creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

Disclaimer

dCollection

보건학 석사 학위논문

장애인의 우울에 영향을 미치는 다차원 요인

- 1인가구와 다인가구의 비교를 중심으로

2023년 02월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

전 주 연

장애인의 우울에 영향을 미치는 다차원 요인

- 1인가구와 다인가구의 비교를 중심으로

지도교수 유 승 현

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2022년 11월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
전 주 연

전주연의 석사 학위논문을 인준함
2022년 12월

위 원 장 _____ 김홍수 _____ (인)

부위원장 _____ 정완교 _____ (인)

위 원 _____ 유승현 _____ (인)

국문초록

한국의 장애 인구는 일반 인구에 비해 고령화가 빠르게 심화되고 있으며 1인가구 역시 증가하고 있다. 또한, 장애인의 탈시설 및 자립 생활을 강조하는 정책이 확대됨에 따라 지역사회에 거주하는 장애인의 가구 형태별 맞춤형 건강문제 접근에 대한 요구가 증대하고 있다. 특히, 장애인 정신건강의 대표적인 지표인 우울은 비장애인에 비해 지속적으로 높은 수준을 보일 뿐만 아니라 가구 형태별로 다른 양상을 보인다.

이러한 추세에도 불구하고 장애인 우울과 관련된 연구는 인구사회학적 특성, 장애 특성 등 개인적 특징의 영향에 초점을 둔 연구가 다수였으며, 사회적 관계와 관련된 개인 간 차원 등의 요인을 종합적으로 고려한 연구는 부족하였다. 그뿐만 아니라, 장애인의 가구 형태를 분리하여 우울의 영향요인을 확인한 연구는 부재하다.

따라서, 본 연구는 한국장애인개발원의 장애인삶 패널조사 1차 및 2차에 응답한 성인 장애인을 연구대상으로 하여 우울 여부에 영향을 미치는 요인을 생태학 모형과 세계보건기구의 국제기능장애건강분류를 준용한 이론적 틀을 바탕으로 구성하여 개인 및 개인 간 요인으로 분류해 파악했다. 또한, 하위군 분석을 통해 가구 형태별로 도출된 우울 영향요인을 비교 및 분석하였다.

일반화추정방정식의 적용을 통해 두 가구 형태에서 공통적으로 확인된 우울 영향요인은 다음과 같다. 개인요인 중에는 주기적 운동 빈도와 만성질환 보유 여부, 전반적 일상생활 수행 시 도움 필요 여부 그리고 거주지역 환경 인식이 해당했다. 또한, 개인 간 요인에는 가족의 정서적 지지 및 도움이 관측되었다.

두 가구 형태에서 서로 차이가 있는 우울의 영향요인으로는 기

능적 사회적 관계망 중 ‘주변 사람들의 정서적 지지 및 도움’이 있으며 해당 요인은 장애인 다인가구의 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났지만, 장애인 1인가구에게는 그렇지 않은 결과가 도출되었다.

두 가구 형태에서 공통적인 우울 영향요인으로 확인된 분석결과가 시사하는 바는 첫째, 건강행태 중 주기적 운동 빈도가 신체활동 권장량 이상일 때 우울 예방과 같은 정서적 효과가 있으며 장애인 우울 완화를 위해 장애인 대상의 만성질환 관리와 전반적 일상생활 수행 지원서비스를 확대하거나 자립 생활이 가능한 환경을 조성하는 방안이 중요하다는 점이다. 둘째, 장애인 우울 예방을 위한 대안이 지역사회의 물리적 환경에 대한 주관적 인식과의 상호적 연계를 이해하는 것을 토대로 개발될 때 효과적일 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 셋째, 장애인의 우울 중재 시 가족 기능을 강화하기 위한 전략 즉, 가족의 정서적 지지 및 도움과 같은 가족관계의 기능적 특성에 대한 면밀한 고려가 필요하다.

두 가구 형태 간 차이점이 의미하는 바는 장애인 다인가구의 이웃, 친구와 같은 가족 외 주변 사람들과의 사회적 관계망이 정서적 도움 및 지지를 제공할 때 우울 예방에 도움이 된다는 점이다. 따라서, 질적으로 높은 사회적 관계망 형성을 돕는 정신건강 프로그램이 다인가구의 우울 중재에 효과적일 수 있다.

본 연구는 지역사회에 거주하는 장애인의 우울 예방을 위한 가구 형태별 맞춤형 정책 수립 시 기초자료로 활용될 수 있다는 점에서 의의가 있다.

주요어 : 장애인, 우울, 장애인 1인가구, 장애인 다인가구, 국제기능장애건강분류, 생태학 모형, 장애인삶 패널조사

학 번 : 2021-26696

목 차

제 1 장 서론 ····· 1
제 1 절 연구배경 및 연구의 필요성 ····· 1
제 2 절 연구목적 및 연구문제 ····· 5

제 2 장 이론적 배경 ····· 6
제 1 절 장애의 정의와 개념 ····· 6
제 2 절 장애인 인구 현황 ····· 13
제 3 절 이론적 틀 ····· 17
제 4 절 이론적 틀에 기반한 변수 선정 ····· 21
제 5 절 장애인 정신건강 문헌고찰 ····· 29
제 6 절 장애인 우울 문헌고찰 ····· 31

제 3 장 연구방법 ····· 48
제 1 절 연구자료 및 연구대상 ····· 48
제 2 절 연구변수 ····· 50
제 3 절 연구방법 ····· 56

제 4 장 연구결과 ····· 59
제 1 절 연구대상자의 일반적 특성 ····· 59
제 2 절 분석 결과 ····· 71

제 5 장 논의 ····· 88
제 1 절 논의 ····· 88

제 2 절 연구의 의의 ····· 99
제 3 절 연구의 한계 및 후속과제 ····· 100

제 6 장 결론 ····· 103

참고문헌 ····· 105
Abstract ····· 123

표 목 차

[표 1] 장애의 개념 ····· 6
[표 2] 한국 장애인복지법에서 장애인의 정의 ····· 8
[표 3] 생태학 모형 ····· 19
[표 4] 이론적 틀에 기반한 변수 선정 ····· 22
[표 5-1] 연구 변수 ····· 54
[표 5-2] 연구 변수(계속) ····· 55
[표 6-1] 전체 연구대상자의 일반적 특성 ····· 63
[표 6-2] 전체 연구대상자의 일반적 특성(계속) ····· 64
[표 7-1] 가구 형태별 연구대상자의 일반적 특성 ····· 69
[표 7-2] 가구 형태별 연구대상자의 일반적 특성(계속) ····· 70
[표 8-1] 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인 ····· 73
[표 8-2] 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인(계속) ····· 74
[표 9-1] 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인 ····· 77
[표 9-2] 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인(계속) ·· 78
[표 10-1] 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인 ····· 81
[표 10-2] 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인(계속) 82
[표 11] 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 환경요인 결과 종합 ····· 85
[표 12] 민감도 분석 ····· 87

그 림 목 차

[그림 1] 한국의 장애출현율 변화 ····· 13
[그림 2] 연구모형 ····· 28

제 1 장 서 론

제 1 절 연구배경 및 연구의 필요성

급속한 인구의 고령화와 각종 사고 및 질병의 증가 그리고 환경오염의 심화 등 다양한 장애 발생의 위험요인이 증가함에 따라 선천적 혹은 후천적인 이유로 장애 인구가 증가하고 있다. 보건복지부의 2020년 장애인 실태조사에 의하면, 한국의 등록장애인은 262.3만명으로 2017년에 비하여 4.2만명이 늘어나는 등 지속적으로 증가하는 추세를 보인다.

특히, 장애 인구에서 두드러지는 특징은 고령화와 1인가구의 증가이다. 장애 인구 현황을 살펴보면, 2020년 전체 장애인구 중 65세 이상의 노인 비율이 49.9%에 도달하였는데, 이는 2000년(30.3%)에 비해 19.6% 상승한 수치로, 뚜렷한 고령화 추세를 보인다. 또한, 전체 장애인 가구 중에 1인가구 비율이 2020년에 27.2%였는데 이는 2017년 26.4%에 비해 증가한 수치이다. 하지만, 이러한 추세에도 불구하고 장애인 1인가구에 대한 사회적 혹은 정책적 관심은 부족한 실정이다.

장애인 문제는 소수자의 문제로 인식되는 만큼 1인가구와 관련된 통계에서도 장애 유무 변수를 다루지 않는다. 또한, 최근 장애인 정책 역시 탈시설 그리고 자립 생활 지원을 강조함에 따라(임상욱, 전지혜, 2021), 지역사회에 거주하는 장애인의 가구 형태별 연구 혹은 정책이 더욱 필요해질 전망이다. 즉, 장애인 가구의 구성이 원자화되고 다양화되는 현실을 반영한 연구와 정책적 개입이 요구되는 실정이다.

장애인은 갑작스러운 생의 사건으로 인해 신체적 혹은 정신적 기능 상실을 경험하며, 이에 따라 사회적 관계가 단절되거나 심리사회적으로 어려움에 노출된 상태로 결국 사회통합 과정에서 어려움을 경험한다(정준수, 박미은, 2016; 조혜정, 서인균, 2012). 이러한 과정으로 인해 장애인은 비장애인 비해 우울 증상을 겪는 가능성이 더 클 뿐만 아니라 우울감 경험에 더 취약한 상황에 있다(유창민, 2017; Livneh, 2001). 장애인이 겪는 우울은 그들의 신체 건강에 악영향을 미칠 뿐만 아니라 장애수용과 재활

관련 의지에도 악영향을 미쳐 자살로 연결될 수 있는 주요한 위험요인이다(이현주, 강상경, 2009, 김지영, 2003).

장애인 우울과 관련하여 국가 차원의 노력을 기울인 시도는 국민건강증진종합계획에서 확인할 수 있다. 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)의 인구집단별 건강관리 범주에는 '장애인' 대상의 세부지표 중 장애인 정신건강 수준 향상이 있으며, 그 하위 지표로 우울증 유병률 관리 지표가 설정되어 있다. 이에 따라, 해당 목표를 달성하기 위한 장애인 우울 관련 적극적인 정책적 개입과 중재가 요구된다.

장애인의 우울은 생태학 모형에 근거했을 때 개인 차원의 요인뿐만 아니라 개인 간의 사회적 관계 그리고 지역사회에서 비롯한 다차원적인 요인들이 영향을 미친다. 또한, 장애인의 건강상태 관련 요인을 설명하는 WHO의 International Classification of Functioning, Disability and Health(이하, ICF)에서 역시 장애인의 우울증과 같은 건강상태가 개인적 활동 제한의 결과일 뿐만 아니라 환경의 장벽 요인의 결과임을 강조한다(WHO, 2001).

하지만, 장애인 대상의 우울과 관련된 선행연구는 장애인 개인의 특성과 우울의 관련성을 초점에 둔 연구가 다수였다. 장애인의 우울이 성별(이현주, 강상경, 2009; 권현수, 2010; 전지혜, 2010), 연령(이현주, 강상경, 2009; 권복순, 박현숙, 2005), 경제활동 상태(전지혜, 2010; 이현주, 강상경, 2009), 장애 정도(김자경 외, 2007; 권복순, 박현숙, 2005), 만성질환(고정은, 이선혜, 2012; 이미숙, 2010)와 관련이 있음을 보고하였다.

더 나아가 장애인 우울과 거주하는 지역사회 환경의 연관성을 다룬 국내 연구는 부재하였다. 장애인 집단은 비장애인 집단에 비하여 이동하는 데에 제약이 있어 주로 주거지 주변으로 삶의 영역이 제한되어 있을 가능성이 높다(문하늬 외, 2018). 이에 따라, 장애인은 주거하는 지역의 물리적 환경에 잦게 노출되므로 더욱 많은 영향을 받을 수 있다(박근덕 외, 2017). 이러한 지역사회의 물리적 환경이 긍정적으로 인식되면 삶에 대한 만족감 및 통제력 그리고 삶의 가치를 느끼는 것과 연관되어 정신건강에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(강기원 외, 2009; Evans, 2003).

따라서, 장애인 우울의 결정요인으로 해당 요인을 살필 필요가 있지만, 현재까지 장애인 대상의 연구 중 거주지역의 물리적 환경에 대한 개인적 인식과 우울의 연관성을 살핀 연구는 부재하였다. 이에 따라, 본 연구에서는 거주지역 환경에 대한 주관적 인식과 우울의 연관성을 확인하고자 한다.

또한, 장애인의 우울과 사회적 관계망과의 관련성을 다룬 선행연구는 가족관계 만족도(유창민, 2017; 조혜정, 서인균, 2012) 또는 사회적 관계에서 비롯된 사회적 지지(유창민, 2017; 조혜정, 서인균, 2012; Honey et al., 2011)를 분절적으로 살폈다. 하지만, 장애인이 맺는 사회적 관계망의 구조적 특성 즉, 만나는 사람 수 및 만남 빈도와 같은 양적 특성 그리고 기능적 특성 즉, 정서적 지지와 도움 제공 여부와 같은 질적 특성을 종합적으로 고려해 우울에 어떠한 영향을 미치는지에 대해 분석한 연구는 부재하였다. 따라서, 본 연구에서는 사회적 관계망을 구조적 관계망과 기능적 관계망으로 분류해 우울 예방에 영향을 미치는 사회 관계적 특성을 확인해보고자 한다.

종합하자면, 본 연구에서는 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 생태학 모형과 세계보건기구의 국제기능건강장애분류를 준용한 이론적 틀을 바탕으로 개인과 개인 간 요인으로 구분하여 파악하고자 한다. 특히, 개인 간 요인에서는 사회적 관계를 살펴 구조적 사회적 관계망과 기능적 사회적 관계망을 살펴볼 것이다. 지역사회에 거주하는 장애인에 대한 대표성이 확보된 패널 자료의 분석을 통해 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과는 우울의 중재 및 관련 정책적 개입 지점을 규명하는 데에 있어 근거기반의 정보를 제공할 것이다.

이에 더불어, 장애인은 가구 형태별로 우울 경험과 그 맥락이 상이하게 나타난다. 장애인 1인가구는 장애인 다인가구에 비해 더욱 사회경제적으로 취약할 뿐만 아니라(임상욱, 전지혜, 2021) 불건강한 건강행태를 보이고(하지경, 이성림, 2017) 사회적으로 고립되어 있을 가능성이 높아 우울에 노출될 위험 또한 높다(송나경, 2020). 즉, 그들은 가족과 분리되어 있어 사회적 관계망이 축소된 상태이며, 혼자 일상생활을 영위하고

건강을 돌봐야 하는 상황에 따라 스트레스 수준이 증가하여 우울 수준이 높은 경향이 있다(송나경, 2020; 성준모, 2013).

장애인실태조사에서 장애인 다인가구에 비교한 장애인 1인가구의 정신건강 현황을 확인할 수 있다. 조사 결과에 의하면, 장애인 1인가구는 슬프거나 절망을 느낀 경우가 24.1%로 장애인 다인가구(16.5%)보다 높게 나타났으며, 불안 및 우울감을 느끼는 경우 역시 1인가구가 41.1%로 다인가구가 34.8%로 나타난 것에 비하여 높게 측정되었다(보건복지부, 2017). 이처럼, 장애인 가구 형태별 맞춤형 정책을 통한 우울 접근이 필요함에도 불구하고 관련 연구나 사회적 관심은 부족한 실정이다.

따라서, 본 연구에서는 전체 성인 장애인에 대한 하위군 분석을 통해 1인가구와 다인가구를 구분하여 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하고 가구 형태별 차이를 분석함으로써 맞춤형 장애인 우울 중재와 관련된 기초자료 마련에 기여하고자 한다.

제 2 절 연구목적 및 연구문제

본 연구는 한국장애인개발원의 장애인삶 패널조사 1~2차년도에 응답한 성인 장애인을 대상으로 한다. 장애인의 우울 여부에 영향을 미치는 요인을 생태학 모형과 세계보건기구 국제기능건강장애분류의 구성요소를 준용한 이론적 틀을 바탕으로 개인요인과 개인 간 요인으로 분류하여 일반화추정방정식의 적용을 통해 확인해보고자 한다. 특히, 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인 중 정책적 개입 혹은 정신보건 사업 등을 통해 중재 가능한 요인들에 초점을 두고자 한다.

또한, 가구원 수에 따라 '1인가구'와 2인가구 이상의 '다인가구'로 구분한 하위군 분석을 통해, 가구 형태에 따른 장애인 우울에 영향을 미치는 요인에는 무엇이 있는지 분석하고 그 결과에 어떠한 차이가 있는지 파악하고자 한다. 이에 따라, 본 연구는 가구 형태별로 이질적인 특성과 요구를 가진 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하여 맞춤형 정신 보건정책 마련 및 우울 중재를 위한 기초자료를 마련하는 데에 도움이 되고자 한다.

구체적인 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 장애인의 우울에 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인은 무엇인가?
둘째, 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인은 무엇인가?
셋째, 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인은 무엇인가?
넷째, 장애인의 가구형태별 우울에 영향을 개인 및 개인 간 요인에는 어떠한 차이가 있는가?

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 장애의 정의와 개념

1. 장애 정의와 개념

1) 장애(Disability)의 정의

'장애(Disability)'의 개념을 정의함에 앞서 해당 개념이 '손상(Impairment)'의 개념과 구분됨을 주지해야 한다. 국제장애인연맹(Disability People International, 이하 'DPI')에서 '손상'과 '장애'라는 용어를 사용한 2요소 모델을 아래 [표 1]과 같이 제시한다(Barnes & Mercer, 1996).

[표 1] 장애의 개념(Barnes & Mercer, 1996)

분류	개념
손상(Impairment)	신체적, 정신적, 또는 감각적 손상으로 인한 개인의 기능적 제한
장애(Disability)	물리적 또는 사회적 장벽에 기인해 타인과 동등한 수준에서 지역사회에서의 일상적 생활에 참여할 기회의 상실 또는 제한

위 개념에 의하면, 장애인은 사회가 창출한 제약으로 인해 장애를 경험한 손상을 입은 사람의 정의할 수 있다(조한진, 2011). 이처럼, 장애는 사회적 맥락에 따라 정의되므로 각 국가의 정책적 입장에 따라 상이한 특징이 있다. 이익섭(2007)에 의하면, 장애의 정의는 크게 두 축으로 나뉘는데 바로 장애의 의료적 측면을 강조하는 의학적 모형과 장애를 발생시키는 환경적 측면에 주목하는 사회적 모형이다.

유엔장애인권리협약(2006)의 장애의 정의에 관한 논의 과정에서 여러 정부 대표들은 장애에 대한 사회적 모형으로 인해 초래되는 경제적 비용을 사회의 부담으로 인식하는 이유로 장애의 정의를 두지 않거나 피상적

수준에서의 명시를 주장했다(조한진, 2011). 반면, 비정부 대표들은 장애인의 인권 회복을 위하여 미래 지향적 관점에서 사회적 모형을 장애의 정의에 과감하게 반영해야 한다는 입장을 표명했다. 결과적으로, 최종 결정 권한을 지닌 정부 대표자들의 합의로 장애에 대한 요식적 정의가 채택되었다(이익섭, 2007).

구체적으로, 유엔 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)에서는 '장애'라는 단어를 분명히 정의하고 있지 않으며 변화하는 개념으로 설명한다. 대신, 협약 제1조는 '장애인'이라는 용어는 여러 가지 장벽과의 상호작용에서 다른 사람들과 대등하게 사회에 완전하고 효과적으로 참여하는 것을 방해할 수도 있는 장기간의 신체적, 정신적, 지적, 또는 감각적인 손상이 있는 사람을 포함한다고 서술하고 있다. 해당 협약에서 장애는 사회와 그 사회의 여론이 가변적이라는 사실에 따라 장애에 대해 엄격한 정의를 내세우는 것이 아니라 서로 다른 사회경제적 배경 아래 각색을 허용하는 역동적인 접근을 취한다(조한진, 2011).

장애의 정의에 대한 여러 가능성을 열어놓았음에도 불구하고 해당 협약에 대한 비판적 시각도 존재한다. Leonardi 외(2006)는 본 협약이 장애 개념을 장기간의 손상으로 정의하며 단기간 발생하거나 장애의 특성에 변동성이 있거나 단발적으로 발생하는 경우와 같은 다양한 성격을 지닌 장애 개념을 포괄하지 못한다고 주장한다.

한국의 장애인복지법에서는 장애인을 '신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자'로 정의하고 있다(표 2). 등록장애인은 장애인복지법 제2조의 기준에 해당되는 장애인이 동법 제32조에 의하여 시, 군, 구청장에게 등록을 한 자를 말하며, 등록장애인 현황은 15개 장애 유형의 기준에 적합하여 행정기관(읍, 면, 동사무소)에 등록된 장애인을 의미한다.

[표 2] 한국 장애인복지법에서 장애인의 정의

장애인복지법 제2조(장애인의 정의 등)
(제1항) “장애인”이란 신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. (제2항) 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부 기관의 장애 등을 말한다. 2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

2) 장애의 유형

‘장애’라는 용어는 1981년 장애인복지법 제정 후 일반화되었으며, 그 이전에는 ‘폐질자’, ‘불구자’ 등의 여러 용어가 혼용되었었다(전보영, 2014; 박수경, 2008). 장애는 신체적 장애와 정신적 장애로 구분되는데, 신체적 장애는 주요한 외부 신체기능의 장애와 내부 기관의 장애를 말하며, 정신적 장애는 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 의미한다. 1988년에 장애인등록사업이 실시됨에 따라, 5개의 장애인 범주가 포함되었는데, 이는 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 그리고 지적장애이다.

1999년 장애인복지법이 개정되어, 2000년 1차 장애범주 확대 시에 뇌병변, 발달(2007년, ‘자폐’로 변경)장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애 총 5종이 추가되었다. 이후 2003년 2차 장애범주 확대 시에 안면변형장애, 장루장애, 간장애, 간질장애(2015년, 뇌전증장애로 변경), 호흡기장애 총 5종이 추가되어 모두 15개의 장애 유형이 존재한다.

2. 장애 개념에 대한 접근

장애인에 대한 시각은 시대 및 국가의 다양한 층위의 영향에 따라 변화한다(박수경, 2008). 이는 단순히 장애가 의학적 관점에서의 기능 제한을 의미하는 것이 아닌 사회적 의미에서의 능력 제한을 포괄한다는 점을 내포한다.

장애(Disability)에 대한 개념을 Burnell(2003)은 세 가지로 분류했는데, 첫째는 의학적 접근법(medical approach)으로 여러 유형의 장애의 의학적 인과관계에 방점을 둔다. 둘째, 기능적 제한 접근법(functional limitations approach)은 가장 흔하게 적용되는 접근법으로 개인의 활동 제한을 강조하는 특징이 있다. 마지막으로, 사회정치적 접근법(sociopolitical approach)은 인간과 그를 둘러싼 환경 간의 상호작용으로써의 장애를 강조한다.

1) 의학적 접근법

의학적 접근법은 의학적 질환의 진단을 통해 장애를 평가하기 때문에 다른 접근법보다 비교적 명료한 것처럼 보인다. 하지만, 해당 접근법은 아래 이유로 점점 주목을 받지 못하고 있다(Burnell, 2003). 먼저, 의사의 질환에 대한 증명이 선택 편향 문제를 발생시킬 수 있으며, 의학 기반의 정의는 질환의 중증도에 대한 고려가 미흡할 수 있다. 또한, 공인된 질환 이외 중요한 질환을 배제할 가능성이 있으며 제한으로 인한 결과보다 원인을 강조한다는 특성이 있어서 신체의 상태와 기능할 수 있는 능력 사이를 영구화한다는 한계가 있다.

2) 기능적 제한 접근법

기능적 제한 접근법은 실증 연구에서 주로 활용되며, Nagi(1965)가 서술한 접근법을 기반으로 한다(조한진, 2011). Nagi(1965)에 의하면, 장애는 정상적인 상태로 회복하려는 유기체의 다층적 노력을 포함한 질병의 시작을 의미하는 활동적 병리 상태의 질환에서 시작된다.

일부 질환은 병리의 활동 단계가 감소 혹은 제거된 후에도 남아있음에 따라 지속적 손상(impairment)을 유발하는데, 여기서 손상은 생리적 혹은 해부학적 유실이나 기타 이상으로 정의했다. 이러한 손상은 때때로 기능적 제한을 초래할 수 있다(Nagi, 1965) 여기서 모든 기능적 제한이 손상에서 기인하지만 모든 손상이 기능적 제한을 유발하는 것은 아니라는 점에 주목해야 한다.

그는 어떠한 환경에서 개인에게 기대되는 사회적 과업과 역할을 수행하는 데 있어서 발생하는 제한 혹은 무능력을 설명하기 위해 장애를 정의하였다(Bernell, 2003). 다시 말해, 장애 상태를 결정하는 것은 개인의 기능적 제한이 평상시에 과업을 수행할 때에 어떤 상황을 초래하는지 그리고 타인의 반응 및 기대처럼 그 개인을 둘러싼 환경과 어떻게 상호작용하는지에 달려 있다.

따라서, Nagi(1965)에 의하면 광의의 장애인에 대한 정의는 '평상시의 활동 중 어떤 것을 수행하는 데에 제한되는 사람'이다. 협의의 정의로 일상생활에서의 특정 역할을 수행할 수 있는 능력이 제한되는 개인으로 특징지을 수도 있다. 또한, 다수의 선행연구에서는 유일한 활동으로서 고용만을 포함하여 활동 제한의 좁은 관점을 채택하기도 한다(Bernell, 2003).

3) 사회정치적 접근법

많은 연구와 정책에서 Nagi(1965)가 정의한 장애에 이르는 병리학적 과정이 장애를 정의하는 기반으로써 활용되어 왔다(조한진, 2011). 하지만, 이러한 접근법은 장애를 개인의 문제로 귀결시키고 신체적 능력에 대한 필요를 최소화하는 기술적 발전 등의 환경적 변화에는 비교적 낮은 방점을 둔다는 점에서 비판받았다(Hahn, 1985).

사회정치적 접근법은 장애개념에 접근 시 개인에게 초점을 두는 것에 벗어나 사회, 문화, 경제 그리고 정치적 환경으로의 확장을 강조한다. 즉, 장애는 '장애를 발생시키는 환경(Disabling environment)'의 결과인 것이다(Hahn, 1985). 장애에 대한 의학적 정의나 기능적 제한으로 장애를 정의하는 것은 사람이 일상생활 혹은 사회적으로 기능함에 있어서 정상적인 범주로 여겨지는 것에 대한 전문가의 평가에 기반하거나 장애가 있는 사람의 기능적 능력이 변화해야 한다는 신념에 기초한 것이다(Scotch & Schriner, 1997).

하지만, 이제는 장애인이 직면하는 여러 문제는 그들의 환경을 변화할 수 있는 정책적 변화를 통해 다뤄져야 한다. 장애인 개인에 초점을 둔(person-focused) 정책이 오랜 역사를 갖고 있지만(Burnell, 2003) 이제는 장애인을 둘러싼 환경에 대한 책임으로의 전환 노력이 필요한 시점이다.

4) 세 접근법의 통합

장애는 고정불변하지 않고, 진화하는 개념이다(WHO, 2001). 2001년 WHO가 제시한 국제능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, 이하 ICF)는 개인의 질병과 손상이 아닌 장애 관련 제도 및 사회적 지지를 포함하는 사회, 환경적 맥락을 강조한다. 즉, 장애를 이해하는 데에 있어 개인의 건강상태를 신체적 기능과 구조에 국한하여 이해하는 것이 아닌, 일상생활을 포함한 개인의 사회적 활동, 참여 그리고 환경적 요소를 종합하여 파악한다.

구체적으로 살펴보면, WHO ICF에서 설명하는 장애개념은 개인적 요인과 환경적 요인의 상호작용에서 비롯된다. 먼저, ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)의 질병, 손상 등의 일방향적인 관계를 양방향으로 제시하며 개인과 환경 간의 상호작용에 주목한다. 예를 들어, 손상이 없는 경우에도 사회적 참여가 제약되는 경우 장애가 발생할 수 있고 손상이 있는 경우에도 활동이 제한되지 않을 수 있다는 것이다.

이후 WHO ICF는 사망률, 유병률 등과 같은 전통적인 건강 지표에서 사람들이 건강 이상과 함께 일상생활에서의 활동을 고려하는 척도와 그 사람의 삶의 질과 생산성을 향상에 기여할 수 있는 서로 다른 차원의 개입으로 초점을 옮긴다(조한진, 2011).

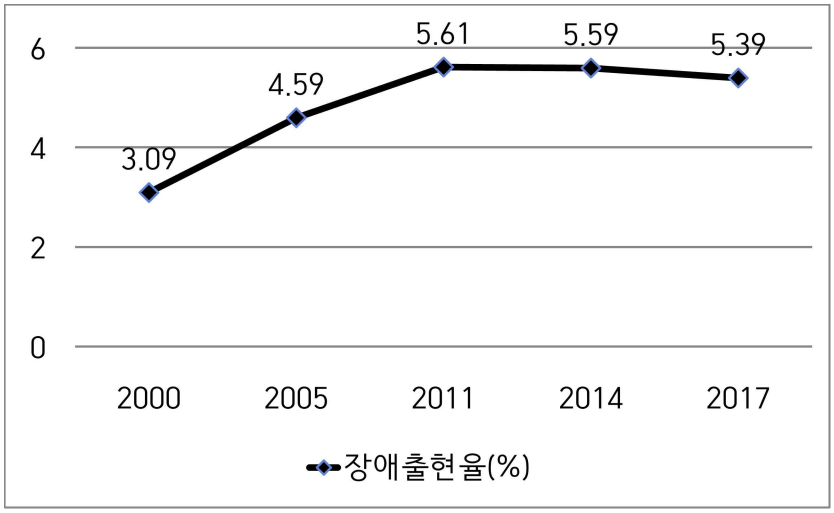
특히, WHO ICF는 '생물-심리사회적'(biopsychosocial) 접근을 사용하고 있다는 점에서 앞서 제시한 의학적 접근법, 기능적 제한 접근법 그리고 정치사회적 접근법의 통합을 기초로 한다고 할 수 있다(조한진, 2011). WHO ICF의 구성요소를 이론적 틀로 활용하는 본 연구에서는 해당 접근법을 통해 장애인 우울의 영향요인을 파악하고자 하며 정신건강 문제가 다차원적인 맥락에서 비롯됨을 강조하고자 한다.

제 2 절 장애인 인구 현황

1. 장애출현율

장애출현율의 정의는 전체 인구에서 15개의 법정 장애 유형 또는 장애 범주를 기준으로 신체나 정신상에 이상이 있거나 장애가 있어서 일상생활을 하는데 어려움을 겪고 있는 인구가 차지하는 비율을 의미한다(한국장애인개발원, 2018). 여기서 장애출현율은 추정치이므로 등록장애인 수를 이용하여 장애 인구 비율과 차이가 있을 수 있다. 산출방식은 전체 인구수에 법정 장애 및 범주에 해당하는 장애인 수를 나눈 후 100을 곱하는 것이다(한국장애인개발원, 2018).

장애인실태조사 결과를 토대로 확인한 2017년도 장애출현율은 5.39%이며, 2011년 5.61%, 2014년 5.59%에 이어 감소 추세를 보인다(그림 1). 등록장애인은 수적으로 증가했음에도 불구하고 출현율이 감소한 것은 해당 시기의 인구 증가율이 상대적으로 높은 것에서 기인한 것으로 보인다.



