

만성질환으로 입원한 노인 환자의 우울, 자아존중감 및 일상생활수행능력(ADL)간 관계연구

여연옥¹ · 유은광²

한양대학교 대학원 석사 · 서울의료원 간호사¹, 한양대학교 간호대학 교수²

The Relationship among Depression, Self-esteem and ADL in the Case of the Hospitalized Elderly Patients with Chronic Disease

Yeo, Yeonog¹ · Yoo, Eun Kwang²

¹Master, Graduate School, Hanyang University · Nurse, Seoul Medical Center, ²Professor, Department of Nursing, Hanyang University

Purpose: This study has aimed to examine the relationship among self-esteem, Activities of Daily Living (ADL) and depression reported by hospitalized elderly patients with chronic diseases. **Methods:** A descriptive correlation study by means of a self-report questionnaire or face-to-face interview was used to collect data from 119 elderly patients who were hospitalized in a General Hospital from January 5 to February 25, 2010. Their levels of depression was measured using Short-Form Geriatric Depression Scale, self esteem using Jeon's, and activities of daily living using K-ADL. **Results:** 80.7% of the subjects experienced depression. Depression correlates with self-esteem ($r=-.67$) and ADL ($r=.45$). The influencing factors on depression were self-esteem, ADL, subjective health status, and family support satisfaction ($R^2=.57$), while self esteem in itself explained 45% of variance in depression. **Conclusion:** These findings indicate the importance of early detection of depression, which starts from the admission of patients and the continuing evaluation/management in daily life after discharge to ensure their well-being and quality of life. The development of program empowering self esteem, ADL and subjective health status with adequate family support during hospitalization and in daily life is indispensable.

Key Words: Depression, Self-esteem, ADL, Elderly patients

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 총인구 중 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율은 10.7% (Korea National Statistical Office [KNSO], 2009)로 2000년에 이미 고령화 사회(7% 이상)에 진입하였으며,

향후 9년 후인 2018년에는 고령사회(14% 이상)에, 2026년에는 초(超)고령사회(20% 이상)에 도달할 것으로 전망되어 지금까지 가장 빠르게 진입되었다는 일본의 경우보다 더 빠른 고령화 속도를 보이고 있다.

65세 이상의 노인들 중 81.3%가 의사로부터 진단 받은 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며 약 70%의 노인이 만성질환으로 사망한다. 2000년 이후 한국인의 5대 사망원

주요어: 우울, 자아존중감, 일상생활 수행능력, 노인 환자

Address reprint requests to: Yoo, Eun Kwang, Department of Nursing, Hanyang University, 17 Haengdang-dong, Sungdong-gu, Seoul 133-070, Korea. Tel: 82-2-2220-0706, Fax: 82-2-2295-2074, E-mail: glory@hanyang.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 여연옥의 한양대학교 석사학위 논문의 일부를 발췌한 것임.
- This article is based on a part of the first author's master's thesis from Hanyang University.

투고일 2010년 10월 5일 / 수정일 2010년 12월 15일 / 게재확정일 2010년 12월 15일

인은 모두 만성질환으로, 노인의 평균 수명과 건강 수명을 감안하면 10년 이상을 건강하지 않은 상태로 지내게 된다 (Ministry for Health, Welfare and Family, 2008). 이와 같이 노인인구의 급속한 증가와 더불어 건강관리 양상의 변화에 대한 대처가 시급하다 하겠다.

노인의 건강상태는 신체적, 기능적 및 심리적 요소들이 균형과 조화를 이룰 때 유지되므로(Park et al., 2002), 신체적, 기능적, 심리적 요소인 만성질환 환자의 일상생활수행능력, 자아존중감, 우울의 변수 모두를 통합적으로 확인하고 이들 간 관계를 확인함은 만성질환 노인 환자의 건강을 위한 간호중재 및 프로그램 개발에 매우 중요하다 하겠다.

노인 환자의 건강에 대한 예후와 사망률을 예측할 때 다른 사람의 도움이 필요한지와 기능상태를 보여주는 일상생활수행능력(ADL)을 평가하는 것은 중요한 잣대로(Yoo et al., 2005), 만성질환 노인 환자에게 있어서 혼자 독립적인 생활을 할 수 있도록 기능을 최대한 보존해주는 것은 노인 환자 간호중재에 매우 중요한 요소이다. 또한 Choi의 연구(Park, 2008에 인용됨)에서 자아존중감은 우울에 미치는 가장 중요한 예측요인으로, 만성질환 노인들은 오랫동안 투병하며 보내는 시간이 길어짐에 따라 자아존중감에 위기가 오고 이의 상실로 인해 자신을 무가치한 존재로 간주하여 삶의 질을 저하시키고, 이로 인한 심리적인 위축감이 심각하다(Park, 2008).

노년기는 중요한 관계망과의 이별, 만성질환, 기능적 독립성의 상실 등 정신적, 신체적 상실을 경험할 가능성이 높고 이로 인해 우울증이 유발될 가능성이 높아지는 시기로(Lantz et al., 2002) 노인은 신체적 질환뿐만 아니라, 소외감, 고독감 등의 심리적 갈등과 사회생활에 대한 부적응으로 우울증을 쉽게 동반한다. 노인 우울의 유병률을 보면 우리나라 재가노인의 경우 40%, 노인 환자 경우 15~51% 등 다양한데, 특히 노인에게 질환이 있을 때 우울증 유병률이 높다(Choi & Kim, 2007). 우울의 증상은 수면장애, 활동저하 등을 초래하면서 삶의 질을 떨어뜨리고, 악순환으로 활동저하는 우울 증상을 더욱 악화시키며 자살충동을 일으키고 실지로 우울증 환자의 약 70%정도에서 자살을 시도하고 있다. 우리나라의 65세 이상 노인 자살률은 세계에서 가장 높으며 전체 인구 자살률의 2.3배에 이르는 매우 심각한 상황이다. 더욱이, 노인에서 자살하고 싶었던 가장 큰 이유가 질환과 장애(KNSO, 2009)로 보고되고 있는 바 만성질환과 이로 인한 기능적 장애 그리고 우울의 합병은 실로 만성질환 노인 환자의 건강과 안녕을 심각하게 위협하는 중요 요소가

아닐 수 없다.

