

농촌지역 노인들의 우울증상에 관련된 요인들의 특성

아주대학교 의과대학 예방의학교실 및 ¹아주대학교 의과대학 의학과 학생

송미숙 · 전기홍 · 송현종 · 김정은¹ · 박승구¹
신상건¹ · 이동훈¹ · 정성현¹ · 최연주¹
최완철¹ · 최민규¹ · 황재철¹ · 홍지만¹

The Characteristics of Depressive Symptoms among the Elderly in a Rural Area

Mi-Sook Song, Ki-Hong Chun, Hyun-Jong Song, Jung-Eun Kim¹
Seung-Gu Park¹, Sang-Gun Shin¹, Dong-Hun Lee¹, Sung-Hyun Jung¹
Youn-Joo Choi¹, Wan-Chul Choi¹, Min-Gyu Choi¹
Jae-Chul Hwang¹ and Ji-Man Hong¹

Department of Preventive Medicine & Public Health

¹Medical Student, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea

This study was performed to identify risk factors for depression among the elderly in a rural area. A survey was done for the elderly living in Gosam-myeon, Ansung-kun during the period of July 28, 1997 and July 30, 1997. Demographic and socioeconomic characteristics, and functional and health status were assessed using a structured questionnaire, and the level of depression was measured by GDS score.

The data obtained were analyzed by frequencies, percentage, t-test, ANOVA, and multiple regression, and the results were as follows:

1. The total sample consisted of 133 elderly. Of them, 47 elderly (35.4%) showed significant depressive symptoms.

2. The GDS score was the highest for the group over 85 years of age ($p < 0.05$). Those living alone or widowed showed lower GDS score than those living with someone or married ($p < 0.05$).

3. The GDS score was the highest in the absolutely dependent group, followed by the partially dependent group, and the independent group ($p < 0.01$). The elderly who perceived their health status as excellent showed the lowest GDS score. In contrast, those who had more than five chronic diseases showed the highest GDS score.

4. The elderly receiving financial and emotional support from their family or friends showed lower GDS score compared to those without any support.

5. The economically dependent group showed higher GDS score than that of independent group.

6. The elderly who involved in leisure activities showed lower GDS score than those without any involvement.

7. In terms of risk factors for depression, we found that perceived health status, subjective economic status, leisure activities, living arrangement and financial support were inversely associated with GDS score, whereas labor support was positively associated with GDS score.

Based upon the above findings, this study suggests that these risk factors for depression in the elderly should be taken into consideration for a comprehensive mental health program for the elderly living in the rural area. (Ajou Med J 1997; 2(2): 188~197)

Key Words: Depression, Risk factors, Elderly, Rural area

서 론

우리 나라는 평균수명의 증가와 더불어 출산력 감소에 의해 노인 인구 비율이 급증하고 있다. 이에 따라 1995년 현재, 65세 이상의 인구는 전체 인구의 5.7%를 점유하고 있으며 오는 2021년경에는 노년 인구의 비율이 13.1%수준까지 확대될 전망이다¹.

그런데, 이러한 평균수명의 연장은 노인 인구의 증가와 함께 건강하지 못한 노인 인구의 증가를 초래하게 되었다. 즉, 많은 노인들은 기능저하로 인하여 만성 질환을 앓고 생활에 어려움을 겪고 있으며² 이러한 신체적 약화로 인해 삶의 질이 저하되며 불안 및 우울증세를 보이기도 한다³. 또한 산업화 및 도시화의 영향으로 인한 핵가족화와 효나 경로 사상의 경시 및 능률위주의 사회구조가 조기 정년퇴직을 강요하게 됨으로써 노인들에게 심각한 경제적인 위협까지 가하고 있어 많은 노인들은 소외감과 고독에 직면하게 되었다^{4~6}.

노인 인구에서 흔히 발견되는 정신질환으로는 신경증, 기질성 뇌증후군, 우울증이 대부분을 차지하는 것으로 알려져 있는데⁷, 노인 연령에서 발견되는 우울증은 노년기에 접어들면서 생기는 노화 현상과 더불어 죽음에 대한 반응으로 다른 연령 군보다 심하게 나타나며⁸, 자살 시도에 영향을 준다는 연구 결과도 보고되었다⁹. 이러한 측면에서 볼 때, 노인 보건의료에 있어서 우울에 대한 관리가 매우 중요하다. 그런데 우리나라의 노인 정신건강에 관한 선행 연구를 살펴보면 연구 결과마다 다소의 차이는 있으나 조사 대상 노인의 약 40% 정도가 우울 성향을 나타내는 것으로 조사되어^{10,11} 노인들의 우울증에 대한 관리가 매우 시급함을 말해주고 있다.

농촌 지역은 산업화 및 도시화로 인한 이농현상으로 도시 지역에 비해 노령 인구가 월등히 많으며 이는 앞으로도 증가될 전망이다¹² 도시에 비해 소득 수준 및 경제 수준이 낮으며 의료 자원이 부족하여 노인들에 대한 보건의료 서비스 공급이 적절하게 이루어지지 못하고 있다. 이러한 시점에서 농촌 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 노인들의 정신보건을 위한 구체적인 관리대책을 마련하는데 중요한 기초 자료를 제공할 수 있어 매우 유의있는 일이라고 할 수 있겠다.

