



농촌 지역 거주 노인의 우울에 미치는 영향*

신동은
연세대학교

정예슬
연세대학교

남은우
연세대학교

본 연구는 노인 우울의 영향을 미치는 요인 간의 관계를 규명하고, 향후 노인통합서비스 중재를 위한 커뮤니티케어 활동의 기초자료로 활용하고자 시행되었다. W시 H면 4개리에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 구조화된 설문지를 사용하여 2019년 4월 15일부터 5월 7일까지 3주간 자료를 수집하였으며, 총 179부가 분석에 사용되었다. 분석은 SPSS 24.0과 AMOS 21.0을 사용하여 경로 분석을 실시하였다. 본 연구의 응답자는 68.2%가 여성이었으며, 평균 연령은 78.22세였다. 연구 모형 경로 확인 결과 사회적 지지에서 주관적 건강 수준과 우울의 경로, 주관적 건강 수준에서 만성질환 수와 우울 경로가 통계적으로 유의하였다. 농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 사회적 지지와 주관적 건강이 확인되었다. 이와 함께, 사회적 지지는 사회적 참여에도 영향을 주는 것으로 나타나 향후 농촌 노인의 우울 감소와 사회 참여를 높이기 위해서는 사회적 지지를 강화시켜주기 위한 커뮤니티 케어 프로그램의 개발과 적용이 필요하다.

[주제어: 노인, 우울, 사회적 지지, 사회 참여]

* 본 연구는 2018년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF- 2018 S1A5A2A03039636)

I. 서론

우리나라는 빠른 고령화와 함께 노인의 자살도 급증하고 있는데 2015년 노인자살률은 OECD 평균의 3배인 10만 명당 58.6명에 이를 정도다(중앙자살예방센터, 2015). 이러한 높은 노인자살의 원인은 다양하지만 가장 큰 요인으로 우울을 꼽고 있다(Hunt et al. 2006). 보건복지부(2015)에 따르면 우리나라 전체 노인의 약 33%가 우울을 경험하고 있으며 연령이 높아질수록 더 심각해져 85세 이상의 노인의 경우 전체의 절반인 49%가 우울을 경험하는 것으로 나타났다. 노인의 우울이 심각한 이유는 단순히 노인 자살의 주된 원인일 뿐만 아니라 노인에게 돌봄을 제공하는 가족에게도 우울과, 스트레스, 부양에 대한 부담감을 높িয়ে 되므로 개인을 비롯한 가족 전체의 건강 수준을 낮추는 원인이 되기 때문이다(이주영 & 김영애, 2009; 김수영, 김진선 & 윤현숙, 2004). 노인 우울은 젊은층의 우울의 원인과는 조금 차이가 있는데, 노화로 인한 급격한 신체적 변화, 종사하던 업무에서의 은퇴로 인한 무기력과 생활고, 빈번하게 발생하는 가족이나 친구의 죽음 경험으로 느끼는 상실감 등 신체적, 사회적, 정서적인 복합적인 원인에 의해서라 할 수 있다(Serby & Yu, 2003). 정부는 각 지역 단체와 정신건강복지센터를 마련하고 다양한 정신건강 프로그램을 통해 지역사회 주민의 정신 건강 수준 향상을 위해 노력하고 있으나 노인의 경우 스스로 우울증이란 것에 대한 자각을 못 하거나 정신과 진료에 대한 부정적인 인식으로 인해 적극적인 진료를 받는 것을 기피하는 경우가 빈번하며(김지숙, 2008), 불면증, 식욕부진, 피로감 등 우울로 인해 생기는 증상들과 노화로 인해 생기는 증상 간의 구분을 못 해 적극적 대처를 못 하는 경우도 많다(이수애 & 김경미, 2002).

선행 연구에서는 노인의 우울에 영향 미치는 요인으로 고령의 나이, 만성질환 수 및 종류, 배우자 유무, 직업이 유무, 교육 수준, 가족 애착도 및 사회적 지지, 사회 참여, 생활에 대한 만족도를 확인하였으며, 일상 생활에서 새롭게 겪는 사건(event)으로 인한 스트레스가 확인되었다(최희정 & 유장학, 2011; 장인순, 2004). 이와 함께, 나이가 들면서 일상 생활에서 자연스럽게 수행하던 ADL(Activities of Daily Living), IADL(Instrumental Activities of Daily Living)에 갑작스런 제한이 생기면서 자신의 건강을 부정적으로 자각하게 되고 이는 자기효능

