

영세 노인들의 자기효능·사회적 지지·우울간의 관계 분석

송 남 호* · 김 선 미**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

시대의 변화와 더불어 생활 수준의 향상과 의학기술의 발전에 힘입어 평균수명은 점차 길어져 전체 인구중 노인인구가 차지하는 비율이 점차 증가하고 있는 추세이다. 우리 나라 전체 인구에 비해 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율은 1949년 3.2%에서 1994년 5.5%로 증가하였으며 2020년에 12%, 2030년 14%로 추정하고 있어 빠른 노령화 현상을 짐작할 수 있다.

일반적으로 노인 인구가 10%에 달하면 노령화 사회라고 하는데 사회전체가 노인인구의 증가에 의한 영향을 크게 받는다. 즉 노년인구 부양비가 증가하고 전체 GNP에서 의료비가 차지하는 비율이 증가하며 노인의 의료요구 증가와 함께 병원에서 노인이 차지하는 병상이 증가할 것을 암시한다. 이러한 사회적 현상은 평균수명의 연장을 가져오기는 하나 그것이 곧 질적 삶의 연장이라고는 볼 수 없으며 오히려 노인인구가 가지고 있는 특유한 신체적 경제적 사회적 심리적 특성과 관련되어 불행한 노년기를 보내게 될 수도 있다. 따라서 노인에게는 평균수명의 연장에 못지 않게 건강문제와 함께 질적 삶의 영속이 중요한 관심의 영역이 된다.

노인인구의 증가는 단순한 인구증가의 차원을 넘어 노인문제에 관한 사회적 문제를 야기하게 된다. 즉 산업화, 도시화, 핵가족화는 경제구조 및 사회구조의 변화와 더

불어 경제중시사상과 경로사상의 약화, 부양의식의 변화를 초래하여 노인집단의 사회적 소외감 증가, 경제적 빈곤, 우울 증가, 노인의 상대적 지위 하락 및 기능의 상실, 역할상실 등을 초래하게 된다. 이러한 노인문제에 관한 사회적 현상은 영세 노인의 경우 더욱 심각하며 영세 노인들의 질적 삶을 저하하는 요인이 되고 있다.

우리나라 영세 노인들의 경우 경제적 빈곤, 열악한 주거환경, 만성 퇴행성질환의 보유, 사회적 고립, 사회적 지지의 부족, 우울, 고립, 무력감 등을 경험한다. 이러한 영세노인들을 위한 복지는 선진국의 경우 노인의 건강상태, 자활능력, 경제상태에 따라 요양기관에서 양로시설 및 노인병원 등 그 종류가 다양하나 우리나라는 노인을 위한 전문병원이 민간자선단체에서 소수의 무료병원을 운영하거나 보건소 망을 통해 가정간호 사업의 일환으로 운영되고 있다. 그러나 영세노인을 위한 체계적이고 적극적인 정책과 예산 확보가 앞으로의 과제라고 할 수 있다.

이에 본 연구자는 최근 보건소에서 가정간호의 대상이 되고 있는 영세노인들의 자기효능, 사회적지지, 우울과의 관계를 분석함으로써 영세노인들의 노년기 삶을 성공적이고 질적인 노년기 과정으로 향상시킬 수 있는 간호중재 방안의 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구문제 및 연구목적

본 연구는 영세 노인들의 자기효능, 사회적 지지, 우울과의 관계를 규명함으로써 영세 노인들에 대한 이해의

* 해천대학 간호과
** 동강대학 피부미용과

폭을 확대시키며 그들의 노년기 삶을 성공적이고 질적인 과정으로 향상시킬 수 있는 간호중재 방안의 기초 자료를 제공하기 위함이다.

따라서 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

- 1) 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 우울의 정도는 어떠한가?
- 2) 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 우울과는 어떤 상관관계가 있는가?
- 3) 영세노인들의 인구학적 특성에 따른 자기효능, 사회적지지 및 우울의 정도는 어떠한가?

위와 같은 연구문제를 해결하기 위해 다음과 같은 연구목적을 갖는다.

- 1) 자기효능, 사회적지지, 우울의 정도를 측정한다.
- 2) 자기효능, 사회적지지, 우울과의 상관관계를 분석한다.
- 3) 인구학적 특성에 따른 자기효능, 사회적지지, 우울의 정도를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 영세노인

일반적으로 노인이란 인구학이나 사회학 분야에서는 65세 이상을 노인으로 정의하고 있으나 우리 나라에서는 회갑을 기준으로 60세 이상을 노인으로 정의하기도 한다.

사전적 의미로 영세하다는 것은 ① 수입이 적고 생활이 곤색함 ② 작고 가늘어서 변변치 못함의 의미를 가지고 있으며 노인이란 늙은이, 노인 분이라는 의미를 가지고 있어 결국 영세 노인이란 수입이 적고 생활이 곤색한 노인 또는 변변치 못한 노인으로 해석할 수 있다.

본 연구에서 영세노인이라 함은 행정적으로 대전광역시에 거주하는 노인으로서 동사무소의 생활보호대상자이면서 대전광역시 5개 보건소 중 3개 보건소의 가정간호 사업의 대상이 되는 노인이다.

2) 자기효능

자기효능은 어떤 결과를 얻고자 하는 일련의 행동과정을 성공적으로 조작하고 수행해 낼 수 있는 개인의 능력에 대한 신념을 말한다. 즉 주어진 행동과정을 자기가 성공적으로 수행할 수 있는지 없는지에 대한 판단기능이다.

본 연구에서는 자기효능이란 김종임(1994)의 일반적 자기효능 도구를 이용하여 영세노인이 어떤 행동을 시작하고 끝마칠 때까지 노력을 지속하는데 필요한 의지와 어려운 일에 부딪혔을 때 필요한 자신감을 측정하는 것

로 일반적 상황과 관련된 구체적인 자신감을 말한다.

3) 사회적지지

사회적 결속을 통하여 개인의 사회적 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 지지로서 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃 등의 대인관계적 상호작용을 통하여 받는 물질적 정신적 도움을 말한다(Norbeck, et al., 1981).

본 연구에서 사회적 지지는 Brandt & Weinert (1981)가 개발한 Personal Resource Questionnaire (PRQ) Part II를 조광제(1989)가 번역한 것을 본 연구 대상자에게 적합하도록 수정 보완하여 측정하는 것으로 영세노인들이 지지원으로부터 받는 물질적 정신적 도움을 말한다.

4) 우울

우울은 다루는 학문 분야에 따라 서로 다른 의미를 갖지만(Kaplan & Sadock, 1985) 미국 정신질환 협회에서 제정한 정신질환 분류 DSM-III에 의하면 우울은 주요 정서장애의 하나로 죽음을 생각하거나 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕 감퇴와 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화 중 4가지가 2주간 지속될 때 우울증이라고 정의하고 있다.

본 연구에서 우울은 Zung의 자기보고식 우울 척도 (SDS)를 수정 보완하여 측정하는 것으로, 영세노인들의 정상우울상태중 심각성이 적고 일시적이며 주기적으로 나타나는 우울을 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 노년기 특성

일반적으로 노인이란 인구학이나 사회학 분야에서는 65세 이상을 노인으로 정의하고 있다. Neugarten은 노년기를 초기(55-64세), 중기(65-74세), 후기(75세 이상)로 분류하였으며 Havighurst는 노년기를 성숙기 후기(65세-사망)로 분류하였다. 송미순·하양숙(1995)은 노인 연령층을 다시 두 계층으로 구분하여 늙은 노인(old old, vulnerable old)은 75세 이상 노인을 의미하고 젊은 노인(young old)은 55-74세 연령층의 노인을 의미한다고 하였으며 우리 나라에서는 회갑을 기준으로 60세 이상을 노인으로 본다고 하였다. 그러나 Rubner는 50세부터를 노인으로 보기도 하였다(Butler, 1973).

