

# 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향변인

김현미<sup>1</sup> · 최연희<sup>2</sup>

대구과학대학 간호과 교수<sup>1</sup>, 경북대학교 간호대학 교수<sup>2</sup>

## Factors Affecting Depression in Elderly Vulnerable People Living Alone

Kim, Hyun Mi<sup>1</sup> · Choi, Yeon Hee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Nursing, Taegu Science University, <sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Kyungpook National University

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate factors that influenced depression of the elderly vulnerable people living alone in the public home visiting health service center. **Methods:** The participants for this study were 491 Korean elderly men living in G city. Data were collected from February to July, 2011 using structured questionnaires.  $\chi^2$ -test, t-test, Pearson's correlation coefficient and multiple regression with the SPSS/WIN program were used to analyze the data. **Results:** The levels of ADL and IADL of the elderly living alone were higher, and the levels of social support and life satisfaction were lower than the normal elderly. Depression was positively related to ADL and IADL and negatively to social support and life satisfaction in the elderly living alone. In addition, age, fall experience, ADL, IADL and life satisfaction had influence on the depression. **Conclusion:** The elderly living alone are in a more serious health status, especially in depression than the normal elderly. It is necessary to develop depression controlling intervention programs in order to promote healthy lifestyles for the elderly vulnerable people living alone.

**Key Words:** Elderly, Depression

## 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라의 '2008년 국민기초생활보장수급자 현황' 보고서(Ministry for Health and Welfare Affairs, 2009)에 따르면, 국내 국민기초생활보장수급자는 모두 150만명 넘었으며, 이는 2001년보다 10만명 이상 늘어난 것이다. 이 가운데 전체 노인의 12.3%가 국민기초생활보장수급자인 취약계층의 비율이며, 실제로 국민기초생활보장수급 노인 중 독거노인 가구는 51.9%를 차지했다. 독거노인은 부부가구 노인이거나 자녀동거가구 노인에 비해 질병의 상태

에 있는 비율이 높고 신체의 기능 저하가 심하여 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려운 열악한 상황에 처해 있다(Park & Ha, 2004). 또한 독거노인은 일반노인에 비해 자녀나 친인척 등으로 부터의 도움을 기대하기가 어려우며 위축된 비공식적인 사회적 지원망을 가져 일상생활수행에서의 도움을 제공받기에 취약한 구조적 사회적 지원체제를 지니 우울이 높고, 삶의 질이 떨어지는 취약적 특성을 보인다(Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002).

우울은 노년기에 신체적, 사회적 상실이 증가함에 따라 불가피하게 노화의 한 과정으로 나타난다(Lee, Kim, & Jung, 2009). 그러나 우울을 방치하면 신체적, 정신적, 사회적 장애를 유발하게 되고 질병으로 부터의 회복이 지연

**주요어:** 독거노인, 우울

**Address reprint requests to:** Choi, Yeon Hee, College of Nursing, Kyungpook National University, 101 Dongin-dong, Jung-gu, Daegu 700-422, Korea, Tel: 82-53-420-4926, Fax: 82-53-421-2758, E-mail: yeonhee@knu.ac.kr

- 이 논문은 2011년도 대구과학대학 교육역량강화사업단의 지원을 받아 수행된 연구임.

- This work was supported by Taegu Science College Competency Upgrade Research Grant of 2011.

투고일 2011년 8월 30일 / 수정일 2011년 11월 30일 / 게재확정일 2011년 12월 5일

될 뿐만 아니라 생활의 만족도가 저하되기 때문에 노인의 우울증이 노인건강문제의 주요 요인으로 대두되고 있다(Buttler & Ciarrochi, 2007). 노인 우울은 노년기의 일상생활 동작, 인지기능, 사회적 지지 등과 밀접한 관련이 있으며, 노인 우울정도에 따라 이들 요인이 영향을 받게 될 뿐만 아니라 유기적 기능상태 저하가 유발된다(Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006). 미국의 경우 전체 지역사회 노인의 20% 정도가 우울이 있는 것으로 보고되고 있으며, 우리나라 또한 우울증상이 전체 노인의 30~40% 정도로 추정되고 있다(Lee et al., 2009). 또한 우울은 연령이 높고, 교육수준이 낮으며, 사별한 경우, 경제적으로 어려울수록 증가하고 있으며(Cha, Han, & Lee, 2002), 취약계층 독거노인이 일반노인보다 더 높은 유병률을 보이고 있다(Puts et al., 2007). Choi (2007)의 연구에서 취약계층의 노인이 사회적 지지체계가 미약하여 가족 독거노인보다 우울발생 가능성이 2배정도 더 높다는 보고가 있어, 취약계층 독거노인의 우울문제가 노인의 주요 건강문제로 다루어져야 함을 알 수 있다. 특히 취약계층 독거노인은 신체적, 정신적, 사회적, 환경적인 측면에서 발달적 위기를 더 많이 경험하게 되어 우울을 경험할 가능성이 높은 군이라고 볼 수 있으므로 취약계층 독거노인의 우울상태에 따른 관련 변인간의 관계를 알아보는 것은 매우 의미있는 것이다.

