

거제시 노인의 신체적 건강상태와 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향

김민자¹, 오미정², 임정혜³, 장경오^{2*}

¹거제시보건소, ²와이즈유(영산대학교) 간호학과, ³창원문성대학교 간호학과

The Effect of Physical Health Status and Social Support on Depression and Quality of Life among the Elderly in G City

Min-Ja Kim¹, Mi-Jung Oh², Jung-Hye Lim³, Koung-Oh Chang^{2*}

¹Geoje City Public Health Center

²Department of Nursing Science, Y'sU(Youngsan University)

³Department of Nursing, Changwon Moonsung University

요약 본 연구는 거제시 노인을 대상으로 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 목적으로 시도되었다. 연구방법은 G시 45곳의 경로당을 이용하는 재가노인 497명을 대상으로 한 서술적 조사연구로, 2018년 3월 5일부터 2018년 3월 30일까지 자료를 수집하였다. 연구 통계방법은 IBM SPSS/win 24.0 프로그램을 t-test, ANOVA 그리고 다중회귀분석을 이용하였다. 그 결과, 신체적 건강상태는 평균점수가 만성질환 개수가 1.35 ± 0.91 점, 기능상태 1.80 ± 4.45 점 그리고 주관적 건강감은 3.14 ± 1.13 점 이었으며, 사회적 지지에서 정서적 네트워크는 평균점수가 5.71 ± 1.13 점, 사회적 네트워크의 하부영역에서 평균점수가 친척 연락빈도는 2.92 ± 1.31 점, 친구 연락빈도 3.18 ± 0.98 점 그리고 사회적 참여는 0.68 ± 0.82 점으로 나타났다. 연구대상자의 신체적 건강상태와 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향요인을 다중회귀분석 한 결과, 신체적 건강상태에 대한 우울 설명력은 45.5%, 삶의 질 설명력은 21.1%이었으며, 사회적 지지에 대한 우울의 설명력은 46.7%, 삶의 질의 설명력은 27.5%로 나타났다. 이상의 본 연구 결과를 토대로 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울, 삶의 질에 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 그러므로 지역사회 재가노인의 신체적 건강상태와 사회적 지지를 증가시키고, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 다양한 프로그램 개발이 필요하다.

Abstract The purpose of this study was to investigate the effects of physical health status and social support on depression and quality of life among the elderly in G City. This is a descriptive research study of 497 elderly residents in 45 senior citizen centers in G city; the data were collected from March 5 to 30, 2018. Data were analyzed using the IBM SPSS/win 24.0 program by t-test, ANOVA and multiple regression analysis. In physical health status, the chronic disease score was 1.35 ± 0.91 , the functional status score was 1.80 ± 4.45 , and the subjective health score was 3.14 ± 1.13 . The average score for social support in the emotional network was 5.71 ± 1.13 . In the sub-region of the social network, the score for frequency of contact with relatives was 2.92 ± 1.31 , that for contact with friends was 3.18 ± 0.98 , and that for social participation was 0.68 ± 0.82 . In the multiple regression analysis of factors affecting depression and quality of life, the explanatory power of physical health status and quality of life was 45.5% and 21.1%, respectively. The explanatory power of depression based on social support and quality of life was 46.7% and 27.5%, respectively. This study indicates that physical health status and social support affect depression and quality of life. Therefore, programs should be developed to increase the physical health status and social support and thus improve the quality of life of the elderly in the community.

Keywords : Depression, Elderly, Physical health status, Quality of life, Social support

*Corresponding Author : Koung-Oh Chang(Youngsan Univ.)

Tel: +82-55-380-9440 email: chko1015@ysu.ac.kr

Received August 31, 2018

Revised (1st October 2, 2018, 2nd October 11, 2018)

Accepted December 7, 2018

Published December 31, 2018

1. 서 론

1.1 연구의 필요성

과학기술과 의료기술의 발달 등으로 사망률이 저하되고 평균수명이 연장됨에 따라 65세 이상 노인인구의 비율이 급속히 증가하고 있다[1].

통계청 조사[2]에 따르면, 2016년 12월 말 기준으로 우리나라 65세 이상 노인인구는 6,762,842명으로 전체 인구(51,245,707명)의 13.2%, 2018년 현재 14.3 %로 고령사회에 진입하였다. 그리고 2025년이 되면 65세 이상 인구의 구성비는 20.0%로 초 고령 사회에 진입할 것으로 전망되고 있다[2]. 이처럼 매우 빠른 속도로 고령사회에 진입하고 있는 우리사회의 다양한 노인관련 문제들 중 가장 큰 문제는 건강 및 복지 문제이다[3]. 이에 사회 각 분야에서 노인에 대한 관심이 증가하고 있으며, 정부 차원의 노인관련 정책도 다양하게 요구되지만 급속도로 증가하는 노인인구에 비해 신속하고 적극적인 대응과 준비가 부족한 실정이다.

노년기에는 대부분의 정년퇴직, 실업 등으로 인하여 사회적, 경제적 지위가 하락하게 되고, 이로 인한 수입의 저하는 노인을 경제적 위기에 빠지게 한다. 또한 배우자와 친구 등의 사망으로 상실감과 고독감을 느끼게 하고 만성질환과 노쇠 등에 의한 건강의 약화는 노인의 신체적 고통으로 이어져[1] 노인의 삶의 질마저 저하시킨다. 이러한 다양한 요인들은 노인들을 허약감과 절망감에 이르게 하여 우울을 야기하는 원인이 된다[4].

노인에 있어서 우울은 노화로 인해 유발되는 질병은 아니지만 노년기에 보편적으로 경험할 수 있는 정신건강 문제라 할 수 있다[5]. 은퇴와 그에 따른 경제적 압박, 배우자와의 사별, 신체적 기능 약화, 질병 이환율 증가 등으로 인해 우울은 흔히 경험하게 된다[6]. 2016년 노인 실태조사[7]에 의하면, 65세 이상 노인의 33.1%가 우울 증상이 있다고 보고하였다. 2018년 거제시 건강증진종합대책에 따르면, 정신건강보건의센터에 등록된 65세 이상 독거노인 중 62.5%가 우울증이 있는 것으로 나타났으며, 이들 노인 중 15%는 자살시도를 하는 것으로 나타났다. 거제시 일부 농어촌지역 노인의 우울증도와 관련된 요인의 연구[8]에서 남자 노인의 우울증 유병률이 45.6%, 여자 노인의 유병률 62.2%로 전체 평균 53.9%로 8.6%가 더 증가되었다. 이는 조선업 여파에 따른 거제시의 부정적인 사회적, 심리적 상태가 반영된 것으로

생각된다. 이와 같이 증가된 우울증 유병률은 자존감 저하와 같은 부정적 심리상태를 가지게 하며[9], 자살시도와 같은 극단적인 사건으로 이어지는 경우가 높기 때문에 삶의 질 저하에도 많은 영향을 미치므로 그 관리의 중요성이 더욱 제기된다 하겠다.

