

일 도시지역 취약노인의 우울 유병률과 영향 요인

김혜령‡

인제대학교 간호학과 건강과학연구소

Prevalence and Its Influencing Factors on Depression among Elderly Vulnerable People in Urban Community

Hye-Ryoung Kim‡

Department of Nursing and Institute for Health Science Research, Inje University

<Abstract>

To identify the prevalence and its influencing factors on depression among elderly vulnerable people in one urban community. This study used data from 381 of elderly vulnerable people in the community. The prevalence of depression was found to be 51.97%. Multivariate logistic regression analysis shows that depression was more prevalent as people in female gender; people with lower self-esteem compared to those with higher self-esteem; in elderly who perceived lower social support compared to those who perceived higher social support; and in the older adults with limitation in instrumental activity of daily living. The finding of a significant association between gender difference; self-esteem; perceived social support, and limitation in instrumental activity of daily living and occurrence of depression expected to promote the screening strategy for elderly at risk of depression in Korean community.

Key Words : Depression, Elderly Vulnerable People

‡Corresponding author(nurhrk@inje.ac.kr)

I. 서론

사람은 늙어감에 따라 중요한 사람과의 질병, 사별, 저소득, 역할상실과 고독 등의 문제를 경험하는 빈도가 높다[1]. 이러한 문제들에 직면하는 고령자들은 정상적으로 슬픔을 느끼지만, 그 정도와 기간에 따라 전문적인 치료를 받지 않으면, 건강과 삶을 크게 위협하는 우울을 경험할 수 있다[2]. 국민건강통계에 따르면 우리나라 젊은 성인에 비해 노인은 우울증상 경험률이 높고, 노인들 가운데에서도 저소득층을 포함한 사회적 소외계층 노인들의 우울 유병률이 높은 경향을 보이고 있다[3].

베이비부머 세대의 노인연령 진입으로 노인인구의 경제수준, 학력 및 사회참여 정도가 이전에 비해 다양해지는 한편[4], 우리나라 지역사회 곳곳에는 저소득, 저학력과 사회적 고립 등으로 질적인 삶을 누릴 수 있는 기회에 대한 접근성이 떨어지는 취약노인들이 노인인구 증가에 따라 점차 늘어날 전망이다. 지역사회 노인들을 대상으로 한 연구에서 우울 유병률은 16.7%-31.1%로 보고되고 있는데 비해[3][5][6], 저소득층 노인, 생활보장 노인, 보건소의 관리대상 노인, 독거노인, 여성노인 등 취약계층 노인들의 우울 유병률은 대부분 50-69% 정도의 높은 수준을 보고함으로써[7][8][9] 노인의 우울 가운데에서 이들 취약노인의 우울은 더 많은 관심과 대책이 요구된다.

한편 American Psychiatric Association(1994)에서는 노인의 우울을 젊은 성인의 우울과는 증상이나 관련요인에서 차이가 있는 것으로 구분하고 있으며, 노인들의 우울 또한 생활하는 지역, 삶의 방식 등에 따라 차이가 있다고 하여[10], 노인의 우울을 공통적 특성을 가진 인구집단 별로 파악할 필요가 있다. 특히 노인 가운데에서도 우울의 위험인구로 볼 수 있는 취약노인들의 우울 유병률과 우울에 영향을 미치는 요인들을 파악하는 것은 기존의 젊은 성인들이나 일반적인 지역사회 노인들

과의 차이가 있는 위험인구의 우울을 파악한다는 점에서 의의가 있다.

한편 지역사회 노인이나 취약노인을 대상으로 한 연구에서 성인을 대상으로 한 연구에서 우울을 증가시키는 위험요인으로 보고되었던 연령, 성별, 교육수준이나 배우자 유무는 우울에 영향을 미치지 않거나 미치지 않는 것으로 결과들이 혼재되어 있다. 지역사회 노인을 대상으로 분석한 연구[11]에서 연령이 증가할수록 우울 유병률이 증가한다고 하였으나, 지역사회의 취약노인을 대상으로 연구[7]에서 연령은 우울 유병률과 관계가 없다고 하였다. 성별에서도 지역사회에 거주하는 남성노인에 비해 여성노인의 우울 유병률이나 우울정도가 더 높다고 보고한 연구들[8][12]이 있었다. 그런가하면 취약노인에서는 성별에 따라 우울 유병률이 차이가 없다고 한 보고[11]와 여성노인에 비해 남성노인의 우울 유병률이 더 높다고 한 보고[5]가 있어 성별에 따른 취약노인의 우울 유병률에 관한 결과는 혼재되어 있다. 교육수준과 우울의 관련성은 취약노인을 대상으로 한 연구들에서 교육수준에 따라 우울 유병률은 차이가 없다고 하여[7][11], 성인들 대상의 우울 연구와는 차이있는 결과를 보고하였다. 즉 취약노인을 대상으로 한 우울과 이에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구결과들은 일관성이 없을 뿐 아니라 지역사회 노인이나 성인들을 대상으로 한 연구결과와도 차이가 있는 것을 알 수 있다. 이밖에도 다양한 대상자의 우울관련 연구에서 중요한 관련요인으로 보고되었던 사회적 지지는 취약노인을 대상으로 한 연구에서는 관련이 없는 것으로 보고되었다[11]. 자아존중감과 일상생활수행능력과 같은 사회심리적 상태에 관한 변수들과 우울의 관련성에 대해서는 취약노인을 대상으로 한 연구가 거의 이루어지지 않은 상태이다.

