

## 일부지역 가정간호 노인환자의 우울 요인에 관한 연구

최 명 한\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

우울증은 인간이 경험하는 가장 대표적인 정신병리 중 하나이다(Myers et al., 1984). 우울의 원인은 유전적 요인과 직업, 소득원, 신체적 건강과 기능이 상실됨에 따라 발생하는 것으로 추정되며(Gomez, 1993) 유병률은 노령화에 따라 증가하는 것으로 보고되고 있다(신, 1993; 전 및 최, 1990; 송, 김 및 오, 1997).

우울증의 유병률은 사회·문화적 차이에 따라 지역간에 다르게 나타나고, 우울증의 진단기준과 분류의 차이에 따라서 다르게 나타날 수 있다. 주요 우울증의 평생 유병률은 약 3%(서울: 3.3% 지방: 1.89%)로 나타나(이, 1988) 다른 질환에 비해 유병률이 매우 높은 질환이며 자살에 이르는 비율도 다른 정신질환에 비해 훨씬 높고 자주 재발하는 특성을 갖는 중요한 질환이라고 할 수 있다.

아시아인 가운데 중국인의 우울 유병률은 15-item GDS(geriatric depression scale)로 측정된 결과 남자 29.2%, 여자 41.1%로 여성이 남성보다 우울 빈도가 높고(Woo J et al., 1994), 노화진행에 따라 그 유병률은 증가한다고 보고하고 있다(Erikson, 1963; Mogstel, 1981; Woo J et al., 1994; 류, 이 및 오, 1990; 이 및

정, 1985; 송, 1977).

우리나라 노인인구 비율이 1960년 2.9%, 1990년 4.9%에서 2020년 12.5%로 증가할 전망이고, 이는 5%에서 12%로 증가하는데 걸리는 시간이 프랑스 110년, 일본 40년이 걸린데 비해 우리나라는 불과 29년 정도 소요될 것으로 추정되며(송, 1994), 노인인구 중 특히 연령층이 높은 고노령층(75세 이상)인구의 증가추세가 뚜렷하여 노인이 차지하는 병상증가, 만성질환자에 대한 가정간호서비스와 같은 간호요구도 증가하게 되어 노년기 질환에 대한 대책마련이 시급하다 하겠다.

뿐만 아니라 노년기에는 신체적, 정신적 기능의 저하로 타연령층에 비해 상대적으로 질병에 걸릴 확률이 높으며, 노인의 질병이환율은 1992년 26.5%, 유병일수 8.1일, 외병일수 1.9일로서 전체 연령층에서 가장 높고(문, 1995), 연령별, 성별 만성질환 보유수도 1가지 이상이 41.2%가 되어(한국인구보건연구원, 1989) 노년기 질환의 심각성을 일깨워준다 하겠다.

노인은 신체적인 질환뿐 아니라 정서적인 질환에서도 다양한 변화를 일으킨다. 노인들은 일시적인 기분변화를 흔하게 경험하며 이러한 기분변화가 경미한 경우에는 지지요법(supportive therapy)에 의해 반응하고 시간이 지남에 따라 더 이상의 중재 없이도 해결이 된다. 그러나 내과적 질환이나 인지적 장애로 초래된 우울(배 및 이, 1996)이나 노화로 인한 자아존중감 상실에서 오

\* 충남대학교 보건대학원

는 우울, 만성질환으로 인한 신체적 불능에서 오는 우울은 자신을 황폐화시켜 자살의 위험성을 높일 수 있으므로 특히 주의가 요망된다. 노인에서 우울을 초래하는 가장 흔한 요인은 사회적 고립, 만성질환, 경제문제 등이며(송 등, 1997), 배우자 상실, 친지의 부재, 저학력도 우울과 관련이 있다.

이러한 우울은 여러 증상, 유전적 취약성, 환경적 촉진인자, 치료에 대한 반응 등이 모두 모여 이루어진 질병 스펙트럼을 포함하는 일종의 증후군으로 특징지어진다. 그러나 우울증상은 주우울증(major depression)과 비교되어야 하며, 일시적이고 흔한 기분의 변동과는 대조적으로 주우울증은 60세 이상의 성인에서는 흔하지 않다. 지역사회 노인의 27%가 우울이라면 1-2%만이 주우울증이거나 임상적 우울증이다. 그럼에도 불구하고 우리 나라에서는 지역사회에서 노인의 우울 유병률은 물론 그 요인에 관한 분석이 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 주우울증이거나 임상적 우울이 아닌 노인에서 흔한 증상 중 하나인 우울증상을 다루었으며, 기존연구에서 밝혀진 우울의 요인 외에 만성질환으로 오랫동안 시달려온 노인들에게 치료외에 정서적·심리적 지지요법도 함께 제공받은 가정간호 대상 노인의 우울요인을 조사하고자 하였다.

## 2. 문헌 고찰

Cohen(1994)은 우울과 치매는 지역사회 노인이나 시설에 수용된 노인에 있어서 가장 흔한 정신질환이라고 하였고, 특히 우울은 단독으로 오지 않으며 치매나 영양상태 불량에 우울을 더 악화시킬 수 있다고 하였다. 그래서 우울의 원인은 생물학적, 심리적, 사회적 여러 요인으로 인하여 발생하는 복합요인(multifactorial etiology)으로 설명될 수 있으며, 특히 신체적 불능이나 사회적 지지가 부족한 경우에 발생할 수 있다고 하였다(Kivela, 1994).

우울증 환자는 정상인보다 면역기능이 저하된다는 보고가 있으나(Schleifer, Keller, & Siris, 1985; 김, 1988; Bartrop, Luckhurst, & Lazarus, 1977), 김 및 정(1989)은 병원에 입원한 우울증 환자(주우울증 및 양극성 장애 우울기 환자)의 면역기능과 혈중 코티졸 수준을 측정하여 이들 환자에게 있어서 면역기능이 떨어지는 경향은 보이나 유의하지는 않았다고 결론을 내렸다.

