



## 노인의 친교활동, 주관적 건강상태, 우울감의 관계에 대한 다변량 잠재성장모형 분석

김진원<sup>1</sup> · 임구원<sup>1</sup>

<sup>1</sup>건양사이버대학교

### Analysis of Multivariate Latent Growth Model of Social Activity, Health Status, and Depression in the Elderly

Kim, Jin-Won<sup>1</sup> · Lim, Koo-Won<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konyang Cyber University

#### Abstract

The current study utilized latent growth model to examine how social activity, health status, and depression in the elderly changed over time, and how these changes were related across time. We used data from the 4, 5, and 6 years of the Korean Longitudinal Study of Aging (KLoSA) of the Korea Employment Information Service. The subjects of the analysis were multivariate latent growth model analysis of the effects of social activities on subjective health status and depression in 2016 among the elderly aged 60 to 75 years in 2012. The average age of 3,303 in 2012 was 67.36, the average age of 3,266 in 2014 was 69.36, and the average of 3,011 in 2016 was 72.36. The results showed that over time, the subjective state of health of the elderly decreases, and over time, depression increase linearly. The social activity did not change over time. The results of the analysis of the model of change in social activity, subjective health status and depression are related to the positive effect of social activity on subjective health status and to lower depression in the future. Based on the results of the study, the practical implications of the social activities that positively affect the subjective health status and depression of the elderly and the practical measures for the social participation program of the elderly were discussed.

**Key words :** latent growth model, social activity, health status, depression, elderly

주요어 : 주관적 건강상태, 우울감, 다변량잠재성장모형, 친교활동

Address reprint requests to : Lim, Koo-Won

Konyang Cyber University, 158, Gwanje-dong-ro, Seo-gu, Daejeon

Tel: 042-600-6517 E-mail: limkw9@kycu.ac.kr

Received: October, 28, 2019 Revised: November, 20, 2019 Accepted: December, 18, 2019

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성 및 목적

현재 우리나라의 65세 이상 노인 인구는 738만1천 명으로 전체 인구 대비 14.3%를 차지하고 있으며 고령사회로 접어들었다. 2060년에는 전체 인구의 40% 이상을 노인이 차지할 거라고 예측 하였다(2018 고령자통계). 인구 고령화는 노인 개인만의 문제로 끝나는 것이 아닌 가족과 이웃, 지역사회, 전 국민들에게 영향을 미치며 다양한 사회문제를 야기하고 있다. 위와 관련하여 노인의 불안정한 가족 지지, 돌봄, 사회적 고립은 심리적 안녕감에 영향을 미치며 우울증이라는 정신건강 문제가 대두되고 있다. 노인 우울증은 노년기 정서적 고통을 야기하는 주요한 원인으로(Blazer, 2003), 생물학적, 심리적, 행동적 및 사회적으로 다양한 증상을 보인다(Blazer, 2003; Bruce & Scott, 2001). 노인 우울감은 다른 연령대의 우울증에 비해 우울한 기분에 대한 증상은 약하지만(Parikh & Lebowitz, 2004), 수면장애, 식욕 저하, 피로와 같은 신체 증상의 호소가 많다는 특징을 가지고 있다(Schwarzbach, Lupp, Forstmeier, König & Riedel-Heller, 2014; Parikh & Lebowitz, 2004; Gatz & Fiske, 2003). 노년기의 우울은 삶의 질, 인지기능, 신체적 건강 등 다양한 측면에서 부정적인 영향을 주며, 자살 행동과 같은 극단적 선택을 할 가능성을 높이는 것으로 보고 되었다(Reddy, 2010; Blazer, 2003; 허준수, 유수현, 2002). 결국 노인의 우울증은 부양자의 부담을 가중시키며(Sczufca, Menezes, & Almeida, 2002), 국가적으로는 높은 사회적 비용을 초래하게 된다.

한국 노인의 우울증은 2017년 전체 노인의 21.1%로 남성노인의 경우 17.2%, 여성노인은 24%로 조사되었다(노인실태조사, 2017). 2017년을 기준으로 약 680,169명이 우울증으로 진료를 받았으며, 이 중 약 35%가 65세 이상의

노인인 것으로 나타났다(건강보험 심사원 의료통계정보, 2018). 이러한 노인 우울증의 증가는 자살로 이어지며 현재 대한민국이 OECD 국가 중 노인 자살률 27위(통계청, 2018)를 차지하는 원인으로 볼 수 있다.

노인의 우울감에 영향을 미치는 요인을 살펴 보면 여성 노인들이 일반적으로 남성 노인보다 높은 우울 증상을 경험하는 것으로 보고 되고 있다(보건복지부·삼성서울병원, 2017; Kessler, 2003). 혼인상태 배우자가 있는 노인보다 배우자 없는 노인들이 높은 우울 수준을 보이는 것으로 나타났다(강유진, 2015; Cacioppo, Gillon, Weck & Cacioppo, 2006). 또한 노인들의 주관적 건강상태에 대한 만족도가 높을수록 우울의 수준은 유의미하게 낮아진다고 보고 되었으며(박금령, 최병호, 2018), 자신의 주관적 건강상태가 좋지 않다고 인식하는 것은 노화에 대한 불안감과 밀접한 관련이 있는 것으로 조사되었다(김신미, 김순이, 2009). 특히, 사회 관계망의 변화 및 여가시간의 증가로 노년기에 사회적 관계에 대한 만족도와 여가생활 만족도가 우울과 같은 정신건강에 있어서 긍정적 영향을 주는 중요한 요인으로 보고되고 있다(강은나, 정병호, 김혜진, 2015). 노인의 사회적 관계망은 친족보다는 친구와 이웃으로 주로 구성되는데(박경순, 박영란, 2016), 노인들은 경로당을 통해 친목이나 친교로 긍정적 사회적 관계를 맺으며 우울감을 낮추는 것으로 확인되었다(정동희, 심은정, 2018).

노인의 친교 활동은 사회참여 활동의 한 유형으로 노인복지 분야에서는 여가 시간을 의미 있게 보내기 위한 여가활동으로 경제활동, 사회지원 활동, 사교 친교 활동, 자기 개발 활동 중 하나이다(지은정, 2012). 더 나아가 노인의 사회참여 활동은 생산적인 활동과 경제적인 활동, 관계적인 활동으로 나뉘는데 친교 활동은 관계적인 활동으로 분류한다(전혜정, 2004). 노인의 사회참여 활동 중 친교 활동은 45.6%로

노인들이 가장 많이 참여하는 활동이다(노인실태조사, 2017). 또한 친교 및 사교활동은 노인의 사회 활동 중 가장 비중을 많이 차지하고 있는 활동이며 노인들의 삶의 질에 긍정적 영향을 미치는 변수이다(주경희, 2011). 위의 선행연구를 바탕으로 노인들의 사교 및 친교 활동은 노인들이 가장 많이 하는 사회 참여 활동이며 이는 삶의 질에 영향을 미치며 우울을 감소하는데 영향력이 크다는 것을 알 수 있다. 결과적으로 여가활동 중 하나인 친교 활동에 참여하는 노인들이 신체적으로 건강하며 심리적으로도 안정적이고 결국 삶의 질이 높아진다(Zuzanek & Smale, 1997)고 할 수 있겠다.

