

一部 農村老人이 지각한 家族支持가 우울에 미치는 影響

순천시 창녕보건진료소¹⁾, 조선의대 예방의학교실²⁾, 조선의대 정신과학교실³⁾
김미숙¹⁾, 김기순^{2)*}, 박 중²⁾, 조용래³⁾, 김양옥²⁾

The Influence of Family Support Degree on the Depression of the Elderly in a Rural Area

Mi-Suk Kim¹⁾, Ki-Soon Kim²⁾, Jong Park²⁾, Yong-Rae Cho³⁾, Yang-Ok Kim²⁾
Changnyung Community Health Post in Sunchun city, Chollanamdo¹⁾
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University²⁾
Department of Psychiatry, College of Medicine, Chosun University³⁾

= ABSTRACT =

To find the influence of family support degree on the depression of the elderly in a rural area, a questionnaire survey was made toward 163 persons who were more than 65 years old and living in a township at Chollanamdo Province from January 1st to February 20th, 1998.

The major findings are as follows :

1. By simple analysis significantly associated variables with depression score were residence, adequacy of pocket money, health consciousness, drinking alcohol, smoking, score of activity of daily living(ADL), score of instrumental activities of daily living(IADL), and degree of family support among female respondents($p<0.05$).

2. To find the influence of family support on the depression score excluding other associated variables, multiple regression analysis was made and it was found that family support was associated significantly with affective, somatic, psychomotor and psychological domain of depression score among male, and somatic, psychomotor and psychological domain among female($p<0.05$).

The above finding suggest that family support degree is an important factor to be associated with the depression of the elderly in the rural area. So to deal with the depression of rural elderly, how to make close relation among family members must be considered.

KEY WORDS : Depression of the elderly, Family support, Rural area.

서론

급속한 의료 기술의 발달, 생활 수준의 향상, 출산율 저하 등의 영향으로 오늘날 노인인구는 전 세계적으로 빠른 속도로 증가하고 있는 추세이고 이러한 노인 인구의 증가와 더불어 노화로 인한 노인의 신체적·정신적·사회적·경제적 문제가 심각하게 대두되고 있는 실정이다(김정순과 권자연, 1996).

미국의 통계를 보면 65세 이상의 노인 인구가 1970년에는 전 인구의 약 10%에 달했었지만 2000년경에는 대략 18~20%에 이를 것으로 보고 있다(보건복지부, 1996). 우리나라 고령자 실태를 살펴보면 1990년대 총 인구당 65세 이상의 비율은 5.0%이며 1995년에는 전체 인구의 5.7%, 2000년에는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 점차 노년인구가 증가될 것으로 전망되어진다(보건복지부, 1996).

보건 사업의 가장 큰 특성은 그 대상이 개인이 아닌 지역사회나 가족 등의 집단 형태라는데 있다. 그리고 최근에는 가족단위 보건 사업의 중요성이 강조되고 있는 바, 가족은 하나의 사회적 지지체제로서(강현숙, 1984), 가족구조의 변화는 가족지지를 감소시켰고, 결과적으로 건강관리 효과에 나쁜 영향을 끼치게 되었다. 따라서 근대화 현상은 노인층에 대해서는 새로운 양상의 문제를 야기시키고 있다. 노인은 주위 사람들의 대하는 태도(방법)에 따라서 생활이 행복해지는 사람과 불행해지는 사람이 있다. 그러므로 진실된 마음으로 노인을 대하여야 한다(조유향, 1988).

인간은 출생하자마자 소속되는 최초의 사회 집단이 가정이며(홍근표 등, 1987), 가족 생활을 통하여 가족 구성원 개개인은 자신들이 인간으로 갖는 기본적 요구를 충족시키며 가족간의 상호작용과 그들이 갖는 각각의 역할을

수행해 가면서 가족 전체의 안녕을 도모하게 된다(김수지와 노춘희, 1985).

한편 노인인구의 신체적 심리적 노화현상을 고려 해볼 때 노인에게 더욱 가족 지지가 필요하다고 볼 수 있다. 노인들의 문제를 가장 가까이 보살피 도와줄 수 있는 지지체제는 바로 '가족'이라고 생각된다(최은선, 1995). 현대 사회의 도시문화에 의한 전통적 가치관의 변화나 도시화에 의한 농촌지역의 빈 등우리(empty nest)현상은 가족지지 부재라는 심각한 문제를 야기시키고 있다(송영수, 1996).

노인의 심리적 적응 능력은 지각·기억·학습 및 추리력, 자아상·동기 그리고 충동에 대한 정확성에 의존한다고 한다(최영희, 1992). 그리하여 가족을 하나의 지지체제로 보는 Miller(1980)는 가족 구성원끼리 직접 혹은 간접으로 상호 관련을 맺고 있으며, 이러한 상호작용은 단순한 인간관계로서 뿐만 아니라 한 성원의 행동은 다른 가족 구성원들에게 하나의 환경으로 작용하게 된다고 하였다.

Kaplan(1975)도 역시 가족을 하나의 지지체제로 보았으며, 지지를 애정, 승인, 소속 및 안정에 대한 개인적 교분이 있는 사람에 의해 충족되는 것으로 정의하였다. 한 가족이 형성되어 발전되어 가는 도중에 가족은 여러 종류의 위기를 경험할 수 있는데, 질병상태는 대부분 위기상황이 될 수 있다.

한 사람에게 위기 발생시 그 위기는 당사자는 물론 그 가족에게도 정서적으로 큰 위협을 주게 된다. 따라서 가족지지는 순조롭게 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하므로 가족은 환자에게 에너지를 부여하여 환자의 스트레스를 완화시키고 질병의 위험을 감소시킬 수 있다.

노년기에는 신체의 건강에 대해 지나치게 염려하고 우울 경향을 보이며 내향적이고 수동적 태도, 경직성과 조심성이 증가하며, 일생의 정리와 심리적 적응에 노력하는 등 변화를

* 교신저자
(E-mail:ksdkim@mail.chosun.ac.kr)

보이게 된다. 이런 변화는 노인의 정신장애·우울증·자살 등과 관련이 있는 것으로 알려져 있다.(윤진, 1985). 우울은 슬픈 감정이 심하고, 신체증상(불면, 위장장애, 식욕부진, 체중감소 등)을 동반하는 수가 많다(이정균 1989). 사람은 누구나 우울 증상을 경험할 수 있으나, 노인들은 죽음, 은퇴, 노화와 같은 사실을 경험할 가능성이 어느 연령보다도 높아서 우울이 노인에게 더 흔하다는 것은 누구나 예상 가능한 일로 여겨진다. 그래서 우울 증상은 연령에 따라 증가하고 성별로는 여자에게서 우울증이 높은 빈도로 나타나지만, 이민수(1996)는 55세 이후에서 남성이 급작스럽게 높아져서 80세에 이르면 여자보다 높다고 했다. 동거형태에 따른 우울 정도는 혼자 사는 경우 높았고, 주거상태에서는 자가가 셋집 보다 우울 정도가 낮다고 하였다(신동수, 1996).

