

# 장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향

김 형 수 (Kim, Hyeong-Soo)\*

(E-mail : lodkhs@hanmail.net)

김 용 섭 (Kim, Yong-Seob)\*\*

(E-mail : yskim11@chosun.ac.kr)

논문접수일 : 2009년 1월 15 일

논문심사일 : 2009년 1월 19 일

게재확정일 : 2009년 1월 21 일

---

\* 학위취득대학 : 조선대학교

현직: 조선대학교 강사(제1저자)

\*\* 학위취득대학 : 일본 규슈대학교

현직: 조선대학교 부교수(교신저자)

## 장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향

### <국문요약>

본 연구는 장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향을 실증적으로 분석하여 정책적 함의를 밝히는데 목적이 있다. 연구대상자는 전라남도에 거주하는 65세 이상 등록 재가 장애인 중 430명을 편의모집(purposive sampling)하여 조사하였다. 연구결과는 SPSS 14.0 통계패키지를 이용하여 빈도분석, 기술통계분석, chi-square test, t-test, ANOVA, 위계적 회귀분석을 실시하였다. 주요결과는 다음과 같다. 우울과의 관계에서는 여성 장애인, 뇌병변 장애인, 사별 장애인, 저학력 장애인, 경제수준이 열악한 장애인, 기초생활수급 장애인의 우울 정도가 높은 것으로 나타났다. 삶의 질에 있어서는 장애기간이 30년 이상인 장애인, 기초생활 비수급 장애인, 경제수준이 좋은 장애인, 청각장애노인의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또한 우울이 높을수록 삶의 질이 저하되는 것으로 나타났다.

연구결과를 토대로 다음과 같이 장애인에 대한 복지적 함의를 제시하고자 한다. 첫째, 장애인들의 우울 정도가 높고 삶의 질이 열악하므로 장애인에 대한 특별한 관심과 지원이 필요하다. 둘째, 장애노인의 삶의 질이 장애유형과 등급에 따라 다르므로 복지서비스 실천에서 이러한 차이를 반영하는 것이 필요하다.

[ 주제어 ] 장애인, 우울, 삶의 질

## I. 서론

장애노인의 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 그들의 문제가 심각한 사회문제로 부각되고 있는 이 시점에서 장애노인의 우울과 삶의 질과의 관계를 탐색하는 것이 본 연구의 목적이다. 구체적으로 설명하면, 장애노인들은 장애와 노화로 인한 기력의 쇠퇴, 건강 악화, 만성질환과 같은 신체건강문제와 소외, 고독, 우울 등의 정신 건강 면에서 어려움을 겪게 되며 동시에 사회에서의 역할상실, 경제력의 저하 등으로 여러 가지 변화를 수반하는 환경 속에서 생활하고 있다.

더구나 우리사회의 급격한 고령화 가속현상과 장애노인의 발생 추이율을 볼 때 앞으로 우리사회가 해결해야 할 중요한 과제의 하나는 장애노인의 삶의 향상이 될 것으로 예측된다. 이러한 측면에서 장애노인들이 건강하고 안녕적인 삶을 영위할 수 있도록 하기 위해서는 장애노인들의 삶의 질 수준을 살펴보고 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 밝혀내는 연구를 할 필요가 있다.

최근의 연구에서는 신체적 건강에 초점을 두었던 것에서 벗어나 심리적인 측면들이 강조되고 있다. 즉 장애노인들은 신체적 장애로 심리·정서적인 문제를 지닐 위험성이 높기 때문에 장애노인의 행복한 삶을 위해서 심리적 건강의 중요성(Wong, 1989), 신체적인 건강과 상관없이 심리적 요인에 관한 연구(Cuse & Masesar, 1999)등이 주목받고 있다. 그럼에도 불구하고 우리사회에서는 장애노인에 대한 심리적 측면에서 접근한 연구가 이루어 지지 않고 있다. 따라서 장애노인들의 삶의 질 향상을 위해서는 신체적 장애를 극복하기 위한 다양한 방법이 모색되고 문제해결능력을 향상시킬 수 있는 심리적 요인을 강화시켜 줌으로써 자신들이 처해 있는 상황을 극복하게 할 필요가 있다.

이러한 이유에서 우리사회에 거주하는 장애노인의 중요한 심리

적 문제 중 하나인 우울과 삶의 질에 대한 관심이 필요하다. 그러나 현실적인 측면에서 장애인에 대한 특성을 무시하고 일반노인과 동일시하거나 일반노인의 범주 속에서 생각하다보니 장애인에 대한 관심이 아직까지 미약한 수준에 머무르고 있으며, 연구 역시 거의 이루어 지지 않고 있는 상태이다. 다만 노인을 대상으로 한 연구에서 노년기는 삶의 질이 저하되고 우울을 경험하기 쉬운 시기로 알려져 있다. 실제로 우울은 노인이 경험하는 심리적 어려움 가운데 가장 흔하며 전체 노인의 15%정도가 임상적 치료를 요하는 수준의 우울을 보인다(권석만, 2003; Lawrence et al., 2006; 이인정, 2007). 그러나 노년기 우울이나 삶의 질 저하가 장애인 집단에서도 일률적으로 해당하는 현상으로 볼 수 있는가?

이러한 노인 일반에 대한 연구 결과를 적용하더라도 장애인들의 특성을 무시하고 하나의 동일한 집단으로 보아야 하는가에는 의문의 여지가 있다. 이러한 점에서 장애인들에게 있어 우울과 삶의 질과의 관계 연구가 필요하다 할 것이다. 즉 본 연구는 장애노인의 삶의 질 향상에 있어서 우울과의 관련성을 고찰하고 향후 장애노인의 삶의 방향성을 조명해보는 탐색적 수준의 연구로서 의의를 갖는다.

따라서 본 연구는 우리나라의 장애인들의 우울과 삶의 질 수준 및 우울과 삶의 질과의 관계를 파악하고 장애유형, 장애기간 등 인구통계학적 특성에 따라 우울과 삶의 질이 어떠한 차이가 있는지 알아보고자 한다. 즉 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 인구통계학적 특성에 따라 우울은 어떠한 차이가 있는가?

연구문제 2. 인구통계학적 특성에 따라 삶의 질은 어떠한 차이가 있는가?

연구문제 3. 장애노인의 우울과 삶의 질은 어떠한 관계가 있는가?

이러한 연구가 장애인노인의 삶의 질을 총체적으로 이해하는 데는 다소 제한적일 수 있다. 그러나 장애인노인의 삶의 질에 대한 연구가 매우 부족한 현실에서 장애인노인의 삶을 이해하는데 유용할 것으로 생각된다.

## Ⅱ. 이론적 배경

### 1. 우울과 삶의 질 개념

#### 1) 장애인노인

어떠한 대상이나 현상이 이름을 갖게 되면 그 이름은 인식의 기준이 되고, 더 나아가 그 대상과 현상에 대한 이해와 태도를 결정하게 한다. 장애인과 노인을 지칭하는 용어에 있어서도 그 시대의 사회·문화적 여건과 정치·경제적 상황에 따라 다양하게 인식되어지고 호칭되어 왔다. 즉 장애인노인에 대한 인식은 장애와 노화에 대해서 산업화시대까지는 병리적 현상으로 또는 신의 저주로 생각되어지거나, 장애인과 노인은 무가치하고 무위한 사람으로 사회에서 제거되어야 할 존재로 인식되었다. 그러던 것이 두 차례의 세계대전으로 많은 장애인이 출현하였으며, 급속한 산업화는 산업재해와 질병을 일으켜 이에 대한 국가의 예우와 보호의 책임이 대두되었다.

