

일 지역사회 저소득 노인의 우울, 일상생활수행능력과 삶의 질의 관계에 대한 연구*

박 선 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의 보건의료 환경은 평균수명의 연장, 노령인구의 증가, 만성질환의 증가 등으로 급변하고 있다. 또한 세대 당 인구수가 감소하여 핵가족화가 점점 심해져 노인세대 가구 및 독거노인 세대 등 건강문제를 스스로 관리할 수 없는 보건의료 취약가구 및 시설이 급속하게 증가하고 있다.

우리나라 빈곤인구에 대한 연구에 의하면 최저생계비 이하 빈곤층은 전체인구의 약 7.4%로 추정되고 있으며 이는 노인인구의 16.5%에 해당한다(Kim, 2003). 기초생활수급자의 25%를 차지하고 있는 저소득층 노인의 경우 경제적 빈곤, 만성질환 보유, 사회적 고립 등으로 삶의 질이 심각하게 저하될 수 있으나 이들에게 제공되는 보건복지 서비스는 요구에 비해 매우 부족한 실정이다. 이러한 빈곤층의 열악한 사회경제적 조건은 질병의 이환율을 높이고 적절한 질병관리의 부족으로 인해 많은 경우 만성질환으로 진행하게 된다(Lee, Ko, Lee, & Kang, 2005).

노인이 일반적으로 가지고 있는 문제로는 건강문제, 경제적인 어려움, 외로움, 소외감 등으로 알려져 있다.

이 중 노인의 건강문제와 관련하여 2005년 실시된 전국노인생활실태조사에 따르면 노인의 90.9%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있으며 이로 인해 노인 연령층의 의료비 지출도 높아지고 있는데(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005) 2006년 한 해 동안 노인급여비로 5조 이상의 비용이 지출되었으며 지난 10년간 지출비용은 8.3배나 증가하였다(National Health Insurance Corporation, 2006). 따라서 노인의 건강문제를 예방하고 관리하는 것은 노인의 삶의 질을 높일 뿐 아니라 국가 의료비 증가를 억제할 수 있는 중요한 전략이 된다. 이와 관련하여 정부는 2008년 7월부터 중증질환 노인을 중심으로 장기요양보험 제도를 시행하였으나 노인의 주요한 건강문제인 만성퇴행성질환은 자각증상이 없이 서서히 진행되어 증상을 자각할 때에는 이미 질환이 많이 진행되어 있을 경우가 많으므로 이미 중증질환으로 이환된 노인을 위한 대책과 함께 질환의 조기예방과 관리를 위한 방안도 정착되어야 한다.

노인은 정상적인 노화과정으로 인한 변화와 함께 사회적, 환경적 요인들에 의해 신체기능의 저하와 만성질환, 배우자 사망, 경제력 약화, 사회나 가족으로부터의 고립 등을 경험하게 되면서 정도의 차이는 있으나 일반적으로 우울경향이 증가하게 되며, 우울증은 노년기

* 본 논문은 2007학년도 예수대학교 학술연구비에 의하여 지원되었음.

** 예수대학교 간호학부 전임강사(교신저자 E-mail: psy0645@hanmail.net)

투고일: 2009년 2월 5일 심사완료일: 2009년 2월 6일 게재확정일: 2009년 2월 28일

에 나타나는 가장 흔한 정신질환으로 알려져 있다. 노년기 우울증은 신체적 건강 및 사회적 활동에 심각한 부정적 영향을 미치고 의료이용을 증가시킴으로써 사회경제적 부담을 가중시키고, 개인의 삶의 질을 저하시키는 심각한 질환이다(Schoevers et al., 2003). 미국의 65세 이상 노인 인구의 16.1%가 임상적 우울증을 앓고 있고(Birrer & Vemuri, 2004), 국내 연구에서는 2005년 전국 노인생활실태 조사에서 노인의 문제행동 중 우울상태를 보이거나 울기도 함이 6.1%로 가장 높게 조사되었고, 1,300명의 지역사회 노인을 대상으로 한 연구에서는 10.5%의 우울장애 유병률이 보고된 바 있다(Suh, Rhu, & Yeon, 2005). 노인 우울증은 우울증상을 직접적으로 호소하기 보다는 우울증상에 수반된 불안, 신체증상, 건강염려증, 집중력 장애, 기억력 장애 등을 먼저 호소하는 경향이 있고 심지어는 가성 치매 등의 임상양상으로 표현된다. 또한 노인 우울증은 요즘 사회적 이슈가 되고 있는 노인 자살의 위험성을 높이는 것으로 보고되고 있다(Jang & Kim, 2005). 통계청에 따르면 전체 자살 중 65세 이상 노인이 차지하는 비율은 1983년 6.8%에서 2003년 25.2%로 20년 만에 18.4%가 증가했다(Korea National Statistical Office, 2005). 또한 노인자살 환자의 2/3는 우울증 환자인 것으로 알려짐에 따라(Yoon et al., 2002), 노인 우울증 문제는 노년기에 중요하게 다루어야 할 문제이다.

