

한글판 우울증 관해 질문지의 표준화 예비 연구

계명대학교 의과대학 정신건강의학교실¹, 영남대학교 의과대학 심리학교실²

신예니¹ · 김희철¹ · 조현주² · 김민경¹ · 김정범¹

A Preliminary Study for the Standardization of Korean Version of the Remission from Depression Questionnaire (K-RDQ)

Yeni Synn, MD¹, Hee-Cheol Kim, MD, PhD¹, Hyun-Ju Cho, PhD²,
Min-Kyung Kim, MA¹ and Jung-Bum Kim, MD, PhD¹

Department of Psychiatry¹, Keimyung University School of Medicine, Daegu,
Department of Psychology², Yeungnam University School of Medicine, Daegu, Korea

ABSTRACT

Objective : Existing depression rating scales do not fully reflect depressed patients' perspective of remission, which goes beyond symptom resolution. The Remission from Depression Questionnaire (RDQ) captures a broader array of domains, and the present study examines the reliability and validity of the Korean Version of the RDQ (K-RDQ).

Methods : The test-retest reliability of the K-RDQ was studied in 60 depressed patients and 30 normal subjects working at a university hospital. Subjects were evaluated at baseline and again 1–2 weeks later. The validity of the K-RDQ was studied in 200 depressed patients who were rated on the 17-item HDRS and the CGI-S ; each patient also completed the QIDS-SR, STAI-S, GHQ/QL-12, and SDS.

Results : The K-RDQ demonstrated excellent internal consistency, with a Cronbach's α of 0.965 for the total scale and above 0.80 for each of the 7 subscales. The test-retest reliability of the total scale was 0.951. Mean K-RDQ scores (45.79 ± 18.65) of the depressed patients were significantly higher than those (15.87 ± 10.60) of the mentally healthy subjects ($t=12.8$, $p<0.001$). Five factors from the K-RDQ were extracted by principal axis factoring with equimax rotation.

Conclusion : These results indicate that the K-RDQ is a reliable and valid measure that evaluates multiple domains that depressed patients consider important in determining remission. Thus, the K-RDQ maybe considered an appropriate tool for use in the clinical setting. (Anxiety and Mood 2014;10(2):115-127)

KEY WORDS : Remission from Depression Questionnaire · Validity · Reliability.

서 론

최근 우울증으로 인한 자살 환자가 급증하면서 우울증의 치료는 현대 사회의 핵심적인 화두가 되고 있다. 우울증의 치료 목표는 완치(complete recovery)보다는 관해(remission)¹⁻³로

Received : July 7, 2014 / Revised : September 18, 2014

Accepted : September 30, 2014

Address for correspondence

Jung-Bum Kim, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Keimyung University Dongsan Medical Center, 56 Dalseong-ro, Jung-gu, Daegu 700-712, Korea

Tel : +82-53-250-7811, Fax : +82-53-250-7810

E-mail : kim1159@dsmc.or.kr

본 연구는 근거창출임상연구사업단(과제번호 : HI10C2020)의 지원에 의해 이루어진 것임.

보는데, 이는 우울증이 “마음의 감기”라는 속칭에 걸맞게 90% 이상의 환자가 일단은 회복하여 예후가 좋다⁴고 인식되는 반면, 재발이 흔하여 만성화⁵되기 쉬운 질환이기도 하기 때문이다. 현재까지의 다양한 약물 및 비약물 치료 전략에도 불구하고 관해에 이르는 것은 전체 우울증 환자의 30% 정도에 불과하다.⁶

미국정신의학협회에서 마련한 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR)에서는 최소 두 달간 우울증의 주요 증상이 없는 것을 관해로 정의하며,⁷ 일 반적으로는 해밀턴 우울증 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) 상의 총점이 7점 이하이면서 우울 증상

우울증 관해 질문지 표준화 연구

이 거의 없어지고 심리사회적 혹은 직업적 기능이 회복된 경우를 일컫는다.^{3,8} 관해가 더욱 중요시되는 것은, 완전 관해군의 경우 불완전 관해군에 비해 우울증 재발률이 2~3배 낮고, 만성적인 우울 삽화 수나 지속적인 기능저하의 빈도가 낮아 긍정적인 치료 결과와 직결되기 때문이다.^{9,10} 따라서 우울증 관해의 정확한 평가 및 향후 치료 전략 수립은 현재까지 30% 정도에 불과했던 우울증의 완치 확률을 높이기 위한 중요한 일이라 하겠다.

우울증의 관해 평가에는 대개 HDRS와 몽고메리-아스버그 우울증 척도(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)가 객관적인 평가도구로 사용되고, 주관적인 평가도구로는 우울증 선별 도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)가 널리 사용되어 왔다.^{11,12} 그러나 상기 도구들은 우울 증상만을 주로 평가하여, 우울증 환자들이 실제 관해로 여기는 다양한 임상적 관점을 충분히 반영하지 못한다는 단점이 있었다.^{3,13-15}

Zimmerman 등¹³은 HDRS와 MADRS의 총점이 각각 7점 이하와 10점 이하로, 관해 판정을 받아도 실제 50% 이상의 환자들은 여전히 삶의 질이나 기능면에서 만족스럽지 못하였다 고 지적하였다. 이에 진단적 평가 및 서비스 개선을 위한 로드 아일랜드 방책(Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services, MIDAS) 프로젝트에서는 535명의 우울증 환자들에게 관해의 정의와 관련된 인터뷰를 시행하여 16가지 항목의 관해 평가 요인들을 추출하였고, 이에 대한 초점 집단 연구를 시행하였다. 그 결과 환자들은 16가지 항목들 중 평균 10.7개의 요인을 관해 판정의 필수 항목으로 보았고, 그 중 낙관주의와 자신감 같은 긍정적 정신건강, 일상적인 자아의 회복, 일상 기능 수준의 회복을 관해의 가장 중요한 요소로 꼽았다. 우울 증상의 회복 항목을 추가적으로 평가해야 한다는 환자는 전체의 10% 정도에 지나지 않아, 우울 증상의 회복에만 초점을 맞추었던 기존의 객관적 관해 평가 도구들이 관해를 다차원적으로 평가하기에는 부적합한 것으로 나타났다.

따라서 Zimmerman 등¹⁶은 우울증 평가 도구들에 대한 기존의 문헌 연구 및 우울증 환자를 대상으로 한 설문 조사를 시행하여, 우울 증상뿐만 아니라 우울증 환자들의 주관적 보고에 기초한 삶의 질과 기능 등의 측면을 아우르는 자기보고식 우울증 관해 질문지(Remission from Depression Questionnaire, RDQ)를 개발하였다. 그들은 환자들의 이해수준과 증 복성, 그리고 관해를 구성하기 위한 적절성 등을 평가하여 질문지 작성을 위한 초기 77개의 문항을 도출하였고, 예비검사(pilot testing)를 거쳐 최종 41개 문항으로 축소하였다.

