

# 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계

김 귀 분\* · 신 동 수\*\*

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

20세기 선진산업사회의 공통된 사회구조적 변화는 노인인구의 증가이다. 우리나라도 평균 수명이 여자 79.5세, 남자 72.1세에 이며(통계청, 2001), 2004년 10월 현재 노인인구 8.6%로 노령화 사회에서 노령 사회로 진입하고 있다(조선일보, 2004. 10. 2). 노인인구의 증가는 개인과 사회에 많은 변화를 내포하는데, 인간은 고령화 될 수록 역할 상실, 신체, 및 건강의 약화 등으로 타인의 도움이 필요한 의존성이 증가 하게 된다. 이러한 노인인구의 증가 및 간호요구도의 증가에 부응하여, 노인 간호에 대한 연구도 시작되었는데 1980년대 노인 간호의 관심사는 노인의 건강과 관련한 질환 관리 등 질병 위주의 연구였으나, 2000년대 들어 노인 질환의 만성화 및 수명연장으로 노인 부양의 문제가 사회문제화함에 따라 재가 간호 및 시설간호 문제로 확대되며 가족과 사회의 역할이 중요하게 대두되고 있다.

노인의 건강에 영향을 주는 중요한 요인의 하나로 사회적 지지를 들 수 있는데, 사회적 지지는 건강문제를 야기하는 스트레스의 충격을 감소 또는 완충시킬 수 있는 속성을 지닌 용어로 가족, 친구, 이웃 기타 사람에 의해 제공된 여러 형태의 도움과 원조를 의미한다(Cohen, Hoberman, 1983). 특히 노인의 경우 타인에게 의존도가 높아지기 때문에 사회적

지지는 중요한 개념이며, 송영수(1994)의 연구에서 가족 지지망, 친척 지지망, 이웃 지지망, 친구 지지망, 사설 협회 지지망의 5가지 사회적 지지망에서 핵심은 ‘가족’이었다. 즉, 가족은 애정과 신뢰감으로 이루어진 공동체로써 건강문제를 해결하는데 정신적, 신체적, 경제적, 사회적 부양을 할 수 있는 가장 유력한 지지체계라는 것이다. 이외에도 노인이 받는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도간의 긍정적인 관계가 보고 되었고(송예현, 2001) 노인의 가족지지와 생활 만족도가 그들의 건강증진행위에 긍정적인 영향을 준다고 보고 되었다(김춘길, 2002). 그러므로 현대사회에서 핵가족화로 인해 가족들로부터 소외되거나 의지할 곳이 없고 사회적 지지도 준비되지 않은 경우 노인의 정서적 안정에 크게 위협을 주어 노령에서 야기되는 고독감, 소외감 및 우울을 가중시킨다(이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영, 2004; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003). 특히 이평숙 등(2004)의 연구 결과 스트레스와 사회적 지지간의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않았으나, 이 두 요인과 노인 우울은 통계적으로 유의하게 나타나 잠재적 위험요인으로 나타났다.

노인들에게 감각장애나 신체장애가 있을 때 부정적 감정반응으로 우울이 가장 쉽게 나타나며(Kemp, 1985), 우울은 근심, 침울, 무력감, 무가치함으로 여겨지는 것으로(Lewis, 1983), 65세 이상 노인의 약 55.8%가 우울 증상을 보이는 것으로 나타났다(홍미령, 박종한, 변용찬, 장병원, 2004). 특히 고령 독거 노인이 경제적으로 열악할수록 우울이 증가

---

\* 경희대학교 간호과학대학 교수  
 \*\* 경희대학교 간호과학대학 시간 강사

하는 것으로 보고 되었다(권선숙, 정연강, 권혜진, 2002; 박영숙, 1999; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003). 또한 우울은 노인의 신체적 건강상태(김남초, 양수, 2001; 김효정, 2001; 박영숙, 1999), 가족의 결속력(김태현, 1999)에 의해 영향을 받는다.

