Korean Review of Crisis & Emergency Management 10(1) Jan. 2014 167-182
Available online at www.cemtp.re.kr http://dx.doi.org/10.5392/CEM-TP.2011.

도시지역 저소득층 여성노인의 우울과 위험요인
Prevalence and Risk Factors of Depression in Low Income Women Elders in Urban Community

Hye Ryoung Kim
Associate professor Dept. of Nursing, Inje University, Institute for Health Science Research

Abstract

The purpose of this study was to identify the prevalence of depression and risk factors for depression in low income women elders in Korean communities. The sample included 261 who were 60 years of age or over and family members of low income households in a Korean community. Depression was measured using the Korean version of the Geriatric Depression Scale. The prevalence of depression of the study sample was 59.4%. Multivariate logistic regression analysis showed that prevalence of depression in women elders was associated with lack of regular social participation, with 3 or more of comorbidities, poor sleep status, and limited instrumental activities of daily living. The findings from this study can promote screening and prevention strategies for lower income women elders in Korea.

Key words: Depression, Women elders

Corresponding author. Tel. +82-51-890-6835. Fax. +82-51-896-9840
E-mail. nurhrk@inje.ac.kr

Submission & Publication Process
Received: Dec. 13, 2013 / Revised: Jan. 13, 2014 / Accepted: Jan. 18, 2014

1738-8368 © 2014 Crisis and Emergency Management: Theory and Praxis. All rights reserved.

국문초록

본 연구는 일 지역 여성노인의 우울 유병률과 위험요인을 규명하기 위하여 시행되었다. 연구대상은 일 도시지역 소재 관할 보건소의 저소득 관리 대상자로 등록된 60세 이상 여성노인 261명이다. 본 연구 대상자의 우울 측정을 위하며 한국판 노인우울척도를 이용했고 8점을 절단점으로 하여 판정한 우울 유병률은 59.4%이었다. 로지스틱 회귀분석 결과 적어도 주 1회 한가지 이상의 사회활동에 참여하는 여성노인에 비해 하지 않는 노인, 우울을

www.kci.go.kr

제외한 동반질환이 전혀 없는 여성노인에 비해 3개 이상의 동반질환을 가진 노인, 수면상태가 좋은 여성노인에 비해 나쁜 여성노인, IADL의 제한이 없는 여성노인에 비해 제한이 있는 노인이 우울의 고위험인구임을 확인하였다. 본 연구결과를 토대로 지역사회의 저소득층 여성노인 가운데 우울 위험인구를 발견하고 집중관리 할 수 있는 전략을 개발할 수 있을 것을 기대한다.
주제어: 우울, 여성노인

Ⅰ.서론

1. 연구의 필요성

우울은 정신질환 가운데 질병부담이 가장 큰 건강문제이다[35]. 우울은 유병률이 높다는 것 외에도 대상자와 가족의 삶의 질을 위협하며[19], 자살의 원인이 되고[14], 의료비 지출을 상승시킨다는 점에서[28]개인 뿐 아니라 지역사회에 매우 심각한 위기를 초래한다.

이러한 우울은 연령이 증가함에 따라 증가하여 노인의 삶의 질을 위협하는 대표적인 정신건강문제이기도 하다[12][16]. 우리나라 국민건강영양조사에서 보고한 우울 유병률은 19세 이상 성인이 12.8-15.4%인데 비해 65세 이상 노인은 16.3-22.3%이었다[16]. 2008년 전국 노인실태조사에서 보고한 60세 이상 노인의 우울 유병률은 27.1%로 19세 이상 성인에 비해 두 배 가까이 높은 것을 알 수 있다[17].

또한 노인에서 증가하고 있는 우울 유병률은 성별에 따라 차이가 있다. 최근 세계보건기구의 보고에 따르면, 모든 국가에서 여성은 남성보다 우울 유병률이 높다고 보고하였다[32]. 우리나라의 경우 2005-2010년의 19세 이상 인구를 살펴보면 여성은 남성보다 매년 8.1-9.7%정도 우울 유병률이 높았고[16], 지역사회에 거주하는 60세 이상 인구에서는 여성노인이 남성노인에 비해 1.5배정도 우울 유병률이 더 높았다[17]. 그밖에도 다양한 특성을 가진 노인들을 대상으로 한 국내외의 연구에서 여성이 남성에 비해 우울의 유병률이 높다는 보고들이 있었다[30][10][25][34]. 이러한 연구결과들을 통하여 우리나라의 노인들 가운데에서도 저소득층 여성은 우울에 있어서 가장 취약한 인구라고 볼 수 있다.

그런데도 불구하고 대부분의 노인[1][31][10][18][21][33][34]이나 저소득층 노인[11][13][22][27]을 대상으로 한 연구들이 여성과 남성을 구분하지 않고 이루어져 가장 우울에서 취약한 대상자인 여성노인의 우울 위험요인에 대해 확인된 바는 제한적이다. 소수의 저소득층 여성노인을 대상으로 한 연구에서는 연령[19], 교육수준[15][1][19], 사회활동[19]과 사회적지지[15][19][26], ADL[26]와 같은 요인들이 우울과 관련이 있다고 했으나, 지역사회의 노인이나 저소득층의 남녀노인들을 대상으로 한 연구들에서는 연령[7][21][27], 교육수준[1][3], 사회적지지[11][23], ADL[24]은 우울과 관련이 없다는 보고도 있어 저소득층 노인과 여성노인의 우울 위험요인에 관해서는 아직 논란의 소지가 있다고 볼 수 있다.