또한 노화를 병리적 노화로 보는 경향에서 노년의학, 노년생물학 및 노년사회학 등이 발달됨에 따라 노화 그 자체가 병리적 현상이 아니며 정상적 노화과정에서 나타날 수 있는 부정적인 과정으로 인식되었다. 이러한 환경의 변화에 따라 장애인과 노인에 대한 사회복지의 방향은 개별적이고, 자선과 온정주의적 접근에서 시민의 권리로서 사회적·제도적 접근으로 발전·변화되어가고 있다.

또한 국제 환경의 변화와 제도의 변천 및 보건의료 기술의 발달에 따라 장애인에 대한 사회적 접근이 변화되어 가고 있다. 이러한 관점에서 노인복지와 장애인 복지의 주된 대상이자 주체인 장애인에 대한 정확한 이해를 위하여 장애노인의 개념을 보다 명확히 하는 것이 필요하다. 학술적인 측면에서의 노인에 대한 정의는 모든 인간은 성장, 성숙, 그리고 노화라고 하는 세가지 단계를 거쳐 발달(Atchley, 2000)하게 되는데, 이 중에서 노화단계에 속하는 사람들을 “노인”으로 지칭하게 된다. 여기서 노화의 말 속에는 생물학적·심리적 그리고 사회적 기능이 쇠퇴해 간다는 의미를 지니고 있다. 그럼에도 일반적으로는 연령이나 생물학적인 늙어 감을 이야기한다. 즉, 노인에 대한 명확한 정의는 개인의 신체적인 특성이나 사회의 문화적인 차이에 따라 그 기준이 다양하게 정의되어 질 수 있으나 일반적으로 역연령(曆年齡, chronological age)에 의한 개념의 정의로 연령에 따라 분류하는 것이 보편적이다. 우리나라의 경우 노인복지법, 경로연금제도 및 각종 경로우대제도에서 65세를 기준으로 하고 있다.

장애인의 경우에도 각 법률마다 달리 정의되고 있다. 역사적 변천은 있었으나 현행 우리나라 장애인복지법 제2조에서는 장애인은 “신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있다. 따라서 현행 우리나라 장애의 정의에는 신체적 또는 정신적 장애라는 의학적 원인이 존재하며 이러한 원인에 의하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태라는 두 가지 조건에 의하여 규정된다. 반면 장애인 고용정책에 기초가 되는 장애인고용촉진 및 직업재활법 제2조에서는 장애인은 “신체 또는 정신상의 장애로 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자”로 정의되고 있다(김형수, 2008).

이상의 논의를 중심으로 장애노인을 정의하면 인간의 발달 주기 중 생물학적·심리적 그리고 사회적 기능이 쇠퇴해 가는 단계

에 속한 65세 이상 노인으로 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 어려움을 겪고 있는 노인이라 할 수 있을 것이다. 단, 장애인인을 단순히 신체적·기능적으로 또는 심리사회적으로 불리한 장애를 지닌 집단으로 규정하려는 시각에서 벗어나야 한다. 또한 장애인과 노인의 정의의 상당부분에서 유사한 측면을 발견할 수 있으며 이는 노인으로서 노인문제와 아울러 장애문제에 대해서도 관심을 갖고 함께 해결해 나아가야 할 것으로 사료된다. 그러나 장애인에 대한 왜곡된 인식과 태도는 장애노인의 우울감의 증가와 삶의 질을 저하시키는 실질적인 장벽으로 존재할 수 있으며 장애인 당사자가 느끼는 가장 커다란 장벽이 되고 있다. 이러한 장벽을 없애기 위해서는 장애인인을 이해하는 것이 우선되어야 한다. 장애와 노인의 이해를 위해 노력하는 이유는 우리 모두 가변적인 장애인이라고 할 수 있기 때문이다.

## 2) 우울

우울은 슬픈 감정이 심하고 일상생활에 대한 흥미와 관심이 없으며 활동 수준이 떨어지고 비관적이고 자기 비판적인 사고가 팽배하여 자신이 처한 현재와 미래의 상황을 어둡게 보고 사소한 일에도 의사 결정을 잘못하여 고립되어 생활하는 것을 말한다(김도환·송예현, 2004: 77 재인용). 또한 인간은 누구나 노화와 장애를 겪을 수 있으며 이러한 과정 속에서 생리적, 심리적, 경제적, 사회적, 문화적으로 변화를 거치게 되며, 이러한 과정에서 두드러지게 나타나는 특징 중 하나가 우울경향의 증가를 들 수 있다. 이러한 우울증상의 유병률은 연구대상의 인구통계학적 특성에 따라서 많은 차이를 보여주고 있다.

연령의 측면에서 우울증상은 다른 연령보다 노인에게서 가장 많이 일어나는 정서적 장애 중의 하나이며(김도환 외, 2004), 원정문·강영곤·배철영·이호택·이석기·이영진(1998)의 연구에서는

건강검진 센터를 방문한 65세 이상 노인의 약 40%가 우울성 성향을, 10~15%가 우울증상을 나타내며 이들 중 1~4%가 주요 우울증을 나타낸다고 보고하였다. 건강상태와 우울과의 관계에서 살펴보면 지역사회거주노인의 15%, 외래를 방문하는 노인환자의 20%, 노인입원환자의 40%, 그리고 요양원에 입소되어 있는 노인의 50%에서 우울증상을 가지고 있다고 보고하였다(Koeig · Blazer, 1992; 이금재 · 박혜숙, 2006; 박미진, 2007). 조은희 · 전진호 · 이상원(2000)의 연구에서는 65세 이상 만성질환을 가진 노인 402명을 대상으로 우울 정도를 조사한 결과 전체 노인의 61.2%가 우울이 있는 것으로 나타났다. 그 외의 연구에서도 건강상태가 좋지 못할수록, 사회활동참여가 적을수록 우울이 높은 것으로 나타났으며(배지연 · 김원형 · 윤경아, 2005), 일상생활동작수행능력과 수단적 일상생활동작수행능력이 높을수록 우울정도가 낮은 것으로 나타났다(김병하 · 남철현, 1999; 강희숙 · 김근조, 2000; 허준수 · 유수현, 2002). 거주지역에 따라 살펴보면, 65세 이상 농촌거주 노인 중 우울군은 10%(오병훈, 1999), 도시지역 노인의 유병률은 15.8%(조맹제 · 함봉진 · 주진형 · 배재남 · 권준수, 1998)를 나타냈다.

이상의 다양한 통계에서 유추해 볼 수 있는 것은 만성질환자의 40~60% 정도가 우울증에 노출되어 있다고 볼 수 있으며, 이러한 사실은 장애인노인은 누구나 우울증 예비군이라 할 수 있다는 점이다. 특히 장애인노인의 경우 비장애인노인에 비해 의존성의 증가, 사회적 고립 등 장애로 인해 우울의 위험이 높은 대상이 될 수 있고 삶의 질을 저하시키는 요인이 될 것이다. 따라서 장애인노인에게 흔히 발생할 수 있는 우울관리와 예방적 개입은 매우 중요하다고 볼 수 있다.

### 3) 삶의 질

삶의 질(Quality of Life)의 개념은 사회지표에서 유래된 객관적

이고 주관적인 속성을 지닌 다차원적인 개념으로 그 정의가 매우 다양하다. 일반적으로 삶의 질 개념은 안녕(well-being), 복지(welfare), 만족도(satisfaction), 행복감(happiness) 등과 유사한 개념으로 사용되기도 하는 삶의 질(QOL)의 개념은 아직 표준화되거나 정리되어 있지는 않지만, 이들을 모두 포함하는 보다 상위의 개념이라고 볼 수 있다.

