ISSN 2093-5986
보건의료산업학회지
The Korean Journal
of Health Service Management

2010년 12월
제4권 제2호
pp.73-84

만성질환이 노인들의 스트레스인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 영향

최 령[1], 문현주[1], 황병덕[2]‡
[1]경북대학교 대학원 보건학과, [2]부산가톨릭대학교 병원경영학과

The Influence of Chronic Disease on the Stress Cognition, Depression Experience and Suicide Thoughts of the Elderly

Ryoung Choi[1], Hyun-Ju Moon[1], Byung-Deog Hwang[2]‡
[1]*Dept. of Public Health, Graduate of Kyungpook National University,*
[2]*Dept. of HCM Catholic University of Pusan*

<Abstract>

This study conducted a secondary analysis by using original data of <The Four Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007> performed by Korea Institute for Health and Social Affairs to determine factors affecting doctor's diagnosed disease-related mental health for the elderly aged over 65 years living in Korea. The survey was conducted in 2007 and it evaluated finally 720 cases by excluding cases with no answer or a wrong answer. The results were as follows.

The proportion of the elderly who stress cognition was influenced when subjects were female and older, lower subjective health condition and osteoporosis, showed statistically significant difference. The proportion of the elderly who experience depression was influenced when subjects were older, had not health insurance or medical care, and lower subjective health condition, showed statistically significant difference. The proportion of the elderly who have suicide thoughts was influenced when subjects were female and higher educational background, lower subjective health condition, COPD(Chronic obstructive pulmonary disease), and diabetes mellitus , showed statistically significant difference. We knew that the relationship between diseases and depression in the elderly influenced on the depression about most of the diseases. Particularly, Depression and suicide had a high correlation. The results suggest that it should be necessary to systematic management of diseases in the depression treatment of the Elderly in Korea.

Key Words : Elderly, Disease, Mental Health, Stress, Depression, Suicide

I. 서론

오늘날 고령화 현상과 관련해서 노인에 대한 개인적인 측면의 건강유지와 개선 그리고 사회 문화적 측면의 노인문제나 노인복지 및 노화에 대한 생리학적, 행동적, 인지 기능적 이해 등 다양한 측면으로 관심이 확대되고 있다[1]. 이중에서도 일상생활에 지장을 받을 만큼의 만성질환이 있다면 사회적 활동에도 커다란 제약이 따를 것이고, 장수를 한다 해도 삶의 기쁨이나 보람, 만족보다는 오히려 우울과 불안, 불만족 등이 표출되어[2] 정신적·심리적 문제가 동반될 수 밖에 없을 것이다.

우리나라는 2000년 이후 고령화 사회가 되어 노인의 문제가 개인적 차원을 넘어서 의료와 복지 등 사회·경제적으로 직간접적인 영향을 주고 있다. 통계청자료에 의하면[3] 우리나라의 65세 이상 연령계층의 가장 어려운 점은 경제문제, 건강문제라 하여 경제문제 다음으로 노인들의 생활에 중요한 요소임을 알 수 있다[4]. 또한, 개인의 건강평가에 대한 인식을 보면 노인들 스스로 전체 인구에 비해 건강치 못하다는 비율이 2배 이상으로 나타나 있고 이러한 변화는 질병으로 유발 되어 대표적으로 퇴행성 관절염, 골다공증, 고혈압, 부정맥, 심근경색, 당뇨병, 폐렴, 만성폐쇄성폐질환 등을 들 수 있다[5]. 인구의 노령화가 초래하는 결과 중 가장 주목할 만한 변화는 65세 이상 노인 인구의 현저한 증가에 따른 만성 질환을 가진 노인 환자의 증가 추세이다.

노인의 신체적 변화는 노인의 심리적 변화에도 커다란 영향을 미치게 된다. 즉 신체기능의 쇠퇴는 체력의 감퇴와 함께 인내력의 부족, 활동성 감퇴, 정력부족, 관심범위의 협소화, 그리고 자기중심적이 되도록 한다. 또한 신체적 변화는 뇌를 중심으로 한 신경계통의 변화를 초래하게 되어 이로 인한 노년기의 감각능력과 지각능력의 쇠퇴는 지적 능력감퇴의 원인이 되며 문제 해결 능력에도 변화가 생기게 하는 원인이 되고 있다. 또한 정년퇴직, 경제적 문제, 친지, 배우자, 친족, 자녀의 죽음과 이별, 심리적 고립과 소외감, 노인의 자존심이나 권위를 손상시키는 사건 등은 노인의 신체적·정신적 변화를 촉진시킬 수도 있는데 만성적인 질환으로 인해 건강이 악화가 되면, 다른 활동이 감소되고 고독해지고 스트레스 인지율도 높아져서 우울해지며 타인에게 의존도가 높아져 결국 육체적 및 기능적 측면의 삶의 질을 떨어뜨리게 된다[6].