흔히 노인의 4중고를 가난, 질병, 고독, 무위로 볼 때 우리나라 노인들의 반수(50.1%)는 스스로 자신의 건강이 나쁜 것으로 느끼고 있었다. 또한 우리나라 65세 이상 노인의 79.5%가 만성 건강문제를 갖고 있으며, 약 4/5의 노인이 하나 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 보고되었다(홍미령, 박종환, 변용찬, 장병원, 2004). 이런 만성질환을 가진 환자가 경험하는 문제의 양상은 장기간의 요양과 치료, 남겨진 육체적 장애 등으로 인해 사회, 심리적으로 적응해야 하며 이 과정에서 여러 가지 문제로 반복되는 위기를 경험한다.

종합하면, 노인의 최대 관심사가 건강한 삶의 영위이지만, 가족에게 적절한 지지를 받지 못하고, 신체적 건강의 퇴화에 적응하지 못할 경우 우울을 경험하게 될 위험이 높다고 사려된다. 따라서 본 연구는 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계를 규명하고 가족지지의 구체적 역할, 사회 심리적 요인에 따른 신체적 건강상태 등을 확인하여 노인들의 사회, 심리적 만족을 위한 간호 돌봄을 중심으로 한 간호 중재방안 모색에 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태를 파악함과 동시에 각각의 관계를 확인함으로써 보다 실질적인 노인 간호 중재를 위한 기초 자료를 제공하고자 하는 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태를 확인한다.
- 2) 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 상관관계를 파악한다.
- 3) 인구사회학적 특성별 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태를 확인한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 가족지지

가족지지만 가족구성원으로 구성되는 가족체계가 가족 구성원들 간의 상호 작용을 통하여 서로 돌보아 주며 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해 주는 사랑과 지지의 주요 기능을 말한다(Hamburg, 1967). 본 연구에서는 최영희(1984)

가 작성한 가족지지행위 측정도구를 기반으로 한 5점 평정척도의 총 10문항으로 구성된 가족지지 측정도구에 의해 측정된 점수를 의미한다.

### 2) 우울

우울은 정상적인 기분변화에서 병적인 상태에 이르는 근심, 침울감, 무력감 및 무가치함을 나타내는 정서장애(Lewis, 1983)로 본 연구에서는 15문항으로 간소화된 노인우울척도(Sheikh, Yesavage, 1986)를 송미순(1987)이 번역하여 재구성한 도구를 4점 척도로 수정하여 측정된 점수를 의미한다.

### 3) 신체적 건강상태

노인의 신체적 건강은 일상생활 활동을 영위하는데 필수적인 활동 즉 식사하는 것, 배설하는 것, 활동하는 것, 몸치장하는 것, 잠자는 것, 성 생활하는 것 등을 독립적으로 수행할 수 있는 능력을 의미한다(최영희, 정승은, 1991). 본 연구에서는 최영희와 정승은(1991)이 개발한 신체 각 기관의 노화가 감안된 기능상태의 평가인 신체건강사정도구 20문항을 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 소정의 구조화된 설문지를 이용하여 실시된 조사연구이다.

### 2. 연구대상자

본 연구의 대상자는 서울시에 거주하는 65세 이상 재가노인 중 주로 노인정에 출입하는 언어적, 비언어적 의사소통이 가능하며, 본 연구의 취지를 이해하고 참여하기를 수락한 300명의 남녀 노인을 대상으로 하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 가족 지지 측정 도구

가족지지 측정 도구는 최영희(1984)가 작성한 가족지지 행위 측정도구 11개 문항 중 본 연구대상과 관계없는 한 문항을 제외한 10문항의 5점 척도 도구를 이용하였다. 측정도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's alpha=.89로 나타났으며, 본 연구에서 신뢰도는 측정결과 Cronbach's

alpha=.92였다.

2) 노인의 우울 측정 도구

노인의 우울 정도를 측정하기 위해 Sheikh과 Yesavage (1986)이 개발한 30문항의 노인 우울 척도를 송미순(1987)이 번역하여 재구성한 15문항 도구를 4점 척도로 수정하여 이용하였다. 이 도구는 다른 척도에 비해 변비, 식욕부진 등의 노인에서 우울과 상관없이도 나타날 수 있는 신체증상을 제외하여 도구의 타당도를 높였다. 이 도구를 임상적으로 우울진단을 받은 노인과 우울진단이 없는 노인에 사용하여 cut-off point 11일때 민감도 84%, 특이도 95%이다 (Brink, et al., 1982). 또한 원형과 간소화된 척도간의 상관관계는 .84이었다. 이 척도는 ‘예’는 1점, ‘아니오’는 0점으로 하여 부정적 문항은 교정한 후 전체 우울점수를 산출하였다. 그러나 일차 예비조사 후 ‘예,’ “아니오”와 같은 단정적인 물음에 익숙치 못한 한국 노인의 실정을 감안하여 ‘아주 그렇다’ ‘그렇다’ ‘아니다’ ‘아주 아니다’의 4점 척도로 점수 범위도 0점에서 60점으로 개정하였다. 점수범위의 변화에 따라 cut-off point를 조정하여 20점 이상을 우울상태라고 판단하였다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.88이었으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.93이었다.

