보건교육건강증진학회지 제34권 제1호(2017. 3) pp.25-34
Korean J Health Educ Promot, Vol.34, No.1 (2017)
https://doi.org/10.14367/kjhep.2017.34.1.25

초고령 노인의 우울증상 궤적: 성별차이를 중심으로

전해숙
경북대학교 사회복지학과

The trajectory of depressive symptoms among the oldest-old: Focusing on gender difference

Hae-Sook Jeon
Kyungpook National University, Department of Social Welfare

Objectives: Although the number of the oldest-old is rapidly increasing due to longevity, very little is known about the trajectory of depressive symptoms(DS) and its related factors among the oldest-old. Much less is known about whether the trajectory of DS differs by gender among the oldest-old. The current study aims (1) to estimate the trajectory of DS and (2) to examine whether the trajectory differs by gender among the oldest-old. **Methods:** Sample consists of 296 persons aged 85 and over who participated in the Korean Welfare Panel Study data. Data were processed using the latent growth curve modeling to estimate the trajectory and multi-group SEM to examine gender difference. **Results:** This study showed that (1) the trajectory of DS was increasing over time and (2) the DS trajectory of males was much more rapidly increasing than that of females, indicating male oldest old are more vulnerable to depression than female oldest old in later life. **Conclusions:** Given the fact that females are known to be more vulnerable to depression, the findings are counterintuitive to the previous knowledge on depression and gender difference. Based on the findings, implications for intervention and education related to DS among the oldest-old.

Key words: oldest-old, trajectory of depressive synptoms, gender difference, latent grouth curve modeling

Ⅰ. 서론

인간발달의 마지막 단계에 도달한 85세 이상 초고령 노인(oldest-old)은 평균수명의 연장과 더불어 가장 빠른 속도로 증가함으로써 전 세계 인구지형의 변화를 가져오고 있다. 초고령 노인은 2015년 517,844명(남성: 130,644명, 여성: 387,205명)으로 10년 전 대비 2배 이상 증가한 것으로 나타났으며(Statistics Korea, 2016), 2030년에는 1,422,451명, 2040년에는 2,248,020명으로 각각 총인구의 2.7%와 4.4%를 차지할 것으로 예측된다(Statistics Korea, 2012). 초고령 노인은 동시대 인구의 평균연령을 훌쩍 뛰어넘어 살아남은 '생물학적인 엘리트'로서 수적인 측면에서 그리고 그들 고유의 경험의 측면에서 인구구조의 중요한 부분을 차지하고 있다(Menec, 1997). 85세 이상 노인들은 중장년기나 연소 노인(young-old) 등 상대적으로 젊은 세대에 비하여 통제감이나 자아존중감과 같은 심리적 자원의 감소와 퇴직, 사별 등으로 인한 사회적 관계망의 축소 등을 경험하기도 하고 만성질환의 증가나 신체기능상의 약화를 경험하게 된다(Dunkle & Jeon, 2015; Fung et al., 2001; Kahng & Jeon, 2012; Shaw & Krause, 2001). 그러나 대부분의 연구에서는 초고령 노인을 연소노인(young-old)이나 고령노인(old-old)과 구별되는 독자적인 특성을 지닌 연령집단으로 간주하기 보다는 60대 혹은 70대 노인들의 연장선상에서 이해해 오고 있어 초고령 노인에 대해 알려진 바가 거의 없기 때문에 85세 이상 노인들의 건강 및 정신건강을 위한 정책적 임상적 실천에 대한 함의를 제공하는

Corresponding author : Hae-Sook Jeon
Kyungpook National University, Department of Social Welfare
주소: 대구광역시 북구 대학로 80 경북대학교 사회과학대학 210호 사회복지학과
Tel: +82-53-950-7161, Fax: +82-53-950-6251, E-mail: hsjeon@knu.ac.kr
• Received: October 31, 2016 • Revised: January 10, 2017 • Accepted: March 22, 2017

데는 상당한 한계가 있다.

최근 수 년 동안 한국은 OECD 국가 중에서 노인 자살률이 가장 높은 나라로 보고되고 있다. 통계청 자료에 따르면 2015년 80세 이상 노인들의 자살로 인한 사망률은 십만 명당 83.7로 65세 이상 노인들의 자살 사망률인 58.6보다 현저히 높은 것으로 나타났고 특히 남성 초고령자의 경우 159.4로 여성 초고령자보다 3배 이상 높은 것으로 나타났다(Statistics Korea, 2015). 우울은 자살의 가장 위험한 요인으로 자살의 2/3가 '주요우울증(major depressive disorder)'로 고통을 받는 사람들에 의해 행해지는 것으로 알려져 있다(Sartorius, 2001; Kahng, 2010). 자살과 같은 극단적 선택으로 연결이 되지 않는다고 하더라도 노인들의 우울은 삶에 대한 동기와 목적의식의 약화와 관련이 있을 뿐만 아니라 심장병, 치매 등 신체 및 정신적 질환의 유발이나 죽음에도 영향을 미침으로써 성공적 노화에 걸림돌이 되는 노년기의 가장 심각한 정신질환의 하나이다(Jeon & Kahng, 2009; Stein et al., 2016).

