

# 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 및 삶의 질 영향요인

권윤희<sup>1</sup> · 김정남<sup>2</sup> · 곽오계<sup>3</sup>

대구과학대학 간호과 교수<sup>1</sup>, 계명대학교 간호학과 교수<sup>2</sup>, 경운대학교 간호학과 교수<sup>3</sup>

## Factors Influencing Depression and Quality of Life in Elderly Customized Home Visiting Health Services

Kwon, Yunhee<sup>1</sup> · Kim, Chungnam<sup>2</sup> · Kwag, Oh-Gye<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Nursing, Taegu Science University, <sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Keimyung University, <sup>3</sup>Professor, Department of Nursing, Kyungwoon University

**Purpose:** The study was conducted in order to identify factors influencing depression and quality of life in elderly customized home visiting health services. **Methods:** A total of 442 people participated as the subjects of this study. Data were collected during the period from June to September in 2010 and the measurement tool used for this study was the customized home visiting health service recording sheet recommended by the Ministry of Health. Data were analyzed using t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression with SPSS/WIN 17.0. **Results:** Depression was correlated negatively with quality of life. According to the results of this research, factors influencing depression in elderly customized home visiting health services were quality of life, customized home visiting health service period, and IADL. Factors influencing quality of life in elderly customized home visiting health services were depression, joint exercise capacity, age, connection to volunteerism, IADL and ADL. **Conclusion:** The results of this study can be leveraged as complementary information for the effective management of customized home visiting health service subjects. Moreover, the results can be used as a reference for future studies.

**Key Words:** Home visit, Health service, Aged, Depression, Quality of life

## 서론

### 1. 연구의 필요성

한국은 2009년 65세 이상 노인인구가 약 9%로 고령화 사회에 진입하였으며 2018년에는 14%로 초고령사회에 진입할 것으로 예상되고 있다(Korea National Statistic Organization Office, 2009). 이들에게서 상당한 인구가 만성질환

을 가진 재가 보건의료서비스의 대상으로 볼 수 있다. 특히 방문보건사업 대상자의 대부분은 저소득 노인 취약계층으로서 낮은 교육수준, 고가의 의료비 부담과 사회적 소외감 등으로 인해 보건기관의 이용에 대한 동기유발이 적고, 신체적 기능상태의 장애와 질병에 노출되기 쉬워 심리적, 정서적 건강 문제들을 야기 시킨다. 이러한 건강 문제 발생 노출에 쉬운 노인을 위한 방문보건서비스는 노인의 신체·심리 및 사회적 특성을 고려하여 접근하는 체계가 적절하게

**주요어:** 맞춤형 방문건강, 노인, 우울, 삶의 질

**Address reprint requests to:** Kwon, Yunhee, Department of Nursing, Taegu Science University, 47 Youngsong-ro, Buk-gu, Daegu 702-723, Korea. Tel: 82-53-320-1056, Fax: 82-53-320-1761, E-mail: sengbira@hanmail.net

- 이 논문은 2011년도 대구과학대학 교육역량강화사업단의 지원을 받아 수행한 논문임.  
- This work was supported by Taegu Science University Research Grant of 2011.

투고일 2011년 7월 18일 / 수정일 2011년 9월 7일 / 게재확정일 2011년 9월 9일

확립되어야 할 필요가 있다.

2007년부터 시작된 맞춤형 방문건강관리 서비스는 지역 사회 내 건강취약 대상자에 대하여 포괄적인 서비스를 제공함으로써 가족의 건강문제를 해결해주며 자가관리 능력을 고취시켜 최적의 건강생활을 유지할 수 있게 한다. 또한 대상자가 질 높은 서비스를 포괄적이고 지속적으로 받을 수 있도록 다양한 보건인력과 협력하여 비용효과를 높일 수 있어 지역사회 내 민간의료기관, 사회복지 관련기관, 비영리민간단체 등을 적극 활용하여 대상자가 요구하는 건강문제, 복지문제를 해결할 수 있는 장점을 가지고 있다 (Choi, 2010).

노인을 대상으로 하는 맞춤형 방문건강관리사업이 효과적인 건강관리서비스가 되기 위해서는 노인의 건강상태와 삶의 질을 평가하여 목표를 세워야 하는데, 노화와 퇴행적 변화로 운동능력의 제한 등의 다양한 원인에 의해 계속증가 추세에 있는 정서적 문제인 노인 우울도 고려해야 할 필요가 있다. 특히 선행연구(Ko et al., 2005)에 의하면 농촌 지역노인에 비해 도시 지역 노인에게서 더 많이 발생하는 것으로 보고되고 있어, 도시 지역 방문건강 대상들에 대한 우울평가는 중요한 항목으로 여겨진다.

기분장애로 부류되는 우울은 노인들에게 매우 흔한 정신 문제로 유병률은 약 20~50%로 보고되었으며(Lee, Kahng, & Lee, 2008), 성별(Park & Suh, 2007), 경제적 능력과 교육 정도(Won & Kim, 2008) 등과 관련이 있는 것으로 여겨지고 있다. 치료하지 않고 방치하게 되면 신체기능의 파괴, 인지기능 저하와 자살 등을 초래할 수 있으므로 노인에게서 우울은 중요한 건강문제라고 할 수 있다(Kim, Park, Kim, Kang, & Shin, 2007). 그러나 우울이 노인정신건강의 주요 문제임에도 불구하고 노인 스스로가 우울을 부정하거나 질병을 포함한 다른 생리적인 문제 등으로 우울자체가 가려지는 경우가 많다. 또한 우울의 특성으로 간주되는 피로감, 수면장애, 신체적 문제 등은 우울 없이도 나타날 수 있기 때문에 우울은 노화에 따라 당연히 발생하는 것으로 보는 경향이 있다(Shin & Kim, 2003). 우울은 깊은 슬픔과 염려, 무가치함 및 죄책감, 사회적 위축, 불면증, 식욕과 성욕의 상실, 또는 일상생활에 대한 즐거움이나 흥미의 상실이 두드러진 특수한 정서 상태로 신체적 인지적, 사회적 장애가 유발되거나 질병으로부터의 회복 지연 뿐 아니라 전반적인 삶의 질 저하와 자살까지 초래될 수 있다(Choi, Kim, & Suh, 2009). 특히 건강문제를 가진 노인은 건강한 노인에 비해 우울증에 걸릴 위험이 높고 우울증에 이완되면 지속