감을 낮춰 우울을 더 유발 할 수 있다고 하였다(김기정, 표갑수, 2008). 또한, 개인의 전반적 건강 상태를 반영하는(Idle & Benyamini, 1997) 주관적 건강 수준이 낮을수록 우울 발생 위험이 높아지는 것으로 확인되었다(송미령, 김은경 & 유수정, 2010). 반면 노인의 우울을 완화하는 요인으로는 안정적 경제 상태, 높은 사회적 지지와 관계 형성과 같은 심리사회적 자원의 획득(김기정, 표갑수, 2008; 이인정, 2007), 이웃이나 친구와의 정기적인 교류, 봉사 활동 등(허정무, 오복희 & 고선옥, 2005)으로 확인되었다. 하지만 일부 연구에서는 노인의 우울 정도와 종교, 고용상태, 만성질환의 종류와 수는 차이가 없는 것으로 나타났으며(정현선 & 김옥수, 2013), 연령과 우울이 상관이 없다는 선행 연구 결과도 있어(이현주, 강상경 & 이준영, 2009) 우울에 대한 보다 심층적이며 다양한 요인 규명이 필요함을 알 수 있다. 본 연구는 여러 선행 연구에서 확인한 노인 우울의 주요 영향 요인인 사회적 지지와 참여에 있어서 도시 지역 노인에 비해 사회 활동의 기회가 적고 제공되는 보건 복지 서비스가 적은 농촌 지역에 거주하는(손신영, 2006) 노인의 우울 수준을 파악하고 영향을 미치는 다양한 요인들 간의 관계를 규명하고, 주관적 건강 수준, 사회 참여, 사회적지지가 우울에 미치는 영향을 확인하고자 하였다. 또한, 향후 노인통합서비스 중재를 위한 커뮤니티케어 활동의 기초자료로 활용하고자 한다. 이에 따른 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 농촌 지역 거주 노인 일반적 특성을 파악한다.

둘째, 농촌 지역 거주 노인의 만성질환 수, 주관적 건강 수준, 사회적 지지, 사회 참여, 우울 정도를 파악한다.

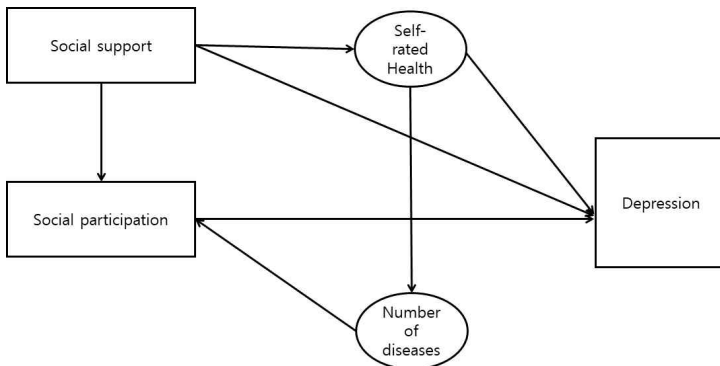
셋째, 농촌 노인의 만성질환 수, 주관적 건강 수준, 사회적 지지, 사회 참여가 우울에 미치는 영향을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 농촌 거주 노인의 우울을 설명하고 예측하기 위한 목적으로 선행 연구의 문헌고찰을 근거로 농촌 거주 노인의 우울에 대한 연구의 모형을 제시한 후 모형의 자료에 대한 적합도와 가설을 검증하는 구조방정식 모형 연구이다. 기존 문헌과 선행 연구에 근거하여 사회적지지, 사회 참여, 주관적 건강 수준이 우울에 미치는 영향으로 가정하였다. 또한, 본 연구에서는 만성질환의 범위를 약물 복용 여부와 관계없이 본인이 앓고 있는 질환의 수를 기준으로 하였으며, 노인의 신체 활동 및 ADL, IADL에 영향을 줄 수 있는 질병의 특성을 고려하여 주관적 건강 수준의 영향을 받아 사회 참여에 영향을 미치는 것으로 가정하였다. 원인 변수인 사회적 지지가 사회 참여와 주관적 건강 수준에 영향을 주고, 사회 참여는 사회적 지지와 만성질환 수에 영향을 받고 결과 변수인 우울에 영향을 미치는 것으로 구성하였다. 주관적 건강과 만성질환 수를 기준으로 살펴보면 주관적 건강은 사회적 지지로부터 영향을 받으며 만성질환 수와 우울에 영향을 주고, 주관적 건강 수준에 영향을 받은 만성질환 수는 사회 참여에 영향을 주어 결과 변수인 우울에 영향을 준다. 최종 결과 변수인 우울은 사회적 지지, 사회 참여로부터 직접적 영향을 받으며, 동시에 주관적 건강으로부터 영향을 받는다(그림 1).

