

ICF 모델에 근거한 저소득 재가노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 연구*

한 숙 정** · 김 효 선***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 총인구 중 65세 이상 노인인구비율은 2013년 현재 12.2%이며, 2050년에는 40%에 육박할 것으로 예측되는 가운데, 우리나라는 이미 2000년에 노인인구비율 7.2%로 UN기준에 의한 고령화 사회에 진입하였고, 2018년 고령사회, 2026년 초고령사회에 다다를 전망이다. 85세 이상 초고령 인구비율도 빠른 속도로 증가하고 있어 2013년 현재 0.9%에서 2050년에 7.7%까지 증가할 것으로 내다보고 있다(Statistics Korea, 2013). 고령화 사회의 주된 원인 중 하나는 의학기술의 발달과 소득증가 및 이로 인한 생활수준 향상으로 기대수명이 늘어난 것으로 '장수'에 대한 인류의 꿈이 이루어졌다고 볼 수 있겠으나, 노년기에는 역할상실, 경제적 어려움, 건강의 위협, 고독과 소외감, 우울, 죽음에 대한 두려움 등과 같은 여러 가지 어려움을 겪게 된다.

우리나라의 65세 이상 노인빈곤율은 OECD 국가

중 1위로 2009년 45.0%에서 2013년 47.2%로 더욱 증가하였는데, 이는 OECD 평균 12.5%와 비교해볼 때 약 41.3%포인트의 큰 격차를 보이는 높은 수준이다. 노인소득의 상대적 수준과 노인빈곤율에 기초하여 OECD 국가를 분류해본 결과 한국은 노후소득 위험도가 높은 국가, 즉 전체인구소득 대비 노인 소득의 크기가 적고 노인빈곤율이 높은 국가로 분류되었다(OECD, 2013).

저소득 재가노인이란 시설보호를 받지 않고 일반가정에서 생활하는 최저생계비 이하의 소득으로 생활하는 노인을 지칭한다. 국민기초생활보장법 시행령 제3조 2항에서 실제소득이 최저생계비의 120%미만인 계층을 차상위계층이라 하여 저소득층으로 분류하고 있다. 2012년 고령자 중 기초생활보장 수급자의 비율은 6.4%이고, 전체 기초생활보장수급자 130만명 중 노인의 비율은 28.9%이었다(Statistics Korea, 2013). 저소득층 노인의 경우 경제적 기반이 열악하고 고령 및 건강의 악화로 인해 치료에 소요되는 비용이 노인의 경제적 상황을 악화시킬 수 있어 건강보호 및 의료 문제가 더욱 심각할 수 있다. 저소득층 노인의 보건의

* 이 논문은 2013학년도 삼육대학교 교내학술연구비 지원에 의해 수행된 연구임.

** 삼육대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: hansj@syu.ac.kr)

*** 삼육대학교대학원 석사과정

투고일: 2014년 7월 21일 심사회의일: 2014년 7월 29일 게재확정일: 2014년 8월 29일

• Address reprint requests to: Han, Suk-Jung

Department of Nursing, Sahmyook University

Hwarangro-815 nowon-gu, Seoul, 139-742

Tel: 822-3399-1591 Fax: 82-2-3399-1594 E-mail: hansj@syu.ac.kr

료 실패를 파악한 결과 저소득 노인일수록 신체적 기능장애를 갖게 되는 비율이 높고 만성질환 유병율의 절대수치도 높아 전반적으로 사회경제적 취약한 상태에 놓여있다(Yang, 2012).

노년기 건강문제에 관한 최근의 연구들은 생화학적, 생리학적 신체 여건에 초점을 두는 질병보다는 일상생활을 영위하기 위해 노인이 받아야 할 도움에 초점을 두는 장애(disability)에 관심을 보여왔다. 장애는 생리학적 기능 뿐 아니라 일상생활에 필요한 활동을 수행하는 능력까지 고려하는 실용적이고 포괄적인 개념이라고 할 수 있다(Femia, Zarit, & Johansson, 2001). 특히 WHO의 국제기능장애건강분류(International Classification of Functional, Disability and Health, ICF)는 개인의 건강상태를 신체기능과 신체구조에만 국한하지 않고, 일상생활을 포함한 개인의 활동, 사회활동 및 직업 등을 포함한 개인의 참여, 가치관과 욕구 등을 포함한 개인적인 요인과 환경적 요인을 종합하여 파악하고 있어(Ministry of Health & Welfare, 2004), 다양한 연구에서 개념들로 사용되고 있다. Kim (2012)은 ICF의 신체기능, 활동과 참여, 환경요인, 개인요인으로 분류된 핵심지표를 바탕으로 농촌지역 거주 노인의 우울 예측 모형을 구축하였다. 그 외에 국내에서는 장애인, 근골격계질환, 뇌·척수손상 환자를 대상으로 재활의학, 작업치료 분야에서 ICF를 활용한 연구들이 다수 있으며, 국외는 연구대상 및 분야가 좀 더 확장되어 유병암환자를 대상으로 수행된 연구들이 최근 증가되고 있다.

우울은 비판적 사고, 이분법적 사고와 같은 인지적 기능, 슬픔, 좌절감, 상실감 등과 같은 정서적 기능, 나아가 무력감, 의욕상실과 같은 동기적 측면, 그리고 식욕부진, 불면증, 피로감, 체중감소 등과 같은 생리적 기능을 포괄하는 인간의 전기능에 영향을 미치는 문제이다(Kim & Kim, 2007). 또한 우울은 노년기에 가장 자주 발생하는 만성 정신질환 중 하나이다. 노년기에 경험하는 배우자 및 친지들과의 사별, 자녀의 독립, 은퇴 및 신체·정신 기능 저하와 관련된 사회적 고립 등으로 인해 노인들은 우울증 발생의 여러 위험요인을 가진 취약계층이라고 할 수 있다(Kang & Park, 2012). 노년기 우울증은 매우 흔하지만 의학적, 사회적, 경제적으로 중대한 건강문제로 환자에게 큰 고통과

심각한 기능상실을 일으킨다. 노인 우울증 환자가 1.5년에서 2년 사이에 치매로 발병할 확률이 일반 노인에 비해 약 3배 높았고, 7년간 노인 우울증 환자를 추적한 결과 30.8%가 치매로 전환되었다. 또한 우울증은 노인자살 설명요인 중 단일요인으로는 가장 결정적인 요인이기도하다(Kim & Kim, 2007). 노년기 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에 의하면 인구사회학적 요인으로 성별, 연령, 학력수준, 결혼상태, 경제수준(Jung, 2007; Kang, 2011; Kim, 2012; Kim, Yoo, & Park, 2009; Lee & Kim, 2005; Park & Hong, 2013; Sohn, 2013) 등의 요인들이 우울 발생률에 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한 만성질환, 건강지각, 삶의 만족도, 일상생활활동/도구적일상생활활동, 사회참여, 사회적지지(Cho & Park, 1997; Jung, 2007; Kang, 2011; Kang & Park, 2012; Kim, 2012; Kim, Lee, & Chung, 2000; Kim, Yoo, & Park, 2009; Lee & Kim, 2005; Park & Hong, 2013; Sohn, 2013) 등이 우울에 영향을 주는 요인들로 나타났다.

특히 저소득 노인의 우울 유병율은 69.8%로 나타나 지역사회 거주 노인의 유병율 30% 보다 2배 이상 높게 나타났다(Kang, 2011).

