

노인의 고독이 건강상태에 미치는 영향 : 우울의 매개효과 검증*

황 환⁺

이 선혜⁺⁺

(중앙대학교)

[요약]

본 연구는 노인의 주관적 고독감이 건강에 영향을 미치는 영향의 매커니즘을 이해하기 위해 고독, 우울, 건강상태의 관계로 이루어진 연구모형을 수립하고 구조방정식 모형 분석을 통해 그 관계를 검증하고자 하였다. 이를 위해 수도권에 위치한 노인복지기관 이용 노인 329명을 대상으로 일대일 설문조사를 실시하고, 노인의 고독과 우울이 노인의 건강상태에 미치는 영향과 그 과정에서 우울이 수행하는 역할을 살펴보았다. 자료 분석 결과, 고독, 우울, 건강상태의 구조적 관계로 이루어진 연구모형은 양호한 적합성을 보였으며 우울은 고독이 건강상태에 미치는 영향을 완전 매개하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기존의 서비스가 사회적 활동의 양을 증가시키는데 치중하는 점을 지양하고 주관적 고독감과 대인관계의 질을 개선하는데 초점을 두어야 할 필요성이 있음을 시사하는 것이다.

주제어: 노인 고독감, 노인 우울, 건강상태, 사회적 관계, 구조모형

1. 서론

한국은 2013년 기준 65세 이상 고령자가 613만 7,702명으로 전체 인구의 12.2%를 차지하는 고령화 사회이며, 2018년에는 14.3%로 고령사회에 진입하게 되고 2026년에는 1,000만명이 넘는 20.8%로 초고

* 본 논문은 2013학년도 중앙대학교 연구 장학기금 지원에 의한 것임

+ 주저자

++ 교신저자

령사회에 도달할 것으로 전망된다(통계청, 2013). 한국 사회의 고령화는 세계 노인인구의 증가 추세와 맥을 같이 하는 것이나, 그 속도는 전 세계에서 유래가 없을 정도로 빠른 것이다. 이 같은 인구구조의 변화 양상 때문에 각국에서는 노년기 삶의 질을 보장하는데 많은 관심을 기울이면서 삶의 질을 저하시키는 요인들을 파악하고 그에 개입하기 위해 다양한 노력을 기울여 왔다. 특히 2000년대 들어 심리정신적 건강에 대한 세계적 관심이 급증하면서 많은 연구자들이 노년기 정신건강에 주목하게 되었다(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010). 이러한 가운데 세계보건기구에서는 노인 인구의 심리정신적 건강을 위협하는 최대 요인으로 치매와 함께 우울을 지목하고 우울의 관련 요인과 위험요인을 널리 인식시키는데 많은 노력을 기울여 왔다(WHO, 2012a).

우울은 노인의 기존 질병이나 장애를 악화시킬 뿐만 아니라 새로운 질환 발병의 위험요인임이 여러 연구에서 지적되었고(예를 들어, Bigger and Glassman, 2010), 이에 따라 우울의 예방과 조기발견을 촉진하기 위한 연구들이 다각적으로 이루어져 왔다. 노인의 우울 증상은 삶의 질의 지표인 동시에 최악의 경우 자살생각에서 자살행위로 이어질 수 있어 관심이 요구되나, 자연적 노화나 신체질환의 증상들과 쉽게 구분이 되지 않아 식별, 진단, 개입에 많은 어려움이 있는 것으로 알려지면서 노인 우울의 잠재적 위험성에 대한 우려가 제기되고 있다(Lewis et al., 2013; WHO, 2012b). 나아가 우울 증상은 경미한 경우에도 노인의 기능저하를 초래할 수 있기 때문에 진단기준에 미치지 못하는 증상을 경험하는 많은 노인들의 건강에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 그 영향력이 광범위하다고 볼 수 있다(Sözeri-Varma, 2012).

한편, 노인의 심리사회적 안녕과 관련하여 사회적 고립과 고독에 관한 연구 또한 활발히 진행되어 왔다. 발달적 관점에서 볼 때 노년기는 은퇴, 자녀의 독립, 친지나 배우자의 사망 등으로 사회적 관계에 변화가 초래되고 신체질환의 발병이나 장애 등으로 인해 평상시 수행했던 활동이나 움직임에 지장이 발생하면서 자율성과 독립성이 점차 제한되는 특징이 있다. 이 때문에 연구자들은 노인의 사회적 고립에 주목하고, 독거 상태, 배우자 상실, 사회관계 위축 등을 노인의 심리정신적 안녕, 나아가 우울의 위험 요인으로 지목해 왔다. 그러나 최근 배우자 상실이나 독거상태 같은 객관적 지표 보다 주관적 고독감이 심리적 안녕이나 우울과 관련이 더 많을 뿐 아니라 노인의 신체활동, 기능, 건강상태, 나아가 사망과 밀접한 관련이 있다는 결과들이 발표되면서 주관적 고독감에 대한 관심이 급증하고 있다. 영국의 경우 2011년 “The UK Campaign to End Loneliness”를 개시하면서 노인의 건강을 악화시키는 “Hidden Killer (BBC News, 2011. 2. 1)”인 고독에 국가적 관심과 개입을 투입하고 있다.

국내 노인연구 동향도 서구와 유사하게, 지난 몇 년간 우울, 자살생각, 자살행위의 관련성에 대한 관심이 급증한 가운데(예를 들어, 박용경 외, 2014), 고독(외로움)은 우울과의 관계 또는 노인 삶의 질이나 만족감과의 관계에 대해 주로 연구되었을 뿐(예를 들어, 강현욱, 2012; 원형중 외, 2012) 고독과 건강의 관련성에 관한 연구는 소수에 불과하다(예를 들어, 강윤희 외, 2012). 정부에서는 노인 인구의 사회참여와 활동을 촉진하고자 노인취업에 관한 다양한 정책들을 시행하는 한편 노인복지시설을 통해 다양한 여가, 문화, 교육 및 상담 프로그램을 실시하는 등의 노력을 기울이고 있다. 그러나 이러한 프로그램은 사회적 접촉의 양을 늘림으로써 사회적 고립을 감소시키는 접근으로서, 사회적 접촉의 질을 향상시키는 방향으로의 서비스 전환이 요구되며 그러한 전환을 위해서는 실증적 근거가 동반되

어야 한다.

고령사회 진입을 채 4년도 남겨놓고 있지 않은 상황에서, 최근 서구에서 이루어진 주관적 고독감에 관한 연구 결과들에 기초할 때 국내에서도 노인의 삶의 질과 건강을 위협하는 요인인 고독에 대한 관심의 환기가 필요하다. 이에 본 연구에서는 노인이 지각하는 고독감이 노인의 건강상태에 미치는 영향의 중요성에 초점을 두고, 고독과 우울이 건강과 어떠한 관련이 있는지, 그리고 고독이 건강상태에 영향을 미치는 과정에서 우울이 어떤 작용을 하는지를 살펴보는 데 그 목적을 둔다. 본 연구는 그간 우울에 비해 상대적으로 간과되었으나 우울만큼 비중 있는 현상으로 인식되고 있는 고독에 대한 이해를 높이는데 기여하고, 고독 감소, 심리정신적 안녕의 향상, 나아가 건강에 긍정적 파급효과를 도출할 수 있는 보다 세밀한 노인복지서비스 개발의 근거가 될 수 있을 것이다.

2. 문헌 고찰

1) 우울

우울은 기분이 경미하게 가라앉은 상태부터 정신의학적 주요우울장애 진단에 이르기까지 매우 광범위한 심리정서적 상태를 일컫는데 사용되는 표현이다. 일반적으로 DSM-V 주요우울장애는 사회적, 직업적, 기타 삶의 주된 영역에서 임상적으로 유의한 심적 고통이나 손상이 최소 2주간 지속되는 경우로 정의된다(DSM-V, 2013). 노인의 경우도 이러한 정의가 그대로 적용되는데, 임상적으로 볼 때 노인의 경우는 불안과 신체화 증상이 보다 두드러지는 특징이 관찰된다(Schmall and Bowman, 2004; Stewart, 2004). 특히 노인의 우울증상이 신체화 되는 경우는 노화에 따른 신체기능의 손상이나 질환과 구분하기 어려운 특징이 있어 발견과 진단에 장애요인이 되는 것으로 지적되고 있다(Casey, 2012; Sözeri-Varma, 2012).

노인 우울의 유병률은 다른 연령대에 비해 특히 높지는 않으나 심각한 수준의 우울은 물론 경미한 수준의 우울도 신체질환의 발병률 및 사망률을 증가시키는 경향이 있는 것으로 인식되면서 노인 우울에 대한 조기발견, 진단, 개입에 대한 학계와 현장의 관심이 매우 높다. 현재 우리나라 인구 중 65세 이상 노인인구 비율은 614만 명으로 전체의 12.2%를 차지하는 가운데, 국내에서 노년기 주요 우울장애의 일년유병률이 60-69세의 경우 3.0%, 70-74세의 경우 3.8%로 집계되고 있다(조맹제 외, 2011). 의료기관 이용 자료에 따르면 80세 이상 노인의 경우 우울증상과 관련된 내원율이 2007년에서 2011년 사이 7.8% 증가한 가운데, 70대 여성의 내원율이 인구 10만명당 4,178명으로 여러 연령대의 남녀 집단 가운데 가장 높은 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2013).

