농촌 지역 재가노인의 우울에 영향을 미치는 요인

손지애¹ · 서순림² · 김미한³

경북재활병원¹, 경북대학교 간호대학², 경일대학교 간호학과³

Factors related to Depression of Rural Elders

Son, Ji-Ae¹ · Suh, Soon-Rim² · Kim, Mihan³

¹Kyungpook Rehabilitation Hospital, Andong

²College of Nursing, Kyungpook National University, Daegu

³Department of Nursing, Kyungil University, Gyeongsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine factors related to depression in rural Korean elders. **Methods:** The participants in this study were 228 older adults living in four 'myeons' of A city, Korea. The survey period was from June 1 to July 5, 2012. Variables measured were stress, ADL, health status, MMSE-K and depression. Descriptive statistics, t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson correlation coefficients and hierarchical multiple regression analysis were used for data analysis. **Results:** Of the participants, 79.8% were in the depression group based on 16 cut off points. Data analysis showed that stress, economic status and health status were the factors influencing depression of community dwelling elders in rural areas. **Conclusion:** In hierarchical multiple regression analysis, stress, economic status and health status significantly influenced depression of community dwelling elders in the rural area. These findings suggest that stress reduction and health improvement programs should be implemented to decrease depression in rural elders.

Key Words: Aged, Rural population, Depression

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 노인의 고령화 현상은 경제개발협력기구 국가 중 가장 빠르게 진행되고 있어 2017년에는 고령사회, 2026년에는 초고령 사회에 도달할 것으로 전망된다. 특히 농가인구의 고령화율은 35.6%로 우리나라 전체 인구 고령화율의 3배를 넘는 수준이다[1]. 농촌노인은 도시노인에 비하여 경제수준이 낮고 주거 환경이 열악하며 의료 및 복지서비스의 사

각지대에 있는 등 취약한 상태에 있다고 볼 수 있으므로[2] 이들의 신체적, 심리적, 사회적 건강문제에 대비한 건강간호서비스가 체계적으로 이루어질 필요가 있다.

인구의 고령화에서 가장 두드러진 특징은 우울의 증가인데, 실제로 우울은 노인인구의 약 20~50%에서 나타날 정도로 노인의 가장 흔한 건강문제의 하나로 알려져 있다[3]. 또한 도시와 농촌 지역별로 노인 우울을 비교했을 때, 농촌노인은 도시노인에 비해 우울 점수가 높았는데, 이는 우울과 관련된 신체·정서적 요인, 사회 경제적 상태, 의료자원 접근성 등이 도시와 농촌이 다르기 때문으로[4] 농촌 지역 노인의 상황을

주요어: 노인, 농촌인구, 우울

Corresponding author: Kim, Mihan

Department of Nursing, Kyungil University, 50 Gamasilgil, Hayanggun, Gyeongsan 712-701, Korea.
Tel: +82-53-600-5661, Fax: +82-53-600-5661, E-mail: mhkim@kiu.ac.kr

- 이 논문은 제 1저자인 손지애의 석사학위논문 일부를 발췌한 것임.

- This manuscript is based on a part of the first author's master dissertation.

Received: Jan 15, 2015 / Revised: Apr 2, 2015 / Accepted: Apr 23, 2015

고려한 우울 예방 및 관리 방안이 필요하다.

우울은 자살의 중요한 예측인자로 알려져 있으며, 노인의 만성질환 악화 및 일상생활 기능의 감소를 가져와서 삶의 질을 떨어뜨리므로[5] 간과할 수 없는 중요한 건강문제이다. 그러므로 노인이 지각하는 우울을 예방하고 관리하기 위해서는 우울 영향요인들을 파악하고 중재 가능한 변수를 확인할 필요가 있다.

선행연구에서 나타난 농촌노인의 우울 관련 요인을 살펴보면 여성, 연령이 높은 경우, 배우자가 없는 경우, 종교가 없는 경우, 낮은 경제적 수준, 낮은 교육 수준의 농촌 노인에서 우울 정도가 높았으며[6-9], 고독감, 건강상태, 자기노출 정도, 지역사회활동 참여정도[4,5,10], 일상생활수행능력[9], 스트레스[2], 인지기능[8]이 농촌 노인의 우울 정도에 영향을 주었다. 그러나 이러한 선행연구들의 우울에 영향을 미치는 변인들이 다양하였고, 중재가능한 주요 변인을 파악하기가 어렵다. 특히 인구사회학적 특성, 신체적 건강, 정신·심리적 건강 특성을 모두 포함하였을 때 가장 영향력 있는 중재 변인을 규명하는 연구는 매우 적어서 농촌 지역 재가노인의 우울 관련요인에 대한 선행연구만으로 중재가능한 주요 변인을 일반화하는데에는 제한적이었다.

