

일개시 독거노인의 건강관리 프로그램 참여의도 영향요인

송미숙 · 부선주

아주대학교 간호대학 · 간호과학연구소

Factors Affecting the Intention to Participate in Healthcare Programs among Elders Living Alone

Song, Mi Sook · Boo, Sunjoo

College of Nursing, Institute of Nursing Science, Ajou University, Suwon, Korea

Purpose: The aim of this study is to identify factors affecting elders' intention to participate in healthcare programs. **Methods:** This secondary data analysis used data of 390 elderly people who lived alone and were enrolled in the Visiting Health Care Center of H-city. In 2014, questionnaires were used to collect data about demographics, social activity, depression, frailty, and intention to participate in healthcare programs. The data were analyzed by descriptive statistics and multivariate logistic regressions. **Results:** Among the participants, 51.8% intended to participate in the offered healthcare programs. The strongest factor affecting the intention was gender. Women were 4.85 times more likely to participate in the programs than men. The women's intention was associated positively with increased levels of frailty. The men tended to participate in the program as they got older and as the level of frailty and the number of chronic diseases increased. **Conclusion:** Gender-specific public healthcare programs for vulnerable elders living alone should be developed to maximize their participation in the programs and to promote good health. The healthcare programs must be tailored to the levels of the patients' physical functions.

Key Words: Aged, Community health center, Intention

서론

1. 연구의 필요성

홀로 거주하는 노인들은 일상에서 발생하는 모든 문제와 욕구를 스스로 해결해 나가야 하는데, 특히 저소득층 독거노인들은 고소득층 독거노인 또는 부부노인에 비해 신체적 정신적 취약계층으로 분류된다[1]. 2015년 독거노인은 약 137만 9,000명으로 65세 이상 노인의 20.8%를 차지하여, 2005년 77만 7,000명보다 약 1.8배 상승하여 노인인구의 증가와 함께 독거노인의

비율도 가속화되고 있다. 이러한 급증 추세는 베이비 붐 세대의 고령화 및 부모 부양에 대한 가치관의 변화 등의 원인으로 지속되어, 20년 후에는 약 4명 중 1명의 노인이 홀로 거주할 것으로 예상된다[2].

국민건강영양조사자료를 분석한 최근 연구에 따르면 저소득층 독거노인이 신체적, 정신적으로 취약함에도 불구하고 노인들의 의료비용은 고소득층에 집중됨을 보여 의료이용의 뚜렷한 불평등을 보였는데, 특히, 신체적 건강의 불평등보다 정신적 건강의 불평등이 더욱 컸다[3]. 여성독거노인을 대상으로 한 또 다른 연구에서도 독거노인들은 건강상태가 좋지 않다고

주요어: 노인, 보건소, 참여의도

Corresponding author: Boo, Sunjoo

College of Nursing · Institute of Nursing Science, Ajou University, 164 Worldcup-ro, Yeongtong-gu, Suwon 16449, Korea.
Tel: +82-31-219-7032, Fax: +82-31-219-7020, E-mail: sjboo@ajou.ac.kr

Received: Sep 27, 2016 / Revised: Nov 3, 2016 / Accepted: Nov 4, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

스스로 인지함에도 불구하고 4명 중 3명의 대상자가 의료기관을 이용하지 않는다고 응답하여[4], 소득계층 별 건강 상태의 불균형 뿐 아니라 의료이용의 불평등이 존재함을 알 수 있었다. 선행연구에 따르면 홀로 거주하는 노인은 자녀와 동거하는 노인 또는 노인부부에 비해 만성질환의 유병률이 높고 주관적 건강수준이 낮으며 영양관리 및 건강검진 수검 등의 건강관리수준이 미흡하다[1].

또한 이들은 경제적으로 빈곤할 뿐만 아니라 가족 및 사회적 지지체계와 단절되어 있는데, 대규모 조사연구에 따르면 약 37%의 독거노인은 칩거하고 있으며[5], 16%는 가족 또는 이웃과 연 1 이하의 연락을 유지하고 있다[2]. 이러한 사회적 고립은 삶의 질을 저하시키고 우울[6,7] 및 자살[8,9] 등의 사회적 문제로 이어지므로 독거노인에 대한 사회적 관심과 지원이 절실히 요구된다.

