



대구시 노인들의 치매 실태 및 치매노인들의 생활 습관적 특성

김 한 곤*

본 연구의 목적은 대구광역시에 거주하는 65세 이상 노인들의 치매실태를 알아보고 치매노인들의 인구학적 특성 및 생활 습관적 특성을 알아보는 데 있다. 본 연구에서는 모집단의 약 0.6%에 해당하는 1,120 명을 표본으로 추출하여 한국형 간이정신상태 검사를 포함한 면담표를 이용하여 2004년 7월 1일부터 2004년 8월 31일까지 수행되었다. 면담에 응하지 않거나 분석 자료로 활용할 수 없는 232 사례를 제외한 898 사례가 최종분석에 이용되었다.

본 연구에서 밝혀진 내용은 다음과 같다. 한국형 간이정신상태 검사에 따르면 응답자들의 8.9%가 치매에 이환된 것으로 나타났으며 그들 가운데 52.5%는 경증, 35.0%는 중등증, 12.5%는 중증이었다. 치매노인들의 인구학적 및 생활 습관적 특성을 경험적으로 규명하기 위하여 로지스틱회귀분석을 사용하였다. 로지스틱회귀분석 결과 학력이 높은 사람, 취미생활로서 어느 한 유형보다는 정신적 및 육체적 활동 둘 다 하는 응답자, 지나치지 않는 음식섭취, 규칙적 운동을 하는 사람, 그리고 상대적으로 높은 경제상태 등이 치매이환의 대수승산을 감소시키는 것으로 밝혀졌다. 한편 연령은 치매이환의 대수승산을 증가시키는 것으로 나타났다. 성별, 결혼지위, 거주형태, 주생활지역, 직업, 흡연 및 음주 등의 변수는 본 연구결과 노인치매 이환에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 밝혀졌다.

끝으로 본 연구의 제한점 및 관련 분야의 장래 연구에 필요한 제언을 하였으며 노인들의 치매이환을 감소시키기 몇 가지 정책적 대안들을 논의하였다.

핵심단어: 치매, 한국형 간이정신상태검사, 대수승산, 로지스틱회귀분석

* 본 연구는 영남대학교 노인치매선도연구센터 교비지원 연구비로 수행되었음을 밝혀 둡니다 (204-A-214-002)

I. 들어가는 말

1. 연구배경 및 필요성

우리사회는 생활여건의 향상과 의료기술의 발달 및 의약품의 보급 확대에 힘입어 괄목할만한 평균기대수명의 향상을 가져온 결과 1960년 평균기대수명 59세에서 2004년 77세에 이르고 있다. 그 결과 절대적 노인인구의 숫적 증가 뿐만 아니라 전체인구에 대한 노인인구의 비율 역시 증가하여 2004년 현재 전체인구에 대한 60세 및 65세 이상 노인인구의 비율은 약 13.0%와 9.1%를 각각 차지하고 있으며(한국통계청, 2004) 앞으로 15년 후에는 19.9%와 14%로 각각 증가할 것으로 전망되고 있다(김한곤·Poston, 1999; 김한곤, 2000). 한편 2004년 현재 대구지역의 65 이상 노인인구는 187,000 명으로 전체 인구의 약 7.2%를 차지하고 있다(대구광역시, 2004).

노인인구의 증가와 인구의 고령화는 치매노인의 증가를 필연적으로 초래되는 것으로 알려져 있다(서미경외, 1996; Folstein, 1975; Dick, 1984). 우리나라의 치매노인 숫자는 2004년 현재 65세 이상의 노인인구 중에는 약 360,000 명으로 추산되고 있으며 2020년경에는 약 720,000 명으로 증가할 것으로 예상되고 있다(Kim & Poston, 2001).

치매노인 가운데 특히 독자적 생활이 불가능한 중등증 이상의 치매노인에 대한 가족중심의 부양은 산업화와 도시화 및 핵가족화한 현대사회에서는 더 이상 현실성이 없을 뿐 아니라 가정이나 사회적으로 많은 문제를 초래하고 있다. 그러므로 정부에서는 치매노인의 요양과 치료를 위한 요양원 및 전문병원의 신설을 점진적으로 확대하고 있는 것이 사실이다. 그러나 이 분야에 필요한 시설 및 인적 자원 공급을 기획하기 위한 기초 자료가 턱없이 부족하며 특히 지방자치단체의 기초 자료는 매우 부족하다. 이러한 맥락에서 한국보건사회연구원 및 의학 분야에서 치매노인에 관한 역학 및 실태조사를 지역적으로 간간히 시행해 왔다. 그러나 대구지역에서 치매에 이환된 노인들의 인구학적 및 생활 습관적 특성을 경험적으로 규명한 연구는 전무한 실정이다.

2. 연구목적

그러므로 본 연구의 목적은 대구광역시에 거주하는 65세 이상의 노인인구를 모집단으로 선정하여 이 지역 65세 이상 노인들의 치매실태 및 치매에 이환된 노인들의 인구학적 및 생활 습관적 요인들을 경험적으로 살펴보고자 한다. 또한 이러한 연구결과를 토대로 도시지역 치매노인들에 대한 의료지원 및 사회문화적 지원체계를 논의하여 궁극적으로는 이들을 위한 개선방안을 모색하는데 있다.

