



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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](#)

석사학위논문

지역사회 거주 노인의
우울, 대처방식이 자기방임에
미치는 영향

제주대학교 대학원

간호학과

윤행순

2022년 2월



지역사회 거주 노인의 우울, 대처방식이 자기방임에 미치는 영향

지도교수 송 효 정

윤 행 순

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함

2021년 12월

윤행순의 간호학 석사학위 논문을 인준함

심사위원장 김 정 희



위 원 최 수 영



위 원 송 효 정



제주대학교 대학원

2021년 12월



The Association of Depression and Coping
Styles with Self-Neglect in the Elderly Living
in the Community

Haeng Soon Yoon
(Supervised by professor Hyo Jeong Song)

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for
the degree of Master of Nursing

2021. 12.

This thesis has been examined and approved.

Kim, Jeong-Hee

Thesis director, Jeong-Hee Kim, Prof. of Nursing

Suyoung Choi

Prof. of Nursing

Hyojeong Song

Prof. of Nursing

2021. 12.

Date

Department of Nursing

GRADUATE SCHOOL

JEJU NATIONAL UNIVERSITY



목 차

I. 서론	
1. 연구 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 용어 정의	3
II. 연구 방법	
1. 연구 설계	5
2. 연구 대상	5
3. 연구 도구	6
4. 자료수집 방법	8
5. 자료 분석	8
6. 연구의 윤리적 고려	8
III. 연구 결과	
1. 대상자의 일반적 특성	10
2. 자기방임과 우울 실태 및 자기방임, 우울, 대처방식 수준	12
3. 자기방임의 유무에 따른 일반적 특성 및 우울 유무에 따른 차이	13
4. 자기방임 유무에 따른 하위영역별 대처방식 점수 차이	15
5. 자기방임에 영향을 미치는 관련요인	16
IV. 논의	18
V. 결론 및 제언	22
참고문헌	24
Abstract	28
부록	30

표 목차

Table 1. General Characteristics of the Subjects	11
Table 2. Prevalence and Mean Score of Self-Neglect and Depression and Mean Score of Coping Styles	12
Table 3. Differences in General Characteristics and Depression by Self- Neglect	14
Table 4. Differences in Coping Styles by Self-Neglect	15
Table 5. Factors Associated with Self-Neglect	17

I. 서론

1. 연구의 필요성

의료기술 발달과 과학의 발전으로 평균수명이 연장되는 추세와 함께 전 세계적으로 노인 인구가 증가하고 있다. 한국의 고령 인구 구성비는 2019년 14.9%로 1970년의 3.1%에 비해 5배로 증가하였고, 한국의 기대수명 또한 2015~2020년에 82.5세로 이것은 1970~1975년의 63.1세에 비해 19.4세 증가한 것으로 나타났다(통계청, 2019). 노인 인구의 급속한 증가 및 수명 연장과 더불어 산업화, 도시화 과정을 거치면서 우리나라의 전통적인 효 사상은 약화되기 시작하였고(김원천, 2010), 가족 형태도 핵가족화로 인하여 노인을 부양하고 돌보던 본래의 가족 기능 또한 감소되거나 혹은 상실하게 되었다(고보선, 2010).

자기방임은 노인 스스로가 자신의 건강, 생활, 환경관리 및 의료처치 등 최소한의 자기보호 관련 행위를 의도적으로 포기 또는 비의도적으로 관리하지 않아 심신이 위험한 상황이나 생명에 위험이 되는 행위를 말한다(보건복지부, 2013). 노년기에는 인지 저하, 신체적 손상, 정신 건강 및 정서적 약화와 함께 자기 간호 수행 능력 상실 및 사회적 역할감소의 변화를 겪으며 다양한 스트레스에 노출되고 이러한 현상은 일상생활에 부정적 영향을 미쳐 자기방임이라는 위험한 행동으로 나타나기도 한다(김말영과 이재정, 2016). 특히 고령사회로 진입한 국가들에서 혼자 거주하는 독거가구 유형이 보편화 되면서 이러한 자기방임이 심각한 사회문제로 인식되고 있다(이민홍과 박미은, 2014).

노인의 자기방임은 잘 드러나지 않고 노인 스스로 심각하게 인지하지 못하는 경우가 많아 장시간 방치될 수 있으며, 과소 보고되어 그 실상과 유병 실태를 파악하기가 어려운 실정이다(Day, Mulcahy, Leahy-Warren, & Downey, 2015). 국내의 경우 일개 도시 지역에 거주하는 독거노인 1,023명을 대상으로 한 자기방임 유병률은 22.8%로 나타났으며(Lee & Kim, 2014), 국외의 경우 일 대도시에 거주하는 60세 이상 3,159명의 중국인 노인의 경우 자기방임의 유병률은 29.1%로 보

고되었다(Dong, 2014).

자기방임의 위험요인은 고 연령, 신체적 및 기동성 제한, 정신사회·경제적 문제, 만성질환, 혼자 사는 경우, 인지기능 저하, 영양결핍, 알코올 및 약물남용, 사회적 고립, 가족의 관심과 지원 부재, 대처능력 저하 등으로 보고되었다(Bozinovski, 2000; Choi, Kim, & Asseff, 2009; Day & Leahy-Warren, 2008).

우울은 노인에게서 볼 수 있는 가장 보편적이고 흔히 나타나는 증상으로서 신체적, 정서적 삶의 질을 저하시킨다(김미혜, 이금룡과 정순돌, 2000). 학대를 경험한 노인들에서의 우울 수준은 학대를 경험해 보지 않은 노인에 비해 유의하게 높게 나타났으며(배진희, 2009), 특히 지역사회에 거주하고 있는 독거노인을 대상으로 한 Lee와 Kim (2014), Yu, Gu, Jiao, Xia와 Wang (2019)의 연구 결과에서 우울은 자기방임을 야기하는 주요 위험요인으로 나타났다.

대처는 한 개인이 그가 처해 있는 환경과의 관계에서 개인의 역량을 넘어서는 것으로 평가되는 구체적인 내적, 외적 요구에 대처하기 위해 끊임없이 변화하는 인지 행동적 노력으로 정의된다(Folkman & Lazarus, 1984). 노년기에 경험할 수 있는 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제적 약화, 활동능력 저하, 고령, 가족과의 관계 변화, 학대, 사회적 고립 등과 같은 노인의 취약함과 스트레스에 어떻게 대처방식을 잘 하는가에 따라 신체적, 정신적 건강이 영향을 받게 된다(조계화와 김영경, 2008). Hildebrand, Taylor와 Bradway (2014)는 노인이 이러한 상황에 적절히 대처를 잘 하지 못하거나 제한이 있는 경우 자기방임으로 이어질 수 있다고 하였다.

지역사회 거주 노인을 대상으로 한 자기방임 선행 연구들은 유병률 및 인구사회학적 특성, 일상생활수행도, 사회적지지, 심리적 우울과 자기방임 간의 관련성 혹은 자기방임의 위험요인을 파악하는 연구로 이루어졌으며(Dong, 2016; Lee & Kim, 2014; Yu et al., 2019), 노인의 대처 혹은 대처방식이 자기방임에 미치는 영향에 대한 연구는 현재 미미하다(Hildebrand, Taylor와 Bradway 2014).

따라서 본 연구는 노인의 자기방임 정도와 우울과 대처방식이 자기방임에 미치는 영향을 파악함으로써 추후 자기방임을 예방하고 관리를 위한 간호중재 프로그램의 기초자료로 활용하고자 하였다.