배우자 유무에서 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 우울 정도가 낮았으며 소외감, 고독감이 적게 나타난다고 하였고(심문숙, 1990; 김미옥, 1986), 종교가 있는 노인이 없는 노인보다, 교육수준이 높을수록 우울 정도가 낮았다.

건강인식에서는 건강상태가 좋을수록 우울 정도가 낮고, 월 용돈액수는 충분할수록 정신 건강이 좋았고 여가 활동이 없는 경우에 우울 정도가 심하다는 연구결과(민경화와 김상순, 1995)가 있었다.

특히 우리 나라 남성 노인들의 경우는 고유한 전통과 유교의 영향하에 그들이 누리던 사회적·가정적 지위가 대단히 높았던 까닭에 산업화·도시화·핵가족화는 현대사회에서 한 가족의 가장으로 군림하던 노인들로 하여금 적응하기 어렵게 만들고 가정이나 사회로부터 소외되는 결과를 야기하게 되었다(배영숙, 1993).

가족지지 정도와 우울과의 관계는 서로 관련성이 있다는 선행 연구가 많았으며, 가족지

지가 높을수록 노인의 우울을 예방한다는 보고가 있다(최은선, 1995; 이민수, 1996; 김창숙, 1990). 또한 가족지지가 높을수록 노인이 지각한 우울 정도는 낮았고 가족지지가 높을수록 신체적 건강상태도 좋았으며(신동수, 1996), 가족의 친밀성이 없으면 불안·우울이 나타나고, 입원 환자를 대상으로 한 연구에서 대상자가 지각한 가족지지가 높을수록 우울 정도는 낮아진다고 하였다(Cabb, 1976; 진현심, 1989; 장숙희, 1991).

암 환자를 대상으로 한 연구에서 대상자가 지각한 가족지지가 높을수록 우울 정도는 낮아진다고 하였으며, 가족지지가 많을수록 치료지시 이행을 잘하며(심문숙, 1990) 가족의 지지는 환자의 회복에 놀랄만한 영향을 미치므로 환자에게 매우 중요한 의미를 가진다고 하였다(Kaplan과 Cassel, 1975).

이와같이 노인은 가족의 보살핌을 필요로 하며 이때 노인과 가족이 변화하는 가족제도 속에서 각각의 역할을 충실히 이행하여 누구나 소망하는바와 같이 인생의 종말에 가까워질수록 대부분 가족 구성원들과 함께 한다고 하였다(Cabb, 1976).

그러나 우리 나라에서는 상기 연구결과에 나타난 대로 변수 선정이 한정되어 있고, 특히 노인의 우울 정도에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되는 신체적, 수단적 활동 장애 정도가 잘 고려되지 않아 제한적인 결과만을 제시하였다.

따라서 이러한 여러 요인들의 효과를 통제 한 상태에서 가족지지가 우울에 미치는 영향을 연구할 필요성이 있다. 본 연구는 한 지역 사회의 노인들을 대상으로 우울에 영향을 미치는 타 요인들의 효과를 통제한 후 본인이 지각하는 가족지지와 우울과의 관련성을 규명하고자 하였다.

노인들을 대상으로 한 가족지지 및 우울과의 관계를 규명하는 것은 노인의 심한 퇴행을

막고, 노인 스스로 건강상태 유지 증진 및 삶의 질을 높이고 사회에 잘 적응하도록 하기 위해서 부적응 정서반응인 우울을 증재하는 것이 중요하다고 사료된다.

본 연구의 목적은 다음과 같은 내용으로 노인에 대한 가족지지 정도와 그에 따른 우울과의 관계를 규명함으로써 노인문제 해결에 유용한 기초 자료를 제공하고자 하였다.

① 대상자의 일반적 특성과 가족지지, 우울 정도 및 활동능력의 정도를 파악한다.

② 대상자의 우울과 관련이 있을 것으로 생각되는 요인들을 파악한다.

③ 우울에 영향을 미치는 여러 요인들의 효과를 통제 후 대상자가 지각한 가족지지 정도와 우울 정도와의 관련성을 파악한다.

대상 및 방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구 대상자는 전라남도 순천시 주변 농촌지역 1개 면에 거주하는 65세 이상의 노인 전체인구 915명(남 : 258, 여 : 657)중 면담에 응할 수 있는 일반 가정 노인 163명을 대상으로 하였다. 자료수집은 '98년 1월 1일부터 2월 20일 사이에, 진료소를 방문한 노인 환자 또는 노인정과 가정 방문으로 만난 노인들을 대상으로 하여 구조화된 설문지에 의한 면담을 통한 응답내용을 수집하였다.

2. 연구도구

본 연구에서 사용된 도구는 대상자의 일반적 특성 15문항, 가족지지 10문항, 수단적 자립 활동능력(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)에 관한 8문항, 신체적·일상활동 수행능력(Activities of Daily Living; ADL)에 관한 6문항, 우울에 관한 20문항으로 구성되어 있다.

1) 가족지지 측정도구

노인 대상자의 가족지지를 측정하기 위한 도구는 강현숙(1984)이 만성재활 환자를 대상으로 개발한 11문항 중 본 연구와 관계없는 1문항을 제외한 10문항을 사용하였다. 각 문항은 5점 척도로 되어 있으며, 긍정적 문항은 '항상 그렇다' 5점, '자주 그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '어쩌다 그렇다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점을 주고, 부정적 문항은 이와 반대의 점수를 주었으며 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미하는 것으로 하였다.

2) 우울 측정도구

Zung이 개발한 자가평가 우울 척도 SDS(Self-rating Depression Scale) 20문항을 사용하였다. 이 도구는 정상적인 기분 변화로부터 병적인 상태까지의 연속선상에서 우울을 측정할 수 있는 것으로, 정동증상(affective symptoms) 2문항, 신체증상(somatic symptoms) 8문항, 정신 운동적 증상(psychomotor symptoms) 2문항, 심리적 증상(psychological symptoms) 8문항 등으로 총 20문항으로 되어있다. 각 문항은 4점 척도로 되어있으며, '매우 그렇다' 4점, '대체로 그렇다' 3점, '약간 그렇다' 2점, '거의 그렇지 않다' 1점을 주어서 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미하는 것으로 하였다.

