간호과학논집 제17권 1호
Chonnam Journal of Nursing Science
Vol. 17 No. 1, December, 2012, pp.139~152

노인의 건강지각과 가족지지 및 우울 간의 관계※

* 화순전남대학교병원 간호사
** 전남대학교 의과대학 간호학과 교수, 전남대학교 간호과학연구소

배 경 화* · 김 수 진**

The Relationship of Health Perception, Family Support and Depression for the Elderly

Bae, Kung Hwa* · Kim, Soo Jin**

** Nurse, Chonnam National University Hwasun hospital*
*** Professor, College of Nursing, Chonnam National University.*

> Abstract <

Purpose: This study was to examine the degree and relationship of health perception, family support and depression of the elderly and to identify factor related to depression of the elderly. **Methods**: The participants were 159 old people who were in 6 geriatric hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson's correlation coefficients and Stepwise multiple regression with SPSS PC^{+} 17.0. **Results**: Depression was negatively related to health perception and family support, and family support was positively related to health perception($p< .005$). The main predicting factor of depression were family support($p< .001$), the case that they thought their health was not good($p< .001$), and the case that they were not satisfied with economic condition($p= .010$). and these three variables explained 37.3% about depression. **Conclusion**: The lower health perception and family support of the elderly is the higher depression and the higher family support of the elderly. And the higher family support of the elderly is the higher health perception of the elderly. And main affecting factors about depression of the elderly were family support, health perception and economic condition also.

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

교신저자 : 김수진, 전남대학교 간호대학 교수, 전남대학교 간호과학연구소, 광주광역시 동구 백서로 160, 전남대학교 간호대학 (501-746), 전화: 062-530-4932, FAX: 062-220-4544, E-mail: pinehill@chonnam.ac.kr

※ 본 논문은 2010년도 전남대학교 석사학위논문의 요약본임.

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 2008년 통계청 자료에 의하면 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 10.3%를 차지하여 이미 고령화 사회에 진입했으며, 이런 추세라면 10년 뒤에는 노인 인구가 14%인 고령사회로 넘어가고, 2026년에는 노인 인구가 20%에 달하는 초 고령 사회가 될 것으로 예상된다. 이와 같은 인구의 고령화와 질병양태의 변화로 인하여 우리사회는 만성 퇴행성 질환과 노인성 질환이 급증하고 있으며(Kim, 2007), 대표적인 노인문제는 노화에 따른 신체적 질병, 퇴직과 관련된 경제적 궁핍 및 역할상실, 자녀분가로 인한 고독감, 소외 그리고 노인문화의 부재에 따른 사회적 부적응이라고 할 수 있다(Yang, Sok, & Kim, 2005).

실제로 65세 이상 노인인구의 86.7%가 각종질환에 시달리고 있으며, 이로 인해 건강생활기능이 불가능하거나 저하되어 경제활동과 일상생활을 수행하기 어려운 저소득 재가노인이 증가하고 있고, 노인요양 시설이나 병원 및 노인전문병원 입원노인이 증가하고 있는 실정이다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2002). 특히, 노인전문병원에 입원한 노인들의 장기간의 입원은 노인의 일상생활 수행능력, 기동성 등의 신체적 건강뿐만 아니라, 우울, 불안, 분노 등의 정서 상태나 인지기능의 변화 등으로 인해 정신적 건강에까지 영향을 미칠 수 있다(Lee, Kwon, & Kim, 2004).

우울은 노인의 심리적 특성 중 가장 흔히 나타나는 현상으로서, 우리나라 노년기 인구의 약 15~25%가 우울 증상으로 고통을 받고 있고, 점차 노인 우울증의 유병율은 증가하고 있으나, 이에 대하여 전반적으로 저평가되고 있어, 노인과 그 가족의 삶의 질을 저하시키고 의료비용 부담을 가중시키는 요인이 되고 있다(Kee, 2005). 또한 노년기 자살사고나 치매로 발전되기도 하고, 노인 우울증은 성인 우울증보다 더 증상이 심하게 나타나므로(Kee, 2005), 노인 간호에 있어 노인 우울 상태의 조기발견과 조기중재가 무엇보다 중요하다고 생각된다.

그리고 건강상태에 대한 개인적인 지각은 건강증진행위의 중요한 동기적 요인으로 널리 보고되어 왔으며, 건강은 개인이 주관적으로 자신의 건강을 어떻게 지각하느냐 하는 것과 관계가 있고, 건강에 대한 이러한 지각은 건강행위를 결정하는 중요한 요인이 되므로 건강지각과 건강증진행위는 밀접한 관련이 있다(Lee, 1998). 특히 노인은 주관적으로 느끼는 건강문제가 있을 때 가장 우울하며 현재의 건강상태를 나쁘다고 인식할수록 우울 정도가 유의하게 높은 것으로 나타나(Morgan & Bath, 1998), 자신의 건강상태에 대한 지각과 같은 신체적 건강문제가 우울과 관계가 매우 높은 것으로 파악되고 있다.