II. 문헌연구

치매노인들의 부양에 대한 연구들은 비교적 활발하게 이루어져 오고 있는 편이다 (이가옥, 1991; 이가옥외, 1994; 보건사회연구원, 1994; 이가옥·이미진, 1999; 장경남, 1997; 이가옥외, 1999; 조병윤, 1999; 이애숙외, 2002; 김한곤, 2003; 김한곤, 2004). 그러나 조사의 어려움과 비용문제 등으로 치매노인에 대한 실태 연구는 매우 제한적으로 수행되어 왔으며 이러한 연구들의 대부분은 여러 해 전에 행하여졌으며 특정 지역에 한정되어 있다 (박종한, 1991; 서울대학교, 1994; 서미경외, 1996; 변용찬, 1997; 우중인외, 1997).

지금까지 수행된 치매노인 실태에 관한 기존 연구들을 간략하게 살펴보면 다음과 같다. 선진국과는 달리 한국사회에서 치매노인의 유병률을 파악하기 위한 체계적인 형태의 연구가 시작된 것은 10년 여 년 전에 불과한 1990년대 초라 할 수 있다. 경북 영일군의 일부지역을 대상으로 박종한(1991)이 실시한 간이정신상태조사(Mini-Mental State Examination-Korean Version) 결과에 따르면 65세 이상 노인의 치매유병률을 11.3%로 추정하고 있다. 그 후 서울대학교 지역의료체계 시범사업단이 단일 지역으로는 비교적 표본단위가 큰 2,147명을 대상으로 MMSEK를 이용하여 치매유병률을 조사한 결과 60세 이상 대상자의 5.0% 그리고 65세 이상 노인의 9.5%가 치매증상이 있는 것으로 밝힌 바 있다(서울대학교, 1994). 한국보건사회연구원이 1994년에 실시한 치매유병률에 관한 조사에 따르면 60세 이상 노인의 3.4% 그리고 65세 이상 노인의 6.5%가 치매에 이환되어 있는 것으로 나타났다 (서미경외, 1996). 그 후 한국보건사회연구원이 전국 및

각 시도의 인구구조를 고려하여 실시한 치매유병률 조사에 따르면 65세 이상 조사대상 노인의 8.3%가 치매에 이환되어 있는 것으로 추정하고 있다 (변용찬, 1997). 최근 들어 경북 경산지역 치매노인을 대상으로 실시한 김한곤(2004)의 연구에 따르면 65세 이상 노인 가운데 치매에 이환된 노인은 8.9%이며 이들 치매에 이환된 노인들 가운데 52.5%는 경증, 35.5%는 중등증, 그리고 2.5%는 중증으로 밝혀졌다.

외국의 치매유병률을 추정하기 위한 조사결과에 따르면 미국의 경우 10%와 11% 내외를 나타내고 있는 것으로 보고 된 바 있으며 이웃 일본의 경우 1995년 기준으로 65세 이상 노인인구의 치매유병률을 약 6.9%정도로 추정하고 있다 (Anthony, et al., 1982; 일본 후생성보건의료국 정신보건과, 1994).

치매이환에 영향을 미치는 것으로 요인들을 경험적으로 규명한 기존의 연구결과들에 따르면 다른 질병과 마찬가지로 치매 역시 하나의 원인에 의한 질병이 아니라 여러 가지 원인에 의해 나타나는 임상증후군으로 밝혀져 있다. 치매 발병원인의 규명이나 치료에 대한 연구결과 현재까지 알려진 질환은 70여 종류에 이른다(박종한·고효진, 1991; 변용찬, 1997; 우종인외, 1997; Folstein, 1975). 그러나 치매에 영향을 미치는 요인으로는 앞에서 언급한 바와 같은 임상학적 요인 이외에도 사회·문화·환경적 요인 등 다른 요인들과 관련이 있을 수 있을 것이다.

이러한 맥락에서 볼 때 지금까지 알려진 인구학적 및 생활 습관적 특성과 치매와의 관계를 밝힌 연구들을 간략히 살펴보면 다음과 같다. 노인들은 나이를 더 많이 먹을수록 알츠하이머와 같은 치매에 이환된 가능성이 높아지며 특히 나이를 다섯 살씩 더 먹을 때마다 치매에 이환될 확률은 배가되는 것으로 보고하고 있다(박종한, 1991; Brookmeyer et al., 1998; Pollen, 2000; Nocera et al., 2003). 성별의 경우 여성이 남성보다 치매에 더 많이 이환되는 것으로 국내에서는 밝혀진 바 있다(박종한 1991; 이가옥외, 1994; 변용찬, 1997; 김한곤, 2004). 그러나 외국의 연구에서는 국내연구와 같이 성별과 치매이환과의 관계를 뚜렷하게 밝히고 있는 연구는 없는 편이나 호이어트(Hoyert, 1996)와 캐츠맨과 빅(Katzman & Bick, 2000)은 노년기의 초기에는 여성들이 치매에 이환될 가능성이 높게 나타났으나 나이가 들어 갈수록 남성이 치매에 더 이환되는 것으로 밝힌 바 있다.

