



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](#)

碩士學位論文

제주지역 독거노인의 우울이
인지기능 저하에 미치는 영향

濟州大學校 保健福祉大學院

保健學科

金智愛

2021年 2月

제주지역 독거노인의 우울이 인지기능 저하에 미치는 영향

指導教授 김 수 영

金 智 愛

이 論文을 保健學 碩士學位 論文으로 提出함

2020年 12月

金智愛의 保健學 碩士學位 論文을 認准함

審査委員長 홍 성 철 

委 員 김 수 영 

委 員 현 미 열 

濟州大學校 保健福祉大學院

2020年 12月

The Effect of Depression on Cognitive
Impairment of the Elderly Living Alone in the
Jeju Area

Ji-Ae Kim

(Supervised by professor Su-Young Kim)

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the
degree of Master of Public Health

2020. 12.

This thesis has been examined and approved.

.....
Thesis director, Su-Young Kim, Prof. of Public Health

.....
.....

.....

Department of Public Health
GRADUATE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND WELFARE
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

목 차

I. 서 론

| | |
|---------------|---|
| 1. 연구배경 | 1 |
| 2. 연구목적 | 4 |
| 3. 연구가설 | 4 |

II. 연구 방법

| | |
|------------------|----|
| 1. 자료수집 방법 | 5 |
| 2. 연구대상 | 6 |
| 3. 연구모형 | 7 |
| 4. 연구변수 | 9 |
| 5. 자료분석 | 12 |

III. 연구 결과

| | |
|--|----|
| 1. 연구대상자의 일반적 특성 | 13 |
| 1) 인구사회학적 요인 | 13 |
| 2) 건강행태 및 건강수준 요인 | 15 |
| 2. 제주독거노인의 우울 여부에 따른 요인별 특성 | 17 |
| 1) 인구사회학적 요인에 따른 우울여부 | 17 |
| 2) 건강행태 및 건강수준 요인에 따른 우울여부 | 20 |
| 3) 사회관계적 요인에 따른 우울여부 | 21 |
| 3. 제주독거노인의 우울에 영향을 미치는 다변수 요인 분석 | 22 |
| 4. 3년간의 우울유무에 따른 인지기능의 변화 분석 | 24 |
| 5. 우울이 인지기능저하에 미치는 원인적 연관성 분석 | 25 |
| 6. 우울이 인지기능에 미치는 영향 분석 | 27 |

| | |
|------------------|----|
| IV. 고찰 | 29 |
| V. 결론 및 제언 | 33 |
| REPERENCES | 35 |
| 국문초록 | 41 |
| ABSTRACT | 42 |
| 부록 | 44 |

List of Table

| | |
|---|----|
| Table 1. Variables for analysis: Sociodemographic factors | 9 |
| Table 2. Variables for analysis: Health behavior and Health status factors · | 10 |
| Table 3. Variables for analysis: Social relational factors | 11 |
| Table 4. Sociodemographic characteristics of subjects with study | 14 |
| Table 5. Health-related characteristics of subjects with study | 16 |
| Table 6. Depressed group and non-depressed group accroding sociodemographic factors | 19 |
| Table 7. Depressed group and non-depressed group accroding health-related factors | 19 |
| Table 8. Depressed group and non-depressed group accroding social relational factors | 20 |
| Table. 9. Analysis of factors affecting depression by multivariate logistic regression model | 22 |
| Table 10. Comparative analysis of changes in cognitive function according to the presence or absence of depression over three years from 2016 to 2019 | 23 |
| Table 11. Causal association of depression on Cognitive impairment | 25 |
| Table 12. The effect of depression on Cognitive impairment | 27 |

List of Figure

| | |
|--|---|
| Figure 1. election process of the subject population | 6 |
| Figure 2-1. Research model I | 7 |
| Figure 2-2. Research model II | 8 |

I. 서론

1. 연구배경

우리나라는 평균수명의 증가와 저출산으로 인한 급격한 고령화를 겪고 있다. 급격한 고령화로 노인 인구가 지속적으로 증가하고 있으며, 우리나라 전체 인구 중 65세 이상 노인 인구는 2017년 약 707만명(13.8%)이며 이는 2025년 1,000만명을 넘어, 2047년 1,879명(38.4%)에 이를 것으로 전망 된다(Statistical Office, 2020).

또한 2020년은 베이비부머의 65세 이상 고령인구 진입으로 인해 2017년 대비 급증하여 2047년 고령인구는 1,172만명(165.9%) 증가할 것으로 예상된다(Statistical Office, 2020). 저출산·고령화의 영향으로 2020년 고령인구가 유소년 인구수를 넘었으며, 2047년에는 10.4%수준으로 도달할 것으로 전망, 인구피라미드의 구조 변화가 가속화되고 있다(Statistical Office, 2020).

제주특별자치도 또한 2020년 전체 인구 중 65세 이상 고령인구는 15.7%로 고령 사회에 진입하였으며, 2027년 초고령 사회로 진입할 것으로 예상하고 있다(Statistical Office, 2020).

고령화와 더불어 독거노인도 점점 증가하고 있는 추세인데 제주특별자치도는 지역 특성상 타 지역에 비해 독거노인의 비율 또한 높은 편이다.

2020년 도 전체 1인 가구 대비 60세 이상 1인 가구 비율은 32.2%, 2045년에는 전체 1인가구의 절반 가량인 49%까지 증가할 것으로 예측되고 있다(Statistical Office, 2020).

독거노인이란 노인이 속한 세대를 구분하기 위한 범주의 하나이며, 가족 및 혈연 또는 비혈연 가구 구성원 누구와도 함께 지내지 않는 단독세대를 의미한다(Bark Y, 1997). 대상자들에 따라 가족의 지지체계 단절, 경제적 빈곤의 악화, 역할상실, 심리사회적 고립 등의 문제가 지속되어(Jang S & Kim S, 2017), 독거노인이 비독거 노인보다 우울이나 외로움을 더 많이 느낄 수 있다고 알려져 있다(Joo S & Yoon S, 2002).

제주도내 독거노인 또한 일반노인 21.1%에 비해 우울감이 40.4%로 더욱 높아 독

거노인의 우울에 대한 취약점을 알 수 있었다(Elderly status survey, 2017).

노인의 우울정도에 따라 인지기능 및 사회적 관계망, 신체적 활동, 자존감 등에 영향을 줄 뿐만 아니라(Kim H et al., 2002), 인생후기 삶의 만족도를 저하시켜 실제적인 삶의 기대를 저하시킬 수 있다(Kim H et al., 2002).

노인의 우울은 인지기능과 관련성이 깊은 것으로 알려져 있는데, 치매노인이 정상 노인보다 일반적인 우울감, 걱정 및 불안감, 불행감, 인지기능 저하 및 사회적 활동 감소 등 모든 측면에서 우울한 경향이 있는 것으로 알려져 있고(kang et al., 2000), 치매가 없는 정상인 노인 중에서도 정상노인은 기억력 저하와 인지장애가 13%이지만, 우울 증상이 있는 노인은 52%로 우울한 노인에게서 인지장애가 높게 나타나는 것으로 알려져 있다(Raskin et al., 1981). 또한 우울 증상이 있는 노인이 없는 노인보다 인지기능 감소 속도가 20% 빨라 우울은 노년기의 인지기능 감소를 예측할 수 있는 요인이라 하였다(wilson et al., 2004).

우울장애는 치매와 함께 노년기 정신장애 가운데 가장 유병률이 높은 질환 중 하나이며, 2020년에는 두 번째로 흔하게 장애를 유발하는 요인으로 예측되었고, 특히 노년기 우울증 노년층 인구가 급증하고 있는 우리나라를 비롯하여 아시아 국가에서도 시급한 문제도 대두되고 있다(Ryu J et al., 2013).

고령화와 더불어 치매 환자도 점점 증가하고 있는데 제주특별자치도 치매유병현황을 보자면 2016년 치매역학조사를 기반으로 추산한 2020년 제주특별자치도 60세 이상 추정치매환자수는 약 1만 1,548명으로 추정 치매유병율은 7.93%이다(Central Dementia Center, 2016). 따라서 지속적인 치매의 관리 및 대책이 필요하다. 우리나라는 치매 예방 관리를 위한 다방면의 대책을 마련하고는 있지만, 아직까지도 치매진단, 환자 및 보호자를 위한 돌봄, 경제적 부담 완화를 위한 치매 치료비·조호물품 지원 등의 관리에 더 집중하고 있다. 하지만 치매 전단계인 인지저하 관리 및 치매 위험 요소인 우울 관리 등에 관한 체계적인 프로그램이 제공된다면 증상의 악화를 좀 더 예방할 수 있을 것이다.

따라서 다양한 예방프로그램을 물론 인지저하의 위험요소를 사전에 관리할 수 있는 다방면의 연구 또한 지속적으로 필요할 것이다.

선행 연구 결과들은 치매환자에 있어 우울증과 인지기능 저하와 관련해 밀접한 관계를 시사하고 있지만 우울증에 취약한 독거노인에서 우울이 인지기능저하에

미치는 영향을 알아본 연구는 거의 없었다.

따라서 본 연구는 독거노인에서의 우울여부가 인지기능 저하에 영향을 미치는 요인을 검증하기 위해 시행되었다.

본 연구에서는 제주지역 독거노인을 대상으로 인구사회학적·건강행태 및 건강수준·사회적 관계요인이 우울에 미치는 영향 및 독거노인의 우울이 인지기능 저하에 미치는 영향을 연구함으로써 노인 정책 및 정신건강정책 수립에 필요한 기초자료와 치매 고위험군에 해당하는 독거노인의 우울과 치매 예방을 위한 치료적 중재 및 프로그램 개발의 근거를 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 독거노인돌봄 기본서비스 이용 대상자를 기반으로 65세 이상 독거노인 대상자를 3년간 추적 조사하여 기저의 노년기 우울증이 인지기능 저하의 위험을 증가시키는지 알아보고자 하였고, 추적기간과 대상자 및 우울증의 특성을 고려하여 노년기 우울증이 인지기능 저하에 미치는 영향의 차이를 파악하고자 하였으며, 구체적인 목적은 아래와 같다.

- 1) 제주지역 독거노인의 일반적 특성을 분석한다.
- 2) 제주지역 독거노인의 인구사회학적·건강행태·사회적 관계 요인을 확인하고 우울에 미치는 영향을 분석한다.
- 3) 3년간의 추적 관찰을 통해 제주지역 독거노인의 우울여부가 인지기능 저하에 미치는 영향을 분석한다.

3. 연구 가설

- 1) 제주지역 독거노인의 인구사회학적·건강행태·사회적 관계 요인이 우울에 영향을 미칠 것이다.
- 2) 노년기 우울이 인지기능 저하의 위험을 증가 시킬 것이다.

II. 연구 방법

1. 자료수집 방법

이 연구에서 사용한 자료는 제주특별자치도 광역치매센터에서 독거노인의 정신건강 실태를 파악하기 위해 시행되었던 독거노인 정신건강 실태조사의 자료 중 일부를 연구해 사용하도록 제공 받아 분석하였다.

2016년부터 2019년까지 노인돌봄 기본 서비스 대상자로서의 자격이 유지되고 2회의 조사가 모두 완료된 자료를 분석한 연구이다. 지침서에 제시된 항목 중에서 동일 조사 항목을 변수로 이용하였고, 연구목적에 맞게 일부 변수는 재분류하여 분석하였다.

본 연구에 사용된 자료는 독거노인 정신건강 실태조사 시 노인복지 및 정신건강 정책 수립을 위한 실태파악과 연구목적으로 설문조사를 진행한다는 것을 대상자들에게 고지하고 정보이용 동의를 받았으며, 제주광역치매센터의 동의를 받고 제공된 자료를 활용하였다.

조사는 연구 대상자에게 서비스를 제공하는 생활관리사를 통해 개별방문 설문조사로 이루어졌다. 본 연구는 연구목적과 연구문제에 근거하여 인구학적 특성, 건강행태요인, 인지저하, 삶의 질 관련 자료를 제공 받아서 사용하였다.

