

건강지각과 가족지지가 입원 노인환자의 우울에 미치는 영향

이선옥¹, 김문정²‡

¹신라대학교 간호학과, ²부경대학교 간호학과

Health Perception and Family Support as Influencing Factors on Depression in Hospitalized Elderly Patients

Sun-Ok Lee¹, Moon-Jeong Kim²‡

¹Department of Nursing, Silla University,

²Department of Nursing, Pukyong National University

<Abstract>

Objectives : The purpose of this study was to test the influencing effects of health perception and family support on depression in elderly patients. **Methods** : Two-hundred forty-nine hospitalized geriatric patients were recruited in B city, South Korea. They were asked to complete a questionnaire, and 214 data sets were included in multiple regression analysis. **Results** : Subjects perceived a higher level of depression. Influencing factors of depression were hospitalization experience ($t=3.476$, $p=.001$), health perception ($t=-3.310$, $p=.001$), education ($t=2.684$, $p=.008$), economic satisfaction ($t=2.579$, $p=.011$), satisfaction with allowance ($t=2.262$, $p=.025$), and family support ($t=-2.200$, $p=.029$). The model was statistically significant explaining 36.3% of the variance ($F=21.257$, $p<.001$). **Conclusions** : In dealing with depression, nurses in elderly care facilities should be more concerned about patients with hospitalization experiences. Interventions to improve health perception should be provided to elderly patients, and educational programs on how to support patients are needed for the families of patients.

Key Words : Health Perception, Family Support, Elderly, Depression

‡ Corresponding author : Moon-Jeong Kim(mjy7955@pknu.ac.kr) Department of Nursing, Pukyong National University

• Received : Nov 1, 2015

• Revised : Nov 27, 2015

• Accepted : Dec 7, 2015

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대의학의 발달과 경제발전에 따른 생활의 향상으로 65세 이상 고령자가 차지하는 비율은 2012년 11.8%에서 2018년 14.3%, 2026년 20.8%, 2050년 38.2%로 빠르게 높아지고, 기대수명 또한 2005년 78.6세, 2030년 83.1세, 2050년 86.0세로 상승할 전망이다[1]. 노령인구의 증가와 수명 연장으로 만성 퇴행성 질환과 노인성 질환이 급증하고 있으며[2] 실제로 65세 이상 노인인구의 86.7%가 각종질환에 시달리고 있어 이로 인해 노인요양 시설이나 병원 및 노인전문병원 입원하는 노인이 증가하고 있는 실정이다[3].

노인건강에 영향을 미치는 중요한 요인으로 건강지각은 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표로 노인의 건강상태 측정에 있어서 보편적으로 사용해진 방법이다. 건강상태에 대한 개인적인 지각은 건강증진행위의 중요한 동기적 요인으로 개인이 자신의 건강을 어떻게 지각하느냐하는 것과 관계가 있고, 건강에 대한 이러한 지각은 건강행위를 결정하는 중요한 요인이 되므로 건강지각과 건강증진행위는 밀접한 관련이 있다[4]. 따라서 노인인구가 증가하고 노인의 질병양상 대부분이 지속적인 관리가 필요한 만성질환임을 감안할 때 건강한 노년기를 위한 노인의 주관적인 건강지각을 파악하여 이것이 노인의 신체적, 심리적으로 미치는 영향에 관한 이해가 필요하다 하겠다. 노인의 건강지각과 관련된 선행연구에서 재가노인의 건강지각이 높을수록 건강증진행위가 높게 나타났고[4] 복지관 이용 노인의 건강지각이 건강증진생활양식과 자아실현 영역에서 높은 상관관계가 있음을 밝혔지만[5], 입원 노인환자의 건강지각과 관련하여 조사되어진 연구는 미흡한 실정이다.