상당수 연구들은 교육이 치매를 예방하거나 교육을 많이 받은 사람들이 그렇지 못한 사람보다 치매에 이환될 가능성이 높다고 밝히고 있다(박종한, 1991; 이가옥 외, 1994; Rpgers et al., 1996; Katzman & Bick, 2000; Gatz, 2000; 김한

곤, 2004). 베네트(Benet, 2004)는 정신적으로 도전적인 일에 종사하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 치매에 덜 이환된다고 밝힌 바 있으며 국내에서도 유사한 연구결과가 발표된 바 있다(이애숙·김한곤, 2003; 오진주, 1995). 도바리언과 레드크리프(Dobalian & Radcliff, 2003)는 치매이환과 도시지역과 농촌지역 사이의 차이를 발견하지 못하였다.

생활습관에 있어서는 흡연을 하거나 음주하는 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 치매에 더 많이 이환되어 있는 것으로 알려져 있다(박종환, 1991; 변용찬, 1994). 김한곤(2004)의 연구결과에 따르면 흡연 및 음주는 노인치매와 통계적으로 유의미한 관계가 없는 것으로 밝힌 바 있다. 외국의 경우 규칙적인 생활을 하는 사람들이 그렇지 않은 사람에 비해 알츠하이머에 이환될 가능성이 적은 것으로 밝혀진 바 있으며(Hoyert, 1996; Rogers et al., 2000) 국내에서도 유사한 연구결과가 보고된 바 있다(김한곤, 2004).

그럼에도 불구하고 치매노인들의 인구학적 및 생활·환경적 특성에 관한 연구는 미미한 형편이며 대구지역에 관한 연구는 전무하다. 그러므로 본 연구에서 대구지역 치매노인들의 인구학적 및 생활 습관적 특성을 경험적으로 밝혀보기 위하여 도입한 독립변수들을 요약하면 성별, 결혼지위, 연령, 거주형태, 학력, 직업, 주생활지역, 취미활동, 음식섭취유형, 음주 및 흡연 등이다.

III. 연구방법 및 자료

1. 연구대상

2004년 6월 현재 대구광역시에는 행정적으로 7개수와 1개 군으로 구성되어 있으며 2,552,000명의 인구가 거주하고 있다. 본 연구의 모집단으로는 65세 이상의 노인인구는 187,000명으로 전체 인구의 약 7.32를 차지하고 있다. 표본은 전체 노인인구의 약 6%에 해당하는 1,120 명을 7개구 1군을 연령비율을 고려하며 3단 층화 무작위표본추출법으로 추출하였다. 또한 각 조사지역별로 약 10개의 표본단위로 지점수를 선정한 후 각 지점수별로 일정한 표집간격에 따라 체계적으로 응답자를 선정하였다.

2. 연구방법

면담조사는 2004년 7월 약 1주일에 걸쳐 6명의 면담자들에게 직접 면담조사와 관련한 교육 및 훈련을 실시하였다. 직접면담 조사는 2004년 7월 1일부터 8월 31일까지 두 달 남짓한 기간에 걸쳐 실시되었으며 조사에 사용된 설문지에는 조사대상자들의 인구 및 사회경제적 상황을 알아보기 위한 질문 및 일상생활 습관 그리고 KMMSE(한국형 간이정신상태 검사표)가 이용되었다.

한국형 간이정신상태 검사(K-MMSE)는 <지남력>, <기억력>, <주의집중 및 계산능력>, <언어와 시공간 구성능력> 등 크게 네 가지 항목으로 구성되어 있는데 좀 더 구체적으로 살펴보면 시간지남력 5점, 장소지남력 5점, 기억등록 3점, 기억회상 3점, 주의집중과 계산능력 5점, 그리고 언어와 시공간 구성능력 9점 등 총 30점으로 구성되어 있다. 각 문항은 피검자가 제대로 수행하였으면 1점이 부여되고 그렇지 못하였으면 0점이 부여된다.

K-MMSE에 의한 조사결과들은 조사대상자의 연령과 학력수준에 따라 다르게 나타나고 있음이 여러 연구에 의해 밝혀진 바 있다(김향화나덕렬, 1997). K-MMSE 점수는 피검자의 실행점수를 연령과 교육연한을 고려하여 표준점수로 변환하여 사용하여야 한다. 즉 표준점수 “z점수=검사대상자의 점수 - 해당 셀의 평균 점수/표준편차”로 산출한 값을 의미한다. 그러므로 본 연구에서는 김향화와 나덕렬이 제시한 연령과 교육연한에 따른 K-MMSE 실행점수의 평균과 표준편차 표를 이용하여 작성된 점수를 치매이환여부를 결정하는 기준으로 적용하였다 (24점 이상 정상; 20-23 경증; 19-11 중등증; 10 이하 중증).