Zimmerman 등¹⁷은 MIDAS 프로젝트의 연속으로 Sequenced

Treatment Alternatives to Relieve Depression(STAR*D)에서 사용했던 전귀 척도(outcome measure)인 간이우울증상평 가척도(Quick Inventory of Depressive Symptomatology, QIDS)와 우울증 관해 질문지를 비교 연구하였다. 102명의 우울증 환자를 대상으로 두 질문지의 소요시간, 작성 및 이해의 수월성, 전반적인 상태 반영, 우울증 치료 목표의 반영, 평가의 정확도 등에 관하여 9가지 항목을 서로 비교하였다. 그 결과 우울증 관해 질문지가 환자들의 전반적인 상태와 치료 경과, 그리고 치료목표를 좀 더 정확하게 반영하여 결국 우울증 관해를 설명하기에 더욱 적합한 도구라고 평가하였다. 이 연구에서도 우울증 관해는 우울 증상의 완화뿐만 아니라 낙관주의, 자신감과 같은 긍정적 정신건강 및 일상적인 자아의 회복, 일상 기능 수준의 회복¹³ 등의 개념이 포함되는 것으로 나타났다.

이에 본 연구에서는 우울증의 치료 반응 평가 도구로의 한글판 우울증 관해 질문지의 한국 표준화를 위한 기초자료를 얻기 위해 신뢰도와 타당도 확인 및 문항 분석을 목적으로 예비연구를 실시하였다.

대상 및 방법

연구 대상

본 연구는 대구광역시 소재 대학병원 정신건강의학과 외래 및 입원 치료 중인 성인 우울증 환자들 중 자기보고식 설문지를 읽고 이해하기에 어려움이 없고, 연구의 목적과 내용 등을 바르게 이해하고 동의한 환자 200명을 대상으로 하였다. 이들 대부분은 급성기가 지나 비교적 안정되고, DSM-IV-TR⁷에 의거하여 주요우울증, 기분저하증, 달리 분류되지 않는 우울증으로 진단받은 성인 및 노인 환자였다.

연구대상을 선정하는 과정에서 18세 미만의 소아 청소년 환자들과 다른 1축 질환을 가진 환자들, 그리고 명백한 신체질환을 가지고 있는 환자들은 제외하였다. 대조군은 대구광역시에 거주하는 시민으로 정신과적 병력이 없고, 저자가 근무하는 병원 직원 30명으로 선정하였다.

모든 연구 절차에 대하여 계명대학교 동산병원 의학연구윤리심의위원회의 승인을 받았다(IRB File No. 2014-03-022).

평가도구

한글판 우울증 관해 질문지(Korean Version of the Remission from Depression Questionnaire, K-RDQ)

RDQ는 Zimmerman 등¹⁶에 의해 우울증의 치료 반응을 결정하고자 고안된, 총 41개 문항의 자기보고식 질문지이다. RDQ

는 우울 증상, 우울증 환자에게 흔히 나타나는 우울 이외의 증상, 대처능력, 긍정적 정신건강, 기능, 삶의 만족도, 전반적인 안녕감이라는 7개의 하위 영역으로 구성되어 지난 1주 동안의 상태를 평가하되, 3점 평정 척도로 채점한다. 즉 1번에서 18번 까지의 문항은 우울증상 및 우울증 환자에게 흔한 우울 이외의 증상들로서 “0점=전혀 또는 거의 그렇지 않다”, “1점=가끔 그렇다”, “2점=자주 또는 거의 대부분 그렇다” 중 선택을 하고, 19번에서 41번까지의 문항은 대처능력, 긍정적 정신건강, 기능, 삶의 만족도, 전반적인 안녕감에 해당하는 항목으로서 역채점을 한다. RDQ는 일종의 전구 척도로서 총점이 높을수록 환자의 우울증 심각도가 높음을, 반대로 우울증 관해 정도가 미약함을 시사한다. RDQ 신뢰도 연구에서는 전체 척도의 Cronbach's α 계수 0.97, 7개 각각의 하위 척도의 경우 0.80 이상으로 높은 내적일관성을 가진 것으로 평가되었다.¹⁶

한국어판 자기보고형 간이우울증상평가척도(Quick Inventory of Depressive Symptomatology—Self Report, QIDS-SR)

QIDS-SR은 Rush 등¹⁸에 의해 처음으로 개발된 우울증 증상평가 도구이며, 단축형이 개발되었다. 본 연구에서는 Hong 등¹⁹이 표준화한 자기보고형 설문지를 사용하였다. QIDS-SR의 각 문항은 0~3점으로 평가하도록 되어 있다. “5점 이하=정상”, “6점~10점=경도”, “11점~15점=중등도”, “16점~20점=고도”, “21점 이상=최고도”로 절단점이 제시되어 있으며, 우울증 관해는 총점 5점 이하로 보았다.

상태-특성 불안 척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

STAI는 상태 및 특성 불안을 측정하고자 Spielberger²⁰가 개발한 자기보고형 검사이며 총 40문항으로 구성되어 있다. 상태 및 특성 불안 척도의 채점 범위는 각각 0~60점이며 점수가 높을수록 불안의 정도가 심함을 나타낸다. 불안이 있음에 대한 문항은 0에서 3점까지 채점하고, 불안이 없음에 대한 문항은 0, 1, 2, 3점에 대해 각각 3, 2, 1, 0점으로 역채점한다. 상태 불안 척도(STAI-S)는 현재의 상태를 기술하여, 특정 시간 또는 상황의 우려, 긴장, 근심 등을 측정할 수 있고 스트레스에 민감한 것으로 알려져 있다. 반면 특성 불안 척도(STAI-T)는 선천적 기질, 즉 피검자의 일반적 불안 성향을 측정하여 비교적 안정된 경향을 보이므로 본 연구에서는 Kim²¹이 번안한 상태 불안 척도를 사용하였다. STAI는 “1점=전혀 그렇지 않다”에서 “4점=대단히 그렇다”로 평가하도록 구성되어 있다. Lee²²의 연구에서 STAI의 내적일관성 계수는 0.87이었다.

