



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

노인장기요양보험 등급내 재가 노인과
가족 수발자가 지각한 우울정도

2013년 8월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
유 지 현




노인장기요양보험 등급내 재가 노인과 가족 수발자가 지각한 우울정도

지도교수 이 인 숙

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2013년 4월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
유 지 현

유지현의 간호학석사 학위논문을 인준함
2013년 6월

위원장 윤순영 
부위원장 송미순 (인) 
위원 이인숙 

국문 초록

본 연구는 노인장기요양보험 등급내 재가 노인의 우울 수준과 가족 수발자가 인식한 노인의 우울 수준의 차이를 비교하여 가족 수발자로 하여금 노인의 우울 관리를 적절하게 할 수 있도록 돕는데 기초 자료를 제공하고자 한다. 연구대상자는 서울·경기 권역에 거주하는 노인장기요양보험 등급 인정 노인과 그 가족 수발자 각 136쌍(총272명)이다. 조사기간은 2013년 2월~3월까지이며 횡단적 조사방법을 사용하였다.

본 연구는 노인 우울에 대해 노인 우울 응답 점수, 가족 수발자의 노인 우울 응답점수를 비교하였으며 세부적으로 노인의 특성(노인 성별, 나이, 만성 질환 수, 종류, 주관적 건강상태, 장기요양등급, 신체기동력, 인지기능), 가족 수발자의 특성(가족 수발자 성별, 나이, 노인과의 가족 관계, 만족도, 동거 기간, 장기요양 본인부담금 납부비율, 주관적 경제상태)에 따른 노인, 가족 수발자의 응답점수 차이를 비교하였다.

우울 측정에 사용된 도구는 기백석(1996)의 한국판 단축형 노인우울척도 및 Hammond 등(2000)의 관찰자 측정 도구이다.

통계 분석방법은 빈도와 백분율 등의 기술통계와 비모수 통계의 Mecnemar's test 및 Paired t test, ANOVA를 이용하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 장기요양 재가 노인의 우울 점수는 15점 만점 도구에서 평균 11.4점 (± 2.7)으로 우울이 높은 상태로 확인되었으나 수발자는 노인 우울을 평균 10.5(± 3.4)점으로 응답하며 실제 노인의 우울 정도를 낮게 인지

함을 보였다.

2. 노인의 건강상태 중 가지고 있는 만성질환 수가 많고, 주관적 건강수준이 낮으며, 신체 기동력이 저하될수록 노인의 주관적 우울 수준 및 가족 수발자가 지각한 우울 수준이 모두 높게 나타났다.
3. 노인 우울에 대한 가족 수발자와 노인의 주관적 응답 차이는 우울 측정 도구의 문항별, 요인별로 확인할 수 있었는데 총 15문항 중 7문항에서 차이를 보였고 도구를 구성하는 요인별 점수로는 비활력 요인은 수발자가 노인보다 더 높게 그 외 부정적 정서요인 및 흥미·활동 저하 요인의 문항은 수발자가 노인보다 응답 점수가 더 낮게 나타났다.
4. 노인 우울에 대한 가족 수발자와 노인의 주관적 응답 차이는 가족 수발자의 특성에 따라서도 차이가 나타났다. 수발자가 여성이거나, 청장년층, 노년층에 속하거나, 며느리이고, 노인과의 관계 만족이 중 이상일 때, 동거기간이 15년 이상이며, 주관적 가계 경제적 상태가 좋지 않을 때, 기초생활 수급자일 때 노인의 실제 우울 정도 보다 이를 낮게 인식하고 있었다.

결론적으로 노인의 곁에서 건강관리자의 역할을 수행하는 가족 수발자를 대상으로 노인 우울에 대한 이해를 높이고 이를 관리할 수 있는 교육적 개입 등이 필요하다. 또한 노인의 우울수준과 기능상태를 다각적으로 반영하는 장기요양 도구의 개편 및 재가 서비스 전달과정에서 이를 감소시키기 위한 구체적 대안 마련이 필요하다.

주요어 : 노인 우울, 가족 수발자의 노인 우울 지각

학 번 : 2011-20466

목 차

국문 초록	i
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	3
3. 용어 정의	4
II. 문헌고찰	6
1. 노인의 우울	6
2. 노인 우울에 대한 인식	9
III. 연구방법	12
1. 연구 설계	12
2. 연구 대상	12
3. 연구 도구	13
1) 노인 우울 측정 도구	13
2) 독립변수 측정	15
4. 자료수집 및 절차	17
5. 자료 분석 방법	18
IV. 연구 결과	19
1. 연구대상자의 특성	19
2. 노인의 주관적 우울정도와 가족 수발자가 인식한 우울정도 비교 ...	23
3. 응답자 특성에 따른 우울 점수의 차이 비교	26

VI. 논의	30
1. 노인의 실제 우울과 가족 수발자가 지각한 노인 우울 정도	30
2. 응답자 특성에 따른 우울 점수의 차이	31
3. 수발자의 노인 우울 인식 개선 및 관리 방안	36
4. 연구의 제한점 및 의의	37
VI. 결론 및 제언	38
1. 결론	38
2. 제언	39
VII. Reference	40
부록	50
ABSTRACT	65

표 목 차

Table 1. Comparison in perception of depression assessed by elderly, family care giver response and observer rating	15
Table 2. General Characteristics of Subjects	20
Table 3. Characteristics of elderly health status	22
Table 4. Comparison of SGDS rated by elderly and family care giver	23
Table 5. Comparison of SGDS responded by elderly, family care giver according to elderly characteristic	25
Table 6. Comparison of SGDS Questionnaire responded by elderly, family care giver	27
Table 7. Comparison of SGDS responded by elderly, family care giver according to family care giver characteristic	29

그림목차

Figure 1. Conceptual fame work of the study	12
---	----

I. 서론

1. 연구의 필요성

지역사회 노인인구의 건강관리에 있어 고혈압, 당뇨병, 관절염과 같은 만성 질환의 관리가 주목받는 가운데 노인의 우울은 중요한 정서장애로 대두되고 있다. 이는 가장 흔히 발생하는 정신건강 상의 문제 중 하나이나 신체 증상이나 집중력 저하, 기억력 감퇴와 같은 동반증상으로 인해 종종 증상을 알아차리기 어렵다(Bae, Cho, 2004). 그러나 우울은 만성질환으로 인한 기능장애를 가진 노인의 일상생활 수행 능력을 악화시키는 위험 요인으로 반드시 개선이 필요한 문제이다(박선영, 2009; 이삼순, 2000; Covinsky 등, 2010; Dunlop 외, 2005; Lenze 등, 2001; Wada 등, 2004). 우울은 초기에는 노인의 도구적 일상생활 수행력을 악화시키다가(Kondo 등, 2008) 점차적으로 기본적 기능 수행력을 저하시켜버린다(Cronin-stubbs 등, 2000).

따라서 노인의 기능상태 악화방지를 위해 이들의 우울을 관리해야 하는데 이 중, 기능감퇴의 정도가 심한 장기요양보험 수혜 노인의 우울정도를 우선적으로 확인하는 작업이 필요하다. 또한 이들 중 재가 생활 노인에 대한 관심이 요구된다. 노인이 가정에서 가족의 돌봄을 받는 것이 시설입소나 지역사회 보호 같은 공적 체계보다 더 중요한데, 장기요양보험제도는 가족에 의한 재가 형태의 보호가 뒷받침될 때 지역사회 내에서 안정적으로 작동하기 때문이다(김동배, 2010). 따라서 기능상태의 악화로 가족들의 수발능력 범위를 벗어나 시설에 입소하기까지 재가 대상자를 돌볼 수 있는 상황을 최대한 연장시키기 위해서는 재가 노인의 일상생활 수행 기능 관리에 우선적으로 관심을 가질 필요가 있다.

노인의 우울은 단순히 장기요양 노인의 기능상태 악화방지를 위한 것 뿐 아니라, 요양보험 재원 관리 측면에서도 짚고 넘어가야 할 문제이다. 노인 우울은 건강관련 서비스의 과다 이용에 영향을 주는데(Luppa 등, 2008, Press 등, 2012), 이는 곧 요양 서비스의 과다 이용에도 영향을 미칠 수 있

음으로 해석될 수 있다. 또한 장기요양 서비스의 효과성도 감소시키는 것으로도 나타났다(Hache 등, 2010). 따라서 노인인구 증가 추세로 장기요양보험 서비스 수급자수가 확대되는 배경을 고려할 때, 보험료 지출 통제와 서비스의 효과적 전달의 측면에서 장기요양 노인의 우울은 반드시 관리, 통제되어야 한다.

그러나 노인의 우울을 다룰 때, 적절한 증상 관리와 개입 과정은 어려운 문제로 지적되어왔다. 노인이 가진 환경적 심리적 문제들에 대한 반응으로 우울이 자연적으로 생긴다고 인식하는 의료진의 잘못된 태도는 적절한 노인 우울 관리에 장애가 되고 있고(김도훈, 2004), 스스로 우울 증상을 식별할 수 있는 노인도 전체 응답자의 14%에 불과(이선희, 고정은, 2009)하기 때문이다.

그러므로 노인 곁에서 항상 건강관리를 수행하는 가족 수발자가 노인의 우울을 지각하는 것이 중요한데 이는 가족이 노인 우울 상태를 지각해야 노인의 지역사회 건강 서비스로의 접근을 돕고 건강 전문 인력 역시 노인 우울을 효과적으로 관리 할 수 있기 때문이다. 그러나 노인의 우울에 관한 연구 중 가족 수발자의 노인 우울에 대한 인식과 관련된 연구는 미비하다.

그간의 재가 노인의 우울에 대한 연구를 보면, 주로 우울과의 상관성, 영향 요인을 확인하는 조사 연구로서 이는 주로 우울과 건강상태, 일상생활 기능 및 다양한 인구사회학적 요소들과의 관계를 확인하였다(김현경 외, 2008, 김정화, 2003, 김은경, 유수정, 2010, 박선영 2009, 송민선 외 2008, 원정숙, 이소영, 2010, 허준수, 유수현, 2002). 또는 우울을 감소시키기 위한 중재 연구들이었다(엄미란 외 2008, 조용란, 이인수, 2012). 반면, 노인 우울에 대해 조기 발견하여 개입하는 과정에 대한 파악이나 이를 촉진하는 요인에 대한 이해도 중요하나 이에 대한 관심은 저조함을 알 수 있다(이선희, 고정은, 2009).

따라서 장기요양 요구를 가진 노인의 가족 수발자가 노인 우울을 어떻게 인식하고 있는가에 대한 연구가 필요하다. 이를 통해 노인 우울을 적기에 관리하여 기능 감퇴를 늦추고, 장기적 요양보호의 위험성을 감소시켜 나가

야한다. 이는 개인 차원에서의 삶의 질 향상 뿐 아니라 국가 차원에서 장기요양보험 수급권자의 기능상태 악화방지를 통한 보험료 지출 통제 효과를 가져 올 수 있다는 의미가 있다.

이에 본 연구는 장기요양보험 등급을 받은 노인의 가족 수발자가 본인들이 돌보는 노인의 우울상태를 어떻게 인식하는가를 평가하고 노인이 직접 평가한 결과와 비교하고자 한다. 이를 통해 가족 수발자의 노인 우울 인식 정도를 확인할 수 있을 것이다. 이는 노인의 기능감퇴 예방 측면에서의 우울 관리가 가족 수발자로 하여금 유연하게 이뤄질 수 있도록 하는 기초적 자료로서도 활용될 수 있다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 장기요양 등급을 인정받은 재가 노인 우울에 대해 노인 자신과 가족 수발자의 인식 여부에 차이가 있는지를 분석하는 것이며 세부적으로는 다음과 같다.

- 1) 재가 노인 대상자의 우울 정도와 가족 수발자가 지각한 노인의 우울 정도를 비교하고 그 차이를 확인한다.
- 2) 응답자의 특성에 따라 노인 우울에 대하여 노인과 가족 수발자가 지각한 우울 정도를 비교하고 그 차이를 확인한다.

3. 용어 정의

1) 노인의 우울

우울이란 정상에서 병적인 상태까지 연속선상에 있는 감정적 장애로 근심, 침울감, 무력감 등이 나타나는 기분장애이다(Battle, 1978). 본 연구에서는 기백석(1996)이 번역한 한국판 노인우울척도 단축형을 가지고 측정된 점수를 우울 정도로 정의하며 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것으로 본다.

2) 가족 수발자

가족이란 부부를 중심으로 한 혈연자로 이뤄진 공동체로(두산대백과사전, 2013), 가족 수발자란 가족 중 노인의 수발을 들고 있는 가족 구성원을 말한다. 본 연구에서의 가족 수발자는 노인과 동거하며 이들의 수발에 참여하는 배우자, 자녀, 며느리, 사위 및 손자녀의 범위로 본다.

3) 가족 수발자의 노인 관계 만족도

가족 구성원들의 생활 속 상호작용 가운데 느끼는 전반적 만족수준을 의미하며 노인과의 가족관계 만족감이 높을수록 장기요양요구가 있는 노인의 가족 수발자는 수발에 긍정적으로 참여한다(백용운, 이태숙, 2010).

본 연구에서는 가족 수발자가 노인을 수발하는 과정 가운데 느끼는 전반적인 만족수준은 연구자가 개발한 한 개 문항의 서열척도로 매우 나쁨부터 매우 좋음까지 5가지 수준으로 정의하여 평가하였다.

4) 노인의 주관적 건강

노인에게 주관적 건강상태란 신체, 심리 및 사회적 측면에서의 포괄적 평

가로 객관적 건강상태인 질병, 의료이용, 생활상 등 여러 영역에서 영향을 받으며 노인의 삶의 질을 결정하는 데 중요한 의미를 지닌다(남연희, 남지란 2011).

본 연구에서는 노인 스스로 본인의 신체, 정신 및 기능상태 등을 포함한 전반적 건강 상태를 연구자가 개발한 한 개 문항의 서열척도로 매우 나쁨부터 매우 좋음까지 5가지 수준으로 정의하여 평가하였다.

5) 신체 기동력

기동력은 일상생활을 수행하는 데 요구되는 보행을 포함한 신체이동 능력으로 노인의 일상생활 여부를 사정하는 것에 대한 중요한 지표이다(Korets, Moore, 2001).

