

우리나라 노인의 정신건강 관련 요인 분석

Factors Affecting the Mental Health of the Aged in Korea

이현경*, 손민성**, 최만규***

국립서울병원 정신보건연구과*, 고려대학교 대학원 보건과학과 보건행정학전공**,
고려대학교 보건행정학과***

Hyun-Kyung Lee(lhk9127@korea.kr)*, Min-Sung Sohn(minsing@korea.ac.kr)**,
Mankyu Choi(mkchoi@korea.ac.kr)***

요약

이 연구는 최근 노인들의 스트레스와 우울, 자살생각 등 정신건강 폐해의 심각성을 인지하고 이에 영향을 미칠 것으로 예상되는 삶의 질, 건강행태, 건강수준 등과 정신건강 간의 구조적인 관계를 검증하고자 수행하였다. 연구 자료는 전 국민을 모집단으로 체계적인 표본조사를 실시한 2009년 국민건강영양조사의 원자료에서 65세 이상 노인들 중 연구에 적합한 1,490명을 최종 연구대상자로 선정하였다. 연구결과 첫째, 노인들의 삶의 질이 높을수록 스트레스, 우울, 그리고 자살생각 등을 감소시키는 효과가 있었다. 또한 삶의 질은 건강수준을 강화시켜 정신건강을 증진시키는 효과가 있었다. 둘째, 흡연, 문제음주, 비만, 적당한 운동과 수면 등으로 측정된 건강행태가 정신건강에 직접적인 영향은 없었으나, 건강수준을 매개로 한 간접 효과를 확인하였다. 이 연구결과를 기반으로 노인의 정신건강 증진을 위해서는 삶의 질 제고를 우선적으로 고려하면서, 건강행태를 변화시키려는 체계적인 노력이 중요하다 하겠다.

■ 중심어 : | 노인 | 건강행태 | 건강수준 | 삶의 질 | 정신건강 |

Abstract

This study recognizes the seriousness of mental health damage in the aged these days including stress, depression, suicidal ideation and intends to verify structural relationship between mental health and those expected to affect it such as health behavior, quality of life, and subjective consciousness of health. According to the results of this study, first, as the aged's quality of life is higher, it has more effect to reduce stress, depression, or suicidal ideation. Also, quality of life enhances subjective consciousness of health and improves mental health. Second, although health behavior measured by smoking, problematic drinking, obesity, or moderate exercise and sleep did not show direct effect on mental health, it has indirect effect on it with subjective consciousness of health as mediation. Based on the result of this study, in order to improve the aged's mental health, it is needed to consider the enhancement of their life quality in advance and make systematic efforts to change their health behavior.

■ keyword : | Elderly | Health Behavior | Subjective Consciousness of Health | Quality of Life | Mental Health |

* 이 연구는 2012년도 국립서울병원 연구비 지원으로 수행되었음.

접수번호 : #120919-007

접수일자 : 2012년 09월 19일

심사완료일 : 2012년 11월 28일

교신저자 : 최만규, e-mail : mkchoi@korea.ac.kr

1. 서론

우리나라는 인구 고령화 현상이 전 세계에서 유례를 찾기 어려울 정도로 빠르게 진행되고 있다. 2000년에 이미 65세 이상 노인이 전체 인구의 7%를 차지하여 고령화 사회가 되었으며, 2017년에는 노인인구 비율이 14%에 도달하여 고령사회, 2026년에는 20%가 되는 초고령 사회에 진입될 것으로 예측되고 있다[1]. 평균 수명의 증가로 나타난 노인인구의 급속한 증가는 노년기 시절을 보내는 인구집단의 규모가 그만큼 확대되고 있음을 의미한다.

노년기에는 건강악화, 경제력 저하, 소외감, 고독감, 자아존중감 저하 등의 각종 신체적, 사회적, 심리적 상실감으로 인해 다른 연령 집단에 비해 삶의 만족이 저하되고 우울을 경험할 가능성이 높다는 것이 일반적으로 받아들여지는 노년기의 특성이자[2][3]. 노년기의 신체 기능 상실은 사회생활의 적응력을 떨어뜨리고 타인과의 상호작용이 어려워져 심리적인 위축을 초래하게 되어 정신 질환으로 이어지기도 한다. 또한 노년기에는 은퇴로 인한 경제적인 어려움을 경험하게 되는데 이 또한 심리적 부담감이나 스트레스를 주는 원인이 되며, 우울증을 발생시키고 심할 경우 자살행위로 이어지는 위험요인이 되고 있다[4][5].

최근 조사결과에 따르면 우리나라의 자살률은 계속 증가추세를 보여 2010년도에는 인구 10만 명당 33.5명으로 OECD 국가 가운데 가장 높은 수준이다[6]. 전 인구의 자살률이 높은 것도 문제지만, 더 큰 문제는 고령 인구의 자살률이 최근 들어 급증하고 있다는 것이다. 연령별로 보면 65세 이상 노인인구의 자살건수는 2000년 인구 10만 명당 35.5명에서 2010년 81.9명으로 10년 동안 2배 이상 증가하면서 노인 자살은 심각한 사회 문제로 대두되고 있다[1]. WHO(2012)는 1948년부터 매년 4월 7일을 “World Health Day”로 선정하여 전 세계인의 건강증진을 위한 활동을 꾸준히 실시하고 있으며, 특히 2012년 World Health Day에서는 노인의 정신건강 폐해의 심각성을 지적한 바 있다. 그리고 mhGAP(mental health Gap Action Programme)와 SUPRE(suicide prevention) 등의 프로그램을 통하여

개발도상국을 위한 정신건강 증진 및 65세 이상 노인을 대상으로 건강증진을 위한 스포츠, 교육 프로그램을 진행하며 각 회원국들에게 이에 대한 적극적이고 종합적인 전략을 마련하여 시행할 것을 요구하였다[7][8]. 우울증, 자살 등 노인의 정신건강 폐해에 대한 심각성과 그 대책에 대한 국제적인 관심이 고조되고 있으나, 우리나라는 노인에 대한 낮은 관심으로 인하여 노인의 정신건강에 대한 인식과 정책적 노력은 부족한 실정이다. 이는 우리나라 노인의 정신건강 문제를 단적으로 보여주는 예이며, 고령화가 가속화되는 시점에서 노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인 및 경로에 대한 분석 및 확인이 필요하고, 이러한 분석에 근거하여 정신건강을 증진시킬 수 있는 효율적인 방안을 모색하는 것이 중요한 과제이다.