노인 우울에 관한 국내(Park & Ha, 2004; Park & Lee, 2003)와 국외(Smith et al., 2002)의 연구에서는 경제적 수준이 낮을수록, 혼자 생활할수록 우울정도가 높은 것으로 일관성 있게 보고하였다. 이러한 연구결과들을 통하여 취약계층 독거노인들의 우울은 일반 노인들과 구별하여 확인할 필요가 있으며, 우울에 영향을 미치는 요인들이 무엇인가를 파악하는 것도 중요하다.

선행연구에서 노인들의 우울에 관련이 있는 것으로 신체 증상(Lee, 2000), 일상생활수단(Jeon, Lee, Hong, & Jang, 2007)과 같은 신체적 요인, 인지기능(Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002)과 같은 정신적 요인 및 가족지지(Choi, 2003), 사회적 지지(Litwin & Landau, 2000; Sugisawa, Shibata, Hougham, Sugihara, & Liang, 2002) 및 생활만족도(Park & Lee, 2007; Won et al., 2008)와 같은 사회적 요인 등에 대한 연구들이 보고되었다. 이는 단편적 요인이 삶에 미치는 영향을 살펴봄으로써, 신체적, 정신적 및 사회적 요인 변수에 의해 다차원적 측면에서 노년기 우울을 분석한 경우는 그리 많지 않다.

노년기 우울에 관한 기존연구들은 지역사회에 거주하는

재가노인들을 대상으로 한 연구(Jeon et al., 2007; Litwin & Landau, 2000)와 건강 문제를 갖고 있는 노인들을 대상으로 한 연구(Lee et al., 2009)가 대부분이었으며 취약계층 독거노인들의 우울을 총체적으로 파악해 볼 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 취약계층 독거노인의 우울에 따른 신체적, 정신적 및 사회적 건강상태의 차이를 파악하고, 독거 우울노인군이 인식하는 우울에 영향을 미치는 예측변수에 관해 탐색하고 비교 분석함으로써, 취약계층 독거노인의 우울을 효과적으로 관리하기 위한 프로그램의 중재 전략에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 취약계층 독거노인의 우울에 따른 신체적, 정신적 및 사회적 변인의 수준 차이를 파악한다.
- 취약계층 독거 우울노인의 우울과 신체적, 정신적 및 사회적 변인과의 상관관계를 파악한다.
- 취약계층 독거 우울노인의 우울에 영향을 미치는 신체적, 정신적 및 사회적 변인을 파악한다.

## 3. 용어정의

### 1) 취약계층 노인

취약계층 노인은 국가로부터 기초생활을 보장받고 있는 기초생활보장 수급자로 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등의 문제로 삶의 질이 저하되어 있는 노인(Kim, 2006)으로, 본 연구에서는 국민기초생활수급자 중 65세 이상 독거노인으로 보건소의 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상자로 선정되고 보건소의 맞춤형 방문건강관리대상자로 등록하여 6개월 이상 건강관리를 받고 있는 65세 이상 노인을 의미한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향변인을 규명하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 G시 2개 보건소 맞춤형 방문건강관리에 등록하여 6개월 이상 건강관리를 받고 있는 노인을 근접 모집단군으로 하여 임의표집하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 아래와 같다.

- 65세 이상으로 언어적 의사소통이 가능한 지역사회에 거주하는 독거노인
- 보건소의 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상으로 국민기초생활보장수급노인
- 정신과적 기왕력이나 정신과적 약물을 복용하지 않는 노인
- 본 연구 목적을 이해하고 연구에의 참여를 동의한 노인 이상의 본 연구의 대상인 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상자는 국민기초생활보장수급자 중 65세 이상 독거노인으로서 공공보건의료대상자 중 가장 취약한 계층이다.

설문 자료는 본 연구자가 연구목적으로만 사용할 것과 연구참여자에게 익명과 비밀보장을 지킨다는 내용의 동의서를 받고 연구참여에 상응하는 보상을 함으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 표본의 수는 Cohen (1988)이 제시한 표본의 크기 결정방법에 근거하였다. 즉, 통계 유의 수준  $\alpha = .05$ , 비교군의 수 2, 효과의 크기 중간정도 .25, 검정력(1- $\beta$ ) .95로 했을 때, 한 군간 필요한 표본의 수가 105명으로써 총 210명의 대상자가 요구되었다. 따라서 본 연구에서는 연구대상 보건소의 맞춤형 방문건강관리사업의 1순위인 독거노인 500명을 설문 조사하였으나, 응답이 불충분한 자료를 제외하고 총 491명을 최종 분석하였다.

## 3. 연구도구

본 연구도구는 우울과 예측변인인 신체적 요인(일상생활 활동, 도구적 일상생활활동), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도)의 측정도구를 사용하였다.

### 1) 우울

우울(Depression) 측정은 Sheikh와 Yesavage (1986)가 개발한 단축형 노인 우울척도를 번역-역번역 작업을 통하여 우리나라 노인에 맞게 수정·보완하여 사용하였다.

총 15문항으로 각 문항은 '예', '아니오'로 구성되어 있고, 점수범위가 0~15점으로 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것을 의미한다. Sheikh와 Yesavage (1986)는 측정

점수가 5점 이상은 우울군으로 5점 미만은 정상군으로 분류한다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다.