3) 신체적 건강상태

최영희, 정승은(1991)이 개발한 신체건강사정도구 20문항을 이용하여 측정한 점수로써 점수가 높을 수록 건강상태가 양호함을 의미하며, 개발당시 Cronbach’s alpha=.85였으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.93이었다.

3. 자료수집 및 절차

노인정의 선택은 확률 표출 방법인 집락 추출에 의거하였다. 서울시의 노인정을 하나의 집락으로 하여 관악구의 14개 구에서 25개의 노인정 즉 25개의 집락을 난수표를 이용한 무작위 추출로 선정하였다. 예비 조사 시 한 노인정에서 평균 12명을 면담할 수 있었던 점에 기초하여 25개의 노인정을 선정하였다.

수집방법은 연구자 본인이 대상자에게 연구의 목적과 내용을 설명한 후 준비된 구조적 설문지의 질문사항을 읽어 주고 대답한 것을 그 장소에서 직접 수집하였다. 자료 수집은 1개월간 각각 50명씩 2차례에 걸친 예비조사를 거친 후 2개월에 걸쳐 실시하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산처리하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 백분율과 평균을 산출하였다. 인구사회학적 특성별 우울, 가족지지, 건강상태의 관계는 t-test, ANOVA로 분석하였다. 대상자의 가족지지, 우울, 건강상태와의 상관관계는 Pearson Correlation으로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

<표 1> 대상자의 인구사회학적 특성 (N=300)

특성	구분	빈도수	백분율(%)
성별	남	142	47.3
	여	156	52.7
연령	65-69	53	17.7
	70-74	81	27.0
	75-79	67	22.3
	80-	99	33.0
배우자	유	112	37.3
	무	188	62.7
종교	개신교	74	24.7
	천주교	33	11.0
	불교	97	32.3
	유교	2	.1
	무교	90	30.0
교육정도	기타	4	1.3
	무학	170	56.7
	국졸	80	26.7
	중졸	18	6.0
	고졸	26	8.7
동거형태	대졸이상	6	2.0
	혼자	28	9.3
	노부부만	76	25.3
	아들식구	169	56.3
	딸식구	11	3.7
주거상태	미혼자녀	13	4.3
	기타	3	1.0
	자가	213	71.0
	셋집	87	29.0
	자녀수	1-3	86
월 용돈액	4-6	160	53.3
	7-	54	18.0
	부족	139	46.3
	보통	117	39.0
	충분	44	14.7
용돈 부담자	본인	48	16.0
	배우자	13	4.3
	자녀	233	77.7
	기타	6	2.0

1. 대상자의 인구사회학적 특성

대상자는 여자가 약간 많았으며 (52.7%), 80세 이상 연령이 33%로 가장 많았으며, 62.7%가 배우자가 없고 70%의 노인이 종교가 있었다. 독거 노인과 부부 동거 노인은 34.6%로 높게 나타났다<표 1>.

2. 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태

노인이 지각한 가족지지의 평균치는 24.86(range 10-42)으로 비교적 낮은 지지율을 나타냈다. 노인이 지각한 우울정도는 평균 41.31(range 20-60), 신체적 건강상태는 평균 47.35(range 22-60)로 비교적 높게 나타났다<표 2>.

<표 2> 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태 정도 (N=300)

구 분	평균(표준편차)	최소값	최대값
가족지지	24.86(7.74)	10	42
우울정도	41.31(8.34)	20	60
신체적 건강상태	47.35(7.90)	22	60

3. 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 상관관계

노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 상관관계를 조사한 결과 노인이 지각한 가족지지와 우울과의 관계는 통계적으로 유의한 역상관 관계( $r=-.755, P=.001$ )가 있는 것으로 나타났으며, 가족지지와 건강상태와의 관계도 상관관계( $r=.329, P=.001$ )가 있는 것으로 나타났다. 우울과 신체적 건강상태와의 관계 역시 통계적으로 유의한 역상관 관계( $r=-.515, P=.001$ )가 있는 것으로 확인되었다<표 3>.

