

농촌과 도시지역 노인의 가족지지와 정신건강에 관한 비교

경북대학교 보건대학원

민 경 화 · 김 상 순

Comparison of Family Support and Mental Health between the Rural and Urban Elderly

Kyung Hwa Min, Sang Soon Kim

Graduate School of Public Health, Kyungpook National University

= ABSTRACT =

This study is to compare family support and mental health between the rural and the urban elderly. In order to do that I collected the data through questioning 238 people in 3 urban areas in Busan and 201 people in 9 rural areas near Daegu.

The degree of their family support is 36.70 on the average in the rural area and 40.77 in the urban area. The degree of family support of urban elderly is a little higher.

According to general characters between the differences of family support in both areas, in the rural area there are differences in sex, age, whether they have a spouse or not, education level, financial state, number of children, number of co living, status of co living, subjective health status, amount of pocket money and how much they are participating in leisure activity.

In the urban area there are differences in sex, whether they have a spouse or not, religion, financial state, number of co living, status of co living, subjective health status, amount of pocket money, how much they are participating in leisure activity and house pattern.

In the stepwise multiple regression analysis the main variables that affect degree of family support in the rural area are age, whether they have a spouse or not and financial state which account for 33% of the total variance and in the urban area are subjective health status, financial state, whether they have a spouse or not and number of co-living which account for 35%.

Health status is better in the urban area(average 36.87) than in the rural area(57.42). In each item the people whose mark was more than 75%(low) have Depression 8.4%, Somatization 8.0% in the urban area and Somatization 8.5%, Depression 8.5%, Anxiety 4.0%, Phobic anxiety 4.0%, Obsessive compulsive reaction 2.5%, Hostility 2.0%, Paranoid ideation 2.0%, Psychoticism 1.5% and Interpersonal sensitivity 1.5% in the rural area.

In the mental health condition, on the basis of 4 points in both areas, the average is Somatization(rural : 1.69, urban : 1.51), Depression (rural : 1.64, urban : 1.37) and Obsessive compulsive reaction(rural : 1.33, urban : 0.99).

According to the differences between mental health conditions by general characters, in the rural area the differences are presented in sex, age, whether they have a spouse or not, religion, education level, financial state, number of children, status of co living, subjective health status, amount of pocket money and how much they are participating in leisure activity, in the urban area the differences are presented in sex, whether they have a spouse or not, religion, financial state, number of co living, status of co living, subjective health status, house pattern, amount of pocket money and how much they are participating in leisure activity.

In the stepwise multiple regression analysis the main variables that affect mental health condition in the rural area are family support degree, subjective health status, religion, sex, age and financial state which account for 43% of the total and in the urban area are family support degree, subjective health status and financial state which account for 51%.

In the matter of family support degree and mental health condition the rural area was -0.4555 , the urban area was -0.6446 . The rural area that has a high percentage in family support degree and mental health condition Depression was -0.5036 , Psychoticism was -0.4265 in the urban area Psychoticism was -0.6452 , Depression was -0.5955 .

Family support has a great influence on mental health of old people and family support and mental health condition can be different according to living area. So in their problems nursing intervention through family and nursing strategies according to living area should be established.

서론

양질의 보건의료, 생활수준의 향상 등에 의해 사망률이 저하되고 평균수명이 연장됨에 따라 노인층 인구의 증가와 노년인구의 노령화 현상이 세계적인 추세로 나타나고 있다(김미옥, 1987).

우리나라에서는 아직 노년 인구의 비율이 선진 산업국가에 비하여 낮지만 노인을 65세 이상으로 정의하였을 때, 전체인구에 대한 노인의 인구비율이 1955년에서 1970년 이전까지의 기간 동안 3.3%로 거의 변화가 없었으나 그 이후로는 증가하기 시작하여 1975년에는 3.5%, 1980년에는 3.8%, 1985년에는 4.3%, 1992년에는 이미 5.2%까지 도달하였고 2000년에는 6.8%가 될 것으로 예상된다(통계청, 1992).

또한 우리나라의 전통적인 가족제도와 연유된 경로효친 사상은 일상생활에서 떼어놓을 수 없는 생활규범으로 승계 되어 왔으나 근간에 이르러서는 우리의 생활패턴이 생활편의주의적이고 자기주의적인 경향의 흐름으로 변화되어 해마다 늘어나고 있는 노인인구 계층의 사회경제적인 소외성 생활에서 받는 정신적 및 육체적인 갈등

의 악순환 현상은 점차 심각한 사회문제로 대두되고 있다(위자형, 1990).

또한 핵가족화 및 도시화로 인하여 지리적인 거리까지 멀어져 부모와 자녀간의 대화와 만남의 기회는 더욱 줄어들고 있다. 이리하여 노인은 가족으로부터 소외감과 고독감을 느끼고 갈등을 경험하게 된다(최성재, 1994).

특히 Cobb(1976)는 인생의 종말이 가까워질수록 사회적 지지는 대부분 가족구성원으로부터 획득되고 가족의 친밀성이 없으면 불안, 우울이 나타난다고 주장하였으며, Litman(1979)도 역시 가족의 사회적 환경이 가족 구성원의 건강에 많은 영향을 끼치며 가족은 개인의 정신건강에 장애를 주거나 향상시키는 힘을 가진 인격의 요람이라고 상소하였다. 또한 박원희(1991)는 노인의 정신건강에 가족지지가 중요하다고 하였다.

따라서 노인에게 가장 가까운 집단은 가족임과 동시에 노인은 어린이나 환자와 같이 가족의 보호를 제일 필요로 하는 존재이기도 하다(이복희, 1991).

그러나 현재 우리나라는 가족구성원을 부양하던 전통적인 가족구조가 산업화에 따라 경제적

활동수행을 위한 가족제도로 변함에 따라 노인들은 종래 가족으로부터 받아오던 정도의 물질 및 정서적 지지를 점차 기대하기 어려워지고 있다.

이러한 가족지지의 감소로 인하여 노인들의 정신건강은 더욱 나빠지리라 예측되며 노인들의 수가 증가되면서 이 문제는 점차 심각할 것으로 보인다(김철규, 1982; 이종범 등, 1984).