의료기술의 발달과 환경의 개선으로 기대수명이 길어지고 건강수준이 향상되었음에도 불구하고, 사회구성원 간 건강수준의 격차가 여전히 존재하거나 커지고 있다(Multau & Schooler, 2002). WHO는 건강에 대하여 “단순히 허약하거나 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕 상태”로 정의하고 있다. 주관적 건강 상태(SRH: Self-rated Health)는 건강 상태를 측정하는 지표이면서 동시에 노화에 대한 정도와 의학적, 생물학적 상태를 예측하는 도구이다(Maddox, 1973). 주관적 건강상태는 건강습관과 건강행위에 영향을 미치는 요소이다(김명숙, 2004). 주관적 건강상태는 객관적 측정 지표가 아닌 본인이 인지하는 건강 수준에 대한 평가 개념이다(이지선, 2013). 이 지표는 비록 주관적이지만 다른 임상적인 지표보다 예측성이 강하고 비교적 측정하기 쉬워 개인의 전반적 건강을 평가하는 지표로 사용되어 오고 있다 (Böckerman & Ilmakunnas, 2009; Maddox, 1973).

노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 인구사회학적 특성 중 여성노인이 남성노인에 비해 주관적 건강상태가 낮다고 보았다(박금령, 최병호, 2018; 배연희, 김한나, 2015). 반면에 이후연, 백종태 및 조영채(2016)의 연구에서는 성별

에 따라 주관적 건강상태는 유의미하지 않다고 보았다. 또 다른 요인으로 연령에 대하여는 살펴보면 대부분 일관된 연구결과를 보이는데 연령이 높을수록 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(염지혜, 박준식, 김동현, 2012). 김은석 등(2015)의 노인 대상 연구에서 노인의 교육수준과 경제 수준이 높을수록 주관적 건강상태를 긍정적이라는 연구와 달리, 염지혜, 박준식 및 김동현(2012)은 여성 노인의 경우 교육수준이 높을수록 주관적 건강상태 인식에 유의미한 영향을 미쳤지만 남성노인의 교육수준은 주관적 건강상태에 영향을 미치지 않았다고 보았다.

노인의 주관적 건강상태에 영향을 주는 주요 변인으로는 스트레스, 우울, 삶의 질과 같은 심리적 요인이 있는데 우울감이 낮을수록 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다(이혜정, 2002; 김종성, 2010; 이미혜, 김대철, 2013). 또한 노인의 신체 건강은 우울감과 밀접한 관계가 있으며 건강상태가 좋을수록 활동 범위도 넓어져 외부 환경에 긍정적 피드백을 얻게 된다(이미애, 2014). 주관적 건강상태에 영향을 미치는 사회적 요인으로는 다양한 사회활동이 있는데 친교 활동과 같은 친구와의 정서적 활동이 많을수록 건강상태에 긍정적 영향을 미친다고 하였다(이후연, 백종태, 조영채, 2016). 노인들의 친교 활동을 계모임, 경로당과 같은 ‘수동적’ 형태, 노인대학, 문화센터, 스포츠 센터에서 진행되는 ‘능동적’ 형태로 분류하여 건강상태와의 관계를 알아본 결과 능동적 형태의 친교 활동이 건강상태에 더 유의미한 영향을 미친다고 보았다(김윤혜, 이복희, 2006).

위의 대부분 선행연구는 횡단 연구로 개인의 태도나 행위의 시간적 변화유형이나 추세를 파악하고 설명하기 어려운 단점이 있다(주경희, 2010). 개인의 여가활동은 생애에 걸쳐 지속성과 변화라는 상반된 패턴의 궤적(trajecory)을 보인다. 지속이론에 따르면, 사람들은 나이가 들어가면서 급격하게 변화하기보다는 과거의

습관이나 행동 패턴을 유지하려는 성향이 강하다(Hooyman & Kiyak, 2005). 이러한 지속이론의 관점을 여가 및 친교활동에 적용해 보면, 중 장년기의 여가 및 친교활동 경험이 노년기 여가활동의 내용과 행태에 영향을 미치는 것을 예측할 수 있다(이금룡, 2011). Roberts(2006)는 한 개인의 여가가 생애 과정을 통해 강력한 지속성을 나타낸다고 보고하면서, 은퇴 이후 여가활동이 감소하는 사람은 대부분 젊었을 때 여가에 대한 관심이 낮을 것을 보여주었다. 결론적으로 중 장년기에 여가활동이 활동적이었던 노년기에도 활동적일 개연성이 크다고 볼 수 있다(이금룡, 2011).

본 연구는 기존의 노인의 여가활동인 건강상태와 우울감에 긍정적 영향을 미친다는 다양한 횡단연구와 다른 종단연구라는 차별성을 가지고 잠재성장모형을 사용하여 노인들의 친교 활동을 중심으로 주관적 건강상태의 수준과 우울감에 미치는 영향에 대하여 시간의 흐름에 따른 동태적 현상을 파악하고자 한다. 지금의 노인들과는 전혀 다른 여가 수준이 높고 교육수준이 높은 신노년층 즉 베이비부머의 우울감과 주관적 건강상태에 영향을 미치는 활동을 예측하고 개입할 수 있는 노인을 위한 여가 정책에 실천적 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구문제

본 연구의 가설과 모형은 다음과 같다

연구문제 1. 잠재성장 모형을 통하여 노인들의 친교 활동, 주관적 건강상태, 우울감이 시간에 따라 어떻게 변화하는가?

연구문제 2. 시간의 흐름에 따라 노인들의 친교 활동이 주관적 건강상태와 우울감에 영향을 미치는가?

연구문제 3. 시간의 흐름에 따라 노인들의 주관적 건강상태가 우울감에 영향을 미치는가?

