

보건소 방문보건 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인: 사회적 지지와 인지된 건강상태를 중심으로

김현숙* · 김희영**

*신흥대학

〈 목 차 〉

I. 서론
II. 연구방법
III. 연구결과
IV. 논의

V. 결론 및 제언
참고문헌
Abstract

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대 사회는 생활수준의 향상과 의학기술의 발전으로 인간의 평균수명이 현저히 증가하여, 노인인구의 비율이 점차적으로 증가하는 추세를 보여주고 있다. 특히 우리나라 노인인구의 증가 속도가 매우 빠른 편으로 고령화 사회에서 고령사회로 진입하는데 걸리는 시간이 프랑스는 115년인데 비해, 우리나라의 경우 18년밖에 걸리지 않아 2018년에는 65세 이상 노인의 인구수가 전체의 14%를 넘을 예정이다(통계청, 2006). 이렇듯 노인의 절대수가 증가하게 됨으로서 파생되는 여러 가지 문제들은 물론 노인들의 신체적, 심리적, 사회적 안녕감에 대한 문

제는 점차 사회가 해결해야 하는 중대한 보건 연구 과제가 되었다.

노화로 인해 나타나는 두드러진 변화로는 지적능력 및 감각기능의 감퇴, 감정반응의 둔화, 인격변화, 우울의 증가 등을 들 수 있으며(윤진, 1985) 이 중에서도 특히 연령증가에 따른 우울 경향은 노년기의 일반적인 현상으로 점차 증가 추세에 있다(노국희 등, 1998). 선행연구에 따르면 비록 측정도구에 따라 차이가 있으나, 보건소 이용 노인의 경우 45%(이종범, 1984), 양로원 노인인 경우 남자 28%, 여자 53.6% (정성덕, 권복순, 이중훈, 1986)가 우울증세를 호소하는 것으로 밝혀졌다.

우울은 인간의 정신건강이나 적응을 나타내는 매우 중요한 지표로, 단순한 슬픔이나 우울한 기분에서부터 지속적인 상실감이나 무력감,

† 교신저자 : 김희영

경기도 의정부시 호원동 117번지 신흥대학 (우: 480-701)
전화번호: 011-9703-0136, E-mail: yan33@hanmail.net

나아가서는 자살기도를 포함하는 정신병적 상태에 이르기까지 매우 다양한 증상을 나타내고 있다. 특히 이 시기의 우울은 자살시도가 다른 시기에 비해 상대적으로 많고 성공률도 높은 편으로 미국의 경우 자살을 시도하는 노인의 50%에서 80%가 우울증을 가지고 있다(Kienhorst etc, 1995). 조은희 등 (2000) 의 경우 우울 정도가 높은 노인들의 사망률이 그렇지 않은 노인들보다 3배나 높다고 하였다. 또한 Bergmann 등(1978)에 따르면 인지기능의 저하와 우울 증상을 가진 노인은 정상 노인에 비하여 높은 사망률과 신체질환 발병률을 보여 우울은 정신적인 건강뿐만 아니라 노인의 신체적 건강에 중요한 영향을 미친다고 하였다. 최순영(2001) 또한 만성질환자의 신체적 장애, 만성통증, 회복의 지연, 질병의 악화를 초래하는 것이 우울이라고 하였다. 이처럼 노인의 우울은 우울 자체만으로 끝나지 않고 노인 자신에 대한 가치, 노화된 신체의 건강행위 등과 연관되어 노인들의 삶의 질에 중요한 영향을 미치고 있는 것으로 밝혀졌다(채수원, 1991; Magilry, 1985). 더불어 노년기의 이러한 우울에 대해 노인자신이나 가족, 의료인 등이 고령화에 따른 정상적인 과정으로 보는 경향이 있기 때문에 조기발견과 치료에 어려움이 있으며, 이 결과 적절한 시기에 치료되지 않을 경우 신체적 기능약화에 따른 사망률과 자살 위험성이 더욱 높게 될 것이다(Gomez & Gomez, 1993). 따라서 노년기 우울 성향에 대한 연구와 대안 제시는 고령화 사회로 가고 있는 현대사회에 있어서 노인의 삶의 질 개선을 위한 과제가 되었다고 할 수 있다.

우리나라의 경우 1980년대부터 노인보건에 대한 관심과 연구가 시작되면서 우울성향에 영향을 미치는 요인들로는 여성(한미진, 2003; 송양순, 2001), 고연령(허준수·유수현, 2002; 송양

순, 2001; 김범경, 2000; 황미혜 외, 2000; 김병하·남철현, 1999; 노국희, 1998; 이영란 등, 1998; 성기원, 1997), 동거가족 상황(양수·김남초, 2001; 김범경, 2000), 낮은 교육수준(허준수·유수현, 2002; 송양순, 2001; 황미혜 등, 2000; 김병하, 남철현, 1999; 이영란, 1999; 노국희, 1998; 성기원, 1997). 기타 퇴직 후 갑작스럽게 변화하는 지위의 하락과 소득의 감소, 갖가지 질병으로 인한 고통, 살아온 날들에 대한 후회나 죽음에 대한 두려움 등으로 밝혀졌다(한미진, 2003; 송양순, 2001).

