
일부 농촌주민의 우울증 관련요인

황혜정, 이무식*, 홍지영
건양대학교 의과대학 예방의학교실

Related Factors with the Depression in the Rural People

Hye-Jeong Hwang, Moo-Sik Lee*, Jee-Young Hong
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University

요약 이 연구의 목적은 2005년 우리나라 1개광역시도 1개 군지역 2개면 5개리에 거주하는 주민에서의 우울증 요병율과 우울증 관련요인을 분석코자 시행되었다. 본 연구결과 전체 조사대상자의 15.0%가 우울증인 것으로 나타났다. 여자의 우울증 유병율이 19.3%로 남자의 우울증 유병율 8.4%보다 높게 나타났다.

다변수분석 결과, 우울증과 관련이 있는 변수로는 일상생활에서 받는 스트레스 수준으로 즉, 스트레스를 많이 받는 사람에 비하여 보통인 사람이 0.11배, 적게 받는 사람이 0.10배 유의하게 낮게 우울이 발생하는 것으로 나타났다 ($p<0.01$). 또한 65세이상 노인에서 다변량 로지스틱 회귀분석 실시결과, 직업이 농업인 경우에 비하여 무직이거나 기타 직종에 종사하고 있는 경우 우울증 발생이 9.58배 높았다. 또한 스트레스 정도에서는 스트레스를 일상생활 중 많이 느끼는 노인에 비하여 보통이나 적게 느끼는 경우 각각 0.05배, 0.11배 낮은 우울발생을 보였으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p<0.01$).

• **주제어** : 우울증, 농촌주민, 유행, 관련요소

Abstract The purpose of this study was to investigate the prevalence of depression and related to the factors among the rural people. The questionnaire survey using the Center for Epidemiology Studies-Depression Scale(CES-D) was conducted in the rural people. The subjects were 226 individuals, living in the rural area. The results of this study were as follows. In this study, the prevalence of depression was 15.0% in all and 18.3% in the elderly. The prevalence rate was higher in non educational, widowhood, higher income group. The prevalence rate was lower in the group of having good health status, having no chronic disease, low stress level. In the multiple logistic regression analysis, significant predictors of the depression were stress level whereas there was no relation with other factors. Based on the above findings, this study suggests that these risk factors of depression should be taken into consideration for the comprehensive mental health programs for the people living in the rural area.

• **Key Words** : Depression, Rural people, Prevalence, Related factors

1. 서론

과거 건강의 개념은 신체적인 측면에 중점을 두었으나, 현대에 와서는 정신적인 측면도 건강의 한 부분으로

인정하면서 건강의 개념이 정신적인 측면 나아가 사회적 안녕이라는 측면까지 확대 되기에 이르렀고, 정신건강은 신체건강과 분리 될 수 없다는 것이 전문가들의 일치된

*교신저자 : 이무식(mslee@konyang.ac.kr)

접수일 2011년 3월 15일 수정일 2011년 3월 26일 게재확정일 2011년 3월 28일

의견이다. 우리나라도 최근 세계화의 추진과 경제성장 등으로 국민들의 '삶의 질' 향상의 욕구가 증대되면서 보건사업의 내용도 신체적 건강에만 초점을 맞추던 것이 정신적, 사회적 건강의 개념을 포괄하고 있으며, 사회구성원들의 정신건강에 대한 인식과 관심도 증대되고 있는 실정이다. 특히 지난 수 십년 동안의 경제성장과 급속한 사회변화는 노동 및 직업과 관련된 신체, 정신질환의 증가를 초래하였으며, 육체적 스트레스가 많은 직업은 줄어들고 정신적 스트레스가 많은 직업이 늘어남에 따라 우울증과 심장질환 등 직업 스트레스로 인한 직업병이 증가되고 있는 실정이다[1]. 이와함께 질병구조에 있어서도 과거 위생상태의 부족이나 영양상태의 부족으로 인해 오는 전염성질환이나 영양부족의 질병은 줄어들고, 만성 퇴행성 질환, 정신질환, 알코올 및 약물중독 등이 증가하고 있어 국가에서도 이에 따른 정책의 수립과 이들 질병의 예방과 치료에 초점을 맞추고 있다.

최근 5년간 WHO와 하버드의대에서는 세계의 질병부담이라는 연구에서 사망과 질병에 의한 장애를 동시에 고려하여 질병부담 순위를 구하였는데 2020년에는 심장질환, 우울증, 교통사고가 3대 주요질환이 될 것으로 예측하였으며, 정신질환이 전체 질병부담의 15%에 이를 것으로 예측하였다. 이는 허혈성 심장질환의 상당부분이 직업 스트레스 등의 사회심리적 요인에 의해 발생, 악화되며, 교통사고 또한 음주, 심리적 요인이 관여하고 있는 것을 감안하면 정신건강영역의 질병부담 비중은 점차로 증가하고 있는 추세로 정신보건의 수요는 전 세계적인 것이다.

