

도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교

강현욱 · 박경민*

계명대학교 간호대학

목적: 우울은 노년기에 발생하는 가장 빈번한 정신과적 문제 중의 하나이며 조기 발견 및 치료가 이루어지지 않을 경우 신체·정신기능 및 삶의 질을 심각하게 저하시킬 수 있다. 도시와 농촌은 노인 인구의 수, 사회·경제적 상태, 그리고 의료시설에의 접근성 등 여러 측면에서 다르며, 이러한 차이들은 두 지역 노인 간의 우울 정도 및 우울 관련 요인에도 영향을 미칠 것이라 예측된다. 서로 다른 특성을 가진 이 두 집단 노인에게 적절한 우울 중재를 제공하기 위해서는 우울에 미치는 영향요인을 조사하는 것이 일차적으로 필요하다. 따라서 본 연구의 목적은 도시와 농촌 노인의 우울 영향 요인을 비교하여 각 지역 노인의 특성에 적합한 우울 중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제시하기 위함이다. 방법: 본 연구는 서술적 상관연구이다. D광역시와 이에 인접한 D군에서 각각 205명과 265명의 65세 이상이며 의사소통이 가능한 노인 대상자가 연구에 참여하였다. 대상자의 우울을 측정하기 위하여 한국판 단축형 노인 우울 척도가 사용되었고, 이와 아울러 인구학적 및 건강 관련 특성, 지역사회활동 참여정도가 조사되었다. 결과: 도시와 농촌 두 집단간 일반적 특성, 건강관련 특성 및 지역사회활동 참여정도에는 유의한 차이가 있었다. 우울은 농촌 노인대상자에서 유의하게 높았으며($p=.001$), 우울과 관련 있는 요인으로는 두 집단 모두 주관적 건강상태, 주관적 경제상태, 지역사회활동 참여정도 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 도시 노인집단에서는 시력도 유의한 영향요인으로 포함되었다. 결론: 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인은 시력을 제외하고는 유사하였다. 다음 연구를 위하여 한국 노인의 신체적, 정서적 우울발현증상을 포괄적으로 측정할 수 있는 우울도구를 연구에 사용할 것과 인지기능도 함께 측정하여 한국인의 우울 증상과 원인에 적합한 우울 중재를 개발할 것을 제언한다.

■ 주제어 : 우울, 노인, 도시, 농촌

■ 투고일 : 2011. 11. 28. ■ 심사완료일 : 2012. 2. 10. ■ 게재확정일 : 2012. 2. 13.

I. 서론

우울은 노년기에 가장 자주 발생하는 만성 정신 질환 중 하나이다. 노년기에 경험하는 배우자 및 친지들과의 사별, 자녀의 독립, 은퇴 및 신체·정신 기능 저하와 관련된 사회적 고립 등으로 인해 노인들

은 우울증 발병의 여러 위험요인을 가진 취약계층이라고 할 수 있다. 노인 우울은 노인 자살의 강력한 예측요인으로 보고되었으며(양순미, 임춘식, 2006), 치료되지 않은 노인 우울의 예후는 불량하여 기존 질환 및 기능 장애를 악화시키며 삶의 질 저하를 초래할 뿐만 아니라 의료비 상승에 기여한다(석

* 교신저자: 계명대학교 간호대학 교수/Email: kmp@kmu.ac.kr

소현, 김귀분, 2008; Demura & Sato, 2003; Yaffe, Edwards, Covinsky, Lui, & Eng, 2003). 최근 우리나라에서 노인의 우울증은 측정방법과 조사대상 지역에 따라 15.2%~33%로 다양하게 보고되고 있으며, 임상적으로 의미있는 우울증의 유병률은 10~20%로 외국보다 높은 것으로 나타났다(김재민, 신일선, 김량진, 윤진상, 이형영, 2002; Lee & Shinkai, 2005).

노년기 우울과 관련된 위험 요인으로는 고령, 여성, 고혈압이나 뇌혈관 질환의 과거력 및 현재력과 우울증의 가족력이 포함된다(배재남, 2001). 외로움과 고독감도 또한 우울의 중요한 예측요인이며(양순미, 임춘식, 오윤자, 2007), 이외에 우울은 치매의 정신행동 증상군 중 조기에 발현하는 증상으로도 알려져 있다(Steffens & Potter, 2008). 이러한 신체적·정서적 요인들은 도시와 농촌이라는 거주 지역에 따라 노인의 우울 수준에 영향을 다르게 미칠 수 있다.

특히 농촌에서는, 청장년층의 이농현상이 가속화되면서 노인들이 사회적으로 더욱 고립되고 있으며 이는 도시보다 낮은 경제적 수준 등의 요인들과 더불어 우울 발생률을 높이는 원인이 되고 있다(Fortney, Harmam, Xu & Dong, 2010). 도시는 농촌에 비해 재정적 자립도가 높은 경우가 많으므로 더 이상 경제활동을 할 수 없는 노인들에게 보건복지 서비스를 제공할 수 있는 경우가 많은데 비해, 농촌 노인들은 보건의료 관련 시설 및 경제적 접근도가 낮아서 건강이나 삶의 질이 도시 노인들에 비해 낮은 것으로 파악된다(손신영, 2006). 더욱이, 노인의 우울 증상은 종종 노화 과정의 일부로서 인식되어 그 심각성이 무시되기 쉬우며, 인식한다 하더라도 사회적 낙인에 대한 두려움과 경제적 부담 등으로 적절한 정신과적 중재를 받기가 어렵다(Crowther, Scogin, & Norton, 2010). 농촌에서는 도시보다 매우 친밀한 이웃관계를 형성하기 쉬우므로 정신과 치료를 받았을 경우 발생할 수 있는 사회적 낙인에 대한 두려움이 더 크며 의료기관에 대한 접

근성이 낮아 노인 우울증의 조기발견 및 치료가 어려운 실정이다(Crowther et al., 2010; Hauenstein, Petterson, Rovnyak, Merwin, Heise & Wagner, 2007). 노인 우울증의 조기발견 및 치료를 위해서는 우울과 관련이 높은 요인을 발견하여 미리 적절한 중재를 제공하는 것이 중요하다. 도시와 농촌의 인구사회학적·물리적 환경이 다르므로 두 지역 노인의 우울과 관련된 요인 또한 다를 것이며, 이러한 요인들을 파악함으로써 각각의 집단에 맞는 적절한 우울치료가 가능할 것이다. 문헌고찰 결과, 현재까지 노인의 우울과 관련되어 많은 연구들이 이루어져왔으나, 도시와 농촌 노인들의 우울에 미치는 영향요인이 어떻게 다른지, 두 집단의 우울 정도에는 어떠한 차이가 있는지를 비교하는 연구는 드물었다. 대부분 농촌 및 도시 지역 구분 없이 관련 요인들을 탐색하거나(강상경, 부가청, 2010), 농촌 또는 대도시 지역에만 한정하여 연구하거나(강지숙, 정여숙, 2008; 송민선, 김수근, 김남초, 2010; 양순미 등, 2007; 오경옥, 성은옥, 강문희, 2006; Crowther et al., 2010; Fortney et al., 2010), 삶의 질과 같은 주 변수에 영향을 미치는 일부 요인으로서의 우울이 연구되어왔다(박승미, 박연환, 2010; 석소현, 김귀분, 2008; 손신영, 2006).