### 2) 신체적 요인

#### (1) 일상생활활동

일상생활활동(Activities of Daily Living, ADL) 측정은 Lawton과 Brody (1969)가 개발한 일상생활활동 측정도구를 Won 등(2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 이는 옷 입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실 사용, 대소변조절의 능력을 확인하는 것 등의 총 13문항으로 Likert의 3점 척도를 이용하였다. 점수범위가 13-39점으로 점수가 높을수록 일상생활활동이 떨어져 도움이 필요함을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .94$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

#### (2) 도구적 일상생활활동

도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 측정은 Lawton과 Brody (1969)가 개발한 도구적 일상생활활동 측정도구를 Won 등(2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 신체적 자립보다 상위수준에 있는 활동능력의 측정하는 도구적 일상생활활동은 지역사회에서 독립적 생활을 유지할 수 있는지를 결정하기에 중요한 측정변수이다. 이는 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 교통수단이용, 금전관리, 전화사용, 물건사기, 근거리 외출, 약 챙겨먹기 등의 총 10문항으로 Likert의 4점 척도를 이용하였다. 점수의 범위가 10~40점으로 점수가 높을수록 도구적 일상생활활동 정도가 낮은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .94$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .89$ 이었다.

### 3) 정신적 요인

#### (1) 인지기능

인지기능(Mini Mental State Examination) 측정은 Kwon과 Park (1989)이 우리나라 노인에게 사용할 수 있도록 개발한 K-MMSE를 사용하였다. K-MMSE는 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 등의 총 10문항으로 각 문항은 '예', '아니오'로 구성되어 있고, 점수범위가 10~20점으로 점수가 높을수록 인지기능이 좋은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었다.

#### 4) 사회적 요인

##### (1) 사회적 지지

사회적 지지(Social support) 측정은 Brandt와 Weinert (1985)가 노인을 대상으로 개발한 사회적 지지 척도를 번역·역번역 작업을 통하여 우리나라 노인에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 본 도구는 노인이 지역사회 지지 자원과의 관계 정도를 측정하는 10문항으로 구성되었으며, 각 하위 질문에 대해 Likert의 3점 척도를 이용하였다. 점수 범위는 3~30점으로 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .84$ 이었다.

##### (2) 생활만족도

생활만족도(life satisfaction) 측정은 Stones와 Kozma (1980)가 노인의 정신건강과 관련된 개념인 일상생활의 만족, 행복, 사기 등을 기초로 하여 만든 The Memorial University of Newfoundland Scale for Happiness (MUNSH) 척도를 Choi (2003)가 우리나라 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 노인의 생활만족 정도를 측정하기 위해 15문항으로 구성되었으며, 각 하위 질문에 대해 Likert의 3점 척도를 이용하였다. 점수범위는 15~45점으로 점수가 높을수록 생활만족도 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .84$ 이었다.

#### 4. 자료수집

##### 1) 사전 연구

본 연구는 G시 보건소의 2010년도 지역보건의료심의위원회에서 재가를 받아 수행되었다.

본 연구의 사전연구에서는 문헌 고찰을 통해 종속 변수인 우울과 독립변수로 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도)의 수준을 측정할 수 있는 도구를 선정하여, 노인의학전공 교수 1명, 지역사회간호학 전공 교수 1명 및 방문건강관리담당 보건간호사 2명과 함께 내용 타당도를 검증하여 일반적 특성 7문항을 포함하여 최종 80문항을 선정하였다. 도구의 타당도 검증을 위해 S보건소 방문건강관리실에서 맞춤형 방문건강관리를 받고 있는 취약계층 독거노인 10명을 대상으로 2010년 12월 15일부터 30일까지 사전 조사를 실시하였다. 이 결과 취약계층 독거노인에게 부적절한 3개의

설문 문항을 연구대상자에게 적합하도록 수정하였다.

##### 2) 본 연구

본 조사는 2011년 2월 7일부터 7월 10일까지 연구대상의 보건소장과 방문보건계 담당에게 연구 내용과 목적을 설명하고 연구 동의를 받은 다음 방문간호사의 도움을 얻어 실시하였다. 자료수집에 관한 교육을 받은 방문간호사인 연구보조원 8명이 직접 대상자에게 연구목적과 조사내용을 설명하고 참여를 원하는 대상자에게 대면적 면접방법으로 설문조사하였다. 자료수집 전에 자료수집자 간의 신뢰도를 높이기 위해 대상자에게 직접 면접을 하는 2차례 모의훈련을 실시하였다. 그리고 조사자간의 설문내용 전달의 정확성을 파악하기 위해 조사자가 사용하는 질문의 공통된 단어의 사용 빈도를 분석한 결과 조사자 간의 일치도가 97.0%로 나타나 설문지의 의사전달 내용이 표준화되었다. 설문지는 그 자리에서 면접조사를 통하여 곧바로 수거하였으며 응답에 소요된 시간은 평균 40분 정도이었다.

#### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산통계 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 취약계층 독거노인의 우울에 따른 일반적 특성의 차이는  $\chi^2$ -test를 이용하였다.
- 취약계층 독거노인의 우울에 따른 예측변인들의 차이를 비교하기 위해 t 검증을 이용하였다.
- 취약계층 독거노인의 제 변인 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 산출하였다.
- 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

## 연구결과

#### 1. 대상자의 우울에 따른 일반적 특성의 차이

본 연구대상은 정상군 148명(30.1%)과 우울군 343명(69.9%)으로 총 491명을 조사하였다. 구체적으로, 대상자의 남성에서 정상군 37명(35.9%)과 우울군 66명(64.1%), 여성에서 정상군 111명(28.6%)과 우울군 277명(71.4%)이 차지하였으며 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 연령분포



는 65세에서 74세에서 정상군 94명(38.4%)과 우울군 151명(61.6%), 75세에서 84세에서 정상군 47명(24.5%)과 우울군 145명(75.5%), 85세 이상에서 정상군 7명(13.0%)과 우울군 47명(87.0%)이었으며, 이중 가장 우울한 군은 85세 이상으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=16.031$ ,  $p<.001$ ). 종교를 갖고 있는 대상자는 정상군 99명(33.7%)과 우울군 195명(66.3%)이었으며, 종교가 없는 대상자는 정상군 49명(24.9%)과 우울군 148명(75.1%)이었으며, 통계적으로 종교가 없는 대상자가 우울이 더 많았다( $\chi^2=4.339$ ,  $p<.05$ ). 학력은 무학에서 정상군 58명(21.8%)과 우울군 208명(78.2%)이었으며, 초등졸에서 정상군 63명(38.7%)과 우울군 100명(61.3%)이었으며, 중졸 이상에서 정상군 27명(43.5%)와 우울군 35명(56.5%)이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 낙상 경험자는 정상군 18명(21.4%)과 우울군 66명(78.6%)이었으며, 통계적으로 낙상경험이 있는 자가 우울이 더 많았다( $\chi^2=9.677$ ,  $p<.01$ ). 자원봉사자 도움을 받은 경험이 있는 대상자는 정상군 24.6%와 우울군 75.4%이었으며, 통계적으로 자원봉사자 도움을 받은 경험이 없는 대상자가 우울이 더 많았다( $\chi^2=4.271$ ,  $p<.05$ ). 방문건강관리를 받은 기간이 1년에서 2년 이내에서 정상군 71명(25.4%)과 우울군 208명(74.6%)이었으나

통계적으로 우울에서 유의한 차이는 없었다(Table 1).

## 2. 대상자의 우울에 따른 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도)의 수준 차이

대상자의 우울에 따른 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도) 수준의 차이를 비교하였다(Table 2).

대상자의 우울에 따라 신체적 요인에서 통계적으로 ADL ( $t=-2.886$ ,  $p<.001$ )과 IADL ( $t=-2.877$ ,  $p<.01$ )에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 우울군이 정상군보다 ADL과 IADL이 낮아서 도움이 필요한 것으로 나타났다.

대상자의 우울에 따라 정신적 요인에서 통계적으로 인지기능( $t=7.081$ ,  $p<.001$ )에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 우울군이 정상군보다 인지기능을 더 낮게 지각하고 있었다.

대상자의 우울에 따라 사회적 요인에서 통계적으로 사회적 지지( $t=2.164$ ,  $p<.05$ )와 생활만족도( $t=8.795$ ,  $p<.001$ )에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 우울군이 정상군보다 사회적 지지와 생활만족도를 더 낮게 지각하고 있었다.

**Table 1.** General Characteristics

Characteristics	Categories	Normal group (n=148)	Depression group (n=343)	Total (N=491)	$\chi^2$
		n (%)	n (%)	n (%)	
Gender	Male	37 (35.9)	66 (64.1)	103 (100.0)	2.068
	Female	111 (28.6)	277 (71.4)	388 (100.0)	
Age (year)	65~74	94 (38.4)	151 (61.6)	245 (100.0)	16.031***
	75~84	47 (24.5)	145 (75.5)	192 (100.0)	
	≥85	7 (13.0)	47 (87.0)	54 (100.0)	
Religion	Not have	49 (24.9)	148 (75.1)	197 (100.0)	4.339*
	Have	99 (33.7)	195 (66.3)	294 (100.0)	
Education	None	58 (21.8)	208 (78.2)	266 (100.0)	3.654
	Elementary school	63 (38.7)	100 (61.3)	163 (100.0)	
	≥Middle school	27 (43.5)	35 (56.5)	62 (100.0)	
Fall experience	Have	18 (21.4)	66 (78.6)	84 (100.0)	9.677**
	Not have	130 (31.9)	277 (68.1)	407 (100.0)	
Volunteer service	Have	45 (24.6)	138 (75.4)	183 (100.0)	4.271*
	Not have	103 (33.4)	205 (66.6)	308 (100.0)	
Visiting health service (month)	< 12	54 (37.0)	92 (63.0)	146 (100.0)	2.862
	12~< 24	71 (25.4)	208 (74.6)	279 (100.0)	
	≥ 24	23 (34.8)	43 (65.2)	66 (100.0)	