또한 가족은 노인에게 가장 중요한 영향을 미치는 환경적 요인이며 사회적 지지체계이다. 이는 노인을 가장 가까이서 보살펴 도와줄 수 있는 지지체계가 바로 가족이기 때문이며, 특히 노인인구의 신체적·심리적 노화현상을 고려해 볼 때 노인에게 가족지지는 매우 중요하다고 할 수 있다(Choi, 1995). 즉, 노인의 일차적 지지원은 가족으로서, 노인 스스로 가족의 지지정도를 어떻게 지각하는지가 노인의 삶의 질에 중요한 영향을 미치게 된다(Sim, 2008). 이와 같이 가족은 쇄약해진 건강상태와 사회은퇴 및 독립적 일상수행 능력 감소로 인하여 생기는 고독감 등의 신체적, 정신적 노인 문제를 가장 빨리 알아채고, 이에 대처할 수 있는 능력을 가진 일차적 지지체계라고 할 수 있다.

따라서 노인의 신체적 건강상태와 노인과

가장 가까운 곳에서 함께 상호작용하며 노인의 건강상태를 가장 잘 파악하고 지지해줄 수 있는 가족지지 및 노인의 정신건강과의 관계를 규명하고, 특히 인구학적 및 질병관련 특성들을 포함하여 어떠한 요인이 노인의 삶의 질 향상 및 건강증진 행위에 중요한 영향을 미치는지 파악해 볼 필요가 있다.

이에 관련된 선행연구들을 살펴보면, 재가노인을 대상으로 한 연구로서, 신체건강과 우울(In, 2009), 가족지지와 우울(Kim, 2001), 가족지지, 건강지각, 영양상태와 우울(Kim, 2007), 우울과 자가 건강수준, 사회적 지지정도(Yoo, Lim, & Yoo, 2002)간의 관계를 조사한 연구가 있다. 또한 시설노인을 대상으로 한 연구로서, 우울, 자아존중감 및 생활만족도간의 관계를 조사한 연구와(Lee, 2005), 노인전문병원 입원노인과 재가노인을 대상으로 우울과 삶의 질을 비교한 연구(Moon, 2008)가 있었다. 이와 같이, 대부분의 연구들이 재가노인이나 시설거주 노인들을 대상으로 이루어졌으며, 노인복지와 삶의 질 향상이라는 목적을 가지고 최근에 도입된 노인 장기요양보험제도의 실시와 함께 늘어난 노인전문병원에 입원한 노인을 대상으로 하여 이루어진 연구는 미흡한 실정이다.

이에 본 연구자는 노인전문병원에 입원한 노인들의 건강지각, 가족지지, 우울과의 관계를 규명하고 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 노인 간호의 기초 자료를 마련하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인의 일반적 특성 및 질병관련 특성을 파악한다.
- 노인의 건강지각, 가족지지 및 우울 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 건강지각과 가족지지 및 우울 정도의 차이를 파악한다.
- 노인의 건강지각과 가족지지 및 우울 간의 관계와 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 노인전문병원에 입원 중인 노인의 건강지각과 가족지지 및 우울 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 G 광역시에 소재한 6개 노인전문병원에 입원 중인 만 65세 이상인 노인 환자 중 연구목적을 이해하고, 참여에 동의한 180명을 편의 표집 하였다. 연구표본의 크기는 효과크기 .30, 유의수준 .05, 검정력 .80으로 하였을 때 상관관계 및 회귀분석에서 투입될 변수의 수를 3개 정도로 감안하면, 필요한 사례 수는 76명(Cohen, 1992)인 것을 근거로 하여 산출하였다.

3. 연구 도구

1) 건강지각

건강지각은 Ware (1979)가 개발하고 Lee (1985)이 번안하였으며, Kim (2009)가 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 10문항으로 구성되어 있으며, 척도는 1점(전혀 아니다), 2점(아니다), 3점(보통이

다), 4점(그렇다), 5점(매우 그렇다)까지의 5점 Likert 척도로 측정되었다. 점수는 최저 10점에서 최고 50점으로 점수가 높을수록 건강에 대해 긍정적으로 생각한다는 것을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .91이었으며, 본 연구에서는 .80 이었다.

2) 가족지지

가족지지는 Kang (1984)이 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 11문항으로 구성되어 있으며, 이 중 2문항(6, 7번 문항)은 응답의 편중을 감소시키기 위하여 부정문항으로 이루어져 있다. 척도는 1점(전혀 그렇지 않다), 2점(거의 그렇지 않다), 3점(보통이다), 4점(자주 그렇다), 5점(항상 그렇다)까지의 5점 Likert 척도로서, 점수는 최저 11점에서 최고 55점으로 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .86이었으며, 본 연구에서는 .96이었다.