본 연구에서는 노인장기요양보험 등급판정 문항 중 와상도를 평가하는 문항의 지표를 차용하였다. 이는 일상생활 수행을 하기 위한 노인의 이동 능력 수준을 평가하는 것으로 신체 기동력은 정상에서 완전 와상까지 4가지로 분류된 수준을 말한다.

6) 인지기능 정도

인지기능이란 충동, 지각, 흥미, 동기, 기억, 논리, 사고, 학습, 문제해결, 판단과 같은 정신력, 지적 과정을 말한다(Murray 등, 1980, 김연미, 2011에서 재인용).

본 연구에서는 노인장기요양보험 등급판정 문항 중 인지정도를 평가하는 문항의 지표를 차용하였다. 이는 일상생활 수행을 하기 위한 노인의 인지능력을 평가하는 것으로 인지기능 정도는 정상에서 완전 의존까지 4가지로 분류된 수준을 말한다.

II. 문헌고찰

1. 노인의 우울

우울과 우울증은 정신병리 현상 중에서 가장 흔히 관찰되고 임상 장면에서도 쉽게 접할 수 있으며(이영호, 송종용, 1991), 이는 WHO에서 제시하는 장애보정손실연수(disability adjusted life years, DALY)에 의해 질병으로 인한 건강 손실이 큰 주요 10가지 질병 안에 드는 정신장애이기도 하다. 노년기에 접어들면 배우자, 다른 친척 및 친구와의 사별, 경제활동의 중단 등 과거에 누렸던 것들에 대한 상실감 등으로 인해 우울증에 빠질 가능성이 크다는 것은 보편적으로 알려진 사실이다. 그러나 우울이 노인의 삶의 질을 저하시키는 중요한 문제임에도 불구하고, 실제 일 지역사회에서 치료가 필요한 대상자 중 16% 만이 항 우울제를 사용함으로 보고된 연구결과를 고려해 볼 때(Sonnenberg 등, 2003), 노인의 우울은 적절한 관리를 받기 어려운 문제임을 알 수 있다.

노인의 다양한 신체적 질환과 사회 경제적 어려움 때문에, 의료진 뿐 아니라 노인 본인조차도 노년기에 나타나는 우울증세가 환경적 심리적 문제들에 대한 반응으로서 자연적으로 생긴다고 인식하는 경향이 있다. 때문에 노인 우울은 제대로 파악되지 못하고 적절한 치료 및 관리가 제공되지 않는 경향이 있으나, 이는 정상 노화와 구분될 수 있으며, 재발하는 경향 역시 있으므로 주의 깊게 관찰해야 할 필요가 있다(김도훈, 2004).

노인의 우울에 있어 가장 큰 영향요인 중 하나는 바로 건강상태이다. 만성 통증, 신체 질환의 여부는 노인의 우울에 정적인 영향을 주며(김현경 외, 2008), 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울 수준이 높아지는 것으로 나타났다(허준수, 유수현, 2002). 역으로 노인의 우울수준이 높을수록 이들의 주관적 건강상태가 악화되는 결과도 존재한다(남현희 외, 2011, Millan-Calenti 등, 2010).

이외에도, 노인 우울은 다양한 개념과 서로 관계가 있음이 연구 되었다.

박선영(2009)에 따르면, 우울과 기능상태를 반영하는 Activity of Daily Living(ADL), Instrumental Activity of Daily Living (IADL)은 서로 부적 상관관계가 있으며 이는 궁극적으로 삶의 질에 영향을 끼치는 것으로 보고 있다. 송민선 외(2008)의 우울한 노인과 그렇지 않은 노인의 ADL, IADL수준을 비교한 연구에서 우울하지 않은 집단 노인의 ADL, IADL점수가 더 높은 것으로 나타났다.

기능 저하로 인한 기본적 욕구 결핍의 발생은 노인 우울을 예측하는 중요한 요소로서 이는 단순히 기본적 신체활동 상태에만 국한되지 않고 안전, 금전 및 집안일에 대한 욕구 등도 포함되 우울 발생에 영향을 주는 것으로 나타났다 (Blazer 등, 2007).

인구 사회학적 변인들도 우울에 영향을 미치는데 독거나 자녀와 동거하는 것보다 부부가 함께 살며, 생활정도가 중 이상이고, 학력이 높을수록 자기생활에 대한 만족감이 높아 우울이 낮다고 밝혀졌다(원정숙, 김정화, 2003). 허준수, 유수현(2002)의 결과에서도 교육 및 생활수준이 낮고 연령이 높으며, 사별한 사람일수록 우울 수준이 높았다. 우리나라 뿐 아니라 외국의 연구에서도 8년간 노인인구의 우울을 추적한 결과 여성노인이며, 사회적 지지체계가 약한 것이 우울 증상을 심화시키는 유의한 영향 요인임을 주장하였다(Luppa 등, 2012). 성별의 경우도 우울에 영향을 미치는데, 도시에서 생활하는 재가 노인 여성의 우울이 남성노인에 비해 높았으며(이금재, 박혜숙, 2006, 이현주 외, 2008), 지역사회 재가 여성의 경우 우울 대상자가 전체 응답자의 50%이상으로 보고(정영미, 1997)하기도 하는 등 여성의 우울의 우울증세가 보다 높게 보고되었다.

가족과의 관계에 있어서도 노인의 우울을 살펴볼 수 있는데, 핵가족 가구이며, 사별 및 이혼할수록 노인의 우울수준은 높았다(Anther 등, 2007) 가족 관계에서의 지지와 노인의 우울은 부적 상관관계를 보이고(박상연, 1999), 재가에서 생활하는 노인을 대상으로 한 연구에서도 가족 지지가 높을수록 우울수준이 낮은 것으로 나타났다(김춘길, 2007). 이는 기능장애가 있는 노인의 우울에서도 동일한 것으로 확인되었다(이신숙, 차용은, 2002).

반대로 노인이 가족 관계에 만족감을 느끼는 것은 우울을 예방하는 것에 긍정적으로 작용하였다(유정현, 성혜영, 2009). 가족 기능을 개선시키는 것에 개입하는 것은 노인의 우울을 감소시킨다고 밝혀진 결과도 같은 맥락에서 이해할 수 있겠다(Wang, Zhao, 2012).

노인의 주거환경에 따라 크게 시설 생활하는 노인과 재가생활 노인의 우울정도를 비교하여 살펴보는 연구들도 이루어졌다. 우울의 정도로 볼 때 시설 노인이 재가 생활 노인보다 높다고 확인되었다(김연미, 2011, 오미나, 최외선, 2005, 이경숙, 2009). 이는 시설 입소 전 재가에서의 고부갈등과 같은 수발과 관련된 부정적 경험, 상실감 등이 내면화되어 이와 같은 결과가 나왔을 것이라 추측한다(오미나, 최외선, 2005). 반면, 두 군간의 우울수준 차이는 없으나 이들 모두에서 일상생활수행에 대한 제한이 높아질수록 우울해지는 것으로 나타났다(김윤정, 이창식, 2006).

시설 노인의 경우 재가와 다르게 시설 생활과 관련된 요인들이 우울에 영향을 미치고 있었다. 입소시설에서의 부적응 관계가 우울을 야기시키고(김동배 외, 2012) 시설 입소 시 본인의사 여부 등이 우울정도에 영향을 미치는 것으로 나타났다(박금자 외, 2007). 시설생활에 대한 만족도도 이들의 우울에 영향을 주는 요인으로 밝혀졌다(정순돌, 2005).

위에서 살펴본 바와 같이 노년기의 우울은 대상자의 일반적 특성에서부터, 신체적, 사회적 특성에 이르기까지 다양한 측면의 개념과 서로 상호작용을 하며 노년기 삶의 질에 영향을 주는 것을 알 수 있다. 따라서 경한 우울이라도 조기에 발견하여 적절한 관리를 받는 것은 노인의 신체 및 정신 건강 뿐 아니라 삶의 질을 향상시키는 것에 매우 중요하다(장미희, 원정숙, 2009).

반면 우리나라의 노인 우울에 대한 사회적 시각은 노화로 인한 위축된 증상으로 이를 조명하며 개인의 문제로 치부하거나, 노인과 그 부양 가족 내의 사적 문제로 바라보는 분위기가 팽배하다(이민숙, 2005). 결국 우울로 인한 노년기 삶의 질이 위협받고 있으나, 노인 우울을 관리할 수 있는 전문적인 정책은 미비한 실정이다. 결국 우울로 고통 받는 노인을 위한 뚜렷한

주력 사업이 없는 우리나라의 복지 상황에서는 도움이 필요한 노인들이 사각지대에 놓여 있다(배진희, 2009).

우리나라의 경우 경증도 이상의 노인 우울 대상자를 최고 60% 이상으로 보고하는 연구 결과들을 고려할 때(김남초, 양수 2001; 원종순, 김계화, 2008), 노인의 우울 정도가 심각하며 무엇보다도 중요하게 다뤄져야 하는 문제로 구체적인 대안 마련이 시급함을 알 수 있다.

2. 노인 우울에 대한 인식

일반인들이 우울을 제대로 인식하지 못하고 있다는 내용은 여러 연구결과들을 통해 나타나고 있다. 미국에서는 연구 참여자의 80%가 우울과 관련된 인물의 삽화를 보고 전문적 도움을 요청할 필요가 없다고 답하였으며(Perry 등, 2007) 호주에서도 10% 미만의 응답자만이 해당내용에 대해 전문가를 찾을 것을 고려할 필요가 있다고 답을 하였다(Jorm 등, 1997).

이러한 태도는 우울을 가진 대상자의 가족이나 주변 지인들에게서도 발견이 되어 우울에 대해 적절한 도움을 받지 못하는 요인으로 지목되고 있다(Blease, 2012). 노인의 우울이 질병에 의한 건강상태와 기능을 더욱 악화시킬 수 있는 결정적 요소로 간주되고 있으므로 조기진단과 치료는 삶의 질을 개선시키는 기회를 제공하고, 고통과 사망률을 감소시키며 노인의 적절한 기능 수준과 독립된 생활의 유지를 가능하게 한다(김도훈, 2004).

그러나, 우울은 노인 인구에 있어서 빈번하게 진단이 간과되거나 잘못 다뤄지는 문제임이 선행연구에서 지적되었다.

일례로, 지역사회 재가 생활 대상자를 돌보는 간호사들이 GDS(Geriatric Depression Scale)를 가지고 측정 결과 우울의 범주 안에 들었던 27.5%의 대상자에게 우울과 관련된 간호적인 진단 및 개입을 수행하지 않았다는 Dalton 외 (1995)의 연구 결과와 영국에서 일반의(GP)가 70명의 우울한 노인 중 36명만을 우울 노인으로 인식했다는 Crawford 외(1998)의 연구

결과를 들 수 있다. Hammond 등(2000)의 연구에서도 간호사 등의 전문 인력이 우울을 선별해내고 인식해내는 것의 어려움을 언급함 역시 동일한 맥락에서 지적되는 문제이다.

노인 우울에 대한 인식을 대중적인 차원에서 확인할 수 있는 연구 결과에서도(Connery, Davidson 2006), 일반인들은 노인 우울이 노년기에 발생할 수 있는 건강상의 문제나 상실감등에 의한 모습으로 발생할 수 있는 이해할 수 있는 상황이나 이를 관리가 필요한 질병으로까지 인식하지는 않는 것으로 나타났다. 또한, 노인 응답자는 노인의 우울을 사회적 오명(social stigma)과 같은 맥락으로서 이해하고 질병으로서 인식하기 어려운 것으로 확인되어 우울에 대한 잘못된 인식과 태도가 도움과 해결 자원으로서의 접근을 막는 장애요인으로 작용할 수 있음이 제시되었다.

노인 대상자를 돌보는 케어 제공자의 노인 우울에 대한 인식을 질적 연구로 다룬 경우도 있었다. Hassall & Gill(2008)은 지역사회 노인 거주 시설 등지에서 일하는 케어 제공 인력들을 인터뷰하였는데, 이들은 우울한 노인이 나타내는 증상을 식별해내기 어려움을 호소하였다. 또한 노인의 우울을 파악해내고 관리를 하는 과정에서의 대처에 대한 어려움을 호소하였으며 이에 대한 교육적 욕구가 높음으로 나타났다.

Billig(1991)에 의하면 가족의 노인 우울에 대한 잘못된 인식은 수발 부담을 느끼는 위험을 초래하기도 한다고 주장되었는데 이들의 잘못된 지식 및 정보, 가족 중 누군가가 정신적으로 문제가 있을 것이라는 편견 등이 수발부담에 작용해 잘못된 대처기전을 사용하게 하면서 부정적 상황을 일으키는 것으로 나타났다.

특히, 신체적 질병과 함께 나타날 수 있는 우울 증상 자체가 신체나 인지적 수준의 손상을 통제된 상황에서도 수발을 제공하는 가족들에게 있어서 특수한 수발부담으로서 작용하므로, 수발자들의 인식을 변화시킬 수 있는 교육과 지지가 필요하다는 주장이 있다(Martire, 2010). Farran(2012)에 의하면, 우울한 노인을 수발하는 가족들은 일상적인 생활영위에 대한 보조뿐 아니라 감정적 요구에 대해서도 지지를 제공하고 있음으로 나타났는데,

수발을 제공하는 가족들은 정서적 긴장감을 느끼면서도 외부로부터의 지지나 수발 경험을 통한 긍정적 측면을 찾아가고 있으며 돌봄과 관련된 그들의 능력이나 기술들에 만족감을 나타내며 부정적인 감정을 극복하는 것으로 확인되었다. 이들에게 간호사를 포함한 다른 전문가들로부터의 도움을 받는 것은 우울한 노인 대상을 수발하는 환경 자체의 어려움 속에서도 자신감과 안정감을 느끼게 하는 것을 나타냈다. 또한 복약에 대한 지도나 문제행동을 관리하고 다루는 방법에 대한 훈련 및 지역사회 자원으로서의 접근에 대한 중재 및 노인의 상태악화에 상실감을 느낄 때 이를 대처하거나 그들의 부적절한 감정을 조절하는 방법 및 예기치 못한 여러 역할수행에 적응해나가는 것들에 대한 욕구 등의 해결은 가족들의 수발에 대한 긴장감을 낮춰주며 노인대상자의 우울 증상을 보다 낮은 방향으로 개선해나가는 결과를 가지고 오는 것으로 확인되었다.

