農村醫學·地域保健學會誌 : 第37券 第1號(2012年 3月) DOI: http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2012.37.1.012
J Agric Med Community Health 2012;37(1):12~22

저소득층 전기여성노인과 후기여성노인의 영양위험, 지각된 건강상태와 우울

이명숙
목포가톨릭대학교 간호학과

Nutritional Risk, Perceived Health Status, and Depression of the Young-Old and the Old-Old in Low-Income Elderly Women

Myung Suk Lee
Department of Nursing, Mokpo Catholic University

= Abstract =

Objectives: This study aimed to compare the nutritional risk, health status and depression levels of young-old (65-74 years) and old-old (75-84 years) women on low-income.

Methods: A total of 624 elderly women, each over 65 years of age, participated in this study under the auspices of a community social center. Data were collected from June to August 2011 by means of personal interviews which employed questionnaires. The research tools used in this study were the nutritional risk measuring Mini Nutritional Assesment (MNA) by Kim (2000), perceived health status developed by Lawton et al. (1982), Elderly Depression Criterion developed by Sheikh & Yesavage (1985). The collected data were analyzed using the SPSS WIN 12.0 Program.

Results: Nutritional risk, perceived health status and depression levels showed a significant difference between young-old and old-old. There was a positive correlation between nutritional risk and depression and a negative correlation between nutritional risk and perceived health status. A 38.2% variance in depression levels of young-old and a 29.7% variance in depression levels of old-old were explained by perceived health status, nutritional risk and the number of people living together.

Conclusion: The findings demonstrate variances in depression levels among low - income women differing in age. As a result, the outcomes of this study ought to be employed in the development of future programs aimed at promoting the health of elderly women.

Key words: Aged, Malnutrition, Health status, Depression

---

* 접수일(2011년 11월 22일), 수정일(2012년 2월 22일), 게재확정일(2012년 2월 24일)
* 교신저자: 이명숙, 전남 목포시 석현동 894-1 목포가톨릭대학교 간호학과
Tel: 061-280-5122, Fax: 061-280-5120, E-mail: mslee@mcu.ac.kr
* 본 연구는 2011년도 목포가톨릭대학교 교내연구비 지원에 의해 수행되었음

서 론

빈곤과 고령화는 보건의료 접근성을 낮추는 건강상 위험요인으로서 빈곤층 노인들의 경우 경제적 어려움으로 인해 건강문제에 대한 적절한 치료와 관리가 일반 노인보다 심각한 상태 이다[1]. 우리나라 저소득층 노인의 수는 매년 증가하여 2007년 국민기초 생활보장 수급자 중 11.2%를 차지하였고 차 상위 계층은 국민기초 생활보장 수급자의 4.8배로 노인비율이 급격히 증가하여 2010년에는 104만명에 달하고 있다[2].

일부 연구결과에 의하면 저소득층 노인들은 만성질환 유병률과 질병 수, 약물 복용 수가 일반 지역사회 노인에 비해 더 많고, 38%는 일상생활 수행 장애가 있으며, 주관적 건강평가는 낮지만 우울 증상은 높다[1, 3]. 또한, 경제적 어려움으로 보건의료 이용을 충분하게 못하거나 치료중단 및 포기를 하여 건강문제가 발생하면 신체적, 경제적 부담이 커져 빈곤의 악순환을 심화시 키게 되므로 이들을 대상으로 한 포괄적인 중재가 필요하다.

수명의 연장은 만성질환 및 손상 이후의 생존기간과 그로 인한 의존적 생활상태의 연장을 의미하며 이러한 문제의 발생가능성은 후기고령 노인으로 갈수록 증가한다. 실제로 65세- 74세의 노인들은 7%만이 개인적인 일상생활활동에서의 도움을 요하지만 75세 이후 후기노인은 일상생활 활동 능력의 저하로 더욱 의존적인 상태가 되며, 배우자나 친구의 사망, 수입저하, 체력과 건강상태 악화, 심각한 삶의 사건 경험 증가로 더 많은 어려움을 겪게 되므로[4,5] 전기노인과 후기노인은 일상생활 활동의 정도, 가족이나 사회의 지지, 건강상태 등의 건강관련 상황이 다름을 알 수 있다.

2010년 통계청 자료에 의하면 65세 이상 여성 노인인구는 339,991명으로 남성노인 219,338명과 비교하여 볼 때 여성 노인인구의 비율이 더 높고[6] 평균수명은 80.8세로 남성노인보다 7년 정도 길며 만성 퇴행성 질환과 같은 유병률이 남성 노인보다 높게 보고되고 있다[5]. 노년기에 소득감소와 소득상실은 보편적인 현상이지만 한국사회에서 여성노인들은 여러 사회적 요인에 의해 남성노인들보다 더 빈곤하여[3] 국민기초생활보장 수급자 비율이 높고, 평균수명과 무 배우자 독거기간이 길며 사회적 안전망 결핍이 높다. 이에 건강관리의 어려움을 겪고 있는 저소득 여성노인의 건강관련 문제점을 찾아내고 일반 여성노인과 비교하여 건강관리와 관련된 현실적인 보건의료 대책수립이 여성노인 간호중재 요소에 필수적인 선행조건이라 할 수 있다.

