

한국복지패널자료로 살펴본 우울과 만성질환의 동반양상과 의료서비스 이용실태 분석

*Depression, Its Concurrent Chronic Illnesses, and Related Health Service
Use in the Korea Welfare Panel Data*

전진아 한국보건사회연구원 부연구위원

이난희 한국보건사회연구원 전문연구원

한국복지패널자료를 이용하여 우울과 만성질환의 동반질환과 관련한 실제적인 복지수요와 필요를 확인하기 위한 기초자료를 마련하고자 19세 이상 성인을 대상으로 우울과 만성질환의 동반양상을 파악하고, 동반양상별 의료서비스 이용실태를 분석하였다. 본 원고는 분석된 결과를 바탕으로 우울과 만성질환의 동반질환을 가진 사람들을 대상으로 한 프로그램 및 정책적 개입 방향을 제언하였다.

1. 들어가며

2011년 정신질환실태 역학조사(조맹제 외, 2011)¹⁾에 의하면, 우리나라의 주요우울장애 평생 유병률은 6.7%로, 알코올사용장애(13.4%), 니코틴 사용장애(7.2%)에 이어 단일 정신질환으로는 세 번째로 높게 나타난다. 알코올사용장애 및 니코틴 사용장애 평생유병률²⁾이 2001년에 비해 지속적으로 감소하는 추세인데 반해, 주요우울장애의 경우 2001년 4.0%에서 2006년 5.6%, 2011년 6.7%로 계속 증가하는 추세이다. 우울은 높은 유

병률 뿐 아니라, 다양한 정신건강 문제 중 질병 부담이 높은 질환으로, 미국에서는 우울증으로 인한 사회경제적 비용이 연간 \$831억에 이르는 것으로 보고된다(Greenberg et al., 2003)³⁾. 또한 세계보건기구(WHO)는 전 세계적으로 우울증으로 야기되는 부담이 세 번째로 높다고 보고하였으며, 2030년에는 우울증이 질병부담이 가장 큰 질환으로서, 1위를 차지할 것으로 전망하고 있다(WHO, 2008)⁴⁾.

최근 해외에서는 우울과 다른 만성 신체질환과의 동반질환(comorbidity)에 대한 연구들이 활발

1) 조맹제 외(2011). 정신질환실태 역학조사, 보건복지부 · 서울대학교의과대학

2) 평생유병률=평생 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 비율.

3) Greenberg et al.(2003). The Economic Burden of Depression in the United States: How Did it Change Between 1990 and 2000?, *J Clin Psychiatr.*; 64, pp.1465-1475

4) WHO(2008). The global burden of disease: 2004 update, Geneva, Switzerland

하게 진행되고 있다(Katon, 2003; Jonas et al., 1997)⁵⁾⁶⁾. Jonas 등(1997)의 연구는 높은 우울수준을 보이는 사람일수록 고혈압 발생률이 높게 나타난다고 보고하고 있다. 그리고 Katon(2003)의 연구는 만성질환자의 주요우울증 유병률이 높게 나타난다고 보고하면서 만성질환과 관련된 신체기능의 감소가 우울을 초래한다고 설명하였다. 또한 Bogner 등(2005)⁷⁾의 연구는 우울증 환자에게서 급성심근경색증, 심부전, 관상동맥질환, 뇌졸중, 당뇨병, 암, 치매, 요실금 등의 질환이 동반되었다고 보고하였다.

하지만 국내에서 우울과 다른 신체질환과의 동반질환에 대한 연구는 매우 제한적이며, 최근 들어 이에 대한 연구들이 시작되고 있는 추세이다⁸⁾. 예를 들어, 이미숙(2010)⁹⁾ 연구는 도시거주 노인을 대상으로 이들의 만성질환과 우울증세의 상관성을 살펴보았는데, 그 결과, 노인의 70%가 적어도 한 개 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 노인의 우울

증세에 영향을 미치는 요인으로 만성질환이 가장 설명력이 높은 것으로 나타났다. 또한 전진아(2014)¹⁰⁾ 연구는 주요우울장애를 포함하는 기분장애의 경우 주로 만성위염, 만성요통, 알레르기과 복합질환 유병률이 높게 나타난다고 보고하고 있다. 하지만 기존 국내 연구들은 노인에 한정되어 있는 연구(이미숙, 2010)이거나, 주요우울장애와 같은 DSM 기준의 진단 및 의료이용을 한 사람을 대상으로 한 연구(전진아, 2014)이므로, 실제 지역사회에 거주하는 일반성인의 우울과 만성질환의 동반양상을 파악하는 데 한계가 있다.