<표 3> 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 상관관계 (N=300)

변 수	가족지지	우울	신체적 건강상태
가족지지	1.000		
우울	-.755 (P=.001)	1.000	
신체적 건강상태	.329 (P=.001)	-.515 (P=.001)	1.000

4. 인구사회학적 특성별 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계

인구사회학적 특성별 계 변수의 관계를 확인한 결과 가족지지와 우울정도에 차이를 나타낸 변수는 각각 연령, 배우자 유무, 종교, 교육정도, 동거형태, 주거상태, 월 용돈 액, 용돈 부담자였다. 노인의 신체적 건강상태의 차이를 나타낸 인

<표 4> 인구사회학적 특성별 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 차이 (N=300)

특성	구분	가족지지			우울			신체적 건강상태		
		평균(표준편차)	t/F	P	평균(표준편차)	t/F	P	평균(표준편차)	t/F	P
성별	남	24.02( 8.22)	1.79	.074	41.37( 8.59)	-0.11	.911	49.16( 7.33)	-3.85	.001*
	여	25.62( 7.23)			41.26( 8.13)			45.72( 8.06)		
연령	65-69	28.15( 8.00)	7.75	.001*	36.24( 7.76)	19.25	.001	54.84( 4.92)	107.69	.001*
	70-74	26.40( 7.22)			38.70( 7.24)			50.82( 4.64)		
	75-79	22.94( 7.41)			43.31( 7.93)			48.43( 6.05)		
	80	23.14( 7.49)			44.81( 7.76)			39.75( 6.00)		
배우자	유	27.08( 7.38)	-3.92	.001*	36.87( 7.77)	7.80	.000	52.23( 5.66)	-10.09	.001*
	무	23.54( 7.74)			43.96( 7.44)			44.44( 5.61)		
종교	개신교	28.66( 7.83)	7.50	.001*	36.02( 7.86)	11.46	.001	49.78( 7.32)	4.26	.001*
	천주교	24.00( 6.75)			44.87( 7.80)			42.87( 7.63)		
	불교	24.77( 6.75)			41.74( 7.05)			47.60( 8.12)		
	유교	34.50( 6.36)			32.50(16.25)			49.00( 5.65)		
교육 정도	무교	22.14( 7.60)	6.13	.001*	44.15( 8.12)	9.83	.001	46.93( 7.36)	20.32	.001*
	기타	20.25( 3.94)			40.00( 3.46)			41.50(12.12)		
	무학	23.52( 6.80)			43.23( 7.89)			44.54( 7.83)		
	국졸	25.15( 8.70)			40.66( 7.73)			48.90( 5.87)		
교육 정도	중졸	26.16( 7.64)	6.13	.001*	37.33( 6.06)	9.83	.001	54.72( 4.18)	20.32	.001*
	고졸	30.30( 7.89)			36.26( 9.44)			54.53( 5.87)		
	대졸이상	31.50( 6.47)			29.50( 7.12)			54.50( 8.78)		

\* p<.05

<표 4> 인구사회학적 특성별 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 차이(계속)

(N=300)

