

# 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능력과 도움요청의도

오두남<sup>1</sup> · 이지윤<sup>2</sup>

호서대학교 간호학과 · 기초과학연구소<sup>1</sup>, 강원대학교 간호학과<sup>2</sup>

## Depression Health Literacy and Help-seeking Intention of the Aged Receiving Customized Home Visiting Health Care Services

Oh, Doo-Nam<sup>1</sup> · Lee, Ji Yun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing · The Research Institute for Basic Science, Hoseo University, Asan

<sup>2</sup>Department of Nursing, Kangwon National University, Chuncheon, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to understand levels of both mental health literacy of depression and intention of help-seeking, and then to identify the relationship of them in Korean older adults. **Methods:** Participants in this cross-sectional survey were 395 persons over 65 years old receiving customized home visiting health care services at Chungnam province. Data were collected through interviews by visiting nurses in 2011. **Results:** The proportion of participants with depression was 61.8% (6.7±3.6). 78.2% of subjects appeared to have help-seeking intention for solving depression. The proportions of participants with ability to recognize depression was 69.1%. Although the level about knowledge and belief in self-help interventions were varied according to questionnaires, subjects understood self-help intervention of smoking accurately (86.3%) and physical activity (85.5%). Ability to recognize depression, knowledge and belief about self-help managements, and opinion of medication for treatment among health literacy variables measured in this study were related to help-seeking intention. In addition, women, visual impairment, and lower depression scores were related to help-seeking intention. **Conclusion:** Results demonstrate that it is necessary to improve depression health literacy to manage effectively depression of vulnerable elderly in communities. These results could be used in developing mental health literacy programs.

**Key Words:** Aged, Depression, Health Literacy, Intention

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

노인 우울은 노년기에 흔히 볼 수 있는 정신 증상이며 정신 건강에 심각한 영향을 미칠 뿐 아니라 노인의 기능상태와 삶

의 질을 저하시키는 주요 요인이다. 노인 우울 유병률은 대상자 집단의 특성에 따라 약 30~70% 정도로 보고되고 있다 (Jung, 2007; Kim & Kim, 2007; Shin, Kang, Jung, & Choi, 2007). 노인 우울은 타 연령군에 비해 불안, 신체증상, 정신운동지체, 불면증, 인지 기능의 저하를 불러일으키고 자살가능성을 높이기 때문에 조기에방과 적극적인 관리가 중요

**주요어:** 노인, 우울, 건강정보이해능력, 도움요청의도

**Corresponding author:** Lee, Ji Yun

Department of Nursing, Kangwon National University, 1 Kangwondaehak-gil, Chuncheon 200-701, Korea.  
Tel: +82-33-250-8885, Fax: +82-33-242-8840, E-mail: leejyun@kangwon.ac.kr

**투고일:** 2012년 4월 17일 / **심사완료일:** 2012년 8월 8일 / **게재확정일:** 2012년 9월 7일

시되는 증상이다(Lee, Choi, Jung, & Kwak, 2000).

우울은 노인에서 흔한 증상이지만 우울 증상을 해결하기 위해 공식적이고 전문적인 중재를 받고 있는 노인은 많지 않다(Lee & Ko, 2009). 그 이유로는 노인들이 우울을 잘 인식하지 못하고 우울한 증상을 노화나 신체적인 질병에 따른 당연한 증상으로 받아들이기 때문이며, 또한 다른 사람에게 노출하고 싶어 하지 않거나 혹은 주변의 이용가능한 적절한 중재 서비스에 대해 잘 모르기 때문인 것으로 알려져 있다(Lee, Lytle, Yang, & Lum, 2010). 특히 아시아 국가의 문화적 특성에서는 우울을 신체적인 증상으로 표현하고, 개인적인 낙약함으로 받아들여 부끄러워하거나 일종의 낙인으로 여기는 특성이 있기 때문에(Lee et al., 2010; Leong & Lau, 2001) 직접 노인을 돌보는 간호사나 보건의료전문가조차 우울 증상을 알아차리지 못하는 경우가 많다(Kermode, Bowen, Arole, Joag, & Jorm, 2009).

우울 등과 같은 정신증상을 적극적으로 해결하고 정신건강 서비스 이용율을 높이기 위해서는 의료전문인 뿐 아니라 일반 대중들의 정신 건강정보이해능력(Mental health literacy)을 증진시켜야 한다는 주장이 제기되고 있다(Jorm et al., 2006). 정신 건강정보이해능력(Mental health literacy)이란 건강정보이해능력(Health literacy)을 정신증상에 적용한 개념으로 대상자들이 자신의 정신건강문제를 잘 알아차리고 효과적으로 관리 또는 예방할 수 있는 지식과 신념을 말한다(Francis, Pirkis, Dunt, Blood, & Davis, 2002; Jorm, 2000). 정신 건강정보이해능력이 중요시되는 이유는 대상자들의 정신 건강정보이해능력에 따라 가족이나 주변 자원에 도움을 요청하고, 이를 통해 우울을 조기진단하고 적절한 시기에 전문가의 중재가 제공되며 문제에 대한 효과적인 해결이 이루어질 수 있기 때문이다(Lee et al., 2010; Lee & Ko, 2009).