1995년 지역보건법이 개정되면서 보건소의 기능이 새롭게 정의되었는데, 여기에는 노인보건과 정신보전에 관한 기능이 추가되었다. 그러나, 실제로 일선 보건소에서는 이러한 새로운 기능에 대해 구체적인 업무 계획이나 인력 배분조차 되어 있지 않아 적절한 보건 사업이 이루어지지 않고 있다²². 그런데, 보건 사업을

성공적으로 수행하기 위해서는 의사 결정에 필요한 여러 가지 기초 자료들이 필요하며, 특히 지역사회 인구를 대상으로 할 경우에는 그 지역사회에 대한 정확한 진단이 선행되어야 한다.

우리 나라에서는 1980년대에 와서야 노인 인구에 대한 연구가 발표되기 시작하였는데 일정기간 병원을 방문한 환자의 임상적 진단에 대한 조사가 대부분이며 지역사회 노인의 정신건강에 관한 연구는 미비하다⁵. 더욱이 우울에 관한 선행 연구를 살펴보면 입원환자, 청소년, 임산부를 대상으로 한 연구가 대부분이며 노인만을 대상으로 한 연구는 매우 드물다. 이 중 농촌지역 노인들에 대한 연구는 본격적으로 시작된 지 얼마 되지 않아 소수의 실태 자료가 있을 뿐이다¹³.

따라서 본 연구는 농촌지역 노인의 일반적 건강상태, 사회경제적 상황과 함께 우울성향을 조사하고 농촌지역 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석하여 지역사회 노인 건강증진사업을 위한 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 한다.

연구 대상 및 방법

1. 용어의 정의

본 연구에서는 노인과 우울에 대해서 다음과 같이 정의한다.

우리 나라에서는 통념적으로 회갑 의식 및 퇴직연령 등을 감안하여 만 60세 이상을 노인으로 생각하고 있으며 이론적으로는 신체적, 생물학적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 생의 주기에 따라 변화하는 노화과정에 있는 남녀를 노인이라고 한다²⁵. 그러나 본 연구에서는 노인복지법(1989)에서 정의하고 있는 65세 이상을 노인으로 하였다. 그런데 65세 이상의 모든 노인을 동일하게 취급하는데는 문제가 있으므로 인구통계학적, 문화적, 사회적 특성을 고려하여 Specht & Craig의 분류에 따라²⁷ 중고령노인(65~74세), 고령노인(75~84세), 최고령노인(85세 이상)으로 구분하였다.

우울은 이론적으로 기분장애로 분류되며(DSM-IV) 여러 증상, 유전적 취약성, 환경적 촉진인자, 치료에 대한 반응 등으로 이루어진 질병 스펙트럼을 포함하는 증후군인데⁷ 정상적인 기분 변화로부터 병적인 기분상태까지의 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 무력감 및 무가치함을 나타내는 기분 장애를 말한다²⁶. 그러나 본 연구에서는 우울의 조작적 정의를 GDS(Geriatric Depression Scale)¹⁴의 점수 합산이 11점 이상으로 하였다.

Table 1. Distribution of the sample unit : No(%)

Area	Population	Sample
Wolhyang Ri	47 (13.9)	16 (12.0)
Ssangji Ri	78 (23.2)	41 (30.8)
Sameun Ri	8 (2.4)	2 (1.5)
Bongsan Ri	24 (7.1)	12 (9.0)
Daegal Ri	55 (16.3)	19 (14.3)
Shinchang Ri	53 (15.7)	24 (18.0)
Gayou Ri	72 (21.4)	19 (14.3)
Total	337(100.0)	133(100.0)

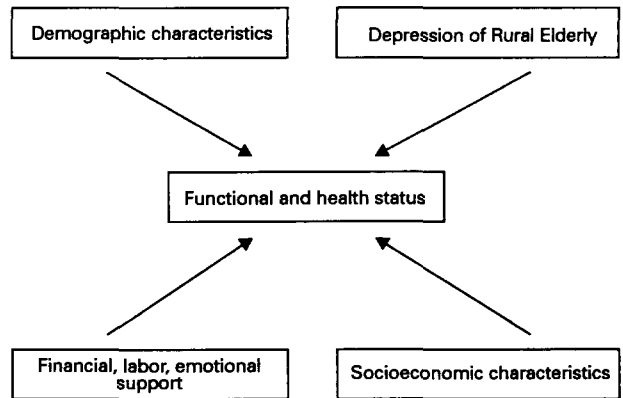


Fig 1. Framework of study.

2. 연구 대상

경기도 안성군 고삼면 7개 리에 거주하는 65세 이상 재가노인 337명 중 39.5%인 133명을 조사 대상으로 하였다. 각 지역별 조사 대상자 분포는 Table 1과 같다.

3. 자료수집 방법

조사 대상지역 면사무소에서 작성한 세대주명부에서 세대주가 65세 이상 노인인 가구를 전부 추출하였다. 이 가운데 조사 시점에 각 가정에 계신 노인분들을 대상으로 1997년 7월 28일부터 7월 31일까지 본 연구에 대해 숙지하고 있는 훈련된 조사요원 10명이 노인이 있는 가정을 방문하여 설문지에 의한 면접조사를 실시하였다. 조사 요원들간 면접의 일관성을 유지하기 위해서 면접조사 지침을 마련한 후 조사요원들에게 교육을 실시하여 이 지침에 의거하여 조사를 실시하였다.