이러한 삶의 질(Quality of Life)은 무엇이 좋은 삶이고 만족스러운 삶인가에 대해서 다양한 생각이나 의견들이 제시될 수 있다. 즉 세계보건기구(WHO, 2000)의 경우 수명의 질이라고 할 수 있는 건강수명(DALE)이라는 새로운 삶의 질에 관련한 통계를 발표했다. 건강수명은 평균수명에서 질병이나 부상으로 인한 평균적 장애기간을 뺀 것이다. 이 통계는 인간에게 중요한 것은 장수하는 것 이상으로 편안하게 사는 것을 강조한 것이다. 이러한 측면에서 장애인 노인의 건강수명은 매우 열악하다고 볼 수 있으며 이러한 결과는 삶의 질 역시 비장애노인보다 더 심각할 것이라고 추정할 수 있을 것이다. 이동우·이규식(1997)은 일반적인 삶의 질과 노인의 삶의 질의 개념은 동일하게 봐야 한다는 논의와 노인의 삶의 질은 그들의 특이한 삶의 특성을 반영하도록 구성되어야 한다는 주장(Cumming & Henry, 1961), 삶의 질 개념이나 그 하위영역은 모든 연령층에 동일하지만 단지 각 영역이 갖는 가중치만 다를 뿐이라는 주장을 검토한 후 삶의 질의 개념이나 영역구성은 연령에 상관없이 동일하지만, 각 영역이 갖는 중요성은 연령에 따라 다르다고 결론을 내리고있다(오영희·석재은·권중돈·김정석·박영란·임정기, 2005: 59-60 재인용).

일반적으로 노인을 대상으로 한 삶의 질 연구에서 인구통계학적 특성에 따라 삶의 질에 차이가 있는 것으로 나타난다. 성별에 따른 삶의 질 차이에 대해서는 상반된 결과들이 나타나고 있는데, 노인의 삶의 질에 있어서 성에 따른 차이가 없다는 결과(김태현·김동배·김미혜·이영진·김애순, 1999)와 남성노인이 여성노인보

다 삶의 질이 높다는(김태현 외, 1999; 김정석, 2000)연구가 있다. 연령에 따른 삶의 질 연구에서 연령이 많을수록, 주관적 삶의 질 수준이 높아지는데, 이것은 연령이 많을수록, 근심걱정이 적고, 변화에 대한 열망이나 기대가 낮기 때문이라 한다(Celine, Normand, Raymond, 1998). 교육수준에 따른 삶의 질의 차이에 대해서는 삶의 질 결정에 가장 강한 영향을 미치는 변수이며(권중돈·조주연, 2000), 교육수준이 높을수록 삶의 질이 높아진다는 연구결과가 있다. 장애인인의 삶의 질은 장애등급, 장애유형 등에 따라서도 삶의 질에서 차이를 보여줄 수 있으므로 장애인인의 삶의 특성을 반영한 정책이나 서비스가 개발되어야 한다는 점을 시사하고 있다. 이는 김미옥(2003)의 연구에서도 장애유형에 따라 생활만족도에 차이가 나타나는 것으로 조사되었다. 장애유형별로는 뇌병변 장애인인의 생활만족도가 가장 낮았으며, 다음으로는 지체장애, 시각장애, 청각장애의 순이었다. 이러한 결과는 장애유형이 장애인인의 생활만족도를 결정하는데 중요한 의미를 가짐을 알 수 있다.

결론적으로 장애인인의 삶의 질이란 한 개인이 노화와 장애가 있다는 현실 속에서 장애에 대한 성공적인 수용과 적응을 통해서 가능하다. 이러한 토대위에서 볼 때 장애인인의 삶의 질이란 단순히 경제적수준의 향상뿐만 아니라 행복한 삶을 추구하고자 하는 각 개인의 환경이나 가치관, 사회문화적 기준에 따라 달라질 수 있고 세대에 따라 변화되어 가는 개념이라 할 수 있다. 또한 삶의 질을 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적, 물질적 생활여건뿐만 아니라 주관적인 생활만족의 구성요소와 이에 영향을 미치는 요인들과 밀접한 상관성을 갖는 물리적·비물리적 가치의 총화라 정의할 수 있다(김형수, 2008: 31 재인용).

## 2. 우울과 삶의 질에 관한 선행연구

본 연구에서는 장애인인에 대한 연구가 미비하여, 비장애인인과

장애인을 대상으로 한 연구를 중심으로 우울과 삶의 질과의 관련 문헌을 고찰하였다. 우울은 노년기 삶의 질과 관련하여 노년학과 노인복지에서 관심의 초점이 되어 왔으나 장애인노인의 삶의 질과 우울에 관한 연구는 찾아보기 어렵다. 권오균(2008)의 장애인노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구와 비장애인노인을 대상으로 한 연구에서 우울과 삶의 질과의 인과관계가 있는 것으로 조사되었으며 일반적으로 우울이 삶의 질을 저하시키는 것으로 보고되어지고 있다.

이러한 측면에서 우울을 장애인노인이 겪게 되면 개인의 삶의 질이 떨어지게 될 뿐 아니라, 가족 또한 여러 어려움에 처하게 될 것이다. 더욱이 경제상태가 열악하고 활동이 자유롭지 못한 장애인노인의 경우 소외감이나 상실감을 가질 수 있어 더 많은 어려움에 직면하게 될 것이다. 이러한 관점에서 장애인노인의 심리적 부담감이 더 심해지고 있는 이 시점에 장애인노인의 삶의 질을 보다 효과적으로 개선하기 위해서는 현재의 장애인노인의 우울정도를 파악하고 삶의 질과 우울과의 관련성을 규명할 필요가 있다.

비장애인노인을 대상으로 한 연구를 살펴보면 노인 우울은 우울의 특성으로 간주되는 피로감, 수면장애, 신체적 문제의 호소 등이 없이 나타나기도 하고 우울에 의한 신체적 문제의 호소가 있어도 노화에 따른 결과로 생각하여 조기발견과 치료에 어려움이 있다(성기월, 1992). 노인은 신체기능의 약화, 자녀문제, 경제적 문제, 가까운 사람의 상실, 직장에서의 은퇴 등으로 인해 우울증이 나타날 가능성이 가장 높은 시기이며 처한 특수한 상황으로 인해 다른 연령군에 비해서 우울에 빠질 가능성이 크다(정인파·한준수·이현수·이성근, 1997; 손신영, 2006). 이러한 우울과 삶의 질과의 관계를 살펴보면 다음과 같다.

대도시 지역의 노인들을 대상으로 한 연구에서 우울과 삶의 질 간에는 역상관관계가 있다고 하였다(김태현 외, 1999). 우울증이 있는 노인이 정상노인보다 삶의 질이 더 낮았으며(연병길·서국희·

류성곤·임종우·방현숙·신지용·한창환, 1999). 농촌노인을 대상으로 한 연구에서도 우울점수가 삶의 질 점수 간에는 역상관관계를 보여 우울증상이 심할수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다(김희자, 2000; 정영해, 2004). 시설노인들을 대상으로 한 삶의 질에 영향을 미치는 연구결과 우울이 가장 큰 영향을 주는 것으로 나타났으며(송애랑·소희영, 2000), 우울은 건강관련 삶의 질에 영향을 준다는 연구들(Demural and Sato, 2003; Kobau et al., 2004)이 있다. 저소득 재가노인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구에서 우울은 삶의 질과 높은 상관관계를 보였고, 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 우울이 전체변량의 42.4%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다(임은실, 2003). 장애인을 대상으로 한 연구에서 우울은 척수손상인에게는 흔히 발생하는 것으로 삶의 질을 저하시키는 요소로 많은 연구결과에서 밝혀졌다(안일남·오정희, 1987; Tate et al., 1994; Whalley Hammell, 1994; 편성범·김세주, 1994; 곽은희·박창일, 1994; Boekamp, Over-holser and Schubert, 1996; 김애리, 2000).

