

65세 이상 노인에서 우울증을 동반한 만성질환상태에 따른 자가 평가 건강수준

이명진, 손혜숙
인제대학교 의과대학 예방의학교실

Self-Rated Health of the Chronic Disease Patients with Depression in Aged over 65

Myeong Jin Lee, Hae Sook Sohn
Department of Preventive Medicine, Inje University

= Abstract =

Objectives: To compare the self-rated health in chronic disease patients with depression, chronic disease patients, and depression patients, and to observe the related factors to the self-rated health of people age 65 and older.

Methods: The subjects were 2,549 elderly people, over 65 years old in Busan Metropolitan City who participated in 2009 community health survey. Association between self-rated health and general characteristics, life style and disease status were observed. Depressive symptoms were measured using the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Analysis of complex sample was done with SAS (ver. 9.2), using χ^2 -test and multiple logistic regression.

Results: Among total 2,549, there were 740 normal people (29.8%), 50 people with depression (1.8%), 1,495 people with other chronic diseases (58.2%), and 264 people with the comorbidity of depression and other chronic diseases (10.1%). Good self-related health accounted for 20.3% for the whole, 33.4% for normal, 16.7% for chronic disease, 16.1% for depression, and 3.2% for chronic diseases with depression. Disease, gender, education, income, alcohol drinking, regular exercise and regular walking were independent factors associated with the good self-related health.

Conclusions: It is suggested that when the chronic disease control program for the elderly is developed, depression care should be considered along with the program. This program should be given priority to the women and the vulnerable classes and should also be related to the regular walking.

Key word: Self-rated health, Chronic disease, Depression, Community health survey

* 접수일(2012년 6월 12일), 수정일(2012년 11월 23일), 게재확정일(2012년 12월 7일)

* 교신저자: 이명진, 부산광역시 부산진구 개금2동 633-165 인제의대 예방의학교실

Tel: 051-890-8655, Fax: 051-896-9373, E-mail: mug76@hanmail.net

서 론

우리나라의 인구 증가를 보면, 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 1980년 3.8%에서 1990년 5.1%, 2000년 7.2%, 2010년 11.0%로 빠르게 증가하고 있는 추세이다[1]. WHO (World Health Organization)의 자료에 의하면 2002년에 만성질환은 전 세계 사인의 59%를 차지하고 있고, 전 세계 질환 유병률의 46%를 차지하고 있다[2].

우리나라도 인구의 고령화와 더불어 생활수준의 향상과 건강행태의 변화로 인하여 만성질환이 증가하고 있다. 질병구조가 만성질환 위주로 변화하고 있고, 더불어 급속한 노인인구의 증가로 인해 국가에서는 2000년부터 보건소 중심의 고혈압, 당뇨병 예방관리 사업을 시작으로 2009년 심뇌혈관질환, 심뇌혈관질환의 선행 질환, 알레르기 질환, 기타 주요 만성질환 관리로 확대되어 국가에서 중점적으로 만성질환 관리 사업을 추진하고 있다[3].

만성질환자들은 건강 문제가 조절은 되지만 완치되기 어렵고 이에 대한 지속적인 치료와 관리가 요구되는 상황으로 신체적 증상과 함께 여러 가지 정신적, 사회적, 경제적인 문제들을 가지게 되는데 이러한 문제를 일평생 지니게 되어 이것이 인생에 지속적으로 영향을 미치는 요인이 되면서 삶을 살아가는데 부정적인 영향을 미치고 있다[4]. 더군다나 만성질환으로 인하여 영구적인 장애를 갖게 된 경우나 치료기간이 장기화되는 상황에서 환자들은 자주 우울 증세를 보이게 된다[5]. 그러므로 만성질환자들에게는 단순한 신체적 질병 관리뿐만 아니라 사회 심리적 측면의 관리를 포함하는 포괄적으로 접근하는 다양한 관리 방안이 필요하다[6]. 이렇듯 만성질환자들에게서 흔히 나타나는 정신적, 심리적 질병에 대한 관리가 전체 질환 관리에 병행되어야 함에도 불구하고, 현재 우리나라에서는 신체적 만성질환 관리에만 초점이 맞춰져 있는 상태이다.

정신적, 심리적 질병의 대표적인 질환인 우울증은 전 세계에 14개국에 거주하는 25,000명 이상의 성인들을 대상으로 실시한 연구 결과에 의하면 연구대상 국가에 거주하는 성인들이 가장 흔하게 호소하는 심리적 문제로 나타났으며, 2020

년에는 두 번째로 질병부담이 높은 질환이 될 것으로 보고하고 있다[2]. 우리나라에서도 우울증으로 진료 받은 환자 수는 2004년 541,000명에서 2007년 672,545명으로 3년 사이 24.3% 증가하였다[7].