사회적 지지는 노인의 건강문제를 발생시킬 수

있는 스트레스의 충격을 완화시키는 것으로 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조가 포함된다[6]. 이 중 가족은 쇠약해진 건강상태와 사회 은퇴 및 독립적 일상수행 능력 감소로 인하여 생기는 고독감 등의 신체적, 정신적 노인 문제를 가장 빨리 알아채고, 이에 대처할 수 있는 능력을 가진 일차적 지지체제라고 할 수 있다. 그러나 산업화로 인해 경제적 활동수행을 위한 가족제도의 변함에 따라 노인들은 종래 가족으로부터 받아오던 물질 및 정서적 지지를 점차 기대하기 힘들게 되었고, 이러한 가족의 지지 없거나 부족한 것은 노인의 우울을 유발하는 요인으로 보고되고 있다[2]. 지금까지 보고된 선행연구에서 재가노인이나 시설노인을 대상으로 가족지지와 우울[7], 가족지지, 건강지각, 영양상태와 우울[2], 정신건강과 가족지지[8] 등 변수의 상관관계를 연구한 결과들이 보고되고 있으나, 이들 변수에 영향을 미치는 요인으로서 분석한 연구는 미흡한 실정이다. Cobb[9]는 노년기에 가까워질수록 사회적 지지의 대부분은 가족구성원으로부터 획득되며 가족의 친밀성이 없으면 불안과 우울이 나타난다고 하였고, Shanass[10]도 노인들은 건강의 문제가 생기면 가장 먼저 가족을 찾게 된다고 하면서 가족의 중요성을 강조하였다.

노년기에 이르면 인간은 신체적, 정신적, 사회적으로 전반적인 기능저하와 손상을 경험하게 되며 일상생활에 있어 타인의 의존도가 높아지고 여러 가지 문제들을 호소하게 된다[11]. 또한 만성퇴행성질환은 신체적 건강만이 아니라 심리적, 정서적 건강에 대해서도 문제를 야기하며[12] 그 중에서 노인에게 발생하는 정신 건강문제의 하나인 우울은 우리나라의 경우 약 40~70%에 달한다는 연구 결과들을 통해 우울증 유병률이 상당한 수준에 있음을 알 수 있다[7]. 노인의 우울감은 다른 연령군보다 증상이 심하고 잠재적으로 진행하여 증상을 악화시키므로 이를 방지할 경우, 신체적 건강 및

사회적 활동에 심각한 부정적 영향을 미치고 의료 이용을 증가시킴으로써 사회경제적 부담을 가중시킬 뿐 아니라[13] 인생후기의 삶의 만족감과 삶의 기대를 저하시켜 노년기 자살사고나 치매로 발전되기도 한다. 또한 수명연장과 만성질환의 장기화, 가족체계의 변화로 인한 입원노인의 증가로 고독과 소외감, 우울 등의 문제가 심화되고 있다.

노인의 우울에 영향을 미치는 요인들에 대한 선행연구에서는 신체상태, 사회적지지, 운동여부, 음주, 건강상태, 성별[14], 연령, 결혼상태, 교육, 사회경제적 수준, 신체상태[15], 종교, 만성질환 수, 일상생활 활동, 주관적 건강상태[16] 등의 결과들이 보고된 바 있다. 하지만 노년기 건강에 영향을 미치는 건강지각과 가족지지가 입원 노인환자에게 어느 정도의 수준인지를 파악하고 우울에 영향이 있는지를 살펴봄으로써 입원노인의 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 입원 노인환자의 건강지각과 가족지지가 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 입원 노인환자의 일반적 특성과 질병관련 특성을 파악한다.
- 2) 입원 노인환자의 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 우울의 차이를 파악한다.
- 3) 입원 노인환자의 건강지각과 가족지지, 우울간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 입원 노인환자의 건강지각과 가족지지가 우울에 미치는 영향을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 1개의 종합병원과 2개의 노인전문병원에 입원 중인 노인의 일반적 및 질병 관련 특성과 건강지각, 가족지지와 우울의 정도를 파악하고 계 독립변수들이 우울에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 2012년 8월 1일부터 10월 2일까지 B광역시 소재한 1개의 종합병원과 2개 노인전문병원에 입원 중인 노인 환자 249명 중 부적절한 설문지를 제외한 214명을 편의 표집 하였다.

- 1) 종합병원 및 노인전문병원에 입원 중인 만 65세 이상인 자
- 2) 의무기록상 정신질환 병력이 없는 자
- 3) 치매로 진단을 받지 않은 자
- 4) 질문지의 내용을 이해할 수 있고 언어적 의사소통이 가능한 자
- 5) 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자

3. 연구 도구

1) 건강지각

Ware[17]가 개발한 건강지각 측정도구(Health perception questionnaires)를 Kim[5]이 수정 보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 10 문항으로 구성되어 있으며, '매우 그렇다' 5점에서 '전혀 아니다' 1점을 주는 5점 척도로 점수가 높을수록 건강에 대해 긍정적으로 생각한다는 것을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 Cronbach's α 값이 .91이었고, 본 연구에서는 .86이었다.