이상에서 살펴 본 바와 같이 우울은 노인의 정신건강과 안녕에 심각한 영향을 미치고 노인의 기능상태와 일상생활에 있어 삶의 질을 저하시킨다. 그러나 장애인이라는 것 자체가 우울을 유발하는 요인으로 볼 수는 없다. 장애인 중 일부는 노화와 장애를 그대로 잘 받아들이고 노년기를 건강하게 보내고 있기 때문이다. 비장애인에 비해 장애로 인한 활동의 제약, 신체질병, 경제적 상실감, 사회적이고 문화적 소외감 등은 심리적으로 압박을 주거나 스트레스가 되어 장애인이 이를 감당하지 못하면 우울 증상이 나타날 수 있다. 이러한 우울증상은 장애노인의 삶의 질이나 행복감을 저하시키는 요인이 된다. 따라서 장애노인의 삶의 질이 우울 정도와 어떤 관계를 가지고 있는지 즉 우울이 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는가를 확인해 보는 것은 장애노인의 삶의 질을 깊게 이해하는데 도움이 될 것이다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 조사대상

본 연구는 노인복지법상 65세 이상 등록 재가 장애노인이며 이들의 삶의 질 향상 차원에서 그리고 지리적·시간적 여건의 제약 때문에 실증분석을 위한 사례지역을 전라남도에 거주하는 등록 재가 장애노인으로 한정하였다.

설문조사는 2007년 7-9월에 걸쳐서 이루어졌고 설문분석을 위해서 연구의 편의상 장애노인의 범위를 한정할 필요가 있었으므로 본 연구의 조사 대상은 전라남도에 거주하는 65세 이상 등록 재가 장애노인 중 인지장애가 없는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애 및 언어장애 노인 430명으로 한정하였다. 연구대상을 인지장애가 없는 장애노인으로 한정한 이유는 의식상태가 뚜렷하지 않아 설문에 참여할 수 없는 장애노인을 제외할 필요가 있었기 때문이다.

또한 체계적인 조사를 위하여 읍·면·동의 사회복지사와 생활지도사를 활용하여 조사를 진행하였다. 설문대상 지역은 전라남도의 두 개의 시와 두 개의 군을 선정하였다. 표본의 추출방법은 편의모집(purposive sampling)하여 조사하였다.

#### 2. 변수의 구성 및 측정

##### 1) 배경변수

장애노인의 인구통계학적 특성으로는 성별, 연령, 결혼상태, 학력, 기초생활수급자여부, 중복장애여부, 장애기간, 월 총수입, 주된 장애와 급수를 조사하였다.

## 2) 우울

본 연구에서는 Yesavage et al.(1983)이 만들고 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale)의 Short Form을 우리나라에서 기백석(1996)이 번역하여 표준화된 한국판 노인 우울척도 단축형 도구를 사용하였다. 15문항으로 구성되어 있는 척도로 각 질문에 '예', '아니오'로 응답하게 되어 있으며, 우울과 관련된 응답은 1점, 그렇지 않은 경우는 0점이고 총 0점에서 15점까지의 우울점수를 측정하였다. 총 15점 중 측정점수가 6이상이면 우울로 간주한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .863$ 으로 나타났다.

## 3) 삶의 질

WHO(1993)에서는 삶의 질을 "한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각"이라고 정의 내렸으며(The WHOQOL Group, 1995), WHO가 개발한 WHOQOL-100의 간편형 WHOQOL-BREF척도를 이용하여 측정하며, 하부영역은 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 관계, 환경의 4개영역과 전반적인 삶의 질에 관한 질문 등 총 26문항으로 구성되어 있다.

각 문항은 Likert 5점 척도를 사용하였으며, '전혀 그렇지 않다(매우 불만족)=1점', '그렇지 않다(불만족)=2점', '보통이다=3점', '그렇다(만족)=4점', '매우 그렇다(매우 만족)=5점'으로 구성되어 있고 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 평균이 높을수록 삶의 질 정도는 좋은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .938$ 으로 나타났다.

### 3. 자료분석

본 연구에서는 먼저 측정도구의 내적일치도를 검증하기 위해 Cronbach's  $\alpha$ 를 사용한 신뢰도 분석이 이루어졌다. 또한 빈도분석 및 기술통계분석을 사용하여 응답자의 일반적 특성과 우울, 삶의 질의 실태를 분석하였다. 연구문제 1과 연구문제 2를 검증하기 위해 chi-square test, t-test, ANOVA분석을 실시하였다. 연구문제 3에서 우울과 삶의 질 간의 관계를 알아보기 위하여 위계적 회귀분석이 이루어졌다. 한편 자료의 분석을 위해서 SPSS 14.0 Package를 활용하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 인구통계학적 특성

본 연구의 조사대상자인 장애노인의 인구통계학적 특성은 <표 1>에 제시되어 있는 바와 같다. 우선 표본의 성별구성은 430명 중에서 남성이 213명(49.5%), 여성이 217명(50.5%)으로 비슷한 분포를 보였다. 연령별 분포를 살펴보면 65세-69세가 188명(43.7%), 70세-79세가 192명(44.7%), 80세 이상이 50명(11.6%)으로 60대와 70대가 가장 높은 비율을 나타내었다. 결혼상태에서는 기혼이 223명(51.9%)으로 가장 많은 비율을 차지했고 그 다음으로 사별 158명(36.7%)이 많이 차지했다. 학력은 상대적으로 무학 182명(42.3%)과 초등학교를 졸업한 응답자 171명(39.8%)의 비율이 높게 나타났다. 다음으로 중학교 졸업 46명(10.7%), 고등학교 졸업이상 31명(7.2%)의 순으로 나타났다. 응답자의 82.1%가 초등졸 이하로 학력수준은 낮음을 알 수 있다.

<표 1> 인구통계학적 특성

구분		빈도(%)	구분		빈도(%)	
성별	남성	213(49.5)	지체 장애	1급	14(7.2)	
	여성	217(50.5)		2급	23(11.9)	
	계	430(100.0)		3급	33(17.0)	
연령	65세-69세	188(43.7)		4급	48(24.7)	
	70세-79세	192(44.7)		5급	47(24.2)	
	80세이상	50(11.6)		6급	29(14.9)	
	계	430(100.0)		계	194(100.0)	
결혼 상태	기혼	223(51.9)		뇌병변 장애	1급	14(23.0)
	미혼	25(5.8)			2급	21(34.4)
	이혼	10(2.3)			3급	15(24.6)
	별거	4(0.9)	4급		5(8.2)	
	사별	158(36.7)	5급		3(4.9)	
	기타	10(2.3)	6급		3(4.9)	
	계	430(100.0)	계		61(100.0)	
학력	무학	182(42.3)	시각 장애	1급	14(22.2)	
	초등졸	171(39.8)		2급	4(6.3)	
	중졸	46(10.7)		3급	2(3.2)	
	고졸이상	31(7.2)		4급	6(9.5)	
	계	430(100.0)		5급	7(11.1)	
기초생활 수급자	예	168(39.1)		6급	30(47.6)	
	아니오	262(60.9)		계	63(100.0)	
	계	430(100.0)		청각 장애	1급	1(1.2)
중복장애	예	82(19.1)			2급	26(31.7)
	아니오	348(80.9)			3급	7(8.5)
	계	430(100.0)	4급		13(15.9)	
장애기간	10년미만	190(44.2)	5급		21(25.6)	
	10년-19년	74(17.2)	6급		14(17.1)	
	20년-29년	36(8.4)	계	82(100.0)		
	30년이상	130(30.2)	언어 장애	1급	2(6.7)	
	계	430(100.0)		2급	10(33.3)	
월 총수입	40만원이하	245(57.0)		3급	8(26.7)	
	41-80만원	127(29.5)		4급	1(3.3)	
	81-120만원	30(7.0)		5급	3(10.0)	
	121만원이상	28(6.5)		6급	6(20.0)	
	계	430(100.0)	계	30(100.0)		

