creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

[UCI]I804:24011-200000239285

2010년 2월
석사학위 논문

노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인

조선대학교 대학원 간호학과
노인전문간호사과정
김 민

노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인

Predictors of Depression in Geriatric Medical & Welfare Facilities Residents

2010년 2월 25일

조선대학교 대학원 간호학과

노인전문간호사과정

김 민

노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인

지도교수 권 영 란

이 논문을 간호학 석사학위신청 논문으로 제출함

2009년 10월

조선대학교 대학원 간호학과

노인전문간호사과정

김 민

김 민의 석사학위논문을 인준함

위원장 김 진 선 (인)

위 원 황 선 영 (인)

위 원 권 영 란 (인)

2009 년 11월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT ····· iv

Ⅰ. 서론 ····· 1

A. 연구의 필요성 ····· 1

B. 연구의 목적 ····· 3

C. 용어의 정의 ····· 3

1. 노인의료복지시설 ····· 3

2. 우울 ····· 4

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 5

A. 노인의 우울 ····· 5

B. 노인의료복지시설 거주자의 특성 ····· 6

Ⅲ. 연구방법 ····· 8

A. 연구설계 ····· 8

B. 연구대상 ····· 8

C. 자료수집 ····· 8

D. 연구도구 ····· 9

1. 대상자의 일반적 특성 ····· 9

2. 우울 ····· 9

3. 가족지지·····10
4. 주관적 건강상태·····10
E. 자료분석방법·····11

Ⅳ. 연구결과·····12
A. 연구 대상자의 일반적 특성·····12
B. 연구 대상자의 노인의료복지시설관련 특성·····14
C. 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건상상태와 우울의 정도·····15
D. 일반적 특성 및 노인의료복지시설 특성에 따른 우울의 차이·····16
1. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이·····16
2. 연구 대상자의 노인의료복지시설관련 특성에 따른 우울의 차이·····17
E. 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건상상태와 우울의 상관관계·····18
F. 연구 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인·····19

Ⅴ. 논의·····20
Ⅵ. 결론 및 제언·····24
A. 결론·····24
B. 제언·····25

참고문헌·····26
부록·····32

표 목 차

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성·····13

표 2. 연구 대상자의 노인의료복지시설 관련 특성·····14

표 3. 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태, 우울 정도·····15

표 4. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이·····16

표 5. 연구 대상자의 노인의료복지시설 특성에 따른 우울의 차이·····17

표 6. 연구 가족지지, 주관적 건강상태, 우울의 상관관계·····18

표 7. 연구 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인·····19

ABSTRACT

Predictors of Depression in Geriatric Medical and Welfare Facilities Residents

Kim, Min
Advisor : Prof. Kweon, Young-Ran Ph. D.
Department of Nursing,
Graduate School of Chosun University

Purpose: The purpose of this study was to investigate the predicting factors on depression of Geriatric Medical and Welfare Facilities Residents in a city. **Method:** The subjects were 125 elderly who reside in a geriatric medical welfare facilities. Study instrument for family-support was 5-point 7-items designed by Choi (2008), for perceived health status 5-point 5-items designed by Lim (1998). and for depression 5-point 15-items designed by Bae (2005). Data were collected by structured questionnaires from Sep 29th to Oct 23th 2009, and analyzed with the descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients, and Stepwise Multiple Regression using SPSS/Win 15.0 program. **Result:** Mean score per item of family-support was 2.93, perceived health status score 2.57, and depression score 3.40. Depression showed a negative correlation with perceived health status ($r=-.439$, $p<.001$). However family-support ($r=-.100$, $p=.393$) is not correlation. In addition, variables that predicted depression were perceived health status, perceived economic status, and attitude of staff for elderly (33.6%). **Conclusion:** Based on findings from this study, it should be developed geriatric mental health program to prevent depression of elderly who reside in a geriatric medical and welfare facilities.

Key Words: Elderly, geriatric facility, depression

Ⅰ 서론

A. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구는 2008년 7월 기준으로 전체 인구의 10.3%를 차지하고 있으며, 2019년에는 14.4%의 고령사회를 넘어, 2026년에는 20.2%로 초고령사회에 진입할 전망이다(통계청, 2008). 우리나라의 노인인구 증가 속도는 장기간에 걸쳐 인구고령화가 진전되어 온 선진국과는 다르게 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있으나 이에 대한 준비기간이 짧아 그 영향은 상당히 클 것으로 예측된다(보건복지부, 2004).

출산율의 감소와 핵가족화, 그리고 여성의 사회참여증가 등으로 인하여 장기요양이 필요한 노인을 가정에서 돌보는 것이 어려워졌고 이로 인한 사회적 문제는 국가의 문제로 떠오르고 있다. 또한 65세 이상 노인의 86.7%는 한 가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났는데(통계청, 2008) 이러한 현상들은 시설에서의 집중적이고 장기적인 요양 및 케어를 필요로 하는 인구의 증가를 의미한다. 실제로 보건사회연구원의 조사(2001)에 의하면 장기요양보호대상 노인은 2007년에 약 72만명, 2010년에 약 80만 명에 이를 것으로 산정되었다. 정부는 이러한 문제를 해결하기 위하여 노인장기요양보험법을 제정하고(이용석, 2008), 노인의료복지향상을 위한 다양한 방안을 마련하고 있다. 최근의 사회적 상황을 반영하듯 2008 현재 노인요양시설 1,332개, 노인요양공동생활가정이 422개, 노인전문병원이 78개로 노인의료복지시설은 증가하고 있다(통계청, 2009).

노인부양문제가 두드러짐에 따라 노인의료복지시설 수의 증가와 함께 노인의료복지시설에서 생활하는 노인인구도 증가하고 있다(보건복지부, 2008). 그러나 노인들의 시설입소는 자의적인 선택보다는 수동적으로 수용해야하는 수동적인 성격보이고 그로인해 절망, 상실과 같은 감정을 갖게되며 개인적인 생활을 보호받지 못하는 특성(곽병은, 2006)으로 보건의료복지시설에 거주하는 노인은 우울에 노출될 확률이 높다. 많은 연구결과들에서 노인 관련 시설에서 생활하는 거주자들의 정신건강수준이 낮고(Ron, 2004; 이영세, 양승규, 이정숙, 2000; 최혜경, 2001), 또한 일반노인들보다 우울증에 노출될 가능성이 크다고 보고하고 있다(Cummings, 2003; Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter, & Ribbe, 2004).

미국의 경우 노인관련시설 거주자의 37%가 우울 증세를 보이고 있는 것으로 나타났으며(U.S. Department of Health and Human Services, 1999). 우리나라의 경우에는 전국적인 자료가 없어 몇%의 시설 거주 노인이 우울증을 가지고 있는지 알 수 없지만, 일부 시설 노인을 대상으로 한 자료에 의하면 47%의 노인이 우울증을 가지고 있는 것으로 나타났다(김인화, 정근백, 이석기, 정종승, 1994). 우울 노인의 경우 삶의 목적이나 의미 수준이 약해져 쉽게 자살에 이르게 됨에도 불구하고, 우울이 흔히 다른 건강문제나 생활사건과 함께 나타나면서 진행되기 때문에 소홀히 다루어지거나 지나쳐 버리는 경우가 많으며 대부분이 우울 증상들은 노화로 인한 반응으로 간주해버리기도 한다(이미애, 2009). 그러나 우울은 노인의 삶의 질을 저하시키는 중요한 건강문제로(Stek, Vinkers, Gussekloo, Van Der Mast, Beekman, & Westendorp, 2006), 만성질환과 더불어 가장 쉽게 접할 수 있는 일반적인 증상이며(Koening & Blazer, 1996) 노인에게서 볼 수 있는 가장 보편적이고 흔한 부정적 심리 현상(Spitzer, Kroenke, & Linzer, 1996)으로 고령화 사회에서 해결해야 하는 우선적 과제이다(안지연, 탁영란, 2009).