특성	구분	가족지지			우울			신체적 건강상태		
		평균(표준편차)	t/F	P	평균(표준편차)	t/F	P	평균(표준편차)	t/F	P
동거 형태	혼자	20.64( 9.56)			45.89( 8.29)			46.07( 7.28)		
	노부부만	25.47( 8.49)			37.52( 7.74)			51.72( 6.43)		
	아들식구	25.23( 6.70)	3.61	.001*	42.31( 7.53)	8.17	.001	45.08( 7.91)	9.92	.001*
	딸식구	24.63( 8.73)			43.90(12.61)			48.90( 6.94)		
		미혼자녀	23.00( 6.89)			41.76( 7.58)			51.69( 5.76)	
	기타	37.00( 8.66)			27.00( 6.55)			51.66( 4.16)		
주거 상태	자가	26.94( 7.52)	-9.03	.001*	39.99( 7.46)	4.42	.000	47.62( 8.03)	-0.01	.339
	셋집	19.75( 5.66)			44.55( 7.08)			46.66( 7.56)		
자녀수	1-3	24.55( 8.75)			41.10( 9.31)			49.26( 8.00)		
	4-6	24.48( 7.61)	1.41	.246	41.56( 8.05)	0.16	.848	46.95( 8.00)	4.37	.013*
	7-	26.46( 6.21)			40.90( 7.62)			45.46( 6.86)		
월 용돈액	부족	19.71( 5.84)			46.25( 6.24)			46.17( 7.58)		
	보통	28.17( 6.15)	104.07	.001*	38.65( 7.45)	82.10	.001	47.56( 8.12)	52.22	.001*
	충분	32.29( 5.80)			32.79( 6.02)			50.50( 7.54)		
용돈 부담자	본인	26.91(10.11)			36.22( 9.09)			53.34( 5.79)		
	배우자	28.38( 8.45)	8.52	.001*	33.07( 6.27)	18.14	.001	53.61( 8.09)	17.39	.001*
	자녀	24.58( 6.83)			42.43( 7.53)			45.81( 7.69)		
	기타	11.66( 1.63)			54.33( 3.44)			45.50( 7.12)		

\* p<.05

구 사회학적 변수는 성별, 연령, 배우자 유무, 종교, 교육정도, 동거형태, 자녀수, 월 용돈액, 용돈 부담자였다<표 4>.

#### IV. 논 의

본 연구는 노인이 지각한 가족지지, 우울, 신체적 건강상태와의 상관관계에 관한 연구로, 먼저 각각 변수들의 조사 결과를 살펴보면, 노인들이 지각한 가족지지 정도는 평균 28.46 으로 기존에 보고 된 일반 노인 44.70(조아영, 2003)과 41.55(김춘길, 2002) 및 종합 복지관 이용노인 41.64(송예현, 2001) 보다 낮은 것으로 나타났다. 우울 정도는 척도의 수정으로 타 연구와 직접적인 비교는 어려우나 20점 이상을 우울로 보았을 때, 41.31(20-60)은 상당히 심한 우울을 경험하고 있는 것으로 볼 수 있다. 신체적 건강상태의 평균 점수는 47.35로 같은 도구를 사용한 김남초와 양수(2001)의 40.00(range 10-50)보다 높게 나타났다.

노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 상관관계를 알아본 결과 먼저 노인이 지각한 가족지지와 우울과의 관계는 역상관 관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.755$ ,  $P=.001$ ).

다음으로 가족지지정도과 건강상태는 낮은 상관성을 나타내었다( $r=.329$ ,  $P=.001$ ). 이는 노화과정으로 인해 가족지지와 무관하게 건강상태가 퇴화되기 때문인 것으로 사려 된다.

우울과 신체적 건강상태와의 관계도 통계적으로 유의한 역

상관관계가 나타났는데( $r=-.515$ ,  $P=.001$ ), 이는 김효정(2001), 안진아(1990)와 홍미령 등(2004)의 연구결과와 같은 결과로 일상생활 수준이 높고 독립적인 수행이 가능할 수록 우울 정도가 낮아지는 것이 확인되었다.

끝으로, 본 연구의 세 변수들과 인구사회학적 특성과의 관계를 살펴 본 결과, 노인이 지각한 가족지지와 우울정도에 유의한 차이를 나타낸 인구사회학적 특성은 동일하게 나타났다. 먼저 가족지지정도와의 관계를 살펴보면 65-69세(28.15)의 낮은 연령 집단에서 가족지지 정도는 가장 높은 반면 75-79세(22.94)의 연령에서는 낮은 지지도를 나타냈다. 이것은 연령이 높을수록 경제력도 없고, 가족관계와 사회관계가 축소되고 고립될 수 있다는 이론을 뒷받침하고 있음을 알 수 있다(심문숙, 1990). 특히 신체적 의존도가 높은 80세 이상 고령(23.14)에서 낮은 가족지지도를 나타낸 것은 가족의 노인 부양부담이 실제노인에게 느껴지고 있음을 알 수 있다. 또한 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 가족지지도는 높게 나타나( $t=-.387$ ,  $P=.0001$ ), 이는 노인에게 있어 배우자가 중요한 지지원으로 나타난 박원희(1991), 김효정(2001)의 결과와 일치한다. 특히 부부동거 노인의 경우 가족지지를 높게(25.47) 보고한 것은 노인의 경우 가장 소중한 지지자는 배우자임을 다시 한번 확인할 수 있었다. 또 다른 사회적 지지체계인 종교의 경우 종교를 가진 노인이 그렇지 않은 노인보다 가족지지도가 높게 나타나 종교단체가 사회적 지지원의 역할을 하는 것으로 나타났다. 또한 교육정도가 높고 자가 노