저소득 노인의 우울에 대한 선행연구를 살펴보면 단일군의 연구 대상자의 총 우울점수 평균을 사용하여 인구학적 특성 및 주요 변수들과의 관계 및 영향정도를 분석하였다. 또한 정상군과 우울군으로 분류하여 영향요인에 대한 군간 비교연구(Abe, Fujise, Fukunaga, Nakagawa, & Ikeda, 2012; Jung, 2007; Kim, Yoo & Park, 2009; Park & Hong, 2013)를 실시한 경우는 우울도구의 절단점 미만을 정상군, 그 이상은 우울군으로 나누어 두 군을 비교하였으나 연구에 따라 절단점에 차이가 있었다. 우울은 전혀 우울을 경험하지 않은 정상의 범주에서부터 정신치료의 도움을 필요로 하는 비정상의 범주에 이르기까지 연속적인 특성을 갖는다. 본 연구에서는 우울의 이러한 특성을 반영하기 위하여 GDSSF-K의 점수에 따른 분류기준(Kee, 1996)에 따라 0~4점을 정상군, 5~9점을 위험군, 10~15점을 우울군으로 분류하고 이에 따른 우울 영향 요인을 비교해보고자 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 국내 저소득 재가노인의 우울 정도에 따른 영향요인을 파악하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 우울 정도에 따른 개인요인, 신체심리기능, 활동, 참여, 환경요인의 차이를 비교한다.
- 우울과 우울 영향요인들 간의 상관관계를 파악한다.
- 우울 정도에 따른 우울 영향요인을 비교한다.

3. 개념적 기틀

본 연구는 WHO가 제정한 국제기능장애건강분류모델(International Classification of Functional, Disability and Health, ICF)을 근거로 농촌거주 노인의 우울예측모형을 구축한 Kim (2012)의 모형을 토대로 우울에 영향을 미치는 요인을 구성하였다 (Ministry of Health & Welfare, 2004).

ICF 모델의 구조를 살펴보면 '건강'이라는 개념으로 장애의 문제를 바라보는 종합적인 시각을 제시하고 있으며, 인간의 기능과 기능 제한과 관련된 상황에 대한 설명을 제공하기 위해 크게 '기능과 장애 측면'과 '배경요인 측면'의 두 부분으로 나누어진다. 기능과 장애 측

면은 '신체심리기능', '활동'과 '참여'로 나누어지고, 배경요인 측면은 '환경요인'과 '개인요인'으로 구성된다 (Ministry of Health & Welfare, 2004).

본 연구에서는 건강상태(이상/질병)에 우울, 개인요인에 연령, 성별, 결혼상태, 학력수준, 기초생활보장수급자 유무, 월수입, 그리고 환경요인에 사회적지지를 변인으로 하였고, 신체심리기능에 만성질환의 수, 건강지각, 삶의 만족도, 활동에 일상생활활동/도구적일상생활활동, 참여에 직업/일 유무를 변인으로 하였다 (Figure 1).

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 저소득 재가노인의 우울 정도에 따라 정상군, 위험군, 우울군으로 나누어 세 군간의 ICF 모델을 근거로 개인요인(성별, 나이, 교육정도, 경제상태, 결혼상태, 기초생활수급자 유무), 환경요인(사회적지지), 신체심리기능(만성질환 수, 건강지각 및 삶의 만족도), 활동(일상생활활동, 도구적 일상생활활동), 참여(직업/일)를 비교분석하고 우울 영향요인을 파악하기 위한 서술적 비교연구이다.

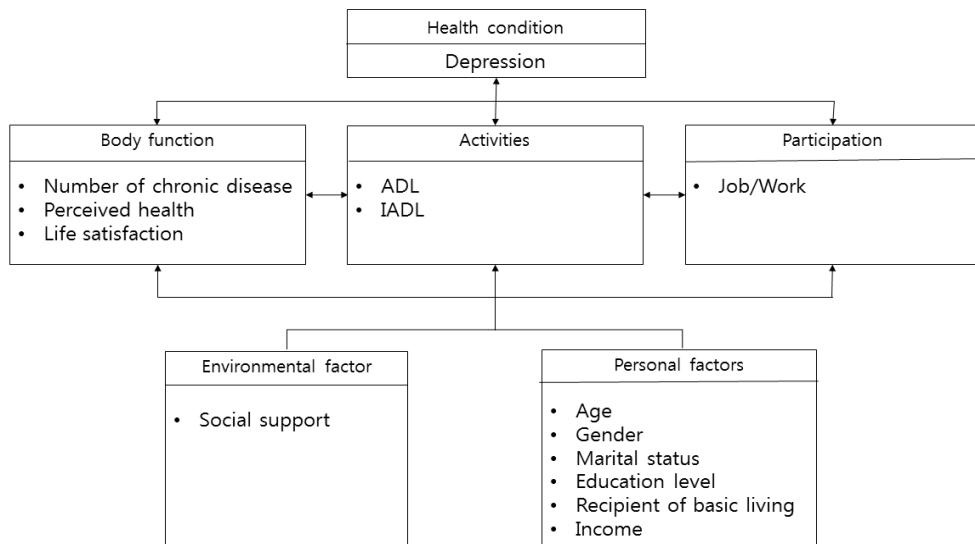


Figure 1. Study Framework

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 수도권 소재 2개 보건소의 방문보건사업 대상자 중 저소득 재가노인을 대상으로 연구목적에 이해하고 자발적으로 서면동의한 대상자에게 구조화된 설문지를 이용하여 자료수집을 실시하였다. 대상자는 60세 이상 재가노인 중 기초생활보호대상자 혹은 차상위계층으로 거동이 가능하고 의사소통에 문제가 없는 자로 선정하였다.

대상자수는 G*power 3.19.2 프로그램을 이용하여 유의수준 .05, 검정력 .80, 다항로지스틱회귀분석에 필요한 최소 표본 크기는 209 명으로 산출되었다. 본 연구에서는 설문지 220 부를 배부하여 응답이 불완전한 설문지 15부를 제외한 총 205부를 자료분석에 사용하였다.

자료는 S대학교 IRB심사위원회의 승인을 받은 후 (SYUIRB2013-072) 2013년 10월부터 2014년 4월 까지 수집하였다. 자료수집을 위해 해당 보건소의 방문보건팀장의 허락을 받고 방문보건사업 대상자 중 연구대상자 기준에 적합한 명단을 받아 연구원이 대상자에게 전화통화하여 방문 및 연구에 대한 설명을 하고 이에 수락한 대상자를 찾아가 설문조사를 실시하였다. 수집된 자료는 익명으로 처리되고 연구목적 외에는 결코 사용하지 않을 것이며 언제든지 연구참여를 철회할 수 있음을 설명하였고, 연구 참여자에게 소정의 선물을 제공하였다.

3. 연구 도구

1) 건강상태

건강상태(이상/질병)(health condition (disorder or disease)) 요인으로 본 연구에서는 저소득 재가노인의 우울로 보았다.

(1) 우울

우울(depression)은 한국판 노인우울척도단축형(Geriatric Depression Scale-Short Form Korean Version, GDSSF-K)(Kee, 1996)을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 15개 문항으로 '예' 1점, '아니오' 0점으로 점수가 높을수록 우울상태가 심하다고 보고 있다. 5점 미만이면 정상, 5-9점이면 우울의 가능성이

높은 것으로 보며 10점 이상이면 우울증으로 진단한다. 본 연구에서 Kuder-Richardson 20(KR20)을 사용한 도구의 내적일관성은 .884이었다.