최근 정신건강은 성공적인 노화과정을 위한 중요한 요소로서 사회학, 환경학, 보건학, 의학 등 많은 분야에서 중요한 연구 주제로 다루어지고 있다. 특히 보건의로 분야에서 노인의 정신건강 문제는 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 주요 정책 이슈가 되고 있다[9]. 이러한 노인의 정신건강 문제는 인구사회학적, 신체적, 심리적 요인에 의해 영향을 받는 것으로 알려져 있으며, 선행연구들은 노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인들에 대하여 주목하여왔다. 그 중에서도 특히 삶의 질과 음주, 흡연, 수면 상태 등의 건강행태, 그리고 건강수준이 정신건강에 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다.

스트레스와 우울 등 노인의 정신건강과 관련하여 최근에 많이 다루어지고 있는 연구 주제는 노인의 삶의 만족도나 삶의 질에 대한 것이다. 즉 삶의 만족도가 높아지면 스트레스가 해소되고 우울증이 완화되는 등 정신건강에 긍정적인 영향을 준다는 연구들이 양적으로 확대되고 있다[3][10-13].

건강행태 역시 정신건강과의 관련성을 보여준다. 음주와 흡연을 적게 하고 충분한 수면을 취하는 노인이 종교 등의 사회 활동을 보다 적극적으로 하여 우울을 낮추는 효과가 있다고 보고되고 있다[15][16]. 또 다른 건강행태로써 규칙적인 운동은 정신적인 요소, 즉 우울증을 감소시키고, 노인의 자존감을 증진시키는 효과가

있다는 것이다[17-19]. 또한 최근에는 노인의 건강수준과 삶의 질에 관한 연구[2][20][22][23], 건강수준과 건강행태에 관한 연구가 진행되고 있다[23]. 그리고 노인의 건강수준과 정신건강과의 관련성에 관한 연구가 진행되면서 노인이 스스로 평가하는 인지적인 건강수준 등이 노인의 정신건강에 영향을 미치는 중요한 요인으로 확인되었다[11].

그렇지만 그동안 수행되어 온 우리나라 노인의 삶의 질, 건강행태, 건강수준에 관한 선행연구들은 연구방법론 측면에서 일부 한계점들을 가지고 있다. 첫째, 연구방법에 있어서 분석대상의 지역적 한계, 편의표집과 같은 표집방식의 한계점을 제시할 수 있다. 현재까지 진행된 대부분의 선행연구들[20-22]은 일개 지역의 양로원이나 특정 농촌에 거주하고 있는 노인들을 대상으로 하여 결과를 일반화하는데 무리가 있었다. 둘째, 노인의 삶의 질, 건강행태, 건강수준과 정신건강과의 관련성을 고려하지 못하여, 정신건강의 중요성을 간과하였다[21-23]. 셋째, 성별, 연령, 가구소득, 교육수준뿐만 아니라 우리나라 노인의 삶의 질, 건강행태, 건강수준 등이 정신건강에 영향을 미친다는 연구[12][15][16][24][25]들도 관련 요인들 간의 전체적인 구조와 직접, 간접적인 경로를 확인하기에는 부족하였다.

이에 이 연구에서는 전 국민을 모집단으로 하여 체계적인 표본조사를 실시한 국민건강영양조사(2009)의 원자료에서 65세 이상 노인 모두를 연구대상으로 하였다. 점에서 표본의 일반성과 대표성이 높다고 하겠다. 또한 이 연구는 노인을 대상으로 한 정신건강 관련 선행연구들의 단점을 보완하고자 노인들의 삶의 질, 건강행태, 건강수준을 독립변인으로 선택하여 이들이 정신건강에 어떠한 영향을 미치는 지에 대해 전반적인 이해를 얻고자 구조모형을 구축하여 각 요인들 간의 직접, 간접적인 효과를 확인하고자 하였다.

이러한 시도는 노인의 정신건강 관련 요인들에 대한 과학적인 탐색을 통해 노인의 정신건강 증진을 위한 효과적인 정책개발과 수립, 집행에 필요한 기초자료를 생산할 수 있다는 점에서 의의가 크다고 하겠다.

II. 연구방법

1. 주요 변수의 측정방법 및 신뢰도

1) 삶의 질

Schipper(1990)는 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 측면에서 개개인의 경험과 기대, 인식에 따라 평가되는 건강이라고 하였고[26], Mendola, Pelligrini(1979)는 주어진 신체 능력 내에서 만족스러운 사회생활을 성취하는 것이라고 하였다[27]. 위의 주장에서 보듯 삶의 질은 한 가지 이상의 차원을 적용하여 객관적으로 평가하기 어려운 주관적인 요인이 내재해 있다는 특성이 있다. 이 연구에서는 임상 및 경제성 평가를 목적으로 EuroQoL Group에서 개발한 EQ-5D를 삶의 질 측정도구로 사용하였다. EQ-5D는 다차원적 선호도에 근거한 건강한 삶의 질 측정도구로서 운동능력, 자기관리, 일상 활동, 통증/불편, 불안/우울 등의 다섯 가지 차원으로 구성되어 있다. 이 연구에서는 집중타당도 검증 결과 표준요인적재량이 기준치 0.6이하 값이 나온 불안/우울 항목을 제외한 4개의 변수를 삶의 질의 측정변수로 사용하였다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 삶의 질에 대한 신뢰도 검증결과 Cronbach's α 값은 0.797이었다.