기존 연구들은 동반질환의 위험성을 지속적으로 보고하고 있다(Hunt et al., 2002; Kessler, 1994)¹¹⁾¹²⁾. 구체적으로, Hunt 등(2002)의 연구는 동반질환이 음주, 흡연, 식습관, 운동에 부정적인 영향을 미치고, 자살과도 연관성이 있다고 보고하였으며, Kessler(1994)는 동반질환이 교육수준 저하, 실업 및 재정적 곤란을 야기한다고 보고하였

5) Katon(2003). Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *BIOL PSYCHIATRY*, 54, pp.216~226

6) Jonas, B.S., Franks, P., & Ingram, D.D.(1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of family medicine*, 6(1), pp.43~49.

7) Bogner, et al.(2005). The Role of Medical Comorbidity in Outcome of Major Depression in Primary Care: The PROSPECT Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.13, Issue 10, pp.861~868.

8) 우울과 다른 신체질환과의 동반질환에 대한 연구 이외에도, 최근의 몇몇 연구들은 정신질환 간 동반에 대한 연구를 수행하였음. 예를 들어 김장규(2006)의 연구는 정신질환 중 주요 우울장애의 경우 동반이환율이 약 73%로 보고하고 있으며, 조맹제 외(2011)의 연구는 주요우울장애가 외상 후 스트레스 장애, 공황장애, 범불안장애와 같은 불안장애 질환과 높은 동반이환율을 보이며, 알코올사용 장애 및 신체화장애와도 높은 동반이환을 보고하였음.

9) 이미숙(2010). 도시거주 노인의 주요 만성질환 유병 및 우울증세 실태파악 및 만성질환과 우울증세의 상관성 및 사회관계망의 효과 분석. *보건과 사회과학 제27집*, pp.5~30.

10) 전진아(2014). 복합정신질환(Comorbidity)의 현황과 정책과제. *보건 · 복지 Issue & Focus*, 제241호

11) Hunt GE., et al.(2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia research*, 54(3), pp.253~264.

12) Kessler et al(1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, pp.8~19.

다. 또한 Forthofer(1996)¹³⁾는 동반질환이 별거 및 이혼, 대인관계 악화 등 사회적 기능에서의 문제를 초래한다고도 하였다. 동반질환은 건강과 사회적 기능뿐 아니라, 의료이용에도 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데, 미치료 혹은 낮은 치료참여도, 치료 불순응, 높은 재입원율과 같은 의료이용 특성을 보인다고 한다(Hunt et al., 2002).

이 같은 우울과 신체질환 간 동반질환의 건강, 사회적 기능, 의료이용에서의 부정적 영향에도 불구하고, 이에 대한 현황 파악이 제대로 이루어지고 있지 않으며, 이들 질환자들의 치료 및 개입의 첫 단계인 의료이용에 대한 국내의 연구는 거의 전무하다. 5년마다 보건복지부의 정신건강실태 역학조사에서(조맹제 외, 2011) 우리나라 성인 정신질환자의 정신의료서비스 이용률¹⁴⁾이 보고되고 있는 것이 전부이다.

따라서 본 원고는 한국복지패널자료를 이용하여 우리나라 19세 이상 성인의 우울과 만성질환의 동반양상 및 동반양상별 의료서비스 이용실태를 파악함으로써, 우울과 만성질환 동반질환자에 대한 실제적인 복지수요와 필요를 확인하기 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 우울과 만성질환의 동반양상

한국복지패널 자료 중 가장 최근 자료인 8차년도 자료를 활용하여(총 사례수=17,984명), 19세 이상이면서 우울증상 문항에 모두 응답한 13,573명을 분석대상으로 하여 우울과 만성질환의 동반양상을 파악하였다. 우울과 만성질환의 동반 여부는 우울 수준을 측정하는 CES-D(Center for Epidemiological Studies of Depression Scales) 척도와 만성질환 보유여부 변수를 활용하여 구성되었다. 우선 우울수준을 살펴보면, CES-D 척도는 한 개인의 지난 1주일간의 심리적 태도와 행태를 자기보고식에 의해 측정하며, 11개 문항으로 구성되어 있다¹⁵⁾. CES-D는 인구집단의 우울증을 연구하는 미국의 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health)의 역학연구센터(Radloff, 1977)¹⁶⁾에 의해 설계되었다. 각 문항의 응답은 4개의 범주로 구성되어 있으며(0=극히 드물다(1주일에 1일 이하) 1=가끔 있었다(일주일에 2~3일간), 2=종종 있었다(일주일에 4~5일간), 3=대부분 그랬다(일주일에 6일 이상), 11개 문항 중 '비교적 잘 지냈다'와 '불만없이 생활한다' 문항