흔히 노인은 가정이나 사회 및 국가에 더 이상 기여할 수 없는 무능한 존재로 생각하는 경우가 있다. 그러나 노인은 무능한 존재가 아니라 인생의 마지막 단계에서 성숙한 일생을 정리하는 유용한 존재이다. 다만 자신의 긴 인생 중에서 생산에 종사하지 않는 단계에 살고 있을 뿐이다. 아동과 청소년 역시 생산능력이 없고 또 생산에 참가하지 않지만 일반사회에서 냉대하지 않는다. 노인도 주어진 인생의 단계에서 가정과 사회에서의 적절한 역할을 수행함으로써 당당하고 떳떳한 여생을 마칠 권리가 있는 것이다.

일반적으로 노년기는 신체기능의 감소와 사회적 연결의 축소, 경제기반의 상실 등이 원인이 되어 심리적인 변화와 사회적인 관계까지도 제한을 받게 된다. 사회적 활동의 감소는 사물의 판단과 활동 방향을 외부보다 내부로 돌리는 행동양식을 갖게 하며 능동적이고 적극적인 문제 해결 보다 누군가의 도움을 받아 해결하려는 수동적 문제 해결 방식을 증가시킨다(Gutman, 1977). 그러므로 노인에게는 신체적 변화 못지 않게 자기효능과 사회적 지지는 노년기 삶을 풍요롭게 하기 위한 중요한 자원이 된다. 신체적 제약과 주위사람들의 관심 부족 혹은 경제적 여건 등으로 적절한 지지를 받지 못하면 결과적으로 우울, 좌절, 무력감, 무가치 감을 느끼게 되는 경우가 많다(김정순, 1991). 특히 노인들의 자기효능 상실, 사회적 지지원의 감소, 우울 경험 등은 노년기의 질적 삶을 위한 주요 변인으로 대두되고 있다(황보선, 1995; 권영은, 1990; 장미경, 1997).

노인의 역할 변화에 대한 성공적인 적응은 노인들의 긍정적 자아상 확립을 돕고 높은 수준의 성공적인 노화를 유지하게 한다. 노인으로서의 역할이행이 용이하도록 하는데 영향을 주는 요소로 Ebersole & Hess(1985)는 지지적인 환경을 제시하였다.

윤진(1985)이 제시한 노인들의 심리적 속성을 보면, 노인은 일상생활에서 융통성이 축소되어 어떤 태도나 의견 혹은 문제해결 방법에 이득이 없고 잘못된 행동이 아님에도 불구하고 옛 해결방법을 고집하는 행동경향을 보인다. 또한 노인이 될수록 행동이 더욱 조심스러워지는 경향도 두드러지는데 이는 자신의 체면을 손상시키지 않으려는 경향이 많기 때문이다. 노인일수록 오랫동안 사용해 온 물건과 대상에 대해 애착심이 증가한다. 이는 주변의 많은 변화에도 불구하고 자신과 자신의 주변은 변화하지 않는 것으로 보이려한다. 정상적으로 늙어 가는 노인은 사후의 흔적을 남기기 위해 자손을 낳고 재산,

유물, 독특한 기술, 토지, 보석 등을 후손과 친지에게 남겨주고자 한다. 특히 남자 노인은 수동적이고 위축되어 가며 여성 노인은 오히려 능동적이며 권위적이 된다고 하였다.

최근 노년기 삶을 성공적이고 질적인 과정으로 이해하기 위한 특별한 학문적 관심이 집중되고 있다. 노년기는 어느 연령보다도 외부로부터 받는 스트레스가 많은 반면 대응하는 능력은 감퇴되어 있어 신체적 사회적 심리적 문제 발생 가능성이 높다. 특히 노령화에 따른 노화 현상으로 인하여 신체적 기능저하와 만성퇴행성 질환으로 인한 건강문제의 판리가 증대한 문제로 대두되고 있다(조유향, 1992). 노년기의 신체적 변화는 감각기관의 기능저하와 근골격계, 비뇨기계, 위장관, 심혈관, 호흡기계, 내분비계 및 생식기계의 변화 등 신체전반에 걸친 기능저하와 퇴행으로 인한 질병의 증가가 두드러지게 나타난다.

우리나라 종합병원 외래 환자의 1/3과 입원환자의 27.2%가 60세 이상 노인(서울대학교 병원 연보, 1988)이며 60세 이상 노인 중 만성질환이 없는 노인이 51%, 1-2가지 만성질환을 보유한 사람이 47.7%, 3가지 이상이 1.3%로 제시되었다(한국인구보건연구원). 대부분 노인들은 여러 개의 만성질환을 가지고 있으나 현재와 같이 세부적이고 전문화 되어있는 의료조직에서 통합적인 치료를 받는 것은 쉽지 않다. 이러한 변화는 노인의 의료요구 증가와 함께 병원치료가 급성기 환자 치료에서 만성퇴행성질환 보유율이 높은 노인을 위한 병상 증가와 만성질환자에 대한 가정간호서비스와 같은 간호요구의 증가를 대비하여야 할 것이다.

2. 자기 효능(Self - Efficacy)

자기효능(Self - Efficacy)이란 Bandura(1977)에 의해 제안된 개념으로 어떤 결과를 얻고자 하는 일련의 행동과정을 성공적으로 조작하고 수행해 낼 수 있는 개인의 능력에 대한 신념을 말한다. 즉 주어진 행동과정을 자기가 성공적으로 수행할 수 있는지 없는지에 대한 판단가능이다.

Bandura(1977)는 기존의 심리학이 획득된 지식과 반응수행 사이의 상호관계를 도외시켰다는 지적에 대해 양자를 연계시키기 위하여 사회학습 이론에서 인간 행동의 주요 결정 인자로 자기효능 개념을 개발하였다. 그후 Bandura는 Adams, Beyer(1977)와 Hardy, Howells

(1980)와 함께 한 연구를 비롯하여 많은 연구에서 인간의 행동을 변화시키고 변화를 지속하는데 자기효능이 중요함을 제시하였고(Rosenstok, Strecher, Becker, 1988) Alber & Fretz(1988)는 노인들의 사회 심리적 능력을 예측할 수 있는 변수는 건강상태보다 자기효능이 더 큰 역할을 한다고 하였다.