4. 연구도구

본 연구에서는 농촌 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 설문지를 사용하였으며 설문지는 일반적 특성, 사회경제적 특성, 사회적 지지정도, 건강상태, GDS 항목으로 구성하였다. 일반적 특성을 묻는 문항으로는 성별, 연령, 직업, 결혼상태, 거주형태, 학력, 종교를 포함하였으며 사회경제적 특성을 묻는 문항으로는 주관적 경제상태, 생활비 의존도, 여가활동 유무를, 사회적 지지정도를 묻는 문항으로는 경제적 지지정도, 노동적 지지정도, 정서적 지지정도를, 건강상태를 묻는 문항으로는 일상생활수행능력(ADL), 주관적 건강상태, 만성질환 유무를 포함하였다.

노인 우울증을 측정하기 위해서 30문항으로 구성된 GDS를 사용하였는데 이 측정도구는 Yesavage등¹⁴과 기

백석 등¹⁵의 연구에서 타당도와 신뢰도가 검증되었다. 본 연구에서는 연구자들이 GDS를 우리말로 번역하여 정신과 전문의 3인의 검토를 받아 내용타당도를 확보하였으며 신뢰도 검정 결과 Cronbach $\alpha=0.8740$ 이었다. 우울증의 판단 기준은 Yesavage등¹⁴의 연구에서 제시하고 있는 0~10점은 정상, 11~20점은 경증 우울, 21~30점은 중증 우울의 평가 기준을 그대로 적용하였다.

5. 연구모형

노인의 우울에 대한 선행연구를 검토한 결과, 우울에 영향을 미치는 요인으로서는 연령, 성, 경제수준, 학력, 가족력, 질병 및 장애, 생활사건, 사회적 관계, 인성, 생물학적 요인 등이었다. 본 연구에서는 조사 지역의 보건지소장으로부터 소개받은 지역 주민들의 특성을 고려하여 일반적 특성, 사회경제적 특성, 건강상태, 경제적, 노동적, 정서적 지지정도의 변수를 사용하였다. 본 연구의 모형은 Fig. 1과 같다.

6. 변수의 정의

본 연구에서는 우울정도를 종속변수로 하고 일반적 특성, 사회경제적 특성, 건강상태, 경제적, 노동적, 정서적 지지정도의 변수를 독립변수로 선정하였다. 연구에 사용된 변수는 Table 2와 같다.

7. 분석방법

본 연구의 분석은 SPSS/PC+ version 7.0을 사용하였는데, 일반적 특성은 빈도, 백분율로 파악하였으며 일반적 특성과 사회경제적 특성, 사회적 지지정도별, 건강상태별 GDS점수 차이의 유의성은 t-test 및 ANOVA를

Table 2. Definition of variables

	Variables	Remarks
Dependent variable	Level of depression	- GDS score
Independent variable	Demographic characteristics	- Gender(male 1, female 0)
		- Age(yr)
		- Occupation(Yes 1, No 0)
		- Marrital status(Married 1, Widow 0)
		- Living arrangement(Alone 0, Others 1)
		- Religious preference(None 0, Christianity 1, Catholicism 2, Buddhism 3, Confucianism 4, Others 5)
		- Education(None 0, Seo dang 1, Primary school 2, Middle school 3, Above high school 4)
		- ADL
		- Perceived health status(Bad 1, Poor 2, Good 3, Excellent 4)
		- Chronic disease(number)
	Functional status	- Financial support(None 0, Little 1, Normal 2, Much 3)
	Health status	- Labor support(None 0, Little 1, Normal 2, Much 3)
	Financial, support	- Emotional support(None 0, Little 1, Normal 2, Much 3)
Labor support	- Living expense(Dependent 0, Independent 1)	
Emotional support	- Subjective economic status(Bad 0, Poor 1, Good 2, Excellent 3)	
Socioeconomic characteristics	- Leisure activity(Yes 1, No 0)	

사용하여 분석하였고 농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 선정하기 위해 다중회귀(multiple regression) 분석을 실시하였다.

결 과

1. 조사 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성은 Table 3과 같다.

조사 대상자의 성별 분포를 보면 남자가 48.1%, 여자가 51.9%로 여자가 더 많았다. 연령별 분포는 65세에서 74세 군이 78명으로 가장 많아 전체의 58.6%를 차지하였고 75세에서 84세 군은 전체의 36.1%, 85세 이상군은 전체의 5.3%이었으며 대상자의 평균연령은 73.6세이었다.

직업이 있는 대상자는 전체의 45.9%이었으며 결혼상태별 분포를 살펴보면 기혼은 78명으로 전체의 58.6%, 사별은 55명으로 전체의 41.4%를 차지하였다. 거주 형태별로는 혼자 사는 독거노인이 13명(9.8%)이었으며 가족과 함께 사는 비독거노인이 120명(90.2%)으로 조사대상자 대부분이 비독거노인이었다. 종교는 무교가 46.6%로 가장 많았으며, 기독교, 불교, 천주교의 순이었다. 교육정도는 무학이 87명(65.4%)으로 대부분이었고 국졸은 28.6%, 중졸은 4.6%이었다.

2. 조사 대상자의 특성별 우울정도

1) **조사 대상자의 우울정도:** GDS점수를 이용하여 조사 대상 노인의 우울정도를 측정한 결과, 정상군(GDS 점수 : 10점 이하)이 86명(64.7%), 경증 우울(GDS점수 : 11~20점)은 40명(30.1%), 중증 우울(GDS점수 : 21~30점)은 7명(5.3%)이었다(Table 3). 따라서 조사대상 지역 노인들 가운데 우울성향을 보이는 대상자는 47명으로 전체 조사대상자의 35.4%인 것으로 조사되었다.