국민건강영양조사 결과에 의하면 65세 이상 노인의 경우 모든 영양소 섭취량이 다른 연령층과 비교하여 매우 낮다[7]. 노인들은 활동량 감소, 소화기능 저하, 맛감각 저하 등으로 음식 섭취량이 감소하여 영양결핍 위험도가 매우 높은데[8] 영양결핍이 되면 만성질환 유병률과 사망률 및 합병증 발생률도 높고 질병회복 속도도 느리기 때문에[8-10], 노인의 영양위험 정도를 확인하고 영양위험정도와 건강 상태와의 관련성을 확인하는 연구가 필요하다. 일반적으로 노인의 영양문제는 여러 가지 신체적 문제 뿐 아니라 우울, 외로움과 같은 심리적 문제와도 관련이 있는 것으로 보고되고 있다[11,12].

우울증상은 노인들의 10-15%가 경험하는 매우 흔한 정신문제로 신체 활동 및 기분저하 등을 유발하며, 우울로 인한 부적절한 영양섭취는 노인의 영양결핍을 초래하여 신체적 건강 문제를 야기하는데(10,11,13] 발병률과 발병 시기는 성별 차이가 있다. 일반적으로 여성 노인에서 발병률이 높고, 남성노인보다 우울의 발병시기가 빠르게 나타나 여성노인의 삶의 질을 저하시키는 중요한 요인으로 인식되고 있다[4, 14]. 우울점수가 높을수록 영양위험도가 높다는 우울과 영양위험과의 관련성을 암시한 연구들과[12,15,16], 노인의 우울증에 영향을 미치는 요인들 중 가장 확실한 우울 위험요인으로 만성질환수와 지각된 건강상태가 주목받고 있지만[4] 주로 일반 노인전체를 대상으로 연구[9-12]로서 노인의 연령을 세분화 하지 않고 있으며, 저소득층 여성노인을 대상으로 건강상태와 영양섭취 및 우울과의 관계를 조사한 연구는 극소수이다.

또한, 노인인구의 급증으로 노년기 대상자에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으나, 몇 몇 연구에서만 노년기를 세분화하여 차이를 비교하였을 뿐 [1,5, 17,18] 대부분의 연구는 65세 이상의 노인을 동질한 집단으로 간주하여 별도의 연령 구분을 하지 않고 있다. 이제 우리나라도 고령화 사회의 대열에 들어감에 따라 75세 이상의 인구가 가장 급격히 증가하는 연령집단이므로 노년기를 하나로 다루기보다 노인들 중 더 젊은 집단에 해당하는 전기노인과 앞으로 삶의 적응을 위해 사회에서 더 큰 관심을 가져야 할 것으로 보이는 후기노인으로 구분하여 그 특징이나 관련 요인들을 구체적으로 파악할 필요가 있다. 연령이 증가할수록 남성에 비해 여성이 수적으로 우세한 것은 보편적인 현상이지만, 삶의 만족도 측면에서는 여성노인이 남성노인에 비해 어려운 환경에 노출되어 있다는 문제점이 있다[5]. 이러한 측면에서 초 고령 사회를 맞이하게 될 현시점에서 노인과 여성이라는 취약점 외에 저소득층이라는 또 다른 취약성을 경험하고 있는 여성노인의 건강 상태, 영양불량위험도 및 우울을 연령에 따라 파악하고 그들의 우울에 영향을 미치는 요인을 비교 분석하는 것은 성별과 연령변화에 따른 차별화된 노인건강 서비스와 프로그램 개발을 위한 중요한 기초자료를 제공할 것으로 생각된다.

이에 본 연구는 일 도시지역에 거주하는 저소득층 여성노인을 전기노인과 후기노인으로 구분하여 영양위험정도, 지각된 건강 상태, 우울 정도와 관련성을 연령에 따라 차이가 있는지 확인하고 우울정도에 영향을 미치는 요인을 규명하여 저소득층 여성노인들의 건강증진을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 전라남도 일 중소도시 3곳의 사회복지관 가정방문 관리를 받고 있는 65세 이상의 재가여성노인이었다. 연구대상자는 국민 기초생활수급자 또는 차 상위 계층 저소득층 노인들로, 지역편중을 줄이기 위해 32동마다 20명씩 선정하였다. 노인연령 기준은 노인관련 법규에 따라 매우 상이하게 적용하고 있는데, 본 연구에서는 65세-74세 까지의 전기노인과 75세 이후의 후기노인으로 2단계로 분류한 기준에 맞추었다[5]. 표본의 수는 일반적인 상관연구에서 문항수의 5-10배를 권장한 기준[19]이 최소 560명이지만 탈락률 10%를 고려하여 616명을 모집인원으로 계획하였다. 자료 수집은 2011년 6월 23일부터 2011년 8월 20일까지 구조화된 설문지를 사용하여 실시하였다. 선정기준은 의사소통이 가능하고 설문지 내용을 이해할 수 있는 자로 한정했다. 설문조사 방법 및 절차의 일관성을 위하여 자료수집 프로토콜을 마련하여 조사원 7명에게 사전교육을 실시하였다. 일 도시 3개 경로당을 이용하는 노인 30명을 맞추어 예비조사를 실시하여 설문지 문항을 일부 수정 및 보완하여 도구의 신뢰도와 타당도를 높였다. 자료수집은 연구책임자와 연구보조원들이 대상자들의 거주지를 방문하여 노인들이 이해하기 쉽도록 설문지의 문항을 읽어주어 개별적 면담을 통해 이루어졌으며 소요시간은 약 20-30분 정도였다. 설문지에 응답하기 전에 대상자들에게 연구목적을 충분하게 설명하였고 참여 동의를 구하였다. 그리고 개인정보 누설이 없을 것이며 연구참여는 언제든지 포기할 수 있음을 알렸으며 회수된 자료는 모두 익명으로 처리하였다. 650명을 조사하였으나 회수된 설문지의 항목 누락이 많거나 자료가 불충분한 26명을 제외하고 전기노인 314명과 후기노인 310명으로 총 624명이 최종자료 분석에 사용되었다.