일반건강설문지/삶의질-12(General Health Questionnaire/Quality of Life-12, GHQ/QL-12)

GHQ/QL-12는 1979년 Goldberg²³에 의해 개발된 것으로, 총 60문항으로 이루어진 GHQ에서 삶의 질 영역을 고르게 반영하는 12개의 문항(GHQ 문항 중 1, 7, 16, 21, 23, 28, 30, 31, 35, 36, 42, 45번)만을 뽑아 만든 자기보고식 척도이다. 본 연구에서는 2000년 Kook 등²⁴이 표준화한 설문지를 사용하였다. 1993년 Chang²⁵이 표준화한 한국판 GHQ의 12개 문항을 사용한 경우 GHQ의 내적일관성 계수는 0.89였다. 각 문항은 0~3점 평정척도이고, 문항 5는 역채점하며, 총점이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 해석한다.

Sheehan 기능손상 질문지(Sheehan Disability Scale, SDS)

SDS는 불안장애 및 우울장애 증상으로 손상된 환자들의 기능을 측정하고자 Sheehan²⁶에 의해 개발된 자기보고식 척도로서 직장 및 학교, 사회, 가정생활에서의 기능적 손상을 평가한다. 총점은 0~30점으로 측정되며 점수가 높을수록 고도의 손상을 시사한다. 본 연구에서는 2010년 Park 등²⁷이 표준화한 척도를 사용하였다.

해밀턴 우울증 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

HDRS는 우울증의 임상적 평가와 치료 효과 검증을 위해 널리 이용되고 있는 평가도구로서 반구조화된 면담 후 평가자가 증상의 심각도를 기술하는 문장 중 하나를 선택하여 평가한다. 주요우울장애 환자들의 질병의 심각도를 측정하고자 Hamilton에 의해 처음 21문항으로 개발되었으나,²⁸ 이후 치료 효과를 평가하는 연구로 사용이 확장되었고, 현재는 우울증에 대한 관찰자 평가척도의 표준척도로 간주되고 있다. 현재는 초기 21문항에서 우울증 환자에게 흔하지 않을 뿐만 아니라 내적일관성을 오히려 떨어뜨린다고 판단된 항목들을 삭제한 후 17개 문항으로 구성된 수정본이 널리 사용되고 있다.²⁸ 9개의 항목은 5점 척도(0~4점)로, 8개 항목은 3점 척도(0~2점)로 채점되며, 총점이 높을수록 우울증의 심각도가 크다는 것을 나타낸다. 우울증 관해는 총점 7점 이하로 보았다. 본 연구에서는 Y1 등²⁹에 의해 표준화된 17개 문항의 척도를 사용하였다.

전반적 임상 상태 평가-심각도(Clinical Global Impression—Severity Scale, CGI-S)

CGI-S는 정신병리현상의 유무에 큰 영향을 받지 않고 임상가가 특정 질병에 대한 자신의 경험 전체를 토대로 전반적인

우울증 관해 질문지 표준화 연구

기능에 대해 평가하는 유용한 도구로 알려져 있다.³⁰ 1(정상)부터 7(최고도의 정신 증상)까지 7단계로 평가하는 총괄척도로 신뢰도와 타당도가 입증되어 여러 질환에 대한 임상연구에서 질병 특이적인 척도와 함께 널리 사용되고 있다.

연구 방법

K-RDQ 번안 작업

먼저 K-RDQ 개발을 위해 전자 우편을 통해 원저자인 Zimmerman에게 K-RDQ에 대한 동의를 얻었다. 각 문항은 국내의 사회문화적인 특성을 감안하면서도 최소한의 변형으로 원척도의 의미를 그대로 전달한다는 원칙하에 번안되었다. 정신 건강의학과 전문의 2인과 전공의 1인, 임상심리전문가 2인이 토의를 거쳐 RDQ를 1차 번역한 후 어의적 차이와 관련하여 영문 학자의 감수를 받았다. 1차 번역 수정본은 영어와 국어에 능통하고 미국과 한국의 정신건강의학과 전문의 자격을 갖춘 1인이 역번역하였다. 원본과의 개념상 차이점을 원저자에게 수정받은 후 번역에 참여했던 전문의 및 일 대학 국어국문학과 교수 1인이 다시 감수하여 최종 번안본을 완성하였다.

평가 방법

연구는 크게 두 부분으로 진행되었다. 첫째, K-RDQ의 검사-재검사 신뢰도를 평가하였다. 연구 대상자들 중 임의의 60명에게 진료 당일과 2주 이내 재 내원하여 K-RDQ를 1차, 2차로 작성하도록 하였다. 대조군 30명에 대해서도 1주에서 2주 간격을 두고 K-RDQ를 두 차례 작성하도록 하였다.

둘째, K-RDQ의 치료 반응 평가도구로서의 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 우울증 환자 200명에게 내원 시 K-RDQ와 함께 QIDS-SR, STAI-S, GHQ/QL-12, SDS와 같은 자기보고식 질문지와, HDRS, CGI-S와 같은 임상가에 의한 객관적 질문지, 총 7가지 설문지를 작성하도록 하였다. 이후 문항 내적 일관성을 확인하기 위해 K-RDQ의 7가지 각 하위 척도들 간의 상관계수를 평가하였고, 공존 타당도를 확인하기 위해 기존의 우울증 심각도, 불안, 기능, 삶의 질, 정신사회적 기능 등을 평가하는 다른 척도들과의 상관계수를 평가하였다. 또한 요인 분석 결과에 따른 하위 척도들에 대해서도 상관계수를 평가하였다.

통계처리

자료 분석은 SPSS version 18.0(Statistical Package for Social Science, Inc., Chicago, IL, USA)를 사용하였고, 연구대상자의 인구통계학적 특징은 빈도분석과 기술분석을 이용하여 파악하였다. K-RDQ의 신뢰도 검증에는 내적일관성을 보

여주는 Cronbach's α 계수를 산출하였고, 1~2주 간격으로 재검사하여 Pearson 상관계수를 이용한 검사-재검사 신뢰도를 분석하였다. K-RDQ의 준거 타당도는 우울증 환자군과 대조군의 K-RDQ 평균 점수 차이를 t검정하였다. 요인분석을 위해 주축 요인 추출을 하였고, 회전은 equimax법을 사용하여 요인 구조의 해석을 용이하게 하였다. 공존 타당도를 검증하고자 전체 집단을 대상으로 K-RDQ와 QIDS-SR, STAI-S, GHQ/QL-12, SDS, HDRS 및 CGI-S 간의 상관관계를 Pearson 상관계수로 조사하였다.

모든 분석의 통계적 유의 수준은 p -value<0.05인 경우로 하였다.

결 과

인구 통계학적 및 임상적 특성

대상자들의 사회 인구학적 특성 및 기술 통계치는 Table 1과 같았다.

