

재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로

이 인 정

(덕성여자대학교)

서구의 연구들에서 재가복지서비스 이용노인은 우울 취약집단으로 지적되었으나 우리나라에서는 아직 이에 대해 연구된 바 없다. 본 연구는 우리나라 재가복지서비스 이용노인을 대상으로 우울 수준과 우울 관련요인을 조사하였다. 특히, 선행연구에서 이미 높은 우울 수준이 보고된 일반노인과의 비교를 통해 이들의 우울은 얼마나 더 심각한지, 우울에 영향을 미치는 요인은 차이가 있는지 파악하고자 하였다. 면접에 지장이 없는 재가복지서비스 이용노인 184명과 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인 288명을 대상으로 기술적 분석, 회귀분석 등이 실시되었다. 주요 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준은 일반노인보다 월등하게 높았고 우울증으로 진단될 수 있는 범위에 포함된 비율도 세 배 이상 높았다. 둘째, 재가복지서비스 이용노인과 일반노인에서 기능손상과 만성질환 정도가 심할수록 우울 수준이 높았다. 셋째, 재가복지서비스 이용노인에서 기능손상이 우울에 미치는 영향은 재가복지서비스 이용수준과 만족도에 의해 감소되었다. 이러한 결과에 따라 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대한 관심의 촉구와 더불어 재가복지서비스 관련자들을 훈련함으로써 우울증 스크리닝에 기여할 수 있게 하고 심리사회적 개입, 우울증 치료의 모니터링을 담당할 수 있도록 하는 등 재가복지서비스 이용노인의 우울증을 감소시키기 위한 방안들이 제시되었다.

주요용어: 재가복지서비스, 우울, 기능손상, 만성질환, 지배감, 사회적 지지

본 연구는 2011년 덕성여자대학교 교내연구비에 의해 지원되었음.

■ 투고일: 2012.10.30 ■ 수정일: 2012.12.9 ■ 게재확정일: 2012.12.17

I. 서론

노인인구의 증가와 독립적인 삶을 강조하는 사회적 가치에 따라 동서양을 막론하고 노인재가복지서비스의 규모가 급격히 확대되고 있다. 우리나라의 노인장기요양 기관 중 재가기관은 2008년 6,340개소에서 2010년 19,674개로 3배 가까이 증가하였고 이용노인 수도 전체노인 인구의 .06%에서 3%로 5배 이상 증가하였다(윤상용 외, 2010). 장기요양등급외자에 대한 노인돌봄서비스, 노인복지관이나 사회복지관의 재가복지사업 대상 노인 등을 더하면 실제로 훨씬 더 많은 노인이 재가복지서비스를 이용하고 있다. 우리나라에서 사용되어 온 노인 재가복지서비스의 개념은 서구의 홈케어(homecare)나 지역사회장기요양보호, 일본의 재택복지를 받아들인 것으로 볼 수 있으며 시설에 수용된 노인을 제외하고 가정에서 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인을 대상으로 요양, 가사 등을 지원하는 것을 의미한다(임병우 외, 2009). 미국의 경우 재가복지서비스는 이용자의 72%가 노인이어서 노인을 위한 주요 보건복지서비스이며 모든 주가 공적으로 지원되는 지역사회장기요양보호(communitry long-term care)를 갖춰 노인을 위한 보건 및 사회 안전망의 한 부분을 담당하고 있다(Bruce et al., 2002; Proctor et al., 2008).

서구의 연구들에 의하면 재가복지서비스 이용노인은 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인보다 현저하게 높은 우울발생률을 보이는 것으로 보고되었다. Bruce 외(2002)는 재가복지서비스를 사용하는 노인 가운데 인지능력이 온전하거나 최소한이어서 인터뷰에 지장이 없는 노인들을 대상으로 우울발생률을 조사한 결과 표본의 13.5%가 주요우울증(major depression)을 가지고 있었으며 이는 일반노인의 두 배 이상 높은 비율이다. Simming 외(2010)는 재가복지서비스 이용노인의 높은 우울발생률과 더불어 이들의 높은 일상생활수행능력 손상과 만성질환 비율을 보고하였고 Proctor 외(2008)는 건강문제 외에 경제적 어려움도 지적하였다. 따라서, 재가복지서비스 이용노인은 우울 수준이 높고 우울에 관련될 수 있는 복합적인 문제를 가진 경우가 많지만 이들에 초점을 맞춰 우울 수준이나 영향요인을 분석한 연구는 많지 않다.

노년기 우울은 노인의 삶의 질을 떨어뜨릴 뿐 아니라 자살이나 건강 악화로 인한 사망을 초래할 수 있으며 재가복지서비스 이용노인의 경우 서비스 전달에 지장을 주고 서비스 효과를 감소시키는 문제도 가져온다(Hache et al., 2010). 사회복지서비스 효과성

향상의 일환으로 미국의 연방정책 보고서는 돌봄에서 불리한 입장에 있고 우울에 취약한 클라이언트 집단의 정신건강을 향상시킬 필요성을 강조하였고 실천 현장에서 이들의 우울을 초기에 발견·대응하기 위한 방안을 촉구하였다(Proctor et al., 2008). 이러한 클라이언트 집단으로는 재가복지서비스 이용노인, 가출청소년, 노숙인 등이 지적되었으며 그 중에서도 재가복지서비스 이용노인은 급증하는 숫자로 인해서 더 많은 관심을 받았다. 요컨대, 우울과 그로 인해 야기될 수 있는 문제들의 예방 및 치료에 효율적인 대응을 위해 우울 취약집단에 대한 연구의 중요성이 고조되는 가운데 재가복지서비스 이용노인은 만성적인 건강문제, 저소득 등 우울 위험요소를 가진 대표적인 집단으로 이들에게 초점을 맞춘 연구가 필요한 상황이라고 할 수 있다. Lydia와 Conwell(2007)도 미국에서 재가복지서비스를 이용하는 노인들이 우울 등 정신건강 문제에 대한 취약집단이지만 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인에 비해 접근성과 면접의 어려움으로 오히려 정확한 조사와 연구가 이루어지지 못하는 실정이라고 하였다.

재가복지서비스 이용노인의 우울에 관한 소수의 연구들은 주로 미국과 유럽에서 이루어져서 우리나라의 경우 노인인구 증가와 재가복지서비스의 확대는 똑같이 경험하면서도 서비스를 이용하는 노인들의 우울에 관한 연구는 전무하다. 그러나 노년기 우울이 노인 및 가족과 사회에 미치는 부정적 영향과 서구에서 우울 취약집단으로 간주된 재가복지서비스 이용노인이 우리나라에서도 증가하고 있는 현실을 고려할 때 이들의 우울에 초점을 맞춘 연구가 필요하다. 본 연구는 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 복지관을 통해서 방문요양서비스, 방문간호서비스, 방문목욕서비스, 주·야간보호서비스 등을 받는 노인들을 재가복지서비스 이용노인으로 규정하고 이들 가운데 인지능력이 온전한 노인들을 대상으로 우울 수준 및 우울 관련요인을 조사하였다. 전체적으로 우리나라 노인의 우울 수준은 매우 높아서 우울과 밀접한 관련이 있는 노인자살률이 OECD 국가 가운데 1위이며 그에 따라 재가복지서비스와 관련 없이 일반노인의 우울이나 자살에 대해서 이미 많은 연구들이 이루어졌다(강상경, 2010; 엄태완, 2007). 본 연구는 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 관련요인을 조사하는데 있어 일반노인과 비교해 봄으로써 이들의 우울은 얼마나 더 심각한지, 그리고 우울에 영향을 미치는 요인들은 차이가 있는지 파악하고자 하였다. 특히 일반노인의 우울에 영향을 미치는 것으로 확인된 건강문제, 지배감, 사회적 지지 등이 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대해서도 유의미한 영향력을 유지하는지 검증하는데 초점을 두었다(Jang et al., 2002). 이를 위

해 조사 시점과 표본의 규모 등에서 차이가 있는 기존 일반노인 우울관련 연구결과들을 인용하기보다 재가복지서비스 이용노인과 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인을 같은 지역에서 표집·분석함으로써 두 집단 간에 좀 더 정확한 비교가 이루어지도록 시도하였다. 본 연구 결과 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인이 일반노인과 차이가 있는 것으로 확인된다면 그것을 반영하여 노인 가운데서도 특히 이 우울 취약집단에 초점을 맞춘 대응방안을 개발하도록 실천적 함의를 제시할 수 있을 것이다.

II. 선행연구 검토

1. 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준

본 연구는 재가복지서비스 이용노인들에서 우울이 심각하지만 그에 대한 평가와 개입이 제대로 이루어지지 않고 있다는 점에서 출발하였다(Bruce et al., 2002). 미국에서도 재가복지서비스 제공자들은 미처 발견되지 않은 또는 발견되었더라도 치료받지 않은 우울 상태에 있을 위험성이 높은 노인들을 대상으로 활동하는 것으로 간주되었다(Wilson, 2010). 노년기 우울에 관한 연구들은 우울증을 측정하기 위해 주로 두 가지 접근을 하는데 하나는 측정도구의 우울증상(depressive symptoms) 점수에 따라 우울증과 그보다 정도가 약한 우울의심(subthreshold depression)으로 평가하는 것이고 다른 하나는 임상적 진단을 거쳐 주요우울증(major depression) 또는 주요우울장애(major depressive disorder)로 판정하는 것이다(Jeon, 2005). 이제까지 이러한 측정을 사용하여 서구에서 이루어진 연구결과들을 보면 재가복지서비스를 이용하는 노인에서 우울 발생률은 매우 높다. 예를 들면, 재가복지 서비스 이용노인의 10% 이상이 임상적으로 치료가 요구되는 심각한 주요우울증을 가지고 있는 것을 확인한 연구(Elil et al., 2005)와 미국 중서부 재가복지서비스 이용노인 네 명당 한 명 꼴로 우울증, 기분저하증(dysthymia), 우울의심 등 정도의 차이는 있으나 우울을 가진 것으로 보고한 연구(Hasche et al., 2010)가 있다. 또한 외출이 어려운 재가복지서비스 이용노인을 대상으로 조사하여 이들 중 11.9%가 주요우울증이고 반 정도가 우울의심에 해당하는 것을 발견한 연구도 있다(Gum et al., 2009; Vink et al., 2008). 이러한 우울발생률은 일반

노인보다 현저하게 높은 것이다(Bruce et al., 2002). Rowe 외(2006)는 한 걸음 더 나아가서 재가복지서비스 이용노인을 대상으로 우울과 밀접한 관련이 있는 자살생각을 조사한 결과 11%가 수동적인 자살생각(살 가치가 없다, 죽고 싶다, 죽는 것이 더 낫다)을 가지고 있고 1.1%는 실제로 자살계획과 자살충동이 있는 것으로 나타났다. Sirey 외(2008)도 60세 이상 재가복지서비스 대상 노인의 13.4%가 지난 2주 이내에 자살생각이 있었음을 확인하였다. 이러한 자살생각의 비율 역시 일반노인의 자살생각에 관한 메타분석에서 보고된 3.3%에서 6.2%정도의 비율보다 훨씬 높다(Bonnewyn et al., 2009).