3. 분석방법

분석은 일반적 특성에 관한 남·여 간의 차이를 χ^2 -검증을 이용하여 분석하였고, 우울에 관한 각 변수간의 관련성을 남·여 별로 따로 분석하였다. 단순분석을 통한 우울 정도와의 관련성 파악을 위해서 t-test, ANOVA, χ^2 -검증을 이용하여 분석하였다. 또한 가족지지와 우울 정도와의 관련성을 파악하기 위해 다중회귀분석(Multiple regression analysis)을 시행하였다.

결 과

1. 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 성별 인구사회학적 특성을 보면, 남자 61명, 여자 102명이었다. 배우자 유무에서 유배우자 52.1%, 무배우자 47.9%이고, 유배우자는 남자 86.9%, 여자 31.4%이고, 무배우자는 남자 13.1%, 여자 68.6%으로 남녀간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 교육유무에서 초등학교이상의 교육을 받은 수는 남자는 55.7%, 여자는 15.7%로서 남자에서 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.001$). 종교 유무

를 보면 여자노인에서 45.1%로서 남자노인 18.0%보다 유의하게 많았다. 동거형태는 독거인 경우는 남자 3.3%, 여자 36.3%, 부부만 사는 경우는 남자 21.3%, 여자 40.2%, 가족과 함께 사는 경우는 남자 21.3%, 여자 40.2%로서 남녀간에 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 건강인식에서 건강하다가 남자 41.0%, 여자 26.5%로 남자가 여자에 비해 많았고, 걱정된다가 남자 27.9%, 여자 36.3%, 질병이 있다가 남자 31.1%, 여자 37.3%으로 걱정된다와 질병 있다에서는 남자에 비해 여자에서 많았다. 노인모임 참석에서는 남자 80.3%, 여자 63.7%로 남자가 여자에 비해 노인모임에 참석하는 경우

표 1. 대상자의 일반적인 특성

단위 : 명(%)

일반적 특성	구분	남(%)	여(%)	계	P값
연령	65-69	23(37.7)	43(42.2)	66(40.5)	0.767
	70-74	17(27.9)	21(20.6)	38(23.3)	
	75-79	14(23.0)	25(24.5)	39(23.9)	
	80-	7(11.5)	13(12.7)	20(12.3)	
배우자	유	53(86.9)	32(31.4)	85(52.1)	0.000
	무	8(13.1)	70(68.6)	78(47.9)	
교육유무	유	34(55.7)	16(15.7)	50(30.7)	0.000
	무	27(44.3)	86(84.3)	113(69.3)	
종교	유	11(18.0)	46(45.1)	57(35.0)	0.000
	무	50(82.0)	56(54.9)	106(65.0)	
동거형태	독거	2(3.3)	37(36.3)	39(23.9)	0.000
	부부	46(75.4)	24(23.5)	70(42.9)	
	가족	13(21.3)	41(40.2)	54(33.1)	
주거상태	자가	60(98.4)	93(91.2)	153(93.9)	0.064
	셋집	1(1.6)	9(8.8)	10(6.1)	
용돈정도	부족	22(36.1)	45(44.1)	67(41.1)	0.147
	보통	31(50.8)	52(51.0)	83(50.9)	
	충분	8(13.1)	5(4.9)	13(8.0)	
건강인식	건강	25(41.0)	27(26.5)	52(31.9)	0.154
	걱정	17(27.9)	37(36.3)	54(33.1)	
	질병	19(31.1)	38(37.3)	57(35.0)	
노인모임참석	참석	49(80.3)	65(63.7)	114(69.9)	0.025
	불참석	12(19.7)	37(36.3)	49(30.1)	
흡연	흡연	51(83.6)	18(17.6)	69(42.3)	0.000
	비흡연	10(16.4)	84(82.4)	94(57.7)	
음주	음주	48(78.7)	42(41.2)	90(55.2)	0.000
	비음주	13(21.3)	60(58.8)	73(44.8)	
계		61(100)	102(100)		

표 2. 가족지지도 분포

항목	N	mean±SD	P값
남	61	39.7±9.1	0.004
여	102	35.6±8.7	
계	163	37.1±8.9	

표 3. 신체적 일상활동(ADL) 수행장애자 분포

단위:명(%)

항목	남(N=61)	여(N=102)	계(163)
화장실 이용	1(1.6)	-	1(0.6)
식사하기	-	-	-
의복착용	2(3.3)	-	2(1.2)
용모다듬기	2(3.3)	1(1.0)	3(1.8)
혼자거동	1(1.6)	1(1.0)	2(1.2)
목욕하기	7(11.5)	5(4.9)	12(7.4)

가 많았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p<0.05$). 현재 흡연자는 남자 83.6%, 여자 17.6%로 남녀간에 유의한 차이를 보였고 ($p<0.001$), 음주자도 남자 78.8%, 여자 41.2%로 남자가 여자보다 음주를 많이 하고 있었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 주거상태와 용돈정도는 성별에 따른 차이가 없었다(표 1).

2) 가족지지도 분포

가족지지도 분포는 전체 평균이 37.1점인데 남자에서는 39.7점이고 여자에서는 35.6점으로 남자가 여자보다 유의하게 높았다($p<0.05$)(표 2).

3) 신체적 일상활동(ADL) 수행장애자 분포

타인의 도움을 받지 않고 스스로 할 수 있는 화장실 이용, 식사하기, 의복착용하기, 용모 다듬기, 혼자 거동, 목욕하기 등 신체적 일상생활 활동 수행장애자의 항목별 분포를 보면 남자에서는 가장 많은 장애를 호소하는 항목은 목욕하기 7명(11.5%), 의복착용 2명(3.3%), 용모 다듬기 2명(3.3%), 화장실 이용 1명(1.6%), 혼자거동 1명(1.6%)의 순 이었고, 여

자에서 가장 많은 장애를 호소하는 항목은 목욕하기 5명(4.9%), 용모 다듬기 1명(1.0%), 혼자거동 1명(1.0%) 등의 순이었다(표 3).

4) 수단적 일상활동(IADL) 수행장애자 분포

기구를 사용하여 스스로 활동하는 전화 걸기, 버스나 차를 이용한 외출, 식사준비, 집안일 하기, 세탁하기, 자가투약, 공과금 납부, 금융기관에서 입출금 등 수단적 일상생활 활동 수행장애를 호소하는 자를 보면, 남자에서 가장 많은 장애를 느끼는 항목은 세탁하기 25명(41.0%), 금융기관에서 입출금 18명(29.5%), 식사준비 13명(21.3%), 공과금 납부 11명(18.0%), 집안일 하기 10명(16.4%), 전화 걸기 7명(11.5%), 버스나 차를 이용한 외출 6명(9.8%), 자가투약 1명(1.6%)의 순 이었다.

