

노인 우울에 영향을 미치는 요인: 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 중심으로

이 미 애
한세대학교 사회복지학과

Relative Effects of Health and Family Factors on Geriatric Depression

Lee, Mee Ae
Dept. Social Welfare, Hansei University, Gunpo, Korea

ABSTRACT

Over the past few decades, the proportion of elderly people with depression in Korea has been rapidly increasing. The purpose of this study is to explore relative effects of health and family factors on geriatric depression. The data sources are from Korean Longitudinal Study of Aging(2008). The Analysis sample consists of 4,040 cases. Analysis results show that there is a significant variability in geriatric depression according to socio-demographic characteristics, health characteristics, and family characteristics. Hierarchical logistic regression analyses are employed to assess the causal relationship between health characteristics and geriatric depression. Model II showed that ADL($\exp(B)=1.732$), having difficulties due to sight deterioration($\exp(B)=1.398$), having difficulties due to masticatory force deterioration($\exp(B)=1.414$), having difficulties due to pain($\exp(B)=2.435$), and subjective health status($\exp(B)=2.010$) are reported as predictors of geriatric depression. Namely, the probability of having geriatric depression of the above predictors has been 1.7 times, 1.4 times, 1.4 times, 2.4 times, 2.0 times higher than normal figures. Among health characteristics, pain is the most prevalent factor. Model III showed that as for family characteristics, coresiding with children($\exp(B)=1.312$) and frequency of contacting with children by phones, letters, or emails($\exp(B)=1.477$) are reported as predictors of geriatric depression. Key findings are that health factors have larger effects than family factors on geriatric depression.

Key words: geriatric depression, sight deterioration, hearing loss, masticatory force deterioration, pain

I. 서론

인생의 후반부에 접어들어 신체적, 정신적, 사회적 노화를 경험하면서 각 개인은 노화에 적응하게 되는데 이 과정에서 일어나는 변화를 얼마나 잘 받아들이고 잘 적응하는가에 따라 노후의 삶의 질이 좌우된다고 해도 과언이 아닐 것이다(배진희 2009). 노년기에 접어들면서 노인들은 직장에서의 은퇴, 자녀들의 분가, 신체적 허약함과 동반되는 여러 질환들의 발병, 배우자, 가족 또는 친구의 죽음으로 인한 상실감 등의 힘든 변화를 겪으며 심리적 압박감을 경험하게 된다(김승연 등 2007; 윤수진 등 2002). 이러한 심리적 압박감은 외부적 사건에 대하여 당사자가 가용할 수 있는 자원보다 더 많은 자원을 필요로 하면서 동시에 당사자의 조정이나 적응을 요구할 때 스트레스가 된다(Davis-Brown & Salamon 1988). 스트레스가 누적되면 신경이 예민해져서 걱정과 불안, 초조, 긴장 등의 현상을 경험하게 되는데(김승연 등 2007), 기백석(1999)은 노인들의 경우 우울을 직접적으로 호소하기보다는 우울에 동반된 불안, 신체증상, 건강염려증, 집중력 장애, 기억력 장애 등을 먼저 호소하는 경향이 강하다고 지적하고 있다(기백석 1999; 윤수진 등 2002). 신경이 예민한 상태가 계속되면 신경쇠약과 우울, 의욕상실 등의 징후가 나타나게 되어 극단적인 경우 자살기도로 이어지기도 한다(이선혜·고정은 2009; Schulz et al. 2002; Waerna et al. 2003). 노인들의 자살기도와 자살성공률은 실제 증가하고 있는 추세이고 자살한 노인의 약 2/3가(윤수진 등 2002), 혹은 50-87%가(오병훈 2006), 자살 당시에 우울이 있는 상태인 것으로 보고되고 있다. 특히 우리나라의 노인인구 자살률은 OECD 국가 중 1위를 차지하고 2005년 전체 자살자 12,047 가운데 60세 이상 노인이 4,359명으로 집계되어 자살자 3명중 1명이 노인인 것으로 나타났다(이현주 등 2008; 통계청 2005).

노인우울의 유병률이 급증하면서 관리대책이 시급한 상태임에도 불구하고 우울을 식별하기가 신체적 질병에 비해 상대적으로 어렵고 따라서 조기 발견이 어려운 것이 현실이다(이선혜·고정은 2009).

노인우울 유병률의 경우, 연구들마다 표본이나 진단도구에 따라 각각 상이하게 나와서 노인인구의 약 20%에서 70% 사이의 광범위한 변이를 보고하고 있다(기백석 1999; 김승연 등 2007; 윤수진 등 2002; 이선혜·고정은 2009).

본 연구는 한국노동연구원의 고령화연구패널조사(2008) 데이터를 활용하여 노인 우울의 분포양상을 조사하고 응답자의 특성에 따른 우울여부 관련성을 바탕으로 노인 우울의 영향요인 가운데 특히 노인의 건강관련 변인(개인적 차원)과 가족관련 변인(가족적 차원)의 상대적 영향력을 검증하고자 한다. 이러한 연구의 목적을 바탕으로 본 연구에서 밝히고자 하는 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1) 우울군과 비우울군 간 응답자의 사회인구학적 요인, 건강요인, 가족요인이 통계적으로 유의한 차이가 있는가?

연구문제 2) 사회인구학적 요인을 통제된 상태에서 노인 우울에 영향을 미치는 건강요인과 가족요인은 무엇인가? 그리고 이들의 상대적 영향력은 어떠한가?

II. 선행연구

1. 건강요인과 노인 우울

노년기 우울 원인의 상당한 부분이 신체질환이나 약물부작용 때문인 것으로 알려져 있다(윤수진 등 2002). 중추신경계질환으로 중풍, 파킨슨씨병, 알츠하이머병 환자의 20-50%가 우울증을 동반하고 있는 것으로 보고되고 있다(윤수진 등 2002; Rabins 1995). 질환을 갖고 있는 노인을 대상으로 한 연구에서 윤수진 등(2002)은 노인 우울의 유병률이 68.4%인 것으로 보고하고 있다. 반면 우울증이 심장병, 치매, 불안장애 등의 신체질환이나 정신질환을 유발하는 영향요인으로도 알려져 있다(전해숙·강상경 2009). 신체질환이 우울증을 유발하는지, 우울증이 신체질환을 유발하는지에 대해서는, 질병에 따라 환자의 특성에 따라 다르게 나타나기 때문에, 신체질환과 우울증 간 구체적인 인과관계의 규명을 위해서는 종단적 연구가 필요

한 것으로 보인다.

