

보건학 석사학위 논문

노인의 신체기능 상태와
우울증상의 관련성

아주대학교 보건대학원

보건정책과 관리

인주희

노인의 신체기능 상태와
우울증상의 관련성

지도교수 이윤환

이 논문을 보건학 석사논문으로 제출함

2009년 2월

아주대학교 보건대학원

보건정책과 관리

인주희

인주희의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원장 이 윤 환 (인)

심사위원 전 기 홍 (인)

심사위원 이 순 영 (인)

아주대학교 보건대학원

2008년 12월 23일

감사의 글

간호사로 여러 해 동안 환자들과 생활하면서 새로운 학문을 배우고 싶다는 막연한 생각에 도전하게 된 보건학 석사과정이었습니다.

어느덧 2년이라는 시간이 흘러 논문을 제출하게 되었습니다.

많이 부족한 저에게 넓은 마음과, 큰 이해심, 밝은 미소로 지도해 주신 이윤환 교수님께 진심으로 감사의 말씀을 전합니다. 또한 논문과정 동안 많은 지도를 해주신 전기홍 교수님, 이순영 교수님께도 감사의 말씀드립니다.

늦은 나이에 다시 시작하는 학업이라며 걱정하시던 부모님과 항상 뒤에서 지켜보아 주던 친구 황정, 동생 소연, 지예, 순옥의 마음에 든든함을 느끼며 공부할 수 있었던 2년이었습니다. 그리고 학업에 전념할 수 있도록 근무를 조정해 주시고 많은 격려를 보내주신 수간호사님께 감사드립니다.

간호사라는 직업 때문에 많은 사람들과의 대인관계를 갖기 힘들었는데, 대학원 진학하면서 많은 분들을 만나게 되었습니다. 2년 동안 든든한 친구이자 동생이었던 현경 언니, 기희 언니, 은경, 윤행에게도 감사의 인사를 드립니다.

마지막으로 언제나 곁에서 든든한 힘이 되어준 남자친구에게 감사의 인사를 전합니다.

2008년 12월 인주희 올림

차 례

감사의 글	i
차 례	ii
표 목차	iv
그림목차	iv
국문요약	v
제 1장 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
제 2장 이론적 배경 및 문헌고찰	4
1. 우울증	4
2. 신체적 기능상태	9
3. 신체적 기능 상태와 우울	13
제 3장 연구방법	16
1. 연구 설계	16
2. 연구대상자 및 표집 방법	18
3. 연구의 측정도구	21

4. 자료 분석 방법	23
제 4장 연구결과	24
1. 연구 대상자들의 일반적인 특성	24
2. 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력 (IADL) 빈도 분석	27
3. 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL) 점수	30
4. 일반적 특성에 따른 도구적 일상생활수행능력(IADL) 점수.....	32
5. 일반적 특성에 따른 우울점수	34
6. 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활 수행 능력(IADL), 우울점수의 상관관계	36
7. 우울에 대한 다른 변수들의 설명	39
제 5장 논의	42
제 6장 결론 및 제언.....	46
참고 문헌.....	49
영문 요약.....	59

표 목차

<표 1>	연구 대상자들의 일반적인 특성.....	26
<표 2>	대상자의 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL) 빈도분석.....	28
<표 3>	일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL) 점수.....	31
<표 4>	일반적 특성에 따른 도구적 일상생활수행능력(IADL)점수.....	33
<표 5>	일반적 특성에 따른 우울 점수.....	35
<표 6>	일상생활 수행능력(ADL)과 우울점수와의 상관관계.....	37
<표 7>	도구적 일상생활 수행능력(IADL)과 우울점수와의 상관관계.....	37
<표 8>	일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활 수행 능력(IADL), 우울점수의 상관관계	38
<표 9>	우울변수에 대한 다중회귀분석.....	41

그림 목차

<그림 1>	연구 설계.....	16
<그림 2>	대상자의 일상생활수행능력(ADL)의 빈도분석	29
<그림 3>	도구적 일상생활수행능력(IADL) 빈도분석.....	29

국문 요약

본 연구는 65세 이상 노인의 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증과의 관련성을 알아봄으로써 노인의 건강증진 방안과 노인보건정책수립의 기초 자료를 제공하고자 시행하였으며 연구도구로는 한국 노동연구원에서 2006에 조사한 고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)를 사용하였다.

대상자의 일반적 특성과 우울과의 관계에 있어서 배우자가 없는 경우 우울점수가 높은 것($t=11.783$, $p<0.001$)으로 분석되었으며, 개인자산이 적을수록 우울점수가 높은 것($F=65.207$, $p<0.001$)으로 분석되었다. 거주형태에 따라서는 월세에 살수록, 만성질환 보유수가 많을수록, 우울점수가 높은 것으로 분석되었으며, 주관적 건강상태($F=3.299$, $p<0.001$)가 나쁠수록 우울점수가 높아지는 것으로 분석되었다.

우울증상에 영향을 미치는 변수를 알아보기 위해 다중회귀분석(Multiple linear regression)하였다.

Model I 은 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수, Model II 는 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수와 인구사회학적 변인, Model III 는 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수와 인구사회학적 변인, 건강관련 변인을 포함하여 우울증상에 영향을 미치는 변인을 알아보았는데 IADL 평균점수가 높을수록, 여자일수록, 주관적 건강상태가

나뻗수록 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

이와 같은 결과를 살펴보면 노인의 우울증상에 대한 미치는 요인들에 대하여 시사점을 살펴보면,

첫째, 소득수준에 따라 발생하게 되는 우울증상의 문제에 대해서 정부는 경로 우대 제도를 확대실시하고, 노인 복지프로그램 확충을 위한 경제적 지원을 강화해야 할 것으로 생각된다.

둘째, 노인의 신체적·정신적 건강상태를 증진하기 위해 노인대학, 노인정, 탁노소, 가정방문 등 지역사회 복지 프로그램을 활성화해야 할 것으로 생각된다.

셋째, 지역사회는 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 저하되어 있는 노인들을 정확히 파악하고, 노인에게 필요한 사회적 지지를 제공해야 할 것으로 생각된다.

넷째, 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되어졌으므로, 도구적 일상생활수행능력(IADL) 중 어떠한 요소가 영향을 미치는지 파악하기 위한 지속적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

제 1장 서론

1. 연구의 필요성

노인인구의 증가와 평균 수명의 연장으로 노인에 대한 관심이 날로 증가하고 있다. 우리나라는 노인 인구의 비율은 2000년에 7.2%로 이미 고령화 사회에 진입한 후 계속 증가하는 추세로 2005년에 노인 인구는 9.1%를 차지하고 있다. 앞으로 2018년에는 14.3%로 고령사회에 진입, 2026년에는 20.8%로 초고령화 사회로 진입이 예상되며(Korea National Statistical Office, 2006), 이는 세계에서 가장 빠른 속도이다.

경제의 발전에 따른 생활수준의 향상과 의학의 발달은 평균 수명의 연장과 더불어 노인인구의 급격한 증가를 가져왔다. 따라서 노화와 더불어 발생하는 질병이나 기능부족으로 인해 타인에게 의존해야 하는 노인의 절대수가 증가함으로 인해 발생하는 여러 가지 문제는 사회가 해결해야 하는 중요한 과제로 대두되고 있다.

인간의 노화 과정은 태어나면서부터 예정 되어진 자연적인 과정이다. 그러나 이 같은 노화과정 동안 우리 인간은 많은 신체적인 변화와 건강상의 문제를 경험하게 된다(박원균, 이태용, 정용준, 오장균, 이동배, 조영채, 2002). 노화로 인해 나타나는 두드러진 변화로는 지적능력 및 감각기능의 감퇴, 감정반응의 둔화, 인격변화, 우울의 증가 등을 들 수 있으며(윤진, 1998) 이중에서도 특히 연령증가에 따른 우울경향은 노년기의 일반적인

현상으로 점차 증가하는 추세에 있다(노국희, 1998). 노인의 우울증은 미국의 경우 지역사회에 거주하는 노인에서 주요 우울장애의 유병율은 3%에 불과하나, 우울증상을 가지고 있는 노인은 15%로 보고되고 있고(Mulsant & Ganguli, 1999). 우리나라 노인의 우울이 미국노인의 우울보다 빈도가 높은 것으로 보고되고 있다(박현숙, 1995).

또한 노화와 더불어 만성질환도 함께 증가하여 노인들은 5명 중 4명이 1개 이상의 질병을 가지고 있으며, 4명 중 1명은 3개 이상의 질병을 가지고 있는 것으로 조사된 바 있다(강윤희, 김미영, 이에리자, 2008). 노인들이 계속적으로 가정에서 지내려면 무엇보다도 노인 스스로 자신을 돌볼 수 있고 일상생활을 영위 할 능력이 있어야 한다. 그러나 65세 이상 연령군의 기능적 불능상태 초래율은 다른 연령군에 비해 5배정도 높아지게 되고, 연령이 많아질수록 일상생활 활동은 저하되어 노년전기에 비해 노년후기에서 2-3배 이상 저하되게 된다(성기월, 1999; 이영자, 1989; 김춘길, 장희정, 김성실, 2001). 일상생활 수행능력(ADL)은 노인의 자립적인 생활을 할 수 있는 최소한의 능력으로서 노인의 기능수준 평가에 가장 중요한 부분이며 신체적 건강뿐만 아니라 정신적인 건강상태를 반영한다(이금재, 박혜숙, 2006). 따라서 노인이 느끼는 일상생활 수행능력(ADL)과 우울증 정도에 관한 연구는 지속적인 연구가 필요하다고 생각한다. 현재까지 노인의 일상생활 수행능력(ADL)과 우울증에 관한 연구는 여러 분야에서 많이 시도되었으나 대부분 특정 지역, 특정 질환을 가지고 있는 대상자들을 선별하여 연구한 것이었다. 본 연구는 그동안 시행되어져온 연구처럼 일부 특정 대상만이 아닌 전 국민을 대상으로 조사한 자료(한국 노동연구원

고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing))를 분석, 검토하여 우리나라 65세 이상 노인의 일상생활 수행능력(ADL)을 평가하고 우울증과의 관련성을 알아봄으로써 노인의 건강증진 방안과 노인보건정책 수립의 기초 자료를 제공하고자 시행하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 우리나라 65세 이상 노인들의 신체기능 상태와 우울증상을 분석하고 우울증이 일상생활수행능력(ADL)과 어떠한 관련성이 있는지 알아보려고 하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL) 과 우울증상을 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 신체적 특성을 통제한 후 우울증의 관련성을 파악한다.

제 2장 이론적 배경 및 문헌 고찰

1. 우울증

우울이라는 단어의 어원은 라틴어의 ‘deprivere’ 라는 동사에서 찾아볼 수 있는데 그것은 무겁게 내리누른다, 또는 밑으로 가라앉는 상태를 일으키는 것을 의미한다(김수지, 고성희, 1989). 또한 히포크라테스가 Melancholia라는 용어로 우울을 처음 기술한 이래로 많은 학자들이 계속 연구 해 온 이후 Bleuler(1930)가 처음으로 melancholia와의 동의어로 “depression”이라는 용어를 사용하였다. 이러한 어원으로부터 유래된 우울은 의기소침 상태와 활동저하를 나타내는 표현이기도 하다.