여자에서 가장 많은 장애를 느끼는 항목은 금융기관에서의 입출금 50명(49.0%), 공과금 납부 40명(39.2%), 전화 걸기 35명(34.3%), 버스나 차를 이용한 외출 11명(10.8%), 세탁하기 3명(2.9%), 자가투약 3명(2.9%), 식사준비 2명(2.0%), 집안일 하기 2명(2.0%)의 순이었다 (표 4).

표 4. 수단적 일상활동(IADL) 수행장애자 분포

단위:명(%)

항목	남(N=61)	여(N=102)	계(163)
전화걸기	7(11.5)	35(34.3)	42(25.8)
버스나 차를 이용한 외출	6(9.8)	11(10.8)	17(10.4)
식사준비	13(21.3)	2(2.0)	15(9.2)
집안일하기	10(16.4)	2(2.0)	12(7.4)
세탁하기	25(41.0)	3(2.9)	28(17.2)
자가투약	1(1.6)	3(2.9)	4(2.5)
공과금납부	11(18.0)	40(39.2)	51(31.3)
금융기관에서 입출금	18(29.5)	50(49.0)	68(41.7)

표 5. 대상자의 우울 정도 분포

단위:점수

우울영역	남	여	P값
	m±SD	m±SD	
정동증상	3.2± 1.4	3.9± 1.5	0.002
신체증상	17.5± 4.4	18.7± 3.8	0.065
정신운동증상	4.5± 1.6	4.7± 1.5	0.443
심리적 증상	119.0± 6.3	20.4± 5.8	0.160
전체	44.1±12.3	47.6±10.7±0.070	

2. 대상자의 우울정도 분포

성별에 따른 우울 정도를 보면, 정동증상 우울은 남자에서 3.2점, 여자는 3.9점으로 여자에서 높았다(P<0.001). 신체증상 우울은 남자에서 17.5점, 여자는 18.7점이며 정신운동증상 우울은 남자 4.5점, 여성 4.7점, 심리적 증상 우울은 남자 19.0점, 여자 20.4점으로 남녀간의 차이는 없었다(표 5).

3. 대상자의 특성과 우울정도와와의 관련성

1) 일반적 특성과의 관련성

남자에 있어서의 일반적 특성과 우울 정도와의 관련성은 다음과 같다. 연령별 우울 점수 합계를 보면, 65~69세 군 40.7, 70~75세 군 45.7, 75~79세군 49.3, 80세 이상 군 41.6 이었고, 배우자 유무에 따르는 우울 점수 합계를 보면, 있는 군 44.5, 없는 군 41.8 이었고, 교육

유무별 우울 점수 합계를 보면, 교육유 군 42.9, 교육무 군 45.7이었다. 종교 유무별 우울 점수 합계를 보면, 종교유 군 44.4, 종교무 군 44.1 이었고, 동거 형태별 우울 점수 합계를 보면, 독거군 38.0, 가족 동거 군 44.3으로서, 연령별, 배우자 유무별, 교육 유무별, 종교 유무별, 동거형태별 각 군간에 영역별 우울 정도가 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 주거상태별 우울 점수 합계를 보면, 정동증상에서 자가 군 3.1, 셋집 군 6.0으로서 각 군간에 유의한 차이를 보였고(p<0.05), 신체증상에서 자가 군 17.3, 셋집 군 27.0으로서 의미 있는 차이를 보였다(p<0.05). 용돈정도에 따른 우울 점수는 정동증상에서 부족 군 3.7, 보통 군 3.0, 충분 군 2.4로서 각 군간에 유의한 차이를 보였고(p<0.05), 신체증상에서도 부족 군 19.7, 보통 군 16.4, 충분 군 15.8로서 각 군간에 유의

표 6-1. 남자의 일반적인 특성과 증상 영역별 우울 정도

단위:점수

일반적 특성	구분	정동증상	신체증상	정신운동 증상	심리적 증상	계
		m±SD	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD
연령	65-69	3.2±1.4	16.7±3.5	4.1±1.6	16.7±6.6	40.7±11.9
	70-74	3.0±1.2	17.7±3.9	4.4±1.6	20.6±5.5	45.7±11.1
	75-79	3.6±1.6	19.4±4.8	5.1±1.4	21.1±6.1	49.3±12.6
	80-	2.6±1.1	15.7±6.3	4.7±2.1	18.6±5.8	41.6±14.0
배우자	유	3.2±1.4	17.6±4.4	4.5±1.6	19.2±6.2	44.5±12.3
	무	2.9±1.1	16.8±4.1	4.1±2.0	18.0±7.1	41.8±12.9
교육유무	유	2.9±1.1	17.1±3.5	4.2±1.5	18.7±5.9	42.9±10.7
	무	3.5±1.6	18.0±5.3	4.8±1.7	19.4±6.8	45.7±14.2
종교	유	3.6±1.4	17.6±3.8	5.2±1.7	18.1±6.9	44.4±11.9
	무	3.1±1.4	17.5±4.5	4.3±1.6	19.2±6.3	44.3±12.4
동거형태	독거	3.0±1.4	17.5±0.7	2.5±0.7	15.0±7.0	38.0± 9.9
	가족	3.2±1.4	17.5±4.5	4.5±1.6	109.1±6.3	44.3±12.4
주거상태	자가	3.1±1.3*	17.3±4.2	4.4±1.6	18.9±6.3	43.8±12.1
	셋집	6.0±0.0	27.0±0.0	7.0±0.0	25.0±0.0	65.0± 0.0
	부족	3.7±1.5*	19.7±4.0**	5.0±1.9	21.9±6.2	50.3±12.3
용돈정도	보통	3.0±1.2	16.4±4.2	4.2±1.4	17.6±6.0	41.1±11.4
	충분	2.4±1.1	15.8±3.9	4.1±1.6	16.6±5.2	38.9±10.3
	건강인식	건강	2.7±1.0	16.4±3.2	3.9±1.4*	18.6±6.0
노인노임	걱정	3.7±1.5	18.7±4.4	5.2±1.8	19.6±6.8	47.9±13.1
	질병	3.4±1.5	17.8±5.4	4.5±1.5	19.0±6.5	44.7±13.4
	참석	3.2±1.4	17.9±4.6	4.5±1.5	19.5±5.8	45.1±11.6
흡연	참석	3.1±1.9	15.7±5.0	4.4±2.2	16.9±8.0	40.1±14.8
	흡연	3.1±1.3	17.5±4.0	4.5±1.6	19.0±6.4	44.0±12.1
음주	비흡연	3.6±1.5	17.5±6.1	4.6±2.1	18.9±5.6	44.6±14.0
	음주	3.0±1.3*	16.9±4.1*	4.4±1.6	18.6±6.3	42.8±12.0
	비음주	3.9±1.3	19.6±4.9	4.9±1.7	20.6±6.1	49.1±12.7
평균		3.2±1.4	17.5±4.4	4.5±1.6	19.0±6.3	44.1±12.3