재가복지서비스를 이용하는 노인들은 흔히 의료적, 심리사회적 측면에서 복합적인 문제를 경험하며 이러한 문제들이 높은 우울 발생률과 관련이 있는 것으로 보인다. 실제로 재가복지서비스 이용노인에서 기능손상과 만성질환 등 의료적 문제를 가진 노인의 비율은 매우 높다. Simning 외(2010)에 의하면 재가복지서비스 이용노인들로 구성된 조사대상자 가운데 47%가 ADL에서 한 가지, 79%가 IADL에서 한 가지 이상의 손상을 가지고 있었으며 이러한 손상으로 인한 어려움을 보완하기 위해 재가복지서비스를 받고 있었다. 기능손상과 만성질환 등 의료적 문제는 일반노인을 대상으로 한 연구들에서도 우울 관련요인으로 확인되었고(Jang et al., 2002) 이에 따라 건강문제가 심각한 재가복지서비스 이용노인에서 높은 우울 발생률을 예측할 수 있다. 또한 심리사회적 측면에서는 환경이 재가복지서비스 이용노인의 의존적인 상태에 대해 불완전하고 손상된 존재로 간주함에 따라 사회적 연결이 축소되고 지배감·자존감이 낮아져서 우울이 초래될 수 있다. Kuypers와 Bengston(1973)은 사회적 해체 및 재구축 이론(social breakdown and reconstruction theory)에 입각하여 재가복지서비스 제공자들이 노인에게 도구적 서비스 뿐 아니라 지배감, 대응능력, 사회적 연결을 강화하는 서비스를 통해 이들의 사회적 고립과 우울을 감소시켜야 한다고 주장하였다.

전향적 연구(prospective studies)들에 의하면 우울증은 지속적인 경향이 있어서 기초선에서 진단된 후 보통 6년 정도까지 증상이 계속되었고 그 결과는 매우 심각하였다(Schuermans, 2005). 구체적으로, 우울은 노인을 고통스럽게 할 뿐 아니라 신체적 질병이나 기능손상을 악화시켰으며 가족과 사회에도 큰 부담과 비용을 초래하였다. 그러므로 우울은 일시적인 기분상의 문제나 자연적인 노화 현상이 아닌 심각한 질병으로 진단과 개입이 필요하지만 소수의 노인만이 치료를 받고 있으며 특히 재가복지서비스 이

용노인의 경우 우울에 대한 저평가와 개입의 부재가 현저한 것으로 보고되었다(Simming et al., 2010). 즉, 재가복지서비스는 우울증이나 우울증상을 가지고 있는 노인을 치료에 연결하는 통로와 같은 역할을 할 수 있음에도 불구하고 표준화된 사정도구를 사용하여 우울을 측정하는 경우가 거의 없었고 재가복지 이용노인의 정신건강에 대한 수요에 제대로 대응하지 못하였다(Proctor et al., 2008). 이러한 현상에 대해 재가복지서비스의 주목적이 정신건강 문제를 발견하기보다 일상생활에서 기능상의 결함을 보완하는 것으로 간주되기 때문이라는 설명도 있다. Klinkman(1997)은 경쟁적 수요에 관한 이론(theory of competing demands)에 입각하여 클라이언트에 존재하는 여러 문제들이 서비스를 받는 데 경쟁적인 입장에 있고 재가복지서비스 이용노인에서 기능손상, 빈곤, 사회적 고립 등의 문제가 공존할 때 우울은 상대적으로 덜 관심을 받는다고 주장하였다.

우리나라에서 최근에 노인 재가복지서비스에 대해 이루어진 연구로는 재가복지서비스의 질적 차원(박정호, 2011; 이미진, 2011), 재가복지서비스의 조정·연계(김용현, 2010) 등 주로 정책적 개선을 위한 연구들과 재가복지서비스 만족도 결정요인(손홍숙, 2005; 신승연, 2009)에 관한 연구들이 있다. 재가복지서비스가 노인의 심리적 복지감에 미치는 영향에 대한 연구(백경숙·권용신, 2009; 손화희·정옥분, 1999)도 있는데 높은 비율의 응답자가 부정적인 정서를 보였고 삶의 만족 평균점수도 낮았으나 개인적 차이가 존재하였다. 정신건강 관련연구로는 김용석(2011)이 한국어판 정신건강 선별도구를 개발하여 노인이 다수 포함된 재가복지서비스 이용자에게 적용하였는데 이 연구는 정신건강에 대한 진단이나 개입보다는 서구에서 사용된 정신건강 측정도구의 한국어판 개발에 목적이 있었다. 그러나 한국어판 정신건강 측정도구의 적용 결과 재가복지서비스 이용자들에서 높은 점수를 확인하고 추후 재가복지서비스 이용자에 초점을 맞춘 정신건강 연구의 필요성을 제시하였다.

요컨대, 재가복지서비스 이용노인의 우울에 관한 연구들을 종합해 보면 이 집단에서 우울이 존재하는 비율이 일반노인에 비해서 훨씬 높지만 관련요인이나 평가·개입 등에 관한 연구가 미흡한 수준임을 알 수 있다. 특히 우리나라의 경우 이러한 연구가 아직 없으며 이에 따라 외국의 선행연구를 바탕으로 우울 취약집단인 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 관련요인에 초점을 맞춘 연구가 필요하다.

2. 재가복지서비스 이용노인의 우울에 영향을 미치는 요인들

재가복지서비스 이용노인들의 우울에 영향을 미치는 요인들은 건강문제, 재정적 자원의 결핍, 낮은 지배감 등 심리적 차원, 생활사건이나 사회적 고립과 같은 사회적 차원으로 구분할 수 있다(Wilson, 2010). 기능손상이나 만성질환은 일반노인에서도 우울 관련요인으로 지적되었지만(Jang et al., 2002) 건강문제가 서비스 수급 기준인 재가복지서비스 이용노인에서 더 심각할 것으로 예측되며 따라서 이들의 우울과 더 밀접하게 관련될 수 있다. 저소득 역시 일반노인의 우울 관련요인으로 확인되었고(Lee & Dunkle, 2010) 우리나라의 경우 노인장기요양보험은 수급자격에 소득기준이 없으나 노인돌봄서비스를 비롯한 그 외 재가복지서비스는 저소득 기준이 있으므로 서비스 이용노인의 소득수준이 낮을 것으로 기대되며 이는 우울의 주요인이 될 수 있다. 지배감, 사회적 지지 등 심리사회적 변수들은 일반노인의 우울에서 중요한 역할을 하는 것으로 보고되어 왔으며(Ryan & Willits, 2007) 재가복지서비스 이용노인의 우울에 관한 연구에서도 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Rowe et al., 2006). 이와 같이 노년기 우울에 관한 선행 연구들에서 검토되었던 변수들의 영향력을 재가복지서비스 이용노인과 일반노인에 대해서 각각 검증함으로써 재가복지서비스 이용노인의 우울 관련요인을 일반노인과의 차이를 반영하여 더 정교하게 파악할 수 있을 것이다. 또한 일반노인에 관한 연구들에서 검증되어 온 건강문제와 우울의 관계에 대한 지배감이나 사회적 지지의 완화 효과(Jang 외, 2002)가 건강문제가 더 심각할 것으로 기대되는 재가복지서비스 이용노인에서도 같은 효과를 가질 수 있는지 검토하고자 한다. 이러한 효과가 검증된다면 재가복지서비스 이용노인에서 건강문제가 우울을 불러일으키는 것을 심리사회적 차원의 변수들의 개선을 통해 개입하는 방안을 모색할 수 있을 것이다. 각 요인 별로 선행연구를 검토한 결과는 다음과 같다.

가. 건강문제

기능손상이나 만성질환과 같은 건강문제는 서구의 연구들에서 재가복지서비스 이용노인의 우울에 강력한 영향을 미치는 것으로 보고되어 왔다. Bruce 외(2002)는 539명의 노인 재가복지서비스 이용자들을 대상으로 우울증이 있는 노인과 우울증이 없는 노

인을 건강 차원에 대하여 대비시켜본 결과 ADL이나 IADL과 같은 기능적 차원, 만성 질병의 수, 통증 등에서 전자가 후자보다 일관성 있게 높은 점수를 보인 것을 발견하였다. 또한 이 연구는 질병을 세분화하여 로지스틱 회귀분석한 결과 당뇨, 심근경색, 혈관성 질환이 특히 노인들의 우울증 집단에 속할 확률을 높은 것을 확인하였으며 이러한 결과에 따라 재가복지서비스 이용노인에서 기능손상, 특정 질환, 통증이 우울증을 유발하고 지속시키는 것으로 간주하였다. 즉, 재가복지서비스 이용노인에서 우울은 일회성 사건에 대한 단기적 반응이 아니라 장기적인 기능적 손상상태나 질병 악화와 관련된 것을 알 수 있다. Hasche 외(2010)는 재가복지서비스가 기능손상을 가진 저소득 노인에게 초점을 맞춘 서비스임을 강조하고 인지적 손상이 없거나 최소한이어서 인터뷰에 지장이 없으면서 서비스를 받는 551명의 노인에 대해 다양한 차원의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 조사한 결과 역시 7개의 ADL과 9개의 IADL 항목을 합한 기능손상 수준이 이들의 정신건강에 유의미한 영향 요인인 것을 밝혀냈다. Lydia와 Conwell(2007)의 연구에서도 기능손상 정도와 만성질환으로 인한 어려움은 재가복지서비스 이용노인의 우울을 초래하는 주요인으로 확인되었다.