또한 노년기에는 신체적 구조와 기능, 심리적, 사회적 변화를 겪게 되는데[10], 이 중 신체적 건강상태의 변화로써 노인 89.5%가 만성질환을 앓고 있으며, 평균 만성질환은 2.7개로 2008년 1.9개에 비해 증가하였다[7]. 이러한 만성질환은 노인의 일상생활과 사회적 네트워크 형성에도 영향을 미치는 요인으로 외로움과 고독을 느끼게 하는 환경적인 요소로 작용하게 된다[3]. 신체적 건강은 경제적인 안정과 더불어 노년기의 삶의 질을 결정하는 주요요인이지만, 이 시기는 만성질환을 비롯한 갖가지 질병과 장애를 갖게 될 가능성이 다른 생애주기보다 훨씬 높다[11]. 이러한 다양한 요인들은 노인의 신체적 질환, 심리적, 신체적 스트레스가 우울증의 원인이 되는 경우도 있으며, 질병자체가 생물학적 변화를 유발하여 우울증을 일으키는 직접적인 원인이 될 수 있다[8]. 그리고 경제적, 신체적 그리고 정서적인 부분에서 다양한 어려움을 겪게 함으로 노인들의 정신건강에 악 영향을 미치는 복합적인 요인으로 우울증의 원인으로 작용하여 삶의 질에도 많은 영향을 준다고 하겠다.

노인에 있어서 사회적 지지는 그 무엇보다 중요하며, 퇴직 후 노인의 생활의 즐거움과 활력을 제공한다. 배우자, 가족 및 주변인의 사망으로 인한 사회적 지지의 약화는 노인의 상실감, 고독감 그리고 우울감에 빠지게 하며, 이로 인한 건강약화는 노인의 삶의 질을 저하시킨다[12]. 삶의 질이란 정신적 건강, 신체적 건강, 신체상에 대한 관심, 사회적 관심, 진단 및 치료에 대한 반응들을 평가하는 것으로 신체적, 정신적, 사회 경제적 영역에서 개인이 지각하는 주관적 안녕[13]이라 하였다. 이처럼 노인에 있어서 삶의 질은 인구학적인 특징, 만성질환 등에 의한 신체적 건강상태, 배우자, 가족 및 주변인 등의 사회적 네트워크에 의한 사회적 지지 등 다양한 요인들에 의해 많은 영향을 받는다[14]. 거제시 노인의 경우 조선업 여파에 따른 가족 및 자식의 조기퇴직과 실업 등으로 인하여 경제적 어려움을 겪음으로 사회 및 심리적으로 위축되어 신체적 건강상태가 나쁘고 사회적 지지가 부족할 것으로 생각된다. 이에 노인들은 더 많은 우울증을 경험하게 되고, 삶의 질에도 많은 영향을 받을 것임

로 생각된다. 그러므로 신체적 건강상태와 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 다양한 프로그램 제공으로 노인의 우울을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해 사회 및 정부 차원의 지원이 지속적으로 이루어져야 한다.

지금까지 노인관련 우울과 삶의 질에 대한 선행연구를 살펴보면, 노인의 신체적 질환이 노인 우울에 미치는 영향에 관한 연구[6,15], 노인의 삶의 질에 우울, 체력 및 건강상태, 사회적 지지 등에 미치는 영향에 관한 연구 등 [1,16]이 보고되었다. 그리고 거제시 노인을 대상으로 우울과 삶의 질에 대한 연구를 살펴보면, 우울과 일상생활 수행능력 간의 관련성 연구[8,17] 이 외에는 거제시 노인들의 삶의 질에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 그러므로 최근 조선업관련 여파로 신체적, 정신적 및 사회적으로 위축되고 어려움과 고통을 겪고 있는 거제시 노인을 대상으로 우울과 삶의 질과 관련된 변수 중 신체적 건강상태, 사회적 지지를 살펴봄으로 이들 노인들의 우울감을 감소시키고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 구체적인 방안을 모색할 수 있는 계기가 된다는 점에서 매우 의의가 있다 생각된다.

이에 본 연구에서는 거제시에 거주하는 노인을 중심으로 신체적 건강상태, 사회적지지, 우울과 삶의 질 정도를 알아보고, 노인의 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 노인들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재 전략 수립의 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다.

1.2 연구목적

본 연구는 거제시 노인을 대상으로 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 삶의 질 향상을 위한 간호중재 전략을 수립하기 위한 기초자료를 제공하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 거제시 노인의 일반적인 특성, 신체적 건강상태, 사회적 지지, 우울 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 거제시 노인의 신체적 건강상태, 사회적 지지에 따른 우울 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 거제시 노인의 일반적 특성에 따른 우울 및 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.
- 4) 거제시 노인의 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 거제시 노인의 신체적 건강상태, 사회적지지, 우울 및 삶의 질 정도를 알아보고, 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상자 및 자료수집 방법

본 연구 대상은 거제시에 소재한 경로당 45곳을 이용하는 노인 497명을 대상으로 2018년 3월 5일부터 2018년 3월 30일까지 자료를 수집하였다. 대상자의 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

- 거제시 내의 경로당을 다니는 노인으로서 인지기능에 문제가 없고 의사소통이 가능하며 설문에 응답할 수 있는 사람
- 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여를 수락하고 서면에 동의한 노인

연구대상자의 윤리적 측면을 고려하여 연구목적과 방법을 설명한 후 수집된 자료는 비밀보장이 됨을 설명하고, 참여자가 원하면 참여를 종료할 수 있음을 알려주었다. 자료수집 방법은 연구대상자들이 65세 이상 노인이라는 특성을 고려하여 구조화된 질문지를 이용하여 조사를 하였다. 측정오차를 줄이기 위하여 측정방법과 측정 도구 사용에 대해 연구 보조원 5명에 대해 2회에 걸쳐 1시간씩 사전교육을 실시하였다. 자료 수집은 스스로 작성하거나 작성이 어려운 경우에는 연구원과 연구보조원 5명이 구조화된 설문지를 읽어주고 표기하는 형식으로 측정하였다. 전체 510부를 설문조사 하였으며, 이 중 응답이 불충분한 13부를 제외한 497부를 사용 하였다. 자료수집시간은 20~30분 정도 소요되었다. 표본 수는 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 사용해서 회귀분석(예상 독립 변수 : 13)의 표본크기 산출을 근거로 검정력을 산출한 결과, 양측검정으로 유의수준 $\alpha=0.05$, 효과크기 $=0.15$, 검정력 $1-\beta=0.95$ 으로 산출한 결과, 표본 수는 189명이 요구되었다. 본 연구의 분석에 사용된 표본의 크기는 497명으로 표본크기는 충분히 크다고 할 수 있다. 효과크기는 Chang, Bae와 Park[18]의 연구에서와 같이 중간정도의 크기로 설정하였다.