노년기의 우울감으로부터 긍정적인 정서경험을 할 수 있도록 도와주기 위해서 정신건강의 사전적 보호 및 우울의 감소가 필요한 바, 선행 연구 결과 노인들이 지각하는 사회적 지지와 건강상태에 대한 긍정적인 강화가 노인들의 우울에 효과적인 완충효과가 있는 것으로 밝혀졌다(Han et al, 2006; Michal·PabloHoward, 2006; 탁영란 등, 2003; 허준수·유수현, 2002; 강희숙·김근조, 2000; Bothell·FischerHayashida, 1999; 김미숙 등, 1999; 김병하·남철현, 1999; 유애광 등, 1999; 김정아, 1998; 노국희, 1998).

한편 1995년 국민건강증진법의 제정으로 한층 강화된 보건소 방문보건사업의 목적은 대상자들의 정신적, 신체적 건강을 유지, 증진하고 질병의 예방은 물론 건강상담과 건강교육을 통하여 대상자들의 삶의 질을 드높이는 것이다. 이와 같은 사업의 목적을 달성하고 사업의 효율성을 높이기 위해 노인들의 삶의 질에 강력한 영향을 주는 우울에 관한 연구는 반드시 필요하다 하겠다. 그럼에도 불구하고 방문보건사업 대상자들의 우울에 관한 조사는 방문보건사업 대상노인들의 건강상태, 우울정도를 조사한 유애광 등(1999), 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영

향을 연구한 임은실(2002)의 연구 등 소수의 연구만이 존재할 뿐이다.

이에 본 연구는 방문보건사업 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 일반적 특성, 대상자가 지각하는 사회적 지지와 건강상태를 파악한 후 각각의 변수와 우울과의 관계를 분석하고, 우울에 미치는 영향을 파악함으로써, 노인 대상자들의 우울 관리를 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 보건소 방문사업대상 노인들의 우울 정도를 측정하고 영향요인을 파악하여 노인의 우울 관리를 위한 기초 자료를 제공하고자 함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상 노인의 우울 정도를 파악한다.
- 2) 대상 노인의 일반적 특성과 지각된 사회적 지지, 지각된 건강상태에 따른 우울 정도를 비교한다.
- 3) 대상 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 보건소 방문보건 대상 노인의 우울 정도와 우울에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 현재 보건복지부에서 전

국의 보건소를 통해 실시하고 있는 방문보건사업에 등록되어 관리를 받고 있는 65세 이상의 만성질환자로서, 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 자이다. 서울, 경기지역 보건소 중 각 1개소씩을 연구자들이 임의 선택하였으며, 연구대상자는 연구기간 동안 이미 정해진 방문 일정 대상자 총 702명이었으며, 이 중 응답내용이 충분하지 못한 24명을 제외한 678명의 자료만이 분석에 이용되었다. 자료수집기간은 2006년 2월 21일부터 2006년 6월 30일까지로, 구조화된 질문지를 이용하여 훈련된 연구보조자와 일대일 면담으로 수집되었으며 소요시간은 대상자 1명당 평균 30분이었다.

3. 연구도구

1) 우울

Yesavage 등(1983)이 개발한 우울척도(GDS)를 한국인에 맞도록 수정한 기백석(1996)의 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSFk)을 사용하였다. 이 척도는 표준화된 도구로 신뢰도와 타당도가 입증된 15문항 2점 척도로 구성되었다. 총 점수는 15점 만점이며 5점 이하를 정상, 6점-9점까지는 중등도의 우울, 10점 이상을 우울로 구분하였다. 본 연구에서 연구도구의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .87$ 이었다.

2) 지각된 건강상태

Lawston 등(1982)의 건강상태 자가평가 측정 도구를 번안한 오복자(1994)의 도구를 사용하였다. 이는 총 4문항 4점 척도로 구성되어, 점수가 높을수록 지각된 건강상태를 나쁘다고 느끼고 있음을 의미한다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .76$, Oh(1994)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .69$ 이며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .83$

으로 나타났다.

3) 사회적지지

개인이 주변의 타인들로부터 지지를 받고 있다고 느끼는 사회적 지지의 정도를 말한다. 본 연구에서는, Zimet과 그의 동료들이 개발한 (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) 척도를 사용하였다. 가족으로부터의 지지를 묻는 4문항, 친구로부터 지지를 묻는 4문항, 주요한 타인으로부터 지지를 얻는 4문항에, 본 연구자들이 지역사회지지(지역사회 간호사, 사회복지사 및 자원봉사자들의 지지)를 묻는 4문항을 첨가하여 총 16문항 7점 척도로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 대상자가 느끼고 있는 사회적지지수준이 높은 것을 의미하며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .87$ 로 나타났다.

4. 분석방법

수집된 자료의 통계분석은 SAS 9.1를 이용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

- 1) 연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 2) 대상자의 우울정도, 지각된 건강상태, 사회적 지지는 평균, 표준편차를 구하였다.
- 3) 대상자의 우울정도와 일반적 특성, 지각된 건강상태, 사회적 지지간의 관계를 살펴보기 위하여 상관관계 분석(Correlation Analysis)을 사용하였다.
- 4) 대상자의 우울정도에 대한 각 요인의 설명력은 다중회귀분석(multiple regression)을 이용하여 검증하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 678명으로 이 중 남자는 38.2%, 여자는 61.8%이며, 연령은 65-74세가 392명으로 57.8%를 차지하고 있다. 의료보호 대상자가 482명(71.1%)이며 건강보험을 가진 경우는 28.9%였다. 결혼을 한 대상자가 631명(93.1%), 경제상태는 하(下)라고 응답한 대상자가 506명(74.6%), 그리고 현재 혼자살고 있는 대상자가 316명(46.6%)으로 대상자의 절반을 차지하였다. 종교는 무교가 235명(34.7%), 학력수준은 무학(문맹과 한글해독)이 272명(40.2%), 과거직업은 전업주부가 244명(36.0%)로 가장 많았다. 현재 가지고 있는 질병의 투병기간은 2년 이상이 409명(60.3%), 과거 생애기간동안 입원경험은 없다와 1회가 각각 249명(36.7%), 수술경험은 없다가 359명(52.9%), 현재 약물을 2종류 복용하고 있는 대상자가 239명(35.9%)로 가장 많았다. 음주·흡연의 경우 안 하는 경우가 가장 많아 각각 468명(69.2%), 485명(71.5%)으로 나타났다<표 1>.

