

## 일 도시지역 60세 이상 남성의 우울과 영향요인

Prevalence and Affecting Factors of Depression in Men Aged 60 and over in Urban Community

Hye Ryoung Kim\*

Dept. of Nursing, Inje University, Institute for Health Science Research

### Abstract

The purpose of this study was to identify the prevalence of depression and risk factors for depression in men elders in Korean communities. The sample included 329 who were 60 years of age or over in one urban community. Depression was measured using the Korean version of the Short Form Geriatric Depression Scale. The prevalence of depression of the study sample was 28.9%. Multivariate logistic regression analysis showed that prevalence of depression in men elders was associated with basic livelihood recipient, with poor sleep status, with not being able to perform physical activity with a little shortness of breath in intensity, bouts of at least 30 minutes in duration, and 5 days or more per week in frequency, and 2 or more of diagnosed diseases. The findings from this study can promote screening strategy and prevention of depression for men elders in Korea.

**Key words:** depression, men elders

### 국문초록

본 연구는 일 지역 남성노인의 우울 유병률과 영향요인을 규명하기 위하여 시행되었다. 연구대상은 일 지역 16개 구의 사회복지관 등록된 60세 이상 남성노인 329명이다. 본 연구 대상자의 우울 측정을 위하여 한국어판 단축형 노인우울척도를 이용했고 8점을 절단점으로 하여 판정한 우울 유병률은 28.9%이다. 로지스틱 회귀분석결과 국민기초생활수급 대상인 남성, 수면상태가 나쁜 남성, 중등도 신체활동을 주 5회 적어도 주 1회당 30분 이상 실천하지 않는 남성, 진단받은 질환이 2개 이상인 남성이 우울의 고위험인구임을 확인하였다. 본 연구결과를 토대로 지역사회 60세 이상 남성 가운데 우울 위험인구를 발견하고 집중관리 할 수 있는 전략을 개발할 수 있을 것을 기대한다.

---

\* Corresponding author. Tel. +82-51-890-6835. Fax. +82-51-896-9840. E-mail. nurhrk@inje.ac.kr

Submission & Publication Process

Received: May. 19, 2015 / Revised: Jun. 17, 2015 / Accepted: Jun. 29, 2015

주제어: 우울, 남성노인

## 1. 서론

### 1. 연구의 필요성

한국 남성의 기대수명은 지난 60년 동안 26세 정도 증가하여 2013년도 0세 인구 기준 78.5세에 이르기로서(통계청, 2015) 국가에서 법적으로 노령부양 대상자로서 규정한 60세 이후(국가법령정보센터, 2015) 살아가야 할 기간이 많이 연장되었다. 남성들의 60세 이후는 배우자와의 사별, 직장에서의 은퇴, 사회적 역할이나 지위의 상실, 각종 질환의 이환 등 일생의 삶 가운데 위기가 증가하는 시기이다(Weber, *et al.*, 2015). 이러한 위기에 직면하는 연령의 남성들 중 많은 수가 슬픈 기분을 느끼며, 전에는 즐거웠던 활동들에 대한 흥미가 감소하는 정서장애를 경험하는데, 그 정도와 기간에 따라 전문적인 치료를 받지 않으면, 건강과 삶을 크게 위협하는 우울을 경험할 수 있다(American Psychiatric Association[APA], 1995).

우울은 신체적 질환의 유병률에 영향을 미치거나 악화시키는 요인이 되고(Chan & Zeng, 2011), 개인의 삶의 질을 위협하며(김종임, 2013; 정순돌·구미정, 2011), 자살을 유도하고(장승호, 2014), 대상자와 가족들에게도 고통을 준다는 점(World Health Organization [WHO], 2006)에서 매우 심각한 건강 문제이다.

우리나라의 국민건강영양조사 보고에 따르면, 우울 유병률은 남녀 모두에서 50세부터 큰 폭으로 상승하고 있으며 19세 이상 성인의 유병률에 비해 65세 이상 인구에서는 3.5~6.9%더 높았다.(보건복지부·질병관리본부, 2014). 2011년 전국 노인실태조사에서 보고한 65세 이상 남성의 우울 유병률은 23.3%로(보건복지부·보건사회연구원, 2012), 남성노인 인구의 1/4정도가 우울을 갖고 있다고 볼 수 있다.

이와 같이 우리나라 60대 이후 남성들은 우울 유병률이 높고, 우울로 인한 손실이 심각한데도 불구하고, 여성대비 남성의 우울 유병률이 상대적으로 낮다는 이유로(보건복지부·보건사회연구원, 2012) 여성의 우울에 대한 보고가 다수 이루어진데 비해(고정미, 2014; 김종임 외, 2015; 김혜령, 2014; 남기민·정은경, 2011; 림금란 외, 2011; 신경림 외, 2008), 남성의 우울은 거의 보고되지 않았고, 지역사회 노인들(고민석·서인균, 2011; 김지미·이정애, 2010; 김혜령, 2013; 문명자, 2010; 안지연·탁영란, 2009; 정순돌·구미정, 2011)과 저소득 및 취약인구(김진영·송이은, 2014; 김현미·최연희, 2011; 김희년·서홍란, 2010; 박선영, 2009; 성기월·김미한, 2008; 이승희·양순옥, 2010; 이현주·엄명용, 2014)에서도 남성과 여성을 함께 분석한 연구가 대부분으로, 60대 이후 남성의 우울에 초점을 맞춘 연구는 제한적이다. 그러나 노년 남성의 우울은 전체 노년 인구나 여성과는 우울 유병률 뿐 아니라 그 영

향요인에서도 차이가 있어(Seedat, *et al.*, 2009), 남성만을 대상으로 유병률과 영향요인을 확인할 필요가 있다고 본다.