이에 본 연구에서는 농촌 지역 재가노인을 대상으로 인구·사회학적 특성과 함께 건강 관련요인으로 주관적 건강상태, 일상생활수행능력을, 정신·심리적 특성으로 인지 기능, 스트레스가 우울에 미치는 영향을 검증하고자 한다. 위계적 회귀분석을 통하여 이들 변수가 농촌노인의 우울에 미치는 유의한 영향력의 소멸 관계나 상대적 중요성을 파악하여 농촌노인의 우울을 감소시키는 간호중재의 전략적 방향과 지침을 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 구체적 목적은 다음과 같다.

- 농촌 지역 재가노인의 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능, 스트레스, 우울의 정도를 파악한다.
- 농촌 지역 재가노인의 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능, 스트레스, 우울의 상관관계를 파악한다.
- 농촌 지역 재가노인의 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능, 스트레스가 우울에 미치는 영향을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구설계는 농촌 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 우울에 영향을 미치는 요인을 규명한 서술적 단면조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 K도 A시 4개면에 거주하는 65세 이상의 농촌 지역 재가노인으로 임의표집 하였으며, 구체적인 대상자 선정기준은 의식이 명료하며, 의사소통에 장애가 없고, 본 연구의 목적을 이해하여 연구에 참여할 것을 동의한 재가노인으로서, 한국판 간이정신상태 검사(Mini Mental State Examination-Korea, MMSE-K)[11]를 적용한 후 중증도의 인지장애인 20점 미만 노인은 연구대상자에서 제외하에서는 15%의 탈락률을 고려하여 269부 자료수집하여 최종 228부를 자료분석에 사용하였다. G*Power 3.0 프로그램[12]으로 다변량회귀분석에서 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 .95로 설정하여 투입될 독립변수를 11개로 예상하였을 때 표본크기는 최소 178이었다. 본 연구에서는 15%의 탈락률을 고려하여 269부 자료수집하여 최종 228부를 자료분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 우울

우울 측정도구는 Radloff[13]에 의해 개발된 Center for Epidemiological Study-Depression (CES-D)을 Chun과 Rhee[14]가 한국판으로 만든 도구를 사용하였다. CES-D는 20문항의 Likert식 4점 척도로 지난 1주 동안 느끼고 행동한 것을 가장 잘 나타낸 숫자에 표시하여 점수 범위는 0~60점으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미한다. 대상자들의 우울 점수에 따라 16점 미만을 정상군, 16점 이상을 우울군으로 구분하며 우울군은 경도 우울 16~20점, 중증도 우울 21~30점, 중증도 우울 31~60점으로 분류된다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .883 이다.

2) 스트레스

스트레스 측정도구는 Frank와 Zyzanski[15]가 개발한 Brief Encounter Psychosocial Instrument (BEPsi)를 Yim 등[16]이 수정·보완한 Brief Encounter Psychosocial Instrument-Korea (BEPsi-K) 5문항을 사용하였다. 각 문항은 Likert식 5점 척도로 지난 한달 동안의 감정 상태를 느끼는 정도에 따라 '항상 있었다' 5점, '거의 언제나 있었다' 4점, '종종 여러 번 있었다' 3점, '간혹 있었다' 2점, '전혀 없었다' 1점으로 합

산한 후, 응답한 항목수로 나누어 점수화하였다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .878 이다.

3) 일상생활수행능력

일상생활수행능력 측정도구는 Won 등[17]의 한국형 일상생활활동 측정도구(Korea Activities of Daily Living Scale, K-ADL)를 사용하였다. 목욕하기, 옷 입기, 화장실 사용하기, 이동하기, 대소변 조절하기, 식사하기, 세수하기의 7문항으로 구성되어 있고, 각 문항은 Likert식 3점 척도로 '혼자서 할 수 있음' 0점, '약간의 도움이 필요' 1점, '전적으로 도움 필요' 2점으로 총 점수가 높을수록 도움이 많이 필요한 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .844 이다.

4) 주관적 건강상태

주관적 건강상태 측정도구는 자신의 건강상태를 주관적으로 평가하는 단일 문항으로 '매우 건강하다' 5점, '건강하다' 4점, '보통이다' 3점, '건강하지 않다' 2점, '매우 건강하지 않다' 1점을 부여하는 Likert식 5점 척도로 점수가 높을수록 자신의 건강 상태가 좋다고 인지함을 의미한다.

5) 인지기능

측정도구는 Folstein, Folstein과 McHugh[18]이 개발한 Mini Mental State Examination (MMSE)을 Park과 Kwon [11]이 한국노인의 특성에 맞게 수정한 한국판 간이 정신상태 검사(MMSE-K) 도구를 이용하여 측정하였다. 총 12문항으로 구성되어 있으며, 문항에 따라 0~1점, 0~2점, 0~3점, 0~5점의 점수를 부여하며, 무학의 경우 지남력에 1점, 주의집중 및 계산에 2점, 언어기능에 1점을 가산하였다. 총 점수가 24점 이상은 정상, 20~23점이면 경도의 인지 장애, 19점 이하면 중등도의 인지 장애를 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .65 이다.