본 연구는 이러한 문제에 착안하여 지역사회의 저소득층 여성노인의 우울 위험요인들을 확인

www.kci.go.kr

하고자 시도하였다. 본 연구에서는 저소득층 여성 노인의 삶에 위기를 초래하는 우울의 위험요인을 파악하고자 노인을 대상으로 한 선행연구에서 우울에 영향을 미치는 것으로 일관성 있는 결과를 보여주고 있는 ADL 제한과 수면은 본 연구에서 선택한 다른 요인들에 대해 이들 요인들의 효과를 통제하고자 선택하였다. 본 연구에서는 이와 같이 선행연구에서 이미 저소득층 여성노인의 우울 위험요인으로 일치된 보고가 있었던 요인들을 통제한 상태에서 많은 연구들에서 일관성이 없는 결과들이 보고되고 있거나 연구결과가 소수인 동반질환 수, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 규칙적인 사회활동 참여 여부를 선택하여 우울과의 관련성을 확인하고자 하였다. 본 연구에서 노인들 가운데 우울의 고위험인구를 파악하는데 필요한 근거를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 일 도시지역 저소득층 여성노인의 우울 유병률과 위험요인을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 일 도시지역 저소득층 여성노인의 우울, 인구사회적 특성과 건강특성을 파악한다.
- 일 도시지역 저소득층 여성노인의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 파악한다.
- 일 도시지역 저소득층 여성노인의 우울 위험요인을 파악한다.

3. 용어 정의

우울: 미국정신의학협회[29]의 정의에 따르면 우울은 슬픔과 활동에 대한 흥미상실을 주로 하는 정서장애가 적어도 2주 이상 지속되는 상태이다. 본 연구에서는 Yesavage, *et. al*(1983)이 개발한 Geriatric Depression Scale(GDS)을 Jung, *et. al*(1997)이 한국어로 번역한 노인우울척도의 30개의 우울 증상 가운데 Jung, *et. al*(1997)이 제안한 우울 절단점에 따라 조사 시점으로부터 최근 2주일 동안 18개 이상의 항목을 경험했다고 보고한 경우를 우울로 판정하였다. 우울 유병률(prevalence of depression)은 조사대상자 가운데 우울로 판정된 자의 분율(%)이다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 일 도시지역 저소득 밀집지역에 거주하는 여성노인의 우울 유병률과 위험요인을 파악하기 위하여 횡단적으로 시도한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 표집방법

www.kci.go.kr

본 연구에서는 우리나라 일 도시지역 소재 관할 보건소의 저소득 관리 대상자로 등록된 60세 이상 여성노인 419명 가운데, 본 조사에 참여한 385명을 대상으로 하였다. 응답의 정확성 확보 및 노인의 우울을 판정하는데 반드시 감별되어야 하는 치매의 영향[6]을 배제하기 위하여, 자료수집 이전에 간이 정신상태검사(Mini-mental State Examination-KC)를 실시하여 Kwon & Park (1989)이 제안한 절단선에 근거하여 30점 중 24점 이상인 여성노인 261명만을 분석하였다.

본 연구에서 로지스틱 회귀분석을 수행하는데 적합한 표본 수를 확인하기 위하여 G*Power 3.1.3 프로그램을 이용하여 odds ratio 1.5, α probability=0.05, Power 0.8, 의 조건에서 산출한 표본크기는 208명 이므로 본 연구의 여성노인 261명은 로지스틱 회귀모형을 검정하기에 충분하였다.

3. 연구도구

1) 우울

본 연구에서 우울은 Yesavage, *et. al*(1983)이 개발한 Geriatric Depression Scale(GDS)을 Jung, *et. al*(1997)이 한국어로 번역하여 한국노인에 맞게 신뢰도와 타당도를 보고한 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 부여함으로서 총 0점부터 30점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 판단한다. Jeong, *et. al*(1997)이 보고한 Cronbach's α는 .88이며, 본 연구 대상자들로부터 산출한 도구의 Cronbach's α는 .92이었다.

2) 인구사회학적 특성

(1) 규칙적인 사회참여

규칙적인 사회참여는 2008년 전국노인실태조사[17]에서 사용했던 노인의 여가 및 사회활동 영역 구분에 근거하여 친목활동, 종교활동, 문화활동, 스포츠레저활동, 시민단체 또는 사회단체 활동, 이익단체 및 정당단체활동, 봉사활동, 학습활동의 여덟 개 유형에 포함되는 세부적 활동들을 제시하고, "아래 활동에 1주일에 1회 이상 규칙적으로 참여하십니까?' 의 질문에 대하여 활동 항목별로 '네'와 '아니오' 로 응답하게 하고, 한 가지 이상 활동에 '네'로 응답한 경우를 규칙적인 사회참여를 '한다'로 구분하였다.

(2) 기타 인구사회학적 특성으로 연령(60-69세/70-79세/80세 이상), 교육수준(무학/초등학교 졸업/중학교졸업 이상), 배우자(있다/없다)로 구분하였다.

3) 건강특성

(1) 동반질환

www.kci.go.kr

동반질환은 우울을 제외하고 대상자가 의사로부터 진단받았다고 보고한 질병의 수로 '없다/1개/2개/3개 이상' 으로 구분하였다.