2. 연구대상

본 연구 대상은 2016년 제주특별자치도 노인돌봄기본서비스 이용자인 독거노인 4,375명 중 조사에 동의하고 참여한 2,509명 및 2019년 제주특별자치도 노인돌봄기본서비스 이용자인 독거노인 5,138명 중 조사에 동의하고 참여한 4,745명의 자료 중 동일 대상자 1,226명의 자료를 추출하였다

그 중 연구목적에 맞지 않는 2016년 인지저하 120명의 데이터를 제외한 최종 1,106명의 자료를 사용하였다(Figure 1).

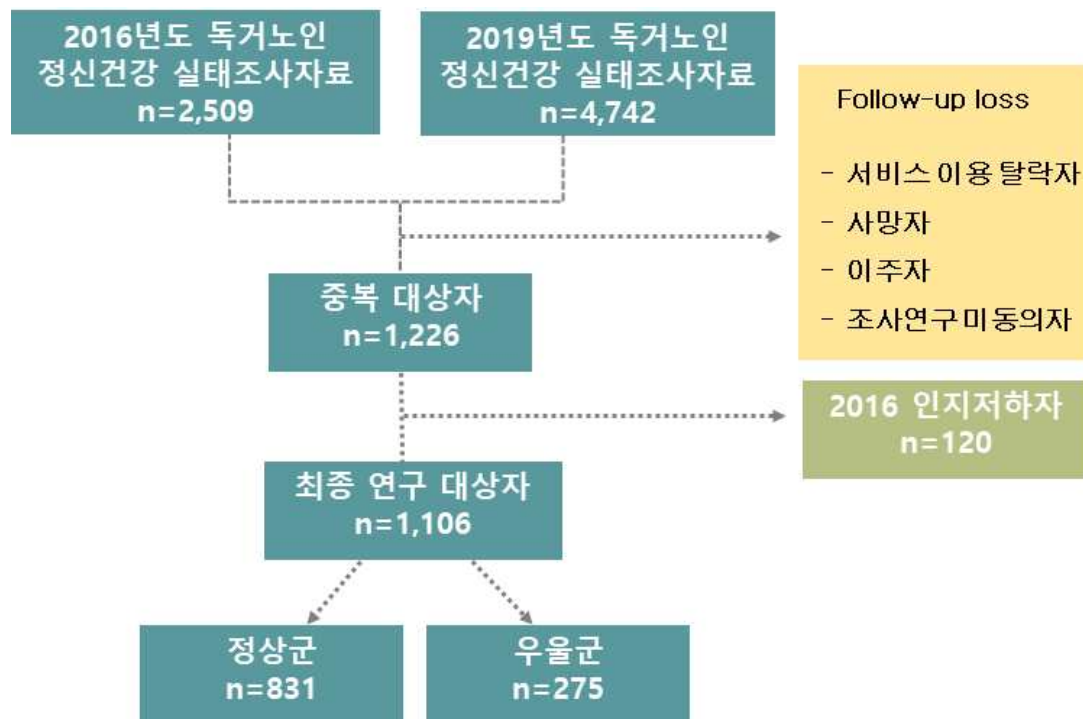


Figure 1. Selection process of the subject population

3. 연구모형

본 연구는 제주지역 독거노인의 인구사회학적·건강행태·사회적 관계요인들이 우울에 미치는 영향을 단면 분석하였고, 연구 모형은 아래와 같다(Figure 2-1).

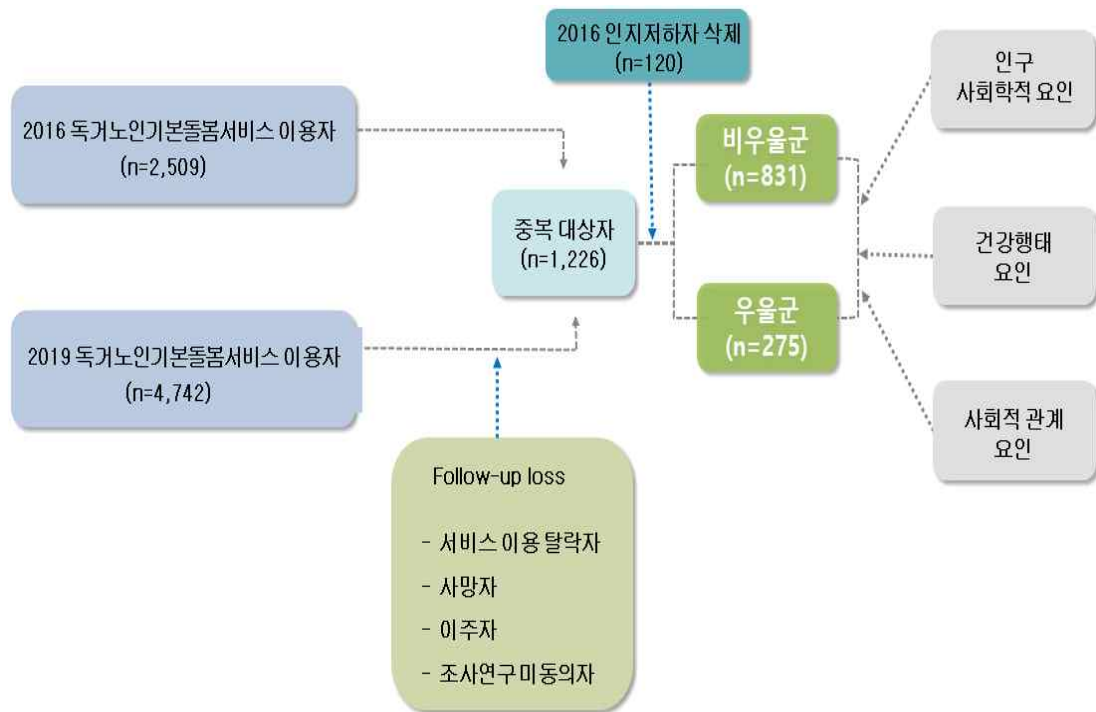


Figure 2-1. Research model I

또한 독거노인 건강실태 조사 자료를 비교하여 2016에서 2019년까지 3년간의 추적조사를 통해 우울군과 비우울군의 인지기능의 변화를 파악하여 노년기 인지기능이 우울에 미치는 영향을 알아보기 위한 연구로, 연구모형은 아래와 같이 제시할 수 있다(Figure 2-2).

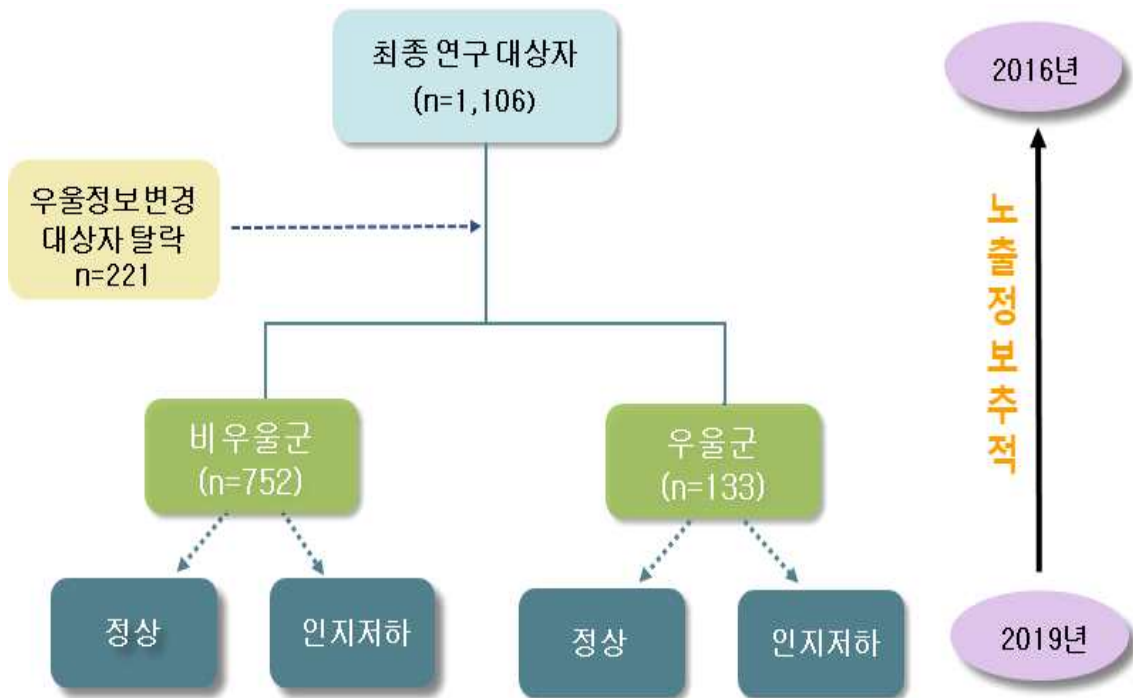


Figure 2-2. Research model II

4. 연구변수

1) 인구사회학적 요인

본 조사의 인구사회학적 특성은 독거노인 정신건강 실태의 항목 등을 이용하여 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 주거형태, 경제수준, 수입, 용돈 만족도로 총 9개 항목으로 나누어 분석하였다(Table 1).

연령은 주민등록의 생년월일을 이용하여 연령을 기준으로 65-69세군, 70-74세군, 75-79세군, 80-84세군, 85세 이상군으로 재분류하였고, 경제수준에 따라 수급자 아님, 1종 수급자, 2종 수급자, 조건부 수급자군을 ‘일반군’, ‘수급대상자군’으로 재분류하였다. 주거형태에 따라서 자가, 전세, 월세, 사글세, 임대주택, 기타로 되어 있는 것을 이 연구에서는 ‘자가’, ‘무주택’으로 재분류하였고 종교관련 항목 중 불교, 천주교, 기독교, 무, 기타로 되어 있던 것을 종교 ‘있다’, ‘없다’로 재구성 하였다.

Table 1. Variables for analysis: Sociodemographic factors

| Raw data variable name | Change of variable names and re-categorization for analysis |
|--|---|
| Gender | Male, Female |
| age | 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85≤ |
| Education | Uneducated, Elementary School, Middle School, High School, University and above |
| marital status | Single, bereavement, Divorce, Separation, 기except |
| Sociodemographic factors | |
| Religion | Yes, No |
| Housing type | Homeowner, Non-homeowner |
| Whether to receive basic living monthly income | Normal, Basic living recipient |
| | ≤500,000, 510,000-1,000,000, 1,010,000-2,000,000, 2,010,000-3,000,000, ≥3,010,000 |
| Pocket money | sufficient, modrate, lack |

2) 건강행태 및 건강수준 요인

본 연구에서 건강행태 및 건강 수준 요인은 주관적 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 우울, 인지저하 등의 항목으로 구성 하였다(Table 2).

주관적 건강상태 구성요인은 매우 건강하다, 건강한 편이다, 그저 그렇다, 건강이 나쁜 편이다, 건강이 매우 나쁘다로 되어 있는 부분을 ‘건강하다’, ‘그저 그렇다’, ‘건강이 나쁘다’로 재구성 하였다.

인지저하 측정도구는 Folstein에 의해 개발된 치매선별용 한국어판 간이정신상태 검사(Mini-Mental State Examination for Dementia Screening, MMSE-DS)를 이용하였고, 총 19문항 중 30점 만점으로 성별, 연령, 교육 수준에 따라 표준값 Z값의 -1.5미만인 자를 인지저하로 정의하였다.

노인 우울 검사는 Yesavage(1983)가 개발한 노인 우울증평가도구(Geriatric Depression Scale)을 기백석(1996)이 수정 보완한 한국판 노인 우울 척도 단축형도구(short-form Geriatric Depression Scale-korean version:SGDS-K)를 이용하였는데, 15개의 문항으로 이루어졌고 최근 1주일 동안의 우울 유무 증상을 측정한다. 단축형의 경우 총점의 범위가 0~15점까지 이고, 우울성인 응답에 ‘예’(1점), 비우울성 응답에 ‘아니오’(0점) 척도로 구성되어 있으며, 우울증 선별을 위한 최적의 절단점으로 8점을 제시한다.