한 차이를 보였다(p<0.001). 또 건강인식에 따른 우울 점수는 정신 운동 증상에서 건강 군 3.9, 걱정 군 5.2, 질병 군 4.5로서 각 군간에 유의한 차이를 보였다(p<0.05). 노인모임 참석에 따른 우울 점수 합계에서, 참석군 45.1, 불참석군 40.1로 유의한 차이를 보이지 않았다. 흡연 여부에 따르는 우울 점수 합계에서, 흡연 군 44.0, 비 흡연 군 44.6으로서 각 군간에 유의한 차이가 없었다. 음주여부에 따른 우울 점수를 보면, 정동증상에서 음주 군 3.0, 비음주군 3.9로서 유의한 차이를 보였고(p<0.05), 신체증상

에서 음주 군 16.9, 비음주군 19.6으로 유의한 차이를 보였다(p<0.05)(표 6-1).

여자에서의 일반적 특성과 우울 정도와의 관련성은 다음과 같다. 연령별 우울 점수를 보면, 심리적 증상에서 65~69세 18.6, 70~75세 20.1, 75~79세 22.3, 80세 이상 22.7로서 각 군간에 유의한 차이를 보였다(p<0.05). 배우자 유무에 따르는 우울 점수 합계를 보면, 있는군 47.0, 없는군 47.9 이었고, 교육 유무별 우울 점수 합계를 보면, 교육유군 44.4, 교육무군 48.2 이었다. 종교 유무별 우울 점수 합계를 보면,

종교유근 46.4, 종교무근 48.6이었고 배우자 유무별, 교육 유무별, 종교 유무별 각 군간에 영역별 우울 정도가 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 동거 형태별 우울 점수를 보면 심리적 증상에서 독거군 22.1, 가족 동거군 19.4로서 각 군간에 유의한 차이를 보였다 ($p<0.05$). 주거 상태별 우울 점수 합계를 보면 자가 47.5, 셋집 48.3로서 각 군간에 의미있는 차이는 보이지 않았다. 용돈정도에 따른 우울 점수는 정동증상에서 부족군 4.5, 보통군 3.5, 충분군 2.8로서 각 군간에 유의한 차이를 보였고, 신체증상에서 부족군 20.2, 보통군 17.6, 충분군 17.2로 각 군간에 유의한 차이를 보였고, 정신운동증상에서도 부족군 5.2, 보통군 4.4, 충분군 3.6으로 각 군간에 유의한 차이를 보였으며, 심리적 증상에서 부족군 23.0, 보통군 18.3, 충분군 18.8로서 모두 각 군간에 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 건강인식에 따른 우울 점수는 정동증상에서 건강군 3.3, 걱정군 3.7, 질병군 4.1로서 각 군간에 유의한 차이를 보였고, 신체증상에서 건강군 17.1, 걱정군 18.7, 질병군 19.8로 각 군간에 유의한 차이를 보였고, 정신운동 증상에서 건강군 4.0, 걱정군 5.0, 질병군 4.8로서 각 군간에 유의한 차이를 보였다 ($p<0.05$). 노인모임 참석에 따른 우울 점수 합계에서, 참석군 46.5, 불참군 49.5로서 각 군간에 의미있는 차이는 보이지 않았고, 흡연 여부에 따르는 우울 점수는 신체증상에서 흡연군 20.4, 비흡연군 18.4로서 각 군간에 유의한 차이를 보였다 ($p<0.05$). 음주여부에 따른 우울 점수 합계를 보면, 음주군 48.1, 비음주군 47.3으로서 각 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다(표 6-2).

2) 활동장애 및 가족 지지도와 우울 정도와의 관련성

남자에서 활동장애 유무 및 가족 지지도와 증상영역별 우울 정도와의 관련성은 다음과 같다. ADL장애가 있는 군에서 없는 군에 비

해 정신적 우울 점수가 높았으며, IADL 장애가 있는 군에서 없는 군에 비해 정동증상, 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상 우울 점수가 높았다. 또한 가족지지도 점수의 평균 및 중위값을 고려하여 37점 이하를 낮은 군, 38점 이상을 높은 군으로 하여 비교하였을 때는 가족지지도가 낮은 군에서 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상 우울 점수가 높았다 ($p<0.05$)(표 7-1).

여자에서 활동장애 유무 및 가족지지도와 증상영역별 우울 정도와의 관련성은 다음과 같다.

ADL장애가 있는 군에서 없는 군에 비해 정동증상, 심리적 증상은 점수가 높았으며, IADL 장애가 있는 군에서 없는 군에 비해 심리적 증상 우울 점수가 높았다. 또한 가족지지도 점수의 평균 및 중위값을 고려하여 37점 이하를 낮은 군, 38점 이상을 높은 군으로 하여 비교하였을 때는 가족지지도가 낮은 군에서 정동증상, 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상이 우울 점수가 높았다 ($p<0.05$)(표 7-2).

4. 가족지지도가 증상 영역별 우울 정도에 미치는 영향

남자에서 가족지지도가 우울 정도에 미치는 영향을 보기 위해 우울과 관련 있는 다른 변인들 즉 용돈정도, 건강인식, 음주유무, 신체적·수단적 활동 장애유무, 주거상태 등을 통제 후 회귀분석을 시행한 결과 가족지지도가 높을수록 정동증상, 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상 등 우울 증상 모두가 통계적으로 유의하게 낮았다($p<0.05$)(표 8-1).