## II. 연구방법

### 1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 한국고용정보원의 한국고령화패널(Korean Longitudinal Study of Aging: KLoSA)의 4차(2012년), 5차(2014년), 6차(2016년) 자료를 사용하였다. 한국고령화패널은 1차(2006년)를 시작으로 제주도를 제외한 대한민국에 거주하는 1962년 이전에 태어난 중고령자를 대상으로 시작된 데이터이다. 패널데이터는 동일 응답자를 복수의 시간에 걸쳐 추적하여 데이터를 얻는 것으로 다차원적 분석이 가능하다. 고령화패널 데이터는 표본조사구를 추출하기 전에 우선 모집단을 지역과 주거형태별로 층화 하였으며 지역은 15개 특별광역시와 도별로 동부와 읍면부로 층화한 후, 일반주택조사구와 아파트조사구로 층화 하여 조사하였다. 한편 1,000개 표본조사구 가운데 인구수가 적은 시도에서도 신뢰성 있는 통계를 생산할 수 있도록 15개 시도별로 15개 조사구를 우선 할당한 후, 나머지 775개는 인구수를 기준으로 15개 시도에 할당하였고, 각 시도 내에서도 인구수를 기준으로 동부와 읍면 부로 나누어 할당하였다. 고령화연구패널조사의 조사방법은 면접방식으로 컴퓨터를

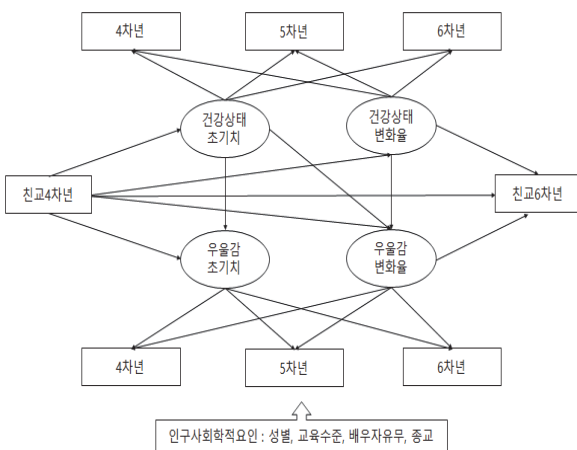


그림 1. 연구모형

이용한 대인면접(CAPI)으로 진행되었다.

본 연구에서는 4차(2012년) 기준 60세이상 75세이하 노인을 대상으로 6차(2016년) 64세 이상 80세이하 노인들의 친교 활동이 주관적 건강상태와 우울감에 미치는 영향에 대하여 잠재성장모형 분석을 실시하였다. 4차(2012년) 3,303명 평균나이 67.36세, 5차(2014년) 3,266명 평균나이 69.36세, 6차(2016년) 3,011명 평균나이 72.36세를 대상으로 하였다. 본 연구의 최종 분석 대상자는 2012년부터 2016년까지 추적조사에 응답한 노인 3,011명이다.

분석 자료로 한국고령화 패널을 사용한 이유는 다음과 같다. KLoSA는 비교적 최신 자료이며 패널분석으로 종단연구를 하는데 적합한 데이터이기 때문이다. 특히 노인을 대상으로 다양한 변수들이 있고 분석하기에 충분한 시점을 가지고 있으며 제주도를 제외한 전국단위로 표본을 추출하였기 때문에 연구결과를 일반화하기에 적합하기 때문이다.

연구 참여자의 인구사회학적 특성에 대해 살펴보면, 성별로는 남성이 1,466명(43.8%) 여성이 1,857명(56.20%)로 나타났다. 배우자 유무에 대하여 살펴보면, 배우자 있음이 2,675명(81%) 배우자 없음이 628명(19%)로 나타났다. 배우자 있는 노인들이 배우자 없는 노인에 비해 4배나 많은 것으로 나타났다. 교육수준의

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

변수명		N	%
성별	남성	1,446	43.8
	여성	1,857	56.2
배우자유무	배우자 있음	2,675	81.0
	배우자 없음	628	19.0
종교	종교 있음	1,822	54.0
	종교 없음	1,555	46.0
교육수준	초등학교 졸업 이하	1,665	50.4
	중학교 졸업	619	18.7
	고등학교 졸업	745	22.6
	대학교 졸업 이상	274	8.3
평균연령	2012년	67.36세	
	2014년	69.36세	
	2016년	72.36세	

경우에는 초등학교 졸업이 하가 1,665명(50.4%)로 가장 많았으며, 고등학교 졸업이 745명(22.6%), 중학교 졸업 619명(18.7%), 대학교 이상 274명(8.3%)로 조사되었다.

## 2. 연구도구

### 1) 친교활동

본 연구에서 사용된 친교 활동 변수에 관한 척도로는 '친한 사람과 만나는 횟수'에 대한 응답으로 '거의 매일'은 1, '일주일에 두세 번 정도'는 2, '일주일에 한 번'은 3, '한 달에 두 번'은 4, '한 달에 한 번'은 5, '일 년에 대여섯 번 정도 (2개월에 한번)'은 6, '일 년에 서너 번 정도 (3~4개월에 한번)'은 7, '일 년에 한두 번 정도'는 8, '일 년에 거의 볼 수 없음'은 9, '친하게 지내는 사람 없음'은 10으로 코딩하였다. 원 데이터 친교 활동에 대한 척도를 연속변수로 재 코딩하여 사용하였다. 점수가 높을수록 친교 활동에 부정적인 것으로 해석하였다.

### 2) 주관적 건강상태

주관적 건강상태에 관한 변수에 관한 척도는 단일문항으로 '본인의 주관적 건강상태에 대해 어떻게 생각하십니까?'의 문항을 사용하였다. '매우 좋음'은 1, '좋은 편'은 2, '보통'은 3, '나쁜 편'은 4, '매우 나쁨'은 5로 측정되었다. 점수가 높을수록 주관적 건강상태는 좋지 않은 것으로 해석하였다.

### 3) 우울감

우울감에 관한 척도로는 한국판 CESD-10을 활용하였으며, CESD척도는 최근 일주일 동안의 우울증세를 측정하는 척도로 10개 항목으로 구성되어 있다. 평소 일에 귀찮고 피로운 느낌, 정신집중이 어려움, 우울감, 모든 일에 힘든 느낌, 비교적 잘 지내고 있다는 생각(역 코딩), 무엇인가에 대한 두려움, 잠을 잘 이루지 못했다고 생

각, 큰 불만이 없었다고 생각(역 코딩), 세상에 홀로 있다는 느낌, 엄두가 나지 않음에 대한 응답으로 ‘잠깐 그런 생각이 들었거나 생각나지 않음’ 1, ‘가끔 그런 생각이 들었음’ 2, ‘자주 그런 생각이 들었음’ 3, ‘항상 그런 생각이 들었음’ 4로 조사되었다. 본 연구에서는 10문항을 합산하여 사용하였으며 점수가 높을수록 우울감이 높은 것으로 해석하였다. 본 연구의 우울감 신뢰도(Cronbach's  $\alpha$ )는 연도별로 각각 2012년 .84, 2014년 .85, 2016년 .82 로 나타났다.