본 연구에는 많은 위기를 경험하는 60세 이후 남성들의 우울에 대해 거의 확인된 정보가 없다는 점에 착안하여 시도하게 되었다. 60세 이후 남성들의 우울 유병률과 영향요인을 확인함에 있어 많은 60세 이상 인구를 대상으로 한 연구에서 우울 영향요인으로 확인된 IADL 제한(김현미·최연희, 2011; 박선영, 2009; Tong, *et al.*, 2011)과 교육수준(박선영, 2009; 박연환·서은영, 2007; 신창환, 2010; 원종순·김계하, 2008; 장승호, 2014; Blay, *et al.*, 2011; Chiao, *et al.*, 2011)은 본 연구에서 60세 이후 남성들의 우울 유병률에 영향을 미치는가를 확인하고자 선별한 영향요인들에 대해 그 효과를 통제하고자 선택하였다. 그 외의 요인들은 60세 이상 노인대상자의 우울 영향요인 여부를 확인하고자 시도했으나 연구결과들 간에 일관성이 없어 논란의 소지가 있는 요인들로 연령(고정미, 2014; 김혜령, 2013; 권현수, 2009; 박선영, 2009; 박연환·서은영, 2007; 신창환, 2010; Blay, *et al.*, 2011; Chan & Zeng, 2011; Walters, *et al.*, 2004), 배우자 유무(고정미, 2014; 김혜령, 2013; 신창환, 2010; 안지연·탁영란, 2009; 원종순·김계하, 2008; 정순돌·구미정, 2011; Colman, *et al.*, 2011; Walters, *et al.*, 2004), 수면 상태(문명자, 2010; 원종순·김계하, 2008, 장승호, 2014), 사회적 활동(김혜령, 2013; 남기민·정은경, 2011; 신창환, 2010; Chiao, *et al.*, 2011; Tong, *et al.*, 2011) 신체활동(안지연·탁영란, 2009; 원종순·김계하, 2008; Blay, *et al.*, 2011), 질환의 수(김지미·이정애, 2010; 박연환·서은영, 2007; 안지연·탁영란, 2009; 정순돌·구미정, 2011; Tong, *et al.*, 2011), 취업(고정미, 2014; 김지미·이정애, 2010; 박연환·서은영, 2007; 정순돌·구미정, 2011), 음주(이소영, 2010; 원종순·김계하, 2008), 경제수준(김지미·이정애, 2010; 신창환, 2010; 원종순·김계하, 2008; 정순돌·구미정, 2011; Blay, *et al.*, 2011; Colman, *et al.*, 2011; Walters, *et al.*, 2004)을 선택하여 60세 이상 남성의 우울에 영향을 미치는가를 확인하고자 하였다.

본 연구에서 60세 이상 남성들 가운데 우울의 고위험인구를 파악하는데 필요한 근거를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 일 지역 60세 이상 성인남성의 우울증 유병률과 위험요인을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 일 도시지역 60세 이상 남성의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 파악한다.
- 일 도시지역 60세 이상 남성의 우울 영향요인을 파악한다.

## 3. 용어 정의

우울: 미국정신의학협회(American Psychiatric Association [APA], 1994)의 정의에 따르면 우울은 슬픔과 활동에 대한 흥미상실을 주로 하는 정서장애가 적어도 2주 이상 지속되는 상태이다. 본 연구에서는 Sheikh & Yesavage(1986)가 개발한 Geriatric Depression Scale short form을 조맹제 외(1999)가 번역하고 신뢰도와 타당도를 보고한 한국어판 단축형 노인우울척도의 15개 우울 증상 가운데 조맹제 외(1999)가 제안한 우울 절단점에 따라 조사 시점으로부터 최근 2주일 동안 8개 이상의 항목을 경험했다고 보고한 경우를 우울로 판정하였다. 우울 유병률(prevalence of depression)은 조사대상자 가운데 우울로 판정된 자의 비율(%)이다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 일 도시지역의 대한적십자사 산하 16개 구의 사회복지관에 등록된 60세 이상 남성들을 대상으로 횡단적으로 실시한 기초건강조사의 자료를 분석한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 표집방법

본 연구에서는 B 광역시의 대한적십자사 산하 16개 구의 사회복지관에 등록된 주민들 중 60세 이상 성인남성을 대상으로 실시한 기초건강조사의 자료를 이용하였다. 본 자료수집조사에 참여한 대상자 수는 총 356명이었다. 본 연구에서 분석하고자 하는 변수에 결측치를 포함하는 27명을 제외한 329명(조사참여자의 92.4%)의 자료를 최종 분석대상으로 하였다. 본 연구에서 로지스틱 회귀분석을 수행하는데 적합한 표본의 크기를 확인하기 위하여 Hsieh, Bloch와 Larsen (1998)이 제시한 방법으로 G\*Power 3.1.3 프로그램을 이용하여 Odds Ratio=1.5,  $\alpha$  probability=.05, Power=.8 의 조건에서 산출한 표본크기는 208명 이므로 본 연구의 표본인 329명은 로지스틱 회귀분석을 실시하기에 충분하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 우울

본 연구에서는 Sheikh & Yesavage (1986)가 개발한 Geriatric Depression Scale short form을 조맹제 외(1999)가 번역하고 신뢰도와 타당도를 보고한 한국어판 단축형 노인우울척도를 사용하였다. 이 도구는 총 15개 문항으로 구성되어 있고, 응답은 '예', '아니오'로 한다. 부정적인 진술의 문항에 대해

서는 ‘예’를 1점, ‘아니오’를 0점으로, 긍정적인 문항에 대해서는 반대로 점수를 부여함으로써 총 0점부터 15점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 판단한다. 본 연구에서는 조맹제 외(1999)가 보고한 우울 절단점을 적용하여 8점 이상을 우울로 판정하였다. 조맹제 외(1999)가 보고한 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89이며, 본 연구에서 이 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었다.