3) 우울

우울은 Yesavage 등(1986)이 개발하고 Kee & Lee (1995)이 번안하여 수정한 한국판 노인우울척도 단축형 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 15문항으로 구성되어 있으며, 점수는 최저 0점에서 최고 15점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 우울의 정도를 나타내는 기준은 5점을 기준으로 5점 이하는 정상군, 6점 이상은 우울군으로 구분한다(Kee, 1996). 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .88이었으며, 본 연구에서는 .88이었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2009년 7월 27일부터 8월 24일까지, G 광역시에 소재한 6개 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 2인이 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 6개의 노인전문병원에 총 180부의 질문지가 배부되었고, 그 중 170부가 회수되어 회수율은 94.4% 이었으며, 질문지에 대한 응답이 불성실한 자료 11부를 제외한 총 159부를 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS PC+ 17.0 for Windows를 사용하여 전산통계 처리하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 일반적 특성 및 질병관련 특성, 건강지각, 가족지지, 우울 정도는 실수, 백분율, 평균 및 표준 편차를 산출하였다.
- 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 건강지각과 가족지지 및 우울 정도의 차이는 t-test, ANOVA 및 Scheffé test를 이용하여 분석하였다.
- 건강지각과 가족지지 및 우울간의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.
- 노인의 우울에 영향을 주는 예측요인을 분석하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 특성

1) 일반적 특성

대상자의 성별은 여성이 143명(89.9%), 남성이 16명(10.1%)으로, 여자가 8배 가까이 많았고, 평균연령은 79.2세 이었으며, 81세 이상이 50.3%로 가장 많았다. 대상자 모두 결혼한 상태였고, 현재 배우자가 없는 대상자가 79.2%이었다. 최종학력은 초등졸인 경우가 82.4%로 가장 많았고, 종교가 있는 대상자가 62.3%이었다. 현재 함께 사는 동거인은 혼자 사는 대상자가 49.1%로 가장 많았고, 배우자 14.5%, 결혼한 아들이나 딸 부부 31.4%, 기타 5.0% 순이었다. 용돈에 대하여 만족하지 않는 대상자가 70.4%이었고, 자녀가 생활비를 부담하는 경우가 63.5%로 가장 많았으며, 자신이나 배우자 24.5%, 국가 보조금 12.0% 순이었다. 자신의 경제 상태에 대한 만족도는 보통이 47.2%로 가장 많았고, 불만족 42.1%, 만족한다 10.7% 순이었다(Table 1).

2) 질병관련 특성

건강상태에 대한 지각 정도는 자신의 건강상태가 나쁘다고 생각하는 경우가 63.5%로 가장 많았고, 보통이다 27.0%, 좋다 9.5%의 순이었다. 병원 진료를 결정한 사람은 배우자 또는 자녀인 경우가 84.9%로 가장 많았고, 최근 2년 동안 노인전문병원에 입원한 횟수는 1번이 87.4%로 가장 많았으며, 2-3번이 12.6% 이었다. 현재 입원해 있는 병원에서의 입원 기간은 6개월 미만 39.0%, 12개월 이상 37.1%, 6-11개월 23.9% 순이었고, 치료를 받는데 있어서 가장 도움을 주는 사람은 자녀가 78.0%로 가장 많았다. 현재 앓고 있는 질환은 골다공증과 관절염 등의 근 골격계 질환이 42.2%로 가장 많았고, 고혈압, 심근경색, 울혈성 심부전, 협심증 등의 심혈관계 질환 20.7%, 당뇨병 등의 내분기계 질환과 소화기계 질환 6.8% 등의 순으로 나타났다(Table 2).

2. 대상자의 건강지각, 가족지지 및 우울 정도

대상자의 건강지각 정도는 50점 만점에 평균 36.29점(±6.32), 평균평점 3.63점(±0.63), 백분위 환산 점수 72.6점이었으며, 가족지지 정도는 55점 만점에 40.05점(±9.98), 평균평점 3.64점(±0.91), 백분위 환산 점수 72.8점 이었다. 대상자의 우울 정도는 15점 만점에 평균 7.69점(±4.41), 백분위 환산 점수 51.27점 이었으며, 총 159명의 대상자 중 우울군이 100명(62.9%)이었고, 정상군이 59명(37.1%) 이었다(Table 3).

3. 대상자의 특성에 따른 건강지각, 가족지지 및 우울 정도의 차이

1) 일반적 특성에 따른 차이

대상자의 건강지각은 종교(t=3.87, p< .001), 현재 함께 살고 있는 사람(F=3.88, p= .023), 자신의 경제 상태에 대한 만족정도(F=3.55, p= .031)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 경제 상태에 만족한 집단이 만족하지 않는 집단 보다 건강지각 정도가 통계적으로 유의하게 높았다.

대상자의 가족지지는 종교(t=3.92, p< .001), 현재 함께 살고 있는 사람(F=5.94, p= .003), 용돈에 대한 만족 여부(t=3.94, p< .001), 자신의 경제 상태에 대한 만족 정도(F=23.19, p< .001)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 결혼한 자녀와 함께 사는 집단이 혼자 사는 집단 보다 경제 상태에 대해 만족하거나 보통인 집단이 만족하지 않는 집단보다 가족

<Table 1> Health Perception, Family Support and Depression by General Characteristics

(N=159)