2) **일반적 특성별 우울정도:** 조사 대상자의 일반적 특성별 우울정도를 살펴보면 여자가 남자보다 GDS점수가 높아서 더 우울한 것으로 조사되었으나 통계학적으로 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$)(Table 5). 그런데 연령별 우울정도를 살펴보면 연령이 증가할수록 GDS점수가 높아서 85세 이상 연령군에서 가장 높았다($p < 0.05$).

직업이 없는 대상자의 GDS점수는 직업이 있는 대상자보다 높았으나 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$). 결혼상태별로는 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인보다 GDS점수가 낮아서 배우자가 없는 노인의 우울정도가 더 심한 것으로 조사되었다($p < 0.05$). 독거노인이 비독거노인에 비해 GDS점수가 통계학적으로 유의하게 높았으며($p < 0.01$) 그 차이가 심해서 독거노인의 우울정도가 매우 심한 것으로 조사되었다. 종교가 없는 노인들이 종교가 있는 노인들보다 GDS점수가 다소 높았

Table 3. Demographic characteristics of the sample

Variable		No (%)
Gender	Male	64 (48.1)
	Female	69 (51.9)
Age	65 - 74	78 (58.6)
	75 - 84	48 (36.1)
	85 +	7 (5.3)
Occupation	No	72 (54.1)
	Yes	61 (45.9)
Marital status	Married	78 (58.6)
	Widowed	55 (41.4)
Living arrangement	Alone	13 (9.8)
	Others	120 (90.2)
Religious preference	None	62 (46.6)
	Christianity	29 (21.8)
	Catholicism	9 (6.8)
	Buddhism	29 (21.8)
	Confucianism	3 (2.3)
	Others	1 (0.8)
Education	None	87 (65.4)
	Seo dang	1 (0.8)
	Primary school	38 (28.6)
	Middle school	6 (4.6)
	Above high school	1 (0.8)
Total		133 (100.0)

Table 4. The level of GDS score for the sample

Score	No	%
Normal (0 -10)	86	64.7
Mild depressed (11-20)	40	30.1
Severe depressed (21-30)		75.3
Total	133	100.0

Table 5. GDS score by demographic characteristics

Variable		Mean ± SD	t or F value
Gender	Male	7.89 ± 5.87	1.88
	Female	9.87 ± 6.19	
Age	65 - 74	7.97 ± 6.20	3.52*
	75 - 84	10.04 ± 5.56	
	85 +	13.14 ± 6.79	
Occupation	No	9.60 ± 6.08	1.24
	Yes	8.28 ± 6.14	
Marital status	Married	7.86 ± 5.65	-2.60*
	Widowed	10.60 ± 6.45	
Living arrangement	Alone	14.46 ± 6.90	1.09**
	Others	8.40 ± 5.76	
Religious preference	No	9.76 ± 6.09	1.35
	Yes	8.32 ± 6.12	
Education	Under primary school	9.24 ± 6.22	0.65
	Above primary school	8.51 ± 5.97	

* p<0.05 ** p<0.01

으나 그 차이는 통계학적으로 유의하지 않았다(p>0.05). 교육정도별 우울정도는 국졸 이상 학력 노인들의 GDS점수가 무학 노인들의 GDS점수보다 낮았으나 이것 역시 통계학적으로 유의한 차이는 없었다(p>0.05).

3) 건강상태별 우울정도: 건강상태별 우울정도는 Table 6과 같다.

본 연구에서는 노인들의 건강상태를 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 만성질환 유무에 따라 조사하였다. 일상생활수행능력은 Katz¹⁶의 ADL(Activities of daily living) 6항목별 수행 정도를 조사하였는데 6개 항목 모두 수행 가능한 대상자는 독립수행군, 1개 항목이라도 수행 가능하지 않은 대상자는 부분의존군, 6개 항목 모두 가능하지 않은 대상자는 완전의존군으로 구분하였다. 주관적 건강상태는 자신이 스스로 인지하는 건강상태로 조사하였으며 만성질환 유무는 백내장, 관절염/신경통, 당뇨병, 고혈압, 결핵, 심장질환, 중풍, 치아결손(틀니), 실금, 요통, 난청의 12가지 질병에 대해 자신이

않고 있다고 응답한 만성질환의 갯수로 조사하였다.

일상생활수행능력별 우울정도는 완전의존군의 GDS 점수가 가장 높았고 그 다음 부분의존군, 독립수행군의 순으로 나타나 일상생활수행능력이 저조할수록 우울의 정도가 심한 것으로 조사되었다(p<0.01). 이러한 조사 결과는 주관적 건강상태에서도 동일하게 나타났는데 자신의 건강을 스스로 나쁘다고 평가한 노인의 GDS점수가 가장 높았다(p<0.01). 그리고 현재 앓고 있는 만성질환의 갯수가 5개 이상인 군의 GDS점수가 가장 높았다(p<0.05).

4) 경제적, 노동적, 정서적 지지정도에 따른 우울정도: 경제적, 노동적, 정서적 지지정도에 따른 우울정도는 Table 7과 같다.

