

치매노인, 치매의심노인 및 일반노인의 우울에 영향을 미치는 요인

이 금 재¹⁾ · 이 신 영²⁾

서 론

연구의 필요성

한국은 2000년 65세 이상 노인인구 비율이 7.3%를 차지하여 고령화 사회에 접어들었다. 2019년에는 65세 이상 노인인구 비율이 14.4%로 고령사회로 진입할 것이 예상되고 있다(Korea National Statistical Office, 2002). 고령화 사회에서 고령사회로 가는데 불과 19년밖에 안걸릴 것으로 추정하여 지금까지 세계기록이었던 일본의 24년을 5년 정도 앞당길 것으로 전망하고 있다. 한국보건사회연구원(1998) 자료에 의하면 65세 이상 노인인구 중 한가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인수가 86.7%로 조사되었다. 의료보험통계연보에 의하면, 1985년 전체 보험 진료비 중 65세 이상의 노인이 차지하는 진료비가 4.7%이었으나, 2000년에는 17.4%로 증가하였다. 빠른 고령화 속도로 인해 고령인구에 대한 보건복지관련 재정지출이 급증하고 연금과 건강보험 등의 재정악화를 초래할 위험이 있다.

인지장애를 초래하는 치매는 60대 이후 나이가 들어갈수록 늘어나는 질병이므로 고령사회가 되어감에 따라 치매 유병률은 크게 증가할 것이다. 한국보건사회연구원 조사에 따르면 1995년 치매노인의 수는 약 22만명으로, 65세 이상 노인의 8.3%에 해당한다. 또한 2020년쯤에는 치매 환자가 약 3배정도 늘어난 69만명에 이를 것으로 추정하고 있다. 하지만 가족 중에 치매환자가 있다는 사실을 노출시키기 꺼리는 한국 사

람들의 정서를 감안한다면 실제로는 10%가 훨씬 넘을 것이라 고 전문가들은 추정하고 있다(Byeon, 1997).

치매질환은 원인이나 치료, 예방법 등이 뚜렷이 밝혀지지 않고 있다. 일반적으로 치매환자는 질환이 어느 정도 진행된 이후 더 이상 가정에서 돌보기가 어려워진 상태에서야 병원을 방문하게 되므로 질환의 예방 또는 악화방지의 기회를 놓치고 있다. 이로 인해 발병 후 치매환자 관리에 더 중점을 두어 왔으나 관리 서비스는 미흡한 실정이다. 매년 9월 21일을 세계 치매의 날로 정하여 중요성을 홍보하고 있지만 일반인들은 치매를 노망, 망령으로 치부하고 병으로 인식하지 못하는 상황이다. 한국은 1990년대 초에 이르러 치매가 심각한 사회문제로 대두되기 시작했으며, 1990년대 중반에는 정책적 고려의 필요성이 대두되기 시작하였다. 정부에서 치매에 대한 대처 방안이 실질적으로 제시된 것은 1996년 보건복지부의 '치매대책 10년' 계획을 수립 발표함으로써 시작되었다.

대표적인 치매로 알려진 알츠하이머병의 위험요인으로는 연령, 성별, 교육수준, 가족력, 출생시 부모연령, 두부외상, 우울증의 과거력, 흡연 등을 들 수 있다. 또한 고혈압, 심장질환, 당뇨병, 흡연 및 고지혈증 등의 과거병력은 뇌혈관 질환뿐 아니라 혈관성 치매의 위험요인으로도 알려져 있다. 일반적으로 치매의 증상은 이질적이며 기억, 학습, 지남력, 수행능력 등의 장애인 인지적 증상과 불안, 우울, 공격, 배회, 환각 등의 다양한 행동증상으로 구별될 수 있다(Karlsson, 1996).

행동증상 중에서도 우울증은 치매 환자의 약 1/3에서 관찰되고 있는데(Lazarus, Newton, Cohler, Lesser & Schween,

주요어 : 치매노인, 사회적 지지, 우울

1) 경원전문대학 간호과 부교수(교신저자 E-mail: leekj4435@hanmail.net)

2) 계명대학교 사회복지학과 전임강사

투고일: 2004년 7월 9일 심사완료일: 2004년 8월 17일

1987; Cummings, Ross, Absher, Gornbein & Hadjiaghai, 1995), 이는 65세 이상의 인구 중에서 보고되는 우울증 발생률 10%~15%의 약 3배에 해당된다. 우울증이 치매와 감별되어야 하는 것은 중요하지만, 두 진단이 공존할 수 있는 가능성을 고려하는 것도 똑같이 중요하다고 하였다(Reifler, Larson & Hanley, 1982). 치매 환자에서는 일상생활에서의 흥미나 쾌락의 상실, 슬픈 기분, 죄책감, 체중 감소, 수면장애, 죽음에 대한 반복적인 생각 혹은 자살 사고 등의 증상을 포함하는 우울증이 동반될 수 있다는 것이다. 임상적으로 볼 때 치매와 우울증은 병의 발병, 경과 및 예후에 밀접한 연관을 보이고 있음이 보고되고 있으며(Yesavage, 1993; Forsell, Jorm & Winblad, 1994), 우울증과 치매와의 관계는 다양한 측면에서 연구되고 있다. 그 중에서도 노인성 치매 환자에서의 인지 기능과 우울간의 상관 관계에 관한 연구가 매우 중요하게 부각되고 있다(Reifler et al., 1982; Burns, Jacoby & Levy, 1990; Lopez, Boller, Beckef, Miller & Reynolds, 1990; Alexopoulos et. al, 1996; Zarb, 1996). 우울은 노인성 치매 환자에서 인지 기능과 일상생활수행능력에 영향을 미치고 있으며, 우울에 대한 적극적인 치료는 치매 환자의 경과 및 예후에 영향을 미치며, 그들을 돌보는 가족구성원에게 보다 향상된 삶의 질을 제공할 수도 있다고 생각된다.

기존 연구들은 우울증의 주요 관련변수로서 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 사회적 지지 등을 들고 있다(Kim, Lee, & Chung, 2000; Lee & Lee, 2002). 즉 일상생활수행능력이 높고, 건강상태가 좋을수록 그리고 사회적 지지가 높을수록 우울정도가 낮았으며 사회적 지지는 자아통제감을 강화시켜줌으로써 스트레스 요인으로부터 우울증으로의 전이를 미연에 방지하는 완충효과를 가지고 있다. 가족은 노인부양의 일차적인 책임을 가지고 있는 집단으로, 우리나라 노인들은 정서적, 물질적, 도구적 측면 등에서 가족지지에 가장 높은 의존성을 보이고 있다. 가족지지 기능이 약할 경우는 친척지지가 이에 보완적 역할을 수행하고 있다. 또한 친구나 이웃은 노인에게 가족이 없거나 있어도 도움을 받을 수 없을 때 중요한 자원이라는 하지만 그들이 제공하는 지지는 가족들이 제공하는 지지에 비해 기간이나 강도면에서 떨어진다. 사회적 지지는 질환 발생 후의 일상적 생활의 영위를 위해 필요하며 사회적 지지의 결핍 또는 축소가 노인성 질환의 발생원인파도 관계가 있을 수 있다는 점에서 관심의 대상이 되고 있다(Hong, 1999).