3. 독립변수 및 종속변수

(1) 독립변수

치매에 이환된 노인들의 생활 습관적 특성을 경험적으로 규명하기 위하여 도입한 로지스틱회귀분석 모형에 포함된 독립변수는 성별, 결혼지위, 연령, 거주형태, 학력, 직업, 주생활지역, 취미활동, 음식섭취유형, 식사량, 흡연유무, 음주유무, 규칙적 운동 및 경제생활 수준 등 모두 14개이다.

(2) 종속변수

본 연구에서 사용된 종속변수는 한국형 간이정신상태 검사(K-MMSE) 결과를 수정 보완하여 나온 점수를 이분화하여 23점 이하에 해당하는 사람을 치매에 이

환된 것으로 적용하였다.

4. 분석방법

표본으로 선정된 1,120명 가운데 면담조사를 완료한 대상은 920명이었으며 그 가운데 자료로 이용하기 곤란한 자료 22부를 제외한 898부가 통계분석을 위하여 최종적으로 사용되었다. 통계분석에는 spss 통계 패키지를 이용하여 기술통계분석을 하였으며 노인들의 치매이환과 인구 및 생활 습관적 특성과의 관계를 경험적으로 규명하기 위하여 로지스틱회귀분석을 도입하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구의 제한점으로는 치매이환 여부를 파악하기 위하여 본 연구에서 사용한 KMMSE 방법은 치매진단을 위하여 개발된 다양한 치매진단법 가운데 한 형태로서 정신과 전문의의 진단에 기초한 것과 차이가 있을 수 있다는 점을 들 수 있으며 치매에 이환되어 있는 것으로 판정된 사례 규모가 그다지 크지 않기 때문에 일반화하는데 한계가 있다는 것이다.

IV. 연구결과

1. 응답자들의 일반적 특성

<표 1> 조사대상자들의 일반적 특성

본 연구 대상자들의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다(<표 1> 참조). 조사대상자들의 약 60%가 여성이며 나머지 약 40%가 남성으로서 조사대상 지역이 대도시 지역임을 감안할 때 우리나라 65세 이상 노인인구의 남녀 비율을 비교적 잘 나타내고 있다고 볼 수 있다(남성 38%; 여성 62%). 연령에 있어서는 65세~74세 연령군이 55.6%로 가장 많았으며 그 다음으로는 75세~84세로서 38.1% 그리고 85세 이상은 6.3%이었다.

〈표 1〉 조사대상자들의 일반적 특성

		N	%
성별	남성	360	40.1
	여성	537	59.9
	합계	897	100.0
연령	65-74세	499	55.6
	75세-84세	342	38.1
	85세 이상	57	6.3
	합계	898	100.0
결혼지위	결혼	498	55.6
	사별	398	44.4
	합계	896	100.0
거주형태	부부만 동거	395	44.0
	혼자서 독거	191	21.3
	자식과 동거	297	33.1
	기타	15	1.7
	합계	898	100.0
학력	무학	304	33.9
	초등졸	270	30.1
	중학교졸	184	20.5
	고등학교졸	140	15.6
	합계	898	100.0
아버지 직업	전문, 기술 및 관리직 종사자	11	1.2
	행정 및 관리직 종사자	41	4.6
	사무 및 관리직 종사자	21	2.3
	판매종사자	37	4.1
	서비스종사자	18	2.0
	농수산업 및 관업 종사자	678	75.5
	운수장비 및 단순 노동자	55	6.1
	주부	2	2.0
	기타	35	3.9
	합계	898	100.0
어머니 직업	전문, 기술 및 관리직 종사자	1	0.1
	행정 및 관리직 종사자	6	0.7
	사무 및 관리직 종사자	1	0.1
	판매종사자	24	2.7
	서비스종사자	5	0.6
	농수산업 및 관업 종사자	557	62.0
	운수장비 및 단순 노동자	2	0.2
	주부	287	32.0
	기타	15	1.7
	합계	898	100.0

		N	%
주생활지역	읍면 지역	235	26.2
	중소도시 지역	180	20.0
	대도시 지역	483	53.8
	합계	898	100.0
살림 살이	매우 궁핍하다	22	2.5
	궁핍하다	217	24.3
	보통이다	540	60.5
	여유가 있는 편이다	105	11.8
	상당히 여유가 있다	8	0.9
	합계	892	100.0
월평균소득	100만원 미만	572	63.8
	100-200만원	172	19.1
	200만원 이상	154	17.1
	합계	898	100.0

결혼지위를 살펴보면 배우자가 생존해 있는 응답자가 55.6%인 반면 배우자가 없다고 응답한 사람은 44.4%이었다. 현재의 거주형태로는 부부만 동거한다고 응답한 사람이 44.0%로서 가장 많았으며, 독거노인 19.0%, 자식과 동거하고 있다고 응답한 사람은 3.로 나타났다. 학력에 있어서는 무학이 33.9%로 가장 높게 나타났으며 그 다음으로는 초등학교졸업이 30.1%로 나타났다. 그러므로 본 연구 대상자들의 학력은 비교적 낮다고 볼 수 있으며 이는 우리나라 노인들의 평균교육 수준이 낮은 것을 그대로 반영하고 있다고 하겠다.