Table 6. GDS score by health status

Variable		Mean ± SD	F value
Activities of daily living (ADL)	Independent	8.18 ± 5.88	7.83**
	Partially dependent	9.38 ± 5.72	
	Completely dependent	17.83 ± 5.85	
Perceived health status	Excellent	3.77 ± 2.92	10.75**
	Good	8.30 ± 5.47	
	Poor	10.45 ± 5.95	
	Bad	17.57 ± 7.32	
Chronic disease (Number)	0	5.80 ± 4.55	2.81*
	1-2	8.71 ± 5.77	
	3-4	9.10 ± 6.41	
	Above 5	16.00 ± 7.65	

* p < 0.05 ** p < 0.01

Table 7. GDS score by financial, labor and emotional support

Variable		mean ± SD	F value
Financial support	None	14.78 ± 9.39	4.89*
	Little	10.44 ± 6.17	
	Normal	8.93 ± 5.65	
	Much	7.38 ± 5.17	
Labor support	None	11.58 ± 9.74	1.04
	Little	9.23 ± 5.61	
	Normal	9.15 ± 5.82	
	Much	8.23 ± 5.60	
Emotional support	None	13.78 ± 8.41	3.87*
	Little	11.70 ± 7.58	
	Normal	8.39 ± 5.19	
	Much	8.04 ± 5.49	

* p < 0.05

조사 대상자의 사회적 지지정도를 가족이나 형제, 친지, 이웃 등으로부터 물질적으로 도움을 받는 경제적 지지, 육체적으로 힘이 많이 드는 일을 할 때 도움을 받는 노동적 지지, 말벗이 되어 주는 등의 정서적 지지의 세 측면으로 나누어 조사하였는데 가족 및 친구 혹은 친지에게서 경제적으로 도움을 받고 있다고 생각하는 노인이 그렇지 못한 노인에 비해 GDS점수가 낮았다(p < 0.05). 또한 노동적으로 도움을 받고 있다고 생각하는 노인들도 도움을 받고 있지 못하다고 생각하는 노인보다 GDS점수가 낮았으나 통계학적으로는 유의하지 않았으며(p > 0.05), 정서적으로 많은 도움을 받고 있

다고 생각하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 GDS점수가 낮았다(p < 0.05).

5) **사회경제적 상태별 우울정도:** 사회경제 상태별 우울정도는 Table 8과 같다.

생활비를 의존하는 노인의 GDS점수가 자립하는 노인의 GDS점수보다 높았으며 (p < 0.05) 자신의 경제상태를 좋게 평가하는 노인의 GDS점수가 그렇지 못한 노인의 GDS점수보다 낮았다(p < 0.01). 그리고 여가활동을 하고 있는 노인이 하지 않는 노인보다 GDS점수가 낮았다(p < 0.05).

3. 농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 요인

농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 선정하기 위해서 GDS점수를 종속변수로 하여 다중회귀 분석을 하였다(Table 9). 다중회귀 분석 모형에 포함될 변수들 간에 강한 상관 관계가 있으면 다중 공선성으로 인해 회귀계수 추정 결과를 왜곡할 수 있다. 따라서 분석 시행 전에 독립변수들간에 상관관계를 구한 후 적합한 변수만을 모형에 포함시켰다.

농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 요인은 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 거주형태, 여가활동여부, 경제적 지지정도, 노동적 지지정도인 것으로 분석되었다. 주관적 경제상태가 나쁠수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 여가활동이 없을수록, 경제적 지지가 없을수록, 노동적 지지를 받을수록 그리고 독거노인이 GDS점수가 높은 것으로 나타났으며 이 변수들의 설명력은 42.6%이었다.

Table 8. GDS score by socioeconomic status

Variable		Mean±SD	t or F value
Living expense	Dependent	9.97±6.24	3.61*
	Independent	7.02±5.43	
Subjective economic status	Bad	14.00±0.00	15.39**
	Poor	13.18±6.40	
	Good	7.15±4.87	
	Excellent	4.93±3.43	
Leisure activity	Yes	6.70±4.58	6.73*
	No	10.12±6.49	

*p<0.05 **p<0.01

Table 9. Risk factors for depression of rural elderly

Variable	β	SE	t
ADL	-0.038	0.301	-0.453
Age	0.046	0.082	0.550
Chronic disease	-0.044	0.406	-0.554
Subjective economic status	-0.362	0.758	-4.437**
Education	0.000	0.947	-0.003
Perceived health status	-0.281	0.808	-2.930**
Living arrangement	-0.160	1.541	-2.121*
Marital status	-0.061	0.510	-0.741
Living expense	-0.120	1.049	-1.477
Occupation	-0.150	0.975	-1.877
Recreation activity	-0.198	0.912	-2.806**
Religion preference	-0.027	0.900	-0.360
Gender	0.003	0.857	0.049
Financial support	-0.221	0.623	-2.291*
Labor support	0.212	0.574	2.223*
Emotional support	-0.088	0.567	-1.014
Constant		7.364	4.163**

R² : 0.496

Adjusted R² : 0.426

* p<0.05 ** p<0.01

고 찰

1960년대부터 시작된 급속한 산업화의 결과로 1970년대 이후부터 노인층의 문제가 사회와 학계의 주요 관심사로 부상하게 되었다. 특히 사회 경제구조의 변화로 노인들의 정신건강문제가 대두하게 되었으나 문제 해결을 위한 체계적인 연구나 해결방안의 모색은 매우 미비한 상태에 머물러 있다.⁵

본 연구는 지역사회 노인 정신건강관리를 위한 기초 자료를 제공하기 위해서 의료기관에서 치료 중이거나 시설에 수용된 노인이 아닌 지역사회에서 흔히 접할 수 있는 재가 노인을 대상으로 하였다. 연구 대상을 1개 면 지역에 거주하는 재가 노인에 국한하여 조사하였으므로 연구의 결과가 우리 나라 노인들의 성향을 대표한다고 볼 수 없으나 조사 대상 지역의 노인이 있는 가정은 모두 방문하여 조사한 결과이므로 이 지역을 파악하는데는 의의가 있는 자료라고 판단된다.

