

재가노인의 우울증 예방 프로그램 개발과 효과성 연구

사회복지관 이용노인을 중심으로

김미혜·정순돌·이금룡 **

본 연구의 목적은 재가노인의 우울증을 예방하기 위한 프로그램을 개발하고 그 효과성을 검증하는 데 있다. 재가노인의 특성과 그들의 대인관계 특성이 우울증을 유발하는 요인이 될 수 있다는 선행연구를 토대로, 노인의 자아통제감을 회복시켜 삶을 긍정적으로 바라보고 대인관계를 개선할 수 있는 우울증 예방프로그램을 개발하였다. 프로그램 개발의 이론적 배경은 사회인지이론에 기초하고 있으며, 사회프로그램과 단학으로 구성되었다. 비동일 통제집단설계를 사용해 효과성을 검증하였는데 사용된 도구는 우울증 척도와 호르몬 테스트였다. 우울증 경계선상에 있는 18명의 재가노인에게 프로그램을 실시한 결과 사전 사후 점수 간에 유의미한 차이를 보여 개발된 프로그램이 우울증을 예방해주는 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 18명의 노인이 프로그램이 끝날 때까지 지속적으로 참여하여 프로그램이 성공적이었음이 판명되었다.

* 본 연구는 보건복지부 건강증진 연구기금의 지원에 의해 연구되었습니다.

** 김미혜 : 이화여자대학교 사회복지학과 교수.

정순돌 : 서울신학대학교 사회복지학과 교수.

이금룡 : 상명대학교 가족복지학과 교수.

1. 서론

우울증은 노년기에 나타나는 가장 흔한 정신질환의 하나로 알려져 있으며, 일반적으로 지역사회에 거주하고 있는 노인의 11%에서 54%가 주목할 만한 우울 증상을 가지고 있는 것으로 알려져 있다(Davis-Berman, 1989). 우울증의 일반적인 증상은 에너지 저하와 동기부족, 활동력 약화, 수면과 식사에서의 장애, 절망감 등이다. 노인에게 나타나는 우울 증상은 노인 자신이 혼자라고 생각하고 느끼는 것이며, 사랑을 줄 수도 받을 수도 없다고 생각하고, 따라서 사랑받을 가치도 없다고 생각하는 것이다. 더욱이 우울증이 사랑하는 배우자의 상실과 같은 위기 상황적 사건의 발생에서 기인한 것이라면 노인은 슬픔에 빠져 절망감을 느끼며, 극단적으로는 자살의 충동까지 갖게 된다. 여기서 한 걸음 더 나아가 노인의 우울증은 가족들에게도 영향을 미친다. 예를 들어 우울증의 노인은 때때로 자신의 내면에 있는 고통을 누군가 다른 사람에게 이전시키려고 하는데 배우자는 종종 분노나 의존의 대상이 된다. 이로 인해 배우자는 심한 부담감을 갖게 되며, 자녀들 또한 이로 인한 죄책감을 갖게 되는 등 가족관계도 왜곡되게 한다. 따라서 노인에게 있어 우울증은 심각한 문제로 부각되는 것이다.

이렇듯 노인의 삶의 질을 위협하는 우울증에 대한 약물치료나 인지적 치료 등 치료적 접근 방법들이 제시되고 있지만, 우울증의 예방에 대한 접근은 이루어지지 않고 있다. 즉 이미 우울증이라고 임상적 진단을 받은 노인들에 대해서만 관심을 기울여 왔을 뿐 노인 우울증의 예방이라는 측면에서는 전혀 고려되지 않고 있는 실정이다. 특히 임상적으로 우울증으로 진단되지는 않았을지라도 지역사회 내에 거주하면서 우울 증세를 가지고 있는 노인이 우리나라에서도 5명중 1명에 해당한다고 하는 보고를 상기해보면 이들을 대상으로 우울증을 예방하는 차원에서의 개입 프로그램이 필요하다고 하겠다. 노인 우울증이 노인 자신에게는 물론 노인의 가족에게까지 영향을 미치는 심각한 수준으로 발전될 수 있는 문제임을 감안해 보면 우울증으로 발전할 가능성이 있는 노인에게 대한 예방 차원에서의 개입 프로그램은 꼭 필요하다.

이에 본 연구는 지역사회에 거주하고 있는 노인의 우울증을 예방하기 위한 프로그램의 개발이 필요함을 인식하고, 이를 위한 우울증 예방 정신건강 생활실천프로그램을 개발하여 실제 그 프로그램을 실시한 후 효과성을 검증해 노인의 우울증 예방에 기

여함을 목적으로 한다.

2. 이론적 배경

1) 선행연구의 동향

(1) 노년기 우울증의 특성

정신건강 전문가들은 우울증을 기분장애(*mood disorder*)로 분류한다. 그러나, 임상적으로 우울증은 우울증을 겪는 사람의 삶 전반에 영향을 미칠 수 있는 복잡한 문제의 성격을 가지고 있는 총체적 장애(*whole body disorder*)이다. 우울증은 개인의 몸과 마음, 행동 모두에 영향을 미칠 수 있으며, 나아가서는 가족에게까지 영향을 미친다. 우울증에 관한 연구들을 보면 대체로 여성의 9~26%와 남성의 5~12%가 생애의 한 시점에서 임상적 우울 증세를 나타낸다고 한다(Maguire, 1996). 인생의 발달주기로 보면 30대를 전후한 시기에 우울증의 발병비율이 높아지다가 그 이후 낮아지고, 노년기가 되면서 다시 증가하는 양상을 보인다(Roesch, 1991). 1985년 일리노이주 주민들을 대상으로 한 연구에서 이를 증명하고 있는데, 이 연구에서 보면 우울증은 젊었을 때 높았다가 55세가 될 때까지 점차 감소하였다. 그리고 이를 기점으로 우울증세가 잠시 소강상태에 있다가 은퇴의 시기인 60대와 70대, 그리고 80대로 편입되면서 급속도로 상승하였다(Mirowsky & Ross, 1989). 따라서 우울증은 노인기에 흔하게 나타날 수 있는 정신질환임을 알 수 있다. 그러나, 우울증이 노령화의 일부분은 아니다. 늙어간다고 모두 우울함을 느끼는 것은 아니다. 대부분의 노인들은 그들의 삶에 만족한다. 그럼에도 불구하고 우리나라 노인의 20% 정도가 우울증을 겪고 있으며, 우울증은 매우 심각하여 심한 경우 자살까지 이를 수 있다는 점에서 주목할 문제라 할 것이다.

(2) 노인의 우울증을 위한 치료 및 예방 프로그램

노인의 우울증이 주목받아야 할 문제임에도 불구하고 이에 대한 치료적 접근이나 예방적 접근은 특별한 관심을 받지 못하고 있다. 그나마 우울증에 대한 치료프로그램은 몇 가지 시도되었지만 예방프로그램은 거의 시도된 예가 없다. 치료프로그램의 예

로 국내에서 우울증 노인들을 위한 치료개입 프로그램의 개발이 시도되었는데 1998년 서울대와 아주대 의대에서 개발한 치료레크리에이션 프로그램으로, 주로 운동을 중심으로 구성되어 있다. 그러나 이 치료프로그램은 노인기에 나타나는 특성인 여러 가지 요인들의 상실 등으로 인한 우울증을 극복하는 방안으로서는 부족한 면이 많다. 이는 자아통제감 상실과 대인관계의 문제가 우울증의 원인이 된다는 점을 충분히 인식하지 못한 데 기인한다고 볼 수 있다. 외국의 경우 우울증 노인들을 위해 신체적 활동가능성과 우울 증세와의 상관관계에 초점을 두고 우울증세를 개선하기 위해 신체적 활동가능성을 높이하고자 하는 모델이 제시되었다(Bandura, 1977; Davis-Bernard, 1989). 이 접근방법들이 치료레크리에이션 프로그램과 다른 점은 노인들을 위한 집단사회사업 방법을 사용하고 있으며, 행동과 인지적 변화를 시도하는 것이다.

한편 동양의학 분야에서는 온전한 건강을 유지하기 위해서 먼저 정신의 안정을 이루고 이를 통해 생리적 기능, 즉 육체적 안정을 꾀함으로써 체내에 쌓인 스트레스를 줄이고 자아통제감을 향상시켜 건강을 증진시키는 원리를 이용해 왔다. 이들 중 대표적인 것이 바로 명상을 포함한 기수련법이다. 동양의 이러한 기수련은 임상적으로 탁월한 효과가 있음에도 불구하고 체계적인 연구가 뒷받침되지 않아 일반인에게는 아직 신비의 영역으로까지 여겨지고 있다. 하지만 1970년대부터 여전히 미미하긴 하지만 기수련법이 스트레스 해소에 효과가 있음이 보고되었으며(Wallace, 1970; Michaels, 1976), 뿐만 아니라 불안장애에도 효과가 있음이 보고되었다(Zinn et al, 1992). 또한 생리학적으로 효과를 보여 뇌파검사에서 알파파의 활성이 증가되고(Bille, 1986; 이명수 등, 1998), 스트레스 호르몬이 유의한 감소를 보였다(Ryu et al, 1996; Maclean et al, 1997).