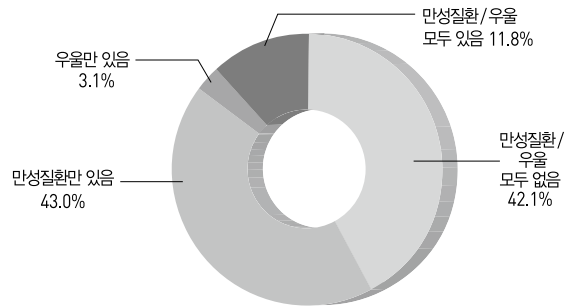
13) Forthofer MS, et al(1996). The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *J. Health Soc. Behav.* 37, pp.121~132.

14) 우리나라 성인 정신질환자 중 정신의료서비스를 이용한 비율은 15.3%에 불과하여 의료서비스에 대한 미충족 정도가 높음(조맹제 외, 2011). 국내에서 우울한 국내 연구는 우울장애를 겪고 있는 환자의 26.8% 정도가 정신과의사나 정신과 이외 의사, 기타 정신건강 전문가를 찾아 의료서비스를 받고 있다고 응답하였음(이충경 외, 2001). 국내의 낮은 정신의료서비스 이용률에 비해, 미국은 39.2%, 호주가 34.9%, 뉴질랜드가 38.9%에 이르는 정신의료서비스 이용률을 보이고 있음(조맹제 외, 2011).

15) 11개 문항 내용: '먹고 싶지 않고 식욕이 없다', '비교적 잘 지냈다', '상당히 우울했다', '모든 일들이 힘들게 느껴졌다', '잠을 설쳤다(잠을 잘 이루지 못했다)', '세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다', '큰 불만 없이 생활했다', '사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다', '마음이 슬펐다', '사람들이 나를 싫어하는 것 같았다', '도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다'.

16) Radloff(1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1(3), pp.385~401.

그림 1. 우울과 만성질환의 동반양상



자료: 한국복지패널 8차년도 자료 활용

을 역코딩하여 11문항의 총합을 계산하였다. 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미하며, 본 분석 샘플의 우울수준 신뢰도 값은(Cronbach's α) 0.873으로 높은 수준의 신뢰도를 보여주었다.

만성질환 보유 여부는 투병 혹은 투약을 하고 있는 경우로 조작적 정의를 하였다. 만성질환 변수는 원래 4가지 범주로 측정되었다.(0=비해당, 1=3개월 미만 투병 혹은 투약하고 있다. 2=3개월 이상 6개월 미만 투병 혹은 투약하고 있다. 3=6개월 이상 투병 혹은 투약하고 있다). 한국복지패널 자료를 활용한 허순임(2012)¹⁷⁾과 전해숙과 강상경(2009)¹⁸⁾의 연구에서는 3개월 미만을 포함하여 만성질환을 정의하고 있어, 본 연구에서도 만성질환 보유를 3개월 미만을 포함한 투병 혹은 투약하고 있는 상태로 조작적으로 정의하였다(0=만성질환 미보유, 1=만성질환 보유).

본 연구에서는 우울과 만성질환 간 복합질환 현황을 파악하기 위하여, 우선 CES-D척도 11문항의 합(총점 0~33점 분포)에 20/11을 곱하여 계산된 값이 16점보다 높으면 우울하다고 정의하고, 16점 미만인 경우 우울하지 않다고 정의하여 우울 유무를 보여주는 변수를 구성하였다(0=우울 없음, 1=우울 있음). 이를 통해 만들어진 우울유무 변수와 만성질환 보유여부 변수를 교차하여 우울과 만성질환 복합질환 패턴을 보여주는 다음의 4개 범주를 구성하였다. 만성질환과 우울이 모두 없는 경우(값=0), 우울은 없고 만성질환만 가지고 있는 경우(값=1), 만성질환은 없고 우울만 있는 경우(값=2), 만성질환과 우울을 모두 가지는 경우(값=3)로 구분하였다.