본 연구는 지역사회 노인들 가운데 사회적으로 취약한 여건에서 살아가는 노인들의 우울 유병률과 이에 영향을 미칠 수 있는 요인들에 대해 확인

된 바가 제한적이라는 점에 착안하여 시도하게 되었다. 이러한 연구를 시도함에 있어 우울에 관한 선행연구에서 일관성 없는 결과가 보고되었던 성별, 연령, 학력과 배우자 유무를 선택하여 본 연구의 취약노인들에서 우울에 영향을 미치는가를 확인하고자 하였다. 그 외에도 지역사회 취약노인들에서 중요한 특성들 임에도 거의 우울과의 관련성에 대해 확인된 바가 없는 자아존중감과 사회적 지지, 그리고 IADL의 제한을 선택하여 취약노인의 우울 유병률에 어떠한 영향을 미치는가를 확인함으로써 취약노인 가운데 우울 고위험인구의 특성을 파악하고자 하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 일 도시지역 취약노인의 우울 유병률을 파악한다.
- 일 도시지역 취약노인의 인구학적 요인, 사회심리적 요인, 건강관련 요인을 파악한다.
- 일 도시지역 취약노인의 인구학적 요인, 사회심리적 요인, 건강관련요인에 따른 우울 유병률을 파악한다.
- 일 도시지역 취약노인의 우울 유병률에 미치는 영향요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구에서는 우리나라 B광역시에 거주하는 기초생활보장 수혜 대상자 이면서 해당 구역 보건소에서 가정방문을 통해 관리하는 60세 이상 취약노인 611명을 대상으로 하였다. 이 가운데, 59명은 조사참여를 거부하였고, 101명은 허약과 개인적 사정 등을 이유로 조사를 끝까지 완료하지 못하여 최종 조사 대상자는 451명으로 조사참여율은 73.8%이었다. 이 가운데 본 연구에서 분석하고자 하는 변수에 결측치를 포함하는 대상자를 제외한

381명(조사참여자의 84.5%)의 자료를 최종분석대상으로 하였다.

2. 연구도구 및 측정

1) 우울

본 연구에서 우울은 Yesavage 등(1983)이 개발하고 정인과 등이 번역한 한국판 노인우울척도를 사용하였다. 이 척도는 총 30문항으로 구성되어 있고, 응답은 '예', '아니오'로 한다. 부정적인 진술의 문항에 대해서는 '예'를 1점, '아니오'를 0점으로, 긍정적인 문항에 대해서는 반대로 점수를 부여함으로써 총 0점부터 30점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 판단한다. 본 연구에서는 정인과 등이 보고한 우울 절단점을 적용하여 총 30점에서 17점 미만은 정상으로 18점 이상을 우울로 판정하였다.

2) 인구학적 요인

본 연구에서 인구학적 요인으로는 연령과 성별 이외에 교육수준은 '무학/초등학교 졸업 이상/중학교 졸업 이상'으로, 배우자는 '유/무'로 구분하였다.

3) 사회심리적 요인

· 자아존중감

자아존중감은 Resenberg (1965)의 자아존중감 도구를 전병재가 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. 이 도구는 10개 문항 4점 척도로 구성되어 있으며 부정 문항은 역으로 환산하여 최저 4점에서 최고 40점까지 가능하며 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다.

· 사회적 지지

본 연구에서는 Norbeck, Linsey와 Carrieri (1981)가 개발한 Norbeck의 사회적 지지척도를 오가실이 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. 이 도

구는 11개 문항으로 구성되어 있는데, 총기능적 지지, 총 지지망, 총 상실의 3개 영역으로 구분된다. 본 연구에서는 총기능적 지지만을 사용하였다.

4) 건강관련 요인

• IADL(Instrumental Activity of Daily Living)

IADL은 권중돈(1995)이 개발한 일상생활동작도구를 사용하였다. 이 도구는 총 18개 문항으로 구성되며 '항상 혼자서 수행할 수 있다', '간혹 도움이 필요하다', '혼자서 하는 경우와 도움을 받는 경우는 반반이다', '간혹 혼자서 수행할 수 있다', '항상 도움이 필요하다'의 5점 척도로 되어있다. 본 연구에서는 한가지 이상의 일상생활 수행을 혼자서 할 수 없는 경우, IADL의 제한이 '있다' 로 구분하였다.