Battle(1978)은 우울은 정상적인 기분 변화로부터 병적인 상태에 이르기까지의 연속선상에 있으면 근심, 침울감, 실패감, 무력감과 무가치감을 나타내는 정서장애라 하였으며(이미라, 1996, 재인용), Show(1982)는 우울을 나쁜 기분, 에너지 상실, 고도로 지체된 활동수준, 흥미의 상실, 죄책감, 자기비난, 집중력 감소, 자살생각, 성적욕구의 감소, 수면장애등으로 특징 지워지는 증후군으로 정의하고 있다. 또한 미국의 전국사회사업가협회(NASW)는 슬픔, 자포가지 절망, 미래비관, 활동과 생산성의 저하, 수면장애, 심한 피곤, 자기혐오, 절만의 특징을 가지는 일단(一團)의 감정반응으로 정의한다(Barker, 2003).

우울증을 경험하게 되면 사람들은 지속적인 피로감으로 고통을 받고, 절

망감을 느끼며, 의사결정에 어려움을 겪고 주의집중이 곤란하며 자아존중감이 낮아지게 된다(박영호, 김정인, 2001). 우울의 생리적인 증상으로는 피로감, 식욕상실, 체중감소, 성적 흥미감소, 수면장애가 있고, 정서적인 증상으로는 낙담, 애착, 감정의 상실, 부적당한 감정, 기쁨, 즐거움의 근원 상실, 유쾌한 반응상실을 들고 있으며, 행동상의 증상으로는 울음, 게으름, 무기력상태, 정신지연, 자살시도 등이 나타나고, 인지적인증상으로는 부정적 기대, 비관, 부정적 자기평가, 자기 비난, 우유부단, 동기 상실, 자살사고가 있다(Beck, 1967).

노인에게는 누구나 우울증 경향이 약간씩 있으며 이는 노화에 따라 신체적, 사회적 상실이 불가피한 일이지만 우울을 그대로 방치하면 신체적, 인지적, 사회적 장애를 유발하게 되고 질병으로부터의 회복이 지연 될 뿐 아니라 병원이용의 증가와 자살을 초래할 수 있고, 삶의 질이 저하되기 때문에 노인의 우울증이 신체적, 심리적 건강문제의 원인으로 매우 중요하게 대두되고 있다(전은영, 김숙영, 김귀분, 2005).

윤진(1985)은 노인에게는 누구나 우울증 경향이 약간씩은 있으며, 이는 노화에 따라 신체적, 사회적 상실이 증가하므로 어느 정도의 우울증이 생기는 것은 불가피한 일이라고 하였다. 노년기 우울에 가장 흔히 연관된 스트레스는 상실감으로부터 오며 신체질환, 거동 불능, 은퇴, 경제적 능력의 상실, 열악한 생활환경, 배우자와의 사별, 자녀로부터의 박대 등을 들 수 있으며 이런 모든 상실감이 자존심 상실, 인격적 모욕감, 외로움 등을 유발하여 우울장애를 일으키게 된다.

노인의 우울증상은 다른 세대와는 달리 다루기 힘든 몇 가지 특징을 가

지고 있다.

첫째, 노인의 우울증은 표출되기 어렵다는 것이다. 노인들은 우울증상에서 오는 기분침체를 우울증으로 간주하기 보다는 오히려 그것을 비관적인 혹은 무기력한 것으로 본다(Fry, 1986). 더구나 노인들이 독립해서 거주하는 경우가 많기 때문에 심각한 상태에 빠질 때까지 치료의 사각지대에 놓여져 있는 것이 실정이다.

둘째, 노인의 우울증은 구별하기 어렵다는 것이다. 노인 우울증은 행동억제장애 때문에 지적기능의 저하로 이해 기억장애, 계산 장애, 판단력저하와 인식장애를 일반적으로 나타내는 수가 있는데 일종의 가성치매(pseudo-dementia)로 알려져 있어 진짜 치매와 혼동하는 경우가 많다(조유향, 1995). 또한 노인 우울증은 노년기에 있어서 주요 정신질병 중의 하나이지만 신체증상이 정상 노인들에서도 흔히 볼 수 있는 증상이기 때문에 정상적인 노화과정의 하나로 오인되는 경우가 많기 때문에(이수애, 이경미, 2002) 흔히 지나치거나 심각하게 생각하지 않고 심지어 노인의 우울을 자연스러운 노화로 생각하기도 하여 우울이 악화되는 경우도 많다(신복재, 2007).

노년기 인구의 약 15~25%가 우울증상으로 고통을 받고 있으며 점차 유병율이 증가하고 있으나, 노인 우울증은 전반적으로 저평가되어 노인 뿐 아니라 그 가족의 삶의 질을 저하시키고 의료비용 부담도 가중시키는 요인이 되고 있다(기백석, 2005). 우울은 자살 기도와 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났고, 실제 노인의 자살률 젊은 사람보다 50%나 더 높으며 자살을 완수하는 노인들 중 50~87%가 자살을 하는 그 시점에 우울증상

태인 것으로 보고되고 있다(배재남, 2001).

국내 노인 우울 관련변인 연구를 종합하여 볼 때 여러 가지 관련 변인이 있는 것으로 나타났으나 본 연구에서는 인구사회학적인 변인과 신체적 변인으로 구분하여 우울증에 관련된 선행연구를 정리하고자 한다.

1) 인구사회학적 요인

노인의 우울정도에 대한 인구사회학적 변인들로는 주로 성별, 연령, 배우자 유무, 동거형태, 교육수준, 종교유무, 소득수준 등이 제시되는데 본 연구에서는 동거형태를 제외한 변인을 모두 포함하였다.

성별에 따른 노인의 우울정도는 대부분의 연구에서 여성이 남성에 비해 높은 것으로 나타났다(강희숙, 김근조, 2000; 김병하, 남철현, 1999; 김오남, 2003; 김재엽, 김동배, 최선화, 1998; Johnson, 1992; Loughlin, 2004).

연령에 있어서는 노인의 연령이 증가할수록 우울정도가 더 높은 것으로 나타났다(강희숙 등, 2000; 고승덕, 손애리, 최윤신, 2001; 김태현, 김수정, 1996; 박영숙, 1999; 이수애 등, 2002; 하근영, 홍달아기, 1999; 허준수, 유수현, 2002), 배우자가 없거나 사별한 노인보다는 배우자가 있는 노인의 우울정도가 낮게 나타났다(강희숙 등, 2000; 김병하 등 1999; 이영자, 김태현, 1999; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003; 허준수 등, 2002; 허혜경, 김미정, 조미옥, 최상순, 1997). 교육수준에 있어서는 대부분의 연구에서 교육수준이 낮을수록 우울정도 더 높은 것으로 나타났다(강희숙 등, 2000; 고승덕 등, 2001; 고현남, 이삼순, 한희자, 2001; 김병하 등, 1999; 김재엽 등,

1998; 신철호, 1996; 하근영 등, 1999; 허혜경 등, 1997). 종교 유무에 있어서는 일부를 제외한(이수애 등, 2002) 대부분의 연구에서 종교를 가진 노인이 종교를 가지지 않는 노인보다 우울정도가 낮은 것으로 나타났지만, 통계적으로 유의미한 결과를 나타낸 연구는 매우 적었다(강희숙 등, 2000; 신철호, 1996; 이평숙, 이영미, 임지영, 황라일, 박은영, 2004; 장인순, 2004; 최해경, 2002). 일반적으로 경제적 어려움은 건강상의 문제나 기타 관련 변인들과 연관 될 때 더욱 우울정도에 영향을 미치게 되는데(Ross & Mirowsky, 2001), 대부분의 연구에서 경제수준이 낮을수록 우울정도가 더 높은 것으로 나타났다(강희숙 등, 2000; 김도환, 2001; 김병하 등, 1999; 김오남, 2003; 박원숙, 1997; 이수애 등, 2002; 이영자 등, 1999; 이평숙 등, 2004; 최영애, 2003; 허준수 등, 2000).

2) 신체적 변인

신체질환과 신체활동은 우울과 밀접한 관계가 있고(윤수진, 이윤환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희, 2002), 인지된 신체건강은 노인 우울과 직결되는 것으로 자신의 신체건강 수준이 열악할수록 우울정도가 높은 것으로 나타났다(강희숙, 2000; 고승덕 등, 2001; 김원경, 2001; 김오남, 2003; 이수애 등, 2002; 이영자 등, 1999; 장인순, 2004). 주관적 건강이 열악할수록 우울정도가 더 높았는데(강희숙 등 2000; 김원경, 2001; 이평숙 등, 2004), 많은 연구에서 통계적으로 유의도가 매우 높게 나타났다. 질병 수 혹은 만성질환을 포함한 질병유무가 노인 우울정도에 대한 연구에서는 대체적

으로 질병 수 보다는 질병 유무가 노인의 우울에 더 유의미한 것으로 나타났다(고승덕 등, 2001; 양수, 김남초, 2001; 이수애 등, 2002). 인지기능에 있어서는 한옥자(2002)의 연구에서 유의미하게 인지기능이 높을수록 우울정도가 낮게 나타났다.

2. 신체적 기능 상태

건강은 개인이 신체적 독립 상태를 유지하고, 일상생활을 기능적으로 영위해가며 사회생활에서 기대되는 역할수행 및 사회적 통합을 이루기 위한 기본적인 조건이다. 그러나 연령이 증가함에 따라 생리적노화의 과정을 겪고 있는 노인은 건강의 약화와 더불어 점차 일상생활을 혼자 수행하기 어려움을 느끼게 되고 다른 사람의 도움을 필요로 하게 된다(최영희, 정승은, 1991).

일상생활 수행능력(ADL : Activities of Daily Living)이란 개인이 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력으로, 신체적 기능정도 능력과 생활수단들을 독립적으로 이용할 수 있는가에 대한 활용능력으로(노유자, 김춘길, 1995; 조선희, 김병성, 김공현, 박형중, 1994), 기본적인 일상생활 활동(ADL)과 도구적 일상생활 활동(IADL)을 평가한 것을 말한다.

일상생활활동(ADL)지표는 1983년 Katz가 처음 개발하여 사용하였으며 구성내용은 옷 입기, 식사하기, 움직이기, 화장실 사용, 목욕하기등과 같이 기본적인 기능을 평가하는 것으로, 현재 노인의 기능평가로 가장 많이 사

용되는 도구이다. 이 도구는 주로 기능이 많이 떨어진 노인의 평가에 좋은 것으로 알려져 있으며, 할 수 있는지(능력) 여부를 묻기 보다는 하고 있는지(상태) 조사에 중점을 두고 도움이 필요한 정도를 평가하기 위한 도구라는 특징이 있다. 또 Barthel의 일상생활 활동도(ADL)도 많이 사용되는데, 이는 재활 훈련의 결과에 관심을 두고 “가능하다”, “가능하지 않다” 처럼 능력의 평가에 중점을 둔 지표이다.

도구적 일상생활 활동(IADL)은 독립적인 생활을 하는데 필요한 보다 높은 차원의 기능을 말한다. 이는 1969년에 Lawton과 Brody에 의해 개발되었는데 60세 이상의 노인을 대상으로 개발되었으며, 급성기 입원환자는 포함되지 않았다. 전화걸기, 교통수단이용, 쇼핑, 음식준비, 집안일, 약물복용, 돈 관리의 총 7개 항목으로 구성되어있다(양성자, 2005).

