

## 취약계층 노인의 우울예방을 위한 지역사회기반의 통합프로그램 개발 및 효과검증\*

안 양 희\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

세계적으로 노인인구의 비율은 증가하고 있다. 미국은 65세 이상의 노인인구의 비율을 2020년에는 16.4%를 전망하고 있는 반면에(USA Department of Health and Human Services, 2002), 우리나라는 2019년에는 14.4%를 차지할 것으로 예측하고 있다(보건복지부, 2002). 노인인구의 증가는 건강, 경제, 사회, 정치 등 전반적으로 영향을 미치고 있으며, 우리나라도 노령화 사회로 되면서 노인과 관련된 제반 문제들이 사회적으로 표출되었고, 국가 보건·복지정책의 하나로 다루어지기 시작하였다. 노령화 사회는 노령자 세대 또는 노령자만의 세대가 크게 증가하며 독거 노인의 대부분이 후기 노령자이면서 여성노인이 대부분을 차지한다. 특히 재가 독거 노인의 경우 저소득층에 속하는 비율이 현저히 높으며, 이들의 대부분은 만성질환의 증상을 복합적으로 호소하고 있다(Ahn & Kim, in press).

노인들은 노년기 특성상 의존성이 점점 커지게 되어 절망감, 무기력, 자아존중과 자기가치의 저하 등을 일으킬 수 있으며, 산업화와 도시화의 영향으로 소외감에 빠지기 쉽고 사회생활 적응에 문제를 초래하게 된다. 따라서 경미한 우울 증상은 노인들이 가장 흔하고 쉽게 경험할 수 있는 정신건강문제인 반면에 이러한 우울 증상은 나이가 들어감에 따라 정상적인 부분으로 생각하고, 우

울의 감정을 자주 호소하지 않기 때문에 쉽게 간과되기도 한다. 그러나 적절한 관리를 하지 않게 되면, 결과적으로 노인의 우울 증상은 신체화되어 근·골격, 심계항진, 소화기계 증상과 같은 신체적 불편 등으로 대신하여 호소하며, 우울증은 경도의 불쾌감(dysphoria)에서부터 신체적, 인지적, 사회적 손상, 그리고 자살의 경우까지 이르게 되며, 우울 증상이 있는 노인이 없는 노인보다 자살에 의한 사망률이 높다(Kurlowicz, et al., 1997). 그러므로 일차적으로 지역사회에서 노인들의 우울 예방 및 관리는 매우 중요하다(Cole, Bellavance, & Monsour, 1999).

세계보건기구(World Health Organization, 2000)는 2020년에는 우울증이 세계적으로 가장 흔한 두 번째 질병이 될 것으로 전망하였으며, 미국은 증가하고 있는 65세 이상 노인들의 주요 건강문제는 우울증이라고 했다(National Institutes of Health, 1991). 연구보고에 의하면, 지역사회 거주노인 중에는 13%, 외래환자 중에는 24%, 그리고 병원이나 시설에 있는 노인 중에는 43%가 경미한 우울증을 포함하여 심각한 우울증을 나타내고 있으며(Kurlowicz, 1997), 저소득층 재가노인의 경우에는 약 25%가 우울증이 있다고 하였다(Badger, et al., 2000). 우리나라 농촌지역 재가노인의 경우에는 일부 연구결과에 의하면 조사대상의 약 20%가 우울 성향을 나타내고 있는 것으로 보고되었고(손석준 등, 2000; 이꽃매와 김화중, 2000), 농촌지역 재가 독거노인은 연구대상의 약 91%가 우울 성향이 있는 것으로 나

\* 본 논문은 연세대학교 원주의과대학 학술연구비 지원에 의한 것임

\*\* 연세대학교 원주의과대학 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: ahn57@wonju.yonsei.ac.kr)

타났다 (Ahn & Kim, in press).

노인우울에 대하여 지금까지 수행된 연구는 대부분 정신건강차원에서 실시조사, 우울증 사정, 우울 관련 요인분석, 그리고 우울예방 및 관리를 위한 중재효과검증 연구 등이었다. 구체적으로 우울예방 및 관리를 위한 중재는 약물요법, 사회 심리요법, 인지 행동 요법 등이 제공되었으며, 특히 일차건강관리 영역에서의 중재효과검증연구는 약물요법이 아닌 사회심리요법, 인지행동요법 및 보건교육 등이 적용되었다(Ward, et al., 2000; Llewellyn-Jones, et al., 1999; Banerjee, et al., 1996). 우리나라에서 노인 우울과 관련하여 제공된 중재의 예를 들면 인지요법, 운동요법, 회상요법, 음악요법, 작업요법, 미술요법, 원예요법, 무용요법, 레크레이션 요법 등이 있다. 중재의 대부분은 시설에 있는 노인 치매환자를 대상으로 일개 요법을 적용하였거나 여러 가지 요법들을 그룹별로 제공, 비교하였다. 지역사회 재가 노인을 대상으로 한 중재에는 체육활동(박정주, 2000), 치료레크레이션 요법(전기홍 등, 1999), 무용요법(이영란, 1999), 운동요법(최선하, 1996) 등 신체적 활동에 초점을 두었다. 그러나 우울의 속성을 고려하면 정신 및 사회심리적 접근이 바람직하다.

지역사회 건강사업의 목표는 무엇보다도 일차관리, 예방 그리고 건강증진이다. 농촌 지역사회의 경우, 보건진료소 및 보건지소가 관할하고 있는 지역의 노인인구 비율은 25%를 상회(안양희 등, 1999)하고 있기 때문에 노인인구에 대한 일차건강관리사업은 필수적이며, 주요 지역사회 보건사업이다. 특히 노인들의 정신건강문제는 노년기 특성상 가장 흔하게 나타나는 증상이며, 여러 요인들이 복합적으로 관련되어 있고, 정서문제가 신체적 증상을 발현하게 하는 것임을 감안할 때 결코 간과해서는 안 된다. 게다가 노인들의 경제적 문제는 건강문제와 직결되는 것으로 취약계층의 노인들은 더욱 심각성을 가중시킨다(권선숙 등, 2002). 이와 같이 노년기 우울증의 심각성에 비추어 볼 때 일차건강관리에서 우울증 관리를 위한 간호제공은 매우 허술하고 미흡하다. 현실적으로 지역사회 공보보건서비스 수준에서 노인들의 우울증 관리 및 예방 프로그램은 전무라 해도 과언이 아니다. 따라서 일차건강관리수준에서 재가 노인들의 자가관리 능력 강화에 초점을 두는 정신 및 사회심리적 접근을 통한 우울 예방 및 관리프로그램은 절실히 필요하다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 농촌지역의 재가 독거노인을 대상으로 노인 우울증 예방을 위한 지역사회기반의 통합프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하기 위함이었다.