이와 같이 노인우울증에 대한 치료프로그램은 개발이 되어왔지만 우울증에 대한 예방프로그램은 전무한 실정이다. 우울증이라고 관정을 받지는 않았지만 우울증으로 발전할 가능성이 있는 경계선상에 있는 노인을 위한 우울증 예방프로그램은 없다는 것이다. 앞서 우울증의 원인을 살펴보면서 지역사회의 재가노인들이 우울증에 노출될 수 있는 가능성이 매우 높음을 보았다. 그러나, 이들에 대한 예방적인 관심이나 대책은 방치되어 있는 상태여서 이에 대한 관심이 매우 필요하다고 본다. 따라서 본 연구에서는 우울증의 원인과 이미 개발된 우울증 치료프로그램을 토대로 우울증을 예방할 수 프로그램을 개발하고자 한다.

2) 재가노인의 특성과 우울증의 원인

노인이 되면 성인병 뿐 아니라 퇴행성 질환, 골다공증 같은 근골격 질환이 생기고, 심부전이나 생리적 변화와 더불어 우울증과 같은 정신적 건강문제가 대두된다. 노인 우울증의 원인을 설명하는 주요한 변인중 하나로 재가노인의 자아통제감(*sense of control*)¹⁾을 들 수 있다(Mirowsky & Ross, 1989; Ross & Huber, 1985; Pearlin et al., 1981). 예를 들어 은퇴라고 하는 사회로부터의 분리는 생산적 역할의 상실을 가져와 노인의 자아통제감을 저하시킨다는 것이다. 자아통제감을 저하시키는 예는 노인이 되면서 나타나는 신체적 건강상태의 저하나 사랑하는 사람 또는 가까운 친구와의 빈번한 사별의 경험 속에서도 나타난다. 즉 생의 중요한 변화의 시점에서 느끼게 되는 경제적 소득감소, 건강악화, 배우자 상실과 기존 관계망의 와해 등으로 인한 자아통제감의 저하가 우울증을 설명하는 중요한 원인이 된다는 것이다. Krause(1990) 역시 노인의 자아통제감 약화가 심리적 문제를 야기시키는 역할을 하고 있음을 지적한다.

우리나라 재가노인의 특성을 살펴보면, 재가노인이 자아통제감을 상실하여 우울증에 노출된 가능성이 비교적 높음을 보여준다. 약 52%의 노인은 사별하여 배우자가 없이 혼자 살고 있으며, 자녀와 동거하기보다 노인단독가구를 형성하고 있는 노인가구 역시 42%가 넘고 있다. 또한 노인이 되면서 신체능력도 저하되어 약 32%의 노인이 일상생활수행능력(ADL)의 6개 분야 중 1개 이상에 불편함이 있다고 한다. 경제적으로도 노인을 어렵게 하고 있는데 우리나라 노인의 약 90%가 자녀에게 경제적으로 의존하고 있다(정경희 외, 1998).

한편 중요한 타자와의 만남 등 대인관계를 통한 관계형성이 적절히 이루어지지 않으면 노인은 심리적 부적응을 경험하게 된다(김정순, 1988). 따라서 대인관계에서 오는 스트레스는 우울증과 관련된 중요한 요소임을 알 수 있다. 우리나라 재가노인의 대인관계의 특성을 보면 노인의 형제·자매는 평균 2명이지만 형제·자매가 없는 노인도

1) 자아통제감이란 행위변화에 대해 자신의 선택이 개입됨으로써 자기 규제에 의한 자신감을 형성하게 되는 것을 말한다. 점차 늘어나는 과업의 성공적인 실행이 반복됨에 따라, 개인은 과업이 성공할 것이라는 더욱 강화된 기대감을 가지게 될 것이고, 이는 업무의 지속성, 자발성, 인내심에 영향을 주게 되어, 결국은 행위변화로까지 향상되는 것이다.

28.2%나 된다. 마음을 털어놓고 문제점이나 걱정거리를 이야기할 수 있는 친구 및 이웃의 수는 평균 2.3명이지만, 마음을 털어놓을 수 있는 친구·이웃이 없는 노인도 44.5%에 달하여(정경희 외, 1998) 대인관계에 문제가 있는 노인의 수가 많음을 알 수 있다.

3) 노인우울증 예방을 위한 프로그램

(1) 이론적 접근 : 사회인지이론을 중심으로

노인우울증 예방을 위한 프로그램을 개발하기 위한 근거로 제시될 수 있는 이론이 사회인지이론이다. 이 이론은 우울증을 포함하여 여러 가지 개입 프로그램을 위해 가장 많이 인용되는 이론의 하나이며, 특히 건강행위에 영향을 미치는 심리사회적 역동성을 잘 설명해 주고, 행위변화를 위한 정교한 개입 전략들을 제공해 왔다. 앞서 노인 우울증의 원인으로 자아통제감을 상실한 경우와 대인관계에서 오는 스트레스를 지적하였는데 사회인지이론은 이 두 문제를 해결할 수 있는 이론적 근거를 제공해 준다. 즉 이 이론은 자아통제감을 회복하고, 대인관계를 개선하기 위한 인지행동적 요소를 포함하고 있기 때문이다.

① 개인의 인지적 요소

사회인지이론에서 설명하고 있는 개인의 인지적 요인들로는 행위를 상징화하는 개인의 능력, 특정 행위로 인한 결과에 대한 기대, 타인의 행위를 통한 관찰학습, 행위를 실행하는 데 있어서의 자신감 등을 들 수 있으며(Bandura, 1986), 이 요인들은 우울증 예방프로그램의 방향을 제시해 준다. 첫째, 행위를 상징화하는 개인의 능력이란 행위를 실행할 수 있는 개인의 지식과 기술을 의미한다. 예를 들어 특정 개인이 특정 행위를 한다고 했을 때, 당사자는 그 행위가 무엇인지(행위에 대한 지식), 그리고 어떻게 실행할 수 있을지(기술)를 알고 있어야 한다. 따라서 우울증 예방 프로그램에서는 참여노인들의 인지적 능력과 대처 기술을 향상시켜 자아통제감을 잃지 않도록 해야 한다.

둘째, 특정행위로 인한 결과에 대한 기대는 모든 조건이 같다고 했을 때, 개인은 긍정적인 결과가 최대치가 되도록 혹은 부정적인 결과를 최소화하기 위해 행위를 실행한다는 것이다. 또한 McAlister와 그의 동료(1980)들은 사람들은 행위변화로 인해 얻어

지는 장기적인 이득보다는 단기간에 얻어질 수 있는 이득에 대해 더욱 민감하게 반응한다는 것을 밝히고 있다. 따라서 우울증 예방 프로그램에서는 우울증 경계선에 있는 노인이 우울증으로 발전하지 않도록 하는 긍정적인 결과기대를 위해 먼저 행위변화를 위한 동기부여를 해야 하며, 예방 프로그램은 단기간으로 계획되어야 한다.

셋째, 타인의 행위를 통한 관찰학습 개념은 사람이 타인에게서 배울 수 있는 것은 단지 타인이 행동하는 것을 관찰하는 것만으로도 가능하다는 것이다. 많은 행위들이 이러한 관찰학습을 통해 습득될 수 있다. 이 과정은 종종 가족이라는 집단 속에서 가족 구성원들이 공통적으로 가지고 있는 행위유형을 통해 설명될 수 있다. 따라서 우울증 예방 프로그램에 참여하는 집단성원들은 다른 집단성원으로부터 우울증으로 진행되지 않는 법을 배울 수 있게 된다.

