

빈곤층 여성 노인의 우울에 미치는 영향요인

박언아, 이인숙
서울대학교 간호대학

Factors Affecting the Depression of the Elderly Women in Poverty

Eun A Park, In-Sook Lee
College of Nursing, Seoul National University

= Abstract =

Objectives: This study was to investigate the factors affecting the depression of the elderly women in poverty in community.

Methods: The subjects were 1,208 elderly women over 65 years who were enrolled in the Public Health Care Center from Apr. 2008 to Jun. 2008. Data were collected using questionnaires including general characteristics, health related behaviors and health status by nurses at the time of enrollment. The collected data were analyzed by descriptive statistics, χ^2 -test, Pearson correlation coefficients and multivariate logistic regression.

Results: The major findings of this study are as follows : The elderly women in poverty show a tendency to have lower level in income, education, self-rated health, cognitive function compared with ordinary women in old age. The predictors of depression of the elderly women in poverty were spouse's existence or nonexistence, type of insurance, cognitive function, and self-rated health.

Conclusion: These findings suggest the need to develop nursing strategies for decreasing depression in the elderly women in poverty. To decrease the depression of the elderly women, the above-mentioned major influencing factors should be considered.

Key words: Aged, woman, Poverty, Depression

* 접수일(2009년 9월 2일) 수정일(2009년 9월 17일) 게재확정일(2009년 9월 22일)

* 교신저자 : 박언아, 서울시 종로구 연건동 28번지 서울대학교 간호대학
전화번호 : 02-2277-8174, Fax : 02-3418-0998, e-mail : pea0701@hanmail.net

서 론

우리나라 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 2000년에 7.2%로 고령화 사회에 들어선 후, 2008년 7월 1일 현재 총 인구 중 10.3%를 차지하고 있다. 향후 2018년에는 고령사회의 기준인 14%, 2026년에는 초고령 사회의 기준인 20%를 넘게 될 것으로 전망된다. 더불어, 인구 고령화에 따른 노인인구의 성비 구성은 연령이 높아질수록 여성 노인의 수가 증가하는 경향을 나타내고 있다[1].

노인들이 일반적으로 가지고 있는 문제로는 경제적인 어려움과 건강문제[1], 65세 이상 노인의 9.7%가 의료급여대상자이며, 60세 이상 노인의 6.5%가 기초생활보장수급자이다. 이중 여성 노인이 차지하는 비중이 71.8%로, 여성이 남성보다 경제적으로 더 취약함을 보여준다[2]. 또한 여성 노인의 평균수명은 80.8세로 남성 노인보다 7년 정도 수명이 길어 노년기가 길고 만성 퇴행성 질환 유병률이 81.3%로[3], 남성 노인보다 높아 여성 노인의 건강문제의 중요성을 인식할 필요가 있다.

우울은 노년기에 노화로 인한 만성질환에 따른 신체적 문제와 더불어 노인에게 가장 흔히 발생하는 정신건강문제 중 하나이다[4,5]. 노년기 인구의 약 15~25%가 우울증상으로 고통을 받고 있으며 점차 유병률이 증가하고 있으나, 노인의 우울은 전반적으로 관심을 끌지 못하고 저평가될 때, 노인의 삶의 질을 저하시키고 의료비용 부담도 가중시키는 요인이 되고 있다[5,6]. 이러한 우울은 발병률과 발병 시기에 있어 성별의 차이가 있다. 즉, 여성 노인에서 발병률이 높고[7], 남성의 경우보다 우울의 발병시기가 빠르게 나타나 더 오랫동안 우울증상을 경험하게 되어 여성 노인의 삶의 질을 저하시키는 중요한 요인으로 인식된다[8].

노인의 우울과 관련된 요인에 대한 기존 연구를 살펴보면, 연령, 교육수준 및 의료보장 형태, 소득수준 등을 포함한 사회 인구학적 변수와[9-11]