일반노인에 관한 연구에서도 기능손상이나 만성질환은 우울의 중요한 위험요소로 제시되어 왔으나(Chao, 2012; Jang et al., 2002; Van der Weele et al., 2009) 재가복지서비스 이용노인에서만 핵심요인으로 주목받지는 않은 것으로 보인다. 오히려 생활사건과 같은 노년기 스트레스 요인이나 사회적 지지 등 심리사회적 차원이 우울에 미치는 영향력을 검증하는 데 초점을 둔 연구가 더 많았다(김미혜 외, 2000; Krause, 2005; Lee & Dunkle, 2010). 이것은 일반노인의 경우 기능손상이나 만성질환을 가진 노인의 비율이 재가복지서비스 이용노인만큼 높지 않은 점을 반영하는 것일 수도 있다.

나. 지배감

노인의 우울이나 생활만족도에 영향을 미치는 심리적 요인으로 선행연구에서 지배감이나 자아존중감이 조사되었다. 그 중 지배감은 자신의 삶과 환경을 지배할 수 있다는 인식으로 실제로 상황과 주변의 일들을 통제하고 효과적으로 처리할 수 있는 능력을 반영한다. 지역사회에 거주하는 일반노인들을 대상으로 조사한 연구에서 지배감은 우울이나 삶의 만족에 강력한 영향을 미쳤고(Berg et al., 2006; Pearlin et al., 1981) 또한

건강문제가 우울에 미치는 부정적 영향을 감소시키는 효과가 있는 것도 확인되었다(Jang et al., 2002). 재가복지서비스 이용노인에 초점을 맞춰 지배감이 우울에 미치는 영향을 조사한 연구는 없으나 일반적으로 건강문제, 고령 등으로 의존적인 상태에 놓인 노인의 경우 지배감이 낮고 이것이 높은 우울 수준과 관련되는 것을 확인한 연구들이 있다(Dunkle et al., 2001; Lee & Dunkle, 2010). 이에 따라 건강문제가 심각해서 타인의 도움을 받기 쉬운 재가복지서비스 이용노인에서 일반노인보다 지배감이 낮고 이는 높은 우울을 불러일으킬 것을 예측할 수 있다. 우리나라 재가복지서비스 이용노인을 대상으로 일반적 정서 상태와 생활만족도로 측정된 주관적 안녕감의 관련요인을 조사한 연구에서는 지배감이 유의미한 영향을 미치지 못하였으나(손화희·정옥분, 1999) 우울에 미치는 영향은 다른지 확인할 필요가 있다.

다. 사회적 지지

사회적 지지의 결여는 많은 연구들에서 일관성 있게 노년기 우울에 중요한 요인으로 지적되어 왔으며(Diwan et al., 2004) 이는 재가복지서비스 이용노인에 동일하게 적용될 수 있다. Proctor 외(2008)는 재가복지서비스 이용노인을 대상으로 다양한 우울 관련요인을 조사한 결과 기능손상, 만성질환, 낮은 주관적 건강 등 건강문제가 아니라 오히려 사회적 지지가 중요한 요인임을 보고하였다. 더 나아가서 재가복지 이용노인에서 가족·친지로부터의 지지를 객관적 차원과 주관적 차원으로 세분하여 자살생각과의 관련성을 조사하고 객관적 차원보다 주관적 차원이 더 관련 있음을 확인한 연구도 있다(Rowe et al., 2006). 일반노인에 관한 선행연구들에서는 높은 가족·친지로부터의 사회적 지지가 낮은 우울과 관련될 뿐 아니라 심각한 건강문제가 우울을 초래하는 것을 막아주는 완화효과도 존재하는 것을 검증하였으나(Jang et al., 2002) 재가복지서비스 이용노인에 대해서는 아직 이러한 연구가 이루어진 바 없다.

Rowe 외(2006)는 재가복지서비스 이용노인이 가족·친지 등의 출처로부터 사적 지지를 제공받을 수 있는 점에서는 일반노인과 유사하지만 공적 지지를 제공받는 점에서 차이가 있다고 설명하면서 우울이나 자살생각의 고위험집단인 재가복지서비스 이용노인의 사회적 지지에 대해 정확하게 조사할 필요성을 강조하였다. 재가복지서비스 이용노인에서 공적 차원의 지지가 우울에 미치는 영향에 관한 선행연구들은 다소 대조적인 입

장을 보인다. 먼저, 재가복지서비스 제공자가 노인의 우울을 발견하고 지지해주거나 치료에 연결함으로써 우울을 감소시킬 수 있다고 주장하는 연구들이 있다(Bruce et al., 2002; Simning et al., 2010). Quijano 외(2007)도 노인재가서비스 사례관리자들이 우울에 대한 스크리닝, 환자교육, 심리치료 등을 제공하는 개입을 실시한 결과 재가복지서비스 이용노인의 우울을 감소됨을 확인하였다. 우리나라의 재가복지서비스에 관한 연구에서는 서비스 만족도와 같은 주관적 차원이 서비스 이용노인의 생활만족도나 심리적 복지감(psychological well-being)에 유의미한 영향을 미치는 것이 확인되었다(백경숙·권용신, 2009; 양옥남, 2005). 반면에, 공적 서비스가 정서적 차원이나 주관적 차원에는 사적 지지보다 덜 민감하여 노인의 우울이 공적 지지에 낮게 반응할 수 있으므로 재가복지서비스 이용이 우울에 영향을 미치지 어렵다는 연구가 있다(George & Lynch, 2003). Chan 외(2011)도 노년기 기능손상과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 효과를 사적 지지, 공적 지지, 사적 지지와 공적 지지의 연합이라는 세 집단으로 구분하여 분석한 결과 도구적 차원에 필요한 공적 지지만 제공되었을 때보다 정서적 차원에 민감한 사적 지지와 함께 제공되었을 때 우울에 효과가 높은 것을 발견하고 앞으로 공적 서비스에만 의존하는 노인들이 증가함에 따라 서비스 전달자들을 노인의 정서적 차원이나 개인적인 부분에도 반응할 수 있도록 훈련할 필요가 있다고 주장하였다.

위의 선행연구들에 따라 일반노인과 마찬가지로 재가복지서비스 이용노인에서도 가족·친지로부터의 사회적 지지가 존재한다면 기능손상과 우울의 관계를 감소시킬 수 있겠지만 우리나라의 재가복지서비스 이용노인들은 사적 지지가 없거나 수준이 아주 낮은 경우가 많아서 그 영향력을 기대하기 어려울 수 있다. 또한 재가복지서비스는 일반노인에게와는 해당사항이 없지만 재가복지서비스 이용노인에서는 우울에 영향을 미칠 수 있을지 검증하고자 한다.

라. 사회인구적 특징

일반노인이나 재가복지서비스 이용노인의 우울에 영향을 미칠 수 있는 사회인구적 특징은 성별, 연령, 소득수준, 교육수준, 결혼상태 등이다(Lee & Dunkle, 2010). 특히 저소득은 건강문제와 더불어 재가복지서비스 이용을 결정하는 중요한 요인으로 Simning 외(2010)의 연구에서 재가복지서비스 이용노인의 높은 우울수준과 연관되는

것이 확인되었다. 다른 변수들이 재가복지서비스 이용노인의 우울에 미치는 영향은 경제적 수준만큼 결정적이지 않지만 남성노인보다 여성노인에서(Lydia & Conwell, 2007), 고령일수록(Proctor, 2008), 낮은 교육수준에서(Hasche et al., 2010) 더 우울이 높은 것이 확인되었다. 우울에 대한 배우자 유무의 유의미한 영향은 보고되지 않았다. 우리나라의 재가복지서비스 이용노인에 관한 연구에서 자녀와의 동거, 종교는 노인의 심리적 안녕감(psychological well-being)에 영향을 미치는 것이 확인되었으며(백경숙·권용신, 2009; 손화희·정옥분, 1999) 이에 따라 우울에도 영향을 미치는 지 본 연구에서 확인하고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구문제

본 연구는 위에서 검토된 선행연구를 바탕으로 재가복지서비스 이용노인의 우울수준과 우울 관련요인을 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인의 경우와 비교하여 파악하고자 하였으며 이에 따라 다음과 같이 연구문제를 설정하였다.

- 1) 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준, 건강문제(기능손상, 만성질환), 지배감, 사회적 지지, 사회인구적 특징(성별, 연령, 배우자 유무, 경제적 수준, 교육수준, 자녀와의 동거, 종교 유무)은 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인과 차이가 있는가?
- 2) 건강문제(기능손상, 만성질환), 지배감, 사회적 지지, 사회인구적 특징이 재가복지서비스 이용노인의 우울에 미치는 영향은 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인의 우울에 미치는 영향과 차이가 있는가?
- 3) 재가복지서비스 이용노인의 경우 재가복지서비스 이용수준과 재가복지서비스 만족도가 우울에 영향을 미치는가?

2. 표본

본 연구의 대상자는 재가복지서비스 이용노인 184명과 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인 288명 총 472명으로 인지능력이 있는 재가복지서비스 이용노인과 일반노인을 대상으로 표집하였다. 재가복지서비스 이용노인은 서울과 수도권에서 기능손상, 만성질환 등으로 일상생활에 도움을 요하는 노인들에게 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주·단기보호 등 재가복지서비스를 제공하는 사회복지기관들에 조사에 대한 협조를 부탁하여 이를 수락한 17개 기관에서 기관 당 6~12명씩 조사 대상자를 연결 받아 자료를 수집하였다. 조사를 수락한 기관은 강남, 서초, 송파, 노원, 강북, 도봉, 성북, 관악, 양천, 종로, 동대문, 성동, 분당, 일산, 부천 등에 분포하였으며 조사가 이루어진 기관이 속해 있는 지역에서 재가복지서비스를 이용한 경험이 없는 일반노인을 지역 당 각각 15명 정도씩 별도로 편의표집하였다. 그러므로 이 표본은 확률적 표집에 의해 수집되지 않았고 모집단의 재가복지서비스 이용노인과 일반노인의 비율을 반영하지 못한 한계를 가지고 있음을 밝혀둔다. 자료수집은 사회복지학을 전공하고 있으며 조사방법론을 수강한 학생들이 신체적 건강, 우울, 사회적 지지 등을 평가하는 항목들로 구성된 질문지를 가지고 일대일 면접하여 이루어졌다. 자료수집기간은 2010년 10~11월이었고 재가복지서비스 이용노인의 경우 기관을 통해 연결된 대상자를 집으로 방문하여 면접하였다. 면접을 하기에 앞서 설문지에 있는 인지기능을 점검하기 위한 질문들에 답하게 한 후 문제가 없을 때 조사를 진행하였다. 면접은 면접원이 질문을 읽어주고 답을 받아 표시하도록 했으며 설문지와 노인 면접에 대한 오리엔테이션, 질문지 제출 시 점검을 통해 완성도를 높였다.