따라서 본 연구의 목적은 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인을 파악하고 비교하여 각 지역에 맞는 적절한 우울에 관한 중재를 위한 기초자료를 마련하고자 함이다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 도시와 농촌 노인의 인구학적 특성을 비교한다.
- 2) 도시와 농촌 노인의 건강관련 특성을 비교한다.
- 3) 도시와 농촌 노인의 지역사회활동 참여 정도와 우울 정도를 비교한다.
- 4) 도시와 농촌 노인의 인구학적, 건강관련 특성 및 지역사회활동 참여 정도에 따른 우울 정도를 비교한다.
- 5) 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인을 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 노년기 우울증

우울증은 기분장애로서 슬픔, 부정적 자존감, 삶에 흥미 상실, 수면, 식욕, 사고 및 활기의 소실 등을 초래한다(Steffens & Potter, 2008). 노년기 우울증의 원인으로서는 생물학적, 심리사회적 요인들이 밝혀져 왔다. 생물학적 요인으로는 심혈관계 질환, 파킨슨 병, 고관절 골절, 요실금과 같은 질병 및 노화로 인한 혈관성 우울증 등이 속하며, 심리사회적 요인으로는 배우자나 친지의 상실, 외로움 등을 들 수 있다(Thakur & Blazer, 2008).

노인의 우울증은 사망률을 증가시키고 안녕과 일상생활 수행에 부정적인 영향을 미친다(Beekman, Penninx, Deeg, deBeurs, Geerlings, & van Tilburg, 2002). 이렇듯 노인의 우울증은 오랫동안 보건의료의 중요한 이슈가 되어왔으나 여전히 적절한 진단 및 치료는 이루어지지 않고 있다. 치료되지 않은 노인의 우울증은 보건의료서비스 이용의 증가, 입원 기간 연장, 치료의 불이행, 그리고 자살과 질병의 악화로 인한 사망률과 치명률의 증가를 초래할 수 있다(Schneider & Olin, 1995). 또한 이미 우울증이 발병한 경우, 사회적 지지가 부족하고 낮은 주관적 건강상태를 가진 환자에서 우울증이 완화되기까지 매우 오랜 시간이 걸린다고 보고되었으며(Bosworth, McQuiod, George, & Steffens, 2002), 반면 뚜렷한 병발 질환 또는 치매가 없고 적절히 치료받는 경우에는 80% 이상의 환자가 회복되었음이 보고되었다(Raynolds, Frank, & Pereil, 1992).

현재까지 노인의 우울과 관련하여 국내·외에서 많은 연구들이 수행되어 왔으며, 다양한 관련 요인이 밝혀져 왔다. Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluitier와 Ribbe(2004)는 넬싱홈 거주 노인들의 우울증 예측 요인으로 통증, 일상생활 수행 장애, 시력 장애, 뇌졸중, 외로움, 사회적 지지 부족, 부정적인 생활 사건 등

을 보고하였다. 또한 최영순과 김현리(2005)는 일 도시 지역사회 재가 노인의 우울에 관한 연구에서 주관적 건강상태가 가장 강력한 우울 예측요인이라고 보고하였으며, 이외에 생활비, 배우자, 주거상태, 복용 약물, 운동 및 종교가 영향요인이라고 하였다. 최근 중국의 대도시 거주 지역사회 노인을 대상으로 시행된 연구에서는 여성, 낮은 소득, 3개 이상의 만성질환, 신체기능 장애 등이 우울과 유의한 관련성이 있는 요인으로 파악되었다(Yumming, Changsheng, Haibo, Wenjun, Shanhong, & Yan et al., 2012). 현재까지 알려진 우울 관련요인 중 연령, 성별 및 시력과 청력 등의 감각기능 저하 등의 요인은 노인 우울증과의 관련성에서 연구 장소에 따라, 즉 지역사회 노인 대상 연구인지 시설 거주 노인을 대상으로 하는지에 따라 상반된 결과가 보고되었다(Gerety, Williams, Mulrow, Cornell, Kadri, Rosenberg et al., 1994; Godlove, Challis, Sutcliffe, Bagley, Burns, Huxley et al., 2000; Rozzini, Boffeli, Franzoni, Frisoni, & Trarucchi, 1996). 이렇듯 상이한 연구결과가 보고되는 것은 거주 환경에 따라 우울증과 유의한 관련이 있는 요인이 달라질 수 있음을 시사한다고 볼 수 있다.

2. 도시 노인과 농촌 노인의 특성

우리나라 사회에서 고령화가 급격히 진행되고 있음은 잘 알려진 사실이며, 특히 농촌에서 노인 인구의 증가는 도시보다 더 심각하다. 통계자료에 의하면, 우리나라 전체인구 중 20.3%가 농촌에 거주하고 있으나, 65세 이상 노인 인구는 40.6%가 농촌 지역에 거주한다고 나타났다(Korean Statistical Information Service [KOSIS], 2005). 또한 산업화로 인한 청장년층의 도시집중화는 농촌의 고령화를 가속시키면서 노인 단독가구의 비율을 증대시키고 있다(손신영, 2006). 동거가족과 관련하여, 도시에서는 자녀와 동거하는 경우가 많음에 비해 농촌에서는 독신 노인이나 노인부부로 구성된 노인 단독가구가 많아 가족 내에서의 부모로서의 역할 상실에 따른 소외감과 고

독감을 더욱 경험한다고 한다(윤종률, 2001).

도시와 농촌 노인의 건강상태를 비교해 보면, 도시보다 농촌 노인의 주관적 건강상태가 낮았으며, 정신 건강상태에서도 많은 농촌 노인이 우울 증상을 보고하여 도시 노인보다 정신건강이 좋지 못함을 나타내었다(한국보건사회연구원, 2001). 결론적으로, 우리나라 도시와 농촌은 인구사회학적 환경 및 건강 상태에서 차이가 있음을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 조사대상

본 연구는 도시 노인과 농촌 노인의 우울 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 대상자는 D광역시의 일곱 개 구에서 65세 이상 노인 205명과 농촌지역인 D군에서 보건진료소가 소재한 여덟 지역에서 65세 이상 노인 265명을 편의표출하였다. 심한 시력, 청력 등의 장애로 인해 의사소통이 불가능한 노인, 치매 등의 인지기능 장애에 관한 병·의원의 진단을 받은 노인은 조사대상에서 제외하였다. 표본 수는 G-power 3.1.2 프로그램을 이용하여 산출하였으며, 효과크기 .15, 검정력 .85, 유의수준 .05의 조건을 지정하였을 때 본 연구에서 모집한 도시와 농촌의 대상자 수는 적절하였다.

