

노숙인 쉼터 거주 노인의 우울 관련 요인*

한 영 란** · 윤 희 상*** · 최 애 숙****

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목표

노숙인 문제는 오래전부터 우리나라에 존재했지만 경제외환 위기이전에는 크게 부각되지 않았는데, 그 이유는 소수의 사회 부적응자 또는 정신질환자들의 문제라고 생각했기 때문이다. 그러나 경제외환위기 이후 일부 저소득층 근로자들이 노숙인에 편입되면서 숫자가 증가되자, 일반인도 노숙인으로 전락할 수 있다는 사실을 깨닫게 되어 이 문제가 부각되기 시작하였다. 한국의 실업률은 경제외환위기 이후인 1998년에 7%로 가장 높았고, 2000년에는 4% 수준을 유지하다가 2010년에 다시 5%로 10년 만에 최고치를 나타냈다(Statistics Korea, 2010). 경제위기상황에서는 저임금의 노동시장을 전전하다 일용직마저도 지속적이지 못할 때에 가난한 서민과 극빈층의 경계선에 있던 서민들이 노숙인으로 전락하는 경향을 보인다(Lee, 2009). 1999년 6,200여명 이었던 노숙인 수는 2004년에 4,466명으로 감소추세를 보이다가 2009년 4,664명으로 다시 증가하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2010). 한편 Lee(2009)가

전국의 쉼터 및 거리 노숙인을 조사한 자료를 보면 그 숫자는 5,463명으로 보건복지부 자료보다 더 많은 숫자를 보고하고 있으며, 이 수치 또한 주요 거리노숙지에서만 현장조사를 통해 이루어진 것이므로 외곽지역의 노숙인구수를 고려할 때 전체 노숙인구는 더욱 많을 것으로 예측된다.

최근 제정된 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률(Ministry of Government Legislation, 2011)에 의하면, 노숙인은 '상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 자, 노숙인 시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 자, 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 자'를 말하며, 쉼터이용 노숙인과 거리 노숙인으로 구분하고 있다. 그 비율을 보면 2009년 4,664명 중 쉼터 이용자가 3,404명, 거리 노숙인이 1,260명으로 쉼터이용 노숙인이 더 많은 비율을 차지하고 있다. 노숙인 쉼터는 노숙인에게 긴급구호 및 숙식(조, 석식)제공, 재활 및 자활프로그램 등의 서비스를 제공하기 위해 종교기관, 사회복지관 등에서 운영하고 있는데 2003년에는 전국에 114개소였지만, 2007년 말부터 79개소로 감소되었다(Ministry of Health and Welfare, 2010). 이처럼 노숙인 숫자는 증가추세에

* 본 연구는 건강증진사업지원단의 재정지원을 받아 이루어졌음.

** 동국대학교 간호학과 교수

*** 서울여자간호대학 조교수(교신저자 E-mail: viva826@hanmail.net)

**** 혜천대학 간호과 전임강사

투고일: 2011년 7월 28일 심사회의일: 2011년 8월 1일 게재확정일: 2011년 9월 15일

있는 것에 반하여, 노숙인을 위한 지원은 부족한 상태이다. 노숙인의 연령분포를 보면 40-50대가 대부분을 차지하고 있으나, 청년층이 점점 증가하고, 65세 이상 노인도 일정비율 지속되는 것으로 보고되고 있다. 전국 쉼터거주자 3,360명을 조사한 Lee, Seo, Kim, Nam과 Kim(2003)의 연구에서 60세 이상 노숙인은 16%로 보고되었고, Lee(2009)가 무료급식 시설을 이용하는 노숙인 202명을 대상으로 한 연구에서는 12.6%로 보고되었으며, Han, Song, Yoon과 Choi(2009)가 전국 쉼터에 있는 2,340명을 조사한 연구에서는 18.8%로 보고되어 노인의 비율이 증가하는 경향을 보인다. 외국의 경우에도 그동안 노인 노숙인은 숫자가 적어서 '잊혀진 인구 또는 숨겨진 노숙인'으로 알려져 왔으나, 사회안전망의 틈새에서 보호를 받지 못하는 노인과 노인 인구수의 증가에 따른 노인 노숙인의 증가추세로 이들에 대한 관심이 증가하고 있다(Ploeg, Hayward, woodward, & Johnston, 2008; Stergiopoulos & Herrmann, 2003).

일단 일반인이 노숙인에 편입되면 안정적인 주거의 장기적 부재로 숙식이 불안정하고, 대인관계가 점차 협소해지면서 취업이 더욱 어려워질 뿐 아니라 점점 건강이 악화된다(Crane & Warnes, 2010; Han et al., 2009; Turnbull, Muckle, & Masters, 2007). 노숙인은 불안정한 숙식과 불건강한 건강행동으로 인해 건강의 위험요인들이 많아 다양한 신체 및 정신적 질환을 가지고 있으며, 사망률은 일반인의 2배 정도, 정신건강문제는 약 50%정도에 해당된다고 보고되고 있다(Joyce & Limbos, 2009). 노숙인의 연령보정 사망률은 안정된 주거를 가진 사람들에 비해 2-8배 높은 것으로 보고되었으며(Turnbull et al., 2007), 노숙인의 우울감은 일반인의 4배로 대상자의 32.6%가 최근 1년 동안 2주 연속으로 일상생활을 할 수 없을 정도로 슬프거나 절망감을 느꼈다고 보고하였다(Han et al., 2009). 이처럼 노숙인은 신체적 건강문제 뿐 아니라 정신적 건강문제가 일반인에 비해 매우 심각함을 알 수 있다. 한편 노인은 노화과정, 만성질환의 증가와 함께, 사회·환경적인 요인들에 의해 우울이 증가하는 경향이 있는데, 특히 저소득층 노인과 노인복지시설 노인을 대상으로 한 조사에서도 대상자들은 평균적으로 경증우울을 가지고 있었다(Choi, 2006; Park,

2009). 노인의 우울은 그 자체의 증상 이외에도 결과적으로 자살시도의 증가, 알콜 의존, 인지기능 저하, 동기저하, 치료에의 순응도 저하를 가져와 신체건강 및 사회활동에 심각하게 부정적 영향을 미치는 중요한 문제이다(Choi, 2006; Reynolds, Alexopoulos, & Katz, 2002). 이처럼 취약한 노인의 특성과 빈곤층의 극단에서 사회적 지지가 단절된 노숙인의 특성 모두를 가지고 있는 노인 노숙인은 신체적 건강도 중요하지만 우울이라는 정신건강문제가 가장 중요한 문제 중의 하나이다. 우울은 이에 대한 초기중재가 이루어지지 않을 경우 점점 정신상태가 취약해져 자기관리를 하지 않게 되어 건강이 악화되므로 의료비가 증가하고, 대인 및 사회관계를 단절하게 되어 노숙의 장기화를 초래하게 되는 중요한 문제이기 때문이다(Crane & Warnes, 2010; O'Connell, 2004; Ploeg, Hayward, woodward, & Johnston, 2008).