3. 측정

종속변수는 우울로 Sheikh와 Yesavage(1986)에 의해 개발된 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale-Short Form: GDS-SF)를 한국 노인에게 맞게 기백석(1996)이 표준화한 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSF-K: Geriatric Depression Scale-Short Form-Korean)을 사용하여 측정하였다(Alpha=89). 15항목으로 구성된 이 척도는 지역사회나 시설 등에서 노인의 우울을 측정하기 위해 널리 사용되어 왔으며 0

점에서 15점 사이에 분포한다. 이 척도를 임상적인 목적으로 사용할 경우 5~9점은 우울의심, 10점 이상은 우울증으로 판단한다.

건강문제는 기능손상과 만성질환 정도로 측정되었다. 기능손상은 9개 항목으로 구성된 Katz(1983)의 일상생활(ADL: Activities of Daily Living)을 영위하기 위한 활동과 7개 항목으로 구성된 독자적으로 생활을 꾸려 나가기 위해 필요한 활동(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)을 합친 16개 항목에서 도움이 필요한 지 여부로 측정되었으며 0~16점 사이에 분포한다(Alpha=.86). 만성질환은 고혈압, 관절염, 당뇨, 백내장, 암 등 12개의 노년기 만성질환 가운데 의사로부터 그 질환이 있는 것으로 진단받은 질환을 표시하고 각각의 표시된 질환에 대해 심하지 않다, 심하다, 매우 심하다 중 하나로 심각한 정도(의사로부터 진단받은 정도)를 표시하도록 하였다(Alpha=.69).

지배감은 Pearlin과 Schooler(1978)의 7개 항목으로 구성된 지배감 척도(Alpha=.84)를 사용하여 측정되었으며 0-21점 사이에 분포한다. 가족·친구로부터의 사회적 지지는 가족이나 친구와 마음을 터놓고 대화하는지, 의논하면 마음이 편안한지, 노인에게 위로와 격려를 제공하는지, 집안일이나 심부름을 해주는지, 아플 때 돌봐주는지, 일상생활활동을 영위하기 위해 필요한 도움을 제공해 주는지 등 6개 항목으로 구성된 척도(Rowe et al., 2006)를 사용하여 ‘아니다’ ‘그렇다’로 답하게 한 후 합산하였다(Alpha=.82). 공적 사회적 지지인 재가복지서비스 이용에 대해서 객관적 차원인 서비스 이용수준은 주로 이용하는 서비스의 이용 빈도를 다섯 수준(이제까지 한 번 정도, 1년에 1~2회, 한 달에 1~2회 정도, 일주일에 1~2회, 매일 또는 거의 매일)으로 측정하였다(Alpha=.76). 주관적 차원은 이용한 서비스에 대해서 만족한 정도를 ‘전혀 그렇지 않다’에서 ‘매우 그렇다’의 다섯 수준에서 선택하게 하였고 0점에서 4점 사이에 분포한다(Alpha=.79).

개인적 특징은 성별(남, 여), 연령(우리나라 나이), 결혼상태(배우자 없음, 배우자 있음), 자녀와의 동거여부(비동거, 동거), 교육수준(무학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교), 경제적 수준(매우 어렵다, 어렵다, 별로 어렵지 않다, 전혀 어렵지 않다), 종교 유무(없다, 있다)이다.

4. 분석방법

모든 변수에 대해서 빈도분포 등 기술적 분석이 실시되었고 척도들에 대해서는 신뢰도가 측정되었다. 연구문제 1에 대해서는 t 검증, chi 검증이 이루어졌다. 연구문제 2에 대해서는 회귀분석이 실시되었다. 재가복지서비스 이용노인의 우울에 영향을 미치는 요인들을 일반노인과 비교하기 위하여 서비스 이용노인과 서비스를 이용하지 않은 일반노인에 대해 각각 사회인구적 특징, 건강문제(기능손상, 만성질환), 심리사회적 변인(지배감, 가족·친지로부터의지지), 건강문제와 심리사회적 변인의 상호작용 변수들을 투입하여 회귀분석을 실시해서 각 변수들의 영향력의 차이를 검토하였다. 연구문제 3에 대해서는 재가복지서비스 이용노인만을 대상으로 사회인구적 특징, 건강문제(기능손상, 만성질환), 재가복지서비스(서비스 이용수준과 서비스 만족도), 건강문제와 재가복지서비스의 상호작용 변수들을 넣어서 회귀분석하였다. 분석결과 유의미한 상호작용 변수에 대해서는 단순기울기 검증을 실시하여 상호작용 효과를 살펴보았다(Aiken & West, 1991).

IV. 분석결과

1. 사회인구적 특징

재가복지서비스 이용노인과 일반노인의 사회인구적 특징은 <표 1>과 같다. 먼저 연령 구분에서 재가복지서비스 이용노인의 경우 85세 이상이 37.5%, 65~74세가 27.2%인데 비해 일반노인의 경우 85세 이상이 25.4%, 65~74세 노인이 36.8%로 표본에 포함된 재가복지 서비스 이용노인이 일반노인보다 연로하다. 배우자 유무에 관해서는 재가복지서비스 이용노인의 1/4(24.5%)만 배우자가 있고 3/4(75.5%)은 배우자가 없는데 반해 일반노인의 반 이상(53.5%)이 배우자가 있어서 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 배우자가 없는 비율이 훨씬 높다. 자녀와의 동거여부에서도 재가복지서비스 이용노인의 18.5%만이 자녀와 동거하고 81.5%가 동거하는 자녀가 없는 데 반해 일반노인의 경우 자녀와 동거하는 노인의 비율이 46.2%, 동거하지 않는 노인의 비율이

표 1. 사회인구적 특징

구분	재가복지서비스 이용노인(n=184)	일반노인(n=288)	χ^2
성별			
남자	43.5%	44.5%	.07
여자	56.5%	55.5%	
합계	100.0%	100.0%	
연령 구분			
65~74세	27.2%	36.8%	6.80*
75~84세	35.3%	37.8%	
85세 이상	37.5%	25.4%	
합계	100.0%	100.0%	
배우자 유무			
없다	75.5%	46.5%	34.36***
있다	24.5%	53.5%	
합계	100.0%	100.0%	
자녀와의 동거여부			
비동거	81.5%	53.8%	32.58***
동거	18.5%	46.2%	
합계	100.0%	100.0%	
경제적 수준			
매우 어렵다	34.2%	10.1%	58.99***
어렵다	39.1%	32.3%	
별로 어렵지 않다	20.6%	31.9%	
전혀 어렵지 않다	6.2%	25.7%	
합계	100.0%	100.0%	
교육수준			
무학 또는 초등학교 중퇴	46.2%	30.9%	15.88**
초등학교 졸업	28.8%	30.1%	
중학교 졸업	9.3%	8.7%	
고등학교 졸업	13.6%	23.0%	
대학교 졸업	2.1%	7.3%	
합계	100.0%	100.0%	
종교유무			
없다	32.1%	32.3%	.00
있다	67.9%	67.7%	
합계	100.0%	100.0%	

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

53.8%로 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 자녀와 동거하지 않는 비율이 월등하게 높았다. 경제적 수준에서 재가복지서비스 이용노인과 일반노인은 큰 차이를 보였다. 즉, 전자의 경우 경제적으로 매우 어렵다고 답한 비율이 전자의 34.2%, 전혀 어렵지 않다고 답한 비율이 6.2%인데 반해 후자의 경우 매우 어렵다고 답한 비율이 10.1%, 전혀 어렵지 않다고 답한 비율이 25.7%이어서 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 경제적 수준에서 훨씬 더 어려움을 알 수 있다. 교육수준에서는 일반노인의 경우 무학이나 초등학교 중퇴의 비율이 30.9%, 고등학교 졸업 이상이 15.7%인데 재가복지서비스 이용노인은 초등학교 중퇴의 비율이 46.2%, 고등학교 졸업 이상이 30.3%로 일반노인이 더 높은 학력을 보였다. 이러한 결과들은 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 사회인구적 특징에서 불리한 입장에 있음을 보여준다.

2. 우울 수준

우울 수준에 대해서 재가복지서비스 이용노인과 일반노인을 비교한 결과가 <표 2>에 제시되어 있다. 먼저 우울 평균점수를 보면 15점 만점에 재가복지서비스 이용노인이 6.95점으로 일반노인의 3.74점보다 훨씬 높은 우울수준을 보였다. GDS-SF로 우울증을 진단할 때 사용하는 점수를 기준으로 두 집단을 비교해 보면 우울증으로 판정되는 11점 이상에 해당하는 비율이 재가복지 이용노인 32.1%, 일반노인 9.8%로 재가복지서비

표 2. 우울 평균점수 및 우울 평균점수별 분포

구분	재가복지서비스 이용노인(n=184)	일반노인(n=288)	t / χ^2
우울 평균점수	6.95(sd=4.78)	3.74(sd=3.73)	7.89***
우울 평균점수별 분포			
0~5점	39.7%	66.6%	43.435***
6~10점 (우울의심)	28.2%	23.6%	
11점 이상 (우울증)	32.1%	9.8%	
합계	100.0%	100.0%	

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

스 이용노인에서 우울증을 가진 노인의 비율이 일반노인보다 세 배 이상 높았다. 우울 의심으로 판정되는 6~10점에 해당하는 비율도 재가복지 이용노인(28.2%)이 일반 노인 (23.6%)보다 높았으며 반면에 우울 문제가 없는 0~5점에 해당하는 비율은 재가복지 이용노인의 39.7%, 일반노인의 66.6%로 일반노인에서 현저하게 높았다.