전체 200명의 대상군에서 K-RDQ의 평균은 45.79 ± 18.65 점이었고, 대조군의 경우 15.87 ± 10.60 점으로 나타났다. 대상군의 QIDS-SR 평균은 12.58 ± 8.35 점, STAI-S의 평균은 49.99 ± 13.17 점, GHQ/QL-12는 11.13 ± 7.90 점이었다. 대상군의 HDRS 평균은 16.69 ± 9.24 점, CGI-S는 4.15 ± 1.49 점으로 무증상에서 최고도 수준까지 다양한 우울증 환자들이 연구에 참여하였음을 알 수 있었다.

신뢰도

내적일관성

K-RDQ의 문항 내적일관성을 검증하고자 Cronbach's α 계수를 산출한 결과 전체 α 계수가 0.965로 K-RDQ의 문항 간 동질성이 매우 높았다.

검사-재검사 신뢰도

연구 대상자들 중 임의의 60명에게 1~2주 간격으로 K-RDQ를 2차례 실시한 결과, 상관계수는 전체 항목이 0.951($p < 0.05$)로 신뢰할 만한 수준이었고, K-RDQ 하위 항목들의 검사-재검사 신뢰도 또한 높았다(Table 2).

타당도

준거타당도

우울증 환자군과 대조군의 K-RDQ 평균 점수를 t검정한 결과, 우울증 환자군의 K-RDQ 평균 점수는 45.79 ± 18.65 점,

Table 1. Demographic characteristics of study population

Characteristics	Depressed group : n (%)	Control group : n (%)	p
Age (years)	52.67±18.22	34.17±9.04	0.000
Gender			
Female	119 (59.5)	17 (56.7)	
Male	81 (40.5)	13 (43.3)	
Marital status			0.001
Never married	45 (23.1)	18 (60.0)	
Married	93 (47.7)	12 (40.0)	
Remarried	3 (1.5)	0 (0)	
Divorced	23 (11.8)	0 (0)	
Separated	3 (1.5)	0 (0)	
Widowed	28 (14.4)	0 (0)	
Residence			0.010
Living alone	42 (21.4)	9 (30)	
With mate and children	51 (26)	10 (33.3)	
With mate only	44 (22.4)	2 (6.7)	
With children only	21 (10.7)	0 (0)	
Others	38 (19.4)	8 (26.7)	
Religion			0.282
Christianity	54 (27.6)	11 (36.7)	
Buddhism	51 (26)	3 (10)	
Catholicism	18 (9.2)	3 (10)	
None	73 (37.2)	13 (43.3)	
Education			0.000
None	13 (6.6)	0 (0)	
Primary school graduates	39 (19.9)	0 (0)	
Middle school graduates	36 (18.5)	0 (0)	
High school graduates	61 (31.1)	4 (13.3)	
College graduates	23 (11.7)	5 (16.7)	
University graduates	22 (11.2)	16 (53.3)	
Graduate school or higher	2 (1.0)	5 (16.7)	
Occupation			0.000
Technology & office job	8 (4.1)	4 (13.3)	
Service	23 (11.7)	5 (16.7)	
Agriculture	18 (9.2)	0 (0)	
Labor	4 (2)	0 (0)	
Professional	5 (2.6)	20 (66.7)	
None	138 (70.4)	1 (3.3)	

N : Number, SD : Standard Deviation

대조군은 15.87 ± 10.60 점으로 두 집단 간의 평균 점수 차이에서 우울 정도가 유의미한 차이를 보였다($t=12.8$, $p<0.001$).

구성타당도

대상군과 정상 대조군에서 주축 요인 추출 방법으로 equimax 회전법을 사용하여 요인분석을 실시한 결과, 5개의 하위 요인이 추출되었다. Table 3과 같이 각 요인의 고유치는 모두

1.0 이상으로 나타났고, 전체 변량의 64.16%를 설명하였다. 각 요인의 Cronbach's α 계수는 0.80 이상으로서 모든 요인이 높은 신뢰도를 보였다(Table 3).

K-RDQ의 7가지 하부 항목들 간에는 유의미한 상관관계가 있었는데, 그 중 긍정적 정신건강과 대처능력($r=0.845$), 전반적인 안녕감과 긍정적 정신건강($r=0.804$) 항목이 가장 높은 상관관계를 보였다(Table 4). 요인 분석 결과에 따른 5가지 하부 항

우울증 관해 질문지 표준화 연구

Table 2. Test-retest reliability of K-RDQ subscales

RDQ subscale	Test-retest reliability
Depression symptoms	.890*
Other symptoms	.834*
Coping ability	.894*
Positive mental health	.934*
Functioning	.823*
Life satisfaction	.897*
General sense of well-being	.943*
Total scale	.951

* : p<0.01

목들 간에도 유의한 상관관계를 보였고, 긍정적 정신건강 요인은 삶의 질과 기능 요인과 가장 높은 상관관계를 나타내었다 ($r=0.882$)(Table 5).

공존타당도

전체 집단을 대상으로 K-RDQ와 우울, 불안, 심리 사회적 손상, 삶의 질을 평가하는 기존의 비교측정도구와의 상관성을 분석한 결과 유의한 상관관계를 보였다(Table 6). 요인 분석 결과에 따른 5가지 하부 항목들도 기존의 평가 도구들과 유의 미한 상관관계를 나타내었다. 요인 1은 CGI-S과 가장 높은 상관관계($r=0.741$)를 나타내었고, 요인 3은 STAI-S 및 QIDS-SR과 높은 상관관계를 보였다(Table 7).

고 찰

K-RDQ가 우울증 환자를 다차원적으로 평가하여 관해를 충실히 반영할 수 있는 유용한 도구로 판단되어 본고에서는 K-RDQ의 국내 표준화 연구를 위한 예비연구로서 그 신뢰도와 타당도를 검증하였다.

인구통계학적 특성에서 우울증 환자군과 대조군 간에 성별과 종교 상 유의한 차이가 없었지만, 연령과 결혼 상태, 직업에는 다소 차이가 있었다. 이는 정상 대조군을 모집하는데 있어 대학병원 내의 직원들을 대상으로 하였기 때문에 일반 인구와 비교할 때 차이가 있었던 것으로 보인다. 향후 연구에서는 대상군의 인구통계학적 특성에 맞춘 대조군을 선정할 필요가 있겠다.

K-RDQ 설문 항목들의 신뢰도 측정에서 내적일관성은 Cronbach's α 값이 0.965로 높게 나타났으며, 2주 이내의 검사-재검사 신뢰도가 0.951로 높은 수준의 시간적 안정성을 보였다. 274명의 우울증 환자들을 대상으로 한 Zimmerman 등¹⁶의 연구에서도 Cronbach's α 값이 0.97, 100명의 환자를 대상으로 한 검사-재검사 신뢰도는 0.85로 나타났고, 102명의 우울증 환자를 대상으로 시행한 RDQ의 내적 일관성도 0.96

으로 본 연구와 유사하게 높은 결과를 보여,¹⁷ K-RDQ는 우수한 신뢰도 및 높은 문항 간 동질성을 반영함을 알 수 있었다.