3. 자료수집방법

본 조사는 해당 구역 보건소의 협조를 받아 가정방문간호사가 관리하는 노인가구를 방문할 때 연구자로부터 훈련받은 간호학과 학생 1명이 조사원으로 동행하여 구조화된 질문지를 이용한 면담의 방식으로 수행하였다. 자료수집은 2008년 12월부터 2009년 3월까지 이루어졌으며 1회의 자료수집에 소요된 시간은 30분에서 50분 정도였다.

대상자들의 윤리적인 고려 및 보호를 위하여 잠정적인 대상자들 중 의사소통의 장애가 없고 사전에 연구목적, 연구진행절차, 참여에 대한 보상, 개인정보의 보호, 자료이용 범위 등을 설명을 통해 충분히 전달한 후, 설명과 동일한 내용의 연구 참여 동의서에 자발적으로 직접 서명을 하거나 대상자의 의사에 따라 동거가족이 대리서명한 대상자에 한하였다. 조사과정에서 건강상의 문제나 기

타 여하한 이유로 참여를 포기하는 대상자의 경우 자료 수집을 중단하고, 가족연락이나 보건소의 지원 등 개별적으로 필요한 조치를 취하였다.

4. 자료분석방법

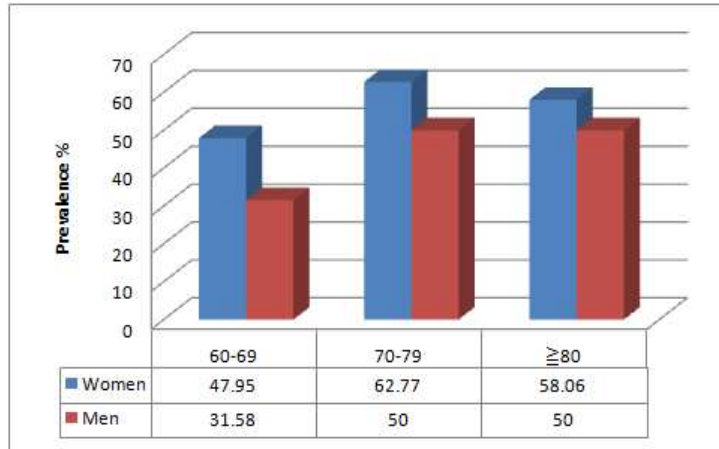
수집된 자료는 SPSS 19.0 통계 분석 package를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

대상자의 우울 유병률과 인구사회적요인의 특성을 확인하기 위하여 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 대상자의 인구사회적 요인, 사회심리적 요인과 건강관련 요인에 따른 우울 유병률을 확인하기 위하여 빈도, 백분율과 Chi-square 검정을 이용하였다. 또한 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 Logistic regression 분석을 이용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 우울 유병률

본 연구의 분석 대상자인 취약노인 381명의 우울 유병률은 51.97%이었다. 대상자의 우울 유병률을 60대(60-69세), 70대(70-79세), 80세 이상의 연령 구간 및 성별로 분석한 결과는 <Figure 1>과 같다. 우울 유병률은 여성노인의 60대에서 47.95%, 70대에서 62.77%, 80세 이상에서 58.06%로 70대에서 가장 높았고, 남성노인은 60대의 31.58%에서 70대와 80세 이상에서 50%로 상승하였다. 여성노인은 남성노인에 비해 60대에서는 16.37% 더 높은 유병률을 보였고, 성별에 따른 유병률의 차이는 연령에 따라 점차 감소하여 80세 이상에서는 8.06%의 차이를 보였다.



<Figure 1> Prevalence of depression by age and gender

2. 연구대상자의 인구학적 요인, 사회심리적 요인, 건강관련 요인

본 연구 대상자의 인구학적 요인, 사회심리적 요인과 건강관련 요인은 <Table 1>과 같다. 본 연구 참여자 가운데, 여성노인이 63.51%로 남성노인보다 훨씬 많았으며, 연령에서는 70대의 우울 유병률이 58.79%로 80대 이상과 60대보다 높았다. 학력 수준은 무학이 전체의 51.71%로 가장 많았고, 그 다음은 초등학교 졸업이 31.50%로 많았다. 현재 배우자와 함께 생활하는 노인과 그렇지 않은 노인은 각각 47.24%와 52.76%로 큰 차이가 없었다. 자아존중감과 사회적지지의 평균은 각각 26.4±5.1과 124.6±69.3이었으며 조사 시점에서 한 가지 이상 일상생활수행능력에 제한이 있는 노인은 41.21%이었다.