독거노인을 보호하고 지원하기 위해 2007년 『노인복지법』 내 ‘홀로 사는 노인에 대한 지원’ 조항을 추가하였으며, 2012년에는 『독거노인 종합지원 대책』을 마련하는 등 정부차원의 노력을 기울이고 있다. 그러한 노력의 일환으로 보건복지부에서는 보건소를 중심으로 해당 지역 내의 독거노인을 누락 없이 관리하기 위해 독거노인 데이터베이스를 구축하고, 지역공동체 강화를 바탕으로 한 건강관리 프로그램을 개발, 운영할 것을 제안하였다. 한편, H시 보건소에서도 지역 내 약 900명의 독거노인을 등록하여 이들의 인구학적 특성 및 건강 문제를 주기적으로 파악하고, 이들에게 적합한 건강관리서비스를 제공하고 자 노력을 기울이고 있다. 특히, 해당 시 독거노인의 평균 연령은 75세 이상으로 대부분 후기 고령자에 속하며, 사회·경제적으로도 어려움을 겪고 있을 뿐만 아니라 우울하고 허약한 노인의 비율이 높아 이를 바탕으로 맞춤형 보건 프로그램을 구성하여 진행하고자 노력을 기울이고 있다[10].

그러나 이러한 일련의 노력에도 불구하고 실질적 프로그램 참여도가 등록된 독거노인의 10% 이하 수준으로 머물고 있어 [10] 독거노인들의 사회참여를 수적으로 극대화하고자 하였던 취지목적이 기대에 미치지 못하여, 이들의 참여를 독려할 수 있는 방안 마련에 대한 필요성이 제기되었다. 특히, 프로그램에 참여하는 대상자는 90% 이상 여성노인이었는데, 기존의 독거노인을 대상으로 한 선행문헌 역시 대부분 여성독거노인의 삶의 질[7] 및 건강관리 프로그램의 효과[11-13]를 보고하고 있으며 남성독거노인에 대한 연구는 드물었다. 그러나 노인 자살자의 약 70%는 남성이며[14], 홀로 사는 남성노인이 홀로 사는 여성노인에 비해 사회적으로 고립되어 있다[1]. 뿐만 아니라 보건 사업 프로그램이나 연구 프로그램에 자발적으로 참여하

는 대상자는 그렇지 않은 대상자에 비해 상대적으로 문제가 적고 동기부여가 된 대상자일 가능성이 높다. 이처럼 건강관리 프로그램에 참여하는 독거노인에 비해 참여하지 않는 노인들이 더욱 취약하여 반드시 관리되어야 할 대상자이거나 또는 어떤 특성을 공유하고 있다면 이들에게 적합한 프로그램전달체계에 대한 논의가 필요할 것으로 생각되었다. 선행 문헌에 따르면 노인의 우울 및 신체적 허약은 노인의 칩거에 영향을 미치는 주요 요인이며[5], 또한 낮은 사회적 지지와 높은 우울수준은 노인의 자살생각 및 자살시도의 주요 선행요인으로 보고된다 [8,9,14]. 비록 독거노인을 대상으로 건강관리 프로그램 참여도에 영향을 미치는 요인에 관한 선행문헌은 부족하지만, 칩거 또는 낮은 사회적 지지 등은 건강관리 프로그램 참여도에 일정부분 영향을 미칠 것으로 생각되었다. 이에 본 연구에서는 H시 방문보건센터에 등록된 독거노인들의 기초자료를 이용하여, 선행문헌에서 칩거 및 자살생각과 관련이 있다고 알려진 우울, 허약, 사회활동 및 만성질병 개수를 이용하여 H시 거주 65세 이상 독거노인의 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 H시 방문보건센터에 등록된 독거노인 중 일상생활기능이 의존적이며 타 지역의 자녀 집에서 주로 거주하거나, 정기적인 생계활동 등의 이유로 건강관리 프로그램의 참여가 불가피하다고 응답한 대상자를 제외한 약 390명의 65세 이상 독거노인을 대상으로 해당 시 보건소에서 주관하는 건강관리 프로그램 참여의도에 미치는 영향요인을 파악하기 위함이다.

연구방법

1. 연구설계, 연구대상자, 및 자료수집

본 연구는 2014년 H시 방문보건센터에 등록된 독거노인의 기초자료를 이용한 이차자료분석이다. H시 독거노인 데이터베이스에 등록된 65세 이상 독거노인 911명 중(1) 일상생활기능이 의존적(283명)이거나, (2) 타 지역의 자녀 집에서 주로 거주하거나, 정기적인 생계활동 등의 이유로 건강관리 프로그램에 참여가 불가피하다(238명)고 응답한 대상자 총 521명을 제외한 390명을 대상으로 하였다. 적정 수준의 대상자 수를 산출하기 위해 G*Power 프로그램 3.1을 이용한 결과, 사전확률

(prior probability)=.5, 오즈비(odds ratio)=1.5, 유의수준=.05, 검정력(power)=.95, 양측검정을 기준으로 최소 337명의 대상자가 요구되었다.

