Relationships of geriatric depression on leisure activities and drinking habits among the Elderly

Moonhee Ko,* Young-Sook Lee **

* Jangheung Health Center, **College of Nursing, Chonnam National Univ. CRINS

The purposes of this study were to identify the relationships of geriatric depression symptoms on leisure activities and drinking habits among the elderly. A descriptive correlational study was conducted. The stratified sample were 263 elderly residing in 10 townships in "J" County. Data was gathered through interviews conducted from August 20~30, 2007 using Geriatric Depression Scale(Gee & Lee 1986), Leisure Activity Status Tool(Huh & Yoo 2002), and Problem Drinking Scale(AUDIT-K, KIM, 1999). Data analysis was conducted using SPSS 10.0 determining frequency, percentages, Chi-square test, Trend test, t-test, and ANOVA.

There are high frequencies of geriatric depression and 52.5% of those sampled suffer from depression. Those depressed ranked lower in 4 subcategories in all leisure activities than those without depression. For drinking habits 10.6% fell into the drinking group. There were significantly high statistical differences in levels of drinking according to general traits: males, lower levels of education, having a spouse, families with a husband and wife. A statistically significant low rate was scored by those with depression on the item of frequency of drinking and drinking quantity due to the number of times loss of memory occurred concerning the previous days drinking over a one year period. When compared to those without depression there are low levels in rate of drinking and other related activities as well as leisure activities. There were low negative relationships between depression and drinking.

There is a need for depression management especially for elderly females, those without a spouse, and those that live alone. There is an urgency to develop activity programs for the elderly suffering from depression according to the low results on the four subcategories of leisure activities. There is a need to carry out a sorting process to determine if someone is suffering from

depression prior to them participating in elderly health maintenance programs currently available at community centers in order to give positive guidance to those suffering from depression along with regular consultations and social support afterwards.

Key words : rural, geriatrics, depression, leisure activities, drinking habit

노인우울증과 여가활동 및 음주습관과의 관계

고문희* 이영숙**

*장흥군 보건소 ** 전남대학교 간호대학, 간호과학연구소

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학과 문명의 발달로 인해 인간의 평균수명이 증가하고 출생률은 감소하여 전체적으로 노인 인구가 차지하는 비율이 전 세계적으로 점차 높아짐에 따라 노인 문제는 21세기에 접어들면서 가장 중요한 문제로 부각되고 있다. 우리나라 인구 고령화는 매우 빠른 속도로 진행되어 노년기의 경제적 어려움, 건강문제, 사회·가정적 역할상실, 생활 시간적 무위고(無爲苦) 등의 고령화 사회가 가지는 문제들은 보건문제를 더 가중시키고 있다. 특히 질환의 특성상 장기적인 관리를 필요로 하는 노인의 신체적, 심리적, 사회적 건강문제는 인류가 공동으로 해결해야 할 중요한 보건문제로 지적되고 있다(오병훈, 2002). 노년기에는 인생의 생활주기 중 가장 심한 우울을 경험하게 되는 때이고(이가옥, 1999) 이는 배우자나 주변인의 죽음으로 인한 고독, 퇴직 후 변화되는 지위의 하락과 소득의 감소, 갖가지 질병으로 인한 고통, 살아온 날들에 대한 후회나 죽음에 대한 두려움 등으로 노인 우울증도 급증하고 있고, 그 결과 노인 자살이 늘고 있는 추세이다. 그러므로 보건의료인은 신체적 건강관리와 병행하여 노인 우울증에 대한 예방과 관리를 더 강화해야 할 필요가 있다.

우리나라는 최근 지속적인 경제성장과 사회발전을 거듭하면서 농촌의 경제·사회 구조 역시 급격하게 변화하였다. 그러나 농촌은 아직도 도시에 비해 소득수준이나 교육수준이 낮은 편이고, 문화수준 및 의료수준 등 많은 측면에서 열세에 있다. 또한 농촌의 인구구조는 청장년층의 구성비가 현저히 적어 노인 및 부녀자들이 과도한 노동에 시달리는 특징을 나타내고 있다(김두희, 1997). 이와 더불어 우리사회의

고령화 현상에 따른 현대노인들의 생활 대부분인 여가시간을 어떻게 보내는가가 중요한 과제이며, 의미 있는 여가활동이 현대 노년기의 생활만족도 및 삶의 질과 직결되는 중요한 영역이라고 할 수 있다. 그러나 우리나라의 노인들은 아직 여가시간이 여가활동을 위한 시간으로 활용하지 못하고 있으며, 오히려 무료한 시간으로 전략해버리는 경우가 많다(박장근 등 2002).

이와 같은 사회구조적 영향이 술에 대한 의존도를 높인다고 한태선(2000)은 지적하였으며, 술은 권하는 것이 미덕인 전통적 음주풍토가 많이 남아 있는 농촌사회에서 음주는 농사일에 필수적인 힘의 원천이자 여가문화로 인식되고 있다. 농촌주민들에게 습관적 음주경향이 나타나는 것은 이와 유사하며, 이로 인한 신체적·정신적·사회적 기능 손상이 우려된다.

노인문제에 대한 선행연구 중 우리나라 전체 노인층을 대상으로 심리적 우울 및 생활만족에 대한 선행연구들은 있지만, 농촌지역 재가노인의 우울과 여가 및 음주습관에 대한 선행연구는 미비한 실정이다. 주로 국내에서는 여가활동과 연계하지 않고 노인의 음주나 알코올 현황에 대한 연구를 하였으며, 대다수 연구는 청소년 혹은 알코올 중독자를 대상으로 연구주제 역시 문제음주에 관한 것으로 제한되어 있다(이정태, 2000). 노년기 여가에 대한 선행연구들도 주로 각 여가활동 유형에 참여한 횟수 또는 주관적으로 참여한 정도를 연구한 것이 대부분이다. 그리고 노인의 여가활동은 생활 거주지에 따라 현저한 차이가 있다. 즉 수도권 지역 노인의 여가활동은 취미, 운동, 문화활동 등 다양하며, 교육수준이 높고, 배우자가 있으며, 경제수준이 높을수록 여가활동이 높았으나(김윤혜와 하태열, 이복희, 2006) 농촌지역 노인의 여가시간은 거의 운동에 국한되어있고, 운동율도 현저히 낮았다(김문두, 2004). 이러한 연구결과로는 우리나라 노인들이 구체적으로 하루 여가시간을 어떻게 보내는지 파악할 수 없을 뿐 아니라 삶의 질을 높일 수 있는 여가활동이 어떤 방향으로 진행되고 있는지 파악하기 어렵다. 아직까지 창조적인 여가활동에 대해 익숙하지 않는 우리 문화와 여가활동에 대한 무관심, 소극적인 사회적 대처방안으로 인해 노후생활을 더욱 고립화시킬 가능성이 있으며 이러한 문제를 단순히 노인 개인이나 가족차원에서 해결할 문제로 치부할 것이 아니라 사회적 차원에서 해결해야 할 시점에 이르렀다. 더구나 노인종합사회복지관, 경로당, 노인대학, 평생교육원 등의 사회복지 관련기관에서 많은 노인여가프로그램이 제공되고 있으나, 대부분 기관이나 시설에서 공급자가 제공하기 쉬운 취미나 오락 위주의 프로그램이 운영되고 있는 실정이다. 따라서 노인의 우울증과 여가활동 요구, 및 음주행태를 고려하여, 맞춤형 통합 노인 건강증진 프로그램 운영 전략이 시급하고 다양한 여가활동 지원책이 필수적이다.