### 3. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 인구사회학적 변인들의 특성을 알아보기 위해 빈도 분석, 기술통계분석, 변인들간의 관계성을 알아보기 위한 상관관계 분석을 실시하였다. 분석은 IBM SPSS 21 와 AMOSS 21 통계 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 연구모형의 분석은 변인들의 변화모형을 추정하기 위한 잠재성장모형(Latent Growth Modeling)을 분석하였다. 잠재성장모형이란 종단자료를 활용하여 시간에 따른 변화를 분석할 수 있는 방법(김계수, 2017; 홍세희, 2000)으로 집단의 평균 뿐만 아니라 개인의 변화와 개인차, 변수들간의 관계를 파악할 수 있는 분석방법이다(Duncan & Duncan, 2004). 잠재성장모형은 최소 3회 이상 반복 측정된 자료와 연속변수로 된 종속변수가 필요하며 연구대상을 반복 측정하므로 측정 단위와 시간구조가 동일해야 한다(Kline, 2016). 잠재성장모형은 2단계 모형이 있는데 1단계는 비조건적모형(unconditional model), 2 단계는 독립변수가 포함되는 조건적 모형(conditional model)분석이 있다(Kline, 2016). 본 연구에서는 친구 활동과 인구사회학적 요인의 선행변수가 사용되므로 조건적 모형으로 분석하였다. 잠재성장모형 분석은 구조방정식의 분석방법을 사용하기 때문에  $\chi^2$  검증, NFI(Normed Fit Index), TLI(Tucker-Lewis Index), CFI(Comparative Fit Index), RMSEA(Root Mean Square Error of

표 2. 변수의 조작적 정의 및 코딩방법

변수명	정의 및 코딩방법
성별	①남성 ②여성
동거형태	①배우자없음 ②배우자있음
교육수준	①초등학교 졸업이하 ②중학교 졸업③고등학교 졸업 ④대학교 졸업이상
종교	①종교없음 ②종교있음
친교활동	①거의매일 ②일주일에 두세번 ③일주일에 한번 ④한달에 두번 ⑤ 한달에 한번 ⑥일년에 대여섯번 ⑦일년에 서너번⑧일년에 한두번 ⑨일 년에 거의 볼 수 없음 ⑩친하게 지내는 사람 없음
주관적건강	①매우 좋음 ②좋은 편 ③보통 ④나쁜 편 ⑤매우 나쁨
우울감	①잠깐 그런 생각이 들었거나 생각나지 않음 ②가끔 그런 생각이 들었음 ③자주 그런 생각이 들었음 ④항상 그런 생각이 들었음

Approximation)의 지수가 사용되는데 어떤 지수를 선택하느냐에 따라 모형의 적합도가 결정되므로 연구자의 주의가 요구된다(홍세희, 2000).  $\chi^2$  검증은 모형과 자료와의 적합도를 절대적으로 평가하는 지수이지만 표본 크기에 민감하게 영향을 받기 때문에 표본 수에 다른 결과를 보인다는 단점이 있다. RMSE는 절대적합지수중 하나로 표본의 크기에 영향을 받지 않고 간명성을 동시에 고려하는 지수중 하나이다. TLI, CFI의 경우에는 표본의 크기에는 민감하게 반응을 하지 않으나 CFI는 모형의 간명성을 고려하지 않지만 TLI는 간명성을 고려하기 때문에(홍세희, 2000) 본 연구에서는 한 가지 방법으로 모형을 판단하기에 적합하지 않으므로(김계수, 2017; 홍세희, 2000) TLI, CFI와 RMSEA 지수를 고려하기로 하였다. TLI와 CFI의 경우 .95 이상일 때, RMSEA의 경우 .05이하 일 때 좋은 적합도로 해석한다(Hu & Bentler, 1999). 본 연구에서는 결측치가 있으므로 FIML(Full Information Maximum Likelihood)를 이용하였다(Arbuckle, 1996).

## Ⅲ. 연구결과

### 1. 상관관계분석

잠재성장모형 검증에 앞서 연구모형에 사용

된 측정변수들 간의 상관관계, 평균 및 표준편차를 산출한 결과는 <표 3>와 같다.

표 3. 측정 변인별 상관관계 분석

	친교4	친교6	건강4	건강5	건강6	우울4	우울5	우울6
친교4	1							
친교6	.448**	1						
건강4	.107**	.120**	1					
건강5	.085**	.126**	.505**	1				
건강6	.102**	.171**	.446**	.510**	1			
우울4	.214**	.192**	.265**	.214**	.205**	1		
우울5	.175**	.193**	.191**	.257**	.221**	.401**	1	
우울6	.221**	.285**	.196**	.237**	.298**	.347**	.383**	1
M	3.09	3.37	3.78	3.84	3.87	1.45	1.51	1.53
SD	2.329	2.635	.863	.840	.837	.687	.751	.783

\*\* $p < .01$

<표 3>에 따르면 각 시점별로 4차(2012년)와 6차(2016년)의 친교 활동과 4차(2012년) - 6차(2016년)의 주관적 건강상태는 정적상관 ( $.08 < r < .17$ )이 나타났으며, 4차(2012년), 6차(2016년) 친교 활동과 4차(2012년) - 6차(2016년) 우울감은 정적상관 ( $.17 < r < .28$ )이 나타났다. 4차 - 6차년도 주관적 건강상태와 4차 - 6차년도 우울감은 정적상관 ( $.19 < r < .29$ )이 나타났다. 따라서 본 연구에서 사용된 변인들은 관련성이 있는 것으로 나타났다.

## 2. 변인별 모형비교

각 변인이 시간에 따라 변화하는지에 대하여 알아보기 위하여 일변량 잠재성장모형을 확인하였다. 본 연구는 측정 시점이 3개로 변인별 모형을 선형변화모형으로 추정하였다. 각 요인의 변화모형의 여부를 결정하기 위하여 모형의 적합도를 비교하여 검토하였다.

친교 활동의 경우 무변화 모형( $\chi^2 = 140.115$ ,  $df=4$ ,  $TLI=.898$ ,  $CFI=.932$ ,  $RMSEA=.100$ )이 선형변화 모형 ( $\chi^2 = 64.888$ ,  $df=1$ ,  $TLI=.809$ ,  $CFI=.968$ ,  $RMSEA=.138$ )에 비하여 더 좋은 적합도를 보였다. 친교 활동은 시간에 따라 변화하

표 4. 주요변인의 무변화모형과 선형변화 모형 적합도

	변화모형	$\chi^2$	df	TLI	CFI	RMSEA
친교활동	무변화	140.115	4	.898	.932	.100
	선형	64.888	1	.809	.968	.138
주관적 건강상태	무변화	52.028	4	.970	.980	.057
	선형	22.796	1	.977	.989	.031
우울감	무변화	211.667	4	.875	.891	.058
	선형	12.976	1	.987	.992	.022

지 않거나 시간에 따라 일정하게 변화하지 않는 변수로 해석할 수 있다. 따라서 초기치와 변화량을 추정할 수 있는 선형 변화모형이 아니라 4차(2012년)와 6차(2016년)의 친교 활동을 독립변수로 투입하여 연구모형에 사용하였다. 주관적 건강상태의 경우에는 무변화모형( $\chi^2 = 52.028$ ,  $df=4$ ,  $TLI=.970$ ,  $CFI=.980$ ,  $RMSEA=.031$ )의 적합도를 보였으며, 선형변화모형은 ( $\chi^2 = 22.796$ ,  $df=1$ ,  $TLI=.977$ ,  $CFI=.989$ ,  $RMSEA=.138$ )로 무변화 모형보다 선형변화 모형이 더 좋은 적합도를 나타내었다. 즉 노인들의 주관적 건강상태가 시간에 따라 선형으로 감소하는 선형변화모형으로 일변량 잠재성장모형이 채택이 되었다. 우울감의 경우에는 무변화 모형( $\chi^2 = 211.667$ ,  $df=4$ ,  $TLI=.875$ ,  $CFI=.891$ ,  $RMSEA=.058$ )의 적합도를 보였으며, 선형변화 모형은 ( $\chi^2 = 12.976$ ,  $df=1$ ,  $TLI=.987$ ,  $CFI=.992$ ,  $RMSEA=.022$ )로 무변화 모형보다 선형변화 모형이 더 좋은 적합도를 나타내었다. 즉 노인들의 우울감이 시간에 따라 선형으로 증가하는 선형변화모형으로 일변량 잠재성장모형이 채택이 되었다.

