

노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도

성 기 월*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

과학과 기술문명의 발달로 인한 평균 수명의 연장으로 인간의 노령화는 보편적인 현상이며 사회구조는 급진적으로 산업화, 도시화, 정보화 되면서 노인은 점점 사회로부터 소외되어 가고 있다.

인간은 누구나 연령이 증가함에 따라 변화를 가진다. 인간의 신체적, 심리적, 사회적 노화는 자연적인 현상이지만 개인이 당면하는 노화는 그 사람의 생활 양식에 따라 다른 양상으로 영향을 받을 수 있다. 심리적 노화는 축적된 경험에 의한 행동, 감각, 지각 기능, 자아에 대한 인식 등이 시간의 변화에 따라 변화하는 것을 의미하며 (장인협, 최성재, 1987) 노화로 나타나는 두드러진 정신기능 변화로는 지적능력 감퇴, 감각기능 감퇴, 감정반응의 둔화, 인격 변화, 그리고 우울 경향의 증가 등을 들 수 있다. 노인의 지적능력 감퇴와 감각기능 감퇴는 인지적 기능의 장애를 말하며, 인지기능 장애는 기억의 감소로 시작되어 계산 착오, 지남력 장애, 판단력 장애와 이해 능력 장애를 나타내고 우울과 불안으로 감정적 안정성이 약아진다(윤진, 1985). 노인 정신장애의 발병률은 진단 기준이나 사회문화적 차이가 있으나 외국의 경우 노인 인구 중 평균 11.9%, 우리나라의 경우 평균 2.2%

로 추정되며(박태환, 1986) 노인 인구의 증가에 따른 노인 정신장애의 발병률 또한 증가 추세이다. 노인 정신장애의 진단적 분포를 보면 우울증과 인지기능 장애를 시사하는 노인성 정신증과 뇌증후군이 가장 많다(송지영, 1981).

이와 신(1989)은 다차원적 기능 평가 설문지(Multidimensional Functional Questionnaire)와 간이 정신상태 검사(Mini Mental State Examination)를 이용하여 역학조사한 결과, 경도의 인지장애가 17%, 고도의 인지장애가 3%로 나타나 전체 노인 대상자 가운데 인지장애의 유병률을 20%로 추정했다. 모든 노화과정에 치매가 다 수반되는 것은 아니지만, 노년인구의 확대로 말미암아 치매환자가 급증하고 있는 점을 고려하면 노인의 인지기능 퇴화에 대한 예방적, 간호중재적 측면이 노인 관리의 중요한 영역이 되어야 할 것이다.

그리고 자아존중감이란 자기가 자신의 존재를 수용하고 존중하며, 자신의 존재와 본질에 대한 신뢰를 나타내는 것을 말한다. Maslow에 의하면 자아존중감은 인간의 다섯가지 욕구 중의 하나이며 자신이 관심, 인정, 존경받을 만한 존재라고 스스로 느끼는 감정으로서, 사랑과 소속감의 욕구와도 밀접한 관계가 있다고 했다. 인간은 타인과 참여하는 것에 만족하는 동시에 그들로부터 사랑받고 한 구성원으로 인정받기를 원하며 자신의 신념이나 가치관이 수용되었을 때 자기가 존경받고 있다

* 대구전문대학 간호과

는 느낌을 가진다. 자아는 "개인이 자기 것이라고 생각할 수 있는 모든 것"을 종합한 것이며, 이것은 4차원 즉, 물질적인 자아, 사회적인 자아, 영적 자아, 순수 자아로 나누어지는데 특히 사회적 자아는 다른 사람으로부터 받게 되는 인정(recognition)에 해당되며, 자아존중에 영향을 미칠 수 있는 요인을 포부(aspiration)와 가치 및 자아의 확장(extension of self)으로 보고, 자신이 중요한 의미를 부여하는 영역에 대한 포부를 성취하면 자신의 수행을 훌륭한 것으로 평가하므로 자아존중감이 높아지고, 이를 이루지 못할 때는 자신을 낮게 평가하여 자아존중감이 감소되며, 자신을 인정해주는 사람이 많을수록 사회적 자아가 확장되고 자아존중감은 증가될 것으로 기대할 수 있다. 즉 자아존중감의 고양육구는 그 자신의 주관적인 포부와 객관적인 사회적 자극 사이의 상호작용에 의해서 결정된다고 볼 수 있다(홍성열, 1989). 정신건강이란 바로 진정한 의미의 자존심이고, 나 자신에 있어서는 내가 가장 존귀하다는 자각이다. 반대로 자존심이 낮은, 열등감을 가지는 것이 정신의 불건강이고 신경증, 정신병이 된다(이동식, 1994).

노인의 경우 신체기능의 저하, 원하지 않는 은퇴와 배우자, 친구, 친지의 죽음 등으로 사회활동과 역할의 기회가 급격히 감소된다. 따라서 자아의 확장으로 간주해 오던 건강, 명성, 친구, 경제력 등이 감소될 뿐만 아니라 다른 사람에게 영향을 미치는 능력과 타인으로부터 받는 수용 및 관심과 애정이 감소되며 사회적 인정을 받을 기회가 급격히 줄어들게 되므로 결국 자아존중감이 감소된다고 볼 수 있다(박현숙, 1993).

한편, 노년기의 우울은 감각장애나 신체장애가 있을 때 더욱 일어나기 쉽지만 실제로 간호 중재가 가능하고 치료 가능성이 있는 심리적 장애이다. 우울정도는 심리적 상태의 개념 중 건강 상태에 따라 좌우되며 노인의 우울 빈도는 어떤 기준을 적용하느냐에 따라 2-60% 다양하다(송미순, 1991; 하양숙, 1990). 일반적으로 미국의 경우 전체 지역사회 노인의 10-15%가 우울이 있는 것으로 보고되고 있다(Kemp, 1985; La Rue, et al., 1985; Blazer, 1989; Koenning et al., 1988). 또한 연령이 증가함에 따라 우울 경향이 많고(이종범, 서혜수, 정성덕, 1984; Gurland, 1976) 여성에서 우울의 빈도가 더 높다(Rhee, seonja, 1989). 우리나라에서는 이 등(1984)이 보전소 내소 노인을 대상으로 Zung의 자가평가 우울 척도(Self-rating Depression Scale)로 우울 정도를 평가하여 총 80점 중 50점 이상을 우울로 판단한 결과 전체 대상자의 45%가 우울증이었다. 같은 도구로

권 등(1986)이 양로원 노인을 조사하여, 남자의 28.2%, 여자의 53.6%, 남녀합계 47.7%가 우울한 것으로 평가하였다.