〈그림 1〉 연구 모형(Conceptual framework)



2. 연구 대상 및 자료수집 방법

본 연구의 표본 수 확인을 위해 G Power 3.1.9.4.를 사용하여 효과 크기 (Effect size) 0.3, 오차범위 0.05, Power($1-\beta$) 0.95로 계산하였을 때 최소 표본 수는 111명이었다. 이에 본 연구는 농촌 거주 노인을 표적 모집단으로 하고, 강원 W시 H면 4개리(里)에 거주하는 65세 이상의 노인을 근접 모집단으로 하여 편의 추출하였다. 자료 수집은 보건행정학을 전공한 훈련된 면접원 15명이 2019년 4월 15일부터 5월 7일까지 3주간 지역 경로당과 마을회관, 마을 가구를 직접 방문하여 구조화된 설문지를 사용하여 설문 목적을 이해하고 설문에 동의한 자를 대상으로 1:1 면접법으로 수집하였다. 수집된 설문지 181부였으며, 이중 결측치가 있는 설문지 2부를 제외하고 179부를 본 연구의 분석에 사용하였다.

3. 연구 도구

1) 사회적지지

사회적 지지 측정 도구는 Zimet(1988)이 개발한 사회적 지지 다차원 척도 (Multidimensional Scale of Perceived Social Support:MPSS)를 이금옥(2007)이 한국어판으로 번안하여 수정 보완 한 도구를 사용하였으며, 본 연구에서는 가족 관련 4문항을 제외한 친구 관련 4문항과 마을 이웃에 관한 4문항 총 8문항만을 사용하였다. 5점 Likert 척도로, '전혀 그렇지 않다(1)', '대체로 그렇지 않다(2)', '보통이다(3)', '대체로 그렇다(4)', '매우 그렇다(5)'로 응답하도록 하였으며, 최소 8점에서 최대 40점으로 점수가 높을수록 사회적 지지를 더 많이 지각하고 있음을 의미한다. 이금옥(2007)의 연구에서 Cronbach's α 는 .83이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .89였다.

2) 사회 참여

사회 참여는 Weiss(1974) 개발하고 김재중(2008)가 한국어로 번안하여 수정 보완한 ‘사회참여’ 측정 도구를 사용하였다. 본 도구는 사회모임에서 동료로부터 얻을 수 있는 애정, 도움, 격려 및 자신에 대한 새로운 기대와 일치감에서 느끼는 만족 정도(6개 문항), 사회 참여에 대한 희망, 정도(4문항) 등 총 10개 문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert 척도로, ‘전혀 그렇지 않다(1)’, ‘대체로 그렇지 않다(2)’, ‘보통이다(3)’, ‘대체로 그렇다(4)’, ‘매우 그렇다(5)’로 응답하도록 하였으며, 최소 10점에서 최고 50점까지 점수가 높을수록 사회 참여가 높은 것을 의미한다. 김재중(2008)의 연구에서 Cronbach's α 는 .95였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .94였다.

3) 주관적 건강 수준

주관적 건강 수준은 노인 스스로가 생각하는 건강 상태를 의미하며 본 연구에서는 “평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”라는 1문항으로 측정하였다. 응답은 5점 척도로 ‘매우 나쁨(1)’, ‘나쁨(2)’, ‘보통(3)’, ‘ 좋음(4)’, ‘매우 좋음(5)’으로 응답하였다. 점수가 낮을수록 주관적 건강상태 수준은 낮은 것을 의미한다.

4) 만성질환 수

만성질환 수는 현재 약물이나 치료 여부와 관계없이 본인이 앓고 있는 만성질환의 개수를 측정하였다.

5) 우울감

우울감 측정 도구는 기백석(1996)이 개발한 한국판 노인 우울 척도 단축형 (Geriatric Depression Scale:Short Form; Korean Version, GDSSF-K)을 사용하였다. 총 15개의 문항으로 ‘그렇다(0)’, ‘아니다(1)’로 응답하도록 하여, 15점 만

점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. GDSSF-K의 개발 당시 Cronbach's α 는 .84였으며 본 연구의 Cronbach's α 는 .79였다.

4. 자료 분석 방법

1) 정규분포성과 다중공선성 검증

연구에서는 변인들의 평균과 표준편차, 왜도와 첨도의 확인을 통해 정규 분포를 검증하였다. 구조 방정식 모형의 자료는 왜도는 절대값 3.0, 첨도는 절대값 10을 벗어나지 않는다면 정규분포를 이룬다고 여기는데, 본 연구에서는 왜도와 첨도가 절대값 2보다 작기 때문에 모든 변수들이 정규분포를 이루는 것으로 확인되었다<표 1>.

