

노인 우울에 미치는 요인

Factors Influencing the Depression of Aged People

이은령*, 강지혁*, 정재필**
경운대학교 임상병리학과*, 수성대학교 보건복지경영과**

Eun-Ryeong Lee(2457eun@naver.com)*, Ji-Hyuk Kang(jhkang@ikw.ac.kr)*,
Jae-Pil Jung(jjpkng@hanmail.net)**

요약

본 연구의 목적은 노인들의 우울에 영향을 주는 요인으로 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적 지지, 자아존중감에 종교생활 참여로 인해 영향 주는지를 규명하여 노인우울증 예방 프로그램 개발을 위한 기초 자료와 우울을 해소하는 방안을 제공하고자 한다. 연구대상은 경북 구미, 김천, 칠곡 인근지역에 있는 노인회관과 노인복지관, 가정방문을 통하여 357명의 노인들을 대상으로 직접면접방식으로 설문하였다. 자료 분석은 SPSS/PC 18.0과 AMOS 18.0 프로그램을 이용하여 분석한 결과, 첫째, 일반적 특성에 따른 우울요인에는 성별, 학력, 배우자 유·무, 동거상태, 주관적 건강상태에서 유의한 차이를 보였다. 둘째, 종교생활에 영향을 미치는 요인으로는 경제상태, 가족지지, 자아 존중감 이었다. 셋째, 우울에 정적으로 가장 영향을 많이 미치는 요인은 신체적 건강상태로 나타났다. 넷째, 종교생활 참여는 개인적 참여 수준이 높을수록 우울이 감소하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 도출된 결론을 통해 노인들의 우울을 관리하는데 있어 신체적 건강상태에 더하여 가족지지, 사회적지지, 자아존중감과 함께 평가하여 우울증을 조기 발견하고 관리하는 통합적인 프로그램의 개발과 시행이 절실하다. 특히 노인들의 종교생활 참여가 노인 우울을 감소시켜 건강한 노년기를 보내는데 보탬이 될 것으로 사료된다.

■ 중심어 : | 노인 | 종교생활 | 우울 |

Abstract

The purpose of this research is to examine the influence to physical health status, economic status, family support, social support and self-esteem which affects to solve depression, and give basic information for developing a program to prevent the aged people gloominess and a way to solve that gloominess. This surveying study was undertaken through personal interview way for 357 aged people who were in the elder's meeting hall, living in elderly welfare institute, or home near Gumi, Gimcheon, and Chilgok regions. For data analysis, SPSS/PC 18.0 and AMOS 18.0 program for frequency analysis, First, In the reason of depression by general distinctive quality, there was a significant difference in sex'educational background'existence of a spouse of the condition of living-together, and personal health condition. Second, affecting factors to religious life were economic condition, family support, and self-esteem. Third, the most serious factor that enhanced depression was physical health. Fourth, It appeared as higher attendance of individuals about religion means decrease of the depression. When these result reviewed, to control the depression of aged people, it is necessary to develop and conduct a total program that can detect and manage depression early through measuring the physical health, family support, social support and self-esteem. Especially, participation of religious life is considered to ameliorate the depression of aged people and help them live a good senescence.

■ keyword : | Aged People | Religious Life | Depression |

I. 서론

우리사회가 급속한 고령화의 진행으로 신체적, 심리적, 사회적 노화과정을 거치는 노년기의 증가는 개인은 물론 가족 및 지역사회 그리고 국가 등 모든 관련 집단에 있어서 사회적 경제 부담으로 나타나고, 특히 배우자나 가족의 죽음으로 인한 가족관계의 변화, 친구의 죽음, 퇴직으로 인한 경제적 어려움, 사회로부터의 소외 및 상실감, 신체적 기능저하 등으로 정신적 스트레스의 증가요인이 되고 있다[37].

정신적 스트레스는 노년기의 감각적·인지적 능력의 상실, 가족과 친구의 상실, 가정의 상실, 소득과 직업의 상실, 건강의 상실 등으로 인하여 노인의 자아 존중감이 저하되면서 자신을 무가치하게 생각하는 정서적 위기는 노인의 상실감으로 인해 우울을 겪게 되는데, 상실은 모든 사람의 생활에서 나타나지만, 노년기에는 상실이 더 많이 나타나 노인 우울이 증가한다[13][21].

우리나라 노인의 경우 지역사회 재가 노인의 46%, 복지시설 이용 노인의 58.6%, 입원이나 외래 통원치료를 받는 노인의 69.6%, 시설거주 노인의 71.3%가 우울증상을 겪는 것으로 파악되고[1], 죽음에 대한 두려움 등을 포함하는 심리적 반응의 한 형태로, 다른 연령층에 비하여 예후가 나쁜 편이며, 심할 경우 우울은 자살의 위험성을 높게 하여 사망률 증가와 많은 연관을 가지고 있다[26]. 뿐만 아니라, 노인들은 자연스럽게 노동시장에서 배제되어가고 있고, 사회적 역할상실과 지위 저하는 급속한 사회변화와 함께 사회적 지지의 감소는 고독과 우울증의 요인이 될 수 있으며, 반대로 높은 사회적 지지는 우울을 감소시키고, 스트레스와 우울 사이의 완충 역할을 한다. 적극적인 사회참여와 정기적인 여가 활동은 퇴직 이후에 시간적 여유가 많은 노인에게 고독감, 소외감, 무료함을 극복하는 역할뿐만 아니라 노인의 생활 만족감을 향상시키는데 긍정적인 영향을 미친다[36].