한편 노인의 건강상태에 대한 선행연구들은 대부분이 신체적인 건강상태에 대한 연구가 주류를 이루고 있고, 노인의 정신적 측면의 건강상태에 대한 선행연구는 거의 없는 상태이다.

더군다나 산업화, 도시화로 나타난 지역간 또는 도농간의 불균형 현상과 도농간의 생활양식의 차이에 의해서도 노인문제의 양상은 다를 것으로 생각되어 이에 본 연구자는 노인의 지지체계에 있어 주요변수로 작용하는 가족지지를 거주지역에 따라 정신건강상태와의 차이를 비교, 검토함으로써 노인간호에 있어서 기초자료를 마련하는데 도움이 되고자 한다.

대상 및 방법

1995년 2월 18일부터 3월 27일 까지 38일 동안 농촌지역은 경북 청도군 6개면, 의성군 2개면, 고령군 1개면으로, 도시지역은 부산광역시 3개구 (금정구, 남구, 사하구)로 연구자가 임의 선정하여 농촌지역 노인 201명과 도시지역 노인 238명으로 총 439명을 대상으로 하였다.

조사방법은 농촌지역은 사전에 본 연구의 목적과 자료수집절차에 대해 교육을 받은 각 지역에 소재하고 있는 보건진료소의 소장이 직접 대상자에게 면담법을 실시하였고, 도시지역은 본 연구자와 간호사 2인이 노인정, 노인대학, 또는 직접 가정방문하여 면담 조사하였다. 1인당 면담 소요시간은 20-30분이었다.

이 연구에 사용된 도구는 구조화된 설문지를 사용했으며 내용은 일반적인 특성을 묻는 13문항, 가족지지에 대한 11문항, 정신건강에 대한 17문항으로 총 41문항으로 되어 있다.

먼저 가족지지에 대한 측정도구는 Cobb (1976)의 이론에 따라 최영희(1983)가 개발한 추강현숙(1985)이 재개발한 도구를 사용하였다. 이

도구는 긍정적인 문항 9문항, 부정적인 문항 2문항으로 총 11문항으로 되어 있으며, 긍정적인 문항은 '항상 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점까지 점수를 주었고, 부정적인 문항은 역으로 환산하였다. 점수는 최저 11점에서 최고 55점까지의 범위로 점수가 높을 수록 가족지지가 높음을 의미한다.

정신건강에 대한 측정도구는 1977년 Derogatis가 개발한 Symptom Checklist-90을 김광일(1978) 등이 우리 실정에 맞게 제작한 간이정신진단검사 중 이훈구(1986)가 요인분석한 47개의 문항으로 되어있다.

정신건강상태의 증상별 각 하위 영역의 문항 구성은 신체화 6문항, 강박증 5문항, 대인예민성 8문항, 우울증 4문항, 불안 5문항, 적대감 6문항, 공포불안 4문항, 편집증 4문항, 정신증 4문항, 비분류항목 1문항으로 되어있다. 이 도구는 5점 척도로 '매우 심하다' 4점에서 '전혀 없다' 0점까지이다. 점수가 낮을수록 정신건강이 좋음을 의미한다.

본 연구에서 사용한 가족은 배우자, 아들 및 며느리, 딸 및 사위, 미혼자녀, 손자녀를 말한다.

성적 및 고찰

1. 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성은 표 1과 같다. 성별은 여자 노인이 농촌 65.7%, 도시 68.5%로 남자 노인보다 많았고, 연령은 농촌은 65-69세(40.8%)가 가장 많았고, 도시는 75-79세(27.3%)가 가장 많았다. 배우자가 있는 노인은 농촌 52.9%, 도시 32.8%이고, 종교가 있는 노인은 농촌 61.2%, 도시 62.2%였다.

교육정도는 무학이 농촌, 도시 각각 68.2%, 58.8%로 가장 많았고, 경제수준은 중(中)이라고 응답한 노인이 농촌 65.7%, 도시 57.6%로 가장 많았고, 상(上)이라고 응답한 노인은 농촌 8.0%, 도시 18.9%였고, 자녀수는 5명이상이 농촌 48.8%, 도시 45.0%로 가장 많았다(표 1).

동거유형은 자녀와 사는 노인은 농촌 34.8%, 도시 76.1%이고, 노부부만 사는 노인은 농촌 39.8%, 도시 16.4%이고, 혼자 사는 노인은 농촌 24.9%, 도시 5.5%였다.

표 1. 일반적 특성

		(단위 : 명 (%))	
변수명		농촌	도시
성별	남	69 (34.3)	75 (31.5)
	여	132 (65.7)	163 (68.5)
연령	65-69세	82 (40.8)	60 (25.2)
	70-74세	42 (20.9)	64 (26.9)
	75-79세	30 (14.9)	65 (27.3)
	80세이상	47 (23.4)	49 (20.6)
배우자유무	유	105 (52.2)	78 (32.8)
	무	96 (47.8)	160 (67.2)
종교유무	유	123 (61.2)	148 (62.2)
	무	78 (38.8)	90 (37.8)
교육정도	무학	137 (68.2)	140 (58.8)
	국졸, 서당	53 (26.4)	63 (26.5)
	중졸이상	11 (5.5)	35 (14.7)
경제수준	상	16 (8.0)	45 (18.9)
	중	132 (65.7)	137 (57.6)
	하	53 (26.4)	56 (23.5)
자녀수	2명이하	27 (13.4)	45 (18.9)
	3-4명	76 (37.8)	86 (36.1)
	5명이상	98 (48.8)	107 (45.0)
	동거가족수		
동거가족수	없음	51 (25.4)	18 (7.6)
	1-2명	108 (53.7)	70 (29.4)
	3-4명	28 (13.9)	87 (36.0)
	5명이상	14 (7.0)	63 (26.5)
동거유형	자녀와 산다	70 (34.8)	181 (76.1)
	노부부만 산다	80 (39.8)	39 (16.4)
	혼자 산다	50 (24.9)	13 (5.5)
	기타	1 (0.5)	5 (2.1)
주관적 건강상태	나쁘다	78 (38.8)	104 (43.7)
	보통이다	71 (35.3)	83 (34.9)
	건강하다	52 (25.9)	51 (21.4)
주거상태	자가	195 (97.0)	167 (70.2)
	전, 월세	6 (3.0)	71 (29.8)
용돈상태	부족하다	67 (33.3)	78 (32.8)
	보통이다	88 (43.8)	118 (49.6)
	충분하다	46 (22.9)	42 (17.6)
여가활동 참여	무	60 (29.9)	9 (3.8)
	1곳	95 (47.3)	164 (68.9)
	2곳이상	46 (22.9)	65 (27.3)
계		201 (100.0)	238 (100.0)