우울증 환자의 증가는 자살률 증가로 이어질 수 있는데, 우리나라의 자살률은 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 표준인구 10만명 당 28.4명으로 OECD 국가의 평균 자살률 11.2명보다 2배 이상 높으며, OECD 가입 34개국 중 가장 높다[8,9]. 자살률을 연령에 따라 보면 54세 이하에서는 2000년 인구 10만명 당 10.6명에서 2009년 23.4명으로, 55~64세에서는 2000년 25.0명에서 2009년 42.4명으로 각각 12.8명, 17.4명 증가한 반면, 65세 이상에서는 2000년 34.6명에서 2009년 77.3명으로 42.7명 증가하여 65세 이상 노인인구의 자살률이 크게 증가하고 있는 것으로 나타났다[10].

연령에 따른 자살 시도 동기를 보면 64세 이하에서는 1순위가 연인 및 배우자와의 갈등, 2순위는 우울증이었으나, 65세 이상 노인인구에서 1순위는 본인의 질병, 2순위는 우울증으로 나타났다[11]. 이와 같이, 노인인구의 증가와 함께 만성질환이 증가하고, 증가일로에 있는 자살의 주요 원인인 우울증 또한 늘어나고 있는 추세로 이들의 삶에 질에 관하여 많은 연구가 이루어지고 있다.

삶의 질은 개인의 자유, 경제적 수입, 환경의 질과 같은 다른 삶의 질의 다양한 영역을 포함하는 광의의 삶의 개념과 구분하기 위하여 건강관련 삶의 질 (Health-related quality of life : HRQOL) 개념이 개발되었다[12]. Hollandsworth[13]는 건강관련 삶의 질은 질병, 사고, 치료 및 부작용과 관련하여 개인이 지각하는 주관적 안녕상태라고 정의내리고 있다. 건강관련 삶의 질을 평가하기 위해서는 주관적 개념을 객관적 방법으로 측정하기 위한 도구가 사용되며[14], 본인 스스로 인지하는 주관적 건강 수준을 측정하여 개인의 건강수준을 예측할 수도 있다[15]. 주관적 건강수준은 급성 및 만성, 치명적 혹은 비치명적 질병에 대한 주관적 경험의 총합으로 자신의 건강에 대한 주관적 판단에 근거한 평가이다. 이것은 의료검진 등 객관적인 건강지표의 영향을 받을 가능성 역시

내재되어 있기 때문에 건강을 평가하는 요인 중의 하나로 설득력 있는 변수라고 할 수 있다[16].

기존의 연구에서 만성질환과 우울증이 서로 독립적이지 않음을 보여주고 있고, 이들의 자가 평가 건강수준에 대한 연구가 필요한 것으로 생각되나, 만성질환과 우울증이 동반되는 경우의 자가 평가 건강수준에 관한 연구는 미흡한 실정이다. 따라서 주관적 건강 수준을 평가하는 도구의 하나인 ‘자가 평가 건강수준(Self rated health: SRH)’를 이용하여 만성질환, 우울증, 우울증을 동반한 만성질환자의 자가 평가 건강수준을 관찰하는 것이 필요하다고 판단하여 본 연구를 수행하였다.

대상 및 방법

1. 연구대상 및 내용

본 연구에 2009년 부산광역시 16개 구·군 보건소에서 실시한 지역사회 건강조사 자료를 활용하기 위하여 질병관리본부에 공식적으로 원시 자료 요청하여 연구 자료를 확보하였다.

2009년 부산광역시 지역사회 건강조사에서 총 15,074명을 조사하였으며, 그 중 65세 이상은 2,575명이었으며, 이들 중 본 연구에 필요한 정보가 누락된 응답자 44명을 제외한 65세 이상 2,549명을 최종 분석 대상으로 하였다.

인구학적 특성으로 성, 배우자 유무, 학력, 소득을, 건강행태로는 흡연, 음주, 고위험음주, 중등도 운동, 걷기 운동, 건강상태로는 비만도, 만성질환, 우울증을 관찰하였다.

