

관절염 노인의 우울위험요인

김혜령, 임현희‡
인제대학교 간호학과

Risk Factors Influencing Depression among Elderly with Arthritis in Korean

Hye-Ryoung Kim, Hyun-Hee Im‡
Department of Nursing, College of Medicine, Inje University,

<Abstract>

The purpose of this study was to identify the prevalence of depression and its affecting factors among a community dwelling elderly with Arthritis in Korea. A total of 4,050 subjects from the 2008 Korean National Older Adults Life Survey were selected. The data analysis was performed using the complex sampling function of SPSS version 20.0. Logistic regression analysis shows that depression was more prevalent as elderly who were uneducated, who had ADL limitation, who did smoke currently or formerly than had never smoked. The finding of prevalence of its risk factors is expected to promote the screening or prevention strategy for community dwelling elderly with Arthritis in Korea.

Key Words : Depression, Aged, Arthritis

‡Corresponding author(ihjung1024@hanmail.net)

I. 서론

1. 연구의 필요성

관절염은 관절의 통증, 강직 및 부종을 동반하며 관절의 손상이 점진적으로 진행되는 만성질환이다[1]. 관절염은 장애율이 높고[2], 일상생활이나 사회활동을 제한하며[2], 의료비를 상승시킨다는 점에서[3] 노년의 삶에서 심각한 위기를 초래한다. 우리나라에서 관절염은 고혈압과 함께 60세 이상 인구에서 가장 유병률이 높은 질환이다[4][5]. 특히, 60세 이상 노인 중 27.4%가 의사로부터 관절염을 진단받았고, 60-64세 21.1%, 65세-69세 25.9%, 70-74세 30.8%, 75세-79세 33.3%, 80-84세 34.1%의 유병률을 보임으로서 연령의 증가에 따라 유병률은 상승하고 있다[4].

한편 세계보건기구[6]에 의하면 우울은 노년기에 증가하여 삶의 질을 위협하는 대표적인 정신건강문제이다[7][8][9]. 우리나라에서 우울의 유병률은 60세 이상 인구에서는 27.1%로 젊은이에 비해 노인에서 유병률이 높다[4][10]. 노인들의 우울에 크게 기여하는 요인은 연령 이외에 건강상태가 보고되었고[11][12], 건강상태 중에서도 만성질환을 진단받은 노인들에서 우울 유병률은 높았다[1]. 특히, 만성질환 중 관절염 노인의 우울 유병률은 47.7-66.7%로 높게 나타나[10][13] 관절염 노인의 우울관리 중재가 무엇보다 필요하다.

또한 우리나라에서는 노인인구가 빠른 속도로 증가하고 있고, 그에 따라 관절염도 계속 증가할 것으로 예측된다[4][9]. 이와 같이 노인인구의 증가와 함께 관절염을 가진 노인인구의 증가는 노년의 삶을 위협할 수 있지만, 이러한 상황에서 고위험 인구를 예측하고 관리하기 위해 필요한 관련요인에 대해서 알려진 바는 거의 없다. 국내의 관절염 노인을 대상으로 한 소수의 연구에서는 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living, ADL)제한이

있는 노인에서[13], 신체활동을 실천하지 못하는 노인에서[14], 그리고 통증정도가 높은 노인에서[14] 우울 유병률이 높다는 보고가 있었다. 그 외에 국내·외의 관절염 노인을 대상으로 한 연구들에서는 연령이 높을수록 우울 정도가 높다는 보고[15][16]가 있는가 하면, 연령과 우울 유병률은 관계가 없다는 결과[17]가 있었고, 성별에 따라서는 여성이 남성보다 우울 유병률이 높다는 보고[16][18]가 있었는가 하면, 성별과 우울 유병률은 관계가 없다는 보고[13][17]도 있었다. 그 밖에도 교육수준[13][14], 배우자 동거여부[13][14], 비만도[13][19] 등도 연구 결과들이 일치하지 않아 관절염을 가진 노인의 우울을 증가시키는데 기여하는 요인이 ADL의 제한을 가진 노인에서, 그리고 통증이 있는 노인에서 증가한다는 것 외에는 어떠한 특성을 가진 노인이 우울의 고위험인구인가를 판단하기엔 정보가 부족하다.