<표 1> 정규분포성과 다중공선성

변수	범위	M $\pm$ SD	왜도	첨도	Collinearity statistic	
					Tolerance	VIF
만성질환 수	0-6	1.96 $\pm$ 1.40	0.687	0.252	0.770	1.400
주관적 건강	1-5	3.01 $\pm$ 1.33	-0.063	-1.181	0.720	1.551
사회적 지지	8-40	23.74 $\pm$ 9.33	-0.067	-0.949	0.714	1.299
사회 참여	10-50	35.50 $\pm$ 11.25	-0.812	-0.327	0.645	1.390
우울	0-15	5.40 $\pm$ 3.53	0.576	-0.627		

2) 분석방법

본 연구의 수집된 자료는 IBM SPSS 24.0와 AMOS 21.0을 이용하여 통계분석을 실시하였다.

(1) 정규 분포성 검증을 위해 변인들의 평균과 표준편차, 왜도와 첨도를 확인하였으며, 각 변인의 다중공선성 확인을 위하여 공차 한계(Tolerance), 분산팽창지수(VIF)를 확인하였다.

(2) 대상자의 일반적 특성 및 만성질환 수, 주관적 건강수준, 사회적 지지, 사

회 참여, 우울에 대한 기술 통계를 실시하였으며, 도구의 신뢰도, 상관관계 분석을 실시하였다.

(3) 연구 모형의 자료에 대한 적합도를 평가하기 위하여 χ^2 , χ^2/df , 적합도 지수(Goodness of fit index, GFI), 평균제곱잔차제곱근(Root mean-square residual, RMR), 표준적합지수(Normed fit index, NFI), Bollen의 증분적합지수(Bollen's incremental fit index, IFI), 비교적합지수(Comparative fit index, CFI), 조정된 적합지수(Adjusted goodness of fit index, AGFI)를 구하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 연세대학교 원주캠퍼스 생명윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 연구윤리 심의를 받아 수행되었다(No. 1041849-201905-BM-067-01).

III. 분석결과

1. 연구 대상자의 특성

본 연구의 대상자는 179명이었으며 이중 여성이 122명(68.2%)이었고, 평균 연령은 78.22 ± 6.84 세였다. 가구 형태는 독거 85명으로 전체의 47.5%였으며, 부부가 함께 살고 있다고 응답한 경우가 59명으로 33.0%였다. 배우자가 사별한 응답자가 전체의 52.5%로 과반수가 넘었으며, 가족 중 질병이나 장애로 인해 돌봄이 필요한 구성원이 있는 응답자는 35명이었다. 학력은 70% 이상이 무학이거나 초등학교 졸업이었으며, 종교는 없다고 응답한 경우가 전체의 44.7%로 80명이었다. 소득수준은 한 달에 100만원 미만의 소득을 얻는 경우가 86%로 응답자의 대부분을 차지했다. 현재 경제 활동을 하는 응답자는 22명으로 12.3%에 그쳤으며, 거주지 주변 경로당을 이용하는 응답자가 61.5%였다<표 2>.

〈표 2〉 응답자의 일반적 특성

n=179

구분	빈도(%)	Mean±SD(범위)
성별	남	57(31.8)
	여	122(68.2)
연령		78.22±6.84(65-96)
가구형태	부부	59(33.0)
	독거	85(47.5)
	기타	35(19.6)
배우자유무	있음	71(39.7)
	사별	94(52.5)
	이혼	7(3.9)
	별거	4(2.2)
	기타	3(1.7)
돌봄이 필요한 가족유무	유	35(19.6)
	무	144(80.4)
학력	무학	72(40.2)
	초졸	61(34.1)
	중고등졸	39(21.8)
	대졸이상	7(3.9)
종교	없음	80(44.7)
	기독교	40(22.3)
	천주교	18(10.1)
	불교	39(21.8)
	기타	2(1.1)
소득	100만원미만	154(86.0)
	200만원미만	12(6.7)
	300만원미만	9(5.0)
	300만원이상	4(2.2)
경제활동여부	하고있음	22(12.3)
	하고있지않음	157(87.7)
경로당이용	하고있음	110(61.5)
	하고있지않음	69(38.5)

2. 농촌 노인의 만성질환 수, 주관적 건강 수준, 사회적 지지, 사회 참여, 우울 정도

연구 대상자의 의사 진단을 받은 만성질환의 수는 평균 1.96 ± 1.39 개였으며, 주관적 건강수준 점수는 5점 만점에 3.01 ± 1.34 점이었다. 사회적 지지점수는 40점 만점에 23.74 ± 9.28 점, 사회참여점수는 50점 만점에 35.35 ± 11.22 점, 우울 점수는 15점 만점에 5.03 ± 4.13 점이었다<표 3>.