비록 노인들의 우울증상이 젊은 연령층에 비해 더 높은 것으로 알려져 있으나 연령과 우울증상에 대한 연구는 다양한 결과를 보여주고 있다. 즉, 노인의 우울 증상이 다른 연령 집단에 비해 더 낮게 나타나거나 시간의 흐름에 따라 노인의 우울이 감소한다는 결과(Jeon & Kahng, 2009; Weissman, 1991)와 우울과 연령은 관계가 없다는 결과(Keith, 1987; Lee, Kahng, & Lee, 2009)가 있는 반면 연령과 우울이 정비례하여 나이가 많은 노인의 우울증상이 더 높은 것을 보여 주는 연구도 있다(Lee, 2013; Blazer et al., 1991). 이와 같이 연령과 우울에 대한 국내외 연구의 결과가 항상 일치하지 않으나 최근 정부에서 65세 이상 노인들을 대상으로 시행한 노인실태조사에 의하면 65-69세 노인들은 23.9%, 75-79세 노인들은 38.5%가 우울증상이 있는 것으로 나타난 반면 85세 이상 초고령 노인들은 49%가 우울증상이 있는 것으로 나타나(Ministry of Health and Welfare, 2014) 인구의 고령화가 진행됨에 따라 우리나라의 우울 관련 사회적 부담 역시 증가할 것으로 예측된다. 우울은 마음의 감기에 비유될 정도로 광범위한 부적응을 초래하는 질병으로 향후 10년 이내 예방, 치료, 재활 등을 위해 투여될 사회경제적 부담이 높은 질병으로 추정되며(Murray and Lopez, 1996; Luppa et al., 2007; Jeon & Kahng, 2013) 2030년에는 질병부담이 가장 큰 질환이 될 것으로 예측된다(WHO, 2008). 그러나 특정 시점에서 초고령 노인들의 우울증상이 어떠한지 혹은 시간이 지남에 따라 우울증상 궤적이 어떻게 변화하는지에 대한 연구는 상당히 제한적으로 이루어지고 있어 초고령 노인들의 정신건강에 대한 사회적 관심과 대책이 시급한 상황이다.

노년기는 각 개인이 지니고 있던 차이점이나 개개의 특성이 전 생애에 걸쳐 축적되어 온 결과가 현재 나타나는 것이므로 다른 어떤 연령층보다 더 폭넓은 다양함이 존재한다고 볼 수 있다(Nelson & Dannefer, 1992; Jeon & Kahng, 2009). 노년기 다양성에 영향을 주는 가장 견고한 요인의 하나는 성별이다. 즉, 남성인가 혹은 여성인가는 우울에 영향을 주는 대표적인 요인으로 연령이 증가할수록 성별차의 영향이 증가하는 것으로 나타나는데 60세/65세 이상 노인 전반을 대상으로 이루어진 연구의 결과를 보면 국내외를 막론하고 여성 노인들의 우울이 남성 노인들의 우울보다 더 높은 것으로 나타난다(Kahng & Kwon, 2008; Leach et al., 2008; Zunzunegui et al., 1998). 그러나 85세 이상 초고령 노인의 경우에도 여성 노인의 우울이 남성 노인에 비해 더 높은지, 이와 같은 성별차가 시간의 흐름에 영향을 받지 않고 우울에 견고하게 영향을 주는지에 대해서는 알려져 있지 않다.

평균수명의 연장으로 한국은 사상 유래 없이 빠른 속도로 초고령 사회로 진입하고 있으며 이는 생애주기의 가장 마지막 단계에 해당하는 노년기가 연장되고 다양해짐을 의미한다. 그러나 여전히 노년기 내 연령대별 다양성에 대해서는 간과해온 경향이 있으며 초고령 노인의 우울에 대해서 연구한 국내논문은 거의 없어 초고령 노인의 우울과 관련한 정신건강 증진 정책이나 우울에 대한 실천적 개입에 대한 함의를 제공하는 데는 한계가 있다. 이러한 한계를 일정정도 해결하고자 본 연구에서는 (1) 초고령 노인의 우울증상 궤적에 대해서 살펴보고, (2) 우울증상 궤적이 성별에 따라 차이가 있는지 살펴본 후에, (3) 이를 토대로 초고령 노인의 정신건강과 관련한 지역사회보건정책 및 교육과 실천적 함의에 대해서 논하고자 한다. 이와 같은 연구목적을 달성하기 위한 구체적인 연구질문은 다음과 같다. 첫째, 초고령 노인의 우울증상 궤적은 어떠한가? 둘째, 초고령 노인의 우울증상 궤적은 성별에 따라서 차이가 있는가?

Ⅱ. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 분석 자료인 한국복지패널은 전국 가구와 가구원을 대상으로 한 대표적인 사회복지 관련 패널자료로 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소에서 조사한 자료이다. 조사대상자는 2005년도 인구주택 총조사 90%자료로부터 24,000여 가구를 2단계 층화집락 추출하여, 일반가구와 저소득층 가구를 각각 3,500가구씩 총 7,000가구를 패널가구로 선정하여 조사하였다. 2011년 6차 년도 조사이후 패널 자료에서 발생하는 탈락에 의한 표본의 대표성 저하의 우려를 보완하기 위해서 2012년 7차 년도에 조사가구를 추가로 표본 추출하여 패널 구축을 하였다. 본 연구의 대상자인 초고령 노인의 경우 1차 년도부터 데이터를 이용할 경우 표본 탈락율이 높아서 표본의 대표성을 확보하기 어렵기 때문에 새로운 표본이 구성된 2012년을 기준으로 연구대상자를 선정하였다. 본 연구는 한국복지패널 2012년 7차 년도부터 2014년 9차 년도까지의 자료를 바탕으로 2012년 기준으로 85세 이상 초고령 노인 296명을 분석대상으로 한다.