따라서 본 연구에서는 치매간이선별검사를 통해 치매노인, 치매의심노인, 그리고 일반노인으로 구분하여 집단간 우울에 미치는 영향요인에는 어떤 차이가 있는가를 확인함으로써 지역사회에 거주하는 치매노인들의 상황을 이해하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 또한 치매노인들을 위해 어떠한 간호중재

가 시도되어야 할 것인지에 대한 방향을 제시하는데 필요한 기초자료를 제공하고, 추후 노인보건의료와 복지 프로그램의 방향과 내용을 결정하는데 필요한 기초자료를 제공하는데 도움을 주고자 본 연구를 시도하였다.

연구목적

본 연구의 목적은 치매노인, 치매의심노인, 일반노인의 집단간에 우울에 영향을 주는 변수들이 어떠한 차이가 있는가를 파악하여 치매노인 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제시함에 있다.

본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 치매노인, 치매의심노인 및 일반노인의 집단간에 인구사회학적 특성의 차이를 파악한다.
- 치매노인, 치매의심노인 및 일반노인의 집단간에 주관적 건강상태, ADL과 IADL정도, 사회적 지지정도, 우울정도의 차이를 파악한다.
- 치매노인, 치매의심노인 및 일반노인의 집단간에 우울에 영향을 미치는 요인들의 차이를 파악한다.

용어의 정의

• 일반노인, 치매노인, 치매의심노인

일반노인의 정의를 국제노인학회에서는 노령화 과정에서 나타난 생리적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호 작용하는 복합형태의 과정에 있는 65세이상의 사람이라고 말하고 있다. 치매노인은 치매의 의학적 진단을 받았거나 인지 장애와 더불어 불안, 우울, 공격, 배회, 환각등의 다양한 행동 증상들이 나타나고 있는 노인이다. 그리고 치매의심노인은 치매의 의학적 진단을 받지 않았을 뿐만 아니라 치매증상이 경미하게 나타나는 노인을 말한다. 본 연구에서는 만 65세 이상으로 한국형치매간이선별검사(MMSE-K) 결과 25점 이상은 일반노인, 21~24점은 치매의심노인, 20점 이하는 치매노인으로 구분하였다.

• 우울

개인이 받는 환경자극과 개인 특성에 따라 나타나는 부정적인 정서반응을 말한다.

본 연구에서는 한국형노인우울검사(Jung, Kwak, Cho & Lee, 1998) 척도를 이용하여 측정된 점수를 말하며, 0점에서 30점이 가능한 점수범위이고, 0~10점 사이를 정상, 11~20점 사이를 경중 우울, 21~30점 사이를 중중 우울로 구분하였다.

• 사회적 지지

사회적 지지는 사회적 결속을 통해 의미있는 사람으로부터 개인이 받을 수 있는 물질적, 정신적 도움(Norbeck, Linsey & Carrier, 1981)이다. 본 연구에서는 사회적 지지를 주관적 요인과 객관적 요인으로 나누어 측정하였다. 주관적 요인은 개인이 인지하는 사회적지지 정도를 말하며, 객관적 요인은 가족, 친척, 친구, 이웃 등과의 사회적 지지망을 말한다.

주관적인 사회적 지지는 정서적 지지, 사회활동적 지지, 도구적 지지로 구성되어 있으며 정서적 지지란 존경이나 애정, 신뢰, 관심, 경청 등의 행위로서 불신감을 해소하고 인격적, 정서적 욕구를 충족시켜 주는 것이다. 사회활동적 지지는 단체활동이나 기관에서의 참여 뿐 아니라 방문이나 오락, 외출, 여행 등을 통해 이루어지는 활동이다. 도구적 지지는 일을 도와주거나 금전과 물품 등을 제공하는 등 필요시에 직접적으로 돕는 행위를 말하는 것이다. 본 연구에서는 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다.

● 일상생활수행정도

개인이 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력을 의미한다. 본 연구에서는 McDowell과 Newell(1990)의 Barthel Index와 Kane(1990)의 IADL를 이용하여 기본적인 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)을 측정할 점수를 말하며 점수가 높을수록 일상생활수행능력정도가 높음을 의미한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 치매노인, 치매의심노인과 일반노인들의 우울에 영향을 주는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 경기도 성남 지역에 거주하며 65세 이상 노인으로서 의사소통이 가능하고 본 연구에 자발적으로 참여를 수락한 자를 임의표집 하였다. 자료수집기간은 2002년 4월 8일부터 7월 10일까지 83일간이었으며, 연구자로부터 연구목적과 자료수집방법에 대하여 교육과 훈련을 받은 8명의 연구보조원이 가정방문을 하여 구조화된 설문지를 사용하여 연구보조원이 읽어주고 응답하는 방식을 사용하여 자료 수집을 하였다. 자료수집 시 노인이 응답하는 것을 원칙으로 하되, 치매노인의 경우는 수발을 하고 있는 주 부양자에게 응답하도록 하였다. 총 903부가 자료 분석에 이용되었다.

연구도구

연구에 사용된 설문지는 조사 대상자의 일반적 특성, 치매 정도, 기본적 일상생활수행능력, 수단적 일상생활수행능력, 사회적지지 및 우울을 조사하기 위하여 선행연구에서 사용된 도구를 연구목적에 맞게 수정·보완하여 작성하였다. 연구에 사용된 도구는 다음과 같다.

● 치매 측정도구

노인들의 치매정도를 평가하기 위한 도구는 Folstein, Folstein & Mchugh(1975)이 개발한 Mini-Mental State Examination(MMSE)를 Kwon과 Park(1989)이 수정 보완한 MMSE-K를 사용하였다. 각 하위항목의 점수 배분은 지남력 10점, 기억등록 3점, 주의력 및 계산 5점, 기억회상 3점, 언어 기능 7점 및 이해판단 2점 등으로 총 30점으로 되어 있고 인지장애의 평가기준은 20점미만을 치매군, 20-25점 미만을 치매의심군, 25점 이상을 정상으로 구분하였다. 무학의 경우 Kwon 등(1989)이 제안한 방법에 의거하여 지남력 1점, 주의 집중과 계산 2점, 언어기능 항목에 1점을 부여하여 각각 만점이 넘지 않는 범위에서 가산하였다.