<표 3> 변수별 점수

구분	범위	Mean $\pm$ SD
만성 질환수	0-6	1.96 ± 1.39
주관적 건강 수준	1-5	3.01 ± 1.34
사회적 지지	8-40	23.74 ± 9.28
사회참여	10-50	35.35 ± 11.22
우울	0-15	5.03 ± 4.13

3. 변수 간의 상관 관계

연구 모형의 변수 중 만성질환 수는 주관적건강 수준($r = -.474, p < .001$)과는 음의 상관성, 우울($r = .295, p < .001$)과는 양의 상관성이 있었다. 주관적 건강수준은 사회적 지지($r = .173, p = .021$), 사회참여($r = .210, p = .005$)와는 양의 상관성, 우울과는 음의 상관성이 있었다($r = -.395, p < .001$). 사회적 지지는 사회 참여와는 양의 상관성($r = .528, p < .001$), 우울과는 음의 상관성이 있었으며($r = -.383, p < .001$), 사회참여는 우울과 음의 상관성이 있었다($r = -.338, p < .001$)<표 4>.

〈표 4〉 변수간 상관관계

n=179

	만성질환 수	주관적 건강수준	사회적 지지	사회참여	우울
만성질환 수	1				
주관적 건강 수준	-.474 ($\langle .001$)	1			
사회적 지지	-.075 (.320)	.173 (.021)	1		
사회 참여	-.059 (.435)	.210 (.005)	.528 ($\langle .001$)	1	
우울	.295 ($\langle .001$)	-.395 ($\langle .001$)	-.383 ($\langle .001$)	-.338 ($\langle .001$)	1

4. 연구 모형의 적합성 평가

본 연구에서 모형의 적합도 검증을 위해 모형의 전반적인 적합도를 평가하는 ‘절대적합지수’로 χ^2 , χ^2/df , GFI, RMR을 확인하였으며, 기초모형에 대한 제안 모형의 적합도를 평가하는 ‘증분적합지수’로 NFI, IFI, CFI를 확인하였다. 또한 제안모형의 적합수준은 AGFI로 확인하였다. 본 연구 모형의 전반적인 적합도 검정결과 $\chi^2=.806(p=.369)$ 이었으며 $\chi^2/\text{df} = .806$, GFI = .998, RMR = .0135, NFI = .995, IFI =1.001, CFI = 1.000, AGFI = .973으로 나타나 모형을 수용하기에 적합한 것으로 나타났다(표 5)).

〈표 5〉 Values of fitness indices

Indices	Absolute fit index				Incremental fit index			Parsimonious fit index
	$\chi^2(p)$	χ^2/df	GFI	RMR	NFI	IFI	CFI	AGFI
Values	.806 (.369)	.806	.998	.0135	.995	1.001	1.000	.973

5. 모형의 경로계수 및 경로 도해

경로에 대한 유의도는 t-값(회귀계수/표준오차)의 절대값이 1.96보다 클 때 $\alpha=.05$ 의 수준에서 유의하게 되며, 본 연구 모형의 분석결과 7개의 경로 중 5개의 경로가 유의하게 나타났다. 연구 모형에서 통계적으로 유의하게 나타난 경로는 다음과 같다. 사회적 지지에서 주관적 건강($t=2.164$, $p=.030$), 주관적 건강에서 우울($t=-3.888$, $p<.001$), 주관적 건강에서 만성질환 수($t=-4.329$, $p<.001$), 사회적 지지에서 사회참여($t=7.497$, $p<.001$), 사회적 지지에서 우울($t=-3.244$, $p<.001$)로 나타났다(표 6)(그림 2).

〈표 6〉 Parameter Statistics

변수		standard estimate	standard error	Critical ratio	p
주관적 건강		.195	.010	2.164	.030
사회 참여	〈-- 사회적 지지	.493	.079	7.497	〈.001
우울		-.248	.029	-3.244	.001
우울	〈-- 사회적 참여	-.097	.025	-1.203	.229
만성질환 수	〈-- 주관적 건강	-2.093	.185	-4.329	〈.001
우울		-.429	.371	-3.888	〈.001
사회 참여	〈-- 만성질환 수	-.077	1.153	-1.850	.064