통합 프로그램의 중재효과 검증에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 통합프로그램 중재 전·후의 우울 변화를 검증한다.
- 2) 통합프로그램 중재효과 크기를 산출한다.
- 3) 통합프로그램 중재 전후의 우울 점수차이에 영향을 미치는 주 효과 및 상호작용효과를 검증한다.

## 3. 용어정의

- 1) 취약계층 노인: 본 연구에서는 H읍내 기초생활 수급자로서, 혼자 거주하고 있는 65세 이상의 노인을 말한다.
- 2) 통합 프로그램: 본 연구에서 개발된 원예요법, 회상요법 및 말벗 나눔을 통합적으로 활용한 프로그램을 말한다.
- 3) 우울

이론적 정의-우울은 기분장애로 분류되며(DSM-IV), 흥미상실, 삶의 불만족, 사회적 활동으로부터의 고립, 힘이 없음, 침울함, 불안, 슬픔, 지나친 건강걱정, 체중저하 등과 같은 일반적인 증상과 증후: 감정, 생각, 행위와 관련된 심리적 증상: 신체화 증상 등을 나타내는 기분장애를 말한다(American Psychiatric Association, 1994).

조작적 정의 - 본 연구에서는 우울의 정도를 한국 단축형 노인 우울측정도구(조주현 등, 1999)에 의한 측정치로 0-6점은 정상, 7점 이상은 우울증상이 있음을 의미한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 단일 군 전·후 설계(one group pretest-posttest design)에 의한 유사실험연구이다. 본 연구대상자는 일 지역을 단위로 한 독거노인으로서 지역사회의 특성에 따른 대조군 설정이 시간적, 경제적으로 어려움이 동반되어 단일 군에 의한 사전, 사후설계에 의했다.

### 2. 연구대상

연구대상은 H읍 지역의 기초생활 수급 자로서, 65세 이상의 독거노인이며 대상자는 1) 현재 우울 악을 복용하지 않는 자, 2) 의사소통이 가능한 자, 3) 본 연구에 참여를 동의한 자 등을 기준으로 포함되었으며, 정신질환 및 중증도의 인지장애가 있는 대상자는 제외되었다.

### 3. 처치

#### 1) 프로그램 목표

프로그램의 목표는 노인들의 정신적 자기관리 능력(self-care capability)을 증진시켜, 우울을 예방, 관리하고 궁극적으로 삶의 의미와 만족감을 갖도록 하는 것이었다. 정신적 자기관리는 긍정적이고 수용적인 자기개념(self-concept) 및 자기가치(self-value)에 초점을 두었다.

#### 2) 프로그램 틀

프로그램의 이론적 배경은 원예요법, 회상요법, 말벗 나눔 등이며, 이를 통합하여 하나의 프로그램으로 개발하였다. 통합프로그램은 노인에게 원예활동을 통하여 정서적으로 자아표현을 계발하고, 식물의 변화과정을 관찰하도록 유도함으로써 삶의 의미를 인식하게 하고, 회상요법을 통하여 긍정적으로 자신의 가치를 인정하고 수용하도록 하였으며, 말벗 나눔을 통하여 사회적으로 나 아닌 다른 사람과의 관계를 맺고 사회성을 증진시키도록 하였다.

#### 3) 프로그램구성

프로그램은 1회/주, 60분/회로 총 12회로 구성하였다. 매 회의 프로그램 구성요소는 인사말(5분), 말문열기(10분), 주제나누기(30분), 마무리(10분), 끝맺음(5분) 등이었다. 1회/주 단위의 중재를 제공하는 이유는 본 연구 대상자가 재가 독거노인으로서 가정방문을 통하여 개인단위의 서비스가 주어져야 되므로 시간적 제한 때문이었으며, 총 12회의 중재는 대부분의 중재 프로그램이 9회 또는 12회의 횟수를 운영하였고, 또한 본 연구 대상 노인의 평균연령이 약 75세로서 시간적 기간이 요구되기 때문이었다.

#### 4) 프로그램 제공

프로그램 제공은 노인 대상자임을 고려하여 기본적으로 상추, 고추, 파 등 파종한 것을 가구별로 분배한 후

시작되었다. 프로그램 제공은 책임 연구자로부터 통합프로그램과 관련된 지식과 기술을 교육받은 1명의 보건간호사와 6명의 자원봉사자에 의하여 제공되었다. 보건간호사는 사례관리자로서 서비스관리 및 자원봉사자를 관리하였고, 자원봉사자들은 2명씩 짝을 이루어 수행하였다. 프로그램 서비스 제공기간은 2002년 8월부터 10월까지 12주 동안 진행되었다. 연구대상자들은 기존의 보건간호서비스 이외에 개발된 프로그램에 대한 서비스를 제공 받았다.

#### 5) 수행전략

프로그램을 성공적으로 제공하기 위하여 지역사회기반의 동반적 관계(community-based partnership) 전략을 활용하였다. 즉 대상자와 서비스 제공자와의 관계가 목표를 달성하기 위한 모든 과정에 동의하고 함께 수행해 나가는 것이다. 동반적 관계는 기본적으로 대상자와 제공자간에 인격적 관계를 형성하는 것이다. 특히 본 연구에서는 인격적 관계형성에 의하여 노인이 개방적으로 마음을 열도록 하는 동기유발과 상호 신뢰구축에 초점을 두었으며, 존중과 이해를 통하여 노인의 흥미와 관심을 유도하였다.

#### 6) 프로그램 운영

프로그램의 운영을 위하여 연구책임자와 보건간호사는 1회/주 정기적인 모임을 통하여 서비스 제공과 관련된 제반 문제들을 해결하였다. 보건간호사는 1회/2주 정기적 가정방문을 실시함과 동시에 팀 별 자원봉사자들의 가정방문 전·후 집담회를 실시하여 자원봉사자들간의 수행능력차이를 최소화하는데 주력하였다.