노인들의 독립적 일상생활 수행은 그들의 건강 및 신체적 기능, 그리고 나아가 삶의 만족과 관련성이 높을 뿐만 아니라 노화를 성공적으로 이끌게 되므로 노인의 일상생활 수행의 정도를 평가하여 독립된 생활을 유지하도록 하는 것이 중요하다.

전국노인을 대상으로 생활실태 및 복지욕구를 조사한 결과에 의하면, 노인의 39.3%가 목욕하기, 식사하기, 앉기, 옷 갈아입기, 걷기, 화장실 이용하기 등 6가지 기본동작 중 1가지 이상의 어려움을 경험하고 있으며, 6가지 모두 어려움을 가진 노인은 3.5%라고 보고하였으며, 또한 노인의 43.4%가 물건 사러가기, 전화걸기, 대중교통 이용하기, 가벼운 집안일 하기 등 크게 4가지 수단적 일상생활수행능력(IADL)중 1가지 이상의 어려움을 경험하고 있으며, 수단적 일상생활수행능력(IADL)중 4가지 모두 어

려움을 가진 노인도 10.2%로 보고되었다(한국보건사회연구원, 1998). 또 우리나라 노인의 43.3%가 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 어려움을 겪고 있으며, 31.9%가 기본적 일상생활수행능력(ADL)에 어려움을 겪고 있고, 그중에 상시수발을 필요로 하는 노인이 3.5%, 부분적 도움이 필요한 노인은 20-25%정도라는 보고도 있다(최상원, 2008).

일상생활수행능력(ADL)에 영향을 미치는 요인으로는 나이, 성별, 주관적 건강상태, 만성질환 등이 있는데 선행연구를 살펴보면, 황용찬, 이성국, 예민해, 천병렬, 정진욱(1993)의 연구에서 수단적 일상생활동작능력(IADL)은 연령이 증가할수록, 일상생활동작능력(ADL)이 낮아질수록, 여가시간을 활용하지 않을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 낮아진다고 하였으며, 김상규, 김석범, 강복수(1999)는 노인들의 인지기능과 일상생활동작능력(ADL)은 순상관관계가 있다고 보고하였다. 이성국, 백은정, 천병렬, 예민해, 정진욱, 김혜경(1998)은 농촌지역노인의 일상생활동작능력(ADL)에 관한 4년간의 추적연구에서 일상생활동작능력(ADL)이 높은 노인집단의 4년간 사망률이 77.4%인 반면 일상생활동작능력(ADL)이 낮은 노인집단에서는 82.1%로 나타났고, 자녀나 배우자에게 의존하거나 자신의 건강이 좋지 않다고 느끼는 경우에 일상생활동작능력(ADL)이 더 낮았다고 하였다.

조유향(1994)의 연구에서는 허약한 노인은 건강한 노인에 비해 기본적 일상생활 수행동작능력(ADL)이 훨씬 저하된 상태로 나타났으며, 수단적 일상생활동작(IADL)도 기본적 일상생활동작능력(ADL)과 마찬가지로 노인의 건강상태와 지병상태 및 몸의 부자유정도가 심해짐에 따라 현저하게 저하되는 경향이 있다고 하였다.

윤종률(2002)의 연구에서는 일상생활수행능력(ADL)이 남자가 여자보다 더 기능이 좋고, 연령이 높아질수록 두드러진 기능의 감소가 나타나며, 배우자가 있는 노인이 더 높은 기능을 유지할 수 있다고 보고하였다. 또한 경제 수준이 높을수록 기능이 좋고, 동거가족 상황에 따라서는 부부노인에서 일상생활수행능력(ADL)기능이 제일 좋고, 다음이 가족과 함께 거주하는 경우이며, 독거노인에서 가장 기능수준이 낮은 것으로 확인되었다.

도구적 일상생활 수행능력(IADL)에서도 이와 유사한 양상을 보이지만, 성별에서 남자가 여자보다 기능이 더 좋으며, 동거가족에 따라서는 노인 부부, 독거노인, 가족과 함께 거주 순으로 기능이 떨어지고 있는 것을 알 수 있다.

이외에도 일상생활 수행능력(ADL)의 어려움은 나이가 증가함에 따라 높아지는 것으로 보고되었다(공은숙, 1988; 신동운, 1994; Strawbridge, Kaplan, Camacho, Cohen, 1992). 홍미령, 박종한, 변용찬, 장병원(2004)의 연구에서도 75세 이전의 전기고령자 들은 대체적으로 기본적인 일상생활을 수행하는데 어려움이 적지만 75세 이후부터는 신체적 기능이 떨어져 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)이 모두 저하되어 있음을 보였다. 여성 노인일수록(성기월, 1999; 조선희 등, 1994; 조유향, 1988; Mutran & Ferraro, 1988), 종교생활을 하지 않을수록(성기월, 1999), 교육수준이 낮을수록(신동운, 1994), 질병이 있는 경우(엄영란, 송라운, 서연옥, 전경자, Roberts, 1997), 결혼 상태에 있지 않은 노인(Mutran & Ferraro, 1988)에게서 일상생활수행능력(ADL)의 어려움이 더 높았다.

노인에게 흔한 만성질환 역시 일상생활활동과 관련이 있어 서미경(1995)

의 연구에서는 노인의 86%가 1가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며 만성질환으로는 관절통과 요통이 대부분을 차지하였고 이로 인해 노인의 ⅔ 이상이 일상생활에 지장을 받는 것으로 나타났다.

3. 신체기능 상태와 우울증

조은희, 전진호, 이상원(2000)은 자아 존중감, 만성질환, 일상생활동작능력(ADL)등이 노인의 우울에 영향을 미치며, 조항석, 오병훈, 양성희, 이혜리, 유계준(1998)의 연구에서는 노인의 우울증과 관련된 요인으로 인지 기능, 신체질환, 일상생활동작능력(ADL)등이 있다고 하였다. Lawrence, Vanessa, Joanna, Sube, Sara, Kuljeer, Richard, Dinesh, Peter, Andre, Alastair(2006)의 연구에서도 신체적 건강문제로 인한 자주적 생활능력 손상이 일으키는 좌절감, 분노, 두려움, 무력감등이 우울의 중요한 원인이라고 지적하였다.

송남호, 김선미(2000)의 연구에서 노인의 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 우울점수가 높았고, 노국희(1998)는 주관적 건강상태가 매우 좋다고 느끼는 노인이 우울 점수가 가장 낮았고 만성건강 문제가 없다고 대답한 사람의 우울수준이 가장 낮아서 노인의 주관적 건강상태와 만성질환의 유무는 정신건강에 매우 영향을 미치는 요인임을 보여 준다고 하였으며, 김옥란(1999)의 연구에서도 대상자의 주관적 건강상태와 일상생활동작능력(ADL)과 우울정도를 분석한 결과 주관적으로 인지한 건강상태가 좋을수록 우울점수가 낮은 것으로 보고하였다. 김현숙, 김희영(2007)의 보건소

방문보건 노인을 대상으로 한 연구에서도 대상자가 지각하는 건강상태가 나쁘다고 느낄수록 우울정도가 높아지는 것으로 나타났다고 보고하였다.

그리고 박인옥, 김진세, 이강준, 정인파(1998)등이 연구한 한국노인의 우울요인에서도 신체적 건강문제는 중요한 우울요인으로 제시되었다.

서순림, 도복늬, 노명희, 성기월(1998)의 연구에서 우울이 높을수록 도구적 수행능력(IADL)이 낮게 보고되었다. 권창희(1996)와 Dunham & Sager(1994)는 노인들의 일상생활수행능력(ADL)과 우울증은 밀접한 관계가 있다고 하였으며, Karts & Yelin(1995)은 일상생활수행능력(ADL)의 저하가 우울증을 초래하거나 우울증을 악화시킨다고 하였다. 오순현(2006)이 보건기관 내원 노인을 대상으로 한 일상생활수행능력(ADL)과 우울증과의 관계를 알아본 연구에서도 일상생활수행능력(ADL)과 우울증은 유의한 상관관계가 있다고 하였고, 박경호(2007) 역시 일상생활동작 수행능력은 우울과 유의한 관련성이 있다고 하였다.

이문수, 곽동일, 정인파(2000)의 연구에서 일상생활수행능력(ADL)이나 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 장애가 있으면 우울의 정도가 높았으며, 서순림 등(1998)의 연구에서는 노인의 우울과 일상생활수행능력(ADL)과의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않았고, 우울과 도구적 일상생활수행능력(IADL)과의 관계는 정적인 상관관계가 나타났다. 또한 강희숙 등(2000)의 연구에서도 우울과 일상생활수행능력(ADL)의 제한은 관련성이 없으며, 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 제한은 우울증상과 유의미한 관련성이 나타났다. Nourhashemi, Andrieu, Gillette-Guyonnet, Vellas, Albarede, Grandjean(2001)등의 연구에서는 도구적 일상생활능력(IADL)에

한 가지 이상의 제한이 있는 노인들은 인지기능에 문제가 많으며 우울감의 정도도 높은 것으로 조사되었다.

허준수 등(2002)의 연구에서도 신체적 건강상태가 나쁠수록, 일상생활 동작에 제한을 많이 받을수록 우울감의 정도가 높아지는 것으로 보고되었으며, 신경림, 강윤희, 정덕유, 최경애(2002)는 우울은 일상생활수행능력(ADL)이 어려울수록, 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 어려울수록 높은 정도를 나타냈고, 주관적인 신체증상이 높을수록 우울정도가 높은 것으로 보고되었다. 이삼순(2002)의 연구에서도 우울정도와 일상생활 수행능력(ADL)간의 관련성은 유의하게 나타났다고 하였는데, 일상생활수행능력(ADL)기능장애가 없는 군에서 우울증 유병율이 기능장애가 있는 군보다 유의하게 낮게 나타났다고 보고하였다. 박원규, 이태용, 정용준, 오장균, 이동배, 조영채(2002)등은 노인의 우울정도가 심할수록 도구적 일상생활수행능력(IADL) 정도도 유의하게 심해지는 것으로 나타나 우울과 일상생활수행능력(ADL)과 밀접한 관련성이 있는 것으로 조사되었다고 하였다. 이금재 등(2006)은 남녀를 포함한 전체 노인과 남성노인의 경우 주관적 건강평가가 부정적일수록 우울정도가 심각하고 일상생활수행능력정도(ADL)가 낮으며, 우울이 심각할수록 일상생활수행능력정도(ADL)가 낮게 나타났다고 하였다. 윤수진 등(2002)의 대상자를 치매군과 우울군으로 나누어 조사한 연구에서 우울군은 도구적 일상생활수행능력(IADL)장애와 유의한 관계가 있다고 하였으며, 양수 등(2001)의 연구에서도 일상생활수행능력(ADL)에서 도움을 많이 받을수록 우울이 높았다고 보고하였다.

제 3장 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 우리나라 65세 이상 노인의 일반적 특성에 따른 일상생활 수행능력(ADL) 정도와 우울증상 정도를 알아보고, 일상생활수행능력(ADL)이 우울증상과 어떠한 관계가 있는지 알아보기 위한 관련성 연구이다.