또한 슬하에 자녀가 없는 무의탁 노인은 농촌 0.5%, 도시 2.1%로 동거유형에서 도농간의 큰 차이를 볼 수 있었다. 이처럼 지역간의 차이를 보인 이유는 도시화 산업화로 인한 청장년층이 도시로 이동함에 따라 농촌에서는 자식과 떨어져 사는 노인이 더 많았기 때문이라 생각한다. 따라서 농촌 노인이 도시 노인보다 가족의 보호를 받지 못하는 상황을 알 수 있었다.

주관적 건강상태는 건강상태가 나쁘다고 인식한 노인이 농촌 38.8%, 도시 43.7%로 가장 많아 노인 인구의 1/3정도 해당하는 노인이 건강하지 않은 상태에서 생활하고 있음을 짐작할 수 있었다.

주거상태는 살고 있는 집이 자기 집인 노인이 농촌은 97.0%, 도시는 70.2%이고, 용돈상태는 보통이라고 응답한 노인이 농촌 43.8%, 도시 49.6%로 가장 많았고, 여가활동은 1곳이성 참여하는 노인이 농촌, 도시 각각 70.1%, 96.2%였다(표 1).

2. 가족지지정도

대상자의 가족지지정도를 살펴보면 표 2의 같다. 농촌지역은 평균 36.70이고 도시지역은 평균 40.77로 도시지역이 농촌지역보다 가족지지가 높았다. 이는 1960년대 이후부터 공업화, 도시화가 됨에 따라 젊은 층의 이동에 의하여 한국 농촌의 가족구조가 변화하여 가족구조의 쇠퇴, 가족형태의 핵가족화, 전통적 가족관계 등이 농촌 노인에 대한 가족의 기능을 제대로 수행하지 못하기 때문이다(조유향, 1992).

표 2. 가족지지정도

	농촌	도시	P값
가족지지정도	36.70±10.98	40.77±9.49	0.000

일반적 특성에 따른 가족지지정도의 차이를 검증한 결과는 표 3과 같다. 농촌지역은 성별, 연령, 배우자유무, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이를 보였다.

도시지역은 성별, 배우자유무, 종교, 경제수준, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 주거상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이를 보였다.

표 3. 일반적 특성에 따른 가족지지정도

변수명	농촌	도시
성별		
남	38.81 ± 11.00*	42.63 ± 8.72*
여	36.59 ± 10.85	39.89 ± 9.73
연령		
65-69세	41.50 ± 8.92**	40.17 ± 9.88
70-74세	37.98 ± 9.63	40.67 ± 10.12
75-79세	36.69 ± 9.19	40.80 ± 8.93
80세이상	27.19 ± 10.62	41.61 ± 9.08
배우자유무		
유	40.71 ± 9.40**	43.99 ± 7.50**
무	32.26 ± 10.94	39.15 ± 9.98
종교		
유무		
유	36.99 ± 10.47	41.86 ± 10.12*
무	36.24 ± 11.80	38.94 ± 8.04
교육정도		
무학	35.07 ± 11.05**	39.85 ± 9.78
국졸, 서당	40.28 ± 9.47	41.95 ± 9.79
중졸 이상	39.64 ± 13.12	42.23 ± 7.33
경제수준		
상	44.56 ± 7.48**	46.53 ± 7.26**
중	37.55 ± 10.41	41.32 ± 8.68
하	32.13 ± 11.54	34.20 ± 9.56
자녀수		
2명이하	30.69 ± 11.66*	38.80 ± 9.92
3-4명	37.54 ± 11.65	40.27 ± 8.71
5명이상	37.64 ± 9.82	41.91 ± 9.84
동거가족수		
없음	31.98 ± 10.75**	26.38 ± 13.62**
1-2명	39.26 ± 10.78	41.23 ± 7.27
3-4명	34.71 ± 9.54	40.77 ± 8.78
5명이상	37.79 ± 10.72	43.22 ± 9.24
동거유형		
자녀와 산다	34.36 ± 10.68**	41.26 ± 8.79**
노부부만 산다	41.70 ± 9.39	43.28 ± 6.82
혼자 산다	31.98 ± 10.75	26.38 ± 13.62
주관적 건강상태		
나쁘다	36.32 ± 10.97*	36.47 ± 9.50**
보통이나	34.44 ± 10.44	41.73 ± 7.90
건강하다	40.35 ± 10.98	47.65 ± 7.13
주거상태		
자가	36.94 ± 10.96	42.91 ± 8.42**
전, 월세	27.40 ± 7.80	35.46 ± 9.95
용돈상태		
부족하다	30.62 ± 12.32**	34.65 ± 9.45**
보통이다	37.61 ± 8.51	41.77 ± 7.82
충분하다	43.67 ± 8.27	48.76 ± 6.40
여가활동 참여		
무	30.83 ± 10.66**	31.29 ± 9.60**
1곳	37.42 ± 10.00	39.61 ± 8.96
2곳이상	43.00 ± 9.52	44.66 ± 9.38
계	36.70 ± 10.98	40.77 ± 9.49

*: p<0.05, **: p<0.01

성별은 남자가, 연령은 연령이 적을수록 가족 지지가 높았는데 이것은 연령이 높아짐에 따라 일상생활동작능력이 저하되는 것을 볼 수 있고 특히 고연령일 수록 수행가능성이 떨어지므로 타인의 도움을 필요로 하기 때문이다(코유향, 1988). 그러므로 고령자일수록 더 많은 가족의 도움을 필요로 하는데 그 요구를 충족시켜 주지 못하므로 가족지지가 낮은 것으로 생각한다.