## 2) IADL의 제한

IADL은 권중돈(1995)이 개발한 일상생활동작도구를 사용하였다. 이 도구는 총 18개 문항으로 구성되며 ‘항상 혼자서 수행할 수 있다’에서 ‘항상 도움이 필요하다’를 5점 등간척도로 구분하였다. 한가지 이상의 일상생활 수행을 혼자서 할 수 없는 경우, 일상생활 수행능력의 제한이 ‘있다’로 구분하였다. 본 연구에서 이 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92이었다.

## 3) 수면상태

수면상태는 오진주 외(1998)가 개발한 수면측정도구를 사용하였다. 본 도구는 총 15문항, 4점 척도로 구성되어 있다. 수면상태에 대한 긍정적인 진술의 문항은 ‘매우 그렇다’를 4점, ‘그렇다’를 3점, ‘아니다’를 2점, ‘매우 아니다’에 각각 1점을 부여하고, 수면상태에 대한 부정적인 문항은 반대로 점수를 부여하여 점수가 높을수록 수면상태가 좋은 것으로 처리하였다. 15개 문항의 평균점수를 구하여 이중 수면에 대하여 긍정적인 응답으로 평가할 수 있는 3-4점은 수면상태가 ‘좋다’로, 부정적인 응답으로 평가할 수 있는 1-2점은 ‘나쁘다’로 분류하였다. 도구 개발자가 보고한 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75이며, 본 연구에서 이 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84이었다.

## 4) 규칙적인 사회활동

규칙적인 사회활동은 2011년 전국노인실태조사(보건복지가족부, 2012)에서 사용했던 노인의 여가 및 사회활동 조사에서 사용한 항목들인 친목활동, 종교활동, 문화활동, 스포츠레저활동, 시민단체 또는 사회단체활동, 이익단체 및 정당단체활동, 봉사활동, 학습활동의 여덟개 유형에 포함되는 세부적 활동들을 제시하고, “아래 활동에 1주일에 1회 이상 규칙적으로 참여하십니까?”의 질문에 대하여 활동 항목 별로 ‘예’와 ‘아니오’로 응답하게 하고, 이 중 한 가지 이상 활동에 ‘예’로 응답했을 때 규칙적인 사회활동을 ‘한다’로 구분하였다.

## 5) 고위험음주

고위험음주는 질병관리본부(보건복지부·질병관리본부, 2014)의 정의에 따라 ‘한 번의 술자리에서

일곱 잔 이상(또는 맥주 다섯 캔) 술을 마시는 것'으로 하였다. 고위험 음주의 빈도를 묻는 질문에 대하여 '전혀 없다', '한 달에 1번 미만', '한 달에 1번 정도'는 '고위험 음주를 하지 않음'으로 '일주일에 1번 정도'와 '거의 매일'은 '고위험 음주를 함'으로 구분하였다.

## 6) 중등도 신체활동

중등도 신체활동은 질병관리본부(보건복지부·질병관리본부, 2014)의 기준에 근거하여 최근 1주일 동안 평소보다 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 1일 30분 이상 주 5일 이상 실천하였습니까?의 질문에 대하여 '예/아니오'로 구분하였다.

## 7) 기타

기타 인구사회학적 특성으로 연령(60-69세/70-79세/80세 이상), 교육수준(무학/초등학교 졸업/중학교 졸업/고등학교 졸업/대학 졸업 이상), 배우자(있다/없다), 수입원이 되는 장기 또는 단기 취업 여부(예/아니오), 국민기초생활수급(예/아니오)로 구분하였다. 건강 특성 중 질환 수는 대상자가 의사로부터 진단받았다고 보고한 질병의 수로 '없다/1개/2개/3개 이상'으로 구분하였다.

## 4. 자료수집방법

본 연구자는 자료수집을 위해 대한적십자사 B 광역시 지사의 16개 구 소재 적십자사 지부의 16개 구 복지관에 자료수집을 위한 협조를 구하였다. 자료수집은 각 복지관에서 허락한 기간에 맞추어 2012년 6월부터 8월까지 주민들이 많이 참여하는 교육 프로그램 전후나 중식 시간을 이용하여 훈련된 연구보조원 2명이 복지관에서 설문지를 이용한 개별 면접으로 수행하였다. 1회의 자료수집에 소요된 시간은 30분 내외였다. 자료 수집은 대상자들의 윤리적인 고려 및 보호를 위하여 의사소통의 장애가 없고 사전에 연구목적, 연구진행절차, 참여에 대한 보상, 개인정보의 보호, 자료이용 범위를 설명하고 연구 참여 동의서에 자발적으로 서명 한 대상자에 한하였다.

## 5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 20.0 통계 분석 package를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 연구대상자의 인구사회적 요인과 건강요인에 따른 우울 유병률을 확인하기 위하여 빈도 및 백분율과 chi-square test를 이용하였다.
- 3) 연구대상자의 우울 유병률에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 logistic regression analysis를

이용하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 연구대상자의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률

본 연구 대상자의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 확인하기 위한 Chi-square 검정 결과는 <Table 1>과 같다. 본 연구에서 사회복지관을 이용하는 60세 이상 남성 329명 가운데 우울로 판정된 자는 28.9%이다. 연구대상자의 우울 유병률은 연령, 취업 여부, 국민기초생활수급 여부, IADL제한, 수면상태, 중등도 신체활동 실천 여부, 진단받은 질환 수에 따라 차이가 있었다.