4. 자료수집

자료수집의 신뢰성 확보를 위하여 연구자가 지역 의료기관에 근무하는 간호사 5인에게 연구의 목적을 이해시키고 각각 노인 2명씩을 대상으로 연구변수에 대한 설문지를 사용한 면담을 하도록 하고 연구자가 관찰하는 과정을 통해 응답을 해석하는 방법을 훈련시킨 후 연구자와 함께 자료수집을 시작하였다. 자료수집기간은 2012년 6월 1일부터 7월 5일까지였다. 연구자가 G도 A시 4개면에 소재한 경로당과 가정집을 방문

하여 연구 내용과 목적을 설명하여 허락을 받았으며, 설명을 듣고 연구에 참석할 것을 동의한 자를 대상으로 서면동의를 받은 후 진행하였다. 설문에 응하기로 한 노인 대상자 중 문맹자의 경우 직접 면담을 통해 설문지에 기록하였으며 스스로 작성할 수 있는 대상자는 직접 작성하도록 하였다. 설문에 소요된 시간은 1인당 평균 30분 정도였으며, 설문 응답에 대한 소정의 사례품을 제공하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 K대학교병원의 IRB의 승인(IRB No.: 2012-05-024-001)을 받은 후 실행하였으며, 연구대상자에게 연구목적과 참여 과정을 설명하고 동의를 받은 대상자에게만 연구참여를 진행하였으며 설문 응답이 연구목적으로만 사용될 것을 약속하고, 조사대상자의 익명과 비밀이 보장됨을 설명하며, 설문지 작성 중 언제든지 중단 할 수 있음을 설명하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성, 우울 정도에 따른 군은 빈도, 백분율의 서술 통계를 사용하였고, 스트레스, 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 인지기능 정도는 평균, 표준편차, 최소값, 최대값 범위를 구하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울 정도 비교는 t-test와 ANOVA로 분석한 후 Scheffé 사후 검정을 실시하였으며 변수들 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 사용하였다. 대상자의 우울 영향요인을 규명하기 위하여 위계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression)을 하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성을 보면 성별에서 여성이 61.4%였고 연령별로는 65~69세가 35.1%로 가장 많았고 그 다음이 75~79세가 24.6% 순으로서 평균연령은 73.4 ± 6.4 세 이었다. 종교는 있다고 응답한 경우가 72.8%였으며 학력은 초등학교 졸업이 44.7%로 가장 많았고 그 다음이 무학으로 31.6%였다. 경제 상태는 보통이 66.2%로 가장 많았으며 가족동거 형태는 배우자와 함께 사는 경우가 44.7%였고 그 다

음이 혼자 사는 경우로 30.7%였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants (N=228)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	88 (38.6)
	Female	140 (61.4)
Age (year)		73.4±6.4
	65~69	80 (35.1)
	70~74	48 (21.1)
	75~79	56 (24.6)
	≥80	44 (19.3)
Religion	No	62 (27.2)
	Yes	166 (72.8)
Education	No formal education	72 (31.6)
	Elementary school	102 (44.7)
	≥ Middle school	54 (23.7)
Economic status	Low	51 (22.4)
	Middle	151 (66.2)
	High	26 (11.4)
Type of family	Single person	70 (30.7)
	With spouse only	102 (44.7)
	Others	56 (24.6)

2. 대상자의 연구 변수

본 연구대상자의 스트레스는 2.34 ± 0.92 점이었고 일상생활수행능력은 0.85 ± 2.06 점이었다. 주관적 건강상태는 2.54 ± 0.79 점이었고 인지기능은 24.86 ± 3.22 점으로 나타났다(Table 2). 우울의 경우 대상자의 20.2%가 정상군이며 79.8%가 우울군으로 나타났다. 자세한 분포를 살펴보면 21~30점의 중등도 우울군이 32.5%로 가장 높았고 그 다음이 16~20점의 경도 우울군으로 24.6%였으며 우울 평균점수는 23.11 ± 9.37 이었다(Table 3).