자기효능은 인간의 행동방식, 사고유형, 정서반응에 영향을 미쳐 인간의 행위선택, 행위의 지속, 사고유형, 정서반응에 영향을 줄뿐만 아니라 자신의 미래에도 영향을 준다. 사람은 스스로 어떤 행동을 취할 것인가, 어느 정도 노력을 취할 것인가, 어려운 상황에 직면했을 때 얼마나 성공적으로 대처할 것인가 등 모든 행동을 결정한다. 이때 자기효능 정도가 낮아 스스로 무능력하다고 생각하는 사람은 실제이상으로 개인적인 결함에 집착하고 잠재적인 곤란을 상상하기 때문에 어려운 상황에 처했을 때 쉽게 포기하여 자신의 발전을 제한하는 등 행동수행이 방해를 받으며 과제에 적절한 주의를 기울이지 못하지만, 자기효능 정도가 높은 사람은 요구에 적절한 주의와 노력을 기울이며 장애에 직면했을 때 그것을 극복하기 위해 더 많은 노력을 기울이는 경향이 있다. 또 자기효능은 인과관계에 대한 사고에도 영향을 미쳐 자기효능 정도가 낮은 사람은 실패의 원인이 자신의 능력 부족으로 돌리는 경향이 있고 자기효능 정도가 높은 사람은 노력부족으로 돌리는 경향이 있다. 사람은 효능판단을 할 때 지각된 능력, 과제의 난이도, 노력의 정도, 성공 또는 실패의 패턴 등 여러 가지 단서를 고려한다.

또한 Bandura(1977)는 자기효능을 3가지 측면 즉 수준(Level) 측면, 강도(strength) 측면, 일반성(generality) 측면으로 분류하였다. 그는 자기효능은 단일개념이 아니라 세 가지 차원이 포함된 복합적인 개념이며 시간과 행동에 따라 계속 변화되어 나가는 역동적 개념이라고 하였다. 그러나 Jenkins(1988)는 이제 Bandura(1977)의 3가지 측면의 접근법은 전통적 측정 접근으로 간주하였다.

Bandura(1986)는 특히 인간행위의 선행요인 가운데 효능기대는 치료지시 이행 관련 행위를 예측할 수 있는 가장 강력하고 긍정적인 사회 심리적 변인으로 제시한 반면 결과기대는 행동에 큰 영향을 미치지 않는다고 하였다.

이외에 Bandura(1986)는 자기효능은 직접적인 성취 경험, 대리경험, 언어적 설득, 생리적 상태의 4가지 주요 자원들이 인지적인 평가 과정을 통해 통합함으로써 형성한다고 하였다. 그러나 이러한 정보는 그 자체로서는 별

의미가 없고 인지적인 평가과정을 통해 통합됨으로써 자기 효능을 증진시키기 위한 중재의 주요한 자원으로 활용되어진다.

Carole & Charles(1987)는 노화에 있어 자기효능, 사회적지지, 우울과의 관계 분석에서 노인의 자기효능이 사회적 지지에 직접 간접으로 영향을 미쳐 우울을 예방하며 노인의 사회 심리적 능력과 사회적 지지에 영향을 미치는 것으로 보았다.

3. 사회적 지지

사회적 지지에 대한 정의나 유형은 학자들에 따라 달리 정의되어 왔다. Caplan(1974)은 의지할 수 있는 사람, 돌봐주고 사랑하고 가치있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용 가능성이라고 정의하였으며, Cobb(1976)은 자신이 관심을 끌고 사랑 받으며 존중받고 가치 있는 사람이라고 느낄 수 있으며 의사소통과 상호책임의 지지망 속의 일원임을 믿게 하는 정보라고 정의하여 사회적 지지를 하나의 정보로 정의하였다. Norbeck(1981)는 사회적 지지란 사회적 결속을 통하여 개인의 사회적 욕구를 충족시켜줄 수 있는 지지로서 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃 등의 대인관계적 상호작용을 통하여 받는 물질적 정신적 도움이다. 또한 사회적 지지는 한 개인이 그가 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 모든 긍정적인 자원을 의미한다고 하여 도움과 자원으로서의 의미를 추가하였다. 한편 오가실의 6명(1994)이 연구한 Social Support의 한국적 의미에서는 한국인이 인식하고 있는 social support는 도움, 정, 은혜, 믿음의 요소를 포함하고 있었으며 외국문헌의 지지의 속성과 같지 않다고 하여 한국인이 인지하고 있는 사회적 지지의 속성에 대한 연구가 더 많이 이뤄져야 할 것을 촉구하였다. 그러나 점차 사회적 지지는 이론적으로 정의된 개념으로 받아들여지고 언어의 의미에서 저항감 없이 사용되어지고 있다고 하였다.

사회적 지지의 근원을 Cobb(1976)는 가족구성원, 직장동료, 지역사회, 전문직 종사자로 보고 인생의 종말이 가까울수록 사회적 지지는 대부분 가족 구성원으로부터 획득된다고 하였다. Norbeck(1981)도 배우자, 가족 또는 친척, 친구, 직장 또는 학교 동료, 이웃, 의료제공자, 상담자 또는 치료자, 성직자 등을 지지의 근원으로 제시하였다. 두 사람이 제시하고 있는 지원원들의 공통적인 것은 지지의 근원이 가족과 전문가, 동료라는 공통점이

있음을 알 수 있다. 노인의 경우 많은 지지원들 중에 가족의 지지가 중요한데 Norbeck(1981) 역시 노년기가 가까울수록 대부분 가족구성원이 지지원이 되며 가족의 친밀성이 없으면 불안, 우울이 나타난다고 하여 노인의 경우 가족지지의 중요성을 열거하였다. 윤진(1993)도 노인은 신체적 경제적 능력의 쇠퇴와 더불어 의존심이 증가하는 경향이 있는데 노인이 되어갈수록 자녀, 가족 혹은 친지에게 심리적으로 의존하는 경향이 있으며 노인들은 가족관계에서 감정적 유대관계를 중요시하고 특히 손자, 어머니, 아들을 가장 가까운 가족원 개념으로 보고 있다고 하였다.

사회적 지지의 유형에 대한 학자들의 의견은 각기 다르나 정서적 지지는 긴장상황에서 가장 효과적인 대처 자원이며(Cohn & Wills, 1985; 김희순, 1988; 정추자, 1992) 사건에 대한 최초의 부정적 영향을 감소시킬 수 있는 완충효과가 있으며 심리적 적응이나 건강에 긍정적 영향을 준다. 또한 사회적 지지는 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하며 Dean & Lin(1977)은 예기치 못한 생활변화에 대한 영향을 조절하는 역할을 함으로써 인간으로 하여금 평형을 이루게 하며 스트레스가 있을 때 덜 위축되고 신체, 정신적 건강을 유지한다고 하였다.

최근 사회적 지지가 계속되는 건강문제나 갈등을 증대하는 역할을 한다는 결과가 많아짐에 따라 중요한 사회심리적 변수로 대두되고 있다. Carole & Charles(1987)는 노화에 있어 자기효능, 사회적지지, 우울과의 관계 분석에서 노인의 사회적 지지는 우울을 예방한다고 하여 노인의 사회 심리적 능력에 영향을 미치는 것으로 보았다.

Norbeck(1981)는 적절한 사회적 지지는 건강증진에 긍정적 영향을 준다고 하였으며 사회적 지지는 많은 연구자들에 의해 개인의 심리적 신체적 건강과 밀접한 관계가 있으며 개인의 부정적 요소를 완화시키는 요인으로 연구되어 왔다(김시현, 지성애, 1985; 이숙자, 1993; Cohen & Hoberman, 1983; Dean & Lin, 1977; Kahn & Antonucci, 1981; Carole & Charles, 1987).