흡연, 음주, 운동 등의 건강행태[10], 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 인지기능, 신체건강, 주관적 건강상태 등의 건강수준[10-13]이 보고되었다. 그러나 많은 연구가 성별을 구분하지 않고, 재가 일반노인이나 시설을 이용하고 있는 노인을 대상으로 일부 변수들과의 관련성을 다루고 있어 사회경제적 지위가 낮고 건강문제가 많아 중재의 요구도가 높은 빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 미흡한 실정이다. 이는 노인 인구 구성비 중 여성 노인이 차지하는 비율이 높으나 여성 노인의 건강문제에 대한 사회적 관심부족과 우울을 노화과정으로 보는 사회적 인식 때문이다[14]. 특히 빈곤층 여성 노인은 일반 여성 노인보다 우울정도가 유의하게 높고 사회적 지지가 낮음으로[15] 가장 우선적으로 우울 중재서비스 제공 대상으로 고려되어질 수 있다. 이에 본 연구에서는 빈곤층 여성 노인의 일반적 특성, 건강행태, 건강수준과 우울의 관계를 살펴보고, 우울에 미치는 영향요인에 대해 규명하고자 한다. 이는 빈곤층 여성 노인의 우울예방 및 완화를 위하여 지역사회를 기반으로 한 중재 프로그램 개발의 근거자료가 될 것이다.

본 연구는 여성 노인의 우울에 영향을 주는 요인을 파악하여 노인의 질적인 삶을 유지, 증진시키는 중재 프로그램개발의 기초 자료를 제공하기 위함으로 본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 빈곤층 여성 노인의 일반적 특성 및 건강행태, 건강수준과 우울정도를 파악한다.

둘째, 빈곤층 여성 노인에서 우울에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

대상 및 방법

1. 조사대상

본 연구대상자는 전국 보건소 방문건강관리사업에 등록된 기초생활수급권자, 차상위계층, 건강보험료부과하위 20%에 속하는 65세 이상 노인 885,561명[16] 중 2008년 4월 1일부터 2008년 5월

30일까지 방문건강관리사업에서 노인 교육프로그램 참여 대상자 1,410명을 임의 선정하여 자료수집과 건강관리에 대해 설명하고 대상자가 동의하에 방문간호사가 직접 면담을 통해 자료를 조사하였다. 대상자 1,410명 중 자료가 불충분한 202명을 제외한 1,208명만이 최종분석에 포함되었다.

2. 조사방법

조사는 방문간호사들이 본 연구에 사용된 설문 내용 및 조사방법에 대하여 사전 교육을 받은 후 대상자 가정을 방문하여 면접조사를 실시하였다. 조사내용은 대상자 일반적 특성 및 건강행위, 건강수준, 우울정도이다.

1) 우울

노인 우울여부를 객관적으로 측정하기 위하여 Ki[17]가 개발한 노인우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korean Version, GDSSF-K)을 사용하였으며 총 15개의 문항으로 이분형 척도로 구성되어 있다. 점수 범위는 0~15점으로 점수가 높을수록 우울함을 의미한다. 4점 이하를 정상, 5~9점을 경증우울, 10~15점은 중증우울로 분류하였으며 본 연구에서는 교육프로그램 대상자로서 적합성을 고려하여 9점 이하를 정상, 10~15점에 해당되는 대상자를 우울로 분류하였다.

2) 건강행태

건강행태는 흡연, 음주, 규칙적 운동으로 구분하였다. 흡연은 지난 30일간 담배를 피웠던 경우로 정의하고, 음주는 현재 음주를 하고 있는 경우로 정의하였다. 규칙적 운동은 여가시간에 건강을 위해서 주 3회 이상 규칙적 운동을 한다고 응답한 경우로 정의하였다.

3) 건강수준

(1) 일상생활수행능력(Activity of Daily living, ADL)
한국형 일상생활활동 측정도구[18]를 바탕으로

개발된 노인장기요양보험제도에서 사용하는 신체기능 평가도구[20]를 사용하였다. 측정항목으로는 옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변조절하기, 소변조절하기로, 총 12개 항목이 포함되어있다. 일상생활활동 측정도구의 각 문항은 ‘완전자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’의 3점 척도로 가능한 점수의 범위는 12~36점이다. 본 연구에서 한국형 일상생활활동 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .881$ 이었다.

(2) 도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activity of Daily living, IADL)

한국형 도구적 일상생활활동 측정도구[19]를 바탕으로 개발된 노인장기요양보험제도에서 사용하는 신체기능 평가도구[20]를 사용하였다. 측정항목으로는 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 금전관리, 물건사기, 전화사용하기, 교통수단이용하기, 약 챙겨먹기로 총 8문항으로 구성되었다. 각 문항은 ‘완전자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’, ‘수행불가’의 4점 척도로, 가능한 점수의 범위가 8~32점이고, 점수가 높을수록 신체기능이 저하되어 있고 독립적인 일상생활수행이 어려움을 의미한다. 본 연구에서 도구적 일상생활수행능력 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .899$ 이었다.