2) 개인요인

개인요인(personal factor)은 한 개인의 생활 그리고 생활방식의 독특한 배경으로서 건강조건이나 건강상태의 일부가 아닌 개인의 특징을 구성한다(Kim, 2012). 본 연구에서는 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 기초생활보장 수급자 유무, 월소득을 포함하였다. 결혼상태는 기혼(배우자와 동거), 사별, 이혼과 별거, 미혼으로 나누어 조사하였고, 교육정도는 무학, 초등학교(중퇴 및 졸업 포함), 중학교(중퇴 및 졸업 포함), 고등학교이상(중퇴 및 졸업 포함)으로 분류하였고, 소득은 50만원이하, 50~100만원, 101만원이상으로 나누어 조사하였다.

3) 환경요인

환경요인(environmental factor)은 사람들이 삶을 영위하고 있는 물리적, 사회적, 심리적 환경을 구성하며(Kim, 2012), 본 연구에서는 사회적지지 도구로 측정된 점수를 의미한다.

(1) 사회적지지

사회적지지(social support)는 개인의 삶에서 스트레스 상황에 노출되었을 때 사회적 결속을 통해 상호인간적인 도움을 받을 수 있는 지지를 의미하며, 본 연구에서는 Song (1993)이 노인의 지각된 사회적 지지 정도를 특정하기 위해 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 정보적 지지 6문항, 물질적 지지 5문항, 감정적 지지 5문항, 자존감 지지 4문항으로 총 20개 문항으로 구성되어 있으며 Likert 4점 척도로 최저 20점부터 최고 80점까지 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha=.952이었다.

4) 신체심리기능

신체심리기능(body function)은 신체계통의 생리학적 기능(physical function)과 심리적 기능(psychological function)을 의미하며, 신체는 인간의 모든 기관을 가리키므로, 뇌, 그리고 뇌의 기능이 포함되어 정신적, 심리적 기능도 포함된다(Ministry of Health &

Welfare, 2004). 본 연구에서는 만성질환 수, 건강지각, 삶의 만족도를 측정할 점수를 의미한다.

(1) 만성질환 수

대상자가 의사로부터 진단받은 만성질환의 총 개수를 의미하며 환자와 보호자에게 설문조사 시 얻은 자료를 토대로 하였다.

(2) 건강지각

건강지각(perceived health status)은 현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 것으로 본 연구에서는 Hong (1998)의 도구를 이용하여 측정할 점수를 의미한다. 3문항 Likert 5점 척도로 '매우 나쁘다' 1점, '매우 좋다' 5점으로 점수가 높을수록 건강상태지각이 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha = .895이었다.

(3) 삶의 만족도

삶의 만족도(life satisfaction)는 매일의 생활을 구성하는 활동으로부터 기쁨을 느끼고, 자신의 목적을 성취하였다고 느끼고, 긍정적 자아상을 지닌, 자신을 가치있다고 여기고, 낙천적인 태도와 감정을 유지하는 것이며, 생활 전반에 대한 행복과 만족의 주관적 감정과 현재 상황에 대한 만족뿐만 아니라 과거와 현재까지의 생활에 걸친 종합적인 만족을 의미한다(Neugarten, Harvighust, & Tobin, 1961). 본 연구에서는 Neugarten 등(1961)이 개발한 도구를 Lee (1999)가 번안하여 사용한 도구를 사용하였는데, 총 14문항으로 구성되어있으며 3점 척도로 이루어져 있고 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha = .840이었다.

5) 활동

활동(activities)은 개인에 의한 일상행위 혹은 임무수행을 의미하며(Ministry of Health & Welfare, 2004), 본 연구에서는 Song (1993)이 개발한 신체적 기능 상태 도구로 측정할 일상생활활동/도구적 일상생활활동(ADL/IADL) 점수를 의미한다. 이 도구는 ADL 7문항, IADL 8문항 총 15개 문항으로 이루어져 있으며, Likert 4점 척도로 '할 수 없다' 1점, '잘한다' 4점으로 점수가 높을수록 일상생활활동을 잘함을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha = .920이었다.

6) 참여

참여(participation)는 실질적인 생활 상황에서의 연루를 의미하며(Ministry of Health & Welfare, 2004), 본 연구에서는 직업/일 여부를 의미하며 대상자가 집안일 이외에 밖에 나가서 경제적 보탬이 되기 위해 하는 모든 활동에 참여하는 것을 의미한다. 정규직을 포함하여 임시직 혹은 일용직, 또한 소일거리로 폐휴지 수집 등을 하는 것도 포함하였다. '예', 혹은 '아니오' 로 응답하도록 하고 구체적인 일을 기술하도록 하였다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 IBM SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 우울정도에 따른 개인요인, 환경요인, 신체심리기능, 활동, 참여의 차이는 기술통계와 χ^2 -test, Fisher's exact test, ANOVA 검증을 실시하고 Scheffe 사후검증을 실시하였다.
- 대상자의 우울과 우울 영향요인들 간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 산출하였다.
- 우울정도에 따른 우울 영향요인을 파악하기 위하여 정상군을 준거집단(reference group)으로 위험군 및 우울군에 대하여 다항로지스틱회귀분석(multinomial logistic regression)을 시행하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 우울정도에 따른 개인요인, 환경요인, 신체심리기능, 활동, 참여의 차이 비교

대상자의 우울은 15점 만점에 평균 7.57점이었고, 우울점수 0~4점의 정상군은 평균 1.71±1.44점, 5~9점의 위험군은 평균 7.31±1.37점, 10~15점의 우울군은 평균 12.01±1.61점이었다.

대상자의 개인요인으로 먼저 대상자 전체의 평균 연령은 77.4±6.9세였으며, 정상군, 위험군, 우울군 간에 유의한 차이는 없었다. 성별은 여성이 155명(75.6%)으로 남성보다 많았고, 여성 155명 중 정상군 35명

(22.6%), 위험군 60명(38.7%), 우울군 60명(38.7%)으로 위험군과 우울군이 상대적으로 많았으며, 남성에 비해 위험군과 우울군에 더 많이 분포되어 있는 것을 알 수 있다($\chi^2=8.07, p=.018$). 결혼상태는 39명(19%)이 기혼이며 배우자와 함께 살고 있었고, 132명(64.4%)은 사별한 상태이었으며, 34명(16.6%)은 이혼 혹은 별거한 상태였다. 학력은 초등학교중퇴 및 초등학교졸업자 80명(39%), 무학 61명(29.8%), 중학교중퇴 및 중학교졸업자 32명(15.6%)의 순으로 많았고, 각 군 간에 유의한 차이가 있었다($\chi^2=13.04, p=.041$). 기초생활보장 수급자는 140명(68.3%)이었고, 월소득은 50만원이하가 153명(86.0%)으로 대부분이었으며 각 군 간에 유의한 차이는 없었다.

환경적 요인인 사회적지지는 80점 만점에 평균 43.74±14.73점이었고, 정상군, 위험군, 우울군 순으로 유의하게 높게 나타났다.