2. 연구의 목적

- 1) 지역사회 거주 노인의 우울, 대처방식, 자기방임 정도를 파악한다.
- 2) 지역사회 거주 노인의 자기방임 유무에 따른 일반적 특성, 우울 유무와 대처방식 차이를 파악한다.
- 3) 지역사회 거주 노인의 우울, 대처방식이 자기방임에 미치는 영향요인을 파악한다.

3. 용어 정의

본 연구의 용어 정의는 다음과 같다.

1) 자기방임

- (1) 이론적 정의 : 노인 스스로가 의식주 제공 및 의료 처치 등 최소한의 자기보호 관련행위를 의도적으로 포기 또는 비의도적으로 관리하지 않아 심신이 위험한 상황이나 사망에 이르게 하는 행위를 말한다(보건복지부, 2017).
- (2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 김미혜, 권금주, 임연옥과 이연옥(2006)이 노인 학대의 하위 유형으로 개발하고, 손영은(2015)이 보완한 자기방임 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

2) 우울

- (1) 이론적 정의: 희망 없음, 불안정감, 슬픈 감정이나 우울감을 지속적으로 느끼는 것으로 개인의 일상 활동에서 흥미나 즐거움이 감소되거나 불

쾌한 기분을 느끼는 것으로 정의된다(American Psychiatry Association, 1994).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Sheilh와 Yesavage (1986)에 의해 개발되고 한국 노인의 특성에 맞게 기백석(1996)이 수정 보완한 한국판 노인 우울척도 단축형 도구로 측정된 점수를 의미한다.

3) 대처방식

(1) 이론적 정의: 개인이 그의 환경과의 관계에서 개인의 역량을 넘어서는 것으로 평가되는 구체적인 내적, 외적 요구를 다루기 위해 끊임없이 변화하는 인지 행동적 노력으로(Folkman & Lazarus(1984), 대처는 스트레스를 성공적으로 관리하고 감소시키기 위한 특정 행동 및 심리적 노력으로 정의된다(Di Mattei et al., 2008).

(2) 조작적 정의: 대처방식은 윤현희와 김명자(1994)가 개발한 대처행동 도구를 윤혜화(2007)가 수정 보완한 도구를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회 거주 노인의 자기방임의 관련요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구 대상자는 J시에 거주하는 65세 이상의 노인으로서 본 연구의 목적과 설문지 내용을 이해하고 연구 참여에 서면으로 동의한 자를 대상으로 하였다.

1) 연구 대상자의 선정기준

- (1) 만 65세 이상인 자
- (2) 국문해독이 가능한 자
- (3) 연구의 목적을 이해하고 동의한 자
- (4) 설문지 응답이 가능한 인지력을 가진 노인으로서 노인인지측정도구(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)(Pfeiffer, 1975)인 국문 SPMSQ에서 총 10점 만점에 7점 이상인 자(조맹제 등, 1998)이다.

2) 연구 대상자 수

본 연구 대상자 수는 로지스틱 회귀분석을 위하여 교차비 1.8, 양측검정, 유의수준 .05, 검정력 통하여 중간 정도의 효과크기 .15, 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .80의 조건으로 하여 적정 표본 수는 119명으로 산출되었다. 산출결과를 토대로

127명에게 설문지를 배포하였고, 이중 불충분한 응답을 나타낸 2개를 제외한 125명의 설문지가 분석에 포함되었다.

3. 연구 도구

본 연구 도구는 일반적 특성 13문항, 자기방임 6문항, 우울 15문항, 대처방식 24문항으로 구성되었다.

1) 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 종교 유무, 가족동거 유무, 흡연력, 음주력, 규칙적 운동 유무, 만성질환 유무, 기동상태, 지각된 건강상태, 가족의 돌봄 유무, 가족의 방문 여부의 13문항으로 구성되었다.

2) 자기방임

자기방임은 김미혜 등(2006)이 노인학대 측정도구의 하위영역으로서 개발하였고, 손영은(2015)이 1개 문항을 추가하여 보완한 자기방임 도구를 사용하여 측정하였다. 자기방임 도구의 6개 문항은 ‘나는 스스로 식사를 줄이거나 거부하여 영양실조나 탈수상태에 빠진다’, ‘나는 기본적인 위생과 청결에 최소한의 관리를 하지 않는다’, ‘나는 건강, 생활, 환경 등의 위험한 상황에서도 도움을 요청하지 않거나 거부한다’, ‘나는 건강이 치명적임에도 불구하고 약물이나 알코올 남용을 지속한다’, ‘나는 지속적으로 자살을 생각하거나 시도한다’, ‘나는 의료적 치료 또는 약 복용 등의 치료행위를 거부한다’ 이다.

각 문항별 점수는 ‘전혀 그렇지 않다’가 1점에서 ‘매우 그렇다’가 4점으로 구성되었다. 본 연구에서 자기방임 기준은 6개 문항 중 최소한 1개 문항에 ‘그렇다’ 혹은 ‘매우 그렇다’라고 응답한 경우로 하였다(손영은, 2015; 이민홍과 박미은, 2014). 본 도구 신뢰도는 손영은(2015)의 연구에서 Cronbach’s α 는 .91로 나타났

으며, 본 연구에서는 Cronbach's α .72이었다.

3) 우울

우울은 Sheikh와 Yesavage (1986)에 의해 개발되고 한국 노인의 특성에 맞게 기백석(1996)이 수정 보완한 한국판 노인 우울 척도 단축형을 사용하였다. 본 도구는 총 15문항으로 구성되었고, 각 문항에 대한 응답을 '예'인 경우 0점, '아니오'는 1점으로 하였고, 부정적 내용의 5개 문항은 역 환산하여 점수를 산출하였다. 본 도구의 총 점수 범위는 0~15점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미하고, 최적 절단점은 5점으로 우울과 비우울군으로 선별하였다(기백석, 1996). 도구 신뢰도는 기백석의 연구(1996)에서 Cronbach's α 는 .88이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .86이었다.

4) 대처방식

대처방식은 윤현희와 김명자(1994)가 노인을 대상으로 대처행동 도구를 개발하고, 윤혜화(2007)가 수정 보완한 것으로 측정하였다. 본 도구는 총 24문항의 4개 하위영역인 신앙에 의지, 문제의 재정립, 감정표출, 수동적 회피로 구성되었고, 문항별 점수 범위는 '1점 전혀 그렇지 않다'에서 '4점 자주 그렇다'이다. 점수는 각 하위영역별로 측정하며, '신앙에 의지'와 '문제의 재정립'은 점수가 높을수록 대처방식이 긍정적인 것을 의미하며, '감정표출'과 '수동적 회피'는 점수가 높을수록 대처방식이 부정적인 것을 의미한다(박정미, 2008). 도구 신뢰도는 윤현희와 김명자의 연구(1994)에서 Cronbach α 가 .95~.73이었고, 윤혜화(2007)의 연구에서 Cronbach α .90이었으며, 본 연구에서는 각 하위영역의 Cronbach α 는 .86~.88이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구는 2021년 11월1일부터 11일까지 J시 소재 3개 경로당을 중심으로 이곳을 방문하는 65세 이상의 127명의 노인을 대상으로 연구자와 연구보조원이 구조화된 설문지를 사용하여 면대 면 인터뷰를 통해 응답을 받았다. 먼저 경로당의 기관장을 방문하여 연구 목적과 내용을 설명하고, 자료수집에 대한 허락을 받았다. 3개 경로당에 방문한 노인으로부터 연구 참여에 대한 서면 동의서를 받은 후 설문지에 대한 응답을 받았고, 설문지가 끝난 후 연구자와 연구보조원이 직접 수거하였다. 자료수집에 필요한 시간은 약 20분 정도가 소요되었다.