2) 건강행태

Alameda County에서는 건강행태의 종합적인 수준을 파악하기 위하여 흡연여부, 문제음주여부, 아침식사여부, 간식절제, 비만여부, 운동여부, 적당한 수면여부 등 7가지 건강행위 실천지수를 제시하였다[34]. 이 연구에서는 이 중 아침식사, 간식절제 이외에 흡연여부, 문제음주여부, 비만여부, 운동여부, 적당한 수면여부 총 5가지 문항을 이용하여 건강행태의 정도를 측정하였다. 각 항목별로 1점씩 부여하여 총 0점-5점으로 산출하였고, 점수가 높을수록 건강행태가 좋은 것으로 하였다.

3) 건강수준

자신의 건강수준에 대한 인식정도를 파악하기 위해 개인의 주관적인 생각과 판단에 근거하여 설문지에 자기입한 것을 토대로 응답자의 건강수준을 측정하였

다. “평소에 당신의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”라는 설문문항에 대하여 1점은 ‘매우 좋음’에서 5점은 ‘매우 나쁨’으로 5점 척도로 측정되었지만, 분석할 때에는 해석의 편의를 위해 변수 값을 역코딩하여 1점은 ‘매우 나쁨’, 5점은 ‘매우 좋음’로 변경하였다. 점수가 높을수록 건강수준이 좋은 것을 의미한다.

4) 정신건강

정신건강의 지표는 스트레스인지 정도, 우울여부(있음1, 없음0), 자살생각여부(있음1, 없음0) 등 3가지를 측정하였다. 스트레스인지 정도는 4점 척도로 하였으며, 1점은 ‘대단히 많이 느낀다’에서 4점은 ‘거의 느끼지 않는다’로 측정되었다. 우울여부와 자살생각여부는 해석의 편의를 위해 변수 값을 역코딩하여 0점은 ‘있음’, 1점은 ‘없음’으로 하여 점수가 높을수록 정신건강이 좋음을 의미하게 하였다. 정신건강에 대한 신뢰도 검증결과 Cronbach’s α값은 0.640이었다.

2. 개념적 틀

이 연구는 노인의 스트레스인지 정도, 우울 여부와 자살생각 여부로 측정된 정신건강을 종속변수로 하였다. 그리고 정신건강과 구조적인 관계가 있을 것으로 예상되는 노인의 삶의 질, 건강행태, 건강수준 간의 영향력의 체계적인 관계를 파악하고자 하였다. 인구사회학적 특성 변수들 중 성별, 연령, 가구소득, 교육수준 등은 통제 변수로 사용하였다. 연구의 개념적인 분석틀은 아래 [그림 1]과 같다.

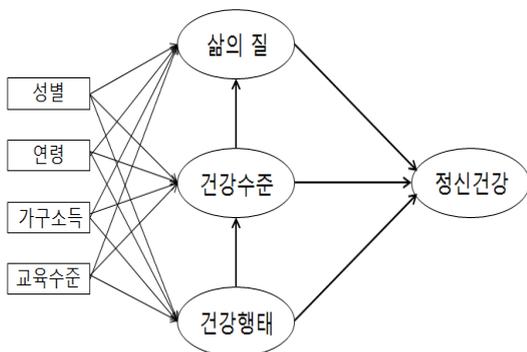


그림 1. 개념적 틀

3. 연구대상

연구 자료는 2009년 보건복지부 주관 하에 질병관리본부에서 시행한 2009년 국민건강영양조사의 원 자료에서 만 65세 이상 노인만을 분석대상으로 하였다. 총 1,728명의 노인 중에서 이 연구에서 사용하는 변수인 성별, 연령, 가구소득, 교육수준, 삶의 질, 건강행태, 건강수준, 스트레스인지 정도, 우울여부, 자살생각여부 등의 변수에서 결측치가 없는 노인만을 대상으로 1,490명을 최종 연구대상자로 하였다.

4. 분석방법

첫째, 연구대상자의 일반적 특성을 분석하기 기술통계 분석을 실시하였다.

둘째, 연구의 주요 측정변수인 삶의 질, 건강행태, 건강수준, 그리고 정신건강 등에 대한 정규성 검증을 실시하였다.

셋째, 연구의 신뢰도 및 타당도를 검증하기 위해 확인적 요인분석(CFA)을 실시하였으며, Cronbach’s α값을 산출하여 신뢰도를 검증하였고, 확인적 요인분석은 측정변수들의 집중타당도와 잠재변수들의 판별타당도를 검증하는 단계로써 집중타당도를 검증하기 위해 표준요인적재량, 개념신뢰도(C.R.)와 표준분산추출(AVE)을 이용하였으며, 판별타당도는 상관계수와 표준분산추출을 이용하여 변수들 간에 상관성이 없이 독립적인지를 검증하였다.

넷째, 정신건강 관련 요인들 간의 구조적인 관계를 파악하기 위하여 구조방정식 모형을 구축하였으며, 모형의 적합도를 평가하기 위해 GFI, TLI, CFI, RMSEA 등의 적합도 지수를 산출하였다.

다섯째, 연구모형의 간접효과, 매개효과 등을 산출하였으며, 유의성을 검증하기 위해 부트스트래핑 방법과 Sobel Test를 실시하였다.

본 연구수행을 위해 Amos 18.0을 사용하였다.