본 연구는 이러한 문제에 착안하여 국내에서 관절염을 갖고 있는 노인의 우울에 독립적으로 영향을 미치는 요인들을 확인하고자 시도하였다. 이러한 시도를 하는데 있어서 관절염 노인의 우울에 관한 종래의 일관성 없는 결과들이 산출된 이유를 기존 연구들 대부분이 편의표집에 의한 것으로 보고 본 연구에서 전국노인을 대표하는 표본을 이용하여 관절염을 가진 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 2008년 노인실태조사 원시자료를 이용하였다.

본 연구에서는 전국 60세 이상 노인을 대상으로 관절염을 가진 노인의 삶에 위기를 초래하는 우울의 위험요인을 파악하고자 선행연구에서 일관성 있는 결과를 보여주고 있는 ADL제한과 통증 외에도 일관성이 없는 결과들이 보고되고 있는 연령, 성별, 교육수준, 배우자 동거여부, 체질량지수(Body Mass Index, BMI)로 측정된 비만도를 선택하여 우울과의 관련성을 확인하고자 하였다. 본 연구에서 관절염과 관련 있는 요인들을 파악함으로써

서 한국에서 관절염을 갖고 살아가는 노인들 중 우울 고위험인구를 파악하는데 필요한 근거를 제공하고자 한다.

이용하여 우리나라 60세 이상 관절염이 있는 노인의 우울 유병률을 확인하고 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 우울 유병률과 위험요인을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성을 파악한다.

둘째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 파악한다.

셋째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 우울 위험요인을 파악한다.

2. 연구 대상 및 표집방법

본 연구에서는 2008년 노인실태조사 원시자료를 사용하였다. 이 조사에 참여한 15,146명 중 본 연구에서 관절염을 진단받은 노인들 중에 본 연구에서 선택한 변수에 결측치가 없는 60세 이상 노인 4,050명을 최종 분석대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 우울

본 연구에서 우울은 2008 전국 노인실태조사에서 선택한 단축형 우울척도 SGDS로 측정된 자료를 이용하였다[4]. 총 15개 문항으로 구성되어 있고, '예', '아니오'로 응답하도록 되어 있다. 부정적인 진술의 문항에 대해서는 '예'를 1점, '아니오'를 0점으로, 긍정적인 문항에 대해서는 반대로 점수를 부여함으로써 총 0점부터 15점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 하였다. Cho et al.[22]이 한국 노인을 대상으로 제시한 절단점을 적용하여 8점 이상은 우울한 상태로 판정하였다.

3. 용어의 정의

우울: 미국정신의학협회[20]의 정의에 따르면 우울은 슬픔과 활동에 대한 흥미상실을 주로 하는 정서장애가 적어도 2주 이상 지속되는 상태이다. 본 연구에서는 Sheikh & Yesavage[19]가 개발한 Geriatric Depression Scale short form을 Cho 등 [22]이 한국어로 번역하고 신뢰도와 타당도를 보고한 단축형 우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale, SGDS)로 측정된 우울점수이다. 우울 유병률(prevalence of depression)은 이 도구로 측정된 점수를 Cho et al.[22]이 제시한 우울 절단점에 의해 우울로 판정된 자의 비율(%)이다.

2) 인구사회학적 특성

본 연구에서는 인구사회학적 특성으로 연령(60-69세/70-79세/80세 이상), 성별(여성/남성), 교육수준(무학/초등학교 졸업/중학교 졸업/고등학교 졸업/전문대학 졸업 이상), 배우자(있다/없다)로 구분하였다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 2008년도 노인실태조사의 원시자료를

3) 건강특성

ADL제한은 Won, Rho, Kim, Cho & Lee[23]에

의해 개발되고 타당화한 한국형 일상생활수행능력 측정도구로 측정된 점수를 이용하였다. 이 도구는 7개 항목으로 구분되며, 항목별로 '완전자립/부분 도움/완전도움'으로 구분하였다. 완전자립은 '일상 생활수행능력의 제한이 없다'로 부분도움과 완전도움은 '일상생활수행능력의 제한이 있다'로 재코딩하여 한 가지 이상 항목에 대하여 '일상생활수행능력의 제한이 있다'로 분류될 때 ADL제한이 '있다'로 판정하였다. 통증은 '전혀 없다/있다'의 응답으로 구분하였다. 흡연은 '현재 흡연/과거 흡연/전혀 흡연하지 않음'으로 재코딩한 자료를 이용하였다. BMI는 '18.5미만/18.5~24.9/25이상'으로 구분하였다.