Table 2. Variables for analysis: Health behavior and Health status factors

| Raw data variable name | Change of variable names and re-categorization for analysis |
|---|---|
| Subjective health condition | ‘Healthy’, ‘Indifferent’, ‘Un healthy’ |
| Regular exercise | Yes, No |
| Drinking | Yes, No |
| Smoking | Yes, No |
| Depression(SGDS) | ‘Non-depression’(≤7), ‘Depression’(≥8) |
| Cognitive function (MSE-DS) Standard Score(Z-score) | ‘Normal’(-1.5≤, ‘Cognitive decline’(-1.5>) |

3) 사회적관계 요인

본 연구에서 사회적관계요인은 삶의 질, 사회적지지 항목으로 구성하였다(Table 3). 삶의 질 척도는 Logsdon 등(2000)이 개발한 알츠하이머 환자의 삶의 질 정도를 측정하기 위한 척도이다. 삶의 질 척도(Quality of Alzheimer's Disease, QQL-AD)는 13개의 문항으로 이루어졌고, 각 문항의 점수 범위는 '나쁘다'(1점), '그저 그렇다'(2점), '좋다'(3점), '매우 좋다'(4점)이고 총점은 13점에서 52점까지이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높다고 평가하는데 본 연구에서는 독거노인의 특성상 7번째 항목, '요즘 배우자와의 관계가 어떻습니까?' 문항을 제외한 12문항(총 48점)만을 분석에 사용 하였다.

사회적 지지는 sherbourne 및 Stewart가 개발한 MOS-SSS(Medical Outcomes Study-Social Support Survey)도구(Sherbourne D, Stewart AL, 1991)를 한국어 버전으로 번안한 도구(Lim MK et al., 2003)를 사용하였다.

MOS-SSS는 대상자의 사회적지지 기반의 성격과지지 정도를 평가하기 위한 설문항목으로 연구 대상자가 주변으로부터 받을 수 있는 현재 사회적 지지로서 정서적지지 4문항, 정보적지지 4문항, 물질적지지 4문항, 애정적지지 3문항, 긍정적 사회 상호작용 4문항의 19개 문항으로 구성되어 있다. 평가는 각 문항 마다 얼마나 자주 그렇게 느꼈는지를 5점 척도를 이용하여 '전혀없다' 1점, '대부분 없다' 2점, '반반이다' 3점, '대부분 있다' 4점, '항상 있다' 5점으로 계산하여 합산한다. 총점의 범위는 19~95점이며, 점수가 높을수록 주변으로부터 사회적 지지가 높은 것을 의미한다(Kim T, 2019).

본 연구에서는 대상자의 총점을 기준으로 삶의 질 및 사회적 지지의 총점을 백분위로 나누어 상(상위 25%), 중(중위 50%), 하(하위 25%)로 재구성 하였다.

Table 3. Variables for analysis: Social relational factors

| Raw data variable name | Change of variable names and re-categorization for analysis |
|---------------------------|---|
| Social relational factors | Quality of life upper, middle, lower Social support upper, middle, lower |

5. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS version 25.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 연구 대상자의 인구사회학적, 건강행태, 사회적 관계에 요인을 빈도분석하였다.
- 2) 연구 대상자를 우울 유무에 따라 인구사회학적, 건강행태, 사회적 관계 요인의 비교는 χ^2 test, Fisher's exact test를 통해 분석하였다.
- 3) 분석한 대상자 중 유의한 변수들이 우울에 미치는 영향을 다변수 로지스틱 회귀 분석을 시행하였다.
- 4) 3년간의 우울유무에 따른 인지기능의 변화는 카이제곱검정을 하였다.
- 5) 2016년과 2019년 대상자들을 매칭한 후 2016년 자료 대비 2019년에 노출에 대한 정보가 바뀐 대상자를 삭제한 후 3년간 우울이 인지기능 저하에 미치는 영향을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

1) 인구사회학적 요인

연구 대상자의 성별은 남자 147명(13.3%), 여자 959명(86.7%)이며, 대상자 1,106명 중 연령별 분포는 65-69세 37명(6.6%), 70-74세 169명(15.3%), 75-79세 324명(29.3), 80-84세 359명(32.5%)로 80-84세가 가장 높았다.

교육수준은 무학 714명(48.0%)으로 가장 많은 빈도를 차지하며 초등학교 졸업 270명(24.4%), 중학교 졸업 60명(5.4%), 고등학교 졸업 49명(4.4%), 대학 이상 졸업 13명(1.2%)로 나타났다.

결혼상대로는 싱글 25명(2.35%), 사별 930명(84.1%), 이혼 115명(10.4%), 별거 27명(2.4%), 기타 9명(0.8%)로 사별이 가장 많았다.

종교는 ‘있다’는 689명(62.3%), ‘없다’는 417명(37.7%)으로 나타났고 주거형태는 무주택자가 580명(52.4%)으로 더 많았으며, 경제상태에 따른 기초생활수급대상 여부는 일반대상이 818명(74%)이 수급대상 288명(26%)보다 높았다.

월평균 수입은 50만원 이하 862명(77.9%), 51-100만원 236명(21.3%), 101-200만원 6명(0.5%), 301만원 이상이 2명(0.2%)이었다.

용돈 만족도는 ‘모자라다’ 고 대답한 비율이 676명(61.1%)로 가장 높았으며, ‘보통이다’ 라고 대답한 비율은 423명(38.2%), ‘충분하다’ 는 7명(0.6%)로 나타났다(Table 4).

Table 4. Sociodemographic characteristics of subjects with study

N(%)

| Variables | | Case | % |
|--------------------------------|----------------------|------|------|
| Age | 65-69 | 37 | 3.3 |
| | 70-74 | 169 | 15.3 |
| | 75-79 | 324 | 29.3 |
| | 80-84 | 359 | 32.5 |
| | ≥85 | 217 | 19.6 |
| Gender | Male | 147 | 13.3 |
| | Female | 959 | 86.7 |
| Education | Uneducated | 714 | 64.6 |
| | Elementary School | 270 | 24.4 |
| | Middle School | 60 | 5.4 |
| | High School | 49 | 4.4 |
| | University and above | 13 | 1.2 |
| marital status | Single | 25 | 2.3 |
| | bereavement | 930 | 84.1 |
| | Divorce | 115 | 10.4 |
| | Separation | 27 | 2.4 |
| | except | 9 | 0.8 |
| Religion | Yes | 689 | 62.3 |
| | No | 417 | 37.7 |
| Housing type | Homeowner | 526 | 47.6 |
| | Non-homeowner | 580 | 52.4 |
| National basic living security | Recipient | 818 | 74 |
| | Non-recipient | 288 | 26 |
| monthly income | ≤500,000 | 862 | 77.9 |
| | 510,000-1,000,000 | 236 | 21.3 |
| | 1,010,000-2,000,000 | 6 | 0.5 |
| | 2,010,000-3,000,000 | 0 | 0.0 |
| | ≥3,010,000 | 2 | 0.2 |
| Pocket money | Sufficient | 7 | 0.7 |
| | Moderate | 423 | 38.2 |
| | Lack | 676 | 61.1 |
| Total | | 1106 | 100 |

2) 건강행태 및 건강수준 요인

본 연구 대상자의 주관적 건강상태는 ‘건강이 나쁘다’가 518명(46.8%)로 가장 많았으며, ‘보통이다’ 응답 374명(33.8%), ‘건강하다’ 응답 214명(19.3%) 순으로 나타났다.

운동여부는 ‘예’ 509명(46.0%), ‘아니오’ 597명(54.0%)의 응답율이 나왔으며, 흡연여부는 ‘예’ 27명(2.4%) 보다 ‘아니오’가 1,079명(97.6%)으로 더 높게 나타났다.

음주여부는 ‘예’ 92명(8.3%), ‘아니오’가 1,014명(91.7%)이며, 우울유무는 비우울군이 831(75.1%)로 우울군 275명(24.9%)보다 더 높게 나왔다(Table 5).

Table 5. Health-related characteristics of subjects with study

N(%)

| Variables | | Case | % |
|-----------------------------|----------------|------|------|
| Subjective health condition | Healthy | 214 | 19.3 |
| | Indifferent | 374 | 33.8 |
| | Un healthy | 518 | 46.8 |
| Regular exercise | Yes | 509 | 46.0 |
| | No | 597 | 54.0 |
| Smoking | Yes | 27 | 2.4 |
| | No | 1079 | 97.6 |
| Drinking | Yes | 92 | 8.3 |
| | No | 1014 | 91.7 |
| depression | Non-depression | 831 | 75.1 |
| | Depression | 275 | 24.9 |
| Total | | 1106 | 100 |

2. 제주독거노인의 우울 여부에 따른 요인별 특성

1) 인구사회학적 요인에 따른 우울 여부

우울이 없는 비우울군에서는 여자 87.4%, 남자는 12.6%, 우울군은 여자가 84.0%, 남자 16.0%로 여성이 남성보다 더 많은 비율을 차지하는 것으로 나타났다 ($p=0.910$)

제주 독거노인 돌봄 서비스 이용자 중 연령에 대한 기대빈도가 5미만으로 전체 셀의 10%를 차지함에 따라 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다.

1,106명 중 연령별 분포는 비우울군에서 65-69세 1.2%, 70-74세 12.0% , 75-79세 26.1%, 80-84세 31.6%, 85세 이상은 29.1%로 80-84세가 가장 높았다.

우울군은 65-69세는 없었으며, 70-74세 9.9% , 75-79세 20.3%, 80-84세 29.2%, 85세 이상은 40.6% 로 85세 이상이 가장 높았으며, 통계적으로 유의했다($p=0.013$).

교육수준은 기대빈도가 5미만으로 전체셀의 10%를 차지함에 따라 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다.

비우울군에서 무학 569명(63.6%)으로 가장 많은 빈도를 차지하며 초등학교 졸업 226명(25.3%), 중학교 졸업 49명(5.5%), 고등학교 졸업 41명(4.6%), 대학 이상 졸업 9명(1.0%)로 나타났다.

우울군은 무학 145명(68.4%), 초등학교 졸업 44명(20.8%), 중학교 졸업 11명(5.2%), 고등학교 졸업 8명(3.8%), 대학 이상 졸업 4명(1.9%)로 무학이 가장 많은 비율을 차지했다($p=0.471$).

결혼상태는 기대빈도가 5미만으로 전체셀의 20%를 차지함에 따라 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다.

결혼상태로는 비우울군에서 싱글 2.3%, 사별 85.6%, 이혼 9.4%, 별거 2.1%, 기타 0.6%로 사별이 가장 많았고, 우울군에서는 싱글 1.9%, 사별 77.8%, 이혼 14.6%, 별거 3.8%, 기타 1.9%로 사별이 많았다($p=0.020$).

종교는 비우울군은 '있다'는 63.4%, '없다'는 36.6%으로 나타났고 우울군에서 '있다'는 58.0%, '없다'는 42.0%으로 종교 '있다'가 더 많았다($p=0.521$).

주거형태는 비우울군에서 ‘자가’는 50.8%, ‘무주택’은 49.2%, 우울군에서는 ‘자가’ 34%, 보다 ‘무주택’ 대상이 66%로 더 많았으며($p<.001$), 경제상태에 따른 기초생활수급여부는 비우울군(76.7%)과 우울군(60.7%) 모두 일반대상이 수급대상자보다 높았다($p<.0001$).

월평균 수입은 기대빈도가 5미만으로 전체셀의 50%를 차지함에 따라 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다.

비우울군은 50만원 이하 687명(76.8%), 51-100만원 200명(22.4%), 101-200만원 5명(0.6%), 301만원 이상이 2명(0.2%) 이었고 우울군은 50만원 이하 175명(82.5%), 51-100만원 36명(17.0%), 101-200만원 1명(0.5%), 301만원 이상이 없었으며 두 군다 50만원 이하가 높은 비중을 차지했다($p=0.287$).

용돈 만족도는 기대빈도가 5미만으로 전체셀의 16.7%를 차지함에 따라 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다.

비우울군과 우울군 모두 ‘모자라다’ 고 대답한 비율이 57.2%, 77.8%로 가장 높았으며, ‘보통이다’ 라고 대답한 비율은 비우울군 42.2% 우울군 21.7%, ‘충분하다’ 는 비우울군 6명(0.7%), 우울군은 0.5%로 나타났다($p<.001$)(Table 6).