2) 가족지지

Cobb[9]가 개발한 도구를 Kang[18]이 수정 보완한 도구로 측정하였다. 본 도구는 총 11문항으로 긍정적 문항은 '항상 그렇다' 5점, '전혀 그렇지 않다' 1점을 주는 5점 척도로 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 Cronbach's α 값이 .86이었고, 본 연구에서는 .93이었다.

3) 우울

우울을 측정하기 위하여 Kee & Lee[8]가 사용한 단축형 노인 우울 척도를 이용하였다. 본 도구는 총 15문항으로 '예' 1점, '아니오' 0점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. Kee & Lee[8]의 연구에서 Cronbach's α 값이 .89이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α 값이 .75이었다.

4. 자료수집

본 조사는 2012년 8월 1일부터 10월 2일까지, B광역시에 소재한 1개의 종합병원과 2개 노인전문병원을 방문하여 기관장의 허락을 받은 후, 본 연구의 대상자 기준에 맞는 65세 이상의 노인에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 설문 참여에 서면동의를 받은 후, 연구자와 연구보조자 4인이 자료를 수집하였다. 자료수집방법은 구조화된 설문지를 배부하여 연구대상자가 직접 작성하도록 하였으며, 본인이 작성하기 어려운 경우에는 연구자와 연구보조자가 직접 질문지를 읽어주어 작성하도록 하였다. 설문응답에 대한 충실성과 회수율을 높이기 위하여 감사의 표시로 모든 대상자에게 간단한 선물을 제공하였다. 이러한 방법을 통하여 1개의 종합병원과 2개 노인전문병원에 총 260부의 질문지가 배부되었고, 그 중 249부가 회수되어 회수율은 95.8% 이었으며, 질문지에 대한 응답이 불성실한 자료 35부를 제외한 총 214부를 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

자료 분석을 위해 SPSS v. 21.0 통계 프로그램을 이용하였다.

1) 일반적 특성 및 질병 관련 특성은 빈도와 백분율, 건강지각과 가족지지, 우울의 정도는 평균과 표준편차를 구하였다.

2) 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 우울의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하였고 사후분석은 Scheffe test를 이용하였다.

3) 건강지각, 가족지지와 우울 간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficiency로 분석하였다.

4) 우울의 영향요인을 분석하기 위하여 다중 회귀분석(Multiple regression)을 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 우울의 차이

대상자는 여성이 59.3%, 남성이 40.7%이었고, 연령은 80세 이하가 74.3%로 대부분이었다. 대상자의 48.6%가 초등학교 졸업 이하이었고, 63.6%가 종교가 있었으며 52.3%가 배우자가 있었다. 대상자의 36.4%는 배우자와, 34.1%는 자녀나 손자녀와 함께 살고 있었고, 독거는 29.4%이었다. 대상자의 45.8%가 한 달 용돈이 11~30만원이었으며, 50.9%가 용돈에 대하여 만족하지 않았다. 생활비는 대상자의 50.5%가 자녀, 35%가 자신이나 배우자가 부담하였고, 14.5%가 국가보조를 받았으며, 22%가 자신의 경제적 상태에 대해 만족하였고 30.8%가 불만족하였다<Table 1>.

<Table 1> Depression according to general characteristics (N=214)

Variables	Classification	n	(%)	Depression	
				M±SD	t/F(p) Scheffe
Sex	Male	87	40.7	7.90±4.33	-1.226(.222)
	Female	127	59.3	8.61±4.04	
Age (years)	≤70 ^a	75	35.0	6.43±4.29	14.216(<.001) a<b,c
	71-80 ^b	84	39.3	8.99±3.75	
	≥81 ^c	55	25.7	9.87±3.68	
Education	≤Elementary school ^a	104	48.6	9.97±3.55	22.356(<.001) a>b>c
	Middle school ^b	62	29.0	7.56±4.28	
	≥High school ^c	48	22.4	5.71±3.67	
Religion	Having	136	63.6	8.32±4.27	0.027(.979)
	Not having	78	36.4	8.31±4.00	
Spouse	Having	112	52.3	7.18±4.16	-4.366(<.001)
	Not having	102	47.7	9.57±3.82	
Cohabitant	Alone ^a	63	29.4	9.63±3.92	8.859(<.001) b<a,c
	Spouse ^b	78	36.4	6.96±4.13	
	Children & grandchildren ^c	73	34.1	8.63±4.03	
Allowance (×104won/month)	≤10 ^a	48	22.4	10.01±3.76	9.147(<.001) a>b,c
	11-30 ^b	98	45.8	7.83±3.81	
	≥30 ^c	67	31.3	7.04±4.70	
Satisfaction with allowance	Satisfactory	105	49.1	6.87±4.16	-5.311(<.001)
	Unsatisfactory	109	50.9	9.72±3.68	
Family's provider	Oneself or spouse ^a	75	35.0	6.28±4.07	16.969(<.001) a<b,c
	Children ^b	108	50.5	9.16±3.84	
	Government aid ^c	31	14.5	10.32±3.57	
Economic satisfaction	Satisfactory ^a	47	22.0	5.60±4.29	22.756(<.001) a<b<c
	Moderate ^b	101	47.2	8.18±3.77	
	Unsatisfactory ^c	66	30.8	10.47±3.46	