〈그림 2〉 Path diagrams



IV. 결론과 연구의 함의

본 연구는 농촌 지역 노인의 우울감에 영향을 미치는 요인들을 규명하고 이들 요인 간의 직접 및 간접효과를 파악함으로써 농촌 노인의 우울감을 완화하고 건강한 생활을 지원하기 위한 효과적인 간호 중재 전략을 수립하기 위하여 시도되었다. 농촌 노인들의 우울감에 미치는 직접적 영향요인은 사회적 지지, 주관적 건강 수준인 것으로 나타났다. 특히 사회적 지지는 주관적 건강과 수준과 사회 참여, 우울감에 직접적 영향요인으로 확인되었다. 선행 연구인 강서영 & 박인혜(2013), 박민정 & 정미연(2020)의 연구에서는 사회적 지지와 주관적 건강 수준이 우울에 직접적 영향을 주는 것으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다. 또한, 노인의 우울을 사회적 지지 자원을 정서적 지지, 사회활동 참여, 사회 관계망으로 나누어서 확인한 이정 외(2020)의 연구에서는 높은 사회적 지지가 노인의 우울을 완화하는 것으로 나타났으며, 정순돌(2004)의 연구에서는 사회적 지지가 높아질수록 우울증이 감소하는 것으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다. 사회적 접촉, 사회적 조직망이라고도 할 수 있는(Norbeck et al, 1981) 사회적 지지는 노인의 웰빙(well-being)을 유지하는 데 필수적인 요인으로 널리 알려져 있다(Dupertuis, Aldwin & Boss, 2001). 일반적으로 노년이 되면 노인들은 은퇴를 통해 소득이 줄어들게 되고, 질병 또는 장애로 인한 경제적인 지출이 늘어나면서 어쩔 수 없이 가족이나 타인에게 의존하게 된다. 이에 따라, 노년기의 안정적인 사회적 지지는 매우 중요하며 가족이나 주위로부터 관심을 받지 못하고 사회적 지지가 미흡하거나 사회 제도적 장치, 경제적 지원이 열악할 때 노인들은 더 우울감은 심화 된다고 할 수 있다(허준수, 유수현 2002). 우리나라 정부는 이러한 노인의 사회적 지지를 높이기 위해 경제적, 도구적, 정서적 지원을 포함하는 노인돌봄서비스, 노노(老老)케어 등의 서비스를 제공하고 있는데, 실제로 이러한 서비스를 받은 노인들의 자기 방임과 우울감이 효과적으로 감소하는 것으로 나타나(남석인 외, 2016) 향후 노인을 대상으로 한 더 다양한 사회적 지지 활동의 개발과 지원이 필요하다 할 수 있겠다. 주관적 건강 수준은 만성질환 또는 의료 서비스를 통해 개인이 스스로 직, 간접적으로 평가하는 주요 요인 중 하나로 임상적 건강 수준과 함께 일반적인 건강 수준을 반영

하는 지표로 정의되며(오영희, 2006), 개인 건강 상태에 대해 개인의 인식 차이를 반영한다는 특징을 가지고 있다.(Ware, 1987). 특히, 노인의 경우 주관적 건강 수준은 장기적으로 질병의 발생, 신체적 기능 장애, 장기적으로는 사망과 밀접하게 관련되어 있어 매우 중요하다 할 수 있다(추진아 & 김은경, 2014). 선행 연구에서는 가족 또는 친구들의 지지가 높을수록 스트레스가 낮고 주관적 건강 수준이 높은 것으로 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다(고민석, 서인균 2011). 또한, 나이가 많고, 교육 수준이 낮고, 신체활동이 적은 경우, 만성질환을 앓고 있는 경우, 구강 건강 상태가 나쁘다고 인식하는 경우에 주관적 건강 상태가 낮은 것으로 나타났으며(소권섭, 황혜정 & 김은미, 2019), 소득, 경제 활동 상태, 노인성 질환의 유병 여부와 음주, 스트레스, 우울, 자살 생각, 근육운동, 걷기 등이 주관적 건강 상태에 유의한 영향이 있는 것으로 나타났다(남연희 & 남지란, 2011). 본 연구에서는 개인이 지각하는 주관적 건강 수준이 높을수록 만성질환 수가 적었으며, 우울감이 낮은 것으로 나타나 선행 연구의 결과와 일부 차이가 있었다. 이는 신체적, 환경적 환경을 통해 인식되는 개인의 건강 수준이 사회적 지지의 영향을 받아 우울감 및 만성질환에 대한 민감도에 차이를 준 것으로 생각된다. 노인의 만성질환의 경우 고혈압, 당뇨 뿐만 아니라 관절염, 만성 통증 등 다양한 근골격계 질환을 포함하고 있으므로 적절한 활동과 사회 생활이 주관적 건강 수준에 영향을 미쳐 만성 질환의 인식에도 영향을 미쳤다고 생각해 볼 수 있겠다. 향후 노인의 우울감 감소를 위한 활동 시 주요 중재 요인인 주관적 건강 수준을 개선을 통해 노인의 정신적 건강 수준 향상 뿐 아니라 신체적 건강 수준에도 긍정적 영향을 미칠 수 있을것이라 생각된다.

