

취약계층 노인의 성별 우울 관련 요인

김은경‡
수원과학대학교 간호학과

Gender Difference in Factors Related to Depression in Vulnerable Elderly

Eun-Kyung Kim‡
Department of Nursing, Suwon Science College

<Abstract>

The aim of this study was to understand the factors related to depression according to gender in vulnerable elderly.

We conducted a cross-sectional study with 1,709 elderly beneficiaries of the visiting health care program in Seoul. Depression was measured using the Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version(GDSSF-K) questionnaire.

Depression score was mild level in vulnerable elderly. There was no gender difference in depression level. Factors related to depression differ by gender. In the elderly men, higher depression showed significant correlation with a lower level of health-related quality of life(HRQOL) and self-rated health(SRH). In addition, higher depression was observed for elderly men living alone than for those living with family. These factors explained depression by 23.1%. In the elderly women, higher depression showed significant correlation with a lower level of HRQOL, SRH and a higher dependence of instrumental activities of daily living. In addition, higher depression was observed for elderly women who has fall experience. These factors explained depression by 22.8%.

Gender-specific nursing strategies may be required for prevention of depression in vulnerable elderly.

Key Words : Depression, Aged, Sex

‡Corresponding author(ekkim430@ssc.ac.kr)

I. 서론

우리나라는 2000년에 노인인구 비율이 7.2%로 고령화 사회로 진입한 이래, 2017년에는 14.0% 이상의 고령사회로, 2026년은 20.0% 이상으로 초고령사회가 될 것으로 전망하고 있다. 고령화 사회에서 고령사회로의 진행에 걸리는 17년과 고령사회에서 초 고령사회로의 진행에 걸리는 9년은 다른 OECD 국가에 비해 매우 빠른 상황이다[1]. 이는 노령화 지수(aged-child ratio)가 2014년의 88.7%에서 2017년 104.1%, 2026년 161.9%로 가파르게 상승되는 것으로도 유추할 수 있다[1].

노인의 우울은 노인정신건강의 주요 문제임에도 불구하고 질병과 같은 생리적인 문제 등으로 치료 우선순위에서 밀려나거나 우울의 특성으로 간주되는 피로감, 수면장애 등이 노화과정에서 흔히 나타나므로 노화과정으로 인식되고 간과되는 경우가 많다[2]. 그러나 노인의 우울을 방치하는 경우에는 신체적, 정신적, 사회적 장애를 유발하고 질병으로부터의 회복이 지연되며 생활의 만족도가 저하되어 자살까지 초래되거나 삶의 질이 저하될 수 있다[3]. 2011년 우리나라의 노인실태조사에서 노인 본인이 인지하는 우울 유병율은 3.8%인데 비해 의사진단율은 79.9%[4]로 현저한 차이가 있어 노인의 우울은 방치될 가능성이 매우 높은 질환으로 국가 차원에서의 끊임없는 관리가 요구된다고 할 수 있다.

노인은 경제활동의 감소에 따른 사회적 소외와 운동능력 감소, 만성질환 이환, 지나온 세월에 대한 후회 등으로 다른 연령집단에 비해 우울에 이환될 가능성이 많음[5]은 잘 알려진 사실이며, 특히 방문건강관리사업의 대상노인은 국민기초생활보장수급자 및 차 상위계층으로 이들은 건강에 위해한 요인에 노출될 가능성이 많은 반면 이에 대한 대처능력은 약하여[6] 우울의 고위험 집단이라 할 수 있다.

모든 세대에서 성별에 다른 특성차이가 존재하지만 특히 노인집단은 어느 집단보다 성별에 따른 차이가 두드러질 수 있다. 이는 여성은 출산과 과중한 가사노동으로 인한 여성특유의 건강문제가 있어 의료비 지출이 많은데 비해 상대적으로 사회활동 참여가 부족하고 경제적 빈곤을 겪으며 가정과 사회로부터 소외되는 등의 문제를 안고 있다[7]고 하였듯이, 우리나라 여성노인은 과거의 가부장적인 사회 분위기에서 남성에 비해 불리한 교육 기회와 경제적 활동 참여와 같은 생애과정을 겪음으로서 남성노인과는 다른 삶을 살아왔고 이것이 노년기에 집약된 영향으로 나타나게 되기 때문이다[8]. 일례로, 우울의 영향요인 면에서 노인의 성별 차이는 뚜렷하게 나타나 남성노인은 경제적 스트레스가 우울의 영향요인이지만 여성노인은 가족 스트레스가 우울의 영향요인이라고 보고하였듯이[9], 노인의 우울을 예방하기 위해서는 성별특성을 이해하고 고려하는 것이 필요하다.