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

### 3. 대상자의 우울과 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인간의 상관관계

우울군 대상자의 우울과 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도) 간의 상관관계를 살펴보면 Table 3과 같다. 우울군 대상자의 우울은 신체적 요인에서 ADL ( $r=.539, p<.001$ )과 IADL ( $r=.301, p<.01$ )과는 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타난 반면, 정신적 요인에서 인지기능( $r=-.584, p<.001$ ), 사회적 요인에서 사회적 지지( $r=-.361, p<.05$ ) 및 생활만족도( $r=-.603, p<.001$ )와는 유의한 부적 상관관계를 가졌다. 즉, 우울이 높은 대상자일수록 일상생활활동에 도움이 필요하였으며 인지기능이 떨어졌으며 사회적 지지와 생활만족도가 낮았다. 우울군 대상자의 생활만족도는 ADL ( $r=-.405, p<.001$ )과 IADL ( $r=-.323, p<.001$ )과는 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타난 반면, 인지기능 ( $r=.317, p<.01$ )과 사회적 지지 ( $r=.328, p<.05$ )와는 유의한 정적 상관관계를 가졌다.

### 4. 대상자의 우울에 미치는 영향요인

우울군 대상자의 우울에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과 Table 4와 같다. 먼저 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 독립변수들 간의 다중공선성의 문제를 확인한 결과 상관관계는 .014~.671로 .80 이상인 설명변수는 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, Durbin-Watson 통계량은 1.702으로 2.016~1.525 범위에 있어 자기상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제는 공차 한계(tolerance)가 .730~.844으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)도 1.257~1.523으로 기준인 10.0 이상을 넘지 않아 문제는 없었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance 값은 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

**Table 2.** Difference of Physical, Psychological, Social Variables according to Depression

(N=491)

Variables	Categories	Normal group (n=148)	Depression group (n=343)	t
		M±SD	M±SD	
Physical factor	ADL	11.4±2.97	12.7±5.09	-2.886***
	IADL	10.7±1.87	13.1±3.42	-2.877**
Psychological factor	Cognitive function	7.6±2.99	2.9±1.72	7.081***
Social factor	Social support	19.8±1.84	13.5±1.54	2.164*
	Satisfaction of life	28.5±4.68	22.7±5.84	8.795***

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

ADL=activities of daily living, IADL=instrumental activities of daily living.

**Table 3.** Correlations of related Variables with Depression

(N=343)

Variables	Depression	ADL	IADL	Cognitive function	Social support
Depression	-				
Physical (ADL)	.539***	-			
Physical (IADL)	.301*	.640***	-		
Psychological (cognitive function)	-.584***	-.068	-.158	-	
Social (social support)	-.361*	-.237*	-.245*	.214*	-
Social (satisfaction of life)	-.603***	-.405***	-.323***	.317**	.328*

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

**Table 4.** Factors Affecting Depression

(N=343)

Variables	Model I			Model II		
	B	$\beta$	t	B	$\beta$	t
Constant	11,345		7.098***	34,111		12.753***
Gender	0.252	.017	0.381	0.770	.053	1.276
Age	1.046	.121	2.722**	1.192	.169	2.082*
Religion	-0.157	-.013	-0.032	-0.244	-.020	-0.522
Education	-0.095	-.107	-1.264	-0.498	-.059	-1.386
Fall experience	4.062	.258	6.054***	2.289	.186	3.650**
Volunteer service	1.335	.131	1.178	1.670	.136	1.306
Visiting health service	-0.096	-.010	-0.237	-0.011	-.001	-0.031
ADL				0.332	.258	5.416***
IADL				0.238	.100	2.191**
Cognitive function				-0.232	-.019	-0.486
Social support				-0.287	-.168	-0.497
Satisfaction of life				-3.299	-.276	-6.716***
Adj. R <sup>2</sup> =.150; F=11.786***			Adj. R <sup>2</sup> =.301; F=20.406**			

Note. Dummy variables=gender (0: male, 1: female); age (0: 65~74 year, 1: 75~84 year, 2: ≥85 year); religion (0: not have, 1: have); education (0: none, 1: elementary school, 2: middle school); fall experience (0: have, 1: not have); volunteer service (0: have, 1: not have); visiting health service (0: < 12 month, 1: 12~< 24 month, 2: ≥ 24 month); ADL=activities of daily living; IADL=instrumental activities of daily living.

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

모델 I에서는 독립변수로 일반적 특성을 투입한 결과, 연령( $\beta = .121$ ,  $p < .01$ )이 높을수록, 낙상경험( $\beta = .258$ ,  $p < .001$ )이 있을수록 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다. 모델의 설명력은 15.0%로 우울정도의 회귀방정식은 다음과 같다.

