우울이 감소하는 현상을 보이는 것으로 나타났다. 우울계적 감소 현상에 Jeon & Kahng[13]의 연구에서는 장애인들이 기능저하나 차별 등 각종 위험요인에 노출되어 있지만, 시간이 지남에 따라 우울증상을 감소시키는 회복력을 지니고 있는 것이라 해석하였다. 노년기 우울계적을 통한연구들에서는 감소현상에 관해 노화와 함께 우울이나 불안에 대한 취약성도 감소한다고 설명하면서, 이는 나이가 들어감에 따라 감정반응성(Emotional responsiveness)이 감소하고, 스트레스와 같은 부정적 요소에 대한 면역이 증가하기 때문이라고 설명하였다[20]. 이와 더불어 Lee[20]의 연구에서 한 가지 더 강조한 점은 실제 우울 감소보다는 노인 우울이 신체건강문제와 연관되어 나

타나는 바, 우울증상을 주로 신체적 증상으로 보고하여 과소 추정될 수 있는 가능성에 대해서도 언급했다. 본 연구 또한 노인 연령에 해당되는 인원이 많은 만큼 그러한 영향력에서 우울이 감소할 가능성을 배제할 수 없을 것이다. 또한 Paradox of well-being 이론에 근거 하여서는 노년기의 우울감이 시간이 지나면서 감소한다는 설명을 통해 우울 감소계적을 설명하였다[21]. 한편, 지금까지의 설명과는 다소 다른 방향으로 계층에 따른 상이함이 계적 감소에 영향을 준 것이라고 주장한 Hu[22]에 따르면, 우울계적의 하위집단이 존재하고 그 패턴들간 결합에 기인하기 때문이라고 설명하고 있다. 즉, 우울계적의 잠재계층은 시간에 따라 우울유지 집단, 우울상승집단, 우울감소집단이 존재하는데 이 중, 낮은 우울을 유지하는 집단의 영향으로 전체 평균에의 감소에도 영향이 나타난다는 것이다. 세 번째로 만성질환자 전체를 두고 볼 때, 남자보다는 여자, 고연령, 배우자가 없고, 직업이 없고, 많은 병원이용횟수, 흡연을 많이 하는 행위, 사회경제적으로 취약한 계층에 속해 있는 경우 우울 정도에 더 취약한 것을 알 수 있다. 사회적 지지나 주관적으로 건강이 좋다고 인식하는 것은 만성질환자의 우울감소에 긍정적인 영향요인이 되는 것으로 분석되었다. 마지막으로, 우울변화에 영향을 미치는 예측요인들이 만성질환의 각 유형마다 차이가 있는가를 분석한 결과, 집단별로 각 예측요인들간에 상이한 결과가 나타나는 것으로 분석되었다. 즉, 만성질환의 유형마다 우울과 관련하여 나타나는 양상들이 다른 결과를 도출하였다. 따라서 만성질환 유형별로 다르게 나타나는 양상 분석 결과를 토대로 하여 특성이 다른 만성질환별로의 차별화된 관리를 요한다. 이에 대한 자세한 분석은 <Table 5>와 같다.

<Table 5> Analysis of the Types of Chronic Diseases

Variables	Circulatory system	Musculoskeletal system	Endocrine system	Other diseases
Sex	Women are vulnerable. Continued depression.	-	-	-
Age	Elderly people are vulnerable to depression. Gaps in depression	Elderly people are vulnerable to depression. Increase in depression gap.	Depression slows down with age.	Depression slows down with age.
Presence of spouse	No spouse leads to high level of depression. Increased depression gap.	Non-spouse's depression level is high and persistent.	No spouse leads to high level of depression. Increased depression gap.	Non-spouse's depression level is high and persistent.
Education	-	-	Depression is high and persistent in low educational level.	-
Occupation	-	-	Depression level in unemployment is high and persistent.	Depression level in unemployment is high and persistent.
Health status	Positive effect on depression if health awareness is high. Increased depression gap.	Positive effect on depression if health awareness is high. Increased depression gap.	Positive effect on depression if health awareness is high. Increased depression gap.	Positive effect on depression if health awareness is high. Increased depression gap.
Number of hospital visits	-	Depressed when the number of hospital use is large, but decreases with time.	Depressed when the number of hospital use is large, but decreases with time.	Increased depression if the number of hospital use is high.
Amount of smoking	The more cigarettes, the more depressed and the more persistent the depression.	-	-	The more cigarettes, the more depressed, but the faster the depression decreases.
Social Support	Positive effects on depression if support is high. Depression gap is larger.	Positive effects on depression if support is high. Depression gap is larger.	Positive effects on depression if support is high. Depression gap is larger.	High support has a positive effect on depression.
Equalization Income	Low-income households have high levels of depression			
Basic guarantee receipt	The level of depression is high and sustained	The level of depression is high and sustained	The level of depression is high and sustained	The level of depression is high and sustained