(3) 인지기능

인지기능은 공적노인요양보장추진기획단[20]이 개발하여 노인장기요양보험제도에서 사용하는 등급판정도구로 ‘예’, ‘아니오’의 이분척도, 총 7 문항으로, 점수의 범위는 7~14점이다. 점수가 높을수록 인지기능이 높음을 의미한다. 본 연구에서 인지기능 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .803$ 이었다.

(4) 만성질환 수

만성질환 수는 우울을 제외하고, 지난 1년 동안 앓고 있는 고혈압, 당뇨, 관절염, 골다공증, 만성

간염, 위궤양, 뇌혈관질환, 천식, 만성기관지염, 결핵, 암, 백내장, 잇몸병, 기타로 구분된 질병조사지를 이용하여 조사된 질병의 총수로, 의사의 진단여부에 상관없이 대상자가 앓고 있는 경우를 모두 포함시켰다.

(5) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 ‘건강에 대해 대체로 어떠하다고 생각하는지’에 대해 5점 척도로 응답하였다. ‘매우 좋음’과 ‘좋음’, ‘보통’으로 응답한 경우를 ‘나쁘지 않음’으로 ‘매우 나쁨’과 ‘나쁨’으로 응답한 경우를 ‘나쁨’으로 구분하였다.

3. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN15.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 조사 대상자의 성별에 따른 일반적 특성과 건강행태 및 건강수준은 빈도와 백분율, χ^2 -test를 통해 분석하였다. 건강수준에서 주관적 건강상태, 만성질환 수, 일상

생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 인지기능간의 상관관계를 Pearson correlation coefficient로 분석하고, 우울에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 χ^2 -test와 다변량 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 이용하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성, 건강행태 및 건강수준

평균연령은 76.5±5.6세이며 75세 이상 노인의 비율이 전체 대상자의 61.3%를 차지하였고, 배우자가 없는 경우가 87.8%로, 배우자가 있는 경우 12.2%에 비해 매우 높게 나타났다. 의료보장에서 의료보장여 대상자는 전체 74.9%로 나타났고, 교육수준은 무학이 62.0%로 가장 많았고, 초등학교 30.4%, 중학교 이상이 7.6%로 조사대상자 대부분이 교육수준이 낮았다. 건강행태에서 흡연과 음주는 각각 13.0%, 8.9%로 낮았고, 규칙적 운동을 하는 경우가 전체 10.5%에 불과하였다(Table 1).

Table 1. General characteristics and health related behaviors of participants (N=1,208)

Characteristics	Categories	n(%)
Age(yrs)	65~74	468 (37.7)
	75~84	657 (54.4)
	≥ 85	83 (6.9)
Spouse	Yes	147 (12.2)
	No	1,061 (87.8)
Type of insurance	Medical insurance	303 (25.1)
	Korean medicaid	905 (74.9)
	0	749 (62.0)
Education(yrs)	1~6	367 (30.4)
	≥7	92 (7.6)
Smoking	Yes	157 (13.0)
	No	1,051 (87.0)
Drinking	Yes	108 (8.9)
	No	1,100 (91.1)
Regular Exercise	Yes	127 (10.5)
	No	1,081 (89.5)

건강수준에서 우울 정도는 노인우울척도단축형의 구분에서 우울증을 선별하는 절단점이 5점이나 교육프로그램 적용가능 기준을 감안하여 9점 이하의 정상군, 10~15점은 우울군으로 구분하였을 때, 정상이 59.9%, 우울이 40.1%로 나타났다. 주관적 건강상태는 ‘나쁨’ 혹은 ‘매우 나쁨’으로 응답한 경우가 전체 72.7%로, 대체로 주관적 건강상태가 좋지 않았고, 보유하고 있는 만성질환 수는 평균 2.81±1.51개로 나타났다. 일상생활수행능력은 평균 13.01점, 도구적 일상생활수행능력은 평균 10.95점으로 나타나 대체로 일상생활을 영위하는데 큰 어려움이 없는 것으로 나타난 반면, 한 항목 이상에서 의존성을 나타낸 노인은 일상생활수행능력에서 31.8%, 도구적 일상생활수행능력에서는 55.2%로 나타났다. 인지기능은 평균 13.5점으로 양호한 편이나, 한 항목이상에서 인지기능이 낮은 경우가 전체 29.6%로 나타났다(Table 2).