Table 2. Descriptive Data for Major Variables (N=228)

Variables	M±SD	Min	Max
Stress	2.34 ± 0.92	1	5
Activities of daily living	0.85 ± 2.06	0	2
Health status	2.54 ± 0.79	1	5
Cognitive function	24.86 ± 3.22	20	30

Table 3. Depression (N=228)

Variables	n (%)	M±SD
Normal group (<16)	46 (20.2)	23.11 ± 9.37
Minor depression group (16~20)	56 (24.6)	
Moderate depression group (21~30)	74 (32.5)	
Severe depression group (31~60)	52 (22.8)	

3. 일반적 특성에 따른 우울

본 연구대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이는 연령($F=4.66, p=.005$)과 경제상태($F=13.89, p<.001$) 및 가족동거 형태($F=7.83, p=.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Scheffé 분석 결과 연령은 80세 이상 군이 65~69세 군과 70~74세 군보다 우울 점수가 통계적으로 유의하게 높았고, 경제 상태가 낮은 군이 경제 상태가 좋거나 중간 정도인 군보다 우울 점수가 통계적으로 유의하게 높았다. 가족동거 형태에서는 혼자 사는 군이 부부가 함께 사는 군보다 우울 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(Table 4).

4. 우울과 연구 변수 간의 상관관계

우울과 스트레스, 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 인지기능간의 상관관계를 살펴보면 Table 5와 같다. 연구대상자의 우울은 스트레스($r=.73, p<.001$), 일상생활수행능력($r=.24, p<.001$)과는 유의한 정적 상관관계를 나타내었고, 주관적 건강상태($r=-.40, p<.001$)와는 유의한 부적 상관관계를 나타내었다. 스트레스는 일상생활수행능력($r=.25, p<.001$)과 유의한 정적 상관관계를 나타내었고, 주관적 건강상태($r=-.35, p<.001$), 인지기능($r=-.13, p=.041$)과 유의한 부적 상관관계를 나타내었으며 일상생활수행능력은 주관적 건강상태($r=-.14, p=.028$)와 유의한 부적 상관관계이었다.

5. 우울에 영향을 미치는 요인

독립변수들 간의 다중공선성의 문제를 확인한 결과 상관관계는 $r=-.00 \sim .48$ 로 .80 이상인 설명변수는 없어 영향변수들이 독립적임을 확인하였고, Durbin-Watson 통계량은 2.01로 자기상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제는 공차 한계(tolerance)가 .53~.94로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산 팽창인자(variance inflation factor, VIF)도 1.05~1.83로 기준인 10 이상을 넘지 않아 문제가 없었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다[19].

연구대상자의 우울에 관련된 연구변수의 설명력을 확인하기 위하여 일반적 특성인 성별, 연령, 종교, 학력, 경제상태, 가족형태와 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능, 스트레스의 변인을 사용하여 위계적 회귀분석을 실시하였다.

Table 4. Depression according to General Characteristics

(N=228)

Characteristics	Categories	M±SD	t or F	p	Scheffé
Gender	Male	21.64±8.23	-1.89	.060	
	Female	24.04±9.95			
Age (year)	65~69 ^a	21.15±8.89	4.66	.005	a < b
	70~74 ^a	22.08±8.84			
	75~79 ^{ab}	23.61±9.58			
	≥ 80 ^b	27.16±9.51			
Religion	No	24.05±9.33	0.92	.357	
	Yes	22.76±9.39			
Education	No formal education	24.25±9.20	1.39	.250	
	Elementary school	23.19±9.18			
	≥ Middle school	21.44±9.89			
Economic status	High ^a	21.12±11.17	13.89	< .001	a < b
	Middle ^a	21.50±8.15			
	Low ^b	28.88±9.66			
Type of family	Single person ^a	26.13±8.09	7.83	.001	a > b
	With spouse only ^b	20.63±8.45			
	Others ^a	23.86±11.22			

Table 5. Correlation between Depression and Major Variables

(N=228)

Variables	Depression	Stress	Activities of daily living	Health status	Cognitive function
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Depression	1	.73 (< .001)	.24 (< .001)	-.40 (< .001)	-.09 (.138)
Stress		1	.25 (< .001)	-.35 (< .001)	-.13 (.041)
Activities of daily living			1	-.14 (.028)	-.12 (.051)
Health status				1	.06 (.317)
Cognitive function					1

모형 1은 일반적 특성을, 모형 2는 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능을, 모형 3은 스트레스를 추가로 투입하여 각 모형마다 투입된 변수의 영향력을 파악하였다. 모형 1에서는 연령($\beta=0.33$, $p=.001$), 경제상태가 중인 경우($\beta=-6.39$, $p<.001$), 경제상태가 하인 경우($\beta=-5.61$, $p=.011$)가 통계적으로 유의하였으며 모형 설명력은 18%였다. 모형 2에서는 연령($\beta=0.24$, $p=.014$), 종교($\beta=-2.45$, $p=.049$), 경제상태 중과 하를 비교한 경제상태e ($\beta=-4.82$, $p=.001$), 주관적 건강상태($\beta=-3.97$, $p<.001$), 일상생활수행능력($\beta=0.60$, $p=.031$)가 통계적으로 유의하였으며 모형 설명력은 31%였다. 모형 3에서는 경제상태 중과 하를 비교한 경제상태e ($\beta=-2.99$, $p=.001$), 주관적 건강상태($\beta=-1.78$, $p=.002$), 스트레스($\beta=6.18$, $p<.001$)가 통계적으로 유의하였으며 모형 설

명력은 60%였다(Table 6).