또한 노년기의 삶을 성공적으로 살아가는데 중요한 여가활동이 노년기 우울증과 음주습관과 어떤 관계가 있는지, 그 외의 다른 요인들은 어떠한 상관관계가 있는지에 대한 연구는 미흡하다고 볼 수 있다. 이에 본 연구는 농촌지역 60세 이상 재가노인들을 대상으로 노인우울증과 여가활동 및 음주습관과의 관계를 면접조사를 실

시하여 농촌지역 노인보건사업 및 정신보건사업 특히, 노인우울증 관리와 건전한 여가활동 조성을 위하여 추진하고 있는 맞춤형 노인건강증진프로그램 운영, 그리고 음주관련 보건사업을 추진하기 위한 기초 자료로 활용코자 하며 구체적인 목표는 다음과 같다.

1. 노인의 우울증과 여가활동 및 문제음주정도를 파악한다.
2. 인구학적 특성별 우울증 및 문제음주정도의 차이를 비교한다.
3. 노인의 우울증에 따른 여가활동과 음주정도의 차이를 비교한다.
4. 우울증과, 문제음주정도의 상관관계를 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집

J군에 거주하고 있는 만 60세 이상 남녀노인 263명을 10개 읍면별 인구구성 비율 및 연령별, 성별 비율에 따라 층하비율 표집하였다. J군은 3개의 읍과 7개의 면이며, 2007년 6월말 현재 전체인구 44,654명 중 60세 이상 노인인구는 14,357명(32.2%)이고, 이 중 263명을 층하비율 표집하였다.

자료 수집은 J군 보건소 소속 맞춤형 방문건강사업요원 8명과 정신보건사업요원 2명, 총 10명이 1개 읍면씩 조사하고, 8개 읍면 보건진료소 관할구역은 보건진료원 8명이 면접하여 총 18명이 설문조사를 실시하였다.

조사원은 2007년 8월 10일 면접조사에 대한 사전교육을 받은 후 2007년 8월20일부터 8월 30일까지 11일간 마을을 순회하며 1:1 개별면접으로 자료를 수집하였다.

2. 조사도구

가. 일반적 특성 : 노인의 일반적 특성을 알아보기 위한 10개 문항이다.

나. 노인우울 척도

Brink 등(1982)이 30문항으로 개발한 노인 대상의 우울 척도를 Shiekh와 Yesavage(1986)가 15문항의 노인우울척도(Short Form Geriatric dependence scale)로 간소화하였고 이것을 기백석과 이철원(1995)이 한국판 도구로 번안하고 검증하였다. 문항당 0점 또는 1점을 부여하여 0점~5점이면 정상, 6점~10점이면 경증우울, 11점~15점이면 중증 우울로 구분하였다. 노인우울 척도는 정영해(2004)의 '농촌노인 건강실태-전남 나주시를 중심으로' 연구에서 도구의 신뢰도 Chronback's alpha 값은 0.8405이다. 본 논문에서는 도구의 신뢰도 Chronback's alpha는 0.8317이다.

다. 여가활동 측정도구

여가활동 실태는 허준수와 유수현(2002)이 개발한 도구를 사용하였으며 소일영역, 취미·문화·운동영역, 우인 교류영역, 사회단체활동영역의 하위영역으로 구분하여 빈도를 조사하는 총 15문항으로 구성되어 있다. 여가활동 측정도구는 엄인숙의 '중년 여성의 우울과 고독감에 영향을 미치는 여가활동 유형' 연구(2006)에서 신뢰도 Chronback's alpha 값은 문항별로 0.60~0.81이다. 본 논문에서 도구의 신뢰도 Chronback's alpha는 0.633이다.

라. 한국형 문제음주척도

WHO가 알코올 의존이 아닌 일반인을 대상으로 문제음주자의 초기 확인을 위해 만든 간단한 문제음주척도(NIAAA, 2003)인 AUDIT를 김용석(1999)이 번안하여 신뢰도와 타당도를 검증한 AUDIT-K도구이다. AUDIT-K는 총 10문항으로 지난 1년 동안의 음주빈도와 음주량, 알코올의존 증상, 음주관련 문제의 3영역으로 구성되었다. 8문항은 5점 척도(0-4점), 2문항은 3점 척도(0점, 2점, 4점)이며 점수의 범위는 0점~40점이다. 안전한 음주로 정의 되는 양이 점차 감소됨에 따라 현재는 8점을 사용하고 있다. 따라서 0점~7점이면 정상, 8점~19점이면 상습적 과음자로 주의가 필요, 20점~24점은 잠재적 알코올중독자로 정신과 전문의의 상담이 요구되고, 25점 이상은 알코올 중독자로 전문적 입원치료 및 상담이 필요한 자로 구분한다.

3. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS ver. 10.0 PC+ 프로그램을 이용하여 일반적 특성과 우울증, 여가활동 정도, 음주실태는 빈도와 %, 평균과 표준편차로 분석하고, 인구학적 특성에 따른 우울정도 및 여가활동과 문제음주는 t-test와 ANOVA, 우울증 정도별 여가활동 차이는 Chi-square test와 trend-test, 우울증 정도별 문제음주정도와 음주특성 차이는 Chi-square test, 우울증과 문제음주의 상관관계는 Pearson's correlation 으로 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 인구학적 특성

J군의 읍면별 인구현황과 표집한 대상자는 표 1과 같다.

표 1. J군 읍면별 인구현황(2007. 6월말 현재) 및 대상자 수 단위:N(%)

구분		계	A읍	B읍	C읍	D면	E면	F면	G면	H면	I면	K면
전체		44,654 (100)	15,783 (35.5)	6,802 (15.4)	4,558 (10.3)	2,895 (6.6)	3,537 (7.3)	1,557 (3.6)	2,814 (6.4)	1,341 ((3.0)	1,706 (3.7)	3,661 (8.2)
60세 이상	소계	14,357	3,459	2,360	1,565	1,197	1,355	670	1,252	492	863	1,144
	남	5,634	1,347	932	638	437	494	274	501	193	329	489
	여	8,723	2,112	1,428	927	760	861	396	751	299	534	655
조사자수		263	82	42	27	18	20	12	17	11	12	22

응답자의 사회 인구학적 특징은 표 2와 같다. 연령의 분포는 60세 이상 전 연령층에서 여자의 비율이 높았으며, 결혼 상태는 남자는 유배우자의 비율이 74.8%, 여자는 35.9%였다. 연령과 결혼상태의 분포는 여자의 평균수명이 긴 것과 일치하였다. 가족형태는 독거노인이 43%, 노인부부가족 42.2%, 독거+자녀가족이나 부부+자녀가족, 부부+손자녀 등의 가족구성은 14.8%로 가족형태 및 가족구성원이 60세 이상인 가구가 85.2%로 농촌지역의 초고령 사회임을 나태내고 있다.

