

만성질환 입원노인의 가족지지 및 일상생활 수행능력과 우울과의 관련성

김정이¹⁾, 류소연²⁾, 한미아²⁾, 최성우²⁾
조선대학교 보건대학원 보건학과¹⁾, 조선대학교 의과대학 예방의학교실²⁾

The Association between Family Support, Activities of Daily Living and Depression among Hospitalized Older Patients with Chronic Diseases

Jeong Yi Kim¹⁾, So Yeon Ryu²⁾, Mi Ah Han²⁾, Seong Woo Choi²⁾
Department of Public Health, Graduate School of Health Science, Chosun University¹⁾
Department of Preventive Medicine, Chosun University Medical School²⁾

= Abstract =

Purpose: This study was performed to identify the association between family support, activities of daily living (ADL) and depression among hospitalized older patients with chronic diseases.

Methods: This study subjects were 100 elderly patients with chronic diseases including chronic respiratory diseases, diabetes mellitus and et al. in a general hospital. The collected data were patient characteristics, family support, ADL, and depression by structured questionnaire and medical chart review. The used statistical analyses were t-test, analysis of variance, Pearson's correlational analysis and multiple regression analysis.

Results: The mean scores of family support, ADL and depression were 49.95±8.68, 8.65±2.65, 6.66±3.78, respectively. The prevalence rate of depression was 64.0%. In simple analysis, the statistically significant associated factors with depression were age, spouse, economic status, social activity, subjective health status, and number of pain. Depression had statistically a significant positive correlation with ADL and a negative correlation with family support. The final result of hierarchial multiple regression analysis (Model 3), the factors related to depression were family support (b=-.135, p<.001), subjective health status (b=2.510, p=.001).

Conclusions: It is necessary to develop and apply the program for controlling the depression of elderly patients with health education, reinforcement of supportive systems in hospital. And, further multidisciplinary studies should be done.

Key Words: Activities of daily living, Depression, Elderly patients, Family support

* Received February 23, 2016; Revised March 10, 2016; Accepted March 21, 2016.

* Corresponding author: 류소연, 광주광역시 동구 필문대로 309(우: 61452), 조선대학교 의과대학 예방의학교실
So-Yeon Ryu, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University, 309 Pilmundae-ro, Dong-gu, Gwangju 61452, Korea

Tel : 82-62-230-6483, Fax : 82-62-225-8293, E-mail: canrsy@chosun.ac.kr

서 론

현대의학의 발달과 질병의 조기 발견, 생활수준의 향상으로 인간의 평균 수명은 현저히 증가하고 있으며, 이에 따른 노인 인구의 비율도 2000년에 7.2%, 2014년에는 12.7%로 매년 증가하는 추세이다[1]. 노인은 연령이 증가할수록 신체 기능이 감퇴하고 사회경제적 능력이 상실되어 다른 연령층에 비해 상대적으로 질병에 이환될 확률이 높으며, 만성질환의 유병률이 높다[2].

만성질환을 가진 입원 노인의 경우 수면부족, 피곤, 식욕상실, 무기력, 사회적 철회, 흥미의 상실, 활동의 감소, 미래에 대한 비관적 태도 등의 심각한 심리적인 장애와 함께 우울의 발생 정도가 12%~84.7%인 것으로 보고되고 있다[3-5]. 노인 우울은 죽는데 대한 두려움을 포함하는 심리적 반응의 형태로 다른 연령층에 비하여 예후가 나쁜 편이며, 자살의 위험이나 사망률의 증가와 관련이 있어 이에 대한 관리가 필요한 중요한 문제이다[6].

이처럼 노인에서 우울증은 노인의 건강과 안위를 위협하는 정신건강의 중요한 잣대이나, 재가노인이 병원이나 김진센터를 방문하지 않는 한 우울측정에 대한 제도적 마련은 되어 있지 않을 뿐만 아니라, 노인이 질환으로 입원할 경우에도 주로 해당 만성질환 자체의 치료나 응급질환 치료에 집중이 되어 우울증은 거의 간과되고 있다[7]. 입원노인 환자에서의 우울은 입원기간을 증가시키고, 치료이행을 저하하는 요인으로[8], 입원노인의 우울을 예방하고 조기 발견하는 적극적인 중재가 요구된다.

노인의 우울 위험요인으로는 노인의 성별, 연령 등의 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 동거여부, 자기효능감, 사회적지지와 독립적 생활정도 등이 제시되었다[9,10]. 일상생활 수행능력(activities of daily living)은 인간이 자립적인 생활을 할 수 있는 최소한의 능력으로 다른 사람의 수발도움을 받지 않고 독립적으로 살아가기 위하여 필요한 신체활동이다[11]. 노인의 일상생활 수행능력의 제한 여부는 노인들의 정신장애, 기억장애, 성격장애 등에 있어 진단적으로 매우 중요한 지표로 사용되며[12], 고령과 만성질환으로 인한 체력과 근력의 약화로

일상생활 수행능력이 저하되는 노인환자들의 우울 정도는 높다[10,13-16]. 입원은 노인에게 있어서 기능저하의 가장 큰 위협요소로, 약 30-60%의 노인환자에서 입원 2일 이내에 적어도 한가지 이상의 일상생활 수행능력의 상실을 경험한다고 보고되었다[17,18].

