

일부 요양시설 노인들의 사회적 지지와 우울수준과의 관련성

임영아
서영대학교 보건의료행정과

Relationship Between Social Supports and Depression Symptoms Among the Elderlies at Care Facilities

Young-A Lim
Department of health care administration, Seoyeong University

요약 본 연구는 요양시설 노인의 사회적 지지와 우울수준과의 관련성을 규명하고자 시도하였다. 조사대상은 D광역시
에 소재하고 있는 15개소의 요양시설에 입소하고 있는 65세 이상 노인 328명을 대상으로 하였으며, 자료 수집은 2018
년 3월 1일부터 5월 31일까지의 기간 동안에 조사원이 조사대상 요양시설을 직접 방문하여 면접조사에 의하였다. 연구
결과, 조사대상자에서의 우울군의 분포는 사회적지지 점수가 낮은 군일수록 유의하게 높았으며, 우울수준 점수(CES-D)
는 사회적지지 점수와 유의한 음의 상관관계를 보였다. 로지스틱 회귀분석 결과, 우울군에 속할 위험비는 사회적지지
점수가 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.7배, 중간 군(Q2)에서 5.4배, 낮은 군(Q1)에서 10.1배 유의하게 증가
하였다. 다중회귀분석 결과, 우울수준에 영향을 미치는 요인으로 종교유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 신체의 부자
유유무, 흡연상태, 아침식사여부 및 사회적지지가 유의한 변수로 선정되었으며, 투입된 변수들의 설명력은 41.1%이었다.
위와 같은 연구결과는 요양시설 노인의 우울수준은 사회적 지지와 유의한 관련성이 있음을 시사하고 있다.

Abstract This study was undertaken to investigate the relationship between social support and
depression of the elderly in care facilities. We enrolled 328 elderly people aged 65 years or older,
admitted to 15 care facilities located in D metropolitan city. Data were collected through personal
interviews conducted by interviewers who visited each care facility, from March 1 to May 31, 2018. Our
results indicate a significantly higher distribution of depression in the group having lower social support;
the score of depression was determined to be in a significant positive correlation with social support.
Considering logistic regression, the adjusted odds ratio in the depressed group increased significantly by
2.7 times in the high group (Q3), 5.4 times in the middle group (Q2) and 10.1 times in the low group
(Q1), which had the very high group of social support score. Multiple regression analysis revealed that
the factors influencing depression include religion status, relationship with children, subjective health
status, physical disabilities, smoking status, breakfast status, and social support, and the explanation
power of the injected variables is 41.1%. Taken together, our findings indicate that the level of
depression amongst the elderly in care facilities is significantly related to the social support available.

Keywords : Depression, Social Support, Elderly, Care Facilities, Personal Interview

*Corresponding Author : Young-A Lim(Seoyeong Univ.)

email: lya2773@seoyeong.ac.kr

Received September 20, 2019

Accepted November 1, 2019

Revised October 22, 2019

Published November 30, 2019

1. 서론

우리나라는 저출산·고령화의 인구통계학적 변화로 노인인구가 차지하는 비율이 2000년에 7.2%로 이미 고령화 사회에 진입하였으며, 2014년 12.7%, 2017년 13.8%를 차지했다. 통계청 자료에 의하면 2026년에는 20%이상으로 초고령사회에 도달할 것으로 전망하고 있다[1]. 이 같은 노령인구의 급격한 증가에 따라 요양시설에 입소하고 있는 노인인구 수도 꾸준히 증가하고 있으며[2], 이로 인하여 요양기관수도 2008년 장기요양보험이 출범된 이후 꾸준히 증가하여 2014년 16,543개소, 2015년 18,002개소, 2016년 19,398개소로 계속적으로 증가하고 있다[3].

이 같은 요양시설에 입소한 노인들은 가족의 품을 떠나 평소 생활하던 익숙한 환경이 아닌 낯선 환경에 적응해야 하는 상황에 처하게 된다. 또한, 시설직원, 동료 노인과의 새로운 관계를 형성해야 하는 등, 생활환경과의 변화, 인간관계 및 사회적지지 체계의 변화 등으로 인해 우울을 경험하게 된다[4]. 요양시설에 입소한 노인들은 사회적인 단절이나 지지체계의 부족과 시설직원의 입소 노인에 대한 존중도가 낮을수록 우울을 경험하게 되는 비율이 높은 것으로 보고되고 있다[5]. 요양시설 입소 노인들은 입소 초기에는 스트레스와 두려움을 경험하게 되고 불안, 혼돈, 불면, 우울, 외로움, 수치감, 구기력 등의 증상을 나타내기도 하며[6,7], 신체적 건강악화, 독립성 상실과 가족, 사회, 일상생활로부터의 소외로 인한 자존감 저하와 같은 부정적인 심리상태를 보이기도 한다[8].

우울은 노인의 신체적·정신적 기능과 질병에 대한 저항력과 회복력 및 일상생활에서의 삶의 질을 저하시키고, 건강상태, 사회적지지 등에 따라서도 다르게 나타날 수 있는 것으로 보고되고 있다[9]. 또한 노화에 따른 만성질환, 경제력 상실에 따른 빈곤 등으로 쉽게 겪을 수 있으며 불안, 스트레스, 자아존중감을 상실하게 됨으로 우울이 찾아온다. 사람은 노화 현상을 막을 수 없으며 노인이 되면 의존성이 커지고 우울감으로 인한 장애는 더욱 심각해지므로 노인에서의 우울은 특히 중요하다[10].

사회적 지지는 인간의 기본적인 사회적 욕구를 충족시켜주고 스트레스 발생을 예방하며 스트레스 상황에서 도움을 줄 수 있는 완충제 역할을 하는 것으로 우울을 감소시키는 중요한 변인이 되고 있다[11]. 노인은 은퇴와 배우자 또는 지인의 사망으로 사회적 관계망이 급격하게 축소되는 시기이지만 돌봄이 필요하기 때문에 어느 때보다 사회적 지지는 부정적인 감정을 예방하고 긍정적인

감정에 영향을 주는 요인이다. 사회적 지지를 받은 노인들은 사랑과 관심을 받고 있는 가치 있는 존재로 지각되고[12], 노인의 정신건강, 우울감, 행복감 및 생활만족도 및 신체적, 심리적으로 노인의 건강 및 심리적 안녕에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다[13]. 사회적 지지가 높은 노인들은 어려움에 직면 하였을 때 주위에서 도와줄 수 있는 사람들이 많기 때문에 우울감이 낮고 정신 건강상태에 긍정적인 영향을 미친다[14].