연령은 전반적으로 고령자의 우울의 위험요소를 설명하고 있으며, 배우자가 없고, 학력이 낮고, 무직인 경우, 병원의 잦은 방문, 건강위험행태 등이 우울에 취약한 요소임을 설명하고 있으며 이는 질환마다 공통되기도 하고, 차이가 있기도 하다. 주관적 건강인식과 사회적 지지는 우울감소에 긍정

적인 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다. 균등화 소득과 기초보장 수급여부 변인의 결과는 사회복지 현장에서 주로 접하는 대상자의 현실을 그대로 드러내고 있는 결과라고 볼 수 있겠다. 사회경제적으로 취약한 계층의 대상자가 우울에 더 노출되는 현상을 두고 Kahng & Kwon[23]의 연구에서는 정

신건강 불평등이라 명명하며, 소득 및 교육수준이 높은 사람들이 낮은 사람들보다 낮은 우울 수준을 보여주는 사회경제적인 지위에 따른 정신건강 상의 차이를 드러내는 현상을 설명하였다. 이는 우리 사회가 그간 사회경제적으로 취약한 만성질환자들의 정신건강을 심도있게 다루지 못했다는 결과로 해석할 수 있겠다.

V. 결론

본 연구는 만성질환을 가진 성인들을 대상으로 우울변화를 고찰하고, 우울변화에 영향을 미치는 예측요인 및 만성질환 유형별로 예측요인이 다른지를 규명하고자 한국복지패널의 데이터를 활용하여 분석하였다. 분석 결과, 만성질환자의 우울 증단변화의 영향요인은 만성질환 유형에 따라 상이한 것으로 분석되었다. 이상의 결과들을 통해 만성질환자들의 우울경감을 위해 실천적, 정책적으로 제시할 수 있는 제언은 다음과 같다.

첫째, 만성질환자들의 정신건강에 부정적인 영향을 미치는 변인들 파악을 통해 보건복지현장에서 만나게 되는 대상자들의 정신건강 불평등을 완화하는 정신건강 지원에 활용할 수 있는 정책 마련이 요구된다. 현재 실시 중인 만성질환 정책으로 『국민건강증진종합계획 2020』이 있다. 이는 건강형평성 추구를 위한 정책으로, 만성질환에 대한 예방 및 이와 관련한 변화가능하고 건강의 잠재력을 향상시킬 수 있는 근거에 기반한 건강증진의 방법을 적용하는데 중점을 두고 있다고 평가받고 있다 [24]. 과거 2005년에 수립된 『HP 2010』에 비해 중점과제가 추가된 양적 확대에는 긍정적인 평가를 받지만, 여전히 '건강 형평성 확보'의 목표치는 설정되어 있지 않고, 불평등의 문제를 여전히 중요하게 다루지 않는다는 지적을 받고 있다[25]. 이에 만성질환자들의 우울 완화를 위한 예방적인 차원에서의 정책마련이 요구된다. 각 지역에 설립된 지

역사회정신건강증진센터의 경우, 고유 업무 중 하나가 일반시민의 정신건강 예방사업이다. 그러나 일반시민을 위한 예방사업도 이전에 비해 활발히 는 수행하고 있으나, 일반시민들 중에서도 대상군 별로의 정신건강 예방사업까지는 아직 활발히 미치지 못하고 있는 실정이다. 따라서 만성질환자의 고유한 대상군을 특화시킨 정신건강도 예방사업안에 포함되어야 할 것이다.

둘째, 만성질환자의 우울변화를 전체집단별, 만성질환 유형별로 각각 분석하였는데 각 질환별로 공통적으로 개입이 적용되는 요소와 차별성 있게 개입해야 되는 부분이 세심하게 반영된 임상 개입이 필요하다. 보건복지 현장에서 만성질환을 가진 대상자를 사정할때에는 위에 제시한 요소들을 파악하되, 질환마다의 고유한 특성을 감안한 차별화된 개입전략도 요구된다.

마지막으로 본 연구가 가지는 제한점이 있다. 첫째, 2차자료 활용에 따른 제한점과 10차년도에 해당되는 우울을 분석하였으나, 예측변인은 1차년도를 기준으로 하여 10년간 우울과 함께 변했는지 모르는 시변예측변인들에 대한 분석은 포함하지 못하였다. 둘째, 만성질환자들도 우울척도 내에서 상이한 특성을 가진 계층이 존재하리라 추측되는데, 본 연구는 다중집단분석까지만 시행하였다. 또한 중복질환자를 따로 분류하지 않았고, 집단의 배분의 문제로 기타질환이 현재 많은 질환들로 함께 묶여 있어, 그 특성을 온전히 파악했다고 보기 어렵다. 따라서 각 질환별로 어떤 요인이 만성질환자의 정신건강에 정적, 부적으로 영향을 미치는지 보다 세부적으로 연구가 진행될 필요가 있다. 또한 복합만성질환을 가진 경우에는 정신건강이 어떻게 다른지도 파악이 필요하며, 단일 만성질환과 달리 개입전략이 어떻게 달라져야 하는지에 대해서도 후속연구가 이루어져야 하겠다.