2. 조사방법

자료수집은 2009년 10월~11월까지 이루어졌다. 도시 노인에게는 간호대학생으로 구성된 연구보조원 10명이, 농촌 노인에게는 보건진료소 소장이 설문지를 읽어주고 대상자에게 응답하도록 하는 방식을 이용하여 자료수집을 실시하였다. 간호대학생을 포함한 모든 연구보조원들에게는 자료수집 실시 전

에 설문지 문항에 대한 개괄적 설명, 개별 문항 검토 및 설문지 작성하는 방법 등에 대해 연구팀이 교육을 실시하였다.

연구대상자의 윤리적 보호를 위하여 자료수집 전 대상자에게 연구목적 및 내용에 대하여 설명하였고, 언제라도 설문에 대한 응답을 거절할 수 있으며 응답내용은 연구 이외의 목적으로 절대로 사용하지 않음을 설명하였다. 그리고 연구대상자로부터 연구목적에 동의하고 자발적으로 참여한다는 서면동의서를 받았다.

3. 측정도구

1) 인구학적 특성

인구학적 특성 관련 문항은 연령, 성별, 배우자 유무, 동거가족, 교육정도, 종교 및 주관적 경제상태를 묻는 문항으로 구성되었다. 주관적 경제상태는 '매우 여유가 있다'(1점)~'전혀 여유가 없다'(5점)로 구성된 문항을 이용하였다. 본 연구에서는 대상자의 연령을 75세를 기준으로 두 집단으로 나누어 분석하였는데 이는 박승미, 박연환(2010), 배진희(2009) 등의 노인의 건강과 관련된 선행연구와 Lewinsohn, Rohede, Seeley와 Fischer(1991)가 우울증의 유병률이 75세 이상 노인에서 가장 높았다고 보고한 연구를 참고로 하였다.

2) 건강관련 특성

시력과 청력은 각 4점 척도(1점=일상생활에 지장이 없다~4점=거의 보이지 않는다 또는 거의 들리지 않는다)로 구성된 2문항에 대해 대상자가 인식한 시력 및 청력 기능에 대해 응답하도록 하였다. 그리고 최근 1개월간의 주관적 건강상태 1문항 및 일상생활에서 타인의 도움이 필요한 정도에 대하여 4점 척도(1점=전혀 필요 없다~4점=매우 필요하다)로 구성된 1문항에 대하여 조사하였다. 또한 조사 시점 기준 병·의원 및 보건소에서 진단받은 질환명을 모

두 제시하도록 하여 질환의 개수를 조사하되 특정 진단명이 밝혀지지 않은 시력 및 청력 장애는 개수에 포함시키지 않았다.

3) 지역사회 활동 참여 정도

지역사회활동 참여 정도에 대한 도구는 한국과 일본의 노인보건 및 노인보건복지 전공 교수 6명, 한국의 보건소에 근무하는 의료인 4명 및 지역사회 노인 지도자 4명 등 노인 활동과 관련된 전문가들로 구성된 위원회에서 개발 후 내용타당도를 검증하였

다. 본 도구는 총 9문항으로 구성되었으며 종교활동 참가여부 1문항, 취미활동에 관련된 여가활동 1문항, 봉사활동 참여 1문항, 연고집단 활동 참여 관련 5문항으로 구성되었으며, ‘참가하지 않는다’ 1점, ‘가끔 참가한다’ 2점, ‘항상 참가한다’ 3점으로 점수가 높을 수록 지역사회 활동 참여가 활발함을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach’s alpha는 0.77이었다.

4) 우울

노인의 우울 정도를 측정하기 위하여 Geriatric

<표 1> 도시와 농촌 노인의 인구학적 특성 비교

변수	구분	도시(N=205)	농촌(N=265)	x ²	p
		N(%)	N(%)		
연령	≤74	126(61.5)	165(62.3)	.01	.924
	≥75	79(38.5)	100(37.7)		
성별	남성	46(22.5)	85(32.1)	5.35	.021
	여성	159(77.5)	180(67.9)		
배우자 유무	유	86(42.0)	140(52.8)	5.66	.020
	무	119(58.0)	125(47.2)		
동거 가족	배우자	56(27.3)	117(44.2)	13.77	.001
	배우자 및 자녀	115(56.2)	111(41.9)		
	독거	30(14.6)	37(13.9)		
	missing	4(1.9)	0		
교육정도	무학	49(23.9)	141(53.2)	41.78	<.001
	초졸	81(39.5)	79(29.8)		
	중졸	30(14.6)	19(7.2)		
	고졸	27(13.2)	18(6.8)		
	대졸 이상	13(6.3)	8(3.0)		
	missing	5(2.5)	0		
종교	불교	89(43.8)	93(35.1)	10.24	.017
	개신교	42(20.7)	48(18.1)		
	가톨릭	22(10.8)	22(8.3)		
	무교	50(23.7)	96(36.2)		
	missing	2(1)	6(2.3)		
주관적 경제 상태	여유있음	41(20.0)	33(12.5)	20.57	<.001
	보통	111(54.1)	119(44.9)		
	별로 여유없음	48(23.4)	84(31.7)		
	여유없음	5(2.4)	29(10.9)		

<표 2> 도시와 농촌 대상자의 건강관련 특성 비교

변수	구분	도시(N=205)	농촌(N=265)	χ^2	p
		N(%)	N(%)		
주관적 건강상태	건강하다	93(45.4)	82(30.9)	10.85	.001
	건강하지 않다	110(53.7)	183(69.1)		
	missing	2(0.9)	0		
질환의 수	0	16(7.8)	9(3.4)	9.190	.102
	1	66(32.0)	110(41.4)		
	2	75(36.4)	90(33.8)		
	3	34(16.5)	35(13.2)		
	4	10(4.9)	13(4.9)		
	5	4(1.9)	2(0.8)		
시력	일상생활 지장 없음	53(25.9%)	133(50.4%)	29.00	< .001
	일상생활 지장 있음	152(74.1%)	131(49.6%)		
청력	일상생활 지장 없음	145(70.7%)	198(74.8%)	.97	.325
	일상생활 지장 있음	60(29.3%)	67(25.2%)		
일상생활에 도움이 필요한 정도	전혀 필요없음	54(26.1)	112(42.3)	16.986	.001
	거의 필요없음	88(42.9)	92(34.7)		
	부분적으로 필요함	58(28.6)	48(18.1)		
	매우 필요함	5(2.5)	11(4.1)		
	missing	0	2(0.8)		

Depression Scale(GDS)-Short Form (Yesavage et al., 1983)을 기백석(1996)이 번역하고 신뢰도 및 타당도 검증을 거친 한국판 노인 우울 단축형 척도를 사용하였다. 본 도구는 15 문항으로 구성되어 있으며 우울 증상과 관련된 질문에 '예', 그렇지 않은 경우에는 '아니오'로 응답하도록 하여 '예'에 해당하는 응답에 1점이 주어지며, 통상적으로 총점 15점 중 5점 이상이면 우울증으로 간주한다. 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's alpha는 .88 이었으며, 본 연구에서는 .83이었다.