노년기의 건강 악화는 신체적 고통뿐만 아니라 심리적·사회적 문제도 함께 야기하는데 우울은 그에 대한 부정적 정서 상태라고 볼 수 있다(오인근 등 2009). 노인의 건강상태를 신체적 건강, 기능적 건강, 주관적 건강 등으로 분류할 수 있고 일상생활을 영위하기 위해서는 많은 다양한 기능들이 필요하다. 노년기는 질환의 발병으로 인해 또는 노화의 결과로 인해 일상생활에 필요한 기능적 건강이 감퇴되기 쉽고 노년기의 삶의 질은 이러한 기능의 감퇴를 어떻게 보전하느냐(compensate)에 달려 있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 우울군은 비우울군에 비해 이러한 기능들에서 어려움을 경험하는 비율이 높은 것으로 보고되고 있다(고민석·서인균 2011).

기능적 건강상태를 가장 잘 대변해주는 ADL은 식사하기, 옷입기, 세수하기, 화장실사용하기, 목욕하기, 이동하기 등과 같이 인간이 사회의 한 구성원으로 자립된 생활을 하는데 필요한 최소한의 기능을 의미한다(홍승표 등 2007). ADL을 수행하는데 누군가의 도움이 필요한 노인의 경우, 자립적으로 해결하는 노인에 비해 우울증 유병률이 높은 것으로 보고되고 있다(김원경 2001). 인지기능의 경우, 인지기능이 저하할수록 우울이 증가한다는 결과가 있다. 노년기에서 시각, 청각, 저작 기능 저하 등의 기능적인 능력의 감퇴는 그 자체로 신체적 웰빙이나 불편함도 문제가 되지만 사회성 부족으로 인한 사회적 고립으로 이어질 경우 우울 증 또는 대인기피증 등의 정서적 문제를 만드는 것이 더 큰 문제로 부상하게 된다(고성희 2007; 천행태 등 2005; 황선아 2010). 또한 통증이나 본인이 인지하는 자신의 건강상태 등은 주관적 건강상태를 가장 잘 대변하는 것으로 나타나고 따라서 주관적 지각은 의료인에 의한 객관적 관찰보다 건강상태를 더 잘 나타내는 것으로 평가된다(고민석·서인균 2011). 선행연구는 통증이나 노인의 주관적 건강상태가 열악할수록 우울이 높은 것으로 보고하고 있다(권영은 등 2007).

2. 가족요인과 노인 우울

우울은 스트레스에 대한 적응과정에서 나타날

수 있는 부정적 감정반응이라고 볼 수 있다(고민석·서인균 2011). 스트레스에 대한 반응은 개인마다 달라서 동일한 스트레스라 하더라도 어떤 사람은 큰 영향을 받지 않는 반면 어떤 사람은 부정적 정서 상태로 이어지기도 하는데 이 과정에서 개인이 가용할 수 있는 자원은 스트레스를 완화시켜주는 역할을 하는데 이러한 자원은 크게 가족적 자원과 사회적 자원으로 분류할 수 있다(고민석·서인균 2011). 우리나라의 경우 사회적 서비스가 아직 자리매김하지 않은 현실을 감안하면 대부분은 가족으로부터 온다고 해도 과언이 아닐 만큼 가족의 역할이 중요하다. 가족적 차원의 지원은 지원의 주체가 자녀 또는 배우자인 경우가 주를 이루며 노인지지의 일차적인 집단으로서 중요성을 가진다. 가족적 차원의 지원은 노인이 필요로 하는 실질적인 도움을 제공함으로써 노인과 사회를 연결하는 중간 역할을 수행한다. 우리나라 노인들은 대부분 가족과 함께 생활하면서 도움을 받고 있고 따라서 가족적 차원의 지원은 노년기의 심리적 만족도에 주요한 영향을 미친다(이신숙·차용은 2003). 선행연구는 자녀와 동거하는 노인의 경우 그렇지 않은 노인에 비해 우울 유병률이 낮은 것으로 보고하고 있다(박재홍·정지홍 2010; 전해숙·강상경 2009; Antonucci et al. 1997). 반면 자녀와의 접촉빈도가 적을수록 우울 유병률이 높은 것으로 나타났다(남철현·김병하 1999).

3. 사회인구학적 요인과 노인 우울

많은 연구들이 사회인구학적 특성과 노인 우울의 상관관계를 밝히는데 주력하였다. 우울은 다른 연령계층에 비해 특히 노인 연령층에서 유병률이 높은 것으로 알려져 있다(박정아·조영채 2007; 이현주 등 2008). 그러나 선행연구 결과들은 우울과 연령의 상관관계에 대해 일관적이지 않다: 반비례한다는 연구결과(전해숙·강상경 2009; Weissman et al. 1991); 정비례한다는 연구결과(전해숙·강상경 2009; Jeon et al. 2006); 관계가 없다는 연구결과(이현주 등 2008). 우울과 연령의 상관관계에 대한 연구결과 간 상이성은 횡단적 연구방법을 적용할 때 발생하기 쉬운 시간의 흐름에 따른 개인의 우울수준의 변화를 포함하지 못하는 한계 때문인

것으로 해석할 수 있다.

외국의 선행연구에서는 사회경제적 지위가 낮을수록 우울 유병률이 높은 것으로 보고되고 있다(이현주 등 2008; Murali & Oyebode 2004). 우리나라의 경우도 특히 경제적 어려움이 우울에 커다란 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(강상경·권태연 2008; 이선희·고정은 2009; 이평숙 등 2004). 예를 들어 소득수준은 한 개인의 물질적 상태나 가용할 수 있는 자원을 나타내는 지표로서 보건의료서비스의 접근성에도 영향을 미쳐 건강상태에 전반적으로 영향을 미치는 것으로 요약할 수 있다(강상경·권태연 2008). 마찬가지로 교육수준도 이용가능한 자원을 대변하는 요소로서, 교육수준이 낮을수록 우울증상이 더 많이 나타나는 것으로 보고되고 있다(김형수 2000; Townsend et al. 2001).

우울은 특히 여성에게 취약한 것으로 나타나고 따라서 남성노인보다 여성노인의 경우, 우울에 노출될 위험도가 높은 것으로 보고되고 있다(강상경·권태연 2008; 박정아·조영채 2007; 오인근 등 2009; 이현주 등 2008). 특히 우울 증증의 경우, 여성노인의 유병률이 남성노인에 비해 2배 이상 높은 것으로 나타나고 있다(신희영 등 2005). 여성노인이 남성노인에 비해 우울증에 취약한 이유로는 남성에 비해 사회적 활동이 제한되어 있기 때문으로 설명하기도 하고(정경희 1997), 여성의 평균수명이 남성보다 길고 따라서 연령이 증가할수록 홀로 사는 비율이 높아지고 경제적으로 어려움을 겪을 확률이 높기 때문으로 설명하기도 한다.

