

일부 지역사회 노인의 신체건강 상태와 우울

김 남 초* · 양 수*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라의 65세 이상 노인인구는 2000년도 기준으로 약 337만명이며 전체 인구의 7.1%를 넘어 고령화 사회에 진입하였고 오는 2020년에는 2배 이상인 약 753만명으로 노인비율은 14.3%로 증가할 것으로 예상된다(National Statistical Office, 2000). 이렇듯 노인인구는 증가하고 있으나 대부분의 노인들은 여전히 경제적으로 독립되지 못하고 자녀에게 의존하고 있으며 과거에는 가정 내에서 중요한 역할을 해 왔으나 차츰 보조적, 주변적 역할을 담당하는 등 소외당하는 위치에 놓이게 되었다. 또한 노인인구의 약 87%가 한가지 이상의 만성질환을 앓고 있으며 연령이 증가할 수록 만성질환 유병률은 증가하여 일상생활 유지에 어려움을 겪는 것으로 나타나 있어(Choi, 2000) 노인의 의료비 상승과 더불어 노인 간병비용은 건강보험 재정이 건실하지 못한 우리 사회에서 매우 심각한 문제로 대두되었다.

일반적으로 노인을 지칭하는 빈곤과 질병 그리고 소외 중에서도 가장 큰 문제는 건강문제이며, 노인의 건강에 대한 일반적인 개념은 신체적 조건이 양호하다는 것이다. 우리 나라 노인들은 스스로 수족을 못 움직여 자식에게 짐이 되는 것을 가장 두려워하는 것으로 알려져

고 있어(Cho, 1999) 신체적인 건강이 무엇보다도 우선되고 있음을 짐작할 수 있겠다.

노인에게 있어서 신체기능의 쇠퇴는 활동성을 감소시키고 흥미의 범위를 협소화 시키며 시·청각 능력의 퇴화로 타인과의 대인관계나 상호작용이 어려워져 심리적인 위축을 초래할 수 있고 이러한 위축은 노년기에 흔한 우울 유발요인이 될 수 있다. 노인의 우울은 특히 신체장애가 있을 때 가장 일어나기 쉬운 부정적 감정반응으로 신체 기능상태에 영향을 미친다(Song, 1995).

우울증상과 불량한 신체상태 사이의 관련성에 관해서는 여러 연구들이 있으며 강한 상관성이 있음을 보여주고 있다(Dunham & Sager, 1994; Ormel et al., 1993; Ormel et al., 1994). 이와 같은 변수들은 다양한 도구들에 의해 측정되어져 왔는데 일반적으로 신체건강은 표준화되어 널리 이용되고 있는 도구가 없이 자체 개발한 도구를 많이 사용하고 있으며 우울은 Yesavage 등(1983)이 개발한 Geriatric Depression Scale (GDS)과 Zung(1965)의 자가 우울 척도 및 Beck 등(1961)의 Beck Depression Inventory(BDI)가 주로 활용되어 왔다. 그러나 Zung 의 도구는 생리적인 변수들이 주를 이루기 때문에 정상적인 노화로 인한 정상 생리의 지연이나 무 증상 질병 및 임상적 질병을 우울로 부정확하게 판단할 수 있고, Yesavage등의 도구는 노인 환자를 위해 설계되었는데 심한 우울증 진단에는 효

* 가톨릭대학교 간호대학

투고일 2001년 7월 8일 심사위원회일 2001년 7월 11일 심사완료일 2001년 12월 11일

과적이나 성욕과 식욕 등이 강조되지 않은 채 모두 정신적인 것만을 측정하고 있다는 제한점을 가지고 있다. 그러나 BDI는 정신과적 진단과는 무관하게 순수 지역사회에서 생활하고 있는 노인의 우울을 평가할 수 있는 타당성과 신뢰성 있는 도구로 평가되고 있다(Ebersole & Hess, 1998). 따라서 우리 나라 노인의 신체건강 상태를 올바르게 측정할 수 있는 한국에서 개발된 신체건강 측정도구와 BDI를 수정한 BDI-II(1996)로 우리 나라 노인의 신체 건강상태와 우울 정도를 측정해 볼 필요성이 제기된다.