여러 요인으로 인한 우울의 증가는 노인에게서 피할 수 없는 현상이라고 본다. 때문에, 지금까지의 노인 우울증에 영향을 주는 요인에 대한 활발한 연구가 있어왔고, 노인 우울 예방의 중요성에 대한 연구도 있어왔

다. 그러나 노후를 효율적으로 보내는 방법으로 소외감을 완화 시키고 노후의 적응은 물론 만성화된 무료함에 서 벗어날 수 있는 효과적인 활동으로 여가활동, 스포츠, 일, 자원봉사, 사회활동을 포함한 종교생활이 제기되고 있다[15]. 특히, 노년기에 가장 흔한 정신질환인 우울과 만성질환, 자아존중, 종교생활, 생활 만족도, 삶의 질, 성공적인 노화를 측정하는 것이 대부분이었으나 최근에 노인의 신체 및 정신건강에 종교가 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다[5][20][24].

70세 이후의 노인의 경우 종교적 활동은 감소하나 종교적 태도는 계속된다[27]는 결과와 노인들 중에 나이가 들수록, 조직적 참여도는 줄어들더라도 개인적 참여도는 적극적으로 증가한다[41]의 선행연구에 Ainsley와 Smith(1984)가 분류한 종교참여 척도를 중심으로 선행 연구로 사용한 공적참여, 개인참여, 일반적 참여로 구성하여[3] 본 연구는 우울에 영향을 주는 요인으로 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 종교생활 참여를 통해 미치는 영향을 규명하고, 이를 통해 우울증을 조기 발견하고 관리하는 통합적인 프로그램 개발에 기초 자료가 될 것으로 기대한다.

II. 이론적 배경

1. 노년기 우울

우울은 흔히 정상적인 기분변화로 일상에서 표현되는 우울감에서부터 심한 정신병적 상태의 우울증에 이르는 하나의 연속선상에서 설명되고, 또한 우울은 자긍심의 저하, 정신운동기능의 지연, 때때로 죽고 싶어 하는 마음 등으로 인한 슬픔, 외로움 같은 기분의 변화로 특징 지워지는 병적인 상태이다[33].

노년기에는 상실에 대한 반응의 결과일 수 있다. 배우자와 친척들의 죽음, 경제적인 불안정, 퇴직, 정력과 신체적 지각의 감퇴, 죽음에 대한 불안, 부정적 감정과 흥미상실, 수면장애, 무기력, 체중감소, 인지장애, 집중력장애 등 이 모든 것들이 노인성 우울증 발현에 영향을 미치고 있다. 더욱이 사랑하는 배우자의 상실과 같은 슬픔을 느끼고 있는 노인은 위기 상황적 사건에 이

르게 되면 쉽게 절망하게 되고 정상적인 슬픔과 혼동되기 쉬운 특성이 있으며, 극단적으로는 자살의 충동까지 느끼게 되어 심각한 심리적 문제를 드러내게 된다[7][37]. 노인의 정신 질환으로 치매와 우울 증상을 들고 있는데, 치매 질환의 유병률은 약 8%대 수준으로 나타나고, 노인의 40% 정도가 우울 증상을 보이고 있는 것으로 조사되었다[12].

가족지지(Family support)가 가족 체계 내에서의 상호작용을 통하여 스트레스를 경험하는 상황에 노출된 개인을 정서적, 정신적으로 보호하는 방패나 완충 역할을 함으로써 개인의 위기나 변화에 대한 적응을 도와주는 것이라고 한다[30]. 또, 가족 지지는 가족에 의한 비공식적 지지로서 언어적, 비언어적 정보나 충고, 가시적인 유형의 도움이나 행동, 서비스 등을 제공하는 체계를 말하며, 가치 있는 활동 혹은 사회적 역할을 성취할 수 있도록 하는 데에 영향을 미친다[31]. 가족의 지지가 높은 상태에서는 스트레스 등으로 인한 우울 및 자살충동 등 정서적인 문제가 감소되므로, 가족의 지지는 스트레스와 정신적인 문제 간의 중요한 매개요인으로서 고려되어 왔다[39].

사회적 지지는 인간의 기본적인 사회적 욕구를 충족시켜 주며 스트레스 발생을 예방할 뿐만 아니라 스트레스 상황에서의 부적응에 도움을 줄 수 있는 효과적인 완충제 역할을 하는 것으로 받아들여지고 있어 우울을 감소시키는 중요한 변인이 되고 있다[9]. 사회적 지지를 많이 받고 있는 노인인 경우에는 삶의 어려움에 처하게 될 경우에는 주위에 도움을 제공할 수 있는 사람이 많기 때문에 사회적 지지를 적게 받는 노인에 비해 우울을 적게 경험한다. 반면, 신체 및 정신 상태가 열악한 노인들 중 사회적 지지가 부족한 노인은 스트레스에 더욱 취약하게 되어 우울 증상이 나타날 가능성이 크다고 한다[16].

자아 존중감을 자아에 대한 전반적 애착 경향성으로 정의하였으며[28], 자아 존중감이 자기 자신을 존경하고 가치 있는 존재라고 생각하는 정도를 다양한 요소들을 나름의 원리에 따라 적합한 조합을 이루고 복잡한 방식으로 상호 연관되어 있는 총체적 의미라고 하였다[42].