3. 연구대상자의 인구학적, 사회심리적, 건강관련 요인에 따른 우울 유병률

대상자의 인구학적 요인, 사회심리적 요인과 건강관련 요인에 따른 우울 유병률은 <Table 2>와 같다. 여성노인의 우울 유병률은 57.44%로 남성의

유병률보다 높았고, 60대, 70대, 80세 이상으로 구분한 연령대에서는 70대의 유병률이 58.79%로 가장 높았다. 교육수준에서는 무학인 노인의 유병률이 61.42%로 초등학교를 졸업한 노인과 중학교 졸업 이상의 학력을 가진 노인에 비해 더 높은 우울 유병률을 보여주었다. 배우자와 함께 생활하는 노인에 비해 배우자가 없는 노인의 우울 유병률이 더 높았다. 자아존중감 점수별 취약노인 빈도에 따라 33percentile과 67.percentile로 절단하여 가장 낮은 수준의 24점 이하, 중간 수준의 25-28, 가장 높은 수준의 29점 이상으로 구분했을 때, 자아존중감이 가장 낮은 24점 이하 노인들의 우울 유병률은 86.76%이었으며 29점 이상 노인들에서는 17.39%로 낮은 유병률을 보여주었다. 대상자들이 지각한 사회적 지지 점수별 취약노인 빈도에 따라 33percentile과 67percentile로 절단하여 89점 이하, 90-149점, 150점 이상으로 구분했을 때, 가장 낮은 점수 구간에 해당되는 89점 이하 노인들은 우울 유병률이 64.29%로 중간수준인 90-149점의 노인들과 가장 높은 수준의 사회적 지지를 지각하는 150점 이상의 노인에 비해 더 높았다. IADL에서 제한을 가진 노인들의 우울 유병률은 69.43%로 IADL

에서 제한이 없는 노인들에 비해 우울 유병률이 더 높았다. 이상 Chi-square검정에 의해 본 연구에서 선택한 7개 요인들의 수준에 따라 본 연구 대상자의 우울 유병률에 차이가 있음을 확인하였다.

4. 연구대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 인구사회적 요인, 사회심리적 요인과 건강관련 요인에 따른 우울 유병률을 확인하기 위한 Chi-square 검정에서 유의한 차이를 보인 모든 요인들을 이용하여 우울 유병률에 미치는 영향을 확인하기 위한 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과는 <Table 3>과 같다. 그 결과 성별, 자아존중감, 사회적지지, IADL 제한여부가 일 도 시지역 취약노인의 우울 유병률에 미치는 영향요인으로 나타났다. 본 연구 대상자들 중 여성노인은

남성노인에 비해 2.15배(95% CI= 1.06-4.33) 우울이 발생할 위험이 높았다. 자아존중감이 1점 높아질 때마다 대상자들에서 우울이 발생할 위험은 0.71배(95% CI= 0.66-0.77)증가되어 자아존중감이 높은 대상자일수록 우울 발생에 대한 위험은 감소함을 알 수 있었다. 또한 대상자가 지각한 지지정도가 1 점 상승할 때마다 우울이 발생 위험은 0.99배(95% CI= 0.99-0.99)증가 되므로 사회적 지지를 많이 받는다고 지각할수록 우울 발생 위험은 줄어든다는 것을 알 수 있다. 또한 IADL에서 제한이 있는 대상자는 제한이 없는 대상자보다 우울이 발생할 위험이 1.79배(95% CI= 1.01-3.17) 증가하였다. Chi-square 검정을 통해 연구대상자의 우울 유병률에 차이를 보여주었던, 연령, 교육수준과 배우자 유무는 통계적으로 유의한 수준에서 우울 유병률에 영향을 미치지 않았다.

<Table 1> Description of demographics, psychosocial and health-related factors of study participants (N=381)

	Variables	n(%)	M±SD
Gender	Female	242(63.51)	
	Male	139(36.48)	
Age	60-69	131(34.38)	72.7±5.7
	70-79	199(52.23)	
	≥80	51(13.38)	
Education	Uneducated	197(51.71)	
	Elementary school	120(31.50)	
	≥Middle school	64(16.80)	
Spouse	Yes	180(47.24)	
	No	201(52.76)	
Self-esteem	≤24	136(35.70)	26.4±5.1
	25-28	130(34.12)	
	≥29	115(30.18)	
Social support	≤89	126(33.07)	124.6±69.3
	90-149	129(33.86)	
	≥150	126(33.07)	
IADL limitation	Yes	157(41.21)	85.00±11.1
	No	224(58.79)	

IADL=instrumental activity of daily living; M±SD=Mean±Standard deviation

<Table 2> Prevalence of depression according to demographics, psychosocial and health-related factors of study participants (N=381)