이상의 선행연구 고찰을 통하여 장기요양보험 체계 속 노인의 우울수준을 측정하고 가족 수발자가 이들의 우울 정도를 얼마만큼 인식하는가를 비교하며 노인 및 가족 수발자의 특성에 따른 인식 정도의 차이를 세부적으로 확인하고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 가족 수발자가 장기요양보험 등급 인정을 받고 본인과 동거하는 노인의 우울을 인식하는 정도를 실제 노인의 우울정도와 비교하고 그 차이에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 하는 비교 연구이다.

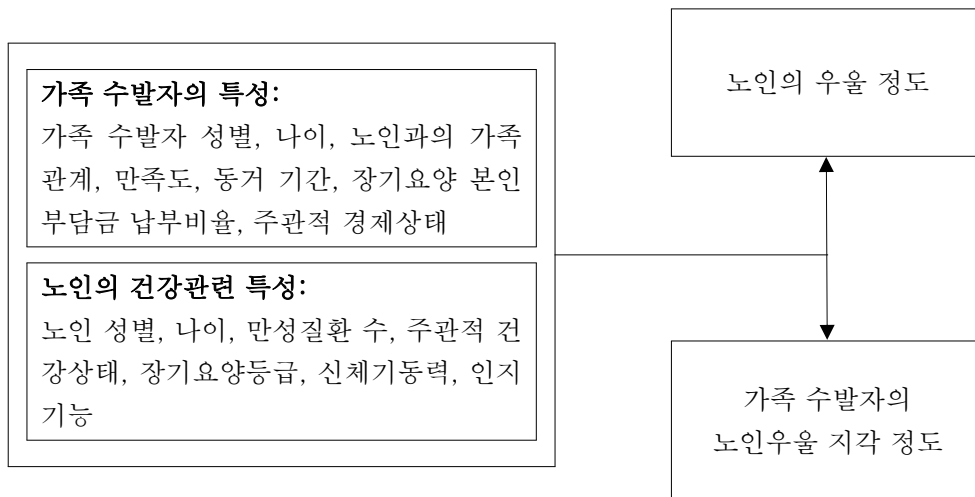


Figure 1. Conceptual fame work of the study

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 노인장기요양보험 등급을 받은 재가 생활 노인과 그 가족 수발자이다. 짝을 이룬 두 표본의 차이값의 평균을 비교하는 연구이다. 그러나 효과의 크기를 제시한 기존의 연구가 없으므로 Cohen's $d=0.5$ (중)로 기준하여 표본수를 계산하였다. 양측 검정으로 probability level을

0.05, statistical power level 0.8로 Statistical Caculators version 3.0을 이용하여 계산 시 필요 표본 수는 64쌍, 총 128명으로 확인되었다. 대상 표본은 본 연구자가 협조를 받을 수 있는 국민건강보험공단 노인장기요양보험 운영센터 3곳을 편의표본으로 추출하여 선정하였다. 이중 연구의 주 목적이 가족 수발자가 인식한 노인의 우울정도와 실제 노인의 우울정도의 비교이므로 우울증 약을 복용하는 대상자를 제외하였다. 또한 노인 우울을 자가 보고하는 형식으로 우울이 측정되므로 노인 우울 점수의 측정 정확성을 위해 평가결과 인지기능 상 부분의존 이상 수준에 해당하는 자 역시 제외시켰다.

3. 연구 도구

1) 노인 우울 측정 도구

(1) 노인용 한국판 단축형 노인우울척도

노인의 우울은 한국판 단축형 노인우울척도(GDS Short Form of Korea)를 사용하여 측정하였다(본 연구에서는 GDSSF-K를 편의 상 SGDS로 약칭하고자 한다). 한국판 단축형 노인우울척도는 기존 30문항의 GDS를 15문항으로 축소시킨 것으로 응답은 '예'인 경우 0점, '아니오'로 답한 경우 1점으로 환산된다. 부정적 내용의 5개의 문항(2,7,8,10,12번)은 '예'라고 응답 시 우울한 것으로 측정되며 그 외 10문항 (1,3,4,5,6,9,10,13,14,15번)은 '아니오'라고 응답 시 우울한 것으로 측정이 된다. 총 점수는 0~15점으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 심함을 나타내며, 최적 절단점은 5점으로 우울과 비우울군을 선별할 것을 제시하였다. 또한 본 도구는 3가지 하부요인으로 구성되는데 이는 비활력 요인10문항과(1,3,4,5,6,9,10,13,14,15번), 부정적 정서 요인 4문항(7,8,11,12번) 및 흥미·활동저하 요인 1문항(2번)이다. 도구 개발 당시 신뢰도로 Chronbach's α 값은 .88이었으며(기백석,1996), 본 연구에서도 .728로 나타났다.

(2) 가족 수발자용 한국판 단축형 노인우울척도

가족 수발자용 노인 우울척도는 가족 수발자가 피 수발자인 노인의 우울 상태를 염두하여 응답할 수 있도록 상기의 노인용 우울척도의 문항 내용 중 일부 어의를 연구자가 변형한 것이다. 노인용 우울척도 문항의 주어가 노인 '당신'으로 응답 노인에게 질문이 된다면, 가족용 노인우울척도에서는 이들이 수발하는 '어르신'으로 변형하여 수발자가 답하도록 하였다. 본인이 수발하는 어르신의 상태에 대해 답하는 것임을 문항 서두에 명시하였다. 그 외 총점, 최적 절단점 및 하부 요인 등의 문항 구성은 앞서 언급한 노인용 우울척도와 동일하다.

(3) 조사자 관찰에 의한 우울평가 도구

본 연구에서는 연구의 대상이 장기요양보험 등급 인정자와 그 가족인데 조사자가 장기요양 운영센터의 직원이므로 설문조사 시 본인의 건강상태 등이 추후 등급판정에 영향을 미칠 수 있다고 오해하여 과장된 진술을 할 수 있다. 따라서 대상자가 자가 보고 형식으로 응답하는 노인우울 측정에 대한 내용 타당성을 확인하고자 조사자 관찰에 의한 우울측정도구를 추가적으로 적용하였다.

관찰에 의한 우울측정 도구는 Hammond 등(2000)에 의해 개발된 Observer rated screening scale이다. 본 도구는 총 6문항으로 구성되어 있고 노인이 보이는 표정이나 행동에 대한 관찰 후 해당 문항에 예(1점), 아니오(0점)를 선택해야 한다. 0~6 사이의 점수가 분포하며 점수가 높을수록 우울하며 3점 이상이면 우울한 상태로 분류한다. 본 도구는 국내에서 미번역된 상태로 먼저 원 저자에게서 도구 사용에 대한 허락을 받은 후, 한국어와 영어가 모두 가능한 통번역사 2인에게 번역-역번역의 과정을 거쳤다. 조사자는 장기요양업무에 종사하는 전문가이며 객관적 제 3자로서 이들이 평가한 결과를 기준으로 노인과 가족 수발자의 응답을 우울군, 비우울군으로 나누어 집단별 차이를 Mecnemars's test로 확인하였다(Table 1). 노인 우울에 대한 조사자 vs 노인응답, 조사자 vs 가족 수발자 응답 별 비교 시

차이가 없었다. 그러므로 대상자들의 자가보고한 우울 평가를 사용하는 것에는 무리가 없다고 본다.

Table 1. Comparison in perception of depression assessed by elderly, family care giver response and observer rating

		Hammond observer rated scale			χ^2 MC
		Non Depressed	Depressed	Total	
SGDS self report	Elderly response	Non Depressed	0	2	2.00 (.289)
		Depressed	6	128	
	Total	6	130	136	
SGDS self report	family care giver response	Non Depressed	1	8	0.69 (.581)
		Depressed	5	122	
	Total	6	130	136	

2) 독립변수 측정

(1) 주관적 건강상태

장기요양보험 재가노인 대상자가 본인의 건강상태에 대해 느끼는 정도를 확인하기 위해 연구자가 고안한 문항으로 본인의 건강상태에 대해 표시하도록 하였다. 측정도구는 매우 건강하지 못하다에서 매우 건강하다까지의 5가지 수준으로 나뉜 서열척도로 측정하였다.

(2) 가족관계 만족도

가족 수발자가 노인과의 관계에서 느끼는 만족감의 정도를 확인하는 연

구자가 고안한 문항으로 본인이 생각하는 노인과의 관계 만족도를 표시하도록 질문하였다. 매우 만족하지 못한다에서 매우 만족한다까지 5가지 수준으로 나뉜 서열척도로 측정하였다.

(3) 신체 기동력

노인의 기본적인 일상생활을 반영하는 신체기능 13가지 항목(옷 갈아입기, 세수하기, 양치하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로, 화장실 사용, 대변조절, 소변조절, 머리감기) 수행에 바탕이 되는 이동 능력을 확인하는 것으로 연구자는 다음의 기준에 따라 이를 측정하였다. 정상은 실내외에서 자립 보행하며 기본적인 일상생활이 가능한 상태, 불완전 자립은 실내에서의 이동만 가능한 상태, 준 외상은 실내에서도 타인의 수발 하에 이동을 해야 하는 상태, 완전 외상은 부축을 받아도 이동이 불가능한 상태를 말한다.

(4) 인지기능 정도

노인의 기본적인 일상생활을 반영하는 신체기능 13가지 항목 수행(신체 기동력에서 언급됨)에 바탕이 되는 인지 기능 정도를 확인하기 위해 연구자는 인지 기능 저하에 따른 도움 여부 정도를 기준으로 측정하였다. 인지 기능 상 문제없이 일상생활이 자립적으로 가능한 경우는 정상, 기억력 감퇴 등의 증상이 발생하기 시작하였으나 기본적인 일상생활이 가능한 정도는 불완전 자립, 타인의 직접적 도움 없이는 일상생활 수행이 불가능한 경우는 부분 의존, 인지기능의 심각한 저하로 도움을 받아도 스스로 아무것도 할 수 없는 경우는 완전 의존으로 측정하였다.

4. 자료수집 및 절차

자료 수집은 간호대학의 윤리심의위원회의 승인을 받은 후 시작하였다. 2013년 2월 1일부터 3월 29일까지 자료수집 대상자로 선정된 3곳의 서울, 경인 권역 등지에 거주하는 장기요양보험 수급자와 그 동거 가족 수발자를 대상으로 실시하였다. 자료수집에 참여하는 조사자는 노인 장기요양보험 운영센터에서 근무하는 현장업무 담당자로 간호학 또는 사회복지학을 전공한 자 7명이다. 조사 담당자들은 연구자로부터 연구의 취지를 들은 후 연구 참여에 대한 동의를 한 뒤 해당 연구 진행을 위한 설문 조사에 참여하였다. 설문조사는 담당 조사자가 담당 수급자 중 접촉 가능한 대상자를 선택하여 우선으로 연구에 대한 설명 후 방문에 동의하는 경우에만 실시하였다. 또한 방문하여 설문의 목적에 대해 안내하였으며 연구 참여 동의를 받은 이후, 설문을 진행하도록 하였다. 또한 노인에게 질문을 하는 과정 동안 보호자에게 노출되지 않도록 각기 서로 다른 공간에서 설문 문항에 응답하도록 하였다. 설문조사 시간은 평균 15~20 정도가 소요되었다. 총 필요 표본수는 노인과 그 가족 64쌍 총 128명으로 목표로 하였고 불명확한 응답 등으로 조사에 반영할 수 없는 경우나 설문지의 인쇄상태 불량 등의 경우를 고려해 각 센터마다 각65부를 배분하였다.

총 189부의 설문지를 회수하였으나, 우울증 약을 복용하는 노인 33명, 인지기능 상 부분의존 이상 수준에 해당하는 노인 28명을 제외시켰다. 이 중 8명의 노인 대상자가약복용과 완전의존 모두에 해당하는 중복자로 확인되어 결과적으로 노인 53명, 즉 노인과 그 가족 수발자 53쌍이 제외되었다. 따라서 분석에 사용된 표본수는 136쌍의 노인응답자와 그 가족 수발자이다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 version을 이용하여 분석하였다.

첫째, 조사대상자의 인구학적, 건강 및 우울 상태에 대한 특징에 대해 각 변수별 평균, 표준편차를 포함하는 기술통계분석을 수행하였다.

둘째, 각 변수 집단 간 평균 차이 검정을 확인하고자 paired t test, ANOVA를 수행하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

대상자는 노인, 가족 수발자로 136쌍으로 일반적 특성은 Table 2와 같다.

먼저, 노인의 경우 여성이 85명(62.5%), 남성이 51명(37.5%)으로 여성의 비율이 높게 나타났다. 연령대의 경우 노인의 평균 연령은 80.4세(± 7.3)로 middle old에 해당하는 75-84세 구간 노인이 65명(47.8%)으로 가장 많았다. 가족 수발자의 경우 여성이 106명(77.9%)로 역시 높은 비율을 차지하였다. 이들의 연령대는 평균 62.5세(± 12.9)로 전체 57.4%에 해당 수발자가 노년층에 속한 60대 이상이었다.

가족 수발자와 노인과의 관계로는 배우자가 51명(37.5%)으로 가장 많았고, 그 뒤로 자부 37명(27.2%), 딸 29명(21.3%) 순으로 나타났다. 이들 수발자는 노인과의 가족 관계 만족수준을 '보통'으로 응답한 경우가 58명(42.6%)으로 가장 많았다. 이들은 노인과 평균 29.6년(± 20.8)을 동거한 것으로 나타났다. 가족 수발자가 느끼는 해당 가구의 주관적인 경제 상태는 '중', '하'라고 응답한 자가 각각 63명(46.3%), '상'이 10명(7.4%)로 나타났다. 조사 대상 가구의 객관적 경제 상태를 반영해주는 장기요양 서비스 이용 시 본인부담 비율은 일반 20% 부담자 103명(75.7%)가 압도적으로 높았고 본인부담이 0%인 기초생활수급권자 21명(15.4%), 7.5% 경감대상자 12명(8.8%)이 그 뒤를 이었다.