노인의 우울을 초래하는 요인은 매우 복잡하다. 배지연(2004)의 연구에서는 한국노인의 우울요인으로 신체적 건강문제, 자녀와의 문제, 경제적 어려움이 가장 결정적으로 작용하는 것으로 조사되었다. 특히 주관적 건강상태는 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로 여러 연구(박선영, 2009; 안지연, 탁영란, 2009; 이금재, 박혜숙 2006; 장인순 2004)에서 반복적으로 제시되고 있다. 그러나 노인관련시설 거주노인을 대상으로 하는 연구들은 대부분 입소 동기나 배경(김은정, 2007; 신승연, 2002; 이가언, 배두이, 2004) 또는 시설에 대한 만족도나 적응(권윤희, 오윤정, 2009; 이혜경, 이향련, 이지아, 2009)에 관한 것이고, 우울에 대한 연구(Chow et al., 2004; Mozley, C. G., Challis, D., Sutchliffe, C., Bagley, H., Burns, P. H., & Cordingley, L., 2000; Parmelee, Katz, & Lawton, 1992; Rovner, 1993; Rozzini et al., 1996; Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, W., & Wetendorp, R .G. J. 2003; 유진영, 임복희, 2007)는 대부분 실태나 심각성을 파악하는데 그치고 있다. 따라서 본 연구에서는 질병이나 가족부양자의 결핍으로 인하여 가족으로부터 분리되고 기존의 인적 관계와의 단절을 경험하고 있는 노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 추후 그들에게 가장 적합한 간호 중재방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인의료복지시설에 거주하고 있는 노인의 우울에 영향을 미치는 요인들을 확인하여, 노인의료복지시설에 입소중인 노인의 우울을 예방할 수 있는 간호중재를 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성 및 노인의료복지시설관련 특성을 파악한다.
2, 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 정도를 파악한다.
3. 대상자의 일반적 특성 및 노인의료복지시설관련 특성에 따른 우울의 차이를 파악한다.
4. 대상자 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 상관관계를 파악한다.
5. 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

C. 용어정의

1. 노인의료복지시설

노인의료복지시설은 치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 노인요양시설과 이와 같은 이유로 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거요건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 노인요양공동생활가정 및 노인성 질환으로 치료 및 요양을 필요로 하거나 임종을 앞둔 환자를 대상으로 진료를 행하는 노인전문병원이다(노인복지법 제 34조, 2007년).

본 연구에서는 노인요양시설과 노인전문병원을 말한다.

2. 우울

우울은 스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서 상태(Feibel & Springer, 1982)이며 노인의 경우 신체상의 변화에 대한 비탄과정으로 근심, 침묵, 무력감, 무가치함을 나타내는 정서장애이다(Lewis, 1983).

본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage(1986)가 개발한 노인우울척도를 배지연(2005)이 수정보완한 한국형 노인 우울 간이척도(Geriatric Depression Scale-Short Form)를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

문헌고찰

A. 노인의 우울

우울이란 슬픔과 절망을 수반하는 정신적 장애이다. 우울수준이 높아지면 수면부족, 피곤, 부적합감, 자존감 저하, 주의집중력 감소, 상실감, 불안, 죽음이나 자살의 반복적 생각 등의 증상이 나타나며, 결국 우울이 심해질수록 삶의 목적이나 의미 수준이 약해져 자살에 이르게 된다(이미애, 2009).

노년기는 배우자의 죽음, 직업과 지위의 상실, 수입의 감소, 신체적 건강의 약화 등으로 인해 우울증이 발생할 가능성이 매우 높은 시기이다(배지연, 2004). 또한 병적 우울이 아닐지라도 노년기에 우울을 경험하는 것은 하나의 과정처럼 여겨질 정도로 흔한 상태이다(이미애, 2009). 실제 건강보험심사평가원(2006)의 조사에 따르면, 60세 이상 입원환자 가운데 우울진단을 받은 노인이 12.7%이고, 진단은 없으나 우울 약물처방에 해당되는 환자도 20.1%에 달해 우울증으로 추정되는 노인환자가 약 30%가 넘는 것으로 나타났다. 이처럼 노인들은 신체적으로 쇠약하고, 사회적으로 소외되고, 경제적으로 의존적이기 때문에 쉽게 우울에 빠질 수 있다.

노인 우울의 가장 중요한 특징은 자살에 대한 충동과 생각이 심하고 다른 연령층과 현저히 구별되는 점은 건강염려증이나 신체증상 호소가 많다는 점이다(서순림 외, 20006). 또한 인지장애도 초래될 수 있으며, 우울노인은 때로 기억장애를 과장하고 실제로 기억장애가 우울로 인한 집중력 장애임에도 이를 노화로 인한 것으로 돌리기도 한다. 뿐만 아니라 노인의 우울은 지속적인 불안 혹은 공허감, 수면장애, 식욕과 체중 감소, 흥미로운 활동에 대한 관심의 상실, 초조함과 짜증남, 만성적인 아픔과 호소장애, 주의 집중과 기억력 장애, 피곤함, 죄책감, 절망감 혹은 무가치감, 죽음 혹은 자살 충동 등의 증세를 보인다(홍인실, 2008).

노년기의 우울은 다른 연령층에 비해 예후가 나쁘고 신체적 증상과 심리적 증상이 동시에 나타나며, 삶의 질을 저하하는 중요한 문제가 되고 있다(이세영, 2008). 그러나 노인의 우울증은 흔히 다른 건강문제나 생활사건과 함께 나타나면서 진행되기 때문에 소홀히 다루어지거나 지나쳐 버리는 경우가 많고 치료 후 재발이 쉽다. 특히 신체적

질병이 함께 있으며 삶에 대한 보상의 느낌을 갖지 못하는 노인의 경우에는 재발율이 더 높게 나타난다(Davis, 1995).

우리나라 노인의 우울요인으로는 신체적 건강문제, 자녀와의 문제, 경제적 어려움이 가장 결정적으로 작용하는 것으로 조사되었다(배지연, 2004). 또한 노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로는 사회적지지, 가족지지, 인지기능, 일상생활 수행능력, 자기효능감, 교육수준, 생활비, 신체건강, 자존감과는 역상관관계를 보였고 우울, 고령, 통증, 만성질환 수와는 순상관관계를 보였다(김춘길, 2004; 2005). 실제 우리나라 노인의 40% 이상이 자신들의 전반적인 건강상태를 건강하지 못하거나 매우 나쁜 수준으로 인식하고(통계청, 2001), 연령증가에 따라 자신의 건강상태를 더욱 나쁜 수준으로 평가하고 있다(은영, 고성희, 김명자, 김진선 외, 2007). 노인의 주관적인 건강평가는 남은 생애에 큰 영향을 주고 노인 스스로 인지한 질병과 신체적, 정신적 기능상태가 중요한 영향을 미치며, 자신의 건강상태가 나쁘다고 인지한 경우에 사망률이 더 높아지고, 주관적 건강상태가 나쁠수록 일상생활수행능력이 낮아진다(이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중, 1998). 뿐만 아니라 노인의 우울은 신체적 질환과의 연계성이 높고 인지기능장애가 성인우울보다 더 심하게 나타나므로(기백석, 2005) 조기발견으로 적절한 관리가 중요하다. 그러나 노인들이 느끼는 주관적인 건상상태나 심리적인 문제들을 구체적으로 다루어 주기에는 아직 미흡한 실정이다.

위의 내용을 보면 노인의 우울은 자주 접하는 문제이지만, 흔히 다른 건강문제나 생활사건과 함께 나타나면서 진행되어 소홀히 다루어지거나 지나쳐 버리는 경우가 많다. 노인 우울에 대한 관리를 소홀히 하는 경우 다른 건강문제와 함께 자살과 같은 극단적인 선택을 하게 되어 개인이나 가족의 부담 뿐만 아니라 사회적 비용 또한 증가하게 되므로 우울에 미치는 영향을 파악하여 조기에 적절한 중재방안을 마련하여야 한다.

B. 노인의료복지시설 거주자의 특성

노인인구의 절대증가와 장기화되는 요양보호기간, 그리고 노인단독가구의 증가나 핵가족화, 또한 부양의식의 변화 등으로 인하여 노인들에게 적절한 가족보호를 받을 수 있는 기회가 박탈되었다(양옥남, 김혜경, 김미숙, 정순둘, 2009). 장기간의 간병과 집중적인 케어를 필요로 하는 노인들을 가정에서 부양해야 하는 가족들은 경제적, 신체적,

심리적 부양부담으로 인하여 가족원들의 갈등이 생기고 이는 결국 가족해체로 이어지기도 하여 가족과 가정의 대체기능으로서 노인의료복지시설의 필요성과 중요성이 커지고 있다.