우울과 인지기능에 대한 연구를 살펴보면, Raskin과 Rae(1981)의 연구에서 우울한 노인인 기억력 부족과 같은 인지장애가 52%인데 반해 우울하지 않은 노인은 13%로 낮았다고 보고하였다. 또한 노인성 치매로 생각되었던 노인의 우울을 치료하였을 때 이들 노인의 30%가 인지기능이 향상되었는데 이 경우에는 가상치매(pseudodementia)라는 용어를 사용하여야 한다고 주장하였다(Ron, 1979). 반면에 요양기관에 입원한 70명 환자의 우울 정도(Geriatric Depression Scale, GDS)와 인지기능 상태(Minimental state Examination, MMSE)간에 상관관계가 없다는 보고도 있었다(Kafonek, et al., 1989). 그리고 최 등(1990A)은 노인의 심리상태에 인지능력과 정서건강을 포함하여 개념화하여 측정하였고 최 등(1990B)은 노인의 심리상태를 측정하는 도구를 개발하여 412명의 재가 노인에게 적용하여 요인 분석한 결과 인지기능과 정서상태라는 두 요인으로 구별하여 다른 개념이라는 것을 확인하였다. 우울과 자아존중감의 연구에서 Bibring(1953)은 우울을 특수한 자아상태(ego state)로 보았다. 그는 우울을 근본적으로 자아의 갈등, 무력감, 자아존중감 확립의 실패 등의 결과로 보았다. Jacobson(1953) 역시 자아존중감의 상실이 우울의 근본 원인이 된다고 생각하였다. 윤(1985)은 노인의 우울은 자신의 욕구를 성공적으로 만족시켜 줄 수 없는 데서 기인하는 자아존중감의 상실과 보다 깊은 관련이 있다고 하였다.

본 연구의 목적은 건강한 노년기를 위한 간호정책의 기초자료를 제공하는 데 있다.

2 연구문제

이상의 연구 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 구체적인 연구 문제를 설정하였다.

- 1) 연령에 따라 노인의 인지기능은 차이가 있을까?
- 2) 연령에 따라 노인의 자아존중감 정도는 차이가 있을까?
- 3) 연령에 따라 노인의 우울 정도는 차이가 있을까?
- 4) 인지기능에 영향을 주는 변수는 무엇인가?
- 5) 자아존중감에 영향을 주는 변수는 무엇인가?
- 6) 우울에 영향을 주는 변수는 무엇인가?

3. 용어의 정의

1) 인지기능

지남력, 기억력, 판단력, 주의력, 계산 능력, 언어 능력 등의 지적 능력을 말하는데 본 연구에서는 Folstein 등(1975)의 간이 정신상태 검사(Mini Mental State Examination, MMSE)를 박 등(1989 : 1991)이 변안 수정한 한국판 간이 정신상태 검사(MMSE-K)를 연구자가 수정 보완한 검사를 사용하여 얻은 점수를 말한다.

2) 자아존중감

개인의 자신에 대한 평가로 자신을 어떻게 느끼느냐 하는 것으로 자기가 자신의 존재를 수용하고 존중하며, 자신의 존재와 본질에 대한 신뢰를 나타내는 것을 말하며 본 연구에서는 Rosenberg(1973)의 자아존중감 척도를 전병재(1974)가 번역한 검사를 사용하여 얻은 점수를 말한다.

3) 우울

슬픈 감정이 심하고 의기소침한 상태와 사고 및 활동 저하를 나타내는 부정적 반응을 말하며 본 연구에서는 Zung(1965)의 자가평가 우울 척도(Self-rating Depression Scale, SDS)를 사용하여 얻은 점수를 말한다.

II. 이론적 배경

1. 연령 증가와 인지기능의 변화

인지기능이란 지능을 말하며 학자에 따라 다르게 표현되어 오고 있어 인지기능이라 하기도 하고 지능이라 하기도 한다. 인지기능에는 대체로 지남력, 기억력, 판단력, 주의력, 계산 능력, 언어 능력 등이 포함되고 인지기능의 변화를 동반하는 요인으로는 연령, 교육 수준, 역할 수행정도, 불안 수준 등이 있다.

인간의 연령 증가와 지능의 쇠퇴 여부는 아직 많은 논란을 일으키고 있다(윤진, 1986). David Wechsler(1958)는 '18-25세 이후의 성인기에서 부터 지능이 점차적으로 쇠퇴한다'고 보고하고 있는 반면, Baltes 와 Schaie(1974)는 '노화에 따른 지능의 쇠퇴는 없거나 극히 미약하며, 혹 있더라도 지능의 하위 종류에 따라 그 쇠퇴의 정도가 달라진다'고 주장하고 있다. 연령 증가에 따른 지능의 쇠퇴는 지능의 종류에 따라 변화의 정도가 다르며, 유동성 지능, 능력검사와 속도검사에서는 감퇴

하고, 단기횡단법으로 조사했을 때 감퇴한다. 그러나 결정화된 지능, 그리고 잠재능력은 어느 정도 보존되며, 장기종단법으로 조사했을 때는 지능지수가 높아지는 경향을 보인다.

일반적으로 연령과 교육수준 사이에는 역상관 관계가 있다. 이는 나이가 많은 사람일수록 시대적 여건이 나빠 교육을 적게 받았기 때문이다. 그러므로 연령의 증가에 따른 지능의 쇠퇴는 사실상 교육 수준의 영향이 크다고 볼 수 있다. 만일 교육 수준의 영향을 배제한다면 연령 증가와 지능 점수 사이의 역상관 관계가 30%정도 감소하게 된다(윤진, 1985). Green(1969)의 연구를 보면, 16-64세 사이의 연령 집단들을 교육 수준이 일정하도록 한 후 웨슬러형 지능검사(WAIS) 점수를 비교하였다. 그 결과 지능의 전체 점수가 40세까지 전반적으로 상승하다가 그 이후 일정하게 유지되고 그 가운데 언어 성 소검사는 50세까지 증가하며 그 이후는 조금씩 쇠퇴하기 시작했다.

현재의 직업 역할 등을 통하여 지적 능력을 계속 발휘하고 있는 사람은 연령 증가에 따른 지적 능력의 쇠퇴가 적게 일어난다. 특히 문제 해결의 재료가 자기 자신에게 익숙하고 항상 다루고 있는 것인 경우에는 익숙하지 못한 재료의 경우보다 지능의 쇠퇴가 작다(Labouvievief and Gonda, 1976 : Poon and Fozard, 1978). 또, 연령 증가에 따라 느려지는 것으로 명확히 증명된 선택 반응 시간(Choice reaction time)도 노인 피험자들을 철저히 훈련시키면 어느 정도까지는 빠르게 만들 수 있다(Murrell, 1970).

개인이 가진 불안 정도가 심리적 검사의 결과에 상당한 영향을 미친다는 사실은 이미 잘 알려져 있다. 이러한 불안 정도는 피검자의 연령이 높은 경우가 낮은 경우보다 특히 더 두드러지는 것으로 나타난다. 물론 지나치게 불안하거나 심리적으로 긴장되면 지능검사 결과가 낮아진다. 이는 Wilkie와 Eisdorfer(1971)의 연구에서 나타나고 있다. 또 Schultz 등(1979)의 연구에서도 과도한 긴장 상태보다는 정상적 정서 상태를 유지하는 경우가 지능검사 성적이 더 높게 나오고 있다. 이러한 연구 결과들은 전반적인 건강 상태가 노년기에 있어서의 지적 능력 수준 유지에 커다란 공헌을 한다는 사실을 보여준다.