5. 자료 분석

본 연구의 자료 분석은 SAS WIN 9.2 program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 자기방임, 우울, 대처방식은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 이용하였다.
- 2) 대상자의 자기방임 유무에 따른 일반적 특성과 우울 유무 차이는 χ^2 를 사용하여 분석하였고, 자기방임 유무에 대한 대처방식 점수 차이는 t-test로 분석하였다.
- 3) 대상자의 자기방임에 영향을 미치는 관련요인을 확인하기 위하여 χ^2 와 t-test 결과에서 통계적으로 유의하게 나타난 변수를 투입한 후 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 하였다.

6. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 제주대학교 생명윤리심의위원회의 승인(JJNU-IRB-2021-060)을 받은 후 시행되었다. 연구 대상자에게 연구와 관련된 목적과 방법, 기대효과, 최소위험성, 개인 정보제공 및 동의를 거부할 권리에 대해 연구 설명문 및 동의서를

통해 설명한 후 자발적 동의를 한 대상자에게 설문을 시행하였다. 연구 참여는 자발적 결정으로 이루어졌으며 도중에 연구 참여를 원하지 않을 경우 언제든지 설문지 응답을 철회할 수 있으며, 개인 정보 관련 비밀 유지에 대하여 설명을 하였다. 보관 기간이 지난 후 본 연구자료 및 문서 등은 파기 또는 소각할 것이며, 전자 파일 형태의 자료는 복원이 불가능한 방법으로 영구 삭제할 것을 설명하였다. 설문지 응답에 대한 감사의 표시로 5천원 상품권을 제공하였다

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 총 125명으로 여성 109명(87.2%), 남성 16명(12.8%)이었다. 대상자의 평균 연령은 80.01 ± 6.91 세이었고, 연령대 별로 보면 65세~74세가 27명(21.8%), 75세~84세가 61명(49.2%), 85세 이상이 36명(29.0%)이었다. 교육수준은 초등학교졸업 이하가 92명(73.6%), 중학교졸업 이상이 33명(26.4%)이었고, 종교는 85명(68.0%)이 가지고 있었고, 홀로 사는 경우는 60명(48.0%)로 나타났다. 흡연은 4명(3.2%)과 음주는 8명(6.4%)이 하고 있었고, 일주일에 1일 이상 규칙적인 운동을 104명(83.2%)이 하는 것으로 나타났고, 이환질환을 가진 대상자는 119명(95.2%)이었고, 건강상태를 좋다고 지각하는 경우는 54명(43.2%)이었다. 기동상태는 약간의 기동성 장애를 가지고 있는 경우가 86명(68.8%)이었고, 기동성 장애가 있는 경우는 4명(3.2%)이었다. 대상자가 가족의 돌봄을 받고 있는지 여부에 대해 88명(70.4%)이 '예'라고 하였고, 같이 살고 있지 않은 가족들의 규칙적인 대상자 방문 여부에 대해 91명(72.8%)이 '예'라고 답하였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Subjects (N=125)*

Characteristics	Categories	n (%)	Mean±SD
Gender	Male	16 (12.8)	
	Female	109 (87.2)	
Age (yr)	65-74	27 (21.8)	80.01±6.91
	75-84	61 (49.2)	
	≥85	36 (29.0)	
Education	≤Elementary school	92 (73.6)	
	Middle school or higher	33 (26.4)	
Religion	No	40 (32.0)	
	Yes	85 (68.0)	
Living with family	No	60 (48.0)	
	Yes	65 (52.0)	
Smoking	No	121 (96.8)	
	Yes	4 (3.2)	
Alcohol consumption	No	117 (93.6)	
	Yes	8 (6.4)	
Regular exercise	No	21 (16.8)	
	Yes	104 (83.2)	
Diagnosed chronic disease	No	6 (4.8)	
	Yes	119 (95.2)	
Perceived health status	Good	54 (43.2)	
	Bad	71 (56.8)	
Mobility status	No problem	35 (28.0)	
	Having some mobility impairments	86 (68.8)	
	Having mobility impairments	4 (3.2)	
Being cared for by family members	No	37 (29.6)	
	Yes	88 (70.4)	
Regular visit of family members	No	34 (27.2)	
	Yes	91 (72.8)	

*Total number of subjects do not match the respondents

2. 자기방임과 우울 실태 및 자기방임, 우울, 대처방식 수준

본 연구 대상자의 자기방임을 가진 대상 노인은 51명(40.8%)으로 나타났으며, 우울은 69명(55.2%)이 있는 것으로 나타났다. 대상자의 자기방임은 평균 9.64 ± 0.74 점이었고, 우울은 평균 5.30 ± 4.08 점이고, 대처방식의 하위영역별 문항 평균 평점점수는 문제재정립 2.55 ± 0.74 점, 감정표출 2.37 ± 0.97 , 수동회피 2.34 ± 0.70 , 신앙의지 1.85 ± 1.05 순을 보였다(Table 2).

Table 2. Prevalence and Mean Score of Self-Neglect and Depression and Mean Score of Coping Styles (N=125)

Characteristics	Categories	n (%)	Sum mean±SD
Self neglect	Yes	51 (40.8)	9.64±0.74
	No	74 (59.2)	
Depression	Yes	69 (55.2)	5.30±4.08
	No	56 (44.8)	
Characteristics			Item mean±SD
Coping/subcategory			
Rely on faith			1.85±1.05
Redefining the problem			2.55±0.74
Expression of emotion			2.37±0.97
Passive avoidance			2.34±0.70

3. 자기방임 유무에 따른 일반적 특성 및 우울 유무에 따른 차이

본 연구 대상자의 자기방임 유무에 따른 일반적 특성 및 우울 유무에 따른 차이를 보면 성별($\chi^2=6.08$, $p=.014$), 연령($\chi^2=6.91$, $p=.032$), 교육수준($\chi^2=9.50$, $p=.002$), 종교 유무($\chi^2=8.16$, $p=.006$), 규칙적 운동 유무($\chi^2=9.80$, $p=.002$), 기동상태($\chi^2=5.92$, $p=.050$), 우울 유무($\chi^2=12.99$, $p<.001$)에 따라 유의한 차이를 보였다. 자기방임은 여성의 경우 자기방임군 96.1%, 비자기방임군 81.1%이었고, 남성의 자기방임군 3.9%, 비자기방임군 18.9%에 비해 높게 나타났다. 자기방임은 연령이 85세 이상 군에서 41.2%, 75-84세군 37.2%, 65-74세군 21.6%로 연령이 높은 군에서 유의하게 높았다. 자기방임은 교육수준이 초등학교졸업 이하 군에서 자기방임군 88.2%로 비자기방임군 63.5%에 비해 높게 나타났으며, 종교가 있는 군에서 자기방임군이 82.4%로 비자기방임군의 58.1%에 비해 높았다. 또한 자기방임은 규칙적 운동을 하는 경우 자기방임군 70.6%, 비자기방임군 91.9%에 비해 유의하게 낮게 나타났다. 자기방임은 약간의 기동성 장애와 기동성 장애가 있는 군에서 각각 자기방임군 76.5%, 5.9%로 비자기방임군의 63.5%, 1.4%에 비해 유의하게 높았으며, 같이 거주하지 않는 가족의 정기적인 방문이 없는 경우에서 자기방임군 37.3%로 비자기방임군의 20.3%에 비해 유의하게 높았다. 우울이 있는 경우 자기방임군 74.5%로 비자기방임군의 41.9%에 비해 유의하게 높게 나타났다 (Table 3).