Table 6. Sociodemographic factors affecting depression

| Variables | Baseline depression | | Total | χ^2 | <i>p</i> | |
|--------------------------------|----------------------|------------|------------|-------------|----------|-------|
| | Non-depression | Depression | | | | |
| Age | 65-69 | 11(1.2) | 0(0.0) | 11(1.0) | - | 0.013 |
| | 70-74 | 107(12.0) | 21(9.9) | 128(11.6) | | |
| | 75-79 | 233(26.1) | 43(20.3) | 276(25.0) | | |
| | 80-84 | 283(31.6) | 62(29.2) | 345(31.2) | | |
| | ≥85 | 260(29.1) | 86(40.6) | 346(31.3) | | |
| Gender | Male | 113(12.6) | 34(16.0) | 147(13.3) | 0.013 | 0.910 |
| | Female | 781(87.4) | 178(84.0) | 959(86.7) | | |
| Education | Uneducated | 569(63.6) | 145(68.4) | 714(64.6) | - | 0.471 |
| | Elementary School | 226(25.3) | 44(20.8) | 270(24.4) | | |
| | Middle School | 49(5.5) | 11(5.2) | 60(5.4) | | |
| | High School | 41(4.6) | 8(3.8) | 49(4.4) | | |
| | University and above | 9(1.0) | 4(1.9) | 13(1.2) | | |
| marital status | Single | 21(2.3) | 4(1.9) | 25(2.3) | - | 0.020 |
| | bereavement | 765(85.6) | 165(77.8) | 930(84.1) | | |
| | Divorce | 84(9.4) | 31(14.6) | 115(10.4) | | |
| | Separation except | 19(2.1) | 8(3.8) | 27(2.4) | | |
| Religion | Yes | 566(63.4) | 123(58.0) | 689(62.4) | 0.412 | 0.521 |
| | No | 327(36.6) | 89(42.0) | 416(37.6) | | |
| Housing type | Homeowner | 454(50.8) | 72(34.0) | 526(47.6) | 8.385 | 0.004 |
| | Non-homeowner | 440(49.2) | 140(66.0) | 580(52.4) | | |
| National basic living security | Non-recipient | 676(76.7) | 128(60.7) | 804(73.6) | 22.632 | <.001 |
| | recipient | 205(23.3) | 83(39.3) | 288(26.4) | | |
| monthly income | ≤500,000 | 687(76.8) | 175(82.5) | 862(77.9) | - | 0.287 |
| | 510,000-1,000,000 | 200(22.4) | 36(17.0) | 236(21.3) | | |
| | 1,010,000-2,000,000 | 5(0.6) | 1(0.5) | 6(0.5) | | |
| | 2,010,000-3,000,000 | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | | |
| | ≥3,010,000 | 2(0.2) | 0(0.0) | 2(0.2) | | |
| Pocket money satisfaction | sufficient | 6(0.7) | 1(0.5) | 7(0.6) | - | <.001 |
| | modrate | 377(42.2) | 46(21.7) | 423(38.2) | | |
| | lack | 511(57.2) | 165(77.8) | 676(61.1) | | |
| Total | | 894(100.0) | 212(100.0) | 1106(100.0) | | |

* Fisher's exact test

2) 건강행태 및 건강수준 요인에 따른 우울여부

본 연구 대상자의 주관적 건강상태는 비우울군에서 ‘건강이 좋다’ 23.0%, ‘보통이다’ 37.2%, ‘건강이 나쁘다’는 39.8%이며, 비우울군은 ‘건강이 좋다’ 4.3%, ‘보통이다’ 20.4%, ‘건강이 나쁘다’는 75.4%로 우울군에서는 ‘건강이 나쁘다’라는 결과가 가장 높게 나타났다($p<.0001$).

운동여부 관련 질문에는 비우울군은 ‘예’가 48.9%, ‘아니오’가 51.1%이며, 우울군에서는 ‘예’가 34.0%, ‘아니오’가 66.0%로 우울군이 비우울군보다 운동을 하지 않는 비율이 더 높게 나타났다($p<.0001$).

흡연유무로는 비우울군은 ‘예’가 5.0%, ‘아니오’가 95.0%이며, 우울군에서는 ‘예’가 8.0%, ‘아니오’가 92.0%로 나타났다($p=0.588$).

음주유무는 비우울군은 ‘예’가 8.5%, ‘아니오’가 91.5%이며, 우울군에서는 ‘예’가 7.5%, ‘아니오’가 92.5%로 나타났다($p=0.637$)(Table 7).

Table 7. Health Behavior and Health Level Factors Affecting Depression

| Variables | Baseline depression | | Total | χ^2 | <i>p</i> | |
|-----------------------------|---------------------|------------|------------|-------------|----------|-------|
| | Non-depression | Depression | | | | |
| Subjective health condition | Healthy | 205(23.0) | 9(4.3) | 214(19.4) | 58.415 | <.001 |
| | Indifferent | 331(37.2) | 43(20.4) | 374(34.0) | | |
| | Un healthy | 354(39.8) | 159(75.4) | 513(46.6) | | |
| Regular exercise | Yes | 437(48.9) | 72(34.0) | 509(46.0) | 19.405 | <.001 |
| | No | 457(51.1) | 140(66.0) | 597(54.0) | | |
| Smoking | Yes | 45(5.0) | 17(8.0) | 62(5.6) | 0.293 | 0.588 |
| | No | 849(95.0) | 195(92.0) | 1044(94.4) | | |
| Drinking | Yes | 76(8.5) | 16(7.5) | 92(8.3) | 0.223 | 0.637 |
| | No | 818(91.5) | 196(92.5) | 1014(91.7) | | |
| Total | | 894(100.0) | 212(100.0) | 1106(100.0) | | |

* χ^2 -test

3) 사회적관계 요인에 따른 우울 여부

삶의 질 교차분석 결과 기대빈도가 5 미만으로 pearson 카이제곱 검정이 아닌 fisher의 정확검정으로 유의확률을 분석하였다. 비우울군은 ‘상’은 28.9%, ‘중’은 55.9%, ‘하’는 15.2%이고, 우울군은 ‘상’은1.4%, ‘중’은 42.0%, ‘하’는 56.6%로 비우울군보다 우울군에서의 삶의 질의 ‘하’가 가장 많은 비율을 차지했고, fisher의 정확검정 $p<.001$ 로 통계적으로 유의했다.

사회적 지지는 비우울군은 ‘상’은 29.0%, ‘중’은 51.5%, ‘하’는 19.6%이고, 우울군은 ‘상’은8.5%, ‘중’은 48.6%, ‘하’는 42.9%로 나타났다($p<.001$)(Table 8).

Table 8. Social relational factors affecting depression

| Variables | Depression | | Total | χ^2 | <i>p</i> | |
|-----------------|---------------|------------|-------------|-----------|----------|--------|
| | No depression | Depression | | | | |
| Quality of life | Upper | 258(28.9) | 3(1.4) | 261(23.6) | - | <.001* |
| | Middle | 500(55.9) | 89(42.0) | 589(53.3) | | |
| | Lower | 136(15.2) | 120(56.6) | 256(23.1) | | |
| Social support | Upper | 259(29.0) | 18(8.5) | 277(25.0) | 59.780 | <.001 |
| | Middle | 460(51.5) | 103(48.6) | 563(50.9) | | |
| | Lower | 175(19.6) | 91(42.9) | 266(24.1) | | |
| Total | 894(100.0) | 212(100.0) | 1106(100.0) | | | |

* Fisher's exact test

3. 제주독거노인의 우울에 영향을 미치는 요인

인구사회학적요인, 건강행태 및 건강수준 요인, 사회적 관계요인이 제주독거노인의 우울에 미치는 영향을 검증하기 위해 교차 분석 한 결과 중에서 유의한 차이를 보인 변수들을 독립변수로 설정해 다변수 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 나이는 60-69세보다 70-74세가 우울의 위험도가 1.060배 높았으나 통계적으로 유의하지 않았고($p=0.917$), 75-79세 또한 1.457배 높았으나 유의하지 않았고($p=0.464$). 80-84세는 우울 위험이 1.629배($p=0.375$), 85세 이상은 1.547배 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.446$).

성별은 남자보다 여자가 우울 위험도가 0.800배 낮았으며, 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.812$).

교육수준은 대학교 졸업 이상보다 고등학교 졸업이상($p=0.512$), 중학교 졸업 이상($p=0.286$), 초등학교 졸업이상($p=0.353$), 무학 대상자($p=0.420$) 모두 우울의 위험도가 낮았으며, 통계적으로는 유의하지 않았다.

기초생활수급 여부는 일반 대상자에 비해 수급 대상자가 우울의 위험이 1.561배 높았으며, 통계적으로 유의했다($p=0.022$).

용돈만족도는 ‘충분하다’보다 ‘보통이다’가 0.251배($p=0.290$), ‘모자라다’가 0.383배 우울 위험이 낮았으나 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.461$).

주관적 건강상태는 ‘건강하다’보다 ‘보통이다’는 1.607배 우울 위험도가 높았으나 통계적으로 유의하지 않았고($p=0.232$), ‘건강이 나쁘다’는 3.066 위험도가 높았고, 통계적으로도 유의했다($p=0.004$).

운동여부는 ‘예’보다 ‘아니오’가 우울 위험이 1.385 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.083$).

삶의 질은 ‘상’보다 ‘중’이 우울 위험이 8.093배 높았고, 통계적으로도 유의했다($p=0.001$). ‘하’는 위험도가 23.210배 높았고 통계적으로 유의했다($p<.001$).

사회적 지지는 ‘상’보다 ‘중’이 우울 위험이 1.904배 높았고, 통계적으로도 유의했다($p=0.026$). ‘하’는 위험도가 3.034배 높았고 통계적으로 유의했다($p<.001$).

Table 9. Multivariate Analysis of Factors Influencing Depression

| Variables | | O.R. | 95% CI | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------------------|--------------|--------------|----------------|
| Age | 65-69 | 1(Reference) | | |
| | 70-74 | 1.060 | 0.351-3.203 | 0.917 |
| | 75-79 | 1.457 | 0.496-4.277 | 0.494 |
| | 80-84 | 1.629 | 0.554-4.793 | 0.375 |
| | ≥85 | 1.547 | 0.504-4.744 | 0.446 |
| Gender | Male | 1(Reference) | | |
| | Female | 0.800 | 0.454-1.407 | 0.812 |
| Education | University and above | 1(Reference) | | |
| | High School | 0.586 | 0.118-2.898 | 0.512 |
| | Middle School | 0.440 | 0.098-1.985 | 0.286 |
| | Elementary School | 0.517 | 0.128-2.083 | 0.353 |
| | Uneducated | 0.566 | 0.142-2.260 | 0.420 |
| National basic living security | Non-recipient | 1(Reference) | | |
| | recipient | 1.561 | 1.066-2.287 | 0.022 |
| Pocket money | Sufficient | 1(Reference) | | |
| | Modrate | 0.251 | 0.019-3.240 | 0.290 |
| | Lack | 0.383 | 0.030-4.907 | 0.461 |
| Subjective health condition | Healthy | 1(Reference) | | |
| | Indifferent | 1.607 | 0.739-3.495 | 0.232 |
| | Un healthy | 3.066 | 1.444-6.511 | 0.004 |
| Regular exercise | Yes | 1(Reference) | | |
| | NO | 1.385 | 0.959-2.001 | 0.083 |
| Quality of life | Uupper | 1(Reference) | | |
| | Middle | 8.093 | 2.467-26.549 | 0.001 |
| | Lower | 23.210 | 6.825-78.937 | <i>p</i> <.001 |
| Social support | Uupper | 1(Reference) | | |
| | Middle | 1.904 | 1.078-3.360 | 0.026 |
| | Lower | 3.034 | 1.645-5.595 | 0.000 |

Crude OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

4. 3년간 우울 여부에 따른 인지기능 변화 분석

본 연구에서 2016년과 우울군과 비우울군의 인지기능의 변화를 비교 분석한 결과 2016년 비우울에서 2019년 비우울했던 대상자 중 정상군은 699명 93.0%, 인지저하는 53명 7.0%이고, 2016년 비우울에서 2019년 우울로 변화된 대상자는 정상이 70명, 88.6%, 인지저하는 9명 11.4%로 나타났으며, 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.162$).

2016년 우울에서 2019년 비우울군으로 변경된 대상자는 정상이 124명 87.3%이고, 인지저하는 18명으로 12.7%이며, 2016년 우울에서 2019년 지속적으로 우울이었던 대상자 중 정상군은 118명 88.7%이고, 인지저하는 15명으로 11.3%였으며, 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.721$). (Table 10).