된다고 보고되고 있으므로(Jeon & Kahng, 2009) 보다 적극적인 관리와 예방이 필요하다.

노화와 경제활동 감소에 따른 사회적 소외와 경제적 어려움, 만성질환 이환 등으로 인하여 자존감과 삶의 질 저하가 증가할 수 있으며(Lee et al., 2008; Won & Kim, 2008), 우울 정도가 심할수록 노년기 삶의 만족도가 감소된다(Moon, 2004). 또한 노년기는 부정적인 변화를 겪는 시기로 신체, 정신, 정서적 기능 및 사회적 능력이 모두 감퇴되어 많은 위기상황을 초래하므로 노인의 전반적인 삶의 질이 떨어진다(Oh et al., 2005). 이처럼 우울은 노인의 정신 건강과 안녕에 심각한 영향을 미치고, 우울증이 있는 노인이 삶의 질이 더 낮다는 연구결과를 볼 때(Yeon, Suh, Ryu, Lim, & Bang, 1999), 우울과 삶의 질 연구 변인간의 관계는 상호 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다. 또한 노인 우울이 중요하게 관리되어야 할 지역사회문제로 대두된다는 것을 볼 때, 두 변인의 영향요인을 알아보는 것은 의의 있는 일이라고 사료된다.

지금까지 우울 관련 연구는 시설거주 노인과 일반 노인의 우울증 요인(Chung, 2005), 여성노인의 우울 관련 요인(Jung, 2007), 노인의 신체적 건강상태와 우울(Kim, 2003), 인지기능과 우울간의 관계(Won & Kim, 2008)에 대한 연구 등이 진행되었다. 그리고 삶의 질 관련 연구는 삶의 질 영향 요인(Shin, Byeon, Kang, & Oak, 2008), 프로그램 적용 후 삶의 질 효과 비교 연구(Lim, 2007) 등 연구가 되어왔다. 맞춤형 방문건강관리 서비스 주 대상자인 취약계층을 대상으로 관련연구를 살펴보면 취약계층 노인의 우울, 수면 및 피로간의 관계(Choi, 2007), 도시 취약계층 노인의 건강증진 행위, 자아존중감과 우울간의 관계(Choi, 2005) 등 소수의 연구를 찾아볼 수 있었으나 우울 및 삶의 질 영향요인을 평가한 것을 거의 찾아 볼 수 없었다. 또한 보건소 맞춤형 방문건강관리사업의 주 대상으로 대부분의 만성질환자와 사회·경제적 문제로 스스로 건강관리를 수행하기에 제한이 따르는 지역사회 노인이 등록되어 있지만 대부분의 선행연구는 고혈압, 관절염 등과 같은 신체적 질환에 대한 관심이 집중되어 심리사회적 문제나 서비스의 필요성에 대한 내용은 부족한 것으로 보인다. 따라서 재가노인을 대상으로 맞춤형 방문건강관리 서비스를 제공하기 위해서 노인의 우울과 삶의 질 영향요인을 고려한 관리가 필요할 것으로 본다. 이에 본 연구는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 및 삶의 질 영향 요인을 파악하여 효과적인 맞춤형 방문건강관리사업의 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 맞춤형 방문건강관리 대상 재가노인의 우울 및 삶의 질 영향요인을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 맞춤형 방문건강관리 대상 재가노인의 우울과 삶의 질 수준을 파악한다.
- 대상자의 특성에 따른 우울과 삶의 질을 파악한다.
- 대상자의 우울과 삶의 질과의 관계를 파악한다.
- 대상자의 우울과 삶의 질 영향요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 및 삶의 질 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상은 D시 B구 1개 지역보건소 방문보건센터에 등록되어 있는 방문보건 대상자 중 65세 이상 노인 530명에게 연구목적, 익명성의 보장, 연구참여자로서의 권리 등을 설명한 후 연구참여 동의를 한 노인 442명을 대상으로 편의표출 하였다. G\*power 3.0 프로그램을 이용한 예상 대상자 수는 다중회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과크기 .15로 하였을 때 154명이 제시되어 본 연구대상자 수는 필요한 표본 수를 충족하였으며, 대상자의 구체적 선정기준은 다음과 같다.

- 보건소에 등록되어 1년 이상 맞춤형 방문건강관리 서비스를 받고 있는 65세 이상 노인
- 의사소통이 가능한자

### 3. 연구도구

본 연구에서는 2010년 보건복지부 방문건강관리사업 지침에 제시된 일상생활수행, 수단적 일상생활수행능력과 관절운동능력, 우울, 삶의 질 측정도구를 사용하였다.