기존 노인의 우울관련 연구는 재가노인[10], 독거노인과 부부노인[11], 도시 취약노인[12] 등을 대상으로 하거나 성별을 고려할 때 여성노인만을 대상으로 한 연구[13]가 대부분으로, 성별에 따른 남녀노인의 우울 관련요인에 대한 정보는 미비한 실정이다.

본 연구에서는 성별에 따른 노인의 우울 영향요인을 다각적 측면에서 살펴보기 위해, 신체적 측면으로 노인에게 흔히 발생하는 질병상태와 낙상을 포함하고 심리적 측면으로 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각을 포함하며 기능적 측면으로 도구적 일상생활활동을 포함하였다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 취약계층 노인의 성별 특성과 우울 수준을 파악한다.
- 2) 취약계층 노인의 성별 우울 관련요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 취약계층 노인들의 성별 우울 관련 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상은 일 지역의 방문건강관리사업에 등록되어 건강관리를 받고 있는 대상자 중 65세 이상 노인만을 선별한 총 1,709명(남성노인 451명, 여성노인 1,258명)이다. 방문건강관리사업 대상자는 기초생활보장수급자와 최저생계비의 120%에 미치지 못하는 차 상위계층에 해당하는 취약계층이다.

3. 연구도구

1) 우울

우울정도는 Kee[14]의 한국어판 단축형 노인우울척정도구로 측정하였다. 이 도구는 정서적 불편감, 비판적 사고, 불행감 등 총 15문항으로 구성되며 긍정적인 항목에 '예'인 경우 0점, '아니오'인 경우 1점으로 처리하였고 부정적인 항목에 '예'인 경우는 1점, '아니오'인 경우는 0점으로 처리하였다. 총 점수는 0-15점이며 점수가 높을수록 우울정도가 심함을 의미한다. Kee[14]의 연구에서 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.88$ 이었고 본 연구에서 Cronbach $\alpha=0.81$ 이었다.

2) 건강관련 삶의 질(health-related quality of life; HRQOL)

건강관련 삶의 질은 미국의 Medical Outcome Study에서 개발한 SF-8로 측정하였다. SF-8은 SF-36의 축약형(short form)으로 8개 하부영역인 1) 신체적 기능(physical functioning), 2)신체적 역할

(role-physical), 3)신체통증(bodily pain), 4)일반적 건강상태(general health), 5)활력(vitality), 6)사회적 기능(social functioning), 7)정서적 역할(role-emotional), 8)정신적 건강(mental health)을 포함한다. 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높음을 의미한다. Shin, Byeon, Kang과 Oak (2008)[15]의 연구에서 신뢰도 Cronbach $\alpha=0.83$ 이었고, 본 연구에서 Cronbach $\alpha=0.93$ 이었다.

3) 도구적 일상생활수행능력(instrumental activities of daily living; IADL)

IADL은 독립적인 생활을 하는데 요구되는 보다 높은 차원의 지역사회 거주능력에 대한 노인의 기능 상태를 평가하는 것으로 Won 등[16]의 한국형 IADL 도구로 측정하였다. 이 도구는 몸단장, 집안 일, 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용, 약 챙겨먹기의 10개 항목, 4점 척도로, 총점은 10-40점이고 점수가 높을수록 IADL 의존도가 높음을 의미한다. Kim[17]의 연구에서 신뢰도 Cronbach $\alpha=0.88$ 이었고 본 연구에서 Cronbach $\alpha=0.97$ 이었다.

4) 주관적 건강지각

주관적 건강지각은 자신이 지각하는 현재 건강 상태를 질문하는 1문항으로 측정하였다. 이는 '매우 나쁨' 1점, '나쁨' 2점, '보통' 3점, ' 좋음' 4점, '매우 좋음' 5점 척도로 점수가 높을수록 주관적 건강지각이 좋음을 의미한다.

5) 낙상경험

지난 1년 동안 낙상경험 유무를 조사하였다.

6) 질환 수

노인에게 흔한 질병으로 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 관절염 및 요실금 등의 유병 개수이다.