2. 측정도구

1) 종속변수

한국복지패널은 본 연구의 종속변수인 우울증상 수준을 CES-D(The Center for Epidemiologic Studies of Depression) 11문항(Radloff, 1977)으로 측정하였다. 우울증상 문항에 대한 대답은 '일주일에 거의 그런 일이 없다 = 0'에서부터 '거의 매일 경험한다 = 3'까지 순서척도(ordinal scale)로 측정되어 있는데, 총점이 높을수록 우울증상 수준이 높은 것을 의미한다. 측정도구의 내적타당도를 나타내는 크론바하 알파값이 7차 년도에 α = .86, 8차 년도에 α = .85, 그리고 9차 년도에 α = .84로 나타나 측정도구의 신뢰도는 좋은 것으로 판단된다.

2) 독립변수

본 연구의 주 독립변수이자 다중집단분석 변수는 성별로, 남성을 '1'로 코딩하고 여성을 '0'으로 코딩하여 분석에 투입하였다.

3) 통제변수

본 연구의 통제변수로는 우울과 관련이 있다고 기존연구에서 밝혀진 인구학적 변수 및 사회경제적 지위변수들을 포함하였다. 연령은 7차 년도 조사시점을 기준으로부터 태어난 해와의 차이를 계산해서 분석에 투입하였다. 교육수준은 고등학교 졸업이상을 '1'로 코딩하고, 고등학교 교육 미만을 '0'으로 코딩하여 분석에 투입하였다. 소득은 가구소득을 기반으로 가구구성원의 수를 고려한 가구원 소득을 산출하여 분석에 투입하였고 숫자가 높을수록 소득수준이 높은 것을 나타낸다. 결혼여부는 결혼한 상태를 '1'로 코딩하고 그 나머지를 '0'으로 코딩하여 분석에 투입하였다. 장애유무는 장애가 있는 경우를 '1'로 코딩하고, 장애가 없는 경우를 '0'으로 코딩하여 분석에 투입하였다. 공적부조 대상자 여부의 경우 공적부조 대상자인 경우를 '1'로 코딩하고, 아닌 경우를 '0'으로 코딩하여 분석에 투입하였다.

3. 분석방법

연구 참여자의 특성을 살펴보기 위한 기술통계는 SPSS 22을 사용하였다. 본 연구의 첫 번째 연구 질문인 초고령 노인의 우울증상 궤적을 추정하기 위해 AMOS 22을 이용하여 잠재성장모형 무조건부 모형 분석을 진행하고, 두 번째 연구질문인 우울증상 궤적이 성별에 따라서 차이가 있는지 여부를 판단하기 위해서 무조건부모형에 대한 다중집단분석을 실시하였다. 또한 통제변수를 고려한 상태에서 성별차이가 유의하게 나타나는지를 확인하기 위해서 잠재성장모형 조건부모형 분석을 실시하였다. 모형추정방법은 결측치가 있을 경우 분석에 투입된 변수들의 정보를 활용하여 결측치를 추정한 상태에서 분석을 하는 완전정보최대우도법(Full Information Maximum Likelihood: FIML)을 사용하였다. FIML은 다른 결측치 처리방법과 비교하여 편의(bias)가 적은 것으로 알려져 있다(Enders & Bandalos, 2001). 연구모형의 적합도를 판단하기 위해 절대적합지수(Absolute Fit Index)인 x^2 통계량, RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)와 증분적합지수인 IFI(Incremental Fit Index)와 CFI(Comparative Fit Index)를 적합지수로 사용

하였다(Hu & Bentler, 1999). x^2이 모형의 복잡성이나 사례수에 민감한 점을 고려하여 x^2값이 유의하더라도 RMSEA가 0.08이하이고 IFI와 CFI가 0.90이상이면 모형이 적합한 것으로 판단하였다(Hu & Bentler, 1999).

Ⅲ. 연구결과

1. 기술통계: 연구대상자 특성

연구에 참여한 초고령 노인의 사회경제적 지위 및 인구학적 특성은 <Table 1>에 정리되어 있다. 한국복지패널 조사에 참가한 85세 이상 초고령 노인의 우울증상 수준은 7차 년도에는 11.95이고, 8차 년도에는 12.60, 9차 연도에는 13.20으로 나타나 시간이 지나면서 우울증상 수준이 증가하는 추이를 보여주었다. 분석대상 초고령 노인의 33.8%인 100명이 남성이고, 나머지 196명이 여성으로 여초현상을 나타내었다. 평균연령은 88.21세이고, 전체 296명 중에서 23명(7.9%)만이 고등학교 졸업이상의 학력을 가지고 있었다. 초고령 노인의 연 평균 가구원 소득은 약 1,293만원으로 나타났다. 연구 참가자의 약 25%에 해당하는 75명이 결혼해서 유배우 상태였고, 참가 초고령 노인의 약 15%에 해당하는 44명이 장애를 가지고 있는 것으로 나타났다. 참가 초고령 노인의 약 12%에 해당하는 34명이 공적부조 대상자로 나타났다.