혼자 사는 노인의 경우 우울 유병률이 현저히 높은 것으로 보고되고 있다(박재홍·정지홍 2010). 거주지역의 경우, 도시지역에 거주하는 노인이 농촌지역에 거주하는 노인에 비해 우울을 더 많이 경험하는 것으로 나타난다(Kim JM et al. 2004). 이러한 지역 간 차이에 대한 외국의 선행연구들은 농촌노인의 건강상태가 더 양호하고 이는 노후로 갈수록 농촌사회가 가지고 있는 생활을 쾌적하고 여유있게 해주는 요소가 개인의 건강상태에 더 긍정적인 영향을 미치기 때문이라고 설명하고 있다(Butler et al. 2005; Crosato & Leipter 2006). 반면, 일군의 학자들은 농촌지역이 도시지역에 비해 상대적으로 미비한 것들, 예를 들어 대중교통의 부

족, 의료서비스의 낮은 접근성, 낮은 보건의료이용률 때문에 농촌노인의 우울상태가 더 열악한 것으로 보고하는 연구도 있다(Bedard et al. 2000; Laditka et al. 2007).

III. 연구방법

1. 연구대상 및 분석자료

분석 자료는 고령화연구패널조사(2008) 데이터로서 45세 이상 중·고령자를 대상으로 인구학적 배경, 가족, 건강, 고용, 소득과 소비, 자산, 주관적 기대감 및 삶의 질 등에 관한 내용을 포함하고 있다. 2006년도 시행된 제1차 고령화연구패널조사의 후속타로 진행된 제2차 패널조사 전체 응답자 8,688명 가운데 65세 이상 응답자 4,040명을 본 연

Table 1. Descriptive statistics of respondents

(N=4,040)	
Characteristics	Mean(SD)
Socio-demographic characteristics	
Age (75 and over)	.38(.485)
Gender (female)	.58(.493)
Education (less than elementary school graduate)	.71(.452)
Subjective economic status (poor)	.32(.467)
Living alone	.16(.369)
Residential area (urban)	.06(.232)
Health characteristics	
ADL (limited)	.08(.277)
MMSE (limited)	.24(.426)
Having difficulties due to sight deterioration	.10(.296)
Having difficulties due to listening deterioration	.09(.290)
Having difficulties due to masticatory force deterioration	.48(.500)
Having difficulties due to pain	.38(.486)
Subjective health status (poor)	.29(.452)
Family characteristics	
Living with adult child(ren)	.37(.482)
Frequency of meeting with children (rare)	.16(.368)
Frequency of contacting with children (rare)	.06(.232)

구의 분석을 위한 표본에 포함하였다.

Table 1은 조사대상자의 일반적인 특성으로 총 응답자는 4,040명이었다. 연령을 살펴보면 평균 연령은 72.9세로 나타났으며 65세 이상 74세 이하인 경우가 전체 응답자의 62.0%, 75세 이상이 38.0%에 달했다. 성별을 살펴보면 남성은 1,684명으로서 41.7%, 여성은 2,356명으로서 58.3%를 차지하여 여성의 비율이 높았다. 응답자의 71.4%는 초등학교 이하의 교육범주에 해당하였다. 전체 응답자의 32.1%가 스스로의 경제상태를 나쁜 편으로 인지하고 있었다. 전체 응답자의 약 16.2%에 해당하는 656명의 응답자가 독거노인으로 나타났고 약 69.4%가 도시지역에 거주하는 것으로 나타났다.

2. 변수구성 및 측정

1) 종속변수

고령화연구패널조사는 CES-D10(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale)으로 우울 증상을 측정하였다. CES-D10은 Randolff(1977)가 우울도 표준화 척도로 개발하였고 한국판으로 수정 보완 하였다(박재홍·정지홍 2010). 동 척도는 총 10 문항으로 구성되어 있으며 지난 한 주 동안 얼마나 자주 평소 일에 대한 귀찮고 괴로운 느낌, 정신 집중의 어려움, 세상에 홀로 있는 듯한 외로움, 도무지 무얼 해나갈 엄두가 나지 않음 등을 경험하였는지 묻고 각 항목별 경험빈도는 4점 척도로 측정하고 있다: ‘잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았음(하루 미만)’에 1값을 부여; ‘가끔 그런 생각이 들었음(하루 이틀 정도)’에 2값을 부여; ‘자주 그런 생각이 들었음(3일에서 4일 정도)’에 3값을 부여; ‘항상 그런 생각이 들었음(5일에서 7일 정도)’에 4값을 부여. 총점은 10점에서 40점의 분포를 가지고 우울과 비우울을 가르는 절단점(cut-off point)의 경우 21점에서 25점 사이를 두고 몇 점으로 할 것인가에 대한 논의가 진행되어 왔다(박재홍·정지홍 2010). 절단점으로 24점이 적절하다고 주장하는 경우(박재홍·정지홍 2010; 엄태완 2007)도 있고 21점이 적절하다고 주장하는 경우(박재홍·정지홍 2010; 조명체·김계희 1993)가 있으나 본 연구는 고령화패널연구조사가 사용

한 25점을 우울군과 비우울군을 가르는 절단점으로 하였다. 10항목의 신뢰도를 측정한 결과 내적 일관성(alpha)은 .84이었다.

2) 독립변수

건강요인 -- ‘옷갈아입기’, ‘세수하기 양치질하기 머리감기’, ‘목욕 또는 샤워하기’, ‘식사하기’, ‘이부자리에서 일어나 방 밖으로 나가기’, ‘화장실 이용하기’, ‘대소변 흘리지 않고 보기’ 등 7항목으로 측정하였으며 각 항목별 수행능력 정도는 1은 ‘도움 필요 없음’, 2는 ‘부분적으로 도움 필요함’, 3은 ‘전적으로 도움 필요함’을 의미한다. 7항목을 모두 더한 후 그 총점으로 ADL이라는 하나의 합성변수를 만들었다. 7항목 모두 ‘완전자립’으로 응답한 경우 ADL 자립으로 0값을, 한 항목 이상 ‘부분적으로 도움 필요함’ 또는 ‘전적으로 도움 필요함’으로 응답한 경우 ADL 기능제한으로 1값을 지정하였다. 7문항의 신뢰도를 측정한 결과 내적 일관성(alpha)은 .97이었다.

인지능력을 측정하기 위해 인지상태평가표(MMSE-K)를 사용하였다. 이 평가표는 인지능력을 평가하는 테스트로서 지남력, 기억력, 주위집중 및 계산, 소지품의 용도, 따라서 말하기, 명령수행, 등을 묻는 20항목으로 구성되어 있다. 각 항목마다 맞으면 1점, 틀리면 0점을 부여하여 20문항을 합산하여 인지기능이라는 합성변수를 만들고 치매의심에 해당하는 경우 인지기능제한으로 분류하고 1값을, 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다. 20문항의 신뢰도를 측정한 결과 내적 일관성(alpha)은 .81이었다.