신체심리기능 중 만성질환수는 평균 2.82±1.29개였고, 정상군은 평균 2.36±1.20개, 위험군은 평균 2.77±1.09개, 우울군은 3.21±1.42개로 우울정도가 높을수록 만성질환의 수는 우울정도에 따른 군별 차이가 있었다($F=7.58, p=.001$). 건강지각은 15점 만점에 평균 8.84±3.13점, 삶의 만족도는 42점 만점에 평균 25.03±6.00점이었고, 건강지각과 삶의 만족도는 정상군, 위험군, 우울군 순으로 유의하게 높게 나타났다. 활동은 ADL/IADL로 측정하였고, 60점 만점에 평균 54.19±7.17점이었고, 정상군에 비해 우울군이 유의하게 낮았다($F=7.77, p=.001$). 참여는 직업 혹은 일이 있는 사람의 수로 측정하였는데, 전체 14명(6.8%)으로 매우 적었으며, 주로 택시, 야채장사, 폐지수집 등 소일거리가 대부분이었다. 각 군별로 정상군 8명(14.3%), 위험군 4명(5.6%), 우울군 2명(2.6%)

순으로 많았으며 유의한 차이를 보였다($\chi^2=7.28, p=.026$)(Table 1).

2. 우울과 우울 영향 요인 간의 상관관계

우울과 우울영향 요인들 간에는 유의한 상관관계가 있었다. 구체적으로 우울은 삶의 만족도($r=-.77, p<.001$), 건강지각($r=-.65, p<.001$), 사회적지지($r=-.57, p<.001$), ADL/IADL($r=-.30, p<.001$) 순으로 유의한 부적 상관관계가 있었고, 만성질환수와 유의한 정적 상관관계를 보였다($r=.25, p<.001$). 주관적 건강은 삶의 만족도($r=.56, p<.001$), ADL/IADL($r=.54, p<.001$), 사회적지지($r=.35, p<.001$) 순으로 유의한 정적 상관관계를 보였고, 만성질환 수와 유의한 부적 상관관계를 보였다($r=-.32, p<.001$). 삶의 만족도는 ADL/IADL($r=.30, p<.001$), 사회적지지($r=.50, p<.001$)와 유의한 정적 상관관계, 만성질환 수와 유의한 부적 상관관계($r=-.20, p=.004$)를 보였다. ADL/IADL은 사회적지지($r=.32, p<.001$)과 유의한 정적 상관관계, 만성질환수와 유의한 부적상관관계를 보였다($r=-.30, p<.001$). 사회적지지와 만성질환수는 부적상관관계를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다(Table 2).

3. 대상자의 우울정도에 따른 우울 영향 요인에 대한 비교

회귀분석을 수행하기 위해 다중공선성, 잔차 특이값을 진단하였다. 독립변수들간의 공차한계가 1.0이하로 다중공선성의 문제가 없었다. Durbin-Watson 값은 1.876, 분산팽창인자(variance inflation factor, VIF)

Table 2. Correlation among Impacting Factors of Depression

N=205

Variables	Depression	Number of chronic disease	Perceived health	Life satisfaction	ADL/IADL
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Number of chronic disease	.25 (<.001)				
Perceived health	-.65 (<.001)	-.32 (<.001)			
Life satisfaction	-.77 (<.001)	-.20 (.004)	.56 (<.001)		
ADL/IADL	-.30 (<.001)	-.30 (<.001)	.54 (<.001)	.30 (<.001)	
Social support	-.57 (<.001)	-.07 (.310)	.35 (<.001)	.50 (<.001)	.32 (<.001)

는 10보다 현저하게 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다.

대상자의 우울에 대한 영향요인을 확인하기 위하여 정상군, 위험군, 우울군에 따라 유의한 차이를 보인 변수는 개인적 요인 중 성별, 학력, 환경적 요인인 사회적지지, 신체심리적 기능의 만성질환 수와 건강지각, 삶의 만족도, 활동 변수인 ADL/IADL과 참여 변수인 직업/일에 대하여 정상군을 참고(reference)로 하여 다항로지스틱회귀분석을 실시하였다. 전체 모형에 대한 적합도 검정은 유의하였다(Likelihood $\chi^2=200.772$, $p<.001$). 본 연구에서는 활동변수인 ADL/IADL과 참여변수인 직업/일은 정상군과 비교해서 위험군 및 우울군의 우울 정도에 영향을 주는 변수가 아닌 것으로 나타났다.

개인적 요인 중 성별은 여성에 비해 남성이 위험군

에 속할 위험성(OR=0.077)이 유의하게 낮았고, 우울군에 속할 위험성(OR=0.110)도 유의하게 낮았다. 학력은 초졸이하에 비해 중졸 이상이 위험군에 속할 위험성(OR=0.191)이 유의하게 낮았고, 우울군에 속할 위험성(OR=0.214) 또한 유의하게 낮았다. 환경적 요인인 사회적지지를 적게 받을수록 정상군에 비해 위험군(OR=0.923)과 우울군(OR=0.880)에 속할 가능성은 유의하게 증가하였다. 신체심리적 기능 중 만성질환 수는 위험군에서는 유의한 영향 요인은 아니었으나 우울군에서는 유의한 요인으로 나타났다. 즉, 진단받은 만성질환 개수가 1개씩 증가할수록 우울군이 될 위험성(OR=1.930)이 유의하게 증가하였다($p=.039$).

건강지각은 부정적일수록 정상군에 비해 위험군(OR=0.638)과 우울군(OR=0.540)에 속할 가능성은 유의하게 증가하였다. 삶의 만족도가 낮을수록 정상

Table 3. Multinomial Logistic Regression for the Relation Between the Variables and Depression Level
N=205

Factor/Variable/category	Risk group				Depression group			
	B	SE	OR (95% CI)	p	B	SE	OR (95% CI)	p
Personal factor								
Gender(ref: women)								
Men	-2.568	0.731	0.077 (0.018-0.321)	(<.001)	-2.210	0.805	0.110 (0.023-0.532)	(.006)
Education(ref: ≤Elementary)								
≥Middle school	-1.655	0.636	0.191 (0.055-0.664)	(.009)	-1.540	0.745	0.214 (0.050-0.924)	(.039)
Participation								
Job/work (ref: No)								
Yes	-0.557	1.053	0.573 (0.073-4.512)	(.597)	-0.313	1.365	0.731 (0.050-10.609)	(.819)
Environmental factor								
Social support	-0.080	0.024	0.923 (.880-0.968)	(.001)	-0.128	0.028	0.880 (.834-0.930)	(<.001)
Body function								
Numbers of disease	0.362	0.278	1.437 (0.832-2.480)	(.193)	0.658	0.310	1.930 (1.051-3.546)	(.034)
Perceived health	-0.449	0.131	0.638 (0.494-0.825)	(.001)	-0.617	0.153	0.540 (0.400-0.728)	(<.001)
Life satisfaction	-0.233	0.063	0.792 (0.700-0.897)	(<.001)	-0.510	0.087	0.600 (0.507-0.711)	(<.001)
Activities								
ADL/IADL	0.009	0.058	1.009 (0.901-1.131)	(.876)	0.025	0.063	1.026 (0.906-1.161)	(.687)
(Likelihood χ^2 , degree of freedom) = (200.772, 16)					$p < .001$			
-2Log Likelihood = 238.711								

The reference category is normal group

군에 비해 위험군(OR=0.792)과 우울군(OR=0.600)에 속할 가능성은 유의하게 증가하였다(Table 3).