사회적지지란 사회적 유대나 접촉, 개인이 구성하는 사회적 조직망 등의 형태로 쓰이며[19], 가족, 친척, 친구, 이웃과 지역사회 등에 의한 사회적 결속으로 얻을 수 있는 물질적, 정신적 지지를 의미한다[20]. 그러나 급격한 산업화에 따른 핵가족화, 대화의 부족 및 가족결속도의 감소 등과 관련된 가족지지의 약화는 노인의 고독과 소외감을 초래한다[21]. Dahlberg & McKeel[22]의 연구에서는 가족과 접촉을 덜하고, 활동이 적은 경우 등이 사회적 외로움을 더 느끼게 하는 요인으로 나타났는데, 가족과의 접촉이 줄어들게 되는 병원 환경에서는 노인들의 우울과 같은 부정적 심리상태가 더 증가할 수 있을 것이다.

노인 우울에 대한 일상생활 수행능력과 가족지지를 비롯한 사회적지지와의 관련성에 대한 선행 연구를 보면, 주로 지역사회 거주 재가노인을 대상으로 한 연구는 있으나[14,15,23], 우울의 노출 가능성이 더 많은 만성질환 입원환자를 대상으로 하는 연구는 활발하게 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

이에 본 연구는 임상에서 만성질환 노인이 입원했을 때 환자의 일상생활 수행능력, 가족지지와 우울정도를 통합적으로 확인하고, 이들 특성과 우울과의 관련성을 파악하여, 질병치료 외에 우울을 관리할 수 있는 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 수행하였다.

연구방법

1. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 G광역시 소재 K 종합병원에 입원한 65세 이상의 만성질환 입원노인환자 중 연구대상자 선정기준에 해당하는 노인환자를 대상으로 하여 연구를 실시하였다. 대상자 선정기준은 만성질환을

가진 65세 이상 노인환자, 우울증 진단을 받지 않고, 항우울제를 복용하지 않는 자, 지남력(입원 중임을 인지하고, 입원 병원이 어디인지를 정확히 응답한 자)이 있고 의사소통이 가능한 자와 본 연구의 내용을 이해하고 참여하기로 동의한 자이었다.

자료수집 기간은 연구자 소속기관의 임상시험 심사위원회(Institutional Review Board) 승인 후 2015년 3월 1일부터 4월 30일까지이었다. 자료수집은 간호부와 부서단위 부서장(수간호사)에게 본 연구의 목적과 내용을 설명하고 협조를 구한 후, 입원환자가 선정 기준에 해당하는 지를 확인하였다. 질병요인에 대한 내용은 의무기록을 통해 확인하고, 설문조사는 연구자가 직접 대상자에게 구조화된 질문지를 읽어 주고 답변하는 면접조사방법으로 질문지를 작성한 후 회수하였다. 조사대상은 조사기간 중 연구자가 선정한 선정기준에 해당되는 만성질환노인환자 103명을 연구대상으로 정의하였으며, 이중 조사도중에 조사 참여를 거부했던 3명을 제외한 100명을 최종 연구대상으로 정의하였다. 연구의 윤리성 확보를 위해 해당기관 임상시험 심사위원회의 심의 과정을 거쳐 승인을 받았다(KCHIRB-M-2015-003).

2. 연구도구

자료수집은 구조화된 설문지와 의무기록을 이용하였고, 설문지의 구성은 대상자의 특성 17문항, 가족지지에 대한 11문항, 일상생활 수행능력에 대한 7문항, 우울에 대한 15문항으로 이루어졌다.

1) 조사대상자의 특성

조사대상자의 특성으로는 성별, 연령, 학력, 종교, 배우자, 가족형태, 경제상태, 사회활동, 흡연경험, 음주, 운동, 주관적 건강상태, 통증 갯수, 간병하는 사람, 민간의료보험 가입여부를 조사하였고, 의무기록에서는 진단명, 만성질환 수, 만성질환 이환기간을 조사하였다. 연령은 만 나이를 조사하여, 65-74, 75세 이상으로 분류하였고, 학력은 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상으로 조사하여, 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 고등학교 졸업 이상으로 분류하였

으며, 종교는 유무로 분류하였다. 배우자는 현재 배우자가 있는지의 여부를 조사하였고, 가족형태는 독거, 부부, 기혼 자녀와의 동거, 미혼자녀와 동거로 조사하여, 독거, 부부, 자녀와 동거로 분류하였으며, 경제상태는 월 평균 소득을 100만원 미만, 100-200만원 미만, 200만원 이상으로 조사하여, 100만원 미만과 100만원 이상으로 분류하였다. 사회활동 여부는 종교활동, 여가활동, 운동, 동호회활동 유무를 조사하여, 한 개 이상 활동하는 경우를 사회활동 있음으로 정의하였다.