우울의 회귀방정식 =  $11.345 + 1.046 \times \text{연령} + 4.062 \times \text{낙상경험}$

모델 II에서는 모델 I에 신체적 요인(ADL, IADL), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도) 변수를 추가 투입한 결과, 연령 ( $\beta = .169$ ,  $p < .05$ )이 높을수록, 낙상경험( $\beta = .186$ ,  $p < .01$ )이 있을수록, ADL ( $\beta = .258$ ,  $p < .001$ )이 높을수록, IADL ( $\beta = .100$ ,  $p < .01$ )이 높을수록, 생활만족도( $\beta = -.276$ ,  $p < .001$ )가 낮을수록 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다. 모델의 설명력은 30.1%로 모델 I에 비해 15.1% 증가하였으며, 우울정도의 회귀방정식은 다음과 같다.

우울의 회귀방정식 =  $34.111 + 1.192 \times \text{연령} + 2.289 \times \text{낙상경험} + .332 \times \text{ADL} + .238 \times \text{IADL} - 3.299 \times \text{생활만족도}$

## 논 의

본 연구는 취약계층 독거노인의 우울에 따른 영향을 미치는 변인을 규명하였다. 취약계층 독거노인을 우울에 따라 일반적 특성을 비교분석한 결과, 연령, 종교유무 및 낙상경험 유무 및 자원봉사자 서비스에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 취약계층 독거노인의 연령이 증가함에 따라서 또한 종교가 없고 낙상경험이 있는 노인일수록 우울집단임을 알 수 있었다. 선행연구에서도 노인이 지각하는 우울정도가 연령증가에 따라 높아지는 것으로 보고되고 있다(Smith et al., 2002). 또한 국민기초생활보장수급 성인을 대상으로 삶의 질을 측정한 Park과 Lee (2003)의 연구에서 연령이 증가할수록 우울이 높았으며, 건강보험가입 성인에 비해 우울이 현저히 높은 결과를 보여 본 연구결과와 일치하였다. 노인들의 우울감은 연령이 높아질수록 심각한 수준으로 이행된다는 선행연구(Park & Ha, 2004; Park & Lee, 2003)의 결과에서 보듯이 전기노인보다 후기 노인층으로 갈수록 우울감이 높은 것으로 볼 수 있다. 노인 시설에 거주하는 70세 이상 노인 287명을 대상으로 노인의

낙상경험과 관련된 사회문화적 특성을 조사한 Scheffer, Schuurmans, Dijk와 Hooft (2008)의 연구에서는 낙상에 대한 경험이 많을수록 우울정도가 심하고 보행속도가 느린 것으로 보고되었고, Hakim, Roginski와 Walker (2007)가 노인 대상으로 과거 낙상의 경험과 우울 성향과의 연관성을 조사한 결과에 의하면 낙상경험자일수록 우울점수가 높았다. 이는 노인들의 근력이 약화되고 인지기능이 떨어지게 되면 낙상경험이 많아지며 이로 인해 일상활동 수행 능력 손실로 우울감이 높아질 것으로 유추할 수 있다.

우울군이 정상군보다 ADL과 IADL을 더 높게 지각하고 있었으며, 우울군 대상자의 우울은 ADL과 IADL과는 정적 상관관계가 있었다. 이는 우울이 심한 노인일수록 ADL과 IADL의 도움을 더 많이 요구하는 것으로 나타난 선행연구 결과(Jeon et al., 2007)와 일치하는 것으로 확인되었다. Lee (2000)의 연구에서도 노인에게 있어 신체기능과 우울에는 유의한 상관관계가 있음을 보여 본 연구의 결과를 지지하고 있다. 이러한 결과는 노년기에 노화과정으로 흔히 경험하는 신체적 기능손상은 노인의 우울에 부정적 영향을 미치는 변인으로 생각된다. 노인들의 일상생활활동의 신체적 기능이 노년기의 삶의 사회심리적 요인과 밀접한 연관성을 가진다는 기존연구결과(Lee et al., 2009)에 비추어 볼 때, 취약계층 독거노인의 삶에서 일상생활활동 유지를 위한 신체적 기능 향상의 중요성은 강조할 필요가 있다.

우울군이 정상군보다 인지기능을 더 낮게 지각하고 있었고, 우울군 대상자의 우울은 인지기능과는 부적 상관관계가 있었다. 인지기능은 일상생활기능과 함께 노년의 삶의 독립적으로 살아가는데 있어서 중요한 요소라는 점(Bowling et al., 2002)에서 노인의 삶에 중요한 의미가 있다고 본다. 노인들의 경제적 수준이 낮고 우울이 높아질수록 인지기능은 낮아지는 것으로 보고된 선행연구(Won & Kim, 2003)와 대부분 일치하는 결과이다. 또한 경제사정의 악화와 인지기능장애 등의 요소가 우울과 관련있다는 연구(Kim, 2006)에서 보듯이 고령 노인일수록 사회경제적 책임감에 대한 불안감, 일상생활의 독자적 기능 상실 및 가족 지지원으로 부터 소외감 등이 가중되어져 우울감을 더 느끼게 된다. 실제 연령 증가와 함께 발생하는 다양한 상실의 경험이 인지기능 장애와 밀접한 연관성을 가지며, 동시에 우울에 중요한 영향을 미치는 것으로 보여진다. 노화과정을 통해 유발되는 다양한 상실에 대해 더 이상 자신이 통제할 수 없다는 사실을 지각하면서 자신에 대한 부정적 의미와 무력감을 경험하게 되어 궁극적으로 우울증상으로

이어질 수 있다. 본 연구의 대상자들이 취약계층이고 방문 건강관리사업의 대상 노인으로 일반노인에 비해 인지 상태는 현저히 낮은 것을 알 수 있다. 따라서 이들 지역의 방문 건강관리대상 노인에게는 인지기능 상태를 충분히 고려한 간호중재가 이루어져야 하고, 향후에도 인지 기능의 저하를 예방할 수 있는 치매예방 프로그램 등과 같은 내용이 방문건강관리사업에 적극적으로 도입될 필요가 있다.