2. 일반적 특성, 건강행태 및 건강수준에 따른 우울정도의 차이

무배우자가 유배우자보다 우울한 것으로 나타났다(p<.05) 주관적 건강상태가 낮을수록(p<.001). 또한 인지기능이 낮아질수록(p<.01) 우울한 것으로 나타났다. 연령, 교육정도, 의료보장 유형, 건강행태, 만성질환 수, 일상생활수행능력, 도구적

일상생활수행능력에서는 우울정도에 유의미한 차이를 보이지 않았다(Table 3).

3. 우울과 관련 요인

빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 요인들의 상관관계를 파악하기 위하여 주관적 건강상태, 만성질환 수, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 인지기능간의 상관관계를 분석한 결과, 상관계수가 .072에서 .622로 변수 간에는 상관관계가 비교적 낮은 것으로 나타났다(Table 4).

4. 우울에 영향을 미치는 요인

일반적 특성과 건강행위, 건강수준에서 우울에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 배우자유무, 의료보장 형태, 주관적 건강상태, 인지기능이 유의하였다. 배우자가 있는 경우에 비해 배우자가 없는 경우 우울이 있을 확률이 1.687배(p<.01)로 나타났다. 의료보장 형태는 건강보험에 비해 의료급여 대상에게 우울이 있을 확률이 0.754배(p<.05)로 감소하는 것으로 나타났다. 주관적 건강상태는 ‘나쁨’이 ‘나쁘지 않음’에 비해 우울이 있을 확률이 1.609배이고(p<.01), 인지기능에 어려움이 있는 경우 우울이 있을 확률이 1.482배 증가하였다(p<.01)(Table 5).

Table 2. Health characteristics of participants (N=1,208)

Characteristics	Categories (Range)	n (%) or M±SD	
Depression	Normal (0~9)	723 (59.9)	
	Depression (10~15)	485 (40.1)	
	Very good	7 (0.6)	
	Good	30 (2.5)	
Self-rated health	Fair	293 (24.3)	
	Poor	721 (59.7)	
	Very poor	157 (13.0)	
Number of Disease	0~10	2.81±1.51	
	ADL	12~36	13.01±2.39
	IADL	8~32	10.95±4.40
Cognition function	7~14	13.51±0.10	

ADL : Activities of Daily Living, IADL : Instrumental Activities of Daily Living

Table 3. Differences in depression by general and health related behaviors and characteristics

(N=1,208)

Characteristics	Categories (Range)	Depression, n (%) or M±SD			x ²	p
		Normal	Depression	Total		
Age(yrs)	65~74	276 (38.2)	326 (39.6)	468 (38.7)	.245	.885
	75~84	397 (54.9)	260 (53.6)	657 (54.4)		
	≥85	50 (6.9)	33 (6.8)	83 (6.9)		
Spouse	Yes	101 (14.0)	46 (9.5)	147 (12.2)	5.463	.019*
	No	622 (86.0)	439 (90.5)	1061 (87.8)		
Type of insurance	Medical insurance	172 (23.8)	131 (27.0)	303 (25.1)	1.602	.206
	Korean medicaid	551 (76.2)	354 (73.0)	905 (74.9)		
Education(yrs)	0	456 (63.1)	293 (60.4)	749 (62.0)	1.001	.606
	1~6	251 (29.7)	152 (31.3)	367 (30.4)		
	≥7	52 (7.2)	40 (8.2)	92 (7.6)		
Smoking	Yes	88 (12.2)	69 (14.2)	157 (13.0)	1.084	.298
	No	635 (87.8)	416 (85.8)	1051 (87.0)		
Drinking	Yes	64 (8.9)	44 (9.1)	108 (8.9)	.017	.895
	No	659 (91.1)	441 (90.9)	1,100 (91.1)		
Regular exercise	Yes	78 (10.8)	49 (10.1)	127 (10.5)	.145	.703
	No	645 (89.2)	436 (89.9)	1,081 (89.5)		
Self-rated health	Not poor	226 (31.3)	104 (21.4)	330 (27.3)	14.085	.000**
	Poor	497 (68.7)	381 (78.6)	878 (72.7)		
Number of Disease	0~10	2.72±1.45	2.95±1.59	2.81±1.51	11.307	.334
ADL	12~36	12.97±2.41	13.06±2.37	13.01±2.39	18.189	.510
IADL	8~32	10.86±4.41	11.09±4.38	10.95±4.40	29.688	.195
Cognition function	7~14	13.59±0.92	13.41±1.09	13.52±0.10	19.006	.008**