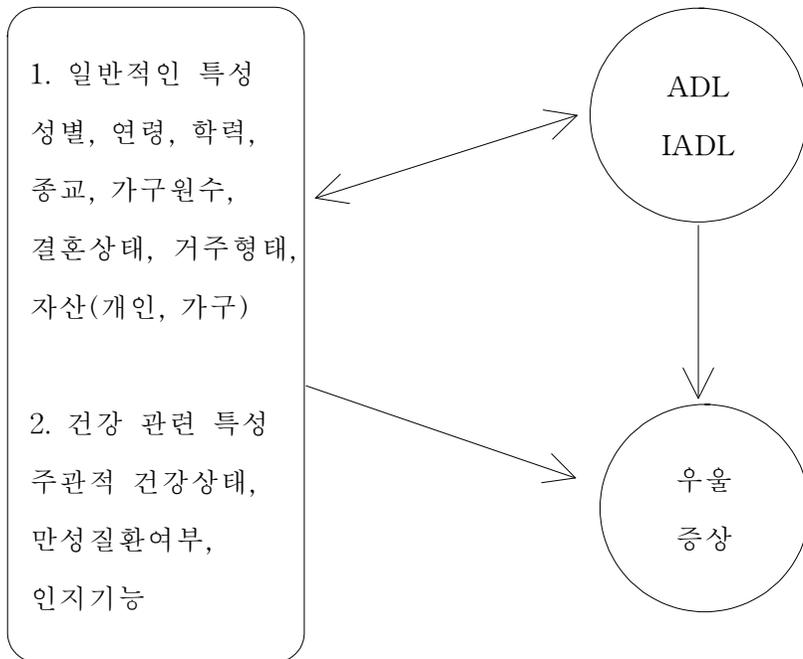


그림 1. 연구의 틀

- 1) 대상자의 특성을 일반적인 특성과, 건강관련 특성으로 분류한다.
- 2) 분류된 특성 중 일상생활수행 능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL)과 우울증상에 각각 영향을 미치는 변수를 파악한다.
- 3) 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증상에 미치는 영향 정도를 파악한다.

2. 연구대상자 및 표집방법

본 연구는 한국 노동연구원 고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing(약자: KLoSA) - 2006년)에서 선별된 전국 999개 조사구에서 6,171가구에서 45세 이상에 해당하는 10,254명의 가구원에 대한 면접조사의 결과 중 65세 이상의 노인 4155명을 대상으로 하였다.

1) 고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)

우리나라는 2000년 65세 이상 인구가 전체 인구의 7%를 넘어서게 됨에 따라 고령화 사회로 진입하였으나 고령화에 대한 기초적 자료가 미흡한 실정으로 체계적인 통계자료 구축이 필요함에 따라 향후 고령사회로 변화해 가는 과정에서 효과적인 사회경제정책을 수립하고 시행하는 것에 활용될 기초자료를 생산하는 것을 목적으로 실시된 조사이다.

2) 조사대상

고령화연구패널조사의 대상자는 대한민국 제주도를 제외한 지역에 거주하는 45세(1962년 이전 생)이상의 중 고령자 개인을 대상으로 표본 수 약 10,000명을 목표로 조사하였다. 2006년 고령화연구패널 기본조사의 대상자는 일반 가구 거주자를 대상으로 표집 및 조사를 실시하였다.

제1차 기본조사 실사결과 999개 조사구에서 6,171가구에서 45세 이상에 해당하는 10,254명의 가구원에 대한 면접조사가 완료되었다. 면접에 성공한 가구 내 면접성공 평균 가구원 수는 1.7명으로 조사되었다.

3) 표본추출

표집 틀(sampling frame)은 2005년 인구주택 총 조사의 조사구이며, 전체 조사구 가운데 섬 지역 조사구와 시설단위 조사구를 제외한 261,237개 보통조사구 및 아파트조사구를 추출단위 조사구로 설정하고, 제1차 기본 조사에서는 10,000명을 최대 유효 표본크기로 정하였다.

(1) 조사모집단의 층화

표본 조사구를 추출하기 전에 우선 모집단을 지역과 주거형태별로 층화하였다. 지역은 15개 특·광역시와 도별로 동부와 읍면부로 층화한 후, 각 지역층 내에서 일반주택조사구와 아파트조사구로 층화하였다.

(2) 표본 추출

지역 및 주거형태별로 층화된 모집단 조사구를 행정코드 순서대로 정렬한 후 계통추출법을 적용하여 할당된 수만큼 추출하였는데, 표본조사구가 변동되었을 상황을 대비하여 20%의 예비표본 조사구를 합하여 추출하였다. 그리고 이렇게 추출된 표본조사구 가운데 20%에 해당하는 예비표본 조사구는 다시 계통표집법으로 본 표본 조사구와 예비표본 조사구를 분류한 후, 2005년 인구주택 총 조사의 가구명부를 이용하여 서울 조사구는 15개 가구, 광역시 및 경기도는 13개, 나머지 도 지역은 12개 가구를 단순 무작위 방식으로 표본가구를 추출하였다.

4) 조사방법

노트북을 이용한 대인면접법(Computer Assisted Personal Interviewing) 고령화연구패널조사의 면접방식은 컴퓨터를 이용한 대인면접(CAPI)으로, 면접원이 노트북 컴퓨터를 지참하고 조사대상자에게 컴퓨터 화면에 나오는 질문을 읽어준 후 그 응답을 키보드나 마우스를 이용하여 직접 입력하는 방식이다.

5) 응답률

2006년 고령화연구패널 제1차 기본조사 가구응답률은 적격가구 7,574가구 중 가구 내 45세 이상 가구원 1명 이상을 면접 성공한 가구는 6,171가구로 가구성공률은 81.5%로 집계되었고, 가구 응답률은 70.7%, 개인 응답률은 89.2%이었다.

3. 연구의 측정도구

고령화 연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)에서 사용한 측정도구로,

1) ADL(Activities of Daily Living)

기본적인 일상생활수행능력(ADL)을 평가하는 척도로, 옷 갈아입기, 세수/양치, 머리감기, 목욕/샤워하기, 식사하기, 방 밖으로 나가기, 화장실이용하기와 대소변 조절하기를 수행하는데 다른 사람의 도움이 필요한지 여부에 따라 측정된 것으로 ‘최근 일주일 동안’의 활동을 기준으로 한다. 지금은 잠시 아프거나 다쳐 도움을 받지만, 앞으로 3개월 이내에 고쳐질 것으로 예상되는 것은 일상생활수행이 가능한 것으로 보기 때문에 ‘도움이 필요 없는 것’으로 간주하였다.

2) IADL(Instrumental Activities of Daily Living)

도구적 일상생활수행능력(IADL)을 평가하는 척도로, 몸단장하기, 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리외출하기, 교통수단 이용하기, 물건사기, 금전관리하기, 전화 걸고 받기, 약 챙겨먹기를 수행하는데 다른 사람의 도움이 필요한지 여부에 따라 측정된 것으로 수단적 일상생활수행능력(IADL)에서 주변에서 응답자를 돕기 때문에 혹은 자기의향이 없어서 안 하는 경우 ‘도움이 필요하다’는 항목들에 해당되지 않는다. 즉, 할 수는 있지만 안하는 것은 도움이 필요하다고 보지 않고 신체적, 정신적, 인지적

인 문제로 그와 같은 일이 불가능한 경우만 ‘도움이 필요하다’고 보았다.

ADL, IADL 모두 ‘도움 필요 없음’, ‘부분적인 도움이 필요함’, ‘전적으로 도움이 필요함’ 중에 선택하도록 하였다.

3) 우울증 여부

우울증 척도 CES - D10을 통해 우울증여부를 판단하였다.

The Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CED-S)는 우울증의 지역사회 역학조사용으로 미국 정신보건연구원(National Institute of Mental Health)에 의해 개발된 20개의 문항으로 구성된 자기 보고형(Self-report) 우울척도이며, 우울증의 일차선별용 도구로(Radloff, 1977; Weissman & Klerman, 1986), 높은 내적일치도와 타당도가 입증되어 있다(Eaton & Kessler, 1981; Radloff & Locke, 1986; Roberts, 1980). 지난 일주일동안 경험했던 우울증상의 빈도에 따라 우울증상을 네 단계의 수준으로 측정하며 증상의 심도는 각 문항마다 0에서 3점까지이며 총점은 0에서 60점까지가 된다. 이 총점이 우울증상의 정도를 측정하는데 사용되어 지는데(Radloff, 1977), 고령화 연구패널조사에서는 그중 10가지 질문의 사용하였다. 10가지 문항 중 6, 9번 문항은 역으로 채점되어지며, 10문항의 질문은 기준에 따라 합산되어지며 0점에서 30점까지의 점수를 가진다.

4. 자료 분석 방법

부호화 되어 수집된 자료는 SPSS win 13.0을 이용하여 통계처리 하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성을 빈도와 백분율로 조사한다.
- 2) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL) 정도를 빈도와 백분율로 조사한다.
- 3) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)과 우울증상에 영향을 미치는 요인을 t-검정과 ANOVA로 분석한다.
- 4) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)과 우울증상 여부의 상관관계를 조사한다.
- 5) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)이 우울증을 얼마나 설명하는지 분석하기 위해 다중회귀분석(Multiple regression)을 하였다.

제 4장 연구결과

1. 연구 대상자들의 일반적인 특성

총 4155명의 대상자 중 남자 41.8%, 여자 58.2%로 여성이 더 많은 것으로 나타났으며, 연령별 분포는 65-74세가 64.4%, 75세-105세가 35.6%였다. 배우자가 있는 대상자는 62.6%, 배우자가 없는 대상자는 37.4%로 배우자가 있는 대상자가 더 많았다. 가구의 구성 인원을 살펴보면 3-5명으로 구성된 가구는 52.2%로 가장 높았고, 대상자의 학력은 초등학교 졸업 이하가 72.7%로 가장 많았다. 이것으로 대부분 응답자의 학력수준이 낮음을 알 수 있었다. 종교를 가지고 있는 대상자는 62.6%로 종교를 가지고 있지 않은 대상자 37.4%보다 높게 분석되었다. 개인자산과 가구소득을 '상, 중, 하'로 구분하여 살펴본 결과 개인자산은 '상'이라고 응답한 대상자가 33.3%, '중' 29.2%, '하' 37.5%로 나타났고, 가구소득을 '상'이라고 응답한 대상자는 29.7%, '중' 30.6%, '하' 29.7%로 분석되었다. 거주형태를 살펴보면 자기 집에 살고 있다고 대답한 응답자가 77.0%으로 가장 많았다.

만성질환의 보유유무를 확인한 결과 만성질환은 전혀 가지고 있지 않는 대상자가 35.0%, 1개를 보유한 대상자 36.0%, 2개를 보유한 대상자 19.1%, 3개 이상 보유한 대상자가 9.3%로 나타나 만성질환을 1개 보유한 대상자가 가장 많았다.

대상자의 주관적 건강상태는 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 아주 나쁨 순

으로 분류하였다. 매우 좋음 1.4%, 좋음 18.3%, 보통 32.3%, 나쁜 편 36.4%, 매우 나쁜 11.6%로 대상자의 48%가 건강상태가 나쁘다고 대답했다. 대상자의 인지기능을 구분하여 보면 정상이라고 응답한 대상자가 49.1%, 인지기능저하가 있다 28.3%, 치매가 의심된다는 22.6%로 분석되었다<표 1>.

2. 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)을 빈도 분석

대상자의 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)을 빈도 분석한 결과는 <표 2>와 같다.

일상생활 수행능력(ADL)을 측정하는 옷 갈아입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실 사용, 대소변 조절의 7개 항목 중 도움이 없이 수행할 수 있는 항목은 대소변 조절하기가 96.5%로 가장 높았으며, 부분적 도움이 필요함, 전적 도움이 필요함에서는 목욕하기가 4.7%, 3.0%로 분석되었다.