자료를 수집하기 위하여 먼저 해당 시 보건소장과 방문간호센터장에게 본 연구목적과 연구내용을 설명하고 자료 활용에 대한 협조를 요청하여 구두 승인을 받았다. 연구팀이 속해있는 기관의 윤리위원회의 승인을 득한 후(AJIRB-SBR-MDB-16-124) 해당 보건소에 공문을 발송하여 해당 보건소장과 방문간호센터장에게 자료사용에 대한 서면 승인을 받았으며 해당 보건소에서는 제공된 자료는 연구목적으로만 활용하며 철저히 기밀 보장함을 전제로 연구대상자 포함기준에 적합한 대상자들의 민감한 정보를 제외하고 본 연구를 위해 필요한 자료를 연구팀에게 제공하였다. 본 연구는 연구대상자 접촉 없이 제공받은 자료를 분석하여 그 결과를 제시하였다.

2. 연구도구

1) 건강관리 프로그램 참여의도

원 자료에서는 건강관리 프로그램 참여의도를 ‘거부한다’, ‘선물 등이 제공된다면 참여할 의사가 있다(소극적 참여)’, ‘적극적으로 참여하겠다’, 또는 ‘자녀 집 거주 또는 생계활동 등의 이유로 참여가 불가피 하다’로 4가지 응답이 가능하였다. 본 연구에서는 참여가 불가피하다고 응답한 독거노인을 연구대상에서 제외한 후 소극적 또는 적극적 참여의도가 있다고 응답한 대상자를 건강관리 프로그램 참여의도가 있는 군으로, 거부한다고 응답한 대상자를 건강관리 프로그램 거부 군으로 구분하였다.

2) 우울

원 자료에서 우울정도는 Yesavage 등[15]이 개발하고 Kee [16]가 번역하여 표준화한 신뢰도가 검증된 15개 문항의 한국판 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version)를 사용하여 측정되었다. 이 도구는 Ministry of Health and Welfare Affairs (MHWA)[17]가 맞춤형 방문건강관리사업을 위해 제시한 도구로 최근 일주일 동안의 기분을 이분척도(1점: 우울성 응답, 0점: 비우울성 응답)로 측정한다. 가능한 점수범위는 0점에서 15점까지이며 점수가 높을수록 우울정도가 심함을 의미한다. 4점 이하를 정상, 5~9점을 경증우울, 10~15점을 중증우울로 분류하였다. 도구 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었으며[18], 본 연구에서는 .80이었다.

3) 허약수준

허약 수준은 MHWA [17]가 제시한 맞춤형 방문건강관리사업 허약노인 집중건강관리 표준 메뉴얼에 포함된 도구를 이용하여 측정되었다. 이 도구는 수단적 생활능력(5문항), 운동기능(5문항), 영양(2문항), 구강상태(3문항) 및 인지기능상태(5문항)의 총 20개 문항으로 구성되어 있다. 점수의 범위는 최저 0점부터 최고 20점으로 점수가 높을수록 허약함을 의미한다. 방문건강관리사업 대상노인을 대상으로 한 Choi와 Park [18]의 연구에서 Cronbach's α 는 .75였으며, 본 연구에서는 .74였다.

4) 사회적 활동여부

대상자가 일정한 주기를 가지고 사회활동에 참여하고 있는지 유무를 평가하였는데, 이는 구체적으로 성당이나 교회 방문 등의 종교 활동을 포함하여 한글학교 참여, 노인정 방문 등의 규칙적인 외출을 의미하였다. 일주일에 1회 이상 외출한다고 응답한 경우에 한하여 사회적 활동을 하고 있는 것으로 정의하였다.

5) 만성질환 개수

본 연구에서는 독거노인의 기초 보유 질병 자료 중 고혈압, 당뇨, 관절염, 심장질환, 뇌졸중, 만성폐쇄성폐질환, 및 암을 만성질환으로 간주하여 대상자가 보유한 만성질환 개수의 합으로 산출하였다.

3. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 모든 통계적 검정은 유의수준 .05에서 양측 검정하였다. 대상자의 성별 및 건강관리 프로그램 참여의도에 따른 일반적 특성의 차이는 t-test와 χ^2 test를 이용하여 분석하였다. 성별에 따른 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인 분석은 로지스틱회귀분석을 이용하여 오즈비와 이의 95% 신뢰구간을 제시하였다.