- 1) 일상생활수행, 수단적 일상생활수행능력과 관절운동능력 Won 등(2002)의 한국형 일상생활활동 측정도구를 수정

하여 2010년 보건복지부 방문건강관리사업 지침에서 사용된 것으로 측정하였다. 노인들의 일상생활수행능력 항목(옷 벗고 입기, 양치질하기, 식사하기, 화장실 사용하기, 일어나 앉기, 방밖으로 나오기, 대소변조절하기, 머리감기)과 수단적 일상생활수행능력 항목(집안질하기, 식사준비하기, 빨래하기, 금전관리하기, 물건사기, 전화사용하기, 교통수단이용하기, 근거리외출하기, 몸단장하기, 약챙겨먹기)의 정도를 완전자립, 부분도움, 완전도움 등의 3점 척도로 측정된 것을 이용하였으며, 점수가 높을수록 제한이 많은 것을 의미한다. 도움 없이 혼자서 할 수 있을 경우 '완전 독립', 부분적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우 '부분 의존', 전적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우 '완전 의존'으로 분류된다. 관절운동 능력 항목(우측상지, 좌측상지, 우측하지, 좌측하지, 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절)의 정도를 제한 없음, 좌/우관절제한, 양관절제한 등의 3점 척도로 측정된 것을 이용하였으며, 점수가 높을수록 제한이 많은 것을 의미한다. 제한이 없을 경우 '완전 독립', 부분적 제한 경우 '부분 의존', 양쪽 관절제한 경우 '완전 의존'으로 분류된다. 본 연구에서의 신뢰도는 일상생활수행능력은 Cronbach's  $\alpha = .94$ , 수단적 일상생활수행능력 Cronbach's  $\alpha = .83$ , 관절운동능력 Cronbach's  $\alpha = .81$ 로 나타났다.

#### 2) 우울

Sheikh와 Yesavage (1986)에 의해 개발된 Geriatric Depression Scale Short Form을 Kee (1996)가 우리나라 노인에 맞게 수정·보완한 한국판 노인 우울 척도를 이용하였다. 총 15문항이며 부정적 항목에 '예' 1점, '아니오' 0점인 척도로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. Kee (1996)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었고, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .85$ 로 나타났다.

#### 3) 삶의 질

한국인의 삶의 질 측정을 하기 위하여 Shim 등(1999)이 개발한 한국형 삶의 질 측정도구(Korean Quality of Life Scale, KoQoLS)를 이용하였다. 삶의 질은 신체적 건강상태, 현재의 건강상태에 대한 인식, 신체 통증, 일상생활의 만족도, 활력, 가정생활 만족도, 정서적 기능 및 사회적 기능 등 총 8문항을 5점 척도로 측정하였으며, 개발 당시 신뢰도가 Cronbach's  $\alpha = .95$ 이었고, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .84$ 로 나타났다.

#### 4. 자료수집

연구자가 D시 B구 1개 지역보건소 보건소에 방문하여 보건소장과 건강증진계장 및 맞춤형 방문건강관리 서비스 담당자에게 연구의 목적과 자료수집 내용을 설명하여 기관의 연구승인 허락받아 보건소에 등록되어 있는 방문보건 대상자 중 65세 이상 노인에게 연구목적, 익명성의 보장, 연구참여자로써의 권리 등을 설명한 후 연구참여 동의를 한 노인 442명을 대상으로 2010년 6월부터 9월까지 자료수집하였다. 연구자와 6명의 방문간호사와 함께 대상자의 윤리적 문제를 포함한 자료수집방법에 대한 내용을 협의한 후 사업과정 중 방문관리가 계획된 일정에 따라 각 방문간호사가 자신이 관리하고 있는 노인에게 연구대상자의 윤리적 권리에 대해 설명한 후 허락한 경우에 설문지를 이용하여 조사하였다. 자료수집자 간의 신뢰도를 높이기 위해 사전 2회의 모임을 통해 질문법에 대한 논의를 하였다. 질문의 공통된 단어 사용 빈도를 분석한 자료수집자 간의 일치도가 문항마다 99% 이상으로 나타나 의사전달 내용이 신뢰할 수 있다고 보았으며, 연구대상자 1인 당 20분 정도이었다.

#### 5. 자료분석

본 연구의 자료분석을 위해 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 특성은 빈도분석, 우울과 삶의 질 수준은 평균과 표준편차 등 기술통계로 분석하였다.
- 일반적 특성에 따른 우울과 삶의 질 차이는 t-test, One-way ANOVA로 분석하였다.
- 우울과 삶의 질과의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 우울과 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성으로 성별, 연령, 종교, 학력, 동거상태, 현재치료 중인 질환, 1년 간 투여 약물복용 여부, 1년 간 낙상 경험, 방문보건 서비스 기간, 자원봉사연계, ADL, IADL, 관절운동능력을 분석한 결과는 Table 1과 같다.

대상자의 성별은 남자 89명(20.1%), 여자 352명(79.9%)이었으며 연령은 65~69세 108명(24.4%), 70~74세 120명(27.10%), 75~79세 105명(23.8%), 80세 이상 109명(24.7%)으로 평균 연령은 74.8세로 나타났다. 대상자의 학력은 무학 248명(56.1%)이 가장 많았으며, 동거상태는 독거 212명(48.0%), 부부동거 113명(25.6%), 배우자 외 동거가족 있는 대상자가 117명(26.5%)으로 나타나 독거노인이 많은 것을 파악할 수 있다. 현재 치료 중인 질환은 고혈압이 199명(45.0%)로 가장 많았으며 다음은 관절염 87명(19.7%) 순으로 나타났으며, 최근 1년 간 약물복용 여부에서 401명(90.7%)이 약물복용을 한 것으로 나타났다. 방문건강관리 서비스 기간은 평균 1년 이상 2년 미만인 208명(47.1%)으로 가장 많았으며, 자원봉사자 연계 대상자는 224명(50.7%)으로 나타났다. ADL은 독립 391명(88.4%), 부분적 의존 37명(8.4%), 의존 14명(3.2%)로 나타났으며, IADL은 독립 3명(0.7%), 부분적 의존 421명(95.2%), 의존 18명(4.1%), 관절운동 능력은 독립 2명(0.5%), 부분적 의존 162명(36.7%), 의존 278명(62.9%)으로 나타났다.