타당도 검증을 위해 준거타당도, 요인분석 및 공존타당도를 검증하였다. 우울증 환자군과 대조군의 K-RDQ 평균 점수를 t검정한 결과, 우울증 환자군은 45.79 ± 18.65 점으로 대조군 15.87 ± 10.60 점에 비해 평균 점수가 유의하게 높았다($t=12.8$, $p<0.001$). Zimmerman 등¹⁶의 연구에서도 우울증 관해군과 비관해군의 RDQ 총점에는 유의한 차이(22.1 ± 16.3 vs. 46.0 ± 17.6 , $t=11.6$, 270 df, $p<0.001$)가 있어 RDQ가 우울증군과 정상군을 잘 변별할 수 있음을 증명하였다.

구성 타당도를 보고자 본 연구에서는 RDQ의 각 구성 개념을 검토하고 원저자의 개념을 감안하여 요인 분석을 실시하여 최종 5개의 하위 요인을 추출하였다. 요인 1은 전체 설명 변량의 44.31%를 차지하였고, 문항 28, 27, 29, 31, 30, 32, 25, 21, 24, 41, 39, 20, 40, 22로 구성되었다. 이는 MIDAS 연구에서 긍정적 정신건강, 전반적인 안녕감, 대처능력으로 분류되었던 세 하위항목에 해당하는 것으로 각 항목 간에는 명확한 구분 기준이 없고 긍정적 정신건강의 요소로도 설명 가능하여 요인 1은 RDQ와 동일하게 “긍정적 정신건강 요인”으로 명명하였다. 요인 2는 문항 35, 37, 33, 34, 36, 38, 23, 19, 26으로 구성되며 전체 변량의 9.75%를 차지하였다. 이들 대부분은 RDQ에 삶의 만족도와 기능으로 분류된 항목들로 구성되어 Zimmerman 등¹⁶의 구분대로 “삶의 만족도와 기능요인”으로 분류하였다. 요인 3은 우울증의 핵심 증상인 우울, 불안, 자살 항목인 문항 13, 14, 12, 1, 18, 15로 구성되어 “주요우울증상 요인”으로 분류하였고, 전체 설명 변량의 3.72%를 차지하였다. 요인 4는 항목 3, 2, 7, 5로 구성되며 전체 설명 변량의 3.31%를 차지하였고, “생장증상 요인”으로 분류하였다. 요인 5는 항목 11, 9, 10, 17, 16, 8, 6, 4로 구성되며 비전형적 우울 증상 및 인지 증상이 포함되어 “기타 우울증상 요인”으로 분류하였다.

Zimmerman 등³은 RDQ 개발 시 요인구조 연구를 거치지 않고 우울증 환자들의 임상 양상과 초점 집단 연구, 그리고 관해에 대한 환자들의 주관적 보고를 기초로 RDQ의 7개 하부 요인을 구분하였다. 본 연구에서 처음으로 K-RDQ의 요인 분석을 시행한 결과 RDQ의 하위 항목들과 개념상 공통되는 부분이 있었다. 요인 1과 2는 긍정적인 정신건강이나 전반적인 안녕감, 대처능력, 그리고 삶의 만족도와 기능 회복과 같은 우울증 환자들의 주관적인 견해를 반영하는 것으로서, 이는 사전 연구에서 우울증 환자들이 가장 중요한 요소로 보았던 긍정적 정신건강, 일상적인 자아의 회복, 일상 기능 수준의 회복¹⁵과 일맥상통한다. MIDAS 프로젝트¹⁴⁻¹⁶에서 우울 증상 자체는 우울증 관해를 표현하는 하나의 요소일 뿐 전반적인 관해 상태를 반영하기에는 부적절하다고 한 것과 같이, 본 연구에서도

우울, 불안, 자살사고 관련 항목들은 요인 3으로 분류되었다. 이는 HDRS의 요인구조 연구에서도 확인되듯^{29,32} 우울 증상의 표현에서 나타나는 문화적 차이를 반영하는 것으로 볼 수 있겠다. 요인 4는 식욕저하, 불면, 기력저하의 내용을 포함하며,

Table 3. Factor analysis of K-RDQ subscales among 230 depressive and normal subjects

Subscales	Factors				
	1	2	3	4	5
28. I could make decisions without a lot of self-doubt.	.701				
27. I could focus and concentrate well.	.665				
29. I felt confident.	.638				
31. When I woke up I looked forward to the day.	.590				
30. I woke up feeling fresh and rested.	.548				
32. I had the desire to do things.	.547				
25. I saw myself as a person of value.	.527				
21. I could keep myself from feeling depressed.	.525				
24. I was able to have fun.	.480				
41. I had a general sense of well-being.	.476				
39. I felt mentally healthy.	.467				
20. I am able to bounce back from stressful situations.	.454				
40. I felt in control of my emotions.	.438				
22. I felt at ease.	.426				
35. I was able to fulfill my usual responsibilities.	.740				
37. My life was fulfilling.	.624				
33. I was functioning well in my work (at a paid job, at home, or at school).	.586				
34. I was participating in social activities.	.572				
36. I was satisfied with life.	.551				
38. I was engaging in life rather than hiding from it.	.539				
23. I cared about things in my life.	.479				
19. I coped well with the normal stresses and hassles of life.	.465				
26. I had a positive outlook on life.	.451				
13. I had thoughts about killing myself.	.604				
14. I felt anxious.	.583				
12. I wished I was dead.	.581				
1. I felt sad or depressed.	.576				
18. I had a sense of dread or impending doom.	.550				
15. I worried excessively.	.400				
3. My appetite was poor.	.685				
2. I was not interested in the things I usually enjoy.	.513				
7. My energy level was low.	.467				
5. I had difficulty sleeping.	.466				
11. I had difficulty making decisions.	.655				
9. I thought I was a failure.	.643				
10. I had problems concentrating.	.641				
17. I felt "on edge."	.594				
16. I got irritated easily.	.578				
8. I felt guilty.	.565				
6. I was sleeping too much.	.555				
4. My appetite was much greater than usual.	.341				
Percent of variance (%)	44.31	9.75	3.72	3.31	3.07
Cronbach's α	.951	.924	.888	.753	.836

Extraction method : Principal axis factoring method : Rotation method : equimax with Kaiser normalization

우울증 관해 질문지 표준화 연구

이는 Stahl 등³³과 Akiskal 등³⁴이 주요우울증의 증상에 포함시켰던 생장증상(vegetative symptoms)을 잘 설명해준다. 본 연구에서 중장년, 노년 참여자가 많았던 점을 고려한다면 노인 우울증의 상당수에서 가면성 우울증의 양상이 나타나며 신