노인들의 정상적인 노화 현상과 관련하여 나타나는 수면장애, 식욕변화, 인지기능의 저하 등의 증상이 우울 증상과 비슷하여 진단에 혼란을 준다. 또한 건강한 노인보다 치매노인이 우울 증상을 더 많이 호소한다고 보고하고 있어¹⁸ 우울증의 진단에 어려움을 가중시킨다. 따라서 노인 환자들의 우울 증상을 평가하는 도구는 청장년에게 사용하는 것과 구분이 되는 내용을 포함하여야 하며 연령이 증가함으로써 나타나는 증상과 노인성 우울에 의해 나타나는 증상을 구별할 수 있는 것이어야 한다. 또한 노인 우울 평가 척도의 질문 문항은 조사자들에게 단순하고 쉽게 이해되어야 한다.¹⁵

우울 증상에 대한 다수의 연구^{6,11,13,21}들에서는 BDI, CES-D, SDS 등의 도구를 사용하였으나 이러한 도구들은 문항이 많으며 응답에 있어 혼란을 줄 수 있는 여지가 있다고 생각되어 본 연구에서는 노인의 특성과 응답의 용이성을 고려하여 GDS를 사용하였다.

우울을 구분하는 기준점(cut-point)에 있어 본 연구에서는 Yesavage¹⁴의 연구에서 제시된 11점을 우울의 기준으로 보았는데 기백석과 이철원¹⁵의 연구에서는 10점을 적용하고 있어 차이를 보였다. 따라서 측정 도구의 객관적 판단 기준점을 설정하기 위한 추후 연구가 필요하다.

본 연구의 분석결과 조사 대상자의 35.4%가 우울 성향을 보이는 것으로 조사되었는데 이 결과는 대구 지역 재가 노인을 대상으로 연구한 박병탁 등¹¹의 연구나 대구대학교 부설 노인대학의 학생들을 대상으로 연구한 오현경¹⁰의 조사 결과와 유사하였다. 그러나 대구, 경산군 보건소에 내원한 노인과 서울시의 노인학교에 출석한 노인을 대상으로 한 이종범¹⁷의 연구에서 우울증이 의심되는 노인이 45%이었다는 결과보다는 다소 낮았다. 이러한 연구 결과들을 종합하면 우리 나라 노인들의 우울 성향은 전반적으로 높은 수준임을 알 수 있다.

성별로 우울정도를 비교한 결과 여자가 남자에 비해 우울 점수가 높았으나 통계학적으로 유의한 차이는 없었다. 일부 농촌 지역 노인들의 우울에 대한 류성훈 등⁶과 이정애¹³의 연구에서는 여자가 남자에 비해 통계

학적으로 유의하게 우울 점수가 높았다. 그런데 최근에 발표된 Katona¹⁸의 연구에서는 노인의 우울에 있어서 성별이 고유하게 영향을 주는 변수라고 볼 수 없다는 결과가 보고되었다. 한편 Kennedy¹⁹의 연구에 의하면 여자에게 있어서 우울과 연령은 상관관계가 있으나, 남자에게 있어서는 상관관계가 없었다.

본 연구에서는 연령이 증가할수록 우울 점수도 증가하는 경향을 보였는데($p < 0.05$) 이는 다른 선행연구¹³의 결과와 일치하였다. 1994년 한국보건사회연구원²⁰의 조사 결과 지역별 인구 분포에서 80세 이상 노인의 비율이 시부에 비해 군부가 높았는데 이러한 결과는 도시 지역보다 농촌 지역에서 노인 정신건강관리가 더욱 필요하다는 것을 시사한다.

배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인에 비해 우울 점수가 낮았으며($p < 0.05$), 비독거 노인이 독거 노인에 비해 우울 점수가 낮았는데($p < 0.01$) 이것은 전라남도 곡성군 지역 노인들의 우울을 연구한 이정애¹³와 대전시와 대전시의 인근 지역에 거주하는 노인들을 대상으로 연구한 신철호²⁴의 연구와 유사한 결과였다. 이러한 연구 결과는 노인들의 정신 건강을 유지하는데 있어 가족의 역할이 매우 중요함을 보여주는 것이라 할 수 있다.

노인이 스스로 가족이나 친지, 친구 및 이웃 등으로부터 경제적으로 혹은 정서적으로 도움을 받고 있다고 평가할수록 우울점수가 낮았는데 이러한 조사 결과는 노인들의 사회적 지지와 우울정도는 상관관계가 있다는 박인숙²¹의 연구 결과와도 일치하였다.

