

만성질환을 가진 노인의 주관적 건강과 우울인식의 관계 -사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 조절효과-

The Relationship between Self-rated Health and Depression in the Elderly with Chronic Illness

-Moderating Effect of Satisfaction with Social Relationship and Leisure-

이진향, 오미옥
거제대학교 사회복지과

Jin-Hyang Lee(so30835@koje.ac.kr), Mi-Ok Oh(omo@koje.ac.kr)

요약

본 연구는 만성질환 노인의 주관적 건강이 우울인식에 어떠한 영향을 미치는지 그리고 주관적 건강과 우울인식과의 관계에서 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 완충효과를 살펴보는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 2015년 한국복지패널 10차 자료를 활용하여 만성질환을 가진 노인 4,831명을 대상으로 분석을 실시하였다. 변수들의 조절효과를 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 실시하여 R^2 의 변화량을 확인하였다. 분석결과 첫째, 주관적 건강, 사회적 친분관계만족, 여가생활 만족은 모두 우울인식에 직접적인 영향력을 보였다. 이는 만성질환 노인들의 주관적 건강이 좋을수록, 사회적 친분관계 만족도가 높을수록, 그리고 여가생활 만족이 높을수록 우울인식이 낮다는 것을 보여준다. 둘째, 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족은 주관적 건강과 우울인식과의 관계에서 조절변수로 확인되었다. 이는 사회적 친분관계나 여가생활에 대한 양적 접근보다는 당사자의 주관적 측면에 대한 접근이 중요함을 확인하는 결과라고 할 수 있다. 이러한 결과를 바탕으로 연구의 의의와 제한점 그리고 추후 연구에 대한 제언을 제시하였다.

■ 중심어 : | 만성질환 노인 | 우울인식 | 주관적 건강 | 사회적 친분관계 만족 | 여가생활 만족 |

Abstract

The main objectives of this study are to examine the effects of self-rated health on depression and to examine the moderating effect of satisfaction with social relationship and leisure on relationship between self-rated health and depression in the elderly with chronic illness. To do this, we analyzed 4,831 elderly people with chronic illness using the 10th Korea Welfare Panel data in 2015. To investigate the moderating effects of variables, we conducted a hierarchical regression analysis and confirmed the change R^2 . As a result of that, first, subjective health, satisfaction with social relationship and satisfaction with leisure had a direct impact on depression. The results show that the better self-rated health of the elderly is, the higher satisfaction with social relationship is and the higher satisfaction with leisure is, the lower depression is. Second, it was found that satisfaction with social relationship and leisure was moderating variables in the relationship of subjective health and depression. This shows that the approach to the subjective aspect of the parties is important rather than the quantitative approach to the social interaction or leisure life. Based on this results, this study has proposed the implications and limitations of it and suggestions for further study.

■ keyword : | The Elderly with Chronic Illness | Depression | Self-rated Health | Satisfaction with Social Relationship | Satisfaction with Leisure |

I. 서론

고령화가 급속히 진행되면서 ‘100세 시대 노후준비’라는 표현이 국민적인 공감대를 형성할 정도로 기대수명이 증가하고 있다. 그러나 건강수명은 이보다 약 10년 정도 짧아 ‘유병장수’의 시간을 보내야 하는 노인인구가 갈수록 증가하게 되리라는 것을 쉽게 예측할 수 있다. 특히, 후기 고령시기에는 노화가 두드러지게 진행되면서 각종 퇴행성 질환 및 부상의 위험에 노출될 가능성이 높고 신체적, 인지적, 행동적, 사회적 기능에도 여러 가지 제한을 갖게 된다[1]. 그 중에서 우울은 노인들에게 흔히 나타날 수 있는 일반적 심리현상으로 유병률이 33.1%[2]에 이른다. 이처럼 흔한 우울이 노인들의 삶의 질을 현저히 떨어뜨리고 방치할 경우 자살이라는 극단적인 결과를 낳을 수 있다는 점에서 그 심각성에 대한 이해와 적극적인 개입모색이 필요하다[3].

국내외 통계에 의하면 일반적으로 노년기 사람들이 한두개 이상의 만성질환을 가지고 생활하게 되는 것으로 나타난다. 미국의 경우 65세 이상 노인인구의 80% 이상이 만성질환을 가지고 있는데, 이들 중 약 50%는 최소 2개 이상의 만성질환을 갖고 있는 것으로 조사되었다[4]. 우리나라의 경우 노인실태조사[2]에 의하면, 65세 이상 인구의 89.2%가 만성질환을 갖고 있으며 2개 이상의 만성질환을 갖고 있는 노인도 69.7%나 되는 것으로 나타났다. 이는 이전의 조사 결과들(2008년 84.9%, 2011년 88.5%)과 비교해 볼 때 만성질환을 비롯한 각종 질환으로 고통받고 있는 노인들이 상대적으로 증가하고 있음을 알 수 있다[5][6].