2. 노년기 종교생활

노년기의 종교생활의 특징으로 상반된 종교적 성향으로, 건강 악화로 인한 신체적인 제약 때문에 종교 생활 참여가 점차 약화된다는 점과 노년기의 박탈감과 상실감 때문에 오히려 종교적 믿음이 강화되어 종교생활 참여가 강화된다는 사실이다[19]. 종교성 연구에서는 종교적 성향(religious orientation)을 세 가지 차원으로 종교생활이 이루어진다고 본다. 첫 번째는 행위적 혹은 공언적 측면(Behavioral or publication perspective)으로 공식적 종교기관에 참여하는 빈도로 공적 종교성, 두 번째는 개인적 혹은 경험적 측면(Personal or experiential perspective)으로 종교경전 읽기 빈도, 기도 빈도, 종교적 프로그램 청취 빈도 등을 나타내는 비조직적 종교성이고, 마지막 세 번째는 주관적 혹은 심리적 측면(Psychodynamic or intrapsychic perspective)으로 개인이 판단하는 주관적 종교성 혹은 종교에 대한 개인적 태도로 개념화되기도 한다[22][25]. 종교의 기능을 심리적인 측면에서 보면 첫째는 압박한 죽음을 맞이 하도록 도와주고, 둘째는 생활의 의미성과 중요성을 계속 느끼고 발견 하도록 도와주며, 셋째로는 노년기에 경험하게 되는 각종 상실감을 받아들이도록 도와주며, 마지막 넷째는 노년기에 잠재해 있는 보상적 가치를 발견하고 이용할 수 있도록 도와준다[34]. 노인의 종교참여 정도를 구체적으로 살펴보면 70세 이후의 노인의 경우 종교적 활동은 감소하나 종교적 태도는 계속된다는 결과와 노인들 중에 나이가 들수록 공적(조직적) 참여도는 줄어들지라도 개인적(비조직적) 참여도는 적극적으로 증가한다[27][41].

III. 연구방법

1. 연구모형과 가설설정

본 연구의 목적은 노인들의 우울에 영향을 주는 요인으로 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 종교생활참여로 인해 우울에 미치는 영향으로 연구모형을 설정하였다[그림 1]. 연구모형에 근거하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설(H1): 경북 중소도시 노인의 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 종교생활에 영향을 미칠 것이다.

가설(H2): 경북 중소도시 노인의 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 우울에 영향을 미칠 것이다.

가설(H3): 종교생활참여가 노인 우울에 영향을 미칠 것이다.

2. 연구대상

경북 구미, 김천, 칠곡 인근지역에 위치한 노인 회관과 노인복지관, 가정 방문을 통하여 연구의 취지를 설명하고 동의를 받은 후 2010년 9월 15일부터 10월 3일까지 설문조사를 하였다. 설문지는 조사 대상 30명여의 선정하여 사전 조사하여 설문내용의 타당성 여부를 검토한 후 문항을 재구성하여 최종 확정하였다. 자료 수집은 연구자와 사전지도를 받은 조사원들이 직접 면접을 통한 방식으로 이루어졌다. 총 370명이 연구에 참여하였으며, 그중 완전히 응답하지 못한 13명을 제외한 357명의 자료를 활용하였다.

3. 연구도구

본 연구는 구조화된 설문지를 사용하여 사회적지지, 우울, 종교생활참여, 경제상태, 자아 존중감, 가족지지에 대한 문항의 신뢰도를 검증하기 위하여 Cronbach's α 계수를 이용한 내적 일관성 분석방법을 실시하였다. 신뢰도 분석결과 사회적지지 .942, 우울척도 .870, 종교생활참여 .983, 경제상태 .714, 자아 존중감 .809, 가족지지 .922이다.

3.1 주관적 건강상태

어르신의 현재 건강상태를 묻는 1문항을 '아주 나쁘다(1점)'에서 '아주건강하다(5점)'의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.2 신체적 건강상태

주관적 건강상태에 관한 질문과 일상 생활수행 능력(Activity of Daily Living; ADL)의 측정은 Katz

Index(1963)를 사용한 6문항과 도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activity of Daily Living; IADL)의 측정은 Pfeiffer(1975)가 개발한 부분을 번역한 7문항을 사용하여 신체적 건강상태는 총13문항으로 '도움이 필요 없음(without help)' 1점, '약간 도움 필요(with some help)' 2점, '완전 도움필요(completely unable)' 3점으로 득점 합계 13-39점을 산정하여 비교하였다.

3.3 경제상태

경제상태 측정을 위한 도구로 긍정적 3문항과 부정적 2문항으로 총 5문항으로 구성되었으며[6], 각 문항은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.4 가족지지

가족지지를 측정하기 위하여 가족과의 관계 5문항, 경제적/정서적/도구적 도움에 관한 5문항으로 총 10문항으로 긍정적인 문항 8문항과 부정적인 문항 2문항으로 재구성되었으며[8][11], 각 문항은 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.5 사회적지지