우울 증상은 가족의 유무와 상관관계가 높으며 노인의 우울 증상 관리에 있어서도 가족은 중요한 역할을 하는 것으로 판단된다. 그러나 농촌 지역은 도시 지역에 비해 독거노인의 비율이 높으며 본 연구의 결과 독거노인의 우울정도가 더 심한 것으로 조사되어 농촌노인의 우울증을 관리하기 위해서는 지역사회에서 인적 자원을 활용하는 방안이 적극적으로 모색되어야 한다. 구체적으로 지역사회가 공동으로 이러한 문제를 해결할 수 있도록 자원봉사자를 투입하거나 결연을 맺거나 독거노인이 함께 할 수 있는 프로그램을 마련하는 것이 그 방안이 될 수 있다고 판단된다.

생활비 조달을 타인에게 의존하는 노인의 우울 점수가 높았으며($p < 0.05$) 주관적인 경제상태가 나쁜 노인의 우울 점수가 높다는($p < 0.01$) 본 연구의 결과는 월수입이 높을수록 우울 점수가 낮았다는 오현경⁹과 이정애¹³ 및 Kennedy¹⁹의 연구 결과나 용돈이 많을수록 우울 점수가 낮았다는 류성훈⁶의 연구 결과와도 일치하였다. 이러한 연구 결과로 볼 때 농촌 지역 노인들의 정신건강관리를 위해서는 보건소나 병원 등의 보

건의료 기관에서 치료 중심으로 접근하기 보다는 지방자치단체의 복지관련 부처와 공동으로 보다 적극적인 관리 방안을 모색하는 것이 필요하다고 본다.

한편 조사대상자의 일상생활수행능력이 떨어질수록($p < 0.01$) 주관적 건강상태가 나쁜 노인($p < 0.01$), 그리고 현재 앓고 있는 만성질환이 5개 이상으로 많은 노인의 우울 점수가 유의하게 높게($p < 0.05$) 분석된 본 조사 결과는 기존의 연구^{6,13,19,28} 결과들과 일치하였다. Katona¹⁸의 연구에서는 신체 질환이 우울 증상 치료의 방해가 되는 가장 중요한 단일 요인으로 보고되고 있어 본 조사 결과를 뒷받침해주고 있다. 이러한 조사 결과는 노인 보건관리 사업에 있어서 신체건강과 정신건강을 동시에 고려하여 관리하여야 함을 시사하는 바 정신질환이 아닌 신체질환으로 의료기관을 방문한 노인도 정신 증상에 대해 면밀히 관찰하여 예방적 측면에서 관리를 하는 것이 필요하다고 판단된다.

본 연구에서 농촌지역 노인의 우울에 영향을 미치는 요인 중 여가활동 여부가 선정되었는데 여가활동을 하는 노인일수록 우울정도가 낮았다. 이러한 본 연구의 결과는 건강습관에 따른 우울정도를 분석한 신철호²⁴의 연구에서 규칙적으로 운동을 하는 군의 우울 점수가 규칙적으로 운동을 하지 않는 군보다 유의하게 낮았다는 연구 결과와도 유사하였다. 이에 따라 농촌 노인들에게 규칙적으로 운동을 할 수 있도록 프로그램을 제공하거나 운동의 필요성과 구체적인 방법을 교육하는 것이 필요하다고 판단된다. 그러나 농촌 노인들 중 농업에 종사하는 경우 운동의 필요성을 느끼지 못하는 경우가 많은데 이러한 편견을 교정할 수 있도록 동기 유발을 하는 것이 중요하다.

본 연구 결과에 의하면 농촌지역 노인들의 우울 증상에 영향을 주는 요인에는 보건의료 관련 요인 뿐만 아니라 경제적인 요인과 경제적 및 노동적 지지정도, 그리고 가족형태의 요인이 포함되어 있다. 따라서 농촌지역 노인의 우울 증상을 관리하기 위해서는 보건소, 보건지소, 병의원 등 보건의료기관만의 독자적인 접근보다는 지역사회 행정기관, 학교, 부녀회, 노인회 등 관련 기관의 총체적인 접근이 필요하다고 판단된다.

본 연구에서는 보건의료 측면에 중점을 두어 농촌지역 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석하였기 때문에 사회적 지지에 대한 세부적인 내용에 대한 조사를 실시하지 못하였다. 향후 다른 연구에서는 사회적 지지에 대해 자세히 조사하여 노인들의 우울 증상을 관리하기 위해서 지역사회에서 어떠한 도움이 가능할지 조사하는 것은 의의가 있을 것으로 판단된다. 본 연구는 일개면의 노인들에 국한하여 조사하였으므로 향후 더 많은 지역의 대상자를 조사하여 지역사회 노인

들의 정신건강 관리를 위한 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 생성하는 것이 필요하다고 본다.

결 론

농촌지역 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 경기도 안성군 고삼면의 재가 노인 133명을 대상으로 1997년 7월 28일부터 31일까지 면접조사를 실시하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) GDS를 이용하여 조사 대상 노인의 우울정도를 측정한 결과, 우울성향을 보이는 노인은 47명으로 전체 조사 대상자의 35.4%인 것으로 조사되었다.

2) 노인들의 일반적 특성별 우울정도는 85세 이상 연령군의 GDS점수가 가장 높았으며($p < 0.05$), 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인보다 GDS점수가 유의하게 낮았다($p < 0.05$). 그리고 독거노인의 GDS점수가 비독거노인에 비해 통계학적으로 유의하게 높았다($p < 0.01$).