기초생활수급자여부에서는 수급자가 168명(39.1%), 비수급자가 262명(60.9%)으로 응답자의 39.1%가 기초생활수급자로 나타났다. 중복장애여부에서는 중복장애가 82명(19.1%), 단독장애가 348명(80.9%)으로 중복장애에 속하는 응답자의 비율이 적게 나타났다. 응답자의 장애기간은 10년 미만이 190명(44.2%)으로 가장 많은 비율을 차지하였으며 그 다음으로 30년 이상이 130명(30.2%)으로 많은 비율을 차지했고 10년~19년 74명(12.0%), 20년~29년 36명(8.4%)의 순으로 나타났다. 월 총수입에서는 40만 원 이하가 전체의 245명(57.0%)으로 가장 많은 비율을 차지했으며 41~80만원도 127명(29.5%)으로 비교적 높은 순으로 나타났다. 응답자의 86.5%가 80만 원 이하의 월수입으로 생활하는 것으로 드러나 대체로 소득 수준이 낮음을 알 수 있다.

응답자 430명의 주된 장애와 급수에 대하여 지체장애는 194명, 뇌병변장애는 61명, 시각장애는 63명, 청각장애는 82명, 언어장애는 30명으로 나타났다. 지체장애에서는 4급 48(24.7%)과 5급 47명(24.2%)이 가장 많았으며 뇌병변장애에서는 2급이 21명(34.4%)으로 가장 높은 비율을 차지하였다. 시각장애는 6급이 30명(47.6%)으로 가장 많았으며 청각장애는 2급이 26명(31.7%)으로 가장 많았고 언어장애도 2급이 10명(33.3%)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

## 2. 주요변수의 기술통계

65세 이상 장애노인의 우울, 삶의 질의 실태를 살펴보면 <표 2>와 같다. 먼저 장애노인 우울의 기술통계분석 결과 최소 0점에서 최고 15점의 분포를 보이며 평균이 8.7465로 우울정도가 매우 높은 것으로 나타났다. 삶의 질은 최소값이 1.08이고 최대값은 4.15, 평균은 2.4904로 일반적으로 열악한 삶의 질 수준을 보여주고 있다.

<표 2> 주요변수의 기술통계

변수	N	최소값	최대값	평균	표준편차
우울	430	.00	15.00	8.7465	4.25344
삶의 질	430	1.08	4.15	2.4904	.57010

### 3. 인구통계학적 특성에 따른 우울 차이분석

인구통계학적 특성별로 우울정도를 교차분석 한 결과는 <표 3>과 같다. 우울이 있는 6점 이상 장애인은 320명으로 전체대상자의 74.4%를 보이며 우울이 없는 6점 미만 장애인은 110명으로 25.6%를 보이고 있다. <표 3>의 카이제곱 검정(chi-square test) 결과를 보면 연령, 중복장애, 장애기간에 있어서는 우울정도에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났으며 성별, 결혼상태, 학력, 기초생활수급자, 월 총수입, 장애유형별로는 우울정도에 유의미한 차이를 보여주고 있다.

성별로 보면 남성 장애노인의 68.5%, 여성 장애노인의 80.2%가 우울이 있는 것으로 여성 장애노인이 남성 장애노인보다 우울을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 결혼상태에 따른 우울 정도를 살펴보면 사별하는 경우가 81.0%로 가장 높게 나타났으며 다음으로 기혼 71.7%, 기타(미혼, 이혼, 별거 등) 65.3%의 순으로 나타났다. 학력에서는 무학이 79.7%로 우울정도가 가장 높게 나타났고 고졸이상이 48.4%로 우울정도가 가장 낮게 나타나고 있다. 기초생활수급자여부에서는 수급자가 81.5%, 비수급자가 69.8%로 수급자의 우울증상이 높았다.

<표 3> 인구통계학적 특성에 따른 우울 차이분석

구분		전체	우울		χ <sup>2</sup>
		430(100.0)	무	유	
		N(%)	110(25.6)	320(74.4)	
성별	남성	213(100.0)	67(31.5)	146(68.5)	7.650**
	여성	217(100.0)	43(19.8)	174(80.2)	
연령	65세-69세	188(100.0)	54(28.7)	134(71.3)	2.059
	70세-79세	192(100.0)	46(24.0)	146(76.0)	
	80세이상	50(100.0)	10(20.0)	40(80.0)	
결혼상태	기혼	223(100.0)	63(28.3)	160(71.7)	6.581*
	사별	158(100.0)	30(19.0)	128(81.0)	
	기타	49(100.0)	17(34.7)	32(65.3)	
학력	무학	182(100.0)	37(20.3)	145(79.7)	13.895**
	초등졸	171(100.0)	46(26.9)	125(73.1)	
	중졸	46(100.0)	11(23.9)	35(76.1)	
	고졸이상	31(100.0)	16(51.6)	15(48.4)	
기초생활 수급자	예	168(100.0)	31(18.5)	137(81.5)	7.361**
	아니오	262(100.0)	79(30.2)	183(69.8)	
중복장애	예	82(100.0)	20(24.4)	62(75.6)	.076
	아니오	348(100.0)	90(25.9)	258(74.1)	
장애기간	10년미만	190(100.0)	39(20.5)	151(79.5)	6.169
	10년-19년	74(100.0)	18(24.3)	56(75.7)	
	20년-29년	36(100.0)	11(30.6)	25(69.4)	
	30년이상	130(100.0)	42(32.3)	88(67.7)	
월 총수입	40만원이하	245(100.0)	36(14.7)	209(85.3)	56.871***
	41-80만원	127(100.0)	39(30.7)	88(69.3)	
	81-120만원	30(100.0)	21(70.0)	9(30.0)	
	121만원이상	28(100.0)	14(50.0)	14(50.0)	
장애유형별	지체장애	194(100.0)	44(22.7)	150(77.3)	10.852*
	뇌병변장애	61(100.0)	10(16.4)	51(83.6)	
	시각장애	63(100.0)	24(38.1)	39(61.9)	
	청각장애	82(100.0)	26(31.7)	56(68.3)	
	언어장애	30(100.0)	6(20.0)	24(80.0)	

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

월 총수입에서는 40만 원 이하 85.3%, 41-80만원 69.3%, 121만 원 이상 50.0%, 81~120만원 30.0%의 순으로 우울이 낮게 나와 이

는 대체적으로 최소한의 건강하고 문화적인 삶을 영위할 수 있는 경제적 수준이 보장되어야 할 필요성을 시사해 주고 있다. 장애유형별로는 뇌병변장애가 83.6%로 가장 높은 우울증상을 나타내고 있으며 다음으로 언어장애 80.0%, 지체장애 77.3%, 청각장애 68.3%, 시각장애 61.9%의 순으로 나타났다.