사회적 지지는 개인이 사회적 대인관계를 어떻게 지각하고 평가하는 것으로 개인의 주관적 지각을 나타낸다. 사회적 지지를 측정하기 위하여 Sherbourne & Stewart(1991)가 개발하고 임민경(2002)이 번안한 Medical Outcome Social Support Survey(MOS-SSS)로 19문항을 사용하였다[14][17][43]. 사회적 지지는 물질적지지(4문항), 애정적지지(3문항), 긍정적 사회 상호작용(4문항), 정서적/정보적 지지(8문항)의 총 19문항으로 구성되었으며, 각 문항은 '전혀 없다(1점)'에서 '항상 있다(5점)'의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.6 자아 존중감

자아 존중감을 측정하기 위하여 Rosenberg(1965)가 개발하고 사용한 10문항을 사용하였다[18][42]. 자아 존중감은 긍정적 자아 존중감과 부정적 자아 존중감으로

각각 5문항으로 총 10문항으로 구성되었으며, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.7 종교생활참여

Ainlay와 Smith(1984), 분류한 종교참여 척도를 중심으로 선행연구로 사용한 공적참여(4문항), 개인적 참여(4문항), 일반적 참여(4문항)로 분류된 총 12문항으로 구성되었으며[3][25], 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의 5점 Likert 척도로 측정되었다.

3.8 우울

우울을 알기위해 Yesavage등(1983)이 만들고 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale)의 Short Form을 우리나라에서 기백석(1996)이 번역하여 표준화된 한국판 노인 우울척도 단축형 도구 15문항을 사용하였다[2]. ‘예’ 0점, ‘아니오’ 1점이며 역 환산 문항은 5문항으로 구성되었으며, 최고 15점에서 최저 0점으로 평가된다.

4. 자료분석

수집된 자료에서 연구 목적에 맞추어 다음과 같은 통계분석을 실시하였다. 자료 분석은 SPSS/PC 18.0과 AMOS 18.0 프로그램을 이용하였다.

첫째, 표본의 일반적 특성에 따른 종교생활 참여, 우울의 차이를 검증하기 위해서 t-test와 분산분석(ANOVA)을 하였다.

둘째, 종교생활 참여가 우울수준에 미치는 요인을 규명하기 위하여 다중회귀분석을 하였다.

셋째, 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 구조방정식모형(Structural Equation Modeling: SEM)에 의한 경로분석을 실시하였다.

통계적 유의성은 .05, .01, .001 수준에서 보았다.

IV. 연구결과

1. 일반적 특성에 따른 종교생활 참여

통계적으로 유의한 차이를 보인 특성은 성별(p<.001),

연령(p<.01), 종교(p<.001)에서 유의한 차이가 있었다. 일반적 특성에 따른 종교생활 참여는 여자, 65~69세, 기독교를 믿는 경우 종교생활 참여가 높았다[표 1].

표 1. 일반적 특성에 따른 종교생활 참여

일반적 특성	구분	N	M	SD	t/F	p	Duncan
성별	남자	152	1.79	1.55	-6.835	.000	
	여자	205	2.90	1.48			
연령	65~69세	97	2.81	1.61	4.688	.010	b
	70~74세	123	2.14	1.58			a
	75세 이상	137	2.40	1.59			a,b
학력	무학	101	2.46	1.44	1.171	.321	a
	초졸	152	2.55	1.71			a
	중졸	68	2.12	1.64			a
	고졸이상	36	2.35	1.47			a
배우자 유무	유	204	2.38	1.58	-5.48	.584	
	무	153	2.48	1.64			
현재동거 상태	혼자 산다	86	2.58	1.58	.751	.522	a
	배우자	152	2.31	1.59			a
	자식	66	2.35	1.72			a
주관적 건강상태	배우자, 자식	53	2.59	1.53			a
	나쁘다	125	2.31	1.56	1.340	.263	a
	그저 그렇다	145	2.38	1.67			a
종교	좋다	87	2.66	1.55			a
	무교	97	.06	.44	556.305	.000	a
	불교	177	3.15	.78			b
	천주교	32	3.38	.60			b
	기독교	51	3.79	.66			c
	계	357	2.42	1.60			

2. 일반적 특성에 따른 우울

통계적으로 유의한 차이를 보인 특성은 성별(p<.05), 학력(p<.05), 배우자 유무(p<.001), 동거상태(p<.01), 주관적 건강상태(p<.001)에서 유의한 차이가 났다. 우울은 여자, 학력이 높고, 혼자 사는 노인, 주관적 건강상태가 나쁠 때, 우울 수준이 높은 것으로 나타났다[표 2].

표 2. 일반적 특성에 따른 우울

일반적 특성	구분	N	M	SD	t/F	p	Duncan
성별	남자	152	4.18	4.11	-2.108	.036	
	여자	205	5.09	3.96			
연령	65~69세	97	4.12	4.06	1.425	.242	a
	70~74세	123	5.00	4.08			a
	75세 이상	137	4.85	3.98			a
학력	무학	101	5.50	3.98	3.179	.024	b
	초졸	152	4.28	3.88			a,b
	중졸	68	4.00	4.01			a
	고졸이상	36	5.58	4.55			b
배우자 유무	유	204	4.05	3.92	-3.546	.000	
	무	153	5.56	4.05			
현재동거 상태	혼자 산다	86	6.05	4.15	5.414	.001	b
	배우자	152	3.90	4.03			a
	자식	66	4.80	3.87			a,b
	배우자, 자식	53	4.69	3.58			b
주관적 건강상태	나쁘다	125	6.81	4.14	50.325	.000	c
	그저 그렇다	145	4.62	3.64			b
	좋다	87	1.80	2.39			a
종교	무교	97	4.83	4.17	1.086	.355	a
	불교	177	4.38	3.90			a
	천주교	32	4.81	4.35			a
	기독교	51	5.50	4.05			a
계		357	4.70	4.04			

3. 종교생활이 우울에 미치는 영향

종교생활을 독립변수, 우울수준을 종속변수로 한 다중 회귀분석 결과[표 3]에서 이들 독립변수들이 종교생활에 3.6%로 설명하고 있고, F값도 3.176으로 통계적인 유의성이 있었다(p<.05).