현재 전국 노숙인 쉼터 68개 중 상주간호사가 배치된 쉼터는 단지 8.9%(6개소) 뿐이며 나머지 약 90%의 쉼터는 사회복지사 또는 기타 인력이 전반적인 관리를 하고 있어 체계적인 건강관리가 이루어지지 않으며, 의료비 지원을 받아 이차의료기관에서 질병치료를 받는다 하여도 지속적으로 관리되지 않아 건강이 더욱 악화되는 실정이다(Han et al., 2009). 노숙인들이 회생하기 위해서 가장 중요한 요소는 건강임에도 불구하고 이들은 건강에 우선적인 관심을 둘 수 없어 악순환을 겪고 있다. 특히 쉼터거주 노인들은 다른 연령층과 특성이 다름에도 불구하고 그 숫자가 적어 노인들만을 위한 노숙인 쉼터는 전국에 한 개만 개소되어 있고, 그들만을 위한 서비스는 거의 없는 상황이므로 그 심각성이 더 하다.

그동안 우리나라는 노숙인의 보건학적 문제에 큰 관심을 가지고 있지 않아 응급대책 위주의 정책을 전개해 왔으며 그들의 건강문제확인하고 해결을 위해 적극적 대응을 하지 못했지만, 현 정부는 취약계층의 건강권을 보장한다는 입장에서 새로운 정책을 마련 중에 있다. 일례로 노숙인들이 생활하고 있는 각 지역의 공공의료기관, 즉 보건소등의 협조를 받아 지속적인 건강관리가 실시될 수 있도록 대안을 마련 중에 있다. 이에 본 연구에서는 노숙인 쉼터에 거주하는 65세 이상 거주자의 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인

지상태와 우울정도에 대해 파악하고 우울과 관련된 요인이 무엇인지를 파악하여 차후 정책마련 및 건강관리서비스 제공을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

이 연구는 노숙인 쉼터에 거주하는 65세 이상 거주자의 우울 관련요인을 파악하기 위하여 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노숙인 쉼터 노인의 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지 상태와 우울정도에 대해 파악한다.
- 2) 노숙인 쉼터 노인의 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태에 따른 노인 우울간의 차이를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 노숙인 쉼터거주 노인의 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태와 우울정도를 파악하고, 우울과 관련 있는 요인을 확인하기 위해 수행된 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상 및 조사 방법

본 연구는 본 연구팀이 실시한 “전국 노숙자쉼터 거주자의 건강실태조사 및 심층면접을 통한 맞춤형 방문 건강관리사업에의 적용방안 연구(건강증진연구사업, 일반 09-35)”의 일부 자료를 이용한 연구이다. 상기 연구의 모집단은 노숙인 쉼터에 거주하는 19세 이상의 성인 남자로, 19세 이하의 청소년, 여성 및 정신질환 노숙인을 위한 쉼터에 거주하는 노숙인은 제외하였다. Lee(2009)의 전국 노숙인 실태조사에서 제시된 쉼터 노숙인은 3,067명이었으며, 표본 수는 단순임의 추출방식으로 95% 신뢰구간에서 계산하여 최소 364명으로 결정되었다. 표본추출은 모집단의 대표성을 확보하기 위하여 서울을 포함하여 전국을 4개 권역으로 구분하여 층을 구성하였고, 각 층에서 모집단 구성비와 표

본 구성비가 일치하도록 비례 배분법을 적용하였다.

65세 이상 노숙인 쉼터거주 노인의 전수는 Lee(2009)의 조사결과 60세 이상이 12.6%(23명)이었다. 이에 본 연구에서는 Lee(2009) 결과를 기준으로 하여, 쉼터 거주 노숙인의 12.6%에 해당하는 386명을 60세 이상 전체 노숙인으로 추정하여 단순 임의추출방식(95% 신뢰구간)으로 표본수를 계산한 결과 최소 34.46명이 도출되었다. 우리나라에서 65세 이상 노숙인이 거주하는 쉼터는 서울과 경기지역 4개의 쉼터로 파악되었으며, 서울 3개 쉼터에 44명, 경기지역 1곳에 2명으로 총 46명이었으나, 불성실한 응답 5개를 제외하고 최종 41명의 자료가 분석되었다.

본 연구의 대상은 첫째, 노숙인 쉼터에 거주하는 65세 이상으로 의사소통에 어려움이 없는 자. 둘째, 본 연구의 목적에 동의하고, 연구참여 동의서에 서명한 사람으로 국한하였다.

3. 연구 도구

1) 우울

노인의 우울정도를 측정하기위해 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale, GDS-15)를 우리나라에 맞도록 수정한 한국형 단축 노인우울척도를 사용하였다(Kee, 1996). 본 도구는 원형우울척도의 타당도 연구에서 가장 우울과 상관관계가 높은 것으로 나타난 15항목으로 구성된 것으로 “예”, “아니오”의 이분척도로 구성되어 있다. 점수의 범위는 0점에서 15점까지이며, 4점 이하는 정상, 5-9점은 경증우울, 10-15점은 중증우울로 구분되며, 5점 이상에서는 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. Kee의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .77$ 이었다.

건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태의 설문지는 맞춤형 방문건강관리사업 안내서(Ministry of Health and Welfare, 2009)의 대상자 질병조사지, 19세 이상 및 65세 이상 건강면접조사표를 기본으로 하고, 사전연구와 국민건강영양조사 등 문헌고찰을 통해 일부 내용을 수정한 후 노숙인에 관한 연구를 수행하였거나 사례관리의 경험이 있는 전문가 13명(예방의학 교수 2인, 간호학과 교수 1인, 노숙인쉼터 간호사

2명, 노숙인쉼터 사회복지사 4명, 보건소 쪽방관리 간호사 4명)에게 자문을 구하여 설문지를 완성하였으며 각각의 세부 내용은 다음과 같다.