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

Table 4. Correlation among the factors related to depression

(N=1,208)

	Self-rated health	Number of Disease	ADL	IADL	Cognition function
Self-rated health	1	.155**	.226**	.221**	-.096**
Number of Disease		1	.085**	.107**	-.072*
ADL			1	.622**	-.189**
IADL				1	-.236**
Cognition function					1

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

Table 5. Factors affecting on depression by multivariate logistic regression (N=1,208)

Characteristics	Comparison group	Reference group	abnormal(ref. normal) Adj or (95%CI)
Age(yrs)	75~84	65~74	0.930 (0.738 ~ 1.194)
	≥85	65~74	1.012 (0.613 ~ 1.671)
Spouse	No	Yes	1.687** (1.142 ~ 2.494)
Type of insurance	Korean medicaid	Medical insurance	0.754* (0.572 ~ 0.993)
Education(yrs)	Uneducated	Educated	0.874 (0.683 ~ 1.118)
Smoking	Yes	No	1.203 (0.844 ~ 1.715)
Drinking	Yes	No	0.974 (0.641 ~ 1.482)
Regular Exercise	No	Yes	0.992 (0.672 ~ 1.463)
Self-rated health	Poor	Not poor	1.609** (1.219 ~ 2.124)
Cognition function	Abnormal	Normal	1.482** (1.144 ~ 1.919)
Number of Disease			1.068 (0.986 ~ 1.157)
ADL			0.992 (0.933 ~ 1.055)
IADL			1.004 (0.970 ~ 1.039)

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

-2 Log likelihood=1588.015(p<.001), Cox & Snell R²=0.032, Nagelkerke R²=0.043

number of disease and ADL, IADL were treated as continuous variable ; ADL : Activities of Daily Living ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living.

고 찰

본 연구는 빈곤층 여성 노인의 일반적 특성 및 건강행태, 건강수준을 파악하고 우울에 미치는 영향요인을 규명하고자 실시하였다. 연구대상자의 일반적 특성으로, 무배우자가 유배우자에 비해 많았고, 간접적으로 소득수준을 볼 수 있는 의료보장 형태에서 의료급여가 건강보험 대상자보다 많았다. 교육수준은 무학이 많아 빈곤층 노인을 대상으로 한 Lee 등[21]의 빈곤층 노인에서 고연령, 낮은 교육수준을 특징으로 한다는 연구결과와 일치하였다. 특히 무배우자가 많고 우울이 있을 확률이 유배우자보다 높다는 것은 배우자와 함께 동거하는 노인들이 그렇지 않은 노인들보다 우울이 훨씬 더 낫다는 Lee 와 Kim[22]의 연구결과와 일치하는 것으로 여성이 남성에 비해 무배우자 기간이 더 길고, 배우자와 사별하면서 혼자 살게 되는 비율이 증가하므로 여성 노인의 우울이 높아질 수 있음을 보여준다. 이는 무배우자 노인의 우울 완화를 위하여 가족을 대신할 수 있는 사회적

지지체계를 제공하는 것이 필요함을 시사한다. 간접적 소득수준을 나타내는 의료보장 형태에서 건강보험 대상자가 의료급여 대상자에 비해 우울 확률이 높게 나타나 일반노인을 대상으로 한 기존연구결과[10]와 일관된 결과를 보여주지 않았다. 이는 조사대상자의 대부분이 기초생활보장수급자로, 공적이전소득의 혜택으로 절대적 빈곤이 감소되었다는 Kim[23]의 연구와 여성 노인이 자녀, 친구와 이웃, 복지기관의 지원을 받는 것이 남성 노인과 차이가 있다는 Suh와 Kim[24]의 결과를 감안할 때, 일정소득 이하의 빈곤층 노인에서는 의료급여나 기초생활보장수급여부와 상관없이 경제적 어려움에서 실제로 별다른 차이가 없는 것으로 판단된다.

건강행태 실천에서 흡연, 음주, 규칙적 운동이 우울에 영향을 미치지 않는 것은 연구대상자가 전반적으로 우울정도에 상관없이 흡연, 음주율이 낮고, 규칙적 운동실천율도 낮기 때문인 것으로 보인다.

건강수준에서 인지기능과 주관적 건강상태가 낮을수록, 우울정도의 유의미한 차이를 나타내었

는데 이는 빈곤층 여성 노인에게 우울에 대한 중재가 제공될 때 인지기능 강화를 고려한 포괄적 중재 프로그램이 제공되어야 함을 시사한다.