Table 3. Differences in General Characteristics and Depression by Self-Neglect (N=125)

Characteristics	Categories	Self-neglect	No self-neglect	χ^2	<i>p</i>
		n (%)	n (%)		
Gender	Male	2 (3.9)	14 (18.9)	6.08	.014
	Female	49 (96.1)	60 (81.1)		
Age (yr)	<74	11 (21.6)	16 (21.9)	6.91	.032
	75-84	19 (37.2)	42 (57.5)		
	≥80	21 (41.2)	15 (20.6)		
Education	≤Elementary school	45 (88.2)	47 (63.5)	9.50	.002
	Middle school or higher	6 (11.8)	27 (36.5)		
Religion	No	9 (17.6)	31 (41.9)	8.16	.006
	Yes	42 (82.4)	43 (58.1)		
Living with family	No	26 (51.0)	34 (45.9)	0.31	.580
	Yes	25 (49.0)	40 (54.1)		
Smoking	No	50 (98.0)	71 (95.9)	0.43	.513
	Yes	1 (2.0)	3 (4.1)		
Alcohol consumption	No	50 (98.0)	67 (90.5)	2.83	.092
	Yes	1 (2.0)	7 (9.5)		
Regular exercise	No	15 (29.4)	6 (8.1)	9.80	.002
	Yes	36 (70.6)	68 (91.9)		
Diagnosed disease	No	1 (2.0)	5 (6.8)	1.52	.217
	Yes	50 (98.0)	69 (93.2)		
Perceived health status	Good	17 (33.3)	37 (50.0)	3.42	.065
	Bad	34 (66.7)	37 (50.0)		
Mobility status	No problem	9 (17.6)	26 (35.1)	5.97	.050
	Having some mobility impairments	39 (76.5)	47 (63.5)		
	Having mobility impairments	3 (5.9)	1 (1.4)		
Being cared for by family members	No	19 (37.3)	18 (24.3)	2.42	.120
	Yes	32 (62.7)	56 (75.7)		
Regular visit of family members	No	19 (37.3)	15 (20.3)	4.40	.036
	Yes	32 (62.7)	59 (79.7)		
Depression	Yes	38 (74.5)	31 (41.9)	12.99	<.001
	No	13 (25.5)	43 (58.1)		

4. 자기방임 유무에 따른 하위영역별 대처방식 점수 차이

본 연구 대상자의 자기방임 유무에 따른 하위영역별 대처방식 점수는 문제 재정립 영역에서 자기방임군 2.35±0.76점으로 비자기방임군 2.69±0.69점에 비해 유의하게 낮은 점수를 나타냈다($t=-2.60, p=.012$). 신앙의 의지, 감정표출, 수동적 회피는 자기방임군과 비자기방임군 간에 유의한 차이를 보이지 않았다($t=0.74, p=.462$; $t=-1.16, p=.249$; $t=-1.23, p=.223$)(Table 4).

Table 4. Differences in Coping Styles by Self-Neglect (N=125)

Coping styles/ subcategories	Self-neglect (n=51)	No self-neglect (n=74)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Rely on faith	1.93±1.03	1.79±1.06	0.74	.462
Redefining the problem	2.35±0.76	2.69±0.69	-2.60	.012
Expression of emotion	2.24±0.95	2.45±0.98	-1.16	.249
Passive avoidance	2.25±0.70	2.41±0.69	-1.23	.223

5. 자기방임에 영향을 미치는 관련요인

본 연구 대상자의 자기방임에 영향을 미치는 관련요인을 확인하기 위하여 카이제곱 검정에서 유의수준 5% 기준으로 유의한 결과를 보인 변수인 성별, 연령, 교육수준, 종교 유무, 규칙적 운동 유무, 기동상태, 가족의 정기적인 방문 여부, 우울 유무와 t-test 검정에서 자기방임군과 비자기방임군 간의 유의한 차이를 보인 문제재정립 변수를 포함하여 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 다중 로지스틱 회귀분석 결과 우울 유무, 규칙적 운동 유무, 교육수준, 문제재정립 점수, 종교 유무가 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구에서 나타난 자기방임의 관련요인 중 우울 유무는 우울군이 비우울군에 비해 자기방임의 위험을 약 5배(95% CI=2.00~12.68, $p<.001$) 높이는 것으로 나타났고, 규칙적인 운동 유무에서는 규칙적 운동을 하지 않는 경우 규칙적 운동을 하는 군에 비해 자기방임 위험도가 약 5.2배(95% CI=1.55-17.26, $p=.008$)로 나타났다. 교육수준에서는 초등학교졸업 이하 군에서 중학교졸업 이상 군에 비해 자기방임의 위험도가 3.9배(95% CI=1.30-11.79, $p=.016$)로 높았고, 문제재정립에서는 문제재정립 점수가 높아갈수록 자기방임의 위험도가 약 0.5배(95% CI=0.25-0.87, $p=.016$)로 낮아지고, 종교 유무에서는 종교가 없는 경우 종교가 있는 경우에 비해 자기방임은 0.3배(95% CI=0.11-0.85, $p=.023$)로 낮아지는 것으로 나타났다(Table 5).

Table 5. Factors Associated with Self-Neglect

(N=125)

Variables	B	SE	<i>p</i>	β	OR	95% CI
Depression	1.62	0.47	<.001	.45	5.04	2.00-12.68
Exercise	1.64	0.61	.008	.34	5.18	1.55-17.26
Education level	1.36	0.56	.016	.33	3.91	1.30-11.79
Redefining the problem	-0.77	0.32	.016	-.31	0.46	0.25-0.87
Religion	-1.17	0.52	.023	-.30	0.31	0.11-0.85

95% CI=95% confidence interval; OR=odds ratio

Reference: Depression (no); Exercise (yes); Education level (Middle school or higher);

Redefining the problem (continuous variables); Religion (yes)

IV. 논 의

본 연구에서 자기방임을 경험 한 대상자는 40.8%로 나타났다. 이 결과는 동일한 도구를 사용하여 일개 대도시에 거주하는 만 65세 이상 201명의 차상위 독거노인을 대상으로 자기방임 실태를 파악한 손영은(2015)의 연구에서 보인 86.1%에 비해 크게 낮은 수준을 보였다. 이것은 본 연구 대상자의 경우 차상위 독거노인에 국한하지 않은 지역사회에 거주하고 있는 노인들을 대상으로 한 사회인구학적 특성의 차이로 나타난 결과로 여겨지며, 또한 이전에 비해 현행 국가적 그리고 지방자치정책에서 노인복지 제도의 개선과 보다 적극적인 보건복지 서비스 노력에 의한 결과로 사료된다. 그러나 본 연구에서 사용된 자기방임 도구 6문항 중 ‘의료적 치료나 약복용 등 거부’에 대한 1항목을 제외한 5문항의 자기방임 도구를 사용하여, 일 지역 도시의 만 75세 이상의 독거노인 672명을 대상으로 조사된 이민홍과 박미은(2014)의 연구 결과에서 나타난 자기방임 수준, 21.9%와 비교할 때 본 연구 대상자에서 자기방임의 비율이 더 높음을 보여주었다.