이에 따라 선진국에서는 이미 정신질환에 대한 예방과 치료에 관한 문제점이 논의되고 있고, 본격적인 역학 조사와 함께 예방과 관리에 합리적인 체계를 모색하고 있다[2]. 우리나라도 정신보건법의 제정 및 1995년 정신보건의 기능이 추가된 지역보건법의 개정, 그리고 몇몇 지역에서 행해지고 있는 지역사회 정신보건사업으로 정신건강에 대한 관심이 고조되고 있다. 그러나 정신질환은 아직까지 발생기전이 분명하지 않고, 사회적 인식의 부족 및 치료기피 등으로 인하여 정신질환자에 대한 관리가 적절히 이루어지지 않고 있는 실정이다.

우리나라의 경우 정신질환에 대한 정확한 유병율이 지속적으로 조사되고 있지는 않으나 정신질환의 평생유병율(lifetime prevalence)이 약 32%로 제시되고 있는 것으로 보아 정신질환이 특정개인에 국한된 질병이 아니며, 현대의 산업화와 도시화, 핵가족화 등으로 인해 정신질

환은 점점 증가할 것으로 예상된다. 1990년 세계 10대 장애요인을 보면 우울증, 알코올 남용, 조울증, 정신분열증, 강박장애 등 정신질환이 5개를 차지하고 있고, 특히 이 가운데 우울증은 전체 질병으로 인한 장애의 10.7%를 차지하고 있는 것으로 추산되었다. 또한 'Healthy people 2010'에서 정신건강을 인류의 건강한 삶을 위해 달성해야 할 목표의 일부분으로 규정하고 있으며, 우울증의 치료율을 현재의 23%에서 50%로 높일 것을 목표로 하고 있다.

우울증이란 기쁨을 경험한다거나 즐거운 활동을 통해 강화를 획득할 수 없는 상태로 대부분의 경우 슬픔, 절망, 좌절감, 자기비하, 무능력감 등으로 다른 사람에 관심이 없고 사소한 일로 쉽게 울며 모든 활동에서도 지체되는 것을 말한다. 그러나 환자가 호소하지 않는 한 일반의사들에 의해 간과되기 쉽고, 흔히 신체적 증상을 동반하므로 근본적인 원인의 규명없이 신체적 처치만을 받게 되는 경우가 많다. 또한 환자나 가족들도 의학적인 치료의 필요성을 인지하지 못하여 적절한 치료없이 방치되는 경향이 높은 질병이다. 우리나라의 주요 우울증의 평생 유병율이 3.31-3.47% 가량인 것으로 밝혀지고 있으며, 미국과 유럽 성인의 약 15% 가량이 일생에 적어도 한번 우울증을 경험하는 것으로 알려져 있다. 국내연구에서 성인 우울증의 사례성유병율은 약 25.3%로 조사되었으며[3], 노인의 우울증 유병율은 연구에 따라 20.4%[2] 35.4%[4], 15.9%[5] 등으로 진단도구나 진단기준, 조사지역에 따라 다양한 결과를 제시하고 있다. 연령이 증가함에 따라, 남자보다는 여자에서 유병율이 높은 것으로 나타나 있다. 또한 우울증에 관련된 요인으로는 가족지지체계, 동거인, 신체적 건강상태, 교육정도, 거주지역, 소득, 결혼상태 등과 관련이 있는 것으로 조사되었다[3].

우울증은 조기발견과 고위험군 관리를 통하여 병의 경과를 완화시키고 조기치료를 함으로써 유병율을 상당히 감소시킬 수 있다. 그러나 조기발견과 치료가 늦어질 경우 약물남용이나 자살을 시도하게 되며, 실제로 우울증환자의 2/3은 자살을 시도하며, 자살원인 중 우울증이 50%로 그 비율이 높으며, 자살시도자의 45%에서 우울증이 있는 것으로 조사된 연구결과도 있다[3]. 또한 우울증이 있을 경우 심장질환, 암, 약물남용, 알코올리즘, 치매 등 다른 질병도 함께 공존하는 경우가 많아 우울증환자에 대한 관리가 필요하다.

그동안 우리나라에서는 정신질환에 관한 연구가 다양하게 수행되어져 왔다. 그러나 대부분 인지기능장애와

치매, 정신분열증 등을 중심으로 연구가 다수 행해졌으며, 지역사회에서 가장 흔히 볼 수 있는 우울증에 관한 연구는 아직 미흡한 실정이다. 본 연구에서는 일부 농촌 지역 주민의 우울증 유병율과 그 관련 요인을 살펴봄으로써 지역사회 정신건강증진을 위한 예방과 관리대책을 위한 기초자료로써 활용하고자 한다.

2. 조사대상 및 방법

본 조사는 1개 광역도 1개 군지역의 2개 면 지역 5개 리에 거주하는 30세 이상 226명을 대상으로 하였다. 조사 기간은 2005년 7월 31일부터 8월 4일까지 5일간 실시되었다.