2. 변수 정의

1) 우울증

우울증의 진단은 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(이하 CES-D라 함)을 이용하였다. CES-D는 미국 정신보건 연구원(National Institute of Mental Health)에 의해 1971년 개발된 도구로 세계적으로 가장 널리 사용되고 있는 우울증 간이 선별 검사의 하나로서, 지역 사회군에서의 역학용 연구에 특히 적절하다고 알려져 있다[17-19]. CES-D는 20문항으로 구성된 자기 보고식 척도로 지난 한주 동안에 경험한

우울증상의 빈도를 ‘극히 드물다’(0점), ‘가끔 그랬다’(1점), ‘종종 그랬다’(2점), ‘대부분 그랬다’(3점)의 Likert식 4점 척도 방식으로 측정하며 총 점수는 0~60점이 된다. CES-D의 진단적 타당성 연구에서 CES-D의 본래 사용 목적인 지역사회 역학 연구의 일차 선별도구로서의 용도에 가장 적합하도록 하기 위하여 21점을 절단점으로 설정하여[20] “21점” 이상을 우울증으로 정하였다.

2) 만성질환

우리나라의 10대 사망원인 중 7개가 만성질환이 차지하고 있다. 특히 심뇌혈관 질환이 암을 제외한 우리나라 사망원인 1위를 차지하고 있으며, 당뇨병은 질병부담 1위를 차지한다. 따라서 우리나라 국민의 생명을 위협하는 심각한 문제로 대두된 심뇌혈관질환의 뇌졸중, 심근경색, 협심증과 이의 선행질환으로 알려진 고혈압, 당뇨병을 만성질환으로 정의하였다. 또한 최근 생활환경의 변화로 인하여 급속히 증가하고 있는 호흡기 질환의 천식과 심한 통증과 활동제한 등으로 삶의 질 저하와 관련이 높은 골관절 질환의 관절염을 대상으로 하였다[3]. 뇌졸중, 심근경색, 협심증, 고혈압, 당뇨병, 천식, 관절염의 7개 질환 중 어느 하나라도 이환된 경우로 “해당 질환을 의사에게 진단받았습니까?”라는 문항에 ‘예’라고 응답한 자를 만성질환자로 분류하였다.

3) 자가 평가 건강수준

“평소 본인의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”라는 단일 문항으로 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨의 5점 척도로 측정하였다. 응답 중 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’을 합하여 자가 평가 건강수준 양호로 분류하였다[21].

4) 질병상태

정상, 만성질환, 우울증, 우울증을 동반한 만성질환의 4개로 구분하였다. 만성질환이나 우울증 모두에 전혀 이환되지 않은 경우를 정상으로, 만성질환에만 이환된 경우 만성질환, 우울증에만 이환된 경우 우울증, 만성질환과 우울증에 모두 이환된 경우 우울증을 동반한 만성질환으로 분류하였다.

3. 자료 분석

SAS program(ver. 9.2, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)을 이용하여 복합표본설계분석을 하였다. 인구학적 특성 및 건강행태에 따른 질병상태 비교와 질병상태, 인구학적 특성 및 건강행태에 따른 자가 평가 건강수준 비교의 유의성은 chi-square test로 검정하였고, 인구학적 특성 및 건강행태를 보정한 상태에서 질병상태별 자가 평가 건강수준 양호의 odds ratio와 95% 신뢰구간을 다변량 로지스틱 회귀분석으로 관찰하였다.

결 과

1. 인구학적 특성에 따른 질병상태

전체 2,549명중 정상은 740명(29.8%), 만성질환 1,495명(58.2%), 우울증은 50명(1.8%), 우울증을 동반한 만성질환 264명(10.1%)이었다. 성별로는 여자에서 질환자가 75.7%로 남자 62.7%보다 많았으며, 특히 우울증을 동반한 만성질환에서는 여자 14.0%, 남자 4.9%보다 훨씬 많았다($p<0.001$). 배우자 유무별로는 배우자가 없는 경우 질환자가 78.0%로 있는 경우의 66.3%보다 많았으며, 우울증을 동반한 만성질환은 배우자 없는 경우 14.2%로 있는 경우의 7.7%보다 많았다($p<0.001$). 학력별로는 고등학교 이하에서 질환자가 7.2%로 대학이상 63.5%보다 많았으며($p<0.001$), 소득별로는 200만 원 이하에서 70.9%로 200만 원 이상 69.0%보다 많았다($p=0.004$)(Table 1).