본 연구에서 빈곤층 여성 노인의 우울 정도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 다변량 로지스틱 회귀분석 결과, 배우자 유무, 의료보장 형태, 인지기능과 주관적 건강상태가 유의한 것으로 나타나 재가여성 노인을 대상으로 한 연구 결과인 주관적 건강상태, 배우자 유무, 인지기능과 부분적으로 일치하였다[10,13].

인지기능에 어려움이 발생되면서 우울이 초래될 수 있고[26], 인지기능이 저하된 노인일수록 우울증이 발생할 가능성이 높다는 결과[25]는 본 연구결과를 지지하였다. 보유 만성질환 수는 연구대상자가 지난 1년 동안 앓고 있으나 의사에게 진단받지 않았거나 의사에게 진단받은 경우를 모두 포함하였는데 대상자가 의사진단은 받지 않았지만, 오랜 기간 동안 동일한 증상을 지각하며 질병을 앓고 있어 신체활동과 일상생활에 영향을 미칠 것으로 판단되어 만성질환에 포함하였다. 본 연구에서는 만성질환 수가 우울에 영향을 미치는 요인으로 유의하지 않아 여성노인에서 만성질환이 많을수록 우울이 높아진다는 Jung [13]과 Lee 등[26]의 연구결과와는 일치하지 않았다. 이는 대상자의 95.8%가 한 가지 이상의 만성질환을 지니고 있어 우울정도에 상관없이 대부분 신체적 건강상태가 좋지 않은 것으로 판단된다.

배우자 유무, 의료보장 형태, 주관적 건강상태와 인지기능을 제외한 건강행태 및 건강수준에서 유의미한 차이가 나타나지 않았는데 연령에 따라 노인집단간 우울정도에 차이가 있다는 연구들[9,10,26]과 일치되지 않는 결과는 연구마다 대상자의 연령비율이 다르기 때문인 것으로 보인다. Lee 등[10]의 간접적인 소득수준을 의료보장 유형 즉 건강보험, 의료급여로 구분한 연구결과와 상반된 결과를 보였는데 이는 빈곤층 여성 노인의 경우 의료급여 대상이 대부분이고 오히려 공적이전소득의 혜택의 결과로 건강보험 대상자와 경제적인 부분에서 큰 차이가 없기 때문인 것으로

판단된다. 흡연, 음주, 규칙적 운동의 빈도는 본 연구와 Won과 Kim[28]의 연구결과에서 우울정도에 유의미한 차이를 보이지 않았는데 빈곤층 노인을 대상으로 한 Lee 등[21]의 연구결과와 같이 우울에 상관없이 건강상의 이유로 흡연과 음주를 하지 않는 대상자가 많아 유의한 차이가 없고, 규칙적 운동실천율은 기존연구[21,26,27]에 비해 전반적으로 실천율이 낮아 유의미한 차이가 없는 것으로 판단된다.

주관적 건강상태가 우울에 영향을 미친다는 선행연구[28,29]와 일치하였다. 본 연구대상의 주관적 건강상태에서 ‘나쁨’이 73.6%로 일 지역 저소득층 여성 노인에서 측정한 57.2%[29]와 60.3%[7]보다 높아 빈곤층 여성 노인의 우울정도를 완화시켜 주관적 건강상태를 호전시킬 수 있는 지역사회 단위의 중재프로그램 제공이 매우 시급함을 시사하였다.

일상생활수행능력과 도구적 일상생활수행능력은 우울에 유의미한 영향을 보이지 않았지만, 기존 연구[4]의 결과로, 한 가지 항목 이상 제한이 있는 노인들이 사회적 관심이나 활동의 정도가 낮아지면서 우울정도가 높아질 수 있음을 감안할 때, 활동 제한이 있는 노인에게 우울감 향상 혹은 우울예방을 위해 일상생활 활동을 돕는 사회 지지체계 마련이 필요하다.

이상에서 볼 때, 빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로는 배우자유무, 경제상태, 주관적 건강상태, 인지기능이며 빈곤층 여성 노인의 가족지지체계 미흡과 낮은 주관적 건강상태, 인지기능의 문제는 사회적, 신체적, 심리적인 측면에서 열악한 환경에 노출되어 우울수준을 높일 가능성이 많으므로 빈곤층 여성 노인들의 우울을 예방하고 우울완화를 위한 지역사회의 체계적이고 종합적인 접근이 요구되고 동시에 빈곤층 여성 노인들의 기초적인 생활보장 문제와 여성 노인의 일정한 경제력 보장을 위한 정책적 제도의 뒷받침도 고려되어야 할 것이다.