### 2. 대상자의 우울과 삶의 질 수준

본 연구대상자의 우울 평균 점수는 15점 만점에 10.63점으로 나타났으며, 삶의 질 평균 점수는 40점 만점에 24.18점으로 나타났(Table 2).

### 3. 대상자의 특성에 따른 우울과 삶의 질

대상자의 특성에 따른 우울은 연령( $F=3.622, p=.013$ ), 학력( $F=4.406, p=.002$ ), 동거상태( $F=9.208, p<.001$ ), 1년 간 약물복용( $t=2.691, p=.010$ ), 1년 간 낙상 경험( $t=2.807, p=.005$ ), 방문보건 서비스 기간( $F=3.550, p=.007$ ), ADL ( $F=2.226, p=.033$ ), IADL ( $F=2.662, p=.024$ ), 관절운동 능력( $F=3.624, p=.027$ )에서 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 우울은 75~79세가 가장 높았으며, 학력은 고졸에서 우울이 가장 높았다. 동거상태에 따른 우울은 독거노인이 가장 높았으며, 지난 1년 간 약물복용과 낙상 경험이 있는 대상자의 우울이 높았다. 방문보건 서비스 기간에 따른 우울은 1년 미만이 가장 높았으며, ADL, IADL 그리고 관절운동 능력은 의존상태에 있는 대상자가 우울이 가장 높았다.

대상자의 특성에 따른 삶의 질은 연령( $F=2.810, p=.039$ ), 학력( $F=3.667, p=.006$ ), 동거상태( $F=11.006, p<.001$ ),

**Table 1.** General Characteristics of Participants (N=442)

Characteristics	Categories	n (%) or M ±SD
Gender	Male	89 (20.1)
	Female	352 (79.9)
Age (year)		74.84 ± 6.93
	65~69	108 (24.4)
	70~74	120 (27.1)
	75~79	105 (23.8)
	≥80	109 (24.7)
Religion	Protestant	77 (17.4)
	Catholic	57 (12.9)
	Buddhist	126 (28.5)
	No affiliation or others	172 (41.2)
Education	None	248 (56.1)
	Elementary school	138 (31.2)
	Middle school	38 (8.6)
	High school	13 (2.9)
	≥College	5 (1.1)
Living arrangement	Single	212 (48.0)
	Couple	113 (25.6)
	Family members other than spouse	117 (26.5)
Currently treated disease	Cancer	18 (4.1)
	High blood pressure	199 (45.0)
	Diabetes	70 (15.8)
	Arthritis	87 (19.7)
	Stomach disease	5 (1.1)
	Heart disease	9 (2.0)
None	54 (12.2)	
Drug use in past year	Yes	401 (90.7)
	No	41 (9.3)
Fall down in past year	Yes	83 (18.8)
	No	359 (81.2)
Customized home visiting health service period (year)	< 1	120 (27.1)
	1~< 2	208 (47.1)
	2~< 3	68 (15.4)
	3~< 5	33 (7.5)
	≥ 5	13 (2.9)
Connection to volunteerism	Yes	224 (50.7)
	No	218 (49.3)
ADL	Independent	391 (88.4)
	Partially dependent	37 (8.4)
	Dependent	14 (3.2)
IADL	Independent	3 (0.7)
	Partially dependent	421 (95.2)
	Dependent	18 (4.1)
Joint exercise capacity	Independent	2 (0.5)
	Partially dependent	162 (36.7)
	Dependent	278 (62.9)

**Table 2.** Scores for Depression and Quality of Life (N=442)

Variables	Min	Max	M ±SD
Depression	4.00	15.00	10.63 ± 1.79
Quality of life	8.00	40.00	24.18 ± 5.76

1년 간 약물복용( $t=-3.703, p<.001$ ), 1년 간 낙상 경험( $t=-6.830, p<.001$ ), 자원봉사 연계( $t=-5.356, p<.001$ ), ADL ( $F=35.495, p<.001$ ), IADL ( $F=2.841, p=.048$ ), 관절운동 능력( $F=21.611, p<.001$ )에서 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 삶의 질은 65~69세가 가장 높았으며, 학력은 중졸에서 삶의 질이 가장 높았다. 동거상태에 따른 삶의 질은 배우자 외 동거가족이 있는 대상자가 가장 높았으며, 지난 1년 간 약물복용과 낙상 경험이 없는 대상자의 삶의 질이 높았다. 자원봉사 연계 대상자의 삶의 질이 높았으며, ADL, IADL 그리고 관절운동 능력은 독립 상태에 있는 대상자의 삶의 질이 가장 높았다(Table 3).

#### 4. 대상자의 우울과 삶의 질과의 관계

대상자의 우울과 삶의 질의 관계는 통계적으로 유의한 부적 상관관계( $r=-.383, p<.001$ )가 있었다(Table 4).