<표 5>을 통해 선형 변화모형에서 각 추정치

표 5. 주요변인의 선형변화에 대한 결과

		평균		분산	
		초기치	변화율	초기치	변화율
친교활동	무변화	3.319***		.034***	
	선형	3.176***	.146***	.039***	.023***
주관적 건강상태	무변화	3.831***		.012***	
	선형	3.785***	.044***	.014***	.008***
우울감	무변화	1.494***		.010***	
	선형	1.456***	.042***	.012***	.007***

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

를 살펴보면 다음과 같다. 친교 활동, 주관적 건강상태, 우울감 모든 변인에서 초기치와 변화율의 분산이 유의미하였기 때문에 노인들의 친교 활동과 주관적 건강상태, 우울감의 초기치와 변화율은 개인 간 차이가 있음을 알 수 있다.

### 3. 친교활동, 주관적 건강상태, 우울감의 관계에 대한 잠재성장모형 분석

변인별 분석모형 검증을 통하여 얻어진 각 변수의 변화모형의 결과를 바탕으로 친목 활동이 주관적 건강상태를 통해 우울감에 영향을 미치는 잠재성장모형을 분석하였다.

표 6. 연구 모형 적합도

$\chi^2$	df	TLI	CFI	RMSEA (90%신뢰구간)
65.999	32	.988	.995	.018 (.012-.024)

잠재성장모형의 검증결과 모형의 적합도는 <표 6>와 같이  $\chi^2 = 65.999$ ,  $df = 32$ ,  $TLI = .988$ ,  $CFI = .995$ ,  $RMSEA = .018$ 으로 매우 좋은 적합도를 보여 모형이 적합함을 알 수 있다.

모형에서 추정된 경로계수들은 <표 6>에 제시되어 있다. 먼저 선행변수로 사용된 인구사회학적 변수에 대한 경로를 살펴보면 성별이 주관적건강 초기치( $\beta = .08$ ,  $p < .001$ ), 우울감 초기치( $\beta = .044$ ,  $p < .05$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 측정 초기시점에 여성이 남성에 비해 주관적 건강상태에 대한 인식이 부정적이며, 여성노인이 남성노인에 비해 우울감이 높은 것으로 나타났다.

배우자 유무가 주관적건강 초기치( $\beta = -.077$ ,  $p < .001$ ), 우울감 초기치( $\beta = -.093$ ,  $p < .001$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 배우자가 있을수록 주관적 건강상태에 대하여 긍정적으로 인식하고 우울감은 낮은 것으로 나타났다.

교육수준은 주관적건강 초기치( $\beta = -.294$ ,  $p < .001$ )에만 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 학력이 높을수록 주관적 건강상태는 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났다.

종교 유무가 주관적건강 초기치( $\beta = .069$ ,  $p < .001$ )에만 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 종교가 있을수록 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다.

표 7. 연구모형의 경로계수

		$\beta$	B	S.E	t
성별	→ 건강초기치	0.08	0.026	0.006	4.104***
성별	→ 우울초기치	0.044	0.011	0.005	2.127*
혼인상태	→ 건강초기치	-0.077	-0.127	0.03	-4.285***
혼인상태	→ 우울초기치	-0.093	-0.114	0.023	-4.884***
교육수준	→ 건강초기치	-0.271	-0.172	0.012	-14.543***
교육수준	→ 우울초기치	-0.014	-0.006	0.01	-0.645
종교	→ 건강초기치	0.069	0.09	0.023	3.973***
종교	→ 우울초기치	0.003	0.003	0.018	0.16
친교활동4	→ 건강초기치	0.152	0.042	0.006	7.111***
친교활동4	→ 우울초기치	0.246	0.05	0.005	10.441***
친교활동4	→ 친교활동6	0.474	0.536	0.035	15.39***
친교활동4	→ 건강변화율	-0.276	-0.027	0.005	-5.206***
친교활동4	→ 우울변화율	-0.147	-0.012	0.005	-2.526*
건강초기치	→ 우울초기치	0.402	0.296	0.023	13.017***
건강초기치	→ 우울변화율	0.14	0.039	0.016	2.503*
건강변화율	→ 우울변화율	0.699	0.564	0.085	6.667***
건강변화율	→ 친교활동6	-0.165	-1.932	1.287	-1.502
우울변화율	→ 친교활동6	-0.479	-6.936	3.242	-2.139*
친교활동6	→ 건강변화율	0.583	0.05	0.008	6.629***
친교활동6	→ 우울변화율	0.446	0.031	0.006	5.221***

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

다음으로 연구모형에 관한 경로계수를 살펴보면 4차(2012년) 친교 활동이 주관적건강 초기치( $\beta = .152$ ,  $p < .001$ ), 우울감 초기치( $\beta = .246$ ,  $p < .001$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 측정 초기의 친교 활동이 활발한 노인일수록 주관적 건강상태는 긍정적으로 생각하고 우울감은 낮은 것으로 나타났다. 4차(2012년)의 친교 활동이 주관적건강 변화율( $\beta = -.026$ ,  $p < .001$ ), 우울감 초기치( $\beta = -.147$ ,  $p < .05$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 이는 노인의 친교 활동이 주관적 건



강상태와 우울감의 변화율에 부(-)의 영향을 미친다는 것은 부정적인 의미의 감소가 아닌 증가세를 둔화시킨다는 것이다. 즉 친교 활동이 주관적 건강상태에 대한 부정적 인식과 우울감의 증가를 둔화시킨다고 해석 할 수 있다.

4차(2012년) 친교 활동이 6차(2016년) 친교 활동( $\beta=.474, p<.001$ )에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 초기에 친교 활동을 많이 하는 노인일수록 마지막 측정 시점인 6차년도에도 친교활동을 많이 하는 것으로 해석 할 수 있다.

주관적건강 초기치는 우울감 초기치( $\beta=.402, p<.001$ )와 우울감 변화율( $\beta=.014, p<.05$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 초기의 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할수록 초기 우울감이 높으며 시간이 흐름에 나타나는 우울감 변화율의 증가세도 높이는 것으로 나타났다.