[그림 1] 한국의 장애출현율 변화

세계보건기구에 의하면 세계 15세 이상 인구의 15.6%(약 7억8500만)가 장애인이고 15세 이상 인구의 19.4%(약 9억7800만)가 장애인이다(WHO, 2011). 하지만, 한국의 장애출현율은 OECD 국가들에 비해 매우 낮은 편이다. 이는 한국에서 '장애'의 인정 범위가 좁고 그 기준이 엄격하기 때문이다(한국장애인개발원, 2018).

해외의 국가들은 학습장애와 알코올중독을 정신장애로, 신진대사와 혈관 및 피부 이상을 내부장애로 인정한다. 그뿐만 아니라, 사회·환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건이 있는 사람까지 장애인으로 인정하는 등 장애로 인정하는 범주가 더 포괄적이다(WHO, 2011).

다시 말해, 낮은 장애출현율을 보고하는 국가들은 장애를 좁은 범위의 손상에만 초점을 둔다. 또한, 인구센서스를 통해 장애 관련 정보를 수집하는 경향이 있지만 높은 장애출현율을 보고하는 국가들은 손상과 함께 활동 제한과 참여 제약을 기록하는 측정 방법을 적용한다(한국장애인개발원, 2018). 이러한 요인들은 확장된 차원 즉, 국내 및 국제적 상황에서의 데이터를 비교하는 데에 영향을 미치며, 데이터 활용의 적절성에도 영향을 미칠 수 있다(WHO, 2011).

2. 장애인 인구의 현황

보건복지부와 한국보건사회연구원의 장애인실태조사에 의하면, 2020년 한국의 등록장애인은 262.3만 명으로 2017년에 비해 약 4.2만 명 증가하는 등 지속적인 증가 추세를 보인다. 그 내부적 특성을 살펴보면, 장애인구는 '고령화'와 '1인 가구의 증가'가 두드러지게 나타난다.

1) 장애인구의 고령화

세계적인 고령화 추세는 장애 인구의 급속한 증가에 영향을 미친다. 노년기의 높은 장애출현율은 생애에 걸쳐 누적된 건강의 위험요소로 인한 질병 및 부상 그리고 만성질환의 결과인데, 노인 인구 규모는 장애인구 내에서 불균형적으로 높게 나타난다(WHO, 2011).

전 세계적으로 가장 급속도로 증가하는 연령대인 80대 노인의 경우, 장애 비율이 연간 3.9% 수준으로 상승한다(WHO, 2011). 인구의 고령화는 저출산과 수명연장의 문제와 연관되어 있는데, 전 세계에 걸쳐 이러한 인구 변동 추세가 더욱 분명하게 진행될 것으로 예측된다(WHO, 2011). 따라서, 장애 인구 특성의 변화와 그에 따라 발생하는 보건학적 이슈에 대해 더욱 관심을 기울여야 한다.

한국의 장애 인구 역시 동질적인 추세에 있다. 보건복지부와 한국보건사회연구원의 장애인실태조사에 의하면, 2020년 장애인구의 고령자 즉, 만 65세 이상 비율은 49.9%로 2017년 46.6%에 비해 3.3% 증가하였다. 이 수치는 2000년 30.3%에서 약 19.6% 증가한 수치로 지속적인 상승 추세에 있다.

이러한 현상은 고령기의 장애 발생율 증가와 평균 수명이 길어진 것과 만성퇴행성 질환 및 노화의 과정에서 기인한 것이다(황주희, 2015). 주목할 점은 고령화가 진행될수록 장애는 더 이상 특수한 계층의 문제가 아니며, 결국 노인 문제를 장애 문제의 일부로 볼 수 있다는 것이다(황주희, 2015). 따라서, 장애를 둘러싼 문제가 우리 모두의 문제로 노인의 문제와 함께 풀어가야 한다는 근본적인 인식의 전환이 필요한 시점이다.

2) 장애인 1인가구의 증가

한국의 장애인구 중 1인가구 비율은 지속적인 증가 추세에 있어 전반적인 인구 동향과 유사한 모습을 보인다. 장애인실태조사에 의하면, 2011년 17.4%, 2017년 26.4% 그리고 2020년 27.2%(약 71.3만명)로 이 수치 역시 증가하고 있다. 특히, 독거 장애노인의 비율이 증가하고 있는데 1인가구 중 노인 비율이 61.9%에 해당하는 것(보건복지부, 2020)으로 나타나 관련 논의와 정책이 더욱 필요해질 것이다.

제 3 절 이론적 틀

본 연구에서 장애인의 우울에 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인을 체계적으로 검토하기 위해 Bronfenbrenner(1979)의 생태학 모형에 장애인의 우울과 같은 건강상태의 관련 요인을 설명하는 WHO ICF(2001) 모형의 구성요소를 결합 및 준용하여 이론적 틀로 활용하고자 한다.

건강은 개인 차원의 요인뿐만 아니라, 개인을 둘러싼 환경의 다차원적인 요인의 산물로써 다양한 요인들의 복합적인 영향을 받는다(최광수, 2016; 강희경, 2015). 즉, 사람은 환경에 단순히 반응하는 수동적 존재가 아니라 환경과 상호작용하는 과정을 통해 환경에 대해 적응하고 또 그에 영향을 미치는 능동적인 존재이다.

개인의 행동에 다차원적 요인이 영향을 미친다는 개념은 Massey와 Nancy(1993)의 연구에서 '사람-환경 적합(Person-Environment fit)'이라는 표현으로 구체화되었다. 이는 사람과 환경 간의 관련성을 설명하며, 개인과 근린환경 사이의 상호작용을 가정한다는 특징이 있다(Wight et al., 2006).

이후, 개인과 개인을 둘러싼 환경 간의 관련성을 다룬 개념은 Bronfenbrenner(1979)의 생태학 모형을 통해 체계화되었다(Etter & Grzywacz, 2001). 이러한 생태학적 관점은 건강이 개인 차원에서 기인한 것뿐만 아니라 개인과 인접한 근린환경 및 사회 맥락적 수준에서 일어나는 인과관계에 대한 과정을 설명한다(최광수, 2016).

WHO ICF 역시 장애인의 건강 상태(health condition)에 영향을 미치는 요인을 개인의 신체기능 및 구조에 국한하지 않으며 일상생활에서의 활동 및 참여 등 개인요인과 환경요인을 종합적으로 파악한다(WHO, 2001). 이처럼 두 모형은 사람의 행동 혹은 상태를 개인 차원에 국한하지 않고 개인을 둘러싼 환경 맥락에서 다차원적으로 조망한다는 공통점이 있다.

1. 생태학 모형

Bronfenbrenner(1979)는 생태학이란 개인이 직접적 혹은 간접적으로 관련된 환경 상황을 의미한다고 설명했다. 즉, 개인은 자신을 둘러싼 환경과 상호호혜적 관계를 맺는 능동적이며 역동적인 실체로서 개인과 환경과의 상호작용을 생태학적 체계(ecological system)라고 명명하였다(고재영, 2011). 그는 생태학적 환경을 4개의 구조체계 즉, 미시체계, 중간체계, 외체계 그리고 거시체계로 구분한다.

먼저, 미시체계는 개인이 직접 대면하는 환경으로, 가족이나 친구, 이웃 등의 관계망을 통하여 받는 영향력을 의미하며, 중간체계는 미치체계들 간의 상호작용을 뜻한다. 외체계는 개인의 참여는 없지만, 영향을 주고받는 환경으로 개인이 속한 사회적인 체계의 영향력으로, 경제적인 안정과 관련된 실업률 등의 예시가 있다. 거시체계는 공공정책, 사회문화적 규범 등 상호 관련성이 있는 체계들의 복합체로 하부 체계인 미시, 중간 그리고 외체계 등에 모두 영향을 미친다고 하였다.

Stokols(2000)는 특히, '건강'에 관하여 생태학적 접근을 적용할 때, 다음의 네 가지 가정이 필요하다고 하였다. 첫째, 건강에 물리적, 사회적 환경 등 다차원적인 요인이 건강에 영향을 준다. 둘째, 환경은 복잡한 요인으로 환경의 다양한 측면을 고려해야 한다. 셋째, 건강은 개인뿐만 아니라 가족, 지역사회 등 여러 차원에서 비롯된 요인의 영향을 받는다. 넷째, 환경의 다양한 측면들은 서로 순환하며 환류하는 특성이 있다.

이처럼 생태학적 접근은 건강에 영향을 주는 요인의 다차원적인 특성을 고려하는 것이 중요하다는 점을 환기한다. Bronfenbrenner의 사회생태학적 접근을 건강을 주제로 재구성한 McLeroy 외(1988)의 생태학 모형은 개인(intrapersonal) 요인, 개인 간(interpersonal) 요인, 조직(institutional) 요인, 지역사회(community) 요인 그리고 공공 정책(public policy) 요인으로 구성되어 있다.

해당 모형에 관한 구체적인 내용은 표 3에 제시하였다. 먼저, 개인 차원의 '개인 요인'은 개인에게 영향을 줄 수 있는 요소로 인구사회학적 특성 이외에도 개인의 행위, 일상생활 수행, 건강 상태에 대한 민감도 등의 요소가 포함될 수 있다(McLeroy et al., 1988).

또한, 환경 차원에 해당하는 첫째, '개인 간 요인'에는 개인의 행동 변화에 영향을 미칠 수 있는 정서적 지지, 사회적 지지 그리고 주위 사람의 권유 등이 있다(Fleury & Lee, 2006). 둘째, '조직 요인'은 개인의 건강행동을 촉진하거나 저해하는 규칙, 조약, 정책 그리고 비공식적 구제를 포함할 수 있으며, 셋째, '지역사회 요인'은 개인, 집단, 또는 조직 사이에 존재하면서 건강을 향상하거나 저해할 수 있는 공식적 혹은 비공식적인 사회적 규범을 의미한다. 넷째, '공공정책 요인'은 환경을 구성하는 요소로 개인의 행동에 영향을 미치는 법, 정책, 규제 등으로 설명할 수 있다(McLeroy et al., 1988).

[표 3] 생태학 모형(고재영, 2011; McLeroy et al., 1988)

차원	요인	내용
개인	개인 요인 (Intrapersonal factors)	개인이 가진 특성으로 지식, 태도, 행위, 자기 개념, 질병 및 질환에 대한 민감도 등이 해당함. 해당 요인에는 개인의 발달적 경험(history)도 포함됨
환경	개인 간 요인 (interpersonal factors)	사회적 동질성을 가질 수 있는 개인들로 가족, 친구, 직장 동료를 포함한 관계망과 사회적 지지가 해당함
	조직 요인 (institutional factors)	개인의 행동에 영향을 미치는 사회적 조직의 특징과 운영을 위한 공식 그리고 비공식적인 규칙과 규제 등이 포함됨
	지역사회 요인 (community factors)	지역사회의 기관, 조직 및 비공식적 네트워크 사이와의 관계
	공공정책 요인 (public policy facotrs)	자치단체 및 중앙정부의 법과 정책

2. WHO 국제기능장애건강분류(ICF)

생태학 모형과 함께 개인을 둘러싼 환경요인을 강조하며 특히 장애인의 건강이 생물학적, 개인적 그리고 사회적이라는 서로 다른 시각에 대하여 통합적인 관점을 제공하는 이론적 틀로는 세계보건기구(World Health Organization, 이하 'WHO')의 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, 이하 'ICF')가 있다.

WHO ICF는 장애(disability)를 기능(functioning)과 대조되는 용어로 간주한다. 여기서 기능은 신체기능과 구조(body function and structure), 활동(activity) 및 참여(participation)로 구성된다(WHO, 2001). 해당 틀에서 개인의 건강상태(health condition)와 환경요인이 긍정적으로 상호작용하지 않을 때 세 영역은 각각 손상, 활동 제한 그리고 참여 제약으로 발현된다고 가정한다. 이에 따라, 장애는 질환 혹은 질병의 선형적인 결과물이 아니라 환경요인의 긍정적 역할을 통해 결과물 또한 변화할 수 있는 가변적 성격의 개념으로 진화하게 되었다(조상은, 2017).

유념할 점은 ICF는 개념적 틀로써 특정한 건강상태로의 발전과정을 설명하는 모델은 아니라는 것이다(조상은, 2017; WHO, 2001). 하지만, 원인론(etiology)에 입각하여 장애인의 건강상태와 관련성이 있는 구성요인들을 제공함으로써 과학적인 연구방법을 통해 적합한 인과관계를 끌어낼 수 있는 여지를 두고 있다(조상은, 2016; WHO, 2001).

제 4 절 이론적 틀에 기반한 변수 선정

1. 이론적 틀의 다차원성

생태학 모형과 WHO ICF는 건강에 다차원적 요인들이 영향을 미친다는 점을 강조한다. 즉, 개인의 건강상태가 개인의 의학적 손상 상태뿐만 아니라 개인과 인접한 위치에서 상호 교류하는 사회적 관계망과 관련한 개인 간 차원과 지역사회의 물리적 환경 및 사회서비스 등 구조화된 체계에 의해 결정된다는 것이다.

생태학 모형과 WHO ICF는 공통적으로 건강에 영향을 미치는 개인 외적 요소에 해당하는 환경 차원의 요인을 포함한다. 여기서 환경요인이란, 각기 다른 수준의 기능을 가진 사람들이 살아가고 활동하는 세계를 의미한다(WHO, 2001). 해당 요인은 장애인 개인의 건강 혹은 삶의 질 향상을 촉진할 수도 있고 장벽으로 작용할 수도 있다.

특히, WHO ICF에서 환경요인은 개인적 수준과 사회적 수준으로 구분된다. 개인적 수준의 환경요인은 가정, 직장 그리고 학교와 같은 일상생활 관련 장소를 포함한 개인의 주변 환경을 의미하며 지인이나 동료 및 낯선 사람과 같이 직접적인 사회적 관계를 맺는 타인뿐만 아니라 개인이 대면하는 환경의 물리적 특징들 또한 포함된다. 사회적 수준의 환경요인에는 공식적 또는 비공식적 사회구조, 사회서비스 및 개인에게 영향을 미치는 지역사회의 법, 규제 혹은 관념이 포괄된다(WHO, 2001).

본 연구에서는 사회적 관계 및 거주지역의 물리적 환경에 대한 주관적 인식과 같은 변인에 관심을 둠에 따라 개인적 수준의 환경요인과 장애인 우울의 연관성에 대해 분석하고자 한다.

2. 이론적 틀에 기반한 변수 선정

본 연구에서는 생태학 모형과 WHO ICF를 준용한 이론적 틀로, 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 '개인'과 '개인 간' 차원으로 구분하여 확인하고자 한다(표 4). 개인 차원의 요인의 경우, WHO ICF의 신체기능 및 구조 요인을 '만성질환' 보유 여부로 설정했으며, 활동 요소를 '전반적 일상생활 수행 및 건강행태'로 그리고 개인적 수준의 환경요인을 '거주지역 환경 인식'으로 상정하여 확인하고자 한다. 또한, 개인 간 차원의 요인의 경우, 사회적 관계의 양적 특성을 뜻하는 '구조적 관계망'과 질적 특징을 의미하는 '기능적 관계망'으로 구분하여 분석하고자 한다.

해당 범주를 바탕으로, 장애인의 우울과 같은 건강상태에 관련된 요인을 체계적으로 망라한 WHO ICF의 구성요인 및 선행연구를 근거로 연구 변수를 설정하였다. 또한, 본 연구에서는 정책적 개입 혹은 정신보건 사업 등을 통해 중재 가능한 요인들의 우울 영향에 초점을 두고자 하며, 이에 따라 인구사회학적 특성 및 장애 특성은 통제변수로 설정하였다.

[표 4] 이론적 틀에 기반한 변수 선정

<table>
<tr><th>Ecological model</th><th>WHO ICF</th><th>Variable</th><th colspan="2">Category</th></tr>
<tr><td rowspan="5">개인 요인</td><td>개인 요인</td><td>인구사회학적 특성, 장애 특성</td><td colspan="2">통제변수</td></tr>
<tr><td>신체 기능 및 구조</td><td>만성질환 보유</td><td rowspan="4">개인 요인</td><td rowspan="5">독립 변수</td></tr>
<tr><td rowspan="2">활동</td><td>일상생활 수행</td></tr>
<tr><td>건강행태</td></tr>
<tr><td rowspan="2">개인적 수준의 환경요인</td><td>거주지역 환경 인식</td></tr>
<tr><td>개인 간 요인</td><td>사회적 관계</td><td>개인 간 요인</td></tr>
</table>

1) 개인요인 변수의 선정

(1) 인구사회학 특성 및 장애 특성

생태학 모형에서의 개인 요인이자 WHO ICF에서 분류하는 개인 요인은 개인의 삶과 생활에 대한 특정 배경을 의미한다. 즉, 건강 상태나 상황에 해당하지 않는 개인의 특성들로 구성된다(WHO, 2001).

장애인의 우울에 영향을 미치는 개인요인으로 성별, 연령, 결혼 상태, 교육 수준 그리고 경제활동 상태 등과 같은 인구사회학적 특성(유창민, 2017; 권현수, 2010; 전지혜, 2010; 이현주, 강상경, 2009; 김기정, 표갑수, 2008; 권복순, 박현숙, 2005; 김동배, 손의성, 2005)이 있으며 장애유형, 장애 정도 그리고 중복장애 여부와 같은 장애 특성(송지영, 2019; 홍세희, 노언경, 2011; 김자경 외, 2007; 권복순, 박현숙, 2005)이 해당된다. 하지만, 본 연구에서는 정책적 개입으로 중재 가능한 요소에 초점을 둠에 따라 앞서 나열한 요인들을 통제변수로 설정하였다.

(2) 만성질환 보유

만성질환 보유 여부는 생태학 모형의 개인 요인에 해당하며, WHO ICF의 구성요소인 '신체기능 및 구조'의 손상을 확인하는 변수이다. 여기서 신체기능이란 신체 계통의 생리적 기능을 의미하며 신체구조는 기관, 팔다리 및 그 구성요소들과 같은 신체의 해부학적 부위를 의미한다(WHO, 2001). 또한, 손상은 개인의 중요한 변형 혹은 손실에 의한 신체 기능 또는 구조에서의 문제를 뜻하며, 일시적이거나 영구적일 수 있고 진행 중이거나 퇴행적 또는 고정적일 수 있으며 간헐적이거나 지속적일 수도 있다는 특징이 있다(WHO, 2001).

장애인들은 장애 자체로 인한 질환에 더하여 장애가 없는 사람들에게 발생하는 질병 역시 함께 노출되어 있어 중첩적인 취약성에 놓여있다고 볼 수 있다(DeJong et al., 2002). 하지만, 장애인이 항상 병든(sick) 상태에 있음을 의미하지 않고 대부분은 건강한 상태를 유지한다(DeJong et al., 2002). 따라서, 그들의 건강을 '장애' 그 자체로 인해 건강하지 않다

는 시선에 머물러서는 안 된다. 즉, 손상과 기능 제한이라는 개념을 통해 연속선 상의 건강에 대한 이해를 바탕으로 그들의 건강문제에 접근할 필요가 있다는 것이다.

장애가 있는 사람은 장애가 없는 사람보다 더 일찍 만성질환을 경험할 수 있다. 그 예로, 오랫동안 이동이 불편했던 사람들은 그렇지 않은 사람보다 관상동맥심장질환이나 성인 당뇨병의 발병을 더 일찍 경험할 수 있다(Bauman et al., 1999). 따라서, 장애인의 정신건강과 같은 건강문제 접근 시 만성질환의 보유 여부와 그 상태를 고려할 필요가 있다.

ICF 모형을 활용한 국내 선행연구에서 해당 요소를 측정하는 변수로 만성질환 보유 여부나 개수를 확인하였다(조상은, 2017; 한숙정, 김효손, 2014). 만성질환은 장애인의 신체적 기능에 손상을 입힘으로써 통증과 정서적 스트레스 및 자아정체성의 변화를 유발함에 따라, 우울에 영향을 미칠 수 있다(조상은, 2017; 고정은, 이선혜, 2012; 이미숙, 2010). 따라서, 본 연구에서는 장애인 우울에 영향을 미치는 개인 요인으로 '만성질환 보유 여부'를 확인하고자 한다.

(3) 일상생활 수행

일상생활 수행은 생태학 모형의 개인 요인 및 WHO ICF 구성요소 중 '활동'에 해당한다. 여기서 활동은 개인이 어떠한 과제나 행위를 실행하는 것이며, 활동 제한은 개인이 활동을 실행하는 동안 겪을 수 있는 어려움을 의미한다(WHO, 2001).

장애인은 만성질환 및 자신의 장애로 인한 기능적 활동 능력에 제한이 발생할 수 있다(이상원, 2008). 장애인은 활동 수행에 제한이 발생하는 경우, 비장애인보다 장애인의 건강에 더욱 악영향을 미칠 수 있으므로 (DeJong et al., 2002) 건강 결정요인으로 그들의 활동 양상을 고려할 필요가 있다.

장애인이 전반적인 일상생활 수행에서 도움이 필요한 경우 독립적인 생활을 영위하는데 어려움이 발생할 수 있다. 여러 선행연구에서 일상생활 수행능력이 감소된 상태를 우울 및 무력감을 증가시키고 삶의 질을

저하하는 요인으로 주목한다(Bulgiba et al., 2010; 이미자, 오윤택, 1999). 즉, 일상생활의 수행 중에 도움이 필요한 정도가 높으면 자립적 생활을 영위하는데 어려움이 발생할 수 있으며 나아가 역할 상실 혹은 인간관계의 축소 등을 발생시켜(최영순 외, 2011; 조유향, 1988) 장애인의 정신건강 및 웰빙에 영향을 미칠 수 있다.

WHO ICF를 적용한 선행연구를 살펴보면, 활동을 측정하기 위해 일상생활 수행능력을 확인하는 방법을 많이 활용하였다(조상은, 2017; Yu et al., 2015; 한숙정, 김효선, 2014). 장애인이 타인의 도움에 의존하지 않고 자립적으로 일상생활을 수행할 수 있는가는 장애인이 일상생활의 전반적인 측면에서 큰 영향을 미칠 수 있다(이미애, 2010).

따라서, 본 연구에서는 '전반적인 일상생활 수행에 있어 도움 필요 여부'가 우울 여부에 영향을 미치는지 확인하고자 한다. 일상생활 수행능력이 아닌 전반적 일상생활에서 도움 필요한 여부를 변수로 설정한 이유는 장애인이 자립적인 생활을 영위하는 데 있어서 무엇을 얼마냐 할 수 있는가와 같이 개인의 능력을 강조하는 것이 아닌 장애인이 일상생활에서 도움이 필요한 상황에 개인 외적의 환경이 그 필요를 충족하는가에 초점을 두기 때문이다.

(4) 건강행태

건강행태는 생태학 모형의 개인요인 및 WHO ICF 구성요소 중 '활동'에 해당한다. 일상생활 수행 영역 중 '건강관리'의 측면을 확인함에 따라 장애인의 우울과의 연관성을 확인하고자 한다. 장애인은 비장애인에 비하여 건강 유지와 예방과 관련된 기회를 가질 가능성이 낮다(구교만, 김춘종, 2011; DeJong et al., 2002). 예를 들어, 거동이 불편한 신체장애인의 경우 심혈관계 건강에 도움이 되는 유산소운동에 참여할 기회가 더 적다(DeJong et al., 2002).

건강관리에 대한 낮은 서비스 접근성 및 활동 기회에도 불구하고 스스로 건강을 돌보고 관리하는 능력은 장애인이 신체적, 정신적 건강을 유지하고 증진하는데 필수적인 요인이다. 이에 따라, 장애인 우울의 영향요

인을 분석하는 데에 있어 건강행태는 고려될 필요가 있다.

신체활동, 흡연 그리고 음주와 같은 건강행태가 우울에 영향을 미칠 수 있다는 선행연구 결과(Mammen et al., 2013; Wilhelm et al., 2003; 김귀봉, 윤기운, 1993; McCullah et al., 1988)에 따라서 본 연구에서는 건강행태 중 '주기적 신체활동 일수', '흡연 여부' 그리고 '음주 여부'가 장애인의 우울에 어떠한 영향을 미치는지 살피고자 한다.

(5) 거주 환경 인식

거주 환경 인식은 생태학의 개인 요인 및 WHO ICF의 개인적 수준의 환경요인에 해당한다. 장애인 거주하는 지역 환경은 거주민의 생활습관과 건강에 영향을 미치는 중요한 요소이다(박근덕 외, 2017). 선행연구는 물리적 환경이 신체 건강과 함께 정신건강에도 영향을 미칠 수 있음을 시사한다(박근덕 외, 2017; 강기원 외, 2009; Evans, 2003).

기존의 많은 선행연구는 지역 환경을 토지 이용, 보행 환경 그리고 기반시설 등에 대한 객관적인 측정 지표를 설정하여 거주민의 우울과의 관련성을 확인하였다(박근덕 외, 2017; Ducan et al., 2013; Weich et al., 2002). 하지만, 객관적으로 실재하는 지역의 여건과 주관적으로 인식되는 지역의 여건은 서로 다르다. 이에 따라 발생하는 한계를 반영한 주관적 환경 인식을 측정하는 선행연구도 있다(문하늬 외, 2018; Cho et al., 2005).

거주지역의 환경과 생활 여건을 수용하는 자세나 태도는 개인마다 다르게 인식하므로 건강 결정요인으로써 물리적 환경은 이에 대한 주관적 혹은 사회적 심리상태가 중요한 요소로 작용할 수 있다(정유진, 이세규, 2015; 김욱진, 김태연, 2013). 따라서, 본 연구에서는 물리적 환경에 대한 주관적인 편리성에 대한 인식 즉, 장애인의 '거주지역 환경 인식'과 우울과의 연관성을 확인하고자 한다.

2) 개인 간 요인 변수의 선정

사회적 관계망은 생태학의 개인 간 요인(inter-personal factor) 및 WHO ICF의 개인적 수준의 환경요인에 해당한다. WHO ICF는 건강상태가 악화될 때 사회적 환경요인이 완충적인 효과를 발휘할 수 있음을 지지한다. 다시 말해, 낮은 건강 수준이 필연적으로 기능 수준의 감소로 이어지지 않고 환경요인에 의해 충분히 조절될 수 있음을 강조한다(WHO, 2001).

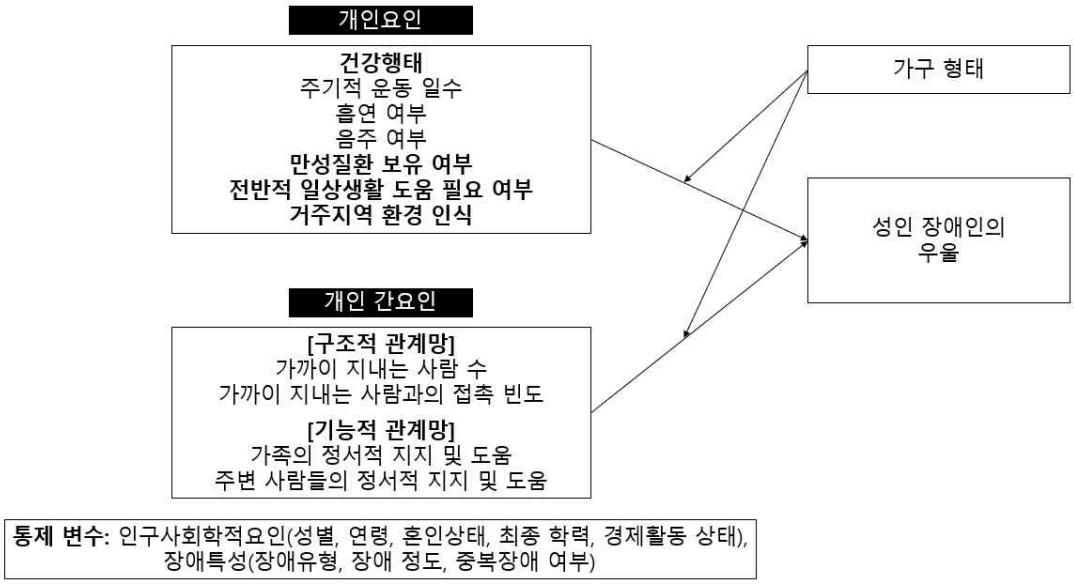
Lindstrom 외(2003)는 사회적 관계망이 건강 관련 정보와 관련된 규범성을 강화함으로써 건강 위해 혹은 건강증진 활동에 영향을 미친다는 점을 밝혔다. 특히, 사회적 관계망과 관련된 환경요인은 다른 성격의 환경요인들에 비해 건강에서의 완충효과가 탁월한 것으로 알려져 있는데(조상은, 2017; Honey et al., 2011; Turner & Noh, 1988), 관련된 구체적인 개념으로는 정서적 지지와 같은 사회적 지지가 있다.

장애인은 신체적 혹은/또는 정신적 기능 상실로 인하여 정신건강을 유지하거나 관리함에 있어 취약한 상태에 직면해 있다. 이에 따라, 장애인의 사회적 관계망에서 비롯된 지지나 도움은 장애인이 심리사회적 적응을 위해 중요한 요소로 작용될 수 있다(조혜정, 서인균, 2012). 선행연구는 자주 만나는 이웃 수가 많고 만남 빈도가 잦을수록 우울 감소에 효과가 있는 것과 같이 관계망의 연결 상태와 우울과의 관련성을 분석하거나, 장애인에 대한 심리적 지원체계로써 실제 정서적인 지지를 받았는가에 대한 관계망의 기능과 우울의 관계를 확인한다(정일교, 2015; 김희국, 2010; 정선혜 외, 2008; 임성옥, 이숙자, 2008). 이처럼, 장애인 우울의 영향요인으로써 사회적 관계망은 관계의 양적 특성을 확인하는 구조적 관계망과 질적 특성을 보는 기능적 관계망으로 분류된다(정선혜 외, 2008).

따라서, 본 연구에서는 사회적 환경을 '가까이 지내는 주변 사람들 수'와 '가까이 지내는 주변 사람들과의 접촉 빈도'를 구조적 관계망으로, '가족의 정서적 지지 및 도움'과 '주변 사람들의 정서적 지지 및 도움'을 기능적 관계망으로 구분하여 장애인 우울에의 영향을 확인하고자 한다.

3. 연구모형

앞서 상술한 WHO ICF와 생태학 모형을 준용한 이론적 틀과 우울의 영향요인에 관한 선행연구를 바탕으로 구성한 연구모형은 그림 2와 같다.



[그림 2] 연구모형

제 5 절 장애인 정신건강 문헌고찰

1. 장애인 정신건강의 개념과 그 중요성

WHO에서 정의하는 정신건강(mental health)이란 단순히 질병론적으로 정신장애가 없는 상태임을 의미하지 않는다. 정신건강은 사람들이 삶의 스트레스에 대처하고 그들의 능력을 깨닫고 학습하며 경제활동 등의 사회참여를 통해 그들의 지역사회(community)에 공헌할 수 있는 정신적 웰빙(well-being) 상태를 의미한다(WHO, 2022). 이는 장애인 정신건강 역시 단순히 의학 모델에서 되는 것이 아닌, 사회모델의 관점에서 일상생활을 영위하고 건강한 삶을 유지하기 위한 맥락 아래 해당 개념을 조망할 필요가 있음을 시사한다.