III. 연구 결과

1. 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 [표 1]과 같다. 전

체 대상자는 1,490명으로 남자가 630명, 여자가 860명으로 여자가 약1.4배 많았다. 연령은 65-69세가 36.2%로 가장 많았고, 그 다음이 70-74세(31.9%), 75-79세(20.5%) 순이었다. 주로 측정된 가구소득은 '하'라는 응답자가 53.7%로 절반 이상을 차지하였고 '상'이라는 응답비율은 8.7%에 불과했다. 이는 노인들의 대다수가 가구소득이 충분하지 않다고 느끼고 있음을 알 수 있다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하가 25.7%로 현재 우리나라의 높은 교육열기와 젊은이들의 고학력 실업자 문제에도 불구하고 과거 열악한 경제 여건 탓에 노인들의 교육수준은 낮은 것으로 확인되었다.

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성

변수명	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	여자	860	57.7
	남자	630	42.3
연령	65-69세	539	36.2
	70-74세	475	31.9
	75-80세	306	20.5
	81-93세	170	11.4
가구소득	하	800	53.7
	중하	347	23.3
	중상	213	14.3
	상	130	8.7
교육수준	초등교육이하	1,107	74.3
	초등교육이상	383	25.7
계		1,490	100

2. 측정변수의 정규성 검증 및 연구모형의 적합도 검증

1) 측정변수의 정규성 검증

자료에 대한 정규성 분포를 확인한 결과, 이 연구에서 사용된 삶의 질의 측정변수인 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 등의 4가지와 건강행태, 주관적 건강수준, 그리고 정신건강의 측정변수인 스트레스 여부, 우울 여부, 자살 생각 등의 3가지로 총 9개의 측정변수들의 정규성에 문제가 없었으며, Kolmogorov-Smirnov 정규성 검증 결과, 모든 변수의 유의성이 확

인하였다($p < 0.001$).

2) 집중타당도 검증

확인적 요인분석을 실시하여 측정도구의 타당도를 검증하였다. 집중타당도를 위해서는 표준요인적재량이 0.6이상이고, 유의도(t)가 1.96이상이어야 한다. 또한 개념신뢰도가 0.7이상 이고, 평균분산추출값이 0.5이상이면 집중타당도가 있는 것으로 간주된다[35]. 분석결과 삶의 질의 구성항목 중에서 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 등 4개의 구성항목은 표준요인적재량이 0.6이상으로서 기준값을 만족하였으나, 불안/우울 항목은 표준요인적재량이 0.44로 측정되어 분석에서 제외하였다.

3) 판별타당도 검증

확인적 요인분석 결과 산출된 잠재변수들 간의 상관계수는 [표 2]와 같다. 모든 잠재변수들 간의 상관관계의 제공값이 각 요인의 평균분산추출값보다 작게 나타나 판별타당도가 적합한 것으로 확인되었다.

4) 연구모형 검증

정신건강에 영향을 미치는 인구사회학적 특성, 삶의 질, 건강행태, 건강수준 등의 관계를 검증하기 위하여 구조방정식 모형을 활용하였다. 분석결과는 [표 3]에 나와 있으며, $p < 0.001$, GFI=0.967, TLI=0.895, CFI=0.935, RMSEA=0.062로 모형의 적합도는 양호하였다.

표 2. 판별타당도 검증

	1	2	3	4
1. 삶의 질	.780 (AVE)			
2. 건강행태	.000 (r^2)	1		
3. 건강수준	.292	.005	1	
4. 정신건강	.185	.005	.168	.704

표 3. 모형의 적합도 평가(N=1,490)

	χ^2	df	p-value	GFI	TLI(NNFI)	CFI	RMSEA
연구모형	324.738	48	.000	.967	.895	.935	.062
판정기준			$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\leq .08$

3. 구조방정식모형 검증

각 경로별 유의성을 살펴본 결과는 [표 4]와 같다. 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 변수인 성별, 연령, 소득수준, 교육수준은 통제변수로 사용되었다. 삶의 질에 대한 인구사회학적 변수의 직접경로는 모두 유의하였고, 건강행태에 대한 인구사회학적 변수의 직접경로는 모두 유의하지 않았다. 건강수준에 대한

삶의 질의 직접경로가 유의하였고(표준화 계수 $\beta=.541$, C.R.=17.830, $p<.001$), 건강수준에 대한 건강행태의 직접경로(표준화 계수 $\beta=.075$, C.R.=3.367, $p<.001$)도 유의하였다. 또한 정신건강에 대한 삶의 질의 직접경로(표준화 계수 $\beta=.305$, C.R.=7.681, $p<.001$), 정신건강에 대한 건강수준의 직접경로(표준화 계수 $\beta=.241$, C.R.=6.769, $p<.001$) 역시 유의하였다. 그러나 정신건강에 대한 건강행태의 직접경로(표준화 계수 $\beta=.048$,

표 4. 연구 모형 경로의 직접효과

설명변수	결과변수	B	β	S.E.	C.R.	p
성별	삶의 질	-.195	-.201	.024	-6.736	***
연령	삶의 질	-.012	-.165	.002	-5.958	***
소득수준	삶의 질	.057	.145	.011	5.173	***
교육수준	삶의 질	.079	.089	.027	2.919	.004
성별	건강행태	.031	.017	.051	.599	.549
연령	건강행태	-.008	-.051	.004	-1.944	.052
소득수준	건강행태	-.002	-.002	.024	-.072	.943
교육수준	건강행태	.037	.018	.060	.613	.540
성별	건강수준	-.038	-.018	.054	-.710	.478
연령	건강수준	.024	.123	.005	5.317	***
소득수준	건강수준	.082	.076	.025	3.247	***
교육수준	건강수준	.091	.037	.062	1.469	.142
삶의 질	건강수준	1.480	.541	.083	17.830	***
건강행태	건강수준	.089	.075	.026	3.367	.003
삶의 질	정신건강	.235	.305	.031	7.681	***
건강행태	정신건강	.016	.048	.009	1.695	.090
건강수준	정신건강	.068	.241	.010	6.769	***