4. 분석방법

수집된 자료는 SPSS 17.0을 사용하여 분석하였다. 대상자의 인구학적 특성과 건강 관련 특성은 빈도와 백분율을 구하고 χ^2 -test를 사용하여 지역별 차이분석을 하였고, 지역사회활동 참여도와 우울

정도는 평균과 표준편차를 산출하고 t-test를 사용하여 지역별 차이분석을 하였다. 인구학적 특성과 건강관련 특성별, 지역사회 활동 참여 정도별 우울 정도는 t-test, oneway analysis of variance와 Pearson 상관분석을 이용하였으며, 두 집단의 우울에 영향을 미치는 요인은 Stepwise Multiple Regression을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구결과

도시와 농촌 노인의 인구학적 특성 비교

농촌 노인과 도시 노인의 인구학적 특성을 비교한 결과, 성별, 배우자 유무, 동거가족, 교육정도, 종교, 주관적 경제상태에서 유의한 차이가 발견되었다 <표 1>.

두 집단 모두 여성의 비율이 남성보다 월등히 높았으며, 도시에서 여성 노인의 비율이 77.5%로 농촌의 67.9%보다 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=5.35$, $p=.021$). 배우자 유무에서는 도시에서 배우자가 있는 노인이 42.0%로 농촌 노인의 53.0%보다 유의하게 낮게 나타났다($\chi^2=5.66$, $p=.020$). 동거가족은 배우자와 함께 사는 노인이 도시에서 27.3%로 농촌 44.2%보다 낮게 나타났으며 도시에서 자녀와 동거하는 노인이 56.2%, 혼자 사는 대상자는 14.6%로 농촌 41.9%, 13.9%보다 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=13.77$, $p=.001$). 또한 전반적으로 도시 노인의 교육 수준이 농촌 노인보다 높은 것으로 나타나 무학 대상자의 비율이 도시에서는 23.9%로 농촌 53.2%보다 낮았으며, 고졸 이상이 도시 노인의 약 20%를 차지하여 약 10%를 차지한 농촌 노인보다 유의하게 높았다($\chi^2=41.78$, $p<.001$). 종교 상태에서 무교인 도시 노인의 비율은 23.7%로서 농촌 36.2%보다 적었다($\chi^2=10.24$, $p=.017$). 주관적 경제상태는 74.1%의 도시 노인이 보통 이상의 경제상태라고 응답한 반면, 농촌 노인에서는 57.4%가 그렇다고 대답하여 두 집단 사이에 유의한 차이를 보였으며 농촌에서 주관적 경제상태가 더 낮음을 확인하였다($\chi^2=20.57$, $p<.001$).

2. 도시와 농촌 노인의 건강관련 특성 비교

<표 3> 도시와 농촌 대상자의 지역사회 활동 참여 정도 및 우울 비교

변수	도시	농촌	t
	M±SD	M±SD	
우울	6.06±3.83	7.34±4.17	-3.367*
지역사회 활동 참여정도	1.60±0.41	1.91±0.49	-7.231*

* $p<.01$

도시와 농촌 노인들의 건강상태를 비교한 결과, 주관적 건강상태, 시력, 일상생활에서 타인의 도움

필요여부에서 두 집단간 유의한 차이를 보였다.

<표 2>에서 보는 바와 같이, 주관적 건강상태는 대체로 건강하다고 응답한 대상자가 도시에서 45.4%로 농촌 30.9%보다 유의하게 많았다($\chi^2=10.85$, $p=.001$). 반면, 일상생활에 지장을 줄 정도의 나쁜 시력을 가졌다고 응답한 대상자는 도시 74.1%로 농촌 49.6%보다 유의하게 많았으며($\chi^2=29.00$, $p<.001$), 도시 노인 31.1%보다 적은 농촌 노인의 22.2%가 일상생활에서 타인의 도움이 필요하다고 응답하여 유의한 차이를 나타냈다($\chi^2=16.986$, $p=.001$).

3. 도시와 농촌 노인의 지역사회활동 참여 정도와 우울 정도 비교

<표 3>은 도시 노인과 농촌 노인의 지역사회활동 참여와 우울에 대한 비교 결과를 보여주고 있다. 전반적인 지역사회 비교에서는 농촌노인이 지역사회 활동에 더욱 많이 참여하는 것으로 나타났으며 유의한 차이가 있었다($t=-7.231$, $p<.001$). 표에는 나타나 있지 않으나, 도시노인들이 가장 많이 참가하는 활동은 종교활동이었으며, 농촌 노인들은 경로당 활동에 가장 많이 참여하는 것으로 나타났다. 두 집단의 우울 점수를 비교해 보면, 도시 노인의 우울점수는 평균 6.064($SD=3.83$)로 농촌 노인의 7.339점($SD=4.17$)보다 유의하게 낮았다 ($t=-3.366$, $p=.001$).

4. 도시 노인과 농촌 노인의 인구학적 특성, 건강 관련 특성, 지역사회활동 참여 정도별 우울 정도 비교

도시 대상자의 인구학적 정보, 현재 건강상태, 지역사회 참여 활동 정도에 따른 우울 정도를 분석한 결과, 우울 점수는 배우자 유무($p=.009$), 교육정도($p<.001$), 주관적 경제상태($p<.001$), 주관적 건강상태($p<.001$), 시력($p<.001$), 청력($p=.002$), 가지고 있는 질환의 수($p=.041$), 일상생활에 타인의 도움이 필요한