배우자유무별로는 배우자가 있는 노인이 가족지지가 높게 나타났는데 이는 박원희(1991), 김연영(1991)의 연구결과와 일치하였고, 교육정도는 교육수준이 높을수록 가족지지가 높게 나타났다. 이는 고정은(1993)의 연구결과와 일치하였고, 경제수준은 상(上)층일수록 가족지지가 높았다.

동거유형을 보면 노부부만 살거나 자녀와 사는 노인이 혼자 사는 노인보다 가족지가 높았고, 주관적 건강상태는 건강하다고 인식한 노인이 가족지지가 높아, 이복희(1991)의 연구결과와 일치하였다.

주거상태는 시는 집이 자기 집인 경우가 남의 집인 경우보다 가족지지가 높아, 김란(1993)의 연구결과와 일치하였다. 이는 경제수준이 높으면 가족지지의 영향이 크다는 것을 시사하고 있다.

여가활동참여는 여가활동을 많이 할수록 가족지지가 높아, 이복희(1991)의 연구결과와 일치하였다. 이는 바꾸어 말하면 가족지지가 높으면 여가활동을 많이 한다고 볼 수 있다(표 3).

성별, 연령, 배우자유무, 종교, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거가족수, 주관적 건강상태, 여가활동참여 등 10개 항목을 독립변수로 하여 중회귀 분석한 결과는 표 4와 표 5와 같다. 농촌지역은 연령, 배우자유무, 경제수준의 3분항이 가족지지정도를 33% 설명할 수 있었는데, 즉 연령은 적을수록, 배우자는 있는 노인이, 경제수준은 높을수록 가족지지가 높았다.

도시지역은 주관적 건강상태, 경제수준, 배우자유무, 동거가족수의 4분항이 35%의 설명력을 지녔다. 이는 건강하다고 인식할수록, 경제수준은 높을수록, 배우자는 있는 노인이, 동거가족수는 많을수록 가족지지가 높다고 볼 수 있다. 따라서 농촌지역은 연령이, 도시지역은 주관적 건강상태, 동거가족수의 변수가 지역에 따라 달랐다.

표 4. 농촌지역 노인의 가족지지정도에 영향을 미치는 요인의 종회귀분석 결과

(method : stepwise)

독립변수	B	SE B	Beta	T
연령 ¹⁾	-0.6487	0.1392	-0.3661	-6.094**
배우자 유무 ²⁾	-5.9493	1.3287	-0.2711	-4.477**
경제수준 ³⁾	-4.0366	1.1786	-0.2043	-3.425**
R ²	0.3300			

** : p < 0.01

주: 1) 65-69세: 1 70-74세: 2 75-79세: 3 80세이상: 4

2) 유: 1 무: 2

3) 상: 1 중: 2 하: 3

표 5. 도시지역 노인의 가족지지정도에 영향을 미치는 요인의 종회귀분석 결과

(method : stepwise)

독립변수	B	SE B	Beta	T
주관적 건강상태 ¹⁾	3.7902	0.6938	0.3111	5.463**
경제수준 ²⁾	-4.2645	0.8331	-0.2889	-5.118**
배우자 유무 ³⁾	-3.8955	1.1093	-0.1942	-3.512**
동거가족수 ⁴⁾	1.0942	0.3724	0.1658	2.938**
R ²	0.3540			

** : p < 0.01

주: 1) 나쁘다: 2 보통이다: 3 전감하다: 4

2) 상: 1 중: 2 하: 3

3) 유: 1 무: 2

4) 없음: 0 1-2명: 2 3-4명: 4 5명이상: 5

3. 정신건강상태

정신건강상태를 평가하기 위한 객관적인 기준은 정하기 어렵고, 기존의 논문 또한 정확한 기준을 제시한 것이 없어 정신건강상태의 대상자 분포를 보기 위해 연구자 나름대로의 기준을 정했다. 즉 본 조사에서 정신건강상태에 대한 문항의 수가 항목마다 달라 이를 점수로 나타내어 각 문항의 총점에 대한 비율로 제시하였다.

이는 점수가 높을수록 정신건강상태가 나쁜 것으로 평가되기 때문에 각 문항의 총점의 25% 미만을 "상"으로, 25-75%를 "중"으로, 75% 이상을 "하"로 기준을 정하였다.

대상자의 정신건강상태를 "하" 측, 각 문항점

수의 75% 이상 되는 점수에 해당하는 자를 중심으로 살펴보면 표 6과 같다. 농촌지역은 신체화 17명(8.5%), 우울증 17명(8.5%), 불안 8명(4.0%), 공포불안 8명(4.0%), 강박증 5명(2.5%), 적대감 4명(2.0%), 편집증 4명(2.0%), 정신증 3명(1.5%), 대인예민성 3명(1.5%)의 순으로 나타났다. 이에 반하여 도시지역은 우울증 20명(8.4%), 신체화 19명(8.0%), 공포불안 2명(0.8%), 불안 1명(0.4%)의 순으로 나타났다. 따라서 9개의 문항 모두에서 두 지역간에 유의한 차이가 있었다.