노인들은 신체적 측면뿐만 아니라 정서적 사회적 경제적 측면에 걸친 전반적인 사회적 지지나 자기효능 정도에 따라 삶의 질에 영향을 받게 된다.(Fish and Shelly, 1980) 권영은(1990)은 암환자를 대상으로 한 연구에서 사회적 지지가 삶의 질을 11.4% 설명하며 사회적 지지

가 높을수록 삶의 질이 높아진다고 하였다. 박인숙(1989)과 신미화(1996)의 연구에서도 노인은 사회적 지지가 많을수록 우울정도가 낮아지고 삶의 만족도와 고독감이 낮아지고 노인중에서 기혼이고 배우자 지지를 잘 받고 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 고독감이 낮아진다고 하였다. 최정아·서병숙(1992)은 노인들의 가족뿐만 아니라 친척 이웃 친구들과의 상호작용은 노인생활에 중요한 부분을 차지한다고 하였다.

King(1971)은 노인에 대한 지지간호는 대상자의 기본적인 사회적 욕구의 결핍을 하나의 건강문제로 지각하는 지지욕구에 대한 상호간 인지의 상호작용으로부터 시작된다고 하여 간호사의 대상자 이해가 지지간호 제공의 기본적인 조건으로 제시하고 있음을 알 수 있다.

4. 우 울

우울은 다루는 학문 분야에 따라 서로 다른 의미를 갖지만(Kaplan & Sadock, 1985) 미국 정신질환 협회에서 제정한 정신질환 분류 DSM-III에 의하면 우울은 주요 정서장애의 하나로 죽음을 생각하거나 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕 감퇴와 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화 중 4가지가 2주간 지속될 때 우울증이라고 정의하고 있다. 우울의 일반적으로 내인성 우울(endogenous depression)과 반응성 우울(reactive depression)로 분류하며 내인성 우울(endogenous depression)은 내적 과정에 대한 반응으로 발생되고 유전적 소인과 관계한다. 이에 반해 반응성 우울(reactive depression)은 유전적 소인이 없이 외적 사건에 기인된 것으로 (Baker, Hum, & Robertson, 1985; Garber & Seligman, 1980) 모든 우울의 약 75%는 외적 사건에 대한 반응으로 발생한다. 특히 학교나 사업의 실패, 사랑하는 사람의 죽음, 이별, 재정적 어려움, 신체적 질환, 노화 등이 반응성 우울의 원인이 되고 있어(Seligman, 1975) 노인의 경우 내인성 우울보다 반응성 우울에 더 많이 노출된다.

Beck(1967, 1976)와 Seligman(1975)은 우울증 환자의 치료와 연구를 통해 인간의 우울을 인지적, 동기적, 정서적 측면에서 이해하려고 노력한 가장 대표적인 인물로서 Beck(1967)는 우울반응을 생리학적 반응, 정서적 반응, 행동적 반응, 인지적 반응으로 분류하였다. 생리학적 반응으로 피로감·식욕상실·체중감소·성적욕미 감소·수면방해를, 정서적 반응으로는 낙담·애착상실·감

정의 상실·적절치 못한 감정·기쁨이나 즐거움의 상실·유쾌한 반응의 상실이라고 하였다. 또한 행동적 반응으로는 울음·게으름·무기력·정신지연·자살시도를 제시하였으며, 인지적 증상으로 부정적 기대·비관·부정적 자기평가·자기비난·우유부단·동기상실·자살사고 등을 들고 있다. 우울의 원인을 자신과 환경 그리고 미래에 대한 부정적 인지체계로 인식하고 우울을 경험하는 사람은 자기 자신, 자기를 둘러싸고 있는 환경 그리고 미래에 대한 부정적 사고를 갖는 등 자신에게 일어나는 일은 무엇이든 자기를 비난하는 방식으로 해석하는 경향이 있다고 하였다.

Lazarus(1976)는 우울을 나타내는 정서장애는 일상 생활에서의 슬픈 감정상태에서부터 심한 정신병적 상태까지를 연결하는 하나의 연속선으로 설명하였다. 특히 Jarvik(1976)는 연령증가에 따른 우울경향의 증가는 일반적인 현상으로 노년기 우울은 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터 고립, 일상 생활에 대한 자기통제 불가능, 지나온 세월에 대한 자기 회환 등에 기인한 것으로 전반적으로 우울 경향이 증가한다고 하였다.

Silver & Wortman(1980)는 개인의 대처능력을 넘어서는 스트레스나 욕구의 좌절은 강화체계의 기능적 통합성을 붕괴시키고 결국 우울을 발생시킨다고 하였다. 그러나 정상우울상태는 심각성이 적고 일시적이며 주기적으로 나타나는 것으로 자연스럽게 일어나는 감정의 한 형태로 인류가 당면하는 가장 빈번한 증상중의 하나라고 할 수 있다(한주량, 1986).

노인의 신체적 심리적 사회적 스트레스 정도는 우울증가의 주요 변수이며 심한 우울은 불면증, 체중감소, 감정적 무감각, 강박관념, 증오심 등을 야기한다. 우울은 감각장애나 신체장애가 있을 때 노인에서 가장 일어나기 쉬운 부정적 반응이지만 중재가 가능한 심리적 장애이다. 노인에서 우울은 신체적 기능장애가 인지기능 장애가 있을 때 더욱 심하며 사회적 지지나 경제력이 있을 때 감소하는 경향이 있다.

Erikson은 60대 이후 노년기를 자아통합 대 절망단계로 제시하였다. 노인들은 지나간 과거의 삶이 만족스럽고 의미있는 인생이었을 때 자아 통합감을 가지며 인생이 무의미하거나 성공할 기회를 놓쳐 다시 시작하기에는 때가 늦었다고 생각할 때 절망감이 나타나 우울증 경향이 나타난다.

노년기 성격 특성의 일반적인 변화를 윤진(1993)은

우울 경향의 증가, 내향적 성격과 수동적 행동 양상의 증가, 남녀 성 역할의 변화, 융통성의 감소, 조심성의 증가, 애착심과 의존성의 증가, 유산을 남기려는 경향 증가 등을 제시하고 있어 노인에게서 우울은 노년기의 과제로 볼 수 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 영세노인들이 지각하는 자기효능과 사회적 지지 및 우울과 어떠한 관계가 있는지를 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상 및 자료 수집 기간

본 연구의 대상은 대전광역시 5개 보건소 중 3개 보건소에 거주하고 있는 영세노인들로 이들은 보건소의 가정간호사업의 대상이 되고 있는 노인들 중 실제 연구 대상이 된 노인은 42명이었다. 수집방법은 사전에 훈련 받은 간호학생들이 노인들의 시력이나 문장 이해력을 감안하여 이해하기 쉽게 측정도구를 읽거나 설명을 한 뒤 연구 대상자 자신의 느낌을 답하도록 하였다.

자료수집기간은 1999년 9월 27일부터 10월 23일까지로 27일간이었으며 자료수집기간 중 가정간호 사업 수행 중 만난 영세노인 중 언어적 비언어적 의사소통이 가능하고 연구에 참여하기로 허락한 노인들을 대상으로 하였다.

수집된 질문지 47개중 응답자가 응답도중 거부하거나 일부 기재가 미비한 질문지 5개를 제외한 42명의 자료를 중심으로 분석하였다.

3. 연구도구

1) 자기효능 측정도구

김종임(1994)의 일반적 자기효능 도구를 참조하여 본 연구대상자에게 적합하도록 수정 보완하여 사용하였다. Likert 5점 척도로 측정하였으며 정말 그렇다를 5점, 대체로 그렇다를 4점, 그저 그렇다를 3점, 대체로 그렇지 않다를 2점, 정말 그렇지 않다를 1점으로 하였다. 점수가 많을수록 자기효능정도가 높은 것으로 점수가 낮으면 낮을수록 자기효능정도가 낮은 것을 의미한다.