2. 연구의 목적

서울 시내에 거주하고 있는 일부 지역사회 노인의 신체건강 상태와 우울 정도를 파악하고 그들의 신체건강 상태에 영향을 미치는 요인을 확인하여 노인들이 건강하고 잘 수 있도록 하는 건강증진 프로그램 개발에 기초자료를 제공할 목적으로 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 신체건강 상태를 파악한다.
- 2) 노인들의 우울 정도를 파악한다.
- 3) 신체건강 상태와 우울간의 관계를 파악한다.
- 4) 신체건강 상태에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

서울에 거주하는 일부 지역사회 노인들을 대상으로 그들의 신체건강 상태와 우울 정도를 파악하고 신체건강에 영향을 미치는 영향요인을 확인하기 위해 설계된 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상과 기간 및 절차

서울시내 10개 구의 노인정 등에서 소일하고 있는 60세 이상의 노인 252명을 대상으로 2000년 7월 10일부터 8월말까지 2명의 훈련된 연구보조원이 구조화된 설문지를 이용하여 직접면담을 통해 자료를 수집하였다. 연구대상자 선정을 위하여 서울시내 25개 구를 동, 서, 남, 북 지역으로 분류한 후 그 중 10개 구를 임의 선정하고 해당지역의 노인정 등을 방문하여 노인회 회장에게 연구의 목적과 취지를 설명하고 협조를 구하였다. 노인

회장의 협조를 얻어 개별 노인들을 접촉하였고 그들에게 동의서를 받은 후 연구보조원이 설문지를 읽고 노인이 답을 하는 형태의 편의 표집을 하였다. 개인별 자료수집에 소요된 시간은 약 30분 정도였으며 자료수집이 끝난 후 간단한 사례를 하였다.

3. 연구도구

1) 신체건강 사정도구

Choi & Chung(1991)이 개발한 한국 노인의 신체적 건강상태 측정도구를 이용하였다.

본 도구는 20문항의 5점 척도(범위 1점-5점)로서 개인위생활동능력 4문항, 대외활동능력 5문항, 소화기계 관련능력 5문항, 성생활능력 2문항, 감각능력 2문항, 배설조절능력 2문항 등 6개 요인으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 신체적 건강상태가 좋음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 값은 .85였으며, 본 연구에서는 .87이었다.

2) 우울측정 도구

Beck 등(1961)이 개발하고 수정·보완한 BDI-II(Beck Depression Inventory- II, 1996)를 이용하였다. BDI-II는 BDI-IA를 수정한 것으로 정신과적 진단과는 무관하게 우울증상의 심도를 측정하기 위한 것이다. 21개 문항으로 구성된 자기보고형 3점 척도(범위 0점-3점)이며 최저 0점에서 최고 63점으로 점수가 높을수록 우울이 높음을 의미한다. 우울의 정도는 4단계로 분류되며 0-13점은 정상, 14-19점은 경한 우울, 20-28점은 중등도 우울, 29-63점은 심한 우울로 분류된다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .86이었으며 본 연구에서는 .91이었다. 본 연구에서 사용한 BDI-II는 저작권자에게 허락을 받고 국내에서는 본 연구자들에 의해 처음 사용되었다.

4. 자료분석

자료는 SAS 프로그램을 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차, t-검정, ANOVA, Scheffe'검정, Pearson correlation coefficients, Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

III. 결 과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성은 다음과 같다. 남자 59.1%, 여자 40.9 %였으며, 나이는 60대 40.1%, 70대 39.3%, 80대 17.9% 의 순 이었고 평균연령은 72.9세 였다. 결혼상태는 유 배우자가 59.1%, 무 배우자가 40.9%였고, 종교는 29%가 없었으며 유·불교 및 기타 33.4%, 기독교 26.2%, 가톨릭 11.5% 순 이었다. 교육수준은 무학 27.8%, 초등학교 26.6%, 중학교 21.4%, 고등학교 이상의 학력이 24.2%였다. 직업은 79.4%가 없었고, 가족형태는 손, 자녀와인 동거가 61.5%, 배우자와의 동거 27.85% 였으며 독거 노인도