논 의

본 연구는 농촌 지역 재가노인의 우울, 스트레스, 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 인지 기능을 파악하고 이들 변수가 농촌노인의 우울 정도에 미치는 영향을 규명하며, 더 나아가 변수간의 유의한 영향력의 소멸 관계와 중재 가능한 변인을 확인하고자 실시되었다. 먼저 농촌노인의 우울, 스트레스, 일상생활수행능력, 주관적 건강상태, 인지 기능의 현황을 살펴보고 유의한 영향을 미치는 것으로 확인된 변인을 중심으로 논의를 전개하고자 한다.

본 연구에서는 농촌노인의 79.8%가 우울군으로 분류되었

Table 6. Factors Influencing on Depression

(N=228)

Independent variable	Model I			Model II			Model III		
	B	t	p	B	t	p	B	t	p
Gender ^a	1.13	0.83	.406	0.58	0.46	.644	0.25	0.27	.790
Age	0.33	3.17	.001	0.24	2.47	.014	0.14	1.94	.054
Religion ^b	-2.24	-1.69	.093	-2.45	-1.98	.049	-0.41	-0.43	.669
Education ^c	1.94	1.34	.182	1.26	0.91	.365	1.04	0.98	.330
Education ^d	1.52	0.81	.401	2.36	1.36	.175	1.33	1.00	.318
Economic status ^e	-6.39	-4.30	< .001	-4.82	-3.44	.001	-2.99	-2.76	.001
Economic status ^f	-5.61	-2.55	.011	-3.24	-1.56	.120	-2.07	-1.30	.194
Type of family ^g	-2.21	-1.42	.156	-2.61	-1.78	.075	-2.15	-1.92	.056
Type of family ^h	-0.20	-0.13	.898	-0.42	-0.28	.783	-1.25	-1.07	.287
Health status				-3.97	-5.51	< .001	-1.78	-3.07	.002
Activities of daily living				0.60	2.16	.031	0.19	0.90	.367
Cognitive function				-0.01	-0.09	.926	0.11	0.84	.399
Stress							6.18	12.39	< .001
	R ² =.18, F=5.44, p<.001			R ² =.31, F=8.01, p<.001			R ² =.60, F=24.44 p<.001		

Age (year); ^aDummy code, where Female=1, Male=0; ^bDummy code, where Yes=1, No=0; ^cDummy code, where Elementary school graduates=1, Lack of schooling=0; ^dDummy code, where Middle school graduates=1, Lack of schooling=0; ^eDummy code, where Middle=1, Low=0; ^fDummy code, where High=1, Low=0; ^gDummy code, where With spouse only=1, Single person=0; ^hDummy code, where Others=1, Single person=0.

다. 지역사회 일반 인구집단을 대상으로 우울증상 군을 조사하기 위한 검사로 유용성이 확인된 CES-D[14]로 우울을 측정하였는데 동일한 도구와 절단점을 적용하여 대도시 노인복지관 노인을 대상으로 조사한 Park과 Suh[20]의 연구에서는 우울군이 34.4%인 것과 비교해 볼 때 상당히 높은 수치이다. 이러한 결과는 농촌노인의 우울이 도시노인에 비하여 높다는 Kang과 Park[4]의 연구와 일치하는 부분이다. 그러나 다른 우울 측정도구를 사용한 Kim[6], Lee와 Lee[9]의 연구에서는 농촌노인과 도시노인의 우울 점수에 차이가 없다고 하여서, 이러한 연구결과의 차이가 단순히 농촌, 도시 지역으로 인한 것인지 각 연구에서의 대상자 연령, 경제수준, 가족동거형태 등 사회 인구학적 특성의 차이가 영향을 미친 것인지를 추후 반복적인 연구를 통해 분석할 필요가 있다.

일반적 특성에 따른 우울의 정도를 살펴보면, 본 연구에서는 80대 이상이며, 경제상태가 나빠져, 혼자 사는 노인의 경우 우울 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우 Kang과 Park[4]은 75세 이상의 농촌노인이 우울 점수가 더 높고 Lee와 Lee[9]는 80대 노인이 심한 우울증 비율이 더 높다고 하여 고령 농촌노인의 우울 정도가 높다는 본 연구와 같은 결과를 보였다. 또한 농촌노인을 대상으로 한 다른 선행연구에

서도[6,8-10] 경제상태가 나빠져나 소득활동을 하지 않는 노인, 배우자가 없는 노인의 우울증 빈도가 더 높다고 하여 본 연구와 일맥상통하였다. 따라서 농촌의 80세 이상 고령 노인으로 소득이 낮고 독거인 경우에는 우선적으로 우울의 정도를 확인하고 관리하는 시스템이 필요하다. 특히 농촌의 노년층이 두터워지는 우리나라의 인구 구조를 볼 때 전기노인, 후기노인 또는 고령자 등 연령을 고려한 정신건강증진 프로그램이 필요하다.