연구결과

연구대상자들의 성별에 따른 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대상자 성별 분포는 약 72%가 여성이며, 여성의 평균 연령은 78.12세로 남성(76.09세)에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 종교 활동을 포함한 정기적인 사회적 사회활동에 전혀 참여하지 않는다고 응답한 대상자는 남성이 44.9%로서 여성(32.2%)

Table 1. Characteristics of Participants by Gender

(N=390)

Characteristics	Total (n=390)	Male (n=107)	Female (n=283)	χ^2 or t	p
	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Age (year)	77.56±5.80	76.09±5.81	78.12±5.70	-3.12	.002
Social activity (≥ 1 /week)	251 (64.4)	59 (55.1)	192 (67.8)	5.46	.019
Number of chronic disease [†]	2.08±1.21	1.66±1.10	2.24±1.22	-4.31	< .001
Depression	5.45±2.17	5.50±2.09	5.39±2.20	0.47	.638
Normal	141 (36.2)	38 (35.5)	103 (36.4)	1.31	.521
Mild	225 (57.7)	60 (56.1)	165 (58.3)		
Severe	24 (6.2)	9 (8.4)	15 (5.3)		
Frailty	5.13±3.60	3.58±2.98	5.72±3.65	-5.42	< .001

[†] Diagnosed hypertension, diabetes, stroke, arthritis, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer.

Table 2. Differences in Characteristics by Intention to Participate in Healthcare Programs Pulmonary Disease, and Cancer (N=390)

Characteristics	Yes (n=202)	No (n=188)	χ^2 or t	p
	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Female	171 (60.4)	112 (39.6)	30.76	< .001
Male	31 (29.0)	76 (71.0)		
Age (year)	77.67±5.32	77.45±6.28	-0.38	.702
Social activity (≥ 1 /week)	143 (57.0)	108 (43.0)	7.56	.006
Number of chronic disease [†]	2.13±1.16	2.04±1.23	-0.74	.460
Depression	5.23±2.14	5.62±2.18	1.78	.076
Normal	85 (60.3)	56 (39.7)	6.68	.036
Mild	107 (47.6)	118 (52.4)		
Severe	10 (41.7)	14 (58.4)		
Frailty	4.71±3.60	5.59±3.56	2.42	.016

[†] Diagnosed hypertension, diabetes, stroke, arthritis, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer.

보다 통계적으로 유의하게 높았다. 여성의 평균 만성질환 개수는 2.24개로 남성의 1.66개보다 통계적으로 유의하게 높았다. 대상자의 평균 우울점수는 5.45점으로, 정상군이 36.2%, 경증 우울군이 57.7%, 중증 우울군이 6.2%의 분포를 보였으며, 성별에 따른 우울점수는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 여성의 허약수준은 평균 5.72점으로 남성(3.58점)의 평균보다 통계적으로 유의하게 높았다.

건강관리 프로그램 참여의도에 따른 연구대상자 특성의 차이는 Table 2에 제시하였다. 해당 보건소에서 주최하는 건강관리 프로그램에 참여할 생각이 없다고 응답한 대상자는 총 48.2%로 여성은 39.6%인데 비해 남성은 71.0%로 높았으며, 이러한 참여 거부 의사는 사회활동이 부족할수록 통계적으로 유의하게 높았다. 또한 건강관리 프로그램 참여 거부군에서 허약수준의 평균이 건강관리 프로그램 참여의도가 있는 군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 그러나 만성질환 개수와 우울의 평

균점수는 건강관리 프로그램 참여 의도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

본 연구에 포함된 변수를 주요 독립변수로 하여 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 Table 3에 제시하였다. 먼저 전체적으로 남성에 비해 여성이 그리고 허약수준이 양호할수록 건강관리 프로그램 참여에 긍정적이었다. 그 중 성별은 건강관리 프로그램 참여에 영향을 미치는 가장 강력한 변수로 모형 내 다른 변수의 영향력을 통제한 상태에서 여성이 남성에 비해 4.85배 (95% CI: 2.84~8.29) 건강관리 프로그램 참여의도가 높았다.

성별에 따른 세부 분석결과, 남성에서는 연령, 만성질환 개수, 그리고 허약수준이 통계적으로 유의한 요인으로 나타났는데, 연령과 만성질환 개수가 높을수록, 그리고 허약수준이 양호할수록 건강관리 프로그램 참여에 긍정적이었다. 반면 여성에서는 모형 내 포함된 변수를 통제한 상태에서 허약수준만이

Table 3. Factors Affecting Intention to Participate in Healthcare Programs

(N=390)

Variables	Total			Male			Female		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Gender (female)	4.85	2.84~8.29	<.001						
Age	1.03	0.98~1.07	.233	1.13	1.03~1.24	.013	0.99	0.95~1.05	.890
Social activity (≥1/week)	1.35	0.85~2.15	.211	1.95	0.67~5.65	.220	1.20	0.70~2.06	.504
Number of chronic disease [†]	1.12	0.92~1.37	.253	1.86	1.10~3.13	.021	1.03	0.83~1.28	.803
Depression	1.05	0.93~1.18	.420	1.29	0.96~1.72	.088	1.00	0.88~1.14	.995
Frailty	0.84	0.78~0.92	<.001	0.06	0.41~0.74	<.001	0.90	0.83~0.99	.029

[†] Diagnosed hypertension, diabetes, stroke, arthritis, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer.