Variables	Categories	n	Health perception				Family support				Depression			
			Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test	Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test	Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test
Gender	Male	16	3.71±0.46	0.56	.579		42.56± 8.40	1.06	.290		5.94±3.97	-1.68	.094	
	Female	143	3.62±0.65				39.77±10.13				7.88±4.42			
Age(yrs)	< 70	25	3.48±0.65	2.24	.110		37.28± 9.61	1.17	.312		8.04±4.30	0.14	.869	
	71-80	54	3.55±0.64				40.81±11.09				7.76±4.85			
	≥ 81	80	3.73±0.61				40.40± 9.26				7.53±4.17			
Spouse	Yes	33	3.50±0.59	-1.35	.179		40.24± 9.89	0.12	.902		7.18±4.41	-0.74	.462	
	No	126	3.66±0.64				40.00±10.04				7.82±4.41			
Education	Elementary school	131	3.63±0.66	0.20	.842		39.56±10.04	-1.35	.179		7.91±4.34	1.38	.168	
	≥ Middle school	28	3.61±0.50				42.36± 9.53				6.64±4.62			
Religion	Yes	99	3.77±0.61	3.87	**<.001**		42.36± 9.54	3.92	**<.001**		7.26±4.66	-1.56	.120	
	No	60	3.39±0.60				36.23± 9.57				8.38±3.88			
Cohabiting*	Alone[a]	78	3.56±0.70	3.88	**.023**	-	37.94±10.65	5.94	**.003**	**c>a**	7.99±4.30	0.52	.596	
	Spouse[b]	23	3.42±0.55				38.13±10.17				7.83±4.49			
	Offspring[c]	57	3.80±0.53				43.49± 7.85				7.21±4.59			
Monthly pocket money	Satisfied	47	3.76±0.58	1.64	1.03		44.66± 8.19	3.94	**<.001**		5.70±3.66	-4.20	**<.001**	
	Unsatisfied	112	3.56±0.65				38.12±10.06				8.52±4.47			
Livelihood	Self & spouse	39	3.56±0.75	2.38	.096		39.23±11.44	1.28	.283		6.82±3.99	1.02	.364	
	Offspring	101	3.70±0.55				40.90± 9.16				7.93±4.49			
	Subsidy	19	3.38±0.72				37.21±10.85				8.16±4.76			
Satisfaction about economic condition	Satisfied[a]	17	3.96±0.74	3.55	**.031**	**a>c**	48.53± 7.74	23.19	**<.001**	**a,b>c**	6.06±3.63	19.15	**<.001**	**c>a,b**
	Moderate[b]	75	3.65±0.55				42.79± 8.20				6.01±4.41			
	Unsatisfied[c]	67	3.52±0.67				34.84± 9.69				9.97±3.50			

* Excluding no answer

지지 정도가 통계적으로 유의하게 높았다.

대상자의 우울은 용돈에 대한 만족 여부(t=-4.20, p< .001), 자신의 경제 상태에 대한 만족 정도(F=19.15, p< .001)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 경제 상태에 대해 만족하지 않는 집단이 만족한다와 보통인

집단보다 우울 정도가 통계적으로 유의하게 높았다(Table 1).

2) 질병관련 특성에 따른 차이

대상자의 건강지각은 노인요양기관의 진료를 받는 것으로 결정한 사람(F=3.25, p= .041)과 치료 시 주로 도움을 주는 사람(F=16.65, p< .001)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 치료 시 도움을 주는 사람이 자녀인 경우가 배우자와 기타 보다 건강지각 정도가 통계적으로 유의하게 높았으나, 노인요양기관의 진료를 받는 것으로 결정한 사람에 따른 그룹별 차이는 없었다.

대상자의 가족지지는 노인요양기관의 진료를 받는 것으로 결정한 사람(F=6.67, p= .002)과 주로 도움을 주는 사람(F=5.39, p= .005)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 진료를 받는 것에 대하여 배우자나 자녀가 결정하는 대상자가 기타인 집단 보다, 치료 시 도움을 주는 사람이 자녀인 경우가 배우자나 기타인 집단 보다 가족지지 정도가 통계적으로 유의하게 높았다.

대상자의 우울은 자신의 건강상태에 대한 인식정도(F=10.75, p< .001)에 따라 유의한 차이가 있었고, 사후검정결과, 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 집단이 좋다와 보통인 집단 보다 우울 정도가 통계적으로 유의하게 높았다(Table 2).

4. 대상자의 건강지각과 가족지지에 따른 우울 정도의 차이

대상자의 건강지각과 가족지지 정도에 따른 우울 정도의 차이를 파악하기 위하여, 먼저 건강지각과 가족지지 점수분포에 따라 대상자를 세 개의 동일크기 집단으로 나누는 절단점의 점수를 산출하여, 점수 정도가 하위 1/3 절단점 이하인 군을 '하위군'으로, 상위 1/3 절단점 이상의 군을 '상위군'으로, 그리고 이 두군 사이의 나머지 군을 '중위군'으로 분류하였다(Table 3).

건강지각 정도에 따라 우울 정도가 통계적으로 유의한 차이가 있었고(F=3.24, p= .042), 사후검정결과, 건강지각 하위군이 상위군보다 우울 정도가 유의하게 높았다. 그리고 가족지지 정도에 따라 우울 정도가 통계적으로 유의한 차이가 있었고(F=24.20, p< .001), 사후검정결과, 가족지지 하위군이 상위군, 중위군보다 우울 정도가 유의하게 높았다.