4. 자료수집 및 분석

본 연구는 일 도시 방문건강관리사업의 공개된 원시자료를 이용하였다. 방문건강관리사업의 자료 수집은 방문간호사가 사업의 목적 및 내용을 설명하고 이에 동의한 대상자에게 직접면담 식으로 이루어졌다.

자료 분석은 SPSS 18.0을 이용하여 대상자의 성별 일반적 특성 비교는 χ^2 -test/t-test를 이용하였고 성별 일반적 특성에 따른 우울의 차이는 t-test/ANOVA를 하였으며 집단 간 차이는 Scheffe 다중비교 검증법을 이용하였다. 우울과 변수들 간의 상관관계는 Pearson correlation로 분석하였고 우울 관련요인을 규명하기 위해서는 다중회귀분석(multiple regression)을 이용하였다.

다중회귀분석에서 남성노인의 경우 t-test/ANOVA에서 우울에 유의한 차이를 보인 변수인 독거, 질환 수, 낙상경험과 Pearson correlation에서 우울과 유의한 상관성을 보인 변수인 건강관련 삶의 질, IADL, 주관적 건강지각을 단계적으로 투입하였고, 명목변수인 독거와 낙상경험은 가변수(dummy variable)로 처리하여 분석하였다. 여성노인의 경우는 t-test/ANOVA에서 우울에 유의한 차이를 보인 변수인 질환 수, 낙상경험과 Pearson correlation에서 우울과 유의한 상관성을 보인 변수인 건강관련 삶의 질, IADL, 주관적 건강지각을 단계적으로 투입하였고, 명목변수인 낙상경험은 가변수(dummy variable)로 처리하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 노인의 성별 일반적 특성 및 우울 관련 변인

본 연구대상자의 분포는 남성노인 451명(26.4%), 여성노인 1,258명(76.6%)이었다. 평균 연령은 남성

노인이 73.5(±6.2)세, 여성노인이 75.6(±6.6)세로 여성노인이 유의하게 높았고($p<.001$), 무학노인은 남성노인의 22.4%, 여성노인의 60.5%로 여성노인에서 유의하게 많았다($p<.001$). 직업이 있는 남성노인은 5.3%, 여성노인은 1.3%로 여성노인이 유의하게 적었고($p<.001$), 남성노인의 40.6%와 여성노인의 60.3%가 홀로 거주하고 있어 여성 독거노인이 유의하게 많았다($p<.001$). 남성노인 중 질환을 3개 이상 앓고 있는 노인은 5.8%이었고 여성노인은 14.4%로 유의한 차이가 있었으며 ($p<.001$), 낙상경험이 있는 남성노인은 8.0%로 여성노인의 12.4%보다 유의하게 적었다($p=.012$). 건강관련 삶의 질은 남성노인이 45.2점으로 여성노인의 43.9점보다 유의하게 높았다($p<.001$). 주관적 건강지각 점수는 남성노인이 1.7점, 여성노인이 1.6점으로 남성노인이 자신의 건강상태를 더 좋게 지각하였다($p=.006$). IADL 의존도는 남성노인 11.9점, 여성노인 11.6점으로 성별 유의한 차이가 없었고 남성노인과 여성노인의 우울점수는 모두 6.4점으로 성별 유의한 차이는 없었다<Table 1>.

2. 노인의 성별 일반적 특성에 따른 우울

일반적 특성에 따른 우울정도를 성별로 구분하여 살펴본 결과, 남성노인에서는 독거노인의 우울정도가 유의하게 높았고($p=.011$), 질환을 3개 이상 앓는 노인의 우울이 유의하게 높았으며($p=.001$), 낙상경험이 있는 노인의 우울이 유의하게 높았다($p<.001$). 여성노인에서는 질환을 3개 이상 앓는 노인의 우울이 유의하게 높았고($p<.001$) 낙상경험이 있는 노인의 우울이 유의하게 높았다($p<.001$)<Table 2>.