본 연구에서 대상자의 스트레스 정도는 평균 2.34점으로 중등도의 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 같은 도구를 사용하여 농촌노인의 스트레스를 측정한 Kim[6]의 경우 3.11점으로, 본 대상자의 스트레스가 약간 낮게 나타났다. 이는 본 연구대상자의 가족유형에서 독거노인이 적었고, 주관적인 경제수준이 중정도인 점 등 스트레스를 유발하는 사회 환경적 인자의 차이가 영향을 미쳤을 것으로 유추된다. 그러나 농촌 노인만을 대상으로 스트레스를 측정한 연구가 부족한 실정이어서 노인의 스트레스에 영향하는 요인에 대한 탐색연구가 추후 더 이뤄질 필요가 있다.

본 대상자의 일상생활수행능력은 독립적으로 일상생활을 수행하는데 큰 어려움이 없었으며, 주관적 건강상태는 보통

으로 신체적 건강상태는 양호한 편이었다. 농촌노인의 일상생활수행능력과 주관적 건강상태는 양호하였으나 도시노인에 비하여 각 점수가 낮았다는 Kim[5]의 연구와 비교해 볼 때, 농촌과 도시란 주거환경이 영향을 미칠 수 있다고 생각된다. 그러나 일상생활수행능력과 신체적 건강에 영향을 미치는 성별, 연령 등의 변인들을 통제한 후 농촌과 도시 노인을 비교하는 반복연구를 통해 좀 더 명확히 파악해 볼 필요가 있다.

농촌노인의 우울과 연구 변수들 간의 상관관계를 살펴보면 스트레스가 높고, 일상생활수행능력이 떨어지면 우울감이 높고 스스로 건강이 좋다고 생각하면 우울정도가 낮았다. 특히 스트레스와 우울 간의 상관관계가 가장 높았는데, 이는 Lee와 Lee[9], Shin과 Park[10], Lee, Lee, Lim, Hwang과 Park[23], Kim과 Lee[24]의 연구에서도 유사하였다. 즉 스트레스가 어느 다른 변수보다 우울과 강한 상관성이 있음을 알 수 있었다. 우울과 일상생활수행, 우울과 주관적 건강상태 간의 상관정도는 모두 중정도의 범위로 선행연구결과[8-10, 24-27]와 비슷하였다.

우울에 영향을 미치는 요인과 연구 변인들 간의 상대적 중요성을 확인한 결과를 살펴보면, 먼저 인구·사회학적 특성이 우울에 미치는 설명력을 검증한 모형 1의 경우 전체 변량의 18%를 설명하였다. 이어서 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 인지기능을 투입한 모형 2에서는 모형의 설명력이 31%였다. 스트레스를 추가한 모형 3의 설명력은 60%로서 29%가 상승하였다. 이러한 결과는 우울에 영향을 미치는 요인들인 인구·사회학적 특성과 주관적 건강상태 및 일상생활수행능력, 인지기능 변인들을 통제한다면 스트레스가 농촌노인의 우울에 가장 영향력이 크다는 것을 밝히는 것으로 우울 예측에 스트레스가 매우 중요한 변수임을 확인할 수 있었다.

우울은 개인이 자신의 일상활동과 경험에 대해 나타내는 감정이며 인지적인 반응과 연결되어 있다[2]. 따라서 인지적 지각에 의해 영향 받는 스트레스를 효과적으로 관리할 수 있는 방안이 모색되어야 농촌노인의 우울을 감소시킬 수 있을 것이다. 농촌노인의 주요 스트레스는 노화과정에 따른 신체적 변화나 건강문제[2], 과중한 농작업으로 인한 신체적 부담[27], 가족원의 가출이나 이혼 경험 유무와 같은 가족문제[9], 경제적 문제[23]가 제시되고 있다. 그러므로 농촌노인의 우울을 감소하기 위해서는 노화과정에 따른 신체적 심리적인 변화에 대한 정보를 제공하고 신체적 적응능력 범주 내에서 효과적으로 일상생활을 영위하도록 대처할 수 있도록 돕는 스트레스 관리 프로그램이 필요하다. 또한 개인이 사용할 수 있는 내외적 자원에 따라 스트레스 인지 정도가 달라지므로[2] 지역

사회와 연계한 다양한 지지자원을 제공하는 원망이 구축하여 스트레스를 관리할 수 있도록 하여야 할 것이다.