체화 증상을 주로 호소한다는 Ruegg 등³⁵의 연구와 유사한 결과를 하겠다. 요인 5는 과식, 과수면, 민감성과 같은 비전형적 우울증상과 인지적 요소 등의 기타 우울 증상을 포함하였다. 이는 우울증 환자들이 집중곤란이나 우유부단함을 특징적

Table 4. Intercorrelation matrix of RDQ subscales

RDQ subscale	Depression symptoms	Other symptoms	Coping ability	Positive mental health	Functioning	Life satisfaction
Other symptoms	.713*					
Coping ability	.639*	.603*				
Positive mental health	.652*	.652*	.845*			
Functioning	.579*	.537*	.660*	.657*		
Life satisfaction	.668*	.620*	.789*	.793*	.714*	
General sense of well-being	.709*	.685*	.793*	.804*	.635*	.736*

* : correlations significant at p<0.01

Table 5. Intercorrelation matrix of K-RDQ 5 factors

K-RDQ subscale	Positive mental health	Life satisfaction & functioning	Major depressive symptoms	Vegetative symptoms
Life satisfaction & functioning	.882*			
Major depressive symptoms	.682*	.639*		
Vegetative symptoms	.628*	.600*	.723*	
Other depressive symptoms	.386*	.410*	.671*	.542*

* : correlations significant at p<0.01

Table 6. Correlation between RDQ subscales and measures of depression severity, anxiety, quality of life, and psychosocial functioning

RDQ subscale	HDRS	QIDS-SR	STAI-S	CGI-S	SDS			GHQ/QL-12
					Work/school	Social	Family	
Depression symptoms	.721*	.792*	.769*	.750*	.698*	.692*	.696*	-.453*
Other symptoms	.669*	.703*	.763*	.637*	.574*	.636*	.578*	-.373*
Coping ability	.604*	.529*	.588*	.652*	.542*	.565*	.585*	-.304*
Positive mental health	.673*	.566*	.643*	.708*	.644*	.658*	.686*	-.396*
Functioning	.552*	.566*	.575*	.609*	.550*	.570*	.568*	-.415*
Life satisfaction	.629*	.560*	.632*	.690*	.625*	.656*	.635*	-.404*
General sense of well-being	.660*	.590*	.705*	.690*	.630*	.642*	.664*	-.396*

* : correlations significant at p<0.01. CGI-S : Clinical Global Impression-Severity Scale, GHQ/QL-12 : General Health Questionnaire/Quality of Life-12, HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, K-RDQ : Korean version of the Remission from Depression Questionnaire, QIDS-SR : Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, SDS : Sheehan Disability Scale, STAI-S : State-Trait Anxiety Inventory-State

Table 7. Correlation between K-RDQ 5 factors and measures of depression severity, anxiety, quality of life, and psychosocial functioning

K-RDQ subscale	HDRS	QIDS-SR	STAI-S	CGI-S	SDS			GHQ/QL-12
					Work/school	Social	Family	
Positive mental health	.701*	.595*	.688*	.741*	.669*	.685*	.710*	-.396*
Life satisfaction & functioning	.679*	.635*	.687*	.736*	.657*	.681*	.685*	-.435*
Major depressive symptoms	.742*	.751*	.772*	.737*	.673*	.712*	.676*	-.407*
Vegetative symptoms	.698*	.647*	.643*	.726*	.690*	.684*	.708*	-.472*
Other depressive symptoms	.516*	.678*	.672*	.522*	.473*	.481*	.459*	-.326*

* : correlations significant at p<0.01. CGI-S : Clinical Global Impression-Severity Scale, GHQ/QL-12 : General Health Questionnaire/Quality of Life-12, HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, K-RDQ : Korean version of the Remission from Depression Questionnaire, QIDS-SR : Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, SDS : Sheehan Disability Scale, STAI-S : State-Trait Anxiety Inventory-State.

으로 보이고, 새로운 계획을 수립하지 못하며 이로 인한 자신감 저하로 죄책감을 느끼는 특징이 있음을 시사한다. 이러한 요인 구조 분석으로 볼 때, 우울증 환자들에서 우울 증상이 우울 자체와 관련되어 측정되는 양보다는 흥미나 활력 저하, 불안, 수면과 식욕 변화 같은 다양한 측면을 포함하고, 무엇보다도 우울증 환자들의 주관적이며 긍정적인 정신건강과 대처능력, 기능적인 측면들이 우울증상의 인식에 영향을 미칠 수 있다는 해석이 타당하겠다.

우울증 환자군에서 K-RDQ의 하부 항목들 및 비교측정도구와의 상관성을 분석한 결과 K-RDQ 하부 항목들 가운데는 긍정적 정신건강과 대처능력($r=0.845$), 전반적인 안녕감과 긍정적 정신건강($r=0.804$) 항목이 가장 높은 상관관계를 보였다. 미국 내의 연구에서도 긍정적 정신건강과 전반적인 안녕감 항목은 $r=0.87$ 로 가장 높은 상관관계를 보였고, 긍정적 정신건강과 삶의 만족도가 $r=0.86$, 하부 항목간의 상관관계 중간값은 0.70으로 유의미한 상관관계가 있었다.²¹ 따라서 긍정적 정신건강은 대처능력 및 전반적인 안녕감과 관련이 있다고 하겠다. K-RDQ의 요인 분석 결과에 따른 5가지 하부 항목들 간에도 유의한 상관관계를 보였는데, 긍정적 정신건강 항목은 삶의 질과 기능 항목과 가장 높은 상관관계를 보였다($r=0.882$).

K-RDQ의 7개 하부항목들은 우울, 불안, 심리 사회적 손상, 삶의 질을 평가하는 기존의 질문지들과도 유의한 상관관계를 나타내었다. 우울 증상 척도는 QIDS-SR과 가장 높은 상관관계를 보였는데($r=0.792$), 이는 두 가지 평가 척도가 모두 우울장애를 평가하는 자기보고식 척도이기 때문일 것이다. 우울증 환자에게 흔히 나타나는 우울 이외의 증상들은 STAI-S와 가장 높은 상관성을 보였다($r=0.763$). 이는 RDQ의 “우울증 환자에게 흔히 나타나는 다른 증상” 항목들이 불안과 걱정, 짜증과 관련된 것으로 모두 STAI-S의 항목들의 일부와 일치하기 때문이다. 또한 우울증 환자의 50% 이상에서 우울과 불안, 신체 증상이 동반되어 나타나는 결과이기도 하겠다.³⁶ 미국 내의 연구에서도 RDQ의 우울 증상은 CGI-S와 가장 높은 상관관계를 보였고, RDQ의 우울 이외의 증상은 불안 척도인 Description of the Clinically Useful Anxiety Outcome Scale과 가장 유의미한 상관관계를 나타내었다.¹³ 이는 본 연구에서도 K-RDQ의 우울 이외의 증상들이 STAI-S와 가장 높은 상관성을 보인 바, K-RDQ가 우울증 환자들에게 흔한 불안 및 과민함과 같은 증상을 제대로 반영하고 있는 것으로 볼 수 있다. 우울증 환자들의 대처능력, 긍정적 정신건강, 기능, 삶의 만족도 항목들은 각 비교측정도구 특히 CGI-S와 유의미한 상관관계를 보였고, 동일 항목들이 미국 연구에서는 삶의 질 척도인 Diagnostic Inventory of Depression(DID)과 가장 높은 상관관계를 보였다.¹⁶ 요인 분석 결과에 따른 K-RDQ의 5가지