Table 10. Comparative analysis of changes in cognitive function according to the presence or absence of depression over three years from 2016 to 2019

| Variables | | Cognitive function | | Total | $\chi^2(p)$ |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------|------------|------------------|
| | | Normal (n=1011) | Cognitive decline (n=95) | | |
| 2016 Non-dpression | 2019 Non-dpression | 699(93.0) | 53(7.0) | 752(100.0) | 1.954 (0.162) |
| | 2019 Depression | 70(88.6) | 9(11.4) | 79(100.0) | |
| 2016 Depression | 2019 Non-dpression | 124(87.3) | 18(12.7) | 142(100.0) | 0.127 (0.721) |
| | 2019 Depression | 118(88.7) | 15(11.3) | 133(100.0) | |

* χ^2 -test

5. 우울이 인지기능저하에 미치는 원인적 연관성 분석

2016년과 2019년 대상자들을 개개인별로 매칭한 후 2016년 우울군이거나 비우울군 대상자를 3년간 추적조사하여 우울에 대한 정보가 바뀐 사람들은 탈락시키고 2016년 우울여부에 따라 2019년 인지저하의 변화를 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

우울에 따른 인지기능 저하에 미치는 영향은 우울군이 비우울군보다 인지기능 저하 위험율이 1.677배 높았고, 통계적으로도 유의했다($p=0.094$).

분석 후 첫 번째, 연령차이를 보정한 결과 인지저하 위험율이 2.017배 더 높게 나왔으며, 우울군이 비우울군보다 인지저하 위험율이 높고 통계적으로 유의했다($p=0.027$).

두 번째 삶의 질 차이를 보정한 결과 우울군이 비우울군보다 인지저하 위험율이 2.064배 높게 나오고 통계적으로도 유의했다($p<=0.023$)(Table 11).

Table 11. Analysis of causal association of depression on cognitive decline

| Variables | Crude R.R. | | | Adjusted ¹ R.R. | | | Adjusted ² R.R. | | | |
|--------------------|-------------------|--------------|-------------|----------------------------|--------|-------------|----------------------------|--------|-------------|-------|
| | R.R. | 95% CI | p | R.R. | 95% CI | p | R.R. | 95% CI | p | |
| Cognitive function | Normal | 1(Reference) | | | | | | | | |
| | Cognitive decline | 1.677 | 0.915-3.072 | 0.094 | 2.017 | 1.084-3.761 | 0.027 | 2.064 | 1.043-3.862 | 0.023 |

R.R. : Relative Risk, CI : Confidence interval

* $p < 0.05$, ** $p < .001$, Logistic regression analysis, † Age difference, ‡ Age difference, Quality of life difference

6. 우울이 인지기능에 미치는 영향 분석

2016년과 2019년 대상자들을 매칭한 후 2016년 우울 진단 후 2019년 노출에 대한 정보가 변경된 대상자들을 탈락시키지 않고, Cox 비례위험모형을 적용하여 보완하였다(Table 12).

보정 전 로지스틱 우울에 따른 인지기능저하 영향을 로지스틱 회귀분석으로 분석한 결과 우울군이 비우울군보다 인지기능저하 위험율이 1.608배 높았다 ($p=0.027$).

첫 번째 연령차이를 보정한 결과는 인지저하 위험율이 1.658배 높아, 우울군의 인지저하 위험율이 높고 통계적으로 유의했으며($p=0.019$), 두 번째 삶의 질 차이를 보정한 결과 인지저하 위험율이 1.661배 높게 나오고 통계적으로도 유의했다 ($p<0.019$)

Table 12. Analysis of the effect of depression on cognitive function

| Variables | Crude H.R. | | | Adjusted ¹ H.R. | | | Adjusted ² H.R. | | | |
|--------------------|-------------------|--------------|-------------|----------------------------|--------|-------------|----------------------------|--------|-------------|-------|
| | H.R. | 95% CI | p | H.R. | 95% CI | p | H.R. | 95% CI | p | |
| Cognitive function | Normal | 1(Reference) | | | | | | | | |
| | Cognitive decline | 1.677 | 0.915-3.072 | 0.094 | 2.017 | 1.084-3.761 | 0.027 | 2.064 | 1.043-3.862 | 0.023 |

H.R. : Hazard ratio, CI : Confidence interval

* $p < 0.05$, ** $p < .001$, Cox Proportional Harzard Regression, † Age difference, ‡ Age difference, Quality of life difference

IV. 고찰

본 연구는 2016년과 2019년 독거노인 정신건강 실태보고서 자료를 이용하여 인구사회학적 요인 및 건강행태 및 건강수준요인, 사회관계적 요인이 우울에 미치는 영향을 분석하고, 2016년부터 2019년까지 3년간의 추적관찰을 통해 노년기 우울이 인지기능 저하에 미치는 영향을 찾아냄으로써 노인 정책 및 정신건강정책 수립에 필요한 기초자료를 제공하는데 연구 목적이 있다.

노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 연령, 성별, 학력, 질병, 소득, 사회적지지 등 다양하지만(Sung K, 1997), 본 연구에서는 우울에 미치는 인구사회학적 요인을 보면 교육수준, 주거형태, 기초생활수급여부, 용돈 만족도가 영향을 미치는 것으로 나타났고 통계적으로 유의했다. 이 결과 중 노인의 연령과 우울이 통계적으로 유의하지 않았지만, 연령이 높을수록 우울증상이 높아지고 대상자의 연령이 우울에 영향을 미치는 요인이라고 보고한 연구(Blazer et al., 1991, Shin C, 1995)와 같이 연령이 높을수록 우울의 위험도가 높아짐을 알 수 있었다.

이처럼 연령이 높을수록 우울의 위험이 높아지는 현상은 일반적이며, 노년기 전반적으로 나타나는 질환, 사별, 경제 수준의 악화, 사회적 고립에 따라 점점 증가한다(Jarvik, 1996)

그 외의 요인으로 교육수준은 통계적으로 유의하지 않았지만 전반적으로 교육수준이 낮을수록 우울의 위험도가 높은 것으로 나타나 선행연구(Kim H, 2001)결과와도 일치했다. 또한 용돈 만족도나 경제 수준이 낮을수록 우울의 위험도가 증가함을 알 수 있는데(Goo S et al., 1995), 빈곤, 월평균 수입과 같은 경제적 요인은 우울의 위험성을 증가시키고(Kim D et al., 2011), 노인의 경제활동이 우울을 감소 시키는데 영향을 미치는 것으로 보고 되었다(Sugisawa et ai., 2002).

따라서 무학자를 위한 비문해자 교육 프로그램 등을 개발하고 지속적으로 참여할 수 있는 기회를 제공해야하며, 또한 무주택 대상을 위한 임대주택 사업이나 노인 일자리 사업 등으로 경제활동을 할 수 있는 다양한 연계 시스템도 필요할 것이다.

주관적 건강상태에 관련된 문항에서도 ‘건강상태가 좋다’라고 대답한 대상보다도 ‘건강상태가 나쁘다’라고 대답한 대상자가 우울의 위험도가 높게 나타났으며, 통계적으로 유의했다($p=0.004$).

이 결과는 선행연구(Mossey J & Shapiro E, 1982)와 일맥상통한 결과이며 주관적 건강상태 평가 방법의 신뢰성이 문제시되고 있지만, 대상이 지각하는 주관적 건강상태는 대상자의 현재 건강수준 및 사망에 의미있는 지표가(Korean Health Sociology, 2000) 되고 건강수준에 대한 객관적 자료로 활용되는 사례가 증가하고 있다(Kim H, 2001).

사회적지지의 관계망은 가족 구성원, 이웃, 친구, 지역사회 등이 포함된다(Nam K & Jeong E, 2011). 사회적 지지가 잘 형성된 대상자들은 우울을 유발하는 다양한 원인들을 완화시켜 주기 때문에 사회적 지지가 잘 형성되지 않을 경우 우울의 위험도가 더 높아지게 된다(Kim, Sangalang & Kihl, 2012). 본 연구에서도 위의 선행 연구와 같이 사회적 지지가 낮을수록 우울의 위험도가 높았고 통계적으로도 유의했다.

우리나라에서는 다양한 사회적 지지에 관한 연구들이 활발하게 진행되어져 왔는데, 대부분의 연구 결과는 사회적 지지체계는 노인의 우울을 감소시켜 건강증진과 삶의 만족도를 높인다고 보고되고 있다(Kim T, 2005; Lee L, 1999; Han H & Lee Y, 2009). 가족을 포함한 사회적 지지가 잘 형성된 경우 노인의 정서적 안정과 긍정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다(Lee Y & Ha M, 2005).

독거노인일 경우 우울이나 외로움을 더 많이 느낀다고 하였으며(Joo S & Yoon S, 1993), 고독감과 상실감 또한 발생하고 경제활동이 없는 여성일 경우 경제적인 어려움까지 가중될 수 있다(Hong S, 2016)고 한다.

노년기 우울이 인지기능 저하의 위험을 증가시키는 연관성을 보면 2016년과 2019년 우울군과 비우울군 비교에 따른 인지기능의 변화를 분석한 결과 2016년부터 2019년까지 우울이 지속된 대상자의 인지기능저하는 12.7%로 통계적으로 유의하지 않았는데($p=0.721$), 우울증이 향후 인지기능장애나 치매의 위험인자라고 했던 선행연구(Ryu J et al., 2013)와는 차이가 있었다.

우울과 인지기능저하의 관련성을 규명하기 위해 많은 선행연구가 진행되었지만 각 문헌마다 결과의 차이가 다양했다. 하지만 대부분의 선행연구에서(Kim N, 2016) 인지기능은 연령이 증가하면서, 그리고 우울이 있을 때 인지기능 저하의

위험성이 증가한다고 보았고, 우울이 없는 노인의 인지저하보다 우울이 있는 노인의 인지기능 저하의 변화가 더 높게 나타났다(Han J, 2014; Raskin & Ray, 1981).

본 연구에서 3년간의 추적조사를 통해 우울군과 비우울군의 인지기능 변화를 비교 분석한 결과는 통계적으로 유의하지 않았지만, 2016년과 2019년 연구 대상자들을 매칭시켜 우울에 대한 정보가 바뀐 대상자를 탈락시킨 후 분석한 결과는 통계적으로 유의하게 나타났다. 특히 연령차이와 삶의 질을 보정한 분석 결과는 우울군이 비우울군보다 인지기능저하의 위험도가 훨씬 증가함을 알 수 있었다.

이는 선행연구(Lee SH et al., 2008)결과와 일치하며 우울증이 지속될 경우에 인지기능 저하 및 치매 발병의 위험성이 증가한다는 결과를 검증한 것이며, 독거노인에서 우울여부가 인지기능 저하에 매우 중요한 요인임을 시사한다. 따라서 우울증을 지속적으로 추적하고 치료하는 것이 중요하다.

본 연구의 해석에는 몇가지 제한점이 있다. 첫째, 인지기능검사도구를 MMSE-DS 한 가지로만 측정하여 보다 객관적이고 정밀한 인지기능 평가가 필요할 것으로 본다. 둘째, 2016~2019년까지 3년간의 추적 연구를 진행 하였지만 독거노인돌봄서비스 변경 대상자, 이어나 사망, 검사 거부자 등의 탈락한 대상자들을 지속적으로 관찰하지 못한 점이다.

셋째, 검사자들에게 사전에 교육을 시행 하였으나 검사자들의 설문 의 정확성과 일치도를 검증하지 못하였다.

넷째, 제주지역 독거노인돌봄서비스 대상자만을 조사하여 우리나라 전체 노인대상의 우울이 인지기능에 미치는 영향을 나타내기에는 부족한 점이 있고, 인지기능 검사 도구에 따른 차이도 생길 수 있지만, 제주지역 독거노인 돌봄서비스 이용자 전체를 전수 조사하여 검사하는데 의미가 있다.

본 연구는 우울이 인지기능저하에 미치는 영향을 알아보기 위한 연구이며, 연구 결과 우울이 인지기능 변화에 유의한 영향을 준다는 결론이 제시되었다.

따라서 이러한 결과는 임상적으로 의미가 있으며, 후속 연구 시 동일한 대상자를 탈락자 포함한 대상자까지 추적 관찰하여 연구를 진행하고 MMSE-DS 이외에도 객관화되고 정밀한 신경인지 검사 도구를 이용하여 연구한다면 우울과 인지기능의 세부 영역별 관련성까지도 제시해 볼 수 있을 것이다(Shon S et al., 1999).