응답자들 부모의 생존시 종사하던 직업으로는 농수산업 종사자가 대부분을 차지하였다. 응답자들의 주로 보낸 생활지역으로는 대도시지역이 53.8%로 가장 높았으며 그 다음으로는 읍면지역 26.2% 그리고 중소도시 지역이 20.0%이었다.

조사에 응한 사람들 가운데 살림살이가 궁핍하거나 매우 궁핍하다고 응답한 사람은 26.8%이었으며 여유가 있다고 응답한 사람은 12.7%에 불과 하였다. 또한 응답자가 속해 있는 가구의 월평균 소득이 100만원 미만이라고 응답한 사람이 63.8%를 차지하고 있는데 이러한 결과는 노인부부만의 거주비율과 독거노인 비율이 높은 것에 기인된다고 하겠다. 혼자 거주하는 로서 조사대상 지역 노인들의 생활수준이 비교적 낮은 것으로 짐작되며 이러한 사실은 대부분의 농촌지역 노인들이 거의 유사한 현상으로 볼 수 있다. 조사대상자들이 은퇴하기 전 주로 종사하던 직업은 정신노동에 참여하였던 사람이 22.4%에 불과한 반면 육체노동에 종사했던 사람은 77.6%로서 대부분이 육체노동 분야의 생업이 종사하였다.

2. 응답자들의 생활태도

응답자들의 일상 생활태도를 알아보면 <표 2>와 같다.

<표 2> 조사대상자들의 생활태도

		N	%
생업	정신노동	191	22.4
	육체노동	661	77.6
	합계	852	100.0
음주빈도	마시지 않는다.	657	73.2
	보통이다.	190	21.2
	많이 마시는 편이다.	51	5.7
	합계	898	100.0
평소 음주량	거의 마시지 않는다	656	73.1
	보통이다.	203	22.6
	많이 마시는 편이다.	39	4.3
	합계	898	100.0
취미활동	육체적 운동	70	7.8
	정신활동	344	38.3
	육체적 운동과 정신활동 모두	484	53.9
	합계	898	100.0
평소 식사량	적게 먹는 편이다.	214	24.0
	먹는 양이 보통이다.	611	68.4
	많이 먹는 편이다.	68	7.6
	합계	893	100.0
규칙적인 식사여부	불규칙적으로 한다.	99	11.0
	규칙적으로 한다.	799	89.0
	합계	898	100.0
음식섭취유형	채식	421	47.0
	채식과 육식	128	14.3
	육식	347	38.7
	합계	896	100.0
흡연경험	예	389	43.4
	아니오	508	56.6
	합계	897	100.0
흡연시작연령	20대 이전	66	17.3
	20대 이후	316	82.7
	합계	382	100.0
하루흡연량	5개 이하	62	16.3
	6~10개	157	41.3
	11개 이상	161	42.4
	합계	380	100.0
운동	규칙적	281	31.3
	보통	354	39.4
	비규칙적	263	29.3
	합계	898	100.0

식사습관을 알아보면 평소의 식사량이 적다고 응답한 사람은 24.06%인데 반해 많이 먹는다고 응답한 사람은 68.44%로 밝혀졌다. 그러나 규칙적인 식사를 하고 있지 않은 응답자가 11.05%에 불과한 반면 규칙적으로 식사를 하고 있다고 응답한 사람은 89.05% 나타났다. 섭취하는 음식의 유형으로는 채식만을 즐긴다고 응답한 사람이 47.0%인데 반해 육식만을 즐긴다고 응답한 사람은 38.74%이었으며 채식과 육식을 골고루 섭취한다고 응답한 사람은 14.3%에 불과하였다.

평소에 규칙적으로 운동한다고 응답한 사람은 31.3%이었으며 나뉠대로 평소에 운동을 하고 있다고 응답한 사람은 39.4%이었다. 반면 운동을 하지 않거나 불규칙적으로 운동을 한다고 응답한 사람은 29.36%이었다. 취미활동에 있어서는 육체적 활동만을 한다고 응답한 사람은 7.8%에 불과하였으며 정신활동만을 한다고 응답한 사람은 38.3%이었다. 또한 육체적 활동과 정신적 활동을 겸해서 한다고 응답한 사람은 53.9%로서 가장 높았다.

응답자들의 음주습관을 살펴보면 음주빈도에 있어서는 5.7%만이 자주 술을 마신다고 응답한 반면 73.1%는 거의 마시지 않는다고 응답하였다. 또한 음주량에 있어서도 4.35%만이 많이 마시는 편이라고 응답한 반면 73.14%는 술을 마시는 양이 매우 적은 편이라고 응답하였다. 흡연에 있어서는 43.4.7%가 흡연 경험이 있다고 응답한 반면 56.63%는 흡연을 한 적이 없다고 응답하였다. 또한 흡연 경험이 있는 사람 가운데 20세 이전부터 흡연을 시작했다고 대답한 사람은 17.3%이었으며 하루 흡연량이 11개피 이상이라고 응답한 사람은 42.49%나 되었다.

