



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의학 박사학위 논문

노인 남녀의 우울증상과 인지장애의
관련 요인

아주대학교 대학원

의학과/의학전공

이영희

노인 남녀의 우울증상과 인지장애의 관련 요인

지도교수 이 윤 환

이 논문을 의학 박사학위 논문으로 제출함.

2011년 8월

아주대학교 대학원

의학과/의학전공

이 영 희

이영희의 의학 박사학위 논문을
인준함.

심사위원장 전 기 홍 인

심사위원 이 윤 환 인

심사위원 이 경 종 인

심사위원 이 순 영 인

심사위원 고 정 은 인

아주대학교 대학원

2011년 6월 23일

감사의 글

벽찬 가슴으로 아주대학교 의과대학 예방의학교실의 문을 두드리던 때가 얼마 되지 않은 것 같은데 강산도 변한다는 10년이라는 시간이 지나 이렇게 감사의 글을 쓰게 되어 감회가 깊습니다.

인생을 살면서 여러 가지 인연을 만들어 가지만 가족이나 스승과 제자 사이는 하늘이 이어준 참으로 고마운 인연이라 생각합니다.

많이 부족한 제자를 예방의학이 무엇인지 학문적인 성장을 갖게 됨은 시작부터 끝까지 훌륭하신 전기홍 교수님이 지도와 도움 덕분이라 생각하면서 깊은 감사의 마음을 드립니다.

오늘의 제가 있기까지 박사과정 동안, 너무나도 부족한 제자를 주제와 제목 선정에서부터 모든 진행 과정 동안 격려와 인내로 지도 해주신 평생의 잊지 못할 스승님이신 이운환 지도교수님께 머리 숙여 마음깊이 감사를 드립니다. 또한 항상 따뜻한 마음으로 예리한 분석력으로 지도해주시는 이순영 교수님, 논문의 이론적 기틀에 대해 상세히 지도해주시고 논리적 안목을 키워주신 이경중 교수님께도 깊은 감사를 드립니다. 학창시절부터 지금까지 저의 삶에 큰 스승님 이셨고, 어머니처럼 넓은 가슴으로 보듬아 주시고 이끌어 주셨던 고정은 교수님! 아마 교수님이 아니었다면 어려운 고비가 있을 때 마다 그 힘든 시간을 이겨내지 못했을 겁니다. 교수님 감사합니다.

10년의 학위과정에 마침표를 찍을 수 있도록 이끌어 주시고, 강단에 설수 있게 해주신 동남보건대학의 이희자 이사장님과 학장님께도 머리 숙여 깊은 감사를 드립니다.

새학기 시작마다 졸업 못하고도 부끄러운 줄 모르던 부족한 저를 안타까운 눈으로 바라보시며 따뜻한 마음을 전해 주셔서 뜨거운 감동을 받았습니다. 감사합니다, 전화연 교수님. 인생에서 어려운 일 있을 때 마다 한결같이 믿어주시고 아낌없는 격려와 사랑 보내주신 조영임 교수님, 감사합니다. 바쁘신 중에도 방으로 불려 강의록까지 손수 챙겨주시며 기회를 만들어 주시는 김연숙 도서관장님, 감사합니다, 더욱 건강 하세요. 포기하고 싶을 때마다 누구나 겪는 어려움이라시며 남모르게 자신감을 불려 넣어주시는 든든한 박경은 교수님, 감사합니다. 어두운 곳에서 헤매고 있을 때 친히 손잡아 이끌어 주시는 김순오 학과장님, 감사합니다.

공부 시작하기 오래전부터 항상 지켜봐 주어서 너무나 고마운 옥이언니, 퇴근

길 항상 맛있는 걸 사들고 오시던 사랑이 많으신 아빠, 최선을 다해 뒷바라지 해주시는 엄마, 올바른 길로 항상 이끌어 주시는 시아버지, 항상 며느리 편에 서주시는 시어머니, 말하지 않아도 느낄 수 있는 내 동생 승우, 언니 같은 맘으로 항상 도움 주는 사랑하는 동생 은연에게도 고마운 마음을 전합니다.

묵묵하지만 언제나 든든한 내편인 남편과 엄마가 가장 사랑하는 딸 혜리와 가장 사랑하는 아들 성혁이에게도 고마운 마음을 전하며 항상 행복하고 건강하기를 바랍니다.

앞으로 어떤 길이든 열심히 노력하고 학문에 정진하며 나보다 못한 사람들에게 여러분들께 받은 사랑을 평생 나누며 살겠습니다.

2011년 6월
이 영 희



노인 남녀의 우울증상과 인지장애의 관련요인 비교

본 연구는 65세 이상 도시지역 재가 노인을 대상으로 우울증상과 인지장애의 관련요인의 성별 차이를 파악하여 노인의 공동의 목표인 “활동적 노후(active aging)”를 달성하기 위한 바람직한 방향을 보건학적으로 논의하고자 안양시에 거주하는 65세 재가노인 1,298명을 대상으로 하였다. 우울증상과 인지장애에 대한 선별검사도구로는 Mini-Mental State Exam(MMSE-K)과 Geriatric Deression Scale(GDS)의 축약형(SGDS)을 각각 사용하였다. 주요 분석 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 남자노인의 우울증상에 의미 있는 변수로는 생활만족도, 주관적 건강상태, 운동, 요통, 신체기능(운동능력)이었다($P<.05$). 여자노인의 우울증상에 의미 있는 변수로는 평균 월수입, 생활만족도, 주관적 건강상태, 친구 이웃만나기, 운동여부, 요통 이었다($P<.05$).

둘째, 남자노인의 인지장애에 의미 있는 변수로는 유의한 변수가 없었고, 여자노인의 인지장애에 의미 있는 변수로는 연령, 평균월수입, 친구 이웃만나기, 뇌졸중, 백내장 이었다.

이상의 결과로 볼 때, 노인의 우울증상과 인지장애에 관한 요인의 성별차이를 고려할 필요가 있으며, 노인 정신건강증진 프로그램의 개발 필요성을 제안한다.

핵심어: 노인, 남녀, 우울증상, 인지장애

차 례

감사의 글	i
국문요약	iii
차례	iv
그림 차례	vii
표 차례	viii
I. 서론	1
A. 연구배경 및 필요성	1
B. 연구의 목적	3
C. 이론적 배경(문헌고찰)	3
1. 노인의 우울증상	3
1. 노인의 인지기능장애	5
II. 연구대상 및 방법	8
A. 연구 설계	8
B. 조사 대상 및 조사 방법	9
C. 연구 변수	10
D. 분석 방법	11
III. 연구 결과	16
A. 조사 대상자의 특성	16
1. 인구 사회학적 특성	16
2. 가족구성원 및 사회적 활동특성	18
3. 건강증진행위	20
4. 만성질환 유병상태	21
5. 기능적 건강상태(신체기능수준)	23
6. 우울증상과 인지기능	24

B. 이변량 분석	
1. 우울증상에 관한 이변량 분석	24
2. 인지장애에 관한 이변량 분석	29
C. 다변량 분석	
1. 노인의 우울증상과 인지장애 관련요인 : 로지스틱 회귀분석	35
2. 성별에 따른 우울증상 관련요인 : 로지스틱 회귀분석	37
3. 성별에 따른 인지장애 관련요인 : 로지스틱 회귀분석	39
IV. 고 찰	40
A. 우울증상	40
B. 인지장애	45
V. 연구의 제한점	48
VI. 결 론	48
참고문헌	50
ABSTRACT	61

그림 차례

Fig. 1. 조사 대상 추출과정 9

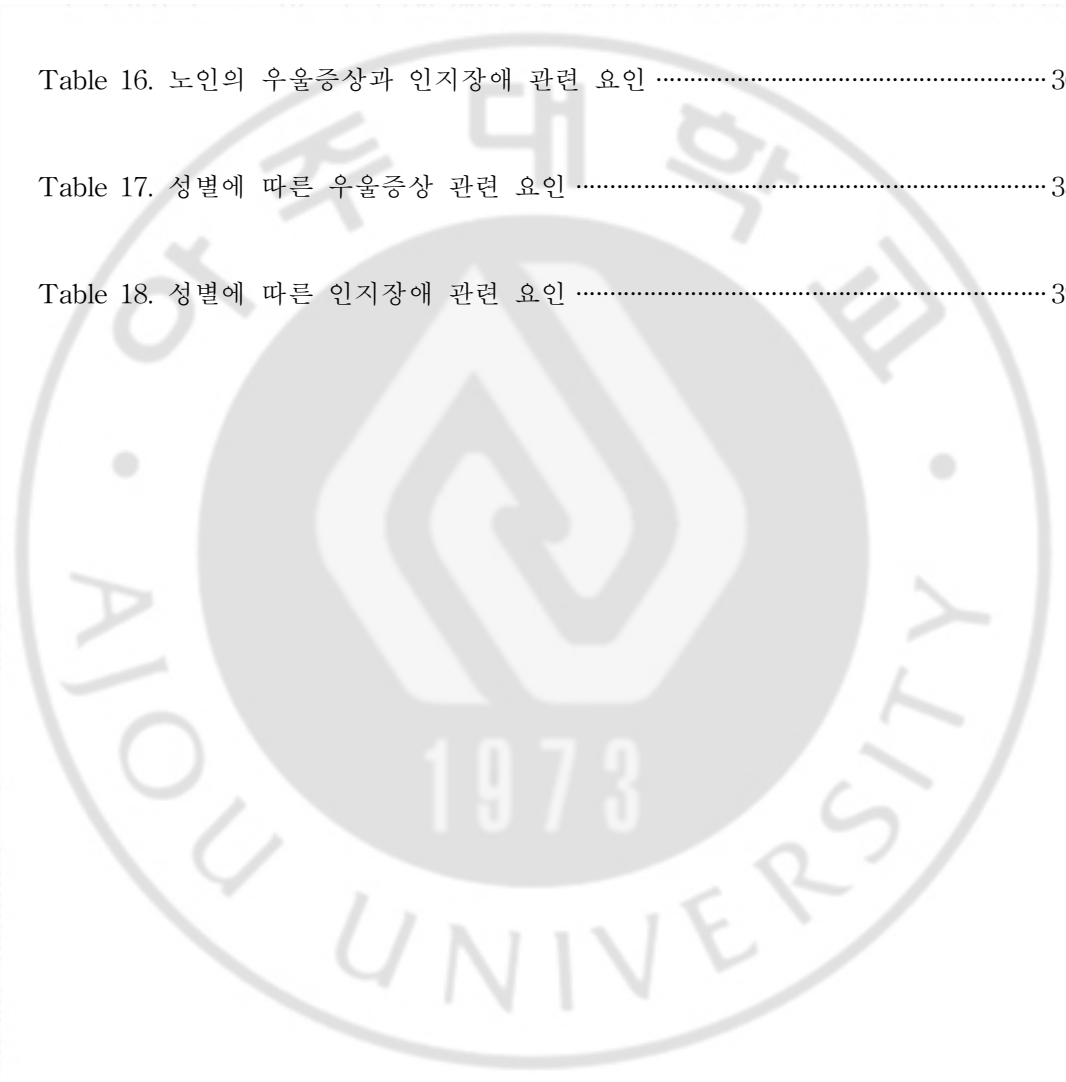
Fig. 2. 연구의 틀 10



표 차례

Table 1. 연구변수	14
Table 2. 인구사회학적 특성	17
Table 3. 가족 구성원 및 사회적 활동 특성	19
Table 4. 건강증진행위	20
Table 5. 만성질환 유병상태	22
Table 6. 기능적 건강상태	23
Table 7. 우울증상과 인지장애	24
Table 8. 우울증상과 인구사회학적 특성의 관련성	25
Table 9. 우울증상과 가족구성원 및 사회적 활동특성의 관련성	26
Table 10. 우울증상과 건강증진행위의 관련성	27
Table 11-1. 우울증상과 신체기능	28
Table 11-2. 우울증상과 만성질환 유병상태와의 관련성	29
Table 12. 인지장애와 인구 사회학적 특성의 관련성	30
Table 13. 인지장애와 가족형태 및 사회적 활동 특성과의 관련성	31

Table 14. 인지장애와 건강증진행위의 관련성	32
Table 15-1. 인지장애와 신체기능	33
Table 15-2. 인지장애와 만성질환 유병상태와의 관련성	34
Table 16. 노인의 우울증상과 인지장애 관련 요인	36
Table 17. 성별에 따른 우울증상 관련 요인	38
Table 18. 성별에 따른 인지장애 관련 요인	39



I. 서 론

A. 연구배경 및 필요성

우리나라는 2010년 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비중은 11.0%이며, 고령화는 매우 빠른 속도로 진전되고 있어, 2018년에는 노인 인구비율이 14.3%로 증가할 예정이다(통계청, 2010). 이와 같은 급속한 인구고령화로 2009년 건강보험의 65세 이상 노인 의료비는 12조 391억원으로 전체 의료비의 30.5%를 차지하였는데, 이는 전년도에 비해 14.8% 증가한 것이다(건강보험심사평가원, 2010). 이런 노인 의료비의 상당 부분을 노인의 주요 정신장애인 우울증상과 인지장애가 차지하고 있어 사회적으로도 복지와 의료부담 문제 등을 초래할 것이다(정경희, 1998).

노인 우울증상은 연령의 증가와 함께 오는 신체적 허약감 보다는 개인적으로 겪는 정신적, 사회적 스트레스가 적응능력의 균형을 잃게 했을 때 발현빈도를 증가시킨다고 하였고(Jarivik, 1976), 노화현상과 더불어 죽음에 대한 반응은 다른 연령군보다 불안이나 우울을 심화할 것으로 보았다(Erikson, 1963). 특히, 우울증은 치료하지 않으면 자살에 이를 수 있어 생명에 큰 위협을 줄 수 있는 질환으로 사회적 관심의 대상이 되고 있다(보건복지부, 2008). 우리나라의 경우 65세 이상 노인들의 우울장애 유병률은 12.1%(남자 7.5%, 여자 15.3%)로 성별에 따른 우울장애는 여자가 남자의 2배에 달하는데 성별에 따른 유병률의 차이만큼 우울증상의 관련 요인도 다른 문제를 초래할 것이다(황보영과 함정오, 2007).

또 다른 노인 문제로 치매 유병률은 11.3%으로, 성별로 보면 남자가 7.2%, 여자가 15.4%라고 보고된 바 있으며(박종환 등, 1991), 이정애와 정향균(1993)의 연구 보고에 의하면 중증 인지 장애율은 60세 이상의 전체 노인들 중 14.9%로서 남자 6.4%, 여자 21.7%이며, 연령별 인지기능 장애정도는 남녀 모두에게 연령이 증가할수록 중증 인지기능 장애자의 비율은 급격히 증가하며, 증가추세는 남자보다 여자가 더 심하다고 하였다(이삼순과 이경은, 1999). 노인성 치매는 대표적인 신경정신 질환으로 기억력, 판단력, 집행능력을 비롯한 인지기능의 저하, 다양한 행동, 정신증상, 기본적인 일상생활의 장애와 운동기능의 저하와 만성화로 인해 가족의 부양부담은 물론 사회적인 문제로 중요하게 부각되고 있다(오병훈, 2002).

또한 치매환자는 환자 본인 뿐 아니라 보호자에게도 막대한 정신적, 육체적, 경제적 부담을 일으키며, 국가적인 차원에서도 환자에게 소요되는 의료비용이 상당하다. 최근에 시행된 전국규모의 치매역학조사에서 치매 환자 보호자 4명 중 3명은 심각한 정신적, 경제적 및 신체적 부담을 경험하고 있으며, 치매 환자 1명을 돌보는데 연 564만원을 지출하고 있는 것으로 보고되었다(조맹제 등, 1998).

그 동안 노년기에 심각한 영향을 미치는 우울증상과 인지장애에 대한 관련요인에 대한 연구가 진행되어 왔다. 그러나 기존의 연구(김성원 등, 1998 ; 박종한 등, 1991; 신철호 등, 1994; 신창규, 1997; 성기월, 1999; 이삼순과 이경은, 1999; 이영수, 2002; 이정애와 정향균, 1993; 오병훈, 2002; Blazer, 1990; Cobb 등, 1995; Grossberg, 1988; Khan 등, 1993; Migliorelli, 1995; Milinsky, 1987; Pozzi, 1995; Raskind, 1993; Weiner 등, 1994; Williamson 등, 1992)는 노인 전체를 대상으로 한 연구가 대부분으로 성별 우울증상과 인지장애의 관련요인에 대한 연구는 매우 드물다.

한편 우울증상과 인지장애의 관련요인에 대하여 성별 차이를 분석한 일부 연구가 있으나 일치된 결론을 보이고 있지 않았다. 우울증상에 관한 연구로는 고희남 등(2001)의 연구에서 여성노인에게 더 높은 우울감이 나타남을 알 수 있었고, 학력이 낮은 경우, 몸이 불편할 시 도움을 줄 사람이 없을 때, 대화상대자가 없을 때 우울증상이 높게 나타났고, 남자노인은 학력이 낮은 경우에만 우울증상이 높았다. 차승은과 한경혜(2002)는 여성의 경우 우울과 같은 정서적 부적응을 심리적 반응으로 표현하는 반면, 남성은 동일한 문제에도 약물이나 흡연, 음주 행동으로 해소하는 경향이 있다고 하였다. 안은경(2009)은 우울 관련 요인으로 여자는 나이, 결혼유무, 종교, 학력, 경제활동, 인지기능, 음주에 영향을 받는다고 하였고, 남자는 결혼유무, 자산, 인지기능, 친밀한 사람과 연락, 질병과 통증 개수, ADL에 의해 우울증상이 변화한다고 하였다.

인지장애에 관한 연구로 김상윤(2003)은 인지기능에 대한 성별에 의한 차이는 여자에 비해 남자에게서 발생률이 더 높다고 하였고, 반면 고승아 등(2007)은 인지장애가 여자에게 2배 정도 더 많이 발생하는데 그 이유는 여성 호르몬의 영향과 남성에 비해 평균수명이 길고, 낮은 교육수준 및 사회활동을 하기 때문이라고 하였다. 우종인 등(1996)은 무학에서 중졸이상으로 갈수록 남녀 간의 인지기능 평균점수 차이가 3점에서 1점미만 으로 줄어 국졸 미만의 저학력군에서는 남녀 간의 차이가 크

나, 국졸 이상의 학력군에서는 남녀 간의 차이가 없다고 하였는데 이는 교육수준이 높을수록 인지기능 점수가 높다는 최근의 연구를 반영하고 있다.