● 우울 측정도구

우울의 정도를 조사하기 위한 연구도구는 Yesavage와 Brink(1983)이 개발한 30개 문항의 노인우울척도를 Jung 등(1998)이 표준화한 것을 사용하였다. 대상자가 '예/아니오'로 응답하는 양분척도로서 각 문항당 0점 또는 1점을 부여하였으며 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 0-10점 사이를 정상, 11-20점 사이를 경증 우울, 21-30점 사이를 중증 우울로 구분하였다. 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach α 값 .884이었다.

● 일상생활수행능력 측정도구

생활에서의 활동정도와 기능상의 장애정도에 관한 척도로 McDowell과 Newell(1990)의 Barthel Index로 측정할 기본적인 신체활동과 Kane(1990)의 IADL를 수정보완하였다. 기본적인 일상생활수행능력(Assessment Daily Living: ADL)은 옷입기, 세면, 목욕, 식사, 보행, 화장실 이용, 대소변 가리기 등 7가지 기본활동으로 구성되어 있으며, 수단적 일상생활수행능력(Instrumental ADL)은 머리빗기, 청소, 식사준비, 세탁, 상점이용, 교통수단이용, 물건구입, 재산관리, 전화사용, 투약관리 등의 10항목이다. 3점 척도로 점수가 높을수록 노인이 독립적인 일상생활을 수행하는 것을 뜻한다. 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach α 값이 ADL은 .939 그리고 IADL은 .949이었다.

● 사회적 지지 측정도구

사회적 지지는 노인대상자가 주관적으로 인지하는 사회적 지지의 기능적 측면을 측정한 척도로 Kwon(1997)연구에서 사용한 측정도구를 사용하였다. 사회적 지지문항은 정서적 지지 요인 3문항, 사회 활동적 지지요인 2문항, 도구적 지지요인 3문항으로 구성되어있으며 2점 척도로 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach α 값이 .886이었다.

한편 사회적 지지의 객관적인 측면으로서의 사회적 지지망은 동거하는 가족의 유무, 친구 수, 참석하고 있는 모임, 단체 및 기관(종교적 집회나 활동/노인대학 또는 노인학교/ 노인정/ 친목계, 동창회 등/ 사회복지기관/ 기타)의 수를 통해 측정하였다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS win10.0을 이용하여 분석되었다. 측정도구의 신뢰도를 측정하기 위해 Cronbach's α 신뢰도 계수를 산출하였다. 조사대상자의 일반적 특성과 변수들의 정도를 확인하기 위해 기술적 분석방법으로 빈도, 백분율, 평균, 그리고 표준편차를 구하였다. 치매노인, 치매의심노인, 일반노인의 집단간의 차이를 검증하기 위해 ANOVA, chi-square 검증을 실시하였다. 어떤 변인들이 우울에 영향력이 있는가를 확인하

기 위해 인구사회학적 변수, 건강변수, 사회적 지지 변수들을 묶어서 단계별로 투입하여 설명력의 증가를 보는 위계적 다중회귀분석(Hierarchical Multiple Regression Analysis)을 실시하였다.

연구 결과

세 집단간의 일반적 특성 비교

노인대상자 903명 중에서 치매에 해당하는 노인(MMSE-K 20점 이하)이 145명으로 전체의 16.2%, 치매가 의심되는 경우(MMSE-K 21-24점)가 337명으로 37.6%, 정상인 경우(MMSE-K 25점 이상)는 414명으로 46.2%로 나타났다<Table 1>.

<Table 1> Criteria and frequency of comparison groups

	Criteria	N	%
Dementia	Less than MMSE-K 20	145	16.2
Suspicious group of Dementia	MMSE-K 21-24	337	37.6
Normal	More than MMSE-K 25	414	46.2

전체 대상자 중 여자는 566명(62.7%), 남자는 337명(37.3%)를 차지하였으며, 연령은 65세-74세가 549명(61.2%), 75세 이상이 348명(38.2%)이었다. 치매노인, 치매의심노인 및 일반노

<Table 2> Demographic characteristics of three groups

		Dementia (n=145)		Suspicious (n=337)		Normal (n=414)		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Gender	Female	116	80.0	257	76.3	187	45.2	99.23	.000
	Male	29	20.0	80	23.7	227	54.8		
Age	65-69 years old	12	8.3	90	26.9	217	52.9	254.95	.000
	70-74 years old	13	9.0	103	30.7	112	27.3		
	75-79 years old	46	31.7	82	24.5	53	12.9		
	80-84 years old	34	23.4	44	13.1	20	4.9		
	85-89 years old	31	21.4	15	4.5	6	1.5		
	over 90 years old	9	6.2	1	.3	2	.5		
Education	None	121	84.0	202	60.1	67	16.3	302.73	.000
	Less than ES	16	11.1	120	35.7	194	47.2		
	Less than MS	3	2.1	3	.9	70	17.0		
	More than HS diploma	4	2.8	11	3.3	80	19.5		
Income	High	1	0.7	-	-	1	.2	33.52	.000
	Midium	26	18.2	70	21.3	136	33.5		
	Low	4	2.8	22	6.7	38	9.4		
	Very low	112	78.3	237	72.0	231	56.9		
Religion	None	82	57.3	143	43.3	164	40.3	20.25	.009
	Protestant	9	6.3	15	4.5	36	8.8		
	Catholic	21	14.7	70	21.2	97	23.8		
	Buddhism	30	21.0	98	29.7	103	25.3		
	The other	1	.7	4	1.2	7	1.7		

<Table 2> Demographic characteristics of three groups

		Dementia (n=145)		Suspicious (n=337)		Normal (n=414)		x ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Marital Status	Single	106	73.1	185	55.1	111	26.9	114.83	.000
	Married	39	26.9	151	44.9	302	73.1		
Living Arrangement	Live alone	18	12.5	60	17.9	38	9.2	105.23	.000
	Live with spouse	17	11.8	78	23.2	162	39.2		
	Live with the married children	89	61.8	141	42.0	101	24.5		
	Live with the unmarried children	13	9.0	42	12.5	93	22.5		
	The other	7	4.9	15	4.5	19	4.6		

인의 세 집단간의 일반적 특성의 차이에 관한 결과는 <Table 2>와 같다.

성별을 보면 세 집단간에 유의한 차이를 보였으며(x²=99.23, p=.000). 치매군에서 여자가 80%로 남자 20%보다 많았으며, 치매의심군에서는 여자가 76.3%로 남자 23.7%보다 많았다. 반대로 정상군에서는 남자가 54.8%로 여자 45.2%보다 많았다.

연령을 보면 치매군에서는 75-79세가 31.7%로 가장 많았으며, 다음이 80-84세 23.4%, 85-89세 21.4% 순이었다. 치매의심군에서는 70-74세가 30.7%로 가장 많았으며, 65-69세 26.9%, 75-79세 24.5%, 80-84세 13.1%의 순이었다. 정상군에서는 65-69세가 52.9%로 가장 많았고, 70-74세 27.3%, 75-79세 12.9%, 80-84세 4.9%의 순이었다. 연령에 있어서 세 집단간에 유의한 차이를 보였다(x²=254.95, p=.000).

