

## 일부 지역사회 노인들의 우울 수준에 영향을 미치는 요인에 대한 연구

노 국 희\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

노인이란 인간의 노령화 과정에서 나타나는 생리적, 육체적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호 작용하는 복합 형태의 과정에 있는 사람이다.

인간은 노령화가 진행 됨에 따라 신체적 심리적 사회적 차원의 노화를 경험 하게 되는데 우선 신체적 차원에 있어서의 노화는 인체의 모든 생리학적 기능의 감소를 말 하는데 이들 기능은 대체로 20-25세에 최상에 이른 후 나이가 많아짐에 따라 차차 감소하여 60대에는 그 기능이 25-30%나 감소 하게 된다 (shepherd, 1993). 노인은 신체적 변화의 자각과 지적 기능의 저하로 인하여 심리적 기능에 영향을 미치게 되는데 즉 신체 기능의 쇠퇴는 체력의 감퇴와 함께 활동성 감퇴, 정력 부족, 인내력의 부족, 흥미 범위의 협소화, 자기 중심적이 될 뿐만 아니라(이영자, 1989) 애정과 기분의 변화나 자아 존중감 저하와 같은 심리적 노화나 심리적 변화가 오게 된다.

또한 노인이 됨에 따라 자녀의 성장, 독립, 출가로 인하여 부모로서의 역할 상실, 가정 내의 가장으로서의 위치 변화와 사회적으로도 직장에서 은퇴 하고 경제적으로는 타인에게 의존하지 않으면 안되게 되는

것 등의 사회적 노화가 오게 되는데 이런 신체적 변화나 사회적 변화는 노인의 정신, 심리면에 커다란 영향을 미치게 된다.

그 외에 경제적 빈곤, 친지, 배우자, 친족의 죽음 또는 이별, 심리적 고립과 소외감, 노인의 자존심이나 권위를 손상 시킬 만한 사건(박조열, 1983) 등도 노인의 정신 건강에 영향을 미칠 수 있는 요인 이라고 할 수가 있다.

따라서 이런 여러 요인으로 인한 노인의 소외, 우울, 무력감, 등은 사회적 지위와 역할 변화와 함께 심리적 부적응의 상태를 나타내며 이러한 변화는 노인의 기능적 정신 장애, 우울증, 자살 등과 깊은 연관을 갖기 때문에(윤진, 1985) 노인에게는 어느정도의 우울이란 불가피한 일이라고 단정 짓지 말고 노인성 우울을 노인의 입장에서 이해 하려는 시도가 필요하다.

미국 정신 의학 협회 정신 질환 분류 DSM-III에 의하면 우울은 주요 정서 장애중의 하나로 죽음을 생각 하거나, 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕 감퇴와 체중 감소, 성욕 감퇴, 수면 장애, 정신 운동의 변화중 4가지가 2주간 계속 될 때 우울증이라고 한다(윤진, 1985).

사실 현대에 이르러 과학과 의학의 발달로 인하여 노인 인구나 평균 수명은 계속 증가 일로에 있는데 우리나라의 65세 이상 노인 인구는 1949년에는 3.2%

\* 군산 간호대

이었는데 1994년 5.5%로 증가하였고 2030년이 되면 14.0%로 추산 될 정도로 노령화 사회가 빠른 속도로 진행 되고 있다. 또한 평균 수명도 1970년 63.4세, 1990년 71.3세, 2000년에는 72.6세로 추산될 정도로 증가 일로에 있다(조유향, 1996). 따라서 이런 노령화, 고령화 시대의 노인을 위한 여러 가지 복지 정책의 수립이 중요하며 그 중에서도 의료 복지의 일환으로서 노인의 신체적 정신적 건강 유지가 무엇보다도 중요하다.

물론 노인층에는 신체적 질환이 호발 하는데 이는 노화 현상과 함께 노인을 불안하게 만들거나 우울한 마음을 갖게 해주는 요소이다.

실제로 조사한 국내 보고중 신경증을 갖는 노인 환자는 약 1-2%나 된다고 했으며(이은주·박종한, 1982) Jolley와 Arie(1978)는 노인중 15-20%가 신경증적 증세를 갖고 있으며 그중 3/4이 우울증 이라고 했다. 이 우울증은 일상 생활을 하다보면 누구든지 겪을 수 있는 증상으로 Klerman(1978)은 전체 인구 중에서 15-30% 까지로 보았으나 최근 구미 보고에서는 남 10%, 여 15% 가량으로 보았다. Erikson(1963)이 말한 생활 싸이클 상으로 보더라도 죽음의 의식해야 하는 노인층은 자아성숙이 안되면 실망에 빠지게 되므로 우울 상태에 놓일 수가 있다(Kaplan & Shadock, 1984; 이종범·서혜수 등, 1984).

한국 노인문제 연구소 조사에 의하면 노인들의 가장 큰 관심사나 걱정 거리는 자신의 건강에 관련된 문제였고 가장 큰 소망은 여생을 건강하게 살고 싶다는 것으로서 우리 나라 노인들이 바라는 소망이나 관심사는 역시 건강과 관련된 문제임을 알 수 있다. 특히 신체적 불편 및 질병으로 노인의 반 정도가 자신의 건강 상태가 좋지 않다고 평가하나(이선자·허정, 1985) 대체로 신체적인 건강에 관심이 많고 정신 건강에 대하여는 부정적인 반응을 보이거나 무관심하기 쉽고 특히 도시가 아닌 농촌 지역 사회에서는 그 인식 정도는 더욱 낮고 연구 조사 자료도 적은 편이다.

그러나 노인에게 계속 되는 우울증은 치료를 하지 않고 방치 했을 때 탈출구로서 자살을 시도 할 수 있을 뿐만 아니라 자가 간호 능력을 저하 시키고 결국에는 신체적 면에까지 심각한 영향을 끼쳐서 외상 상태나 그로 인한 죽음에 까지도 이를 수 있다.

최근 65세 이상 자살 사망율을 국가별로 볼 때 미

국 노인중 10만 명당 20.3명이나 된다고 했으며(WHO, 1978: 조유향 인용, 1996) 자살을 생각 하거나 자살을 기도하는 사람의 80%정도에서 우울 상태가 인정 되고 있다고 하였다(조유향, 1996).