통계적으로 유의하였는데 허약수준이 양호할수록 건강관리 프로그램 참여에 긍정적이었으나 허약수준이 건강관리 프로그램 참여의도에 미치는 영향력은 남성에 비해 낮았다.

논 의

지역사회에 거주하는 독거노인의 건강을 효율적으로 관리하는 것은 공공보건사업의 중요한 과제 중의 하나이다. 특히, 저소득층 독거노인들은 고소득층 독거노인 또는 부부노인에 비해 건강상 취약 계층으로 분류되는데[1], 본 연구에서도 3개 이상의 만성 질환을 가진 대상자의 비율이 지역사회에 거주하는 일반노인(30.5%)[19]보다 상대적으로 높아 신체적으로 취약함을 보였다. 특히 본 연구에서는 일상생활 기능의 제한이 있는 노인을 제외하고 분석한 결과이므로 그들을 포함한 저소득 독거노인의 복합 만성질환유병률은 본 연구결과보다 높을 것으로 생각된다. 이처럼 저소득층 독거노인들은 건강상 취약함에도 불구하고 건강보험 분석 자료에 의하면 노인들의 의료비용은 고소득층에 집중되어 소득 수준에 따른 의료이용의 불평등이 존재하므로[3,4], 이와 같은 건강 관련 불평등의 차이를 줄이기 위해서는 저소득 독거노인을 대상으로 한 지역사회 주도의 공공보건사업의 역할은 더욱 부각된다고 하겠다. 그러나 이들의 보건사업 참여도는 일반적으로 저조하여 프로그램 참여를 독려할 수 있는 방안 마련에 대한 필요성이 제기된다. 이에 본 연구는 일개시 보건소를 중심으로 저소득층 독거노인을 대상으로 수행하는 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 수행되었다.

본 연구결과 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 성별로서 여성독거노인이 남성독거노인에 비해 건강관리 프로그램에 참여하려는 의도가 4.85배 높았다. 이러한 분석결과는 우리나라 인구분포에서 여성노인의 인

구수가 3,857,000명으로 남성노인 2,767,000명보다 약 1.38배 많으며[20], 이들의 경제수준과 건강수준이 상대적으로 낮은 이유로 이들에 대한 지원의 필요성을 강조하고 있는 선행연구결과로 설명할 수 있다[7,21,22]. 그리고 지역사회 노인을 대상으로 하는 다양한 중재 프로그램 효과 연구들의 연구대상이 주로 여성노인을 대상으로 하고 있는 것[11-13]도 본 연구결과와 무관하지 않을 것으로 풀이한다.

그렇다면 여성노인에게 보이는 건강관리 프로그램 참여에 적극적인 성향이 중재 프로그램 효과성에 일부 영향을 미칠 수 있는 점을 고려하여야 하며, 여성노인을 대상으로 효과가 검증된 프로그램이라 하더라도 남성노인들에게 동일한 효과를 보이지 않을 수 있다는 가정도 할 수 있다. 즉 성별에 따른 효과 차이를 간과한 채, 여성노인을 대상으로 한 연구결과를 남성노인에게 그대로 적용한다면 지역보건 프로그램을 이용하는데 성별 불평등을 야기할 수 있으며, 통합적 건강증진을 위한 목표를 달성하는데 오차가 발생할 수 있다.

본 연구결과에서 보여주는 바와 같이 남성독거노인들이 여성독거노인들에 비해 신체적 건강지표인 만성질병 개수 및 허약수준이 통계적으로 유의하게 낮음에도 불구하고 일주일에 한 번도 외출하지 않는다고 응답한 비율이 44.9%로 여성독거노인(32.2%)에 비해 유의하게 높게 나타난 것이 바로 보건학적으로 관심을 두어야 하는 현상으로 보인다. 왜냐하면, 낮은 사회적 지지와 높은 우울수준은 자살생각 및 자살시도의 주요 선행요인으로 보고되는데[8,9,14,23], 실제로 남성노인의 자살로 인한 사망률은 여성노인에 비해 2.7배 높은 것으로 나타났기 때문이다[20]. 교육수준이 낮고 경제상태가 열악한 노인에게서 자살로 인한 사망률이 높다는 연구결과[24]를 감안하면 저소득층 독거노인의 자살로 인한 사망률의 성별 편차는 더욱 커질 가능성이 있다.