넷째, 행위를 실행함에 있어 자신감이란 목적을 달성하기 위해 집중적으로 행해지는 행위에 대한 자신감을 말한다. 이를 자아통제감(*sense of control*)이라고 하는데, 사회인지적 방법을 적용하고 있는 구성 모형(*constructive model*)은 노인 스스로가 자신의 삶을 구성하게 하는 방법으로 자아통제감 향상을 위한 정신건강 생활실천 프로그램으로 널리 사용하고 있다(Mahoney, 1991). Ronen과 Dowd(1998)의 최근 연구에 의하면, 노년기 삶에 대한 부정적 편견을 정확하게 이해하고 주변의 어려움이 무엇인지를 알아내 왜곡된 개념들을 하나씩 풀어냄으로써 긍정적인 사고 방식을 갖게 하는 과정이 곧 자아통제감을 강화시키는 과정이라고 한다. 자아통제감을 상실한 노인은 우울증으로 연결될 가능성이 높기 때문에 자아통제감을 상실하지 않도록 해주는 것이 우울증을 예방하는 역할을 하게 되는 것이다. 대부분의 연구들은 대상 노인들의 자아통제감을 강화시키기 위해 그들의 환경 내에서 자신들의 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 하는 데 초점을 맞추고 있다. 다시 말하면, 노인들이 자신에 대한 객관적인 시각을 갖게 하여 자신의 문제점을 스스로 이해하고 해결할 수 있게 하여 궁극적으로 자신의 삶에 대한 통제력을 제고시키도록 해 주는 것이다(Rapport, 1981). 이것은 결국 사회복지실천에서 클라이언트에게 권한을 부여(*empowerment*) 하는 것과 같은 맥락에서 이해될 수 있다. 따라서 우울예방 프로그램이 지향해야 할 것은 행위가 자신의 통제하에 자율적으로 이루어질 수 있도록, 즉 자아통제감을 향상시켜주는 것이다.

② 환경적 요인 : 대인관계

한편 사회인지이론은 단지 개인의 인지적 요인뿐만 아니라 개인이 속한 환경, 특히 개인을 둘러싼 타인과의 관계가 행위변화에 결정적인 영향력을 끼친다고 설명한다. 환경이란 개인의 행위에 영향을 끼칠 수 있는 모든 요인들이 포함되지만 여기서는 특히 개인이 관계하고 있는 여러 타인들과의 관계, 즉 대인관계를 중요시하면서 대인관계가 행위자 개인에게 중요한 영향을 미치고 있음을 역설한다. 대인관계는 인간사회 속에서 살아가는 적응의 중요한 측면이다. 가족, 친구, 이웃, 낯선 사람 등 한 개인이 적응해야 하는 대인 관계의 상황은 다양하다. 대인관계는 늘 친밀하고 안정된 상태로 유지되는 정적인 관계만이 아니라 때로는 갈등을 경험하는 동적인 관계로 형성되기도 한다. 때로는 즐거운 감정을 느끼지만 때로는 불편하고 불쾌한 감정을 경험하기도 한다. 한 개인이 대인관계에서 느낄 수 있는 불쾌한 감정은 불안, 분노, 우울, 고독, 좌절감 등으로 나타나기도 한다(권석만, 1997). 과거에 있었던 부정적인 대인관계의 경험이 현재의 대인관계에 대한 부정적인 견해에 영향을 미치며, 긍정적인 경험은 현재의 대인관계에도 긍정적인 영향을 미치기도 한다. 따라서 한 개인이 자신이 처해 있는 상황²⁾에 잘 대처할 수 있는가를 예견할 수 있는 가장 중요한 요소 중의 하나가 바로 대인관계이기도 하다(DeLongis & O'Brien, 1990). 따라서 우울증 예방 프로그램이 지향해야 할 방향은 오랜 시간동안 이루어져 온 대인관계 혹은 대인관계에 대한 노인 자신의 인지적 태도를 변화시키고, 대인관계를 성공적으로 이끌어 갈 수 있도록 돕는 것에 있다. 대인관계의 기술은 기본적으로 학습을 통해 획득되는 것으로, 후천적 경험에 의해 의식적 또는 무의식적으로 배워 습득된다. 즉 대인관계의 기술은 자연스럽게 학습되기도 하지만 의식적인 노력을 통해 개선되고 향상될 수 있는 것이므로 이러한 각도에서 프로그램이 이루어져야 한다.

2) 상황이란 환경의 인지적 혹은 정신적인 표현(진실되거나, 왜곡되었거나, 혹은 상상되어진 요인들을 포함하여)으로서 개인의 행위에 영향을 끼친다. 즉 상황이란 환경에 대한 개인의 인식을 말하며, 장소, 시간, 물리적 형상, 활동, 참여자, 그리고 상황에 있어서의 자신의 역할 등이 포함된다. 상황은 사고방식이나 행위를 유도하거나 제한한다. 다시 말하면, 사회적 상황과 물리적 상황은 수용 가능한 특정 행위의 단초를 제공한다. 예를 들면, 만약 아들에게 탈지우유(non-fat milk)가 유용할 뿐만 아니라 급우들이 다시는 것으로 건강에 아주 좋은 것이라고 인식되어진다면, 그 아등 역시 탈지우유를 마실 것이다. 상황은 즉각적인 관심을 유발시키는 문제들을 제기할 수 있으며, 특정 행위를 제한시키기도 한다.

(2) 프로그램의 구조 및 내용

사회인지이론을 중심으로 개발된 우울증 예방을 위한 정신건강 생활실천 프로그램은 집단프로그램으로 계획되었으며, 두 가지 구조로 이루어졌다. 첫 번째 부분은 사회프로그램이고, 두 번째 부분은 단학프로그램으로 구성되었다. 사회프로그램은 노인의 자신의 삶에 대한 자아통제감을 향상시키고, 대인관계를 개선하기 위한 인지행동적 프로그램으로 계획되었다. 단학프로그램은 건강체조 등을 통해 뇌와 신체적 기능

〈표 1〉 스마일 교실 프로그램 내용

회	날짜	요일	신체활동	사회활동
1	5.12	금	오리엔테이션	
2	5.16	화	뇌를 깨워주는 수련	내가 사람들과 관계하는 법 들여다보기
3	5.18	목	뇌에 좋은 이완체조	가족과 지내는 이야기
4	5.19	금	머리를 맑게 해 주는 뇌체조	친구와 지내는 이야기
5	5.23	화	전두엽의 혈액순환을 도와주는 뇌체조	대화기술 1(들어보기)
6	5.25	목	좌뇌와 우뇌의 통합을 위한 뇌체조	대화기술 2(말하기)
7	5.26	금	기억력 향상을 위한 뇌체조	스트레스 관리 1(나의 스트레스 해소 방법)
8	5.30	화	언어능력 향상을 위한 뇌체조	스트레스 관리 2(긴장풀기)
9	6.1	목	사고력, 수리력 향상을 위한 뇌체조	스트레스 관리 3(소외/ 외로움 풀기)
10	6.2	금	고혈압을 위한 뇌체조	스트레스 관리 4(불안조절)
11	6.8	목	중풍을 위한 뇌체조	스트레스 관리 5(분노조절)
12	6.9	금	당뇨를 위한 뇌체조	스트레스 관리 6(성공적인 스트레스 관리)
13	6.13	화	좌골신경통을 위한 뇌체조	즐거운 활동 찾기 1(우리가 할 수 있는 것들)
14	6.15	목	골다공증을 위한 뇌체조	즐거운 활동 찾기2(우리가 했어요)
15	6.16	금	요통을 위한 뇌체조	기억에 남는 사람들의 이야기
16	6.20	화	견미통을 위한 뇌체조	기억 속의 이야기
17	6.22	목	시력회복을 위한 뇌체조	즐거운 활동찾기 3(자원봉사 알아보기)
18	6.23	금	청력 회복을 위한 뇌체조	즐거운 활동찾기 4(자원봉사 모델 찾기)
19	6.27	화	불면증을 위한 뇌체조	미래의 나를 그려보기
20	6.29	목	뇌충전 수련	미래의 나를 위한 생활설계
21	6.30	금	평가	평가

을 활성화시키기 위한 프로그램으로 계획되었다.

사회프로그램은 60분으로 구성되었으며, 첫 회에서 12회까지는 주로 프로그램 참가 노인의 대인관계를 되돌아보고 이들 관계에서 오는 스트레스를 어떻게 풀 것인가에 역점을 두었다. 6회까지 전반부는 노인의 대인관계 행동패턴이 우울증에 영향을 미친다는 가정하에 가족, 친구 등 중요한 타인과의 관계가 어떻게 이루어져 왔었는가를 살펴보고, 앞으로 어떻게 관계 형성이 되어야 하는가에 초점을 두었다. 7회에서 12회까지의 후반부는 대인관계에서 오는 스트레스를 어떻게 관리하는가에 초점을 두었다. 다음으로 13회에서 20회까지는 주로 자아통제감을 향상시키기 위해 노인의 인지구조와

행동패턴의 변화를 시도하였다. 또한 인지의 변화가 행동으로 표출되기 위해 실제적으로 노인들이 즐거운 행동에 참여해 보고, 즐거운 행동과 대인관계의 실천으로서 자원봉사 모델을 강의하였다. 끝으로 앞으로의 미래를 그려보는 시간으로 변화의 표현이 가능하도록 하였다. 마지막 21회는 평가회로 구성되었다. 사회프로그램을 종합해보면 총 21회의 프로그램 구성을 통해 노년기 삶에 대한 부정적 편견을 정확히 이해하고, 왜곡된 관계를 풀어가면서 자아통제감을 향상시키고, 자아통제감의 향상은 긍정적 사고와 행동으로 이어져 우울증이 예방될 수 있도록 하였다.