2.1 조사방법

본 조사는 연구의 목적과 내용, 면접요령 등에 대하여 사전에 교육을 받은 10명의 대학생이 조사지역을 직접 방문하여 조사자를 대상으로 직접 면접을 실시하였다. 조사내용은 조사자 대상자의 인구사회적 특성으로 성, 연령, 결혼상태, 교육기간, 동거가족수 및 직업, 연간가구소득 등을 조사하였으며, 건강상태와 건강관련행태에서는 개인이 주관적으로 인식하는 건강상태, 만성질환, 흡연, 음주, 운동 여부 등이 조사되었으며, 콜레스테롤 측정기를 이용하여 콜레스테롤 수치를 측정하였다. 또한 우울증의 판단을 위해서는 CES-D(The Center for

Epidemiology Studies-Depression Scale)를 사용하였다. 이는 우리나라에서는 [6,7]에 의해 그 신뢰도와 정확도, 내적타당도 등이 입증된바 있다. 또한 우울증여부의 판단은 진단도구를 통한 검사에서 절단점(Cut-off point)으로 결정하는데 연구에 따라 16-25점이상을 우울증으로 본다. 그러나 본 연구에서는 24점이상인 경우를 우울증으로 분류하였으며, 이는 신뢰도와 정확도가 연구[8]를 통해 입증되었다.

2.2 분석방법

조사대상자의 인구학적 특성 및 건강상태, 건강관련습관 등의 요인과 우울증과의 연관성에 대한 이변량분석은 카이제곱검정으로 분석하였으며, 여러 요인들의 영향을 통제하고 최종적으로 우울증과 연관된 요인을 찾기 위하여 단계별 투입방식의 다변량 회귀분석을 실시하였다. 분석에는 SPSS 8.0을 이용하였으며, 일부 결측치는 시스템 결측값(missing)으로 처리하였다.

3. 연구결과

3.1 조사대상자의 특성

조사대상자 총 226명 가운데 남자는 83명으로 37.2%, 여자는 140명으로 62.8%로 나타나 여자의 비율이 높았다. 연령은 65세 이상 노인층이 63.3%로 나타났고, 65세 이하는 92명으로 36.7%에 불과하였다. 교육수준에서는

[Table 1] The general characteristics of the surveyed

Unit: Person(%)

	남	녀	계
연령(세)			
<65	32 (34.8)	60 (65.2)	92 (36.7)
≥65	31 (39.2)	79 (60.8)	130 (63.3)
배우자 유무			
있음	74 (45.7)	88 (54.3)	162 (73.0)
없음	8 (13.3)	52 (86.7)	60 (27.0)
가족수			
독거	8 (18.6)	35 (81.4)	43 (19.4)
2인 이상	75 (41.9)	104 (58.1)	179 (80.6)
교육수준			
무학	17 (20.0)	68 (80.0)	85 (38.3)
초교졸 이상	66 (48.2)	71 (51.8)	137 (61.7)
직업			
농업	71 (42.3)	97 (57.7)	168 (75.3)
기타 및 무직	12 (21.8)	43 (78.2)	55 (24.7)
연간 가구수입			
1000만원 미만	51 (37.2)	86 (62.8)	137 (69.5)
1000만원 이상	25 (41.7)	35 (58.3)	60 (30.5)

중졸이하가 38.3%, 고졸이상이 61.7%이었으며, 배우자 유무에서는 배우자가 있는 경우가 162명으로 73.0%, 없는 경우가 60명으로 27.0%인 것으로 나타났다[표 1].

조사대상자의 건강상태와 건강생활행태를 조사한 결과, 주관적 건강인식에서는 자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 경우가 40.5%로 가장 많았으며, 자신의 건강이 좋다고 응답한 경우가 36.5%인 것으로 나타났다. 만성질환을 가지고 있는지에 관해서는 만성질환을 가지고 있지 않은 경우가 20.4%에 불과하였으며, 1-2개가 50.0%, 3개 이상 가지고 있는 경우도 25.8%로 이는 조사대상자의 대부분이 노인이었기 때문에 만성질환의 유병율이 높게 나타난 것으로 생각되어진다. 핏속에 있는 지방성분인 콜레스테롤은 심혈관계질환의 위험요인으로 잘 알려져 있다. 본 조사에서는 콜레스테롤 측정기를 이용하여 측정하였는데 160-200 사이의 정상수치를 보인 경우는 44.7%로 나타나 대부분이 정상인 것으로 판단되었으나, 160이하의 저 콜레스테롤인 경우는 51.1%이었다. 이는 조사지역이 농촌지역이고 따라서 식습관에 있어 야채를 주로 섭취하기 때문으로 생각되었으며, 200이상의 고콜레스테롤인 경우는 4.2%에 불과하였으나, 고콜레스테롤이 동맥경화나 심혈관계 질환의 위험요인임을 감안할 때