따라서 이에 관심을 두어 노인이 경험 하는 우울이 무엇과 연관이 있는지 알게 되면 노인의 우울을 그들의 시각에서 이해 하게 되고 노인 간호시 자료 제공이 가능하고, 우울에 대한 간호 중재 개발 및 평가시에도 이론적인 토대를 제공 할 수 있다고 생각한다. 또한 나름대로 사회 발전에 기여하며 노력해온 노인들이 정신건강 유지 증진으로 인생의 황혼기인 노년기에 보다 만족스러운 삶을 영위 할 수 있도록 하는 대안을 마련하기 위하여 노인들이 느끼는 우울과 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 매우 필요한 일이라고 생각하여 본 연구를 실시하게 되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인의 정신 건강 상태인 우울 정도를 측정하여 인생의 황혼기인 노년기의 삶의 질을 높이고 효과적인 노인 정신 간호과정과 정신 간호 체계 수립시에 유용한 자료를 제공 하는데 목적이 있으며 이러한 연구 목적을 위하여 본 연구에서는 다음과 같은 세부 과제를 선정 하였다.

- 1) 전북 일부 지역사회 노인들의 우울수준을 측정한다.
- 2) 대상 노인들의 인구 사회학적인 특성과 우울수준과의 관계를 본다.
- 3) 대상 노인들의 현재 본인이 인지하는 건강상태나 지니고 있는 만성 건강문제와 우울수준과의 관계를 본다.
- 4) 대상 노인들의 신체 기능 정도, 건강 증진 행위와 우울 수준과의 관계를 본다.
- 5) 대상 노인들의 사회적인 활동과 우울수준과의 관계를 본다.

## 3. 연구의 제한점

본 연구는 전북 일부 지역 경로당과 양로원 거주 노인을 대상으로 우울과 관련된 여러 요인들을 분석 하였기 때문에 본 연구 지역 외의 전체 노인에 적용 하였을 때는 다른 형태를 보일 수도 있다.

## II. 문헌 고찰

사람은 일생의 주기 변화와 환경이 주는 스트레스를 극복해 가면서 생물학적, 심리적 그리고 사회적 욕구를 충족해 나간다. 어떠한 상황에서 욕구 충족에 실패 함으로써 심리적 고통과 희생을 경험하게 된다. 이때 개인의 부적응 행동이 나타나게 되는데 부적응 행동이란 한 개인이나 집단에게 바람직 하지 못한 결과를 가져오는 행동을 말한다(윤진, 1992).

자녀의 성숙, 정년 퇴직, 신체적 활력의 퇴화를 경험하는 성인 후기나 노년기에 있어서 누구나 발달 단계에 따른 전혀 새로운 환경에 처하게 되고 이에 대한 심리적 압박을 많이 느끼게 되며 이로 인한 우울증이나 정신 장애가 생길 수 있다(윤진, 1992).

### 1. 우울의 종류, 빈도, 증상

노년기의 발달 장애와 관련하여 일어나는 정신 장애는 크게 기질적 장애와 기능적 장애로 양분 할 수가 있다(윤진, 1992).

기질적 장애란 대뇌 구조의 퇴화와 손상으로 인하여 일어나는 정신 장애이며 이에선 치매등이 포함될 수 있으며 기능적 장애란 대뇌와 신경계에는 별다른 손상이 없으나 인지 및 감정 측면의 어떤 원인으로 인하여 일어나는 장애라고 하였고 노년기에 나타나는 우울증은 정신 질환 분류 기준(DMS II)에서는 퇴행성 우울증이라 불렀으나 그러나 1979 이후 DSM III 분류법에서는 이러한 분류가 없어지고 정동 장애-우울증-이라고 하였다. 정동 장애(affective disorder)란 감정의 장애만 있고 사고의 장애가 없는 경우라고 하였다(윤진, 1982).

우울이란 단어는 라틴어의 deprevere 라는 동사에서 찾아 볼 수 있는데 이는 무겁게 내려 누르다 또는 밀로 가라 앉은 상태를 일으키는 것을 의미한다. 이러한 어원으로 부터 유래된 우울은 의기 소침 상태(dejection)와 활동 저하(lowed activity)를 나타내는 표현이기도 하다(김수지·고성희 등, 1989; Stuart & Sundeen, 1987).

우울의 종류에는 학자마다 다르겠지만 조증 동반 여부에 따라 단극성 우울, 양극성 우울로 나누기도 하고 우울이 외적 환경 요인에 의한 것이었을 때 반응성 우울, 외적 환경 요인과 무관하게 내적 생물학적 요인일 때 내인성 우울 이라고 나눈다. 또한 이전

의 아무런 질병 없이 나타난 것을 일차적 우울, 선행 질환의 부수증상 혹은 후유증으로 나타난 것을 이차적 우울로 나누기도 한다(김수지·고성희 등, 1989). 조울증은 감정의 주기가 극심할 정도로 교차하는 것을 말 하는데 우울기와 조기로 나누어 진다. 청년기에 나타나는 우울증은 울기와 조기가 교차 하지만 50-60대에 나타나는 증세는 주로 우울증 하나만 갖는 단극성이 많다(윤진, 1982).

노년기의 우울증은 증오심이 자신으로 향하기 때문에 일어나는 청년기의 우울증과는 달리 노화로 인한 자아 존중감의 상실로 인하여 오는 경우가 많다(Busse, 1959) 또는 신체적 질병이나 죄의식이 노년기의 우울증의 원인이 되기도 한다(Butler·Lewis, 1977).

우울증에 대한 발생 빈도에 대한 보고에서 이은주와 박종한(1982)은 노인성 정신 질환자가 전체 환자의 2.7%이며 특히 입원 환자의 1.62%라고 말한다. 이들 정신 질환자를 증상별로 보면 신경증(42.3%), 기질적 뇌 증후군(26.6%), 그리고 기능적 정신병(21.0%)이라고 하였다.

우울증으로는 식욕 부진, 심한 피로감, 불면증, 불규칙한 배설 작용(설사, 변비) 등의 신체적 증상이 올 수도 있는데 Lewinsohn·Biglan과 Zeiss(1976)는 모든 즐거움의 상실, 특정한 행동 결핍(사회 활동의 감소), 특정한 행동 과다(자신에 대한 지나친 의심이나 죄의식), 신체적 증상(두통, 식욕 부진), 인지적 현상(자존심의 하락, 자기 비하, 절망감)등이 올 수도 있다고 하였다(Zart, 1980).

Pfeiffer(1977)는 우울증이 있는 사람은 슬픈 감정이 심하다, 활동성이 매우 떨어 진다, 비판적인 생각이 팽배하여 결국에는 자아 존중감이 낮아져서 자신이 처한 현재의 상황과 형편을 매우 어렵게 보며 사소한 일에 있어서도 의사 결정이 어렵고 자기 혼자 고립 되어 외롭게 있거나 자신이 아무리 도움을 청해도 주변에 있는 아무도 자신을 거들떠 보지도 않을 것으로 상상 하기도 한다고 하였다(윤진, 1982).

### 2. 우울에 영향을 미치는 요인

이러한 우울증에 영향을 미치는 요인으로는 인구 사회학적인 특성, 사회적 접촉, 만성 질환 정도나, 신체 기능 정도에 대한 연구가 있다.