특히 우울이 있는 노인의 치매발생에 대한 교차비는 우울이 없는 노인보다 2.38배 높으며 노인에서 우울과 치매

는 중요한 관계가 있다고 하였고(Buntinx, Kester, Bergers & Knottnerus, 1996), Badger(1996)는 2,500만명의 미국인과 그 가족이 겪고 있는 주요 정신질환이 우울이라고 했으며, 이러한 우울은 가족이 역할 분담을 잘하면서 우울증이 있는 구성원을 이해하고 적극적으로 돕는다면 그 증상을 많이 완화시킬 수 있다고 하여 우울 증상치료에 있어서 가족 구성원의 중요성을 강조하였다. 뿐만 아니라 지역사회 노인을 대상으로 신체적 건강과 우울과의 관계 연구에서 신체적인 건강과 사회환경과 같은 결혼상태는 우울에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 여자, 이혼, 건강상태가 안 좋음, 통증이 있는 경우, 신체적인 기능에 제한이 있는 경우, 만성질환이 3개 이상인 경우 우울이 유의하게 높은 것으로 나타났다(Myers et al., 1984).

지역사회 노인과 요양원 노인의 우울 비교에서는 요양원 노인의 우울이 유의하게 높았으며(Grayson, Lubin & Whitlock, 1995; Kafonek, Ettinger, Roca & Kittner, 1989; Rovner, 1986). 조력을 받는 노인은 음주를 많이 하는 경향이 있고, 잦은 불안과 우울을 경험한다고 하여(Alexander & Duff, 1988a; Alexander & Duff, 1988b) 요양원 노인의 우울이 지역사회 노인의 우울보다 높음을 증명하였다.

우울은 만성통증과도 관계가 있어 만성통증은 개인의 신체적 조건뿐 아니라 감정에 의해 영향을 받으며, 심한 통증과 우울과는 양의 상관관계를 가질뿐 아니라 만성통증환자의 50%는 우울을 겪는다고 하였다(Romano & Turner, 1985; Turk, Okifuji & Scharff, 1995).

가정간호를 받는 노인에게 있어서 가장 부정적인 결과는 재입원이다. 병원은 노인에게 이상적인 장소가 아니다. 노인은 신체적 기능이 떨어지며, 의존적이고, 나이가 들어감에 따라 합병증이 늘어난다(Brennan, Leape & Laird, 1991). 특히 만성질환이 있는 노인은 우울증이 더욱 심하며 우울증이 있는 환자는 우울증이 없는 환자보다 병원입원에 대한 위험요인이 될 수 있다(Flaberty et al., 1988). 따라서 가정간호는 만성 신질환, 만성 폐질환, 말기환자, 노인질환의 건강상태를 개선하여 병원입원에 대한 위험요인을 제거하여 병원입원을 줄이는데 그 목적이 있으며, 이를 효과적으로 실천하기 위하여 미국은 의료비 중 입원으로 소모되는 50%의 의료비용을 감소시키기 위해 가정간호를 전담하는 HCAs(home care agencies)를 확장하여 Medicare에 산을 효율적으로 운영하면서 재입원의 비율을 줄이고 있다(Wieland, Ferrel & Rubenstein, 1991).

대표적인 예로서 말기 암환자가족의 우울에 영향을 미치는 가정간호의 영향에 관한 연구(McCorkle, Robinson, Nuamah, Lev & Benohel, 1998)에서는 OHC(oncology home care)에 소속된 환자들의 우울이 소속되지 않은 다른 두 집단의 환자보다 우울이 유의하게 낮았다. 이것은 2개월 동안의 심리적인 치료, 암증상과 관리에 대한 교육 및 24시간 가정간호의 접근이 가능하도록 한 것과 living-dying transition을 통하여 환자와 가족에게 치료 및 말기간호를 제공하였기 때문에 가능한 것이었다.

또한 가정간호환자 중 암으로 고통받는 우울환자와 삶의 질과의 관계 연구에서는 환자의 45%에서 우울을 호소하였으며, 비우울환자 보다 우울환자가 사회적, 정서적, 인지적, 신체적 영역에서 훨씬 더 많이 영향을 받으며 삶의 질이 낮은 경우, 우울과 스트레스, 암의 부작용과 관련된다고 하였다(Grassi et al., 1996).

이와 같이 우울은 노인에게 있어서 중요한 정신병리 중 하나이기 때문에 외국에서는 이미 우울의 위험요인에 대해 광범위한 연구가 이루어지고 있으나 우리 나라에서는 이에 대한 연구가 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 가정간호 대상 노인의 우울요인을 파악하였다.

## II. 연구 방법

### 1. 조사대상자 및 기간

본 연구는 대전시에 거주하는 영세민으로서 가정간호를 받고 있는 65세 이상의 노인 80명을 조사대상으로 하였으며, 조사기간은 1996년 11월 30일부터 1997년 10월 30일까지 하였다.

### 2. 연구도구 및 평가기준

본 연구에서 사용된 우울 측정도구는 SDS(The Zung Self-rating Scale)로서 우리나라 노인의 사정에 알맞게 번역하여 사용하였다. SDS는 모두 20문항으로 구성되어 있으며 각 문항마다 '전혀 그렇지 않다', '가끔 그렇다', '대체로 그렇다', '항상 그렇다'로 답하게 되어 있고, 문항 1에서 문항 10까지는 각각 1점, 2점, 3점, 4점을 주어 평가하였으며, 문항 11에서 문항 20까지는 부정적인 문항이므로 4점, 3점, 2점, 1점을 주어 우울 총합계를 산출하였다. 산출된 우울 총합계를 80으로 나누어 백분율을 구하여 SDS index[우울 총점/80×100]를 구하였으

며, 50미만을 '정상', 50이상을 '우울증'으로 구분하였고, 본 연구에 사용된 SDS 측정도구의 Cronbach's alpha는 0.74였다.

일상생활 동작(activity daily living; ADL, 이하 ADL) 수준을 평가하기 위한 ADL 척도는 Barthel Index를 Granger, Albrecht and Hamilton(1977)에 의해 채구성된 Modified Barthel Index를 이용하였다. Modified Barthel Index는 자신의 신체를 청결히 하는 것과 관련이 있는 Self-care item과 운동기능과 관련이 있는 Mobility item으로 나누어져 있으며, 최저 0점에서 최고 105점까지이고 100점 이상은 '혼자 해결할 수 있다', 60-100점은 '도움을 얻어야 해결할 수 있다', 60점 미만은 '혼자 해결할 수 없다'로 구분하나 본 연구에서는 혼자 해결할 수 있는 '독립군'과 도움을 얻어 해결할 수 있는 '의존군'으로 구분하여 평가하였다. ADL 측정도구의 Cronbach's alpha는 0.89였다.