한편, 선별도구를 이용한 다양한 조사결과들을 살펴보면, 정도 이상의 우울로 판단되는 노인이 지역사회 응답자의 30%-60%에 이르는 것으로 나타나고 있고(정영미, 2007; 신경림 외, 2007; 김승연 외, 2007), 방문간호 대상 등 경우에 따라서는 70% 이상으로 나타난 연구도 있어(김현숙·김희영,

2007) 우울 증상이 국내 노인들 사이에 광범위하게 관찰되고 있다. 노인의 우울 증상이 진단기준에 부합하지 않는 낮은 수준이라도 일상생활이나 사회적 활동을 위축시킴으로써 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 점에서 이러한 현상은 연구자와 실천가 모두의 관심을 요하는 것이라 하겠다.

2) 고독

고독(loneliness)의 개념은 연구자들 사이에서 다양한 방식으로 정의되어 왔다. 보다 포괄적으로 설명하는 경우를 살펴보면, Peplau와 Perlman(1982)은 고독을 주관적으로 경험되는 부정적 정서 상태로서, 미충족된 친밀감과 사회관계에 대한 욕구를 지각하는 행위와 관련이 있는 것으로 정의하고 있다. Hughes 외(2004)는 이를 보다 구체화하여 고립(isolation)에 대한 주관적 느낌, 소속감 부재, 타인과의 교체 부재에 초점을 두면서 고독을 상황이나 원인과 무관한 단일차원의 개념으로 보았다.

한편 고독을 유형화하는 연구들을 살펴보면, 우선 Weiss(1973)는 고독을 사회적 고독과 정서적 고독의 두 가지 유형으로 나누면서 두 가지는 독립적으로 발생하기도 하고 공존하기도 한다고 보았다. 그 중 사회적 고독은 고립과 사회통합 결여에 의한 것으로 보았고, 정서적 고립은 의지할만한 애착 대상의 부재로 인해 발생하는 것으로 보았다. 사회적 고립은 사회적 접촉의 증가로 일정 부분 해소되는 반면 정서적 고립은 수월하게 해소되기 어려운 유형의 고립으로, 노인은 배우자 등 친밀관계의 대상을 상실할 가능성이 다른 연령대에 비해 높기 때문에 특히 고독감에 취약한 상태에 있다고 볼 수 있다.

한편 Cacioppo 외(2006b)는 고독을 상황적(과도기적) 유형과 기질적 유형으로 구분하였다. 상황적 고독은 Weiss(1973)의 사회적 고독과 유사하게 새로운 사회적 접촉에 따라 재통합 되는 것으로 보았던 반면 기질적 고독은 빈도와 심각성에 따라 병리의 차원에서 인식되며 사회적 접촉을 재구조화하려는 노력을 상쇄시킬 수 있는 것으로 보았다. 또한 기질적 고독이 유전의 가능성이 있음을 시사하는 연구들이 나오고 있어(예를 들어, Boomsma et al., 2005) 만성적이고 보다 심각한 고독감에 대한 우려가 제기되고 있다.

보다 최근 연구(Perissinotto et al., 2012)에서는 노인 건강에서 고독의 중요성을 역설하면서 사회적 고립과 주관적 고독을 구분할 필요성을 강조하고 있다. 이들에 따르면 전통적으로 연구자들은 독거여부, 결혼상태, 사회관계의 수 등 객관적 지표를 빈번히 사용해 왔는데, 이러한 지표는 사회적 고립을 측정하는 것으로 노인의 건강상태를 적절히 설명하지 못하는 것으로 보았다. 반면에 주관적 고독은 자신이 바라는 관계와 실제 관계 사이의 차이 혹은 간극으로 볼 수 있으며, 위에 열거한 객관적 지표와 별개의 것으로서 노인의 건강상태를 설명하는데 보다 적절한 지표가 된다는 입장이다.

다음으로, 노인의 고독감 수준과 관련 요인들에 대한 국외 연구를 살펴보면, Luanaigh와 Lawlor(2008)는 영국인을 대상으로 한 여러 연구에서 65세 이상 인구의 5-16%가 고독하다는 응답을 한 것으로, 그리고 이들 연구에 나타난 응답율의 중앙값이 대략 9-10% 사이에 분포하는 것으로 보고하였다. 보다 최근 연구에서는 영국 노인의 7%가 종종 또는 항상 고독한 것으로 응답하였다(Victor

et al., 2005). Perissinotto 외(2012)는 미국 노인을 대상으로 한 연구에서 응답자의 43.2%가 고독감을 표현했다고 보고했는데, 그 중 친구없음, 버려진 느낌, 고립된 느낌 중 최소한 한 가지를 때로 느낀다는 응답이 30%, 최소한 한 가지를 항상 느낀다는 응답이 13%였다. 여기서 고독감을 느끼는 응답자는 높은 연령, 유색인종, 여성, 낮은 사회경제적 지위, 흡연, 동반질환, 기능손상, 감각손상, 적은 음주, 적은 신체운동과 유의한 관련이 있는 것으로 보고되었다(Perissinotto et al., 2012).

국내에서 이루어진 연구들을 몇 가지 살펴보면, 배우자를 상실한 여성 중 62.1%, 배우자가 있는 여성의 32.6%가 고독감을 느끼고 있었으며, 45점 만점인 고독감 척도 (Vincenzi and Grabosky, 1987)에서 각각 평균 19.25점과 12.04점으로 배우자 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다(김미령, 2005). 농촌노인의 경우 고독감이 중간값 보다 낮게 나타난 가운데(1.82점/4점), 여성의 경우 혼자 사는 노인이 배우자와 같이 사는 노인보다 고독감이 통계적으로 유의하게 높았으며 남자의 경우는 별 차이가 없었다(오영은 · 이정화, 2012). 독거노인의 경우 평균 고독감이 중간값 보다 약간 높게 나타났다(2.72점/5점), 학력이 낮고, 건강상태와 경제상태가 나쁜 경우 각각 고독감이 통계적으로 유의하게 높았다(이수천 외, 2014). 남녀 노인을 비교한 연구(오선영, 2008)에서는 고독의 하위개념 중 소속감 부족은 여성이 남성에 비해 높게 느낀 반면 친밀감 부족이나 사회적 관계 지지망 부족은 성별 간 유의한 차이가 없었다.

3) 우울과 고독의 관계

우울 증상과 고독의 감정 사이에는 공통점이 존재하기 때문에 일부에서는 고독을 우울의 대리지표로 취급하는 경향이 있으나 최근에는 이 두 가지가 상호 관련은 있으나 별개의 구성개념이라는 입장이 설득력을 얻고 있다.

임상적 관점에서 볼 때 외롭다고 보고한 노인은 흔히 우울증상을 보이지만 우울한 노인이 항상 외로움을 보고하는 것은 아니다(Luanaigh and Lawlor, 2008). 우울과 고독에 대한 요인분석을 시도한 연구들도 이 두 가지가 별개의 구성 개념임을 지지하는 연구결과를 제시하고 있다(예컨대, Cacioppo et al., 2006b). 즉 외로움을 느끼는 사람은 우울 증상을 경험할 가능성이 높은 반면, 고독감은 즐거움, 에너지, 동기 등 우울장애 진단의 핵심이 되는 감정과 거의 관련이 없다는 것이다(Hughes et al., 2004; Steptoe et al., 2011).

최근 조사에서도 외롭다는 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 혼자 살 가능성은 높았으나 상당수(73.3%)가 누군가와 동거하고 있었으며, 외롭다는 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 우울할 가능성은 높았으나 절반 이상(62.5%)이 우울하지 않은 것으로 조사되었다(Perissinotto et al., 2012). 나아가 고독은 우울을 통제한 상태에서도 노인 건강의 예측요인으로 파악되고 있어(Perissinotto et al., 2012), 이 두 가지가 관련성은 높되 별개 요인으로 취급될 필요가 있음을 시사 하는 근거가 점차 많아지고 있음을 알 수 있다.

한편, 고독이 우울의 잠재적 위험요인 인지의 여부를 조사하기 위해 여러 연구자들이 많은 노력을 기울여 왔는데, 이들 연구는 공통적으로 노인의 우울과 고독 사이에 높은 상관성이 존재하며 이 두

가지가 흔히 공존한다는 근거를 꾸준히 제시하고 있다. 그간 진행된 횡단연구 가운데, Prince 외(1997)는 사회적 지지의 결핍, 고독, 생활사건이 노인 우울의 위험요인으로 작용한다는 점과 함께 우울과의 상관성이 가장 높은 요인 중 하나로 고독을 지목하였다. 또한 은퇴공동체에서 독립생활을 하는 노인집단(Alpass and Naville, 2003)과 남성 노인들(Adams et al., 2004)에서도 우울과 고독 사이의 높은 상관관계가 보고되었다. Cacioppo 외(2006a)에서는 심한 고독감이 심한 우울증상과 상관관계가 있었으며 이러한 관계는 연령, 성별, 인종, 교육수준, 수입, 결혼상태, 사회적지지, 지각된 스트레스와 무관하게 나타났다. 국내에서도 고독과 우울의 관련성이 여러 연구를 통해 밝혀진 바 있다(박장근 외, 2007; 이현지, 2012; 전상남·신학진, 2011)

나이가 일부 연구에서는 종단적 설계를 사용하여 우울과 고독의 인과관계를 보다 체계적으로 규명하고자 하였는데, 고독이 우울의 위험요인이라는 근거는 이들 연구에서도 일관되게 보고되고 있다. 3년 추적 연구에서는 고독감이 3년 후 우울의 발병과 상관관계가 있었으며(Green et al., 1992), 핀란드의 최고령 노인을 대상으로 한 10년 추적 연구에서는 우울 증상의 궤적을 장기적으로 예측한 바 있다(Heikkinen and Kauppinen, 2004). Cacioppo 외(2006a)는 고독과 우울의 관계를 3년간 여러 번에 걸쳐 추적하면서 고독이 심각한 수준의 우울증상과 관련이 있으며 이는 인구사회적 변수, 결혼상태, 사회적지지, 공격성, 지각된 스트레스와 무관함을 보고했다. 나이가 이 연구에서는 고독과 우울증상은 시간이 지나면서 상호 영향을 미치는 과정에서 상승효과를 유발하면서 노인의 안녕을 위협할 가능성이 있음을 시사하고 있다.