정신 건강정보이해능력(Mental health literacy)이 중요하게 다루어지면서 외국에서는 호주를 중심으로 스웨덴, 인도 등에서 정신 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 탐색하고(Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006; Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008; Fisher & Goldney, 2003; Lauber, Ajdacic-Gross, Fritschi, Stulz, & Rossler, 2005) 정신 건강정보이해능력을 증진시키는 프로그램을 개발하는 연구가 진행되었다(Francis et al., 2002). 우리나라에서도 성인을 대상으로 정신 건강정보이해능력을 파악하고(Lee & Suh, 2009) 노인을 대상으로 우울 관련 정신 건강정보이해능력의 수준과 영향요인을 파악하는 연구(Lee & Ko, 2009)가 이루어졌다.

우울 관련 정신 건강정보이해능력에 대한 관심이 증가되는 이유는 대상자의 건강정보이해능력에 따라 도움요청의도가 달라지고 우울증상의 관리에 도움이 된다고 믿기 때문이다. 특히 노인은 우울 증상을 스스로 인식하는 능력에 따라 주변의 보건의료전문가와 의사소통에서 자신의 상태에 대한 정신적인 어려움을 표현하는 정도가 달라질 수 있고, 그 결과 우울 해결을 위해 적극적인 도움을 요청하며 전문적인 중재를 받고자 하는 경향이 있다(Jang, Kim, Hansen, & Chiriboga, 2007; Lee & Ko, 2009). 또한 도움요청의도는 노인 우울의 조기진단과 증상관리를 가능하게 하는 첫 단계이고 신체적·사회적 측면에서의 부정적인 건강결과를 줄이며 자살 등과 같은 극단적인 상황을 예방하기 위한 핵심적 행위라고 할 수 있다.

그러나 노인을 대상으로 정신 건강정보이해능력이 도움요청의도와 실제 관련이 있는지에 대해서는 확인이 필요하다. 대학생들을 대상으로 우울에 대한 건강정보이해능력을 증진시키면 우울에 대한 태도와 건강추구행위가 긍정적으로 변화한다는 것을 보고한 연구가 있으나(Lauber et al., 2005), 한국에서 노인을 대상으로 우울 관련 정신 건강정보이해능력과 도움요청의도의 관련성을 확인한 연구는 이루어지지 못하였다. 도움요청행위(Help seeking behavior)는 성, 연령, 수입 등의 인구사회학적 특성과 가족이나 주변의 사회적 지지, 신체적 증상 등에 영향을 받는 것으로 보고되고 있으므로(Okello & Neema, 2007) 건강정보이해능력 외에 다른 특성을 함께 고려한 연구를 수행한다면 건강정보이해능력의 관련성을 보다 정확하게 확인할 수 있을 것이다.

본 연구는 노인의 우울 건강정보이해능력을 파악하고 건강정보이해능력이 도움요청의도와 관련 있는지를 확인하여 우울 건강정보이해능력 증진 프로그램의 필요성과 개발 방향의 근거자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 노인의 우울 건강정보이해능력과 도움요청의도의 관련성을 확인하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 정도와 우울을 해결하기 위한 도움요청의도를 파악한다.
- 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능력을 파악한다.
- 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능력과 도움요청의도의 관련성을 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 노인의 우울 관련 정신 건강정보이해능력과 우울 해결을 위한 도움요청의도의 관련성을 파악하기 위한 단면적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 충청남도의 16개 보건소 중 시 단위 4개, 군 단위 5개의 총 9개 보건소에서의 맞춤형 방문건강관리 대상 노인이다. 9개 보건소의 방문간호사별로 조사기간 동안 방문이 예정되어 있는 대상자 중 다음의 선정기준을 충족하는 대상자를 방문 순서대로 5명씩 선정하도록 하였다. 대상자 선정기준은 첫째, 65세 이상으로 언어적 의사소통이 가능한 자, 둘째, 조사기간 현재 맞춤형 방문건강관리의 집중관리군에 해당하는 자, 셋째, 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 자이다. 그 결과 9개 보건소의 방문간호사 87명의 방문 대상자 417명이 선정되었다.

### 3. 연구도구

본 연구는 앤더슨의 의료이용모형을 기본적 틀로 하여 대상자들의 인구사회학적 특성과 기능상태, 우울, 우울 건강정보이해능력, 우울을 해결하기 위한 도움요청의도를 측정하였다. 앤더슨의 의료이용모형은 대상자의 의료서비스 이용이 인구사회학적 요인, 가족과 사회적 지지 등의 배경적 특성을 말하는 소인요인(predisposing factor), 건강문제나 질병 등의 필요요인(need factor), 의료이용을 할 수 있게 하는 개인과 지역사회의 자원을 말하는 가능요인(enable factor)에 영향을 받음을 보여주는 모형이다. 본 연구에서는 소인요인으로 대상자의 인구사회학적 특성과 기능 상태를 측정하였고, 필요요인은 대상자에게 직접 우울 점수를 측정하였으며, 가능요인으로 우울 건강정보이해능력을 측정하였다.

#### 1) 인구사회학적 특성과 기능상태

연구대상자의 인구사회학적 특성은 성, 연령, 배우자 여부, 교육정도, 직업여부, 경제적 수준, 독거여부 등을 조사하였다. 기능상태는 2011년도 맞춤형 방문건강관리사업에서 사용하고 있는 “삶의 질 조사표”와 “65세 이상 건강면접조사표”의

문항을 이용하였다. 맞춤형 방문건강관리사업은 표준화된 사업지침서(Ministry of Health and Welfare [MHW], 2011)에 따라 방문간호사가 대상노인의 기능상태를 사정하여 그 결과를 방문건강관리 정보시스템에 입력하고 있는데, 본 연구에서는 조사기간 동안 방문건강관리 정보시스템에 입력된 조사대상자의 기능상태 정보를 방문간호사가 직접 별도의 조사지에 기록하도록 하였다.