노인의료복지시설에 거주하는 노인은 가족으로부터의 분리, 기존의 인적 관계 단절 등으로 친숙한 생활공간을 떠나 새로운 환경에 적응해야 하며, 시설은 사생활이 어렵고 대부분의 생활이 시설의 계획 속에서 통제가 된다. 이러한 환경은 삶의 흥미를 상실케 하며 쉽게 우울을 경험하게 된다(홍인실, 2008). 실제 시설노인이 지역사회 노인에 비하여 우울이 더 높다고 보고(이경숙, 2008)되고 있는데, 그 이유는 시설 노인들은 심리적으로 많이 위축되어 있고, 사회적으로 고립되고 소외되어(강석균, 2008) 독립적인 역할을 할 수 없다고 스스로를 부정적으로 인식하기 때문이다.

또한 시설 거주노인과 지역사회 거주 노인의 사회적 지지를 비교한 연구결과를 보면 사회적 지지체계가 시설거주노인의 경우 더 낮다고 확인된다(채수원, 오경옥, 1992). 이처럼 시설 거주 노인들은 가족의 지지를 받지 못하고 있다는 점을 알 수 있다. 채수원과 오경옥의 (1992) 연구에서는 지지원들 간에도 차이가 있었는데 지역사회 거주 노인의 경우 주로 가족과 친구가 약 80%를 차지한 반면, 시설 노인의 경우는 사회복지사와 후원자가35%를 넘어섰고, 가족은 25%에 불과하였다. 대개의 경우 노인이 지각한 가족지지와 우울에 관한 연구에서 가족지지를 높게 인식하는 경우 우울이 낮게 나타났다(손덕순, 2008; 심정선, 2008). 그러나 시설에 거주하고 있는 노인을 대상으로 가족지지가 우울에 어떻게 영향을 미치는지에 대한 연구는 아직까지 부족한 실정이다.

노인의 노후소득보장에 관한 시책의 부재로 경제적 빈곤문제는 가장 심각한 노인문제이다. 일반적으로 노인들은 생계능력의 상실로 실제보다 자신의 생활수준을 낮게 생각하는 경향이 있으며, 특히 노인의료복지시설 거주자는 신체질환을 가진 상태이므로 경제적인 능력이 낮아져 우울을 경험하게 된다(이영세, 양승규와 이정숙, 2000).

요약하면 노인의료복지시설 거주자는 가족으로부터 분리되고, 사회적 지지가 약하며, 신체적·경제적으로 취약하여 쉽게 우울을 경험하는 경향이 있다. 따라서 일반 지역사회 거주 노인과 달리 시설에 거주하는 노인의 우울에 영향을 미치는 요소를 파악하는 것은 매우 중요하다.

Ⅲ 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 노인의료복지시설에 입소한 노인의 가족지지, 주관적 건강상태 및 우울 정도를 파악하고, 이들 요인들이 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

B. 연구대상

본 연구는 2009년 9월 28일부터 10월13일까지 K시, H군, S군에 위치한 노인의료복지시설에 입소한 65세 이상 노인을 대상으로 노인의료복지기관 소속 기관장과 책임간호사에게 연구의 목적을 설명 한 후 동의와 협조를 받았으며, 본 설문목적을 이해하고 지남력 장애가 없고, 연구 참여를 서면으로 동의한 자를 연구대상자로 선정하였다. 대상자 수를 결정하기 위하여 G*Power 프로그램을 활용하여, Effect size f^2 = 0.10, α =0.05, Power(1-β) = 0.85로 분석한 결과 표본수 113으로 나타났으며, 본 연구에서는 탈락자를 감안하여 137명의 설문지를 작성 하였다.

C. 자료수집

자료 수집은 노인의료복지시설 간호사의 협조를 받아서 연구 대상자의 권리와 비밀보장 및 연구목적에 대해 설명을 한 후 자발적으로 연구 참여에 동의한 대상자에게 서면동의를 받은 후 수행하였다. 본 연구는 구조화된 설문지를 사용하여 연구자와 훈련받은 조사원 2명이 대상자에게 설문의 각 문항에 대해 질문을 하면 응답을 하는 방

식으로 소요된 시간은 약15-30분 정도였다.

자료분석 시에는 응답이 불성실하여 신뢰성이 의심되는 12명의 자료를 제외하였다. 최종분석에 사용한 대상자는 125명이었다.

D. 연구도구

본 연구의 도구는 일반적인 특성 및 노인의료복지시설관련 특성 12문항, 우울에 관한 측정도구 15문항, 가족지지에 대한 측정도구 7문항, 주관적 건강상태 측정 도구 4문항을 포함한 총38문항으로 구성되었다.

1. 연구 대상자의 특성

대상자의 일반적 특성으로는 성별, 연령, 교육정도, 종교, 결혼상태, 동거유형, 생활수준, 의료보장형태 등을 조사하였고, 시설관련특성으로는 입소동기, 입소결정, 시설이용만족, 시설직원의 태도 등을 포함하였다.

2. 우울

노인의 우울을 측정하기 위해 한국형 노인 우울 간이척도(Geriatric Depression Scale-Short Form)를 이용 하였다. 이 도구는 15문항으로 이루어져 있으며 처음에는 30문항으로 Brink 등(1982)에 의해 개발되었다. 배지연(2005)의 연구에서 5척도로 수정 사용하였으며 '매우 그렇다' 5점'에서 전혀 그렇지 않다' 1점까지 총점 15점에서 75점까지의 범위에서 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 노인의료복지시설 거주자의 특성에 적합한지 정신간호학 교수 1인과 노인의료복지시설 간호사 2명으로부터 내용 타당도를 검토하여 도구를 사용하였으며, 일부문항(1,5,7,13)은 의미의 일관성을 위해 역코딩 하였다. 도구의 개발당시의 신뢰도 Chronbach's alpha= .81

이였고, 본 연구의 신뢰도 Chronbach's alpha= .83였다.

3. 가족의 지지

가족의 지지를 측정하기 위해 신동수(1996)가 개발한 가족의 긍정적 지지와 가족의 부담감으로 구분이 되어있는 척도를 최형임(2008)이 수정보완한 도구를 이용하였다. 본 연구에서는 노인의료복지시설 거주자의 특성에 맞도록 정신간호학 교수 1인과 노인의료복지시설 간호사 2명으로부터 내용타당도를 확인하여 사용하였다. 가족의 부담에 관련된 문항을 제외하고 가족의 지지와 관련된 7문항만을 척도는 '매우 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점까지 제시하였으며 총점 7점에서 35점까지의 범위에서 점수가 높을수록 가족의 지지가 높음을 의미한다. 최형임(2008)의 연구에서 도구 신뢰도 Chronbach's alpha= .92였으며, 본 연구에서는 Chronbach's alpha= .93이었다.

4. 주관적 건강상태

노인 스스로가 생각하고 있는 건강상태인 주관적 건강상태를 측정하기 위하여 Lawton, Moss, Fulcom & Kleban(1982)의 건강자가평가척도(Health Self-Rating Scale)를 임미영(1998)에 의해 번안되어 수정된 5점 척도 4문항으로 구성된 도구를 본 연구에서는 사용하였다. 본 연구에서는 노인의료복지시설 거주자의 특성에 맞도록 정신간호학 교수 1인과 노인의료복지시설 간호사 2명으로부터 내용타당도를 확인하여 사용하였다. 척도는 '매우좋다' 5점부터 '매우 나쁘다' 1점까지 총점 4점에서 20점까지의 범위에서 점수가 높을수록 노인이 지각한 자신의 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 도구개발당시의 신뢰도 Chronbach's alpha= .76이었고, 본 연구의 신뢰도 Chronbach's alpha= .80이었다.

E. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS WIN 15.0프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

1. 연구 대상자의 일반적 특성과 시설관련 특성은 평균, 표준편차, 실수, 백분율로 분석하였다.