<표 4> 도시와 농촌 대상자의 인구학적 및 건강관련 특성에 따른 우울 정도 비교

변수	구분	도시(N=205)			농촌(N=265)		
		M±SD	t/F/r	p (post-hoc)	M±SD	t/F/r	p (post-hoc)
연령	≤74	5.99±3.79	-.197	.844	6.73±4.02	-3.082	.002
	≥75	6.10±3.88			8.31±4.05		
성별	남성	5.48±3.69	-1.115	.266	6.77± 3.93	-1.504	.134
	여성	6.19±3.89			7.58± 4.16		
배우자	유	5.22±3.63	-2.622	.009	6.92±3.97	-1.726	.086
	무	6.63±3.90			7.82±4.36		
일상생활에 도움이 필요한 정도	전혀 필요없음 ^a	4.22±3.04	7.435	<.001 (b,c,d>a)	6.10±3.98	7.646	<.001 (b,c,d>a)
	거의 필요없음 ^b	6.06±3.80			7.54±4.11		
	부분적으로 필요함 ^c	7.43±3.86			9.54±3.65		
	매우 필요함 ^d	7.00±3.81			7.00±4.32		
지역사회활동 참여 정도			-.357	<.001		-.224	<.001
시력	일상생활 지장 있음	6.66±3.72	-4.144	<.001	7.91±4.13	5.074	.025
	일상생활 지장 없음	4.18±3.64			6.74±4.17		
청력	일상생활 지장 있음	7.32±3.75	-3.119	.002	8.23±3.89	3.972	.047
	일상생활 지장 없음	5.51±3.77			7.03±4.26		
질환 수	0 ^a	4.81±3.08	2.366	.041 (a,b,c,d,e<f)	5.56±4.77	1.456	.205
	1 ^b	5.33±3.54			6.90±3.95		
	2 ^c	6.12±3.79			7.61±4.12		
	3 ^d	7.09±4.19			8.54±4.44		
	4 ^e	6.10±4.20			7.62±3.59		
	5 ^f	10.25±2.50			10.00±4.24		
동거 가족	배우자	5.34±3.65	1.659	.193	6.99±3.75	1.165	.313
	자녀	6.43±3.81			7.47±4.66		
	독거	6.43±4.09			8.16±3.88		
교육정도	무학 ^a	7.36±3.87	5.303	<.001 (a,b,c,d>e)	7.96±4.16	2.495	.043 (b,c,d>a)
	초졸 ^b	6.58±4.08			6.73±4.10		
	중졸 ^c	4.60±2.98			6.21±4.09		
	고졸 ^d	4.92±3.38			7.29±3.98		
	대졸 이상 ^e	3.38±2.66			4.5±3.89		
종교	불교	6.80±3.86	2.283	.062	6.66±4.38	1.638	.181
	개신교	5.04±3.87			7.31±4.21		
	천주교	5.77±3.69			8.47±3.40		
	무교	5.73±3.65			7.77±4.06		
주관적 경제 상태	여유있음 ^a	5.30±3.99	13.927	<.001 (d>c>a,b)	5.76±4.03	9.066	<.001 (b,c,d>a)
	보통 ^b	5.07±3.52			6.50±3.94		
	별로 여유없음 ^c	8.27±3.17			8.35±4.09		
	여유없음 ^d	11.6±2.07			9.89±3.85		
주관적 건강상태	건강하다	7.39±3.88	6.23	<.001	5.44±3.84	5.180	<.001
	건강하지 않다	4.28±3.04			8.22±4.05		

정도($p<.001$), 그리고 지역사회 활동 참여 정도 ($p<.001$) 등에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 4>.

농촌 대상자의 경우, 연령($p=.002$), 교육정도 ($p=.043$), 주관적 경제상태($p<.001$), 주관적 건강상태 ($p<.001$), 시력($p=.025$), 청력($p=.047$), 일상생활에 도

<표 5> 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인

지역	변수	B	S.E.	β	t	p
도시	주관적 건강상태	1.665	.338	.311	4.923	<.001
	주관적 경제상태	1.093	.327	.211	3.348	.001
	지역사회활동 참여정도	-1.893	.599	-.203	-3.163	.002
	시력	1.182	.437	.171	2.706	.007
	Adj.R ² =.309, F=21.980(p<.001)					
농촌	주관적 건강상태	1.608	.330	.299	4.873	<.001
	주관적 경제상태	1.073	.293	.223	3.668	<.001
	지역사회활동 참여정도	-1.452	.529	-.164	-2.743	.007
	Adj.R ² =.212, F=21.375(p<.001)					

움이 필요한 정도($p<.001$), 지역사회 참여 활동 정도($p<.001$) 별로 우울 점수에 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었다.

5. 도시 노인과 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인

회귀분석의 가정을 검정한 결과 Durbin-Watson 통계량은 도시 대상자에서 1.968, 농촌 대상자에서 1.602로 자기상관이 없는 것으로 나타났다. 분산팽창인자(variance inflation factor, VIF)도 도시 대상자와 농촌 대상자 모두 1.085를 넘지 않아 문제가 없음이 확인되었다. 이상의 결과를 바탕으로 두 집단의 우울에 미치는 영향요인을 Stepwise Multiple Regression을 분석하였으며, 이 때 범주형 변수는 더미변수 처리를 하였다.

분석 결과, 도시 대상자의 우울 점수는 주관적 건강상태가 나쁠 수록($\beta=.311$), 주관적 경제상태가 낮을 수록 ($\beta=.211$), 지역사회 활동 참여 정도가 낮을 수록($\beta=-.203$), 그리고 시력이 나쁠 수록 ($\beta=.138$) 높았다 <표 5>.

농촌 대상자들의 우울 점수 역시 주관적 건강상태가 나쁠 수록($\beta=.299$), 주관적 경제상태가 낮을 수

록 ($\beta=-.223$), 지역사회 활동 참여정도가 낮을 수록($\beta=-.164$) 높았다. 따라서 도시와 농촌 대상자 모두 주관적 건강상태가 우울에 가장 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 두 집단의 우울 예측 모형은 모두 유의한 것으로 나타났으며 (도시 F=21.980, $p<.001$, 농촌 F= 21.375, $p<.001$), 노인회귀모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수는 도시 대상자의 경우 .309, 농촌 대상자의 경우 .212로 설명력은 각각 30.9%와 21.2%였다.

V. 논의

본 연구는 도시와 농촌 노인의 인구학적 특성, 건강상태 및 지역사회 활동 참여와 우울 정도를 비교하고 각 집단의 우울에 미치는 영향요인을 파악하고자 하였다.

일반적 특성을 살펴보면, 연령을 제외하고 모든 변수에서 두 집단에서 유의한 차이가 있었다. 연령은 75세 이상 고령자들이 두 집단 모두에서 약 40%를 차지하였으며 여성들이 약 70%로 나타나, 우리나라의 고령화와 여성 노인들이 절대 다수임을 확

인할 수 있었다. 이러한 인구 특성은 석소현과 김귀분(2008)의 연구 및 National Statistical Office(2007)의 자료와도 일치한다. 교육정도에서는 농촌에서 무학인 노인들이 과반수를 차지하여 도시 대상자보다 현저히 낮은 학력을 가지고 있음을 나타내었다. 반면 석소현과 김귀분(2008)의 연구에서는 중졸 이하의 도시 및 농촌 노인이 각각 40.2%, 52.5%였음을 보고하여 두 집단 사이에 유의한 차이가 없었다고 하였으나, 손신영(2006) 또한 농촌 노인의 과반수(52.1%), 도시 노인의 16.4%가 무학이었음을 보고하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 손신영(2006)의 연구가 본 연구지역과 근접한 경북지역에서 이루어졌다는 것을 비추어볼 때, 교육 정도는 도시·농촌 구분 뿐만 아니라 연구대상 지역에 따라 다를 수 있다고 사료된다.