종교생활참여 요인으로 일반적 참여, 공적 참여, 개인적 참여로 분석결과 우울에 영향을 미치는 요인은 공적 참여(β=.201)는 정적 영향을, 개인적 참여(β=-.279)는 부적 영향을 미치고 있다.

표 3. 종교생활이 우울에 미치는 영향

Classification	b	S.E(표준오차)	β	P-value
일반적 참여	-.009	.043	-.018	.831
공적 참여	.100	.048	.201	.038
개인적 참여	-.173	.062	-.279	.006
상 수	.713	.150		.000
R ²		.036		
F		3.176		
SP-value		.025		

4. 연구모형의 분석

4.1 관련 변인의 정규성 검정

조사 자료에 대한 척도의 타당도와 신뢰도를 높이고 자료의 정규성을 확인하기 위해 평균값, 표준편차, 왜도와 첨도 등을 중심으로 조사하였다. 각 항목별 정규성 검정을 보면 [표 4]와 같다.

정규성 검정에서 신체적 건강상태가 왜도, 첨도에서 높게 나타났다. 우울에서 평균이 4.70(SD=4.04)로 가장 높았으며, 그 다음이 사회적 지지가 평균 3.66(SD=.95)이다.

표 4. 관련변수의 정규성 검정

	N	M	SD	왜도	첨도
신체적 건강상태	357	14.53	2.95	2.562	7.441
우울수준	357	4.70	4.04	.685	-.619
종교생활참여	357	2.42	1.60	-.500	-1.117
경제상태	357	2.95	.81	.068	-.527
자아존중	357	3.45	.58	-.015	-.110
가족지지	357	3.24	.59	-.764	1.395
사회적 지지	357	3.66	.95	-.362	-.673

4.2 상관분석

본 연구에서 사용된 요인들 사이의 예측타당성을 알아보기 위해 요인들 간의 상관관계를 분석을 하였으며 [표 5]와 같다.

우울수준에 정적으로 가장 영향을 많이 미치는 요인은 신체적 건강상태(r=.315)로 나타났다. 또한 부(-)적으로 가장 영향을 많이 미치는 요인은 자아 존중감(r=-.556)이었고, 그 다음이 가족지지(r=-.453)순이었다.

표 5. 요인들의 상관분석

변인	신체적 건강 상태	종교생활 참여	경제 상태	자아 존중	가족 지지	사회적 지지	우울 수준
신체적 건강 상태	1.000						
종교 생활 참여	-.081	1.000					
경제 상태	-.207 (***)	-0.52	1.000				

자아 존중	-.333 (***)	.249 (***)	.463 (***)	1.000			
가족 지지	-.102	.022	.413 (***)	.514 (***)	1.000		
사회적 지지	-.104	.075	.386 (***)	.373 (***)	.538 (***)	1.000	
우울 수준	.315 (***)	-.059	-.354 (***)	-.556 (***)	-.453 (***)	-.452 (***)	1.000

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

4.3 연구모형의 적합성

본 연구는 노인들의 신체적 건강상태, 경제상태, 가족 지지, 사회적지지, 자아 존중감, 종교생활 참여, 우울을 중심으로 구조모형분석을 실시하였다.

연구모형의 적합성을 검증하기 위하여 구조 방정식 모형을 AMOS 18.0을 이용하여 분석하였다.

분석결과 $\chi^2=37.920$, $p=.000$, NFI=.982, RFI=.945, IFI=.987, TLI=.962, CFI=.987, RMSEA=.078로 연구모형이 적합도 기준에 모두 양호한 수준을 나타내었다. 측정모형의 적합도는 [표 6]와 같다.

표 6. 연구모형의 적합도

적합도	χ^2	df	χ^2/df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
값	37.920 (p=.000)	12	3.160	.982	.945	.987	.962	.987	.078
기준	p>.05	3 이하	.9 이하	.9 이상	.9 이상	.9 이상	.9 이상	.9 이상	.08/0.05 이하

4.4 연구모형의 경로계수

본 연구에서 모형의 추정 결과는 [표 7]과 같으며 이를 도식화할 때 [그림 1]과 같다. 추정 결과에 대한 채택여부는 기각비(C.R: Critical Ration) 값을 기준으로 결정하였다. 모형에서 각각의 경로를 추정한 결과 종교생활 참여에 영향을 미치는 요인으로는 경제상태($\beta = -.216$), 가족지지($\beta = -.140$), 자아 존중감($\beta = .392$),이었다. 우울에 영향을 미치는 요인으로는 신체적 건강상태($\beta = .137$), 가족 지지($\beta = -.178$), 사회적 지지($\beta = -.217$), 자아 존중감($\beta = -.299$)으로 나타났다.