4. 자료수집 방법

노인실태조사는 2007년도에 개정된 노인복지법 5조에 의거하여 법제화된 3년 주기의 조사이다. 2008년 노인실태조사는 보건복지가족부가 주관하여 2008년 8월 11일부터 2009년 1월 10까지 5개월간 실시하였다[4]. 자료수집에는 전국규모의 설문조사경험이 있는 면접원들이 2차에 걸친 예비조사를 통해 훈련을 받고 본 조사에 투입되었다[4]. 자료수집 방법은 자기기입식 이었으며, 체중과 신장은 직접 계측으로 측정하였다[4].

5. 자료분석 방법

본 연구에서는 2008년 노인실태조사 원시자료를 이용하여 한국 60세 이상이면서 의사로부터 관절염을 진단받았다고 자가 보고한 노인을 대상으로 우울 유병률과 위험요인을 추정하였다. 본 연구의 표본을 이용한 모수추정을 위하여 SPSS 19.0의 복합표본설계 분석모듈을 선택하였으며 원시자료의

개인 최종 가중치(WT7)를 적용하였다.

첫째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성을 파악하기 위하여 백분율과 표준오차를 구하였다.

둘째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률의 차이를 알기 위해 백분율, 표준오차, Rao-scott chi-square값을 구하였다.

셋째, 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 우울 유병률에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 우울 유병률을 종속변수로 하고 8개의 독립변수 모두를 범주형 변수로 구성하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 이용하였다.

III. 연구결과

1. 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성

본 연구 대상자인 관절염을 진단받은 한국 60세 이상 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성은 <Table 1>과 같다. 연령별로는 60-69세의 노인이 51.5%이며, 성별에서는 여성이 79.3%이었다. 교육수준은 초등학교를 졸업한 노인이 42.3%로 가장 많았고, 그 다음은 무학인 노인이 36.2%이었다. 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인 가운데에는 배우자와 동거하는 노인이 45.3%이며, 건강특성에서는 관절염을 진단받은 한국 노인 중 한 가지 이상 ADL제한이 있는 노인이 8.7%이었고, 통증이 있는 노인이 98.6%로 대부분 통증을 경험하였다. 흡연에서는 현재 흡연자가 9.2%, 과거 흡연자가 10.3%이었다. BMI로 측정된 비만도상으로는 57.6%가 비만이었고 4.0%가 저체중이었다.

<Table 1> Description of Socio-demographics and Health Factors (N=4,050)

	Variables	%*	SE†
Age(year)	60-69	51.5	0.001
	70-79	36.5	0.001
	≥80	12.0	0.005
Gender	Male	20.7	0.008
	Female	79.3	0.008
Education	≥College	2.7	0.011
	High school	7.8	0.015
	Middle school	11.0	0.011
	Elementary school	42.3	0.011
	Uneducated	36.2	0.009
Spouse	With	45.3	0.011
	Without	54.7	0.011
ADL limitation	No	91.3	0.006
	Yes	8.7	0.006
Pain	No	1.4	0.002
	Yes	98.6	0.002
Smoking	Never	80.5	0.007
	Former	10.3	0.005
	Current	9.2	0.011
BMI	18.5-24.9	57.4	0.010
	<18.5	4.0	0.011
	≥25	57.6	0.010

* Percentage of weighted population; † Standard Error of Percentage

2. 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률

본 연구에서 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 우울 유병률을 확인하기 위한 Rao-scott chi-square검정 결과는 <Table 2>와 같다. 연령별 우울 유병률은 60-69세에 28.1%, 70-79세에 38.5%, 80세 이상에서 47.4%로 연령에 따라 차이가 있었다. 남성들에 비해 여성의 유병률이 높았으며, 교육수준은 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 노인들의 우울 유병률이 15.3%인데 반해, 무학인 노인들에서는 43.5%로 차이가 있었다. 배우자와 동거하는 노인에 비해 동거하지 않는 노인에서 우울 유병률이 높았

으며, ADL제한이 없는 노인들의 우울 유병률이 31.8%인데 반해 ADL제한이 있는 노인에서 60.3%로 우울 유병률이 높았다.