<Table 1> Descriptive statistics

	Total (n=296)			Males(n=100)	Females(n=196)
	Mean (SD) n (%)	Skewness	Kurtosis	Mean (SD) n (%)	Mean (SD) n (%)
Depression W7[a]	11.95 (9.96)	.93	.51	9.80 (7.98)	13.14 (10.75)
Depression W8[b]	12.60 (10.21)	.87	.34	12.13 (11.39)	12.86 (9.53)
Depression W9[c]	13.20 (10.09)	.84	.56	14.45 (11.65)	12.52 (9.12)
Age	88.21 (2.94)	1.39	3.16	87.80 (2.54)	88.42 (3.11)
Education					
No education	188 (63.5%)			39 (13.25%)	149 (50.3%)
Elementary school	70 (23.6%)			31 (10.5%)	39 (13.2%)
Middle school	15 (5.1%)			13 (4.4%)	2 (.7%)
High school	12 (4.1%)			7 (2.4%)	5 (1.7%)
2-year college	4 (1.4%)			3 (1.0%)	1 (.3%)
4-year university	7 (2.4%)			7 (2.4%)	0 (.0%)
Income(one thousands)	1,292.93 (1,085.63)	2.27	6.20	1,144.35 (867.21)	1,368.73 (1,176.47)
Marital status					
Married	75 (25.3%)			67 (22.6%)	8 (2.7%)
Widowed	216 (73.0%)			29 (9.8%)	187 (63.2%)
Divorced	3 (1.0%)			2 (.7%)	1 (.3%)
Others	2 (.7%)			2 (.7%)	0 (.0%)
Disability(yes=1)	44 (14.9%)			18 (18%)	26 (13.3%)
Public assistance(yes=1)	34 (11.5%)			9 (9%)	25 (12.8%)

a: Depression at wave 7, b: Depression at wave 8, c: Depression at wave 9

2. 초고령 노인의 우울궤적 및 성별 차이

<Table 2> 상단의 Unconditional model 부분은 잠재성장모형의 무조건부 모형을 통해 분석대상인 296명의 초고령 노인의 평균 우울증상 궤적을 추정한 결과를 정리한 것이다. 정리된 것처럼 초고령 노인의 출발시점의 우울증상 수준은 11.94(intercept = 11.94, p<.001)이고 이후 매년 .759 (slope=.759, p<.10) 만큼 우울수준을 증가시켰다. 이러한 전체 초고령 노인 296명의 평균 우울증상 궤적을 그래프로 나타내면 [Figure 1]의 Mean 궤적과 같다. 즉, 첫 번째 조사시점에서 11.94 정도의 우울증상 수준으로 출발해서, 두 번째 조사시점에서는 12.699로 증가하고 세 번째 조사시점에서는 13.458로 증가한 것으로 나타나, 초고령 노인의 우울증상은 시간이 지남에 따라서 증가하는 양상을 보여주었다.

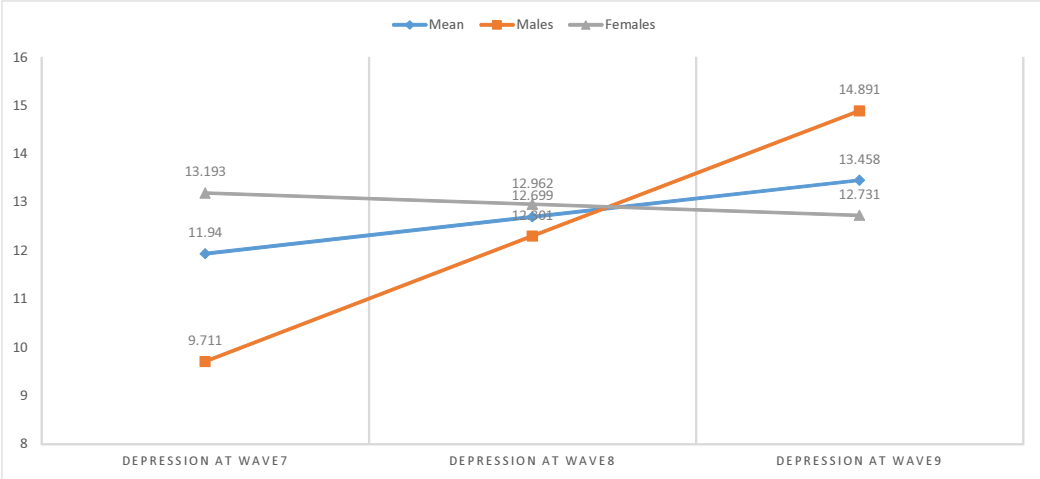
<Table 2> 하단의 Multi-group analysis 부분과 [Figure 1]은 무조건부 모형에 대한 성별 간 다중집단분석 결과이다. 남성의 우울증상 궤적은 첫 번째 조사시점에서 9.711에서 출발하여 매년 2.590만큼씩 증가하는 것으로 나타났고, 여성의 우울증상 궤적은 첫 번째 조사시점에서 13.193에서 출발하여 매년 -.231만큼씩 감소하는 것으로 나타났다. Critical Ratio for Difference(CRD)에 나타난 것처럼 남성과 여성의 출발점(CRD=2.803, p<.01)과 기울기(CRD=-3.086, p<.01)의 우울증상 궤적은 각각 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 여성의 경우 13.193에서 출발하여 매년 .231만큼씩 우울증상을 감소시켜서 마지막 조사시점에서는 12.731로 감소한 반면, 남성의 경우 여성보다는 낮은 수준인 9.711에서 출발하였지만 매년 2.590 만큼씩 우울증상을 급속하게 증가시켜 마지막 조사시점에서는 여성보다 높은 14.891로 급증하였다. 출발시점에서의 우울수준은 여성이 남성보다 높았지만 여성은 우울증상 수준이 약간씩 감소하는 궤적을 나타낸 반면, 남성의 경우 우울증상 수준이 급속하게 증가하는 상승궤적을 나타내었다.