### 3. 관련 변수 설명

본 연구에 사용된 변수 중 우울의 교차비를 구하기 위해 가능한 두 집단으로 구분하여 분석을 하였다. 결혼상태에서 현재 재혼 상태에 있거나 결혼을 하지 않았다 해도 동거 중에 있거나 결혼하여 배우자가 있는 경우는 '결혼군'으로, 이혼 또는 별거 중이거나 사별을 한 경우는 '사별 및 기타군'으로 하였다. 흡연과 음주는 과거의 흡연유무 또는 음주유무와 관계없이 현재를 기준으로 흡연유무와 음주유무를 나누었다. ADL은 '독립군', '의존군'으로 나누었고, 주거형태는 전세나 월세는 '전·월세군'으로, 자기 집을 소유한 경우는 '자가군'으로 하였다. 동거여부는 배우자나 자식과 같이 살고 있는 경우는 '동거군', 혼자 살고 있는 경우는 '독거군'으로 구분하였다. 가정간호의 필요도와 만족도의 경우 꼭 필요하다는 '필요군'으로 잘 모르겠다와 필요하지 않다는 '불필요군'으로 구분하였다.

영양상태는 환자가 직접 평가한 것을 기준으로 하여 두 집단으로 구분하였으며, 식사형태 역시 환자가 평가한 것을 기준으로 하였고, '채식 위주군'과 '육식 위주군'으로 구분하여 분석하였다.

### 4. 자료수집 절차

대전광역시에 거주하고 있는 영세민이면서 65세 이상의 노인을 대상으로 가정간호를 실시하고 있는 가정간

호사에게 연구의 목적을 충분히 설명한 후 연구자가 미리 작성한 설문지를 각 환자에게 배부하고 설문지를 작성하도록 하였다. 운동기능 장애나 기타 장애로 인하여 직접 작성할 수 없는 환자는 가정간호사가 질문을 하여 응답내용을 기록하도록 하고, SDS나 ADL은 가정간호사가 직접 평가하여 기록하였다.

## 5. 자료분석 및 방법

우울군과 비우울군에 대한 연령, 가계수입, ADL의 차이는 t-test를 실시하였으며, 연구대상자의 기본적인 정보에 관한 분포는  $\chi^2$ -test를 실시하였다. 우울의 위험요인을 규명하기 위해 단변량 로지스틱 회귀분석(univariate logistic regression)을 실시하여 인구사회학적인 변수, 건강상태, 영양상태, 가정간호시설 이용상태에 따른 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다. 인구사회학적인 변수, 건강상태, 영양상태, 가정간호시설 이용상태를 모두 보정한 상태에서 다변량 로지스틱 회귀분석(multivariate logistic regression)을 실시하여 가정간호대상 노인의 우울요인을 파악하였다.

## III. 연구 결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성별 평균치 비교

연구대상자를 우울군과 비우울군으로 구분한 결과 연령은 우울군 70.09±6.84, 비우울군 75.21±7.76으로 연령별 우울은 유의한 차이가 있었으며(p=0.015, t=2.486, df=78), 가계 총 수입은 우울군 32.58±40.28, 비우울군 60.57±50.69로 우울군에서 가계 총 수입이 유의하게 낮았다(p=0.023, t=2.327, df=78). 일상생활 동작수준은 우울군 81.64±21.12, 비우울군 88.65±23.01로 비우울군이 일상생활 동작수준이 높았으나 차이는 없었다(표 1).

<Table 1> Comparison of mean scores between depressed and non-depressed.

Variables	Depressed	Non-depressed
Age*	70.09± 6.84	75.21± 7.76
Family income*	32.58±40.28	60.57±50.69
ADL §	81.64±21.12	88.65±23.01

\* : p<0.05 by t-test

§ : Activity daily living

### 2. 인구사회학적인 특성에 대한 교차비

연령별 분포에서 우울군은 72세 이하 62.2%, 73세 이상 37.8%, 비우울군은 65.7%, 34.3%로 우울군과 비우울군 모두 72세 이하가 많았다. 교차비는 72세 이하를 기준으로 하였을 때 1.16으로 약간 높은 교차비를 보였으나 통계적인 유의성은 없었다.

성별 분포에서 우울군은 남자 26.7%, 여자 73.3%로 여자가 많았고, 비우울군도 남자 40.0%, 여자 60.0%로 우울군과 비슷한 분포를 보였다. 교차비는 여자가 1.83으로 차이가 없었다.

결혼상태에서 우울군은 사별 및 기타군 51.1%, 결혼군 48.9%로 비슷하였고, 비우울군은 60.0%, 40.0%로 사별 및 기타군에서 다소 높았다. 교차비는 결혼군이 1.44였다.

교육정도는 우울군은 무학 64.4%, 초등이상 35.6%로 무학이 많았으며, 비우울군도 77.1%, 22.9%로 우울군과 비슷한 분포를 나타내었고, 교차비는 초등학교 졸업군이 1.86이었다.

종교는 우울군이 73.3%, 26.7%, 비우울군 62.9%, 37.1%로 우울군과 비우울군 모두 비종교군이 많았으며, 교차비는 종교군이 0.62였다.

가계수입은 우울군이 30만원 이하 75.5%, 31만원 이상 24.5%로 30만원 이하가 많았고, 비우울군은 45.7%, 54.3%로 31만원 이상군이 많았으며 가계 총수입별 우울은 차이가 있었다(p=0.006). 교차비는 31만원 이상군이 0.27(95% CI : 0.11-0.71)로 통계적으로 유의하게 낮았다.

직업은 우울군은 무직 88.9%, 직업군 11.1%, 비우울군도 97.1%, 2.9%로 우울군과 비우울군 모두 무직이 많았고, 교차비는 직업군이 4.25로 다소 높았으나 차이는 없었다(표 2).