모형 3에서 스트레스 외 우울에 유의한 영향을 준 요인으로 는 경제상태와 주관적 건강상태로서 경제상태가 하인 노인에 비하여 중인 노인이 주관적 건강상태가 좋을수록 대상자의 우울이 낮았다 특히 경제상태는 농촌노인을 대상으로 한 선행연구에서도[2,9,10] 우울에 영향을 미치는 요인으로 제시된 바 있다. 경제적 빈곤은 노인 스트레스의 주원인이 될 수 있으며[23] 일상생활이나 사회생활의 자율성이나 활동력을 위축시키고 자존감을 약화시켜 우울증을 증가시킨다[9]. 또한 본 연구대상자는 농업에 종사하여 경제적으로는 저소득층에 가까워 우울 관리 프로그램과 함께 경제적 지원과 같은 간접적인 접근방안도 고려할 만하다.

주관적 건강상태는 본 연구에서 스트레스 다음으로 우울과 강한 상관관계를 나타내었으며, 모형2와 3에서 지속적으로 우울에 유의하게 영향을 미치는 변수로 나타났다. 농촌노인을 대상으로 한 선행연구에서도[9,10,29] 주관적 건강상태는 우울에 영향을 미치는 요인으로 제시되었다. 노인의 주관적 건강상태는 노인이 현재 갖고 있는 만성 질환과의 연관성이 높은 개념이므로 우울에 직접 영향을 주기도 하지만의 일상생활수행능력을 비롯한 독립적인 생활 여부, 사회활동 및 경제활동에 영향을 주어 우울에 영향을 미친다. 그러므로 농촌노인의 우울 관리 프로그램에는 보건소, 보건지소, 보건진료소의 자원을 이용하여 노인의 건강 상태나 문제에 대한 진료, 검진, 상담, 교육하는 서비스를 제공하고 자신의 건강을 긍정적으로 인지하여 대처할 수 있는 역량을 강화하는 전략이 포함되어야 하겠다.

일상생활수행능력은 주관적 건강상태와 인지기능이 함께 투입된 모형 2에서는 우울에 유의한 변수였으나 스트레스를 추가한 모형 3에서 유의성이 소멸되었다. 이는 일상생활수행능력이 스트레스에 비하여 우울에 미치는 영향력이 적으며, 스트레스에 포함되어 간접적으로 영향을 미친다고 유추할 수 있다. Lee와 Lee[9]의 연구에서는 일상생활수행능력이 농촌노인의 우울증에 가장 영향을 미치는 요인이라고 하였고 Kim과 Kim[30]은 농촌노인의 하, 상지의 운동능력을 우울 예측 요인으로 제시하였다. 즉 일상생활수행능력은 연구마다 상대적 영향력에는 차이가 있었으나 우울을 예측하는 변수로는 유의하므로 농촌노인의 우울을 감소하고 정신건강을 증진하는 프로그램을 구성할 때 자신의 의지대로 움직일 수 있는 운동능력과 독립된 존재로서 생활을 유지하기 위한 기능 보존을 위한 중재를 포함하여야 하겠다.

결론 및 제언

본 연구는 농촌 지역 재가노인을 대상으로 우울 정도를 확인하고 우울에 영향을 미치는 주요 인자와 그 영향력을 파악하고자 시도되었다. 연구결과, 농촌 재가노인의 79.8%가 우울군으로 분류되어 우울이 농촌 노인에게 매우 심각한 건강문제를 확인하였고 대상자의 연령과 경제상태 및 가족동거 형태에 따라 우울정도의 차이가 있는 것으로 나타났다. 농촌은 도시 지역에 비하여 전반적으로 의료 접근성이 떨어지고 여가나 복지시설, 우울과 관련된 정신건강서비스에 대한 자원 또한 부족함을 고려해 볼 때 농촌 지역 재가노인의 우울을 관리할 수 있는 방안이 적극적으로 모색될 필요가 있다. 본 연구에서는 스트레스가 농촌노인의 우울에 가장 중요한 영향인자이며 경제상태, 주관적 건강상태가 우울에 영향을 미쳤다. 따라서 경제적으로 어려운 농촌노인이 우선 관심대상이 되어야 하며 노인의 스트레스를 감소시키고, 주관적 건강상태를 증진시키는 전략이 통합된 우울 관리 프로그램이 개발될 필요가 있다.