이러한 현상은 남성 독거노인에서 사회적 지지체계가 미흡

하며, 가족 및 사회적 친분관계에 대한 만족도가 낮다는 선행연구결과로 설명할 수 있으며[25], 자신들 본연의 사회생활이 퇴직 등으로 축소되면서 자신의 삶에 대한 무능함과 자책으로 인한 남성성의 상실과 관련성이 있다[22]. 또한 현재의 노인세대가 전통적인 가부장적 생활방식에 익숙한 세대로 힘든 상황에 놓이더라도 도움을 적극적으로 요청하기보다는 지역사회에서 수동적으로 생활하는 경향을 보이기 때문에[22,26] 사회적 관계망이 빈약함을 보이는 것으로 풀이한다.

본 연구대상자 중 경증 및 중증 우울이 있는 비율(63.8%)은 방문건강관리사업에 등록된 저소득층 노인을 대상으로 한 Lee와 Jung [27]의 연구결과인 44.2%보다 높았는데, 이는 본 연구에서는 저소득층 중 독거노인만을 대상으로 하여 분석된 결과이기 때문으로 풀이된다. 특히, 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만 본 연구에 포함된 남성독거노인의 우울점수와 중증 우울 비율은 여성독거노인에 비해 다소 높았다. 독거노인을 대상으로 한 Suh와 Kim [28]의 연구에서는 여성이 남성에 비해 우울수준이 높다고 보고하였으나, 또 다른 연구들에서는 통계적으로 유의하지는 않지만 홀로 사는 남성노인이 홀로 사는 여성노인에 비해 우울 수준이 높았던 것[6,26]과 같이 독거노인들의 성별에 따른 우울수준의 차이에 대한 연구결과는 일관성을 보이지 않았다. 그러나 우울과 자살 간 상관관계는 남성에서 훨씬 강한 것으로 나타났으며[23], 남성은 여성에 비해 자살생각과 함께 자살계획을 가지고 있는 경향이 높으므로[8], 저소득 남성독거노인의 우울수준에 대해서는 특별하게 관심을 가지고 지켜보아야 할 것이다. 다행히도, 우울이 있는 남성독거노인을 포함한 중재 연구에서 적절한 사회적 지지를 제공할 경우 사회적 지지 만족도가 증가할 뿐 아니라 우울이 감소하는 것으로 보고되어[29,30], 지역사회 내에서 사회적 지지를 제공할 수 있는 정신건강 프로그램의 개발 및 활용이 요구된다.

다음으로, 건강관리 프로그램 참여의도의 영향요인을 성별로 계층화하여 각기 살펴보았는데, 여성독거노인에서는 건강관리 프로그램 참여의도의 영향요인으로 허약수준만이 유일한 변수로서, 허약수준이 낮을수록 건강관리 프로그램 참여의도가 높은 것으로 분석되었다. 남성독거노인에서도 마찬가지로 허약수준이 낮을수록 건강관리 프로그램 참여의도가 높았으며, 특히 허약수준이 건강관리 프로그램 참여의도에 미치는 영향력은 남성이 여성에 비해 높았다. 즉 허약해질수록 여성독거노인에 비해 남성독거노인이 건강관리 프로그램 참여에 대한 의사가 더욱 감소함을 의미한다.

