



# 국내 간호사의 우울 관련 문헌분석

박영숙<sup>1</sup> · 김정희<sup>2</sup>

한국방송통신대학 간호학과 교수<sup>1</sup>, 제주대학교 간호대학 교수<sup>2</sup>

## Literature Review of Studies on South Korean Nurses' Depressive Symptoms

Park, Young Sook<sup>1</sup> · Kim, Jeong-Hee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Nursing, Korea National Open University, Seoul

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Jeju National University, Jeju, Korea

**Purpose:** The purpose was to investigate the literature on depression among South Korean nurses in order to identify overall trends regarding depression. **Methods:** Forty-five papers published between 1998 and 2017 in three Korean databases-RISS4U, DBPIA, and KISS-were analyzed. **Results:** Depression showed significant positive associations with job stress, burnout, intent to leave, and somatic symptoms such as fatigue and trouble sleeping. Poor work environments such as staff shortage, work overload, and shift work were also positively associated with depression. Higher job satisfaction, resilience, self-efficacy, self-esteem, and social support were negatively correlated with and acted as significant buffers against depression. **Conclusion:** These results indicate that healthcare policymakers must pay more attention to the management and prevention of nurses' depression. In order to effectively do so, poor work conditions, which involve long working hours, high patient-to-nurse ratios, and extreme workloads, should be improved. Simultaneously, nursing managers should implement initiatives such as counseling and competency improvement programs, and stress management to reduce and prevent depression among nurses and strengthen their positive competency. Also, further research is required to clarify the prevalence of depression in South Korean nurses, with more meta-analyses also required to identify variations in depression rates owing to various factors.

**Key Words:** Nurses; Depressive symptoms; Review; South Korean

### 서론

#### 1. 연구의 필요성

정신장애는 장애나 불구, 사망을 불러일으키는 일차적인 원인으로 인식되는 바, 최근 여러 나라들에서는 정신질환의 높은 유병률과 노동활동 인구 및 경제 생산성에 미치는 부정적인

영향에 주목하고 있다(Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2017). 특히 노동활동 인구에게 영향을 미치는 정신건강문제 중 우울증은 세계적으로 약 3억 5천만의 사람들이 경험하며 환자의 2/3가 자살을 생각하고 10~15%가 실제로 자살을 시행하는 심각한 질병이다(World Health Organization [WHO], 2008, 2017; Cho & Lee, 2003). 우리나라의 경우, 2016년을 제외하면 2005년 이래로 자살률이

주요어: 간호사, 우울, 고찰, 한국

Corresponding author: Kim, Jeong-Hee <https://orcid.org/0000-0001-9860-6163>  
College of Nursing, Jeju National University, 102 Jejudaehak-ro, Jeju 63243, Korea.  
Tel: +82-64-754-3884, Fax: +82-64-702-2686, E-mail: snukjh@jejunu.ac.kr

Received: Jan 15, 2019 | Revised: Apr 16, 2019 | Accepted: Jul 18, 2019

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

OECD 국가 중 1위를 차지하는 등 우울증 등 정신건강문제가 국가적 사회적 문제로 초점이 되고 있다(OECD, 2017; WHO, 2017). 최근 보건복지부 정신질환실태 역학조사(2017)에 따르면, 2016년 현재 우리나라에서 지난 1년간 우울증을 경험한 사람은 남자 3.0%, 여성 6.9%였으며 18세 이상 64세 이하의 평생 유병률은 2001년 4.0%에서 2011년 6.7%, 2016년 5.1%였다.

우울은 근심, 실패감, 무력감, 무가치감을 나타내는 정서 상태로 수면 변화나 피로, 자살 생각 등 비관적이고 부정적인 생각, 신체적 기능 및 동기 저하 등을 동반하여 대인관계나 의사결정능력, 판단력에 영향을 미쳐 노동자의 업무수행과 조직의 생산성에도 영향을 미친다(American Psychiatric Association Foundation-Partnership for Workplace Mental Health [APF], 2015). 우울한 노동자들은 업무에 집중하지 못하거나 사고 발생 경향이 있으며, 건강한 노동자에 비하여 정신적 또는 대인적 과제를 수행하는 능력이 제한적이고 업무 생산성도 낮아, 우울은 경제적인 측면에서도 부정적인 영향을 미친다(Brandford & Reed, 2016). 매년 미국에서 우울로 인한 노동 손실 일수는 2억일로 추정되며, 그로 인하여 고용주가 부담해야 하는 비용은 170~440억 달러로 추정된다(APF, 2015).

특히 간호사는 환자와 대면하여 직접적으로 서비스를 제공하며 의료기관에서 제공되는 의료서비스의 90%를 수행하는 등 환자안전과 질적인 의료서비스를 제공하는 데 있어 중요한 역할을 담당하고 있다(Kennedy, 2018). 그러나 간호사는 업무수행 과정 중에 심각한 신체적 정신적 부담과 긴장을 느끼며 스트레스와 우울, 감정노동 등 부정적인 심리적 문제들을 경험하고 있는 것으로 보고된다(Brandford & Reed, 2016; Greenglass, Burke, & Moore, 2003). Brandford와 Reed (2016)에 따르면 간호사는 다른 전문직에 비하여 우울 발생률이 두 배 정도 높고 스트레스가 아주 많다. 특히 우리나라 간호사들은 노동 강도가 높고, 간호 인력 부족으로 인한 과도한 업무량과 다양한 여러 직종들 간의 팀워크, 불충분한 환자 간호시간, 불규칙한 업무 시간 등 열악한 근로환경에서 업무를 수행하며 스트레스가 높고 우울 또한 높다(Yoon & Kim, 2013). 간호사가 업무수행 중에 겪는 스트레스나 부정적 심리적인 경험은 간호사의 우울로 이어지는 바, 이는 간호사 개인의 건강에도 부정적인 영향을 미칠 뿐 아니라 업무수행이나 직무만족, 이직, 환자 간호서비스 제공에도 영향을 미치는 등 병원 조직의 생산성 측면에서도 커다란 손실을 가져올 수 있다(Brandford & Reed, 2016; Letvak et al., 2012; Tsrar et al., 2018). 매년 미국에서 간호사의 우울로 인한 생산성 손실 비용은 간호사 1인당 14,339 달러로 추정되며, 주(state)별로는 약 8억 7천 690만 달러로 이

는 매년 미 국가 생산성 손실의 227억 달러에 맞먹는 비용에 해당된다(Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012).

최근 간호사를 대상으로 업무 긴장이나 스트레스, 감정노동 등 부정적인 사회·심리적 문제와 간호사의 우울과의 관련성 및 우울의 예방 관리에 대한 논의와 연구가 증가하고 있다. 그러나 많은 수의 연구가 이루어지고 있는 반면에 다양한 개념과의 관련성에 대한 연구가 반복되거나 국내 간호사가 경험하는 우울에 영향을 미치는 주요 요인, 직무 환경 등과의 관련성은 일관적이지 않다(Yoon & Kim, 2013). 따라서 간호사의 우울 예방과 관리는 간호사 개인의 건강관리 측면 뿐 아니라 환자안전과 양질의 의료서비스 제공 측면에서도 중요한 과제로서, 이러한 과제를 수행하기 위해서는 선행연구들의 성과에 대한 분석이 필요하다.

이에 본 연구는 국내 간호사의 우울 관련 연구에 대한 문헌 고찰을 통하여 국내 간호사가 경험하는 우울과 관련 요인들을 이해하고 긍정적인 간호사의 근로환경 개선과 우울 예방 및 관리를 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

## 2. 연구목적

본 연구에서는 현재까지 수행된 간호사를 대상으로 한 우울 관련 연구들을 고찰함으로써 간호사의 우울과 관련된 특성과 관련 주요 요인들을 이해하고 긍정적인 간호사의 근로환경 개선과 우울 예방 및 관리를 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 국내에서 발표된 간호사의 우울 관련 연구의 특성을 파악한다.
- 분석 대상 연구에서 간호사의 우울 측정도구 및 우울 현황을 확인한다.
- 분석 대상 연구에서 간호사의 우울과 관련된 주요 요인들을 분류하고 그 관계를 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 간호사를 대상으로 우울을 탐색한 국내 문헌을 대상으로 문헌들을 고찰함으로써 간호사의 우울과 관련된 특성과 관련 주요 요인들을 확인하고 간호사의 우울을 예방하고 관리 방안 마련을 위한 기초자료를 제시하기 위한 문헌분석 연구이다.