Variables	Category	Non-depressed n(%)	Depressed n(%)	$\chi^2(p)$
Total		183(48.03)	198(51.97)	
Gender	Women	103(42.56)	139(57.44)	7.95(.005)
	Men	80(57.55)	59(42.45)	
Age	60-69	78(59.54)	53(40.46)	10.84(.004)
	70-79	82(41.21)	117(58.79)	
	≥80	23(45.10)	28(54.90)	
Education	Uneducated	76(38.58)	121(61.42)	14.91(.001)
	Elementary school ≥Middle school	68(56.67) 39(60.94)	52(43.33) 25(39.06)	
Spouse	Yes	102(56.67)	78(43.33)	10.19(.001)
	No	81(40.30)	120(59.70)	
Self-esteem	≤24	18(13.24)	118(86.76)	122.81(<.001)
	25-28	70(53.85)	60(46.15)	
	≥29	95(82.61)	20(17.39)	
Social support	≤89	45(35.71)	81(64.29)	12.90(.002)
	90-149	65(50.39)	64(49.61)	
	≥150	73(57.94)	53(42.06)	
IADL limitation	Yes	48(30.57)	109(69.43)	32.61(<.001)
	No	135(30.57)	89(39.73)	

<Table 3> Logistic regression for influencing factors on depression (N=381)

Variables	OR	95% CI	p-value	
Gender	Men	1		
	Women	2.15	1.06-4.33	.033
Age		1.02	0.97-1.07	.542
Education	≥Middle school	1		
	Elementary school	0.70	0.29-1.69	.433
	Uneducated	0.40	0.15-1.53	.301
Spouse	Yes	1		
	No	0.88	0.46-1.67	.687
Self-esteem		0.71	0.66-0.77	<.001
Social support		0.99	0.99-0.99	.001
IADL limitation	No	1		
	Yes	1.79	1.01-3.17	.048

OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval; IADL=instrumental activity of daily living

IV. 논의

본 연구의 목적은 우리나라 지역사회 취약노인의 우울 유병수준을 확인하고 취약노인이 가진 인구사회적 특성들에 의해 우울 유병률이 어떠한 영향을 받는가를 알고자 하는 것이다. 본 대상자

들의 인구사회적 특성을 전국 노인들을 모집단으로 추출된 표본조사인 2008년 노인실태조사 보고 [5]와 비교하면, 성별에서는 여성노인이 전국노인들에 비해 6.11% 더 많았다. 60대, 70대, 80세 이상으로 구분한 연령에서는 60대의 분율은 본 연구

대상자가 전국노인보다 21.42% 낮고, 70대와 80세 이상에서는 본 연구 대상자가 각각 19.33%와 2.08% 더 높았다. 교육수준에서는, 본 연구 대상자들 중 무학인 노인들이 전국 노인들보다 거의 두 배 많았고, 중학교 이상의 학력을 가진 노인들은 반대로 전국 노인의 절반 수준이었다. 본 연구 대상자 가운데 배우자 없이 생활하는 노인은 전국노인에 비해 1.8배정도 더 많았다. 본 연구 대상자들 가운데 IADL에 제한이 있는 노인의 비율은 전국 노인 중 기능제한이 있는 노인들에 비해 1.8배 정도로 높았다. 따라서 본 연구 대상자는 전국 지역사회에 거주하는 노인들에 비해 여성의 비중이 높고, 60대에 비해 70대 이상의 고령층으로 편중되어 있으며, 전국노인들에 비해 학력이 낮고 무배우자 비율이 높으며, IADL의 제한을 가진 노인의 비중이 높은 노인집단이었음을 확인할 수 있다. 이러한 인구학적 특성을 가진 본 연구대상자의 우울 유병률은 51.97%로 분석대상자의 절반 이상이 우울상태인 것으로 확인되었다. 우울을 측정하는 도구에서 차이가 있어 비교하는데 신중함을 요하긴 하지만 본 연구 대상자의 우울 유병률은 지난 2005-2010년에 우리나라 국민건강영양조사에서 보고한 65세 이상 노인들의 우울증상경험률인 16.3-22.3%[3]에 비교하면 대단히 높은 유병률이다. 또한 전국노인 실태조사에서 본 연구에서 사용한 30문항의 노인 우울도구의 단축형 15문항을 이용하여 측정하고 8점을 우울 절단점으로 보고한 60세 이상 전국노인의 우울 유병률인 27.1%와 비교했을 때 두배 정도가 되는 높은 유병률임을 알 수 있다[4]. 전국 지역사회 노인들 가운데 취약노인들은 우울에 있어 고위험인구임을 확인할 수 있다.