기능적인 문제는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감 등의 4개 문항을 사용하였다. 각 문항은 기능적 문제가 없는 경우, 있는 경우, 매우 심각한 경우 등 3점 척도로 측정하는데 본 연구에서는 문제가 있는 경우와 없는 경우로 구분하였다. 감각기능은 시력, 청력 문제로 일상생활에서 어려움을 겪는지에 대해 물었다. 인지기능은 치매선별검사인 한국형 치매선별검사도구(Korean Dementia Screening Questionnaire-C)를 사용하였는데 이 도구는 개발당시 내적일관성 계수인 Cronbach's  $\alpha$ 가 .78점이었고(Kim, Yang, Choi, Cho, & Kim, 2002), 본 연구에서의 Cronbach'  $\alpha$ 는 .84였다. 본 연구는 개발당시 연구(Kim et al., 2002)와 맞춤형 방문건강관리사업 지침(MHW, 2011)의 기준에 따라 0~30점의 점수로 산출하여 6점 이상인 경우 인지장애 위험군으로 분류하였다.

#### 2) 우울

대상자의 우울은 Sheikh와 Yesavage (as cited in Kim & Kim, 2007)가 개발한 Geriatric Depression Scale (GDS) Short form 을 사용하였다. 이 도구는 최근 1주일 동안의 기분상태를 물어보는 15개의 문항으로 이루어져 있고 해당 기분상태에 대해 “예/아니오”로 응답하여 0 또는 1점을 매기게 되어 있다. 15개 문항의 점수를 모두 합하여 최소 0점~최대 15점의 범위를 나타내며 점수가 높을수록 우울 정도가 심함을 나타낸다. GDS는 개발당시 신뢰도 계수는 0.94였고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  = .79였다.

#### 3) 우울 건강정보이해능력

우울 건강정보이해능력은 Jorm (2000)이 개발한 정신 건강정보이해능력(Mental health literacy)의 개념을 바탕으로 대상자가 우울을 인식하는 능력, 우울을 개선하기 위한 자가관리방법에 대한 지식과 신념, 주변의 전문적이고 공식적인 도움에 대한 자각, 치료약의 필요성에 대한 의견 등을 측정하였다.

정신 건강정보이해능력(Mental health literacy)은 정신적 문제를 알아차리고 다른 증상과 구분할 수 있는 능력, 위험요인과 원인에 대한 지식과 신념, 자기관리방법에 대한 지식과

신념, 전문적 도움에 대한 자각, 정신적 문제 해결을 위해 도움을 요청하는 것에 대한 태도, 정신건강에 관한 정보를 이용하는 방법에 대한 지식 등으로 측정할 수 있다(Jorm, 2000). 본 연구에서는 Jorm (2000)이 제시한 요소 중 우울에 대한 식별능력, 자가건강관리에 대한 지식과 신념, 전문적 도움에 대한 자각과 치료약 필요성에 대한 의견 등을 측정하였다.

우울을 인식하는 능력은 Jorm (2000)의 방법과 동일하게 우울 증상을 나타내는 전형적인 증상 진술문(Vignette)을 제시하여 “우울” 또는 “우울증”이라는 표현을 사용한 경우 우울을 인식한 것으로 판단하였다. 증상 진술문은 노인 대상자를 위해 Coonery와 Davidson (as cited in Lee & Ko, 2009)이 개발한 것을 Lee와 Ko (2009)가 국내 노인을 위해 번역·수정한 진술문을 사용하였다. 증상 진술문은 다음과 같다.

“이씨 할머니(할아버지)는 지난 몇 주간 이상하게 슬프고 허무한 느낌이 든다. 내가 쓸모없는 존재란 생각이 든다. 점점 시는 게 못마땅하고 내게 나쁜 일이 생길 것 같다는 생각이 든다. 평소 하던 일도 거의 하지 않고 이제는 재미있는 것도 없고 집에만 있고 싶다.”

우울증상을 조절하기 위해 스스로 관리하는 방법에 대한 지식은 Jorm 등(2006)이 우울에 관한 자기관리방법(self-help intervention)에 대한 지식을 측정하기 위해 개발한 문항을 국내 상황에 맞게 연구자가 수정한 15개의 문항을 사용하였다. 각 문항에 대해 올바른 인식을 갖고 있는 경우 ‘1점’, 그릇된 인식을 갖고 있는 경우 ‘0점’을 매긴 후 전체 문항의 점수를 합하였다. 총 점수가 높을수록 우울 자기관리행위에 대한 지식정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 15개 문항의 Cronbach's  $\alpha = .70$ 이었다.

전문적 도움에 대한 자각은 우울이 있을 때 가족이나 지역 사회 자원 중 도움을 받고 싶은 자원을 선택하도록 하였을 때 병원이나 방문간호사, 정신보건센터 등의 전문적 서비스를 제공하는 기관이나 전문가를 선택한 경우 전문적 도움에 대한 자각이 있는 것으로 판단하였다. 치료약 필요성에 대한 의견은 우울증상이 있을 때 치료약을 복용할 의사에 관한 문항을 사용하였다.

#### 4) 도움요청의도

문제해결을 위한 도움요청의도는 1개의 문항으로 측정하였는데, 연구대상자에게 앞서 우울을 인식하는 능력을 판단하는 우울 증상 진술문을 읽어준 후 대상자 자신이 진술문과

동일한 상황에 놓였을 때 다른 사람에게 도움을 요청할 의사가 있는지의 여부를 물었다. 응답결과 “도움을 청한다.”로 답한 경우와 “도움을 청하지 않는다.”로 답한 경우를 구분하였다.