B. 연구의 목적

이 연구의 목적은 지역사회 노인의 우울증상과 인지장애의 관련요인의 성별 차이를 파악함으로써 노인정신보건을 위한 정책수립과 우선순위 선정에 필요한 기초 자료를 제공하는데 있다.

이 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인의 인구사회학적 특성, 건강관련요인, 우울증상 및 인지장애의 성별 분포를 파악한다.

둘째, 노인의 우울증상 및 인지장애의 성별 관련요인을 분석한다.

셋째, 노인의 인구사회학적 특성, 건강관련요인을 통제된 상태에서 우울증상 및 인지장애에 독립적인 영향을 미치는 성별 주요 관련요인을 구명한다.

C. 이론적 배경 (문헌고찰)

1. 노인의 우울증상

우울은 흔히 일상생활에서의 슬픈 감정 상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명되고, 또한 우울은 자책과 관련된 자긍심의 저하, 정신운동기능의 지연, 때때로 죽고 싶어 하는 마음 등으로 인한 슬픔, 외로움 같은 기분의 변화로 특징 지워지는 병적인 상태이다(Friedman, 1974).

우울증은 생리학적 측면에서 볼 때 에너지, 흥미, 성욕, 자기신뢰의 감소, 식욕과 체중감소, 장 기능의 저하, 수면장애, 심장리듬의 변화, 활동 및 기분의 변화, 두통, 흉통, 불안과 긴장을 느끼며 기억력저하 및 자가 간호 수행 능력의 저하, 사회적 관계 저하, 자살기도 등의 증상을 나타낸다(Baldessarini, 1983).

Berkman 등(1986)의 연구에 의하면 미국의 한 지역의 역학조사에서 65세 이상 노인의 15%가 우울 증세를 보였으며, Blazer 등(1987)의 연구에서는 노인거주시설 거주자 중 우울의심 환자군을 26%로 보고하였다. 국내에서는 오병훈 등(1999)의 연구에서는 GDS-K를 사용했을 때 우울의심군은 10%였고, 조맹제 등(1998)의 연구에서는 SGDS ≤ 10 을 기준으로 우울증상의 유병률은 15.8%였고, 우종인 등(1996)의 연구에서는 건강검진센터를 방문한 65세 이상 노인의 50.9%가 우울노인으로 분류되었다.

노년기의 우울의 원인은 아직 확실하게 알려지지 않았으나 유전적 소인과 직업, 소득원, 신체적 건강과 기능이 상실됨에 따라 발생하는 것으로 추정되며(Gomerz와 Gomez, 1993), 우울의 정서적 기제를 조절하는 두뇌 부위로는 전두엽과 피질하부를 연결 하는 회로에서 담당하는 것으로 보고 있다(Mayberg, 1994).

Baldwin과 Tomenson(1995)은 우울증의 조기 발병군은 유전성이 큰 반면, 노인에서는 뇌혈관장애 등 생물학적 원인이 크다고 하였다. Kalayam 등(1995)도 노인우울증 환자에서 청각결함이 더 많은 것은 망상성 우울에 연관된 생물학적 기능의 장애를 시사한다고 하였다.

Rabins(1996)는 노년기 우울증의 원인 중 상당한 부분이 신체질환이나 약물부작용 때문인 것으로 알려져 있고 중추신경계질환으로 중풍, 파킨슨씨병, 알츠하이머 병 환자의 20-50%가 우울증을 동반하고 있다고 하였다.

노인의 우울증상의 관련요인으로 대부분의 연구(고현남 등, 2001; 김정현, 2004; 김현숙과 김희영, 2007; Kate Walters, 2004)에서 성별이 우울과 유의한 변수로 보고되었는데 노인성별에 따른 인구사회학적 관련요인을 포함한 연구로는 이삼순과 이경은(1999)의 연구에서 남자는 생활비 만족도가 떨어질 때 우울증상과 유의한 결과를 나타냈고, 여자는 학력이 낮고, 생활비 만족도가 떨어지고, 배우자가 없을 때를 우울관련 요인으로 보았다. 또, 고현남 등(2001)의 연구에서 여성노인이 남성노인보다 더 우울감이 높다고 하였다. 남자노인은 연령이 우울증상과 가장 유의한 변수였고, 여자 노인의 경우는 생활비 만족도가 가장 유의한 변수라는 결과가 나와 우울증상은 성별에 따른 관련요인의 차이를 보였다. 안은경(2009)의 연구에서 남자노인은 결혼안한 경우, 자산이 하위인 경우 우울증상과 유의하게 높았고, 여자노인은 85세 이상, 결혼 안했을 때 유의한 결과를 보였다.

노인의 성별 우울증상과 가족형태 및 사회적 활동변수의 관련요인을 살펴보면

이영자와 김태현(1999)은 여자노인에 있어 우울 생활사건 수가 증가함에 따라 친척이나 친구와의 접촉 수준이 감소하게 되어 우울하게 되는 경향이 더 높다고 하였다. 이삼순과 이경은(1999)은 여자노인에 있어 대화상대가 없을 때 우울증상과 유의한 결과를 보인 반면, 고현남 등(2001)은 남자노인이 대화상대 없을 때 우울증상과 유의하였다. 안은경(2009)의 연구에서는 남녀 모두 친밀한 사람과 연락이 뜸한 경우에 우울증상이 높게 나타났다.

노인의 성별 우울증상과 건강증진행위 관련요인으로는 안은경(2009)의 연구에서는 남자 노인은 평소 음주 하는 군이 유의하게 높았고, 여자노인은 비흡연자에 비해 과거와 현재 흡연자에게 유의하게 높았다. 지각한 건강상태는 이삼순과 이경은(1999)과 고현남 등(2001)의 연구에서 남녀 모두 지각한 건강상태가 나쁠 때 우울증상과 유의한 결과를 나타냈다.

노인의 성별 우울증상과 신체기능, 만성질환 유병상태 관련요인으로는 이삼순과 이경은(1999)의 연구에서 여자노인의 경우 3개월 동안 지속된 질병 있을 때를 우울 관련 요인으로 보았고, 고현남 등(2001)의 연구에서도 마찬가지로 여자노인에게 지난 보름간의 투병 경험 여부가 유의하였고, 남자노인은 몸이 불편한 경우에 유의하였다. 이인정(2007)의 연구에 의하면 남자노인은 기능손상정도에 따른 우울감의 차이가 컸으며, 여자노인은 만성질환의 정도에 따라 우울증상이 커짐을 알 수 있었다. 하지만 질환에 따른 우울증상을 세분화 하지 않아 만성질환의 유병상태 및 신체기능을 포함한 연구가 필요한 실정이다.

2. 노인의 인지기능장애

인지기능이란 지능을 말하며 학자에 따라 다르게 표현되어 오고 있어 인지기능이라 하기도 하고 지능이라 하기도 한다. 인지기능에는 대체로 지남력, 기억력, 판단력, 주의력, 계산 능력, 언어능력 등이 포함되고 인지기능의 변화를 동반하는 요인으로는 연령, 교육 수준, 역할 수행정도, 불안 수준 등이 있다(성기월, 1997)

노인에게 있어 인지기능 상태는 매우 취약한 부분이며, 행동과 사고를 제약하는 중요한 요인이 되고 있다. 이런 노인들에게 주로 발생할 수 있는 기억력, 언어장애, 지남력(Orientation)을 중심으로 한 조유향과 윤현숙의 연구(1988)에서 보면 노인의 기억력은 전반적으로 양호하다고 할 수 있지만 1/4정도의 노인들이 자주 잃어버리

는 일상생활상의 문제가 있거나 기억력 상실이 심한 것으로 나타나 장애요인이 되고 있음을 알 수 있다(조현건, 1996).

노인성 질환 중 치매는 우리 사회에서 심각한 사회문제로 대두되었고, 치매의 특성상 유병 기간이 매우 길고, 기능의 지속적인 감퇴로 의존성이 높으며, 문제행동의 출현으로 가족 구성원이 돌보기에는 정신적, 육체적 고통이 심하고 또한 재정적 부담도 감당하기가 쉽지 않다. 이에 더하여 우리 사회의 가족구조와 주거환경의 변화도 치매환자의 부양가족에게 어려움을 가중시키고 있다(Beck와 Shue, 1994).

이정희(1995)의 연구에 의하면 노인성 치매는 나이가 들면 필수불가결하게 동반되는 상태라는 개념에서부터 발전되어 정상적인 노화과정에서 오는 기억력 및 정신기능의 감퇴와 구별되는 특별한 질병의 개념으로 받아들여야만 한다고 하였다.

특히 MMSE 점수가 뇌조직의 신경세포 시냅스 말단의 소실정도와 역 상관관계를 보인다는 연구결과와 관련하여 교육의 효과가 이러한 신경 세포 시냅스 밀도를 증가시켜 알츠하이머 치매의 발병을 4-5년 늦춘다는 가설이 제기되고 있다(Katzman, 1993). 또한 Tomlinson(1972)은 연령에 따른 대뇌의 대표적인 퇴행성 변화 중 노인반, 신경섬유 뭉침, 과립 공포성 변성 등이 연령과 함께 매우 완만하게 증가하다가 70세 이후에는 급격히 증가한다는 사실을 제시하여 인지장애의 장애율이 70세 이후에 급격히 증가할 수 있는 가능성을 시사하였다(이정애와 정향균, 1993).

조광석(2001)의 연구에서 노년기에 인지적 능력의 쇠퇴를 막기 위한 개입으로 타인들과 언어적 상호작용을 촉진하는 규칙적인 기회를 가질 것, 기억이 감퇴하는 것을 막기 위해 책이나 논문의 개요를 작성해 보는 것, 아이디어가 떠올랐을 때 즉시 행동에 옮기는 것을 제시했다.

노인의 인지장애와 인구사회학적 특성 관련 요인을 본 연구는 농촌지역 노인을 대상으로 한 김혜원(2010)의 연구에서 인지기능은 남자(20.91점)가 여자(18.9점)보다 더 높다고 해석하였는데 이는 남녀 간의 생물학적 근거에 의한 것이라기보다 남녀의 사회학적인 역할의 차이로 설명하고 있다. 다른 선행연구(김지애, 2009; 김치영, 2006; 이윤희, 2004; 하은호, 2010)도 남자에 비해 여자가 인지장애가 높게 나와 성별이 인지장애와의 관련요인으로 유의하였다. 반면, 우종인 등(1996)의 연구에서 성별에는 차이가 없었는데 남성들은 교육을 받지 않아도 사회활동을 통해 간접교육을 받을 수 있는 기회가 있고, 이것은 인지기능 평가에 영향을 줄 수 있음을 시사하고 있으며, 사회활동의 규칙적인 참여는 더 좋은 인지기능을 유지할 수 있다고 하였다.

노인의 인지장애와 가족 형태와 사회적 활동 관련 요인에 관한 연구를 살펴보면 조유향(2000)의 연구에서 남녀모두 사회적 지지가 높을수록 인지장애가 낮은 것으로 보여졌다. 김범경(2002)은 남편과 친구, 이웃, 지역사회, 공공기관 등은 인지기능에 긍정적 영향을 미치는 대표적 지지자원으로 이 중 필요할 때 도움을 청할 수 있는 대상을 남편으로 간주하는 것으로 나타났다.

노인의 인지장애와 건강증진 행위 관련요인에 관한 연구를 살펴보면 음주와 흡연이 인지장애와 관련요인으로 유의하였는데 Wang과 Preston(2009)이 타이완에서 10년간에 걸친 코호트 연구에서 과거나 현재 흡연을 하는 사람들이 전혀 흡연 경험이 없는 사람들에 비해 인지장애 발병률이 낮게 나타났다고 보고하였다. 이는 담배 속에 있는 니코틴이 알츠하이머형 치매환자의 정보처리과정과 주의력을 향상시켜 치매 예방효과가 있을 것이라는 Newhouse 등(1988)의 연구결과를 뒷받침하고 있다.

노인의 인지장애와 만성질환 유병상태 및 기능적 건강상태 관련요인에 관한 연구를 살펴보면 Wang과 Preston(2009)은 질병의 복합 이환 됐을 때, 신체기능이 떨어질 때, 우울증상이 있을 때 인지장애가 유의하게 높았는데 이는 오은아 등(2007)이 K-ADL과 K-IADL을 이용하여 일상생활능력 변화와 인지기능과의 관계를 조사하였는 때 인지장애가 심해질수록 대부분의 도구적 일상생활능력이 함께 저하되는 한편 경도의 치매 수준에 이르면 많은 일상생활기능이 저하된다는 결과와 일치하였다.

대부분의 선행연구(김지애, 2009; 김치영, 2006; 김혜원, 2010; 이윤희, 2004; 하은호, 2010; Wang과 Preston, 2009)에 의하면 노인에게 높은 유병률을 보이는 인지장애에 관련요인으로 성별이 중요한 변수로 유의하게 보고되었는데 반면, 노인을 성별로 구분하여 인지장애 관련 요인을 본 연구는 찾아보기 힘들었다. 따라서 본 연구에서는 노인을 성별로 구분하여 인구사회학적, 가족형태 및 사회적 활동, 건강증진행위, 만성질환 유병상태 및 기능적 건강상태의 변수로 분류하여 관련요인을 파악해 보는 연구가 필요하다고 본다.

II. 연구 대상 및 방법

A. 연구 설계

본 연구는 노인을 대상으로 성별에 따른 우울증상과 인지기능을 알아보기 위하여 안양시 노인건강 실태 조사 자료를 이용하였다.

B. 조사 대상 및 조사 방법

본 연구는 경기도 안양시에서 실시한 2003년 안양시 노인건강실태조사 자료를 사용하였다(안양시, 2003). 이 조사에서는 2002년 10월 1일부터 12월 6일까지 약 2개월 동안 안양시에 거주하는 65세 이상 재가 노인을 대상으로 신체기능정도, 우울증상과 인지장애를 파악하고 이들의 생활기능상태와의 관련성을 알아보기 위하여 설문조사를 실시하였다. 표본 추출은 이들 노인 31,875명을 대상으로 연령과 성별로 2원 층화 무작위 추출을 하였다. 각층(연령층, 성별 셀)의 추출방법은 안양시의 구별, 동별로 층화하여 계통추출 함으로써 대표성 있는 표본이 추출되도록 하였다.

표본의 크기는 1차 표본으로 선정된 1,784명중 사망(16명), 전출(83명), 주소불명(35명), 거주지다중(40명), 입원(23명)등 197명을 제외한 1,587명이 조사 대상자이었으며 거부(109명), 장기출타(84명), 5회 이상 방문 후에도 소재가 확인되지 않는 소재미확인(96명)의 무응답으로 인하여 총 유효 표본이 크기는 1,298명이었다(응답률: 81.8%).

조사방법은 2일간의 설문조사 교육을 받은 9명의 조사원이 노인 가구를 방문하여 일대일 면접조사를 통하여 이루어졌다.

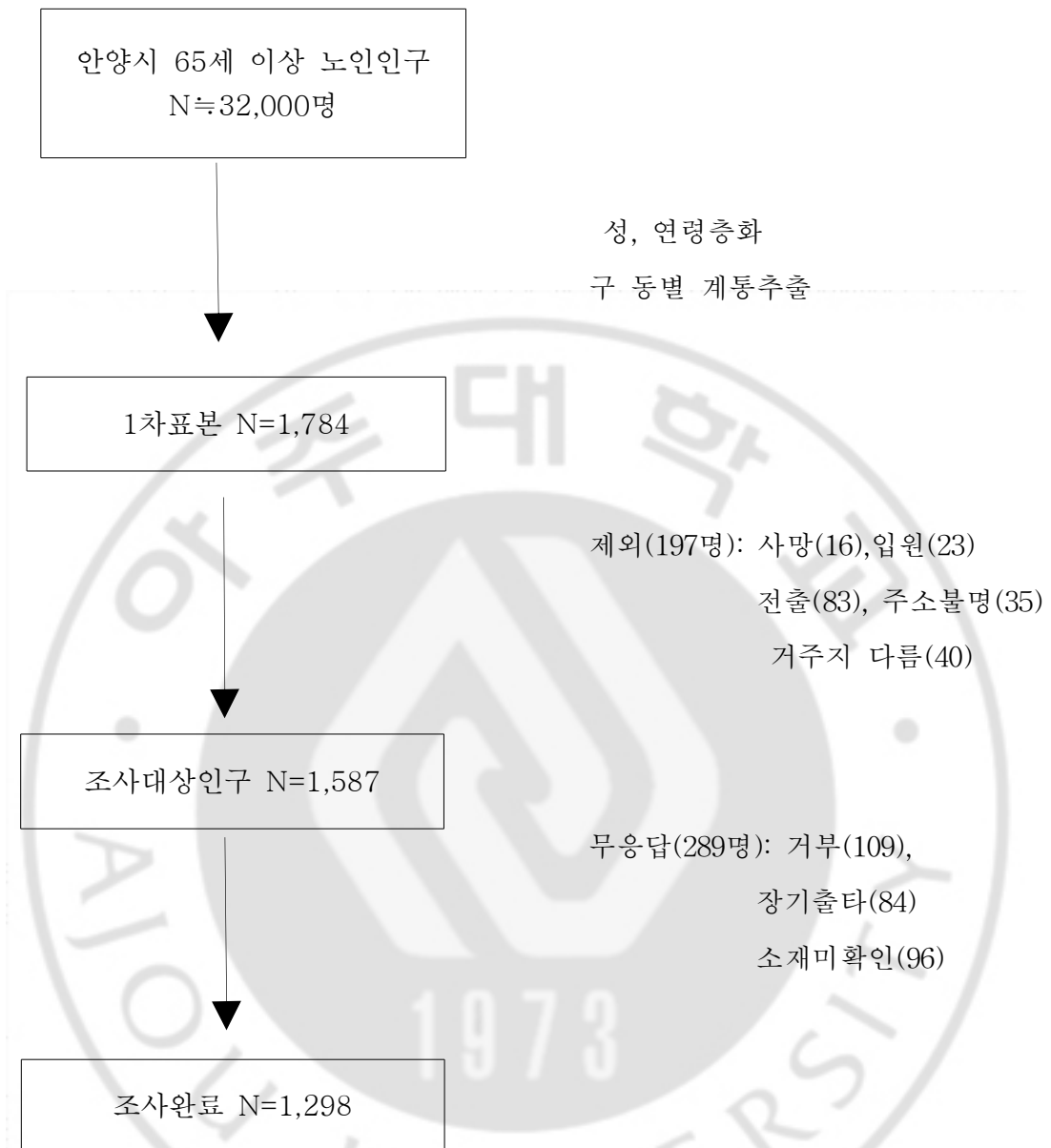


Fig. 1. 조사대상 추출과정.