2.4 연구도구

2.4.1 신체적 건강상태

신체적 건강상태는 Lee[3]가 개발한 도구를 사용하였다. 주관적 평가와 객관적 평가를 모두 고려한 변수들로 측정하였다. 주관적 건강상태 평가는 노인 본인의 주관적 건강감에 대한 1문항의 5점 리커트식 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋지 않음을 의미한다. 객관적 건강상태는 노인들이 많이 이환되어 있는 8개의 만성질환(고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 관절염, 알코올중독, 심장질환, 만성호흡기질환)에 대한 현재 이환된 질환의 수로 측정하였다. 이환된 질환 수가 많을수록 신체적 건강상태가 좋지 않음을 의미한다. 또한 기능상태는 시력과 청력 기능상태 등 감각저하와 요실금 위험, 구강 기능 상태 등 기능저하 정도로 측정하였다. 4개 항목으로 예는 1점, 아니오는 0점의 단답형 응답으로 조사하였다. 최저 0점에서 최고 4점으로 점수가 높을수록 기능상태가 좋지 않음을 의미한다.

2.4.2 사회적 지지

사회적 지지는 조사 대상자가 그들의 비공식적 지지 체계인 가족, 친척, 친구 및 이웃사람들로부터 받는 사회적 지지의 다양한 측면들-존경 및 애정 등의 정서적지지, 정보 및 지식 형태 외 인지적지지, 경제적 혹은 물질적지지 등을 평가하기 위한 것으로 미국의 사회적 지지척도인 ENRICHD Social Support Instrument(ESSD)를 사용하였다. 이 도구는 정보적지지, 도구적지지, 정서적 지지를 포함한 6개 항목의 사회적지지 문항으로 구성되며 각 항목 “예” 혹은 “아니오”의 단답형 응답으로 조사하였다. 각 항목별 “예”의 응답에 1점을 부여하여 총점을 합산하여 사회적지지 점수를 산출하였다. 최저 0점에서 최고 6점으로 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다.

2.4.3 우울

우울 측정도구는 Sheikh와 Yesavage[19]가 개발한 도구를 Kee[20]가 우리나라에 맞게 수정한 한국형 단축 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version, GDSSF-K)를 사용하였다. 각 문항은 예는 1점, 아니오는 0점으로 하였으며, 최저 0점에서 최고 15점 만점으로 내용이 반대되는 것은 역 환산 하였으며, 점수가 높을수록 우울 정도가 높을 것을 의미한다. Kee

[20]의 연구에서 Cronbach' α =.848이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α =.820이었다.

2.4.4 삶의 질

삶의 질 측정도구는 EuroQoL Group[21]에서 개발한 삶의 질 도구를 Shin 등[22]이 한국어로 번안한 KEQ-5D로 측정하였다. EQ-5D는 다차원적 선호도 근거 건강관련 삶의 질 측정도구(multidimensional preference based HRQL measure)이며, 현재의 건강상태를 묻는 5개 항목(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울)으로 구성되어 있다. 각 문항에 대하여 ‘전혀 문제가 없음’ 1점, ‘다소 문제가 없음’, 2점, ‘많이 문제가 있음’ 3점으로 최저 5점에서 최고 15점까지이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. Shin 등[22]의 연구에서 Cronbach's α =.82이었으며, 본 연구에서의 Cronbach' α =.832이었다.

2.5 자료분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN 24.0 Program을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 신체적 건강상태, 사회적 지지, 우울, 삶의 질 정도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울 및 삶의 질은 t-test, 일원분산분석(one way ANOVA)로 분석하였다.
- 3) 대상자의 신체적 건강상태와 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중회귀분석(multiple regression)을 이용하여 분석하였다.
- 4) 측정도구의 내적일관성 신뢰도를 확인하기 위해 Cronbach' α 값을 산출하였으며, 모든 통계적 분석은 유의수준 5%하에서 검증하였다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 대상자의 일반적인 특성을 살펴보면, 여자가 396명(79.7.0%)으로 많았고, 평균연령은 75.68세로 65세~69세가 149명(30.0%)으로 가장 많았으며, 7

5~79세가 111명(22.3%), 80~84세가 104명(20.9%), 70~74세가 71명(14.3%), 85~90세가 62명(12.5%)이었다. 결혼상태는 사별이 292명(58.8%)로 가장 많았으며, 교육수준은 무학이 324명(65.2%)로 가장 많았다. 자녀수는 1~3명이 422명(84.9%)로 가장 많았으며, 동거형태는 혼자 사는 경우가 177명(35.6%)로 가장 많았으며, 직업은 없는 경우가 409명(82.3%)로 많았다. 질병은 있는 경우가 411명(82.7%)로 많았으며, 건강보험은 직장보험이 360명(72.5%)로 가장 많았다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Subjects

Characteristics		Categories	n	%
Gender	Men		101	20.3
	Female		396	79.7
Age (yr)	65 - 69		149	30.0
	70 - 74		71	14.3
	75 - 79		111	22.3
	80 - 84		104	20.9
	85 - 90		62	12.5
	Average	75.68±7.01		
Marital status	Single		5	1.0
	Married		193	38.8
	Bereaved		292	58.8
	Divorce		5	1.0
	Separation		2	0.4
Educational level	None		324	65.2
	Elementary school		108	21.7
	Middle school		40	8.0
	High school		23	4.7
	College ≤		2	0.4
Number of children	1 - 3		422	84.9
	4 - 6		73	14.7
	7 ≤		2	0.4
Living with	Living alone		177	35.6
	Living with spouse		148	29.8
	Living with son & daughter couple		109	21.9
	Living with grandson & granddaughter		10	2.0
	Others		53	10.7
Occupation	Yes		88	17.7
	No		409	82.3
Disease	Yes		411	82.7
	No		86	17.3
Insurance	Community		100	20.1
	Company		360	72.5
	First-class medical care benefits		31	6.2
	Two-class medical care benefits		2	0.4
	Insurance are not subscribed		4	0.8

3.2 대상자의 신체적 건강상태, 사회적 지지 정도

본 연구에서 대상자의 신체적 건강상태는 만성질환 개수의 평균 점수가 1.35±0.91점으로 1개 이상의 만성

질환을 가진 것으로 나타났으며, 기능상태의 평균점수는 1.80±4.45점으로 연구 대상자 대부분의 기능상태가 심하게 손상되지 않은 것으로 나타났다. 그리고 주관적 건강감은 평균점수가 3.14±0.84점으로 보통보다 약간 높은 것으로 나타났다. 사회적 지지는 정서적 네트워크는 평균점수가 5.71±1.13점으로 나타났으며, 사회적 네트워크의 하부영역에서 평균 친척 연락빈도는 2.92±1.31점, 친구 연락빈도 3.18±0.98점 그리고 사회적 참여는 0.68±0.82점으로 나타났다(Table 2).