표 6. 정신건강 상태별 대상자분포

변수명		농촌	도시
신체화	상	45 (22.4)	67 (28.2)
	중	139 (69.2)	152 (63.9)
	하	17 (8.5)	19 (8.0)
강박증**	상	60 (29.9)	109 (45.8)
	중	136 (67.7)	129 (54.2)
	하	5 (2.5)	-
대인 예민성**	상	99 (49.3)	209 (87.8)
	중	99 (49.3)	29 (12.2)
	하	3 (1.5)	-
우울증**	상	37 (18.4)	79 (33.2)
	중	147 (73.1)	139 (58.4)
	하	17 (8.5)	20 (8.4)
불안**	상	75 (37.3)	145 (60.9)
	중	118 (58.7)	92 (38.7)
	하	8 (4.0)	1 (0.4)
적대감**	상	122 (60.7)	205 (86.1)
	중	75 (37.3)	33 (13.9)
	하	4 (2.0)	-
공포·불안**	상	99 (49.3)	192 (80.7)
	중	94 (46.8)	44 (18.5)
	하	8 (4.0)	2 (0.8)
편집증**	상	131 (65.2)	226 (95.0)
	중	66 (32.8)	12 (5.0)
	하	4 (2.0)	-
정신증**	상	68 (33.8)	148 (62.2)
	중	130 (64.7)	89 (37.4)
	하	3 (1.5)	1 (0.4)
계**	상	79 (39.3)	168 (70.6)
	중	120 (59.7)	70 (29.4)
	하	2 (1.0)	-

** : p < 0.01

주) 상 : 총점수의 25% 미만

중 : 총점수의 25-75%

하 : 총점수의 75% 이상

정신건강상태는 농촌지역은 평균 57.42이고 도시지역은 평균 36.87로 도시지역 노인이 농촌 지역 노인보다 정신건강이 좋았으며, 하루 분할 별 비교에서도 신체화, 강박증, 대인 예민성, 우울증, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증 모두에서 유의한 차이가 있었다. 이는 도시지역의 노인이 친척들이나 다른 친지들과의 교제가 더 쉽고, 풍부한 문화시설로 인해서 농촌지역에 사는 노인보다 고립감을 적게 느끼어 농촌지역 노인보다 더 만족스러운 생활을 영위한다는 Bultena(1969)의 연구결과와 도시지역 노인의 우울정도가 농촌지역 노인보다 낮다는 정문숙(1979)의 연구결과와 유사하였다.

그러나 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 정신건강이 좋다는 최영희(1991)의 연구결과와 소외정도가 도시지역 노인이 농촌지역 노인보다 높다는 정문숙(1979)의 연구결과와는 상반되었다. 또한 Lee와 Lassey(1980)은 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 전반적인 행복감, 개인적인 만족, 이웃과의 만족, 가족지지 등이 더 높다고 하였고, Hynson(1975)도 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 고독감이나 소외감이 적어 자기 생활에 더 만족한다고 하였다.

이러한 결과들은 노동간의 차이라기보다는 가족간의 인간관계에 기인된 것이라고 생각된다. 따라서 추후 이 방면에 대한 지속적인 연구가 필요하다고 생각한다(표 7).

표 7. 정신건강상태

변수명 (문항수)	농 촌	도 시	P값
신체화 (6)	10.14± 5.39	9.08 ± 5.49	0.043
강박증 (5)	6.66± 3.46	4.95 ± 2.77	0.000
대인예민성(8)	8.47± 5.60	3.79 ± 3.39	0.000
우울증 (4)	6.57± 3.37	5.47 ± 3.81	0.002
불 안 (5)	6.22± 3.97	3.82 ± 3.38	0.000
적대감 (6)	5.07± 4.11	2.40 ± 2.34	0.000
공포 불안 (4)	4.14± 3.64	1.94 ± 2.62	0.000
편집증 (4)	3.21± 2.94	0.90 ± 1.48	0.000
정신증 (4)	5.25± 3.15	3.05 ± 2.80	0.000
계 (46)	57.42±29.69	36.87 ±20.68	0.000

또한 정신건강상태를 문항별로 4점 만점에 평균을 구해본 결과, 두 지역 모두 신체화 (농촌: 1.69, 도시: 1.51), 우울증(농촌: 1.64, 도시: 1.37), 강박증(농촌: 1.33, 도시: 0.99), 정신증(농촌: 1.31, 도시: 0.76)의 순으로 나타났다. 이는 고등학생을 대상으로 연구한 김은주(1988), 산업장 근로자를 대상으로 연구한 최정애(1982), 일반인을 대상으로 한 김광일 등 (1978)의 강박증, 대인예민성, 우울증의 순으로 나타난 연구결과와는 달랐다.

따라서 노인에게는 노화로 인한 신체적 건강 문제와 심리적인 우울상태임을 짐작할 수 있었다. 이에 신체적 건강상태의 악화를 방지하고 심리적인 우울을 예방, 완화시켜 준다면 남은 여생을 보다 안정되고 보람있게 살아 갈 수 있을 것으로 생각된다.

대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강상태와의 차이를 검증한 결과는 표 8과 같다. 농촌지역은 성별, 연령, 배우자유무, 종교, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거유형, 주관적 건강상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이가 없었다.

도시지역은 성별, 배우자유무, 종교, 경제수준, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 주거상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이를 보였다.

성별은 남자 노인이 여자 노인보다 정신건강이 좋았다. 김행자(1974)의 소외감 연구에서도 여자 노인이 남자 노인보다 더 고독한 것으로 나타났고, 김란 등(1993)의 연구에서도 여자 노인이 남자 노인보다 우울정도가 더 높게 나타났다. 이것은 전통적인 남존여비(男尊女卑)의 사상이니 기부강적 사회제도로 여성들이 사회활동의 기회가 적어 집안에서 폐쇄적인 생활을 하여 왔기 때문인 것으로 생각된다.

연령은 연령이 높을수록 정신건강이 좋지 않았다. 이는 박원희(1991)의 연구결과와 일치하였고, 또한 맹희재(1985), 김미옥(1987)의 연구에서도 연령이 높을수록 소외감 정도가 높다고 하였고, 존경순(1992)의 연구에서도 연령이 높을수록 우울정도가 더 심한 것으로 나타나고 있다. 이는 연령이 증가할수록 신체적, 정신적 의존도는 높아지는 반면, 세대간의 격차는 더 심해되고 가족관계 및 사회적 관계가 갈수록 약아지기 때문인 것으로 생각된다.