Table 2. General Characteristics of Subjects (N=136 pair)

Variable	Categories	n(%)	M±SD	
Elderly	Gender	female	85(62.5)	80.4±7.3
		male	51(37.5)	
	Age(year)	65~74	31(22.8)	
		75~84	65(47.8)	
		≥85	40(29.4)	
	Gender	female	106(77.9)	62.5±12.9
		male	30(22.1)	
	Age(year)	20~39	5(3.7)	
		40~59	53(39.0)	
		≥60	78(57.4)	
Family care giver	Family relations	Son	13(9.6)	29.6±20.8
		Daughter	29(21.3)	
		Daughter in law	37(27.2)	
		Son in law	3(2.2)	
		Grandchild	3(2.2)	
		Spouse	51(37.5)	
	Level of satisfaction about relationship with elderly	Very bad	7(5.1)	
		Bad	25(18.4)	
		Moderate	58(42.6)	
		Good	35(25.7)	
Very good		11(8.1)		
Living duration (year)	5<	22(16.2)	29.6±20.8	
	5≤year<10	7(5.1)		
	10≤year<15	16(11.8)		
	≥15	91(66.9)		
Subjective economic status	High	10(7.4)	63(46.3)	
	Middle	63(46.3)		
	Low	63(46.3)		
Payment percentage for care service	15%	103(75.7)	21(15.4)	
	7.5%	12(8.8)		
	0%	21(15.4)		

2) 장기요양보험 재가노인의 건강 특성

장기요양보험 재가 노인 대상자는 평균 2개 이상의 만성질환을 가지고 있었으며, 이 중 2개의 만성 질환을 동시에 가진 노인이 52(38.2%)으로 가장 많았다.

해당 질병 여부 중 가장 많이 응답한 질환은 고혈압(39.0%)이었으며 그 뒤로 척추 질환(33.1%), 뇌질환(31.6%)등이 확인되었다.

노인의 주관적 건강상태에 '나쁨'이라고 응답한 대상자가 74명(54.4%), 매우 나쁨 27명(19.9%)이었다. 총 101명(74.3%)의 대상자가 본인의 건강을 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답하였다.

노인의 건강과 관련된 기능 상태를 반영하는 장기요양보험 인정 등급은 3등급에 해당되는 121명(89.0%)이 압도적으로 높게 나타났고 2등급 13명(9.6%), 1등급 2명(1.5%) 순 이었다. 장기요양 수급자의 전반적 기능 상태를 알려주는 지표인 신체 기동력의 경우 71명(52.2)에 해당하는 준와상 대상자의 비율이 높았으며, 인지기능 정도의 경우 85명(62.5%)에 해당하는 불완전 자립상태가 높았다.

Table 3. Characteristics of elderly health status

(N=136)

Variable	Categories	n(%)
Numbers of the chronic diseases	0	2(1.5)
	1	39(28.7)
	2	52(38.2)
	≥3	43(31.6)
	M± SD	2.2±1.2
Types of the chronic diseases*	Dementia	29(21.3)
	Cerebral disease	43(31.6)
	Hypertension	53(39.0)
	Diabetes	35(25.7)
	Arthritis	36(26.5)
	Spondylopathy	45(33.1)
	Respiratory disease	6(4.4)
	Deafness	2(1.5)
	Cataract, Glaucoma	2(1.5)
	Fracture	13(9.6)
Subjective health status	Cancer	6(4.4)
	Others	27(19.9)
	Very bad	27(19.9)
	Bad	74(54.4)
	Moderate	28(20.6)
Senior long-term care insurance level	Good	7(5.1)
	Very good	0(0)
	1	2(1.5)
Level of mobility**	2	13(9.6)
	3	121(89.0)
	No need help to move	3(2.2)
	Need a little help to move	56(41.2)
Level of cognition**	Need some help to move	71(52.2)
	Need much help to move	5(3.7)
	No cognitive impairment	50(36.8)
	Mild cognitive impairment	85(62.5)

Note. * multiple responses were included.

** Numbers of no response were excluded.

2. 노인의 주관적 우울정도와 가족 수발자가 인식한 우울 정도 비교

1) 노인 응답, 가족 수발자가 응답한 노인 우울 점수의 차이 비교

노인의 우울상태는 11.4점(± 2.7)이며, 가족 수발자가 노인 우울 상태에 대한 응답 결과는 10.5점(± 3.4)로 노인 우울에 대해 두 집단은 응답점수의 차이를 보였으며 이는 통계적으로 유의하였다($t=3.385$, $p<0.01$). 즉 가족 수발자는 노인 우울을 실제보다 낮게 평가한 것을 알 수 있다.

Table 4. Comparison of SGDS rated by elderly and family care giver
(N=136 pair)

	Range	Min.	Max.	M \pm SD	paired t	p
Elderly	0-15	4.0	15.0	11.4 \pm 2.7	3.385	.001**
Family care giver	0-15	0.	15.0	10.5 \pm 3.4		

** $p<.01$

2) 노인의 특성에 따른 노인 응답, 가족 수발자가 응답 노인 우울 점수 차이 비교

노인이 가지고 있는 일반적, 건강관련 특성에 따른 노인의 주관적인 우울 정도, 가족 수발자가 지각한 노인의 우울 정도를 확인하였다.

노인이 가지고 있는 만성질환의 개수가 증가할수록 가족 수발자가 지각하는 노인의 우울정도는 높아졌으며, 각 구간별 평균의 차이가 유의한 것으로 나타났다($F=5.032$, $p<.01$). 노인이 호소하는 주관적인 건강상태의 경우, 노인 응답($F=13.353$, $p<.001$), 가족 수발자가 응답($F=5.227$, $p<.01$)한 노인 우울 점수에서 차이를 보였으며 두 집단 모두 주관적인 건강상태가 악화될수록 우울 점수가 높아지는 것으로 나타났다. 신체 기동력의 경우에도 노인 응답($F=5.684$, $p<.01$), 가족 수발자가 응답($F=3.401$, $p<.05$)한 우울 점수 모두 차이를 보였고 기동력이 악화된 집단의 우울점수가 높게 나타났다.

Table 5. Comparison of SGDS responded by elderly, family care giver according to elderly characteristic (N=136pair)

		n(%)	Elderly		Family care giver	
			M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F p
Gender	Female	85(62.5)	11.4±2.7	-.104 (.917)	10.6±3.4	.527 (.599)
	Male	51(37.5)	11.5±2.9		10.2±3.6	
Age	65-74	31(22.8)	11.3±2.7	.034 (.967)	9.7±3.4	1.016 (.365)
	75-84	65(47.8)	11.5±3.0		10.5±3.7	
	≥85	40(29.4)	11.4±2.4		10.9±3.0	
Numbers of the chronic diseases	0	2(1.5)	10.0±2.8	2.091 (.128)	7.5±2.1 ^{a†}	5.032 (.008) **
	1~2	91(66.9)	11.1±2.9		9.9±3.3 ^{a†}	
	≥3	43(31.6)	12.1±2.2		11.7±3.4 ^{b†}	
Subjective health status	Good	7(5.1)	8.1±3.8 ^{a†}	13.353 <.001 ***	6.9±3.8 ^{a†}	5.227 (.007) **
	Moderate	28(20.6)	10.0±3.4 ^{a,b†}		9.9±4.3 ^{b†}	
	Bad	101(74.3)	12.0±2.1 ^{b†}		10.9±3.0 ^{b†}	
Senior long-term care insurance level	1	2(1.5)	12.2±2.8	.293 (.747)	13.0±.00	.811 (.447)
	2	13(9.6)	11.9±2.7		9.8±4.3	
	3	121(89.0)	11.4±2.8		10.5±3.4	
Level of mobility	No need help to move	3(2.2)	10.3±4.6 ^{a†}	5.684 (.004) **	7.3±5.9 ^{a†}	3.401 (.036) *
	Need little/some help to move	56(41.2)	10.5±3.1 ^{a†}		9.9±3.6 ^{a,b†}	
	Need much help to move	76(55.9)	12.1±2.2 ^{b†}		11.1±3.1 ^{b†}	
Level of cognition	No cognitive impairment	50(36.8)	11.1±2.8	.823 (.366)	10.0±3.5	1.566 (.213)
	Mild cognitive impairment	85(62.5)	11.6±2.7		10.8±3.4	

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

† Scheffe(† Duncan) 사후 검정으로 통계 처리 함(a<a,b<b)

3. 응답자 특성에 따른 우울 점수의 차이 비교

1) 노인, 가족 수발자의 응답한 단축형 우울척도 문항 별 차이 비교

응답자가 노인 본인일 경우, 가족 수발자일 경우 노인 우울을 평가하는 단축형 우울척도의 각 문항별, 하부 요인별로 응답의 차이 여부를 확인하였다.

차이를 보인 문항은 1번($t=-3.664$, $p<.001$), 2번($t=3.238$, $p<.01$), 3번($t=-3.048$, $p<.01$), 7번($t=6.569$, $p<.001$) 8번($t=5.180$, $p<.001$), 10번($t=-6.452$, $p<.001$), 12번($t=12.260$, $p<.001$)이다.

각 요인별로 지닌 의미에 차이를 보이는가를 확인하기 위해 분류할 경우, 비활력 요인의 경우 ($t=-2.915$, $p<.01$), 부정적 정서요인 ($t=8.913$, $p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 흥미·활동 저하요인의 경우 2번 문항 1문항으로 구성되 있다. 따라서 앞서 언급한 문항별 차이에 유의한 차이를 보였으므로 해당 요인 역시도 두 응답자 집단 간의 통계적 차이를 보인다고 할 수 있다.

Table 6. Comparison of SGDS Questionnaire responded by elderly, family care giver (N=136pair)

Categories	Question N°	Range Elderly		Family care giver		paired t	p
		M	SD	M	SD		
	1	Are you basically satisfied with your life?	0-1	0.1±0.3	0.3±0.4	-3.664	<.001***
	3	Are you hopeful about the future?	0-1	0.1±0.3	0.2±0.4	-3.048	.003**
	4	Are you in good spirits most of the time?	0-1	0.4±0.5	0.5±0.5	-.848	.398
	5	Do you feel happy most of the time?	0-1	0.2±0.4	0.2±0.4	-.342	.733
	6	Do you think it is wonderful to be alive now?	0-1	0.2±0.4	0.2±0.4	-.870	.386
Anti vitality	9	Do you find life very exciting?	0-1	0.2±0.4	0.1±0.3	1.615	.109
	10	Do you frequently get upset over little things?	0-1	0.2±0.4	0.5±0.5	-6.452	<.001***
	13	Do you enjoy getting up in the morning?	0-1	0.3±0.4	0.2±0.4	1.467	.145
	14	Is it easy for you to make decisions?	0-1	0.3±0.5	0.2±0.4	1.301	.195
	15	Is your mind as clear as it used to be?	0-1	0.3±0.5	0.3±0.5	.160	.873
	Sum		0-10	2.2±2.3	2.8±2.2	-2.915	.004**
	7	Do you often feel downhearted and blue?	0-1	0.9±0.2	0.7±0.5	6.569	<.001***
	8	Do you feel pretty worthless the way you are now?	0-1	0.7±0.5	0.4±0.5	5.180	<.001***
Negative emotion	11	Do you feel full of energy?	0-1	0.1±0.3	0.1±0.3	.599	.550
	12	Do you frequently feel like crying?	0-1	0.8±0.4	0.3±0.4	12.260	<.001***
	Sum		0-4	2.5±0.9	1.5±1.2	8.913	<.001***
Decrease in interest	2	Have you dropped many of your activities and interest?	0-1	0.9±0.3	0.7±0.5	3.238	.001**

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

2) 가족 수발자 특성에 따른 노인, 가족 수발자가 응답한 노인 우울 점수 차이 비교

가족의 특성에 따라 노인, 가족 수발자가 응답한 노인 우울 점수의 차이를 확인하였다.

가족 수발자의 성별에 따라 여성($t=3.431, p<.01$)의 경우 차이가 있었다. 수발자의 연령의 경우 청장년 층의 가족 수발자($t=3.814, p<.05$)와 노년층 수발자($t=2.359, p<.05$)의 경우 차이를 보였다. 노인과의 관계 측면에서는 가족 중 자부가 응답한 경우가 노인 응답점수보다 유의하게 낮았고($t=3.649, p<.01$) 관계 만족도에 있어서는 보통($t=2.419, p<.05$), 좋은 편인 경우($t=2.950, p<.01$), 동거기간이 15년 이상인 경우($t=2.479, p<.05$) 노인 우울점수 보다 수발자가 낮게 응답하여 차이가 있었다. 경제적 측면의 경우에는 해당 가구에 대한 주관적 경제수준이 낮을 때($t=2.602, p<.05$) 유의하게 차이를 보였다.

Table 7. Comparison of SGDS responded by elderly, family care giver according to family care giver characteristic
(N=136 paired)

Variable	Category	n(%)	Elderly	Family care giver	paired t	p
			M±SD	M±SD		
Gender	Female	106(77.9)	11.5±2.3	10.4±3.5	3.431	.001**
	Male	30(22.1)	11.2±2.5	10.6±3.3	.877	.388
Age (year)	20-39	29(3.7)	12.2±2.5	8.2±3.6	3.814	.019*
	40-59	53(39.0)	11.1±2.8	10.4±3.0	1.741	.088
	60≥	78(57.4)	11.6±2.7	10.6±3.7	2.359	.021*
Family relations	Son	13(9.6)	10.5±2.5	10.3±3.0	.145	.887
	Daughter	29(21.3)	11.9±2.9	11.2±3.4	.736	.468
	Daughter in law	37(27.2)	11.3±2.7	9.8±3.0	3.649	.004**
	Spouse	51(37.5)	11.5±2.9	10.7±3.8	1.539	.130
	Other‡	6(4.4)	12.5±2.3	8.3±3.6	6.371	.001**
Level of Satisfaction about family relationships	Bad	32(23.5)	11.6±2.6	11.3±2.9	.438	.664
	Moderate	58(42.6)	11.7±2.8	10.6±3.7	2.419	.019*
	Good	46(33.8)	11.0±2.9	9.7±3.4	2.950	.005**
Living duration (year)	10<	29(21.3)	11.4±3.0	10.2±3.8	1.682	.104
	10-15	16(11.8)	11.6±2.4	10.4±2.8	1.679	.114
	15≥	91(66.9)	11.4±2.8	10.5±3.4	2.479	.015*
Subjective economic status	High	10(7.4)	10.4±3.3	8.5±3.7	1.980	.079
	Middle	63(46.3)	10.8±3.0	10.1±3.5	1.672	.100
	Low	63(46.3)	12.2±2.3	11.1±3.3	2.602	.012*

*p<.05, **p<.01

‡ Family relations : Other (grandchild+ son in law)

VI. 논의

1. 노인의 실제 우울과 가족 수발자가 지각한 노인 우울 정도

장기요양보험 등급인정 노인의 우울 점수는 11.4점(± 2.7)이며, 가족 수발자가 응답한 노인 우울 점수는 평균 10.5점(± 3.4)이다.