Table 2. Subject's Physical health status, Social support (N=497)

Variables	Item	Classify	N(%)	M±SD
Chronic disease number		0	88(17.7)	1.35±0.91
		1	208(41.8)	
		2	143(28.8)	
		3	56(11.3)	
	4≤	2(0.4)		
Physical health status	Functional status	0	141(28.4)	1.80±1.45
		1	85(17.1)	
		2	77(15.5)	
		3	123(24.7)	
	4	71(14.3)		
Subjective health		Very good	12(2.4)	3.14±0.84
		Good	89(17.9)	
		Fair	233(46.9)	
		Poor	143(28.8)	
	Very poor	20(4.0)		
Emotional networks		0-1	21(4.2)	5.71±1.13
		2-4	12(2.4)	
		5-6	464(93.4)	
Social support	Our contact frequency (/month)	0	132(26.5)	2.92±1.31
		1	50(10.1)	
		2~4	43(8.7)	
		5≤	272(54.7)	
Social networks	Frequency of contact my friend (/month)	0	18(3.6)	3.18±0.98
		1	149(30.0)	
		2~4	62(12.5)	
		5≤	268(53.9)	
Social participation		0	247(49.7)	0.68±0.82
		1	179(36.0)	
		2	56(11.3)	
		3	11(2.2)	
	4≤	4(0.8)		

3.3 대상자의 우울, 삶의 질 정도

본 연구에서 우울은 점수범위가 최저 0점에서 최고 15점으로 평균 6.15±3.93점이었으며, 삶의 질은 점수범위가 최저 5점에서 15점으로 평균12.71±1.95점으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Subjects's Depression, Quality of life (N=497)

Variables	Rating scale	M±SD
Depression	0 - 15	6.15±3.93
Quality of life	5 - 15	12.71±1.95

3.4 대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 삶의 질

본 연구에서 일반적 특성에 따른 우울은 성별($t=13.52, p<.001$), 나이($F=13.52, p<.001$), 결혼상태($F=3.13, p=.015$), 교육수준($F=2.69, p=.030$), 자녀수($F=1.20, p=.032$), 동거형태($F=3.15, p=.014$) 그리고 질병유무($t=8.01, p=.005$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질은 성별($t=13.41, p<.001$), 나이($F=3.89, p=.004$), 결혼상태($F=8.16, p<.001$), 교육수준($F=12.59, p<.001$), 동거가족($F=6.11, p<.001$), 직업($t=18.12, p<.001$) 그리고 질

병유무($t=35.35, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

3.5 대상자의 신체적 건강상태가 우울과 삶의 질에 미치는 영향

본 연구에서 대상자의 우울과 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 신체적 건강상태인 만성질환수, 기능상태와 주관적 건강감을 독립변수로 우울과 삶의 질을 종속변수로 각각 하여 다중회귀분석을 하였다. 우선 우울의 공차한계(tolerance)는 0.75~0.98으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variation inflation factor, VIF)으로 1.01~1.92으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 삶의 질의 공차한계(tolerance)는 0.67~0.98으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variation inflation factor, VIF)으로 1.06~

Table 4. Difference of Depression and Quality of life by general characteristics (N=497)

Characteristics	Categories	Depression		Quality of life	
		M±SD	t/f(p)	M±SD	t/f(p)
Gender	Men	6.74±4.17	13.52 ($<.001$)	13.35±2.02	13.95 ($<.001$)
	Female	5.25±3.50		12.54±1.90	
Age (yr)	65 - 69	3.73±2.03	102.44 ($<.001$)	12.39±1.82	4.14 (.003)
	70 - 74	3.55±2.23		12.83±2.07	
	75 - 79	4.57±2.40		12.69±1.91	
	80 - 84	7.33±3.69		12.60±2.01	
	85 - 90	11.02±3.36		13.55±1.91	
Marital status	Single	5.00±5.48	3.13 (.015)	12.00±1.41	7.92 ($<.001$)
	Married	6.26±4.07		13.29±1.93	
	Bereaved	5.13±3.32		12.32±1.89	
	Divorce	4.40±3.65		13.40±1.14	
	Separation	3.50±2.12		13.00±1.41	
Educational level	None	5.93±3.92	2.69 (.030)	12.31±1.98	12.82 ($<.001$)
	Elementary school	4.81±3.40		13.14±1.63	
	Middle school	5.23±2.53		14.03±1.53	
	High school	4.39±2.57		13.91±1.62	
	College ≤	4.50±3.54		14.00±1.41	
Number of children	1 - 3	5.48±3.68	1.20 (.032)	12.65±1.94	1.53 (.217)
	4 - 6	6.04±3.72		13.01±2.02	
	7 ≤	3.00±2.83		14.00±1.41	
Living with	Living alone	4.99±3.41	3.15 (.014)	12.20±1.93	6.00 ($<.001$)
	Living with spouse	6.27±4.09		13.23±1.83	
	Living with sone & daughter couple	5.60±3.45		12.84±1.90	
	Living with grandson & granddaughter	3.70±1.64		12.90±1.37	
	Others	5.70±3.84		12.64±2.17	
Occupation	Yes	6.05±3.68	1.91 (.168)	13.49±1.74	17.72 ($<.001$)
	No	5.45±3.69		12.54±1.95	
Disease	Yes	5.34±3.53	8.01 (.005)	12.47±1.94	38.28 ($<.001$)
	No	6.60±4.25		13.85±1.55	
Insurance	Community	5.70±3.65	0.23 (.922)	12.79±1.86	1.56 (.183)
	Company	5.52±3.66		12.74±1.96	
	First-class medical care benefits	5.71±4.40		12.03±1.99	
	Two-class medical care benefits	4.00±0.00		14.50±0.71	
	Insurance are not subscribed	4.50±3.11		12.00±2.16	

1.91으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 우울과 삶의 질 모두에서 독립변수에 대한 회귀분석의 기본가정을 검정하기 위하여 잔차의 정규성, 선형성, 등분산성, 다중공선성을 진단하였다. 히스토그램과 회귀 표준화 잔차의 정규 P-P 표를 분석한 결과, 잔차 45도 직선에 가까워 오차의 정규분포와 등분산성의 가정이 만족되어 회귀모형이 타당하였다. 다중회귀분석 결과, 거제시 노인의 우울에는 만성질환 수($\beta=-.037, p<.001$), 기능상태($\beta=.015, p<.001$), 주관적 건강감($\beta=-.011, p<.001$)이 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며, 삶의 질에는 만성질환 수($\beta=-.185, p<.001$), 기능상태($\beta=-.109, p<.001$), 주관적 건강감($\beta=-.063, p<.001$)이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 이들 변수가 우울과 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러므로 만성질환 수가 적고 기능상태가 좋으며 주관적 건강감이 좋을수록 우울정도가 낮은 것으로 나타났으며, 만성질환 수가 적고 기능상태가 좋지 않고 주관적 건강감이 낮을수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 우울에 대한 이 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R^2)는 .455로 이 모형의 설명력은 45.5%였다. 그리고 삶의 질에 대한 이 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R^2)는 .211로 이 모형의 설명력은 21.1%였다(Table 5).