이와 같이 노인에게서 나타나는 우울은 사회적지지와 밀접한 관련이 보고되고 있음에도 불구하고 그동안의 선행연구를 보면 도시나 농촌지역 노인, 독거노인 및 재가 노인을 대상으로 한 연구[15-17]는 있으나 외부사회의 접근이 제한되어 있는 요양시설노인을 대상으로 한 연구는 대단히 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 일부 요양시설 노인들을 대상으로 개인의 인구사회학적 특성, 건강상태, 건강관련행위 특성 및 사회적지지에 따른 우울수준과의 관련성을 파악하고자 시도하였다.

2. 조사대상 및 방법

2.1 조사대상

본 연구의 조사대상은 D광역시에 소재하고 있는 15개소의 요양시설에 입소하고 있는 65세 이상 노인을 대상으로 하였다. 조사대상 표본 수의 추정은 G*power 3.1.7 프로그램[18]을 이용하여 예측변인 21개, 효과크기 0.10, 검정력 0.95, 유의수준 0.05, 양측검정으로 하였을 때, 최소 표본 수는 328명이었으며, 탈락률을 고려하여 400명을 조사 대상으로 하였다. 조사대상의 선정은 D광역시 행정구역 5개 구(區)별로 3개소씩 15개소의 요양시설에 수용되어 있는 65세 이상의 노인 400명으로 하였다. 면접조사 결과 응답내용이 미비하거나 불확실한 설문 응답자 72명을 제외한 328명(회수율 82.0%)의 자료를 분석대상으로 하였다.

2.2 조사방법

자료 수집은 2018년 3월 1일부터 5월 31일까지의 기간 동안에 연구자와 본 연구 내용에 대해 사전에 교육받은 조사원들이 각 해당 요양병원을 직접 방문하여 대표자에게 본 연구의 취지에 대해 설명하고 협조를 얻은 다음, 담당자와 요양보호사의 도움을 받아 연구대상 노인 또는 가족에게 조사내용에 대해 설명하고 연구 참여의 동의를 얻은 후 설문내용에 대해 면접조사를 실시하였다.

2.3 연구에 사용한 변수

2.3.1 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 종교유무, 가족유형, 배우자 동거 유무, 자녀와의 관계 등을 조사하였다. 연령은 「65~74세」와 「75세 이상」으로 구분하였고, 학력은 「무학」, 「초등학교」, 「중학교이상」으로 구분하였다. 종교유무는 「있다」, 「없다」로, 가족유형은 「혼자 산다」, 「부부만 같이 살고 있다」, 「가족(자녀 및 배우자)과 함께 살고 있다」로, 배우자 동거 유무는 「배우자와 같이 살고 있다」, 「배우자와 같이 살고 있지 않다」로, 자녀와의 관계는 「좋은 편이다」, 「좋지 않은 편이다」로 구분하였다.

2.3.2 건강상태

건강상태에 관한 변수로는 주관적 건강상태, 앓고 있는 질환, 신체의 부자유유무, 청력상태, 시력상태, 치아상태, 건강증유무 등을 조사하였다. 주관적인 건강상태는 「건강하다」, 「건강하지 않다」로 구분하였고, 앓고 있는 질환은 「있다」, 「없다」로, 신체의 부자유유무는 「있다」, 「없다」로 구분하였다. 청력상태, 시력상태는 「보통으로 들을 수(볼 수) 있다」, 「듣는데(보는데) 지장이 있다」로, 치아상태는 「식사에 지장 없음」, 「치아상태가 좋지 못해 식사에 지장 있음」으로, 건강증 유무는 「있다」, 「없다」로 구분하였다.

2.3.3 건강관련행위 특성

건강관련행위 특성으로는 주관적인 수면의 질, 흡연상태, 음주상태, 아침식사여부, 간식섭취여부, 규칙적 운동여부, 정기적 건강검진여부를 조사하였다. 주관적인 수면의 질 평가는 수면시간이 7~8시간인 경우를 「좋은 군」, 수면시간이 7시간 이하 또는 8시간 이상인 경우를 「좋지 않은 군」으로, 흡연상태는 「비흡연 군」, 「흡연중단 군」 및 「흡연 군」으로, 음주상태는 「비음주 군」, 「음주중단 군」 및 「음주 군」으로 구분하였다. 아침식사여부는 「매일 한다는 군」과 「가끔 하거나 안 한다는 군」으로, 간식섭취여부는 「매일 한다는 군」과 「가끔 하거나 안 한다는 군」으로, 규칙적 운동여부는 「안한다는 군」, 「가끔 한다(1주일에 1~2회)는 군」 및 「자주한다(1주일에 3~4회 이상)는 군」으로, 정기적 건강검진여부는 「한다는 군」과 「안한다는 군」으로 구분하였다.

2.3.4 사회적 지지

사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart[19]가 개발한 MOS-SSS(Medical Outcomes Study-Social Support Survey)도구를 Lim 등[20]이 번안한 한국어판 도구를 이용하였다. MOS-SSS는 대상자의 사회적지지 기반의 성격과 강도를 평가하기 위한 설문으로 대상자가 현재 주변으로부터 받을 수 있는 사회적 지지를 정서적지지, 정보적지지(8문항), 물질적지지(4문항), 애정적지지(3문항), 긍정적 사회 상호작용(4문항)으로 평가하도록 분류하였다. MOS-SSS는 19개 항목으로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 얼마나 자주 그렇게 느끼는지를 5점 척도로 이용하여 「전혀 없다」 1점, 「대부분 없다」 2점, 「반반이다」 3점, 「대부분 있다」 4점, 「항상 있다」 5점을 주어 총점의 범위는 19~95점으로 산정하며, 점수가 높을수록 사회적지지가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 사분위수(quartile)를 이용하여 네 집단(Q1, Q2, Q3, Q4)으로 구분하였으며 삶의 질과의 관련성을 분석하였다. 본 연구에서의 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's α 값은 0.796이었다.

2.3.5 우울수준

우울수준의 측정은 미국의 National Institute of Mental Health(NIMH)에서 역학조사용으로 개발한 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(이하 CES-D)의 한국어판 측정도구를 사용하였다 [21]. CES-D는 총 20문항으로 구성되어있으며 지난 7일간의 우울 증상을 각 항목마다 4점 척도를 이용하여 부정적인 문항에는 「그렇지 않다」 0점, 「가끔 그렇다」 1점, 「자주 그렇다」 2점, 「항상 그렇다」 3점의 점수를 주었고, 긍정적인 문항에는 역으로 「그렇지 않다」 3점, 「가끔 그렇다」 2점, 「자주 그렇다」 1점, 「항상 그렇다」 0점의 점수를 주어 총득점 합계 60점(범위: 0~60점)을 만점으로 하고 있으며, 21점 이상의 경우를 우울상태로 판정하고 있다. 본 연구에서도 21점 미만을 「정상군」, 21점 이상을 「우울군」으로 구분하였으며, 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 의미하는 Cronbach's α 값은 0.768이었다.