WHO의 World mental health report(2022)에서 정신건강은 사람이 어떻게 생각하고 느끼며 행동하는지에 영향을 주면서, 의사결정을 하는 능력과 사회적 관계를 형성하고 더 나아가 세계를 구성하는 능력의 근간을 이루고 있다는 근거로 정신건강 관리의 중요성을 강조한다. 즉, 정신적으로 건강한 사람이 사람들과 더 잘 연결되고 기능하며 번영할 수 있음을 의미한다. 반대로, 정신건강이 손상될 경우, 적절한 지지 자원에 대한 접근이 어려워질 수 있다(WHO, 2022).

2. 장애인 정신건강의 영향

장애인의 정신건강이 잘 관리되지 않는 경우, 장애수용에 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 자살 위험성을 높일 수 있다. 지역사회에 거주하는 중도장애인의 자살 관련 변인에 관한 연구를 수행한 임원균 & 황성혜(2014)에 의하면, 우울감은 자살 생각과 유의한 관련성이 있다. 사고나 질병 등으로 인해 후천적으로 장애가 발생한 경우인 중도장애인은 타인과의 일상생활에서 접촉하며 자아상에 대한 긍정적인 피드백이 점차 감소함(Link et al., 2001)에 따라, 의기소침해지고 불안 수준이 상승할 수 있다.

장애인은 신체적 기능 상실로 인한 공통적인 반응으로 우울과 불안과 같은 정서를 경험하는데 이는 장애수용에 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라, 자신의 인생 목표를 재평가하고 삶에서 조정하는 과정에서 무가치함, 절망감 그리고 자살 충동을 느낄 수 있다(임원균, 황성혜, 2014).

또한, 장애인의 스트레스가 해소되지 않고 부정적인 정신건강 상태가 만성화되는 경우 사회적 관계망에서 제공되는 자원이 고갈됨에 따라 사회적 고립의 위험성을 높일 수 있다(이현주, 강상경, 2009; 김윤정, 2008). 이처럼, 장애인 정신건강이 적절하게 관리되지 못했을 때의 영향을 고려할 때, 장애인 정신건강이 악화되는 것을 사전 예방하고 정신건강을 긍정적으로 관리하기 위한 관련 연구 수행과 정책 마련이 촉구된다.

제 6 절 장애인 우울 문헌고찰

1. 장애인 우울 개념

세계보건기구에 따르면, 전 세계 우울증 환자는 약 2억 6,400만 명에 달하며 질병 부담에 대한 주요 원인이 우울증임이 지속적으로 보고되고 있다(장윤미, 2021). 한국의 우울장애 평생 유병률은 7.7%에 다다르며(보건복지부, 2021) 우울증이 자살과 높은 관련성을 보임에 따라, 정신건강 증진을 위한 대책을 수립하는 데 있어 우울 중재와 관리는 매우 중요한 요소이다(보건복지부, 2021; 강상경, 2010).

우울증은 슬픔, 기쁨이나 흥미의 감소, 죄책감이나 낮은 자존감(self-worth), 수면 장애나 식욕 감퇴, 피로감 그리고 낮은 집중력과 같은 상태를 특징으로 한다(WHO, 2017). 이러한 증상은 지속되거나 반복되는 경우, 개인이 일상생활을 영위하는 데에 상당한 악영향을 미칠 수 있다(WHO, 2017). 이와 같은 현상이 심화되는 경우, 주요 우울장애(Major Depressive disorder)과 같은 정신질환으로 진단되어 의학적 개입이 필요해진다. 이는 우울한 기분과 흥미와 즐거움 감소 그리고 활동량 감소와 같은 증상을 포함할 뿐만 아니라, 증상의 심각성(severity)에 따라 경증, 중등도 그리고 중증으로 구분될 수 있다.

그러나 이러한 우울과 관련된 문제는 단순히 개인 차원에 한정되거나 생물학적인 변인에 국한되지 않는다(김주희 외, 2015). 즉, 개인의 사회적 그리고 경제적 상태 즉, 소득, 사회적 관계 등의 요인들이 우울에 대한 위험 혹은 보호요인으로 작용될 수 있다(유창민, 2017; Link & Phelan, 1995). 이에 따라, 많은 국가에서 사회경제적 어려움을 호소하는 계층에서 부정적인 정신건강 상태와 높은 우울감을 나타내는 결과가 일관되게 보고되고 있다(WHO, 2017; 강상경, 권태연, 2008; Link & Phenlan, 1995).

이와 더불어, 우울은 심리적, 사회적 특성과도 밀접한 관련이 있다. 즉, 모든 사람의 우울 수준은 동일하거나 같은 개념이 아니며, 사람들의 개

인적, 환경적 요인에 의해 그 수준은 상이하다. 하지만, 장애 여부라는 특성에 따라 우울 수준은 불평등하게 형성되어 있다(유창민, 2017).

장애인은 장애 및 차별로 인하여 정서적, 심리적 부적응 상태를 많이 경험하고 각종 만성질환을 보유할 확률이 높아 우울 증상을 겪는 가능성이 크다(WHO, 2014; Livneh, 2001). 이에 따라, 그들은 비장애인에 비해 우울에 더 취약한 것으로 보이는데 선행연구에 의하면, 비장애인의 우울 경험이 10.3%인 것에 비해 장애인의 우울 경험비율은 24.5%로 약 2배 이상인 것으로 나타났다(유창민, 2017). 이는 장애를 보유하고 있다는 이유만으로 더욱 높은 우울을 경험해야 하는 상황에 있음을 시사한다.

이러한 장애인의 우울은 신체적 건강에 악영향을 줄 뿐만 아니라, 장애 정도를 악화시키며 장애수용과 재활 의지에도 부정적인 영향을 미치고 스트레스 증가와 함께 자살 위험성을 증가시키는 것으로 나타났다(임원균, 황성혜, 2014; 권현수, 2010; 이현주, 강상경, 2009; 김지영, 2003).

2. 가구 형태에 따른 장애인 우울

1인가구는 한국 사회에서 더 이상 특별한 가구 형태가 아니다. 통계청 조사에 따르면, 1인가구 비율은 2005년 20%에서 2021년 33.4%로 증가하였다(통계청, 2021). 전체 장애인 가구 중 1인 가구 비율은 2014년 24.3%에서 2020년엔 27.2%로 나타나 비장애인의 1인가구 증가 추세와 장애인 1인가구의 그것은 비슷한 양상을 보인다.

1인가구의 증가는 실업, 만혼, 비혼 혹은 이혼에 따른 단독가구 또는 고령화에 따른 독거노인의 증가에서 기인한다(송나경, 2020). 이에 따라, 사회 전반의 여러 영역에서 많은 변화가 발생하고 있는데 특히, 1인가구의 증가로 인한 사회적 고립 및 단절 그리고 우울 등의 정신건강과 관련된 문제가 주목받고 있다(정경희 외, 2012).

물론 사회적 고립과 우울 문제는 1인가구에 국한되지 않는다. 하지만, 한국 사회에서 가족을 구심점으로 사회적 지지를 서로 교환하는 개인이 가족 중심 공동체적 삶의 패턴에 익숙한 점을 고려했을 때, 가족과 분리되어 상호 교류의 기회가 현저하게 줄어든 1인가구는 일상생활에서 가장 중요한 사회적 지지원을 상실한 상태에 놓일 가능성이 크다(김혜영, 2014). 다시 말해, 가족과 함께 거주하는 다인가구에 비해 1인가구는 독립으로 가족과 분리되어 있거나 이혼 또는 별거 상태에 있어 사회적 관계망이 축소되어 있는 상태로 인해 정신건강 문제에 취약할 수 있다(송나경, 2020).

또한, 1인가구는 혼자 경제활동 및 일상생활을 영위하고 스스로 건강을 돌봐야 하는 상황으로 이에 따른 스트레스 수준이 높고 우울 증상과 같은 심리적 문제를 경험하기 쉽다(강은나, 이민홍, 2016; 이명진 외, 2014). 성준모(2013)의 연구결과 역시 일관되게 다인가구와 비교했을 때 1인 가구원이 통계적으로 유의미한 수준의 높은 우울 경험비율을 보인다고 보고하였다.

생애주기적 관점에서 1인가구의 실태를 살펴보면 그 양상이 서로 다르다. 중년 1인가구의 경우, 해당 집단이 형성된 배경은 '이혼 혹은 별거'의

증가가 가장 큰 역할을 하는 것으로 알려져 있다(최유정 외, 2016). 특히, 2010년 이후부터 20년 이상 결혼 생활을 유지했던 중년 부부에서 이혼 비중이 매우 높아지기 시작했으며, 특히 연령대별 이혼 비율에서도 45세 이후 중장년층의 이혼 증가가 두드러진다고 보고된다(김연옥, 2016).

이처럼, 1인가구의 형성 배경이 이혼 및 별거일 경우 높은 수준의 스트레스에 직면할 가능성이 크다(김혜영, 2014). 그 외로, 다인가구에서 1인가구 형태로의 변화에 따른 적응이 필요하고 혼인 지위의 변화로 인한 대인관계의 변화와 단절을 경험하는 등 중년 1인가구는 가족 문제, 경제적 문제 등 다양한 어려움을 겪는다고 보고된다(김혜영, 2014).

노인 1인가구의 경우, 다른 연령대의 1인가구에 비해 급속한 고령화 추세에 따라 더 많은 주목을 받아왔다(최유정 외, 2016). 노인 1인가구가 형성되는 배경은 주로 배우자의 '사별'과 관련이 깊다고 알려져 있다. 이들은 배우자를 상실함으로 인해 주 보호자를 잃을 뿐만 아니라 자녀들의 부양관이 변화함에 따라 취약한 부양 여건에 처하면서 고립, 빈곤 등의 심리적, 사회경제적인 위기상황에 놓일 가능성이 높다(우민희 외, 2015).

선행연구에서 독거노인은 우울 성향을 보일 가능성이 가장 큰 인구집단으로 보고되며, 동거 노인에 비하여 정서적 어려움이나 소외감 또는 외로움을 더 많이 느끼며 정신건강 활력에 있어서도 저하되어 있음이 지적된다(최유정 외, 2016). 이에 따라, 독거노인은 사회적으로 취약한 계층으로 지목되었으며 사회적 서비스 개입이 필요한 일차적 대상으로서 정책적, 학문적 관심이 집중되었다(최유정 외, 2016).

이처럼 1인가구의 다원적인 심리적 취약성에 주목해야 한다는 논의는 관련된 많은 선행 연구가 언급하고 있지만, 장애인 1인가구에 주목한 정신건강 연구 및 논의는 거의 이뤄지지 않았다. 부족한 사회적 관심과 별개로 불건강한 건강행태를 보이고 경제활동의 어려움을 겪는 등 사회경제적으로 중첩적인 취약성을 경험하는 장애인 1인가구 비율은 역시 점차 증가하고 있는 추세이다(이종남, 2020).

장애인 1인가구의 현황을 살펴보면, 장애 인구 중 76.9%가 50대 이상의 중고령 장애인으로 나타났으며 특히, 중고령장애인 1인가구 비율은

2014년 약 20%에서 2017년 약 25%로 5% 증가하였다(보건복지부, 2017 장애인실태조사). 장애인 정책이 탈시설 및 자립 생활 지원으로 전환됨에 따라 장애인 1인가구 역시 더욱 증가할 것으로 예측된다(임상욱, 전지혜, 2021).

2017 장애인 실태조사에 의하면, 정신건강과 관련해 장애인 1인가구는 슬프거나 절망을 느낀 경우가 24.1%로 다인가구(16.5%)보다 높게 측정되었으며 불안 및 우울감을 느끼는 비율도 장애인 1인가구(41.1%)가 다인가구(34.8%)에 비해 높게 나타났다. 이처럼 장애인 다인가구와 구별되는 장애인 1인가구의 정신건강 상태와 그 차이점을 반영한 차별화된 정신건강 중재 전략이 요구되는 시점에서 본 연구는 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하고 그 차이를 분석해보고자 한다.

3. 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인

1) 장애인의 인구사회학적 특성과 우울

장애인의 우울에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 특성으로 성별, 연령, 혼인상태, 교육수준, 경제활동 여부, 거주지역이 있다. 먼저, 성별의 경우, 다수의 문헌에서 여성이 남성보다 우울 수준이 더 높은 것으로 나타났다(권현수, 2010; 이현주, 강상경, 2009; 권복순, 박현숙, 2005; 김동배, 손의성, 2005).

여성에게 우울증이 많이 나타나는 생물학적 원인으로는 호르몬 분비의 성별 차이, 출산의 영향이 있을 수 있고 사회심리학적 원인으로는 높은 스트레스 수준과 습득된 절망감 등의 요인이 복합적으로 작용한 것일 수 있다(권복순, 박현숙, 2005). 성별로 부정적인 정서 상태에 대한 반응이 다르다는 설명 역시 존재하는데, 여성의 경우 일반적으로 스트레스나 어려움을 경험할 때 우울과 같은 부정적 정서 상태에 대한 내면화 경향성을 보이는 반면, 남성은 외현화 경향성을 나타내는 것과 관련이 있다고 제시한다(정준수, 박미은, 2016).

연령과 장애인 우울 간 관련성을 탐색한 여러 선행연구에서 연령이 증가할수록 우울 수준이 높아지는 것으로 보고한다(송인욱, 원서진, 2014; 강상경, 권태연, 2008). 나이가 많아질수록 우울 증상이 증가하는 것은 신체적 기능이 감소함에 따라 사회참여를 비롯한 여러 기회에 대한 접근성이 낮아지고 실패에 대한 회복이 어려운 점 등으로 인해 우울감에 빠질 위험성이 높은 것에서 기인한 현상으로 본다(송인욱, 원서진, 2014; 권현수, 2010; 강상경, 권태영, 2008). 혼인상태의 경우, 많은 선행연구에서 배우자가 있는 경우, 배우자가 없는 경우보다 우울수준이 낮을 뿐만 아니라 우울 탈출 가능성이 높게 나타났다(정준수, 박미은, 2016).

장애인의 우울 수준에 영향을 미치는 사회경제적 요인으로는 교육수준, 경제활동 여부가 있다. 교육 수준은 장애인의 우울 수준에 영향을 미치는 중요한 사회경제적 요인인데(유창민, 2017), 교육 수준이 높을수록 우울 증상이 낮게 나타났다(김기정, 표갑수, 2008; 홍성철 외, 2003). 선

행연구에 의하면, 중학교 졸업 이하의 집단이 대학교 졸업 이상의 집단에 비해 우울 증상을 보일 가능성이 큰 것으로 나타났다(홍성철 외, 2003). 이러한 교육수준은 건강 행위나 태도 그리고 관련 지식을 활용하는 능력과 밀접한 연관성이 있다(Lantz et al., 1998). 즉, 교육수준은 건강 행위의 선택이나 질병에 대한 대처에 있어 문제해결능력에 영향을 주며 주변의 심리사회적 혹은 경제적인 자원을 획득하는데 있어 유리한 지위를 선점할 수 있도록 한다(Lantz et al., 1998).

경제활동 여부는 장애인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로 직업이 있는 경우, 실업 상태에 있는 것보다 우울 수준이 더 낮은 것으로 나타났다(유창민, 2017). 초기 성인기와 중 장년기, 그리고 노년기에서 근로를 하는 사람이 하지 않는 사람에 비해서 우울 수준이 유의미하게 낮았고(정은희, 강상경, 2014), 고용 불안정을 경험하거나 실업 상태일 때 우울 수준이 높게 나타났다(정순둘, 구미정, 2011).

Virtanen 외(2005)는 근로 여부가 건강에 영향을 주는 경로에 대해, 직업이 있는 경우 소득과 사회적 지위가 안정적일 확률이 높아 이에 따라 건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있다고 주장한다. 반대로, 높은 우울 수준은 실업 상태에 있을 가능성을 높이기도 하는데, 황주희 외(2014)에 의하면, 장애인의 우울 수준이 높을수록 재활동기를 낮출 가능성이 크고 취업에 실패할 확률이 클 수 있다.

2) 장애 특성과 우울

우울과 관련된 장애 특성에는 장애 유형, 장애 정도 그리고 중복 장애 여부가 있다. 장애 유형이 우울에 미치는 영향을 로지스틱 회귀분석을 통해 살핀 연구결과, 장애 유형에 따라 비장애인의 우울감에 비해 뇌병변 장애는 3.80배, 시각장애의 경우 2.92배, 지체장애는 1.59배 그리고 기타 장애 1.28배의 우울 수준을 보였다(송지영, 2019).

또한, 장애의 정도가 심할수록 장애로 인한 어려움에 노출될 가능성이 크고 장애를 수용하지 못하며, 장애를 삶의 적응 과정에서 부정적인 요소로 지각할수록 장애가 생활에 미치는 영향이 크게 느껴짐에 따라(홍세희, 노언경, 2011) 우울감이 심화될 수 있다(김예순 외, 2014; 김자경 외, 2007).

마지막으로 중복장애가 있는 경우, 높은 우울 수준을 보일 수 있다(권복순, 박현숙, 2005). 중복장애는 주로 신체 감각적 장애와 인지적 장애를 수반하는 경우와 두 가지 이상의 감각 장애가 있는 경우를 칭하며, 기능적 능력 측면에서 제한된 특성을 보인다(Westling & Fox, 2000). 중복장애를 보유한 경우 일상생활에서 많은 제한을 지니게 되는데 특히, 자기관리, 이동, 적응 행동 및 일상생활 영역에서 어려움이 발생할 수 있다(한경근 외, 2009).

3) 개인 요인과 우울

(1) 건강행태(Health Behavior)

운동, 흡연 그리고 음주와 같은 건강 관련 행태를 개선하기 위한 노력은 정신건강 증진에 있어 중요한 접근 방법이다(WHO, 2022). 건강증진 행위는 개인 혹은 집단의 안녕 수준을 증가시킴으로써 자아실현을 성취를 도모해 삶의 질에 장기적이며 긍정적인 효과를 발휘하기 때문이다(WHO, 2022; 김숙영, 2003).

먼저, 규칙적인 신체활동은 만성질환의 예방과 정신적인 스트레스에 대한 감소 효과가 있으며 불안 수준을 감소시키고 부정적 정서에 대한 정화 효과가 있다(구교만, 2019; 김귀봉, 윤기운, 1993). McCullah 외(1988)는 신체활동과 우울의 관련성을 다룬 261개의 연구를 분석했는데, 그 결과 신체활동은 우울 증세를 큰 폭으로 감소시킬 뿐만 아니라 초기 증상 혹은 경증의 우울증 대상자에게 모두 효과적인 치료적 효과를 지니는 것으로 나타났다. 또한, Mammen 외(2013)의 체계적 문헌고찰 연구에 따르면, 신체활동의 강도와 관계없이 운동은 우울증 예방에 도움이 되었다.

다음, 흡연과 관련하여 Wilhelm 외(2003)의 연구에서 비흡연자 및 과거흡연자에 비해 현재흡연자에서 우울증의 위험성이 2배 가량 높은 것으로 보고하였다. 흡연과 우울 간의 관련성을 분석한 국내 연구에서는 만 40세 이상 성인에서 비흡연자에 비하여 현재 흡연자에서 우울감이 유의하게 높은 수준으로 나타났다(추지은 외, 2014).

의학적 설명으로는, 흡연 시에 담배 의존을 일으키는 물질인 니코틴은 폐의 모세혈관에서 뇌로 도달하는 시간은 매우 빠른데 이는 뇌의 보상회로를 자극하고 이후에 혈중 니코틴이 떨어지게 되면 금단증상이 발생하며 이 증상을 없애기 위해 다시 흡연을 할 수 있다(Kim & Kim, 2007). 이러한 기전에는 우울 및 불안과 같은 정신적 증상들이 개입될 수 있다(Kim & Kim, 2007).

음주의 경우, 선행연구에서 음주 문제와 우울이 유의미한 관련성이 있

으며 특히, 음주 문제의 정도가 심할 때 우울증과의 관련성이 유의하게 나타났다(Sohn, 2010). 생물학적 설명으로 음주는 신경전달물질인 세로토닌의 분비를 감소시킴으로써 우울감을 증가시킬 수 있다(박선미 외, 2016). 음주와 우울의 관련성을 살핀 국내 연구결과에 의하면, 현재 음주를 하지 않는 경우에 비하여 고위험 음주를 주 1회 그리고 거의 매일 하는 경우 우울 증상을 경험을 가능성이 유의하게 높게 나타났다(박선미 외, 2016).

건강행태는 가구 형태별로 서로 다른 양상을 보일 수 있는데, 특히, 정서적으로 의지할 사람 없이 혼자 생활을 영위해야 하는 1인가구는 낮은 신체활동 수준, 흡연과 음주에 더욱 쉽게 노출되어 건강상의 문제가 발생할 수 있다. 선행연구 결과에서 1인가구가 다인가구에 비해 더 많은 비율이 부정적 건강행태를 보였는데, 흡연 그리고 음주 비율이 높게 나타났다(하지경, 이성림, 2017). 이러한 상황은 노인에게도 마찬가지로 적용되어 독거노인이 비독거노인에 비해 건강증진행위 실천율이 낮게 분석되었다(김예성, 2014).

독거노인과 비슷하게 자신이 처한 환경 내에서 스스로 자신의 건강을 돌보고 관리하는 능력이 요구되는 장애인 1인가구가 건강증진행위를 어떻게 실천하느냐는 자신의 정신건강을 관리하고 삶의 질을 결정할 수 있을 것이다. 따라서, 본 연구에서는 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 신체활동, 흡연 그리고 음주를 가구 형태별로 확인하고자 한다.

(2) 만성질환 보유 여부

평균 수명이 길어지면서 노년기가 연장됨에 따라 만성질환과 장애를 동반할 가능성이 높아졌다(조상은, 2017; Zimmer & Chappell, 1994). 장애인의 만성질환 유병률은 2011년 70.0%, 2014년 75.8%, 2017년 79.3%로 지속적으로 증가하고 있다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2017). 또한, 질병관리청의 2017년 국민건강통계에서는 장애인의 고혈압과 당뇨병 유병률은 각각 54.5%와 25.6%로 나타났는데, 이 수치는 30세 이상 성인의 고혈압과 당뇨병 유병률이 26.9%와 10.4%인 것에 비해 각각 2.0배, 2.5

배 높은 결과이다.

만성질환은 점진적으로 발생하여 예방 및 조절이 가능하다고 알려져 있다(이성은, 2012). 하지만, 본래의 상태로 되돌릴 수 없고 잔여적인 장애를 남기기 때문에(Funk et al., 2001) 신체적 기능을 손상시키고 일상활동에 제한을 일으키며, 통증과 스트레스를 증가시켜 자아정체성의 악화를 야기할 수 있다(McBride, 1993; 조상은, 2017에서 재인용).

이처럼 만성질환은 신체적, 심리적 그리고 사회적 기능에 영향을 미치는 등 삶의 전 영역에 영향을 미침에 따라 우울의 주요한 영향요인으로 작용할 수 있다. 선행연구는 만성질환을 보유한 경우 혹은 만성질환의 보유 개수가 많을수록 우울감이 높아지거나 삶의 질 수준이 낮아진다고 보고한다(고정은 & 이선혜, 2012; 이미숙, 2010).

특히, 만성질환은 1인가구의 취약성을 증가시킬 수 있다. 이는 사회활동 참여를 제한하고 의료비 지출 증가로 인한 경제적 어려움을 가중할 뿐만 아니라 정신건강에도 악영향을 미칠 수 있다(유인화 외, 2021). 혼자 거주하는 경우, 만성질환에 대한 자가 관리에 대한 필요도가 증가하는데 이는 스트레스원으로 작용할 수 있다. 이러한 양상이 우울에 미치는 영향은 다인가구와 차이가 있을 수 있으므로(유인화 외, 2021), 가구형태별로 만성질환과 우울의 연관성을 파악할 필요가 있다.

(3) 일상생활 도움 필요 여부

장애인은 신체적 혹은 인지적 기능이 저하된 상태로 인해 비장애인에 비하여 기본적인 일상생활을 수행하는데 제한이 있을 수 있다(이상원, 2008). 감소된 일상생활 수행능력은 장애인의 우울 및 무력감을 증가시키고 삶의 질을 저해하는 요인이 된다(Bulgiba et al., 2010; 이미자, 오윤택, 1999). 일상생활을 수행할 수 있는 능력은 통합적인 인지적 그리고 사회적 조화 과정인데, 장애로 인해 지속적인 타인의 도움이 필요하거나 장기간에 걸쳐 독립적으로 일상생활을 수행하는 데에 어려움이 있는 경우 우울감 증가로 연결될 수 있다(유수정 외, 2001).

WHO ICF에서 장애인의 건강 상태(health condition)에 영향을 미치는 중요한 요인 중 하나로 '활동(activity)'을 제시한다. 활동은 개인이 어떠한 작업이나 행동을 수행할 수 있는 것을 의미하는데, 활동 제한은 그 개인이 주어진 활동을 완료하는 데에 겪을 수 있는 어려움으로 정의된다(WHO, 2001).

이러한 활동 제한의 상태는 자기관리 및 자립 생활을 유지하는데 위협을 받을 수 있으며 나아가 사회적 역할의 상실과 인간관계 축소 등을 야기할 수 있다(최영순 외, 2011; 조유향, 1988). 즉, 타인의 도움을 받지 않고 자립적으로 일상생활을 수행할 수 있는지와 관련된 문제는 정신건강을 포함한 삶의 질적인 측면에서 전반적인 영향을 미칠 수 있다.

특히, 1인 가구일 때 신체기능 제한을 경험하는 비율이 높음에 따라(이윤경 외, 2020) 일상생활을 수행하는 데 있어 더욱 어려움을 겪을 수 있다(배다영, 박은빈, 2022). 따라서, 장애인 1인가구 및 다인가구의 우울의 영향요인으로 일상생활에 대한 도움 필요 정도를 확인해보고자 한다.

(4) 거주지역 환경 인식

건강은 개인의 생활 양식, 사회적 관계뿐만 아니라 자신이 거주하는 지역의 환경적 요인에 의해 영향을 받는다(정유진, 이세규, 2015; 김태환, 김은정, 2014). 즉, 거주지역은 생활 양식 혹은 건강행태에 영향을 미침에 따라 개인의 건강 수준을 향상하기도 하지만 스트레스를 유발하여 저해하기도 하여 건강에 직간접적인 영향을 줄 수 있다(김욱진, 김태연, 2013; Evans & Stoddart, 1990).

이처럼 거주지역은 건강에 영향을 주는 요인으로 최근 개인의 건강을 증진하기 위한 물리적 환경의 개선에 관한 연구가 증대되고 있다(정유진, 이세규, 2015; 김태환, 김은정, 2014). 개인의 건강 및 웰빙에 영향을 미치는 물리적 환경의 요소를 확인한 선행연구에 의하면, 주거 상태, 보행 환경, 토지 이용 그리고 공공 및 복지시설 등의 시설에 대한 접근성과 관련이 있는 것으로 제시된다(김태환, 김은정, 2014; Northridge et al., 2003).

Evans(2003)는 물리적 환경이 정신건강에 미치는 직접적 영향과 간접적 영향을 분류하였다. 먼저, 물리적 환경의 직접적인 영향은 거주지의 높이가 높음에 따라 불안감이 고조되는 것과 빛 공해 또는 열악한 주거 환경 등이 정신건강에 직접적 영향을 줄 수 있다고 정의하였다. 또한, 주거 환경은 사회적 교류의 기회와 연관되어 정신건강에 간접적인 영향을 미칠 수 있다.

도시의 물리적 환경의 객관적 지표와 우울의 관련성을 살펴본 연구결과에 의하면, 사회경제적 변수, 주거지의 층수 그리고 주택의 구조적 문제 등을 통제했을 때 우울증은 공동주택이 많은 곳이나 신규 건축물이 많은 지역에 높게 나타났다(Weich et al., 2002). 하지만, 정신건강 증진에 도움이 되는 물리적 환경은 질병을 예방하고 치유하는 과정을 촉진시킬 뿐만 아니라, 지역사회 내 긍정적 상호작용을 지원한다(이해경 외, 2015). 따라서, 앞서 나열한 객관적 지표만을 중심으로 정신건강과 관련된 지역사회 환경에 대한 이해를 한정하는 것은 물리적 환경과 우울과의 관련성을 설명하는데 불충분할 수 있다(문하늬 외, 2018).

거주지역의 물리적인 환경은 객관적으로 실재하고 있는 지역의 여건과 주관적으로 인식되는 바가 개인마다 서로 다르게 나타나는데, 객관적으로 존재하는 지역의 여건이 아무리 열악해도 이를 자신의 건강에 위협적인 것으로 받아들이지 않을 수 있다(Cho et al., 2005). 이는 주변의 물리적 환경이 개인의 복잡한 인지심리적 처리를 거친 후 비로소 영향을 미치는 요인으로 작용하기 때문이다(김욱진, 김태연, 2013). 즉, 지역사회의 물리적 환경은 주관적 판단에 따른 질적인 차원의 공간으로도 이해될 필요가 있음을 의미한다(문하늬 외, 2018).

이에 따라, 본 연구에서는 지역사회의 물리적 환경에 대한 주관적인 환경 인식과 우울의 관련성을 확인하고자 한다. 장애인은 신체기능이 저하된 상태로 인해 거주하는 지역 환경 내에서 일상생활을 영위하는 데 불편함을 느끼면, 생활 공간에 대한 만족도가 낮아져 우울에 영향을 미칠 수 있다. 특히, 장애인 1인가구는 지역사회에서 거주하며 생활영역이 제한될 가능성이 크므로 지역사회의 물리적 환경에 대한 인식이 더욱 정신건강에 영향을 미칠 수 있다는 점을 고려하였다.

4) 개인 간 요인과 우울

장애인을 둘러싼 사회적 관계망과 관련된 요소는 그들의 우울을 이해하는데 있어 중요하게 고려되어야 한다. 장애인은 장애로 인한 기능 상실로 인하여 정신건강 악화 있어 취약한 상태에 직면해 있는데, 가족, 친구 그리고 이웃 등의 사회적 관계망에서 비롯된 지지나 도움은 심리사회적 적응에 있어 긍정적인 효과가 있을 수 있다(문필동, 이정화, 2019; 조혜정, 서인균, 2012). 즉, 장애인은 장애에서 비롯한 부정적 자기인식 혹은 일상생활에서 지속적으로 노출되는 스트레스로 인해 우울을 경험할 가능성이 큰데(이현주, 강상경, 2009) 사회적 지지는 우울의 완화요인으로 작용될 수 있다(Honey et al., 2011; Turner & Noh, 1988).

특히, 사회적 관계망이 상호 신뢰와 호혜적인 환경에 기초하여 촉진되는 경우(Lunsky, 2006), 스스로 자신을 돌보는 삶의 경험을 촉진할 수 있으며 정신건강의 긍정적 변화를 용이하게 하는데 필요한 격려(encouragement) 혹은 체계적인 옹호(advocacy)를 위한 기반을 제공할 수 있다(WHO, 2017).