표 7. 연구모형의 경로 계수

경로	Estimate		S.E	C.R	P-value	채택 여부
	비표준화 계수	표준화 계수				
종교생활 참여 ← 신체적 건강상태	.001	.002	.033	.044	.965	기각
종교생활 참여 ← 경제상태	-.480	-.216	.133	-3.618	.000	채택
종교생활 참여 ← 가족지지	-.423	-.140	.200	-2.111	.035	채택
종교생활 참여 ← 사회적지지	.159	.084	.116	1.371	.170	기각
종교생활 참여 ← 자아 존중감	1.205	.392	.200	6.020	.000	채택
우울 ← 신체적 건강상태	.022	.137	.008	2.932	.003	채택
우울 ← 경제상태	.044	.075	.031	1.422	.155	기각
우울 ← 가족지지	-.143	-.178	.047	-3.074	.002	채택
우울 ← 사회적지지	-.109	-.217	.027	-4.052	.000	채택
우울 ← 자아존중	-.245	-.299	.049	-5.033	.000	채택
우울 ← 종교생활참여	.018	.069	.013	1.454	.146	기각

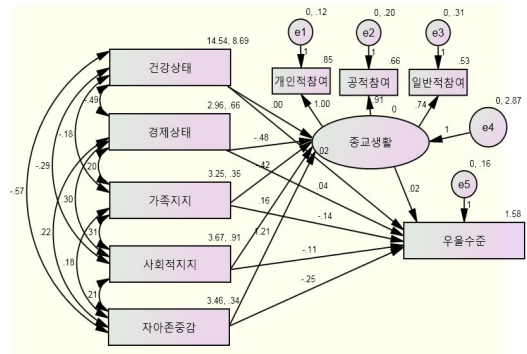


그림 1. 연구모형의 경로도

V. 고찰

종교생활은 Ainley와 Smith(1984)가 분류한 종교참여 척도를 중심으로 선행연구로 사용한 공적참여, 개인 참여, 일반적 참여로 구성하였다[3][25].

본 연구결과에서 경제상태, 가족지지, 자아 존중감이 종교생활에 영향을 주는 요인으로 나타났다.

종교생활 참여는 노인의 종교적 신념과 자아존중감과 밀접한 관련이 있고, 종교적 신념은 자아 존중감을

통해 심리적인 적응에도 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타나고, 종교성이 깊은 사람들은 신앙생활, 기도 그리고 신과의 관계에 참여하기 때문에 노화로 인한 사실을 긍정적인 것으로 변화 시키며, 종교성은 사람들의 자아존중감에 긍정적인 영향을 미친다[32]. 종교성과 노인의 자아 존중감의 관계에 대해서 연구하면서 종교성과 노인의 자존감 관계를 U자형 관계를 나타내고 있음을 지적하고 있다. 종교적 문제해결 의지와 자아존중감과는 비선형적 관계에 있다고 지적하면서 종교성이 매우 낮거나 높은 노인이 자아존중감이 높고, 종교성이 중간 정도인 노인은 자아존중감이 낮다고 보고하고 있다[38].

본 연구에서 우울에 영향을 미치는 요인으로 신체적 건강상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중이다. 신체적 건강상태는 우울에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 농촌노인들의 신체적 기능이 낮을 때 우울정도가 높은 것으로 나타난 선행연구와 일치하였다[14]. 또한, 노인의 우울이 신체적 건강상태가 나쁘다고 느끼는 노인에게서 일반적인 증상이라는 결과와 일치하는 것이다[40]. 노인들의 주관적 건강상태는 우울과 역 상관관계를 보인다고 한 보고[4][14] 및 자가 건강상태가 노년기 우울증을 설명하는 가장 의미 있는 요인이라고 한 보고와 일치하였다[14].

가족관계는 우리사회의 가장 기초적인 부양체제로 1960년대 이후 급격한 산업화, 도시화로 인해 핵가족화가 되면서 가족관계의 구조와 가치관의 변화를 가져왔으며, 사회생활의 범위가 축소된 노인들은 관심과 접촉 대상이 사회에서 가족에게로 이동하여 가족관계가 노인들의 심리적인 건강상태에 큰 영향을 미치고 있다[10]. 가족지지는 노인의 정신건강에 직접적인 영향을 미치며 가족구성원들이 노인의 심리적 상태를 이해하고, 구성된 스스로도 노인이 된다는 생각과 교육 프로그램 개발이 이루어져야 한다고 생각한다.

사회적 지지는 선행연구에서 우울을 예측하는 매우 중요한 요인으로 밝혀졌고[9][23], 노인들은 자연스럽게 노동시장에서 배제되어가고 있고, 사회적 역할상실과 지위 저하는 급속한 사회변화와 함께 사회적 지지의 감소는 고독과 우울 등의 요인이 될 수 있으며, 반대로

높은 사회적 지지는 우울을 감소시키고, 스트레스와 우울 사이의 완충 역할을 한다. 적극적인 사회참여와 정기적인 여가 활동은 퇴직 이후에 시간적 여유가 많은 노인에게 고독감, 소외감, 무료함을 극복하는 역할뿐만 아니라 노인의 생활 만족감을 향상시키는데 긍정적인 영향을 미친다[36].

사회적 지지가 높은 노인들은 생활상의 어려움에 직면 하였을 때 주위에서 도와줄 수 있는 사람들이 많기 때문에 우울감이 낮을 수 있고, 전반적인 정신건강상태에 긍정적인 영향을 미친다[29][35]. 따라서 노인들에게 다양한 사회적 접촉이 가능하도록, 사회모임, 취미활동의 다양화와 참여 빈도를 높일 수 있는 전략을 개발하는 일이 중요하다 하겠다.

