

제주 농촌 지역 노인들의 우울증상 유병률 및 관련 요인

¹제주대학교 의과대학 정신건강의학교실, ²제주대학교 의과대학 소아청소년정신외과, ³건양대학교병원 정신건강의학과, ⁴제주대학교 의과대학 응급의학교실, ⁵농업안전보건센터
양현주^{1,5} · 오민수^{2,5} · 임우영³ · 송성욱^{4,5}

Prevalence and Associated Factors of Depressive Symptoms Among Elderly Individuals in Rural Areas of Jeju Island

Hyun Ju Yang, M.D., Ph.D.,^{1,5} Min Su Oh, M.D.,^{2,5}
Woo Young Im, M.D., Ph.D.,³ Sung Wook Song, M.D., Ph.D.^{4,5}

¹Department of Psychiatry, College of Medicine, Jeju National University, Jeju, Korea

²Department of Pediatrics, College of Medicine, Jeju National University, Jeju, Korea

³Department of Psychiatry, Konyang University Hospital, Daejeon, Korea

⁴Department of Emergency Medicine, College of Medicine, Jeju National University, Jeju, Korea

⁵Centers for Farmers' Safety and Health, Jeju National University Hospital, Jeju, Korea

ABSTRACT

Objectives : This study aims to explore the prevalence of depressive symptoms among elderly residents in the relatively stable rural areas of Jeju and to examine the relationships between levels of depression, sociodemographic factors, and health habits.

Methods : The study site was within rural Jeju, where elderly individuals aged 65 and older were randomly selected from the 'Agricultural Cohort' registered at the Centers for Farmers' Safety and Health Center. Trained interviewers conducted surveys using the Short Form Geriatric Depression Scale (sGDS-K), defining those with scores of 6 or above as experiencing depressive symptoms for the analysis. Other variables such as sex, age, educational level, marital status, annual income, subjective health status, underlying disease, perceived stress levels, smoking, and drinking status were also recorded.

Results : Out of 533 subjects, the prevalence of depressive symptoms was 35.3%, with 28.5% in male and 45.6% in female ($p < 0.001$). Factors significantly associated with the prevalence of depressive symptoms included marital status ($p = 0.014$), educational level ($p < 0.001$), annual income ($p = 0.034$), subjective health status ($p < 0.001$), perceived stress level ($p < 0.001$), feeling of despair ($p < 0.001$) and suicidal ideas ($p < 0.001$). Multivariate logistic regression analysis revealed that subjective health status, perceived stress level, and feelings of despair were associated with the prevalence of depressive symptoms.

Conclusions : The high prevalence of depressive symptoms among the rural elderly in Jeju highlights the need for targeted mental health interventions. Addressing sociocultural factors and improving early detection and intervention strategies can help reduce the socioeconomic impact of depression in this population.

KEYWORDS : Rural population; Elderly; Depressive symptoms; Risk factors; Prevalence.

Received: June 21, 2024 / Revised: June 28, 2024 / Accepted: June 29, 2024

Corresponding author: Sung Wook Song, Center for Farmers' Safety and Health at Jeju National University Hospital, Jeju National University College of Medicine and Graduate School of Medicine, 15 Aran 13-gil, Jeju 63241, Korea
Tel : 064) 717-1924 · Fax : 064) 717-1097 · E-mail : sungwook78@gmail.com

서 론

인구 고령화는 전 세계적 현상으로, 노인 인구의 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 있다. 특히, 노년기 우울증은 사회적으로 중요한 이슈로 부각되고 있는데, 2021년 보건복지부의 정신건강실태조사에 따르면¹⁾ 70세 이상 노인의 우울장애 유병률은 전체 인구 대비 두 배 가까이 높은 3.1%로 조사되어 노인의 우울장애 위험이 높음이 시사되었다. 일반적으로 노인은 정신과적 증상을 신체 증상으로 표현하는 경향이 많고, 정신과적 증상을 표현하는 것을 꺼려하며, 역학 연구에서 사용된 진단 체계가 노인인구의 우울증상을 모두 평가하기에는 적절하지 않다는 점을 고려하면 실제 우울증상을 경험하는 노인 인구는 훨씬 더 높을 것으로 예견된다. 특히 농촌 지역의 경우 빠른 고령화와 함께 사회적, 경제적으로 취약한 상황에 처해 있어, 이들의 정신건강 문제는 더욱 심각한 상황을 맞고 있다.