미국 정신위생위원회에서는 "정신건강이란 다만 정신적 질병에 걸려 있지 않는 상태만이 아니고 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력을 의미하며 모든 종류의 개인적, 사회적 적응을 포함하며 어떠한 환경에도 대처해 나갈 수 있는 건전하고, 균형있고, 통일된 성격의 발달을 의미한다고 정의한다.

과거 전통사회체계에서는 노인의 경제적·심리적 문제는 가족 내에서 해결 조정되고 사회 밖으로 표출되지 않았다. 그러나 산업화 및 핵가족화의 영향으로 기존 가족 체계 내에서 노인은 어른으로서의 지지가 점차 약화되어 간다. 이는 "현대화 정도가 높을수록 노인의 지위는 더욱 낮아진다"는 현대화 이론[7]과 일맥상통하는 현상이며, 건강 기술의 발전, 생산기술의 발전, 도시화, 교육의 대중화가 현대화의 핵심적 요건이 되어 긴 여가시간, 역할상실, 수입의 절감, 건강의 약화, 부양 및 보호문제, 사회적 심리적 고립과 소외 등 한국사회 노인문제 초래의 인과적 관계가 설명 되고 있다. 이러한 노인 문제의 양상과 아울러 노인의 개인적 삶을 살펴보면 배우자나 주변인의 죽음으로 인한 고독, 퇴직 후 갑작스럽게 변화하는 지위의 하락과 소득의 감소, 갖가지 질병으로 인한 고통, 살아온 날들에 대한 후회나 죽음에 대한 두려움 등으로 그야말로 노년기는 인생의 생활 주기 중 가장 심한 우울을 경험하게 되는 때이며, 사회적으로 살펴볼 때 현대는 이러한 치매, 노인자살 등 노인문제

가 가정을 떠나 표면화되고 사회 문제화 되고 있다[8]. 따라서 노년기에 있어서 건강의 중요성은 절대적이고, 행복하고 바람직한 삶을 유지 하는데 가장 기본적이고 필수적인 요소라고 할 수 있다[9].

지금까지 노인의 질환에 관한 연구[10][11]와 노인의 정신건강 중에서도 우울에 관한 연구[12][13][14]가 많이 진행되어 왔지만 노인이 가지고 있는 만성질환과 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살생각과의 관계를 규명하는 연구는 미흡한 실정이다.

따라서, 본 연구는 65세 이상의 노인을 대상으로 의사의 진단을 받은 만성질환이 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살생각에 미치는 요인을 알아봄으로써 현재의 질환치료 중심에서 질환과 함께 정신건강을 향상 시킬 수 있는 체계적이고, 적극적인 프로그램을 개발·운영하고 더 나아가 국가와 지방자치 단체에서의 사회복지 정책 수립의 기초자료를 제공하는데 기여하고자 한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구대상

연구 대상은 보건복지부가 시행하는 국민건강영양조사 자료 중 2007년도 7월부터 12월까지 조사된 제4기 1차년도(2007)건강 설문의 원시데이터를 활용하여, 65세 이상 노인 778명중 무응답 항목이 있는 경우와 응답 오류가 있는 경우를 제외한 최종 720명을 대상으로 하였다.

2. 측정변수

본 연구는 국민건강영양조사 제4기 1차년도 건강설문 조사표(보건복지부, 질병관리본부)로 측정하였으며, 일반적 특성 6문항, 질환부문(의사진단)12문항, 정신건강부문 3문항으로 총 21문항으로 구성되어 있으며, 그 내용은 <표 1>과 같다.

<표 1> 문진항목 및 내용

영 역	항 목	변수측정
일반적 특성	■ 성별	1:남자, 2:여자
	■ 연령	1:65-74, 2:75-84, 3:85이상
	■ 배우자동거	1:배우자 있음, 2:배우자 없음(인혼, 사별등)
	■ 학력	1:무학,미취학 2:초등졸(서당포함) 3:중졸, 4:고졸, 5:전문대졸이상
	■ 보험종류	1:건강보험, 2:의료급여 3:없음,모름
	■ 주관적건강상태	1:좋음, 2:보통, 3:나쁨
질 환 (의사진단)	■ 고혈압	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 고지혈증	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 뇌졸중	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 심근경색	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 협심증	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 관절염	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 골다공증	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 폐결핵	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 만성폐쇄성폐질환	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 신부전	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 당뇨	1:진단받음, 2:진단받지않음
	■ 녹내장	1:진단받음, 2:진단받지않음
정신건강	■ 스트레스 인지	1:한다, 2:안한다
	■ 우울증상 경험	1:있다, 2:없다
	■ 자살 생각	1:있다, 2:없다

3. 분석방법

자료분석은 SPSS12.0을 이용하여 연구대상자들의 일반적 특성, 만성질환(의사진단) 및 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살생각의 분포를 알아보기 위하여 빈도분석을 하였다. 만성질환과 스트레스인지, 우울증상 경험, 자살생각간의 유의성을 검정하기 위해 χ^2-test를 하였다. 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살생각간의 상관관계를 알아보기 위하여 상관분석을 하였으며, 만성질환을 가진 노인들에 있어서 스트레스 인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 영향을 알아보기 위하여 각각 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 일반적 특성