표 8. 일반적 특성에 따른 정신건강상태

변수명	농촌	도시
성별		
남	47.00 ± 30.67**	30.77 ± 18.04**
여	62.87 ± 27.76	39.68 ± 21.25
연령		
65-69세	48.11 ± 25.43**	38.57 ± 20.40
70-74세	51.62 ± 29.86	35.22 ± 19.73
75-79세	68.53 ± 34.77	33.68 ± 18.82
80세이상	71.77 ± 25.73	41.20 ± 24.00
배우자 유무		
유	51.21 ± 28.77**	29.74 ± 16.75**
부	64.22 ± 29.34	40.35 ± 21.55
종교 유무		
유	53.77 ± 25.99*	33.47 ± 20.64**
무	63.18 ± 34.13	42.48 ± 19.59
교육 정도		
무학	60.93 ± 27.96*	38.57 ± 21.98
국졸, 서당	47.19 ± 29.20	34.63 ± 19.00
중졸이상	63.09 ± 42.53	34.11 ± 17.84
경제 수준		
상	46.56 ± 33.30**	22.42 ± 12.40**
중	52.14 ± 24.94	35.24 ± 19.34
하	73.87 ± 33.49	52.48 ± 19.20
자녀수		
2명이하	75.37 ± 31.38**	40.53 ± 22.70
3-4명	49.96 ± 30.79	37.94 ± 18.84
5명이상	58.27 ± 26.21	34.48 ± 21.09
동거가족수		
없음	65.53 ± 32.10	61.61 ± 20.03**
1-2명	54.13 ± 28.81	36.86 ± 18.74
3-4명	61.18 ± 25.59	34.53 ± 21.34
5명이상	45.79 ± 29.71	33.06 ± 17.38
동거유형		
자녀와 산다	59.99 ± 27.02**	35.75 ± 19.94**
노부부만 산다	50.01 ± 28.95	30.67 ± 16.37
혼자 산다	65.53 ± 32.10	61.61 ± 20.03
주관적 건강상태		
나쁘다	69.15 ± 31.78**	48.05 ± 20.20**
보통이다	59.94 ± 23.58	32.37 ± 17.40
건강하다	36.38 ± 22.33	21.41 ± 12.31
주거 상태		
자거	56.98 ± 29.69	31.63 ± 17.95**
전, 월세	71.67 ± 28.72	49.08 ± 21.63
용돈 상태		
부족하다	68.39 ± 31.05**	50.72 ± 21.10**
보통이다	52.24 ± 24.92	31.60 ± 17.77
충분하다	51.37 ± 32.17	25.98 ± 12.98
여가활동 참여		
무	63.78 ± 27.24**	58.56 ± 15.17**
1곳	60.23 ± 31.26	39.30 ± 21.22
2곳이상	43.33 ± 25.10	27.74 ± 15.54
계	57.42 ± 29.69	36.87 ± 20.68

*: p < 0.05, **: p < 0.01

배우자 유무별로는 배우자가 있는 노인이 없는 노인보다 정신건강이 좋아, 박원희(1991)의 연구결과와 일치하였고, 김미옥(1987), 김행자(1974), 맹희재(1985)의 배우자가 없는 노인의 소외감과 고독감이 더 높다는 연구결과와 이복희(1991)의 배우자가 없는 노인이 우울정도가 높다는 연구결과와도 부합된다고 할 수 있다.

이처럼 배우자의 생존 유무는 노후생활의 고독과 불안의 원인이 되고 노령이 될수록 서로 의지하는 대상은 배우자이며 배우자의 사망은 가장 큰 스트레스의 원인이다. 따라서 배우자의 상실에 의한 변화에 적응하며 고독감을 채워주기 위해 가족 구성원의 지지가 필요하며 평소에 의존하지 않고 남은 여생을 보낼 수 있는 독자적인 역할 및 가치 있는 일을 갖도록 하는 것이 필요하다고 생각한다.

종교 유무별로는 종교가 있는 노인이 없는 노인보다 정신건강이 좋았다. 노후의 종교는 죽음의 문제 등 영적인 문제의 해결에 도움을 주며 종교집단에서의 참여를 통해 인간관계의 폭이 넓어지고 소속감을 느끼게 되며 자신의 존중가치를 깨닫게 해 준다고 한 박미령(1978)의 연구결과가 이를 뒷받침하고 있다.

교육정도는 교육수준이 높을수록 정신건강이 좋았다. 이는 교육수준이 높을수록 고독감이 낮아진다는 맹희재(1985)의 연구결과와 교육정도가 높은 군에서 정신기능장애 정도가 낮아진다는 이은주 등(1993)의 연구결과와 교육정도가 낮을수록 우울정도가 높아진다는 김란 능(1993)의 연구결과와도 일맥상통하다. 이는 교육을 받은 사람일수록 의미 있는 새로운 역할을 발견하고 새로운 능력을 개발하여 타인에게 봉사함으로써 쓸모 있는 사람이 되려는 노력을 계속하게 된다는 김태현(1981)의 연구결과가 이를 뒷받침하고 있다.

경제수준은 높을수록 정신건강이 좋았다. 이는 경제적 상태가 나쁠수록 우울정도가 높다는 이복희(1991)의 연구결과와 유사하였다.

동거유형은 노부부만사는 경우가 가장 정신건강이 좋아 맹희재(1985)와 김미옥(1987)의 노부부 단독 세대를 구성한 노인이 소외감과 고독감이 저게 나타난 연구결과와 일치하였다. 이는 자녀에 의한 지지보다 배우자에 의한 지지가 더 큰 것을 시사해주고 있다. 그러나 혼자 사는 노

인은 가족과 함께 사는 노인보다 훨씬 정신건강이 나빴다. 따라서 혼자 사는 노인에 대한 더 집중적인 정신건강관리가 필요하다고 생각한다.

주관적 건강상태는 자신이 건강하다고 인식할수록 정신건강이 좋아 김란 등(1993), 이복희(1991)의 연구에서 신체적 건강상태가 좋을수록 우울정도가 낮다는 연구결과와, 이은주 등(1993)의 주관적 건강상태가 좋을수록 정신기능장애가 낮다는 연구결과와도 일맥상통하였다.

용돈상태는 용돈이 충분할수록 정신건강이 좋았다. 용돈상태는 송영선(1977), 박원희(1991)의 연구결과와 일치하였다. 여가활동은 많이 할수록 정신건강이 좋아 조정순(1992)의 여가활동이 없는 경우에 우울정도가 심하다는 연구결과와 유사하였다(표 8).