#### 5. 대상자의 우울 및 삶의 질 영향요인

대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 대상자의 특성에서 유의한 차이를 나타낸 연령, 학력, 동거상태, 1년 간 약물복용, 1년 간 낙상 경험, 방문보건서비스 기간, ADL, IADL, 관절운동능력, 그리고 우울과 유의한 상관관계가 있는 삶의 질 등 10개의 변수를 가능한 영향요인으로 하여 stepwise multiple regression로 분석하였다. 분석 결과, 우선 설명변수의 상관관계를 검증하는 다중공선성을 분석한 결과 공차한계가 .97로 나타나 1에 가까우므로 다중공선성이 없어 회귀분석의 가정을 만족한다고 볼 수 있다. 따라서 우울 영향요인은 삶의 질, 방문보건서비스 기간, IADL이 통계적으로 유의한 영향 요인으로 나타났다. 가장 높은 영향요인은 삶의 질(-.406), 다음은 방문보건서비스 기간(-.113), IADL (-.094) 요인이었으며, 이러한 대상자의 우울을 설명하는 영향요인들의 설명력은 16.3%로 나타났다.

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 대상자의 특성에서 유의한 차이를 나타낸 연령, 학력, 동거상태, 1년 간 약물복용, 1년 간 낙상 경험, 자원봉사 연계,

**Table 3.** Scores for Depression and Quality of Life according to Characteristics

(N=442)

Characteristics	Categories	Depression		Quality of life	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	10.71±1.81	.448	24.26±6.57	.195
	Female	10.62±1.79	(.654)	24.13±5.54	(.846)
Age (year)	65~69	10.55±1.90	3.622	24.94±6.15	2.810
	70~74	10.43±1.94	(.013)	24.87±6.03	(.039)
	75~79	11.14±1.56		23.34±4.86	
	≥80	10.50±1.62		23.27±5.81	
Religion	Protestant	10.62±1.75	1.578	22.87±6.90	1.374
	Catholic	10.48±1.67	(.179)	23.92±5.94	(.242)
	Buddhist	10.38±1.85		24.57±5.19	
	No affiliation or others	10.83±1.79		24.52±5.54	
Education	None	10.88±1.61	4.406	23.42±5.27	3.677
	Elementary school	10.33±1.94	(.002)	24.79±6.41	(.006)
	Middle school	9.90±1.78		26.39±5.74	
	High school	11.30±2.52		23.92±5.97	
	≥ College	10.10±2.01		28.60±3.28	
Living arrangement	Single	10.97±1.63	9.208	22.93±5.55	11.006
	Couple	10.12±1.99	(<.001)	25.87±5.85	(<.001)
	Family members other than spouse	10.49±1.75		24.81±5.60	
Currently treated disease	Cancer	10.80±1.56	1.545	23.83±6.63	1.839
	High blood pressure	10.81±1.96	(.162)	23.59±5.83	(.090)
	Diabetes	10.35±1.54		23.31±4.95	
	Arthritis	10.36±1.63		25.51±5.80	
	Stomach disease	11.10±1.91		25.20±4.76	
	Heart disease	11.61±1.19		24.00±3.96	
	None	11.48±1.76		25.38±6.18	
Drug use in past year	Yes	10.69±1.81	2.691	23.81±5.74	-3.703
	No	9.94±1.58	(.010)	27.47±4.85	(<.001)
Fall down in past year	Yes	11.12±1.68	2.807	20.46±6.27	-6.830
	No	10.51±1.80	(.005)	25.04±5.30	(<.001)
Customized home visiting health service period (years)	< 1	10.60±1.85	3.550	24.90±6.28	1.765
	1~< 2	10.90±1.78	(.007)	23.92±6.02	(.135)
	2~< 3	10.30±1.69		24.82±4.39	
	3~< 5	9.85±1.74		22.45±5.09	
	≥ 5	10.25±1.46		22.58±2.99	
Connection to volunteerism	Yes	10.67±1.86	.561	25.62±5.31	-5.356
	No	10.58±1.72	(.575)	22.77±5.85	(<.001)
ADL	Independent	10.58±1.79	2.226	24.87±5.37	35.495
	Partially dependent	11.03±1.74	(.033)	18.25±3.30	(<.001)
	Dependent	12.00±2.34		17.37±5.43	
IADL	Independent	10.61±1.78	2.662	28.34±5.76	2.841
	Partially dependent	12.33±2.88	(.024)	24.19±5.74	(.048)
	Dependent	13.50±2.92		19.33±5.77	
Joint exercise capacity	Independent	10.48±1.70	3.624	28.00±2.08	21.611
	Partially dependent	10.87±1.92	(.027)	25.47±5.49	(<.001)
	Dependent	12.50±1.61		21.92±5.57	

ADL, IADL, 관절운동능력, 그리고 삶의 질과 유의한 상관관계가 있는 우울 등 10개의 변수를 가능한 영향요인으로 하였다. 분석 결과, 다중공선성을 분석한 결과 공차한계가 .89로 나타나 1에 비교적 가까운 편으로 다중공선성이 없다고 볼 수 있어 회귀분석 가정을 만족한다고 볼 수 있다. 따라서 우울 영향요인분석한 결과 우울, 관절운동 능력, 연령, 자원봉사 연계, IADL, ADL이 통계적으로 유의한 영향 요인으로 나타났다. 가장 높은 영향 요인은 우울(-.338), 다음은 관절운동 능력(-.151), 연령(-.134), 자원봉사 연계(.161), ADL (-.150), IADL (-.145) 순서로 나타났으며, 대상자의 삶의 질을 설명하는 영향요인들의 설명력은 29.2%로 나타났다(Table 5).