본 연구의 한계점은 일 지역의 노인으로 한정되어 있기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하기 어려우며 추후 연구에서는 다양한 지역의 노인들을 포함한 반복연구의 필요성을 제언한다. 또한 농촌노인의 우울에 영향하는 요인을 반영하여 우울 감소 및 포괄적인 건강관리를 도모하는 프로그램을 개발하고 그 적용 효과를 규명하는 연구도 필요하다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Population projections for provinces: 2010-2040 [Internet]. Seoul: Statistics Korea, 2012 Jan 3 [updated 2012 June 27]. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/english/news/1/1/11/index.board?>
2. Lee JE. Study on effect to psychological adaptation (happiness, depression) by perception stress and social support of the rural elderly [master's thesis]. [Masan]: Kyungnam University; 2012. 55 p.
3. Park EA, Lee IS. Factors affecting the depression of the elderly women in poverty. J Agric Med Community Health. 2009;34:256-66. <http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2009.34.2.256>
4. Kang HW, Park KM. Comparison of correlates of depression in late-life between urban and rural areas. J Korea Gerontol Soc. 2012;32(1):129-43.
5. Yang SM, Rim CS, Oh YJ. A relative effects of related-variables on depression of the rural elderly. J Welfare Aged. 2007;36:139-58.
6. Kim SJ. The study on physical, mental and social health of the senior citizens: focusing on comparison between those living urban area and rural area [master's thesis]. [Seosan]: Hanseo University; 2012. 30 p.
7. Lee SS, Je MS, Choi WH. The prevalence of depression and its related factors of the elderly in rural area of Koje city. Korean Public Health Res. 2005;31(1):97-104.
8. Joo AR, Park SH. The relationship between cognitive function and depression in elderly people in rural areas. J Korean Gerontol Nurs. 2004;6(1):27-37.
9. Lee SA, Lee GM. A study on the major factors influencing the depression among the elderly in rural area. J Korean Gerontol Soc. 2002;22(1):209-26.
10. Shin HJ, Park MS. Factors affecting feeling of depression: focused on the rural elders. The Journal of Social Science. 2011; 50(2):115-41.
11. Park JH, Kwon YC. Standardization of Korean version of Mini-Mental State Examination: MMSE-K for use in the elderly. part II. diagnostic validity. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1989;28(3):508-13.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Bunchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; 39(2):175-91. <http://dx.doi.org/10.3758/bf03193146>
13. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385-401. <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>
14. Chon KK, Rhee MK. Preliminary development of Korean version of CES-D. J Korean Clin Psychology. 1992;11(1):65-76.
15. Frank SH, Zyzanski SJ. Stress in the clinical setting: the brief encounter psychosocial instrument. Journal of Family Practice. 1988;26(5):533-9.
16. Yim JH, Bae JM, Choi SS, Kim SW, Hwang HS, Huh BY. The validity of modified Korean-translated BEPSI (Brief Encounter Psychosocial Instrument) as instrument of stress measurement in outpatient clinic. J Acad Fam Med. 1996;17(1):42-53.
17. Won CW, Yang KY, Rho YG, Kim SY, Lee EJ, Yoon JL, et al. The development of Korean activities of daily living (K-ADL) and Korean instrumental activities of daily living (K-IADL) scale. J Korean Geriatr Soc. 2002;6(2):107-20.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
19. Kang GS, Kim CR. Regression. 2nd ed. Seoul: Kyowooosa; 2005. 193 p.
20. Park YH, Suh EE. The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. J Korean Acad Nurs. 2007;37(6):941-8.

21. Kim HS, Kim BS. The effects of self-esteem on the relationship between the elderly stress and depression. *J Korean Gerontol Soc.* 2007;27(1):23-37.
22. Kwon YE, Ha J, Ahn SY. A study on the perceived health status, activities of daily living, depression for the elderly at home. *J Korean Gerontol Soc.* 2007;27(2):335-43.
23. Lee PS, Lee YM, Lim JY, Hwang RI, Park EY. The relationship of stress, social support and depression in the elderly. *J Korean Acad Nurs.* 2004;34(3):477-84.
24. Kim JM, Lee JA. Depression and health status in the elderly. *J Korean Gerontol Soc.* 2010;30(4):1311-27.
25. Lee HS, Nam HS. The effect of daily living activities, depression, self-respect, and social activity participation of the rural elderly on their life satisfaction: case study on the Yeosu County. *J Agric Extension Community Dev.* 2010;17(4):957-84.
26. Lee SY. The effects of health behavior-related characteristics, self-esteem, activities of daily living, and family support on depression in the community-dwelling elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs.* 2010;21(4):489-501.
<http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.4.489>
27. Yang SM, Oh YJ. Effect of related-variables on stress of the rural elderly. *Journal of Welfare for the Aged.* 2005;30:123-40.
28. Kim KB, Sok SH. Factors influencing depression of the elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs.* 2009;20(2):197-206.
29. Kim SO, Park MH, Kim YJ. A study on the relationship between the stress, depression and self-integrity of the rural elderly women. *J Korean Gerontol Nurs.* 2006;8(2):180-8.
30. Kim SE, Kim SA. A predictive model of depression in rural elders-decision tree analysis. *J Korean Acad Nurs.* 2013;43(3):442-51. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.3.442>