흡연상태는 흡연경험 있음과 없음으로 분류하였고, 음주상태는 현재 음주 여부로 분류하였으며, 운동은 빈도를 조사하여, 주 3회 이상 실천하는 경우를 기준으로 운동 여부를 재분류하였다. 주관적 건강상태는 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 조사하여, 보통과 좋지 않음으로 재분류하였다. 평소 통증을 느끼는 머리(두통), 어깨, 가슴, 등, 허리, 배, 팔, 엉덩이, 무릎, 다리, 손목, 발목, 손가락, 발가락, 기타의 신체부위를 모두 표시하도록 조사하여, 통증을 느끼는 부위를 0, 1~2개, 3개 이상으로 분류하였고, 간병해 주는 사람은 배우자, 자녀, 친척, 간병인, 기타, 없음으로 조사하여, 없음, 배우자, 자녀, 간병인으로 재분류하였으며, 가입된 민간의료보험이 있다, 없지로 분류하였다. 만성질환은 악성종양, 심장질환, 만성신질환, 만성호흡기질환, 만성간질환, 만성관절염, 당뇨병, 뇌혈관질환, 기타의 질환에 대해 의사로부터 진단을 받은 질환의 수를 조사하여, 1개, 2개 및 3개 이상으로 분류하였고, 만성질환 이환기간은 가장 오래된 질병의 이환기간을 월단위로 조사하여, 3~60개월, 61~120개월, 120개월 초과로 분류하였다.

2) 가족지지

본 연구에서 가족지지는 Cobb[24]의 이론을 기초로 Kang[25]이 우리나라 실정에 맞게 수정보완한 가족지지 측정도구를 사용하였다. 구성문항은 가족이 병으로부터 회복할 수 있다는 용기와 격려를 해주는지, 가족을 믿고 의지할 수 있는지와 본인의 의사를 존중해주는 지 등을 묻는 문항 11문항으로 구성되어 있으며, 이 중 2문항은 응답의

4 노인의 가족지지 및 일상생활 수행능력과 우울과의 관련성

편중을 감소시키기 위하여 부정문항으로 이루어져 있다. 각 문항의 측정은 1점(전혀 그렇지 않다)부터 5점(항상 그렇다)까지의 Likert 5점 척도로 측정하며, 점수는 최저 11점에서 최고 55점으로 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높음을 의미한다. 부정문항인 2문항은 응답내용을 역산하여 계산하였다. 도구의 신뢰도는 Kang의 연구[25]에서는 Cronbach's $\alpha=.86$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

3) 일상생활 수행능력

일상생활 수행능력은 Won et al.[26]이 우리나라 실정에 맞도록 수정, 개발한 한국형 일상생활수행능력 측정도구(K-일상생활 수행능력)를 사용하였다. 이 척도는 7문항(옷입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실사용, 대소변 조절) 3점 척도(1점은 완전자립, 2점은 부분의존, 3점은 완전의존)로 되어 있으며, 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Won et al.의 연구[26]에서는 Cronbach's $\alpha=.94$ 이고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.90$ 이었다.

4) 우울

우울측정은 Sheikh & Yesavage[27]의 15문항 노인 우울도구를 Ki[28]가 번안한 단축형 노인 우울도구(Short Form of Geriatric Depression Scale)를 사용하였다. 이 도구는 단축형 이분척도(1=예, 0=아니오)로 측정하여 0에서 15점 범위이며, 0~4점 정상상태, 5~9점 경증 우울, 10~15점 중등도 혹은 중증 우울로 구분하였다. 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미하고, 부정문항인 5문항은 응답내용을 역산하여 계산하였다. 도구의 신뢰도는 Ki의 연구[28]에서는 Cronbach's $\alpha=.88$ 이고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.81$ 이었다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였고, 대상자의 가족지지, 일

상생활 수행능력, 우울의 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 대상자의 특성에 따른 우울점수는 t-검정과 분산분석을 이용하여 비교하였고, 대상자의 가족지지, 일상생활 수행능력과 우울의 상관관계는 피어슨의 상관분석을 이용하여 알아보았다. 가족지지 및 일상생활 수행능력과 우울과의 관련성을 알아보기 위해 대상자의 일반적 특성을 기본 변수로 설정하고, 변수의 포함 사항에 따라 3가지 모형으로 위계적 다중회귀분석법(hierarchical multiple regression analysis)을 실시하였다. Model 1과 Model 2에서는 일상생활 수행능력과 가족지지를 각각 포함하여 개별 변수와 노인우울과의 관련성을 파악하였으며, Model 3에서는 일상생활 수행능력과 가족지지를 모두 포함하여 분석하여 이들 변수와 노인우울과의 관련성을 알아보았다. 최종 분석을 시행하기 전에 독립변수간의 다중공선성이 존재하는 지에 대한 확인을 하였으며, 독립변수 중 범주형 변수인 경우는 가변수 처리하여 분석에 포함시켰다. 통계적인 검정에서의 유의수준은 $\alpha=0.05$ 로 설정하였다.

연구결과

1. 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

연구 대상자 중 남자는 59.0%, 연령이 75세 이상인 경우가 60.0%였고, 교육수준은 초졸이 35.0%였다. 종교가 있는 경우가 52.0%, 배우자가 없는 경우가 59.0%였으며, 혼자 살고 있는 독거노인이 32.0%였다. 월 평균소득이 100만원 미만인 경우가 83.0%, 사회활동을 하는 경우가 64.0%, 현재 담배를 피우지 않는 경우가 54.0%, 술을 마시지 않는 경우가 85.0%, 운동을 하지 않는 경우가 54.0%였고, 가입된 민간의료보험이 있는 경우가 59.0%이었다(Table 1).

2) 대상자의 질병관련 특성

연구 대상자가 이환된 질환 중 만성호흡기질환이 63.0%로 가장 많았고, 2개의 만성질환을 가지고 있는 경우가 45%, 3개 이상인 경우가 11.0%였다.