단학프로그램 역시 60분으로 구성되었는데 처음 15분은 예비수련단계, 30분은 본수련 단계, 그리고 마지막 15분은 마무리수련단계로 구성되었다. 예비수련단계는 주로 뇌에 좋은 이완체조나 뇌의 혈액순환을 좋게 해 주는 체조 등으로 구성되었으며 전반부 11회 정도의 프로그램으로 이루어졌고, 후반부 10회 정도는 각각의 질병에 좋은 뇌 운동이 포함되었다. 본 수련단계는 뇌 호흡과 관련된 뇌 운동과 명상 등으로 구성되어 주로 뇌를 발달시키는 프로그램으로 구성되었다. 마무리 수련단계는 주로 댄스나 신체단련운동으로 구성되었다.

이렇게 구성된 프로그램의 명칭은 ‘스마일 교실’로 하였다. 프로그램 실시 기간은 2000년 5월부터 6월까지이며, 프로그램 횟수는 매주 3회씩 2달, 총 21회(오리엔테이션과 평가회를 포함) 실시 하였다. 한 횟수당 2시간 15분(15분 휴식시간 포함) 동안 진행되었는데 첫 시간은 단학, 두 번째 시간은 사회프로그램으로 실시되었다. 프로그램 진행은 사회프로그램의 경우 노인복지 분야에서 다년간 경험을 가지고 있는 전문가에 의해 이루어졌으며, 단학프로그램은 단학전문가가 진행하였다. 프로그램 장소는 송파노인종합복지관 기능회복실을 이용하였다. <표 1>에서 스마일 교실 프로그램의 내용을 제시하였다.

(3) 프로그램의 목표

- ① 자아 통제감을 향상시킨다.
- ② 경계선상에 있는 노인의 우울증 점수를 경계선 아래로 감소시킨다.
- ③ ACTH호르몬은 감소시키고, IGF-1호르몬은 증가시킨다.

3. 연구방법

1) 연구가설

이 연구의 주요 가설은 노인종합복지관에 새로 등록된 노인들 중 우울증 점수가 경계선상에 있는 노인들을 대상으로 우울증 예방프로그램을 실시했을 때, 이 예방프로그램이 우울증 경계선상에 있는 노인들이 우울증으로 발전하지 않도록 예방하는 데 적절한 도움을 제공한다는 것이다. 이 연구의 구체적인 가설은 다음과 같다.

〈가설 1〉 노인우울증 예방 프로그램(스마일 교실)에 참여한 노인들, 즉 실험집단의 우울증 수준은 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 우울증 수준과 유의미한 차이가 있을 것이다.

2) 연구대상 및 자료수집

노인우울증 예방을 위한 집단 프로그램의 효과성을 검증하기 위해 비동일 통제집단 디자인(*Non-equivalent control group design*)을 사용해 연구하였다. 송파노인종합복지관에 새로 등록된 60세 이상의 노인들을 대상으로 KGDS(*Korean Geriatric Depression Scale*)를 실시하여 점수가 경계선(14~18점)에 속하는 노인을 대상으로 프로그램에 참여하실 것을 권유하였다. KGDS가 경계선상에 있는 노인들은 우울증으로 발전할 가능성이 큰 대상이므로 이들에게 프로그램 참여를 권유한 것이다. 20명의 노인이 참여를 신청하였고, 이들을 실험집단으로 분류한 후 프로그램에 대한 설명회를 가졌다. 프로그램 시작 1주일 전 참여 노인들을 대상으로 사전 호르몬검사를 실시하였으며, 프로그램 설명회시 사전조사를 실시하였다. 프로그램이 끝난 후 프로그램 평가 시간에 사후조사를 실시하였으며, 프로그램 평가가 끝난 다음 날부터 사후 호르몬검사가 실시되었다. 사전사후 조사가 모두 끝난 후 프로그램의 효과를 명확히 규명하기 위해 뚜렷한 향상을 보인 케이스와 향상되지 않은 케이스를 3케이스씩 선정해 심층면접(*in-depth interview*)을 실시하였다. 면접은 프로그램 진행자에 의해 실시되었으며, 구조화된 면접으로 진행되었다. 비교집단은 분당차병원의 노인병원 외래 방문자중

KGDS가 경계선상에 있는 60세 이상의 노인 10명을 편의에 의해 선정하였다. 이들에게는 별도의 프로그램은 실시하지 않았으며, 프로그램 시작전과 프로그램이 끝난 후에 실험집단에서 실시했던 것처럼 자아통제감, KGDS, 호르몬검사를 실시하였다.

3) 측정도구

(1) 자아통제감과 우울증 척도

① 자아통제감 척도

자아통제감(*sense of control*)을 측정하기 위해서 Pearlin과 그의 동료들(1981)이 사용한 통제력 측정도구(*mastery scale*)를 번안하여 이용하였다. 통제력 척도는 총 7가지의 하위질문으로 구성되어 있는데, 처음 5개의 질문은 무력감에 대한 질문이고, 나머지 2개는 자아통제감에 관한 질문이었다. 무력감에 대한 질문으로는 ‘의지대로 할 수 있는 일이 거의 없다’, ‘현재 직면한 문제를 해결할 방법이 없다’, ‘스스로 변화시킬 일이 없다’, ‘종종 무력감을 느낀다’, 그리고 ‘무엇인가에 쫓기는 듯한 느낌을 때때로 받는다’ 등이고, 자기 통제력에 관한 질문으로는 ‘대부분의 일은 내가 하기 나름이다’와 ‘마음먹은 일은 무엇이든 할 수 있다’ 등이다. 각 질문에 대해 ‘정말 그렇다’에서 ‘전혀 그렇지 않다’까지 1점에서 4점의 점수를 주었다. 자아통제감을 묻는 2문항은 점수를 역으로 하여 총점을 계산하였다. 해석은 자아통제감 척도의 점수가 높을수록 자아통제력이 높으며, 반대로 점수가 낮을수록 자아통제감이 낮다. 본 연구에서의 자아통제감 척도에 대한 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .746$ 으로 나타났다.

② 우울증 척도: Korean Geriatrics Depression Scale (KGDS)

노인우울감을 측정하는 척도로 많이 사용되는 외국의 측정도구들이 한국적 상황을 반영하지 못하고 있다는 지적에 따라 정인과 등(1997)에 의해 개발된 한국형 노인우울 검사도구(*Korean Geriatric Depression Scale: KGDS*)를 본 연구에 적용하였다. 한국형 노인우울검사는 정서적 불편감, 비판적 사고 및 불행감, 신체적 약화 및 기력쇠퇴, 비판적 사고 및 불행감, 그리고 인지기능의 저하 등 5개 요인의 총 30개의 질문으로 구성되어 있다. 각 질문에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 되어 있으며, 우울증 증세와 관련된 응답은 ‘1’, 그렇지 않은 경우는 ‘0’으로 코딩하였다. 총 0점에서 30점의 우울증

점수분포상에서 측정점수의 14~18점 사이가 경계선 수준 및 정도의 우울증, 19~21점 사이는 중등도의 우울증, 그리고 22점 이상은 심도의 우울증으로 분류된다. 본 연구에서 우울증 척도로 사용된 30개 문항의 신뢰도를 나타내는 Cronbach's $\alpha = .833$ 으로 높은 신뢰성을 나타냈다.

(2) 호르몬

프로그램 실시전과 후에 호르몬 수치에 변화가 있었는가를 보기 위해 두 가지 호르몬조사를 실시하였는데 하나는 ACTH이고, 다른 하나는 IGF-1이다. 이 두 호르몬은 모두 스트레스호르몬의 일종이다. 우울증을 유발하는 데 영향을 미치는 요인 중의 하나이며 호르몬 수치로 측정이 가능한 스트레스 관련 호르몬 2가지를 선택하여 검사를 실시하였다. 이 호르몬들은 스트레스 정도를 측정할 수 있는 호르몬으로 일반적으로 활용되고 있으며 프로그램 전후 스트레스 변화를 살펴보았다. 이 호르몬의 대략적 특성은 다음과 같다.

