

코로나19 시대 지역사회 노인의 우울에 영향을 미치는 요인: 2020년 지역사회건강조사 자료 활용

전혜정¹ · 정연진²

부산여자대학교 간호학과 조교수¹, 동주대학교 간호학과 조교수²

Factors Contributing to Depression in Community-Dwelling Older Adult during COVID-19: Using Data from the 2020 Community Health Survey

Jun, Hye Jung¹ · Jeong, Yeon Jin²

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Busan Women's College, Busan, Korea

²Assistant Professor, Department of Nursing, Dongju College, Busan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the correlations among perceived health status, stress, daily life changes, physical distancing, depression, and to determine associated factors of depression for older adults in COVID-19. **Methods:** This study was conducted on 42,448 persons aged 65 years and above who participated in the 2020 Community Health Survey. Data analysis was done with SAS 9.4. **Results:** The factors related to depression of community-dwelling older adults were gender ($\beta=.04, p<.001$), age ($\beta=.07, p<.001$), education ($\beta=-.04, p<.001$), monthly household income ($\beta=-.02, p<.001$), depressive symptoms ($\beta=.27, p<.001$), unmet healthcare needs ($\beta=-.08, p<.001$), households ($\beta=.02, p<.001$), perceived health status ($\beta=.21, p<.001$), stress ($\beta=-.26, p<.001$), daily life changes ($\beta=-.03, p<.001$), and physical distancing ($\beta=-.02, p<.001$). The descriptive power of this regression model was 31%. **Conclusion:** Treatment and education for diseases and depression should be provided to community-dwelling older adults to prevent and manage their depression. In particular, nursing interventions are needed to improve depression in the older adults. Health care programs such as reducing stress and maintaining daily activities while maintaining good health should also be provided.

Key Words: COVID-19; Aged; Depression; Stress psychological; Physical distancing

서 론

1. 연구의 필요성

코로나 바이러스 감염증(이하 코로나19)이 빠른 속도로 전 세계로 확산됨에 따라, 2020년 3월 세계보건기구는 신종 감염병 대유행을 선언하였다[1]. 코로나19는 SARS-CoV-2 감염에

의한 호흡기 증후군으로 2021년 9월 기준으로 전 세계 확진자 수는 2억 4천 974만 5천명, 사망자 수는 529만 9천명이며, 우리나라 확진자 수는 약 255,401명, 사망자 수는 2,292명으로 이 중에서 코로나19로 인한 사망자의 10명 중 8명은 65세 이상 노인인 것으로 나타났다[2]. 이와 같이 노인은 코로나19 시대에 매우 취약한 대상이다.

코로나19는 기침이나 재채기를 할 때 생긴 비말을 통해 전

주요어: 코로나19, 노인, 우울, 스트레스, 사회적 거리두기

Corresponding author: Jeong, Yeon Jin <https://orcid.org/0000-0002-0015-921X>
Department of Nursing, Dongju College, 55 Sari-ro, Saha-gu, Busan 49318, Korea.
Tel: +82-51-200-3305, Fax: +82-51-240-2920, E-mail: yjjeong233@daum.net

Received: Jan 5, 2022 / Revised: Feb 6, 2022 / Accepted: Feb 11, 2022

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

파되거나 COVID-19 바이러스에 오염된 물건을 만진 뒤 눈이나 코, 입을 만짐으로써 감염이 되며, 모든 연령에서 발생할 수 있으나 19세 미만의 청소년에게는 경증을 보인다[2,3]. 그러나 65세 이상의 고령자 및 고혈압, 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 폐쇄성 폐질환 등의 기저질환을 가지고 있는 사람들은 중증 폐렴이나 사망에 이르는 등 매우 심각한 신중 호흡기질환으로 고위험 감염병이다[3]. 코로나19는 다른 사람과의 대면 접촉을 제한하는 것이 COVID-19 바이러스 전파와 확산을 줄이는 가장 좋은 방법으로 예방접종, 마스크, 손씻기 등의 기본 방역수칙 준수와 함께 사회적 거리두기가 시행되고 있다[4]. 그러나 사회적 거리두기로 인해 노인들은 갑작스럽게 외부환경과 차단됨으로 가족이나 친구와의 관계, 직장과 같은 사회적 관계의 중단이 발생하며, 이로 인한 심리적 스트레스와 고립감 나아가 우울, 불안 등을 경험하게 된다[5]. 이와 같이 코로나19 확산 방지를 위해 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 의거하여 시행되고 있는 사회적 거리두기 방역지침은 노인들의 정신건강에 부정적 영향을 미치는 요인으로 작용하고 있다[6].

코로나19 상황이 지속되면서 노인들은 외출과 일상적인 활동에 있어서 많은 제한을 경험하고 이로 인한 우울이 증가하는 것으로 나타났다[7]. 특히 노인들은 감염 고위험군으로 분류되면서 COVID-19 바이러스 노출에 더 민감할 수밖에 없고, 청소년, 성인 등 인구집단에 비해 코로나19에 대한 두려움이 커서 자의적, 타의적으로 일상생활 활동에 제약을 받고 있다[8,9]. 하지만 물리적 환경의 차단이 감염병 확산에는 효과적인 방법이라는 하나 사회활동의 차단으로 인한 사회적 관계의 단절은 심리적 거리감을 증가시켜 노인들은 외로움, 두려움, 불안, 우울 등을 경험하고 있어 부정적 정서를 완화하기 위한 정서적 지원이 필요하다[9,10].