*** $p<0.001$

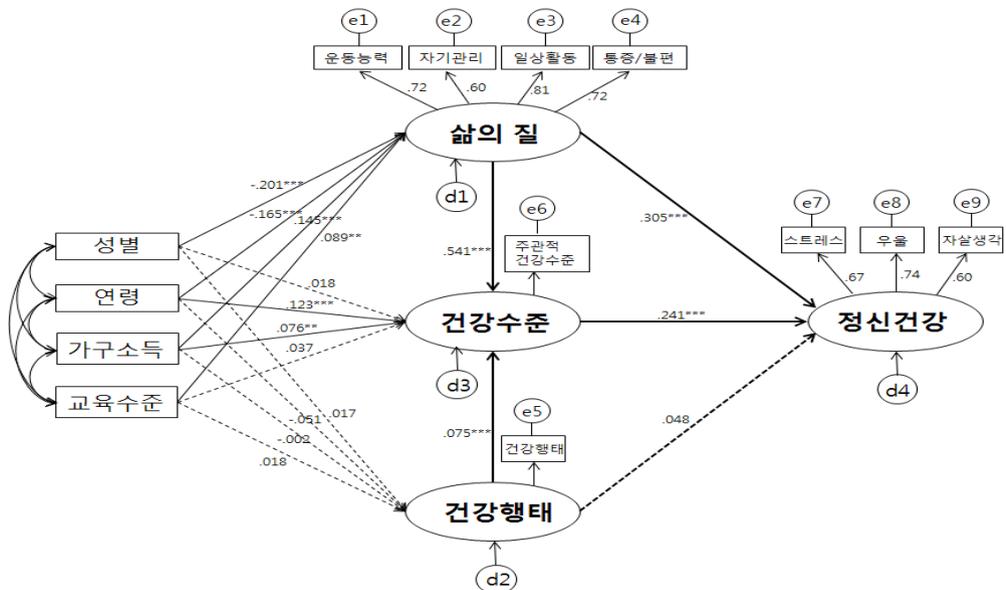


그림 2. 유의한 경로 및 표준화 계수

표 5. 직접효과, 간접효과, 총효과

경로	직접효과	P	간접효과	P	총효과	P
삶의 질 → 건강수준	.541	.002	-	-	.541	.002
건강행태 → 건강수준	.075	.003	-	-	.075	.003
삶의 질 → (건강수준) → 정신건강	.305	.002	.130	.003	.435	.004
건강행태 → (건강수준) → 정신건강	.048	.063	.018	.002	.066	.008
건강수준 → 정신건강	.241	.003	-	-	.250	.003

* P: p-value of bootstrap two tailed Significance test

C.R.=1.695, p=.090)가 유의하지 않았다. 이 연구의 구조 방정식 모형은 [그림 2]와 같다.

4. 연구 모형의 간접효과

각 변수들 간의 간접효과에 대한 검증결과는 [표 5]와 같다. 간접효과의 유의성을 확인하기 위해 부트스트래핑 방법(Bootstrapping)을 사용하였고, 매개변수인 건강수준의 매개효과의 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시하였다. 인구사회학적 변수인 성별, 연령, 소득수준, 경제수준이 삶의 질을 매개로 하여 정신건강에 미치는 간접효과와 연령, 소득수준이 건강수준을 매개로 하여 정신건강에 미치는 간접효과가 유의하였다. 삶의 질 → 건강수준 → 정신건강의 경로에서 삶의 질이 정신건강에 미치는 영향을 건강수준이 매개하는 효과가 통계적으로 유의미하였다(간접효과: $\beta=.130$, $p=0.003$, 매개효과: $Z=6.292$, $p<0.001$). 건강행태는 정신건강에 대한 직접경로가 유의하지 않아 직접적인 영향을 미치지 못하였지만 건강행태 → 건강수준 → 정신건강의 경로에서 건강행태가 정신건강에 미치는 영향을 건강수준이 매개하는 효과가 통계적으로 유의미하였다(간접효과: $\beta=.018$, $p=.002$, 매개효과: $Z=2.864$, $p=0.004$).

IV. 논의 및 결론

오늘날 우리 사회의 고령화 속도와 그 외의 여러 사회적 여건들을 고려해 볼 때, 노인이 우리 사회 전반에 미치는 영향은 매우 커질 수밖에 없다. 노인의 신체적 건강뿐만 아니라 정신건강은 노년기에 누구나 겪게 되는 문제로, 신체적 건강 상실, 경제능력 상실, 사회적 소

외감으로 인해 노인에게 찾아오는 피할 수 없는 문제일 것이다. 따라서 노인들을 위한 서비스 개발, 여가 활동 등 노인의 건강에 대한 관심과 노력이 필요하며, 특히 노인의 정신건강을 향상시키기 위해 체계적인 준비가 필요한 시점이다.

이 연구는 노인의 정신건강 관련 요인들 간의 관계를 구조방정식모형을 통하여 보다 심층적이고 체계적으로 검증하였다. 연구결과, 삶의 질은 남자가 여자보다 조금 더 높았다. 이는 여자에 비해 상대적으로 사회활동을 많이 하고 경제적 능력이 있는 남자가 일상생활이나 자기관리가 더 적극적이기 때문일 것으로 생각된다. 이러한 여성의 삶의 질 저하는 스트레스와 우울의 정도를 심화시키는 경향을 보였다. 이는 여성 노인이 남성에 비해 우울증, 노인성 치매 등 심리적·정신적 문제가 더 많이 발병한다는 선행연구[30-33]와 일치한다. 여성은 연령이 증가할수록 여성 호르몬 분비의 현저한 감소를 겪게 되고 사회생활 및 참여 부족 등으로 정신적, 사회적 스트레스를 많이 경험하기 때문에 남자 노인에 비해 정신건강이 낮아지는 것으로 사료된다.