## 논 의

본 연구대상자의 우울 평균 점수는 15점 만점에 평균 10.63점으로 나타났다. 이러한 결과는 경기도 지역 노인을 대상으로 한 Won과 Kim (2008)의 연구결과 6.52점, 일 지역 재가노인을 대상으로 한 Lee, Kim과 Jung (2009)의 연구결과 4.22점에 비해 높은 우울 수준이었다. 이런 상이한 결과는 선행연구대상자와 본 연구대상자의 지역, 경제, 건강상태 등이 다른 것에서 나타난 결과로 사료될 수 있으나, 추후 맞춤형 방문건강관리 노인대상자에 대한 심도 있는 반복 및 확대연구가 필요할 것으로 본다. 본 연구대상자의 우울정도가 선행연구에 비해 높은 것은 맞춤형 방문건강관

리 사업의 주 대상자가 기초생활수급자 및 취약계층으로 일반적인 도시 지역 재가노인이나 지역노인 보다는 다양한 사회적 문제요인과 취약적 특성이 우울 정서에 영향을 미치는 결과로 사료된다. 최근 노인의 우울은 점차 증가되고 있으며, 특히 자살과 같은 극단적인 결과로 연결되는 중요한 사회적 문제이므로 노인에 대한 우울과 건강 형평성에 대한 제고의 한 방법으로 저소득층이나 취약계층 노인의 우울은 주의 깊게 관리해야 할 보건학적 요소로 볼 수 있다.

대상자의 특성에 따른 우울은 연령, 학력, 동거상태, 1년간 약물 복용, 1년 간 낙상 경험, 방문보건 서비스 기간, ADL, IADL, 관절운동 능력에서 유의한 차이가 있었다. 이는 Lee 등(2009)의 연구에서 교육정도, 질병, 낙상 경험, 관절 마비에 따라 우울정도가 차이가 있었던 것과는 유사하였으며, 교육정도, 종교, 월수입에 따라 우울 정도가 차이가 있었던 Won과 Kim (2008)의 결과와 비교해서 교육정도에 서만 일치하였다. 이러한 결과는 선행연구에서 선정된 특성 변수와 본 연구 선정된 특성 변수의 차이가 있어 직접 비교하기에는 무리가 있지만 연구대상자의 인구사회학적, 보건학적 특성 차이에서 오는 결과로 볼 수 있으며, 교육정도, 질병 및 건강상태, 낙상경험, 관절마비 등은 노인의 우울 정서에 영향을 미치는 중요한 특성으로 볼 수 있다. 따라서 노인의 우울 정서에 영향을 주는 특성을 확인하는 결과의 일반화를 위해서 추후 유사한 대상자 선정과 특성 변수를 고려한 연구가 필요할 것으로 본다. 그러나 기초생활수급자 등을 포함한 취약계층을 대상으로 다양한 특성 변수를 제시하여 우울 정도 차이를 검증한 것은 의의가 있다고 볼 수 있으며, 계속적으로 확대된 연구를 통해 파악된 특성 요인을 고려하여 맞춤형 건강관리 대상자의 우울완화를 위한 건강사업을 계획하고 적용해야 할 필요성이 제기된다.

삶의 질 평균 점수는 40점 만점에 24.18점, 5점 만점에

**Table 4.** Correlation of Depression and Quality of Life(N=442)

Variables	Quality of life r (p)
Depression	-.383 (< .000)

**Table 5.** Factors related to Depression and Quality of Life

(N=442)

Variable	Factors	β	t	p	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F (p)
Depression	Quality of life	-.406	-9.190	< .001	.169	.163	29.645 (< .001)
	Customized home visiting health service period (years)	-.113	-2.590	.010			
	IADL	-.094	-2.102	.036			
Quality of life	Depression	-.338	-8.301	< .001	.301	.292	31.243 (< .001)
	Joint exercise capacity	-.151	3.042	.002			
	Age	-.134	-3.236	.001			
	Connection to volunteerism	.161	3.795	< .001			
	IADL	-.145	-3.447	.001			
	ADL	-.150	3.165	.002			

3.02점으로 나타났다. 이러한 결과는 5점 만점을 기준으로 검증한 Lee 등(2009)의 연구에서 3.21점으로 나타난 것에 비해서 낮았다. 이는 저소득층과 취약계층이 주 사업 대상인 맞춤형 방문건강관리 재가노인을 연구대상으로 한 본 연구와 특정 노인 집단에 국한하지 않고 일 지역의 일반적 노인을 대상으로 한 표집 대상자 차이에서 오는 결과로 볼 수 있다. 즉 질병 등의 취약 특성 및 기초생활 수급 대상자라는 낮은 경제상태 특성 등으로 인하여 일반적인 재가노인 보다 삶의 질이 낮은 것으로 볼 수 있다. 또한 방문간호 재가노인을 대상으로 삶의 만족을 검증한 Won과 Kim(2008)의 연구결과에서 5점 만점에 2.78점의 결과는 측정 도구의 상이성으로 인하여 직접 비교하기에는 무리가 따르지만 방문간호 대상 노인의 삶의 질과 만족은 보통보다 조금 높은 수준이었다. 이는 현재 맞춤형 방문건강관리 사업이나 이전의 대도시 방문간호 사업의 공통적인 대상자는 취약계층이므로 본 연구결과인 삶의 질 수준과 선행연구의 삶의 만족 수준이 일반적인 재가노인보다는 높지 않다고 볼 수 있다. 추후 취약계층을 대상으로 하는 맞춤형 방문건강관리가 효과적인 보건사업이 되기 위해서는 대상자 선정과 적정도구 선택 등을 고려한 잘 디자인 된 확대연구가 필요할 것으로 본다.