이들에 대한 지속적인 관리가 필요할 것으로 생각된다. 또한 정신적인 건강상태의 측정을 위해서 일상생활에서의 스트레스 정도를 조사하였는데, 조금 느낀다가 35.8%로 가장 높았으나 일상생활중 스트레스를 많이 느낀다고 응답한 경우도 31.6%로 나타났다. 건강생활 행태에서는 흡연상태에 대해 현재 담배를 피우지 않는 경우가 78.5%로 가장 많았으며, 현재 담배를 피우고 있는 경우는 21.5%로 조사되었다. 또한 음주에서는 137명(61.7%)이 술을 마시지 않는 것으로 나타났으며, 현재 술을 마시고 있는 사람은 83명(38.3%)로 조사되었다. 또한 규칙적으로 운동을 하고 있는지에 관해서는 규칙적으로 운동을 한다고 응답한 경우가 80.5%로 조사대상자의 대부분이 규칙적으로 운동을 실시하고 있는 것으로 나타났다[표 2].

3.2 우울과 관련된 요인분석

본 연구결과 CES-D에 의한 우울증여부 측정결과 24 점 이상으로 우울증이 있는 것으로 판단된 사람은 34명으로 전체의 15%인 것으로 나타났다. 우울증여부를 조사 대상자의 일반적 특성에 따라 분류해본 결과는 표 3과 같다. 성에 있어서는 남자에서 8.4%, 여자에서 19.3%가 우

[Table 2] Health and life of those surveyed health behaviors

Unit: Person(%)

	남	여	계
주관적 건강인식			
좋다	39 (48.1)	42 (51.9)	81 (36.5)
보통	19 (37.3)	32 (62.7)	51 (23.0)
나쁘다	25 (27.8)	65 (72.2)	90 (40.5)
만성질환			
없음	22 (47.8)	24 (52.2)	46 (20.6)
1~2개	55 (34.6)	104 (65.4)	159 (71.3)
3개 이상	6 (33.3)	12 (66.7)	18 (8.1)
콜레스테롤			
201 -	2 (2.5)	7 (5.2)	9 (4.2)
160 - 200	26 (32.1)	70 (52.2)	96 (44.7)
- 159	53 (65.4)	57 (42.5)	110 (51.1)
스트레스정도			
많다	18 (25.7)	52 (74.3)	70 (31.6)
보통	28 (38.9)	44 (61.1)	72 (32.6)
조금	37 (46.8)	42 (53.2)	79 (35.8)
흡연 상태			
현재 흡연	40 (83.8)	8 (16.7)	48 (21.5)
피우지 않음	43 (24.7)	132 (75.3)	174 (78.5)
음주 상태			
현재 음주	43 (50.6)	42 (49.4)	85 (38.3)
마시지 않음	39 (28.5)	98 (71.5)	137 (61.7)
규칙적 운동			
하고 있음	15 (34.9)	28 (65.1)	178 (80.5)
하지 않음	66 (37.1)	112 (62.9)	43 (19.5)

우울증인 것으로 나타나 여자에서의 우울증 유병율이 높았고 통계적으로 유의하였다($p<0.05$). 연령에서는 65세 이상 노인층에서 전체의 18.3%가 우울증인 것으로 나타났으나 이는 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 교육수준에 따라서는 무학인 경우에서 21.2%가 우울증이었으나, 교육을 받은 적이 있는 경우에는 10.9%로 교육을 받은 경우에서 우울증 유병율이 낮았으며, 통계적으로는 차이가 없었다. 배우자유무에서는 배우자가 있는 경우에서 11.1%, 배우자가 없는 경우는 26.7%가 우울증이 있는 것으로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.01$).

가족수에 있어서는 혼자 거주하고 있는 경우에서 30.2%가 우울증이 있는 것으로 조사되었으나 배우자나 자식, 친척 등과 함께 거주하고 있는 경우 11.7%에서 우울증이 있었다($p<0.01$). 또한 직업에서도 농업에 종사하는 것보다는 직업이 없거나 농업외의 다른 직종에 종사하는 경우에서 우울증의 비율이 더 높게 나타났다($p<0.01$). 연간 가구수입과 우울증과의 관계에서는 1000만원 미만의 가구수입을 보이는 군에서 17.5%가 우울증인 것으로 판단되었으나, 1000만원 이상인 군에서는 단 6.7%만이 우울증인 것으로 판단되었으며, 이는 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($p<0.01$)[표 3].