2.4 자료처리 및 통계분석

수집된 자료는 전산입력 후 SPSSWIN(ver 22.0) 프로그램을 사용하여 통계분석 하였다. 단변량 분석에서 각 독립변수에 대해 종속변수인 우울상태의 분포는 정상군(CES-D 21점 미만)과 우울군(CES-D 21점 이상)으로 구분하여 그 분포를 Chi-square test로 검정하였다. 사회적 지지와 우울상태와의 상관관계는 Pearson 상관분

석을 실시하였으며, 사회적지지가 우울상태에 미치는 위험비를 산출하기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 이용하여 교차비(Odds Ratio)와 95% 신뢰구간을 구하였다. 또한, 우울상태에 영향을 미치는 관련 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 모든 통계량의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

3. 연구결과

3.1 인구사회학적 특성별 우울수준

조사대상자의 인구사회학적 특성별 우울수준의 분포는 [Table 1]과 같다. 우선 전체 조사대상자의 우울수준의 분포를 보면 정상군(CES-D 21점 미만)이 54.3%, 우울군(CES-D 21점 이상) 45.7%를 차지하고 있었다. 인구사회학적특성별 우울군의 분포는 학력이 낮은 군일수록($p=0.007$), 종교가 있다는 군보다 없다는 군에서($p=0.018$), 자녀와의 관계가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서($p < 0.001$) 유의하게 높았다.

3.2 건강상태별 우울수준

조사대상자의 건강상태별 우울수준의 분포는 [Table

2]와 같다. 우울군의 분포는 주관적 건강상태가 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군에서($p < 0.001$), 앓고 있는 질환이 없다는 군보다 있다는 군에서($p=0.032$), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서($p < 0.001$), 청력상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p < 0.001$), 시력상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p < 0.001$), 치아상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p < 0.001$), 건강증이 없다는 군보다 있다는 군에서($p < 0.001$) 유의하게 높았다.

3.3 건강관련행위 특성별 우울수준

조사대상자의 건강관련행위특성별 우울수준의 분포는 [Table 3]과 같다. 우울군의 분포는 비흡연군보다 흡연군에서($p < 0.001$), 비음주군보다 음주군에서($p=0.013$), 아침식사를 매일 한다는 군보다 가끔 하거나 안 한다는 군에서($p < 0.001$), 규칙적 운동을 한다는 군보다 안한다는 군에서($p < 0.001$), 건강검진을 정기적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p < 0.001$) 유의하게 높았다.

3.4 사회적 지지별 우울수준

조사대상자의 사회적 지지별 우울수준의 분포는 [Table 4]와 같다. 우울군의 분포는 사회적지지 총점이

Table 1. Distribution of depression(CES-D) according to socio-demographic characteristics

Variable	N	Depression(CES-D)		χ^2	p-value
		Normal group(<21)	Depression group(≥21)		
Gender				2.296	0.130
Male	134	66(49.3)	68(50.7)		
Female	194	112(57.7)	82(42.3)		
Age(year)				0.049	0.825
65 ~ 74	221	119(53.8)	102(46.2)		
75 ≤	107	59(55.1)	48(44.9)		
Educational level				9.938	0.007
≤ Illiteracy	48	20(41.7)	28(58.3)		
Elementary school	103	48(46.6)	55(53.4)		
Middle school ≤	177	110(62.1)	67(37.9)		
Religion				5.617	0.018
Yes	185	111(60.0)	74(40.0)		
No	143	67(46.9)	76(53.1)		
Living status				0.591	0.744
Live alone	134	70(52.2)	64(47.8)		
With spouse	116	63(54.3)	53(45.7)		
With spouse & child	78	45(57.7)	33(42.3)		
Spouse				0.802	0.371
Alive	175	99(56.6)	76(43.4)		
Died & separated	153	79(51.6)	74(48.4)		
Relationship with children				19.178	<0.001
Better	285	168(58.9)	117(41.1)		
Not better	43	10(23.3)	33(76.7)		
Total	328	178(54.3)	150(45.7)		

낮은 균일수준 유의하게 높았으며($p < 0.001$), 하위영역별 적지지($p < 0.001$), 애정적지지($p < 0.001$) 및 긍정적 사회로도 정서적지지($p < 0.001$), 정보적지지($p < 0.001$), 물질 상호작용($p < 0.001$)이 낮은 균일수준 유의하게 높았다.

Table 2. Distribution of depression(CES-D) according to health status

Variable	N	Depression(CES-D)		χ^2	p-value
		Normal group(<21)	Depression group(21≥)		
Subjective health status				47.925	<0.001
Healthy	135	104(77.0)	31(23.0)		
Unhealthy	193	74(38.3)	119(61.7)		
Underlying disease				4.614	0.032
Yes	263	135(51.3)	128(48.7)		
No	65	43(66.2)	22(33.8)		
Physical disabilities				20.580	<0.001
Yes	174	74(42.5)	100(57.5)		
No	154	104(67.5)	50(32.5)		
Hearing ability				16.403	<0.001
Good	235	144(61.3)	91(38.7)		
Poor	93	34(36.6)	59(63.4)		
Visual acuity				21.634	<0.001
Good	251	154(61.4)	97(38.6)		
Poor	77	24(31.2)	53(68.8)		
Dental health status				24.063	<0.001
Good	234	147(62.8)	87(37.2)		
Poor	94	31(33.0)	63(67.0)		
Amnesia				17.500	<0.001
Yes	51	14(27.5)	37(72.5)		
No	277	164(59.2)	113(40.8)		
Total	328	178(54.3)	150(45.7)		

Table 3. Distribution of depression(CES-D) according to health behaviors characteristics

Variable	N	Depression(CES-D)		χ^2	p-value
		Normal group (<21)	Depression group (21≥)		
Subjective sleep evaluation				2.385	0.122
Good	151	75(49.7)	76(50.3)		
Poor	177	103(58.2)	74(41.8)		
Smoking status				17.755	<0.001
Non-smoker	230	142(61.7)	88(38.3)		
Ex-smoker	72	25(34.7)	47(65.3)		
Smoker	26	11(42.3)	15(57.7)		
Alcohol drinking				8.629	0.013
Non-drinker	211	126(59.7)	85(40.3)		
Ex-drinker	66	26(39.4)	40(60.6)		
Drinker	51	26(51.0)	25(49.0)		
Breakfast				20.552	<0.001
Yes	272	163(59.9)	109(40.1)		
No	56	15(26.8)	41(73.2)		
Snack intake				0.144	0.704
Yes	159	88(55.3)	71(44.7)		
No	169	90(53.3)	79(46.7)		
Regular exercise				13.056	<0.001
No	106	44(41.5)	62(58.5)		
Seldom	108	59(54.6)	49(45.4)		
Frequently	114	75(65.8)	39(34.2)		
Regular checkups				13.841	<0.001
Yes	248	149(60.1)	99(39.9)		
No	80	29(36.3)	51(63.8)		
Total	328	178(54.3)	150(45.7)		