연령과 정신건강과의 관계는 연령이 높을수록 삶의 질과 건강수준에 의해 정신건강이 낮아지는 간접효과를 보였다. 노인의 연령이 높을수록 삶의 질이 낮아지는 기존의 연구[34][35]와 일치하는 결과이며, 연령이 높아질수록 운동능력, 일상활동 등 신체적 기능 저하로 인한 삶의 질이 떨어지는 것으로 이해할 수 있겠다. 연령증가로 인한 삶의 질 저하는 결국 우울의 가능성을 높인다[33][36]. 특히 80세 이상 초고령층 노인이 스트레스가 매우 높았고, 60세에서 74세까지는 연령이 증가할수록 노인의 우울에 대한 평균치가 증가함을 보여주는 연구[15]와 일치하였다.

경제수준 역시 삶의 질과 건강수준을 간접경로로 정신건강에 유의미한 효과를 보였다. 이는 경제활동에 지속적 참여 여부가 건강수준을 높인다는 연구 [15][37-39]와 일치하며, 노인의 경제수준과 정신건강의 부정적 상관관계를 보여준 Beekman 외(2002)의 결과를 지지한다[40]. 신창환(2010), 윤수진(2002)의 연구는 노인의 경제수준이 낮을수록 삶의 질을 떨어뜨리고 이는 정신건강에 부정적인 영향을 미친다고 하였다 [11][41]. 결국, 노인의 경제상태가 안정될수록 지속적인 활동 참여 등으로 인해 삶의 질을 높일 수 있고, 이는 노인들의 정신건강을 양호하게 유지하는데 도움이 된다고 볼 수 있겠다.

교육수준은 정신건강에 대해서 삶의 질을 통해 유의하게 간접적인 영향을 미쳤다. Hugles(1990)와 Robert 외(2000), 그리고 김제경(1997), 황미혜, 도복늬(2000) 등의 선행연구에서도 교육수준이 높아지면 노인들은 적극적인 태도가 더 많이 드러나며, 활동적인 일상생활로 인해 만족도가 높아지고 우울감은 낮아진다고 하였다[19][33][42][43]. 특히, 김기태 외(2000)와 정혜정 외(2000)는 독거노인의 교육수준이 심리적 건강과 정의 관계가 있음을 보고하였다[31][44]. 이는 교육수준이 높을수록 노인들의 삶의 만족도가 올라가고, 본인 스스로 인식하는 건강수준을 높게 평가하여 이로 인해 우울이나 스트레스 등을 느끼는 감정이 줄어든다고 하겠다.

정신건강에 대한 삶의 질의 직접경로는 유의미하였다. 선행연구들[12-14]에 의하면 신체활동을 거의 하지 않는 것보다 신체활동을 적당히 하는 사람들에서 정신건강이 더 좋았다. 이는 운동, 일상활동 등 삶의 질의 측정값이 높을수록 노인들의 정신건강뿐만 아니라 심리적인 측면에서 긍정적인 영향을 미치는 것을 의미한다. 노인의 생활만족도의 개념은 연구자들 간의 차이가 있음에도 불구하고 정신건강과의 연관성이 전반적으로 높았다. 생활만족도와 정신건강과의 정의 관계를 보여준 여러 연구들[45-47]에서 삶의 만족도가 높을수록 정신건강 수준이 높아짐을 보고하였다. 허준수 외(2002), 박인옥(1997)은 생활만족도가 우울과 밀접한 관련이 있음을 보여주었다[48]. 또한 간접효과를 확인한 결과 삶의 질은 건강수준을 매개로 하여 정신건강에 유의미한

영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 기존의 일부 연구결과와 일치하지 않았다[2][20][22][23]. 그렇지만 이 연구의 결과는 삶의 질과 정신건강과의 관계에서 건강수준의 중요성을 확인시켜주었다. 즉, 노인들의 운동 및 일상 활동능력, 자기관리 등으로 인한 만족스런 삶의 질이 노인이 주관적으로 인지하는 건강수준을 향상시킨다는 데에 의의가 있다. 위에서 살펴보았듯이 삶의 질이 좋을수록 스트레스, 우울, 자살생각 등을 낮추어 노인의 정신건강을 증가시키는 직접적인 효과 이외에 삶의 질이 높아지면 노인들이 스스로 인지하는 건강수준이 증가하고, 증가된 건강수준이 정신건강을 좋하게 한다는 이 연구 결과는 일부 선행연구들과의 차별성에서 의의가 크다 하겠다.

노인의 건강행태는 건강수준을 매개로 하여 정신건강에 유의미한 영향을 주었다. 건강행태가 정신건강으로 가는 직접경로는 유의미한 영향을 주지 않았으나, 건강수준을 완전매개로 한 간접효과에서는 통계적으로 유의하였다. 이는 건강행태가 정신건강으로 이어지는데 노인이 스스로 인지하는 건강수준의 중요성을 보여준다. 음주, 흡연, 불충분한 수면 등 좋지 않은 건강행태가 정신건강을 악화시킨다는 선행연구들[15][16]과는 일치하지 않는 결과였지만, 건강행태가 좋지 않은 노인들이 지각하는 건강수준은 바람직한 건강행태를 하는 사람보다 낮았고[34][49][50]. 이러한 낮은 상태의 건강수준은 스트레스, 우울 등의 정신적 건강의 문제를 초래하여 실제 건강한 사람에게도 부정적인 영향을 미쳐 만성질환의 증상 및 양상을 초래하는 경향이 있다고 했다[11][32]. 따라서 본인의 건강상태를 스스로 인지하는 주관적인 건강수준을 평가지표로써 이용하는 것은 국민의 건강상태를 측정하고, 개선시킬 수 있는 수단적 도구가 될 수 있을 것이다. 또한 운동 등을 통한 건전한 고 긍정적인 건강행태가 노인의 건강수준을 높여주고 결과적으로 스트레스 지수의 감소를 보여주는 연구들 [11-13][17][18]과 일치하였다. 결국, 건전한 음주, 금연, 규칙적인 운동, 적당한 체형관리와 수면 등의 건강행태가 노인이 인지하는 건강수준을 높여줌으로써 스트레스, 우울, 자살생각 등을 감소시켜준다고 하겠다. 오늘날 노인의 정신건강 증진에 대한 관심이 높아지고 있음

에도 불구하고 그에 대한 해결책은 매우 미비한 것이 현실이다. 2011년 정신질환실태역조사에 의하면 정신질환 경험자가 정신의료서비스를 이용하는 비율이 15.3%로, 미국(39.2%), 호주(34.9%), 뉴질랜드(38.9%) 등 선진국에 비하여 매우 낮은 수준[51]이라는 점에서 우리나라 노인 정신건강 관리가 매우 미흡한 실정이라고 하겠다.