본 연구도구의 Cronbach Alpha 계수는 .8297이었다.

2) 사회적지지 측정도구

Brandt & Weinert(1981)가 개발한 Personal Resource Questionnaire(PRQ) Part II를 조광제(1989)가 번역한 것을 본 연구대상자에게 적합하도록 수정 보완하여 사용하였다. Part II는 관계제공 기능 25 문항과 자기의존정도(Self Help Ideology: SHI) 5문항으로 되어 있어 총 30문항으로 구성되어 있다. 관계제공기능은 친밀감, 사회적 통합, 가치의 확산, 도움과 지도, 양육의 기회가 각각 5문항씩 25문항으로 구성되어 있다. SHI의 5문항은 관계제공 기능과 상반되는 개념으로 관계제공기능의 구조적 타당성을 확인하기 위해 포함 되어 있다.

본 연구에서 Likert 5점 척도로 측정하였으며 정말 그렇다를 5점, 대체로 그렇다를 4점, 그저 그렇다를 3점, 대체로 그렇지 않다를 2점, 정말 그렇지 않다를 1점으로 하였다. 점수가 많을수록 사회적 지지정도가 높은 것으로 점수가 낮으면 낮을수록 사회적 지지정도가 낮은 것을 의미한다. 본 연구도구의 Cronbach Alpha 계수는 .9187이었다.

3) 우울 측정도구

Zung의 자기보고식 우울 척도(SDS)를 수정 보완하여 사용하였다. Likert 5점 척도로 사용하여 정말 그렇다를 5점, 대체로 그렇다를 4점, 그저 그렇다를 3점, 대체로 그렇지 않다를 2점, 정말 그렇지 않다를 1점으로 하였다. 점수가 많을수록 우울 정도가 높은 것으로 점수가 낮으면 낮을수록 우울정도가 낮은 것을 의미한다. 본 연구도구의 Cronbach Alpha 계수는 .8887이었다.

4. 자료 분석 방법

자료분석 방법은 SPSSWIN program을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타냈으며 각 변수간의 상관관계는 다변량분산분석(ANOVA), Pearson Correlation으로 분석하였다.

IV. 결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상인 영세노인들의 일반적인 인구사회학적 특성은 다음과 같다(표-1 참고).

영세노인들의 연령별 분포는 60-69세(47.6%), 70-79세(23.8%) 노인이 주 대상자이었다.

성별분포는 남자노인이 28.6%, 여자노인이 71.4%로 여자 노인이 많았다. 노년기 인구에서 여성이 남성보다 차지하는 비율이 큰 것은 여성의 평균수명이 남성보다 긴 것이 주원인이고 이는 어느 나라에서나 나타나는 현상이다. 즉 노인문제는 노년기 여성의 문제라고 까지 표현할 수 있다.

종교분포는 불교 35.7%, 종교 없음 28.6%, 기독교 26.2%의 순이었다.

배우자의 분포는 배우자가 있는 노인이 35.7%, 배우자가 없는 노인이 64.3%(사별 54.8%, 이혼 7.1%, 기타 2.4%)로 배우자가 없는 노인이 더 많았으며 이 경우 사별이 가장 큰 원인이었다.

자녀의 분포는 아들이 있는 경우가 73.8%, 딸이 있는 경우가 66.7%, 무자녀도 7.1%나 되었다. 거주형태 분포는 독거 노인 45.2%, 배우자와 동거 23.8%, 자녀와 동거 31%로 영세노인의 경우 독거노인이 많았다. 경제상태에 대한 주관적인지를 묻는 물음에 보통이다 42.9%, 나쁜 편이다 31.0%로 응답하였다. 건강상태 분포는 좋은 편이다 23.8%, 보통이다 26.2%, 나쁜 편이다 35.7%로 응답하였다. 본 연구에서 영세노인들은 경제상태는 나쁘다고 생각하는 한편 건강상태는 경제보다 긍정적으로 보는 경향이 있었다. 1989년 한국갤럽조사에 의하면 노인인구의 약 64.5%가 경제적 어려움을 느낀다고 응답하였다.

교육정도는 무학 57.1%, 국졸 21.4%, 고졸11.9%의 순이었으며 현재 우리 나라 노인들은 극소수를 제외하고는 충분한 교육의 기회를 갖지 못했다. 이는 특히 여성노인의 경우 두드러지는데 과거 여성교육에 대한 부정적 가치관과 경제적 빈곤이 영향을 주었다. 1989년 인구보건연구원에 따르면 우리 나라 노인의 60%가 무학이며 특히 여성노인은 73.7%의 높은 비율을 나타낸 것과 비교할 때 본 연구의 대상자 중 무학이라고 응답한 대상자의 비율이 높은 것은 노인의 교육기회를 잘 대변해 주고 있다.

〈표-1〉 대상자의 인구사회학적 특성

내 용	구 분	빈 도	%
연 령	50-59	7	16.7
	60-69	20	47.6
	70-79	10	23.8
	80이상	5	11.9
성 별	남자	12	28.6
	여자	30	71.4
종 교	기독교	11	26.2
	천주교	4	9.5
	불교	15	35.7
	없다	12	28.6
배우자	있다	15	35.7
	사별	23	54.8
	이혼	3	7.1
	기타	1	2.4
자 녀	아들있음	31	73.8
	아들없음	11	26.2
	딸 있음	28	66.7
	딸 없음	14	33.3
	무자녀	3	7.1
거주형태	독거	19	45.2
	배우자와 동거	10	23.8
	자녀와 동거	13	31.0
경제상태	매우좋다	0	0
	좋은편이다	4	9.5
	보통이다	18	42.9
	나쁜편이다	13	31.0
	아주나쁘다	7	16.7
건강상태	매우좋다	1	2.4
	좋은편이다	10	23.8
	보통이다	11	26.2
	나쁜편이다	15	35.7
	아주나쁘다	5	11.9
교 육	무학	24	57.1
	국졸	9	21.4
	중졸	2	4.8
	고졸	5	11.9
	대졸	2	4.8
		42	100.0

2. 영세노인들의 자기효능, 사회적지지, 우울 점수 비교

본 연구에서 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 우울의 점수를 분석한 결과는〈표-2〉와 같다. 전체 자기효능점수는 최저 17점에서 최고 85점이며 본 연구에서 영세노인들의 자기효능 평균점수는 55.92점(SD±11.84)이었다. 전체 사회적지지 점수는 최저 25점에서 최고 125점이며 본 연구에서 영세노인들의 사회적지지 평균점수는 86점(SD±18.43)이었다. 또한 전체 우울점수는 최저 20점에서 최고 100점이었으며 본 연구에서 영세노인들의 우울 평균점수는 60.31점(SD±15.61)으로 분석되었다.

〈표 2〉 영세노인들의 자기효능 사회적지지 우울 점수

	자기효능	사회적지지	우울
Mean	55.92	86.00	60.31
SD	11.84	18.43	15.61

3. 영세노인들의 자기효능, 사회적지지, 우울과의 상관관계

본 연구에서 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 우울과의 상관관계를 분석한 결과 영세노인들의 자기효능은 사회적 지지와 순상관관계($r = .361, p < .05$)를 나타냈으며, 우울과는 역상관관계($r = -.182$)를 나타냈다. 사회적 지지와 우울과의 관계도 역상관관계($r = -.640, p < .01$)를 나타냈다(표 3 참고). 이 결과는 최연희(1998)의 연구와 같은 맥락으로 최연희의 연구에서도 자기효능과 사회적지지가 순상관관계에 있는 것으로 나타났다.