3.6 대상자의 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향

본 연구에서 대상자의 우울과 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 사회적 지지인 정서적 네트워크, 사회적 네트워크를 독립변수로 우울과 삶의 질을 종속변수로 각각

하여 다중회귀분석을 하였다. 우선 우울의 공차한계(tolerance)는 0.75~0.97으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variation inflation factor, VIF)으로 1.03~1.81으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 그리고 삶의 질의 공차한계(tolerance)는 0.66~0.92으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variation inflation factor, VIF)으로 1.08~1.80으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 우울과 삶의 질 모두에서 독립변수에 대한 회귀분석의 기본가정을 검정하기 위하여 잔차의 정규성, 선형성, 등분산성, 다중공선성을 진단하였다. 히스토그램과 회귀 표준화 잔차의 정규 P-P 표를 분석한 결과, 잔차 45도 직선에 가까워 오차의 정규분포와 등분산성의 가정이 만족되어 회귀모형이 타당하였다. 다중회귀분석 결과, 거제시 노인의 우울에는 정서적 네트워크($\beta=-.076, p<.001$), 사회적 네트워크($\beta=.068, p<.001$)가 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며, 삶의 질에는 정서적 네트워크($\beta=-.053, p<.001$), 사회적 네트워크($\beta=.339, p<.001$)가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 그러므로 정서적 네트워크와 사회적 네트워크가 높을수록 우울정도가 감소하는 것으로 나타났으며, 정서적 네트워크와 사회적 네트워크가 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 우울에 대한 이 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R^2)는 .467로 이 모형의 설명력은 46.7%였다. 그리고 삶의 질에 대한 이 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R^2)는 .275로 이 모형의 설명력은 27.5%였다(Table 6).

Table 5. Influencing Factors on Depression and Quality of life of Physical health status (N=497)

Categories		B	Std. Error	β	t	Adjusted R2	F	p
Depression	Chronic disease	-.160	.198	-.037	-.807	.455	42.397	<.001
	Functional status	.040	.094	.015	.426			
	Subjective health	.053	.156	.011	.339			
Quality of life	Chronic disease	-.396	.118	-.185	-3.357	.211	14.273	<.001
	Functional status	-.147	.056	-.109	-2.622			
	Subjective health	-.147	.098	-.063	-1.579			

Table 6. Influencing Factors on Depression and Quality of life of Social support (N=497)

Categories		B	Std. Error	β	t	Adjusted R2	F	p
Depression	Emotion network	.266	.119	.076	2.230	.467	49.256	<.001
	Social network	.107	.056	.068	1.934			
Quality of life	Emotion network	-.091	.069	.053	1.326	.275	21.869	<.001
	Social network	.264	.033	.339	8.116			

4. 논의

본 연구는 거제시 거주 노인을 대상으로 신체적 건강 상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 효과적인 간호중재전략의 수립을 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다. 그 결과를 토대로 논의하고자 한다.

본 연구에서 신체적 건강상태에서 만성질환 수의 평균점수는 1.35점으로 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 기능상태의 평균점수는 1.80점으로 기능상태는 다소 좋은 것으로 나타났다. 그리고 주관적 건강감의 평균점수는 3.14점으로 보통보다 약간 높은 것으로 나타났다. 이는 노인 우울증의 영향요인을 연구한 Lee[3]의 연구에서 신체적 건강상태에서 만성질환개수의 평균점수가 1.64점으로 1개 이상의 만성질환을 가진 것으로 나타나 본 연구결과와 유사하다 할 수 있으며, 기능상태는 평균점수가 1.14점으로 연구대상자 대부분이 기능상태가 심하게 손상되지 않은 것으로 파악되어 본 연구결과와 맥락을 같이 한다 할 수 있다. 그리고 주관적 건강상태는 보통 이상의 수준으로 나타나 본 연구결과와 유사하다 할 수 있다. 본 연구에서의 이러한 결과는 부양할 수 있는 자녀가 있어도 최근 어려움을 겪는 자녀나 가족의 도움 없이 의존적이지 않고 노인 스스로 자기관리행위의 중요성을 인식하여 질병관리를 위해 규칙적인 병원관리를 받으며, 신체적 건강상태를 유지 및 향상시키기 위한 자기관리행위의 실천으로 건강의 유지와 질병의 악화를 예방할 수 있는 것으로[6] 여김으로 노인 자신의 신체적 건강상태를 관리하기 위해 노력한 결과로 생각된다. 그러므로 노인 스스로 자기관리 행위를 잘 할 수 있도록 지역사회 보건소와 유관기관에서는 지속적인 관심과 교육이 필요하다.

본 연구에서 사회적 지지에서 정서적 네트워크는 전체 대상자 497명 중 5~6점으로 응답한 대상자가 464명(93.4%)으로 평균점수가 5.71점으로 높은 것으로 나타났으며, 사회적 네트워크의 하위영역에서 한달 동안 친척과의 연락빈도에서 272명(54.7%)가 5회 이상 연락하는 것으로 평균점수가 2.92점으로 보통 보다 다소 낮은 것으로 나타났다. 친구와의 연락빈도는 268명(53.9%)이 5회 이상 연락하는 것으로 나타났으며 평균점수가 3.18점으로 보통보다 다소 높은 것으로 나타났으며, 사회적 참여는 1개도 참여하지 않는 경우가 247명(49.7%)로 평

균점수가 0.68점으로 매우 낮은 것으로 나타났다. 이는 Lee[3]의 연구에서 사회적 지지 중 정서적 네트워크가 전체 연구대상자 357명 중 5~6점으로 응답한 대상자가 269명(75.8%)로 나타나 본 연구결과와 유사하지 않았으며, 사회적 네트워크에서 한달 동안 친척 연락빈도가 5회 이상 한다고 응답한 대상자가 94명(26.5%)로 나타나 본 연구결과와 일치하지 않았다. 친구와의 연락빈도의 경우 5회 이상 연락하는 대상자가 133명(37.5%)로 나타났으며, 사회적 참여는 1개 이상 참여하는 경우가 176명(49.3%)로 나타나 본 연구결과와 유사하지 않았다. 본 연구에서의 이러한 결과는 조선업 여파에 따른 경제적 어려움은 있지만 이러한 어려움을 겪을 수록 친척과 친구와의 더 빈번한 연락은 정서적 및 사회적 네트워크 강하게 형성함으로 노인의 소외감이나 외로움을 느끼게 하지 않고 정신건강에 많은 긍정적인 영향을 끼친 결과로 생각된다. 그러므로 외로움, 소외감 및 우울감을 느끼는 노인이나 그렇지 않은 노인에게 친척과 가족 및 친구들과의 빈번하게 연락할 수 있는 환경이 조성되고 제공되어야 한다. 그리고 노년기의 사회적 참여를 유지하거나 증가시키는 것은 만성질환과 주관적 건강상태의 악화가 우울을 가져오는 것을 막아주는 효과가 있다[3]. 따라서 노인에게 사회참여의 다양한 기회를 제공하고 다양한 사회참여 프로그램 운영으로 적극적인 인간관계 형성과 삶의 태도를 유지할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