우울척도에서 우울로 나타난 대상자가 가장 많아 292명(43.1%)으로 나타났으며, 중등도의 우울로 나타난 대상자 208명(30.7%)까지 포함한다면 대상자의 500명(73.8%)이 중등도 이상의 우울로 나타났다<표 2>.

지각된 사회적 지지의 경우 7점 만점에 평균 3.72 (표준편차 ± 0.89)로 중간 정도의 지지도를 보이고 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, 지역사회의 지지가 4.55 (표준편차 ± 1.33)로 가장 높은 지지도를 보였으며, 그 외 특별한 사람의 지지 3.52 (표준편차 ± 1.39), 가족의 지지 3.43 (표준편차 ± 1.61), 친구의 지지 3.37(표준편차

<표 1> 일반적 특성

(N = 678)

변수	구분	빈도	%	변수	구분	빈도	%
성별	남자	259	38.2	연령	65-74	392	57.8
	여자	419	61.8		75-84	239	35.3
					85세 이상	47	6.9
의료혜택	의료급여	482	71.1	결혼상태	유	631	93.1
	건강보험	196	28.9		무	47	6.9
경제상태	상	3	0.5	동거유형	가족과 동거	157	23.2
	중	169	24.9		노부부	202	29.8
	하	506	74.6		혼자	316	46.6
			단체생활		3	0.4	
수술경험	없다	359	52.9	입원경험	없다	249	36.7
	1회	235	34.7		1회	249	36.7
	2회이상	84	12.4		2회이상	180	26.6
종교	기독교	233	34.4	학력수준	문맹	111	16.4
	불교	134	19.7		한글해독	161	23.8
	천주교	70	10.3		초등학교 졸업	270	39.8
	무교	235	34.7		중학교 졸업	74	10.9
	기타	6	0.9		고등학교 졸업	49	7.2
			대졸이상		13	1.9	
현재 약물복용 종류	1종류	200	30.1	과거직업	상업	116	17.1
	2	239	35.9		농수산업	103	15.2
	3	149	22.4		제조업	47	6.9
	4	72	10.8		회사원	38	5.6
	5	18	0.8		공무원	22	3.3
					무직	40	5.9
			전업주부		244	36.0	
			기타	68	10.0		
흡연여부	흡연	193	28.5	음주여부	마신다	208	30.8
	비흡연	485	71.5		안마신다	468	69.2
투병기간	1년이하	136	20.1				
	1-2년	133	19.6				
	2년 이상	409	60.3				

<표 2> 우울의 정도

(N = 678)

우울의 정도	빈도	%	평균	표준편차
10-15점	292	43.1	12.24	1.64
6-9점	208	30.7	7.52	1.11
0-5점	178	26.2	2.64	1.70

<표 3> 지각된 사회적지지

(N = 678)

	최소치	최대치	평균	표준편차	첨도
지각된 사회적 지지(평균)	1.25	6.50	3.72	0.89	0.09
가족의지지	1.00	7.00	3.43	1.61	0.20
친구의지지	1.00	7.00	3.37	1.36	0.13
특별한 사람	1.00	7.00	3.52	1.39	0.17
지역사회 지지	1.00	7.00	4.55	1.33	-0.35

<표 4> 지각된 건강상태

(N = 678)

변수	구분	빈도	%	변수	구분	빈도	%
건강상태	아주 건강하다	15	2.2	일상생활 수행 방해정도	전혀 방해가 되지 않는다	140	20.7
	건강하다	213	31.4		약간 방해가 된다	367	54.1
	나쁘다	393	58.0		상당히 방해가 된다	171	25.2
	아주 나쁘다	57	8.4				
3년전과 비교한 건강상태	아주 건강하다	7	1.0	동일한 연령층과 비교한 건강상태	아주 건강하다	15	2.2
	건강하다	144	21.2		건강하다	244	36.0
	나쁘다	463	68.3		나쁘다	377	55.6
	아주 나쁘다	64	9.5		아주 나쁘다	42	6.2

±1.36)의 순으로 지각하고 있었다.

특별한 사람의 경우는 종교인인 경우 목사나 신부님을 통해 지지를 느끼거나, 개인적 인연에 의한 대상자로부터 지지를 받고 있었다<표 3>.

지각된 건강상태가 나쁜 편이라고 응답한 대상자가 393명(58.0%)과 아주 나쁘다는 57(8.4%)명으로, 절반 이상의 노인이 건강하지 않다고 느끼고 있었다. 현재의 건강상태로 인해 일상생활에 약간의 방해를 받고 있다고 느끼는 대상자는 367명(54.1%)으로 나타났다. 3년 전과 비교한 건강에서도 나쁘다가 463명(68.3%), 동일한 연령층에 비해 377명(55.6%)가 나쁘다고 이야기 하고 있어 대상자의 대부분이 자신의 건강을 나쁘다고 인식하고 있었다<표 4>.