### 3. 건강 관련 변수에 대한 교차비

흡연은 우울군에서 비흡연 71.1%, 흡연 28.9%로 비흡연이 많았으며, 비우울군도 97.1%, 2.9%로 비흡연의 비율이 높았으며 차이가 있었다(p=0.006). 교차비는 흡연이 비흡연에 비해 13.81(95% CI : 1.71-91.7)배 높았고 통계적으로 유의하였다.

음주는 우울군에서 비음주 86.7%, 음주 13.3%, 비우울군 85.7%, 14.3%로 음주와 비음주의 분포가 비슷하였으며 음주의 교차비는 0.92였다.

〈Table 2〉 Crude odds ratios estimating depression by sociodemographic characteristics.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR ¶	95% CI §
Age				
≤72	28(62.2)	23(65.7)	1.0	
≥73	17(37.8)	12(34.3)	1.16	0.46-2.93
Sex				
Male	12(26.7)	14(40.0)	1.0	
Female	33(73.3)	21(60.0)	1.83	0.71-4.71
Marital status				
Others	23(51.1)	21(60.0)	1.0	
Married	22(48.9)	14(40.0)	1.44	0.59-3.51
Education				
None	29(64.4)	27(77.1)	1.0	
Elementary school	16(35.6)	8(22.9)	1.86	0.68-5.05
Religion				
None	33(73.3)	22(62.9)	1.0	
Have	12(26.7)	13(37.1)	0.62	0.24-1.59
Household income(10,000won/month)**				
≤30	34(75.5)	16(45.7)	1.0	
≥31	11(24.5)	19(54.3)	0.27	0.11-0.71
Job				
None	40(88.9)	34(97.1)	1.0	
Have	5(11.1)	1(2.9)	4.25	0.47-38.1
Total	45(100.0)	35(100.0)		

† : Depressed, ‡ : Non-depressed,  
¶ : Odds ratio, § : Confidence interval,

\*\* :  $p < 0.01$  by  $\chi^2$ -test

수면시간은 우울군에서 6시간 이하 37.8%, 7시간 이상 62.2%, 비우울군은 20.0%, 80.0%로 우울군과 비우울군 모두 7시간 이상이 많았다. 교차비는 7시간 이상이 0.41이었다.

신체적 운동에서 우울군은 규칙적 운동함 20.0%, 규칙적 운동 안함 80.0%로 안함이 많았고, 비우울군도 42.9%, 57.1%로 규칙적으로 운동을 하지 않는 사람의 분포가 많았으며 운동여부별 우울은 차이가 있었다( $p = 0.049$ ). 교차비는 운동안함이 규칙적으로 운동을 하는 사람보다 3.00(95% CI : 1.00-9.13) 배 높았다.

삶의 태도는 우울군에서 불만족 35.6%, 만족 64.4%로 만족군이 많았고, 비우울군도 42.9%, 57.1%로 만족군이 많았으나 차이는 없었다. 교차비는 만족군이 1.36이었다.

일상생활 동작수준은 우울군에서 독립군 77.8%, 의존군 22.2%로 독립군이 많았으며, 비우울군도 80.0%,

20.0%로 독립군이 많았다. 독립군에 대한 의존군의 교차비는 1.14였다(표 3).

#### 4. 가정간호 관련 변수에 대한 교차비

가정간호 이용은 우울군에서 주 1-2회가 11.1%, 월 1-2회가 88.9%로 주단위 이용자보다 월단위로 가정간호를 받는 사람이 많았으며, 비우울군도 주단위 5.7%, 월단위 94.3%로 월단위 이용자가 많았다. 월단위 이용자의 교차비는 0.49로 차이가 없었다.

가정간호 필요는 우울군에서 '필요하다' 22.2%, '필요없다' 77.8%로 '필요없다'가 많았으며, 비우울군도 40.0%, 60.0%로 '필요없다'가 많았다. '필요없다'의 교차비는 2.33이었다.

가정간호 만족은 우울군에서 만족 24.4%, 불만족 75.6%로 불만족이 많았고, 비우울군은 만족 51.4%, 불만족

<Table 3> Crude odds ratios estimating depression by health status.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR¶	95% CI §
Smoking**				
None	32(71.1)	34(97.1)	1.0	
Current	13(28.9)	1( 2.9)	13.81	1.71-91.7
Alcohol drinking				
None	39(86.7)	30(85.7)	1.0	
Current	6(13.3)	5(14.3)	0.92	0.26-3.32
Sleep hours(/day)				
≤6	17(37.8)	7(20.0)	1.0	
≥7	28(62.2)	28(80.0)	0.41	0.15-1.15
Physical exercise*				
Yes	9(20.0)	15(42.9)	1.0	
No	36(80.0)	20(57.1)	3.00	1.00-9.13
Livingattitude				
Unsatisfactory	16(35.6)	15(42.9)	1.0	
Satisfactory	29(64.4)	20(57.1)	1.36	0.55-3.36
ADL				
Independent	35(77.8)	28(80.0)	1.0	
Dependent	10(22.2)	7(20.0)	1.14	0.39-3.39
Total	45(100.0)	35(100.0)		

† : Depressed, ‡ : Non-depressed  
 ¶ : Odds ratio, § : Confidence interval  
 \* : p<0.05, \*\* : p<0.01 by  $\chi^2$ -test

48.6%로 만족정도별 우울은 차이가 있었으며(p=0.024), 만족을 기준으로 하였을 때 불만족의 교차비는 3.27(95% CI : 1.27-8.46)로 차이가 있었다.

사회복지시설의 이용은 우울군에서 ‘한다’ 37.8%, ‘안한다’ 62.2%로 ‘안한다’가 많았고, 비우울군도 28.6%, 71.4%로 ‘안한다’가 많았다. ‘안한다’의 교차비는 0.66이었다.

자원봉사자의 이용은 우울군에서 ‘한다’ 11.1%, ‘안한다’ 88.9%로 ‘안한다’가 많았으며, 비우울군도 ‘한다’ 25.7%, ‘안한다’ 74.3%로 ‘안한다’가 많았고 ‘안한다’의 교차비는 2.77이었다(표 4).