본 연구에서 우울은 점수범위가 최저 0점에서 최고 15점으로 평균점수는 6.15점으로 연구대상자들의 우울은 보통보다 다소 낮게 나타났다. 이는 사회적 지지와 사회적 부정성이 농촌 노인의 우울감에 미치는 영향에 대해 연구한 Park, Park과 Jung[23]의 연구에서 우울 점수 범위가 최저 0점에서 최고 51으로 10.68점으로 보통보다 낮게 나타났으며, Seo, Jung과 Kim[6]의 연구에서 평균점수가 6.32점으로 보통보다 다소 낮게 나타나 본 연구결과와 맥락을 같이한다 하겠다. 하지만 Lee와 Moon[1]의 연구에서는 점수범위가 최저 0점에서 최고 15점으로 노인 우울의 평균점수가 5.30점, Lee[3]의 연구에서 우울의 평균점수가 4.78점으로 우울정도가 낮아 본 연구결과와 유사하지 않았다. 우울은 노화로 인해 유발되는 질병은 아니지만 보편적으로 노년기에 경험할 수 있는 정신건강문제이며, 실제로 노화로 인한 질병과 사회활동의 제한으로 인한 소외, 경제적 불안 등의 문제로 우울과 같은 정신질환까지 발생하는 복합적인 문제가 존

제한다[24]. 따라서 본 연구에서 이러한 결과는 조선업 여파로 직장을 잃고 힘들어 하는 자녀와 가족을 지켜보며 사회적, 정서적 및 심리적 부분에서 많이 힘들지만 가족과 자녀에게 부담감을 주지 않고 스스로 독립적으로 즐겁고 건강하게 생활하려고 노력한 결과로 우울의 평균 점수가 다소 낮은 것으로 생각된다. 그러므로 지역사회 보건소와 유관기관에서는 정신적으로 부정적인 영향을 미치는 정서적, 심리적 부분을 지지하며, 정신적인 건강을 회복하여 보다 나은 삶을 영위하고 삶의 질을 개선하기 위한 다양한 프로그램 개발이 필요하다 생각된다.

본 연구에서 삶의 질의 평균점수는 최저 5점에서 최고 15점으로 평균점수가 12.71점으로 보통 보다 다소 높은 것으로 나타났다. 이는 Kim과 Pyo[25] 연구에서 평가도구는 다르지만 5점 Likert 척도로 평균점수 3.23점으로 삶의 질이 다소 높다고 하여 본 연구결과와 맥락을 같이한다 하겠다. 하지만 Min과 Song [26]의 연구에서 점수범위가 18~90점으로 평균점수가 58.68점의 보통 정도의 수준인 것으로 나타나 본 연구결과와 유사하지 않았다. 본 연구에서 삶의 질이 다소 높은 것은 연구대상자의 건강보험에서 지역보험 20.1 %과 직장보험이 72.4%로 경제적 어려움이 없는 것으로 나타났다. 그리고 신체적 건강상태에서 만성질환 수가 1개 정도로 나타나 노인들이 건강상태가 다소 좋은 것으로 여기고 노인들 스스로 지역사회 경로당에서 다양하게 운영하는 프로그램에 적극 참여하여 여가시간을 보내면서 삶을 즐기기 때문인 것으로 생각된다. 연령이 증가할수록 기능적 장애, 만성질환 등 연령과 관련된 신체적 기능의 감소와 노화에 따른 허약성이 악화되면 노인의 삶의 질을 낮추는 요인으로 작용한다[13]. 비록 조선업 여파로 자녀와 가족이 직장을 잃고 경제적인 어려움이 있지만 자녀와 가족에게 의존적이지 않고 독립적이고 긍정적인 사고를 가지고 생활할 수 있도록 지지와 격려를 해 주어야 한다. 그리고 지역사회 노인이 여가생활을 즐기고 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 노인의 특성에 맞는 다양한 프로그램 개발로 적극적인 지원을 하여야 할 것이다.

본 연구에서 일반적인 특성에 따른 우울은 성별, 나이, 결혼상태, 교육정도, 자녀 수, 동거가족 그리고 질병의 유무에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 Lee와 Moon[1]의 연구에서 결혼여부, 교육정도, 동거가족, 건강상태에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 일치한다.

Lee[3] 연구에서는 성별, 연령, 학력, 경제수준, 결혼상태, 가족형태에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 부분적으로 일치한다고 할 수 있다. 일반적 특성에 따른 삶의 질은 성별, 나이, 결혼상태, 교육정도, 동거가족, 직업유무와 질병의 유무에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 Chang과 Lim[27]의 연구에서 일반적인 특성에 따른 삶의 질은 자녀 수, 동거가족, 교육수준, 경제상태에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 부분적으로 일치하는 것으로 나타났으며, Kim[13]의 연구에서 성별, 주관적 건강상태 및 체질량 지수에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 부분적으로 일치하였다. 우울은 삶의 질에 부정적인 영향을 미치며 우울이 심할수록 삶의 질이 낮다. 삶의 질은 노년기의 성공적인 노화와 자신의 삶에 얼마나 만족하느냐 하는 질적인 측면을 반영하는 정신건강 지표의 하나로 노화과정의 모든 양상이 삶의 질에 영향을 준다[26]. 선행연구에서 성별, 나이, 결혼여부, 동거가족, 종교, 경제적 수준 등의 일반적인 특성들이 우울과 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다. 그러므로 지역사회보건소, 노인복지관 및 경로당을 통한 다양한 프로그램 운영과 개인의 특성에 맞는 개별적인 대책으로 노년기 동안 보다 건강하게 긍정적인 사고를 할 수 있도록 지속적인 노력을 해야 한다.

본 연구에서 신체적 건강상태가 대상자의 우울과 삶의 질에 미치는 효과를 알아보기 위해 다중회귀분석 한 결과, 우울에 대한 설명력은 45.5%, 삶의 질에 대한 설명력은 21.1%이었다. 이는 거제시 일부 농어촌지역 노인의 우울정도에 대해 연구한 Lee, Je, Choi[16]의 연구에서 우울에 대한 설명력이 40.3%로 본 연구결과와 유사하지 않다. Lee[3]의 연구에서 신체적 건강상태가 우울증에 대한 설명력은 27.2%, Kim[13]의 연구에서 삶의 질에 대한 변수의 설명력은 23.0%, Seo, Jung과 Kim[6]의 연구에서 인구학적인 특성을 통제한 후 신체적 건강 변수들이 우울에 미치는 영향을 검증한 결과 설명력이 30.0%로 나타나 본 연구결과와 유사하지 않았다. 노년기의 신체적 건강상태는 매우 중요한 요인으로 심각한 신체질환은 신체에 대한 이미지, 자신감, 주체성, 일에 대한 능력, 사회, 가족, 결혼 등 일상생활을 유지하는데 영향을 주는 강력한 스트레스 인자로 작용하여 노인의 활동수준을 저하시키고 비판적인 생각을 팽배하게 하며,

결국 자아존중감이 낮아져 자신이 처한 현재와 미래 상황을 어둡게 보는 특성[28]으로 이어지게 하여 삶의 질을 저하시킨다. 또한 만성질환 개수가 많을수록 우울 수준이 높아지고[29] 노년기 우울에 가장 유의미한 영향을 미치는 것은 주관적으로 느끼는 신체적 건강상태이다[30]. 그러므로 지역사회 및 정부 차원에서 노인의 만성질환 관리 및 신체적 균형, 일상생활활동 등을 향상시킬 수 있는 프로그램 개발로 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 해야 한다.