2. 연구 대상자의 일반적 특성과 시설관련 특성에 따른 우울의 차이를 확인하기 위해 t-test 또는 ANOVA를 실시하였다.

3. 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태와 우울과의 상관관계는 상관분석을 실시하였다.

4. 연구 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

Ⅳ. 연구결과

A. 연구 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1과>같다. 성별, 연령, 교육정도, 종교, 결혼상태, 동거유형, 생활수준, 의료보장형태 등을 조사하였다.

성별은 여자 73.6%(n=92)와 남자 26.4%(n=33)중 여자가 많았으며, 연령은 75세이상-84세 미만이 58.4%(n=73), 85세 이상이 24.8%(n=31), 65세이상-74세 미만이 16.8%(n=21)순으로 나타났다. 교육정도는 무학 60.8%(n=76), 초등학교졸업 26.4%(n=33), 중학교졸업이상 12.8%(n=16)로 나타났다.

종교는 없는경우 56.8%(n=71)가 종교있는경우 43.2%(n=54)보다 더 많았고 결혼상태는 사별 및 이혼 80.0%(n=100)이 기혼 20.0%(n=25)보다 더 높게 나타났다. 동거유형은 독거 46.4%(n=58)가 가장 많았고, 자녀와 함께 산다 25.6%(n=32), 배우자 및 친척 28.0%(n=35) 순 으로 나타났다. 생활수준은 보통이하 59.2%(n=74)가 보통이다 40.8%(n=51)보다 높게 나타났고, 의료보장형태는 의료보험이 68.8%(86)로 의료보호 31.2%(39) 보다 높게 나타났다.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성 (N=125)

일반적 특성		빈도(퍼센트) / 평균(표준편차)
성별	남	33(26.4)
	여	92(73.6)
연령	65세 이상-74세 미만(고령전기)	21(16.8)
	75세 이상-84세 미만(고령중기)	73(58.4)
	85세 이상(고령후기)	31(24.8)
나이(세)		80.24세
교육정도	무학	76(60.8)
	초등학교졸	33(26.4)
	중학교졸 이상	16(12.8)
종교	유	54(43.2)
	무	71(56.8)
결혼상태	기혼	25(20.0)
	사별 및 이혼	100(80.0)
동거유형	혼자산다	58(46.4)
	자녀와 함께 산다	32(25.6)
	배우자 및 친척과 산다	35(28.0)
생활수준	보통	51(40.8)
	보통이하	74(59.2)
의료보장형태	의료보험	86(68.8)
	의료보호	39(31.2)

B. 연구 대상자의 노인의료복지시설관련 특성

연구대상자의 시설관련 특성은 <표 2>와 같다. 입소동기, 입소결정, 시설이용 만족, 시설직원의 태도 등을 조사하였다.

시설이용 동기는 질병관리 60.0%(n=75)가 부양자원부족 40.0%(n=50) 보다 높게 나타났다. 입소결정자는 자녀 70.4%(n=88), 본인 및 배우자 17.6%(n=22), 친인척 12.0%(n=15)순이었다. 시설이용 만족은 만족 66.4%(n=83), 불만족 33.6%(n=42)로 나타났고 시설직원의 태도는 존중함 68.0%(n=85), 존중하지 않음 32.0%(n=40)순으로 나타났다.

<표 2.> 연구 대상자의 노인의료복지시설관련 특성 (N=125)

건강관련 특성		빈도(퍼센트) / 평균(표준편차)
입소동기	질병관리	75(60.0)
	부양자원부족	50(40.0)
입소결정	본인 및 배우자	22(17.6)
	자녀	88(70.4)
	친인척	15(12.0)
시설이용 만족	만족	83(66.4)
	불만족	42(33.6)
시설직원의 태도	존중함	85(68.0)
	존중하지 않음	40(32.0)

C. 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 정도

대상자의 가족지지, 주관적 건강상태, 우울의 정도는 <표 3>과 같다.

가족지지의 평점은 2.93점(SD=0.86), 주관적 건강상태는 2.57점(SD=0.67)으로 나타났으며, 우울의 평점은 3.40점(SD=0.49)으로 나타났다.

<표 3> 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 정도 (N=125)

종속변수	평균	표준편차	최소값	최대값	범위
가족지지	2.93	0.86	1.00	5.00	4.00
주관적 건강상태	2.57	0.67	1.00	4.00	3.00
우울	3.40	0.49	2.27	4.53	2.27

D. 일반적 특성 및 시설관련 특성에 따른 우울의 차이

1. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이를 보면 <표 4>와 같다.

종교 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(t=2.53, p=.012), 생활수준에 따라서도 통계적으로 유의한 차이를 나타났다(t=4.51, p<.001). 그러나 성별, 연령, 교육정도, 결혼상태. 동거유형, 의료보장형태 등은 유의수준 0.05에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 4> 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이 (N=125)

변수	구분	M±SD	t/F	p
성별	남	3.31±0.49	-1.20	.232
	여	3.43±0.48		
연령	65세 이상-74세 미만	3.39±0.51	0.21	.806
	75세 이상-84세 미만	3.42±0.46		
	85세 이상	3.35±0.54		
교육정도	무학	3.41±0.52	0.68	.507
	초등학교졸	3.43±0.42		
	중학교졸 이상	3.26±0.46		
종교	유	3.27±0.47	2.53	.012
	무	3.49±0.48		
결혼상태	기혼	3.36±0.45	-0.38	.703
	사별 및 이혼	3.40±0.50		
동거유형	혼자산다	3.43±0.48	0.31	.730
	자녀와 함께 산다	3.38±0.50		
	남편 및 친척	3.35±0.49		
생활수준	보통	3.16±0.50	4.51	<.001
	보통이하	3.55±0.41		
의료보장형태	의료보험	3.42±0.47	0.71	.475
	의료보호	3.35±0.52		

2. 대상자의 노인의료복지시설관련 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 시설관련 특성에 따른 우울의 차이를 보면 <표 5>와 같다.

시설이용 만족 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈으며(t=2.96, p=.004), 또한 시설직원의 태도에서도 유의한 차이를 보여주었다(t=2.08, p=.006). 그러나 입소동기, 입소결정은 유의수준 0.05에서 통계적으로 유의하게 나타나지 않았다.

<표 5> 대상자의 노인의료복지시설관련 특성에 따른 우울의 차이 (N=125)

변수	구분	M±SD	t/F	p
입소동기	질병관리	3.40±0.48	0.12	.898
	부양자원부족	3.39±0.50		
입소결정	본인 및 배우자	3.45±0.44	2.00	.139
	자녀	3.42±0.48		
	친인척	3.16±0.56		
시설이용 만족	만족	3.30±0.48	2.96	.004
	불만족	3.57±0.45		
시설직원의 태도	존중함	3.31±0.44	2.80	.006
	존중하지 않음	3.57±0.44		

E. 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태, 우울의 상관관계

대상자의 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 상관관계는 <표 6>과 같다.

연구대상자의 우울은 가족지지(r=-.100, p=.393)와 상관관계가 없었으며, 주관적 건강상태(r=-.439, p<.001)와는 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 자신의 건강상태가 나쁘다고 지각할수록 우울이 높게 나타났다.

<표 6> 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태, 우울의 상관관계 (N=125)

관련변수	가족지지	주관적 건강상태	우울
	r(p)	r(p)	r(p)
가족지지	1	.077(.268)	-.100(.393)
주관적건강상태		1	-.439(<.001)
우울			1

F. 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression)을 실시한 결과는 <표 7>과 같다. 단일변량분석에서 우울과 통계적으로 유의하게 관련성이 있어 차이가 있는 것으로 나타난 종교, 생활수준, 시설직원의 태도, 주관적 건강상태를 회귀모델에 투입하였다.

그 결과 주관적 건강상태가 나쁠수록(β=0.36, p<.001), 생활수준이 낮을수록(β=-0.33, p<.001), 시설직원의 태도가 존중하지 않는다고 느낄수록(β=-0.18, p<.05) 우울이 높게 나타났다. 이들 변수 중 가장 설명력이 높은 변수는 주관적 건강상태로 나타났고 전체 설명력은 33.6%였다

.