건강특성에 따른 우울 유병률에서는 통증이 있는 노인이 통증이 없는 노인에 비해, 현재 또는 과거에 흡연을 한 노인이 일생동안 흡연을 하지 않는 노인에 비해, BMI로 측정된 비만도에서는 18.5미만의 저체중인 노인에서 유병률이 가장 높았고, 그 다음은 25이상의 과체중 노인의 유병률이 높았다.

3. 한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 우울위험요인

한국 60세 이상 관절염을 진단받은 노인의 우울 영향요인을 추정하기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 <Table 3>과 같다. 본 연구에서 선택한 인구사회학적 특성 가운데 교육수준과 건강특성 가운데 ADL제한, 흡연만이 관절염을 진단받은 60세 이상 노인의 우울 유병률에 영향을 미치고 있었다. 교육수준에서는 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 노인에 비해 무학인 노인에서 3.15배(CI=1.27-7.60) 우울 발생의 위험이 높았다. 건강특성에서는 ADL제한이 없는 노인에 비해 한 개 이상 ADL제한이 있는 노인이 2.15배(CI=1.42-3.09) 우울 발생위험이 더 높았고, 흡연에서는 평생 담배를 피우지 않은 노인에 비해 과거에 흡연을 한 노인과 현재 흡연을 하는 노인에서 각각 1.99배(CI=1.39-2.44), 2.15배(CI=1.46-3.24) 우울 발생위험이 높았다.

본 연구의 표본을 이용한 분석에서 연령, 성별, 배우자 동거여부, 통증유무와 BMI로 측정된 비만도는 관절염을 진단받은 한국노인의 우울에 영향을 미치지 않았다.

<Table 2> Prevalence of Depression According to Socio-demographics and Health Factors (N=4,050)

Variables		Non-depressed %* (SE†)	Depressed %* (SE†)	$\chi^2(p)‡$
Age(year)	60-69	71.9(0.015)	28.1(0.015)	79.24(<.001)
	70-79	61.5(0.004)	38.5(0.004)	
	≥80	52.6(0.007)	47.4(0.007)	
Gender	Male	69.5(0.022)	30.5(0.022)	8.07(.025)
	Female	64.2(0.010)	35.8(0.010)	
Education	≥College	84.7(0.006)	15.3(0.006)	122.32(<.001)
	High school	78.4(0.001)	21.6(0.001)	
	Middle school	73.4(0.007)	26.6(0.007)	
	Elementary school	68.2(0.004)	31.8(0.004)	
	Uneducated	56.5(0.015)	43.5(0.008)	
Spouse	With	73.2(0.013)	26.8(0.013)	84.51(<.001)
	Without	59.7(0.012)	40.3(0.012)	
ADL limitation	No	68.2(0.009)	31.8(0.009)	102.38(<.001)
	Yes	39.7(0.006)	60.3(0.006)	
Pain	No	85.1(0.019)	14.9(0.019)	9.84(.015)
	Yes	65.3(0.009)	34.7(0.009)	
Smoking	Never	67.2(0.009)	32.8(0.009)	10.33(.017)
	Former	61.5(0.028)	38.5(0.028)	
	Current	59.2(0.030)	40.8(0.030)	
BMI	18.5-24.9	68.1(0.012)	31.9(0.012)	21.02(.011)
	<18.5	53.6(0.025)	46.4(0.025)	
	≥25	63.3(0.006)	36.7(0.006)	

*Percentage of weighted population; † Standard Error of Percentage

<Table 3> Logistic Regression for Risk Factors on Depression of Korean Elderly with arthritis (N=4,050)

Variables		OR	95% CI	p
Age(year)	60-69	1		
	70-79	1.09	0.85-1.31	.625
	≥80	0.99	0.70-1.33	.897
Gender	Male	1		
	Female	1.09	0.74-1.54	.616
Education	≥College	1		
	High school	1.24	0.43-3.31	.646
	Middle school	1.90	0.72-4.78	.174
	Elementary school	2.29	0.90-5.43	.071
	Uneducated	3.15	1.27-7.60	.012
Spouse	With	1		
	Without	1.20	0.97-1.45	.058
ADL limitation	No	1		
	Yes	2.15	1.42-3.09	<.012
Pain	No	1		
	Yes	1.67	.625-4.30	.315
Smoking	Never	1		
	Former	1.99	1.39-2.44	<.015
	Current	2.15	1.46-3.24	<.011
BMI	18.5-24.9	1		
	<18.5	1.11	0.92-1.40	.147
	≥25	1.54	0.99-2.31	.055

OR=Odds ratio; CI=Confidence interval

IV. 고찰

본 연구는 2008년 노인실태조사 원시자료를 이용하여 관절염을 진단받은 노인의 우울 유병률과 그 위험요인을 확인함으로써 관절염 노인 가운데 우울로 인한 위기를 경험할 수 있는 인구를 파악하는데 기여하였다.