건강은 질병이 없는 상태뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕(well-being)을 이룬 상태이다[1]. 건강을 반영하는 지표인 주관적 건강상태는 자신의 건강에 대한 ‘좋다’ 또는 ‘나쁘다’ 등의 평가로 신체적, 정신적, 사회적 건강에 대한 개인의 포괄적인 인식이다[11]. 주관적 건강상태는 신체적 질환으로 인한 일상생활에서의 제한과 정서적 문제까지 포함하고 있어 개인의 생활양식뿐만 아니라 유병률, 사망률, 안녕상태를 예측할 수 있어 개인의 건강상태 평가 시 정확하고 신뢰할 수 있는 지표로 광범위하게 적용되고 있다[11]. 주관적 건강상태는 객관적 건강수준과 서로 밀접한 관계가 있고 일상생활 수행능력, 우울과도 관련이 있다는 점에서[11,12] 노인의 주관적 건강상태와 우울의 관계를 확인해 볼 필요성이 있다.

국외의 선행연구[13]에서는 코로나19로 사회적 거리두기

와 격리로 인해 지역사회 노인들의 사회적 관계의 감소, 신체 활동 감소, 종교활동, 사적모임과 같은 전반적인 활동의 많은 제한이 있어 신체적, 사회적으로 나아가 정신적으로도 부정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 현재 코로나19 시대에 노인의 우울에 영향을 주는 요인으로 불안, 스트레스, 일상생활 활동 등이 보고 되어 있다[5,6,8-10]. 그러나 노인을 대상으로 코로나19 확산과 관련된 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화와 사회적 거리두기에 대한 상관관계 연구는 부족한 실정이며 이것이 코로나19 시대 지역사회 노인의 우울에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구는 찾아보기 힘들었다. 따라서 본 연구는 코로나19 시대 노인들의 건강증진을 위한 기초자료를 제공하고자 65세 이상 지역사회 노인을 대상으로 코로나19 시대의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화와 사회적 거리두기 현황을 파악하고 우울에 미치는 영향을 확인하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 코로나19 시대 지역사회 노인의 우울에 미치는 영향을 파악하기 위함으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 지역사회 노인의 일반적 특성, 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울의 정도를 파악한다.
- 지역사회 노인의 일반적 특성에 따른 우울의 차이를 확인한다.
- 지역사회 노인의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울 간의 관계를 확인한다.
- 지역사회 노인의 우울에 미치는 영향요인을 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 2020년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 65세 이상 지역사회 노인의 우울에 미치는 영향요인을 확인하기 위한 이차자료분석 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 질병관리청의 2020년 지역사회건강조사(Com-

munity Health Survey, CHS) 원시자료를 이용하였다. 지역사회건강조사는 지역보건의료계획 수립 및 평가를 위한 지역 건강 통계를 파악하는 것을 목적으로 2008년부터 매년 전국 보건소에서 시행되고 있는 조사로 건강행태, 이환, 미충족 의료와 사회물리적 환경뿐만 아니라 개인 및 지역 단위에서의 건강 관련 문항들을 포함하고 있다. 목표 모집단은 2020년 7월 기준으로 전국 시·군·구에 거주하며, 조사 대상은 조사시점에 선정된 표본가구에 거주하는 만 19세 이상의 성인이다. 표본추출은 1차로 통·반/리 내 주택유형별 가구 수를 기준으로 표본지점을 추출하고, 2차는 계통추출법으로 최종 표본가구를 선정하는 복합 표본설계이다. 지역사회건강조사는 2020년 8월 16일부터 10월 31일까지 훈련된 조사원이 표본가구를 직접 방문하여 18개 영역의 142개 문항이 탑재된 노트북으로 대상자와 1:1 면접방식(Computer Assisted Personal Interviewing)으로 실시하였다. 2020년 지역사회건강조사에 참여한 자 229,269명 중 65세 노인은 72,812명으로 사회적 거리두기 문항에 결측치가 있는 30,364명을 제외한 42,448명을 최종 분석에 이용하였다(Figure 1).