<표 2> 연구대상자의 일반적 특성

단위 : 명(%)

구 분		명	%
성별	남자	301	41.8
	여자	419	58.2
연령	65-74	516	71.7
	75-84	179	24.9
	85이상	25	3.4
배우자 동거	유	441	61.3
	무	279	38.7
학력	무학,미취학	242	33.6
	초등학교(서당포함)	284	39.4
	중학교	83	11.5
	고등학교	69	9.6
	전문대학이상	42	5.9
보험종류	건강보험	638	88.6
	의료급여	65	9.0
	없음,모름	17	2.4
주관적 건강상태	좋음	181	25.1
	보통	236	32.8
	나쁨	303	42.1
계		720	100.0

연구대상자의 일반적 특성으로 남자 41.8%, 여자58.2%였다, 연령은 65-74세가 71.7%, 학력은 초등학교(서당포함)졸업이 39.4%, 배우자와 함께 살고 있는 경우가 61.3%였으며, 보험종류는 건강보험이 88.6%로 가장 많았다. 주관적인 건강상태는 나쁨 42.1%, 보통 32.8%, 좋음 25.1% 순이었다<표 2>.

2. 만성질환 및 정신건강관련 특성

연구대상자의 질환 관련 특성 결과 관절염 진단을 받은 그룹이 42.1%로 가장 많았으며, 그다음으로 고혈압 41.4%, 골다공증 16.0%, 당뇨병 15.6%, 폐결핵 9.7%순으로 나타났다<표 3>.

<표 3> 연구대상자의 만성질환 관련 특성

단위 : 명(%)

구 분		명	%
고혈압	있다	298	41.4
	없다	442	58.6
고지혈증	있다	51	7.1
	없다	669	92.9
뇌졸중	있다	54	7.5
	없다	666	92.5
심근경색	있다	28	3.9
	없다	692	96.1
협심증	있다	22	3.1
	없다	698	96.9
관절염	있다	303	42.1
	없다	417	57.9
골다공증	있다	115	16.0
	없다	605	84.0
폐결핵	있다	70	9.7
	없다	650	90.3
만성폐쇄성폐질환	있다	17	2.4
	없다	703	97.6
신부전	있다	9	1.3
	없다	711	98.8
당뇨병	있다	112	15.6
	없다	608	84.4
녹내장	있다	15	2.1
	없다	705	97.9
계		720	100.0

연구대상자의 정신건강 관련 특성 결과 스트레스 인지하는 그룹은 176명(24.4%), 우울증상 경험이 있는 그룹은 142명(19.7%), 자살 생각이 있은 그룹은 199명(27.6%)로 나타났다<표 4>.

<표 4> 연구대상자의 정신건강 관련 특성

단위 : 명(%)

구 분		명	%
스트레스 인지	있다	176	24.4
	없다	544	75.6
우울증상 경험	있다	142	19.7
	없다	578	80.3
자살 생각	있다	199	27.6
	없다	521	72.4
계		720	100.0

3. 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살생각에 미치는 만성질환 관련 특성

스트레스 인지에 영향을 미치는 질환 관련 특성은 고혈압으로 진단받은 그룹 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹은 27.2%로 진단받지 않은 그룹 명 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹 22.5%보다 많았다. 관절염으로 진단받은 그룹은 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹은 31.4%로서 진단 받지 않은 그룹 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹 19.4%보다 많았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p=0.000). 당뇨병으로 진단받은 그룹 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹은 31.3%로 진단받지 않은 그룹 중 스트레스를 느낀다고 말한 그룹 23.2%보다 많았다<표 5>.

<표 5> 만성질환에 따른 스트레스 인지

단위 : 명(%)

구 분	분류	스트레스 인지			χ^2	p
		있다 (n=176)	없다 (n=544)	전체 (n=720)		
고혈압	있다	81(27.2)	217(72.8)	298(100.0)	2.062	.151
	없다	95(22.5)	327(77.5)	422(100.0)		
고지혈증	있다	14(27.5)	37(72.5)	51(100.0)	0.269	.604
	없다	162(24.2)	507(75.8)	669(100.0)		
뇌졸중	있다	14(25.9)	40(74.1)	54(100.0)	0.069	.792
	없다	162(24.3)	504(75.7)	666(100.0)		
심근경색	있다	6(21.4)	22(78.6)	28(100.0)	0.143	.705
	없다	170(24.6)	522(75.4)	692(100.0)		
협심증	있다	7(31.8	15(68.2)	22(100.0)	0.668	.414
	없다	169(24.2)	529(75.8)	698(100.0)		
관절염	있다	95(31.4)	208(68.6)	303(100.0)	13.520	.000
	없다	81(19.4)	336(80.6)	417(100.0)		
골다공증	있다	32(27.8)	83(72.2)	115(100.0)	0.847	.357
	없다	144(23.8)	461(76.2)	605(100.0)		
폐결핵	있다	17(24.3)	53(75.7)	70(100.0)	0.001	.974
	없다	159(24.5)	491(75.5)	650(100.0)		
만성폐쇄성폐질환	있다	6(35.7)	11(64.7)	17(100.0)	1.110	.292
	없다	170(24.2)	533(75.8)	703(100.0)		
신부전	있다	4(44.4)	5(55.6)	9(100.0)	1.974	.160
	없다	172(24.2)	539(75.8)	711(100.0)		
당뇨병	있다	32(31.3)	77(68.8)	112(100.0)	3.326	.068
	없다	141(23.2)	467(76.8)	608(100.0)		
녹내장	있다	4(26.7)	11(73.3)	15(100.0)	0.041	.840
	없다	172(24.4)	533(75.6)	705(100.0)		