이처럼, 노인에서 우울증은 유병률이 높고 노인의 건강과 안녕을 위협하는 정신건강의 중요한 잣대이나, 재가노인이 병원이나 검진센터를 방문하지 않는 한, 우울 측정에 대한 제도적 마련은 되어 있지 않을 뿐만 아니라, 노인이 질환으로 입원할 경우에도 주로 해당 만성질환 자체의 치료나 응급질환 치료에 집중이 되어 우울증은 거의 간과되고 있다. 노인 우울증의 초기 증상으로 모든 일에 과민해지는 양상을 보이고, 우울증의 주요 증상으로 인지 기능 장애가 나타나는 경우 치매로 잘못 진단될 수 있다(Lee & Lee, 2002). 또한, 우울 증상으로 신체 증상을 호소하거나 기능저하를 보여 우울을 진단하기 쉽지 않을 뿐 아니라 동반된 신체질환, 약물이나 다른 생리적인 문제로 우울의 문제가 가려지고 간과되고 있는 실정이다(Kim et al., 2004). 반면, 노인의 우울증은 관리가 가능하고 효과적인 치료가 가능하기 때문에 더욱 관심을 가지고 입원 시부터 시작하여 지속적인 평가를 통해 조기에 발견하여 관리하는 것이 매우 중요하다(Lee & Lee, 2002).

또한, 임상에서 질병 치료에 집중되다 보니 여타 신체적, 인지적 측면의 기능 향상에 대한 관심이 적은데, 이러한 기능적 측면에 관심을 갖는 것이 신체적 의존 예방, 전체적 요양비용, 장기적 예후, 노인의 삶 전반에 훨씬 더 중요한 요소로 간호중재에서 보다 비중을 두어 고려해야 할 부분이다.

기존의 연구들에서 입원 노인의 우울 정도가 높고, 만성질환이 우울의 직접 요인이며, 자아존중감 확립의 실패가 우울을 가져오고, 일상생활수행능력의 저하가 노인의 우울을 증가시켜 전반적인 노인의 삶의 질에 영향을 주고 있음을 지적하고 있으나(Jo, Jeon, & Lee, 2000; Min, Jang, & Park, 2001; Park, 2008), 주로 연구대상이 우울 유병률과 기능 장애가 다소 적은 보건의료 노인정을 이용하는 재가노인과 양로원 노인이었고 만성질환, 더욱이 만성질환으로 종합병원에 입원해 있는 환자를 대상으로 한 연구는 거의 없다.

이에, 임상에서 만성질환을 지니고 있는 노인이 입원했을 때 환자의 일상생활수행능력, 자아존중감, 우울 정도를 통합적으로 확인하고 이들 간 관계를 확인하며 우울의 영향요인을 파악하여 만성질환 노인 환자의 우울 현상을 보다 깊게 이해하고 대부분의 노인이 경험하고 있는 우울에 대한 관심을 가지고 조기에 발견하여 우울을 적절하게 관리함으로써 만성질환이 있음에도 불구하고 이에 잘 적응하면서 우울과 같은 정서적 반응을 최소화하고 일상에서 안녕한 삶을 살고 삶의 질을 높일 수 있도록 이끄는 적절한 간호중재 및 프로그램 개발이 매우 중요하다 하겠다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 만성질환으로 병원에 입원한 노인 환자를 대상으로 자아존중감, 일상생활 수행능력(ADL) 및 우울의 정도를 파악하고, 그 관계와 우울 영향 요인을 확인하여 병원 입원 시간과 할 수 있는 노인의 우울을 발견하고 효과적으로 관리 하기 위한 간호중재와 우울의 예방을 위한 프로그램 개발, 일상에서의 건강증진 프로그램 개발 및 노인건강 관련 정책수립을 위한 기초자료를 제시하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 자아존중감, 일상생활수행능력(ADL), 우울의 정도를 파악한다.
- 대상자의 특성에 따른 자아존중감, 일상생활수행능력(ADL), 우울을 파악한다.
- 대상자의 자아존중감, 일상생활수행능력(ADL), 우울 간의 관계를 파악한다.
- 대상자의 우울 영향요인을 파악한다.

3. 용어정의

1) 만성질환

완치가 불가능한 질환으로 3개월 혹은 6개월 이상 질병이 지속되는 경우를 의미한다(Summer, 1999). 본 연구에서는 완치가 불가능한 질환으로 3개월 이상 질병이 지속되는 경우를 의미하며, 우울과 감별 진단이 필요한 인지 기능의 장애가 있는 치매와 같은 중추신경계질환을 제외한 만성질환을 의미한다.

2) 자아존중감

자아개념에 대한 평가적인 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 의미한다(Taft, 1985). 본 연구에서는 Rosenberg (1965)가 개발한 자아존중감 측정도구를 Jeon (1974)이 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

3) 일상생활수행능력(ADL)

일상생활에서 기본적으로 수행하여야 할 동작을 나타내는 것으로 옷입기, 식사하기, 움직이기, 화장실 사용, 목욕하기 등의 기본적인 기능을 의미한다(Won et al., 2002). 본 연구에서 일상생활수행능력은 Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe (1963)가 개발한 도구를 Won 등(2002)이 우리나라

실정에 맞도록 번안한 한국형 일상생활수행능력 측정도구(K-ADL)로 측정된 점수를 의미한다.

4) 우울

슬픈 감정이 심하고 일상생활에 대한 흥미와 관심이 없으며 활동수준이 떨어지고 자기 비판적인 사고가 팽배하여 자신이 처한 상황을 어둡게 보고 사소한 일에도 의사 결정을 잘못하여 고립 되어 생활하는 것을 의미한다(Pilcher, 1997). 본 연구에서 우울은 Yesavage 등(Song, Kim, Kim, & Cho, 2007에 인용됨)이 개발한 30문항의 자가 보고형 노인 우울 척도(Geriatric Depression Scale)를 Sheikh와 Yesavage (Song et al., 2007에 인용됨)가 15문항으로 줄인 노인 우울 척도를 Ki (1996)가 번안한 15문항의 단축형 노인 우울척도(Short form Geriatric Depression Scale)를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

연구방법

1. 연구설계

만성질환으로 입원한 노인 환자의 자아존중감, ADL 및 우울의 정도를 파악하고 자아존중감, ADL 및 우울과의 관련성을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 S시에 소재한 일개 종합병원에 입원한 60세 이상의 만성질환 입원 노인 환자를 대상으로 연구 승인절차 과정 후 주어진 연구기간 동안 아래의 선정기준에 따라 선정된 환자 전 수인 119명이었다. 이는 Cohen공식의 검정력 .80, 효과크기 .13, 유의수준 .05로 했을 때 최소 91명을 충족하는 수이다. 구체적 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- WHO의 노인 정의인 60세 이상으로 완치가 불가능하고 3개월 이상 지속되는 만성질환을 가진 환자(내과계 만성질환인 심장질환, 만성 신질환, 만성 호흡기질환, 만성 간질환, 당뇨병과 만성 관절염, 뇌혈관질환, 악성 종양은 포함하되, 우울과 감별진단이 필요한 인지 기능의 장애가 있는 치매와 같은 중추신경계질환은 제외)
- 우울증 진단을 받지 않고, 항우울제를 복용하지 않는 자
- 인지상태검사(SPMSQ) 9~10점인 자