여자에서 가족지지도가 우울 정도에 미치는 영향을 보기 위한 우울과 관련 있는 다른 변인들 즉 용돈정도, 건강인식, 노인모임, 참석유무, 흡연, 신체적·수단적 활동 장애 유무, 주거 상태 등을 통제한 후 회귀분석을 시행한 결과 가족지지도가 높을수록 신체증상 정신운

표 6-2. 여자의 일반적인 특성과 우울 상태

단위:점수

일반적 특성	구분	정동증상	신체증상	정신운동 증상	심리적 증상	계
		m±SD	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD
연령	65-69	4.0±1.5	18.9±3.7	4.7±1.7	18.6±6.0*	46.1±11.0
	70-74	3.9±1.5	18.4±3.0	4.6±1.3	20.1±5.7	47.0± 9.8
	75-79	3.8±1.6	18.9±4.8	4.6±1.3	22.3±5.3	49.6±11.8
	80-	3.9±1.4	18.4±3.7	4.9±1.4	22.7±4.4	49.8± 9.1
배우자	유	3.9±1.4	19.4±4.3	5.0±1.7	18.7±6.2	47.0±11.9
	무	3.9±1.5	18.4±3.6	4.5±1.3	21.1±5.4	47.9±10.2
교육유무	유	3.4±1.3	18.3±3.8	4.3±1.6	18.6±6.4	44.4±11.9
	무	4.0±1.5	18.8±3.8	4.7±1.5	20.7±5.6	48.2±10.5
종교	유	3.9±1.4	18.6±3.7	4.7±1.4	19.2±6.4	46.4±11.0
	무	3.8±1.5	18.8±2.9	4.6±1.6	21.4±5.0	48.6±10.4
등거형태	독거	4.2±1.7	19.4±3.9	4.5±1.4	22.1±5.2*	50.2±10.7
	가족	3.7±1.3	18.3±3.8	4.8±1.5	19.4±5.9	46.2±10.5
주거상태	자가	3.9±1.4	18.6±3.7	4.6±1.4	20.5±5.6	47.5±10.4
	셋집	4.1±1.8	19.7±4.9	5.8±1.9	19.2±5.9	48.8±13.6
용돈정도	부족	4.5±1.5**	20.2±3.6**	5.2±1.3**	23.0±4.1**	52.8± 8.5
	보통	3.5±1.2	17.6±3.7	4.4±1.6	18.3±6.3	43.6±10.9
	충분	2.8±1.1	17.2±2.2	3.6±0.9	18.8±3.0	42.4± 6.1
건강인식	건강	3.3±1.3*	17.1±2.4*	4.0±1.2*	20.4±5.7	44.8± 9.2
	걱정	3.7±1.4	18.7±3.8	5.0±1.4	19.4±5.8	46.9±10.1
	질병	4.4±1.5	19.8±4.3	4.8±1.6	21.3±5.8	50.3±11.9
노인노임	참석	3.8±1.5	18.2±3.6	4.4±1.4	20.2±5.5	46.5±10.2
	불참석	4.1±1.4	19.6±4.1	5.1±1.5	20.7±6.2	49.5±11.5
흡연	흡연	4.4±1.8	20.4±4.2*	4.6±1.5	21.9±4.9	51.3±10.8
	비흡연	3.8±1.4	18.4±3.7	4.7±1.5	20.0±5.9	46.8±10.6
음주	음주	4.0±1.6	18.9±3.6	4.5±1.5	20.7±5.3	48.1±10.1
	비음주	3.8±1.3	18.6±4.0	4.8±1.5	20.1±6.1	47.3±11.2
평균		3.9±1.5	18.7±3.8	4.7±1.5	20.4±5.8	47.6±10.7

*p<0.05, **P<0.01

표 7-1. 남자대상자 활동장애 유무, 가족지지도와 증상 영역별 우울 정도와의 관련성 단위:점수

변수	구분	정동증상	신체증상	정신운동증상	심리적증상
		n.±SD	m±SD	m±SD	m±SD
ADL 장애	유	4.0±1.6	21.6±3.0	6.0±1.6	26.1±3.1**
	무	3.1±1.3	17.0±4.3	4.3±1.5	18.1±6.0
IADL 장애	유	3.6±1.4*	19.3±4.2**	5.2±1.7**	21.7±5.9**
	무	2.8±1.2	15.9±3.9	3.8±1.3	16.6±5.7
가족지지도	낮음	3.6±1.1	19.8±3.0**	5.1±1.3*	23.7±4.1***
	높음	2.9±1.4	16.0±4.5	4.1±1.7	16.0±5.6

*p<0.05, **p<0.01, ***<0.001

표 7-2 여자 대상자의 활동장애 유무, 가족지지도와 증상영역별 우울 정도와의 관련성 단위:점수

변수	구분	정동증상	신체증상	정신운동증상	심리적증상
		m±SD	m±SD	m±SD	m±SD
ADL 장애	유	48±0.8*	21.6±32	5.8±0.8	262±1.6****
	무	38±1.5	18.6±38	4.6±1.5	201±1.7
IADL 장애	유	41±1.5	19.2±38	4.9±1.3	22.3±4.7*
	무	3.5±1.3	18.1±38	4.4±1.7	17.8±6.1
가족지지도	낮음	42±1.5**	19.5±36*	4.9±1.4	22.5±4.7****
	높음	3.4±1.3	17.5±38	4.4±1.6	17.6±5.9

*p<0.05, **p<0.01, ****p<0.001

표 8-1. 가족지지도가 증상영역별 우울 정도에 미치는 영향(남자)

변수	가족지지도		P값*
	β	SE	
정동 증상	-0.042	-	0.022
신체 증상	-0.189	0.049	0.0000
정신운동 증상	-0.146	0.055	0.011
심리적 증상	-0.311	0.068	0.000

*용돈정도, 건강인식, 음주 유무, 신체적·수단적 활동장애 유무, 주거상태를 통제한 후의 값

표 8-2. 가족지지도가 증상영역별 우울 정도에 미치는 영향(여자)

변수	가족지지도		P값*
	β	SE	
정동 증상	-0.160	-	0.082
신체 증상	-0.111	0.042	0.009
정신운동 증상	-0.004	0.016	0.010
심리적 증상	-0.268	0.054	0.000

*용돈정도, 건강인식, 노인모임 참석 유무, 흡연, 신체적·수단적 활동 장애 유무, 주거상태를 통제한 후의 값

동증상 심리적 증상이 통계적으로 유의하게 낮았다(p<0.01). 그러나 정동증상 우울 정도는 가족지지도가 유의한 영향을 미치지 않았다(표 8-2).

고 찰

노인들에 있어서 대두되는 대표적인 문제는 경제적 빈곤, 건강악화로 인한 질병, 우울 및 상실감으로 고독과 외로움을 느끼게 되며 이러한 심리적 변화는 신체·심리·사회적 문제를 야기 시킬 수 있다. 이러한 노인들의 문제를 사전에 예방하거나 효과적으로 감소시키기

위해서는 노인들을 가장 가까이에서 보살피며 도와줄 수 있는 가족의 역할이 매우 크다고 본다.

본 연구는 대상자의 일반적 특성과 가족지지, 우울 정도 및 활동 능력의 유무와 관련이 있을 것으로 생각되는 요인들을 파악 하고자 하였다. 그 대상자로서 농촌지역인 전라남도 순천시 낙안면 전체노인 915명(남자 : 258명, 여자 : 657명)을 선정하였는데 대상자 중 남자가 28.2% 여자 71.8%로 여자노인 인구가 높게 분포되었다. 이는 우리 나라 여성의 평균수명이 남자에 비해 길기 때문이라고 사료되며, 여성과 남성의 비가 6 : 4 인 노령인구 분포와 같았다 (통계청 1993).