2) 건강행태

흡연과 음주는 현재 유무를 측정하였고, 흡연량은 하루에 반값을 기준으로 10개피 이하와 11개피 이상으로 구분하였다. 일상생활 활동은 노인 노숙인의 특성을 반영하여 안정 상태(거의 누워 있거나 앉아서 지냄)의 항목을 추가하여, 일상생활을 위한 활동을 제외하고 “활동 없음”과 “가벼운 활동이상”으로 구분하였다. 규칙적인 운동유무는 체력의 유지·향상을 위해 계획된 신체 활동으로 땀이 날 정도의 운동을 의미하며 “전혀 하지 않음”과 “주 1회 이상”으로 구분하였다.

3) 주관적 건강인식

주관적 건강수준은 신체·정신·사회적 건강의 복합적인 특성이 반영된 개인의 총체적인 건강상태를 나타낸다고 보고되어 왔으며, 노인의 주관적 건강평가는 노인의 총체적 건강상태를 대표할 수 있는 평가방법이다 (Song, Song, & Mok, 2003). 본 연구에서는 국민건강영양조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2007)에서 사용된 문항으로 주관적으로 건강하다고 생각하는 사람의 분률로 “ 좋음”, “보통”, “나쁨”으로 구분하였다.

4) 정서 및 인지상태

정서 상태는 스트레스 인지율과 자살 생각을 측정하였다. 스트레스 인지율과 자살 생각율은 국민건강영양조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2007)에서 사용된 문항으로 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 정도로 “느낀다”와 “느끼지 않는다”로 구분하였다. 자살 생각율은 “최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?”를 질문하여 “예”와 “아니오”로 답하도록 하였다.

인지상태는 전국의 보건소 맞춤형 방문건강관리사업(Ministry of Health and Welfare, 2009)에서 사용하는 치매선별검사 도구(KDSQ -C, Korean

Dementia Screening Questionnaire-C)를 사용하였다. 이 검사는 초기단계의 치매를 선별하는 검사로서, 피검자의 교육 정도나 나이에 영향을 받지 않는 한국형 치매선별검사 도구이다. 면접자가 특별한 훈련을 받을 필요가 없어 일반 건강진단 시에 많이 사용되고 있다. 기억력 장애, 언어장애를 포함한 행동장애, 복잡한 일상생활 수행 장애의 3 영역으로 구성되었으며(총 15문항), 최소 0점에서 최대 30점을 받을 수 있다. 6점 미만이면 정상으로 판별하고, 6점 이상이면 치매 위험군으로 MMSE-KC를 시행할 필요가 있다. 본 연구에서의 신뢰도는 0.93으로 분석되었다.

4. 자료 수집

65세 노숙인이 있는 서울지역 3개, 경기도 지역 1개 노숙인 쉼터의 기관장에게 연구의 목적을 설명하여 승낙을 받았으며, 차후 각 쉼터를 찾아가 실무자에게 다시 연구의 목적과 자료수집 내용에 대한 설명을 실시한 후 재차 동의를 받았다. 쉼터 담당자에 의하면, 노숙인의 심리적 특성 상 낯선 사람에게 경계심이 심하고 자신의 신분을 숨기고 싶어 하므로 노숙인과 신뢰관계가 형성된 쉼터관련자가 자료를 수집하는 것이 신뢰할 만한 자료를 얻는 방법이며, 한방에 남자 노숙인이 수 명에서 십여 명이 거주할 뿐 아니라 저녁에만 숙소를 개방하여 여성 연구자가 들어가는 것을 허락할 수 없으며 사무실 외에는 적절한 곳이 없어 연구자가 설문을 하기 어려운 상태여서 결국 쉼터 담당자가 자료를 수집하게 되었다. 정확한 자료 수집을 위해 연구팀은 업무 담당자에게 연구의 목적, 설문지 내용 및 면접 조사 시의 유의점에 대하여 사전교육을 실시하였는데, 교육시간은 2시간 정도 소요되었다. 자료 수집은 각 쉼터 실무자가 65세 이상 노숙인에게 연구목적을 설명하고, 연구 참여를 중간에 중지할 수 있음을 설명한 후 연구에 참여하기를 동의한 자로부터 연구동의를 받은 후에 설문조사를 실시하였다. 담당자가 설문하는 도중에 잘 모르는 것은 전화로 연구팀과 상의하면서 자료 수집을 진행하였다. 설문지 회수 후에는 노숙인에게 소정의 답례품을 제공하였으며 자료수집 기간은 2009년 8월-9월에 실시되었다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS.14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태와 우울을 파악하기 위하여 실수, 백분율, 평균 및 표준편차의 기술통계를 이용하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태에 따른 노인 우울간의 차이를 알아보기 위하여 t-test와 ANOVA를 실시하였으며, 사후 검정으로는 Sheffe' test를 하였다.

III. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

65세 이상 쉼터노숙인의 일반적 특성은 70세부터 74세까지가 전체의 41.5%를 차지하였고 결혼 상태는 이혼 및 별거가 51.2%로 가장 많았으며, 기혼인 대상

자는 단지 19.5%에 불과하였다. 학력은 중학교 졸업 이하가 전체의 48.8%를 차지하였으나, 고등학교 졸업과 전문대학 졸업 이상이 각각 25.6%로 고등학교 졸업 이상이 51.2%로 높은 학력수준을 보였다. 종교는 기독교가 100%를 차지하였는데 이는 쉼터 운영기관이 기독교 재단이 많기 때문이다. 최근 1주일 동안 수입을 목적으로 1시간 이상 일한 경험이 없다고 응답한 대상자가 전체의 67.5%로 나타났다(Table 1).

2. 우울

연구대상자의 우울 점수는 평균 5.34점으로 경증 우울에 해당되었으며, 최소 1점에서 최고 15점까지 분포하였다. 우울수준의 분포를 살펴보면, 정상 41.5%, 경증우울 48.7%, 중증 우울 9.8%로 경증이상의 우울이 58.5%를 차지하였다(Table 2).

3. 건강행태

담배는 현재 피우지 않는 대상자가 73.2%, 피우는

Table 1. Difference in Level of Depression according to Subjects' General Characteristics

(n=41)

Characteristics	Classification	N(%)	Mean(SD)	t, F	p
Age(years)	65-69	8(19.5)	5.25(2.32)	0.01	0.993
	70-74	17(41.5)	5.41(2.67)		
	above 75	16(39.0)	5.31(4.41)		
Marital status	Unmarried	4(9.8)	5.25(2.36)	1.09	0.366
	Married	8(19.5)	3.63(1.85)		
	Divorced, separation	21(51.2)	6.10(3.43)		
	Separation by death	8(19.5)	5.13(4.34)		
Education	Elementary school graduation	14(36.0)	5.29(3.19)	1.00	0.420
	Middle school graduation	5(12.8)	7.40(5.17)		
	High school graduation	10(25.6)	6.20(3.05)		
	Above college	10(25.6)	3.75(2.67)		
Religion	Christian	39(100)	5.21(3.16)	-	-
Experience of job	Yes	13(32.5)	5.38(3.79)	0.01	0.990
	No	27(67.5)	5.37(3.21)		

* Excluded no answer.