도구적 일상생활 수행능력(IADL)을 측정하는 몸단장, 집 청소, 식사준비, 빨래, 가까운 거리 외출, 교통수단을 이용한 외출, 물건사기, 금전관리, 전화 걸고 받기, 약 챙겨먹기의 10개의 항목 중에서는 약 챙겨먹기가 94.5%로 도움 없이 수행할 수 있는 가장 높은 항목이었으며, 부분적 도움이 필요한 항목은 빨래(9.9%), 전적 도움이 필요한 항목은 교통수단을 이용한 외출(7.2%)로 분석되었다.

<그림 2>와 <그림 3>은 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)의 빈도 분석을 그래프로 나타낸 것이다.

3. 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL) 점수

일반적 특성에 따른 일상생활 수행능력(ADL) 점수는 <표 3>과 같다. 일상생활 수행능력(ADL) 평균점수와 나이에 따른 평균의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($t=-9.057$, $p<0.001$), 나이가 많을수록 일상생활수행능력(ADL)이 어려운 것으로 분석되었다. 개인자산과 가구소득을 '상, 중, 하'로 구별하여 차이를 비교한 것에서도 개인자산의 정도에 따라서 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 있었는데($F=5.194$, $p<0.05$), 개인자산이 적을수록 일상생활수행능력(ADL)이 어려운 것으로 분석되었다. 주관적 건강상태의 경우 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁜 편, 매우 나쁨 등의 5군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($F=192.063$, $p<0.001$), 주관적 건강상태가 나쁠수록 일상생활수행능력(ADL)이 어려운 것으로 분석되었다. 인지기능에 관한 차이에서도 치매 의심, 인지기능 저하, 정상의 3군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였는데($F=242.353$, $p<0.001$), 치매가 의심될수록 일상생활수행능력(ADL)이 어려운 것으로 분석되었다.

그러나 성별, 배우자 유무, 가구원 수, 교육수준, 종교의 유무, 가구소득, 거주형태, 만성질환 보유수의 평균의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 분석되었다.

4. 일반적 특성에 따른 도구적 일상생활수행능력(IADL) 점수

일반적 특성에 따른 도구적 일상생활 수행능력(IADL) 점수는 <표 4>와 같다. 도구적 일상생활 수행능력(IADL) 평균점수와 나이에 따른 평균의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보였는데($t=-14.879$, $p<0.001$), 나이가 많을수록 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 어려운 것으로 분석되었다.

교육 수준과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)과의 관계를 일요인 분산 분석 결과 교육수준의 4군 간에는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=8.169$, $p<0.001$). 개인자산과 가구소득을 ‘상, 중, 하’로 구별하여 차이를 비교한 것에서는 개인자산의 정도에 따라서 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($F=5.343$, $p<0.05$), 가구소득의 정도에 따라서도 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F= 6.513$, $p<0.05$). 주관적 건강상태의 경우에도 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁜 편, 매우 나쁨 등의 5군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였고($F=221.928$, $p<0.001$), 주관적 건강상태가 나쁠수록 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 어려운 것으로 분석되었다. 인지기능에 관한 차이에서는 치매 의심, 인지기능 저하, 정상의 3군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였고($F= 477.042$, $p<0.001$), 치매가 의심될수록 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 어려운 것으로 분석되었다.

그러나 성별, 배우자의 유무, 가구원수, 종교의 유무, 거주형태, 만성질환 보유수에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 분석되었다.

5. 일반적 특성에 따른 우울점수

일반적 특성에 따른 우울점수는 <표 5>와 같다. 빈도 분석결과 전체 대상자 4155명 중 CES-D10을 기준으로 한 우울증 여부에서 1837명(44.2%)이 우울증이 있는 것으로 분석되었다.

우울점수와 배우자의 유무($t=11.783$, $p<0.001$)는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 배우자가 없는 경우 우울점수가 높은 것으로 분석되었으며, 개인자산의 정도($F=65.207$, $p<0.001$)로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 개인자산이 적을수록 우울점수가 높았다. 거주형태($F=67.786$, $p<0.001$), 만성질환 보유수($F=55.815$, $p<0.001$)는 통계적으로 유의하였으며, 거주형태에 따라서는 자기 집, 전세, 월세 순으로 우울의 점수가 높아졌으며, 만성질환 보유수 역시 질환수가 많을수록 우울점수가 높은 것으로 분석되었다. 주관적 건강상태($F=3.299$, $p<0.05$)로 분석되어 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울점수가 높아지는 것으로 분석되었다.

그러나 성별, 나이, 가구원수, 교육 수준, 종교의 유무, 가구소득, 인지기능 정도에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 분석되었다.

6. 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL), 우울점수의 상관관계

1) 일상생활 수행능력(ADL)의 각 항목과 우울점수와의 상관관계는 <표 6>과 같다.

일상생활 수행능력(ADL)의 각 항목 옷 갈아입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실 사용과 대소변 조절하기는 우울점수와는 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

2) 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 각 항목과 우울점수와의 상관관계는 <표 7>과 같다.

도구적 일상생활수행능력(IADL)의 각 항목 몸단장하기, 집안일 하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리외출하기, 교통수단 이용하기, 물건사기, 금전관리하기, 전화 걸고 받기, 약 챙겨먹기는 우울점수와의 상관관계에서는 몸단장하기($r=0.035$, $p<0.05$), 집안일 하기($r=0.031$, $p<0.05$)에서 유의한 양의 상관관계를 나타내었다.

3) 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL), 우울점수와의 상관관계는 <표 8>과 같다.

일상생활 수행능력(ADL)은 도구적 일상생활수행능력(IADL)($r=0.831$, $p<0.01$)과 유의한 양의 상관관계를 나타내었으나, 우울점수와는 상관관계가 없었다.

도구적 일상생활수행능력(IADL)은 우울점수($r=-0.031$, $p<0.05$)와 유의한 음의 상관관계를 보였다.

7. 우울증상에 대한 다른 변수들의 설명

대상자의 우울증상에 영향을 미치는 여러 변수들 중 어떠한 변수가 가장 영향을 미치는지 알아보기 위하여 다중회귀분석(Multiple regression)을 실시하였다<표 9>.

영향 요인을 3차례에 걸쳐 다중회귀분석을 실시하였다. Model I에는 ADL 평균, IADL 평균점수를 변수로 사용하였고, Model II에서는 ADL 평균, IADL 평균점수와 인구사회학적 변수를, Model III에서는 ADL 평균, IADL 평균점수, 인구사회학적 변수와 건강관련 변수를 모두 포함하여 회귀분석 하였다.

각각의 변수에 대해서는 더미(Dummy) 처리 하였는데, 성별(기준: 남자), 나이(기준: 75세 이상), 결혼상태(기준: 배우자 유), 개인자산(기준: 상위), 거주형태(기준: 자기 집), 만성 질환 수(기준: 0개), 주관적 건강상태(기준: 매우 좋음)로 하였다.

다중회귀분석 결과 15.7%가 설명되어졌다.

구체적으로 살펴보면, Model I에서는 4%가 설명되어졌으며, IADL 평균점수가 높을수록 우울증상에 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. Model II에서는 6.3%가 설명되어졌는데, Model I과 마찬가지로 IADL 평균점수가 높을수록 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되어졌으며, 여자일수록, 나이가 많을수록 우울증상에 영향을 많이 미치는 것으로 분석되어졌다. Model III에서는 16.7%가 설명되어졌는데, IADL 평균점수는 Model I,II에서와 마찬가지로 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되

어졌다. 그러나 Model III에서 나이는 우울증상에 영향을 미치지 않는 것으로 분석되었으며, 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울증상에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

<표 9> 우울변수에 대한 다중회귀분석 (N=4123)

	Model I			Model II			Model III		
	B	Std. E	p	B	Std. E	p	B	Std. E	p
상수	.287	.017	.000*	.381	.025	.000*	.180	.036	.000*
ADL평균	-.015	.023	.521	.005	.023	.816	-.013	.022	.568
IADL평균	.133	.017	.000*	.014	.017	.000*	.055	.017	.001*
성별 ¹⁾				-.145	.015	.000*	-.081	.015	.000*
나이 ²⁾				-.042	.016	.011*	-.020	.016	.216
결혼상태 ³⁾				.006	.016	.721	.011	.015	.445
거주형태 ⁴⁾ : 전세				.031	.025	.598	.007	.024	.779
월세				.011	.025	.662	.007	.024	.775
개인자산 ⁵⁾ : 중				-.016	.020	.408	.006	.019	.749
하				-.011	.018	.552	.006	.018	.714
주관적 건강상태 ⁶⁾ : 좋음							.020	.032	.531
보통							.169	.028	.000*
나쁨							.366	.028	.000*
매우 나쁨							.560	.038	.000*
만성 질환 수 ⁷⁾ : 1							-.007	.018	.719
2							-.039	.023	.085
≥3							-.013	.027	.614
R ²	.040			.063			.157		

* p < 0.05

** 기준 : 1) 성별- 여자, 2) 나이- 65-74세, 3) 결혼상태 : 배우자 유,

4) 거주형태 - 자기 집, 5) 개인자산- 상(3분위하여 측정),

6) 주관적 건강상태 - 매우 좋음, 7) 만성 질환 수 - 0개.

제 5장 논의

본 연구는 2006년 한국노동연구원 고령화 연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)를 바탕으로 65세 이상 노인의 일반적 특성과 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증에 미치는 영향을 알아보기 위해 시도하였다.

65세 이상의 노인의 일반적 특성과 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)에 관련된 변수들에 관한 결과에서 성별, 배우자 유무, 교육수준, 종교유무, 거주형태에 따른 집단 간의 차이, 만성질환 보유수는 모두 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)에 유의한 차이가 없는 것으로 분석되어 윤종률(2002)의 일상생활 수행능력(ADL)이 남자가 여자보다 더 기능이 좋고, 배우자가 있는 노인이 더 높은 기능을 유지할 수 있다고 한 연구, 종교생활을 하지 않을수록(성기월, 1999), 교육수준이 낮을수록(신동운, 1994), 질병이 있는 경우(엄영란 등, 1997)에서 일상생활수행능력(ADL)의 어려움이 더 높았다고 한 선행연구와 차이가 있었다.

선행연구에서 모두 유의한 차이를 보인 것으로 분석된 변수들이 본 연구에서는 차이가 없는 것으로 분석되어진 것은 연구대상의 범위에 따른 차이라고 생각되어지며 전국 65세 이상의 노인들을 대상으로 한 연구가 지속적으로 시행되어져야 할 것이라고 생각된다.

그리고 연령, 개인자산과 가구 소득, 주관적 건강상태, 인지기능의 차이

에 대해서는 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)에서 모두 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었는데 김상규 등(1999)은 노인들의 인지기능과 일상생활동작능력(ADL)은 순상관관계가 있다고 보고하였고, 황용찬 등(1993)의 연구에서도 수단적 일상생활동작능력(IADL)은 연령이 증가할수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 낮아진다고 하여 선행연구와 유사하거나 같은 결과로 분석되었다.