<표 6> 만성질환에 따른 우울증상 경험

단위 : 명(%)

구 분	분류	우울증상 경험			χ^2	P
		있다 (n=142)	없다 (n=578)	전체 (n=720)		
고혈압	있다	76(25.5)	222(74.5)	298(100.0)	10.733	.001
	없다	66(5.6)	356(84.4)	422(100.0)		
고지혈증	있다	14(27.5)	37(72.5)	51(100.0)	2.071	.150
	없다	128(19.1)	541(10.9)	669(100.0)		
뇌졸중	있다	18(33.3)	36(66.7)	54(100.0)	6.831	.009
	없다	124(8.6)	542(81.4)	666(100.0)		
심근경색	있다	8(28.6)	20(71.4)	28(100.0)	1.441	.230
	없다	134(9.4)	558(80.6)	692(100.0)		
협심증	있다	10(45.5)	142(54.5)	22(100.0)	9.491	.002
	없다	132(8.9)	566(81.1)	698(100.0)		
관절염	있다	75(24.8)	228(75.2)	303(100.0)	8.361	.004
	없다	67(16.1	350(83.9)	417(100.0)		
골다공증	있다	31(27.0)	84(73.0)	115(100.0)	4.524	.033
	없다	111(18.3)	494(81.7)	605(100.0)		
폐결핵	있다	15(21.4)	55(78.6)	70(100.0)	0.143	.706
	없다	127(19.5)	523(80.5)	650(100.0)		
만성폐쇄성폐질환	있다	5(29.4)	12(70.6)	17(100.0)	1.032	.310
	없다	137(19.5)	566(80.5)	703(100.0)		
신부전	있다	3(33.3)	6(66.7)	9(100.0)	1.066	.302
	없다	139(19.5)	572(80.5)	711(100.0)		
당뇨병	있다	35(31.3)	77(68.8)	112(100.0)	11.132	.001
	없다	107(17.6)	501(82.4)	608(100.0)		
녹내장	있다	6(40.0)	9(60.0)	15(100.0)	3.979	.046
	없다	136(19.3)	569(80.7)	705(100.0)		

우울증상 경험에 영향을 미치는 만성질환 관련 특성은 고혈압으로 진단받은 그룹 중 우울증상 경험이 있다고 말한 그룹은 22.5%로 고혈압으로 진단받지 않은 그룹 중 우울증상 경험이 있다고 말한 그룹 5.6%보다 많았으며, 관절염으로 진단받은 그룹 중 우울증상 경험이 있다고 말한 그룹 24.8%로 관절염으로 진단받지 않은 그룹 중 우울증상 경험이 있다고 말한 그룹 16.1%보다 많았으며, 통계적으로 각각 p=0.001, p=0.004로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 뇌졸중(p=0.009), 협심증(p=0.002), 골다공증(p=0.033)과 당뇨병(p=0.001) 및 녹내장(p=0.046)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 6>.

자살 생각에 영향을 미치는 만성질환 관련 특성은 뇌졸중으로 진단받은 그룹 중 자살 생각이 있었던 그룹은 42.6%로 뇌졸중으로 진단받지 않은 그룹 중 자살 생각이 있었던 그룹 26.4%보다 많았으며, 당뇨병으로 진단받은 그룹 중 자살 생각이 있었던 그룹은 41.1%로 당뇨로 진단받지 않은 그룹 중 자살 생각이 있었던 그룹 25.2%보다 많았다 각각 p=0.001, p=0.001로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 협심증(p=0.004)과 관절염(p=0.000), 만성폐쇄성폐질환(p=0.004), 신부전(p=0.008) 및 녹내장(p=0.025)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 7>.