### 1) 인구 사회학적 요인

노인의 우울증에 영향을 미치는 인구 사회학적 요인으로는 성별, 나이, 종교, 배우자 유무, 교육 정도, 용돈 등에 대한 연구가 있다.

이종범·서혜수·정성덕(1984)의 대구 경산군 소재 보건소 내원 환자와 서울시 4개 노인 대학에 출석한 노인중 60세에서 84세 사이의 남녀 노인의 우울에 관한 연구에서 우울 총점은 남자노인  $47.26 \pm 9.70$ , 여자 노인  $51.84 \pm 9.61$ 로 여자 노인의 총 우울 점수가 유의하게 높았고 우울 점수 분포에서도 50점 이상의 고득점자는 남: 33.7% 여: 56.5%로 여자 노인이 고 우울군이 많았으며 대상 노인 전체중에서 48%가 고 우울군에 속했다. 우울 점수와 관련된 사회 정신 의학적 요인들 중에서 남녀 양군 모두 공통으로 유의한 영향을 미친 것은 연령 증가( $p < 0.01$ ), 직업 유무 및 종류( $p < 0.01$ ), 부양자( $p < 0.001$ ) 및 현 거주지( $p < 0.01$ ) 등이었다.

권복순·이중훈·정성덕(1986)등의 양로원 현황과 재원자 건강 상태에 관한 예비 조사에서 우울의 정신 사회적 요인 분석에서 고령자 일수록, 용돈이 적을수록 우울 점수가 높았고 종교, 과거 직업등이 노인의 우울 증가와 상호 관계가 있었다. 총 우울 점수 80점 중 50점 이상 획득하여 우울이라고 진단 내릴 수 있는 비율은 양로원, 재가 노인, 노인 학교 모두에서 여성의 발생 비율이 더 높다고 하였다.

최혜경(1996) 등은 CES-D(The center for epidemiologic studies depression scale) 도구를 이용하여 0점에서 3점 까지 평점하여 최고점수 60점으로 산정한 도시 노인의 정신 건강 연구에서 남녀별로 14.24, 15.41로 정신 건강 점수는 여성이 더 높으나 유의한 차이는 없다고 하였는데 이종범 등(1984)의 연구 결과와 차이가 있었다. 성별, 교육 수준, 자녀수도 대상 노인들의 정신 건강에 유의한 차이를 미치지 않는 못한다고 하였다.

### 2) 사회적 접촉에 영향을 미치는 요인

사회적 접촉에 대한 연구로 이인수, 장세철(1997) 등은 양로 시설 거주 노인의 사회적 접촉이 우울 수준에 영향을 미친다고 하여서 자녀 친척, 친구, 봉사자, 후원자등 시설 외부인과의 사회적 접촉이 있는 노인은 그렇지않은 노인보다 우울 성향이 낮으며 친구와의 접촉이 친척과의 접촉보다 노인들의 정서에 더욱 긍정적 영향을 미친다고 하였다.

송옥현(1977)은 정신과 외래 환자의 The self rating depression scale(SDS)에 관한 연구에서 우울을 1) 정동적 우울 수준, 2) 주기적 우울 수준, 3) 생리적 우울 수준, 4) 정신 운동성 우울 수준, 5) 관념적 우울 수준으로 나누어 분석 하였는데 방문한 사람 유무와 찾아가 만난 사람유무에 따라 전체 우울 수준에는 유의한 차이가 있다고 하였다.

최혜경(1996), 도시 노인의 정신 건강에 영향을 미치는 요인 분석에서 사회적 지지 변수 군에는 가족, 친척 지원망 크기 만이 정신 건강에 긍정적으로 영향을 미치는 주 효과와 강력한 상호 작용 효과는 아닐 지라도 가족 보호 외에 서비스 이용 계획이 있을 때 정신 건강이 저해 되는 것을 완화해 주는 완충 효과는 있는 것으로 나타났다. 가족 친척 지원망은 정신 건강에 긍정적 영향을 미치는 직접적 효과가 있었으나 만성 질환이 정신건강에 미치는 부정적 영향을 완화 하지는 못 하였다.

### 3) 본인이 느끼는 건강 상태나 만성 건강 문제, 신체적 건강 상태, 건강 증진 행위

노인대상으로 한 신체적 건강 상태 측정 도구에 대한 연구 결과는 많으나 신체적 건강 상태가 노인들의 우울 수준에 미치는 영향에 대한 연구는 아직 없다. 따라서 노인들의 신체적 건강 상태가 우울에 미치는 영향을 측정 하는 것은 의의가 있어서 노인들의 신체적 건강 상태에 대한 자료를 조사 하였다.

신체적 건강 상태를 측정하기 위한 방법으로는 질병의 유무에 의한 평가와 기능이나 역할 수행 정도에 따른 평가가 있다(최영희, 정승은 등, 1991).

질병 유무에 의한 평가는 주로 의학적 진단에 의하여 이루어 지고, 기능의 정도에 따른 평가는 개인의 주관적 판단에 의하여 이루어 지지만 노인의 신체적 건강 상태를 측정 또는 평가 하기 위해서는 질병의 유무와 같은 병리 현상에 근거를 두기 보다는 신체 기능 차원에서 노인의 일상 생활의 기능 정도를 측정 하는 것이 타당하다고 한다(Haber, 1970 ; Katz, 1970 ; WHO, 1974 ; 최영희 등, 1991).

일반적으로 건강 상태를 사정하는 도구에는 3가지 형태가 있는데 즉 ① 질병 유무의 관점에서 신체적 건강을 측정하는 것이 있고, 기능정도의 평가에는 ② 기본적인 자가 간호를 수행 할 수 있는 능력(activities of daily living ; 일상 생활 수행 능력)을 측정 하는 것과 ③ 독립적인 생활과 관련 시켜 볼 때 더욱 복잡

한 활동을 수행 할 수 있는 능력(instrumental activities of daily living ; 수단적 일상 생활 능력)등으로 구별 가능하다.

최영희, 정승은(1991) 등은 노인들의 기능 정도의 평가를 1) 개인 위생 활동 능력, 2) 대외 활동 능력, 3) 소화기계 관련 능력, 4) 성생활 능력, 5) 감각 능력, 6) 배설 조절 능력 등으로 구분하여 이를 Likert 5점 척도로 평점 하였을 때 평균 4.054의 높은 이행율을 보였고 이영자 등도 신체 건강 상태를 일상 생활 기능, 가사 활동 기능, 신체 배설 기능 등으로 나누었을 때 4.54의 높은 기능 정도를 보였다.