### 4. 연구도구

#### 1) 단축형 한국어형 우울측정도구

우울측정은 15문항으로 단축된 한국어형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale: Korean version; 조주현 등, 1999)를 활용하였으며, 국내·외적으로 타당도와 신뢰도가 검증된 도구이다(Yesavage, et al., 1983; Kurlowicz, 1999; 기백석, 1995). 이 도구는 예, 아니오로 응답하는 이분척도로 구성되었고(Thurston rating scale), 점수의 범위는 0 - 15점이며, 총점이 0 - 6점은 정상 범위에 속하고 7점 이상은 우울 증상이 있는 것으로 판단하였다.

## 2) 사회적 지지에 대한 만족 측정도구

사회적 지지는 가족, 이웃, 지역사회 등의 지지에 대하여 각 각 어느 정도 만족하는지를 5점 척도로 조사하였다. 총 3문항으로 3-15점의 범위를 나타내며, 점수가 높을수록 불만족이 높음을 의미하였다.

## 3) 일상생활 활동 측정도구

본 연구에 사용된 도구는 1999년 국가적 차원의 방문 간호사업에서 활용한 도구이며, 이는 일상생활 활동과 도구적 일상생활 활동을 통합한 것이다. 총 15문항으로 구성하였으며, 3점 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 도움을 필요로 하는 활동이 많음을 의미하였다. 본 연구에서 내적 일관성은  $\alpha=0.9803$ 로 나타났다.

## 4) 인구사회학적 특성

대상자들의 인구사회학적 특성을 조사하기 위하여 성별, 연령, 교육, 종교, 자녀, 주 간호 제공자, 지지 제공자 등에 대하여 조사하였다.

## 5) 자료수집

본 연구는 H군 보건복지 통합시범사업의 일부로서, 기초자료 (baseline data) 및 중재 후 자료를 활용하였으며, 자료에 대한 검토 및 미비한 자료의 재 수집은 2명의 자료수집 원에 의하여 이루어졌다.

## 6) 연구에 사용된 변수 및 자료분석방법

본 연구에 사용된 변수는 다음과 같다.

독립변수는 프로그램중재 유무이었으며, 종속변수는 노인의 우울수준 변화이었다. 노인의 우울 도구(GDS)는 정상과 우울을 구분 하는 구분 점 (cutting point)를 제시하고 있으나 자료수집을 위한 면담과정에서, 구분 점에 가까운 대상자의 경우 그 경계가 분명하지 않음을 확인할 수 있었으며, 또한 통계적으로 대상자들의 우울수준이 편향(right skewed)되어 나타나 명목 (nominal) 변수 외에 서열(ordinal)변수로 분석하였다.

일상생활활동상태, 사회적 지지에 대한 만족 및 인구사회학적 요인 등은 통제변수(control variables)로 사용하였다. 노인의 경우, 기능적 상태와 사회적 지지는 노인의 우울에 예측인자로 설명되고 있기 때문에 일상생활 활동상태와 사회적 지지에 대한 만족변수를 선택하였으며, 인구사회학적 변수는 성, 연령, 교육, 종교, 자녀, 주 간호제공자, 지지제공자 등이 사용되었다.

자료분석은 SPSS-PC(version 11.5)를 사용하였으며, 기술통계와 추론통계를 활용하였다.

중재효과는  $\chi^2$ 과 t-test를 사용하여 검증하였고, 중재 효과의 크기는 Cohen's d값을 산출하였다. 효과크기는 중재 전에 비하여 중재 후에 일 표준편차에 대한 값의 크기를 나타내는 것으로 Cohen(1988)의 정의에 의하여 0.3 작다; 0.5 중간; >0.8 크다 라고 해석하였다. 우울에 영향을 미치는 주 효과 및 상호작용효과를 분석하기 위해서는 multiple linear regression 을 사용하였다.

## 5. 연구의 제한 점

본 연구에서 시간적, 경제적으로 대조군 설정의 어려움이 발생되어 단일 군에 의한 유사실험연구를 시행하여 실험 군 통제가 철저히 이루어지지 못하였다. 즉 지역사회는 개방체계로서 체계외부의 에너지, 정보 등과 끊임 없이 상호작용을 하는 특성 때문에 지역사회 경계 (community boundary)에 대한 통제가 불가능하였다. 본 연구대상자들은 지역사회에 거주하고 독거노인으로서 기초생활 수급 자이기 때문에 지역사회 내·외에 있는 다른 종류의 단체나 조직, 개인으로부터 다양한 보건·복지서비스를 받을 수 있는 환경에 노출되어 있었으며, 이를 통제하기는 불가능하였다.

## Ⅲ. 연구 결과

### 1. 프로그램 개발

프로그램은 연구책임자가 개발하였으며, 대상자가 놓친 지역사회의 재가 독거노인이라는 점에 초점을 두고 노인우울증상을 예방하고 관리하기 위한 정신사회심리적 측면에서의 자기관리 능력을 증진시키도록 하였다. 즉 긍정적인 자기개념과 가치관을 가지고 나 아닌 다른 사람과의 관계 속에서 현재의 삶에 적응하고 만족함으로써 우울을 예방하고 관리하기 위함이었다. 본 연구에서는 정신, 심리, 사회 측면을 공통으로 다루어진다고 사려되는 회상요법, 원예요법, 말벗 나눔 등을 통합하여 하나의 프로그램으로 개발하였다.

회상요법의 시초는 치매증상이 없는 일반사람들에게 삶을 되돌아보고 미해결된 갈등을 의식적으로 인식하도록 하여 돕는 것에서 출발하였으나(Brooker, & Duce, 2000), 1980년대부터는 대부분 치매환자들에게 여러

가지 사진, 스크랩, 그림 등의 삶의 도구들을 활용하여 인지기능을 돕는데 사용하고 있다. 본 연구에서는 노인들이 삶을 뒤돌아 보고 내재된 부정적 경험으로 인한 감정을 외현화시키고, 의미 있는 과거 경험을 통해서 자아성찰을 통하여 자신의 독자성과 가치를 재 발견하고 긍정적 자아개념 형성에 초점을 두었다. 원예치료는, 인간의 신체적 정신적 사회적 건강증진을 위하여 식물과 원예 활동을 이용하는 과정(American Horticulture Therapy Association, 2003)으로, 본 연구에서는 원예활동을 통하여 자기표현의 기회를 가지게 되며, 관찰력의 증가로 모든 일에 대해 긍정적이고 자신감을 갖게 하고 삶의 의미를 갖도록 하였다. 또한 사회적으로는 다른 사람과의 관계를 맺을 기회를 갖도록 하였다.