3.5 사회적 지지와 우울수준과의 상관관계

조사대상자의 사회적 지지와 우울수준과의 상관관계는 [Table 5]와 같다. 우울수준의 점수(CES-D)는 사회적 지지 총점($r=-0.467$, $p<0.01$)과 유의한 음의 상관관계를

보였으며, 하부영역에서의 정서적지지($r=-0.420$, $p<0.01$), 정보적지지($r=-0.351$, $p<0.05$), 물질적지지($r=-0.346$, $p<0.05$), 애정적지지($r=-0.434$, $p<0.01$) 및 긍정적 사회 상호작용($r=-0.509$, $p<0.01$)과도 유의한 음의 상관관계

Table 4. Distribution of depression(CES-D) according to social supports

Variable	N	Depression(CES-D)		χ^2	p-value
		Normal group(<21)	Depression group(≥21)		
Total score of social supports				70.323	<0.001
Low(Q1)	70	13(18.6)	57(81.4)		
Middle(Q2)	81	39(48.1)	42(51.9)		
High(Q3)	98	58(59.2)	40(40.8)		
Very high(Q4)	79	68(86.1)	11(13.9)		
Emotional support				44.799	<0.001
Low(Q1)	75	22(29.3)	53(70.7)		
Middle(Q2)	66	28(42.4)	38(57.6)		
High(Q3)	125	77(61.6)	48(38.4)		
Very high(Q4)	62	51(82.3)	11(17.7)		
Information support				41.080	<0.001
Low(Q1)	79	24(30.4)	55(69.6)		
Middle(Q2)	89	40(44.9)	49(55.1)		
High(Q3)	58	38(65.5)	20(34.5)		
Very high(Q4)	102	76(74.5)	26(25.5)		
Tangible support				47.367	<0.001
Low(Q1)	76	17(22.4)	59(77.6)		
Middle(Q2)	73	39(53.4)	34(46.6)		
High(Q3)	91	57(62.6)	34(37.4)		
Very high(Q4)	88	65(73.9)	23(26.1)		
Affectionate support				51.871	<0.001
Low(Q1)	74	20(27.0)	54(73.0)		
Middle(Q2)	77	31(40.3)	46(59.7)		
High(Q3)	101	68(67.3)	33(32.7)		
Very high(Q4)	76	59(77.6)	17(22.4)		
Positive social interaction				65.170	<0.001
Low(Q1)	70	17(24.3)	53(75.7)		
Middle(Q2)	77	30(39.0)	47(61.0)		
High(Q3)	114	73(64.0)	41(36.0)		
Very high(Q4)	67	58(86.6)	9(13.4)		
Total	328	178(54.3)	150(45.7)		

Table 5. Correlation coefficients among social supports and depression(CES-D)

Variables	Depression(CES-D)	
	Correlation coefficients	p-value
Total score of social supports	$r=-0.467$	$p<0.01$
Emotional support	$r=-0.420$	$p<0.01$
Information support	$r=-0.351$	$p<0.05$
Tangible support	$r=-0.346$	$p<0.05$
Affectionate support	$r=-0.434$	$p<0.01$
Positive social interaction	$r=-0.509$	$p<0.01$

를 보였다.

3.6 우울수준에 대한 사회적 지지의 관련성

조사대상자의 우울수준에 대한 사회적 지지의 관련성을 파악하기 위해 사회적지지 및 하위영역별 점수를 4분위수(quartile)를 기준으로 Q1군(낮은 군), Q2군(중간 군), Q3(높은 군) 및 Q4군(매우 높은 군)으로 구분하고, 우울수준을 정상군(CES-D 21점 미만)과 우울군(CES-D 21점 이상)으로 구분하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다[Table 6]. 이 때, 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델과 단변량분석에서 유의하였던 변수인 학력, 종교유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 앓고 있는 질환, 신체의 부자유유무, 청력상태, 시력상태, 치아상태, 건강증유무, 흡연상태, 음주상태, 아침식사여부, 규칙적

운동여부, 정기적 건강검진여부를 통제변수로 투입한 다변량 모델에 의해 우울수준에 대한 사회적지지의 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다.

그 결과 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델에서의 우울군에 속할 위험비는 사회적지지 총점이 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 4.3배(ORs=4.26, 95% CI=2.01-9.05) 중간 군(Q2)에서 6.6배(ORs=6.65, 95% CI=3.07-14.40), 낮은 군(Q1)에서 27.1배(ORs=27.10, 95% CI=11.28-65.13) 유의하게 높아 사회적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 하위영역별에서도 우울군에 속할 위험비는 정서적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.9배(ORs=2.89, 95% CI=1.37-6.08), 중간 군(Q2)에서 6.3배(ORs=6.29, 95% CI=2.78-14.20), 낮은 군(Q1)에서 11.2배(ORs=11.16, 95% CI=4.92-25.34) 유의하게 높

Table 6. Odds ratios and 95% confidence intervals for social supports and depression(CES-D)

Variables	Crude		Adjusted*	
	ORs	(95% CI)	ORs	(95% CI)
Total score of social supports				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	4.26	2.01-9.05	2.68	1.04-6.86
Middle(Q2)	6.65	3.07-14.40	5.43	2.08-14.20
Low(Q1)	27.10	11.28-65.13	10.06	3.36-30.11
Emotional support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	2.89	1.37-6.08	1.36	0.53-3.51
Middle(Q2)	6.29	2.78-14.20	2.40	0.80-7.18
Low(Q1)	11.16	4.92-25.34	3.68	1.35-10.06
Information support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.64	0.67-4.04	1.53	0.76-3.10
Middle(Q2)	3.90	1.72-8.86	3.58	1.94-6.59
Low(Q1)	6.69	3.48-12.88	3.91	1.66-9.51
Tangible support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.92	0.81-4.54	1.68	0.89-3.18
Middle(Q2)	2.46	1.27-4.77	1.96	0.83-4.63
Low(Q1)	9.80	4.77-20.13	5.82	2.24-15.09
Affectionate support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.68	0.85-3.32	0.82	0.34-1.93
Middle(Q2)	5.15	2.54-10.43	2.64	1.12-6.24
Low(Q1)	9.37	4.45-19.72	3.51	1.36-9.01
Positive social interaction				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	3.61	1.62-8.05	2.87	1.07-7.65
Middle(Q2)	10.09	4.36-23.34	7.04	2.57-19.30
Low(Q1)	20.09	8.25-48.90	7.18	2.33-22.09

* Adjusted for educational level, religion, relationship with children, subjective health status, underlying disease, physical disabilities, hearing ability, visual acuity, dental health status, amnesia, smoking status, alcohol drinking, breakfast, regular exercise, regular checkups.