65세 이상 노인의 일반적인 특성과 우울점수에 따른 변수들에 따른 결과에서 성별과 나이 모두 유의한 차이가 없는 것으로 분석되어 선행연구와는 다르게 분석되었으나, 여러 선행연구에서 노인의 성별과 나이가 우울에 미치는 영향을 지적한 만큼 지속적인 연구가 필요할 것이라고 사료된다. 그리고 가구 구성원수와 교육수준, 종교유무에 따른 구분에서도 유의한 차이가 없는 것으로 분석되어 선행연구와는 차이가 있었으며 인지구분에 따른 차이 또한 유의한 차이가 없는 것으로 분석되었지만 노인의 가정에서 독립적인 생활을 영위하며 일상생활수행능력(ADL)을 유지하려면 노인의 인지기능에 관하여 지속적인 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

배우자의 유무, 개인자산, 거주형태에 따른 집단 간의 차이, 만성질환 보유수, 주관적 건강상태는 우울점수는 유의한 차이가 있는 것으로 분석되어 자신의 신체건강 수준이 열악할수록 우울정도가 높은 것으로 나타났다고 한 연구(강희숙, 2000; 고승덕 등, 2001; 김원경, 2001; 김오남, 2003; 이수애 등, 2002; 이영자 등, 1999; 장인순, 2004)와 주관적 건강이 열악할수록 우울정도가 더 높았다고 한(강희숙 등 2000; 김원경, 2001; 이평숙 등, 2004) 선행연구와 유사하거나 같은 결과이다. 이것은 노인들에게 있어

서 경제적 여유가 없을 때 우울이 더 증가하는 것으로 생각되어지며 노인이 지각하는 현재의 건강상태가 매우 중요함을 다시 한 번 확인할 수 있었다.

일상생활수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL), 우울점수와 상관관계에서 일상생활수행능력(ADL)의 각 항목과 우울점수와 상관관계는 없었고, 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 각 항목과 우울점수와 관계에서는 몸단장하기, 집안일하기 정도에서 상관관계가 있었으며, 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수와 우울점수와 관계는 유의한 음의 상관관계를 가지는 것으로 분석되었는데 권창희(1996)와 Dunham & Sager(1994)의 노인들의 일상생활수행능력(ADL)과 우울증은 밀접한 관계가 있다고 한 연구, 오순현(2006)의 보건기관 내원 노인을 대상으로 한 연구에서도 일상생활수행능력(ADL)과 우울증은 유의한 상관관계가 있다고 하였고, 박경호(2007) 역시 일상생활동작 수행능력은 우울과 유의한 관련성이 있다고 하여 이는 선행연구와 유사하거나 같은 결과이다.

우울증상에 영향을 미치는 변수를 알아보기 위해 더미(Dummy) 처리하여 다중회귀분석(Multiple regression)하였는데, IADL 평균점수가 높을수록, 여자일수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

본 연구의 결과의 해석에는 몇 가지 제한점이 있는데, 첫째, 단면연구이므로 일상생활수행능력(ADL)과 우울증에 관한 인과관계가 정확하지 않을 수 있다.

둘째, 우울증 진단이 의사의 진단이 아닌 선별도구검사를 통하여 시행되었기 때문에 우울증 유병율의 정확도에 제한점이 있다.

제 6장 결론 및 제언

본 연구는 65세 이상 노인의 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증과의 관련성을 알아봄으로써 노인의 건강증진 방안과 노인보건의정책수립의 기초 자료를 제공하고자 시행하였으며 연구도구로는 한국 노동연구원에서 2006에 조사한 고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)를 사용하였다.

전체 대상자 4155명 중 CES-D10을 기준으로 한 우울증 여부에서 1837명(44.2%)이 우울증이 있는 것으로 분석되었고, 대상자의 일반적 특성과 우울과의 관계에 있어서는 배우자가 없는 경우 우울점수가 높은 것($t=11.783$, $p<0.001$)으로 분석되었으며, 개인자산이 적을수록 우울점수가 높은 것($F=65.207$, $p<0.001$)으로 분석되었다. 거주형태에 따라서는 월세에 살수록($F=67.786$, $p<0.001$), 만성질환 보유수가 많을수록($F=55.815$, $p<0.001$) 우울점수가 높은 것으로 분석되었다. 주관적 건강상태($F=3.299$, $p<0.001$)로 분석되어 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울점수가 높아지는 것으로 분석되었다.

우울증상에 영향을 미치는 변수를 알아보기 위해 다중회귀분석(Multiple regression)하였다.

Model I은 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수, Model II는 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수와 인구사회학적 변인, Model III는 일상생활수행

능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 평균점수와 인구사회학적 변인, 건강관련 변인을 포함하여 우울증상에 영향을 미치는 변인을 알아보았는데 IADL 평균점수가 높을수록, 여자일수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

이와 같은 결과를 살펴보면 노인의 우울증상에 대한 미치는 요인들에 대하여 시사점을 살펴보면,

첫째, 개인 자산 및 거주형태 등 소득수준에 따라 발생하게 되는 우울증상의 문제에 대해서 정부는 가족의 사적부양을 활성화하기 위하여 경로우대 제도를 확대실시하고, 노인 복지프로그램 확충을 위한 경제적 지원을 강화해야 할 것으로 생각된다.

둘째, 노인의 신체적·정신적 건강상태를 증진하기 위해서는 노인의 사회적 참여와 접촉의 기회를 늘릴 수 있도록 노인대학, 노인정, 탁노소, 가정방문 등 지역사회 복지 프로그램을 활성화하여 궁극적으로 노인의 우울증상을 해소할 수 있도록 노력해야 할 것으로 생각된다.

셋째, 지역사회는 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 저하되어 있는 노인들을 정확히 파악하고, 그로 인해 발생할 수 있는 우울증상을 예방하기 위한 방안마련이 시급하다고 생각되어지며 현재 시행되어지고 있는 가정방문간호사 사업과 복지관을 통한 사회복지사의 파견 등의 사업을 더욱 활성화 하여 일상생활 수행능력이 저하되어 있는 노인에게 필요한 사회적 지지를 제공해야 할 것으로 생각된다.

넷째, 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 우울증상에 영향을 미치는 것으로 분석되어졌으므로, 도구적 일상생활수행능력(IADL) 중 어떠한 요소가

영향을 미치는지 파악하기 위한 지속적인 연구가 필요할 것으로 생각되며, 노인보건정책 및 노인복지프로그램에 적용하여야 할 것이라고 생각한다.

전국노인을 대상으로 한 이번 연구에서 노인의 경제적, 신체적 요인이 노인 우울증에 영향을 미치는 것이 다시 한 번 확인되었으므로, 노인에 대한 건강증진과 경제적 지원, 사회적 지지에 대한 정부와 민간부문의 지속적인 대책마련이 필요하다고 생각하며 이를 통해 노인이 성공적인 노화를 추구할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

참고문헌

- 강윤희, 김미영, 이에리자(2008). 재가 노인의 주관적 건강, 일상생활수행 능력, 여양상태간의 관계. *대한간호학회지*, 38, 122-130.
- 강희숙, 김근조(2000). 일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성. *대한보건협회학술지*, 26, 451-459.
- 고승덕, 손애리, 최윤신(2001). 노인의 일반적 특성에 따른 우울감에 관한 연구. *한국가족복지지*, 6, 3-15.
- 고현남, 이삼순, 한희자(2001). 농어촌지역 노인의 우울정도와 관련요인. *정신간호학회지*, 10, 645-655.
- 공은숙(1998). 한국 일부 농촌지역 노인의 생활상태 결정요인의 구조적 관계연구. *대한간호학회지*, 28, 380-391.
- 권창희(1996). *노인환자의 우울증과 일상생활수행능력간의 관련성*. 경북대학교 의학 석사 학위논문.
- 김도환(2001). 노인이 지각한 가족지지, 자아존중감 및 우울과의 관계연구. *노인복지연구*, 13, 122-123.
- 김수지, 고성희(1989). 우울발생요인에 관한 이론적 고찰, *간호학회지*, 19, 173-190.
- 김오남(2003). 농촌 노인의 건강수준, 사회적 지지와 우울에 관한 연구, *한국가족복지학*, 8, 5-22.

- 김옥란(1999). 노인의 주관적 건강상태와 일상생활동작수행능력, 우울감에 관한 연구. *김천과학대학논문집*, 29, 47-57.
- 김원경(2001). Physical disability and depression in older adults: predictability of structural and functional aspects of social support. *한국심리학회지: 임상*, 20, 49-66.
- 김재엽, 김동배, 최선화(1998). 노인부부의 스트레스와 갈등, 우울증 그리고 권력. *한국노년학*, 18, 103-122.
- 김병하, 남철현(1999). 유배우 노인의 우울정도와 관련 요인 분석연구. *한국노년학*, 19, 173-192.
- 김상규, 김석범, 강복수(1999). 농촌노인들의 인지기능장애와 일상생활 활동도와의 관련성. *예방의학회지*, 32, 65-71.
- 김태현, 김수정(1996). 노인이 지각한 세대간 결속과 우울에 관한 연구. *한국노년학*, 16, 110-129.
- 김춘길, 장희정, 김성실(2001). 일 지역 재가노인의 일상생활수행능력과 자가간호역량 간의 관계. *성인간호학회지*, 13, 40-52.
- 기백석(2005). 노인 우울증의 약물요법. *노인병*, 9, 141-153.
- 노국희(1998). 일부지역 노인들의 우울수준에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. *지역사회간호학회지*, 9, 104-115.
- 노유자, 김춘길(1995). 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활 활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. *대한간호학회지*, 25, 259-278.
- 박경호(2007). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행과 우울 및 불안과의 관련성. *아주대학교 보건대학원 석사학위논문*.

- 박영숙(1999). 노인의 우울에 미치는 영향. *한국보건통계학회지*, 24, 22-29.
- 박영호, 김정인(2001). 교사의 직무 스트레스와 건강과의 관계에서 사회적 지지와 강인성의 역할. *교육이론과 실천*, 10, 453-481.
- 박원규, 이태용, 정용준, 오장균, 이동배, 조영채(2002). 일부지역 도시지역 노인들의 우울과 일상생활능력에 관련된 요인. *충남의대잡지*, 29, 71-87.
- 박원숙(1997). 고관절부분치환술 노인환자의 가족지지·우울·자가간호 활동에 관한 연구. *간호학회지*, 6, 104-115.
- 박인옥, 김진세, 이강준, 정인과(1998). 한국 노인의 우울요인. *노인정신의학*, 2, 47-63.
- 박현숙(1995). 노인의 자아존중감과 우울에 관한 연구. *최신의학*, 38, 98-105.
- 배재남(2001). 도시지역 거주 노인의 치매, 우울장애, 물질사용 장애에 대한 역학 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서미경(1995). 한국노인의 만성질환 상태 및 보건·의료 대책. *한국노년학회지*, 15, 28-39.
- 서순림, 도복늬, 노명희, 성기월(1998). 노인의 일상생활수행능력과 우울 및 건강문제. *경북간호과학지*, 2, 37-50.
- 성기월(1997). 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도. *대한간호학회지*, 27, 36-48.