벗(friend)은 서로 나누고 돕는다 라는 뜻을 지니고 있으며, 신체적으로 활동이 제한되어 있거나, 정신적으로 문제가 있는 노인들에게는 벗 관계 수립이 중요하다 (Bitzan, & Kruzich, 2002). 본 연구에서는 말벗 관계 수립으로 함께 이야기 나누기를 통하여 내적인 연속적 자원을 제공하여 노인의 사회심리적 문제를 해결하도록 하였다.

따라서 본 연구에서 개발된 통합프로그램은 농촌 노인들에게 가장 친숙한 흙과 채소류를 활용함으로써 노인들은 흥미와 자신감을 가지고 적극적으로 참여하게 되었고, 노인들이 살아오면서 획득한 채소 가꾸기에 대한 지혜를 함께 나눌 벗과 기회를 갖게 됨은 노인들의 사회성을 더욱 증진시키게 되었다. 그리고 지금까지 별다른 의미를 두지 않고 보아왔던 채소의 변화과정을 세밀히 관찰하고, 그 과정에서 자신의 삶을 다시 한번 뒤돌아 보고, 과거의 삶을 통한 현재의 삶이 소중함을 느낄 수 있도록 하였다. 또한 느낌과 감정을 언어로 표현할 수 있는 기회를 갖도록 하여, 삶의 과정에서 어둡고 우울한 부분들을 노출시킴에 의하여 노인에게 정서 심리적으로 자신감을 가지고 삶에 적응하도록 하였다. 채소의 수확은 성취감을 느낄 수 있게 되었고, 그 성취감을 이웃과 함께 나눔에 의하여 삶의 만족을 갖도록 하였다.

이러한 통합프로그램은 다각적 측면의 접근으로 우울 증상을 종합적으로 예방하고 관리할 수 있는 것으로 판단되었다.

## 2. 효과검증

### 1) 대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 다음과 같다.

대상자들의 평균연령은 75.3세 (SD 6.5)이었고, 성별은 남자 10명(11.8%), 여자 75명(88.2%)이었다. 교육배경은 대부분 낮아 무학 74명(87.1%), 초등학교 8명(9.4%), 중학교 3명(3.6%)이었으며, 종교가 없는 대상자는 35명(41.3%)이었으며, 기독교 30명(35.3%), 불교 11명(12.9%), 카톨릭 7명(8.2%), 기타 2명(2.4%) 순이었다. 대상자 중에서 62명(72.9%)은 1명 이상의 자녀가 있었으며, 23명(27.1%)은 자녀가 없었다. 질병발생시 간호는 자신이 돌보는 경우가 과반수 정도이었고(67.1%), 나머지는 가족, 친족 및 자원봉사자에 의존하였다. 힘이 들 때 가장 도움이 되는 사람으로 가족 35명(41.2%), 이웃 32명(37.6%), 친척 10명(11.8%), 기타 8명(9.4%) 순으로 응답하였다.

### 2) 프로그램 중재 전·후의 우울의 변화

프로그램 중재 전·후의 우울변화는 군(group)별 분포변화 및 점수의 변화로 분석하였다. 군별 분포의 변화는 우울점수 6점을 기준으로 정상 군과 우울 군을 분류하여 프로그램 중재 전·후의 군의 분포차이를 검증하였다. 정상 군의 경우, 프로그램 중재 전 8명이 후 31명이

<Table 1> Characteristics of subjects (n=85)

characteristics	content	n	%
Sex	Male	10	11.8
	Female	75	88.2
Age	65 - 69	17	20.0
	70 - 79	48	52.9
	>80	23	27.1
Education	No education	74	87.1
	Elementary	8	9.4
	Middle school & Above	3	3.6
Religion	No religion	35	41.3
	Christian	30	35.3
	Others	2	2.4
Children	No child	23	27.1
	1 - 2	38	42.7
	3 - 4	20	23.5
	>5	4	4.7
Care-giver	Self	57	67.1
	Family	20	23.6
	Relatives	3	3.5
	Others	5	5.9
Supporter	Family	35	41.2
		10	11.8
		32	37.6
		8	9.4

로 증가하였고, 우울 군의 경우, 71명에서 53명으로 감소하였으며, 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $\chi^2=9.664, p<.005$ ).

<Table 2> Depression: Differences between pre- and post-intervention distribution

Category	pre-intervention		post-intervention		$\chi^2$
	n	%	n	%	
Normal (0-6)	8	10.1	31	36.9	9.664*
Depression (>7)	71	89.9	53	63.1	

\*  $p<.005$

프로그램 중재 전·후의 우울점수의 변화는, 프로그램 중재 전 10.48 점이 중재 후 7.64 점으로 우울점수가 감소하였으며, 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $t=7.934, p<.001$ ).

<Table 3> Depression: Differences between pre- and post-intervention average scores

Category	pre-intervention	post-intervention	t
Mean	10.48	7.64	7.934**
SD	2.77	3.22	
Range	3 -14	1 -15	

\*\*  $p<.001$

### 3) 프로그램 중재 효과크기

프로그램 중재효과크기(effect-size)는 Cohen's  $d=0.94$ 로서 중재 후는 전보다 일 표준편차의 0.94배 효과가 있는 것으로 나타났다. Cohen(1988)의 효과크기 정의에 의하면 효과가 크다고 설명할 수 있다.

### 4) 우울변화에 영향을 미치는 주 효과 및 상호작용효과 분석

우울변화에 영향을 미치는 주 효과 및 상호작용 효과를 분석하기 위하여 multiple linear regression으로 분석하였다. 본 연구에서 추정된 모델은 우울을 설명하는 모델로 적합하였고, 통계적으로 유의한 것으로 나타났다( $F=9.327, p<.001$ ), 우울의 변화를 42.3% 설명하였다.