아 정서적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 정보적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 정보적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 중간 군(Q2)에서 3.9배(ORs=3.90, 95% CI=1.72-8.86), 낮은 군(Q1)에서 6.7배(ORs=6.69, 95% CI=3.48-12.88) 유의하게 높아 정보적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 물질적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 물질적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 중간 군(Q2)에서 2.5배(ORs=2.46, 95% CI=1.27-4.77), 낮은 군(Q1)에서 9.8배(ORs=9.80, 95% CI=4.77-20.13) 유의하게 높아 물질적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 애정적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 애정적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 중간 군(Q2)에서 5.2배(ORs=5.15, 95% CI=2.54-10.43), 낮은 군(Q1)에서 9.4배(ORs=9.37, 95% CI=4.45-19.72) 유의하게 높아 애정적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 긍정적 사회상호작용에서의 우울군에 속할 위험비는 긍정적 사회상호작용 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 3.6배(ORs=3.61, 95% CI=1.62-8.05), 중간 군(Q2)에서 10.1배(ORs=10.09, 95% CI=4.36-23.34), 낮은 군(Q1)에서 20.1배(ORs=20.09, 95% CI=8.25-48.90) 유의하게 높아 긍정적 사회상호작용이 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비

가 유의하게 증가하였다.

다른 변수를 통제한 다변량 모델에서의 우울군에 속할 위험비는 사회적지지 총점이 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.7배(ORs=2.68, 95% CI=1.04-6.86) 중간 군(Q2)에서 5.4배(ORs=5.43, 95% CI=2.08-14.20), 낮은 군(Q1)에서 10.1배(ORs=10.06, 95% CI=3.36-30.11) 유의하게 높아 사회적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다.

하위영역별에서도 우울군에 속할 위험비는 정서적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 3.7배(ORs=3.68, 95% CI=1.35-10.06) 유의하게 증가하였다. 정보적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 정보적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 중간 군(Q2)에서 3.6배(ORs=3.58, 95% CI=1.94-6.59), 낮은 군(Q1)에서 3.9배(ORs=3.97, 95% CI=1.66-9.51) 유의하게 높아 정보적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 물질적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 물질적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 5.8배(ORs=5.82, 95% CI=2.24-15.09) 유의하게 증가하였다. 애정적 지지에서의 우울군에 속할 위험비는 애정적지지 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 중간 군(Q2)에서 2.6배(ORs=2.64, 95% CI=1.12-6.24), 낮은 군(Q1)에서 3.5배(ORs=3.51, 95% CI=1.36-9.01) 유의하게 높아 애정적 지지가 낮은 군일수록 우울군에

Table 7. Results of multiple regression analysis of factors affecting depression(CES-D)

Variable	B	SE	Beta	t	p-value
Educational level (≤Elementary school/Middle school≤)	1.447	1.337	0.054	1.082	0.280
Religion(Yes/No)	2.237	1.226	0.082	1.825	0.019
Relationship with children (Better/Not better)	-4.768	2.002	-0.119	-2.381	0.018
Subjective health status (Healthy/Unhealthy)	-7.253	1.441	-0.265	-5.034	0.000
Underlying disease(Yes/No)	-2.512	1.544	-0.074	-1.627	0.105
Physical disabilities(Yes/No)	-4.589	1.345	-0.170	-3.413	0.001
Hearing ability(Good/Poor)	1.801	1.599	0.060	1.126	0.261
Visual acuity(Good/Poor)	-2.124	1.635	-0.067	-1.299	0.195
Dental health status(Good/Poor)	-1.679	1.525	-0.056	-1.101	0.272
Momory loss(Yes/No)	-1.443	1.725	-0.039	-0.837	0.403
Smoking status(Smoker/Non-smoker)	-2.498	1.483	-0.085	-1.685	0.013
Alcohol drinking (Drinker/Non-drinker)	-2.407	1.840	-0.065	-1.308	0.192
Breakfast(Yes/No)	-5.851	1.714	-0.163	-3.413	0.001
Regular exercise(No/Yes)	-5.15	1.361	-0.018	-0.378	0.705
Regular checkups(Yes/No)	1.724	1.413	0.055	1.221	0.223
MOS-SSS [†]	-0.234	0.042	-0.288	-5.615	0.000
Constant	54.949	3.176		17.299	0.000

Adjusted R² = 0.411

[†]:MOS-SSS(Medical Outcomes Study-Social Support Survey)

속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 긍정적 사회상호작용에서의 우울군에 속할 위험비는 긍정적 사회상호작용 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.9배(ORs=2.87, 95% CI=1.07-7.65), 중간 군(Q2)에서 7.0배(ORs=7.04, 95% CI=2.57-19.30), 낮은 군(Q1)에서 7.2배(ORs=7.18, 95% CI=2.33-22.09) 유의하게 높아 긍정적 사회상호작용이 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다.

3.7 우울수준에 영향을 미치는 요인

조사대상자의 우울수준에 영향을 미치는 관련요인을 알아보기 위하여 단변량 분석에서 유의하였던 학력, 종교 유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 앓고 있는 질환, 신체의 부자유유무, 청력상태, 시력상태, 치아상태, 건망증유무, 흡연상태, 음주상태, 아침식사여부, 규칙적 운동 여부, 정기적 건강검진여부, 사회적지지의 변수를 독립변수로, 우울수준을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다(Table 7).

그 결과 우울수준에 영향을 미치는 요인으로는 종교유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 신체의 부자유유무, 흡연상태, 아침식사여부 및 사회적지지가 유의한 변수로 선정되었다. 즉, 종교가 없다는 군, 자녀와의 관계가 좋지 않다는 군, 주관적인 건강상태가 좋지 않다는 군, 신체의 부자유가 있다는 군, 비흡연군, 아침식사를 하지 않는다는 군, 사회적지지가 낮은 군에서 우울수준이 유의하게 높았으며, 투입된 변수들의 설명력은 41.1%이었다.

4. 고찰

본 연구는 일부 요양시설 노인들의 우울수준(CES-D)을 파악해 보고, 이들의 인구사회학적특성, 건강상태 및 건강관련행위특성에 따른 우울수준을 파악함은 물론, 특히 사회적지지(MOS-SSS)와 우울수준과의 관련성을 파악하고자 시도하였다. 우선 연구 방법론적 측면에서 보면, 본 연구에서 사용한 우울과 사회적지지 측정도구들은 모두 국제적으로 그 신뢰도가 입증된 도구로써 사회적지지는 Sherbourne과 Stewart[19]에 의해 개발된 MOS-SSS도구를 사용하였고, 우울은 미국의 NIMH[21]에서 역학조사용으로 개발한 CES-D를 사용하였다. 본 연구에서의 이들 측정도구들의 Cronbach's α 계수는 모두 0.7이상의 높은 신뢰도 수준을 보이고 있어 연구결과와 신뢰성에는 문제가 없을 것으로 판단되었다.