본 연구 대상자의 우울 유병률의 위험요인을 확인하기 위해 선택한 8개의 인구사회학적 특성과 건강특성들 모두 Rao-scott chi-square검정에서 관절염을 진단받은 노인의 우울 유병률에 영향을 주었으나, 로지스틱 회귀분석 결과에서는 교육수준에서 무학, ADL제한 여부, 흡연 등 3개 요인만이 우울 유병률의 위험요인으로 확인되었다. 본 연구에서는 우울에 독립적인 영향을 미치는 여부를 판단한다는 점에서 로지스틱 회귀분석에 초점을 맞추어 논의하였다.

본 연구대상자들은 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 노인을 기준으로 했을 때, 무학의 학력을 가진 노인들만이 우울 유병률이 더 높은 것으로 추정되었다. 기존의 연구에서는 관절염을 가진 60세 이상 80세 미만의 고령자와 80세 이상 초고령자 모두 교육수준에 따라 우울 유병률은 차이가 없어[13] 본 연구의 결과와는 일치하지 않았다. 국외의 연구로는 CES-D로 골관절염을 진단받은 캐나다 지역사회 노인들을 측정된 결과 고등학교 졸업 미만의 학력을 가진 노인들이 고등학교 이상의 학력을 가진 노인들보다 우울점수가 가 더 높다는 결과를 보고하였다[18]. 국내 외의 관절염을 진단받은 노인을 대상으로 한 연구에서 본 연구와 일관성이 없는 결과가 있긴 하지만, 본 연구의 결과에 따르면, 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 노인에게 비해 무학인 노인은 우울의 고위험인구로 볼 수 있다. 이들 무학 노인들을 우울 관리에서 우선 순위의 대상자로 집중관리 할 필요가 있다고 본다.

본 연구 대상자들 중 ADL에 제한이 있는 노인

은 제한이 없는 노인에게 비해 우울이 발생할 위험이 더 높았다. 이러한 결과는 An & Tak의 연구[13]에서 65-79세 노인들이 우울과 ADL제한 간에 관계가 있었던 결과와는 일치하지만, 80세 이상 노인들의 경우 ADL제한과 우울 유병률은 관계가 없었던 연구와는 차이가 있다. 본 연구와 An & Tak의 연구[13] 결과는 관절염 노인에서 ADL제한과 우울 유병률의 관계가 연령에 의해 영향을 받을 수 있음을 시사하고 있다고 본다.

본 연구대상자인 관절염 노인은 전혀 흡연을 하지 않는 노인을 기준으로 했을 때, 과거와 현재 흡연자에서 모두 우울 발생의 위험이 높았다. 우리나라 도시와 농촌 노인을 대상으로 한 Lee et al.의 연구[8]에서 비흡연군에 비해 흡연군에서 우울정도가 높아 본 연구와 일맥상통하는 결과를 보고하였다. 본 연구와 선행연구 결과들을 통해 현재나 과거에 흡연을 했던 노인들이 일생동안 전혀 흡연을 하지 않는 노인들에 비해 건강상의 문제가 발생할 가능성이 많고, 건강상태가 악화되는 것이 우울 유병률에 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 관절염 노인들 가운데 현재 흡연을 하는 노인들 뿐 아니라 과거흡연 경험이 있는 노인들의 우울 예방 관리가 필요하다고 본다.