본 연구에서 나타난 우울과 만성질환의 동반양상은 만성질환만 보유한 경우가 43.0%로 가장 높

17) 허순임(2012). 건강보험 인식에 대한 연구: 계층과 세대문제에 대한 탐색, 제6회 한국복지패널 학술대회 자료집.

18) 전해숙 · 강상경(2009). 노년기 우울계획적 예측요인: 한국복지패널을 이용하여, 한국노년학 29(4), pp.1611~1628.

고, 그 다음으로는 만성질환과 우울 모두 없는 경우가 42.1%로 높게 나타났다. 만성질환과 우울 모두 있는 경우는 11.8%로 나타났으며, 우울만 있는 경우가 3.1%로 가장 낮게 나타났다[그림 1 참조].

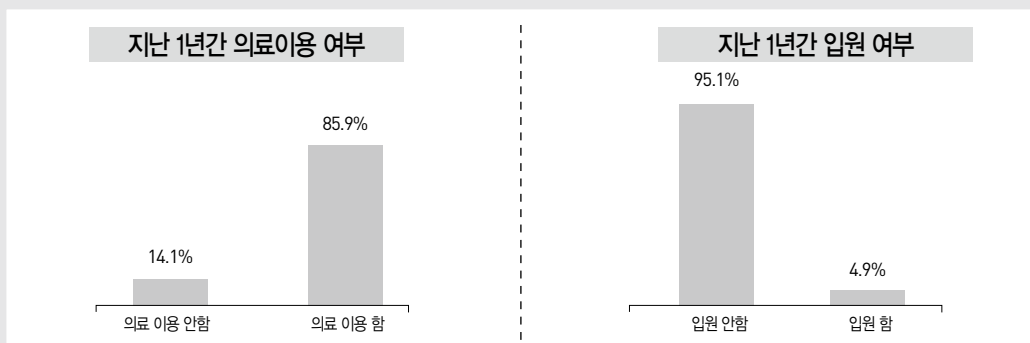
인구사회학적 특성별 우울과 만성질환의 동반양상은 다음의 <표 1>과 같다. 구체적으로 여자일수록, 연령이 증가할수록, 사별/이혼/별거 상태인 경우, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록, 장애가 있을수록 우울과 만성질환을 모두 가지는 비율이 높게 나타났다.

3. 우울과 만성질환의 동반양상별 의료서비스 이용실태

우울과 만성질환의 동반양상별 의료서비스 이용실태는 의료이용여부 및 외래진료횟수, 입원횟수, 입원일수를 중심으로 파악하였다. 의료이용여

부는 외래진료횟수 변수와 입원횟수 변수를 이용하여 지난 1년간 의료기관 이용 외래진료횟수와 입원횟수가 둘 다 없는 경우 의료이용을 하지 않음으로(0=의료이용 하지 않음), 외래나 입원으로 한 번이라도 진료를 한 경우 의료이용을 하는 것(1=의료이용 함)으로 이분변수화 하였다. 의료서비스 이용을 좀 더 구체적으로 살펴보기 위하여 외래진료횟수 및 입원 여부를 추가적으로 살펴보았다. 외래진료횟수는 지난 1년간 외래진료횟수로 입원여부는 입원 횟수 변수를 활용하여 지난 1년간 입원을 했는지 여부로 정의하였다. 외래진료횟수 및 입원횟수 변수 모두 의료서비스 이용의 경우 의료이용을 거의 하지 않은 사람이 다수 포함되어 있고 많이 이용하는 사람 역시 포함되어 있어 정규분포를 가지고 있지 않았다. 따라서 본 연구는 외래진료횟수의 경우 자연로그 변환값¹⁹⁾을 종속변수로 활용하였으며, 입원횟수의 경우 이분변수화 하여 '입원하지 않음'(값=0)과 '입원한 적 있음'(값=1)로

그림 2. 지난 1년간 의료이용 여부 및 입원 여부



자료: 한국복지패널 8차년도 자료 활용

19) 로그 변환 시 0인 관측치가 결측치로 처리되기 때문에, 이를 방지하기 위하여 측정치에 1을 더한 다음 자연로그변환을 실시하였음.