3. 건강문제 및 심리사회적 변인

<표 3>은 건강과 심리사회적 변인들에서도 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 불리한 입장에 놓여있음을 보여준다. 건강문제를 측정하는 기능손상과 만성질환의 평균점수를 보면 재가복지 이용노인의 기능손상 수준은 4.60점, 일반노인 2.14점으로 두 배 이상 높고 만성질환도 재가복지 이용노인 4.47점, 일반노인 2.82점으로 재가복지 이용노인이 일반노인에 비해 훨씬 높다. 이러한 결과는 일반노인에 비해서 재가복지서비스 이용노인의 건강문제가 더 심각한 것으로 보고한 Bruce 외(2002)와 일치한다. 그러나 전반적으로 표본에 포함된 일반노인이나 재가복지서비스 이용노인의 기능손상과 만성질환의 수준은 높지 않았다. 지배감의 평균점수는 일반노인이 13.37점, 재가복지 이용노인이 10.07점으로 일반노인이 재가복지 이용노인보다 높았다. 가족·친지로부터의 지지도 일반노인 2.37점, 재가복지 이용노인 1.17점으로 일반노인이 재가복지 이용노인에 비해 두 배 정도 높았다. 그러므로 건강문제의 수준은 재가복지서비스 이용노인

표 3. 건강문제 및 심리사회적 변인들의 수준

구분	재가복지서비스 이용노인(n=184)	일반노인(n=288)	t
기능손상	4.60(sd=6.71)	2.14(sd=3.99)	4.94***
만성질환	4.47(sd=3.75)	2.82(sd=2.75)	5.14***
지배감	10.03(sd=4.91)	13.37(sd=4.33)	6.30***
가족·친구로부터의 지지	1.17(sd=1.37)	2.37(sd=1.53)	8.10***
재가복지서비스 이용수준	3.52(sd=1.04)	-	-
재가복지서비스 만족도	3.27(sd=.86)	-	-

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

이 일반노인보다 월등히 높은 반면 지배감과 가족이나 친지로부터의 사회적 지지의 수준은 훨씬 낮아서 이중으로 불리한 상태에 있는 것을 알 수 있다. 재가복지서비스 이용노인에 대해서만 조사한 서비스 이용수준과 만족도에 관해서는 이용수준의 경우 평균점수가 3.52점으로 일주일에 1~2회에서 거의 매일 사이에 분포하며 서비스 만족도는 3.27점으로 높은 수준이다.

4. 연구변인들의 상관관계

사회인구적 특징, 우울, 건강문제, 심리사회적 변수 간의 상관관계를 재가복지서비스 이용노인과 일반노인에 대하여 각각 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 두 집단 다 공통적으로 지배감은 우울과 높은 부적 관계를 보이는 반면 만성질환, 기능손상과 우울은 높은 정적 관계를 보였다. 재가복지서비스 이용노인의 경우 우울과 높은 상관관계를 보인 변수는 지배감($r=-.57, p<.001$), 경제적 수준($r=-.44, p<.001$), 만성질환($r=.43, p<.001$), 기능손상($r=.41, p<.001$)이었고 일반노인은 지배감($r=-.47, p<.001$), 만성질환($r=.47, p<.001$), 기능손상($r=.43, p<.001$)이었다. 가족·친지로부터의 지지는 두 집단에서 다 우울과 유의미한 부적 상관관계를 보였다($r=-.33, p<.01$). 기능손상과 만성질환은 두 집단에서 다 높은 상관관계를 보여서 건강을 나타내는 변수 간의 연관성을 보여주었다. 성별과 배우자 유무, 성별과 교육수준도 높은 상관관계를 보여 여성일수록 배우자가 없고 교육수준도 낮았다. 그러나 변수들 간에 다중공선성은 발견되지 않았다.

표 4. 연구변인들 간의 상관관계

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
일반노인														
재가복지 이용노인														
(1) 성별	1.00	.08	-.49**	.18**	-.43***	-.12*	.26***	.16**	.22***	-.18**	-.17**	-	-	.06
(2) 연령	.11	1.00	-.28***	.10	-.36**	-.06	-.06	.37**	.20**	-.26***	-.05	-	-	.23***
(3) 배우자 유무	-.43***	-.08	1.00	-.24***	.38***	.04	-.15**	-.20***	-.19***	.17**	.33***	-	-	-.08
(4) 자녀의 동거	.09	.21*	.01	1.00	-.10	.06	.02	.12*	.05	-.09	-.01	-	-	-.01
(5) 교육수준	-.43***	-.31**	.25**	-.03	1.00	.19***	-.03	-.28***	-.23***	.37***	.23***	-	-	-.20***
(6) 경제적 수준	-.15	.10	.15	.15	.10	1.00	.01	-.13*	-.23**	.30**	.20***	-	-	-.32***
(7) 종교유무	.29***	.11	-.05	.10	.03	-.01	1.00	.02	-.01	.05	.06	-	-	-.05
(8) 기능손상	.08	.21*	-.02	.36***	-.16	-.05	-.02	1.00	.46***	-.33***	-.20	-	-	.43***
(9) 만성질환	.22**	.13	-.14	.03	-.11	-.19*	.07	.34***	1.00	-.22***	-.24**	-	-	.47***
(10) 차배감	-.10	-.10	-.04	-.05	.29**	.28**	.17*	-.29***	-.25**	1.00	.33***	-	-	-.47***
(11) 가족·친구의 지지	-.14	.08	.18*	.19*	.13	.29**	.16*	.01	-.21*	.27**	1.00	-	-	-.33**
(12) 재가복지 이용수준	-.07	.07	-.17	-.17	-.14	-.23*	-.05	.07	.08	-.19*	-.21*	1.00	-	-
(13) 재가복지 만족도	.05	.05	.10	.10	.01	-.13	-.00	.12	.09	-.09	-.00	.20*	1.00	-
(14) 우울	.17*	.12	.04	.04	-.36***	-.44***	-.16*	.41**	.43**	-.57***	-.33**	-.17*	-.15*	1.00

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

5. 건강문제와 심리사회적 요인이 우울에 미치는 영향

사회인구적 특징, 건강문제, 심리사회적 요인이 우울에 미치는 영향을 재가복지서비스 이용노인과 일반노인에 대해서 각각 분석한 결과가 <표 5>에 나타나 있다. 두 집단에서 공통적으로 우울에 유의미한 영향을 미치는 요인은 경제적 수준, 기능손상, 만성질환, 지배감이다. 경제적 수준은 재가복지서비스 이용노인(beta=-.37, p<.001)과 일반노인(beta=-.23, p<.01)의 우울에 다같이 부적 영향을 미쳤다. 즉, 두 집단에서 다 경제적 수준이 높을수록 우울 수준이 낮았다. 그러나 경제적 수준이 우울에 미치는 영향은 일반노인보다 재가복지서비스 이용노인에서 더 컸다. 교육수준(beta=-.27, p<.01)은 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대해서만 유의미한 영향을 미쳐서 교육수준이 낮은 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준이 높은 것을 알 수 있다. 그 외에 배우자 유무, 자녀와의 동거여부, 연령, 종교유무는 재가복지서비스 이용노인과 일반노인 두 집단에서 다 우울에 유의미한 영향력이 없었다. 건강문제는 기능손상과 만성질환은 재가복지서비스 이용노인(beta=.26, p<.01; beta=.29, p<.01)과 일반노인(beta=.27, p<.01; beta=.25, p<.01)에서 다같이 우울에 영향을 미쳤고 이에 따라 두 집단에서 노인의 기능손상이나 만성질환이 심할수록 우울수준이 높은 것이 확인되었다. 심리사회적 변인 가운데 지배감은 우울에 가장 큰 영향을 미쳤고 부적 관계를 보여서 재가복지서비스 이용노인(beta=-.56, p<.001)과 일반노인(beta=-.37, p<.001)에서 다 같이 높은 지배감은 낮은 우울수준과 관련되는 것을 알 수 있다. 한편 가족·친지로부터의 사회적 지지(beta=-.15, p<.05)는 일반노인의 우울에 대해서만 유의미한 영향을 미쳤다. 즉, 일반노인의 경우, 가족·친지로부터의 사회적 지지가 풍부할수록 우울 수준이 낮았다. 그러나 재가복지서비스 이용노인의 경우 가족·친지로부터의 사회적 지지는 우울에 영향력을 발휘하지 못하였다. 건강문제와 심리사회적 변인의 상호작용 변수 가운데 기능손상과 가족·친지로부터의 사회적 지지의 상호작용 변수(beta=-.15, p<.05)는 일반노인의 우울에 유의미한 영향을 미쳤으며 따라서 일반노인의 경우 기능손상 정도가 높더라도 가족·친지로부터 풍부한 사회적 지지를 제공받으면 우울 수준은 낮다. [그림 1]에서 일반노인을 가족·친지로부터의 지지가 낮은 집단(평균-표준편차)과 높은 집단(평균+표준편차)으로 구분했을 때 기능손상의 우울에 대한 회귀선의 기울기가 서로 다른 것을 볼 수 있다. 그러나 재가복지서비스 이용노인의 경우 건강문제와 가족·친지로부터의 지지의

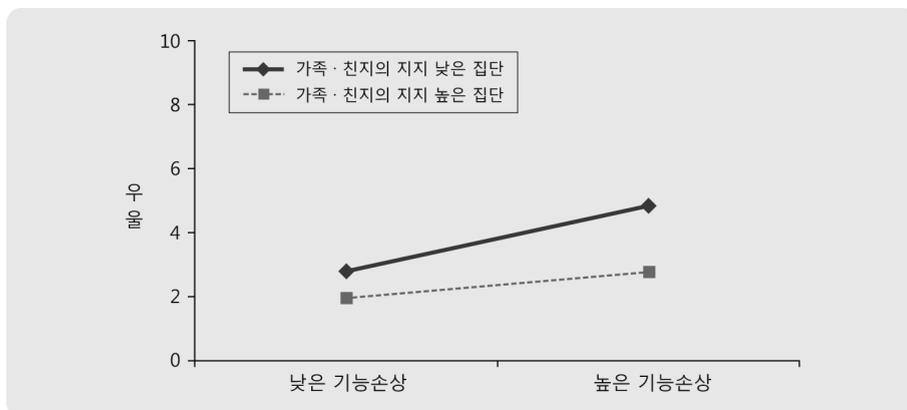
상호작용 변수는 우울에 유의미한 영향을 미치지 못하였다. 또한 건강문제와 지배감의 상호작용 변수는 일반노인이나 재가복지서비스 이용노인의 우울에 유의미한 영향력이 없어서 두 집단에서 다 높은 지배감이 건강문제와 우울의 관계를 감소시키지 못하는 것을 알 수 있다.