## 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상 연구 문헌은 간호사의 우울을 탐색한 연구로 논문 발표기간을 특정하지 않고 2017년 12월 현재까지 국내 학술지에 발표한 논문으로 하였다. 선정기준은 1) 연구대상자가 간호사이고, 2) 논문의 초록과 전문을 확보할 수 있으며, 3) 우울을 측정하는 도구가 제시되고, 4) 우울과 관련 변수들과의 상관관계를 분석한 연구로 하였다. 배제기준은 1) 간호사를 대상으로 하지 않았거나 대상자에 다른 직군이 포함된 연구와 2) 학술대회 발표 자료나 종설, 문헌분석 및 고찰 연구로 하였다.

국내 학술지에 발표된 간호사의 우울에 대한 연구 논문을 2018년 3~5월 동안 검색 및 자료수집을 하였다. 주제어는 간호사, 우울, 우울증상, 우울증으로 하였으며 사용된 데이터베이스는 학술연구정보서비스(RISS4U), 한국학술정보(KISS)와 국내학술지(DBPIA)이었다. 먼저 연구자 1인이 데이터베이스를 이용하여 문헌을 검색한 결과 총 280편의 논문이 검색되었다. 그 다음 연구자 2인이 280편의 논문을 각각 검토하여 논문의 제목과 본 연구의 목적과 부합하는지 검토한 후 논의를 거쳐 중복 게재된 94편을 제외한 후 186편의 논문을 1차적으로 선정하였다. 선정기준에 따라 186편 논문의 초록을 검토한 후 논의를 거쳐 환자나 보호자 대상 100편, 간호대학생이나 대학생 대상 11편, 간호사를 대상으로 하였으나 우울을 탐색하지 않았거나 그 대상자에 간호대학생이나 다른 직군이 포함된 16편과 학술대회 발표 및 종설 13편 등 140편을 제외하고 46편의 논문을 추출하였다. 이 중 주요어로 포함되어 있으나 우울을 직접 측정하지 않은 다른 개념의 측정도구 개발 연구인 1편의 논문을 추가로 제외하였고, 남은 논문이 선정기준에 부합하는지 재검토 하였으며 최종적으로 본 연구대상 논문으로 총 45편을 선정하였다.

## 3. 자료분석

본 연구에서 선정된 문헌의 연구 내용 및 결과 등을 분석하기 위하여 연구자 2인이 논의하여 추출할 자료 목록을 선정하여 자료분석틀에 포함시켰다. 연구의 특성으로는 저자, 게재년도, 연구설계, 기관윤리위원회(Institutional Review Board, IRB) 승인 여부, 표출방법, 실험연구의 경우, 무작위 할당 여부를 추가로 추출하였다. 대상자 특성으로는 대상 간호사가 근무하는 의료기관 소재 지역, 기관의 종류, 간호사 유형, 대상자 선정시 경력 제한 여부, 표본 수(실험연구의 경우, 실험군과 대조군 각각의 표본 수)를 추출하였다. 우울 관련 특성으로는 간호사의 '우울'에 대하여 사용된 용어, 측정도구, 우울 유형률, 대

상 문헌에서 우울과 함께 탐색한 관련 변수, 이들 관련 변수와 우울 간의 상관관계 값을 정리하였으며, 실험(중재)연구의 경우, 중재 프로그램이 우울에 미치는 영향의 유무를 확인하여 정리하였다.

간호사의 '우울'과 관련하여 탐색된 변수들은 직무 및 조직적 영역, 사회적 지지 영역, 구성원 개인적 영역과 실험연구의 경우, 중재 프로그램 영역으로 분류하였다. 즉 직무 스트레스, 소진, 감정노동, 근로환경(심리·사회적 근로환경, 인체공학 및 생리적 위험 근로환경, 교대근무제, 병원 유형, 직장 내 폭력 및 외상경험), 이직의도와 직무만족은 직무 및 조직적 변수로 분류하였다. 수면장애 및 수면의 질, 피로, 신체적 증상, 불안과 분노는 구성원 개인수준의 우울 증상 관련 변수로 분류하였고, 건강행위, 건강지각, 심리·사회적 안녕감, 삶의 질, 자아존중감, 자기효능감, 대인관계, 회복력, 의사소통 유형, 자아상태 등과 함께 간호사 개인적 변수로 분류하였다. 사회적 지지의 경우에는 일부 연구(A18, A23)에서 조직적 지지를 개인적 사회적 지지와 구분하여 탐색하였으나 또 다른 연구들에서는 가족의 지지, 상급자 및 동료의 지지 등을 포함하고 있어 '사회적 지지' 영역으로 별도 분류하였다. 또한 실험연구들의 경우, 중재 프로그램의 효과 변수로 우울을 측정하고 있어 중재 프로그램명과 우울에 대한 효과 결과를 제시하였다.

한편 대상문헌들에서 구체적인 상관계수  $r$  값을 보고하는 경우에는 그  $r$  값을 분석에서 제시하였으나, 그렇지 않는 경우, 즉 직접적으로  $r$  값을 보고하지 않고 유의수준만을 제시한 경우에는 상관관계 방향과  $p$  값을 제시하거나 회귀식의 표준화 계수인  $\beta$  값, odds ratio를 정리하였으며, 상관관계는 통계적으로 유의한 경우에만 제시하였다. 다만 일부 문헌들에서 우울과의 상관관계가 통계적으로 유의한 것으로 보고하고 논의를 진행하였으나, 제시된 상관계수  $r$ 의 절대값이 .2 미만인 경우에는 상관관계가 있다고 평가하는 것이 부적절하다는 Evans (1996)의 제안을 근거로 본 연구에서는 상관관계가 없는 것으로 평가하였다.

## 연구결과

### 1. 대상 문헌들의 연구 관련 특성

분석 대상 문헌들의 연구 관련 특성은 Table 1과 Table 2와 같다. 국내에서 발표된 간호사의 우울에 대한 연구 논문은 총 45편이었다. 이를 연도별로 살펴보면, 1998년에 처음 발표된 이후 2001~2005년 6편, 2006~2010년 14편, 2011~2015년 17

편, 2016~2017년 6편으로 점차 증가하고 있다. 분석 대상 논문 중 40편(88.9%)은 서술 및 상관관계 연구이었고 5편(11.1%)은 실험연구이었으며, 단일군을 대상으로 한 원시실험설계 연구 1편을 제외한 4편의 연구는 모두 유사실험설계 연구이었다. 대상 논문들 중 기관윤리위원회(IRB)의 승인을 밝힌 연구는 7편(15.6%)에 불과하였다. 또한 분석 대상 논문의 93.3%(42편)는 대상자를 편의의 표출하였으며, 층화 또는 계층 추출방법을 사용한 경우가 2편, 2차 자료를 이용한 연구가 1편이었고, 대조군이 있는 유사실험설계 연구 4편 중 무작위 할당할 경우는 1편에 불과하였다. 서술적 및 상관관계 연구의 평균 대상자 수는 335.1명(범위 37~1,316명)으로, 200명 미만과 300~499명인 경우가 각각 11편(27.5%)이었고, 200~299명이 10편(25.0%)이었으며, 500명 이상을 대상으로 한 경우도 8편(20.0%)을 차지하였다. 실험연구의 대상자 수는 실험군의 경우 평균 13.6명(범위 =5~23명), 대조군은 평균 16.3명(범위 6~23명)이었다.