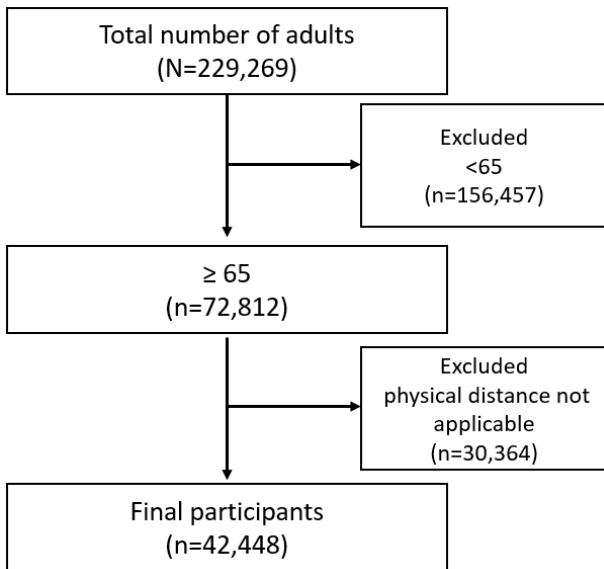


Figure 1. Process of participants selection.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 교육수준, 월평균 가구소득, 우울경험, 미충족 의료, 가구유형을 선정하였다. 연령은 65~74세, 75~84세, 85세 이상으로 분류하였고, 교육수준

은 ‘무학’, ‘초등학교 졸업 이상’, ‘중학교 졸업 이상’으로 재분류하였으며, 월평균 가구소득은 100만원 미만, 100~199만원, 200~299만원, 300만원 이상으로 분류하였다. 우울경험은 ‘있다’, ‘없다’로 구분하였다. 미충족 의료는 ‘최근 1년 동안 진료 또는 검사가 필요한 적이 있었으나 받지 못한 적이 있습니까?’로 ‘예’, ‘아니오’로 분류하였다. 가구유형은 독거노인과 가족동거 노인으로 구분하였다.

2) 우울

우울은 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)으로 측정하였으며[14], 이 도구는 9개 문항으로, 최근 2주 동안 얼마나 이러한 문제를 자주 겪었는지를 파악하는 것이다. PHQ-9는 우울증 선별도구로 국립정신건강센터에서 정신건강 검진 도구로 사용하고 있으며, ‘전혀 아니다’ 0점에서 ‘거의 매일’ 3점으로 구성된 4점 Likert척도로 점수가 높을수록 우울 수준이 높은 것을 의미한다.

3) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 ‘평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각하는가’를 묻는 단일문항으로 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 ‘매우 나쁨’ 1점에서 ‘매우 좋음’ 5점으로 이루어진 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다.

4) 스트레스

스트레스는 ‘평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?’라고 묻는 단일문항으로 ‘대단히 많이 느낀다’, ‘많이 느끼는 편이다’, ‘조금 느끼는 편이다’, ‘거의 느끼지 않는다’로 구성되어 있다. 본 연구에서는 ‘거의 느끼지 않는다’ 1점에서 ‘대단히 많이 느낀다’ 4점으로 이루어진 4점 Likert 척도로, 이는 점수가 높을수록 스트레스 수준이 높음을 의미한다.

5) 일상생활 변화

일상생활 변화 도구는 ‘코로나19 유행 이전의 일상생활 상태를 100점이라고 하고 일상생활이 완전히 정지된 것을 0점으로 하여 현재의 상태는 몇점입니까?’에 대한 문항으로 점수가 높을수록 일상생활 변화가 활발하다는 것을 의미한다.

6) 사회적 거리두기

사회적 거리두기 실천을 파악하기 위한 도구는 최근 1주일

동안 ‘사람 간 건강거리 유지하기’, ‘병문안 자제하기’, ‘외출, 모임, 행사 자제하기’, ‘모임을 갖지 않더라도 가족이나 가까운 사람들과 자주 연락하기’로 실천을 묻는 4문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 ‘매우 그렇다’, ‘그렇다’, ‘아니다’, ‘해당없음’으로 구성되어 있으며, 이 도구는 최근 1주일 동안 사회적 거리두기 실천에 대한 질문으로 ‘해당없음’은 제외하고 분석하였다. 본 연구에서는 ‘그렇지 않다’ 1점, ‘그렇다’ 2점, ‘매우 그렇다’ 3점으로 이는 점수가 높을수록 사회적 거리두기 실천 정도가 높음을 의미한다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

지역사회건강조사는 자료수집을 실시하기 전에 모든 조사 대상자에게서 조사와 관련하여 사전 동의서를 받았으며, 조사에 사용된 도구와 조사과정은 질병관리청의 의학연구윤리심의위원회의 승인 후 진행되었다. 본 연구는 질병관리청 원시자료 공개 절차 등에 관한 규정을 준수하면서 개인 식별정보가 삭제된 익명화된 자료를 제공받아 분석하였다.

5. 자료분석

연구자료는 SAS 9.4 program (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA)을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울 정도는 서술적 통계분석을 사용하였다. 대상자의 일반적 특성과 우울의 차이는 복합표본 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test로 하였다. 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 연구대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 모든 분석에서는 지역사회건강조사의 표본 가중치를 사용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 남성은 17,841명(42.0%), 여성은 24,607명(58.0%)이었고, 연령은 평균 73.89±6.37세였다. 교육수준은 무학이 9,921명(23.4%), 초등학교 졸업이 14,229명(33.5%), 중학교 졸업 이상이 18,298명(43.1%)이었다. 월평균 가구소득은

181.10±180.51원이었으며, 우울경험이 있는 경우가 2,141명(5.0%), 없다는 경우가 40,307명(95.0%)이었다. 미충족 의료가 있는 경우가 1,793명(4.2%), 없는 경우가 40,655명(95.8%)이었다. 가구유형은 독거노인인 경우가 11,607명(27.3%), 가족동거 노인이 30,841명(72.7%)이었다(Table 1).