최근 연구에 따르면 농촌 지역 노인의 우울증 유병률이 약 20.5%로, 전체 노인의 우울증 유병률 보다 높은 것으로 나타났다.²⁾ 이러한 농촌 지역 노인의 높은 우울증 유병률은 제한된 사회적 자원, 낮은 경제 수준, 의료 접근성 결핍 및 고립감 등 농촌 지역의 고유한 특성과 밀접한 관련이 있다.³⁾

여러 연구들은 농촌 지역 노인의 정신건강 문제를 다루면서 계층적 사회적 지원의 부족이 우울증 유병률을 높이는 중요한 요인으로 지적하였다. 또한, 사회적 고립과 경제적 스트레스가 농촌 지역 노인의 정신건강에 미치는 부정적 영향을 강조하며, 이에 대한 효과적인 접근 방법과 정책 마련의 필요성을 주장하였다.⁴⁾ 이러한 연구들은 농촌 지역 노인의 우울증 증상과 관련된 요인을 심도 있게 조사하고, 복합적으로 작용하는 이들 요인들을 이해하는 데 중요한 역할을 한다.

본 연구는 지역적으로 분리된 제주도 농촌에 거주하는 노인의 우울증상 유병률을 분석하고, 영향을 미치는 요인들을 종합적으로 검토하여 실질적이고 개입 방안을 모색함으로써 농촌 지역 노인의 우울증 예방과 관리에 필요한 데이터를 제공하고, 이를 바탕으로 효과적인 정책과 프로그램 개발에 기여할 것으로 기대한다.

방 법

1. 대상자 선정 및 조사 방법

제주도 내 농촌지역에서 농업안전보건센터에 등록된 '농업인 코호트' 대상자 중 65세 이상 노인을 무작위 추출하여 조사하였다. 조사 대상 노인 인구는 26,310명(남성 12,704명,

여성 13,607명)으로 연구에 필요한 표본수는 95% 신뢰구간, 5% 표준 오차를 고려하여 대략 500명을 표본으로 추산하였다.

설문의 시행은 조사요원의 방문 면접을 통해 이루어졌고, 조사요원은 농업안전보건센터에 소속된 훈련된 연구원으로 구성되었다. 조사요원에 대한 교육은 연구 계획, 지역사회 및 검사 도구에 관한 설명과 조사시의 유의사항 등이 포함되었다. 각 가정을 방문하여 설문의 취지를 설명한 후 설문지를 나누어주고 응답하도록 하였고, 협조가 어려운 경우에는 면접자가 직접 질문하여 기입하였는데 조사에 동의한 노인 533명에게 설문지를 배포하였고, 분석을 진행하였다. 모든 조사 과정은 정신건강의학과 포함 2명의 전문의가 지도 감독하였다. 본 연구는 제주대학교 임상연구위원회의 승인을 받아 시행되었다(JNUH IRB 2022-05-003)

2. 측정도구

대상자의 일반적 특성을 조사하기 위한 설문 문항은 국민건강영양조사⁵⁾ 설문지와 사회통계조사 설문지를⁶⁾ 참조하였다. 문항에는 성별, 나이, 학력, 결혼상태, 연 평균 수입, 주관적 건강상태, 기저 질환, 주관적 스트레스 정도, 앓고 있는 질환, 흡연 및 음주 상태 등이 포함되었다.

우울증상 평가 도구로는 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression scale-Korean version, sGDS-K)을 사용하였다.⁷⁾ 이 척도는 Yesavage 등⁸⁾에 의해 개발된 30문항의 자기 보고형 노인우울척도인 Geriatric Depression Scale 중에서 15문항을 선택하여 제작된 것을 한국어로 번안한 것으로, 높은 내적 일치도와 타당도를 보여주어 노인 우울증상에 대한 평가 척도로 많이 사용되고 있다.⁹⁾ 각 문항에 대해 예/아니오로 응답하며 긍정형은 1점, 부정형은 0점으로 부과한다. 총점의 범위는 0-15점으로 5점 이하는 정상, 6-9점은 중등도의 우울증상, 10점 이상은 우울증으로 평가하며 우울증상 집단의 선별을 위해 최적 절단점 6점을 기준으로 우울증상 여부를 평가하였다.

3. 통계 분석

전체 대상자의 우울증상 유병률을 파악하기 위해 빈도와 백분율을 산출하였고, 대상자의 특성에 따라 우울증상 유병률에 차이가 있는지 알아보기 위해 chi-square test를 실시하였다. 더불어 우울증상 유병률을 종속변수로 하여 단변량 분석 및 성별과 연령을 보정한 다변량 로지스틱 회귀분석을 하여 각 변수 수준별로 교차비를 제시하였다. 마지막으로 우울증상 유병률을 독립변수로 하고 단변량 및 성별과 연령을

보정한 회귀분석에서 유의하게 나온 변수를 중심으로 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 통계분석은 SPSS version 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하였고, 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