통증으로 인한 일상활동의 어려움 유무, 시각기능저하로 인한 일상활동의 어려움 유무, 청각기능저하로 인한 일상활동의 어려움 유무, 평소 틀니 미착용시 딱딱한 음식의 저작기능저하로 인한 일상활동의 어려움 유무 등은 어려움이 있다고 응답한 경우 1값을, 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다. 주관적 건강상태는 0에서 100까지 10점 간격으로 측정된 결과 가운데 하위 30점까지 ‘나쁜 편’으로 분류하여 1값을, 40점부터 100점까지는 ‘나쁘지 않은 편’으로 분류하여 0값을 지정하였다.

가족요인 -- 자녀동거여부는 자녀와 동거하는 경우 1값을, 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다. 비동거자녀와의 만남횟수는 일 년에 0회에서 서너 번일 경우 '거의 만나지 않음'으로 분류하고 1값을, 한 달에 한번 이상 만날 경우 '자주 만남'으로 0값을 지정하였다. 같은 방법으로 비동거자녀와의 연락횟수는 거의 연락하지 않고 사는 경우 1값을, 자주 연락하는 경우 0값을 지정하였다.

사회인구학적 요인 -- 남성인 경우 0값을 여성인 경우 1값을 지정하였다. 교육수준은 '초등학교 졸업 이하'의 경우 1값을, '중학교 졸업 이상' 0값을 지정하였다. 월소득수준은 노인의 경제 상태에 대한 주관적 평가로서 0에서 100까지 10점 간격으로 측정된 결과 가운데 하위 30점까지 '나쁜 편'으로 분류하여 1값을, 40점부터 100점까지는 '나쁘지 않은 편'으로 분류하여 0값을 지정하였다. 독신가구여부는 혼자 사는 경우 1값을, 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다. 응답자의 거주지역이 읍·면부 지역이면 농촌으로 분류하고 0값을, 7대 도시 및 기타 시의 동부 지역이면 도시로 분류하여 1값을 지정하였다.

3. 분석방법

선행 연구들의 결과를 바탕으로 사회인구학적 요인을 통제된 상태에서 건강요인이 노인 우울에 미치는 영향을 분석하고 다시 사회인구학적 요인과 건강요인을 통제된 상태에서 가족요인이 노인 우울에 미치는 영향을 분석하였다. 본 연구는 SPSS 16.0을 이용하여 응답자의 사회인구학적 요인, 건강요인, 가족요인을 분석하기 위하여 빈도 및 백분율을 산출하였으며 우울 유무가 응답자의 제 특성에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는지 교차분석을 통한 카이제곱검정을 이용하였다. 나아가서 로지스틱 회귀분석의 위계적 방법을 통해 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 파악하였고 영향력 정도는 비차비(odds ratio)를 통해 제시하였다.

IV. 연구결과

1. 건강요인

전체 응답자의 8.3%가 세수하기, 식사하기, 화장실 이용하기 등과 같은 일상생활수행을 위해 타인의 도움이 필요한 ADL 기능제한인 것으로 나타났다. 인지기능의 경우 약 23.7%가 인지기능이 아주 낮아서 치매의심의 범주에 해당하였다. 응답자의 38.0%가 통증으로 인해, 9.7%는 시력저하로, 9.2%는 청력저하로, 48.2%는 치아의 저작능력저하로 각각 일상활동에 어려움을 경험한다고 응답하였다. 응답자의 28.6%가 본인의 건강상태를 나쁜 편이라고 응답하였다.

2. 가족요인

전체 응답자의 36.8%가 자녀와 동거하는 것으로 나타났다. 총 응답자의 84.0%가 한 달에 한번 이상 비동거자녀를 만나는 것으로 응답하였고 16.0%는 일 년에 전혀 못 보거나 한두 번 많아야 서너 번 정도 보는 것으로 나타났다. 비동거자녀와의 연락횟수는 만나지는 못해도 전화, 편지 또는 이메일 등을 통해 연락하는 경우를 의미하고 94.0%는 한 달에 한번 이상 연락하는 것으로 나타났고 6.0%는 전혀 연락이 없거나 일 년에 한두 번에서 서너 번 정도 연락을 하는 것으로 응답하였다.

3. 노인의 제 특성에 따른 우울군과 비우울군 간 차이

Table 2는 노인의 제 특성이 우울증상의 유무에 유의한 차이를 가지는지 분석한 결과이다.

1) 사회인구학적 요인과 우울유무(Table 2)

남성노인보다 여성노인이 우울증상을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 또한 교육수준이 낮은 집단, 주관적 경제상태가 낮은 집단이 상대적으로 우울증상이 더 많은 것으로 보고되었다. 혼자 살 경우 우울증상을 겪는 노인의 비율이 현저하게 높았다. 또한 거주지역에 따라서 우울증 유무 또한 유의한 차이를 보였는데 도시지역에 거주하는 노인이 농촌지역에 거주하는 노인들에 비해 우울증

상을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 사회인구학적 특성은 모두 우울증상에 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다.

Table 2. The different socio-demographic characteristics of respondents by geriatric depression

Socio-demographic characteristics		Geriatric depression		χ^2
		Yes (N=382)	No (N=3,658)	
Gender	male	112 (6.7%)	1572 (93.3%)	26.532 (.000)
	female	270 (11.5%)	2086 (88.5%)	
Education	less than element grad	300 (10.4%)	2583 (89.6%)	10.572 (.001)
	more than mid grad	82 (7.1%)	1074 (92.9%)	
Subjective economic status	poor	237 (18.3%)	1058 (81.7%)	174.082 (.000)
	not poor	145 (5.3%)	2599 (94.7%)	
Living alone	yes	97 (14.8%)	559 (85.2%)	25.999 (.000)
	no	285 (8.4%)	3099 (91.6%)	
Residential area	urban	288 (10.3%)	2517 (89.7%)	7.066 (.004)
	rural	94 (7.6%)	1141 (92.4%)	

2) 건강요인과 우울유무 (Table 3)

일상생활수행기능(ADL)과 인지기능(MMSE)이 제한적인 경우, 그렇지 않은 경우에 비해, 우울증상을 훨씬 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 시각기능저하, 청각기능저하, 치아의 저작기능저하 등의 어려움이 있을 경우도 우울증상이 높은 것으로 보고되고 있다. 통증이 있을 경우와 주관적 건강상태가 나쁜 편이라고 응답한 경우에도 우울증상이 많은 것으로 나타났고 그 차이는 통계적으로 유의하였다.