표 1. 인구사회학적 특성별 우울과 만성질환의 동반양상

(단위: 명, %)

	만성질환/우울 모두 없음		만성질환만 있음		우울만 있음		만성질환/우울 모두 있음		계	
	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]
성별										
남	2,786	59.5	2,455	32.8	162	3.0	448	4.8	5,851	100.0
여	2,921	54.4	3,387	33.2	262	4.0	1,152	8.3	7,722	100.0
연령별										
19~24세	572	85.1	80	9.1	34	3.9	17	1.9	703	100.0
25~34세	1,225	80.7	189	12.6	81	5.0	23	1.8	1,518	100.0
35~44세	1,670	75.4	442	18.2	105	4.2	68	2.1	2,285	100.0
45~54세	1,177	56.6	778	34.6	93	4.0	136	4.8	2,184	100.0
55~64세	596	33.8	1,111	54.4	46	2.2	238	9.6	1,991	100.0
65세 이상	467	10.9	3,242	67.0	65	1.4	1,118	20.6	4,892	100.0
혼인상태										
유배우	3,745	54.6	4,003	37.3	222	2.9	731	5.2	8,701	100.0
사별/이혼/별거	448	24.8	1,499	48.2	91	4.4	798	22.6	2,836	100.0
미혼	1,514	78.8	340	13.9	111	4.8	71	2.5	2,036	100.0
교육수준										
고등학교 졸업 미만	968	23.2	3,652	57.2	134	2.6	1,278	16.9	6,032	100.0
고등학교	1,947	58.9	1,281	32.5	127	3.9	216	4.7	3,571	100.0
대학 이상	2,792	73.4	909	20.4	163	3.8	106	2.4	3,970	100.0
소득 수준										
일반가구	4,945	63.2	3,352	30.0	287	3.3	459	3.5	9,043	100.0
저소득층가구	762	26.3	2,490	47.6	137	4.5	1,141	21.6	4,530	100.0
장애 유무										
없음	5,518	59.4	5,025	31.3	395	3.6	1,273	5.7	12,211	100.0
있음	189	21.6	817	56.7	29	2.7	327	19.0	1,362	100.0

주: 분석은 SAS 9.2를 이용하여 이루어졌으며, 샘플가중치를 고려하였음.

자료: 한국복지패널 8차년도 자료 활용

구분하였다.

한국 성인의 의료이용현황을 살펴보면 [그림 2 참조], 본 연구대상의 85.9%는 지난 1년간의 의료이

용을 한 적이 있다고 응답하였으며, 약 5%가 지난 1년간 입원 한 적이 있다고 응답하였다. 외래진료 횟수는 1년 평균 11.97회(표준오차=0.20)로 나타

표 2. 우울과 만성질환의 동반양상별 의료이용유무 차이

(단위: 명, %)

특성	아니오		예		계	
	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]	수	비율(%) [weighted]
성별						
남	1,126	23.4	4,725	76.6	5,851	100.0
여	786	14.2	6,936	85.8	7,722	100.0
연령별						
19~24세	205	28.7	498	71.3	703	100.0
25~34세	436	27.9	1,082	72.1	1,518	100.0
35~44세	560	24.3	1,725	75.7	2,285	100.0
45~54세	413	19.0	1,771	81.0	2,184	100.0
55~64세	180	9.0	1,811	91.0	1,991	100.0
65세 이상	118	2.8	4,774	97.2	4,892	100.0
혼인상태						
유배우	1,099	15.5	7,602	84.5	8,701	100.0
사별/이혼/별거	156	9.1	2,680	90.9	2,836	100.0
미혼	657	31.4	1,379	68.6	2,036	100.0
교육수준						
고등학교 졸업 미만	289	7.2	5,743	92.8	6,032	100.0
고등학교	692	20.4	2,879	79.6	3,571	100.0
대학 이상	931	23.4	3,039	76.6	3,970	100.0
소득 수준						
일반가구	1,627	20.4	7,416	79.6	9,043	100.0
저소득층가구	285	9.7	4,245	90.3	4,530	100.0
장애 유무						
없음	1,844	19.3	10,367	80.7	12,211	100.0
있음	68	7.5	1,294	92.5	1,362	100.0
우울과 만성질환 동반양상						
만성질환/우울 모두 없음	1,754	30.7	3,953	69.3	5,707	100.0
만성질환만 있음	34	0.8	5,808	99.2	5,842	100.0
우울만 있음	106	21.6	318	78.4	424	100.0
만성질환/우울 모두 있음	18	1.4	1,582	98.6	1,600	100.0