일반적 특성에 따른 우울의 차이를 보면, 70세 이하(F=14.216, p<.001), 학력이 고등학교 졸업 이상(F=22.356, p<.001), 유배우자(t=-4.366, p<.001), 배우자와 동거하는(F=8.859, p<.001) 대상자의 우울이 유의하게 낮았다. 경제적 조건으로는 월 용돈이 11만원 이상(F=9.147, p<.001), 용돈에 만족(t=-5.311, p<.001), 본인이나 배우자가 가정의 생계를 해결(F=16.969, p<.001), 경제적 상태에 만족하는(F=22.756, p<.001) 대상자의 우울이 유의하게 낮았다. 성별(t=-1.226, p=.222)과 종교 유무(t=0.027, p=.979)에 따른 우울의 차이는 유의하지 않았다.

대상자의 33.6%가 입원한 경험이 있었는데, 39.7%는 본인이 입원 결정을 하였다. 입원한 기간

은 72.9%가 6개월 이하였고 돌봄제공자는 자녀가 61.7%, 배우자가 24.3%이었다. 현재 가진 질환으로는 심혈관계·호흡기계 질환이 34.1%, 당뇨나 고혈압이 21.5%, 소화기계·기타 질환이 19.6%, 근골격계 질환이 17.8%, 신경계 질환·암이 7%이었다 <Table 2>.

질병 관련 특성에 따른 우울의 차이를 보면, 입원한 경험이 없고(t=-6.401, p<.001), 입원 결정자가 본인(t=2.723, p=.007), 입원기간이 6개월 이하(F=12.841, p=.001), 돌봄제공자가 배우자(F=9.969, p<.001)인 대상자의 우울이 유의하게 낮았고, 현 질환(F=3.437, p=.010)에 따라 유의한 차이가 있었다.

<Table 2> Depression according to disease related characteristics (N=214)

Variables	Classification	n	(%)	Depression		t/F(p) Scheffe
				M±SD		
Hospitalization experience	Yes	72	33.6	10.67	± 3.63	-6.401(<.001)
	No	142	66.4	7.13	± 3.91	
Hospitalization decision-maker	Oneself	85	39.7	7.38	± 4.30	2.723(.007)
	Others	115	53.7	8.94	± 3.97	
Hospitalization period (months)	≤6 ^a	156	72.9	7.49	± 4.06	12.841(.001) a<b,c
	6-11 ^b	16	7.5	10.13	± 3.83	
	≥12 ^c	42	19.6	10.71	± 3.56	
Caregiver	Spouse ^a	52	24.3	6.17	± 4.03	9.969(<.001) a<b,c
	Children ^b	132	61.7	8.94	± 4.04	
	Siblings & relatives ^c	30	14.0	9.30	± 3.76	
Current disease	Cardiovascular/Respiratory	73	34.1	9.01	± 3.81	3.437(.010)
	Skeletomuscular	38	17.8	7.84	± 3.88	
	DM/hypertension	46	21.5	8.41	± 4.50	
	Nervous/cancer	15	7.0	10.47	± 3.64	
	Digestive/miscellaneous	42	19.6	6.67	± 4.32	

2. 건강지각, 가족지지와 우울의 수준

대상자의 건강지각 수준은 평균 2.58점으로 중간점수보다 약간 높았고, 가족지지는 평균 3.29점으로 중간점수보다 높았다. 대상자가 지각한 우울의 수준은 평균 2.77점으로 중간점수보다 약간 높게 나타났다<Table 3>.