교육수준도 세 집단간에 유의한 차이를 보였다(x²=302.73, p=.000). 치매군에서 무학인 경우는 84.0%, 교육을 받은 경우는 국졸이 11.1%, 중졸이 2.1%, 고졸 이상이 2.8%를 나타냈으며, 치매의심군에서도 무학이 60.1%로 가장 많았고 다음이 국졸 35.7%이었다. 정상군에서는 무학인 경우는 16.3%, 교육을 받은 경우는 국졸이 47.2%, 중졸이 17.0%, 고졸 이상이 19.5%를 나타내고 있다.

경제능력을 보면 치매군에서 자식에게 전적으로 의지하고 있는 경우는 78.3%, 자식에게 일부 보조를 받고 있는 경우는 2.8%, 자립하는 정도인 경우는 18.2%, 자식에게 도움을 주는 경우는 0.7%이었다. 치매의심군에서 자식에게 전적으로 의지하고 있는 경우는 72.0%로 가장 많았고, 자립하는 정도는 21.3%이었다. 정상군에서는 자식에게 전적으로 의지하고 있는 경우는 56.9%로 가장 많았고, 자립하는 정도는 33.5%이었다.

경제능력은 세 집단간에 유의한 차이를 보였다(x²=33.52, p=.000).

종교가 없는 경우는 치매군에서는 57.3%, 치매의심군에서는 43.3%, 정상군에서는 40.3%이었다. 종교를 가지고 있는 경우는 치매군에서 불교가 21%, 기독교가 21%로 같았으며, 치매의심군에서 불교가 29.7%로 기독교 25.7%보다 약간 많았다. 정상군에서 기독교가 32.6%로 불교 25.3%보다 더 많았다. 종교는 세 집단간에 유의한 차이를 보였다(x²=20.25, p=.009).

배우자 유무는 세 집단간에 유의한 차이를 보였으며(x²=114.83 p=.000), 치매노인군에서 사별인 경우가 73.1%로 배우자가 있는 경우 26.9%보다 더 많았다. 치매의심군에서 사별인 경우가 55.1%로 배우자가 있는 경우 44.9%보다 더 많았다. 반대로 정상군에서 배우자가 있는 경우는 73.1%로 사별한 경우 26.9%보다 더 많았다.

가구형태를 보면 혼자 사는 경우가 치매군에서 12.5%, 치매의심군에서 17.9%, 정상군에서 9.2%이었다. 가족과 동거하는 경우는 치매군에서 노인부부동거 11.8%, 자녀동거 70.8%이었다. 치매의심군에서 노인부부동거 23.2%, 자녀동거 54.5%이었다. 정상군에서 노인부부동거 39.2%, 자녀동거 47.0%이었다. 가구형태는 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x²=105.23, p=.000).

세 집단간의 일상생활수행능력정도과 건강지각상태 비교

ADL과 IADL의 집단간 차이를 알기 위해 ANOVA를 실시하였으며 결과는 <Table 3>와 같다. 기본적 일상생활수행능력

<Table 3> ADL and IADL among three groups

	Dementia		Suspicious		Normal		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ADL	19.90	2.76	20.87	.94	20.99	.15	41.85	.000
IADL	25.61	5.93	29.29	2.32	29.84	.99	122.26	.000

(ADL)을 조사한 결과를 보면, 치매군에서는 총 21점 만점에 평균이 19.90점, 치매의심군에서는 20.87점, 정상군에서는 20.99점이었다. 노인들의 ADL상태는 전체적으로 양호하며, 세 집단간의 차이는 유의하였다(F=41.85, p=.000).

수단적 일상생활수행능력(IADL)의 결과를 보면, 치매군에서는 총 30점 만점에 평균이 25.61점, 치매의심군에서는 29.29점, 정상군에서는 29.84점이었다. 노인들의 IADL 상태는 전체적으로 양호하며, 세 집단의 차이는 유의하였다(F=122.26, p=.000).

주관적 건강지각상태에 대해 세 집단을 비교한 결과를 보면 <Table 4> 차이가 유의하게 나타났다(F=67.95, p=.000). 건강하다고 느끼는 노인이 정상군에서는 30.0%인데 비해, 치매군에서는 6.5%, 치매의심군에서는 11.3%이었다. 반면에 불건강하다고 느끼는 노인이 정상군에서는 54.8%인데 비해, 치매군에서는 80.6% 치매의심군에서는 78.0%이었다. 치매의심군에서는 정상군과 비교해 ADL과 IADL에서 거의 차이가 없는 데도 불구하고, 주관적으로 지각하는 건강상태는 치매의심군이 정상군보다 건강하지 못하다고 지각하고 있는 것으로 나타났다. 한편 불건강함에 대해 치매군과 치매의심군은 비슷하게 인지하고 있었다.

세 집단간의 사회적 지지망과 사회적 지지 정도 비교

사회적 지지망의 변수로 동거가족 유무, 친구 수, 참석모임 단체 수를 살펴보면 <Table 5>와 같다.

동거가족 유무를 보면, 치매군, 치매의심군, 정상군에서 배우자나 자녀, 친척 등 동거가족이 있는 경우가 각각 87.5%, 82.1%, 90.8%로 혼자 사는 경우 12.5%, 17.9%, 9.2% 보다 더 많았다. 동거가족 유무는 세 집단간의 차이에 있어서 통계적으로 유의하였다($\chi^2=12.32$, p=.002).

친구가 한명도 없다고 응답한 경우는 치매군에서 58.2%, 치매의심군에서 48.4%, 정상군에서 34.1%로 나타났으며, 친구 수가 1-2명 있다고 응답한 경우는 치매군에서 31.7%, 치매의심군에서 33.2%, 정상군에서 35.6%로 나타났다. 3명 이상인 경우는 치매군에서 10.2%, 치매의심군에서 18.5%, 정상군에서 30.2%이었다. 친구 수에 대한 세 집단간의 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=37.61$, p=.001).

종교활동, 노인정, 노인대학, 친목계, 의료기관, 사회복지기관 등에 참석하고 있는 여부를 질문한 항목의 총점을 보면 전혀 참여하고 있지 않는 경우가 치매군에서 35.2%, 치매의심군에서 16.3%, 정상군에서 18.4%로 나타났으며, 1-2개 참석하고 있는 경우가 치매군에서 51.0%, 치매의심군에서 71.2%, 정상군에서 68.4%로 나타났다. 3개 이상 참석하고 있는 경우는 치매군에서 13.8%, 치매의심군에서 12.5%, 정상군에서 13.2%이었다. 참석모임 수에 대한 세 집단간의 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=36.35$, p=.000).