한편 본 연구 대상자와 유사한 특성을 갖고 있는 저소득 380명을 대상으로 분석한 연구[5]에서 단축형 노인우울척도를 이용하여 조사한 우울 유병률은 경증우울 이상(5점 이상)은 86.1%, 중증우울 이상(9점 이상)은 60.52%로 보고되었다. 또한

같은 단축형 노인우울척도를 이용하여 일지역 보건소에서 관리하는 60세 이상 노인을 조사한 연구[9]에서는 경증우울(5점 이상, 10점 미만)을 43.4%, 중증우울(10점 이상)을 22.6%로 보고하여 경증이상 우울 유병률은 66.1%에 이르고 있음을 알 수 있다. 지역사회 저소득층 노인 605명을 대상으로 단축형 노인우울척도를 이용하여 조사한 연구[6]도 우울 유병률을 62.9%로 보고하고 있어 지역사회 취약노인들의 우울 유병률이 실제로 심각한 수준임을 알 수 있다.

저소득층, 독거노인 등 취약노인들을 대상으로 했던 선행연구들의 우울 유병률이 대부분 60% 이상의 우울 유병률을 보고한 데 비교하면 본 연구 대상자 381명의 우울 유병률은 다소 낮은 것을 알 수 있다. 이는 본 연구를 수행하는 과정에서 대상자들에게 조사 참여를 강요하지 않고, 연구의 목적과 방법을 설명하고 자발적 의사에 따라 참여한 대상들에 한하였기 때문에 조사 당시 상태가 양호한 대상자들이 주로 참여한 것에 기인된 차이로 볼 수 있다. 또한 본 연구를 포함하여 취약노인들을 대상으로 한 몇 편의 연구에서 대부분 노인우울척도를 사용하고 있으나, 30문항 또는 15문항의 단축형을 사용하였는가 하면 한국어로 번역되고 우울절단점을 선택하는 과정에서 차이가 있는 도구를 사용했기 때문에 우울을 판별하는 기준에서 차이가 발생할 수 있다는 점을 감안해야 할 것으로 본다.

본 연구에서 선택한 요인들에 따른 우울 유병률의 Chi-square 검정 결과 남성노인에 비해 여성노인에서, 배우자와 함께 생활하는 노인에 비해 배우자 없이 생활하는 노인에서, IADL의 제한이 없는 노인들에 비해 제한이 있는 노인에서 우울 유병률이 높았다. 또한 연령, 교육수준, 자아존중감, 사회적지지 수준에 따라 취약노인의 우울 유병률은 차이가 있었다. 한편 Chi-square 검정에서 유의한 차이를 보인 모든 요인들을 이용하여 우울 유

병률에 미치는 영향을 확인하기 위한 로지스틱 회귀분석에서는 이들 7개 요인 중 성별, 자아존중감, 사회적 지지와 IADL 제한의 네가지 요인들만이 대상자의 우울 유병률에 영향을 미치고 있었다. 이와 같이 같은 요인에 대해 분석방법에 따른 차이가 발생한 경우 로지스틱 회귀분석은 이에 투입된 독립변수들이 독립적으로 종속변수에 미치는 영향을 확인할 수 있다는 점에서 로지스틱 회귀분석의 결과에 비중을 두고 판단해야 할 것으로 본다.

본 연구에서 실시한 로지스틱 회귀분석 결과에 의하면, 대상자에서는 여성노인이 남성노인에 비해 우울 유병률이 높은 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 저소득층 노인을 대상으로 한 연구[12]와 일치하고 있으나, 성별에 따라 우울 유병률은 차이가 없다고 한 연구들[9][8][11]이나 남성노인이 여성노인보다 우울이 높다고 보고한 연구[7]와는 차이가 있다. 따라서 성인이나 노인을 대상으로 한 대부분의 연구에서 여성이 남성에 비해 우울 유병률이 높다고 보고된 것과는 달리 저소득층을 포함하는 취약노인의 우울 유병률에서 성별에 따른 차이는 논란의 여지가 남아있다. 이와 같이 성별에 따른 우울 유병률에 대한 연구결과들이 일치하지 않는 이유로는 성별에 의한 우울 유병률을 확인하기 위한 통계적 절차에서 여성노인집단에서 증가하는 저소득이나 저학력과 같은 특성의 영향을 통제하지 않은 데에서 기인된 것으로 판단된다.

본 연구에서는 자아존중감 도구에 의해 측정된 점수가 24점 이하인 노인들 중 86.76%가 우울을 갖고 있었다. 또한 취약노인이라 할지라도 우울수준이 29점 이상인 노인들에서는 불과 17.39%의 비교적 낮은 유병률이 나타나는 것을 알 수 있었다. 자아존중감 점수가 높아질수록 우울이 발생할 위험은 0.71배가 되므로 감소한다는 것을 알 수 있었다. 이러한 결과는 지역사회 노인대학의 134명의 노인을 대상으로 우울과 영향요인을 보고한 연구에서 본 연구와 동일한 도구에 의해 측정된 자아

존중감이 낮을수록 우울정도가 높은 것으로 보고한 것과 일치하고 있다. 또한 65세 이상 경로당 노인 233명을 대상으로 한 연구에서도 같은 도구로 측정된 자아존중감이 낮을수록 우울정도가 높은 것으로 같은 결과를 보고하였다. 본 연구의 결과를 근거로 지역사회의 취약노인들을 대상으로 정기적으로 자아존중감을 측정하고 자아존중감 수준에 따라 이를 유지증진시킬 수 있는 중재 프로그램을 적용할 필요가 있다고 본다.