주: 분석은 SAS 9.2를 이용하여 이루어졌으며, 샘플가중치를 고려하였음.
 자료: 한국복지패널 8차년도 자료 활용

표 3. 우울과 만성질환의 동반양상별 외래진료횟수 및 입원여부 차이

(단위: 명, 1년 평균 회, %)

특성	사례수	외래진료횟수 (log transformed)		입원여부 (yes)	
		특성사례수평균	표준오차	수	비율(%) (weighted)
성별					
남	5,851	0.69	0.01	423	4.7
여	7,722	0.87	0.01	652	5.1
연령별					
19~24세	703	0.51	0.02	7	0.9
25~34세	1,518	0.56	0.01	24	1.1
35~44세	2,285	0.61	0.01	64	2.2
45~54세	2,184	0.75	0.01	107	4.2
55~64세	1,991	1.00	0.01	182	8.3
65세 이상	4,892	1.27	0.01	691	12.7
혼인상태					
유배우	8,701	0.82	0.01	633	5.1
사별/이혼/별거	2,836	1.12	0.01	400	10.8
미혼	2,036	0.52	0.01	42	1.4
교육수준					
고등학교 졸업 미만	6,032	0.63	0.01	105	2.1
고등학교	3,571	0.74	0.01	200	4.7
대학 이상	3,970	1.14	0.01	770	10.4
소득수준					
일반가구	9,043	0.72	0.01	517	3.9
저소득층가구	4,530	1.09	0.01	558	9.7
장애 유무					
없음	12,211	0.76	0.01	857	4.4
있음	1,362	1.12	0.02	218	11.9
우울과 만성질환 동반양상					
만성질환/우울 모두 없음	5,707	0.51	0.01	0	0.0
만성질환만 있음	5,842	1.18	0.01	746	10.8
우울만 있음	424	0.60	0.03	0	0.0
만성질환/우울 모두 있음	1,600	1.32	0.02	329	19.7

주: 1)외래진료횟수의 경우 로그 변환된 값의 평균이며, 입원여부의 비율은 row percentage를 의미함.

주: 2)분석은 SAS 9.2를 이용하여 이루어졌으며, 샘플가중치를 고려하였음.

자료: 한국복지패널 8차년도 자료 활용

났다.

우울과 만성질환의 동반양상별 의료이용 유무에 대한 차이 검정 결과는 <표 2>에 제시한 바와 같다. 만성질환만 있는 경우 대다수의 사람이 (99.2%) 외래 및 입원의 의료이용을 하는 것으로 나타났으며, 만성질환 및 우울이 모두 있는 경우 역시 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다 (98.6%). 우울만 있는 경우, 의료이용 비율이 78.4%로 높게 나타나기는 하지만 만성질환이 있는 사람들보다 의료이용률은 낮게 나타난다. 응답자 특성별로도 차이가 나타나는데, 여자일수록, 연령이 증가할수록, 유배우나 미혼보다는 사별/이혼/별거일수록, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록, 장애가 있을수록 의료이용을 하는 사람의 비율이 더 높게 나타난다.

보다 구체적으로 의료이용서비스에 대해 살펴보면, 우울과 만성질환의 동반양상별 외래진료횟수 및 입원여부 차이에 대한 검정 결과는 <표 3>에 제시한 바와 같다. 만성질환과 우울이 모두 있는 경우에서 외래진료횟수 및 입원율이 높게 나타났다. 그 다음으로 만성질환만 있는 경우가 높게 나타났다. 우울만 있는 집단의 경우 외래진료횟수가 만성질환과 우울이 모두 없는 집단과 유의미한 차이를 보이지 않고 있으며, 이들 집단은 지난 1년간 입원을 한 적이 없는 것으로 나타났다.

응답자의 특성별 외래진료횟수 및 입원여부에 대한 차이를 검정한 결과, 의료이용은 각 특성별로 평균에서의 유의미한 차이를 보였다. 인구사회학적 특성별로 보면, 여자일수록, 연령이 증가할수록, 사별/이혼/별거일수록, 교육수준이 높을수록, 소득수준이 낮을수록, 장애가 있을수록 외래진료횟수 및 입원율이 높게 나타났다.