본 연구의 전체 대상자 중 남성은 316명(59.3%), 여성은 217명(40.7%)이었고, 평균 연령은 73.02 ± 5.27 세였다. 연령 분포를 보면 70-74세가 34.2%로 가장 많았고, 65-69세가 33.2%였다. 결혼 상태는 배우자가 있는 경우가 전체 93.9%로 대다수를 차지했으며, 교육수준은 중졸이 60.4%로 가장 많았고, 무학자는 2.8%에 불과하였다. 연평균 가구 수입은 '1000만 원 이하'가 18.4%, '1000만원 초과-3000만원 미만'이 38.8%로 절반 가량이 3000만원 미만의 수입을 보고하였다. 내·외과적 질환이 있는 경우는 전체 76.5%였고, 고혈압 유병률이 50.6%로 가장 높게 보고되었다. 자신의 건강 상태에 대해서는 34.5%가 '보통'이라 응답했고, 34.8%는 '나쁨' 또는 '아주 나쁨'으로 응답하였다. 음주율은 77.8%로, 현재 음주를 하는 인구가 다수이며, 흡연율은 16.5%이었다. 주관적인 스트레스 정도에 대해서는 40.5%가 '보통'이라고 응답하였고, 15.8%는 '아주 높음'으로 응답, 상대적으로 높은 스트레스를 경험하는 것으로 보고되었다. sGDS-K를 이용한 우울증상 평가에서는 전체 평균 점수가 4.0 ± 3.66 점이었으며, 성별에 따라 남성은 평균 3.27 ± 3.12 점, 여성은 평균 5.06 ± 4.11 점으로, 여성이 남성보다 더 높은 우울증 점수를 보이는 경향을 확인할 수 있었다(Table 1).

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울증상 유병률

전체 대상자 533명 중에서 우울증상의 유병률은 35.3%로 나타났다. 연령별로는 유병률의 차이가 없었으나, 성별에 따라 유의한 차이를 보였는데, 남성은 28.5%, 여성은 45.6%로 여성에서 더 높은 우울증상 유병률을 보였다($p < 0.001$). 그 외 우울증상 유병률과 유의한 관계를 보인 변수를 살펴보면, 배우자와 거주하지 않는 경우 우울증상 유병률이 46.4%로 배우자와 거주하는 경우의 33.1%와 비교하여 높았고($p = 0.014$), 연소득이 낮을수록($p = 0.034$), 그리고 최종학력이 낮을수록($p < 0.001$) 우울증상 유병률이 증가하는 경향을 보였다. 주관적 건강 상태에 따른 우울증상 유병률을 보면, 자신이 '건강하지 못한 편'이라고 응답한 집단은 55.9%, '보통'이라고 응답한 집단은 26.9%로 '건강한 편'이라고 응답한 집단인 17.4%와 비교하

여 높았다($p < 0.001$). 이와 유사하게 주관적 스트레스 정도에 따른 우울증상 유병률에서도 자신이 '스트레스를 많이 느낀다'라고 응답한 경우 60.7%, '스트레스를 가끔 느낀다'라고 응답한 경우 36.4%로 '스트레스를 잘 느끼지 않는다'라고 응답한 집단의 19.3%와 비교하여 우울 증상 유병률이 높았다($p < 0.001$). 높은 우울증상 유병률은 절망감, 자살 위험 변수들과도 유의한 관계를 보였는데, 2주 이상 절망감을 느꼈다고 보고한 경우 우울증상 유병률 71.6%로 그렇지 않은 경우인 29.5%와 비교하여 상당히 높았고($p < 0.001$), 지난 1년간 자살생각을 한 경우($p < 0.001$)와, 자살 계획이 있었던 경우($p = 0.037$)에서 높은 우울증상 유병률을 보였다.

연령과 성별을 보정한 단변량 회귀분석 결과 주관적 건강 상태가 '건강하지 못한 편'이라고 응답한 집단은 '건강한 편'이라고 응답한 집단에 비해 우울증상 발현 가능성이 5.64배(95% CI=3.33-9.56) 높았다. 주관적 스트레스 정도 또한 '스트레스를 많이 느낀다'고 응답한 집단이 스트레스를 잘 느끼지 않는다'로 응답한 집단과 비교하여 5.93배(95% CI=3.54-9.93), '스트레스를 가끔 느낀다'로 응답한 집단은 2.37배(95% CI=1.51-3.74) 우울증상 발현 가능성이 높게 나타났다. 2주 이상 절망감을 느낀 경우 그렇지 않은 경우와 비교하여 우울증상 발현 가능성이 5.47배(95% CI=3.15-9.48) 높았고, 1년 이내에 자살생각을 한 경우 그렇지 않은 집단에 비해 24.96 배(95% CI=5.83-106.86) 높게 나타났다(Table 2).