한편 노년기의 질환은 대부분 만성퇴행성이므로 완치보다는 관리에 중점을 두어야 하며 같은 질환이라도 젊은 환자에 비해 치료에 대한 반응이 느리고 합병증의 발생이 많기 때문에 질병에 의한 기능 손실의 발생이 흔하고 이러한 기능장애는 노인의 일상생활 유지를 어렵게 만드는 가장 중요한 요인이다(Yoon, 2001). 또한 연령이 증가함에 따라 노인은 신체적 기능의 감퇴를 경험하게 되는데 이로 인하여 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려워지게 되고, 건강 수준이 낮아질 뿐 아니라 질병과 죽음에 대한 취약성이 증가하게 된다. 따라서 노인의 기능 상태를 평가하고 적절한 간호를 제공하여 노인이 경험하고 있는 증상이 조절되거나 악화되는 것을 예방하여야 하며, 노인이 지니고 있는 건강한 기능을 발견하여 유지 증진시킬 수 있도록 하여 노인의 삶의 질 수준이 높아지도록 하여야 한다. 이

에 따라 노인의 신체적 건강상태 평가는 질병의 유무와 같은 병리현상에 근거를 두기보다는 신체기능차원에서 노인의 일상생활의 기능정도를 측정하는 것이 필요하다. 일상생활수행능력은 노인이 자립적인 생활을 할 수 있는 최소한의 능력으로써 노인의 기능수준평가에 가장 중요한 부분이다(Song & Kim, 2002). 노인의 일상생활수행능력은 노인의 건강 및 신체적 기능, 삶의 만족과 관련이 높을 뿐 아니라 성공적인 노화를 이끌게 되므로 노인의 일상생활활동 정도를 평가하여 독립적 생활을 유지하도록 하는 것이 노인의 삶의 질 증진을 위해 중요하다.

삶의 질은 신체적, 정신적 및 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕으로 정의되며 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계, 가족관계 등으로 구성된다(Ro, 1988) 삶의 질은 개인의 일생에 관한 행복 및 생의 목표 달성과 직접 연결되는 매우 중요한 개념이며 신체적, 사회적, 정신적 건강에 대한 주관적 태도와 경험을 토대로 하기 때문에(Borgaonka & Irvine, 2000) 노인의 일상적 기능과 안녕상태 평가에 유용하다.

노인의 정신적, 신체적 건강문제는 노화과정과 함께 일어나기 때문에 완전한 치료보다는 관리되어야 하는 특성을 가지고 있다. 따라서 적절한 간호를 제공하여 대상자가 경험하고 있는 증상이 적절히 조절되거나 악화되는 것을 예방하도록 도와야 하며 노인이 지니고 있는 건강한 기능을 발견하여 유지, 증진시킬 수 있도록 도와줌으로써 노인의 삶의 질 수준이 높아지도록 하여야 할 것이다. 이를 위하여서는 노인의 건강상태를 신체적 뿐만 아니라 정서적 측면을 포함하여 포괄적으로 파악하고 이들의 신체적, 정서적 건강 상태와 삶의 질 간의 관계를 규명하는 것이 필요하다. 지금까지의 노인의 신체 정서적 건강상태 파악을 위한 연구는 주로 지역사회와 재가 노인을 대상으로 한 연구가 주로 이루어져왔다(Lee & Park, 2006; Oh, Bae, & Kim, 2006). 그러나 지역사회 재가 노인 중에서도 기초생활수급자의 25%를 차지하며 여러 건강문제를 안고 있는 저소득 재가 노인에 대한 연구로는 여성독거노인, 방문간호대상 노인(Lee et al., 2005; Won & Kim, 2008) 등을 대상으로 건강상태, 건강의식 및 건강행위실천 등에 대한 연구가 시행되었을 뿐 아직까지

저소득 노인의 정서적, 신체적 건강 상태를 삶의 질과 함께 파악할 수 있는 내용은 많이 다루어 지지 않는 것으로 보인다.

이에 본 연구는 일 지역사회에 거주하는 저소득 재가 노인의 정서적 및 신체적 건강상태 및 삶의 질을 파악하고 이들 변수들 간의 관계를 확인하여 노인의 건강상태를 신체, 정서적 맥락에서 이해하고 지역사회 재가 저소득 노인의 건강증진을 위한 보건정책수립과 간호중재 방안 마련에 도움이 되는 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

2. 목적

본 연구의 목적은 일 지역의 65세 이상 지역사회 저소득 재가 노인의 정서적 및 신체적 건강상태와 삶의 질 정도를 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 우울, 일상생활수행능력, 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 일반적 특성에 따른 우울, 일상생활수행능력, 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 3) 대상자의 우울, 일상생활수행능력, 삶의 질 사이의 상관관계를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구설계는 구조화된 설문지에 의한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구에서 저소득층 노인이라 함은 65세 이상의 노인 중 기초생활보장대상자와 이들보다 생활이 약한 차상위계층을 포함하는 자를 의미하며 본 연구의 대상자 507명은 전라북도 전주시에 거주하는 저소득층 노인으로서 전주시 방문보건센터의 방문보건사업 대상으로 파악된 65세 이상 노인 3,257명 중에서 비확률 표출법인 임의표출법을 사용하여 표출하였다. 자료수집

을 위해 전주시 방문보건센터 담당자로부터 방문보건 서비스를 받고자 신청서를 제출한 대상자 중 65세 이상의 대상자 명단을 받아 전주시 33개동별로 대상자를 임의추출 하였다. 이는 독거노인과 노인부부세대를 포함한 전주시 노인 의료취약인구의 2.1%, 전주시 방문보건센터 65세 이상 사업대상자의 15.6%에 해당한다. 1:1 면접식 설문조사가 가능하고, 설문조사에 자발적으로 참여의사를 밝힌 노인을 대상으로 하였으며 설문조사는 연구목적으로만 활용하며 익명을 보장함을 설명하고 서면동의를 받았다.

3. 연구 도구

본 연구에 사용된 설문지는 구조화된 문항으로 구성되었다. 노인의 일반적 특성 6문항(성별, 연령, 학력, 의료보험종류, 동거상태, 주관적 건강상태)과 노인 우울측정도구 15문항, 일상생활수행능력 측정도구 16문항, 삶의 질 측정문항 8문항의 총 45문항으로 구성되었다.

1) 우울

노인 우울 척도로 Bae와 Cho(2004)의 한국형 단축형 노인우울척도(SGDS-K)를 사용하였다. 이 도구는 총 15문항으로 구성되어 있으며 응답은 '예'인 경우 0점, '아니오'인 경우 1점으로 환산하되 부정적인 10개 문항은 역환산하였다. 총 점수는 0~15점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 나타낸다. 개발당시의 신뢰도는 Chronbach's α 값이 .86 이었고(Bae & Cho, 2004), 본 연구에서는 .89 이었다. Bae와 Cho(2004)가 제안한 최적 우울절단점수인 8점을 기준으로 하여 본 연구에서는 1~7점은 정상상태를, 8~15점은 우울상태를 의미한다.