건강 증진 행위에 대한 연구에서 Walker(1988)는 노인의 경우 젊은층보다 건강 증진 행위 수행 정도가 높게 나타 난다고 하였고 Riffle(1989) 등도 노인을 대상으로한 연구에서 지각된 사회적 지지 및 자가 보고식 건강 상태등이 건강 증진 행위와 상호 관련성이 있는 것으로 나타 났다고 보고 했으나 노인들의 우울 정도에 영향을 미치는지에 대한 연구는 없다.

최해경(1996) 도시 노인의 정신 건강에 영향을 미치는 요인 분석에서 만성 질환과 주관적 건강 상태가 정신 건강을 저해하는 중요한 요소이며 사회적 지지 변수 군에는 가족, 친척 지원망 크기 만이 정신 건강에 긍정적으로 영향을 미치는 주 효과와 강력한 상호 작용 효과는 아닐지라도 가족 보호 외에 서비스 이용 계획이 있을 때 정신 건강이 저해 되는 것을 완화해 주는 완충 효과는 있는 것으로 나타났다. 가족 친척 지원망은 정신 건강에 긍정적 영향을 미치는 직접적 효과가 있었으나 만성 질환이 정신 건강에 미치는 부정적 영향을 완화 하지는 못 하였다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 대상

본 연구는 1997. 8. 12. 부터 1997. 8. 18. 까지 전북 일부 지역 11개 경로당에 참석한 노인과 4개 양로원에 거주 하며 의사 소통이 가능한 본 연구에 협조 할 수 있는 65세 이상 노인 151명을 대상으로 교육 받은 간호대 학생들이 직접 방문하여 면접 형식에 의하여 설문 조사를 실시 하였다.

#### 2. 연구 도구

##### 1) 우울 측정 도구

대상 노인들의 우울 수준을 측정 하기 위하여 선행 연구자 이종범 등(1984)이 사용한 Zung의 자가 평가 우울 도구(self rating depression scale)를 사용 하였으며 도구는 국내에서 타당성과 신뢰도가 입증되어 임상에서 널리 사용 되고 있다(송옥현, 1977 ; 양재곤, 1982 ; 권순복 · 이중훈 등, 1986).

이 도구의 내용은 우울 증상인 흥미 감소, 식욕 감퇴, 전신 쇠약감, 불면, 자기 비하, 지나친 죄의식, 사회로 부터의 철수, 절망감, 죽음의 생각등의 총 20개 문항으로 구성 되며 각 문항에 대하여는 1점에서 4점 까지 평점 하여 총 80점이며 총점이 높을수록 우울수준이 높은 것으로 간주 하였으며 특히 50점 이상 일 때 우울증이 구체화 되는 기준으로 삼았다

##### 2) 신체적 건강 상태

대상 노인들의 신체적 건강 상태를 측정 하기 위하여 선행 연구자 최영희 · 정승은(1991)의 노인의 신체적 건강 상태 사정 도구를 사용 하였으며 이 도구는 질병의 유무와 같은 병리 현상에 근거를 두지 않고 신체 기능 차원에서의 노인의 일상생활기능 정도를 측정하고 있다.

이 신체적 건강 상태 사정 도구는 총 20개 문항으로 구성 되며 각각의 문항을 개인 위생 활동 능력, 대외 활동 능력, 소화기계 관련 능력, 성생활 능력, 감각 능력, 배설 조절 능력으로 분류 하였다. 각 문항은 1점 3점 5점으로 평점 하여 총점을 100점으로 하였고 총점이 높을수록 신체 기능 정도가 좋은 것으로 간주 하였다

##### 3) 건강 증진 행위

대상 노인들의 건강 증진 행위를 측정하기 위하여 Walker, Sechnnist와 Pender가 개발한 Health Promotional Life Style(HPLP)을 기본으로 하여 정문희등(1997)이 수정 보완한 도구를 사용 하였으며 그 내용에는 자신에 대한 존중, 자신의 환경에 대한 만족, 건강 문제에 대한 관심, 적당한 운동이나 식사, 친구와의 대화, 감정 표출 등이 포함 되어 있다.

이 도구는 총 10개 문항으로 구성 되며 각 문항에 대하여는 1점에서 4점 까지 평점 한 후 총점은 40점으로 하였고 총점이 높을수록 건강 증진 행위 실천 정도가 높은 것으로 간주 하였다.

4) 기 타

그외의 포함된 내용으로는 본인이 느끼는 건강 상태나 만성 질병 정도, 그리고 사회 활동으로서 가족, 친구, 친지, 경로당 방문등이 우울에 미치는 차이를 보았다.

3. 자료 분석 방법

본 자료 분석은 SAS 프로그램을 이용 하여 전산 처리 하였고 대상자의 특성 및 각 변수에 대하여 서술적 통계를 내었다. 일반적인 특성 및 각 문항에 대하여는 빈도 백분율을 구하였고 우울 수준에 대하여는 각각의 평균과 편차를 구한후 각 변수와의 관계를 보기 위하여 ANOVA, T-test, Pearson's simple correlation , Multiple regression등의 방법을 사용하였다.

IV. 연구 결과 및 논의

1. 일반적인 특성

1) 인구 사회학적 특성

본 조사 대상 노인들의 일반적인 특성은 다음과 같다<표 1> 참조.

조사 대상 노인의 연령 분포는 65-75세 45.7%, 75-85세 43.1%, 85세 이상 11.3%으로 75세미만의 젊은 노인 층과 75세 이상의 상 노인의 비율은 서로 비슷하였다.

성별 분포는 남자 노인 48.3%, 여자 노인 51.7%로 비슷 하였다.

결혼 상태는 배우자가 있는 노인이 37.1%, 배우자가 없는 노인이 63.0%로 배우자가 없는 노인이 더 많았다.

종교는 무교 43.1%로 제일 많았고 종교가 있는 경우는 기독교 33.1%, 불교 15.1%, 천주교 8.0% 순으로 기독교 신자가 더 많았다.

교육 정도는 문맹 32.5%, 한글 해독 32.5%, 국졸 29.4%으로 중졸 이상은 전체 노인중에서 10%도 되지 않을 정도로 교육 수준이 매우 낮았는데 이는 역사적 제도적으로 이조 말기에서 일제의 혼란기를 거치면서 교육 기회가 적었던 시기에 유년 시절을 보냈음을 알 수가 있었다.

가족 상태는 독거 노인 13.9%, 노부부 동거 23.8

%, 자녀 손자와 동거 51.3% 이었다.

월 용돈은 5만원 미만 43.6%, 5-15만원 미만 37.8%, 15만원 이상 18.6% 으로 조사 노인 중 40%가 넘는 노인이 5만원 미만의 용돈을 쓰고 있었다.