노년기의 신체적 질병은 일상생활 수행능력뿐 아니라 심리사회적 측면에서도 노인들의 삶 전반에 부정적인 영향을 미치며, 우울과의 관련성도 많이 보고되고 있다[7]. 즉, 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 관절염 등의 질환이 있는 노인이 해당 질환이 없는 노인보다 우울수준이 높으며, 심혈관질환, 폐질환, 당뇨병, 류마티스 관절염, 만성신장질환 등이 있을 경우 우울증 발생 가능성이 최고 41%까지 이르는 것으로 나타났다[8]. 특히 독립적이며 자기 의존성이 높은 노인의 경우 신체적 질병

은 노인의 우울증을 촉발시키는 요인이 될 수 있고, 우울에 대한 적절한 개입이 이루어지지 않을 경우 신체적 문제들이 악화되는 결과를 초래함을 알 수 있다[9].

이처럼 건강문제는 우울의 주요 예측요인으로 알려져 왔다. 노인의 건강상태는 우울감에 직접 영향을 미치는 것으로 보고되고[10], 그 중에서도 주관적 건강인식과 우울의 관계는 자신의 신체건강 수준을 높게 인식할수록 우울정도가 낮다는 일관된 결과를 보이고 있다[11]. 이러한 결과를 통해 우울에 영향을 미치는 다양한 변수들 중 주관적 건강인식이 매우 중요한 변인임을 알 수 있다.

우울감이 사회적 관계 속에서 나타나는 증상이라고 이해하는 연구들은 자아존중감, 사회적 지지 등 내외적 자원을 통해 연구대상자들의 우울이 증가 또는 감소할 수 있음을 보여주었다[12]. 특히 개인내적 자원으로서 자아존중감과 외적 자원으로서 사회적 지지, 사회적 관계, 사회적 지원, 사회적 유대 등은 우울에 대한 주요 보호요인으로 인식되었다[13]. 이런 결과는 노년기 우울 등 정신건강의 문제를 예방하기 위해서 심리사회적 보호요인을 증진시키는 개입방법이 유용함을 시사한다. 따라서 건강문제와 같은 위험요인의 수준에 노출되었을 때 우울 수준을 낮추어 줄 수 있는 보호요인을 주요한 개입목표로 하여 예방 및 개입프로그램을 개발할 경우 보다 효과적인 결과를 가져올 수 있다는 것이다[14].

외적 보호요인으로서 사회적 관계는 성공적 노화를 위한 핵심요소이다. 노인이 주위로부터 도움을 받는 피동적 의존적 존재가 아니라, 사회적 관계를 통해 활기찬 인간관계를 유지할 수 있다면 성공적인 노화는 당연히 수반될 것이다[15]. 대표적 사회적 친분관계인 가족이나 친구와의 연락횟수나 사회단체활동[12][16] 등을 포함한 사회적 관계망이나 사회적 지지는 노인 우울과 부적 관계가 있다고 보고된다[17]. 또한 노년기의 활력 있는 삶을 위해서는 지속적인 활동 즉, 여가생활이 중요하다[18]. 여가는 단순히 남는 시간이나 쉬는 시간이 아니라 어떤 의무로부터 해방된 자유 시간에 즐기거나 하고 싶은 일을 함으로서 행복과 성취감을 느끼는 활동이다[19]. 노인의 여가생활은 신체적 기능감소를 예방하고, 노후적응, 생활만족, 우울 및 심리적 안녕감 등과

1 본 수치는 의사의 진단을 받은 수치이며, 대상자 본인이 인지한 만성질환율은 90.4%에 이른다[2].

관계있는 것으로 보고된다[20].

지금까지의 선행연구들을 볼 때, 주관적 건강과 사회적 관계, 여가생활(활동)이 만성질환 노인의 우울에 대한 예측요인임을 알 수 있다. 그러나 이러한 연구들은 주로 주관적 건강과 우울[11], 사회적 관계와 우울 및 여가생활과 우울[21] 간 단편적인 영향력만 설명하고 있다. 더 나아가 노인의 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족이 우울에 대한 외적 보호요인으로서의 역할을 하는지에 대한 연구는 매우 제한적이다. 더구나 사회적 관계와 여가생활은 연락이나 만남 횟수, 여가활동 참여여부 등만을 묻고 있어 당사자들이 이러한 관계나 활동에 대해 얼마나 만족하는지 확인하기 어려운 한계가 있다.

따라서 본 연구에서는 만성질환을 가진 노인의 주관적 건강인식과 우울과의 영향관계에서 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 완충역할을 규명하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구자료 및 대상

분석대상은 2015년 한국복지패널 10차 조사에 참여한 65세 이상 노인 5,506명 중 만성질환을 가지고 있다고 응답한 4,831명의 노인이다. 한국복지패널 데이터는 개인정보보호법에 근거해 조사되었고 대상자 개인을 추정할 수 있는 자료를 제외한 뒤 연구자에게 제공되어 연구대상자의 익명성과 기밀성이 보장된다고 할 수 있다. 한국복지패널은 2006년 국민생활실태조사를 기초로 서울을 포함한 16개 시도의 조사구 규모에 따라 층화확률비례 추출하고, 중위소득 60%이하인 저소득 가구와 중위소득 60% 이상인 일반가구를 포함한 전국적 대표성을 지닌 중단조사이다[22].

2. 변수구성

2015년 한국복지패널 10차 자료를 통해 변수들을 구성하였다. 종속변수는 만성질환을 가진 노인의 우울인식, 독립변수는 주관적 건강, 그리고 매개변수는 사회적

친분관계 만족과 여가생활 만족이다. 그리고 만성질환 노인의 우울에 대한 영향요인으로 성별, 연령, 교육정도, 배우자유무를 통제하였다.