< 표 7> 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인 (N=125)

독립변수	B	S.E	β	t	R^2	F
주관적 건강상태	-0.26	0.05	-0.36	-4.81**		
생활수준†	-0.33	0.07	-0.33	-4.47**	.336	20.45
시설직원의 태도†	-0.19	0.07	-0.18	-2.51*		

*p<.05 **p<.001

† Dummy 처리된 변수

Ⅴ. 논의

본 연구는 노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하여 증가하고 있는 노인의료복지시설 거주자의 우울 및 정신건강문제를 예방하여 삶의 질을 증진시킬 수 있는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 실시되었다. 연구 결과에 따른 주요 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 특성에 대한 빈도와 평균을 살펴보면, 여성이 92명(73.6%)으로 남성 33명(33.6%)보다 많았는데 이는 여성노인의 평균수명이 긴 것으로 인한 여성 노인인구의 수가 남성노인인구의 수에 비하여 많은 것으로 노인복지의료시설 거주자 역시 여성노인이 많음을 의미한다. 강환세와 마은경(2009)의 연구에서도 노인의료복지시설 거주자 중 여성노인이 많음을 확인할 수 있다. 또한 평균 나이는 80.24세로 노인의료복지시설 거주노인들은 대부분 초고령의 나이에 포함되어 있음을 알 수 있으며, 생활수준은 59.2%의 절반이상의 노인이 낮다고 지각하고 있었다. 이영세, 양승규와 이정숙(2000)의 연구에서도 노인의료복지시설 거주자는 열악한 경제 및 보건 상태를 지닌 취약한 집단이라고 표현하고 있다. 일반적으로 노인들은 생계능력의 상실로 인해 실제보다 자신의 생활수준을 낮게 생각하는 경향이 있으며, 실제로 노인의료복지시설 거주 노인의 경우에는 경제적 생산 능력이 불가능 상황으로 생활수준이 낮음을 알 수 있다.

둘째, 본 연구 대상자의 가족지지, 주관적 건강상태, 그리고 우울에 대한 평균을 확인하였다. 우선 가족지지의 경우 2.93점으로 보통수준으로 나타냈다. 이는 시설 거주 노인과 지역사회 거주 노인의 사회적 지지를 비교한 연구(채수원, 오경옥, 1992)결과를 보면 노인의료복지시설거주 노인이 지역사회 거주 노인의 사회적 지지에 비해 낮음을 알 수 있다. 또한 지지원들 간에도 차이가 있었는데 지역사회 거주 노인의 경우 주로 가족과 친구가 약 80%를 차지한 반면, 노인의료복지시설 거주자의 경우는 사회복지사와 후원자가 35%를 넘어섰고, 가족은 25%에 불과하였다(채수원, 오경옥, 1992). 이는 노인의료복지시설 거주자들이 가족의 지지를 받지 못하고 있다는 것을 의미한다.

주관적 건강상태는 2.57점으로 보통이하수준으로 나타났다. 이는 노인전문의료시설에 거주하고 있는 노인의 특징과도 밀접한 관련이 있을 것으로 여겨진다. 노인전문병원은 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설로서 노인성 질환으로 치료 및 요양을

필요로 하거나 임종을 앞둔 환자를 대상으로 한다(노인복지법, 2007). 우리나라 노인의 40% 이상이 자신들의 전반적인 건강상태를 건강하지 못하거나 매우 나쁜 수준으로 인식하고 있으며(통계청, 2008), 본 연구 대상자인 노인의료복지시설 거주 노인의 경우 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하고, 대상자의 연령평균도 고령 집단에 속하고 있어, 건강상태에 대한 지각에 더욱 부정적으로 영향을 미쳤을 것으로 사료된다.

우울은 3.39점으로 높게 나타났다. 조맹제(2003)의 연구에 따르면 65세 이상 노인인구의 4.2%-7.5%가 주요 우울증이 있으며, 우울 증상 역시 9.7%에서 23.5%까지 보고되고 있다. 노인의 우울 유병률은 연구 자료에 따라 다소 차이를 보이고 있으나 대략 15%가량이 우울로 인해 고통을 받고 있는 것으로 나타나고 있다. Lawrence 등(2006)은 전체 노인 중 15% 정도가 임상적 치료를 요하는 수준의 우울을 경험하고 있다고 보고하였다. 신체적 건강의 측면과 비교해볼 때 지역사회 거주 노인이나 시설 거주 노인이나 별다른 차이가 없으나(성기월, 1999), 정신건강의 측면에서는 노인의료복지시설 노인이 지역사회 거주 노인보다 정서적 건강수준이 낮은 것으로 나타났다(정승희, 이옥숙, 1994).

셋째, 일반적 특성에 따른 노인의료복지시설 거주자의 우울의 차이를 살펴보면, 종교유무와 생활수준에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 정순둘(2005)의 시설거주 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 경로 분석 결과에서도 종교는 유의한 변수로 설명되었다. Hosseinian, Tagharrobi, Sharifi, Sooky와 Manesh(2009)의 연구에서도 종교를 가지고 있으며 종교의식에 자주 참여하는 노인들이 그렇지 않은 노인들보다 덜 우울한 것으로 나타났다. 더불어 본 연구결과는 경제적 어려움이 있는 저소득 노인에게서 우울이 높게 나타난다고 한 박선영(2009)의 연구와도 일치한다. 강선경(2009)의 연구에서도 비수급자인 경우에 수급자인 경우에 비해 우울이 감소하고 삶의 질이 높아진다고 제시하였다. 그리고 최선희와 양혜원(2004)의 한국과 일본의 시설 노인을 비교한 연구결과에 의하면 한국노인의 경우 주관적 경제 상태가 우울에 영향을 미치는 주요한 변인인 것으로 나타났다.

시설관련 특성에 따른 노인의료복지시설 거주자의 우울의 차이를 살펴보면 시설이용 만족도와 시설직원의 태도에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 시설이용에 대해 만족하지 않으며, 시설직원이 자신을 존중하지 않는다고 인식하는 경우에 우울이 높았다. 이는 정순둘(2005)의 시설이용에 대한 만족도와 같은 시설관련요인들이 노인의

료복지시설 거주 노인의 우울에 영향을 미친다는 연구결과와 일치하는 부분이다.

넷째, 가족지지, 주관적 건강상태와 우울의 상관관계를 살펴 본 결과, 가족지지는 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았고, 주관적 건강상태는 우울과 역상관관계가 있는 것으로 나타났다. 가족지지는 노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 자주 고려되는 부분이다. 그러나 안지연과 탁영란(2009)의 연구결과에서는 80세 이상의 초고령 노인은 주변의 환경적 요인과 우울이 특별한 인과관계가 없으므로, 가족지지를 포함한 사회적 지지에 거의 영향을 받지 않는다고 보고하였다. 또한 Watson, Garrett, Sloane, Gruber-baldini, & Zimmerman(2003)의 연구에서는 시설 거주 노인의 우울은 거주기간과 밀접한 관련이 있는데, 거주 기간이 짧은 노인일수록 가족과의 만남이 제한되는 것을 견디지 못하고, 더욱 우울을 경험하는 것으로 보고하였다. Barca, Engedal, Laks와 Selbaek(2009)의 연구에서도 시설에 거주하는 기간이 길수록 노인의 가족 지지는 낮고 결과적으로 노인의 우울에 영향을 덜 주는 것을 확인하였다. 실제 우리나라 노인의료복지시설에 거주하는 대상자들은 자신을 돌봐 줄 인적자원인 요양자원의 부족으로 인하여 입소하는 경우가 많으므로 일반 지역사회 거주 노인과는 다르게 가족의 지지에 영향을 받지 않을 것으로 추정된다.

주관적 건강상태는 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로 여러 연구(박선영, 2009; 안지연, 탁영란, 2009; 이금재, 박혜숙 2006; 장인순 2004)에서 반복적으로 제시되고 있다. 즉 노인이 인지하는 주관적인 건강상태가 우울에 영향을 미치는 주요한 요인임을 알 수 있다. 또한 Unsar와 Sut (2009)의 연구에서도 노인의료복지시설을 이용하는 노인의 경우, 만성질환으로 의료서비스를 받고 있기 때문에 거주 노인의 60%가 우울을 경험하고 있으며, 이로 인하여 삶의 질이 감소되었다고 보고하였다. 또한 국내에서 노인의료복지시설 거주 노인을 대상으로 한 강선경(2009)의 연구에서도 자신이 건강하다고 인식하는 경우에 그렇지 않은 경우보다 우울이 낮고 삶의 질이 높아짐을 확인하였다. 이러한 결과들은 신체질환으로 인하여 노인의료복지시설을 이용해야 하는 노인의 경우 부정적으로 자신의 건강상태를 인지하므로 일반 지역사회 거주 노인보다 우울정도가 더 높게 나타남을 알 수 있다.