<표 1> 인구 사회학적 특성

내 용	구 분	빈도(백분율)
연 령	75세 미만	69(45.7)
	75세이상-85미만	65(43.1)
	85세 이상	17(11.3)
성 별	남	73(48.3)
	여	78(51.7)
결혼 상태	유배우자	56(37.1)
	무배우자	95(62.9)
종 교	기독교	50(33.1)
	불 교	23(15.2)
	천주교	12(8.0)
	무 교	65(43.1)
	기 타	1( 0.7)
교육정도	문 맹	49(32.5)
	한글 해독	49(32.5)
	국 졸	44(29.1)
	중 졸	5( 3.3)
	고졸 이상	4( 2.7)
가족상태	혼자산다	21(13.9)
	노부부만 산다	36(23.8)
	자녀손자와 산다	60(39.7)
	양로원	34(22.5)
월 용돈	5만원미만	66(43.6)
	5만원이상-15만원미만	57(37.8)
	15만원이상	28(18.6)
합 계		151(100.0)

2) 노인 본인이 느끼는 건강 상태나 만성 건강 문제 현재 본인이 인지하는 건강 상태를 매우 나쁘다, 보통이다, 매우 좋다고 구분 하였는데 매우 나쁘다 32.5%, 보통이다 45%, 매우 좋다 22.5%로 본인의 건강 상태를 78%가 보통 이라고 설명 하였는데 이는 최 해경(1996)의 69%, 모선희(1997)의 66.3% 보다 약간 더 높았다. 만성 건강 문제를 없다, 약하다, 심하다로 구분 하였을 때 없다 31.8%, 약하다 44.4%, 심하다 23.8%로 68%의 노인이 건강 문제가 약하

게 또는 심하게 있다고 답하였는데 이는 김정희(1996)의 69.1%와 비슷하였다.

두 결과로 볼 때 많은 노인들이 자신의 건강을 부정적으로 생각하며 만성 질환에 대하여도 걱정 함을 알 수가 있었다<표 2> 참조.

<표 2> 본인이 인지하는 건강 상태나 만성 건강 문제

내 용	구 분	빈도(백분율)
건강 상태	매우 나쁘다	49(32.5)
	보통이다	68(45.0)
	매우 좋다	34(22.5)
만성 건강 문제	없다	48(31.8)
	약하다	67(44.4)
	심하다	36(23.8)
합 계		151(100.0)

### 3) 노인의 우울과 신체 기능 및 건강 증진 행위의 평균 평점

대상 노인들의 신체 기능 및 건강 증진 행위의 평균 점수와 평균 평점 정도는 <표 3>과 같다.

대상 노인들의 신체적 건강 상태를 측정하기 위하여 선행 연구자 최영희, 정승은(1991)의 도구를 사용하였으며 이 도구는 총 20개 문항으로 구성되며 각각의 문항을 개인 위생 활동 능력, 대외 활동 능력, 소화기계 관련 능력, 성생활 능력, 감각 능력, 배설 조절 능력으로 분류 하였다. 각 문항은 1점 3점 5점으로 평점 하여 총점을 100점으로 하였고 총점이 높을수록 신체 기능 정도가 좋은 것으로 간주 하였다

전체 대상 노인들의 신체 기능 정도의 평균 점수는  $80.74 \pm 9.88$ 이었고 평균 평점은 5점 척도 중에서  $4.04 \pm 0.49$  이었는데 이는 최영희 등(1991)의 신체 기능 평균 평점 4.05와 비슷한 수준으로 신체 기능 정도는 좋은 편이었다.

대상 노인들의 건강 증진 행위를 측정하기 위하여 Walker, Sechnnist와 Pender가 개발한 Health Promotional Life Style(HPLP)을 기본으로 하여 정문희 등(1997)이 수정 보완한 도구를 사용 하였으며 그 내용에는 자신에 대한 존중, 자신의 환경에 대한 만족, 건강 문제에 대한 관심, 적당한 운동이나 식사, 친구와의 대화, 감정 표출 등이 포함 되어 있다.

이 도구는 총 10개 문항으로 구성되며 각 문항에 대하여는 1점에서 4점 까지 평점 한 후 총점은 40점으로 하였고 총점이 높을수록 건강 증진 행위 실천

정도가 높은 것으로 간주 하였다.

본 조사 대상 노인들의 건강 증진 행위 평균점수는  $30.03 \pm 6.06$ 으로 정문희 등(1997)의 사업 수행전 대상 노인의 건강 증진 행위 평균 점수인 31.75와 비슷 하였다. 본 조사 대상 노인들의 건강 증진 행위 평점은  $3.00 \pm 0.06$ 이었는데 이는 건강 행위의 평점 정도를 거의 그렇지 않다 : 1점, 대체로 그렇지 않다 : 2점, 대체로 그렇다 : 3점, 항상 그렇다 : 4점으로 나누었을 때 대체로 건강 증진 행위를 하는 것으로 나타났다.

<표 3> 신체 기능 및 건강 증진 행위

내 용	총점	전체 평균점수 평균±편차	전체평균평점 평균±편차
신체 기능 정도	100	$80.74 \pm 9.88$	$4.04 \pm 0.49$
건강 증진 행위	40	$30.03 \pm 6.02$	$3.00 \pm 0.06$

### 4) 사회적 접촉 정도

대상 노인의 사회적 접촉 정도를 자녀 만남, 친구 만남, 친척 만남, 경로당 방문 등의 유무로 나누어 분석 하였다<표 4 참조>.

그중 자녀 만남은 76.8%가 자녀와 접촉 하고 있었고 친구 만남은 86.2%, 친척 만남은 66.2%, 경로당 방문은 74.1%가 있다고 응답 하였다. 본 조사 지역이 농촌 지역이라서 전체적으로 자녀 만남, 친구 만남, 친척 만남, 경로당 방문등은 활발함을 알 수가 있었다.

<표 4> 사회적 접촉정도

내 용	구 분	빈도(백분율)
자녀 만남	있 다	116(76.8)
	없 다	35(23.1)
친구 만남	있 다	131(86.2)
	없 다	20(13.3)
친척 만남	있 다	100(66.2)
	없 다	51(33.8)
경로당 방문	있 다	113(74.8)
	없 다	38(25.2)
합 계		151(100.0)

## 2. 대상 노인들의 우울 점수 분포와 우울 평균 점수

조사 대상 노인들의 우울 정도를 점수별로 나누어

분석 하였다(표 5 참조).