3. 우울증상 유병률 관련 요인

우울증상 유병률과 관련된 요인을 분석하기 위해 일반적으로 우울증 위험 요인으로 알려진 변수와 본 연구의 단변량 분석에서 유의한 관계를 보인 변수를 포함하여 다변량 로지스틱 회귀 분석을 시행하였다. 그 결과 주관적 건강상태와 스트레스 정도, 절망감 관련 변수가 우울증상 유병 위험과 유의한 관계를 보이는 변수로 확인되었다. 먼저, 자신의 건강상태에 대해 '건강한 편'으로 인식하는 경우와 비교하여 '건강하지 못한 편'으로 느끼는 경우는 6.44배($p < 0.001$, 95% CI=3.11-13.33), '보통'으로 느끼는 경우에도 2.24배($p = 0.038$, 95% CI=1.05-4.78) 우울증상 발현 가능성이 더 높은 것으로 나타났다. 주관적 스트레스 정도의 경우에도 비슷한 결과를 보였는데, '스트레스를 잘 느끼지 않는다'라고 응답한 집단의 경우와 비교하여 '스트레스를 많이 느낀다'라고 응답한 경우는 3.62배($p = 0.001$, 95% CI=1.69-7.79), '스트레스를 가끔 느낀다'라고 응답한 경우는 2.24배($p = 0.013$, 95% CI=1.18-4.24) 우울증상 발현 가능성이 더 높았다. 절망감 또한 우울증상 유병률과 관련이 높은 변수였는데, 2주이상 절망감을

Table 1. Characteristics of the subjects

Variable	Male (n=316)		Female (n=217)		Total (n=533)	
	n	%	n	%	n	%
Age (yrs)						
65–69	105	33.2	58	26.7	163	30.6
70–74	108	34.2	63	29.0	171	32.1
75–79	82	25.9	52	24.0	134	25.1
≥80	21	6.6	44	20.3	65	12.2
Marital status						
With spouse	291	93.9	132	62.9	423	81.3
Without spouse	19	6.1	78	37.1	97	18.7
Education (yrs)						
≥10	26	8.2	2	0.9	28	5.3
7–9	191	60.4	35	16.1	226	42.4
1–6	90	28.5	118	54.4	208	39.0
0	9	2.8	62	28.6	71	13.3
Annual income (million won)						
>30	105	42.9	28	23.9	133	36.7
≤30	95	38.8	42	35.9	137	37.8
≤10	45	18.4	47	40.2	92	25.4
Subjective health status						
Good	97	30.7	41	18.9	138	25.9
Fair	109	34.5	84	38.7	193	36.2
Poor	110	34.8	92	42.4	202	37.9
Comorbidity						
Hypertension	160	50.6	98	45.2	258	48.4
Diabetes mellitus	83	26.3	25	11.5	108	20.3
Stroke	8	2.5	5	2.3	13	2.4
Arthritis	128	40.5	114	52.5	242	45.4
Cancer	38	12.0	14	6.5	52	9.8
Perceived Body image						
Obese	76	24.1	53	24.4	129	24.2
Lean	56	17.7	52	24.0	108	20.3
Adequate	184	58.2	112	51.6	296	55.5
Current drinker	246	77.8	66	30.4	312	58.5
Current smoker	52	16.5	1	0.5	53	9.9
Sleep time (hr)						
<6	84	26.6	88	40.6	172	32.3
≥6	232	73.4	129	59.4	361	67.7
Perceived stress status						
Low	138	43.7	64	29.5	202	37.9
Average	128	40.5	81	37.3	209	39.2
High	50	15.8	72	33.2	122	22.9
Depression	90	28.5	99	45.6	189	35.3
Suicidal idea (during past 1 year)	8	2.5	19	8.8	27	5.1
Suicide plan (during past 1 year)	1	0.3	4	1.8	5	0.9
Suicide attempt (during past 1 year)	0	0	1	0.5	1	0.2
Continuous variables	Mean (SD)		Mean (SD)		Mean (SD)	
sGDS-K	3.27 (3.12)		5.06 (4.11)		4.00 (3.66)	

Different subtotal because of missing. Results are expressed as total number and % or mean (standard deviation) for all variables. sGDS-K, Short Form Geriatric Depression Scale-Korean Version

Table 2. Prevalence of depressive symptoms defined by sGDS-K according to levels of variables