Table 1. General characteristics of the subjects

Characteristics	N	%
Gender		
Male	59	59.0
Female	41	41.0
Age		
65-74	40	40.0
≥75	60	60.0
Education level		
Uneducated	32	32.0
Elementary school	35	35.0
Middle school	18	18.0
Above high school	15	15.0
Religion		
No	48	48.0
Yes	52	52.0
Spouse		
No	59	59.0
Yes	41	41.0
Family type		
Living alone	32	32.0
Living with spouse	51	51.0
Living with children	17	17.0
Economic status		
Less than 10 ⁶ won	83	83.0
More than 10 ⁶ won	17	17.0
Social activity		
No	36	36.0
Yes	64	64.0
Smoking experience		
No	54	54.0
Yes	46	46.0
Current drinking		
No	85	85.0
Yes	15	15.0
Exercise		
No	54	54.0
Yes	46	46.0
Private health insurance		
No	41	41.0
Yes	59	59.0
Total	100	100.0

만성질환 이환기간은 120개월을 초과한 경우가 43.0%, 주관적 건강상태는 좋지 않음이 62.0%이었고, 통증 갯수는 1-2개가 48.0%, 간병하는 사람은 배우자가 35.0%이었다(Table 2).

3) 대상자의 가족지지, 일상생활 수행능력, 우울 정도

연구대상자의 가족지지 평균점수는 40.95±8.68점(총 55점)이었고, 일상생활활동정도는 8.65±2.65

점(총 21점), 우울점수는 6.66±3.78점(총 15점)이었고(Table 3), 우울 정도를 분류해보면 연구대상자의 64.0%가 우울이 있었으며, 이중 중증 우울은 23.0%, 경증 우울은 41.0%이었다.

2. 대상자의 특성에 따른 우울점수 비교

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울

대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 점수를 비교한 결과, 연령에 따른 우울의 평균은 75세 이상인 경우 7.48±3.68점으로, 65-74세의 5.43±3.62점보다 통계적으로 유의하게 높았고(p=0.007), 배우자 없는 경우가 7.93±3.72점으로, 배우자 있는 경우인 5.78±3.59점보다 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.005).

Table 2. Disease characteristics of the subjects

Characteristics	N	%
Diagnosis*		
Chronic respiratory disease	63	63.0
Diabetes mellitus	28	28.0
Cancer	9	9.0
Heart disease	9	9.0
Chronic liver disease	6	6.0
Chronic arthritis	5	5.0
Chronic kidney disease	4	4.0
Cerebrovascular disease	3	3.0
Other	41	41.0
Number of chronic disease		
1	44	44.0
2	45	45.0
≥3	11	11.0
Duration of chronic disease (month)		
3-60	33	33.0
61-120	24	24.0
>120	43	43.0
Subjective health status		
Fair	38	38.0
Poor	62	62.0
Number of pain		
0	16	16.0
1-2	48	48.0
≥3	36	36.0
Caregivers		
No	29	29.0
Spouse	35	35.0
Children	28	28.0
Care worker	8	8.0

*: multiple response

Table 3. Descriptive statistics of family support, ADL and depression

Characteristics	Mean	SD
Family support	40.95	8.68
Activities of daily living	8.65	2.65
Depression	6.66	3.78

월 평균 수입은 100만원 미만인 경우가 7.08±3.67점으로 100만원 이상인 4.59±3.69점보다 통계적으로 유의하게 높았고(p=0.01), 사회활동을 하지 않는 경우 우울점수가 8.11±3.82점으로, 사회활동을 하는

경우의 5.84±3.52점보다 우울 정도가 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.003). 성별, 학력, 종교, 가족형태, 흡연, 음주, 운동, 민간의료보험 여부에 따른 우울은 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 4).

Table 4. Comparisons of depression score according to general characteristics

Characteristics	Mean	SD	t or F	P
Gender				
Male	6.20	3.25	-1.383	0.17
Female	7.32	4.38		
Age				
65-74	5.43	3.62	-2.757	0.007
≥75	7.48	3.68		
Education level				
Uneducated	7.78	3.80	1.898	0.14
Elementary school	6.66	3.65		
Middle school	5.61	3.68		
Above high school	5.53	3.78		
Religion				
No	7.31	3.73	1.675	0.10
Yes	6.06	3.76		
Spouse				
No	7.93	3.72	-2.898	0.005
Yes	5.78	3.59		
Family type				
Living alone	7.78	3.59	2.859	0.06
Living with spouse	5.82	3.65		
Living with children	7.06	4.08		
Economic status				
Less than10 ⁶ won	7.08	3.67	2.550	0.01
More than10 ⁶ won	4.59	3.69		
Social activity				
No	8.11	3.82	2.995	0.003
Yes	5.84	3.52		
Smoking experience				
No	6.56	4.05	-.298	0.77
Yes	6.78	3.48		
Current drinking				
No	6.68	3.76	.140	0.89
Yes	6.53	4.02		
Exercise				
No	7.30	3.77	1.847	0.07
Yes	5.91	3.68		
Private health insurance				
No	6.90	3.64	-.755	0.45
Yes	6.31	3.98		

2) 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울

대상자의 질병관련 특성에 따른 우울의 점수를 비교한 결과, 주관적 건강상태에 따른 우울의 평균은 좋지 않음이 7.81±3.75점, 보통이 4.79±3.04점으로 주관적 건강상태가 좋지 않은 경우에 보통인 경우보다 통계적으로 유의하게 높았고 (p<0.001), 통증 갯수는 3개 이상인 경우의 우울 점수가 8.89±3.85점, 1-2개가 5.44±3.24점, 통증이 없는 경우 5.31±2.85점으로 통증 갯수에 따른 우울점수는 유의한 차이가 있었다(p<0.001). 만성질환의 수, 만성질환의 기간, 간병하는 사람에 따른 우울은 통계적으로 유의한 차이가 없

었다(Table 5).