2) 일상생활수행능력

대상자의 일상생활수행능력을 조사하기 위하여 보건복지부가 「방문보건사업 운영안내」(Ministry of Health and Welfare, 2006)에서 제시한 일상생활활동(Activity of Daily Living, ADL)과 도구적 일상생활활동(Instrumental Activity of Daily Living, IADL)을 확인할 수 있는 16문항의 도구를 사용하였

다. ADL 도구는 의식 및 사람 알아보기, 대소변가리기, 침상에서의 움직임, 식사, 이동, 옷 입고 벗기, 개인위생, 목욕, 화장실 이용, 계단 오르기의 10문항을 포함하였고, IADL 도구는 식사준비, 세탁, 금전관리, 전화기 사용, 외출, 대중교통 이용의 6문항 이었다. 각 문항은 '할 수 없다' 1점, '도움이 필요하다' 2점, '도움 없이 할 수 있다' 3점의 3점 척도이며 점수의 범위는 ADL은 최소 10점에서 최고 30점까지로, IADL은 최소 6점에서 최대 18점까지이며, 점수가 높을수록 신체적 기능상태가 매우 양호하며 독립적인 일상생활을 수행하는데 전혀 어려움이 없음을 의미하며, 점수가 낮을수록 일상생활 수행이 어려움을 의미한다. 일상생활수행 능력 측정 도구의 신뢰도는 본 연구에서 Chronbach's α 값이 ADL은 .87, IADL은 .88 으로 나타났다.

3) 삶의 질

대상자의 삶의 질 파악을 위하여 Ware, Kosinski, Dewey와 Gandek(2001)의 Medical Outcome Study 8-item Short Form Survey(SF-8)을 Shin, Yoo, Yang, Kim과 Lim(2001)이 번역한 도구를 이용하였는데 이는 일반적 건강상태, 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 통증, 활력, 사회적 기능, 정신건강, 정서적 역할 제한 등 8개 주요 삶의 질 영역을 측정하는 포괄적인 건강관련 삶의 질 측정도구로 간단한 설문으로 구성되어 있으며, 문화적인 차이에 영향을 받지 않도록 문항이 개발된 평가 도구이다. 최저 8점에서 최고 42점까지의 점수가 가능하며 점수 산정 방법을 이용한 점수 환산에 의해 높은 점수일수록 기능이 좋음을 의미한다. 개발당시 각 영역별 검사-재검사 신뢰도가 .61에서 .72로 있었으며 본 연구에서의 Chronbach's α 값은 .89이었다.

4. 자료 수집

자료수집기간은 2007년 1월부터 2007년 2월 까지 2개월 동안이었으며, 자료수집은 연구자와 17인의 조사자가 시행하였다. 많은 수의 조사자가 투입되었기에 조사자 간의 자료수집의 일관성 유지를 위하여 사전 조사를 시행하고 결과를 서로 나누면서 조사자들 간의 훈련을 시행하였다. 자료는 구조화된 설문지를 이용하

여 직접 면담을 통해 수집되었다. 자료수집시 설문지 응답은 조사자가 내용을 읽어주고 연구대상자의 응답 내용을 질문지에 기록하는 형식으로 진행되었다. 개인별 자료수집에 소요된 시간은 약 30분 정도였으며 자료수집이 끝나 후 대상자에게 간단한 사례를 하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 통계 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 우울상태, 일상생활수행능력, 삶의 질은 실수와 백분율, 평균값과 표준편차를 구하였고, 일반적 특성에 따른 우울정도, 일상생활수행능력, 삶의 질은 t-test와 one-way ANOVA로 분석하였으며 유의한 차이가 있는 경우에는 사후검정으로 Schéffe test를 이용하였다. 우울상태, 일상생활수행능력, 삶의 질과의 관계는 Pearson's Correlation으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 연구대상자는 총 507명으로 남자가 112명(22.1%), 여자가 395명(77.9%)이었다. 연령범위는 65세부터 98세까지이며 평균연령은 75.3세 이었다. 학력수준은 무학인 경우가 66.5%로 가장 많았으며, 초등학교 졸업이 22.7%이었다. 대상자의 건강보험 종류로는 의료급여 1종이 55.2%로 가장 많았고 다음으로 건강보험(34.9%), 의료급여 2종(6.9%) 순이었다. 동거형태는 독거인 경우가 48.9%이었고, 부부동거인 경우가 21.7%이었다. 대상자의 주관적 건강상태에 대해서는 불량하다고 답한 대상자가 49.9%로 가장 많았고 보통(23.7%), 매우 불량(19.7%) 순이었다.

2. 우울상태, 일상생활수행능력, 삶의 질의 정도

대상자의 우울 상태는 <Table 2>와 같다. 대상자의 우울 점수는 최소 0점에서 최대 15점 까지 있었으며 평균 8.72점이었다. 최저우울절단점수인 8점 이상의

<Table 1> General characteristics of the subjects (N=507)

Variable		n	%
Sex	Male	112	22.1
	Female	395	77.9
Age	65-74	244	48.1
	75-84	219	43.2
	85and over	44	8.7
Education	None	337	66.5
	Elementary school	115	22.7
	Middle school and over	55	10.8
Medical insurance	Medicaid I	280	55.2
	Medicaid II	35	6.9
	National health insurance	177	34.9
	Others	15	3.0
Living condition	Living alone	248	48.9
	Living with spouse	110	21.7
	Living with spouse and offspring	24	4.7
	Living with offspring	69	13.6
	Others	56	11.0
Perceived health status	Excellent	3	0.6
	Good	31	6.1
	Moderate	120	23.7
	Poor	253	49.9
	Bad	100	19.7