대상 간호사 및 재직 의료기관의 특성을 제시한 논문들을 대상으로 재직 의료기관의 특성을 살펴보면, 서울경기 지역 소재 병원인 경우가 30.0%로 가장 많았고 대전충청 지역, 부산경상 지역, 광주전라 지역, 강원제주 지역, 특정 지역을 밝히지 않은 광역자치단체 순이었으며, 전국적인 조사는 2차 자료를 분석한 연구 1편을 포함하여 2편(5.0%)이었다. 병원 유형은 상급종합병원이나 대학병원이 21편(45.6%), 종합병원 17편(37.0%)이었다. 병원 유형을 밝히지 않은 연구와 의료기관으로 특정하지 않고 '임금 근로자인 간호사'를 대상으로 수행된 연구(A4=2차 자료분석 연구)를 제외하면, 분석 대상 연구논문의 82.3%가 종합병원 등에서 근무하는 간호사를 대상으로 하였다. 해당 연구들에서 대상자의 특성을 구체적으로 살펴보면, 근무 부서를 특정하지 않고 병원 간호사를 대상으로 한 경우가 34편(73.4%)으로 가장 많았으며, 여성 간호사만을 대상으로 하거나, 정신과나 중앙(암) 병동, 응급실 등 특정 부서 혹은 교대 근무 간호사만으로 특정한 경우도 있었다. 또한 분석 대상 연구 논문의 77.8%(36편)에서는 대상자의 임상경력을 제한하지 않았으나, 3개월 이상(4편, 8.9%)이나 6개월 이상(4편, 8.9%), 혹은 1개월 이상(2편, 4.4%)으로 제한한 연구들이 있었다(Table 1).

## 2. 간호사의 우울 측정 관련 특성

대부분의 분석대상 연구들(37편, 82.3%)에서는 간호사의 우울을 탐색하는 데에 있어, '우울(depression)'이라는 용어를 사용하였던 반면에, 우울 증상(depressive symptoms)이나, 우울 및 우울 증상을 함께 사용하거나 우울감(depressive mood),

우울상태(depression state)를 사용하기도 하였다(Tables 2, 3).

간호사의 우울을 측정하기 위해 사용된 도구는 총 11가지이었으며, 그 중 가장 많이 사용된 도구는 Center for Epidemiologic Studies-Depressed Mood Scale ([CES-D], Radloff, 1977)이었다. 그 다음은 Beck Depression Inventory ([BDI], Beck, Steer, & Garbin, 1988), Zung Self-Rating Depression ([SDS], Zung, 1965) 순이었으며, 그밖에 2편 이상의 연구들에서 사용된 도구들로는 Spitzer, Kroenke와 Williams (1999)의 Patient Health Questionnaire (PHQ)와 Goldberg, Bridges, Duncan-Jones와 Grayson (1988)의 Short Screening Scale for Anxiety and Depression (SSAD-SF)이 있었다. 또한 각 1편의 연구에서 사용된 도구들로는 WHO-5 Well-being Index와 Korean version-Copenhagen psycho-social questionnaire (COPSOQ-K), Symptom check list-90-revision (SCL-90R), Multiple affect adjective checklist (MAACL), Hospital anxiety-depression scale (HAD-D), Numeric rating scale (NRS)이 있었다. 우울 측정도구들 중 HAD-D와 SSAD-SF는 해당 연구들에서 간호사의 '우울'을 측정하기 위해 우울 문항만이 사용되었다. 또한 CES-D와 BDI 등은 다양한 연구자와 번역자들의 번역된 도구들이 사용되었으며, 본 연구에서는 원 도구가 동일한 경우에는 같은 도구를 사용한 것으로 분류하였다(Tables 2, 3).

한편 가장 많이 사용된 CES-D를 사용하여 간호사의 우울 유병률을 제시한 연구 9편을 대상으로 간호사의 우울 유병률을 살펴보았다. 그 결과 각 연구들마다 절단점(cut-off score)에서 차이가 있었다. 본 연구에서는 Yoon과 Kim (2013)이 지역사회 학연구에서의 절단점으로 사용한 21점 이상을 우울군으로 간주하였다. 그 결과 CES-D 점수 16점을 절단점으로 한 우울증 유병률만으로 보고한 A6과 A34의 연구를 제외한 7편의 연구들에서의 대상 간호사의 우울증 유병률은 22.5%(A15)~73.3%(A13)이었으며, 특히 A10과 A13의 연구에서는 대상자의 과반수 이상이 우울을 경험하는 것으로 나타났다(Table 2).

## 3. 간호사의 우울과 관련 변수들과의 관계

간호사의 '우울'과 관련하여 탐색된 변수들을 직무 및 조직적 영역, 사회적 지지 영역, 개인적 영역, 중재 프로그램 영역으로 분류하였다(Table 4). 본 연구결과, 간호사의 우울과 관련 변수와의 상관관계를 분석한 건수는 총 107건이었으며 실험연구를 포함하여 전체 분석 대상 연구 문헌들에서 탐색된 변수들은 총 39가지이었다. 이들 중 간호사 개인 영역의 변수들과의



**Table 1.** General Characteristics of Relevant Studies

(N=45)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Publication year	1998~2000	2 (4.5)
	2001~2005	6 (13.3)
	2006~2010	14 (31.1)
	2011~2015	17 (37.8)
	2016~2017	6 (13.3)
Research design	Cross-sectional descriptive correlation study <sup>†</sup>	40 (88.9)
	Quasi-experimental study <sup>‡</sup>	5 (11.1)
Approval of IRB	Yes	7 (15.6)
	Non reported	38 (84.4)
Sampling	Convenience	42 (93.3)
	Stratified or systemic	2 (4.4)
	Secondary source	1 (2.3)
Randomization in experimental studies (n=5)	Yes	1 (20.0)
	No	2 (40.0)
	Non-control group	1 (20.0)
No. of subjects	Cross-sectional descriptive studies (n=40)	335.1±237.18 <sup>§</sup>
	≤ 199	11 (27.5)
	200~299	10 (25.0)
	300~499	11 (27.5)
	≥ 500	8 (20.0)
Experimental studies (n=5)	Experimental group	13.6±7.83 <sup>  </sup>
	Control group (excluding a single group study)	16.3±7.23 <sup>¶</sup>
Region of study (n=40)	Seoul & Gyeonggi	12 (30.0)
	Busan-Daegu-Gyongsang	7 (17.5)
	Gwangju-Jeolla	3 (7.5)
	Daejeon-Chungcheong	8 (20.0)
	Gangwon-Jeju	4 (10.0)
	Local authorities (metropolitan city)	4 (10.0)
	National	2 (5.0)
Type of hospitals	Tertiary general hospital/ university hospital (ER center=1)	21 (46.7)
	General hospital (University hospital=1)	16 (35.6)
	Hospital	4 (8.9)
	Emergency room center	1 (2.2)
	Non-reported <sup>#</sup>	3 (6.6)
Subjects type	Clinical nurses (only women=2)	33 (73.4)
	Psychiatric nurses	3 (6.7)
	Nurses with duty shift (only women=1)	3 (6.7)
	Oncology nurses	2 (4.4)
	ER nurses	2 (4.4)
	Secondary data/ comprehensive nursing unit	2 (4.4)
Career limited	No	35 (77.8)
	≤ 1 month	2 (4.4)
	≤ 3 months	4 (8.9)
	≤ 6 months	4 (8.9)

ER=emergency room; <sup>†</sup> Including 5 comparison studies between nurses with shift and non-shift (ID of study=B1~B5); <sup>‡</sup> Including a study which had no control group (pre-experimental design); <sup>§</sup> Range=37~1,316; <sup>||</sup> Range=5~23; <sup>¶</sup> Range=6~23; <sup>#</sup> Including a study with secondary data.