본 연구의 관절염을 진단받은 노인들에서 연령, 성별, 배우자 동거여부, 통증유무와 BMI로 측정된 비만도에 따른 우울 유병률은 Rao-scott chi-square 검정 상에서는 차이를 보여주었으나, 로지스틱 회귀분석에서는 우울 유병률과 관련이 없는 것으로 추정되었다. 선행연구의 결과들과 비교하면 관절염을 가진 노인을 대상으로 한 선행연구에서 연령이 증가할수록 우울 유병률이 높았다는 보고[13]와 연령과 우울 유병률은 관련이 없다는 보고[14][17]들이 있어 연령과 우울 유병률의 관계에 대한 결과는 일치하지 않고 있다. 또한 성별과 우울의 관련성은 본 연구와 일치하는 결과[13][17]와 일치하지 않는 결과[18]들이 보고되어 성별과 우울 유병률의

관계에 대해서는 논란의 소지가 남아 있다. 배우자 유무와 우울의 관련성에서도 본 연구와 같이 관계가 없다[13]는 연구와 있다[17]는 연구들이 상반되게 보고되어 있다. 관절염을 가진 노인에서 연령, 성별, 배우자 동거여부가 우울 유병률에 영향을 미치는가에 대해서는 향후 더욱 연구가 필요하다고 볼 수 있다.

본 연구에서 관절염을 진단받은 노인들은 통증 유무에 따라 우울 유병률은 차이가 없었다. 이러한 결과는 선행연구들[9][22]에서 통증이 심할수록 우울 정도가 높다고 한 결과와는 차이가 있다. 관절염 환자의 통증과 우울의 관계에서 차이가 나타나는 것은 통증과 우울을 측정하는 도구와 통계분석 방법의 차이 등에서 기인된 것으로 판단된다.

본 연구의 관절염 노인들은 BMI로 측정된 비만도에 따라 우울 유병률은 영향을 받지 않았는데 이 결과는 관절염 노인을 대상으로 한 An & Tak의 연구[13]와 일치하였다. 국외의 경우, 미국의 45세 이상 관절염 인구 1,793명을 대상으로 한 연구[19]에서는 우울 유병률이 저체중에 비해 과체중과 비만에서 높다고 보고하고 있어 아직은 노인의 비만도와 우울의 관련성에 있어 논란의 소지가 있다. 이러한 연구결과들 간의 차이는 BMI에 따른 비만도와 우울 유병률의 관련성은 질병특성, 국가나 인종, 기타 다른 요소들에 따라 영향을 받을 가능성이 있다고 판단된다.

이상 본 연구에서 2008년 노인실태조사 원시자료를 이용하여 관절염을 가진 노인을 대상으로 연령, 성별, 배우자 동거여부, 교육수준, 통증, 흡연, BMI로 측정된 비만도와 우울 유병률의 관계를 확인한 결과 교육수준, ADL제한은 예외는 있으나, 대부분의 선행연구의 결과와 일치함으로써 관절염 노인의 우울 유병률에 영향을 미치는 중요한 요인임을 다시 확인할 수 있었다.

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 2008년 노인실태조사 원시자료를 이용하여 관절염을 진단받은 노인의 우울 유병률과 그 위험요인을 확인하였다. 본 연구결과를 통해 우리나라에서 관절염을 앓으며 살아가는 노인 중 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 노인에 비해 무학인 노인, ADL제한이 있는 노인, 과거 또는 현재 흡연을 하는 노인이 우울 고위험인구로 추정되었다.

본 연구를 토대로 다음과 같이 제언 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서는 우리나라 60세 이상 노인을 대표하는 표본을 이용하여 관절염 노인의 우울 고위험군을 파악하였다. 향후 본 연구를 토대로 60세 이상 관절염 노인을 대상으로 차별화된 관리모형을 개발하여 위험인구의 발견과 예방관리를 위한 지속적이고 체계적인 모니터링을 제언하는 바이다. 둘째, 관절염 노인의 우울 유병률의 위험요인들을 확인하기 위해서는 횡단적 조사가 아닌 코호트를 구축하고 장기적으로 전향적 조사를 시행하여 원인과 결과의 인과관계를 확인하기 위한 연구가 이루어 질 것을 제언한다. 이러한 장기적 연구결과에 의해서 관절염 노인의 우울과 위험요인에 대한 명확한 근거에 기반 하여 관절염 노인의 고위험인구를 선별하고 집중 관리 할 수 있을 것이다.