<Table 3> Level of health perception, family support and depression

Variables	Min-Max	M±SD	M±SD (5-score)
Health perception	24-45	34.51±3.87	2.58±0.43
Family support	11-51	36.24±6.21	3.29±0.56
Depression	0-13	7.62±2.65	2.77±1.39

3. 건강지각, 가족지지와 우울 간의 상관관계

건강지각(r=-.374, p<.001)과 가족지지(r=-.366, p<.001)는 우울과 유의한 부적 상관관계를 나타내었고, 건강지각과 가족지지 간에는 유의한 정적 상

관관계가 나타났다(r=.391, p<.001)<Table 4>.

<Table 4> Correlation among the variables

	Health perception	Family support
Health perception		.391(<.001)
Depression	-.374(<.001)	-.366(<.001)

4. 우울 영향요인

대상자의 우울 영향요인을 파악하기 위하여 우울에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었던 연령, 교육수준, 배우자 유무, 동거인, 용돈, 용돈에 대한 만족, 생계 부양자, 경제적 만족을 독립변수로 투입하였다. 건강 관련요인으로는 입원경험 유무, 입원 결정자, 입원기간, 돌봄제공자, 현 질환을 투입하였고, 이들 명목변수들은 더미변수로 처리하였다. 그리고 우울과 유의한 상관관계를 나타내었던 건강지각과 가족지지를 투입하였다. 상대적 기여가 큰 순서로 정리하면, 입원경험(t=3.476, p=.001), 건강지각(t=-3.310, p=.001), 경제적 만족(t=2.579, p=.011), 교육수준(t=2.684, p=.008), 용돈에 대한 만

족($t=2.262$, $p=.025$), 가족지지($t=-2.200$, $p=.029$)가 유의도 0.05 수준에서 우울의 유의한 영향요인으로 나타났다. 이는 입원경험, 용돈이나 전반적 경제상태에 불만족, 초등학교 졸업 이하의 교육수준이 우울의 위험요소가 될 수 있음을 의미한다. 가족지지와 건강에 대한 지각도 우울의 영향요인으로 나타났다. 독립변수들의 공차는 .726~.812, VIF는 1.231~1.378로 다중공선성의 문제는 없었으며, 입원노인환자의 우울 모형은 통계적으로 유의하였고($F=21.257$, $p<.001$) 모형의 설명력은 36.3%로 나타났다<Table 5>.

<Table 5> Influencing factors on depression in hospitalized elderly

Variables (reference group)	B	SE	β	t	p
(constant)	4.251	2.515		1.690	.093
Hospitalization experience (yes)	1.884	.542	.214	3.476	.001
Health perception	-1.944	.587	-.201	-3.310	.001
Economic satisfaction (unsatisfactory)	1.489	.577	.166	2.579	.011
Education (\leq elementary school)	1.370	.511	.165	2.684	.008
Satisfaction with allowance (unsatisfactory)	1.190	.526	.143	2.262	.025
Family support	-.091	.041	-.136	-2.200	.029
Adjusted $R^2=.363$, $F=21.257$, $p<.001$					

IV. 고찰

본 연구는 입원 노인환자의 건강지각과 가족지지, 우울 간의 관계를 규명하고 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시도되었으며, 연구결과를 중심으로 논의하고자 한다.

본 연구에서 입원 노인환자의 우울 수준은 평균

7.62점으로, 노인 장기요양시설에 입소한 노인의 8.42점보다 낮았다[19]. 그러나 본 연구에서 사용한 우울 척도의 절사점은 6점으로 입원 노인환자들의 우울 수준이 상당히 높음을 알 수 있다. 노인의 우울은 자살사고에 영향을 미치는 요인이므로[20] 노인환자의 우울을 예방 또는 완화할 수 있는 전략과 중재의 도입이 시급하다.

본 연구에서 입원한 노인환자가 지각하는 건강 수준은 평균 2.58점으로, 복지관 이용 노인의 3.28점보다 낮았다[5]. 신체·심리적 약화와 일상생활 수행능력 간에 높은 부적 상관관계가 나타남[21]을 볼 때, 노인환자가 자신의 몸과 마음이 얼마나 건강한지 지각하는 정도는 일상생활 수행능력과 연관됨을 추론할 수 있다. 입원으로 일상생활 수행을 타인에게 의존하는 비율이 많아지게 되면 자신의 건강상태를 나쁘게 인식할 기회가 증가하게 되고, 그 결과 건강에 대한 지각 수준이 낮아진 것으로 사료된다. 병원에서 노인환자를 돌보는 간호인력들은 대상자의 건강지각을 높이기 위해 일상생활 수행능력 증진을 간호목표 가운데 하나로 설정하고 이를 위해 노력할 필요가 있다.