<Table 2> Level of depression (N=507)

Depression	n(%)	Minimum	Maximum	M ± SD
Depression state (≥8)	319(62.9)			
Normal state (<8)	188(37.1)	0	15	8.72±4.50

<Table 3> Level of ADL and IADL (N=507)

Variables	Level*				M±SD	Total M±SD Range (Min~Max)
		3 n(%)	2 n(%)	1 n(%)		
Consciousness		488(96.3)	13(2.6)	6(1.2)	2.95±0.27	28.63±2.58 (13~30)
Continenace		478(94.3)	26(5.1)	3(0.6)	2.94±0.27	
Moving bed		469(92.5)	35(6.9)	3(0.6)	2.92±0.29	
Eating		476(93.9)	30(5.9)	1(0.2)	2.94±0.25	
Walking at the inside the house		415(81.9)	79(15.6)	13(2.6)	2.79±0.46	
ADL Dressing		473(93.3)	34(6.7)	0(0.0)	2.93±0.25	
Personal hygiene(Washing face and brushing teeth)		478(94.3)	26(5.1)	3(0.6)	2.94±0.27	
Bathing, taking a shower		426(84.0)	68(13.4)	13(2.6)	2.81±0.45	
Using toilet		472(93.1)	33(6.5)	2(0.4)	2.93±0.28	
Climbing stairs		302(59.6)	149(29.4)	56(11.0)	2.49±0.69	
Preparing meals		440(86.8)	45(8.9)	22(4.3)	2.82±0.48	16.52±2.52 (6~18)
Laundry		421(83.0)	57(11.2)	29(5.7)	2.77±0.54	
IADL Managing money		443(87.4)	44(8.7)	20(3.9)	2.83±0.47	
Using telephone		457(90.1)	38(7.5)	12(2.4)	2.88±0.39	
Going outside		367(72.4)	117(23.1)	23(4.5)	2.68±0.56	
Using transportation		325(64.1)	129(25.4)	53(10.5)	2.54±0.68	

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

* 3 = Do independently all the times , 2 = Need help, 1 = Can't do independently

우울상태인 대상자는 319명(62.9%)이었고, 7점 이하의 정상군은 188명(37.1%)으로 나타났다.

대상자의 일상생활수행능력 중 ADL은 최소 13점부터 최대 30점 까지이었으며 평균 28.63점이었고 IADL은 최소 6점에서 최대 18점으로 평균 16.52점이었다. ADL 항목 중에 '혼자 수행하는데 전혀 어려움이 없다'로 가장 많이 응답한 항목은 의식 및 사람 알아보기(96.3%), 개인위생(94.3%), 대·소변 가리기(94.3%) 순이었으며, '도움없이 할 수 없다'로 가장 많이 보고된 항목은 계단오르기(11.0%)이었다. IADL에서 '도움없이 할 수 없다'로 가장 많이 보고된 항목은 대중교통이용(10.5%), 세탁(5.7%) 순이었다. 일상생활수행능력의 16항목에서 전혀 어려움이 없이 완전 독립생활이 가능한 노인은 243명(47.9%)이었고 1가지 항목 이상에서 의존성을 나타낸 대상자는 264명(52.1%)이었다<Table 3>.

대상자의 삶의 질 정도는 <Table 4>와 같다. 대상자의 삶의 질 정도는 최소 8점에서 최고 41점까지이었으며 평균 22.59점이었다.

<Table 4> Level of QOL (N=507)

QOL*	Minimum	Maximum	M ± SD
	8	41	22.59±6.93

* QOL: Quality of Life

3. 일반적 특성에 따른 우울정도, 일상생활수행능력, 삶의 질

대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도, ADL과 IADL 및 삶의 질은 <Table 5>와 같다.

대상자의 우울정도는 교육정도($F=6.05, p<.001$)와 주관적 건강상태($F=19.00, p<.001$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 교육정도에 대한 Schéffe의 사후검증 결과 중졸이상의 학력군의 우울점수 평균이 무학 집단에 비해 유의하게 낮은 것으로 분석되었다. 또한 대상자의 주관적 건강상태에 따른 우울정도는, Schéffe의 사후검증 결과 건강한 집단이 불량, 매우불량인 집단에 비해 우울점수 평균이 유의하게 낮게 나왔다.

대상자의 ADL은 일반적 특성 중 연령, 보험유형, 동거형태, 주관적 건강상태에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령에 따른 ADL은 통계적으로 유의한 차

이가 있었고($F=6.95, p<.001$), Schéffe의 사후검증 결과 85세 이상인 집단이 그 이하 집단보다 ADL이 유의하게 낮았다. 보험유형에 따른 ADL도 유의한 차이가 있었다($F=3.65, p=0.01$). 동거형태에 따른 ADL도 유의한 차이가 있었는데($F=3.54, p=0.01$), Schéffe의 사후검증결과 자녀동거인 집단이 독거나 배우자와 사는 집단에 비해 ADL이 유의하게 낮게 나타났다. 마지막으로 주관적 건강상태에 따른 ADL에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=23.19, p<.001$). Schéffe의 사후검증 결과 건강상태가 매우 불량한 집단이 양호나 보통, 불량인 집단보다 ADL 점수가 유의하게 낮았다.

대상자의 IADL은 일반적 특성 중 연령, 동거형태, 주관적 건강상태에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령에 따른 IADL은 통계적으로 유의한 차이가 있었고($F=12.83, p<.001$), Schéffe의 사후검증 결과 85세 이상인 집단이 그 이하 집단보다 IADL이 유의하게 낮았다. 동거형태에 따른 IADL도 유의한 차이가 있었는데($F=5.42, p<.001$), Schéffe의 사후검증 결과 자녀동거인 집단이 다른 집단에 비해 IADL이 유의하게 낮게 나타났다. 마지막으로 주관적 건강상태에 따른 IADL에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=21.16, p<.001$). Schéffe의 사후검증 결과 건강상태가 매우 불량한 집단이 양호나 보통의 집단보다 IADL 점수가 유의하게 낮았다.