동거가족으로는 농촌에서는 배우자와, 도시에서는 자녀와 함께 사는 경우가 많아 유의한 차이를 보였다. 이는 청장년층이 도시에서 일자리를 구하기 위해 이농하는 현상이 계속되고 있으며 농촌에서 노인 부부만 거주하는 경우가 많기 때문일 것이다. 주관적 경제상태와 관련하여, 도시 노인들보다 농촌 노인들이 인식한 경제상태가 낮게 나타나 유의한 차이가 있었다. 손신영(2006)과 석소현과 김귀분(2008)의 연구에서도 통계적으로 유의하지는 않았으나 농촌 노인의 주관적 경제상태가 도시 노인 보다 낮았다고 보고하였다.

최근의 건강상태에 관한 두 집단 비교에서는 농촌 노인들이 도시 노인들보다 주관적 건강상태가 더 나쁘다고 보고한 반면, 일상생활에 지장이 있을 정도의 시력 및 청력을 가졌다고 응답한 수는 도시보다 적었고, 42.3%의 노인이 일상생활에 도움이 전혀 필요없다고 응답하여 농촌 노인들이 도시 노인들보다 타인의 도움을 적게 필요로 하는 것으로 나타났다. 농촌 노인들이 지각하는 시력, 청력, 일상생활 수행 정도는 도시 노인들보다 높게 나타났으나 현재 가지고 있는 질환의 개수는 두 집단간 유의한

차이가 없었음에도 불구하고 주관적 건강상태는 오히려 더 낮게 평가한 것은 박승미와 박연환(2010)의 연구와 상반된 결과를 보인다. 이들 연구자들은 농촌 노인에서 현재 앓고 있는 만성질환의 개수가 도시노인보다 유의하게 많았으나 지각된 건강상태는 오히려 도시 노인보다 더 높았다고 보고하였다. 노인의 주관적 건강상태는 본 연구뿐만 아니라 선행 연구에서도 노인 우울에 영향을 미치는 중요한 변수로 나타났으므로 (이창인, 홍성철, 2002; 최영순, 김현리, 2005), 보다 객관적인 측정도구를 사용하여 관련 요인을 분석하는 연구가 필요하다고 하겠다.

우울 정도는 농촌 노인에서 도시 노인보다 유의하게 높았는데 이는 선행연구 결과를 뒷받침하는 것으로, 손신영(2006) 또한 본 연구에서 사용된 단축형 한국 노인 우울 척도로 노인의 우울을 측정된 결과 농촌 노인의 우울 수준이 도시 노인보다 유의하게 높았다고 하였다. 박승미와 박연환(2010)의 연구에서도 유사한 결과를 보고하였는데, 이들의 연구에서는 지각된 스트레스 수준이 유의하지는 않았으나 농촌 노인에서 보다 높았다고 나타났다. 이러한 결과를 인구학적 특성과 관련지어 보면, 농촌지역 노인들이 경제적 어려움에서 오는 스트레스 뿐만 아니라 자녀와 떨어져 노인 부부만 거주하는 경우가 많아 가족에 대한 그리움과 외로움이 우울 수준 증가에 영향을 미친다고 사료된다. 따라서 농촌 노인들의 정신건강을 향상시키기 위한 프로그램이 시급하다고 볼 수 있다. 예를 들어 Crowther 등(2010)은 농촌에 거주하면서 전문적인 우울 치료를 받기 어려운 노인들을 위해 의료인과 정신상담요원들이 교육 프로그램으로 구성된 인지행동요법을 소개하였다.

인구학적, 건강상태별, 지역사회 활동 참여 정도별 우울 수준을 보면, 도시 집단에서는 배우자 유무, 교육정도, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 시력, 청력, 질환 수, 일상생활에 도움이 필요한 정도, 지역사회 활동 참여 정도에 따라 우울점수에 유의한 차이가 있음을 확인하였다. 농촌 집단에서는 도시

대상자와는 달리 배우자 유무와 우울 점수에는 유의한 관련이 없었으나, 연령에 따라 유의한 차이를 보여 75세 이상의 대상자들이 75세 미만 집단보다 유의하게 우울 정도가 높았다. 또한 도시 집단과 마찬가지로 교육정도, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 시력, 청력, 일상생활에 도움이 필요한 정도, 지역사회활동 참여 정도 등에 따라 우울 점수가 유의하게 다른 것으로 나타났다. 배우자 유무가 노인 우울에 미치는 영향에 관해서는 선행연구들에서 일치된 결과를 찾기 어렵다. 석소현과 김귀분(2008)의 연구에서는 도시와 농촌 노인 집단간 배우자 유무에 따른 우울 차이는 없다고 하였으나, 오경옥 등(2006)은 일 도시지역에서 행한 연구에서 사별 및 이혼·별거 상태에 있는 노인이 배우자가 있는 노인보다 우울 정도가 유의하게 높았다고 하였고, 송민선 등(2010년)은 농촌 노인을 대상으로 한 연구에서 동거인 유무에 따른 우울 점수에 차이가 없었다고 보고하여 본 연구와 부분적으로 유사한 결과를 나타내었다. 도시에서 배우자가 있는 노인의 수가 농촌보다 유의하게 적었고, 도시 노인들의 지역사회 참여 활동이 더 저조한 본 연구의 결과와 농촌 노인의 사회적 지지 점수가 도시 노인보다 유의하게 높았다는 선행연구 결과를 볼 때(박승미, 박연환, 2010), 도시 노인이 배우자에게 보다 정서적으로 의존할 것으로 사료되며 따라서 배우자의 부재가 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 사료된다.

75세 이상 고령자의 비율이 도시와 농촌 두 집단간 유의한 차이가 없었음에도 불구하고 농촌 고령자 집단의 우울 수준이 훨씬 높았던 것은 송민선 등(2010)의 연구결과가 부분적으로 뒷받침한다. 이 연구는 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인을 파악한 것으로 80세 이상의 노인이 그 이하보다 우울 정도가 유의하게 높다고 보고하였다. 또한 외국의 연구에서도 전 생애주기 중 75세 이상의 노인 집단에서 가장 우울증의 유병률이 높았음을 보고하고 있다(Lewinsohn et al., 1991). 도시와 농촌의 고령자의

나이대별 우울 수준을 비교한 선행연구는 찾아보기 어려우나, 농촌에서는 생계활동인 농업이 활발한 신체활동을 절대적으로 요하므로, 도시보다는 농촌 노인에서 연령이 증가하면서 우울의 발생 및 중증도와 관련있는 요인들, 즉 주관적 건강상태, 경제상태, 일상생활 수행능력 등의 악화가 보다 큰 스트레스 원인으로 작용하는 것으로 사료된다. 이 외에 다른 중요한 원인으로는 연령이 증가함에 따라 알츠하이머 등 인지장애의 발생률이 높아지고 이러한 치매 관련 질환에 동반하는 정신행동증상으로 우울증이 빈번히 발현되므로(Blazer, 2003), 고령자 집단에서는 우울증의 원인 질환을 파악하여 우선적인 중재를 수행할 필요가 있다. 평균 수명이 연장됨에 따라 노년층이 두터워지는 우리나라의 인구학적 상황을 볼 때, 우울증의 발생률도 따라서 높아질 것으로 예상되므로 고령자, 초고령자 등 연령대를 고려한 맞춤형 우울 중재 프로그램의 개발 및 적용이 필요하다고 하겠다.