세 집단간의 사회적 지지 정도의 비교는 <Table 6>와 같다. 총점 9점 중 치매군은 평균이 4.37, 치매의심군은 4.94, 정상군은 5.90이었다. 정상군에서 사회적 지지 정도가 가장 높았고, 세 집단간의 차이는 통계적으로 유의하였다(F=27.89,

<Table 4> Self-rated health among three groups

	Dementia		Suspicious		Normal		F	p
	N	%	N	%	N	%		
High	9	6.5	37	11.3	120	30.0	67.95	.000
Medium	18	12.9	35	10.7	61	15.3		
Low	112	80.6	255	78.0	219	54.8		

<Table 5> Social support network among three groups

	Dementia		Suspicious		Normal		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Living with family							12.32	.002
No	18	12.5	60	17.9	38	9.2		
Yes	126	87.5	276	82.1	375	90.8		
Friends							37.61	.001
None	57	58.2	105	48.4	71	34.1		
1-2 persons	31	31.7	72	33.2	74	35.6		
over 3 persons	10	10.2	40	18.5	63	30.2		
Social Groups							36.35	.000
None	51	35.2	55	16.3	76	18.4		
1-2 groups	74	51.0	240	71.2	283	68.4		
over 3 groups	20	13.8	42	12.5	55	13.2		

<Table 6> Degree of social support among three groups

	Derementia		Suspicious		Normal		F	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Total of Social support	4.37	2.16	4.94	2.52	5.90	2.38	27.89	.000
Emotional	1.30	1.28	1.69	1.32	2.16	1.20	29.32	.000
Social Activity	.43	.70	.72	.82	1.07	.87	37.90	.000
Instrumental	2.63	.85	2.54	.95	2.67	.79	2.13	.120

p=.000). 각 하위영역별 사회적 지지를 살펴보면, 정서적 지지(F=29.32, p=.000)와 사회활동적 지지(F=37.90, p=.000)는 세 집단간에 차이가 있었으나, 도구적 지지는 세 집단간에 유의한 차이가 없었다(F=2.13, p=.12). 정서적 지지에서 정상군의 평균이 2.16로 치매군 1.30, 치매의심군 1.69보다 더 높았다. 사회활동적 지지는 정상군의 평균이 1.07로 치매군 .43, 치매의심군 .72 보다 더 높았다. 도구적 지지는 2.63, 2.54, 2.67로 세 집단이 거의 비슷하였다. 따라서 치매노인들도 필요한 직접적 사회적지지는 받고 있는 것으로 추론된다.

세 집단간의 우울 비교

치매 정도에 따른 우울 정도를 조사한 결과는 <Table 7>과 같다. 우울정도는 치매군은 평균 17.84, 치매의심군은 14.60, 정상군은 11.44이며 집단간의 차이는 유의하였다(F=82.27, p=.000). 치매군에서 정상 4.2%, 경증 27.3%, 중증이 68.6%로 우울이 심각한 것으로 나타났으며, 치매의심군에서는 정상 17.3%, 경증 42.7%, 중증 40.0%를 차지하였다. 또한 정상군에서도 정상 34.5%, 경증 42.5%였으며, 중증 우울도 23%를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

세 집단간의 우울에 영향을 주는 요인 비교

우울에 영향을 미치는 요인을 검증하기 위해 위계적 다중 회귀분석을 실시하였다. 종속변수는 우울이고, 독립변수는 인구사회학적 변수(성별, 연령, 교육, 경제능력, 종교) 5개, 건강 변수(주관적 건강지각, ADL, IADL) 3개, 그리고 사회적 지지 변수(가족동거여부, 친구 수, 참여단체 수, 정서적 지지, 사회활동적 지지, 도구적 지지) 6개를 매개변수로 사용하였다. 독

립변수들의 우울에 대한 예측력을 규명하기위해 1단계로 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성을 먼저 회귀식에 포함하였고 2단계로 사회적 지지를 회귀식에 포함하였다. 이에 대한 결과는 <Table 8>과 같다.

치매군에서는 인구사회학적 특성, 건강특성과 사회적 지지는 전체우울변인의 28.2%의 설명력을 가지며 유의한 것으로 나타났다(F=3.300, P<.001). 인구사회학적 변수와 건강변수는 전체우울변인의 12.3%의 설명력을 지니고 있으며, 사회적 지지는 15.9%의 설명력을 증가시키는 것으로 나타났다. 도구적 지지(Beta=-.410, p<.01)와 ADL(Beta=-.369, p<.05) 이 통계적으로 유의하여 우울예측변인에 중요예측인자임을 보여주고 있다. 치매의심군에서는 독립변인들이 전체우울변인의 21.4%의 설명력을 가지며 유의한 것으로 나타났다(F=4.833,p<.001). 사회적지지 변수가 7.8%의 설명력을 증가시켰다. 도구적 지지(Beta=-.263, p<.01), IADL(Beta=-.254, p<.01), 사회활동적지지(Beta=-.236, p<.05), 주관적 건강상태 (Beta=.168, p<.05) 순으로 통계적으로 유의하여 우울에 중요예측인자임을 보여주고 있다. 정상군에서도 독립변인들이 전체우울변인의 18.9%의 설명력을 지니며 유의한 것으로 나타났다(F=4.078, p<.001). 사회적지지 변수는 4.9%의 설명력을 높여주고 있다. 교육수준(Beta=-.220, p<.01), 주관적 건강상태 (Beta=.290, p<.001)와 사회적 지지의 유형 중에서는 가족동거여부(Beta=.224, p<.01)가 유의한 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인 903명을 대상으로 치매노인, 치매의심노인과 일반노인으로 구분하여 집단간에 차이를 비교하였다.

<Table 7> Depression among three groups

	Dementia		Suspicious		Normal		F	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Total depression	17.84	4.87	14.60	5.22	11.44	5.58	82.27	.000
Degree of depression	Dementia		Suspicious		Normal		x ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Low	11	4.2	87	17.3	39	34.5	106.406	.000
Middle	72	27.3	215	42.7	48	42.5		
High	181	68.6	201	40.0	26	23.0		