2. 연구도구

1) 영양위험도

영양위험도는 Mini Nutritional Assesment (MNA), DETERMINE your Nutritional Health checklist와 SCALES를 우리나라 실정에 맞게 개발한 Kim[20]의 도구를 사용하였다. 연령, 용돈, 학력, 규칙적 식사여부, 식욕, 음주, 약복용, 치아상태, 만성질환, 과일 및 우유섭취 상태 등과 관

련된 17문항에 '예(1, 2)' '아니오(0)'로 답한다. 점수의 범위는 0-23점으로 점수가 낮을수록 영양불량 위험도가 높음을 의미한다. 평가기준[20]에 따라 0~11은 고위험군, 12~16점은 중정도위험군, 17-23점은 저위험군으로 분류하였다. 선행연구 신뢰도는 Cronbach's α=0.74[16]이었고, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α=0.78 이었다.

2) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 Lawton, Moss, Fulcomer와 Kleban[21]이 제작한 Health Self-rating 척도를 사용하였다. 건강상태 평가에 사용된 문항은 현재의 건강상태, 일상생활 수행방해 정도, 같은 연령층과의 건강상태 비교 등 3항목에 각각 1~3점의 점수를 부여 한다. 점수의 범위는 3-9점이며 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 선행연구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.83[17]이었으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.82였다.

3) 우울

Sheikh와 Yesavage[22]의 단축형 노인우울 척도를 우리나라에 맞게 수정한 한국형 단축 노인우울척도를 사용하였다[23]. 본 도구는 원형우울척도의 타당도 연구에서 가장 우울과 상관관계가 높은 것으로 나타난 비관적 사고 및 불행감, 정서적 불편감, 인지기능 저하, 기력쇠퇴, 신체적 약화 및 건강염려증가, 사회적 철회 및 흥미상실 등과 관련된 총 15 항목으로 '예',' 아니오'의 이분척도로 구성되어 있다. 점수의 범위는 0점에서 15점까지 이며, 4점 이하는 정상, 5-9점은 경증우울, 10-15 점은 중증우울로 구분하며, 5점을 기준 점으로 우울 여부를 판단하되 5점 이상에서는 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다[24]. 선행연구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.87[24] 이었으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.81이었다.

3. 자료 분석

본 연구의 자료는 SPSS Win 12.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자를 전기여성노인과 후기여성노인으로 구분하여 연령별 인구학 적 특성차이는 실수, 백분율, 평균과 표준편차, χ^2 검정으로, 연령별 영양위험, 건강상태 및 우울 정도는 일원분산분석을, 대상자의 연령별 제 변인간의 상관관계는 Pearson 상관계수를 사용하였다. 전기여성노인과 후기여성노인의 우울에 영향을 미치는 위험요인을 파악하기 위해 영양위험도와 지각된 건강상태, 인구학적 특성 중 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 변수인 교육정도, 동거가족 수, 질환수, 음주 여부는 더미변수로 처리한 후 단계별 다중회귀분석을 실시하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

65세 이상 75세 미만 전기노인은 314명으로 평균연령은 70.06(±2.69)세였고 후기노인은 310명으로 평균연령은 79.85(±3.75)세였다. 전기노인과 후기노인을 비교해 볼 때 각 특성별 유사한 분포를 보였으나 χ^2 검정결과 통계학적으로 차이를 보인 항목은 학력 ($p<0.001$), 동거가족 수($p<0.001$), 시력($p<0.001$), 청력($p<0.001$), 음주($p=0.006$),질환 수($p=0.001$)로 나타났다. 학력에서는 무학인 사람이 전체노인의 44.9%이었고 전기여성 노인 18.5%, 후기여성노인 71.6%로 고령일수록 교육수준이 낮은 것으로 나타났으며, 독거노인 비율은 65.1%로 전기여성노인 56.4%, 후기여성노인 73.9%로 나이가 들수록 독거비율이 높았다($p<0.001$). 시력장애는 후기여성노인(17.7%)이 전기여성노인(11.1%)보다 더 많았으 며($p<0.001$), 청력장애도 후기여성노인(10.7%)이 전기여성노인 (4.8%)보다 더 많아 두 집단 간 차이를 보였다($p<0.001$). 만성질환 수는 후기여성노인 (24.2%)이 전기 여성노인(12.7%)보다 더 많았으며($p=0.001$), 현재의 음주여부는 후기여성노인(62.8%)이 전기여성노인 (32.8%)보다 더 많아 두 집단 간 차이를 보였다($p=0.006$) (Table 1).