**Table 2.** Summary of The Literature Review of Relevant Studies

(N=45)

Study ID	Author (year)	RD	Subjects n	SM	IRB	DT	Measurement tool (cut-off score)	Cronbach's α	Prevalence of depression %
A1	Kim & Na (2017)	1	140	1	Yes	DP	PHQ	.87	-
A2	Shin et al. (2017)	1	347	1	No	DP	BDI	.879	-
A3	Yom et al. (2017)	1	1,316	2	No	DP	CES-D	.94	-
A4	Choi & Jeon (2017)	1	311	3	No	DS	WHO-5 (< 13)	-	Depressive symptoms risk group=35.4
A5	Back et al. (2017)	1	606	1	No	DS	PHQ	.89	-
A6	Lee & Chang (2016)	1	173	1	No	DP	CES-D (16)	.88	63.6
A7	Jun et al. (2015)	1	411	1	Yes	DP	CES-D	.92	-
A8	Lee & Choi (2015)	1	219	1	Yes	DP & DS	COPSOQ-K	.78	-
A9	Maeng & Sung (2015)	1	123	1	Yes	DP	CES-D	.83	-
A10	Noh & Na (2015)	1	257	1	Yes	DP & DS	CES-D (16, 21)	.92	70.5 (mild=19.1, major=51.4)
A11	Lee et al. (2014)	1	95	1	No	DP	HAD-D <sup>†</sup> (8)	-	63.8
A12	Kim & Cho (2013)	1	514	1	No	DS	CES-D	.742	-
A13	Yeom & Jeon (2013)	1	150	1	No	DP	CES-D (21)	.91	Depression risk group=73.3
A14	Kim & Park (2012)	1	213	1	No	DP	CES-D (16, 21)	.92	55.8 (mild=17.8, major=38.0)
A15	Lee et al. (2012)	1	369	1	No	DP	CES-D (16, 21)	.939	40.9 (mild=18.4, major=22.5)
A16	Choi & Choi (2012)	1	178	1	No	DP	CES-D	.9	-
A17	Kim et al. (2011)	1	510	1	Yes	DM	BDI (T score ≥ 65)	.85	Depressive symptoms=6.7
A18	Kim & Kim (2011)	1	314	1	No	DS	CES-D (16, 21)	.91	56.0 (mild=19.7, major=36.3)
A19	Choi et al. (2010)	1	706	1	No	DP	SDS (56)	NR	35.5
A20	Kim et al. (2010)	1	362	1	No	DP	CES-D (16, 21)	.9	61.3 (mild=19.6, major=41.7)
A21	Yoon (2009)	1	202	1	No	DP	CES-D	.94	-
A22	Jeong & Kim (2009)	1	667	1	No	DP	BDI (10, 16, 24)	.89	38.4 (mild=22.8, oderate=12.6, severe=3.0)
A23	Kim et al. (2009)	1	362	1	No	DP	CES-D (16, 21)	.9	61.3 (mild=19.6, major=41.7)

<sup>†</sup> Only depression items were used; -=non-reported; Design (1=descriptive & correlation design, 2=quasi-experimental design, 3=pre-experimental design); No. of subjects (e=experimental group, c=control group); Sampling method (1=convenience, 2=stratified, 3=secondary data, 4=systematic method, rd=0=non-randomization, rd=1=randomization); RD=research design; SM=sampling method; DT=depression term; DP=depression; DS=depressive symptoms; DM=depressive mood; IRB=Approval of IRB; T score=standard score; CES-D=Center for epidemiologic studies-depressed mood scale; BDI=Beck's depression index; SDS=Zung's self-rating depression scale; PHQ=Spitzer's patient health questionnaire; Goldberg's Tool=Goldberg's short screening scale for anxiety and depression; WHO-5=well-being index; COPSOQ-K=Korean version Copenhagen psycho-social questionnaire; SCL-90R=Symptom check list-90 revision; MAACL=Multiple affect adjective checklist; HAD-D=Hospital anxiety-depression scale; NRS=Numeric rating scale.

**Table 2.** Summary of The Literature Review of Relevant Studies (Continued)

(N=45)

Study ID	Author (year)	RD	Subjects n	SM	IRB	DT	Measurement tool (cut-off score)	Cronbach's α	Prevalence of depression %
A24	Kim et al. (2009)	1	206	1	No	DP	NRS	-	-
A25	Bang & Park (2008)	1	261	1	No	DP	SCL-90~R	.824	-
A26	Yoon et al. (2008)	1	810	4	No	DP	SDS (50, 60, 70)	.814	39.1 (mild=35.4, oderate=3.5, severe=0.2)
A27	Huh et al. (2008)	1	318	1	No	DP	CES-D	-	-
A28	Kim et al. (2007)	1	195	1	No	DST	BDI (10, 16, 24)	.9	41.0 (mild=27.7, moderate=8.7, severe=4.6)
A29	Lee & Yun (2006)	1	138	1	No	DP	SDS	.8362	-
A30	Lee & Kim (2006)	1	400	1	No	DP	CES-D (26)	.79	40.8
A31	Kang et al. (2005)	1	276	1	No	DP	Goldberg's tool <sup>†</sup> (2)	.774	44.9
A32	Kang et al. (2005)	1	286	1	No	DP	Goldberg's tool	-	-
A33	Lee et al. (2004)	1	389	1	No	DP	BDI (17, 21, 25)	.89	21.5 (mild=11.2, moderate=5.7, severe=4.6)
A34	Lee et al. (2002)	1	198	1	No	DP	CES-D (16)	.89	29.0
A35	Lee (2001)	1	252	1	No	DP	SDS	.8	-
B1	Kim et al. (2014)	1	84	1	No	DP	BDI	-	-
B2	Lee & Shin (2014)	1	243	1	Yes	DP	CES-D	.93	-
B3	Son & Park (2011)	1	165	1	No	DP	BDI	.94	-
B4	Jeong (1998)	1	558	1	No	DP	SDS	-	-
B5	Kim et al. (1998)	1	80	1	No	DP	BDI	-	-
C1	Seo & Hong (2015)	2	e=6, c=6	1 (rd=0)	No	DP	BDI	-	-
C2	Lee et al. (2011)	2	e=23, c=23	1 (rd=0)	No	DP	SDS	.85	-
C3	Choi et al. (2009)	2	e=18, c=18	1 (rd=0)	No	DP	BDI	.881	-
C4	Park et al. (2007)	2	e=16, c=18	1 (rd=1)	No	DP	MAACL <sup>†</sup>	.9	-
C5	Ko & Joe (2002)	3	e=5, c=0	1	No	DP	BDI	-	-

<sup>†</sup> Only depression items were used; -=non-reported; Design (1=descriptive & correlation design, 2=quasi-experimental design, 3=pre-experimental design); No. of subjects (e=experimental group, c=control group); Sampling method (1=convenience, 2=stratified, 3=secondary data, 4=systematic method, rd=0=non-randomization, rd=1=randomization); RD=research design; SM=sampling method; DT=depression term; DP=depression; DS=depressive symptoms; DST=depression state; IRB=Approval of IRB; T score=standard score; CES-D=Center for epidemiologic studies-depressed mood scale; BDI=Beck's depression index; SDS=Zung's self-rating depression scale; PHQ=Spitzer's patient health questionnaire; Goldberg's Tool=Goldberg's short screening scale for anxiety and depression; WHO-5=well-being index; COPSQ-K=Korean version Copenhagen psycho-social questionnaire; SCL-90R=Symptom check list-90 revision; MAACL=Multiple affect adjective checklist; HAD-D=Hospital anxiety-depression scale; NRS=Numeric rating scale.