2. 건강행태에 따른 질병상태

건강행태에 따른 질병상태를 보면, 비흡연자에서 질환자가 72.6%로 흡연자의 58.8%보다 많았으며, 우울증을 동반한 만성질환에서도 비흡연자에서 10.9%로 흡연자 6.7% 보다 많았다($p<0.001$). 음주는 음주를 안 하는 경우 73.3%로 하는 경우의 66.0%보다 질환자가 많았으며, 우울증을 동반한 만성질환에서도 음주 안함에서 13.0%로 음주를 하는 경우 5.5%보다 많았다($p<0.001$). 걷기 운동

에서는 운동 안하는 경우 질환자가 73.0%로 걷기 운동을 하는 경우의 67.5%보다 많았고, 우울증을 동반한 만성질환도 안하는 경우가 15.0%로 하는 경우 5.5% 보다 많았다($p<0.001$). 비만도는 비만(BMI:25.0kg/m²이상)에서 질환자가 80.0%로 가장 많았고, 정상(BMI:23.0-24.9kg/m²이하) 68.0% 저체중(BMI:22.9kg/m²이하) 54.2%였다. 우울증을 동반한 만성질환은 저체중과, 비만에서 각각 10.3%로 정상보다 많았다($p<0.001$)(Table 2).

3. 질병상태에 따른 자가 평가 건강수준

질병상태에 따른 자가 평가 건강수준 양호율은 전체 20.3%, 정상 33.4%, 만성질환 16.7%, 우울증 16.1%, 우울증을 동반한 만성질환 3.2%로 만성질환과 우울증의 단일 질환을 가지고 있는 경우보다 우울증을 동반한 만성질환에서 매우 낮았다($p<0.001$)(Table 3).

4. 인구학적 특성 및 건강행태에 따른 자가 평가 건강수준

인구학적 특성에 따른 자가 평가 건강수준 양호는 성별에 따라서는 남자가 28.6%로 여자 14.1% 보다 높았으며($p<0.001$), 배우자 유무별로는 배우자 있음이 23.1%로, 배우자 없음 16.3%보다 높았다($p<0.001$). 학력별로는 대학이상이 31.3%로 고졸이하의 17.1%보다 높았으며($p<0.001$), 소득별로는 200만 원 초과에서 25.7%로 200만 원 이하 18.5%보다 높았다($p<0.001$). 건강행태에 따른 자가 평가 건강수준 양호는 흡연자에서 27.3%로 비흡연자의 18.8%보다 높았으며($p<0.001$), 음주를 하는 경우가 26.3%로 음주를 하지 않는 경우의 15.8%보다 높았다($p<0.001$). 고위험 음주에서는 안함이 26.5%로 함 24.8% 보다 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 운동에서는 중등도 운동이상은 함 30.4%, 안함 18.6%로 하는 경우에 높았으며, 걷기 운동에서도 걷기 운동함이 24.8%로 안함 15.6%로 운동을 하는 경우에 높았다. 비만도에서는 정상(BMI:23.0-24.9kg/m²)에서 21.1%로 가장 높았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다(Table 4).

Table 1. Disease status by general characteristics

	Normal		Chronic disease		Depression		Chronic disease with depression		Total		p-value	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Gender	Men	401	37.2	601	55.5	27	2.3	59	4.9	1,088	100.0	<0.001
	Women	339	24.3	894	60.3	23	1.4	205	14.0	1,461	100.0	
Spouse	With	492	33.7	819	56.4	31	2.2	111	7.7	1,453	100.0	<0.001
	Without	223	22.0	628	62.1	17	1.7	144	14.2	1,012	100.0	
Education	≤High school	535	27.7	1,170	58.6	42	1.9	238	11.9	1,985	100.0	<0.001
	≥College	205	36.5	324	57.7	8	1.4	25	4.4	562	100.0	
Income (1,000won)	≤2,000	546	29.2	1,104	57.3	45	2.2	228	11.4	1,923	100.0	0.004
	>2,000	190	31.0	382	62.4	5	0.8	35	5.7	612	100.0	
Total	740	29.8	1,495	58.2	50	1.8	264	10.1	2,549	100.0		