정신건강상태에 영향을 미치는 요인들을 중회귀분석하기 위하여 가족지지정도, 성별, 연령, 배우자유무, 종교, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거가족수, 주관적 건강상태, 여가활동참여 등 11개 항목을 독립변수로 한 결과는 표 9와 표 10과 같다.

표 9. 농촌 노인의 정신건강상태에 영향을 미치는 요인의 중회귀분석 결과

(method : stepwise)

독립변수	B	SE B	Beta	T
가족지지정도 ¹⁾	-0.7425	0.1721	-0.2765	-4.314**
주관적 건강상태 ²⁾	-12.3698	2.0671	-0.3336	-5.984**
종교 ³⁾	-10.8416	3.3831	-0.1797	-3.205**
성별 ⁴⁾	11.3709	3.5772	0.1837	3.179**
연령 ⁵⁾	0.9700	0.3856	0.1558	2.516*
경제수준 ⁶⁾	6.2592	3.0729	0.1180	2.037*
R ²	0.4295			

*: p < 0.05, **: p < 0.01

주: 1) 농촌: 1 도시: 2

2) 나쁘다: 1 보통이다: 2 건강하다: 3

3) 무: 0 유: 1

4) 남자: 1 여자: 2

5) 65-69세: 1 70-74세: 2 75-79세: 3 80세이상: 4

6) 상: 1 중: 2 하: 3

농촌지역은 가족지지정도, 주관적 건강상태, 종교, 성별, 연령, 경제수준의 6문항이 43%의 설

명이 가능하였다. 즉 가족지지가 높을수록, 자신이 건강하다고 인식할수록, 종교는 있는 노인이, 여자 노인보다는 남자 노인이, 연령은 적을수록, 경제수준은 높을수록 정신건강이 좋았다.

표 10. 도시 노인의 정신건강상태에 영향을 미치는 요인의 중회귀분석 결과

(method : stepwise)

독립변수	B	SE B	Beta	T
가족지지정도 ¹⁾	-0.9503	0.1184	-0.4470	-8.022**
주관적 건강상태 ²⁾	-6.5765	1.3577	-0.2539	-4.844**
경제수준 ³⁾	6.1145	1.6139	0.1948	3.789**
R ²	0.50519			

** : p < 0.01

주: 1) 농촌: 1 도시: 2

2) 나쁘다: 1 보통이다: 2 건강하다: 3

3) 상: 1 중: 2 하: 3

도시지역은 가족지지정도, 주관적 건강상태, 경제수준의 3문항이 51%의 설명이 가능하였다. 즉 가족지지가 높을수록, 자신이 건강하다고 인식할수록, 경제수준이 높을수록 정신건강이 좋았다. 따라서 농촌지역은 종교, 성별, 연령의 변수가 도시지역과는 다르게 작용했다.

4. 가족지지정도와 정신건강상태와의 비교

가족지지정도와 정신건강상태와는 농촌지역 -0.4555, 도시지역 -0.6446으로 높은 상관을 보였고, 정신건강 문항중에서 가족지지와 높은 상관을 보인 문항은 농촌지역은 우울증 -0.5036, 정신증 -0.4265의 순으로 나타났으며, 도시지역은 정신증 -0.6452, 우울증 -0.5955의 순으로 나타났다. 따라서 노인들의 정신건강에 가족지지가 중요한 변수로 작용함을 알 수 있었다.

이는 박원희(1991), 고정은(1993)의 연구결과와 가족지지정도가 높을수록 우울정도는 낮다고 한 김란(1993), 이복희(1991)의 연구결과와도 일치하였다(표 11).

본 연구의 대상자는 연구사가 임의로 선택, 표집하였다. 따라서 본 연구결과를 일반화하기에는 신중을 요한다.

표 11. 가족지지와 정신건강과의 상관관계

정신건강상태(문항별)	가족지지정도	
	농촌	도시
신체화	-0.3609**	-0.4137**
강박증	-0.3541**	-0.5629**
대인예민성	-0.3260**	-0.4091**
우울증	-0.5036**	-0.5955**
불안	-0.3684**	-0.4054**
적대감	-0.3545**	-0.4051**
공포불안	-0.3719**	-0.2787**
편집증	-0.2951**	-0.3004**
정신증	-0.4265**	-0.6452**
계	-0.4555**	-0.6446**

** : p < 0.001

요 약

본 연구는 농촌과 도시지역 노인의 가족지지 정도와 정신건강상태를 비교, 검토하기 위하여 1995년 2월 18일부터 3월 27일까지 농촌지역은 대구 근교 9개면, 도시지역은 부산광역시 3개구로 연구자가 임의 선정하여 농촌지역에 거주하는 노인 201명과 도시지역에 거주하는 노인 238명을 대상으로 면담조사하였다.

대상자의 가족지지정도는 농촌지역은 평균 36.70이고, 도시지역은 평균 40.77로 유의한 차로 도시지역 노인이 농촌지역 노인보다 가족지지가 높았다.

일반적 특성에 따른 가족지지정도의 차이를 검증한 결과, 농촌지역은 성별, 연령, 배우자유무, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 용돈상태, 여가활동참여에서, 도시지역은 성별, 배우자유무, 종교, 경제수준, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 주거상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이를 보였다.

가족지지정도에 영향을 미치는 요인을 중회귀 분석한 결과, 농촌지역은 연령, 배우자유무, 경제수준의 3문항이 33%의 설명이 가능하였고, 도시지역은 주관적 건강상태, 경제수준, 배우자유무, 동거가족수의 4문항이 35%의 설명이 가능하였다.

정신건강상태는 도시지역(평균 36.87) 노인이

농촌지역(평균 57.42) 노인보다 좋았으며, 각 항목별로 총 점수의 75%이상 즉 “하”에 해당하는 자는 도시지역은 우울증 8.4%, 신체화 8.0% 이고 그 외 문항은 모두 1% 미만인데 반하여 농촌지역은 신체화 8.5%, 우울증 8.5%, 불안 4.0%, 공포불안 4.0%, 강박증 2.5%, 적대감 2.0%, 편집증 2.0%, 정신증 1.5%, 대인예민성 1.5%의 순으로 나타나 도시지역과의 차이를 보였다.