조사대상자의 건강상태와 건강생활습관에 따른 우울증여부의 차이는 표 4에 제시되어있다. 주관적 건강인식에 따른 우울증여부에서는 건강상태가 좋다고 인식하고 있는 경우 4.9%가 우울증이 있는 것으로 조사되었으나, 건강상태가 좋지 않다고 인식하고 있는 경우 30.0%가 우울증이 있는 것으로 나타나 건강상태에 따라 우울증 여부에 차이가 있는 것으로 조사되었으며, 이는 통계적으로도 유의하였다($p<0.01$). 만성질환에 따른 우울증여부에서는 만성질환이 없다고 응답한 경우 우울증이 한 명도 없었으나 1-2개에서 17.6%, 3개 이상에서는 28.6%가 우울증이 있는 것으로 조사되어, 만성질환과 우울증과는 관련이 있는 것으로 생각되었다($p<0.01$). 스트레스 정도에 따라서는 일상생활에서 스트레스를 많이 받는 경우 37.1%에서 우울증이 있었으나, 보통과 조금이라고 응답한 경우 각각 4.2%와 6.3%로 스트레스를 많이 받는 군에서 우울증이 높았다($p<0.01$). 콜레스테롤 측정결과 160이하로 저콜레스테롤인 경우에서는 우울증이 9.8%로 조사되었으나, 정상에서는 17.5%로 높게 나타났으나 이는 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 건강생활습관에 따른 우울증여부에서는 흡연의 경우 현재 흡연 중인 경우 16.7%에서 우울증이 있었으며, 현재 담배를 피우지 않는 경우에는 14.9%가 우울증인 것으로 조사되었고, 통계

[Table 3] General characteristics and the relationship of depression

Unit: Person(%)

	비 우울	우울	p 값
성			
남	76 (91.6)	7 (8.4)	0.021
여	113 (80.7)	27 (19.3)	
연령			
<65	82 (89.1)	10 (10.9)	0.136
≥65	107 (81.7)	24 (18.3)	
교육수준			
무학	67 (78.8)	18 (21.2)	0.051
≥초교졸	122 (89.1)	15 (10.9)	
배우자 유무			
있음	144 (88.9)	18 (11.1)	0.005
없음	44 (73.3)	16 (26.7)	
가족수			
독거	30 (69.8)	13 (30.2)	0.005
≥2인	158 (88.3)	21 (11.7)	
직업			
농업	150 (79.4)	39 (20.6)	0.003
기타 및 무직	39 (70.9)	16 (29.1)	
가구수입(만원)			
<1,000	113 (82.5)	24 (17.5)	0.032
≥1,000	56 (93.3)	4 (6.7)	
계	192 (85.0)	34 (15.0)	-

p값은 카이제곱 검정에 의함.

적으로 유의하지 않았다. 또한 현재 음주여부에 따라서는 현재 술을 마시는 경우 11.8%, 현재 술을 마시지 않는 경우 17.5%가 우울증인 것으로 나타났다. 규칙적인 운동 여부와 우울증과의 관계에서는 규칙적인 운동을 하는 경우 우울증이 16.3%로 운동을 하지 않는 경우의 11.6%보다 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다[표 4].

3.3 우울에 영향을 미치는 요인

우울에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 우울

증 여부를 종속변수로 하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 본 조사를 통하여 조사된 30세 이상 성인을 대상으로 분석한 결과 우울증과 관련이 있는 변수로는 일상생활에서 받는 스트레스 수준으로 즉, 스트레스를 많이 받는 사람에 비하여 보통인 사람이 0.11배, 적게 받는 사람이 0.10배 유의하게 낮게 우울증이 발생하는 것으로 나타났다($p < 0.01$). 65세이상 노인에서 다변량 로지스틱 회귀분석 실시결과, 직업이 농업인 경우에 비하여 무직이거나 기타 직종에 종사하고 있는 경우 우울증 발생이 9.58배 높았다. 또한 스트레스 정도에서는 스트레스를

[Table 4] Health status, health behavior and depression and related life Unit: Person(%)

	비 우울	우울	p 값
주관적 건강상태			
좋다	77 (95.1)	4 (4.9)	0.000 ¹⁾
보통	48 (94.1)	3 (5.9)	
나쁘다.	63 (70.0)	27 (30.0)	
만성질환 수			
없다.	46 (100)	-	0.003
1~2개	131 (82.4)	28 (17.6)	
≥3개	15 (71.4)	6 (28.6)	
콜레스테롤 측정치			
≤59	101 (90.2)	11 (9.8)	0.057 ¹⁾
160 - 200	80 (82.5)	17 (17.5)	
≥201	7 (3.7)	2 (6.7)	
스트레스정도			
많이	44 (62.9)	26 (37.1)	0.000 ¹⁾
보통	69 (95.8)	3 (4.2)	
조금	74 (93.7)	5 (6.3)	
흡연상태			
현재 흡연	43 (83.3)	8 (16.7)	0.455
피우지 않음	149 (85.1)	26 (14.9)	
음주상태			
현재 음주	75 (88.2)	10 (11.8)	0.167
마시지 않음	113 (82.5)	24 (17.5)	
규칙적 운동			
하지 않음	38 (88.4)	5 (11.6)	0.309
하고 있음	149 (83.7)	29 (16.3)	

p값은 카이제곱 검정에 의함.

¹⁾p-값은 선형대선형 결합에 의함.

[Table 5] Factors affecting depression Unit: Person(%)

	B	95% C.I of O,R	Odd Ratios
조사 대상자 전체			
스트레스 정도(기준 = 많다)			
보통이다	-2.20	0.02 - 0.57	0.11
적다	-2.29	0.03 - 0.40	0.10
65세 이상 대상자			
직업(기준 = 농업)			
기타	2.26	1.33 - 68.64	9.58
스트레스 정도(기준 = 많다)			
보통이다	-0.39	0.00 - 0.52	0.05
적다	-2/19	0.02 - 0.59	0.11

일상생활 중 많이 느끼는 노인에 비하여 보통이나 적게 느끼는 경우 각각 0.05배, 0.11배 낮은 우울발생을 보였으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$) [표 5].