교육수준은 대부분(86.3%)이 초등학교 졸업 이하였는데, 특히 무학과 무학이지만 국문읽기 가능이 전체 49.8%이며, 여자는 91.7%가 초등학교 졸업이하의 교육을 받은 것으로 나타났다.

종교를 가진 사람은 50.2%이다. 남자의 33.6%, 여자의 61.5%가 종교를 가진 것으로 나타났다. 경제활동은 농업 35.4%, 소일거리 29.7%로 나타났으며, 본인이 생각하는 경제 상태는 상 5.3%, 중 51.0%, 하 43.7%이라고 답하였으며, 의료보장형태는 국민기초생활수급자가 36.1%를 차지하고 있는 것과 경제활동 참여에 비해 자신의 체감 경제 상태를 비교적 긍정적으로 평가한 것으로 나타났다. 하지만 또래에 비해 현재 자신의 건강상태에 대한 결과는 16.0%가 건강하지 않다고 응답하였으며 특히 남자의 21.5%가 건강하지 않다고 응답하였다.

표 2. 인구학적 특성 단위:N(%)

특 성	구 분	남 자	여 자	전 체
연 령	60~69	55(51.4)	73(46.8)	128(48.7)
	70~79	40(37.4)	60(38.5)	100(38.0)
	80세 이상	12(11.2)	23(14.7)	35(13.3)
종 교	없다	71(66.4)	60(38.5)	131(49.8)
	있다	36(33.6)	96(61.5)	132(50.2)

교육수준	무학+국문해독	36(33.6)	95(60.9)	131(49.8)
	초졸	48(44.9)	48(30.8)	96(36.5)
	중졸이상	23(21.5)	13(8.3)	36(13.7)
결혼상태	무배우	27(25.2)	100(64.1)	127(48.3)
	유배우	80(74.8)	56(35.9)	136(51.7)
가족형태	독거	24(22.4)	89(57.1)	113(43.0)
	부부	66(61.7)	45(28.8)	111(42.2)
	기타	17(15.9)	22(14.1)	39(14.8)
생활수준	상	5(4.7)	9(5.8)	14(5.3)
	중	62(57.9)	72(46.2)	134(51.0)
	하	40(37.4)	75(48.1)	115(43.7)
경제활동	농업	50(46.7)	43(27.6)	93(35.4)
	소일거리	27(25.2)	51(32.7)	78(29.7)
	안한다	30(28.0)	62(39.7)	92(35.0)
의료보장 형태	건강보험	76(71.0)	91(58.3)	167(63.5)
	의료보호	31(29.0)	64(41.0)	95(36.1)
	기타	0(0.0)	1(0.6)	1(0.4)
주관적 건강상태	건강	49(45.8)	96(61.5)	145(55.1)
	보통	35(32.7)	41(26.3)	76(28.9)
	불건강	23(21.5)	19(12.2)	42(16.0)
계		107(100.0)	156(100.0)	263(100.0)

2. 노인 우울증

응답자의 52.5%가 우울증이 있는 것으로 나타났으며, 경증 우울증이 35.0%, 중증우울증이 17.5%로 나타났다(표 3).

표 3. 노인 우울증 점수 단위:N(%)

분 류	N(%)		N(%)
정 상 (≧5점)	125(47.5)		
우울증 (< 5점)	138(52.5)	경증우울 (6~10)	92(35.0)
		중증우울(11~15)	46(17.5)
계	263(100.0)		138(52.5)

인구학적 특성에 따른 노인 우울증에서 통계적 유의한 차이가 있는 항목으로는 성별(t= -2.688, p=.008), 결혼상태(t=-3.219, p=.001), 가족형태(F=7.085, p=.001)이었다. 성별은 남자 5.4점, 여자 6.7점으로 여자에서 우울정도가 심한 것으로 나왔으며, 결혼 상태에서는 유배우자가 5.4점, 무배우자가 6.9점으로 배우자가 있는 경우가 우울점수가 더 낮은 것으로 나왔으며, 가족형태에서는 부부가 함께 사는 경우가 5.1점으로 독거 6.8점, 기타 7.2점 보다 현저히 낮은 우울점수를 나타났다(표 4).

표 4. 인구학적 특성에 따른 우울정도 N=263

특성	구 분	우울정도 평균 ± 표준편차	t or F	p
성 별	남	5.4 ± 3.6	-2.688	.008
	여	6.7 ± 4.0		
연령별	60 ~ 69	5.8 ± 3.8		
	70 ~ 79	6.5 ± 4.0	0.788	.456
	80세 이상	6.3 ± 4.0		
학력별	무학+국문독해	1.7 ± 0.7		
	초졸 이하	1.6 ± 0.7	1.878	.155
	중졸 이상	1.5 ± 0.6		
결혼형태	유 배 우	5.4 ± 3.8	-3.219	.001
	무 배 우	6.9 ± 3.8		
가족형태	부부	5.1 ± 3.7		
	독거	6.8 ± 3.8	7.085	.001
	기타	7.2 ± 4.2		

3. 여가활동

조사대상자가 가장 많이 참여하는 여가활동은 소일영역에서 라디오청취 및 TV시청(89.7%)며, 취미활동운동영역에서는 운동(16.0)이고 우인교류영역에서는 경로당, 노인 회관, 복지회관 참여(34.6%)이며, 사회단체활동영역은 종교 활동(2.7%)으로 나타났다. 또한 경로당과 노인 회관, 복지회관 참여자(34.6%)들의 1/2정도가 소일영역에서 운동하는 노인은 38.4%, 취미·문화 활동영역에서 영화 관람과 전시회 및 음악회 등의 문화 활동을 전혀 안하는 노인이 93.5%, 사회단체활동에서 노인대학, 교양강좌, 배움 마당을 전혀 이용하지 않는 노인이 84.0%이었다(표 5).

조사대상자들의 여가활동은 대부분 가족이나 부락단위의 공동체 활동인 라디오 청취 및 TV시청(89.7%)과 경로당 및 마을회관(34.6%)에 참여하는 경향이 두드러지게 나타났으며 외출을 통한 타 공동체 방문을 통한 여가활동 즉, 취미활동(66.9%)과 문화 활동(93.5%), 운동(54.4%), 여행이나 외출(45.6%), 학습활동(84.0%), 사회봉사단체 활동(89.0%)은 대부분의 응답자가 참여하지 않는 것으로 나타났다.