#### 4. 인구통계학적 특성에 따른 삶의 질 차이분석

인구통계학적 특성에 따라 삶의 질의 차이가 나는지를 알아보기 위하여 특성의 수준이 두 집단인 경우에는 t-test를 사용하고 세 집단이상인 경우에는 ANOVA를 사용하였다. 또한 ANOVA 분석 결과 유의미한 차이가 있는 경우에는 어떤 집단 간에 어떠한 차이가 나는지를 알아보기 위하여 Duncan의 다중검정법을 실시하여 집단 간의 차이에 대한 분석결과를 <표 4>에 나타내었다. 또한 장애유형을 급수에 따라 1급에서 3급까지를 중증, 4급에서 6급까지를 경증으로 크게 두 집단으로 분류하여 평균차이를 검정하였다.

<표 4>의 결과를 살펴보면 성별, 연령, 중복장애, 지체장애, 청각장애, 언어장애에 따라서는 삶의 질 정도에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타난 반면에 결혼상태, 학력, 기초생활수급자, 장애기간, 월 총수입, 장애유형별, 뇌병변장애, 시각장애에 따라서는 삶의 질 정도에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자세히 살펴보면 다음과 같다. 결혼상태에 따라서는 기혼과 사별 간에는 삶의 질에 유의미하게 차이가 나지 않지만 기타(미혼, 이혼, 별거 등)에 해당되는 경우 기혼이나 사별에 비하여 삶의 질이 높다는 결과를 보이고 있다. 학력에 따라서는 무학과 초등졸 간에는 차이가 없고 중졸과 고졸이상 간에도 차이가 없지만 무학 및 초등졸의 경우와 중졸 및 고졸이상의 경우 간에는 유의미한 차이를 보이고 있다. 무학 및 초등졸의 경우가 중졸 및 고졸이상의 경우보다 삶의 질이 낮게 나타나고 있다.

<표 4> 인구통계학적 특성에 따른 삶의 질 차이분석

구분		N	평균	t or F	Post Hoc (Duncan)
성별	남성	213	2.5441	1.939	
	여성	217	2.4378		
연령	65세-69세	188	2.5360	1.762	
	70세-79세	192	2.4770		
	80세이상	50	2.3708		
결혼상태	기혼=1	223	2.5043	4.457*	2=1<3
	사별=2	158	2.4111		
	기타=3	49	2.6829		
학력	무학=1	182	2.3538	13.029***	1=2<3=4
	초등졸=2	171	2.4885		
	중졸=3	46	2.7926		
	고졸이상=4	31	2.8548		
기초생활 수급자	예	168	2.3203	-5.098***	
	아니오	262	2.5995		
중복장애	예	82	2.3837	-1.890	
	아니오	348	2.5156		
장애기간	10년미만=1	190	2.3794	7.380***	1=3=2<4
	10년-19년=2	74	2.4917		
	20년-29년=3	36	2.4145		
	30년이상=4	130	2.6731		
월 총수입	40만원이하=1	245	2.3325	23.486***	1<2<4=3
	41-80만원=2	127	2.5836		
	81-120만원=3	30	3.0000		
	121만원이상=4	28	2.9038		
장애유형별	지체장애=1	194	2.4259	4.804***	2=1=5 <1=5=3 <5=3=4
	뇌병변장애=2	61	2.3247		
	시각장애=3	63	2.6093		
	청각장애=4	82	2.6703		
	언어장애=5	30	2.5038		
지체장애	중증	70	2.3511	-1.375	
	경증	124	2.4681		
뇌병변장애	중증	50	2.2308	-2.986**	
	경증	11	2.7517		
시각장애	중증	20	2.2904	-3.428***	
	경증	43	2.7576		
청각장애	중증	34	2.7274	.806	
	경증	48	2.6298		
언어장애	중증	20	2.5712	.883	
	경증	10	2.3692		

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

기초생활수급자여부에서는 비수급자가 수급자에 비해 삶의 질 정도가 높게 나타났다. 장애기간에 따라서는 10년 미만, 10년~19년, 20년~29년 간에는 삶의 질에 유의하게 차이가 나지 않지만 30년 이상과는 유의하게 차이가 나타나서 30년 이상인 경우 30년 미만의 경우보다 삶의 질이 높다는 결과를 보이고 있다. 월 총수입에 있어서는 40만 원 이하가 가장 낮은 삶의 질을 보이고 41~80만원에서는 중간 정도의 삶의 질을 보이며 81~120만원과 121만 원 이상 간에는 차이가 없지만 81만 원 이상에서 가장 높은 삶의 질을 보이고 있다.

장애유형별로는 지체장애, 뇌병변장애, 언어장애 간의 경우, 지체장애, 시각장애, 언어장애 간의 경우, 시각장애, 청각장애, 언어장애 간의 경우에는 통계적으로 차이가 나지 않았지만 뇌병변장애와 청각장애 간에 삶의 질 정도가 두드러지게 차이가 나타나고 있음을 알 수 있다. 뇌병변장애와 시각장애에서는 중증(1,2,3급)과 경증(4,5,6급)간에 삶의 질이 유의하게 차이를 보이며 중증에 비하여 경증을 가진 경우에 삶의 질이 더 높다는 결과가 나타났다.

## 5. 우울이 삶의 질에 미치는 영향

우울이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시한 결과는 <표 5>와 같다. 인구통계학적 특성인 성별, 연령, 결혼상태, 학력, 기초생활수급자, 중복장애, 장애기간, 월 총수입, 주된 장애 변수들은 통제하였고 우울이 삶의 질에 미치는 영향이 통제변수가 종속변수에 미치는 영향이 있음에도 통계적으로 유의한지를 알아보기 위해 1단계에서는 인구통계학적 특성만을 투입하였고 2단계에서는 우울 변수를 추가하여 위계적 회귀분석을 실시하였다.

분석에 앞서 범주형 자료인 성별, 연령, 결혼상태, 기초생활수급자, 중복장애, 주된 장애를 더미변수(dummy variable)화<sup>1)</sup> 하였다.

또한 각 변수들 간의 다중공선성 문제를 VIF(Variance Inflation Factor)와 TOL(Tolerance)방식에 의해서 진단한 결과 변수들 간에 다중공선성의 문제는 전혀 없는 것으로 나타났다.

<표 5> 우울이 삶의 질에 미치는 영향

독립변수	1단계(모형1)			2단계(모형2)		
	B	Beta	t	B	Beta	t
인구통계학적특성						
성별	-.053	-.047	-.994	.045	.040	1.124
연령	.121	.068	1.583	.076	.043	1.330
결혼상태	-.076	-.067	-1.422	-.024	-.021	-.611
학력	.283	.190	4.286***	.168	.113	3.407***
기초생활수급자	.225	.193	4.329***	.138	.118	3.544***
중복장애	.148	.102	2.309*	.105	.073	2.217*
장애기간	.175	.153	3.503***	.118	.103	3.166**
월 총수입	.389	.233	5.221***	.132	.079	2.323*
지체장애	-.092	-.080	-.873	-.087	-.076	-1.116
뇌병변장애	-.179	-.110	-1.527	-.150	-.092	-1.720
시각장애	.054	.033	.460	-.047	-.029	-.540
청각장애	.104	.072	.938	.039	.027	.470
우울				-.085	-.637	-18.453***
R <sup>2</sup>	.251			.588		
Adjusted R <sup>2</sup>	.229			.575		
R <sup>2</sup> 변화량				.337		
F	11.644***			45.694***		

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

우선 1단계인 모형1을 살펴보면 모형의 결정계수(R<sup>2</sup>)는 .251 즉 모형의 설명력은 25.1%이고 그에 따른 통계량 F값이 11.644, 유의

- 1) 성별은 여성=1, 남성=0으로 연령은 80세 미만=1, 80세 이상=0으로 결혼상태는 기혼=1, 기혼이 아닌 경우=0으로 기초생활수급자는 비수급자=1, 수급자=0으로 중복장애는 단독장애=1, 중복장애=0로, 주된 장애는 지체장애인 경우와 아닌 경우(1,0), 뇌병변장애인 경우와 아닌 경우(1,0), 시각장애인 경우와 아닌 경우(1,0), 청각장애인 경우와 아닌 경우(1,0)로 더미화하였다.