대상자의 삶의 질 정도는 성별, 보험유형, 주관적 건강상태에서 유의한 차이를 나타내었다. 성별에 따른 삶의 질은 남자가 여자보다 삶의 질 정도가 높게 나타났고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.2.3, p=0.03$). 보험유형에 따른 삶의 질도 유의한 차이가 있었으며($F=4.51, p<.001$), 주관적 건강상태에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=50.57, p<.001$). Schéffe의 사후검증 결과 건강상태가 매우 불량한 집단이 다른 집단보다 삶의 질 점수가 유의하게 낮았다.

4. 우울, 일상생활수행능력, 삶의 질 간의 상관관계

대상자의 우울과 ADL($r=-.24, p<.001$), IADL

(Table 5) Level of depression, ADL, IADL, and QOL according to general characteristics (N=507)

Characteristics	Categories	Depression			ADL			IADL			QOL		
		M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)		
Sex	Male	8.27±4.81	-1.21 (0.23)	28.87±2.38	1.08 (0.28)	16.72±2.58	0.94 (0.35)	24.02±7.93	2.23 (0.03*)				
	Female	8.85±4.40		28.56±2.63		16.47±2.51		22.19±6.58					
Age	65-74 ^a	8.31±4.70	2.07 (0.13)	28.81±2.31	6.95 (<.001)	16.82±2.16	12.83 (<.001)	23.02±7.17	0.88 (0.42)				
	75-84 ^b	9.05±4.32		28.71±2.35		16.55±2.35		22.22±6.61					
	85and over ^c	9.39±4.13		27.27±4.24	a,b>ct	14.77±4.10	a,b>c	22.11±7.19					
	None ^a	9.11±4.38	6.05 (<.001)	28.56±2.64	0.48 (0.62)	16.44±2.60	1.00 (0.37)	22.50±6.83	1.88 (0.15)				
Education	Elementary school ^b	8.45±4.77		28.83±2.41		16.82±2.09		22.10±6.97					
	Middle school and over ^c	6.91±4.20	a>ct	28.70±2.56		16.45±2.81		24.24±7.34					
Medical insurance	Medicaid I ^a	9.07±4.51		28.71±2.40	3.65 (0.01*)	16.56±2.38	1.80 (0.15)	21.63±6.81	4.51 (<.001)				
	Medicaid II ^b	8.49±4.52	1.40 (0.24)	29.20±1.86	a,b>dt	17.37±1.35		24.57±7.14					
	National health insurance ^c	8.32±4.48		28.57±2.74		16.36±2.87		23.54±6.82					
	Others ^d	7.53±4.17		26.67±4.20		16.52±2.52		24.87±7.61	a<ct				
	Living alone ^a	8.94±4.45		28.85±2.22		16.91±1.88		22.46±6.85					
Living condition	Living with spouse ^b	8.32±4.41	0.62 (0.65)	28.85±2.18	3.54 (0.01*)	16.41±2.86	5.42 (<.001)	22.63±6.67	0.44 (0.78)				
	Living with spouse and offspring ^c	7.83±5.59		28.63±3.41		16.75±2.86		24.17±8.12					
	Living with offspring ^d	8.75±4.24		27.59±3.73	a,b>dt	15.36±3.52	a>dt	22.16±6.92					
	Others ^e	8.88±4.72		28.52±2.46		16.39±2.29		22.96±7.41					
Perceived health status	Healthy ^a	4.00±5.20		29.33±1.15	23.19 (<.001)	17.33±1.15	21.16 (<.001)	36.33±4.04	50.57 (<.001)				
	Good ^b	6.23±4.06		29.35±1.31		17.48±1.55		29.03±7.63					
	Moderate ^c	6.64±4.38		29.53±1.58		17.53±1.07		26.83±5.85	a,b,c>d,e				
	Poor ^d	9.17±4.30	a<d,e†	28.90±1.92	b,c,d>et	16.62±2.40	c>d †	21.72±5.81	d>et				
	Very poor ^e	10.99±3.76		26.65±3.97		14.76±3.32		17.31±5.47					

† Scheffe test

* p<.05

<Table 6> Correlations between depression, ADL, IADL, and QOL

Variables	Depression	ADL	IADL	QOL
Depression	1	-.24**	-.21**	-.57**
ADL		1	.79**	.42**
IADL			1	.43**
QOL				1

** p<.001

($r=-.21, p<.001$), 삶의 질($r=-.57, p<.001$) 사이에는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 대상집단의 우울정도가 높을수록 ADL 및 IADL 상태와 삶의 질 정도가 낮게 나타났다. ADL은 IADL($r=.79, p<.001$)과 삶의 질($r=.42, p<.001$)과 유의한 양의 상관관계를 나타내 ADL 상태가 좋을수록 IADL과 삶의 질도 높았다. IADL은 삶의 질과 양의 상관관계로($r=.43, p<.001$) IADL 상태가 좋을수록 삶의 질 정도도 높았다(Table 6).