표 5. 우울에 대한 건강문제와 지배감, 사적 지지의 영향

구분	재가복지서비스 이용노인 (n=184)			일반노인 (n=288)		
	b	se	beta	b	se	beta
사회인구적 특징						
성별	-.50	.89	-.05	-.42	.44	-.06
연령	.02	.04	.03	.04	.03	.07
배우자 유무	-.41	.92	-.04	.19	.42	.03
자녀와의 동거	.67	.91	.06	-.30	.36	-.04
경제적 수준	-1.82	.38	-.34***	-.87	.19	-.23**
교육 수준	-.52	.23	-.16**	-.08	.13	-.03
종교 유무	-.70	.64	-.07	-.27	.38	-.03
건강문제						
기능손상	.21	.08	.26**	.26	.05	.27**
만성질환	.24	.12	.29**	.31	.07	.25**
심리사회적 변인						
지배감	-.55	.11	-.56***	-.32	.05	-.37***
가족·친지로부터의 지지	-.18	.31	-.05	-.37	.15	-.15*
건강문제와 심리사회적 변인의 상호작용						
기능손상 X 지배감	.01	.01	.08	-.01	.01	-.13
만성질환 X 지배감	.01	.02	.10	-.01	.01	-.12
기능손상 X 가족·친지로부터의 지지	.00	.03	.01	-.07	.03	-.15*
만성질환 X 가족·친지로부터의 지지	-.04	.07	-.07	-.01	.04	-.03
F	12.78***			20.78***		
R-square	.596			.501		

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

그림 1. 일반노인의 우울에 대한 기능손상과 가족·친지로부터의 지지의 상호작용 효과



재가복지서비스가 노인의 우울에 미치는 영향을 검증하기 위하여 재가복지서비스 이용노인에 관해서만 사회인구적 특징, 건강문제, 재가복지서비스 이용수준과 만족도를 넣어 분석한 결과가 <표 6>에 나타나 있다. 재가복지 서비스 이용수준($\beta = -.23, p < .05$)과 서비스 만족도($\beta = -.17, p < .05$)는 우울에 유의미한 영향을 미쳤다. 따라서 재가복지 서비스 이용수준이 높을수록, 그리고 서비스 만족도가 높을수록 우울 수준이 낮았다. 또한 재가복지서비스 이용노인에서 기능손상과 서비스 이용수준의 상호작용 변수($\beta = -.21, p < .05$)는 우울에 유의미한 영향을 미치는 것이 확인되었다. 그러므로 재가복지서비스 이용노인의 경우 기능손상 정도가 심하더라도 재가복지서비스 이용수준이 높으면 우울 수준은 낮지만 이용수준이 낮으면 우울 수준이 높음을 알 수 있다. 재가복지서비스 이용노인 가운데 서비스 이용수준이 낮은 집단(평균 - 표준편차)과 높은 집단(평균 + 표준편차)에서 우울에 대한 기능손상의 회귀분석 라인을 그려 기울기를 비교한 결과가 [그림 2]에 제시되어 있다. 기능손상과 서비스 만족도의 상호작용 변수도 우울에 영향력이 존재해서($\beta = -.16, p = .07$) 심각한 기능손상에 직면한 경우에도 재가복지서비스에 대한 만족도가 높으면 노인의 우울이 감소되는 효과가 있음을 보여준다. [그림 3]에서 재가복지서비스 만족도가 낮은 집단과 높은 집단으로 구분하고 기능손상의 우울에 대한 회귀분석 라인이 비교되었다. 그러나 만성질환과 서비스 이용수준의 상호작용 변수나 만성질환과 서비스 만족도의 상호작용 변수는 우울에 유의미한 영향을 미치지 못하였다.

표 6. 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대한 건강문제와 서비스 이용수준, 서비스 만족도의 영향

구분	b	se	beta
사회인구적 특징			
성별	-1.25	1.10	-.13
연령	.04	.05	.07
배우자 유무	-1.32	1.13	-.12
자녀와의 동거	-.42	1.08	-.04
경제적 수준	-2.13	.46	-.39***
교육 수준	-.70	.34	-.21*
종교 유무	-1.29	.90	-.12
건강문제			
기능손상	.32	.16	.25**
만성질환	.59	.19	.28**
재가복지서비스			
재가복지서비스 이용수준	-1.27	.60	-.23*
재가복지서비스 만족도	-.84	.66	-.17*
건강문제와 재가복지서비스의 상호작용			
기능손상 X 재가복지서비스 이용수준	-.13	.07	-.21*
만성질환 X 재가복지서비스 이용수준	-.09	.10	-.12
기능손상 X 재가복지서비스 만족도	-.23	.18	-.16 ⁺
만성질환 X 재가복지서비스 만족도	-.02	.07	-.12
F	9.14***		
R-square	.45		

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05 + p=.07

그림 2. 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대한 기능손상과 서비스 이용수준의 상호작용 효과

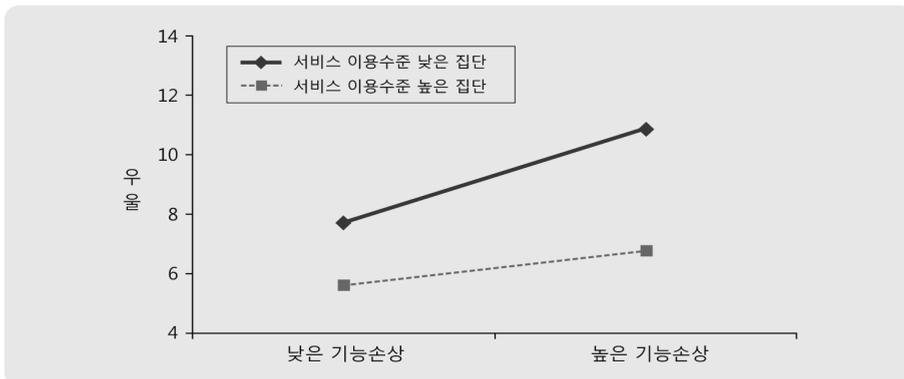
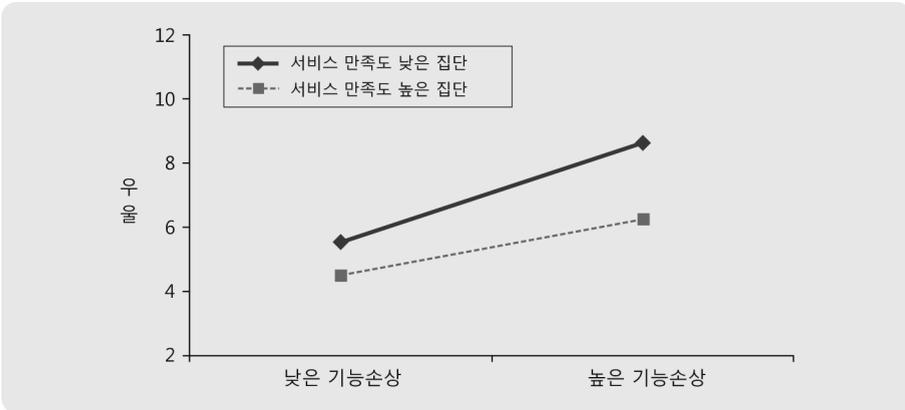


그림 3. 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대한 기능손상과 서비스 만족도의 상호작용 효과



V. 논의 및 제언

서구의 연구들에서 재가복지서비스 이용노인들은 우울 취약집단으로 지적되어 왔으나 우리나라의 경우 고령화와 그에 따른 재가복지서비스 이용노인의 증가는 동일하게 경험하면서도 이들의 우울에 관한 연구는 이루어지지 못하였다. 이에 본 연구는 재가복지서비스 이용노인에 초점을 맞춰 우울 수준 및 우울 관련요인을 조사하였다. 특히 우리나라의 선행연구들에서 이미 높은 우울 수준이 보고되어 온 일반노인과의 비교를 통해 재가복지서비스 이용노인의 우울이 얼마나 더 심각한지, 우울 영향요인은 일반노인과 차이가 있는지 검증하고자 하였다. 이러한 시도는 재가복지서비스 이용노인이 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인보다 높은 우울 수준을 보이고 우울 영향요인에서도 차이가 확인된다면 이것을 반영하여 노인 가운데서도 특히 이 우울 취약집단에 초점을 맞춘 대응방안을 개발하도록 함의를 제시하기 위한 것이다. 인지능력이 온전하거나 최소한이어서 면접에 지장이 없는 재가복지서비스 이용노인 184명과 재가복지서비스를 이용하지 않는 일반노인 288명을 대상으로 기술적 분석, 회귀분석 등이 실시되었다. 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 기술적 분석에 의하면 표본에 포함된 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준은

일반노인보다 월등하게 높았고 우울증으로 진단될 수 있는 범위에 포함된 비율도 세 배 이상 높았다. 이러한 결과는 재가복지서비스 이용노인의 높은 우울 수준을 보고한 서구의 선행연구들(Bruce et al., 2002; Lydia & Conwell, 2007)과 일치한다. 또한 재가복지서비스 이용노인이 일반노인보다 기능손상과 만성질환의 수준은 높았고 지배감, 가족·친지로부터의 사회적지지 지지 수준은 낮았다(Simming et al., 2010). 사회인구적 특징에서도 재가복지서비스 이용노인은 일반노인보다 경제적 수준이 훨씬 어렵고 배우자가 없는 비율과 자녀와 동거하지 않는 비율이 높았으며 더 연로하고 교육 수준은 낮았다(Proctor et al., 2008). 이러한 결과들은 재가복지서비스 이용노인이 모든 차원에서 서비스를 이용하지 않는 일반노인들에 비해서 불리한 입장에 놓여있음을 보여준다.