① ACTH: 부신피질자극호르몬(*adrenocorticotrophic hormone*)

스트레스 후 증가하는 것이 특징이며, 혈중정상농도는 6~56.7pg/ml이다.

② IGF-1: 인슐린양 성장인자(*Insulinlike growth factor-1*)

somatostatin이라고 불리며 스트레스 후 감소하는 것이 특징이고, 연령에 따라 다르나 성인의 혈중정상농도는 100~366ng/ml이다.

4) 분석방법

본 연구의 분석은 두 부분으로 이루어진다. 첫째, 양적 분석의 방법으로 프로그램 시작전 자아통제감, 우울증, 호르몬 점수의 상태가 실험집단과 비교집단간에 동질적인지를 분석하기 위해 Mann-Whitney 검정을 실시하였다. 프로그램 실시후 프로그램의 효과성을 검증하기 위해 Wilcoxon test를 사용해 실험집단과 비교집단 각각에 대한 자아통제감과 우울증, 그리고 두 가지 호르몬에 대한 사전사후 점수를 비교하였다. 둘째, 질적 분석의 방법으로 사전사후 조사가 모두 끝난 후 프로그램의 효과를 명확히

구명하기 위해 뚜렷한 향상을 보인 케이스와 향상되지 않은 케이스를 3케이스씩 선정해 심층면접 (*in-depth interview*) 한 결과를 질적분석방법을 통해 분석하였다.

4. 연구결과

1) 실험집단과 비교집단의 일반적인 특징

(1) 일반적 특성의 동질성 비교

본 연구의 실험집단과 비교집단의 일반적인 특성은 <표 2>와 같다. 성별을 비교해보면 실험집단의 성별분포는 여성노인이 16명으로 전체 응답자 중 88.9%를 차지했으며, 비교집단의 경우는 여성노인이 8명으로 응답자의 80%를 차지하여 두 집단은 비슷한 분포를 나타내었다. 연령분포를 살펴보면, 실험집단과 비교집단 모두 60세에서 70세의 노인이 대다수를 차지하여 동질성을 나타내었다. 배우자의 유무에 관해서는 실험집단과 비교집단이 똑같이 배우자가 있는 노인과 없는 노인의 비율이 각각 50%로 나타나 두 집단의 동질성을 나타내 주었다. 교육수준 역시 실험집단과 비교집단의 학력분포가 비슷하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 즉 국졸 이하가 실험집단에서는 50%, 비교집단에서는 40%를 나타냈고, 중졸은 약 17%와 20%, 고졸은 약 23%와 30%, 대졸 이상은 약 10%와 10%로 나타났다. 종교의 경우 실험집단에서는 83.3%인 15명의 노인이 어떤 형태로든지 종교를 가지고 있었으며, 비교집단에서도 90%의 노인이 종교를 가지고 있는 것으로 나타나 두 집단이 비슷한 분포를 보여주었다. 경제상태는 실험집단의 경우 좋다는 응답이 66.7%를 나타내었고, 비교집단의 경우는 50%로 나타나 비교적 유사하였다. 건강상태 역시 실험집단의 77.8%가 좋다는 응답을 하였고, 비교집단의 80%가 좋다고 응답해 비슷한 분포임을 알 수 있었다. 만성질환의 횟수 역시 실험집단의 72.2%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났고, 비교집단의 60%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있어 비슷한 분포를 보여주었다. 일상생활 활동능력의 경우도 주어진 10개의 항목 중 하나도 타인에게 의존

〈표 2〉 실험집단과 비교집단 노인의 일반적 특성 비교

(단위 : 빈도(%))

변 수		실험집단	비교집단	변 수		실험집단	비교집단
성별	남자	2(11.1)	2(20.0)	건강 상태	나쁨	-(-)	1(10.0)
	여자	16(88.9)	8(80.0)		비교적 나쁨	4(22.2)	1(10.0)
나이	64세 이하	6(33.3)	3(30.0)	만성 질환	비교적 좋음	13(72.2)	8(80.0)
	65~69	7(38.9)	2(20.0)		좋음	1(5.6)	-(-)
	70~74	2(11.1)	3(30.0)		없음	5(27.8)	4(40.0)
	75~79	3(16.7)	2(20.0)	1가지 있음	3(16.7)	3(30.0)	
	80~84	-(-)	-(-)	2가지 있음	2(11.1)	2(20.0)	
	85세 이상	-(-)	-(-)	3가지 이상	8(44.5)	1(10.0)	
배우자 여부	유배우자	9(50.0)	5(50.0)	일상 생활 능력	없음	6(33.3)	4(40.0)
	무배우자	9(50.0)	5(50.0)		1개	5(27.8)	2(20.0)
교육수준	무학	1(5.6)	-(-)		2~3개	3(16.7)	1(10.0)
	국졸	8(44.4)	4(40.0)		4~5개	1(5.6)	1(10.0)
	중졸	3(16.7)	2(20.0)		6개 이상	1(5.6)	1(10.0)
	고졸	4(22.2)	3(30.0)	사회 활동 여부	없음	-(-)	3(30.0)
	대졸 이상	2(11.1)	1(10.0)		하나 이상	18(100)	7(70.0)
종교여부	종교 있음	15(83.3)	9(90.0)	부정적 생애 사건 횟수	없음	-(-)	4(40.0)
	종교 없음	3(16.7)	1(10.0)		한 가지	4(22.2)	3(30.0)
경제상태	나쁨	-(-)	1(10.0)		두 가지	3(16.7)	1(10.0)
	비교적 나쁨	6(33.3)	4(40.0)		세 가지	4(22.2)	-(-)
	비교적 좋음	11(61.1)	5(50.0)		네 가지	3(16.7)	-(-)
	좋음	1(5.6)	-(-)	다섯 이상	4(22.2)	2(20.0)	

하지 않아도 된다고 응답한 노인은 실험집단의 경우 약 34%였으며, 통제집단도 40%로 나타나 두 집단은 매우 동질적인 것으로 보인다.

현재 사회활동 단체에 가입하여 활동을 하고 있는지에 대해서는 실험집단의 경우 참여 노인 전부가 하나 이상의 단체에 가입하고 있는 것으로 나타났지만, 비교집단의 경우는 70%가 하나 이상의 사회활동을 하고 있는 것으로 나타나 약간의 차이는 있었지만 두 집단 모두 높은 활동률을 보여주었다. 지난 일년간 경험했던 부정적인 생애사건을 살펴보면, 한 건도 없었다고 응답한 노인은 실험집단의 경우 한 명도 없는 것으로

로 나타났지만, 비교집단의 경우 40%가 하나도 없다고 응답하여 약간의 차이를 보여 주었다. 이상을 통해 실험집단과 비교집단의 일반적 특성을 비교한 결과 두 집단은 부정적 생애 사건의 경험 건수를 제외한 모든 항목에서 비슷한 성향을 보여주었다. 비교 집단을 편의에 의해 추출하였음에도 실험집단의 성원과 동질적인 특성을 가지고 있는 것으로 나타나 실험을 통해 유의미한 차이를 살펴보는 것이 가능하다고 본다.

(2) 자아통제감, 우울증, 호르몬 점수의 동질성 비교

실험집단과 비교집단의 자아통제감, 우울증, 호르몬의 사전 점수를 비교하기 위해 Mann-Whitney 검증을 실시한 결과 <표 3> 과 같이 나타났다. 자아통제감과 우울증의 경우 두 집단의 사전 점수는 유의미한 차이를 보이지 않($p > .05$), 검사 대상 항

<표 3> 실험집단과 비교집단의 사전 자아통제감, 우울증, 호르몬 점수 비교

구분	집단	사제수	평균순위	순위총합	Z
자아통제감	실험	18	15.0	270.0	-.434
	비교	19	13.6	136.0	
우울증	실험	18	14.64	263.50	-.121
	비교	19	14.25	142.50	
호르몬 (ACTH)	실험	16	17.44	279.0	-3.322**
	비교	19	7.20	72.0	
호르몬 (IGF-1)	실험	16	11.81	189.0	-1.42
	비교	19	16.20	162.0	

** $p < .01$

목간 두 집단간의 이질성이 거의 없었다. 그러나, 호르몬 점수의 경우 결과가 다르게 나왔는데 IGF-1 호르몬은 실험집단과 비교집단 간 차이가 없는 것으로 나타나($p > .05$), 두 집단이 유사하다는 것을 알 수 있었다. 반면에 ACTH 호르몬의 경우 실험집단과 비교집단에 차이가 있는 것으로($p < .01$) 나타났다. 즉 실험집단의 ACTH 호르몬 점수가 높고, 비교집단은 낮은 것으로 나타나 실험집단의 성원들이 더 우울한 것으로 나타났다. 그러나, 본 연구에서 비교집단은 실험집단과 비교하고자 병원 외래에 오는 노인들을 편의적 방법에 의해 추출하였으므로 이와 같은 한계가 발생할 수 있다.