<Table 8> Hierarchical multiple regression of depression among three groups

	Dementia Group						Suspicious Group						Normal Group					
	Model 1			Model 2			Model 1			Model 2			Model 1			Model 2		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Gender	.301	2.552	.013	.208	1.855	.068	.098	1.296	.197	.083	1.146	.253	.097	1.293	.198	.105	1.354	.178
Age	-.041	-.371	.712	-.031	-.301	.764	.105	1.488	.138	.078	1.121	.264	.010	.145	.885	.048	.655	.513
Edu.	-.109	-.814	.418	-.144	-1.182	.241	.053	.742	.459	.078	1.114	.267	-.250	-3.464	.001	-.220	-3.064	.003
Income	-.041	-.360	.720	.151	1.193	.237	-.144	-2.084	.039	-.026	-.351	.726	-.115	-1.620	.107	-.062	-.812	.418
Religion	.061	.545	.588	.040	.323	.747	.061	.879	.381	.065	.857	.393	.020	.278	.781	.073	.953	.342
Health	.194	1.821	.073	.171	1.534	.130	.220	3.259	.001	.168	2.447	.015	.320	4.596	.000	.290	4.079	.000
ADL	-.328	-1.737	.086	-.369	-2.129	.037	-.007	-.076	.939	.044	.467	.641	.043	.545	.586	.061	.787	.432
IADL	.041	.225	.823	.027	.149	.882	-.203	-2.038	.043	-.254	-2.611	.010	.024	.289	.773	.071	.876	.382
Family				.030	.247	.806				.083	1.041	.299				.224	2.714	.007
Friends				.051	.403	.688				-.097	-1.037	.301				-.097	-1.073	.285
Groups				-.001	-.006	.996				-.065	-.800	.425				-.083	-1.065	.288
Emotion				-.305	-1.680	.098				.116	.862	.390				-.008	-.055	.957
Activity				-.005	-.029	.977				-.236	-2.206	.029				-.143	-1.088	.278
Instru.				-.410	-2.858	.006				-.263	-2.980	.003				-.108	-1.223	.223
R ²	.209			.405			.171			.270			.178			.250		
Adjusted R ²	.123			.282			.136			.214			.140			.189		
F	2.438*			3.300***			4.875***			4.833***			4.778***			4.078***		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

성별, 연령, 교육수준, 경제능력, 종교, 배우자 유무, 가구형태 등의 인구사회학적 변수 모두 세 집단간에 유의한 차이를 보였다. 이는 인지기능정도와 인구사회학적 변수간의 관련성이 있음을 보여주고 있으며, 치매집단과 정상집단과의 비교에서 종교를 제외한 성별, 연령, 배우자 유무, 교육정도, 지각된 경제상태 등에서 유의한 차이가 있었다는 Yu, Kim과 Han (2002)의 연구결과와 일치하고 있다.

본 조사결과를 보면 치매의 유병률이 16.2%를 차지하고 있어 같은 MMSE-K척도를 사용하여 나타난 유병률 11.3%(Park & Kho, 1991)를 보여준 연구결과보다 유병률이 더 높게 나타났다. 이는 연구대상이나 거주 지역에 따른 차이로 보이며, 근래에 와서 치매에 대한 인식이 달라져 이전보다 치매환자에 대해 더 개방적인 태도에서 나온 것으로 추측된다.

Byeon(1997)의 연구에서 치매노인의 성별을 보면, 남성이 10.9%에 불과한 반면 여성의 경우 29.1%로 높았으며 Woo 등 (1995)의 연구에 의하면, 치매 유병률의 성별 차이는 남자가 8.4%인데 반해, 여자는 10.3%로 여자가 약간 높은 경향을 보였다. 알츠하이머병의 경우 남자 3.2%, 여자 5.3%로 여자의 유병률이 높았으나, 혈관성치매의 경우 남자 3.1%, 여자 2.1%로 오히려 남자의 유병률이 높았다는 결과는 확실히 여성이 남성보다 치매 유병률이 높다고 할 수 없음을 보여준다. 본 연구에서는 치매유병률이 여자가 20.7%로 남자 8.6%보다 많았다. 일반적으로 연령이 5세 증가할수록 치매 유병률이 2 배씩 증가하는 것으로 보고되고 있다. Byeon(1997)의 연구에

의하면 MMSE-K 점수 24점 이하인 비율이 65-69세 연령군에서는 7.1%, 70-74세에서 11.8%, 75-79세에서 33.9%로 증가하며 80세 이상에서는 71.3%까지 증가하고 있다. 본 연구에서도 치매노인이 65-69세 8.3%, 70-74세에서 9.0%, 75-79세에서 31.7%로 증가하며 80세 이상에서는 51.0%까지 증가하였다. 또한 80세 이후에 치매군과 정상군 사이의 변화가 현저하게 나타났다. 즉 80-84세에서 정상군은 4.9%, 치매의심군은 44.9%, 치매군은 34.7%이던 것이, 85-89세에서는 정상군은 11.5%, 치매의심군은 28.8%, 치매군은 59.6%로 증가되었다. 따라서 연령이 증가하면 치매의 가능성이 급증하는 것을 보여주고 있다.

본 연구에서 배우자가 있는 경우는 정상군에서는 61.4%였으나 치매의심군과 치매군에서는 각각 30.7%와 7.9%이었다. 이는 Yu 등(2002)의 연구와 일치하고 있으며, 연령이 높아질수록 배우자 사망이 증가되고 치매도 증가하는 것에서 유래된 것으로 보여진다.

본 연구에서는 일반노인이 치매나 치매의심노인에 비해 기본적 및 도구적 일상생활수행능력도 유의하게 높았다. 이는 Yu 등(2002)의 연구와 Hong(1999)의 연구결과와 일치하고 있다.

본 연구에서 치매노인이나 치매의심노인은 정상군에 비해 우울 점수가 높았다. 우울한 노인이 우울하지 않은 노인에 비해 치매가 보다 많이 발생하거나 치매에 걸린 노인에서 우울증이 발생할 가능성이 높다는 Yi와 Kim(2000)의 연구결과와 일치함을 보여주고 있다.

다음으로 우울에 대한 중요예측요인을 보면, 치매군에서는 ADL과 도구적 지지, 치매의심군에서는 IADL, 사회활동 적지 지 및 도구적 지지, 그리고 정상군에서는 교육수준, 주관적 건강, 가족동거여부로 나타났다.

우울에 관한 회귀분석에서 건강변수의 영향력을 보면, 치매군에서는 ADL이 영향을 주는 변수로 나타났으며, 정상군에서는 주관적 건강지각상태가 중요한 변수로 나타났다. 이는 노인의 전반적인 건강지각상태가 우울에 영향을 미치며, 노인에서 건강지각상태와 인지기능장애는 우울의 강력한 설명요인이며 우울 또한 노인의 일상생활수행능력에 영향을 줄 수 있음을 반증해 주는 결과이다(Kim, Lee & Chung, 2000; Pennix et al., 1998).