본 연구에서 인구학적 특성 가운데 연령이 71세 이상이거나, 교육수준이 초등학교 졸업 이하인 노인환자의 우울 수준이 더 높았다. 이는 본 연구와 대상자가 같은 선행연구들[22][23]의 결과를 뒷받침한다. 또한 배우자가 없거나[21][22] 혼자 생활하는 노인환자의 우울이 유의하게 높았는데, 이 역시 선행연구의 결과와 일부 일치하는 것이다. 모든 경제적 조건에 따라 우울에 차이가 있었다. 즉 용돈이 월 10만원 이하이거나, 자녀나 정부에 생계를 의존하고 있는 경우, 용돈이나 자신의 경제상태에 만족하지 못하는 경우에 우울이 유의하게 높았다. 이는 가족의 월수입이 낮을 때 우울이 높았다고 보고한 선행연구[21]의 결과와 유사한 맥락이다. 따라서 병원에 근무하는 실무자들은 입원 노인환자의 우울을 사정함에 있어서 고령, 낮은 교육수준, 무배

우자, 독거생활, 경제적 의존 및 불만족 상태를 위
기요소로 인식하고 이를 우울 관리에 활용하여야
겠으며, 특히 초등학교 졸업 이하의 낮은 교육수준
과 용돈 및 경제적 상태에 대한 불만족은 우울의
영향요인으로 나타난 만큼 이에 초점을 둘 필요가
있다고 사료된다.

입원 노인환자의 우울은 입원경험, 입원 결정자,
입원기간, 돌봄제공자, 현 질환 등 모든 건강 관련
요인에 따라 유의한 차이를 나타내었으며, 특히 입
원경험은 우울의 영향요인으로 나타났다. 선행연구
에서도 입원기간 12개월을 기준으로 우울에 유의
한 차이가 있었으며[21] 본 연구의 결과는 이와 유
사하다. 2008년 장기요양보험제 실시와 함께 노인
장기요양시설에 거주하는 노인이 꾸준히 증가하고
있으나 본 연구의 결과에 의하면, 6개월 이상 입원
한 노인환자가 6개월 미만으로 입원한 노인환자에
비해 우울이 유의하게 높았다. 따라서 입원기간과
우울의 관계에 대한 추가적인 탐색이 필요하며, 근
거에 따라 노인환자의 입원기간의 적정성을 담보
하기 위한 제도 마련과 감독이 이루어질 필요가
있다.

병원에 입원할지에 대한 결정을 배우자나 자녀
등 타인이 한 경우보다 본인이 직접 한 경우에 우
울이 유의하게 낮았다. 선행연구에서 입소 결정을
누가 했는가는 시설에 거주하는 여성노인의 삶의
만족도를 결정하는 요인이었다[24]. 병원 입원은
자기통제감을 상실하는 생활사건일 수 있지만 입
원 결정을 본인이 직접 함으로써 자기통제감이 보
존된 결과 우울에 대한 완화 효과가 나타났으리라
사료된다. 자기통제감과 우울은 부적 상관관계가
있기 때문이다[19]. 환자의 자율성을 존중하는 의
료윤리의 일반적 원칙이 병원 입원결정 과정에도
충분히 적용되어야 한다. 의료인은 배우자나 자녀
보다는 환자 본인에게 직접 설명을 제공하고 동의
를 구함이 마땅하며 이를 실천해야 할 것이다.

대상자가 현재 가지고 있는 질환이 뇌졸중, 파

킨슨병과 같은 신경계질환이나 암일 때 우울이 가
장 높았다. 노인 요양시설에 입소한 노인을 대상으
로 한 선행연구에서[22] 기저질환으로 뇌졸중을 가
진 경우 우울 수준이 가장 높았고, 관절염을 가졌
을 때 그렇지 않은 경우에 비해 우울 수준이 유의
하게 높은 것으로 나타났다. 뇌졸중, 파킨슨병, 암
등의 질환은 일상생활 수행능력을 저해하는 정도
가 다른 질환들에 비해 커서 우울에 영향을 미쳤
을 것으로 사료된다. 따라서 병원에 입원한 노인환
자들의 우울을 관리함에 있어서 뇌졸중, 파킨슨병,
암과 같은 기저질환을 가진 대상자를 우선적으로
관리할 것을 제안한다. 또한 충분한 표본조사를 통
해 기저질환과 일상생활 수행능력, 우울 간의 관계
를 파악한다면 우울의 위험요소를 사정하는데 도
움이 될 것이다.