10.7%에 달하였다. 생활비는 자녀가 조달하는 경우 56.3%, 본인 23.8%, 배우자 5.6%의 순 이었고, 주당 평균 외출회수는 4.8회, 친구는 평균 6명이었다. 일상 생활수행능력은 혼자서도 가능한 경우가 81.7%, 약간의 도움이 필요한 경우 14.7%, 많은 도움이 필요한 경우 3. 6%였다. 우울증의 이유에 대해서는 모든다 45.6%, 정서적 원인 29.0%, 환경적 원인 25.4%로 응답했으며, 치료가능성에 대해서는 72.6%가 고칠 수 있다, 15.1%가 고칠 수 없다고 응답했다. 우울증의 가족력은 83.7%가 없는 것으로 나타났다(Table 1).

이밖에도 현재 약물복용 여부는 아니오 61.8%, 예 38.2% 였고 약물을 복용하고 있는 경우 42.3%가 1종

(Table 1) General characteristics of subjects and physical health status by characteristics
n=252

Characteristics		N(%)	health status Mean±SD	t/F	P
Gender	male	149(59.1)	83.55±11.54	5.14	.0001
	female	103(40.9)	74.57±14.59		
Age(year)	60≤	101(40.1)	85.96±10.65 ^{ab}	23.54	.0001
	70≤	99(39.3)	78.97±12.66 ^{ac}		
	80≤	52(20.7)	72.50±11.39 ^{bc}		
spouse	yes	149(59.1)	14.29± 1.42	7.54	.0001
	no	103(40.9)	10.32± 0.86		
Religion	catholic	29(11.5)	51.76± 5.68	1.87	.1349
	protestant	66(26.2)	49.26± 6.72		
	confucianism/ buddisnm/ others	84(33.4)	49.07± 7.46		
	no religion	73(29.0)	50.93± 6.28		
Educational level(year)	0	70(27.8)	72.48±16.14 ^{abc}	11.81	.0001
	6	67(26.6)	79.02±11.38 ^d		
	9	54(21.4)	82.07± 9.92 ^c		
	12	34(13.5)	86.35±12.09 ^b		
	16≤	27(10.7)	88.62± 9.34 ^{ad}		
Job	yes	52(20.6)	87.02± 9.57	5.35	.0001
	no	200(79.4)	78.08±13.86		
Living arrangement	alone	27(10.7)	78.81±11.41	4.42	.0130
	with spouse	70(27.8)	84.03±11.35 ^a		
	with offspring	155(61.5)	78.29±14.49 ^a		

* General characteristics

Scheffe' test P< .05

a,b,c: same letters are significantly differences

(Table 1) General characteristics of subjects and physical health status by characteristics
(continued) n=252

Characteristics		N(%)	health status Mean±SD	t/F	P
Income	self	60(23.8)	85.12±11.03 ^a	6.88	.0001
	spouse	14(5.6)	87.00± 7.80		
	children	142(56.3)	76.66±14.48 ^a		
	government	13(5.2)	75.69±10.48		
	others	23(9.1)	85.40±10.64		
* Out of home/week(rate)			4.83± 2.84		
* Friends(No.)			5.94± 3.30		
ADL	my self	206(81.7)	83.55± 9.72 ^{ab}	26.78	.0001
	need some assistant	37(14.7)	68.11±12.81 ^{ac}		
	need a lot "	9(3.6)	44.67±14.97 ^{bc}		
Cause of depression	environmental	64(25.4)	76.79±16.23	2.30	.1023
	psychologic	73(29.0)	80.87±12.89		
	don't know	115(45.6)	81.11±12.11		
Is depression treatable	yes	183(72.6)	81.24±13.69	3.51	.0313
	no	38(15.1)	77.78±12.06		
	don't know	31(12.3)	74.80±13.43		
Family history	yes	41(16.3)	81.54±12.39	.86	.3908
	no	211(83.7)	79.63±13.78		

의 약물이었으며 2종 29.7%, 3종 이상도 27.9%에 달하였다. 또한 자신이 인지한 건강상태는 건강한 편이다 49.6%, 그저 그렇다 34.9%, 건강하지 못한 편이다 15.5%로 나타났다.