IV. 논 의

본 연구는 65세 이상 저소득 재가노인의 우울 실태 및 영향요인을 파악하기 위해 우울점수에 따라 정상군(0~4점), 위험군(5~9점), 우울군(10~15점)으로 나누고 국제기능장애건강분류모델(ICF)을 근거로 우울에 측모형을 구축하여, 정상군을 기준으로 위험군과 우울군의 우울 영향요인을 비교하여 간호중재개발에 기초 자료를 제공하고자 수행되었다.

본 연구 대상자 205명의 평균 우울점수는 15점 만점에 7.57점이었으며, 점수에 따라 분류한 결과 정상군 56명(27.3%), 위험군 71명(34.6%), 우울군 78명(38.0%)으로 우울증상을 보이는 사람이 위험군과 우울군을 합하여 전체 대상자의 72.6%로 높게 나타났다. 전국 3,142개 조사구의 거주노인을 대상으로 수행한 '2011년 노인실태조사'에 의하면 노인의 29.2%는 우울증상을 경험하고 있는 것으로 나타나(Chung et al., 2012) 본 연구대상자 중 우울증상 경험자가 상당히 많은 것을 알 수 있었다. 같은 도구를 사용하여 수도권 소재 영구임대아파트 거주 노인의 우울점수를 측정한 결과 평균 8.57점(Kang, 2011)으로 본 연구대상자보다 더 높아 저소득 재가노인의 우울정도가 높다는 사실을 지지하였다. 반면 농촌거주 노인의 우울정도는 평균 5.99점(Kim, 2012), 서울 소재 재가노인 355명은 평균 3.94점(Park & Hong, 2013)으로 상당히 낮았다. 이는 본 연구대상자는 68.3%가 기초생활보장대상자인 저소득층인 것에 비해, Kim (2012)의 연구대상자는 41%가 농사활동에 참여하여 수입이 있었고, Park과 Hong (2013)의 연구대상자는 서울 소재 복지기관을 이용하거나 교회활동에 참여하는 노인으로 사회활동참여가 활발한 대상자여서 본 연구대상자와 큰 차이를 보이는 것으로 생각된다.

개인요인 중에서 성별과 학력수준에 따라 세군 간에 유의한 차이를 보였다. 2011년 현재 우리나라 65세 노인의 기대여명은 평균 20년이고, 남성은 17.42년, 여성은 21.93년으로 여성의 기대수명이 남성보다 높다(Statistics Korea, 2013). 또한 우리나라 독신노인

은 여성이 많으며 이들의 빈곤율은 77%로 OECD 국가 중 1위로 이는 OECD 평균 25%의 3배가 넘는 수치이다(OECD, 2013). 여성노인의 경우 평균수명은 증가하였지만 남성노인에 비해 홀로 사는 기간이 더 길며, 배우자 상실로 인해 경제적 상실을 경험하게 될 뿐 아니라 교육수준, 거주유형 등이 남성노인보다 취약한 상태에 있고, 만성퇴행성 질환과 치매유병율이 남성노인의 3배로(Ministry of Health & Welfare, 2004) 더 의존적인 삶을 살아가게된다. 2011년 전국 정신질환실태 역학조사(Seoul National University College of Medicine, 2012) 결과에 의하면 주요우울장애는 남성에서 4.8%, 여성에서 9.1%로 여성에서 2배 정도 높게 나타났다. 이러한 통계를 바탕으로 본 연구에서 여성이 남성에 비해 많은 수를 차지하고 있으며, 위험군, 우울군에 여성이 유의하게 높은 분포를 보이고 있는 것과 관련이 있다고 생각된다. 성별은 또한 우울증 영향요인 중 하나로 여성이 위험군과 우울군에 속할 위험이 남성에 비해 유의하게 높았다. 이는 선행연구(Kang, 2011; Yee, 2014)에서 성별 중 여성이 유의한 우울 영향요인으로 나타난 것과 일치하였으나, 남성노인이 우울에 영향을 미친다는 결과(Park & Hong, 2013)도 있어 성별이외에도 다양한 요인을 고려해야함을 시사한다. Lue, Chen, & Wu (2010)은 65세 이상 노인 1,487명을 대상으로 1999년과 2003년에 대한 종단적 연구를 실시한 결과 4년 사이에 우울 유병률이 19.7% 증가하였는데, 특별히 재정적 어려움을 겪는 여성의 경우 유의한 우울증을 겪고 있는 것으로 나타나 본 연구결과를 지지하였다.

학력은 전체 대상자 중에 초등학교중퇴 및 초등학교 졸업자가 80명(39%), 무학 61명(29.8%)으로 비교적 낮은 학력수준을 보였고, 특히 우울군은 정상군에 비해 고등학교 중퇴 및 졸업자의 수가 유의하게 적었다. 이는 선행연구(Kang, 2011; Kim, Yoo, & Park, 2009; Lue, Chen, & Wu, 2010; Park & Hong, 2013; Seo, 2010; Yee, 2014)결과와 일치하였는데 무학과 초졸이 절반이상을 차지하여 대체적으로 교육수준이 낮은 것을 볼 수 있었다. 학력은 또한 유의한 우울 영향 요인 중 하나로 중학교 이상의 학력자가 무학을 포함한 초졸이하의 학력자에 비해 위험군과 우울군에 속할 위험이 증가하였다. 이것은 선행연구

(Kim, Yoo, & Park, 2009; Park & Hong, 2013; Sohn, 2013) 결과와 일치하였다. 그러나 학력수준이 우울에 영향을 주지 않았다는 결과(Jung, 2007)도 있었는데, 여성노인만을 대상으로 하였고, 정상군과 우울군 간에 학력수준에 유의한 차이가 없었기 때문에 본 연구결과와 다른 결과가 나온 것으로 생각된다.

본 연구대상자의 결혼상태에서 기혼으로 배우자와 동거 중인 사람은 39명(19.0%), 자녀와 동거하는 사람은 36명(17.6%)으로 적었고 그 외에는 독거노인인 것으로 나타났다. Chung 등(2012)의 연구에서 19.6%, 노인부부 48.5%, 자녀동거 27.3%로 나타난 것과 비교할 때 본 연구 대상자 중 독거노인의 비중이 현저히 높은 것을 알 수 있었다.