2. 자아존중감

자아를 기술하는 많은 용어들이 있지만 그 중에 자아

개념(self-concept)과 자아존중감(self-esteem)이 보편적으로 쓰여진다(홍성열, 1989). '자아(Self)'라는 용어를 James가 1890년에 처음 사용한 이후, 인간 행동에 영향을 주는 요인으로 인성이론에서 중요한 위치를 차지하고 있다. 자아존중감은 자아 이론(Self-theory)에 있어서 개개인이 자기자신에 대한 인지적, 평가적 수준을 나타내는 하나의 심리적 경향으로서 일련의 인생의 경험에서 얻어진 자기에 대한 느낌 또는 자기 가치로움에 따라서 형성되어지는 자아가치감으로 이해되고 있으며(Coopersmiths, 1967), 자기를 지향하는 하나의 평가적 개념으로 자기에 대한 느낌, 감정, 동기, 가치관, 인지 등이 개인의 심리 현상 속에서 수용되고 조직화되어지는 전인격적인 의미를 지니고 있다(Rosenberg, M. & Simons, R., 1971).

Cronch(1983)는 자아존중감은 인생 초기의 경험을 통해 형성되는 비교적 변하지 않는 토대에서 형성되는 기초적 자아존중감과 인생 후기에 타인과의 상호작용에서 계속되는 평가를 통해 발전되는 기능적 자아존중감으로 구분하였으며, 이러한 기능적 자아존중감은 변할 수 있는 것으로 고려되고 실제로 기초적 자아존중감을 능가할 수 있다고 함에 따라 성인에서 자아존중감은 다양한 사회적 상호작용의 경험을 통해 변화하는 것으로 볼 수 있다.

Taft(1985)는 자아존중감은 자아개념에 대한 평가적 측면으로 자아개념이 자신을 어떻게 보는가에 관한 것이라고 한다면 자아존중감은 자아개념의 영역 안에서 자신을 어떻게 느끼느냐 하는 것이라고 하였다. 한편 Coopermith(1967)는 자아개념을 개인 자신이 스스로 형성한 상(image)이고, 자아존중감은 그 상에 대한 개인적인 평가이므로 자아는 주관적인 느낌인 자아존중감을 통해서 확인되어야 한다고 하였다. 이들의 견해를 종합해 볼때, 자아에 대한 측정은 자아개념보다 자아존중감을 선택하는 것이 더 바람직한 것으로 보인다.

James(1978)에 의하면 자아는 개인이 자기 것이라고 생각할 수 있는 모든 것을 종합한 것이며, 이것은 세 부분 즉, 물질적인 나(material me), 사회적인 나(social me), 그리고 정신적인 나(spiritual me)로 나누어진다고 하였다. 물질적인 나는 개인의 신체, 재산, 가족 등 우리가 일체감을 가질 수 있는 모든 물질적인 것에 해당되며, 사회적인 나는 우리가 다른 사람으로부터 받게 되는 인정(recognition)에 해당되며, 정신적인 나는 개인이 갖는 의식의 총체를 의미한다. 따라서 James(1978)는 자아존중감에 영향을 미칠 수 있는 요인을 열망(aspir-

ation), 가치 및 자아의 확장(extension of self)으로 보고, 자신이 중요한 의미를 부여하는 영역에 대한 열망을 성취하면 자신의 수행을 훌륭한 것으로 평가하므로 자아존중감이 높아지고, 이를 이루지 못할 때는 자신을 낮게 평가하여 자아존중감이 감소된다고 보았다. 또한, 자아의 확장으로 자아개념의 요인인 정신 과정 뿐만 아니라, 옷, 가족, 조상, 친구, 집, 명성, 일, 소유물 등과 같은 물질이 번성하면 이에 대한 성취감을 느끼게 되어 자아존중감이 증가되며, 이들이 감소하거나 상실되면 자아존중감이 저하된다고 하였다. 같은 맥락에서, 사람들로 부터 얻은 인정을 사회적 자아라고 본다면 자신을 인정해주는 사람이 많을수록 사회적 자아가 확장되며 자아존중감은 증가될 것으로 기대할 수 있다.

이러한 James의 견해에 따라 노인의 자아존중감을 조명해 보면, 노인의 경우 신체기능의 저하, 직장생활의 은퇴와 배우자, 친구, 친지의 죽음 등으로 사회활동과 역할의 기회가 급격히 감소된다. 따라서 자아의 확장으로 간주해 오던 건강, 명성, 친구, 경제력 등이 감소될 뿐만 아니라 다른 사람에게 영향을 미치는 능력과 타인으로부터 받는 수용 및 관심과 애정이 감소되며 사회적 인정을 받을 기회가 급격히 줄어들게 되므로 결국 자아존중감이 감소된다고 볼 수 있다(박현숙, 1993).

3. 노인의 우울

현대사회는 의학기술과 위생시설 등의 발달로 인간의 건강이 증진되고 있으며 평균수명의 연장이 나타나고 있다. 우리 사회에서 많은 노인 인구의 증가와 평균수명의 연장은 노년기 적응의 문제로 노년기의 정신건강에 많은 관심의 집중을 요구하고 있다. 윤진(1985)은 노인에게는 누구나 우울증 경향이 약간씩은 있으며, 이는 노화에 따라 신체적, 사회적 상실이 증가하므로 어느 정도의 우울증이 생기는 것은 불가피한 일이라고 하였다. 또한 청장년에서의 우울은 자신에게로 향한 증오심에 기인하는 것에 반하여, 노년기의 우울은 노화로 인한 자아존중감의 상실에 기인하는 경우가 많다고 지적하고, 구체적인 원인으로 정년퇴직, 배우자 사망과 같은 스트레스 영향과 신체적 질병이나 죄의식을 들고 있다.

연령 증가에 따른 우울 경향의 증가는 일반적인 현상이며 노년기 전반에 걸쳐 증가하는 우울은 노령에 따른 스트레스에 그 원인이 있는 것으로 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제 사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 일상 생활에 대한 자기 통제 불가능, 그리고 지나온

세월에 대한 회한 등으로 우울 경향이 전반적으로 증가한다(Jarvik, 1976). 그리하여 노인들은 불면증, 체중 감소, 감정적 무감각, 강박관념, 중오심 등의 구체적 우울증 증세를 나타내기도 한다. 그러나 이런 우울증 경향은 특히 개인의 적응 능력 수준에 따라 그 정도가 다르거나 전혀 나타내지 않는 노인도 많이 있다. 그것은 실제적 연령 자체보다는 개인이 가진 생리적 능력과 후천적 경험을 통한 적응 능력과 비교하여 그가 받는 신체적, 심리적, 사회적 스트레스가 어느 정도 큰가에 우울증 발생 여부가 달려 있기 때문이다(Lowenthal and Chiriboga, 1973). 우울증은 감각 장애나 신체 장애가 있을 때 노인에서 가장 일어나기 쉬운 부정적 감정 반응이지만 증세가 가능한 심리적 장애이다(Larson, 1978; La Rue, et al., 1985; Kemp, 1985).