2. 대상자의 신체 건강상태

대상자의 신체적인 건강상태의 항목별 평균평점은 4.00± 0.68점(최소 1점- 최대 5점)이었고 총점 기준으로는 79.93± 13.57점(최소 24점-최대 100점)이었다. 신체적인 건강상태의 구성영역별로는 개인위생능력이 평균 평점 4.62± 0.95점으로 가장 높았고, 이어서 감각능력 4.45± 1.05점, 배설조절능력 4.36± 1.06점, 대외활동능력 4.19± 1.22점의 순이었으며 성생활관련능력이 2.20± 1.38점으로 가장 낮았다(Table 2). 대상자의 일반적인 특성에 따른 신체 건강상태는

남자노인이($t=5.14$, $P=.0001$), 나이가 젊을수록($F=23.54$, $P=.0001$), 배우자가 있는 노인($t=7.54$, $P=0.001$), 초, 중, 고등, 대학 학력의 노인이 무학 노인보다($F=11.81$, $P=.0001$), 직업이 있는 노인에서($t=5.35$, $P=.0001$), 배우자와 동거하고 있는

경우($F=4.42$, $P=.0130$), 본인의 경제력이 있는 경우($F=6.88$, $P=.0001$), 일상생활 수행능력이 혼자서 가능한 노인일수록($F=86.35$, $P=.0001$), 우울증을 고칠수 있다고 생각하는 노인에서($F=3.51$, $P=.0313$) 신체적인 건강상태가 더 양호했다(Table 1).

(Table 2) Physical health status scores of subjects

Sub-dimension	M±SD
personal hygiene ability	4.62±0.95
social activity function	4.19±1.22
digestion-related function	3.71±1.15
sexual function	2.20±1.38
sensory function	4.45±1.05
elimination control function	4.36±1.06
Physical health status(total)	4.00±0.68 (79.93±13.57)

3. 대상자의 우울 정도

대상자의 우울 정도는 평균 17.99± 9.79점(최소 0점- 최대 46점)으로 경한 정도의 우울에 속하고 있었다. 우울의 구성 항목 중 특히 성에 대한 흥미상실

1.85±1.02점, 기운상실 1.16±0.70점, 집중하기 어려움 1.15±0.63점, 피로감 1.13±0.64점등의 순으로 우울이 심한 것으로 나타났다(Table 3). 한편 이들의 우울 정도를 우울의 절단점을 기준으로 분류해 보면 대상자의 34.7%가 정상범위에 속했으며, 경한 우울 24.5%, 중등도 우울 26.6%, 심한 우울 14.2%였다(Table 1).

〈Table 3〉 Depression scores of subjects

items	M±SD
sadness	0.54±0.69
pessimism	0.76±0.70
past failure	0.67±0.82
loss of pleasure	0.89±0.80
guilty feeling	0.40±0.68
punishment feelings	0.64±0.96
self-dislike	0.73±0.77
self-criticalness	0.72±0.93
suicidal thoughts or wishes	0.38±0.66
crying	0.81±0.99
agitation	0.70±0.65
loss of interest	0.94±0.70
indecisiveness	1.08±0.80
worthlessness	0.72±0.88
loss of energy	1.16±0.70
changes in sleeping pattern	1.07±0.88
irritability	0.72±0.72
changes in appetite	0.94±0.79
concentration difficulty	1.15±0.63
tiredness or fatigue	1.13±0.64
loss of interest in sex	1.85±1.02
total	17.99±9.79

4. 대상자의 신체 건강상태와 우울과의 관계

대상자의 신체건강 상태와 우울과는 $r = -.5628$ ($p = .0001$)로 음의 상관관계를 보였다. 즉 노인의 신체 건강상태가 불량할수록 우울한 것으로 나타났다(Table 4).