<Table 2> The result of unconditional model and gender difference

N=296

		Intercept	Slope
Unconditional model	Total	11.940***	.759+
Multi-group analysis	Males	9.711***	2.590***
	Females	13.193***	-.231
	Critical Ratio for Difference	2.803**	-3.086**

+ p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** <.001



[Figure 1] The trajectory of depressive symptoms and gender difference

3. 통제변수 포함한 후 성별차이 검증

무조건부 모형의 다중집단분석에서 나타난 우울증상 궤적의 성별차이가 유의미한 것인지를 재확인하기 위하여 성별을 독립변수로 포함한 조건부모형을 분석하였다. 먼저 통제변수를 포함하지 않은 상태에서 성별만 독립변수로 한 조건부 모형을 분석하고, 다음으로 우울과 관련된 사회경제적 지위 및 인구학적 변수를 통제한 상태에서도 성별차이가 유의미하게 나타나는지를 살펴보았다. 조건부 모형의 분석결과는 <Table 3>에 정리되어 있다. Gender model에 정리되어 있는 것처럼 통제변수를 포함하기 전에 시작시점에서 남성이 여성보다 낮은 우울증상 수준에서 출발하여 (b=-.197, p<.05), 시간이 지남에 따라서는 남성이 여성보다 상대적으로 급속한 우울증상 증가추세를 나타내었다(b=.317, p<.01). 이러한 결과는 무조건부 모형의 다중집단 분석의 결과와 동일한 것이다.

<Table 3>의 Socioeconomic status model 부분은 사회경제적 지위 및 인구학적 특성 변수를 통제한 상태에서 우울증상 궤적의 성별차이가 나타나는지에 대한 분석결과를 정리한 것이다. 표에 정리된 것처럼 남성의 경우 여성보다 낮은 수준의 우울증상에서 출발하였지만 (b=-.177, p<.10), 시간이 지남에 따라 우울증상을 증가시키는 속도는 남성이 여성보다 훨씬 빠르게 나타났다(b=.366, p<.01). 이러한 조건부 모형의 분석결과는 무조건부 모형의 다중집단분석결과와 동일하게, 남성 초고령 노인의 우울증상 수준궤적과 여성 초고령 노인의 우울증상 궤적은 서로 차이가 난다는 것을 보여준다. 특히 다른 연령대에서는 여성이 우울에 더 취약한 것으로 나타나고 있지만, 본 연구의 분석결과는 초고령 노인들 사이에서는 남성이 여성보다 우울에 더 취약할 수 있다는 점을 시사한다.

<Table 3> The result of conditional model

Conditional models		Gender model				Socioeconomic status model			
Depression trajectory	← Exogeneous variables at wave 1	B	S.E.	C.R.	b	B	S.E.	C.R.	b
Depression intercept	← Gender (males=1)	-3.488*	1.369	-2.548	-.197	-3.208+	1.853	-1.731	-.177
Depression slope	← Gender (males=1)	2.809**	.961	2.923	.317	3.414**	1.314	2.599	.366
Depression intercept	← Age					-.262	.219	-1.199	-.09
Depression slope	← Age					-.009	.155	-.056	-.006
Depression intercept	← Education (high school graduates=1)					-.619	2.463	-.251	-.019
Depression slope	← Education (high school graduates=1)					-1.657	1.745	-.949	-.100
Depression intercept	← Income					.001	.000	2.798	.291
Depression slope	← Income					-.002	.001	-2.949	-.224
Depression intercept	← Marital status (married=1)					-.926	2.027	-.457	-.047
Depression slope	← Marital status (married=1)					-.558	1.437	-.387	-.055
Depression intercept	← Disability (yes=1)					.878	1.803	.487	.037
Depression slope	← Disability (yes=1)					2.154	1.278	1.686	.173
Depression intercept	← Public assistance (yes=1)					2.567	2.007	1.279	.096
Depression slope	← Public assistance (yes=1)					1.012	1.422	.711	.073
Fit index	RMSEA(Root mean square error of approximation)	.000				.000			
	CFI (Comparative fit index)	1.000				1.000			
	IFI (Incremental fit index)	1.000				1.000			

+ p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** <.001

Ⅳ. 논의

노년기의 가장 대표적인 정신질환인 우울에 대한 대부분의 국내 연구는 상대적으로 젊고 자료수집이 용이한 60대 혹은 70대 노인들을 대상으로 진행되어 왔기 때문에 인생의 가장 마지막 단계에 있는 초고령 노인들의 정신건강이 어떠한지에 대해서는 간과되어 왔다. 이러한 이유로 초고령 노인의 우울수준이나 성별차이에 대한 실증적 연구결과가 제한적이어서 초고령 노인의 우울을 위한 정책적, 실천적 임상적 함의를 제공하는 데는 상당한 한계가 있다. 본 연구에서는 이러한 점을 보완하기 위해 한국복지패널 데이터를 이용하여 85세 이상 초고령 노인의 우울증상과 우울증상 궤적에 대해 알아보고 초고령 노인의 우울증상 궤적이 성별에 따라 차이가 있는지를 살펴보았다.