사회적 관계망은 사회적 관계라는 일정한 경계 안에서 상호작용하며 사회적 구조를 구성하는 관계적 체계를 의미한다(정선혜 외, 2008). 장애인 대상의 사회적 관계망 유형과 그 특징을 살핀 선행연구를 종합하자면, 관계망의 연결 상태 즉, 양적 특성에 초점을 둔 구조적 특징과 장애인에 대한 사회심리적 지원체계로써 질적 측면을 강조하는 기능적 특징으로 분류되는 것을 확인할 수 있다(정선혜 외, 2008).

장애인의 '구조적 사회적 관계망'은 주로 장애인과 교류하는 사람의 유형과 크기 그리고 접촉 빈도와 같은 양적 특성을 의미한다(정선혜 외, 2008). 여기서, 유형은 사회적 관계망을 맺는 구성원이 누구인지를 의미하며 크기는 관계를 맺는 사람의 수를 의미한다. 또한, 각 관계망의 유형별 구성원을 일정 기간 내 몇 명이나 직접 만났는지 접촉 빈도를 질문함으로써 측정한다.

하지만, 장애인의 구조적 관계망만으로 사회적 관계의 특성을 이해하고 설명하는 데에 한계가 있다. 사회적 관계의 질적인 측면 즉, 관계를 맺고 있는 사람들에게 충분한 정서적 혹은 실천적 지지를 받았는지 확인할 필요가 있는데, 이러한 특성을 '기능적 사회적 관계망'이라고 한다(정선혜 외, 2008).

사회적 관계망의 기능적 특성을 살핀 연구는 장애인의 사회적 관계망을 심층적으로 이해하기 위해 장애인이 맺는 관계 내에서 사회적 지지를 제공함으로써 긍정적인 심리적 효과를 창출한 구성원이 누구인지 확인해야 할 뿐만 아니라(정일교, 2015; 김희국, 2010; 정선혜 외, 2008; 임성옥, 이숙자, 2008), 정서적 지지, 물질적 지지 등 사회적 지지의 다양한 성격 또한 고려해야 한다고 강조한다(정일교, 2015; 임성옥, 이숙자, 2008).

장애인은 특히, 기능적 관계망에 높은 가치를 부여하며 자신을 지지해주는 공통된 관심사 및 배경에 기초하여 관계를 맺고 싶어 한다(Van et al, 2013). 하지만, 장애인의 높은 질적 관계망에 대한 필요 혹은 요구에 비해 낮은 충족 수준을 보이는 것으로 나타났다(Van et al, 2013).

또한, 장애인은 주로 가족 또는 친구 및 이웃과 같은 비공식적 관계에 의존하여 도움을 받는데(임상욱, 전지혜, 2021), 이러한 관계망에서 정서적 지지와 같은 사회적 지지는 정신건강에 긍정적인 효과를 미칠 수 있다(Berkman et al, 2000). 여기서 사회적 지지란 타인으로부터 받는 자원 또는 도움을 의미하며, 만성질환 혹은 장애로 인해 스트레스 상황에 놓여있는 개인이 그 상황에 적응하고 항상성을 유지할 수 있도록 도움을 주는 보호 요인으로 작용한다(문필동, 이정화, 2019).

선행연구 결과, 장애인들은 가족과 만남 빈도가 높을수록 우울 수준이 낮아졌으며(권복순, 박현숙, 2005), 가족관계의 높은 만족도 및 정서적 지지는 부정적 스트레스와 우울과의 관계에서 우울을 완충하거나 감소시키는 보호하는 요인으로 나타났다(문필동, 이정화, 2019; Krause & Clark, 1994).

한편, 가까이 있는 친구나 이웃은 멀리 있는 가족에 비해 만남이 빈번하고 접촉이 용이할 수 있다(김은정, 이신영, 2012). 이러한 접근성

(accessibility)은 신체적 기능이 저하되어 이동하는 데에 제한이 있는 사람들에게 사회적 관계를 유지하기 위해 중요한 요소로 다뤄져야 한다(배진희, 2004). 따라서, 본 연구에서는 가족뿐만 아니라 친구 혹은 이웃과의 사회적 관계 특성이 장애인의 우울에 어떠한 영향을 미치는지 살피고자 한다.

제 3 장 연구방법

제 1 절 연구자료 및 연구대상

1. 연구자료

본 연구는 2018년부터 2019년까지 총 2차례 조사된 한국장애인개발원의 장애인삶 패널조사 자료를 2차 분석한 것으로, 서울대학교 연구윤리심의위원회의 심의면제 대상 승인을 받았다(IRB No. E2211/001-002).

장애인삶 패널조사는 장애인의 장애 등록 이후 삶의 변화를 파악하고 삶과 관련된 일상생활, 소득수준, 건강상태 그리고 복지 욕구 등의 탐색을 통하여 향후 관련 정책의 수립 및 지원 과정에서 활용할 수 있는 기초자료를 마련하고자 종단 조사를 통해 구축되었다(한국장애인개발원, 2022). 원자료의 조사방법은 전문면접원에 의한 대면면접조사로 조사도구로는 TAPI(Tablet Assisted Personal Interviewing)을 활용하였다.

해당 자료의 목표 모집단은 장애인복지법 제2조에서 정의하는 장애인으로 같은 법 제32조에 의거하여 보건복지부에 장애등록을 2015년 1월 1일부터 2017년 12월 31일 사이에 마친 등록장애인(단, 장애인거주시설 거주 장애인 제외)과 그들의 가구원이다. 구체적으로, 조사 모집단은 사망, 주소불명 등의 이유로 조사가 불가한 경우를 제외한 장애인 251,277명과 그들의 가구원이다.

해당 자료원에서 활용한 표본추출방법은 이중추출법(double sampling)이다. 통계의 최소 생산 단위를 고려해 장애유형, 장애정도, 성별 그리고 지역을 층화 변수로 설정하였으며, 표본 크기는 장애 유형별 장애정도를 효율적으로 추정하기 위해 각 층을 부차 모집단으로 간주해 최종적으로 결정하였다. 또한, 부차모집단별로 표본을 배분한 후 각 층 내에서 성별 층화해 표본 배분하였다(한국장애인개발원, 2022).

각 층별의 최소 표본을 확보하도록 층별 즉, 7개의 장애유형과 2개 범주의 장애정도 표본을 우선할당한 후 제곱근 배분을 실시하였다. 층별로

배분된 표본은 95% 신뢰수준 아래 장애유형 및 장애정도의 기대상대표준오차가 약 3.73%에서 5.65%로 나타나도록 표본을 배분하여 최종적인 표본 크기를 결정하였다. 또한, 모든 연령대가 최종적 표본에 포괄되고, 연령대별 표본이 골고루 포함될 수 있도록 연령대는 내재적 층화를 활용했다(한국장애인개발원, 2022).

특히, 표본추출에서 희소장애인과 만 18세 이하의 장애인이 최종적 표본 자료에서 누락 되지 않도록 그들이 거주하는 읍면동 추출이 선행되었으며, 지역별 분포에 따라 배분해 일상 읍면동을 구성하였다. 또한, 표본 읍면동 추출 시 지역 층 내에서 확률비례계통추출을 적용해 표본 읍면동을 추출하였다(한국장애인개발원, 2022).

2. 연구대상

본 연구의 연구대상자는 장애인삶 패널조사 1차(2018년)와 2차(2019년)에 응답한 19세 이상의 성인 장애인이다. 해당 조사에 응한 패널은 장애인복지법 제32조에 의거해 보건복지부에 장애등록을 2015년 1월 1일부터 2017년 12월 31일에 마친 등록장애인 본인으로 장애인거주시설에 거주하는 장애인은 제외되었다. 가구원 수를 1명이라고 응답한 대상자를 '1인가구'로, 2명 이상으로 응답한 대상자를 '다인가구'로 구분하였다.

결측값 및 무응답을 제외한 총 연구대상자 수를 살펴보면, 2018년(1차)에 응답한 장애인 패널은 5,074명으로 1인가구는 1127명(22.2%), 다인가구는 3,947명(77.8%)이었다. 또한, 2019년(2차)에 응답한 패널은 총 4,572명이며, 1인가구는 998명(21.8%) 그리고 다인가구는 3574명(78.2%)이었다.

제 2 절 연구변수

장애인의 우울에 영향을 미치는 다차원 요인에 관한 선행연구 고찰과 생태학모형 및 WHO ICF에서 제시한 구성요소들을 검토한 내용을 바탕으로 연구변수를 선정하였으며, 분석 시에 활용된 연구변수의 측정과 관련된 조작적 정의를 기술하였다. 해당 내용은 표 5-1과 표 5-2에 망라하였다.

1. 가구 형태

본 연구의 하위군 분석 시의 기준은 가구 형태로, 함께 거주하는 가구원의 수를 의미한다. 가구원 수가 1명인 경우를 '1인가구'로, 2인 가구 이상으로 답변한 경우, '다인가구'로 범주화하였다.

2. 종속변수: 우울

장애인삶 패널조사에서 우울을 측정하는 표준화된 척도로 CES-D11(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)을 사용한다. 해당 척도는 Radloff(1977)가 개발한 20개의 문항을 Kohout, Berkman, Evans & CornoniHuntley(1993)가 11개의 문항으로 축소하여 재구성한 것이다. 조사된 시점에서 지난 일주일간 심리상태에 대해 측정하는데, 각 문항은 극히 드물다(1점)에서 대부분 그렇다(4점)로 리커트 4점 척도로 구성되어 있다.

해당 척도의 내용은 '먹고 싶지 않고 식욕이 없다, 비교적 잘 지냈다, 상당히 우울했다, 모든 일이 힘들게 느껴졌다, 잠을 설쳐서 자지 못했다, 혼자인 것 같은 외로움을 느꼈다, 큰 불만 없이 생활했다, 사람들이 나를 차갑게 대하는 것 같았다, 그냥 슬펐다, 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다, 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다'로 구성되어 있다.

특히, 측정 문항 중 '비교적 잘 지냈다'와 '큰 불만 없이 생활했다'는

역코딩을 실시하였다. 각 항목별로 1, 2, 3, 4로 되어 있는 변수의 값을 0, 1, 2, 3으로 재코딩을 한 후에 합산하였으며, 더한 결과에 우울 증상의 유병자에 대한 선별 절단점(cut-off point)을 활용하고자 20/11을 곱하여 우울 점수 분포가 0점에서 60점이 되도록 하였다.

측정된 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미하는데 16점 이상을 가능 우울증(Possible depression), 21점 이상을 추정 우울증(Probable depreesion) 그리고 25점 이상을 확정 우울증(Definite depression)으로 본다(김록범 외, 2011; 이영훈 외, 2008; 조맹제 외, 1998). 본 연구에서는 16점 이상을 우울함으로, 미만의 점수를 우울하지 않음으로 범주화하였다.

3. 독립변수

1) 개인요인

장애인의 우울에 영향을 미치는 개인요인으로 건강행태에는 주기적 운동 빈도, 흡연 여부, 음주 여부를 설정하였고 만성질환 보유 여부와 일상생활 도움 필요 정도를 이용하였다.

먼저, 건강행태 중 주기적 운동 빈도의 경우 '일주일 평균 운동 일수'로 측정된 연속형 변수를 0~2일, 3~4일 그리고 5~7일로 범주화하여 측정하였다. 대한장애인체육회 장애인체력인증센터에서 제시하는 장애인의 신체활동 권고 사항은 일주일에 3일, 최소 20분의 고강도 신체활동을 하거나 주 5일, 최소 30분의 중강도 유산소 신체활동이다.

또한, WHO의 신체활동과 좌식생활 가이드라인(2020)에 의하면, 장애가 있는 고령자는 기능적인 신체 능력의 향상과 낙상 예방을 위해 일주일에 3일 이상의 중강도 또는 고강도 이상의 균형성 운동 및 근력운동을 실시할 것을 권고한다. 따라서, 본 연구에서는 두 기준을 종합하여 일주일 평균 주기적 운동 빈도가 신체활동 권장량 미만인 주 2일 이하인 경우와 권장량 이상에 해당하는 주 3~4일 그리고 주 5~7일로 범주화하였다.

흡연 여부의 경우, 담배 피움과 전자담배 피움을 ‘흡연자’로 과거에는 피웠으나 지난 6개월 동안 피우지 않음과 피워본 적 없음을 ‘비흡연자’로 범주화하였다. 음주 여부의 경우, 술을 마심을 ‘음주자’로, 과거에는 마셨지만 지난 6개월 동안 마시지 않음과 술을 마셔본 적이 없음을 ‘비음주자’로 범주화하였다. 만성질환 보유 여부의 경우 ‘있음’과 ‘없음’으로 범주형 변수로 활용하였다.

또한, 일상생활 도움 필요 여부의 경우, 전반적 일상생활에서 도움이 필요한 정도에 대한 응답 문항에서 전혀 도움이 필요하지 않음과 거의 도움이 필요하지 않음을 ‘도움이 필요하지 않음’으로, 전적으로 도움이 필요함과 도움이 필요한 편임을 ‘도움이 필요함’으로 이분 범주화하여 측정했다.

마지막으로, 거주지역 환경 인식 문항은 ‘현재 살고 계시는 지역의 주변 환경으로 인해 생활하는 데 불편함이 있습니까?’에 대한 응답 유형 중 매우 불편하다와 불편한 편이다를 ‘생활하기에 불편함’로, 편한 편이다와 매우 편하다를 ‘생활하기에 편리함’으로 범주화하였다.

2) 개인 간 요인

장애인의 우울에 영향을 미치는 개인 간 요인은 구조적 사회적 관계망과 기능적 사회적 관계망으로 구분하였다. 개인 간 요인의 구조적 사회적 관계망을 확인하기 위한 변수로 ‘가까이 지내는 사람들의 수’는 자주 만나는 친구/지인/이웃의 수로, 연속형 변수로 측정하였다. 또한, ‘가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도’는 자주 만나는 친구/지인/이웃과의 만남 빈도 문항에 대한 응답으로 하루도 만나지 않음, 1년에 1~2회, 3개월 1~2회, 1개월 1~2회, 1주에 1~2회, 1주에 4회 이상으로 구성된 6분위 척도를 하루도 만나지 않음, 1년에 1~2회, 3개월 1~2회, 1개월 1~2회, 1주일에 1~2회 이상의 5분위 척도로 범주화하여 활용하였다.

기능적 사회적 관계망의 경우, 가족 및 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움을 받은 경험을 묻는 문항에 대한 응답 범주 중 전혀 그렇지 않다, 거의 그렇지 않은 편이다를 ‘정서적 지지를 받고 있지 않다’로, 그런 편

이다와 매우 그렇다의 문항을 ‘정서적 지지를 받고 있다’로 구성하여 측정하였다.

4. 통제변수: 인구사회학적 요인 및 장애특성

인구사회학적 요인으로 성별, 연령, 혼인상태, 최종 학력 그리고 경제활동 상태로 설정하였다. 성별은 ‘남성’과 ‘여성’으로, 연령은 ‘19세 이상 49세 이하’와 ‘50세 이상’으로 범주화하였으며 혼인상태의 경우 미혼, 결혼 그리고 이혼/별거/사별로 범주화하였다. 최종 학력의 경우 미취학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교, 대학원 그리고 무학으로 구성된 7분위 척도에서 미취학과 무학의 경우를 합쳐 ‘미취학 및 무학’변수로, 고등학교, 대학교 그리고 대학원의 경우를 ‘고등학교 이상’ 변수로 재구성하였다. 또한, 경제활동 상태의 경우 일자리 유무를 묻는 문항을 사용하였다.

장애특성 요인으로 장애 유형, 장애 정도, 중복장애 여부를 확인하였다. 장애 유형은 장애인복지법에 명시된 15개의 장애유형으로 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루/요루장애, 뇌전증장애, 지적장애, 자폐성장애 그리고 정신장애로 구성하였다. 장애 정도는 경증과 중증으로, 마지막으로 중복장애 여부는 중복장애 없음과 중복장애 있음으로 범주화되어 있는 문항을 활용했다.

[표 5-1] 연구 변수

범주		측정
가구 형태		0: 다인가구 1: 1인가구
통제 변수		
인구 사회 학적 요인	성별	0: 남성 1: 여성
	연령	1: 19세- 49세 2: 50세 이상
	혼인상태	1: 미혼 2: 결혼 3: 이혼/별거/사별
	최종 학력	1: 미취학 및 무학 2: 초등학교 3: 중학교 4: 고등학교 이상
	경제활동 상태	0: 일자리 없음 1: 일자리 있음
장애 특성	장애유형	1: 지체장애 2: 뇌병변장애 3: 시각장애 4: 청각장애 5: 언어장애 6: 안면장애 7: 신장장애 8: 심장장애 9: 간장애 10: 호흡기장애 11: 장루/요루장애 12: 뇌전증장애 13: 지적장애 14: 자폐성장애 15: 정신장애
	장애 정도	0: 중증 1: 경증
	중복장애 여부	0: 중복장애 없음 1: 중복장애 있음

[표 5-2] 연구 변수(계속)

분류	범주			측정
독립변수				
개인 요인	건강 행태	주기적 운동 빈도 (일주일 평균)		1: 0~2일 2: 3~4일 3: 5~7일
		흡연 여부		0: 비흡연자 1: 흡연자
		음주 여부		0: 비음주자 1: 음주자
	만성질환 보유 여부			0: 없음 1: 있음
	일상생활 도움 필요 여부			0: 도움이 필요하지 않음 1: 도움이 필요함
	거주지역 환경 인식			0: 생활하기에 불편함 1: 생활하기에 편리함
개인 간 요인	사회적 관계망	구조적 사회적 관계망	가까이 지내는 사람들의 수	__명(연속형)
			가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	1: 만나지 않음 2: 1년에 1~2회 3: 3개월 1~2회 4: 1개월 1~2회 5: 1주에 1~2회 이상
		기능적 사회적 관계망	가족의 정서적 지지 및 도움	0: 받고 있지 않음 1: 받고 있음
			주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	0: 받고 있지 않음 1: 받고 있음
종속변수				
우울 여부				0: 없음 1: 있음

제 3 절 연구방법

본 연구에서 활용한 장애인삶 패널조사는 복합표본설계방법을 활용하였으므로 자료의 표본이 모집단을 대표하기 위하여 가중치 변수를 고려해 분석하였다. 자료의 분석 과정은 다음과 같다.

1. 자료 분석 과정

첫째, 연구대상자의 인구사회학적 특성, 장애 특성 등의 기본적 특징을 확인하기 위해 가구 형태에 따라 구분하여 각 연도별 빈도분석을 실시하였다. 범주형 변수의 경우, 변수의 빈도와 비율(%)을 확인하였고 연속형 변수의 경우, 평균 및 표준편차를 확인했다.

둘째, 본 연구의 연구 문제인 장애인 1인가구와 장애인 다인가구의 우울 여부에 영향 미치는 다차원 요인을 파악하기 위해 일반화추정방정식(Generalized Estimating Equation, 이하 'GEE')을 적용하였으며 가구형태에 따른 하위군 분석(subgroup analysis)을 실시했다. 일반화추정방정식에서 설명계수 β의 계수의 의미는 해당 변수가 1단위 증가할 때 전체 모집단에서의 평균적인 종속변수 증가분을 의미하는데 본 연구의 모형에서는 로짓 연결함수가 적용되었으므로 *ln*(OR)로 해석하였다.

또한, 각 설명계수의 유의성 검정을 위해 *Wald chi-square test*를 시행하였으며 각 설명변수의 *Wald*값의 비교를 통해 우울에 미치는 영향력을 비교하였다. 여기서 *Wald*는 설명계수(β)를 표준오차로 나눈 값을 제곱한 값을 뜻한다. 마지막으로, CES-D11의 기존 절단점 16점을 21점으로 변경하여 동일한 효과와 유의성이 확인되는지 검토하는 민감도 분석을 수행하였다.

설명계수의 종속변수에 미치는 영향력의 크기는 *BIC*로 판단하는데, *이*는 $Wald - \ln N$ 공식에 의해 계산된다(채구묵, 2018). 분석결과에서 각 회귀계수의 N(표본 수)값은 같다고 볼 수 있으므로 *Wald*의 크기에 따라 종속변수에의 영향력의 크기를 비교할 수 있다(채구묵, 2018).

모든 분석은 R version 4.1.3의 survey package를 활용하였으며, p-value값이 0.05 이하인 경우, 통계적으로 유의하다고 간주하였다.

2. 주요 자료 분석 방법: 일반화추정방정식

본 연구에서 장애인 우울의 영향요인을 분석하기 위해 일반화추정방정식을 활용한 이유는 다음과 같다. 일반적으로, 결과변수가 이분형 변수와 같은 범주형 변수인 경우, 이에 대한 설명요인을 분석할 때 일반적으로 로지스틱 회귀분석이 활용되어왔다. 하지만, 동일한 대상자에 대하여 반복측정이 된 패널 자료를 활용하는 경우 반복 측정된 변수 간 상관관계가 존재하는데, 이를 통계적 분석에서 반드시 고려할 필요가 있다(임회정, 박수현, 2016).

이러한 경우에 변수 간 상관관계를 모형에 포함할 수 없는 로지스틱 회귀분석보다 가상관 행렬을 가정하여 변수 간 상관성을 분석 과정에서 고려해주는 일반화추정방정식을 적용해야 한다(임회정, 박수현, 2016). 즉, 일반화추정방정식는 패널자료와 같은 시간 의존 자기 상관 데이터를 사용할 때 선호되는 분석 기법으로써 유용하다(Liang & Zeger, 1986).

패널 자료 분석 방법 중 고정 효과 모형은 개인의 고정된 특성을 제거함으로써 일치 추정량을 얻을 수 있지만, 시간에 따라 변하지 않는 변수의 효과는 확인할 수 없다는 단점이 있다. 또한, 랜덤효과모형의 경우 시간 불변 변수의 효과를 추정할 수 있고 고정효과모형보다 더 효율적인 추정량을 제공할 수 있다(Gardiner, Luo & Roman, 2009).

일반화추정방정식과 랜덤효과모형에서 산출된 추정치는 구조적으로 동일한 형식을 가지지만, 분산 추정 방법은 서로 다르다는 차이가 있다(Gardiner, Luo & Roman, 2009). 기존의 종단자료를 분석하는 회귀분석에서는 측정된 자료 간의 독립성을 가정하지만, 실제 자료는 서로 독립이 아닌데, 반복적으로 측정된 결과변수 간에 상관관계가 존재한다는 것이다(Gardiner, Luo & Roman, 2009). 이에 따라, 일반화추정방정식은 각 개체에서 다른 시간에 얻어진 종속변수들 간의 상관성을 의미하는 가상

관행렬(working correlation matrix)을 미리 지정해 분석한다. 단, 가상관 행렬이 바르게 지정되지 않는 경우 모수 추정치의 상대적 효율(relative efficiency)이 낮아질 수 있다(임회정, 2004).

Pan(2001)에 의하면, 가장 낮은 QIC(Quasi-likelihood Information Criterion)는 가장 적합한 가상관 행렬을 선택하는 기준이고 가장 낮은 QICu값은 가장 잘 적합된 모형을 선택하는 기준이 된다. 선행연구에서는 가상관 행렬이 독립인 경우, GEE 추정치들이 높은 효율성을 가진다고 보고되었다(임회정, 박수현, 2016).

본 연구에서는 가상관행렬이 독립적인 경우(Independent), 상관 정도가 항상 일정하다고 가정하는 경우(Exchangeable), 시간이 지남에 따라 상관의 정도가 감소하는 경우(Autoregressive) 그리고 시간이 지남에 따라 상관의 정도가 감소하는 경우(Unstructured) 중에 QIC와 QICu값이 가장 낮게 측정된 독립적인(Independent) 가상관 행렬을 가정하였다.

일반화추정방정식은 이 모형에는 시간 변화 요인과 시간 불변 요인이 동시에 투입될 수 있다는 점에서(Liang & Zeger, 1986) 고정효과모형과 랜덤효과모형이 지닌 제한점에 구애받지 않는다. 그뿐만 아니라, 고정효과모형과 랜덤효과모형 둘을 활용하는 혼합모형(mixed model)은 객체마다 모수값을 추정하여 개인-특이적인(subject-specific) 추정이 가능하지만, 일반화추정방정식은 인구집단 수준의 평균 효과를 추정하는 데에 적합하다는 장점이 있다(Gardiner, Luo & Roman, 2009).

인구집단에서 공변수의 평균 효과에 관심이 있을 때 일반화추정방정식을 사용함으로써 효율적인 추정이 가능하다. 특히, 일반화추정방정식은 다변량 정규성이라는 핵심 가정이 위반되는 데이터 구조에서도 강건한 특성을 지닌다. 이에 따라, 일반화추정방정식은 회귀계수나 분산에서도 일치 불편 추정량(unbiased estimator)을 산출한다는 특성이 있다(Liang & Zeger, 1986).

제 4 장 연구결과

제 1 절 연구대상자의 일반적 특성

전체 장애인과 가구 형태 즉, 1인가구 및 다인가구 범주에 따라 구분하여 참여자의 일반적 특성에 대한 빈도분석을 실시한 결과는 표 6-1과 표 6-2와 같다. 여기서 각 수치는 빈도(n)와 비율(%)로, 소수점 둘째짜리 이하의 자릿수는 제외하고 표기하였다.

1. 전체 연구대상자의 일반적 특성

1차 조사년도(2018년)에 응답한 전체 성인 장애인 패널의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 인구사회학적 특성 중 성별은 남성이 2767명(54.5%), 여성이 2307명(45.5%)으로 나타났고, 19세 이상 49세 이하인 경우가 1493명(29.4%), 50세 이상이 3581명(70.6%)이었다. 결혼 상태의 경우 미혼인 경우가 969명(19.1%), 이혼/별거/사별의 경우가 1318명(26.0%), 기혼인 경우가 2787명(54.9%)에 해당했다. 교육 수준의 경우, 무학 및 미취학, 초등학교, 중학교, 고등학교 이상이 각각 230명(4.5%), 828명(16.3%), 933명(18.4%), 3083명(60.8%)로 나타나 고등학교 졸업 이상이 과반수를 차지하였다. 경제활동 상태의 경우, 일자리가 있는 경우가 1187명(23.4%), 없는 경우가 3887명(76.6%)으로 10명 중 약 8명의 응답자가 현재 직업이 없다고 응답하였다.

장애 특성의 경우 먼저 15개의 장애유형별로 응답 빈도를 확인한 결과, 지체장애가 867명(17.1%), 뇌병변장애가 811명(16.0%), 시각장애가 667명(13.1%), 청각장애가 624명(12.3%), 언어장애가 211명(4.2%), 안면장애가 27명(0.5%), 신장장애가 569명(11.2%), 심장장애가 103명(2.0%), 간장애가 196명(3.9%), 호흡기장애가 159명(3.1%), 장루/요루장애가 139명(2.7%), 뇌전증장애가 110명(2.2%), 지적장애가 241명(4.7%), 자폐성장애가 29명(0.6%), 정신장애가 321명(6.3%)에 해당했다.

장애 정도가 경증인 경우는 2584명(50.9%), 중증인 경우가 2490명(49.1%)에 해당했다. 또한, 대부분의 응답자(4802명, 94.6%)는 중복장애가 없으며, 중복장애가 있는 경우는 272명(5.4%)으로 확인되었다.

개인요인에서 건강행태를 확인한 변수 중 주기적인 운동 빈도를 살핀 결과, 일주일에 하루도 운동하지 않는다고 응답한 비율이 47%(2384명)에 해당하였으며, 평균적으로는 한 주에 2.12일 정도 주기적으로 운동하는 것으로 나타났다. 범주별로는 주 2일 이하가 60.4%(3065명), 주 3~4일이 16.7%(847명) 그리고 주 5~7일은 22.9%(1162명)으로 관측되었다. 흡연하는 경우는 616명(12.1%)이며, 음주하는 경우는 3025명(59.6%)이 해당하였다.

만성질환이 있다고 응답한 비율은 60.9%(3089명), 없다고 한 비율은 39.1%(1985명)으로 나타났는데, 이는 지역사회에 거주하고 있는 성인 장애인 중 과반이 만성질환을 지니고 있음을 시사한다. 또한, 전반적 일상생활에서 도움 필요 여부의 경우, 필요하지 않다고 응답한 비율이 60.7%(3082명), 필요하다고 응답한 비율은 39.3%(1992명)에 해당했다. 지역사회 환경 인식 문항의 경우 생활하기에 편리하다는 응답이 4210명(83.0%), 불편하다는 응답이 864명(17.0%)이었다.

개인 간 요인 중 사회적 관계망의 구조적 특성 요소인 가까이 지내는 친구, 지인 그리고 이웃 수가 한 명도 없는 경우는 1544명(30.4%), 1명이 560명(11.0%), 2명이 1090명(21.5%), 3명 이상이 1880명(37.1%)이며, 평균적으로 가까이 지내는 주변 사람 수는 2.49명인 것으로 나타났다. 는 사람과의 만남 빈도는 1년에 1~2회가 269명(5.3%), 3개월에 1~2회가 502명(9.9%), 1개월에 1~2회가 1257명(24.8%), 1주에 1~2회 이상이 1502명(29.6%)이었다.

사회적 관계망의 기능적 특성을 의미하는 정서적 지지의 경우 가족, 친구/이웃으로부터 정서적 지지를 받고 있다는 응답에 먼저, 가족의 경우 그렇지 않다가 705명(13.9%), 그렇다는 4369명(86.1%)이었다. 친구 및 이웃의 정서적 지지의 경우, 그렇지 않다가 1652명(32.6%), 그렇다가 3422명(67.4%)으로 확인되었다.

우울군은 전체의 37.9%(1829명)이었으며, 비우울군은 나머지인 62.1%(3245명)로 나타나 비우울군이 더 많은 비율을 차지하였다.

2차 조사년도(2019년)에 응답한 전체 성인 장애인 패널의 일반적 특성을 빈도 분석한 결과는 다음과 같다. 인구사회학적 특성 중 성별은 남성이 2767명(54.5%), 여성이 2307명(45.5%)이며, 19세 이상 49세 이하인 경우가 1321명(28.9%), 만50세 이상이 3251명(71.1%)이었다.

결혼 상태의 경우 미혼인 경우가 858명(18.8%), 이혼/별거/사별의 경우가 1200명(26.2%), 기혼인 경우가 2513명(55.0%)에 해당했다. 교육 수준의 경우, 무학 및 미취학, 초등학교, 중학교, 고등학교 이상이 각각 209명(4.6%), 752명(16.4%), 840명(18.4%) 그리고 2771명(60.6%)이었다. 일자리가 있는 경우가 1167명(25.5%), 없는 경우가 3405명(74.5%)로 1차 조사년도 대비 경제활동자 비율이 소폭(2.1%) 상승하였다.

장애 특성의 경우 먼저 15개의 장애 유형별로 응답 빈도를 확인한 결과, 지체장애가 796명(17.4%), 뇌병변장애가 730명(16.0%), 시각장애가 618명(13.5%), 청각장애가 581명(12.7%), 언어장애가 193명(4.2%), 안면장애가 23명(0.5%), 신장장애가 506명(11.1%), 심장장애가 94명(2.1%), 간장애가 168명(3.7%), 호흡기장애가 128명(2.8%), 장루/요루장애 113명(2.5%), 뇌전증장애가 94명(2.1%), 지적장애가 220명(4.8%), 자폐성장애가 27명(0.6%), 정신장애가 281명(6.1%)에 해당했다. 장애 정도가 경증인 경우가 2296명(50.2%), 중증인 경우가 2276명(49.8%)에 해당했다. 또한, 대부분의 응답자(4309명, 94.2%)는 중복장애가 없으며, 중복장애가 있는 경우는 263명(5.8%)이었다.