Variables	n (%)	Prevalence	χ^2	p-value*	COR	AOR
Total	533 (100)	35.5				
Sex			16.52	<0.001		
Male	217 (40.7)	28.5				
female	316 (59.3)	45.6			2.11 (1.47–3.03)	
Age (yrs)			4.56	0.209		
65-69	49 (25.9)	30.1				
70-74	59 (31.2)	34.5			1.23 (0.77–1.94)	
75-79	55 (29.1)	41.0			1.62 (1.002–2.62)	
≥ 80	26 (13.8)	40.0			1.55 (0.85–2.82)	
Marital status			5.92	0.014		
With spouse	423 (81.3)	33.1				
Without spouse	97 (18.7)	46.4			1.749 (1.12–2.74)	1.21 (0.73–1.99)
Education (yrs)			20.99	<0.001		
≥ 10	145 (27.2)	23.4				
7~9	109 (20.5)	29.4			1.70 (0.62–4.67)	1.64 (0.60–4.52)
1~6	208 (39.0)	42.8			3.44 (1.26–9.40)	2.70 (0.96–7.56)
0	71 (13.3)	47.9			4.23 (1.45–12.37)	2.79 (0.80–8.75)
Annual income (million won)			6.86	0.034		
>30	133 (36.7)	24.8				
≤30	137 (37.8)	32.8			1.48 (0.87–2.52)	1.36 (0.79–2.36)
≤ 10	92 (25.4)	41.3			2.13 (1.20–3.78)	1.64 (0.86–3.12)
Subjective health status			63.55	<0.001		
Good	138 (25.9)	17.4				
Fair	193 (36.2)	26.9			1.75 (1.02–3.02)	1.60 (0.92–2.78)
Poor	202 (37.9)	55.9			6.03 (3.58–10.15)	5.64 (3.33–9.56)
Comorbidity						
Hypertension	258 (48.4)	34.5	0.20	0.652	1.09 (0.76–1.55)	1.06 (0.74–1.52)
Stroke	13 (2.4)	38.5	0.05	0.819	1.14 (0.37–3.54)	1.12 (0.35–3.57)
Diabetes mellitus	108 (20.3)	40.7	1.63	0.200	1.33 (0.86–2.05)	1.61 (1.03–2.54)
Arthritis	242 (45.4)	38.4	1.71	0.192	1.27 (0.89–1.81)	1.14 (0.95–1.36)
Cancer	52 (9.8)	26.9	1.91	0.178	0.64 (0.34–1.22)	0.72 (0.37–1.37)
Perceived stress status						
Low	202 (37.9)	19.3	57.41	<0.001		
Average	209 (39.2)	36.4			2.39 (1.53–3.74)	2.37 (1.51–3.74)
High	122 (22.9)	60.7			6.44 (3.89–10.67)	5.93 (3.54–9.93)
Feeling of despair (over 2 weeks)			47.38	<0.001		
No	458 (86.1)	29.5				
Yes	74 (13.9)	71.6			6.04 (3.51–10.40)	5.47 (3.15–9.48)
Suicidal idea (during past 1year)			41.23	<0.001		
No	504 (94.9)	32.5				
Yes	27 (5.1)	92.6			25.92 (6.07–110.73)	24.96 (5.83–106.86)

Note Different subtotal because of missing. Results are expressed as total number (%) for all variables. *By chi-square test (level of significance: $p < 0.05$). COR, crude odds ratio; AOR, adjusted odds ratio (adjusted by age and sex), CI, confidence interval

느낀 경우 그렇지 않은 경우와 비교하여 3.82배($p=0.002$, 95% CI=1.62–9.01) 우울증상 발현 가능성이 높게 나타났다(Ta-ble 3).

고 찰

본 연구는 제주 지역 농촌에 거주하는 노인 인구를 대상으로 우울증상 유병률과 그 관련 요인을 조사하기 위해 수행되었다. 이 조사는 제주도라는 섬 지역의 특성을 활용하

Table 3. Results of multivariate logistic regression analysis of prevalence of depression symptoms defined by sGDS-K according to levels of variables

	Coefficient	SE	OR	p-value	95% CI
Constant	-3.881				
Sex					
Male					
Female	0.102	0.341	1.11	0.765	0.57–2.16
Age (yrs)					
65–69					
70–74	0.044	0.330	1.05	0.894	0.55–1.99
75–79	0.134	0.382	1.14	0.732	0.53–2.47
≥80	0.196	0.549	1.22	0.721	0.42–3.57
Marital status					
With spouse					
Without spouse	0.404	0.402	1.50	0.315	0.68–3.29
Annual income (million won)					
> 30					
≤ 30	-0.114	0.404	0.89	0.777	0.40–1.97
≤ 10	0.066	0.326	1.07	0.840	0.56–2.03
Education (yrs)					
≥ 10					
7–9	0.754	0.736	2.13	0.306	0.50–8.99
1–6	1.594	0.763	4.93	0.037	1.10–21.96
0	1.128	0.872	3.09	0.196	0.56–17.07
Subjective health status					
Good					
Fair	0.804	0.387	2.24	0.038	1.05–4.78
Poor	1.862	0.371	6.44	<0.001	3.11–13.33
Perceived stress status					
Low					
Average	0.806	0.326	2.24	0.013	1.18–4.24
High	1.288	0.390	3.62	0.001	1.69–7.79
Feeling of despair (over 2 weeks)					
No					
Yes	1.340	0.438	3.82	0.002	1.62–9.01

SE, standard error; CI, confidence interval; OR, odds ratio

여 이루어졌으므로, 인구의 유출입이 적어 연구 대상 집단이 비교적 안정적이며, 이는 유병률 산출과 향후 지속적인 관찰을 용이하게 한다는 장점이 있다. Short Form Geriatric Depression Scale-Korean version (sGDS-K)를 사용하여 제주 지역 농촌에 거주하는 노인의 우울증상 유병률을 분석하였고, 우울증상과 사회인구학적 변인, 건강인식 및 주관적 스트레스 인지와의 관련성 그리고 우울증상 유병에 영향을 미치는 위험요인들을 알 수 있었다.