표 5. 여가활동 유형별 분포 단위:N(%), N=263

		거의 매일	주1회~3회 이상	월1회~분기2회	전혀 안함
소일	TV 시청	236(89.7)	23(8.7)	0(0.0)	4(1.5)
영역	놀이 오락	47(17.9)	70(26.6)	20(7.6)	126(47.9)
	시장가기	3(1.1)	93(35.4)	115(43.7)	52(19.8)
	술・차마시기	77(29.3)	80(30.4)	25(9.5)	81(30.8)
취미	취미활동	24(9.1)	39(14.8)	24(9.1)	176(66.9)
문화	문화 활동	1(0.4)	7(2.7)	9(3.4)	246(93.5)
운동	운 동	42(16.0)	59(22.4)	19(7.2)	143(54.4)
	여행・외출	2(0.8)	11(4.2)	130(49.4)	120(45.6)
우인	친구・이웃	66(25.1)	54(20.5)	62(23.6)	81(30.8)
교류	경로당,복지관	91(34.6)	73(27.8)	33(12.6)	66(25.1)
사회	학습활동	4(1.5)	11(4.2)	27(10.3)	221(84.0)
단체	종교활동	7(2.7)	39(14.8)	43(16.3)	174(66.2)
활동	사회봉사	5(1.9)	14(5.3)	10(3.8)	234(89.0)

4. 문제음주 정도

음주군의 28명(10.6%)중 상습적 과음주자 23명(8.7%), 잠재적 알코올 중독자 4명(1.5%), 알코올중독자가 1명(0.4%)으로 나타났다(표6).

표 6. 문제음주 정도 단위:N(%)

분 류	N(%)			N(%)
정상 (≧7점)	235(89.4)			
문제음주(≦8점)	28(10.6)	상습적 과음주자	(8점~19점)	23(8.7)
		잠재적 알코올중독자	(20점~24점)	4(1.5)
		알코올중독자	(≦ 25점)	1(0.4)
계	263(100.0)			28(10.6)

일반적 특성에 따른 문제음주점수는 표 7과 같다.

통계적 유의한 차이가 있는 항목으로는 성별(t=5.419, p= .000), 학력(F=3.592, p= .029), 결혼형태(t=4.657, P= .000), 가족형태(F=10.477, p= .000)로 나왔다.

즉, 성별은 남자가 평균 4.16점으로 여자 1.19점에 비해 매우 높은 것으로 나왔으며, 학력은 무학+국문 독해군이 1.66점, 초등학교 졸업이 2.97점, 중학교 이상 졸업이 3.56점으로 학력이 높은 군에서 음주점수가 더 높은 것으로 나왔으며, 결혼형태는 유배우가 3.63점, 무배우가 1.08점으로 배우자가 있는 경우 더 술을 많이 마시는 것으로 나타났으며, 가족형태에서는 부부가 같이 살고 있는 군이 3.80점, 독거노인이 1.08점, 기타가 2.23점으로 부부가 같이 살고 있는 경우가 음주점수가 더 높은 것으로 나왔다(표7).

표 7. 일반적 특성에 따른 음주 평점 N=263

특성	구 분	문제음주 점수 평균 ± 표준편차	t or F	p
성 별	남	4.16±6.11	5.419	.000
	여	1.19±2.61		
연령별	60 ~ 69	2.91±5.40		
	70 ~ 79	2.00±3.61	1.572	.210
	80세 이상	1.69±3.92		
학력별	무학+국문독해	1.66±3.39		
	초졸 이하	2.97±5.52	3.592	.029
	중졸 이상	3.56±5.46		
결혼형태	무 배 우	1.08±2.11	4.657	.000
	유 배 우	3.63±5.83		
가족형태	독거	1.08±2.15		
	부부	3.80±5.88	10.477	.000
	기타	2.23±4.70		

5. 노인 우울증과 여가활동 및 음주정도의 관계

가. 노인 우울증과 여가활동

노인우울증과 여가활동 빈도는 표8A부터 8D까지이다. 소일영역과 취미・문화・운

동영역과 우인교류영역 그리고 사회단체활동영역 등 4개영역에서 전혀 안함이라고 응답한 사람의 빈도가 우울군이 정상군보다 낮게 나타났다. 특히, 소일영역에서 장기・바둑・화투 놀이는 자유도 1에서 점근 유의확률 p=0.002고 술・차 마시기 p=0.010(정상군 51.9%, 우울군 48.1%)으로 우울과 직선으로 증가하고 있으며, 통계적으로 유의하였다.

취미활동은 p=0.004(정상군 70.8% 우울군 29.2%), 여행・외출은 p=0.009, 친구 및 이웃의 만남은 p=0.039, 학습활동은 p=0.004, 사회단체활동은 p=0.018(정상군 60%, 우울군 40%)으로 우울과 통계적으로 유의하였다. 그러나 종교 활동은 정상군이 71.4%, 우울군이 28.6%(p=0.123), 운동은 정상군이 59.5%, 우울군이 40.5%(p=0.119)로 나타났으나 우울과 통계적으로 유의하지 않았다.

표 8A. 노인 우울증과 소일영역 여가활동 단위:N(%)

		우울분류		p trend-test
		정상군	우울군	
라디오청취, TV 시청	거의 매일 (236)	117(49.6)	119(50.4)	.072
	주1~3회 이상(23)	7(30.4)	16(69.6)	
	전혀 안함 (4)	1(25.0)	3(75.0)	
장기, 바둑, 화투	거의 매일 (47)	26(55.3)	21(44.7)	.002
	주1~3회 이상 (70)	42(60.0)	28(40.0)	
	월2회 ~분기2회 (20)	11(55.0)	9(45.0)	
	전혀 안함 (126)	46(36.5)	80(63.5)	
시장가기	거의 매일 (3)	2(66.7)	1(33.3)	.113
	주1~3회 이상 (93)	51(54.8)	42(45.2)	
	월2회 ~분기2회 (115)	49(42.6)	66(57.4)	
	전혀 안함 (52)	23(44.2)	29(55.8)	
술・차 마시기	거의 매일 (77)	40(51.9)	37(48.1)	.010
	주1~3회 이상 (80)	49(61.3)	31(38.8)	
	월2회 ~분기2회 (25)	5(20.0)	20(80.0)	
	전혀 안함 (81)	31(38.3)	50(61.7)	
	계	125(47.5)	138(52.5)	

표 8B. 노인 우울증과 취미문화운동 영역 여가활동 단위:N(%)

		우울분류		p	trend-test
		정상군	우울군		
취미 활동	거의 매일 (24)	17(70.8)	7(29.2)		
	주1~3회 이상 (39)	22(56.4)	17(43.6)		.004
	월2회 ~분기2회 (24)	12(50.0)	12(50.0)		
	전혀 안함 (176)	74(42.0)	102(58.0)		
문화 활동	거의 매일 (1)	0(0.0)	1(100.0)		
	주1~3회 이상 (7)	5(71.4)	2(28.6)		.423
	월2회 ~분기2회 (9)	5(55.6)	4(44.4)		
	전혀 안함 (246)	115(46.7)	131(53.3)		
운동	거의 매일 (42)	25(59.5)	17(40.5)		
	주1~3회 이상 (59)	28(47.5)	31(52.5)		.119
	월2회 ~분기2회 (19)	9(47.4)	10(52.6)		
	전혀 안함 (143)	63(44.1)	80(55.9)		
여행・외출	거의 매일 (2)	2(100.0)	0(0.0)		
	주1~3회 이상 (11)	6(54.5)	5(45.5)		.009
	월2회 ~분기2회 (130)	70(53.8)	60(46.2)		
	전혀 안함 (120)	47(39.2)	73(60.8)		
	계	125(47.5)	138(52.5)		