2. 우울과 관련요인의 상관관계

여러 관련요인과 우울과의 관계를 검증하고

자 상관분석 한 결과, 우울의 정도는 연령이 많을수록($r=.109, p<.01$), 교육수준이 낮을수록($r=-0.173, p<.001$), 의료급여일수록($r=-.192, p<.001$), 혼자 살거나 단체생활을 하고 있을수록($r=0.131, p<.001$), 경제상태가 낮을수록($r=0.268, p<.001$), 입원경험이 많을수록($r=0.171, p<.001$), 수술경험이 많을수록($r=0.105, p<.01$), 투병기간이 길수록($r=0.133, p<.001$), 흡연 할수록($r=-0.116, p<.01$) 높은 것으로 나타났다.

사회적 지지도($r=-0.409, p<.001$) 중 가족의 지지($r=-0.320, p<.001$)·친구의 지지($r=-0.387, p<.001$)·특별한 사람의 지지($r=-0.336, p<.001$)가 낮을수록 우울의 정도가 높은 것으로 나타났다. 지각된 건강상태가 나쁘다고 느낄수록($r=0.500, p<.001$), 현재의 건강상태가 일상생활에 방해가 된다고 느낄수록($r=0.423, p<.001$), 현재의 건강이 3년 전과 비교하여 건강하지 못하다고 느낄수록($r=0.418, p<.001$), 그리고 다른

사람과 비교하여 건강하지 못하다고 느낄수록 ($r=0.484, p<.001$), 우울정도가 높았다. 반면 성별, 종교, 음주여부 그리고 지역사회의 지지와 우울과는 관련이 없는 것으로 나타났다<표 5>.

3. 우울에 미치는 관련요인

보건소 방문보건 노인들의 우울에 영향을 미치는 주요 예측인자를 파악하기 위해 관련요인들을 다중 회귀 분석한 결과는 <표 6>과 같다. 대상자의 일반적 특성 중에서는 경제적 수준

($\beta=0.136, p<.05$)이 낮을수록 대상자의 우울정도가 높아지며. 건강상태($\beta=0.119, p<.001$)가 나쁘다고 느낄수록 우울정도가 높아지는 것을 알 수 있다.

사회적 지지도 중에서는 가족의 지지도($\beta=-0.018, p<.001$), 친구의 지지도($\beta=-0.025, p<.001$) 그리고 특별한 사람의 지지도($\beta=-0.021, p<.001$)가 낮다고 느낄수록 우울의 정도는 높아지는 것으로 확인되었다.

한편 이들 영향요인을 포함한 우울정도에 대한 모형은 자유도 5, $R^2=0.3856$ ($p<.001$)로 최

<표 5> 우울과 관련요인과의 상관관계

(N = 678)

변수	우울		변수	우울	
	r	p		r	p
연령	0.109	0.004	성별	0.016	0.673
교육수준	-0.173	<.0001	종교	0.070	0.067
의료혜택	-0.192	<.0001	동거유형	0.131	0.0006
경제상태	0.268	<.0001	입원경험	0.171	<.0001
수술경험	0.105	0.006	흡연여부	-0.116	0.003
음주여부	-0.027	0.479	투병기간	0.133	0.0005
사회적지지	-0.409	<.0001	건강상태	0.500	<.0001
가족의지지	-0.320	<.0001	일상수행방해정도	0.423	<.0001
친구의지지	-0.387	<.0001	3년전과 비교한 건강상태	0.418	<.0001
특별한 사람의지지	-0.336	<.0001	타인과 비교한 건강상태	0.484	<.0001
지역사회의 지지	0.038	0.327			

<표 6> 우울과 관련요인의 회귀분석

변수	β	standard error	t	p
상수	0.133	0.106	1.25	<.0001
경제적 수준	0.036	0.015	2.34	<.0001
건강상태	0.119	0.010	11.88	<.0001
가족의 지지	-0.018	0.004	-4.04	<.0001
친구의 지지	-0.025	0.005	-4.99	<.0001
특별한 사람의 지지	-0.021	0.005	-4.03	<.0001

DF=5, $R^2=0.3856$,

중 선택된 관련요인들이 우울의 38.56% 설명하고 있다.

IV. 논의

본 연구는 현재 보건소 방문보건사업 대상인 65세 이상 노인 678명을 대상으로 이들의 인구학적 특성, 지각된 건강상태, 사회적 지지도가 대상자들의 우울정도에 미치는 영향을 파악하고자 시도되었다.

본 연구결과 총 대상자 678명 중 500명(73.8%)의 대상자들이 중정도 이상의 우울을 호소하고 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 도시지역 일반노인들을 대상으로 20.2%의 우울정도를 보인 김병아 등(2005)의 결과에 비한다면 월등히 높은 수치를 보이고 있다. 방문보건사업 대상노인들의 우울이 다른 노인들에 비해 훨씬 높게 조사된 유애광 등(1999)의 연구결과와 일치하고 있다. 송양순(2001)과 김정아(1998)의 경우 현재 질병을 앓고 있는 노인일수록 우울성향이 높다고 하였는바, 본 연구대상자들의 대부분이 고혈압, 당뇨, 관절염 등 하나 이상의 만성질환을 가지고 있는 방문보건사업 대상자인 관계로 우울수준이 다소 높은 것으로 생각된다. 이로써 차후 방문보건사업에 있어서 반드시 대상자들의 우울관리에 대한 프로그램의 필요성을 확인 할 수 있었다.