<표 7> 만성질환에 따른 자살 생각

단위 : 명(%)

구 분	분류	자살 생각			χ^2	P
		있다 (n=199)	없다 (n=521)	전체 (n=720)		
고혈압	있다	91(30.5)	207(69.5)	298(100.0)	2.135	.144
	없다	108(25.6)	314(74.4)	422(100.0)		
고지혈증	있다	12(23.5)	39(76.5)	51(100.0)	0.463	.496
	없다	187(28.0)	482(72.0)	669(100.0)		
뇌졸중	있다	23(42.6)	31(57.4)	54(100.0)	6.527	.011
	없다	176(26.4)	490(73.6)	666(100.0)		
심근경색	있다	9(32.1)	19(67.9)	28(100.0)	0.295	.587
	없다	190(27.5)	502(72.5)	692(100.0)		
협심증	있다	12(54.5)	10(45.5)	22(100.0)	8.215	.004
	없다	187(26.8)	511(73.2)	698(100.0)		
관절염	있다	107(35.3)	196(64.7)	303(100.0)	15.407	.000
	없다	92(22.1)	325(77.9)	417(100.0)		
골다공증	있다	40(34.8)	75(65.2)	115(16.0)	3.492	.062
	없다	159(26.3)	446(73.7)	605(84.0)		
폐결핵	있다	15(2.1)	55(7.6)	70(100.0)	1.495	.221
	없다	184(25.6)	466(64.7)	650(100.0)		
만성폐쇄성폐질환	있다	10(58.8)	7(41.2)	17(100.0)	8.466	.004
	없다	189(26.9)	514(73.1)	703(100.0)		
신부전	있다	6(66.7)	3(33.3)	9(100.0)	6.941	.008
	없다	193(27.1)	518(72.9)	711(100.0)		
당뇨병	있다	46(41.1)	66(58.9)	122(100.0)	11.966	.001
	없다	153(25.2)	455(74.8)	608(100.0)		
녹내장	있다	8(53.3)	7(46.7)	15(100.0)	5.057	.025
	없다	191(27.1)	514(72.9)	705(100.0)		

4. 정신건강간의 상관분석

스트레스 인지와 우울증상 경험 및 자살 생각간의 상관관계는 각각 .384, .357. 우울증상 경험과 자살 생각간의 상관관계는 .498로 상관이 있는 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한(각각 p=0.000) 차이가 있는 것으로 나타났다<표 8>.

<표 8> 정신건강간의 상관분석

구 분	스트레스 인 지	우울증상 경 험	자살 생각
스트레스 인지			
우울증상 경험	.384**		
자살 생각	.357**	.498**	

** p<0.01

5. 스트레스 인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 요인 분석

스트레스 인지에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 남자보다는 여자가, 연령이 높을수록 그리고 주관적 건강상태가 나쁠수록 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 각각 p=0.003, p=0.015, p=0.000으로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 타나났다. 고혈압, 고지혈증, 관절염 및 폐결핵, 만성폐쇄성폐질환, 신부전, 그리고 당뇨병 진단 받은 경우 영향을 미치는 나타났다. 골다공증(p=0.039)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다 <표 9>.

<표 9> 스트레스 인지에 영향을 미치는 요인

요인	B	S.E	Wald	P	Exp(B)
성별	-.712	.242	8.658	.003	.490
연령	.482	.198	5.933	.015	1.619
배우자 유무	.210	.217	.931	.335	1.233
학력	.153	.102	2.2449	.134	1.165
보험종류	-.073	.225	.106	.745	.929
주관적 건강상태	-.812	.138	34.795	.000	.444
고혈압	.105	.198	.279	.597	1.110
고지혈증	.061	.374	.026	.871	1.063
뇌졸중	-.220	.351	.393	.531	.803
심근경색	-.329	.494	.445	.505	.719
협심증	-.481	.505	.908	.341	.618
관절염	.209	.198	1.109	.292	1.232
골다공증	-.532	.257	4.274	.039	.587
폐결핵	.090	.321	.078	.780	1.094
만성폐쇄성폐질환	.326	.549	.353	.552	1.386
신부전	.634	.725	.766	.381	1.886
당뇨병	.181	.525	.516	.473	1.199
녹내장	-.257	.643	.160	.690	.774
상수	3.506	2.927	1.435	.231	33.318

우울증상에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 남자보다는 여자가, 연령이 높을수록, 배우자가 없을 경우, 보험이 없거나 의료급여일수록 그리고 주관적 건강상태가 나쁠수록 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 연령(p=0.035)과 보험종류(p=0.025), 주관적 건강상태(p=0.000)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 고혈압, 협심증, 당뇨병과 녹내장등 골다공증을 제외한 모든 만성질환이 영향을 미치는 것으로 나타났다<표 10>.