#### 4. 자료수집

각 보건소에 구조화된 설문지를 배포하여 2011년 10월 4~14일의 2주간 조사를 진행하였다. 설문지에는 조사 목적 및 설문지 작성 방법에 대한 조사 지침서가 설문지와 함께 발송되었다. 사전에 훈련된 연구보조원이 각 보건소의 선임 방문간호사에게 설문지와 조사 지침에 대해 전화 교육을 실시하였다.

방문건강관리 대상노인의 우울 및 우울 건강정보이해능력은 각 방문간호사가 대상자를 방문하여 조사의 목적과 방법, 비밀유지원칙, 중도에 그만둘 수 있음에 대한 설명 후 동의를 받고 조사를 실시하였다. 방문간호사가 대상자에게 각 문항에 대해 인터뷰를 하여 조사지에 그 결과를 기록하도록 하였다. 대상자의 기능상태는 방문간호사가 각 보건소의 방문건강관리 정보시스템을 조회하여 별도의 조사지에 그 결과를 기재하도록 하였다.

총 417명의 대상자에게 자료를 수집하였고 그 중 자료가 불충분한 22명의 자료를 제외하고 최종 395명의 자료를 활용하였다.

#### 5. 자료분석

방문건강관리 대상노인의 인구사회학적 특성, 기능상태, 우울, 우울 관련 건강정보이해능력, 도움요청의도는 기술통계를 이용하여 빈도와 백분율을 구하였다.

우울 관련 건강정보이해능력과 도움요청의도의 관련성을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 대상노인의 인구사회학적 특성과 기능상태 중 도움요청의도에 영향을 미칠 수 있는 특성을  $\chi^2$ -test, t-test 등을 사용하여 확인하였고 유의한 변수는 로지스틱 회귀분석의 독립변수로 포함하였다. 통계 패키지는 SAS/WIN 9.2를 사용하였다.

## 연구결과

### 1. 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 인구사회학적 특성과 기능상태

본 연구대상자는 여성이 대다수였고(84.0%) 평균 연령이

75.7±5.8세였다. 현재 배우자가 없는 경우가 61.5%로 배우자가 있는 경우보다 더 많았으며 교육수준은 무학 또는 중학교 졸업인 경우가 약 90%정도였다. 직업을 가진 경우는 6.1%로 적었고 경제적 수준은 기초생활보장수급자인 경우가 25.0%, 차상위계층이 24.6%로 대상자의 절반 정도가 경제적으로 취약한 계층인 것으로 나타났으며 독거인 경우는 42.5%였다.

연구대상자들의 기능 상태를 운동, 목욕이나 옷입기, 일상생활, 통증/불편감 측면에서 살펴보면 통증/불편감(78.0%), 운동(52.7%), 일상생활(39.8%) 등의 순으로 문제를 가지고 있는 것으로 나타났다. 시력 장애가 있는 경우가 25.1%, 청력 장애가 있는 경우는 12.4%였으며 인지기능을 KDSQ-C로 측정하였을 때 치매위험군에 해당하는 경우는 18.9%에 해당하였다(Table 1).

## 2. 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울과 우울해결을 위한 도움요청의도

본 연구대상자의 우울 점수는 0~15점의 범위 중 평균

6.7±3.6점이었고 경증 우울인 경우가 45.6%, 중증 우울인 경우가 22.5%를 나타내어 우울 증상이 있는 대상자는 68.1%에 이르고 있는 것을 알 수 있었다. 우울을 해결하기 위한 도움요청의도를 가지고 있는 경우는 78.2%였고, 나머지 21.8%는 도움요청의도가 없는 것으로 응답하였다(Table 2).

## 3. 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능력

연구대상자들은 우울의 전형적인 증상을 나타내는 사례를 제시하였을 때 69.1%는 우울임을 인식하였고 30.9%는 인식하지 못하였다. 우울 증상을 스스로 관리하기 위한 일상적인 행위에 대한 지식을 각 항목별로 정확히 알고 있는지 살펴본 결과 흡연(86.3%), 운동(85.5%), 외출(82.3%) 등에 대해서는 많은 대상자들이 알고 있었으나 절주(38.0%), 문제를 해결하기 위한 정보를 찾는 것(58.5%), 문제가 해결되기만을 기다리는 것(63.5%) 등의 문항에서는 적절한 이해를 하고 있는 대상자들이 다른 문항에 비해 적었다. 주위의 공식적이고 전문적인 도움에 대한 자각을 하고 있는지 살펴본 결과 연구

**Table 1.** Socio-demographic Characteristics and Functional Status

(N=395)

Variables	Characteristic	Categories	n (%) or M±SD	
Socio-demographic characteristics	Gender	Male	63 (16.0)	
		Female	332 (84.0)	
	Age (year)	65~79 ≥80	75.7±5.8 300 (76.0) 95 (24.0)	
Marriage	Couple Single	152 (38.5) 243 (61.5)		
		Education	No education Elementary school graduate ≥ Middle school graduate	166 (42.0) 183 (46.3) 46 (11.7)
Job	No Yes	371 (93.9) 24 (6.1)		
		Economic status	Public assistance recipient Quasi-poor class people The others	99 (25.0) 97 (24.6) 199 (50.4)
Family type	Living alone Living with other family	168 (42.5) 227 (57.5)		
		Functional status	Functional Problem	Exercise Bath or dressing Daily activities Pain/discomfort
Sensory problem	Eyesight Hearing			99 (25.1) 49 (12.4)
	Cognitive function (score of KDSQ-C)			Normal Risk group

KDSQ-C=Korean dementia screening questionnaire-C.