4) 우울과 건강

노년기 우울은 흔히 삶의 만족이나 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 요인으로 지적되고 있으며 최악의 경우 자살에 이를 수 있는 것으로 알려져 있다(Casey, 2012; Conwell and Thompson, 2008). 최근에는 자살생각이 자살에 이르는 관문으로 인식되면서 국내에서도 우울과 자살생각의 관계에 대한 연구들이 급증하고 있다(예를 들어, 김창진·황진수, 2008; 박용경 외, 2014; 조혜정·서인균, 2013). 반면에, 상당수 연구에서 우울과 심리적 안녕상태의 관계 속에서 위험이나 보호 요인으로 작용하는 것들을 파악하는데 많은 관심을 기울이고 있으며 대처, 사회적 관계, 사회적지지 등 개인의 특성이나 상황에 주목하기도 한다(예를 들어, 김명일·신혜리, 2013; 박봉길, 2008; 엄태완, 2007; 이은석·이선창, 2009).

우울이 자살과 같은 극단적 상황으로 이어지는 경우는 일부 개인에 제한적으로 나타날 수 있는 반면, 일시적이거나 만성적인 경미한 수준의 우울은 보다 많은 노인들의 건강에 중대한 영향을 미친다(Bigger and Glassman, 2010). DSM 주요우울장애 진단기준에 미치지 못하는 경미한 혹은 역치 이하의 우울증상은 노인에게 보다 빈번히 발생하며 여러 기능을 수행하는데 부정적 영향을 미치고(Sözeri-Varma, 2012), 점차 기능을 저하시키면서 다양한 질환의 발병과 사망에 취약한 상태에 이르도록 하는 심리적 경로가 되는 것으로 알려져 있다. 즉, 노인의 우울증상은 지적 활동과 사회적 역할 수행은 물론(Kondo et al., 2008), 일상생활기능(ADLs) 및 도구적 일상생활기능(IADLs) 저하의

예측요인이 된다는 것이다(Kivela and Fahkala, 2001; Penninx et al., 1998). 처음에는 고도의 기능(사회적, 지적)에 영향을 미치다가 점차 기본적 수준의 기능(ADLs, IADLs)을 악화시키는 방향으로 진행되는 것으로 관찰된 바 있다(Fujiwara et al., 2003).

노인의 우울과 기능의 관련성에 대한 중장기 추적 연구에 따르면, 우울증상이 심각한 경우 고도의 기능이 저하되는 현상이 먼저 발생하고, 12개월 시점에서 추적 조사했을 때 정신건강(우울) 위험요인이 전통적 위험요인(흡연, 운동부족 등)에 비해 고도 기능의 저하를 심화시켰다(Kazama et al., 2011). 고도 기능 중 특히 사회적 역할수행의 저하와 보다 많은 관련이 있었고 지적활동이나 도구적 자기유지의 저하와는 관련이 덜했는데, 이들 상호관련성은 사회경제적 지위나 그 밖의 전통적인 위험요인들과 독립적인 것으로 보고되었다. 이와 유사하게 노인의 경우는 단기적으로 볼 때 흡연, 음주, 운동 등 생활방식(life style) 요인 보다 정신건강 자체가 사회적 역할수행과 지적활동 저하에 보다 큰 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Kazama et al., 2011).

이런 연구결과에 기초할 때, 우울은 심리정서적 안녕의 직접적 위협이 될 뿐 아니라 많은 노인을 사회와 관계로부터 위축시키고 신체활동에 제한을 유발하면서 건강 전반에 부정적 영향을 미치는 요인으로 인식될 수 있다.

5) 고독과 건강

노인의 고독과 건강 사이에 관련성이 존재한다는 점은 그간 여러 연구를 통해 제시되었다. 고독은 심각한 신체질환이나 우울 등의 주요 변인들을 감안한 상태에서도 기능저하 및 사망의 위험을 높이는 요인으로 파악되었고(Guralnik et al., 1991), 영양기관 입원의 가능성을 높이는 요인으로 제시되기도 하였다(Russell et al., 1997). 최근 들어 노인의 기능저하에 따르는 사회적 비용에 대한 우려가 커지면서, 기능저하 및 사망의 위험요인으로서 고독에 대한 연구들이 꾸준히 이루어지고 있으며, 이들 연구는 공통적으로 고독이 노인에 있어 다양한 유형의 기능 저하를 비롯하여 사망을 포함하는 불건강과 관련 있다는 결과들을 속속 발표하고 있다.

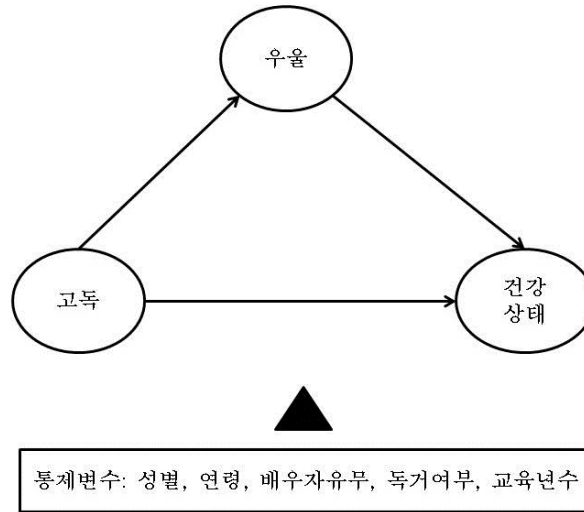
우선 Buchman 외(2009; 2010)는 노인의 고독과 신체기능의 관계에 주목하고, 사회활동이 운동기능(motor function) 저하와 관련이 있다는 결과에 이어, 고독이 운동기능 저하율과 관련이 있다는 결과를 제시하였다. 이와 유사하게 다른 연구에서는 고독감을 보고한 노인이 보고하지 않은 노인에 비해 치매 발병 가능성이 64% 증가한 것으로 조사되었으며, 기존에 위험요인으로 알려진 사회적 고립은 치매 발병과 관련이 없는 것으로 나타났다(Holwerda et al., 2014). 한편 고독의 영향을 장기 추적한 연구에 따르면(Perissinotto et al., 2012), 고독은 기능저하는 물론 사망과 유의한 관련이 있음이 관찰되었다. 이를 구체적으로 살펴보면, 고독한 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 추적 6년 후 ADL 저하 가능성이 59%, 옷몸사용의 어려움 가능성이 28%, 계단오르기 어려움 가능성이 31%, 움직임 저하 가능성이 18% 증가하는 것으로 나타났다. 나아가 고독과 사망의 관계는 인구사회적 요인, 사회경제적 지위, 우울을 비롯한 다른 건강 및 기능 수준을 통제한 상태에서도 유의한 가운데, 고독한 사람은 그렇지 않은 사람과 비교할 때 6년 후 사망위험이 각각 22.5%, 14.2% 증가하는 것으로 예측되었다.

현재는 위 연구 결과와 같이 고독이 노인의 기능저하와 사망에 대한 위험요인이라는 전반적인 윤곽만 드러난 가운데, 일부에서는 고독과 건강 사이에 어떠한 메커니즘이 존재하는지를 규명하기 위한 노력을 기울이고 있다. 이들 연구에서는 고독, 우울, 심혈관 질환 사이의 상호관련성에 주목하여 이들 세 가지가 서로 영향을 주고받으면서 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 이해하고자 하였다(Cacioppo et al., 2002; Hawkey and Cacioppo, 2007). 다른 연구에서는 고독감이 연민 증가, 감염통제력 감소, 수면 감소를 유발함으로써 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고하였다(Cacioppo et al., 2011). 또 다른 연구에서는 고독한 사람이 수면 문제를 갖고 있으며 약을 처방에 따라 복용하지 않는 등 부정적 건강행위를 하는 것을 관찰하고, 이러한 행위들이 건강상태를 저하시키는 과정에 관여하는 것으로 보았다(Hawkey and Cacioppo, 2007; Segrin and Domschke, 2011; Segrin and Passalacqua, 2010; Shankar et al., 2011).

국내 연구에서 노인의 고독감은 다양한 방식으로 탐색되어 온 반면, 건강에 영향을 미치는 요인으로서 고독에 대한 연구는 극소수에 불과하다. 본 연구를 위한 문헌검색에서 고독이 건강에 미치는 영향을 살펴본 연구로는 신체건강에 관한 연구와 정신건강에 관한 연구가 각각 두 편씩 발견되었다. 박영주 외(2004)에서는 외로움이 건강행위에 미치는 부정적 영향을 지적했으며, 강윤희 외(2012)에서는 고독감이 수면의 질과 지각된 건강상태에 부정적 영향을 줄 뿐만 아니라 사회적 지지가 건강상태에 미치는 영향을 매개하는 것으로 분석하였다. 고독과 정신건강 성과에 관한 연구로, 김기태 외(2013)는 고독감이 스트레스, 생활사건, 영성을 통제된 상태에서 자살생각의 위험요인임을 밝혔으며, 박봉길(2014) 또한 경제적 상실감, 고독감, 자살생각의 관계구조에서 고독감-자살생각의 경로가 유의함을 지적하였다. 그 외 고독이 보다 광범위한 건강 지표인 삶의 질이나 삶의 만족에 어떠한 영향을 미치는지에 초점을 둔 연구가 이루어진 바 있다(강현욱, 2012; 원형중 외, 2012; 이현지, 2012).