2. 대상자의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기 및 우울 정도

대상자의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기, 우울 정도는 Table 2와 같다. 대상자의 주관적 건강상태는 5점 만점에 평균 2.92±0.92점, 스트레스 정도는 4점 만점에 평균 3.26±0.73점, 일상생활 변화 정도는 100점 만점에 59.20±24.10점, 사회적 거리두기 정도는 3점 만점에 2.54±0.48점, 우울 정도는 4점 만점에 평균 1.20±0.40점으로 나타났다.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 우울은 성별($t=-28.44, p<.001$), 연령($F=231.94, p<.001$), 교육수준($F=230.35, p<.001$), 월평균 가구소득($F=218.85, p<.001$), 우울경험($t=41.85, p<.001$), 미충족 의료($t=21.66, p<.001$), 가구유형($t=-18.17, p<.001$)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 3).

4. 대상자의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울의 관계

대상자의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 우울과의 관계에서 우울은 건강상태($r=-.04, p<.001$), 일상생활 변화($r=-.07, p<.001$), 사회적 거리두기($r=-.04, p<.001$)와 유의한 음의 상관관계가 있으며 통계적으로 유의하였다. 우울과 스트레스($r=.01, p=.004$)는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

5. 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

회귀분석을 실시하기 위해 독립변수 간에 다중 공선성을 분석하여 확인한 결과 공차한계는 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자 값은 1.01~2.32로 기준치인 10을 넘지 않아 다중 공선성의 위험은 없었다. 잔차 독립성 검증을 위해 Durbin-Watson

값을 구한 결과 1.62로 나타나 자기 상관관계가 없어 회귀분석 결과는 타당한 것으로 확인되었다.

Table 1. General Characteristics of Participants (N=42,448)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	17,841 (42.0)
	Female	24,607 (58.0)
Age (year)	65~74	23,912 (56.3)
	75~84	15,562 (36.7)
	≥85	2,974 (7.0)
		73.89±6.37
Education	Illiteracy	9,921 (23.4)
	Elementary school	14,229 (33.5)
	≥Middle school	18,298 (43.1)
Monthly household income (10,000 won)	<100	14,993 (35.3)
	100~199	12,311 (29.0)
	200~299	6,511 (15.3)
	≥300	8,633 (20.3)
		181.10±180.51
Depressive symptoms	Yes	2,141 (5.0)
	No	40,307 (95.0)
Unmet healthcare needs	Yes	1,793 (4.2)
	No	40,655 (95.8)
Households	Living alone	11,607 (27.3)
	Living with family	30,841 (72.7)

본 연구에서는 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단변량 분석에서 차이가 있었던 성별, 연령, 교육수준, 월평균 가구소득, 우울경험, 미충족 의료와 가구유형을 더미처리하여 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화와 사회적 거리두기와 함께 회귀모형에 투입하였다. 그 결과 성별, 연령, 교육수준, 월평균 가구소득, 우울경험, 미충족 의료, 가구유형, 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화와 사회적 거리두기가 우울에 통계적으로 유의한 영향력을 미치는 변수로 확인되었다. 이 변인들은 우울을 약 31%를 설명하였다(F=1196.94, p<.001). 즉 대상자의 우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 우울경험이었으며, 스트레스, 주관적 건강상태, 미충족 의료, 연령, 성별, 교육상태, 일상생활 변화, 월평균 가구소득, 가구유형, 사회적 거리두기 순으로 확인되었다(Table 5).

Table 2. Degrees of Perceived Health Status, Stress, Daily Life Changes, Physical Distancing and Depression (N=42,448)

Variables	M±SD	Min	Max
Perceived health status	2.92±0.92	1	5
Stress	3.26±0.73	1	4
Daily life changes	59.20±24.10	0	100
Physical distancing	2.54±0.48	1	3
Depression	1.20±0.40	1	4

Table 3. Differences of Depression According to General Characteristics (N=42,448)

Characteristics	Categories	Depression		
		M±SD	t or F	p
Gender	Male	1.18±0.29	-28.44	<.001
	Female	1.27±0.30		
Age (year)	65~74 ^a	1.20±0.31	231.94	<.001 a<b<c
	75~84 ^b	1.26±0.36		
	≥85 ^c	1.32±0.42		
Education	Illiteracy ^c	1.31±0.40	230.35	<.001 a<b<c
	Elementary school ^b	1.24±0.34		
	≥Middle school ^a	1.19±0.29		
Monthly household income (10,000 won)	<100 ^d	1.29±0.39	218.85	<.001 a<b<c<d
	100~199 ^c	1.22±0.32		
	200~299 ^b	1.19±0.29		
	≥300 ^a	1.18±0.28		
Depressive symptoms	Yes	1.78±0.64	41.85	<.001
	No	1.20±0.29		
Unmet healthcare needs	Yes	1.49±0.51	21.66	<.001
	No	1.22±0.32		
Households	Living alone	1.28±0.38	-18.17	<.001
	Living with family	1.21±0.32		