인으로 월 용돈액이 많으며 본인이나 배우자가 용돈 부담자 일 때 가족지지도가 높은 것은 이평숙외 4인(2004)의 연구결과와 동일한 것으로 사회경제적으로 열악한 환경에 있는 노인이 가족지지도 상대적으로 받지 못하는 것을 의미하며 그들을 위한 사회적 차원의 지지를 제공하는 것이 시급하다.

노인이 지각한 우울정도도 80세 이상 노인과 배우자가 없는 경우 높았는데 이는 기존 연구를 지지하는 것이다(권선숙, 정연강, 권혜진, 2002; 김효정, 2001; 박원희, 1991; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003). 또한 Simong(1984)은 노인은 친밀감을 위해 가장 먼저 배우자를 택한다며 배우자의 역할의 중요성을 강조하였다. 이는 연령이 높을수록 죽음에 임박하였다는 생각과 고령으로 인한 신체의 기능의 저하, 배우자나 친지의 질병, 죽음으로 인한 상실감의 증가가 노년기의 우울에 영향을 주었다고 본다.

우울과 종교와의 관계는 종교가 없는 경우 높게 나타나고 종교가 있는 경우는 불교 신자가 타 종교에 비해 높게 나타났는데 이는 불교는 죽음을 절대자의 구원에 의지하기 보다는 스스로 초탈해야 하는 종교적 특성 때문이거나 습관적인 개인의 신앙생활에 따른 차이인 것으로 본다는 고경봉, 김성태(1988)의 연구결과와 일치하고 있음을 알 수 있다.

우울과 사회경제적 여건과의 관계도 유의하게 나타났다. 우울 정도가 자가(39.99)가 셋집(44.55)보다 낮게 나타났고 ( $t=4.42, P=.000$ ), 월 용돈액이 많고 용돈 부담자가 본인(36.22) 또는 배우자 일 때(33.07) 역시 우울정도가 낮게 나타났다. 이는 기존에 보고 된 사회 경제적 요인과 생활만족도가 심리적 안녕에 영향을 미치는 것과 같은 맥락임을 알 수 있다(권선숙, 정연강, 권혜진, 2002; 박영숙, 1999; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003).

마지막으로 신체적 건강상태는 남자가 여자보다 높은 것으로 나타났으며 이는 조아영(2003), 최영희와 정승은(1991)의 연구결과와 일치하였다. 이는 여성이 남성에 비해 평균수명이 길고, 고령이며 다산 후 부적절한 산후 조리로 신체적 건강점수가 낮은 것으로 사려 된다. 또한 노인이 배우자가 있는 경우(52.23)가 없는 경우보다(44.44) 신체적 건강상태가 유의하게 높은 것으로 나타났다( $t=-10.09, P=.001$ ). 이것은 배우자가 신체적 지원이 된다는 김남초와 양수(2001), 배영숙(1993), 조아영(2003)의 결과와 일치하였다. 종교의 유무에 관하여 천주교 믿는 노인이 그렇지 않는 노인보다 신체적 건강상태가 낮게 나타나 추후 연구의 필요성을 나타냈다. 교육정도에 따른 신체적 건강상태도 무학이 44.54로 가장 낮게 나타나 조아영(2003), 최영희와 정승은(1991)의 연구결과와 일치한 것으로, 이는 교육을 받은 노인이 교육을 통해 얻어진 건강에 대한 지식이 개인의 건강관

리실천에 영향을 준 결과라고 사려 된다. 또한 교육수준이 사회계층을 결정하는 주요인자로 교육수준이 낮은 노인은 월 용돈액도 적었고, 생계유지를 위해 신체적 체력을 많이 소모해 왔으며 건강관리에도 소홀하였기 때문인 것으로 보인다. 용돈 부담자가 배우자(53.61)나 본인(53.34)인 경우 보다 자녀인 경우(45.81) 신체적 건강상태가 낮은 것도 노인의 건강상태가 양호한 경우 생업에 유지하는 것으로 유추할 수 있다. 동거상태는 조아영(2003)의 결과처럼 노부부만 사는 경우 (51.72) 및 미혼자녀와 사는 경우(51.69) 건강상태가 가장 높은 반면, 혼자 사는 노인의 경우(46.07) 신체적 건강상태가 좋지 않아 독거노인의 간호 요구도를 반영하는 것이라 사려 된다.