본 연구에서 건강지각은 우울을 예측하는 유의
한 영향요인으로 밝혀졌다. 이는 신체적 건강상태
가 우울의 영향요인임을 보고한 선행연구[23]의 결
과를 뒷받침한다. 노인의 86.7%가 적어도 한 개 이
상의 만성질환을 가지고 있고, 만성질환이 있는 노
인의 약 43%가 일상생활 수행과 도구적 일상생활
수행에 문제를 가지고 있으므로[25], 기저질환의
수나 중증도, 일상생활 수행능력에 따라 건강지각
이 다를 수 있다. 또한 건강지각은 측정 당시의 정
서 상태 등의 영향으로 객관적인 파악이 어려울
수 있다. 그럼에도 불구하고 본인의 건강에 대한
지각은 우울의 예측요인이므로 주기적으로 파악한
다면 우울의 예방과 완화를 위한 유용한 지표가
되리라 사료된다.

입원한 노인환자의 우울을 예측하는 또 다른 요
인으로는 가족지지가 있었다. 선행연구에서도 가족
지지가 높을수록 우울이 낮았으며[23], 가족면회
횟수는 우울의 유의한 영향요인이었다[21]. 요양원
에 수용되어 있는 노인의 경우, 주요 우울증이
12~16%, 기타 우울증이 30~35% 정도 발생되어 일
반 인구에 비해 우울증 발생률이 높은 것으로 알

려져 있다[25]. 따라서 입원한 노인환자의 가족을 대상으로 환자 지지와 관련된 교육을 제공하고, 환자와 가족이 함께 참여할 수 있는 다양한 프로그램을 개발해 운영한다면 환자의 우울을 예방하고 완화하는데 도움이 될 것이다.

본 연구는 병원에 입원한 노인환자를 대상으로 노인들에게 중요한 자원인 가족의 지지와 건강지각이 우울에 미치는 영향을 밝혔다는 점에 의의가 있다. 본 연구의 제한점으로는 B시의 2개 병원에 입원한 노인환자를 대상으로 편의표집 하였으므로 전체 입원 노인환자에게 본 연구의 결과를 일반화하는데 제한점이 따를 수 있다.

V. 결론

본 연구는 병원에 입원한 노인환자를 대상으로 건강지각과 가족지지가 우울에 미치는 영향을 파악하기 위하여 시도되었다. 자료 수집은 2012년 8월 1일부터 10월 2일까지 B시에 소재한 2개 병원에 입원중인 노인환자 214명을 대상으로 면대면 설문지 조사방법을 통해 이루어졌다. 대상자가 인식한 가족지지 수준은 중간점수보다 높았으며, 건강지각과 우울은 약간 높은 수준이었다. 우울의 영향요인은 입원경험, 건강지각, 경제적 만족, 교육수준, 용돈 만족, 가족지지로 나타났다.

현재의 노인환자들은 가족공동체를 중시하는 전통문화를 내면화한 세대들인 만큼 그들의 정신건강에 있어서 가족의 지지는 우울을 완화하는 중요한 자원이 될 수 있다. 따라서 노인환자의 우울을 예방하고 완화하기 위해서는 그들에게 양질의 지지를 제공할 수 있도록 가족을 준비시키는 프로그램이 제공될 필요가 있다. 특히 입원 중 배우자가 간병했을 때 우울 수준이 가장 낮았다. 그럼에도 불구하고 같은 노인인 배우자에게 간병의 부담을 모두 부과할 수는 없는 일이므로 병원의 간호인력을 충분히 확보할 수 있도록 제도적 개선이 이루어

어져야 할 것이다. 돌봄제공자로서 배우자의 어떤 특성이 노인환자의 우울을 낮추는 효과를 나타내었는지 탐색할 필요가 있다고 사료되며, 이러한 탐색을 통해 노인환자를 돌보는 간호인력의 역량 증진을 위해 노력을 기울여야 할 것이다. 본 연구의 결과를 토대로 다음을 제언한다.