Table 4. Correlation among Depression, Perceived Health Status, Stress, Daily Life Changes, Physical Distancing and Depression (N=42,448)

Variables	Perceived health status	Stress	Daily life changes	Physical distancing	Depression
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Perceived health status	1				
Stress	-.22 (< .001)	1			
Daily life changes	-.02 (.002)	.11 (< .001)	1		
Physical distancing	.34 (< .001)	-.37 (< .001)	-.06 (< .001)	1	
Depression	-.04 (< .001)	.01 (.004)	-.07 (< .001)	-.04 (< .001)	1

Table 5. Influencing Factors on Depression

(N=42,448)

Variables		B	SE	β	t	p
(Constant)		1.67	.02		87.27	< .001
Sex (ref. Male)		0.02	.00	.04	8.40	< .001
Age (year) (ref. 65~74)	75~84	0.03	.00	.05	11.13	< .001
	≥85	0.09	.01	.07	15.39	< .001
Education (ref. Illiteracy)	Elementary school	-0.02	.00	-.02	-4.33	< .001
	≥Middle school	-0.02	.00	-.04	-5.61	< .001
Monthly household income (10,000 won) (ref. < 100)	100~199	-0.02	.00	-.02	-3.96	< .001
	200~299	-0.02	.01	-.02	-3.47	< .001
	≥300	-0.02	.00	-.02	-4.18	< .001
Depressive symptoms (ref. No)		0.42	.01	.27	64.49	< .001
Unmet healthcare needs (ref. No)		-0.16	.01	-.08	-19.54	< .001
Households (ref. Living alone)		0.02	.00	.02	5.04	< .001
Perceived health status		0.08	.00	.21	46.99	< .001
Stress		-0.12	.00	-.26	-60.74	< .001
Daily life changes		0.00	.00	-.03	-6.31	< .001
Physical distancing		-0.02	.00	-.02	-5.41	< .001

 $R^2=.31$, $F=1196.94$, $p < .001$

논 의

본 연구는 2020년 지역사회건강조사 자료를 활용하여 코로나19 시대 지역사회에 거주하는 65세 이상 노인의 주관적 건강상태, 스트레스, 일상생활 변화와 사회적 거리두기가 우울에 미치는 영향을 파악함으로써 지역사회 내에서 노인의 우울 감소를 위한 간호중재를 개발하고 관련 정책 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 시행되었다.

본 연구에서 대상자가 지각한 주관적 건강상태 정도는 5점 만점에 2.92 ± 0.92 점으로 한국노인을 대상으로 한 선행연구

[15]에서 보고한 2.75점보다 높았다. 이러한 차이는 선행연구 [15] 대상자의 특성이 주관적 건강상태에 영향을 미쳤을 것으로 추측된다. 선행연구[15]의 대상자는 이혼한 한국노인으로 이혼으로 인한 정서적 지지 부족이 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 코로나19 상황에서 사회생활 참여 감소로 인해 취약계층인 노인들의 건강상태나 질병이 나빠질 수 있으므로 사회적 상호작용을 증진하고, 건강상태를 유지, 관리할 수 있는 심리상담 서비스, 신체활동 증진 프로그램 등의 지역사회 중재 개발이 필요하다.

본 연구에서 대상자의 스트레스 정도는 4점 만점에 평균

3.26±0.73점으로 지역사회 노인을 대상으로 동일한 방법으로 표집을 하여 스트레스를 파악한 선행연구[16]의 1.87점보다 높았다. 이러한 차이는 선행연구와의 자료수집 시기의 차이로 해석이 된다. 선행연구[16]에서는 코로나19 시기 이전이며 본 연구는 코로나19 유행 시기로 사회적 거리두기가 시작되면서 노인들의 외부활동 제한으로 인한 것으로 추측할 수 있다. 따라서 코로나19 시대에 사회적 접촉이 차단되거나 제한되면서 지역사회 노인들의 스트레스가 높아질 수 있으므로 국가나 지방자치단체, 보건의료인이 적극적으로 개입하여 스트레스를 해결함으로써 정신건강을 향상시킬 수 있는 정책이 필요하다.

본 연구에서 대상자의 일상생활 변화 정도는 100점 만점에 59.20±24.10점으로 나타났다. 이 점수는 일상생활 활동 정도가 코로나19 유행 이전에 비해 절반정도 감소되었다는 것을 반영하는 결과이다. 코로나19 팬데믹 상황에서 국내 지역사회 노인들의 사회활동 참여 정도를 파악한 선행연구[17]와 비교하였을 때 유사한 수준으로 파악된다. 코로나19 팬데믹 상황에서 사회적 거리두기 방역지침에 따라 경로당과 같은 노인들이 자주 이용하는 노인복지시설 폐쇄로 인해 대부분의 시간을 가정에서 보내기 때문에 나타난 결과라고 추측된다. 코로나19가 장기화가 될 경우 일상생활 활동제한 또한 계속될 수 있으므로 노인들의 신체활동이나 운동을 통한 건강증진과 정신건강을 효과적으로 증가시키기 위한 방안이 마련되어야 한다. 감염병의 특성상 일상생활 활동과 신체활동에 인위적인 제약이 있으므로 지역사회 노인들에게 국가 정책적으로 실천 가능한 신체활동을 적극 안내하고 독려하며 일상적인 삶의 질을 개선시켜 정신건강을 향상시키는 정책이 필요하다.