5. 대상자의 건강지각과 가족지지 및 우울 간의 관계

대상자의 건강지각과 가족지지 및 우울 간의 관계를 파악하기 위하여 상관관계 분석을 실시한 결과, 우울은 건강지각(r=- .236, p= .003) 및 가족지지(r=- .524, p< .001)와 유의한 역 상관관계를 보였고, 가족지지는 건강지각(r= .533, p< .001)과 유의한 순 상관관계가 있었다(Table 4).

6. 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

대상자의 우울에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위하여 건강지각, 가족지지와 일반적 특성에 유의하게 차이가 나타난 변수들 중 명목척도를 가 변수(Dummy variables)로 전환하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다(Table 5).

독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증한 결과 오차의 자기상관(독립성) 검증에서는 Durbin-Wastson 통계량이 2.077로 검정통계량보다 크기 때문에 자기상관이 없었고, 다중공선성의 문제는 공차한계(Tolerance)가 .744- .929

<Table 2> Health Perception, Family Support and Depression by Disease Related Characteristics (N=159)

Variables	Categories	n	Health perception				Family support				Depression			
			Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test	Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test	Mean±SD	t or F	*p*	Scheffé test
Health perception	Good[a]	15	3.81±0.37	0.99	.374		41.93± 7.77	0.29	.746		3.87±2.85	10.75	**<.001**	**c>a,b**
	Moderate[b]	43	3.55±0.50				39.93±10.14				6.63±4.27			
	Bad[c]	101	3.64±0.71				39.82±10.25				8.70±4.27			
Decision about admission	Self[a]	18	3.36±0.85	3.25	**.041**	-	35.28±11.28	6.67	**.002**	**b>c**	8.44±4.63	1.68	.189	
	Spouse& offspring[b]	135	3.68±0.60				41.16± 9.45				7.46±4.36			
	Others[c]	6	3.25±0.23				29.50± 8.62				10.50±4.04			
Admission frequency	1	139	3.67±0.64	1.94	.054		40.60±10.10	1.84	.068		7.50±4.49	-1.38	.171	
	2-3	20	3.38±0.54				36.25± 8.35				8.95±3.65			
Duration of admission (mths)	< 6	62	3.63±0.68	0.31	.735		40.82±10.57	0.31	.736		7.16±4.41	2.30	.104	
	6-11	38	3.57±0.59				39.42± 9.55				9.00±4.29			
	≥ 12	59	3.67±0.61				39.64± 9.72				7.39±4.38			
Chief helper in treatment	Spouse[a]	10	3.23±0.66	16.65	**<.001**	**b>a,c**	41.10± 6.11	5.39	**.005**	**b>c**	5.80±3.55	1.57	.211	
	Offspring[b]	124	3.77±0.57				41.60± 9.47				7.64±4.47			
	Sibling & others[c]	25	3.10±0.61				34.20±11.79				8.68±4.27			

<Table 3> Depression by Health Perception and Family Support (N=159)

Variables	Categories	n	Depression			
			Mean±SD	F	*p*	Scheffé test
Health perception	High[a]	56	6.61±4.24	3.24	**.042**	**c>a**
	Medium[b]	50	7.80±4.82			
	Low[c]	53	8.72±3.96			
Family support	High[a]	54	5.09±4.14	24.20	**<.001**	**c>a,b**
	Medium[b]	53	7.74±3.99			
	Low[c]	52	10.33±3.44			

<Table 4> Correlations among Variables (N=159)

Variables	Health perception	Family support
Depression	-.236*	-.524**
Family support	.533**	

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

<Table 5> Factors Affecting Depression (N=159)

Variable	B	SE	β	t	p	AdjR²	F	p
Constant	13.19	1.42		9.27	< .001	.373	32.40	<.001
Family support	-0.19	0.03	-.432	-6.11	< .001			
Health perception(bad)	2.24	0.60	.245	3.76	< .001			
Satisfaction about economic condition (unsatisfied)	1.67	0.65	.190	2.60	.010			

로 1.0 이하로 나타났으며, 분산팽창지수(VIF)도 1.08-1.34로 10을 넘지 않아 문제는 없었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 선형성(Linearity), 정규성(Normality), 등분산성(Homoscedasticity)의 가정도 만족하였고, 특이값을 검토하기 위한 Cook's distance 값은 1.0을 초과하는 값이 없어 특이값도 없는 것으로 확인되었다(Park, Yun, & Han, 2009). 따라서 대상자의 우울 회귀방정식(우울 = 13.19 - 0.19 × 가족지지 + 2.24 × 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 인식 + 1.67 × 자신의 경제상태에 대해 불만족)은 유의한 것으로 나타났으며(F=32.40, p< .001), 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(AdjR²)는 .373으로 설명력은 37.3%이었다. 그리고 대상자 우울의 가장 주요한 예측 요인은 가족의 지지(β=- .432, p< .001)이었고, 그 다음으로는 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 인식한 경우(β= .245, p< .001), 자신의 경제상태에 대해 불만족한 경우(β= .190, p= .010)인 것으로 나타났다.