Table 2. Disease status by life style

		Normal		Chronic disease		Depression		Chronic disease with depression		Total		p-value
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Smoking	Yes	163	41.2	212	47.8	18	4.2	37	6.7	430	100.0	<0.001
	No	577	27.4	1,283	60.4	32	1.3	227	10.9	2,119	100.0	
Alcohol drinking	Yes	343	34.0	611	58.7	16	1.8	51	5.5	1,021	100.0	<0.001
	No	397	26.7	884	57.9	34	1.9	213	13.6	1,528	100.0	
Heavy drinking	Yes	44	36.6	70	59.7	0	0	5	3.7	119	100.0	#
	No	299	33.7	541	58.6	16	2.0	46	5.8	902	100.0	
Exercise*	Yes	132	34.9	211	60.3	0	0	23	4.8	366	100.0	#
	No	608	29.0	1,284	57.9	50	2.1	241	11.0	2,183	100.0	
Walking	Yes	406	32.5	792	60.1	26	1.9	76	5.5	1,300	100.0	<0.001
	No	334	27.0	702	56.4	24	1.7	187	15.0	1,247	100.0	
BMI(kg/m ²)*	≤22.9	69	45.8	55	36.7	10	7.3	14	10.3	148	100.0	<0.001
	23.0-24.9	530	32.0	989	57.4	30	1.4	167	9.3	1,716	100.0	
	25.0-29.9	104	20.0	372	69.2	3	0.5	43	10.3	535	100.0	
Total		740	29.8	1,495	58.2	50	1.8	264	10.1	2,549	100.0	

* : Regular intensive or moderate exercise

† : Subject with missing data were excluded in calculating proportion, # : Single-cluster strata are not included in the variance estimates

Table 3. Good self-rated health group by disease status

	N	Good SHR		p-value
		N	%	
Normal	740	244	33.4	<0.001
Chronic disease	1,495	241	16.7	
Depression	50	6	16.1	
Chronic disease with depression	264	10	3.2	
Total	2,549	501	20.3	

Table 4. Good self-rated health by general characteristics and life style

		N	Good SHR		p-value
			N	%	
Gender	Men	1,088	304	28.6	<0.001
	Women	1,461	197	14.1	
Spouse	With	1,453	338	23.1	<0.001
	Without	1,012	146	16.3	
Education	≤High school	1,985	329	17.1	<0.001
	≥College	562	172	31.3	
Income (1,000won)	≤2,000	1,923	350	18.5	<0.001
	>2,000	612	147	25.7	
Smoking	Yes	430	107	27.3	<0.001
	No	2,119	394	18.8	
Alcohol drinking	Yes	1,021	257	26.3	<0.001
	No	1,528	244	15.8	
Heavy drinking	Yes	119	34	24.8	0.670
	No	902	223	26.5	
Exercise*	Yes	366	107	30.4	<0.001
	No	2,183	394	18.6	
Walking	Yes	1,300	322	24.8	<0.001
	No	1,247	179	15.6	
BMI(kg/m ²) [†]	≤22.9	148	23	17.4	0.680
	23.0-24.9	1,716	358	21.1	
	≥25.0	558	103	20.3	
Total		2,549	501	20.3	

* : Regular intensive or moderate exercise

† : Subject with missing data were excluded in calculating proportion

5. 자가 평가 건강수준 양호의 보정교차비 (adjusted odds ratios, OR)

성, 배우자, 학력, 소득과 같은 일반적 특성과 흡연, 음주, 중등도 이상 운동, 걷기 운동의 생활 습관을 보정한 OR(95% 신뢰구간)을 비교 관찰하였다. 질병상태에 따라서는 정상 기준에 대한 만성질환 0.40(0.31-0.51), 우울증은 0.45(0.16-1.24), 우울증을 동반한 만성질환 0.10(0.04-0.26)로 정상에 비하여 질병이 있는 경우 모두 낮았으며, 우울증을 동반한 만성질환에서는 매우 낮았다. 인구학적 특성에 따른 OR(95% 신뢰구간)을 보면 남자를 기준으로 하여 여자에서 0.64(0.48-0.85)였고, 학력에서는 대학 이상을 기준으로 하여 고등학교 졸업 이하에서 0.67(0.50-0.89)로, 소득은 200만 원 초과를 기준으로 하여 200만 원 이하에서 0.70(0.54-0.90)으로 낮았다. 건강행태에 따른 자가 평가 건강수준 양호율의 OR(95% 신뢰구간)은, 음주하는 경우를 기준으로 할 때 음주를 하지 않는

경우에서 0.71(0.55-0.91)이었고, 중등도 운동은 하는 경우를 기준으로 할 때 중등도 운동을 하지 않는 경우에서 0.68(0.47-0.98), 걷기 운동을 하는 경우를 기준으로 할 때 걷기 운동을 하지 않는 경우 0.62(0.48-0.80)로 유의하게 낮아 자가 평가 건강수준이 낮았다(Table 5).