환경요인(environmental factor)으로 사회적지지는 80점 만점에 평균 43.74점, 문항평균 4점 만점에 2.76점이었고 정상군에 비해 위험군, 우울군으로 갈수록 사회적 지지가 유의하게 낮았다. 같은 도구를 사용하여 측정된 지역사회 거주 남성은 평균 44.5점, 여성은 평균 47.6점(Kim & Park, 2012)으로 본 연구대상자보다 약간 높은 경향을 보였다. Jung (2007)의 연구에서 정상노인이 우울노인보다 사회적 지지가 통계적으로 유의하게 높게 나타나 본 연구를 지지하였다. 본 연구에서 사회적 지지는 우울과 유의한 부적 상관관계를 보였으며 위험군과 우울군의 유의한 우울영향요인 중 하나였다. 이는 선행연구(Abe et al., 2012; Lee & Kim, 2005; Sohn, 2013)결과와 일치하였다. 그러나 Kang (2011)의 연구에서 저소득층 노인의 사회적 지지는 문항평균 5점 만점에 3.53점 이었고, 우울에 유의한 영향요인은 아니었으며, 그 외에도 다수의 연구(Jung, 2007; Kim & Park, 2012; Lue, Chen, & Wu, 2010)에서 사회적지지가 우울의 유의한 영향요인이 아니어서 본 연구와 다른 결과를 보였다. 사회적지지는 사람들이 사회적 관계를 통해서 얻을 수 있는 정서적 위안, 충고, 물질적 원조와 서비스를 모두 포함하는 것으로 대개 우울과 관련하여 중재 혹은 완충적 역할을 하여 우울 정도를 감소 또는 약화시키는 것으로 보고되고 있다(Lee & Kim, 2005). 연구에 따라서 사회적 지지를 기능적 측면과 구조적 측면으로 보다 상세하게 나누어서 보거나 사회적지지의 제공자별, 유형별로 세분화하는 등 다양하여

하나로 비교하기는 어려움이 있었다. 저소득 재가노인을 대상으로 사회적지지의 여러 측면을 포괄한 연구가 필요하다고 생각된다.

신체심리기능(body functions) 요인 중 만성질환수, 건강지각, 삶의 만족도는 정상군, 위험군, 우울군에 따라 유의한 차이가 있었으며, 변수간에 유의한 상관관계를 보였고, 정상군과 비교했을 때 위험군에서는 건강지각과 삶의 만족도가 유의한 영향요인이었으며, 우울군에서는 3개변수 모두 유의한 영향요인이었다.

본 연구대상자의 만성질환수는 평균 2.82개였으며 우울정도가 높을수록 그 수가 유의하게 증가되어 우울군의 경우 평균 3.21개를 갖고 있었다. 2011년 노인실태조사(Chung et al., 2012)에 의하면 노인의 88.5%가 만성질환을 갖고 있으며, 만성질환 수는 평균 2.5개이었고, 만성질환을 2개 이상 지닌 복합환자가 68.5%, 3개 이상은 44.3%를 차지하였다. 특히 저소득층일수록 만성질환유병률이 높은 경향을 보였는데 가구소득 제1오분위군의 유병률은 91.8%, 복합이환율은 76.4%를 차지하였다. 또한 만성질환이 3개 이상인 노인이 만성질환이 없는 노인에 비해 약 2배가량 우울점수가 높게 나타났다. 이를 토대로 본 연구대상자와 비교해볼 때 본 연구대상자가 갖고 있는 만성질환수가 약간 높은 것을 알 수 있었고, 우울군에서 만성질환수가 정상군에 비해 유의하게 많은 것을 지지하는 결과라고 하겠다. Kim (2012)이 농촌거주 노인 대상으로 우울군과 비우울군으로 나누어 실시한 연구에서도 만성질환 수가 2개 이하인 대상자 중 33.8%가 우울군이었으며, 3개 이상인 대상자 중 44.4%가 우울군으로 유의한 차이를 나타내었고, 특히 관절염, 골다공증, 백내장, 암 등의 질환이 있는 대상자 중 우울군에 속할 확률이 유의하게 높아지는 것으로 나타났다. Abe 등((2012)의 연구에서도 심질환, 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 백내장 등의 의학적 치료를 받은 경험을 자가보고한 노인들이 정상군에 비해 우울군에 유의하게 많았다. Huang, Zhang, Dong, Lu, Yue, & Liu (2009)의 연구에서도 만성질환이 없는 노인에 비해서 만성질환이 있는 노인이 우울위험도가 훨씬 더 높았다(RR=1.53, 95% CI: 1.20-1.97). 본 연구에서 만성질환수는 우울과 정적 상관관계를 보였으며, 우울군에서 유의한 우울영향 요인 중 하나였다. 이는 선행연

구(Jung, 2007; Seo, 2010)결과와 일치하였으나, 만성질환수가 우울영향요인으로 유의하지 않은 결과(Kim, Lee, & Chung, 2000; Sohn, 2013)도 있어서 일관되지는 않았다. 노년기 우울증의 원인은 관절염, 고혈압, 심장질환, 암 등 질병 그 자체로 인한 우울증 발병 혹은 질병을 치료하기 위해 사용한 약물로 인한 부작용 등 생물학적, 의학적 영역에서 다양하게 설명되어 왔다(Kim, Lee, & Chung, 2000). 모든 만성질환이 우울에 영향을 주는 것이 아니므로 질환의 종류에 따라 구분할 필요가 있으며 단순히 만성질환수만으로는 어떤 종류의 질환을 갖고 있는지 알 수 없으므로 이에 대한 상세한 조사가 필요하다고 생각된다.

본 연구대상자의 건강지각은 15점 만점에 평균 8.84점이었고, 지역사회 노인의 경우 평균 9.30점(Lee & Ma, 2013)으로 본 연구대상자의 건강지각 정도가 낮음을 알 수 있었다. 그러나 본 연구대상자의 건강지각정도의 3개 문항평균은 5점 만점에 평균 3.88점이었고, 단 1개의 문항으로 측정된 재가 저소득 계층 노인의 평균 2.60점(Kim, Yoo, & Park, 2009), 지역사회 거주 노인 남성은 평균 3.3점, 여성은 평균 2.8점(Kim & Park, 2012)으로 이들보다는 높은 상태였다. 본 연구에서 사용한 3문항의 건강지각 측정 도구와 흔히 사용하는 한 문항의 건강지각 척도간의 차이가 있는 것으로 여겨진다. 본 연구에서 정상군, 위험군, 우울군으로 갈수록 건강지각을 유의하게 낮게 인식하는 것으로 나타났는데, 이는 Seo (2010)의 연구에서 저소득 재가노인의 주관적인 건강이 '좋다'(7.7%), '보통이다'(41.8%), '나쁘다'(50.5%)라고 응답한 사람들 순으로 유의하게 우울점수가 높았다는 결과와 일치하였다. 본 연구에서 건강지각은 우울과 높은 부적 상관관계를 보였으며, 위험군과 우울군의 유의한 우울영향 요인 중 하나였다. 이것은 선행연구(Kang & Park, 2012; Kim, Lee, & Chung, 2000; Kim, Yoo, & Park, 2009; Park & Hong, 2013)결과와 일치하였다. 지각된 건강상태는 질병 발생 이후 건강관련 행동에 영향을 미치는 개인적 동기 및 태도를 형성하며, 특히 우울, 삶의 만족도, 사회적 지지 등 사회심리적 요인에 의해 영향을 받는다(Lee & Ma, 2013). Huang 등 (2009)는 노인을 대상으로 우울과 건강상태에 대한 메타분석을 실시한 결과

건강지각상태가 좋은 사람들이 좋지 않은 사람들보다 우울 위험이 2배이상 더 높은 것으로 나타났다(RR=2.40, 95% CI: 1.94-2.97). Yee (2014)는 한국복지패널 5년간의 데이터를 이용하여 장기적인 관점에서 시간의 흐름에 따른 노년기 우울변화에 대하여 연구하였는데, 주관적 건강상태는 우울 초기치에 유의한 부적 영향을 주어 주관적 건강이 좋다고 인식할수록 우울이 낮았으나 우울변화율에는 정적 영향을 주어 주관적 건강이 좋다고 느낄수록 우울의 변화속도가 더 높았다. 건강에 대한 주관적 인식은 객관적인 건강문제보다 에너지나 삶에 대한 동기에 의해 형성되며 연령, 교육수준, 성별에 따라서 상이한 수준으로 경험될 수 있고 질환에 대해 개인적으로 느끼는 위협을 반영한다(Femia et al., 2001).