다섯째, 노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과, 주관적 건강상태, 생활수준, 시설직원의 태도 순으로 우울을 설명하는 유의한 변수로 나타났으며, 전체 33.6%의 설명력을 갖고 있었다. 노인의료복지시설 거주 노인을 대상으

로 우울 경로를 분석한 정순둘(2005)의 연구에서도 본 연구결과처럼 우울에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 인구사회학적 특성에서 주관적 건강상태와 시설생활특성으로 시설생활만족도로 보고하였다. Tsai(2006)의 연구에서도 노인의료복지시설 거주자의 우울 위험요인으로 주관적 건강상태가 유의하게 영향을 미치고 있음을 확인하였다.

뿐만 아니라 노인의료복지시설을 이용함에 있어서 직원요인은 시설 이용 만족도에 가장 큰 영향을 미치는 요인이라는 연구결과(황인옥, 윤경아, 김은경, 2007)와도 일치한다. 많은 선행연구들(Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter, & Ribbe, 2004; 성기월, 1999; 정승희, 이옥숙, 1994)에서도 시설 거주 노인의 우울에는 시설생활 특성으로 시설직원들의 태도가 중요한 부분으로 작용하고 있음을 보고하였다. 특히 Jongenelis등(2004)에 의하면 노인의료복지시설 거주 노인의 경우에는 시설의 환경적 요인뿐만 아니라 시설생활의 특성이 우울의 원인이 되고 있음을 주장하였다. 강선경(2009)의 연구에서도 시설 거주 노인은 시설직원들로부터 정서적 지지와 같은 사회적 지원을 많이 받을수록 우울이 감소하고 삶의 질이 증가한다고 보고하였다. 시설직원의 사회적 지원은 우울증 노인들에 있어 스트레스에 대한 인식을 완화시키거나 해결 능력을 향상 시키는 중요한 요소로 작용 하여 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예측할 수 있다.

노인의 우울증은 신체적, 사회적 장애를 동반하여 심지어 자살의 중요한 원인이 되기 때문에, 결코 간과하거나 방치해서는 안 되는 중요한 공중보건문제로 인식되고 있다(Alwin, Sutton, Chinana, & Avron, 2002). 그러나 최근 가족구조의 핵가족화 변화 현상으로 전통적이며 가족을 근간으로 한 부양체계가 붕괴되고 있고, 이러한 상황에서 가족이나 친척을 통한 사회적 지원보다는 지역사회의 사회적 지원의 중요성이 커지고 있다. 그러므로 시설 거주 노인들을 위한 시설직원의 존중하는 태도와 생활수준에 따른 적극적이고 현실적인 지원과 같은 효과적인 사회적 지원을 통하여 노인의 우울을 예방할 수 있을 것으로 기대한다. 이상의 연구결과를 통하여 노인의료복지시설 거주자의 우울을 예방할 수 있도록 대상자의 주관적 건강상태에 대한 긍정적 인식증진과 더불어 생활 수준에 따라 더욱 더 적극적인 정서적 지지를 제공하고, 그리고 시설직원들의 노인을 존중하는 태도를 보여주는 것의 중요성을 확인할 수 있었다. 또한 이를 통하여 향후 노인복지의료시설에 근무하는 간호사들의 교육 내용에 반드시 시설 거주 노인의 우울에 영향을 미치는 요소들을 포함하여야 함을 알 수 있었다.

Ⅵ. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구 대상자는 노인의료복지시설 입소노인 125명 이었으며, 자료 수집은 구조화된 설문지를 통해 조사자가 직접 설명 해주고 작성 하는 방법으로 실시하였다. 수집한 자료는 기술통계, t-test, ANOVA, 피어슨 상관관계분석 그리고 다중회귀분석을 사용하여 분석하였다.

본 연구결과 노인의료복지시설 거주 노인들의 우울은 전반적으로 약간 높은 편이었으며, 대상자의 일반적 특성 및 노인의료복지시설관련 특성 중 우울에 통계적으로 유의하게 나타난 것은 생활수준, 시설이용 만족도, 시설직원의 존중도 등 이었다. 또한 대상자들의 주관적 건강상태와 우울은 역상관관계가 있는 것으로 나타났다. 우울에 영향을 미치는 요인으로는 주관적 건강상태, 생활수준, 시설직원의 존중도가 통계적으로 유의하게 나타났으며, 이들 변수 중 가장 설명력이 높은 변수는 주관적 건강상태였다.

따라서 노인의료복지시설 거주 노인의 우울을 예방하기 위해서는 주관적인 건강상태를 긍정적으로 인식하도록 돕는 교육과 지지가 요구되며, 시설이용만족도와 시설직원의 존중도가 우울과 상관관계가 있었으므로 시설 내 안락하고 편안한 환경조성과 더불어 대상자의 경제적 상태에 따른 지지체계를 강화하고, 직원을 위한 태도 교육 및 서비스 프로그램을 수행하는 것이 도움이 되리라 사료된다.

B. 제언

본 연구의 결과를 근거로 간호연구, 실무, 교육 측면에서 다음과 같은 제언을 한다.

첫째, 노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기위한 반복 연구가 필요하다.

둘째, 시설요인이 우울과 관련성이 있으므로 우울과 시설요인과의 관계를 확인하는 반복연구가 필요하다.

셋째, 노인의료복지시설에 입소한 노인들을 대상으로 우울의 정도를 감소시키고 또한 우울을 예방하기위한 간호학적 접근이 필요하다.

참고문헌

- 강석균 (2008). *노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.* 청주대학교 석사학위논문, 청주.
- 강선경 (2009) 자기효능감과 사회적 지원이 우울증 노인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. *한국노년학회, 29*(2), 629-643.
- 강선경 (2009). 치매부양자의 생활만족도에 영향을 미치는 요인 연구: 부양부담, 스트레스 대처 및 사회적 지지를 중심으로. *서강대학교 사회과학연구소, 17*(2), 286-317.
- 강환세, 마은경 (2008). 노인복지시설 사회화와 시설노인의 생활만족도 및 우울과의 관계. *노인복지연구, 39*(0), 303-322.
- 건강보험심사평가원. http://www.hira.or.kr/
- 곽병은 (2006). *사회복지시설 사회화와 생화자의 삶의 만족도에 관한 연구.* 가톨릭대학교 박사학위논문, 서울.
- 구재해 (2009). *노인요양시설 입소노인의 적응정도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 대전광역시 소재 노인요양시설을 중심으로.* 한남대학교 석사학위논문, 대전.
- 권윤희, 오윤정 (2009). 유료복지시설과 무료복지시설 입소 노인의 건강상태와 생활만족도 비교. *한국보건간호학회지, 23*(1), 91-100.
- 기백석 (2004). 노인 우울증의 약물요법. *노인병, 9*(3), 141-153.
- 김인화, 정근백, 이석기, 정종승 (1994). 한 양로시설의 노인들에 대한 일상생활기능과 정신장애인에 대한 예비조사 및 분석. *대한가정의학회지, 15*(11), 1001.
- 김춘길 (2004). 국내 노인 간호연구 분석- 최근 5년간 노인간호학회지 게재 논문을 중심으로-. *노인간호학회지, 6*(1), 81-90.
- 김춘길 (2005). 국내 간호학회지의 노인논문 분석. *노인간호학회지, 7*(2), 125-135.
- 김춘길 (2007). 재가노인의 가족지지, 건강지각, 영양상태와 우울과의 관계. *노인간호학회지, 9*(1), 14-21.
- 박선영 (2009). 일 지역사회 저소득 노인의 우울, 일상생활 수행능력과 삶의 질의