대상 노인들의 우울 수준을 측정 하기 위하여 선행 연구자 이종범등(1984)이 사용한 Zung의 자가 평가 우울 도구(self rating depression scale)를 사용 하였으며 이 도구의 내용은 우울 증상인 흥미 감소, 식욕 감퇴, 전신 쇠약감, 불면, 자기 비하, 지나친 죄의식, 사회로 부터의 철수, 절망감, 죽음의 생각등의 총 20 개 문항으로 구성 되며 각 문항에 대하여는 1점에서 4점 까지 평점 하여 총 80점이며 총점이 높을수록 우울수준이 높은 것으로 간주 하였으며 특히 50점 이상 일 때 우울증이 구체화 되는 기준으로 삼았다.

우울 점수 분포는, 40-50미만 31.13%, 50-60미만 31.13%로 과반수가 넘는 노인들이 우울 수준에 근접한 40점 대나 50점 대에 분포함을 알 수 있었다.

또한 우울 수준이라고 할 수 있는 50점 이상군이 37.75%나 되었는데 이는 이종범 등(1984)의 48%와 비교해 볼때 약간 낮게 나타 났지만 이들에 대한 이해와 치료 방법 모색이 필요하였다.

대상 전체 노인들의 우울 평균점수는 총 80점 중에서  $45.54 \pm 10.32$  이었고 전체 노인들의 우울 평점은 4 점 척도 중에서  $2.28 \pm 0.512$ 이었는데 이는 대상 노인의 우울 즉 정신 건강이 양호하다고는 할 수 없었다.

〈표 5〉 우울 점수 분포

우울 점수	빈도(백분율)
이상 미만	
20-30	4( 9.27)
30-40	33(21.85)
40-50	47(31.13)
50-60	47(31.13)
60-70	10( 6.62)
70-80	0( 0.00)
합 계	151(100.0)
전체 우울 평균 점수	$45.54 \pm 10.32$
전체 우울 평균 평점	$2.28 \pm 0.52$

### 3. 인구 사회학적 특성별 우울수준 정도

인구 사회학적 특성별 우울 점수는 〈표 6〉와 같다.

연령별 우울 점수는 85세 이상군이 47.06으로 가장 높아서 연령이 증가함에 따라 우울 점수는 증가 하였다.

성별 우울 점수는 남자노인 44.82, 여성노인 46.22 로 여성노인이 우울 점수는 더 높았으나 유의한 차이

는 없었는데 이는 선행 연구자 최해경(1996)의 결과와 일치 하였다.

배우자 유무별 우울 점수는 배우자가 없는 사람이 46.51로 우울 점수가 더 높았으나 유의한 차이는 없었다.

교육 정도별 우울 점수는 문맹과 고졸 이상인 노인의 우울 점수가 47.76, 50.75로 제일 높았고 중졸인 노인이 37.20으로 우울 수준이 가장 낮았다. 이는 노인들의 학력 수준이 아주 낮거나 높았을 때 우울 수준이 더 높은 것으로 보였지만 유의한 차이는 없었다.

월용돈 정도는 용돈이 적을수록 우울 점수가 높았으며 이는 우울 수준에 유의한 영향을 미쳤다.

### 4. 본인이 느끼는 건강 상태나 만성 건강 문제에 따른 우울수준 정도

현재 본인이 느끼는 건강 상태를 매우 나쁘다, 보통이다, 매우 좋다고 나누어 우울수준의 차이를 보았다(표 7 참고).

본인의 건강 상태가 매우 좋다고 느끼는 노인이 우울점수가 가장 낮아서 39.79로 나타났고 현재 본인이 느끼는 건강 상태는 우울 수준에 유의한 영향을 미쳤다.

본인이 느끼는 만성 건강 문제를 없다, 약하다, 심하다고 나누어 우울수준과의 관계를 보았다.

만성 건강 문제가 없다고 대답한 사람의 우울 수준이 42.69로 가장 낮아서 만성 건강 문제는 우울 수준에 유의한 영향을 미쳤다. 위의 두 결과는 최 해경 등(1996)의 주관적 건강 상태가 좋을수록 만성 질환수가 적을수록 정신건강에는 유의한 차가 있다는 결과와 일치 하였다.

즉 노인 스스로 건강이 좋지 않다고 느낄수록, 만성 질환이 심하다고 느낄수록 정신건강은 좋지 않았다. 따라서 현재 본인의 건강 상태나 만성 건강 문제를 보건소 등에서 진료나 상담, 노인 정신 건강 검진 등을 실시 한후 이에 대한 중재를 하여 노인들의 우울 수준을 낮출 수 있는 대책마련 프로 그램이나 그에 대한 추후 연구가 필요 하다.

### 5. 신체 기능 정도및 건강 증진행위와 우울 수준과의 관계

전체 노인의 우울정도에 영향을 미치는 신체 기능 정도와 건강 증진 행위와의 관계를 보았다(표 8 참조).



〈표 6〉 인구 사회학적 특성별 우울수준 정도

내 용	구 분	우울평균점수 평균±편차	F값 혹은 t값	P값
연 령	75세미만	44.17±11.08	1.12	0.33
	75세미만-85세이하	46.60± 9.94		
	85세이상	47.06± 8.91		
성 별	남	44.82±11.71	-0.81	0.42
	여	46.22± 9.01		
결혼 상태	유배우자	43.89±11.14	2.26	0.14
	무배우자	46.51± 9.85		
종 교	기독교	45.14±10.49	0.27	0.90
	불 교	44.57± 9.89		
	천주교	46.42±10.59		
	무 교	46.15±10.67		
교육정도	문 맹	47.76± 8.32	1.85	0.12
	한글 해독	44.69± 9.31		
	국 줄	44.50±12.31		
	중 줄	37.20± 7.89		
	고줄 이상	50.75±19.80		
가족상태	혼자산다	46.24± 8.56	1.99	0.12
	노부부만 산다	43.31±11.39		
	자녀손자와 산다	44.70±10.06		
	양로원	48.97±10.41		
월 용돈	5만원 미만	48.19± 8.98	-2.86	0.048*
	5만원- 15만원 미만	44.02± 9.95		
	15만원 이상	44.15±12.18		

\* p<0.05

〈표 7〉 본인이 느끼는 건강 상태나 만성 건강 문제에 따른 우울수준 정도

내 용	구 분	우울평균점수 평균±편차	F값	유의수준
건강 상태	매우 나쁘다	46.55±10.06	7.48	0.001***
	보통이다	47.69± 9.68		
	매우 좋다	39.79±10.41		
만성 건강 문제	없다	42.69±10.99	3.30	0.040*
	약하다	46.09± 9.65		
	심하다	48.33±10.25		

\* p<0.05      \*\*\* p<0.001

조사대상 노인의 신체 기능 정도와 우울과의 관계는  $r = -0.537$ ,  $p=0.0001$ 로 음의 관계로 유의한 차이가 있었는데 이는 신체 기능 정도가 좋을 수록 우울 정도는 낮음을 알 수가 있었다.