연령에 있어서는 70대와 80세 이상 남성이 60대 남성보다 우울 유병률이 높았다. 취업상태인 남성 에 비해 취업을 하지 않은 남성의 우울 유병률이 높았고 국민기초생활수급을 받지 않는 남성에 비해 수급을 받는 남성의 우울 유병률이 높았다. IADL의 제한이 없는 남성에 비해 제한이 있는 남성, 수면상태가 좋은 남성에 비해 나쁜 남성, 중등도 신체활동을 실천하는 남성에 비해 실천하지 않는 남성의 우울 유병률이 높았다. 또한 의사로부터 진단받은 질환의 수가 2개인 남성의 우울 유병률이 가장 높았으며, 질환의 수에 따라 우울 유병률은 차이가 있었다.

#### 2. 연구대상자의 우울 영향요인

본 연구의 60세 이상 남성들 중 대학 이상의 교육을 받은 남성에 비해 중학교를 졸업한 남성은 3.18(CI=1.12-9.01)배 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 또한 국민기초생활수급 대상자는 수급을 받지 않는 대상자에 비해 4.66(CI=1.16-18.75)배, 수면상태가 좋은 남성에 비해 나쁜 남성은 3.01배 (CI=1.03-8.79) 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 중등도 신체활동을 실천하지 않는 남성에 비해 실천하는 남성의 우울 발생 가능성은 0.46(CI=0.25-0.79)배로, 중등도 신체활동을 실천하지 않는 남성의 우울 발생이 더 높았다. 진단받은 질환이 전혀 없는 남성에 비해 2개의 진단받은 질환이 있는 남성의 경우 8.65(CI=3.75-19.96)배, 3개 이상의 질환을 진단받은 남성은 3.77(CI=1.47-9.67)배 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 본 로지스틱 회귀분석에서 연령, 배우자 유무, 사회적 활동, 취업, IADL제한, 고위험 음주는 대상자들의 우울 발생에 영향을 미치지 못하였다.

<Table 1> Description of Depression, Socio-demographics and Health Factors

(N=329)

Variables	Categories	Total n	Non-depressed n (%)	Depressed n (%)	$\chi^2(p)$
	Total		234(71.1)	95(28.9)	
Age(year)	60-69	174	136(78.2)	38(21.8)	8.93(.012)
	70-79	126	80(63.5)	46(36.5)	
	≥80	29	18(62.1)	11(37.9)	
Education	≥College	47	39(83.0)	8(17.0)	5.46(.244)
	High school	80	58(72.5)	22(27.5)	
	Middle school	67	44(65.7)	23(34.3)	
	Elementary school	112	79(70.5)	33(29.5)	
	Uneducated	23	14(60.9)	9(39.1)	
Spouse	With	202	145(71.8)	57(28.2)	0.11(.740)
	Without	127	89(70.1)	38(29.9)	
Social activity	Yes	94	74(78.7)	20(21.3)	3.70(.054)
	No	235	160(68.1)	75(31.9)	
Employment	Yes	82	66(80.5)	16(19.5)	4.66(.031)
	No	247	168(68.0)	79(32.0)	
Basic livelihood recipient	No	314	230(73.2)	84(26.8)	15.13(<.001)
	Yes	15	4(26.7)	11(73.3)	
IADL* limitation	No	298	221(74.2)	77(25.8)	14.19(<.001)
	Yes	31	13(41.9)	18(58.1)	
Sleep	Good	116	93(72.6)	23(19.8)	10.41(.001)
	Poor	213	141(70.1)	72(33.8)	
Moderate intensity physical activity	Yes	211	164(77.7)	47(22.3)	12.48(<.001)
	No	118	70(59.3)	48(40.7)	
High risk alcoholic drinking	No	301	212(70.4)	89(29.6)	0.83(.363)
	Yes	28	22(78.6)	6(21.4)	
No. of disease	0	93	82(88.2)	11(11.8)	40.03(<.001)
	1	105	83(79.0)	22(21.0)	
	2	77	37(48.1)	40(51.9)	
	≥3	54	32(59.3)	22(40.7)	

\* Instrumental activities of Daily Living

<Table 2> Logistic Regression of Risk Factors for Prevalence of Depression of Participants

(N=329)

Variables	Categories	OR	95% CI	p
Age(year)	60-69	1		
	70-79	1.55	0.83-2.86	.166
	≥80	1.72	0.64-4.63	.283
Education	≥College	1		
	High school	2.04	0.72-5.78	.181
	Middle school	3.18	1.12-9.01	.029
	Elementary school	2.23	0.94-6.87	.066
Spouse	Uneducated	1.73	0.41-7.22	.453
	With	1		
Social activity	Without	0.89	0.63-1.99	.688
	Yes	1		
Employment	No	1.88	0.96-3.66	.064
	Yes	1		
Basic livelihood recipient	No	1.36	0.65-2.82	.413
	Yes	1		
IADL limitation	Yes	4.66	1.16-18.75	.030
	No	1		
Sleep	Yes	2.47	0.99-6.03	.052
	Good	1		
Moderate intensity physical activity	Poor	3.01	1.03-8.79	.043
	No	1		
High risk alcoholic drinking	Yes	0.46	0.25-0.79	.006
	No	1		
No. of disease	Yes	1.05	0.37-2.93	.930
	0	1		
	1	1.84	0.80-4.28	.154
	2	8.65	3.75-19.96	<.001
	≥3	3.77	1.47-9.67	.006

\* Instrumental activities of Daily Living; OR=Odds ratio; CI=Confidence interval

#### IV. 논 의

본 연구는 지역사회에서 증가하고 있는 60세 이상 남성을 대상으로 우울의 유병률과 위험요인을 확인하고자 시도하였다. 본 연구에 참여한 60세 이상 남성 329명 가운데 28.9%인 95명이 우울로 판정되었다. 본 연구의 결과는 본 연구와 동일한 측정도구를 이용한 2011년 전국노인실태조사(보건복지가족부, 2012)에서 65세 이상 전국 남성에서 보고한 우울상태 경험률 23.3%(여성노인 33.6%)에 비해 다소 높다고 볼 수 있다. 또한 제 6기 국민건강영양조사(보건복지부·질병관리본부, 2014)에서 지난 1년간 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느꼈는가의 여부로 판정한 60대와 70대 남성들의 우울증상경험률이 10%와 11.8%(여성노인 20.5%와 20.1%)로 보고한 것과 비교