관계에 대한 연구. *한국보건간호학회지, 26*(1), 78-90.
- 배지연 (2004). *노인의 자살생각에 관한 인과모형*. 대전대학교 박사학위논문, 대전.
- 법제처 (2007). *노인복지법*. 법제처
- 보건복지가족부. http://www.mw.go.kr/
- 서순림 (2006). *노인건강증진*. 현문사.
- 성기월 (1999). 시설노인과 재가노인의 일상생활정도와 생활만족 정도의 비교. *한국노년학, 19*(1), 105-117.
- 손덕순 (2005). 노인의 심리적 안녕감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국노년학, 25*(4), 205-271.
- 신동수 (1996). *노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계연구*. 경희대학교 석사학위논문, 서울.
- 신승연 (2002). 연구논문: 유료생활시설 노인의 입소의사결정과정이 입소 후 적응과정에 미치는 영향에 관한 연구. *노인복지연구, 18*(0), 111-129.
- 심정선 (2008). *노인의 분노표현양식, 우울, 가족지지 및 삶의 질 정도 관계 연구*. 경희대학교 석사학위논문, 서울.
- 안지연, 탁영란 (2009). 관절염 노인의 연령별 우울정도와 위험요인. *대한간호학회지, 39*(1), 72-83.
- 양옥남, 김혜경, 김미숙, 정순둘 (2009). *노인복지론*. 공동체.
- 유진영, 임복희 (2007) 일부 요양병원 노인 입원환자의 상병양상 및 우울증 발생양상. *한국보건사회학회, 21*(0), 117-135.
- 이가언, 배두이 (2004). 유료시설 노인의 입소동기 및 생활만족도. *한국노년학, 24*(2), 181-192.
- 이경숙 (2008). 시설노인과 일반노인의 우울증차이에 영향을 미치는 요인. *고려대학교 대학원 석사논문*, 서울.
- 이금재, 박혜숙 (2006). 재가 도시노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력에 관한 연구. *여성건강간호학회지, 12*(3), 221-230.
- 이미애 (2009). *노인의 스트레스가 자살생각에 미치는 영향*. 청주대학교 대학원 석사학위논문, 청주.
- 이세영 (2008). *집단미술치료프로그램이 주간 보호시설노인의 우울및 자아존중감에*

미치는 영향. 영남대학교 미술치료전공 석사학위논문, 경산.
- 이영세, 양승규, 이정숙 (2000). 양로시설 입소노인의 행동과 심리특성(2). *노인복지연구, 9,* 219-237.
- 이용석 (2008). 노인장기요양보험법 주요내용과 문제점에 대한 검토. *한국보험학회, 79,* 163-193.
- 이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중 (1998). 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인. *한국노년학회, 18*(2), 110-124.
- 장인순 (2004). 일부 지역사회 여성노인의 영적안녕, 우울, 주관적 건강상태에 관한 연구. *여성건강간호학회지, 10*(2), 91-98.
- 정순돌 (2005). 시설거주 노인의 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국노년학회, 25*(3), 90-16.
- 정승희, 이옥숙 (1995). 일부지역 가정노인과 양로원 노인의 건강상태에 관한 연구. *전북의대논문집, 19*(2), 155-166..
- 조맹제 (2003). 우울증의 역학. *대한의사협회지, 46*(9), 772-781.
- 채수원, 오경옥 (1992). 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구 - 일반가정과 양로원 노인을 대상으로. *한국간호과학회, 22*(4), 552-568.
- 최선희, 양혜원 (2004). 한, 일 시설거주노인의 정신건강: 스트레스와 우울을 중심으로. *한국노년학, 24*(1), 129-147.
- 최형임 (2008). *노인 자살생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구*. 대구대학교 대학원 박사학위논문, 대구.
- 최혜경 (2001). 부양형태에 따른 신체취약 노인들의 정신건강. *대한가정학회지, 39*(1), 81-90.
- 통계청 (2008). http://www.kosta.go.kr/
- 한국보건사회연구원. http://www.kihasa.re.kr./
- 홍인실 (2008). *노인의 인지기능과 우울증에 미치는 음악치료의 개선 효과*. 제주대학교 대학원 박사학위논문, 제주.
- 황인옥, 윤경아, 김은경 (2007). 시설생활노인의 거주만족도 수준 및 예측요인. 한국노년학회지, *27*(4), 847-860.

· Aldwin, C. M., Sutton, Chinana, G., & Avron, S. (2002). Aged difference in stress, coing, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology, 51*(8), 211-220.

· Barca,M. L., Engedal, K., Laks, J., Selbaek, G. (2009). A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders*, In Press.

· Chow, E. S., Hei Kong, B. M., Po Wong, M. T., Draper, B., Lin, K. L., Ho, S. K., & Wong, C. P. (2004). The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19,* 734-740.

· Cummings, S. M. (2003). The efficacy of an integrated group treatment program for depressed assisted living residents. *Research on Social Work Practice, 13*(5), 608-621.

· Feibel, J. H, & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activies after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63,* 276-278

· Hosseinian M., Tagharrobi Z., Sharifi K.H., Sooky Z., & Esalat Manesh S. (2008). Depression prevalence and its related factors in nursing homes elderly. *European Psychiatry, 23*(2), S251.

· Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiter, H. & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders, 83*, 135-142.

· Koening, H. G. & Blzaer, D. G. (1992). Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clinical Geriatric Medincine, 8*, 235-251.

· Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S., Turner, S., Sangha, K., Byng, R., Bhugra, D., Huxley, P., Tylee, A., & Macdonald, A. (2006). Concepts and causation of depression: A cross-cultural study of the beliefs of older adults. *Gerontologist, 46*(1), 23-32.

· Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service-oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology, 37*, 91-99.

· Mozley, C. G., Challis, D., Sutchliffe, C., Bagley, H., Burns, P. H., & Cordingley, L. (2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted nursing and residential homes. *Aging and Mental Health 4*(2), 136-141.

· Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1992). Incidence of depression in long-term care settings. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 47*(6), M189-196.

· Ron, P. (2004). Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: A comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work, 43*(2/3), 97-116.

· Rovner, B. W. (1993). Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Ameriacn Journal of Medicine, 5*A, 19S-22S.

· Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale(GDS), recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*, 165-172.

· Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Linzer, M.(1996). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Psychosomatics, 37*(2), 169.

· Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, W., & Wetendorp, R .G. J. (2003). Prevalence, correlated and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorder, 78*(3), 193-200.

· Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekman, A. T., & Westendorp, R. G., (2006). Natural history of depression in the oldest ond: Population-based prospective study. *The British Journal*

of Psychiatry, 188, 65-69.

- Tran, T. V., Khatutsky, G., Aroian, K., Balsam, A., & Conway, K. (2000). Living arrangement, depression and health status among elderly russian-speaking immigrants. *Journal of Gerontological Social Work, 33*(2), 63-77.
- Tsai, Y. F. (2006). Self-Care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Elderly Nursing Home Residents in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management, 32*(2), 140-147.
- Tsay, S. L., & Chao, Y. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research, 10*(4), 71-277.
- U.S. Department of Health and Human Services (1990). Mental Health: A Report of the Surgeon General Executive.
- Unsar, S., Sut, N. (2009). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(1), 6-10.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., Otsuka, K., Yano, S., Kita, T., & Matsubayashi, K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly—prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 39*(1), 15-23.
- Watson, L.C., Garrett, J.M., Sloane, P.D., Gruber-baldini, A.L., Zimmerman, S. (2003). Depression in assisted living: results from a four-state study. *American Journal of Geriatric Psychiatry 11*, 534 - 542.

설 문 지

안녕하십니까?

저는 조선대학교 대학원 간호학과에서 노인전문간호사 석사과정생입니다.
본 설문은 노인의료복지시설 거주 어르신들의 우울에 영향을 미치는 요인에 대해서 조사하고 파악하여, 보다 질 높은 간호제공을 위한 기초자료를 위한 설문입니다.

본 연구 질문에는 정답이 없으므로 어르신의 생각을 그대로 표현해 주시고, 혹 불편한 내용의 질문에도 솔직하게 응답을 해주시면 연구에 큰 도움이 되겠습니다.