연구 대상자의 일반적 특성을 보면 배우자 유무에서 배우자가 없는 경우 남자는 13.1%, 여자는 68.6%로 여자에서 많았는데 최은선(1995), 송영수(1996), 심문숙(1990), 김미옥(1986)의 연구에서는 배우자 유무가 노년기 심리적 적응에 영향을 주고 배우자 없는 경우 우울 정도가 높았다고 하였으며, 노인의 적응에 있어서 배우자 역할의 중요성을 강조하였다.

교육유무는 초등학교 이상의 교육을 받은 남자는 55.7% 여자는 15.7%로 남자에서 높은 학력 수준을 나타냈고 최은선(1995), 김미옥(1986), 김효신(1996)의 연구와 비슷하였다. 이는 우리 나라 노인들의 낮은 교육수준을 보여주는 결과라고 볼 수 있으며, 최은선(1995)은 정규교육이 보편화되기 이전에 학령기를 마친 세대로 시대적 교육기회의 차이에서 비롯된 현상 때문이라고 하였다. 동거형태는 부부만 동거하는 경우가 42.9% 가장 많았고, 신동수(1996)는 경제적으로 조금이라도 여유만 있다면 노부부만 사는 것을 선호하는 경향이 있었다고 하였다. 배영숙(1993)은 배우자끼리는 서로 의지하고 인정해 주면서 다른 가족 구성원보다도 이야기 상대자로서의 가장 중요한 정

서적 지지원이 되기 때문이라고 했다.

최근 김창숙(1990), 김효신(1996) 연구에서 1990년과 1996년에 부부만 동거하는 경우가 각각 33.3%, 41.0%인데 비하여 본 연구에서는 41.6%로 높게 나타난 것을 보면 부부만 동거하는 경향이 점차 증가될 것으로 예상된다.

종교를 가진 노인 35.0%에 비해 종교를 갖지 않는 노인이 69.3%로 많았는데. 이는 농촌이 도시에 비해 비 종교자가 많은 사회 문화적 차이인 것으로 사료된다는 연구와 비슷하였다(고경봉과 김성태, 1988).

건강인식은 성별에 따른 유의한 차이는 없었으나 질병의 유무를 볼 때 질병이 있는 남자가 31.1%, 여자 37.3%로서 여자가 더 많은 질병을 가지고 있으며 이정균(1989)은 소화기능, 거동상태, 청력장애에 있어서 여자의 건강요구가 남자보다 높다고 하였고 신동수(1996), 김미옥(1986)의 결과와 비슷한 분포를 보였다. 그리고 농촌지역 주민 건강 상태와 입원 환자를 대상으로 한 장숙희(1991), 강혜영(1996)의 연구와도 비슷한 분포를 나타냈다.

주거 상태는 자기 집에서 생활하는 노인이 92.9%로 높게 나타났으며, 김 등(1996)의 연구에서도 비슷한 분포를 보였으며 비교적 안정적이었다고 하였다. 용돈정도에서 월용돈액은 보통이다 50.9%로 가장 많았고 부족하다 41.1%, 충분하다 답변은 8.0%로 노인들에 대한 물질적 지지가 매우 빈약함을 나타냈으며 심문숙(1990)의 암 환자를 대상으로 한 연구에서도 비슷한 분포를 보였다. 노인모임 참석은 비 참석 노인 25.0%에 비해 참석하는 노인이 28.6%로 많았으며 이는 입원환자를 대상으로 한 진현심(1989)의 연구에서도 비슷한 분포를 보였다.

현재 흡연자는 남자가 83.6% 여자가 17.6%이며 음주 유무도 술을 마시는 남자가 78.7% 여자가 41.2%로 여자보다 남자에서 많았고 그 이유는 여성들이 사회활동의 기회가 적어 집

안에서 폐쇄적인 생활을 하여 왔기 때문인 것으로 생각된다.

타인의 도움을 받지 않고 스스로 할 수 있는 신체적 일상활동(ADL) 수행장애자 분포 항목 중 남녀 모두 목욕하기 용모 다듬기 장애를 가장 많이 나타냈는데 이는 기능적인 능력의 소실이 제일 먼저 목욕하기부터 시작하고 식사하기는 가장 늦게 소실되는 것이 일반적이었다. 그리고 화장실 이용 식사하기 의복 착용 등의 개인 위생관리는 소수를 제외하고 대부분 잘 하고 있는 것으로 나타났는데 이는 양경희(1996), 김선미(1997)의 연구 결과와 비슷하였다.

기구를 사용하여 스스로 활동하는 수단적 일상활동(IADL) 수행장애자 분포 항목 중 금융기관에서 입출금, 공과금 납부, 전화 걸기, 버스나 차를 이용한 외출에서 남자보다 여자에서 높은 장애를 보였는데 김선미(1997)는 시대적으로 남자에서 여자보다 교육의 기회가 적어 장애가 심한것 같다고 하였으며 김미옥(1986), 양경희(1996)의 연구와 비슷한 결과를 보였다.

활동장애와 우울과의 관계를 보면 남녀 모두 신체 일상활동(ADL) 수행장애나 수단적 일상활동(IADL) 수행장애가 있을 때가 없을 때 보다 우울 정도가 높았다고 했으며 신동수(1996), 양경희(1996) 연구에서도 비슷한 결과를 나타내었다.

가족지지도와 우울과의 관계를 보면, Cobb(1976)는 가족의 친밀성이 없으면 불안, 우울이 나타난다고 하였고 입원 환자들을 대상으로 진현심(1989)의 연구에서 가족의 지지는 환자의 회복에 놀랄만한 영향을 미치므로 환자에게 매우 중요성을 가진다 했으며 암 환자를 대상으로 한 심문숙(1990)의 연구에서도 대상자가 지각한 가족지지 높을수록 우울 정도는 낮아진다고 보고하였다.

이와 같이 살펴본바 가족지지는 노인이 위

기에 순조롭게 적응하도록 일생을 통해 돕는 사회적지지 체제로서의 중요성을 갖기 때문에 (박오장, 1982), 노인이 느끼는 증상 영역별 우울 정도와 가족지지도의 관련성을 규명하기 위해 우울과 관련 있는 다른 변인들을 통제한 후 회귀분석을 실시한 결과 남자에서는 가족지지도가 높을수록 정동증상, 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상 모두가 감소하였고 우울 정도에 유의한 영향을 미쳤다고 했는데 여자에서는 가족지지도가 높을수록 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상이 유의하게 낮았고, 정동적 우울 증상에는 가족지지도가 유의한 영향을 미치지 않았는데, 최은선(1995), 신동수(1996), 김창숙(1990) 연구에서도 가족지지도가 높을수록 노인이 지각한 우울 정도는 낮다고 보고했다. 또 Kaplan(1975), 심문숙(1990) Cobb(1976), 진현심(1989), 장숙희(1991)도 가족지지도가 높을수록 우울 정도가 낮아진다는 결과가 본 연구와 비슷하였다.