연구 결과, 조사대상자의 인구사회학적 특성에 따른 우울 수준의 분포는 학력이 낮은 군일수록, 종교가 있다는 군보다 없다는 군에서, 자녀와의 관계가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이 같은 연구결과는 선행연구에서도 유사한 결과를 보여 주고 있는데, 도시지역 노인을 대상으로 한 연구[22-24]에서 학력이 낮을수록 우울수준이 높다고 보고하였으며, 고령화패널 연구 자료를 이용한 65세 이상 인구를 대상으로 한 An[25]은 교육수준이 낮을수록 우울 수준이 유의하게 높다고 보고하였다. 한편, Yoon 등[26]은 장기요양급여 노인을 대상으로 한 우울수준은 교육정도가 낮을수록, 생활비조달을 자신이나 배우자가 조달한다는 군보다 자녀가 조달하거나 정부의 보조를 받는다는 군에서 유의하게 높았다고 보고하고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 건강상태에 따른 우울 수준의 분포는 주관적 건강상태가 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군에서, 앓고 있는 질환이 없다는 군보다 있다는 군에서, 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서, 청력, 시력 및 치아 상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서, 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서 유의하게 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서도 Gomez 등[27]은 신체적 건강 및 기능상실이 우울과 관련성이 높다고 보고하고 있고, Bowling[28]은 고령자의 경우 우울은 신체적 건강상태나 사회적 지지도 등의 여러 사회적 관련요인들이 규정요인이 된다고 보고하고 있어 개인의 신체적 건강상태 또한 우울과 관련성이 크다는 것을 입증하고 있다. 한편, 일본 도시지역 노인을 대상으로 한 Fujita 등[29]도 주관적 건강상태가 좋지 않다는 군과 만성질환이 있다는 군에서 우울수준이 높다고 보고하고 있으며, 지역사회 거주노인을 대상으로 한 연구[30,31]에서도 노인의 신체적 건강상태가 불량할수록, 만성질환이 없는 경우보다 있는 경우에 더 우울한 것으로 보고하고 있다. 또한, 도시지역 노인을 대상으로 한 연구[22-24]를 종합하여 보면, 도시지역 노인들의 우울수준은 주관적인 건강상태가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서, 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서, 눈, 귀 및 치아의 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서, 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서, 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서 유의하게 높았다. 한편, 장기요양급여 노인을 대상으로 한 Yoon 등[26]은 주관적인 건강상태가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서, 와병이 없다는 군보다 있다는 군에서, 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서, 건망증이 없다는 군보다 있다는

군에서 우울군의 분포가 유의하게 높게 나타났다고 보고하고 있어 본 연구를 뒷받침해 주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 건강관련행위 특성에 따른 우울 수준의 분포는 비흡연군보다 흡연군에서, 비음주군보다 음주군에서, 아침식사를 한다는 군보다 안 한다는 군에서, 규칙적인 운동을 한다는 군보다 안한다는 군에서, 건강검진을 정기적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서 유의하게 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서도 우울은 흡연, 식사, 수면의 규칙성 및 운동 횟수 등과 관련성이 있다고 보고하고 있으며[32-34], 장기요양급여 노인을 대상으로 한 연구[26,35]에서도 우울군의 분포는 규칙적인 운동을 하지 않는다는 군, 식사를 규칙적으로 하지 않는다는 군, 외출을 하지 않는다는 군, 취미활동을 하지 않는다는 군에서 유의하게 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 유사함을 보여주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 사회적지지에 따른 우울 수준의 분포는 사회적지지 총점이 낮은 군일수록 유의하게 높았으며, 하위영역별로도 정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용이 낮은 군일수록 유의하게 높은 것으로 나타났다. 외국의 경우, Alameda Country Study[36]나 Tecumseh Community Health Study[37]의 대규모 전향적 연구를 보면, 사회적 지원이 많은 사람들은 적은 사람들에 비해 우울을 완화시켜주는 효과가 있다고 지적하고 있으며, Prince 등[38]은 가족, 친구, 친척 등의 사회적 지지망의 크기가 클수록 우울경향이 낮아진다고 하였고, Ihara[39]는 노인 구락부에의 참여나 지역사회봉사활동에의 참여가 우울저하와 관련이 있다고 보고하고 있다. 국내의 경우, 도시와 농촌지역 노인을 대상으로 한 Lee 등[22]의 연구에서는 사회적 지지도나 자기존중감 및 통제신념이 낮은 군에서 우울수준이 높다고 보고하고 있고, 수도권에 거주하는 노인들을 대상으로 한 Son[40]은 노인의 정서적 지지나 인지적 지지가 상승하면 노인의 우울이 유의적으로 하락하는 경향을 보인다고 보고하여 본 연구결과를 뒷받침 하여주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 사회적 지지와 우울 수준 간의 상관관계를 보면 사회적 지지는 우울수준과 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 하부영역에서의 정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용과도 유의한 음의 상관관계를 보였다. 이 같은 결과는 선행연구[41-43]에서도 사회적지지가 낮을수록 우울수준이 높게 나타났다고 보고하고 있어 본 연구의 결과를 입증해주고 있다.