또한 정신건강상태를 문항별로 4점 만점에 평균을 구해본 결과, 두 지역 모두 신체화(농촌: 1.69, 도시: 1.51), 우울증(농촌: 1.64, 도시: 1.37), 강박증(농촌: 1.33, 도시: 0.99)의 순으로 나타났다.

일반적 특성에 따른 정신건강상태와의 차이를 검증한 결과, 농촌지역은 성별, 연령, 배우자유무, 종교, 교육정도, 경제수준, 자녀수, 동거유형, 주관적 건강상태, 용돈상태, 여가활동참여에서, 도시지역은 성별, 배우자유무, 종교, 경제수준, 동거가족수, 동거유형, 주관적 건강상태, 주거상태, 용돈상태, 여가활동참여에서 유의한 차이를 보였다.

정신건강상태에 영향을 미치는 요인을 중회귀 분석한 결과, 농촌지역은 가족지지정도, 주관적 건강상태, 종교, 성별, 연령, 경제수준의 6문항이 43%의 설명이 가능하였고, 도시지역은 가족지지정도, 주관적 건강상태, 경제수준의 3문항이 51%의 설명이 가능하였다.

가족지지정도와 정신건강상태와는 농촌지역 -0.4555, 도시지역 -0.6446으로 높은 상관관을 보였고, 정신건강 항목중에서 가족지지와 높은 상관관을 보인 항목은 농촌지역은 우울증 -0.5036, 정신증 -0.4265의 순으로 나타났으며, 도시지역은 정신증 -0.6452, 우울증 -0.5955의 순으로 나타났다.

이상의 결과로 노인의 정신건강에 가족의 지지정도가 크게 작용함을 알 수 있었고, 또한 노인이 처한 거주지역과 일반적 특성에 따라 가족지지정도와 정신건강상태가 다름을 알 수 있었다. 따라서 노인문제에 있어서 농촌 노인을 중심으로 한 대응책이 시급히 요구되며, 노인간호에 있어서 가족을 통한 지지적 간호중재와 거주지역에 따른 간호전략을 수립해야 될 것이다.

참 고 문 헌

- 강현숙. 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1985
- 고정은. 노인이 지각한 가족지지와 건강상태간의 관계 연구. 동남보건전문대학 논문집 1993; 10: 369-387
- 김광일, 이정호, 원호택, 김광윤. 간이정신진단검사(SCL-90)의 한국판 표준화 연구 I. 신경정신의학 1978; 17(4): 449-458
- 김 란, 박명희. 노인이 지각한 가족지지와 우울과의 관계 연구. 조선대부설 간호전문대학 논문집 1993; 12: 43-61
- 김미옥. 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 1987
- 김은주. 고등학생의 정신건강상태에 관한 연구. 한국보건교육학회지 1988; 5(2): 110-141
- 김인영. 입원한 노인 환자의 가족지지, 자아존중감, 무력감과의 관계 연구. 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원, 1991
- 김철규. 노년기의 정신보건. 한국인구보건연구원, 서울, 1982, 쪽 165-179
- 김태현. 한국에 있어서의 노인부양에 관한 연구. 박사학위논문, 고려대학교 대학원, 1981
- 김행자. 서울시내 일부 노인들의 소외정도에 관한 조사연구. 간호학회지 1974; 4(2): 32-42
- 맹희재. 재가 노인의 고독감에 대한 연구. 석사학위논문, 숙명여자대학교 대학원, 1985
- 박미령. 가족내 노인의 역할과 소외감에 관한 연구. 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 1978.
- 박원희. 일 도시 노인의 가족지지와 정신건강. 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원, 1991
- 송영선. CMI에 의한 노인의 정신건강고찰. 간호학회지 1977; 7(1): 47-53
- 위자형. 일부 농촌지역 노인의 건강관리 실태에 관한 고찰. 한국농촌학회지 1990; 15(1): 41-48
- 이복희. 노인의 가족지지와 우울에 관한 연구. 동남보건전문대학 논문집 1991; 8: 133-151
- 이은주, 서순림, 김선희. 노인의 일반적 특성별 건강기능장애. 경북의대지 1993; 34(3): 189-196
- 이종범, 서혜수, 성성덕. 노인의 우울에 관한 연구. 한국노년학 1984; 4: 44-52
- 정문숙. 도시와 농촌 노인의 정신건강에 관한 비교 연구. 중앙의학 1979; 38(2): 131-136
- 조경순. 노인의 우울에 관한 연구. 대전전문대학 논문집 1992; 18: 235-250
- 조유향. 노인의 신체적, 사회적 능력 장애에 관한 조사 연구. 간호학회지 1988; 18(1): 70-79
- 조유향. 농촌노인의 보건의료문제와 간호관리. 한국농촌의학회지 1992; 17(2): 149-155
- 최성재. 2000년대를 향한 노인복지정책의 방향. 정신건강연구, 제 13집, 쪽 105
- 최영희, 신은희. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태에 관한 연구. 간호학회지 1991; 21(3): 365-382
- 최영희. 지지적 간호중재가 가족지행위와 한 지역할이행에 미치는 영향에 관한 연구. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1983
- 최정애. 일부 산업장 근로자의 간이정신진단검사(SCL-90)결과에 관한 연구. 예방의학회지 1982; 15(1): 219-228
- 통계청. 장래인구추계. 1992
- Bultena GL. Rural-urban differences in the familial interaction of the aged. Rural Sociology 1969; 34: 5-15
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300-314
- Hynson L. Rural-urban differences in satisfaction among the elderly. Rural Sociology 1975; 40(1): 64-66
- Lee G, Lessey M. Rural-urban differences among the elderly. J of Social Issues 1980; 36(2): 62-74
- Litnan TJ. The family in health and health care; A sociobehavioral overview in patients, physicians and illness. Free Press, New York, 1979, pp. 69-101