우울군이 정상군보다 사회적 지지와 생활만족도를 더 낮게 지각하고 있었고, 우울군 대상자의 우울은 사회적 지지와 생활만족도와는 부적 상관관계가 있었다. 재가노인의 우울에 가장 큰 영향을 미치는 변인은 사회적 지원이라고 밝힌 연구(Litwin & Landau, 2000)는 본 연구를 뒷받침하는 결과로서, 친척, 친구, 이웃과의 긴밀한 접촉과 같은 사회적 지원망은 주요한 사회적 지원원으로 제시하였다. 또한 지역사회 자원과의 접촉도가 높은 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 우울감의 노출될 확률이 2.5배나 높은 것으로 예측되었다(Sugisawa et al., 2002). Kim (2003)의 연구에서 전국 노인들 중 소득수준이 낮은 독거노인의 경우 가족과 함께 생활하는 노인들보다 우울과 사회적 지지와의 관련성이 높다고 하였다. 이러한 보고는 노인들의 소득 수준과 가족형태에 따라, 사회적 지지가 우울에 미치는 효과는 달라 질 수 있다는 것을 시사한다. 즉, 소득이 낮고, 혼자 생활하는 노인들의 경우, 경제적으로 여유가 있고 가족과 함께 생활하는 노인들에 비해 사회적 지지의 효과가 더욱 크게 나타날 수 있으므로, 사회적 지지의 요구가 높은 대상이라고 볼 수 있다. 오늘날 취약계층 독거노인들은 핵가족화로 인한 가족구조의 변화를 겪으며 가족 지지를 대신해 줄 사회적 지지 관련 변인이 취약계층 독거노인의 우울에 영향을 미쳤을 것으로 여겨진다. 우리나라 노인들의 생활만족도에 미치는 요인에 관한 연구(Won et al., 2008)에서 중요한 요소로서 경제적 능력, 자녀 간의 상호작용 및 우울상태 등으로 나타났다. Park와 Lee (2007)의 연구에서도 노인들은 우울이 지속될 때 매우 낮은 생활만족도를 나타냈으며, 특히 여성노인들은 자녀들끼리의 결속력이 낮을 때 우울감이 고조되어 생활만족도가 저하하는 경향이 많았다. 따라서 노년기의 사회적 지지망을 연계하고 확충시켜 나갈 사회활동 프로그램 중재의 필요성이 제시되며, 특히 취약계층 독거노인의 경우 지역사회 내에서의 사회적 관계 유지를 강화하는 서비스가 제공될 수 있도록 자원을 개발하는 것이 시급하다.

마지막으로 취약계층 독거 우울노인집단의 우울에 영향



을 미치는 변인에서 연령, 낙상경험, ADL과 IADL 및 생활만족도가 우울에 유의한 영향을 미치는 변인으로 제시되었다. 또한 본 연구모델에서 제시된 일반적 특성과 신체적, 정신적, 사회적 변인들이 30.1%의 취약계층 독거 우울노인 집단의 우울을 설명하였다.

본 연구에서 우울에 대한 영향요인으로 선택한 신체적 요인(일상생활활동, 도구적 일상생활활동), 정신적 요인(인지기능), 사회적 요인(사회적 지지, 생활만족도)을 확인하였다. 이러한 결과는 선행연구에서 노인들의 각각의 요인이 개별적으로 우울과 관계가 있다고 보고되었던 변수들을 모아 취약계층 독거노인의 우울감을 총체적으로 얼마나 설명할 수 있는가를 확인하였다는 데에 의미가 있다. 따라서 취약계층 독거노인의 우울을 경감시키기 위한 간호중재 개발을 위해 신체적, 정신적, 사회적 측면을 포함하는 다차원적인 접근의 필요성이 제시되었다.

본 연구는 취약계층 독거노인인구의 증가에 부응하여 취약계층 독거의 우울에 미치는 예측변인을 확인하였다. 취약계층 독거 우울노인에게 사회적인 지지체계 연계망을 확충하여 생활만족도를 높여주는 일이 우선시되어야 하며, 연령이 증가할수록 우울이 이들의 생활만족도를 떨어뜨리고 있다는 사실을 확인하였다는 점에서 본 연구는 의의가 있다고 본다.

이상의 연구결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 일 지역에 거주하는 취약계층 독거노인만을 조사 대상으로 함으로써 연구결과를 일반화하는데 한계가 있으므로, 향후 전체 집단의 우울정도를 최대한 반영할 수 있도록 모집단을 대표할 수 있는 표집방법을 통한 연구설계가 이루어져야 한다.