국외의 경우에도 노인의 자기방임 실태에 대한 연구가 많지 않은 실정이다. 미국 일 개 도시에 거주하는 60세 이상 3,159명의 중국인에서 자기방임이 29.1%로 경한 자기방임 18.2%, 중등도 및 심각한 자기방임 10.9%를 보였으며(Dong, 2014), 중국의 지역사회 거주 독거노인들에서 보여진 자기방임 유병률은 23.2%였다(Yu et. al., 2019). 이렇듯 노인의 자기방임은 측정 도구, 사회 인구학적 특성, 지역에 따라 자기방임 유병률 차이를 보일 수 있으나, 자기방임이 있는 경우 노인의 삶의 질은 심각하게 손상되고 사망까지 발생할 수 있기 때문에 이미 세계적인 공중보건의 건강문제로 대두되었다(Zhao et al., 2017). 따라서 지역사회 내 자기방임의 위험이 있는 노인을 선별하고, 적극적 예방 정책과 관리 중재가 함께 이루어져야 한다고 본다.

자기방임 유무에 따른 일반적 특성 차이를 보면, 본 연구에서 여성 노인에서 자기방임의 비율이 유의하게 높았고, 이것은 국외 일개 노인의료기관에 등록된 자기방임 노인들에서도 여성이 70%로 남성보다 더 높은 비율을 보인 선행연구

결과(Dyer, Goodwin, Pickens, Burnett, & Kelly, 2007)와 유사하였다. 일반적으로 여성이 남성에 비해 학대나 방임을 경험할 위험도가 더 높은 것으로 보고되었는데(Vida, Monks, & Rosiers, 2002), 여성이 남성에 비해 더 오래 살기 때문에 독거할 가능성이 높고, 여성 노인이 골다공증과 같은 질환에 이환되기 쉬워 자기방임에 취약할 것으로 사료된다(Jeon, Cho, Choi, & Jang, 2019). 따라서 여성 노인에 대한 자기방임 선별과 예방을 위한 정책이 더 필요하다고 보며 성별에 따른 남성과 여성의 자기방임의 원인과 특성 등을 고려한 자기방임 관리가 이루어져야 한다.

본 연구에서 연령이 높아질수록 자기방임의 비율이 유의하게 높게 나타났고, Wang, Hoover, Beck,과 Dong (2020)의 연구에서도 연령이 높을수록 자기방임의 빈도가 높았다. 노인 인구의 급격한 증가와 함께 많은 노인들이 배우자나 가족, 간병인 없이 혼자 생활하는 경우가 많아 자기방임의 위험에 놓일 수 있다. 또한 노화에 따른 인지기능 저하 혹은 신체적 장애는 자기방임의 중요한 위험요소가 될 수 있으므로(Hildebrand, Taylor, & Bradway, 2014), 연령이 높은 노인의 자기방임에 대한 주기적 선별과 감시가 지역 경로당, 노인복지센터, 보건소 등이 연계되어 수행되어야 할 것으로 본다(Dong et al., 2012).

본 연구에서 교육수준이 초등학교졸업 이하인 군에서 자기방임의 비율이 높게 나타났다. 교육수준은 노인의 경제적 수입과 사회적 활동 수준의 저하와 낮은 지지체계와 연관될 것으로 보며, 이러한 요인들은 노인의 사회적 고립을 초래할 수 있어 자기방임의 잠재적 위험으로서 작용하리라고 본다. 실제로 낮은 교육수준은 지역사회 거주 노인의 자기방임의 주요 위험요인으로서 간주되고 있다(Dong, 2016; Yu, Gu, Shi, & Wang, 2021).

사회적 및 가족의 지지는 노인의 자기방임을 예방하는 데 주요 요소로 작용을 하는데, 본 연구에서 가족의 방문이 없는 경우에 자기방임의 비율이 유의하게 높게 나타났고, 특히 홀로 살면서 적절한 사회적 지원이 없이 고립된 생활을 하는 경우 자기방임의 위험에 빠지기 쉽다(Burnett et. al, 2006). 따라서 지역사회 보건소, 동사무소, 경로당 등이 연계하여 가족이나 사회적으로 방치된 노인의 자기방임 여부를 조기에 발견하고 적절한 중재가 적용될 수 있는 체계적 관리가 필요하다. 일반적으로 종교가 있는 경우 종교적 활동과 절대자와의 교감으

로 인한 정서적 지지가 자기방임을 예방할 것으로 사료되나(Phillips, Paukert, Stanley, & Kunik, 2009), 본 연구에서 종교가 있는 경우에 자기방임의 비율이 높게 나타났고, 이러한 결과에 대한 심도 깊은 추후 연구가 필요하다고 본다.

자기방임 유무에 따른 대처방식 중 문제재정립 점수는 자기방임군에서 비자기방임군에 비해 통계적으로 유의하게 나타났고, 반면 신앙의 의지, 감정표출, 수동적 회피는 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았는데, 박정미(2007)의 노인의 우울에 미치는 대처전략 영향에서 보인 연구 결과와 유사하였다. 본 연구 대상자의 자기방임에 대한 교차비는 문제재정립 점수가 높아질 때 자기방임이 약 0.5배 낮아지는 것으로 나타났는데, 지역사회 거주 노인의 대처전략으로서 문제재정립을 위한 프로그램 개발과 마련이 필요하다고 본다. 이를 위해 경로당이나 노인 복지 센터를 중심으로 스트레스 상황이나 문제를 경험할 때 노인이 문제를 해결하는 인지적 행동요법이나 문제해결에 필요한 자원과 지식을 제공하는 교육을 마련해야 할 것이다(박정미, 2007).

본 연구에서 운동을 하지 않는 노인의 경우 자기방임의 비율이 높게 나타났으며, 자기방임의 발생 위험도를 약 5.2배 높이는 것으로 나타났다. 걷기를 포함한 규칙적인 운동은 노인의 신체적 체력과 정신적 건강을 유도하여 자기방임에 있어서도 긍정적 효과를 나타낸다(윤혜화, 2007). 기동성에 제한이 있는 경우 사회 활동이나 일상생활 수행이 어려워져 노인의 삶의 질이 심각하게 저하될 수 있으며 자기방임의 주요 위험요인으로 작용할 수 있다(Dong et al., 2010). 기동성에 제한이나 장애가 있는 노인이 보조기구를 사용하여 혹은 스스로 움직일 수 있도록 하기 위한 가정 방문 재활이나 운동요법의 실행이 체계적으로 이루어져야 할 것이다. 또한 노인의 건강상태 지표로서 허약상태는 자기방임의 주요 위험요인으로서 영향을 미치는 요인으로서 나타난 바(Li et al, 2018), 운동은 노인의 허약을 예방하는 최고의 방법이다(권상민과 박정숙, 2013). 따라서 지역사회 의료기관, 보건소, 재활기관, 노인의 가정 혹은 경로당 간의 긴밀한 협조 하에 개별 노인에게 적합한 운동 프로그램을 운영해야 할 것이다.

본 연구에서 우울은 노인의 자기방임 발생 주요 위험요인으로서 나타났으며, 우울이 있는 경우 자기방임 위험도를 약 5배 높이는 것으로 나타났다. 이민홍과 박미은(2014)의 연구에서도 우울이 고령 독거노인의 자기방임에 영향을 미치는

요인으로서 나타났고, 따라서 지역사회 거주 노인의 자기방임을 관리하는 한 방법으로서 우울을 예방하기 위한 적극적인 방법과 중재가 요구된다. 노인의 우울과 우울로 인한 노인의 고립을 막기 위해서는 노인을 가정에서 지역사회로 이끄는 활동, 즉 경로당, 노인복지센터, 혹은 보건소 등의 건강과 사회 활동 프로그램이 제공되고 참여하도록 권장해야 할 것이다. 이를 위해 노인의 이동을 위한 운송서비스 제공과 이 서비스 이용에 대한 홍보 등이 잘 이루어져 노인이 원하는 사회적 활동이나 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 것도 노인의 자기방임을 막는 예방책이 될 수 있다고 본다.