우울증 환자는 흔히 별다른 이유도 없이 신체적 증상을 호소하는데 이러한 유형의 우울증은 노인들에게 많이 나타난다. 더우기 우리 나라에서 노인의 우울 증상으로 신체 증상이 심리 증상 보다 발현 빈도가 높게 나타난다는 보고가 있다(윤진, 1987; Golden, Ariel and Mckay, 1982). 이 보고에 따르면 신체적 증상으로 불면증, 식욕부진, 두통, 전신 쇠약감, 심계항진, 성욕 감퇴, 소화기 계통의 증상이 두드러지게 나타났다. 이러한 보고로 고연령층에서 신체 증상을 호소하는 수가 늘어남을 알 수 있고 한국 노인에서 신체 증상은 우울증 환자의 각 요인과는 상관없이 공통적으로 나타나는 주 증상의 하나임을 시사해 주는 자료가 되었다. 노인에서 신체 증상은 쉽게 이야기할 수 있고 또한 인정받을 수 있기 때문일 것이며 이로 인해 일부에서는 이를 묵인하는 경향이 있다. 노인의 정서적 상태를 측정하는 개념으로 노년학에서는 우울, 사기, 생의 만족도 및 행복감 등이 많이 사용되고 있으나 이 중 우울의 측정 도구가 가장 발달되어 있고, 생활 기능 상태, 신체 장애, 환경 상태 등과의 관련 연구가 가장 많이 되어 있는 개념이다(송미순, 1991). 우울 정도는 심리적 상태의 개념 중 건강 상태에 따라 많이 좌우되며 또한 중재 가능한 상태이기 때문에 노인 간호에 중요한 개념으로 생각되어 왔다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 조사 대상 및 방법

본 연구는 D시 N구, D구와 B구에 소재한 8개 노인정을 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 구한 뒤 질

문지를 이해하고 대답할 수 있으며 거동할 수 있는 노인 200명을 대상으로 1996년 6월 1일부터 6월 31일 동안 훈련 받은 조사자 3명이 단기적 횡단법으로 면담조사 하였다.

2. 연구 도구

1) 인지기능 측정 도구

기질성 정신장애를 가진 것으로 추정되는 사람 특히 노인에게 있어 인지기능을 간단하고 신속하게 측정할 수 있는 검사로는 미국의 양로원에 있는 노인을 대상으로 Folstein과 McHugh(1975)가 제작한 간이 정신상태 검사(Mini Mental State Examination)가 가장 널리 이용되고 있다. 도구의 타당도는 Folstein 등에 의해 도구 개발 당시, WAIS(Wechsler Adult Intelligence Scale)와의 Pearson 상관계수가 언어성 지능은 .78이었고, 동작성 지능은 .66이었다. 그리고 신뢰도는 검사-재검사(24hr. retest)에서 Pearson 상관계수가 .89이었다. 이 검사는 매우 간편하고 피검자를 당황하게 하는 문항이 없으며 검사 반응을 평가하는데 주관적 판단을 요구하는 문항이 거의 없기 때문에 약간의 훈련만 받은 검사자라도 쉽게 이용할 수 있다. 본 연구에서 측정된 신뢰도는 Cronbach's α 계수가 .73이었다.

한국판 간이 정신상태 검사(MMSE-K)는 박 등(1989)이 한국 노인에게 적합하도록 번안 수정한 것을 연구자가 노인에게 난해하다고 생각되는 항목을 수정 보완하였다. 그 문항을 정리하면 시간에 대한 지남력 5점, 장소에 대한 지남력 5점, 기억 등록 3점, 기억 회상 3점, 주의 집중 및 계산 4점, 언어기능 6점, 이해 및 판단 2점으로 합계는 28점이다. 최저 0점, 최고 28점으로 평가는 22점 이상을 정상, 17점 이하를 치매의 기준으로 정하고 그 중간인 18-21점을 치매 의심으로 하고 있다.

2) 자아존중감 척도

자아존중감 척도는 Rosenberg(1973)의 자아존중감 척도를 전병재(1974)가 번역한 것을 연구자가 예비 조사를 통하여 노인에게 난해하다고 사료되는 두 항목의 어휘를 수정하여 사용하였다. 이 척도는 Coopersmith(1967)의 자아존중감 척도와 상관계수가 .60으로 구성 타당도를 보았으며, Rosenberg(1973)에 의해 구성 타당도와 예측 타당도가 적절하다고 밝혀졌다.

이 도구는 5개의 긍정 항목과 5개의 부정 항목으로 구성되어 있는데 각 문항은 1점에서 4점에 이르는 4점 척도로 배열되어 있으며 부정항목은 그 점수를 역으로 계산하

었다. 이 척도에 의한 자아존중감 점수는 10점에서 40점까지 나올수 있으며 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 뜻한다.

이 도구는 개발당시 신뢰도가 Cronbach $\alpha=.92$ 이었으며, 전(1974)이 노인을 대상으로 측정하였을 때 $\alpha=.92$ 로 보고된 바 있다. 본 연구에서는 표적모집단 200명을 대상으로 탐색적 요인분석을 한 결과 3개의 요인으로 Eigenvalue 2.43으로 구성타당도가 있는 것으로 나타났고, 내적 일관성의 신뢰도 검증에서 Cronbach $\alpha=.67$ 이었다.

3) 우울 측정 도구

Zung(1965, 1971)의 자가평가 우울 척도(Self-rating Depression Scale)로 이 척도의 신뢰도는 Zung이 도구 개발 당시 반분법에 의하여 측정된 신뢰도 계수가 .73이었고, MMPI의 하부 척도와 상관계수는 .70이었다. 그리고, 이 척도는 국내외에서 그 타당성과 신뢰성이 입증되어 임상에서 널리 사용되고 있다(송옥현, 1977; 양재근, 1982; 이종범, 정성덕, 1985). 본 연구에서 측정된 신뢰도는 Cronbach's α 계수가 .77이었다.

설문지 내용은 우울 증상인 흥미 감소, 식욕감퇴, 정신 쇠약감, 불면, 자기비하, 지나친 죄의식, 사회로부터 철회, 절망감 및 죽음에 대한 생각 등에 관한 20개 문항으로 구성되었는데 각 문항은 1점에서 4점에 이르는 4점 척도로 되어 있고, 20문항 중 10문항은 부정적 문항으로 점수 평가를 역으로 해야 한다. 총 점수는 최저 20점에서 최고 80점으로 되어 있으며, 50점 이상일 때 우울 상태로 본다.

2. 자료 분석 방법

수집된 자료는 변인 별로 점수화하여 coding 작업을 거친 후 SPSS/PC 프로그램을 이용하여 전산 처리하였다.

- 1) 연구도구의 신뢰도와 타당도 검증은 Cronbach 및 요인분석(Factor analysis)을 사용했다.
- 2) 대상자의 일반적인 특성은 빈도 분석(Frequency analysis)을 하였다.
- 3) 연령에 따른 인지기능, 자아존중감, 우울 정도의 차이검증을 위한 변량 분석(ANOVA)을 사용하였다.
- 4) 인지기능, 자아존중감, 우울 정도에 미치는 일반적 특성에 따른 변수를 알아보기 위하여 변량 분석(ANOVA)하였다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 일부 노인정의 노인을 대상으로 하였으므로 모든 노인에게 확대 해석할 때는 신중을 기하여야 한다.

IV. 결 과

1. 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성에서 성별은 남자가 58%로 여자보다 많았으며 남녀 모두 60대군이 빈도가 많이 나타났다. 교육정도는 무학이 43%로 가장 많고 무학 빈도는 70대에서 가장 많았으며, 종교에서는 불교가 53%로 가장 많이 나타났고 60대군에서 불교빈도가 가장 많이 나타났다. 배우자 유무는 배우자가 있는 노인이 63%로 없는 노인보다 많았으며, 60대군에서 배우자가 있는 노인이 가장 많이 나타났고, 70대군에서 배우자가 없는 노인의 빈도가 가장 많이 나타났다. 월 용돈 정도는 '보통이다'가 39%, '적다' 31%, '많다' 30%로 거의 비슷한 정도로 나타났다. 건강에 대한 인식 또한 '보통이다' 38%, '좋다' 31%, '나쁘다' 31%로 거의 비슷한 정도로 나타났다(표 1).