6차(2016년) 친교 활동이 주관적건강 변화율( $\beta=.583, p<.001$ )과 우울감 변화율( $\beta=.446, p<.001$ )에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 마지막 측정 시점인 6차년도에도 친교 활동을 많이 한 노인이 주관적 건강상태에 대한 부정적 인식의 변화율과 우울감의 변화율을 감소시킨다고 해석 할 수 있다. 또한 우울감의 변화율은 6차(2016년)의 친교 활동( $\beta=-.479, p<.05$ )에 유의미한 영향을 미치는데 우울감의 증가세가 친교 활동을 감소시키는 것으로 해석 할 수 있다.

종단연구에서 가장 중요하게 생각하는 변화율과 변화율과의 관계를 살펴보면, 주관적건강 변화율은 우울감 변화율( $\beta=.699, p<.001$ )에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 주관적건강 상태가 시간의 흐름에 따라 부정적으로 인식할수록 우울감도 같이 높아지는 것으로 나타났다.

#### IV. 논의

본 연구는 2012년 기준으로 60세 이상 75세이

하 노인을 대상으로 패널데이터를 사용하여 5년 동안 추적한 시간의 흐름에 따른 노인들의 친교 활동과 주관적 건강상태, 우울감의 상호 관련성을 규명하고자 하였다. 이를 위해 변인들에 대한 모형을 설정하고 다변량 잠재성장모형을 통해 분석하였다. 변인들의 변화 관계 모형 검증에 앞서 변인들의 일변량 잠재성장 모형을 적용하여 변화모형을 추정하였다. 그 결과 노인들의 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 부정적으로 인식하는 것으로 나타났고 우울감은 시간의 흐름에 따라 꾸준히 증가하는 선형변화의 형태로 나타났다. 이는 노화에 따른 노인들의 신체적, 심리적 특성이 점진적으로 감소한다(염지혜, 2012; Beaver, 1983)는 연구를 뒷받침 하고 있다.

친교 활동은 선형으로 변화하는 양상을 보이지 않는 것으로 났으며, 친교 활동은 시간의 흐름에 독립적인 요인으로 친교 활동은 지속적인 활동보다는 시간보다는 다른 요인이 작용하는 것으로 설명할 수 있다. 4차(2012년)의 친교 활동은 우울을 낮추고 6차(2016년)의 친교 활동은 우울의 변화율에 영향을 미치고 건강변화율에도 영향을 미치는 것으로 나타났는데 이는 정여진, 유나영 및 김비아(2014)의 메타분석 연구결과와 일치하는 것으로 친교 활동이 주관적 건강상태와 우울감을 감소시켜 성공적 노화를 돕는다고 볼 수 있다. 노인의 주관적 건강상태와 우울감의 경우 신체적 심리적 변인인 반면에, 친교 활동은 행동적인 변인으로 측정시점에 따라 배우자 사망에 따른 가족 변화, 경제적 상태, 건강상태 등 환경적 영향을 많이 받을 수 있기 때문으로 해석 할 수 있다. 친교 활동에 참여하는 노인이 주관적 건강상태에 긍정적 영향을 미치는 결과를 통해 노인의 여가 활동 더 나아가 사회활동이 주관적 건강과 관련성이 있다는 것을 의미한다. 노인의 친교 활동으로 계모임, 동창회, 향우회등의 참여가 건강과 높은 상관을 보이는 연구(김홍록, 이광욱, 2014)가 있다. 대부분의 횡단연구에서는 변수

간의 인과관계만을 규명하는 한계가 있어 시간의 흐름에 따른 영향력을 보고자 하는 종단연구의 중요성이 커지고 있다.

노인들의 초기치 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 배우자 유무, 교육수준, 종교, 친교 활동이 있으며 노인의 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 지속적으로 감소하는 것으로 나타났으며 주관적 건강상태 변화율에는 6차(2015년)의 친교 활동과 우울감의 초기치가 낮을수록 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강상태가 좋을수록 우울감이 낮아진다는 선행연구(박현용, 2018), 주관적 건강상태에 유배우자가 영향을 미친다(남석인, 김세진, 김호정, 2018), 연구와 일치하는 결과이다.

노인들의 초기치 우울감에 영향을 미치는 요인으로는 주관적 건강, 성별, 배우자 유무, 친교 활동이 있으며 노인의 우울감은 시간의 흐름에 따라 지속적으로 증가하는 것으로 나타났으며 우울감 변화율에는 6차(2016년)의 친교 활동과 건강변화율이 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강상태가 좋을수록 우울감이 낮아진다는 선행연구(남석인, 김세진, 김호정, 2018), 여성일수록 우울감이 높아지며(보건복지부삼성서울병원, 2017), 배우자가 있는 것이 우울의 위험을 낮춘다는 연구(허준수, 유수현, 2002)의 연구와 일치하는 결과이다. 이러한 결과는 노인들이 사회적 관계망이 축소되면서 우울감이 높아진다는 연구(박현용, 2018)를 뒷받침하는 결과이다. 우리나라는 독거 노인의 증가로 가족의 비중이 약해지면서 가족을 대체할 공동체나 인간관계의 교류를 만들어 가는 것이 매우 중요하다. 따라서 친교 활동과 같은 사회적 관계를 통해 노인들의 우울감을 감소시키는 것이 무엇보다도 중요하다고 볼 수 있다.

위와 같은 결과를 통하여 정책적, 실천적 제언은 다음과 같다.

첫째, 변화하는 노인의 특성을 반영해야 한다. 앞으로 10년 후에 노인층으로 진입하게 되

는 신노년층의 여가활동 욕구와 교육 수준 등을 파악하여 미리 대비하는 정책을 세워야 한다. 지금의 노인과는 다르게 신노년층은 교육수준이 높은 특징을 가지고 있다. 따라서 교육수준이 우울감과 주관적 건강상태에 영향을 미치는 연구결과를 통하여 우울감과 건강상태에 대한 인식이 변화할 것을 예측하여 정책에 반영을 할 필요가 있다.

둘째, 노인들의 친교 활동이 주관적 건강상태에 긍정적 영향을 미치고 우울감을 낮춘다는 결과를 통하여 노인들에게 다양한 친교 활동의 기회를 주어야 한다. 노인의 특성상 지역사회 내의 장소를 이용하도록 하며 노인들의 친교 활동을 할 수 있는 지역사회 거점이 마련되어야 한다. 또한 친교 프로그램을 통하여 활동에 참여할 수 있도록 다양한 프로그램과 함께 노인들의 여가활동 콘텐츠 개발에도 노력해야 한다.

셋째, 노인들의 여가활동의 참여율을 높이기 위하여 형식적 여가 프로그램이 아닌 실질적 노인들에게 특화된 프로그램이 진행되어야 할 것이다. 이러한 프로그램들에 참여하면서 자연스럽게 친교 활동으로 이루어질 수 있도록 하여야 한다.