3) 대상자의 가족지지, 일상생활 수행능력, 우울과의 상관관계

대상자의 가족지지 및 일상생활 수행능력과 우울과의 상관관계 분석결과, 우울은 일상생활 수행능력(r=.354, p<0.01)과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었고, 가족지지(r=-.456, p<0.01)와는 통계적으로 유의한 음의상관관계가 있었다. 즉, 일상생활 수행능력이 의존적일수록 우울점수는 증가하였고, 가족지지가 좋을수록 우울점수는 감소하였다(Table 6).

Table 5. Comparisons of depression score according to disease characteristics

Characteristics	Mean	SD	t or F	P
Number of chronic disease				
1	6.57	3.56	.118	0.89
2	6.62	4.02		
≥3	7.18	3.89		
Duration of chronic disease (month)				
3-60	5.73	3.63	1.629	0.20
61-120	6.83	4.23		
>120	7.28	3.57		
Subjective health status				
Fair	4.79	3.04	-4.402	<0.001
Poor	7.81	3.75		
Number of pain				
0	5.31	2.85	11.972	<0.001
1-2	5.44	3.24		
≥3	8.89	3.85		
Caregivers				
No	6.93	3.24	.372	0.77
Spouse	6.34	3.98		
Children	6.46	4.22		
Care worker	7.75	3.41		

Table 6. Correlational coefficients of depression with activities of daily living and family support

Unit: r (p-value)

	Depression	Activities of daily living
Activities of daily living	.354 (<0.0001)	1.000
Family support	-.456 (<0.0001)	-.218 (0.03)

3. 대상자의 우울 관련 요인

대상자의 우울 관련 요인을 파악하기 위해 대상자의 일반적 특성(성, 연령, 교육수준, 배우자, 가족형태, 월평균수입, 사회활동, 주관적 건강상태, 통증 개수)을 기본 변수로 하고, 일상생활 수행능력과 가족지지를 각각 그리고 함께 포함한 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 분석과정에서 독립변수 간의 다중공선성의 존재 여부를 확인하였으며, 공차한계와 고유값(VIF)을 확인한 결과 한 결과, 일상생활 수행능력만을 포함한 Model 1에서는 주관적 건강상태와 일상생활 수행 능력이 우울과 통계적으로 유의한 관련이 있었고, 가족지지 만을 포함한 Model 2의 경우, 연령, 주관적 건강상태와 가족지지가 통계적으로 유의한 관련이 있었다. 일상생활 수행능력과 가족지지를 모두 포함한 Model 3에서 노인 우울은 가족지지($\beta = -.135$, $p < 0.001$), 주관적 건강상태($\beta = 2.510$, $p = 0.001$)이었다. 즉, 가족지지가 낮을수록, 주관적 건강상태가 보통인 경우에 비해 나쁘다고 인지할수록 노인 우울 점수는 증가하였으며, Model 3에 포함된 독립변수에 의한 우울점수의 설명력은 43%이었다 (Table 7).

고 찰

본 연구는 만성질환으로 입원한 노인환자를 대상으로 가족지지, 일상생활 수행능력, 우울의 정도를 파악하고, 이들 요인과 우울과의 관련성을 알아보고자 시행하였다.

본 연구결과, 전체 연구대상자 우울은 평균평점 6.66점이었다. 이는 시설노인을 대상으로 한 연구 [29]에서의 평균 10.05점보다는 낮고, 재가노인을 대상으로 한 연구[30]의 평균점수 3.94점보다 높게 나타났다. 이러한 이유는 시설에 입소하였거나 병원에 입원한 노인들이 새로운 환경에의 적응, 신체건강 악화 등의 요인으로 우울정도가 일반노인들보다 높았던 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 가족지지 정도는 평균평점 3.72점이었다. 이러한 결과는 재가노인을 대상으로 한 연구[31]의 평균 4.02점 보다 낮고, 입원한 노

인환자를 대상으로 한 연구[3]의 평균 3.64점과는 유사하였다. 이러한 이유는 우리나라가 유교 영향 하에 있는 문화권으로써 서구와는 다르게 개인의 삶이 가족생활 중심이므로 노인의 정서 상태는 가족의 지지에 의해 많은 영향을 받게 된다. 병원에 입원한 노인들이 가족중심의 가정에서 살다가 가족과 함께 생활하지 않고 자주 만나지 못하기 때문에 입원노인들이 느끼는 가족지지 정도가 일반노인들보다 낮았던 것으로 생각된다[32,33].

연구 대상자의 일상생활 수행능력은 평균평점 8.65점으로, 시설노인을 대상으로 한 연구[29]에서의 평균 11.85점보다는 낮고, 재가노인을 대상으로 한 연구[16]의 평균 8.25점보다 일상생활 수행능력의 의존성이 더 높은 것으로 나타났다. 하위 항목으로 목욕하기에 가장 의존적이었으며, 세수하기, 대소변 조절, 옷입기, 이동, 화장실 사용, 식사하기의 순으로 나타났다. 이는 목욕하기에 의존성이 가장 높다는 선행연구[10,34]와 일치하였다.