본 연구에서 대상자의 사회적 거리두기 정도는 3점 만점에 2.54±0.48점으로 나타났다. 이는 우리나라 65세 이상 노인의 사회적 거리두기 실천정도를 다른 인구집단과 비교하였을 때 [18], 높은 수준인 것을 알 수 있는 결과이다. 하지만 사회적 거리두기 실천으로 인한 사회적 활동제한, 이웃과의 관계 단절과 사회적 고립과 같은 문제는 노인들의 심리적 안정감에 부정적인 영향을 미칠 수 있다[19]. 따라서 지역사회 노인들이 사회적으로 고립되지 않고 이웃과의 교류를 통한 관계를 유지할 수 있도록 주의와 관심이 필요하다. 코로나19로 인한 대면 활동에 제한이 있으므로 모바일이나 인터넷 기반 비대면 화상 모임을 통해 노인들의 사회적인 관계를 강화시키는 방안이 고려되어야 한다.

본 연구에서 지역사회 노인들의 우울정도는 평균 1.20±0.40점으로 코로나19 상황 일개 도시의 노인을 대상으로 한 선행

연구[20]의 평균 0.45점(4점 만점)보다 높았다. 이러한 차이는 선행연구[20]와 본 연구의 자료수집 시기가 영향을 미쳤을 것으로 추측된다. 선행연구[20]는 코로나19가 시작되는 시기의 우울 정도를 확인하였고, 본 연구는 코로나19가 확산되어 사회적 거리두기 방역지침이 장기화 된 이후의 우울 정도를 파악하였다. 코로나19 감염병으로 인해 사회적 거리두기 실천으로 일상활동의 제한, 사회적 지지의 결핍과 관계의 단절, 스트레스 등이 복합적으로 작용하여 우울에 영향을 미친다는 기존의 선행연구[17,20]와 맥락을 같이한다. 노인의 우울은 적절한 관리가 되지 않으면 우울증으로 이어질 수 있다. 우울증은 단순한 정신질환으로서의 문제뿐만 아니라 다른 질환의 증상을 악화시키고, 재발 위험을 높이며 우울증이 심할 경우 자살 위험성이 있어 개인의 문제를 넘어 가족과 사회적 문제로 이어질 수 있어 조기발견과 관리가 필요하다.

대상자의 우울에 영향을 미치는 변수는 주관적 건강상태, 미충족 의료, 연령, 성별, 교육상태, 일상생활 변화, 월평균 가구소득, 가구유형, 우울경험과 사회적 거리두기로 이는 설명력이 31%로 나타났다. 본 연구에서 우울에 영향력이 가장 큰 변수는 우울경험으로 나타났으며 Benke 등[6]의 연구결과를 지지한다. Benke 등[6]은 우울경험이 우울증 과거력과 관련이 있으며, 우울증 과거력이 있는 집단에서 우울 관련 증상을 경험할 확률이 높다고 보고하였다. 신체와 심리적으로 취약한 지역사회 노인들에게는 코로나19로 인한 사회적 제한은 정신건강에 부정적 영향력을 미친다. 따라서 과거 정신건강 문제가 있는지 사전에 확인하여 코로나19로 인해 정신건강 문제에 취약한 집단을 대상으로 선제적인 지원이 필요할 것으로 판단된다. 특히 코로나19 시대의 사회적 거리두기로 사회적 접촉이 제한됨으로써 겪게 되는 스트레스의 대처능력을 높일 수 있는 심리지원 프로그램을 개발하고 필요시 의료적 지원을 받을 수 있는 시스템을 구축하여야 한다.

우울은 남성노인에 비해 여성노인이 높은 점수분포를 보였다. 이는 여성이 남성에 비해 우울 점수가 높다고 보고한 선행연구[21]와 맥을 같이 한다. 우리나라는 경제적, 사회적 영역에서 남성에 비해 여성들이 상대적으로 낮은 지위와 불리한 조건을 가지고 있고[22], 이러한 사회적 분위기가 반영된 결과로 해석할 수 있다. 특히 여성노인은 심리적 영향에 민감하고 스트레스 수준이 높아 우울 수준이 높아질 수 있으므로 코로나19로 인해 정신건강의 문제가 발생하지 않도록 여성노인에게 필요한 프로그램을 확인하여 이를 완화할 수 있는 여러 정책적 지원 방안을 마련하여야 한다. 대상자의 연령이 많을수록 우울 수준이 높게 나타나 선행연구[17,23]와 일치하는 결과

이다. 이는 코로나19 상황에서 연령대가 높을수록, 건강상태가 나쁜 노인일수록 사회적 단절로 인한 심리적 우울감을 느낄 것으로 사료된다.