대상자의 일반적 특성 중에서는 경제적 수준($\beta=0.136$, $p<.05$)이 나쁠수록 대상자의 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다. 이는 경제적 수준이 낮은 생활보호 대상노인들의 우울정도가 그렇지 않은 노인들보다 훨씬 높다고 보고한 유애광 등(1999)의 연구결과와 용돈이 적을수록 우울정도가 높아진다고 언급한 이영란 등

(1999), 노국희(1998), 성기월(1997)의 연구에서도 확인된 바 있다. 이 외에 허준수·유수현(2002), 황미혜·도복늬(2000)과 김병하·남철현(1999)의 연구에서도 경제수준이 낮을수록 우울이 증가된다고 지적하고 있어 본 연구결과와 일치하고 있다. 이로서 경제적인 측면은 우울을 포함한 정서적인 안정과 삶의 질 향상의 기여요인으로 작용하고 있음을 확인 할 수 있었다.

본 연구결과 사회적 지지도 중 가족의 지지·친구의 지지·특별한 사람의 지지가 높을수록 우울의 정도가 낮아지는 것으로 나타났다. 사회적 지지가 우울의 강력한 예측변인임은 Michael 등(2006), Han 등(2006), Bosworth 등(2000)과 Bothell 등(1999)의 연구에서 이미 지적된 바 있다. 또한 탁영란(2003), Gazmararian 등(2000), 김인자 등(1999)과 김정아(1998)의 연구에서도 우울과 사회적지지 간의 관계가 매우 유의미하다고 조사되었다. 즉 가족이나 친구들의 지지나 격려 등이 노인의 우울감을 향상시키고 있으며(조은희 등, 2000; 김미숙 등, 1999) 동거가족이나 가족의 지지가 없을수록 우울의 정도가 높은 것으로 나타나(이영자, 김태현, 1999) 본 연구결과와 일치하고 있다. 이외에 시골노인을 대상으로 실시한 Yoon Lee(2007)의 연구도 정신적 건강과 사회적지기간에 주요한 관계를 지적하고 있으며, 사회적 지지도가 낮은 사람들의 경우 삶에 대한 만족도도 낮아지는 것(Newsome & Schulz, 1996)으로 밝혀져 본 연구결과와 맥을 같이한다고 볼 수 있다. 한국과 중국 이민노인들을 대상으로 우울을 연구한 Sabrina, Grace & Anita(2007)의 연구에서도, 홀로 사는 대상자보다 배우자·가족과 같이 살고 있는 대상자들이 더 정신적인 건강을 유지하고 있다고 하였으며, 친구의 지지가 많을수록 우울이 줄어든다고 하였다. 또한 우울을 호소하는 대상자들에게 동료

상담프로그램을 실시한 결과 대상자들의 우울이 통계적으로 유의하게 저하되었다는 Ho(2006)의 연구에서도, 친구의 지지가 대상자의 우울에 영향을 미치는 것으로 나온 본 연구결과와 일치한다고 볼 수 있다. 따라서 대상자들의 우울 관리를 위해 가족의 지지 축구는 물론 동료들로 구성된 자조그룹의 활성화, 종교지도자들의 가정방문 등이 필요하다 하겠다. 더불어 적절한 가족의 지지가 유지되기 위해서는 가족 간의 긍정적인 의사소통이 이루어져야 하는 바, 이를 위해 자신과 함께 타인을 고려하는 자기표현 능력을 향상시킬 수 있는 효율적인 의사소통에 관한 교육프로그램 또한 필요하리라 생각된다. 또한 노인들의 사회적 참여의 기회를 늘리기 위해 개인의 특성에 부합되는 다양한 여가활동 프로그램을 개발이 시급하다고 생각된다.

반면, 본 연구결과는 친구의 지지도가 높아질수록 삶에 대한 애착이나 친구에 대한 애착이 더욱 강해지게 되고 이러한 마음이 죽음에 대한 생각과 맞물려 우울성향을 갖게 한다는 송양순(2001)과는 상반된 결과를 보이고 있는데 이는 노인 자신이 지각한 사회적 지지도에 따라 각기 다른 반응을 보일 수도 있음을 암시하는 결과라 할 수 있다.

본 연구결과에서 대상자가 지각하는 건강상태는 ($\beta=0.119, p<.001$)가 나쁘다고 느낄수록 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다. 미국으로 이민간 한국노인들을 대상으로 실시한 Han 등(2006)의 연구결과에서 지각된 건강상태가 우울에 영향을 미치고 있었으며, 유애광 등(1999)도 주관적으로 인지한 건강상태가 좋지 않은 노인들의 우울정도가 그렇지 않은 노인들보다 훨씬 높다고 지적하고 있어 본 연구결과와 일치하고 있다. 또한 조남옥 등(1998)과 박인옥(1998)도 노인의 지각된 건강상태가 우울에 대

해 13%의 설명력을 갖는다고 하여 노인들에게 건강이 매우 중요한 문제임을 다시 한 번 확인할 수 있었다. 이 외 김범경(2002)은 규칙적으로 운동을 하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 우울점수가 낮았다고 지적하고 있다. 허준수·유수현(2002), 강희숙·김근조(2000)와 Gazmararian 등(2000)도 노인의 건강상태가 나빠지면 우울의 정도가 높아진다고 하여, 본 연구결과와 일치하고 있다. 또한 건강이 양호한 상태에 있다고 지각하는 노인의 경우 건강의 유지·증진을 위한 더 많은 노력을 투자하고 있는 것으로 나타나 노인들이 지각하고 있는 현재의 건강상태가 노인들 삶의 광범위한 측면에 걸쳐 매우 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 따라서 방문보건사업 시 대상자들의 건강상태에 대한 각별한 관심과 심리적·정서적 지지를 제공함으로써, 우울을 감소시키고, 삶의 활력을 향상시킬 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다.