주요 연구결과와 함의에 대해 살펴보면 다음과 같다. 첫 번째 연구 질문인 “초고령 노인의 우울증상 궤적은 어떠한가”에 대해 대답하기 위해 잠재성장모형의 무조건부 모형을 통해서 살펴보았다. 본 연구의 출발시점에서 우울증상의 수준은 11.94이고 이후 매년 .759씩 우울수준을 증가시킴으로써 초고령 노인의 우울증상은 시간이 지남에 따라 점차 증가하는 것으로 나타났다. 노년기 우울과 연령에 대한 기존의 연구들은 우울과 연령이 관계가 없거나 노인들의 우울증상이 증가 혹은 감소하는 것으로 나타나는 등 다양한 결과를 보여 주고 있다. 그러나 이들 대부분의 결과들은 젊은 연령층과 노인들을 횡단적으로 비교하거나 연구에 참여한 노인 대부분이 60, 70대 노인들로 초고령 노인이 포함되어 있지 않거나 포함되어 있다고 하더라도 소수의 초고령 노인들을 포함하고 있어 초고령 노인들의 우울과 우울증상 궤적에 대해 설명하는 것은 한계가 있다. 그러나 미국의 지역사회 거주 초고령 노인들을 대상으로 우울증상의 개인내적 변화궤적에 대한 Jeon과 Dunkle(2009)의 연구에서는 시간의 흐름에 따라 우울증상이 증가하는 것으로 나타나 기존의 유사연구가 많지는 않으나 초고령 노인들의 우울은 나이가 들수록 증가한다는 결과를 재확인하였다.

이와 같은 결과를 고려하여 향후 초고령 사회에 대비하여 초고령 노인의 우울증상을 낮추기 위한 조기개입과 예방을 위한 지역사회 차원에서의 노력이 필요할 것으로 판단된다. 미흡하게나마 2000년대 중반부터 ‘새국민건강증진종합계획 2010’, ‘새로마지플랜 2010’ 등 정신보건정책을 통해 우울증의 치료율 향상과 유병률 감소를 위한 시도를 하고 있으나 여전히 노인들의 우울증상은 연령의 증가와 함께 점차 높아지는 경향이 나타나 노인우울증이 보건과 복지의 사각지대에 놓여 있는 상황임을 알 수 있다(Lee, Kahng, & Lee, 2008). 최근 정부에서는 범부처 차원의 정신건강종합대책(2016년-2020년)을 발표하여 자살률 등 국민정신건강 위험에 대응하는 대책에 대한 필요성에 합의하고 지역사회기반 생애주기 맞춤형으로 정신건강 대책을 수립할 것을 제안하였다. 그러나 노인인구 중에서도 가장 높은 우울증상과 자살 사망률을 보이고 있는 초고령 노인을 위한 정책과 서비스 전달체계는 부재한 것으로 판단되며 초고령 노인의 발달단계에 맞는 서비스 개발 및 제공이 필요하다. 초고령 노인들은 60대, 70대에 경험한 것과는 달리 신체, 심리, 사회적 측면에서 다양한 부정적인 변화를 직면하게 되고 그로 인한 우울을 경험할 가능성이 높아지게 된다(Lee, 2014). 초고령 노인의 이러한 신체, 심리, 사회적 특성을 반영하여 그들의 접근성을 높일 수 있도록 재가서비스 등을 적극 활용하는 것도 한 방안이 될 수 있을 것으로 생각된다.

노인의 경우 우울이 신체적 문제와 결부되어 나타나는 경우가 많고 수면장애나 에너지 감소 등의 우울증상이 일반적인 노화의 과정으로 인식되는 경향으로 인해 노년기 우울증의 70-90%는 진단되지 않는다고 한다(Koenig, 1999). 따라서 지역사회 보건 및 복지기관 종사자뿐만 아니라 노인 당사자와 가족들을 대상으로 우울에 대한 관심을 가질 수 있도록 지속적인 교육을 하고 지역사회 거주 노인을 대상으로 효과성이 검증된 지역사회 내 우울 사례관리 시스템을 구축하는 것도 고려해 볼만 하다. 지역사회 내 우울 사례관리는 노인들의 삶이 복잡하게 얽혀 있으므로 노년기 우울을 단순히 정신건강의 영역에서만 접근하는 것은 한계가 있기 때문에 다양한 정신건강 전문 인력으로 구성된 사례관리팀을 통해 운영하는 프로그램으로 서비스에 대한 접근성을 높이고 클라이언트에게 자원을 연결해 줄 수 있다는 장점이 있는데(Kang & Choi, 2014; Frederick et al., 2007), 이와 같은 방법은 여러 가지 자원의 접근성이 상대적으로 떨어지고 기능상의 어려움에 노출된 초고령 노인에게 도움이 될 수 있을 것으로 본다.