3. 치매이환실태

<표 3>은 K-MMSE 간이치매조사표를 통하여 얻어진 결과를 김향희와 나덕렬(1997)이 제시한 연령과 교육연한에 따른 K-MMSE 실행점수의 평균과 표준편차 표를 이용하여 작성된 점수를 치매이환여부를 결정하는 기준으로 적용하여 재분석한 결과이다. 그 결과 조사대상자 960명 가운데 8.9%에 해당하는 80명이 치매에 이환되어 있는 것으로 나타났다.

〈표 3〉 치매이환율

		N	%
치매이환여부	치매이환	80	8.9
	정상	817	91.0
	합계	897	100.0

치매에 이환된 노인들 가운데 치매이환의 정도에 따라 ‘24점 이상 정상’, ‘20-23 경증’, ‘19-11 중등증’, ‘10 이하 중증’ 등 세 형태의 치매환자로 분류하였다. 그 결과 치매에 이환된 것으로 분류된 응답자 80명 가운데 경증에 해당하는 사람은 52.5%이었으며 중등증은 35.0% 그리고 중증은 12.5%로 나타났다. <표 4> 참조

〈표 4〉 치매이환 정도

		N	%
치매정도	중증	10	12.5
	중등증	28	35.0
	경증	42	52.5
	합계	102	100.0

4. 인구학적 및 생활 습관적 특성과 치매이환

치매노인의 인구학적 생활 습관적 특성을 경험적으로 규명하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 도입하여 분석한 결과는 <표 5>와 같다.

종속변수가 이항분포를 가진 명목측정수준의 변수이므로 독립변수들이 상호간에 미칠 수 있는 영향력을 통계적으로 배제한 후 각각의 독립변수가 종속변수에 미치는 순수한 영향력을 알아보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연령은 노인치매이환의 대수승산($B=0.083$)을 증가시키는 것으로 나타났는데 즉 연령이 높아질수록 1.124배($\text{Esp}(\beta)$ 노인치매에 노출될 가능성이 높은 것으로 본 연구결과 밝혀졌으며 기존의 연구결과와 일치한다(박중환, 1991; Brookmeyer et al., 1998; Pollen, 2000; Nocera et al., 2003; 김한근, 2004). 한편 학력은 노인치매의 대수승산($B=-0.240$)을 감소시키는 것으로 나타났으며 ($\text{Esp} \beta=0.786$) 이 또한 기존의 연구결과 일치하는 것이다(박중환, 1991; 이가옥 외, 1994; Rpgers et al., 1996; Katzman & Bick, 2000; Gatz, 2000; 김한근,

2004).

응답자들의 규칙적 운동 역시 치매이환의 대수승산을 감소시키는 것으로 나타났는데(B=-0.373) 즉 규칙적인 운동은 노인들의 치매이환을 0.701배 (Esp β =.701) 감소시키는 것으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 김한곤(2004)의 연구결과와 일치한다. 응답자들의 경제수준 역시 치매이환의 대수승산을 감소시키는 것으로 나타났는데(B=-0.689) 즉 경제수준은 노인들의 치매이환을 .502배 감소시키는 것으로 이는 2004년 경산지역 65세 이상 노인들을 대상으로 실시한 연구에서 경제수준과 노인들의 치매이환과는 통계적으로 유의미한 관계가 없다고 밝힌 바 있는 김한곤(2004)의 연구결과와 다르게 나타났다.

〈표 5〉 인구 및 생활 습관적 요인의 치매이환에 대한 로지스틱회귀분석

변수	B	S.E	Exp(β)
성별 (여성=1, 남성=0)	-.383	.377	.682
결혼지위 (사별 및 이혼=1, 기혼=0)	.418	.387	1.518
연령	.083	.024**	1.124
거주형태 (독신거주=1, 나머지=0)	-.300	.372	.741
학력	-.240	.053***	.786
직업 (단순노동직=1, 사무행정직=0)	.618	.443	1.855
주생활지역 (읍면지역=1, 도시지역=0)	-.011	.303	.989
취미활동 (정신 및 육체활동=1, 육체활동 하나만=0)	-.186	.089**	.872
흡연유무 (흡연=1, 비흡연=0)	-.427	.343	.652
음식섭취유형 (육식=1, 그외=0)	.440	.385	1.553
음주 (안한다=0, 한다=1)	.296	.608	1.344
식사량 (소량 및 보통=1, 다량=0)	-.234	.105*	.812
규칙적 운동 (규칙적=1, 불규칙적=0)	-.373	.121***	.701
경제정도	-.689	.266**	.502
상수	-3.550	1.962	.029

그러나 성별, 결혼지위, 거주형태, 주생활지역, 직업, 흡연 및 음주 등의 변수는 본 연구결과 노인치매 이환에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 밝혀졌다. 이와 같은 연구결과 가운데 여성이 남성보다 치매에 더 많이 이환된다는 기존의 연구결과 및 흡연이 치매이환에 정적인 영향을 미친다는 연구들(박중환 1991; 이가옥외, 1994; 변용찬, 1997)과는 일치하지 않는다. 그러나 호이어트(Hoyert, 1996)와 캐츠맨과 빅(Katzman & Bick, 2000) 그리고 김한곤(2004)이 밝힌 바 있는 성별과 치매이환과의 사이에는 뚜렷한 관계가 없다는 연구결과와 유사하게 나타났다.