둘째, 회귀분석 결과 사회인구적 특징 가운데 경제적 어려움이 클수록 재가복지서비스 이용노인과 일반노인에서 다 우울 수준이 높았다. 이러한 결과는 재가복지서비스 이용노인에서 경제적 어려움이 우울을 결정하는 중요한 요인임을 확인한 Simming 외(2010)의 연구나 일반노인에서 저소득이 우울과 관련된 것을 검증한 Krause(2005)의 연구와 일치한다. 경제적 어려움이 우울에 미치는 영향은 일반노인보다 재가복지서비스 이용노인에서 더 컸으며 이는 전자보다 후자에서 경제적으로 어려운 노인의 비율이 훨씬 높은 것을 반영하는 결과로 보인다. 낮은 교육수준도 재가복지서비스 이용노인의 우울과 관련이 있었으나 그 외의 다른 사회인구적 요인들은 두 집단에서 다 영향력이 없었다. 배우자 유무나 연령이 우울에 미치는 영향은 재가복지서비스 이용노인이나 일반노인에 관한 다수의 선행연구들에서도 유의미하지 못하였다(Lee & Dunkle, 2010; Proctor et al., 2008). 자녀와의 동거여부는 우리나라 재가복지서비스 이용노인의 심리적 안녕감에 관한 선행연구에서 유의미한 영향력이 확인되었으나(백경숙·권용신, 2009) 본 연구에서 우울에는 영향을 미치지 못해서 자녀와의 동거를 통해 노인의 심리적 안녕감은 향상될 수 있어도 더 심각한 문제인 우울은 그렇지 못한 것으로 보인다.

셋째, 재가복지서비스 이용노인이나 일반노인에서 기능손상과 만성질환의 정도가 심할수록 우울 수준이 높았다. 이러한 결과는 건강문제를 재가복지서비스 이용노인에서 우울의 주요인으로 지적해 온 선행연구들(Bruce et al., 2002; Lydia & Conwell, 2007, Wilson, 2010)과 일반노인의 우울에 대한 건강문제의 영향력을 보고한 연구들(Chan et al., 2010; Jang et al., 2007)과 일치한다. 지배감은 재가복지서비스를 이용하는 노인이나 이용하지 않는 일반노인에서 다 우울에 큰 영향을 미쳐서 자신의 삶과

주변 환경을 스스로 주도할 수 있다고 인식하는 것이 낮은 우울 수준의 중요한 요인이 확인되었다(Berg et al., 2006; Dunkle et al., 2001). 반면에, 가족·친지로부터의 지지는 일반노인의 우울에만 영향을 미쳤으며(Diwan et al., 2004; Krause, 2005) 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대해서는 영향력이 없었다. 이러한 결과는 표본에 포함된 재가복지서비스 이용노인의 가족·친지로부터의 지지의 수준이 일반노인에 비해 월등하게 낮은 것을 반영할 수 있다.

넷째, 기능손상과 가족·친지로부터의 상호작용 변수는 일반노인의 우울에 유의미한 영향이 확인되어 기능손상과 우울의 관계를 가족·친지로부터의 사회적 지지가 감소시켜 주는 것으로 확인되었다(Jang et al., 2007). 그러나 재가복지서비스 이용노인의 경우 이러한 효과가 없었으며 이것 역시 희박한 사적 지지에 기인하는 것으로 보인다. 지배감은 일반노인이나 재가복지서비스 이용노인에서 건강문제와 우울의 관계에 영향력이 없어서 심한 기능손상이나 질환에 직면한 상황에서는 높은 지배감이 우울을 감소시켜 주지 못하였다. 이러한 결과는 자신의 삶이나 환경을 스스로 지배하고자 하는 욕구가 높더라도 심각한 건강문제는 이를 어렵게 하고 이와 같은 현실적인 한계가 우울을 극복하는 데 도움을 주지 못하는 것으로 설명될 수 있다.

다섯째, 재가복지서비스 이용노인만을 대상으로 분석한 결과 서비스 이용수준과 서비스 만족도는 우울에 유의미한 영향을 미쳤다. 이는 우리나라 재가복지서비스 이용노인에서 서비스 이용기간이나 양보다 만족도가 주관적 안녕감에 관련되는 것을 확인한 손화희와 정옥분(1999)의 연구와 다소 차이가 있으며 우울과 주관적 안녕감의 영향 요인의 차이를 반영하는 것으로 볼 수 있다. 서비스 이용수준과 기능손상의 상호작용 변수, 서비스 만족도와 기능손상의 상호작용 변수도 우울을 감소시켜주는 효과가 있었다. 이러한 결과는 초고령노인을 대상으로 스트레스 요인이 우울에 미치는 영향에 대한 공적 서비스 이용수준의 완화효과를 검증한 연구(Lee, 2009)와 일치한다. 또한 Wallace 외(2001)가 가족이든 공적 서비스든 노인에게 제공되는 도구적 지지는 주로 기능손상으로 인한 케어 욕구를 충족시키며 따라서 기능손상이 약한 노인보다 심한 노인에서 더 효과를 발휘한다고 보고한 것과도 일관성이 있다. Chao(2012)도 흔히 도구적 지지가 중심이 되는 재가복지서비스와 같은 공적 서비스를 받는 것이 기능손상이 심한 노인들에서 낮은 우울과 관련된다고 주장하였다. 이러한 연구결과들은 재가복지서비스에서 노인의 욕구를 충족시킬 수 있는 적절한 수준의 케어와 효과적인 서비스 전달을 통한 만

족도를 높임으로써 노인의 기능손상이 우울을 초래하는 것을 막을 수 있음을 보여준다. 그러나 만성질환과 우울의 관계에 대해서는 서비스 이용수준이나 만족도가 이러한 효과가 없었다.

주요 연구결과를 바탕으로 몇 가지 함의를 제시하고자 한다.

첫째, 재가복지서비스 이용노인의 높은 우울 수준이 확인되었으므로 이에 대한 관심이 필요하다. 특히 이 집단에서 우울이 심각한데도 평가와 개입이 제대로 이루어지지 않는 것이 문제이므로 이를 잘 확인해 내는 것이 일차적인 과제이다. Bruce 외(2002)는 급격히 커지는 재가복지서비스 이용노인 집단에서 우울증에 대한 진단과 치료의 필요성을 강조하면서 노인들은 수면장애, 피로, 기타 우울의 신체적 증상을 흔히 노화나 신체적 질환으로 간주하기 때문에 우울증이 과소평가되는 경향이 있다고 하였다. 그리고 재가복지서비스 전달자들과 가정간호사들이 우울증을 평가할 수 있도록 훈련한 결과 우울증 진단과 치료에 대한 의뢰가 증가한 것을 보고하였다. 특히, 재가복지서비스 전달자들은 일상적으로 노인의 집에서 서비스를 전달하고 대화하므로 노인의 우울증을 발견하고 평가하기 좋은 위치에 있고 따라서 우울증 여부와 잠재적인 치료 욕구를 확인하는 데 우선적인 역할을 할 수 있다. 재가복지서비스를 받기 위한 종합적인 조사항목 가운데 우울증 측정도구를 포함하여 사용하도록 훈련함으로써 더 효과적으로 우울증 스크리닝에 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 재가복지서비스 이용노인은 흔히 우울에 관련될 수 있는 복합적인 문제를 가지고 있으므로 이에 대한 다각적인 관심이 요구된다. 기능손상과 만성질환 등 건강문제는 일반노인들에 비해 훨씬 심각한 수준이고 우울을 초래하는 중요한 요인이므로 신체적 건강문제에 대한 치료와 관리 체계가 확립되어야 한다. 특히, 재가복지서비스 이용노인에서 서비스 이용수준과 서비스 만족도가 기능손상이 심한 노인들의 우울을 감소시켰으나 만성질환이 심한 노인들의 경우에는 그러한 효과가 없어서 이들에게는 의료적 개입이 필수적인 것으로 보인다. 그러므로 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대한 접근에는 사회 서비스와 의료 서비스의 협조가 필요하다. 간호나 수발에 대한 욕구를 충분히 카바할 수 있는 재가서비스 차원의 개입과 더불어 질환의 치료와 관리를 위한 의료적 케어에 잘 접근할 수 있도록 원격진료시스템 등 임상적 치료를 촉진할 수 있는 방안이 모색되어야 한다(Bruce et al., 2002). 또한 재가복지서비스 이용노인들이 경제적으로 일반노인에 비해 훨씬 어렵고 이러한 경제적 어려움이 우울에 미치는 영향이 커서 이에

대한 관심도 필요하다.

셋째, 가족·친지로부터의 사회적 지지는 일반노인의 우울에는 효과가 있는 반면 재가복지서비스 이용노인의 우울에 대해서는 영향을 미치지 못하였는데 이러한 연구결과가 주는 함의도 간과할 수 없다. 재가복지서비스 이용노인에서 사적 지지의 우울에 대한 비효과성은 혼자 사는 노인의 비율이 높고 가족·친지로부터의 지지 수준이 매우 낮은 것에 기인하기 때문이다. 이에 따라 재가복지서비스 이용노인에서 사적 지지의 근원이 존재하는지 확인하고 희박한 관계망을 연결시키기 위한 시도도 필요할 것으로 보인다.

넷째, 재가복지서비스 이용노인에서 서비스 이용수준과 서비스 만족도는 우울을 감소시킬 뿐 아니라 심한 기능손상이 우울을 초래하는 것을 막아주므로 재가복지서비스가 유용한 우울 개입 방안이 될 수 있음이 확인되었다. 그러나 서구에서도 재가복지서비스를 통한 우울 개입의 구체적인 방법들이 제시되고 있지는 못하며 우울증이 심한 경우에 의료적 케어에 연결하는 역할을 주로 해 온 것으로 보인다. 서구의 재가복지서비스 전문가들이나 정신보건전문가들은 재가복지 대상 노인들에 대한 사례관리를 통해 심각한 우울증 이전 단계에서부터 개입하는 것이 중요하며 재가복지서비스에서 이를 담당해야 한다고 주장하였다(Simming et al., 2010). 즉, 재가복지서비스 제공자들이 평가 뿐 아니라 우울증에 대한 간단한 교육과 심리치료 등의 개입을 할 수 있도록 훈련함으로써 서비스를 이용하는 노인들의 우울을 감소시키거나 심각한 증상으로 진행되는 것을 막을 수 있다. 또한 이미 치료 중인 노인들의 경우 치료를 중단하지 않도록 지지·격려하고 지침을 지키지 않거나 약 복용이 제대로 되지 않는 경우 이를 관리하며 심리사회적 개입을 담당하고 의료세팅에서 미처 발견하지 못한 일상생활에서의 부작용은 없는지 모니터링 하는 등 다양한 역할을 할 수 있을 것이다.