이러한 한계에도 불구하고 ACTH 호르몬을 제외한 자아통제감과 우울증의 수준이 비슷한 것으로 나타나 프로그램 실시후의 변화를 비교하기가 용이하였다.

2) 우울증 예방 프로그램 결과분석

본 연구에서 개발한 우울증 예방 프로그램의 효과성을 보기 위해 실험집단과 비교 집단 각각을 대상으로 자아통제감 점수, 우울증 점수, 호르몬 검사점수 등에 있어 프로그램 실시 전과 후에 변화가 있었는지 Wilcoxon Test를 통해 분석을 실시하였다. 먼저 <표 4>에 제시된 실험집단의 우울증 점수를 비교해 보면 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있었으며($p < .05$), 호르몬 조사 결과 역시 두 호르몬 모두에서 사전사후 조사 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .001$, $p < .05$). 그러나, 자아통제감 점수는 차이가 없는 것으로 나타났다($p > .05$). 비록 자아통제감 점수가 프로그램 실시 전과 후에 유의미하게 변화되지 않은 것으로 나타났지만, 실험 전에 비해 실험후의 점수가 향상된 것은 사실이다. 이 점수가 유의미하지 않게 나타난 것은 노인에게 있어 자아통제감이 쉽게 변화를 일으키기 어려운 요소이기 때문인 것으로 해석된다. 즉 노인의 변화하기를 거부하는 특성으로 인해 자아통제감 역시 빠른 속도로 향상되기보다는 점진적으로 변화해 가고 있는 것으로 풀이된다. 우울증의 점수 변화를 살펴보면 경계선상에 있던 우울증 점수가 감소된 경우가 14명이었고, 증가된 경우는 3명이었으며, 우울증 점수에 변화가 없었던 경우가 1명으로 나타났다. 호르몬 점수의 변화를 살펴보면 ACTH 호르몬의 경우 수치가 줄어들어야 효과가 있는 것인데 프로그램 실시 전과 후에 확실히 줄어들고 있는 것으로 나타났으며 통계학적으로도 유의미한 차이를 보여주었다($p < .001$). IGF-1 호르몬의 경우 수치가 증

<표 4> 각 변수별 실험집단과 비교집단의 차이비교

		실험집단						비교집단					
		평균 순위	순위 총합	감소 순위	증가 순위	동일 순위	<i>z</i>	평균 순위	순위 총합	감소 순위	증가 순위	동일 순위	<i>z</i>
통제감	사전	8.60	43.00	5	11	1	-1.72	1.50	1.50	1	1	8	.00
	사후	8.45	93.00					1.50	1.50				
우울증	사전	9.11	127.5	14	3	1	-2.42*	5.33	32.00	6	3	1	.25
	사후	8.50	25.5					4.33	13.00				
ACTH	사전	8.5	136.0	6	3	1	-3.5***	6.17	37.00	6	3	1	-1.72
	사후	0.00	0.00					2.67	8.00				
IGF-1	사전	5.38	21.50	4	12	0	-2.41*	3.60	18.00	5	0	10	.33
	사후	9.54	114.5					7.40	37.00				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

가해야 효과가 있는 것인데 프로그램 실시 전과 후에 확실히 증가하고 있는 것으로 나타났다. 통계학적으로도 유의미한 차이가 나타났다($p < .05$). 한편 비교집단의 경우 자아통제감, 우울증, 호르몬 점수 모두에 변화가 없는 것으로 나타났다. 따라서 가설 1이 지지되었으며, 본 연구에서 개발한 프로그램은 우울증의 경계선상에 있는 재가노인이 우울증으로 진행되는 것을 예방하는 데 효과가 있는 것으로 결론지을 수 있다.

3) 개별심층면접의 결과

본 연구의 결과 자아통제감에는 변화가 없었지만 우울증 점수상으로는 변화를 보이고 있으므로 이를 보다 명확하게 규명하고자 우울증상에 있어 개입전과 개입 후에 뚜렷한 개선을 보이고 있는 케이스와 오히려 개선의 효과가 역으로 나타나고 있는 케이스를 각각 3케이스씩 선택해 개별심층인터뷰를 실시하였다. 개별심층인터뷰는 실험집단에 참여한 노인의 인지에 변화가 과연 있었는지, 프로그램 참여의 효과는 있었는지, 그리고 프로그램 중에서도 단학과 사회프로그램, 어느 것에 영향을 더 받았는지 등 3가지 분야에 대해 개선의 효과를 보인 집단과 그렇지 않은 집단과의 차이를 찾기 위해 실시되었다. 개별인터뷰는 집단프로그램이 끝난 2000년 7월 마지막 주에 송파노인종합복지관을 재방문하여 이루어졌다. 인터뷰가 실시된 장소는 복지관내 상담실이었으며, 개

별면접은 참여노인과 이미 라포가 형성된 프로그램진행자가 실시하였다. 면접실시 전 테이프도 기록될 것임에 동의를 구하고 녹음을 하였고, 면접은 약 1시간동안 진행되었다. 면접실시 후 테이프에 기록된 내용을 다시 문서화하여 분석을 실시하였다.

(1) 노인의 인지변화

먼저 실험집단에 참여한 노인의 인지에 변화가 과연 있었는지에 대해 분석한 결과 개선을 보인 노인과 개선을 보이지 않은 노인 간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 다음은 개선을 보이고 있는 노인의 대화 중에 나타난 인지 변화에 대한 부분이다. 뚜렷한 향상을 보인 노인의 경우 자아 또는 타인에 대해 인지하는 태도의 변화가 뚜렷하였다. 예를 들어 프로그램 실시 전에는 자신에 대해 중요히 여기지 않거나,

나라는 것이, 나는 나라는 것이 아무 것도 아닌 것으로 알고 살았어요. 나라라는 것은 나도 밟고 남도 밟고 그렇게 밟히고 사는 것만이 최선인 줄 알았는데

타인에 대해 부정적인 시각으로 바라보거나, 타인으로부터 스트레스를 받았다.

글쎄, 그 인간관계에 관해서... 뼈딕하게 보고 말아야 ... 응 ... 또 뭐, 아주 뭐 말이야 ... 누가 사랑을 하면 '아이구, 잘 났어' ... 속으로 그러잖아요 ...

집사람한테도 스트레스를 많이 받았는데

프로그램 참여 후에는 자기 자신의 중요성을 인지하게 되거나 남을 소중히 여기는 등의 태도로 변화하였다는 것이다.

나라는 것이 중요하다는 것을, 이제부터 나를 사랑해야겠다는 것을 느꼈어요.

'잘난 사람은 잘난대로 살고 못난 사람은 못난대로 살고...' 이렇게 아름답게 봐 주는 ... 실제 생활에도 그렇게 되고... 하잘 것 없이 보이던 인간이 소중하게 생각돼. 사과나무를 그려 놓고 사랑을 이야기하실 때... 그런 것들이 다 반성이 되구요.

그러나, 프로그램에서 개선의 효과를 보이지 않았던 노인의 경우 스스로 인지변화를 지각하지 못하고 있거나 막연히 좋아졌다는 응답,

선생님 말씀이 모두가 옳은 말씀이시고 그냥 참 좋았어요...

또는 대부분 기억이 안난다고 하여,

큰 변화 보담도 그 전에 보다가 몸이 많이 좋은 느낌. 기억이 잘 안 나는데...

그냥 흘러버리고... 기억이 잘 안나요.

구체적인 변화를 읽을 수 없었다. 또 어떤 경우는 자신의 변화보다는 타인의 변화를 요구하기도 하였다.

선생님 같은 분이 성당에 가서도 우리 며느리가 들을 수 있게 그런 좋은 강의를 해 주셨으면 해요. ... 며느리가 들었으면 좋겠는데...

(2) 프로그램 참여 후 효과

프로그램 참여 후 노인의 생활에 어떠한 변화가 있었는지의 부분에 대해 변화가 뚜렷이 나타난 집단의 경우 남이 변화했다고 말해주거나, 새로운 친구를 사귀게 되어 활동적이 되는 경우 등으로 나타났다.