(2) 수면상태는 Oh, *et. al*(1998)이 개발한 수면측정도구를 사용하였다. 본 도구는 총 15문항, 4점 척도로 구성되어 있다. 수면상태에 대한 긍정적인 진술의 문항은 '매우 그렇다'를 4점, '그렇다'를 3점, '아니다'를 2점, '매우 아니다'에 각각 1점을 부여하고, 부정적인 문항은 반대로 점수를 부여하여 점수가 높을수록 수면상태가 좋은 것으로 처리하였다. 15개 문항의 평균점수를 구하여 이중 수면에 대하여 긍정적인 응답으로 평가할 수 있는 3-4점은 수면상태가 '좋다'로, 부정적인 응답으로 평가할 수 있는 1-2점은 '나쁘다'로 분류하였다. 도구 개발자가 보고한 도구의 신뢰도는 Cronbach's α는 .75이며, 본 연구에서 이 도구의 Cronbach's α는 .84이었다.

(3) IADL의 제한

IADL은 Kwon(1995)이 개발한 일상생활동작도구를 사용하였다. 이 도구는 총 18개 문항으로 구성되며 '항상 혼자서 수행할 수 있다' 에서 '항상 도움이 필요하다'를 5점 등간척도로 구분하였다. 한 가지 이상의 일상생활 수행을 혼자서 할 수 없는 경우, 일상생활 수행능력의 제한이 '있다' 로 구분하였다. 본 연구에서 이 도구의 Cronbach's α는 .92이었다.

4. 자료수집방법

본 조사를 위해 관할 구역 보건소의 협조를 받아 저소득층 여성노인가구의 목록을 확보하여 잠정적인 연구대상자를 파악하였다. 본 연구의 자료수집은 가정방문간호사가 노인가구를 방문할 때 훈련받은 간호학과 학생 2명이 동행하여 질문지를 이용한 면담의 방식으로 수행하였다. 자료수집은 2011년 11월 26일부터 2012년 2월 28일까지 이루어졌으며 1회의 자료수집에 소요된 시간은 30분 정도였다.

연구대상자들의 연구 참여에 대한 윤리적 측면의 고려 및 보호를 위하여 대상자들 중 연구목적, 연구진행절차, 참여에 대한 보상, 개인정보의 보호, 자료이용 범위 등을 설명한 후, 설명과 동일한 내용의 연구 참여 동의서에 자발적으로 직접 서명을 하거나 연구대상자의 의사에 따라 가족 등 대리인이 서명한 대상자에 한하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 20.0 통계 분석 package를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 연구대상자의 인구사회적 요인과 건강요인을 확인하기 위해 빈도 및 백분율을 산출하였다.

2) 연구대상자의 인구사회적 요인과 건강요인에 따른 우울 유병률을 확인하기 위하여 chi-square test를 이용하였다.

3) 연구대상자의 우울 유병률에 영향을 미치는 사회인구적요인 요인과 건강요인을 확인하기 위해 logistic regression analysis를 이용하였다.

www.kci.go.kr

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 우울, 인구사회적 특성과 건강특성

본 연구 대상자의 우울, 인구사회학적 특성과 건강특성은 <Table 1>과 같다. 노인우울척도로 측정한 우울의 평균점수는 19.0±7.6 이며, 18점 이상의 점수를 득하여 우울 대상자로 판정된 자는 59.4%이었다. 본 연구 대상자의 연령의 평균은 72.3±5.3이며 70-79세의 노인이 57.5%로 가장 많았다. 교육수준은 무학인 여성노인이 632%이며, 초등학교를 졸업한 여성노인이 31.0%이었다. 배우자와 동거하는 여성노인은 24.9%이며 1주일에 1회 이상 규칙적으로 사회활동에 참여하는 노인이 26.4%이었다.

건강특성에서는 동반질환이 없는 노인이 22.2%이며, 3개 이상의 동반질환을 가진 노인은 18.8%이었다. 수면측정도구로 측정한 수면상태의 평균점수는 40.1±8.0이며 나쁜 수면상태를 유지하는 여성노인은 73.6%이었다. 일상생활동작도구로 측정한 IADL의 평균점수는 84.5±11.3이며, IADL 항목 중 한가지 이상에서 제한이 있는 여성노인은 45.6%이었다.

<Table 1> Description of Depression, Socio-demographics and Health Factors(N=261)

Variables		Categories	n	%	Mean±SD	Range
Depression		<17	106	40.6	19.0±7.6	1-30
		≧18	155	59.4		
Demographics	Age(year)	60-69	84	32.2	72.3±5.3	62-90
		70-79	150	57.5		
		≧80	27	10.3		
	Education	≧Middle school	15	5.7		
		Elementary school	81	31.0		
		Uneducated	165	63.2		
	Spouse	With	65	24.9		
		Without	196	75.1		
	Regular social participation	Yes	69	26.4		
		No	192	73.6		
Health factors	Comorbidity	0	58	22.2		
		1	85	32.6		
		2	69	26.4		
		≧3	49	18.8		
	Sleep	Good	69	26.4	40.1±8.0	17-60
		Poor	192	73.6		
	IADL limitation	No	142	54.4	84.5±11.3	18-90
		Yes	119	45.6		

※ IADL=Instrumental Activities of Daily Living

2. 연구대상자의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률

본 연구 대상자의 인구사회적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 확인하기 위한

www.kci.go.kr

Chi-square검정 결과는 <Table 2>와 같다. 본 연구의 저소득층 여성노인의 우울 유병률은 규칙적인 사회활동 참여 여부, 동반질환 수, 수면상태, IADL제한 여부에 따라 차이가 있었다.