수준  $p < .001$ 에서 분석되어 본 회귀모형은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 인구통계학적 변수 중 월 총수입( $\beta = .233$ ), 기초생활수급자( $\beta = .193$ ), 학력( $\beta = .190$ ), 장애기간( $\beta = .153$ ), 중복장애( $\beta = .102$ ) 순으로 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

모형1에 우울 변수를 추구한 2단계인 모형2에서는 결정계수( $R^2$ )가 .588로 모형에 포함된 독립변수들은 '삶의 질'이라는 종속변수가 지니는 변량의 58.8%를 설명하는 것으로 나타났고 모형1에 비해 설명력이 33.7% 증가하였으며 통계량 F값이 45.694, 유의수준  $p < .001$ 에서 분석되어 본 회귀모형은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 변수들을 영향력이 큰 순서대로 열거하면 우울( $\beta = -.637$ ), 기초생활수급자( $\beta = .118$ ), 학력( $\beta = .113$ ), 장애기간( $\beta = .103$ ), 월 총수입( $\beta = .079$ ), 중복장애( $\beta = .073$ )의 순으로 나타났다. 즉 우울이 낮을수록, 비수급자일수록, 학력이 높을수록, 장애기간이 길수록, 월 총수입이 많을수록, 중복장애가 아닐수록 삶의 질 정도는 높은 것으로 나타났다. 그 중에서도 우울의 영향력이 가장 크게 나타난 것을 알 수 있다.

## V. 결론

본 연구는 인구통계학적 특성에 따라 장애인들의 우울과 삶의 질 간에 어떤 차이가 있는지 확인하고 더 나아가 우울과 삶의 질 간의 관계를 알아보기 위하여 위계적 회귀분석이 실시되었다. 본 연구의 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 장애인들의 우울 정도가 매우 심각한 상태에 놓여 있었으며, 삶의 질 역시 열악한 수준으로 나타났다. 즉 장애인 중 전체대상자의 74.4%가 우울이 있는 것으로 나타났다. 아울러 우울정도에 있어서 여성 장애인, 뇌변병 장애인, 사별 장애인, 저학력 장애인, 경제수준이 열악한 장애인, 기초생활수급 장애인

의 우울 정도가 높은 것으로 나타났다.

둘째, 장애기간이 30년 이상인 장애인, 기초생활비수급 장애인, 경제수준이 좋은 장애인, 청각장애노인의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

셋째, 모형1에 우울 변수를 추구한 모형2에서는 결정계수( $R^2$ )가 .588로 모형에 포함된 독립변수들은 '삶의 질'이라는 종속변수가 지니는 변량의 58.8%를 설명하는 것으로 나타났다. 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 변수들을 영향력이 큰 순서대로 열거하면 우울( $\beta=-.637$ ), 기초생활수급자( $\beta=.118$ ), 학력( $\beta=.113$ ), 장애기간( $\beta=.103$ ), 월 총수입( $\beta=.079$ ), 중복장애( $\beta=.073$ )의 순으로 나타났다. 즉 우울이 낮을수록, 비수급자일수록, 학력이 높을수록, 장애기간이 길수록, 월 총수입이 많을수록, 중복장애가 아닐수록 삶의 질 정도는 높은 것으로 나타났다.

위의 결과들에 의해서 다음과 같이 장애인에 대한 복지적 함의를 제시하고자 한다.

첫째, 장애인들의 우울 수준이 10명 중 7-8명 수준으로 나타났고, 삶의 여건들도 더 열악하므로 노인의 다수를 차지하는 장애인에 대한 특별한 관심과 지원이 필요하다. 이러한 근거로는 비장애인에서 기능손상과 건강문제는 다 우울의 강력한 요인이라는 연구(이인정, 2007) 및 Lawrence et al(2006)이 신체적 건강문제로 인한 자주적 생활능력 손상이 일으키는 좌절감, 분노, 두려움, 무력감 등이 우울의 중요한 원인이라고 지적하였다. 이러한 결과는 비장애인보다 더 열악한 환경에 처해있는 장애인을 위한 복지대책에 기능손상 및 건강문제의 치료, 재활, 수발을 체계적으로 실시하기 위한 보건의료와 케어 서비스에 관한 부분이 강조되어야 함을 의미한다. 또한 여성장애인의 우울정도가 더 열악하고 장애 유형에 따라 다르므로 우울치료와 예방을 위한 복지서비스 개발에서 이러한 차이를 반영하는 것이 필요하다.

둘째, 장애노인의 경제적 문제는 우울과 삶의 질에 영향을 미치

는 강력한 요인이므로 장애인 복지대책에 있어서 인간다운 삶을 영위 할 수 있도록 최소한의 건강하고 문화적인 생활을 할 수 있는 경제적 지원 대책이 마련되어야 할 것이다. 특히 빈곤하면서 건강하지 못한 장애인들과 장애노인을 부양하고 있는 가족을 대상으로 공적 부조나 가족수당 등 다양한 지원책이 확대되어야 할 것이다.

셋째, 장애노인의 삶의 질이 장애유형과 등급에 따라 다르므로 장애노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 장애인복지서비스 실천에서 이러한 차이를 반영하는 것이 필요하다. 즉 장애유형과 등급에 상관없이 일률적인 서비스를 제공하는 차원에서 벗어나 끊임없이 변하는 장애노인의 각각의 욕구에 대응하고 신체적, 심리적, 경제적, 사회적, 문화적 측면에서 종합적으로 관찰, 평가하여 지원되어야 한다.

넷째, 장애노인의 신체적, 정신적, 심리적 장애 및 생활환경에서의 장애를 개별적으로 이해하는 것이 필요하다. 그러기 위해서는 장애노인에 대한 전문성과 실천적인 지식 등이 장애인 가족뿐만 아니라 장애인 복지 정책수립 실천가에게 요구되어진다.

끝으로 본 연구는 전국 규모의 표본이 아니고 확률표집이 이루어지지 않았으므로 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 또한 장애유형과 등급에 따라 장애인들 간의 우울과 삶의 질 차이를 설명하는 폭넓은 연구 및 장애노인의 사회계층이나 연령집단별 다집단분석(multi group analysis)과 같은 비교분석도 필요할 것이다.