본 연구에서 대상자의 우울에 영향을 미치는 변수들을 살펴보면, 가족지지 정도는 우울과 음의 상관관계가 있었으며, 다중회귀분석 결과에서도 가족지지($\beta = -.129$, $p < .001$)가 증가할수록 노인의 우울점수는 유의하게 감소하였다. 이러한 결과는 가족지지와 우울은 음의 상관관계가 있고, 가족지지가 노인우울 영향요인으로 보고한 연구[3,35]와 일치하였다. 이와 같이 가족지지는 노인에게 매우 중요한 일차적인 지지체계로서 노인의 우울을 감소시키는 중요한 요인이다. 따라서 가족지지의 중요성을 인식시키고, 핵가족화 및 여성의 사회 진출 등으로 가족의 부양 및 간병기능이 크게 낮아지고 있는 현시대에서 가족의 지지를 대신할 수 있는 여러 가지 사회적지지 자원이 필요할 것으로 생각된다.

대상자의 일상생활 수행능력과 우울과의 상관관계는 양의 상관관계가 있었고, 다중회귀분석 결과에서도 일상생활 수행능력이 증가할수록 우울점수가 증가하는 경향을 보였으나 가족지지가 함께 포함된 모형에서는 통계적인 유의성이 소실되었다. 이는 일상생활 수행능력이 만성질환 노인환자의 우울을 가장 잘 설명하는 변수중 하나라는 연구결과[10]와 상이한 결과를 보였다.

Table 7. The associated factors with depression from hierarchial multiple regression analysis

Variable	Model 1			Model 2			Model 3				
	B	SE	P	B	SE	P	B	SE	P		
Constant	-2.057	3.012	0.50	6.028	3.255	0.07	4.655	3.336	0.17		
Gender (/Male)											
Female	.011	.798	0.99	-.144	.750	0.85	-.282	.748	0.71		
Age (year) (/65-74)											
75+	1.382	.763	0.07	1.483	.707	0.04	1.280	.712	0.08		
Education level (/Uneducated)											
Elementary school	-.358	.866	0.68	-.670	.817	0.42	-.632	.810	0.44		
Middle school	-.481	1.092	0.66	-1.016	1.035	0.33	-.961	1.026	0.35		
Above high school	-.764	1.212	0.53	-.432	1.141	0.71	-.530	1.132	0.64		
Spouse (/Yes)											
No	.167	1.375	0.90	.725	1.296	0.58	.599	1.287	0.64		
Family type (/Living with spouse)											
Living alone	.385	1.394	0.78	-.326	1.313	0.80	-.133	1.306	0.92		
Living with children	-.172	1.297	0.89	-.610	1.220	0.62	-.480	1.212	0.69		
Income (/ <10 ⁶ won)											
≥10 ⁶ won	-.973	1.006	0.34	-.969	.938	0.30	-.752	.939	0.43		
Social activity (/No)											
Yes	.541	.786	0.40	.480	.739	0.52	.517	.732	0.48		
Subjective health status (/Fair)											
Poor	2.894	.744	<0.001	2.641	.703	<0.001	2.510	.701	0.001		
Number of pain (/0)											
1-2	-.810	.996	0.42	-.255	.931	0.78	-.472	.932	0.61		
3+	1.808	1.074	0.10	1.992	1.003	0.05	1.807	1.001	0.08		
Activities of daily living (score)											
Family support (score)	.269	.128	0.04	-	-	-	.195	.121	0.11		
	-	-	-	-.144	.036	<0.001	-.135	.036	<0.001		
			R ² = 0.34; F=4.622 (P<0.001)			R ² = 0.42; F=6.014 (P<0.001)			R ² = 0.43; F=5.891 (P<0.001)		

재가 노인이나 일반적인 노인의 경우 일상생활이 어려울 시에 가족의 도움을 요청할 수 있으나, 만성질환의 입원노인의 경우는 가족보다 의료진이나 타인의 도움을 받는 경우가 많고, 신체 통증이나 낙상의 위험성으로 주로 침상에 누워있거나 병실 내에서만 지내는 경우가 많아 일상생활 수행능력 능력이 더욱 감소된다. 독립적으로 일상생활을 수행하지 못하는 경우 제한과 어려움이 발생하여 신체적인 건강의 악화와 함께 무력감을 더욱 증가시켜 우울에 영향을 미칠 수 있다[29,36]. 그러나 본 연구에서 일상생활 수행능력과 우울의 관련성 경향은 유사하였으나, 가족지지가 포함된 다중회귀분석 모형에서 통계적으로 유의하지 않았던 이유는 본 연구의 표본수가 충분히 크지 못했던 점에 기인한 것으로 생각된다. 또한 일상생활 수행능력이 제한을 받을 경우 일상생활을 수행하기 위해서는 가족이나 간병을 담당하는 사람의 도움을 받아야 가능하므로, 일상생활 수행능력에 비해 가족지지의 정도가 더 중요하게 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 추후 다양한 신체기능 상태를 가진 다수의 연구대상자를 확보한 추가연구의 진행과 일상생활 수행능력과 가족지지가 만성질환 노인의 우울에 미치는 단계에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구결과 우울의 또 다른 예측요인으로는 주관적 건강상태와 연령임을 알 수 있었다. 이는 주관적 건강상태가 우울 영향요인으로 보고한 연구[10]의 결과와 일치하였다. 연령은 75세 이상에서 우울과 통계적으로 유의한 관련이 있었으며, 이는 선행연구에서 보고한 연령이 우울에 영향을 미치는 주요변인으로 확인된 연구[37]와 일치하였다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 연구대상자를 G광역시에 위치한 일개 종합병원에 입원한 노인을 대상으로 하였기 때문에 전체 만성질환으로 입원한 가진 노인에게 연구 결과를 확대 해석 또는 일반화하는 것은 한계가 있다. 둘째, 단면연구방법으로 조사되어 우울과 관련요인 간의 원인적인 연관성을 설명할 수 없다. 셋째, 노인 우울은 가지고 있는 만성질환에 따라 다르게 나타날 수 있다. 또한 만성질환의 종류에 따라 일