본 연구는 J시에 거주하는 경로당을 방문하는 65세 이상 노인을 대상으로 선정하였기에, 연구결과를 일반화하기에 어려움이 있어 연구대상자수를 확대하여 반복연구가 필요하다. 추후 자기방임을 예방하기 위한 프로그램 개발과 이를 적용한 중재 연구가 필요하다. 본 연구는 고령화가 급속하게 진행되면서 노인의 자기방임 문제에 대한 사회적인 관심이 늘어나고 있는 현 시점에 지역사회 거주 노인의 자기방임 실태와 그 관련요인을 파악함으로써 노인 자기방임 예방과 관리를 위한 프로그램의 기초자료로 제공함에 그 의의가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 노인의 자기방임 정도와 우울과 대처방식이 자기방임에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. J시 소재 3개 경로당을 중심으로 이곳을 방문하는 65세 이상의 노인을 대상으로 연구자 혹은 연구보조원이 설문지를 이용하여 면대 면 인터뷰를 통해 자료 수집을 하였다.

본 연구의 자료 분석은 SAS WIN 9.2 program을 이용하여 자료를 분석하였다. 대상자의 자기방임 유무에 따른 일반적 특성과 우울 유무 차이는 χ^2 를 사용하여 분석하였고, 자기방임 유무에 따른 대처방식의 하위영역 점수 차이는 t-test로 분석하였다. 대상자의 자기방임에 영향을 미치는 관련요인을 확인하기 위하여 χ^2 와 t-test 결과에서 통계적으로 유의하게 나타난 변수를 투입한 후 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 하였다.

본 연구 대상자의 자기방임을 가진 대상 노인은 51명(40.8%)으로 나타났으며, 우울은 69명(55.2%)이 있는 것으로 나타났다. 대상자의 자기방임은 평균 9.64 ± 0.74 점이었고, 우울은 평균 5.30 ± 4.08 점이고, 대처방식의 하위영역별 문항 평균 평점점수는 문제재정립 2.55 ± 0.74 점, 감정표출 2.37 ± 0.97 , 수동회피 2.34 ± 0.70 , 신앙의지 1.85 ± 1.05 순을 보였다.

본 연구에서 나타난 자기방임의 관련요인 중 우울 유무는 우울군이 비우울군에 비해 자기방임의 위험을 약 5배(95% CI=2.00~12.68, $p < .001$) 높이는 것으로 나타났고, 규칙적인 운동 유무에서는 규칙적 운동을 하지 않는 경우 규칙적 운동을 하는 군에 비해 자기방임 위험도가 약 5.2배(95% CI=1.55-17.26, $p = .008$)로 나타났다. 교육수준에서는 초등학교졸업 이하 군에서 중학교졸업 이상 군에 비해 자기방임의 위험도가 3.9배(95% CI=1.30-11.79, $p = .016$)로 높았고, 문제재정립에서는 문제재정립 점수가 높아갈수록 자기방임의 위험도가 약 0.5배(95% CI=0.25-0.87, $p = .016$)로 낮아지고, 종교 유무에서는 종교가 없는 경우 종교가 있는 경우에 비해 자기방임은 0.3배(95% CI=0.11-0.85, $p = .023$)로 낮아지는 것으로 나타났다.

본 연구 노인의 자기방임에 영향을 미치는 주요 관련요인은 우울, 운동을 하지 않는 경우, 문제재정립을 낮게 하는 경우로 나타났다. 따라서 지역사회 거주 노인의 우울을 예방하고 운동과 문제재정립을 잘 유도할 수 있는 프로그램 개발과 노인의 참여를 위한 적극적인 방법과 중재가 요구된다.

이상의 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 지역사회 거주 노인의 인구사회학적 특성과 다양한 환경적 요인들을 포함하여 노인의 자기방임 실태 연구가 필요하다.
2. 지역사회 거주 노인의 자기방임 예방을 위한 교육과 중재 프로그램의 개발 및 간호중재가 적용되고 그 효과연구가 필요하다.

참고문헌

1. 고보선. (2004). 연구논문: 제주노인의 학대피해 경험과 정서적 영향에 관한 연구: 노인-부양자 관계특성을 중심으로. *한국노년학*, 24(3), 249-268.
2. 김말영, 이재정. (2016). 남성노인의 자기방임에 대한 위험요인 연구. *노인복지연구*. 71(3), 29-51.
3. 김미혜 · 권금주 · 임연옥 · 이연호 (2006). 노인학대 측정 도구: 학대유형과 심각성을 중심으로. *한국노년학*, 26(4), 819-842.
4. 김미혜, 이금룡, 정순돌. (2000). 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국노년학*, 20(3), 211-226.
5. 김원천, (2010). *노인학대 유형의 분석에 관한 연구*. 석사논문, 호서대학교, 천안
6. 권상민, 박정숙. (2013). 허약노인을 위한 건강증진 프로그램이 허약노인의 건강증진행위와 건강상태에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 25(1), 194-206.
7. 박정미. (2007). *노인의 대처전략이 우울에 미치는 영향에 관한 연구: 부산지역 노인복지관과 경로당을 중심으로*. 석사논문, 동의대학교, 부산.
8. 보건복지부. (2013). 2013년 노인보호전문기관 업무수행지침. 보건복지부 노인정책과 중앙보호노인전문기관.
9. 보건복지부. (2017). 노인 학대현황보고서. 보건복지부 노인정책과 중앙노인보호전문기관.
10. 손영은(2015). *저소득 독거자기방임 인과모형에 관한 연구 : 고독감 및 우울의 이중 매개효과 검증*. 석사학위논문, 연세대학교, 서울.
11. 윤현희, 김명자. (1994). 남녀노인의 스트레스와 대처행동, 적응감 연구. *한국노년학*. 14(1), 17-32.
12. 윤혜화. (2007) *노인의 스트레스 요인과 대처방법*. 석사논문, 가천대학교, 인천.
13. 이민홍, 박미은. (2014). 한국 고령 독거노인의 자기방임에 관한 연구. *사회복지정책*. 41(1), 123-142.

14. 조계화, 김영경. (2008). 한국노인의 자살생각 극복경험. *대한간호학회지*, 38(2), 258-269.
15. 조맹제, 함봉진, 이부영, 김성윤, 신영민, 이창인. (1998). 일 장기 수용시설 노인들의 인지기능장애와 우울증상의 유병율. *신경정신의학*, 37(5), 913-920.
16. 통계청. (2019, September 2). 2019년 세계와 한국의 인구현황 및 전망.
Retrieved June 27, 2021, from
http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=377226&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=
17. American Psychiatry Association. (1994). DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC.
18. Bozinovski, S. D. (2000). Older self-neglecters: interpersonal problems and the maintenance of self-continuity. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(1), 37-56.
19. Burnett, J., Regev, T., Pickens, S., Prati, L. L., Aung, K., Moore, J., et al. (2006). Social network: A profile of the elderly who self-neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18:35-49.
20. Choi, N. G., Kim, J., & Asseff, J. (2009). Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: reexamination of etiology. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(2), 171-187.
21. Day, M. R., & Leahy-Warren, P. (2008). Self-neglect. 2: nursing assessment and management. *Nursing Times*, 104(25), 28-29.
22. Day, M. R., & McCarthy, G. (2015) A national cross sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect. *Age and Ageing*, 44(4), 717-720.
23. Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological sciences*, 29, 383-389.