Table 1. Characteristics of respondents by age group (N=624)

Characteristic	Category	Young-Old (n=314)	Old-old (n=310)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Age(years)	mean (SD)	70.06 (2.69)	79.85 (3.75)		
Education	None	58 (18.5)	222 (71.6)	178.318	<0.001
	Elementary school	240 (76.4)	81 (26.1)		
	≥Middle school	16 (5.1)	7 (2.3)		
Religion	Yes	155 (49.4)	175 (56.5)	3.146	0.07
	No	159 (50.6)	135 (43.5)		
Monthly income (10,000 won)	50 below	277 (88.2)	289 (93.2)	5.729	0.06
	50-100	35 (11.1)	21 (6.8)		
	100 above	2 (0.6)	0 (0.0)		
Number of Person Living together	Alone	177 (56.4)	229 (73.9)	25.724	<0.001
	1-2	122 (38.9)	63 (20.3)		
	≥3	15 (4.8)	18 (5.8)		
House working(hours)	None	33 (10.5)	42 (13.5)	1.605	0.44
	1-3	160 (51.0)	147 (47.4)		
	≥4	121 (38.5)	121 (39.0)		
Visual	Good	97 (30.9)	37 (11.9)	34.526	<0.001
	Moderate	182 (58.0)	210 (70.8)		
	Poor	35 (11.1)	55 (17.7)		
Auditory	Good	171 (54.5)	107 (34.5)	19.360	<0.001
	Moderate	128 (40.8)	170 (54.8)		
	Poor	15 (4.8)	33 (10.7)		
Social activity	Large	13 (4.1)	8 (2.6)	1.169	0.55
	Moderate	183 (58.3)	183 (59.0)		
	Little	118 (37.6)	119 (38.4)		
Medical Comorbidity	0	41 (13.1)	18 (5.8)	13.329	0.001
	1-2 chronic disorder	233 (74.2)	217 (70.0)		
	≥3 chronic disorder	40 (12.7)	75 (24.2)		
Alcohol use	Yes	35 (37.2)	59 (62.8)	7.491	0.006
	No	278 (52.6)	251 (47.4)		
Current Smoking	Yes	12 (54.5)	10 (45.5)	0.169	0.83
	No	301 (50.1)	300 (49.9)		

2. 전기여성노인과 후기여성노인의 영양위험, 지각된 건강상태, 우울 비교

전기여성노인과 후기여성노인의 영양위험, 우울 및 지각된 건강상태의 비교에서 후기여성노인이 전기여성노인보다 영양위험도가 유의하게 높았고 ($p<0.001$), 우울증상도 유의하게 높았다($p=0.02$). 그러나, 지각된 건강상태는 전기여성노인이 후기여성노인보다 유의하게 높게 나타났다($p=0.02$) (Table 2).

Table 2. Differences in nutritional risk, perceived health status and depression

Characteristics	Category	Young-old	Old-old	t	p
		N(%)	N(%)		
Nutritional risk	High risk	128 (40.8)	183 (59.0)	5.128	<0.001
	Moderate risk	164 (52.2)	123 (39.7)		
	Good	22 (7.0)	4 (1.3)		
	mean (SD)	11.90 (3.32)	10.57 (3.57)		
Perceived health status	Good	32 (29.6)	22 (7.1)	2.249	0.02
	Moderate	189 (60.2)	166 (53.5)		
	Poor	93 (29.6)	122 (39.4)		
	mean (SD)	4.74 (1.50)	4.47 (1.50)		
Depression	No depressive symptoms	97 (30.9)	82 (26.5)	-2.233	0.02
	Mild depressive symptom	160 (51.0)	151 (48.7)		
	Severe depressive symptom	57 (18.2)	77 (24.8)		
	mean (SD)	6.41 (3.50)	7.06 (3.69)		

3. 전기여성 노인과 후기여성 노인의 영양위험, 지각된 건강상태, 우울의 상관관계 비교

전기여성노인과 후기여성노인 모두에서 영양위험과 우울간의 관계는 영양위험이 높을수록 우울증상도 높았으며($p<0.001$), 우울과 지각된 건강상태는 우울증상이 높을수록 지각된 건강상태가 낮았다($p<0.001$). 영양위험과 지각된 건강상태도 영양위험도가 높을수록 지각된 건강상태는 낮았다($p<0.001$)(Table 3).

4. 일반적 특성, 영양위험 및 지각된 건강상태가 우울에 미치는 영향

전기여성노인의 회귀모형 적합도 F 값은 18.726으로 통계적으로 유의하게 나타났으며($p<0.001$) 측정변인들의 우울 설명력은 38.2%정도였다. 우울정도에 영향을 주는 가장 중요한 예측요인은 지각된 건강상태(β=0.34)로 나타났으며, 다음은 영양위험도(β=0.31) 동거가족수(β=.27)요인 순서로 나타났다. 후기여성노인에서도 우울에 영향을 미치는 변수는 지각된 건강상태(β=0.28), 영양위험도(β=0.25),동거가족 수(β=0.18)순서로 우울을 29.7% 정도 설명해 주었다($p<0.001$). 전기여성노인과 후기여성노인의 우울 영향요인이 지각된 건강상태, 영양위험도, 동거가족 수 등 세변수인 점은 동일했지만 전기여성노인에서 후기여성노인보다 세 변수의 설명력이 더 높았다(Table 4).