우울에 영향을 미치는 요인으로는 도시 노인과 농촌 노인 모두 주관적 건강상태가 가장 큰 영향요인이었고, 주관적 경제상태와 지역사회 활동 참여 정도 순으로 영향을 미쳤으며, 이외에도 도시 대상자에서는 시력도 유의한 영향요인으로 나타났다. 본 연구의 이와 같은 결과는 다른 선행연구들의 결과와도 일부 유사하다. 강상경과 부가청(2010)은 전국 대표 샘플인 고령화 패널조사 자료를 이용하여 노인 우울 예측 요인을 파악하였으며 그 결과 연령이 높을 수록, 소득수준이 낮을 수록, 공식적·비공식적 사회관계가 많을 수록, 만성질환과 통증이 많을 수록 우울 증상이 높다고 보고하였다. 양순미 등(2007)도 일 지역 농촌 노인의 우울에 미치는 변인으로 고독감, 가족관계 신념이외에 주관적 신체 건강과 지역사회 참여 정도를 보고하였으며, 제주도 농촌지역 노인들을 대상으로 시행된 다른 연구에서도 만성 질환 이외에 주관적 건강상태와 경제상태가 우울증상의 유의한 위험요인으로 파악되었다(이

창인, 홍성철, 2002). 오경옥 등(2006)은 일 도시지역 재가노인을 대상으로 한 연구에서 용돈이 적을 수록, 여성에서, 한글해독 수준이 낮을 수록, 경제적 지지가 부족할 수록, 이혼한 상태에서 우울정도가 높다고 하였다. 다른 도시지역 노인 우울 관련 연구에서는 주관적 신체증상 및 질병의 수 외에 영양상태가 가장 강력한 영향요인임이 밝혀졌다(강지숙, 정여숙, 2008). 이상 선행 연구들의 결과를 종합해 볼 때, 주관적 건강상태 및 경제상태는 지역에 상관 없이 강력하게 노인의 우울 수준에 영향을 미치는 요인임을 알 수 있다. 지역사회 참여 등의 사회관계도 중요한 요인임이 밝혀졌는데, 이는 양순미 등(2007)의 연구에서는 고독감이 농촌 노인의 우울에 영향을 미치는 가장 큰 영향요인이라고 보고한 것과 연관지어 생각할 수 있다. 시력 등 감각능력의 저하와 노인의 우울증과의 관계에 대하여는 일부 연구에서 보고된 바 있으나(Jongenelis et al., 2004), 우리나라에서 도시와 농촌 노인을 비교한 선행연구는 찾아볼 수 없었다. 그러나 농촌보다는 도시에서 다양하고 복잡한 시각 자극이 많으므로 시각 능력의 저하는 중요한 스트레스 유발 요인이 될 것으로 사료된다. 그러므로 특히 도시 거주 노인들에게 정기적인 안과 검진을 격려하여 시각능력을 측정하고 적절한 시각교정이 이루어진다면 우울 뿐 아니라 예기치 않은 신체적 상해도 예방할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 노인 우울증은 치매 등의 인지장애와 동반하는 경우가 많음에도 불구하고(김재민 등, 2002), 본 연구에서는 적절한 의사소통이 가능하고 치매 포함 인지장애 진단을 받지 않은 노인들을 조사대상에 포함시켰으나 자료수집 당시 각 대상자의 인지능력 수준을 검증된 사정도구를 이용하여 평가하지는 않았다. 우울증을 초래한 원인이 인지 장애인지, 다른 인구학적·심리사회 및 신체적 요인인지에 따라 제공하는 중재방법이 달라져야 하므로 노인 우울 연구에서는 인지기능도 함께 조사되어야 할 것이다. 둘째, 본 연구에 사용된 GDS-short

form(기백석, 1996; Yesavage et al., 1983)이 이미 그 신뢰도·타당도가 검증되어 널리 사용되는 도구이지만 우울증의 정서적 증상을 주로 측정함을 고려해 볼 때, 정서적 증상 이외에 신체적 증상도 많이 발현하는 우리나라 노인의 우울증(Teja, 1971)을 제대로 반영하지 못했을 수도 있다. 김병수, 장홍석, 이준영, 서국희, 홍진표, 함봉진과 조맹제(2003)는 한국 노인 우울증의 발현증상에 대한 연구에서 감정적, 인지적, 신체적, 수면 양상의 변화가 뚜렷한 발현 특성이라고 보고하였다. 따라서 우울증의 신체적 증상에 관한 문항도 포함된 다른 측정도구를 사용했다면 우울증의 중증도 및 예측요인에서 다른 연구 결과가 나왔을 수 있다. 마지막 제한점은 본 연구가 일개 광역시와 군단위에서 실시되었으므로 연구 결과를 우리나라 전체 노인에 일반화하여 적용하기 어렵다. 결론적으로, 본 연구에서는 도시 노인과 농촌 노인 두 집단에서 우울 점수와 유의한 관련이 있는 인구학적, 건강관련 요인은 상이하였으나, 각 집단의 우울 정도에 영향을 미치는 요인은 시력을 제외하고는 유사하였음을 발견하였다.

이와 같은 연구결과를 바탕으로 도시와 농촌 노인의 우울에 효과적인 중재를 제공하기 위하여 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 노인의 우울 연구에서는 인지기능도 함께 측정하여야 하며 둘째, 우리나라 노인들에게서 전형적으로 나타나는 우울증의 발현증상을 고려하여 이러한 증상들을 포괄적으로 측정하는 도구를 선택하여 연구한다면 효과적인 우울 중재를 제공할 수 있을 것이다. 셋째, 보다 다양한 지역에서 많은 수의 연구대상자를 모집하여 연구를 진행하여 결과의 일반화를 도모할 것 등을 제언한다.

참고문헌

강상경·부가청(2010). Anderson 모형을 이용한 노인 우울 예측요인. **노인복지연구**, 49, 7-30.