- 성기월(1999). 시설노인과 재가노인의 일상생활활동정도와 생활만족정도의 비교. *한국노년학회지*, 19, 105-117.
- 신경림, 강윤희, 정덕유, 최경애(2002). 도시지역 여성노인의 우울, 주관적 신체증상, 일상생활수행능력에 관한 연구. *대한간호학회지*, 37, 1131-1138.
- 신동운(1994). 노인들의 일상생활능력 장애에 미치는 요인. 충남대학교 보건 대학원 석사학위 논문.
- 신복재(2007). 재가노인의 우울에 영향을 미치는 관련 요인. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 신철호(1996). 일부지역 노인들의 인지기능과 우울에 관련된 요인에 관한 연구. 충남대학교 대학원 박사학위논문.
- 양성자(2005). 혈액투석 노인환자의 일상생활수행능력, 가족지지 및 노인 요양시설 이용의사에 관한연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 양수, 김남초(2001). BDI-II에 의한 도시지역 노인의 우울정도와 관련 요인. *정신간호학회지*, 10, 463-472.
- 엄영란, 송라운, 서연옥, 전경자, Roberts, B. (1997). 노인의 일상생활 수행에 대한 자기효능 척도의 신뢰도 및 타당도 평가. *대한간호학회지*, 27, 831-842.
- 오순현(2006). 일개보건기관 내원노인의 일상생활수행능력과 우울정도와 의 관련성. 충남대학교 보건·바이오 산업기술대학원 석사학위 논문.
- 윤수진, 이윤환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희(2002). 지역사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인. *한국노년학*, 21, 59-73.

- 윤종률(2001). 지역사회 거주 노인의 기능상태(ADL, IADL) 수준. *노인 병*, 5, 139-150.
- 윤진(1985). *성인노인심리학*. 서울, 중앙적성출판사.
- 이금재, 박혜숙(2006). 재가 도시노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활 수행능력에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 12, 221-230.
- 이문수, 곽동일, 정인파(2000). 노인의 우울증에서 일상생활기능의 손상. *노인정신의학*, 4, 91-100.
- 이미라(1996). 근력강화 운동프로그램이 퇴행성 슬관절염 대상자의 근력, 통증, 우울, 자기효능감 및 삶의 질에 미치는 영향. *간호학회지*, 26, 556-575.
- 이성국, 백은정, 천병렬, 예민해, 정진욱, 김혜경(1998). 농촌지역노인의 일상생활동작능력에 대한 추적연구. *한국농촌의학회지*, 23, 65-78.
- 이삼순(2000). 거제시 노인의 우울증과 일상생활 수행능력간의 관련성. *정신간호학회지*, 9, 543-557.
- 이수애, 이경미(2002). 농촌지역 노인의 우울증 결정요인에 관한 연구. *한국노년학*, 22, 209-226.
- 이영란, 김신미, 박혜옥, 박효미, 조계화, 노유자(1998). 국내 노인 간호 연구 분석과 발전 방향. *간호학회지*, 28, 676-694.
- 이영자(1989). 노인의 자가간호. *대한간호*, 28, 13-17.
- 이영자, 김태현(1999). 단독가구 노인의 스트레스와 우울감. *한국노년학*, 19, 79-93.

- 이평숙, 이영미, 임지영, 황라일, 박은영(2004). 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계. *대한간호학*, 34, 477-484.
- 장인순(2004). 일부 지역사회 여성노인의 영적안녕, 우울, 주관적 건강상태에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 10, 91-98.
- 전은영, 김숙영, 김귀분(2005). 미국이민 한국노인의 우울 및 건강상태 분석. *노인간호학회지*, 7, 157-165.
- 조선화, 김병성, 김공현, 박형중(1994). 재가노인의 가정 간호요구도 및 일상생활능력에 관한 연구. *한국보건교육학회지*, 11, 125-145.
- 조유향(1988). 노인의 신체적·사회적 능력 장애에 관한 조사연구. *대한간호학회지*, 18, 70-79.
- 조유향(1994). 지역사회 노인의 일상생활정도 및 간호요구 측정을 위한 조사연구-일부지역 노인을 대상으로 한 시도. *간호학 탐구*, 3, 66-81.
- 조은희, 전진호, 이상원(2000). 경로 분석을 통한 만성질환 노인 환자의 우울에 영향을 미치는 요인 모델선정. *노인병*, 4, 148-163.
- 조항석, 오병훈, 양성희, 이혜리, 유계준(1998). 한 지역사회 노인의 우울과 관련된 요인. *노인병*, 2, 89-102.
- 최상원(2008). *병원이용 노인의 주관적 건강인식, 일상생활수행능력, 우울에 관한 연구*. 계명대학교 석사학위논문.
- 최영애(2003). 노인들의 우울, 자존감 및 건강행위에 관한 연구. *노인복지연구*, 21, 27-47.
- 최영희, 정승은(1991). 한국노인의 신체적 건강상태 도구 개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. *성인간호학회지*, 3, 70-96.

- 최혜경(2002). 저소득층 조손가정 여성노인의 우울감과 관련요인 연구. *한국노년학*, 22, 207-222.
- 탁영란, 김순애, 이봉숙(2003). 여성노인의 사회적지지 및 도구적 지지요구와 우울에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 9, 449-456.
- 하근영, 홍달아기(1999). 노인의 교우관계와 심리적 안녕감과의 관계. *한국노년학연구*, 8, 75-90.
- 한국 노동연구원(2006). *고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing)*. <http://www.kli.re.kr>
- 한국보건사회연구원(1998). *1998년 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 한옥자(2002). *후기노인의 일상적 스트레스와 개인적 자원이 우울에 미치는 영향*. 한국교원대학교 석사학위논문.
- 홍미령, 박종한, 변용찬, 장병원(2004). *장기요양보호대상 노인의 실태 파악 및 케어욕구 조사*. 2004년 헬스케어 심포지엄.
- 황용찬, 이성국, 예민해, 천병렬, 정진옥(1993). 일부 농촌지역 노인들의 수단적 일상생활동작능력과 그에 관련된 요인. *한국노년학*, 13, 84-95.
- 허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 13, 7-35.
- 허혜경, 김미정, 조미옥, 최상순(1997). 노인의 신체적 균형, 일상생활활동과 우울증과의 관계. *한국노년학*, 6, 3-18.
- Barker, R. L.(2003). *Social work dictionary(3rd ed)*. Wassington D.C. NASW Press.

- Battle, T.(1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychological Report*, 42, 745-746.
- Beck, A. T.(1967). *Depression : Care and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Andersen, E. M., Carter, W. B., Malmgren, J. A., Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults : evaluation of a short form of the CES-D. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 77-84.
- Fry, P. S.(1986). Death, grief and social recuperation. *Omega : Journal of Death and Dying*, 1, 23-28.
- Johnson, J, R.(1992). Social support. In E. F. Borgatta(Ed). *Encyclopedia of Sociology(pp 1976-1979)*. New York. MacMillan.
- Karts, P. P. & Yelin, E. H.(1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis. the role of function. *Arthritis Rheum*, 38, 49-56.
- Kart, S.(1983). Assessing self-maintenance : Activities of daily living, mobility, instrumental activities of daily living. *Journal of American Geriatric Society*, 31, 721-727.
- Korea National Statistical Office(2006). *Korean standard industrial classification*. www.nso.go.kr

- Lawrence, Vanessa, Joanna Muttay, Sube Banerjee, Sara Turner, Kuljeer Sangha, Richard Byng, Dinesh Bhugra, Peter Huxley, Andre - Tylee and Alastair Macdonald(2006). Concepts and causation of depression: A cross-cultural study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist*, 46, 23-32.
- Lawton, M. D., & Brody, E.(1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Loughlin, A.(2004). Depression and social support. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 11-15.
- Mulsant, B, H., & Ganguil, M.(1999). Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *Journal Clin Psychiatry*, 60, 9-15.
- Mutran, E., & Ferraro, K. F.(1988). Medical need and use of services among older men and women. *Journal of Gerontology*, 43, 162-171.
- Nourhashemi, F., Andrieu, S., Gillette-Guyonnet, S., Vellas, B., Albarede, J.,Grandjean, H.(2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty. *The Journals of Gerontology*, 56, 448-450.
- Patrick(1994). Screening for depression in well older adult : Evaluation of a short form of the CED-D. *American Journals of Priventive Medicine*, 10, 77-84.

- Ross, C. E., & Mirowsky, J.(2001). Age and the effect economic hardship on depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 132-150.
- Strawbridge, W. J., Kaplan, G. A., Camacho, T., Cohen, R. D.(1992). The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 799-806.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L.(1986). Gender and depression. *Trend Neurosci*, 8, 815-819.

ABSTRACT

Association between Physical Functioning and Depressive Symptom.

Ju - Hee IN

Graduate School of Public Health
Ajou University of Korea

This research is to present the basic information for elders' health improvement and to make policies of elders' health care by understanding the relation of their ADL & IADL and the depression among elders who is older than 65 years old. It referred to the Korean Longitudinal Study of Ageing studied by Korea Labor Institute in 2006.

With regards to the relation between the general characteristics and depression of the targets, it turned out that the target without his or her spouse has higher degree of depression($t=11.783$, $p<0.001$), and the lower the personal asset they have, the higher the degree of

depression they tend to get($F=65.207$, $p<0.001$).

According to the type of residence, the more monthly rents they live in and permanent diseases they get, the higher degree of depression they tend to get. And they have high degree of depression when they are in a bad personal health condition.

To find the variation which affects the symptom of depression, Multiple linear regression was conducted.

Model I is the average of ADL and IADL. Model II is the average of ADL and IADL, and the variation of sociology of population. And Model III is the average of ADL and IADL, variation of sociology of population, and health related variation.

Those models are used to find the variation which affects the symptom of depression, the higher average points of IADL, when they are female and their personal health condition is bad, the more the symptom of depression tend to be affected.

Through the results, the main causes of affection in elders' symptom of depression are as follows;

First, In order to solve the problems of symptom of depression that caused from a gap of an income level, the government has to extend the policy for the respect for the aged, and strengthen the financial

support for elders' wealth program.

Second, In order to improve the elders' physical and mental health, the wealth programs in local society should be activated by making elders' university, elders' care center, child care center, and visiting elders in person.

Third, the local society should find out elders who are low in IADL exactly, and provide the social support for elders need.

Fourth, since it was found that IADL affects the symptom of depression, a research on what factors in IADL affect them should be done continuously.