**Table 3.** Depression and Measurement of Relevant Studies

(N=45)

Characteristics	Categories	ID of studies
Term of depression	Depression	A1~A3, A6, A7, A9, A11, A13~A16, A19~A27, A29~A35, B1~B5, C1~C5
	Depressive symptoms	A4, A5, A12, A18
	Depression & depressive symptoms <sup>†</sup>	A8, A10
	Depressed mood or depression state	A17, A28
Tool of measurement (n=11) <sup>†</sup>	Center for epidemiologic studies- depressed mood scale (CES-D)	A3, A6, A7, A9, A10, A12~A16, A18, A20, A21, A23, A27, A30, A34, B2,
	Beck depression index (BDI)	A2, A17, A22, A28, A33, B1, B3, B5, C1, C3, C5,
	Zung self-rating depression scale (SDS)	A19, A26, A29, A35, B4, C2
	Patient health questionnaire (PHQ)	A1, A5
	Short screening scale for anxiety and depression (SSAD-SF)	A31 <sup>§</sup> , A32 <sup>§</sup>
	Others	A4, A8 <sup>§</sup> , A11 <sup>§</sup> , A24, A25, C4 <sup>§</sup>

<sup>†</sup>Total no. of tools used in relevant studies; <sup>‡</sup>Two terms were in a study; <sup>§</sup>Only depression items were used; Others=WHO-5 well-being index, Korean version-Copenhagen psycho-social questionnaire (COPSOQ-K), Hospital anxiety-depression scale (HAD-D), Numeric rating scale (NRS), Symptom check list-90~revision (SCL-90R), & Multiple affect adjective checklist (MAACL).

상관관계 분석은 총 51건(47.7%)으로 직무 및 조직적 영역 43건(40.2%)이나 사회적 지지 8건(7.5%), 중재 프로그램 5건(4.7%) 보다 많았다. 가장 많이 탐색된 변수는 직무 및 조직적 영역의 ‘직무 스트레스 및 스트레스(11건)’이었으며, 그 다음 ‘신체적 증상(8건)’, ‘교대근무(7건)’, ‘수면장애(7건)’ 순이었다(Table 4). 직무 및 조직적 영역에서는 직무 스트레스와 함께 소진이나 감정노동, 이직의도 등 부정적인 변수들과의 상관관계 분석이 많았으며, 직무만족과 같은 긍정적인 변수를 다룬 경우는 4건에 불과하였다. 특히 교대근무나 사회·심리적 근무환경, 병원 유형, 직장 내 폭력 경험 등 간호사의 근무환경과 관련된 변수들과의 관계를 분석한 경우는 14건이었다. 개인적 영역에서는 우울증상 관련 변수들 중 신체적 증상 및 생리적 지표와 수면장애, 피로 등에 대한 분석이 많았으며, 그 다음 건강행위나 사회·심리적 안녕감, 자아존중감 등과의 상관관계 분석이 뒤를 이었다. 기타 일주기 유형이나 의사소통 유형, 자아상태 등과 우울과의 상관관계 분석은 각각 1건씩이었다(Table 4).

한편 관련 변수들과의 상관관계 분석 결과, 직무 스트레스나 감정노동, 소진이나 이직의도 등 부정적인 직무 및 조직적 영역의 변수에 대한 지각이 높을수록 또는 폭력 등 직장 내 사고 경험이 있거나 심리적, 물리적 환경이 좋지 않다고 응답한 간호사의 우울 정도가 높았던 반면에, 직무만족이나 조직적 지지 및 개인적 지지 등 사회적 지지가 많다고 지각할수록 간호사들의 우울 정도는 낮았다. 구체적으로 살펴보면, 직무 스트레스의 경우, 많은 연구들에서 우울과 정상관관계가 있는 것으로 나타나

직무 스트레스가 높을수록, 특히 업무요구량이나 업무과부하가 많을수록 간호사의 우울 정도 또한 높았다(A14, A16, A23). 그러나 업무재량권이나 업무통제, 업무요구, 업무과부하, 역할 갈등 등 구체적인 직무 스트레스 하부요인과 우울과의 관련성은 일관적이지 않았다. 소진의 경우에는 A16를 제외한 해당 연구 모두 우울과의 정적인 상관관계를 보고하였다. 감정노동 또한 많은 연구들에서 우울과의 정상관관계를 보였던 바, 하부영역 감정노동의 빈도나 강도, 요구나 통제이나 진심행위(deep-acting)와의 상관관계는 일관적인 결과를 보이지 않았던 반면에, 표면행위(surface acting)와는 정적인 상관관계가 있었다(A3, A12, A18). 즉 감정노동, 특히 표면행위의 감정노동이 많은 간호사일수록 우울 정도 또한 높았다. 교대근무 여부에 따른 우울 정도는 해당 연구 7편중 B1, B4 연구에서만 교대근무 간호사의 우울 정도가 비교대 근무자 보다 높았던 반면에, 나머지 5편의 연구에서 그 상관관계는 유의하지 않았다. 또한 근무 중 폭력이나 상해를 경험하는 간호사(A9, A10)나 3차 의료기관에 종사하는 간호사(A34)의 우울 정도가 그렇지 않은 간호사 보다 더 높았다. 사회적 지지의 경우, 거의 대부분의 연구에서 개인적 혹은 가족, 상급자나 동료에 대한 지지가 많다고 응답한 간호사는 우울에 대한 지각 정도 또한 낮았다.

또한 개인적 영역의 자아존중감, 안녕감 등 긍정적 변수들에 대한 지각 정도가 높을수록 간호사의 우울 정도는 낮았던 반면에, 우울 정도가 높은 간호사 일수록 수면장애나 신체적 증상, 피로 등 부정적인 우울 증상 관련 변수들에 대한 보고가 높았