본 연구는 보건소 방문건강관리사업에 등록된 빈곤층 여성 노인을 임의표출한 서술적 단면연구

이므로 연구결과를 빈곤층 여성 노인 모두에게 일반화시키는데 제한점이 있다. 그러나, 빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 배우자유무, 경제상태, 주관적 건강상태, 인지기능을 파악하여 빈곤 여성 노인군의 우울관리를 위한 중재 프로그램 개발 및 적용에 근거가 되는 기초자료로서 의의가 있다고 본다. 또한 심리사회적 요인이나 사회적 지지, 질병의 종류, 노인의 삶에 직접적인 영향을 미치는 자녀 등의 요인들은 추후 연구를 통해 우울에 미치는 영향을 확인할 필요가 있다. 본 연구는 방문건강관리사업 대상자인 빈곤층 여성 노인을 대상으로 하는 우울 중재를 위하여 지역사회를 기반으로 한 통합프로그램 개발의 기초자료로 활용가능하며 이를 바탕으로 빈곤층 여성 노인의 복합적 요구를 해결할 수 있는 지역사회 기반의 통합 프로그램의 개발 및 운영을 통해 우울 완화 및 예방효과를 기대할 수 있다.

요 약

본 연구는 65세 이상 빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 방문건강관리사업 대상자 중 노인 교육프로그램 대상에게 수집된 기초자료를 분석한 서술적 조사연구이다.

연구대상자는 방문건강관리사업 대상자로, 2008년 4월 1일부터 5월 30일까지 기초생활수급권자, 차상위계층, 건강보험료부과하위 20%에 속하는 빈곤층 여성 노인 1,410명을 임의표출하여 조사하였다. 방문간호사가 대상자에게 자료 수집 및 방문건강관리서비스 제공에 대하여 설명하고, 대상자가 동의한 이후에 구조화된 설문지를 이용하여 직접 면담을 통해 시행하였고 이 중 1,208명만이 최종분석에 포함되었다.

수집된 자료는 SPSS프로그램을 이용하여 서술적 통계분석, Pearson correlation coefficients, χ^2 -test, 다변량 로지스틱 회귀분석을 통해 분석하였고, 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 연령은 75~84세가 54.4%로 가장 많았고, 배우자가 없는 경우가 87.8%로 무

배우자 비율이 높고, 간접적 경제수준인 의료보장 유형에서 의료급여가 74.9%를 차지하였다. 교육수준은 무학이거나 초등학교 졸업이 92.4%로 조사되었다.

둘째, 주관적 건강상태가 '나쁨'이 72.7%, 보유 만성질환 수는 평균 2.81개, 인지기능이 13.51점으로 나타났다.

셋째, 일반적 특성과 건강행태, 건강수준 변수들이 우울에 미치는 영향요인을 분석한 결과, 무배우자일수록($p<.05$), 인지기능이 낮을수록($p<.01$), 주관적 건강감이 낮을수록($p<.001$) 우울한 것으로 나타났다. 연령, 교육수준, 건강행태, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 보유 만성질환 수에서는 우울정도에 유의미한 차이를 보이지 않았다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 사회적 지지 및 가족지지를 포함한 심리사회적 요인이나, 영양, 질병특성을 고려하여 우울에 영향을 미치는 요인을 규명하는 심층연구가 필요하다.

둘째, 빈곤층 여성 노인을 대상으로 우울 감소를 위한 중재프로그램을 제공할 때 우선적으로 차별화된 맞춤형 중재가 요구되며 노인의 기초적인 생활보장문제와 인지기능과 주관적 건강상태를 고려한 지역사회 기반의 통합 프로그램의 개발 및 운영이 요구된다.