했을 때에도 본 연구 대상자의 우울 유병률이 더 높다고 볼 수 있다. 그런가하면 김지미·이정애(2010)가 국민건강영양조사 원시자료를 이용해서 분석한 연구에서 60세 이상 남성 401명을 대상으로 지난 1년간 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느꼈는가의 여부로 판정한 우울 유병률인 12.2%에 비하면 본 연구 대상자의 우울 유병률은 훨씬 높다. 본 연구와 같이 한국어판 단축형 노인우울척도를 사용하였으나 점수화에서 차이가 있는 방법을 선택한 연구에서 65세 이상 저소득층 남성 89명의 우울 유병률은 61.8%(이승희·양순옥, 2010)로 보고하였고, 본 연구와 같은 도구로 같은 절단점을 사용하였으나, 60세 또는 65세 지역사회 성인을 남녀구분 없이 분석한 이소영(2010)은 40.6%, 저소득층 남녀주민을 대상으로 한 박선영(2009)은 62.9%의 우울 유병률을 각각 보고하였다. 국외의 연구로는 한 Chan & Zeng(2011)이 본 연구와 같은 도구이나 점수화에서 차이가 있는 중국어판 도구를 이용하여 Macau의 60세 이상 남성의 우울 유병률을 8.6%로 본 연구와는 다소 큰 차이가 있는 우울 유병률을 보고하였다. 그런가하면 같은 도구와 같은 절단점을 이용하여 Brazil의 60세 이상 성인을 대상으로 한 연구에서 남성 122명의 우울 유병률을 28.7%로(Reichert, *et al.*, 2011)로 보고하였다. 본 연구와 국내외의 선행연구를 통하여 60세 이상 남성의 우울 유병률은 다소 차이는 있으나, 모두 높은 수준임을 알 수 있다. 향후 남성들의 우울에 대한 관심과 관리가 필요하다고 본다.

본 연구의 60세 이상 남성의 우울 위험요인을 확인하기 위해 선택한 11개의 인구사회적 특성과 건강특성들 가운데 국민기초생활수급 여부, 수면상태, 중등도 신체활동 실천, 진단받은 질환의 수는 Chi-square와 로지스틱 회귀분석에서 모두 우울 유병률의 위험요인으로 확인되었다.

본 연구에서 국민기초생활수급 대상인 남성은 수급을 받지 않는 남성에 비해 우울 유병률이 높았다. 60세 이상 남성을 대상으로 국민기초생활수급과 우울의 관련성을 확인한 연구는 전무한 실정이다. 국민기초생활수급 여부에 따라 판단할 수 있는 경제수준, 또는 소득이나 수입과 60세 이상 남녀를 포함한 연구들에 의하면, 예외는 있으나(Colman, *et al.*, 2010), 수입(김지미·이정애, 2010; Blay, *et al.*, 2011)이 낮을수록, 용돈(강지숙·정여숙, 2008)의 액수가 적을수록 우울 유병률 또는 우울정도는 증가하였다. 그러나 이들 연구에는 남성과 여성이 함께 분석되었기 때문에 남성들의 우울과 경제수준에 관한 보고는 본 연구가 초기 시도를 하였다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 수면상태는 오진주 외(1998)가 개발한 도구로 측정된 수면상태를 좋은 상태와 나쁜 상태로 구분하였고 수면상태가 나쁜 남성은 좋은 남성에 비해 우울 발생의 위험이 더 높았다. 이와 같은 결과는 문명자(2010)의 연구에서 재가노인 141명을 대상으로 본 연구와 동일한 수면도구로 측정된 수면상태가 나쁠수록 노인우울척도도 측정된 우울 정도가 증가한다고 한 보고와 일맥상통하고 있다. 그 외에도 장승호(2014)의 연구에서는 단축형 노인우울도구(GDSSF)으로 측정된 우울정도가 높아 우울로 판정된 노인들의 평균수면시간이  $5.36 \pm 2.21$  이며 우울수준이 정상인 노인들의 수면시간이  $6.21 \pm 1.87$ 시간으로 우울한 노인과 우울하지 않은 노인의 수면시간은 유의한 차이가 있다고 보고되었고, 원종순·김계하(2007)의 지역사회 노인을 대상으로 한 연구에서도 수면시간이 6~8시간인 경우 우울정도가 가장 낮고 이보다 수면시간이 짧거나 길어진 경우 우울정도가 증가하였다고 보고하여 수면

의 전반적인 상태 또는 수면 시간이 우울과 관련이 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 평소보다 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 정도의 중등도 신체활동을 1일 30분 이상 주 5일 이상 실천하는 대상자에 비해 실천하지 않는 대상자는 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 본 연구의 대상자 329명 가운데 64%인 211명이 중등도 신체활동을 주 5회 이상 1회에 30분 이상 실천하고 있었다. 또한 이러한 운동을 하지 않는 36%의 남성들 중 48%가 우울로 판정되어 중등도 신체활동을 실천하지 않는 남성들은 우울의 고위험대상자라고 볼 수 있다. 이러한 결과는 남녀의 구분은 하지 않았으나, 노인을 대상으로 신체활동이나 운동이 우울과 관련이 있다고 한 보고들(Blay, *et al.*, 2011)과는 일치하였으나, 운동의 빈도(원중순·김계하, 2008)나 운동 유무(안정애·탁영란, 2009)는 우울 유병률과 관계가 없다고 한 연구들과는 차이가 있다. 향후 노년의 남성들을 대상으로 우울을 감소시키는데 도움을 주는 신체활동의 강도, 시간, 빈도를 확인하기 위한 연구가 필요하다고 본다.