<Table 1> General characteristics, Health-related Factors and Depression according to Gender

Characteristics	Categories	Male	Female	χ^2/t	p
		(n=451)	(n=1,258)		
		M \pm SD/n(%)	M \pm SD/n(%)		
Depression		6.4(\pm 3.4)	6.4(\pm 3.5)	.041	.967
Demographic characteristics					
Age		73.5(\pm 6.3)	75.6(\pm 6.6)	-5.761	<.001
Education	Elementary \leq	350(77.6)	497(39.5)	192.76	<.001
	Uneducated	101(22.4)	761(60.5)		
Job	Yes	24(5.3)	16(1.3)	23.811	<.001
	No	427(94.7)	1242(98.7)		
Living condition	Alone	183(40.6)	759(60.3)	52.385	<.001
	With family	268(59.4)	499(39.7)		
Physical characteristics					
Number of disease	0	136(30.2)	214(17.0)	49.394	<.001
	1-2	289(64.0)	863(68.6)		
	3 \leq	26(5.8)	181(14.4)		
Fall experience	Yes	36(8.0)	156(12.4)	6.496	.012
	No	415(92.0)	1102(87.6)		
Psychological characteristics					
HRQOL		45.2(\pm 6.8)	43.9(\pm 6.9)	3.548	<.001
Self-rated health		1.7(\pm .8)	1.6(\pm .7)	2.731	.006
Functional characteristics					
IADL		11.9(\pm 5.7)	11.6(\pm 5.4)	.778	.436

HRQOL=Health-related quality of life; IADL= Instrumental activities of daily living

<Table 2> Depression by General Characteristics according to Gender

Characteristics	Categories	Male(n=451)			Female(n=1,258)		
		Depression	t/F(p)	Scheffe	Depression	t/F(p)	Scheffe
		M(\pm SD)			M(\pm SD)		
Age	65-74	6.27(\pm 3.41)	.856 (.426)		6.32(\pm 3.51)	.636 (.529)	
	75-84	6.71(\pm 3.50)			6.53(\pm 3.53)		
	85 \leq	6.52(\pm 3.540)			6.23(\pm 3.61)		
Education	Elementary \leq	6.46(\pm 3.49)	.281 (.779)		6.37(\pm 3.53)	-.408 (.683)	
	Uneducated	6.35(\pm 3.43)			6.46(\pm 3.52)		
Job	Yes	6.29(\pm 3.98)	-.203 (.839)		6.06(\pm 3.99)	-.413 (.680)	
	No	6.44(\pm 3.45)			6.43(\pm 3.52)		
Living condition	Alone	6.93(\pm 3.50)	2.546 (.011)		6.36(\pm 3.51)	-.771 (.441)	
	With family	6.09(\pm 3.42)			6.52(\pm 3.49)		
Number of disease	0a	5.80(\pm 7.39)	7.508 (.001)	a,b<c	6.06(\pm 3.43)	11.238 (.001)	a,b<c
	1-2b	6.54(\pm 3.50)			6.28(\pm 3.51)		
	3 \leq c	8.58(\pm 2.71)			7.55(\pm 3.49)		
Fall experience	Yes	8.64(\pm 3.52)	4.031 (.001)		8.13(\pm 3.42)	6.580 (.001)	
	No	6.24(\pm 3.41)			6.18(\pm 3.47)		

3. 노인의 성별 우울과 건강관련 삶의 질, IADL, 주관적 건강지각의 상관관계

남성노인의 우울과 주요 변인들 간의 상관관계를 살펴본 결과, 우울은 건강관련 삶의 질($r=-.429$, $p<.01$), 주관적 건강지각($r=-.383$, $p<.01$)과 유의한 부적 상관관계를 나타냈고 IADL 의존도($r=.196$, $p<.01$)와는 유의한 정적 상관관계를 나타냈다.

여성노인의 우울도 건강관련 삶의 질($r=-.440$, $p<.01$), 주관적 건강지각($r=-.345$, $p<.01$)과 유의한 부적 상관관계를 나타냈고 IADL 의존도($r=.229$, $p<.01$)와는 유의한 정적 상관관계를 나타냈다 <Table 3>.

4. 노인의 성별 우울 관련 요인

노인의 성별 우울 관련요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 먼저, 다중회귀분석의 기본조건을 확인하기 위해 종속변수인 우울의 정규분포를 확인하였고, 독립변수의 다중공선성, 잔차, 특이값을 확인하였다. 다중공선성을 확인하기 위해 공차한계(tolerance)와 분산팽창인수(variance inflation factor, VIF)를 살펴본 결과, 공차한계는 .753-.901으로 0.1 이상이었고 분산팽창인수는 1.035-1.701로 10미만으로 나타나 다중공선성의 문

제가 없는 것으로 확인되었다. 독립변수의 독립성을 확인하기 위한 Durbin-Watson 통계량이 1.976으로 자기상관관계가 없는 것으로 확인되었다. 잔차의 가정을 충족하는지 검정한 결과, 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였고 특이값을 확인하기 위한 Cook's distance 값이 1.0을 초과하는 값은 없었다. 이로써 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 나타났다.