이상 본 연구결과에서 나타난 경제적 수준, 건강상태, 사회적 지지는 노인의 우울에 상대적 영향력을 가진 변인들이며, 이와 같은 결과는 선행 연구결과와 비교적 일관성 있는 것으로 나타났다. 따라서 노인의 우울을 저하시키기 위한 전략적 측면에서 이들 변인에 대한 중요성을 인식하고 이를 활용한 대책마련이 요구된다. 사회적으로는 레크리에이션활동을 포함한 취미생활의 개발이나 가정봉사원 파견의 활성화, 그리고 노인종합복지관에서 실시하고 있는 오락·건강증진 프로그램의 다양화 등을 통한 심리적 지지 제공이 필요 하다 하겠다. 또한 자조그룹의 활성화로 노인 스스로가 서로에게 지지를 제공할 수 있는 모임을 촉진하는 것도 중요한 방안이라 할 수 있겠다. 개별적으로는 노화에서 일어나는 문제가 자신만의 문제가 아니라는 현실을 인식하게 함으로서 노년기의 고독과 격리

에 대응하게 하고 타인과 의미있는 관계를 만들어가는 능력을 강화시켜야 할 것이다. 다른 사람과의 상호작용을 증진시키면서 대상자들이 즐거웠던 생각들을 재생, 억눌렀던 감정의 발산을 통해 우울을 감소시키는 회상요법의 활성화도 많은 도움이 되리라 생각된다. 또한 방문보건사업 시 체계적인 사정을 통하여 대상자들의 다양한 정신건강서비스에 대한 요구를 신속하게 파악하고 이에 부합되는 개별적인 서비스를 제공하여야 할 것이다. 더불어 노인들 스스로에게도 우울의 심각성을 인지할 수 있도록 다양한 홍보와 교육이 필요하고, 노인의 우울에 대처하기 위한 심도 깊은 교육방법과 증재방안을 개발하여, 고령화 사회에 부응할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 보건소에서 실시하고 있는 방문보건 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인들을 규명하여, 노인들의 우울을 예방하기 위해 실제적으로 적용 가능한 예측요인을 분석하고자 시행되었다. 2006년 2월 21일부터 2006년 6월 30일까지 서울시와 경기도 소재 보건소에서 방문하여 관리를 받고 있는 65세 이상의 만성 질환자 678명을 대상으로, 설문지를 이용한 면담을 통해 자료를 수집하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 우울의 정도는 우울증을 호소하고 있는 대상자가 가장 많아 292명(43.1%)으로 나타났으며, 중정도의 우울을 호소하고 있는 208명(30.7%)까지 포함한다면 대상자의 500명(73.8%)이 중정도 이상의 우울을 호소하고 있는 것으로 나타났다.

2) 대상자의 일반적 특성과 우울과의 관계에 있어서는 연령이 많을수록($r=.109, p<.01$), 교육수준이 낮을수록($r=-0.173, p<.001$), 의료급여일수록($r=-.192, p<.001$), 혼자 살거나 단체생활을 하고 있을수록($r=0.131, p<.001$), 경제상태가 낮을수록($r=0.268, p<.001$), 입원경험이 많을수록($r=0.171, p<.001$), 수술경험이 많을수록($r=0.105, p<.01$), 투병기간이 길수록($r=0.133, p<.001$), 흡연 할수록($r=-0.116, p<.01$) 높은 것으로 나타났다. 사회적 지지도($r=-0.409, p<.001$)는 우울과 부적인 상관관계를 보이고 있었는데, 이 중 가족의 지지($r=-0.320, p<.001$)·친구의 지지($r=-0.387, p<.001$) 그리고 특별한 사람의 지지($r=-0.336, p<.001$)가 낮을수록 우울의 정도가 높은 것으로 나타났다. 지각된 건강상태가 나쁘다고 느낄수록($r=0.500, p<.001$), 현재의 건강상태가 일상생활에 방해가 된다고 느낄 때($r=0.423, p<.001$), 현재의 건강이 3년 전과 비교하여 건강하지 못하다고 느낄 때($r=0.418, p<.001$), 다른 사람과 비교하여 건강하지 못하다고 느낄 때($r=0.484, p<.001$) 우울정도가 이행도가 높아짐을 알 수 있다.

3) 관련요인들이 우울에 미치는 영향을 살펴본 결과, 대상자의 일반적 특성 중 경제적 수준($\beta=0.136, p<.05$)이 나쁠수록 대상자의 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다. 건강상태($\beta=0.119, p<.001$)가 나쁘다고 느낄수록 우울정도가 높아졌다. 사회적 지지도 중에서는 지역사회 지지를 제외한 가족의 지지도($\beta=-0.018, p<.001$), 친구의 지지도($\beta=-0.025, p<.001$) 그리고 특별한 사람의 지지도($\beta=-0.021, p<.001$)가 낮다고 느낄수록 우울의 정도는 높아지는 것으로 확인되었다. 건강상태($\beta=0.119, p<.001$)가 나쁘다고 느낄수록 우울정도가 높아졌다.