6) 연구모형

이상의 문헌고찰에 기초하여, 본 연구에서는 우울과 고독을 노인의 건강상태에 영향을 미치는 독립적 위험요인으로 인지하고, 주요 인구사회적 변인들을 통제된 상태에서 우울과 고독이 노인의 건강상태에 미치는 영향의 관계를 검증하고자 하였다(〈그림 1〉 참조). 우울과 고독의 관계는 이상의 선행연구(Luanaigh and Lawlor, 2008) 고찰에 근거하여 고독이 우울에 영향을 미치나 반대로 우울이 고독을 유발하지는 않는 것으로 설정함에 따라 연구모형은 우울의 매개역할 가능성을 포함하는 것으로 최종 구성되었다.



<그림 1> 연구모형

3. 연구방법

1) 조사대상 및 절차

본 연구에서는 수도권에 위치한 노인복지관과 종합사회복지관을 이용하는 65세 이상의 노인을 조사대상으로 설정하고 서울 지역 4개 기관, 경기도 지역 2개 기관에서 조사대상을 모집, 서베이 연구를 실시하였다. 이를 위해 수도권 지역별 노인복지기관 목록을 기초로 연구 참여에 관심 있는 기관을 파악한 뒤, 해당 기관을 방문하여 연구목적에 상세히 설명하고 참여에 동의한 기관을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 조사원이 참여노인과 1:1 면접하는 방식으로 진행하였고, 설문을 마친 후에는 참여자에게 소정의 답례품을 제공하였다. 설문조사원은 설문 대상기관의 직원 일부와 대학생을 활용하였으며, 설문조사에 앞서 이들 조사원 10명을 대상으로 설문조사 절차, 세부방법, 유의사항에 대한 교육을 실시하였다. 이 같은 과정에서 총 6개 기관에 350부의 설문지가 전달되었고 331부가 회수되어 94.6%의 회수율을 보였다. 회수된 331부 중 주요 변수 문항에 대한 답변이 누락된 경우와 65세 미만 응답자를 제외한 329부를 최종 분석에 사용하였다.

2) 변수 및 측정방법

(1) 고독

응답자의 고독 수준을 측정하기 위해 본 연구에서는 ULCA 고독척도 개정판(Russell et al., 1980)

20문항 중 일부를 활용하여 개발된 간이고독척도(Hughes et al., 2004)를 번역하여 사용했다. UCLA 고독척도 개정판은 4점 리커트척도 상에서 응답하도록 되어 있는 반면, 간이고독척도는 대규모 설문 조사에서의 편이성을 목적으로 세 문항으로 구성되었으며 ‘말상대가 없다’, ‘소외감이 든다’, ‘고독 하다’라고 얼마나 자주 느끼는지 묻는 질문에 거의 없다(1), 가끔(2), 자주(3)의 세 가지 중에 응답하도록 되어 있다. 간이고독척도의 신뢰도 계수(Cronbach alpha)는 Hughes 외(2004)에서 .72이었으며, 본 연구에서는 .765로 양호한 편이었다.

(2) 우울

응답자의 우울 정도를 측정하고자 간이노인우울척도(GDS-SF, Sheikh and Yesavage, 1986)의 한국판(정인과 외, 1997)을 사용했다. 간이노인우울척도는 55세 이상 성인의 우울을 측정하는 척도로 5~7분이 소요되며 신체적 질병과 경증 인지장애를 가지고 있는 대상에게도 유용한 것으로 인식되고 있다. 각 문항은 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 응답하도록 되어 있으며, 15문항 중 10문항은 우울증상에 긍정적으로, 5문항은 부정적으로 대답하도록 구성되어 있다. 부정 문항은 역코딩 하였고 우울하다고 응답한 항목 수를 합산하여 우울지표로 사용하였다. 우울지표는 최소 0점에서 최대 15점 사이에 분포하며, 6점 이상은 우울 증상이 있음을 나타내는 것으로 임상적 면접을 요하는 상태이며, 11점 이상은 임상적 우울증에 해당하는 것으로 간주된다. 본 연구에서 우울척도의 신뢰도 계수는 .875로 높게 나타났다. 자료 분석시, 우울척도의 15개 문항과 관련하여, 매개변수 측정을 안정화시키고 모델 적합도를 향상시키기 위해 문항묶음(item parceling)을 실시, 탐색적 요인분석을 통해 3개의 요인(d1, d2, d3)으로 변환 투입하였다(Matsunaga, 2008).

(3) 건강상태

본 연구에서는 노인에 있어 일상활동과 신체움직임의 지속적 유지가 노인의 전반적 건강상태에 갖는 중요성에 초점을 두고 객관적 지표와 주관적 지표 총 두 가지를 사용하여 건강상태를 측정하고자 하였다.

첫째는 K10 척도(Kessler et al., 2003)에 포함된 일상생활 및 근로활동 수준을 묻는 질문을 사용하였다. K10은 불특정 심리적 디스트레스의 정도를 측정하는 10문항 척도로 간결하다는 장점 때문에 WHO에서 수행된 세계 14개국 비교연구의 척도로 채택된 바 있다(Furukawa et al., 2008). 본 연구에서는 그 중 응답자가 일상생활, 근로, 또는 평소 수행하던 신체활동의 수행 정도를 포괄적으로 평가하는 항목을 사용하였다. 이 항목은 ‘힘들고 우울한 기분 때문에 어르신께서 일상생활이나 근로를 전혀 하시지 못했던 날이 지난 한 달 동안 총 며칠이나 됩니까?’라는 질문이며, 응답자는 이에 대해 기능에 제한이 있었던 날을 0에서 31일까지의 수로 응답하도록 되어 있다.

둘째는 자신의 건강상태에 대한 응답자의 주관적 평가를 질문하였다. ‘어르신의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?’라고 질문하고 5점 리커트 척도 상에서 응답하도록 하였다 (1=매우 좋음, 2=좋은 편, 3=그저 그렇다, 4=나쁜 편, 5=매우 나쁨).

위 두 가지 항목에 대해 질문할 때 조사원은 응답자 기억을 살리고 응답의 정확성을 보다 높이기

위해 지난 한 달의 달력을 제시하고 건강 관련 주요 사건이나 일정 등에 관한 대화를 나누면서 최종 응답을 받았다. 자료 분석시, K10 질문에 대한 응답은 다섯 개 범주로 재코딩 하여 사용하였다(0일=1, 1~10일=2, 11~20일=3, 21~30일=4, 31일=5).

(4) 통제변수: 성별, 연령, 배우자 유무, 독거 여부, 교육년수

본 연구에서는 관련 선행연구(Cacioppo et al., 2006a; Perissinotto et al., 2012)에 사용된, 성별, 연령, 배우자 유무, 독거 여부, 교육년수를 포함하는 인구사회적 변수를 통제변수로 설정하였다. 이 변수들 중 성별은 더미 변수로 전환시켰고(남=1, 여=0), 연령은 네 개 집단으로 구분하였다(64세 이하=1, 65~74세=2, 75~84세=3, 85세 이상=4). 배우자 유무는 배우자 있음과 없음에 따라 두 개 집단으로 구분하였고(있음=1, 없음=0), 독거여부도 독거와 독거아님에 따라 두 개 집단으로 구분하였다(독거=1, 독거 아님=0). 한편, 교육년수는 학력에 관한 응답을 년수로 환산하여 분석에 투입하였다(무학=0, 초졸=6, 중졸=9, 고졸=12, 대졸=16).

3) 자료 분석

본 연구에서는 노인의 고독, 우울, 건강상태 사이의 관계를 살펴보고 이들 관계에서 우울이 매개역할을 하는지 검증하기 위해 구조방정식모형을 활용하였다. 이를 위한 기술통계 분석과 구조모형 분석에 SPSS 21과 Amos 21을 사용하였다. 먼저 주요 변수의 결측자료에 대해 EM 대체방법(Little and Rubin, 2002)을 사용하였으며, 응답자의 일반적 특성 및 자료의 정규성과 다중공선성을 파악하기 위해 빈도분석, 기술분석 및 상관관계분석을 실시하였고, 개념측정의 적절성을 확인하기 위해 확인적 요인분석을 실시하였다.

주요 변수들의 인과관계를 검증하기 위한 구조방정식모형 분석에 있어, 모형의 추정방법으로는 완전정보최대우도법(Full Information Maximum Likelihood: FIML)을 사용하였으며, 매개효과 검증은 고독과 건강상태의 관계를 파악하는 다중회귀분석을 실시한 후 Sobel 검정을 하는 방식으로 진행하였다. 연구모형의 적합도 선정과 관련하여 표본에 덜 민감하고 모형간명성을 반영하기 위해 본 연구에서는 TLI, CFI, RMSEA를 중심으로 살펴보았으며, TLI, CFI는 .90이상, RMSEA는 <.05면 좋은 적합도, <.08이면 괜찮은 적합도, <.10이면 보통 적합도, >.10이면 나쁜 적합도로 보는 기준(Hu and Bentler, 1999)을 적용하였다.

4. 분석 결과

1) 조사대상의 일반적 특성

본 조사대상의 인구사회적 특성은 <표 1>에 제시된 바와 같다. 먼저 성별의 경우, 여성이 80.9%, 남성이 17.3%로 여성이 훨씬 더 많은 비율을 차지했다. 연령은 평균 75.77세로 75~84세가 49.2%가 가장 많았고, 65~74세가 38.6%로 그 다음이었다. 학력은 평균 6.52년으로 초졸이 33.4%로 가장 많았으며, 그 다음은 무학(25.2%)으로 학력이 비교적 낮은 것으로 나타났다. 현재 결혼상태는 배우자가 없음(69.3%)이 배우자 있음(30.7%)보다 많았으며, 거주상태도 독거(54.1%)가 그렇지 않은 경우(45.9%)보다 더 많은 것으로 나타났다. 조사대상자가 경험하는 우울증상은 평균 5.96점으로 우울증상 없음이 51.7%로 가장 많았으나, 경한 우울증상이 28.9%, 중한 우울증상이 19.5%로 나타나 우울증상을 경험하는 대상자가 전체 조사대상자 중 절반에 이르는 것으로 나타났다.