2. 연령에 따른 노인의 인지기능 정도

연령에 따른 노인의 인지기능의 점수는 50대군에서 23.06점, 60대군 22.88점, 70대군 20.00점, 80세 이상군에서는 18.66점으로 나타났으며, F값이 24.81로 $P < .001$ 수준에서 유의한 차이를 보였다. 즉 연령이 증가할수록 인지기능이 감소되는 것으로 나타났으며, 연령은 인지기능 변화에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다(표 2).

3. 연령에 따른 노인의 자아존중감 정도

연령에 따른 노인의 자아존중감의 점수는 50대군에서 24.66점, 60대군에서는 23.77점, 70대군은 23.69점, 80세 이상군은 23.75점으로 나타났으며, F값이 3.48로 $P < .05$ 수준에서 유의한 차이를 보였다. 즉 연령이 증가할수록 자아존중감이 낮아지는 것으로 나타났으며 연령은 자아존중감의 변화에 영향을 미치는 요인으로 나타났다(표 2).

<Table 1> General characteristics of subjects

/Yrs.	50-59	60-69	70-79	above 80	Total	x ²
Characteristics	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sex						
male	14 (7.0)	54 (27.0)	30 (15.0)	18 (9.0)	116 (58.0)	4.21
female	18 (9.0)	30 (15.0)	24 (12.0)	12 (6.0)	84 (42.0)	
Education						
no school	4 (2.0)	26 (13.0)	34 (17.0)	22 (11.0)	86 (43.0)	65.16**
elementary	10 (5.0)	32 (16.0)	16 (8.0)	6 (3.0)	64 (32.0)	
middle school	14 (7.0)	10 (5.0)	-	-	24 (12.0)	
above high school	4 (2.0)	16 (8.0)	4 (2.0)	1 (0.5)	26 (13.0)	
Religion						
buddism	18 (9.0)	44 (22.0)	32 (16.0)	12 (6.0)	106 (53.0)	8.27
catholic	2 (1.0)	2 (1.0)	2 (1.0)	2 (1.0)	8 (4.0)	
protestant	4 (2.0)	8 (4.0)	4 (2.0)	4 (2.0)	20 (10.0)	
others	2 (1.0)	4 (2.0)	2 (1.0)	-	8 (4.0)	
none	6 (3.0)	26 (13.0)	14 (7.0)	12 (6.0)	58 (29.4)	
Spouse						
yes	30 (15.0)	64 (32.0)	24 (12.0)	8 (4.0)	126 (63.0)	44.21**
no	2 (1.0)	20 (10.0)	30 (15.0)	22 (11.0)	74 (37.0)	
Monthly pocket money						
high	6 (3.0)	26 (13.0)	22 (11.0)	6 (3.0)	60 (30.0)	23.74*
middle	20 (10.0)	34 (17.0)	8 (4.0)	16 (8.0)	78 (39.0)	
low	6 (3.0)	24 (12.0)	24 (12.0)	8 (4.0)	62 (31.0)	
Health perception						
good	16 (8.0)	26 (13.0)	8 (4.0)	12 (6.0)	62 (31.0)	21.26*
moderate	14 (7.0)	32 (16.0)	24 (12.0)	6 (3.0)	76 (38.0)	
poor	2 (1.0)	26 (13.0)	22 (11.0)	12 (6.0)	62 (31.0)	
Total	32 (16.0)	84 (42.0)	54 (27.0)	30 (15.0)	200 (100.0)	

*P<.05 **P<.01

<Table 2> ANOVA table of cognitive function, self-esteem and depression by age

Age (Yrs.)	Number	cognitive function			self-esteem			depression		
		Mean	S.D	F	Mean	S.D	F	Mean	S.D	F
50-59	32	23.06	2.90		24.66	1.50		38.81	6.19	
60-69	84	22.88	2.44	24.81***	23.77	1.48	3.48*	39.88	6.15	5.90**
70-79	54	20.00	2.45		23.69	1.60		43.25	8.48	
above 80	30	18.66	4.16		23.75	1.76		37.40	5.30	
Total	200	21.50	3.31		23.87	1.58		40.25	7.00	

***P<.001, **P<.01, *P<.05

4. 연령에 따른 노인의 우울 정도

연령에 따른 노인의 우울 정도의 점수는 50대군에서 38.81점, 60대군 39.88점, 70대군 43.25점, 80세 이상 군에서는 37.40으로 나타났으며, F값이 5.90으로 P<.01

수준에서 유의한 차이를 보였다. 즉 연령이 증가할수록 우울 정도의 점수는 70세군까지는 증가하다가 80세 이상 군에서는 내려가는 형태로 나타났으며 또한 연령은 우울 정도의 변화에 영향을 미치는 요인으로 나타났다 <표 2>.

5. 노인의 인지기능에 영향을 미치는 관련 변인

노인의 인지기능에 영향을 미치는 변인을 알아보기 위하여 변량 분석(ANOVA)한 결과, 그 관련 변인으로는 성별(F=8.45, P<.01), 교육 정도(F=8.86, P<

.01), 배우자 유무(F=34.59, P<.001), 건강 인식 정도(F=4.63, P<.05)에서 유의한 차이를 보였다(표 3). 즉 여자보다 남자에서 인지기능 점수가 높았고, 교육 정도가 높을수록, 배우자가 없는 군보다 있는 군이, 건강의 인식 정도가 좋을수록 인지기능이 높게 나타났다.

<Table 3> ANOVA summary table for cognitive function, self-esteem and depression according to demographic variables

Characteristics	Number	cognitive function			self-esteem			depression		
		Mean	S.D	F	Mean	S.D	F	Mean	S.D	F
Sex										
male	116	22.06	2.82		23.84	1.62		40.39	6.96	
female	84	20.71	3.76	8.45**	23.90	1.54	0.06	40.04	7.10	0.12
Education										
no school	86	20.46	3.67		23.88	1.65		42.92	7.06	
elementary	64	21.50	3.00	8.86**	23.81	1.75	0.43	40.89	6.41	3.96*
middle school	24	23.75	2.25		23.66	1.20		40.81	5.23	
above high school	26	22.84	1.91		24.15	1.25		39.83	8.69	
Religion										
buddism	106	21.09	3.17		23.81	1.52		41.20	7.32	
catholic	8	19.00	3.92		24.25	1.16		44.25	8.36	
protestant	20	21.20	3.72	3.37	24.10	1.55	0.90	39.90	6.70	2.60
others	8	22.50	1.19		23.00	0.75		40.00	3.92	
none	58	22.55	3.24		23.96	1.82		38.10	6.21	
Spouse										
yes	126	22.47	2.95		23.85	1.54		39.65	6.65	
no	74	19.83	3.23	34.59***	23.89	1.66	0.02	41.27	7.51	2.50
Monthly pocket money										
high	60	21.26	2.92		23.93	1.56		39.96	6.40	
middle	78	21.46	3.84	0.36	24.12	1.33	2.96	39.25	5.69	2.32
low	62	21.77	2.95		24.48	1.84		41.77	8.71	
Health perception										
good	62	21.74	2.93		24.32	1.50		39.06	6.20	
moderate	76	22.13	2.68	4.63*	23.71	1.44	3.81*	40.39	6.91	1.55
poor	62	20.48	4.08		23.61	1.76		41.25	7.77	
Total	200	21.50	3.31		23.87	1.58		40.25	7.00	

*** P<.001, **P<.01, *P<.05

6. 노인의 자아존중감에 영향을 미치는 관련 변인

노인의 자아존중감에 영향을 미치는 변인을 알아보기 위하여 변량 분석(ANOVA)한 결과, 그 관련 변인으로는 건강에 대한 인식 정도(F=3.81, P<.05)에서 만 유의한 차이를 보였다(표 3). 즉 건강에 대한 인식 정도를 좋게 느낄수록 자아존중감은 높게 나타났다.