이 논문에서는 노인의 삶의 질과 건강행태는 건강수준을 매개로 정신건강에 중요한 영향을 미친다는 사실이 확인되었다. 따라서 노인들의 건강행태 변화와 삶의 질 제고를 통해 건강수준 인식을 제고시키는 것이 중요하다 하겠다. 이를 위해 구체적으로 노인의 적극적인 사회활동 참여, 여가활동 등을 할 수 있는 여건을 제공하고, 절주, 금연, 규칙적인 운동 등의 건강한 행위 변화를 이끌어 내고 유지할 수 있는 전 사회적인 관심과 노력이 필요하다 하겠다.

참 고 문 헌

- [1] <http://kosis.kr/abroad/>
- [2] 고승덕, 김명, “노인의 일반적 특성과 신체적, 정신적, 사회적 건강간의 관련성”, 한국보건교육학회지, 제13권, 제2호, pp.115-129, 1996.
- [3] P. B. Baltes and K. V. Mayer, “The berlin Aging Study: Aging from 70 to100,” New York: Cambridge University Press, 1999.
- [4] 윤우석, “실업과 소득격차가 자살에 미치는 영향 검증: 1995 년에서 2008 년까지의 시계열 자료 분석”, 한국공안행정학회보, 제42권, pp.153-185, 2011.
- [5] 정호영, 노승현, “연구논문: 노인 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-우울과 스트레스의 매개효과를 중심으로”, 한국노년학회지, 제27권, 제4호, pp.789-805, 2007.
- [6] <http://www.oecd.org/statistics/>
- [7] <http://www.who.int/entity/en/>
- [8] <http://www.who.int/mediacentre/en/>
- [9] 이동호, 민성오, “노인들의 질환별 유병여부와 건강관련 삶의 질 구조모형 분석”, 한국콘텐츠학회논문지, 제11권, 제1호, pp.216-223, 2010.
- [10] 배상열, 고대식, 노지숙, 이병훈, 박형수, 박종, “한국 노인의 신체활동과 건강관련 삶의 질의 관계”, 한국콘텐츠학회논문지, 제10권, 제10호, pp.255-266, 2010.
- [11] 신창환, “연구 논문: 삶의 특성이 노인우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개효과를 중심으로”, 한국노년학회지, 제30권, 제2호, pp.453-469, 2010.
- [12] 유광욱, 원유병, “노인들의 신체활동 유무, 부적정서, 경제적 수준과 정신건강 간의 관계”, 한국스포츠심리학회지, 제21권, 제4호, pp.197-205, 2010.
- [13] 이한숙, 윤영선, “노인체육 편: 사회체육활동 참여 노인의 신체적 자기개념이 정신건강 및 생활만족도에 미치는 영향”, 한국사회체육학회지, 제35권, 제1호, pp.647-660, 2009.
- [14] W. P. Morgan, and S. E. Goldston, *Exercise and mental health*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1987.
- [15] 김경숙, 문제우, 박재산, “우리나라 노인들의 정신건강에 대한 분석”, 보건과 사회과학회지, 제23권, pp.105-132, 2008.
- [16] 서희숙, 한영현, “제가노인의 일상생활수행능력, 우울 및 수면이 생활만족도에 미치는 영향”, 한국노년학회지, 제15권, pp.159-170, 2006.
- [17] 안은영, “노인 우울증과 우울”, 코칭능력개발지, 제8권, 제2호, pp13-21, 2006.
- [18] 차준태, 지용석, “규칙적인 운동이 노인의 심결관계 기능과 우울증에 미치는 영향”, 한국체육학회지, 제43권, 제5호, pp331-340, 2004.
- [19] J. E. Gaugler, A. Davey, L. I. Pearlin, and S. H. Zarit, “Modeling caregiver adaptation over time: the longitudinal impact of behavior problems,” *Psychology and aging*, Vol.15, No.3, 2000.
- [20] 김화숙, 노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인, 한림대학교 대학원 석사학위논문,