<표 1> 응답자의 인구사회학적 특성

구 분		빈도(명)	백분율(%)	평균(표준편차)
성별	남성	57	17.3	
	여성	266	80.9	
	무응답	6	1.8	
연령	~ 64세	10	3.0	
	65~74세	127	38.6	
	75~84세	162	49.2	75.77세 (6.313)
	85세~	26	7.9	
	무응답	4	1.2	
교육수준	무학	83	25.2	
	초졸	110	33.4	
	중졸	43	13.1	6.52년 (5.005)
	고졸	56	17.0	
	대졸	28	8.5	
	무응답	9	2.7	
배우자유무	배우자없음	228	69.3	
	배우자있음	101	30.7	
독거여부	독거아님	151	45.9	
	독거	178	54.1	
우울수준	우울증상 없음(GDS≤5)	170	51.7	
	경한 우울증상(6≤GDS≤10)	95	28.9	5.96점 (4.372)
	중한 우울증상(11≤GDS)	64	19.5	

2) 주요변수의 기술분석

본 연구의 구조방정식모형을 검증하기 위한 정규성 및 다중공선성을 파악하기 위해 주요 변수들에 대해 기술분석 및 상관관계 분석을 실시한 결과가 <표 2>와 <표 3>에 나타난 바와 같다. 주요 변수의 정규성은 왜도와 첨도를 통해 확인했는데, 왜도는 2이하, 첨도는 4이하이면 정규분포 기준에 적합하다는 기준(Hong et al., 2003)을 따랐다. <표 2>를 살펴보면, 각 변수들의 왜도와 첨도는 정상분포의 조건을 충족시키고 있는 것으로 나타났다. 또한, 주요 변수들의 상관계수를 살펴보면, .108 ~ .703 사이에 분포되어 다양한 수준의 상관관계를 보여주고 있으며, .8 이상의 높은 상관계수를 보이지 않아 다중공선성이 의심되는 수준은 아닌 것으로 나타났다(<표 3> 참고).

<표 2> 주요 변수의 기술분석 결과

잠재변수	측정변수	최소값	최대값	평균	표준편차	왜도	첨도
고독	l1	0	3	1.72	.836	.156	-.415
	l2	0	3	1.60	.729	.472	-.594
	l3	0	3	1.75	.751	.312	-.912
우울	d1	0	6	2.34	2.150	.425	-1.279
	d2	0	8	3.21	2.440	.375	-1.025
	d3	0	1	.41	.493	.364	-1.875
건강상태	f1	0	5	3.11	1.023	.025	-.420
	f2	0	5	1.57	1.002	1.308	2.928

<표 3> 주요 변수들 간의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	l1	l2	l3	f1	f2	d1	d2	d3	성별	배우자 유무	독거 여부	연령	교육년수
1													
2	.480**												
3	.410**	.703**											
4	.126*	.237**	.251**										
5	.057	.239**	.391**	.258**									
6	.198**	.409**	.460**	.361**	.478**								
7	.259**	.474**	.480**	.422**	.461**	.689**							
8	.108*	.202**	.146**	-.025	.215**	.227**	.243**						
9	-.044	.035	.011	-.005	-.106	-.042	-.013	-.124*					
10	-.098	-.143**	-.260**	-.074	-.308**	-.161**	-.216**	-.085	.183**				
11	.102	.145**	.244**	.139*	.275**	.167**	.153**	.075	-.082	-.696**			
12	.061	.083	.135*	.066	.236**	.087	.132*	.047	-.006	-.302**	.300**		
13	.011	-.029	-.080	.001	-.336**	-.154**	-.132*	-.147**	.318**	.387**	-.438**	-.386**	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4) 모형검증

(1) 측정모형 분석 결과

본 연구에서는 확인적 요인분석을 통해 측정모형을 분석하였는데, 측정모형의 적합도는 TLI=.937, CFI=.962, RMSEA=.076으로 양호한 적합도를 나타냈다(〈표 4〉 참조). 또한 잠재변수로부터 각 측정변수들로의 경로(요인부하량)는 모두 통계적으로 유의했다. 이는 측정변수들이 잠재변수를 잘 반영하고 있음을, 즉 타당하게 구성되었음을 의미하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 4〉 측정모형 분석결과

잠재변수	경로	비표준화 계수	표준화 계수	표준오차	t
고독	→ I1	1.000	.520		
	→ I2	1.425	.851	.157	9.090***
	→ I3	1.436	.832	.158	9.078***
우울	→ d1	1.000	.804		
	→ d2	1.212	.858	.083	14.540***
	→ d3	.080	.278	.017	4.723***
건강상태	→ f1	1.000	.461		
	→ f2	1.239	.560	.181	6.859***

$$\chi^2(df=17)=49.185^{***}, TLI=.937, CFI=.962, RMSEA=.076$$

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(2) 구조모형 분석 결과

노인의 고독, 우울, 건강상태의 구조모형 분석 결과, 본 연구모형의 적합도를 살펴보면 χ^2 가 통계적으로 유의하였다($\chi^2(df=43)=96.230, p<.000$). 그러나 이 값은 표본크기에 민감하기 때문에 구조모형이 적절한 경우에도 모형이 적합하다는 영가설을 기각할 수 있으므로 절대적합지수 RMSEA를 살펴본 결과 .061으로 양호한 수준인 것으로 나타났다. 또한 다른 적합지수들인 TLI=.926, CFI=.959 으로 나타나 본 연구의 구조모형이 적합한 것으로 나타났다(〈표 5〉 참조).

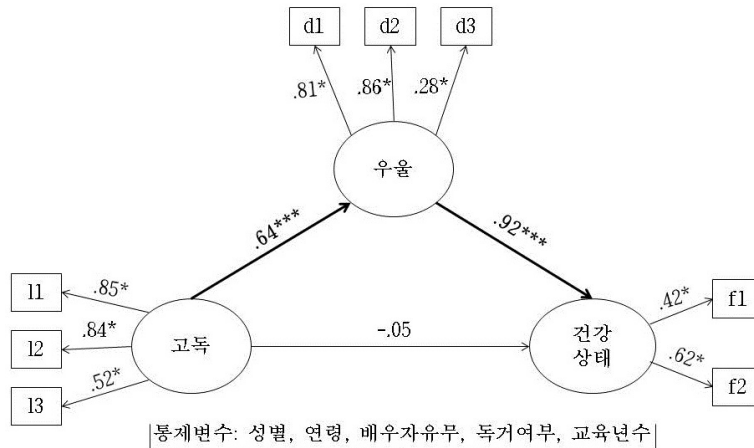
구조모형의 분석결과를 보다 구체적으로 살펴보면, 첫째, 노인의 고독감이 우울감에 이르는 경로는 통계적으로 유의했으며 정적(+) 영향을 미치는 것으로 나타났다($\beta=.638, p<.001$). 이는 노인의 고독감이 증가할수록 우울감도 증가하는 것을 의미한다. 둘째, 노인의 우울이 건강상태에 이르는 경로 또한 통계적으로 유의했으며 정적(+) 영향을 미치는 것으로 나타났다($\beta=.915, p<.001$). 이는 노인의 우울감이 증가할수록 건강상태가 나빠진다는 것을 의미한다. 그러나 노인의 고독감이 건강상태에 이르는 경로는 통계적으로 유의하지 않았다($\beta=-.052, p>.05$).

<표 5> 노인의 고독, 우울, 건강상태의 구조모형 분석

변수 간 경로	경로계수		표준오차	t
	비표준화 계수	표준화 계수		
고독 → 우울	2.561	.638	.358	7.160***
우울 → 건강상태	.224	.915	.037	6.054***
고독 → 건강상태	-.051	-.052	.106	-.480

$\chi^2(df=43)=96.230^{***}$, TLI=.926, CFI=.959, RMSEA=.061

*p<.05, **p<.01, ***p<.001



*p<.05 **p<.01 ***p<.001.

표준화계수. 오차항 및 매개변수와 종속변수에 대한 통제변수의 경로는 간명한 제시를 위해 생략함.

<그림 2> 주요 변수들의 매개모형

(3) 매개효과 검증

노인의 고독감과 건강상태 간의 관계에서 우울의 매개효과를 확인하고자, 먼저 고독과 건강상태의 인과관계를 파악하기 위한 다중회귀분석을 실시한 후, Sobel 검정(Mackinnon et al., 2002)을 실시하였다. 다중회귀분석의 실시에 앞서 독립변수들 간의 다중공선성의 문제를 파악하기 위해 분산팽창계수(VIF)를 확인한 바, 모두 2.5미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없는 것으로 판단하였다. 이에 건강상태를 종속변수로, 고독을 독립변수로 하는 다중회귀모델에 대한 분석을 실시하였다(<표 6>참조). 분석 결과, 고독은 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다(Adj. $R^2 = 15.2\%$). 고독감이 건강상태에 미치는 영향의 정도는 .281이었는데(p<.001), 이는 고독감이 한 단위 증가할 때 건강상태가 .281만큼 감소함을 의미한다.