7. 노인의 우울 정도에 영향을 미치는 관련 변인

노인의 우울 정도에 영향을 미치는 변인을 알아보기 위하여 변량 분석(ANOVA)한 결과, 그 관련 변인으로는 교육 정도(F=3.96, P<.05)에서 만 유의한 차이를 보였다(표 3). 즉 교육 정도가 높을수록 우울이 낮게 나타났다.

V. 고 찰

1. 노인의 인지기능에 영향을 미치는 변수

연령이 증가할수록 노인의 인지기능 정도가 낮아진다는 많은 보고(Wechsler, 1958; Cavanaugh & Wettstein, 1983; 정, 1984; 박, 1986; 박 외, 1991; 성, 1992)와 함께 본 연구의 결과도 연령이 증가할수록 인지 기능이 낮아지는 현상을 보였다($F=24.81, P<.001$).

이 결과는 특히 인지기능의 쇠퇴가 종류에 따라 다르며 조사 방법 중 단기횡단법으로 조사했을 때 감퇴한다는 윤(1986)의 주장을 확인했다고 할 수 있다.

노인의 인지기능에 영향을 미치는 변수로는 성별($F=8.45, P<.01$), 교육 정도($F=8.86, P<.01$), 배우자 유무($F=34.59, P<.001$), 건강 인식 정도($F=4.63, P<.05$)에서 유의한 차이를 보였다. 즉 여자보다 남자에서 인지기능 점수가 높았고, 교육 정도가 높을수록, 배우자가 없는 군보다 있는 군이, 건강의 인식 정도가 좋을수록 인지기능 점수가 높게 나타났다.

교육 수준이 높을수록 인지기능 점수가 높아 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 교육을 체계 받은 노인들에서 치매의 유병률이 더 높다고 한 Weissman 등(1985)과 박 등(1989)의 보고와 일치하며 교육 수준이 높은 집단의 노화 현상이 낮게 나타난 김(1984)의 연구와 일치한다.

2. 노인의 자아존중감에 영향을 미치는 변수

본 연구에서는 연령에 따라 자아존중감이 차이를 보였는데($F=3.48, P<.05$) 이는 노인의 경우 신체기능의 저하, 직장생활에서의 은퇴, 배우자, 친구 친지의 죽음 등으로 사회 활동과 역할의 기회가 감소되어 자아존중감이 낮아진다는 박(1993)의 연구를 지지했다.

자아존중감 중 인생 후기에 형성되는 기능적 자아존중감은 타인과의 다양한 상호작용에서 형성된다는 Cronch(1983)의 주장과 같이 노인의 자아존중감을 상승 혹은 유지하기 위해서는 사회 속에서 다양한 상호작용을 가져야할 것을 강조해야겠다.

본 연구에서 자아존중감에 영향을 미치는 변수로는 건강에 대한 인식 정도($F=3.81, P<.05$) 만 나타났는데 이 결과는 건강증진 행위가 자아존중감을 높일 수 있다는 것을 시사했다.

Pender(1987)는 건강증진 행위를 '건강한 생활방식

을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역 사회의 활동으로써 개인의 안녕수준과 개인의 만족감을 유지하거나 높이고 자아를 실현하는 방향으로 취해지는 활동'으로 정의하고 건강증진 행위에는 운동, 좋은 영양상태 유지, 사회 지지체계의 개발 등이 포함된다고 하였다. 또한 건강증진 행위가 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며 건강관리 비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕의 수준을 높일 수 있다고 하였다.

3. 노인의 우울에 영향을 미치는 변수

노인의 연령은 노인의 우울에 영향을 주는 변인으로 연령이 낮을수록 우울이 낮았다는 보고(이 외, 1984; Blazer et al., 1991)와 함께 본 연구의 결과도 연령이 증가할수록 우울정도가 높았다($F=5.90, P<.01$).

연령 증가에 따른 우울 경향의 증가는 일반적인 현상이며 노년기 전반에 걸쳐 증가하는 우울은 노령에 따른 스트레스에 그 원인이 있는 것으로 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제 사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 일상 생활에 대한 자기 통제 불가능, 그리고 지나온 세월에 대한 회한 등으로 우울 경향이 전반적으로 증가한다(Jarvik, 1976). 그리하여 노인들은 불면증, 체중 감소, 감정적 무감각, 강박관념, 증오심 등의 구체적 우울증 증세를 나타내기도 한다. 그러나 이런 우울 경향은 특히 개인의 적응 능력 수준에 따라 그 정도가 다르거나 전혀 나타내지 않는 노인도 많이 있다. 그것은 실제적 연령 자체보다는 개인이 가진 생리적 능력과 후천적 경험을 통한 적응 능력과 비교하여 그가 받는 신체적, 심리적, 사회적 스트레스가 어느 정도 큰가에 우울증 발생 여부가 달려 있기 때문이다(Lowenthal and Chiriboga, 1973). 우울증은 감각 장애나 신체 장애가 있을 때 노인에서 가장 일어나기 쉬운 부정적 감정 반응이지만 중재가 가능한 심리적 장애이다(Larson, 1978; La Rue, et al., 1985; Kemp, 1985).

노인의 우울에 영향을 미치는 변수로 성별, 연령, 경제수준, 건강상태, 사회참여정도 등을 들 수 있으나, 본 연구에서는 교육 수준이 높을수록 우울 정도가 낮아 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=3.96, P<.05$). 이 결과는 무학인 경우 더 우울한 결과를 보고한 이 등(1984)의 연구와 일치한다.