24. Dong, X. (2014). Self-neglect in an elderly community-dwelling U.S. Chinese population: findings from the Population Study of Chinese Elderly in Chicago study. *Journal of American Geriatric Society*, 62(12):2391-2397.
25. Dong, X. (2016). Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 64:82-89.
26. Dong, X. Simon, M. A., Evans, D. (2012). Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of American Geriatric Society*. 60(2), 202 - 209.
27. Dong, X., Simon, M., Fulmer, T., Mendes,de Leon, C. F., Rajan, B., & Evans, D. A. (2010). Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population. *Gerontologist*, 50(3), 316-326.
28. Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens, S., Burnett, J., & Kelly, P. A. (2007). Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671-1676.
29. Hildebrand, C., Taylor, M., & Bradway, C. (2014). Elder self-neglect: the failure of coping because of cognitive and functional impairments. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(8), 452-462.
30. Jeon, G. S., Cho, S. I., Choi, K., & Jang, K. S.. (2019). Gender differences in the prevalence and correlates of elder abuse in a community-dwelling older population in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 100.
31. Kee BS. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*. 35(2)
32. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Co.

33. Lee, M., & Kim, K. (2014). Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *International Journal of Aging & Human Development*, 78(2), 115-131.
34. Li, J., Zhao, D., Dong, B., Yu, D., Ren, Q., Chen, J., et al. (2018). Frailty index and its associations with self-neglect, social support and sociodemographic characteristics among older adults in rural China. *Geriatrics and Gerontology International*, 18(7), 987-996.
35. Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23(10), 433-441.
36. Phillips, L. L., Paukert, A. L., Stanley, M. A., & Kunik, M. E. (2009). Incorporating religion and spirituality to improve care for anxiety and depression in older adults. *Geriatrics*, 64(8), 15-18.
37. Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165 - 173.
38. Vida, S., Monks, R. C., and Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry* 47, 459 - 467.
39. Wang, B., Hoover, D. R., Beck, T., & Dong, X. (2020). A vulnerability risk index of self-neglect in a community-dwelling older population. *Journal of American Geriatric Society*, 68(4), 809-816.
40. Yu, M., Gu, L., Shi, Y., & Wang, W. (2021). A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging and Mental Health*, 25(12), 2179-2190.
41. Zhao, Y., Hu, C., Feng, F., Gong, F., Lu, S., Qian, Z., & Sun, Y. (2017). Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: a cross-sectional study. *International psychogeriatrics*, 29(6):1015-1026.

Abstract

The Association of Depression and Coping Styles with Self-Neglect in the Elderly Living in the Community

Haeng Soon Yoon

Department of Nursing

Graduate School of Jeju National University

(Supervised by professor Hyo Jeong Song)

This study aimed to examine the prevalence of self-neglect and identify the factors affecting self-neglect among the elderly living in the community. A cross sectional survey design was adopted for the study. Data were gathered using the structured questionnaire through face to face interviews with 125 older adults aged 65 and over who visited the three senior centers in J City.

The data analysis was analyzed using SAS WIN 9.2 program. The difference in general characteristics and depression according to the self-neglect of the subject was analyzed using χ^2 , and the differences in scores in the sub-domain of coping styles according to self-neglect were analyzed by t-test. To examine the associated factors affecting self-neglect, multiple logistic regression was performed.

This study showed that 40.8% of the participants had some form of self-neglect. As a result of multiple logistic regression analyses, it was found that depression, regular exercise, educational level, problem re-definement, and religion had significant factors. Depression increased the

risk of self-neglect by about 5 times (95% CI=2.00~12.68, $p<.001$), and those who did not exercise regularly increased the risk of self-neglect by about 5.2 times (95% CI=1.55-17.26, $p=.008$). In the group below the elementary school, the risk of self-neglect was 3.9 times (95% CI=1.30-1.79, $p=.016$). As the problem re-definement score increased, the risk of self-neglect decreased by about 0.5 times (95% CI=1.15-4.02, $p=.016$), and in the absence of religion, the risk of self-neglect decreased by 0.3 times (95% CI=0.11-0.85, $p=.023$).

Based on the results of the above study, I would like to suggest the following.

1. A study on the self-neglect of the elderly including the socio-demographic characteristics and various environmental factors of the elderly living in the community is needed.
2. Development of education and intervention programs for the prevention of self-neglect of the elderly living in the community and nursing intervention are applied, and research on its effectiveness is required.

Key words: Self neglect, Depression, Problem solving, Aged

부록 1

연구 참여자용 설명서 및 동의서

연구 과제명 :

지역사회 거주 노인의 우울, 대처방식이 자기방임에 미치는 영향

연구 책임자 : 윤행순(제주대학교 대학원 간호학 전공)

이 연구는 지역사회에 거주하고 있는 노인의 우울과 대처방식이 자기방임에 미치는 연구입니다. 귀하는 지역사회에 살고 계시는 노인이기 때문에 이 연구에 참여하도록 권유 받았습시다. 이 연구를 수행하는 제주대학교 대학원 간호학 전공의 윤행순이 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구는 지역사회에 거주하고 있는 노인의 자기방임 정도와 우울과 대처방식이 자기방임에 영향을 미치는지를 파악함으로써 추후 노인의 자기방임을 예방하고 관리를 위한 프로그램의 기초자료로 활용하고자 합니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

지역사회에 거주하고 있는 65세 이상의 노인 120명 이상이 참여할 것입니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행되니까?

본 연구의 자료 수집은 제주대학교 생명윤리심의위원회의 승인 후에 시작합니다. 먼저 경로당 회장님을 방문하여 연구 목적과 내용을 설명한 후에 자료수집에 대한 허락을 받습니다. 그런 다음에 연구자나 연구 보조자가 경로당에 계신 귀하께 본 연구의 목적과 설문지의 내용을 설명을 하고 난 후 연구 참여에 대한 귀하의 동의를 구합니다. 귀하께서 설문지 내용을 이해하고 연구 참여에 대한 서면 동의를 한 경우에 경로당 내 조용한 개별공간에서 연구자나 연구보조원이 귀하께 설문지 내용을 읽어 주고 응답을 설문지에 기록합니다. 설문지 응답에 필요한 시간은 약 20분 정도가 소요될 예정입니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

설문지는 1회 참여합니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

이 연구는 설문지를 사용하여 귀하가 가지는 우울과 대처방식, 자기방임 정도를 응답하는 것으로 최소한의 위험을 가질 수 있습니다. 따라서 이러한 위험을 줄이기 위해 설문지 내용에 대해 연구자 또는 연구보조자는 귀하께 충분히 설명하고, 그 내용을 귀하가 이해한 후에 연구 참여에 자의로 서면동의를 하시도록 합니다. 또한 설문지 응답 도중 심적으로 응답을 하는데 불편하거나 어렵다고 생각되는 경우 어떠한 불이익이 없이 언제든지 응답을 중단하셔도 됩니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 귀하의 심리적 우울과 대처방식, 그리고 자기방임에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 제주대학교의 지도교수입니다. 저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다. 연구종료 후 연구관련 자료(생명윤리심의위원회 심의결과, 서면동의서, 개인정보수집/이용·제공현황, 연구종료보고서)는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 시행규칙 제15조에 연구종료 후 3년간 보관됩니다. 보관기간이 끝나면 파쇄방법으로 폐기될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 댓가가 지급됩니까?

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 5000원 정도 되는 상품권이 증정될 것입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오. 만일 어느 때라도 연구 참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 제주대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

동 의 서

연구제목:

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 제주대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제든지 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
동의서 받은 연구원 성명	서 명	날짜 (년/월/일)
연구책임자 성명	서 명	날짜 (년/월/일)

부록2

부록: 설문지

연구제목:

지역사회 거주 노인의 우울, 대처방식과 자기방임 간의 관련성

안녕하십니까?