Ⅳ. 논 의

노년기에는 노화로 인한 만성질환에 따른 신체적 문제와 더불어 노인에게 가장 흔히 발생하는 정신건강문제로서 우울이 발생하며, 특히 노인전문병원 노인들의 장기간의 입원은 무력감과 우울 등의 정신 건강문제를 악화시킬 수 있다. 따라서 본 연구는 노인의 건강지각과 가족지지 및 우울간의 관계를 규명하고 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시도되었다.

본 연구결과 대상자의 건강지각 정도는 50

점 만점에 평균 36.29점, 평균평점 3.63점, 백분위 환산 점수 72.6점이었으며, 이는 복지관 이용 노인 3.28점(Kim, 2009)보다 높았다. 또한 인구학적 특성 중 자녀와 함께 살고 있고, 종교를 갖고 있으며, 자신의 경제 상태에 만족하며, 배우자와 자녀가가 노인전문병원의 진료를 받는 것으로 결정한 대상자의 건강지각 정도가 통계적으로 유의하게 높았다. 이와 유사하게, Kim (2007)의 연구에서도 종교가 기독교이고, 생활비를 자신이 담당하며, 월수입과 월 용돈이 많고, 건강보험 형태가 의료보험인 노인의 건강지각 정도가 높게 나타났다. 또한 Lee (1998)의 연구에서도 남자이고, 종교취미가 있으며, 교육수준이 높으며, 배우자가 있는 대상자의 건강지각 정도가 더 높은 것으로 나타나, 본 연구결과와 부분적으로 일치하였다. 이와 같이, 대상자의 경제적·정신적인 안정감은 건강에 대한 자기인식과 건강증진 행위에 대한 동기부여에 기여함은 물론 삶의 질에도 기여한 것으로 나타났다. 따라서 대상자의 건강지각을 긍정적으로 높이기 위해서는 종교, 현재 동거인, 경제 상태 등의 일반적 특성들을 고려하여 노인 건강교육 프로그램이나 노인 간호중재 프로그램을 개발하고 적용해야 할 것으로 사료된다.

본 연구결과 대상자의 가족지지 정도는 55점 만점에 40.05점, 평균평점 3.64 점, 백분위 환산 점수 72.8점으로 나타났다. 이는 지역사회 거주노인 37.4점(Sim, 2008)보다 높았다. 또한 인구학적 특성 중 종교가 있고, 결혼한 자녀와 함께 살고, 용돈과 자신의 경제 상태에 대해 만족하고, 배우자나 자녀가 병원 진료를 받는 것으로 결정하고, 자녀가 주로 도움을 주는 대상자의 가족지지 정도가 통계적으로 유의하게 높았다. 본 연구결과와 유사하게, Cho (2003)의 연구에서도 생활형편이 좋고 지지제공자수가 많을수록, 그리고 지지의 주 제공자가 배우자이고 배우자와 같이 살수록 가족지지 정도가 높은 것으로 나타났다. 이와 같이, 가족지지는 노인에게 매우 중요한 일차적인 지지체계로서 노인의 건강유지와 삶의 질을 영위하는데 있어 중요한 요인이므로, 가족 교육시 가족지지의 중요성을 인식시키고, 핵가족 형태로 변환되고 맞벌이 부부가 늘어나는 현실을 감안하여 가족의 지지를 대신할 수 있는 여러 가지 사회적 지지 자원들의 개발이 필요할 것으로 생각된다.

특히 노인전문병원에 입원한 노인은 심신의 기능이 저하되고, 가정과 사회에서의 역할이 감소하며, 죽음에 대한 두려움과 고독감 등으로 인하여 우울증이 많이 발생하며, 특히 입원노인의 수동적 환자역할이 노인의 건강상태를 더욱 악화시킬 수 있으므로(Jeon, Choi, 2005), 입원노인의 정서변화나 인지기능 등의 정신적 기능의 장애에 대한 세심한 관찰이 매우 중요하다. 본 연구에서, 대상자의 우울 정도는 15점 만점에 평균 7.69 (±4.41)점, 백분위 환산 점수 51.27점 이었으며, 대상자 절반이상인 62.9%가 우울상태에 있는 것으로 나타났다. 이는 선행연구들 중, 저소득층 여성노인 7.00-7.62점(Yoon, & Choi, 2002)과는 유사했으며, 재가노인 5.52점(Kim, 2007) 보다 높았다. 이와 같이, 노인들은 대체로 우울을 경험하고 있으며, 재가노인보다 노인전문병원에 입원한 노인이 대체적으로 우울 정도가 높은 것으로 나타났다. 또한 인구학적 특성 중 용돈과 자신의 경제 상태에 대해 만족하지 않고, 자신의 건강상태가 나쁘다고 생각하는 대상자의 우울 정도가 통계적으로 유의하게 높았다. 이와 유사하게, Kim (2001)의 연구에서도, 경제수준과 용돈에 대한 만족도가 높으며, 사회참여도가 높고, 건강상태가 좋을수록 우울 정도가 낮게 나타났다. 이와 같이, 노인들은 대체로 우울을 경험하고 있고, 특히 노인 우울은 자신의

경제적 능력이나 용돈 등의 경제적 요인이나 신체적 독립성 등의 신체적 건강상태와 밀접한 관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 따라서 노인 간호에 있어, 신체적 건강상태뿐만 아니라 정신적 건강상태를 사정하고 우울을 조기 발견하여 관리하는 통합적인 프로그램이 실행되어야 할 것으로 생각되며, 노인연금제도 등 국가적 대책마련에도 큰 관심을 기울여야 할 것이다.