이상의 연구결과는 이를 토대로 다음과 같

은 제언을 하고자 한다.

1) 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 배경구조가 다른 다양한 대상자들에서 반복 연구가 필요하다.

2) 본 연구결과, 노인의 우울은 경제상태, 건강상태, 그리고 사회적지지가 중요한 영향요인들이므로 저소득층의 노인을 위한 국가적 차원에서의 경제적지원이 제고되어야 할 것이며, 타이치 운동교실·걷기 운동대회 등의 건강증진 프로그램을 적용하여 건강 증진을 추구해야 할 것이다. 사회적 지지를 높이기 위해 자조그룹의 형성이 필수적이며, 노년기 우울 감소를 위한 생애 회고적 이야기치료 집단프로그램·자기 사랑하기 프로그램·노래방기기를 이용한 집단 음악활동 프로그램·향 요법·마사지·마음 챙김 명상요법 등의 다양한 우울관리 프로그램 적용으로 자조그룹의 활성화에도 노력하여야 할 것이다.

3) 본 연구에서 지역사회지지가 대상자인 노인의 우울에 유의한 결과가 나오지 않은 것은 추후 좀 더 연구해 볼 필요가 있을 것으로 사료된다. 실제 방문보건을 필요로 하는 노인들은 많으나 이에 비해 방문보건을 실시 할 수 있는 인력이 모자라는 실정이라, 노인들에게 직접적인 간호 중 약물투여나 지도, 혈압측정 등 질병과 직접적으로 관련 있는 간호는 가능하지만, 시간을 가지고 정서적인 유대를 필요로 하는 심리적인 부분은 인력이나 시간의 측면에서 자주 방문하기 어려운 상황으로 실제 많은 제약을 가지고 있다고 볼 수 있다. 이에 추후 연구는 이 부분에 대한 심도 깊은 연구와 우울한 노인들을 대상으로 하는 여러 다양한 서비스나 프로그램의 필요성이 제기되어야 한다고 본다.

참고문헌

- 강희숙, 김근조. 일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성. 대한보건협회학술지 2000; 26(4):451-459.
- 기백석. 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. 신경정신의학 1996;35(2):298-307.
- 김명아, 김현수, 김은정. 서울 일지역 노인의 인지기능과 우울. 노인간호학회지 2005;7(2):176-184.
- 김미숙, 김기순, 박종, 조용래, 김양옥. 일부 농촌노인이 지각한 가족지지가 우울에 미치는 영향. 한국농촌의학회지 1999;24(1):115-129.
- 김범경. 운동여부에 따른 노인의 인지능력과 우울의 상관관계 [석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원, 2002.
- 김병하, 남철현. 유배우 노인의 우울정도와 관련요인 분석연구. 한국노년학 1999;19(2):173-192.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥. 사회적 지지의 특성에 따른 뇌졸중 환자의 우울. 재활간호학회지 1999;2(2):206-214.
- 김정아. 일 지역사회 노인의 건강행위, 사회적지지 및 우울에 관한 조사. 세명논총 1998;7: 633-660.
- 노국희. 일부 지역사회 노인들의 우울 수준에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 지역사회간호학회지 1998;9(1):104-116.
- 박인옥, 김진세, 이강준, 정인파. 한국 노인의 우울 요인. 노인정신의학 1998;2(1):47-63.
- 박영주, 정혜경, 안옥희, 신행우. 노인의 외로움과 건강행위 및 자아존중감의 관계. 노인간호학회지 2004;6(1):91-98.
- 성기월. 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도. 대한간호학회지 1997;27(1):36-48.
- 손석준. 농촌지역 노인의 우울수준과 관련요인. 한국농촌의학회지 2000;25(1):87-98.
- 송양순. 재가노인 우울성향에 영향을 미치는 요인 분석. 산정논총 2001;2:193-226.
- 양수, 김남초. BDI-II에 의한 도시지역 노인의 우울 정도와 관련요인. 정신간호학회지 2001; 10(4):463-472.
- 오복자. 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측