노인의 성별에 따라 우울 관련요인을 살펴본 결과, 남성노인에서는 건강관련 삶의 질($\beta=-.307$, $p<.001$), 주관적 건강지각($\beta=-.235$, $p<.001$) 및 독거($\beta=.131$, $p=.002$)가 유의한 변수로서, 건강관련 삶의 질이 낮고 주관적 건강지각이 나빠며 홀로 거주하는 노인의 우울이 높았고 이들 변수가 우울의 23.1%를 설명하였다($F=45.602$, $p<.001$).

여성노인에서는 건강관련 삶의 질($\beta=-.327$, $p<.001$), 주관적 건강지각($\beta=-.162$, $p<.001$), 낙상경험($\beta=.083$, $p=.001$), IADL 의존도($\beta=.066$, $p=.013$)가 유의한 변수로서, 건강관련 삶의 질이 낮고 주관적 건강지각이 나빠며 낙상경험이 있고 IADL 의존도가 높은 노인의 우울이 높았으며 이들 변수가 우울의 22.8%를 설명하였다($F=92.992$, $p<.001$)<Table 4>.

<Table 3> Correlations between Depression and Variables according to Gender

Gender	Variables	1	2	3
Male	1. Depression	1		
	2. HRQOL	-.429**	1	
	3 Self-rated health	-.383**	.493**	1
	4 IADL	.196**	-.393**	-.215**
Female	1. Depression	1		
	2. HRQOL	-.440**	1	
	3 Self-rated health	-.345**	.463**	1
	4 IADL	.229**	.320**	-.266**

** $p<.01$

HRQOL=Health-related quality of life; IADL= Instrumental activities of daily living

<Table 4> Factors related to Depression in Elderly

		B	β	Adj. R ²	t	p	F(p)
Male	Constant	14.922			14.940	<.001	
	HRQOL	-.157	-.307	.178	-6.410	<.001	
	Self-rated health	-1.019	-.235	.215	-4.913	<.001	
	Living condition*	.924	.131	.231	3.142	.002	45.602(p<.001)
Female	Constant	14.340			20.839	<.001	
	HRQOL	-.166	-.327	.192	-11.311	<.001	
	Self-rated health	-.756	-.162	.217	-5.728	<.001	
	Fall experience**	.887	.083	.224	3.246	.001	
	IADL	.043	.066	.228	2.489	.013	92.992(p<.001)

* Dummy variable : alone=1, with family=0.

** Dummy variable : yes=1, no=0.

HRQOL=Health-related quality of life; IADL; Instrumental activities of daily living

IV. 고찰

본 연구는 고령사회로의 진행이 매우 빠른 우리나라의 현실에서 노인에게 빈번히 발생하지만 간과되기 쉬운 우울의 관련요인을 신체적, 심리적, 기능적 측면을 고려하여 성별로 살펴보았다.

그 결과, 연령, 교육수준, 직업유무, 독거여부, 앓고 있는 질환 수, 낙상경험의 모든 면에서 성별 차이가 있어 남성노인과 여성노인의 삶의 전반적인 특성이 차이가 있음을 확인하였다.

구체적인 연구결과를 보면, 여성노인의 평균연령이 많아 여성의 평균수명이 긴 특성을 반영하였고 남성노인은 과반수 이상이 초등학교 이상의 교육을 받았지만 여성노인의 과반수 이상이 무학으로 나타나 우리나라 여성노인의 교육기회가 절대적으로 부족하였음을 나타내었다. 남성노인은 59.4%가 가족과 같이 생활하고 있었지만 여성노인은 60.3%가 홀로 거주하고 있어 홀로 거주하는 여성노인이 더 많았다. 또한 여성노인은 앓고 있는 질환과 낙상의 경험이 더 많아 여성노인의 삶의 여건들이 상대적으로 열악함을 나타내었다.