표 8C. 노인 우울증과 우인교류 영역 여가활동 단위:N(%)

		우울분류		p	trend-test
		정상군	우울군		
친구・이웃 만남	거의 매일 (66)	32(48.5)	34(51.5)		
	주1~3회 이상 (54)	31(57.4)	23(42.6)		.039
	월2회 ~분기2회 (61)	36(59.0)	25(41.0)		
	전혀 안함 (81)	26(32.1)	55(67.9)		
경로당, 노인회관	거의 매일 (92)	45(48.9)	47(51.1)		
복지관 참여	주1~3회이상 (73)	35(47.9)	38(52.1)		.289
	월2회 ~분기2회 (32)	20(62.5)	12(37.5)		
	전혀 안함 (66)	25(37.9)	41(62.1)		
	계	125(47.5)	138(52.5)		

표 8D. 노인 우울증과 사회단체활동 영역 여가활동 단위:N(%)

		우울분류		p	trend-test
		정상군	우울군		
학습활동	거의 매일 (4)	4(100.0)	0(0.0)		
	주1~3회 이상 (11)	9(81.8)	2(18.2)		.004
	월2회 ~분기2회 (27)	13(48.1)	14(51.9)		
	전혀 안함 (221)	99(44.8)	122(55.2)		
종교 활동	거의 매일 (7)	5(71.4)	2(28.6)		
	주1~3회이상 (39)	19(48.7)	20(51.3)		.123
	월2회 ~분기2회 (43)	25(58.1)	18(41.9)		
	전혀 안함 (174)	76(43.7)	98(56.3)		
사회단체 활동	거의 매일 (5)	3(60.0)	2(40.0)		
	주1~3회이상 (14)	11(78.6)	3(21.4)		.018
	월2회 ~분기2회 (10)	6(60.0)	4(40.0)		
	전혀 안함 (234)	105(44.9)	129(55.1)		
	계	125(47.5)	138(52.5)		

나. 노인 우울증과 음주정도

1) 노인 우울증과 음주정도

노인우울증과 음주정도의 차이는 AUDIT-K 음주척도 전 항목(10문항)에서 전혀 안 마심과 전혀 없다는 응답의 빈도가 우울군이 정상군보다 높게 나타났다(표 9).

표 9. 노인 우울증과 음주정도 단위:N(%)

		우울분류		전체	x^2	p
		정상군	우울군			
음주빈도	전혀 안마심	67 (40.1)	100 (59.9)	167 (100.0)		
	월 1 ~4회	33 (58.9)	23 (41.1)	56 (100.0)	10.189	.006
	주2~4회이상	25 (62.5)	15 (37.5)	40 (100.0)		
1회 음주량	전혀 안마심	67 (39.9)	101 (60.1)	168 (100.0)		
	월 1 ~4회	51 (61.4)	32 (38.6)	83 (100.0)	10.948	.004
	주2~4회 이상	7 (58.3)	5 (52.5)	12 (100.0)		
1회 음주빈도	전혀 없음	99 (44.8)	122 (55.2)	221 (100.0)	4.830	.089

	월 1 ~2회	18 (66.7)	9 (33.3)	27 (100.0)		
	주1회이상	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100.0)		
음주 불통제	전혀 없음	116 (47.3)	129 (52.7)	245 (100.0)		
횟수	월 1 ~2회	7 (53.8)	6 (46.2)	12 (100.0)	0.325	.850
	주1회 이상	2 (47.5)	3 (60.0)	5 (100.0)		
음주로 업무	전혀 없음	119 (47.4)	132 (52.6)	251 (100.0)		
불가횟수	월 1 ~2회	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (100.0)	1.124	.570
	주1회이상	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)		
음주후해장술	전혀 없음	116 (46.4)	134 (53.6)	250 (100.0)		
필요 횟수	월 1 ~2회	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100.0)	3.440	.179
	주1회 이상	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)		
음주로 죄책감	전혀 없음	115 (46.0)	135 (54.0)	250 (100.0)		
후회 횟수	월 1 ~2회	6 (85.7)	1 (14.3)	7 (100.0)	5.208	.074
	주1회 이상	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)		
음주로 기억력	전혀 없음	114 (46.0)	134 (54.0)	248 (100.0)		
상실횟수	월 1 ~2회	10 (83.3)	2 (16.7)	12 (100.0)	6.653	.036
	주1회 이상	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)		
음주로 인명	없 음	124 (47.5)	137 (52.5)	261 (100.0)		
피해 유무	1년간 무	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	2.010	.366
	1년간 유	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)		
금주권유 유무	없 음	116 (47.0)	131 (53.0)	247 (100.0)		
	1년간 무	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1.338	.512
	1년간 유	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100.0)		
전체		125(47.5)	138(52.5)	263 (100.0)		

2) 노인 우울증과 음주 평점의 차이

노인 우울증과 음주 평점은 통계적 유의한 차이가 없는 것으로 나왔다(표 10).

표 10. 노인 우울증과 음주 평점 차이 N=263

우울정도	음주평점 N	음주평점 M±SD	t	p
정상	125	1.14 ± 0.34	0.982	.327
우울	138	1.08 ± 0.27		

3) 노인 우울증과 음주 정도의 차이

노인우울증과 음주특성에서는 음주빈도(x^2 =10.948, p=.004)와 음주량(x^2 =10.189, p=.006), 1년간 음주로 인한 기억력 상실의 횟수(x^2 =6.653, p=.036)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 음주빈도는 정상군이 월 1-4회 61.4%, 주 2-4회 이상이

58.3%, 우울군은 월 1-4회 38.6%, 주 2-4회 이상이 41.7%로 정상군이 우울군보다 더 술을 자주 마시는 것으로 나왔다. 1회 음주량도 정상군은 1-4잔이 58.9%, 5잔 이상이 62.5%, 우울군이 1-4잔이 41.1%, 5잔 이상이 37.5%로 정상군이 우울군 보다 술을 더 많이 마시는 것으로 나왔다(표 11).

표 11. 노인 우울증과 음주정도 차이 N=263

		우울분류		x^2	p
		정상군	우울군		
음주빈도	안 마심 (168)	67(39.9)	101(60.1)		
	월1~4회 (83)	51(61.4)	32(38.6)	10.948	.004
	주 2~4회 이상 (12)	7(58.3)	5(41.7)		
1회 음주량	안 마심 (40)	67(40.1)	100(59.9)		
	1~4잔 (167)	33(58.9)	23(41.1)	10.189	.006
	5잔 이상 (56)	25(62.5)	15(37.5)		
1년간 기억 상실 횟수	전혀 없음 (3)	114(46.0)	134(54.0)		
	월 1 ~2회 (248)	10(83.3)	2(16.7)	6.653	.036
	주1회 이상 (12)	1(33.3)	2(66.7)		
	계	125(47.5)	138(52.5)		

4) 노인 우울증과 음주 정도의 상관관계

노인 우울증과 음주 척도는 낮은 역상관 관계로 우울정도가 높을수록 음주정도가 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다(표 12).