지속적인 노인 인구의 증가와 함께 우울 및 치매와 같은 노인성 질환도 계속 증가할 것이다. 따라서 노인보건의료 정책의 방향은 우울 및 치매예방 활동을 목표로 설정해야 한다. 독거노인들이 지역사회에 나와 소통할 수 있고 사회적 참여도를 높여주기 위한 1:1 친구만들기, 노인학교, 경로당 활동 등의 프로그램에 참여할 수 있도록 사회적 지원과 관심이 필요할 것이며, 정기적인 운동과(Brocks et al., 1997) 신체활동이 우울증 감소에 효과적(Lucas et al., 2011)이라는 연구 결과도 있듯이 노인 대상으로 전신 스트레칭, 실버요가, 밴딩 체조 등의 다양한 운동 프로그램 지원이 또한 필요할 것이다. 지역사회에서는 독거노인의 인지훈련프로그램 제공뿐만 아니라 우울 예방 및 관리프로그램이 추가적으로 보급되어야 하며 다방면의 복합적인 중재가 고려될 필요가 있다.

또한 대면 교육이 어렵거나 기관 방문이 어려운 대상자를 위해 AI 프로그램들을 활용하여 비대면 프로그램을 제공할 수 있도록 다방면의 프로그램 개발과 보급이 필요할 것이다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 2016년과 2019년 제주광역치매센터에서 실시한 제주특별자치도 독거노인 정신건강 실태조사 보고서 자료를 통해 제주지역 65세 이상 독거노인의 우울과 인지저하 간의 연관성에 대해 규명하고자 2차 자료를 분석한 연구이다.

2016년 제주특별자치도 노인돌봄기본서비스 이용자인 독거노인 4,375명 중 조사에 동의하고 참여한 2,509명 및 2019년 제주특별자치도 노인돌봄기본서비스 이용자인 독거노인 5,138명 중 조사에 동의하고 참여한 4,745명의 자료 중 동일 대상자 1,226명의 자료를 추출하고 그 중 연구목적에 맞지 않는 2016년 인지저하자 120명의 데이터를 제외한 최종 1,106명의 데이터를 분석하였다. 주요한 결과는 다음과 같다.

1. 인구사회학적·건강행태 및 건강수준·사회적 관계요인이 우울에 미치는 영향

연구결과 첫째, 인구사회학적 요인은 성별, 연령, 결혼상태, 종교, 월평균 수입은 유의하지 않았고, 교육수준은 무학일수록 우울에 미치는 영향이 높은 것으로 나타났다. 또한 주거형태로는 무주택자, 용돈 만족도에서는 ‘모자라다’ 라고 응답한 대상자가 우울에 미치는 영향이 더 높았다.

둘째, 건강행태 및 건강수준 요인으로는 주관적 건강상태에서는 ‘건강이 나쁘다’ 라고 한 대상자와 운동여부는 운동을 ‘안한다’라고 한 대상자가 우울에 영향을 미쳤다.

셋째, 사회적 관계요인은 삶의 질, 사회적지지 모두 ‘하’ 일 때 우울에 미치는 영향이 높다는 것을 알 수 있었다.

2. 우울이 인지기능저하에 미치는 영향

연구 결과, 선행 연구와 마찬가지로 우울의 유무가 인지기능 저하에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과로 우울이 있는 대상자일수록 인지기능 저하의 위험도가 높다는 것을 확인하였다.

우울군과 비우울군을 비교하여 2016년도의 우울유무는 독립변수로 2019년도 인지기능 유무를 종속변수로 두어 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 2016년 우울이 있는 대상자에서 3년 후 인지기능 저하의 위험도가 높아짐을 알 수 있었다. 또한 연령 및 삶의 질 차이를 순차적으로 보정하여 분석한 결과 우울이 있는 대상자의 인지기능저하의 위험도가 두 배 가까이 높아짐을 알 수 있었다. 이는, 독거노인에서 우울 여부가 인지기능 저하에 매우 중요한 요인을 시사해준다.

현재까지의 근거와 다양한 연구의 결과로는 우울이 인지기능 저하의 위험을 증가시키는 명확한 기전을 밝히기는 어렵지만, 다양한 선행 연구의 결과들과 본 연구의 결과를 고려했을 때에 독거노인에서 우울여부가 인지기능 저하에 매우 중요한 요인임을 시사한다. 따라서 지역사회에서 독거노인의 인지기능장애를 효과적으로 예방하기 위한 프로그램 뿐만 아니라 우울예방 및 관리프로그램이 추가적으로 보급되고 복합적인 중재가 고려된다면 인지저하 위험을 감소시키는 효과를 기대할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 2016년 연구대상자와 2019년 연구대상자를 비교 비교분석 할 때 2016년과 2019년과의 변수 항목의 차이가 많아 보다 다각적인 측면으로 비교분석이 어려웠다. 추후 후속 연구를 위한 전수 조사가 시행될 때에는 비교 분석할 수 있는 항목들이 추가되어 다양한 분석을 시행 했으면 한다.

둘째, 독거노인돌봄서비스 이용 변경자 및 사망자, 이주 등의 변화로 중도 탈락된 대상자들을 추적 하여 비교할 수 없는 부분들이 있어 후속 연구에서는 탈락 대상자들에 대한 추적을 보완할 수 있는 방안도 고민해봐야 한다.

셋째, 우울과 인지기능의 연관성을 보다 명확한 결론을 얻기 위해서는 임상기록이나 전문검사 결과를 토대로 시행할 수 있는 후속 연구도 필요할 것이다.

REFERENCES

Baek SK, Lee YJ, Eom TY. Verification of the effects of daily living ability and mediating effect of depression on the quality of life of the elderly living alone, *Health and Social Research*, 32(4), 2012, 005-030, 2012.

Blazer DG, Burchett B, Service C, George K. The association of age and Depression Among the Elderly : An Epidemiologic Exploration, *Journal of Gerontology* 46(6) : M 210-M215, 1991.

Broocks, A, Mayer TF, Bandelow B, Gerorge A, Bartmann U et al. Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder, *Neuropsychobiology*, 36(4): 182-187, 1997.

Chu SK, Choi HJ, Yoo JH. A Study on the Relationship between Depression and Cognition in the Community Female Aged, *Journal of East-West Nursing Research* 2010; 16(2): 131-137, 2010.

Han JH, Lee JE, Park JH, Lee SH, Kang HS. Effect of a 12 Week-Aerobic Exercise Program on Physical Fitness, Depression, and Cognitive Function in the Elderly, 2014.

Hyang Gyun Jung. A study on the Depression and Cognitive, Impairment in the rural elderly. Faculty of Medical Science Chonnam National University Graduate School, 1993.

Hwang R, Lim J, Lee Y. A Comparison of the Factors Influencing the Life Satisfaction of the Elderly According to their Cognitive Impairment Level, *J Korean Acad Nurs* Vol.39 No.5, 622-631DOI: 10.4040/jkan.2009.39.5.622.

Jarvic L. Aging and depression : Some unanswered questions, Journal of Gerontology 1976;31:324-326.

Joon S & Yoon S. Articles : A Comparative Study on the General Health between the Couple and Single Aged, Korean Geriatrics 2002;22(2):147-62.

Koo S, Shon B, Yoon M, Hong S, Jo J. Demographic characteristics of depression in the elderly, Journal of Family Medicine, 1995;16(8). 575-584.

Korean Health Sociology Edition. Social change and health welfare. Taeilsa 2000;157-184.

Kim B, Jang H, Lee J, Seo K, , Ham B, Jo M. Symptoms of depression in elderly Koreans. Senior Psychiatry, 2003;7(2):163-177.

Kim B. Correlation between cognitive ability and depression in the elderly according to exercise, Yonsei University Graduate School of Public Health, 2002.

Kim C & Park S. Gender Difference in Risk Factors for Depression in Community-dwelling Elders, Journal of Korea Academy of Nursing 2012;42(1); 136-147.

Kim D, Yoo B, Min J. Analysis of Factors Affecting Health Inequalities Among Korean Elderly, Health Social Welfare Research 2011; 42(3), 267-290.

Kim E. Factors related to depression of old-old living alone by region, Department of Family Welfare, Changwon National University 2018;Vol.8 No.6 : 609-623.

Kim H. The Correlation between Depression and Physical Health in the Elderly, Department of Nursing, Kyungbuk Foreign Language Techno College, 2001.

Kim H, Yi Y, Park K, Kang U, Lee BM. Effects of Cognition Promoting on Cognitive Function, Depression and Quality of Life in Elderly, Journal of the Korea Contents Association, 2010.

Kim H, Yoo S, Han K. The relationship between cognitive function, physical health, self-esteem, social support, and depression of elderly women in the community, Journal of Koean Gerontological Nursing 2002;Vol. No2, 163-175.

Kim N. An analysis on the factors influencing the functional state change of dementia patients enrolled in Seoul, The Graduate School of Chung-Ang University, Nursing and Health Profession, 2016.

Kim S. Factors Affecting Four-year Score Change of Frailty, 2013.

Kim S, Shin I, Shin H, Kim J, Kim S, Yoon J. Comparison of depression between the elderly living alone and those living with a spouse, Journal of Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry 2015;21(3), 192-198.

Kim T. Relationship Between Social Support and Cognitive Impairment of the Elderlies in Care Facilities, Department of Social Welfare Graduate School of Sangji University, 2019.

Lee S, Won J, Baek H, Park K, Kim B, Choi H, Hong Y. Influence of Loneliness on Cognitive Decline amog Elderly Living Alone in Korea: One Year Prospective Study, Department of Family Medicine 2008;29::695-702.

Lee Y. A comparative study on the status of support between male and female elderly, Yonsei University Graduate School of Public Administration, 2000.

Lim M, Kim M, Shin Y et al. Social Support and Self-rated Health Status in a Low Income Neighborhood of Seoul, Korea, The Korean Society for Preventive Medicine 2003;36(1): 54-62.

Lucas M, Mekary R, Pan A, Mirzaei F, O'Reilly E et al. Relation between clinical depression risk and physical activity and time spent watching television in older women: a 10-year prospective follow-up study, American Journal of Epidemiology 2011;174(9): 1017-1027.

Ryu J, Kim M, Lee CI Park J. Cognitive Impairment and Decreased Quality of Life in Elderly Patients with Subsyndromal Depression, Department of Psychiatry, Jeju National University Hospital, School of Medicine, Jeju National University, Jeju, Korea 2013;20:46-54.

Lyketsos C, Baker L, Warren A, Steele C, Brandt J, Steinberg M et al. A Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 1997;9, 556-561.

Mossey J & Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly, AJPH 1982;72: 800-808.

Park J. Influence of late-life depression on the risk, 2015.

Park, S. The Effects of Health-Related Factors and Social Networks on Depressive Symptoms in Elderly Men and Women: Focusing on the Moderating Effects of Gender, Health and Social Welfare Review 2018;38(1), 154-190.

Park Y. A study on the Social Welfare Services for Living-Protected Single Senile People, Dongguk University Graduate School of Public Administration, 1997.

Raskin A & Rae D, Psychiatric symptoms in the elderly, *Psychopharmacology Bulletin* 1981;17; 96-99.

Sherbourne D & Stewart A. The MOS social support survey, *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-714.

Shin C. A Study on the Factors Related to the Cognitive Function and Depression Among the Elderly, Chungnam National University Department of Medicine, Graduate School, 1995.

Shin H. The associations between social relations, actives of daily living, cognitive functions and depressive symptoms among the Korean elderly: 2014 Korean National Survey on Older Adults, Department of Public Health, Graduate School of Chosun University, 2017.

Shon S, Shin J, Shin H, Jung Y. Depression level and related factors of the elderly in rural areas, *Korean Journal of Rural Medicine* 2000;25(1): 85-98.

Statistics Korea 2020. Future Population Estimation, 2017-2047.

Statistical Korea 2020. Jeju Special Self-Governing Province Funeral Population Estimation, 2017-2037.

Statistical Korea 2020. Funeral furniture estimate, 2015-2047.

Statistical Korea 2020. Resident Registered Population Statistics 2020.

Korea Institute for Health and Social Affairs. Elderly status survey, 2017.

Sung K. Degree of Cognitive function, Self-esteem and Depression of the Elderly by Aging, Korean Society of Nursing Science 27(1), Journal of Korean Academy of Nursing 1997;27(1); 36-48.