넷째, 노인우울예방 프로그램에 다양한 친교 활동 프로그램을 접목해서 진행해야 한다. 노인들과의 상호작용이 우울감을 낮출 수 있다는 연구 결과를 통하여 지역사회 내에서 실시하고 있는 노인우울예방 프로그램에 친교 활동을 지속 강화 할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

본 연구가 가지는 한계점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 고령자 패널자료를 연구 데이터로 사용했기 때문에, 연구에 사용된 척도에 대한 타당성 검증이 어렵다는 제한점이 있다. 또한 잠재성장모형은 3개 이상의 종단 데이터를 사용해야 하는데 본 연구에서는 3개의 데이터를 사용하였다는 점에서 더 많은 시점의 데이터를 사용하여 모델을 안정화하지 못했다는 한계점이 있다. 3개 이상의 데이터를 분석하여 안정된 모델을 구형하는 후속 연구가 필요할 것이다.

둘째, 친교 활동의 개념이 너무 광범위 하다는 것이다. 수동적 친교 활동과 능동적 친교 활동으로 나눌 수 있는데 본 연구에서는 친교 활동이라는 포괄적 내용을 용하였다라는 점에서 추후 세분화된 친교 활동의 연구가 필요할 것이다.

셋째, 본 연구는 종단자료를 사용하여 변인간 변화양상과 그 관계들을 검증하여 횡단자료에 근거한 모형 검증의 제한점을 극복하고자 하였다. 하지만 연구 방법상 시간의 흐름에 따른 연구로 연구에 포함된 다른 변인들에 대한 통제가 이루어지지 못했기 때문에, 본 연구 결과에 대한 인과적 설명은 주의해야 한다는 한계점을 가지고 있다.

## V. 결론

본 연구는 노인들의 친교 활동과 주관적 건강상태, 우울감에 따른 관계를 시간의 흐름에 따른 영향력을 분석하였다. 이러한 연구를 수행하기 위해 고령화패널데이터를 사용하여 6년에 걸쳐 모두 응답한 3,011명을 대상으로 SPSS 21.0과 AMOS 21.0 프로그램을 활용하여 구조방정식 모형분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, 잠재성장 모형을 통하여 노인들의 친교 활동은 시간의 흐름에 따라 변하지 않으나 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 감소하고 우울감은 시간의 흐름에 따라 증가하는 것으로 나타나 노인들의 노화에 관한 생리학적 노화 이론이 증명됨을 알 수 있다.

둘째, 노인들의 주관적 건강과 우울감에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 시간의 독립변수인 인구사회학적 요인인 성별, 학력, 배우자 유무, 종교를 투입하였다. 분석결과 주관적 건강상태에는 남성과 교육수준이 높을수록, 배우자가 있고 종교가 있는 노인이 주관적 건강상태가 정적으로 유의미한 관계를 보였으며, 우울감은 학력 수준이 낮을수록, 배우자가 없는 노인

일수록 우울감을 높이는 것으로 나타났다.

셋째, 친교 활동의 경우 무변화모형이나 선형변화모형으로 설명되지 않고 시간과 독립적인 변수로 나타났다. 이러한 결과는 연구에 포함된 다른 변인들과 달리 노인의 친교 활동은 연령이 증가함에 따라 일정하게 증가하거나 감소하지 않는 것으로 보인다. 이는 주관적 건강상태나 우울감의 경우 신체적인 변인으로 변화양상을 보인 데 비해, 친교 활동 행동적인 변인으로 주변 환경이나 상황에 따라서 영향을 크게 받기 때문으로 해석된다.

넷째, 친교 활동, 주관적 건강상태, 우울감 변화모형에 대한 분석결과는 친교 활동이 주관적 건강상태에 긍정적 영향을 미치고 추후 우울감을 낮추는 것과 관련이 되어 있으며 활발한 친교 활동이 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치며 우울감을 낮추는 것으로 나타났다.

## 참고문헌

- 강유진(2015). 부부단독가구노인의 가사분담, 평등감, 의사소통이 부부관계만족도에 미치는 영향: 의사소통의 조절효과를 중심으로. *한국지역사회생활과학회지*, 26(2), 361-374.
- 강은나, 정병오, 김혜진(2015). 후기 노년기 사회적 관계망 유형과 우울에 관한 연구. *사회복지연구* 46(2), 229-255.
- 권구영(2015). 국제결혼 이주여성의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 생태체계요인: 사회통합의 매개효과를 중심으로. *인문사회과학연구*, 35,101-137
- 김계수(2017). *잠재성장모델링과 구조방정식 모델 분석*. 서울: 한나래출판사.
- 김계수(2004). (AMOS) 구조방정식 모형분석 = AMOS 5 : Analysis structural equation modeling (개정판 ed.). 서울:
- 김명숙(2004). 대학생의 지각된 건강상태, 성격특

- 성, 상황적 장애, 건강증진 행위와의 관계 연구. **성인간호학회지**, 16(3), 442-451.
- 김신미, 김순이(2009). 노인의 노화불안과 삶의 질. **정신간호학회지**, 18(2), 207-218.
- 김윤혜, 이복희(2006). 수원지역 노인들의 여가활동 유형이 건강상태와 비만지표에 미치는 영향. **韓國食生活文化學會誌**, 21(3), 344-350.
- 김은석, 이성국, 윤희정, 남행미, 김경희, 권기홍(2014). 75세 이상 후기노인의 주관적 건강상태와 관련 요인. **한국산학기술학회 논문지**, 15(7), 4279-4289.
- 김형수(2000). 노인자살의 이해와 일차적 예방. **한국인구학**, 23(2), 167-187.
- 김홍록, 이광욱(2014). 은퇴노인의 여가스포츠 참여추진 요인과 재사회화, 회복탄력성, 생활만족의 관계. **한국사회체육학회지**, (56), 531-542.
- 남석인, 김세진, 김호정(2018). 배우자와의 지원교환 유형이 전기노인의 우울에 미치는 영향: 성별에 따른 비교를 중심으로. **보건사회연구**, 38(2), 257-289.
- 박경순, 박영란(2016). 농촌 노인의 사회연결망과 건강에 관한 연구: 남녀노인 비교를 중심으로. **노인복지연구**, 71(1), 189-213. doi:10.21194/kjgsw.71.1.201603.189
- 박금령, 최병호(2018). 주관적 건강 수준은 노인의 일상생활 수행 능력 정도를 예측할 수 있는가: 성별 비교를 중심으로. **대한보건연구** (구 **대한보건협회학술지**), 44(4), 25-34.
- 박현용(2018). 노인 우울 증상의 잠재적 하위유형에 대한 탐색적 연구. **정신건강과 사회복지**, 46(3), 64-91.
- 배연희, 김한나(2015). 한국 노인의 성별에 따른 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인: 2012년~2013년 국민건강영양조사 자료 분석. **대한통합의학학회지**, 3(4), 79.
- 염지혜, 박준식, 김동현. (2012). 노인의 주관적 건강 평가 관련요인에 관한 연구: 남녀 차이를 중심으로. **한국노년학**, 32(4), 1101-1118.
- 오두남, 김철규(2015). 국민건강영양조사자료에 기초한 남성노인의 우울 영향 요인 분석. **성인간호학회지**, 27(5), 583-593.
- 윤현숙, 구본미(2009). 노인의 건강상태가 우울에 미치는 영향에 대한 사회적 지지의 매개효과. **한국사회복지학**, 61(2), 303-324.
- 이금룡(2011). 사회참여 관점에서의 은퇴설계 - 자원봉사활동과 여가활동 중심으로. **한국노년학회 학술대회 논문집**, 1-30.
- 이미애(2014). 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향과 소득수준의 조절효과. **한국지역사회생활과학회지**, 25(4), 461-471.
- 이후연, 백종태, 조영채(2016). 일부 도시지역 노인들의 주관적 건강상태와 관련 요인. **한국산학기술학회 논문지**, 17(10), 569-581.
- 이혜상(2018). 우리나라 노인의 우울증과 관련 요인 - 생활습관, 정신건강, 만성질환 및 영양상태 중심으로 - : 2014 국민건강영양조사 자료. **대한영양사협회 학술지**, 24(2), 169-180.
- 임경춘, 김선호(2012). 노인의 연령별 우울증도와 영향요인: 전기노인과 후기노인의 비교. **정신간호학회지**, 21(1), 1-10.
- 전해숙, 강상경(2009). 노년기 우울궤적의 예측요인: 한국복지패널을 이용하여. **한국노년학**, 29(4), 1611-1628.
- 전혜정(2004). 노년기 종교활동이 정신건강에 미치는 영향. **노인복지연구**, 25, 169-186.
- 정경희, 이금룡, 홍백의, 이수연, 김소영, 권중돈, 김기홍, 선우덕, 우석진, 이소정, 박영란, 장석인, 정순들, 천현숙, 한경혜(2011). **베이비붐 세대 은퇴 및 고령화에 따른 정책수립 방향 연구**. 보건사회연구원 정책보고서.
- 정동희, 심은정(2018). 노인 우울 증상 프로파일과 신체 증상 및 삶의 질의 관계. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 30(3), 931-953.
- 정여진, 유나영, 김비아, 신현정(2014). 한국인의 성공적 노화 관련변인에 관한 메타분석.