본 연구에서는 종교생활 참여가 우울수준에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났으나, 종교생활 참여를 개인적 참여, 공적 참여와 일반적 참여로 분류하여 분석한 결과 세부사항에서 개인적 참여($\beta = -.279$)는 허전하거나 외로움을 느낄 때 종교를 의지하고, 종교모임에서 친구를 만나는 것이 즐거울 때, 종교(교회, 절, 성당 등)에 참여도가 높을수록 우울이 감소하는 것으로 나타났다.

70세 이후의 노인의 경우 종교적 활동은 감소하나 종교적 태도는 계속된다는 결과[27]와 노인들 중에 나이가 들수록, 조직적 참여도는 줄어들더라도 개인적 참여도는 적극적으로 증가한다[41]는 결과와 일치하였다.

VI. 결론

경북지역 노인들의 우울에 영향을 주는 요인으로 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 종교생활참여로 인해 우울에 미치는 영향을 알아보려고 하였으며, 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 일반적 특성에 따른 우울요인에는 성별, 학력, 배우자 유·무, 동거상태, 주관적 건강상태에서 유의한 차이를 보였다.

둘째, 종교생활에 영향을 미치는 요인으로는 경제상태, 가족지지, 자아 존중감 이었다.

셋째, 우울에 정적으로 가장 영향을 많이 미치는 요인은 신체적 건강상태로 나타났고, 부(-)적으로 가장 영향을 많이 미치는 요인은 가족지지, 사회적지지, 자아존중감 이었다.

넷째, 종교생활 참여가 우울에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났으나, 종교생활 참여를 개인적 참여, 공적 참여와 일반적 참여로 분류하여 분석한 결과 공적 참여는 회귀계수가 양수(+)로 공적참여도가 높을수록 우울도 증가하며, 개인적 참여는 회귀계수가 음수(-)로 개인적 참여도가 높을수록 우울이 감소하는 것으로 나타났다.

이러한 결과로 미루어 보면, 노인들의 우울을 관리하는데 있어 신체적 건강상태에 더하여 가족지지, 사회적지지, 자아존중감과 함께 평가하여 우울증을 조기 발견하고 관리하는 통합적인 프로그램의 개발과 시행이 절실하다. 특히 노인들의 개인적 종교생활 참여가 노인 우울을 감소시켜 건강한 노년기를 보내는데 보탬이 될 것으로 사료됩니다.

참 고 문 헌

[1] 강지숙, 정여숙, "대도시 노인의 질병, 주관적 신체 증상 및 영양 상태가 우울에 미치는 영향", 지역사회 간호학회지, 제19권, 제3호, 2008.
 [2] 기백석, "노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구", 신경정신의학, 제35권, 제2호, pp.298-307, 1996.
 [3] 김경태, 노인의 종교 및 사회활동 참여가 자아 존중감과 삶의 만족도에 미치는 영향, 청주대학교 대학원 석사학위 논문, 2010.
 [4] 김귀분, 김인숙, 정미영, "시설노인의 우울과 삶의 질에 대한 음약요법효과", 노인간호학회지, 제11권, 제4호, pp.820-830, 1999.
 [5] 김미숙, 박민정, "종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구," 한국노년학회, 제20권, pp.29-48, 2000.
 [6] 김윤정, "노인이 제공받는 사회적 지지의 효과성

분석", 노인복지연구, 제21권, pp.123-140, 2003.
 [7] 김은혜, 노인일자리사업이 우울감과 자립도 변화에 미치는 영향요인에 관한 연구, 국민대학교 대학원, 박사학위 논문, 2011.
 [8] 김재중, 성공적인 노화와 영향을 미치는 요인 연구, 백석대학교 기독교전문대학원 박사학위논문, 2007.
 [9] 김태면, 노인들의 사회적 지지가 건강행태 및 건강수준에 미치는 영향, 충남대학교 대학원 의학 박사학위논문, 2005.
 [10] 권재일, 노인들의 라이프스타일이 건강과 삶의 만족도에 미치는 영향, 대구한의대학교 대학원 박사학위논문, 2010.
 [11] 박인혜, 뇌졸중 환자의 가족지지에 따른 일상생활 활동과 삶의 질의 상관관계, 대구대학교 재할 과학대학원 석사학위논문, 2009.
 [12] 선우덕, "노인의 건강수준과 정책과제", 보건복지포럼, 제80권, pp.42-46, 2003.
 [13] 성기월, "노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도", 대한간호학회지, 제27권, 제1호, pp.36-48, 1997.
 [14] 손신영, 농촌 노인의 삶의 질 모형구축, 서울대학교 대학원 박사학위논문, 2006.
 [15] 이동수, 노인의 여가활동참여가 인지된 삶의 질에 미치는 영향, 경상대학교 대학원, 박사학위논문, 2004.
 [16] 이평숙, 이미영, 임지영, 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계, 대한간호학회지, 제34권, pp.477-484, 2004.
 [17] 임민경, 일부도시 저소득층의 사회적지지와 건강의 관계, 서울대학교 대학원 석사학위논문, 2002.
 [18] 임아영, 자기결정적 고독과 성격 및 심리적 건강의 관계, 서울대학교 대학원 석사학위논문, 2010.
 [19] 전해정, "노년기 종교활동이 정신건강에 미치는 중단적 영향", 노인복지연구, 제25권, pp.169-186, 2004.
 [20] 조경란, 노년기 종교활동이 자아존중감과 우울