이와 같은 결과로 볼 때 여성노인이 남성노인에

비해 우울정도가 심할 것으로 예상할 수 있는데 본 연구에서는 여성노인과 남성노인의 우울정도는 유의한 차이가 없었다. 기존 연구들에서 여성노인이 남성노인보다 더 우울이 높았다는 결과[9]와 성별의 차이가 없었다는 결과[18] 및 남성노인이 더 우울하다는 결과[19]가 혼재하고 있어 성별이 우울에 미치는 영향은 반복적인 연구가 필요하다고 본다.

우울정도는 남녀노인 모두 6.4점으로, 남성노인 5.0점, 여성노인 6.3점인 기존연구[9]와 유사하게 경증우울 수준을 나타낸 반면, 취약계층이 아닌 일반노인을 대상으로 같은 도구로 측정한 평균 우울 점수는 4.2점의 정상수준으로 나타나[10] 취약계층 노인은 일반노인보다 우울정도가 더 심함을 알 수 있었다.

우울은 증상이 뚜렷한 다른 질병에 비해 피로감, 쇠약감, 식욕부진 등 노화에 따른 증상으로 간과될 수 있다. 일례로, 남성노인에서 본인이 인지하는 우울 유병률은 2%이지만 의사진단율은 83.7%이고 여성노인에서 본인인지 우울 유병률 5.2%, 의사진단율 78.7%임[4]을 고려할 때, 우울을 간과하는 현상이 심각하며 특히 남성노인에서 더욱 빈번함을 알 수 있다.

노인우울을 치료하지 않고 방치하는 경우 전반적인 삶의 질 저하를 유발할 뿐만 아니라 자살까지 초래될 수 있으므로[3], 노인들에게 우울의 증상을 정확히 인지하도록 교육하고 조기 치료가 이루어질 수 있도록 해야 하는데 특히 본 연구대상자와 같은 취약계층의 노인들은 의료접근성이 떨어지는 집단이므로 우울로 인해 의료진을 찾는 것은 쉽지 않을 것으로 사료된다. 따라서 국가차원에서의 우울 관리를 위해 방문간호사를 통해 우울에 대한 스크린이 필수적으로 이뤄져야 하고 우울의 심 또는 위험 집단을 지역사회 의료 기관과 연계하는 작업이 필요하다고 생각한다.

우울에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 남성노인과 여성노인 모두에서 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각은 공통적인 요인으로 나타나, 건강관련 삶의 질이 낮을수록, 주관적 건강지각이 나쁠수록 우울이 높았다.

건강관련 삶의 질은 개인의 건강과 직접적으로 연관되어 느껴지는 삶의 질로서 다차원적이고 주관적인 개념이며 개인의 전반적 건강수준과 질병의 중등도를 포괄적으로 반영하므로 노인의 안녕을 평가하기 위해 많이 이용되어 왔다[20]. 건강관련 삶의 질에 대한 우울의 영향은 여러 연구[5]에서 보고되었고 본 연구에서는 우울에 대한 건강관련 삶의 질의 영향을 확인할 수 있었으며 특히 남성노인과 여성노인 공통적으로 우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타나 노인을 대상으로 한 건강관련 삶의 질 향상은 아무리 강조해도 지나치지 않는다고 하겠다.

본 연구에서 여성노인은 남성노인보다 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮아 기존 연구[15]에서의 결과와 유사하여 여성노인이 남성노인에 비해 상대적으로 건강관련 삶의 질 향상을 통한 우울 예방중재의 중점적 대상이라 할 수 있다.

주관적 건강지각은 남성노인과 여성노인 모두에서 건강관련 삶의 질 다음으로 우울에 영향력이

있는 요인으로 나타나 기존 연구[21]와 유사하였다.

그런데 본 연구대상자의 주관적 건강지각 점수는 남성노인 1.7점, 여성노인 1.6점으로 '매우 나쁨'과 '나쁨'의 중간정도로 인지하고 있었다. 이와 관련하여 앓고 있는 질환 수를 살펴보면, 남성노인의 69.8%, 여성노인의 83.0%가 1개 이상의 질환을 앓고 있었고 3개 이상인 경우는 각각 5.8%, 14.4%임을 고려할 때 질병으로 인한 스트레스가 심각할 것임을 예상할 수 있고 결과적으로 주관적 건강지각이 낮은 것으로 생각할 수 있다. 일 연구[9]에서 노인이 느끼는 질병 스트레스는 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인이라고 보고하였듯이 노인들의 주관적 건강지각을 향상시킬 수 있는 다각적인 노력 중 하나는 질병으로 인한 스트레스를 감소시키는 것이고 이를 위해서는 가장 스트레스가 큰 대표적인 질환을 파악하여 중점적인 관리가 이루어져야 한다고 하겠다.