상생활 수행능력이나 가족지지가 달라질 수 있다. 그러나 본 연구에서는 대상자 수의 제한 등으로 질환별 우울의 정도와 일상생활 수행능력과 가족지지 등에 대한 차이를 검정하지 못하였다. 이러한 제한점에도 불구하고 지금까지 노인 우울이 지역 사회 거주 재가노인을 대상으로 이루어져 왔으며, 재가 노인보다 더 우울 노출 가능성이 많고, 열악한 환경에 있는 만성질환 입원노인환자를 대상으로 수행한 연구이기에 의의가 있다고 생각한다.

본 연구 결과를 종합해 볼 때, 만성질환으로 입원한 노인의 절반 이상이 우울상태에 있었다. 그리고 우울은 가족지지와 주관적 건강상태 및 연령과 관계가 있었다. 따라서 노인에게 중요한 지지체계가 되는 가족지지의 강화는 필수적이며, 이에 대한 대책으로 입원 및 교육시 가족 동참의 중요성을 부각시키고, 가족을 포함할 수 있는 프로그램 개발 및 적용이 필요하며, 가족의 약한 지지를 보충하기 위한 정서적 지지상담 및 자원봉사자의 개입 등의 사회적지지 자원 동원이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 주관적 건강상태가 우울에 영향을 미치는 정도가 높기 때문에 노인 만성질환자에게 질병의 이해 및 관리법 등의 홍보와 교육을 통해 건강지각을 긍정적인 방향으로 높일수 있는 효과적인 교육프로그램이 요구되고, 건강에 대한 지각을 긍정적으로 갖도록 돕는 간호가 필요하리라 생각된다. 그리고 연령 증가에 따른 노인우울에 대한 이해와 연령별 특성을 고려한 간호중재 방안을 고안하여야 할 것이다.

요 약

본 연구는 종합 병원에 만성 질환으로 입원 한 노인 환자의 가족지지, 일상생활 수행능력 및 우울 간의 관계를 파악하기 위해 수행하였다. 연구 대상자는 G광역시에 위치한 일개 종합병원에 만성 질환으로 입원한 환자 100명을 대상으로 하였으며, 관련성을 알아보기 위하여 t-검정, 분산분석, 상관분석과 위계적 다중회귀분석을 이용하였다.

연구 결과, 연구 대상자의 가족지지 정도는 49.95 ± 8.68 점, 일상생활 수행능력 8.65 ± 2.65 점, 우울

6.66±3.78점이었다. 전체 연구 대상자의 64%가 경증 이상의 우울을 가지고 있었다. 위계적 다중 회귀분석 결과, 사회인구학적 특성에 일상생활 수행능력을 포함하여 분석한 Model 1에서는 주관적 건강상태($\beta=2.894$, $p<0.001$)와 일상생활 수행능력($\beta=0.269$, $p=0.04$)이 노인 우울과 통계적으로 유의한 관련이 있었고, 사회인구학적 특성에 가족지지를 포함하여 분석한 Model 2의 경우, 노인 우울은 연령($\beta=1.483$, $p=0.04$), 주관적 건강상태($\beta=2.641$, $p<0.001$)와 가족지지($\beta=-0.144$, $p<0.001$)와 유의한 관련이 있었다. 사회인구학적 특성과 일상생활수행능력과 가족지지를 포함하여 분석한 Model 3의 결과, 노인우울은 주관적 건강상태($\beta=2.510$, $p=0.001$), 가족지지($\beta=-.135$, $p<0.001$)과 통계적으로 유의한 관련이 있었다.

이상의 연구결과를 통해 만성질환 입원노인들의 우울은 가족지지가 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울의 정도가 높음을 알 수 있었다. 노인 환자의 건강관리 방안을 마련할 때 가족지지 강화와 노인의 건강지각을 높일 수 있는 방안이 모색되어야 할 것으로 사료된다.