Table 2. Level of Depression of Subjects

(n=41)

	Level	N	%
Severity of depression	Normal(0-4)	17	41.5
	Mild (5-9)	20	48.7
	Severe(10-15)	4	9.8
Depression	Mean±SD	5.34±3.33	Min: 1, Max: 15

Table 3. Difference in Level of Depression according to Health Behaviors of Subjects (n=41)

Behaviors	Categories	N(%)	Mean(SD)	t, F	p
Smoking	Yes	11(26.8)	5.18(3.87)	0.18	0.855
	No	30(73.2)	5.40(3.18)		
Amount of smoke (Cigarettes)	≤10	6(66.6)	4.83(2.23)	0.92	0.390
	≥11	3(33.4)	3.33(2.52)		
Drinking	Yes	6(15.0)	5.35(3.29)	0.32	0.749
	No	34(85.0)	5.83(3.82)		
Activities of daily living	No activity	7(18.9)	5.57(4.43)	0.21	0.835
	More than light activity	30(81.1)	5.27(3.22)		
Exercise	None	10(25.6)	8.30(3.97)	3.61	0.001
	More than once per week	29(74.4)	4.41(2.51)		

Excluded no answer.

대상자는 26.8%로, 하루에 8-15 개피 정도 피우는 것으로 타나났고 10 개피 이하로 피운다고 응답한 대상자가 66.6%로 가장 많았다. 술을 마시지 않는 대상자가 85%이며, 술을 마시는 15%(6명) 중 66.6%(4명)은 한 달에 한번 미만, 즉 월급날 쉼터 거주자와 함께 회식하며 마시는 것으로 조사되어 분석표에 음주횟수는 제시하지 않았다. 일상생활에서 사무관리, 기술직 종사자, 가사 노동이 적은 주부와 비슷한 양의 가벼운 활동이상의 움직임이 있는 대상자가 전체의 81.1%를 차지하였으며 활동이 없다고 응답한 대상자가 18.9%를 차지하였다. 여가시간에 건강을 위해 규칙적인 운동을 주 1회 이상 하는 대상자가 전체의 74.4%를 차지해, 낮은 강도로 체력유지를 위해 운동을 하는 대상자의 비율이 높게 나타났다(Table 3).

4. 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태

건강에 대한 주관적 인식은 “보통”이라고 답한 응답자가 반수에 해당하는 43.9%를 차지하였고, “평소 일

상생활 중에 스트레스를 많이 받는지”에 대한 스트레스 인지율 항목에서는 “그렇다”고 응답한 대상자가 70.7%로 높게 나타났다. 자살 생각율은 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 응답자가 전체의 12.2%를 차지하였다. 인지상태는 KDSQ-C의 점수가 6점 미만인 응답자는 70.7%로 분석되었고, MMSE-KC를 받을 필요가 있는 6점 이상의 응답자는 29.3%으로 분석되었다(Table 4).

5. 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식과 정서 및 인지상태에 따른 우울정도간의 비교

일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태에 따른 우울정도간의 차이를 비교한 결과는 다음과 같다(Table 1,3,4). 일반적 특성에 따른 우울 정도는 차이를 보이지 않았다(Table 1). 종교는 응답자의 100%가 기독교로 통계검증의 의미가 없어 제외하였다. 건강행태에서는 흡연, 흡연량, 음주, 일상생활 활동 및 규칙적인 운동과 우울정도간의 차이를 분석한

Table 4. Difference in Level of Depression according to Perceived Health Status, Emotional and Cognitive Condition of Subjects (n=41)

		N(%)	Mean(SD)	t, F	p
Perceived health status	Good ^a	11(26.8)	3.55(2.54)	3.47	0.041*
	Average ^b	18(43.9)	5.33(2.87)		
	Bad ^c	12(28.0)	7.00(3.93)		
Stress	Yes	29(70.7)	5.97(3.56)	1.93	0.061
	No	12(29.3)	3.83(2.13)		
Suicidal thoughts	Yes	5(12.2)	9.00(4.69)	2.85	0.007
	No	36(87.8)	4.83(2.82)		
KDSQ-C	< 6 point	26(70.7)	4.86(2.46)	1.45	0.154
	≥ 6 point	11(29.3)	6.50(4.78)		

Excluded no answer * c>a

결과 규칙적 운동에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나($t=3.61, p=.001$), 운동을 전혀 하지 않는 대상자(8.30 ± 3.97)가 주 1회 이상 운동을 하는 대상자(4.41 ± 2.51)에 비해 우울정도가 높은 것으로 나타났다(Table 3).

주관적 건강인식과 우울정도간의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F=3.47, p=.041$), 사후분석에서 건강상태가 “ 좋음 ” 이라고 응답한 대상자(3.55 ± 2.54)가 “ 나쁨 ” 이라고 응답한 대상자(7.00 ± 3.93)보다 우울상태가 낮은 것으로 나타났다. 또한 자살생각율에서 자살생각이 있는 대상자(9.00 ± 4.69)가 없는 대상자(4.83 ± 2.82)보다 우울 점수가 높았으며 통계적으로 유의하였다($F=2.85, p=.007$). 인지상태에서는 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 4).