위의 결과에서 우선 주목해야 할 것은 두 집단에서 응답한 점수가 도구의 우울 절단점 5점에 비해 매우 높은 수치라는 점이다. 본 연구에서 사용한 기백석(1996)의 도구를 적용한 다른 연구에서 일 지역사회 재가 노인의 우울이 각각 평균 5.5점으로 측정되거나, 7.7점, 6.9점으로 확인된 것 보다 높다(김춘길, 2007, 엄미란 외, 2008, 이인정, 2012). 이는 본 연구에 참여한 노인의 건강 특성에서 비롯된 것이라고 보여진다. 선행 연구에서는 노인의 만성질환과 기능 상태 저하가 우울과 상관성이 있었고(김현경 외, 2008), 주관적 건강 악화가 노인의 높은 우울 수준과 관련이 있다고 밝혀졌다(허준수, 유수현, 2002). 본 연구의 노인들은 평균 2개 이상의 만성질환을 가지고 있으며 일상생활 기능 저하가 특징인 장기요양보험 등급 내자이다. 또한 74.3%의 대상자가 본인의 건강상태를 나쁘거나 매우 나쁘다고 답하였다. 따라서 선행연구에서의 일반 지역사회 노인들과는 달리 본 연구의 장기요양 재가노인의 높은 우울 수준은 이들의 악화된 건강 상태와 연관이 높음으로 볼 수 있다.

노인의 건강 상태와 우울과의 관계는 노인 건강특성에 따른 우울 점수의 변화에서도 살펴볼 수 있다. 노인의 주관적인 우울과 가족 수발자가 지각한 노인의 우울정도는 노인의 건강특성이 악화됨에 따라 높아지는 것으로 확인되었다.

노인 본인의 경우 만성질환의 개수가 많을수록, 장기요양 등급이 높을수록 우울점수가 높아지는 양상을 보였으며 주관적 건강상태가 악화되거나,

신체기동력이 저하될 때에는 통계적으로 유의한 수준에서 우울 정도가 높아짐을 보였다. 이는 앞에서 언급한대로, 노인의 건강 및 기능상태 악화가 우울 수준을 높이는 선행연구의 결과와 맥락을 같이한다고 볼 수 있다. 가족 수발자들도 노인의 건강 상태가 악화될수록 이들의 우울을 높게 지각하였다. 노인이 만성질환을 많이 가질수록, 주관적인 건강상태가 나쁠수록, 신체기동력이 저하될수록 가족 수발자 역시도 이들의 우울을 높은 수준으로 지각하고 있었다. 이는 가족 수발자들이 노인에게서 보여 지는 건강상태를 통해 노인의 우울을 인식하는 정도에 차이를 보이고 있음으로 해석된다. Thompson(1993)은 만성질환자 보호자들이 대상자를 돌볼 때 이들이 처한 건강상태 등의 전반적 상황에 부정적 태도를 취하는 점을 언급하였다. 본 연구의 가족 수발자들도 노인이 처한 상황을 이들의 좋지 못한 건강상태와 연관시켜 부정적으로 인식하며 이러한 배경들이 노인을 우울하게 만들 것이라고 생각하는 결과를 나타냈을 가능성이 높다.

이처럼 높은 노인의 우울 수준은 단순히 표면적으로 받아들일 것이 아니라, 장기요양 등급판정 문항 속에서 이들의 우울을 다각적으로 반영할 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 현 등급 판정 도구에서는 중등도 이상의 심각한 노인 우울증에 대해서만 예. 아니오로 문제적 증상 여부로 이를 확인하게 되어있다. 그러나 장기요양 노인의 우울은 단순히 정신적인 문제 증상이 아니라 기능상태 전반을 위협할 수 있는 요소이며 본 연구에 참여한 재가노인의 우울 수준은 매우 높은 상태로 확인되었다. 따라서 등급판정 기준에도 우울에 따라 추후 악화될 수 있는 기능상태 여부 등을 반영하는 등 노인의 우울을 보다 민감하게 받아들일 수 있는 도구의 개편이 필요하다.

2. 응답자 특성에 따른 우울 점수의 차이

앞서 언급하였듯 노인과 가족 수발자의 평균 점수의 차이를 통해 노인의 실제 주관적인 우울정도보다 가족 수발자가 지각한 노인이 우울 정도가 낮

은 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 우울의 세부적 측면을 반영하는 척도의 하부 요인 및 각 문항 간에도 노인과 가족의 응답 점수에는 차이를 보였는데 이는 결국 가족 수발자가 노인의 우울을 제대로 이해하지 못하는 것으로 볼 수 있다.

이를 우울 측정도구의 문항별, 요인별로 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 비활력 요인의 경우, 흥미롭게도 가족 수발자가 해당 요인을 구성하는 문항에 노인보다 더 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 다시 말해 노인의 실제 상태보다 이를 더 비활력적으로 바라보는 관점을 가졌다고 보이는데, 이는 본 연구의 대상 노인의 건강특성과 관련지어 생각할 수 있다. 장기 요양 등급내자 노인은 기능 상태 저하로 타인의 도움 없이는 일상 생활이 어려운 상태로 이러한 노인의 상황은 가족 수발자로 하여금 노인이 활력이 충분하지 못하다고 인식하게 만들었을 것이다. 또한 해당 요인 안에서 차이점을 보이는 문항은 삶에 대한 전반적인 만족, 미래에 대한 희망, 사소한 일에 대한 마음의 동요에 대한 내용을 담고 있었다. 앞의 두 문항은 불행한 감정(Dysuphoria)을 확인하는 것인데 (Adams, 2001) 해당문항은 노인의 개인적인 문제로서 수발자라는 타인이 이해하기에 어려운 점이 있을 수 있다. 또한 사소한 일에 동요를 느낀다는 문항의 경우, 초조하거나 불행한 감정을 포괄적으로 측정하는 질문이나(Adams, 2001, Sheikh. J.I., 1991), 수발자들은 별 것 아닌 일에도 짜증을 내거나 예민하게 반응하는 노인의 성격상 문제라고 치부해버리는 태도를 가지고 있다고 보여진다.

가족 수발자가 노인의 개인적 정서를 제대로 확인하지 못함은 우울 도구의 부정적 정서 요인과 흥미, 활동력 저하 요인 및 그 하부 문항에서의 차이를 보인 것으로도 확인 할 수 있다. 해당 요인들과 하부문항의 응답 결과, 수발자는 실제 노인의 상태를 보다 둔감하게 지각하는 것으로 나타났다. 부정적 정서 요인을 구성하는 하부 문항의 경우 우울하다고 느끼며 인생이 가치가 없고 자주 울고싶다는 질문에서 수발자들이 노인과 응답 차이를 보이고 있었다. 수발자들은 표면적으로 보여지는 노인의 비활력적인 모습에 대해서는 집중하여 이를 지각하지만 노인의 우울한 정서와 같은 심층적인 상

태는 제대로 이해하지 못하는 것으로 보여진다. 또한 인생에 대해 흥미를 못 느끼는 측면은 한국노인의 경우 우울을 보다 잘 반영하는 하나의 척도인데(기백석, 1996) 흥미·활동저하 요인 및 문항을 수발자가 낮게 인식하고 있음은 노인 우울에 대한 수발자의 다각적인 이해가 부족한 상태임을 반영해준다.

가족 수발자가 실제 노인의 우울 정도를 낮게 지각하는 경우는 수발자의 내재된 특성에 의해서도 확인할 수 있었다.

여성일수록, 우울 증상을 문제적 상황으로 민감하게 반응한다는(Connery, Davidson, 2006) 연구 결과와는 달리, 본 연구에서는 수발자가 여성일 경우 실제 노인의 우울 정도에 둔감하게 반응하였다. 선행 연구와 다른 결과를 보인 것은 본 연구의 가족 대상자가 노인의 가족 수발자라는 특수성에 비추어 이해되어야 한다고 본다. 기능 상태가 저하된 노인을 돌보는 가족 수발자는 수발 부담이라는 어려움을 겪는데(신꽃시계, 2011), 특히 여성은 수발자의 역할 뿐 아니라 가사, 양육 등 가족 내 여러 역할을 감당하는 과정에서 스트레스와 수발 부담의 증가를 호소한다(Ingersoll-Dayton & Raschick, 2004, Bedard, M., 2005). 따라서 여성 수발자들은 수발 과정에서 봉착하는 여러 어려움으로 인해 노인의 정서 상 문제인 우울을 제대로 인식해낼 수 있는 역량이 부족하였을 것이다.

가족 수발자가 노인의 수발과정에서 경험하는 어려움이 노인의 우울이라는 문제적 정서를 제대로 이해하지 못하도록 방해할 수 있음은 이들의 다른 특성에 따라서도 확인할 수 있었다. 수발자가 노년층에 속할 경우 우울을 제대로 지각하지 못했는데 수발자가 연령이 높을수록 신체, 재정적 수발 능력이 저하되어 어려움을 겪는 취약한 계층임(이인정, 2006, Navaie-Waliser, M. 등, 2001)을 고려할 때, 이들은 노인의 문제를 확인해내기 어려운 상황일 것이다. 이에 반해 젊은 수발자들이 노인의 우울을 보다 낮게 지각하고 있음은 세대 차이 등에서 오는 갈등이나 노인에 대한 지식결여 등이 수발에 장애요인(오현숙, 이경미, 2008)으로 작용하며 노인의 위치에서 이들의 정서적 문제를 이해하지 못하도록 작용했을 것이라고 보인다.

노인을 돌본다는 것은 노인과 가족 수발자 상호간의 일이므로 이들 사이의 관계적 특성 역시 수발자에게 내재되어진 중요한 특성이다. 따라서 수발자와 노인과 형성된 가족 관계와 이 가운데 수발자가 느끼는 관계 만족도 측면에서도 이들이 노인의 우울을 어떻게 인식하는가를 확인할 수 있었다. 가족 관계 측면에 있어 수발자가 며느리인 경우 특히 노인의 우울을 실제보다 낮게 지각하고 있었는데, 이는 고부 갈등으로 대표되는 한국 사회의 특수한 수발 문화에서 비롯되었을 것이다. 선행연구에서 며느리라는 수발자는 신체 및 정신적 건강에 부정적인 영향을 받을 만큼 부양의 어려움을 겪는 역할임을 확인하였다(김혜경, 2004, Kim, J.S., & Lee E.H., 2003). 따라서, 이들의 관점에서 노인의 우울을 제대로 확인하는 것은 아들, 딸이나 배우자와 같은 타 수발자들에 비해 어려운 과제일 것이다. 반면, 손자녀나 사위의 경우 노인 우울을 실제보다 낮게 지각한 것은 자부의 경우와는 다르게 해석될 수 있다. 이들은 가족 돌봄과 관련된 수발자로서의 역할 수행을 담당하는 데 있어 낮은 비율을 보이는 집단이다(장혜경 외 2005, 정경희 외 2001). 따라서 아직까지 주된 돌봄 제공자로서의 역할 정립이 제대로 이뤄지지 않는 상태이며 이러한 소극적인 상태 속에서 노인의 우울 정서를 제대로 파악해내는 것은 어려웠을 것이다.

한편, 가족 수발자가 노인에게서 느끼는 만족 수준이 보통 이상일 경우 노인의 우울을 제대로 인식하지 못한 점은 연구자의 예상을 벗어난 결과였다. 가족 관계가 악화될 경우 노인의 우울해지며(김춘길, 2007, 이신숙, 차용은, 2002) 우울한 노인의 수발자는 노인에게서 낮은 관계 만족도를 나타낸다고 하였다(Manuel, S. 2008 등). 연구자는 이러한 악순환이 노인의 실제 우울 수준은 높이며 동시에 수발자들은 이들의 우울 정서를 제대로 읽어 내지 못하는 결과를 가져올 것이라고 예상하였다. 그러나 이와 달리 수발자들의 노인 우울에 대한 지각은 관계만족도가 높은 경우 오히려 제대로 이뤄지지 않고 있었다. 가족 수발자가 노인과의 관계에 있어 만족감을 구성하는 부분 중 원활한 상호 교환적 작용은 수발 역할을 효과적으로 이행할 수 있도록 돕는다고 하였다(Carruth, A.K, 1997). 그러나 본 연구에서의 가족 수

발자들은 보다 적극적으로 노인의 정서 상태를 면밀히 파악하는 의사소통 등의 상호 교환 과정에는 제대로 참여하지 않으며 표면적으로 본인이 만족하는 수준에서만 노인의 상태를 제대로 이해하지 못하는 보여진다. 본인이 노인과의 관계에 불만족이 없으므로 노인 역시도 정서 상 문제가 없을 것이라고 치부하는 경향이 있을 수 있는 것이다. 그러나 해당 결과는 선행연구를 바탕으로 한 연구자의 가정과는 반대로 나타는 것으로서 이는 추후 가족 수발자와의 관계 질적인 측면에서 재확인 할 필요가 있다.

노인의 정서상태를 제대로 이해할 수 있을 정도의 개방적인 의사소통이 부재함에 대해 앞에서 언급한 문제는 동거기간의 경우 15년 이상임에도 노인의 우울을 제대로 인식하지 못했다는 점에서도 동일하게 의심해볼 수 있다. 노인과 오랫동안 시간을 보내며 이들을 부양할 경우 가족 수발자는 수발과 관련된 부담이 높아진다(윤현숙 등, 2000, 백용운, 이태숙, 2010)는 점에서 오랜 기간 노인의 수발을 담당하는 가족에게 수발과 관련된 부담들은 노인의 정서를 공감할 수 있는 심층적 소통을 방해하였을 것이다.

경제적인 요인에 있어서도 수발자가 노인 우울을 지각하는 것에 문제가 있음을 확인할 수 있었는데, 가족 수발자는 해당 가구의 주관적 경제상태가 나쁠 때 노인 우울을 제대로 지각하지 못하였다. 경제적 여건 역시도 수발자에게는 일종의 부담으로 작용하는데, 만성질환 노인의 건강관리는 경제적으로 많은 손실을 가져오며(Woo 등, 1997) 경제적 상황이 좋지 못할수록 수발 부담은 높아진다(Iecovich, 2008). 본 연구의 가족 수발자 역시 장기요양 등급인정을 받게 되기까지 노인의 좋지 못한 건강 상태와 관련된 지출로 경제적 위축 상태일 가능성이 높다. 따라서 이들이 체감하는 경제적인 어려움이 가중될수록 피 수발자인 노인 우울에 관심을 가질 수 있는 여건이 마련되지 못했을 것이다.