본 연구는 귀하께서 가질 수 있는 우울감과 일상생활을 살아가는 방식, 그리고 자신을 돌보는 정도를 파악하고자 합니다. 본 연구를 통해 추후 귀하의 건강상태와 삶의 질을 높이기 위한 프로그램을 개발하는데 기초 정보로 제공하고자 합니다.

본 연구는 설문지로 조사가 이루어지며, 귀하께서는 연구자(보조자)와 대면하여 묻는 질문에 대해 답을 해 주시면 됩니다. 설문에 응답하는데 걸리는 시간은 약 20분 정도 소요됩니다. 응답하시는 내용은 철저히 비밀이 보장되고 무기명으로 처리되며 연구 목적으로만 사용됩니다.

귀하의 소중한 응답은 연구에 많은 도움이 될 것입니다.

감사드립니다.

제주대학교 대학원 간호학 전공 윤 행 순

♣ 다음은 귀하에 대한 일반적인 물음 들입니다. 해당되는 항목에 “V” 또는 괄호 안에 직접 내용을 답하여 주십시오.

1. 귀하의 성별: 1) 남성_____ 2) 여성_____
2. 연령: 만 () 세

3. 귀하의 교육정도는? · 국문해독 가능: 예_____ 아니오_____
1) 초등학교 이하_ 2) 중학교 졸업__ 3) 고등학교 졸업__ 4) 대학교 졸업__

4. 현재 누구와 살고 계시는지 모두 (√)표시 해 주시기 바랍니다.
1) 혼자__ 2) 배우자__ 3) 미혼자녀_____ 4) 결혼자녀_____
5) 손자, 손녀_____ 6) 기타_____

5. 귀하의 종교:
1) 없음__ 2) 기독교__ 3) 천주교__ 4) 불교__ 5) 기타 _____

6. 귀하의 알코올 섭취는?
1) 안함__ 2) 가끔 마심__ 3) 정기적으로 마심__

7. 귀하의 흡연여부:
1) 피지 않음__ 2) 전에 흡연함__ 3) 현재 흡연 중임__

8. 귀하는 운동(걷기 포함)을 규칙적으로 합니까?
9. 현재 가지고 있는 건강문제를 모두 표시해 주십시오.
1) 없음__ 2) 고혈압__ 3) 당뇨병__ 4) 심장질환__ 5) 중풍(뇌졸중)
6) 폐질환(천식/만성폐쇄성폐질환)_____ 7) 퇴행성관절염__ 8) 위, 십이지장
궤양__ 9) 간질환__ 10) 척추질환__ 11) 고지혈증_____ 12) 전립
선비대증__ 13) 콩팥질환_____ 14) 기타: _____

10. 전반적으로 귀하가 지각하는 건강상태는 어떠합니까?

- 1) 최고로 좋다____ 2) 아주 좋다____ 3) 좋다____
4) 조금 나쁘다____ 5) 나쁘다____

11. 지난 1년간 가족이나 보호자가 귀하(건강하지 않을 때)를 돌봐주지 않았다
(간병, 청결유지 등의 도움을 주지 않음): 1) 예____ 2) 아니오____

12. 지난 1년간 귀하에게 가족이나 보호자가 거의 찾아오지 않았다(혹은 용돈을
주지 않았다): 1) 예____ 2) 아니오____

13. 귀하의 기동상태는:

- 1) 걷는데 전혀 지장이 없다____ 2) 걷는데 약간 지장이 있다____
3) 걷는데 중간 정도의 지장이 있다____ 4) 걷는데 심한 지장이 있다____
5) 걸을 수 없다____

♣ 다음은 어르신이 할 수 있는 능력을 어쩔 수 없이 포기하거나 스스로 거부에 대한 질문입니다. 각 항목에 귀하께서 지난 날을 돌아보며 √ 표시하여 주시기 바랍니다.

문 항	내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보 통 이 다	그렇 다	매우 그렇 다
1	나는 스스로 식사를 줄이거나 거부하여 영양실조나 탈수상태에 빠진다.					
2	나는 기본적인 위생과 청결에 최소한의 관리하지 않는다.					
3	나는 건강, 생활, 환경 등 위험한 상황에서도 도움을 요청하지 않거나 거부한다.					
4	나는 건강이 치명적임에도 불구하고 약물이나 알코올 남용을 지속한다.					
5	나는 의료처치 또는 약복용 등의 치료행위를 거부한다.					
6	지속적으로 자살을 생각하거나 시도한다.					

♣ 다음은 귀하가 요즘 느끼는 마음상태를 나타내는 내용입니다. 적합한 곳에 'V'로 답해주십시오.

문 항	내용	예	아니 오
1	어르신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까?		
2	어르신의 활동과 흥미가 평소보다 많이 저하되었습니까?		
3	어르신께서는 앞날에 대해 희망적이십니까?		
4	평소 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지내십니까?		
5	어르신께서는 대부분의 시간이 행복하다고 느끼십니까?		
6	지금의 삶이 아름답다고 느끼십니까?		
7	어르신께서는 요즘 낙담하고 우울하십니까?		
8	어르신께서는 자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느끼십니까?		
9	어르신께서는 요즘 인생이 흥미롭다고 느끼십니까?		
10	어르신께서는 무엇이든지 열심히 하고 싶습니까?		
11	어르신께서는 사소한 일에 자주 마음의 동요를 느끼십니까?		
12	어르신께서는 자주 울고 싶다고 느끼십니까?		
13	어르신께서는 아침에 즐겁게 일어나십니까?		
14	어르신께서는 결정을 내리는 것이 수월합니까?		
15	어르신께서는 마음이 이전처럼 편안하십니까?		

♣ 다음은 지난 1년 동안 귀하가 어떤 문제나 어려움을 경험했을 때 어떠한 행
동을 하시는지 적합한 곳에 V'로 답해주십시오.

문항	내용	전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	보통 그렇다	자주 그렇다
1	기도를 한다.				
2	종교에 관련된 테이프나 라디오를 듣는다.				
3	성직자(목사, 신부, 스님 등)로부터 조언을 구한다.				
4	종교단체(교회, 성당, 절 등)의 예배에 참여한다.				
5	가벼운 운동으로(산책)기분을 전환한 후 다시 생각한다.				
6	그 문제를 즉시 해결하고자 노력한다.				
7	그 문제의 근본 원인을 해결하려고 노력한다.				
8	다른 해결책을 찾아본다.				
9	과거의 경험을 떠올린다. (전에도 비슷한 상황이 있었다)				
10	가까운 친구나 친척에게 이야기를 하거나 의논한다.				
11	출가한 자녀(딸, 아들)를 만나거나 전화로 푸념한다.				
12	배우자(혹은 친구)에게 하소연한다.				
13	갈등이 있는 자녀에게 내 섭섭함을 직접 표현한다.				
14	자녀와 의견차가 생길 경우 자녀에게 양보하며 대립을 피한다.				
15	집안의 화목을 위해서 그냥 참는다.				
16	마음을 편안하게 가지며 그 일을 잊으려고 노력한다.				
17	참는 수밖에 다른 방법이 없다고 생각한다.				
18	음식을 먹거나 술, 담배를 한다.				
19	시간이 흐르면 저절로 해결될 것이라고 생각하고 푸념한다.				
20	다른 일을 하면서 신경을 다른 데로 돌린다. (예, 취미생활, 집안 청소 등)				
21	다른 사람을 의식하지 않고 내 감정을 솔직히 표현한다.				
22	그 일을 잊어버리려고 노력한다.				
23	문제 상황을 운명으로 생각하며 받아들인다.				
24	상대방이 원하는 대로 따라 간다.				