결론적으로 가족 지지가 한국 노인의 우울 정도에 큰 영향을 미치는 변수임이 확인 되었다. 이들이 21세기 핵가족화 경향에 적절히 대처하지 못할 경우 노인의 정신건강의 위협도 증가할 것으로 여러 가지 가족 내 및 사회적 문제로 대두될 것으로 사려 되어 사회적 차원의 준비가 시급히 요구된다 하겠다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 노인이 지각한 가족지지도 정도와 우울, 신체적 건강상태를 파악하고 각각의 상관관계를 확인함으로써, 노령화 시대의 이들을 위한 적절한 신체, 심리 간호 방안을 모색하고자 시도되었다. 연구대상은 서울에 거주하는 재가노인 300명을 대상으로 연구자가 작성한 구조화된 설문지를 사용하여 직접면접으로 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 연구목적에 따라 실수와 백분율 및 t-test, ANOVA를 시행하였으며 변수간의 상관관계를 확인하기 위하여 Pearson Correlation을 시행하였으며 결과는 다음과 같다.

연구결과 대상자의 일반적 특성은 남녀의 비율은 여자가 약간 많았고(52.7%), 80세 이상 연령이 가장 많았으며(33%), 62.7%가 배우자가 없고 70%의 노인이 종교가 있었으며, 독거 노인9.3%, 부부 동거 노인25.3%로 나타났다.

대상자의 가족지지도의 평균은 24.86, 우울정도의 평균은 41.31이며, 각각의 차이를 나타내는 변수는 연령, 배우자 유무, 종교, 교육정도, 동거형태, 주거상태, 월 용돈액, 용돈 부담자였다. 대상자들은 자신의 신체적 건강상태를 높게 평가하였으며 차이를 나타내는 변수는 성별, 연령, 배우자 유무, 종교, 교육정도, 동거형태, 자녀수, 월 용돈액, 용돈 부담자 등이었다.

본 연구결과 노인에 있어 중요한 사항은 가족지지도로, 가족 지지가 원활하게 제공될 때 노인 우울이나 건강상태 정도가

좋아짐을 알 수 있었다. 그러나 한국 사회 환경의 변화로 가족이 노인을 지지하는 것이 어려워지는 실정이다. 따라서 노인을 위한 향후 사회복지 대책으로 가족 구성원이 노인을 돌볼 수 있도록 지원하는 방안이 포함되어야 한다.

위와 같은 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 방문간호사업 등을 실시할 경우 노인을 포함한 가족의 기능 및 유대 관계를 파악하는 것이 노인 정신건강에 필요하다. 또한 가족의 개념과 구조의 변화에 한국 노인의 적응도를 파악하고 지지할 간호중재방안이 모색되어야 한다.
2. 독거노인이나 경제적 지원이 없는 노인에게 대한 연금제도의 점차적 도입 등 사회적 차원의 지원이 필요하다. 복지 단계 등에서도 사회 기부의 필요성을 강조하여 사회전반에 의식을 확대 할 수 있는 행사를 기획하여 경제적 기반을 확고히 한다.

## 참 고 문 헌

고경봉, 김성태 (1988). 암환자의 대응전략. *신경정신의학*, 27(1), 140-150.

김남초, 양수 (2001). 일부 지역사회 노인의 신체적 건강상태와 우울. *대한간호학회지*, 31(6), 1012-1020.

김태현 (1999). 노인의 가족결속도와 효의식 및 우울에 관한 비교문화적 연구. *한국 노년학*, 19(2), 79-96.

김효정 (2001). 노인의 신체적 건강과 우울과의 관계. *한국 농촌의학회지*, 26(2), 193-203.