집사람이 그래요. 만약 여기에 나오지 않았더라면? 변화가 많이 오니까. (웃음)

여기 나와 가지고 스마일하고 여기 다니면서 이까 그 이저씨외 같이 다니면서.

원래는 참 명랑한 사람이었... 우리 아이의 죽음으로 입 꼭 다물고 있다가 스마일 교실에서 여러 사람과 만나면서... 그래서 내 본연의 밝은 인상을 찾는, 그런 계기가

되었어요. 나는 아주 전에는 다른 사람들과 알고 싶지도 않고, 마음의 문을 꼭 닫아 놓고... 스마일 교실 하면서 웬 여자랑 친해져 가지고 서로 전화 연락하고, 체소 하러 가자 그러구... 이태구... 그 집에도 놀러 갔다오고...

그러나, 개선의 효과가 없는 집단에선 특별히 달라짐을 인식하지 못하거나 평소시의 생활에서 벗어나지 못하고 있었다. 또한 프로그램을 실시할 때만 즐겁게 지냈거나, 프로그램에 다 참여했음에도 남는 기억이 없다고 하였다.

그냥 사는 게 다 그렇죠 뭐. 집에서는 며느리가 잘 하니까.

스마일 교실 다니면서... 네... 즐겁게 지냈어요. ...

스마일 교실에는 다 나왔는데 기억에 남는 것은 없어요. 기억이 나질 않아요. ...

(3) 사회프로그램과 단학의 개별 효과

프로그램 중에서도 단학과 사회프로그램, 어느 것에 영향을 더 받았는지에 대해서 개선의 효과를 보인 노인의 경우 단학에 대한 것과 사회프로그램에 대한 명확한 구분을 하고 있었으며, 자신이 달라진 부분에 대해서 그러한 구분을 가지고 언급하였다.

단학. 저가 당뇨가 있었거든요. 단학을 하면서 장운동을 하게되고 그래서 건강이 좋아진 느낌이에요. ... 사회프로그램에서는 스트레스 허소가 되는 것 같고,

그런 강의를 들어서 내 마음이 다시 깨닫고 좋아졌다고 하는데...

강의 내용도... 강의 내용도 정말 그 마음에 와 닿는. 저렇게 좋은 강의도 있었구나 ... 그리고... 지난, 지난, 지난... 지나간 세월을 되돌아보게 되었고 현실을 어떻게 대처해 나가나, 또 앞으로의 삶은 어떻게 살아 나가야 하는 방향제시도 되었고...

그러나, 프로그램 효과가 없는 집단의 경우 단학에 대해서는 운동이라는 차원에서만 기억을 할 뿐이었고, 사회프로그램에 대해서는 기억이 없는 경우가 많았다.

운동을 해 가지고... 어떤 그런 좋은 느낌이고... 몸이 편안하게 되었어요. 순환도 잘 되고 ... 기억에 남는 사회 프로그램은. 머리가 나빠가지고...

좋은 점은... 단학이라는 자체를 몰랐어요. ... 너무 좋고. 사회프로그램... 그건 잘 모르겠네. 잊어버렸는데... 그 때 당시에는 내 마음이 좋고 즐거웠고 그랬어요. ...

나이가 들어서 그런지 그 때 당시는 좋다는 느낌은 들었지만 기억은 나질 않아

개별심층면접을 실시한 결과 프로그램 전후에 뚜렷한 개선의 효과를 보이고 있는 노인의 경우 자신의 변화를 인지하고 있는 것으로 보아 자아통제감을 회복하고 있음을 알 수 있었다. 그러나, 개선의 효과를 보이지 않는 노인의 경우 막연하고 추상적이며, 잊어버렸다는 등의 대답을 하고 있는 것으로 보아 자아통제감에는 변화가 없었던 것으로 파악된다. 따라서 자아통제감이 비록 통계적으로 유의미한 변화를 나타내지 않았을지라도 우울증 점수에 뚜렷한 개선을 보이고 있는 집단에서 우울증의 점수를 낮추는데 기여한다고 볼 수 있다.

또한 전체적인 프로그램 효과성 인지부분에서는 변화가 뚜렷이 나타난 집단에서는 변화를 많이 인지하거나, 새로운 친구를 사귀는 등 활동적으로 나타났지만, 그렇지 않은 집단에서는 전혀 인지하지 못하는 것으로 나타났다. 사회프로그램과 단학 프로그램의 개별적 효과성 인지부분에서는 프로그램 참여 후 뚜렷한 개선의 효과를 보이고 있는 노인을 면접한 결과 단학보다는 사회프로그램에 대한 인지가 명확하였다. 그러나, 효과를 보이지 않은 노인의 경우 사회프로그램에 대한 기억이 희미하였고, 단학 후 몸이 좋아졌다는 추상적인 언급을 하였다. 이와 같은 결과로 미루어 보아 사회프로그램이 노인의 우울증 점수 개선에 더 많은 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 그러나, 이 결과는 제한된 인원이 보여준 것으로 일반화시킬 수 없다는 한계를 가지고 있다. 따라서 앞으로의 후속적인 연구가 기대된다.

5. 결론 및 제언

사회인지이론의 기반 속에 개발된 노인우울증 예방 프로그램은 사회프로그램과 단학의 두 부분으로 구성되었다. 사회프로그램은 대인관계를 중심으로 대화방법, 스트레스의 관리, 사회활동의 강화, 미래에 대한 긍정적인 설계 등을 통해 자아통제감을 향상시키기 위해, 단학은 뇌와 신체적 건강 증진을 위해 진행되었다. 프로그램을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, 프로그램 시작 전과 후의 효과성을 검증해 본 결과, 본 연구에서 개발된 프로그램이 재가노인의 우울증 예방에 긍정적인 효과를 보이는 것으로 나타났다. 즉 실험 집단의 경계선상에 있는 우울 점수가 프로그램 시작 전에 비해 종결 후 현저히 낮아졌고, 호르몬검사 결과 역시 우울 성향을 감소시키는 방향으로 나타났다. 다시 말해 사회인지이론에 입각한 사회프로그램과 뇌와 신체적 건강을 초점을 둔 단학은 자아통제감을 증진시키고, 이를 통해 우울경계선의 재가노인이 우울증으로 발전되지 않도록 기여하였다. 여기서 한 가지 주의할 점은 자아통제감 점수가 비록 유의미하게 나타나지 않았지만 프로그램 시작 전에 비해 프로그램 종료 후에 좋아지고 있는 것으로 나타났다는 것이다. 이는 자아통제감이 특히 노인에게 있어 변화가 어렵다는 점에서 그 이유를 찾아볼 수 있을 것이다. 자아통제감이 강화되면 우울증이 감소한다는 이론적 접근은 심층면접 결과에서 입증되었는데 프로그램에서 성공적으로 나타난 케이스는 자아통제감을 자신있게 표현한 반면 성공적이지 않은 케이스는 그렇지 못하였다.

둘째, 프로그램에 참여한 노인들의 출석률이 매우 높았다는 사실은 이 프로그램이 성공적으로 끝났음을 단적으로 보여준다. 프로그램 시작 전 약 20명의 노인이 실험집단에 참여하였는데, 프로그램 평가시에도 18명의 노인이 참여하였다. 프로그램 시작 전 2명은 개인적 사정으로 인해 프로그램에 참가하지 못할 것을 알려와 실질적으로는 18명으로 프로그램이 시작되어 끝날 때까지 모두 참여하였다. 프로그램 중간 무렵 약 3명의 출석이 약간 저조하였으나, 그 이유는 신체적인 불편으로 인해 참석하지 못한 것이었다. 몸이 호전되면서 다시 출석하게 되어 출석률이 기대 이상으로 좋았다. 이는 프로그램 참여자들이 프로그램에 지속적으로 흥미를 가지고 있음을 나타내 주는 것이며, 프로그램이 진행되면서 눈에 보이는 자신의 변화와 변화에 대한 기대감을 프로그램이 충족시켜 주었기 때문인 것으로 풀이된다.

셋째, 개선의 효과가 뚜렷이 나타난 노인과 개선의 효과가 나타나지 않은 노인들을 대상으로 심층면접을 실시한 결과 전자의 노인들에게서는 자신에 대한 또는 타인에 대한 인지변화가 뚜렷이 나타난 것을 파악할 수 있었으며, 스스로의 변화에 대해 타인들이 이를 느끼고 감지하고 있는 것으로 나타났다. 또한 이 집단의 경우 사회프로그램에 대한 명확한 효과를 입증하고 있었다는 점도 특기할 만한 점이다. 그러나, 변화가 나타나지 않은 노인의 경우 변화에 대해 자신이나 타인이 인지하지 못하고 있었으며, 사회프로그램의 경우 프로그램 실시 당시에는 좋았지만 현재는 기억에 없다는 것이 공통적인 특징이었다. 이와 같은 결과로 볼 때 대인관계와 인지변화를 시도한 사회프로그램이 노인의 우울증을 낮추는 데 결정적인 역할을 하고 있는 것으로 나타났다.