2.1 우울인식

우울인식은 CESD-11척도를 사용하였다. CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)는 지역사회 일반인구를 대상으로 우울증상을 측정하기 위해 1977년 Radloff가 개발한 자기보고식 척도이다. 또한 다양한 문화적 배경을 지닌 집단대상 연구에서 신뢰도와 타당도가 입증되어 매우 광범위하게 사용되고 있는 척도이다. 본 연구에서는 우울감정(3문항), 긍정적 감정(2문항), 신체 및 행동둔화(4문항), 대인관계(2문항) 등 11문항으로 구성되어 있고, '극히 드물다(1주일에 1일 이하) 1점에서 대부분 그랬다(일주일에 5일 이상) 4점'의 4점 척도로 측정되었다. 점수범위는 0~44점으로 점수가 높을수록 우울인식 정도가 높음을 의미한다. 신뢰도(Cronbach's)는 .884였다.

2.2 주관적 건강

주관적 건강은 한국복지패널의 건강상태 문항을 사용하였다. 이 문항은 대상자의 건강상태를 스스로 어떻게 생각하는지를 묻는 문항(2014년 12월 31일 기준)이며, '아주건강하다' 0점에서 '건강이 아주 안 좋다' 5점까지로 측정되었다. 그러나 본 연구에서는 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 해석하기 위해 코딩 변경 후 분석하였다. 따라서 점수가 높을수록 대상자의 주관적 건강수준은 좋음을 의미한다.

2.3 사회적 친분관계 만족 및 여가생활 만족

사회적 친분관계 만족 및 여가생활 만족은 한국복지패널의 생활만족을 묻는 문항들 중 일부를 사용하였다. 생활만족 문항은 각 영역에서의 만족을 묻는 문항들(2014년 1년 중(2014년 1월 1일~12월 31)을 기준시점으로 함)로 구성되어 있다. 사회적 친분관계만족은 자신이 맺고 있는 사회적 친분관계에서의 만족을 묻는 문항이며, 여가생활 만족은 자신이 일상에서 누리고 있는 여가생활에서의 만족을 묻는 문항이다. 응답은 '매우 불

만족' 1점에서 '매우 만족' 5점까지의 5점으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 사회적 친분관계 만족 및 여가생활 만족도가 높음을 의미한다.

선행연구들을 통해 볼 때, 사회적 친분관계는 노인들과 가장 가까운 자녀를 포함하여 친척, 이웃, 주변의 신뢰할만한 사람 등 매우 다양하게 나타난다. 또한 여가생활은 매우 광범위하고 다양하기 때문에 분류기준에 따라 유형이 다양한데, Zunanek 등[23]은 건강상태와 신체적 능력을 기준으로 제시하였고, Szalai[24]는 준여가(학습, 종교, 신체회복)와 수동적 여가(음악감상, TV 시청, 독서), 완전여가(오락, 사교활동)로 구분하기도 하였다. 그러나 한국복지패널에서 사용한 생활만족 문항의 각 영역에 구체적으로 어떤 내용이 포함되는지에 대한 언급은 없다. 즉, 본 연구에서 사용한 사회적 친분관계와 여가생활에 구체적으로 어떤 내용이 포함되는지에 대한 내용이 밝혀져 있지 않다. 이는 본 연구가 분석결과 해석에 있어 선행연구들과의 비교분석에 있어서의 한계점으로 작용할 수 있을 것이다.

2.4 통제변수

성별은 남자(1), 여자(0)로 구분하였고, 연령은 한국복지패널의 조사대상자의 태어난 연도 문항을 활용하여, (2016년-태어난 년도)+1로 계산하였다. 교육수준은 '무학=1, 초등학교=2, 중학교=3, 고등학교=4, 대학교=5, 대학원 이상=6'으로 처리하여 점수가 높을수록 학력이 높아지게 설정하였다. 배우자 유무는 있음(1)과 없음(0)으로 구분하였다.

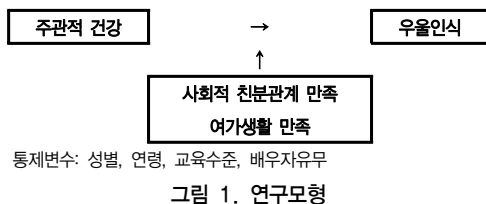


그림 1. 연구모형

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 21.0프로그램을 활용하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를

제시하였다. 주요변수들 간 상관성을 알기위해 상관관계분석을 실시하였다. 마지막으로 조절변수의 조절효과를 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 실시하여 R²의 변화량을 확인하였다.

회귀분석의 기본가정인 종속변수의 정규분포를 확인하기 위해 왜도와 첨도를 확인한 결과, 왜도 1.235, 첨도 1.343으로 나타났다. 이는 정규분포 조건으로 Klein[25]이 제시한 왜도 ±3 미만, 그리고 첨도 ±10 미만 기준을 충족하기 때문에 정규분포를 가정함에 있어 문제가 없음을 확인할 수 있다. 또한 변수 간의 다중공선성을 확인하기 위해 분산팽창계수(VIF)를 산출한 결과, VIF가 1.074~1.368로 나타나 다중공선성의 문제는 없음을 확인할 수 있었다.