그외의 변수로 노인의 성별은 노인의 우울에 영향 변인으로 비교적 일관된 결과를 나타내고 있다. 즉, 남자

노인은 여자노인보다 낮은 우울 정도를 나타냈다(이중범, 정성덕, 1985; Gallo et al., 1994). 노인의 학력에 따른 우울 정도를 살펴보면, 우울 증상의 전반적인 차이는 교육 정도로 설명할 수 있으며 노인의 학력이 높을수록 우울이 감소한다고 하였다(Gallo, 1994; 이, 정, 1985). 노인의 용돈이나 경제 수준에 따른 우울의 정도를 살펴보면 용돈이 많을수록, 경제 수준이 높을수록 노인의 우울이 낮아지는 경향을 보였다(신, 서, 1992). 노인의 결혼 상태에 따른 우울 정도의 영향은 대체로 일관된 결과를 나타내고 있다. 즉, 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인보다 더 낮은 우울 상태를 보이는 것으로 나타났다(Blazar, 1987). 노인의 건강은 우울의 정도에 영향을 주는 변인으로, Husaini(1991)는 남녀 노인 모두에게 만성적 질병은 우울의 요인이라고 하였다. 노인의 동거 형태에 따르면 노인이 자립한 경우는 자녀와의 동거가 별거보다 우울이 더 낮지만, 부양인 경우는 자녀와의 별거가 동거보다 우울이 더 낮은 것으로 나타났다. 다른 연구 결과를 보면, 친척집에 기거하는 노인이 가장 우울이 높다는 결과도 있다. 노인의 종교에 따른 우울을 보면, 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 우울이 더 낮았다(이, 정, 1985). 노인의 취업 상태에 따른 우울을 살펴보면, 이, 정(1985)은 직업이 있는 노인이 무직인 노인보다 더 우울이 낮으며, 특히 비취업 상태인 은퇴는 은퇴한 후의 기간에 따라서도 노인의 우울에 영향을 주는데, 은퇴기간이 긴 노인은 그 기간이 짧은 노인보다 더 우울한 경향을 보인다고 하였다. 노인의 사회활동 정도에 따른 우울은 일관된 결과를 보였다. 즉, 사회참여가 많을수록 노인의 우울이 감소하는 경향을 보인다고 하였다(신, 1993). 이는 사회접촉이 우울을 해소시킨 것으로 볼 수 있다.

VI. 결 론

D시 N구와 D구, B구에 소재한 8개 노인정을 방문하는 노인 200명을 대상으로 1996년 6월 1일부터 6월 31일 동안 단기 횡단법으로 면담조사하였으며, 노인의 인지 기능 정도는 MMSE-K(Mini-Mental State Examination-Korea)로, 노인의 자아존중감은 Rosenberg의 자아존중감 척도로, 노인의 우울 정도는 SDS(Self-rating Depression Scale)로 측정하여 연령 증가에 따른 노인의 인지 기능, 자아존중감과 우울 정도를 조사한 결과는 다음과 같다.

1. 연령에 따른 노인의 인지 기능은 차이가 있었다

($F=24.81, P<.001$).

2. 연령에 따른 노인의 자아존중감은 차이가 있었다 ($F=3.48, P<.05$).

3. 연령에 따른 노인의 우울 정도는 차이가 있었다 ($F=5.90, P<.01$).

4. 노인에 있어서 인지 기능에 영향을 미치는 변수로는 성별($F=8.45, P<.05$), 교육 정도($F=8.86, P<.05$), 배우자 유무($F=34.59, P<.001$), 건강에 대한 인식 정도($F=4.63, P<.05$)로 나타나 남성이 여성보다 인지 기능 점수가 높으며 교육 정도가 높을수록, 배우자가 있는 노인이, 건강에 대한 인식 정도가 좋을수록 인지 기능이 높게 나타났다.

5. 노인에 있어서 자아존중감에 영향을 미치는 변수로는 건강에 대한 인식 정도($F=3.81, P<.05$)로 나타나 건강에 대한 인식 정도가 좋을수록 자아존중감이 높게 나타났다.

6. 노인에 있어서 우울에 영향을 미치는 변수로는 교육 정도($F=3.96, P<.05$)로 나타나 교육 정도가 낮을수록 우울이 높게 나타났다.

참 고 문 헌

- 권복순, 이중훈, 정성덕(1986). 양로원 현황과 재원자 건강상태에 관한 예비 조사. 한국노년학, 6: 79-138.
- 김시현(1984). 노인의 사회적 지지와 건강상태의 관계 분석 연구. 중앙대학교 대학원 학위 논문.
- 박중환, 권용철(1989). 노인용 한국판 MMSE의 표준화 연구(제1편). 신경정신의학, 28(1): 125-131.
- 박중환, 권용철(1989). 노인용 한국판 MMSE의 표준화 연구(제2편). 신경정신의학, 28(3): 508-513.
- 박중환, 문희원, 고효진(1991). 한국판 MMSE상 치매 진단이 불확실한 노인들. 신경정신의학, 30(3): 552-557.
- 박태환(1986). 노년기 정신 장애. 신경정신학, 25(2): 60-64.
- 박현숙(1993). 집단인지요법이 노인의 우울, 자아존중감, 고독감에 미치는 효과. 경북대학교 대학원, 박사학위논문.
- 성기철(1992). 정서적 지지간호를 병행한 집단 등공예 작업이 시설노인의 인지 기능과 우울에 미치는 영향. 경북대학교 대학원, 박사학위논문.

- 송미순(1991). 노인의 생활기능 상태 예측모형 구축. 서울대학교 대학원, 박사학위 논문.
- 송옥현(1977). 정신과 외래환자의 The Self-rating Depression Scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1) : 84-94.
- 송지영(1981). 노인환자의 신경정신과적 관찰. 신경정신의학, 20(3) : 280-286.
- 신효식(1993). 노부모-성인자녀간의 결속도, 자아존중감, 심리적 손상간의 인과 모형 탐색. 한양대학교 대학원, 박사학위 논문.
- 신효식, 서병숙(1992). 노부모와 성인자녀간의 결속도가 노부모의 심리적 손상에 미치는 영향. 한국노년학, 12(2) : 99-108.
- 양재곤(1982). 정신과 환자의 자가평가 우울 척도에 관한 조사. 신경정신의학, 21(2) : 217-227.
- 윤진(1985). 성인 노인 심리학. 서울, 중앙적성출판사.
- 윤진(1986). 노년기의 심리적 특성. 신경정신의학, 25(2) : 44-53.
- 윤진(1987). 노화과정과 심리적 특성 변화와의 관계. 대한간호, 28(4) : 6-11.
- 이동식(1994). 현대인의 정신 건강. 서울, 한강수.
- 이부영(1980). 노인의 정신 질환. 한국노년학, 1 : 18-21.
- 이윤정(1994). 노부모와 성인자녀와의 갈등과 우울에 관한 연구. 전남대학교 대학원, 석사학위 논문.
- 이종범, 서혜수, 정성덕(1984). 노인의 우울에 관한 연구. 한국노년학, 4 : 44-52.
- 이종범, 정성덕(1985). 노인의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학, 24(3) : 431-444.
- 이호녕, 신승철(1989). 일농촌지역(강화도) 노인정신장애의 역학적 연구. 신경정신의학, 28(4) : 617-630.
- 장인협, 최성재(1987). 노인 복지학. 서울대학교 출판부.
- 전병재(1974). Self-esteem : A test of its measurability. 연세논총, 11 : 109-129.
- 정희숙(1984). 정상인의 인식기능과 신경증 경향에 관한 연구. 대한간호학회지, 14(2) : 47-54.
- 최영희, 김문실, 변영순, 원종순(1990, A). 한국 노인의 건강상태에 대한 조사 연구. 간호학회지, 20(3) : 307-323.
- 최영희, 백영주, 이지숙(1990, B). 한국 노인의 정신 정서적 건강상태 도구 개발과 건강상태에 대한 연구. 성인간호학회지, 20 : 14-38.
- 하양숙(1990). 집단회상이 노인의 심리적 안녕에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대학교 대학원, 박사학위 논문.
- 홍성열(1989). 자아존중감과 그의 다차원성. 한국심리학회지, 4(2) : 110-128.
- Baltes, B.B., Schaie, K.W.(1974). Aging and IQ : The myth of the twilight years. Psychology Today, 7 : 35-40.
- Bibring, E.(1953). The mechanism of depression : Affective disorders. New York, International Universities Press : 13-48.
- Blazer, D.G., Burchett, B., Service, C., George, K. (1991). The association of age and Depression Among the Elderly : An Epidemiologic Exploration. Journal of Gerontology, 46(6) : M 210-M 215.
- Blazer, D.G. (1989). Current concept of depression in the elderly. The New England Journal of Medicine, 320 : 164-166.
- Cavanaugh, S.V. and Wettstein, R.M. (1983). The relationship between severity of depression, Cognitive dysfunction, 140(4) : 495-496.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 98 : 310-357.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco, W.H. Freeman Co. : 19-44.
- Cronch, M.A. (1983). Enhancement of self-esteem through the life span. Family and Community Health, 6(2) : 11-28.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Minimental State" : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12 : 189-198.
- Gallo, J.J., Anthony, J.C., Muthen, B.O. (1994). Age difference in the Symptoms of Depression : A latent trait Analysis. Journal of Gerontology, 49 : 251-264.
- Golden, C.J., Ariel, R.N., McKay, S.E. (1982). The