<표 6> 고독이 건강상태에 미치는 영향: 회귀분석

변수	S.E.	β	t	VIF
(상수)	1.172		1.816	
성별	.233	-.020	-.358	1.164
배우자유무	.254	-.048	-.655	2.063
독거여부	.239	.105	1.406	2.138
연령	.015	.075	1.316	1.248
교육년수	.020	-.103	-1.630	1.539
고독	.044	.281	5.378***	1.058
R^2		.168		
Adj. R^2		.152		
F값		10.801***		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

이후 Sobel 검정을 실시하였는데, 고독감이 매개변수인 우울로 가는 경로를 a, 매개변수인 우울이 건강상태로 가는 경로를 b로 설정하고, 경로 a, b가 통계적으로 유의미한지를 검증하였다). 검증 결과, 고독감과 건강상태의 관계에 있어서 우울의 매개효과 Z값은 4.62로 p<.001 수준에서 통계적으로 유의미하게 나타났다(<표 7> 참조). 노인의 고독감에서 건강상태로의 직접경로가 유의하지 않은 상태에서, 이러한 검정 결과는 노인의 우울이 고독감과 건강상태를 완전 매개하는 효과를 가진다는 것을 의미한다.

<표 7> 매개효과 검증 결과

변수 간 경로	Z값
고독 → 우울 → 건강상태	4.62***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

$$1) \text{ Sobel 공식: } Z_{ab} = \frac{ab}{\sqrt{b^2 SE_a^2 + a^2 SE_b^2}}$$

- a(비표준화계수): 고독 → 우울
- b(비표준화계수): 우울 → 건강상태
- SE_a : a의 표준오차
- SE_b : b의 표준오차

5. 논의 및 결론

본 연구에서는 수도권에 위치한 노인복지기관 이용 노인 329명을 대상으로 일대일 설문조사를 실시하고, 노인의 고독과 우울이 노인의 건강상태에 미치는 영향과 그 과정에서 우울이 수행하는 역할을 살펴보았다. 이를 위해 고독, 우울, 건강상태의 관계로 이루어진 연구모형을 수립하고 구조방정식 모형 분석을 통해 그 관계를 검증하고자 하였다. 본 연구는 그간 노인 연구에서 노인 삶의 질의 사회적 측면을 고려하는데 있어 물리적, 객관적, 양적 지표들에 초점을 둔 방식에서 벗어나 주관적 고독감의 영향이 건강상태에 영향을 미치는 메커니즘을 이해하기 위한 근거 축적에 기여하는데 목적이 있다.

자료 분석 결과, 고독, 우울, 건강상태의 구조적 관계로 이루어진 연구모형은 양호한 적합성을 보이는 것으로 나타났다. 연구모형의 세부 경로에 대한 결과를 살펴보면 첫째, 노인의 고독감이 증가할수록 우울감이 증가하는 것으로 나타났다. 또한 노인의 우울감이 증가할수록 건강상태가 악화되는 것으로 나타났다. 그러나 노인의 고독감이 건강상태에 이르는 경로에서는 통계적 유의성이 나타나지 않아, 본 연구에서 고독감이 건강상태에 직접적 영향을 끼친다는 근거가 확보되지 않았다. 둘째, 고독이 건강상태에 영향을 미치는 과정에서 우울이 고독과 건강상태의 관계를 매개하는 것으로 나타났다. 즉 노인의 고독이 우울에 미치는 직접효과와 우울이 건강상태에 미치는 직접효과는 통계적으로 유의하였으나 고독이 건강상태에 미치는 직접효과는 유의하지 않아, 우울이 고독과 건강상태를 완전매개 하는 것으로 분석되었다.

이상의 주요 결과를 선행연구와 비교해 보면, 먼저 고독감의 증가가 우울감의 증가로 이어진다는 본 연구 결과는 고독과 우울의 상관관계에 관한 국내외 여러 선행연구의 결과(박장근 외, 2007; 전상남·신학진, 2011; 이현지, 2012; Adams et al., 2004; Alpass and Naville, 2003; Cacioppo et al., 2006a; Prince et al., 1997)와 일치하는 것이다. 이들 선행연구는 공통적으로 고독이 우울의 하위 현상이 아니라 우울과 별개의 그러나 상관성이 높은 현상임을 지적하면서 고독이 우울에 부정적 영향을 미치는 중요한 요인임을 지적하고 있다. 이들 연구는 특히 노인의 주관적 고독감이 연령, 성별, 인종, 교육수준 등 인구사회적 특징들을 고려한 상태에서도 유의한 주관적 현상임을 일관되게 보고하고 있어 노인의 고독감에 대한 연구자들의 관심을 환기시켜 주고 있다.

독자적 현상으로서의 고독이 우울에 미치는 영향에 대한 이 같은 관심은 그간의 연구들이 사회적 고립을 우울의 위험요인으로 인지하고 배우자 유무, 독거 여부, 사회적 지지의 양과 같은 객관적 지표를 위주로 위험집단을 파악하고자 한 경향과 관련있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 비판적 입장에 따르면(Perissinotto et al., 2012), 그간의 연구들이 객관적 지표에 치중한 나머지 노인 정신건강에서 큰 비중을 차지하는 주관적, 정서적 충족감을 간과했다는 것이다. 나아가 그 같은 객관적 지표는 위험집단의 사회적 고립을 개선시키려는 다양한 개입이 사회적 지지의 원천을 다원화하고 접촉량을 증가시키는

등 양적 증가에 역점을 두는 방향으로 이어지는 결과를 초래하였다는 것이다.

고독이 주관적 현상임에도 객관적 지표를 통해 예측되는 위험만큼이나 우울에 미치는 영향이 유의미하다는 점이 여러 선행연구를 통해 드러나기 시작한 상황에서, 본 연구의 결과는 노인 우울에 대한 이해에 있어 주관적 고독감의 파악과 감소 노력에 보다 세심한 주의를 기울일 필요가 있음을 재확인시켜 주었다는 의미가 있다. 이에 따라 노인 우울의 감소를 위한 개입에 있어 사회적 지지 및 참여의 양적 증대와 함께, 사회적 관계의 질적 향상을 목표로 하는 콘텐츠를 병행적으로 포함시킬 필요가 크다고 하겠다.

그 다음으로, 노인의 우울감이 증가할수록 건강상태가 악화되는 것으로 나타난 본 연구의 결과 또한 관련 선행연구와 일치하는 것이다. 이들 연구는 공통적으로 우울이 심리정신적 고통을 수반하는 것은 물론 노인의 지적활동과 사회적 역할 수행으로 부터 일상생활에 이르기까지 다양한 수준과 형태의 기능 저하를 예측하는 요인인 것으로 보고하고 있다(Fujiwara et al., 2003; Kivela et al., 2001; Kondo et al., 2008; Penninx et al., 1998; Sözeri-Varma, 2012). 노인 우울에 관한 그간의 연구는 흔히 우울을 삶의 만족, 삶의 질, 자살생각이나 자살행위 등 심리정서적 안녕의 위험요인으로 바라보는 경향이 있었다(예를 들어, 박용경 외, 2014; 조혜정 외, 2013). 특히 우리나라 노인자살율이 지난 몇 년간 OECD 국가 1위를 차지하면서 노인 우울의 부정적이고 극단적인 결과로서 노인의 자살에 대한 사회적 관심이 급증했고, 이에 따라 연구 또한 자살생각에 집중된 측면이 있다. 그러나 노인의 경우는 경미한 수준의 우울이라도 일상생활에 영향을 미치면서 심리정신적 고통은 물론 신체적 기능과 건강을 위협하여 사망의 위험을 높인다는 점에 비추어볼 때, 노인 우울의 부정적 결과를 평가함에 있어 심리정신적 영역은 물론 신체적 영역의 기능 차원에 주목할 필요성이 크다고 하겠다.

자료 분석의 마지막 결과로 고독, 우울, 건강상태의 구조 모형에서 우울이 고독과 건강상태의 관계를 완전매개 하는 것으로 나타났다. 즉 고독이 건강상태에 직접적 영향을 미치지 않는으나 우울에 부정적 영향을 미침으로써 건강상태상에 부정적 결과를 초래하는 것으로 해석된다. 이 같은 결과는 고독이 건강에 영향을 미치는 과정을 심리정서적 과정이 매개한다는 관찰(예를 들어, Cacioppo et al., 2011)과 일관된 것인 반면, 고독 자체가 건강에 직접적 영향을 미친다는 연구들(예를 들어, Perissinotto et al., 2012)과는 일치하지 않는다. 여기서 선행연구와 일치하지 않는 부분에 대해 다소 조심스런 설명을 시도해 본다면, 이들 선행연구는 연구설계와 조사대상에서 본 연구와 차이가 있다는 점을 들 수 있다. 선행연구는 전국서베이나 패널데이터 자료를 근거로 분석한 결과로서 데이터에 기능의 현격한 감퇴를 의미하는 요양기관 입원자(Russell et al., 1997)나 사망자(Guralnick et al., 1991; Perissinotto et al., 2012)를 포함하고 있기 때문에 고독감과 건강의 직접적, 부정적 관계가 관찰되었을 가능성이 높은 것으로 유추해 볼 수 있다.

이상의 연구결과가 노인의 고독과 우울을 감소시키기 위한 개입에 시사하는 바는 매우 크다. 실제로 이러한 개입이 유발하는 효과에 대해 실증적 근거를 확보하고자 한 시도가 여러 차례 있었으며 최근의 결과를 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 노인의 고독감 감소를 위한 개입을 1년 단위로 2회 실시하여 고독감 표준편차가 1만큼 감소시키는 경우, 1년 추적검사에서 우울증상이 .33 표준편차 만큼 감소할 것으로 추정하였다(VanderWeele et al., 2011). 이와 유사하게 노인의 고독감 감소

를 위한 개입을 1회 실시한 경우는 1년 후 주관적 안녕감에서 표준편차가 .29 감소하는 효과를 보고하였고, 1년 단위로 2회 실시한 경우는 각각 .26과 .13 감소효과를 유발하는 것으로 추정하였다. 이러한 효과는 우울증상, 사회적지지, 정신과적 상태, 처방약물과 같은 혼돈요소(confounders)를 통제한 상태에서도 유효한 것으로 나타났다. (VanderWeele et al., 2012).