본 연구에서 우울증상 유병률은 전체 35.5%로 조사되었다. 비록 조사 도구의 차이로 인해 선행 연구 결과와의 직접 비교는 어렵지만, 본 연구의 유병률은 전체 노인의 우울증 유병률 뿐만 아니라 약 20.5%로 보고한 농촌 지역 노인의 우

울증 유병률 보다도 높게 나타났다.²⁾ 이러한 차이는 농촌 지역 특유의 사회적, 경제적 고립과 의료 서비스 접근성 제한과 관련 있을 수 있으며 특히 제주도와 같이 지리적으로 분리된 지역에서는 의료자원이 제한적이고, 정신건강 서비스 접근성이 낮기 때문에 향후 대상자들의 정신건강 관리가 더욱 중요하다는 것을 시사한다. 우울증상 유병률은 성별에 따라 유의한 차이를 보였는데 남성 28.5%, 여성 45.6% ($p < 0.001$)로 여성에서 높게 나타났다. 이는 선행 연구들과 일치하는 결과로, 여성의 높은 우울증 유병률은 사회문화적 요인이나 여성의 생물학적 취약성 등 다양한 원인을 고려할 수 있다.^{10,11)}

본 연구 결과에서 연령별로 우울증상 유병률이 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나, 연령이 증가할수록 우

울증상 유병률이 상승하는 추세를 확인할 수 있었다. 이러한 경향은 기존의 연구 결과들과 일치하는 부분으로, 노년기에 발생할 수 있는 여러 요인들-신체적 질환의 증가, 배우자나 친지의 상실, 사회적 역할의 변화 및 상실 등-이 우울증상 유병률을 높이는 것으로 이해해 볼 수 있다.^{3,11,12)}

실제 노년기에 접어드는 개인들은 누적된 생활의 변화와 신체적, 정신적 스트레스에 더 많이 노출되어 있으며, 이는 우울증상을 유발하거나 악화시킬 수 있는 중요한 요인으로 작용한다. 따라서 노년층의 정신 건강 관리 및 우울증 예방을 위해서는 이 연령대에서 흔히 겪게 되는 생활상의 변화들을 충분히 고려한 지원과 개입이 필요할 것이다.

결혼 상태는 우울증상과 관련 있는 변수로 알려져 있다. 결혼 생활은 정서적 지지를 제공할 수 있는 중요한 요소이지만, 반대로 부부간의 갈등이나 관계 문제는 우울증상을 유발할 수 있다. 또한 이혼, 별거, 사별과 같은 사건은 심각한 정서적 스트레스를 유발하며, 이는 우울증상의 발생과 관련이 깊다. 본 연구에서도 확인된 바와 같이, 배우자가 없는 경우 우울증상 유병률이 더 높게 나타난 것은 이러한 이유 때문일 수 있다.^{13,14)} 경제적 상황 또한 우울증상 유병률과 관련이 있는데, 본 연구 결과에 의하면, 연 소득이 낮을수록 우울증상 유병률이 높았으며, 이는 경제적 어려움이 개인의 정신 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 선행 연구에서도 경제적 어려움은 신체적 질환의 발생 뿐만 아니라, 사회적 소외감과 고립감을 증가시키고, 이는 다시 우울증의 위험을 높인다고 보고하였다.^{15,16)} 이러한 결과는 사회적으로 고립되고 소득수준이 낮은 개인이나 가구에 대한 지원과 장기적인 안전망 구축이 우울증 예방 및 관리에 있어 중요하다는 것을 의미한다.

교육수준 또한 우울증상 유병률과 관련이 있었는데, 교육수준이 낮을수록 우울증상 유병률이 높았다. 이는 선행 연구 결과와 일치하며,^{17,18)} 일반적으로 교육수준과 우울증상과의 관계는 경제적 수준이나 직업과 독립적인 것으로 분석되나 그 원인은 명확하지 않다.^{17,19)} 학력 수준이 낮은 경우 스트레스에 취약한지, 학력 수준이 높은 경우 감정 표현을 제한하는지 등에 대한 추가 연구가 필요하다.²⁰⁾

또한, 주관적으로 자신의 건강상태나, 스트레스 수준을 어떻게 인식하는지와 관련된 변수들도 우울증상 유병률과 관련이 있는 것으로 나타났다. 선행 연구에서도 스트레스를 많이 느낄수록, 사회적 지지가 부족하다고 느낄수록 우울증상 유병률이 높게 나타난다고 보고하고 있으며^{21,22)} 이는 사회경제적 지지가 우울증 발생에 중요한 역할을 할 수 있음을 시사한다. 일반적으로는 부정적인 건강상태와 관련된 요인으

로 체중감소가 많을수록, 본인이 마르거나 비만하다고 생각할수록, 수면 습관이 나쁠수록, 식사가 불규칙할수록 우울증상 유병률이 증가하는데, 이런 건강 습관이 우울증으로 인한 결과인지 또는 이런 건강습관의 결과로 우울증상을 경험하는 것이지는 명확하지 않기 때문에, 이 부분에 대해서는 향후 전향적인 연구를 통한 추가적인 분석이 필요할 것이다.