본 설문조사의 자료는 비밀이 보장이 되고 무기명 처리되며, 본인의 논문작성을 위한 연구자료 이외의 목적에는 절대로 사용하지 않을 것임을 약속드립니다.

항상 건강하십시오.
감사합니다.

2009년 9월

조선대학교 대학원 노인전문간호사
석사과정 김 민
지도교수 권 영 란

<연구 참여 동의서>

본인은 김 민의 연구목적에 대한 설명을 잘 들었으며 내 의사에 따라 본 설문에 응할 것을 동의합니다.

□ 동의함 □ 동의하지 않음

연구 참여자 (인)
대리인

1. 어르신의 성별을 표시해주세요. ① 남자 ② 여자

2. 어르신의 연령은 어떻게 되십니까? ( ) 세

3. 어르신의 최종학력을 표시해 주세요.
① 무학 ② 초등학교졸 ③ 중학교졸 이상

4. 어르신은 종교가 있으십니까? ① 종교있음 ② 종교없음

5. 현재 혼인상태는 어떠십니까? ① 기혼 ② 사별 및 이혼

6. 어른신은 입소 전 누구와 함께 살고 계셨는지요?
① 혼자 살았다 ② 자녀와 함께 살았다 ③ 배우자 및 친척과 함께 생활

7.어르신의 요즈음 생활수준은 어떠십니까?
① 보통이다 ② 보통이하이다

8. 어르신의 의료보장형태는 무엇입니까? ① 의료보험 ② 의료보호

9. 어르신의 시설 입소 동기는 무엇입니까?
① 질병관리 ② 부양자원부족

10. 어르신의 입소결정은 누가하였습니까?
① 본인 및 배우자 ② 자녀 ③ 친인척

11. 어르신은 시설을 이용하는데 만족스러우십니까?
① 만족스럽다 ② 만족스럽지 않다

12. 어르신이 시설을 이용하는데 직원들 태도는 어떠십니까?
① 존중한다 ② 존중하지 않는다

[우울]

1. 전혀 그렇지 않다 2. 그렇지 않다 3. 그저 그렇다 4. 그런 편이다 5. 매우 그렇다

최근동안 다음가 같은 상태를 얼마나 자주 경험하셨는지 해당되는 빈칸에 "V"표 해주십시오.	1	2	3	4	5
1. 기본적으로 자신의 생활에 만족하십니까?					
2. 전에 하던 활동이나 흥미가 떨어졌습니까?					
3. 인생이 허무하다고 느끼십니까?					
4. 자주 지루하다고 느끼십니까?					
5. 대부분의 생활이 활기에 차 있습니까?					
6. 무엇인가 나쁜 일이 일어날까봐 걱정되십니까?					
7. 대부분의 생활이 행복하다고 느끼십니까?					
8. 자주 무력감을 느끼십니까?					
9. 밖에 나가 새로운 일을 하는 것 보다 집에 있는 것이 좋습니까?					
10. 다른 삶에 비해 기억력이 더 떨어졌다고 느끼십니까?					
11. 지금 살아 있다는 사실이 놀랍다고 느끼십니까?					
12. 현재의 생활이 매우 가치 없다고 느끼십니까?					
13. 힘이 넘친다고 느끼십니까?					
14. 지금 상태가 희망이 하나도 없다고 느끼십니까?					
15. 대부분의 사람들이 당신 보다 더 잘 살고 있다고 느끼십니까?					

[가족지지 측정 도구]

1. 전혀 그렇지않다 2. 그렇지않다 3. 보통이다 4. 그런 편이다 5. 매우 그렇다

어른 신들의 가족에 대한 질문입니다. 어르신의 생각을 가장 잘 나타내는 란에 "V"표를 해주시기 바랍니다.	1	2	3	4	5
1. 가족은 나를 아끼고 사랑한다.					
2. 나는 전적으로 우리 가족에게 의지할 수 있다.					
3. 가족은 내가 불편하지 않도록 도와준다.					
4. 가족은 나의 이야기를 존중한다.					
5. 내가 지루하지 않게 가족은 많은 이야기를 해준다.					
6. 집안 문제를 나와 의논한다.					
7. 가족은 나에게 헌신적이다.					

[주관적 건강상태 측정 도구]

1. 매우 나쁘다 2. 나쁜 편이다 3. 보통이다 4. 좋은 편이다 5. 매우 좋다

어른신의 건강상태를 가장 잘 표현했다고 생각하는 칸에 "V"표를 해 주십시오.	1	2	3	4	5
1. 현재 어르신의 전반적인 건강상태는 어느 정도입니까?					
2. 현재 건강상태는 일상생활을 하는데 어떠십니까?					
3. 3년 전과 비교해서 어르신의 건강상태는 어떠합니까?					
4. 같은 나이분과 비교해서 어르신의 건강상태는 어떠합니까?					

저작물 이용 허락서

학 과	간호학과	학 번	20087308	과 정	석사
성 명	한글 김 민	한문 金 珉		영문 Kim Min	
주 소					
연락처	E-mail : kimmin0002@hanmail.net				
논문제목	노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인				
	Predictors of Depression in Geriatric Medical & Welfare Facilities Residents				

본인이 저작한 위의 저작물에 대하여 다음과 같은 조건 아래 조선대학교가 저작물을 이용할 수 있도록 허락하고 동의합니다.

- 다 음 -

1. 저작물의 DB구축 및 인터넷을 포함한 정보통신망에의 공개를 위한 저작물의 복제, 기억장치에의 저장, 전송 등을 허락함.
2. 위의 목적을 위하여 필요한 범위 내에서의 편집과 형식상의 변경을 허락함. 다만, 저작물의 내용변경은 금지함.
3. 배포・전송된 저작물의 영리적 목적을 위한 복제, 저장, 전송 등은 금지함.
4. 저작물에 대한 이용기간은 5년으로 하고, 기간종료 3개월 이내에 별도의 의사 표시가 없을 경우에는 저작물의 이용기간을 계속 연장함.
5. 해당 저작물의 저작권을 타인에게 양도하거나 출판을 허락을 하였을 경우에는 1개월 이내에 대학에 이를 통보함.
6. 조선대학교는 저작물 이용의 허락 이후 해당 저작물로 인하여 발생하는 타인에 의한 권리 침해에 대하여 일체의 법적 책임을 지지 않음.
7. 소속 대학의 협정기관에 저작물의 제공 및 인터넷 등 정보통신망을 이용한 저작물의 전송・출력을 허락함.

동의여부 : 동의(o) 반대( )

2010년 2월

저작자: 김 민 (인)

조선대학교 총장 귀하

감사의 글

시간이 지남에 따라 무언가를 해야만 한다는 조금함속에 시작한 대학원이었는데 벌써 2년이 지나고 논문이 이렇게 나오게 되었습니다. 논문이 시작되고 완성되기까지 참 많은 일들이 있었습니다.

우선 끝까지 저를 놓지 않고 격려를 해주신 권영란교수님께 깊은 감사를 드립니다. 그리고 바쁜 일정 중에서도 따뜻한 가르침으로 심사를 해주셨던 김진선교수님, 황선영교수님께도 머리숙여 감사를 드립니다.

지난 2년동안 어려움 속에서도 서로 힘이 되어주었던 노인전문간호사 4기 김진선생님, 심미라선생님, 홍지연선생님, 5기 김세영선생님, 노인선선생님 그리고 노인전문간호사 과정을 담당하고계신 김계하 교수님 말로 다 표현 할 수 없는 여러 가지 생각이 듭니다. 앞으로도 소중한 인연이 계속되었으면 하는 바램입니다.

언제나 든든한 후원자가 되어 주시는 김옥민병원장님, 말없이 지원해주시는 이원우진료부장님, 제일에 저보다 더한 열정과 관심을 보여주시는 곽명희간호과장님 감사드립니다.
그리고 내 소중한 병동 선생님들..... 저와 함께 해주어서 고맙습니다.

지치고 힘든 시간, 세상에 온전히 혼자라고 느껴지는 시간 둘러보면 항상 제자리에서 지켜봐주셨던 내 존재의 이유인 아버지, 어머니 그리고 가족들, 사랑스러운 조카들..... 이 순간 함께 기뻐해줄 나에 가족들에게 이 논문을 드립니다.

2009년 11월
김 민드림