두 번째 연구 질문인 “우울증상 궤적이 성별에 따라서

차이가 있는가?”에 대답하기 위해서 성별에 따라서 다중집단분석을 실시하고 다른 통제변수들을 통제한 상태에서 우울궤적에 대한 성별차가 나타나는지에 대해 검증하였다. 연구결과, 여성 초고령 노인의 우울증상은 첫 번째 조사시점에서 남성 초고령 노인보다 유의미하게 높게 나타나지만 시간의 흐름에 따라 남성 노인의 우울증상 궤적은 매년 2.590씩 증가하는 반면 여성노인은 매년 -.231씩 감소하는 것으로 나타났다. 이는 연령을 막론하고 여성의 우울증상이 남성보다 높다는 기존의 연구결과와는 상이한 것으로 나타났다. 기존의 연구들은 남성의 두 배에 해당하는 여성들이 ‘주요우울증(major depressive disorder)’ 진단을 받는 것으로 나타났으며 지역사회 기반을 둔 연구에서도 여성들의 평균 우울 증상이 남성들보다 높다고 보고하고 있다(Kahng & Kwon, 2008; Leach et al., 2008; Zunzunegui et al., 1998).

이와 같은 우울에서의 성별 차는 여성이 더 많은 생활사건스트레스에 노출되어 있다는 사회적 요인과 여성의 사회문화적 역할에 대한 평가절하 등 여러 가지 변인들을 통해 설명하여 왔으나(Parker & Brotchie, 2010; Piccinelli & Wilkinson, 2000), 이러한 요인들은 다양한 생활사를 경험하고 사회의 주 무대에서 물러나 있는 초고령 노인의 우울에서의 성별차를 설명하는 데는 한계가 있는 것으로 보인다. 특히, 우울의 보호요인으로 알려진 배우자 유무, 교육수준, 경제상태 등을 보면 남성 초고령 노인들이 여성에 비해 배우자와 함께 살고 있고 높은 교육수준과 경제력을 가지고 있는 등 더 많은 보호요인을 가지고 있음에도 불구하고(Dunkle & Jeon, 2015), 생애 마지막 단계에 있는 85세 이상 노인들의 경우 왜 여자 노인들의 우울궤적은 매년 조금씩 감소하는데 반해 남자노인들의 우울궤적은 증가하는가? 본 연구를 토대로 그 원인에 대해서 명확하게 설명할 수 없지만, 초고령 노인 우울의 성별 차는 사회경제적 지위가 높은 경우 건강문제를 야기하는 시기를 늦추게 된다는 억제효과(suppression effect)에 의해 나타난 현상일 수 있다. 이는 사회경제적 지위가 상대적으로 높았던 사람들의 우울증상을 증가시키는 시기가 그렇지 않은 사람들보다 상대적으로 늦었다는 Kahng과 Kwon(2008)의 연구결과와 같은 맥락에서 설명이 될 수 있을 것으로 보인다. 이와 같은 억제효과가 어디서 오는지에 대한 답을 위해서는 억제효과의 매개요인이나 설명요인에 대한 후속연구가 필요하다고 하더라도 본 연구를 통해서 60세 이후의 노화과정에서도 노인의 우울은 성별에 따라 지속적으로 변화하여 초고령 노인들의 정신건강에 영향을 미친다는 것을 볼 수 있다. 따라서 지역사회나 보건 복지 분야 실천가들은 초고령 남성 노인들이 여성에 비해 우울에 더 취약할 수 있음을 인지하고 우울예방과 치료를 위한 보다 적극적인 관심과 노력을 기울여야 할 것이다.

본 연구는 비록 탐색적 수준의 초기 분석임에도 불구하고 85세 이상 초고령 노인들의 우울에 대한 국내연구가 거의 없고 전국데이터를 이용하여 우울에 대한 종단적 연구 역시 거의 없는 상황에서 초고령 노인의 우울궤적에 대한 설명을 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 초고령 노인들의 우울이 증가하는 요인을 설명하거나 60, 70대 노인들을 대상으로 한 연구와 다른 형태로 우울궤적에서의 성별차가 나타난 요인에 대하여 설명하지 못하는 한계가 있다. 현재 정부 차원에서 주도하고 있는 다양한 정책이나 제도는 생애주기별로 개별화된 접근을 지향하고 있으나 초고령 노인의 발달단계에 맞는 개입정책이나 서비스에 대한 논의는 부족한 것으로 보인다. 초고령 노인의 우울 감소나 예방, 치료 등을 통해 정신건강을 증진하기 위해서는 초고령 노인을 60, 70대의 노인들과 다른 생물학적, 심리적, 사회적 특성을 지닌 연령 집단으로 보고 추후에는 초고령 노인의 우울 변화와 성별차를 설명할 수 있는 다양한 요인에 대한 연구가 활성화되기를 기대한다.