B. 연구변수

본 연구의 종속변수는 우울증상과 인지장애이며 독립변수는 신체기능이고 이밖에 인구사회학적 변수, 가족구성원과 사회적 활동변수, 건강증진행위 기타 보정변수로 하여 종속변수와 독립변수와의 상호 관련성을 분석하였다. 각 변수들에 대한 설명은 다음과 같이 제시하였으며 변수들에 대한 측정방법은 다음과 같다.

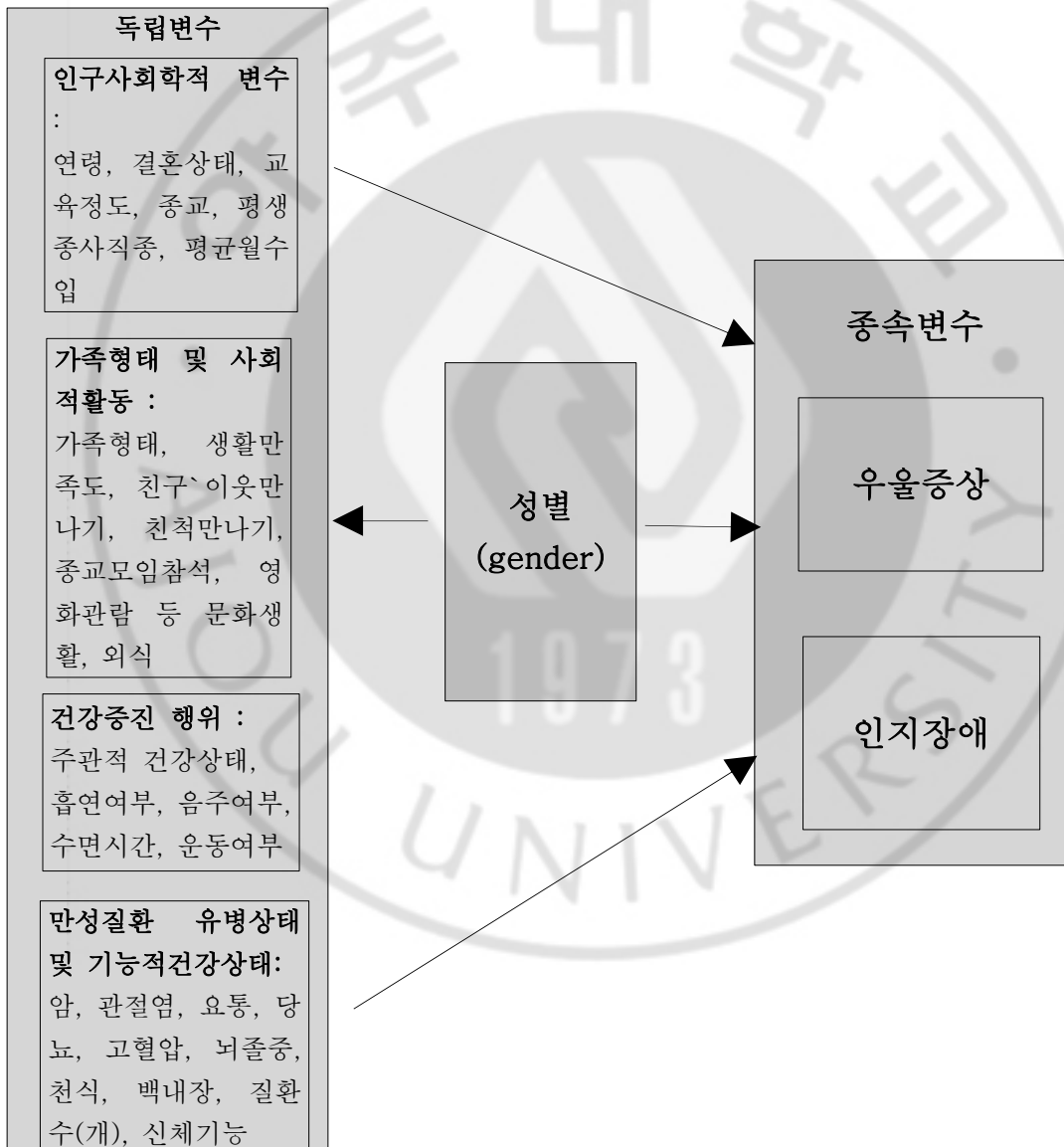


Fig 2. 연구의 틀

1. 종속변수

가. 우울증상 측정변수

노인의 우울척도는 Cronbach's alpha 값 0.94로 신뢰도가 매우 높은 Yeasavage 등(1983)이 개발한 Geriatric Depression Scale(GDS)의 축약형(SGDS) 한국어판으로 총 30문항이다(조맹제 등, 1998). 우울증의 선별조사도구로서 임상연구에서는 주요 우울증 진단을 위해 특이도를 감안하여 민감도를 최대한 높일 수 있는 적합한 절단점으로 8점을 제시하고 있으나, ROC 상에는 10점이 적합한 것으로 나왔다. 본 연구에서는 민감도와 예민도가 동시에 가장 높은 10점을 절단점으로 사용하였다.

나. 인지장애 측정변수

본 연구에서는 Folstein과 McHugh(1975)가 제작한 Mini-Mental State Examination을 박종한과 권용철(1989)이 우리나라 노인들에게 사용하기 위해 부분적으로 수정, 보완하고 각 문항들을 표준화하여 만든 Korean Version of Mini-Mental State Examination(MMSE-K)으로 조사하였다.

MMSE-K는 시간에 대한 지남력 5점, 장소에 대한 지남력 5점, 기억등록 3점, 기억회상 3점, 주의 집중 및 계산 5점, 언어기능 7점, 이해 및 판단 2점으로 합계는 30점이며, 교육유무에 따른 교정이 있다.

인지장애 정도는 선행연구(박종한과 권용철, 1989)에 따라 MMSE-K 점수 19점 이하를 인지장애로 구분하였다.

2. 독립변수

가. 사회 경제적 변수

선행 연구에 의하면 개인의 특성은 노인의 신체기능에 밀접하게 연관되어 있었다. 보통 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 직업, 경제상태, 종교, 거주지 등이 관련되어

있었는데 본 연구에서는 도시 지역 노인을 대상으로 하였으므로 이중 거주지를 제외한 나머지 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 과거 직업, 월소득, 종교만을 사용하여 신체기능과의 연관성을 분석하였다.

나. 가족구성원 및 사회적 활동변수

가족구성원과 사회적 활동변수는 기능적 구조적 특성을 가진다. 기능성 특성은 사회적 지지에 의해 제공되는 물질적 도움과 서비스. 정서적지지, 충고, 지도, 칭찬 등을 모두 포함하는데 본 연구에서는 걱정거리나 문제점을 토로할 수 있는 가까운 친구나 이웃이 있는지 여부로 질문된 정서적 지지만을 측정하였다. 구조적 특성은 크기, 빈도, 거리, 밀도 그리고 복잡성 등 다양한 방법으로 측정되고 있는데 본 연구에서는 크기와 빈도만을 측정하였다. 크기로는 가족구성원을 측정하였으며, 빈도로는 친구, 이웃, 친척과의 접촉빈도와 종교 모임과, 영화등 사회적 활동 참석빈도와 외식하기를 측정하였다.

다. 건강증진행위 변수

건강증진행위와 관련된 인지적각 요인은 변화될 수 있는 가능성을 가지고 있는 부분이기 때문에 중요한데 김춘길과 노유자(1995)의 연구에서 교육정도, 인지된 건강상태, 자존감 등이 대상자 자신이 보고한 건강증진적인 생활습관의 실천과 상관관계가 있다고 보고하였다.

건강증진행위를 한다는 것은 스스로 자기 건강의 중요성을 인식하고, 건강관리 능력을 기르는 것이라고 할 수 있으며, 개인의 태도변화를 통한 생활양식의 변화를 일으키는 것이며(Allen과 Blazer, 1986), 건강증진 행위의 구성요소로 자아실현, 건강책임, 영양관리, 운동, 대인관계, 스트레스로 보았다(Walker 등, 1987). 건강증진행위와 신체기능과 정신기능 간에는 선행연구(김숙영, 2003; 신현선, 2007; 은영과 구미옥, 1999; 전은영과 서부덕, 2004; Walker 등, 1987)에 의하면 상호 인과관계를 설정할 수 있을 정도로 밀접한 관련이 있었다. 본 연구에서는 선행연구에서 유의하다고 나타난 주관적 건강상태, 흡연여부, 음주여부, 운동여부, 수면시간을 측정하였다.

라. 만성질환 유병상태 변수와 신체기능 변수

대다수의 노인은 만성질환을 지니고 있는 것으로 알려져 있다. 만성질환은 치료가 어렵고 대부분 퇴행성 난치병으로 신체활동의 저하를 초래하여 장기요양의 수요를 증가시킨다. 선행연구에서 보면 근 골격계, 심혈관계, 소화기계, 호흡기계, 내분기계 등에 걸쳐 각종 만성퇴행성 질환의 단일 유병률 뿐만 아니라 복합이환율(comorbidity)이 높은 것으로 조사 되었다. 또한 노인의 정신기능에도 많은 영향으로 파악되었다. 본 연구에서는 고혈압, 관절염, 백내장, 당뇨, 소화장애, 요통의 6대 만성질환을 측정하였다. 복합이환 상태인 경우를 고려해 개인의 만성질환의 수를 조사하였다.

노인의 신체적 기능상태의 평가와 관련해서 이윤환(2001)이 개발한 지역사회노인의 신체기준 평가도구(Physical Functioning, PF)로 Cronbach's alpha값은 0.92로 내적일치도가 높은 척도를 사용하였다. 신체기능(Physical Functioning, PF)척도는 총 10개의 문항으로 운동능력과 자기 돌봄에 관하여 각각 5개 항목씩 배정되었다. 운동능력 중 3개 문항은 하지운동을, 2개 문항은 상지운동능력을 측정한다. 자기 돌봄 중 3개 문항은 ADL, 2개 문항은 IADL에 해당한다. 구체적인 항목은 다음과 같다.

운동능력(Mobility)은 운동장 한바퀴(400m)정도 걷기, 계단을 쉬지 않고 10계단씩 오르기, 몸을 구부리거나, 쭈그리고 앉거나, 무릎을 꿇기, 머리보다 높은 곳에 있는 것을 손을 뻗어서 닿게 하기, 쌀 1말(8kg)정도의 물건을 들어 올리거나 옮기기이고, 자기 돌봄(Self-care)은 목욕이나 샤워하기, 옷 갈아입기, 의자에서 일어났다가 앉거나 자리에서 일어났다가 눕기, 일상생활용품이나 약 사러가기, 버스나 지하철 이용하기이다.

PF척도 계산법은 크게 전체 점수와 2개의 영역별 점수로 계산된다. PF(전체)는 전 항목(1-10)을 포함하며, PF 운동능력(Mobility)은 문항 1에서 5까지, PF 자기 돌봄(Self-care)은 문항 6에서 10까지를 사용하여 계산한다. 각 문항의 점수(0-3)를 더한 총점을 문항수로 나눈 후 다시 응답 최고점수인 3으로 나눈다. 이 점수에 100을 곱함으로써 총점이 100점이 되도록 하였다. 즉, 총점이 100에 근접할수록 기능상태가 양호한 것을 의미한다.

Table 1. 연구 변수

변수 구분	변수명	조사대상자 특성	이변량&다변량분석시 변경변수
1)인구사회학적 특성			
	연령	65-69, 70-74, 75-79, 80세 이상	65-74, 75세 이상
	결혼상태	유배우, 사별	
	교육정도	무학, 초·중졸, 고졸 이상	
	종교	불교, 기독교, 천주교, 없음	
	평생종사직종	임금근로자, 비임금근로자, 무직	
	평균월수입	20만원미만, 20-99만원, 100만원이상	
2)가족형태 및 사회적활동			
	가족형태	독거, 노인부부, 자녀와 동거, 기타	독거가족, 동거가족
	생활만족도	불만족, 만족	
	친구·이웃만나기	무, 유	
	친척만나기	무, 유	
	종교모임참석	무, 유	
	여가(영화관람 등 문화생활)	무, 유	
	외식	무, 유	
3)건강증진행위			
	주관적 건강상태	좋다, 보통, 나쁘다	좋다, 나쁘다
	흡연여부	현재흡연, 과거흡연, 비흡연	유, 무
	음주여부	현재음주, 과거음주, 비음주	유, 무
	수면시간	6시간미만, 9시간초과, 6-9시간	
	운동여부	안한다, 한다	
4)만성질환 유병상태 및 기능적건강상태 (신체기능수준)			
	암,	유, 무	
	관절염,	유, 무	
	요통,	유, 무	
	당뇨,	유, 무	
	고혈압,	유, 무	
	뇌졸중,	유, 무	
	천식,	유, 무	
	백내장,	유, 무	
	질환수(개)	0개, 1개, 2개 이상	
	신체기능	0-100점	

C. 분석방법

수집된 자료는 SPSS/Win 18.0을 이용하여 통계처리하였다.

대상자의 일반적 특성, 인지기능과 우울 정도는 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 이용하였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 신체기능, 우울증상과 인지장애는 Chi-square, t-test를 이용하였다.

대상자의 성별에 따른 일반적 특성과 신체기능, 우울증상과 인지장애간의 관련 있는 변수를 확인하기 위해 이변량 분석을 실시하고, 이중 통계적으로 유의한 ($P < .05$) 변수와 전체 노인을 대상으로 우울증상과 인지장애에 유의한 관련 변수를 독립변수로 투입하여 다변량 로지스틱 회귀분석(Multiple logistic regression analysis)을 실시하였다.

분석틀에서 제시한 사회 경제적 변수, 가족 구성원과 사회적 활동변수, 건강증진 행위변수를 대표하는 독립변수들을 분석에 포함하였으며, 오즈비(odds ratio)와 95% 신뢰구간에서의 오즈비 범위를 제시하였다.

III. 연구 결과

A. 조사대상자의 특성

1. 인구사회학적 특성

연구대상 노인의 인구 사회학적 특성은 <Table 2>와 같다. 연령은 80세 이상이 남자의 경우 55명(10.8%)이었고, 여자는 118명(15.2%)으로 여자가 고령자가 많았다 ($P<.01$). 결혼 상태는 사별이 남자의 경우 55명(10.7%)로 나타난 반면에 여자의 경우는 489명(64.6%)로 높게 차지했다($P<.001$) 교육정도는 남자의 경우 고졸이상이 386명(49.3%)으로 가장 많았고, 반면 여자는 초등학교 졸 및 중졸이 386명(49.3%)로 가장 많아서 남자의 교육수준이 더 높았다($P<.001$). 직업은 자영업이 176명(34.5%)로 가장 많았고, 무직이 22명(4.3%)인 반면 여자는 무직이 500명(65.1%)이 가장 많았고, 자영업이 61명(7.9%)으로 남자가 더 많이 직업을 갖고 있었다($P<.001$). 평균 수입은 남자의 경우 20-99만원이 241명(46.8%)로 가장 많았고 여자의 경우 20만원 미만이 381명(48.6%)로 가장 많아 남자의 평균수입이 더 많았다($P<.001$).

Table 2. 인구사회학적 특성

구분	남자 N(%)	여자 N(%)	X ²
연령(세)			
65-69	225(44.7)	286(36.5)	12.64**
70-74	148(29.7)	223(29.5)	
75-79	71(14.8)	139(18.8)	
≥ 80	55(10.8)	118(15.2)	
결혼상태			
유배우	459(89.3)	276(35.4)	369.1***
사별	55(10.7)	489(64.6)	
교육정도			
무학	43(4.1)	320(42.9)	355.57***
초등졸, 중졸	240(46.6)	386(49.3)	
고졸 이상	386(49.3)	74(7.8)	
종교			61.60***
불교	121(24.7)	231(29.3)	
기독교	109(21.3)	225(28.7)	
천주교	58(11.5)	122(16.6)	
없음	213(42.5)	191(25.4)	
평생종사직종			
임금근로자	253(49.5)	101(13.1)	576.28***
비임금근로자	236(46.2)	178(21.8)	
무직	22(4.3)	500(65.1)	
평균월수입(만원)			
20 >	110(21.4)	381(48.6)	169.04***
20-99	241(46.8)	287(36.7)	
≥ 100	164(31.8)	115(14.7)	

** p<.01

***p<.001

2. 가족구성원 및 사회적 활동 특성

연구대상 노인의 가족구성원 및 사회적 활동 특성은 <Table 3>과 같다. 성별로 구분해 보면 가족형태는 남자의 경우 자녀와 동거가 248명(48.2%)으로 나타났고, 여자의 경우는 자녀와 동거가 480명(61.3%)으로 나타나 여자의 경우가 자녀와 동거하는 가족형태가 더 많았다($P<.001$). 생활만족도는 남자의 경우 만족한다가 350명(68.0%)인 반면, 여자의 경우 만족한다가 455명(58.1%)으로 나타나 남자의 생활만족도가 여자보다 더 높았다($P<.01$). 친구와 이웃 만난다가 남자의 경우 444명(86.2%)이고, 여자의 경우는 607명(77.5%)로 남자가 더 많이 사교생활을 하고 있었다($P<.001$). 친척만나기는 남자의 경우 만난다가 404명(78.6%)이고 여자의 경우는 만난다가 521명(66.3%)으로 남자가 더 많이 친척을 만나고 있었다($P<.001$). 종교모임 참석은 남자의 경우 참석하지 않는다가 304(59.8%)로 가장 높았고, 반면에 여자의 경우 참석한다가 418명(53.6%)으로 종교모임의 참석은 남자보다 여자가 더 많이 하였다($P<.001$). 영화 관람등 문화생활의 경우 하지 않는다가 남자는 448명(88.2%)로 높았고, 여자의 경우 735명(94.9%)으로 높았다($P<.001$). 외식한다가 남자의 경우 318명(62.7%)로 높은 반면, 여자의 경우 외식한다가 349명(45.1%)로 남자가 여자에 비해 외식을 많이 하였다($P<.001$).