5. 주거관련 변수에 대한 교차비

주택형태는 우울군이 아파트 48.9%, 주택 51.1%로 아파트와 주택이 비슷한 분포를 보였으며, 비우울군은 82.9%, 17.1%로 아파트가 월등히 많아 주택형태별 우울은 차이가 있었다(p=0.003). 교차비도 주택군이 5.05(95% CI : 1.76-14.52)로 아파트에 비해 높았다.

거주형태는 우울군이 자가 20.0%, 전·월세 80.0%로 전·월세가 월등히 많았고 비우울군은 54.3%, 45.7%로 자가의 분포가 약간 많았다. 거주형태별 우울은 차이가 있었고(p=0.003), 전·월세의 교차비는 4.75(95% CI : 1.77-12.76)로 자가에 비해 높았으며 통계적으로 유의하였다.

동거여부는 우울군이 동거 55.6%, 독거 44.4%로 동거가 많았고, 비우울군은 91.4%, 8.6%로 동거의 비율이 훨씬 많아 동거여부별 우울은 차이가 있었으며(p=0.001), 독거가 동거에 비해 8.53(95% CI : 2.27-31.99)의 교차비를 보여 유의하였다(표 5).

6. 영양상태 관련 변수에 대한 교차비

편식은 우울군이 함 44.4%, 안함 55.6%로 안함이 많았고, 비우울군은 함 14.3%, 안함 85.7%로 안함의 분포가 훨씬 많았으며 편식여부별 우울은 차이가 있었다(p=0.008). 안함의 교차비는 0.21(95% CI : 0.07-0.64)로 안함보다 유의하게 낮았다.

〈Table 4〉 Crude odds ratios estimating depression by home care variables.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR ¶	95% CI §
Utilization of home care				
1-2/week	5(11.1)	2( 5.7)	1.0	
1-2/month	40(88.9)	33(94.3)	0.49	0.09-2.66
Necessity of home care				
Necessary	10(22.2)	14(40.0)	1.0	
Unnecessary	35(77.8)	21(60.0)	2.33	0.88-6.19
Satisfaction of home care*				
Satisfactory	11(24.4)	18(51.4)	1.0	
Unsatisfactory	34(75.6)	17(48.6)	3.27	1.27-8.46
Utilization of social welfare facilities				
Do	17(37.8)	10(28.6)	1.0	
Do not	28(62.2)	25(71.4)	0.66	0.25-1.70
Utilization of Volunteer				
Do	5(11.1)	9(25.7)	1.0	
Do not	40(88.9)	26(74.3)	2.77	0.83-9.19
Total	45(100.0)	35(100.0)		

† : Depressed,   ‡ : Non-depressed  
 ¶ : Odds ratio,   § : Confidence interval  
 \* : p<0.05 by  $\chi^2$ -test

〈Table 5〉 Crude odds ratios estimating depression by residential type.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR ¶	95% CI §
House type**				
Apartment	22(48.9)	29(82.9)	1.0	
Separateness	23(51.1)	6(17.1)	5.05	1.76-14.52
Residential type**				
Own	9(20.0)	19(54.3)	1.0	
Rent	36(80.0)	16(45.7)	4.75	1.77-12.76
Living condition***				
Living with family	25(55.6)	32(91.4)	1.0	
Living alone	20(44.4)	3( 8.6)	8.53	2.27-31.99
Total	45(100.0)	35(100.0)		

† : Depressed,   ‡ : Non-depressed  
 ¶ : Odds ratio,   § : Confidence interval  
 \*\* : p<0.01,   \*\*\* : p<0.001 by  $\chi^2$ -test

자기평가 영양상태는 우울군이 좋음 4.4%, 나쁨 95.6%, 비우울군도 11.4%, 88.6%로 나쁨이 많았다. 교차비는 좋음에 비해 나쁨이 2.77로 높았으나 차이는 없었다.

규칙적인 식사여부는 우울군이 불규칙적 31.1%, 규칙적 68.9%, 비우울군도 2.9%, 97.1%로 규칙적인 식사를 하는 사람의 분포가 많았으며 규칙적 식사여부별 우

울은 차이가 있었다(p=0.003). 교차비는 규칙적인 식사가 불규칙적인 식사에 비해 0.06(95% CI : 0.01-0.53)으로 유의하게 낮았다.

간식은 우울군이 안함 55.6%, 함 44.4%로 안함이 많았으나 비우울군은 40.0%, 60.0%로 함이 많았다. 교차비는 함이 안함에 비해 0.53으로 낮았으나 차이는 없었다.

식사형태는 우울군에서 채식 88.9%, 육식 11.1%, 비우울군도 채식 88.6%, 육식 11.4%로 우울군, 비우울군 모두 채식위주의 식사를 하고 있었으며 식사형태별 우울은 차이가 없었다. 육식위주의 교차비는 0.96이었다 (표 6).

### 7. 우울요인에 관한 다변량 분석

다변량 분석에서 우울에 영향을 미치는 유의성 있는 변수와 다른 변수를 모두 보정한 상태에서 우울군과 비우울군을 종속변수로 하여 다변량 로지스틱 회귀분석을

<Table 6> Crude odds ratios estimating depression by nutritional status.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR ¶	95% CI §
Unbalanced diet**				
Yes	20(44.4)	5(14.3)	1.0	
No	25(55.6)	30(85.7)	0.21	0.07-0.64
Self-rated nutrition				
Good	2( 4.4)	4(11.4)	1.0	
Poor	43(95.6)	31(88.6)	2.77	0.48-16.1
Regularity of meal**				
Irregular	14(31.1)	1( 2.9)	1.0	
Regular	31(68.9)	34(97.1)	0.06	0.01-0.53
Snack				
No	25(55.6)	14(40.0)	1.0	
Yes	20(44.4)	21(60.0)	0.53	0.22-1.31
Diet type				
Vegetable diet	40(88.9)	31(88.6)	1.0	
Meat diet	5(11.1)	4(11.4)	0.96	0.24-3.91
Total	45(100.0)	35(100.0)		

† : Depressed, ‡ : Non-depressed  
 ¶ : Odds ratio, § : Confidence interval  
 \*\* : p<0.01 by  $\chi^2$ -test

<Table 7> Adjusted odds ratios by final logistic regression model predicting depression.