- 에 미치는 영향, 가톨릭대학교 사회복지대학원, 석사학위 논문, 2006.
- [21] 최영애, “노인들의 우울, 자존감 및 건강행위에 관한 연구”, 노인복지연구, 제21권, pp.27-47, 2003.
- [22] 한동성, *천주교 신자의 노년기 종교성에 관한 연구*, 한서대학교 대학원 박사학위 논문, 2008.
- [23] 허준수, 유수현, “노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 정신보건과 사회사업, 제13권, pp.7-35, 2002.
- [24] 홍현방, “성공적인 노화와 노인의 종교성 관계연구”, 한국노년학회, 제22권, 제3호, pp.245-259, 2002.
- [25] S. C. Ainlay and D. R. Smith, “Aging and Religious Participation. *Journal of Gerontology*,” Vol.39, No.4, pp.357-363, 1984.
- [26] J. C. Barefoot “Age differences in Hostility Among Middle-Aged and older adults,” *Psychology and Aging*, Vol.8, No.1, pp.3-9, 1993.
- [27] Blazer & Palmore, E. “Religion and Aging in a longitudinal panel.” *The Gerontologist* Vol.16, pp.82-84, 1976.
- [28] J. D. Brown and K. A. Dutton, “The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people’s emotional reaction to success and failure,” *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.68, pp.712-722, 1995.
- [29] I. Chi and K. Chou, “Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong,” *The International J aging*, Vol.52, No.3, pp.231-235, 2001.
- [30] S. Cobb, “Social Support as a Moderator of Life Stress,” *Psychosomatic Medicine*, Vol.38, pp.300-314, 1976.
- [31] J. Desrosiers, D. Bourbonnais, L. Noreau, and A. Bourget, “Participation after stroke compared to normal aging,” *Journal rehabilitation Medicine*, Vol.37, pp.353-357, 2005.
- [32] E. Diener, M. Diener, and C. Diener, “Factors predicting the subjective well-being of nations,” *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.69, pp.851-864, 1995.
- [33] R. J. Friendman, The psychology of depression: an overview. In *The psychology of depression contemporary theory and research* (eds. Friendman R, Katz M) Washington D.C.
- [34] D. K. Harris and A. E. Cole, 최신탉 역, *노년사 회학*, 경문사, Hess, pp.278-279, 1985.
- [35] C. F. Hybels, D. G. Blazer, and C. F. Pieper, “Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample,” *Gerontologist*, Vol.41, pp.357-365, 2001.
- [36] K. Jenkins, A. Pienta, and A. Horgas, “Activity and health-related quality of life in continuing care retirement communities,” *Res Aging*, Vol.24, pp.124-149, 2001.
- [37] K. Kendler, L. M. Karkowski, and C. A. Prescott, “Causal relationship between stressful life event and the onset of major depression,” *Am J Psych*, Vol.56, pp.837-842, 1999.
- [38] N. Krause, “Religiosity and self-esteem among older adults,” *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, Vol.50, pp.236-246, 1995.
- [39] Palmer, S., Glass, T. A, Palmer, J. & Wegener, S. T. Crisis intervention with individuals and their families following stroke: A model for psychosocial service during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, Vol.49, pp.338-343, 2004.
- [40] L. M. Linde, *Towards successful aging*, WHO Psychosocial Rehabilitation Association, 2002.
- [41] C. H. Mindel and C. E. Vaughan, “A

multidimensional approach to religiosity and disengagement," J. O. G., Vol.33, pp.103-108, 1978.

[42] M. Rosenberg, *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University, 1965.

[43] D. Sherbourne and A. L. Stewark, "The MOS Social Support Survey," *Social Science Medicine*, Vol.32, pp.714-750, 1991.

저 자 소 개

이 은 령(Eun-Ryeong Lee)

정회원



- 2009년 2월 : 대구한의대학교 노인 의료복지학과(사회복지학석사)
- 2012년 2월 : 대구한의대학교 노인 의료복지학과(사회복지학박사)

- 1995년 4월 ~ 2012년 8월 : 차의과학대학 부속 구미차병원
- 2012년 9월 ~ 현재 : 경운대학교 임상병리학과 교수 <관심분야> : 노인복지, 법의학

강 지 혁(Ji-Hyuk Kang)

정회원



- 2007년 8월 : 고려대학교 생명유전공학과(이학석사)
- 2010년 2월 : 고려대학교 의학과(이학박사수료)
- 2001년 5월 ~ 2009년 2월 : 삼성서울병원 신경과

- 2009년 3월 ~ 현재 : 경운대학교 임상병리학과 교수 <관심분야> : 전기생리학, 통증, 가려움증

정 재 필(Jae-Pil Jung)

정회원



- 2009년 2월 : 대구한의대학교 노인 의료복지학과(사회복지학석사)
- 2012년 2월 : 대구한의대학교 노인 의료복지학과(사회복지학박사)

- 2009년 3월 ~ 2012년 2월 : 성덕대학교 병원의료코디네이터과 교수
- 2012년 3월 ~ 현재 : 수성대학교 보건복지경영과 교수 <관심분야> : 노인복지, 상담심리, 다문화가족, 안전 예방교육