〈표 3〉 영세노인들의 자기효능 사회적지지 우울과의 상관관계

	자기효능	사회적지지	우울
자기효능	1.000		
사회적지지	.361*	1.000	
우울	-.182	-.640**	1.000

*. $p < .05$, **. $p < .01$

4. 영세노인의 일반적 특성과 자기효능·사회적지지·우울의 정도 비교

본 연구에서 영세노인들의 일반적 특성에 따른 자기효능과 사회적지지 및 우울 정도를 비교 분석한 결과는 다음과 같다(표 4 참고).

노인의 연령에 따른 분석에서 자기효능 점수가 60대(59.00±10.64), 70대(59.71±13.00) 노인에게서 높고 80대(49.00±30.61) 노인에게서 두드러지게 낮았으며 사회적 지지점수는 50대(93.43±20.48)가 가장 높고 80대(70.33±28.15)가 가장 낮았다. 그러나 우울 점수는 50대(53.43±16.56) 젊은 노인과 70대(56.43±16.23)가 낮고 80대(72.67±12.66)노인이 가장 높은 것으로 분석되었다. 50대의 젊은 노인이 사회적 지지를 가장 많이 받으면서 자기효능이 낮은 것은 가족부양의 과중한 책임과 직장에서의 스트레스로 인한 자신감의 저하로 사료된다. 그러나 가족부양 등 사회적 책임이 덜

하고 신체적 건강이 어느 정도 유지되는 60대와 70대 노인들은 자기효능과 사회적지지 점수가 높고 우울점수가 낮은 경향을 가진 것으로 분석되었다.

노인의 성별에 따른 자기효능 점수는 남녀간에 큰 차이가 없는 것으로 조사되었으나 사회적 지지와 우울 점수는 남녀간에 차이가 있는 것으로 분석되었다. 남자노인은 여자노인보다 자기효능(57.60±11.78)과 사회적 지지(95.10±13.42) 점수가 높는데 비해 우울점수(48.50±13.31)가 낮은 것으로 조사되어 가족 내에서 여자 노인보다 남자노인이 더 많은 지지를 받고 있는 것으로 분석되었다. 성별에 따른 우울(p<.01)은 유의한 것으로 분석되었다.

노인의 종교와 관련된 각각의 점수차이는 두드러진 경향은 없으나 기독교인이 우울점수(58.30±17.33)가 가장 낮고 천주교인이 자기효능이 가장 높으며 불교인이 사회적 지지를 가장 많이 받는 것으로 분석되었다. 종교가 있는 노인들에 비해 종교가 없는 노인들은 자기효능과 사회적지지 점수가 낮고 우울점수가 높은 경향을 나타냈다.

노인의 배우자 유무에 따른 분석에서 배우자의 유무는 자기효능, 사회적지지, 우울점수에 영향을 준 것으로 분석되었는데 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인보다 자기효능, 사회적 지지 점수가 높고 우울점수가 낮은 것으로 조사되었다. 반면 배우자와 이혼한 노인은 사별한 노인보다 자기효능과 사회적지지 점수가 낮고 우울 점수가 높게 나타났다. 사회적 지지(p<.01)와 우울(p<.001)은 유의한 것으로 분석되었다.

노인과 자녀수와의 관계를 분석한 결과 많은 자녀(5명)를 가진 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 자기효능(69.00±13.75)과 사회적지지(112.33±9.29) 점수가 가장 높았으며 우울점수(34.00±13.89)가 크게 낮은 것으로 조사되었다. 그러나 1명의 자녀를 가진 노인이

자기효능(48.00±1.00)과 사회적 지지(62.67±21.50)가 가장 낮고 우울점수(75.00±9.54)가 가장 높은 것으로 조사되었다. 이는 자녀에 대한 절대적 의존의 역기능적 결과로 추론된다. 자녀가 없는 노인은 1명의 자녀를 가진 노인보다 오히려 사회적지지 점수와 사회적지지 점수가 높고 우울점수가 낮은 것으로 분석되었다. 사회적 지지(p<.001)와 우울(p<.01)은 유의한 것으로 분석되었다.

노인의 자녀와 관련된 분석에서 자녀가 있는 노인이 자녀가 없는 노인에 비해 사회적지지 점수가 많이 높았으며 우울 점수가 낮은 것으로 조사되었다. 아들이 있는 경우 아들이 없는 경우에 비해 사회적지지 점수(93.08±13.16)가 매우 높게 나타났는데 (p<.001)가 유의한 것으로 분석되었다. 이는 가부장제도 안에서 아들에게 의존하는 노인들의 심리적 특성을 고려할 때 아들이 중요한 지지원임을 알 수 있다.

노인들의 거주형태를 분석한 결과 독거하는 노인이 사회적지지 점수(75.54±18.21)가 가장 낮고 우울 점수(68.69±12.02)가 가장 높은 것으로 조사되었다. 또한 배우자와 동거하는 노인이 사회적지지 점수가 가장 높고 우울점수가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이는 가족 구성원 중 배우자가 사회적 지지나 우울과 관련한 가장 중요한 요인임을 추론할 수 있다. 사회적 지지(p<.05)와 우울(p<.01)은 유의한 것으로 조사결과 분석되었다.

노인들의 교육정도에 따른 분석 결과 학력이 높을수록 노인들이 자기효능 점수, 사회적지지 점수가 높고 우울 점수가 낮은 경향으로 분석되었다. 대졸의 학력을 가진 노인은 자기효능(70.00±19.80) 점수와 사회적 지지(104.50±3.54) 점수가 가장 높고 우울(31.50±9.19) 점수가 가장 낮은 것으로 조사되었다. 학력이 가장 낮은 무학의 경우 자기효능(52.47±11.78) 점수와 사회적 지지(77.18±18.24) 점수가 가장 낮았다.

<표 4> 일반적 특성에 따른 자기효능 사회적지지 우울 점수 비교

특 성	자기효능			사회적지지			우 울		
	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P
연 령									
50-59	52.57±15.75	.998	.408	93.43±20.48	1.124	.356	53.43±16.56	1.268	.305
60-69	59.00±10.64			85.53±18.65			61.67±15.06		
70-79	59.71±13.00			89.29±12.22			56.43±16.23		
80↑	49.00±3.61			70.33±28.15			72.67±12.66		
성 별									
남 자	57.60±11.78	.060	.809	95.10±13.42	3.106	.088	48.50±13.31	9.537	.004**
여 자	56.45±12.53			82.82±19.99			64.86±14.14		

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 자기효능 사회적지지 우울 점수 비교(계속)