끝으로 본 연구의 한계와 추후연구에 대한 제언은 다음과 같다. 첫째, 표본이 확률적 표집에 의한 전국 규모의 데이터가 아니므로 연구 결과를 일반화하는 데 한계가 있다. 둘째, 재가복지서비스 이용노인에서 우울의 심각성과 우울 관련요인을 일반노인과의 비교를 중심으로 파악하다 보니 서비스 요인이 심층적으로 조사되지 못하였다. 재가복지서비스 유형에 따라 이용노인의 기능손상 차이가 존재하고 이용수준이 달라질 수 있으므로 추후연구에서는 서비스 유형 별로 건강문제의 특성, 우울수준, 각 요인들 간의 관계를 분석할 필요가 있다. 또한 각각의 서비스에 대해 이용수준을 이용빈도, 이용시간, 이용기간 등으로 세분하고 만족도도 서비스가 충분한 정도, 실제로 도움이 된 정도 등

으로 세분하여 재가복지서비스가 우울에 미치는 영향을 구체적으로 조사하면 좋을 것이다. 셋째, 사적 사회적 지지도 출처나 유형을 망라하여 가족·친지로부터의 지지로 측정하였는데 출처 별로 구분하고 정서적 지원과 도구적 지원, 객관적 차원과 주관적 차원 등으로 세분해서 그 효과를 검증할 필요가 있다. 마지막으로, 본 연구에서는 재가복지서비스 이용노인과 일반노인의 우울 영향요인을 별도로 분석하여 비교하였으나 두 집단을 하나의 모형에 포함시켜 유사한 건강문제를 가진 노인에서 재가복지서비스 이용여부가 우울에 미치는 영향을 확인하는 연구도 필요할 것으로 보인다.

이인정은 미국 University of Michigan에서 사회복지학, 사회학 박사학위를 받았으며 덕성여대 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지, 가족복지이며, 현재 수발자 유형에 따른 부담의 차이 등을 연구하고 있다.

(E-mail: ijlee@duksung.ac.kr)

참고문헌

- 강상경(2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별, 연령 차이. *사회복지연구*, 41(2), pp.67-100.
- 기백석(1996). 한국판 노인 우울척도 단축형의 표준화 예비 연구. *신경정신의학*, 35(2), pp.298-307.
- 김미혜, 이금룡, 정순돌(2000). 노년기 우울증에 대한 경로분석. *한국노년학*, 20(3), pp.211-226.
- 김용석(2011). 한국어판 정신건강 선별도구(K10·K6)의 타당화 연구. *정신보건과 사회사업*, 37(4), pp.65-88.
- 김용현(2010). 네트워크 개념을 통해서 본 프랑스 재가노인복지서비스의 조정.연계에 관한 연구. *사회복지정책*, 37(1), pp.75-99.
- 박정호(2011). 재가 장기요양서비스 품질이 서비스 만족에 미치는 영향: 방문요양서비스를 중심으로. *사회복지정책*, 38(1), pp.227-246.
- 손홍숙(2005). 재가복지서비스의 만족도에 관한 연구. *한국가족복지학*, 10(3), pp.41-61.
- 손화희, 정옥분(1999). 재가복지 수혜노인의 주관적 안녕감에 대한 생태학적 접근. *한국노년학*, 19(1), pp.83-103.
- 신승연(2009). 방문요양서비스 이용실태 및 만족도. *한국케어매니지먼트연구*, 4, pp.23-44.
- 양옥남(2005). 빈곤층의 재가복지서비스 만족수준에 따른 생활만족도 분석: 노인 빈곤층을 포함하여. *사회복지정책*, 22, pp.5-32.
- 엄태완(2007). 노인 자살관련 요인: 무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로. *한국사회복지학*, 59(2), pp.355-379.
- 윤상용, 김미숙, 오은진, 임정기, 강민희, 이민경(2010). 공공 사회복지서비스제도 최저수준 결정을 위한 기초 연구: 돌봄서비스를 중심으로. 서울: 한국보건사회연구원.
- 이미진(2011). 노인 장기요양서비스의 질 측정상의 쟁점에 대한 고찰. *사회복지정책*, 38(1), pp.141-165.
- 임병우, 주경희, 조상은(2009). 재가복지서비스 이용노인과 일반노인의 노인학대 인식에

- 관한 비교 연구. 노인복지연구, 43, pp.353-380.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Demyttenaere, K.(2009). Suicidality in suicide in older people. *Reviews in Clinical Psychology, 19*, pp.271-294.
- Bruce, M. L. et al.(2002). Major depression in elderly home care patients. *The American Journal of Psychiatry, 159*(8), pp.1367-1374.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., Mclearn, G. E., Johansson, B.(2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health, 10*(3), pp.257-264.
- Chan, N., Anstey, K. J., Windsor, T. D., Luszcz, M. A.(2011). Disability and depressive symptoms in later life: the stress-buffering role of informal and formal support. *Gerontology, 57*, pp.180-189.
- Chao, S. F.(2012). Functional disability and psychological well-being in later life: does source of support matter?. *Aging & Mental Health, 16*(1-2), pp.236-244.
- Diwan, S., Jonnalagadda, S. S., Balaswamy, S.(2004). Resources predicting positive and negative affect during the experience of stress: a study of older Asian Indian immigrants in the United States. *The Gerontologist, 44*(5), pp.605-614.
- Dunkle, R. E., Roberts, B. L., Haug, M. R.(2001). *The oldest old in everyday life: self perception, coping with change, and stress*, New York: Springer Publishing Company.
- Ell, K., Unutzer, J., Aranda, M., Sanchez, K., Lee, P.(2005). Routine PHQ-9 depression screening in home health care: Depression prevalence, clinical and treatment characteristics, and screening implementation. *Home Health Care Services Quarterly, 24*, pp.1-19.
- George, L. K., Lynch, S. M.(2003). Race differences in depressive symptoms: a dynamic perspective on stress exposure and vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior, 44*(3), pp.353-369.
- Gum, A. M., Petkus, A., McDougal, S. J., Present, M., King-Kallimanis, B.,

- Schonfeld, L.(2009). Behavioral health needs and problem recognition by older adults receiving home-based aging services. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, pp.400-408.
- Hasche, L. K., Morrow-Howell, N., Proctor, E. K.(2010). Quality of life outcomes for depressed and nondepressed older adults in community long-term care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(6), pp.544-553.
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., Mortimer, J. A.(2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist, 42*(6), pp.807-813.
- Jeon, H. S.(2005). *Stress, psychosocial resources, and depression among the oldest old. Unpublished doctoral dissertation.* The University of Michigan, Ann Arbor.
- Katz, S.(1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatric Society, 31*, pp.721-727.
- Klinkman, M. S.(1997). Competing demands in psychosocial care: a model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry, 19*, pp.98-111.
- Krause, N.(2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychology and Aging, 20*(4), pp.714-717.
- Kuypers, J. A., Bengston, B. L.(1973). Social breakdown and competence: a model of normal aging. *Human Development, 16*, pp.181-201.
- Lee, I. J.(2009). The role of social support in the relationship between stressful life events and quality of life among the oldest old. *Korean Journal of Social Welfare Studies, 40*(4), pp.405-430.
- Lee, I. J., Dunkle, R. E.(2010). Worries, Psychosocial resources, and depressive symptoms among the South Korean oldest old. *Aging & Mental Health, 14*(1), pp.57-66.

- Li, L. W., Conwell, Y.(2007). Mental health status of home care elders in Michigan. *The Gerontologist*, 47(4), pp.528-534.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Liberman, M. A., Mullan, J. T.(1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), pp.337-356.
- Pearlin, L. I., Schooler, C.(1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp.2-21.
- Proctor, E. K.(2008). Notation of depression in case records of older adults in community long-term care. *Social Work*, 53(3), pp.243-253.
- Quijano, L. M. et al.(2007). Healthy IDEAS: a depression intervention delivered by community-based case managers serving older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 26, pp.139-156.
- Rowe, J. L., Conwell, Y.(2006). Social supports and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), pp.758-766.
- Ryan, A. K., Willits, F. K.(2007) Family ties, physical health, and psychological well-being. *Journal of Aging and Health*, 19(6), pp.907-920.
- Schuurmans, J.(2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, pp.420-428.
- Sheikh, J., Yeavage, J. A.(1986). Geriatric depression scale(GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2), pp.165-173.
- Simning, A., Richardson, T. M., Friedman, B., Boyle, L. L., Podgorski, C., Conwell, Y.(2010). Mental distress and service utilization among help-seeking, community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 22(5), pp.739-749.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Ruf, E.(2008). Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp.1306-1311.

- Van der Weele, G. M., Gussekloo, J., De Waal, M. W. M., De Craen, A. J. M., Vander Mast, R. C.(2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), pp.595.
- Vink, D., Aartsen, M. J., Schoevers, R. A.(2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106, pp.29-44.
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L., Bergman, C. S.(2001). The meditational effect of hardiness of social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, pp.267-279.
- Wilson, N. L.(2010). Supporting behavior change to address depression: implementation of healthy IDEAS. *Generations*, pp.94-96.

The Level and Correlates of Depression in Home Care Elders:

Focused on Comparison with Community Dwelling Elders Who Do Not Use Home Care

Lee, In Jung

(Duksung Women's University)

High prevalence of depression has been reported in home care elders in the Western countries. But little is known about this in Korea. The study examined the level and correlates of depression in Korean elderly receiving home care services. Especially, it tried to determine the seriousness of the problem by comparing the level and factors of depression in this group with community dwelling elders who do not use home care. The data were collected from Korean elders including 184 home care users and 288 non-users. T-test, chi-square test, and multiple regression were used for analyses. Major results were as follows. First, the level of depression was much higher in home care users than in non-users. Second, greater degrees of disability and chronic diseases were significantly related to higher level of depression in both home care users and non-users. Third, the harmful effects of disability on depression in home care elders were attenuated by more service utilization and satisfaction with the services. Based on the results, implications were discussed for paying special attention to home care elders as a depression-risk group, improving assessment of depression, collaborative approaches that incorporate a wide range of nursing and psychosocial interventions into clinical care.

Keywords: Home Care Services, Depression, Disability, Chronical Disease, Mastery, Social Support