고 찰

삶의 질의 개념을 구성하고 있는 여러 요소들 가운데 가장 핵심적이고 가치 있는 요소는 건강이다[22]. 우리나라는 노인인구의 증가와 더불어 만성질환이 증가하고 있으며, 만성질환자에게 흔히 나타나는 정신적, 심리적 질환에 대한 관리가 필요한 것으로 판단되어, 만성질환에 우울증이 동반된 노인의 자가 평가 건강수준의 차이와 자가 평가 건강수준에 미치는 영향을 관찰하고자 본 연구를 시행하였다.

Table 5. Adjusted Odds Ratios(OR) of good self-rated health group by multiple logistic regression

		OR	95% CI
Disease status	Normal	1	
	Chronic disease	0.40	0.31-0.51
	Depression	0.45	0.16-1.24
	Chronic disease with depression	0.10	0.04-0.26
Gender	Men	1	
	Women	0.64	0.48-0.85
Spouse	With	1	
	Without	1.15	0.84-1.56
Education	≥College	1	
	≤High school	0.67	0.50-0.89
Income (1,000won)	≤2,000	1	
	>2,000	0.70	0.54-0.90
Smoking	Yes	1	
	No	0.83	0.60-1.14
Alcohol drinking	Yes	1	
	No	0.71	0.55-0.91
Exercise*	Yes	1	
	No	0.68	0.47-0.98
Walking	Yes	1	
	No	0.62	0.48-0.80

* : Regular intensive or moderate exercise

2009년 부산광역시 지역사회 건강조사에 참여한 만 65세 이상 2,549명을 대상으로 질병상태를 정상, 만성질환, 우울증, 우울증을 동반한 만성질환의 4개 군으로 분류하여 자가 평가 건강수준의 차이와 그들의 자가 평가 건강수준에 영향을 미치는 요인을 관찰하였다.

연구결과 만성질환 이환율이 58.2%로 2008년 사회조사에서 60세 이상 암을 포함한 만성질환 유병률 39.3%보다 크게 높았다[23]. 우울증 이환율 또한 우울증에만 이환된 경우는 1.8%였으나, 우울증과 우울증을 동반한 만성질환이 10.1%로 Sung[24]의 연구에서 60세 이상 우울증 유병률 5.3%보다 많았다. 성별로는 우울증과 우울증을 동반한 만성질환 이환율은 남자 4.9%, 여자 14.0%로 여자에서 많았다. 이는 건강 보험 심사 평가원 자료[7]에서 여자가 466,309명으로 남자 206,236명보다 약 2배 정도 많았고, Sung[24]의 연구에서도 남자 1.7%, 여자 4.3%로 보고된 연구 결과와 일치하였다.

일반적 특성별로는 먼저 성별로 보면 건강수준 양호율은 남자가 28.6%로 여자 14.1%보다 높았고, 다변량 로지스틱 회귀분석 결과에서도 남자를 기준으로 여자의 교차비가 0.64(0.48-0.85)로 낮았다. 이는 Niemi[25]의 연구에서는 여자가 남자보다 삶의 질이 약간 더 낮은 것으로 보고와, 우리나라의 연구[26]에서 남성노인의 삶의 질이 여성노인에 비해 높은 것으로 조사된 결과와 일치하였다.

자가 평가 건강수준 양호율은 질병상태별로 정상에서 33.4%, 만성질환 16.7%, 우울증 16.1%, 우울증을 동반한 만성질환에서 3.2%였고, 소득이 200만 원 초과하는 경우 25.7%, 200만 원 미만인 경우 18.5%였으며, 결혼 상태는 배우자가 있는 경우 23.1%, 없는 경우 16.3%이었고, 교육수준은 대졸이상이 31.3%, 고졸이하가 17.1%로 모두 유의한 차이를 보였다. 다변량 로지스틱 회귀분석 결과의 교차비는 정상을 기준으로 할 때 만성질환 0.40(0.31-0.51), 우울증을 동반한 만성질환 0.10(0.04-0.26)이었고, 교육수준은 고등학교 졸업 이하에서 0.67(0.50-0.89), 소득에서는 200만 원 이