특 성	자기효능			사회적지지			우 울		
	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P
종 교									
기독교	60.00±14.69	.583	.631	88.80±17.71	.350	.789	58.30±17.33	.340	.797
천주교	61.00±9.54			80.33±33.50			68.67±20.84		
불교	55.22±12.67			90.22±12.86			58.89±13.20		
없음	53.80±9.87			83.20±21.77			59.30±16.32		
배우자									
있 다	61.07±9.86	1.902	.167	98.00±14.86	6.086	.006**	48.93±13.38	8.962	.001**
사 별	54.00±13.14			78.29±17.52			68.12±12.22		
이 혼	45.00			70.00			69.00		
자 녀									
없 다	59.60±11.93	1.172	.352	67.60±14.50	6.867	.000**	67.20±11.88	3.665	.010**
1 명	48.00±1.00			62.67±21.50			75.00±9.54		
2 명	51.25±12.04			89.50±8.50			59.25±10.24		
3 명	60.00±15.78			88.00±15.36			66.00±12.74		
4 명	53.29±8.58			99.57±7.68			52.86±13.85		
5 명	69.00±13.75			112.33±9.29			34.00±13.89		
6 명	57.00±10.82			79.67±11.15			60.00±15.62		
자 녀									
아들있음	59.99±11.93	1.569	.211	93.08±13.16	4.030	.011*	55.28±18.63	.945	
아들없음	58.00±11.51			68.38±20.58			67.88±13.96		
딸 있음	56.67±12.32	.023	.995	90.32±19.11	1.546	.224	56.95±15.64	2.539	
딸 없음	57.20±13.36			79.30±16.31			65.20±10.81		
거주형태									
독 거	53.85±11.78	.646	.532	75.54±18.21	4.853	.015*	68.69±12.02	6.488	.005**
배우자동거	58.56±11.56			96.22±15.49			47.67±16.42		
자녀와동거	59.10±13.44			92.50±16.27			59.00±12.40		
교 육									
무 학	52.47±11.78	1.565	.212	77.18±18.24	3.528	.019*	67.12±11.09	5.572	.002**
국 중	61.14±10.96			98.86±15.33			53.71±16.73		
중 중	58.00±16.97			83.00±12.73			69.00±16.97		
고 중	60.50± 5.00			98.50±10.79			48.50± 7.33		
대 중	70.00±19.80			104.50± 3.54			31.50± 9.19		

* p< .05, ** p< .01

5. 영세노인의 지각된 경제, 건강요인과 자기효능· 사회적지지·우울의 정도 비교

본 연구에서 영세노인들이 지각한 주관적인 경제, 건강, 질병상태에 따른 자기효능 사회적지지 우울 정도를 분석한 결과 주관적으로 인지한 경제상태와 건강이 좋을 수록 사회적지지 점수가 높고 우울 점수가 낮은 것으로 조사되었다. 사회적지지(p< .05), 우울(p< .01)은 유의한 것으로 분석되었다(표 5참고).

V. 결론 및 제언

본 연구의 대상은 대전광역시에 거주하고 있는 영세노인들로 대전광역시의 5개 보건소 중 3개 보건소의 가정간호사업 대상 노인들 중 무작위로 추출한 42명의 노인이 대상이었다. 자료수집은 간호학생들이 이해하기 쉽게 측정도구를 읽거나 설명을 한 뒤 연구 대상자 자신의 느낌을 답하도록 하였다. 자료수집은 1999년 9월 27일부터 10월 23일까지로 27일간이었으며 SPSSWIN program

(표 5) 영세노인의 경제와 건강에 따른 자기효능 사회적지지 우울 점수 비교

특 성	자기효능			사회적지지			우 울		
	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P	M±SD	t or F	P
주관적 경제상태									
매우좋다	0	1.245	.312	0	3.957	.018*	0	1.686	.193
좋은편이다	62.33±19.30			101.00±6.56			46.33±26.50		
보통이다	55.27±10.61			93.13±16.39			57.53±13.75		
나쁜편이다	52.63±12.14			82.50±15.11			62.00±14.76		
아주나쁘다	63.50±11052			68.83±21.54			69.00±13.33		
주관적 건강상태									
매우좋다	84.00	1.678	.184	102.00	.810	.530	25.00	5.389	.003*
좋은편이다	54.00± 9.55			93.13±16.74			50.25±15.43		
보통이다	58.82±13.68			88.18±14.91			60.00±9.85		
나쁜편이다	54.63± 8.58			79.38±22.77			64.25±14.93		
아주나쁘다	54.50±14.39			80.25±26.18			77.75±3.95		

을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타냈으며 각 변수간의 상관관계는 다변량분산분석(ANOVA), Pearson Correlation으로 분석하였다.

본 연구에서 밝혀진 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 연구대상인 영세노인들의 연령별 분포는 60대(47.6%), 70대(23.8%) 노인이 주 대상자이었다. 성별분포는 남자노인이 28.6%, 여자노인이 71.4%로 여자 노인이 많았다. 배우자가 있는 노인(35.7%)보다 배우자가 없는 노인(64.3%)이 더 많았으며 이 경우 사별(54.8%)이 가장 큰 원인이었다. 전체 노인 중 자녀를 가진 노인은 무자녀(7.1%)를 제외한 92.9%이었다. 거주형태는 독거노인 45.2%, 배우자와 동거 23.8%, 자녀와 동거 31%로 영세노인의 경우 독거노인이 많았다. 영세노인들은 경제상태는 나쁘다고 생각하는 한편 건강상태는 경제보다 긍정적으로 보는 경향이 있었다. 교육 정도는 무학 57.1%, 국졸 21.4%, 고졸11.9%의 순이었다.

2. 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 4 우울의 평균점수를 분석한 결과 자기효능 점수는 (55.92±11.84), 사회적지지 점수는 (86.00±18.43), 우울 점수는 (60.31±15.61)으로 분석되었다.

3. 영세노인들의 자기효능과 사회적지지 및 우울과의 상관관계를 분석한 결과 영세노인들의 자기 효능은 사회적 지지와 순상관관계($r = .361, p < .05$)를 나타냈으며, 우울과는 역상관관계($r = -.182$)를 나타냈다. 사회

적 지지와 우울과의 관계도 역상관관계($r = -.640, p < .01$)를 나타냈다.

4. 본 연구에서 영세노인들의 일반적 특성에 따른 자기효능과 사회적지지 및 우울정도를 비교하여 유의하게 나온 결과는 다음과 같다.

남자노인은 여자노인보다 우울점수가 낮고($p < .01$) 배우자의 유무는 사회적지지 점수($p < .01$)와 우울점수($p < .001$)에 영향을 준 것으로 분석되었다. 많은 자녀를 가진 노인이 높은 사회적 지지점수($p < .001$)와 낮은 우울점수($p < .01$)를 경험하는 것으로 조사되었다. 특히 아들이 있는 경우 사회적지지 점수가 높게 나타났다. ($p < .001$) 노인들의 거주형태를 분석한 결과 독거하는 노인이 사회적지지 점수($p < .05$)가 낮고 우울점수($p < .01$)가 높은 것으로 조사되었다. 반면 배우자와 동거하는 노인이 사회적지지 점수($p < .05$)가 가장 높고 우울점수($p < .01$)가 가장 낮은 것으로 나타났다. 학력이 높은 노인일수록 자기효능과 사회적지지 점수가 가장 높고 우울점수가 가장 낮은 것으로 조사되었다. 영세노인 중 주관적으로 인지한 경제상태가 좋을수록 사회적지지 점수($p < .05$)가 높고 우울 점수가 낮은 것으로 조사되었다. 노인들은 자신의 건강이 좋다고 느낄수록 사회적지지 점수가 높고 우울점수($p < .01$)가 낮은 경향을 나타냈다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 영세노인들의 자기효능, 사회적지지, 우울의 상관관계와 정도를 토대로 보건소 가정간호사업 수행시 영세

노인들의 질적 삶을 위해 간호중재법을 개발할 필요가 있다.

2. 영세 노인들을 위한 중앙정부 및 지방정부의 재정적·제도적 지원 정책의 강화가 필요하다.