결국 가족 수발자 특성에 따라 우울 인식에 장애가 될 수 있는 부분에 대한 맥락을 이해하고 이에 따라 노인 우울 인식 개선이 시급한 균을 우선적으로 확인하는 것 역시 가족 수발자를 통한 노인 우울의 조기 발견 및 효과적 관리를 위해 중요하게 다뤄져야 할 것이다.

3. 수발자의 노인 우울 인식 개선 및 관리 방안

앞서 언급된 것처럼 장기요양 재가 노인의 우울 수준은 일반 지역사회 내 재가 노인의 경우보다 매우 높은 편이나 건강관리를 수행하는 가족 수발자는 실제 이들의 우울을 낮게 인식하고 있었다. 그러나 장기적 요양요구가 높은 군의 우울은 반드시 통제되어야 하므로 이를 개선하기 위한 장기요양 서비스 전달체계 안에서 가족 수발자를 활용한 제도적 이해가 요구된다. 또한 이들을 활용함에 기반이 될 수 있도록 가족 수발자의 노인 우울에 대한 인식 개선에 대한 모색이 필요하다.

현재 가족에게 대해 장기요양보험서비스가 우울한 노인을 수발하는 것에 어떻게 도움이 될 수 있는지에 대한 제도적 고려는 미비하다. 가족 수발자에게 서비스 이용의 방향을 안내하는 표준장기요양이용계획서상 ‘우울한 노인의 경우 정서적 지지가 필요하다’라는 내용의 안내가 전부라 할 수 있다. 또한 장기요양보험에서 케어 매니저 역할을 할 수 있는 전문 인력에 대한 구성이 제대로 갖춰지지 않은 점도 문제이다. 수발서비스가 제공만 될 뿐, 어떻게 가족 수발자로 하여금 노인 우울을 관리 할 수 있게 해야 하는가에 대한 관리는 이뤄지지 못하고 있기 때문이다. 일본에서 진행된 연구에 따르면, 장기요양 수발의 욕구 정도가 높은 노인의 가족 수발자는 수발 부담이 심하며 적절한 상황 대처를 하지 못하는데, 이때의 케어 매니저의 개입이 직접적인 수발자의 부담에 감소효과를 보인다는 결과(Yamada, Nobutomo, 2008)는 현 상황에 의미하는 바가 크다.

우선적으로 노인의 우울을 관리하기 위해 가족 수발자에 대한 교육적 중재를 고민해야 할 것이다. 이인정(2012)은 장기 요양요구를 가진 노인의 우울 감소를 위해 서비스 제공자에게 우울증에 대한 교육 제공을 통해 증상 악화를 막아야한다고 주장하였는데 이는 가족 수발자에게도 적용시킬 필요가 있다. 항상 노인 곁에서 이들의 건강을 관리하는 가족 수발자에게 교육을 제공하고 우울 노인을 관리하려는 시도가 먼저 필요하다. 수발자에게 건강 관련 교육 결과 노인의 의료비가 감소했다는 결과(Toseland, Smith,

2006)는 수발자를 대상으로 한 교육적 개입의 중요성을 반증해준다.

덧붙여, 현 장기요양보험 체계 내에서는 가족 수발자의 역할이 저평가되고 있다. 일례로, 방문요양서비스의 예외조항으로서 가족 요양보호사 제도는 60분 이하에 한해 가족에게 서비스 급여비용을 지급하며, 가족의 돌봄 노동의 정도에 대한 급여 적정성 검토도 충분히 이루어지지 않는 상태이다(김영옥 외, 2010). 반면, 소위 유럽의 복지국가들이나(네덜란드, 독일, 스웨덴, 덴마크 등) 개호보험이 있는 일본의 경우 가족 수발자의 역할을 높이 평가하며 이들이 노인 수발에 집중할 수 있도록 휴가 제도를 마련해주는 등의 적극적인 정책을 펴고 있다. 특히 독일이나 스웨덴의 경우 수발자 친화적 정책에 따라 이들에게 노인 수발에 대한 다양한 교육 프로그램을 제공하기도 한다. 따라서, 한국의 경우에도 노인 우울관리의 1차적 책임자로서 가족 역할의 중요성에 대한 인식도 필요하며, 이들이 제공하는 돌봄의 가치에 대한 제도적 이해가 먼저 선행되어야 할 것이다.

4. 연구의 제한점 및 의의

1) 연구의 제한점

본 연구의 대상은 연구 조사자가 접촉 가능한 서울 및 경기 권역에 거주하는 가족 수발자 및 이들과 동거하는 노인장기요양보험등급 등급내자이므로 전체 수급자와 그 가족 수발자의 특징으로 일반화하는 것에 어려움이 있다.

2) 연구의 의의

본 연구는 실제 노인의 우울과 가족 수발자가 인식한 우울의 정도를 비교하였다. 이는 노인의 기능감퇴 예방 측면에서의 우울 관리가 가족 수발자로 하여금 유연하게 이뤄질 수 있도록 하는 기초적 자료로서도 활용될 수 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구의 대상자는 2013년 2월~3월 사이 서울·경기 권역에 거주하는 노인 장기요양보험 등급 인정 노인과 그 동거 가족 수발자 각각 136명(총272명)으로 하였다. 각 권역 운영센터의 담당자를 통해 설문조사를 실시하였다.

이는 가족수발자가 응답한 노인 우울과 노인 대상자가 응답한 노인 우울의 차이를 비교하고 차이를 확인하는 비교 연구이다.

연구 도구는 기백석(1996)이 개발한 한국판 단축형 노인우울척도와 Hammond 등(2000)에 의해 개발된 Observer Rated Scale이다.

통계 분석 방법은 SPSS 18.0 version을 이용한 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균 등으로 나타낸 기술통계, 노인과 가족 수발자의 노인 우울 응답 점수의 평균 비교는 Paired t-test, ANOVA 및 조사자를 기준으로 가족 수발자와 노인 응답에 따른 우울 집단 비교를 위해 Mecnemar's test를 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 노인의 우울점수는 15점 만점 도구에서 평균 11.4점(± 2.7)이며 가족 수발자가 응답한 노인우울 점수는 평균 10.5(± 3.4)점으로 이는 모두 절단점 5점에 비해 높은 우울한 상태로 확인되었고, 가족은 실제 노인의 우울 정도를 낮게 인지하고 있었다.
- 2) 노인의 건강특성 중 해당 만성질환 수가 많고, 주관적 건강수준이 낮으며, 신체 기동력이 저하될수록 노인과 가족 수발자가 지각한 노인 우울 수준은 높았다.
- 3) 가족 수발자와 노인은 우울 측정도구 총 15문항 중 7문항(1, 2, 3, 7, 8, 10, 12번)에서 유의한 차이를 보였고 도구의 하부 요인 측면에서도

비활력 요인은 수발 자가 노인보다 더 높게 그 외 부정적 정서요인 및 흥미·활동 저하 요인의 문항은 수발자가 노인보다 더 낮게 지각하는 차이를 보였다.

- 4) 가족 수발자의 특성 중 이들이 여성이거나, 청장년층 혹은 노년층에 속할 경우, 가족 관계가 며느리이며, 노인과의 관계 만족이 중 이상일 때, 동거기간이 15년 이상이며, 주관적 가계 경제적 상태가 좋지 않을 때 노인의 실제 우울 정도 보다 이를 낮게 인식하고 있었다.

2. 제언

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언을 한다.

- 1) 노인장기요양보험 등급 인정자 중 재가 노인의 우울은 높은 수준으로 이는 기능상태 악화를 가속화시킬 수 있으므로 노인 우울과 기능상태 악화의 관계를 민감하게 반영해 낼 수 있는 등급 판정 도구의 개편이 요구된다.
- 2) 노인의 곁에서 건강관리자의 역할을 수행하는 가족 수발자를 대상으로 노인 우울에 대한 이해를 높이고 이를 관리할 수 있는 교육적 개입이 필요하며 이들 중 특히 노인 우울을 낮게 인식할 수 있는 위험성을 가진 군에 대한 우선적 중재가 필요하다.

VII. Reference

- 기백석. (1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학*, 35, 298-307.
- 김남초, 양수. (2001). 일부 지역사회 노인의 신체건강상태와 우울. *대한간호학회지*, 31(6), 1012-1020.
- 김도훈. (2004). 노인 우울증. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, 8, 90-95.
- 김동배. (2010). 장기요양서비스이용이 가족수발자의 우울감 및 삶의 만족도에 미치는 영향. *한국가족학회지*, 15(3), 117-135.
- 김동배, 민정선, 정규형. (2012). 시설거주 노인의 관계적 공격성이 우울감에 미치는 영향 - 기초생활수급권자 입소노인을 중심으로. *사회복지연구*, 43(1), 203-227.
- 김연미. (2011). *시설노인과 재가노인의 일상생활수행능력, 인지기능, 우울의 비교 연구*. 한양대학교 석사학위 논문. 서울.
- 김영옥, 김영숙, 이선행. (2010). 가족에 의한 노인돌봄서비스 가치추정. 한국여성 정책연구원 연구보고서, 2-11.
- 김윤정, 이창식. (2006). 양로시설 거주 노인의 신체적 건강과 우울감간의 관계 - 지역사회 거주노인과의 비교를 중심으로. *대한케어복지학*, 2(3), 16-27.
- 김은경, 유수정, 송미령. (2010). 재가 노인의 일상생활수행능력, 사회적 지지 및 자기효능감이 우울에 미치는 영향: 우울 의심 노인과 정상노인의 비교를 중심으로. *한국사회복지조사연구*, 24, 61-79.
- 김재현, 고효진, 최상철. (1999). 내과 입원 노인환자에서 우울 증상에 양상에 대한 연구. -주요 우울장애를 중심으로-. *노인정신의학회*, 3(2), 174-183.
- 김춘길. (2007). 재가노인의가족지지, 건강지각, 우울과의 관계. *노인간호*

- 학회지*, 9(1), 14-21.
- 김현경, 이광자, 허정, 송은주. (2008). 노인 우울 및 자살 관련 국내 연구 동향 분석. *간호과학*, 20(2), 62-69.
- 김혜경 (2004). 일본 재가 요보호노인과 부양자간의 관계의 질과 부양자의 정신건강. *한국년학*, 24(2), 129-144.
- 남연희, 남지란. (2011). 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국가족복지학*, 16(4). 145-162. 두산대백과사전.
- 박금자, 이지현, 배경의, 강양희, 송후승. (2007). 시설노인의 자아존중감과 우울. *노인간호학회지*, 9(1), 51-59.
- 박상연. (1999). 노인환자에 대한 가족지지와 무력감, 우울과의 관계, *성인간호학회지*, 11(3), 425-435.
- 박선영. (2009). 일 지역사회 저소득 노인의 우울. 일상생활수행능력과 삶의 질의 관계에 대한 연구. *한국보건간호학회지*, 23(1), 78-90.
- 배진희. (2009). 고령노인의 일상생활기능 저하가 우울에 미치는 영향. *한국노년학회지*, 29(1), 358-368.
- 백용운, 이태숙. (2010). 노인 부양스트레스가 가족관계 만족에 미치는 영향에 관한 연구. *한국가족복지학*, 15(4). 115-136.
- 송민선, 김남초, 이동한. (2008). 우울 노인의 일상생활활동과 우울 영향 요인. *노인간호학회지*, 10(1), 20-26.
- 신꽃시계. (2011). 장기요양노인 가족수발자의 부양부담과 부양보상 : 배우자 수발자와 자녀 수발자 비교를 중심으로. 서울대학교 박사학위논문. 서울.
- 엄미란, 김은경, 오희영, 김현숙, 곽경희. (2008). 자가 발반사마사지가 재가 여성 노인의 우울, 수면, 요통에 미치는 효과. *기본간호학회지*, 15(4). 504-512.
- 오미나, 최외선. (2005) 재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구. *대한가정학회지*, 43(3), 105-118.
- 오현숙, 이경미. (2008). 가족부양자의 노화과정에 대한 지식 및 노인에 대

- 한 태도. *한국노년학연구*, 17, 73-81.
- 원정숙, 김정화. (2003). 노인의 인지기능과 우울에 영향을 미치는 요인. *정신간호학회지*, 12(2), 148-154.
- 원종순, 김계화. (2008). 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도 평가. *대한간호학회지*, 38(1), 1-10.
- 유정현, 성혜영. (2009). 노년기 우울에 대한 가족관계 만족도의 중재효과. *한국노년학*, 29(2), 717-728.
- 윤현숙, 차홍봉, 조양순. (2000). 뇌졸중 노인 부양가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향요인에 관한 연구. *한국노년학*, 20(2), 137-153.
- 이경숙. (2009). 시설노인과 일반노인의 우울증차이에 영향을 미치는 요인. 고려대학교 석사학위논문. 서울
- 이금재, 박혜숙. (2006). 재가 도시노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활 수행능력에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 12(3), 221-230.
- 이삼순. (2000). 거제시 노인의 우울증과 일상생활 수행 능력간의 관계. *정신간호학회지*, 9(4), 543-547.
- 이선혜, 고정은. (2009). 노인의 우울증상 식별력에 영향을 미치는 요인. *한국노년사회학회지*. 29(2), 529-546.
- 이소영. (2010). 재가노인의 건강행위 관련 특성, 자아존중감, 일상생활 수행능력 및 가족지지가 우울에 미치는 영향. *지역사회 간호학회지*, 21(4), 489-501.
- 이신숙, 차용은. (2002). 기능손상노인의우울감과 가족지지, 공적지지간의 관계. *대한가정학회지*, 41(3), 165-180.
- 이영호, 송종용. (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국임상심리학회지*, 10(1), 98-113.
- 이인정. (2012). 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로. *보건사회연구* 32(4), 31-65.
- 이현주, 강상경, 이준영. (2008). 노인우울증에 대한 사회경제적 지위요인