대상자의 특성에 따른 삶의 질은 연령, 학력, 동거상태, 1년 간 약물 복용, 1년 간 낙상 경험, 자원봉사 연계, ADL, IADL, 관절운동 능력에서 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 Lee 등(2009)의 연구에서 교육정도, 경제상태, 건강상태, 관절수축, ADL, IADL에 따라 삶의 질 차이가 있었던 결과와 유사하다. 이는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인과 일반적인 재가노인의 신체적 노화로 인한 약물복용, 낙상경험, 건강상태 악화 그리고 기능적 퇴행으로 인한 ADL, IADL, 관절상태 의존성 등이 삶의 질에 영향을 미친다는 것은 노화의 공통적 특성에서 올 수 있는 유사한 면이라고 볼 수 있다. 그러나 맞춤형 방문건강관리 사업의 근거 있는 자료가 되기 위해 무작위표집 등의 연구방법을 차별화하여 노인의 삶의 질 차이를 나타내는 원인 규명 연구가 필요할 것으로 본다.

대상자의 우울과 삶의 질은 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타나 선행연구(Lee et al., 2009; Lee & Yang, 2010)의 결과와 유사하였다. 특히 노인의 우울 정서는 삶의 의욕과 활동 감소 등의 원인이 되고 있으므로 우울을 완화 간호중재와 프로그램을 통해 노인의 주요 심리적 문제인 우울로 발생할 수 있는 심각한 문제를 예방할 수 있어야 한

다. 따라서 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울은 건강 서비스 제공자들의 주의 깊은 관리가 요구되는 심리적 문제이며 우울의 관리는 삶의 질에도 긍정적인 효과가 있을 것으로 사료된다.

대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과 삶의 질, 방문보건서비스 기간, IADL이 유의한 영향 요인으로 나타났다. 가장 높은 영향 요인은 삶의 질이었으며, 다음은 방문보건서비스 기간, IADL 요인 순서로 나타났다. 이러한 요인들이 대상자의 우울을 16.3% 설명하였는데, 3개의 유의한 요인들을 확인하였지만 다소 낮은 설명력의 결과이었다. 이러한 결과는 동일연구에 대한 선행연구를 찾아 볼 수 없어 비교하기가 어려웠으며, 광역시 1개구의 편중된 대상자의 표집 한계로 인한 결과로 사료되어 추후 또 다른 설명 변수를 확인해야 할 필요성이 제기되어진다. 따라서 차이 있는 지역의 사회경제적 수준 및 교육상태 등의 다양한 변수를 찾아가는 연구와 원인을 검증하는 후속연구가 필요하다고 사료된다. 본 연구에서는 맞춤형 방문건강관리 노인 대상자의 우울 정서에 영향을 미치는 것은 삶의 질이 가장 중요한 요인이었는데, 취약계층 노인의 삶의 다양한 문제로 인하여 만족과 삶의 질이 저하되어 주위의 모든 것에 관심과 의욕 및 동기가 저하되는 우울이 더 심각해질 수 있다고 사료된다. 일반적인 재가노인의 우울에 대한 예측요인을 연구한 Lee 등(2009)의 결과와 본 연구의 결과와는 대상자가 달라 직접 비교하기에는 무리가 있으나 연령, 교육정도, 경제상태, 건강상태, 낙상경험 요인이 유의한 영향요인으로 보고한 것과는 다르게 나타났다. 본 연구와 상이한 것은 연구대상자 선정, 연구방법 및 절차 등의 차이로 인한 것으로 볼 수 있다. 추후 맞춤형 방문건강관리 대상 노인에 대한 반복 및 확대연구를 통해 본 연구의 결과를 확인하여 우울 정서에 영향을 미치는 영향요인과 예측요인을 규명하여 우울을 감소시키기 위한 간호중재를 계획할 때 고려하여 적용할 수 있도록 일반화할 필요가 있을 것으로 본다.

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한 결과 우울, 관절운동 능력, 연령, 자원봉사 연계, IADL, ADL이 통계적으로 유의한 영향 요인으로 나타났다. 가장 높은 영향 요인은 우울, 다음은 관절운동 능력 순서로 나타났으며, 이러한 요인들이 대상자의 삶의 질을 29.2% 설명하였다. 즉 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 삶의 질에는 우울 요인이 가장 큰 영향을 미친다는 것을 파악할 수 있는데, 우울과 같은 심리적 문제는 대상자의 신체적, 정신적, 심리적 건강에 영향을 주어 결과적으로 삶의 질에 부정적 영향을 준

다고 볼 수 있다. 본 연구에서의 이러한 결과는 경제상태, 질병, 사지마비, IADL 요인이 유의한 영향요인으로 나타난 Lee 등(2009)의 연구결과와 비교하여 IADL 요인은 일치하였으며 관절운동능력 제한과 사지마비 요인이 영향요인으로 나타난 것은 유사하다고 볼 수 있다. 그러나 서로 상이한 결과가 나타난 것은 연구대상자와 연구방법에서의 변수 선택 차이에서 온 결과로 볼 수 있으며, 추후 반복연구와 확대 연구를 통하여 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 삶의 질 영향요인을 확인하여 본 연구와 비교해 볼 필요가 있다.

이상으로 본 연구에서 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 영향요인인 삶의 질, 방문보건서비스 기간, IADL, 그리고 삶의 질 영향요인인 우울, 관절운동 능력, 연령, 자원 봉사 연계, IADL, ADL 요인을 궁극적으로 건강형평성을 제고하고 취약계층의 삶의 질을 높이는 목적인 맞춤형 방문건강관리 사업을 계획 및 중재할 때 고려할 수 있는 기초자료가 될 것으로 본다. 그러나 본 연구의 대상자는 1개의 대도시에서 1지역 보건소에 등록되어 있는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인으로 한 표집의 한계점으로 맞춤형 방문건강관리 대상 전체 노인의 우울과 삶의 질을 설명하기에는 제한이 따른다.