대상자들의 41.4%는 자각을 하고 있었으나 나머지 58.6%는 자각하지 못하는 것으로 나타났다. 치료를 위해 투약을 하는 것에 대해서는 84.6%의 대상자들이 필요하다고 생각하였다 (Table 3).

#### 4. 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 건강정보이해능력과 도움요청의도

문제해결을 위한 도움요청의도는 여성인 경우 남성에 비해 2.23배(CI=1.03~4.83,  $p=.042$ ), 시력 문제가 있는 경우는 그

렇지 않는 노인보다 2.29배(CI=1.12~4.67,  $p=.023$ ), 우울 인식 능력이 있는 경우 2.06배(CI=1.10~3.86,  $p=.024$ ), 자기 관리방법에 대해 잘 알고 있을수록 1.16배(CI=1.03~1.30,  $p=.012$ ), 치료약의 필요성이 있다고 생각하는 경우 2.63배(CI=1.20~5.76,  $p=.016$ ) 높았다. 반면 우울 정도가 높을수록 도움요청의도는 0.90배 더 낮았다(CI=0.82~0.99,  $p=.023$ ) (Table 4).

## 논 의

본 연구는 노인의 우울 건강정보이해능력을 파악하고 정신 건강정보이해능력이 도움요청의도와 관련이 있는지를 확인하여 정신 건강정보이해능력 증진 프로그램의 필요성과 개발 방향의 근거자료로 활용하고자 수행되었다. 먼저 대상자의 우울 수준, 우울 관련 정신 건강정보이해능력에 대해 살펴보고 도움요청의도와 정신 건강정보이해능력의 관련성에 대해 논의하고자 한다.

본 연구대상자의 평균 우울 점수는  $6.7 \pm 3.6$ 점이었고, 우울군으로 분류하는 기준점이 되는 5점 이상인 노인의 비율은 68.1%였다. 이는 동일한 도구로 재가 방문간호 노인을 대상으

**Table 2.** Depression and Intention of Help-seeking (N=395)

Variables	n (%) or M±SD
Depression (score of GDS)	
Normal (0~4)	126 (31.9)
Slight depressive (5~9)	180 (45.6)
Severe depressive (10~15)	89 (22.5)
M±SD	6.7±3.6
Intention of help-seeking for SD	
Yes	309 (78.2)
No	86 (21.8)

GDS=geriatric depression scale; SD=solving depression.

**Table 3.** Mental Health Literacy of Depression

(N=395)

Variables	Categories	n <sup>†</sup> (%) or M±SD
Ability to recognize depression	Can recognize	273 (69.1)
	Cannot recognize	122 (30.9)
Knowledge and belief about self-help interventions	M±SD	10.8±2.6
	Smoking	341 (86.3)
	Physical activity (walking/hiking/badminton etc.)	337 (85.5)
	Going out more	325 (82.3)
	Medication for treatment	321 (81.3)
	Learning to relieve the stress (relaxation/meditation etc.)	311 (78.7)
	Occasional drinking	311 (78.7)
	Cutting down job or meeting	308 (78.0)
	Psychotherapy	286 (72.4)
	Checking the solving method of the similar case	282 (71.4)
	Having new hobby	279 (70.6)
	Leading the life of religion	276 (69.9)
	Healthy food (herbal medicine/special diet)	262 (66.3)
	Waiting the relief	251 (63.5)
	Seeking information about the problem	231 (58.5)
Cutout alcohol	150 (38.0)	
Awareness of professional service (hospital, visiting nurse, etc.)	Yes	151 (41.4)
	No	214 (58.6)
Opinion of medication for treatment	Necessary	334 (84.6)
	Not necessary	61 (15.4)

<sup>†</sup> Answering correctly each item.

**Table 4.** The Relationship of Mental Health Literacy of Depression and Intention of Help-Seeking

Variables	Categories	Odds ratio	95% Wald Confidence limits	<i>p</i>
Socio-demographic characteristics and functional problem	Female (vs. male)	2.23	1.03~4.83	.042
	Eyesight problem (vs. no)	2.29	1.12~4.67	.023
	Hearing problem (vs. no)	0.98	0.40~2.41	.970
Depression		0.90	0.82~0.99	.023
Mental health literacy of depression	Ability to identify depression (vs. not identify)	2.06	1.10~3.86	.024
	Knowledge and belief about self-help interventions	1.16	1.03~1.30	.012
	Awareness of professional service (vs. no awareness)	1.28	0.67~2.45	.452
	Opinion of medication necessity (vs. not necessary)	2.63	1.20~5.76	.016

로 한 Kim과 Kim (2007)의 연구결과 73.8%보다는 낮았고, 대도시 복지관 이용 노인을 대상으로 한 Park과 Suh (2007)의 34.4%나 도시 거주자를 대상으로 한 Lee, Kang과 Lee (2008)의 22.2%보다는 비교적 높게 나타났다. 연구대상자들의 건강정보이해능력 중 우울 인식 능력은 61.9%로 국내 노인을 대상으로 이는 Lee와 Ko (2009)의 연구결과에서 15% 정도에 그쳤던 것과 비교하면 높은 점수이며, 국외 선행연구 결과들 40~60% 정도와는 비슷하거나 다소 높은 수준이었다 (Jorm et al., 2006). 본 연구대상자들의 우울 인식 능력이 더 높은 이유는 방문건강관리를 받고 있는 건강취약집단이기 때문에 노인 우울에 관한 정보에 더 많이 노출되었을 가능성을 생각해 볼 수 있다. 그러나 아직은 국내에서 우울 인식능력에 대한 연구가 거의 미미하기 때문에 정확한 비교 분석을 위해서는 대상 집단별로 반복 연구가 필요하다고 본다.