V. 맺는말

본 연구는 대구광역시에 거주하는 65세 이상 노인 898명을 대상으로 치매실태 및 치매에 이환된 노인들의 인구학적 및 생활·환경적 특성을 경험적으로 규명하기 위하여 실시한 것으로 본 연구에서 밝혀진 내용들을 간략히 요약하면 다음과 같다.

조사대상자 898명 가운데 8.9%에 해당하는 80명이 치매에 이환되어 있는 것으로 밝혀졌으며 이들 가운데 경증으로 분류된 사람은 약 52.5%이며 중등증 35.0% 그리고 중증은 12.5%로 나타났다. 조사대상자들 가운데 치매에 이환된 노인들을 성별로 살펴보면 남성의 7.2%가 치매에 이환된 반면 여성의 9.9%가 치매에 이환되어 있는 것으로 나타났다. 또한 학력이 낮을수록 그리고 연령이 높을수록 치매에 이환될 가능성이 상대적으로 높아지는 것으로 본 연구결과 밝혔다. 또한 경제사정이 열악한 노인들이 그렇지 않은 노인들보다 치매에 더 많이 노출되어 있는 것으로 나타났다.

이러한 결과로 미루어 보아 대도시 지역에 거주하는 노인들 가운데 소외된 노인들의 치매이환율이 더 높기 때문에 이들의 치매이환을 예방하고 발병 초기단계에서 찾아내어 적절한 치료와 더불어 돌보기 위한 대안이 모색되어야 할 것 같다. 또한 공교육의 혜택을 받지 못한 노인들이 공교육의 혜택을 받은 노인들보다 치매에 더 많이 노출되어 있는 것으로 밝혀졌다. 뿐만 아니라 경제사정이 나쁜 노인들이 경제사정이 나은 노인보다 치매에 더 많이 이환되어 있는 것으로 밝혀졌다. 그러므로 교육의 혜택을 받지 못하고 경제적으로 어려운 처지에 있는 위한 치매 치료 및 부양책에 관한 보다 현실성 있는 대책이 절실하다고 하겠다.

나아가 이와 같은 소외된 계층을 위한 치매 예방 프로그램 역시 도입되어야 할 것 같다.

조사대상자들의 일상생활 습관과 관련해서는 평소에 규칙적인 운동을 하며 적당한 양의 음식을 섭취하며 정신적 취미활동과 육체적 취미활동을 함께 하고 있는 노인들이 그렇지 않은 노인들에 비해 치매에 덜 이환된 것으로 본 연구결과 밝혀졌다. 그러므로 노인들의 일상생활 전반에 걸쳐 규칙적이고 중용적인 생활 태도를 영위하는 것이 노인치매 예방에 도움이 될 것 같으며 이와 같은 일상생활을 수행할 수 있도록 노인들을 위한 편의시설의 마련 및 프로그램 역시 필요하다고 하겠다. 그러기 위해서는 지역별로 거점 시니어 센터를 설치하여 노인들의 건강 유지 및 치매예방과 관련되는 정신 교양 강좌를 체계적으로 운영할 필요가 있다. 뿐만 아니라 노인들에게 적합한 운동 프로그램을 개발 운영하여 동적인 활동과 더불어 정적활동을 함께 하도록 함으로써 치매예방에 도움이 될 수 있을 것이다.

한편 치매에 이환된 노인들을 조기에 발견하여 치료함으로써 치매가 악화되는 것을 미연에 방지하기 위하여 이들 노인들을 대상으로 정기적으로 치매를 진단하는 프로그램의 도입이 필요하며 나아가 치매에 이환된 노인들이 실비로 치료 받을 수 있도록 정부지원 형태의 의료인력 및 시설의 증설이 필요하다고 하겠다. 또한 치매노인 문제를 해결하기 위한 의료·행정·사회 연결망을 만들기 위한 산·학·관의 종합적인 노력이 절실히 요구된다고 하겠다.

끝으로 본 연구의 제한점과 향후 관련 연구를 위한 제언을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 이용된 표본은 여러 가지 현실적 제약으로 인하여 표본의 크기가 충분하지 못한 점을 들 수 있다. 둘째, 노인들의 치매이환 실태를 파악함에 있어 한국형 간이정신상태 검사(K-MMSE)와 같은 단일 측정방법을 사용한 점이다. 그러므로 치매이환의 특성과 관련하여 기존의 관련 연구결과와 상이하게 나타난 부분에 대한 보다 명확한 검증을 위하여 장래에는 다양한 치매이환 측정법을 이용한 실태조사가 이루어질 필요가 있다. 즉 장래에 시간 및 경비가 허락한다면 임상 의들이 흔히 사용하는 DSM-IV나 CDR(Clinical Depression Rating)을 함께 사용하여 노인들의 치매이환 실태를 연구하는 것이 필요하다. 마지막으로 도시 및 농촌지역 노인들을 대상으로 치매이환 실태를 몇 년의 기간을 두고 정기적으로 실시하여 치매이환율의 변화를 비교하는 것도 매우 의미 있을 것이라 생각된다.