**Table 4. Nurses' Depression-related Variables of Relevant Studies**

(N=107)<sup>†</sup>

Variables <sup>§</sup>	Relevant studies	
	ID of studies (r-value or direction of correlation) <sup>†</sup>	n <sup>†</sup> (%)
<b>Work-related &amp; organizational (n=10)<sup>§</sup></b>		43 (40.2)
▪ Job stress, stress	A8 (.76), A10 (.31), A26 (.167), A30 (.36), A33 (.126); A6 (ns); A14 (.39)=high job demand (.21), insufficient job control (ns), inadequate social support (ns), job insecurity (.26), organizational injustice (.35), lack of reward (.36), discomfort in organizational climate (.24); A16=demands at work (.37), decision latitude (ns); A21 (.471)=difficult physical environment (ns), insufficient job control (ns), high job demand (ns), job security (.430), inadequate social support (.192), organizational injustice (.207), lack of reward (.532), discomfort in occupational climate (.393); A23 (.33)=high job demand (.24), insufficient job control (ns), job insecurity (.18), inadequate social support/conflict of relations (.15), organizational injustice (.19), lack of reward (.26), discomfort in occupational climate (.29); A27=job request (-.144), job control (-.127); A34=role conflict (ns), ambiguity (+, p < .001), overload (ns)	11
▪ Burnout	A3 (.60), A5 (.63), A6 (.56), A8 (.73), A13 (.66), A16 (.19)	6
▪ Emotional labor	A6 (.32), A10 (.48); A18 (.13)=surface acting (.26), deep-acting (ns); A3=frequency (.125), intensity (ns), variety (-.063), surface acting (.254), deep acting (.091); A5=emotional demands & regulations (.21), overload & conflicts during customer service (.31), emotional damage & hurt (.47), organizational surveillance & monitoring (.30), lack of a supportive & protective system in the organization (.15); A12 (.413)=frequency (.434), duration (.262), variety (ns), surface acting (.425), deep acting (ns)	6
▪ Work environments		
- Psychological work environments	A4=possibility for development (OR=0.551), collaboration & leadership (ns), work-family conflict (OR=2.002), demands at work (ns); A8=social community at work (-.28), work-family conflict (.46), mutual trust between employee (-.40)	2
- Ergonomic & biological risk	A4=ergonomic & biological risk (ns); A16=quick exposure check (.31)	2
- Shift work	A31 (ns), A34 (ns), B2 (ns), B3 (ns), B5 (ns); B1 (+, p=.006), B4 (+, p < .001)	7 14
- Hospital type	A34=tertiary hospital (+, p=.001)	1
- Traumatic events experience	A9 (.212), A10 (.21)	2
▪ Turnover intention	A6 (.42), A9 (.315)	2
▪ Job/ compassion satisfaction	A24 (-.281); A1=compassion satisfaction (-.58); A31=job dissatisfaction (OR=2.706); A34=autonomy (-, p < .001), interaction within nurses (-, p=.032), professional status (-, p=.021), administration (ns), Dr-Nr relationship (ns), pay component (ns), task requirement (ns)	4
<b>Social support (n=2)<sup>§</sup></b>		8 (7.5)
▪ Organizational support	A18 (-.23), A23 (-.32)	2
▪ Social support	A15 (OR=2.7), A27 (-.193), A28 (β=-3.1584); A3=family (-.274), colleague (-.237), supervisor (-.309); individual support=A18 (-.39), A23 (-.34); A24=family support (ns)	6
<b>Personal (n=22)<sup>§</sup></b>		51 (47.7)
▪ Depressive symptoms-related		
- Sleep disorder & poor quality	A1 (.52), A8 (.59), A12 (0), A17 (.438), A20= (+, p < .001); B3=shift nurses' sleep quality (ns), non-shift nurses' sleep quality (-.50); B4=subjective sleep characteristics (-.47)=rigidity of sleeping habits (-.41), vigour or ability to overcome drowsiness (-.22)	7
- Fatigue, compassion fatigue	A26 (.425), B2 (.37), B3 (.49~.50); A1=compassion fatigue (.50~.72); A30=mental fatigue (.471), physical fatigue (.360)	5 22
- Physical & biological symptoms	A3 (.57), A6 (.42); A19=irritable bowel syndrome (ns); A24=cholesterol (ns), hemoglobin (ns), obesity perception (ns); A33=diseases (ns); A20=BMI (ns), A24=BMI (ns)	8
- Anxiety, anger	A1=anxiety (.69); A30=trait anger (.37), anger-in (.231); state anger (ns); anger out (ns), anger control (.12)	2
▪ Health behaviors	A24 (-.347), B3=for shift workers (-.30), for non-shift workers (-.45); A20=breakfast (ns), irregular meals (+, p=.006), alcohol drinking (+, p=.049), no exercise & leisure activity (+, p=.021), admission (ns); A32=abnormal eating attitude (ns); B2=for shift nurses=physical activity (.16), interpersonal relationship (-.14), responsibility of health (ns), diet (ns), spiritual growth (ns), stress management (ns)	5
▪ Perceived health status	A20 (-, p < .001), A24 (-.290)	2
▪ Psycho-social well-being, QOL (quality of life)	A2 (-.245), A7 (-.62), A29=spiritual well-being (-.645), QOL (-.667)	4
▪ Self-esteem, self-efficacy	A28 (β=-3.2664), A29 (-.656), A33 (-.487); A14=self-efficacy (-.47)	4
▪ Interpersonal relation	A13 (-.49), A22 (-.422); A35=interpersonal attitude=life position (ns)	3
▪ Resilience	A11 (β=-.25), A15=ego-resiliency (ns)	2
▪ Others	A2=emotional intelligence (-.321); A7=gratitude (-.45); A13=professional self-concept (-.51); A17=composite scale for morningness (-.236); A22=communication type (-.141); A23=coping strategies (-.23)=control (-.28), avoid (0); A25=assertiveness (-.237); A26=TABP (.35); A35=type of ego state=adult (-.382), adapted child (.357), critical parent (ns), nurturing parent (ns), free child (ns)	9
<b>Experimental studies' program (n=5)<sup>§</sup></b>		5 (4.7)
	Effective=C1=group art therapy, C2=self growth program, C3=Lebed therapy, C4=REBT (rational emotive behavior therapy) group counseling; non-effective=C5=bright light exposure	

<sup>†</sup> Multiple responses & including experimental designed studies; <sup>†</sup> (ns)=not-significant, (-)=negative correlation, (+)=positive correlation, OR=odds ratio; <sup>§</sup>No. of variables (No. of total variables in relevant studies=39); BMI=body mass index; TABP=type of A behavioral pattern.

다. 구체적으로 살펴보면, 우울정도가 높은 간호사들이 신체적 증상을 더 많이 호소할 가능성이 있는 반면에, 콜레스테롤이나 헤모글로빈 등 구체적인 생리적 변수들과는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 수면장애는 우울과 정적인 상관관계가 있었던 반면에, 수면의 질과 우울 간에는 역상관관계가 있는 것으로 나타나 간호사의 우울정도가 높을수록 수면장애 경험 가능성 또한 높으며 수면의 질은 떨어지는 것으로 확인되었다. 또한 간호사의 우울 정도가 높을수록 피로나 불안감 또한 높았다. 건강행위의 경우에는 구체적인 행위별로 일관적인 결과를 보이지 않았으나, 건강행위 전체 값을 분석한 A24, B2와 B3 연구의 경우, 간호사의 우울과 건강행위와는 역상관관계가 있었다. 또한 지각된 건강상태가 좋을수록 우울 정도는 낮았으며, 그 외 사회심리적 안녕감, 삶의 질, 자아존중감, 대인관계, 회복력 등 긍정적인 변수들과 우울 간에는 역상관관계가 있음이 확인되었다.

## 논 의

본 연구는 간호사의 우울 관련 국내 연구 논문들을 분석함으로써 간호사의 우울 수준과 관련 요인들을 확인하고 간호사의 우울을 예방·관리하고 우울을 유발하는 열악한 근무환경의 개선 전략 마련을 위한 기초자료를 제시하고자 시도되었다.

본 연구결과, 국내에서 발표된 간호사의 우울에 대한 연구 논문은 1998년 처음 발표되어 2000년 이후 점차 증가하였으며 특히 2011~2017년 발표된 논문이 전체 분석 대상 논문의 50%를 차지하였다. 이는 간호인력 부족과 업무과부하, 직무 스트레스 등과 관련하여 간호사가 경험하는 우울과 같은 부정적인 사회·심리적 문제에 대한 최근의 사회적 관심이 일부 반영된 것으로 생각된다. 분석 논문 대부분은 서술 및 상관관계 연구이었으며 간호사의 우울을 감소시키거나 예방하기 위한 중재를 적용하고 그 효과를 검증하는 실험연구는 11.1%에 불과하였다. 이 같은 결과는 간호사의 업무 스트레스 논문을 분석한 Lee (1996)의 연구에서 실험연구가 전체 대상 논문의 1.8%였던 것을 고려하면 매우 고무적이라 할 수 있다. 그러나 1970년부터 2010년까지 발표된 국내 간호연구 총 6,890편의 논문을 분석한 Choe 등(2014)의 연구에서 전체 대상 연구의 20.6%가 실험연구이었던 결과를 고려하면 간호사의 우울 예방 및 관리에 대한 실험연구의 비율은 높다고 할 수 없다. 따라서 간호사의 우울을 완화시키고 예방할 수 있는 방안 마련을 위한 실험연구가 더 활성화되어야 할 것으로 생각된다.

대부분의 대상 연구 논문들에서 편의 표출방법을 사용하였으며 서술적·상관관계 연구들 중 표본의 크기가 200명 미만인

경우가 많았고 일부 연구의 대상자 수는 100명 미만이었다. 실험연구 또한 대상자를 무작위 할당할 경우는 1편에 불과하였다. 양적연구에서 표본의 크기나 대상자 표출방법과 실험연구에서의 무작위 할당은 연구의 통계적 타당도와 질에 영향을 미친다(Streiner, Norman, & Cairney, 2015). 따라서 연구의 성과에 대한 타당성과 신뢰성을 담보하기 위해서는 신뢰도와 타당도를 높일 수 있는 더 엄격한 연구방법을 적용하여야 한다. 한편 기관윤리위원회(IRB) 승인을 받은 경우는 15.6%에 불과하였다. 생명윤리 및 안전에 관한 법률(2017)이 개정되면서 연구 윤리가 강화되어 인간을 대상으로 한 모든 연구에 대하여 IRB 승인을 받도록 하는 것이 강조되고는 있으나, 법률 개정 이후의 발표된 연구들 또한 대상자에게 동의서를 받지 않고 부서장의 연구 협조만을 받아 연구를 진행하는 경우가 있었다. 생명윤리와 안정성 확보를 통한 연구 성과에 대한 타당성과 신뢰도를 높이기 위해서는 IRB 승인을 통한 연구에서의 대상자의 익명성과 연구참여에 대한 자율성을 보장하는 노력이 필요하다.