<Table 2> Prevalence of Depression According to Socio-demographics and Health Factors

(N=261)

Variables		Categories	Non-depressed n (%)	Depressed n (%)	χ2(p)
Demographics	Age(year)	60-69	43(51.2)	41(48.8)	5.77(.056)
		70-79	53(35.3)	97(64.7)	
		≧80	10(37.0)	17(63.0)	
	Education	≧Middle school	5(33.3)	10(66.7)	2.87(.238)
		Elementary school	39(48.1)	42(51.9)	
		Uneducated	62(37.6)	103(62.4)	
	Spouse	With	29(44.6)	36(55.4)	0.58(.448)
		Without	77(39.3)	119(60.7)	
	Regular social participation	Yes	38(55.1)	31(44.9)	8.13(.004)
		No	68(35.4)	124(64.6)	
Health factors	Comorbidity	0	29(50.0)	29(50.0)	9.71(.021)
		1	41(48.2)	44(51.8)	
		2	23(33.3)	46(66.7)	
		≧3	13(26.5)	36(73.5)	
	Sleep	Good	45(65.2)	24(34.8)	23.54(<.001)
		Poor	61(31.8)	131(68.2)	
	IADL limitation	No	76(53.5)	66(46.5)	21.5(<.001)
		Yes	30(25.2)	89(74.8)	

※ IADL=Instrumental Activities of Daily Living

3. 연구대상자의 우울 위험요인

본 연구 대상자의 우울 위험요인을 확인하기 위한 logistic regression analysis 결과는 <Table 3>과 같다. 본 연구의 저소득층 여성노인들은 1주일에 1회 이상 규칙적으로 사회활동에 참여하는 노인에 비해 참여하지 않는 노인에서 우울이 발생할 위험이 2.85배(CI=1.48-5.48) 더 높았다. 또한 동반질환이 없는 노인에 비해 3개 이상의 동반질환을 가진 경우 우울 유병률은 2.83배(CI=1.10-7.25), 수면상태가 좋은 노인에 비해 나쁜 노인에서 3.67배(CI=1.92-6.99), IADL의 제한이 전혀 없는 노인에 비해 한 가지 이상 제한이 있는 노인은 2.91배(CI=1.60-5.31) 우울 발생 위험이 높았다. 본 연구에서 연령, 교육수준, 배우자 유무는 저소득층 여성노인의 우울에 영향을 미치지 않았다.

www.kci.go.kr

<Table 3> Logistic Regression of Risk Factors for Prevalence of Depression of Participants

(N=261)

Variables	Categories	OR	95% CI	p
Age(year)	60-69	1		
	70-79	1.70	0.90-3.21	.100
	≧80	2.79	0.94-8.30	.065
Education	≧Middle school	1		
	Elementary school	0.37	0.09-1.40	.143
	Uneducated	0.43	0.11-1.54	.191
Spouse	With	1		
	Without	0.84	0.43-1.66	.623
Regular social participation	Yes	1		
	No	2.85	1.48-5.48	.002
Comorbidity	0	1		
	1	1.34	0.63-2.86	.445
	2	1.65	0.74-3.71	.220
	≧3	2.83	1.102-7.25	.031
Sleep	Good	1		
	Poor	3.67	1.92-6.99	<.001
IADL limitation	No	1		
	Yes	2.91	1.60-5.31	<.001

※ OR=Odds ratio; CI=Confidence interval; BMI=Body Mass Index;
IADL=Instrumental Activities of Daily Living

Ⅳ. 논 의

본 연구는 노인에게서 심각하게 대두되는 건강문제인 우울의 유병률과 위험요인을 일 광역시의 저소득 여성노인들을 대상으로 확인함으로서 우울에 있어서 고위험 인구집단의 특성을 이해하는데 기여하였다. 본 연구에 참여한 60세 이상 저소득층 여성노인 261명 가운데 59.4%인 155명이 우울로 판정되었다. 본 연구와 같이 저소득층 여성을 대상으로 한국판 노인우울척도를 이용하여 우울 유병률을 보고한 연구가 전무한 실정이므로 전국의 여성을 대상으로 한 보고들을 비교하면, 2008년 우리나라 전국노인실태조사[17]에서 한국어판 단축형 Geriatric Depression Scale을 이용하여 판정한 60세 이상 전국 여성노인의 우울상태 경험률 31.3%(남성노인의 21.7%)에 비해 본 연구 대상자의 우울 유병률이 월등히 높다고 볼 수 있다. 또한 제 5기 국민건강영양조사[16]에서 60대와 70대 여성노인의 우울증상경험률 20.5%와 20.1%(남성노인에서 10.0%와 11.8%)로 보고한 것과 비교했을 때에도 본 연구의 저소득층 여성노인의 우울 유병률이 더 높다고 볼 수 있다. 이상 본 연구와 전국의 여성노인과 남성노인들의 우울에 관한 보고들을 통하여 본 연구의 도시지역 저소득층 여성노인들은 전국 지역사회에 거주하는 여성노인과 남성노인들에 비해 우울 유병률이 높아 우울에서 고위험인구임을 알 수 있다.

본 연구의 저소득층 여성노인의 우울 위험요인을 확인하기 위해 선택한 7개의 인구사회적 특성과 건강특성들 가운데 규칙적인 사회활동 참여 여부, 동반질환 수, 수면상태, 그리고 IADL제

www.kci.go.kr

한은 Chi-square과 로지스틱 회귀분석에서 모두 우울 유병률의 위험요인으로 확인되었다.