첫째, 본 연구결과 가족지지가 노인환자의 우울 영향요인으로 나타났으므로 입원 노인환자 가족을 대상으로 가족지지를 강화할 수 있는 교육프로그램의 개발과 효과 검증이 필요하다.

둘째, 병원 입원 과정에서 노인환자에게 충분한 정보제공과 동의 과정을 통해 자기결정권을 옹호하는 방향으로 간호실무 개선이 이루어져야 한다.

REFERENCES

1. Korea National Statistical Office(2006), Population projection: Aged population by sex and age group. Retrieved November 30, 2006, from <http://www.nso.go.kr>
2. S.J. Kim(2007), Factors associated with nursing home selection and family satisfaction in nursing home service, Unpublished master's thesis, Yonsei University, pp.1-74.
3. Korea Institute for Health and Social Affairs(2006), <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/>
4. K.S. Lee(1998), A study on health perception and health promoting behavior of the elderly, Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, pp.1-65.
5. N.H. Kim(2009), Health promoting lifestyle patterns and health perception in the elderly using the welfare centers, Unpublished master's thesis, The Catholic University, pp.1-35.
6. J.S. Norbeck(1981), Social support: A model for clinical research and application, *Advances in*

- Nursing Science, Vol.3;43-59.
7. N.C. Kim, S. Yang(2001), Physical health status and depression of a community-dwelling elderly group, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.31(6);1012-1021.
 8. B.S. Kee, C.W. Lee(1995), A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale in Korea, *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.34(16);1875-7882.
 9. S. Cobb(1976), Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic medicine*, Vol.38(5);300-314.
 10. E. Shanas(1979), The family as a social support system in old age, *The Gerontologist*, Vol.19(2);169-174.
 11. S.Y. Seo(2010), Life satisfaction, activities of daily living, depression and health behavior of low income elderly living at home, *Journal of Muscle and Joint Health*, Vol.17(2);162-172.
 12. I.S. Won, K.H. Kim(2008), Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.38(1);1-10.
 13. R.A. Schoevers, A.T. Beekman, D.J. Deeg, C. Hooijer, C. Jonker, W. van Tilburg(2003), The natural history of late-life depression: Result from the amsterdam study of the elderly (AMSTEL), *Journal of Affective Disorders*, Vol.76;5-7.
 14. J. Gazmararian, D. Baker, R. Parker, D.G. Blazer(2000), A multivariate analysis of factors associated with depression: Evaluating the role of health literacy as a potential contributor, *Archives of internal Medicine*, Vol.160;3307-3314.
 15. K.L. Chou, I. Chi(2005), Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest old, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.20;41-50.
 16. J.Y. An, Y.R. Tak(2009), Depressive symptoms and related risk factors in old and oldest-old elderly people with arthritis, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.39(1);72-83.
 17. J.E. Ware(1979), Health perception questionnaire instruments for measuring nursing practice and other care variables, Hyattsville, Maryland: DHEW Publication, pp.158-161.
 18. H.S. Kang(1984), Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities, Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, pp.1-125.
 19. A.K. Chang, Y.H. Park(2010), Sense of control, social support, depression, and adjustment of nursing home residents, *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol.22(5);519-528.
 20. S.Y. Sohn(2014), A study on factors affecting the elderly suicidal ideation in Korea, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.8(2);149-160.
 21. J.Y. Hong, S.Y. Hwang(2010), A study on depression and activities of daily living among elderly patients in geriatric hospitals, *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol.22(5);457-465.
 22. Y.M. Lee(2014), Relationship among pain, depression and activities of daily living in nursing home residents, *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.15(11);6728-6738.
 23. G.B. Yoon, Y.J. Jee, Y.J. Kim(2010), The factors related to depression of the elderly patients in four geriatric hospital located in B metropolitan city, *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol.22(6);14-21.
 24. C. Onishi, K. Yuasa, M. Sei, A.A. Ewis, T. Nakano, H. Munakata et al.(2010), Determinants

of life satisfaction among Japanese elderly women attending health care and welfare service facilities, *The Journal of Medical Investigation*, Vol.57;69-80.

25. H.J. Yoo, S.Y. Kim, H.W. Nam, Y.K. No, S.H. Sin, J.R. Yoon et al.(2005), *Geriatrics medicine*, Seoul: The Korean Geriatrics Society, p.284, 935.