분석 대상 논문들에서 대상 간호사들이 재직하고 있는 병원의 경우 상급종합병원이나 대학병원이 가장 많았고 대부분 광역자치단체에 소재한 대형 병원들이었다. 그러나 전국적으로 의료기관의 과반수 이상이 400병상 미만의 종합병원 및 병원이라는 상황을 고려하면(Hospital Nurses Association, 2018), 이 같은 결과는 지방이나 중소 규모의 종합병원 및 병원에 종사하고 있는 간호사의 우울에 대한 연구는 소극적이라는 것을 시사한다. 따라서 추후에서는 전국 단위나 지방의 병원에 재직 중인 간호사의 우울에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

간호사의 우울을 측정하기 위해 많이 사용된 도구는 CES-D와 BDI이었다. 이들 도구는 국외에서 우울이나 기분장애 정도를 검사하기 위해 개발되어 임상이나 여러 연구들에서 선별검사(screening) 등 일차적 관리에 사용되는 신뢰도와 타당도가 검증된 도구이다(Beck et al., 1988; Park & Kim, 2004). 특히 CES-D가 가장 많이 사용되었는데, 이는 CES-D가 간단한 선별검사 도구로 스트레스 등의 연구에서 우울 증상을 호소하는 근로자를 선별하는데 도움이 되는 측정도구(Park & Kim, 2004)라고 평가되는 것과 맥을 같이 하는 것으로 생각된다. 또한 CES-D나 BDI 모두 국내 연구에서 다양한 연구자들에 의해 번역되어 사용되었던 바, 타당도와 신뢰도를 검증한 여러 편의 한국어판 표준화 도구가 있으므로(Park & Kim, 2004) 해당 연구자가 각각의 개별 연구에서 번역하여 사용한 것 보다는 타당도 및 신뢰도를 검증받은 선행연구의 도구를 사용하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

한편 CES-D를 적용한 연구들 중 2편의 연구에서는 대상 간

호사의 과반수 이상이 우울을 경험하는 등 많은 간호사들이 우울을 겪고 있음을 확인하였다. 특히 임상적 치료가 필요하다고 간주하는 21점을 절단점으로 한 A13 연구에서는 간호사의 우울 유병률이 73.3%였다. 본 연구에서 메타분석으로 통하여 우울점수와 그 유병률 결과를 통합 분석하지 않아 엄격한 비교는 어려우나 이는 국내 5개 지역 종합병원 근무 간호사를 대상으로 CES-D을 이용하여 간호사의 우울을 측정된 Yoon과 Kim (2013)의 연구에서 대상자의 37.6%가 우울 군이라고 보고한 것과 유사한 수준이었다. 그러나 이는 중소 규모 사업장의 비교대 여성 근로자의 28.7%를 우울 군으로 보고한 Park, Min, Chang, Kim와 Min (2009)의 연구나 미국의 내외과계 병동에서 일하는 간호사 중 22점 이상의 우울군이 21%라는 결과 (Welsh, 2009)보다 높은 수준이었다. 이는 국내 간호사가 경험하는 우울 수준이 미국 간호사들에 비하여 높으며, 국내 여성 근로자와 비교하여도 심각한 수준에 처해 있음을 시사한 것이다. 특히 경중 우울군으로 분류된 간호사들의 경우, 이직이나 자살 등 더 심각한 부정적인 결과로 나타날 수 있는 바, 자살한 간호사를 대상으로 한 연구(Feskanich et al., 2002)에서는 직장 가정에서의 스트레스가 높은 간호사의 우울 위험비가 증가하였으며 이들은 낮은 스트레스를 경험하는 사람에 비하여 자살률이 5배 정도 증가하였다. 따라서 정부 보건의료정책 및 의료기관 관리자 등은 국내 간호사들이 직무 현장에서 경험하고 있는 우울이 실제적이고 심각한 수준임을 인식하고 간호사의 우울을 유발하는 관련 변수들에 대한 직접적인 증제가 시급히 필요하다고 생각된다. 또한 전국단위의 연구나 여러 연구들에서 보고한 간호사의 우울 관련 결과들을 통합하는 메타분석 연구를 통하여 보다 명확한 국내 간호사의 우울 유병률 및 현황에 대한 확인이 필요하다.

분석 대상 연구들에서 간호사의 우울과 관련하여 가장 많이 탐구된 변수는 '직무 스트레스'와 '소진'이었으며 이와 함께 수면 장애나 감정노동, 피로, 불안과 소진 등 주관적인 부정적 정서 및 증상과 관련된 변수들이 많았다. 이는 간호사가 경험하는 부정적 정서에 대한 최근의 사회적 관심을 일부 반영하는 것으로 생각된다. 선행연구들에 따르면 우울은 자살과의 관련성뿐 아니라 갑작스런 심정지, 심뇌혈관 질환 등 만성질환과의 관련성 또한 높다(Brandford & Reed, 2016; Whang et al., 2009). 우울증을 겪고 있는 간호사들은 계속적으로 업무를 수행하고는 있으나 피로나 불안, 소진 등과 같은 증상으로 인하여 업무 수행도가 낮으며, 특히 투약오류나 환자 낙상 등을 더 자주 보고하는 등 질적인 간호업무 수행이 어렵게 된다(Letvak et al., 2012). 따라서 우울증 위험에 처해 있는 간호사들의 이러한 신

체적 증상과 만성 질환, 피로 등을 모니터링하고 적극적으로 우울을 감소시킬 수 있는 방안 마련이 필요하다.

본 연구결과, 간호사가 우울을 경험하게 되는 직무 현장이나 환경, 직무내용에 대한 연구들은 적었다. 직무환경 관련 개념 중 가장 많이 다루어진 개념은 '교대제'이었으며, 간호사가 지각하는 주관적인 직무환경에 대한 평가가 대부분이었다. 특히 최근 국가적, 사회적 관심을 받고 있는 심각한 인력부족이나 업무과부하, 열악한 근로조건, 태움 등과 관련된 연구는 매우 적었다. 선행연구들에 따르면 직무 요구, 직무불안정, 보상 부적절, 불공정한 조직체계, 초과근무나 장시간의 근무, 교대근무, 간호사의 경제적 위치 등이 간호사의 우울에 영향을 미친다(Brandford & Reed, 2016; Eaton, Muntaner, Bovasso, & Smith, 2001; Hall, Franche, & Koehoorn, 2018; Yoon & Kim, 2013). 따라서 간호사의 우울을 감소시키고 예방하기 위해서는 간호사가 경험하는 주관적인 부정적 정서 및 증상 감소 전략과 함께 간호사의 업무특성이나 간호사가 업무를 수행하고 있는 현장의 직무환경 개선, 직무 재설계 등과 같은 조직수준의 전략 마련이 필요하다.

한편, 사회적 지지나 심리적 안녕감, 자기효능감, 회복탄력성, 자아존중감 등 긍정적 정서를 탐색하는 연구가 최근 증가하고 있는 것으로 나타났다. 선행연구들에서는 간호사의 부정적인 사회·심리적 반응에 있어 여러 환경적 요인들이 직접적으로 영향을 주기 보다는 개인과 환경과의 상호작용에 있어서 개인적인 조절요인의 역할에 따라 심리적 반응이 달라질 수 있다고 가정한다(Park & Kim, 2004). 따라서 타 전문의료인과의 협력으로 환자 간호를 수행하는 간호업무의 특성상, 직장 내 동료나 상사의 지지나 조직적인 지지, 간호사가 자기 업무에 대하여 가지고 있는 자기효능감과 자아존중감 등이 열악한 근로 환경에서 간호사가 경험하는 스트레스나 우울 등 부정적인 반응을 낮추는데 기여할 수 있을 것으로 생각되며, 이에 간호사의 긍정적인 변수들을 향상시킬 수 있도록 하는 조직수준의 전략 또한 요구된다.