개인요인 중 건강행태의 경우 먼저, 주기적 운동 빈도의 경우 장애인 신체활동 권장량인 주3일 미만으로 운동하는 비율이 2018년도는 60.4%, 2019년도는 58.2%이었다. 흡연하는 경우는 485명(10.6%)이었으며, 음주하는 경우는 3213명(70.3%)로 나타났는데 이는 전년 대비 10.7% 상승한 것이다.

만성질환이 있다고 응답한 비율은 64.8%(2917명), 없다고 응답한 비율은 36.2%(1665명)으로, 지역사회에 거주하는 성인 장애인의 만성질환 보

유비율 역시 1년 전과 대비하여 3.9% 증가하였다. 전반적 일상생활에서 도움이 필요하지 않다고 응답한 비율은 63.4%(2899명), 필요하다고 응답한 비율은 36.6%(1673명)에 해당했다. 또한, 지역사회 환경 인식 문항의 경우 생활하기에 편리하다는 응답이 3843명(84.1%), 불편하다는 응답이 729명(15.9%)이었다.

개인 간 요인에 해당하는 사회적 관계망의 구조적 특성 요소인 가까이 지내는 친구, 지인 그리고 이웃 수는 평균적으로 2.25명이었다. 접촉 빈도는 만나지 않는 경우가 29.3%(1338명)으로 가장 높은 비율을 차지하였고, 1년에 1~2회가 208명(4.5%), 3개월에 1~2회가 502명(11.0%), 1개월에 1~2회가 1345명(29.4%), 1주에 1~2회 이상이 1179명(25.8%)이었다.

사회적 관계망의 기능적 특성을 의미하는 정서적 지지 및 도움의 경우 가족 또는 친구 및 이웃 등 주변 사람들로부터 정서적 지지를 받고 있다는 응답에 먼저, 가족의 경우 그렇지 않다가 561명(12.3%), 그렇다는 4011명(87.7%)로 나타났다. 또한, 주변 사람들의 경우 그렇지 않다가 1373명(30.0%), 그렇다가 3199명(70.0%)이었다.

마지막으로, 우울군은 전체의 28.6%(1307명)으로, 전년 대비 9.3% 감소하였으며, 비우울군은 71.4%(32655명)으로 확인되었다

[표 6-1] 전체 연구대상자의 일반적 특성

분류		2018		2019	
범주	구분	N	%	N	%
성별	남성	2767	54.5%	2491	54.5%
	여성	2307	45.5%	2081	45.5%
연령	19세~ 49세	1493	29.4%	1321	28.9%
	50세 이상	3581	70.6%	3251	71.1%
혼인상태	미혼	969	19.1%	858	18.8%
	결혼	2787	54.9%	2514	55.0%
	이혼/별거/사별	1318	26.0%	1200	26.2%
최종 학력	미취학 및 무학	230	4.5%	209	4.6%
	초등학교	828	16.3%	752	16.4%
	중학교	933	18.4%	840	18.4%
	고등학교 이상	3083	60.8%	2771	60.6%
경제활동 여부	일자리 없음	3887	76.6%	3405	74.5%
	일자리 있음	1187	23.4%	1167	25.5%
장애유형	지체장애	867	17.1%	796	17.4%
	뇌병변장애	811	16.0%	730	16.0%
	시각장애	667	13.1%	618	13.5%
	청각장애	624	12.3%	581	12.7%
	언어장애	211	4.2%	193	4.2%
	안면장애	27	0.5%	23	0.5%
	신장장애	569	11.2%	506	11.1%
	심장장애	103	2.0%	94	2.1%
	간장애	196	3.9%	168	3.7%
	호흡기장애	159	3.1%	128	2.8%
	장루/요루장애	139	2.7%	113	2.5%
	뇌전증장애	110	2.2%	94	2.1%
	지적장애	241	4.7%	220	4.8%
	자폐성장애	29	0.6	27	0.6%
	정신장애	321	6.3%	281	6.1%

[표 6-2] 전체 연구대상자의 일반적 특성(계속)

분류		2018		2019	
범주	구분	N	%	N	%
장애정도	중증	2490	49.1%	2276	49.8%
	경증	2584	50.9%	2296	50.2%
중복장애 여부	중복장애 없음	4802	94.6%	4309	94.2%
	중복장애 있음	272	5.4%	263	5.8%
일주일 평균 주기적 운동 빈도	하루도 하지 않음 ~ 주 2일	3065	60.4%	2660	58.2%
	주 3일 ~ 주 4일	847	16.7%	774	16.9%
	주 5일 ~ 주 7일	1162	22.9%	1138	24.9%
흡연 여부	흡연자	616	12.1%	485	10.6%
	비흡연자	4458	87.9%	4087	89.4%
음주 여부	음주자	3025	59.6%	3213	70.3%
	비음주자	2049	40.4%	1359	29.7%
만성질환 보유 여부	만성질환 없음	1985	39.1%	1665	36.2%
	만성질환 있음	3089	60.9%	2917	64.8%
일상생활 도움 필요 정도	도움이 필요하지 않음	3082	60.7%	2899	63.4%
	도움이 필요함	1992	39.3%	1673	36.6%
거주 지역 환경 인식	생활하기에 불편함	864	17.0%	729	15.9%
	생활하기에 편리함	4210	83.0%	3843	84.1%
가까이 지내는 사람들 수(단위: 명)	mean(SD)	2.49	3.22	2.25	2.73
가까이 지내는 사람들과의 접촉 빈도	만나지 않음	1544	30.4%	1338	29.3%
	1년에 1~2회	269	5.3%	208	4.5%
	3개월 1~2회	502	9.9%	502	11.0%
	1개월 1~2회	1257	24.8%	1345	29.4%
	1주에 1~2회 이상	1502	29.6%	1179	25.8%
가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음	705	13.9%	561	12.3%
	받고 있음	4369	86.1%	4011	87.7%
주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음	1652	32.6%	1373	30.0%
	받고 있음	3422	67.4%	3199	70.0%
우울 여부	비우울군	3245	62.1%	3265	71.4%
	우울군	1829	37.9%	1307	28.6%

2. 가구형태에 따른 연구대상자의 일반적 특성

성인 장애인 1인가구와 다인가구 즉, 가구 형태에 따라 구분한 빈도분석 결과에 의하면(표 7-1, 표 7-2), 1차 조사년도의 연구대상자인 5,074명 중 홀로 거주하는 성인 장애인은 1127명으로 전체의 22.2%로 나타났으며, 2인 이상의 다인가구는 3,947명으로(77.8%)으로 확인되었다. 2차 조사년도의 성인 응답자 총 4572명 중 21.8%(998명)가 1인가구이며, 78.2%(3574명)은 다인가구이었다. 종합하자면, 지역사회에 거주하는 성인 장애인 100명 중 약 22명은 1인가구이며, 78명은 다인가구인 것이다.

가구 형태별로 나누어 연구대상자의 인구사회학적 특성의 주요 내용을 변수별로 살펴보면, 성별의 경우, 1인가구에서는 두 조사년도의 자료에서 남성 비율이 여성 비율보다 높지만, 다인가구의 경우 2019년에 남성 비율이 30.8%(1922명), 여성 비율이 69.2%(1652명)이었다. 연령의 경우 1인가구와 다인가구 모두에서 50세 이상의 중고령자 비율이 19세 이상 49세 미만의 연령군 비율보다 두 가구 형태에서 더 높게 나타났다.

혼인상태의 경우, 1인가구는 이혼/별거/사별의 경우가 2018년 66.5%(749명) 그리고 2019년 67.8%(677명)으로 가장 많았으며, 미혼이 2018년 28.6%(322명), 2019년 27.0%(269명)이었다. 다인가구의 경우 미혼이 2018년 기준 16.4%(647명), 기혼이 69.2%(2731명) 그리고 이혼/별거/사별인 경우가 14.4%(569명)에 해당한 것으로 비추어보았을 때, 가구 형태별 혼인상태의 구성이 서로 다름을 확인할 수 있다.

최종 학력의 경우, 1인가구와 다인가구 모두 고등학교 졸업이 가장 많았지만, 1인가구의 경우 51.0%(575명)에 해당하는 반면, 다인가구는 63.5%(2508명)으로 나타나 가구 형태별 학력 수준에 차이가 있었다. 경제활동 여부의 경우, 일자리가 없다고 응답한 1인가구는 2019년 기준 76.6%(764명)였지만 다인가구는 2019년 기준 73.9%(2641명)으로, 1인가구의 미취업 비율이 다인가구의 그것보다 다소 높았다.

다음으로, 장애 특성 중 장애 유형을 살펴보면, 조사 1차년도의 경우 1인가구와 다인가구 모두 가장 많은 비율을 차지하는 유형은 '지체장애'였

다. 1인가구 내 장애 유형 별로 빈도순으로 살펴보면 지체장애, 시각장애, 청각장애, 뇌병변 장애, 신장장애, 기타 순이었다. 하지만, 2차년도에서는 시각장애가 17.5%(175명)로 가장 높은 비율을 차지했으며 다음으로 지체장애, 청각장애, 뇌병변장애, 신장장애, 기타 순으로 나타났다. 다인가구의 경우, 두 조사년도 모두 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 신장장애, 기타 순서로 많은 빈도를 보였다.

중증 장애를 가지고 있는 경우는 두 조사년도에서 모두 1인가구보다 다인가구에서 높은 비율을 보였는데 1인가구의 중증 장애인의 비율은 각각 2018년 47.2%(532명), 2019년 46.7%였으며, 다인가구에서는 2018년 52.0%(2052명), 2019년 51.2%(1830명)이었다. 중복장애 보유 여부의 경우, 1인가구와 다인가구 모두 5% 내외만이 있다고 응답하였다.

개인 요인에 해당하는 건강행태요인 중 주기적 운동 빈도의 경우, 1인가구의 주 평균 운동 일수 2018년 2.06일, 2019년은 2.25일로 나타났으며 다인가구는 2018년 2.14일, 2019년 2.3일로 확인되었다. 해당 변수를 범주화하여 살펴보았을 때, 장애인 신체활동 권장량인 주 3일 이상 운동을 하는 비율은 2018년 기준, 1인가구는 38.6%, 다인가구는 40.7%로 나타났다. 2019년에는 1인가구 39.9%, 다인가구는 42.1%로 소폭 상승하였다.

흡연자 비율은 1인가구가 다인가구보다 약 10% 더 높았는데, 2018년 기준 다인가구는 9.5%(375명)만이 흡연을 하지만 1인가구의 경우 21.4%(241명)이 흡연을 하는 것으로 나타나 다소 큰 차이가 있었다. 2019년 역시 1인가구 흡연자 비율은 17.7%(177명), 다인가구의 흡연자 비율은 8.6%(308명)으로 비교적 큰 차이를 보인다.

음주자 비율 또한 1인가구에서 더 높게 관측되었다. 다인가구의 경우 2018년 기준 58.3%(812명)이 음주를 하며, 1인가구의 경우 64.2%(723명)가 음주를 하는 것으로 확인되었다. 또한, 두 가구 형태 모두에서 음주자 비율이 1년 새에 약 10% 증가하였다. 이처럼 신체활동, 흡연 그리고 음주에서 1인가구가 다인가구보다 건강에 좋지 않은 건강행태를 보이는 것으로 나타났으며, 음주자 비율은 1인가구와 다인가구 모두에서 1년 사이에 급증했다.

만성질환 보유비율은 1인가구와 다인가구 모두 1년 새 소폭 증가하였는데 다인가구보다 1인가구에서 만성질환이 있는 장애인의 비율이 높게 확인되었다. 2018년도의 경우 1인가구는 66.0%(744명)가, 다인가구는 59.4%(2345명)이며, 2019년도는 1인가구의 70.1%(700명), 다인가구의 62.0%(2217명)가 만성질환을 보유하고 있었다.

일상생활 도움 필요 여부를 살핀 결과, 1인가구보다 다인가구에서 필요하다고 응답한 비율이 더 큰 것으로 나타났다. 2018년 기준, 다인가구는 41.9%(1652명), 1인가구는 30.2%(340명)가 도움이 필요하다고 하였고 2019년엔 다인가구가 38.9%(1392명), 1인가구는 28.2%(281명)가 해당하였다.

거주지역 환경 인식에서는 1인가구보다 다인가구에서 생활하기에 편리하다고 인식하는 비율이 다소 높았다. 2018년의 경우 1인가구 81.5%(918명), 다인가구는 83.4%(3024명) 그리고 2019년으로 경우 1인가구는 819명(82.1%) 그리고 다인가구는 84.6%(3024명)이었다.

다음으로, 개인 간 요인인 사회적 관계망 요소의 구조적 특성 요소인 가까이 지내는 사람들 수의 경우, 2018년 및 2019년 각각 1인가구는 평균 2.3명, 2.01명으로 확인되었고 다인가구는 2.54명, 2.32명이었다.

가까이 지내는 사람들과의 접촉 빈도를 살핀 결과, 1인가구와 다인가구 모두 만나지 않는다고 응답한 비율이 30%내외로 나타났다. 1인가구의 경우 1주에 1~2회 이상인 비율이 2018년 35.7%(402명), 2019년 31.4%(313명)로 가장 높은 비율로 확인되었다. 다인가구의 경우 1개월 1~2회 만나는 경우가 2018년 26.2%(1034명), 2019년 30.7%(1099명)으로 가장 많았다.

사회적 관계망 요소 중 기능적 특성에 해당하는 정서적 지지 및 도움 여부를 살핀 결과, 먼저 가족의 정서적 지지 및 도움을 받고 있다는 응답은 1인가구보다 다인가구에서 상당히 높은 비율을 차지했다. 1인가구의 경우 2018년 73.2%(825명), 2019년 76.1%(759명)이 받고 있다고 응답하였지만 다인가구의 경우 2018년 89.8%(3544명), 2019년 91.0%(3252명)이 그렇다고 답하였다.

친구, 지인 그리고 이웃 등의 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움을 받고 있다는 비율 역시 1인가구보다 다인가구에서 높게 측정되었다. 1인가구의 경우 2018년 56.7%(639명), 2019년 58.7%(586명)으로 확인되었으며, 다인가구는 2018년 70.5%(2783명) 그리고 2019년 73.1%(2613명)이었다. 이는 1인가구와 다인가구의 사회적 관계망의 양상이 서로 다름을 의미한다.

마지막으로, 우울군은 다인가구보다 1인가구에서 다소 높은 비율을 보였는데, 2018년의 경우 1인가구는 43.7%(493명)이 다인가구는 36.3%(1431명)이 우울군에 속하였으며, 2019년에는 1인가구는 32.2%(321명), 다인가구는 27.6%(986명)에 해당하였다. 또한, 1년 사이에 두 가구 형태 모두에서 우울군의 비율은 낮아졌다.

[표 7-1] 가구 형태별 연구대상자의 일반적 특성

범주	구분	1인가구				다인가구			
		2018(*N=1127*)		2019(*N=998*)		2018(*N=3947*)		2019(*N=3574*)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
성별	남성	655	58.1 %	569	57.0 %	2112	53.5 %	1922	30.8 %
	여성	472	41.9 %	429	43.0 %	1835	46.5 %	1652	69.2 %
연령	19세~49세	254	22.5 %	219	21.9 %	1239	31.4 %	1102	30.8 %
	50세 이상	873	77.5 %	779	78.1 %	2708	68.6 %	2472	69.2 %
혼인상태	미혼	322	28.6 %	269	27.0 %	647	16.4 %	589	16.5 %
	결혼	56	5.0 %	52	5.2 %	2731	69.2 %	2462	68.9 %
	이혼/별거/사별	749	66.5 %	677	67.8 %	569	14.4 %	523	14.6 %
최종 학력	미취학 및 무학	90	8.0 %	84	8.4 %	140	3.5 %	125	3.5 %
	초등학교	226	20.1 %	210	21.0 %	602	15.3 %	542	15.2 %
	중학교	236	20.9 %	203	20.3 %	697	17.7 %	637	17.8 %
	고등학교 이상	575	51.0 %	501	50.2 %	2508	63.5 %	2270	63.5 %
경제활동 여부	일자리 없음	878	77.9 %	764	76.6 %	3009	76.2 %	2641	73.9 %
	일자리 있음	249	22.1 %	234	23.4 %	938	23.8 %	933	26.1 %
장애유형	지체장애	189	16.8 %	170	17.0 %	678	17.2 %	626	17.5 %
	뇌병변장애	149	13.2 %	132	13.2 %	662	16.8 %	598	16.7 %
	시각장애	185	16.4 %	175	17.5 %	482	12.2 %	443	12.4 %
	청각장애	153	13.6 %	143	14.3 %	471	11.9 %	438	12.3 %
	언어장애	34	3.0 %	30	3.0 %	177	4.5 %	163	4.6 %
	안면장애	10	0.9 %	7	0.7 %	17	0.4 %	16	0.4 %
	신장장애	142	12.6 %	126	12.6 %	427	10.8 %	380	10.6 %
	심장장애	17	1.5 %	16	1.6 %	86	2.2 %	78	2.2 %
	간장애	43	3.8 %	31	3.1 %	153	3.9 %	137	3.8 %
	호흡기장애	43	3.8 %	34	3.4 %	116	2.9 %	94	2.6 %
	장루/요루장애	29	2.6 %	23	2.3 %	110	2.8 %	90	2.5 %
	뇌전증장애	20	1.8 %	14	1.4 %	90	2.3 %	80	2.2 %
	지적장애	33	2.9 %	32	3.2 %	208	5.3 %	188	5.3 %
	자폐성장애	2	0.2 %	2	0.2 %	27	0.7 %	25	0.7 %
	정신장애	78	6.9 %	63	6.3 %	243	6.2 %	218	6.1 %

[표 7-2] 가구 형태별 연구대상자의 일반적 특성(계속)

범주	구분	1인가구				다인가구			
		2018(*N=1127*)		2019(*N=998*)		2018(*N=3947*)		2019(*N=3574*)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
장애정도	중증	532	47.2 %	466	46.7 %	2052	52.0 %	1830	51.2 %
	경증	595	52.8 %	532	53.3 %	1895	48.0 %	1744	48.8 %
중복장애 여부	중복장애 없음	1072	95.1 %	945	94.7 %	3730	94.5 %	3364	94.1 %
	중복장애 있음	55	4.9 %	53	5.3 %	217	5.5 %	210	5.9 %
일주일 평균 주기적 운동 빈도	전혀 하지 않음 ~ 주 2일	691	61.3 %	591	59.2 %	2374	60. 1%	2069	57.9 %
	주 3일 ~ 주 4일	174	15.4 %	163	16.3 %	673	17.1 %	611	17.1 %
	주 5일 ~ 주 7일	262	23.2 %	244	24.4 %	900	22.8 %	894	25.0 %
흡연 여부	비흡연자	886	78.6 %	821	82.3 %	3572	90.5 %	3266	91.4 %
	흡연자	241	21.4 %	177	17.7 %	375	9.5 %	308	8.6 %
음주 여부	비음주자	404	35.8 %	245	24.5 %	1645	41.7 %	1114	31.2 %
	음주자	723	64.2 %	753	75.5 %	2302	58.3 %	2460	68.8 %
만성질환 보유 여부	만성질환 없음	383	34.0 %	298	29.9 %	1602	40.6 %	1357	38.0 %
	만성질환 있음	744	66.0 %	700	70.1 %	2345	59.4 %	2217	62.0 %
전반적 일상생활 도움 필요 정도	필요하지 않음	787	69.8 %	717	71.8 %	2295	58.1 %	2182	61.1 %
	필요함	340	30.2 %	281	28.2 %	1652	41.9 %	1392	38.9 %
거주 지역 환경 인식	생활하기에 불편함	209	18.5 %	179	17.9 %	655	16.6 %	550	15.4 %
	생활하기에 편리함	918	81.5 %	819	82.1 %	3292	83.4 %	3024	84.6 %
가까이 지내는 사람들 수 (단위: 명)	mean(SD)	2.3	3.16	2.01	2.69	2.54	3.24	2.32	2.74
가까이 지내는 사람들과의 접촉 빈도	만나지 않음	364	32.3 %	297	29.8 %	1180	29.9 %	1041	29.1 %
	1년에 1~2회	46	4.1 %	31	3.1 %	223	5.6 %	177	5.0 %
	3개월 1~2회	92	8.2 %	111	11.1 %	410	10.4 %	391	10.9 %
	1개월 1~2회	223	19.8 %	246	24.6 %	1034	26.2 %	1099	30.7 %
	1주에 1~2회 이상	402	35.7 %	313	31.4 %	1100	27.9 %	866	24.2 %
가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음	302	26.8 %	239	23.9 %	403	10.2 %	322	9.0 %
	받고 있음	825	73.2 %	759	76.1 %	3544	89.8%	3252	91.0 %
주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음	488	43.3 %	412	41.3 %	1164	29.5 %	961	26.9 %
	받고 있음	639	56.7 %	586	58.7 %	2783	70.5 %	2613	73.1 %
우울 여부	비우울군	634	56.3 %	677	67.8 %	2516	63.7 %	2588	72.4 %
	우울군	493	43.7 %	321	32.2 %	1431	36.3 %	986	27.6 %

제 2 절 분석결과

1. 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인

일반화추정방정식 모형을 통해 전체 표본인 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 표 8-1, 표 8-2와 같다.

회귀모형의 적합도를 w*ald* x^2 값의 p-value(p) 값이 0.05 이하로 유의한지 판단한 결과, 성별, 연령, 흡연, 음주 변수를 제외한 모든 변수인 혼인상태, 최종 학력, 경제활동 여부, 장애 유형, 장애정도, 중복장애 여부, 주기적 운동 빈도, 만성질환 보유 여부, 일상생활 도움 필요 여부, 거주지역 환경 인식, 가까이 지내는 사람들 수, 가까이 지내는 사람과의 접촉빈도, 가족의 정서적 지지 및 도움 그리고 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 적합한 것으로 확인되었다.

성인 장애인의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인요인 첫째는 주기적 운동 빈도로 계수 β의 부호가 부적이므로 우울의 보호요인이며, 주 3일~주 4일의 OR은 0.81(p=0.02)이며, 주 5일~ 주 7일의 OR은 0.82(p=0.03)로 주2회 이하로 운동할 때보다 우울할 승산(odds)은 각각 0.81배, 0.82배로 감소하였다.

둘째, 만성질환이 있는 경우 β부호가 정적이므로 우울의 위험요인으로 나타났으며, OR이 1.29(p<0.01)로, 만성질환이 없는 경우보다 만성질환이 있는 경우 우울할 승산은 1.29배였다.

셋째, 일상생활 도움이 필요한 경우 역시 β부호가 정적이므로 우울의 위험요인이며, OR이 2.07(p<0.001)으로 전반적인 일상생활에서 도움이 필요하지 않은 경우보다 도움이 필요한 경우 우울 승산이 2.07배로 증가하였다.

넷째, 거주지역에 대한 환경 인식이 긍정적인 경우도 β부호가 부적으로 우울의 완화요인에 해당하며, 거주지역의 환경 인식은 OR이 0.70(p=0.001)으로 거주지역 환경이 불편하다고 인식하는 것보다 편리하다고 인식하는 경우 우울할 승산이 0.70배로 감소하였다.

성인 장애인의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인 간 요인은 가족 및 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움을 받는 경우로 β부호가 부적으로 우울의 완화요인이며, 가족의 정서적 지지 및 도움의 OR은 0.31($p<0.001$)로, 도움을 받지 않은 경우보다 우울할 승산이 0.31배 감소하였다. 또한, 주변 사람들의 정서적 지지의 경우 OR이 0.69($p=0.02$)로 받지 못하는 경우보다 우울할 가능성이 0.69배로 감소하였다.

그 이외에 통계적으로 유의한 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 인구사회학적 특성 및 장애 특성은 경제활동을 하는 경우(OR=0.53, $p<0.001$) 우울할 가능성이 0.53배 감소하며, 뇌병변 장애, 안면 장애, 신장 장애, 뇌전증 장애인의 경우 지체장애인보다 우울 승산이 각각 1.16배, 7.55배, 1.34배 그리고 1.72배 높은 것으로 확인되었고 자폐성 장애인은 0.46배 낮은 것으로 확인되었다. 또한, 중복장애가 없는 경우에 비하여 있는 경우 우울할 가능성이 1.62배($p<0.01$)로 증가하였다.

장애인의 우울에 유의한 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인들의 영향력 크기를 *wald*값을 통해 비교해보면, 전반적 일상생활에서 도움이 필요한 경우(*wald*=82.55), 가족의 정서적 지지 및 도움 여부(*wald*=62.61), 거주지역 환경 인식(*wald*=10.86), 만성질환 보유 여부(*wald*=10.84), 주변 사람들의 지지 및 도움(*wald*=5.23) 그리고 주기적 운동 빈도(*wald*=4.26) 순으로 관측되었다.

[표 8-1] 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
인구사회학적 특성	성별	남성(ref.)							2.52
		여성	0.001	0.00	1.00	0.83	1.20	0.99	
	연령	19세~49세(ref.)							3.28
		50세 이상	0.01	0.01	1.01	0.82	1.26	0.92	
	혼인상태	미혼(ref.)							61.03(<0.001)
		결혼	-0.23	2.52	0.80	0.60	1.06	0.11	
		이혼/별거/사별	0.11	0.53	1.12	0.83	1.51	0.47	
	최종 학력	미취학 및 무학(ref.)							17.54(<0.001)
		초등학교	0.07	0.10	1.08	0.69	1.67	0.74	
		중학교	0.01	0.00	1.00	0.65	1.53	0.56	
		고등학교	-0.12	0.34	0.89	0.59	1.33	0.99	
	경제활동 여부	일자리 없음(ref.)							81.01(<0.001)
		일자리 있음	-0.64	48.27	0.53	0.44	0.63	**<0.001**	
장애 특성	장애유형	지체장애(ref.)							195.36(<0.001)
		뇌병변장애	0.38	10.18	1.47	1.16	1.85	**<0.01**	
		시각장애	-0.17	1.90	0.84	0.65	1.08	0.17	
		청각장애	0.03	0.06	1.03	0.81	1.31	0.80	
		언어장애	0.22	1.57	1.25	0.88	1.79	0.21	
		안면장애	2.02	29.83	7.55	3.66	15.60	**<0.001**	
		신장장애	0.29	5.02	1.34	1.04	1.73	**0.03**	
		심장장애	0.12	0.37	1.13	0.76	1.70	0.54	
		간장애	0.31	3.22	1.37	0.97	1.92	0.07	
		호흡기장애	0.28	2.17	1.33	0.91	1.95	0.14	
		장루/요루장애	0.16	0.99	1.18	0.85	1.63	0.32	
		뇌전증장애	0.54	6.14	1.72	1.12	2.64	**0.01**	
		지적장애	-0.40	3.50	0.67	0.44	1.02	0.06	
		자폐성장애	-0.78	4.63	0.46	0.22	0.93	**0.03**	
		정신장애	0.26	2.55	1.31	0.94	1.81	0.11	

[표 8-2] 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인(계속)

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
장애 특성	장애정도	중증(ref.)							55.74(<0.001)
		경증	-0.14	2.70	0.87	0.74	1.03	0.10	
	중복장애 여부	중복장애 없음(ref.)							15.54(<0.001)
		중복장애 있음	0.48	8.54	1.62	1.17	2.24	**<0.01**	
개인 요인	주기적 운동 빈도 (단위: 일주일 평균)	하루도 하지 않음~주2일(ref.)							20.83(0.001)
		주 3일 ~ 주 4일	-0.21	4.85	0.81	0.68	0.98	**0.02**	
		주 5일 ~ 주 7일	-0.20	4.99	0.82	0.68	0.98	**0.03**	
	흡연 여부	비흡연자(ref.)							0.31
		흡연자	0.03	0.06	1.03	0.82	1.29	0.81	
	음주 여부	비음주자(ref.)							0.70
		음주자	-0.09	0.93	0.92	0.77	1.09	0.33	
	만성질환 보유 여부	만성질환 없음(ref.)							19.95(<0.001)
		만성질환 있음	0.26	10.84	1.29	1.11	1.49	**<0.01**	
	전반적 일상생활 도움 필요 여부	필요하지 않음(ref.)							93.83(<0.001)
		필요함	0.72	82.55	2.07	1.77	2.43	**<0.001**	
	거주 지역 환경 인식	생활하기에 불편함(ref.)							10.86(<0.01)
		생활하기에 편리함	-0.36	10.86	0.70	0.57	0.87	**0.001**	
개인 간 요인	가까이 지내는 사람들 수(단위: 명)	자주 만나는 사람들 수	-0.05	2.31	0.82	0.64	1.06	0.13	28.03(<0.001)
	가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	만나지 않음(ref.)							25.93(<0.001)
		1년에 1~2회	0.04	0.26	1.12	0.72	1.74	0.61	
		3개월 1~2회	0.13	1.27	1.23	0.86	1.78	0.26	
		1개월 1~2회	-0.07	0.00	1.01	0.72	1.42	0.96	
		1주에 1~2회 이상	-0.33	2.27	0.77	0.54	1.08	0.13	
	가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							84.82(<0.001)
		받고 있음	-0.93	62.61	0.39	0.31	0.50	**<0.001**	
	주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							5.74(0.01)
		받고 있음	-0.19	5.23	0.82	0.69	0.97	**0.02**	

2. 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인

하위군 분석을 실시하기 전, 성인 장애인의 가구 형태에 따라 종속변수인 우울 여부에 차이가 있는지 검증하기 위해 교차분석(*Chi-square test*)을 실시하였다. 분석결과, 가구 형태 즉, 1인가구 여부에 따라 우울 여부의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다(x^2=80.483, p<0.001). 이는 가구 형태에 따라 우울 여부에 차이가 있음을 의미하므로 1인가구와 다인가구를 비교하여 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.

1) 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인

일반화추정방정식 모형을 통해 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 표 9-1, 표 9-2와 같다.

회귀모형의 적합도를 *Wald* x^2 값의 p-value값이 0.05이하로 유의한지 판단한 결과, 혼인 상태, 최종 학력, 경제활동 여부, 장애 유형, 장애 정도, 중복장애 여부, 주기적 운동 빈도, 만성질환 보유 여부, 전반적 일상생활 도움 필요 여부, 거주지역 환경 인식, 가족의 정서적 지지 및 도움 그리고 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 적합한 것으로 나타났다.

장애인 1인가구의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인요인은 첫째, 주기적 운동 빈도가 주 5일~주 7일인 경우 주 2일 이하인 경우에 비해 우울할 승산이 0.56배(p<0.001)인 것으로 나타났다. 둘째, 만성질환이 있는 경우 β부호가 정적이므로 우울의 위험요인이며 OR이 1.42(p=0.03)로 만성질환이 없는 경우보다 있는 경우 우울할 승산이 1.42배로 증가하였다.

셋째, 일상생활 도움이 필요한 경우 또한 β부호가 정적이므로 우울의 증가요인으로 OR이 1.99(p<0.001)이며, 이는 전반적인 일상생활에서 도움이 필요하지 않은 경우보다 도움이 필요한 경우에 우울할 가능성이 1.99배로 증가하는 것을 의미한다.