III. 논 의

조사된 노숙인 쉼터 노숙인의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 고졸이상이 51.2%(전문대졸 이상 25.6% 포함)로 나타났는데, 이는 Nam Ryu와 Shin(2000)와 Park과 Lyu(2004)의 연구결과에서도 고졸이상이 각각 47.4%와 반수이상을 차지한 것과 같은 결과로 노숙인에 고학력자들이 높은 비율로 포함되어 있음을 확인할 수 있었다. 이는 Han 등(2001)이 경제위기이후 새롭게 노숙인으로 유입된 저소득층이 많아졌으며 학력이 전과 달리 높아졌다는 결과와 일치하는 것으로 현재 노숙인의 특성이 다양해졌다는 것을 잘 보여주고 있다. 기혼은 19.5%에 불과하고, 미혼(9.8%) 및 이혼, 별거(51.2%)가 총 61%로 부부가 함께 사는 가정의 비율이 낮음을 알 수 있었으며, 사별도 19.5%를 차지하고 있었다. 이것은 Nam 등(2000)의 연구에서 기혼이 21.2%에 불과하고 Park과 Lyu(2004)의 연구결과에서는 미혼이 반수이상이며, 결혼을 했어도 반 수 이상이 이혼, 별거, 가출, 사별 등으로 안정적인 가정을 이루지 못하고 있는 것과 유사한 결과로 대상자들이 노숙인으로 전락한 이유 중에 가정해체, 쫓겨남 등이 한 원인임을 간접적으로 확인할 수 있었다. Crane과 Warnes(2010)도 다른 연령층과 비교할 때 노인 노숙인의 중요한 문제의 하나

로 가족, 친척 및 친구로 부터의 소외문제를 지적하였고, 부인과의 사별, 가족과의 별거가 노년기에 처음으로 노숙인에 유입되는 이유 중의 하나라고 설명하여 노년기 노숙인의 가정적 배경에 대한 이해를 제시하였다.

대상자들의 건강행태는 흡연, 음주, 일상생활활동과 규칙적인 운동에 대해 조사하였으며 각각의 논의는 다음과 같다. 첫째, 흡연과 음주는 현재 하지 않는 사람이 각각 73.2%와 85.0%로 분석되었다. 65세 이상만을 대상으로 별도로 조사한 연구는 확인할 수가 없었으며 Song, Cho, Kang, Hwang과 Han(2000)이 노숙인쉼터 거주자 260명중 술을 거의 마시지 않는다고 응답한 비율은 32.9%, 흡연을 하지 않는다고 응답한 비율은 12.2%로 나온 것과 Park과 Lyu(2004)의 연구에서 흡연을 하지 않는다는 응답이 15%, 음주를 하지 않는다는 응답이 33.3%것과는 상이한 결과이다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자가 65세 이상에 국한되었으며 이들이 속한 쉼터가 기독교 재단이 대부분이기 때문에 전체 노숙인에 비해 낮은 흡연 및 음주 비율을 보인 것으로 사료된다. 한편 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에 의한 남자 65세 이상 현재 흡연율(평생 담배 5갑 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 비율)이 1.8%인 것과 월간 음주율(최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 비율)이 1.6%인 것과 비교하면 일반인 노인에 비해서는 높은 흡연 및 음주율을 보이고 있다. 노숙인에게 있어 음주는 외로움을 벗어나게 하고 노숙인들과 어울리게 하는 요소로 작용하며, 건강과 관련하여서는 외상과 깊은 관련이 있고, 그 외 질병의 악화, 우울, 인지장애, 식욕저하, 영양부족, 수면장애 등의 다양한 문제를 유발하는 중요한 건강행태이다(Crane & Warnes, 2010). 1999년부터 2005년까지 7년간 남자 노숙인의 사망원인을 분석한 결과 사망원인 2위는 간질환과 같이 과다한 알코올 섭취로 인한 사망이 15.72%이므로(Lee et al., 2007), 거리 노숙인보다는 낮은 비율이지만 이에 대한 지속적 관리가 중요함을 알 수 있다.

두 번째로 일상생활활동은 가벼운 활동이상이 81.1%, 규칙적인 운동을 주 1회 이상한다고 응답한 비율이 74.4%로 분석되었다. 활동도 “활동 없음”, “가벼운 활

등”, “심한 활동”으로 구분하였으나 심한 활동을 한다고 응답한 대상자가 없어 “활동 없음”과 “가벼운 활동이상”으로 구분한 것이며, 규칙적인 운동을 “주 1회 이상”으로 분류한 이유도 그 이상으로 운동을 하는 비율이 거의 없었기 때문이다. 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에 의하면, 65세 이상 남자의 걷기 실천율(1회 30분 이상 주 5일 이상 실천)이 54.6%이고, 중증도 신체 활동율(최근 1주일 동안 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 격렬한 신체활동을 1일 20분 이상, 주 3일이상 등)이 11.8%인 것과 비교할 때, 그리고 활동제한이 있는 사람은 컴퓨터에 익숙한 사례가 거의 없음을 고려할 때 노숙인컴퓨터 노인의 활동수준은 일반 노인에 비해 매우 낮은 것으로 해석되었다.

노인의 건강상태는 실제적인 질환의 유무도 중요하지만 본인이 인식하는 지각된 건강 역시 중요한 건강 관련 지표가 된다. 본 조사결과 약 71% 대상자가 자신의 건강상태는 “보통이상”이라고 응답하였다. Song 등(2000)이 노숙인컴퓨터 260명을 대상으로 조사한 결과에서는 “건강하다”고 응답한 비율은 53.6%였으며, Nam 등(2000)이 노숙인컴퓨터 409명 대상으로 조사결과, 의사소견 상 정상으로 분류된 비율은 34.6%이고 주관적으로 “건강하다”고 응답한 비율은 40.5%이었다. Lee 등(2003)이 부랑인컴퓨터와 노숙인 컴퓨터거주자를 대상으로 조사한 결과에 의하면 노숙인 컴퓨터거주자가 부랑인컴퓨터 거주자에 비해 건강상태가 더 양호한 것으로 나타났으며 3,370명중 55%가 건강하다고 응답하였다. 상기 결과들은 본 연구결과와 유사하게 노숙인컴퓨터 거주인들이 건강상태를 양호하게 인식하고 있는 것으로, 이는 연구대상자들이 거리 노숙인이 아니라 컴퓨터거주 노인이기 때문에 그리고 의사소견을 반영한 것이 아니라 본인이 인식한 주관적 건강상태를 보고한 것이므로 건강하다는 응답비율이 다소 높은 비율로 나타난 것이라고 해석된다. 한편 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에서 남자 65세 이상의 주관적 건강조사 결과, 매우 좋음 6.1%, 좋음 33.5%, 보통 24.8%로 64.4%가 보통이상이라는 응답을 하였으며, 이를 본

연구와 비교하면 오히려 일반노인들 보다 노숙인 컴퓨터 노인들이 상대적으로 자신의 건강을 좋게 평가하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 상태가 좋지 않다고 할 경우 컴퓨터에 머물 수 없기 때문에 그리고 현재 제한되지만 안정된 보호기관에 속해 있기 때문에 이러한 응답을 한 것이 아닌가 사료된다.