Sung J. The Graduate School of Ewha Womans University, Department of Nursing Science, 2007.

국문초록

우울증이 인지기능 저하에 미치는 영향에 대해 밀접한 관계를 시사하는 다양한 선행연구가 있지만, 우울증에 취약한 독거노인에서 우울이 인지기능저하에 미치는 영향을 알아본 연구는 거의 없다. 본 연구는 제주지역 독거노인 대상자를 3년간 추적 조사하여 우울 유무가 인지기능 저하에 미치는 영향을 미칠 수 있는 지 알아보고자 하였다.

본 연구는 2016년과 2019년에 실시한 제주특별자치도 독거노인 정신건강실태조사에 참여한 노인돌봄기본서비스 대상자 2,509명의 자료와 4,745명의 자료 중 동일 대상자 1,106의 자료를 사용하였다. 한글판 단축형 노인우울척도를 이용하여 우울증으로 진단하였으며, 한글판 간이정신상태 검사를 사용하여 대상자의 인지기능을 선별검사하였다. 연구 대상자의 일반적 특성은 빈도분석을 적용하여 분석하였고, 인구사회학적 요인, 건강행태 및 건강수준, 사회적 관계요인이 우울에 미치는 영향을 알아보기 위해 교차분석을 수행하였다. 우울이 인지기능 저하에 미치는 원인적 연관성 분석을 위하여 로지스틱 회귀분석과 Cox 비례위험모형 분석을 시행하였다.

연구결과는 첫째, 독거노인의 교육수준 및 경제수준이 낮을수록 우울의 위험도가 높았으며, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 삶의 질과 사회적 지지가 낮을수록 우울의 위험도가 높은 것으로 나타났다. 둘째, 우울유무에 따른 인지기능 저하의 위험도를 분석한 결과, 2016년 당시 우울이 있는 대상자에서 3년 후 인지기능 저하의 위험도가 높은 것으로 나타났다. 이는, 독거노인에서 우울 여부가 인지기능 저하에 매우 중요한 요인임을 시사한다. 지역사회에서 독거노인의 인지기능장애를 효과적으로 예방하기 위해서는 인지훈련뿐 아니라 우울 예방 및 관리프로그램이 추가적으로 보급되어야 하며 보다 복합적인 중재가 고려될 필요가 있다.

키워드 : 독거노인, 우울, 인지저하, 추적조사

ABSTRACT

The Effect of Depression on Cognitive Impairment of the Elderly Living Alone in the Jeju Area

Ji-Ae Kim

Department of Public Health

Graduate School of public Health and Welfare Jeju National University

(Supervised by professor Su-Young Kim)

Various preceding studies suggested the close correlation of depression with cognitive impairment; however, few studies have investigated the effect of depression on cognitive impairment in the elderly living alone who are vulnerable to depression. The purpose of this study was to determine whether the depression could affect cognitive impairment through a 3-year follow-up of elderly subjects living alone in Jeju.

Of 2,509 and 4,745 subjects who participated in the mental health survey of the elderly living alone in Jeju Special Self-Governing Province conducted in 2016 and 2019, respectively, this study used the data of 1,106 subjects eligible for basic elderly care services. Depression was diagnosed using the Korean version of the Short-Form Geriatric Depression Scale-korean version (SGDS-K), and the subject's cognitive function was screened using the Korean version of the Mini-Mental State Examination for Dementia Screening (MMSE-DS). The general characteristics of the subjects were analyzed by applying frequency analysis, and chi-square test was performed to determine the influence of socio-demographic factors, health behavior, health level, and

social relationship factors on depression. Logistic regression analysis and Cox proportional-hazards model analysis were performed to analyze the causal association of depression with cognitive impairment.

First, a higher risk of depression was associated with a lower educational and economic level of the elderly living alone. Those who had lower levels of subjective health status, quality of life and social support had a higher risk of depression. Second, an analysis of the risk of cognitive impairment according to the presence or absence of depression demonstrated that subjects with depression in 2016 had a high risk of cognitive impairment 3 years later. This suggests that depression is a highly important factor in cognitive impairment for the elderly living alone. To effectively prevent cognitive dysfunction of the elderly living alone in the local community, not only cognitive training but also depression prevention and management programs should be distributed, and more complex interventions need to be considered.

Keyword: Elderly living alone, Depression, Cognitive decline, Follow-up

<부록 설문지>

노인 건강실태조사

안녕하십니까.

이 설문지는 제주특별자치도, 제주특별자치도광역정신건강복지센터, 제주특별자치도광역치매센터, 제주시홀로사는노인지원센터 공동으로 노인 복지정책 수립에 필요한 기초자료를 수집하기 위하여 ‘노인 건강실태조사’를 실시하게 되었습니다. 이 조사의 목적은 노인복지정책 및 정신건강 정책을 수립하는데 필요한 노인의 생활실태와 정신건강상태를 파악하기 위함입니다.

이번 조사 결과는 절대 다른 목적으로 사용되지 않음을 알려드립니다. 설문지 개인정보는 설문지 조사결과 치료나 서비스가 필요한 분을 치료기관이나 지역사회에 연계하여 서비스를 받을 수 있도록 하기 위함이며 다른 목적으로는 절대 사용하지 않음을 알려드립니다. 또한 개인의 비밀은 반드시 보장됨을 약속드립니다.

다소 번거로움이 있더라도 널리 양해해 주시고 모든 항목에 빠짐없이 응답하여 주시면 감사하겠습니다.

감사합니다.

본 조사와 관련하여 문의하실 사항이 있으시면 아래 연락처로 연락 바랍니다.

- ◆ 조사 일시 :
- ◆ 조사원 성명 :
- ◆ 조사원 연락처 :

| 개인정보 수집 동의서 | | |
|--|--|---|
| 개인 정보 수집 · 이용 동의 | <p>『노인 건강실태조사』는 대상자의 개인정보를 아래와 같이 수집함을 안내드립니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 수집·이용 목적 : 도 노인복지정책 및 정신건강정책 수립을 위한 기초자료, 조사의 진실성 검증을 위한 전화 확인, 정신건강상태 결과 안내 및 고위험군 대상 정신건강서비스제공 수집항목 : 성명, 성별, 주민등록번호, 연락처, 주소, 결혼상태, 종교, 학력, 거주형태, 월평균용돈, 월평균수입, 기초생활수급자 여부, 건강상태, 정신건강관련 평가항목(사회지지체계, 삶의질, 우울, 외상후스트레스, 자살경향성, 치매검사 결과 등) 보유 및 이용기간 : 3년 귀하는 개인정보 수집관련 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부로 인해 서비스 이용이 제한될 수 있습니다. <p>※ 개인정보보호법 제 15조에 따라 위 각호 사항을 고지 받고 개인정보 처리에 동의합니다.</p> | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의 |
| 개인 정보 제공 동의 | <p>『노인 건강실태조사』는 대상자의 개인정보를 아래와 같이 제공함을 안내드립니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 이용목적 : 노인복지 및 정신건강 관련 서비스제공 및 연계 제공받는자 : 제주특별자치도, 제주특별자치도광역정신건강복지센터, 제주특별자치도광역치매센터, 제주시홀로사는노인지원센터, 보건소(정신건강복지센터, 치매안심센터) 읍면동주민센터 제공항목 : 성명, 성별, 주민등록번호, 연락처, 주소, 결혼상태, 종교, 학력, 거주형태, 월평균용돈, 월평균수입, 기초생활수급자 여부, 건강상태, 정신건강관련 평가항목(사회지지체계, 삶의질, 우울, 외상후스트레스, 자살경향성, 치매검사 결과 등) 보유 및 제공기간 : 3년 귀하는 개인정보 수집관련 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부로 인해 서비스 이용이 제한될 수 있습니다. <p>※ 개인정보보호법 제 17조에 따라 위 각호 사항을 고지 받고 개인정보 처리에 동의합니다.</p> | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의 |
| 민감 정보 수집 · 이용 동의 | <p>『노인 건강실태조사』는 대상자의 민감정보를 아래와 같이 처리함을 안내드립니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 수집 및 이용 목적 : 도 노인복지정책 및 정신건강정책 수립을 위한 기초자료, 조사의 진실성 검증을 위한 전화 확인, 정신건강상태 결과 안내 및 고위험군 대상 정신건강서비스제공 항목 : 성명, 성별, 주민등록번호, 연락처, 주소, 결혼상태, 종교, 학력, 거주형태, 월평균용돈, 월평균수입, 기초생활수급자 여부, 건강상태, 정신건강관련 평가항목(사회지지체계, 삶의질, 우울, 외상후스트레스, 자살경향성, 치매검사 결과 등) 보유 및 이용기간 : 3년 귀하는 개인정보 수집관련 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부로 인해 서비스 이용이 제한될 수 있습니다. <p>※ 개인정보보호법 제 23조에 따라 위 각호 사항을 고지 받고 개인정보 처리에 동의합니다.</p> | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의 |
| <p>2019년 월 일</p> <p>동의자명 : _____(서명)</p> | | |

A. 다음은 귀하의 건강상태에 대해 알아보기 위한 질문입니다.

1. 귀하의 평소 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?

- (1) 매우 건강하다 (2) 건강한 편이다 (3) 그저 그렇다
 (4) 건강이 나쁜 편이다 (5) 건강이 매우 나쁘다

2. 다음은 귀하의 **1개월 간 영양 관리 상태**에 대한 질문입니다. 각 항목에 모두 응답하여 주십시오. (예→1, 아니오→0)

| 항목 | 항목 |
|---|--|
| 1) 질병(건강) 때문에 먹는 음식의 양이나 종류를 바꾸고 있다. | 2) 하루에 채 두 끼를 못 먹는다. |
| 3) 과일, 채소 또는 유제품(우유 등)을 거의 먹지 않는다. | 4) 거의 매일 3잔 이상의 술을 마신다. |
| 5) 치아가 좋지 않거나 입안이 헐어서 음식 먹기가 힘들다. | 6) 돈이 부족해 필요한 음식을 구입 못할 때도 있다. |
| 7) 거의 매번 혼자서 식사한다. | 8) 하루에 세 가지 이상의 서로 다른 약(처방 및 비처방)을 복용한다. |
| 9) 지난 6개월 사이 일부러 체중을 조절하지 않았는데도 불구하고 몸무게가 5kg 이상 줄거나 늘었다. | 10) 장보고, 음식 만들고, 식사하는 것이 감당하기 힘들 때도 있다. |

3. 귀하께서는 평소 운동을 하십니까?

- (1) 예 (2) 아니요 (→4번으로)

3-1. 일주일에 며칠 운동을 하십니까? _____ 일/주

3-2. 한 번 운동할 때 몇 분 정도 하십니까? _____ 분/회

4. 귀하의 몸무게와 키는 어느 정도입니까?

1) 몸무게 : kg

2) 키 : cm

5. 하루에 보통 담배를 몇 개피나 피우십니까?

- 안 피움 피움 ()개피

6. 다음은 귀하의 음주에 대한 질문입니다.

6. 다음은 귀하의 음주에 대한 질문입니다.

1) 얼마나 자주 술을 마십니까?

(0) 전혀 안 마심 (1) 월 1회 미만 (2) 월 2~4회 (3) 주 2~3회 (4) 주 4회이상

2) 술을 마시면 한 번에 몇 잔 정도 마십니까?

(0) 1~2잔 (1) 3~4잔 (2) 5~6잔 (3) 7~9잔 (4) 10잔 이상

※ 캔맥주 1개는 1.6잔, 맥주 1병(500CC)은 2잔, 막걸리 1병은 7잔, 소주 1병은 6.5잔, 와인 1병은 8잔, 양주는 병마다 잔 수가 다릅니다.

7. 다음은 귀하께서 **3개월 이상 앓고 있는 만성질환**에 관한 질문입니다. 질환 각각에 대하여 응답해 주십시오.