조사대상 노인의 건강 증진행위와 우울과의 관계는  $r = -0.752$ ,  $p=0.0001$ 로 상당히 높은 수준의 음의 관계의 유의한 차이가 있었는데 이는 건강 증진 행위를 많이 할수록 우울 정도는 낮음을 알 수 있었다.

따라서 신체 기능 정도가 좋고 건강 증진 행위를 많이하는 노인이 우울 정도 즉 정신 건강은 좋다는 것을 알 수가 있었다.

〈표 8〉 우울 수준과 신체 기능 정도 및 건강 증진 행위와의 관계

내용 \ 우울	r <sup>2</sup>	r	p
신체 기능	0.288	-0.537	0.0001***
건강 증진 행위	0.572	-0.752	0.0001***

\*\*\* p<0.001

### 6. 사회적인 활동별 우울수준 정도

사회적인 활동을 자녀 만남, 친구만남, 친척만남, 경로당 방문으로 나누어 우울 수준의 차이를 보았다 <표 9 참고>.

〈표 9〉 사회적인 활동별 우울 수준 정도

내 용	구 분	우울 평균 점수 평균±편차	t값	P값
자녀 만남	있다	44.77±10.17	-1.680	0.09
	없다	48.11±10.86		
친구 만남	있다	45.08±10.44	-1.417	0.158
	없다	48.11±10.86		
친척 만남	있다	43.71± 9.96	-3.122	0.002**
	없다	49.14±10.38		
노인정 방문	있다	44.09±10.22	-3.027	0.0029**
	없다	49.84± 9.79		

\*\* p<0.01

사회적인 활동 중에서 친척만남, 경로당 방문 유무는 우울 수준에 유의한 차이가 있었는데 이는 최해경(1996)의 가족 친척의 정서적 지지가 유의한 차이가 있다고 한 결과와도 일치 하였으며 한국 노인의 정서에 있어 친척 만남은 노인의 정신적인 안녕에 기여함을 알 수가 있었다. 그러나 자녀 만남이나 친구 만남 유무는 우울 수준에 유의한 차이가 없었는데 이는 항상 주위에서 많이볼 수 있는 자녀 만남이나 친구 만남 유무는 노인의 우울 수준 즉 정신적 안녕에 큰 영향을 미칠수 있다고는 할 수 없고 좀 더 다양하게 친구를 만날 수 있는 경로당 방문이 노인의 우울 수준 즉 정신적인 안녕에 긍정적인 영향을 미침을 알

수가 있었다.

### V. 결론 및 제언

본 연구는 전북 일부 지역 노인들의 우울 수준을 측정 한후 우울 수준에 영향을 미치는 요인을 분석하여 노인성 우울의 사정이나 노인 정신간호계획 수립 시에 유용한 자료를 제공 하고자 시도 되었다. 이를 위하여 1987. 8. 12-18 까지 전북 일부 지역 11개 경로당과 4개 양로원에 거주하는 의사 소통이 가능하고 본 연구에 협조 할 수 있는 65세 이상 노인 151명에 대하여 교육 받은 간호대 학생들이 직접 방문하여 면접 형식에 의하여 설문 조사를 실시 하였다. 자료 분석을 위하여 SAS 프로 그램을 이용 하였고 일반적인 특성 및 각 문항에 대하여는 빈도 백분율을 구하였고 우울 수준에 대하여는 각각의 평균과 편차를 구한 후 각 변수와의 관계를 보기 위하여 ANOVA, T-test, Pearson simple correlation, Multiple regression 등의 방법을 사용 하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 전체 대상 노인의 우울 평균점수는 총점 80점 중에서 45.54 이고 우울 평균평점은 4점 척도로 평점 하였을 때 2.28 이었다. 전체 대상 노인 중에서 고 우울군에 속하는 우울 평균점수 50점 이상인 노인은 37.7%나 되었다.
2. 인구 사회학적 특성별 우울수준 정도에서 연령별 우울 점수는 85세 이상이 47.06으로 가장 높아서 연령이 증가함에 따라 우울 점수는 증가 하였다. 성별 우울 점수는 남자 노인 44.82, 여성 노인 46.22로 여성노인이 우울 점수가 더 높았다. 배우자 유무별 우울 점수는 배우자가 없는 사람이 46.51로 우울 점수가 더 높았다. 교육 정도별 우울 점수는 문맹과 고졸 이상인 노인의 우울 점수가 47.76, 50.75로 제일 높았고 중졸인 노인이 37.20으로 우울 수준이 가장 낮았다. 월용돈 정도는 용돈이 적을수록 우울 점수가 높았으며 이는 우울 수준에 유의한 영향을 미쳤다.
3. 본인이 느끼는 현재의 건강 상태나 만성 건강 문제 별 우울 수준은 건강 상태가 나쁘다고 느낄수록 우울 점수는 더 높았고 만성 건강 문제가 심하다고 할수록 우울 점수는 더 높았다. 즉 대상 노인의 현재의 건강 상태가 매우 나쁘다고 할 수록, 만성 건강 문제가 매우 심하다고 할수록 우울 정도는 유의

하게 더 높았다.

4. 대상 노인의 신체 기능 정도와 건강 증진 행위와 우울 수준과의 관계에서는 신체 기능 정도가 좋을 수록 우울 점수는 더 낮았고( $r = -0.537$ )  $p = 0.0001$ 로 유의한 차이가 있었다.

대상 노인의 건강 증진 행위와 우울 수준과의 관계에서는 건강 증진 행위를 잘 할수록 우울 수준은 낮았고( $r = -0.756$ )  $p = 0.0001$ 로 유의한 차이가 있었다.

5. 사회적인 활동별 우울 수준정도에서 자녀 만남, 친구 만남, 친척 만남, 경로당 방문이 있다고 대답한 노인이 모두 우울 점수가 더 낮았으나 친척 만남, 경로당 방문 만이 우울 수준에 유의한 영향을 미쳤다.

위의 결과를 통하여 다음과 같이 제언 한다.

우선 노인에게 있어서 신체적 건강 뿐만 아니라 정신 건강도 중요하며 이는 상호 연관성을 갖을 수 있다는 것을 노인 개인과 그 주변의 사람들이 인식하도록 하여야 했고 노인들 중 고우울군에 대하여는 국가적인 정신 간호 체계의 수립과 그 대책이 필요하다고 하겠다.

노인들의 우울 예방을 위하여 보건소 단위 등에서 노인들의 신체적 건강 유지 증진과 건강 증진 행위를 위한 체계적인 프로그램 개발이 필요하며 이런 프로그램 실시후에 노인의 우울성이 낮아짐과 정신적인 안녕의 증진 정도에 대한 후후 연구가 필요하다고 할 수 있겠다.