4. 고찰

본 연구결과, 전체 조사대상자의 15.0%가 우울증인 것으로 나타났다. 이는 [3]의 연구에서 CES-D의 절단점을 25점으로 하였을 때 중증이상의 우울증 유병률이 농촌지역에서 약 9.8%이었던 것과 비교하면 높은 것으로 이는 조사시 우울증의 판단 기준점이 다르고 대상인구 등 조사지역의 특성 등이 다르기 때문으로 보인다. 성에 따라서는 여자의 우울증 유병률이 19.3%로 남자의 우울증 유병률 8.4%보다 높게 나타났는데 이는 미국과 우리나라의 우울증환자 고찰을 통해 남녀비가 1:2로 나타났음을 보고한 결과와 일치한다[9]. 또한 여자에서 우울증 유병률이 높은 것은 유전적, 내분비적인 생물학적 취약성 및 사회심리적 요인, 특히 여성의 사회적 지위와 살면서 얻어지는 정신적 무력감에 원인이 있다고 하였으며[10], 생계문제를 해결하는데 여자가 남자에 비해 더 의존적이며, 한국 가정형태상 여성지위 문제나 역할이 다소 불안하게 작용한 결과에 원인이 있다고도 하였다[11]. 그러나 이와 같은 원인이외에도 우울증이 대부분 신체적 증상을 함께 동반하며, 신체적 증상으로 인해 2차적으로 발생한다는 것에 기인할 때 남자보다 신체증상에 대한 질병호소가 많고 또 신체건강상태가 좋지 않은 것으로 나타나고 있는 여자에서 우울증 유병률이 더 높게 나타나는 것으로 생각된다.

연령에 따른 우울증 유병률에서는 65세 이상의 18.3%에서 우울증이 있는 것으로 조사되었는데, 이는 우울증 판정기준과 조사대상의 차이가 있어 정확한 비교는 어려우나 60-69세의 노인을 대상으로 한 조사에서 우울증 유병률이 6.9%에 비하여는 높았으며[3], 농촌지역 60세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 우울증 유병률이 20.4%이었던 결과에 비하여 낮았다[2]. 또한 농촌지역의 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서는 35.4%[4], 대도시 지역 노인의 경우 15.9%[5], 18.1%[7], 22.1%[12]와 같이 조사도구나 우울증 판별기준, 조사대상, 조사지역, 문화적인 특성에 의한 차이로 인해 정확한 비교는 어렵다. 그러나 연령이 증가할수록 우울증 유병률이 증가하는 추세며[13], 연령이 우울증 유병률과 연관성이 있다는 결과는

대체적으로 일치하는 결과이다[14]. 65세이상 노인층에서 우울증 유병률이 30-64세보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보여주지는 못하였다. 이는 본 연구가 이루어진 지역이 집성촌이며, 농촌지역이므로 가족이나 친지, 이웃 등으로부터의 정서적 또는 경제적 도움을 받을 수 있는 환경이며, 이러한 정서적 지지 등 사회적 지지가 우울에 크게 작용하기 때문인 것으로 생각된다[4,15].

교육정도에 따라서는 교육을 받지 않은 경우 우울증 유병률이 높았는데 이는 인지기능 및 경제적인 측면, 정신적인 측면이 작용한 것으로 판단되며, 본 조사의 경우 조사대상의 대부분이 노인층으로 교육을 받지 않은 계층이 많았기 때문인 것으로 생각된다. 배우자 유무와 동거하는 가족수에 따른 우울증 유병률에서는 배우자가 없는 경우, 동거하는 가족수가 적을수록 우울증 유병률이 유의하게 높게 나타났다. 이는 기존의 연구결과[13,14,15]와 일치하는 것으로 정신건강을 유지하는데 있어 배우자나 가족의 지지와 보살핌이 우울에 크게 작용한다는 것을 보여주는 것으로 우울증의 관리를 위해서는 지역사회 인적자원을 활용하는 방안이 적극적으로 모색되어야 할 것이다.

직업을 농업과 기타로 나누어 우울증과의 연관성을 살펴본 결과 기타 및 무직인 경우 우울증 유병률이 높게 나타났으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 이러한 결과는 다른 연구결과와의 정확한 비교는 어려우나 육체노동을 하는 사람과 직업이 없는 사람에서 우울증 유병률이 높다는 결과[3]와 어느 정도 일치하는 것으로 본 연구에서 기타의 경우 우울증 유병률이 높은 고령의 비노동인력이 많이 포함되었기 때문인 결과로 해석된다. 연간 가구소득에 따른 우울증 유병률에서는 연간 1000만 원 미만의 계층에서 우울증 유병률이 높은 것으로 조사되어 기존의 연구결과와 일치하는 결과이었다[3,15].