Table 3. 가족구성원 및 사회적 활동 특성

구분	남자 N(%)	여자 N(%)	χ^2
가족형태			
독거 가족	17(3.3)	116(14.8)	126.26***
노인 부부	229(44.5)	147(18.8)	
자녀와 동거	248(48.2)	480(61.3)	
기 타	21(4.0)	40(5.1)	
생활만족도			
불만족	165(32.0)	359(45.9)	12.23**
만족	350(68.0)	455(58.1)	
친구, 이웃만나기			
무유	67(13.8)	168(22.5)	15.13***
유	444(86.2)	607(77.5)	
친척만나기			
무유	109(21.4)	248(31.7)	18.53***
유	404(78.6)	521(66.3)	
종교모임참석			
무유	304(59.8)	354(46.4)	24.75***
유	202(40.2)	418(53.6)	
여가			
무유	448(87.0)	735(93.9)	18.88***
유	61(11.8)	41(5.2)	
외식			
무유	186(36.3)	406(54.9)	34.52***
유	318(62.7)	349(45.1)	

** p<.01

***p<.001

3. 건강증진행위

연구대상 노인의 건강증진행위는 <Table 4>와 같다. 대상자의 주관적 건강상태는 남자의 경우 좋다가 337명(65.4%)으로 높았고, 여자의 경우는 좋다가 404명(51.6%)로 나타나 남자가 주관적 건강상태가 더 좋았다($P<.001$). 흡연여부는 남자의 경우 흡연경험이 없음이 168명(32.6%)이고, 반면에 여자의 경우 흡연경험이 없음이 691명(88.4%)로 나타나, 남자가 여자보다 흡연을 많이 하고 있었다($P<.001$). 음주여부는 남자의 경우 음주경험이 없음이 166명(32.3%)인 반면, 여자의 경우 664명(84.8%)으로 남성이 더 많이 음주하고 있었다($P<.001$). 수면시간은 남자의 경우 6-9시간이 426명(82.8%)이고, 여자의 경우 6-9시간 수면한다가 589명(75.4%)이었다($P<.001$). 운동여부는 남자의 경우 운동한다가 286명(55.8%)인 반면, 여자의 경우 운동한다가 275명(35.3%)로 여자에 비해 남자가 더 많이 운동하고 있었다($P<.001$).

Table 4. 건강증진행위

구분	남자 N(%)	여자 N(%)	χ^2
주관적 건강상태			
좋다	337(65.4)	404(51.6)	41.26***
보통	44(8.5)	86(11.0)	
나쁘다	134(26.1)	293(37.4)	
흡연여부			
현재 흡연자	172(33.4)	57(7.3)	145.58***
과거 흡연자	175(34.0)	34(4.3)	
비 흡연자	168(32.6)	691(88.4)	
음주여부			
현재 음주자	255(49.5)	94(12.4)	221.91***
과거 음주자	93(18.1)	22(2.8)	
비 음주자	166(32.3)	664(84.8)	
수면시간(시간)			
<6, >9	8.8(17.2)	193(34.6)	10.43***
6 - 9	426(82.8)	589(75.4)	
운동여부			
안한다	227(44.2)	505(64.7)	52.91***
한다	286(55.8)	275(35.3)	

*** $p<.001$

4. 만성질환 유병상태

관절염 있는 남자가 90명(17.5%)인, 반면에 여자의 경우는 399명(51.0%)로 나타나 남자에 비해 여자가 관절염이 많이 이환되어 있음을 알 수 있었다($P<.001$). 요통 있다가 남자의 경우 51명(9.9%)로 나타났으나 여자의 경우 130명(16.6%)로 남자에 비해 여자가 요통을 많이 호소하고 있었다($P<.001$). 당뇨 있다는 남자는 63명(12.2%)로 나타났고, 여자의 경우 135명(17.2%)로 남자에 비해 여자가 당뇨에 더 많이 이환되어 있음을 알 수 있었다($P<.05$). 백내장에 이환되어 있는 남자의 경우 68명(13.2%)로 나타났고, 여자의 경우 148명(18.9%)로 여자가 남자보다 백내장에 더 많이 이환되어 있었다($P<.001$). 질환 수는 남자가 질환에 2개 이상 이환 되어 있다가 207명(40.2%)이고, 여자의 경우 473명(60.2%)로 여자가 남자보다 더 많은 질환에 이환되어 있었다($P<.001$).

Table 5. 만성질환 유병상태

구분	남자 N(%)	여자 N(%)	χ^2
암			
없다	493(95.7)	75.6(96.6)	0.78†
있다	22(4.3)	26(3.4)	
관절염			
없다	425(82.5)	383(48.9)	148.78***
있다	90(17.5)	399(51.1)	
요통			
없다	464(90.1)	652(83.4)	11.68***
있다	51(9.9)	130(16.6)	
당뇨			
없다	452(87.8)	647(82.6)	6.07*
있다	63(12.2)	135(17.4)	
고혈압			
없다	349(67.8)	497(63.5)	2.42†
있다	16.6(32.2)	285(36.5)	
뇌졸중			
없다	468(90.9)	727(92.8)	1.87†
있다	47(9.1)	55(7.0)	
천식			
없다	497(96.5)	741(94.6)	2.18†
있다	18(3.5)	41(5.4)	
백내장			
없다	447(86.8)	634(81.1)	7.32***
있다	68(13.2)	148(18.9)	
질환수(개)			
0	147(28.5)	93(11.9)	79.81***
1	161(31.3)	218(27.9)	
2≤	207(40.2)	473(60.2)	

† p<.1, * p<.05, ***p<.001

5. 기능적 건강상태(신체기능수준)

연구대상 노인의 기능적 건강상태는 <Table 6>과 같다

PF척도를 적용하여 기능적 건강상태는 운동능력(Mobility)은 남자가 89.4점 ±20.8점이고, 여자가 76.3점±26.8점으로 남자가 운동능력이 높았고, 자기 돌봄(Self-care)은 남자가 95.4점±16.4점이고, 여자가 91.4점±19.4점으로 이 영역 역시 남자가 높게 측정되었다. PF(Total)은 남자가 84.0점±15.9점이고, 여자가 76.5점±19.3점으로 노인의 기능적 건강상태는 남자가 높았다(P<.001).

Table 6. 기능적 건강상태(신체기능수준)

	남자 (Mean±SD)	여자 (Mean±SD)	t
PF(Total)	84.0±15.9	76.5±19.3	7.37
PF(Mobility)	89.4±20.8	76.3±26.8	9.33
PF(Self-care)	95.4±16.4	91.4±19.4	3.84

Physical Function scores : 0-100 분포(높을수록 기능상태 양호)

PF(Mobility) : 신체기능 운동능력(Physical Functioning Mobility)

PF(Self-care) : 신체기능 자기돌봄 (Physical Functioning self-care)

p<.001

6. 우울증상과 인지장애

연구대상 노인의 우울증상과 인지장애는 <Table 7>과 같다. SGDS를 적용한 우울증상은 남자 36명(7.7%)이었고, 여자 92명(13.1%)으로 여자가 남자보다 더 우울하였다($P<.001$). MMSE-K를 적용한 남자의 인지장애는 장애가 11명(2.3%)이었고, 여자의 인지장애는 96명(13.7%)로 여자가 남자보다 인지장애가 많았다($P<.001$).

Table 7. 우울증상과 인지장애

	남자 N(%)	여자 N(%)	χ^2
우울 증상			
정 상	434(92.3)	612(86.9)	
우울증상*	36(7.7)	92(13.1)	8.48
인지 장애			
정 상	458(97.7)	607(86.3)	
장 애**	11(2.3)	96(13.7)	43.37

* SGDS ≥ 10 , ** MMSE-K ≤ 19 , $P<.001$

B. 이변량 분석

1. 우울증상에 관한 이변량 분석

가. 우울증상과 인구사회학적 특성의 관련성

인구사회학적 특성 중 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 교육정도, 종교, 평생 종사 직종, 평균월수입이었다($P < .05$). 교육정도의 경우 초중졸에서 우울증상의 분율이 가장 높았으며, 평생종사직종은 임금근로자인 경우, 평균월수입은 20만원 미만인 경우에 우울증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

여자의 경우 연령, 결혼상태, 교육정도, 평균월수입 정도가 우울증상과 유의한 변수였다($P < .01$)(Table 8). 연령이 높을수록, 결혼상태가 유배우일 때, 교육정도가 무학일 때, 평균월수입이 20만원 미만인 경우에 우울증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

Table 8. 우울증상과 인구사회학적 특성의 관련성

	남 자			여 자			N(%)
	정상	우울	P	정상	우울	P	
연령(세)							
65 - 74	313(74.3)	27 (79.4)	.51	421(70.6)	51 (56.0)		<.01
≥ 75	108(25.7)	7 (20.6)		175(29.4)	40 (44.0)		
결혼상태							
유배우	388(89.6)	30 (83.3)	.24	234(91.8)	366 (84.1)		<.01
사 별	45(10.4)	6 (16.7)		21(8.2)	69 (15.9)		
교육정도							
무 학	36(8.3)	3 (8.3)	.02	237(38.7)	49 (53.3)		<.01
초, 중 졸	191(44.0)	24 (66.7)		310(50.7)	40 (43.5)		
고졸 이상	207(47.7)	9 (25.0)		65(10.6)	3 (3.2)		
종 교							
불 교	105(24.2)	9 (25.0)	.05	182(29.7)	24 (26.1)		.79
기 독 교	93(21.4)	6 (16.7)		173(28.3)	30 (32.6)		
천 주 교	49(11.3)	2 (5.5)		100(16.3)	16 (17.4)		
무 교	187(43.1)	19 (52.8)		157(25.7)	22 (23.9)		
평생종사직종							
임금근로자	174(50.3)	18 (69.2)	.02	105(18.9)	15 (19.2)		.49
비임금근로자	170(49.1)	7 (27.0)		442(79.3)	63 (80.8)		
무 직	2(0.6)	1 (3.8)		10(1.8)	-		
평균월수입 (만원)							
< 20	72(16.6)	17 (47.2)	<.01	267(43.6)	62 (67.4)		<.01
20-99	213(49.1)	16 (44.4)		243(39.7)	26 (28.3)		
≥100	149(34.3)	3 (8.4)		102(16.7)	4 (4.3)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

나. 우울증상과 가족구성원 및 사회적 활동특성의 관련성

가족구성원 및 사회적 활동특성 중 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 생활 만족도, 친구, 이웃만나기, 친척만나기, 여가, 외식 항목 이었다 ($P<.05$). 생활만족도는 불만족한 경우에, 친구, 이웃만나기를 하는 경우에, 친척만나기 안하는 경우에, 영화관람 등의 문화생활(여가생활) 안하는 경우에, 외식 안하는 경우에 우울 증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

여자의 경우 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 가족형태, 생활 만족도, 친구, 이웃만나기, 친척만나기, 종교모임참석, 여가, 외식 항목 이었다 ($p<.01$)(Table 9). 가족형태는 동거가족일 때, 생활 만족도 불만족한 경우, 친구, 이웃만나기 할 때, 친척만나기 안 할 때, 종교모임참석 안 할 때, 영화관람 등의 문화생활(여가생활) 안하는 경우에, 외식 안하는 경우에서 우울 증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

Table 9. 우울증상과 가족구성원 및 사회적 활동특성의 관련성

	남 자			여 자			N(%)
	정상	우울	P	정상	우울	P	
가족 형태							
독거가족	196(46.8)	19 (55.6)	.30	130(25.0)	10 (13.7)		.03
동거가족	223(53.2)	15 (44.4)		389(75.0)	63 (86.3)		
생활 만족도							
불만족	89(20.6)	30 (83.3)	<.01	170(27.8)	81 (88.0)		<.01
만족	344(79.4)	6 (16.7)		441(72.2)	11 (12.0)		
친구,이웃만나기							
무	47(10.9)	12 (33.3)	<.01	102(16.7)	43 (48.3)		<.01
유	384(89.1)	24 (66.7)		509(83.3)	46 (51.7)		
친척만나기							
무	88(87.1)	345 (93.8)	.02	177(29.2)	51 (58.6)		<.01
유	13(12.9)	23 (6.2)		429(70.8)	36 (41.4)		
종교모임참석							
무	252(59.0)	26 (74.3)	.07	255(42.0)	53 (60.2)		<.01
유	175(41.0)	9 (25.7)		352(58.0)	35 (39.8)		
여 가							
무	373(86.9)	36 (100)	.02	573(93.9)	89 (100)		<.01
유	56(13.1)	-		37(6.1)	-		
외 식							
무	135(31.7)	31 (86.1)	<.01	291(48.7)	76 (85.4)		<.01
유	291(68.3)	5 (13.9)		307(51.3)	13 (14.6)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

다. 우울증상과 건강증진행위의 관련성

건강증진행위 중 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 주관적 건강상태, 음주여부, 수면시간, 운동여부 이었다($P<.01$). 주관적 건강상태 나쁠 때, 음주여부는 과거 음주자인 경우에, 수면시간이 6-9시간인 경우에, 운동 안하는 경우에 우울 증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

건강증진행위 중 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 여자의 경우 주관적 건강상태, 음주 여부, 흡연여부, 수면시간, 운동여부 이었다($P<.01$)(Table 10). 주관적 건강상태 나쁠 때, 음주여부 현재 음주자인 경우에, 흡연여부는 현재 흡연자인 경우, 수면시간이 6-9시간인 경우에, 운동 안하는 경우 우울 증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

Table 10. 우울증상과 건강증진행위의 관련성

		남 자(N=515)			여 자(N=783)			N(%)
		정상	우울	P	정상	우울	P	
주관적 건강 상태								
좋다	351(80.9)	6 (16.7)	<.01	423(69.1)	22 (23.9)	<.01		
나쁘다	83(19.1)	30 (83.3)		189(30.9)	70 (76.1)			
흡연 여부								
현재 흡연자	143(32.9)	9 (25.0)	.48	552(90.2)	77 (83.7)	.04		
과거 흡연자	149(34.4)	12 (33.3)		20(3.3)	6 (6.5)			
비 흡연자	142(32.7)	15 (41.7)		40(6.5)	9 (9.8)			
음주 여부								
현재 음주자	139(32.0)	11 (31.4)	<.01	517(84.6)	80 (87.9)	.04		
과거 음주자	72(16.6)	13 (37.2)		13(2.1)	5 (5.5)			
비 음주자	223(51.4)	11 (31.4)		81(13.3)	6 (6.6)			
수면 시간								
<6, >9	72(16.6)	13 (36.1)	<.01	146(23.9)	35 (38.0)	<.01		
6 - 9	361(83.4)	23 (63.9)		466(76.1)	57 (62.0)			
운동 여부								
안한다	268(61.8)	31 (88.6)	<.01	250(40.9)	79 (86.8)	<.01		
한다	166(38.2)	4 (11.4)		361(59.1)	12 (13.2)			

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

라. 우울증상과 만성질환 유병상태(신체기능포함)와의 관련성

만성질환 유병상태(신체기능포함)와 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 신체기능(운동)이 74.3 ± 27.2 , 여자가 59.4 ± 29.8 으로 남자가 상대적으로 높은 경향을 보였고, 신체기능(자기 돌봄)은 남자가 87.3 ± 25.4 , 여자가 83.5 ± 26.2 으로 우울증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다($P < .05$)(Table 11-1).

만성질환 유병상태와의 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 요통, 고혈압, 뇌졸중, 질환수이었다($P < .01$). 남자가 요통이 있는 경우에, 고혈압 있는 경우, 뇌졸중 있는 경우, 이환된 질환수가 2개 이상일 때 상대적으로 높은 경향을 보였다($P < .05$). 여자의 경우 유의한 관련성을 보인 변수로는 요통, 뇌졸중, 질환 수 이었다($P < .01$)(Table 11-2). 여자가 요통이 있는 경우에, 뇌졸중 있는 경우, 이환된 질환수가 2개 이상일 때 우울증상율이 상대적으로 높은 경향을 보였다($P < .05$).