대상자의 교육수준이 낮을수록 우울정도가 높은 것으로 나타나 교육수준이 낮을수록 우울에 민감하다고 나타난 선행연구[24]와 유사하다. 또한 본 연구에서는 월평균 가구소득이 낮을수록 우울정도가 높게 나타났다. 이는 경제수준이 낮을수록 우울정도가 높다고 보고한 선행연구[25]와 같은 맥락이다. 이러한 결과는 가구소득이 적고 경제적으로 취약한 노인의 경우 의료기관 이용이나 일상생활의 제한, 사회적 접촉의 감소 등의 현실적으로 불가피한 제약을 받을 수밖에 없기 때문에 우울정도가 높을 것으로 예상된다. 노인들의 낮은 소득수준은 필수적인 생활비 지출과 의료비 지출 외의 지출에 있어서 제한이 따르며, 이로 인해 다양한 외부활동과 여가생활 등을 통한 정신건강을 증진시킬 수 있는 활동에 어려움이 발생하며 단순히 물질적인 결핍을 넘어 정신심리적인 문제인 불안과 우울증이 나타난다[26]. 따라서 코로나19 상황에서 지역사회 노인들의 우울을 감소시키기 위해 경제적으로 취약한 저소득층 노인을 대상으로 한 차별적인 접근이 필요하다고 판단된다.

미충족 의료경험이 있을수록 우울정도가 높게 나타났다. 이는 청년 1인가구를 연구한 선행연구[27]에서도 의료 이용에 제한이 있는 경우 우울정도가 높게 나타나 본 연구결과와 유사하다. 따라서 경제적 이유뿐만 아니라 사회적 거리제한 등으로 병원을 이용하지 못하는 지역사회 노인에게 찾아가는 사례관리 서비스가 더욱 강화되어야 할 것이다. 동거가족이 있는 경우가 독거노인에 비해 우울정도가 높은 것으로 확인되었다. 이는 배우자가 없는 노인보다 배우자가 있는 노인이 우울 점수가 높았던 연구[28]와는 상이한 결과를 보였다. 같이 동거하는 배우자나 가족의 지지가 결여되면 심리적으로 더 우울을 느낄 수 있으므로 추후 반복연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 코로나19 시대의 지역사회 노인들의 우울은 주관적 건강상태, 일상생활 변화, 사회적 거리두기와 음의 상관관계를 보였고, 스트레스와는 양의 상관관계로 나타났다. 이러한 결과는 지역사회 노인들의 우울이 주관적 건강상태와 음의 상관관계에 있다는 선행연구[29,30] 결과를 지지하며, 우울이 스트레스와 양의 상관관계로 나타난 선행연구[17,28] 결과와 일치하였다. 또한 코로나19 시대의 지역사회 노인들의 우울과 일상생활 변화는 음의 상관관계로 나타났다. 이는 일상생활활동과 사회활동참여가 우울과 음의 상관관계로 나타난 선행연구[17]와 맥을 같이 한다.

본 연구는 코로나19 시대의 지역사회 노인들이 지각하는

건강상태, 일상생활 변화, 스트레스, 사회적 거리두기와 우울과의 관계를 파악하고 우울에 미치는 영향요인을 확인하였음에 의의가 있다. 그러나 본 연구는 기존의 지역사회건강조사 자료를 바탕으로 한 이차자료분석연구로 본 연구결과를 해석하는데 있어 다음의 제한점이 있다. 본 연구는 단면연구로서 주관적 건강상태와 스트레스, 일상생활 변화, 사회적 거리두기가 우울 간의 인과관계를 명확히 할 수 없다는 점이다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 일부 지역이 아닌 전국 단위의 노인인구를 대표할 수 있는 자료로 지역사회 노인의 우울정도를 확인함으로써 추후 노인 정신건강과 관련한 정책과 실천방안 개발에 기초자료를 제공했음에 의의가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 2020년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 코로나19 시대의 지역사회 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하고 향후 노인들의 우울을 예방하고 효과적으로 관리하기 위한 우울증재 프로그램 개발의 근거자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구의 결과로 지역사회 노인들의 우울에 영향을 주는 요인은 우울경험, 스트레스, 주관적 건강상태, 미충족 의료, 연령, 성별, 교육수준, 일상생활 변화, 월평균 가구소득, 가구유형, 사회적 거리두기로 나타났다.

따라서 코로나19 상황에서 지역사회 노인의 우울을 예방하고 관리하기 위해 스트레스 자가관리, 심리상담과 같은 프로그램 개발과 비대면 신체활동 프로그램과 같은 지역사회 간호중재가 필요하다. 아울러 일차 의료기관 및 지역사회 관련 기관들과 협력 및 연계를 통해 노인들의 우울에 대해 통합적 관리와 사회사의 지속적인 간호중재 방안이 필요할 것이다. 또한 코로나19 시대에 노인들의 정신건강상태 변화를 사정할 수 있는 측정도구 개발이 요구된다. 이를 통해 지역사회 노인들의 우울을 감소시키고 삶의 질을 향상시켜 궁극적으로 노인의 건강한 일상생활을 도울 수 있을 것이라고 기대한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Conceptualization and Methodology - JHJ and JYJ; Data curation and Data Analysis - JHJ; Drafting and critical revision - JHJ and JYJ.

FUNDING

None.