주관적 건강상태가 나쁘다고 인식할수록 우울증 유병률이 높았는데 이는 본인이 느끼는 주관적인 건강상태는 우울에 유의한 영향을 나타낸다는 보고와 일치하는 것으로 나타났다[2,14].

만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 없는 경우 우울증 유병률이 만성질환이 있는 경우에 비하여 통계적으로 유의하게 낮았다($p < 0.05$). 이는 신체질환이 정신과적 증상을 일으키거나 악화시킬 수 있다는 [16]의 보고나 만성질환을 가진 노인에서 우울이 높게 나타났다는 [15]의 결과와 일치하는 것으로 [17]도 기능 장애 및 만성질환이 있는 군이 없는 군에 비해 평균 우울점수가 현저하게 높

음을 보고하였다.

콜레스테롤 수치가 따른 우울증 유병율에서는 콜레스테롤 수치가 정상이거나 낮은 경우 우울증의 유병율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 일부 연구에서 밝혀졌듯이 저 콜레스테롤의 경우 우울증과 연관이 있는 것으로 나타났으나, 본 연구에서는 콜레스테롤과는 연관이 없는 것으로 나타났다.

낮은 콜레스테롤 레벨이 난폭한 행동, 분노, 우울증상과 상관관계가 있다고 주장하였고[18], 중년층에서 혈중 콜레스테롤 수준을 낮추는 약을 사용하는 경우 우울증을 나타내는 경우와 자살하는 경향이 높아진다고 하였다[19]. 그러나 콜레스테롤 농도와 우울증과는 관련이 없다고 주장한다[20]. 이와같이 콜레스테롤 수치와 우울증과의 관계에 대해서는 서로 다른 여러 가지 견해가 존재하고 있으므로 향후 지속적인 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

현재 음주나 흡연상태, 규칙적인 운동여부에 따른 우울증 유병율에서는 유의한 차이가 발견되지 않았는데 이는 좋은 건강습관을 가진 군에서 더 낮은 우울증상 정도를 보인다는 결과[21]와는 다른 결과로 앞으로 지속적인 연구가 행해져야 할 것으로 생각된다.

우울에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 우울증 유무를 종속변수로 하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과 우울증과 관련이 있는 변수로는 일상생활에서 받는 스트레스 수준으로 즉, 스트레스를 많이 받는 사람에 비하여 보통인 사람이 0.11배, 적게 받는 사람이 0.10배 유의하게 낮게 우울이 발생하는 것으로 나타났다($p < 0.01$). 또한 65세이상 노인에서 다변량 로지스틱 회귀분석 실시결과, 직업이 농업인 경우에 비하여 무직이거나 기타 직종에 종사하고 있는 경우 우울증 발생이 9.58배 높았다. 또한 스트레스 정도에서는 스트레스를 일상생활 중 많이 느끼는 노인에 비하여 보통이나 적게 느끼는 경우 각각 0.05배, 0.11배 낮은 우울발생을 보였으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 이와 같이 노년기의 스트레스는 우울과 연관되며, 신체질환, 거동불능, 은퇴, 경제능력 상실, 배우자와의 결별 등의 상실감은 자존심 상실, 인격적 모독감, 외로움 등을 유발하여 우울증을 일으키게 된다[5].

본 연구에서는 선별 대상 집단에서 34명(15.0%)만이 우울증으로 판정되어 우울증과 관련된 여러 가지 위험인자를 비교하는데 있어 신뢰도가 떨어진다. 또한 조사에 사용된 콜레스테롤 측정기는 고콜레스테롤증의 사전검

사도구로 사용되는 것으로 신뢰도나 정확도가 정확히 알려져 있지 않다. 그리고 설문조사의 기간이 7월말에서 8월초 농번기로 주로 노동에 참여하지 않는 노인층이 주로 조사되었으며, 이들 집단의 경우 우울증에 대한 인식 부족으로 우울증에 대한 개념을 생소하게 받아들이며, 20개 항목으로 구성된 CES-D 설문지 내용에 대체적으로 객관적으로 반응하였다기 보다는 감정상태를 언어적으로 표현하는데 미숙하며, 정신적 갈등을 신체화하는 경향이 강하였다. 또한 우울증과 관련이 있는 것으로 알려진 다른 요인들을 다양하게 조사하지 못하였다. 따라서 향후 연구에서는 이러한 점을 보강하여 우울증 예방과 관리를 위한 지속적인 연구가 이루어져야 할 것이다.