Variables	Old home care patients			
	D†	ND‡	OR ¶	95% CI §
Exercise				
Do not	2.17	0.76	8.77	1.96-39.28
Income				
≤30	2.57	1.44	13.08	1.77-22.71
Satisfaction of home care				
Unsatisfactory	1.62	0.69	5.07	1.31-19.62
Smoking				
Yes	4.00	1.78	54.66	1.66-179.5
Living condition				
Living alone	2.63	0.98	13.81	2.02-94.00
Constant	0.43	0.84		

82.05% of the respondents were correctly classified

¶ : Odds ratio, § : Confidence interval



실시하였다.

응답자의 82.05%가 올바르게 분석되었으며, 운동 안함의 교차비가 8.77(95% CI : 1.96-39.28), 가계총수입 중 30만원 이하의 교차비가 13.08(95% CI : 1.77-22.71), 가정간호의 불만족 교차비 5.07(9% CI : 1.31-19.62), 흡연의 교차비 54.66(95% CI : 1.66-179.5), 동거여부에서 혼자삼의 교차비가 13.81(95% CI : 2.02-94.00)로 유의하게 나타났다. 다변량 로지스틱 회귀분석결과 우울의 요인으로 운동안함, 30만원 이하의 가계총수입, 가정간호에 불만족, 흡연, 혼자삼이 결정되었다(표 7).

#### IV. 고 찰

가정간호는 의료수요의 급속한 증가에 따라 심화되는 전문병상의 부족과 국민의료비의 부담을 감소시키면서 양질의 의료서비스를 제공하여 치료에서 재활까지 건강 개선은 물론 병원입원율을 감소시키는데 그 목적이 있다. 따라서 미국의 경우 총 의료비 중 입원이 차지하는 비용은 50%나 차지해 가정간호를 전담하는 HCAs(home care agencies)가 급속도로 늘고 있다. HCAs는 Medicare예산의 일부를 가지고 효과적인 가정간호를 제공하므로써 Medicare예산을 효율적으로 운영하고 있어 가정간호가 미국 의료계에 미친 영향은 크다고 할 수 있다(Wieland, Ferrel & Rubenstein, 1991). 이처럼 가정간호는 미국의 총 의료비 중 입원이 차지하는 비용을 줄이는 데 큰 역할을 하였으며, 특히 만성신질환, 만성폐질환, 말기암환자, 노인질환 및 거동불능자들의 중요한 정신병리 중 우울의 위험요인을 제거하는 데도 큰 역할을 하였다. 따라서 본 연구는 가정간호 대상자인 영세민 노인환자들의 우울요인을 파악하여 가정간호 사업의 활성화를 위한 계획수립시 기초자료로 활용하는데 그 의의를 두고자 한다.

연구대상자 중 우울군과 비우울군의 연령, 수입, ADL의 평균값을 비교해 본 결과 우울군의 연령이 비우울군보다 5세 가량 낮았다. 이는 연령이 증가할수록 우울이 심화된다고 한 Beekman, Kriegsman, Deeg & Tilburg(1995), Hogstel(1981)의 연구와는 다소 상이하였으나, 이는 비우울군에서 85세 이상의 노인 5명과 90세 이상의 노인 2명이 포함된 극단값(outlier)이 존재하였기 때문에 평균값이 높게 나온 결과라고 할 수 있다.

가계수입은 우울군이 비우울군보다 약 30만원 정도 차이가 나 가계수입이 우울의 주요인이 될 가능성이 있음을 시사해 준다. ADL은 우울군에서 비우울군보다 월

등히 낮아 신체적 불능이 우울을 발생시킬 수 있다고 한 Kivela(1994), Myers(1984), 류 등(1990)의 연구와 일치하였다.

인구사회학적 특성별 우울의 위험요인에 대한 단변량 분석결과 연령별 우울의 교차비에서 차이가 없었는데 이는 Diamond et al.(1995)의 연구결과와 일치하였고, 통계적 유의성을 보이지 않은 성별 우울도 Pahkala et al.(1995)의 연구결과와 일치하였다. 비종교군에 비해 종교군이 우울이 덜 발생하는 것으로 나타나(OR : 0.62, 95% CI : 0.24-1.59), 비종교군보다 종교군에서 훨씬 생활의 불안 및 스트레스로 인한 우울을 잘 극복하는 것을 알 수 있었으며, 종교군과 비종교군간 우울에 유의한 차이가 없다고 한 류 등(1990)의 연구와는 상이하였다. 가계수입은 31만원 이상이 우울에 대한 위험요인이 적게 나타나 노인에게 있어서 수입은 생활의 활력소가 되고 노인 스스로 의식주를 해결할 수 있는 열쇠가 되므로 중요한 요인이라 사료되며 노인에서 우울을 초래하는 가장 흔한 원인은 경제문제라고 한 송 등(1997)의 연구와 일치하였다.

건강관련 변수에 대한 교차비에서 흡연은 13.81(95% CI : 1.71-91.7)로 나타나 우울의 위험요인으로 결정이 되었는데 흡연보다 음주가 우울의 주요 위험요인이라고 한 Alexander & Duff(1988a), 와 Alexander & Duff(1988b)의 연구와는 상이하였다. 가정간호 대상 노인인구 80명 중 흡연 인구는 14명에 불과하나 비우울군 중 흡연인구가 1명이어서 교차비가 높게 나온 것으로 사료된다. 운동은 운동안함의 교차비가 3.00(95% CI : 1.00-9.13)으로 높게 나타나 우울의 감소에 운동이 필요함을 시사해 주고 있다.

가정간호관련 변수에 대한 교차비에서 가정간호의 불만족군이 3.27(95% CI : 1.27-8.46)로 높아 가정간호에 만족하는 사람일수록 우울이 적은 것으로 나타났다.