본 연구에서 진단받은 질환이 전혀 없는 남성들에 비해 2개 또는 3개의 질환을 가진 남성에서 우울이 발생할 위험이 높았다. 이러한 결과는 질환의 수가 많을수록 우울 위험이 높다고 한 연구들(안정애·탁영란, 2009; 박연환·서은영, 2007; Tong, *et al.*, 2011)과는 일치한다. 그런가하면 질환의 수와 우울은 관계가 없다(김지미·이정애, 2010; 정순돌·구미정, 2011)고 한 연구들도 있다. 이와 같이 질환의 수와 우울의 관계에서 다소 일관성이 없는 결과들이 보고되고 있으나, 신체적 질환은 우울을 증가시키고, 우울은 신체적 질환을 유도하거나 더욱 악화시키는(WHO, 2006) 악순환의 고리를 갖고 있는 것으로 사료된다. 향후 질환의 수 뿐 아니라, 기간, 심각한 정도 등 다양한 특성과 우울의 관계에 관한 연구가 필요하다고 본다.

교육은 본 연구에서 Chi-square 검정에서는 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나, 로지스틱 회귀분석에서는 대학을 졸업한 노인에 비해 중학교를 졸업한 남성에서 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 그러나 초등학교를 졸업했거나 무학인 노인은 대학을 졸업한 노인과 우울 발생에서 차이가 없다는 결과를 얻었다. 이는 학력과 우울은 직선관계가 아닌 포물선의 관계를 가진다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 남녀를 모두 포함한 노인 대상 연구에서 학력이 낮은 노인들이 학력이 높은 노인들보다 우울 유병률이 높다는 연구결과들(김지미·이정애, 2010; 김혜령, 2013; 박선영, 2009; 박연환·서은영, 2007; 신창환, 2010; 원중순·김계하, 2007; Blay, *et al.*, 2011; Chiao, *et al.*, 2011)과 비교하면, 다소 차이가 있다. 중학교를 졸업한 남성들의 우울 유병률이 이보다 수준이 높거나 낮은 대상자들에 비해 우울 유병률이 높은 것은 대단히 흥미로운 결과이다. 이는 학력에 따른 직업, 경제수준등과의 관련성으로 인해 발생하는 문제로 사료된다.

본 연구에서는 우울에 영향을 미치지 않은 것으로 보이는 연령, 배우자, 사회적 활동, 취업, IADL 제한, 고위험음주와 같은 요인들은 선행연구에서 우울의 유병률이나 정도와 관계가 있거나 없는 것으로 일관성 없는 결과가 보고되어 있다. 향후 이들 요인들에 관해서 심도있는 연구가 요구된다. 도구적 일상생활수행능력은 남성만을 대상으로 한 연구는 거의 찾아볼 수 있으나, 남녀를 모두 포함한 국내외의 노인 연구에서 일관성 있게 우울 유병률이나 우울정도를 높인다는 결과를 보고하였다(김지미·이

정애, 2010; 김현미·최연희, 2011; 박선영, 2009; Tong, *et al.*, 2011). 그러나 본 연구에서는 로지스틱 회귀분석에서 우울에 대해 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 확인되어 선행연구들과는 다른 결과를 얻었다. 본 연구는 남성들의 IADL의 제한과 우울의 관계를 확인하고자 한 초기 연구라는 점에서 의의가 있다고 본다. 남성노인만을 대상으로 연령과 우울의 관련성을 확인한 연구는 보고되지 않았으나, 지역사회 남녀노인을 대상으로 한 우울연구들에서 연령이 증가할수록 우울이 증가한다는 보고(김혜령, 2013; 김현미·최연희, 2011; 신창환, 2010)와 연령과 우울은 관계가 없다(김지미·이정애, 2010; 박선영, 2009; 박연환·서은영, 2007; 이승희·양순옥, 2010; 원종순·김계화, 2008; 장승호, 2014)는 보고들이 있었다. 지역사회 노인을 대상으로 한 많은 연구들에서 노인 연령과 우울 유병률에 대한 일관성 없는 보고는 노인에서 연령이 증가함에 따라 우울 유병률이 증가하는 한편 사망이나 입원 등으로 조사를 위한 표본에 포함되지 못하는 인구들 때문인 것으로 판단된다. 배우자의 경우도 배우자와 함께 생활하는 노인에 비해 배우자 없이 살아가는 노인들에서 우울 유병률이 높다는 연구결과(신창환, 2010)가 있는가하면, 배우자 유무는 우울 유병률이나 정도와 관계가 없다는 결과들(김혜령, 2013; 김지미·이정애, 2010; 이승희·양순옥, 2010)이 혼재되어 있다. 이와 같이 일관성 없는 결과가 나타난 이유는 배우자의 존재 여부만으로는 배우자와 함께 생활하는 것에 대한 긍정적이거나 부정적인 평가를 측정할 수 없었기 때문인 것으로 판단된다. 즉 배우자와 함께 생활하는 노인의 경우 배우자에게 만족을 하는 경우도 있겠지만, 그렇지 않은 경우들이 있을 수 있다. 또한 배우자 없는 노인들의 경우 이로 인해 우울해지는 노인들이 있는가 하면 배우자와 함께 할 때보다 더 다양한 사회참여나 다른 사람들과의 만족스러운 인간관계를 가짐으로서 자신 중심으로 만족스러운 생활을 하는 경우도 있기 때문인 것으로 보인다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 일 도시 60세 이상 남성을 대상으로 우울 유병률과 영향요인을 확인하고자 시도하였다. 본 연구결과를 통하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다. 본 연구의 대상자인 일 지역 60세 이상 남성의 한국판 노인우울척도로 판정한 우울 유병률은 28.9%이었다. 또한 본 연구의 지역사회에 거주하는 60세 이상 남성 가운데 우울의 고위험인구를 파악할 수 있었다. 대상자들 중 국민기초생활수급 대상인 남성, 수면상태가 나쁜 남성, 중등도 신체활동을 주 5회, 1회당 30분 이상 실천하지 않는 남성, 진단받은 질환이 2개 이상인 남성은 우울의 고위험인구라고 볼 수 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서는 일 지역의 성인 남성들을 대상으로 우울 유병률과 위험요인을 확인하였다. 여성들에 비해 상대적으로 위험인구에서 제외되어 있던 남성들의 우울 유병률이 높고, 이들 가운데에도 우울에 취약한 특성을 가진 남성들을 확인할 수 있었다. 즉 우리나라의 인구가 고령화되어