3) 건강상태별 우울정도를 살펴보면 완전의존군의 GDS점수가 가장 높았고 그 다음 부분의존군, 독립수행군의 순으로 나타났다($p < 0.01$). 자신의 건강을 스스로 나쁘다고 평가하는 노인의 GDS점수가 높았으며($p < 0.01$) 현재 앓고 있는 만성질환이 5개 이상으로 많은 노인의 GDS점수가 높았다($p < 0.05$).

4) 가족 및 친구 혹은 친지에게서 경제적으로 도움을 받고 있는 노인이 그렇지 못한 노인에 비해 GDS점수가 낮았으며($p < 0.05$), 정서적으로 많은 도움을 받고 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 GDS점수가 낮았다($p < 0.05$).

5) 생활비를 의존하고 있는 노인의 GDS점수가 자립하고 있는 노인보다 높았으며($p < 0.05$) 자신의 경제상태를 좋게 평가하는 노인의 GDS점수가 낮았다($p < 0.01$). 그리고 여가활동을 하고 있는 노인이 하지 않는 노인보다 GDS점수가 낮았다($p < 0.05$).

6) 농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 변수로는 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 여가활동여부, 주거형태, 경제적 지지정도, 노동적 지지정도가 선정되었다. 주관적 경제상태가 나쁠수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 여가활동이 없을수록, 경제적 지지가 없을수록, 노동적 지지를 받을수록 그리고 독거노인일수록 GDS 점수가 높은 것으로 나타났으며 이 변수들의 설명력은 42.6%이었다.

감사의 말씀

본 연구를 위하여 자문과 조언을 주신 아주대학교 의과대학 정신과학교실의 이영문선생님, 노재성선생님, 오은영선생님께 깊은 감사를 드립니다.

참 고 문 헌

1. 통계청: 생활 속의 통계. 1996, pp114-115
2. 서미경: 노인보건의료의 현황과 개선방안. 서울, 한국보건사회연구원, 1995, p7
3. Larson R: Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology* 33: 109-115, 1978
4. 최성재: 2000년대를 향한 노인복지 정책의 방향. *정신건강연구* 13: 97-114, 1994
5. 조맹제 및 배제남: 한국의 사회변화와 노인정신건강. *정신건강연구* 13: 82-96, 1994
6. 류성훈, 이귀형 및 오상우: 노인의 우울·불안 및 인지기능에 미치는 인자들의 영향에 관한 연구. *신경정신의학* 29: 832-842, 1990
7. 이형영: 정신의학. 전남대출판부, 1988
8. Erikson EH: *Childhood & Society*, 2nd ed, New York, WW Norton, 1963, pp255-28
9. Blazer DG, Bachar JR and Manton KG: Suicide in late life. *Journal of the American Geriatrics Society* 34: 519-525, 1986
10. 오현경, 배철형, 신항순 및 신동학: 건강한 노인들의 일상생활을 위한 기능적 능력과 우울에 관한 역학 조사. *최신의학* 35: 21-30, 1992
11. 박병탁, 이종범 및 이종훈: 양로원 재원 노인의 우울에 관한 연구. *영남의대학술지* 7: 79-87, 1990
12. 최삼섭, 위자형 및 이선희: 농촌 주민의 성인병 실태와 보건지도. *한국농촌의학회지* 20: 111-120, 1995
13. 이정애 및 정향균: 농촌 지역 노인들의 우울 및 인지기능 장애에 관한 연구. *예방의학회지* 26: 412-429, 1993
14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M and Von Otio L: Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatry Research* 17: 37-49, 1983
15. 기백석 및 이철원: 한국판 노인 우울 척도의 표준화 예비 연구. *신경정신의학* 34: 1875-1885, 1995
16. Katz S and Stroud III MW: Functional assessment in geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 267-271, 1989
17. 이종범 및 정석덕: 노인의 불안과 우울에 관한 연구. *신경정신의학* 24: 431-444, 1985
18. Katona CLE: *Depression in old age*, Ontario, John Wiley & Sons, 1994
19. Kennedy GJ, Kelman HR and Thomas C: Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *American Journal of Psychiatry* 146: 220-225,

- 1989
20. 이가옥, 서미경, 고경환 및 박중돈: 노인생활 실태 분석 및 정책과제. 서울, 보건사회 연구원, 1994, p26
 21. 박인숙, 오경옥 및 김종인: 노인의 사회적 지지, 삶의 만족도 및 우울의 관계 분석 연구. 충남의대잡지 16: 245-259, 1989
 22. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 아주대학교 의과대학 예방의학교실: 보건향상을 위한 의료정책 개발. 1997
 23. Wells CE: Pseudodementia. American Journal of Psychiatry 136: 895-900, 1979
 24. 신철호, 김수영, 이영수, 조영채, 이태용 및 이동배: 일부 지역 노인들의 인지기능과 우울에 관련된 요인에 관한 연구. 예방 의학회지 29: 199-214, 1996
 25. 이순희: 일부 노인의 자아존중감과 삶의 만족도와와의 관계 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문, 1992
 26. Battle J: Relationship between self-esteem and depression. Psychological Reports 42: 745-746, 1978
 27. 장인협 및 최성재: 노인복지학. 서울, 서울대학교 출판부, 1992, p26
 28. 김찬형, 이종섭, 신승철, 이호영 및 유계준: 한국 일 농촌지역 노인의 일상생활 수행 능력 및 정신건강에 관한 사회정신의학적 연구. 신경정신의학 31: 1063-1072, 1992
-