정서 상태는 스트레스인지율, 자살생각율에 대해서 조사하였으며 각각을 살펴보면 다음과 같다. “평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는가?”를 묻는 질문에 약 71%가 느낀다고 응답했다. 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에서 일상생활에서의 스트레스 인지율은 남자 65세 이상이 18%로 이와 비교하면 노숙인 컴퓨터 노인의 스트레스 인지율은 일반 남자노인에 비해 매우 높았다. 반면에 자살생각율은 본 연구에서는 12.2%로 나왔으나, 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에서 남자 65세 이상은 15.8%로 나타나, 일반 노인에 비해 노숙인 컴퓨터 노인의 자살 생각이 낮게 나타났다. 국민건강통계조사(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2010)에 의한 19세 이상의 자살생각율이 16.4%인 반면, Han 등(2009)이 보고한 19세 이상 노숙인컴퓨터 거주자의 자살생각율은 30.6%로 높게 나타난 것과는 다른 결과이다. 즉 노숙인 컴퓨터 거주자라고 하여도 연령층에 따라 특성이 다를 수 있으며, 이에 따른 중재방안이 달라야 함을 제시하고 있다.

노숙인 컴퓨터거주 노인의 초기 치매를 진단하기 위해 시행한 KDSQ-C 검사결과 MMSE- KC의 검사를 요하는 대상자가 약 30%(11명)로 분석되었는데, 본 도구를 이용하여 노인 및 노숙인의 초기 치매사정을 실시한 연구는 찾을 수 없어 비교가 불가능하였다. 연구결과 노숙인 컴퓨터거주 노인의 우울수준은 경증우울로 분석되었으며, 58.6%가 우울에 속하는 것으로 나타났으며 이들의 우울과 관련이 있는 주요 요인은 규칙적 운동, 주관적 건강인식 및 자살생각율로 분석되었다. Park과 Lyu(2004)가 부산시 컴퓨터거주자 153명을 조사한 결과, 평균 중증도 우울을 나타냈으며, 정상은

28.1%뿐이었다. Han 등(2001)이 서울지역 쉼터 노숙자 220명을 대상으로 정신장애를 진단한 결과, 주요 우울장애의 현재 유병율은 20%이고, 평생유병율은 30.9%로 나타났다. 이는 그 시점 한국남자의 평균 유병률 1.9%보다 10배 이상 높은 수준이었다. Stergiopoulos과 Herrmann(2003)는 노숙인 쉼터 거주자 중 65세 이상 남자의 15-66%가 우울증상을 보인다고 보고하였다. Joyce와 Limbos (2009)는 55세 이상의 노숙인 쉼터 49명을 대상으로 GDS-15를 이용해 조사한 결과 우울은 22.4%로 분석되었으며, MMSE (Mini-Mental State Examination)로 인지장애를 측정된 결과 37.9%가 인지장애가 있는 것으로 보고하였다. 한편 광역시의 일반노인을 대상으로 한 연구(Lee, Kim, & Jung, 2009)에서는 우울(동일도구사용)이 평균 4.22로 정상군에 포함되어 일반 노인과 노숙인 노인의 우울에 차이가 있음을 확인하였다. 이러한 결과들은 모두 본 연구결과를 지지하는 것으로서 요약하면 노숙인 쉼터 노인의 우울상태는, 일반인에 비해 매우 높기 때문에 이들을 대상으로 우울의 조기사정 및 추후관리가 필요하다. Joyce와 Limbos(2009)에 의하면 우울 등 정신질환은 방치할 경우 더욱 심한 장애를 초래하므로 조기발견과 치료가 필요하다고 강조하면서, 본인의 연구에서 간단한 GDS-15, MMSE를 이용하여 검진한 결과 새로운 이상자를 37%를 발견하여 관리를 할 수 있게 되었으므로 주기적으로 노숙인 쉼터를 방문하여 스크리닝을 통한 신환발견 및 추후관리가 필요하다고 제안하였다. Ploeg 등(2008)은 노인 노숙인에게 있어 우울과 인지장애를 포함한 정신건강문제는 그들에게 있어 가장 두드러진 특징이므로 중점적으로 이를 관리해야 한다고 제안하고 있어, 차후 연구에서는 우울 뿐 아니라 좀 더 정밀한 인지사정도구를 포함한 조사가 추가될 필요가 있다. O'Connell(2004)도 노숙인 우울은 치료하지 않을 경우 우울증이 없는 노숙인에 비해 최소 2배 이상의 의료비를 지출하는 문제이나 상대적인 관심이 부족하고, 치료도 응급실 등에서의 일회성에 국한하여 지속적인 관리가 되고 있지 않음을 지적하였다. 그는 우울로 진단된 사람들은 약의 처방뿐 아니라 스트레스 감소대책, 주기적인 산책 등의 운동, 감정입적인 친구들과 대화하기 등의 지속적인 관리가 필요하다고 제안하였다.

이러한 우울과 통계적으로 유의한 관련이 있는 것으로 분석된 노숙인의 규칙적 운동에 대한 연구는 확인할 수가 없었으나, 규칙적인 운동은 뇌의 즐거움 중추(pleasure center)를 자극해서 가벼운 우울을 치료하는데 효과적인 것으로 보고되고 있다. 한 연구보고에 의하며 156명의 우울 노인들을 3집단(항우울제 치료 집단, 에어로빅운동 제공집단, 항우울제와 운동 제공집단)으로 나누어서 16주간동안 프로그램을 진행한 결과 세 집단 모두가 상태가 호전되었는데, 두 가지를 모두 병행한 집단의 참가자 중 68.8%, 약만 투여한 집단의 65.5% 그리고 운동만 한 집단의 참가자 60.4%가 치료 후 더 이상 우울의 임상범주에 속하지 않게 되었다(Better Health Channel, 2011). Park(2009)은 노인의 경우에는 우울 감소의 목적 이외에도 저하되는 신체 기능을 유지하여 일상생활수행능력을 유지하기 위해서 매우 중요한 건강행동이라고 강조하였다. 이상의 결과들은 본 연구결과를 지지하는 것으로, 운동은 우울 뿐 아니라 노인의 신체기능유지를 통한 일상생활 활동유지를 위해서도 매우 중요한 활동임을 확인할 수 있었다.