표 12. 노인 우울증과 음주점수의 상관관계

구 분	AUDIT-K
우울증	- 0.150*
	.015

IV. 논 의

본 연구는 농촌지역에 거주하는 노인들에게 발생할 수 있는 우울증의 조기발견과 그에 따른 부가적인 보건의료서비스 제공을 어떻게 할 것인가에 대한 운영방법의 개발에 앞서 그 실태를 파악하고자 하였다.

J군 농촌지역 60세 이상 노인들의 중증우울증 유병률은 17.5%이고 경증 우울증까지 합하면 전체 52,5% 이었다. 이는 스웨덴(6.5%), 일본(6.2%)등의 선진국에 비하여 그 정도가 매우 높은 것으로서 우리나라 농촌지역 노인들에게 우울이 얼마나 심각한 문제인지를 알 수 있게 하는 지표이다(최용민과 이상주, 2003). 우리나라 노인 자신이 인지하는 우울증의 발생빈도는 우울증의 진단 기준과 분류에 따라 차이는 있으나, 보건복지부 조사(2002년)는 1,000명당 3.9명, 오병훈 등(1998년)은 10%, 이창인과 홍성철(2002년)은 16.6%, 김문두(2004년) 16.7%와 비교했을 때 매우 높은 발생빈도를 나타났으나 정영해(2004)의 전남 나주시를 중심으로 노인건강실태 보고의 62.3%보다는 낮게 나타났다. 기백석과 김소연(2003)의 노년기 상당인구 약 15~25%에서 특정 우울질환의 진단 기준에 맞지는 않지만, 고통으로 인하여 일상생활에 지장을 받는 우울증상을 갖고 있고 노년기 우울증 유병률이 증가하는 경향이 있다는 연구결과와 일치하였다.

성별로는 남자노인이 45.7%이며 평점 5.4점, 여자노인이 58.9%로 평점 6.7점으로 여자노인의 우울증이 높게 나타났는데, 이는 여자 노인이 남자 노인들보다 더 많은 우울증을 경험한다는 권선숙(2002)과 정영해(2004) 그리고 건강보험심사평가원의 보고(2006)와 일치하였으나, 김문두(2004)의 제주도 농촌지역 주민들의 우울증상에서 남자 14.9%, 여자 18.4%에 비해 매우 높은 편으로 나왔는데, 이는 지리적 특성 때문인지 원인적 요소에 대한 추후연구가 필요하다. 그러나 송파구 노인건강실태조사(2001)에서 재가노인 27%와 김윤혜 등(2006)의 수도권 거주 노인의 우울 유병률은 49.9%이고 남자노인보다 여자노인의 우울증이 많았는데, 배우자의 사망, 경제적 문제, 신체적 질환 등이 노인의 우울에 영향을 미치며, 수도권 노인보다 농촌지역 노인 우울증이 더 높은 결과와 본 연구결과는 유사하다.

연령별 발생빈도는 60대 47.7%, 70대 59.0%, 80대 이상 51.5%로 70대가 가장 높고 다음이 80대 이상 그리고 60대가 가장 낮게 나타났다. 건강보험심사평가원(2006)의 분석결과는 70대(39.6%)가 가장 높고 60대(31.4%), 80대 이상(29.0%)의 순이라는 보고와 일치하였으며, 정영해(2004)의 전남 나주시 노인을 대상으로 한 보고 및 송파구 노인건강실태조사(2004)에서 우울증은 대체로 연령과 함께 증가하는 양상을 보인다는 보고와는 80대 이상만 차이가 있었다.

학력별로는 무학과 국문해독 가능 노인의 우울증이 55.7%, 초등학교 졸업 노인이 53.2%, 중졸이상 노인의 38.9%로 나타났고 가족형태별로는 부부노인 가족 38.7%, 독거노인 61.1%, 자녀와 부부 또는 부부와 손자녀 등 기타 가족구성원 가구 노인 66.6%, 결혼 상태에서는 유배우자가 5.4점, 무배우자가 6.9점으로 배우자가 있는

경우가 우울점수가 더 낮은 것으로 나왔으며, 가족형태에서는 부부가 함께 사는 경우가 5.1점으로 독거노인 6.8점, 기타 7.2점 보다 현저히 낮은 우울점수를 나타났다. 정영해(2004), 박은희와 이미원, 김성애(2002)는 사회경제적으로 취약한 노년층일수록 치매와 우울증의 빈도가 높고, 사회 인구학적 특성에 따라 교육수준이 낮은 사람, 배우자가 없는 사람, 경제상태가 낮은 사람 및 자녀들과의 별거도 밀접한 관련이 있다는 연구결과에서 이를 뒷받침한다.

남자들에 비해 여자노인의 평균수명이 길어지고 있는 실정에서 여자노인의 우울증 유병률 및 우울평점이 더 높다는 것은 향후 이들에 대한 정신건강관리가 체계적으로 이루어져야 할 것이며 전남지역 노인들의 우울증상이 타 지역에 비해 더 높게 나타난 원인에 대해서는 추후연구에서 그 원인적 요소를 찾는 심층적 연구가 필요하다. 또한 부부가 건강하게 오래 산다는 것은 노인의 정신건강에 매우 중요한 요인임을 알 수 있다. 따라서 농촌지역의 경우 고위험군인 여자노인과 독거노인의 우울증 관리를 중점적으로 수행할 필요가 있다.

조사대상자의 여가활동에서 가장 많이 참여한 것은 소일영역으로 라디오청취 및 TV시청(89.7%)이며, 취미활동운동에서는 운동(16.0%)이고 우인교류영역에서는 경로당, 노인 회관, 복지회관 참여(34.6%)이며, 사회단체활동은 종교 활동(2.7%)으로 나타났고 경로당과 노인 회관, 복지회관 참여자(34.6%)들의 1/2정도가 소일형 영역에서 운동을 하는 노인은 38.4%로 전국 60세 이상 노인의 운동율 21.7% (질병관리본부, 2006) 보다 약간 높게 나타났다.

취미·문화 활동영역에서 영화 관람과 전시회 및 음악회 등의 문화 활동을 전혀 안하는 노인이 93.5%, 사회단체활동에서 노인대학, 교양강좌, 배움 마당을 전혀 이용하지 않는 노인이 84.0%로 조사대상자들의 여가활동은 대부분 가족이나 부락단위의 공동체 활동인 라디오 청취 및 TV시청(89.7%)과 경로당 및 마을회관(34.6%)에 참여하는 경향이 두드러지게 나타났으며 외출을 통한 타공동체 방문 여가활동 즉, 취미활동(66.9%)과 문화 활동(93.5%), 운동(54.4%), 여행이나 외출(45.6%), 학습활동(84.0%), 사회봉사단체 활동(89.0%)은 대부분의 응답자가 참여하지 않는 것으로 나타났다.