프로그램 중재 유무는 우울변화에 주 효과가 있는 것으로 나타났다( $t=3.589, p<.001$ ). 즉 프로그램 중재에

의하여 우울 증상의 감소효과가 있었다. 사회적 지지에 대한 만족 변화는 프로그램 중재 유무와 상호작용효과가 있는 것으로 나타났으며( $t=-.4.368, p<.001$ ), 또한 우울 변화에 영향을 미치는 주효과도 있었다( $t=2.677, p<.005$ ). 즉 사회적 지지에 대한 만족 변화는 우울변화에 영향을 미치는 주 효과 및 상호작용 효과가 있음을 알 수 있었다. 그러나 일상생활 활동상태는 우울변화에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 인구사회학적 변수로는 교육( $t=-1.967, p<.05$ )과 연령( $t=1.978, p<.05$ )이 우울변화에 통계적으로 유의하였다.

<Table 4> Main & interaction effects among intervention, ADLs & AIDLs, and satisfaction with social support on depressive symptoms: Multiple linear regression

Variable	Depression	
	$\beta$	t
<u>Main effects</u>		
Intervention (1:no, 2: yes)	13.895	3.589**
ADLs & AIDLs	-.096	-1.217
Satisfaction with Social support	.411	2.677**
<u>Interaction effects</u>		
Intervention x ADLs & AIDLs	-.184	-1.578
Intervention x Satisfaction with SS	-1.099	4.368**
Age	.071	1.978*
Education(1:no, 2: yes)	-1.375	-1.967*
Religion(1: no 2: yes)	.179	.390
Child(1: no, 2: yes)	.057	.106
Caregiver(1: no, 2:yes)	-.432	-.871
Supporter(1: family, 2:others)	-.104	-.208
Intercept	6.253	
F	9.327	
$R^2$	.423	

\*\*  $p<0.001$ , \*  $p<0.05$

## IV. 논 의

### 1. 연구방법에 대한 논의

농촌지역의 노인은 보건의료서비스와 관련하여, 보건 의료시설에 대한 접근성, 유용성, 수용성 측면에서 취약성을 갖기 때문에(Jones. & Beck-Little, 2002), 비

용-효율적 보건의료서비스를 절대적으로 필요로 한다. 미국 정부(USA Department of Health and Human Service/Centers for Medicaid, and Medicare, 2002)에서는 노인들의 비용-효율적 건강관리정책으로 지역사회 장기지원체계를 강화하기 위하여 지역사회와 동반적 관계(Frank, F., Smith, A, 1997)를 수립하고 지역사회기반의 서비스와 지역사회 역량구축 (community capacity building)을 강조하고 있다. 우리나라의 경우, 농촌지역의 재가 독거노인이며, 기초생활 수급대상자의 경우에는 경제적 문제가 있고, 또한 대부분 교육배경도 낮아 사회적으로 더욱 고립되어 있으므로 그 심각성은 더 크다. 현재 이들에 대한 건강관리서비스는 공공 보건기관 즉 보건소를 중심으로 보건요원에 의한 서비스가 개인 단위의 차원을 벗어나지 못하고 있다. 그러므로 건강한 농촌 지역사회를 위해서는 지역사회의 적극적 참여로 고립된 독거노인을 지역사회의 일원으로 서 기능할 수 있도록 지역사회역량구축이 핵심적으로 요구되며(안양희, 2003), 이를 위해 서비스 제공기관인 보건소는 지역사회와 동반적 관계수립이 기본적으로 요구된다. 본 연구에서는 대상자와 서비스 제공자간의 지역사회기반의 동반적 관계수립을 통하여 일방적인 수혜나 서비스 제공이 아닌 함께 문제를 인식하고 해결해 나가며 책임감을 나눔으로써 궁극적으로는 노인 스스로 자기 관리를 위한 능력을 구축해 나가도록 하였다. 또한 보건 간호사가 사례관리(case management) 기법을 적용하여 대상자에 대한 총체적 관리를 하고 훈련된 자원봉사자들을 활용하여 서비스 제공을 실시하였다. 이점은 지금까지 공공보건기관인 보건소에서 제공하고 있는 기존의 서비스 방식과는 다른 접근이다.

또한 미국 국립보건연구소(USA National Institute of Health, 1997)에서는 농촌지역의 노인 우울 예방을 위해서는 비 약물요법의 비용-효율적 관리가 요구된다고 하였다. 본 연구에서 개발된 프로그램은 비 약물요법으로 지금까지 우리나라 지역사회 재가 노인들을 대상으로 한 신체적 활동에 초점을 둔 프로그램과는 다르게 정신 및 사회심리적 접근을 시도하였다.

개발된 프로그램의 목표인 자가관리(self-care)는 간호학, 의학, 사회학, 심리학 등 여러 학문에서 사용하고 있으며, 간호학에서 자가간호는 1950년대 오렘의 자가간호결핍이론에서 출발하여 건강 유지, 증진과 연관되어 연구되어 왔다. 자가간호는 자신의 삶과 건강, 안녕을 유지하기 위하여 개인이 수행하는 활동들이며(Orem, 1995,

p.104), 자가간호의 전제조건은 자신을 수용하고 가치 있다고 믿는 것이다(Backman, & Hentinen, 1999). 자가간호는 노인들이 노화과정에 적응하고 독립적으로 생활하도록 돕고 안녕을 증진시키기 위한 중요한 요소이며(Wang et al., 2001), 특히 노인들이 살아온 삶 및 사회적 지지는 노인들의 자가간호활동과 관련이 있다고 보고하고 있다(Backman, & Hentinen, 1999). 또한 Pang Chung(1996)은 현상학적 접근을 통하여 미국에 이민 온 한국 노인들의 자기개념 및 신념이 우울증상과 연관되어 있음을 밝혔다. 따라서 본 연구에서 개발된 프로그램의 목표와 프로그램의 내용은 연계성이 있음을 알 수 있다.