본 연구에서 중요한 결과 중 하나는 우울증상 유병률과 자살 위험 요인이 함께 증가한다는 점이다. 우리나라의 자살률이 OECD 국가 중에서 매우 높은 수준에 있으며, 이는 국가적으로 우려되는 사회적 문제이다. 특히 주요우울장애가 있는 군에서 자살사고가 42.4% 높고,²³⁾ 자살사고 노인의 68.8%에서 주요우울장애 또는 경도우울장애와 관련있다는 보고는⁴⁾ 우울증과 자살 사이에 강력한 상관관계가 있음을 시사하며, 이는 우울증 감지와 치료의 중요성을 강조한다. 따라서 우울증 고위험군을 조기에 식별하고, 적절한 치료와 지속적인 관리를 제공하는 것은 자살 위험을 줄이는 데 있어 핵심적인 요소이다.

우울증상에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 우울증상 유병률과 관련 있는 위험인자로는 강력한 수준에 따라 주관적인 건강 상태 (OR=6.44, 95% CI=3.11-13.33), 2주이상 절망감을 느끼는 경우 (OR=3.82, 95% CI=1.62-9.01) 그리고 스트레스의 정도 (OR=3.62, 95% CI=1.69-7.79)였다. 즉, 자신의 건강상태가 좋지 않다고 느낄수록, 스트레스를 많이 느낄수록, 절망감을 느낄수록 우울증상을 가질 위험성이 높다고 해석할 수 있다. 이 결과들은 우울증 예방과 치료에 있어 건강 상태의 인식, 절망감의 관리, 그리고 스트레스 해소가 중요한 요소임을 시사한다. 따라서, 개인의 우울증 위험도를 낮추기 위해 이러한 요인들을 적극적으로 관리하고 지원하는 것이 중요하며, 정기적인 평가를 통해 고위험군을 식별하고, 이들을 대상으로 사회적 연결 및 관련된 지원 계획을 강화하는 프로그램 개발이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 우선, 연구 대상자의 표본 크기와 지역적 제한성에 있다. 이 연구는 제주 지역 농촌에 거주하는 노인 인구를 대상으로 하였기 때문에, 연구 결과를 다른 지역이나 다른 연령대의 인구에 일반화하는 데는 한계가 있다. 둘째, 연구에 사용된 sGDS-K는 자가 보고 형식의 설문지로, 주관적인 우울증 증상을 평가하는 데 유용하지만, 진단 도구로서의 정확성과 민감도 측면에서 전문적인 임상 평가보다 제한적일 수 있다. 그러나 비교적 간결한 설문조사를 통해 제주 지역 농촌에 거주하는 노인 인구의 대략적인 우울증상 유병률을 파악했다는 점에 임상적 의의가 있을

것이다. 셋째, 본 연구는 단면연구로써, 우울증상과 위험인자와의 인과관계를 파악할 수는 없다. 향후 이와 관련하여 대규모 전향적 연구가 필요하다. 넷째, 연구에서 고려된 변수들이 제한적이었기 때문에, 우울증상에 영향을 미칠 수 있는 다른 가능한 요소들이 배제되었을 수 있다. 그러나 본 연구는 이러한 제한점에도 불구하고 상대적으로 데이터가 부족한 제주도에 거주하는 농촌 노인을 대상으로 우울증상 유행률과 관련 요인을 파악하였고, 향후 고령 인구를 대상으로 한 정신건강 연구 및 정책 수립에 중요한 시사점을 제공하는 데 의의가 있다.

Acknowledgments

이 연구는 2022년도 제주대학교병원 연구 지원금으로 진행되었다(Grant No. JNUH 2022-05-003).

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- (1) mohw.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: Korean Ministry of Health and Welfare org. Available from: <https://www.mohw.go.kr/>.
- (2) Sohn SJ, Shin JH, Shin HY, Chung EK, Bum MS, Kweon SS. Assessment of depression and relates in rural elderly. Korean J of Rural Med 2000;25:85-98.
- (3) Park JH, Kim KW. A review of the epidemiology of depression in Korea. J Korean Med Assoc 2011;54:362-369.
- (4) Lee G, Kim C. Social isolation and mental well-being among Korean older adults: a focus on living arrangements. Front Public Health 2024;12:1390459.
- (5) Kihasa.re.kr [home page on the internet]. Sejong: Korean Institute of Health and Social Affairs. Available from: <https://www.kihasa.re.kr/>.
- (6) kostat.go.kr [hompge on the internet]. Daejeon: Statistics Korea. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action/>.
- (7) Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. J Geriatr Psychiatry Neurol 1991;4:173-178.
- (8) Yesavage JA, Brink TL. Development and validatino of a geriatric depression screenignscale: apreliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.
- (9) Bae JN, Cho MJ. Development of the Korean version of the