본 연구에서 규칙적으로 적어도 일주일에 1회 이상 사회활동에 참여하는 여성노인에 비해 참여하지 않는 여성노인은 우울 유병률이 높았다. 본 연구의 결과는 Nam & Jung(2011)이 여성독거노인을 대상으로 사회활동에 참여한 경험이 있는 대상자에 비해 참여한 경험이 없는 대상자의 우울감이 증가한다고 한 보고와 일치하고 있다. 그 밖에도 지역사회 노인들을 대상으로 한 연구들에서 사회활동 경험이 있는 노인들에 비해 경험이 없는 노인들에서[4][25]나 활동 빈도가 낮을수록[2] 우울감이 높다는 연구 결과들과도 일치하고 있다. 국외의 연구에서도 지역사회 활동에 참여하는 노인들에 비해 참여하지 않는 노인들의 우울 수준이 높다는 결과[30]는 본 연구의 저소득층 여성 노인들의 우울 특성과 일치한다고 볼 수 있다. 즉 저소득층 노인들 뿐 아니라 다양한 여건의 지역사회 노인들에서 규칙적인 적극적인 사회활동의 기회를 제공하는 것이 우울을 예방관리하는 데 중요한 전략이 된다는 것을 알 수 있다.

본 연구의 저소득층 여성노인들 가운데 우울 이외에 동반질환이 없는 대상자들에 비해 3개 이상의 동반질환을 갖고 있는 대상자들은 우울 유병률이 더 높았다. 본 연구의 결과는 An과 Tak의 관절염을 가진 노인을 대상으로 CES D-10(Center for Epidemiological Studies-Depression)을 이용하여 우울을 판정한 연구에서 65-80세 미만의 노인에서는 한 개의 질환을 가진 노인들에 비해 3개 이상의 질환을 가진 노인에서 우울 유병률이 높다고 한 결과와 일관성이 있으나, 80세 이상 초고령자에서는 질환의 수가 우울 유병률에 영향을 질환의 수가 우울을 높이는 위험요인이라는 보고와는 차이가 있다. 그 외에도 지역사회 노인들을 대상으로 한 연구[21]에서도 CES D로 측정한 우울이 질병의 개수에 따라 영향을 받는다고 하여 본 연구의 결과는 일관성이 있는 결과를 보고하였다. 그런가하면, 질병의 수가 우울에 영향을 미치지 않는다는 결과들[24][10]도 보고되어 질병의 수와 우울의 유병률 또는 수준의 관련성에 대해서는 논란의 소지가 남아 있다. 향후 동반질환의 수보다는 질환의 기간이나 경중도와 같은 질환 특성에 따른 우울 유병률을 확인할 필요가 있다고 본다.

본 연구의 저소득층 여성노인들은 수면상태가 좋은 노인들에 비해 나쁜 노인들의 우울 유병률이 높았다. 본 연구의 결과는 Moon(2010)의 연구에서 지역사회 재가노인 134명을 대상으로 한국판 노인우울척도로 측정한 우울 수준이 Oh, *et. al*(1998)의 수면측정도구로 측정한 수면상태와 관계가 있다고 한 보고와 일관성이 있다. 그런가하면 Won & Kim (2008)은 방문간호대상 노인들의 한국판 단축형 노인우울척도로 측정한 우울정도가 6-8시간 수면을 취하는 노인에서 가장 낮았고, 그 이상 또는 그 이하의 수면시간을 보고한 노인에서는 우울 정도가 증가하였다는 보고를 통하여 수면시간과 우울정도간에 관계가 있다는 것을 알 수 있었다. 본 연구와 선행연구들을 통해 수면상태 또는 수면시간이 우울과 관련이 있다는 것을 확인하였다. 본 연구에서는 이러한 노인을 대상으로 한 연구의 수면과 우울의 관련성에 더하여 저소득층 여성노인의 수면상태와 우울의 관련성을 확인했다는 점에서 의의가 있다고 본다.

도구적 일상생활수행능력은 대부분의 국내외의 노인을 대상으로 한 연구에서 일관성 있게 우울 유병률이나 우울정도를 높힌다는 결과를 보고하였다[2][11][10][22][33]. 그러나 이러한 연구에서 여성노인만을 대상으로 한 결과가 보고되지 않았고, 여성 중에서도 취약계층인 저소득층 여성을 대상으로 IADL제한과 우울의 관련성에 관해 보고한 연구는 아직 없었다는 점에서 본

www.kci.go.kr

연구의 결과가 의의가 있다고 본다.