회상요법은 치매노인의 우울관리(Brooker, D. & Duce, L., 2000; Ashida, S., 2000; 김남초, 유양숙, 한숙원, 2000), 및 일반노인의 우울예방 또는 우울 증상 감소 (Cully, LaVoie, & Gfeller, 2001; Watt, L.M., Cappeliez, P., 2000)에 효과가 있으며, 자존감(김수영, 1988), 긍정적 자아개념, 자가간호 능력을 향상시키고 또한 삶의 만족을 증진시킴으로써 특히 농촌지역의 노인들에게 우울을 예방하고 관리하는데 유용한 간호중재이다 (Jones, E. D., & Beck-Little, R., 2002). McCloskey & Bulechek(1996)는 회상요법을 간호중재분류(Nursing Interventions Classification)의 하나로 제시하였으며, 미국간호협회(The American Nurses Association, 1994, 1995)의 정신간호실무표준과 노인간호실무표준에는 회상요법을 간호실무표준의 영역 내에 포함하고 있다.

원예치료는 정신장애인이거나 정신지체아의 치료에서 시작되었으며 오늘날에는 모든 종류의 환경적 치료로서 사용되고 있다. 원예활동을 통하여 신체적으로 자연스러운 동작을 하게하고, 정서적으로 자기표현의 기회를 가지게 되며, 흥미, 관심, 관찰력의 증가로 모든 일에 대해 긍정적이고 자신감을 갖게 하고, 사회적으로 삶에 대한 책임감을 갖고, 다른 사람과의 관계를 맺을 기회를 가지게 된다(손기철, 2000) 고 본다. 연구보고에 의하면, 노인의 자기표현 능력(김파근, 1998)은 우울과 관계가 있으며, 치매노인을 대상으로 원예프로그램이 효과가 있음을 밝히고 있다(이상훈, 2000; 김부영, 2000).

벗 관계수립(friendship)은 아동들에게는 자아 정체성 수립과 대처능력에 직접적 영향을 미치는(Berndt, 2002) 반면에, 노인들에게는 신체적 정신적 건강과 연관되어 있으며(Bitzan, & Kruzich, 1990), 외로움 감소에 효과가 있는 것으로 나타났다(Stevens, & van Tilburg, 2000;

McKee, et al., 1999; Stevens, N., 2001).

종합하면 이러한 연구결과들은 통합프로그램이 우울 예방 및 관리를 위하여 타당성이 있음을 뒷받침한다.

이상에서 언급된 바와 같이, 서비스 제공접근방법이나 개발된 통합프로그램은 본 연구의 강점(strengths)이라 할 수 있다.

그러나 본 연구에서는 대조군 설정 및 지역사회 경제 통제 등의 제한 점을 가지고 있다. 지역사회의 특성상 지역사회의 경제 및 시간적 흐름에 따른 변화에 대한 통제는 어려움을 갖기 때문에 지역사회를 단위로 한 순수한 무작위 통제군 실험연구 설계는 어느 면에서나 쉽지가 않다. 예를 들면, 실험 군과 통제 군으로 나누어 연구가 수행된다 하더라도 지역사회 고유의 특성이나 문화 등의 차이를 적절하게 통제하기에는 문제가 있기 때문에 대부분의 연구들이 유사실험연구를 수행한다. 그럼에도 불구하고 이러한 문제점을 최소화하고 순수 실험효과를 얻어내기 위한 노력이 이루어지고 있으며 그 예로 미국 등에서 무작위 통제군 실험연구가 수행되었다(Banerjee, et al., 1996; Llewelly-Jones, et al., 1999; Jacob, et al., 2002). 이점은 추후 연구에서 고려해야 할 부분으로 사려된다.

## 2. 효과 검증에 대한 논의

본 연구에서 통합프로그램 중재 후에 우울 기준점을 이용하여 정상 군과 우울 군으로 분류하여 변화를 검증한 결과 유의한 차이를 나타냈으며, 중재 전후의 우울점수를 비교한 결과에서도 대상자들의 우울 점수는 유의하게 감소되었다. 즉 프로그램 중재 효과를 일관성 있게 나타냈다. 프로그램의 중재효과 크기는 큰 것으로 나타났으며, 이러한 결과는 임상적으로 유용성(clinical utility)이 있다고 설명할 수 있다. 선행연구들의 경우, 연구대상자가 다르고 프로그램이 다르며 또한 접근방법이 다르기 때문에 단순 비교하기에는 무리가 따르는 하나, 사회심리요법이나 인지행동요법 실시 후 우울 증상의 감소에 효과가 있는 것으로 나타난 결과는 일치하였다(Ward, et al., 2000; Banerjee, et al., 1996).

이와 같은 결과가 프로그램의 중재 이외의 다른 변인에 의한 효과인지를 알아보기 위하여, 일상생활활동상태, 사회적 지지에 대한 만족, 인구사회학적 요인 등을 투입하여 multiple linear regression으로 분석한 결과, 몇 가지 사항을 도출하였다.

첫째, 노인의 일상생활 활동상태 변화는 우울 변화에 영향을 미치지 않았다. 이러한 결과는 노인의 일상생활 활동상태가 우울과 관련이 있다는 선행연구와 일치하지 않았다(노국희, 1998; 이문수 등, 2000; Geerlings, et al., 2002). 그러나 질병으로 인한 기능적 장애는 우울에 영향을 미칠 수 있으며(박영숙, 1999), 우울과 일상생활 활동상태와의 연관성은 양 방향의 효과에 의한 것일 수 있음을(Geerlings, et al., 2002) 고려해 보면, 본 연구대상자의 경우 대체로 일상생활 활동상태의 수준이 높았기 때문에 우울변화에 영향을 미치지 않은 것으로 사려된다. 둘째, 노인의 사회적 지지에 대한 만족 변화는 우울변화에 주 효과 및 상호작용 효과가 있는 것으로 나타났다. 즉 프로그램 중재와 함께 서비스 제공과정에서 이루어지는 지지에 대한 만족이 더욱 상승효과를 가져온 것으로 사려되며, 사회적 지지에 대한 만족 만으로도 우울변화에 효과가 있는 것으로 나타난 결과는 Bothell 등(1999)이 우울의 가장 유력한 예측인자는 사회적 지지에 대한 인식이라고 주장한 것과 일치하였다. 노인에 대한 사회적 지지는 이미 중요한 요인(Walsh, & Connelly, 1996)으로 알려져 있기 때문에 지역사회에서 많은 지지가 다양하게 중복되어 제공되고 있는 것이 현실이다. 그러나 방법론적으로 어떻게 지지를 제공하느냐와 그 지지에 노인들이 어떻게 인지하고 있는지가 중요한 관건이 된다고 볼 수 있다. 본 연구에서 지지에 대한 만족의 변화를 보다 상승시킬 수 있었던 것은 동반적 관계수립의 전략으로 프로그램 중재가 이루어진 것이 중요한 역할을 한 것으로 사려된다. 즉 대상자들이 서비스제공자로부터 인격적으로 대우를 받고 있다는 인식이 지지에 대한 만족도를 더욱 상승시켰을 것으로 사려된다. 셋째, 노인의 교육적 배경과 연령이 우울변화에 영향을 미친 것으로 나타났다. 이러한 결과는 대상자의 교육배경과 연령에 따라 프로그램 중재 효과가 다르게 나타날 수 있음을 의미한다. 이러한 결과는 교육, 연령 등의 요인들이 우울에 영향을 미치고 있다는 선행연구 결과와 일치하였다(성기월, 1997; 노국희, 1998; 김진순 등, 1999; 손석준 등, 2000).