IV. 논 의

본 연구는 지역사회의 저소득 재가 노인의 우울정도, 일상생활수행능력, 삶의 질 정도를 파악하고 변수들 간의 관계를 분석하여 일차적으로는 해당 지역사회에서 진행되고 있는 방문보건사업에서 저소득 노인의 건강증진을 위한 보건정책수립과 건강관리 방안 개발에 도움이 되는 직접 자료를 제공하고, 더 나아가서는 전체 지역사회 저소득 노인의 건강증진에 기여할 수 있는 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구 결과 단축형 노인 우울 척도(SGDS-K)를 적용한 대상자의 평균 우울 점수는 8.7점이었으며 최적 우울절단점수인 8점 이상의 우울 대상자는 319명(62.9%)이었다. 이러한 결과는 본 연구에서와 같이 단축형 GDS 도구를 사용하여 지역사회 재가노인의 우울상태를 조사한 Lee와 Park(2006)의 5.3점보다 높게 나왔으며, Suh 등(2005)의 10.5%, Yoon 등(2002)의 32% 보다도 높게 나타났다. 본 연구 결과는 국외의 연구와도 비교가 되는데, 단축형 GDS를 사용한 일본 노인의 우울 평균점수 4.1점(Wada et al., 2005), 미국의 65세 이상 노인 인구의 16.1%(Birrer & Vemuri, 2004), 타이완 농촌 노인의 12.8%(Chiu, Chen, Huang, & Mau, 2005) 등으

로 보고되어 본 연구에서의 우울정도가 높은 것으로 나타났다. 이렇듯 우울증의 유병율의 차이를 보이는 것은 조사 시기, 조사대상, 조사지역, 시설입소 노인의 포함여부, 우울증 진단기준, 지역에 따른 문화적 차이 등에 따라 상이할 수 있다(Choi, 2006; Yoon et al., 2002). 본 연구 결과 통계적으로 유의하지는 않았으나 연령이 증가할수록 우울정도가 증가하였으며 이러한 결과는 Won과 Kim(2008)의 결과와도 일치하는 결과로 우울증 관리에 대한 연령별 접근이 필요하다고 생각된다. 또한 본 연구의 대상이 지역사회의 저소득 재가 노인이라는 점에서 이들의 우울정도가 다른 조건의 집단에 비해 높게 나타난 점은 간과해서는 안 될 것으로 사료되며 지역사회 저소득 노인을 대상으로 한 우울증 예방 및 관리 프로그램이 우선순위로 마련되어야 한다고 생각된다. 한편 본 연구에서 대상자의 우울정도는 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 여러 선행연구(Kim, 2001; Kwon, Ha, & Ahn; 2007)와 유사하였다. 우울정도가 심할수록 주관적 건강인식이 나빠진다는 것은 노인 대상자들의 정신건강과 신체건강에 대한 인식이 연결되어 있음을 의미한다. 따라서 이들의 우울정도의 개선과 건강상태의 개선을 꾀하기 위한 건강교육을 포함한 관리프로그램의 지속적인 제공과 계속된 관심이 필요하다 하겠다. 또한 본 연구는 경제상태 측면에서 저소득 노인을 대상으로 하였으나 지역사회 노인의 우울에 중요한 영향요인 중 하나가 경제상태 이므로(Yoo, Lim, & Yoo, 2002) 특히 저소득 노인에 대한 우선관리가 필요하다고 생각된다.

본 연구 결과 본 연구 대상자의 56.2%가 ADL이 완전 독립적이었고, IADL은 58.8%가 완전 독립적이었다. 일상생활수행능력의 16항목 모두에서 전혀 어려움이 없이 완전 독립생활이 가능한 노인은 243명(47.9%)으로 조사대상의 절반 이상이 최소한 ADL과

IADL이 기능의 일부에 대해 장애를 가지고 있는 것으로 확인되었다. 이는 조사대상의 절반 이상이 가족 또는 주변의 도움이 없다면 기본적인 사회생활을 영위하기가 어렵다는 것을 의미한다. 이에 비해 전국 노인생활실태조사에서는 전체 조사대상자 3,278명 중 ADL에 제한이 없는 경우는 91.8%, IADL에 제한이 없는 경우는 77.8%로 높게 보고하였다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005). 이는 저소득층 노인의 경우 신체적 기능 상태에 있어 문제를 가진 노인의 비율이 더 많다는 Lee(2004)의 연구결과와도 일치한다. 따라서 지역사회 재가 노인 중에서도 우선적으로 대상자 선정에 있어 저소득 노인의 일상생활능력을 향상시킬 수 있는 프로그램의 개발이 필요할 것으로 생각된다. 또한 본 연구결과가 기존의 연구결과에 비해 독립정도가 낮게 나타난 것은 저소득층 여부 뿐 아니라 Yoon(2001)의 지적대로 지역사회에서 거주하는 재가 노인들 대부분이 높은 수준의 ADL 및 IADL이 기능을 유지하고 있기 때문에 기존의 ADL 측정도구에 계단 오르기와 같이 보다 높은 수준의 보행능력에 대한 장애정도를 포함하였기 때문으로도 사료된다. 이와 관련하여 본 연구에서 일상생활을 혼자 수행하는데 가장 낮은 기능수준을 보인 항목은 계단 오르기(59.6%)로 나타나 기존의 연구들이 ADL 중에서 목욕하기를 가장 많은 도움을 필요로 한다는 결과와 차이를 보였다. IADL의 경우는 본 연구에서 가장 낮은 기능 수준을 보인 항목으로 대중교통이용(64.1%)으로 나타나 다른 연구와 같은 결과를 보였다.

한편 본 연구결과 ADL과 IADL은 연령이 높은 집단일수록 저하되는 것으로 나타났다. 연령증가에 따른 일상생활수행능력 저하의 결과는 여러 연구에서 지지되고 있다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005; Song & Kim, 2002; Yoon, 2001). 주관적 건강인식의 차이도 일상생활수행능력과의 관계가 있으며 자신의 건강을 나쁘게 인지할수록 일상생활수행능력도 저하된 것으로 나타났으며 이러한 결과 역시 다른 연구(Kim, Jang, & Kim, 2001; Song & Kim, 2002; Yoon, 2001)와 일치하는 결과이다. 본 연구에서는 자녀와 동거하고 있는 경우에 IADL 저하된 것으로 나타났으며 이는 Yoon(2001)의 가족과 함께 거주한 경우가 부부노인, 독거노인 보다

IADL 기능이 떨어진다는 연구와 결과와 일치한다. 이는 아직까지 IADL 기능이 저하된 노인에 대한 간호가 가족에게 책임지워지고 있음을 보여준다고 사료되며 따라서 가족부담감소와 질적인 노인 간호의 제공을 위하여 지역사회 전문노인 요양 보호 시설의 확충이 보다 시급하다고 생각된다.