본 연구에서 사회적 지지가 대상자의 우울과 삶의 질에 미치는 효과를 알아보기 위해 다중회귀분석 한 결과, 우울에 대한 설명력은 46.7%, 삶의 질에 대한 설명력은 27.5%이었다. 이는 Park, Park과 Jung[23]의 연구에서 사회적 지지의 우울에 대한 설명력은 23.9%, Lee[3]의 연구에서 사회적 지지 중 친구 연락 빈도가 우울에 대한 설명력은 30.5%. 사회적 참여가 우울에 대한 설명력이 28.6%로 본 연구결과와 유사하지 않았다. Kim[13]의 연구에서는 삶의 질 관련 예측요인으로 사회적 지지($\beta = .30, p < .001$)가 통계적으로 유의한 의미가 있는 것으로 나타났다. 사회적 지지가 긍정적으로 높을수록 삶의 질에 직접 또는 간접적으로 개선되는 효과가 있다[31]. 정서적으로 친한 사람과의 만남 및 사회활동 참여가 부족하거나 사회적 지지망의 크기가 작거나 친화욕구가 높을수록 우울의 위험성은 증가한다[32]. 그러므로 지역사회 노인에게 사회적 지지 중 정서적 지지로써 애정의 표현, 존경 및 존중을 보이고 이들이 가치 있는 사람임을 확인하는 방향과 더불어 직접적인 신체적 도움, 일상적인 생활도움, 이동 서비스 및 경제적 지원 등이 동시에 지속적으로 이루어 질 수 있도록 해야 한다. 또한 교통의 불편 등으로 사회적으로 고립되고 경로당 이외 여가나 문화생활 등을 즐길 수 있는 사회적 인프라가 적은 농촌 지역의 여성노인의 경우 우울을 증가시키는 요인[33]으로 작용할 수 있으므로 사회적 지지 시스템을 구축할 수 있도록 사회적 및 정부 차원에서도 지속적인 노력이 필요하다.

4. 결론 및 제언

본 연구는 거제시 노인을 대상으로 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호중재전략을

수립하기 위한 기초자료로 활용하기 위해 시도되었다.

본 연구결과, 대상자의 신체적 건강상태는 만성질환수의 평균점수가 1.35점, 기능상태의 평균점수는 1.80점 그리고 주관적 건강감은 평균점수가 3.14점으로 보통보다 약간 높은 것으로 나타났다. 사회적 지지에서 정서적 네트워크는 평균점수가 5.71점, 사회적 네트워크의 하부영역에서 평균점수가 친척 연락 빈도는 2.92점, 친구 연락 빈도 3.18점 그리고 사회적 참여는 0.68점으로 나타났다. 우울은 보통보다 다소 낮게 나타났으며, 삶의 질은 보통보다 다소 높은 것으로 나타났다. 그리고 연구대상자의 신체적 건강상태가 우울과 삶의 질에 미치는 영향요인을 다중회귀분석 한 결과, 우울의 설명력은 45.5%, 삶의 질의 설명력은 21.1%이었다. 그리고 사회적 지지가 우울과 삶의 질에 미치는 영향요인을 다중회귀분석 한 결과, 우울 설명력은 46.7%, 삶의 질의 설명력은 27.5%로 나타났다.

이상의 본 연구결과를 토대로 신체적 건강상태, 사회적 지지가 우울, 삶의 질에 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 그러므로 지역사회 노인의 신체적 건강상태, 사회적 지지를 향상시킬 수 있도록 하고, 사회적 및 환경적 분위기 조성은 물론 정서 및 심리적 지지를 통하여 우울을 감소시키고 삶의 질이 향상될 수 있도록 지역사회의 특수한 상황과 노인의 특성에 맞는 프로그램 개발이 절실히 필요하다. 그리고 정부 및 지역사회의 지속적이고 적극적인 지원이 요구된다 하겠다. 본 연구는 조선업 여파로 어려움을 겪고 있는 거제시의 경로당을 이용하는 노인을 대상으로 편의 표집 하였으므로 거제시의 특수한 상황을 신중하게 생각하여야 하며, 우리나라 전체 지역 사회 노인에게 일반화 하는데 한계가 있다. 따라서 다양한 지역사회 노인을 대상으로 확대하여 조사하고, 신체적, 심리적 그리고 사회적 특성 등의 다양한 변인을 고려하며, 자살 시도 및 자살 실행 등 심리 및 정서적 부분의 연구도구를 추가하여 추후 반복적인 연구가 이루어질길 제언한다.

References

- [1] J. Y. Lee, Y. S. Moon, "Effects of chronic pain and social support on depression and suicide in the elderly", *Journal of Digital Convergence*, Vol. 13. No. 10, pp. 445-458, 2015.
DOI: <https://dx.doi.org/10.14400/JDC.2015.13.10.445>