김춘길 (2002). 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인: 가족지지와 생활만족도 변수를 중심으로. *지역사회간호학회지*, 13(2), 321-331.

권선숙, 정연강, 권혜진 (2002). 영세 노인과 일반노인의 우울정도에 관한 비교연구. *지역사회간호학회지*, 13(1), 30-38.

박영숙 (1999). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인. *한국보건통계학회지*, 24(1), 22-29.

박원희 (1991). 일 도시 노인의 가족지지와 정신건강. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.

배영숙 (1993). 노인이 지각한 사회적 지지와 건강상태와의 관계연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.

서정희, 박정환, 이성관, 유국환, 송선우 (1983). 노인들의 기동 부자유 및 만성병 이환실태. *한국 노년학*, 3, 41-51.

송영수 (1994). 가족지지가 도시지역 노인의 건강상태에 미

치는 영향에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문.

송예현 (2001). 노인이 인지하는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도와와의 관계 연구: D시 노인 종합복지관 이용 노인을 대상으로. *정신간호학회지*, 10(4), 473-483.

심문숙 (1990). 암 환자의 가족지지와 우울과의 관계연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

안진아 (1990). 척추 손상환자의 우울에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영 (2004). 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계. *대한간호학회지*, 34(3), 477-484.

조선일보, 2004. 10. 2

조아영 (2003). 노인의 신체, 심리, 사회적 건강상태가 건강행위에 미치는 영향. 한림대학교 대학원 석사학위 논문.

탁영란, 김순애, 이봉숙 (2003). 여성 노인의 사회적지지 및 도구적 지지요구와 우울에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 9(4), 449-456.

통계청 (2001). 장래인구추계

최영희 (1984). 지지적인 간호중재가 가족지지행위와 환자 역할행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

최영희, 정승은 (1991). 한국노인의 신체적 건강상태 도구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. *성인간호학회지*, 3, 70-96.

최은선 (1992). 노인환자가 지각한 가족지지, 고독감, 건강상태와의 관계연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.

홍미령, 박종한, 변용찬, 장병원 (2004). 장기요양보호소대상 노인의 실태파악 및 케어욕구 조사. 2004 헬스케어 심포지엄.

Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J Appl Social Psychology*, 13, 99-125.

Hamburg, D. A. (1967). A perspective on coping behavior. *Arc Gen Psychiatry*, 7(2), 274-284.

Kemp, B. (1985). Rehabilitation and the older adult, In J. E. Birren & K. N. Schiaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 647-663.

Lewis (1983). Grief in chronic illness and disability. *J Rehabil*, 49, 8-11.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.) *Clinical gerontology: A guide to*

*assessment and intervention.* New York: The Haworth Press, 165-173.

Simon, B. (1984). *International trends in gerontology*, Department of nursing, S. N. U., May, 3-10.

- Abstract -

Key concept : Korean elderly, Family support, Depression, Physical health

### A Study on the Relation Among the Perceived Family Support, Depression and Physical Health Status in Korean Elderly

*Kim, Kwuy Bun\* · Shin, Dong-soo\*\**

This study examined the relation among perceived family support, depression and physical health status in Korean elderly. Participants were three hundred elders attending the house for elderly (NoInGyong) located in kwanak-gu and other 14 gu in Seoul Korea. Data were collected using

structured questionnaire via clustered random sampling. The instruments used for this study were the simplified depression scale for elderly designed by Sheikh & Yesavage, the family support scale developed by Choi Young Hee, and the physical health status developed by Choi Young Hee & Jung Seng En. Data analysis included: percentage, average, SD, t-test, ANOVA, & Pearson correlation coefficient. Participants in this study represented low level of family support but high level of physical health status and depression. There was a significant negative relation between family support and depression( $r=-.755$ ,  $P=.001$ ). There was a significant relation between family support and physical health( $r=.329$ ,  $P=.001$ ). There was a significant negative relation between depression and physical health status( $r=-.515$ ,  $P=.001$ ). Nursing implications were suggested.

• Address reprint requests to : Shin, Dong-soo  
College of Nursing Science, Kyung Hee University,  
1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-701, Korea  
Tel: +82-2-961-0314 Fax: +82-2-961-9398  
E-mail:doshin69@hotmail.com

\* Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University  
\*\* Lecturer, College of Nursing Science, Kyung Hee University