본 연구에서 대상자의 삶의 질 정도는 평균 22.59점으로 100점으로 환산했을 경우 53.8점으로 중간 정도의 삶의 질을 보고하였다. 저소득 노인의 삶의 질에 대한 연구는 찾아보기 힘들었으나 Won과 Kim(2008)의 연구에서는 방문간호대상 노인의 경우 중간 정도의 생활만족도를 나타내었다고 보고하여 본 연구와 비슷한 결과를 나타내었다. 또한 대상자의 삶의 질 정도는 성별, 보험유형, 주관적 건강상태 등에서 유의한 차이를 나타내었는데, 성별에 따른 삶의 질의 경우 남자가 여자보다 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타나 Jeon(2008)의 결과와 일치하였다. 그러나 Jeon(2008)의 연구에서는 사회적 요인(사회경제적, 사회적 지지 및 건강행태)을 보정한 후에는 삶의 질에서의 성별차이의 유의성이 없어졌음을 보고하였다. 이와 같은 결과는 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 대책 마련에 있어 성별에 따른 접근도 필요하지만 사회적 요인에 대한 관심이 필요함을 의미한다고 생각된다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 지역사회 저소득 노인의 상당수가 우울증상을 가지고 있으며 일상생활수행능력의 제한을 받고 있으며 이에 따라 삶의 질이 영향을 받고 있었으며 이들은 서로 연관되어 지역사회 저소득 노인의 건강상태에 영향을 주고 있음을 알 수 있었다. 따라서 지역사회 저소득 노인에 대한 건강정책 수립 시에 기존의 질병관리 측면의 정책 뿐 아니라 이들의 정서적인 측면과 질병예방 측면에서의 정책이 지속적으로 수립되어야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 일 지역사회에 거주하는 65세 이상 저소득 노인의 우울정도와 일상생활수행능력인 ADL, IADL 정도 및 삶의 질 정도를 파악하고 변수들 간의

관계를 확인하여 노인의 건강상태를 신체, 정서적 맥락에서 이해하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 자료수집 시기는 2007년 1월부터 2007년 2월 까지였으며 대상은 전라북도 전주시에 거주하고 있는 방문보건사업대상 65세 이상 저소득 재가 노인 507명으로 비확률표출법인 임의표출을 하였으며 구조화된 설문지를 이용하여 직접 면담을 통해 시행하였다. 연구도구는 노인 우울 측정도구와 일상생활수행능력 측정도구 및 건강관련 삶의 질 측정도구와 대상자의 일반적 특성에 관한 문항을 활용하였고, 수집된 자료는 SPSS/Win 12.0 통계 프로그램을 이용하여 서술적 통계분석, 평균검정, 상관관계분석 등을 실시하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

대상자의 우울 정도는 평균 8.7점이었고 우울 대상자는 62.9%이었고, 정상군은 37.1%로 나타났다. 일반적 특성 중 대상자의 우울정도는 교육정도와 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었다. 중졸이상의 학력 집단과 주관적 건강상태로 건강하다고 답한 집단이 다른 집단에 비하여 우울점수가 유의하게 낮게 나와 우울을 덜 호소하는 것으로 나타났다.

대상자의 일상생활수행능력 정도는 ADL은 평균 28.63점이었고 IADL은 평균 16.53점이었으며 ADL에 있어 높은 기능수준을 보인 항목은 의식 및 사람 알아보기, 개인위생, 대·소변 가리기, 식사 순 이었으며, 가장 낮은 기능수준을 보인 항목은 계단오르기 이었다. IADL에 있어 가장 높은 기능수준을 보인 항목은 전화기 사용이었고 가장 낮은 기능수준을 보인 항목은 대중교통 이용이었다. ADL이 완전 독립적인 대상자는 56.2%이었고 IADL이 완전독립적인 대상자는 58.8% 이었다. ADL과 IADL 전 항목에서 완전 독립적인 대상자는 47.9%이었다. 일반적 특성 중 연령, 동거형태, 주관적 건강상태가 ADL과 IADL에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 85세 이상인 집단과 주관적 건강상태가 매우 불량한 집단이 다른 집단에 비해 ADL과 IADL 점수가 유의하게 낮게 나타났다. IADL은 동거형태에 따라서도 유의한 차이를 보였는데 자녀 동거인 집단이 타 집단에 비하여 IADL 점수가 낮은 것으로 나타났다. 대상자의 삶의 질 정도는 성별, 보험 유형, 주관적 건강상태에서 유의한 차이를 나타내었다. 또한 대상자의 우울정도가 높을수록 ADL 및 IADL

상태와 삶의 질 정도가 낮게 나타났으며 ADL 상태가 좋을수록 IADL과 삶의 질도 높았다. IADL 상태가 좋을수록 삶의 질 정도도 높았다.

이상의 결과 지역사회 저소득 노인의 여러 일반적 특성에 따라 우울정도와 일상생활수행능력 정도 및 삶의 질 정도가 차이를 보였으며, 우울정도와 일상생활수행능력 및 삶의 질 사이에는 유의한 상관관계가 있었다. 이러한 연구결과를 바탕으로 지역사회 노인의 건강상태를 향상시키기 위한 노력이 다각적으로 수행되어야 할 것이며 이를 위한 추가적인 연구가 필요하다고 하겠다.

2. 제언

- 1) 본 연구는 지역사회 저소득 노인의 우울 정도와 일상생활수행능력 및 삶의 질 사이의 상관관계를 조사하는 것을 목적으로 시행되었으나 각 변수에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 계속적인 연구가 이루어져야 할 것이다.
- 2) 지역사회 저소득 노인의 건강 증진 프로그램 개발 및 운영에 있어서 우울과 같은 정서적 측면의 관리 내용이 신체적 측면과 함께 구성되어야 할 것이다.