우울 관련요인 면에서 남성노인과 여성노인의 차이를 보면, 남성노인의 경우 홀로 거주하는 것이 우울을 높이는 요인이었지만 여성노인에서는 유일한 요인이 아니었다. 기존연구들에서 독거노인은 부부가구 노인이나 자녀동거가구 노인에 비해 도움을 기대하기가 어렵고 사회적 지원망이 위축되어 일상생활수행에서의 도움을 제공받기에 취약하므로 질병상태의 비율과 우울이 높고 삶의 질이 떨어지는 특성을 보인다고 하였다[22]. 그러나 본 연구에서는 독거여부가 남성노인에서는 우울의 영향요인이지만 여성노인에서는 영향력이 없어 독거여부와 성별의 상호작용을 확인한 결과로서 의의가 있으며 남성노인과 여성노인의 우울 면에서 독특한 차이가 있음을 알 수 있었다.

정상적인 IADL은 신체적 독립을 결정하는 주요 요인으로[23], IADL 의존도가 높을수록 우울정도가 높아진다고 보고되었으나[18] 성별에 따른 중요도는 밝혀진 바 없었다. 본 연구에서 노인의 성별

에 따라 우울에 대한 IADL의 중요도가 다름이 밝혀져 노인의 우울 사정에 새로운 정보를 추가하였다.

IADL이 여성노인의 우울 관련요인으로 밝혀진 것과 관련하여 고려해야 할 점은 여성이 남성보다 많은 수의 질환을 앓고 있었고 3개 이상의 질환을 앓는 경우 우울정도가 유의하게 높았지만 궁극적으로는 질환 수가 우울의 예측요인이 아니었다는 점이다. 이는 여성노인의 만성질환 수가 많을수록 우울정도가 높고 우울의 7%를 설명하였다는 결과 [13]와 다른 것으로, 만성질환과 IADL을 동시에 고려할 때는 상대적으로 IADL의 영향력이 큰 것을 확인하였다. 즉 여성노인이 질환을 많이 앓고 있어도 IADL에 영향을 미치지 않는 종류의 질환이라면 우울을 야기 하지 않음을 의미하며 기존연구[24]에서 만성질환은 우울의 강력한 위험요인으로 평가되고 있지만 만성질환 자체보다는 만성질환으로 인한 증상과 기능저하에 따른 활동제한 등으로 우울이 초래된다고 한 주장을 뒷받침한다. 따라서 질환 중에서 관절염과 같이, IADL에 영향을 미칠 수 있는 질환을 앓는 여성노인의 경우는 다른 질환을 앓고 있는 여성노인에 비해 상대적으로 우울의 고위험 대상이라고 할 수 있다.

본 연구는 일 도시의 방문건물관리사업 등록 노인을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 우리나라 전체 노인에게 확대해석하는데 제한점이 있지만 노인의 성별에 따라 우울 관련요인이 다름을 확인한데 의의가 있다고 하겠다.

V. 결론

여성노인은 남성노인에 비해 상대적으로 고 연령이고 교육의 기회가 없었으며 홀로 거주하는 경우가 많았고 앓고 있는 질환과 낙상 경험이 많았으며 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각이 낮음을 알 수 있었다.

우울 정도는 경증수준으로 성별 차이가 없었지만 우울 영향요인에서는 성별 차이를 보여 남성노인은 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각이 낮을수록 우울이 높았고 홀로 거주하는 남성노인의 우울이 높았으며 이들 변수가 우울의 23.1%를 설명하였다. 여성노인은 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각이 낮을수록, 낙상경험이 있는 경우, IADL의존도가 높을수록 우울이 높았고 이들 변수가 우울의 22.8%를 설명하였다.

이로써 노인의 우울을 예방하기 위한 중재에서는 노인의 성별 특성을 고려한 맞춤형 중재가 필요하다고 할 수 있다.