## < 참고문헌 >

- 강희숙·김근조, 2000, “일부지역노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성”, 『대한보건협회학술지』, 제26권 14호, 451-459.
- 곽은희·박창일, 1994, “척수손상환자의 심리적 특성과 재활”, 『대한재활의학회지』 제18권 2호, 293-299.
- 권석만, 2003, 『현대이상심리학』, 서울: 학지사.
- 권오균, 2008, “장애노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권39호, 7-32.
- 권중돈·조주연, 2000, “노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인”, 『한국노년학』, 제20권 3호, 61-76.
- 기백석, 1996, “한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구”, 『대한신경정신학회지』, 제35권 2호, 298-307.
- 김도환·송예현, 2004, “발반사마사지가 노인의 우울, 일상생활수행 능력, 삶의 질 및 생리적지수에 미치는 영향”, 『노인복지연구』, 통권25호, 75-100.
- 김미옥, 2003, “장애노인의 특성과 생활만족도에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권21호, 73-97.
- 김병하·남철현, 1999, “유배우 노인의 우울정도와 관련요인 분석 연구”, 『한국노년학』, 제19권 2호, 173-192.
- 김애리, 2000, “척수손상인의 삶의 질 구조모형”, 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김정석, 2000, “인구특성별 삶의 질 비교”, 세계노인의 날 기념 제6회 학술세미나, 115-162.
- 김태현·김동배·김미혜·이영진·김애순, 1999, “노년기 삶의 질 향상에 관한 연구”, 『한국노년학』, 제19권 1호, 61-81.
- 김형수, 2008, “장애노인의 삶의 질 영향요인 분석”, 조선대학교 박사학위논문.
- 김희자, 2000, “만성질환을 가진 재가노인의 사회적 지지, 우울 및

- 삶의 질”, 원광대학교 석사학위논문.
- 박미진, 2007, “여성노인의 스트레스와 우울의 관계에서 강점과 사회적 지지의 완충효과”, 『한국심리학회지』, 제12권 2호, 197-211.
- 배지연·김원형·윤경아, 2000, “노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적지지의 완충효과”, 『한국노년학』, 제25권 3호, 59-73.
- 성기월, 1992, “정서적 간호를 병행한 등공예작업이 시설에 노인의 인지 기능과 우울에 미치는 영향”, 경희대학교 박사학위논문.
- 손신영, 2006, “농촌노인의 삶의 질 모형구축”, 서울대학교 박사학위논문.
- 송애랑·소희영, 2000, “시설노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인”, 『충남대간호학술지』, 제3권 1호, 29-37.
- 안일남·오정희, 1987, “척수손상환자의 우울경향에 관한 연구”, 『대한재활의학회지』, 제11권 1호, 37-47.
- 연병길·서국희·류성곤·임종우·방현숙·신지용·한창환, 1999, “정상노인 및 노인치매환자와 우울증 환자의 삶의 질 비교”, 『대한노인정신의학회』, 제3권 2호, 157-164.
- 오병훈, 1999, “노인성 우울환자의 치료실세”, 『가정의학회지』, 제20권 11호, 1441-1445.
- 오영희·석재은·권중돈·김정석·박영란·임정기, 2005, 『노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구』, 한국보건사회연구원.
- 원정문·강영곤·배철영·이호택·이석기·이영진, 1998, “노인들의 우울성향과 관련요인”, 『가정의학회지』, 제19권 1호, 77-84.
- 이금재·박혜숙, 2006, “재가도시노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력에 관한 연구”, 『여성건강간호학회지』, 제12권 3호, 221-230.

- 이동우·이규식, 1997, 『노인의 삶의 질』, 연세대학교 보건과학연구소.
- 이인정, 2007, “남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권36호, 159-180.
- 임은실, 2003, “저소득 재개노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향”, 연세대학교 석사학위논문.
- 정영혜, 2004, “농촌노인의 건강실태-나주시를 중심으로”, 『사회연구』, 제7집, 149-187.
- 정인파·한준수·이현수·이성근, 1997, “신체질환이 있는 노인환자의 우울증상”, 『노인정신의학』, 제1권 1호, 100-111.
- 조맹제·함봉진·주진형·배재남·권준수, 1998, “일 도시 지역사회 노인들의 인지 기능장애와 우울증상의 유병률”, 『신경정신의학』, 제37권 2호, 352-362.
- 조은희·전진호·이상원, 2000, “경로분석을 통한 만성질환 노인환자의 우울에 영향을 미치는 요인 모델 설정”, 『노인병』, 제4권 3호, 148-163.
- 편성범·김세주, 1994, “장애인의 생의 만족도”, 『대한재활의학회지』, 제18권 3호, 532-543.
- 허준수·유수현, 2002, “노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 『정신보건과 사회사업』, 제13집, 7-35.
- Atchely, R. C., 2000, *Social Forces and Aging(9th ed.): An Introduction to Social Gerontology*. California: Wordsworth.
- Boekamp, J. R., Overholser, J. C., & Daniel S. P. Schubert, 1996, "Depression Following a Spinal Cord Injury". *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 26, No. 3, 329-349.
- Celine, M., Normand, P., Raymond, T., 1998, "Age, gender and

- quality of life". *Community Mental Health Journal*. Vol. 34, No. 5, 487-500.
- Cummung, E., & Henny, W. E., 1961, *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic books.
- Cuse, L. W., & Masesar, M. A., 1999, "Quality of life and successful aging in long term care: Perceptions of residents". *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 20, 527-539.
- Demural, S., & Saro, S., 2003, "Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups". *Journal of Physiological Anthropology*. Vol. 22, No. 3, 159-166.
- Kobau, R., Safran, M. A., & Zack, M. M., 2004, "Sad, blue, or depressed day, health behaviors and health-related quality of life. Behavioral Risk Factor Surveillance System". *Health Qual alife Outcomes*. Vol. 40, No. 2, 1995-2000.
- Koeig, H. G., & Blazer, D. G., 1992, "Epidemiology of geriatric affective disorders". *Clinical Geriatric Medicine*. Vol. 8, 235-251.
- Lawrence, Vanessa, Joanna Muttay, Sube Banerjee, Sara Tunner, Kuljeet Sangha, Richard Byng, Dinesh Bhugra, Peter Huxley, Andre Tylee, & Alastair Macdonald, 2006, "Concepts and Causation of Depression: A Cross-Cultural Study of Older Adults". *The Gerontologist*. Vol. 46, No. 1, 23-32.
- Tate, D. G. et al., 1993, "Predictors of psychologic distress one year after sepinal cord injury". *America Journal Physicology Medicin Rehabilitation*. 72, 272-275.

- The WHOQOL Group, 1995, "The World Health Organization Quality of Life assessment(WHOQOL): position paper from the World Health Organization". *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 10, 1403-1409.
- Whalley Hammell, K. R., 1994, "Psychosocial outcome following spinal cord injury". *International Medical Society of Paraplegia*. Vol. 32, 771-779.
- Wong, T. P., 1989, "Personal meaning and successful aging". *Canadian Psychology*. Vol. 30, No. 3, 516-525.
- Yesavage, J., Brink, T., & Rose, T., 1983, "Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report". *J Psychiatr.* Vol. 12, 39-49.

# The Effect of Depression on the Quality of Life in Elderly with Disability

Kim, Hyeong-soo

Kim, Yong-seob  
(Chosun University)

## Abstract

This study aimed to reveal the politically contained meaning by analyzing the relationship between depression and quality of life, and the factors which affect the quality of life of elderly with disability in an actual proof manner. Purposive sampling was conducted with 430 elderly more than 65 years old with disability who lived in Jeollanam-do. For the study results, frequency analysis, technology statistical analysis, chi-square test, t-test, ANOVA, and hierarchical multiple regression using the SPSS 14.0 statistical package were conducted.

The main study results were as follows. In the relationship with depression, the depression degree of the following groups were high: women elderly with disability, brain disease elderly with disability, elderly with disability by the separation of death, low study level elderly with disability, low economic level elderly with disability, and elderly with disability coming under basic living objects. In the quality of life, that of elderly with disability for more than 30 years, elderly with disability not coming under basic living objects, high economic level elderly with disability, and elderly with disability having hearing

impairments were high. In addition, it appeared that a higher depression was correlated with a lower quality of life.

Based upon the above study results, I suggest the following welfare-contained meanings in elderly with disability. Firstly, as the depression degree is high and quality of life is low in elderly with disability, special concern and consideration needs to be focused on elderly with disability. Secondly, as the quality of life of elderly with disability differs according to the type and level of disability, we need to reflect this difference in the practice of welfare service.

**Key words :** Elderly with Disability, Depression,  
Quality of Life