Lee와 Kim(2010)이 2007년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여 분석한 결과, 노인의 만성질환자체보다 노인이 스스로 지각하는 주관적 건강인식이 노인우울과 의미있는 관계가 있다고 보고하였다. 또한 Han, Kang, Yoo와 Phee(2009)가 제 1-3기의 국민건강영양조사 자료를 이용하여 노인의 자살생각 결정요인을 연구결과에서 우울, 주관적 건강인식, 규칙적 운동이 자살생각에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 이처럼 일반 노인의 주관적 건강인식, 자살생각율과 우울과의 관계에 대한 연구는 많으나, 노숙인 쉼터거주 노인의 우울과 주관적 건강인식, 자살생각율간의 관계에 대한 연구는 찾아볼 수 없었다. 단지 심리적 안정감을 포함한 삶의 질 도구를 이용하여 도시 노숙인에게 적용한 연구를 찾아볼 수 있었다. Han 등(2001)은 도시 노숙인의 삶의 질에 대한 연구에서 여러 변인들 중 자신이 지각한 건강상태, 자살 과거력, 우울장애 유무가 삶의 질과 관련이 있다고 보고했고, Yoon과 Rho(2005)가 도시 노숙자의 삶의 질 예측요인을 연구에서 인지된 건강상태가 그들의 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 이러한 결과들을 고찰할

때, 노인 노숙인의 우울과 주관적 건강인식 및 자살생각율은 관련이 있는 것으로 유추하여 해석 할 수 있다.

한편 Lee 등(2007)은 노숙인의 건강문제에 대한 전체적인 추이를 분석한 결과, 초창기의 “외상” 중심에서 이제는 만성질환 중심으로 점차 변화해가므로 현재의 응급적인 의료지원에서 점차 만성질환에 대한 지속적이고 체계적인 관리로의 정책적 변화가 모색되어야 함을 강조하였다. 이를 위해 일차 공공의료기관과 민간 의료기관의 적절한 연계를 통해 주기적인 관리가 이루어져야 하는데, 특히 쉼터거주자를 위해서 주기적 건강상담과 검진, 결핵, 당뇨병, 우울 등 만성질환 진료를 제도화할 필요가 있다고 제안하였다. Lee 등(2003)은 노숙자 쉼터는 대상자의 건강상태 정도를 살펴서 전문화해야 한다고 제안하면서, 특히 노숙자 정신보건센터(일반정신보건서비스 팀과 알코올서비스팀)는 인근의 일반쉼터와 연계하여 쉼터 노숙자의 정신보건에 대한 사정, 상담, 치료, 재활프로그램 제공 등의 정신보건서비스를 제공하도록 할 필요가 있다고 강조하였다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 노숙인쉼터에 거주하는 65세 이상 거주자의 일반적 특성, 건강행태, 주관적 건강인식, 정서 및 인지상태와 우울정도에 대해 파악하고 우울과 관련 되는 요인이 무엇인지를 파악하기 위한 목적으로 수행되었으며 연구의 주된 결론은 다음과 같다.

노숙인쉼터 노인 집단에 고학력자들의 비율이 높아 이전과는 다른 특성을 가지고 있으며, 부부가 함께 사는 가정의 비율이 낮음을 볼 때 노년기에 노숙인이 되는 요인 중의 하나가 가정해체 등 지지체계의 부족임을 확인할 수 있었다. 건강행태와 관련되어 흡연 및 음주율은 전체 노숙인보다는 매우 낮았지만, 일반 노인에 비교하면 높은 비율이고, 대상자의 활동수준 역시 일반 노인에 비해 매우 낮아 건강행태는 상대적으로 좋지 않은 것으로 분석되었다. 주관적 건강상태는 거리 노숙인에 비해 자신의 건강을 양호하게 평가하였고, 더 나아가 일반노인들 보다 노숙인 쉼터 노인들이 상대적으로 자신의 건강을 좋게 평가하였다. 스트레스 인지율은 일반 남자노인에 비해 매우 높았으나, 일반 노인에 비

해 노숙인쉼터 노인의 자살 생각율은 낮게 나타났다.

노숙인 쉼터거주 노인의 우울상태는 일반인에 비해 매우 높게 나타났으며, 대상자의 규칙적 운동, 주관적 건강인식 및 자살생각율과 우울 간에 통계적으로 의미 있는 관련이 있었다. 이러한 결과를 볼 때 노숙인 쉼터 거주자라고 하여도 연령층에 따라 특성이 다를 수 있으며, 이에 따른 중재방안이 달라야 함을 알 수 있다. 일반 노숙인 쉼터는 노인들만을 대상으로 하는 쉼터가 아니므로 다른 연령층과 다른 특성을 가진 소수의 노인 노숙인들은 자신들을 위한 서비스가 없는 곳에서 상대적인 불이익을 받을 수 있다고 사료된다. 또한 지금까지 전담 건강관리담당자가 없는 노숙인 쉼터에서 노화와 건강악화 특히 우울 등 노인 노숙인들의 특징적인 문제를 해결할 수 있는 시스템이 부재한 상황이어서 이에 대한 대책마련이 시급하다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구대상자가 전수가 아니므로 본 연구결과를 일반화 할 수 없다. 둘째, 남성 노인들만 대상으로 한 것이므로 노숙인쉼터 여성노인의 특성을 반영하고 있지 않다. 셋째, 연구대상자들이 속한 쉼터의 주체가 기독교 재단인 경우가 대부분으로 그 특성상 비흡연자와 비음주자의 비율이 높게 나타났다.

본 연구결과 및 제한점을 고려한 결과 다음과 같은 제언을 한다.

첫째, 본 연구는 일부 노인 노숙인만을 대상으로 한 것이므로 차후에는 전체 노인 노숙인(약 386명)을 대상으로 연구가 이루어질 필요가 있다.

둘째, 노인 노숙인에게 있어 우울과 인지장애를 포함한 정신건강문제는 그들에게 있어 가장 두드러진 특징이므로 이에 대한 관리가 필요하다. 차후 연구에서는 좀 더 정밀한인지도구를 포함한 조사가 시행될 필요가 있다.

셋째, 노인 노숙인은 그들만의 다양한 특성과 그에 따른 요구를 가지고 있으며, 그 수 또한 증가하고 있으므로 노인 노숙인만을 위한 노숙인 쉼터의 확대가 시급히 필요하다.

넷째, 모든 노숙인쉼터는 일차건강관리기관(정신보건센터 포함) 및 지역 내 민간의료기관과 긴밀하게 연계하여 간단한 검사지등을 이용한 주기적인 건강검진

을 실시하여 조기에 신체 및 정신건강문제를 확인하고 이에 따른 지속적인 추후관리를 할 필요가 있다.