- Suria-Nebraska Neuropsychological Battery : Theoretical Orientation and Comment. Journal of Consult Clinical Psychology, 50 : 291-300.
- Green, R.F.(1969). Age-intelligence relationship between ages sixteen and sixty-four. Developmental Psychology, 1 : 618-627.
- Gurland, B.J.(1976). The comparative frequency of depression in various adult age group. Journal of Gerontology, 31 : 283-292.
- Husaini, B.A., Moore, S.T., Castor, R.S., Nesor, W., Whitten-Strovall, R., Linn, J.G., Griffin, D.(1991). Social Density, Stressors, and Depression : Gender Differences Among the Black Elderly. Journal of Gerontology, 46(5) : 236-242.
- Jacobson, E.(1953). Contributions to the meta-psychology of cyclothymic depression : Affective disorder. New York, International Universities Press : 49-83.
- James, W.(1978). Principles of Psychology. New York, Henry Holt.
- Jarvic, L.F.(1976). Aging and depression : Some unanswered questions. Journal of Gerontology, 31 : 324-326.
- Kafonek, S., et al.(1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. Journal of the American Geriatrics Society, 37 : 29-34, 1989.
- Kemp, B.(1985). Rehabilitation and the older adult : In J.E. Birren and K.W. Schaie(Eds.), Handbook of the Psychology of Aging : 647-663.
- Koenig, H.G. et al.(1988). Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patients with medical illness. Journal of the American Geriatrics Society, 36 : 699-706.
- La Rue, A.L. et al.(1985). Aging and mental disease : In Birren & Schaie(Eds.), Handbook of the Psychology of Aging(2nd Ed.). New York, Van Nostrand Reinhold Company : 664-702.
- Labouvie-Vief, G., Gonda, J.N.(1976). Cognitive strategy training and intellectual performance in the elderly. Journal of Gerontology, 31 : 327-332.
- Larson, R.(1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. Journal of Gerontology, 33 : 109-125.
- Lowenthal, M.F., Chiriboga, D.(1973). Social stress and adaptation : Toward a life-course perspective, In C. Eisdorfer & M.F. Lawton(Eds.), The Psychology of adult development and aging. Washington D.C., American Psychological Association.
- Murrell, K.F.H.(1970). The effects of extensive practice on age differences in RT. Journal of Gerontology, 25 : 268-274.
- Pender, N.J. & Pender, A.R.(1987). Health Promotion in Nursing Practice.(2nd ed). Norwalk, CT : Appleton and Loulge.
- Poon, L.W., Fozard, J.L.(1978). Speed of retrieval from longterm memory in relation to age, familiarity, and datedness of information. Journal of Gerontology, 33 : 711-717.
- Raskin, A. and Rae, D.S.(1981). Psychiatric symptoms in the elderly. Psychopharmacology Bulletin, 17 : 96-99.
- Revenson, T.A., Wollman, C.A., Relton, B.T. (1983). Social Supports as Stress Buffers for Adult Cancer Patients. Psychosom. Med., 45 (4) : 321-331.
- Rhee, Seonja(1989). Current status of research on Korean elderly : Health aspects. Journal of Korean Gerontology Society, 9 : 140-156.
- Ron, M.A.(1979). Diagnostic accuracy in presenile dementia. British Journal of psychiatry, 124 : 161-167.
- Rosenberg, M.(1973). Which significant others. American Behavior Scientist, 16 : 829-860.
- Rosenberg, M., Simons, R.G.(1971). Black and white self-esteem, the urban school child. Washington D.C., Ros-Monograph Series.
- Schultz, N.R. et al.(1979). WAIS performance for different age groups of hypertensive and control subjects during the administration of a diuretic. Journal of Gerontology, 34 : 246-253.
- Taft, L.B.(1985). Self-esteem in later life : A

nursing perspective. Advanced Nursing Science, 8(1) : 77-84.

Wechsler, D.(1958). The measurement and appraisal of adult intelligence : 4th edition. Baltimore, Wiliams & Wilkins.

Weissman, M.M., et al.(1985). Psychiatric disorders(DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a U.S. urban community, Acta. Psychiatry Scand, 71 : 366-379.

Wilkie, F., Eisdorfer, C.(1971). Intelligence and blood pressure in the aged. Science, 172 : 959-962.

Zung, W.W.K.(1965). 'A Self-rating Depression Scale': Archive of General Psychiatry. American Medical Association, 12 : 63-70.

Zung, W.W.K.(1971). A rating instruments for anxiety disorders. Psychosomatics, 12 : 371-379.

- Abstract -

Key concept : Cognitive Function, Self-esteem, Depression

Degree of Cognitive function, Self-esteem and Depression of the Elderly by Aging

Sung, Ki Wol*

This survey was performed to evaluate and compare cognitive function, self-esteem and depre-

ssion in the elderly related to aging. The data were collected from 200 elders in eight homes for the elderly in Taegu. Data collection was done from June 1 to 31, 1996. The scale used to measure cognitive function was the MMSE-K(Mini-Mental State Examination-Korea), Self-esteem was measured using Rosenberg's self-esteem scale and depression using SDS(Self-rating Depression Scale). A comparison of cognitive function, self-esteem and depression by aging were summarised as follows :

1. There were significant differences on the cognitive function score in the elderly according to age group($F=24.81, P<.01$).
2. There were significant differences on the self-esteem score in the elderly according to age group($F=3.84, P<.5$).
3. There were significant differences on the depression score in the elderly according to age group ($F=5.90, P<.1$).
4. The general characteristics which affected the cognitive function scores of the elders were sex ($F=8.45, P<.5$), educational level($F=8.86, P<.5$), spousing($F=34.59, P<.01$), and the perception of health($F=4.63, P<.5$).
5. The general characteristic which affected the self-esteem scores of the elders was the perception of health($F=3.81, P<.5$).
6. The general characteristic which affected the depression scores was the educational level($F=3.96, P<.5$).

*Department of Nursing, Taegu Junior College Taegu, Korea
Position : Assistant professor, Department of Nursing, Taegu Junior College
Fax # : 053-320-1009(work) or 053-634-6342(Home)
Tel # : 053-320-1022(work) or 053-634-6342(Home)