우울척도에 따른 여가활동 영역별로 통계적 유의한 차이가 있는 것은 소일영역의 장기·바둑·화투놀이(p=0.002), 술·차 마시기(p=0.010)와, 취미활동(p=0.004), 여행·외출(p=0.009), 친구·이웃만남(p=0.039), 학습활동(p=0.004), 봉사활동(p=0.018)이 자유도 1에서 우울이 여가활동과 직선적으로 증가하고 있으며, 통계적으로 유의하여 우울한 노인은 여가활동이 줄어들고 혼자 있는 시간이 많음을 추측할 수 있었다.

특히 소일영역, 취미문화운동영역, 우인교류영역, 사회단체활동영역 등 전 영역에서 우울증 노인의 여가활동 참여가 낮게 나타났으며 대인관계가 요구되는 활동영역에서 우울증 노인은 장기·바둑·화투놀이 58.0%, 술·차 마시기 36.2%, 취미활동 73.9%, 문화활동 94.9%, 여행·외출 52.9%, 모임이나 친구만남 40.6%, 학습활동

88.4%, 종교 활동 71.0%, 봉사활동 93.5%가 전혀 안하는 것으로 나타났다. 이는 김윤혜 등(2006)의 수도권 노인의 여가활동에 대한 연구결과에서 여가활동을 하는 노인의 경우 고졸이 47.6%, 대졸이 25.6%로 교육 수준이 매우 높았으나, 여가활동을 하진 않는 노인의 경우 무학이 42.7%, 국졸이 26.8%로 교육수준에 따른 여가활동 차이가 현저하게 나타난 연구결과처럼 농촌노인의 낮은 교육수준과 도시처럼 건전한 사회적 교류나 문화적 활동을 할 수 있는 제반시설이 전무한데서 그 원인을 찾아볼 수 있다.

본 연구는 우울노인이 전체적으로 여가활동이 낮고, 특히 사회단체 활동과 학습활동이 정상노인보다 낮은 경향을 보여, 노인대학이나 사회교육 프로그램에 지속적으로 참여를 하도록 관심과 체계적인 지원이 필수적임을 시사한다는 성희자와 전보경(2003)의 여가활동 필요정도 보고와 맥을 같이하는 결과이며, 우울노인을 여가활동으로 유도하는 전략적인 프로그램 개발이 필요(유성호 등, 2000, 신영숙과 이금옥, 2005)함을 시사하고 있다.

연구대상자들의 전체 음주율은 전체 10.6%중 상습적 과음주자가 8.7%, 잠재적 알코올 중독자가 1.5%, 알코올중독자가 0.4%로 나타났는데 김문두(2004)의 보고에 의한 59.4%, 질병관리본부(2005)에서 밝힌 60세 ~ 69세 45.0%, 70세 이상 33.6% 보다 현저히 낮게 나타났다. 이는 일반적으로 4월에서 10월 사이를 농번기, 11월에서 3월 사이를 농한기로 구분했을 때, 농한기의 음주량 및 음주빈도가 농번기보다 2배 가까이 높다는 김미혜와 정문희(2003)의 보고와 2006년 11월에 조사한 2006년 전라남도 도민 건강행태조사(이정애 등, 2006)의 전남지역 전체 1년간 음주율 보고에서 남자 91.1%, 여자 86.8%로 매우 높게 나왔는데, 본 연구에서 낮은 발생빈도는 조사시기로 인한 것인지를 확인하기 위해서는 시기를 달리하여 재조사를 해 볼 필요가 있다.

위의 연구에서 발생빈도가 높은 이유를 농한기에 음주량 및 음주빈도가 높은 것은 ‘여럿이 모일 기회가 많아서’가 각각 57.8%와 56.3%, ‘특별히 할 일이 없어서’가 각각 38.1% 순으로 나타났으며, 농번기에 음주량 및 음주빈도가 높은 이유는 ‘일을 하기 위해 힘을 내려고’가 각각 88.5%와 84.95%로 가장 높게 나온 것처럼 농촌지역의 음주율은 농사철과 매우 밀접한 관련성이 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 음주정도와 통계적 유의한 차이가 있는 항목은 성별에서 남자가(평균 4.16점) 여자(평균 1.19점)보다 높고, 학력이 높을수록(무학 1.66점, 초졸 2.97점, 중졸 이상 3.56점) 더 높게 나왔으며, 유배우자(3.63점)인 경우가 무배우자(1.08점)인 경우보다 술을 더 많이 먹었으며, 부부가 같이 살고 있는 군(3.80점)이 독거노인(1.08점)이나 기타(2.23점) 가족구성원 가구보다 음주점수가 더 높은 것으로 나왔다. 본 연구 결과는 여자노인의 경우 같은 AUDIT-K 도구로 조사한 김문두(2004)의 연구에서 26점 이상의 알코올 의존에 해당하는 여성이 없다는 연구와 일치하였으며, 지역사회 내에서 알코올 의존의 위험이 있는 집단의 선별이 가능하기에 독거노인과 무배우 노인 및 여자노인의 문제음주 파악에 유용한 자료가 될 수

있다고 본다. 따라서 이들에 대한 음주 및 알코올 의존에 영향을 미치는 요인들에 대한 추후 연구가 필요하다.

우울정도별 문제음주정도의 차이는 AUDIT-K 음주척도의 전 항목(10문항)에서 전혀 안 마심과 전혀 없다고 응답한 빈도가 우울군이 정상군보다 높게 나타났다. 노인의 우울정도에 따른 음주특성에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 항목은 음주빈도에서 정상군이 월 1-4회 61.4%, 주 2-4회 이상이 58.3%, 우울군은 각 38.6%, 41.7%로 정상군이 우울군보다 더 술을 자주 마시는 것으로 나왔다. 1회 음주량은 정상군은 1-4잔이 58.9%, 5잔 이상이 62.5%, 우울군은 각 41.1%와 37.5%으로 정상군이 우울군 보다 술을 더 많이 마시는 것으로써 노인의 우울정도별 문제음주 척도는 역상관 관계가 있는 것으로 우울정도가 높을수록 음주가 낮게 나타났다.

이는 우울할수록 더 음주를 할 것이라는 일반적인 생각과는 달리 농촌지역은 전통적 음주문화가 노동과 여가의 영역에서 이루어지는 집합적이고, 공동체적 질서의 집단적 문화인 농촌지역 특성을 잘 반영하고 있는 것으로 생각된다. 그리고 우울증상이 있는 경우 대인관계를 회피하거나 외출을 하지 않는 등 여가활동저조와 관련이 있다고 판단된다. 본 연구의 제한점으로는 조사시기가 농촌의 특성상 농사철과 어떤 관련성을 갖는냐에 따라 여러 가지 복합적인 영향을 받는다는 점을 고려할 때, 어느 한 시기에 횡단적 조사를 시행하였기에 노인의 우울증상과 여가활동 및 음주습관과의 인과관계를 알 수가 없으므로 인과관계를 밝힐 수 있는 전향적인 연구가 시행되어야 할 것으로 생각하며, 아울러 농촌지역 주민의 음주에 대한 인식은 마을행사나 단체여행, 제사음식 나누어먹기 등 간헐적이면서 소량인 음주에 대해 비음주로 인지하기 때문에 음주빈도와 음주량에 대한 일정기간을 선정하여 종적으로 연구가 시행되어야 할 것으로 생각된다.