Table 11-1. 우울증상과 신체기능

	남자 (Mean±SD)		여자 (Mean±SD)	
	정상	우울증상	정상	우울증상
PF(Total)	87.6 ± 9.3	73.6 ± 22.2	82.0 ± 13.0	65.2 ± 23.5
PF(Mobility)	94.3 ± 13.6	74.3 ± 27.2	84.0 ± 21.1	59.4 ± 29.8
PF(Self-care)	98.5 ± 8.7	87.3 ± 25.4	94.7 ± 11.4	83.5 ± 26.2

Physical Function scores : 0-100 분포(높을수록 기능상태 양호)

PF(Mobility) : 신체기능 운동능력(Physical Functioning Mobility)

PF(Self-care) : 신체기능 자기돌봄 (Physical Functioning self-care)

$P < .05$

Table 11-2. 우울증상과 만성질환 유병상태와의 관련성

		남 자(N=515)			여 자(N=783)			N(%)
		정상	우울	P	정상	우울	P	
압	없 다	415(95.6)	34 (94.4)	.74	591(96.6)	91 (98.9)	.22	
	있 다	19(4.4)	2 (5.6)		21(3.4)	1 (1.1)		
관 절 염	없 다	361(83.2)	26 (72.2)	.09	307(50.2)	39 (42.4)	.16	
	있 다	73(16.8)	10 (27.8)		305(49.8)	53 (57.6)		
요 통	없 다	395(91.0)	27 (75.0)	<.01	532(86.9)	62 (67.4)	<.01	
	있 다	39(9.0)	9 (25.0)		80(13.1)	30 (32.6)		
당 뇨	없 다	382(88.0)	31 (86.1)	.73	517(84.5)	74 (80.4)	.32	
	있 다	52(12.0)	5 (13.9)		95(15.5)	18 (19.6)		
고 혈 압	없 다	302(69.2)	16 (44.4)	<.01	384(62.7)	63 (68.5)	.28	
	있 다	132(30.4)	20 (55.6)		228(37.3)	29 (31.5)		
뇌 졸 증	없 다	405(93.3)	25 (69.4)	<.01	583(95.3)	76 (82.6)	<.01	
	있 다	29(6.7)	11 (30.6)		29(4.7)	16 (17.4)		
천 식	없 다	416(95.9)	36 (100)	.36	582(95.1)	85 (92.4)	.27	
	있 다	18(4.1)	-		30(4.9)	7 (7.6)		
백 내 장	없 다	374(86.2)	30 (83.3)	.63	500(81.7)	69 (75.0)	.12	
	있 다	60(13.8)	6 (16.7)		112(18.3)	23 (25.0)		
질 환 수(개)	0	128(29.5)	2 (5.5)	<.01	79(12.9)	6 (6.5)	.01	
	1	143(32.9)	6 (16.7)		183(29.9)	19 (20.7)		
	2≤	163(37.6)	28 (77.8)		350(57.2)	67 (72.8)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

2. 인지장애에 관한 이변량 분석

가 인지장애와 인구 사회학적 특성의 관련성

인구 사회학적 특성 중 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 평균월수입이 20만원 미만인 경우 인지장애율에 상대적으로 높은 경향을 보였고

(P=.04), 여자의 경우 연령, 결혼상태, 교육정도, 평생 종사 직종, 평균월수입 이었다 (P<.05)(Table 12), 연령이 높을수록, 결혼상태 유배우인 경우, 교육정도는 초, 중졸인 경우, 평생 종사 직종이 임금근로자인 경우, 평균월수입은 20만원 미만일 때 인지장애율이 상대적으로 높은 경향을 보였다(P<.05).

Table 12. 인지장애와 인구 사회학적 특성의 관련성

	남 자(N=507)			여 자(N=703)			N(%)
	정상	인지장애	P	정상	인지장애	P	
연령(세)							
65 - 74	333(75.2)	6 (54.5)	.12	438(74.2)	35 (36.5)	<.01	
≥ 75	110(24.8)	5 (45.5)		152(25.8)	61 (63.5)		
결혼상태							
유배우	406(88.8)	10 (90.9)	.82	237(40.0)	18 (18.8)	<.01	
사 별	51(11.2)	1 (9.1)		356(60.0)	78 (81.3)		
교육정도							
무 학	38(8.3)	1 (9.1)	.80	216(35.6)	69 (71.9)	<.01	
초, 중 졸	208(45.4)	6 (54.5)		326(53.7)	24 (25.0)		
고졸 이상	212(46.3)	4 (36.4)		65(10.7)	3 (3.1)		
종 교							
불 교	113(24.7)	-	.09	181(29.8)	25 (26.0)	.38	
기 독 교	96(21.0)	3 (27.3)		173(28.5)	29 (30.2)		
천 주 교	51(11.1)	-		104(17.1)	12 (12.5)		
무 교	198(43.2)	8 (72.7)		149(24.5)	30 (31.4)		
평생종사직종							
임금근로자	188(51.5)	5 (62.5)	.81	87(15.9)	33 (37.9)	<.01	
비임금근로자	174(47.7)	3 (37.5)		451(82.4)	52 (59.8)		
무 직	3(0.8)	-		9(1.6)	2 (2.3)		
평균월수입							
< 20	83(18.1)	5 (45.5)	.04	249(41.0)	79 (82.3)	<.01	
20-99	224(48.9)	5 (45.5)		255(42.0)	14 (14.6)		
≥100	151(33.0)	1 (9.0)		103(17.0)	3 (3.1)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

나. 인지장애와 가족형태 및 사회적 활동 특성과의 관련성

가족형태 및 사회적 활동특성과 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 생활만족도, 친구, 이웃만나기, 친척만나기, 종교모임참석, 외식 이었다 ($P<.05$). 생활만족도가 불만족한 경우에, 친구, 이웃만나기를 하는 경우에, 친척만나기 안하는 경우에, 종교모임참석 안 할 때, 외식 안하는 경우에서 인지장애율이 상대적으로 높은 경향을 보였다. 여자의 경우 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 가족 형태, 생활만족도, 친구, 이웃만나기, 친척만나기, 종교모임참석, 여가, 외식의 모든 항목 이었다($P<.01$)(Table 13). 생활만족도가 불만족한 경우에, 친구, 이웃만나기를 하는 경우에, 친척만나기 안하는 경우에, 종교모임참석 안 할 때, 영화관람 등의 문화생활(여가생활) 안하는 경우에, 외식 안하는 경우에서 인지장애율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

Table 13. 인지장애와 가족형태 및 사회적 활동 특성과의 관련성 N(%)

	남자(N=468)			여 자(N=703)		
	정상	인지장애	P	정상	인지장애	P
가족 형태						
독거가족	209(47.4)	5 (45.5)	.89	132(26.1)	8 (9.2)	<.01
동거가족	232(52.6)	6 (54.5)		373(73.9)	79 (90.8)	
생활 만족도						
불만족	110(24.1)	8 (72.7)	<.01	197(32.5)	53 (56.4)	<.01
만 족	347(75.9)	3 (27.3)		410(67.5)	41 (43.6)	
친구,이웃만나기						
무	53(11.6)	5 (45.5)	<.01	107(17.9)	39 (41.9)	<.01
유	402(88.4)	6 (54.5)		499(82.3)	54 (58.1)	
친척만나기						
무	95(20.8)	7 (63.6)	<.01	186(31.0)	41 (44.6)	.01
유	362(79.2)	4 (36.4)		414(69.0)	51 (55.4)	
종교모임참석						
무	268(59.6)	10 (90.9)	.03	253(41.9)	56 (62.2)	<.01
유	182(40.4)	1 (9.1)		351(58.1)	34 (37.8)	
여 가						
무	397(87.6)	11 (100.0)	.21	568(93.9)	93 (100.0)	.01
유	56(12.4)	-		37(6.1)	-	
외 식						
무	156(34.7)	10 (90.9)	<.01	292(49.2)	73 (78.5)	<.01
유	294(65.3)	1 (9.1)		301(50.8)	20 (21.5)	

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

다. 인지장애와 건강증진행위의 관련성

건강증진행위 중 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우가 이었다($P < .01$). 여자의 건강증진행위 중 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 흡연여부, 운동여부 이었다($P < .01$). 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우, 흡연여부는 현재 흡연자인 경우, 운동여부는 운동 하는 경우에 인지장애율이 높은 경향을 보였다.

Table 14. 인지장애와 건강증진행위의 관련성

	남 자(N=469)			여 자(N=703)			N(%)
	정상	인지장애	P	정상	인지장애	P	
주관적 건강상태							
좋 다	354(77.3)	2 (18.2)	<.01	403(66.2)	42 (44.2)	<.01	
나쁘다	104(22.7)	9 (81.8)		205(33.8)	53 (55.8)		
흡연 여부							
현재 흡연자	148(32.3)	4 (36.4)	.90	557(91.8)	71 (74.0)	<.01	
과거 흡연자	156(34.1)	4 (36.4)		16(2.0)	9 (9.4)		
비 흡연자	154(33.6)	3 (27.3)		34(5.6)	16 (16.7)		
음주 여부							
현재 음주자	147(32.1)	4 (40.0)	.40	517(85.3)	79 (83.2)	.20	
과거 음주자	81(17.7)	3 (30.0)		13(2.1)	5 (5.3)		
비 음주자	230(50.2)	3 (30.0)		76(12.5)	11 (11.6)		
수면 시간							
<6, >9	81(17.7)	3 (27.3)	.41	159(26.2)	22 (22.9)	.49	
6 - 9	376(82.3)	8 (72.7)		448(73.8)	74 (77.1)		
운동 여부							
안한다	269(58.7)	3 (30.0)	.06	247(40.8)	15 (15.8)	<.01	
한 다	189(41.3)	7 (70.0)		359(59.2)	80 (84.2)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

라. 인지장애와 만성질환 유병상태(신체기능 포함)와의 관련성

신체기능(운동능력)과 인지장애 관련성은 남자의 경우 인지장애 군에서 46.1±29.4, 장애가 없는 경우 91.5±17.2이었고, 여자의 경우 인지장애군은 49.9±31.1, 정상은 81.3±22.8 로 남녀 모두 인지장애군이 정상군에 비해 신체기능(운동능력)상태가 낮은 상태로 보였다 신체기능(자가돌봄)과 인지장애 관련성은 남자의 경우 인지장애가 있는 군에서 54.5±35.9, 장애가 없는 정상군은 97.2±11.8이었고, 여자의 경우 인지장애군은 74.2±30.4, 정상군은 95.2±12.7으로 남녀 모두 인지장애군이 정상군에 비해 신체기능(자가돌봄)상태가 낮았다.

만성질환 유병상태와 인지장애와의 관련성은 뇌졸중 유병율은 남자 경우 인지장애가 있는 군에서 45.4%, 정상군 7.6%이었고, 여자의 경우 인지장애가 있는 군은 15.6%, 정상군은 4.9%로 남녀 모두 인지장애가 있는 군에서 뇌졸중 유병율이 정상군에 비해 유의하게 높았다(P<.01)(Table 15-2).

Table 15-1. 인지장애와 신체기능

	남자(Mean±SD)		여자(Mean±SD)	
	정상	인지장애	정상	인지장애
PF(Total)	85.8±12.2	47.0±28.7	80.4±14.4	57.4±26.1
PF(Mobility)	91.5±17.2	46.1±29.4	81.3±22.8	49.9±31.1
PF(Self-care)	97.2±11.8	54.5±35.9	95.2±12.7	74.2±30.4

Physical Function scores : 0-100 분포(높을수록 기능상태 양호)

PF(Mobility) : 신체기능 운동능력(Physical Functioning Mobility)

PF(Self-care) : 신체기능 자기돌봄 (Physical Functioning self-care)

p<.050

Table 15-2. 인지장애와 만성질환 유병상태와의 관련성

		남 자(N=469)			여 자(N=703)			N(%)
		정상	인지장애	P	정상	인지장애	P	
암	없 다	438(95.6)	10 (90.9)	.45	588(96.9)	93 (96.9)	.99	
	있 다	20(4.4)	1 (9.1)		19(3.1)	3 (3.1)		
관 절 염	없 다	378(82.5)	8 (72.7)	.40	293(48.3)	53 (55.2)	.20	
	있 다	80(17.5)	3 (27.3)		314(51.7)	43 (44.8)		
요 통	없 다	412(90.0)	10 (90.9)	.91	516(85.0)	77 (80.2)	.22	
	있 다	46(10.0)	1 (9.1)		91(15.0)	19 (19.8)		
당 뇨	없 다	403(88.0)	9 (81.8)	.33	510(84.0)	81 (84.4)	.93	
	있 다	55(12.0)	2 (18.2)		97(16.0)	15 (15.6)		
고 혈 압	없 다	310(67.7)	7 (63.6)	.77	383(63.1)	63 (65.6)	.63	
	있 다	148(32.3)	4 (36.4)		224(36.9)	33 (34.4)		
뇌 졸 증	없 다	423(92.4)	6 (54.5)	<.01	576(95.1)	81 (84.4)	<.01	
	있 다	35(7.6)	5 (45.5)		30(4.9)	15 (15.6)		
천 식	없 다	440(96.1)	11 (100.0)	.50	577(95.1)	89 (92.7)	.33	
	있 다	18(3.9)	-		118(19.4)	7 (7.3)		
백 내 장	없 다	394(86.0)	9 (81.8)	.69	489(80.6)	79 (82.3)	.68	
	있 다	64(14.0)	2 (18.2)		118(19.4)	17 (17.7)		
질환수(개)	0	128(27.9)	2 (18.2)	.08	70(10.0)	15 (15.6)	.21	
	1	147(32.1)	1 (9.1)		180(39.1)	21 (21.9)		
	2≤	183(40.0)	8 (72.7)		357(50.9)	60 (62.5)		

* N수가 다소 차이가 나는 것은 missing(결측치)이 있기 때문이다

C. 다변량 분석

노인의 우울증상과 인지장애에 영향을 미치는 요인들이 성별로 어떤 차이가 있는지를 비교하기 위해서 전체노인을 대상으로 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 우울증상과 인지장애의 관련 있는 변수를 찾아내고, 앞서 이변량 분석을 통해 나온 성별에 따른 우울증상과 인지장애 관련변수를 넣어 남자와 여자 각각에 대해서 다변량 로지스틱 회귀분석을 통해서 살펴보았다.

1. 노인의 우울증상과 인지장애 관련 요인: 로지스틱 회귀분석

전체 노인의 우울증상에 유의한 관련성을 보인 변수로는 평균월수입, 생활만족도, 주관적 건강상태, 여가(영화관람 등 문화생활), 운동, 요통, 신체기능(운동능력)이었다($P < .05$). 전체우울증상과 평균월수입의 관계를 보면 월수입이 20만원 미만인 경우는 월수입이 100만원 이상일 때의 2.78배이다. 월수입이 20-99만원일 때 우울증상이 발현할 가능성은 3.63배로 즉, 월수입이 높은 것에 비해 낮을수록 우울증상이 높았다. 생활만족도는 만족 할 때에 비해 불만족 할 때 오즈비가 7.56로 우울증상은 생활만족도 불만족 할 때 7.56배 높았다. 주관적 건강상태는 나쁠 때에 비해 좋을 때의 오즈비가 .32으로 우울증상은 주관적 건강상태가 나쁠 때에 더 높게 나타났다. 여가생활(영화관람 등의 문화생활) 할 때에 비해 여가생활 안할 때 오즈비가 5.46으로 우울증상은 여가생활 안 할 때 5.46배 더 높았다. 운동은 안할 때에 비해 할 때 오즈비가 .38로 우울증상은 운동 안 할 때가 할 때에 비해 높았다. 요통은 요통이 있는 경우에 비해 요통이 없는 경우의 오즈비가 .23로 우울증상은 요통이 있을 때 더 높았다. 신체기능(운동능력)은 높을 때 비해 낮을 때 오즈비가 .02로 즉, 신체기능(운동능력)이 낮을수록 상대적으로 우울증상율이 더 높았다.

전체 노인의 인지장애와 유의한 관련성을 보인 변수로는 성별, 연령, 친구 이웃 만나기, 주관적 건강상태, 뇌졸중, 백내장 항목이 상대적으로 높은 경향을 보였다($P < .05$). 성별은 여자에 비해 남자($OR = .11$, $95\% \text{ CI} = .03-.44$)가 인지장애가 낮았다. 즉, 여자가 인지장애가 나타날 가능성이 높았다. 연령이 65-74세 인 군에 비해 75세 이상 일 때 오즈비가 2.41로 인지장애가 2.4배 높았다. 즉, 연령이 높아질수록 인지장애가 나타날 가능성이 높았다. 친구 이웃만나기하는 군에 비해 안하는 군의 오즈비가 3.11로 인지장애가 높았다. 이는 친구 이웃만나기 안하는 군에서 인지장애가 나타날 가능성이 3.1배 더 높았다. 주관적 건강상태는 나쁠 때에 비해 좋을 때 ($OR = .34$, $95\% \text{ CI} = .15-.76$)에 인지장애가 .34배 낮았다. 이는 주관적 건강상태가 나쁠 때 인지장애가 나타날 가능성이 상대적으로 높았다. 뇌졸중이 있는 군에 비해 없는 군($OR = .26$, $95\% \text{ CI} = .09-.74$)에서 인지기능이 낮았다. 이는 뇌졸중이 있는 경우에 인지장애가 나타날 가능성이 더 높았다. 백내장은 있는 경우에 비해 없는 경우의 오즈비가 .18로 인지장애가 낮았다. 즉, 백내장에 이환된 경우에 인지장애가 나타날 가능성이 높았다.

Table 16. 노인의 우울증상과 인지장애 관련요인

		우울증상				인지장애			
		Odds Ratio	95% 신뢰구간		P	Odds Ratio	95% 신뢰구간		P
			하한값	상한값			하한값	상한값	
성별	남	.59	.24	1.44	.25	.11	.03	.44	.00
연령	75세이상	1.39	.64	2.99	.39	2.41	1.23	4.73	.01
결혼	유배우	.71	.37	1.38	.31	.93	.39	2.20	.86
교육	무학	.44	.19	1.02	.06	.24	.05	1.11	.07
교육	초,중졸	.53	.25	1.09	.08	.55	.12	2.43	.43
종교	불교	.82	.43	1.57	.55	1.92	.79	4.70	.15
종교	기독교	.85	.39	1.82	.67	1.18	.43	3.21	.75
종교	천주교	1.14	.47	2.77	.77	2.89	.76	11.02	.12
평생직종	임금근로	1.45	.20	10.40	.71	1.15	.07	17.90	.92
평생직종	비임금	1.06	.15	7.40	.95	3.21	.22	47.80	.40
월수입	<20만원	2.78	1.20	6.41	.02	4.96	.85	28.75	.07
월수입	20-99만원	3.63	1.65	7.97	.00	2.87	.48	17.04	.24
가족형태	독거	.99	.31	2.89	.91	.23	.04	1.58	.14
생활불만족		7.56	4.67	12.24	.00	.85	.44	1.67	.64
친구이웃	무	1.69	.96	2.98	.07	3.11	1.37	7.07	.00
친척만나기	무	1.00	.59	1.71	.99	.81	.41	1.58	.54
종교모임	무	1.14	.60	2.17	.69	1.09	.45	2.65	.85
여가	무	5.46	1.01	29.41	.05	.00	.00	.00	.
외식	무	.97	.58	1.64	.92	.64	.29	1.39	.26
주관건강	좋다	.32	.19	.53	.00	.34	.15	.76	.00
흡연여부	무	.80	.36	1.76	.58	.68	.20	2.37	.55
음주여부	무	2.11	.89	5.07	.09	.86	.20	3.73	.84
수면시간	6>,9<	.88	.51	1.54	.66	1.85	.84	4.05	.13
운동	유	.38	.22	.64	.00	1.55	.74	3.25	.25
암	무	1.07	.37	3.11	.90	2.52	.50	12.77	.27
관절염	무	.98	.56	1.72	.93	1.26	.58	2.72	.56
요통	무	.23	.12	.43	.00	1.53	.64	3.66	.34
당뇨	무	1.62	.82	3.18	.16	1.18	.46	3.00	.74
고혈압	무	1.29	.77	2.17	.33	.86	.41	1.80	.69
뇌졸중	무	.63	.29	1.34	.23	.26	.09	.74	.01
천식	무	1.80	.65	5.03	.26	3.28	.87	12.37	.08
백내장	무	1.38	.74	2.57	.31	.18	.06	.53	.00
질환갯수=0		.36	.13	1.00	.05	.52	.16	1.73	.28
질환갯수=1		.95	.50	1.83	.88	1.36	.53	3.45	.52
신체기능	(운동능력)	.02	.00	.03	.01	.97	.27	3.58	.97
신체기능	(자가돌봄)	2.29	.06	6.43	.11	4.96	.85	28.75	.07

2. 성별에 따른 우울증상 관련 요인: 로지스틱 회귀분석

성별에 따른 우울증상과 유의한 관련성을 보인 변수로는 남자는 생활만족도, 주관적 건강상태, 운동, 요통, 신체기능(운동능력) 항목이 유의한 변수이었고($P < .05$), 여자는 월수입, 생활만족도, 친구 이웃만나기, 주관적 건강상태, 운동, 요통 항목이 유의한 변수이었다($P < .05$).