REFERENCES

1. Y.H. Jung, S.J. Go, C.G. Song, E.J. Kim, N.G. Seom, Y.H. Hwang, S.J. An(2012), 2010 Korea Medical Panel Basic Analysis Report, Korea Institute for Health and Social Affairs · National Health Insurance Corporation, pp.1-255.
2. L.A. Gonder-Frederick, D.J. Cox, L.M. Ritterband(2002), Diabetes and behavioral medicine: the second decade, *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol.70(3);611.
3. S. Paterniti, M.H. Verdier-Taillefer, C. Dufouil, A. Alperovitch(2002), Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people, *The British Journal of Psychiatry*, Vol.81;406-410.
4. J. Chodosh, D. Miller Martinez, C.S. Aneshensel, R.G. Wight, A.S. Karlamangla(2010), Depressive symptoms, chronic diseases, and physical disabilities as predictors of cognitive functioning trajectories in older americans, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.58(12);2350-2357.
5. C.L.M. Keyes(2005). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor?, *Ageing International*, Vol.30(1);88-104.
6. Y.S. Park, J.Y. Song(2012), A longitudinal study on effect of Regular Work status change on Life Satisfaction of mid-aged with Disabilities : based on comparison of Gender and Disable state, *Disability & Employment*, Vol.22(4);113-137.
7. R. Chio, B.D. Hwang(2017), The Relationship of Subjective Recognition of Social Class and Mental Health in Korean Adult, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.3;115-127.
8. K.H. Kim, M.H. Jung(2012), The relation between respiratory symptoms and depression level of COPD patients, *HYU Institute of Aging Society*, Vol.3(1);109-123.
9. B.L. Needham, E.S. Epel, N.E. Adler, C. Kiefe(2010), Trajectories of change in obesity and symptoms of depression: The CARDIA study, *American Journal of Public Health*, Vol.100(6);1040-1046.
10. C. Burant, G. Graham(2008), TRACKING DEPRESSION RECOVERY IN PREVIOUSLY HOSPITALIZED ELDERLY WITH AND WITHOUT HEART FAILURE: A LATENT TRAJECTORY MODEL, *The Gerontologist*, Vol.48;552-579.
11. Y.H. Jung, S.J. Go, E.J. Kim(2013), Study on effective management of chronic diseases, *Health-welfare Policy Forum*, pp.1-157.
12. Korea Institute for Health and Social Affairs · Institute of Social Welfare, Seoul National University(2010), The 2011 Korea Welfare Panel Survey: Descriptive Report, pp.1-665.
13. H.S. Jeon, S.K. Kahng(2013), An Exploratory Study on the Predictors of Depression Trajectory among Individuals with Disabilities: Multi-Group Comparisons Between 65 and over and 65 or Less Using Korean Welfare Panel Study, *Korean Society for Rehabilitation of Persons Disabilities*, Vol.17(2);41-67.
14. S.K. Nam, O.S. Shim(2011), A Study on the Influence Factors on Quality of Life of Elderly with Chronic Disease, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.53;96-216.
15. F.M. Peter, M.J. Verhaak, Heijmans, L. Peters, M. Rijken(2005), Chronic disease and mental disorder, *Social science & medicine*, Vol.60(4);789-797.
16. J.M. Sung(2010), The Longitudinal Relation between Stressors and Depression of Men in Baby Boom Generation, *Korean Journal of Social*

- Welfare, Vol.64(4);285-310.
17. J. Mirowsky, C.E. Ross(2001), Age and the effect of economic hardship on depression, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.42(2);132-150.
 18. P. Ostojic, S. Zivojinovic, T. Reza, N. Damjanov(2010), Symptoms of depression and anxiety in serbian patients with systemic sclerosis: Impact of disease severity and socioeconomic factors, *Modern Rheumatology/the Japan Rheumatism Association*, Vol.20(4);353-357.
 19. M. Melchior, J. Chastang, J. Head, M. Goldberg, M. Zins, H. Nabi, N. Younès(2013), Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: A 13-year follow-up of the GAZEL cohort study, *Molecular Psychiatry*, Vol.18(1);112-121.
 20. H.J. Lee(2013), Longitudinal changes in depression in older adults : Differences across age groups and risk factors, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.61;291-318.
 21. J.H. Kim, J.N. Han(2014), The impact of cumulative socioeconomic inequalities on depression trajectories in later life, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.65;207-230.
 22. M.S. Hu(2014), Exploring Latent Trajectory Classes of Change in Depression Measured Using CES-D, *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.66(1);307-331.
 23. S.K. Kahng, T.Y. Kwon(2008), An Exploratory Study on the Effects of Socioeconomic Status on Depressive Symptoms Across Lifespan, *Mental Health & Social Work*, Vol.30;332-355.
 24. E.J. Choi(2010), Strengthen health management system to expand health potential, *Health-welfare Policy Forum*, pp.37-47.
 25. Y.J. Choi, T.H. Yoon, D.S. Shin(2012), Review of the third Health Plan(2011-2020) in Korea: Perspectives on Health Equity, *Journal of Critical Social Policy*, Vol.37;367-400.