이 연구를 통해 얻어진 결과를 토대로 재가노인의 우울증을 예방하기 위한 사회복지적 실천을 위한 제언을 하고자 한다. 첫째, 자아통제감의 향상이 노인의 우울증을 예방할 수 있다는 결과를 통해 사회복지사는 노인을 접할 때 노인 스스로가 문제점을 찾아 해결할 수 있도록 노인 클라이언트에게 권한부여(*client empowerment*) 하는 차원에서 접근해야 할 것이다.

둘째, 본 연구에서 개발된 우울증 예방 프로그램은 노인 자신과 대인관계에 대한 인지적 변화에만 초점을 두고 제시되었지만, 노인과 관련된 가족도 예방 프로그램에 포함할 수 있도록 다루어져야 할 것이다. 우울증은 결코 노인 개인에 대한 접근만으로 해결되기는 어렵기 때문이다. 특히 배우자가 있는 노인이라면 배우자를 참여시키는 것도 좋은 방법이 될 수 있을 것이다.

셋째, 본 연구에서 개발된 프로그램의 실시는 비교적 중산층의 노인들이 거주하고 있는 지역에서 실시되었기 때문에 저소득층의 노인에게도 비슷한 효과가 나타날 것인지에 대한 검증이 필요하다. 즉 한 곳에서의 결과를 일반화하기는 매우 어렵기 때문에 이 프로그램을 다른 곳에서도 실시할 필요가 있다. 본 연구의 실험집단 노인들은 적어도 한 가지 이상의 사회활동을 하고 있었고, 경제적으로 어려움을 느끼는 노인의 숫자 역시 적었기 때문에 저소득 지역의 노인들과의 비교가 필요하다는 것이다. 특히 노인이 되면서 경제적으로 궁핍해지는 것이 우울증의 한 요인이 되고 있음을 감안할 때, 본 프로그램도 저소득 지역 노인을 대상으로 한 효과성 검증 작업이 필요하다고 본다. 몇 개의 복지관에서 재가노인을 대상으로 프로그램을 실시하여 동일한 결과를 얻을 수 있다면, 이 프로그램은 재가노인의 우울증 예방을 위한 프로그램으로서 정착될 수 있

을 것이다. 따라서 추가적인 프로그램 효과성 평가 작업이 지속되어야 할 것이다.

넷째, 본 프로그램은 사회프로그램과 단학이 연결되어 이루어졌는데 본 연구의 결과는 사회프로그램이 우울증에 더 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 단학 프로그램과 사회프로그램을 동시에 실시함으로써, 개별 프로그램에 대한 효과를 평가할 수는 없었다는 한계를 가지고 있다. 그렇기 때문에, 두 개입프로그램을 구분하여 따로 실시함으로써, 그 효과성을 개별적으로 평가해 보는 작업 또한 필요할 것이다. 끝으로, 재가노인을 대상으로 한 프로그램이 거의 전무할 실정에서 이들을 대상으로 우울증 예방 프로그램을 개발했다는 점에서 본 연구의 의의를 찾아볼 수 있을 것이다. 이를 계기로 많은 노인대상 프로그램 개발이 이루어져야 할 것이다.

•참 고 문 헌•

- 권석만. 1997. 《인간관계 심리학》. 학지사.
- 김정순. 1988. “노인의 사회적 활동과 자아통합감에 관한 연구.” 이화여대 박사학위 논문. 서울대·아주대 의대(1998). 노인건강관리사업 개발. 수원시.
- 이명수 등. 1998. “기수련법이 심리변화와 뇌기능 및 호르몬계에 미치는 영향.” 《한국정신과학회지》, vol. 2: 315~325.
- 정경희. 1998. 전국노인생활실태조사. 한국보건사회연구원.
- 정인과·곽동일·조숙행·이현수. 1997. “한국형 노인우울검사 표준화 연구.” 《노인정신의학》 Vol. 1. No. 1: 61~72.
- Bandura, A. 1977, “Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change.” *Psychological Review*, 84. pp.191~215.
- Bandura, A., 1986, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*: Englewood Cliffs, N. J. : Prentice Hall.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B.F., Emery, G. 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Billie, S. 1986. *Effects of meditation and aerobic exercise on EEG pattern*. J Neurosci Nursing, 18 (4) : 206~210.
- Butler, R.N, Lewis, M.I., & Sunderland, T. (1998). *Aging and Mental Health*(5th Ed.) Boston.
- Curry, S.J., Wagner, E.H., and Grothaus, L.C., 1972, “Intrinsic and Extrinsic Motivation for Smoking Cessation.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58. pp.310~316.
- Davis-Berman, J. (1989). “Physical Self-Efficacy and Depressive Symptomolgy in Older Women: A Group Treatment Approach.” *Journal of Women and Aging*, 1 (4) : 29~40.
- DeLongis, A. & O'Brien, T. (1990). “An Interpersonal Framework for Stress and Coping: An Application to the Families of Alzheimer’s Patients.” In Stephens, M. A. P. et al. (Eds.), *Stress and Coping in Later-Life Families*. New York: Hemisphere Publishing Corp.
- Lepper, M.R., and Green, D. (eds.), 1978, *The Hidden Costs of Reward: New Perspectives on the Psychology of Human Motivation*. Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- Maclea CR et al., 1997, Effects of TM program on adaptive mechanism: change in hormone level and response to stress after 4months of practice.

- Psychoneuroendocrinology 22(4): 277~295.
- MacLean CR, Walton KG, Wenneberg SR, Levitsky DK, Mandarino JP, Waziri R, Hillis S., Schneider RH, 1992. "Effects of the Transcendental Meditation program on adaptive mechanisms: changes in hormone levels and responses to stress after 4 months of practice." *Center for Health and Ageing Studies, Maharishi University of Management, Fairfield, IA 52557, USA.*
- Maguire, A. 《사회복지체계론 : 기초이론과 실천사례》. 장인협·오세란 역(1996). 사회복지 실천연구소.
- Mahoney, M. J., 1991, *Human change processes*, New York: Knopf.
- McAlister, A. et al., 1980, "Pilot Study of Smoking, Alcohol, and Drug Abuse Prevention." *American Journal of Public Health*, 70, pp.719~721.
- Michaels, RR, et al. 1976. Evaluation of transcendental meditation as a method of reducing stress. *Science* 192: 1242~1244.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. 1989. *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine De Gruyter.
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., and Mullan, J., 1981. "The Stress Process," *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 337~356.
- Rapport, J., 1981, "In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention," *American Journal of Community Psychology*, 9, pp.1~25.
- Ronen T. and Dowd T., 1998, "A Constructive Model for Working with Depressed Elders," *Journal of Gerontological Social Work*, 30(3/4), pp.83~99.
- Ross, C. E. and Huber, J., 1985, "Hardship and depression," *Journal of Health and Social*.
- Ryu H, Lee HS, Shin YS, Chung SM, Lee MS, Kim HM, Chung HT, 1996, "Acute effect of qigong training on stress hormonal levels in man," *Am J Chin Med*, 24(2): 193~198.
- Wallace, R.K et al. 1970. "Physiological effects of TM meditation." *Science* 167: 1751~1753.
- Zinn, J.K. et al., 1992, "Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder." *Am J Psychiatry* 149: 936~943.

Development and Evaluation of Preventive Mental Health Program for Depression among the Elderly in Community Focused on the Community Welfare Center User

Kim, Mee-Hye · Chung, Soon-Dool · Lee, Geum-Yong

The purpose of this research was to develop and evaluate a preventive mental health program for the depression among the elderly in community. Based on the review of literature, intervention program for preventing depression among the elderly was developed. In particular, the program focuses on enhancing the sense of control which is from social cognitive theory. The preventive mental health program consists of two parts: Tan-Hak and Social intervention program. Tan-Hak was oriented to cognitive change and activities, while social intervention program dealt with some social skills for relationship, stress management, motivation of social activities(volunteer activities), positive future designing, etc. For the evaluation of this program, we employed depression scale and medical measurement such as hormone test before and after the program, and in-depth interview of subjects. Overall, this program was successful in some points. First, through the pre and post test, this program has positive effect on strengthening the sense of control, and consequently, lowering depression level. Secondly, 18 people started this program called "smile class" at first time, and none of them turned out until the end of the program. This implies that the program was interesting to the elderly.