남자는 생활만족도 만족에 비해 불만족일 때($OR=8.32$, 95% $CI=3.72-18.60$) 우울증상이 8.3배 높았다. 주관적 건강상태 나쁠 때에 비해 좋다고 응답한 경우에($OR=.26$, 95% $CI=.11-.59$) 우울증상이 0.3배로 낮았다. 운동 할 때에 비해 안할 때($OR=.39$, 95% $CI=.18-.86$)에 우울증상이 0.39배로 낮았다. 즉, 운동 안할 때 우울증상이 상대적으로 높았다. 요통 있을 때에 비해 요통 없을 때($OR=.17$, 95% $CI=.05-.54$) 우울증상이 0.17배로 낮았다, 신체기능(운동능력) 낮을 때($OR=.03$, 95% $CI=.01-6.20$) 우울증상에 유의한 변수이었다($P < .05$).

여자는 평균월수입이 100만원이상 일 때에 비해 월수입 20미만일 때($OR=3.62$, 95% $CI=1.36-9.61$), 20-99만원일 때($OR=4.51$, 95% $CI=1.70-11.93$) 우울증상이 높았다. 생활만족도 만족에 비해 불만족일 때 ($OR=7.04$, 95% $CI=4.34-11.41$), 친구 이웃 만나기 안할 때($OR=2.02$, 95% $CI=4.34-11.41$), 주관적 건강상태 좋을 때($OR=.32$ 95% $CI=.20-.54$), 운동 할 때($OR=.35$ 95% $CI=.20-.61$), 요통 없을 때($OR=.29$, 95% $CI=.16-.54$) 우울증상에 유의한 변수이었다($P < .05$)(Table 17).

Table 17. 성별에 따른 우울증상 관련 요인

우울증상	남자				여자			
	Odds Ratio	95%신뢰구간		P	Odds Ratio	95% 신뢰구간		P
		하한값	상한값			하한값	상한값	
연령 75세 이상					.88	.52	1.50	.65
결혼 유배우					.66	.38	1.15	.14
교육 무학	.38	.10	1.42	.15	.78	.24	2.52	.67
교육 초중졸	.53	.21	1.32	.17	.92	.29	2.91	.89
종교 불교	.52	.19	1.43	.20				
종교 기독교	.56	.20	1.55	.27				
종교 천주교	1.05	.30	3.70	.93				
평생직종 임금	1.31	.03	49.11	.88				
평생직종비임금	.56	.01	21.57	.75				
월수입 <20만원	2.15	.66	7.00	.20	3.62	1.36	9.61	.01
월수입 20-99만원	2.71	.97	7.60	.06	4.51	1.70	11.93	.00
생활불만족	8.32	3.72	18.60	.00	7.04	4.34	11.41	.00
친구이웃 무	1.09	.38	3.15	.86	2.02	1.15	3.53	.01
친척 무	1.12	.46	2.73	.80	.95	.56	1.59	.85
종교모임 무					1.59	.92	2.75	.09
여가 무	3.26	.54	19.53	.19	2.61	.30	22.12	.37
외식 무	.92	.39	2.20	.86	1.29	.75	2.21	.34
주관건강 좋다	.26	.11	.59	.00	.32	.20	.54	.00
흡연 무					.68	.30	1.57	.37
음주 무	1.33	.61	2.90	.46	.78	.37	1.65	.52
수면 <6, >9	1.52	.63	3.67	.34	.83	.49	1.39	.48
운동 유	.39	.18	.86	.02	.35	.20	.61	.00
요통 무	.17	.05	.54	.00	.29	.16	.54	.00
고혈압 무	.66	.28	1.53	.34				
뇌졸중 무	.38	.12	1.24	.11	.85	.36	2.01	.72
질환수 0	.45	.12	1.71	.24	.58	.22	1.49	.26
질환수 1	1.05	.43	2.57	.90	.90	.50	1.59	.72
신체기능(운동능력)	.03	.01	6.20	.01	.78	.36	1.75	.53
신체기능(자가돌봄)	.94	.89	1.52	.08	.87	.64	1.05	.24

3. 성별에 따른 인지장애 관련 요인: 로지스틱 회귀분석

성별에 따른 인지장애 관련성을 보인 변수로는 남자의 경우 유의한 변수가 없었고, 여자의 경우 연령, 평균월수입, 생활만족도, 친구 이웃만나기, 뇌졸중, 백내장 항목이 유의한 변수이었다($P < .05$).

여자는 연령이 65-74세에 비해 75세 이상 일 때($OR=4.40$, 95% $OR=2.57-7.52$)로 인지장애가 4.4배 높았다. 즉, 연령이 증가할수록 인지장애가 높았다. 평균월수입 100만원 일 때에 비해, 20만원 미만일 때($OR=1.80$, 95% $OR=1.35-2.82$), 생활만족도 불만족일 때($OR=9.48$, 95% $CI 4.16-21.58$), 친구 이웃만나기 안할 때($OR=2.68$, 95% $OR=1.28-5.60$), 뇌졸중 없을 때($OR=.23$, 95% $OR=.08-.67$), 백내장 없을 때($OR=.24$, 95% $OR=.08-.66$) 유의한 변수이었다($P < .05$)(Table 18).

Table 18. 성별에 따른 인지장애 관련요인

인지장애	남자				여자			
	Odds Ratio	95% 신뢰구간		P	Odds Ratio	95% 신뢰구간		P
		하한값	상한값			하한값	상한값	
연령 75세 이상					4.40	2.57	7.52	.01
결혼 유배우					.89	.38	3.23	.84
교육 초중졸					.72	.33	1.57	.41
교육 고졸이상					.51	.07	3.45	.49
평생직종 임금					.86	.05	13.45	.91
평생직종 비임금					2.64	.17	40.18	.48
월수입 20만원미만	.68	.06	8.08	.77	1.80	1.35	2.82	.03
월수입 20-99만원	1.34	.12	15.40	.81	1.18	1.03	1.88	.59
가족형태 독거					.94	.285	3.144	.929
생활불만족	.51	.12	2.49	.41	9.48	4.16	21.58	.01
친구이웃 무	1.00	.19	5.03	.99	2.68	1.28	5.60	.002
친척 무	.32	.06	1.66	.17	1.03	.52	2.048	.914
종교모임 무	.34	.03	3.31	.35	.95	.49	1.840	.894
여가 무					.00	.00	.000	.
외식 무	.19	.02	1.84	.15	.69	.32	1.470	.338
주관건강 좋다	4.52	.73	27.99	.10	1.91	.95	3.844	.068
흡연 유					1.67	.58	4.743	.335
수면 <6, >9					1.84	.82	4.141	.139
운동 유					1.36	.64	2.909	.417
뇌졸중 무	3.98	.82	19.27	.08	.23	.08	.67	.02
백내장 무	.53	.08	3.39	.51	.24	.08	.66	.01

IV. 고 찰

A. 우울증상

본 연구에서 노인의 우울증상은 SGDS로 측정된 결과 남자는 36명(7.7%), 여자는 92명(13.1%)으로 여자에서 우울성향이 있었다. 이는 대부분의 선행연구와 일치하는데 김현숙 등(2002)의 여성노인을 대상으로 한 연구에서 우울점수가 60-74세 8.07점에 비해 75세 이상 9.47점으로 높게 나타나 본 연구와 일치했고, 성기월(1997)의 연구에서는 노인의 성별은 노인의 우울에 영향 변인으로 비교적 일관된 결과를 나타내고 있다고 했으며, 남자노인은 여자노인보다 낮은 우울정도를 나타냈다(송남호와 김선미, 2000; 연병길 등, 1999; 이삼순과 이경은, 1999; 이종범과 정성덕, 1985; Gallo 등; 1994). 이는 여성이 평균수명이 더 높고, 이로 인해 연령이 증가할수록 모든 조건이 악화되기에 연령별 우울도 증가 한다고 판단된다. Weissman과 Klerman(1977)은 여성으로서의 유전적, 내분비적인 생물학적 취약성 및 사회 심리적 요인, 특히, 여성의 사회지위와 특유의 정신적 무력감이 남자보다 여자에게 우울이 나타나는 원인이라고 하였다. 조은희 등(2000)와 안은경(2009)의 연구결과에서도 여자 노인의 경우 남자 노인에 비해 외로움, 우울, 소외감 및 대인관계의 단절이 빈번하여 심한 경우 자살을 초래하여 심각한 사회문제로 연결될 수 있다고 하여 본 연구와 같은 맥락이다. 반면 제주도 농촌지역 노인 대상 연구(이창인과 홍성철, 2002)에서 남자에게 80세 이후 우울점수가 급격히 증가하여 80-84세 군이 8.25배, 85세 이상 군이 7.00배의 높은 점수를 보였는데 남자의 경우 죽음의 위협이 더 크며, 뇌기능 저하를 위시한 신체적 기능장애가 가장 심한 연령이며, 심신의 조건상 여자보다 일상생활에서 보다 타인 의존적이라고 하였다. 이처럼 우울증상이 어느 성별에만 나타나는 것이라고 국한 지을 수 없어 성별에 따른 우울증상의 관련요인을 연구하고 각각의 성별에 대한 차별화된 중재가 필요함을 알 수 있었다.

우울증상과 관련된 요인으로는 나이, 성별, 결혼 상태 등의 인구학적 특성, 건강상태, 사회적 지지정도 등으로 조사되고 있는데(조항석 등, 1998), 본 연구에서는 인구사회학적 특성, 가족 구성원 및 사회적 활동 특성, 건강증진행위, 만성질환 유병상태와 기능적 건강상태(신체기능수준)를 중심으로 살펴보았다.

우울증상과 인구사회학적 특성 관련성은 선행연구(Blazer 등, 1991; 정향균,

1993; 박춘화와 조현, 1997; 함봉진 등, 1999; 연병길 등, 1999; 송남호와 이선미, 2000; 김근조, 2001; 민순 등, 2001; 이창인과 김연숙, 2002; 김현숙 등, 2002; 서경현과 김영숙, 2003; 원정숙과 김정화, 2003; 이평숙과 장성옥, 2001)에서 연령, 교육정도, 성별, 직업, 배우자 유무, 결혼상태 등과 같은 요인들이 노인의 우울증상에 영향을 준다고 보고되었고, 본 연구결과에서는 인구사회학적 특성을 로지스틱 회귀분석한 결과 전체 노인의 우울증상 관련요인은 평균월수입 이었는데 성별로 나누어 보았더니, 남자는 유의한 영향요인이 없었고, 여자는 평균월수입이 유의한 영향요인으로 성별에 따른 차이가 있었다.

여자노인에게 평균월수입은 20만원미만일 때 우울에 유의한 변수 이었는데 경제수준이 낮을수록 우울이 높다(박인옥 등, 1998; 김병하와 남철현, 1999; 이영자와 김태현, 1999; 이문수 등, 2000; 김수옥과 박영주, 2001)는 기존의 연구결과와 일치한다. 남자에 비해 여자에게 평균월수입이 우울증상과 유의한 영향요인 이었던 점은 남자에 비해 교육정도가 낮은 여자에게 수입창출이 더욱 어렵고 이로 인한 빈곤감과 우울감이 더욱 증가됨을 보여준다. 광수연(2009)도 아산시 일부노인의 대상 연구에서 평균월수입이 낮을수록 우울하다고 하였고, 이창인과 김연숙(2002), 김현숙 등(2002)의 연구와 이평숙과 장성옥(2001)의 연구에서처럼 용돈과 경제상태, 수입이 낮을수록 우울을 증가 시킬 수 있다는 연구와 일치했다. 이와 같이 우리나라 노인들의 문제 중 가장 심각한 문제들 중 하나가 경제적 어려움(김미혜 등, 2000)이다. 1998년의 한국 보건사회연구원의 조사에 따르면 전체 노인의 54%가 개인 소득에 있어 빈곤선 이하이거나 약간 상회하는 것으로 나타나 노인의 빈곤 상태가 심각한 것을 알 수 있다. 현재 우리나라의 노인을 위한 소득보장제도로서 경로 연금은 저소득층 노인에게 지급되는 것으로 대상자의 제한이나 현재의 지급액수로는 소득보장의 역할을 하지 못하고 있다(김미혜 등, 2000). 또한 연금제도인 완전노령연금은 2008년 1월부터 시행 되고 있지만 금액이 노인 단독의 경우 최고 84,000원, 노인부부의 경우 최고 134,000원(각각 67천원)의 연금이 매달 지급되고 있지만(보건복지부, 2008), 우리나라 2010년 국민 1인당 최저생계비가 504,344원으로 책정되어있는 점이 노령연금으로 노인의 경제적인 안정보장하기엔 많은 부족함이 있어, 노인 빈곤을 위한 소득보장 정책을 포함한 정부의 내실 있는 대책이 시급하다고 본다. 안은경(2009)의 연구에서 우울에 따른 경제적 관련 요인 비교에서 남자노인에 있어서는 경제적 요인이 모두 우울증상을 설명하는 변수가 되는 반면에 여자노인에 있어서는

특히 개인의 순 자산이 우울증상을 설명하는 변수로 유의하지 않았다. 이처럼 성별에 따른 우울관련요인의 차이만큼 성별에 따른 차별화된 대책 또한 필요하겠다.

우울증상에 영향요인으로 가족 구성원 및 사회적 활동특성의 관련성을 살펴보면 남자는 생활만족도, 여자는 생활만족도와 친구 이웃 만나기에서 우울증상과 유의한 관련성이 있었다($P < .05$).

생활만족도는 남녀 모두 만족도가 낮을수록 우울증상과 유의한 관련성이 있었는데 이삼순과 이경은(1999)의 연구에서도 남녀 모두 생활만족도가 낮을수록 우울증상에 유의하였고, 김근조(2001)의 연구에서도 과거생활만족도가 낮은 경우와 현재 생활만족도가 낮은 경우에 우울증상과 유의한 관련성이 있었다. 문혜경(2008)의 노인전문병원 입원노인과 방문건강관리사업 대상 재가노인의 연구에서 문항별 우울 정도는 노인전문병원 입원노인은 ‘일이나 흥미로운 일을 중단함’과 ‘자주 지루하게 느껴진다’, ‘타인보다 기억력이 떨어진다’는 문항에서 우울이 높게 나타났으며, 방문건강관리사업 대상 재가노인은 ‘항상 불행하다’와 ‘자신이 무력하다’, ‘사는 것이 멋없다’, ‘활력이 모자란다’, ‘여유롭지 못한 생활’의 항목에서 우울증상이 높게 나왔다. 이렇듯 생활만족도는 성별의 차이보다 자신이 처한 상황과 밀접한 관계가 있다고 보여진다. 윤가빈(2009)의 연구에서도 우울 정도에 관련이 있는 요인으로는 생활만족도가 36.5%로 설명력이 가장 높았고, 다음으로 건강상태, 일상생활 수행능력 정도의 순으로 총 43.7%의 설명력을 보였는데 우울정도는 낮추기 위해 생활만족도를 높이는 방안의 추후 연구가 필요하다고 본다.

여자는 친구나 이웃만나기 안하는 경우 우울증상과 유의한 관련성이 있었다. 이는 Cohen와 Hoberman(1983)의 연구와도 일치하였는데 어려운 일 발생 시 의논상대가 있는 경우가 없는 경우보다 우울증상에 유의하게 낮게 나타남으로서 노인에게 있어 지지자의 존재는 완충효과가 있음을 시사해 준다. 이삼순과 이경은(1999)의 연구에서 남자는 대화상대자유무가 우울증상에 유의하지 않았지만, 여자에서는 우울관련요인으로 유의하게 나와 본 연구와 일치하였다. 안은경(2009)의 연구에서도 여자에서 친밀한 사람과의 연락 뜸한 경우 우울증상과 유의하게 나타났다. 이렇듯 남자보다 여자노인의 사교적 사회활동이 더욱 중요하다고 보여 지므로 자원 봉사자 그룹 또는 가족 모임 등을 조직하여 지역사회와 연결 할 수 있도록 사회적 지지망을 구축하는 전략이 필요하다.