주택관련 변수에서 주택에 사는 군이 5.05(95% CI : 1.76-14.52)로 우울이 높았는데 주택에 사는 노인은 아파트와는 달리 노인정이 없으며, 있다해도 지역적으로 멀기 때문에 대화할 수 있는 상대를 찾기가 힘들고 환자 자신이 갖고 있는 질병으로 인하여 접근한다는 것이 더욱 불가능하고 주택군 23명 중 독거노인이 15명을 차지해 독거노인에게서 우울의 교차비가 높은 것과 상호관련성이 있어 독거노인과 주택군이 우울에 영향을 미친 것으로 사료되며, Woo et al.(1994)의 연구에서도 생계비와 간호제공자의 부재, 이웃과의 사회적 접촉이 없는 경우에서 우울의 빈도가 높다고 하여 특히 독거군에서

우울 감소를 위한 새로운 방안이 제시되어야 하겠다.

전·월세군에서 자가군보다 교차비가 높은 것은 가계 수입과 상관관계가 있으며 가계수입은 우울의 주요 요인이라고 한 송 등(1997)의 연구와 일치하였다. 독거군이 동거군보다 교차비가 높아 유의한 것은 동거가족이 훌륭한 조력자 역할을 담당하며 역할 분담을 잘하여 환자의 우울완화에 어느 정도 영향을 미쳤다고 할 수 있으며, 이는 우울에 영향을 미치는 가족구성원의 중요성을 설명한 Badger(1996)의 연구와 일치하였다.

영양관련 변수에서 편식하지 않는 군에서 교차비가 유의하게 낮은 것은 편식군과 불규칙적 식사습관과는 양의 상관관계( $r=0.51, p=0.000$ )가 있었으며, 편식과 수입과도 상관관계( $r=0.34, p=0.002$ )가 있어 편식군은 수입이 적은 노인환자에게 자주 발생하며, 수입과 우울의 상관관계( $r=-0.28, p=0.013$ )에서 수입이 적을수록 노인의 우울은 더 높아지는 경향이 있다고 볼 수 있다. 식욕부진은 편식을 유발할 수 있고 편식은 우울의 요인이 되며(Bech, 1993) 편식과 수입에 대한 연구자의 재고는 노인의 우울감소를 위해 간과할 수 없는 중요 부분을 알 수 있었다. 또한 연령, 성 및 우울과 관련된 변수를 보정한 후에도 수입이 우울의 요인이 되어(표 7) 수입은 우울에 대한 독립적인 위험요인이라고 할 수 있다.

인구사회학적 변수, 건강관련 변수, 가정간호관련 변수, 주거관련 변수, 영양관련 변수를 모두 보정한 상태에서 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 운동안함, 가계수입 30만원 이하, 가정간호 불만족, 흡연, 독거군이 우울의 중요한 요인으로 결정이 되었다.

따라서 노인환자의 우울은 자연적인 정신병리 중 하나이지만 노력여하에 따라 감소될 수도 있는 가역적인 질환이므로 우울 감소를 위해 가정간호사가 해야 할 가장 중요한 몫은 우울이 만성질환, 노화로 인한 자아존중감 상실 등으로 쉽게 나타날 수 있지만, 특히 노인이 가족으로부터 소외되고 의존적일 때와 우울증상 행동의 강화된 속성을 무의식적으로 인식할 때 가족이 이차적인 이득(secondary gain)의 중요한 원천으로 작용할 수도 있다는 사실을 인식하여야 한다. 그러므로 가족의 태도와 역할이 중요함을 노인을 돌봐주는 사람을 포함해서 가정간호사가 교육을 시켜야 하며, 독거노인인 경우는 이러한 교육이 불가능하므로 가정간호사가 전담을 해야 할 것으로 사료된다. 또한 적절한 운동처방과, 흡연의 위험성과 흡연으로 야기되는 질병에 대한 교육을 하므로써 만성적인 질환을 개선할 수 있고, 생산적인 사고를 갖게하여 그 증상을 감소시킬 수 있다.

가정간호 불만족은 환자의 불만사항을 상담하고 환자가 요구하는 가정간호를 환자의 개별 질환에 맞게 제공하므로써 제거시킬 수 있으며, 독거군을 위하여는 환자와의 대화, 상담이 필요하며 사회복지사와의 연결, 자원봉사자의 이용 등을 환자에게 연결시켜 주므로써 지역사회 저소득층 노인환자의 우울을 효과적으로 감소시킬 수 있다고 생각한다.

## V. 결 론

대전시에 거주하는 영세민 중 가정간호를 받고 있는 65세 이상의 노인을 대상으로 우울요인을 조사한 결과는 다음과 같다.

- 1) 우울군은 비우울군보다 평균연령이 유의하게 낮았다( $p=0.015, t=2.486, df=78$ ).
- 2) 우울군은 비우울군보다 수입이 유의하게 낮았다( $p=0.023, t=2.327, df=78$ ).
- 3) 단변량 로지스틱 회귀분석 결과 우울요인은 가계수입 30만원 이하, 흡연, 운동안함, 가정간호 불만족, 전·월세, 독거, 편식, 불규칙적 식사로 결정되었다.
- 4) 인구사회학적 변수, 건강관련 변수, 가정간호관련 변수, 주거관련 변수, 영양관련 변수를 보정한 후 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 운동안함, 가계수입 30만원 이하, 가정간호 불만족, 흡연, 독거가 우울요인으로 결정되었다.

## 참 고 문 헌

- 김명호 (1994). 노인이 원하는 노인건강관리. 서울: 이레서원.
- 김영철 (1988). 정신장애에 있어서 백혈구의 분포에 관한 연구-우울증을 중심으로-. 서울의대정신의학, 13, 228-233.
- 문옥륜 (1995). 노인보전제도와 노인 간병요원제도 개발의 과제와 전망. 한국노년학회 공청회자료집.
- 류성훈, 이귀행, 오상우 (1990). 노인의 우울, 불만 및 인지기능에 미치는 인자들의 영향에 관한 연구. 신경정신의학, 29(4), 832-841.
- 배철영, 이영진 (1996). 노인의학. 서울: 고려의학.
- 송건용 (1994). 21C 노인을 위한 복지, 건강, 의료심포지엄. 서울대학병원.
- 송미순, 김신미, 오진주 (1997). 노인간호의 연구와 전