참 고 문 헌

- 구미옥 외 4인 (1994). 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련 연구의 분석. 대한간호학회지, 24(2), 278-297.
- 권영은 (1990). 암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김시현, 지성애 (1985). 노인의 사회적 지지와 건강상태와의 관계 분석. 중앙의대지, 10(1), 123-142.
- 김정순 (1991). 노인의 사회적 지지와 신체적 건강상태의 관계에 관한 연구. 대동간호 전문대학 논문집, 제 7호.
- 김희순 (1988). 정서·정보적지지 모음이 만성질환아 어머니의 스트레스에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박인숙, 오경옥, 김종임 (1989). 노인의 사회적지지 삶의 만족도 우울의 관계 분석 연구. 충남의대 잡지, 16(1).
- 서울대학교 병원 (1988). 서울대학교 병원 연보.
- 송건용 (1994). 노인보건을 위한 정책 과제. 21C 노인을 위한 복지 건강 의료 심포지움.
- 송미순, 하양숙 (1995). 노인간호학. 서울대학교 출판부.
- 신미화 (1996). 전북대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 오가실, 서혜미, 이선옥, 김정아, 오경옥, 정추자, 김희순 (1994). Social Support의 한국적 의미. 대한간호학회지, 24(2), 264-277.
- 이숙자 (1993). 지지적 간호 행위가 혈액투석 환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 양주동 (1986). 현대 국어대사전, 일종당.
- 윤진 (1985). 성인·노인 심리학. 중앙적성출판사.
- 장미경, 김경희, 정연강 (1997). 유전자 치료를 받는 암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구. 지역사회간호학회지, 8(1), 74-88.
- 정추자 (1992). 사회적지지 모음이 뇌·척수 손상환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 조유향 (1992). 노인보건, 현문사.
- 최연희 (1998). 일부 도시 농촌 노인의 일상생활 활동, 자기효능 및 사회적 지지에 관한 연구. 지역사회간호학회지, 9(2), 374-383.
- 최정아, 서병숙 (1992). 도시노인의 사회적 지원망에 관한 연구. J. of the Korea Gerontological Society, 12(1), 65-78.
- 한국인구보건연구원 (1989A). 노인 단독가구 실태에 관한 연구. 100.
- 한주랑 (1986). 척수손상 환자의 우울과 신체상과의 관계 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 황보선 외 8인 (1995). 현상학적 접근을 통한 노인의 삶의 경험. 지역사회간호학회지, 6(2), 133-160.
- Abler, R. M., & Fretz, B. R. (1988). Self-efficacy and competence in independent living among oldest old persons. J. of Gerontology, 43(4), 138-143.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action, a social cognitive theory. New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Bandura, A., & Adams, A. E. (1977). Analysis of self efficacy theory of behavioral change. Cognitive therapy and research, 1(4), 287-310.
- Bandura, A., & Adams, A. E. Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. Journal of Personality and Social Psychology, 35(3), 125-139.
- Bandura, A., & Adams, A. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Test of the generality of self efficacy theory. Cognitive therapy and research, 4, 39-66.
- Baker, P., Hum, A., & Robertson, W. (1985). Psychological theory in affective disorders. Nursing Mirror, 160(22), 34-36.
- Beck, A. T. (1967). Depression : care and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press.
- Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1973). Aging and Mental Health. St. Louis : C. V. Mosby Co, 5.
- Caplan, G. (1974). Support system and community mental health. New York, Human Sciences Press.
- Carole, K. H., & Charles, J. H. (1987). Self-efficacy, Social Support and Depression in Aging : A Longitudinal Analysis. J. of Gerontology, 42(1), 65-68.
- Cobb, S. (1976). Presidential address-1976. Social support as a moderate of life stress. Psychosom Med. 38, 300-314, Sept-Oct.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change. Social Psychology, 13, 99-125.
- Cohn, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357.
- Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. Journal of Nerv. & Ment. Disease, 165(6), 403-417.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1985). Toward Healthy Aging(2nd ed.)St. Louis: Mosby.
- Fish, S., & Shelly, J. A. (1980) The Nursing Personal Spiritual Resources. Spiritual Care.
- Garber, J., & Seligman, M. E. P. (1980). Human helplessness. New York, Academic Press.
- Greywolf, E. S., & Reese, M. F. (1980). Stressed mother's syndrome: How to short circuit the stress-depression cycle. Behavioral Medicine, 7(11):12-18.
- Gutman, D. (1977). The Cross-Cultural Perspective : Notes toward a comparative psychology of aging. In J. E. Birren., & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the Psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Jarvik, L. F., (1976), Aging and depression: Some unanswered questions. Journal of Gerontology, 31, 324-326.
- Jenkins, L. S. (1988). Self-efficacy theory : Overview and measurement of key components. Cardiovascular Nursing, 24(6), 36.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1981). Convoys over the life course : attachment, role and social support in batles P.R. Brim : Life-span development and behavior. New York Academic Press in Press, 3.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1985). Major affective disorders, modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry IV. Williams & Wilkims(4th, ed.), 238-254.
- King, I. M. (1971), Toward a theory for nursing. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lazarus, R. S. (1976). Patterns of adjustment. New York, Mc Graw-Hill.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The Development of an Instrument to Measure Social Support. Nursing Research, 30(5), 264-269.
- Rosenstok, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly, summer, 175-183.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness : on depression development and death. San Francisco, W.H/Freeman.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980) Coping with undesirable life event. in J. Garber and M.E.P. Seligman(Ed.) Human Helplessness : Theory and application. New York, Academic Press.
- Zajicek, E., & Desalis, W. (1980). Depression in mothers of young children. Journal of the Royal Society of Medicine, 71, 489-493.

- Abstract -

key concept : Self-Efficacy, Social Support,
Depression

The Relationship Among Self-Efficacy, Social Support and Depression of The Poor Elderly

Song, Nam Ho · Kim Sun Mi***

The elderly population will increase from 5.8% in 1996 to 12.5% in 2020. The related problems of health will also become a very important issue in the future. Therefore, it is important to address the problems of geriatric nursing and geriatric health.

The purpose of this study was to examine the relationship among self-efficacy, social support and depression of the poor elderly.

The subjects of this study were 42 poor elderly in Tae Jeon city. The data were analyzed by the SPSSWIN computer program and include AONVA, Pearson Correlation, frequency analysis. The Cronbach Alpha of self-efficacy tools was .8297, social support tools was .9187 and depression tools was .8887.

The data were collected through personal interviews using a questionnaire from September 27 to October 23, 1999.

The conclusion of this study are summarized as follows :

1. There were mean scores for self-efficacy at 55.92 ± 11.84 for social support 86.00 ± 18.43 and for depression 60.31 ± 15.61 .

2. There was a significant positive correlation between self-efficacy and social support ($r = .361, p < .05$) in the poor elderly. There was a significant negative correlation between social support and depression ($r = -.640, p < .01$), self-efficacy and depression ($r = -.182$) in the poor elderly.

3. In a significant test in the general characters of the subjects and in the higher social support level, we obtained the following results : living with partner is, have son is, living family members is, the higher economic level is.

4. In a significant test in the general characters of the subjects and in the lower depression level, we can obtained the following results : The old man is, living with partner is, living family members is, the higher economic level is, the higher health level is.

* Hye Chon College, Dept. of Nursing

** Dong Kang College, Dept. of Cosmetology