가는 시점에서 증가하고 있는 고령 남성의 우울 고위험인구를 파악했다는 점에서 의의가 있다고 보며, 향후 본 연구를 토대로 60대 이후 남성들을 대상으로 우울 대상자를 선별하고 집중 관리하는데 가이드가 될 수 있는 모형을 개발할 것을 제안한다. 또한 이러한 관리모형을 개발하여 위험인구의 발견과 예방관리를 위한 지속적이고 체계적인 모니터링을 제안하는 바이다. 둘째, 남성성인 및 노인의 우울 유병률의 위험요인들을 확인하기 위해서는 횡단적 조사가 아닌 코오트를 구축하고 장기적으로 후향적 조사를 시행하여 원인과 결과의 인과관계를 확인하기 위한 연구가 이루어 질 것을 제안한다. 이러한 장기적 연구결과에 의해서 남성의 우울과 위험요인에 대한 명확한 근거에 기반 하여 고위험인구를 선별하고 집중 관리 할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강지숙, 정여숙. 2008. 대도시 노인의 질병, 주관적 신체증상 및 영양상태가 우울에 미치는 영향. 역사회간호학회지. 19(3): 378-387.
- 고민석, 서인균. 2011. 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. 대한보건연구. 37(1): 1-14.
- 고정미. 2014. 여성노인의 세대 간 사회적 지원교환과 자기효능감이 우울정도에 미치는 영향. 여성건강간호학회지. 20(4): 277-286.
- 국가법령정보센터. 2015. <http://www.law.go.kr/>
- 권현수. 2009. 노인의 사회참여가 삶의 만족도에 미치는 영향: 우울, 주관적 건강상태의 매개효과를 중심으로. 한국생활과학회지. 18(5): 995-1008.
- 김종임. 2013. 일부 농촌지역 맞춤형 방문건강관리 대상 취약계층 노인들의 건강관련 삶의 질[EQ-5D] 수준 및 관련요인. 지역사회간호학회지. 24(1): 99-109.
- 김종임, 양영미, 박지현, 신희진. 2015. 여성노인의 피부두껍 두께와 우울의 관련성 연구. 기초간호자연구. 17(1): 44-49.
- 김지미, 이정애. 2010. 노인의 우울과 건강수준과의 관련성. 한국노년학. 30(4): 1311-1327.
- 김진영, 송이은. 2014. 건강한 저소득층 노인의 주요 건강보호요인. 보건과 사회과학. 36(-): 103-131.
- 김현미, 최연희. 2011. 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향변인. 지역사회간호학회지. 22(4): 355-364.
- 김희년, 서홍란. 2010. 자기효능감이 요보호독거노인의 우울수준에 미치는 영향에 관한 연구. 노인복지연구. 48(-): 59-82.
- 김혜령. 2013. 일 도시지역 복지관 이용 노인의 우울 유병률과 위험요인. 재활간호학회지. 16(2):79-89.
- 김혜령. 2014. 여성독거노인의 우울과 위험요인, 한국위기관리논집. 10(2): 307-326.

- 권중돈. 1995. 치매노인 가족연구. 서울: 홍익재.
- 남기민, 정은경. 2011. 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로. 노인복지연구. 52(-): 325-348.
- 보건복지가족부. 2012. 2011년도 노인실태조사.
- 보건복지부·질병관리본부. 2014. 2013 국민건강통계.
- 보건복지부·보건사회연구원. 2012. 2011년도 노인실태조사.
- 림금란, 김희경, 안정선. 2011. 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계: 사회적 지지, 사회적 활동의 조절효과 및 매개효과. 한국노년학. 31(1): 33-47.
- 문명자. 2010. 재가노인의 우울 영향 요인에 관한 연구. 대한간호학회지. 40(4): 542-550.
- 박선영. 2009. 일 지역사회 저소득 노인의 우울, 일상생활수행능력과 삶의 질의 관계에 대한 연구. 한국보건간호학회지. 23(1): 78-90.
- 박연환, 서은영. 2007. 노인의 영양위험, 우울, 지각된 건강상태. 대한간호학회지. 37(6): 941-948.
- 성기월, 김미한. 2008. 고혈압을 가진 저소득층 여성노인의 자가간호 행위와 우울증상: 초기노인과 후기노인의 비교. 대한간호학회지. 33(4): 593-602.
- 신경림, 강윤희, 옥지원. 2008. 노년기 요실금 여성의 수면의 질, 일상생활 수행능력과 우울. 대한간호학회지. 38(4): 573-581.
- 신창환. 2010. 삶의 특성이 노인 우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개효과를 중심으로. 한국노년학. 30(2): 453-469.
- 안지연, 탁영란. 2009. 관절염 노인의 연령별 우울정도와 위험요인. 대한간호학회지. 39(1): 72-83.
- 오진주, 송미순, 김신미. 1998. 수면측정 도구의 개발을 위한 연구. 대한간호학회. 28(3): 563-572.
- 이소영. 2010. 재가노인의 건강행위 관련 특성, 자아존중감, 일상생활 수행능력 및 가족지지가 우울에 미치는 영향. 지역사회간호학회지. 21(4): 489-501.
- 이승희, 양순옥. 2010. 저소득층 재가노인의 근골격계 만성통증과 우울이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 지역사회간호학회지. 21(1): 21-30.
- 이은진, 배숙경, 엄태영. 2010. 독거노인 자살시도에 대한 우울과 여가활동 참여의 영향에 관한 연구: 서울특별시 노원구를 중심으로. 한국노년학회. 30(2): 615-628.
- 이현주, 엄명용. 2014. 저소득 우울 여성 독거노인 대상 긍정심리 해결중심 통합집단 프로그램 개발 및 효과. 한국사회복지학. 66(3): 101-131.
- 원종순, 김계하. 2008. 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도 평가. 대한간호학회지. 38(1): 1-10.
- 장승호. 2014. 노인의 우울 및 자살사고에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구. 원광대학교 대학원 석사학위논문.
- 정순돌, 구미정. 2011. 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. 노인복지연구. 52:

- 305-324.
- 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, 강민희. 1999. DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어 판 Geriatric Depression(GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*. 38(1): 49-62.
- 통계청. 2015. 2013년 생명표 보도자료 통계표. <http://kostat.go.kr>
- American Psychiatric Association. 1994. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington, DC: Author.
- Blay, Sergio, L. Gerda, G. Fillenbaum, V. Marinho, Sergio B. Andreoli, and Fabio L. Gastal. 2011. Increased Health Burden Associated with Comorbid Depression in Older Brazilians with Diabetes. *Journal of Affective Disorders*. 134(1-3): 77-84.
- Chan, Moon F. and Wen Zeng. 2011. Exploring Risk Factors for Depression among Older Men Residing in Macau. *Journal of Clinical Nursing*. 20(17-18): 2645-2654.
- Chiao, Chi., Li J. Weng, and Amanda L. Botticello. 2011. Social Participation Reduces Depressive Symptoms among Older Adults: An 18-year Longitudinal Analysis in Taiwan. *BMC Public Health*, 11, 292. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-292>.
- Colman, I., K. Naicker, Y. Zeng, A. Ataullahjan, A. Senthilselvan, and Scott B. Patten. 2011. Predictors of Long-term Prognosis of Depression. *Canadian Medical Association Journal*. 183(17): 1969-1976.
- Hsieh, Frank Y., Daniel A. Bloch, and Michael D. Larsen. 1998. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine*. 17(14): 1623-1634.
- Reichert, Céesar L., Céesar L. Diogo, Josée L. Vieira, and Roberta R. Dalacorte. 2011. Physical Activity and Depressive Symptoms in Community-dwelling Elders from Southern Brazil. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. 33(2): 165-170.
- Seedat, Soraya., Kate M. Scott, Matthias. C. Angermeyer, P. Berglund, Evelyn J. Bromet, and Traolach S. Brugha. 2009. Cross-national Associations between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 66(7): 785-795.
- Sheikh, Javid I. and J. A. Yesavage. 1986. *Geriatric Depression Scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. T. L. Brink, *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: The Harwoth Press.
- Tong, Hong M., Daniel W. Lai, Qun. Zeng, and Wen Y. Xu. 2011. Effects of Social Exclusion on Depressive Symptoms: Elderly Chinese Living alone in Shanghai, China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 26(4): 349-364.
- Walters, Kate., E. Breeze, P. Wilkinson, Gill. M. Price, Chris. J. Bulpitt, and A. Fletcher. 2004.

- Local Area Deprivation and Urban-rural Differences in Anxiety and Depression among People Older than 75 Years in Britain. *American Journal of Public Health*. 94(10): 1768-1774.
- Weber K, A. Canuto, P. Giannakopoulos, A. Mouchian, C. Meiler-Mititelu, A. Meiler, F. R. Herrmann, C. Delaloye, P. Ghisletta, T. Lecerf, and A. de Ribaupierre. 2015. Personality, Psychosocial and Health-related Predictors of Quality of Life in Old Age. *Aging Ment Health*. 19(2): 151-158.
- World Health Organization. 2006. *Disease Control Priorities Related to Mental, Neurological, Developmental, and Substance abuse Disorders: World Health Report, Mental Health, New Understanding, New Hope*. Geneva: Author.

---

**김혜령**: 한양대학교 간호학과를 졸업하고 연세대학교에서 간호학 석사·박사를 취득하였으며 현재 인제대학교 의과대학 간호학과에 교수로 재직중이다. 주요 연구사업으로 경상남도 만성질환 관리체계 구축사업을 책임연구자로 수행했고, 전국노인생활복지실태조사, 노인건강 증진, 만성병 조사감시 FMTP 에 참여하였다. 성인간호학회지 학술위원, 부울경 성인간호학회지 총무이사를 지냈으며 현재는 부울경 성인간호학회 부회장과 노인간호학회 논문심사위원 등으로 활동 중이다. 최근 발표한 논문으로는 “한국 50세 이상 성인의 골관절염 유병률과 관련요인”, “일 도시지역 취약노인의 우울 유병률과 영향 요인”, “A Decision Tree-based Approach for Identifying Urban-rural Differences in Metabolic Syndrome Risk Factors in the Adult Korean Population”, “성인기의 생애주기별 사회적지지망 연구”, “한국노인의 고혈압 유병률과 위험요인”, 일 도시 지역 저소득층 노인의 성별 우울 유병률과 위험요인“ 등이 있다(nurhrk@inje.ac.kr).