만의 교차비가 0.70(0.54-0.90)이었다. 이는 건강 상태, 사회 경제적 지위, 교육 수준 모두가 삶의 질과 긍정적인 상관이 있는 것으로 보고한[28] 연구 결과와 일치하고 있었다. 건강행태별 자가 평가 건강수준 양호율은 흡연은 함이 27.3%로 안함 18.8%보다 높았으나, 타 변수들을 보정한 경우에는 비흡연자의 교차비가 0.83(0.61-1.14)로 유의하지 않았는데, 이는 Woolf 등[29]의 연구에서는 현재 흡연자는 일반적 건강과 정신적 건강에서 비흡연자에 비해 통계적으로 의미 있게 낮은 점수를 보여 본 연구와 차이가 있었으나, 국내 연구[24]에서는 흡연을 하지 않는 군의 삶의 질 수준이 낮게 나타나 일치된 경향을 보였다. 음주도 음주함이 26.3%로 안함 15.8%보다 높았다. 타 변수를 보정한 다변량 로지스틱 회귀분석 결과에서는 음주를 하지 않는 경우에 교차비가 0.71(0.55-0.91)로 Volk 등[30]의 연구에서 자주 적은 양의 음주를 하는 군은 그렇지 않는 군에 비해서 전반적으로 더 높은 삶의 질을 보였다는 결과와 Sung[24]의 국내 연구에서 음주군에서 비 음주군보다 삶의 질 수준이 높다고 보고하여 본 연구 결과와 일치하였다. 중등도 이상 운동은 운동함이 30.4%로 운동 안함 18.6%보다 높았으며, 걷기 운동 또한 함이 24.8%로 안함 15.6%보다 높았다. 타 변수를 보정한 다변량 분석에서 중등도 이상 운동을 하는 경우에 대한 하지 않는 경우의 교차비는 0.68(0.47-0.98)이었고, 걷기 운동 또한 하는 경우에 대한 안하는 경우의 교차비가 0.62(0.48-0.80)로, Jin[31]이 규칙적으로 운동하는 사람들이 운동하지 않는 사람들에 비해 신체적 기능, 신체적 문제로 인한 역할 제한, 사회적 기능, 신체적 건강, 정신 건강 측면의 삶의 질에서 유의한 좋은 것은 것으로 보고한 결과와 일치하였다.

본 연구의 결과에서는 중등도 이상 운동도 걷기 운동과 함께 자가 평가 건강수준 양호율이 긍정적 영향을 미치는 변수로 관찰되었지만, 노인의 특성상 운동으로 인한 안전사고의 가능성이 있으므로, 노인 보건사업에 중등도 운동을 포함시키기 위해서는 이러한 관점의 연구 및 고찰이 필요하다고 생각한다.

또한 인구학적 변수와 건강행태 변수 중 여자에서, 교육수준과 경제수준이 낮은 경우, 중등도 및 걷기 운동을 하지 않는 경우 자가 평가 건강수준이 낮았고, 이들에게서 우울증을 동반한 만성질환율이 유의하게 높았으므로, 노인을 대상으로 하는 만성질환관리사업의 개발 및 수행에서 취약계층과 여성을 우선 대상으로 고려하고, 운동을 연계하는 것이 필요할 것으로 판단한다. 체중에 따라서는 정상 체중에서 자가 평가 건강수준 양호율이 21.1%로 가장 높아 Kim 등[32]과 Groessl 등[33]의 연구에서 비만인 경우 과체중이나 정상 체중에 비해 건강관련 삶의 질이 낮다고 보고한 결과와 일치된 경향을 보였다.

질환상태 관찰에서 정상을 기준으로 한 자가 평가 건강상태 양호의 교차비가 우울증을 동반한 만성질환에서 매우 낮았고, 만성질환자의 우울증 동반율이 결코 낮지 않으므로 만성질환자의 관리에 우울증 관리를 함께 고려하는 것이 필요할 것으로 판단된다.

본 연구의 제한점으로는 질병상태를 층화하여 각 질병상태별로, 특히 우울증을 동반한 만성질환을 가진 노인에서 자가 평가 건강수준과 관련된 변수를 관찰하고자 하였으나, 관찰대상자가 적어 분석이 이루어지지 못한 것, 만성질환을 7개 질환으로 한정하고 있어 그 외의 질환자는 정상군으로 분류한 것, 만성질환의 심각도에 따라서 자가 건강수준 평가에 영향이 있을 것으로 예상되나 질환유무만으로 관찰한 것 등을 지적할 수 있다. 추후 충분한 대상자를 확보하여 더 다양한 분류 하에 추가적인 연구를 수행하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

요 약

본 연구는 부산지역 65세 이상 노인을 대상으로 질병상태를 정상, 만성질환, 우울증, 우울증을 동반한 만성질환의 4군으로 구분하여 질병상태에 따른 자가 평가 건강수준을 비교하고, 자가 평가 건강수준에 관련된 요인을 관찰하고자 하였다.