본 연구의 삶의 만족도는 42점 만점에 평균 25.03점, 문항평균 3점 만점에 평균 2.23점이었고, 정상군, 위험군, 우울군으로 갈수록 삶의 만족도가 유의하게 감소되었다. Lue, Chen, & Wu (2010)의 연구에서도 삶의 만족도가 낮을수록 우울증을 더 많이 겪는 것으로 나타나 본 연구를 지지하였다. 논문마다 삶의 만족도 혹은 생활만족도로 측정된 도구가 다양하나 저소득 독거노인의 삶의 만족도가 낮은 경향을 보였다. 본 연구에서 삶의 만족도는 우울과 유의하게 높은 부적 상관관계를 보여 선행연구(Seo, 2010)와 일치하였고, 위험군과 우울군에서 유의한 우울영향 요인 중 하나로 나타나 선행연구(Kim, Yoo, & Park, 2009)결과와 일치하였다. 노인의 삶의 만족도는 노인의 생활전반에 걸쳐 느끼는 주관적인 감정에 대한 판단 또는 자신의 기대에 대한 충족의 정도로서 획일적인 조건에 의해 얻어지는 것이 아니라 노인의 특성, 심리적 요인, 환경적 요인 등에 의해 영향을 받는다. 저소득 재가노인은 주거환경, 경제, 건강, 정서 등 모든 면에서 매우 취약한 환경에 노출되어있어 다른 환경의 노인보다 생활만족도가 낮을 가능성이 높으며 또한 우울감을 높이는데 영향을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

활동요인(activities)에서는 ADL/IADL을 하나의 도구로 측정하였는데, 본 연구대상자의 ADL/IADL은 60점 만점에 평균 54.19점, 문항 평균 4점 만점에 평균 3.80점으로 Song (1993)의 연구대상 재가노인 평균 53.30점과 유사하였다. 또한 본 연구대상자의

ADL/IADL점수는 정상군과 우울군 간에 유의한 차이를 보이며 우울군이 낮은 점수를 보였다. Jung (2007)이 지역사회거주 재가 여성노인을 대상으로 우울군과 정상군을 비교한 연구에서도 우울노인군이 정상노인군보다 ADL, IADL 기능정도가 유의하게 낮은 것을 알 수 있어 본 연구를 지지하였다. 본 연구에서 ADL/IADL은 우울과 유의한 부적상관관계를 갖고 있는 것으로 나타났으나 위험군과 우울군의 유의한 우울 영향요인은 아니었다. 이는 본 연구대상자의 ADL/IADL 정도는 대부분의 노인과 비교했을 때 낮은 수준이 아니었고, 위험군과 우울군의 간에는 차이가 없었기 때문인 것으로 생각된다. 노인은 노화로 인해 신체적, 심리적, 사회적 기능이 떨어지고 이에 여러 가지 건강문제들을 수반하게 되는데 ADL이나, IADL의 어려움을 겪게 되어 여러 면에서 의존성이 증가되면 생활 전반에 부정적인 영향을 미치게 된다. IADL이 ADL 보다 더 쉽게 그리고 먼저 손상되며 따라서 ADL 장애가 있는 사람은 이미 IADL에 장애를 가질 수 있다(Femia et al., 2001).

참여요인(participation)으로는 직업/일을 측정하였는데, 본 연구대상자의 6.8%만이 직업이 있거나 일하는 것으로 나타났으며, 68.3%가 국가로부터 최저한의 생활을 보장받는 기초생활보장 수급자이며 나머지는 차상위 계층에 해당되며, 86.0%가 월소득 50만원 이하로 생활하고 있었다. Kim (2012)의 연구에서 농촌 노인의 월 평균소득은 50.19만원인 것으로 나타나 본 연구 대상자의 소득보다 높다는 것을 미루어 알 수 있었다. 본 연구에서 직업/일 유무는 위험군과 우울군의 우울에 영향을 미치는 요인이 아니었다. Abe 등 (2012)은 도시와 지방의 노인들을 대상으로 우울영향요인을 비교한 결과 두 곳 모두 직업이 없는 사람들이 있는 사람에 비해 유의하게 우울점수가 높았다. Yee (2014)는 한국복지패널 2,754명을 대상으로 전기노인(65~74세), 후기노인(75세 이상)으로 나누어 종단 연구를 실시하였는데 우울의 초기치와 변화를 경로에 대한 분석 결과 경제활동여부는 우울초기에 유의한 정적 영향을 주어 경제활동을 하고 있는 노인에게서 우울이 높았으며, 우울 변화율에는 유의한 부적 영향을 주어 경제활동을 하고 있는 노인의 우울의 변화속도가 낮았다. 2011년 현재 우리나라 노인의 경제활동 참가

율은 33.6%로 조사되었고, 그 중에 농림어업종사자 비율이 52.9%로 주로 1차 산업에 편중되어 있으며 (Chung et al., 2012), 노인 대부분의 근로활동이 단순·미숙련의 육체노동의 성격을 띠고 있으며 고용안정성이 낮은 편이다. 더욱이 저소득층의 경제적 상태는 연령이 증가함에 따라 빈곤율이 지속적으로 증가하는 것으로 조사되었으므로 저소득 노인의 연령이 증가함에 따라 더욱 생활이 어려울 것으로 생각된다. 본 연구에서는 측정하지 않았지만 노인의 종교활동, 경로당 활동 등의 지역사회활동 참여는 우울정도를 유의하게 낮추는 것으로 나타났다(Kang & Park, 2012). 노년기에 접어들면서 건강, 수입, 지위와 역할, 사회참여의 기회를 상실하게 되는데 특히 노년기 우울에 영향을 미치는 주요한 요인 중 하나인 사회활동참여를 직장이나 일을 통해서 할 수 없더라도 다양한 지역사회활동을 개발하여 우울감을 낮추는 방안에 대한 모색이 필요하다고 하겠다.

노인의 우울을 노년기의 일반적인 현상으로 인식하여 그대로 방치한다면 신체적, 인지적, 사회적 장애를 일으킬 수 있으며, 질병으로부터의 회복이 지연되고, 병원이용의 증가와 자살 등의 결과를 가져올 수 있다. 특히 저소득 재가노인의 경우 우울에 대한 정확한 진단과 효과적인 중재를 제공할 수 있는 다양한 지원이 필요하다고 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 저소득 재가노인의 우울정도를 확인하고 우울 정도에 따라 정상군, 위험군, 우울군으로 나누고 ICF모델에 근거하여 우울에 영향을 미치는 요인을 비교검토하였다. 본 연구에서 저소득 재가노인 중 위험군에 속하는 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인은 개인요인 중에서는 성별과 학력, 환경요인인 사회적지지, 신체심리기능 중에서는 건강지각과 삶의 만족도, 활동요인으로 ADL/IADL이었다. 우울군에 속한 대상자의 경우에는 위험군에 덧붙여서 신체심리기능의 만성질환수가 추가적인 영향요인으로 나타났다.