본 연구에서 저소득층 여성노인들을 대상으로 우울의 위험요인 여부를 확인하고자 했던 변수들 가운데 연령, 교육수준과 배우자 유무는 우울과 관련이 없는 것으로 드러났다. 저소득층 여성노인을 대상으로 연령과 우울의 관련성을 확인한 연구는 보고되지 않았으나, 지역사회 남녀노인을 대상으로 한 우울연구들에서 연령이 증가할수록 우울이 증가한다는 보고[11][25]와 연령과 우울은 관계가 없다[13][10][22][21][27]는 보고들이 있었다. 지역사회 노인을 대상으로 한 많은 연구들에서 노인 연령과 우울 유병률에 대한 일관성 없는 보고는 노인에서 연령이 증가함에 따라 우울 유병률이 증가하는 한편 사망이나 입원 등으로 조사를 위한 표본에 포함되지 못하는 인구들 때문인 것으로 판단된다. 본 연구의 저소득층 여성노인들의 63.2%가 교육을 전혀 받지 못했고, 5.7%만이 중학교 졸업 이상의 학력을 소유하고 있었다. 이와 같이 교육수준이 낮은 여성노인들에서 교육수준은 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 저소득층 여성노인만을 대상으로 교육수준과 우울의 관련성을 확인하 바는 없었지만, 지역사회 노인들 또는 저소득층 노인들을 대상으로 학력이 낮은 노인들이 학력이 높은 노인들보다 우울이 높다[10][22][27]는 보고와, 학력과 우울은 관계가 없다[1][3][13]는 보고들이 있어 학력과 우울의 관계에 대한 보고는 일관성이 없었다. 이와 같이 일관성이 없는 결과는 본 연구의 결과를 고려할 때 교육수준과 우울의 관계에 있어서 성별의 영향을 통제하지 않은 데에서 비롯되었을 가능성이 있다고 본다. 배우자의 경우도 배우자와 함께 생활하는 노인에 비해 배우자 없이 살아가는 노인들에서 우울 유병률이 높다는 연구결과[25]가 있는가하면, 배우자 유무는 우울 유병률이나 정도와 관계가 없다는 결과들이[10][13] 혼재되어 있다. 이와 같이 일관성 없는 결과가 나타난 이유는 배우자의 존재 여부만으로는 배우자와 함께 생활하는 것에 대한 긍정적이거나 부정적인 평가를 측정할 수 없었기 때문인 것으로 판단된다. 즉 배우자와 함께 생활하는 노인의 경우 배우자에게 만족을 하는 경우도 있겠지만, 그렇지 않은 경우들이 있을 수 있다. 또한 배우자 없는 노인들의 경우 이로 인해 우울해지는 노인들이 있는가 하면 배우자와 함께 할 때보다 더 다양한 사회참여나 다른 사람들과의 만족스러운 인간관계를 가짐으로서 자신 중심으로 만족스러운 생활을 하는 경우도 있기 때문인 것으로 보인다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일 도시 저소득층 여성노인을 대상으로 우울 유병률과 위험요인을 확인하고자 시도하였다. 본 연구결과를 통하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다. 본 연구의 대상자인 일 도시지역 저소득층 여성의 한국판 노인우울척도로 판정한 우울 유병률은 59.4%이었다. 또한 본 연구의 도시지역에 거주하는 저소득층 여성노인 가운데 우울의 고위험인구를 파악할 수 있었다. 대상자들 중 주 1회 이상 적어도 한 가지 이상의 사회활동에 규칙적으로 참여하지 않고, 동반질환이 없는 여성노인에 비해 세 개 이상의 동반질환을 갖고 있는 경우, 수면상태가 나쁜 경우, IADL의 제한이 있는 경우 우울의 고위험인구라고 볼 수 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언 하고자 한다.

www.kci.go.kr

첫째, 본 연구에서는 일 광역시에 거주하는 노인들 중 보건소에 저소득층 관리대상으로 등록된 여성노인들을 대상으로 우울 유병률과 위험요인을 확인하였다. 저소득층 여성들은 이미 우울에 있어서 위험이 높은 대상자로 알려져 있으나, 이들의 어떠한 특성이 우울에 기여하는가에 대해서는 거의 확인되지 못하였다. 즉 우리나라에서 우울 인구가 증가하는 시점에서 이들 고위험인구를 파악했다는 점에서 의의가 있다고 보며, 향후 본 연구를 토대로 저소득층 여성노인을 대상으로 이들 가운데에서도 사회활동을 하지 않고, 동반질환이 있으며, 수면상태가 좋지 않고, IADL,에 제한이 있는 여성노인을 선별하고 집중 관리할 것을 제언한다. 또한 이러한 우울의 고위험군을 위한 관리모형을 개발하여 위험인구의 발견과 예방관리를 위한 지속적이고 체계적인 모니터링을 제언하는 바이다. 둘째, 저소득층 여성노인의 우울 유병률의 위험요인들을 확인하기 위해서는 횡단적 조사가 아닌 코오트를 구축하고 장기적으로 후향적 조사를 시행하여 원인과 결과의 인과관계를 확인하기 위한 연구가 이루어 질 것을 제언한다. 이러한 장기적 연구결과에 의해서 관절염 노인의 우울과 위험요인에 대한 명확한 근거에 기반 하여 우울 노인의 고위험인구를 선별하고 집중 관리 할 수 있을 것이다.

References

[1] An, J. Y. and 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.* 39: 72-83. http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2009.39.1.72.

[2] Bae, J. H. 2009. The Effect of ADL and IADL on the Depression of the Older-elderly: Focusing on the Mediating Effect of Social Activity Participation and Elder Abuse. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 29: 353-368.

[3] Chung, S. D. and M. J. Koo. 2011. Factors Influencing Depression: A Comparison Among Babyboomers, the Pre-elderly, and the Elderly. *Journal of Welfare for the Aged.* 52: 305-324.

[4] Gweon, H. S. 2009. The Effect of Social Participation on the Life Satisfaction of the Elderly: Focusing on the Mediating Effects of Depression and Self-reported Health. *Korean Journal of Human Ecology.* 18: 995-1008.

[5] Kwon, Y. C. and J. H. Park. 1989. Korean Version of Mini-mental State Examination(MMSE-K)-Part I: Development of the Test for the Elderly. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association.* 28: 125-135.

[6] Jung, I. K., D. I. Kwak, D. K. Shin, M. S. Lee, H. S. Lee., and J. Y. Kim. 1997. A Reliability and Validity Study of Geriatric Depression Scale. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association.* 36: 103-112.

[7] Ko, M. S. and I. K. Seo. 2011. Influences of the Elderly's Health Status upon their

www.kci.go.kr

Stress and Dpression and Moderating Effects of Social Supports. *Korean Public Health Research.* 37(1): 1-14.

[8] Kwon, J. D. 1995. *The Research of Korean Dementia Family: Development of the Measurement Tool and Model for the Caregiving.* Seoul: Hong Ik Jae.

[9] Kim, H. N. and H. L. Seo. 2010. The Effects of Self-efficacy on the Depression of Lonely Frail Elders. *Journal of Welfare for the Aged.* 48: 59-82.

[10] Kim, J. M. and J. A. Lee. 2010. Depression and Health Status in the Elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 30(4): 1311-1327.