요인들도 기존의 평가 도구들과 유의미한 상관관계를 나타내었다. 긍정적 정신건강 항목은 본 연구에서도 CGI-S와 가장 높은 상관관계($r=0.741$)를 나타내었는데, 이는 CGI-S가 우울증상 자체보다는 우울증 환자들의 기능적 측면과 더욱 관련이 있음을 시사하는 소견이다. 우울증의 핵심 요인은 STAI-S ($r=0.772$) 및 QIDS-SR($r=0.751$)과 가장 높은 상관관계를 나타내어 K-RDQ가 우울 및 불안 증상을 적절하게 평가하는 것으로 보인다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 환자군과 대조군의 수가 적고 특정 연령대 위주로 모집되어 K-RDQ의 민감도와 특이도를 산출하는데 어려움이 있었다. 따라서 향후 연구에서는 대상군의 인구통계학적 특성에 맞춘 다수의 대조군을 선정할 필요가 있겠다. 둘째, 우울장애 환자 진단 시 구조화된 진단도구를 사용하지 않고 임상적인 진단에 의존하였기 때문에 진단의 정확성에 이견이 있을 가능성을 배제하기 어렵다.셋째, 대조군 수집 시 정확한 정신과적 평가가 이루어지지 않아 정신장애 유무에 대한 명백한 근거가 부족하다고 볼 수 있다. 마지막으로, 본 연구의 대상자들은 모두 투약 중인 우울증 환자로서 약물의 부작용과 관련된 증상과 삶의 질의 관계를 제대로 파악할 수 없었다. 향후에는 증상에 대한 평가와 함께 표집을 다양하게 하여 부작용을 포함한 임상적 특징 및 삶의 질과의 관련성을 규명하고, 심리적 특징의 매개효과를 검증하는 연구가 필요할 것이다.

여러 제한점에도 불구하고, 본 연구를 통해 K-RDQ는 높은 신뢰도와 타당도를 가진 우울증 관해 평가 도구임이 입증되었다. 그러므로 K-RDQ는 우울증 환자의 치료 효과를 판정하기 위하여 국내 임상 현장에서 유용하게 사용할 수 있는 척도로 평가된다.

결 론

본 연구는 기존의 우울증의 관해 평가 도구들이 주로 환자의 우울 증상만을 평가하여 실제 환자들의 관해 개념과는 차이가 있었던 점에 착안해 우울증상 뿐만 아니라 우울 이외의 증상들, 대처능력, 긍정적 정신건강, 기능, 삶의 만족도, 전반적인 안녕감과 같은 다양한 영역에서의 환자의 상태를 평가하기 위해 Zimmerman 등이 개발한 RDQ를 국내에서 표준화 연구하고자 하였다. 일개 대학병원 정신건강의학과에서 DSM-IV-TR에 의해 주요우울증, 기분저하증, 달리 분류되지 않는 우울증으로 진단된 총 200명을 대상으로 K-RDQ와 QIDS-SR, STAI-S, GHQ/QL-12, SDS, HRSD, 및 CGI-S를 시행하여 신뢰도와 타당도를 검정하였다. 그 중 임의의 60명과 정상 대조군인 병원 직원 30명에게 1주에서 2주 간격으로 K-RDQ

우울증 관해 질문지 표준화 연구

를 시행하여 검사-재검사 신뢰도를 측정하였다.

K-RDQ의 신뢰도 검정 결과 Cronbach's alpha 계수는 0.965로 높게 나타났고, 검사-재검사 신뢰도 또한 0.951($p<0.05$)로 신뢰할만한 수준이었다. 타당도에서는 우울증 환자군의 K-RDQ 평균 점수(45.79 ± 18.65 점)가 대조군의 평균 점수(15.87 ± 10.60 점)보다 유의미하게 높았다($t=12.8$, $p<0.001$). 요인분석에서는 5개의 하위 요인에 추출되어, 요인 1은 긍정적 정신 건강 요인, 요인 2는 삶의 만족도와 기능 요인, 요인 3은 주요 우울증상 요인, 요인 4는 생장 증상 요인, 요인 5는 기타 우울증상 요인으로 분류하였다. 이상의 결과들은 K-RDQ가 높은 신뢰도와 타당도를 가진 우울증 관해 평가 도구임이 입증하며, 따라서 K-RDQ는 우울증 환자의 치료 효과를 판정하기 위하여 국내 임상 현장에서 유용하게 사용할 수 있는 척도로 평가된다.