References

- Bae, J. N., & Cho, M. J. (2004). Development of the Korean version of the geriatric depression scale and its short form among elderly psychiatric patients. *J Psychosom Res*, 57(3), 297-305
- Borgaonka, M. R., & Irvine, E. J. (2000). Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorder. *Gut*, 47, 444-454.
- Birrer, R. B., & Vemuri, S. P. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*, 69(10), 2375-2382.
- Chiu, H. C., Chen, C. M., Huang, C. J., & Mau, L. W. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional

- status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(7), 635-644.
- Choi, H. J. (2006). Depression and cognitive function of the elderly using the welfare facilities for the aged in the community. *J of Korean Acad Public Health Nurs*, 20(2), 119-129.
- Jang, M. H., & Kim, Y. H. (2005). The relationship of stress, depression and suicidal ideation in the Elderly. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(1), 33-42.
- Jeon, G. S. (2008). Gender differences in social factors of health in later life. *J Korean Gerontol Soc*, 28(3), 459-475.
- Kim, C. G., Jang, H. J., & Kim, S. S. (2001). The correlation between ability of activity in daily living and self-care agency among elderly in chunchon province. *J Korean Acad Adult Nurs*, 13(1), 40-52.
- Kim, H. J. (2001). The correlation between depression and physical health in the elderly. *Korean J Rural Med*, 26(2), 193-203.
- Kim, M. G. (2003). Strategies for reducing gaps in the basic social security. *Health Welfare Policy Forum*, 84, 26-35.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2005). *Elderly Living Condition Survey*. Seoul.
- Korea National Statistical Office (2005). *Population and Housing Census*. Daejeon.
- Kwon, Y. E., Ha, J., & Ahn, S. Y. (2007). A study on the perceived health status, activities of daily living, depression for the elderly at home. *J Korean Gerontol Soc*, 27(2), 353-343.
- Lee, K. J., & Park, H. S. (2006). A study on the perceived health status, depression and activities of daily living for the elderly in urban areas. *Korean J Women Health Nurs*, 12(3), 221-230.
- Lee, T. W. (2004). Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *J Korean Acad Nurs*, 34(1), 191-201.
- Lee, T. W., Ko, I. S., Lee, K. J., & Kang, H. K. (2005). Health status, health perception, and health promotion behaviors of low-income community dwelling elderly. *J Korean Acad Nurs*, 35(2), 252-261.
- Ministry of Health and Welfare (2006). *Visiting Health Service Guideline*. Gwacheon.
- National Health Insurance Corporation (2006). *National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul.
- Oh, Y. H., Bae, H. O., & Kim, Y. S. (2006). A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *J Korean Gerontol Soc*, 26(3), 461-476.
- Ro, Y. J. (1988). *An analytical study on the quality of life of the middle-aged in Seoul*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Hooijer, C., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). The natural history of late-life depression: results from the amsterdam study of the elderly (AMSTEL). *J Affect Disord*, 76, 5-7.
- Shin, Y. J., Yoo, W. S., Yang, Y. R., Kim, Y. H., & Lim, J. Y. (2001). *Development of instrument of function and QOL for the disabled*. Hanyang University Institute for community health, Seoul.
- Song, K. C., & Kim, D. K. (2002). Activities of daily living of elderly in a rural area and study for related factors. *J Korean*

- Geriatr Soc*, 6(1), 29-40.
- Suh, G. H., Ryu, S. G., & Yeon, B. K. (2005). A community study of depression in old age in Korea. *J Korean Geriatr Soc*, 9(4), 291-300.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., Arthur Rambo, T. A., & Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*, 41(3), 271-280.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measure: a manual for users of the SF-8 health survey*. Quality Metric Incorporated. Lincoln (RI).
- Won, J. S., & Kim, K. H. (2008). Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *J Korean Acad Nurs*, 38(1), 1-10.
- Yoo, I. Y., Lim, M. K., & Yoo, W. S. (2002). A study on depression, self-reported health status and social support in elderly people. *J Korean Gerontol Nurs*, 4(2), 153-162.
- Yoon, J. L. (2001). ADL and IADL of community dwelling Korean elderly. *J Korean Geriatr Soc*, 5(2), 139-150.
- Yoon, S. J., Lee, Y. H., Son, T. Y., Oh, H. J., Han, G. S., & Kim, K. H. (2002). Factors associated with dementia and depressive symptoms in older persons living in the community. *J Korean Gerontol Soc*, 21(3), 59-73.

ABSTRACT

A Study on Depression, ADL, IADL, and QOL among Community-Dwelling, Low Income Elderly

Park, Sun Young(Full-time Lecturer, Department of Nursing, Jesus University)

Purpose: This study investigated depression, ADL, ADL, QOL, and their relationships to examine the physical and, emotional health status of low income elderly in the local community. **Methods:** The subjects included 507 elderly 65 years of age in Jeonju, Korea. Data were collected through personal interviews with questionnaires. **Results:** The average depression score of the subjects was 8.7. There was significant difference in the level of depression as a function of the level of education and perceived health status. The items showing the highest level of functioning in ADL were consciousness and recognition, and the item combining the highest leveling of functioning in IADL was using phones. Regarding ADL and IADL, there were statistically significant differences in age, living condition and perceived health status. The levels of quality of life of the subjects were significantly different with respect to gender and, perceived health status. There were statistically significant correlations between the subjects' depression, ADL, IADL, and QOL. **Conclusions:** The findings indicate that the low income elderly in the local community were in poor physical and, psychological health. Based upon the outcome, health promotion programs to improve depression, ADL, and IADL of low income elderly in the community are needed.

Key words : Income, Elderly, Depression, ADL, Quality of life