REFERENCES

1. <http://www.cdc.gov/arthritis/basics.htm>
2. Centers for Disease Control and Prevention(2005), Racial/Ethnic Differences in the Prevalence and Impact of Doctor-Diagnosed Arthritis: United States, 2002, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml>

- /mm5405a3.htm
3. Ministry of Health & Welfare(2007), Key indicators for Health Investment Strategy, <http://stat.mw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?bbsSeq=13&menuId=47&nPage=7&nttSeq=9903&searchKey=&searchWord>
 4. Ministry of Health and Welfare and Family Affairs(2009), 2008 Report on the Korean National Older Adults Life Survey, pp.302-438.
 5. R.C. Choi, H.J. Moon, B.D. Hwang(2010), The Influence of Chronic Disease on the Stress Cognition, Depression Experience and Suicide Thoughts of Elderly, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.4(2);73-84.
 6. World Health Organization(2006), Disease Abuse Disorders: World Health Report, Mental health, New Understanding, New Hope, Geneva: Author, pp.1-20.
 7. S.E. Kim, S.A. Kim(2013), A Predictive Model of Depression in Rural Elders-Decision Tree Analysis, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.43(3);442-451.
 8. J.C. Lee, J.A. Park, N.K. Bae, Y.C. Cho(2008), Factors Related to Depressive Symptoms among the Elderly in Urban and Rural Areas, *Journal of Agriculture Medicine Community Health*, Vol.33(2);204-220.
 9. Ministry of Health and Welfare and Family Affairs(2012), 2011 Report on the Korean National Older Adults Life Survey, pp.281-344.
 10. S.J. Ko(2011), Medical Care Expenditures and Utilizations for Depressed Adults with Chronic Disease, *Health-welfare Policy Forum*, Vol.128;24-31.
 11. J.S. Won, K.H. Kim(2008), Evaluation of Cognitive Functions, Depression, Life Satisfaction among the Elderly Receiving Visiting Nursing Services, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.38(1);1-10.
 12. S.S. Han, S.H. Jeong, S.W. Kang(2013), An Association between Spouse Satisfaction and Depressive Symptom among the Middle-aged and Elderly Couples, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.7(1);59-68.
 13. J.Y. An, Y.R. Tak(2009), Depressive Symptoms and Related Risk Factors in Old and Oldest-old Elderly People with Arthritis, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.39(1);72-83.
 14. Y.J. Lee(2011), A Study on the Effects of Pain, Sleep, Life Satisfaction on Depression in Elderly Women with Osteoarthritis, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.31(2);211-222.
 15. J.H. Chun, H.J. Lee, M.H. Kim, J.S. Shin(2003), Predictors of Depression and Quality of Life among Older Adults with Osteoarthritis, *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, Vol.15(4);650-659.
 16. G.A. Hawker, M.A. Gignac, E. Badley, A.M. Davis, M.R. French, Y. Li, A.V. Perruccio, J.D. Power, J. Sale, W. Lou(2011), A Longitudinal Study to Explain the Pain-depression Link in Older Adults With Osteoarthritis, *Arthritis Care & Research*. Vol.63(10);1382 - 1390.
 17. I.Y. Yoo(2008), Depression, Cognitive Impairment Level and Classification of LOC of the Community-Dwelling Elderly with Arthritis, *The Society of Living Environment System Korea*, Vol.15(4);565-572.
 18. J.E. Sale, M. Gignac, G. Hawker(2008), The Relationship between Disease Symptoms, Life Events, Coping and Treatment, and Depression among Older Adults with Osteoarthritis, *The Journal of Rheumatology*, Vol.35(2);335-342.
 19. L.B. Murphy, J.J. Sacks, T.J. Brady, J.M. Hootman, D.P. Chapman(2012), Anxiety and Depression among US Adults with Arthritis:

- Prevalence and Correlates, *Arthritis Care & Research*, Vol.64(7);968-976.
20. American Psychiatric Association(1994), Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV, pp.134-172.
21. J.I. Sheikh, J.A. Yesavage(1986), Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a Shorter Version, *Clinical Gerontologist*, Vol.5;165-173.
22. M.J. Cho, J.R. Bea, K.H. Seo, B.J. Ham, J.K. Kim, D.W. Lee, M.H. Kang(1999), Validation of Geriatric Depression Scale, Korean Version(GDS) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression, *Journal of The Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.38(1);48-63.
23. C.W. Won, Y.G. Rho, S.Y. Kim, B.R. Cho, Y.S. Lee(2002), The Validity and Reliability of Korean Activities of Daily Living(K-ADL) Scale, *The Korean Geriatrics Society*, Vol.6(2);98-106.

접수일자 2014년 2월 10일

심사일자 2014년 2월 13일

게재확정일자 2014년 3월 20일