Table 3. The different health characteristics by geriatric depression

Health characteristics		Geriatric depression		χ^2
		Yes (N=382)	No (N=3,658)	
ADL	dependent	75 (22.3%)	262 (77.7%)	70.358 (.000)
	independent	307 (8.3%)	3396 (91.7%)	
MMSE	dependent	134 (14.0%)	825 (86.0%)	29.974 (.000)
	independent	248 (8.0%)	2833 (92.0%)	
Having difficulties due to pain	yes	268 (17.4%)	1269 (82.6%)	184.577 (.000)
	no	114 (4.6%)	2389 (95.4%)	
Having difficulties due to sight deterioration	yes	83 (21.2%)	309 (78.8%)	69.587 (.000)
	no	298 (8.2%)	3338 (91.8%)	
Having difficulties due to listening deterioration	yes	56 (15.0%)	317 (85.0%)	14.827 (.000)
	no	326 (8.9%)	3341 (91.1%)	
Having difficulties due to masticatory force deterioration	yes	256 (13.1%)	1692 (86.9%)	59.708 (.000)
	no	126 (6.0%)	1966 (94.0%)	
Subjective health status	poor	229 (19.8%)	928 (80.2%)	202.244 (.000)
	not poor	153 (5.3%)	2729 (94.7%)	

3) 가족요인과 우울유무 (Table 4)

예상 밖으로 자녀와 동거하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 우울을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 또한 자녀만남횟수는 우울증상을 설명하는데 통계적으로 유의하지 않은 반면 자녀연락횟수는 자녀와 거의 연락을 하지 않고 사는 경

우, 연락을 자주하는 노인에 비해 우울증상이 많은 것으로 보고되고 있다.

Table 4. The different family characteristics by geriatric depression

(N=4,040)

Familial & social support		Geriatric Depression		χ^2
		Yes (N=382)	No (N=3,658)	
Living with adult children	yes	156 (10.5%)	1330 (89.5%)	2.984 (.048)
	no	226 (8.8%)	2328 (91.2%)	
Frequency of meeting with children(rare)	rare	55 (8.4%)	596 (91.6%)	.923 (.188)
	often	327 (9.7%)	3061 (90.3%)	
Frequency of contacting with children(rare)	rare	41 (17.7%)	190 (82.3%)	19.669 (.000)
	often	341 (9.0%)	3467 (91.0%)	

4. 노인 우울에 영향을 미치는 요인: 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력

노인 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 우울을 종속변수로 선정하고 사회인구학적 요인을 통제된 상태에서 건강요인과 가족요인을 단계적으로 투입하는 위계적 방법을 활용하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. Table 5는 분석 결과를 보여준다. 독립변수를 투입한 모형 II, III이 기저모형인 모형 I보다 통계적으로 유의미하게 개선되었음을 확인할 수 있었다. 또한 모형 I은 모형II에, 모형 II는 모형 III에 내재되어 있으므로 각각의 모형 카이제곱 값 차이를 해당 자유도 차이에서 카이제곱 검정을 실시한 결과 추가로 투입된 독립변수들의 설명력이 통계적으로 유의미함을 알 수 있다.

모형 I에 사용된 사회인구학적 요인들 가운데 응답자의 성별과 주관적 경제상태가 p<.01에서 노인 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 여성인 경우 남성에 비해 노인 우울을 경험할

Table 5. Hierarchical logistic regression: Factors affecting geriatric depression

(N=4,040)

Variables		Model I		Model II		Model III		
		B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	
Socio-demographic factors	gender	.392***	1.479	.214	1.238	.174	1.190	
	education	.031	1.031	-.214	.807	-.221	.802	
	subjective economic status	1.310***	3.705	.712***	2.038	.700***	2.014	
	living alone	.365***	1.441	.344**	1.411	.461***	1.586	
	residential area	.294**	1.342	.274**	1.315	.242*	1.274	
Health factors	ADL			.549***	1.732	.516***	1.676	
	MMSE			-.100	.905	-.132	.876	
	having difficulties due to sight deterioration			.335**	1.398	.338**	1.403	
	having difficulties due to listening deterioration			.034	1.035	.018	1.019	
	having difficulties due to masticatory force deterioration			.346***	1.414	.344***	1.410	
	having difficulties due to pain			.890***	2.435	.898***	2.455	
Family factors	subjective health status			.698***	2.010	.695***	2.003	
	living with adult children					.272**	1.312	
	frequency of meeting with children (rare)					.065	1.067	
	frequency of contacting with children (rare)					.390*	1.477	
Constant			-3.408	.033	-3.871	.021	-3.967	.019
χ^2			187.899***		351.264***		359.487***	
-2LL			2333.241		2169.877		2161.654	
Nagelkerke R ²			.098		.180		.184	

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

확률이 약 1.5배 높은 것으로 나타났다. 또한 자신의 경제상태가 나쁜 편으로 인식하고 있는 경우, 그렇지 않은 노인에 비해 우울을 경험할 확률이 3.7배 높은 것으로 나타났다. 독거노인의 경우, 그렇지 않은 노인에 비해 우울 발생 위험이 1.4배 높은 것으로 나타났고 도시지역 거주노인이 농촌 지역 거주노인에 비해 우울 발생 위험이 약 1.3배 높은 것으로 비차비 결과가 보여주고 있다.

사회인구학적 요인을 통제한 상태에서 건강요인이 우울에 미치는 영향력을 분석하기 위해 모형 II에 ADL, MMSE, 시각기능저하, 청각기능저하, 저작기능저하, 통증유무, 그리고 주관적 건강상태 변수를 투입한 결과 MMSE와 청각기능저하를 제외한 다섯 변수 모두 통계적으로 유의미한 영향력을 보여주었다. ADL기능이 제한적일 때, 시각기능저하로 일상생활의 어려움을 겪을 때, 저작기능저하로 일상생활의 어려움을 겪을 때, 통증으로 일상생활의 어려움을 겪을 때, 자신의 건강상태가 나쁜 편으로 인식하고 있을 때 그렇지 않은 노인에 비해 우울을 경험할 확률이 각각 1.7배, 1.3배, 1.4배, 2.4배, 2.0배 높은 것으로 나타났다.

모형 III은 사회인구학적 요인과 건강요인을 통제한 상태에서 가족요인이 노인 우울에 미치는 영향력을 보기 위하여 자녀와의 동거여부, 자녀와의 만남횟수, 자녀와의 연락횟수 변수를 투입한 결과, 모형 III이 통계적으로 유의미한 설명력을 가지는 것으로 나타났다. 자녀와 동거할 경우 그렇지 않은 경우에 비해 우울을 경험할 확률이 1.3배 높은 것으로 나타났는데 이 결과는 의외였다. 자녀동거 그 자체가 가족적 지지를 자동적으로 보장하지는 않는 것으로 해석이 가능하다. 본 분석결과는 자녀동거·비동거 같은 명목적 변수들로는 가족적 지지를 보여주는 데 한계가 있다는 것을 간접적으로 시사한다. 자녀와의 관계의 내용이나 친밀도를 가늠하는 만남횟수와 연락횟수의 경우는 자녀와의 따뜻한 만남은 통계적으로 유의미하지 않은 반면 자녀와의 따뜻한 전화연락(편지나 이메일 등 포함)은 유의미한 것으로 나타났다. 구체적으로 자녀와 연락을 거의 하지 않고 살 경우, 그렇지 않은 노인에 비해 우울 발생 위험이 1.5배 높은 것으로 비차비 결과가 보여주고 있다.