다섯째, 노숙인쉼터 여성은 남성과는 매우 다른 특성이 있으나, 그 숫자가 적고 이들에 대한 연구결과는 매우 제한적이다. 특히 여성노인에 대한 자료는 찾아볼 수 없는 상태이므로 노숙인 여성 및 여성노인을 대상으로 한 연구가 필요하다.

References

- Better Health Channel. (2011). *Depression and exercise*. Retrieved July 21, 2011, from <http://www.betterhealth.uic.gov.ou>.
- Choi, H. J. (2006). Depression and cognitive function of the elderly using the welfare facilities for the aged in the community. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 20(2), 119-129.
- Crane, M., & Warnes, A. M. (2010). Homelessness among older people and service responses. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20, 354-363.
- Han, O. S., Hong, J. P., Ha, J. H., Lee, C., Kim, C. Y., Lee, D. W., & Park, J. I. (2001). Prevalence of mental disorder and quality of life among the homeless people in a city shelter. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 40(5), 804-812.
- Han, S. S., Kang, S. W., Yoo, W. K., & Phee, Y. G. (2009). A study of the determinants of suicidal ideation among the elderly in Korea. *Health and Social Welfare Review*, 29(1), 192-212.
- Han, Y. R., Song, M. S., Yoon, H. S., & Choi, A. S. (2009). *Health status of homeless shelter residents and suggestions of applicable strategies to customized visiting health care service*. Unpublished manuscript.
- Joyce, D., & Limbos, M. (2009). Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men. *Canadian Family Physician*, 55(1110-1), e1-6.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Lee, J. A., & Kim, J. M. (2010). Depression and health status in the elderly. *Journal of Korean Gerontological Society*, 30(4), 1311-1327.
- Lee, B. J. (2009). *Cooperation and the direction of Christian Mission for the homeless*. Retrieved February 25, 2009. In Homeless survey reports and debates. Symposium conducted at the meeting of Korea Diakonia, Seoul.
- 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, T. J., Seo, D. W., Kim, M. S., Nam, G. C., & Kim, S. M. (2003). *Strategy for supporting system for homeless and tramp*. Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare.
- Lee, T. J., No, D. M., Nam, G. C., Jeong, W. O., Joo, Y. S., Kim, S. M., & Woo, S. H. (2007). *Evaluation and improvement strategy for homeless policy*. Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. (2009). *Customized visiting health service guidebook*. Retrieved March 2, 2010, from <http://www.mw.go.kr/front/sch/search.jsp>
- Ministry of Health and Welfare. (2010). *2009 Health and welfare white paper*. Retrieved July 22, 2011, from <http://www.mohw.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare & Korea

- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *2006 National Health and Nutrition Survey*. Retrieved July 21, 2011. from <http://knhanes.cdc.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *2009 National Health Statistics: National Health and Nutrition Survey*. Retrieved July 21, 2011. from <http://knhanes.cdc.go.kr>
- Ministry of Government Legislation. (2011). *Act on welfare and support of self reliance for homeless*. Retrieved July 22, 2011, from <http://www.mole.go.kr>
- Nam, E. W., Ryu, H. G., & Shin., S. H. (2000). The study of homeless' health behavior in Pusan area. *Journal of Korean Public Health Association*, 26(2), 189-200.
- O'Connell, J. J. (2004). *The health care of homeless persons: IV-depression*, Boston Health Care for the Homeless Program.
- Park, H. S., & Lyu., S. J. (2004). A study on the health status among the homeless in shelters. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(4), 655-664.
- Park, S. Y. (2009). A study on depression, ADL, IADL, and QOL among community - dwelling, low income elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 23(1), 78-90.
- Ploeg, J., Hayward, L., woodward, C., & Johnston, R. (2008). A case of a canadian homelessness intervention programme for elderly people. *Health and Social Care in the Community*, 16(6), 593-605.
- Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., & Katz, I. (2002). Geriatric depression: diagnosis and treatment. *Journal of the American Society on Aging*, 26(1), 28-31.
- Stergiopoulos, V., & Herrmann, N. (2003). Old and homeless: A review and survey of older adults who use shelters in an urban setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(6), 374-491.
- Song, H. J., Cho C. H., Kang, J. H., Hwang, W. S., & Han, H. K. (2000). Health status and behavior of homeless in seoul. *Journal of Korean Academy of Family Medicine*, 21(3), 357-366.
- Song, M. S., Song, H. T., & Mok, J. Y. (2003). Community based cross-sectional study on the related factors with perceived health status among the elderly. *Journal of Korean Gerontological Society*, 23(4), 127-142.
- Statistics Korea (2010). *Number of unemployment, employment rate trends*. Retrieved July 22, 2011, from http://www.index.go.kegams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1063&bbs=INDX_001
- Turnbull, J., Muckle, W., & Masters, C. (2007). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9), 1065-1066.
- Yoon, K. A., & Rho, B. I. (2005). Factors contributing to the quality of life of the urban homeless. *Korean Journal of Social Welfare*, 57(1), 219-243.

Depression Related Factors of Elderly Residence in Homeless Shelters

Han, Young Ran(Professor, Dongguk University, Department of Nursing)

Yoon, Hee Sang(Assistant Professor, Seoul women's College of Nursing)

Choi, Ae Sook(Full-time Lecturer, Hyecheon University, Department of Nursing)

Purpose: This study was conducted to investigate the level of health behaviors, perceived health status, emotional and cognitive conditions and depression of the elderly residence in homeless shelters, and to identify related factors on their depression. **Method:** This was a descriptive study using a questionnaire. Geriatric Depression Scale (GDS-15) was used for examining depression, and other questionnaire were adopted and modified from the customized visiting health care service. **Result:** The 41 subjects displayed mild depression (5.34 ± 3.33). The majority were non-smokers (73.2%) and non-drinkers (85%), and 81.1% of the subjects did light activities with 74.4 % performing regular exercise more than once per week. Perceived health status was above average in 70.7%, and feeling stress (70.7%), suicidal thoughts (12.2%) and abnormal KDSQ-C (29.3%) were shown in emotional and cognitive conditions. Depression had a significant relationship with regular exercise ($t=3.61$, $p=.001$), perceived health status ($t=3.47$, $p=.041$) and suicidal thoughts ($t=2.85$, $p=.007$). **Conclusion:** It is necessary to increase shelters for the elderly homeless and construct the system for examining not only their physical health but also their psychological problems, and to ensure long-term care recognizing their unique characteristics and needs, and their increasing number.

Key words : Elderly, Homeless, Depression, Health behavior, Cognition