또한 노인들의 사회적 활동을 증진 시키고 다양화 시키기 위하여 정신 간호사들이 경로당 방문하여 상담과 간호계획의 수립이 필요하며 노인들의 사회적 활동증진과 정신 건강을 증진 시킬 수 있는 경로당 단위에서의 다양한 프로그램의 개발이 필요하다고 하겠다.

## 참 고 문 헌

김정희 (1996). 한국 노인의 신체적 건강과 사회 인구 요인. 한국 노년학, 16(2), 120-136.

권복순, 이중훈, 장성덕 (1986). 양로원 현황과 재원자 건강 상태에 관한 예비 조사. 한국 노년학, 6, 79-993.

모선희 (1997). 농촌 노인의 사회활동 참여에 영향을 미치는 요인. 한국노년학회지, 17(1), 94-108.

박조열 (1983). 노인과 건강-정신 건강. 현대 사회와 노인 복지(제4회 사회 복지 심포지움), 서울: 아산 사회 복지 사업 재단.

윤진 (1982). 발달 단계에 따른 심리적 부적응. 노년학회지, 2, 5-13.

윤진 (1994). 노인의 사회 심리적 욕구 체계. 21세기와 한국 간호, 대한간호학회지.

윤종희, 이해경 (1997). 배우자가 없는 노인의 자아 존중감. 건강 상태, 가족 관계, 사회 활동 참여도에 따른 생활 만족도. 한국노년학, 17(1), 289-304.

이선자, 허정 (1985). 한국 노인의 보건 실태 조사. 한국 노년학, 1(1), -

이인수, 장세철 (1997). 양로 시설 거주 노인의 사회적 접촉이 우울 수준에 미치는 영향. 한국노년학, 17(1), 19-34.

이은주, 박종한 (1982). 노인 정신 질환자의 통계적 고찰. 신경정신의학, 21(3), 343-352.

이종범, 서혜수, 정성덕 (1984). 노인의 우울에 관한 연구. 한국노년학, 4, 44-59.

이영자 (1989). 한국 노인의 건강 사정 도구 개발에 관한 일 연구. 이대 대학원 박사 학위논문.

이옥숙, 서인선 (1997). 간호 대학생들의 건강 지각과 건강 행위에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 11(1), 39-50

신윤희 (1996). 노인의 기분 측정을 위한 도구의 타당화에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(4), 743-758

신윤희, 정승은 (1997). 재가 노인의 기분 상태에 관한 연구. 한국노년학, 17(1), 194-205

송옥현 (1977). 정신과 외래 환자의 the self rating depression scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1), 84-94.

전점이 (1997). 대학생의 건강 증진 행위에 관한 연구. 한국보건간호학, 11(1), 26-38.

전병재 (1974). self esteem, a test of its measurability. 연세 논총, 11-124

조유향 (1996). 노인 간호. 현문사.

조유향 (1997). 농촌 지역 재택 노인의 생활 시간 및 활동과 관련 요인. 한국보건간호학회지, 11(1), 93-102.

최혜경 (1996). 도시 노인의 정신 건강에 영향을 미치는 요인 분석. 한국노년학, 16(2), 139-52.

- 최영희, 정승은 (1991). 한국 노인의 신체적 건강 상태 도구 개발과 신체적 건강 상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 3, 70-98.
- Butler, R. N. & Clow, H. E. (1950). Paranoid reaction in the aging. Geriatrics, 5, 66-73.
- Berkman, L. F. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health & function in the elderly, American journal of diagnostic and satistical mannual of mental disorders (1980), 3rd edi, 217.
- Erikson, E. (1950). Childhood and society, New York; W.W. Norton & Co.
- Kaplan & Sadock (1984). Comprehensive textbook of psychiatry, 4th ed, 2-12
- Kane, Rosalie A. Kane, Robert L. (1981). Assessing the Elderly-A practical guide to measurement, Lexington Books
- Klerman, G. L. (1978). Affective disorder. In the Harvard Guide to modern psychiatry. Armand M. Nicholi(edit), The Belknap press of Harvard university. press.
- Lawton, M. P. & Broudy, E. (1969). Assessment of older people : self-Maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologis, 9, 179-186.
- Liwensohn, P. M, Biglan, A. & Zeiss, A. M. (1976). Behavioral management of anxiety, depression, and, pain. New York, Bruner/Mazel.
- Lowenthal, M. F. (1964). Social Isolation and mental illness in old age. American sociological Review, 29, 54-70.
- Pfeiffer, E. (1977). Psychopathology and socialpathology. In J. E. Briton & K.W. Schaie(eds), handbook of psychology of aging. New York: Van Wostrand Reinhold.
- Rosenberg, M. (1965). society and adolescent self image. princeton NJ., princeton university press.
- Wallston, B. S. & Wallston, K. A., (1978). development of the multidimensional health locus of control scale. Health Education Monographs, 6(2), 160-171.
- Ware, J. E. Davis-Avery, A. & Donald, C. A. (1978). conceptionalization and measurement of health for adults in the health insurance study. General Health Perception, 5.
- Walker, S. N., Sechnnist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health Promotion Life Style Profile ;, Development and psychometric characteristics. N. R, 36(2), 76-81, 1988. ANS 11(1), 76-90.
- Ware, J. E. (1977). Health Perception Questionnaire, instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Hyattsville. maryland, DHEW, 158-161.
- Zarit, S. H. (1980), Aging and mental disorder. New York: Free Press.

– Abstract –

Key concept : The aged depression, Activities of daily living, Social support

## The Influential Factors of Elderly Depression in Rural Areas

*Roh, Kuk Hee\**

The paper was studied those aged of 65 years or over who were attending 11 senior citizen's centers and 4 nursing home centers for the aged during the day in Junla-buk do.

The purpose of this study was to measure the level of depression and related factors by using the 20 part Zung's self-rating interview schedule. The results of the study were analyzed using an SAS program. Data analysis included the following : percent, average, S.D, ANOVA, T-test, Person's simple correlation, multiple regression.

The results of the study are as follows :

1. The mean value of depression was 45.54 out of a total of 80 and the mean depression scale was 2.28 on a Likert scale.  
Those over a 50 degree depression rate was 37.7%.
2. There was a significant decrease of depression when monthly pocket money increased.
3. There was a significant decrease in depression degree when they think their health is good and they have no chronic disease.
4. There was a significant decrease in depression degree when activities of daily living increased,  $r = -0.537$  and  $p = 0.0001$ .  
There was a significant decrease in depression degree when health promoting behavior increased,  $r = -0.752$  and  $p = 0.0001$ .
5. There was a significant decrease in depression degree when social activities increased, in meeting a relatives and attending a senior citizen's center.

---

\* Kunsan Nursing College