Ⅴ. 결론

2026년 65세 이상의 노인인구가 전체 인구의 20% 이상 차지하게 되는 초고령 사회로의 진입을 앞두고 초고령 노인의 인구 역시 급속한 속도로 증가하면서 정신건강분야에서도 노인 집단 내 연령대별 욕구가 더욱 다양해지게 될 것으로 예측된다. 노인 우울이 과소탐지(under detection)와 과소치료(under treatment)의 경향이 강하게 나타나고 고령일수록 정신건강서비스에 대한 이용률이 낮은 것으로 나타난다는 점을 고려할 때(Rybarczyk et al., 2013; Karlin & Norris, 2006), 우울에 더 취약한 초고령 노인을 위한 정신보건정책이나 서비스에 대한 요구는 상대적으로 더 시급할 수 있으므로 초고령 노인들의 정신건강서비스 이용을

촉진할 수 있는 접근성을 강화하는 것이 우선적으로 고려되어야 할 것으로 판단된다. 초고령 노인들은 일반적으로 알려진 바와 달리 출발시점에서는 여성노인의 우울이 남성 노인보다 높은 것으로 나타나지만 시간이 지남에 따라 여성노인의 우울은 매년 감소하는 반면 남성노인의 우울은 증가하는 것으로 나타나 60, 70대 연소노인들과는 다른 변화양상을 보이고 있다. 우울과 자살의 높은 상관성을 고려할 때 초고령 남성 우울의 지속적인 증가 추세는 다양한 연령과 성별 집단 중에서 초고령 남성 노인들이 가장 높은 자살률을 보이는 것과 무관하지 않을 것으로 판단된다. 따라서 초고령 노인의 특성을 충분히 반영한 생애주기적 관점에서의 미시적 거시적 우울 대책 마련을 위해서는 초고령 노인에 대한 지속적인 학계와 지역사회의 관심이 필요할 것으로 본다.

References

Blazer, D., Burchett, B., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *Journal of gerontology,* 46(6), M210-M215.

Dunkle & Jeon(2015). The oldest old. In D. Kaplan & B. Berkman (Eds.), *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging*(431-442). Oxford University Press.

Enders, C. K., & Bandalos, D. L. (2001). The relative performance of full information maximum likelihood estimation for missing data in structural equation models, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal,* 8(3), pp.430-457.

Frederick, J. T., Steinman, L. E., Prohaska, T., Satariano, W. A., Bruce, M., Bryant, L., & Sharkey, J. (2007). Community-based treatment of late life depression. *American Journal of Preventive Medicine,* 33(3), 222-249.

Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans. *The International Journal of Aging and Human Development,* 52(3), 185-206.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal,* 6(1), pp.1-55

Kahng, S. (2010). Does depression predict suicide? *Korean Journal of Social Welfare Studies,* 41(2), 67-99.

Kahng, S., & Jeon, H. (2012). A Study on the predictors of depression improvement. *Mental Health & Social Work,* 40(3), 145-174.

Kang, E., & Choi, J. (2014). Multiple trajectories of depressive symptoms among older adults. *Journal of Korean Gerontology Society,* 34, 387-407.

Karlin, B. E. & Norris, M. P. (2006). Public mental health care utilization by older adults. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research,* 33(6), 730-736.

Jeon, H. S., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and depression among the oldest-old: A longitudinal analysis. *Research on aging,* 31, 661-687.

Jeon, H., & Kahng, S. (2009). Predictors of depression trajectory among the elderly. *Korean Journal of Social Welfare Studies,* 29, 1611-1628.

Jeon, H., & Kahng, S. (2013). An Exploratory study on the predictors of depression trajectory among individuals with disabilities. *Journal of Rehabilitation Research,* 17, 41-67.

Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D., & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(12), 983-998.

Lee, H. (2013). Longitudinal changes in depression in older adults. *Journal of Welfare for the Aged,* 61, 291-318.

Lee, H., Kahng, S., & Lee, J. (2008). The effects of socioeconomic position and health behavior on geriatric depressive symptom. *Korean Journal of Social Welfare Studies,* 28, 1129-1145.

Lee, I. (2014). The effects of stressors and coping on depression of the oldest old. *Health and Social Welfare Review,* 34(4), 264-294.

Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders,* 98(1), 29-43.

Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. (1997). The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 52(3), P118-P126.

Ministry of Health and Welfare(2014). *Research on the actual condition among older adults.* http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11771_2011N043&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=117_11771_002_F&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease and injury series,* volume 1. Cambridge. MA.

Nelson, E. A., & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: Fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist,* 32(1), 17-23.

Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436.

Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry,* 177(6), 486-492.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale

for research in the general population. *Applied psychological measurement,* 1(3), pp.385-401.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression. *Social Science & Medicine,* 63(5), 1400-1413.

Rybarczyk, B., Garroway, A. M., Auerbach, S. M., Rodríguez, V. M., Lord, B., & Sadock, E. (2013). Primary Care Psychology: An Opportunity for Closing the Gap in Mental Health Services for Older Adults. *Clinical Gerontologist*, *36*(3), 195-215.

Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry,* 62, 8-11.

Shaw, B. A., & Krause, N. (2001). Exploring race variations in aging and personal control. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 56(2), S119-S124.

Statistics Korea. (2016). *Estimation of population*. http://kosis.kr/

Statistics Korea. (2015). *Statistics on cause of death*. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=D11&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1

Statistics Korea. (2012). *Estimation of future population: 2010-2060*. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B01001&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A41_10_10&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1

Stein, J., Pabst, A., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Heilmann, K., & Mamone, S. (2016). The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). *Journal of affective disorders,* 193, 309-317.

Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P., & Holzer, C. (1991). Affective disorders. *Psychiatric Disorders in America*, 53-80.

WHO(2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020.*

WHO(2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update.* Geneva: WHO Press

Zunzunegui, M. V., Beland, F., Llacer, A., & Leon, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 33(5), 195-205.