둘째, 취약계층 독거노인의 우울에 영향을 미치는 다양한 변인에도 불구하고, 신체적, 정신적, 사회적 요인만을 적용함으로써 총체적 정보를 제공하는데 제한성을 지녀, 향후 취약계층 독거노인이 지각하는 우울의 예측 모형 구축을 위한 연구가 이루어져야 한다.

## 결론

본 연구에서는 취약계층 독거노인의 우울에 따른 예측변인 수준의 차이를 파악하고 예측변인 간의 상관관계와 우울에 영향을 미치는 예측변인을 규명함으로써 취약계층 독거노인의 우울을 효과적으로 관리할 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 하였다.

본 연구결과에서는 취약계층 독거 우울노인은 정상군보다 ADL과 IADL을 더 높게 지각하고 있었으나 사회적 지지와 생활만족도를 더 낮게 지각하고 있었다. 취약계층 독거 우울노인의 우울은 신체적 요인(ADL과 IADL)과는 정적 상관관계가 있었고 사회적 요인(사회적 지지와 생활만족도)과는 부적 상관관계가 있었다. 또한 취약계층 독거 우울노인의 연령, 낙상경험, ADL과 IADL 및 생활만족도가 우울에 유의한 영향을 미치는 변인임을 알 수 있었다. 이러한 결과에서 65세 이상의 취약계층 독거노인에 대한 우울을 경감하기 위한 프로그램은 신체적, 정신적, 사회적 측면을 고려한 차별화될 필요성을 제시할 수 있다.

## REFERENCES

- Brandt, P., & Weinert, C. (1985). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Bowling, A, Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life older age. *Aging & Mental Health*, 6, 355-371.
- Buttler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life Research*, 16, 607-615.
- Cha, S. H., Han, K. H., & Lee, J. H. (2002). Relationship between self-rated health and physical, mental social health: Differences among three aged group. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 22, 173-190.
- Choi, I. H. (2003). A study on self-efficacy, family support and health promoting behavior of the aged in a community. *Journal of the Korean Academy of Community Health Nursing*, 14, 1-10.
- Choi, Y. H. (2007). A study on depression, sleep and fatigue in younger and older elders. *Journal of the Korean Academy of Community Health Nursing*, 18, 223-231.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journal of Gerontology*, 61, 25-32.
- Hakim, R. M., Roginski, A., & Walker, J. (2007). Comparison of fall education methods for primary prevention with community-dwelling older adults in a senior center setting. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 30, 60-68.
- Jeon, K. S., Lee, H. K., Hong, B. K., & Jang, S. R. (2007). Community health promotion program for vulnerable women. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 24, 99-118.

- Kim, M. L. (2006). The study of comparing the factors of affecting on the satisfaction of life for young-old women and old-old women. *Korean Journal of Social Welfare*, 58, 197-222.
- Kim, Y. H. (2003). *Social structure and action in social theory-toward micro-foundation of macro-social phenomena*. Seoul: Nanam Publishing House.
- Kwon, Y. C., & Park, J. H. (1989). Standardization of Korean version of the mini-mental state examination for use in the elderly. part II. diagnostic validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28, 125-135.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, H. S., Kim, H. S., & Jung, Y. M. (2009). Depression and quality of life in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(1), 12-22.
- Lee, M. S. (2000). *Sense of mastery and depression in community dwelling elders*. Unpublished master's thesis, Wonkwang University, Iksan.
- Litwin, H., & Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14, 213-228.
- Ministry for Health and Welfare Affairs. (2009). *Statistical year-book of health and welfare 2008*. Seoul: Author.
- Park, H. S., & Lee, K. J. (2007). A study on the health behaviors, physical function, and life satisfaction for elderly women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 13, 115-122.
- Park, K. M., & Ha, E. K. (2004). Ability of self care and health promotion lifestyle for vulnerable elderly in urban community. *Korean Public Health Researches*, 30(1), 96-103.
- Park, J. S., & Lee, H. R. (2003). A comparative study on a health promoting lifestyle and perceived health status between high and low income elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 14, 157-166.
- Puts, M. T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16, 263-277.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N., & Hooft, T. (2008). Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Aging*, 37, 19-24.
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version clinical gerontology; A guide to assessment and intervention*. New York, NY: Haworth.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Stones, N. J., & Kozma, A. H. (1980). Issues relating to the usage and conceptualization of mental health contracts employed by gerontologists. *International Journal of Aging and Development*, 11, 269-281.
- Sugisawa, H., Shibata, H., Hougham, G. W., Sugihara, Y., & Liang, J. (2002). The impact of social ties on depressive symptoms in U.S. and Japanese elderly. *Journal of Social Issues*, 58, 785-804.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E., Yoon, J. L. et al. (2002). The development of Korean Activities of Daily Living (K-ADL) and Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) Scale. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 6, 107-120.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E., Yoon, J. L., et al. (2008). Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *Journal of Korean Academic of Nursing*, 38, 1-10.
- Won, J. S., & Kim, J. H. (2003). Influencing factors on cognitive function and depression in elderly. *Journal of Korean Academic Psychiatric Mental Health Nursing*, 12, 148-154.