- 망. 서울: 서울대학교출판부.
- 송미순, 하양숙 (1997). 노인간호학. 서울: 서울대학교출판부.
- 송옥현 (1977). 정신과 외래환자의 The self-rating depression scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1), 84-94.
- 신석철 (1993). 노인성 우울증의 최신지견. 대한의학협회지, 36(12), 1411-1416.
- 신철호, 김수영, 이영수, 조영채, 이태용, 이동배 (1996). 일부지역 노인들의 인지기능과 우울에 관련된 요인에 관한 연구. 예방의학회지, 29(2), 199-214.
- 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리 (1995). 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I : 신뢰도 및 요인분석. 정신병리학회지, 4(1), 77-95.
- 이종범, 정성덕 (1985). 노인의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학, 24(3), 431-444.
- 이정균 (1988). 개정판 정신의학. 서울: 일조각
- 전산초, 최영희 (1990). 노인간호학. 서울: 수문사
- Agbayewa, M. O. (1996). Occurrence and effects of personality disorders in depression: Are they the same in the old and young? Can J Psychiatry, 41, 223-226.
- Alexander, F., & Duff, R. W. (1988a). Drinking in retirement communities. Generations, 12, 58-62.
- Alexander, F., & Duff, R. W. (1988b). Social interaction and alcohol use in retirement communities. Gerontologist, 28, 632-636.
- Badger, T. A. (1996). Living with depression. Journal of Psychosocial Nursing, 43(1), 21-29.
- Bartrop, R. W., Luckhurst, E., & Lazarus, L. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet, 16, 83-86.
- Bech, P. (1993). Acute therapy of depression. J Clin Psychiatry, 54(8), 18-27.
- Beekman, A. T. F., Kriegsman, D. M. W., Deeg, D. J. H., & Tilburg, W. V. (1995). The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex difference. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 30, 32-38.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., & Laird, N. M. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med, 324, 370-376.
- Buntinx, F., Kester, A., Bergers, J., & Knottnerus, J. A. (1996). Is depression in elderly people followed by dementia?: A retrospective cohort study based in general practice. Age and Ageing, 25, 231-233.
- Cohen, D. (1994). Dementia, depression, and nutritional status. Primary Care, 21(1), 107-119.
- Diamond, P. T., Holroyd, S., Macciocchi, S. N., & Felsenthal, G. (1995). Prevalence of depression and outcome on the geriatric rehabilitation unit. Am J Phys Med Rehabil, 74(3), 214-217.
- Erikson, E. H. (1963). Childhood & Society. New York: WW Norton
- Flaherty, J. H., Mcbride, M., Marzouk, S., Miller, D. K., Chien, N., Hanchett, M., Leander, S., Kaiser, F. E., & Morley, J. E. (1988). Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. Journal of American Geriatrics Society, 46(1), 31-38.
- Gomez, G. E., & Gomez, E. A. (1993). Depression in the elderly. Journal of Psychosocial Nursing, 31(5), 28-33.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E., & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 12(5), 300-307.
- Grayson, P., Lubin, B., & Whitlock, R. V. (1995). Comparison of depression in the community-dwelling and assisted-living elderly. J Clin Psychol, 51(1), 18-21.
- Hagerty, B. M. (1995). Advances in understanding major depressive disorder. Journal of Psychosocial Nursing, 33(11), 27-34.
- Hogstel, M. O. (1981). Nursing care of the older adult. New York: John Wiley & Sons.
- Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., & Kittner, S. (1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 29-34.
- Kijunen, M., Sulkava, R., Niinisto, L., Polvikoski,

- T., Verkkoniemi, A., & Halonen, P. (1997). Depression measured by the Zung depression status inventory is very rare in a Finnish population aged 85 years and over. Int Psychogeriatr, 9(3), 359–368.
- Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression : Implications for treatment. J Clin Psychiatry, 58(15), 12–18.
- McCorkle R., Robinson L., Nuamah I., Lev E., & Benoliel, J. Q. (1998). The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. Nursing Research, 47(1), 2–10.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E. III., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd, J. H., Burke, J. D., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen Psychiatry, 41, 959–967.
- Pahkala, K., Kesti, E., Kongas-Saviaro, P., Laippala, P., & Kivela, S. L. (1995). Prevalence of depression in an aged population in Finland. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 30(3), 99–106.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression : Does the evidence support a relationship? Psychol Bull, 97, 18–34.
- Rovner, B. (1986). Prevalence of mental illness in a community nursing home. American Journal of Psychiatry, 143, 1446–1449.
- Schleifer, S. J., Keller, S. E., & Siris, S. G. (1985). Depression and immunity : Lymphocyte function in ambulatory depressed patients, hospitalized schizophrenic patients and patients hospitalized hemiorrhaphy. Arch Gen Psychiatry, 42, 129–133.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression : Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. Pain, 61, 93–101.
- Wieland, D., Ferrel, B. A., & Rubenstein, L. Z. (1991). Geriatric home health care : Conceptual and demographic considerations. Clin Geriatr Med, 7, 645–653.
- Woo, J., Ho, S. C., Lau, J., Yuen, Y. K., Chiu, H., Lee, H. C., & Chi, I. (1994). The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly Chinese population. Acta Psychiatr Scand, 89(1), 8–13.

– Abstract –

Key concept : Elderly, Depression, Home care, Risk factor

### The Risk Factors of Depression for Home Care Patients 65 Years of Age and Older

Choi, Myoung Han\*

The purpose of this study was to identify the risk factors affecting home care patients 65 years of age and older with symptoms of depression. The author conducted this study for 80 depressed and non-depressed who were taking home care. Data was collected from November 1996 to October 1997. The major findings of this study were as follows. Significant mean group differences were found on age and income in old home care patients with symptoms of depression, compared with non-depressed.

Old home care patients who have less than 300,000won of income, smoking, exercise, unsatisfactory of home care, living in separateness, rent, living alone, unbalanced diet, irregular diet were statistically significant risk factors by logistic regression.

Old home care patients who do not exercise, less than 300,000won of income, unsatisfactory of home care, smoking, living alone were the risk factors by final logistic regression model predicting depression.

---

\* Graduate School of Public Health Chungnam National University