참고문헌

1. National Statistical Office. Statistics of aged. Seoul. The National Statistical office, 2008.
2. Korea Institute for Health and Social Affairs. Yearbook of Health and Welfare Statistics. Seoul, 2008
3. Korea Institute for Health and Social Affairs. Statistics of poverty. Seoul, 2009
4. Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonmet S, Vellas B, Albarede J, Grandjean H. Instrumental Activities of Daily Living as a

- Potential Marker of Frailty. *The Journal of Gerontol* 2001;56(7):448-450
5. Lee HS. Health status and utilization of long term care facility in the urban and rural aged. *J of Korean Acad of Community Health Nurs* 2008;19(2):260-269(Korean)
 6. Ki BS. Medication therapy of depression for the aged. *Geriatr Disease* 2005;9:141-153(Korean)
 7. Lee KJ, Park, HS. A study on the perceived health status, depression, and activities of daily living for the elderly in urban areas. *Korean J Women Health Nurs* 2006;12(3):221-230(Korean)
 8. Konstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keintner GI. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000;60:1-11.
 9. Hur JS, Yoo SH. Determinants of depression among elderly persons. *Mental Health & Social Work* 2002;13:7-35(Korean)
 10. Lee HJ, Kang SK, Lee JY. The effects of socioeconomic position and health behavior on geriatric depressive symptom. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2008;28(4):1129-1145(Korean)
 11. Shin KL, Kim MY. The affecting factors of cognitive function and depression among the elderly in an island community. *J of Gerontological Nurs* 2001;3(1):32-41(Korean)
 12. Park SY. A study on depression, ADL, IADL, and QOL among community-dwelling low income elderly. *J of Korean Acad of Public health Nurs* 2009;23(1):78-90(Korean)
 13. Jung YM. Korean health status and associated factors of depression according to depression in elderly women. *J of the Korean Gerontol Soc* 2007;27:71-86(Korean)
 14. Shin KR, Kang YH, Jung, DY, Choi KA. A study on the depression, somatic symptom, activities of daily living for the elderly women in an urban area. *J Korean Acad Nurs* 2007; 37(7):1131-1138(Korean)
 15. Kim JY, Lee JM. The Relationship of Life-stress and depression between the poor elderly Women and ordinary elderly women - focus on control effect of self-esteem and social support-. *J of Welfare for the Aged* 2008;39:399-420(Korean)
 16. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2008 Report of Customized Home Visiting Care Service, unpublished, Seoul, 2008
 17. Ki BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-korean Version. *J of Korean neuropsychiat Association* 1996;35(2):298-307 (Korean)
 18. Won CW, Rho YG, Kim SY, Cho BR, Lee YS. The validity and reliability of Korean Activities of Daily Living(K-ADL) Scale. *J of the Korean Geriatr Soc* 2002;6(2):98-106 (Korean)
 19. Won CW, Rho YG, Sun WD, Lee YS. The validity and reliability of korean Instrumental Activities of Daily Living(K-IADL) Scale. *J of the Korean Geriatr Soc* 2002;6(4):273-280(Korean)
 20. Korea Institute for Health and Social Affairs. Development of asesment tool for public long-term care system. 2004, Retrieved Feb.2. 2009, from <http://www.e-welfare.go.kr>.
 21. Lee TH, Ko IS, Lee KJ, Kang KH. Health status, health perception, and health promotion behaviors of Low-income community dwelling Elderly. *J Korean Acad Nurs* 2005;35(2):252-261(Korean)
 22. Lee YJ, Kim TH. A study on the buffering effect of social support on the stress of the elderly who lives alone. *Journal of the*

- Korea Gerontological Society* 1999;19(3):79-93 (Korean)
23. Kim EJ. Poverty reduction effect and income redistribution effect of public income transfer among families headed by women. Soongsil University, 2004
24. Suh KH, Kim YS. Self -Esteem and depression of the elderly people living alone. *Korean Journal of Psychological and Social /issues*, 2003;9(1):115-137(Korean)
25. Robert RE, Shema SJ, kaplan GA, Strabridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort. *Am J of Psychiat* 2000;157(1):81-88
26. Lee KJ, Yun JR, Ko LS, Lee TH, Ju YS, Bae SS, Oh JJ, Gweon SH. A prediction model of health promotion and illness prevention behaviors in the elderly. Unpublished report, Yonsei University & Ministry of Health & Welfare, 2001
27. Kweon JH, Yun HJ, Moon HJ, Lee JM, Son YH, Park SH, Lee HK, Lee SG.. Dietary behavior and nutritional status of the elderly women attending at the health promotion program in the an urban community. *Korean J Community Nutrition* 2002;1(6):814-823(Korean)
28. W JS, Kim KH. Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services, *J Korean Acad Nurs* 2008;38(1):1-10 (Korean)
29. Ko Y, Lee IS. Factors affecting the self rated health of vulnerable elderly. *J of Korean Acad of Community Health Nurs* 2009;20(1):31-40(Korean)