V. 논의 및 결론

본 연구의 첫 번째 목적은 노인의 사회인구학적 요인, 건강요인, 그리고 가족요인의 실태를 파악하고 그 특성들이 우울군과 비우울군 간 유의한 차이가 있는지 검증하는 것이었고 두 번째 목적은 노인 우울 영향요인 가운데 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 규명하는 것이었다. 본 연구에서 노인 우울의 유병률은 9.5%로 나타났다.

첫 번째 분석 결과를 요약하면 우울군과 비우울군 간 사회인구학적 요인에 있어서 차이가 나타났다. 여성일 때, 교육 수준이나 소득 수준이 낮을 때, 혼자 살 때, 농촌지역에 거주할 때, 모두 우울군에 속할 확률이 통계적으로 유의한 수준에서 높았다. 우울군과 비우울군 간 건강요인에 있어서 차이는 특히 명백하게 나타나는 것으로 보고된다. 기능적 건강상태를 나타내는 ADL 기능제한 및 인지 기능제한의 경우 선행연구 결과와 일관된 결과로서 우울군에서 현저하게 높은 것으로 나타났다. 본 연구분석에서 처음으로 시도한 시각기능저하, 청각기능저하, 치아의 저작기능저하 또한 우울군에서 현저하게 높은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서 처음으로 시도한 일상생활을 어렵게 하는 통증유무 역시 우울군에서 통증이 있다고 응답하는 비율이 통계적으로 유의한 수준에서 높았다. 본인이 인지하는 건강상태가 나쁜 편이라고 응답한 경우도 그렇지 않은 경우에 비해 우울 유병률이 유의하게 높은 것으로 나타났고 우울유무와 건강요인 간 카이제곱검정은 모두 $p < .001$ 수준에서 유의한 것으로 나타났다. 마찬가지로 가족요인의 경우, 자녀와 동거할 경우, 자녀와 연락횟수가 뜸할 경우, 우울군에 속할 확률이 높은 것으로 나타났다. 그러나 자녀와의 만남횟수는 우울군과 비우울군 간 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 자녀와 동거하는 노인들이 그렇지 않은 노인들에 비해 우울 유병률이 높은 것으로 나타난 본 연구결과는 자녀와 동거하는 노인이 상대적으로 우울에 노출될 확률이 낮다는 선행연구와 상반된 결과를 보여준다(박재홍·정지홍 2010). 노부모부양의 일차적 책임이 가족에게 있다는 사회적 관습이 주를 이루는 우리나라의 경우 기혼자녀가 노부모와 동

거하면서 모시게 된다. 노부모를 모시는 것, 특히 건강이 좋지 않은 노부모를 모시는 것은 부양자에게 때로 과부담이 될 뿐 아니라 때로는 노화과정에 대한 지식의 결여로 노인에게 적절치 못한 방법으로 보살피기 쉽다(이미애 2006; 이신숙·차용은 2003). 이러한 부양자의 압박감과 스트레스는 피부양자인 노인에게도 그대로 전달되어 노인의 심리적 복지감에 부정적 영향을 미치게 되므로 최근에는 가족이 있어도 가족에게 의지하지 않고 자립하여 살고자 하는 노인 단독가구가 늘고 있는 추세이다. 자녀와 같이 사는 것이 가족적 차원의 지원을 받는 것과 항상 동일하지 않다는 것을 본 분석결과를 통해 알 수 있다.

본 연구의 두 번째 목적은 노인 우울 영향요인을 위계적 방법으로 분석하여 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 파악하는 것이었다. 노인 우울의 영향요인들 간의 인과관계 모형을 구축함에 있어 대부분 선행연구들은 건강상태를 대변해주는 변수로서 ADL과 MMSE에 지나치게 집중함으로써 노년기 장애 가운데 일상생활에 가장 밀접하고도 직접적인 관련을 가지는 시각기능저하, 청각기능저하, 그리고 저작기능저하 등의 좀 더 국부적이고 세부적인 기능 관련 변수들을 우울 영향요인 분석에서 제외된 경향이 있었다(고민석·서인균 2011).

그러나 이러한 연구의 경향과는 반대로 노년기가 장기화 되면서 상기한 기능의 감퇴 및 상실로 인해기능저하 및 장애를 경험하게 되는 사람들이 늘어나고 있다. 노인난청의 경우 65세에서 74세 노인의 33%, 75세에서 84세 노인의 45%, 85세 이상 노인의 62%가 경도난청을 경험한다고 보고될 만큼 난청은 노인인구에서 실제 광범위하게 발생하고 있는 것이 현실이다(천행태 등 2005). 노년기의 시각, 청각, 저작 기능 저하 등의 기능적인 능력의 감퇴는 그 자체로 신체적 웰빙이나 불편함으로 문제가 되지만 사회성부족으로 인한 사회적 고립으로 이어지는 경우 우울증 또는 대인기피증 등의 정서적 문제를 만드는 것이 더 큰 문제로 부상할 위험이 높다는 것이다(고성희 2007; 천행태 등 2005; 황선아 2010). 상기한 기능들의 쇠퇴 및 상실이 노인인구에서 빈번하게 발생하고 있는 것과

관련해 이러한 기능적 능력의 저하에 대한 노인들의 적응과정에 대한 연구가 시급한 것이 현실이다. 본 연구는 시각기능저하, 청각기능저하, 저작기능저하가 각각 우울에 미치는 영향을 파악하기 위해 동 변수들을 투입함으로써 우울 영향요인들 간 인과관계에 대한 설명력을 더한층 끌어올리는 모형Ⅱ를 도출하였다. 시각기능저하로 일상생활에 어려움을 겪는 노인은 392건으로 전체 응답자의 9.7%에 해당하였고 청각기능저하의 경우 373명으로 9.2%, 저작기능저하의 경우, 1,948건으로 48.2%에 각각 해당하였다. 이 가운데 시각기능저하와 저작기능저하를 경험하는 노인의 우울 발생률은 그렇지 않은 노인에 비해 똑같이 1.4배, 1.4배 더 높은 것으로 나타났다.