우울을 인식할 수 있는 능력은 선행연구에 비해 높은 편이었으나, 우울 증상을 해결하기 위한 자기 관리방법을 정확하게 아는 정도는 문항에 따라 차이가 컸다. 주로 건강 증진 차원에서 빈번하게 강조되는 흡연과 신체적 활동 등에 대한 지식과 신념은 긍정적이었다. 그러나 절주, 우울 관련 건강정보를 찾아보는 것, 우울 증상이 저절로 나아지기를 기다리는 것 등의 행위에서는 잘못된 인식을 가지고 있는 경우가 많았다. 이는 우울에 대한 건강정보를 구체적이고 정확히 알고 있지 못하고 우울 증상과 일상생활에서의 적극적인 자기 관리를 연결시키지 못함을 의미한다고 할 수 있다. 우울을 적절히 관리하기 위해서는 우울을 인식할 수 있는 능력도 중요하지만 구체적인 중재방법의 효과에 초점을 두고 교육과 의사소통을 하는 것이 더 효과적이다(Griffiths, Christensen, & Jorm, 2009).

본 연구의 대상자들은 전문적인 도움에 대한 자각을 가지고 있지 못한 경우도 58.6%로 높았다. 이 결과는 우울을 건강

상의 문제 상황으로 받아들이지 않기 때문에 전문적 서비스의 필요성을 인식하지 못했기 때문으로 생각한다. 정신 증상에 대한 인식이 부족한 일반 대중은 정신적인 문제를 해결하기 위해서는 전문적인 서비스 보다 가족, 친구, 이웃에 의한 사회경제적 도움을 가장 효과적이라고 생각하는 경향이 있다고 한다(Kermode et al., 2009). 그러므로 노인을 직접 접하는 방문간호사나 일차의료를 담당하는 의료인이 우울에 대해 민감하게 평가할 수 있는 능력을 갖추고 적절한 서비스를 받도록 연결해주는 역할을 강화해야 할 것이다(Kermode et al., 2009).

노인의 우울 건강정보이해능력은 도움요청의도와 관련이 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 측정된 우울 건강정보이해능력 중 전형적인 우울 사례를 우울로 인식할 수 있는 능력, 우울 증상을 관리하기 위한 지식과 신념, 우울 치료약 필요성에 대한 동의 여부는 도움요청의도와 관련이 있었고 전문적인 서비스에 대한 자각은 유의한 관련이 없었다. 또한 여성인 경우, 시력장애가 있는 경우, 우울점수가 낮은 경우도 도움요청의도와 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다.

유의한 관련성을 보인 변수들을 앤더슨의 의료이용모형에 적용하여 살펴보면 개인의 의료이용행위에는 소인요인(predisposing factor), 필요요인(need factor), 가능성요인(enable factor)이 모두 영향을 미치는 것이 확인되었다. 여성인 경우 우울을 해결하기 위한 도움요청의도가 더 높다는 결과는 여성이 정신건강에 대한 전문적인 도움요청에 긍정적인 태도를 보이고 실제 서비스를 더 많이 받는다는 선행연구와 일치한다(Bijl & Ravelli, 2000). 선행연구에서는 학력이 높을수록 정신건강서비스를 받으려는 의도와 관련이 있다는 보고가 있지만(Sheikh & Furnham, 2000), 본 연구결과와는 일치하지 않았다. 그 이유는 연구대상자들이 학력이 무학 또는 초등학교 졸업인 경우가 많아 낮은 교육수준에 편중되어 분포했기

때문으로 생각한다.

앤더슨의 모형에 따르면 필요요인인 우울증상이 심할수록 도움요청의도는 더 높아져야 하지만 본 연구결과에서는 더 낮아지는 것으로 나타났다. 우울 정도는 서비스 이용에 가장 유의한 예측요인이라는 연구결과가 있으나(Rhodes, Jaakkimainen, Bondy, & Fung, 2006) 본 연구에서는 반대의 결과를 보였다. 미국이주 한국노인을 대상으로 한 Jang 등(2007)의 연구에서도 대상자들이 우울 증상이 더 심한 경우 오히려 정신질환서비스에 더 부정적인 태도를 보이는 것으로 나타난 바 있다. 실제 우울은 자신의 건강을 관리하고 대응하기 위한 행동을 위촉시키는 영향이 있다(Osborn & Egede, 2010). 본 연구에서 우울은 앤더슨의 의료이용모형 측면에서 도움요청의도에 대해 필요요인으로 작용하기보다 장애요소로 작용하였다. 그 이유가 노인이라는 대상자의 특성 때문인지, 우리나라를 비롯한 아시아 국가의 문화적 특성 때문인지, 우울이라는 질환 자체의 특성 때문인지에 대해서는 보다 심층적인 연구를 통해 확인이 가능할 것이다. 본 연구를 통해 우울증상이 있는 노인은 도움요청의도가 더 낮을 수 있으므로 가족이나 일차적인 건강서비스를 제공하는 전문가들이 우울가능성에 대해 객관적으로 스크리닝하고 도움요청에 대한 적극적인 유도가 필요함을 알 수 있다.