세 집단에서 사회적 지지 변수는 노인의 우울에 영향을 주었다. 즉 사회적지지 변수가 치매군에서는 도구적 지지가 15.9%, 치매의심군에서는 사회활동적 지지와 도구적 지지가 7.8%의 설명력을 보여주었다. 따라서 치매노인과 치매의심군에서의 우울을 감소시키기 위해서는 사회적 지지의 역할이 중요함을 알 수 있다. Hong(1999)의 연구결과에서는 치매나 우울이 의심되는 노인이 친구망 및 공식적 관계망의 부족을 경험하고 있었다. 또한 치매, 우울 집단이 모두 정서적, 활동적 지지를 정상집단보다 적게 받고 있었으나, 도구적 지지는 집단간 차이를 보이지 않았다. Yu 등(2002)의 연구에서는 치매나 우울의심 집단이 정상집단에 비해 동거가족, 친구, 이웃으로부터의 사회적지지가 높게 나타났으나, Hong(1999)의 연구에서는 치매나 우울집단이 정상집단보다 친구 수나 친교단체 수에 대해서 유의하게 낮게 나타났다. 본 연구에서는 친구 수나 친교단체 수는 세 집단 모두에서 우울에 영향을 주지 못하였다. 이를 통해 참여 회수보다는 사회적 지지의 구조, 빈도, 거리 등과 같은 구조적 측면 그리고 사회접촉 만족도가 중요함을 추론할 수 있겠다.

한편 정상군에서는 사회적 지지는 우울에 영향력이 없는 반면 가족동거 여부가 우울을 설명하는 중요한 변수로 나타났으며, 이는 일반노인들에게서 가족과 동거하는 경우 우울을 낮출 수 있음을 예측할 수 있다.

이상의 논의에서 치매노인의 우울에 영향을 주는 중요요인은 건강요인의 ADL과 사회적지지 요인중 도구적 지지임을 알 수 있다. 그러므로 치매노인들을 위해 신체적 활동 프로그램을 개발 운영하여 ADL을 향상시켜야 하며 ADL이 손상되지 않도록 지속적인 보건의료 서비스가 확충되어야 할 것이다. 또한 사회적 지지망은 노인의 우울증을 감소시키고 더 나아가 치매를 예방하는데 도움이 된다. 따라서 사회적 지지망이 약한 독거노인을 중심으로 사회복지기관을 통해 사회에서 고립되지 않도록 하는 서비스를 제공하여야 한다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인을 치매노인, 치매의심노인과 일반노인으로 구분하여 세 집단간에 사회인구학적 특성, 건강상태, 사회적지지, 그리고 우울에서 차이가 있는지를 검증하였다. 또한 세 집단 노인의 우울에 미치는 영향 요인을 확인하기 위해 위계적 다중회귀분석을 사용하였다. 종속변수는 우울이고, 독립변수는 인구사회학적 변수 5개, 건강변수 3개, 그리고 사회적 지지 변수 6개를 매개변수로 사용하였다. 자료 수집은 2002년 4월 8일부터 7월 10일까지 성남시에 거주하는 가정을 방문하여 만 65세 이상의 노인을 대상으로 실시하였다. 연구조사 방법은 구조화된 자기보고식 설문지를 통하여 이루어졌으며 최종적으로 903부의 자료가 분석에 이용되었다. 자료의 통계분석은 Window SPSS 10.0 program을 이용하였다.

이 연구의 주요결과는 다음과 같다.

- 성별, 연령, 교육수준, 경제능력, 종교, 배우자 유무, 가구 형태 등의 인구사회학적 변수 모두 세 집단간에 유의한 차이를 보였다.
- ADL정도는 치매군에서는 총 21점 만점에 평균이 19.90점, 치매가능군에서는 20.87점, 정상군에서는 20.99점으로 세 집단간의 차이는 유의하였다($F=41.85$, $p=.000$). IADL정도는 치매군에서는 총 30점 만점에 평균이 25.61점, 치매의심군에서는 29.29점, 정상군에서는 29.84점으로 세 집단의 차이는 유의하였다($F=122.26$, $p=.000$). 주관적 건강지각상태는 건강하다고 느끼는 노인이 정상군에서는 30.0%, 치매군에서는 6.5%, 치매의심군에서는 11.3%으로 차이가 유의하게 나타났다($F=67.95$, $p=.000$).
- 치매군, 치매의심군, 정상군에서 동거가족이 있는 경우가 각각 87.5%, 82.1%, 90.8%로 세 집단간의 차이가 유의하였다($\chi^2=12.32$, $p=.002$). 친구가 한명도 없다고 응답한 경우는 치매군에서 58.2%, 치매의심군에서 48.4%, 정상군에서 34.1%로 세 집단간의 차이는 유의하였다($\chi^2=37.61$, $p=.001$). 종교활동, 노인정, 노인대학, 친목계, 의료기관, 사회복지기관 등에 전혀 참여하고 있지 않는 경우가 치매군에서 35.2%, 치매의심군에서 16.3%, 정상군에서 18.4%로 참석모임 수에 대한 세 집단간의 차이는 유의하였다($\chi^2=36.35$, $p=.000$).
- 사회적 지지 정도는 총점 9점 중 치매군은 평균이 4.37점, 치매의심군은 4.94점, 정상군은 5.90점으로 세 집단간의 차이는 유의하였다($F=27.89$, $p=.000$). 각 하위영역별로 보면 정서적 지지($F=29.32$, $p=.000$)와 사회활동적 지지($F=37.90$, $p=.000$)는 세 집단간에 차이가 있었으나, 도구적 지지는 세 집단간에 유의한 차이가 없었다($F=2.13$, $p=.12$).

- 우울정도는 치매군은 평균 17.84, 치매의심군은 14.60, 정상군은 11.44이며 집단간의 차이는 유의하였다($F=82.27, p=.000$).
- 위계적다중회귀분석결과, 치매군에서는 인구사회학적 특성, 건강특성과 사회적 지지는 전체우울변인의 28.2%의 설명력을 가지며 유의한 것으로 나타났다($F=3.300, P<.001$). 사회적지지는 15.9%의 설명력을 증가시키는 것으로 나타났으며 도구적 지지($Beta=-.410, p<.01$)와 ADL($Beta=-.369, p<.05$)이 우울예측변인에 중요예측인자임을 보여주고 있다. 치매의심군에서는 독립변인들이 전체우울변인의 21.4%의 설명력을 가지며 유의한 것으로 나타났다($F=4.833, p<.001$). 사회적 지지 변수가 7.8%의 설명력을 증가시켰으며 도구적 지지($Beta=-.263, p<.01$), IADL($Beta=-.254, p<.01$), 사회활동적 지지($Beta=-.236, p<.05$), 주관적 건강상태($Beta=.168, p<.05$) 등이 우울에 중요예측인자임을 보여주고 있다. 정상군에서도 독립변인들이 전체우울변인의 18.9%의 설명력을 지니며 유의한 것으로 나타났다($F=4.078, p<.001$). 사회적 지지 변수는 4.9%의 설명력을 높여주고 있으며, 교육수준($Beta=-.220, p<.01$), 주관적 건강상태($Beta=.290, p<.001$)와 가족동거여부($Beta=.224, p<.01$)가 유의한 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다.