4. 나가며

최근 들어 만성질환에 대한 관심이 단일 질환을 넘어서 다양한 질환의 동반 질환으로 옮겨가고 있는 단계에 있다. 본 연구는 가장 최근년도의 한국복지패널자료를 이용하여 우울과 만성질환의 동반 질환과 관련한 실제적인 복지수요와 필요를 확인하기 위한 기초자료를 마련하고자 우리나라 19세 이상 성인을 대상으로 우울과 만성질환의 동반양상을 파악하였다. 또한 동반양상별 의료서비스 이용실태를 의료이용여부와 외래진료횟수 및 입원여부를 중심으로 살펴보았다.

그 결과, 한국 성인의 약 12%가 우울과 만성질환의 동반양상을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 여자일수록, 연령이 높을수록, 사회경제적 수준이 낮을수록 복합질환의 동반양상이 높게 나타났다. 이들의 의료서비스 이용실태를 살펴보면, 만성질환이 있는 집단인 경우 우울과의 동반되는 것과 상관없이 높은 의료이용률을 보였으며, 오히려 우울만 있는 집단에서 의료이용률이 가장 낮게 나타났다. 또한 세부적 의료서비스 이용을 살펴본 결과에서도 이는 동일하게 나타났는데, 우울과 만성질환의 동반양상을 띄는 경우 가장 많은 외래진료를 하였으며, 입원율도 가장 높게 나타났다. 우울만 가지는 집단의 경우 외래진료횟수가 우울과 만성질환 모두 없는 집단과 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았으며, 지난 1년간 입원한 적이 없는 것으로 나타났다.

본 원고는 만성질환과 우울을 모두 가지고 있는 경우 의료서비스 이용이 높게 나타난다는 점을 살펴보았다. 하지만 아직까지 국내에서는 우울을 포

합한 정신질환과 만성질환의 동반 질환에 대한 예방 및 관리 정책이 전무하며, 향후 정책 결정에 있어서도 이와 관련한 사안은 거의 없는 실정이다. 동반질환에 대한 대응과 관련하여, 한 예로 기존 이루어지고 있는 보건소 단위의 만성질환관리사업에서 지역 내 정신건강증진센터나 병원으로 연계하여 동반질환자들이 의료 및 상담 서비스를 받을 수 있도록 하는 네트워크를 구축하는 것을 들 수 있겠다.

기존 연구에서 나타난 바와 같이(조맹제 외, 2011) 국내 정신질환을 가진 사람들의 경우 의료서비스 이용률이 낮게 나타난다는 점을 본 원고에서도 살펴볼 수 있었다. 우울의 경우 정신질환 중 대표적인 외래질환으로서, 약물복용지도가 꾸준히 이루어지면 충분히 관리될 수 있는 질환이나 국내의 정신질환 치료 및 개선을 위한 의료서비스 이용에 대한 부정적 인식으로 대다수가 의료서비스 이용을 하지 않음을 유추할 수 있다²⁰⁾. 따라서 정신질환에 대한 인식개선을 위한 정책적 개입이 필요

하다.

본 연구는 의료서비스이용을 살펴보았지만, 실제로 이들이 어떠한 의료를 받고 있는지, 그 비용은 어느 정도인지에 대한 정보를 자료의 특성상 살펴보기 못했다. 동반질환자들의 경우, 의료서비스 이용이 더 많기는 하지만 실제로 우울을 치료하기 위한 정신과를 이용하는지는 알 수 없다. 또한 본 연구는 비록 우울증 진단과 높은 상관성을 가지는 CES-D 척도를 사용하였으나, 우울을 우울수준으로 측정한 점에 있어서, 실제로 대상자들이 우울증을 가지는 지를 단언할 수 없다는 점에서 한계를 가진다.

하지만 본 원고는 우리나라에서의 우울을 포함한 정신질환과 만성질환의 동반양상을 파악한 초기 연구로서, 동반양상에 따른 의료서비스 이용실태를 분석한 것으로 의의를 가진다. 보다 구체적인 도출을 위해서는, 이와 유사한 연구의 축적을 통해서 가능할 것으로 본다. ■

20) 연구의 제한점에서 언급한 바와 같이 본 원고에서 측정한 우울은 우울증으로 진단을 받은 것이 아니므로 우울만 있는 집단의 의료 이용이 반드시 필요한 것이 아닐 가능성 역시 존재함.