III. 연구결과

1. 대상자 특성

성별은 남자 37.1%, 여자 62.9%로 여성이 과반수 이상이었으며, 평균 연령은 76.86세였다. 학력은 무학 23.4%, 초등학교 42.0%, 중학교 15.7%, 고등학교 13.2%, 대학이상 5.6%였다. 배우자유무는 있음 59.1%, 없음 40.9%로 배우자가 있는 노인이 많았고 경제활동을 하지 않는 노인이 67.5%로 월등히 많았다.

대상자의 주관적 건강은 5점 만점에 평균 2.69점, 우울인식은 평균 5.37점, 사회적 친분관계 만족은 3.64점, 여가생활 만족은 평균 3.25점이었[표 1].

표 1. 대상자의 일반적 특성 (N=4,831)

변수	남	여	N(%)
성별			1,791(37.1) 3,040(62.9)
나이	M=76.863세, sd=6.876		
교육수준			초등학교 이하 3161(65.4) 중학교졸 758(15.7) 고등학교졸 640(13.2) 대학이상 270(5.6)
배우자			있음 2,845(59.1) 없음 1,965(40.9)
경제활동			함 1,569(32.5) 하지 않음 3,262(67.5)
주관적 건강	M=2.69, sd=.828		최소=1, 최대=5
사회적 관계 만족	M=3.64, sd=.634		최소=1, 최대=5
여가생활 만족	M=3.25, sd=.765		최소=1, 최대=5
우울인식	M=5.37, sd=5.48		최소=0, 최대=32

2. 사회적 친분관계 만족의 조절효과

만성질환을 가진 노인의 주관적 건강과 우울인식의 관계에서 사회적 친분관계 만족의 조절효과를 알아보기 위해 1단계에서 통제변수만을 투입하였다. 2단계에서는 독립변수인 주관적 건강과 조절변수인 사회적 친분관계 만족을 투입하여 각 변수들이 우울인식에 미치는 영향을 분석하였고, 3단계에서는 독립변수와 조절변수를 곱한 상호작용항을 추가로 투입하여 분석하였다.

통제변수만을 투입한 1단계는 7.3%의 설명력을 보였고($p<.001$), 모든 변수들이 우울인식에 유의한 영향력을 보였다. 즉, 남성이, 교육수준이 높을수록, 그리고 배우자가 있는 경우 우울인식 수준이 낮은 반면, 연령이 높을수록 우울인식 수준이 높았다. 주관적 건강과 사회적 친분관계 만족을 추가한 2단계의 설명력은 21.5%였고, 분석모형은 통계적으로 유의했다($p<.001$). 주관적 건강은 β 값 $-.279(p<.001)$ 로 우울인식에 유의한 영향력을 보여 주관적 건강이 높을수록 우울을 적게 인식함을 알 수 있다. 사회적 친분관계 만족은 β 값 $-.210(p<.001)$ 로 사회적 친분관계에 만족할수록 우울인식이 낮아짐을 확인할 수 있다. 상호작용항을 투입한 3단계의 설명력은 21.7%였고, 모형은 유의하였다($p<.001$). 상호작용항의 β 값이 $.345(p<.001)$ 로 만성질환을 가진 노인의 우울인식에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

1단계와 2단계의 R^2 변화량은 $.142(p<.001)$, 2단계와 3단계의 R^2 변화량은 $.002(p<.001)$ 로 통계적으로 유의하였다. 1단계에서 유의했던 교육수준은 2단계와 3단계에서는 영향력이 사라졌다. 3단계에서 주관적 건강($\beta = -.554, p<.001$)과 사회적 친분관계 만족($\beta = -.356, p<.001$)은 주효과로서 독립적으로 우울인식에 유의한 영향력을 갖는 것으로 확인되었다. 회귀분석 모델에서 상호작용항이 통계적으로 유의할 경우 조절효과가 존재하는 것으로 해석할 수 있는데[26], 분석결과 주관적 건강과 사회적 친분관계 만족의 상호작용항($\beta = .345, p<.001$)이 유의하게 나타나 조절효과가 있음을 확인할 수 있다[표 2].

표 2. 사회적 친분관계 만족 조절효과

변수	1단계		2단계		3단계	
	B	β	B	β	B	β
(상수)	.37		14.91		19.60	
성별	-.99	-.09***	-1.04	-.09***	-1.04	-.09***
나이	.09	.11***	.04	.05***	.04	.05***
교육	-.23	-.05***	.03	.01	.02	.01
배우자	-1.59	-.14***	-1.43	-.13***	-1.43	-.13***
주관적 건강(A)			-1.89	-.28***	-3.76	-.55***
사회적 친분관계만족(B)			-1.82	-.21***	-3.08	-.36***
A×B					.50	.35***
R^2	.07		.215		.217	
ΔR^2	-		.142***		.002**	
F	89.64***		207.32***		179.86***	

통제변수: 성별, 나이, 교육수준, 배우자

더미변수: 성별(1=남), 배우자(1=있음)

*** $p<.001$

해석의 편의를 위해 사회적 친분관계 만족과 주관적 건강을 평균중심으로 '낮음'과 '높음'으로 구분하여 우울인식에 대한 평균값을 비교했다. 사회적 친분관계 만족에 관계없이 주관적 건강이 좋을수록 우울인식 수준이 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 그러나 사회적 친분관계 만족이 '높음'의 경우가 '낮음'에 비해 그래프의 기울기가 완만하게 낮아져, 사회적 친분관계 만족이 주관적 건강이 우울인식에 미치는 영향을 완충해주는 것으로 해석할 수 있다[그림 2].