- 과 건강행태요인에 관한 연구. *한국노년학*, 28(4), 1129-1145.
- 장미희, 원정숙. (2009). 노인의 분노, 분노표현, 사회적 지지, 자아존중감과 우울의 관계. *정신간호학회지*, 18(3), 259-268.
- 장혜경, 홍승아, 김영란, 김수정(2005). 가족 내 돌봄 노동에 대한 사회적 지원방안 연구. *한국여성개발원*.
- 정경희, 조애저, 오영희, 선우덕(2001). 장기요양보호대상노인의 수발실태 및 복지욕구. *한국보건사회연구원*.
- 정순돌. (2005). 연구논문 : 시설거주 노인의 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국 노년학*. 25(3). 75-90.
- 정영미. (2007). 여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인. *한국 노년학*, 27(1), 71-86.
- 조영란, 이인수. (2012). 음악놀이 치료프로그램이 노인의 우울에 미치는 영향. *예술심리치료연구*, 8(2), 101-123.
- 최영애. (2003). 노인들의 우울, 자존감 및 건강행위에 관한 연구. *한국노인 복지학회*, 21, 27-47.
- 허준수, 유수현. (2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 13, 7-35.
- Adams, K.B. (2001). Depressive symptoms, depletion, or developmental change? withdrawal, apathy, and lack of vigor in the geriatric depression scale. (2000). *The gerontological society of Adams*, 46(7), 768-777.
- Altman, D.G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman and Hall.
- Anther, M. Taqui, A. I., Waris, Q. & Zeeshan, Q. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BioMedCentral Psychiatry*, 7(57), 1-12.
- Bae, J. M & Joe, M. J. (2004). Development of the Korean version of

- the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 297-305.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychological Reports*, 42, 745-746.
- Bedard, M., Kuzik, R., Chambers, L., William Molloy, D., Lever, J.A. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 99-118.
- Blazer, D. G., Sachs-Ericsson, N., & Hybels, C. F. (2007). Perception of unmet basic needs as a predictor of depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology*. 62A(2), 191-195.
- Blease, C. (2012). Mental health illiteracy? perceiving depression as a disorder. *Review of General Psychology*, 16(1), 59-69.
- Billig, N. (1991). Attitude and burden in the families of depressed elderly patients: Strategies for care. *Southern Medical Journal*, 84(2), 225-228.
- Carruth, A.K., Tate, U.S., Moffett, B.S., Hill, K. (1997). Reciprocity, emotional well-being, and family functioning as determinants of family satisfaction in caregivers of elderly parents. *Nursing Research*. 46(2), 93-100.
- Chen, W., Fukutomi, E., Wada, T., Ishimoto, Y., Kimura, Y., Kasahara, Y., Sakamoto, R., Okumiya, K. & Matsubayashi, K. (2013). Comprehensive geriatric functional analysis of elderly populations in four categories of the long-term care insurance system in a rural, depopulated and aging town in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 63-69.

- Connery, H. & Davidson, K. M. (2006). A survey of attitudes to depression in the general public : A comparison of age and gender differences. *Journal of Mental Health, 15*(2), 179-189.
- Covinsky, K. E., Yaffe, K., Lindquist, K., Cherkasova, E., Yelin, E. & Blazer, D. G. (2010). Depressive symptoms in middle age and the development of later-life functional limitations: the long-term effect of depressive symptoms. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(3), 551-556.
- Crawford, M. J., Pricne, M., Menezes, P. & Mann, A.H. (1998). The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *International journal of geriatric psychiatry, 13*, 172-176.
- Cronin-Sutbbs, D., Mendes de Leon, C. F., Beckett, L. A., Field, T. S., Glynn, R. J. & Evans, D. A. (2000). Six-year effect of depressiv symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *American Medical Association, 160*(13), 3074-3080.
- Dalton, J.R. & Busch, K.D. (1995). The missing diagnosis in the elderly. *Home Health Nurse. 13*(5), 31-5.
- Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Song, J., Lyons, J. S. & Chang, R. W. (2005). Incidence of disability among pre retirement adults: The impact of depression. *American Journal of Public Health, 95*(11), 2003-2008.
- Farran, C. J. (2012). Psychiatric home care of elderly persons with depression: Unmet caregiver needs. *Home Health Care Services Quarterly, 16*(4), 57-73.
- Hammond, M. F., O'Keefee, S. T. & Barer, D. H. (2009). Development and validation of a brief observer-rated screening scale for

- depression in elderly medical patients. *Age and Ageing*, 29, 511-515.
- Hassall, S. & Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression: the views of aged care staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 17-23.
- Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 309-330.
- Ingersoll-Dayton, B. & Raschick, M. (2004). The relationship between care-recipient behaviors and spousal caregiving stress. *The Gerontologist*, 44(3), 318-327.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kondo, N., Kazama, M., Suzukia, K. & Yamagata, Z. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Preventive Medicine*, 46(5), 457-462.
- Lenze, E. J., Martire, L. M., Rollman, B. L. & Schulz, R. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Luppa, M., Heinrich, S., Matschinger, H., Sandholzer, H., Angermeyer, M.C., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G.(2008). Direct costs associated with depression in old age in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 105, 195- 204.
- Luppa, M., Luck, T., König, H. H., Angermeyer, M. C. &

- Riedel-Heller, S. G. (2012). Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *A Journal of Affective Disorders, 142*, 166-171.
- Martire, L. M. (2010). Treatment of late-life depression alleviates caregiver burden. *The American Geriatrics Society, 58*(1), 23-29.
- Millan-Calenti, J. C., Sanchez, A., Lorenzo, T. & Maseda, A. (2012). Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences. *Geriatric Gerontology International, 12*, 198-206.
- Manuel, S. Rosa, L., Francesco, L., Lain G. C., Roberto, B., Graziano, B. (2008). Patient depression and caregiver attitudes : Results from The aged in home Care study. *Journal of affective disorders, 106*, 107-115.
- Navaie-Waliser, M., Feldman, P.H., Gould, D.A., Levine, C., Kuerbis, A.N., Donelan, K. (2001). When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health, 92*(3), 109-413.
- Perry, B. L., Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D. & Jensen, P. S. (2007). Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatric Services, 58*, 632-635.
- Press, Y., Tandeter, H., Romem, T., Hazzan, R. & Farkash, M. (2012). Depressive symptomatology as a risk factor for increased health service utilization among elderly patients in primary care. *Gerontology and Geriatrics, 54*. 127-30.
- Rose, J. H., Bowman, K. F., O'Toole, E. E., Abbott, K., Love, T. E.,

- Thomas, C. & Dawson, N. V. (2007). Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans. *The Gerontologist*, 47(1), 21-33.
- Sheikh, J.I., Yesavage, J.A., Brooks, J.O., Friedman, L., Gratzinger, P. (1991). Proposed factor structure of the geriatric depression scale. *International Psychogeriatrics*, 3(1), 23-28.
- Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & Tilburg, W.V. (2003). Drug treatment in depressed elderly in the Dutch community. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18, 99-104.
- Thompson, S., C. (1993). Overprotective relationships: A non supportive side of social networks. *Basic and Applied social psychology*, 14(3), 363-383.
- Toseland, R. W. & Smith, T. A. (2006). The impact of a caregiver health education program on health care costs. *Social Work Practice*, 16(1), 9-19.
- Yamada, M., Hagihara, A. & Nobutomo, K. (2008). Coping strategies, care manager support and mental health outcome among Japanese family caregivers. *Health and Social Care in the Community*, 16(4), 400-409. doi:10.1111/j.1365-2231.2008.02060.x
- Wada, T., M., Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T & Matsubayashi K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 39(1), 15-23.
- Wang, J. & Zhao, X. (2012). Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai,

China. *Gerontology and Geriatrics*, 55, 574-579.

Woo, J., Ho, S. C., Chan, S. G., Yu, A. L. M., Yuen, Y. K. & Lau, J. (1997). An estimate of chronic disease burden and some economic consequences among the elderly Hong Kong population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 486-489.

www.danielsoper.com/statcalc3

(연구 설문지)

No. _____

본 연구는 장기요양 인정 재가 노인의 우울에 대한 가족수발자의 인식을 조사하는 것입니다. 추후 연구결과는 서비스를 제공하는 데에 기초자료로 활용될 수 있을 것입니다.

연구자 유지현은 해당 장기요양보험 운영센터에 연구 목적과 취지를 설명하였으며 이를 통한 협조를 구하였습니다.

응답하신 내용은 무기명으로 전산통계 처리될 것이며, 개인사항에 대해서는 철저히 비밀보장이 됨과 연구목적 이외에는 절대 사용되지 않을 것입니다.

원치 않을 시 본 연구를 자유롭게 거부하실 수 있습니다.

설문지를 작성하시는 데 대략 20분 정도의 시간이 소요되는 것 이외에는 연구로 인한 불편감은 없을 것입니다.

연구 참여에 동의하실 경우, 날짜와 서명을 모두 기입해주시기 바라며 각 문항을 빠짐없이 성실하게 응답하여 주시길 부탁드립니다.

귀한 시간 내주셔서 감사합니다.

서울대학교 석사과정 지역사회간호학 전공 유지현 올림

연구자 연락처 010-7697-9681

“본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.”

서명 : _____ 2013년 월 일

이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았습니다.

▣ 다음을 읽고 해당되는 사항에 V 표 해주시기 바랍니다.

[노인용]

I. 장기요양보험 신청 노인의 우울상태

이 검사는 어르신들의 일상에서 일어날 수 있는 느낌이나 문제들을 모아 본 것입니다. 아래 글들을 읽으면서 지난 1주일 동안 귀하의 기분을 잘 나타낸다고 생각되면 ‘예’를, 그렇지 않으면 ‘아니오’로 표시하여 주십시오.

① 한국판 노인우울척도 단축형 (SGDS: Short form Geriatric Depression Scale Korea)

번호	문항	예	아니오
1	당신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까?		
2	당신은 활동과 흥미가 많이 저하되었습니까?		
3	당신은 앞날에 대해 희망적입니까?		
4	당신은 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지내십니까?		
5	당신은 대부분의 시간이 행복하다고 느끼십니까?		
6	당신은 지금 살아있다는 것이 아름답다고 생각하십니까?		
7	당신은 가끔 낙담하고 우울하다고 느끼니까?		
8	당신은 지금 자신의 인생이 매우 가치가 없다고 느끼니까?		
9	당신은 지금 인생이 흥미롭다고 느끼니까?		
10	당신은 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느끼니까?		
11	당신은 활력이 충분하다고 느끼니까?		
12	당신은 자주 울고싶다고 느끼니까?		
13	당신은 아침에 일어나는것이 즐겁습니까?		
14	당신은 결정을 내리는 것이 수월하니까?		
15	당신의 마음은 이전처럼 편안하니까?		

② 우울증 약을 복용한 경험이 있습니까? (예/ 아니오)

③ 예라고 대답한 경우 언제부터 약을 복용하기 시작하였습니까? (____ 전 부터)

II. 노인 우울에 대한 가족의 인식

[보호자용]

아래 질문은 응답하시는 분이 돌보시는 어르신의 일상에서 일어날 수 있는 느낌이나 문제들에 관한 것입니다. 아래 글들을 읽으면서 지난 1주일 동안 귀하가 생각하기에 어르신의 기분상태를 잘 나타낸다고 생각되면 ‘예’를, 그렇지 않으면 ‘아니오’로 표시하여 주십시오.

번호	문항	예	아니오
1	어르신께서는 평소 생활에 만족하십니까?		
2	어르신께서는 활동과 흥미가 많이 저하되어 있습니까?		
3	어르신께서는 앞날에 대해 희망적입니까?		
4	어르신께서는 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지내십니까?		
5	어르신께서는 대부분의 시간이 행복하다고 느끼십니까?		
6	어르신께서는 지금 살아있다는 것이 아름답다고 생각하십니까?		
7	어르신께서는 가끔 낙담하고 우울하다고 느끼십니까?		
8	어르신께서는 지금 인생이 매우 가치가 없다고 느끼십니까?		
9	어르신께서는 지금 인생이 흥미롭다고 느끼십니까?		
10	어르신께서는 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느끼십니까?		
11	어르신께서는 활력이 충분하다고 느끼십니까?		
12	어르신께서는 자주 울고 싶어 하는 것으로 느껴지십니까?		
13	어르신께서는 아침에 일어나는 것이 즐거운 것 같습니까?		
14	어르신께서는 결정을 내리는 것이 수월한 것 같습니까?		
15	어르신께서는 마음이 이전처럼 편안한 것 같습니까?		

① 귀하는 본인이 수발하는 대상 노인분의 우울이 어떠한 상태라고 생각하십니까?
아래의 보기에서 노인분의 상태에 가장 적합하다고 생각되는 것에 체크하여 주
십시오.

- 1) (본인이 수발하고 있는) 노인은 우울하지 않은 상태라고 생각한다.
- 2) (본인이 수발하고 있는) 노인은 경증의 우울상태라고 생각한다.
- 3) (본인이 수발하고 있는) 노인은 중증 이상의 우울상태라고 생각한다.
- 4) (본인이 수발하고 있는) 노인은 심각한 우울상태라고 생각한다.
- 5) (본인이 수발하고 있는) 노인의 우울상태를 잘 모르겠다.

①-1. 위의 항목을 선택한 사유에 대해 구체적으로 답하여 주시기 바랍니다.
()

①-2. 귀하는 본인이 수발하는 대상 노인분의 우울 문제를 해결하기 위해 어떠한
대처를 취해야한다고 생각하십니까?

- 1) 상담 및 복약 등의 병원 서비스
- 2) 가족 수발자의 정서적 지지
- 3) 잘 모르겠다
- 4) 기타 ()

② 귀하는 본인이 수발하는 노인분의 우울 문제에 대처하기 위해 노인장기요양보
험 서비스가 도움이 될 수 있을 것이라고 생각하십니까? 만약, 도움이 될 수 있을
것이라고 생각하신다면, 그 이유는 무엇입니까?

- 1) 그렇다. 2) 아니다.

②-1. '그렇다'를 선택한 이유
()

③ 귀하는 본인이 수발하는 대상 노인분의 우울 문제에 대처하기 위한 지역사회 자
원에 대해 알고 계십니까? 만일 알고 있다면, 어떠한 종류의 서비스입니까?

()

Ⅲ. 가족이 인지하는 노인우울 상태와 이에 대한 영향요인

[조사원]

아래의 문항에 노인 및 가족 수발자의 해당사항을 답해주시기 바랍니다.