- 지남력이 있고 의사소통이 가능한 자
- 연구의 내용을 이해하고 참여하기로 동의한 자

3. 연구도구

1) 자아존중감

자아존중감의 정도를 측정하기 위하여 Rosenberg (1965)의 자아존중감 측정 도구를 Jeon (1974)이 번역한 것을 이용하였다. 이 도구는 긍정적인 문항 5개, 부정적인 문항 5개로 총 10문항 4점 Likert척도로 10에서 40점 범위이며 점수가 높을수록 자아존중감 정도가 높은 것을 의미한다. 분류는 상위 25%을 자아존중감 '상'으로, 하위 25%을 '하'로, 나머지는 중으로 하였다(Jo et al., 2000). 도구의 신뢰도는 개발 당시 .85이었으며, 본 연구에서의 자아존중감 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .84$ 이다.

2) 우울

우울은 Yesavage 등(Song et al., 2007에 인용됨)이 개발한 30문항의 자가 보고형 노인 우울 척도를 Sheikh와 Yesavage (Song et al., 2007에 인용됨)가 15문항으로 줄인 노인 우울 척도를 Ki (1996)가 변안한 15문항의 단축형 노인 우울 척도를 이용하였다. 이 척도는 총 15문항의 단축형 이분척도(1=예, 0=아니오)로 0에서 15점 범위이며, Sheikh와 Yesavage (Song et al., 2007에 인용됨)는 0~4점이 정상상태, 5~9점은 경중 우울, 10~15점이 중등도 혹은 중중 우울로 구분하였다.

개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었고 타당도에서는 정상 노인 집단과 우울 노인 집단 간에 유의한 차이가 있어 준거 관련 타당도가 높았다. 본 연구에서의 우울 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .83$ 이다.

3) 일상생활수행능력(ADL)

일상생활수행능력은 Katz 등(1963)이 개발한 도구를 Won 등(2002)이 우리나라 실정에 맞도록 변안한 한국형 일상생활수행능력 측정도구(K-ADL)를 이용하였다. 이 척도는 7문항(옷입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실 사용, 대소변 조절) 3점 척도(1점은 완전 자립, 2점은 부분 의존, 3점은 완전 의존)로 되어 있으며 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미한다.

개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .94$ 였으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .95$ 이다.

4. 자료수집

본 연구는 IRB 승인일인 2010년 1월 5일부터 2010년 2월 25일까지 S시에 소재한 일개 종합병원에 만성질환으로 입원한 60세 이상 노인 환자를 대상으로 실시하였고, 자료수집방법은 다음과 같다.

- S시에 소재한 일개 종합병원의 IRB로부터 심의를 받고 승인을 받았다(2009-1012-E).
- S시에 소재한 일개 종합병원의 간호부장과 수간호사에게 본 연구의 목적과 내용을 설명하고 협조를 구하였다.
- 연구대상자가 선정기준에 해당하는지 여부와 질병 요인에 대한 내용은 의무 기록을 통해 확인하였고 의무기록에서 미비한 부분은 직접 면담을 통해 확인하였으며, 만성질환으로 입원한 노인 환자 중 선정기준에 맞는 대상자에게 연구의 목적과 내용을 설명하고 동의를 구한 후, 간편 인지상태검사(SPMSQ)를 실시하였다. 이 검사는 최소한의 인지 기능을 찾아내는데 유용한 것으로 점수가 높을수록 인지 능력이 높음을 의미하며 8점 이하이면 기능적 뇌중후군이 의심되며 9~10점은 장애가 없는 것으로 구분된다. 본 연구에서 인지 기능에 장애가 있는 대상자를 배제하기 위하여 사용하였으며 9~10점인 자를 대상으로 선정하였다. 연구대상자가 60세 이상 노인임을 고려하여 연구자가 직접 대상자에게 구조화된 질문지를 읽어주고 답변하는 자가보고 방법으로 질문지를 작성 후 회수하였다.
- 선정기준에 적합한 환자는 122명이었으며 2명은 설문도중 거부 하였으며, 1명은 설문지 응답 자료가 완전하지 않아 분석에서 제외하고 총 119명의 자료가 최종분석에 사용되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 대상자의 자아존중감, ADL, 우울의 정도는 평균과 표준편차를 구하였고, 대상자의 특성에 따른 자아존중감, ADL, 우울은 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후 검정은 Duncan test를 이용하였다. 대상자의 자아존중감, ADL, 우울의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였고, 대상자의 특성과 자아존중감, ADL이 우울에 미치는 영향을 분석하기 위하여 단계적 다중회귀분석법(stepwise multiple regression analysis)을 이용하였다.

연구결과

1. 대상자의 특성

연령은 70~79세가 42.8%로 가장 많았고, 60~69세 41.2%, 80세 이상 16.0%의 순으로 나타났다. 성별은 여자가 63%, 남자 37.0%였다. 교육정도는 초등 줄에서 중졸이 56.3%, 고졸 이상 22.7%였다. 결혼상태는 결혼하여 배우자가 있는 경우가 52.1%, 사별 34.5%, 기타(이혼/별거/미혼)가 13.4%였다. 가족형태는 부부가족이 34.5%, 기혼자녀 가족 30.2%, 독거 24.4%, 미혼자녀 가족 10.9%였으며, 경제 상태는 ‘조금 어려운 편’ 34.5%, ‘보통’ 32.8%, ‘매우 어려운 편’이 21.8%, ‘여유 있는 편’ 10.9%였다.

질환별 분류로는 심장질환이 33.9%, 당뇨병 18.8%, 만성 관절염 14.2%, 악성 종양 13.3%, 만성 호흡기질환 6.0%, 뇌혈관질환 6.0%, 만성 신질환 5.5%, 만성 간질환 2.3%였다. 만성질환 수는 2개가 40.3%, 1개 38.7%, 3개 이상 21.0%였고, 만성질환을 진단받은 기간은 3개월~5년이 42.0%, 6~10년 29.4%, 11년 이상 28.6%였다. 주관적 건강상태는 ‘나쁜 편’이 70.6%, ‘보통’이 23.5%, ‘좋은 편’이 5.9%였고, 통증 개수는 1~2개가 58.8%, 3개 이상 29.4%, ‘없다’가 11.8%였다.