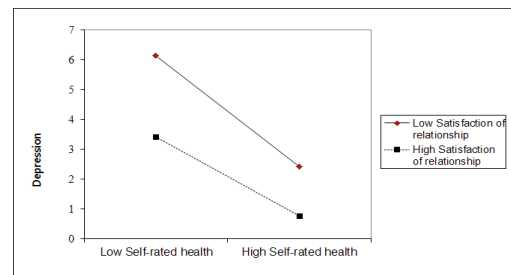


그림 2. 주관적 건강과 사회적 친분관계 만족의 상호작용

3. 여가생활 만족의 조절효과

여가생활 만족의 조절효과는 사회적 친분관계 만족의 조절효과분석에서와 동일한 방식으로 분석되었다. 즉, 1단계 통제변수만 투입, 2단계 독립변수와 조절변수 투입, 그리고 3단계 독립변수와 조절변수의 상호작용항 투입하여 R^2 변화량과 상호작용항의 통계적 유의성을 확인하였다.

1단계의 설명력은 7.3%였고 모든 통제변수들은 우울 인식에 대해 통계적으로 유의했다. 2단계 모형은 통계적으로 유의했고($p < .001$) 24.9%의 설명력을 보였다. 주관적 건강은 β 값 $-.256(p < .001)$, 여가생활 만족은 β 값 $-.285(p < .001)$ 로 우울인식에 통계적으로 유의하게 나타나 주관적 건강이 좋을수록 그리고 여가생활 만족이 높을수록 우울인식이 낮음을 알 수 있었다. 3단계는 통계적으로 유의했고($p < .001$), 설명력은 25.5%였다. 상호작용항의 β 값이 $.479(p < .001)$ 로 만성질환을 가진 노인의 우울인식에 유의한 영향력을 보였다.

1단계와 2단계의 R^2 변화량은 $.176(p < .001)$ 그리고 2단계와 3단계의 R^2 변화량은 $.006(p < .001)$ 으로 통계적으로 유의하였다. 1단계에서 유의했던 교육수준은 2단계와 3단계에서는 그 영향력이 사라졌다. 3단계에서 주관적 건강($\beta = -.592, p < .001$)과 여가생활 만족($\beta = -.539, p < .001$)은 주효과로서 독립적으로 우울인식에 영향을 미쳤다. 또한 주관적 건강과 여가생활 만족의 상호작용항($\beta = .479, p < .001$)이 유의하게 나타나 조절효과가 있음을 확인하였다[표 3].

표 3. 여가생활 만족 조절효과

변수	1단계		2단계		3단계	
	B	β	B	β	B	β
(상수)	.37		13.50		19.61	
성별	-.99	-.08***	-1.02	-.09***	-1.04	-.09***
나이	.09	.11***	.05	.06***	.05	.06***
교육	-.23	-.04**	.11	.02	.08	.01
배우자	-1.58	-.14***	-1.54	-.13***	-1.53	-.13***
주관적 건강(A)			-1.73	-.25***	-4.02	-.59***
여가생활만족(B)			-2.04	-.28***	-3.87	-.53***
A×B					.68	.47***
R^2	.073		.249		.255	
ΔR^2	-		.176***		.006	
F	89.63***		251.21***		222.45***	

통제변수: 성별, 나이, 교육수준, 배우자
 더미변수: 성별(1=남), 배우자(1=있음)
 *** $p < .001$

여가생활 만족과 주관적 건강을 평균중심으로 ‘낮음’과 ‘높음’으로 구분하여 우울인식에 대한 평균값 그래프를 제시하였다. 여가생활 만족에 관계없이 주관적 건강이 좋을수록 우울인식 수준이 낮아짐을 확인할 수 있다. 그러나 여가생활 만족이 ‘높음’의 경우가 ‘낮음’에 비해 기울기가 완만하게 낮아져, 여가생활 만족이 주관

적 건강과 우울인식 간 관계를 완충해주는 것으로 해석할 수 있다[그림 3].