본 연구는 농촌 노인의 우울감을 완화하고 건강한 생활을 지원하기 위한 효과적인 중재 전략을 수립하기 위하여 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 사회적 지지가 높을수록 주관적 건강 수준이 우울감이 감소하는 것으로 나타났으며, 주관적 건강 수준이 높을수록 우울감이 낮은 것으로 나타났다. 생애 주기에서 큰 변화를 겪는 노년기에 발생하는 노인 우울은 한가지 원인이 아닌 질병과 장애, 퇴직으로 인한 재정적 위기, 역할 변화, 가족과의 사별이나 분리, 대인 관계의 상실과 단절 등 복합적인 요인에 의해 유발된다(질병관리본부, 2016). 특히, 사회적 지지 프로그램이나 의료서비스의 제공 기회가 낮은 농촌 노인들의

경우 우울감은 도시 지역 노인에 비해 발생할 위험이 높다고 할 수 있겠다. 이러한 결과를 바탕으로 농촌 지역 노인의 우울감을 감소시키기 위해서는 지방자치 단체 뿐만 아니라 전문성을 가진 기관과 전문인력의 적극적인 중재가 필요하며(남은우, 김혜경 & 김마현, 2020), 기존의 경로당 중심의 단조로운 사회적 지지 활동에서 벗어나 사회적 지지를 높이고 주관적 건강 수준을 높이기 위한 적극적인 맞춤형 사회적 처방 프로그램의 개발 및 지원이 필요하다 하겠다.

V. 연구의 강점과 제한점

본 연구는 일개 농촌 지역 노인들을 대상으로 우울감과 그에 미치는 영향요인을 확인한 연구로 우울에 미치는 요인을 기존의 단편적 영향요인 분석이 아닌 구조방정식을 통하여 설명하였다. 본 연구는 4개 면에 거주하는 노인을 대상으로 조사하여 분석을 실시하여, 전체 농촌 거주 노인의 특징을 반영하기는 어려웠다. 이에 본 연구의 결과를 일반적으로 해석하기에는 제한이 있다. 또한, 기존 선행 연구의 결과와 상이한 결과들에 대해서는 향후 반복 연구를 통해 규명하는 것이 필요하겠다.

참고문헌

- 고민석·서인균. (2011). 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. *대한보건연구* (구 대한보건협회학술지), 37(1): 1-14.
- 김기정·표갑수. (2008). 재가 노인의 우울감 유발요인과 완화요인. *노인복지연구*, 39(1): 111-144.
- 김수영·김진선·윤현숙. (2004). 치매노인을 돌보는 가족부양자의 우울과 삶의 만족 예측요인. *한국노년학*, 24(2): 111-128.
- 김지숙. (2008). 노인 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 영성을 중심으로. *임상사회사업연구*, 5: 5-20.

- 남석인·이예진·김보미·이은경. (2016). 돌봄서비스 이용 독거노인의 우울이 자
기방임에 미치는 영향: 사회적 지지 경험의 조절효과 검증. 정신건강과
사회복지, 44(1):161-187.
- 남연희·남지란. (2011). 노인의 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 요인에 관
한 연구. 한국가족복지학, 16(4):145-162.
- 남은우·김혜경·김마현. (2020). 치매의 사회적 처방. 원예인판사:원주.
- 박민정·정미영. (2020). 노인의 불안이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 자아존
중감과 사회적 지지의 복수매개 효과. 지역사회간호학회지, 31(1): 24-33.
- 소권섭·황혜정·김은미. (2019). 노인의 경제적 수준에 따른 의료이용이 주관적
건강수준과행복감 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 한국산학기술학회
논문지, 20(3): 544-552.
- 손신영(2006). 농촌 노인과 도시 노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교 연구.
한국노년학, 26.3: 601-615.
- 송미령·김은경·유수정. (2010). 재가노인의 일상생활수행능력, 사회적 지지 및
자기효능감이우울에 미치는 영향: 우울의심노인과 정상노인의 비교를
중심으로. 사회복지연구, 24: 61-80.
- 오영희·배화옥·김윤신. (2006). 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및
정신적 기능상태의 관련성 연구. 한국노년학, 26(3): 461-476.
- 이인정. (2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향
의 차이에 관한 연구. 노인복지연구, 36(1):159-180.
- 이정·최경원·전경숙. (2020). 남녀 노인의 사회경제적 우울 불평등: 사회적 지
지 자원의 기여. 지역사회간호학회지, 31(1): 13-23.
- 이주영·김영애. (2009). 장기요양서비스 노인 주 부양가족의 가족부담감, 가족
지지, 우울, 만족도 평가. 지역사회간호학회지, 20(1): 41-48.
- 이현주·강상경·이준영. (2009). 노인 우울증에 대한 사회경제적 지위요인과 건
강행태요인에 관한 연구. 한국노년학, 28(4): 1129-1145.
- 정순돌. (2004). 시설 노인의 자아존중감에 영향을 미치는 요인 탐색. 한국노년
학, 24(4):107-122.
- 장인순. (2004). 일부 지역사회 여성노인의 영적안녕, 우울, 주관적 건강상태에