<표 1> 연구 대상자들의 일반적인 특성

(N=4155)

일반사항	구분	n	%	일반사항	구분	n	%
성별	남	1736	41.8	가구 소득 ²⁾	상 (15500-615400)	1715	41.3
	여	2419	58.2		중 (5100-15400)	2170	52.2
연령	65-74세	2676	64.4		하 (30-5090)	270	6.5
	75세 이상	1479	35.6	거주형태	자기 집	3198	77.0
배우자 유무	유	2599	62.6		전세	469	11.3
	무	1556	37.4		월세	488	11.7
가구원수	1-2	1715	41.3	만성질환 수 ³⁾	0	1456	35.0
	3-5	2170	52.2		1	1496	36.0
	≥6	270	6.5		2	793	19.1
학력	초등학교 졸업 이하	3020	72.7		≥ 3	386	9.3
	중학교 졸업	408	9.8	주관적 건강상태	매우 좋음	59	1.4
	고등학교 졸업	502	12.1		좋은 편	759	18.3
	대학교 졸업 이상	222	5.3		보통	1342	32.3
종교	유	2463	59.3		나쁜 편	1513	36.4
	무	1692	40.7	매우 나쁨	482	11.6	
개인 자산 ¹⁾	상 (3670-45150)	1384	33.3	인지기능 ⁴⁾	정상 (≥ 24)	2039	49.1
	중 (20-3650)	1212	29.2		인지기능저하 (18-23)	1177	28.3
	하 (-60000-0)	1557	37.5		치매의심 (≤ 17)	939	22.6

* 1) 개인자산, 2) 가구 소득- 3분위로 나눔, 단위 : 만원

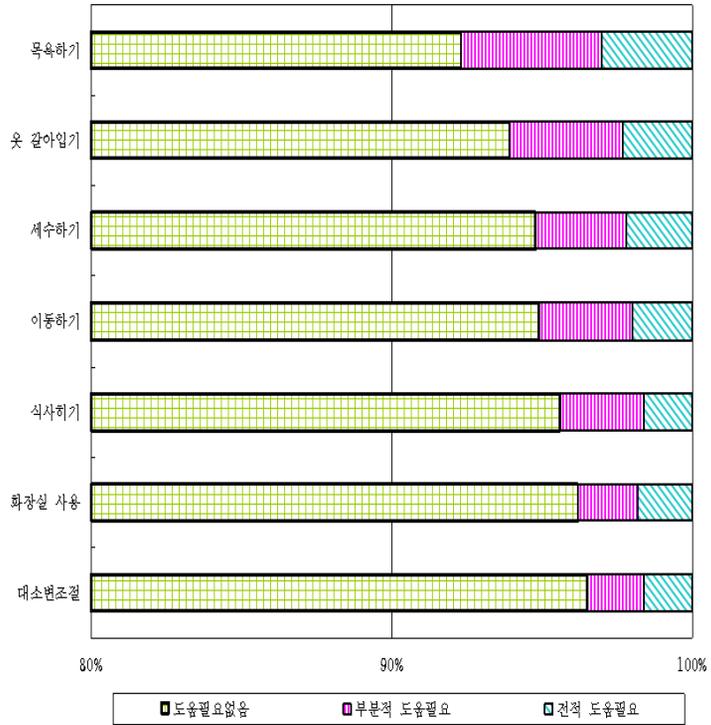
3) 만성질환 - 고혈압, 당뇨, 암 및 악성종양, 만성폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염 및 류마티스.

4) 인지기능 - MMSE(Mini-Mental State Examination)로 측정

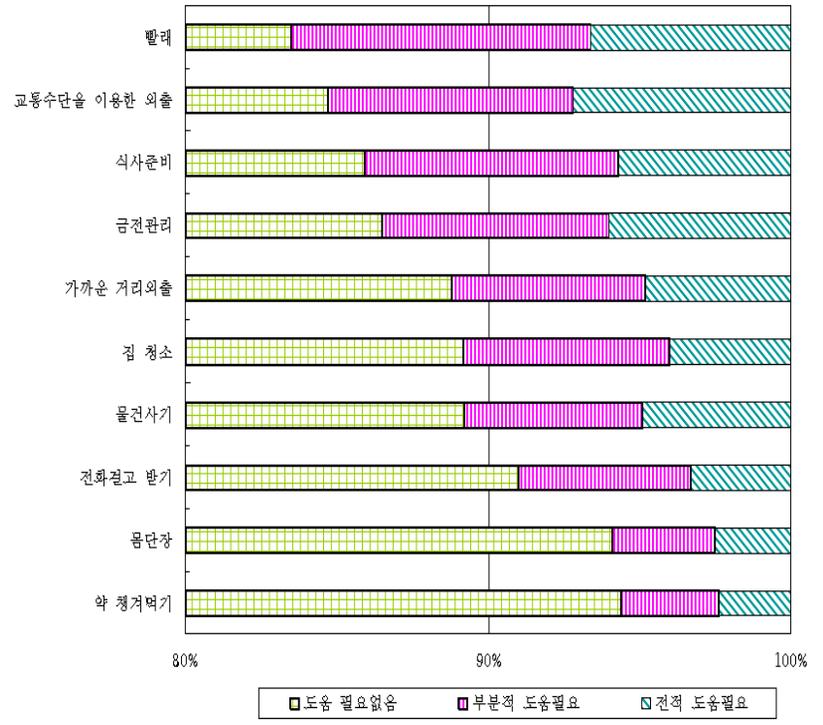
<표 2> 대상자의 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL) 빈도분석

단위 : (%)

		도움			도움				
		필요 없음	부분적 도움 필요	전적 도움 필요			도움 필요 없음	부분적 도움 필요	전적 도움 필요
일상생활 수행능력 (ADL)	옷 갈아입기	94.0	3.8	2.3	몸단장	94.1	3.4	2.5	
	세수하기	94.8	3.0	2.2	도구적 집 청소	89.1	6.8	4.0	
	목욕하기	92.3	4.7	3.0	일상생활 식사준비	85.9	8.4	5.7	
	식사하기	95.6	2.8	1.6	수행능력 빨래	83.5	9.9	6.6	
	이동하기	94.9	3.1	2.0	(IADL) 가까운 거리 외출	88.9	6.4	4.8	
	화장실 사용	96.2	2.0	1.8	교통수단을 이용한 외출	84.7	8.1	7.2	
	대소변 조절	96.5	1.9	1.6	물건사기	89.3	5.9	4.9	
					금전관리	86.5	7.5	6.0	
					전화 걸고 받기	91.0	5.7	3.3	
					약 챙겨먹기	94.5	3.2	2.4	



<그림 2> 일상생활수행능력(ADL) 빈도 분석



<그림 3> 도구적 일상생활수행능력(IADL) 빈도분석

<표 3> 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL) 점수

(N=4155)

특성	구분	평균	표준편차	F값		p	특성	구분	평균	표준편차	F값	
				F값	또는 t값						F값	또는 t값
성별	남자	1.16	.67	1.702		.089	가구소득	상	1.14	.60	1.902	.149
	여자	1.13	.53					중	1.17	.66		
나이	65-74세	1.07	.43	-9.057		.000*	거주형태	하	1.12	.55	2.590	.075
	75-105세	1.27	.79					자기 집	1.15	.61		
배우자 유무	유	1.15	.61	-1.235		.217	만성질환 수	전세	1.08	.45	1.638	.178
	무	1.13	.57					월세	1.15	.62		
가구원수	1-2	1.14	.60	.002		.998	주관적 건강상태	0	1.13	.57	192.063	.000*
	3-5	1.14	.58					1	1.16	.62		
	≥6	1.14	.62					2	1.11	.54		
교육수준	초등학교 졸업 이하	1.15	.60	2.465		.060	매우 좋음	≥3	1.15	.67	1.77	1.29
	중학교 졸업	1.07	.38					좋은 편	1.00	.089		
	고등학교 졸업	1.12	.64					보통	1.02	.16		
	대학교 졸업 이상	1.15	.66					나쁜 편	1.12	.49		
종교	유	1.13	.56	.706		.480	매우 나쁨	정상	1.02	.20	242.353	.000*
	무	1.15	.60					인지기능 저하	1.07	.36		
개인자산	상	1.17	.64	5.194		.006*	인지기능	치매의심	1.49	1.06		
	중	1.09	.45					중	1.09	.45		
	하	1.15	.64					하	1.15	.64		

* p < 0.05

<표 4> 일반적 특성에 따른 도구적 일상생활수행능력(AIDL) 점수

(N =4155)

특성	구분	평균	표준편차	F값		특성	구분	평균	표준편차	F값	
				또는t값	p					또는t값	p
성별	남자	1.30	.82	-7.771	.441	가구소득	상	1.30	.80	6.513	.002*
	여자	1.32	.79				중	1.40	.89		
나이	65-74세	1.16	.56	-14.879	.000*	거주형태	자기 집	1.33	.83	2.237	.107
	74-105세	1.60	1.06				전세	1.24	.66		
배우자 유무	유	1.32	.81	-.230	.818	만성질환 수	0	1.31	.78	1.803	.144
	무	1.31	.80				1	1.35	.84		
가구원수	1-2	1.30	.80	.334	.716	주관적 건강상태	≥3	1.34	.86	221.928	.000*
	3-5	1.32	.80				매우 좋음	1.08	.32		
	≥6	1.32	.81				좋은 편	1.07	.28		
교육수준	초등학교 졸업 이하	1.35	.84	8.169	.000*	인지기능	보통	1.12	.42	477.042	.000*
	중학교 졸업	1.19	.57				나쁜 편	1.34	.77		
	고등학교 졸업	1.22	.74				매우 나쁨	2.20	1.46		
	대학교 졸업 이상	1.25	.78				정상	1.08	.33		
종교	유	1.28	.73	1.588	.112	인지기능저하	인지기능저하	1.21	.54	1.95	1.32
	무	1.33	.83				치매의심	1.95	1.32		
개인자산	상	1.33	.84	5.434	.004*						
	중	1.25	.66								
	하	1.35	.86								

* p < 0.05

<표 5> 일반적 특성에 따른 우울 점수

(N =4122)

특성	구분	평균	표준편차	F값 또는t값	p	특성	구분	평균	표준편차	F값 또는t값	p					
성별	남자	8.11	5.57	-.064	.949	가구소득	상	8.16	5.73	.095	.910					
	여자	8.12	5.76				중	8.06	5.51							
나이	65-74세	8.09	5.71	-398	.690	거주형태	하	8.09	5.86	67.786	.000*					
	74-105세	8.17	5.62				자기 집	7.59	5.31							
배우자 유무	유	7.30	5.24	11.783	.000*	만성질환 수	전세	9.34	6.16	55.815	.000*					
	무	9.50	6.10				월세	10.46	6.72							
가구원수	1-2	8.19	5.65	2.200	.111	주관적 건강상태	0	7.12	5.12	3.299	.010					
	3-5	8.15	5.71				1	7.90	5.56							
	≥6	7.42	5.57				2	8.94	5.91							
교육수준	초등학교 졸업 이하	8.11	5.70	.662	.576	매우 좋음	≥3	10.98	6.40	8.24	5.71					
	중학교 졸업	7.92	5.46				나쁜 편	8.05	5.56							
	고등학교 졸업	8.41	5.86									매우 나쁨	8.16	5.75		
	대학교 졸업 이상	7.95	5.36												치매의심	7.81
종교	유	8.04	5.65	1.090	.276	정상				8.24	5.71					
	무	8.24	5.72				인지기능	8.24	5.71							
개인자산	상	6.74	4.84	65.207	.000*	인지기능저하	8.16	5.75	8.16	5.75						
	중	8.59	5.93			치매의심	7.81	5.51								
	하	8.99	5.94													

<표 6> 일상생활 수행능력(ADL)과 우울의 상관관계

(N=4122)

	옷 갈아입기	세수하기	목욕하기	식사하기	이동하기	화장실 사용	대소변 조절	우울점수
우울점수	0.28	.027	0.17	0.26	0.30	0.21	0.14	1

** p < 0.01

<표 7> 도구적 일상생활 수행능력(IADL)과 우울의 상관관계

(N=4122)

	몸단장	집 청소	식사준비	빨래	가까운 거리 외출	교통수단을 이용한 외출	물건사기	금전관리	전화 걸고 받기	약 챙겨먹기	우울점수
우울점수	.035*	.031*	.022	.015	.023	.024	.025	.024	.009	.025	1

** p < 0.01. * p < 0.05

<표 8> 일상생활 수행능력(ADL), 도구적 일상생활 수행 능력(IADL), 우울과의 상관관계

(N=4122)

	일상생활 수행능력(ADL)	도구적 일상생활 수행능력(IADL)	우울점수
일상생활 수행능력(ADL)	1		
도구적 일상생활 수행능력(IADL)	.831**	1	
우울점수	-.024	-.031*	1

** p < 0.01. * p < 0.05