REFERENCES

1. KOSIS. The aged Statistics, 2014 [internet]. Daejeon: Statistics Korea. [cited 2015. Jun 25]. Available from: http://kosstat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=330349&pageNo=2&rowNum=10&navCount=10&currpg=&sTarget=title&sTxt=.
2. Park KH. A study on the factors of influencing on successful aging [dissertation]. Seoul, Ewha Womans University, 2006 (Korean)
3. Bae KH, Kim SJ. The relationship of health perception, family support and depression for the elderly. *Chonnam Journal of Nursing Science* 2012;17(1):139-152 (Korean)
4. Kil SY, Oh WO, Koo BJ, Suk MH. Relationship between depression and health-related quality of life in older Korean patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing* 2010;10(9-10):307-1314
5. Oh DM, Kim HC, Ahn SV, Rhee Y, Suh I. Association between depression and bone mineral density in community-dwelling older men and women in Korea. *Maturitas* 2012;71(2):142-146
6. Park SC. A study of factors influencing suicidal ideation of elders [dissertation]. Seoul, Ewha Womans University, 2005 (Korean)
7. Lee SA, Lee GM. A study on the major factors influencing the depression among the elderly in rural area. *J Korean Geriatr Soc* 2002;22(1):209-226 (Korean)
8. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: A systematic review of screening instruments. *Age Aging* 2012;41(2):148-154
9. Kim TH, Kim SJ. A study on the solidarity between the elderly and their three generations, and depression of the elderly. *J Korean Geriatr Soc* 1996;16(1):110-129 (Korean)
10. Yeo YO, Yoo EK. The relationship among depression, self-esteem and ADL in the case of the hospitalized elderly patients with chronic disease. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22(6):676-686 (Korean)
11. Kim JW, Kim CK. A study on the effects of health behavior upon health status in some old people. *Journal of Korean Society for Health Education* 1997;14(1):73-95 (Korean)
12. Williams LA. Concept of loneliness in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1978;24:438-445
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz W, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12):914-919
14. Park WK, Lee TY, Jeong YJ, Oh JK, Lee DB, Cho YC. A study on the factors

- related to the depression and instrumental ability of daily living in the urban elderly. *Chungnam Medical Journal* 2002;29(1):71-87 (Korean)
15. Shin KR, Kang YH, Jung DY, Choi KA. A study on the depression, somatic symptoms, activities of daily living for the elderly women in an urban area. *J Korean Acad Nurs* 2007;37(7): 1131-1138 (Korean)
 16. Kim YM. A comparative study on the activities of daily living, cognitive function and depression between the elderly residing institution and home [dissertation]. Seoul, Hanyang University, 2011 (Korean)
 17. Warshaw GA, Moore JT, Friedman SW, Currie CT, Kennie DC, Kane WJ, Mears PA. Functional disability in the hospitalized elderly. *JAMA* 1982;248(7):847-850
 18. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1296-1303
 19. Norbeck JS, Lindsay AM, Carrieri VL. The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research* 1981;30: 264-269
 20. Nam KM, Jung EK. The influence of social activity and social support perceived by elderly women living alone on their quality of life: Focusing on the mediating effect of depression and death-anxiety. *Journal of Welfare for the Aged* 2011;52:325-348 (Korean)
 21. Seo HS, Jung IS. The relationship between self-esteem, family support and suicide ideation in home dwelling elders. *J Korean Gerontol Nurs* 2010;12(1):1-9 (Korean)
 22. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health* 2014;18(4):504-514
 23. Kim DH. A study on the correlation among family support, self-esteem and depression in elderly. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare* 2001;13(10):113-144 (Korean)
 24. Cobb A. Social support as moderator of life stress. *Psychiatric Medicine* 1976;38(5):300-314
 25. Kang HS. Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. Seoul, Yonsei University, 1984 (Korean)
 26. Won JW, Rho YG, Kim SY, Cho BR, Lee YS. Validity and reliability of Korean Activities of Daily Living (K-ADL) scale. *J Korean Geriatr Soc* 2002;6(2):98-106 (Korean)
 27. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS), recent evidence and development of shorter version. *Clini Gerontol* 1986;5: 165-173
 28. Ki BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association* 1996; 35(2): 298-307 (Korean)
 29. Hong JY, Hwang SY. A study on depression and activities of daily living among elderly patients in geriatric hospitals. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22(5):457-465 (Korean)
 30. Park YO, Hong GRS. Predictors of depression in community dwelling older adults. *J Korean Gerontol Nurs* 2013;15(20):155-164 (Korean)
 31. Kim CG. Factors influencing perception of good death among the community-dwelling elderly. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care* 2014;17(3):151-160 (Korean)
 32. Krause N. Chronic strain, locus of control and distress in older adults. *Psychol Aging* 1995;2:375-382

33. Kim JY, Kim KH. Perceived hopelessness and family support among elders in long-term care hospitals. *J Korean Gerontol Nurs* 2014;16(2):151-159 (Korean)
34. Jung JY, Kim JS, Choi HJ, Lee KY, Park TJ. Factors associated with ADL and IADL from the third Korea national Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES III), 2005. *Korean J Fam Med* 2009; 30(8):598-609 (Korean)
35. Lee JH. A study of relationship among family support, health promotion behavior and quality of life of hospitalized elderly patients with chronic disease [dissertation]. Gyeonggi-do, Hanbuk University, 2014 (Korean)
36. Choi HY, Ryu SY, Kwak GI, Choi CW. The factors associated with suicidal ideation among the elderly living alone received the elderly care service in a rural area. *J Agric Med Community Health* 2014;39(2):81-93 (Korean)
37. Lee GH. Depression tendency of elderly inpatients in one medical center [dissertation]. Busan, Busan National University, 2007 (Korean)