자살생각에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 남자보다 여자가, 연령이 높을수록, 배우자가 없을 경우, 학력이 높을수록, 보험이 없거나 의료급여일수록 그리고 주관적 건강상태가 나쁠수록 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 성별((p=0.028), 학력(p=0.015), 주관적 건강상태(p=0.000)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

<표 10> 우울증상에 영향을 미치는 요인

요인	B	S.E	Wald	P	Exp(B)
성별	-.256	.268	.912	.340	.774
연령	.446	.211	4.466	.035	1.562
배우자 유무	-.437	.232	3.554	.059	.646
학력	.015	.110	.018	.894	1.015
보험종류	-.493	.220	5.043	.025	.611
주관적 건강상태	-.664	.150	19.527	.000	.515
고혈압	.347	.212	2.678	.102	1.415
고지혈증	.007	.380	.000	.986	1.007
뇌졸중	.312	.338	.852	.356	1.366
심근경색	.204	.469	.190	.663	1.226
협심증	.642	.479	1.796	.180	1.901
관절염	.122	.216	.319	.572	1.129
골다공증	-.082	.269	.094	.759	.921
폐결핵	.303	.336	.817	.366	1.354
만성폐쇄성폐질환	.414	.585	.502	.479	1.513
신부전	.128	.754	.029	.865	1.137
당뇨병	.351	.255	1.892	.169	1.421
녹내장	.817	.590	1.917	.166	2.264
상수	-2.780	2.963	.880	.348	.062

뇌졸중, 심근경색, 협심증, 관절염, 만성폐쇄성폐질환, 신부전 그리고 당뇨병을 진단받은 경우 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 만성폐쇄성폐질환(p=0.012)과 당뇨병(p=0.019)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 11>.

<표 11> 자살 생각에 영향을 미치는 요인

요인	B	S.E	Wald	P	Exp(B)
성별	-.528	.240	4.836	.028	.590
연령	.074	.176	.175	.675	1.076
배우자 유무	-.223	.210	1.121	.290	.800
학력	.254	.105	5.8871	.015	1.289
보험종류	-.277	.206	1.796	.180	.758
주관적 건강상태	-.508	.127	16.077	.000	.602
고혈압	-.062	.194	.103	.748	.940
고지혈증	-.511	.401	1.621	.203	.600
뇌졸중	.462	.326	1.998	.157	1.586
심근경색	.012	.465	.001	.979	1.012
협심증	.526	.497	1.116	.291	1.691
관절염	.208	.193	1.160	.281	1.231
골다공증	-.235	.249	.891	.345	.791
폐결핵	-.123	.329	.140	.708	.884
만성폐쇄성 폐질환	1.373	.544	6.378	.012	3.947
신부전	1.160	.770	2.270	.132	3.190
당뇨병	.579	.247	5.506	.019	1.783
녹내장	1.019	.579	3.098	.078	2.770
상수	-5.585	2.838	3.872	.049	.004

Ⅳ. 고찰 및 결론

노년기에 접어들게 되면 이전에 경험하지 못한 다양한 경험을 하게 된다. 은퇴로 인한 직업역할의 상실과 경제적 어려움, 신체적 변화 및 건강상의 변화, 만성질환으로 인한 고통, 배우자나 가까운 이의 상실, 사회적 관계망의 축소 등은 노인에게 있어서 인간적인 삶과 생존을 크게 위협할 수 있는 요소가 된다[15]. 그중에서 질환으로 인해 불행과 고통, 절망감의 스트레스와 우울등 정신적인 문제가 발생할 수 있다.

본 연구결과 질환 관련 특성에서 관절염 진단을 받은 그룹 42.1%로 가장 많았으며, 그다음으로 고혈압 41.4%, 골다공증 16.0%, 당뇨병 15.6%순으로 나타났다. 이는 우리나라의 경우 보건복지부 통계[3]에 의하면 65세 이상의 노인에서의 만성 질병 순위별 유병률을 보면 관절염, 고혈압, 요통, 당뇨, 위염, 궤양, 신경통, 디스크 순으로 나타난 것과 비교하면 별 차이가 없음을 알 수 있다. 관절염 환자들이 경험하는 가장 고통스러운 증상인 통증은 관절염 환자의 일상생활 및 삶의 질에 영향을 미치는 가장 큰 요인이고[16], 이로 인해 신체의 기동력 저하 등을 초래하여 일상생활에 불편을 가중시키는 질환으로 적절한 치료를 하지 않으면 관절의 변형을 초래하여 신체상의 장애를 유발시키며 일상생활에 심각한 제한을 가져오게 된다고 한다[17]. 만성질환에 따른 스트레스 인지결과 관절염을 가지고 있는 노인에게서의 스트레스 인지가 높음을 알 수 있었다. 이것은 관절염으로 인한 통증이 스트레스를 발생시키기는 것으로 사료된다.

만성질환에 따른 우울증상 경험의 교차분석을 해 본 결과, 고혈압으로 진단받은 그룹이 진단을 받지 않은 그룹보다 우울(depression)증상 경험이 많았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p=0.001). 이미숙[18]은 노인의 만성질환과 우울의 상관성 연구에서 노인의 우울증세에 미치는 관련 요인의 효과에 대한 회귀분석의 결과에서 만성질환이 가장 설명력이 높은 요인인 것으로 규명됨으로써, 노인환자를 대상으로 만성질환과 정신건강을 통합적으로 접근하는 의료시스템의 필요성을 제기하였다. 본 연구에서도 정신건강 중에서도 우울증이 여러 질환과의 관련성이 아주 높음을 알 수 있었다.