그 외 남성독거노인들은 연령이 높을수록 그리고 만성질환

개수가 많을수록 건강관리 프로그램 참여의도가 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성노인은 노후보장수준, 경제수준, 그리고 사회적 관계에 따라 복지서비스 이용률이 달라지나, 남성노인의 경우에는 노후보장수준만이 복지서비스 이용의 유의한 영향요인이라고 보고한 Lee [25]의 연구결과와 유사한 경향을 보였다. 또한 여성독거노인의 경우 식생활지원, 간병 및 일상생활지원 서비스 등 생활유지에 필요한 복지서비스에 대한 이용도가 높으나, 남성독거노인의 경우 의료비나 물품지원 등의 물적 서비스의 이용도가 높았다[25]. 본 연구결과와 연결해보면 이러한 현상은 전통적인 가부장적 생활방식에 익숙한 현대의 남성노인의 경우 일상생활 유지가 힘들더라도 쉽게 지역사회에 도움을 요청하지 않다가 노령화와 만성질환으로 스스로 문제를 해결할 수 있는 자신의 능력한계를 벗어날 경우에 비로소 지역사회의 프로그램에 참여하려는 의도를 갖는 것으로 판단한다. 그러나 지역사회에서 제공되는 건강관리 프로그램은 질병치료보다는 건강유지 및 증진에 목표를 두고 있기 때문에 좀 더 건강한 시기에 참여할 수 있도록 하는 것이 긍정적인 중재효과를 가져올 수 있다고 생각된다. 본 연구결과를 종합하면, 노인을 대상으로 하는 건강관리 프로그램은 대상자의 성별, 연령 군별, 허약수준별, 질병특성별 속성을 고려하여 건강관리 프로그램의 콘텐츠를 차별화함으로써 중재효과를 높일 수 있을 것으로 본다. 특히 여성과는 다른 방식으로 성장하였을 남성독거노인을 지역사회 건강관리 프로그램에 참여하도록 촉진하기 위해서는 남성들끼리 어울릴 만한 공간을 마련하고 친구 만들기 프로젝트 등을 통해 닫힌 공동체로부터 열린 공동체로 삶의 환경을 변화시키고, 자기주도적인 삶을 지향할 수 있도록 돕는 임파워먼트 프로그램을 먼저 중재한 후 사회화를 촉진함으로써, 신체적 건강관리 프로그램에 자발적으로 참여할 수 있게 하는 접근전략을 적용함으로써 건강관리 프로그램 참여도를 높이는 등의 실천적 접근전략이 필요할 것으로 본다. 뿐만 아니라 저소득 독거노인 집단 내에서도 프로그램 이용의 불평등이 발생되지 않도록 가능한 많은 수의 대상 노인들을 참여할 수 있는 건강관리 프로그램으로 구성하는 것이 필요하다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 일개 시 방문보건센터에 등록된 독거노인을 대상으로 하였으므로, 대상자의 특성이 상이한 다른 지역의 노인에게 일반화의 제한이 있다. 둘째, 본 연구는 단면적 연구방법을 이용한 것으로 변수들 간 인과관계를 명확히 밝힐 수 없다. 마지막으로 주관적 건강상태와 같은 노인의 주요 건강 관련변수나 독거 기간 등은 독거노인의 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미칠 수 있을 것으

로 생각되나 이차자료분석의 특성 상 포함되지 못하였다. 이에 이들 변수들을 포함하는 추후 반복 연구를 통해 독거노인의 건강관리 프로그램 참여 의도 관련 요인을 재확인할 필요가 있다.

결론 및 제언

저소득층 독거노인을 대상으로 하는 건강관리사업은 공공보건의료에서 매우 높은 우선순위를 지닌다. 그러나 참여자의 대부분이 여성이고, 적극성을 보이는 참여자들이 반복적으로 참여하는 현상의 문제점을 해결하기 위해 본 연구팀은 일개시 보건소에 등록된 저소득층 독거노인을 대상으로 건강관리 프로그램 참여도에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 수행하였다.

그 결과, 건강관리 프로그램 참여의도에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 성별로서 여성 독거노인이 건강관리 프로그램에 참여하려는 의도가 남성독거노인에 비해 4.85배 높았다. 그리고 여성독거노인은 허약수준이 낮을수록 건강관리 프로그램 참여의도가 높은 반면에 남성독거노인들은 연령이 높을수록, 허약할수록, 그리고 만성질환 개수가 많을수록 건강관리 프로그램 참여의도가 높은 것으로 나타나 성별에 따라 건강관리 프로그램 참여의도 영향요인이 차이를 보였다. 선행연구들에서 이미 밝혀진 소득계층별 건강상태의 불균형뿐만 아니라 공공보건의료 이용의 불평등도 아울러 존재함을 본 연구를 통해서 확인한 점에서 연구의 의의를 갖는다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 지역사회를 중심으로 추진하는 각종 건강관리 프로그램은 생애주기에 따라 대상자군 별로 차별화된 콘텐츠로 구성하고는 있으나 특히 노인을 대상으로 하는 건강관리 프로그램은 노인의 다양한 특성을 고려하여 정교하게 구성할 것을 제안한다. 이는 구체적으로, 노인인구의 성별, 연령 군별, 허약수준별, 질병특성별 속성을 고려하여 건강관리 프로그램의 콘텐츠를 차별화함으로써 중재효과를 높일 수 있을 것으로 본다.

둘째, 특히 사회적 지지체계가 미흡한 남성독거노인의 경우에는 건강관리 프로그램을 중재하기에 앞서 자기주도적인 삶을 지향할 수 있도록 돕는 임파워먼트 프로그램을 먼저 중재한 후 사회화를 촉진함으로써 건강관리 프로그램에도 자발적으로 참여할 수 있게 하는 접근전략을 적용할 것을 제안한다.