이러한 결과는 모두 노인의 고독감이 심리적, 신체적 안녕과 건강상태를 증진시키는 작업에서 중요하게 고려되어야 할 부분임에 대한 실증적 근거를 제공해 주는 것으로, 고독감 감소를 위한 다양한 심리사회적 개입의 개발과 현장수행이 뒤따라야할 필요성을 시사하는 것이라 할 수 있다. 특히 주관적 고독감이 충족되지 않은 심리적, 정서적 친밀이나 삶의 의미에 대한 욕구와 강한 관련성이 있다는 점에서 고독감의 감소를 위한 개입에 있어 사회적 지지의 질적 향상에 초점을 두는 요소가 반드시 포함되도록 할 필요가 있다. 기존의 노인복지 관련시설에서 제공하는 다양한 프로그램들이 사회적 활동과 참여의 양적 증가에 초점을 두고 있다면, 노인이 선호하는 사회적 관계를 파악, 개발하고 그 관계의 질적 향상을 도모하는 방식에 보다 많은 관심과 지원이 요구된다 하겠다. 예를 들어, 자기 삶의 의미를 재해석하는 회상집단(Chiang et al., 2009)이나 자기 삶의 이야기를 재구성하는 내러티브집단(Drizin, 2010)과 같이 자기 정체성과 삶의 의미 재해석에 초점을 두는 접근이라든지, 배우자나 자녀 등 가족과의 관계향상 및 갈등해소를 위한 개인 및 가족상담 등을 고려할 수 있을 것이다. 현재 이런 방식의 개입은 국내 노인서비스 현장에서 실험적이거나 제한적으로 실시되고 있는데 보다 확대 보급함으로써 노인의 건강상태와 전반적 삶의 질을 개선하기 위한 또 하나의 방안을 실천에 옮기는 과정에 기여할 수 있을 것이다.

마지막으로 본 연구의 제한점을 밝히고 이를 보완하거나 연구결과를 확장하기 위한 후속연구에 대해 제안하고자 한다. 첫째, 본 연구는 K10 척도의 타당성연구를 위해 본 연구자가 수집한 자료를 활용해 수행한 연구이기 때문에 변수 측정에 제한적이었던 측면이 있다. 특히 건강상태의 측정에 있어 객관적 지표와 주관적 지표를 한 가지씩 사용하였는데, 객관적 지표(신체활동 수준)는 1:1면접과 회상을 위한 절차와 도구를 적용했음에도 기억 오류의 가능성이 있으며, 주관적 지표(건강상태) 역시 여타 연구에서와 같이 실제 건강상태와의 일치 정도에 있어 응답자간 편차가 클 수 있다.

둘째, 고독이나 우울이 인구사회적 특성에 따라 다른 양상을 보이기도 하기 때문에 본 연구에서는 고독-우울-건강상태의 관계구조를 검증하는 과정에서 인구사회적 특성들을 고려하였다. 그러나 이 관계구조가 인구사회적 특성 간에 어떤 차이를 보이는지를 심층 분석한다면 현장에 반영할 수 있는 보다 세밀한 시사점을 도출하는 근거가 될 것으로 보인다. 나아가 국내에서도 노년기 건강 악화에 대한 다양한 심리사회적 위험요인을 파악하는 노력에 있어 장기 추적연구의 방법을 통한 연구설계가 보다 적극적으로 활용될 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 강윤희, 2012, “지역사회 노인의 사회적 지지, 고독감, 수면의 질, 지각된 건강상태에 관한 연구”, 『한국보건간호학회』, 26(2): 303-313.
- 강현욱, 2012, “발란스운동 참여 노인의 지각된 사회적지지가 건강지각과 외로움 및 삶의 질의 관계”, 『한국체육과학회지』, 21(5): 301-312.
- 국민건강보험공단, 2013, “마음의 감기·우울증·환자, 70대 여성이 가장 많아”, 2013. 2. 28, <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0039/2859>.
- 김기태·최송식·박미진·고수희·박현숙, 2013, “부정적 생활 스트레스와 고독감이 노인의 자살생각에 미치는 영향: 영성의 조절효과를 중심으로”, 『한국사회복지조사연구』, 34: 161-185.
- 김미령, 2005, “여성노인의 고독감에 미치는 영향 연구”, 『정신보건과 사회사업』, 21: 90-111.
- 김명일·신혜리, 2013, “노인의 우울과 자살 생각 간 관계에서 사회참여와 과거 노후준비가 가지는 조절 효과”, 『서울도시연구』, 14(4): 185-201.
- 김승연·고선규·권정혜, 2007, “노인 집단에서 배우자의 사별 스트레스와 우울의 관계: 사회적 지지와 대처행동의 조절효과”, 『한국심리학회지: 임상』, 26(3): 573-596.
- 김창진·황진수, 2008, “노인성 질환과 우울증이 노인자살 생각에 미치는 영향의 연구”, 『한국노년학』, 28(3): 425-442.
- 김현숙·김희영, 2007, “보건소 방문보건 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인: 사회적 지지와 인지된 건강상태를 중심으로”, 『보건교육·건강증진학회지』, 24(2): 1-14.
- 박봉길, 2008, “노인의 심리사회적 특성이 우울감과 자살생각에 미치는 조절효과에 관한 연구”, 『한국노년학』, 28(4): 969-989.
- 박봉길, 2014, “독거노인의 경제적 상실감이 자살생각에 미치는 영향: 고독감의 조절효과”, 『노인복지연구』, 63: 175-201.
- 박영주·정혜경·안옥희·신행우, 2004, “노인의 외로움과 건강행위 및 자아존중감의 관계”, 『노인간호학회』, 6(1): 91-98.
- 박용경·김홍·이채식·정성화, 2014, “회복탄력성과 우울이 노인의 자살생각에 미치는 영향”, 『한국노년학』, 34(2): 247.
- 박장근·최덕목·임란희, 2007, “노인의 여가활동 유형과 고독감 및 우울감의 관계”, 『한국체육학회』, 46(1): 577-588.
- 신경림·강윤희·정덕유·최경애, 2007, “도시지역 여성노인의 우울, 주관적 신체증상 일상생활 수행능력에 관한 연구”, 『대한간호학회지』, 37(7): 1131-1138.
- 엄태완, 2007, “노인 자살 관련 요인: 무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로”, 『한국사회복지학』, 59(2): 355-379.
- 오선영, 2008, “노인의 생활만족도에 관련된 노인의 가족기능과 외로움”, 『노인복지연구』, 42: 267-290.
- 오영은·이정화, 2012, “사회적관계망 크기와 지역사회공동체의식이 단독가구 농촌노인의 고독감에 미치는 영향 - 독거노인가구와 노인부부가구 비교를 중심으로”, 『한국지역사회복지학』, 43: 555-580.
- 원형중·박승하·김의진, 2012, “노인의 레저기능, 사회적 지지, 고독감 및 생활만족 간의 관계모형 검증”, 『한국여가문화학회』, 10(1): 123-142.

- 이수천·강선옥·장미정·윤승비, 2014, “독거노인의 자아존중감, 사회적지지, 영성이 고독감에 미치는 영향 - 서울·경기지역을 중심으로”, 『한국가족복지학』, 44: 139-161.
- 이은석·이선창, 2009, “농촌지역 노인의 스트레스, 우울 및 자살생각에 있어서 신체적 여가활동의 완충효과”, 『한국스포츠사회학회지』, 22(2): 35-54.
- 이현지, 2012, “제가 노인이 경험하는 고립과 외로움이 삶의 만족도와 우울에 미치는 영향”, 『한국지역사회복지학회』, 42: 157-177.
- 전상남·신학진, 2011, “노인차별경험과 우울과의 관계에서 고독의 매개효과”, 『한국노년학회』, 31(4): 925-938.
- 정영미, 2007, “여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인”, 『한국노년학』, 27(1): 71-86.
- 정인파·곽동일·신동균·이민수·이현수·김진영, 1997, “노인우울척도(Geri-atric Depression Scale)의 신뢰도, 타당도 연구”, 『신경정신의학』, 36(1): 103-112.
- 조맹제·박종익·배안·배재남·손정우·안준호·이동우·이영문·이준영·장성만·정인원·조성진·홍진표, 2011, 『2011년도 정신질환실태 역학조사』, 서울대학교 의과대학.
- 조혜정·서인균, 2013, “노인의 스트레스와 자살생각간의 관계에 대한 우울의 매개효과: 독거노인과 비독거노인 비교연구”, 『노인복지연구』, 61: 135-163.
- 통계청, 2013, “고령자통계”, <http://kostat.go.kr>.
- Adams, K. B., Sanders, S., and Auth, E. A., 2004, “Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors”, *Aging and Mental Health*, 8(6): 475-85.
- Alpass, F. M., and Neville, S., 2003, “Loneliness, health and depression in older males”, *Aging Mental Health*, 7(3): 212-6, doi: 10.1080/1360786031000101193.
- BBC News, 2011, “Loneliness is ‘hidden killer’ of elderly”, February 1, 2011, www.bbc.co.uk/news/education-12324231.
- Bigger, J. T., and Glassman, A. H., 2010, “The American Heart Association science advisory on depression and coronary heart disease: an explanation of the issues raised”, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 77: S12-S19.
- Boomsma, D. I., Willemsen, G., Dolan, C. V., Hawkey, L. C., and Cacioppo, J. T., 2005, “Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands twin register study”, *Behavior Genetics*, 35(6): 745-752, doi: 10.1007/s10519-005-6040-8.
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Fleischman, D. A., Leurgans, S., and Bennett, D. A., 2009, “Association between late-life social activity and motor decline in older adults”, *Arch Intern Med*, 169(12): 1139-1146, doi: 10.1001/archinternmed.2009.135.
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., James, B. D., Leurgans, S. E., Arnold, S. E., and Bennett, D. A., 2010, “Loneliness and the rate of motor decline in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study”, *BMC Geriatrics*, 10: 77, doi: 10.1186/1471-2318-10-77.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van C. E., and Berntson, G. G., 2002, “Loneliness and health: Potential mechanisms”, *Psychosomatic Medicine*, 64(3): 407-417, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12021415>.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nourianie, B., and