- geriatric depression scale and its short form among elderly psychiatric patients. J Psychosom Res 2004;57:297-305.
- (10) Horwath E WM. Textbook in psychiatric epidemiology. 1ST ed. Hoboken, New Zersey: John Wiley & Son;1995.
- (11) Weissman MM, Klerman GLL. Sex differences and the eide-miology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977;34:98-111.
- (12) Han HM, Yum TH, Shin YW, Kim KH, Youn DJ, Jung KJ. The validation study of Beck Depression Scale Korean version. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1986;25:752-765.
- (13) Bothwell S, Weissman MM. Social impairment four years after an acute depressive episode. Amer J Orthopsychiat 1977; 47:231-237.
- (14) Ahn K, Moon KS, Jang EC, Cho GN, Kim SS, Park MG. Depressive tendency in medical inpatients. J Korean Acad Fam Med 1998;19:549-558.
- (15) Craig TJ, van Natta PA. Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms. Arch Gen Psychiatry 1979;36:149-154.
- (16) Husaini BA, Neff JA, Harrington JB, Hughes MD, Stone RH. Depression in rural communities:validating the CES-D scale. J of Community Psychology 1980;8:20-27.
- (17) Eaton WW, Kessler LG. Rates of symptoms of depression in a national sample. Am J Epidemiol 1981;114:528-538.
- (18) Comstock GW, Helsing KJ. Symptoms of depressino in two communities. Psychol Med 1976;6:551-563.
- (19) Frerichs RR, Aneshensel CS, Clark VA. Prevalence of depressin in Los Angeles county. Am J Epidemiol 1981;113:691-699.
- (20) Joh MJ, Ha YS, Han KJ, Park SA, Song MS, Kim YI, Lee KH, Kim HK, Kim CY, Hong JP. Depressive symptoms in a rural community: prevalence and relative risk factors. J Korean Med Assoc 1999;38:266-277.
- (21) Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health:a predictory of mortality among the elderly. Am J Public Health 1982;72:800-808.
- (22) Do BW, Cho SJ, Choi SY, Oh SW, Kim CH, Yoo TW. Correlates of depression in primary care: symptoms, disease. J Korean Acad Fam Med 1996;17:775-783.
- (23) Joen HJ. Depression and suicide. J Korean Med Assoc 2011; 54:370-375.
- (24) Park JH, Lee JJ, Lee SB, Huh Y, Choi EA, Youn JC, Jhoo JH, Kim JS, Woo JI, Kim KW. Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). J Affect Disord 2010;125: 234-240.

국문초록**연구목적**

노인 인구의 증가와 함께 노인 우울증도 심각한 사회 문제로 대두되고 있다. 이 연구는 상대적으로 안정적인 제주 농촌 지역에 거주하는 노인의 우울증상 유병률을 알아보고, 우울 수준과 인구사회학적 요인 및 건강습관과의 관련성을 파악하여, 노인 정신건강 증진사업의 기초 자료를 제공하고자 한다.

방 법

조사지역은 제주도 내 농촌지역으로 농업안전보건센터에 등록된 '농업인 코호트' 중 65세 이상 노인을 무작위 추출하였다. 훈련된 조사요원들이 방문 하여 자가보고 검사인 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression scale, sGDS-K)를 이용해 면접을 실시하였고, sGDS-K 점수가 6점 이상인 경우 우울 증상이 있는 것으로 정의하여 분석하였다. 또한, 성별, 나이, 학력, 결혼상태, 연 평균 수입, 주관적 건강상태, 기저 질환, 주관적 스트레스 정도, 흡연 및 음주 상태 등을 함께 조사하였다.

결 과

전체 대상자 533명 중 우울증상 유병률은 35.3% 이었고, 남성 28.5%, 여성 45.6%로 나타났다($p < 0.001$). 우울 증상 유병률과 관련 있는 일반적 특성으로는 결혼상태($p = 0.014$), 학력수준($p < 0.001$), 연 소득($p = 0.034$), 주관적 건강상태($p < 0.001$)와 스트레스 정도($p < 0.001$), 절망감($p < 0.001$) 및 자살사고($p < 0.001$) 이었다. 다변량 로지스틱 회귀 분석에서는 주관적 건강 상태와 스트레스 수준, 절망감이 우울증상 유병률과 관련 있음을 보여주었다.

결 론

농촌 지역 노인의 우울증은 심각한 수준으로, 다양한 사회 문화적 위험 요인이 기여하고 있다. 본 연구를 통해 조기 발견 및 개입이 가능한 전문적인 정신건강 정책을 통해 농촌 지역 노인의 우울증 유병률을 낮추고 사회 경제적 부담을 줄이기 위한 노력이 필요하다.

중심 단어 : 농촌 인구; 노인; 우울증상; 위험요인; 유병률.