본 연구에서의 조사대상 노인의 우울수준에 대한 사회적지지의 관련성을 파악하기 위해 로지스틱회귀분석을 실시한 결과, 우울군에 속할 위험비는 사회적지지 총점이 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.7배, 중간 군(Q2)에서 5.4배, 낮은 군(Q1)에서 10.1배로 유의하게 높아 사회적 지지가 낮은 군일수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 이 같은 결과는 우울과 사회적 지지와의 관련성을 파악하기 위해 로지스틱회귀분석을 실시한 선행연구가 없어서 직접 비교하기는 어려우나 Yoon 등[26]은 우울과 관련요인과의 관련성을 알아보기 위해 로지스틱회귀분석을 실시한 결과, 개인의 기본 속성, 경제상태, 신체의 건강상태나 활동성 등의 다양한 요인이 우울과 관련성이 있다고 보고하고 있어, 우울은 개인의 인구사회학적 특성, 건강상태, 건강관련행위특성 및 사회적지지 등 다양한 요인과 관련성이 있다는 것을 알 수 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 우울 수준에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과, 종교유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 신체의 부자유유무, 흡연상태, 아침식사여부 및 사회적지지가 유의한 변수로 선정되었다. 즉, 종교가 없다는 군, 자녀와의 관계가 좋지 않다는 군, 주관적인 건강상태가 좋지 않다는 군, 신체의 부자유가 있다는 군, 비흡연군, 아침식사를 하지 않는다는 군, 사회적지지가 낮은 군에서 우울수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서도 도시지역 노인을 대상으로 한 Lim 등[23]은 우울수준에 영향을 미치는 요인으로는 사회적지지, 눈의 부자유 유무, 일상생활에 대한 만족도, 친구 수, 교육정도, 배우자유무, 취미활동 빈도, 요실금 유무 및 가족지지를 지적하였고, Baek 등[24]은 학력, 월수입, 주관적 건강상태, ADL, 자아존중감, 사회적 지지를 유의한 변수로 지적하고 있어 본 연구결과와 유사함을 보여주고 있다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 연구는 단면연구로서 조사대상 노인들의 우울수준과 관련요인들 간의 관련성을 알아볼 수는 있지만 인과관계를 규명하는 데는 무리가 있다고 생각된다. 둘째, 본 연구에서 사용한 측정도구들은 표준화된 도구이지만, 응답자의 주관적인 생각에 의존하여 측정, 수집되었기 때문에 응답편의(response bias)가 개재할 위험성을 배제할 수 없다. 셋째, 본 연구는 조사대상이 일부 지역에 국한되어 있어 대표성의 문제를 극복하지 못한 점이 있기 때문에 본 연구결과를 모든 노인에게 일반화시키는 데는 한계가 있다고 생각된다. 이 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 요양시

설 노인들의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위 특성에 따른 우울수준을 분석하였을 뿐만 아니라 사회적 지지를 중재변수로 사용하여 우울수준과의 관련성을 종합적으로 분석하였다는 점이다. 결론적으로 본 연구 결과, 요양시설 노인들의 우울수준에는 다양한 요인들이 관여하고 있음을 시사하며, 향후 노인들의 우울에 관한 연구에 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

5. 요약 및 결론

본 연구는 일부 요양시설 노인들에 대한 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위특성에 따른 우울수준(CES-D)을 파악해 보고, 특히 사회적지지(MOS-SSS)와 우울수준과의 관련성을 파악 하고자 시도하였다. 조사대상은 D광역시에 소재하고 있는 15개소의 요양시설에 입소하고 있는 65세 이상 노인 328명으로 하였다. 자료 수집은 2018년 3월 1일부터 5월 31일까지의 기간 동안에 조사원이 조사대상 요양시설을 직접 방문하여 면접조사에 의하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

1. 조사대상자의 우울수준의 분포를 보면 정상군(CES-D 21점 미만)이 54.3%, 우울군(CES-D 21점 이상)이 45.7%를 차지하고 있었다.

2. 조사대상자의 인구사회학적특성별 우울군의 분포는 학력이 낮은 군일수록($p=0.007$), 종교가 있다는 군보다 없다는 군에서($p=0.018$), 자녀와의 관계가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 높았다.

3. 조사대상자의 건강상태별 우울군의 분포는 주관적 건강상태가 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군에서($p<0.001$), 앓고 있는 질환이 없다는 군보다 있다는 군에서($p=0.032$), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 청력상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p<0.001$), 시력상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p<0.001$), 치아상태에 지장이 없다는 군보다 지장이 있다는 군에서($p<0.001$), 건강망증이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 높았다.

4. 조사대상자의 건강관련행위특성별 우울군의 분포는 비흡연군보다 흡연군에서($p<0.001$), 비음주군보다 음주군에서($p=0.013$), 아침식사를 매일 한다는 군보다 가끔 하거나 안 한다는 군에서($p<0.001$), 규칙적 운동을 한다는 군보다 안한다는 군에서($p<0.001$). 건강검진을 정기적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$)

유의하게 높았다.

5. 조사대상자의 사회적 지지별 우울군의 분포는 사회적지지 총점이 낮은 군일수록 유의하게 높았으며($p<0.001$), 하위영역별로도 정서적지지($p<0.001$), 정보적지지($p<0.001$), 물질적지지($p<0.001$), 애정적지지($p<0.001$) 및 긍정적 사회 상호작용($p<0.001$)이 낮은 군일수록 유의하게 높았다.

6. 조사대상자의 사회적 지지와 우울수준과의 상관관계를 보면, 우울수준 점수(CES-D)는 사회적지지 총점($r=-0.467$, $p<0.01$)과 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 하부영역에서의 정서적지지($r=-0.420$, $p<0.01$), 정보적지지($r=-0.351$, $p<0.05$), 물질적지지($r=-0.346$, $p<0.05$), 애정적지지($r=-0.434$, $p<0.01$) 및 긍정적 사회 상호작용($r=-0.509$, $p<0.01$)과도 유의한 음의 상관관계를 보였다.

7. 조사대상자의 우울수준에 대한 사회적 지지의 관련성을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 다른 변수를 통제한 다변량 모델에서의 우울군에 속할 위험비는 사회적지지 총점이 가장 높은 군(Q4)보다 높은 군(Q3)에서 2.7배($ORs=2.68$, 95% $CI=1.04-6.86$) 중간군(Q2)에서 5.4배($ORs=5.43$, 95% $CI=2.08-14.20$), 낮은 군(Q1)에서 10.1배($ORs=10.06$, 95% $CI=3.36-30.11$) 유의하게 증가하였다. 하위영역별에서도 우울군에 속할 위험비는 정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용에서 점수가 가장 높은 군(Q4)보다 낮은 군으로 갈수록 우울군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다.

8. 조사대상자의 우울수준에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과, 종교유무, 자녀와의 관계, 주관적 건강상태, 신체의 부자유유무, 흡연상태, 아침식사여부 및 사회적지지가 유의한 변수로 선정되었으며, 투입된 변수들의 설명력은 41.1%이었다.

위와 같은 연구결과는 요양시설 노인의 우울수준은 인구사회학적특성, 건강상태 및 건강관련행위특성과 같은 개인적인 속성뿐만 아니라 사회적 지지와도 유의한 관련성이 있음을 시사하고 있다. 따라서 요양시설 노인들의 우울수준을 감소시키기 위한 방안의 하나로 가족 및 주변 친 인척들과의 사회적지지 네트워크를 형성하여 실행하는 방안을 모색할 필요가 있다고 생각된다.