우울증상과 건강증진행위 관련성에서는 남녀 모두 주관적 건강상태와 운동여부

가 유의한 관련요인 이었다($P < .05$). 우울증상을 갖은 남자의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다가 83.3%이며, 여자의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다가 76.1%로 남자가 여자보다 주관적 건강상태가 나쁠 때 우울증상이 더 유의하게 높았다. 이는 선행연구(송남호와 김선미, 2000; 이삼순과 이경은, 1999; Woo 등 1998)와 일치하는 결과이다. Cace와 Deaton(2003)도 주관적 건강이 나쁘다고 보고한 비율의 남녀의 차이가 노년기에 접어들면서 현저히 작아진다고 보고하였고, Arber와 Cooper(1999), Leinonen 등(1997)은 노년기에 접어들면서 남녀 차이가 아예 사라진다는 분석결과를 보고 하였다. 반면에 노동패널 6차 자료에서 15세 이상 남녀연구(2009)결과에 의하면 주관적 건강이 나쁘다는 결과가 45-54세 남자는 14.32%, 여자는 23.12%로 남녀의 차이는 8.8%였으나, 55-64세 남자 26.85%, 여자 44.69%로 남녀의 차이는 17.64%로 여자에서 주관적 건강이 더 나쁘다는 결과를 보였고, 65세 이후로 남자가 46.65%, 여자는 60.55%로 남녀의 차이는 13.90%로 상당한 크기로 성별 차이가 존재함을 확인할 수 있다. 이와 같이 선행연구에서 결과가 각각 다르게 나타나 앞으로 주관적 건강에 관한 성별에 차이에 관한 추가 연구 필요하고 우울증상 예방과 치료에 도움을 주고자 한다면 주관적 건강상태를 만족하도록 사회전반에 걸쳐 노인 건강증진프로그램의 다각적인 지원이 필요하리라고 본다.

운동여부는 여자의 경우 운동 안한다는 군이 86.8%, 운동 한다는 군이 13.2%로 운동 안하는 군에서 우울증상이 유의하게 높았다. 이는 김현숙 등(2002)의 연구에서 규칙적 운동안하는 경우 우울증상이 유의하게 높다는 결과가 나와 본 연구와 일치한다. 조윤희와 노병일(2009)의 연구에서는 내공체조를 하는 노인에게 우울증상이 감소하였다. 이동환(2007)은 걷기 운동 프로그램이 우울 성향이 있는 노인에서 우울 정도를 호전시키고 걷기 자세 교정에 효과적 이었다. 이처럼 상담과 약물치료를 요하는 중증 이상의 우울증이 아니라면 음악이나 미술, 신체활동을 통해 우울 증상을 개선시킬 수 있다고 보아진다. 영국에서는 2005년부터 주 3회 이상, 매일 30분 정도 약간 숨이 찰 정도로 걷는 것을 우울증 진료지침에 포함하고 있다. 특히 신체활동, 운동이 우울증에 효과적이라는 사실이 선행 연구들(이성희, 2001; 방상갑 등, 2008; 허정록과 정은영, 2010)에서 나타나고 있다. 따라서 노인에게 있어 운동 프로그램은 우울 증상을 호전시키고 손상을 예방할 수 있는 방법으로 제시될 수 있다고 보여 진다.이에 여자노인에게 개개인의 특성을 고려한 과학적 근거에 따른 적합한 운동프로그램을 선택할 수 있도록 비교한 연구가 시행되어야 하겠다.

우울증상과 만성질환 유병상태 및 기능적 건강상태 변수 중 남자는 요통, 신체기능(운동능력)이 유의하였고, 여자는 요통이 유의하였다($P<.05$). 신체기능(운동능력)은 남자 74.3점으로 낮을 때 우울증상이 유의하게 높았다. 운동장 한바퀴(400m) 정도 걷기, 계단을 쉬지 않고 10계단씩 오르기, 몸을 구부리거나, 쭈그리고 앉거나, 무릎을 꿇기, 머리보다 높은 곳에 있는 것을 손을 뻗어서 닿게 하기, 쌀 1말(8kg) 정도의 물건을 들어 올리거나 옮기기로 하지운동 3항목, 상지운동 2항목을 포함하고 있다. 남자노인이 여자에 비해 신체기능(운동능력)이 높음을 나타내는 결과로 보여지며 특히 남자 노인에게 체력의 저하가 우울로 연결된다고 보여진다. 이에 체력을 키우는 근력강화 운동 프로그램 개발로 남자노인의 우울을 예방할 수 있다고 본다.

요통이 있는 남자와 여자노인 모두에게 우울증상이 유의하게 높게 나타났다. 이는 선행연구(정향균, 1993; 신경림과 김미영, 2001; 이평숙과 장성옥, 2001; 안은경, 2009)에서 만성질환이나 만성통증이 우울과 유의하다는 결과와 일치하였다. 반면에 Cho(2006)는 여성노인은 남성노인에 비해 6배 이상의 통증을 경험하고 있으며, 특히 하지통, 관절염, 요통, 두통이 심하고, 보행 및 가사노동의 어려움이 우울과 연관 있다고 보고하고 있다. 65세 이상 노인들이 앓고 있는 만성질환 1위가 관절염, 2위가 요통과 좌골통인 것(MOHW, 2000)에 비추어 볼 때, 노인은 다리가 아파 걷기가 불편하여 활동제한으로 인한 우울증상이 야기 된다. 우울증상을 해결하기 위해서는 노인의 건강증진프로그램에서 관절염과 요통 등의 통증관리가 중요하게 다루어져야 할 것이다.

이상의 결과에서 나타난 바와 같이 노인의 우울증상에 대한 분석결과는 성별로 달랐다. 즉, 인구사회학적 특성, 가족형태와 사회적 활동의 관련성, 건강증진행위의 관련성과 만성질환의 유병상태에 이르기 까지 각각의 항목에서 같거나 또는 다른 결과를 나타냈다. 이 결과로 알 수 있는 것은 노인 우울증상과 관련한 건강증진 프로그램이나 노인복지법 제정 시에 성별의 차이를 감안하여, 남녀별 우선순위를 달리 하여야만 노인의 우울증상으로 인해 문제들의 해결이 가능하다고 보여진다. 또 노인의 우울증상으로 인한 가족의 부양부담과 의료비를 감소시킬 수 있고, 노인의 욕구를 충족시키며, 건강하고 문화적인 노후생활을 영위하는 데 필요한 서비스와 관련급여를 제공 할 수 있을 것이다.

B. 인지장애

Korean Version of Mini Mental State Examination(MMSE-K)를 이용한 65세 이상 노인의 인지장애는 남자 11명(2.3%), 여자 96명(13.1%)로 여자에서 더 높았다. 치매의 유병률은 서구 여러 나라들의 경우 3.6~11.9%, 일본의 경우 4.8~7.2%, 중국의 경우 약 3.1%인 것으로 보고되었다. 90년대 이후 우리나라에서도 치매 유병률에 관한 일련의 역학 연구들이 시행되었으며, 치매의 전체 유병률은 6.3%에서 13.0%에 이르는 것으로 밝혀졌다(조맹재, 1998). 성별로 보면 여자가 남자보다 인지장애가 높게 나타났는데 이는 일반적 견해로(박종한과 권용철, 1989; 권용철과 박종한, 1989; Li 등, 2001; Weissmen 과 Klerman, 1977) 여자가 신체적, 정신적, 사회적 열세에 있다는 점을 고려할 때 이해 할 수 있겠다. 반면, 우종인 등(1996)은 성별의 차이가 저 학력 군에서 두드러지게 나타나나 국졸이상의 학력 군에서는 없었다는 점을 들어 성별 간의 차이는 원인을 성별 자체보다는 성별 간 사회적인 역할의 차이에서 찾는 것이 타당하다는 견해를 보여 이에 대한 더 많은 연구가 이루어져야 할 것이다.

Nguyen 등(2002)은 1993년과 1994년에 두 차례에 걸쳐 추적 관찰한 65세 이상 1759명의 노인을 대상으로 인지장애와 관련된 요인으로 연령, 교육 결혼상태, 가족구성원, 시력장애, 뇌졸중, 당뇨 등을 보고하였고, 또한 Ritchie 등(1990)은 교육, 사회경제적 수준, 연령 등 이 인지장애에 영향변수라고 하였고, 또한 성기월(1997)은 성별, 배우자 유무, 건강인식정도가 인지기능에 영향변수라 하였고, 정향균(1993)은 65세 이상 노인에서 독립적으로 인지기능 저하와 관련이 있는 위험인자로 연령, 사회적 지지도, 운동여부, 도구적 일상생활 수행능력으로 보았는데 본 연구에서는 남자는 유의하게 나타난 변수가 없었고, 여자는 연령, 평균월수입, 친구 이웃만나기, 뇌졸중, 백내장 항목이 유의한 변수로 선정되었으며, 이들 결과로 인해 인구사회학적 특성 관련성과 가족구성원 및 사회적 활동특성과의 관련성, 건강증진행위 관련성, 만성질환 유병상태와의 관련성들이 성별에 따른 상당한 차이를 알 수 있었다.

본 연구에서 인지장애와 인구사회학적 특성의 관련성은 여자의 경우 연령이 75세 이상인 경우 유의하게 높았다. Ritchie 등(1990)은 특히 연령의 증가는 인지장애와 밀접한 연관성이 있다고 하였으며, 연령이 높아질수록 신체기능이 저하되고 뇌기능 또한 저하되면 인지장애가 나타났다고 보여지는데 여자의 경우 남자에 비해

평균 수명이 길고 이로 인해 인지장애로 높게 나타난다. 이는 선행연구(박종한 등, 1991; 성기월, 1992; 하은호, 2010)의 결과와도 일치했다. 또한 심용수 등(2005)은 외국 선행연구에서 보고된 자료를 인용하여 경도인지장애의 유병률이 75세 이상 인구에서 15%이나 60세 이상 인구에서는 3%로 알츠하이머 및 다른 유형의 치매로 발전하는 위험도는 매년 12.3-16.7%이고 6년 후에는 약 80%의 환자가 치매로 발전한다고 하였다. 하은호(2010)는 인지기능 점수가 19점 이하가 75-84세 53.1%로 가장 낮고, 65-74세 23.9%, 85세 이상 22.9%로 나타났다. 이렇듯 연령에 따라 인지기능 감소가 조금씩 다르기는 하지만 연령이 증가할수록 인지장애가 나타난다는 연구들의 결과에 따라 노인들의 일반건강 검진 시 치매선별검사인 인지기능 검사를 의무적으로 받도록 하거나 외래를 방문하는 모든 노인 환자에게 기본적으로 인지기능 검사를 실시하여 치매의 조기 발견율을 증가시킬 수 있도록 권장하는 등 인지기능 유지증진의 연령별 접근 전략이 필요하겠다.

평균월수입은 인지장애가 있는 여자의 경우 20만원 미만 82.3%, 20-99만원 14.6%, 100만원 이상 3.1% 순으로 유의하게 인지장애가 높았다. 하은호(2010)의 연구에서 인지장애에 따른 가구 수입이 하 45.6%, 중 44.3%, 상 10.1% 순으로 인지장애가 높게 나타났고, 성지아(2007)는 한 달 수입이 50만원 이하로 적을수록 인지장애가 높았고, 강혜경(2001)은 생활비가 낮을수록 인지수준이 낮게 조사되었고, 윤수진 등(2002)의 연구에서 낮은 수입이 치매 관련요인이었다. 이는 배우자를 사별하고 홀로 된 여성 노인의 경우 경제적 상태는 매우 열악하고 이로 인한 악순환이 거듭되어 인지장애 또한 높게 나타나는 것으로 보여 지므로 여자노인들에 대한 경제적 지원과 취업을 위한 기회제공과 알선 등의 특별한 관심과 배려가 더욱 필요하다.

대상자의 인지장애와 가족 구성원 및 사회적 활동 관련 변수로는 여자는 친구 이웃만나기 안할 때 유의하게 영향을 미쳤다. 윤수진 등(2002)의 연구에서 치매관련 요인으로 친구 이웃만남이 적은 경우에 유의한 결과를 보여 본 연구와 같은 맥락이며, Laura(2008)은 친구나 이웃 및 지지체계의 결핍은 노인의 사회 심리적인 측면에서 고립과 우울을 초래하여 삶의 질을 저하시키며 저하된 삶의 질은 인지기능을 감소시키는 요인이 된다고 하였다. 정향균(1993)과 김지애(2009)도 사회적 지지도가 떨어질수록 인지기능이 떨어진다고 하였다. 이는 여자노인의 경우 지속적인 사회적 대인관계가 인지기능을 긍정적으로 자극하여 인지장애 악화를 방지할 수 있는 효과적인 대응방안으로 보여 지므로 재가노인 방문 프로그램이나 경로당에 자원봉사자

그룹 파견 등을 조직화하여 지속적인 사회지지망을 구축하는 것이 필요하겠다.

대상자의 인지장애와 만성질환 유병상태 및 기능적 건강상태 관련 변수로는 여자에게 뇌졸중, 백내장이 상대적으로 유의한 경향이 있었다.

여자노인은 뇌졸중에 이환되어 있을 때 인지장애가 높았는데 이윤환(2004)의 연구에서 뇌졸중이 있는 노인의 경우 2년 후 장애위험이 뇌졸중이 없는 노인에 비해 2.4배 높았고 Falconmer 등(1994)은 뇌졸중 환자 중 나이가 많은 그룹의 사람들이 좀 더 심한 기능적 제한을 가지고 있으며, 회복에 필요한 생리학적인 잠재력은 적고, 병적 상태의 이환율은 높으며, 특히 인지의 손상이 동반되어 있다고 하였다. 특히 여자는 남자보다 평균수명이 길고, 질병 이환율도 높으며, 이로 인해 인지장애가 초래되는데 본 연구에서는 질환 중 뇌졸중에 이환됐을 때 인지장애가 높게 나타났다. 그러므로 뇌졸중의 원인인 고혈압, 고지혈증, 비만, 음주 등의 관리를 위해 정기적인 노인 건강검진과 함께 식생활개선을 위해 정부차원의 지원이 필요하고, 추후 다양한 식이변수를 포함한 인지장애관련 요인 연구가 이루어져야 할 것이다.

여자노인은 백내장에 이환되어 있을 때 인지장애가 높았는데 Rigoldeu Stein(2003)는 알츠하이머병 환자는 눈의 수정체에 단백질이 축적되는 적도핵상 백내장 증세가 나타난다고 하였고 백내장이 알츠하이머병 증세에 앞서 나타나는 것이라면 안구검사를 통해 알츠하이머병을 초기에 진단하는 것이 가능하다고 하였다. 이윤환(2004)의 노인인구의 신체적 건강기능상태의 수준과 변화를 측정하는 연구에 의하면 백내장 등을 보고한 경우 그렇지 않은 대상자에 비해 1년 후 기능 회복을 보일 확률이 낮았다. 이처럼 백내장은 노인의 기능에 영향을 미친다고 보여지므로 노인에게 있어 신체기능을 비롯한 인지기능 향상에 백내장의 예방과 관리프로그램 개발과 적용이 필요하다 할 수 있겠다.

이상의 연구결과, 노인 남녀의 우울증상과 인지장애 관련요인은 성별에 따른 차이를 확인할 수 있었다. 이에 노인관련 정책 수립 시 성별에 차이점을 인지하고 노인요양급여 선정이나 정기적인 건강진단과 보건교육, 각종 노인 서비스 관련 급여 선정 시 성별에 차별화된 실행이 필요하겠다.

V. 연구의 제한점

첫째, 이 연구는 도시지역 노인을 대상으로 한 연구로 도시지역노인에 대해서는 대표성이 있는 연구이지만 농촌지역의 특성을 배제한 연구이므로 우리나라 전체 노인의 우울증상과 인지장애에 영향을 미치는 요인으로 확대 해석하기에는 다소 제한점이 있다.

둘째, 이 연구에서 우울증상과 인지 장애의 진단도구로서 SGDS와 MMSE-K를 사용하였는데, 이 도구들은 우울증상과 치매 선별검사로만 이용되어야 하고 반드시 임상적 평가를 받아야 하기에 진단적 의미는 아니다.

셋째, 단면 연구이므로 관련성에 대한 결과로 인과관계를 추론하지 못한다.

넷째, 우울증상과 인지장애에 관련 요인 중 포함되지 못한 변수가 있다.

VI. 결 론

이 연구는 65세 이상 도시지역 재가 노인을 대상으로 우울증상과 인지장애와 관련요인의 성별 차이를 파악하여 노인의 공동의 목표인 “활동적 노후(active aging)”를 달성하기 위한 바람직한 방향을 보건학적으로 논의하고자 안양시에 거주하는 65세 재가노인 1,298명을 대상으로 하였다. 우울증상과 인지장애에 대한 선별 검사도구로는 Mini-Mental State Exam(MMSE-K)과 Geriatric Depression Scale(GDS)의 축약형(SGDS)을 각각 사용하였다. 주요 분석 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 남자노인의 우울증상에 의미 있는 변수로는 생활만족도, 주관적 건강상태, 운동, 요통, 신체기능(운동능력)이었다($P<.05$). 남자는 생활만족도 불만족 한 경우, 주관적 건강상태 나쁘다고 평가한 경우, 운동 안하는 경우, 요통이 있는 경우, 신체기능(운동능력)이 낮은 경우에 유의하게 높았고, 여자노인의 우울증상에 의미 있는 변수로는 평균 월수입, 생활만족도, 주관적 건강상태, 친구 이웃만나기, 운동여부, 요통 이었다($P<.05$). 여자는 평균월수입이 낮은 경우, 생활만족도가 낮을수록, 친구 이웃만나기 안할 때, 주관적 건강상태 나쁘다고, 운동을 안 할 때, 요통이 있

을 때 유의하게 높았다.

둘째, 남자노인의 인지장애에 의미 있는 변수로는 유의한 변수가 없었고, 여자노인의 인지장애에 의미 있는 변수로는 연령, 평균월수입, 친구 이웃만나기, 뇌졸중, 백내장 이었다. 여자는 연령 75세 이상 높을수록, 평균월수입이 낮을수록, 친구 이웃만나기 안할 때, 뇌졸중, 백내장에 이환되어 있는 경우에서 유의하게 높았다.

결론적으로 이 연구에서는 노인의 우울증상과 인지장애의 관련요인이 성에 따라 차이를 보이는 것을 확인할 수 있었다. 이는 성별에 민감한 노인 정신보건사업 수행과 보건정책 수립이 필요함을 시사해 준다고 하겠다.