- 모형 [박사학위논문]. 서울 서울대학교 대학원, 1994.
- 유애광, 김옥란, 정경옥, 강지연. 일 방문보건사업 대상노인들의 건강상태, 우울, 자아통합감 및 방문에 대한 만족도 조사. *김천과학대학* 1999;25:129-138.
- 윤진. 성인노인 심리학. 서울. 중앙적성출판사, 1985.
- 이귀행. 노인의 우울·불안 및 인지기능에 미치는 인자들의 영향에 관한 연구. *신경정신의학회* 1990;29(4):832-842.
- 이영란. 무용요법이 노인의 신체적 심리적 특성에 미치는 효과. *대한간호학회지* 1999;29(2):429-445.
- 이영자, 김태현. 단독가구 노인의 스트레스와 우울 감(사회적 지지의 완충효과를 중심으로). *한국노년학* 1999;19(3):79-93.
- 이종범. 노인의 우울에 관한 연구, *한국노년학* 1984; 4(1):44-52.
- 임은실. 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향 [석사학위논문]. 서울 연세대학교 2002.
- 전진숙. 여성우울증의 신경생물학. *노인정신의학*, 1999;3(2):129-139.
- 정성덕, 권복순, 이중훈. 양노원 현황과 지원자 건강상태에 대한 예비조사. *한국 노년학* 1986; 6(1):79.
- 조남옥, 양경라, 홍여신, 이은옥, 최명애. 노인의 자기표현수준과 상호작용양상에 따른 확대가족의 가족기능과 노인의 우울과의 관계. *간호학논문집* 1998;12(2):185-201.
- 조은희, 전진호, 이상원. 경로분석을 통한 만성질환 노인 환자의 우울에 영향을 미치는 요인 모델 설정. *노인병* 2000;4(3):148-163.
- 최순영. 만성 요통 여교사에 대한 운동프로그램의 효과. *여성건강간호학회지* 2001;7(2): 169-187.
- 채수원. 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구 [석사학위논문]. 충남대학교 대학원, 1991.
- 한미진. 여성노인의 수면과 인지기능, 우울의 관계 연구 [석사학위논문]. 서울 이화여자대학교 대학원, 2003.
- 허준수, 유수현. 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업* 2002; 13:7-35.
- 황미혜, 도복늬. 노인이 지각한 건강상태, 사회적 지지와 자가간호역량, *경북간호과학지* 2000; 4(1):43-58.
- 탁영란, 김순애, 이봉숙. 여성 노인의 사회적지지 및 도구적 지지요구와 우울에 관한 연구. *여성건강간호학회지* 2003;9(4):449-456.
- 통계청. *고령자 통계*. 2006.
- Blazer DG. Current Concept of Depression in the Elderly, *The New England J of Medicine* 1984;320:164-166.
- Bosworth HB, Steffens DC, Kuchinbatla MN, Jiang WJ, Ariasm RM, O'Conner CM & Krishman KR. Relationship of social support, social networks and negative events with depression in patients with coronary artery disease. *J of Aging & Mental Health* 2000;4(3):253-258.
- Bothell WL, Fischer J, & Hayashida C. Social support and depression among low income elderly. *J of Housing for the Elderly* 1999;13(1-2):51-63.
- Bergmann K, Foster EM, Justice AW, Matthews V. Management of the Demented Elderly Patients in the Community. *Br J Psychiatry* 1978;132: 441-449.
- Han HR, Kim MY, Lee HB, Gina P, Kim KB. Correlates of Depression in the Korean American Elderly; Focusing on Personal Resources of Social Support. *J of Cross Cult Gerontol* 2006,
- Ho PY. A peer counselling program for the elderly with depression living in the community. *J of Aging & Mental Health* 2006;11(1):69-74.
- Gazmararian J, Baker D, Parker R. & Blazer D. A Multivariate Analysis of Factors Associated with Depression. *Archives of Internal*

- Medicine 2000;160: 7-31.
- Gomez GE & Gomez FA. Depression in the elderly. *J of psychological nursing* 1993; 31(5):28-33.
- Kienhorst CWM, de Wilde EJ. & Diekstra RFW. Suicidal behavior in adolescents. In I.M. Goodher(Ed), *The depressed child and adolescent* 1995;225-252. Cambridge: University Press.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., Kleban, M. H. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J of Gerontology* 1982;37(1) :91-99.
- Magilvy JK. Quality of life in hearing-impaired older women. *J of Nursung Research* 1985;34(3):140-144.
- Michal JM, Pablo AM. & Howard L. Depression as a Predictor of Perceived Social Support and Demand : A Componential Approach Using a Prospective Sample of Older Adults. *J of Emotion* 2006;6(3):450-458.
- Newsome JT, & Schulz R. Social support as a mediator in the relation between funtional status and quality of life in older adults. *J of Psychology & Aging* 1996;11(1):34-44.
- Sabrina TW, Grace JY. & Anita LS. An Empirical Evaluation of Social Support and Psychological Well-being in Older Chinese and Korean Immigrants. *J of Ethnicity and Health* 2007;12(1):43-67.
- Yasavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J of Psychiatr Res* 1983;17 :37-49.
- Yoon DP. & Lee EK. The Impact of Religiousness, Spirituality and Social Support on Psychological Well-Being Among Older Adult in Rural Areas. *J of Gerontological Social Work* 2007;48(3): 281-298.
- Zimet, G. G., N. W. Dahlem, S. G. Zimet & G. K. Farley. The multidimensional scale of perceived social support. *J of Personality Assessment* 1988;52:30-41.

<Abstract>

Associated factors of Depression among Elderly for Visiting Health Services in Public Health Centers: Focused on Social Support and Perceived Health Status

Hyeon Suk Kim*, Hee Young Kim*[†]

**Shinheung College*

Purpose: The purpose of this study is to investigate predictors of depression among elderly who have received visiting health services in public health centers.

Method: The data has been collected from 678 elderly living in Seoul and Gyeonggi Province during the period from February 21 to June 30 in 2006. The data were collected by individual interview and were analyzed using correlation and multiple regression analysis with the SAS 9.1 program.

Result: Among elderly, 73.8% of them showed depression. The elderly with higher level of socioeconomic status ($\beta=0.136$, $p=0.019$) and higher level of social support including family support($\beta=-0.018$, $p<.0001$), friend's support($\beta=-0.025$, $p<.0001$) and special person's support ($\beta=-0.021$, $p<.0001$) show lower levels of depression. In addition, elderly with perceived good health status ($\beta=0.119$, $p<.0001$) feel less depression than those who have poor health condition.

Conclusion: These findings suggest that low socioeconomic status and lower level of social support among elderly should be considered to decrease depression. These findings would contribute to health education, designing interventions and program development for appropriate depression management for the elderly.

Keyword: elderly, depression, social support