① 일반적 사항

1. 노인의 나이 ()세, 성별 (남 / 여)
2. 수발자의 나이 ()세, 성별 (남 / 여)
3. 장기요양보험 신청자의 자격은 다음 중 어느 것입니까?
a. 일반급여대상자 b. 경감/의료급여대상자 c. 기초생활수급권자
4. 신청 가족 수발자는 가족의 경제적 상태를 어떻게 생각하고 있습니까?
a. 상 b. 중 c. 하

② 가족 수발자와의 관계

1. 노인과 가족 수발자의 동거 기간
(년)
2. 가족 수발자와 노인은 다음 중 어느 관계에 속하는가?
a. 아들 b. 딸 c. 자부 d. 사위 e. 손자녀 f. 배우자

3. 본인이 수발하는 노인과의 관계에 대한 만족도

매우 만족하지 못한다	만족하지 못한다	보통이다	만족한다	매우 만족한다
-------------	----------	------	------	---------

③ 노인의 건강

1. 노인의 객관적 건강상태를 파악하기 위한 질문입니다. 해당 사항에 모두 표시하여 주시기 바랍니다. (중복 가능)

- a. 치매 b. 중풍 c. 고혈압 d. 당뇨병 e. 관절염 f. 척추질환
- g. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란
- h. 난청 I. 백내장, 녹내장 등 시각 장애
- j. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 k. 암
- l. 기타 ()

2. 노인의 주관적 건강상태를 파악하고자 하는 문항입니다. 노인 본인이 생각하는 건강상태에 대해 표시하여 주시기 바랍니다.

매우 건강하지 못하다	건강하지 못하다	보통이다	건강하다	매우 건강하다
----------------	-------------	------	------	------------

④ 노인의 기능상태: 노인장기요양보험 인정조사표 활용하여 아래의 항목에 해당 사항을 체크하여 주시기 바랍니다.

1. 신청노인의 등급 (____등급)

2. 와상도

- a. 정상 b. 생활자립 c. 준 와상상태 d. 완전와상상태

3. 인지정도

- a. 정상 b. 불완전자립 c. 부분의존 d. 완전의존

IV. 제3자(방문 조사원)에 의한 노인 우울 인식 정도

[조사원]

다음은 노인과 그 가족을 제외한 제 3자의 관점에서 해당 노인의 우울상태에 대한 인식을 측정하고자 하는 문항입니다. 해당 사항에 대해 빠짐없이 기술하여주시기 바랍니다.

① 일반적 사항

1. 귀하의 성별은?

- a. 남 b. 여

2. 귀하의 연령은?

- a. 20대 b. 30대 c. 40대 d. 50대

3. 귀하의 전공분야는?

- a. 간호학 b. 사회복지학

4. 다음 문항을 읽고 해당사항에 답해주시기 바랍니다.

번호	문항	예	아니오
1	어르신이 때때로 슬프거나 불행해 보이거나 우울해 보입니까?		
2	어르신이 울거나 울먹인 적이 있습니까?		
3	어르신이 안절부절 못하거나 초조하거나 불안해 보인 적이 있습니까?		
4	노인이 무기력하거나 활동하기를 꺼려합니까?		
5	어르신이 스스로 무슨 일을 하려면 큰 격려가 필요합니까?		
6	어르신이 주변환경에 별로 관심을 안 보이고 고립되어 보입니까?		

(도구 번역 의뢰서)

안녕하십니까?

저는 서울대학교 간호 대학원 지역사회간호학을 전공하는 석사 과정 연구생 유지현입니다. ‘노인 우울에 대한 가족 수발자의 인식’을 연구 주제로 석사학위 논문을 준비하고 있습니다.

본 연구자가 연구진행과정에서 사용하고자 하는 외국에서 개발된 도구의 문항들을 번역하는 작업을 의뢰 드리고자 합니다. 각 문항을 모두 성실하게 답하여 주시기 부탁드립니다.

다 작성하신 후에는 아래에 날짜와 서명을 모두 기입하여 주십시오.

귀한시간 내주셔서 감사합니다.

서울대학교 대학원 석사과정 지역사회전공 유지현 올림
연구자 연락처 010-7697-9681

“본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.”

서명: _____ 2013년 월 ____ 일

이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았습니다.

도구의 번역-역번역 과정 참여자에 대한 설문

1. 귀하가 구사할 수 있는 언어는 어떻게 되십니까? (중복응답 가능)

- ① 한국어
- ② 영어
- ③ 기타 (_____)

2. 귀하는 언어와 관련하여 어떤 직업 혹은 커리어를 가지고 계십니까?

(_____)

3. 영어를 한국어로 번역하는 어떠한 작업에라도 (예:통역, 번역 등) 참여해보신 경험이 있으십니까?

- ① 있다
 - ① -1. 만약 '있다'라고 응답하셨다면 어떠한 분야의 일을 해보셨습니까?
- ② 없다

도구 번역 의뢰서 I 단계 : 영어 ➡ 한국어

● 원 도구의 문항에 대한 설명

연구자가 번역하여 사용하고자 하는 도구는 Hammond et al, (2000)에 의해 개발된 도구입니다. 기존의 언어적 의사소통을 통한 자가 질문형식으로 직접적으로 노인 우울 여부를 판단하는 것이 아닌, 간접적으로 노인의 표정이나 행동에 대한 관찰을 통해 우울을 스크리닝하기 위해 개발되었습니다.

※ 아래는 원 저자에 의해 개발된 도구의 문항입니다. 문항에 대해 읽어 보신 후, 뒷장에 위치한 표1.의 공란에 한국어로 번역하여 주시기 바랍니다.

1. Does the patient sometimes look sad, miserable or depressed?
2. Does the patient ever cry or seem weepy?
3. Does the patient seem agitated, restless or anxious?
4. Is the patient lethargic or reluctant to mobilize?
5. Does the patient need a lot of encouragement to do things for him/herself?
6. Does the patient seem withdrawn, showing little interest in the surroundings?

이 외에도, 본 도구의 번역에 대한 추가적 의견이 있다면 자유로이 기술해주시기 바랍니다.

(_____)

아래의 표에 원 저자가 개발한 도구 문항을 한국어로 번역하여 주시기 바랍니다.

[표.1 한국어로 번역된 문항]

번호	문항
1	
2	
3	
4	
5	
6	

도구 번역 의뢰서 II 단계 : 한국어 ➡ 영어

● 원 도구의 문항에 대한 설명

연구자가 번역하여 사용하고자 하는 도구는 Hammond et al, (2000)에 의해 개발된 도구로 기존의 언어적 의사소통을 통한 자가 질문형식으로 직접적 측정이 아닌, 간접적으로 노인의 표정이나 행동에 대한 관찰을 통해 우울을 스크리닝 ((Screening) 하기 위해 개발되었습니다.

※ 표1은 원 저자에 의해 개발된 도구를 1차적으로 한국어로 번역한 문항입니다. 문항에 대해 읽어 보신 후, 뒷장에 위치한 표2. 의 공란에 영어로 재번역하여 주시기 바랍니다.

이 외에도, 도구의 번역에 대한 추가적 의견이 있다면 자유로이 기술해주시기 바랍니다.

(_____)

아래의 표에 원 저자가 개발한 도구 문항을 영어로 역 번역하여 주시기 바랍니다.

[표 2. 영어로 다시 번역된 문항]

번호	문항
1	
2	
3	
4	
5	
6	

도구 번역 의뢰서 Ⅲ 단계 : 영어 ➡ 한국어

※ 표3. 의 공란에 최종적으로 한국어로 된 문항번역을 하여주시기 바랍니다.
번역과 역번역 과정을 거치면서 기존의 원 도구 문항(1pag 점선box)과 한국어에서 영어로 다시 역번역된 문항(표2)과의 차이가 있을 수 있습니다. 따라서 이를 확인하시어 의견을 조율하신 후, 최종적으로 원 도구를 한국어로 번역해주시기 부탁드립니다.

[표 3. 한국어로 번역된 최종 문항]

번호	문항
1	
2	
3	
4	
5	
6	

이 외에도, 도구의 번역에 대한 추가적 의견이 있다면 자유로이 기술해주시기 바랍니다.

(_____)

(Observer rated scale 저자의 승인 내용)

From: 유지현 [yjh8698@naver.com]

Sent: 19 January 2013 05:20

To: Hammond, Maggie

Subject: Dear Professor Magaret F. Hammond

Dear Professor Magaret F. Hammond,

My name is Jihyun You studying at Seoul National University of Nursing in Korea.
I am working on master's degree in Community Health Nursing and having interest in elderly depression.

I have read your **'Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patient'**

at *Age and Ageing 2000: 29: 511-515*.

I would like to translate your 'observation-based screening scale for depression in elderly' to Korean and use it for my research.

I plan on using the scale to screen the elderly (who are living in community) depression by nurse.

So I am writing this email to you courageously to get your permission. If this is OK, please provide your feedback to me then I will be very grateful.

Thank you very much for checking my email and hope to get your support.

Sincerely yours,

Jihyun You.

★ RE: Dear Professor Magaret F. Hammond

13-01-20 (일) 21:15

보낸 사람: ★ Hammond, Maggie <M.F.Hammond@liverpool.ac.uk> 주소록에 추가 | 수신차단하기

받는 사람: 유지현 <yjh8698@naver.com>

Dear Jihyun You,

thank you for your email and for your interest in our screening scale. I would be pleased to support you in your research.

I have in the past been involved in translating other scales into different languages; for example, from English into Finnish, Swedish and Estonian. When we did this we adopted a particular protocol. The first step was to translate from English into the other language. The second step was for another person to translate the scale from the other language back into English. The third step was to send the English back-translation to the originator of the scale to check for meaning, and correct as necessary until the meaning was equivalent. I don't know what plans you have in mind, but this is one method that I think is important to consider. I would be happy to collaborate with you to do this.

In your opinion, are the signs of depression in older people in Korea well represented by this scale? Do you think there are others that people display? I would be interested to hear your thoughts.

I have a page of notes that I can send you that might be helpful to you, as well.

best wishes,

Maggie Hammond

ABSTRACT

Depression in elderly subjects receiving long-term senior care insurance and family caregivers' recognition of their depression status

Ji-Hyun You

Department of nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by professor In-sook Lee

This study compared true levels of depression in elderly subjects and family caregivers' perceptions of this level of depression, with the aim of providing materials to support family caregivers' appropriate management of depressed elderly individuals.

The subjects were 136 pairs of elderly individuals receiving benefits from long-term senior care insurance and their family caregivers (total, $n = 272$) who lived in Seoul and Gyeonggi-do. The survey was conducted during February and March 2013.

This study compared depression scores reported by elderly subjects with those reported by family caregivers. Also examined differences between the two groups' scores according to characteristics of the elderly subjects (gender, age, number of chronic diseases, subjective health status, long-term senior care

insurance level, mobility, cognition) and family caregivers (gender, age, family relationship, level of satisfaction with elderly relationships, living situation duration, subjective economic status, payment percentage for care services).

The result as follows.

1. The mean depression score obtained from the responses of elderly subjects (11.4 ± 2.7) was significantly higher than that calculated from the responses of family caregivers (10.5 ± 3.4). Thus, It could conclude that family caregivers' recognition of depression in elderly subjects was poor.
2. Elderly subjects' depressed status and family caregivers' recognition thereof were worse for elderly individuals with more diseases and worse subjective health status and physical mobility.
3. Elderly subjects' and family caregivers' responses to the Geriatric Depression Scale Short version of Korean differed significantly, based on significant differences for 7 of 15 items. Family caregivers' responses to GDS items assessing lack of vitality were more sensitive than elderly subjects' responses, but caregivers' responses to items regarding negative emotions and decreased interest were less sensitive.
4. The level of recognition of depression in elderly subjects was low among family caregivers who were female, of a younger or older generation, and/or daughters-in-law; and/or had greater than moderate satisfaction level with the relationship with the elderly subject, a living situation duration > 15 years, and/or low subjective economic status.

In conclusion, educational intervention for family caregivers is necessary to help improve their recognition and appropriate management of depression in elderly individuals.

Key words : elderly, depression, family caregiver, recognition of depression.

Student Number : 2011-20466

감사의 글

본 논문을 마무리하기까지 많은 도움을 주신 분들께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다. 가장 먼저, 제가 많이 부족했음에도 늘 관심과 가르침으로 저를 학문의 길로 이끌어주신 이인숙 교수님께 진심으로 감사드립니다. 바쁘신 시간을 늘 쪼개서라도 제 논문에 많은 조언을 아끼지 않으셨던 교수님의 모습과 많은 가르침들을 마음속에 담아 간직하겠습니다. 또한 연구자로서 갖춰야 할 논리적인 사고와 연구에 대한 흥미를 일깨워주셨던 윤순영 교수님, 단어 하나하나 세심한 부분까지 꼼꼼하게 살펴주시고 늘 인자하신 모습으로 제게 용기를 북돋아주셨던 송미순 교수님께 진심으로 감사드립니다.

자료 수집 때 본인 일 처럼 적극적으로 나서주시며 많은 도움을 주실 뿐 아니라, 또한 학업에 임할 수 있도록 많은 도움과 격려를 아끼지 않으셨던 건강보험공단의 직원 분들께도 정말 감사드립니다. 특히 이종민 부장님, 홍윤경 차장님, 박혁준 과장님, 백영실 대리님, 최영미 대리님, 이상희 대리님, 그리고 제 금쪽같은 동기들인 정아언니, 태은오빠와 대기오빠 모두 고맙습니다.

석사 과정 동안 부족한 저를 도와주셨던 선, 후배, 동기 분들께 감사드립니다. 특히 이옥의 선생님께 정말 감사드립니다. 늘 격려해주시며 함께 고민해주셨던 선생님이 있었기에 지금의 제가 감사의 글을 쓸 수 있지 않을까 싶습니다. 정말 감사드립니다. 또한 함께 논문 진행 과정 동안 많은 도움을 주신 박정희 선생님, 정미라 선생님, 박언아 선생님을 비롯한 지역사회 간호학 식구들에게 깊이 감사드립니다.

마지막으로, 항상 제가 가는 길을 조용한 등불처럼 밝혀주시고 변함없는 사랑으로 보살펴주시는 아버지와 어머니께 진심으로 감사드리고 사랑합니다. 늘 힘들 때마다 옆에서 응원해주었던 부모님의 은혜에 보답하고자 작은 일에도 열심히 노력하는 딸이 된다고 약속하겠습니다. 또한 든든하게 옆에서 버팀목이 되 주었던 우리 남동생에게도 고맙다는 인사를 전하고 싶습니다. 물심양면으로 저를 도와준 우리가족 너무 사랑합니다.

제가 많이 부족하더라도 늘 저에게 보내주셨던 많은 분들의 사랑과 관심을 잊지 않고, 배우는 자세로 언제나 최선을 다하겠습니다. 감사합니다.