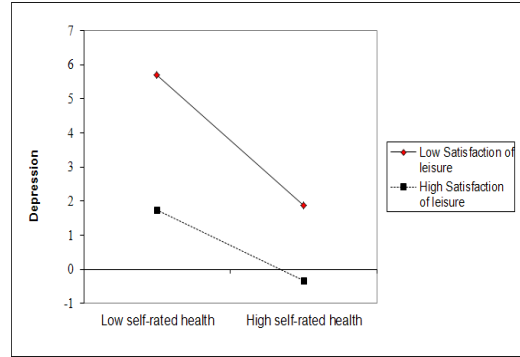


그림 3. 주관적 건강과 여가생활 만족의 상호작용

IV. 논의 및 결론

본 연구는 만성질환을 가진 노인의 주관적 건강이 우울 인식에 미치는 영향에서 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 조절효과 검증에 목적을 하였다. 우선, 통제변수인 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무 모두 우울 인식에 유의한 영향력을 보였다. 이는 여성[27], 연령이 높을수록[28], 교육수준이 낮을수록[29], 그리고 배우자가 없는 경우[30] 우울이 높다는 연구들과 일치하는 결과이다. 반면, 다른 연구결과들이 제시되기도 하는데, 연령의 경우, 연령이 많을수록 우울증상이 감소[31]하거나 나이와는 무관하다는 연구[32]도 있다. 배우자의 경우, 노인을 대상으로 배우자 유무와 우울과의 관련성을 살펴본 박형수, 정미화, 유진호의 연구[33]는 배우자가 없는 남자노인이 배우자가 있는 경우보다 우울을 더 느낀 반면, 여자노인은 배우자의 유무와 우울 간 관련성이 없다고 보고하고 있다. 특히 전혜숙과 강상경[34]은 3년간의 추적조사 결과 노인우울증상은 시간이 지남에 따라 감소하였으나 유의미한 영향은 보이지 않았다고 보고하였다. 이렇듯 노인 우울에 영향을 주는 요인이 다소 상이한 결과를 보이므로 후후 종단연구 등을 통해 지속적인 고찰이 필요할 것이다.

둘째, 주관적 건강, 사회적 친분관계 만족, 여가생활

만족은 모두 우울인식에 부적 영향을 보였다. 이는 여러 선행연구들과도 유사한 결과이다. 주관적 건강의 경우, Leibson 등[35]은 의학적으로 정의된 질병, 자신이 평가하는 건강상태, 고통의 3가지 요인과 우울증의 관련성을 조사한 결과 자신이 평가하는 건강상태만이 우울증에 유의한 요인임을 확인하였고, 이정애와 김지미[11]도 객관적 건강수준인 질병유무보다 그 질병으로 인해 활동이 제한되었다고 느끼는 노인의 주관성이 우울발생과 더 밀접한 관련성을 갖는다고 지적하였다.

사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 경우 많은 선행연구들이 만족도보다는 관계(연락이나 만남)횟수, 친분관계의 존재여부, 활동참여 여부 등에 한정되어 있다. 반면, 많은 대인관계들 중 자녀에 대한 만족이 낮은 노부모가 우울이 높다는 보고도 있다. 자녀들은 친척, 친구, 이웃 등 여러 사회적 친분관계에서도 가장 밀접하고 노인들에게 가장 영향을 많이 미칠 수 있기 때문에 사회적 친분관계 만족도를 높일 수 있는 프로그램 및 개입 방안을 도출해 냄에 있어 고려대상이 되어야 할 것이다. 노인 여가생활의 대표적 활동인 정보기술이 용 및 만족도와 우울과의 관련성을 살펴본 김명용과 전해정[36]은 이용만족도만이 우울에 유의하다고 보고하면서 이용(참여) 자체보다는 만족도가 더 중요함을 강조하였다. 즉, 노인의 경우 사회적 상호작용이나 관계 및 사회적 지지에 대한 만족, 여가생활에서의 만족 등 질적인 측면이 정신건강에 더 중요하다고 할 수 있다.

셋째, 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족은 주관적 건강과 노인의 우울인식과의 관계에서 완충역할을 하는 것으로 확인되었다. 즉, 사회적 친분관계 및 여가생활에 대한 만족도가 높은 노인이 그렇지 않은 노인보다 주관적 건강을 나쁘다고 인식함에 따른 부정적 영향을 덜 받는다고 할 수 있다. 이는 만성질환을 가진 노인의 우울인식에 대한 효율적 개입을 함에 있어 사회적 친분관계 및 여가생활에 대한 만족도가 무엇보다도 중요하게 고려되어야 함을 의미한다. 주위에 신뢰할만한 사람이 있다는 것은 보호역할을 제공하므로 노인의 사회활동이 우울감소에 영향을 미친다[37]. 특히 가족수준이나 친구수준에서 제공되는 사회적 지지는 노인이 겪는 우울을 줄이는데 긍정적인 영향을 미치는 것으로

알려져 있다[38]. 무엇보다도 친밀한 가족관계는 노인이 심각한 우울에 도달하지 않도록 예방적 역할을 하며 가족관계에서의 낮은 갈등과 친밀감 및 만족은 스트레스에 대한 적응을 높여[39] 결국 우울감을 감소시키는데 결정적인 역할을 하게 된다[40]. 이에 노인의 친구역할, 친척역할, 단체구성원 역할, 신앙인 역할, 사회적 지지 등과 같은 사회적 관계를 지원하는 정책이나 서비스가 개발, 확대되어 노년기의 고독 및 역할상실에서 벗어나도록 지원해야 할 것이다[41]. 또한 노인들에 대한 정서 및 신체 활동 프로그램을 개발함에 있어서도 사회적 친분관계의 양적 및 질적 확장과 깊이 있는 관계유지를 지원해 줄 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다[21].

여가활동은 일반적으로 연령이 증가할수록 그 참여율이 감소하지만 75세 이전까지는 종교활동, 장기, 바둑, 화투 등과 같은 정적인 여가활동은 지속적으로 증가하는 것으로 나타난다[42]. 그리고 여가활동 유형 중 동적인 여가활동이 정적인 여가활동에 비해 노인의 여가만족 향상과 행복증진에 더 기여한다고 보고된다[43]. 그러나 만성질환을 가진 노인의 경우 동적인 활동보다는 정적인 여가활동을 더 많이 할 가능성이 높을 것이다. 이에 만성질환을 가진 대상의 개인적 특성에 맞는 현실적인 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 또한 단순한 참여가 아닌 만족도를 높이기 위해 자신이 주도적으로 즐길 수 있는 여가활동 프로그램을 개발할 때 보다 효과적인 결과를 도출해 낼 수 있을 것으로 사려된다.