만성질환에 따른 자살생각과의 교차분석에서는 뇌졸중, 당뇨병, 협심증, 관절염, 만성폐쇄성폐질환, 신부전 및 녹내장으로 진단받았던 질환 군에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 김정은[8]의 연구에서 노인 자살과 관련된 변인은 첫째, 개인특성으로 성, 연령, 종교, 결혼상태, 이전의 자살 시도, 경제수준, 가족형태, 신체질환 등의 관련성. 둘째, 우울증으로서 노인의 자살을 이해하는

데 중요한 변인이며, 미국의 경우 자살시도노인의 50%에서 80%가 우울증상이 있다고 하였다. 또한, 만성질환 유병노인의 심리적 불안으로 인한 우울증상은 자살과 같은 자기 파괴적인 행동으로 이어질 수 있기 때문에 만성질환이 신체건강의 주요 지표인 것처럼 우울은 정신건강의 주요 지표로서 노년기 우울에 대한 관심과 관리가 만성질환의 예방 및 관리와 더불어 절실하게 요구된다고 하였다[19]. 본 연구에서도 우울증 경험과 자살생각 간에 서로 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

노인들이 주로 경험하는 스트레스는 가족문제, 건강문제, 경제문제 순으로 나타나는 반면에 스트레스를 높게 지각하는 것은 건강문제였다[20]. 다른 연구들에서도 건강문제가 제일 높은 스트레스로 경험되고 있다고 한다[21][22]. 그 외 김정은[8]의 연구에 의하면, 한국 노인의 노후생활에 있어 가장 기쁨이 되는 것은 건강이었으며, 자손이 잘되는 것, 부부해로 등의 순으로 나타났다. 건강과 관련하여 노인들은 만성질환을 가지고 있으며 노화로 인해 흰머리와 주름이 생기고, 기억력, 시력, 청력의 쇠퇴 등과 같은 신체적인 변화와 인지적 문제를 스트레스로 경험하는 것으로 나타났다[23]. 이런 결과들은 노인의 경우 다른 연령층에 비해 건강문제로 인한 스트레스를 많이 경험한다는 것을 시사해 주고 있다[24]. 본 연구에서는 스트레스 인지에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 다중 로지스틱회귀분석을 시행한 결과 남자보다는 여자가, 연령이 높을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 골다공증 진단을 받은 그룹이 영향을 미치는 요인으로, 각각 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 노인 우울은 연령이 높고, 교육 수준이 낮으며, 사별한 경우, 신체적·정신적 건강상태가 나쁠수록 증가하며[25], 여자노인이 남자노인보다 더 높은 유병율을 보이고 있었다[28]. 고현남[27]의 연구에서도 여자일수록, 연령이 높을수록, 저학력일수록, 독거노인, 배우자가 없는 경우, 생활비 부담을 본인 스스로 하지 못하는 군에서 우울정도가 유의하게 높았다. 본 연구에서는 우울증상에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 연령이 높을수록, 보험이 없거나 의료급여일수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 영향을 미치며, 각각 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자살생각에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 여성에서, 학력이 높을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성폐쇄성폐질환 및 당뇨병을 진단 받을수록 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이것은 노인의 자살 생각과 관련연구에서 우울은 큰 영향요인이 됨이 증명되고 있는데, 김형수[28]의 연구에서도 사회통합변인인 가족통합과 지역사회통합과 교환자원변인인 건강상태와 경제상태는 자살에 직접적인 영향보다는 우울증을 매개로 하여 자살에 간접적인 영향을 미치는 것임을 밝혀냈다. 본 연구에서도 자살생각과 우울증상 경험간 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이동호[4]에 의하면 건강상태는 만성질병의 유무와 같은 객관적 건강상태와 스스로 평가하는 주관적 건강상태를 통해 측정될 수 있지만, 실제상의 객관적 건강상태보다는 오히려 노인 개인이 주관적으로 느끼는 건강에 대한 만족이 삶의 질을 예측하는 중요한 변인 중의 하나라고 하였고, 윤명숙[29]은 노년기의 건강에서 주관적 건강상태는 삶의 질에 중요한 결정요인이고, 주관적 건강상태가 좋을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났는데, 본 연구에서도 주관적 건강상태가 정신건강에 영향을 미치는 요인으로 작용함을 알 수 있었다.

노인의 만성질환과 정신건강에 미치는 요인들을 알아 본 결과, 관절염이 스트레스 인지에 가장 큰 질환으로 통계적으로 유의하였다. 그 다음으로 당뇨병이었다. 노인의 만성질환과 우울증상 경험의 관계에 있어서는 거의 대부분 만성질환이 우울증상 경험에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 우울증상 경험과 자살생각과의 관련성이 높기 때

문에 우울증상에서의 만성질환 관리가 중요함을 알 수 있었다.