## 결론 및 제언

본 연구는 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울 및 삶의 질 영향요인을 파악하기 위하여 시도되었다. 연구결과 우울 영향요인은 삶의 질, 방문보건서비스 기간, IADL로 나타났다. 이러한 요인들이 대상자의 우울을 16.3% 설명하였다. 삶의 질 영향요인은 우울, 관절운동 능력, 연령, 자원 봉사 연계, IADL, ADL로 나타났다. 이러한 요인들이 대상자의 삶의 질을 29.2% 설명하였다.

결론적으로, 건강불평등을 완화시키고 건강형평성을 제고하기 위한 국가 보건사업의 하나인 맞춤형 방문건강관리 사업 대상 노인의 우울과 삶의 질 영향변수를 찾는 것에서 의미가 있으며, 맞춤형 방문건강관리 사업을 효과적으로 관리하기 위해서 대상 노인의 우울을 완화시키고 삶의 질을 증진시킬 수 있는 교육 및 중재 프로그램의 기초자료가 될 수 있을 것으로 본다. 추후 확대 연구를 통하여 표준화된 중재 프로그램의 계획과 적용을 위하여 맞춤형 방문건강관리 대상 노인의 우울을 완화시키고 삶의 질을 높일 수 있는 경로를 확인할 수 있는 우울과 삶의 질을 예측모형 연구를 제안한다.

## REFERENCES

- Choi, I., Kim, Y. S., & Suh, K. H. (2009). The psychosocial factors affecting suicidal ideation of the elderly. *Health and Social Science, 25*, 33-56.
- Choi, J. S. (2010). *Customized home visiting health service elderly's depression and quality of life influence factors*. Unpublished doctoral dissertation, Daegu Haany University, Daegu.
- Choi, Y. H. (2007). A Study on depression, sleep and fatigue in younger and older elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 18*(2), 223-231.
- Choi, Y. H. (2005). The relations among health promoting behaviors, self-esteem and depression in the vulnerable elderly of urban areas. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 16*(2), 148-156.
- Chung, S. D. (2005). A path analysis in depression among the elderly of institutional settings. *Journal of the Korean Gerontological Society, 25*(3), 75-90.
- Jung, Y. M. (2007). Health status and associated factors of depression according to depression in elderly women. *Journal of the Korean Gerontological Society, 27*(1), 71-86.
- Jeon, H. S., & Kahng, S. K. (2009). Predictors of depression trajectory among the elderly using the Korean welfare panel data. *Journal of the Korean Gerontological Society, 29*(4), 1611-1628.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short from-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association, 35*(2), 298-307.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 33*(5), 544-552.
- Kim, K. H., Park, H. J., Kim, L. H., Kang, Y. H., & Shin, K. R. (2007). The correlation among quality of life, depression, and urinary incontinence of elderly women in a urban city. *Journal of the Korean Gerontological Society, 27*(4), 943-962.
- Ko, I. S., Lee, T. W., Lee, K. J., Lee, C. Y., Lim, M. H., Cheon, E Y., et al. (2005). Analysis of health problems of low-income home care elderly at a urban-rural composite area. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 7*, 136-147.
- Korea National Statistic Organization Office. (2009). *Korea social index from national statistic organization*. Retrieved September 2, 2009, from <http://www.kosis.kr/html/Interstatic/research/do02.jsp>
- Lee, H. J., Kahng, S. K., & Lee, J. Y. (2008). The effects of socioeconomic position and health behavior on geriatric depressive symptom. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(4), 1129-1145.

- Lee, H. S., Kim, H. S., & Jung, Y. M. (2009). Depression and quality of life in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(1), 12-22.
- Lee, S. H., & Yang, S. O. (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.
- Lim, D. H. (2007). *Effects of regular exercise on stress, coping strategy, and life satisfaction of older ages*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Moon, M. J. (2004). Analysis on the structural model of life satisfaction for elderly home residents. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 6, 202-215.
- Oh, Y. H., Suk, H. E., Kwon, J. D., Kim, J. S., Park, Y. R., & Lim, J. K. (2005). *Old person's quality of life and policy implications*. Seoul: Korea Institute for Health Social Affairs.
- Park, Y. H., & Suh, E. Y. (2007). The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(6), 941-948.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric depression scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. New York: The Harwoth Press.
- Shim, J. Y., Lee, J. K., Kim, S. Y., Won, J. W., Sunwoo, S., Park, H. K., et al. (1999). The development of Korean health related quality of life scale. *Journal of Korean Academy Family Medicine*, 20(10), 1197-1208.
- Shin, K. R., Byeon, Y. S., Kang, Y. S., & Oak, J. W. (2008). A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life in the community-dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(3), 437-444.
- Shin, K. R., & Kim, J. S. (2003). A study on the relationship between stress and depression in elderly women. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 5(1), 29-37.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E., Yoon, J. L., et al. (2002). The development of Korean activity of daily living (K-ADL) and Korean instrumental activity of daily living (K-IADL) scale. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 6(2), 107-120.
- Won, J. S., & Kim, K. H. (2008). Evaluation of cognitive functions, depression, and life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(1), 1-10.
- Yeon, B. K., Suh, G. H., Ryu, S. G., Lim, J. W., & Bang, H. S. (1999). Comparison study for quality of life in depressed, demented and normal elderly. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, 3(2), 157-164.