가족지지 만족도는 ‘보통’이 43.7%, ‘만족’이 31.9%, ‘불만족’이 15.1%, 기타(가족이나 친척이 없어 해당 사항이 없음)가 9.3%였다. 성적욕구에서는 ‘전혀 느끼지 못함’이 76.5%, ‘가끔 느낌’이 23.5%이었다. 종교활동, 여가활동, 운동, 동호회 등의 사회활동 참여정도는 참여하지 않는 경우가 61.3%, 참여하고 있는 경우가 38.7%였다(Table 1).

2. 대상자의 자아존중감, ADL, 우울

전체 연구대상자의 자아존중감 정도는 총 40점 중 평균 27.26±4.69점으로 중간 정도의 자아존중감을 가지고 있는 것으로 나타났고, ADL은 총21점 중 평균 9.45점으로 의존 정도가 낮으며, 우울은 총15점 중 평균 8.29±3.93점으로 경한 정도의 우울에 속하였다. 그러나 우울의 빈도를 보면 대상자의 80.7%가 우울이 있었으며, 중증 우울은 42.9%, 경중 우울은 37.8%, 정상은 19.3%로 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 특성에 따른 자아존중감, ADL, 우울

대상자의 특성에 따른 자아존중감 정도에 있어서 통계적

Table 1. General Characteristics of the Subjects (N=119)

Characteristics	Categories	n (%)
Age (year)	60~69	49 (41.2)
	70~79	51 (42.8)
	≥80	19 (16.0)
Gender	Male	44 (37.0)
	Female	75 (63.0)
Education level	No formal education	25 (21.0)
	Middle school or less	67 (56.3)
	High school or more	27 (22.7)
Marital status	Married	62 (52.1)
	Widowed	41 (34.5)
	Other	16 (13.4)
Family type	Alone	29 (24.4)
	Spouse	41 (34.5)
	Married daughter & son	36 (30.2)
	Unmarried daughter & son	13 (10.9)
Economic status	Very low	26 (21.8)
	Low	41 (34.5)
	Middle	39 (32.8)
	High	13 (10.9)
Diagnosis [†]	Cancer	29 (13.3)
	Heart disease	74 (33.9)
	Chronic renal disease	12 (5.5)
	Chronic respiratory disease	13 (6.0)
	Chronic liver disease	5 (2.3)
	Chronic arthritis	31 (14.2)
	Diabetes mellitus	41 (18.8)
	Cerebral vascular disease	13 (6.0)
Number of Chronic disease	1	46 (38.7)
	2	48 (40.3)
	≥3	25 (21.0)
Period of chronic disease (year)	< 5	50 (42.0)
	6~10	35 (29.4)
	≥11	34 (28.6)
Subjective health status	Good	7 (5.9)
	Moderate	28 (23.5)
	Bad	84 (70.6)
Number of pain	0	14 (11.8)
	1~2	70 (58.8)
	≥3	35 (29.4)
Satisfaction with family support	High	38 (31.9)
	Middle	52 (43.7)
	Low	18 (15.1)
	Other	11 (9.3)
Social activity	Yes	46 (38.7)
	No	73 (61.3)
Sexual desire	No	91 (76.5)
	Sometimes	28 (23.5)

* Multiple response.

Table 2. Self-esteem, Activities of Daily Living and Depression (N=119)

Variables	M±SD	Range
Self-esteem	27.26±4.69	10~40
ADL	9.45±3.77	7~21
Depression	8.29±3.93	0~15

으로 유의한 차이를 나타낸 것은 결혼상태($F=9.15, p<.001$), 가족형태($F=8.28, p<.001$), 경제상태($F=10.65, p<.001$), 가족지지 만족도($F=8.76, p=.001$), 사회활동 유무($t=3.90, p<.001$)였다. Duncan 사후 검정 결과 결혼상태에서는 배우자가 있는 경우가 기타(별거, 이혼, 미혼)의 경우보다 유의하게 자아존중감이 높은 것으로 나타났고, 가족형태에서는 부부만 사는 경우가 독거와 기혼자녀 가족의 경우보다, 경제상태에서는 ‘보통’과 ‘여유 있는 편’인 경우가 어려운 편보다, 가족지지 만족도에서는 가족지지에 만족과 보통의 경우가 불만족보다, 종교활동, 여가활동, 운동, 동호회 등의 사회활동에 참여하는 경우가 자아존중감이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

대상자의 특성에 따른 ADL에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 것은 가족형태($F=4.33, p=.006$), 경제상태($F=3.58, p=.016$), 주관적 건강상태($F=3.83, p=.025$), 성적욕구($t=2.00, p=.048$), 사회활동 유무($t=-3.01, p=.003$)였다. 즉, 가족형태에서는 기혼자녀와 사는 경우가 독거, 부부, 미혼자녀와 사는 경우보다 ADL 정도가 낮았고, 경제상태에서는 ‘매우 어려운 편’이 ‘조금 어려운 편’, ‘보통’, ‘여유 있는 편’인 경우보다, 주관적 건강상태에서는 ‘나쁜 편’이 ‘보통’과 ‘좋은 편’인 경우보다, 성적욕구에서는 성적욕구를 전혀 느끼지 못하는 경우가, 사회활동 유무에서는 사회활동에 참여하지 않는 경우가 ADL 정도가 낮았다.

대상자의 특성에 따른 우울에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 것은 교육정도($F=3.66, p=.029$), 결혼상태($F=9.50, p<.001$), 가족형태($F=5.09, p=.002$), 경제상태($F=6.85, p<.001$), 주관적 건강상태($F=6.88, p=.001$), 통증 개수($F=3.11, p=.048$), 가족지지 만족도($F=8.69, p<.001$), 사회활동 유무($t=-3.48, p=.001$)였다(Table 3). 즉, 교육정도에서는 초졸-중졸 이하가 고졸 이상보다 우울 정도가 높았고, 결혼상태에 있어서 사별과 기타(별거, 이혼, 미혼)의 경우가 결혼하여 배우자가 있는 경우보다, 가족형태에서는 독거인 경우가 부부, 기혼자녀 가족, 미혼자녀 가족

의 경우보다, 경제상태에서는 ‘매우 어려운 편’과 ‘조금 어려운 편’이 ‘보통’과 ‘여유 있는 편’보다 우울이 높았다. 주관적 건강상태에서는 ‘나쁜 편’이 우울 점수가 가장 높았고, ‘좋은 편’이라고 생각하는 경우가 우울 정도가 가장 낮았으며 통증 개수에서는 통증이 있는 경우가 통증 없는 경우보다 우울 정도가 높았고, 가족지지 만족도에서는 기타(가족이나 친척이 없어 해당 사항이 없음)의 경우가 ‘보통’과 ‘만족’보다 우울 정도가 높았고, 사회활동 유무에서는 사회활동에 참여하지 않는 경우가 우울 정도가 높은 것으로 나타났다.