- 2005.
- [21] 손신영, *농촌 노인의 삶의 질 모형구축*, 서울대학교 대학원 박사학위논문, 2006.
- [22] 정재임, 차영자, 김정아, *노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인*, 경북전문대학논문집, 제23권, 제1호, pp.471-491, 2005.
- [23] 김정연, 이석구, 이성국, “연구 논문 : 노인에서 건강행태, 건강수준, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질과의 관계”, *한국노년학회지*, 제30권, 제2호, pp.471-484, 2010.
- [24] 이홍직, “노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-사회자본 특성을 중심으로”, *사회과학회지*, 제25권, 제3호, pp.25-42, 2009.
- [25] 한혜경, 이유리, “연구논문: 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인”, *한국노년학회지*, 제29권, 제3호, pp.805-822, 2009.
- [26] H. Schipper, “Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research,” *Oncol*, Vol.4, No.5, pp.51-57, 1990.
- [27] W. F. Mendola and R. V. Pellgrini, “Quality of life and coronary artery bypass surgery patients,” *Soc Sci Med*, Vol.12, pp.457-461, 1979.
- [28] L. F. Beckerman, and L. Breslow, *Health and ways of living The Alameda County Study*, New York, Oxford University Press, 1983.
- [29] R. P. Bagozzi and Y. J. Yi, “On the evaluation of structural equation models,” *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol.16, pp.74-94, 1998.
- [30] 손석준, 신준호, 신희영, 정은경, 범민선, 권순석, “농촌지역 노인의 우울 수준과 관련 요인”, *한국농촌학회지*, 제25권, 제2호, pp.78-87, 2000.
- [31] 정혜정, 이동숙, “부부단독가구 노인과 자녀동거가구 노인의 삶의 질과 관련변인 연구”, *한국가족관계학회지*, 제5권, 제2호, pp.67-91, 2000.
- [32] 한혜경, 이정화, 옥선화, Ryff C. and Marks, N, “중년기 남녀의 사회적 역할과 정신건강”, *한국노년학회지*, 제22권, 제2호, pp.209-225, 2002.
- [33] R. E. Robert, S. J. Shema, G. A. Kaplan, and W. J. Strwbridge, “Sleep complaints and depression in an aging cohort,” *American Journal of Psychiatry*, Vol.157, No.1, pp.81-88, 2000.
- [34] R. S. Jr. Paffenbarger, W. E. HALE, R. J. BRAND, and R. T. HYDE, “Work-energy level, personal characteristics, and fatal heart attack: a birth-cohort effectm,” *American Journal of epidemiology*, Vol.105, No.3, pp.200-213, 1977.
- [35] H. Wang, D. A. Kindig, and J. Mullahy, “Variation in Chinese population health related quality of life: results from a EuroQol study in Beijing, China,” *Quality of life research*, Vol.14, No.1, pp.119-132, 2005.
- [36] A. T. Beekman, “The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences,” *Social Psychiatry Epidemiology*, Vol.30, pp.32-38, 1995.
- [37] 송예현, “노인이 인지하는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도와와의 관계 연구-D 시 노인종합복지관 이용노인을 대상으로”, *정신간호학회지*, 제10권, 제4호, pp.473-483, 2001.
- [38] R. C. Mannell, and S. Dupuis, *Life Satisfaction In J.E. Birren(Ed)*, *Encyclopedia of Gerontology*, pp.59-64, New York: Academic Press, 1996.
- [39] 이택영, 김진경, “도시 및 농어촌 노인의 활동 수준 및 활동 정도에 따른 삶의 질 비교”, *한국콘텐츠학회논문지*, 제10권, 제2호, pp.402-411, 2010.
- [40] A. T. Beekman, B. W. Penninx, D. J. Deeg, E. DeBeur, S. W. Geerlings, and W. Tilburg, “The impact of depression on the well-being, disability and of services in older adults: a longitudinal perspetive,” *Acta Phychiatrica Scandinavica*, Vol.105, pp.20-27, 2002.
- [41] 윤수진, 이윤환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희, “지역사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인”, *대한지역사회학회지*, 제21권, 제3호, pp.59-73, 2002.

[42] 황미혜, 도복늬, “노인이 지각한 건강상태, 사회적 지지와 자기간호 역량”, *경북간호과학지*, 제4권, 제1호, pp.43-58, 2000.

[43] 김재경, *노년기 스트레스와 대처방안에 따른 생활만족도*, 성신여자대학교 대학원 석사학위 논문, 1997.

[44] 김기태, 박봉길, “독거노인의 생활만족도와 사회적 지지망: 지역복지관의 서비스를 제공받고 있는 노인을 중심으로”, *한국노년학회지*, 제20권, 제1호, pp.153-168, 2000.

[45] H. Chrisensen, A. F. Jorm, A. S. Henderson, A. J. Mackinnon, A. E. Korten, and L. R. Scott, “The relationship between health and cognitive functioning in a sample elderly people in the community,” *Age and Aging*, Vol.23 No.2, pp.204-212, 1994.

[46] B. Hugles, *Quality of life, in Peace, S. M.(Ed.)*, *Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues*, London: Sage Pub, Ltd, pp.46-58, 1990.

[47] K. J. Ryland and D. J. Rickwood, “Ego-integrity versus ego-despair: The effect of accepting the past on depression in older women,” *International Journal of Aging Human Development*, Vol.53, No.1, pp.75-89, 2001.

[48] 박인옥, *한국노인의 우울요인*, 고려대학교 대학원 박사학위논문, 1997.

[49] J. Chao and S. J. Zyzanski, “Prevalence of lifestyle risk factors in a family practice,” *Prev Med*, Vol.19, No.5, pp.533-540, 1990.

[50] N. Luo, J. A. Johnson, J. W. Shaw, D. Feeny, and S. J. Coons, “Self-reported health status of the general adult US as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index,” *Medical care*, Vol.43, No.11, 2005.

[51] 서울대학교 의과대학, *정신질환실태역학조사*, 보건복지부 연구용역사업보고서, 2011.

저 자 소 개

이 현 경(Hyun-Kyung Lee)

정회원



- 1997년 2월 : 서울대학교 보건학과(보건학석사)
- 2002년 8월 : 서울대학교 보건학과(보건학박사)
- 2004년 10월 ~ 현재 : 보건복지부 국립서울병원 정신보건연구

과 보건연구원

<관심분야> : 보건학, 보건행정, 정신보건, 보건정보, 건강증진 등

손 민 성(Min-Sung Sohn)

준회원



- 2009년 2월 : 경희대학교 의료경영학과(의료경영학사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 석사과정
- 2012년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학연구소 연구원

<관심분야> : 보건행정, 보건의료경영, 건강증진 등

최 만 규(Man-Kyu Choi)

정회원



- 1993년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과(보건학석사)
- 2002년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과(보건학박사)

• 2003년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 교수
<관심분야> : 보건행정, 보건의료경영, 건강증진 등