Reference

- [1] National Statistical Office. Statistics of Residence Registration Population in 2018.
- [2] Ministry of Health and Welfare. Current situation of

- welfare facilities for the elderly. 2015.
- [3] National Statistical Office. Status of Medical care institution in 2017.
- [4] Park, GJ, Lee JH, Bae KE, Kang YH, Song HS. Self-esteem and depression of elders in welfare facilities. Korean Gerontological Nursing Society, 9(1), pp. 51-59, 2007.
- [5] Moon SH. Predictors of depression among older adults in long-term care facility. Graduated School of Hanyang University, Doctor's Thesis, 2014.
- [6] Brooke V. Nursing home life: How elders adjust. *Geriatr Nurs*, 10(2): 66-68, 1989.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(89\)80054-0](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(89)80054-0)
- [7] Haight BK. Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes: In general, elders who consider suicide are over 85 years old, want to retain control of their lives, and have a high degree of self-esteem. *Geriatr Nurs*, 16(3): 104-107, 1995.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80038-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80038-2)
- [8] Nam JS. Factors influencing on depression of frail elderly with chronic disease in long-term care hospital. Graduated School of Inje University, Master's Thesis, 2012.
- [9] Kim YR. The Causes of Elderly People's Depression and Isolation: focusing on the effect of religious participation as a curing program. Graduated School of Mokwon University, Master's Thesis, 2006.
- [10] Choi SO. The Quality of life in elderly woman patients. Graduate School of Taegu Catholic University, Master's Thesis, 2000.
- [11] Kim TM. The Effect of Social Support to the Health Behaviors and Health Status in the Elderly, Graduate School of Chungnam National University, Doctor's Thesis, 2005.
- [12] Oh YE, Lee JH. The Effect of Adult-Children Support Network on the Psychological Well-Being of the Single and Couple Elderly Households in Rural Areas. *The Korean Society of community living science*, 22(4):557-572, 2011.
- [13] Jun HJ. Longitudinal Effects of Religious Activities on Mental Health among Older Women in USA. *Korean Journal of Welfare for the Aged*, 25:169-186, 2004.
- [14] Chi I, Chou K. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(3):231-235, 2001.
- [15] Kwon JH, Yoon YS, Kim SH, Park JY, Kim SM. A Study of the relationship between Social support and Depression. *Korean German Society for Motologie*. 2(1):53-62, 2016.
- [16] Song MR, Kim EK, Yu SJ. A Study of ADL, Social Support, Self-Efficacy between the Aged groups with and without Depression. *Center For Social Welfare Research Yonsei University*, 24:61-80, 2010.
- [17] Nam KM, Jung EK. The Influence of Social Activity and Social Support Perceived by Elderly Women Living alone on Their Quality of Life : Focusing on the Mediating Effect of Depression and Death-Anxiety. *Korean Society of Gerontological Social Welfare*, 52:325-348, 2011.
- [18] Faul F, Erdfelder E, Lang AG et al. G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and science. *Behav Res Methods*, 39(2):175-191, 2007.
DOI: <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- [19] Sherbourne D, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6):705-714, 1991.
- [20] Lim MK, Shin YJ, Yoo WS, Yang BM, Kim MH. Social Support and Self-rated Health Status in a Low Income Neighborhood of Seoul, Korea. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 36(1):54-62, 2003.
- [21] Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1:385-401
DOI: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- [22] Lee JC, Park JA, Bae NK, Cho YC. Factors Related to Depressive Symptoms Among the Elderly in Urban and Rural Areas. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 33(2):204-220, 2008.
- [23] Lim HS, Cho YC. Relationship between Depressive Symptoms and Social and Family Support among the Elderly People in Urban Areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 12(4): 1721-1731, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.4.1721>
- [24] Baek JT, Lee HY, Cho YC. Relating Factors on Depressive Symptoms among the Elderlies in Urban Areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 17(5): 506-515, 2016.
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.5.506>
- [25] An EM. The Relationship of Depression to Socioeconomic Status, Health Status, and Social Support in Older Adults. Graduate School of Yonsei University, Master's Thesis, 2011.
- [26] Yoon HS, Ji EM, Cho YC. Depression Symptoms and its Related Factors among the Elderly People Affiliated with Long-term Care Insurance Services in Urban Areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 16(4):2674-2683, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.4.2674>
- [27] Gomez GE, Gomez EA. Depression in the elderly. *J Psych Nur* 31(5):28-33, 1991.
- [28] Bowling A. Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Soc Sci Med* 36:641-655 1993.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90061-8](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90061-8)
- [29] Fujita K, Fujiwara Y, Chaves PH et al. Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability

recovery in community-dwelling older adults in rural Japan. *J Epidemiol*, 16(6):261-270, 2006.

DOI: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.16.261>

[30] Kim NC, Yang S. Physical Health Status and Depression of a Community-Dwelling Elderly Group. *Korean Journal of academy of nursing*, 31(6):1012-1020, 2001.

[31] Kim JU, Choi YS. The Effects of Social Support on Depression of Older People in Local Small Cities. *The Journal of the Korea Contents Association*, 15(4):208-219, 2015.

[32] Haines AP, Imeson JD, Meade TW: Psychoneurotic profiles of smokers and non-smokers. *Br Med J* 280:1422. 1980.

[33] Fuchino Y, Mizoue T, Tokui N, Ide R, Fugino Y, Yoshimura T. Health-related lifestyle and mental health among inhabitants of a city in Japan. *Japanese J Public Health*, 50(4):303-313., 2003.

[34] Kobayashi K, Kobayashi R, Kubo S, Sondoda T, Mori M. Depressive symptomatology and some relevant factors. *Japanese J Public Health*, 52(1):55-65. 2005.

[35] Song YS, Kim TB, Bae NK, Cho YC. Relating Factors on Mental Health Status (Depression, Cognitive Impairment and Dementia) among the Admitted from Long-term Care Insurance. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 19(2):247-260, 2018.

[36] Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance, and mortality: A 9-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 109:186-204. 1979.

[37] House JS, Robbins C, Metzner HM. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 116:123-140. 1982.

[38] Prince M, Harwood RH, Thomas A. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med* 28:337-350, 1998.

[39] Ihara K. Depressive states and their correlates in elderly people living in a rural community. *Jpn J Pub Health*, 40:85-93, 1993.

[40] Son JY. A Study on the Effects of Social Support on Elderly Depression. Graduate School of Hanyang University, Master's Thesis, 2010.

[41] Eom TW. The effects of self-efficacy and social support in the relationship between economic stress and depression of the indigent population. *Mental Health & Social Work*, 28(4):36-66, 2008

[42] Shin ES, Kwon IS, Cho YC. Analysis of the Influence of Physical Function and Social Support on Depressive Symptom in the Community Elderly Using the Structural Equation Model. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 12(11):4995-5004, 2011
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.11.4995>

[43] Park MJ. Buffering effects of Strengths and Social Support between Stress and Depression of the Elderly Women. *The Korean Journal of Woman Psychology*, 12(2):197-211, 2007.

임 영 아(Young-A Lim)

[정회원]



- 2009년 2월 : 충남대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2017년 2월 : 충남대학교 대학원 (보건학박사)
- 2019년 3월 ~ 현재 : 서영대학교 보건의료행정과 조교수

<관심분야>

보건행정, 보건·의료정보관리, 보건통계