종합하면, 재가 독거노인의 우울 예방 및 관리를 위한 통합프로그램의 중재는 그 효과가 크며, 통합프로그램 제공이 만족스러운 사회적 지지와 함께 이루어질 때 더욱 상승효과를 가져올 수 있다. 또한 사회적 지지에 대한 만족만으로도 우울 증상 감소에 효과를 가져올 수 있으며, 노인의 교육수준과 연령은 우울을 예측할 수 있는

인구학적 요인임을 알 수 있다.

## V. 결 론

노인인구의 증가로 노인의 우울 예방 및 관리는 중요시 되고 있다. 특히 농촌 재가 독거노인의 우울 문제는 심각성이 더욱 크다. 본 연구는 방법론적으로 제한 점이 있기는 하였으나, 중요한 의의를 갖는다. 즉 일차 건강관리 수준에서 우울을 예방하고 관리하기 위해 개발된 통합프로그램은 비 약물요법이며, 정신사회심리적 접근에 의한 것으로 농촌 재가 독거노인에게 임상적으로 유용하다고 할 수 있다. 특히 지역사회기반의 동반적 관계수립에 의한 서비스제공은 오늘날 지역사회 보건사업에서 중요하게 대두되고 있는 지역사회역량구축의 핵심을 이룬다. 지역사회역량구축은 지역사회구성원이 문제해결에 대한 지식과 기술 그리고 능력으로 지역사회에 적극적으로 참여하게 하여 지역사회 전체가 기능적이며, 건강한 지역사회가 되도록 하는 것이다. 그러므로 이러한 통합프로그램에 의한 중재가 개인 및 인구집단에 뿐만 아니라, 지역사회 전체에 미치는 영향이 어느 정도이며, 또한 지역사회가 특수 인구집단에 미치는 영향이 무엇인지를 파악하는 일이 중요하며, 또한 비용-효율성은 어느 정도인지도 중요하다. 따라서 추후연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 단위의 무작위 통제군 실험연구에 의한 반복연구를 수행한다.

둘째, 우울예방 통합프로그램 중재에 의한 지역사회 차원의 효과 및 성과연구를 수행한다.

## References

- 기백석 (1996). 한국판 노인 우울척도 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학*, 35(2), 298-307.
- 김남초, 유양숙, 한숙원(2000). 치매노인에게 시청각 자극을 병행한 회상요법의 적용효과. *간호학회지*, 30(1), 98-107.
- 김수영 (1998). 집단회상요법이 노인의 통증, 우울, 자아존중감에 미치는 영향. 경상대학교대학원, 석사학위논문.
- 김진순, 손태용, 금란, 홍금덕 (1999). 일 지역 보건소 및 경로당 이용 노인의 우울성향과 관련요인. *한국노년학*, 19(3), 141-153.
- 김부영 (2000). 원예프로그램이 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력, 우울, 행동에 미치는 영향. *임상간호연구*, 5(2), 71-88.
- 김파근 (1998). 노인의 자기표현능력과 우울간의 관계 연구. 한양대학교 행정대학원, 석사학위논문.
- 권선숙, 정연강, 권혜진 (2002). 영세노인과 일반노인의 우울정도에 관한 비교연구. *지역사회간호학회지*, 13(1), 30-38.
- 노국희 (1998). 일부 지역사회 노인들의 우울수준에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. *지역사회간호학회지*, 9(1), 104-116.
- 박정주 (2000). 노인여성의 체육활동에 따른 우울증에 관한 연구. *한국유산소운동과학회지*, 4(1), 13-27.
- 박영숙 (1999). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인. *한국보건사회학회지*, 24(1), 22-29.
- 보건복지부 (2002). 노인보건복지종합정책. Retrieved Oct, 10, 2002, from the World wide Web: <http://www.mohw.go.kr/si/kuk/list-silkuk.html>.
- 손기철 (2000). *원예치료*. 서울: 도서출판 서원.
- 성기월 (1997). 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도. *대한간호학회지*, 27(1), 36-48.
- 손석준, 신준호, 신희영, 정은경, 범민선, 권순석 (2000). 농촌지역 노인의 우울수준과 관련요인. *한국농촌의학회지*, 25(1), 85-98.
- 안양희, 김성실, 이성은(1999). *지역사회건강수준조사*. 강원도.
- 안양희 (2003). *지역사회역량구축과 지역사회건강*. 간협신보, 제 1255호, 2003. 6. 26.
- 이상훈(1999). 원예치료가 치매노인의 우울과 자아존중감에 미치는 영향. 건국대학교 농축대학원 석사학위논문.
- 이영란 (1999). 무용요법이 노인의 신체적, 심리적 특성에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 29(2), 429-443.
- 이문수, 광동일, 정인파 (2000). 노인 우울증에서 일상생활 기능의 손상. *노인정신의학*, 4(1), 91-100.
- 이꽃매, 김화중 (2000). MDS-HC 2.0을 이용한 재가노인의 우울 및 불안 현황분석. *한국노년학*, 20(2), 109-121.
- 전기홍, 송미숙, 송현중, 채준안 (1999). 노인 우울예방 프로그램 개발 및 효과검증. *보건행정학회지*, 9(3), 95-112.
- 조주현, 조경희, 배철영 (1999). *노인평가실무가이드*.