REFERENCES

1. Statistics Korea(2011), Estimated future population: 2010-2060, <http://kosis.kr>
2. K.R. Shin, J.S. Kim(2003), A study on the relationship between stress and depression in elderly women, *Journal of Korean Gerontological Nursing*, Vol.5(1);29-37.
3. I. Choi, Y.S. Kim, K.H. Suh(2009), The psychosocial factors affecting suicidal ideation of the elderly, *Health and Social Science*, Vol.25;33-56.
4. Statistics Korea(2011), The survey on the actual conditions of older person in Korea, <http://kosis.kr>
5. E.Y. Jeon, Y.H. Choi(2010), Factors affecting the health-related quality of life according to age in vulnerable aged men, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.40(3);400-410.
6. D-S. Park, S-J. Ma, K-E. Choi(2010), Current situation of the rural vulnerable class and policy improvement measures: centered on the elderly living alone and grandparents-grandchildren families, *Korea Rural Economic Institute*,

- Research report R612/2010.10,
http://library.krei.re.kr/dl_images/001/033/R612.pdf
7. Q.L. Lim, H.K. Kim, J.S. Ann(2011), Relationship between depression and quality of life in elderly women living alone: The moderating and mediating effects of social support and social activity, *The Korean Gerontological Society*, Vol.31(1);33-47.
 8. K.H. Jung(1997), Quality of life in elderly women, *Health Welfare Forum*, Vol.13;43-52. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/forum/view.jsp?bid=19&aid=51&ano=4>
 9. C-G. Kim. S. Park(2012), Gender difference in risk factors for depression in community-dwelling elders, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.42(1);136-147.
 10. H-S. Lee, H-S. Kim, Y-M. Jung(2009), Depression and quality of life in Korean elders, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.20(1);12-22.
 11. S-S. Han, S-W. Kang, S-H. Jeong(2012), Experiences of depressive symptom and suicidal thinking between the elderly living alone and the elderly couples, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.6(3);29-38.
 12. H-R. Kim(2013), Prevalence and its influencing factors on depression among elderly vulnerable people in urban community, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.7(3);275-286.
 13. S.A. Yang(2012), Factors influencing depression of elderly women in a metropolitan city, *Journal of Korean Public Health Nursing*, Vol.26(1);158-173.
 14. B.S. Kee(1996), A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version, *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.35(2);298-307.
 15. K-R. Shin, Y.S. Byeon, Y. Kang, J. Oak(2008), A Study on Physical Symptom, Activity of Daily Living, and Health-Related Quality of Life(HRQoL) in the Community-Dwelling Older Adults, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.38(3);437-444.
 16. C.W. Won, K.Y. Yang, Y.G. Rho, S.Y. Kim, E.J. Lee, J.L. Yoon, K.H. Cho, H.C. Shin, B.R. Cho, J.R. Oh, K.Y. Do, H.S. Lee, Y.S. Lee(2002), The development of Korean activities of daily living and Korean instrumental activities of daily living scale, *Journal of Korean Geriatric Society*, Vol.6(2);107-120.
 17. J.I. Kim(2013), Levels of health-related quality of life(EQ-5D) and its related factors among vulnerable elders receiving home visiting health care services in some rural area, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.24(1);99-109.
 18. 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.
 19. 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.
 20. M.R. Borgaonka, E.J. Irvine(2000), Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorder, *Gut*, Vol.47(3);444-454.
 21. H.A. Choi, D.S. Lee, Y.J. Kim(2011), Analysis on depression and suicidal ideation of Korean female adults-by using Korea National Health and Nutrition Examination Survey, *Journal of the Korean Data Analysis Society*, Vol.13(2);709-720.
 22. J. Smith, M. Borchelt, H. Maier, D. Jopp(2002), Health and well-being in the young old and

- oldest old, Journal of Social Issues, Vol.58(4);715-732.
23. J.Y. Jung, J.S. Kim, H.J. Choi, K.Y. Lee, T.J. Park(2009), Factors associated with ADL and IADL from the Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES III), 2005, Journal of Korean Family Medicine, Vol.30(8);598-609.
24. M. Niti, T.P. Ng, E.H. Kua, R.C. Ho, C.H. Tan(2007), Depression and chronic medical illness in Asian older adults: The role of subjective health and functional status, International Journal of Geriatrics Psychiatry, Vol.22(11);1087-1094.

접수일자 2014년 7월 15일
심사일자 2014년 7월 22일
게재확정일자 2014년 8월 21일