Table 3. Correlations among nutritional risk, perceived health status and depression

Division		Nutritional risk	Perceived Health Status	Depression
Young-old (N=314)	Nutritional risk	1.000	0.414**	-0.475**
	Perceived Health Status		1.000	-0.551**
	Depression			1.000
Old-old (N=310)	Nutritional risk	1.000	0.463**	-0.448**
	Perceived Health Status		1.000	-0.564**
	Depression			1.000

**p<0.001

Table 4. Influencing factors on the subject's depression

	Young-old(n=314)				Old-old(n=310)			
Independent variables	B	β	t	p	B	β	t	p
Constant	13.360		13.880	<0.001	12.358		13.047	<0.001
Perceived health status	-0.808	-0.347	-6.844	<0.001	-0.710	-0.289	-5.327	<0.001
Nutritional risk	-0.334	-0.316	-5.911	<0.001	-0.292	-0.251	-4.470	<0.001
Education	0.337	0.041	0.786	0.43	1.522	0.061	1.182	0.23
Number of Person Living together	1.982	0.276	5.357	<0.001	1.653	0.180	3.309	0.001
Medical Comorbidity	0.179	0.020	0.295	0.76	0.244	0.029	0.462	0.64
Alcohol use	-0.313	-0.028	-0.585	0.55	-0.901	-0.096	-1.863	0.06
Adjusted R^2	0.382					0.297		
F	18.726					10.493		
p	<0.001					<0.001		

고 찰

빈곤층 노인들의 열악한 사회경제적 조건은 질병의 이환율을 높이고 적절한 질병관리의 부족을 이끌어 저소득층 노인들은 그렇지 않은 집단에 비해 우울정도가 높고 영양 상태와 건강상태가 낮다[1]. 본 연구에서는 저소득층 전기 여성노인의 영양위험도와 우울은 후기여성노인보다 낮았고 지각된 건강상태는 후기여성노인에 비해 높았다.

Mini Nutritional Assesment(NMA)로 평가한 저소득층 여성노인의 영양위험정도는 전기여성노인은 고위험 군 40.8%, 후기여성노인은 59.0%로 우리나라의 대도시 노인들 22.7% [15], 일 도시 재가부부동거노인 33.3%[11]보다는 높았고, 도시지역 독거노인 76.7% [16]보다는 낮았지만 전체적인 영양위험도는 높은 편이었다. 이와 같은 결과는 전 국민의 영양상태 및 식습관이 계속 개선되고 있으나 노인들은 타 연령층에 비해 영양상태의 개선 속도가 느리기 때문에[7]노년기 영양개선을 위한 체계적이고 효율적인 방안을 마련해야 한다. 또한, 본 연구에서는 여성노인으로 국한하였기 때문에 전체노인을 대상으로 한 선행 연구들과 직접 비교는 어려우나 후기여성노인들이 전기여성노인보다 영양위험도가 더 높아 후기노인에서 평균영양소의 적합한 섭취정도가 유의하게 낮다고 한 결과[25]와는 일치를 하여 후기여성노인의 영양상태 개선이 더욱 더 절실함을 알 수 있다. 하지만, 전기노인이 후기노인에 비해 영양위험도가 높다는 상반된 결과도[15] 있으므로 추후 여성노인을 연령 별로 구분하여 반복 연구를 통한 규명이 필요할 것으로 생각된다. 노년기의 적절한 영양 상태는 노년기 건강관리 및 삶의 질 향상에 필수적인 조건이다. 일반적으로 영양위험도는 노인의 질병유무와 유의적인 상관관계를 보이고 있고 질병이 있는 경우 영양위험도가 더 높아진다[11]. 이에 노인들의 영양 상태에 영향을 미칠 수 있는 생리적. 신체적 변화와 함께 영양상태의 개선을 위해 적절한 식품섭취와 스스로 해결할 수 있는 영양위험 문제를 개선할 수 있도록 노인을 위한 영양 관련 교육의 필요성이 대두된다. 노인에서 영양 상태와 질병은 상호관계가 있고 영양불량은 노인의 심각한 문제라고 한 연구결과[10, 26,27]에 비추어 노년기의 적절한 영양관리로 노화와 질병진행 속도를 늦추고 완화시킬 수 있는 노인의 영양상태 평가확인은 중요하다. 아울러 타 연령층에 비해 노인들은 간식 섭취빈도가 매우

낮고 내용도 다양하지 못하므로 [26]실제 노인들이 매일 섭취하고 있는 식품 및 영양소 섭취량 등을 자세하게 조사하는 추후연구와 함께 노인의 영양 상태와 우울은 유의한 상관관계가 있으므로 [11,28]노인들의 우울감소를 위한 전략이 요청된다.