이상의 연구는 노인의 우울에 대한 이론적 틀을 제시하여 노인간호 지식체 개발과 노인간호중재 개발에 기초적 자료로 이용될 수 있으며, 검증을 위한 연구문제로 제시될 수 있다고 본다. 또한 가족이나 사회적 자원을 이용한 지지나 교육프로그램을 수립하는데 실제적인 자료로 활용될 수 있으며 더 나아가 노인 우울에 대한 광범위한 이해를 돕고 성공적인 노화를 경험할 수 있도록 하는데 실제적인 도움을 줄 수 있는 구체적인 기초 자료로 제시될 수 있겠다.

References

Alexopoulos, G. S., Vrontou, C., Kakuma, T., Meyers, B. S., Young, R. C., Klausner, E. & Clarkin, J. (1996). Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry, 153*, 877-885.

Burns, A., Jacoby, R. & Levy, R. (1990). Psychiatric Phenomena in Alzheimer's disease. III: Disorders of mood. *BR J Psychiatry, 157*, 81-86.

Byeon, Y. C. (1997). *A Study on Development of Dementia Management Mapping*. Korea Institute for Health and Social Affairs.

Community Medical System Model Committee in Seoul National University (1984). *Development on Management for the Demented Patients*. Seoul.

Cummings, J. L., Ross, W., Absher, J., Gornbein, J., & Hadjiaghai, L. (1995). Depressive symptoms in Alzheimer's

disease: assessment and determinants. *Alzheimer Dis Assoc Disord, 9*, 87-93.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res, 12*, 189-198.

Forsell, Y., Jorm, A. F., Winblad, B. (1994). Outcome of depression in demented and non-demented elderly: observations from a three-year follow-up in a community-based study. *Int J Geriatr Psychiatry, 9*, 5-10.

Hong, S. H. (1999). A comparative study of social support network among the elderly groups with and without dementia and depression. *J Korean Geronto Society, 19*(2), 113-128.

Jung, I. K., Kwak, D. I., Cho, S. H. & Lee, H. S. (1998). A preliminary Study on Standardization of Korean Form of Geriatric Depression Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc, 37*(2), 340-351.

Kane, R. (1990). Standardized assessment as a means rather than an end [Editorial]. *The Geront, 30*, 291~292.

Karlsson, I. (1996). Treatment of non-cognitive symptoms in dementia. *Acta Neurol Scand, 168*(Suppl), 93-95.

Kim, M. H., Lee, G. Y. & Chung, S. D. (2000). A path analysis on depression among the elderly. *J Korea Geronto Society, 20*(3), 211-226.

Korea Institute for Health and Social Affairs(1998). *A survey of living conditions and welfare needs among the elderly in Korea*.

Korea National Statistical Office(2002). *Population Projections*. Seoul : Korea National Statistical Office.

Kwon, H. J. (1997). *A study of dietary intake, cognitive function and social support of the elderly in Kwangju, Kyonggi-Do*. Unpublished master's theses, Seoul Women's University, Seoul.

Kwon, Y. C. & Park, J. H. (1989). A preliminary Study on Standardization of Korean Elderly Form of Mini-Mental State Examination(MMSE-K). *J Korean Neuropsychiatr Assoc, 28*(3), 508-513.

Lazarus, L. W., Newton, N., Cohler, B., Lesser, J. & Schweon, C. (1987). Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry, 144*, 41-45.

Lee, S. A., & Lee, G. M. (2002). A study on the major factors influencing the depression among the elderly in rural area. *J Korean Geronto Society, 22*(1), 209-226.

Lopez, O. L., Boller, F., Beckef, J. T., Miller, M., & Reynolds, C. F. (1990). Alzheimer's disease and depression : Neuropsychological impairment and progression of the illness. *Am J Psychiatry, 147*, 855-860.

McDowell, I., & Newell C. (1990). *Measuring Health, A Guide to Rating Scales and Questionnaire(2nd Ed.)*. New York, Oxford : Oxford University Press.

Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri, V. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res, 30*, 264-269.

- Park, J. H., & Kho, H. J. (1991). Classification of Causes and Epidemiology of Dementia among the Korean Elderly Residing in Youngill-Geun. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 30, 885-891.
- Pennix, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J. & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *J American Medical Assoc*, 279(21), 1720-1726.
- Reifler, B. V., Larson, E., & Hanley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 139, 623-626.
- Yesavage, J. (1993). Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med*, 94(5A), 23S-28S.
- Yesavage, J. & Brink, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening Scale: a preliminary report. *J Psychiatric Res*, 17, 37~39.
- Yi, G. M., & Kim, H. J. (2000). Depression and anxiety in community-dwelling older persons of Korea. *J Korean Geronto society*, 20(2), 109-121.
- Yu, S. J., Kim, H. S., & Han, K. R. (2002). A comparative study of physical health, self-esteem, social support and health-welfare need among the aged groups with and without dementia and depression. *J Korean Geronto Society*, 22(3), 115-133.
- Woo, J. I., Lee, J. H., Yu, K. Y., Hong, J. P., Kim, C. Y., Kim, Y. I., & Lee, K. Y. (1997). Epidemiology of Dementia among the Korean Elderly Residing in a Rural Area. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 36, 92-101.
- Zarb, J. (1996). Correlates of depression in cognitively impaired hospitalized referred for neuropsychological assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*, 18, 713-723.

A Study on the Factors Influencing Depression among Elderly People with, and without, Dementia

Lee, Keum-Jae¹⁾ · Lee, Shin-Young²⁾

1) Associate Professor, Department of Nursing, Kyungwon College

2) Fulltime Instructor, Department of Social Welfare, Keimyung University

Purpose: The purpose of this study was to identify the factors that affect depression among elderly people with, and without, dementia. **Method:** The participants were 903 people who were 65 or older and resided in Sunnam City. Data were collected from April to July 2002 using a questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive statistics and hierarchical multiple regression aided by SPSS/PC. **Result:** The variables at the final step of the regression equation accounted for 28.2% of variance in the dementia group, 21.4% in the group with suspicious dementia, and 18.9% in the normal group. The multiple regression analysis revealed that ADL and instrumental support were related significantly to depression in the dementia group. Self-rated health, IADL, social activity support, and instrumental support were significantly related to depression in the group with suspicious dementia. In the normal group, education, self-rated health, and living arrangement with family were significantly related to depression. **Conclusion:** Social support and health condition are important to decrease depression in elderly people with dementia.

Key words : Elderly, Dementia, Social support, Depression

• Address reprint requests to : Lee, Keum-Jae

Department of Nursing, Kyungwon Collage

San 65, Bokjung-dong, Soojong-gu, Songnam-shi Kyonggi-do 461-702, Korea

Tel: +82-31-750-8851 Fax: +82-31-721-2239 E-mail: leekj4435@hanmail.net