연구 자료로 부산광역시 2009년 지역사회건강

조사 자료를 활용하였고, 그 중 65세 이상 노인 2,549명을 추출하여 연구 대상으로 하였다. 자료는 SAS program(ver. 9.2)을 이용하여 χ^2 -test, multiple logistic regression을 복합표본분석 방법으로 분석하였다.

분석 결과 자가 평가 건강수준이 만성질환과 우울증의 단일질환만을 가진 경우보다 만성질환에 우울증을 동반한 경우 매우 낮게 관찰되었고, 만성질환자의 우울증 동반율이 높았다. 질병 상태 이외에 여자에서, 교육수준이 낮은 경우, 경제수준이 낮은 경우, 중등도 운동을 하지 않는 경우, 걷기 운동을 하지 않는 경우 자가 평가 건강수준이 낮았다.

본 연구결과를 토대로 노인 만성질환관리 사업에 우울증 관리를 연계한 사업 모형을 개발하여 지역사회에 적용할 것과 노인 만성질환 관리 사업에서는 우선대상으로 취약계층과 여성을 고려하고, 운동 사업을 연계하는 것을 제안한다.

참고문헌

1. 통계청. 2010년 고령자 통계. 2010
2. World Health Organization. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation-Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. 2003
3. 보건복지부. 2010년 주요 만성질환 관리사업. 2010
4. Yang JB. Study of quality of life in chronic arthritis patients [dissertation]. KyungHee University, 2008 (Korean)
5. Kang HG, Social work in health care, HAKHYUNSA, 2005
6. Shim SH. Stress & depressive mood on the aged with chronic disease [dissertation]. Inje University, 2008 (Korean)
7. 건강보험심사평가원. 2004-2008년 우울증 환자 의료이용 추이 분석. 2009
8. 통계청. 2009년 사망원인 통계. 2009
9. OECD. OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators for 34 Countries. 2010

10. Statistics Korea. Causes of death(2000~2009). Available from : URL: http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp.
11. 질병관리본부. 응급실 손상환자 표본 심층 조사. 2010
12. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine* 1993;118:622-629
13. Hollandsworth JG. Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a five year update. *Social science & Medicine* 1988;26:425-434
14. Choe SY. Associated factors of health-related quality of life using data mining [dissertation] . Korea University, 2009 (Korean)
15. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1972;1(3):409-421
16. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality : A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health Social Behavior* 1997;38(1):21-37
17. Crain TJ, Van Natta PA. Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. *Archives General Psychiatry* 1979;36:149-154
18. Eaton WW, Kessler LG. Rate of symptoms of depression in a national sample. *American Journal Epidemiology* 1981;114:528-538
19. Robers RE. Reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research* 1980;2:125-133
20. Cho MJ, Kim GH. Diagnostic Validity of the CES-D(Korean Version) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1993;32(3):381-399 (Korean)
21. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 2000;51(7):1019-1030
22. Spitzer WO, Dobson AJ, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN et al. Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Disease* 1981;34:585-597
23. 통계청. 2008년 사회조사(보건, 가족 부분). 2008
24. Sung KS. Study on relationship between depression and the quality of life(EQ-5D) [dissertation] . Yonsei University, 2009 (Korean)
25. Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 1988;19:1101-1107
26. 보건사회연구원. 2004년도 전국 노인 생활 실태 및 복지욕구조사. 2005
27. Sim SM. The Study of Epidemiology of Depression and Treatment Strategies for Korean Married Women's Depression. *Korean Journal of Christian Counseling* 2005;10:53-88 (Korean)
28. Kim YH. A study Health-related Quality of Life of Stroke Patients [dissertation] . Daegu University, 2006 (Korean)
29. Woolf SH, Rothemich SF, Johnson RE, Marsland DW. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An Office-based survey of primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 17:134-137
30. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 1997;21(5):899-905
31. Jin JK. The effect of physical activity and dietary habit on functional fitness,

- prevalence of chronic disease, and health related quality of life in older adults [dissertation] . Kookmin University, 2008 (Korean)
32. Kim GY, Chun BR, Kam S. Development of Measurement Scale for the Quality of Life in Hypertensive Patients. *J Prev Med Public Health* 2005;38(1):51-70 (Korean)
33. Groessl EJ, Kaplan RM, Barrett-Connor E, Ganiates TG. Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;26(2):126-129