4. 대상자의 자아존중감, ADL, 우울의 상관관계

대상자의 자아존중감, ADL, 우울의 상관관계에 있어서 우울은 ADL ($r=.45, p<.001$)과 양의 상관관계를 보여, ADL에 있어서 의존적일수록 우울은 높아지는 것으로 나타났다. 우울과 자아존중감은 강한 음의 상관관계($r=-.67, p<.001$)를 보여 자아존중감이 높을수록 우울은 낮아지는 것으로 나타났다. 또한 자아존중감과 ADL간에 음의 상관관계($r=-.28, p<.001$)를 보여 의존도가 낮을수록 자아존중감이 높은 것으로 나타났다(Table 4).

5. 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인

만성질환 노인 환자의 우울에 영향을 미치는 요인으로 대상자의 일반적 특성과 제 특성(질병요인, 심리적 요인, 사회활동 참여)중 유의한 차이를 보인 8개 독립 변수와 자아존중감, ADL을 단계적 다중회귀분석 결과, 회귀모형 적합도 F값은 39.40로 통계적으로 유의하게 나타났다($p=.000$). 만성질환 노인 환자의 우울에 영향을 주는 변수는 자아존중감($\beta=-.51, p<.001$), ADL ($\beta=.26, p<.001$), 주관적 건강상태($\beta=.17, p=.007$), 가족지지 만족도($\beta=-.16, p=.021$)로 통계적으로 유의하였다. 이는 자아존중감이 낮을수록, ADL에 있어서 의존적일수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 가족지지 만족도가 낮을수록 우울 정도는 높게 나타난다고 해석할 수 있으며, R^2 값이 .57로 이들 변수의 우울에 대한 설명력은 57.0%로 나타났고, 자아존중감 단독 설명력이 45.1%로 가장 영향을 주는 주요 변수였다(Table 5).

논 의

본 연구에서 입원한 만성질환 노인 환자의 우울과, 자아

Table 3. Self-esteem, Activities of Daily Living and Depression by the Characteristics

(N=119)

Characteristics	Categories	Self-esteem	ADL	Depression
		M±SD	M±SD	M±SD
Education	No	26.68±4.15	9.96±4.48	7.76±3.95 ^{ab}
	≤Middle	26.82±4.42	9.46±3.72	9.09±3.66 ^b
	≥High	28.89±5.58	8.93±3.26	6.81±4.22 ^a
		F=2.15, p=.121	F=0.48, p=.618	F=3.66, p=.029
Marital status	Married	28.77±4.62 ^a	8.79±3.44	6.90±3.96 ^a
	Widowed	26.24±4.50 ^b	10.59±4.28	9.59±3.22 ^b
	Other	24.00±2.99 ^c	9.06±3.13	10.38±3.67 ^b
		F=9.15, p<.001	F=2.98, p=.055	F=9.50, p<.001
Family type	Alone	24.76±3.63 ^a	9.56±3.35 ^a	10.21±3.43 ^a
	Spouse	29.76±4.95 ^b	8.32±2.85 ^a	6.76±4.23 ^b
	Married Kids	26.42±3.61 ^a	11.08±4.78 ^b	8.72±3.81 ^b
	Unmarried Kids	27.31±5.28 ^{ab}	8.15±2.48 ^a	7.69±2.29 ^b
		F=8.28, p<.001	F=4.33, p=.006	F=5.09, p=.002
Economic status	Very low	24.31±2.45 ^a	11.20±4.68 ^a	10.35±2.88 ^a
	Low	26.15±3.95 ^a	9.56±3.61 ^b	9.07±3.95 ^a
	Middle	29.64±4.57 ^b	8.21±2.69 ^b	6.79±3.40 ^b
	High	29.54±6.27 ^b	9.23±4.07 ^b	6.23±4.83 ^b
		F=10.65, p<.001	F=3.58, p=.016	F=6.85, p<.001
Subjective health status	Good	28.43±4.72	7.71±0.95 ^a	4.57±3.51 ^a
	Moderate	28.61±4.49	8.07±2.48 ^a	6.96±3.32 ^b
	Bad	26.71±4.71	10.05±4.12 ^b	9.05±3.91 ^c
		F=1.97, p=.144	F=3.83, p=.025	F=6.88, p=.001
Number of pain	0	27.43±3.92	8.36±3.20	6.00±3.66 ^a
	1~2	27.43±5.00	9.20±3.22	8.39±3.98 ^b
	≥3	26.86±4.43	10.37±4.80	9.03±3.72 ^b
		F=0.18, p=.835	F=1.80, p=.169	F=3.11, p=.048
Satisfaction with family support	High	29.03±5.21 ^a	8.61±3.19	6.61±4.02 ^a
	Middle	27.88±4.32 ^a	9.79±4.03	7.98±3.75 ^a
	Low	24.11±2.47 ^b	10.00±3.91	10.89±2.47 ^b
	Other	23.36±2.42 ^b		11.36±2.69 ^b
		F=8.76, p<.001	F=1.41, p=.248	F=8.69, p<.001
Sexual desire	No	26.99±4.76	9.82±4.07	8.53±3.92
	Sometimes	28.14±4.45	8.21±2.30	7.54±3.97
		t=-1.14, p=.257	t=2.00, p=.048	t=1.17, p=.246
Social activity	Yes	29.26±5.57	8.17±2.55	6.78±4.04
	No	26.00±3.55	10.25±4.20	9.25±3.59
		t=3.90, p<.001	t=-3.01, p=.003	t=-3.48, p=.001

* a,b,c and ab are Duncan tests.