5-1. 만성질환 유무 : 현재 3개월 이상 앓고 있는 질환입니까?
 5-2. 의사진단 여부 : 이것은 의사의 진단을 받은 질환입니까?
 5-3. 치료 여부 : 진단받은 질환에 대하여 현재 치료를 받고 있습니까?

| 질환명 | 5-1 만성질환 유무 | 5-2 의사진단 여부 | 5-3 치료 여부 | 질환명 | 5-1 만성질환 유무 | 5-2 의사진단 여부 | 5-3 치료 여부 | |
|------|--------------------------|-------------------|----------------|-------------|------------------------|-------------------|----------------|--|
| | (1)예 (2)아니오 | (1)예 (2)아니오 | (1)예 (2)아니오 | | (1)예 (2)아니오 | (1)예 (2)아니오 | (1)예 (2)아니오 | |
| 순환기 | 1) 고혈압 | | | 암 | 16) 만성중이염 | | | |
| | 2) 뇌졸중 (중풍,뇌경색) | | | | 17) 암(악성신생물) | | | |
| | 3) 고지혈증 | | | | 소화기 | 18) 위.십이지장궤양 | | |
| | 4) 협심증, 심근경색증 | | | | | 19) 간염 | | |
| | 5) 기타 심장질환 | | | | | 20) 간경변 | | |
| 내분비계 | 6) 당뇨병 | | | 요생식기 | 21) 만성신부전증 | | | |
| | 7) 갑상선 질환 | | | | 22) 전립선비대증 | | | |
| 근골격계 | 8) 골관절염, 류머티즘 관절염 | | | | 23) 요실금 | | | |
| | 9) 골다공증 | | | 24) 성병(매독등) | | | | |
| | 10) 요통, 좌골신경통 | | | 기타 | 25) 빈혈 | | | |
| 호흡기계 | 11) 만성기관지염, 폐기종(COPD) | | | | 26) 피부병 | | | |
| | 12) 천식 | | | | 27) 우울증 | | | |
| | 13) 폐결핵, 결핵 | | | 28) 치매 | | | | |
| 감각기 | 14) 백내장 | | | 타 | 29) 골절, 탈골 및 사고 후유증 | | | |
| | 15) 녹내장 | | | | 30) 기타 ----- | | | |

8. 다음은 귀하의 사회 지지체계에 대한 질문입니다.

| | 전혀 없다 | 대부분 없다 | 반반 이다 | 대부분 있다 | 항상 있다 | |
|---|----------|-----------|----------|-----------|----------|----|
| 1) 대화가 필요할 때 내 말을 들어 줄 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 2) 내가 상황을 잘 이해할 수 있도록 정보를 줄 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 3) 내가 어려움에 처했을 때 조언을 해줄 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 4) 내 자신이나 내 고민을 털어 놓을 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 5) 내가 꼭 조언을 받고 싶은 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 6) 내 가장 비밀스런 걱정까지 나눌 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 7) 내 개인적인 문제를 해결하기 위해 조언을 얻을 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 8) 당신의 문제를 이해해 주는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 9) 내가 병상에 누워 지내야만 할 때 도와줄 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 10) 내가 아플 때 의사에게 데려다 줄 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 11) 내가 식사를 준비할 수 없을 때 대신 음식을 만들어 줄 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 12) 내가 아플 때 허드렛일을 도와줄 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 13) 나에게 사랑과 호감을 보이는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 14) 나를 사랑하고 필요하다고 생각하는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 15) 나를 끌어안고 토닥거려주는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 16) 나와 함께 즐거운 시간을 보낼 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 17) 나와 함께 휴식을 즐길 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 18) 나와 함께 재미있는 일을 할 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 19) 내가 근심을 떨쳐버릴 수 있도록 도와줄 수 있는 사람이 있습니까? | | | | | | |
| 20) 내가 도움이 필요할 때 도와 줄 사람이 몇 명 있습니까? | 전혀 없다 | 1명 | 2명 | 3-4명 | 5명이 상 | |
| 21) 한 달에 한 번 이상 정기적으로 만나 함께 시간을 보내는 사람이 몇 명 있습니까? | 전혀 없다 | 1명 | 2명 | 3-4명 | 5명이 상 | |
| 22) 나를 가장 많이 도와줄 수 있는 사람은 누구입니까? | 배우자 | 자녀 | 형제 | 친구 | 이웃 | 기타 |
| 23) 나를 두 번째로 많이 도와줄 수 있는 사람은 누구입니까? | 배우자 | 자녀 | 형제 | 친구 | 이웃 | 기타 |

9. 다음은 귀하의 삶의 질에 대한 질문입니다.

| ※ 어르신의 삶의 질에 대한 평가입니다. 가장 잘 설명하는 것을 하나만 고르십시오. | 나쁘다 | 그저 그렇다 | 좋다 | 매우 좋다 |
|---|------|--------|----|-------|
| 1. 요즘 신체적인 건강은 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 2. 요즘 기력(또는 원기 또는 활력)은 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 3. 요즘 기분은 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 4. 현재 살고 있는 곳(생활 환경)에 대해 어떻게 생각하십니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 5. 요즘 기억력이 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 6. 요즘 다른 가족 구성원들과의 관계가 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 7. 요즘 배우자와의 관계가 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 8. 요즘 친구들과의 관계가 어떻습니까? 친구가 없다면, 친구가 없다는 상황에 대해 어떻게 느끼십니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 9. 전체적으로 자기 자신(또는 대상자)에 대해 어떻게 생각하십니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 10. 요즘 일상적인 집안일을 잘 하실 수 있습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 11. 요즘 재미있고 신나는 일을 즐기실 수 있습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 12. 현재 전체적인 경제(또는 재정 또는 금전) 사정은 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 13. 요즘 삶(또는 생활)을 전체적으로 평가한다면 어떻습니까? | ① | ② | ③ | ④ |
| 총 점 | / 52 | | | |

10. 다음은 귀하의 우울에 관한 질문입니다.

아래는 지난 1주일동안 어르신의 기분을 알아보기 위한 질문입니다.

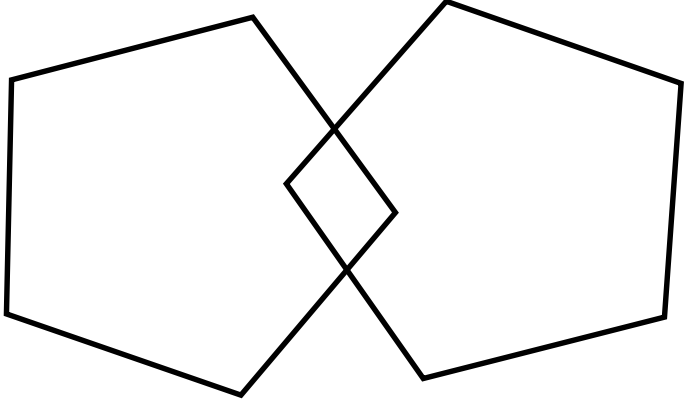
질문을 잘 읽으시고 그렇다면 '예', 그렇지 않다면 '아니오'에 ○표 하십시오.

대답하기 어려운 질문이라도 현재 ○○○님의 상태에 조금이라도 더 가까운 쪽을 “예” 또는 “아니오”로 답해주셔야 합니다.

| | | |
|---|------|--------|
| 1. 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까? | 예(0) | 아니오(1) |
| 2. 요즘음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 3. 자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 4. 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 5. 평소에 기분은 상쾌한 편이십니까? | 예(0) | 아니오(1) |
| 6. 자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 7. 대체로 마음이 즐거운 편이십니까? | 예(0) | 아니오(1) |
| 8. 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 9. 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 10. 비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 11. 현재 살아있다는 것이 즐겁게 생각되십니까? | 예(0) | 아니오(1) |
| 12. 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 13. 기력이 좋은 편이십니까? | 예(0) | 아니오(1) |
| 14. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 15. 자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 느끼십니까? | 예(1) | 아니오(0) |
| 총 점 | | |

11. 다음은 귀하의 치매 선별용 간이정신상태검사입니다.

| 질 문 | | 틀림 | 맞음 |
|-----|---|----|----|
| 1. | 올해는 몇 년도 입니까? | 0 | 1 |
| 2. | 지금은 무슨 계절입니까? | 0 | 1 |
| 3. | 오늘은 며칠입니까? | 0 | 1 |
| 4. | 오늘은 무슨 요일입니까? | 0 | 1 |
| 5. | 지금은 몇 월입니까? | 0 | 1 |
| 6. | 우리가 있는 이곳은 무슨 “도”입니까? | 0 | 1 |
| 7. | 여기는 무슨 “시”입니까? | 0 | 1 |
| 8. | 여기는 무슨 “동/읍/면”입니까? | 0 | 1 |
| 9. | 우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까? | 0 | 1 |
| 10. | 이 장소의 이름이 무엇입니까? | 0 | 1 |
| 11. | <p>제가 세 가지 물건의 이름을 말씀드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어볼 것이니 들으신 물건의 이름을 잘 기억하고 계십시오.</p> <p style="text-align: center;">나무 자동차 모자</p> <p>이제 000님께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해 보세요.</p> <p style="text-align: center;">나무</p> <p style="text-align: center;">자동차</p> <p style="text-align: center;">모자</p> | 0 | 1 |
| 12. | <p>100에서 7일 빼면 얼마가 됩니까?</p> <p>거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?</p> <p>거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?</p> <p>거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?</p> <p>거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?</p> | 0 | 1 |
| 13. | <p>조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀하여 주십시오.</p> <p style="text-align: center;">나무</p> <p style="text-align: center;">자동차</p> <p style="text-align: center;">모자</p> | 0 | 1 |

| 질 문 | | 틀림 | 맞음 |
|-----|---|----|-----|
| 14. | (실제 시계를 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까? | 0 | 1 |
| | (실제 연필을 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까? | 0 | 1 |
| 15. | 제가 하는 말을 끝까지 듣고 따라해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따라 하십시오. 간장공장공장장 | 0 | 1 |
| 16. | 지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오. 제가 종이를 한 장 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려놓으십시오. 오른손으로 받는다. | 0 | 1 |
| | 반으로 접는다. | 0 | 1 |
| | 무릎 위에 놓는다. | 0 | 1 |
| 17. | (겹친 오각형 그림을 가리키며) 여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그대로 그려보십시오.  | 0 | 1 |
| 18. | 웃은 왜 빨아서 입습니까? | 0 | 1 |
| 19. | "티끌 모아 태산"은 무슨 뜻 입니까? | 0 | 1 |
| | 총 점 | | /30 |

감사의 글

엄두도 나지 않았던 졸업 논문의 마무리를 앞두고 있자니 여러 생각들이 밀려옵니다. 거창한 목표라기 보다는 개인적인 욕심으로 대학원에 진학하였지만, 직장 생활과 동시에 엄마의 역할까지 함께 하느라 너무 힘이 들어 후회도 많이 했던 시간이었습니다. 하지만 작은 욕심들과 시간들을 채워 나가다보니 조금은 성장해 있음을 느낍니다. 소중한 가르침을 주신 보건학과 모든 교수님께 감사의 말씀을 전합니다.

바쁘다는 핑계로 속썩였던 학생인데 포기하지 않고 끝까지 해낼 수 있도록 아낌없는 격려와 지도를 아끼지 않았던 김수영 교수님 정말 감사드립니다.

교수님의 열정과 가르침 덕분에 무사히 마칠 수 있었습니다. 다시 한번 교수님의 노고에 감사드립니다.

더 좋은 논문을 완성할 수 있도록 아낌없는 조언과 지도를 해주신 홍성철 교수님께도 감사드립니다. 이외에도 심사·지도해주신 모든 교수님들께 감사드립니다.

대학원에 들어와서 많이 의지하고 도움을 주었던 박은희 선생님, 그리고 논문 쓰는 내내 힘이 되고 의지 되었던 김현정 선생님 그 외 짝꿍 허예슬 선생님, 박가람 선생님, 강인선 선생님 모두 수고하셨습니다. 그리고 보건대학원 3기 동기분들도 모두 감사드립니다.

마지막으로 많은 배려와 지원으로 무사히 논문을 마칠 수 있게 해주신 광역치매센터 박준혁 센터장님과 사무국장님을 비롯한 직원분들께도 감사드립니다.

논문 쓰는 과정에 조언과 도움을 주신 정지운 박사님께도 감사드립니다. 논문 쓴다고 바쁜 절 위해 집안일은 물론 혼자 아이까지 돌보느라 고생한 남편 고동균 씨 정말 감사드리구요. 초등학교 입학해서 엄마 손길이 제일 필요할 때 논문 쓴다고 많은 시간을 함께하지 못한 우리 아들 승건이에게 미안하고 그 누구보다 감사함과 사랑을 전합니다.