넷째, 거주지역이 생활하기에 편리하다고 인식하는 경우, β부호가 부적으로 우울의 보호요인이며, 거주지역의 환경 인식이 편리한 경우 OR

이 0.64(p=0.04)으로 거주지역 환경이 불편하다고 인식하는 것보다 편리하다고 인식하는 경우 우울할 승산이 0.64배로 감소하였다.

장애인 1인가구의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인 간 요인은 가족의 정서적 지지 및 도움을 받는 경우로 β부호가 부적으로 우울의 보호요인이며, 가족의 정서적 지지 및 도움을 받는 경우 OR이 0.32(p<0.001)로 도움을 받지 않은 경우보다 우울할 승산이 0.32배로 감소하였다.

그 이외에 통계적으로 유의하게 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인된 인구사회학적 특성 및 장애 특성은 먼저, 최종 학력이 미취학 및 무학인 경우에 비해 중학교(OR=0.33), 고등학교 졸업인 경우(OR=0.31), 경제활동을 하는 경우(OR=0.61, p<0.01) 우울할 승산이 47% 감소하며, 뇌병변 장애, 언어 장애, 안면 장애, 신장 장애, 지체장애인 경우 지체장애인인 경우보다 우울할 승산이 각각 2.00배, 2.51배, 8.20배, 2.05배 높은 것으로 확인되었다. 또한, 중복장애가 없는 경우에 비하여 있는 경우 우울할 승산이 1.86배(p=0.05) 증가하였다.

장애인 1인가구의 우울에 유의한 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인들의 영향력 크기를 *wald*값을 통해 비교해보면, 가족의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우(*wald*=16.52)가 장애인 1인가구의 우울에 다른 변인에 비해 상대적으로 큰 영향을 미치는 것으로 나타났으며 그다음으로, 전반적 일상생활 도움이 필요한 경우(*wald*=12.90), 주 평균 운동 빈도가 주 5일~주 7일인 경우(*wald*=11.04), 만성질환 보유한 경우(*wald*=4.45), 거주지역 환경을 편리하게 인식한 경우(*wald*=4.19) 순으로 관측되었다.

[표 9-1] 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
인구사회학적특성	성별	남성(ref.)							0.59
		여성	-0.15	0.49	0.86	0.57	1.30	0.48	
	연령	19세~49세(ref.)							0.76
		50세 이상	-0.38	2.46	0.69	0.43	1.10	0.12	
	혼인상태	미혼(ref.)							7.08(<0.05)
		결혼	-0.39	0.96	0.67	0.31	1.48	0.33	
		이혼/별거/사별	0.13	0.35	1.14	0.73	1.77	0.56	
	최종학력	미취학 및 무학(ref.)							24.71(<0.001)
		초등학교	-0.68	3.50	0.51	0.25	1.03	0.06	
		중학교	-1.10	8..94	0.33	0.16	0.68	**<0.01**	
		고등학교	-1.17	11.89	0.31	0.15	0.60	**<0.001**	
	경제활동 여부	일자리 없음(ref.)							10.49(<0.01)
		일자리 있음	-0.50	6.93	0.61	0.42	0.88	**<0.01**	
장애특성	장애유형	지체장애(ref.)							38.98(<0.001)
		뇌병변장애	0.70	7.94	2.00	1.24	3.25	**<0.01**	
		시각장애	-0.06	0.06	0.94	0.56	1.57	0.81	
		청각장애	0.12	0.26	1.14	0.69	1.86	0.61	
		언어장애	0.92	4.08	2.51	1.03	6.11	**0.04**	
		안면장애	2.10	8.44	8.20	1.98	33.91	**<0.01**	
		신장장애	0.72	5.81	2.05	1.14	3.67	**0.01**	
		심장장애	0.03	0.00	1.03	0.44	2.37	0.96	
		간장애	0.50	1.70	1.64	0.78	3.46	0.20	
		호흡기장애	0.56	2.10	1.74	0.82	3.70	0.15	
		장루/요루장애	0.43	0.80	1.53	0.60	3.92	0.37	
		뇌전증장애	0.26	0.41	1.40	0.58	2.95	0.52	
		지적장애	-0.16	0.10	0.85	0.33	2.23	0.75	
		자폐성장애	-0.53	0.21	0.59	0.06	5.72	0.64	
		정신장애	0.56	2.48	1.76	0.87	3.55	0.11	

[표 9-2] 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 요인(계속)

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
장애 특성	장애정도	중증(ref.)							4.97(<0.05)
		경증	0.06	0.09	1.06	0.73	1.55	0.76	
	중복장애 여부	중복장애 없음(ref.)							4.02(<0.05)
		중복장애 있음	0.62	3.82	1.86	1.00	3.48	**0.05**	
개인 요인	주기적 운동 빈도 (단위: 일주일 평균)	하루도 하지 않음~주2일(ref.)							17.20(<0.001)
		주 3일 ~ 주 4일	-0.17	0.73	0.85	0.58	1.24	0.39	
		주 5일 ~ 주 7일	-0.58	11.04	0.56	0.40	0.79	**<0.001**	
	흡연 여부	비흡연자(ref.)							0.03
		흡연자	0.02	0.01	1.02	0.69	1.49	0.93	
	음주 여부	비음주자(ref.)							0.68
		음주자	0.16	0.34	1.12	0.76	1.65	0.55	
	만성질환 보유 여부	만성질환 없음(ref.)							9.28(<0.01)
		만성질환 있음	0.35	4.45	1.42	1.03	1.96	**0.03**	
	전반적 일상생활 도움 필요 여부	필요하지 않음(ref.)							14.12(<0.001)
		필요함	0.69	12.90	1.99	1.37	2.89	**<0.001**	
	거주 지역 환경 인식	생활하기에 불편함(ref.)							4.19(<0.05)
		생활하기에 편리함	-0.44	4.19	0.64	0.42	0.98	**0.04**	
개인 간 요인	가까이 지내는 사람들 수(단위: 명)	자주 만나는 사람들 수	-0.07	0.08	0.93	0.57	1.53	0.77	2.94
	가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	만나지 않음(ref.)							5.32
		1년에 1~2회	-0.11	0.04	0.90	0.30	1.53	0.84	
		3개월 1~2회	0.46	1.36	1.58	0.73	3.40	0.24	
		1개월 1~2회	-0.14	0.17	0.87	0.44	1.71	0.68	
		1주에 1~2회 이상	-0.03	0.01	0.97	0.50	1.89	0.93	
	가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							22.89(<0.001)
		받고 있음	-0.76	16.52	0.47	0.32	0.67	**<0.001**	
	주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							3.62(0.05)
		받고 있음	-0.27	2.79	0.76	0.55	1.05	0.09	

2) 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인

일반화추정방정식 통계 분석을 통해 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 표 10-1, 표 10-2와 같다.

회귀모형의 적합도를 *Wald* x^2 값의 p-value값이 0.05이하로 유의한지 판단한 결과, 성별, 혼인 상태, 최종 학력, 경제활동 여부, 장애유형, 장애정도, 중복장애 여부, 주기적 운동 빈도, 만성질환 보유 여부, 전반적 일상생활 도움 필요 여부, 거주지역 환경 인식, 가까이 지내는 사람들 수, 가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도, 가족의 정서적 지지 및 도움 그리고 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움 적합한 것으로 확인되었다.

장애인 다인가구의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인요인은 첫째, 주기적 운동 빈도의 β부호가 부적이므로 우울의 보호요인이며, 주3일~주4일인 경우 OR이 0.80(p=0.04)로 주 2회 이하인 경우보다 우울할 승산이 0.80배로 감소하였다.

둘째, 만성질환을 보유한 경우 β부호가 정적이므로 우울의 위험요인이며, OR이 1.26(p=0.01)로, 만성질환이 없는 경우보다 만성질환이 있는 경우 우울할 가능성이 1.26배로 증가했다.

셋째, 전반적 일상생활 도움이 필요한 경우 역시 β부호가 정적이므로 우울의 위험요인이며 OR이 2.06(p<0.001)으로, 전반적인 일상생활에서 도움이 필요하지 않은 경우보다 도움이 필요한 경우에 우울할 승산이 2.06배 증가했다.

넷째, 거주지역에 대한 환경 인식이 긍정적일 경우 역시 β 부호가 부적으로 우울의 완화요인이며, 거주지역의 환경 인식은 OR이 0.70(p<0.01)으로 거주지역 환경이 불편하다고 인식하는 경우보다 편리하다고 인식할 때 우울할 승산이 0.70배로 감소하였다.

장애인 다인가구의 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인 간 요인은 첫째, 가족의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우로 β부호가 부적으로 우울의 보호요인으로 확인되었으며 가족의 정서적 지지 및 도움을 받는 경우, 이를 받지 않은 경우보다 우울할 승산이 0.35배(OR= 0.35,

p<0.001)로 감소하는 것으로 관측되었다. 둘째, 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우 역시 β부호가 부적으로 우울의 완화요인이며, 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움을 받는 경우 OR은 0.82(p=0.05)로 이를 받지 않는 경우보다 우울할 가능성이 0.82배로 감소한다.

그 이외에 통계적으로 유의한 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 인구사회학적 및 장애 특성은 먼저, 경제활동을 하는 경우로(OR=0.51, p<0.001), 경제활동을 하지 않는 경우보다 우울할 승산이 0.51배로 감소했다. 장애 유형 중 뇌병변 장애, 안면 장애, 뇌전증 장애, 자폐성 장애를 보유한 경우 지체 장애가 있는 경우보다 우울할 승산이 각각 1.32배, 8.20배, 1.78배, 0.47배 높게 측정되었다. 또한, 장애 정도가 경증인 경우 중증인 경우에 비하여 우울할 승산이 0.83배(p=0.05)으로 나타났으며, 중복 장애가 있는 경우에 없는 경우에 비하여 우울할 가능성은 1.57배(p=0.02)로 높았다.

장애인 다인가구의 우울에 대해 통계적으로 유의한 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인들의 영향력 크기를 *wald*값 비교를 위해 수치가 큰 순서대로 나열해보면, 전반적 일상생활 도움이 필요한 경우(*wald*=64.19)가 장애인 다인가구의 우울 여부에 상대적으로 가장 높은 영향을 미치는 것로 확인되었다. 다음 순서로는 가족의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우(*wald*=49.25), 거주지역 환경 인식이 긍정적인 경우(*wald*=8.13), 만성질환을 보유한 경우(*wald*=7.48), 주기적으로 일주일 평균 3~4일 운동하는 경우(*wald*=4.00) 그리고 마지막으로 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우(*wald*=3.59)으로 측정되었다.

[표 10-1] 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
인구사회학적특성	성별	남성(ref.)							5.98(<0.05)
		여성	0.05	0.27	1.06	0.86	1.30	0.61	
	연령	19세~49세(ref.)							1.29
		50세 이상	0.11	0.93	1.12	0.89	1.43	0.34	
	혼인상태	미혼(ref.)							19.59(<0.001)
		결혼	-0.19	3.75	0.83	0.59	1.16	0.27	
		이혼/별거/사별	0.18	1.21	1.20	0.79	1.83	0.39	
	최종학력	미취학 및 무학(ref.)							8.30(<0.05)
		초등학교	0.44	2.46	1.55	0.90	2.67	0.12	
		중학교	0.48	3.28	1.62	0.96	2.73	0.07	
		고등학교	0.35	1.91	1.42	0.86	2.35	0.17	
	경제활동 여부	일자리 없음(ref.)							69.66(<0.001)
		일자리 있음	-0.67	41.08	0.51	0.42	0.63	**<0.001**	
장애특성	장애유형	지체장애(ref.)							189.23(<0.001)
		뇌병변장애	0.28	4.12	1.32	1.01	1.72	**0.04**	
		시각장애	-0.25	3.27	0.78	0.59	1.02	0.07	
		청각장애	0.01	0.01	1.01	0.77	1.33	0.92	
		언어장애	0.09	0.21	1.10	0.74	1.63	0.65	
		안면장애	2.10	24.11	8.20	3.54	19.01	**<0.01**	
		신장장애	0.19	1.78	1.22	0.91	1.64	0.18	
		심장장애	0.12	0.29	1.13	0.72	1.80	0.59	
		간장애	0.26	1.77	1.30	0.88	1.92	0.18	
		호흡기장애	0.23	1.09	1.26	0.81	1.97	0.30	
		장루/요루장애	0.11	0.38	1.12	0.79	1.58	0.54	
		뇌전증장애	0.57	5.37	1.78	1.09	2.89	**0.02**	
		지적장애	-0.42	3.03	0.66	0.41	1.05	0.08	
		자폐성장애	-0.76	3.69	0.47	0.22	1.02	**0.05**	
		정신장애	0.21	1.21	1.23	0.85	1.79	0.27	

[표 10-2] 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 요인(계속.)

범주		구분	β	*Wald*	OR	95% CI		p-value	*Wald chi-square test*
						Lower	Upper		
장애 특성	장애 정도	중증(ref.)							59.20(<0.001)
		경증	-0.19	3.75	0.83	0.69	1.00	**0.05**	
	중복장애 여부	중복장애 없음(ref.)							10.61(<0.001)
		중복장애 있음	0.45	5.62	1.57	1.08	2.27	**0.02**	
개인 요인	주기적 운동 빈도 (단위: 일주일 평균)	하루도 하지 않음~주2일(ref.)							11.59(<0.01)
		주 3일 ~ 주 4일	-0.22	4.00	0.80	0.65	1.00	**0.04**	
		주 5일 ~ 주 7일	-0.09	0.80	0.91	0.74	1.12	0.37	
	흡연 여부	비흡연자(ref.)							0.22
		흡연자	0.04	0.11	1.05	0.80	1.37	0.74	
	음주 여부	비음주자(ref.)							0.77
		음주자	-0.13	1.90	0.88	0.72	1.06	0.17	
	만성질환 보유 여부	만성질환 없음(ref.)							12.51(<0.01)
		만성질환 있음	0.23	7.48	1.26	1.07	1.49	**0.01**	
	전반적 일상생활 도움 필요 여부	필요하지 않음(ref.)							76.30(<0.001)
		필요함	0.72	64.19	2.06	1.72	2.45	**<0.001**	
	거주지역 환경 인식	생활하기에 불편함(ref.)							8.13(<0.05)
		생활하기에 편리함	-0.35	8.13	0.70	0.55	0.90	**<0.01**	
개인 간 요인	가까이 지내는 사람들 수	자주 만나는 사람들 수 (단위: 명)	-0.26	2.77	0.77	0.57	1.05	0.10	27.15(<0.001)
	가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	만나지 않음(ref.)							25.70(<0.001)
		1년에 1~2회	0.16	0.41	1.17	0.72	1.91	0.52	
		3개월 1~2회	0.15	0.46	1.16	0.76	1.76	0.50	
		1개월 1~2회	0.05	0.06	1.05	0.71	1.56	0.81	
		1주에 1~2회 이상	-0.33	2.65	0.71	0.48	1.07	0.10	
	가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							66.90(<0.001)
		받고 있음	-1.04	49.25	0.35	0.26	0.47	**<0.001**	
	주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)							3.65(0.05)
		받고 있음	-0.20	3.59	0.82	0.66	1.01	**0.05**	

3. 장애인 1인가구와 장애인 다인가구의 우울 영향요인 비교

표 11에 장애인 1인가구와 장애인 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 환경요인을 비교하기 위해 앞서 도출된 결과를 종합하여 정리하였다.

개인 요인 중 건강행태와 관련된 변인인 주기적 운동 빈도는 장애인 1인가구와 장애인 다인가구 모두에서 우울 여부에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 장애인 1인가구의 경우 주 5일~주 7일 주기적으로 운동을 하는 경우, 다인 가구의 경우 주 3일~주 4일인 경우, 주 2회 이하 운동을 하는 경우에 비해 우울할 승산이 각각 0.56배($p<0.001$), 0.80배($p=0.04$)로 감소하는 것으로 나타났다. 흡연 여부와 음주 여부의 경우 두 변인 모두 1인가구와 다인가구 모두에게서 통계적으로 유의하지 않은 결과가 관측되었다.

만성질환 보유 여부 및 전반적 일상생활에서의 도움 필요 여부는 모든 가구 형태에서 통계적으로 유의미한 값이 도출되었다. 만성질환이 있는 경우, 만성질환이 없는 경우보다 1인가구는 우울할 가능성이 1.42배($p=0.03$) 증가하고 다인가구는 1.26배($p=0.01$)로 증가하는 것으로 분석되었다. 전반적 일상생활 도움 필요한 경우, 도움이 필요하지 않는 경우보다 우울할 가능성이 1인가구는 1.99배($p<0.001$), 다인가구는 2.06배($p<0.001$)로 증가했다.

거주지역 환경 인식 역시 1인가구와 다인가구 모두에게서 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 장애인 1인가구의 경우 거주하는 지역이 일상생활을 하는 데에 불편하다고 인식하는 것보다 편리하다고 인식하는 경우, 우울할 가능성이 0.71배($p<0.01$) 감소하며 장애인 다인가구는 0.64배($p=0.04$) 감소하는 것으로 측정되었다.

다음으로, 개인 간 요인 중 구조적 관계망을 확인한 변수인 가까이 지내는 사람들 수와 가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도 모두 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 여부에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

그러나 기능적 관계망을 확인한 변인 중 가족의 정서적 지지 및 도움은 1인가구와 다인가구 모두에게서 통계적으로 유의하게 우울에 영향을 미쳤다. 장애인 1인가구는 가족의 정서적 도움을 받는 경우, 받고 있지 않는 경우보다 우울할 승산이 0.57배($p<0.001$)로 감소하였으며, 장애인 다인가구의 경우, 가족의 정서적 도움을 받지 않는 경우에 비하여 받는 경우 우울할 가능성이 0.35배($p<0.001$) 감소했다. 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움은 다인가구에게만 유의하게 관측되었는데 주변 사람들의 정서적 도움 혹은 지지를 받고 있는 경우에 그렇지 아니한 경우에 비해 우울할 승산이 0.82배($p=0.05$)로 감소하였다.

[표 11] 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 환경요인 결과 종합

요인	범주	구분	1인가구		다인가구	
			OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value
개인 요인	주기적 운동 빈도 (단위: 일주일 평균)	하루도 하지 않음 ~ 주 2일(ref.)				
		주 3일 ~ 주 4일	0.85(0.58-1.24)	0.39	0.80(0.63-1.00)	**0.04***
		주 5일 ~ 주 7일	0.56(0.40-0.79)	**<0.001*****	0.91(0.74-1.12)	0.37
	흡연 여부	비흡연자(ref.)				
		흡연자	1.02(0.69-1.49)	0.93	1.05(0.80-1.37)	0.74
	음주 여부	비음주자(ref.)				
		음주자	1.12(0.76-1.65)	0.55	0.88(0.72-1.06)	0.17
	만성질환 보유 여부	만성질환 없음(ref.)				
		만성질환 있음	1.42(1.03-1.96)	**0.03***	1.26(1.07-1.49)	**0.01***
	전반적 일상생활 도움 필요 여부	도움이 필요하지 않음(ref.)				
		도움이 필요함	1.99(1.37-2.89)	**<0.001*****	2.06(1.72-2.45)	**<0.001*****
	거주지역 환경 인식	생활하기에 불편함(ref.)				
		생활하기에 편리함	0.65(0.42-0.98)	**0.04***	0.70(0.55-0.90)	**<0.01****
개인 간 요인	가까이 지내는 사람들 수(단위: 명)	-	0.93(0.57-1.53)	0.77	0.77(0.57-1.05)	0.10
	가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	만나지 않음(ref.)				
		1년에 1~2회	0.90(0.30-1.53)	0.84	1.17(0.72-1.91)	0.52
		3개월 1~2회	1.58(0.73-3.40)	0.24	1.16(0.76-1.76)	0.50
		1개월 1~2회	0.87(0.44-1.71)	0.68	1.05(0.71-1.56)	0.81
		1주에 1~2회 이상	0.97(0.50-1.89)	0.93	0.71(0.48-1.07)	0.10
	가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)				
		받고 있음	0.57(0.32-0.67)	**<0.001*****	0.35(0.26-0.47)	**<0.001*****
	주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)				
		받고 있음	0.76(0.55-1.05)	0.09	0.82(0.66-1.01)	**0.05***

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

4. 민감도 분석

CES-D11 측정 점수에서 16점으로 정하였던 기존 절단점을 다르게 설정해 민감도 분석을 시행하였다. CES-D11 척도에서는 16점 이상을 가능 우울증(Possible depression), 21점 이상을 추정 우울증(Probable depreesion)으로 간주한다(조맹제 외, 1998). 김록범 외(2011)와 이영훈 외(2008)의 연구에서 우울증의 절단점으로 21점을 설정한 바에 따라, 민감도 분석을 위해 해당 점수를 절단점으로 설정하여 일반화추정방정식 적용을 통한 추정치를 확인하였다. 그 후, 기존 측정 방식에서 도출된 결과와 비교하였다.

민감도 분석의 결과는 표 12와 같다. 추정 우울증으로 간주하는 21점을 절단점을 설정하였을 때 먼저, 전체 성인 장애인의 우울 영향요인을 추정한 결과에서 가까이 지내는 사람들 수(OR=0.71, p=0.02) 변인이 추가적으로 우울 여부에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만, 절단점이 16점일 때 확인되었던 유의한 영향요인들 모두 효과의 방향이 달라지지 않았으며, 유의성이 달라진 추정치는 없었다.

장애인 1인가구의 추정치에서 역시 가까이 지내는 사람들 수(OR=0.66, p=0.05)가 유의해진 것 이외에 기존 절단점에서 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 변수들의 효과 방향이 변화하거나 유의성이 다르게 측정된 추정치가 없었다.

마지막으로, 장애인 다인가구을 대상으로 추정한 결과, 역시 기존의 절단점에서 도출된 유의하게 관측된 요인 중 우울의 위험 및 보호 효과가 서로 다르게 확인되거나 유의성이 현저하게 변한 추정치는 관측되지 않았다.

[표 12] 민감도 분석

차원	범주	구분	전체		1인가구		다인가구	
			OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value
개인 요인	주기적 운동 빈도 (단위: 일주일 평균)	하루도 하지 않음 ~ 주 2일(ref.)						
		주 3일 ~ 주 4일	0.75(0.62-0.91)	**<0.01**	0.74(0.50-1.08)	0.12	0.77(0.62-0.95)	**0.02**
		주 5일 ~ 주 7일	0.75(0.63-0.90)	**<0.01**	0.52(0.37-0.71)	**<0.001**	0.85(0.69-1.05)	0.13
	흡연 여부	비흡연자(ref.)						
		흡연자	1.16(0.93-1.45)	0.17	1.23(0.86-1.77)	0.25	1.19(0.91-1.57)	0.20
	음주 여부	비음주자(ref.)						
		음주자	0.93(0.79-1.10)	0.39	0.88(0.63-1.24)	0.46	0.95(0.79-1.14)	0.57
	만성질환 보유 여부	만성질환 없음(ref.)						
		만성질환 있음	1.34(1.15-1.57)	**<0.001**	1.45(1.07-1.98)	**0.02**	1.32(1.11-1.56)	**<0.01**
	일상생활 도움 필요 여부	도움이 필요하지 않음(ref.)						
		도움이 필요함	2.22(1.91-2.59)	**<0.001**	1.91(1.36-2.68)	**<0.001**	2.26(1.90-2.69)	**<0.001**
	거주지역 환경 인식	생활하기에 불편함(ref.)						
		생활하기에 편리함	0.64(0.53-0.78)	**<0.001**	0.53(0.37-0.77)	**<0.001**	0.67(0.53-0.84)	**<0.001**
개인 간 요인	가까이 지내는 사람들 수(단위: 명)	-	0.71(0.52-0.96)	**0.02**	0.66(0.44-1.00)	**0.05**	0.71(0.48-1.05)	0.08
	가까이 지내는 사람과의 접촉 빈도	만나지 않음(ref.)						
		1년에 1~2회	1.43(0.91-2.24)	0.12	1.56(0.60-4.08)	0.36	1.38(0.81-2.36)	0.24
		3개월 1~2회	1.42(0.95-2.12)	0.08	2.02(1.04-3.94)	0.06	1.27(0.78-2.09)	0.34
		1개월 1~2회	1.06(0.73-1.55)	0.76	0.98(0.55-1.75)	0.93	1.08(0.67-1.73)	0.75
		1주에 1~2회 이상	0.94(0.63-1.39)	0.75	1.46(0.84-2.56)	0.18	0.82(0.50-1.35)	0.44
	가족의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)						
		받고 있음	0.48(0.38-0.59)	**<0.001**	0.50(0.36-0.70)	**<0.001**	0.46(0.35-0.61)	**<0.001**
	주변 사람들의 정서적 지지 및 도움	받고 있지 않음(ref.)						
		받고 있음	0.79(0.67-0;94)	**<0.01**	0.77(0.57-1.03)	0.08	0.79(0.64-0.97)	**0.03**

제 5 장 논 의

제 1 절 논의

1. 장애인 우울의 실태 및 영향요인

1) 장애인 우울 실태

성인 장애인 우울 실태를 기술적 분석을 통해 각 년도별로 확인한 결과, 1차년도는 우울군이 전체의 37.9%를 차지하였고 2차년도는 28.6%로 나타났다. 이는 전체 인구의 우울감 경험률이 10.5%로 확인된 것에 비해 약 3배에 달하는 수치이다(보건복지부 & 한국보건사회연구원, 2019).

장애인과 비장애인의 10년간의 우울 궤적을 확인한 유창민(2017)의 연구에서 역시 비장애인 집단보다 장애인 집단의 우울 수준이 높은 것으로 나타났으며, 두 집단 간의 우울 수준의 차이가 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 장애인이 비장애인에 비하여 우울에 취약한 실태에 있음을 의미한다.

한국복지패널 7~14차 자료와 한국의료패널 4~11차 자료를 이용하여 건강 상태 측면에서 장애인과 비장애인의 격차를 살펴본 김수진(2021)의 연구결과 역시 장애인은 비장애인에 비해 우울감이 높게 나타나 건강 격차의 양상을 보였다. 구체적으로, 비장애인과 장애인의 우울 수준의 격차는 2013년 17.7%, 2018년은 14.67%로 분석되었다.

장애인은 장애 자체로 인해 정서적 부적응 상태를 경험할 수 있으며 특히, 장애가 발병한 후 스트레스 상황과 직면할 때 극도의 우울감을 경험할 뿐만 아니라 우울의 여파로 인한 극한의 감정 및 정서적인 충격을 동반할 수 있다(서원선, 이혜수, 2020). 이처럼, 장애인이 비장애인에 비하여 높은 우울 경험률을 보이며 그 여파 역시 더욱 심각한 것을 고려했을 때, 장애인 우울의 예방 및 관리에 대한 사회적 관심이 필요하며 연구가 시급한 실정이다.

2) 장애인 우울에 영향을 미치는 요인

(1) 장애인 우울에 영향을 미치는 개인요인

성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 개인요인을 인구사회학적 요인 및 장애 특성을 통제한 후 확인한 결과는 다음과 같다.

첫째는 건강행태 중 주기적 운동 일수로, 장애인 신체활동 권장량 미만인 주 2회 이하 운동한 것에 비해, 주 3일~4일(OR=0.81, p=0.02), 주 5일~7일(OR=0.81, p=0.03) 운동할 경우 우울할 승산이 낮은 것으로 분석되었다. 이는 규칙적인 운동에 참여하는 경우 시각장애인의 우울감 경험을 낮출 수 있다는 선행연구 결과(Jeong, Koo & Kim, 2016)와 남성인 뇌졸중 장애인이 걷기 운동에 참여하는 경우, 우울을 경험할 가능성이 적다는 선행연구 결과(Kim & Koo, 2017)와 일맥상통한다.

이러한 결과는 규칙적인 신체활동이 장애인의 정서적 스트레스를 감소시키고 기분 상태를 호전시킴에 따라 우울 완화에 긍정적인 영향이 발휘된 것에서 기인한 것으로 간주된다(Mammen 외, 2013; 김귀봉, 윤기운, 1993; McCullah 외, 1988).

둘째는 만성질환 보유 여부로 장애인이 만성질환을 겪고 있는 경우, 그렇지 않은 경우보다 우울할 가능성이 1.29배(p<0.01)로 높은 것으로 측정되었다. 이는 만성질환을 보유하거나 더 많은 만성질환을 보유할수록 우울감이 높아진다는 선행연구(고정은, 이선혜, 2012; 이미숙, 2010) 결과와 일치한다.

만성질환은 개인의 신체적 기능뿐만 아니라 사회적 활동 영역을 제한하거나 지속적인 의료비 지출을 초래할 수 있으므로 장애인 우울의 위험요인으로 분류될 수 있다(McBride, 1993; 조상은, 2017에서 재인용). 장애인의 높은 고령화 추세에 따라 만성질환 유병률 역시 증가하는 추세로(김수진, 2021), 장애인 우울 중재를 위한 요인으로 만성질환을 고려할 필요가 있다고 사료된다.

셋째, 전반적 일상생활 수행에 있어 도움이 필요한 경우, 도움이 필요하지 않는 경우보다 우울할 승산이 2.07배(p<0.01) 높은 것으로 확인되었다. 이는 장애로 인하여 지속적으로 타인의 지원이 필요하거나 자립적

인 일상생활을 수행하는 데 어려움이 있는 경우 우울감이 증가할 수 있다(유수정 외, 2001)는 선행연구 결과와 일치한다.

특히, 해당 요인은 개인요인 중 장애인의 우울에 가장 큰 영향력(*wald*=82.55)을 미치는 것으로 나타나 우선적인 우울 중재 전략으로 고려할 필요가 있다. 즉, 성인 장애인의 우울을 완화하기 위한 대안으로 일상생활 수행 지원서비스를 확대하거나 장애인의 자립생활 능력 강화를 위한 지원이 요구될 것으로 보인다.

장애인이 장애 자체로 인해 어떠한 일 혹은 상황에서 주체적으로 대처하지 않는 등 자기결정권을 포기함으로써 자립 생활을 영위하지 못하는 상황은 장기간의 우울 및 고립을 초래할 수 있다(서원선, 이혜수, 2021). 이는 우울의 지속 혹은 악화 요인이 될 수 있으므로 해당 요인에 대한 세심한 고려가 필요하다.

거주지역에 대한 환경 인식 역시 장애인 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 거주지역을 일상생활하기에 편리한 환경으로 인식할 경우, 그렇지 않을 경우보다 우울할 가능성이 0.70배(p=0.04)로 감소하는 것으로 나타났다. 이는 지역사회의 물리적 환경에 대한 만족도가 높을수록 정신건강에 긍정적인 영향을 미친다는 선행연구 결과와 일맥상통한다(문하늬 외, 2018; 조준택, 박지선, 2016).

(2) 장애인 우울에 영향을 미치는 개인 간 요인

장애인 우울에 영향을 미치는 개인 간 요인에서 구조적 관계망 요소가 아닌 기능적 관계망 요소인 가족 및 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 우울의 완화요인으로 확인되었다. 가족의 정서적 지지 및 도움이 있을 경우 없는 경우보다 우울할 가능성이 0.39배(p<0.001) 낮아졌으며, 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우, 없는 경우보다 우울할 가능성이 0.82배(p=0.02) 감소하는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 장애인의 가족, 친구 그리고 이웃 등 사회적 관계에서 비롯된 정서적 지지가 우울 감소에 도움이 되었다는 선행연구의 결과와 일치한다(전지혜, 2010). 하지만, 일부 연구에서는 사회적 관계에서의 지

지가 장애인의 우울에 영향을 미치지 않는다고 언급하였는데(유창민, 2017; 이현주, 강상경, 2009), 이렇게 상이한 연구결과는 사회적 지지의 조작적 개념이 서로 다름에서 기인한 것으로 사료된다.