Table 4. Correlation among Self-esteem, Activities of Daily Living, and Depression (N=119)

Variables	Self-esteem	ADL
Activities of daily living (ADL)	-.28 (p=.002)	
Depression	-.67 (p<.001)	.45 (p<.001)

존중감과 ADL이 서로 유의한 관계가 있는 것으로 나타나 입원 노인의 우울정도가 높고, 만성질환이 우울의 직접 요인이 되며, 자아존중감 확립이 안 되면 우울이 오고 일상생활 수행능력의 저하가 노인의 우울을 증가시킨다고 한 그동안의 우울에 관한 국내 선행연구결과(Jo et al., 2000; Min et al., 2001)와 일치하였다.

Table 5. Stepwise Analysis of Influencing Factors on Depression

(N=119)

Variables	B	SE	β	R ²	Adj R ²	t	p
Self-esteem	-.43	.06	-.51	.45	.45	-7.43	<.001
Activities of daily living	.27	.07	.26	.53	.52	4.01	<.001
Subjective health status	.87	.32	.17	.56	.55	2.72	.007
Satisfaction in family support	-.67	.29	-.16	.58	.57	-2.34	.021
Adj R ² = .57; F = 39.40; p < .001							

첫째로, 만성질환 노인 환자의 자아존중감 정도는 평균 (27.26±4.69)/40점으로 중간 정도였으며, 이는 경로당 이용 60세 이상의 지역사회 여성에서 25.16±4.88점 (Kim, Yoo, & Han, 2002), 시설노인에서 25.03±4.06점 (Lee, 2006), 종합병원에 만성질환으로 입원한 60세 이상 노인에서 26.69±6.36점 (Kim, 2003)으로 대상자가 다양하나 모두 중간 정도의 자아존중감으로 나타났다. 이는 Ormel 등(1997)의 자아존중감이 노인이 흔히 겪는 은퇴, 사회로부터의 고립, 가족의 사별, 자존감 상실, 죽음에 대한 불안감, 절망 등의 일련의 사건이 자아존중감의 상실에 많은 영향을 미친다는 보고와 같이 노인이 겪는 일련의 사건이 자아존중감에 영향을 미치는 것으로 사료 된다.

본 연구에서 별거, 이혼, 미혼의 경우보다 결혼하여 배우자가 있는 경우가 자아존중감이 높았고 기혼, 미혼 자녀 가족과 사는 것보다는 부부만 사는 경우가 자아존중감이 높았으며, 가족지지에 만족할수록 자아존중감이 높게 나타났는데 이는 Min 등(2001)의 연구와 일치하였다. 이는 또한 가족 지지가 개인이 순조롭게 위기에 적응하도록 일생을 통해 사회적 지지 체계로서 노인에게 힘을 주고, 다른 사람보다 배우자가 노인에게 있어 중요한 가족지지 자원임을 시사해 준다(Lee, Lee, Lim, Hwang, & Park, 2004). 오늘날과 같은 가족구조의 변화, 여성의 사회진출 확대, 자녀들의 부모에 대한 부양의식과 지역 연대감의 약화 등 가족과 사회 구조의 변화로 부부 중심적인 현대 사회의 특성이 그대로 반영되어 노인의 자아존중감에도 영향을 미치는 것으로 사료 된다.

따라서 만성질환으로 입원한 노인 환자를 간호할 때 가족의 참여 특히 배우자의 참여를 격려하고, 독거나 가족지지가 어려운 노인에게는 가족을 대신할 수 있는, 의료 기관과 연계된 간병제도의 활용도 고려해 보아야 할 것으로 사료된다. 또한 환자를 돌보는 가족이나 간병인, 간호사 등은 노인

이 자신의 인생을 가능한 많이 통제할 수 있도록 의사결정을 할 때마다 참여하도록 격려함으로써 노인의 자아존중감을 지지해 주도록 하며, 이를 위한 교육 프로그램이 필요한 것으로 사료된다.

둘째로, 대상자의 ADL 정도는 평균 9.45/20점으로 의존 정도가 비교적 낮게 나타났다. 하위 항목별로 볼 때 목욕하기에 가장 의존적이었으며 옷 입기, 이동, 세수하기, 화장실 사용, 식사하기, 대소변 조절의 순으로 의존도가 높게 나타났다. 이는 목욕하기에 의존성이 가장 높다는 선행연구 (Jeong, Choi, Lee, & Park, 2009)와 일치하였다. ADL 정도에 유의한 차이를 보인 특성인 가족형태, 경제상태, 사회활동 유무, 주관적 건강상태, 성적욕구 중 성적욕구가 있는 그룹이 ADL에 있어서 의존성이 낮은 것으로 나타났다. 노인의 성과 ADL에 대한 선행연구는 미비하다. 노인의 성생활이 노후생활의 삶의 만족도를 나타내는 중요한 요소임에도 불구하고 본 연구의 결과에서 60세 이상의 만성질환 노인 환자 중 성적욕구가 있는 경우는 23.5%였으며, 성생활 만족도에서는 '불만족'이 30.3%로 노인의 성 문제가 이슈가 되고 있는 현실(Yoo, 2009)을 반영하며, 노인의 성적요구에 대해 의료인과 관계자들이 향후 보다 관심을 가지고 접근해야 할 부분임을 시사한다.

셋째로, 대상자의 우울은 8.29/15점으로 경한 정도의 우울로, 노인에 있어서 평균적으로 경증 이상의 우울이 나타나는 결과는 노화로 인한 신체적 변화, 이별, 건강악화 등의 정신적 갈등이 우울의 내적 요인으로 작용한다는 선행연구와 일치하였다(Jeon & Kim, 2000). 본 연구에서는 대상자의 우울 유병률이 80.7%로 높게 나타났는데 이는 그간의 유병률 15~51% 범위(Choi & Kim, 2007) 보다 월등히 높은 비율이며, 이는 재가노인이 아니라 만성질환을 가진 입원 노인 환자이기 때문이 아닌가 사료되며, 이에 노인 환자가 입원할 때는 필히 우울 여부를 확인하는 것이 중요함을 시

사한다.

대상자의 특성에 따른 우울에 있어서 경제상태와 교육수준이 낮을수록, 독신가구일수록, 배우자가 없는 경우, 사회활동이 없을수록 우울이 높게 나타났는데 이는 Lee와 Lee (2002)의 연구와 일치하였고 가족지지가 낮을수록 우울이 높게 나타난다는 Min 등(2001)의 연구결과와도 일치하였다. Lee 등(2004)의 연구에서 사회적 지지는 정신 건강에 영향을 미치는 주요 개념으로 설명되고 있으며 우울의 경험을 경감시킨다고 하여 본 연구결과를 뒷받침해 준다.