참고 문헌

강혜경: 생활환경과 연령증가가 한국인의 식생활상태 및 인지기능에 미치는 영향. 이화여자대학교 박사학위, 2001

건강보험심사평가원: 2009년 건강보험통계연보. 2010

고승아, 윤지영, 정지향: 알츠하이머병의 위험인지 및 인지기능의 남녀 성별 차이. *대한치매학회지* 6(2): 34-37, 2007

고현남, 이삼순, 한희자: 농어촌지역 노인의 우울정도와 관련요인. *정신간호학회지* 10(4): 645-655, 2001

곽수연: 아산시 일부 노인의 고혈압과 우울관계. 한양대학교 석사학위, 2009

국민연금관리공단: 한국 노동패널 데이터 6차 조사. 2009

권용철, 박종한: 노인용 한국판 MMSE-K의 표준화 연구. *신경정신의학* 28(1): 125-135, 1989

김근조: 일부지역 노인들의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 계명대학교 보건학 박사학위, 2001

김미혜, 이금룡, 정순돌: 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국노년학* 20(3): 211-226, 2000

김범경: 운동여부에 따른 노인의 인지능력과 우울의 상관관계. 연세대학교 석사학위, 2002

김병하, 남철현: 유배우 노인의 우울정도와 관련요인 분석연구. *한국노년학* 20(1): 173-192, 1999

김상윤: 경도인지장애의 임상소견. *대한치매학회지* 2(2), 96-100

김성원, 양윤준, 어광수, 조홍순, 김영식: 양로원 노인의 낙상에 대한 두려움. *가정의학회지* 19(12): 1998

김수옥, 박영주: 여성노인의 사회적 지지와 우울과의 관계. *노인간호학회지* 3(2): 230-239, 2001

김숙영: 노인의 건강증진 행위와 영향요인. *노인간호학회지* 5(2): 171-181, 2003

김정현: 노인에서 성별에 따른 우울증상 양상의 차이에 관한 연구. 서울대학교 석사학위, 2004

김지애: 노인요양시설 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력, 불안, 우울에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문, 2009

김춘길, 노유자: 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. *대한간호학회지* 25(2): 743-757, 1995

김치영: 노인의료복지시설 치매 노인의 인지기능과 일상생활수행능력. 중앙대학교 석사학위, 2006

김현숙, 김희영: 보건소 방문보건 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인. *한국건강증진학회지* 24(2): 1-14, 2007

김현숙, 유수정, 한규량: 지역사회 여성노인의 인지기능, 신체적 건강, 자아존중감 및 사회적 지지와 우울간의 관계. *노인간호학회지* 4(2): 163-175, 2002

김혜원: 농촌지역 노인의 인지기능, 우울 및 사회적 지지간의 관계. 초당대학교 석사학위, 2010

문혜경: 노인전문병원 입원노인과 방문건강관리사업 대상 재가노인의 우울 및 삶의 질의 비교. 고신대학교 석사학위, 2008

민순, 장숙희, 박재경: 노인의 자아존중감과 우울과의 관계 연구. *노인간호학회지* 3(2): 2001

박인옥, 김진세, 이강준, 정인파: 한국 노인의 우울요인. *노인정신의학* 2: 47-63, 1998

박종한, 고효진, 하재창, 박영남, 정철호: 경북 영일군 어느 면지역 노인들에

서 치매의 유병률. *신경정신의학* 30(6): 1121-1129, 1991

박종한, 권용철: 노인용 한국판 Meni-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구. *신경정신의학* 28(1), 1989

박춘화, 조현: 노인의 신체기능, 인지기능 및 우울 정도에 관한 연구. *한국보건간호학회지* 11(1): 118-128, 1997

방상갑, 김은희, 권유찬: 요가프로그램이 중년여성의 건강체력과 우울증, 스트레스지표 및 면역세포에 미치는 영향. *한국사회체육학회지* 33: 999-1010, 2008

보건복지부: 2008년 지방자치단체 복지 종합평가 연구. 2008

서경현, 김영숙: 독거노인에 대한 사회지원과 정신건강에 관한 탐색. *노인복지* 21: 2003

성기월: 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도. *대학간호학회지* 87-95, 1997

성지아: 재가노인의 인지기능과 삶의 질에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위, 2007

송남호, 김선미: 영세 노인들의 자기 효능, 사회적지지, 우울간의 관계 분석. *지역사회간호학회지* 11(1): 125-130, 2000

신경림, 김미영: 한국 일 도서지역 인지기능과 우울간의 관계. *노인간호학회지* 3(1): 32-41, 2001

신창규: 농촌 노인들에서 성별, 연령, 교육이 인지 기능에 미치는 영향. 경북대학교 석사학위, 1997

신철호, 김수영, 이영수, 조영채, 이태용, 이동배: 일부지역 노인들의 인지기능과 우울에 관한 요인에 관한 연구. *예방의학회지* 29(2): 199-214, 1994

신현선: 일지역 노인의 지각된 건강상태, 건강증진행위 및 삶의 만족도, 전북대학교 교육대학원 석사학위, 2007

심용수, 김범생, 손영민, 김기성, 윤보라, 양동원: 노인요양시설 치매 환자들의 임상

적 특징(행동심리증상 중심으로). *대한치매학회지* 49(1): 35-40, 2005

안양시: 2003년 안양시 노인 건강 실태조사. 2003

안은경: 노인성별에 따른 우울증상 관련요인. 아주대보건대학원 석사학위논문, 2009

연병길, 서국희, 류성곤, 임종우, 방현숙, 신지용, 한창한: 정상노인 및 노인 치매 환자와 우울증 환자의 삶의 질 비교. *노인정신의학* 3(2): 1999

오병훈, 김현수, 김정훈, 조항석, 조경혜, 조현상: 한국 농촌지역의 노인성 인지 기능장애 및 우울 증상 역학조사. *노인 정신 의학* 21(2): 176-186, 1999

오병훈: 노인환자관리의 현실-치매 등 장기요양 환자를 중심으로. *대한노인병학회 춘계 학술대회* 6(1): 9-18, 2002

오상우: 인지 행동 치료의 사례 설계. *원광정신의학* 14(2): 1998

오은아, 강연옥, 박재설, 유경호, 이병철: 치매 심각도에 따른 뇌졸중 환자의 도구적 일상생활능력 변화와 인지기능과의 관계. *대한치매학회지* 6(2): 42-47, 2007

우종인, 이정희, 홍진표: 농촌지역 거주노인의 연령, 성별, 교육수준이 한국판 MMSE 점수에 미치는 영향에 관한 연구. *신경정신의학* 35(1): 122-132, 1996

원정숙, 김정화: 노인의 인지기능과 우울에 영향을 미치는 요인. *정신간호학회지* 12(2): 148-154 2003

윤가빈: 요양병원 입원노인의 우울관련요인. 고신대학교 석사학위, 2009

윤수진, 이윤환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희: 지역사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인. *한국노년학* 21(3): 59-73, 2002

윤종률: 낙상. *노인병* 4(1), 2000

은영, 구미옥: 일지역 노인의 건강증진행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형. *대한간호학회지* 29(3): 625-638, 1999

이동환: 건강걷기 프로그램 참여 노인들에서 우울 정도의 변화. 계명대학교 석사학

위, 2007

이문수, 광동일, 정인파: 노인 우울증에서 일상생활 기능의 손상. *노인정신의학* 4(1): 91-100, 2000

이삼순, 이경은: 농어촌 지역 노인들의 인지기능정도와 관련요인. *거제대학논문집* 8(2), 1999

이성희: 아로마테라피가 중년여성의 우울, 자아중감, 갱년기 증상에 미치는 효과. *여성건강간호학회지* 8(2): 2002

이영수: 울산지역 보건소 이용 노인들의 영양 상태와 인지상태. *한국영양학회지* 35(10): 2002

이영자, 김금순, 송미순: 노인 입원환자의 건강상태에 관한 연구-신체기능과 인지기능 사정도구의 개발과 적용. *대한보건협회학술지* 12(2): 124-128, 1986

이영자, 김태현: 단독가구 노인의 스트레스와 우울감(사회적 지지의 완충효과를 중심으로). *한국노년학* 19(3): 79-93, 1999

이윤환: 노인의 신체기능과 장애에 관한 종적연구. *아주대학교*, 2004

이윤환: 지역사회 노인의 신체기능 평가도구 개발. *보건복지부*, 2001

이윤희: 한국 치매노인 가족의 삶의 질 향상을 위한 주거환경 연구. 연세대학교 박사학위, 2004

이인정: 남녀 노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리 사회적 요인들의 영향의 차이에 대한 연구. *노인복지연구* 36: 159-180, 2007

이정애, 정향균: 농촌지역 노인들의 우울 및 인지기능장애에 관한 연구. *예방의학회지* 26(3): 412-429, 1993

이정희: 치매환자를 위한 서비스 개발. *치매환자를 위한 서비스 개발 심포지움*, 1995

이종범과 정성덕: 노인의 불안과 우울에 관한 연구. *신경정신의학* 24(3): 431-444,

1985

이창인, 김연숙: 여성노인의 미용형태와 삶의 만족도. *동남보건대학논문집* 20(2): 2002

이창인, 홍성철: 제주도 노인들의 치매유병을 관련요인. *보건교육 건강증진학회지* 9: 1-18, 2003

이평숙, 장성옥: 노인의 운동 의사결정 균형성 측정 도구 개발에 관한 연구. *정신간호학회지* 10(1): 2001

전은영, 서부덕: 재가노인의 건강증진 행위 이행에 영향을 미치는 요인. *노인간호학회지* 6(1): 38-46, 2004

정경희: 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. *한국보건사회연구원* 181, 1998

정향균: 농촌지역 노인들의 우울 및 인지기능에 관한 연구. 전남대학교 박사학위논문, 1993

조광석: 시설노인의 신체적, 심리적, 장애 유형에 따른 레크레이션 프로그램 적용에 관한 연구. 광주대학교 경영학 석사학위논문, 2001

조맹제, 함봉진, 주신형, 배재남, 권준수: 일 도시 지역사회 노인들이 인지기능장애와 우울증상의 유병율. *신경정신의학*, 37(2): 352-362. 1998

조유향, 윤현숙: 노인에 대한 보건의료개발을 위한 조사 연구. *한림대학교 사회의학연구소* 87-88, 1988

조유향: 노인간호(3). 현문사, 2001

조유향: 노인의 노화인지 정도와 생활습관 및 건강상태와의 관계. *노인간호학회지* 2(1), 72-84, 2000

조윤희, 노병일: 노인의 건강운동이 우울감소에 미치는 영향: 내공체조를 중심으로. *대한케어복지학* 12: 5-27, 2009

조은희, 전진호, 이상원: 경로분석을 통한 만성 질환 환자의 우울에 영향을 미치는

요인 모델 설정. *대한노인병학회지* 4(3): 148-163, 2000

조항석, 오병훈, 양성희, 이혜리, 유계준 입원 치매 환자에서 동반된 신체 질환. *노인정신의학*, 2(2): 1998

조현건: 노인의 건강관리 증진을 위한 사회복지 정책에 관한 연구-건강관리 수단과 효용성 분석을 중심으로. 동국대학교 행정학과 석사학위, 1996

차승은, 한경혜: 농촌노인의 지각된 건강과 신체, 정신, 사회적 건강의 관련성에 관한 연구. *한국노년학*, 22(1): 173-190, 2002

하은호: 재가치매노인의 인지장애 영향 요인. 중앙대학교 박사학위, 2010

황보영, 함정오: 아산시 노인들의 우울증상의 유병률 및 위험인자에 관한 연구. *순천향의대논문집* 13(1): 27-35, 2007

함봉진, 김장규, 조맹제: 지역사회 노인들의 치매와 우울장애의 유병율, 발병율 및 위험인자분석: 2단계 1년 추적연구. *노인정신의학* 3(2):1 40-148, 1999

허정록, 정은영: 미용요법 프로그램이 중년여성의 우울증 및 스트레스에 미치는 효과. *대한미용과학회지* 6(1): 2010

Allen A, Blazer DG: Mood disorder. In *Comprehensive review of psychiatry* (eds. Sadazoy J, Lazarus LW, Jarvik F) Washington DC, American Press, pp.337-351, 1986

Baldessarini: Biochemical aspects of depression and its treatment. American Psychiatric Inc, pp1-15, 1983

Baldwin RC, Tomenson B: Depression in later life: A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Brit J Psychiatry* 167:649-652, 1995

Beck CK, Shue VM: Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. *Nurs Clin North Am* 29(1):143-155, 1994

Berkman LF, Berkman CS, Kasl S, Freedman DH, Leo L, Ostfeld AM,

Cornoni-Huntly J: Depressive Symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *J Epidemiology* 124(3): 372-388, 1986

Blazer DG: Current concept of depression in the elderly. *N Engl J Med* 320: 164-166, 1987

Cho DS (2006). A study on health status of elderly women in urban area. *Korean J Women Health Nurs* 12(1), 61-69, 2006

Cobb JL, Eoif PA, Auth R, White RD, Agostino RB: The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease, the Framingham study. *Neurology* 45:1702-1712, 1995

Cohen S, Hoberman HM: Positive events and social supports as buffer of life change stress. *J Appl Soc Psychol* 13, 99-125, 1983

Erikson EH: *Children & Society* 2nd ed. WW Norton, 255-258, 1963

Falconmer JA, Naughton BJ, Strasser DC: Stroke inpatient rehabilitation: A comparison across age groups. *Am J Geriatr Soc* 42: 39-44

Friedman RJ: The psychology of depression: an overview. In *The psychology of depression contemporary theory and research* (eds. Friedman R, Katz M) Washington D.C., Winston, 1974

Gallo, J. J., Anthony, J. C., Muthen, B. O: Age difference in the Symptoms of Depression. A laten trait Analysis. *J Gerontol* 49: 251-264, 1994

Gomerz GE & Gomez EA: Depression in the elderly. *J Psychiatr Nursing* 31(5): 28-33, 1993

Grossberg GT, Nakra R: The diagnostic dilemma of depressive pseudodementia. *Central Nervous System Disorders of Aging: Clinical Intervention and Research*, Ed by Strong R Wood WG, Burke WJ, New York, Raven Press, pp107-115, 1988

Jarvik LF: Aging and Depression: Some unanswered question. *J Gerontol*

31:324-326, 1976

Kalayam B, Meyers BS, Kakuma T, Alexopoulos GS, Young RC, Solomon S, Shotland R, Nambudiri D, Goldsmith D: Age at onset of geriatric depression and sensorineural hearing deficits. *Biol Psychiatr* 38: 649-658, 1995

Kate W: Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *Am J Health* 94(10): 1768-1774, 2004

Katzman R: Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 43: 13-20, 1993

Khan, Arifulla H, Mirolo MH, Mirolo DJ, Dobie: Depression in the elderly a treatable disorder. *Geriatrics* 48(Suppl): 14-17, 1993

Krause N: Anticipated Support, received support, and economic stress among older adults. *J Gerontol* 528(6): 284-293, 1997

Laura, N. K: Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment: Development and Testing of a Conceptual Model. Dissertation. The University of Minnesota, USA, 2008

Li, Y-S., Meyer, J. S., & Thomby, J.: Longitudinal follow-up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 16: 718-727, 2001

Mayberg H.S: Frontal lobe dysfunction in secondary depression. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 6: 428-442, 1994

Migliorelli R, Teson A, Sabe L, Petracci M, Leiguarda R, Starkstein SE: Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *J Psychiatry* 152:37-44, 1995

Milinsky, Tova S: Stagnation and depression in the elderly group client. *Soc Casework* 173-179, 1987

Ministry of Health and Welfare (MOHW): A report on population in Korea, Seoul. 2000

Newhouse PA, Sunderland T, Tariot PN, Bunmhad CL, Weingartner H, Mellow, A. & Murphy DL: Intravenous nicotine in Alzheimer's disease: a pilot study. *Psychopharmacology* 95: 171-175, 1988

Pozzi D Golimstock A, Petracci M, Garcia H, Starkstein S: Quantified electroencephalographic changes in depressed patients with and without dementia. *Biol Psychiatry* 38: 677-683, 1995

Raskind MA: Geriatric psychopharmacology: management of late-life depression and the noncognitive behavioral disturbances of Alzheimer's disease. *Psychiatr Clin North Am* 16(4): 815-827, 1993

Rabins PV: Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 4(4): 79-83, 1996

Ritchie K, Jagger C, Brayne C, Letenneur L: Dementia-free life expectancy: preliminary calculations for France and the United Kingdom. *J Libbey Eurotext* 226: 233-244, 1992

Tomlinson BE: Morphological brain change in non-demented old people. Bohn Haarlem, 33-57, 1972

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ: The Health-promoting life style profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Res* 36(2): 1987

Weiner MF, Edland SD, Luszczynska H: Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *J Psychiatry* 151: 1006-1009, 1994

Weissman, MM, Klerman, GL: Sex differences in the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 34:98-111, 1977

Williamson GM, Scheulz R: Pain activity restriction and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *J Gerontol* 47(6): 637-372, 1992

Wang H, Preston SH; Forecasting United States mortality using cohort smoking histories. *Proc Natl Acad Sci* 106(2), 2009

Woo JI, Lee JH, Yoo KY, Kim CY, Kim YI, Hong JP, Prevalence estimation of dementia in a rural area of Korea, *J Am Geriatr Soc* 46:983-987, 1998



Gender Differences in the Factors Associated with Depressive Symptoms and Cognitive Impairment in Older Adults

Young Hee Lee

Department of Medical Sciences
The Graduate School, Ajou University

(Supervised by Associate Professor Yunhwan Lee)

This study examined gender differences in the factors associated with depressive symptoms and cognitive impairment in older adults. Depressive symptoms were assessed with the Geriatric Depression Scale (GDS) and cognitive impairment, with the Mini-Mental State Examination (MMSE).

For men, significant variables associated with depressive symptoms were life satisfaction, subjective health status, exercise, back pain, physical mobility($P<.05$). For women significant variables for depressive symptoms were average monthly income, life satisfaction, subjective health status, and neighbors meet friends, exercise, and back pain($P<.05$).

For cognitive impairment, no significant factors were found among men. In women, significant associations were found for age, the average monthly income, neighbors meet friends, stroke, and cataracts.

These results suggest the need to recognize gender differences in factors related to depressive symptoms and cognitive impairment in developing mental health promotion programs

Key words: elderly, gender, depression symptoms, cognitive impairment