우울은 노인의 정신건강에서 가장 큰 비중을 차지하고 있으며 삶의 질과도 밀접한 상관 성을 가지는 건강문제이다[4]. 본 연구의 대상자인 저소득층 여성노인의 우울정도는 전기 여성의 경우 6.41(3.50)점, 후기여성노인 7.06(3.69)점으로 동일 도구를 사용한 결과[23]의 평균 6.7점과 비슷한 수준으로 두 집단 모두 경증우울 수준에 포함되었으며, 후기여성노인에서 더 높은 우울정도를 보였다. 이는 관절염 노인을 대상으로 후기노인에서 우울이 더 높았다는 연구결과[4]를 지지 하지만, 고혈압 여성노인에서는 전기노인에서 더 높다는 결과[5]와는 상반된 결과이다. 노인의 우울 유병률은 측정도구와 노인의 특성에 따라 연구마다 약간의 차이가 있으며 연령을 중요한 변수로 보고하고 있지만 우울에 대한 확실한 선형관계가 입증되지 않아 나이가 들수록 우울 유병률이 높아지거나 반대로 낮아지는 등 연구결과가 일치하지 않고 있다. 일반적으로 후기노인은 배우자 사망, 사회로부터의 고립, 신체질환, 기능저하 같은 정상 노화과정과 관련된 변화와 인지저하, 조기치매로 인해 우울정도가 더 높다고 알려져 있다[29]. 한편, 다른 연구에서는 후기노인들은 외부위험 요인에 대한 적응력 증가, 인지저하와 조기치매로 인해 우울 지각력이 저하되고 정신. 운동이 지연 되어 우울정도가 낮다고 보기도 한다[30] 그러나 본 연구의 대상자들 우울의 절단 점을 기준으로 볼 때 중증우울 군이 전기노인의 경우 18.2%, 후기노인은 24.8%나 되었고 경증 우울 군까지 포함하면 우울증을 의심해 볼 만한 대상자가 전기노인은 69.2%, 후기노인은 73.5%나 되어 저소득층 여성노인들의 우울은 건강관리 제공자들이 간과해서는 안 되는 중요한 심리적인 문제로 판단되므로 이들에 대한 우울 치료 및 예방에 대한 다양한 중재 방안개발이 더 필요할 것으로 보인다.

저소득층 여성노인의 영양위험, 지각된 건강상태와 우울은 유의한 상관관계를 보여 우울 점수가 높을수록, 건강상태를 나쁘게 지각하고 있었으며 영양위험점수가 높았다. 우울증은 식욕저하, 음식준비와 조리에 대한 관심 결여, 단조로운 메뉴의 식사 등 사회적 고립과 신체활동 및 기분의 저하, 일상생활 동기부여 저하 등 문제로 영양결핍을 초래하여 기존의 만성질환 및 수분 전해질 불균형 등 신체적 건강문제를 더욱 악화시키기도 하지만 [11], 영양결핍으로 인한 신체적 기능저하가 우울의 원인 일 수 있다는 선행연구[13]결과를 바탕으로 노인의 건강유지 및 증진을 위해서는 영양 위험도와 우울상태 개선을 위한 프로그램개발 및 적용이 선행되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구결과 저소득층 전기여성노인과 후기여성노인의 우울정도에 영향을 미치는 요인의 설명정도는 연령에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구 모델에서 제시된 변인들이 전기여성노인의 경우 38.2%의 우울을 예측하는 반면 후기여성노인은 29.7%를 예측하는 것으로 차이가 있었다. 전기여성노인과 후기여성노인 모두에서 대상자들의 우울정도에 영향을 미치는 변수는 영양위험도, 동거가족 수, 지각된 건강상태로 이 중 지각된 건강상태가 가장 높은 설명력을 가졌다. 전. 후기노인모두에게 중요한 영향을 미치는 지각된 건강상태는 일반적으로 대상자가 자신의 건강상태에 대해 지각하는 주관적 건강상태이다. 스스로를 평가할 때 건강상태가 나쁘다고 생각하는 노인이 좋다고 생각하는 노인에 비해 우울증상을 가질 위험이 상당히 높고 노인들의 우울과 같은 부정적인 정서는 주관적 건강상태와 순 상관관계가 있다는 선행연구결과[3,4,31]를 뒷받침 하였다. 일반적으로 신체의 기능저하와 만성질환은 우울증에 대한 강력한 위험요인으로 평가되고 있지만 대부분 만성질환 자체보다는 만성질환으로 인한 증상과 기능저하에 따른 활동제한 등으로 우울증상이 초래된다고 알려져 있다[29,31] 이렇듯 노인의 심리사회적 영역인 우울은 신체질환과 신체활동정도와 같은 노인의 신체적 영역과 관계를 갖고 있다고 볼 수 있기 때문에[3], 우울증상을 극복할 수 있는 다양한 건강증진 전략이 필요하다. 일반

적으로 사회적 지지와 사회활동 참여가 노인들의 우울을 감소시키고 스트레스에 대한 완충역할을 한다고 하였고[18] 실제로 간호중재가 가능하고 치료가능성이 있는 심리적 장애로 알려져 있으므로 여성노인에게 적합한 사회활동이나 정서적 안정에 도움이 되는 활동을 적극 권장하여 노인들의 우울을 감소시키는 전략이 필요하다고 생각된다.