- 한국심리학회 학술대회 자료집, 2014(1), 107-107.
- 주경희(2011). 노인의 사회참여 활동영역과 수준에 따른 삶의 질 비교연구 - 객관적 및 주관적 삶의 질을 중심으로. *한국지역사회복지학*, (39), 231-264.
- 지은정(2012). 노인일자리아업과 자원봉사의 잠식 관계에 대한 소고. *사회복지연구*, 43(4), 31-61.
- 채구목(2014). *사회과학 통계분석 (제4판 ed.)*. 파주: 양서원.
- 허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신건강과 사회복지*, 13(13), 7-22.
- 홍세희(2000). 구조 방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 19(1), 161-177.
- 보건복지부 (2017). 2017년도 노인실태조사.
- 통계청(2018). *고령자 통계*.
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716-723.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Alexopoulos, G. S., Kiosses, D. N., Klimstra, S., Kalayam, B., & Bruce, M. L. (2002).
- Bae, Y., & Kim, H. (2015). Gender differences in factors affecting subjective health state among Korean elderly: Analysis of 2012 and 2013 Korean national health and nutrition examination survey. *Journal of the Korean Society of Integrative Medicine*, 3(4), 79-90.
- Baker, C. B., & Woods, S. W. (2001). Cost of treatment failure for major depression: Direct costs of continued treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(4), 263-277.
- Blazer, D. (1989). Current concepts: Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 320(3), 164.
- Blazer, D. G. (2010). Protection from late life depression. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 171-173.
- Bogner, H. R., Richie, M. B., de Vries, H. F., & Morales, K. H. (2009). Depression, cognition, apolipoprotein e genotype: Latent class approach to identifying subtype. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 344-352.
- Böckerman, P., & Ilmakunnas, P. (2009). Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*, 18(2), pp.161-179.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 102-112.
- Butters, M. A., Bhalla, R. K., Mulsant, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Begley, A. E.,... & Reynolds, C. F. (2004). Executive functioning, illness course, and relapse/ recurrence in continuation and maintenance treatment of late-life depression: Is there a relationship?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 387-394.
- Cacioppo, J. T., Gillon, R., Weck, F., & Cacioppo, S. (1991; 2014). Continuation-phase cognitive therapy and fluoxetine are effective in reducing the risk of relapse/recurrence in major depression after incomplete remission. *Journal of Medical Ethics*, 17(2), 59.
- Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late

- life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(1), 98–106.
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research & Practice*, 34(1), 3–9. doi:10.1037//0735-7028.34.1.3
- Hatfield, J. P., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2013). Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: Does type of social relationship matter?: Social support, impairment, illness, and depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 190–198.
- Hooyman N. R. & Kiyak, H. A., *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*, Allyn & Bacon, 2005.
- Joanna Murray, G. D., Alex Tarnopolsky. Selfassessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms. *Psychological Medicine*, 1982, (12): 371–378.
- Kessler, R. C. (2003). Editorial: The GRAD depression papers. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 1–2. doi:10.1002/mpr.137
- Kim, E., Lee, S., Yoon, H., Nam, H., Kim, K., & Kwon, G. (2014). Subjective health status and relative factors of old-old elderly of more than 75-year-old -based on 2011 korea national health and nutrition examination survey. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 15(7), 4279–4289. doi:10.5762/KAIS.2014.15.7.4279
- Lee, H., Baek, J., & Cho, Y. (2016). Factors associated with self-rated health status for the elderlies in urban areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 17(10), 569–581. doi:10.5762/KAIS.2016.17.10.569
- Lee, M. A., & Kim, D. C. (2013). Predictors of korean elderly people's self-rated health status and moderating effects of socio-economic position. *The Korean Journal of Community Living Science*, 24(1), 37–49. doi:10.7856/kjcls.2013.24.1.37
- Maddox GL, Douglass E, B. Self assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects, *J Health Soc Behav*, 1973; 14(1):87–93.
- Maddox, G. (1973). Federalism: Or government frustrated. *The Australian Quarterly*, 45(3), 92–100. doi:10.2307/20634586
- Parikh, R. M., & Lebowitz, B. D. (2004). Current perspectives in the management of treatment-resistant depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6(1), 53–60.
- Pender, N, J. Expressing Health through Lifestyle patterns. *NSQ*. 1990; 3(3):115–122.
- Roberts, (2006) *Leisure in contemporary society*, University of Liverpool.
- Scazuca, M., Menezes, P. R., & Almeida, O. P. (2002). Caregiver burden in an elderly population with depression in são paulo, brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 416–422.
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life—A systematic review: Social relations and depression in late life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1–21. doi:10.1002/gps.3971
- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: The

- role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 480-482. doi:10.1176/ajp.156.3.480
- Yeom JH, Park JS, Kim DH (2012): A study of factors affecting self-rated health among Korean elderly: focusing on gender differences. *J Korean Gerontol Soc* 32(4):1101-1118.
- Zuzanek, J., &Smale, B. J. A. (1997). More Work—Less leisure? changing allocations of time in canada, 1981 to 1992. *Loisir Et Société / Society and Leisure*, 20(1), 73-105.