우울 영향요인에 빈번하게 포함되는 변인은 아니나 본 연구의 분석에서 우울의 영향요인 가운데 건강상태 요인으로 포함시켰던 통증의 경우 분석표본의 38%에 해당하는 1,537건이 일상생활이 어려운 정도의 통증이 있다고 보고하고 있다. 본 연구결과는 주관적 통증이나 본인이 인지하는 자신의 건강상태 등이 건강상태를 잘 대변해줄 뿐만 아니라 의료인에 의한 객관적 관찰보다 건강상태를 더 잘 보여준다는 것을 재확인 시켜주고 있다(고민석·서인균 2011). 통증은 영향력이 가장 큰 변인으로 나타났고 통증이 있는 노인의 경우 그렇지 않은 노인에 비해 우울 발생 위험이 2.4배 높은 것으로 나타났다. 두 번째로 영향력이 큰 변수 또한 주관적 건강상태로서 본인이 인지하는 건강상태가 나쁜 편이라고 응답한 경우 그렇지 않은 경우보다 우울 발생 위험이 2.0배 높은 것으로 나타났다.

모형 Ⅲ은 사회인구학적 요인과 건강요인을 통제된 상태에서 가족요인이 노인 우울에 미치는 영향력을 보기 위하여 자녀와의 동거여부, 자녀와의 만남횟수, 자녀와의 접촉횟수를 투입한 결과를 보여주고 모형 Ⅲ이 통계적으로 유의미한 설명력을 가지는 것으로 나타났다. 자녀와 동거할 경우 그렇지 않을 경우에 비해 우울을 경험할 확률이 1.3배 높은 것으로 나타났는데 이 결과는 의외였다. 자녀동거 그 자체가 가족적 지지를 자동적으로 보장하지는 않는 것으로 해석이 가능하다. 자녀와

함께 사는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 가족으로부터 지지를 더 많이 받는다는 자동적인 전제는 한계가 있다는 것을 본 연구결과는 보여준다. 자녀와 함께 사는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 가족으로부터 지원을 더 많이 받을 수도 있지만 꼭 그렇지만은 않은데 이는 자녀와의 동거가 선택이라기보다는 그 외에 다른 대안이 없어서 내린 결정일 경우 동거한다고 해서 가족적 차원의 도움을 충분히 받는다고 결론지을 수 없다. 즉 자녀와 같이 살아도 가족으로부터 관심을 충분히 받지 못하는 경우도 있음을 시사한다. 자녀와의 만남횟수의 경우 영향요인으로 포함되지 않았는데 자주 만난다고 해서 친밀도가 더 높은 것은 아님을 본 결과는 간접적으로 시사하고 있다. 반면 자녀와의 전화연락(편지나 이메일 등 포함)은 우울의 영향요인으로 유의미하게 나타났는데 연락을 주고받는 것 자체가 노인에게 필요한 가족차원의 지원을 보여주는 데 충분하다는 것을 알 수 있다. 꼭 만나야만 노인이 자녀의 지원을 느낀다기보다 비동거자녀의 경우 연락을 자주 하는 것만으로도 같은 효과를 가진다는 것을 발견하였다.

본 연구가 노인 우울 영향요인을 예측함에 있어 위계적 회귀분석을 활용한 이유는 사회인구학적 요인을 통제한 상태에서 건강요인과 가족요인이 노인 우울에 미치는 상대적 영향력을 분석하기 위해서였다. 분석 결과, 건강요인과 가족요인 가운데 노인 우울에 미치는 상대적 영향력에 있어서 건강요인이 가족요인보다 크다는 것을 보여주었다. 노인 우울의 원인을 진단할 때 신체질환과 동반하여 우울이 발병할 수도 있고(윤수진 등 2002), 기능적 건강상태가 저하되어 발병할 수도 있고(이영익 2008), 사회경제적 지위와 건강증진행위 간 연관성 때문에 발병하는(오인근 2009) 등 개인에 따라 다양한 것으로 보고되고 있으나 기존의 연구에서 포함되지 않았던 구체적 기능적 능력의 감퇴, 즉, 시각기능저하, 청각기능저하, 저작기능저하 등의 변인들 및 주관적 통증과 주관적 건강요인을 투입한 결과 훨씬 더 설명력이 커진 모형Ⅱ를 도출하였다. 나아가 가족요인이 노인 우울과의 인과관계에서 가지는 영향력의 크기를 검증하였다.

본 연구결과를 바탕으로 노인 우울을 줄이기

위해서 노인복지서비스를 제공할 때 ADL 같은 기존의 건강상태 요인에다가 시각기능저하 및 저작기능저하 변인을 우울발생 위험요소로 반영하여야 함을 알 수 있다. 우울에 가장 커다란 영향력을 미치는 변인이 통증이라는 본 연구결과는 우울을 예방 또는 감소시키기 위해 제공되는 노인복지서비스의 경우, 노인 스스로가 평가하는 주관적 통증에 적극적으로 대응하는 방향으로 노인복지자원을 통증클리닉 같은 통증완화프로그램에 우선적으로 배분할 때 서비스프로그램의 효과성을 최대한 도출할 수 있음을 시사한다. 또한 주관적 건강상태가 우울에 미치는 정(+)의 영향력을 감안할 때 지역사회 내 노인의 건강상태를 체크해주고 궁급한 점을 그때그때 상담해서 노인이 스스로의 건강에 대해 가지는 주관적 인지를 관리할 수 있도록 지원하는 사회복지 프로그램을 시행하는 것이 장기적으로 우울의 유병률을 낮추는데 실질적 효과를 얻을 것으로 예측할 수 있다. 무엇보다 본 연구는 우울의 다양한 원인들 가운데 노인 우울의 경우 특히 특정 질환의 발병 그 자체보다도 더 중요한 것이 여러 감각기능들의 퇴화 및 상실로 인한 후천적 장애라는 점에 관심을 가져야 함을 시사하고 있다. 아울러 노화과정에서 당연하다고 여겨지기 쉬운 통증으로 인한 일상생활의 어려움을 어떻게 보전하고 적응할 것인가에 대한 유용한 정보를 제공해 주는 것도 불안감을 줄이고 노인 우울을 감소시키는데 중요하다는 것을 본 연구결과는 입증해주고 있다.

노인이 건강상태의 악화, 특히 기능적 건강상태의 저하 및 통증 그리고 주관적 건강상태에 적응해 가는 과정에서 자녀와 자주 연락을 주고받는 것이 노인 우울에 대한 완충작용을 한다는 것을 본 분석결과는 보여준다. 무엇보다 본 연구결과는 노인 우울 예방정책을 입안할 때 건강요인이 가족요인에 비해 상대적 영향력이 더 큰 변인이라는 것을 특별히 감안하여 자원을 안배하여야 함을 시사한다.