- Spiegele, D., 2006a, "Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective", *Journal of Research in Personality*, 40(6): 1054 - 1085, doi: 10.1016/j.jrp.2005.11.007.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., and Berntson, G. G., 2011, "Social isolation", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231: 17-22, doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., and Thisted, R. A., 2006b, "Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses", *Psychology and Aging*, 21(1): 140-151, doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140.
- Casey, D. A., 2012, "Depression in the elderly: A review and update", *Asia-Pacific Psychiatry*, 4: 160-167.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., and Chou, K., 2009, "The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4): 380 - 388, DOI: 10.1002/gps.2350
- Conwell, Y., and Thompson, C., 2008, "Suicidal behavior in elders", *Psychiatric Clinics of North America*, 31: 333-356.
- Drizin, C., 2010, "Narrative therapy techniques with older adults", <http://www.Sciencenews.org/index.php/generic/id/61518/title/Trailing-dust-devilsl/v>.
- Fujiwara, Y., Shinkai, S., Kumagai, S., Amano, H., Yoshida, Y., Yoshida, H., Kim, H., Suzuki, T., Ishizaki, T., Haga, H., Watanabe, S., and Shibata, H., 2003, "Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community" , *Arch Gerontol Geriatr*, 36(2): 141-53.
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., and Kikkawa, T., 2008, "The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the world mental health survey Japan", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3): 152-158, doi:10.1002/mpr.257.
- Green, B. H., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Shamra, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., Sullivan, C., McWilliam, C., 1992, "Risk factors for depression in elderly people: A prospective study" , *Acta Psychiatr Scand*, 86(3): 213 - 7.
- Guralnik, J. M., Lacroix, A. Z., Branch, L. G., Kasl, S. V., and Wallace, R. B., 1991, "Morbidity and disability in older persons in the years prior to death", *American Journal of Public Health*, 81(4): 443-447, doi: 10.2105/AJPH.81.4.443.
- Hawkley, L. C., and Cacioppo, J. T., 2007, "Aging and loneliness downhill quickly?", *Current Directions in Psychological Science*, 16(4): 187-191, doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00501.x.
- Heikkinen, R., and Kauppinen, M., 2004, "Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38: 239 - 50.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., Tilburg, T. G. V., Stek, M. L., Jonker, C., and Schoevers, R. A., 2014, "Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)", *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 85(2): 135-142, doi:10.1136/jnnp-2012-302755.
- Hong, S., Malik, M. L., and Lee, M. K., 2003, "Testing configural, metric, scalar, and latent mean

- invariance across genders in sociotropy and autonomy using non-western sample", *Educational and Psychology Measurement*, 63, 636-654.
- Hu, L., and Bentler, P. M., 1999, "Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives", *Structural Equation Modeling*, 6(1): 1-55, doi:10.1080/10705519909540118.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., and Cacioppo, J. T., 2004, "A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies", *Research on Aging*, 26(6): 655-672, doi: 10.1177/0164027504268574.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013, *Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME.
- Kazama, M., Kondo, N., Suzuki, K., Minai, J., Imai, H., and Yamagata, Z., 2011, "Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study", *Environmental Health and Preventive Medicine*, 16(3): 196-201, doi: 10.1007/s12199-010-0186-6.
- Kessler, R., Barker, P., Colpe, L., Epstein, J., Gfroerer, J., Hiripi, E., and Zaslavsky, A., 2003, "Screening for serious mental illness in the general population", *Archives of General Psychiatry*, 60(2): 184-189.
- Kivela, S. L., and Pakkala, K., 2001, "Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age", *Journal of American Geriatric Society*, 49: 290 - 6.
- Kondo, N., Kazama, M., Suzuki, K., and Yamagata, Z., 2008, "Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly", *Preventive Medicine*, 46(5): 457-462.
- Lewis, H. J., Hems, D. J., Bosanquet, K. N., and Overend, K. J., 2013, "Is enough being done to treat depression in the elderly?", *Aging Health*, 9: 243-245.
- Little, R. J. A., and Rubin, D. B., 2002, *Statistical Analysis with Missing Data*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Luanaiagh, C. O., and Lawlor, B. A., 2008, "Loneliness and the health of older people", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12): 1213-1221, doi: 10.1002/gps.2054.
- Mackinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., and Sheets, V., 2002, "A comparison of methods to test the significance of the mediated effect", *Psychological Methods*, 7(1): 83-104.
- Matsunaga, M., 2008, "Item parceling in structural equation modeling: A primer", *Communication Methods and Measures*, 2(4), 260-293.
- Peplau, L. A., and Perlman, D., 1982, *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Perissinotto, C. M., Stijacic, C. I., and Covinsky, K. E., 2012, "Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death", *Archives of Internal Medicine*, 172(14): 1078-1083, doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993.
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., and Wallace, R. B. 1998, "Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons". *Journal of American Medical Association*, 279: 1720 - 6.

- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., and Mann A. H., 1997, "Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI", *Psychol Med.*, 27(2): 323-32.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., de la Mora, A., and Wallace, R. B., 1997, "Loneliness and nursing home admission among rural older adults", *Psychology and Aging*, 12(4): 574-589, doi: 10.1037/0882-7974.12.4.574.
- Russell, D., Peplau, L. A., and Cutrona, C. E., 1980, "The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence", *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3): 472-480, doi: 10.1037/0022-3514.39.3.472.
- Schmall, V. L., and Bowman, S., 2004, *Depression in later life: Recognition and treatment*, Pacific Northwest Extension Publication.
- Segrin, C., and Domschke, T., 2011, "Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health", *Health Communication*, 28(3): 221-232, doi: 10.1080/10410236.2010.546771.
- Segrin, C., and Passalacqua, S. A., 2010, "Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health", *Health Communication*, 25(4): 312-322, doi: 10.1080/10410231003773334.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., and Steptoe, A., 2011, "Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults", *Health Psychology*, 30(4): 377-385, doi: 10.1037/a0022826.
- Sheikh, J. I., and Yesavage, J. A., 1986, "Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version", 165-173, in *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, edited by Brink T. L., NY: The Haworth Press, Inc.
- Sözeri-Varma, G., 2012, "Depression in the elderly: Clinical features and risk factors", *Aging and Disease*, 3(6): 465-471.
- Steptoe, A., Leigh, E. S., and Kumari, M., 2011, "Positive affect and distressed affect over the day in older people", *Psychology and Aging*, 26(4): 956-965, doi: 10.1037/a0023303.
- Stewart, J. T., 2004, "Why don't physicians consider depression in the elderly?", *Postgraduate Medicine*, 115(6): 57-59, [http://proquest.umi.com/pqdlink? did =652110241&sid=1&Fmt=3&cl%20ient Id=16986&ROT=309&VName=PQD&cfc=1](http://proquest.umi.com/pqdlink?did=652110241&sid=1&Fmt=3&cl%20ientId=16986&ROT=309&VName=PQD&cfc=1).
- VanderWeele, T. J., Hawkey, L. C., and Cacioppo, J. T., 2012, "On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being", *American Journal of Epidemiology*, 176(9): 777-784, doi: 10.1093/aje/kws173.
- VanderWeele, T. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A., and Cacioppo, J. T., 2011, "A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2): 225-235, doi: 10.1037/a0022610.
- Victor, C. D., Scambler, S. J., Bowling, A., and Bond, J., 2005, "The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain", *Ageing and Society*, 25(6): 357-375, doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X04003332>.
- Vincenzi, H., and Grabosky, F., 1987, "Measuring the emotional/social aspects of loneliness and

isolation", *Journal of Social Behavior and Personality*, 2: 257-270.

Weiss, R. S., 1973, *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*, Cambridge, MA: MIT Press.

WHO, 2012a, "Mental health and older adults, fact sheet N°381",
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.

WHO, 2012b, "The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Sixty Fifth World Health Assembly WHA65.4 Agenda item 13.2", http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-en.pdf?ua=1.

The Effect of Loneliness on Health Status in Older Adults : An Examination of the Mediating Role of Depression

Hwang, Hwan
Lee, Sunhae
(Chung-Ang University)

This study intended to understand the way loneliness and depression affect psychological and physical health of older adults, and conducted a structural equation modeling of a relationship among loneliness, depression and health status of older adults. A survey was conducted on 329 individuals who were utilizing senior welfare agencies located in Seoul and the surrounding cities. The study examined the effects of loneliness and depression on their health status as well as the role of depression in this process. The data analysis showed a good fit of the structural model and suggested an evidence of depression fully mediating the effect of loneliness on health status. This result indicated that the current focus of services on increasing quantity of social contact among older people may need a paradigm shift towards improving their subjective loneliness and quality of interpersonal relationships.

Key words: elderly loneliness, elderly depression, health status, social relationships, structural equation model

[논문 접수일 : 14. 09. 17, 심사일 : 14. 10. 03, 게재 확정일 : 14. 10. 26]