우울에 대한 인식능력은 도움요청의도를 더 높이는 것으로 나타났다. 우울을 인식할 수 있는 능력은 우울을 해결하기 위한 첫 번째 단계라고 할 수 있고 본 연구에서도 도움요청의도와 관련이 있는 것으로 나타났으므로 방문보건 또는 정신보건 사업 및 중재 개발에서 중요하게 고려되어야 할 사항이다. Jorm (2000)에 따르면 대상자가 우울을 인식할 수 있는 능력은 의료인력과 의사소통 시 자신의 정신적인 어려움을 잘 표현하고 이를 반영하게 하는 데에 영향을 미친다고 한다. 맞춤형 방문건강관리 대상자들은 만성질환을 가진 경우가 많아 주로 질환이나 신체적 문제에 집중되는 경향이 있으므로, 방문간호사나 일차 진료 의사와의 의사소통과정에서는 우울이 상대적으로 드러나지 않을 가능성이 높다고 볼 수 있다.

자기관리에 대한 지식과 신념이 높을수록 도움요청의도가 높다는 사실은 구체적이고 실질적인 관리방법을 잘 아는 사람일수록 우울에 대한 적극적인 행동을 실천하는 경향이 있음을 보여준다. 미국으로 이주한 한국 노인을 대상으로 한 연구(Jang et al., 2007)에서도 우울을 포함한 정신건강서비스에 대한 태도에는 정신질환에 대한 지식이 영향을 미친다고 하였다. 우울을 해결하기 위해 스스로 관리하는 방법은 주로 가족이나 친구의 지원을 필요로 하고 즐거운 행위에 몰두하게 하

며 신체적 활동이나 새로운 행위를 촉진시키는 것이 포함되어 있다. 경한 정도의 우울 증상에는 사회적 지지, 신체적 활동 등이 실제로 효과적인 것으로 보고되고 있으므로(Martinsen, 1994) 우울에 대한 지식을 높여주기 위한 교육이나 중재 프로그램은 우울증상 완화에 효과를 높임과 동시에 우울에 대한 적극적인 해결의사를 증진시킬 수 있을 것이다.

일반적으로 정신적 증상의 치료약에 대해서는 부정적인 인식을 가진 경우가 많으나(Osborn & Egede, 2010), 본 연구는 반대로 대부분의 대상자가 치료약의 필요성에 동의하는 것으로 나타났다. 정신적 증상의 치료약에 대한 부정적인 생각은 주로 부작용이나 의존성, 치료가 아닌 증상완화라는 인식 때문이라고 한다(Kim et al., 2002). 그러나 본 연구대상자들은 정신적 증상 치료약에 대해 잘 알지 못하기 때문에 일반적인 치료약에 대한 긍정적인 태도를 정신과적 치료약에도 동일하게 보인 것으로 생각할 수 있다. Im과 Ha (2002)의 연구에 따르면 경제적으로 취약한 계층은 약을 통한 치료를 선호하고 그 이유는 비용을 고려하였을 때 대안적인 치료가능성이 없기 때문이라고 하였는데, 본 연구의 대상자도 취약노인이기 때문에 치료약에 관한 긍정적인 태도를 보였을 가능성이 있다.

전문적인 인력에 대한 자각은 도움요청의도에 유의한 영향을 미치지 않았다. 그 이유는 전문적인 인력에 대한 자각이 있는 경우라 하더라도 물리적, 경제적 접근성이나 도움의 효과에 대한 생각에서 차이를 보일 수 있으므로 도움요청의도에는 영향을 미치지 못할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 건강정보이해능력 중 우울에 대한 원인과 위험요인, 우울에 대한 대상자들의 태도를 측정하지 못하였다는 것이다. 둘째, 우리나라 노인의 문화적 특성과 도움요청의도를 연계하여 분석하지 못하였다. 셋째, 단면적인 조사연구이므로 건강정보이해능력이 도움요청의도에 직접적인 영향을 미친다는 것을 밝히지는 못하였다.

그러나 본 연구를 통해 지역사회 취약 노인의 우울을 관리하기 위해서는 우울 관련 정신 건강정보이해능력을 증진시킬 필요가 있음을 알 수 있었다. 특히, 우울에 대한 대상자와의 적극적인 의사소통과 구체적인 정보제공을 통해 우울 인식능력과 일상적인 관리방법에 대한 지식을 높이는 것이 필요하다. 또한 우울의 해결가능성, 적극적 도움요청이 자신의 건강상태에 도움이 될 수 있음을 인식시키고 지역사회 자원과 친밀해 질 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 마지막으로 노인의 우울증상은 도움요청의 장애요인이 될 수 있으므로 대상자의 주관적인 표현에 의존하기보다 건강서비스 제공자들의 우울인식능력 또한 증진되어야 할 것이다.