[11] Kim, H. M. and Y. H. Choi. 2011. Factors Affecting Depression in Elderly Vulnerable People Living Alone. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing.* 22: 355-364.

[12] Kim, S. E. and S. A. Kim. 2013. A Predictive Model of Depression in Rural Elders-decision Tree Analysis. Journal of Koean Academy of Nursing, 43(3): 442-451.

[13] Lee, S. H. and 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,* 21(1): 21-30.

[14] Lee, E. J., S. Bae., and T. Y. Um. 2010. A Study on the Influence of Depression and Leisure Participation on Attempted Suicide among the Elderly who Lives Alone. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 30: 615-628.

[15] Lim, Q. L., H. K. Kim., and J. S. Ann. 2011. Relationship between Depression and Quality of Life in Elderly Women Living Alone: The Moderating and Mediating Effecst of Social Support and Social Activity. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 31(1): 33-47.

[16] Ministry for Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs. 2012. *2011. Report on the Korean National Older Adults Life Survey*(Issue No.11-B550928-000035-08). Seoul: Author. Ministry for Health and Welfare, Korea Health Statistics. 2011.2010.

[17] Ministry for Health and Welfare. 2009. 2008 *National Survey Data of the Actual Living Condition of the Elderly.* Ministry for Health and Welfare.

[18] Moon, M. J. 2010. Factors Influencing Depression in Elderly People Living at Home. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 40: 542-550. http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.4.542

[19] Nam, K. M. and E. K. Jung. 2011. The Influence of Social Activity and Social Support Perceived by Elderly Women Living Alone on their Quality of Life: Focusing on

www.kci.go.kr

the Mediating Effect of Depression and Death-anxiety. *Journal of Welfare for the Aged.* 52: 325-348.

[20] Oh, J. J., M. S. Song., and S. M. Kim. 1998. Development and Validation of Korea Sleep Scale A. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 28: 563-572.

[21] Park, Y. H. and E. E. Suh. 2007. The Risk of Malnutrition, Depression, and the Perceived Health Status of Older Adults. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 37: 941-948.

[22] Park, S. Y. 2009. A Study on Depression, ADL, IADL, and QOL Among Community-dwelling, Low Income Elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing.* 23: 78-90.

[23] Paik, J. E. 2010. Effects of Social Support on Psychological Health for Old Woman and Old Men. *The Korean Journal of Woman Psychology.* 15(3): 425-445.

[24] Shin, K. R., Y. H. Kang, and J. Oak. 2008. The Relationship of Quality of Sleep, Depression, Late-life Function and Disability(LLFDI) in Community-welling Older Women with Urinary Incontinence. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 38(4): 573-581.

[25] Shin, C. H. 2010. The Study on Effects of Objective Life Attributes on Depression of Elderly Mediated by Life-satisfaction. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 30: 453-469.

[26] Sung, K. W. and M. H. Kim. 2008. Self-care Behaviors and Depressive Symptoms of Low-income Ederly Women with Hypertension. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 33(4): 593-602.

[27] Won, J. S. and K. H. Kim. 2008. Evaluation of Cognitive Functions, Depression, Life Satisfaction Among the Elderly Receiving Visiting Nursing Services. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 38: 1-10.

[28] National Health Insurance Service, Health Insurance Review & Assessment Service 2013. *2012 National health Insurance Statistical Yearbook*(Issue No. 11-B550928-000001-10)

[29] American Psychiatric Association. 1994. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV.* Washington DC: Author.

[30] Chiao, Chi., Li J. Weng, & Amanda L. Botticello. 2011. Social Participation Reduces Depressive Symptoms among Older Adults: An 18-year Longitudinal Analysis in Taiwan. *BMC Public Health.* 11: 292 from http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-292.

[31] Hairi, Noran. N., Awang. Bulgiba, Izzuna. Mudla., and Mas. A. Said. 2011. Chronic Diseases, Depressive Symptoms and Functional Limitation amongst Older People in

www.kci.go.kr

Rural Malaysia, a Middle Income Developing Country. *Preventive Medicine.* 53: 343-346.

[32] Seedat, Soraya., Kate M. Scot, Matthias. C. Angermeyer, Patricia. Berglund, Evelyn J. Bromet, Traolach S. Brugha, *et. al.* 2009. Cross-National Associations between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry.* 66(7): 785-795. http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

[33] Tong, Hong M., Daniel W. La, Qun. Zeng., and Wen Y. Xu. 2011. Effects of Social Exclusion on Depressive Symptoms: Elderly Chinese living Alone in Shanghai, China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology.* 26(4): 349-364. http:dx.doi.org/10.1007/s10823-011-9150-1.

[34] Walters, Kate., Elizabeth. Breeze, Paul. Wilkinson, Gill. M. Price, Chris. J. Bulpitt., & Astrid. Fletcher. 2004. Local Area Deprivation and Urban-rural Differences in Anxiety and Depression Among People Older than 75 Years in Britain. *American Journal of Public Health.* 94(10): 1768-1774.

[35] World Health Organization. 2006. *Disease Control Priorities related to Mental, Neurological, Developmental, and Substance Abuse Disorders: World Health Report, Mental Health, New Understanding, New Hope.* Geneva: Author.

[36] Yesavage, Jerome A., Thomas L. Brink, Terence. L. Rose, Owen. Lum, Virginia. Huang, Michael. Adey., and Von O. Leirer. 1983. Development and Validation of Geriatric Depression Screening Scale. A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research.* 17(1): 37-49.

www.kci.go.kr

참고문헌 (References in Non-roman Script)

[1] 안지연, 탁영란. 2009. 관절염 노인의 연령별 우울정도와 위험요인. 대한간호학회지. 39(1): 72-83.