사회적 지지 개념을 조작화할 때, 가족, 친구 그리고 이웃의 지지 즉, 지지를 주는 사람의 관계를 분류하지 않고 도움을 주고 있는 사람 수를 총합하여 측정하거나(유창민, 2017), 관계의 구분 없이 도움을 받은 여부를 확인하였는데(이현주, 강상경, 2009) 이러한 측정 방법은 어떤 관계의 지지가 장애인의 우울에 영향을 주는지 확인하기 어렵다. 따라서, 향후 연구에서는 사회적 지지의 측정에 있어 어떠한 관계가 지지를 제공하였는지 고려하는 것이 필요하다.

본 연구에서 다뤄진 개인 간 요인 중에서는 특히, 가족의 정서적 지지 및 도움 여부가 우울에 가장 큰 영향(*wald*=62.61)을 미치는 것으로 나타났다. 이는 장애인 우울에 영향을 미치는 사회적 관계망 중 '가족의 정서적 지지 및 도움'에 대한 중재가 우선적으로 다뤄져야 함을 시사한다.

근거리에서 자주 교류하며 대면하는 가족의 역할은 장애수용 과정에 큰 비중을 차지한다(서원선, 이혜수, 2021). 즉, 가족의 정서적 지지나 도움은 장애인의 긍정적인 장애수용을 촉진하지만, 부정적인 반응은 장애수용 과정을 지연시키거나 정신건강에 부정적 결과를 초래할 수 있다는 것이다. 이에 따라, 장애인과 가장 근접한 위치에서 관계를 맺고 있는 가족이 장애인을 부적절하게 대우하거나 반응하는 경우 우울감 악화에 큰 영향을 미칠 수 있다.

2. 장애인 1인가구와 장애인 다인가구의 일반적 특성 비교

장애인 1인가구와 다인가구의 일반적 특성을 연도별로 살핀 결과, 장애인 1인가구가 장애인 다인가구보다 흡연자 및 음주자 비율이 각각 2019년 기준, 17.7%(다인가구 8.6%), 75.5%(다인가구 68.8%)로 더 높게 나타났다. 이는 1인가구가 다인가구에 비해 흡연 및 음주 비율이 높게 나타났다는 선행연구의 결과와 일치한다(신미아, 2019; 하지경, 이성림, 2017; 김예성, 2014).

만성질환 보유비율 역시 1인가구의 경우 2019년 기준 70.1%로, 다인가구에서 62.0%로 나타난 것에 비해 더 높은 수치가 관측되었다. 이처럼, 장애인 1인가구는 다인가구보다 건강관리에 있어서 어려움 겪고 있기 때문에 정신건강이 악화될 가능성이 크다고 볼 수 있다.

가족 및 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움을 받고 있다고 응답한 비율도 1인가구에서 더 적게 나타났다. 이는 1인가구는 독립하여 사람들과의 상호 교류의 기회가 현저히 저하된 상태로, 일상생활에서 가장 중요한 사회적 지지원을 상실한 상태에 놓여있다는 선행연구 결과와 상통하는 부분이 있다(김혜영, 2014).

특히, 장애인 1인가구는 중 이혼, 사별 및 별거 비율이 2018년, 2019년 각각 66.5%, 67.8%로 다인가구(2018년 14.4%, 2019년 14.6%)에 비해 높게 나타났는데, 이러한 혼인 지위의 변화는 대인관계 단절 혹은 변화를 야기하여 정서적 어려움을 초래할 수 있다(김혜영, 2014).

마지막으로, 장애인 1인가구에서 우울군 비율이 2018년 43.7%, 2019년 32.2%로 장애인 다인가구 우울군 비율인 2018년 36.3%, 2019년 27.6%보다 모두 높았다. 이는 다인가구보다 1인가구의 우울 비율이 높다는(신미아, 2019) 선행 연구의 결과와 일치하였다. 이러한 결과는 장애인 우울과 가구 형태가 밀접한 관련성이 있음을 시사한다.

종합하자면, 장애인 1인가구는 장애인 다인가구에 비해 부정적 건강행태를 보이며, 정서적 지지 및 도움과 같은 사회적 관계에서 비롯한 지지나 도움 역시 다인가구에 비해 부족하며 높은 우울 경험비율을 보였다.

3. 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 영향요인 비교 및 분석

장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인요인의 비교를 통해 분석한 내용은 다음과 같다. 첫째, 장애인 1인가구와 다인가구 모두에서 '주기적 운동 빈도'가 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 분석 결과에 의하면, 장애인 1인가구에서는 주기적 운동 빈도가 주 5일~주 7일인 경우, 주 2일 이하일 때에 비하여 우울에 유의한 영향을 미쳤으며, 장애인 다인가구는 주 3일~주 4일일 때 유의하게 관측되었다. 이는 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 예방을 위해 규칙적인 운동을 더욱 강조해야 함을 시사할 뿐만 아니라 정신건강 증진 효과를 기대하기 위해서는 장애인 신체활동 권장량 이상의 운동 수행을 권고해야 한다는 점을 의미한다.

여기서 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 영향요인으로서 신체활동 빈도가 서로 다른 이유는 두 가구 형태가 규칙적인 운동을 하는 다원적 성격의 맥락 즉, 사회적 관계 및 지역 환경과 같은 요소가 상이한 것(Jun & Park, 2019; 이은영 외, 2015)에서 기인한 것으로 보인다.

1인가구의 신체활동 결정요인을 분석한 김지영 & 전화정(2020)의 연구 결과에 의하면, 성인 1인가구의 신체활동은 사회적 자본으로부터 촉구된다. 즉, 1인가구의 신체활동은 사회활동에의 참여적 성격을 가지며 그 동기 역시 사회적 관계에서 비롯할 수 있다는 있다(김경오, 2019). 따라서, 장애인 1인가구의 긍정적인 사회적 관계망에서 비롯한 건강증진 행위를 지지하는 일상적 환경은 주 5~7일의 상대적으로 높은 운동 빈도를 촉발하여 우울 예방에 기여할 수 있는 것으로 사료된다.

다인가구는 1인가구와 다르게 동거인이라는 건강증진행위의 지지원이 있을 뿐만 아니라 신체 및 정신건강의 유지 그리고 일상생활의 도움 등의 효과를 인식함에 따라 규칙적인 운동을 수행한다(황영호 외, 2018). 즉, 다인가구는 여가 활동이나 사회참여의 목적보다 개인적 건강 유지를 위한 신체활동을 수행할 가능성이 높다. 이처럼 가구 형태별로 주기적인 운동의 결정요인과 환경적 맥락이 상이하여 서로 다른 수준의 운동 일수

가 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 사료된다.

따라서, 가구형태별 장애인 우울 영향요인으로서의 신체활동은 어떠한 운동을 얼마나 누구와 하느냐가 중요하게 고려되어야 하며(강은나 외, 2017) 주기적인 운동을 실시하게 되는 의도 및 맥락과 같은 과정에 대한 정성적 측면을 추후 연구에서 살필 필요가 있다.

둘째, 모든 가구 형태에서 장애인 우울 완화 또는 예방을 위해 만성질환 관리와 전반적 일상생활 수행의 지원 혹은 자립생활 역량 제고를 위한 전략이 중요하다는 점이다. 여기서 만성질환은 생태학 모형의 개인요인이자 WHO ICF의 '신체기능 및 구조'에 관련된 요인으로, 해당 요인으로 인해 손상이 발생한 경우 우울할 가능성이 증가한다. 만성질환은 장애인의 보편적인 일상 활동에 제한을 일으킬 수 있어 신체적, 사회적 기능에 영향을 미칠 뿐만 아니라 통증 혹은 스트레스 증가를 유발하여(McBride, 1993; 조상은, 2017에서 재인용) 장애인 우울의 위험요인으로 작용할 수 있다.

특히, 장애인 1인가구는 만성질환을 보유한 비율이 높고 건강의 자가관리에 대한 필요도가 크므로 해당 요인은 가중되는 스트레스원으로 작용할 수 있다(유인화 외, 2021). 따라서, 만성질환 보유 여부를 장애인 우울 관리할 때 통합적으로 고려할 필요가 있으며, 특히 장애인 1인가구에게 그 필요성이 더욱 부각된다.

다음으로 일상생활 수행은 생태학모형의 개인요인이자 WHO ICF의 '활동'에 해당하는 요인이다. 일상생활 수행에 있어 도움이 필요한 경우는 개인이 주어진 작업 또는 활동을 수행하고 완료하는 데에 어려움을 겪는 활동 제한의 상태라 볼 수 있다. 전반적인 일상생활 수행에서 도움이 필요한 경우, 자가 관리 혹은 자립 생활을 유지하는데 위협을 받을 수 있으며 나아가 사회적 역할의 상실과 인간관계의 축소 등을 초래할 수 있다(최영순 외, 2011; 조유향, 1988).

타인의 도움을 받지 않고 자립적으로 일상생활을 수행할 수 있는가는 장애인 삶의 전반에 큰 영향을 미친다(이미애, 2010). 만약, 타인에게 일상생활을 의존하게 되는 경우 장애인의 우울감을 증가하는 요인으로 작

용할 수 있다(Bulgiba et al., 2010).

장애인 1인가구는 일상생활을 수행하는 데 있어 도움이 필요할 때 의지할 수 있는 사회적 자원이 부족하며, 활동 제한을 경험하는 비율이 더 높다(이윤경 외, 2020). 이에 따라, 장애인 1인가구의 우울 중재를 위해 일상생활에서의 도움 필요 정도를 낮출 수 있는 지원을 고려해볼 수 있다. 즉, 일상생활 수행 지원을 확대하거나 자립 생활을 위한 장애인 1인가구의 역량을 제고하는 대책이 제시될 수 있다.

특히 주목할 점은 분석 결과에서 해당 요인이 장애인 다인가구의 우울에 상대적으로 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 확인된 것이다. 이는 활동 수행에 도움을 받을 수 있다고 여겨지는 장애인 다인가구 역시 일상생활의 수행에 있어 제한적 상황을 경험하는 장애 발생 환경(Disabling environment)에 여전히 놓여있음을 의미한다. 따라서, 장애인 다인가구의 우울을 예방하기 위해 활동이 제한된 상태를 완화하거나 일상생활 수행을 돕는 서비스를 확대하는 등 장애인 생활에 밀접한 내용의 정책 마련이 필요하다.

셋째, 거주지역에서 일상생활을 하는데 편리하다고 인식하는 경우 두 가구 형태에서 공통적인 우울의 보호요인으로 나타났는데, 이는 장애인의 우울 예방을 위한 대안이 지역사회의 물리적 환경 인식과의 상호적 연계에 대한 이해를 토대로 개발될 때 효과적일 수 있음을 의미한다. 해당 요인은 생태학 모형의 개인 차원의 요인이자 WHO ICF의 '개인적 수준의 환경요인'에 해당하며 본 연구에서는 개인요인에 속하는 변수이다.

지역사회의 생활 환경은 사람들의 감정이나 행동 및 동기 그리고 개인이 삶을 바라보는 방식 혹은 삶에 대처하는 적용 기제에 큰 영향을 미친다(문하늬 외, 2018; Dilani, 2008) 또한, 장애인 대상의 국내 주거정책 역시 거주 환경이 무엇을 갖추었느냐가 아닌 장애인이 얼마나 편리하게 인식하느냐와 관련된 주거 편의성에 대한 개념을 강조하고 있다. 즉, 생활환경에 대한 장애인 개인의 주관적 만족감을 제고하기 위한 노력이 촉발되고 있다(한국장애인개발원, 2021). 이처럼, 거주지역의 환경 인식은 국내 장애인 주거 정책의 방향성과 더불어, 삶의 통합성과 관련되어 건

강한 삶을 영위하는 데 있어서 중요하게 고려되어야 하는 요인이다(Dilani, 2008).

특히, 장애인은 장애로 인한 신체적 기능 제한으로 이동에 제약이 있어 거주지역 주변으로 삶의 영역이 제한되어 있을 가능성이 높다(오혜경, 백은령, 2003). 이에 따라, 장애인은 비장애인보다 거주지역의 물리적 환경에 잦게 노출될 수 있으며 이에 더 많은 영향을 받을 수 있어 건강결정요인으로써 해당 요인을 유심히 고려할 필요가 있다.

여러 선행연구 결과 역시 지역사회의 물리적 환경에 대한 주관적 인식이 우울과 같은 정신건강에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(민기채, 이정화, 2008; 이인정, 2007; Evans, 2003). 지역사회에 거주하는 장애인을 대상으로 우울 예방을 통한 정신건강 증진 대안을 마련할 때 해당 요인을 고려할 필요가 있다.

다음으로, 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 간 요인의 비교를 통해 분석한 내용은 다음과 같다. 첫째, 구조적 사회적 관계망은 두 가구 형태에서 우울에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 분석되었다. 하지만, 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 완화요인으로 '가족의 정서적 지지 및 도움'이 공통적으로 중요한 요인으로 나타났다. 이는 장애인의 우울 중재 시 가족 기능 강화를 위한 전략이 필요하다는 점을 시사한다. 해당 요인은 생태학 모형의 개인 간 요인이자 WHO ICF의 '개인적 수준의 환경요인'에 해당하며, 본 연구에서는 사회적 환경의 기능적 관계망을 확인하는 변수이다.

분석 결과에서 주목할 점은 가족의 정서적 지지 및 도움이 장애인 1인가구의 우울에 영향을 미치는 다른 요인들보다 상대적으로 큰 영향력이 있다는 것이다. 장애인 1인가구는 안전 문제 혹은 긴급 상황에 대한 대처자원이 상대적으로 적기 때문에 정신건강 악화에 취약한 상황에 놓여 있는데, 가족은 이러한 위급 상황에 있어 중요한 정서적 안전망으로 기능할 수 있다(임상욱, 전지혜, 2021).

장애인 1인가구는 장애인 다인가구와 다르게 가족과 분리되어 상호 교

류의 기회가 감소된 상태로, 사회적 관계망이 축소되어 있는 상태일 가능성이 높다(송나경, 2020; 김혜영, 2014). 특히, 장애인 1인가구는 도움이 필요할 때 친구에게 지원을 요구하거나 지역사회의 공적 서비스를 이용하기보다 가족에게 도움을 먼저 요청한다(임상욱, 전지혜, 2021). 이에 따라, 사회적 관계망 중 가족의 정서적 지지 혹은 도움이 친구나 이웃의 그것보다 장애인 1인가구의 우울에 유의한 영향을 미친 것으로 판단된다.

주로 가족과 동거하는 장애인 다인가구는 우울 개입에 있어 가족의 정서적 지지 및 도움 기능이 더욱 중요하게 다루어져야 한다. 장애인과 장애인의 동거 가족은 정신건강에 있어서 면밀한 상호 관계를 보이기 때문이다. 이는 장애인의 장애 자체로 인해 가족 체계의 불균형이 발생하면 우울, 불안 등 장애 가족의 정서적 불안정을 초래되거나 이러한 특성이 장애인에게 전이되어 정서에 부정적 영향을 미치는 순환적 반응이 유발될 수 있기 때문이다(석말숙, 2013).

또한, 장애 가족의 돌봄에서 비롯되는 긴장과 스트레스가 적절히 다뤄지지 못하는 경우 가족의 정서적 지지 기능이 요구됨에도 불구하고, 적절한 방식으로 표현되지 못하여 장애 가족의 정서적 부담이 가중될 수 있다(Preechawong et al., 2007). 또한, 장애인의 우울, 고립감 등의 문제를 야기할 수 있다(김미옥, 2001). 따라서, 장애인 우울 중재에 있어 가족관계의 기능적 특성을 긍정적으로 강화하는 방안을 중요하게 고려할 필요가 있다.

둘째, 기능적 사회적 관계망인 '주변 사람들의 정서적 지지 및 도움'은 장애인 다인가구의 우울에 유의한 영향을 미쳤지만 장애인 1인가구에는 그렇지 않았다. 즉, 장애인 다인가구에게 가족 이외의 질적으로 높은 사회적 관계가 심리적 자원으로 작용되어 정신건강에 긍정적인 영향을 미친다. 이는 장애인 다인가구 우울의 보호요인으로 이웃, 친구 등 주변 사람들을 통한 정서적 지지원이 중요한 고려 사항임을 나타내며, 우울 예방을 위해 가족관계 외의 사회적 관계의 질적 향상을 돕는 프로그램이 효과적일 수 있음을 시사한다.

특히, 장애인 1인가구와 다인가구 모두에서 기능적 관계망이 우울의 완화요인임을 고려할 때, 사회적 연결성이 느슨한 성격의 관계망보다 사회적 지지원으로 기능하는 관계망을 강화하거나 지원하는 대안이 우울 예방에 효과적일 것으로 보인다. 또한, 장애인 1인가구와 다인가구 모두에게 WHO ICF에서 개인적 수준의 환경요인이 우울에 영향을 미치는 주요 요인임을 확인할 수 있는데, 이는 장애인 우울 예방을 위해 장애인이 맺는 사회적 관계의 질적 측면과 지역사회의 물리적 환경에의 주관적 인식을 함께 고려하는 총체적 접근이 필요함을 시사한다고 볼 수 있다.

제 2 절 연구의 의의

상술한 논의 및 고찰 내용을 토대로 본 연구는 다음과 같은 의의를 가진다.

첫째, 생태학 모형을 근거로 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 개인요인과 개인 간 요인을 구분하여 다차원적으로 파악했다. 또한, 장애에 대한 의학적 모델과 사회적 모델을 통합적으로 접근하는 WHO ICF의 이론적 틀로 활용함으로써 장애인의 정신건강을 조망하는 관점을 확장하는데 기여하였다.

장애인의 우울이 장애로 인한 개인의 기능 제약에서만 기인한 것이 아닌 장애인 개인을 둘러싼 사람들 즉, 사회적 관계망과 관련된 개인 간 요인 그리고 더 나아가 거주하는 지역의 물리적 환경에 대한 인식에서 비롯할 수 있다는 점을 장애인에 대한 대표성이 확보된 패널 자료를 활용하여 증명하였다.

둘째, 하위군 분석을 통해 1인가구와 다인가구를 구분하여 가구 형태에 따른 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하고 그 차이를 분석하였다. 이에 따라, 본 연구는 지역사회에 거주하는 장애인의 우울 예방과 관리를 위한 가구 형태별 맞춤형 정책을 수립할 때 우선순위를 두어야 하는 요인을 확인하기 위한 기초자료로 활용될 수 있다.

셋째, 장애인이 지역사회에서 정신적으로 건강한 자립 생활을 유지하기 위해 일상생활과 관련된 활동 지원 서비스를 확대하거나 장애인의 일상생활수행능력을 강화하는 전략뿐만 아니라 사회적 관계의 질적 제고 그리고 편리한 지역 환경 조성을 지향하는 정책 수립이 필요하다는 근거를 확인하였다.

제 3 절 연구의 한계 및 후속 연구과제

본 연구의 한계점과 후속 연구과제는 다음과 같다.

첫째, 연구대상자인 장애인 중 선천적 장애인과 후천적 장애인을 구분하지 못한 것이다. 장애 특성 중 장애 발생 시기를 고려하지 못했는데, 이러한 특성은 노년기 장애인을 구분할 때 두드러진다. 장애가 선천적으로 발생하여 장애인으로 지내다 노년기에 접어든 노령화 장애인과 60세 이후 노화 과정으로 인해 발생한 노인성 질환으로 장애인이 된 노인은 서로 다른 특성을 가진다(윤명숙, 김새봄, 2020). 즉, 두 집단은 장애 발생 시기가 다르며 심리사회적인 특성, 사회적 역할이나 사회참여 정도가 상이하다(윤명숙, 김새봄, 2020).

선행연구에 의하면, 노인성 장애인은 노령화 장애인보다 가족 지지 수준이 더 높았고 노년기 장애인은 장애와 노화라는 중첩적인 어려움에 놓여있어 신체기능이 더욱 제한된 상태임에 따라 외부와의 교류가 낮아져 사회적 고립이나 우울증에 더 취약한 특징이 있는 것으로 나타났다(윤명숙, 김새봄, 2020; 정은혜, 윤명숙, 2018). 따라서, 추후 연구에서는 장애 발생 시기 등을 고려한 장애인 우울 영향요인을 탐색할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 장애인 1인가구 내의 이질적 특성을 반영하지 못했다는 한계 역시 존재한다. 장애인 1인가구는 형성 배경, 교육 수준 및 사회경제적 요인에 따른 기회 접근성, 주거 특성에 따라 그 성격이 다르게 나타난다. 특히, 장애인 1인가구는 자립 혹은 탈시설 등으로 인해 형성되는데 이러한 맥락에 따라 가용한 자원이 상이하여 우울 관련 요인 역시 달라질 수 있다. 따라서, 장애인 1인 가구에 대해 논의하기 위해서는 1인가구의 형성 배경 등의 맥락을 살필 필요가 있다.

셋째, 장애인의 장애 유형에 따른 서로 다른 우울 발생 맥락을 고려하지 못했다는 점이다. 김윤정 외(2018)의 연구에 의하면 신체장애인과 정신장애인의 우울 영향요인이 상이하게 나타났는데 신체장애인의 경우 가족의 지지가, 정신장애인의 경우 사회적 지지가 우울 수준을 낮추는 것으로 분석되었다. 하지만, 15개의 장애 유형별 특성이 우울에 어떤 영향

을 미치는 분석한 연구는 부재하므로 이와 관련된 추후 연구가 촉구된다.

넷째, 연구 자료원과 관련된 한계로, 기존에 마련된 2차 자료를 활용하여 변수 선정과 관련한 한계가 있다. WHO ICF의 환경요인 중 사회적 수준의 요인에 대한 설명에는 공식적 및 비공식적 사회구조 및 개인에게 영향을 미치는 지역사회 또는 사회의 중요한 접근방식 혹은 법, 규정, 공식 및 비공식적 규칙, 태도와 관념뿐만 아니라 직장 환경, 지역사회 활동, 정부 기관, 통신과 수송 서비스 등과 관련된 조직과 사회서비스가 포함된다(WHO, 2001).

하지만, 본 연구에서는 WHO ICF 개인적 수준의 환경요인 즉, 개인의 주변 환경으로 가족, 지인이나 이웃 등 주변 사람들과 관계를 맺는 타인에서 비롯되는 사회적 환경과 개인이 대면하는 환경의 물리적 특성에 대한 인식을 제한적으로 확인하였다. 따라서, 향후 연구에는 환경요인의 다양한 측면을 반영한 정교한 분석모형이 제시되어 더욱 포괄적인 검증이 이뤄져야 한다.

다섯째, 측정 변수 간의 상호 관계를 고려하지 못했다는 점이다. 본 연구는 우울에 영향을 미치는 변인들 간에 존재할 수 있는 복합적인 상호관계에 대한 추가적인 설명을 제공하지 못한다. 특히, 본 연구에서는 가구 형태별로 신체활동을 수행하게 되는 사회적 동기 그리고 지역사회 환경 등 맥락적 요인에 따른 신체활동의 양상 그리고 장애인 우울 간의 상호작용을 면밀하게 확인하지 못했다. 즉, 장애인이 보유한 여러 특성과 신체활동이 우울에 어떠한 방식으로 영향을 미치는 과정을 규명하지 않는다.

따라서, 본 연구에서 도출된 결과는 장애인 1인가구와 다인가구의 우울에 영향을 미치는 개인 및 개인 간 요인에 대해 탐색적으로 검증 및 비교한 연구로서 해석될 필요가 있다. 향후 연구에서는 장애인의 우울에 영향을 미치는 변인들 간의 구조적 관계를 분석하는 연구가 필요하다.

여섯째, 우울의 측정과 관련된 문제로, 본 연구에서는 CES-D11 측정 점수의 절단점을 16점으로 설정하여 우울군과 비우울군을 구분하였으며,

일반화추정방정식을 통해 장애인 우울 영향 요인을 파악하였지만 이러한 방법은 우울의 강도를 반영하지 못한다. 또한, 우울의 변화궤적에 대한 정확한 해석이 불가하다는 한계가 있다. 우울의 변화 양상은 다양한 형태로 구분될 수 있는데 예를 들어, 시간의 흐름에 따른 비우울군에서 우울군으로의 진입, 우울군의 비우울군으로의 이동 등의 변화 양상을 명료하게 확인할 수 없다는 것이다. 따라서, 장애인의 가구 형태별로 우울의 시간에 따른 변화궤적을 확인함으로써 우울 예방을 위한 정책적 개입 지점을 확인하는 후속 연구가 필요하다.

제 6 장 결 론

본 연구는 성인 장애인의 우울에 영향을 미치는 요인을 생태학 모형과 WHO ICF 구성요소를 준용한 이론적 틀을 기반으로 확인하였다. 또한, 하위군 분석을 통해 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 영향요인으로 파악된 결과를 비교 및 분석하였다. 한국장애인개발원의 장애인삶 패널조사 1~2차 년도 자료를 일반화추정방정식을 통해 장애인 1인가구와 다인가구의 영향요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

먼저, 개인 차원의 요인 중 건강행태 요인에 해당하는 '주기적 신체활동 빈도'의 경우, 1인가구는 주 5일~7일 때, 다인가구는 주 3일~5일 때 주 2일 이하로 운동하는 경우에 비해 우울할 승산이 낮았다. 또한, 두 가구 형태에서 모두 만성질환을 보유한 경우와 전반적 일상생활 수행 시 도움이 필요한 경우는 우울의 위험요인으로, 거주지역의 환경을 편리하다고 인식하는 경우는 우울의 완화요인으로 나타났다. 그중 전반적 일상생활 수행 시 도움 필요 여부 요인은 장애인 다인가구의 우울에 여타 요인보다 가장 큰 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

개인 간 차원의 요인 중 기능적 관계망인 가족의 정서적 지지 및 도움이 있는 경우는 장애인 1인가구와 다인가구 모두의 우울 보호요인으로 분석되었다. 특히, 장애인 1인가구에게 가족의 정서적 지지 및 도움은 다른 요인들보다 우울에 가장 큰 영향을 미쳤다. 또한, 가구 형태별 분석결과에 차이가 있었던 요인은 주변 사람들의 정서적 지지 및 도움으로 다인가구에게만 유의하게 관측되었다.

두 가구 형태에서 우울 영향요인으로 공통적으로 확인된 결과가 시사하는 바는 다음과 같다. 먼저, 장애인 우울 완화 혹은 예방을 위해 만성질환에 대한 관리가 필요하며 전반적 일상생활 수행을 지원하는 방안을 확대하거나 장애인의 생활 양상을 반영한 서비스를 제공할 필요가 있다는 것이다. 특히, 일상생활 도움 필요 여부는 다인가구의 우울에 다른 변인보다 상대적으로 큰 영향을 미치는 것으로 나타나 우선적인 개입이 촉구된다.

거주 환경 인식 역시 중요한 고려 사항인데, 우울 예방을 위한 대안은 장애인의 지역사회의 물리적 환경에 대한 주관적 인식과 우울의 상호 연관성에 대한 이해를 토대로 개발될 때 효과적일 수 있다.

그뿐만 아니라, 장애인 1인가구와 다인가구의 우울 중재를 위해 가족관계의 질적 측면에 초점을 두어 가족 기능을 강화하는 전략이 필요하다. 특히, 해당 요인은 장애인 1인가구의 우울 여부에 가장 큰 영향력을 보였는데, 이는 장애인이 자립 혹은 독립 후에도 개인적 위기 혹은 응급상황이 발생했을 때 도움을 청할 사회적 안전망이 충분하지 않아 가족이 여전히 최후의 정서적 안전망으로 기능한다는 점에서 기인한다고 볼 수 있다. 이처럼, 장애인 1인가구에게 가족의 정서적 지지가 우울 완화에 큰 역할을 차지하므로 정신건강 유지 혹은 증진에 있어 가족관계의 기능적 특성을 우선 고려할 필요가 있다고 사료된다.

가구 형태별 차이가 있는 분석결과가 의미하는 바는 장애인 다인가구의 우울의 보호 요인으로 기능적 사회적 관계망 중 '주변 사람들의 정서적 도움 및 지지'가 중요하며 이웃, 친구 등 가까이 지내는 사람들과의 관계의 질을 향상하는 데 도움이 되는 프로그램은 장애인 다인가구의 우울 예방에 효과적일 수 있음을 시사한다.

한국의 장애인 인구는 고령화가 빠르게 심화되고 있고 1인가구가 점차 증가하고 있다. 또한, 장애인의 탈시설화 정책 및 자립 생활 지원 정책이 확대됨에 따라 지역사회에 거주하는 장애인의 가구 형태별 맞춤형 건강관리에 대한 요구가 증대하고 있다. 또한, 제5차 국민건강증진종합계획의 인구집단별 건강관리 내용에 장애인 대상의 우울증 유병률 관리 지표가 존재하는데, 이를 실현하기 위한 연구와 대안이 부족한 상황이다.

이러한 사회적 맥락 아래, 본 연구는 장애인 정신건강 문제에 접근함에 있어 가구 형태에 주목했다는 점에서 의의가 있으며, 장애인 우울의 영향요인을 개인 차원에 국한하지 않고 사회적 관계망과 관련된 개인 간 차원의 요인을 통합적으로 고려했다는 점에서 의미가 있다. 종합하자면, 본 연구는 지역사회에 거주하는 장애인의 우울 예방을 위한 가구 형태별 맞춤형 정책 수립 시 기초자료로 활용될 수 있다.

참 고 문 헌

1) 강기원, 김화준, 권근용, & 정민수. (2009). 아파트 주민의 건강상태에 거주 환경이 미치는 영향. 농촌의학. 지역보건, 34(3), 279-290.

2) 강상경, & 권태연. (2008). 사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향의 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. 정신건강과 사회복지, 30, 332-355.

3) 강상경. (2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별 연령 차이. 사회복지연구, 41(2), 67-100

4) 강상경, 정은희, & 김병수. (2015). 복지패널에 나타난 한국 사회의 우울궤적 불평등과 관련요인. 한국사회복지조사연구, 44, 241-270.

5) 강상경, & 권태연. (2008). 사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향의 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업, 30, 332-355.

6) 강수진, & 김영호. (2011). 개인적, 사회적, 물리적 환경변인이 노인들의 신체활동에 미치는 영향. 한국스포츠심리학회지, 22(3), 113-124.

7) 강유진. (2019). 1 인가구 우울과 관련요인: 연령집단 별 비교를 중심으로. 생애학회지, 9(1), 1-19.

8) 강은나, & 이민홍. (2016). 우리나라 세대별 1 인가구 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 2016(4), 47-56.

9) 강은나, 김혜진, & 김영선. (2017). 도시지역 1 인가구 중고령자의 여가활동유형과 우울수준. 보건사회연구, 37(2), 184-215.

10) 고재영. (2011). *사회생태학 관점에서 접근한 건강행동 결정요인에 관한 연구*. [석사학위. 한양대학교 대학원]

11) 고정은, & 이선혜. (2012). 노인우울에 영향을 미치는 요인에 대한 다층분석. 정신건강과 사회복지, 40(1), 322-351.