본 연구는 패널 데이터인 한국복지패널 10차 자료를 활용하였기 때문에 연구주제와 목적을 설명할 다양한 변수를 충분히 반영하지 못하였다. 이로 인해 연구결과 해석에 있어서도 선행연구들과의 온전한 일치도로 설명하고 일반화하는데 한계점을 보일 수 있다. 특히 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족 문항이 단일문항으로 구성되어 있어 구체적으로 어떠한 내용이 각각의 문항에 포함되어 있는지 확인하는데 어려움이 있었다. 따라서 선행연구들을 바탕으로 본 연구자들이 임의로 정의했기 때문에 실제로 대상자들이 설문문항을 해석한 의미와 다를 가능성을 배제할 수 없다. 추후 연구에

서는 선행연구들에서 사용한 신뢰성과 타당성이 보장된 다양한 척도 예를 들어 11문항으로 구성된 Beard와 Raeheb의 여가만족 척도(Leisure Satisfaction Scale) 등을 활용해 심층적 분석을 하는 것도 의미 있는 작업이 될 것으로 생각된다. 또한 사회적 친분관계가 가지는 다차원적 특성 즉, 사회적 친분 간의 갈등, 의사소통, 의견일치도 등 복합적 특성을 반영할 수 있는 다차원적 탐색도 필요할 것으로 생각된다.

그러나 본 연구는 만성질환을 가진 노인들이 겪는 우울인식을 감소시킬 수 있는 완충(보호)요인으로 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 영향력을 확인했다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있을 것이다. 특히 많은 선행연구들에서 단순히 참여여부, 관계빈도 등 양적인 부분에 초점을 두었던 것과는 달리 얼마나 만족하는지의 질적, 주관적 측면의 중요성을 다시 확인하였다는 것이다. 이에 만성질환을 가지고 있다는 특성과 우울인식 감소를 위한 특성화된 그리고 현실적인 프로그램 등 다차원적 접근의 필요성을 확인할 수 있다.

참 고 문 헌

- [1] 김희년, 서홍란, “자기효능감이 요보호독거노인의 우울수준에 미치는 영향에 관한 연구,” 노인복지연구, 제48권, pp.59-82, 2010.
- [2] 보건복지부, 노인실태조사 2014, 2014.
- [3] A. Akincigil, M. Olfson, M. Siegel, K. A. Zurlo, J. T. Walkup, and S. Crystal, “Racial and ethnic disparities in depression care in community-dwelling elderly in the United States,” American Journal of Public Health, Vol.102, No.2, pp.319-328, 2012.
- [4] National Center for Chronic Disease and Health Prevention, 2011.
- [5] Ministry of Health and Welfare. *National Elderly Survey 2008*, 2008.
- [6] Ministry of Health and Welfare. *National Elderly Survey 2011*, 2011.
- [7] 임지혜, “노인의 우울증세와 만성질환과의 관련성,” 디지털융합복합연구, 제12권, 제6호, pp.481-490, 2014.
- [8] W. Katon and P. Ciechanowski, “Impact of major depression and chronic medical illness,” Journal of Psychomatic Research, Vol.53, pp.859-863, 2002.
- [9] <http://consultgerim.org/uploads/File/>, 2007.
- [10] 박인옥, 김진세, 이강준, 정인과, “한국노인의 우울요인,” 노인정신의학, 제2권, 제1호, pp.47-63, 1998.
- [11] 이정애, 김지미, “노인의 우울과 건강수준과의 관련성,” 한국노년학, 제30권, 제4호, pp.1311-1327, 2010.
- [12] 이인정, “재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로,” 보건사회연구, 제32권, 제4호, pp.31-65, 2012.
- [13] 김영태, “독거노인의 개인적 속성이 정신건강에 미치는 영향,” 노인복지연구, 제59권, pp.187-208, 2013.
- [14] 정덕진, “장애 노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과,” 보건사회연구, 제34권, 제2호, pp.247-275, 2014.
- [15] 김희주, 주경희, “한국적 성공적 노후척도를 활용한 노인의 삶의 만족에 관한 연구,” 노인복지연구, 제41권, pp.125-158, 2008.
- [16] 이미숙, “도시거주 노인의 만성질환과 우울증세의 상관성 및 사회관계망의 효과에 대한 연구,” 보건과 사회과학, 제27권, pp.5-30, 2012.
- [17] 서홍란, 정윤정, 김희년, “신체적 질환이 노인 우울에 미치는 영향과 자기돌봄행위의 조절효과,” 노인복지연구, 제61권, pp.57-84, 2013.
- [18] 민웅기, 장상희, “노인복지에서의 여가의 중요성과 노인여가의 활성화 방안,” 사회복지연구, 제11권, pp.41-70, 2012.
- [19] 김동규, 노인의 종교 및 사회활동이 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 연구, 목원대학교 석사학위논문, 2000.