본 연구는 국내 간호사의 우울 관련 연구 논문에 대한 분석을 통하여 국내 간호사의 우울 수준과 관련 요인들을 확인하고, 간호사의 우울을 예방하고 관리하기 위해서는 개인 수준의 부정적인 증상들을 완화시키고 긍정적인 변수를 향상시킬 수 있는 전략 마련과 함께 우울을 유발하는 열악한 근무환경을 개선시킬 수 있는 연구 또한 필요하며 이에 대한 방안 마련을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 그 의의가 있다. 그러나 본 연구는 국내에서 발표된 문헌들에 대하여 편의적인 문헌 검색과, 일부 실험연구가 포함되었으나 횡단적 상관관계 연구에 초점



을 두어 분석이 이루어졌으며, 간호사의 우울 관련 결과를 통합하는 메타분석이 이루어지지 않았다는 측면에서 본 연구결과를 일반화 하는 데에 제한점이 있다. 따라서 추후 연구에서는 메타분석 등을 통하여 각 연구들에서 탐색된 특정 변수들과 우울과의 상관관계의 결과를 통합하여 상관관계의 크기 추정하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

## 결론 및 제언

간호사가 실무 현장에서 경험하는 우울을 완벽하게 예방할 수 없을 수도 있으나 간호사의 우울을 낮추고 예방하기 위해서는 무엇보다 간호사들이 실제적으로 겪고 있는 우울과 관련 요인에 대한 이해가 중요하다(Brandford, 2016). 본 연구결과 실무 현장에서 간호사가 경험하는 스트레스, 우울 등 부정적인 사회·심리적 문제에 대한 최근의 사회적 관심을 반영하듯 간호사의 우울 관련 연구는 매년 증가하고 있었으나, 간호사의 우울을 감소시키거나 긍정적 요인을 향상시키는 실험연구는 매우 적었다. 또한 많은 간호사들이 우울을 경험하고 있음을 확인하였다. 직무 스트레스나 감정노동, 소진이나 이직의도 등 부정적인 요인에 대한 지각이 높을수록 또는 폭력 등 직장 내 사고 경험이 있거나 근무 환경이 좋지 않을수록 간호사의 우울 정도는 높았던 반면에, 직무만족이나 조직적 지지 및 사회적 지지, 회복탄력성, 자기효능감 등 긍정적인 요인에 대한 지각이 높을수록 우울 정도는 낮았다. 따라서 두 가지 측면에서의 간호사의 우울 예방 및 관리 전략이 필요하다. 즉 우울에 큰 영향을 미치는 직무 스트레스나 소진 등을 낮추기 위하여 이를 유발하거나 지속적으로 영향을 미치는 인력부족이나 업무과부하, 감정노동, 조직문화 등 간호사의 근무환경과 직무내용 등을 개선하여야 하며, 동시에 간호사의 우울 관련 부정적인 증상을 관리하고 모니터링하며 간호사가 자신의 긍정적인 회복 역량을 향상시키고 조절할 수 있도록 하는 중재 전략이 필요하다. 또한 추후 연구에서는 본 연구에서 확인된 변수들의 우울에 미치는 영향을 이해하기 위해서 체계적인 이론적 모델의 적용과 메타분석 등을 통하여 그 결과를 통합하는 등의 노력이 필요하다.

## REFERENCES

American Psychiatric Association Foundation-Partnership for Workplace Mental Health. (2006). *A Mentally Healthy Workforce-It's Good for Business*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved March 29, 2019, from [http://www.cbhallc.com/Documents/mentally\\_healthy\\_](http://www.cbhallc.com/Documents/mentally_healthy_)

- workforce.pdf
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bioethics and Safety Act. (2017). Retrieved November 22, 2018 from National Assembly Law Information Web site: <http://likms.assembly.go.kr/law/lawsLawInqyDetl1010.do>
- Brandford, A. A., & Reed, D. B. (2016). Depression in registered nurses: A state of the science. *Workplace Health & Safety, 64*(10), 488-511.
- Cho, M. J., & Lee, J. Y. (2003). Epidemiology of depression. *Journal of Koran Medical Science, 46*(9), 772-782.
- Choe, M. A., Kim, N. C., Kim, K. M., Kim, S. J., Park, K. S., Byeon, Y. S., et al. (2014). The trends of nursing research in the journal of the Korean academy of nursing and the journals published by member societies under Korean academy of nursing science. *Journal of Korean Academy of Nursing, 30*(5), 1207-1218.
- Eaton, W. W., Muntaner, C., Bovasso, G., & Smith, C. (2001). Socio-economic status and depressive syndrome: the role of inter and intra generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of Health & Social Behaviors, 42*(3), 277-294.
- Elkins, G., Cook, T., Dove, J., Markova, D., Marcus, J. D., Meyer, T., et al. (2010). Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical Nursing Research, 19*(4), 376-386. <https://doi.org/10.1177/1054773810373078>
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral science*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Publishing.
- Feskanich, D., Hastrup, J. L., Marshall, J. R., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., et al. (2002). Stress and suicide in the nurses' health study. *Journal of Epidemiology Community Health, 56*(2), 209-221. <https://doi.org/10.1136/jech.56.2.95>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal, 297*, 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology, 52*(4), 580-597.
- Hall, A. L., Franche, R., & Koehoorn, M. (2018). Examining exposure assessment in shift-work research: A study on depression among nurses, *Annals of Work Exposure and Health, 62*(2), 182-194. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx103>
- Hospital Nurses Association. (2018, February 7). *Survey on the status of the clinical nursing staff*. Retrieved November 22, 2018 from <http://www.khna.or.kr/web/information/resource.php>
- Kennedy, A. (2018, November 8). *Nursing leadership, challenge and opportunity*. [The Korean Nurses Association News]. Retrieved December 23, 2018 from

- [http://www.nursenews.co.kr/ebook\\_file/1990%201-7.pdf](http://www.nursenews.co.kr/ebook_file/1990%201-7.pdf)
- Lee, M. H. (1996). Analysis of studies on work stress in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 8(1), 180-200.
- Letvak, S., Ruhm, C., & McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-182. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182503ef0>
- Ministry of Health and Welfare. (2017). *Epidemiological Study on the Status of Mental Disease in 2016*. Retrieved February 25, 2019 from [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=339117&page=1](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=339117&page=1)
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at A Glance 2017*. Retrieved February 25, 2019 from [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
- Park, J. S., & Kim, J. H. (2004). *Measuring job stress*. Seoul: Korea Medicine.
- Park, S. G., Min, K. B., Chang, S. J., Kim, H. C., & Min, J. Y. (2009). Job stress and depressive symptoms among Korean employees: The effects of culture on work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(3), 397-405. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0347-8>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Patient health questionnaire study group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of American Medical Association*, 282, 1737-1744.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Tsars, K., Papathanasiou, I. V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M. A., Kelesi, M., et al. (2018). Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: A quantitative cross-sectional study. *Medical Archives*, 72(1), 62-67. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.72.62-67>
- Welsh, D. (2009). Predictors of depression symptoms in female medical-surgical hospital nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 320-326. <https://doi.org/10.1080/01612840902754537>
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Rexrode, K. M., Kroenke, C. H., Glynn, R. J., et al. (2009). Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.10.060>
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease 2004 update*. Retrieved February 25, 2019 from [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Retrieved February 25, 2019 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D112FD865979D5EED1FF3A2F11892781?sequence=1>
- Yoon, S. L., & Kim, J. H. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 1-8. <https://doi.org/10.1111/jnu.12018>
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives General Psychiatry*, 12(1), 63-70. <https://doi.org/archpsyc.1965.01720310065008>