ACKNOWLEDGEMENT

None.

REFERENCES

- World Health Organization. WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization Service; 2021[updated 2020 Mar 11; cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). KDCA COVID-19 statistical information system [Internet]. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2021 [updated 2021 Sep 2; cited 2021 Oct 20]. Available from: <http://www.kdca.go.kr/board.es?mid=a30501000000&bid=0031&nPage=2>
- Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020; 89:104058. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104058>
- CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019(COVID-19)-United States, February 12-March 16, 2020 [Internet]. Georgia, Atlanta: CDC; 2020 Mar 27 [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w#suggestedcitation
- Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychology & Health*. 2020;3(2):164-78. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1782410>
- Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lock-down, quarantine measures, and social distancing: associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*. 2020;293:113462. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>
- Shin HR, Yoon TY, Kim SK, Kim YS. An exploratory study on changes in daily life of the elderly amid COVID-19: focusing on technology use and restrictions on participation in elderly welfare centers. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 2020;75(4):207-32. <https://doi.org/10.21194/kjgsw.75.4.202012.207>
- Moon JH, Kim SJ, Seong KO. An exploratory study on COVID-19 phobia and influencing factors. *Journal of Social Science*. 2021;32(1):85-307. <https://doi.org/10.16881/jss.2021.01.32.1.285>
- Park KY. Pastoral care needed in the era of corona blue. *Korean Society of Evangelical Practical Theology*. 2020;57:48-81. <https://doi.org/10.25309/kept.2020.11.15.048>
- Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall RP, et al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;142(3):249-56. <https://doi.org/10.1111/acps.13219>
- Kim MH. A study on the perceived health status, depression and activities of daily living for the low-income elderly in urban areas. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2009;11(2):149-56.
- Oh YH, Bae HY, Kim YS. A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2006;26(3):461-76.
- Sepúlveda-LW, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2020;24(9):938-47. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>
- Park SJ, Choi HR, Choi JH, Kim KW, Hong JP. Reliability and validity of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Anxiety and Mood*. 2020;6(2):119-24.
- Kim YJ. Changes in adaptation after divorce over time among Korean older adults: focusing on sex differences. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2021;23(2):129-39. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2021.23.2.129>
- Kim KS. Effects of the health status and health behavior on health-related quality of life of the elderly living alone and living with their families: Using data from the 2014 community health survey. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2017;28(1):78-87. <https://doi.org/10.12799/jkchn.2017.28.1.78>
- Suh BD, Kwon KH. Impacts of the depression among the elderly in the South Korea community in COVID-19 pandemic. *Journal of Health Informatics and Statistics*. 2021;46(1):54-63. <https://doi.org/10.21032/jhis.2021.46.1.54>
- Jo EB, Hwang CR, Yu JO, Shin HJ, Kim YJ, Choi AR, et al. Factors influencing nursing students' social distancing for COVID-19 prevention. *Journal of East-West Nursing Research*. 2020; 26(2):167-75. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2020.26.2.167>
- Park KS, Park YR, Yum YS. The effects of social participation on health related quality of life among rural elderly. *Mental Health & Social Work*. 2015;43(2):200-27.
- Seong KO, Kim SJ, Moon JH. Effects of life changes due to COVID-19 on depression in the elderly. *Social Work Practice & Research*. 2021;6:99-129.
- Lee EY. Correlates of Depression in Seoul Metropolitan Citizen during COVID-19 Pandemic. *Journal of Korean Living Environmental System*. 2021;28(4):399-409. <https://doi.org/10.21086/ksles.2021.8.28.4.399>

22. Lee MA. The real reason outside your deep depression: irrational gender roles and let's change the world [Internet]. Seoul: People's Solidarity for Participatory Democracy; 2021 Nov 1 [updated 2021 Nov 1; cited 2021 Dec 10] Available from: <https://www.peoplepower21.org/Welfare/1847700>
23. Gorrochategi MP, Munitis AE, Santamaria MD, Etxebarria NO. Stress, anxiety, and depression in people aged over 60 in the COVID-19 out-break in a sample collected in Northern Spain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020;28(9):993-8. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022>
24. Peng M, Mo B, Liu Y, Xu M, Song X, Liu L, et al. Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*. 2020;275:119-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.035>
25. Yim J, Kim H, Youm Y. The effect of social support and conflict in different types of relationships on depression and suicidal ideation among the young-old and the old-old. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2016;35(3):645-57. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2016.35.3.005>
26. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10(3):216-24. <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.216>
27. Kim JH. The impact of health care access on self-rated health and depression among youth single-person households. *Journal of the Korean Society for Wellness*. 2021;5:283-9. <https://doi.org/10.21097/ksw.2021.05.16.2.283>
28. Sohn JN. Factors influencing depressive symptoms in community dwelling older people. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(2):107-16.
29. Lee JP, Kim YY. The effect of subjective health status among older adults on depression: Mediating effect of ego-integrity. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2020;14(3):195-205. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2020.14.3.195>
30. Jeon HY. Depression, self-esteem, activities of daily living and life satisfaction in the community-dwelling elderly. *Journal of Korea Society Living Environment System*. 2011;18(6):656-66.