- [20] D. R. Taaffe, T. B. Harris, R. Ferrucci, J. Rowe, and T. E. Seeman, "Cross-sectional and prospective relationships of interaction-6 and c-reactive protein with physical performance in elderly persons: MacArthur studies of successful aging," *Journal of Gerontology series A: Biological and Medical Science*, Vol.55, pp.709-715, 2000.
- [21] 김현국, 박영순, 송영명, "노인의 대인관계 정도 및 여가활동 참여가 노년기 우울과 노후생활 만족도에 미치는 영향," *한국여가레크레이션학회지*, 제36권, 제1호, pp.1-15, 2012.
- [22] 한국보건사회연구원, *2015년 한국복지패널 기초 분석보고서*, 2016.
- [23] J. Zunanek, J. P. Robinson, and Y. Iwasaki, "The relationship between stress, health and physically active leisure as a function of life-cycle," *Leisure Sciences*, Vol.20, No.4, pp.253-275, 1998.
- [24] A. Szalai, *The use of time: daily activities of urban and suburban populations in twelve countries*, The Hague: Mouton, 1972.
- [25] P. B. Klein, *Principles and Practice of Structural Equation Modeling(3rded.)*, Guilford Press, 2010.
- [26] 이성은, "만성질환 노인의 주관적 건강상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과," *정신보건과 사회사업*, 제40권, 제1호, pp.234-262, 2012.
- [27] 김동배, 손의성, "한국 노인의 우울관련 변인에 관한 메타분석," *한국노년학*, 제25권, 제4호, pp.167-187, 2005.
- [28] H. S. Jeon, R. E. Dunkle, and B. L. Roberts, "Worries the oldest-old," *Health and Social Work*, Vol.31, pp.256-265, 2006.
- [29] J. A. Son, S. R. Suh, and M. H. Kim, "Factors related to depression of rural elders," *Journal of Korean Gerontological Nursing*, Vol.17, No.1, pp.56-64, 2015.
- [30] 신혜중, 박명숙, "농촌노인의 우울감에 미치는 영향요인 연구," *사회과학연구*, 제50권, 제2호, pp.115-141, 2011.
- [31] M. R. Kim, "Stressors of older adults and the effect of adult children's support on their happiness and depressive symptoms," *Korean Journal of Social Welfare Research*, Vol.32, pp.1-27, 2012.
- [32] 이현주, 강상경, 이준영, "노인 우울증에 대한 사회경제적 지위요인과 건강행태요인에 관한 연구," *한국노년학*, 제28권, 제4호, pp.1129-1145, 2009.
- [33] 박형수, 정미화, 유진호, "우리나라 노인의 배우자 유무와 우울과의 관련성," *한국전자통신학회 논문지*, 제7권, 제5호, pp.1181-1187, 2012.
- [34] 전해숙, 강상경, "노년기 우울케지의 예측요인: 한국복지패널을 이용하여," *한국노년학*, 제29권, 제4호, pp.1611-1628, 2009.
- [35] C. L. Leibson, J. Garrard, N. Nitz, L. Waller, M. Indritz, J. Jackson, S. J. Rolnick, and L. Luepke, "The role of depression in the association between self-rated physical health and clinically defined illness," *The Gerontologist*, Vol.39, No.3, pp.291-298, 1999.
- [36] 김명용, 전해정, "노인의 정보기술 이용여부와 이용만족도가 우울에 미치는 영향," *노인복지연구*, 제71권, 제1호, pp.85-110, 2016.
- [37] 남기민, 박현주, "노인의 종교활동과 사회활동참여가 삶의 만족도에 미치는 영향-우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로," *노인복지연구*, 제49권, pp.405-427, 2010.
- [38] 노병일, 오영선, *지역 노인의 사회적 지지와 우울*, 다운샘메디컬투데이, 2005.
- [39] 유정현, 성혜영, "노년기 우울에 대한 가족관계 만족도의 중재효과," *한국노년학*, 제29권, 제2호, pp.717-728, 2009.
- [40] 김춘길, "재가노인의 가족지지, 건강지각, 우울과의 관계," *노인간호학회지*, 제9권, 제1호, pp.14-21, 2007.
- [41] 김미호, 문재우, "노인의 가족관계와 사회적 관

계가 우울과 자살생각에 미치는 영향,” 한국케어 매니지먼트연구, 제10권, pp.1-26, 2013.

[42] 박차상, 김옥희, 엄기옥, 이경남, 정상양, 배창진, 한국노인복지론, 학지사, 2006.

[43] 송지준, 엄인숙, “중년과 노인의 여가활동유형과 우울, 고독감 간의 관계,” 관광연구, 제23권, 제1호, pp.43-62, 2008.

저 자 소 개

이 진 향(Jin-Hyang Lee)

정회원



- 1998년 2월 : 숙명여자대학교 불어불문학과(문학사)
 - 2005년 2월 : 경상대학교 사회복지학과(사회복지학석사)
 - 2009년 8월 : 경상대학교 사회복지학과(사회복지학박사)
 - 2014년 9월 ~ 현재 : 거제대학교 사회복지과 초빙교수
- <관심분야> : 정신보건, 사회복지실천

오 미 옥(Mi-Ok Oh)

정회원



- 1986년 2월 : 고려대학교 간호학과(간호학사)
 - 2004년 2월 : 경남대학교 사회복지학과(사회복지학석사)
 - 2014년 2월 : 경상대학교 사회복지학과(사회복지학박사)
 - 2005년 3월 ~ 현재 : 거제대학교 사회복지과 부교수
- <관심분야> : 노인복지정책, 고용정책, 빈곤정책, 사회적 경제