- 관한 연구. 여성건강간호학회지, 10(2): 91-98.
- 정현선·김옥수(2013). 노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 관한 연구. Health & Nursing, 25.2: 35-46.
- 중앙자살예방센터. <http://spckorea-stat.or.kr/>.(cited 2020 April 25)
- 질병관리본부(2016). 노인 우울증. http://health.cdc.go.kr/health/mobileweb/content/group_view.jsp?CID=DY64VUO48R#none(cited 2020. April 28)
- 추진아·김은경. (2014). 지역사회 저소득층 노인의 연령주기별 주관적 건강지각 관련 요인. Journal of The Korean Data Analysis Society, 16(3): 1615-1628.
- 최희정·유장학. (2011). 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향. 동서간호학연구지, 17(2).
- 허정무·오복희·고선옥(2005). 노인문제와 노인복지. 서울: 협신사.
- 허준수·유수현. (2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 정신보건과 사회사업, 13:7-35.
- DuPertuis, L. L., Aldwin, C. M., & Bossé, R. (2001). Does the source of support matter for different health outcomes? Findings from the Normative Aging Study. Journal of Aging and Health, 13(4):494-510.
- Hunt, K., Sweeting, H., Keoghan, M., & Platt, S. (2006). Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41(8): 641-647.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of health and social behavior, 38(1):21-37.
- Norbeck, J. S., Lindsay, A. M., & Carrieri, V. L.(1981). The development of an instrument to measure social support, Nursing Research, 30:264-269.
- Serby, M., & Yu, M.(2003). Overview: depression in the elderly. The Mount Sinai journal of medicine, New York, 70(1):38-44.
- Ware Jr, J. E.(1987). Standards for validating health measures: definition and content. Journal of chronic diseases, 40(6):473-480.

 Abstract

Effects of Number of Chronic Disease, Self-Rated Health, Social Support and Participation on Depression in the Elderly in Rural Area

Dong Eun Shin

Yonsei University, Korea

Yeseul Jung

Yonsei University, Korea

Eun Woo Nam

Yonsei University, Korea

This study identifies the factors affecting on the depression of the elderly and will be utilized as basic data for integral community care program of the elderly. The survey has applied to the elderly over 65-year-old living in 4 Ri, H Myeon in W City during 15 of April to 7th of May in 2019. 179 questionnaires have conducted and analyzed. The collected data was analyzed for normal distribution and multi-collinearity, and path analysis by SPSS 24.0 and AMOS 21.0. The 68.2% respondents were female; the average age was 78.22. According to the path of the research model, the path from social support to self-rated health and depression and the path from self-rated health to number of chronic diseases and depression were statistically significant. Throughout the study, the factors affecting on the depression of the elderly were social support and self-rated health. The study identifies that social support affects social participation so that the community care program reinforcing the social support to reduce the depression and increase social participation should be developed and applied.

[Key Words: The elderly, Depression, Social support, Social participation]

논문접수일: 2020년 8월 7일

논문수정일: 2020년 8월 15일

게재확정일: 2020년 8월 26일

제1저자(주저자): 신동은(Shin Dong Eun)은 연세대학교 대학원 보건행정학과에서 박사학위를 취득하였다. 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터 및 연세글로벌헬스센터의 연구원이었으며, 현재 연세대학교 대학원 보건행정학과 및 연세글로벌헬스센터의 박사 후 연구원으로 근무 중에 있다. 관심분야는 국제보건, 모자보건, 지역사회 등이다(shinde@yonsei.ac.kr).

제2저자: 정예슬(Yeseul Jung)은 연세대학교 대학원 보건행정학과에서 박사과정을 수료하였다. 현재 의료복지연구소 건강도시연구센터 및 연세글로벌헬스센터의 연구원이다. 관심분야는 국제보건, 국제개발협력 등이다(vamoseul@yonsei.ac.kr).

제4저자(교신저자): 남은우(Eun Woo Nam)은 일본 도호대학교 의학연구과에서 박사학위를 취득하였으며 현재 연세대학교 보건행정학과 교수로 재직 중이며, 호주 그리피스 대학의 겸임 교수이다. 또한 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터 및 연세글로벌헬스센터의 센터장으로 일하고 있다. 2019년부터 국제보건의료학회 이사장을 맡고 있다. 관심분야는 커뮤니케이션, 사회적처방, 건강도시, 국제보건 등이다(ewnam@yonsei.ac.kr).