- 서울 : 의학출판사
- 최선하 (1996). *규칙적인 운동프로그램이 경로당 이용 노인의 건강에 미치는 효과*. 한양대학교 학위논문.
- Ahn, Y. H., & Kim, M. J. (in press). Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Journal of Public Health Nursing*.
- American Nurses Association (1994). *Standards of Psychiatric-Mental Health Clinical Practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association (1995). *Scope and Standards of Gerontological Nursing Practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Horticulture Therapy Association (2003). *History of horticulture therapy*. Retrieved from Feb. 12, 2003, from the World Wide Web:  
<http://k.mahl.tripod.com/history.htm>.
- American Psychiatric Association (1994). *Definition of depression*. The Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition.
- Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *The Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.
- Backman, K., Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572.
- Badger, T. A., McNiece, C., & Gagon, M.J. (2000). Depression, service need, and use in vulnerable populations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 173-182.
- Banerjee, S., Shamash, K., Macdonald, A. J. D., Mann, A. H. (1996). Randomized controlled trial of effect of intervention by psycho-geriatric team on depression in frail elderly people at home. *British Medical Journal*, 313(7064), 1058-1061.
- Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *American Psychological Society*, 11(1), 7-10.
- Bitzan, J. E., & Kruzich, J. M. (1990). Interpersonal relations of nursing home residents. *The Gerontologist*, 30, 335-340.
- Bothell, W., Fischer, J., Hayashida, C. (1999). Social support and depression among low income elderly. *Journal of Housing for the Elderly*, 13(1-2), 51-63.
- Brooker, D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4(4), 354-358.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, M. G., Bellavance, F., Monsour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- Cully, J., Lavoie, D., & Gfeller, J. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist*, 41(1), 89-95.
- Department of Health and Human Services (2002). *Administration on aging*. Retrieved October 12, 2002, from the World Wide Web:  
<http://www.aoa.dhhs.gov/aoa/STATS/AgePop2050.html>.
- Frank, F., Smith, A. (1997). *The Partnership Handbook*. Human Development Resources Canada.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Twisk, J. W. R., Vantilburg, W. (2002). Duration and severity of depression predict mortality in order adults in the community. *Psychological Medicine*, 32(4), 609-618.
- Jacob, K. S., Bhugra, D., Mann, A.H. (2002). A randomized controlled trial of an educational

- intervention for depression among Asian Women in primary care in the United Kingdom. *The International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 139-148.
- Jones, E. D., Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Mental Health Nursing*, 23, 279-290.
- Kurlowicz, L. H. (1999). The geriatric depression scale. *Geriatric Nursing*, 20(4), 212-213.
- Kurlowicz, L. H., & Faculty, NICHE (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients: In spite of its prevalence, associated negative outcomes, and good treatment response, depression in older adults is highly under-recognized, misdiagnosed, and subsequently under-treated. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200.
- Llewellyn-Jones, R. H., Baikie, K.A., Smithers, H., Cohen, J., Snowdon, J., Tennat, C.C. (1999). Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 319, 676-682.
- McClosky, J.C., & Bulechek, G. M. (1996). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 2<sup>nd</sup> edition. St.Louis: Mosby
- McKee, K. J., Harrison, g., Lee, K. (1999). Activity, friendships and wellbeing in residential settings for older people. *Aging & Mental health*, 3(2), 143-152.
- National Institutes of Health (1991). *National Institutes of Health Consensus Development Conference: Diagnosis and treatment of depression in later life*. consensus statement vol.9, no 3. Bethesda: Office of Medical Applications of Research: 1991.
- National Institutes of Health (1997). *Managing the symptoms of cognitive impairment*. NIH guide, 26(10). PA Number PA-97-050.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Pang Chung, K. Y. (1996). Self-care strategy of elderly Korean immigrants in the Washington DC Metropolitan area. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11, 229-254.
- Stevens, N., & van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older woman. *Educational Gerontology*, 26, 15-35.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment program for older women. *Aging and Society*, 21, 183-202.
- Walsh, J., Connelly, P. R. (1996). Supportive behaviors in natural support networks of people with serious mental illness. *Health & Social Work*, 21(4), 296-303.
- Wang, H. H., Hsu, M. T., Wang, R. H. (2001). Using a focus group study to explore perceptions of health-promoting self-care in community-dwelling older adults. *Journal of Nursing Research*, 9(4), 95-103.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N., Addington-Hall, J. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavioral therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. 1: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383-1388.
- Watt, L. M., Cappelliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4(2), 166-177.
- World Health Organization (2000). World Health Report, Geneva, WHO.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Von, Otiol. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.

- Abstract -

## A Community-Based Integrated Preventive Program of Depression and Its Effectiveness in Caring for Vulnerable Elderly\*

*Ahn, Yang Heui \*\**

The purpose of the study was to develop an integrated prevention program to strengthen elders self-care capability and to examine its effectiveness on their psychological condition. This study used one group pre- and post-test design. Subjects were 85 elderly residents (over 65 years of age) who lived alone, and received free basic medical care and social welfare services in a rural community in Korea. Subject eligibility criteria for this study were to an elders who 1) is not currently taking any anti-depressant medication 2) is able to communicate, and 3) agrees to participate in this study. The integrated program was composed of horticulture, reminiscence, and friendship activities. Twelve sessions were provided for 12 weeks in community-based partnerships to achieve better outcomes. The intervention was case-managed by a public health nurse and aided by six

volunteers. The main outcome variable was depression, which was assessed by using 15 items selected from the Geriatric Depression Scale-short form Korean version. Socio-demographic characteristics, functional status, and satisfaction with social support were used as covariates. Results showed that there was a significant intervention effect at post-intervention time point compared to pre-intervention time point (E.S. 0.94). Multiple linear regression analysis showed significant interaction effects between intervention and satisfaction with social support. These findings must be interpreted within the context that an effects of an integrated program could be more synergistically increased when social support factor is considered in the program. A community-based integrated prevention program of depression is effective for vulnerable rural elderly. It is suggested that randomized controlled trials within community setting for better methodological strength as well as multi-level outcomes on community need to be conducted in future.

Key words : A community-based integrated program, Prevention of depression, Vulnerable elderly

---

\* Funded by Yonsei University Wonju College of Medicine

\*\* Associate Professor, Department of Nursing, Yonsei University Wonju College of Medicine (corresponding author)