REFERENCES

- [1] Dong Woo Seo, Mental health status and direction of our country, 2000.
- [2] Seok Jun Son, Jun Ho Shin etc., "Depressed level of the elderly in rural areas, and related factors", the Korea Rural Medicine, Vol. 25, No. 1, 2000.
- [3] Jeon Gja Nam, Maeng Je Cho, etc., "Access to books for the promotion of mental health - depression Analysis of Survey", Health and Welfare Forum, 1997.
- [4] Mi Suk Song, others, "Older people in rural areas of the characteristics of the factors related to depressive symptoms", Ajoon Medicine, Vol. 2, No. 2, 1997.
- [5] Maeng Je Cho, Jinpyo Hong, "Korea's mental health status and health promotion elderly". Asan Foundation. 2000.
- [6] Seungcheol Shin, Man Kwon Kim, etc, "Use of the CES-D in Korea", Psychiatry, Medicine, Vol. 30, No. 4, 1991.
- [7] Maeng Je Cho, etc., "The CES-D depression preliminary assessment of the feasibility study the diagnostic nerve Psychiatry", Vol. 32, No. 3, 1993.
- [8] Cho, Maengje; Kim kyehee, Use of CES-D Scale in Korea, Journal of Nervous and Mental disease, Vol. 196, No. 5, 1998.
- [9] Wan Ho Hong, "Depression compared to men and women for the study of the frequency", Psychiatric

Care, Vol. 17, No. 4, 1978.

[10] Weissman MM; Klerman, Sex difference and the epidemiology of Arch Gen Psychiatry. Vol. 34, No. 19.

[11] Duil Hyeon, "Old problems for study", Konkuk University Journal, Vol. 16, 1973.

[12] Kkotmae Lee, Hwa Jung Kim, "Elderly Depression and Anxiety Research", Korea Elderly Medicine, Vol. 20, No. 3, 2000.

[13] Cheolho Shin, Soo Young Kim and others, "Some areas of cognitive function and depression in the elderly on factors related to research", Journal of Preventive Medicine, Vol. 29, No. 2, 1996.

[14] Jong Beom Lee, Seong Deok Jeong, "A study of anxiety and depression in the elderly", psychiatric care, Vol. 24, No. 3, 1985.

[15] Jeongae Lee, Hyanggyun Jeong, "Associated with depressive symptoms in older people in rural areas of the characteristic factors", Journal of Preventive Medicine and Public Health, Vol. 26, No. 3, 1993.

[16] Hall RCW; Gardner ER et al, Physical illness manifesting as psychiatric disease, Arch Gen Psychiatry, Vol. 1, 1986.

[17] Berkman LF; Berkman CS et al, Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly, American Journal of Epidemiology, Vol. 124, No. 6, 1986.

[18] Papassotiropoulos A; Hawellel B. Frahnert C; Rao GS. Rao ML, The risk of acute suicidality in psychiatric inpatients increases with low plasma cholesterol. Pharmacopsychiatry, Vol. 32, No. 1, 1999.

[19] Steegmans, Hoes et al, Higher prevalence of depressive symptoms in middle-aged men with low serum cholesterol levels, American Psychosomatic Society, Vol. 62, No. 2, 2000.

[20] Brown, David R.; Croft, Janet B et al, Evaluation of smoking on the physical and depressive symptoms relationship, Medicine and Science in sports and exercise, Vol. 28, No. 2, 1996.

[21] Kawakami N; Haratami T et al, A relationship between health practices and depressive mood among industrial workers, Jpn J Ind Health, Vol. 29, 1987.

저자소개

이 무 식(Moo-Sik Lee)

[정회원]



- 1992년 - 1994년 : 계명대학교 의과대학 의학석사
- 1994년 - 1999년 : 계명대학교 의과대학 의학박사
- 1995년 3월 - 1998년 4월 : 육군본부 의무감실군의관(육군대위)

- 1999년 3월 - 현재 : 건양대학교 의과대학 교수
- 2008년 10월 - 현재 : 건양대학교 임상시험센터 소장
- 2009년 3월 - 현재 : 건양대학교 보건복지대학원 부원장

<관심분야> : 예방의학, 보건의료정책, 산업의학, 노인 의학

홍 지 영(Jee Young Hong)

[정회원]



- 2003년 3월 - 2005년 2월 : 건양대학교 보건학석사
- 2005년 9월 - 현재 : 서울대학교 의학박사
- 2006년 4월 - 2009년 4월 : 국방부 보건복지관실 군의관(육군대위)

- 2009년 5월 - 현재 : 건양대학교 의과대학 교수

<관심분야> : 예방의학, 보건의료, 군진의학, 노인의학, 지역사회보건

황 혜 정(Hye-Jeong Hwang)

[정회원]



- 2005년 3월 - 2007년 2월 : 건양대학교 보건복지대학원 보건학석사
- 2007년 3월 - 2010년 8월 : 건양대학교 일반대학원 예방 의학박사
- 2007년 9월 - 2009년 2월 : 혜천대학 사회복지과 겸임교수

- 2009년 3월 - 현재 : 대전보건대학 의무행정과 외래교수
- 2010년 3월 - 현재 : 충북도립대학 의료전자과 외래교수
- 2010년 8월 - 현재 : 건양대학교 보건복지대학원 외래교수
- 2011년 3월 - 현재 : 혜천대학 보건복지과 교수

<관심분야> : 보건복지학, 노인의학, 예방의학, 지역사회보건