[2] 배진희. 2009. 고령노인의 일상생활기능 저하가 우울에 미치는 영향 -사회활동참여와 노인학대의 매개효과를 중심으로. 한국노년학. 29(1): 353-368.

[3] 정순둘, 구미정. 2011. 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. 노인복지연구. 52: 305-324.

[4] 권현수. 2009. 노인의 사회참여가 삶의 만족도에 미치는 영향: 우울, 주관적 건강상태의 매개효과를 중심으로. 한국생활과학회지. 18(5): 995-1008.

[5] 권용철, 박종한. 1989. 노인용한국판 Mini-MentalState Examination(MMSE-K)의 표준화 연구 제1편: MMSE-K의개발. 신경정신의학. 28: 125-135.

[6] 정인과, 곽동일, 신동균, 이민수, 이현수, 김진영. 1997. 노인우울척도(Geriatric Depression Scale)의 신뢰도, 타당도 연구. 신경정신의학. 36(1): 103-112.

[7] 고민석, 서인균. 2011. 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지의 조절효과. 대한보건연구. 37(1): 1-14.

[8] 권중돈. 1995. 치매노인 가족연구. 서울: 홍익재.

[9] 김희년, 서홍란. 2010. 자기효능감이 요보호독거노인의 우울수준에 미치는 영향에 관한 연구. 노인복지연구. 48: 59-82.

[10] 이정애, 김지미. 2010. 노인의 우울과 건강수준과의 관련성. 한국노년학. 30(4): 1311-1327.

[11] 김현미, 최연희. 2011. 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향변인. 지역사회간호학회지. 22(4): 355-364.

[12] 김성은, 김선아. 2013. 의사결정나무 분석기법을 이용한 농촌거주 노인의 우울예측모형 구축. 대한간호학회지. 43(3): 442-451.

[13] 이승희, 양순옥. 2010. 저소득층 재가노인의 근골격계 만성통증과 우울이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 지역사회간호학회지. 21(1): 21-30.

[14] 이은진, 배숙경, 엄태영. 2010. 독거노인 자살시도에 대한 우울과 여가활동 참여의 영향에 관한 연구: 서울특별시 노원구를 중심으로. 한국노년학회. 30(2): 615-628.

[15] 림금란, 김희경, 안정선. 2011. 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계: 사회적 지지, 사회적 활동의 조절효과 및 매개효과. 한국노년학. 31(1): 33-47.

[16] 보건복지부. 2011. 2010 국민건강통계. 서울: 보건복지부.

[17] 보건복지가족부. 2009. 2008년도 노인실태조사.

[18] 문명자. 2010. 재가노인의 우울 영향 요인에 관한 연구. 대한간호학회지. 40(4): 542-550.

[19] 남기민, 정은경. 2011. 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미

www.kci.go.kr

치는 영향: 우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로. 노인복지연구. 52: 325-348.

[20] 오진주, 송미순, 김신미. 1998. 수면측정 도구의 개발을 위한 연구. 대한간호학회. 28(3): 563-572.

[21] 박연환, 서은영. 2007. 노인의 영양위험, 우울, 지각된 건강상태. 대한간호학회지. 37(6): 941-948.

[22] 박선영. 2009. 일 지역사회 저소득 노인의 우울, 일상생활수행능력과 삶의 질의 관계에 대한연구. 한국보건간호학회지. 23(1): 78-90.

[23] 백지은. 2010. 남성노인과 여성노인의 사회적 지지 경험이 심리적 건강에 미치는 영향. 한국심리학회지여성. 15(3): 425-445.

[24] 신경림, 강윤희, 옥지원. 2008. 노년기 요실금 여성의 수면의 질, 일상생활 수행능력과 우울. 대한간호학회지. 38(4): 573-581.

[25] 신창환. 2010. 삶의 특성이 노인우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개효과를 중심으로. 한국노년학. 30(2): 453-469.

[26] 성기월, 김미한. 2008. 고혈압을 가진 저소득층 여성노인의 자가간호 행위와 우울증상: 초기노인과 후기노인의 비교. 대한간호학회지. 33(4): 593-602.

[27] 원종순, 김계화. 2008. 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도 평가. 대한간호학회지. 38(1): 1-10.

[28] 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2013. 2012 건강보험통계연보통계(발간등록번호: 11-B550928-000035-08).

김혜령: 한양대학교 간호학과를 졸업하고 연세대학교에서 간호학 석사・박사를 취득하였으며 현재 인제대학교 의과대학 간호학과에 재직중이다. 주요 연구사업으로 경상남도 만성질환 관리체계 구축사업를 책임연구자로 수행했고, 전국노인생활복지실태조사, 노인건강 증진, 만성병 조사감시 FMTP 에 참여하였다. 성인간호학회지 학술위원, 부울경 성인간호학회지 총무이사를 지냈으며 현재는 노인간호학회 논문편집위원 등으로 활동 중이다. 최근 발표한 논문으로는 “한국 50세 이상 성인의 골관절염 유병률과 관련요인”, “일 도시지역 취약노인의 우울 유병률과 영향 요인”, “A decision tree-based approach for identifying urban-rural differences in metabolic syndrome risk factors in the adult Korean population”, “성인기의 생애주기별 사회적지지망 연구”, “한국노인의 고혈압 유병률과 위험요인”, 일 도시 지역 저소득층 노인의 성별 우울 유병률과 위험요인“ 등이 있다(nurhrk@inje.ac.kr).

www.kci.go.kr