참고문헌

강상경·권태현(2008) 사회경제적 지위가 우울수준

- 에 미치는 영향과 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업 30, 332-355.
- 고민석·서인균(2011) 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. 대한보건연구 37(1), 1-14.
- 고성희(2007) 체육수업에서 학교폭력을 경험한 시각장애학생의 우울증세와 불안정도에 관한 연구. 한국사회체육학회지 31, 761-770.
- 권영은·하진·안수연(2007) 재가노인의 지각된 건강상태, 일상생활수행정도 및 우울에 관한 연구. 한국노년학 27(2), 335-343.
- 기백석(1999) 노인우울증. 노인병 3(3), 61-71.
- 김승연·고선규·권정혜(2007) 노인 집단에서 배우자의 사별 스트레스와 우울의 관계: 사회적 지지와 대처행동의 조절효과. 한국심리학회지: 임상 26(3), 573-596.
- 김원경(2001) 노년기의 신체적 건강과 우울증간의 관계. 한국심리학회지: 임상 20(1), 49-66.
- 김형수(2000) 노인과 자살. 노인복지연구 10, 24-44.
- 남철현·김병하(1999) 유배우노인의 우울정도와 관련요인 분석연구. 한국노년학 19(2), 173-192.
- 박재홍·정지홍(2010) 독거노인의 우울이 삶의 만족도에 미치는 영향에 대한 문제중주의 매개효과 검증. 노인복지연구 47, 309-330.
- 박정아·조영채(2007) 한 본건기관에 내원한 기초생활수급노인과 비수급노인의 우울 및 인지기능 상태 비교. 농촌의학·지역보건 32(1), 1-12.
- 배진희(2009) 고령노인의 일상생활기능 저하가 우울에 미치는 영향-사회활동참여와 노인학대의 매개효과를 중심으로. 한국노년학 29(1), 353-368.
- 신희영·이훈·신일선·김재민·김성완·양수진·윤진상(2005) 지역사회 거주 저소득층 노인의 우울증상 유병률과 관련인자. 신경정신의학 44, 629-634.
- 엄태완(2007) 노인 자살관련 요인: 무방감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로. 한국사회복지학 59(2), 355-379.
- 오병훈(2006) 노인자살문제와 예방. 대한 임상노인의학회 춘계학술대회 자료집.
- 오인근·오영삼·김명일(2009) 여성노인의 사회적 관계망이 우울에 미치는 영향 연구-건강증진행위의 매개효과를 중심으로. 한국가족복지학 14(1), 113-136.
- 윤수진·이윤환·손태용·오현주·한근식·김경희(2002) 지역사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인. 한국노년학 21(3), 59-73.
- 이미애(2006) 주부양제공자의 하위집단별 부양부담 및 특정 수발항목에 대한 부담도. 노인복지연구 33, 279-300.
- 이선헌·고정은(2009) 노인의 우울증상 식별력에 영향을 미치는 요인. 한국노년학 29(2), 529-546.
- 이신숙·차용은(2003) 기능손상노인의 우울감과 가족지지, 공적지지 간의 관계. 대한가정학회지 14(3), 165-180.
- 이영익(2008) 노인의 생활체육활동 참가와 신체적, 정신적 기능상태의 관계. 한국노년학 28(4), 1265-1278.
- 이평숙·이영미·임지영·황라일·박은영(2004) 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울 간 관계. 대한간호학회지 32(3), 477-484.
- 이현주·강상경·이준영(2008) 노인우울증에 대한 사회경제적 지위요인과 건강행태요인에 관한 연구. 한국노년학 28(4), 1129-1145.
- 전해숙·강상경(2009) 노년기 우울케지의 예측요인: 한국복지패널을 이용하여. 한국노년학 29(4), 1611-1628.
- 정경희(1997) 여성노인의 삶의 질: 현황과 정책과제. 보건복지포럼 13, 44-52.
- 조명제·김계희(1993) 주요 우울증 환자 예비평가에서 CES-D10의 진단적 타당성 연구. 신경정신의학 32(3), 381-199.
- 천행태·조소현·조수진(2005) 노인 난청의 우울성향에 관한 연구. AUDIOLOGY 청능재활 1, 51-58.
- 통계청(2005) 고령자 통계.
- 홍승표·이지전·이상욱(2007) 노인전문병원에 입원한 환자들의 일상생활과 관련된 요인. 대한작업치료학회지 15(2), 79-89.
- 황선아(2010) 재가노인의 연하장애 위험성, 일상생활수행능력, 우울에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- Antonucci TC, Fuhrer R, Dartigues J(1997) Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging* 12, 189-195.
- Bedard M, Koivuranta A, Stuckey A(2000) Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adults: rural versus urban settings. *Canadian Journal of Rural Medicine* 9(1), 15-23.
- Butler SS, Turner W, Kaye LW, Ruffin L, Downey R(2005) Depression and caregiver burden among rural elder caregivers. *Journal of Gerontological Social Work* 46(1), 47-63.
- Crosato KE & Leipert B(2006) Rural women caregivers in Canada. *Rural Remote Health* 6(2), 520.
- Davis-Brown K & Salamon S(1988) Farm families crisis: An application of stress theory to farm family research. In R Marotz-Baden CB Hennon TH Brubaker(Eds.). *Families in rural America: Stress, adaption, and revitalization*(pp. 47-66) St. Paul, MN: The National Council of Family Relations.
- Kim JM, Stewart R, Shin IS, Yoon JS, Lee HY(2004) Lifetime urban/rural residence, social support, and late-life depression in Korea. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19, 843-851.
- Jeon HS, Dynkle RE, Robers BL(2006) Worries of the oldest-old. *Health and Social Work* 31, 256-265.
- Laditka JN, Laditka SB, Olatosi B, Elder KT(2007) The health trade-off of rural residence for impaired

- older adults: longer life, more impairment. *The Journal of Rural Health* 23(2), 124-132.
- Murali V & Oyeboode F(2004) Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 216-224.
- Rabins PV(1995) Mental illness in the elderly: principles and common problems. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PD(1995) *Principles of ambulatory medicine*. 4th ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 180-188.
- Randolff LS(1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Schulz R, Drayer RA, Rollman BL(2002) Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry* 52(3), 205-225.
- Townsend A, Miller B, Guo S(2001) Depressive symptomatology in middle-aged and older married couples: a dyadic analysis. *Journal of Gerontology* 56, 352-364.
- Waerna M, Rubenowitz E, Wilhelmson K(2003) Predictors of suicide in the old elderly. *The Gerontologist* 49(5), 328-334.
- Weissmann MM, Bruce ML, Leaf PJ, Florio LP, Hozer C(1991) Affective Disorders in LN Robins & DA Regier(eds.), *Psychiatric Disorders in America: The epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 53-88). New York, NY: Free Press