중심 단어: 우울증 관해 설문지·신뢰도·타당도·표준화.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. revision. Am J Psychiatry 2000;157(Suppl 4):1-45.
- Anderson JE, Michalak EE, Lam RW. Depression in primary care: tools for screening, diagnosis, and measuring response to treatment. BCMJ 2002;44:415-419.
- Thase ME. Introduction: defining remission in patients treated with antidepressants. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 22):3-6.
- Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am J Psychiatry 1999; 156:1000-1006.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367:1747-1757.
- Fara M. Pharmacological approaches to the treatment of residual symptoms. J Psychopharmacol 2006;20(3 Suppl):29-34.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- Rush AJ, Trivedi MH. Treating depression to remission. Psychiatr Ann 1995;25:704-709.
- Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med 1995;4:99-105.
- Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, et al. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? Am J Psychiatry 2000;157: 1501-1504.
- Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry 1979;136:555-558.
- Karp JF, Buysse DJ, Houck PR, Cherry C, Kupfer DJ, Frank E. Relationship of variability in residual symptoms with recurrence of major depressive disorder during maintenance treatment. Am J Psychiatry 2004;161:1877-1884.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. Am J Psychiatry 2006;163: 148-150.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Chelminski I. An inadequate community standard of care: lack of measurement of outcome when treating depression in clinical practice. Primary Psychiatry 2008;15: 67-75.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Boerescu D, Attiullah N. Remission in depressed outpatients: more than just symptom resolution. J Psychiatr Res 2008;42:797-801.
- Zimmerman M, Martinez JH, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al. A new type of scale for determining remission from depression: the Remission from Depression Questionnaire. J Psychiatr Res 2013;47:78-82.
- Zimmerman M, Galione JN, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al. Depressed patients' perspectives of 2 measures of outcome: the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) and the Remission from Depression Questionnaire (RDQ). Ann Clin Psychiatry 2011;23:208-212.
- Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry 2003;54:573-583.
- Hong JP, Park SJ, Park SB, Lim AY, Jeon DJ. Reliability and validity study of the Korean self rating version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology (K-QIDS-SR). J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders 2013;11:44-50.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press;1970.
- Kim JT. Relation between trait anxiety and socialization [dissertation]. Seoul: Korea Univ.;1978.
- Lee YJ. Study of relationship of stress, social support, self-esteem and depression and anxiety [dissertation]. Seoul: Seoul Women's Univ.; 1995.
- Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979;9:139-145.
- Kook SH, Son CN. A validation of GHQ/QL-12 to assess the quality of life in patients with schizophrenia. Kor J of Clin Psychol 2000;19: 587-602.
- Chang SJ. Standardization of stress measurement scale. J Prev Med Public Health 1993;121-159.
- Sheehan DV. The anxiety disease. New York: Charles Scribner and Sons;1983.
- Park JY, Kim JH. Korean Version of the Sheehan Disability Scale (SDS): reliability and validity. Kor J of Clin Psychol 2010;29:73-81.
- Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
- Yi JS, Bae SO, Ahn YM, Park DB, Noh KS, Shin HK. Validity and reliability of the Korean version of the Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS). J Korean Neuropsychiatr Assoc 2005;44:456-465.
- Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A. The Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl 2003;107:16-23.
- Zimmerman M. Personal communication, June 9, 2014.
- Zheng YP, Zhao JP, Phillips M, Liu JB, Cai MF, Sun SQ. Validity and reliability of the Chinese Hamilton Depression Rating Scale. Br J Psychiatry 1988;152:660-664.
- Stahl M. Textbook of psychopharmacology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders;1997. p.137.
- Akistal HS. Mood disorder: clinical features. In: Sadock VA: Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins;2000. p.1341-1347.
- Ruegg RG, Zisook S, Swendlow NR. Depression in aged. Psychiatr Clin North Am 1988;11:83.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:191-199.

□ 부 록 □

한글판 우울증 관해 질문지

지시문 : 이 질문지는 우울증 환자가 치료에 얼마나 잘 반응하고 있는지를 판정하기 위해 작성되는 것입니다. 질문지의 각 문항은 우울증의 여러 측면들, 즉 증상, 스트레스 대처, 기능 상태, 안녕감, 삶에서 느끼는 즐거움 등에 관해 묻고 있습니다. 각 문항에서 지난 한 주 동안 당신의 상태를 가장 잘 나타내 주는 곳에 표시해 주십시오.

0=전혀 또는 거의 그렇지 않다 1=가끔 그렇다 2=자주 또는 거의 대부분 그렇다

■ 우울 증상

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
1	나는 슬프고 우울하였다.	0	1	2
2	나는 평소 즐기던 것들에 흥미를 느끼지 못하였다.	0	1	2
3	나는 식욕이 떨어졌다.	0	1	2
4	나는 식욕이 평소보다 더 들었다.	0	1	2
5	나는 잠을 잘 자지 못하였다.	0	1	2
6	나는 너무 많이 잤다.	0	1	2
7	나는 기력이 없었다.	0	1	2
8	나는 죄책감을 느꼈다.	0	1	2
9	나는 내가 실패자라 느꼈다.	0	1	2
10	나는 집중하기가 어려웠다.	0	1	2
11	나는 어떤 결정을 내리기가 어려웠다.	0	1	2
12	나는 차라리 죽었으면 하고 바랐다.	0	1	2
13	나는 자살할까 생각하였다.	0	1	2

■ 우울증 환자에게 흔히 나타나는 다른 증상

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
14	나는 불안함을 느꼈다.	0	1	2
15	나는 지나치게 걱정을 하였다.	0	1	2
16	나는 쉽게 짜증이 았다.	0	1	2
17	나는 안절부절 못하였다.	0	1	2
18	나는 불길한 일이 닥칠 듯한 두려움을 느꼈다.	0	1	2

우울증 관해 질문지 표준화 연구

■ 대처능력

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
19	나는 일상에서 힘든 스트레스를 잘 해결할 수 있었다.	0	1	2
20	나는 스트레스 상황에서 회복할 수 있었다.	0	1	2
21	나는 내가 우울한 기분에 빠지지 않게 할 수 있었다.	0	1	2

■ 긍정적 정신건강

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
22	나는 마음이 편안하였다.	0	1	2
23	나는 내 일상사에 관심을 기울였다.	0	1	2
24	나는 즐겁게 지낼 수 있었다.	0	1	2
25	나는 내가 가치 있는 사람이라고 느꼈다.	0	1	2
26	나는 내 삶이 앞으로 더 나아질 것이라고 느꼈다.	0	1	2
27	나는 주의력과 집중력이 좋았다.	0	1	2
28	나는 별 망설임 없이 어떤 결정을 내릴 수 있었다.	0	1	2
29	나는 자신감이 있었다.	0	1	2
30	나는 아침에 일어나면 상쾌하고 피로가 풀린 느낌이었다.	0	1	2
31	나는 아침에 일어나면 하루의 일과가 기다려졌다.	0	1	2
32	나는 무엇이든 하고 싶다.	0	1	2

■ 기능

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
33	나는 직장이나 집, 학교 등에서 내가 해야 할 일을 잘 하였다.	0	1	2
34	나는 사교적 활동에 참여하였다.	0	1	2
35	나는 나의 일상적 책임을 다할 수 있었다.	0	1	2

■ 삶의 만족도

문 항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
36	나는 내 삶에 만족하였다.	0	1	2
37	나는 삶에서 성취감을 느꼈다.	0	1	2
38	나는 삶에서 도피하지 않고 삶에 참여하며 살았다.	0	1	2

■ 전반적인 안녕감(Well-being)

문항		전혀 또는 거의 그렇지 않다.	가끔 그렇다.	자주 또는 거의 대부분 그렇다.
39	나는 정신적으로 건강하다고 느꼈다.	0	1	2
40	나는 내 감정을 조절할 수 있었다.	0	1	2
41	나는 전반적으로 안녕감을 느꼈다.	0	1	2

* Items 19-41 : reverse scoring

계명대학교 동산병원 정신건강의학과