본 연구 결과에서도 전, 후기 여성노인의 동거가족수가 우울여부에 미치는 영향이 유의한 것으로 나타났다. 이는 독거노인이 가족과 함께 하는 가족보다 유의하게 더 많은 건강문제를 호소하며 우울정도가 더 심하다는 결과[18]와 일치를 하였다. 선행연구에서도 우울정도가 낮은 노인들의 자녀와의 동거 율이 우울정도가 높은 노인들의 자녀와의 동거 율보다 높다는 보고와 단독가구 노인의 상당수가 자녀들과 별거하여 생활하는 것에 대한 어려움을 지적하고 있다는 결과에[16] 비추어 가족이라는 지지체계가 없는 노인들의 우울정도는 더 심각하다고 볼 수 있다. 일반적으로 독거노인의 경우 우울정도가 높고 경제적 능력과 건강상태가 낮고 영양불량위험도가 높다는 선행연구 결과[15,16]에 비추어 볼 때 독거노인의 건강문제를 줄이기 위해서는 독거노인의 규칙적인 사정과 적절한 중재가 필요하다고 생각된다. 이상의 결과에서와 같이 후기여성노인은 전기여성노인보다 우울증상과 영양위험도가 높고 지각된 건강상태가 낮게 나타나 전기여성노인보다 건강위험에 더 많이 노출된 것으로 조사되었다. 따라서, 저소득층 여성노인의 효율적인 건강관리를 위해서는 지각된 건강상태와 영양위험도 및 가족동거 유형을 고려한 프로그램 개발이 필요하다. 그러나, 우울은 다양한 원인과 다인자적인 요인에 의해 발병하는 특성이 있고 노인들의 연령집단에 따라 차이도 있으므로 추후 변수의 측정방법과 측정도구를 다양하게 하고 전기노인과 후기노인으로 구분하여 비교 검토하는 연구가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구대상자의 표집을 일부 특정지역에 거주하는 저소득층 여성노인을 위주로 편의표집 하였으므로, 본 연구결과를 일반적인 전체 한국 여성노인으로 확대 해석할 때는 신중한 고려가 요구된다. 둘째, 본 연구는 단면연구로서 우울 영향요인들의 인과관계를 정확하게 확인하기 어렵다.

요 약

본 연구는 일 지역 저소득층 여성노인을 연령별(전기노인, 후기노인)로 구분하여 노인 건강상태의 중요한 결정자인 영양위험, 지각된 건강상태, 우울정도와 영양위험, 지각된 건강상태, 우울과의 관련성 및 우울의 영향요인을 확인하여 연령별 특성을 고려한 간호중재 전략수립의 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

자료 수집기간은 2011년 6월 23일부터 8월 20일까지였으며, 연구대상자는 전라남도 1개중도시에 거주하고 있는 65세 이상 저소득층 여성노인으로서 전기여성노인 314명, 후기여성노인 310명 총 624명을 대상으로 하였다. 직접 여성노인의 가정을 방문하여 구조화된 설문지를 이용하여 조사하였다. 영양위험도는 Kim(2000)의 17문항 Mini Nutritional Assesment (MNA)척도를, 지각된 건강상태는 Lawton, Moss, Fulcomer와 Kleban(1982)의 3문항 Health self-rating 척도를, 우울은 Sheikh와 Yesavage(1985)의 15문항 단축형 노인우울 척도를 사용하였다.

대상자의 평균 연령은 전기여성노인 70.06세, 후기여성노인 79.85세였으며, 두 집단 간 일반적 특성에 따른 유의한 빈도차이를 보인 항목은 교육수준, 동거가족 수, 만성 질환수, 음주여부였다. 저소득층 전기여성노인과 후기여성노인은 영양위험도, 지각된 건강상태와 우울에서 유의한 차이가 있었다. 후기여성노인이 전기여성노인보다 영양위험도와 우울점수가 높았고, 지각된 건강상태는 전기여성노인이 후기여성노인보다 더 높았다. 여성노인의 영양위험, 지각된 건강상태, 우울은 전기여성노인과 후기여성노인 모두에서 우울위험군에 속한 여성노인이 정상 군에 속한 여성노인보다 영양위험 군에 속하는 비율이 높았다. 영양위험도가 높을수록 우울정도가 높았으며, 건강상태를 나쁘게 지각할수록 영양위험 점수와 우울정

도가 높았다. 전기여성노인과 후기여성노인의 우울 영향요인은 지각된 건강상태, 영양위험도, 동거가족 수였다. 그 중 지각된 건강상태가 가장 높은 설명력을 가졌으며, 전기여성노인에서 후기여성노인보다 더 영향력이 큰 것으로 나타났다.