또한 본 연구에서 Norbeck의 사회적 지지척도를 이용하여 측정된 사회적 지지의 수준이 높을수록 우울 유병률은 낮았다. 사회적 지지와 우울 유병률에 대한 많은 보고가 있었으며, 그 가운데에는 사회적 지지가 낮은 집단이 높은 집단에 비해 우울 유병률이 증가한다는 보고가 있는가하면 [14][15], 사회적 지지가 우울에 영향을 미치지 않았다는 보고가 있었다[11][13]. 이와 같이 일치하지 않는 결과들은 연구들에서 사용한 측정도구와 분석 방법의 차이에서 기인한 것으로 볼 수 있다. 향후 사회적 지지와 우울의 관계는 더욱 연구할 필요가 있으며, 본 연구 결과가 지역사회 취약노인들의 사회적 지지 수준을 높임으로서 우울 유병률을 낮출 수 있는 가능성을 제시하는데 기여하였다고 볼 수 있다.

IADL은 지역사회 노인들의 건강이나 사회적 기능상태를 확인하는데 있어서도 필수적인 요인이다. 본 연구에서 도구적 일상생활수행능력의 제한을 갖는 노인은 그렇지 않은 노인들에 비해 우울 유병률이 높았다. 이러한 연구결과는 지역사회 저소득 노인을 대상으로 우울의 관련요인을 확인한 연구[8]에서 ADL과 IADL이 모두 우울과 관련있다고 보고한 것과 일치하고 있다. 그런가하면 도시지역 노인들을 대상으로 한 연구[16]에서 ADL은 우울에 대해 통계적으로 유의한 설명력이 있으나, IADL은 우울에 대한 설명력이 없는 것으로 보고하고 있어 향후 도구적 일상생활수행능력과 우울의 관련성에

대한 연구가 다양한 노인집단을 대상으로 더 진행되어야 한다고 본다.

본 연구에서 선택한 인구사회적 요인들 가운데 연령, 교육수준과 배우자 유무는 Chi-square 검정을 이용한 분석에서는 우울 유병률의 차이를 보여 주었으나, Logistic regression 분석에서는 우울 유병률에 대하여 통계적으로 유의한 영향을 미치지 못하였다. 노인들에 있어서 연령이 우울 유병률을 증가시킨다는 보고[17][18]와 관련이 없다는 보고 [9][19], 교육수준이 낮을수록 우울 유병률이 증가된다는 보고[8][19]와 관련이 없다는 보고[12][20], 그리고 배우자가 없는 노인이 배우자가 있는 노인 에 비해 우울 유병률이 높다는 보고[17][18]와 관련이 없다는 보고[9][20]들이 혼재되어 있다. 더욱이 우울 유병률이 높은 취약 노인들을 대상으로 이와 같은 인구학적 특성들을 확인한 연구가 소수이므로 향후 우울에 있어서 위험인구인 취약노인들의 인구학적 특성들과 우울 유병률과의 관련성에 대한 보다 연구가 지속되어야 할 것으로 본다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일개 광역시에 거주하는 기초생활보장 수혜 대상자 이면서 해당 구역 보건소에서 가정방문을 통해 관리하는 60세 이상 취약노인 381명을 대상으로 한국판 노인우울척도를 이용하여 우울 유병률을 파악하고, 연령, 성별, 교육수준, 배우자 유무, 자아존중감, 사회적 지지, 도구적 일상생활수행능력의 제한과 같은 인구사회적 요인들이 우울 유병률이 미치는 영향을 확인하여 취약노인 가운데 우울의 고위험인구의 특성을 파악하고자 시도하였다.

본 연구의 결과를 통하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

첫째, 본 연구 대상자의 우울 유병률은 51.97%이다. 전국 지역사회의 노인들에 비해 여성의 비중

이 높고, 연령이 고령화되어 있으며, 학력수준이 낮고, 무배우자 비율이 높고, IADL의 제한이 많은 취약노인들에서 우울 유병률이 높다는 것을 알 수 있었다.

둘째, 본 연구 대상자의 우울 유병률은 성별, 연령, 교육수준, 배우자 동거여부, 자아존중감, 지각된 사회적 지지와 IADL제한에 따라 차이가 있었다.