이상의 연구결과를 토대로 노부모를 직접 부양하거나 자주 들리는 등 가족 간 유대를 강화 하거나 사회적 참여 기회를 제공하는 등 심리적·정신적인 지지가 필요하다. 더욱 나아가 만성질환에 국한된 치료만이 아니라 만성질환 관련 특성과 스트레스, 우울, 자살의 정신건강상태에 적절하고, 지속적이며, 체계적인 노인복지프로그램 확충과 지역정신보건서비스가 구축되어야 할 것이다.

참고문헌

1. 김영수, 강성구(2000), 노인의 신체활동에 따른 신체적성 및 인지기능간의 관계, 한국체육학회, Vol.39(4);227-237.
2. 김남진(2000), 규칙적인 운동참여가 고령자의 주관적 건강상태 및 사회적 활동에 미치는 영향, 한국체육학회, Vol.39(1);149-158.
3. 통계청(2006), 2006년 고령자 통계.
4. 이동호(2010), 노인의 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향, 한국노년학회지, Vol.30(1);93-108.
5. 통계청(2004), 2003 사회통계조사.
6. 김숙희(2006), 여성노인의 우울과 건강증진행위:일부 도시지역을 중심으로, 충남대학교 석사학위논문.
7. 장인협, 최성재(1994), 노인복지학, 서울출판사, p22-25.
8. 김정은(2009), 노인의 정기적 신체활동과 정신건강에 관한 연구-제4기 1차년도 국민건강영양조사(2007)를 중심으로, 서울시립대학교 도시과학대학원 석사학위논문.
9. 서옥석(2007), 농어촌여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 간의 관계, 한서대학교 정보산업대학원 석사학위논문.
10. 김미숙(1990), 만성질환을 가진 노인환자가 인지하는 가족의 지지정도와 삶의 만족도와의 관계 연구, 연세대학교대학원 석사학위논문.
11. 정재임, 김경아(2002), 만성질환을 가진 노인들의 건강상태와 생활습관에 관한 조사연구, 경북전문대학, Vol.21(1);375-396.
12. 김미혜, 이금룡, 정순둘(2000), 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석, 한국노년학회, Vol.20(3);211-226.
13. 김원경(2001), 노년기 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과, 한국노년학연구, Vol.10(1);55-74.
14. 차준태, 지용석(2004), 규칙적인 운동이 노인의 심혈관계 기능과 우울증에 미치는 영향, 한국체육학회, Vol.43(5);331-340.
15. 이민수(1998). 노년기 기분장애의 임상증상 및 예후, 노인정신의학, Vol.2(1);14-19.
16. Burckhardt(1985), The impack of arthritis on quality of life, Nursing Research, Vol.34(1);11-16.
17. 송경애(1999), PACE 프로그램이 퇴행성관절염 노인의 자기효능감과 통증 및 관절기능에 미치는 효과-미국이민 한국노인을 중심으로, 류마티스건강학회지, Vol.6(2);278-294.
18. 이미숙(2010), 도시거주 노인의 만성질환과 우울증세의 상관성 및 사회관계망의 효과에 대한 연구, 한국보건사회학회, Vol.27(6);5-30.
19. 김연하(2003), 노인 만성질환과 우울증의 상관성 연구, 동아대학교 석사학위논문.
20. 이지영(2002), 노인의 스트레스와 대처방식에 관한 연구, 공주대학교 석사학위논문.
21. 김재경(1997), 노년기스트레스와 대처방안에 따른 생활만족도 연구, 성신여자대학교 석사학위논문.
22. 이신숙, 이경주(2002), 노인의 일상적인 스트레스, 사회적 지지, 심리적 적응에 관한 연구 한국노년학, Vol.22(1);1-20.
23. 서현미(1996), 노인의 스트레스 원인과 스트레스 인지정도에 관한 연구, 서울대학교 박사학위논문.
24. 남향자(2004), 노인의 스트레스로 인한 우울에 대한 사회적 지지와 대처의 조절효과, 대구대학교대

학원 심리학과 문학석사학위논문.
25. 허준수, 유수현(2002), 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 정신보건과 사회사업, Vol.13;7-35.
26. 김혜령(2003), 일 도시지역 노인의 건강상태에 관한 연구, 대한간호학회지, Vol.33(5);544-552.
27. 고현남(2001), 농어촌지역 노인의 우울정도와 관련요인, 정신간호학회지, Vol.10(4);645-655.
28. 김형수(2002), 한국 노인의 자살생각과 관련 요인 연구, 한국노년학회, Vol.22(1);159-172.
29. 윤명숙(2007), 도시·농촌 노인의 심리사회적 특성과 문제음주 및 삶의 질 관계연구, 노인복지 연구, Vol.38;281-310.

접수일자 11월 30일
심사일자 12월 10일
게재확정일자 12월 20일