- [2] Statistics Korea. 2017 elderly statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2017 [cited 2018 August 2]. Available from: <http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp>
- [3] Y. J. Lee, "Determinants of the elderly depression", Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul, 2013.
- [4] M. S. Lee, "Study on the effect of social support on depression and suicide of the old", Korean Journal of Clinical Social Work, 2(3), 2005.
- [5] C. H. Zastrow and K. Kirst-Ashman, "Understanding, human behavior and the social environment" Thomson Learning, Inc, 2004.
- [6] H. L. Seo, Y. K. Jung, H. N. Kim, "The effects of pysical diseases on elderly depression and moderate effects of the self-care performance" Journal of Welfare for the Aged, Vol. 61, pp. 57-84, 2013.
- [7] Statistics Korea. 2014 elderly statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2016 [cited 2018 August 21]. Available from: <http://kosis.kr/search/search.do>
- [8] S. S. Lee, M. S. Je, W. H. Choi, "The prevalence of depression and its related factors of the elderly in rural area of koje city", Korean Public Health Research, Vol. 31, No. 1, pp. 97-104, 2005.
- [9] J. S. Nam, J. H. Yang, "Factors influencing on depression of frail elderly with chronic disease in long-term care hospitals", Paper presented at the meeting of the Korean Society of Nursing Science, Seoul, 2012.
- [10] Y. M. Lee, "Relationship among pain, depression and activities of dailey living in nursing home residents", Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, Vol. 15, No. 11, pp. 6728-6738, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.11.6728>
- [11] S. E. Lee, "Economic activity participation as a moderator of the relationship between perceived health status and life satisfaction among elderly with chronic illness" Mental Health & Social Work, Vol. 40, pp. 234-262, 2012.
- [12] S. S. Jung, K. S. Ha, "Study of the influence of the depressive mood of the elderly: Focused on the mediating effect of communication between families and self-esteem" Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, Vol. 15, No. 9, pp. 5525-5533, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.9.5525>
- [13] G. V. Padilla, M. M. Grant, "Quality of life as a cancer outcome variable", Americans Nursing, Vol. 8, pp. 1177-1182, 1985. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/00012272-198510000-00007>
- [14] J. I. Kim, "Prediction of quality of life among the elderly at care facilities for the elderly according to health states, physical and cognitive functions, and social support-focused on the metropolitan city", Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society", Vol. 16, No. 7, pp. 4656-4667, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.7.4656>
- [15] H. A. Kim, J. S. Lee, "A study on the moderating effects of social support in between physical health and depression of elderly women", Korean Journal of Care Management, Vol. 17, pp. 29-54, 2015.
- [16] S. Yoo, "The context of perceived and desired social support among Korean older adults" Psychology, Health & Medicine. Vol. 18, No. 1, pp. 47-55, 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/13548506.2012.672751>
- [17] S. S. Lee, "Relationship between functional capacity of daily living and depression in the elderly in koje city", Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 9, No. 4, pp. 543-557, 2000.
- [18] K. O. Chang, D. Y. Bae, S. G. Park, "Effect of perceived health status, sleep and depression on quality of life of elderly school participants", Journal of Muscle and Joint Health, pp. 329-339, 2012. DOI: <https://dx.doi.org/10.5953/JMJH.2012.19.3.329>
- [19] J. I. Sheikh, J. A. Yesavage, "Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention", pp. 165-173. New York: The Harwoth Press, 1986.
- [20] B. S. Kee, "A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form Korea version", Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 35 (2), 298-307, 1996.
- [21] EuroQoL Group, "EuroQul-a new facility for the measurement of health related quality of life", Health Police, Vol. 16, No. 1, pp. 199-208, 1990. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://dx.doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- [22] J. W. Shin, Y. K. Park, S. R. Suh, J. E. Kim, "Factors influencing quality of life in elderly diabetic patients of korea: Analysis from the korea national health and nutrition examination survey in 2008", Journal of the Korean Gerontological Society, 31(3.), pp. 479-481, 2011.
- [23] Y. R. Park, K. S. Park, E. H. Jung, "The effects of social support and social negativity on depressive symptoms of the rural elderly", Mental Health and Social Work, Vol. 42. No. 2, pp. 151-177, 2014.
- [24] H. Y. Kim, "A study of factors influencing suicidal ideation of elders", Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul, 2006.
- [25] Y. H. Kim, K. S. Pyo, "A study on the relationship self-esteem and quality of life of life of the elderly", International Journal of Welfare for the Aged, pp. 157-188, 2002.
- [26] J. B. Min, J. Y. Song, "The effect of depression on the elderly's quality of life-Focused on the ediating effect of spiritual well-being-", The Korean Society for Practical Theology, Vol. 51, pp. 303-332, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.14387/jkspth.2016.51.303>
- [27] K. O. Chang, J. H. Lim, "Construction o fa structural model about the perceived health status, pain, sleep pattern and quality of life in the elderly", Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, Vol 15, No. 7, pp. 4336-4345, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.7.4336>
- [28] Y. J. Kim, "The effects of art therapy on reducing the depression of institutionalized child", Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul, 2008.
- [29] Y. M. Jung, "Health status and associated factors of depression according to depression in elderly women", The Korean Gerontological Society, Vol. 27, No 1, pp.

71-86, 2007.

- [30] C. H. Shin, S. Y. Kim, Y. S. Lee, Y. C. Cho, T. Y. Lee, D. B. Lee, " A study on the factors related to the cognitive function and depression among the elderly", Koran Journal of Preventive Medicine, Vol. 29, No. 2, 1996.
- [31] S. N. Jeon, H.G. Shin, "Effect of social support on qol fo widowed elderly women: Mediation effect of physical-cognitive function and self-efficacy", Journal of the Korean Gerontologica Society, Vol. 34. No, 1, pp. 87-101, 2014.
- [32] Korean Women's Development Institute "The life of the woen elderly based on OECD statistics", 2012.07.07., <http://www.kwdi.re.kr> (Korean Women's Development Institute, 2012).
- [33] Y. J. Kim, " The influence of social networks and social support on depression : for older women in rural area", Journal of the Korea Concergence Society, Vol. 8, No. 10, pp. 339-349, 2017.
DOI: <https://doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.10.339>

김민자(Min-Ja Kim)

[정회원]



- 2011년 8월 : 경상대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 1992년 9월 ~ 1997년 2월 : 통영 시보건소 근무
- 1997년 2월 ~ 2015년 현재 : 거제 시보건소 근무

<관심분야>

지역사회간호, 건강증진, 노인간호, 정신간호

오미정(Mi-Jung Oh)

[정회원]



- 1994년 2월 : 부산대학교 간호대학원(간호학 박사)
- 1990년 6월 ~ 1993년 12월 : 동의의료원 간호교육감독
- 1994년 3월 ~ 2002년 8월 : 동의대학교 간호학과 교수
- 2007년 7월 : 북경 중의대 졸업
- 2014년 3월 ~ 현재 : 영산대학교 간호학과 교수

<관심분야>

여성간호, 한방간호, 노인간호

임정혜(Jung-Hye Lim)

[정회원]



- 1999년 8월 : 가톨릭대학교 보건대학원(보건학석사)
- 2009년 8월 : 가톨릭대학교 간호대학원(간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 2013년 2월 가톨릭대학교 간호대학 외래교수
- 2015년 11월 ~ 현재 : 창원문성대학교 간호학과 교수

<관심분야>

성인간호, 기본간호, 간호교육, 노인간호, 감염관리, 중양환자간호

장경오(Koung-Oh Chang)

[정회원]



- 2003년 8월 : 부산가톨릭대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 2008년 2월 : 부산대학교 대학원 간호학과 (간호학박사)
- 1991년 6월 ~ 1995년 10월 : 경상대학교 병원 근무
- 1996년 10월 ~ 2013년 1월 : 양산시, 진주시보건소 근무

- 2013년 3월 ~ 2014년 1월 : 진주보건대학교 간호학과 교수
- 2014년 3월 ~ 현재 : 영산대학교 간호학과 교수

<관심분야>

지역사회간호, 건강증진, 노인간호, 정신간호