우리 사회는 인구 고령화와 핵가족화 그리고 여성의 사회진출 등, 가족과 사회구조의 변화로 인하여 노인에 대한 가족의 보호기능과 부양의지는 감소하고 있으며, 자아존중감 상실과 우울증상을 가진 노인이 증가하고 있다(Kim, Yoo, & Han, 2002). 이러한 이유로 2008년부터 시작된 노인장기요양보험제도는 몸이 불편한 노인들로 인하여 가정이 받고 있던 경제적, 정신적 부담을 경감시키는데 크게 기여하고 있다(Lee, 2008). 본 연구에서, 노인의 우울 정도가 높을수록, 건강지각과 가족지지 정도가 낮았으며, 가족지지 정도가 높을수록 건강지각 정도가 높은 것으로 나타났다. 이와 유사하게, Kim 등(2002)의 연구에서도, 노인들의 건강지각이 높을수록 우울이 낮았고, Yoo 등(2002)의 연구에서도, 현재 건강상태에 대한 노인의 지각과 사회적 지지정도는 우울과 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한, 본 연구에서 대상자의 우울의 가장 주요한 예측요인은 가족지지이었으며, 그 다음으로는 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 생각하는 경우, 자신의 경제 상태에 대해 불만족하는 경우의 순으로 나타났으며, 이들 세 개 변인 전체는 우울을 37.3% 설명하였다. 이와 유사하게, Son (2005)의 연구에서도, 노인복지회관을 이용하는 노인의 정신건강에 영향을 미치는 주요 변인들을 생태학적 관점에서 규명하였는데, 주관적 건강상태, 자존감, 죽음에 대한 태도, 가족관계, 주거환경만족도, 노인에 대한 태도 및 사회적지지가 우울감에 영향을 미치는 변인으로서, 총 37.8%의 설명력이 있는 것으로 나타났다. 이와 같이, 가족지지는 노인 우울을 완화시키고 건강을 유지하는데 중요한 기능을 하고 우울상태에 매우 큰 영향력이 있는 것으로 나타났다. 또한 노인은 만성질환을 앓고 있더라도 본인이 자각하고 있는 신체적인 건강 인지도가 개인마다 다르기 때문에 질환의 유무보다는 본인이 지각하고 있는 건강수준에 대한 파악이 매우 중요하다.

본 연구 결과를 종합해 볼 때, 노인의 절반 이상이 우울상태에 있었고, 우울은 특히 가족과 같은 사회적 지지체계나 신체적 건강상태 및 경제적 요인과 관계가 높았다. 따라서 노인의 우울을 낮추고 삶의 질을 높이며 신체건강을 좋게 하기 위해 노인에게 중요한 지지체계가 되는 가족지지 자원개발 등, 노인에게 영향을 미치는 사회생태학적 접근이 필요하다. 그리고 우리나라는 아직도 전통적인 가족 간의 강한 유대관계가 노인을 지지하는 가장 중요한 기능을 하게 되므로 노인에 대한 가족간호를 강화하고, 우울을 정상적인 노화현상으로 여기거나 간과할 것이 아니라 우울증을 가진 노인을 조기 발견하여 조기중재하기 위한 노인 우울 간호프로그램이 개발되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구는 노인의 우울에 영향을 미치는 생태환경적 요인을 규명하였다는데 의미가 있으나, 일 개 지역에 소재한 6개 노인전문병원에 입원 중인 노인 환자를 대상으로 편의 표집되었으므로, 연구 결과를 우리나라 전체의 노인인구로 일반화하는 데는 제한점이 있을 수 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 노인전문병원에 입원 중인 노인의 건강지각과 가족지지 및 우울 간의 관계를 파악하고, 우울에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 시행되었다.

노인전문병원에 입원 중인 노인의 우울은 건강지각 및 가족지지와 유의한 역 상관관계를 갖는 것으로 나타났고, 가족지지는 건강지각과 유의한 순 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 대상자 우울의 가장 주요한 예측 요인은 가족지지이었으며, 그 다음으로는 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 생각하는 경우, 자신의 경제 상태에 대해 불만족하는 경우 순이었으며, 이들 세 개 변인 전체가 우울을 37.3% 설명하였다. 즉, 노인전문병원에 입원한 노인은 건강지각 및 가족지지가 낮을수록 우울이 높았으며, 가족지지가 높을수록 건강지각은 높았다. 또한 노인의 우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 가족지지 이었으며, 자신의 건강상태에 대한 지각과 경제상태도 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구의 간호학적 의의는 실무 측면에서는 노인장기요양보험제도 실시와 함께 노인전문병원에 입원하는 노인의 비율이 증가하고 있는 상황에서 이들의 신체적 및 심리적 특성과 관련요인을 고려한 노인 간호중재 프로그램 개발을 위한 기초연구로 활용할 수 있으며, 연구측면에서는 노인의 우울에 영향을 미치는 생태환경적 요인을 규명하는 탐색적 조사연구로서 향후 노인의 정신건강문제를 파악하기 위한 기초 연구로 활용될 수 있을 것으로 사료된다.