이상과 같이 가족지지도가 높을수록 우울 정도는 낮을 것이다 라는 가설이 본 연구에서도 증명되었다.

이 결과를 통해 노후 생활의 변화에 적응하며 고독감을 채워주기 위해 가족지지가 필요하며 가족은 여러 종류의 위기를 경험 할 수 있는데 순조롭게 위기에 대처하고 스트레스 완화와 질병의 위험을 감소시키며 평소에 의존하지 않고 남은 여생을 보낼 수 있는 독자적인 역할 및 가치 있는 일을 갖도록 가족구성원의 지지가 필요하다고 생각된다.

요 약

일부 농촌 지역 노인을 대상으로 가족지지가 우울에 미치는 영향을 파악하기 위해 전라남도 1개 면에 거주하는 65세 이상 노인인구 163명을 대상으로 1998년 1월 1일부터 2월

20일까지 직접 면접을 통한 설문조사를 실시하여 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 단순분석에서 우울 정도와 관련이 있는 변수는 남자에서 주거상태, 용돈정도, 건강인식, 음주, 흡연, 신체적·수단적 활동장애 유무, 가족지지도 수준 등 이었으며 여자에서는 연령, 용돈정도, 건강인식, 흡연, 신체적·수단적 활동장애 유무, 가족지지도 수준 등이었다 ($p<0.05$)

2. 가족지지도가 증상 영역별 우울 정도에 미치는 영향을 파악하기 위해 가족지지 정도 이외의 우울 정도와 관련된 제 변수를 통제 한 상태에서 다중 회귀분석을 실시한 결과 남자의 정동증상, 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상 모두 통계적으로 유의하게 영향을 미쳤으며 여자에서는 신체증상, 정신운동증상, 심리적 증상에서 통계적으로 유의하게 영향을 미쳤다 ($p<0.05$).

이상의 결과에서 농촌 노인에 있어서 가족 지지가 우울에 영향을 미치는 중요한 요인으로 작용함을 알 수 있었다. 따라서 농촌지역 노인의 우울 문제를 접근함에 있어서 가족간의 관계를 친밀하게 유지시킬 수 있는 방안을 고려하여야 할 것으로 생각한다.

인용문헌

- 1) 김정순, 권자연. 요양원 노인의 신체적, 인지적, 사회적 기능상태에 관한 연구. 지역사회 간호학회지 1996;7(2):216-228
- 2) 보건복지부. 성인병예방 및 관리. 1996, 쪽 4
- 3) 보건복지부. 보건통계연보. 1996
- 4) 강현숙. 재활강화 교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문 1984.
- 5) 조유향. 노인의 신체적·사회적 능력장애에

- 관한 조사연구. 한림대학 사회의학 연구소 1988;18(1):70-79
- 6) 홍근표, 정현숙, 오세영, 임난영, 기본 간호학, 서울, 수문사, 1987, 쪽 68-69
- 7) 김수지, 노춘희. 한국 가족을 위한 가족치료의 이론적 접근. 대한간호 1985;24(5):73-82
- 8) 최은선. 노인환자가 지각한 가족지지 고독감과 건강 상태와의 관계 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문, 1995
- 9) 송영수. 가족지지가 도시지역 노인의 건강 상태에 미치는 영향에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문, 1996.
- 10) 최영희. 노인 간호학. 서울, 수문사, 1992, 쪽 88-131
- 11) Miller JR. The family as a system: family-focused Care. NY, McGraw-Hill Book Co. 1980.
- 12) Kaplan BH, Cassel J. Social support and health. Medical Care 1975;15(5):7-58
- 13) 윤 진. 성인노인 심리학. 서울, 중앙적성출판사, 1985, 쪽 35-54 .
- 14) 이정균. 정신의학. 서울, 일조각, 1989, 110-111
- 15) 이민수. 한국성인병 예방협회 1996;185(6)
- 16) 신동수. 노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계 연구. 경희대학교 대학원석사학위논문. 1996
- 17) 심문숙. 암 환자의 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 1990
- 18) 김미옥. 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 1986.
- 19) 민경화, 김상순. 농촌과 도시지역 노인의 가족지지도와 정신건강에 관한 비교. 한국농촌의학회지 1995;20(2):177-184
- 20) 배영숙. 노인이 지각한 사회적 지지와 건

- 강상태와의 관계 연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문. 1993
- 21) 김창숙. 만성질환자가 지각한 가족지지와 우울과의 관계 연구. 조선대학교 교육대학원 석사학위논문. 1990
- 22) Cobb S. Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976;38(5):300-314
- 23) 진현심. 입원한 노인환자가 지각한 지지감과 우울 감에 대한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문. 1989.
- 24) 장숙희. 입원환자가 지각한 가족지지와 상태불안과의 관계 연구. 조선대학교 교육대학원 석사학위논문. 1991.
- 25) Hymovich DC. Incorporation the family into care. *Journal NYSNA* 1974;5(1):9-10
- 26) 김호신. 노인의 건강상태와 생활 만족도에 관한 연구. 개정간호전문대 중앙의학 1996;60(2):161-169. 1996.
- 27) 고경봉, 김성태. 암 환자에 대응 전략. *신경정신의학* 1988;27(1):140-150
- 28) 강혜영. 일부도시·농촌노인의 건강상태 비교 연구. *지역사회간호학회지*, 1996;2:244-256
- 29) 김창숙, 박명희. 노인이 지각한 가족지지와 불안과의 관계 연구. *조선대학교 병설간호전문대 논문집*1996;15:21-41
- 30) Kalish R.A. *Late adulthood : Perspectives on Human Development*. Berkeley Cole Publishing Co. 1975
- 31) 박태용. 재가 노인의 생활 실태에 관한 조사연구. *노인복지연구*. 1978;1:35-45
- 32) 양경희. 노인들이 지각하고 있는 건강수준에 관한 연구. *지역사회 간호학회지* 1996;7(2):229-242
- 33) 박오장. CMI 간이법에 의한 노인들의 건강 수소율. *대한간호협회*. 1982;13(2):44-57
- 34) Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of general psycniatry* 1965;12(2):217-227
- 35) 김선미. 일부 농촌지역 노인들의 건강증진 활동 수행정도 및 관련요인. *조선대학교 환경보건대학원 석사학위논문*. 1997