## 결론 및 제언

본 연구는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 관련 정신 건강정보이해능력과 도움요청의도 정도를 파악하고, 이들 간의 관련성을 확인하고자 시도되었다. 연구결과 본 연구대상자의 우울 수준은 평균적으로 경한 우울에 해당하고 실제 경증 및 중증 우울 증상이 있는 대상자가 많았다. 우울 건강정보이해능력에서 연구대상자의 69.1%가 우울 인식능력이 있는 것으로 나타났다. 우울 자기 관리 행위에 대한 정확한 지식 인지 정도는 문항에 따라 차이가 나타났는데, 주로 건강 증진 차원에서 일반적으로 빈번히 강조되는 흡연과 신체적 활동 등에 대해서는 정확하게 이해하고 있는 것으로 나타났다. 연구대상 노인에서 우울을 해결하기 위한 도움요청의도를 가지고 있는 경우는 78.2%로 파악되었고 우울 인식 능력, 우울 증상을 관리하기 위한 지식과 신념, 우울 치료약 필요성에 대한 동의 여부는 도움요청의도와 관련이 있었다. 또한 여성인 경우, 시력장애가 있는 경우, 우울점수가 낮은 경우도 도움요청의도와 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 토대로, 지역사회 취약 노인의 우울을 효과적으로 관리함에 있어 우울 해결을 위한 핵심적 행위의 요소가 되는 도움요청의도를 높이기 위해서는 우울 관련 정신 건강정보이해능력을 증진시킬 필요가 있음을 알 수 있다. 무엇보다 우울에 대한 대상자와의 적극적인 의사소통과 구체적인 정보제공을 통해 우울 인식 능력과 적절한 일상 관리방법에 대한 지식을 높이는 것이 필요하다고 본다. 한편 노인의 우울 증상 자체가 도움요청의도의 장애요인이 될 수도 있으므로 건강서비스 제공자들은 대상자의 주관적인 호소에만 의존하기보다는 객관적으로 우울을 식별할 수 있는 능력을 배양해야 할 것이다.

## REFERENCES

- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *American Journal of Public Health, 90*(4), 602-607.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(9), 790-796.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BioMed Central Public Health, 8*(125), 1-8.
- Fisher, D. H., & Goldney, R. D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 33-40.
- Francis, C., Pirkis, J. E., Dunt, D., Blood, R. W., & Davis, C. (2002). *Improving mental health literacy: A review of the literature*. Center for Health Program Evaluation Melbourne: Center for Health Program Evaluation, University of Melbourne.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2009). Mental health literacy as a function of remoteness of residence: An Australian national study. *BioMed Central Public Health, 9*(92), 1-20.
- Im, M. Y., & Ha, N. S. (2002). A study on health service utilization it's determinants in the low income family in Korea. *The Journal of Korean Community Nursing, 13*(2), 272-279.
- Jang, Y., Kim, G., Hansen, L., & Chiriboga, D. A. (2007). Attitude of older Korean American toward mental health services. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(4), 616-620. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01125.x>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.
- Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2006). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BioMed Central Medicine, 3*(12), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-3-12>
- Jung, Y. M. (2007). Health status and associated factors of depression according to depression in elderly women. *Journal of the Korean Gerontological Society, 27*(1), 71-86.
- Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health, 123*(7), 476-483.
- Kim, H. S., & Kim, H. Y. (2007). Associated factors of depression among elderly for visiting health services in public health centers: Focused on social support and perceived health status. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 24*(2), 1-14.
- Kim, S. Y., Yang, D. W., Choi, J. Y., Cho, B. L., & Kim, B. S. (2002). The development and validation of Korean Dementia Screening Questionnaire (KDSQ). *Journal of the Korean Neurological Association, 20*(2), 135-141.
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rossler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite- an online survey among university students. *BioMed Central Public Health, 5*(44), 1-9.
- Lee, H. J., Kang, S. K., & Lee, J. Y. (2008). The effects of socioeconomic position and health behavior on geriatric depressive symptom. *Journal of the Korean Gerontological Society*

- ety, 28(4), 1129-1145.
- Lee, H. Y., Lytle, K., Yang, P. N., & Lum, T. (2010). Mental health literacy in Hmong and Cambodian elderly refugees: A barrier to understanding, recognizing, and responding to depression. *International Journal of Aging and Human Development, 71*(4), 323-344.
- Lee, M. S., Choi, Y. K., Jung, I. K., & Kwak, D. I. (2000). Epidemiological study of geriatric depression in a Korea urban area. *Journal of Korean geriatric psychiatry, 4*(2), 154-163.
- Lee, S. H., & Ko, J. E. (2009). Factors affecting the ability of older adults to identify symptoms of depression. *Journal of the Korean Gerontological Society, 29*(2), 529-546.
- Lee, S. H., & Suh, J. H. (2009). Korean public's ability to recognize depressive symptoms and beliefs on helpfulness of various methods. *Mental Health & Social Work, 32*, 41-77.
- Leong, F. T., & Lau, A. S. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental Health Service Research, 3*(4), 201-214.
- Martinsen, E. W. (1994). Physical activity and depression: Clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 377*, 23-27.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). *Annual Report for customized home visiting care service*. Seoul: Author.
- Okello, E. S., & Neema, S. (2007). Explanatory models and help-seeking behavior: Pathways to psychiatric care among patients admitted for depression in Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Qualitative Health Research, 17*(1), 14-25.
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care. *Patient Education Counseling, 79*(1), 49-54.
- Park, Y. H., & Suh, E. Y. (2007). The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing, 37*(6), 941-948.
- Rhodes, A., Jaakkimainen, R. L., Bondy, S., & Fung, K. (2006). Depression and mental health visits to physicians-a prospective records-based study. *Social Science Medicine, 62*(4), 828-834.
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(7), 326-334. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050246>
- Shin, K. R., Kang, Y. H., Jung, D. Y., & Choi, K. A. (2007). A study on the depression, somatic symptom, activities of daily living for the elderly women in an urban area. *Journal of Korean Academy of Nursing, 37*(7), 1131-1138.