참고문헌

- 고양곤(1998), “치매노인재가복지를 위한 정책방향”, 《치매노인 재가보호 현황과 향후 발전 방향》, 한국치매가족회.
- 권중돈(1994), “치매노인의 부양실태와 대응전략”, 《한국보건사회연구원 정책보고서》, II-94-08.
- 김한곤·Poston, Dudley L. Jr.(1999), “남북한 노인인구의 장래추계 및 전망”, 《한국노년학회》, 19(3), 181-197.
- 김한곤(2000), “치매노인인구의 장래추계와 전망”, 영남대학교 노인학연구소 추계학술세미나. 2000. 11.30.
- 김한곤(2003), “재가치매노인 복지서비스 실태 및 수요전망 -경북지역을 중심으로-”, 한국가정관리학회지. 《한국가정관리학회》, 21(3), 39-46.
- 김한곤(2004), “노인들의 치매실태 및 치매노인들의 인구학적 및 생활 습관적 특성”, 한국인구학, <<한국인구학>>, 한국인구학회. 제27권 2호. pp. 231-255.
- 김향희·나덕렬(1997), 한국판 보스톤 이름대기검사. 서울. 학지사
- 박종환·고효진(1991), “경북영일군 어느 면지역노인들에서 치매의 원인적 분류 및 주요 치매의 상대적 유병율”, 《신경정신의학》, 30, 885-891.
- 변용찬(1997), “치매노인의 현황과 과제”, 《보건복지포럼》, 10월호. 35-42.
- 변용찬(1997), “치매관리 Mapping 개발 연구”, 한국사회보건연구원.
- 서미경·오경석·오영희(1996), “치매노인의 재가복지서비스 현황과 정책과제”, 한국보건사회연구원.
- 오진주(1995), “치매노인보건관리에 관한 연구”, 서울대학교 박사학위 청구논문.
- 우종인의 (1997). “한국의 한 농촌지역에 거주하는 노인에서의 치매의 유병율”, 《신경정신의학》, 36(1).
- 이가옥외(1991), “가정봉사원제도의 정착화 방안”. 한국보건사회연구원.
- 이가옥외(1994), “노인생활 실태분석 및 정책과제”, 한국보건사회연구원.
- 이가옥·이미진(1999), “노인복지정책과 향후 발전방안”. 《사단법인 한국노인문제연구소》, 15. 20-49.
- 이에숙·김한곤. “치매노인 부양자의 부양부담 실태 및 부양부담에 영향을 미

- 치는 요인”, 《보건과 사회과학》, 한국보건사회학회. 13, 29-60.
- 일본후생성(1995), “치매성노인대책추진의 금후방향”.
- 치매환자 관리사업(1994), 서울대학교 지역의료체계 시범사업단.
- 한국통계청(1998), “한국 장래 인구추계”.
- 한국보건사회연구원(1994), “치매노인의 부양실태와 대응전략”.
- Bennet, David A.(2004). “Take-home Lesson: Formal Education May Help Protect the Brain Against Alzheimer’s Disease” *Neurology*. June 24. 2004. 1-17.
- Brookmeyer, Ron et al (1998), “Projections of AD Disease in the United States and the Public Health Impact of Delaying Disease Onset”. *American Journal of Public Health*. 88:0. 1337-1342.
- Dick, J.P.R. etc.(1984), “Mini-mental State Examination in Neurological Patients”, *Journal of Neurological Psychiatry* 47. 496-499.
- Dobalian, A., Tsao, JC and Radcliff, T.A.(2003). “Diagnosed mental and Physical health conditions in the United States nursing home population: Differences between urban and rural facilities.” *Journal of Rural Health* 19(4). 477-483.
- Folstein, M. etc.(1975). “Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician” *Journal of Psychiatry Review*, 12.189-198.
- Hoyert, Donna L.(1996). Mortality Trends for AD, 1979-91. *National Center for Health Statistics Vital Health Stat* 20(28).
- Jorm, A. F. et al.(1987). “The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature”, *Psychiatry*. 76. 465-479.
- Katzman, Robert and Katherine Bick.(2000). *Alzheimer Disease: The Changing View*. New York: Academic Press.
- Nocera, Sandra et al.(2003). “The Contingent Valuation Method in the Health Care” *An Economic Evaluation of AD*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Pollen, Daniel A.(2000). “The History of the Genetics of Alzheimer Disease” in Peter J. Whitehouse, Konrad Mauer and Jesse F. Ballenegr Eds.

Rogers, Richard G. et al.(2000). Living and Dying in the USA: Behavioral, Health and Social Differentials of Adult Mortality, San Diego, California: Academic Press.

www.alz.org/Media/newsreleases/2000/070900Research.asp