셋째, 인구사회적 요인들을 모두 이용한 Logistic regression 모형에서 남성에 비해 여성에서 자아존중감과 사회적 지지가 낮을수록 그리고 IADL의 제한이 있는 대상자에서 우울 유병률이 높아 이들 요인들은 독립적으로 취약노인의 우울 유병률에 영향을 미친다는 것을 확인하였다.

이러한 결과를 통하여 다음과 같이 제언 하고자 한다.

첫째, 본 연구의 결과를 통하여 도시지역의 여성노인, 자아존중감이 낮은 노인, 스스로 지각한 사회적 지지 수준이 낮은 노인, IADL의 제한이 있는 노인들은 우울이 발생하기 쉬운 높은 고위험인구임을 확인하였다. 이러한 노인들을 발견하고 집중관리하기 위한 지역사회 단위의 체계적이며 지속적인 사업이 추진될 것을 제언한다. 이러한 사업이 보건복지부 산하 우울관리 사업으로 보건소와 지역 대학들과 연계된 기틀이 구축되어 주민들에게 접근성 높은 사업으로 자리잡기를 기대한다.

둘째, 본 연구에서 우울의 고위험인구를 확인하기 위한 조사 및 분석은 횡단적 연구설계를 이용한 것이므로 원인과 결과에 대한 정확한 결과를 제시하지 못하고 있다. 노인인구의 증가와 함께 도시지역에 증가할 수 있는 취약노인인구의 우울을 효과적으로 관리하기 위하여 취약노인의 코호트를 만들고 장기적인 패널연구를 수행하여 우울 고위험인구를 발견하고 중재하는데 근거가 될 수 있는 모형을 구성할 것을 제언한다.

REFERENCES

1. K.H. Wang(2007), A study on the social selfare needs of the aged chronic patients and their family, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.1(1);59-74.
2. National Institute of Mental Health(2012), Depression, <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/index.shtm>
3. Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention(2011), 2010 National Health Statistics(Issue No. 11-1351159-000027-10), p.543.
4. S.D. Chung, M.J. Koo(2011), Factors influencing depression: A comparison among babyboomers, the pre-elderly, and the elderly, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.52;305-324.
5. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs(2009), 2008 Report on the Korean National Older Adults Life Survey(Issue No. 11-1351000-000316-12), pp.301-327.
6. R. Choi, H. Moon, B. Hwang(2007), The influence of chronic disease on the stress cognition, depression experience and suicide thoughts of the elderly, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.4(2);73-84.
7. H.N. Kim, H.L. Seo(2010), The effects of self-efficacy on the depression of lonely frail elders, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.48;59-82.
8. S.Y. Park(2009), A study on depression, ADL, IADL, and QOL among community-dwelling, low income elderly, *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, Vol.23(1);78-90.
9. J.S. Won, K.H. Kim(2008), Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.38(1);1-10.
10. American Psychiatric Association(1994), Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV, pp.134-172.
11. H.M. Kim, Y.H. Choi(2011), Factors affecting depression in elderly vulnerable people living alone, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.22(4);355-364.
12. S.H. Lee, S.O. Yang(2010), The effects of chronic musculoskeletal pain and depression on health-related quality of life by gender in community-dwelling older adults, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.21(1);21-30.
13. M.J. Moon(2010), Factors influencing depression in elderly people living at home, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.40(4);542-550.
14. M.H. Jang, J.S. Won(2009), Association of anger and anger expression, social support,self-esteem, and depression in elderly, *Journal of Korean Academy of psychiatric Mental Health Nursing*, Vol.18(3);259-268.
15. M.S. Ko, I.K. Seo(2011), Influences of the elderly's health status upon their stress and depression and moderating effects of social supports, *Korean Public Health Research*, Vol.37(1);1-14.
16. K.R. Shin, Y. Kang, D. Jung, K.A. Choi(2008), A study on the depression, somatic symptom, activities of daily living for the elderly women in an urban area, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.37(7);1131-1138.
17. C.H. Shin(2010), The study on effects of objective life attributes on depression of elderly mediated by life-satisfaction, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.30(2);453-469.
18. H. Yoon, S. Won(2010), The impact of

spirituality and religious involvement on the relationship of health status with life satisfaction and depression of the elderly in Korea, Journal of the Korean Gerontological Society, Vol.30(4);1077-1093.

19. Y.H. Park, E. Suh(2007), The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults, Journal of Korean Academy of Nursing, Vol.37(6);941-948.
20. J.Y. An, Y.R. Tak(2009), Depressive symptoms and related risk factors in old and oldest-old elderly people with arthritis, Journal of Korean Academy of Nursing, Vol.39(1);72-83.

접수일자 2013년 8월 6일

심사일자 2013년 8월 13일

게재확정일자 2013년 9월 4일