따라서 저소득 재가노인의 경우 여성일수록, 학력이 낮을수록, 사회적지지가 적을수록, 만성질환수가 많을수록 건강지각이 낮을수록, 삶의 만족도가 낮을수록 우

울 위험성이 높아진다는 것을 알 수 있다. 그러므로 우울영향요인 중 성별, 학력, 만성질환수는 중재로 변화될 수 없으며, 건강지각은 만성질환과의 연관성이 높아 변화되기 어려운 변수이므로 삶의 만족도와 사회적지지를 높일 수 있는 중재개발을 통해 우울을 경감시키는 전략이 요구된다.

본 연구는 저소득 재가노인 중 우울 유병률이 높다는 것을 재확인할 수 있었고, ICF 모델을 근거로 우울 영향요인을 파악한 결과를 제시함으로써 ICF 모델의 연구 적용 및 활용성을 제시하는데 기여하였다. 또한 저소득 재가노인의 우울에 대한 간호중재 시 우울정도를 고려한 접근이 필요하며 특히 만성질환 수가 많으면 우울위험군에서 우울군 범주로 진전될 수 있으므로 저소득 재가노인의 만성질환 관리의 필요성에 대한 근거를 제시하는데 기여하였다.

본 연구는 2개의 보건소 관할구역의 저소득 재가노인을 대상으로 실시한 연구로 모든 저소득 재가노인을 대상으로 일반화하는데 제한이 있다. 그리고 대상자수를 늘리고 우울 영향요인으로 이미 알려진 요인들을 더 많이 포함하여 ICF 모델에 적용한 구조모형분석을 제언한다.

Reference

Abe, Y., Fujise, N., Fukunaga, R., Nkagawa, Y., & Ikeda, M. (2012). Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics*, *24*(8), <http://dx.doi.org/1235-1241.10.1017/S1041610212000099>

Cho, H., & Park, C. H. (1997). A study on the physical function, cognitive performance and the depression of the elderly persons. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*, *11*(1), 118-127.

Chung, K. H., Oh, Y. H., Lee, Y. K., Park, B. M., Lee, S. Y., Lee, J. H., Kwon, J. D., Kim, S. B., Lee, S. J., Lee, Y. S., Lee, Y. H., Choi, S. J., & Kim, S. Y. (2012). *2011 Senior Survey*. Seoul: Ministry of Health & Welfare · Korea

Institute for Health and Social Affairs.

Femia, E. E., Zarit, S. H., & Johansson, B. (2001). The disablement process in very late life: a study of the oldest old in Sweden. *Journals of Gerontology*, *56B*(19), 12-23.

Hong, Y. S. (1998). A structural model for health-seeking behavior in midlife women. *Korean Academic Society of Occupational Health Nursing*, *7*(2), 121-129.

Huang, C. Q., Zhang, X. M., Dong, B. R., Lu, Z. C., Yue, J. R., & Liu, Q. Z. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, *39*, 23-30. doi: 10.1093/ageing/afp187

Jung, Y. M. (2007). Health status and associated factors of depression according to depression in elderly women. *Journal of the Korean Gerontological Society*, *27*(1), 71-86.

Kang, H. W., & Park, K. M. (2012). Comparison of correlates of depression in late-life between urban and rural area. *Journal of the Korean Gerontological Society*, *32*(1), 129-143.

Kang, S. O. (2011). *A study on the variables related to depression of the low-income elderly people*. Unpublished master's thesis, The Graduate School of Seoul Christian University, Seoul.

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), 298-30.

Kim, C. G., & Park, S. M. (2012). Gender difference in risk factors for depression in community-dwelling elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *42*(1), 136-147. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.1.136>

Kim, H. S., & Kim, B. S. (2007). A path

- analysis on suicidal ideation in the elderly. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*, 19(3), 801-818.
- Kim, M. H., Lee, G. Y., & Chung, S. D. (2000). A path analysis on depression among the elderly. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 20(3), 211-226.
- Kim, S. E. (2012). *The predictive model of depression in rural elderly*. Unpublished dissertation, Graduate school of Yonsei University, Seoul.
- Kim, Y. S., Yoo, M. S., & Park, J. H. (2009). Factors influencing depression in community-dwelling elderly with low income. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 29(4), 1313-1325.
- Lee, C. E. (1999). *A study on the relationship between perception of sex life and life satisfaction in elderly*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Lee, G. J., & Ma, R. W. (2013). A study on the perceived health status among the elderly in local communities. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 33(4), 881-893.
- Lee, I. S., & Kim, S. W. (2005). A study on factors influencing depression of medical recipients: Focus on social support. *Journal of Welfare for the Aged*, 29, 285-308.
- Lue, B. H., Chen, L. J., & Wu, S. C. (2010). Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 Suppl. (1), S34-S38.
- Ministry of Health & Welfare (2004). International classification of functioning, disability and health. WHO, Ministry of Health & Welfare.
- Neugarten, B. L., Harvighust, R. T., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Park, Y. O., & Hong, G. R. (2013). Predictors of depression in community dwelling older adults. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 15(2), 155-164.
- Seo, S. Y. (2010). Life satisfaction, activities of daily living, depression and health behavior of low income elderly living at home. *Journal of Muscle Joint Health*, 17(2), 162-172.
- Seoul National University College of Medicine (2012). The epidemiological survey of mental disorders in Korea 2011. Seoul Ministry of Health and Welfare.
- Sohn, J. N. (2013). Factors influencing depressive symptoms in community dwelling older people. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*, 22(2), 107-116. <http://dx.doi.org/10.12934.jkpmhn.2013.22.2.107>
- Song, M. S. (1993). Effects of the sensory impairment on functioning levels of the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 23(4), 678-693.
- Statistics Korea (2013). 2013 Elderly Statistics. The Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). Pension at a glance 2013. Retrieved at July 1, from www.oecd.org/pensions/pensionsaatagance.htm
- Yang, S. A. (2012). Factors influencing depression of elderly women in a metropolitan city. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(1), 158-173. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.1.158>
- Yee, N. H. (2014). *Analysis of determinants on depression changes of the elderly population*. Unpublished doctoral dissertation, Graduate School of Hanyang University, Seoul.

Factors Influencing Depression in low-income Elderly living at home based on ICF model

Han, Suk Jung (Department of Nursing, Sahmyook University)

Kim, Hyo Sun (Graduate School, Sahmyook University)

Purpose: This study was conducted in order to identify factors that influence depression for low-income elderly who live at home from the International Classification of Functioning model (ICF). **Methods:** The subjects were 205 elderly people living at home in two public health centers located in metropolitan cities. Subjects were divided according to their depression scores, which were measured using the GDS-short form, including normal, risk, and depression groups. Each variable was consistent with factors of the ICF model, including health condition, individual factors, environmental factors, body function, activities, and participation. Data were collected using structured questionnaires. ANOVA, χ^2 , Pearson's correlation coefficient, and Multinomial logistic regression with IBM SPSS 21.0 were used for analysis of the data. **Results:** Statistically significant differences were observed among normal, risk, and depression groups regarding personal factors. Gender, education level, numbers of diseases, perceived health, life satisfaction, and social support were identified as the variables that had a significant impact on depression of low-income elderly living at home. **Conclusion:** Results of this study indicate that there is a need for construction and implementation of strategies that strengthen life satisfaction and social support in order to lower depression of low-income elderly.

Key words : Aged, Depression, Social support, ADL, Life satisfaction