향후 연구에서는 노인의 건강지각, 가족지지 및 우울 간의 관계에 대한 연구결과의 일반화를 위하여 대상과 특성이 다른 재가 노인이나 다른 지역에 거주하는 노인들을 대상으로 표본수를 확대한 반복 연구와, 노인의 삶의 질 증진과 우울예방 및 중재를 위한 노인 간호중재 프로그램의 개발 및 적용에 관한 연구를 제언한다.

참고문헌

Cho, J. H. (2003). *Relation among the family support, depression, and the life satisfaction of the elderly patients with chronic illness.* Unpublished master's thesis, Daejeon University, Daejeon.

Choi, E. S. (1995). *A study on the relation of the perceived family support, loneliness and health status of the elderly*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.

Cohen (1992). Quantitative methods in psychology. *Psychological bulletin, **112***(1), 155-159.

In, J. H. (2009). *Association between physical functioning and depressive symptom.* Unpublished master's thesis, Public Health Ajou University, Suwon.

Jeon, S. C., & Choi, Y. H. (2005). *The science of geriatric gerontological nursing.* Seoul: Soomoonsa.

Kang, H. S. (1984). *Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities.* Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Kee, B. S., & Lee, C. W. (1995). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale in Korea. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association,*

34(6), 1875-1882.

Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korean version. *The korean Journal of Neuropsychiatric Association, 35*(2), 298-307.

Kee, B. S. (2005). Drug therapy of geriatric depression. *Geriatric diseases, 9(*Appendix 3), 141-153.

Kim, C. G. (2007). The relationship of family support, health perception, nutritional status and depression in elders. *Journal of the Korean Gerontological Society, 9*(1), 14-19.

Kim, D. H. (2001). A study on the correlation among family support, self-esteem and depression in elderly. *International Journal of Welfare for the Aged, 13*, 113-144.

Kim, H. A. (2007). *A study on health perception, health knowledge and health promoting behavior of the elderly.* Unpublished master's thesis, Kyung hee University, Seoul.

Kim, H. S., You, S. J., & Han, K. R. (2002). The relation of cognitive function, physical health, self-esteem, social support and depression of elderly women in the community. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 4*(2), 163-175.

Kim, N. H. (2009). *Health promoting lifestyle patterns and health perception in the elderly using the welfare centers.* Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul.

Kim, S. J. (2007). *Factors associated with nursing home selection and family satisfaction in nursing home service.* Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Korea Institute for Health and Social Affairs (2002). *Medical Recuperation Service Field.* Web site: http://www.kihasa.re.kr

Lee, H. Y. (1985). *A study of the effects of health contracting on compliance with health behaviors in clients with hypertension.* Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Lee, K. J., Kwon, M. S., & Kim, S. H. (2004). Health status evaluation of residents of a specialized hospital for elders. *Journal of the Korean Gerontological Society, 6*(2), 147-155.

Lee, K. S. (1998). *A study on health perception and health promoting behavior of the elderly.* Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Jeonju.

Lee, O. K. (2008). *Satisfaction with care among patients in geriatric hospitals and nursing homes since the implementation of the national long-term care insurance.* Unpublished master's thesis, Public Health Yonsei University, Seoul.

Lee, W. J. (2005). *The relationships among depression, self-esteem and life satisfaction of elderly institution residents.* Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

Mogan, K., & Bath, P. A. (1998). Customary physical activity and psychological well-being: a longitudinal study. *The Gerontologist, 27*, 35-40.

Moon, H. K. (2008). *Comparison of depression and quality of life elderly patients in geriatric hospital and elders in home visiting health program.* Unpublished master's thesis, Kosin University, Busan.

Park, J. H., Yun, E. K., & Han, S. S. (2009). Factors influencing nurses' organizational citizenship behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing,* ***39***(4), 499-507.

Sim, J. S. (2008). *Correlation study of the style of anger expression, depression, and family support on the quality of life of the elderly.* Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.

Son, D. S. (2005). *A study on the ecological factors of the mental health of the elderly: focused on the depression and psychological well-being.* Unpublished doctoral dissertation, Kangnam University, Yongin.

Ware, J. E. (1979). *Health perception questionnaire instruments for measuring nursing practice and other care variables.* Hyattsville, Maryland: DHEW Publication, 158-161.

Yang, K. S., Sok, S. H., & Kim, K. B. (2005). The effect of stretching exercise upon depression and motivation for rehabilitation of stroke patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research,* ***11***(1), 47-55.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of the Psychiatry Research,* ***17***(1), 37-49.

Yoo, I. Y., Lim, M. K., & Yoo, W. S. (2002). A study on depression, self-reported health status and social support in elderly people. *Journal of the Korean Gerontological Society,* ***4***(2), 153-162.

Yoon, S. R., & Choi, H. J. (2002). The effects of recreation dance on depression and life satisfaction in elderly women in a low class community. *Journal of Korean Community Health Nursing Academic Society,* ***16***(1), 135-147.