12) 구교만. (2019). 우울장애인의 신체활동 참여가 주관적 건강평가에 미치는 영향. 한국체육학회지, 58(1), 319-327.

13) 구교만, & 김춘종. (2011). 장애인의 신체활동 참여제약에 대한 극복

전략 내용분석. 한국운동재활학회지, 7(4), 25-36.
14) 권복순, & 박현숙. (2005). 성인여성장애인의 우울의 실태와 영향요인에 관한 연구. 한국사회복지학, 57(1), 169-192.
15) 권정옥, & 김은영. (2012). 중소병원 간호단위의 간호근무환경이 간호사의 이직의도에 미치는 영향. 간호행정학회지, 18(4), 414-423.
16) 권현수. (2010). 장애인의 문제음주, 우울, 건강의 구조적 관계: 빈곤수준에 따른 다집단분석의 적용. 지역사회연구, 18(3), 131-153.
17) 김경오. (2019). 사회생태학적 모델에 기반한 저소득층 독거노인 신체활동 증진방안 모색: 혼합연구의 기법으로. 한국체육학회지, 58(2), 15-34.
18) 김귀봉, & 윤기운. (1993). Kuhn 의 과학철학적 관점에서 본 운동행동연구의 최근 페러다임. 스포츠과학연구소논총, 12, 19-45.
19) 김규민, 김재학, & 이현실. (2020). 노인의 우울 수준과 영향요인에 관한 연구: 일반가구와 저소득가구의 비교를 중심으로. 보건사회연구, 40(3), 286-314.
20) 김기정, & 표갑수. (2008). 재가 노인의 우울감 유발요인과 완화요인. 노인복지연구, 39, 111-143.
21) 김동배, & 손의성. (2005). 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석. 한국노년학, 25(4), 167-187.
22) 김록범, 박기수, 이진향, 김봉조, & 전진호. (2011). 우울증상에 관련된 요인과 우울증상이 지각된 건강수준, 외래의료이용, 삶의 질에 미치는 영향. 보건교육건강증진학회지, 28(1), 81-92.
23) 김미옥. (2001). 장애아동가족의 양육참여에 대한 가족탄력성(Family Resilience)의 영향력 분석. 한국가족복지학, 8, 9-40.
24) 김소영, & 남궁미. (2019). 지역환경이 주관적 건강에 미치는 영향: 신체활동의 매개효과를 중심으로. 국정관리연구, 14(3), 125-150.
25) 김수진. (2021). 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차와 시사점. 보건복지포럼, 2021(4), 49-61.
26) 김숙영. (2003). 노인의 건강증진행위와 영향요인: 자기효능, 사회적

지지, 우울을 중심으로. 노인간호학회지, 5(2), 171-181.
27) 김연옥. (2016). 1인가구 시대의 도래: 특성과 생활실태. 한국가족복지학, 52, 139-166.
28) 김예성. (2014). 노인의 독거여부에 따른 건강증진행위와 신체적 정신적 건강에 관한 연구. 보건사회연구, 34(3), 400-429.
29) 김예순, 백형원, 남영희, 김선용, & 김명. (2015). 보건학 전공 대학생의 장애인 수용태도에 영향을 미치는 요인. 지체중복건강장애연구(구 중복· 지체부자유아교육), 58(2), 185-201.
30) 김용태. (2017). 창업교육, 기업가적 역량 및 태도가 대학생 창업의지에 미치는 영향.벤처창업연구, 12(2), 13-20.
31) 김욱진, & 김태연. (2013). 지역의 물리적· 사회적 환경과 개인의 건강에 관한 연구: 지역환경에 대한 주관적 인식의 매개효과를 중심으로. 한국지역사회복지학, 46, 23-47.
32) 김윤정, & 이영란. (2018). 장애유형별 장애인의 자립능력이 우울감에 미치는 영향: 가족 및 사회적지지의 완충효과. 예술인문사회 융합멀티미디어 논문지, 8(3), 755-763.
33) 김은정, & 이신영. (2012). 농촌 노인의 비공식적 사회관계망과의 사회적 지원과 우울성향: 도시 노인과의 비교. 사회과학연구, 28(2), 149-176.
34) 김자경, 강혜진, & 김주영. (2007). 장애대학생의 불안, 우울과 대학생활 적응 간의 관계. 특수교육 저널: 이론과 실천, 8(4), 461-476.
35) 김주희, 유정원, & 송인한. (2015). 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향: 연령의 조절효과 분석. 보건사회연구, 35(3), 42-70.
36) 김지영, & 전화정. (2021). 1 인가구의 신체활동 결정요인. Journal of Korea Planning Association Vol, 56(2), 49.
37) 김태환, & 김은정. (2014). 도시환경의 건강친화도와 지역주민 건강도의 상관성에 관한 연구. 국토연구, 185-200.
38) 김혜영. (2014). 유동하는 한국가족: 1인가구를 중심으로. 한국사회, 15(2), 255-292.

39) 김희국. (2010). 정신장애인이 경험하는 사회적 지지와 편견이 삶의 질에 미치는 영향.사회과학연구, 21(2), 63-84.
40) 대한장애인체육회 장애인체력인증센터. 신체활동 지침. Retrieved from:https://nfa.koreanpc.kr/mobile/centerApp/centerAppIntroActivityLine.do?menu_seq=1040
41) 문하늬, 채철균, & 송나경. (2018). 지역사회 물리적 환경에 대한 주관적 인식이 정신건강에 미치는 영향. 서울도시연구, 19(2), 87-103.
42) 문하늬, & 송나경. (2020). 생활인프라 특성이 1인가구 분포와 삶의 질에 미치는 영향. 서울도시연구, 21(4), 157-175.
43) 민기채, & 이정화. (2008). 비공식적 관계망에 대한 지원 제공이 노인의 정신 건강에 미치는 영향-성차를 중심으로. 한국노년학, 28(3), 515-533.
44) 박근덕, 이수기, 이은영, & 최보율. (2017). 개인및 가구특성과 물리적 환경이 거주민의 우울에 미치는 영향 연구: 경기도 지역사회건강조사 2013-2014 자료를 중심으로. 국토계획, 52(3), 93-108.
45) 박선미, 한미아, 박종, 류소연, 최성우, 신환호, & 주미현. (2016). 흡연 및 음주와 우울증상 경험과의 관련성: 제 5 기 국민건강영양조사(2010-2012). 대한임상건강증진학회지, 16(2), 111-118.
46) 박수경. (2008). 장애의 사회적 의미와 사회통합. 서울: 집문당.
47) 배다영, & 박은빈. (2022). 1인가구 중고령자의 일상생활수행능력(ADL/IADL) 및 우울감의 변화궤적과 삶의 만족도: 병렬과정 잠재성장모형의 적용. 가정과삶의질연구, 40(1), 11-25.
48) 배진희. (2004). 농촌지역 노인의 사회적 지지와 생활만족도: 자녀와 이웃지원의 기능적 측면을 중심으로. 사회복지정책, 20, 197-216.
49) 보건복지부. (2021). 2021년 정신건강실태조사. Retrieved from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp
50) 보건복지부, & 한국보건사회연구원. (2021). 2020년 장애인 실태조사. Retrieved from: https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp
51) 보건복지부, & 한국보건사회연구원. (2018). 2017년 장애인 실태조사.

Retrieved from: https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp
52) 보건복지부, & 한국보건사회연구원. (2015). 2014년 장애인 실태조사. Retrieved from: https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp
53) 보건복지부. (2014). 2014년 정신보건사업 안내. Retrieved from: https://www.ncmh.go.kr:2453/ncmh/board/boardView.do?no=8901&fno=106&gubun_no=9&menu_cd=04_02_02_04&bn=newsView&search_item=&search_content=&pageIndex=1
54) 서원선, & 이혜수. (2020). 장애인 정신건강 증진을 위한 정책 우선순위 파악을 위한 연구. 보건사회연구, 40(3), 315-350.
55) 석말숙. (2013). 장애인가족과 비장애인가족의 가족기능 비교연구: McMaster Model 의 적용. 한국가족복지학, 18(2), 105-131.
56) 성준모. (2013). 우울에 영향을 미치는 가족 및 가구 경제 요인: 고정효과 모형을 적용한 패널 회귀분석. 사회과학연구, 24(2), 207-228.
57) 송나경. (2020). 1인가구의 세대별 특성과 우울 영향. 인문사회 21, 11(4), 405-420.
58) 송인욱, & 원서진. (2014). 앤더슨(Andersen) 모형을 이용한 장애노인 우울 예측요인. 재활복지, 18(3), 23-45.
59) 송지영. (2019). 장애여부, 장애유형이 노인의 우울에 미치는 영향. 한국산학기술학회 논문지, 20(6), 362-369.
60) 오혜경, & 백은령. (2003). 장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 요인연구-서울지역 지체장애인을 중심으로. 직업재활연구, 13(2), 157-181.
61) 우민희, 이명진, & 최샛별. (2015). 청년세대 일인가구의 여가활동 및 가족가치관에 관한 연구: 청년세대 다인가구와 비교를 중심으로. 한국사회연구소, 16(1), 201-231.
62) 유수정, 김현숙, 김금순, & 백환금. (2001). 재가 뇌졸중 노인환자에서 자기효능증진 전략을 이용한 자조관리프로그램의 효과. 재활간호학회지, 4(2), 187-197.
63) 유인화, 권수진, 함지수, 정득, & 이종석. (2021). 60세 이상 1인 가구

여성의 만성질환과 삶의 질이 주관적 건강인지에 미치는 영향에 대한 융합적 연구. 한국융합학회논문지, 12(9), 49-56.
64) 유창민. (2017). 장애인과 비장애인의 우울 불형평 정도: 2006 년부터 10 년간의 변화궤적을 중심으로. 보건사회연구, 37(2), 150-183.
65) 윤종률. (2000). 포괄적 노인 건강 평가의 유용성과 도구들. 가정의학회지, 21(11), 776-88.
66) 이명선, 송현종, & 김보영. (2018). 1 인 가구의 신체적 건강수준, 건강행태와 주관적 우울감의 관련성. 보건교육건강증진학회지, 35(2), 61-71.
67) 이명진, 최유정, & 이상수. (2014). 1 인 가구의 현황과 사회적 함의에 관한 탐색적 연구. 사회과학연구, 27(1), 229-253.
68) 이미숙. (2010). 도시거주 노인의 만성질환과 우울증세의 상관성 및 사회관계망의 효과에 대한 연구. 보건과 사회과학, 27(1), 5-30.
69) 이미애. (2010). 우리나라 노인인구의 ADL 결정요인에 관한 연구. 한국지역사회생활과학회지, 21(2), 201-210.
70) 이미자, & 오윤택. (1999). 뇌성마비 장애인의 일상생활동작 수행능력과 우울간의 관계. 대한작업치료학회지, 7(1), 46-55.
71) 이상원. (2008). 요보호 ADL 장애노인의 생활 만족도에 대한 재가서비스 조절효과. 임상사회사업연구, 5, 103-120.
72) 이성은. (2012). 만성질환 노인의 주관적 건강상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과. 정신건강과 사회복지, 40(1), 234-262.
73) 이영훈, 이정애, 신민호, 최성우, 권순석, & 최진수. (2008). 일부 도시 지역사회 노인의 우울증 유병률 및 관련 요인. 농촌의학. 지역보건, 33(3), 303-315.
74) 이익섭. (2007). 장애인권리협약의 의미와 핵심 과제. 보건복지포럼, 2007(5), 5-22.
75) 이인정. (2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구. 노인복지연구, 36, 159-179.

76) 이종남. (2020). 주관적 건강상태와 삶의 만족도 관계에서 문화・여가 참여의조절효과: 중고령장애인 1인가구를 중심으로. 대한스트레스학회, 28(4), 230-236.
77) 이주경. (2012). 장애노인의 우울과 불안에 미치는 영향요인. 사회과학연구, 23(4), 189-212.
78) 이해경, 이명수, & 노재성. (2015). 조현병과 치유환경. 대한생물정신의학회, 22(3), 95-100.
79) 이현기. (2016). 자원봉사활동의 노인 안녕감에 대한 효과: 패널 GEE 분석. 노인복지연구, 71(1), pp.167-188.
80) 이현기. (2016). 노인자원봉사활동의 건강효과에 대한 종단연구. 한국노년학, 36(1), 173-188.
81) 이현주, & 강상경. (2009). 장애인의 스트레스, 심리사회적 자원 및 우울의 관계: 한국복지패널 장애인 부가조사를 이용하여. 정신건강과 사회복지, 33, 193-217.
82) 임상욱, 전지혜. (2021). 장애인 1인가구의 형성과 사회적 지원방안에 관한 연구. 서울도시연구. 22(4), 1~21.
83) 임성욱, 이숙자 (2008). 지체장애인의 사회통합과 주관적 삶의 질의 관계: 사회적 지지의 매개효과 검증, 상담학연구, 9(2), 469-48.
84) 임회정, & 박수현. (2016). 치의학 분야에서 SPSS 를 이용한 일반화 추정방정식의 단계별 안내. 대한치과의사협회지, 54(11), 850-864.
85) 장윤미. (2021). 우울증 현황과 보험산업의 역할. 보험연구원.
86) 전보영. (2014). *장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인* [박사학위논문, 서울대학교 보건대학원].
87) 전지혜. (2010). 장애차별경험과 장애인의 우울감의 관계 연구: 자아존중감의 매개효과와 사회적 지지의 조절효과를 중심으로. 정신건강과 사회복지, 35, 51-80.
88) 전해숙, & 강상경. (2013). 장애인의 우울궤적 관련요인에 대한 탐색적 연구-복지패널 장애인부가조사를 이용한 65 세 이상과 65 세 미만 비교. 재활복지, 17(2), 41-67.

89) 정경희, 남상호, 정은지, 이지혜, 이윤경, 김정석, ... & 진미정. (2012). 가족구조 변화와 정책적 함의: 1 인가구 증가현상과 생활실태를 중심으로. (연구보고서 2012-47-25). 한국보건사회연구원.
90) 정선혜, 이진향, & 서미경. (2008). 사회관계망의 구조적 특성과 기능적 특성이 정신장애인의 사회적응에 미치는 영향. 신경정신의학, 47(2), 190-199.
91) 정순둘, & 구미정. (2011). 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. 노인복지연구, 52, 305-324.
92) 정유진, & 이세규. (2015). 도시의 물리적· 사회적 환경이 노인의 건강에 미치는 영향 연구. 한국지역개발학회지, 27(2), 75-94.
93) 정은혜, & 윤명숙. (2018). 노년기 장애인 삶의 만족에 영향을 미치는 사회적 지지, 자아존중감, 우울의 구조적 관계: 노령화 장애인과 노인성 장애인의 비교. 한국노년학, 38(3), 645-666.
94) 정은희, & 강상경. (2014). 자원봉사와 우울 궤적의 종단적 관계: 세 연령집단 간 다집단 비교. 사회복지연구, 45(1), 203-230.
95) 정은희, 채철균, 문하늬, & 송나경. (2018). 도시의 물리적 환경이 중고령자의 우울에 미치는 영향: 사회적 자본과 통합성의 매개효과를 중심으로. 사회복지연구, 49(2), 181-209.
96) 정일교. (2015). 사회적 지지가 뇌성마비장애인의 삶의 질에 미치는 영향. 재활복지, 19(4) 61-81.
97) 정준수, & 박미은. (2016). 장애인의 우울탈출에 영향을 미치는 요인에 관한 종단적 연구. 한국사회복지교육, 36, 55-83.
98) 조맹제, 함봉진, 주진형, 배재남, & 권준수. (1998). 일 도시 지역사회 노인들의 인지기능장애와 우울증상의 유병율. 대한신경정신의학회, 37(2) 352-262.
99) 조상은. (2017). 고령장애인의 만성질환과 다차원적 장애: 국제기능장애건강분류틀 (ICF) 을 적용하여. 사회복지연구, 48(4), 91-120.
100) 조상은. (2018). 발달장애인의 지지체계에 따른 성인기 건강과 다차원적 장애의 관련성: 국제기능장애건강분류틀 (ICF) 을 적용하여.

보건교육건강증진학회지, 35(2), 49-59.
101) 조유향. (1988). 노인의 신체적・사회적 능력장애에 관한 조사연구-서울시내 거주노인을 대상으로. 한국간호과학회지, 18(1), 70-79.
102) 한국장애인개발원. (2021). 지역사회 장애인 주거지원서비스 기준 개발 연구(한국장애인개발원 연구보고서 정책 21-14).
103) 한국장애인개발원. (2018). OECD 국가 장애출현율 산출기준과 장애개념 관계성 연구: 한국, 호주, 독일, 프랑스를 중심으로(한국장애인개발원 연구보고서 정책 18-20). Retrieved from: https://www.koddi.or.kr/data/research01_view.jsp?brdNum=7406398
104) 조준택, & 박지선. (2016). 범죄율과 범죄두려움이 서울시민의 행복에 미치는 영향. 서울도시연구, 17(4), 131-144.
105) 조한진. (2011). 장애등급의 문제를 넘어서-장애의 정의・ 분류・측정. 재활복지, 15(4), 1-26.
106) 조혜정, & 서인균. (2012). 신체장애인의 우울발달궤적 예측요인: 한국복지패널을 이용하여. 장애와 고용, 22(1), 87-112.
107) 질병관리청. (2017). 2017년 국민건강통계. Retrieved from: https://www.data.go.kr/data/3043716/fileData.do
108) 채구묵. (2018). SPSS와 AMOS를 이용한 고급통계학(개정판). 파주: 양서원.
109) 최광수. (2016). 지역의 사회경제적 요인과 주민건강의 관련성에 대한 다수준 분석. 한국자치행정학보, 30(3), 403-425.
110) 최영순, 김현리, 김영희, & 임재란. (2011). 장애인의 일상생활동작, 도구적 일상생활동작, 우울 및 고립감의 관계. 재활간호학회지, 14(1), 5-12.
111) 최유정, 이명진, & 최샛별. (2016). 가구형태와 사회적 관계의 객관적· 주관적 측면이 우울에 미치는 영향: 1인가구와 다인 가구의 비교를 중심으로. 한국가족관계학회지, 21(2), 25-25.
112) 추지은, 이희진, 윤청하, 조한익, 황지윤, & 박윤정. (2014). 만 40세 성인의 우울기분과 생활습관과의 관계. 한국식품영양과학회지,

43(5), 772-783.
113) 통계청. (2021). 1인가구비율. Retrieved from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21161&conn_path=I2
114) 하지경, & 이성림. (2017). 1 인가구의 건강관련 습관적 소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향: 비 1인가구와 세대별 비교를 중심으로. 대한가정학회지, 55(2), 141-152.
115) 한국장애인개발원. (2022). 장애인삶 패널조사 이용자 안내서. (연구보고서 정책 22-02). 한국장애인개발원.
116) 한국장애인개발원. (2021). 지역사회 장애인 주거지원서비스 기준 개발 연구. (연구보고서 정책 21-14). 한국장애인개발원
117) 한국장애인개발원. (2019). 장애인 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구. (연구보고서 정책 19-12). 한국장애인개발원.
118) 한국보건사회연구원. (2014). 장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안(연구보고서 2014-13). Retrieved from: https://repository.kihasa.re.kr/bitstream/201002/13609/1/%EC%97%B0%EA%B5%AC%EB%B3%B4%EA%B3%A0%EC%84%9C%202014-13.pdf
119) 한경근, 이미경, & 박윤정. (2009). 중도, 중복장애의 개념, 진단평가 및 교육지원 관련 연구동향 분석. 지체중복건강장애연구 (구 중복·지체부자유아교육), 52(1), 287-316.
120) 한숙정, & 김효선. (2014). ICF 모델에 근거한 저소득 재가노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 한국보건간호학회, 28(2), 333-347.
121) 홍성철, 김문두, & 황승욱. (2003). 제주 농촌 지역 주민들의 우울증 유병률 및 우울증상과 관련요인. 대한가정의학회, 24(9), 9-844.
122) 홍세희, & 노언경. (2011). 장애인 임금근로자의 일상생활 만족도 변화. 세미나· 토론회, 333-348.
123) 황영호, 김매이, & 윤소영. (2018). 1인가구 성인과 다인 가구 성인

의 규칙적 체육활동에 영향을 미치는 변인 연구. 한국여가레크리에이션학회지, 42(3), 109-120.
124) 황주희. (2015). 장애인구의 고령화: 실태 및 시사점. 보건복지 Issue & Focus, 278, 1-8.
125) Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. Journal of the academy of marketing science, 16(1), 74-94.
126) Barnes, C., & Mercer, G. (1996). Exploring the divide: Illness and disability. Leeds: Disability Press.
127) Bauman, W. A., Adkins, R. H., Spungen, A. M., & Waters, R. L. (1999). The effect of residual neurological deficit on oral glucose tolerance in persons with chronic spinal cord injury. Spinal cord, 37(11), 765-771.
128) Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. Social Epidemiology, 1, 137-173.
129) Bernell, S. L. (2003). Theoretical and applied issues in defining disability in labor market research. Journal of Disability Policy Studies, 14(1), 36-45.
130) Cho, Y., Park, G. S., & Echevarria-Cruz, S. (2005). Perceived neighborhood characteristics and the health of adult Koreans. Social Science & Medicine, 60(6), 1285-1297.
131) DeJong, G., Palsbo, S. E., & Beatty, P. W. (2002). The organization and financing of health services for persons with disabilities. The Milbank Quarterly, 80(2), 261-301.
132) Dilani, A.(2008). Psychosocially supportive design: A salutogenic approach to the design of the physical environment. Design and Health Scientific Review, 1(2), 47-55.
133) Douglas, S., & Massey, D. (1993). American apartheid:

Segregation and the making of the underclass. Cambridge, MA: Harvard University Press.

134) Duncan, D. T., Piras, G., Dunn, E. C., Johnson, R. M., Melly, S. J., & Molnar, B. E. (2013). The built environment and depressive symptoms among urban youth: a spatial regression study. Spatial and spatio-temporal epidemiology, 5, 11-25.

135) Etter, S & Grzywacz. J. (2001). Worker's Perception of How Jobs Affect Health: A Social Ecological Perspective. Journal of Occupational Health Psychology. 69(3), 102-110.

136) Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care In: Working Paper N 6. Toronto, Ontario: Canadian Institute for Advanced Research.

137) Fleury, J., & Lee, S. M. (2006). The social ecological model and physical activity in African American women. American journal of community psychology, 37(1), 129-140.

138) Funk, S. G., Tornquist, E. M., Leeman, J., Miles, M. S., & Harrell, J. S.(2001). Key Aspects of Preventing and Managing Chronic Illness. New York: Springer Publishing Company.

139) Gardiner, J. C., Luo, Z., & Roman, L. A. (2009). Fixed effects, random effects and GEE: What are the differences?. Statistics in medicine, 28(2), 221-239.

140) Hahn, H. (1985). Towards a politics of disability: Definitions, disciplines, and policies. Social Science Journal, 22, 87 - 105.

141) Hairi, N. N., Bulgiba, A., Cumming, R. G., Naganathan, V., & Mudla, I. (2010). Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. BMC Public Health, 10(1), 1-13.

142) Honey, A., Emerson, E., & Llewellyn, G. (2011). The mental

health of young people with disabilities:impact of social conditions. Social Psychiatry Epidemiology, 46, 1-10

143) Jeong, K. C., Koo, K. M., & Kim, C. J. (2016). An analysis on relationships among exercise participation, depression experience, and suicidal ideation of people with visual impairment. Indian Journal of Science and Technology, 9(25), 1-5.

144) Jun, H. J., & Park, S. (2019). The effect of cross-level interaction between community factors and social capital among individuals on physical activity: considering gender difference. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(3), 495.

145) Kim, T. S., & Kim, D. J. (2007). The association between smoking and depression. Korean Journal of Psychopharmacology, 393-398.

146) Kim, C. J., & Koo, K. M. (2017). The effects of physical activities of disabled men with stroke on depression and suicidal ideation. Korean J Physical Education, 56, 657-664.

147) Kohout, F. J., Berkman, L. F., Evans, D. A., & Cornoni-Huntley, J. (1993). Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. Journal of aging and health, 5(2), 179-193.

148) Krause, N., & Borawski-Clark, E. (1994). Clarifying the functions of social support in later life. Research on Aging, 16(3), 251-279.

149) Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. Jama, 279(21), 1703-1708.

150) Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., & Chatterji, S. (2006). The definition of disability: what is in a name?. The Lancet, 368(9543), 1219-1221.

151) Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. Biometrika, 73(1), 13-22.
152) Lindstrom, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., ... & Finnish Diabetes Prevention Study Group. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. Diabetes care, 26(12), 3230-3236.
153) Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatric services, 52(12), 1621-1626.
154) Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatric services, 52(12), 1621-1626.
155) Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of health and social behavior, extra issue, 80-94.
156) Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44 (3), 151-160.
157) Lunsky, Y. (2006). Individual differences in interpersonal relationships for persons with mental retardation. International review of research in mental retardation, 31, 117-161.
158) Massey, Douglas S., and Nancy A. Denton. (1993). American apartheid: Segregation and the making of the underclass. Cambridge, MA: Harvard University Press.
159) McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health education quarterly, 15(4), 351-377.

160) Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. B. Sussman (Ed.). Sociology and rehabilitation, 100 - 113.
161) North, T. C., & McCullah, P. (1988). Aerobic and Anaerobic Exercise as a Treatment for Depression: Meta-Analysis. Association for the Advancement of Applied Sport Psychology: Nashua, NH, USA, 96-108.Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. American journal of preventive medicine, 45(5), 649-657.
162) Northridge, M. E., Sclar, E. D., & Biswas, P. (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. Journal of urban health, 80(4), 556-568.
163) Norton, E. C., Bieler, G. S., Ennett, S. T., & Zarkin, G. A. (1996). Analysis of prevention program effectiveness with clustered data using generalized estimating equations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(5), 919.
164) Pan, W. (2001). Akaike's information criterion in generalized estimating equations. Biometrics, 57(1), 120-125.
165) Preechawong, S., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M., Musil, C. M., Kercsmar, C., & Aswinanonh, R. (2007). Relationships of family functioning, self-esteem, and resourceful coping of Thai adolescents with asthma. Issues in Mental Health Nursing, 28(1), 21-36.
166) Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied psychological measurement, 1(3), 385-401.
167) Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2001). Neighborhood disadvantage,

disorder, and health. Journal of health and social behavior, 258-276.

168) Sampson, R. J., & Raudenbush, S. W. (2004). Seeing disorder: Neighborhood stigma and the social construction of "broken windows". Social psychology quarterly, 67(4), 319-342.

169) Sohn, A. R. (2010). The effects of stress and depression on problem drinking. Health and social science, 27(1), 61-79.

170) Srivastava, A., Taly, A. B., Gupta, A., & Murali, T. (2010). Post-stroke depression: prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors. Annals of Indian Academy of Neurology, 13(2), 123.

171) Stokols, D. (2000). Social ecology and behavioral medicine: implications for training, practice, and policy. Behavioral medicine, 26(3), 129-138.

172) Turner, R. J. & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. Journal of Health and Social Behavior, 29(1), 23-37.

173) Van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, A. H. C. (2013). Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities, 34(4), 1280-1288.

174) VanDerHorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. Aging & Mental Health, 9(6), 517-525.

175) Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. International journal of epidemiology, 34(3), 610-622.

176) Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B. O. B.,

& Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: Cross - sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. The British Journal of Psychiatry, 180(5), 428-433.

177) Westling, D., & Fox, L. (2000). Philosophy and best practices for educating persons with severe disabilities. Teaching students with severe disabilities, 30-55.

178) World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all: executive summary. In World mental health report: transforming mental health for all: executive summary.

179) World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization.

180) World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). Geneva: WHO

181) World Health Organization. (2014). Mental health: A state of well-being. World Health Organization. Geneva: WHO

182) World Health Organization. (2011). World report on disability. Geneva: WHO

183) World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO

184) Wilhelm, K., Mitchell, P., Slade, T., Brownhill, S., & Andrews, G. (2003). Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. Journal of affective disorders, 75(2), 155-162.

185) Wight, R. G., Botticello, A. L., & Aneshensel, C. S. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. Journal of youth and

adolescence, 35(1), 109-120.
186) Yu, H. W., Chen, D. R., Chiang, T. L., Tu, Y. K., & Chen, Y. M. (2015). Disability trajectories and associated disablement process factors among older adults in Taiwan. Archives of gerontology and geriatrics, 60(2), 272-280.
187) Zimmer, Z., & Chappell, N. L. Mobility. (1994). Restriction and the use of devices among seniors. Journal of Aging and Health, 6(2), 185-208

Abstract

Multidimensional Factors Affecting Depression in People with Disabilities - Focusing on the comparison between single-person and multi-person households

Jooyeon Jeon
Dep. of Health Care Management and Policy
The Graduate School of Public Health
Seoul National University

The disabled population in Korea is aging faster than the general population, and single-person households are also increasing. Moreover, as the policy emphasizing deinstitutionalization and independent living of the disabled expands, so does the demand for

access to health problems tailored to each household type of the disabled living in the community.

Depression, in particular, is a representative indication of mental health for the disabled that not only has a greater level than the non-disabled, but also has distinctive patterns for each household type. Despite this trend, most of the studies related to depression with disabilities focused on the influence of individual characteristics such as sociodemographic characteristics and disability characteristics, and studies that comprehensively considered the environmental dimension, that is, the social and physical environments, were lacking. Additionally, no studies confirming the affecting elements of depression by distinguishing the household kinds of the disabled were found.

Therefore, this study aims to analyze and compare factors influencing depression of adults with disabilities who responded to the first and second rounds of the panel data survey on the lives of the disabled by the Korea Development Institute for the disabled. Individual and Inter-personal factors are constructed based on an ecological model and a theoretical framework that applied the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health.

Furthermore, the factors influencing depression derived by household type were compared and analyzed through sub-group analysis. The following are factors affecting depression that were commonly found in the two household types using the generalized estimation equation.

Individual factors were frequency of periodic exercise, chronic disease status, general need for assistance in performing daily activities, and perception of the living area's environment. Further,

among the interpersonal variables, family's emotional support and help were detected. Neighbor's emotional support and help were found to have a significant effect on depression in multi-person households with disabilities, but not in single-person households with disabilities, among the functional social networks.

What the analysis results have in common is that when the frequency of periodic exercise meets more than the recommended amount of physical activity, it has an emotional effect such as depression prevention. Also, it is important to expand chronic disease management and overall daily life support services to alleviate depression for the disabled.

Second, it can be seen that an alternative to prevent depression of the disabled can be effective when developed based on understanding the mutual connection with the subjective perception of the local community's physical environment.

Third, an approach for strengthening family function when moderating depression of the disabled is required. In other words, the functional characteristics of family connection, such as emotional support and familial help, must be carefully considered.

The difference between the two types of households shown in the study means that the social network of neighbors and friends who are providing emotional support of multi-person households with disabilities contributes to the prevention of depression. Therefore, mental health programs that help build high-quality relationships can be effective.

This research is meaningful in that it can be utilized as baseline data when developing specific public health policies for each family type to prevent depression in the community's disabled people.

keywords : depression, disability, single-person households, multi-person households, ecological model, WHO ICF
Student Number : 2021-26696