V. 결　　론

농촌지역은 우울증 노인의 빈도가 높고, 우울증 노인은 음주율과 횟수 등 음주관련 행위, 여가활동이 모두 정상노인에 비해 낮은 결과는 주목할 만한 현상이다. 특히 여자 노인, 무배우자 노인 및 독거노인의 우울증 관리가 필요하다. 우울군 노인의 여가활동은 소일영역, 취미·문화·운동영역, 우인교류 영역, 사회·단체활동 영역 등 4개 하위 영역에서 모두 낮아 우울노인을 위한 활동 프로그램 개발이 시급하다. 농촌 지역 노인의 여가활동은 대부분 소일영역의 라디오 청취 및 TV시청이 주를 이루고 있고 보다 활발한 활동인 운동, 사교, 봉사활동은 저조하므로, 신체를 움직이는 여가활동을 다양하게 개발함이 바람직하다. 따라서 농촌지역 특성인 공동체적 성향이 강하여 부락단위 행사가 많고 마을별 회관과 노인당이 개설되어 있어 농한기인 겨울철에는 대부분의 노인들이 이 시설을 이용하고 있다.

농촌주민의 우울증예방과 건전한 여가활동 및 음주생활 실천을 위한 보다 구체적이고 적극적인 사업수행을 위해서 보건의료서비스에 대한 주민만족도조사와 보건의

료욕구조사에 기초하여 부락단위 건강생활실천생활 및 건강관리 보건교육 그리고 우울증 예방을 위한 정신건강관리 프로그램이 여가활동과 병행하여 개발할 필요가 있다.

본 연구결과를 기초로 현재 일차보건의료의 기능을 담당하고 있는 보건소에서는 국민건강증진사업, 노인허브보건사업, 한방허브보건사업, 맞춤형 방문보건사업, 정신보건센터 등 노인들의 만성질환관리 및 건강증진·유지 그리고 우울증관리와 치매예방 등 정신건강 사업을 추진할 때 우울증과 여가활동 및 음주 결과를 통합 적용할 것을 제안한다. 아울러 노인관련 프로그램 참여 전에 우울증 여부를 선별하여 우울노인의 참여를 적극 유도하고 추후관리로 정기 상담과 사회적 지지를 위한 체계적인 심리적 신체적 사회적 맞춤형 노인 건강관리사업이 필요하다.

참고문헌

권성숙(2002). 남성노인의 성생활인식도와 우울과의 관계연구. *지역사회간호학회지 13*(4) : 342

기백석, 이철원(1995). 한국판 노인 우울척도의 표준화 예비연구. *신경정신의학 129* : 187

김두희(1997). 흡연과 음주가 농촌주민의 건강상태에 미치는 영향. *한국농촌의학회지 22*(2) : 201

김문두(2004). 제주도 농촌지역 주민들의 음주습관과 우울증상 및 스트레스. *신경정신의학 43*(1) : 29-39

김미혜, 정문희(2003). 농촌주민의 적정음주를 위한 보건교육 전략. 보건교육·*건강증진학회지 20*(3) : 171-172.

김성곤(2005). 알코올 중독의 진단과 치료. *가정의학회지 26*(4) : 16-161.

김용석(1999). 국내외 알코올사용 장애 선별도구의 비교를 통한 한국성인의 알코올 사용 장애에 관한 역학조사. *한국사회복지학 37* : 78

김윤혜, 하태열, 이복희(2006). 수도권 거주 노인들의 여가활동 유무에 따른 정신건강 수준, 실생활 실태 및 영양상태 비교 분석. *한국식품영양과학회지 35*(4) : 422-429.

박은희, 이미원, 김성애 (2006). *대구광역시. 고학력 여성노인의 욕구실태와 활용방안.* 대구광역시.

박장근, 임란희, 김종도(2002). 노인복지관에 거주하는 노인들의 생활만족도에 관한 연구. *한국사회체육학회지 18* : 587

보건복지부(2006). *보건복지통계연보* 2005 (51). 보건복지부.

보건복지부(2007). *정신보건사업안내 2007.* 보건복지부 정신보건팀.

성희자, 전보경(2005). 노인의 여가활동과 생활만족도에 관한 연구. *복지행정논총 2003 13*(2) : 151-159.

송현종(2005). *보건복지부. 절주 및 알코올 정책수립을 위한 지표개발.* 한국보건

사회연구원.
신영숙, 이금옥(2005). 농촌노인의 생산적 여가활동 지원현황 -농촌건강장수마을을 중심으로- , *한국지역사회과학회 춘계학술자료집* 55-72.
송파구(2000). *송파구 노인건강실태*. 송파구.
안은영(2005). 노인 우울증과 운동. 한국코칭능력개발원 8(2) : 13-21.
엄인숙(2006). 중년여성의 우울과 고독감에 영향을 미치는 여가활동 유형. *복지행정논총 16* :149-167.
오병훈(2002). 노인정신의학 개요. *정신신경의학 41*(5) : 174.
이가옥 (2002). 노년기 삶의 질:개념 및 지표구성. *노인복지정책연구 24* : 10.
이정태(2000). 적정음주에 대한 의학적 접근. *대한한국보건협회지 26*(4) : 374
이창인, 홍성철(2002). 제주도 농촌지역 노인의 우울증상 유병율과 관련 요인. *노인정신의학 6*(2) : 97-109
장인협, 최성재(2002). *노인복지학*. 서울대학교출판부.
전라남도(2006). 2006년 *전라남도 도민 건강행태조사*. 전라남도건강증진사업지원단.

정경희 외저 (2005). *전국노인생활실태 및 복지욕구조사 2004년도*. 한국보건사회연구원 보건복지부 공편.
정영해(2004). 농촌노인 건강실태-나주시를 중심으로. *사회연구. 1* : 149-150.
최용민, 이상주(2003). 사회적 지원망이 독거노인의 삶의 질에 미치는 영향. *노인복지연구 22* : 198.
한태선(2000). 적정음주에 대한 사회·문화적 접근. *대한한국보건협회지 26*(4) : 77-80
허준수, 유수현(2002). 도시노인의 여가활동에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구. *한국노년학 22*(2) : 229-232
http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LPOD&mid=etc&oid=098&aid=0000111521 [건강보험심사평가원] 심평원, *장기요양 노인환자의 우울증 평가도구 개발 연합뉴스 보도자료 정책/자료* | 2006.02.16.
http://news.empas.com/show.tsp/cp_sg/20050513n11676.[2005 한국의 노인들] 자살 대책 전무, *세계일보* 2005-05-13.