이상의 결과에서 저소득층 여성노인들의 우울은 지각된 건강상태를 증진시키고 영양위험도를 낮춤으로서 효과적으로 경감될 수 있음을 알 수 있었다. 그러나, 저소득층 여성노인들을 연령별 두 그룹으로 분류했을 때 영양위험도, 지각된 건강상태, 우울정도와 우울 영향요인이 다르게 나타났으므로 노인건강 관리자는 저소득층 여성노인의 우울 영향요인들을 우울예방 프로그램에 포함시킬 때 연령별 영향요인을 고려하여 효과적인 우울예방 및 치료에 적극 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

참고문헌

1. Lee TW, Ko IS, Lee KJ, Kang KH. Health Status, Health perception and health promotion behaviors of low-income community dwelling elderly. *J Korean Acad Nurs* 2005;35(2):252-261 (Korean)
2. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. Statistical yearbook of health and welfare 2007. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2008
3. Shin KR, Kim JS, Sung MS. Factors influencing health promoting behavior of the low-income elderly women in urban. *J Korean Acad of Adult Nurs* 2007;19(5):819-828 (Korean)
4. An JY, Tak YR. Depressive symptoms and related risk factors in old and oldest-old elderly people with arthritis. *J Korean Acad Nurs* 2010;39(1):72-83 (Korean)
5. Sung KW, Kim MH. Self-care behaviors and depressive symptoms of low-income elderly women with hypertension. *J Korean Acad Nurs* 2008;38(4):593-602 (Korean)
6. Korea National Statistical Office. Statistics in elderly 2010, [cited 2011 October 19]. Available from URL http://kosis.kr/common/meta_onedepth.jsp?vwcd=MT_CTITLE&listid=MT_CTITLE_A
7. Korea Institute for Health and Social Affairs. National survey for the nutrition in 2007, [cited 2010 April 7], Available from URL http://www.mw.go.kr/front/mw_sch/index.jsp?coll=ALL&query=2010%B3%E2+%B1%B9%B9%CE%B0%C7%B0%AD%BF%B5%BE%E7%C1%B6%BB%E7
8. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nursing Practice* 2006;12:110-118
9. Choi YJ, Park YS, Kim C, Chang YK. Evaluation of functional ability and nutritional risk according to self-rated health (SRH) of the elderly in Seoul and Kyunggi-do. *Korean Nutr Soc* 2004;37:223-235 (Korean)
10. Furman EF. Undernutrition in older adults across the continuum of care: nutritional assessment, barriers, and interventions. *J Gerontol Nurs* 2006;32(1):22-27
11. Jung YM. Kim JH. Comparison of cognitive levels, nutritional status, depression in the elderly according to living situations. *J Korean Acad Nurs* 2004;34(3):495-503 (Korean)
12. Park, JK, Son SM. Anthropometric and biochemical indicators and related factors for the community dwelling elderly living alone. *Korean J Community Nutr* 2003;8(5):716-725 (Korean)
13. Minardi HA, Blanchard M. Older people with depression: pilot study.*JAN* 2004;46(1):23-32
14. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in chronic major

and double depression. *J Affect Disord* 2000;60:1-11

15. Park YH, Suh EE. The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *J Korean Acad Nurs* 2008;37(6):941-948 (Korean)
16. Lee MS. Factors influencing health care needs of solitude elderly. *J Korean Acad Nurs* 2003;33(6):812-819 (Korean)
17. Lee MS, Lim HJ. Factors related to health promoting behaviors of young-old and old-old elderly in rural areas. *J Agr Med & Community Health* 2010;35(4):370-382 (Korean)
18. Choi YH. A Study on depression, sleep and fatigue in younger and older elders. *J Korean Acad of Commu Health Nurs* 2007;18(2):223-231 (Korean)
19. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, critique and utilization. Philadelphia, Saunders Company, 1987
20. Kim, KN, Hyun TS, Lee JW. Development of a simple screening test for identifying Korean elderly at risk of undernutrition. *Korean J Community nutrition*;2000;5(3): 475-483 (Korean)
21. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriental multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982;37(1):91-99
22. Sheikh, JI, Yesavage JA. A knowledge assessment test for geriatric psychiatry. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36(11): 1160-1166
23. Kee BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *J of Korean Neuropsychiat Asso* 1996;35:298-307 (Korean)
24. Han YR, Song MS, Lim JY. The effects of a cognitive enhancement group training program for community-dwelling elders. *J Korean Acad Nurs* 2010;40(5):724-735 (Korean)
25. Yim KS, Lee TY. Sociodemographic factors associated with nutrients intake of elderly in Korea. *Korean J Nutrition* 2004;37(3): 210-222 (Korean)
26. Kim YY, Lee HO, Chang R, Choue R. A study on the food habits, nutrient intake and the disease distribution in the elderly (aged over 65 years). *Korean J Community Nutrition* 2002;7(4):516-526 (Korean)
27. Neno R, Neno M. Promoting a healthy diet for older people in the community. *Nurs Stand* 2006;20(29):59-65
28. Kim CK.. The Relationship of family support, health perception, nutritional status and depression in elders. *J Korean Gerontol Nurs* 2007;9(1):14-21 (Korean)
29. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L, Jeesen F, Maier W, Fuchs A. et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affec Disord* 2008;111:153-163
30. Bonin-Guillaume S, Hasbroucq T, Blin O. Psychomotor retardation associated to depression differs from that of normal aging. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2008;6:137-144
31. Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: The role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(11):1087-1094