- 강지숙·정여숙(2008). 대도시 노인의 질병, 주관적 신체 증상 및 영양상태가 우울에 미치는 영향. **지역사회간호학회지**, **19**(3), 378-387.
- 김병수·장홍석·이준영·서국희·홍진표·함봉진·조맹제(2003). 한국 노인 우울증의 발현증상 특성. **노인정신의학**, **7**(2), 163-177.
- 김재민·신일선·김랑진·윤진상·이형영(2002). 주관적 기억장애, 인지기능, 그리고 우울증: 지역사회 거주 노인 에 대한 단면 연구. **대한신경정신의학회**, **41**(4), 706-712.
- 기백석(1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. **신경정신의학**, **35**(2), 298-302.
- 박승미·박연환(2010). 재가 노인의 신체활동 예측요인: 도시노인과 시골 노인의 차이. **대한간호학회지**, **40**(2), 191-201.
- 배재남(2001). 도시지역 거주 노인의 치매, 우울장애, 물질 사용장애에 대한 역학 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 배진희(2009). 고령노인의 일상생활기능 저하가 우울에 미치는 영향-사회활동참여와 노인학대의 매개효과를 중심으로. **한국노년학**, **29**(1), 353-368.
- 석소현·김귀분(2008). 도시노인과 농촌노인의 삶의 질 영향요인 비교 연구. **정신간호학회지**, **17**(3), 311-321.
- 손신영(2006). 농촌노인과 도시노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교 연구. **한국노년학**, **26**(3), 601-615.
- 송민선·김수근·김남초(2010). 농촌 노인의 우울에 미치는 영향. **노인간호학회지**, **12**(1), 21-28.
- 양순미·임춘식(2006). 농촌노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과. **노인복지연구**, **32**, 377-398.
- 양순미·임춘식·오윤자(2007). 농촌노인의 우울에 관련변인이 미치는 효과. **노인복지연구**, **36**, 139-158.
- 오경옥·성은옥·강문희(2006). 일 도시지역 재가노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. **정신간호학회지**, **15**(4), 459-466.
- 윤종률(2001). 지역사회 거주 노인의 기능상태 수준. **노인병**, **5**(2), 139-150.
- 이창인·홍성철(2002). 제주도 농촌지역 노인의 우울증상 유병율과 관련 요인. **대한노인정신의학**, **6**(2), 97-109.
- 최영순·김현리(2005). 일 도시 지역사회 재가노인의 우울 예측 요인. **충남대간호학술지**, **8**(1), 44-59.
- 한국보건사회연구원(2001). **노인장기요양보호 욕구실태 조사 및 정책방안 연구**.
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., deBeurs, E., Geerlings, S. W., & van Tilburg, W.(2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105**(1), 20-27.
- Blazer, D. G.(2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, **58A**(3), 249-265.
- Bosworth, H., McQuoid, D., George, L., & Steffens, D.(2002). Time-to-remission from geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, **10**(5), 551-559.
- Crowther, M. R., Scogin, F., & Norton, M. J.(2010). Treating the aged in rural communities: the application of cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, **66**(5), 502-512.
- Demura, S., & Sato, S.(2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, **22**(3), 159-166.
- Fortney, J. C., Harmann, J. S., Xu, S., & Dong, F.(2010). The association between rural residence and the use, type, and quality of depression care. *The Journal of Rural Health*, **26**(3), 205-213.
- Gerety, M. B., Williams, Jr., J. W., Mulrow, C. D., Cornell, J. E., Kadri, A. A., Rosenberg, J., Chiodo, L. K., & Long, M.(1994). Performance of case-findings tools for depression in the nursing home: influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. *Journal of American Geriatric Society*,

- 42(10), 1103-1109.
- Godlove, M. C., Challis, D., Sutcliffe, C., Bagley, H., Burns, A., Huxley, P., & Cordingley, L.(2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted to nursing and residential homes. *Ageing & Mental Health*, 4(2), 136-141.
- Hauenstein, E. J., Petterson, S., Rovnyak, V., Merwin, E., Heise, B., & Wagner, D.(2007). Rurality and mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 255-267.
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W.(2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home residents: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 135-142.
- Korean Statistical Information Service (2005). *Age / Gender elderly (60 years) - sigungu*. Retrieved January 26, 2009 from <http://www.kosis.kr>.
- Lee, Y., & Shinkai, S.(2005). Correlates of cognitive impairment and depressive symptoms among older adults in Korea and Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 576-586.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A.(1991). Age and depression: unique and shared effects. *Psychology and Aging*, 6(2), 247-260.
- National Statistical Office(2007). *Statistics of aged* Seoul: National Statistical Office Press.
- Reynolds, C., Frank, E., & Perel, J.(1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1687-1692.
- Rozzini, R., Boffeli, S., Franzoni, S., Frisoni, G. B., & Trarucchi, M.(1996). Prevalence and predictors of depressive symptoms in a nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(7), 629-634.
- Steffens, D. C., & Potter, G. G.(2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38(2), 163-175.
- Schneider, L. S., & Olin, J. T.(1995). Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 7(Suppl.), 7-25.
- Teja, J. S.(1971). Depression across cultures. *British Journal of Psychiatry*, 119(550), 253-260.
- Thakur, M., & Blazer, D. G.(2008). Depression in Long-term care. *Journal of American Medical Directors Association*, 9(2), 82-87.
- Yaffe, K., Edwards, E. R., Covinsky, K. E., Lui, L., & Eng, C.(2003). Depressive symptoms and risk of mortality in frail, community-living elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 561-567.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O.(1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yumming, L., Changsheng, C., Haibo, T., Wenjun, C., Shanhong, F., Yan, M., Yongyong, X., & Qianzhen, H.(2012). Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(1), 31-39.

韓國老年學

Journal of the Korean Gerontological Society
2012, Vol. 32, No. 1, 129~143.

Comparison of Correlates of Depression in Late-Life between Urban and Rural Areas

Kang, Hyunwook · Park, Kyungmin
Keimyung University College of Nursing

Purpose: Depression is one of the most frequent mental health problems in the elderly. Delayed diagnosis and untreated depression may impair physical and psychological functions, and quality of life in the affected individuals. Urban and rural areas differ in the number of aged population, socioeconomic status, and access to health care. Thus it is expected that these differences may affect the prevalence and the correlates of depression of the elderly living in the two areas. In order to provide tailored interventions, it is necessary to investigate and to compare the factors associated with depression between those groups. The purpose of this study was to identify and to compare the correlates of depression in the elderly living in an urban and a rural area in South Korea. **Methods:** This study used a descriptive, correlational design. A total of 470 older adults over 65 years who were able to perform appropriate communication participated in this research. A Korean version of Geriatric Depression Scale-Short Form was administered to assess depression of the participants. **Results:** Correlates of depression in the urban group were perceived health status, perceived economic status, the level of community activity participation, and vision. Those in the rural group were the same with the urban group except for vision. **Conclusion:** This study compared the correlates of depression in the elderly residing in urban and rural areas. Further investigation is needed to address physical symptoms as well as emotional symptoms of depression together with cognitive impairment of older adults.

Key words: depression, elderly, urban, rural