또한, 노인의 주관적 건강상태가 '나쁜 편'이라 지각할 때, 우울이 높은 것으로 나타나 Kim 등(2002)의 연구결과와 일치하였으며 노인 환자의 건강관리 방안 모색 시에 노인의 건강지각을 높이고, 가족지지 강화와 사회활동 참여를 높일 수 있는 방안이 모색되어야 할 것으로 사료된다.

또한, 만성질환 입원 노인 환자의 동통의 개수에 따라 우울에 유의한 차이를 보여 환자의 동통은 우울 간호중재 시 간과해서는 안 되는 중요한 요소로 사료되며, 또한 동통 환자 접근 시 우울여부를 파악함도 중요함을 시사한다.

넷째로, 대상자의 자아존중감, ADL, 우울의 상관관계에 있어서 자아존중감과 ADL은 약한 음의 상관관계로, 우울은 ADL과 중등도의 양의 상관관계, 자아존중감과는 강한 음의 상관관계를 나타내어, 노인의 우울과 자아존중감이 음의 상관관계를 보인 Yoon (2009)의 연구결과와 일치하나 그 상관관계의 정도가 약한 것으로 나타나 본 연구의 강한 상관과는 비교된다.

다섯째로, 만성질환 노인 환자의 우울에 영향을 미치는 요인으로 자아존중감, ADL, 주관적 건강상태, 가족지지 만족도가 주요 영향 변수로 우울에 대한 56.6%의 설명력을 보였고, 자아존중감이 가장 중요한 영향요인으로 45%의 설명력을 보여 Kim 등(2002)의 지역사회 여성노인의 우울 예측 요인에 있어서 자아존중감이 34.5%로 가장 설명력이 있는 것으로 나타난 결과와 일치하였다. 또한, 만성질환 노인 환자에 있어서 건강의 상실과 함께 노인으로서 겪는 일련의 사건이 자아존중감의 저하에 영향을 미치고 이와 더불어 최근 노인의 급격한 사회적, 가정적 지위 저하에 따른 소외감도 자아존중감 저하와 우울을 가중시키는 요인이 되는 것으로 사료되며, 이는, 직업이 없을 때, 규칙적으로 운동을 안 하고 영양상태가 안 좋은 노인에서 우울이 높았다는 연구(Won et al., 1998)와 비교된다.

따라서 현실적으로 정신과를 방문해야지만 우울을 진단 받을 수 있는 상황에서, 노인이 어떤 질환으로 입원하던 더

우울이 만성질환 노인이 입원 시 기본적으로 우울정도를 파악하고, 우울에 영향을 주는 자아존중감, ADL상태, 통증여부, 주관적인 건강인식, 가족지지 만족도를 확인하여 이들 영향요인을 두루 고려한 간호중재를 모색함이 중요함을 시사한다. 특히, 우울에 가장 중요 영향인자인 자아존중감을 높일 수 있는 간호중재를 개발하고 적용하여 삶을 긍정적이고 행복하게 받아들일 수 있도록 도와주어 노인의 우울을 경감시키는 것이 필요하다 하겠다. 또한 가족과 사회 구조의 변화로 인하여 병원에 입원한 노인에 대한 가족지지의 약화가 가중되고 있는 현실을 감안하여 가족을 대신할 수 있는 도우미의 적극 활용이 요청된다.

이외에도, 우울증의 주요 증상이 인지기능 장애로 나타나는 경우 치매로 잘못 진단될 수 있고, 또한 가역성 치매의 가장 흔한 원인으로 우울증이 있으며, 우울증과 관련된 인지 기능장애에서는 우울증이 치료되면서 인지기능 장애 또한 회복이 되므로(Yoo et al., 2005), 노인 우울과 치매의 관계성을 고려한 평가 도구 개발이 필요하며, 노인 환자가 입원할 때는 이들에 대한 감별진단이 요하고, 해당 질병뿐 아니라 신체적 기능상태, 정신적, 인지적, 사회적 건강의 다각적인 평가가 요구된다.

만성질환을 앓고 있더라도 본인이 지각하고 있는 신체적인 건강 인지도가 개인마다 다르기 때문에 노인의 건강지각을 높이고 자존감을 향상시킬 수 있는 개별적 특성을 고려한 노인 간호중재 프로그램이나 노인 건강증진 프로그램의 개발과 적용이 필요하며, 퇴원 시에도 지역사회와 연계된 우울 중재 프로그램의 개발과 적용으로 노인 우울에 대한 지속적 관리가 반드시 필요하다.

결론 및 제언

본 연구의 목적은 만성질환으로 병원에 입원한 노인 환자를 대상으로 자아존중감, 일상생활 수행능력(ADL) 및 우울의 정도를 파악하고, 그 관계와 우울 영향요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구로서 병원 입원 시 간과 할 수 있는 노인의 우울을 발견하고 효과적으로 관리하기 위한 간호중재와 우울의 예방을 위한 건강증진 프로그램 개발 및 노인건강 관련 정책 수립을 위한 기초자료를 제시하고자 시도되었다.

본 연구에서 만성질환 입원 노인의 자아존중감 정도가 중간 정도로, ADL정도는 비교적 덜 의존적이고, 대상자의 80.7%가 우울이 있었으나 경한 정도였으며, 자아존중감,

ADL, 우울 간 서로 상관관계에 있었다. 일상생활수행능력이 낮아 의존적일수록, 자아존중감이 낮을수록 우울의 정도가 높았다. 또한, 우울의 가장 중요한 영향요인은 자아존중감이었고, ADL, 주관적 건강상태, 가족지지 만족도가 주요 요인으로 재확인되었다.

따라서 만성질환을 가지고 있는 노인 환자가 건강관리를 위해 입원 시 해당질환 이외에 노인의 건강에 영향을 주는 정신적 측면, 특히 우울여부와 그 정도를 파악하고, 이에 영향을 줄 수 있는 자아존중감, ADL, 주관적 건강상태, 가족지지 만족도를 확인함이 중요하다. 또한, 우울상황을 조기 발견하여 더 심한 우울로의 예방과 우울중재를 통해 만성질환이 있음에도 불구하고 정신건강과 안녕을 도모하고 일상에서 신체 정신적 기능을 향상시키며 안녕하고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 노인 간호중재 프로그램과 노인건강 교육 프로그램의 개발 및 적용이 절실하다.