REFERENCES

1. Lee YH. Health status and health services utilization of older people and policy implications. Health Welfare Policy Forum. 2012;10:40-51.
2. Korea Institute for Health and Social Affairs. Health and welfare policy issues 2015. Research Report. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016 January. Report No.: 2015-02.
3. Kim JG. Equity in health levels and health care utilization of elderly people in Korea. Social Science Research Review. 2011; 27(2):65-87.
4. Jang HS, Kim YJ. A study on physical health, economical state and social relations of women elderly living alone in an island. Journal of Agricultural Extension & Community Development. 2010;17(2):233-259.
5. Choi K, Park E, Lee I-S. Homebound status and related factors according to age in female elders in the community. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012;42(2):291-301. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.2.291>
6. Kwon Y, Kim C, Kwag OG. Factors influencing depression and quality of life in elderly customized home visiting health services. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2011;22(3):262-271. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.3.262>
7. Lin Q, Kim H, Ann J. Relationship between depression and quality of life in elderly women living alone: The moderating and mediating effects of social support and social activity. Journal of the Korean Gerontological Society. 2011;31(1):33-47.
8. Park JY, Han JW, Jeong H, Jeong HG, Kim TH, Yoon IY, et al. Suicidal behaviors in elderly Koreans: One-month-point prevalence and factors related to suicidality. Journal of Affective Disorders. 2013;150(1):77-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.025>
9. Baek HC, Lee J. Factors affecting suicidal ideation of the low-income elderly living alone. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2014;25(3):180-186. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2014.25.3.180>
10. Hanam Health Center. Reports for visiting health management project. Hanam: Ajou University College of Nursing. 2014. 181 p.
11. Lee SH, Jun SS. Effects of an empowerment program on self-esteem and depression for low-income elderly women living alone. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2012;21(4):311-320. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.4.311>
12. Lim SY, Lee KJ, Kim SJ. The effect of subjective xerostomia and salivary pH in salivary glands stimulated by laughter therapy in frail elderly women. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2016;27(1):72-80. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.1.72>
13. Song MS, Boo S. The effect of an exercise program for preventing urinary incontinence among community-dwelling elderly females living alone. Journal of Korean Public Health Nursing. 2016;30(2):247-258.

- <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.2.247>.
14. Eom E. Elderly suicide and its related factors: Focused on the role of social support and mastery in the effects of hopelessness and depression on suicidal ideation. *Korean Journal of Social Welfare*. 2007;59(2):355-379.
 15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1983;17(1):37-49.
 16. Kee BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1996;35(2):298-307.
 17. Ministry of Health and Welfare Affairs. Guidebook for 2013 community integrated health promotion program: Visiting health care. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013. 102 p.
 18. Choi KW, Park EA. The severity of urinary incontinence and relevant factors in low-income elderly women. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2013;33(2):335-347.
 19. Park MH, Ha JC, Shin IH, Kim HG, Lee SY, Cho JH, et al. 2008 survey for the elderly-national living profiles and welfare service needs of older persons in Korean's survey. Research Report. Seoul: Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs & Kyemyung University; 2009. Report No.: 11-1351000-000316-12.
 20. Statistics Korea. Elderly statistics 2015 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2015 [cited 2016 August 16]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=348565
 21. Russell C, Porter M. Single older men in disadvantaged households: Narratives of meaning around everyday life. *Ageing International*. 2003;28(4):359-371.
 22. Cho MK. A qualitative study of the experience of poor older men living alone. *Journal of Welfare for the Aged*. 2013;61:7-34.
 23. Kahng S. Does depression predict suicide?: Gender and age difference in the relationship between depression and suicidal attitudes. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 2010; 41(2):67-100.
 24. Kim MH, Jung-Choi K, Jun HJ, Kawachi I. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*. 2010;70(8): 1254-1261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.004>
 25. Lee YJ. Determinants of welfare service utilization among the single and the married couples elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2012;32(4):1119-1135.
 26. Kim YJ. Comparison of health habits, perceived stress, depression, and suicidal thinking by gender between elders living alone and those living with others. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2009;16(3):333-344.
 27. Lee IS, Jeong IS. Frailty level and health-related characteristics among participants of a tailored home visiting service. *Journal of the Korean Geriatrics Society*. 2012;16(2):74-83. <http://dx.doi.org/10.4235/jkgs.2012.16.2.74>
 28. Suh KH, Kim YS. Investigation of social support and mental health among the elderly people living alone. *Journal of Welfare for the Aged*. 2003;21:7-26.
 29. Kim SH. Effects of a volunteer-run peer support program on health and satisfaction with social support of older adults living alone. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(4): 525-536. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.4.525>
 30. Choi YJ, Won MR. Effects of tailored case management using a gatekeeper for the depressed single-household elderly population: Focusing on the mental health case management. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2012;23(4):376-385. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.4.376>