이를 위해서 만성질환 노인 환자의 입원 시 이들 요인을 확인 할 수 있는 내용을 포함한 간호 정보 조사지를 개발하여 적용함이 필요하며, 실무에서 노인을 대할 때 자아존중감을 높여주는 태도, 자세, 언어 및 행위로 시종일관 임하고, 노인 전문 인력과 함께 노인 환자의 개별적 특성을 고려한 체계적인 프로그램과 우울 중재 프로그램의 개발 및 적용이 요청된다. 또한 재가노인, 시설노인, 입원노인 등으로 비교 분석하는 반복연구와 우울에 대한 간호중재 프로그램의 효과를 분석하여 노인 환자에게 현실적으로 적용 가능한 우울 간호 지침 개발이 필요하다.

이외에도, 만성질환 입원 노인의 우울 중재를 포함한 통합적 관리를 위한 의료기관내의 노인 건강증진 센터의 도입과 가족의 지지와 참여를 격려하고, 불가능할 경우 간병인의 효율적 활용을 통해 가족지지를 대신할 수 있는 방안도 고려해 보아야 한다. 최근 2006년부터 10개 병원에서 간병서비스 제도화 시범사업 중으로 보호자 없는 만성노인질환 환자에게도 그 재원의 확대 적용에 대한 논의가 필요하다. 또한 사회적 지지 체계로서 노년기 프로그램과 자원봉사 프로그램의 확충, 정부와 전문 인력의 역할 및 운영 확대가 필요하고, 퇴원 시에도 재가와 연계된 건강간호 서비스 체계 확립을 위한 프로그램 개발과 시스템 구축을 위한 정부와 전문 인력의 적극적 협조가 이루어져서 현대 사회를 살아가고 있는 만성질환 노인들이 일상에서 높은 자존감을 가지고, 즐겁게 일상생활수행능력을 증강하고 건강에 대한 가족의 적절한 개입과 지지 속에 행복하고 안녕한 삶을 영위할 수 있도록 다각도의 노력이 요구된다.

REFERENCES

- Choi, N. G., & Kim, J. S. (2007). Age group differences in depressive symptoms among older adults with functional impairments. *Health & Social Work, 32*, 177-188.
- Jeong, J. Y., Choi, H. J., Lee, G. Y., & Park, T. J. (2009). Factors associated with ADL and IADL from the third Korea national health and nutrition examination. *Journal of Korean Academy of Family Medicine, 30*(8), 598-609.
- Jeon, B. J. (1974). Self esteem: A test of its measurability. *Yonsei Nonchong, 11*, 107-129.
- Jeon, K. Y., & Kim, J. O. (2000). A study on self-efficacy, perceived social support and the psychological adjustment in the bereaved old people. *Journal of Korean Academy of Family Medicine, 10*(2), 91-98.
- Jo, E. H., Jeon, J. H., & Lee, S. W. (2000). A model for the factors affecting depression in the elderly with chronic disease. *Journal of Korean Geriatrics Society, 4*(3), 148-163.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association, 185*, 914-919.
- Ki, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 35*(2), 298-307.
- Kim, H. M. (2003). *Influence of self-esteem and family-support on powerlessness of hospitalized elderly patients with chronic disease*. Unpublished doctoral dissertation, Busan National University, Busan.
- Kim, H. S., Yoo, S. J., & Han, G. R. (2002). The relation of cognitive function, physical health, self-esteem, social support and depression of elderly women in the community. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 4*(2), 163-175.
- Kim, Y. S., Lee, E. S., Chun, J. H., Kim, Y. H., Kim, M. G., Hwang, J. S., et al. (2004). The attention of primary physician on depression of the elderly patients. *Korean Journal of Family Medicine, 25*(11), 818-825.
- Korea National Statistical Office. (2009). *Statistics of aged*. Seoul: Author.
- Lantz, M., Evers, M. M., Samuels, S. C., Khan, K., Brickman, A. M., & Marin, D. B. (2002). The prevalence, diagnosis and treatment of depression in dementia patients in chronic care facilities in the last six months of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(5), 464-472.
- Lee, H. J. (2006). The relationships among depression, self-esteem and life satisfaction of elderly institution residents.

- Ewha Womans University Korean Culture Nonchong*, 18(2), 31-38.
- Lee, P. S., Lee, Y. M., Lim, J. Y., Hwang, R. I., & Park, E. Y. (2004). The relationship of stress, social support and depression in the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(3), 477-484.
- Lee, S. A., & Lee, K. M. (2002). A study on the major factors influencing the depression among the elderly in rural area. *Journal of Korean Gerontological Society*, 22(1), 209-226.
- Min, S., Jang, S. H., & Park, J. K. (2001). A study on the relationship between self-esteem and depression of the old. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 3(2), 135-145.
- Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (2008). *Elderly*. Retrieved at November 01, 2009 from <http://mw.go.kr>
- Ormel, J., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Brilman, E. I., Beekman, A. T., & Van Sonderen, E. (1997). Chronic medical condition and mental health in older people: Disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine*, 27(5), 1065-1077.
- Park, K. M. (2008). The effect of an empowerment health management program on self-esteem and the quality of life for the urban elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 19(2), 226-233.
- Park, W. G., Lee, T. Y., Jeong, Y. J., Oh, J. G., Lee, D. B., & Jo, Y. C. (2002). A study on the factors related to the depression and instrumental ability of daily living in the urban elderly. *Chungnam Medical Journal*, 29(1), 71-87.
- Pilcher, J. J. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Song, M. S., Kim, S. M., Kim, J. I., & Jo, N. O. (2007). *Measurement in gerontology research*. Seoul: Goonja Press.
- Summer, L. (1999). Chronic conditions. A challenge for the 21st century. *National Academy on an Aging Society*, 1, 1-6. <http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/chronic.pdf>
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective. *Advanced Nursing Science*, 8(1), 77-84.
- Won, J. M., Kang, Y. G., Bae, C. Y., Lee, H. T., Lee, S. K., & Lee, Y. J. (1998). Prevalence of depressive mood and its associated factors in the elderly. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 19(1), 77-85.
- Won, J. W., Yang, G. R., Noh, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E. J., Yoon, J. Y., et al. (2002). Korea activities of daily living scale and korea instrumental activities of daily living scale. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 6(2), 107-120.
- Yoo, H. J., Kim, S. Y., Nam, H. W., Noh, Y. G., Shin, S. H., Yoon, J. Y., et al. (2005). *Geriatric Medicine*. Seoul medicine publishing company, Seoul.
- Yoo, Y. S. (2009). *A study on the sexual habits of urban senior citizens*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Yoon, G. B. (2009). *The factors related to depression of the elderly patients in geriatric hospital*. Unpublished doctoral dissertation, Kosin University, Busan.