〈Table 4〉 Relationship between physical health status and depression

	depression $r(p)$
physical health status	-0.5628 (0.0001)

5. 대상자의 신체 건강상태에 영향을 미치는 요인

대상자의 신체 건강상태에 가장 많은 영향을 미치는 요인은 우울로서 31.68%를 설명할 수 있었으며 이어서 연령, 일상생활 수행정도(많은 도움과 약간의 도움이 필요), 노인 자신이 지각한 건강상태, 친구 수, 성별이 추가될 경우 64.8%를 설명할 수 있었다(Table 5).

IV. 논 의

금성질병으로 인해 병원에 입원한 노인은 기능이 떨어지고 삶의 질이 저하될 수 있는데(Creditor, 1993) 이는 질병이 원인이 되어 온 신체 손상의 결과라고 볼 수 있으나 우울한 정서 같은 사회·심리적 요인들에 의해 서도 기능저하가 증진된다는 가정이 있다(Wilson & Cleary, 1995). 외국에서는 이와 관련된 많은 연구들이 지역사회에 거주하고 있는 노인들을 중심으로 하여 이루어진바 있으나 일반적으로 건강상태에 대한 기저선이 통제되지 않은 상태에서 이루어져 왔다는 제한점이 있다. 국내에서는 최근 대부분 노인의 건강상태 그 자체보다도 건강증진 생활양식에 관련된 변인이나 영향요인에 더 관심을 가져왔는데(Oh, 2000; Kim, Kim & Park, 2000; Kim & Choi, 2001) 이는 노인인구의 약 87%가 한가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 알려져 있는 것과 무관치 않았다고 본다. 또한 일부 노인의 건강상태를 조사한 연구에서도 건강상태를 신체, 정서·정신, 사회, 영적으로 통합하여 조사하였고(Choi et al, 1990; Ro, 1995), 자신이 지각한 건강상태가

〈Table 5〉 Influencing factors on the subjects' physical health status

variables	partial R2	Model R2	F	P
Depression	0.3168	0.3168	113.13	0.0001
Age	0.1710	0.4878	81.10	0.0001
ADL3(need a lot)	0.0671	0.5549	36.50	0.0001
ADL2(need some)	0.0578	0.6127	35.99	0.0001
Self-rated health	0.0172	0.6299	11.15	0.0010
No. of friend	0.0112	0.6411	7.47	0.0068
Gender	0.0069	0.6480	4.68	0.0316

주종을 이루었으며(Chang et al, 1999; Cho, 2000; Kim & Choi, 2001), 흔히 ADL과 IADL, Barthel Index, PULSES 등을 이용하여 신체적인 기능을 평가하였으나 이러한 도구들이 신체 기능을 전반적으로 포괄하여 측정하였는가 하는데는 의문의 여지가 있다.

본 연구에서는 노인들의 건강을 관리하고 노인의 건강기능을 유지, 증진시키기 위해서는 우선적으로 노인의 신체건강 상태 파악이 우선되어야 한다고 보고 우리나라에서 개발된 도구로서 비교적 상기 도구들이 지닌 문제점들을 보완하였다고 생각되는 신체적인 건강상태 측정도구를 이용하였다.

본 연구결과 대상 노인의 신체건강 상태는 총점 기준으로 79.93 ± 13.57 점이고 문항의 평균 평점은 4.00 ± 0.68 점으로 100점으로 환산했을 때 80점인 비교적 양호한 상태였으며 신체건강의 구성요인별로는 개인위생 능력이 가장 높았고, 성생활 관련 능력이 가장 낮았다. 이는 Choi & Chung(1991)이 본 신체건강 측정도구 개발 당시 412명의 노인을 대상으로 측정한 신체건강 상태 4.05 ± 0.56 점과 거의 유사하였고 구성 요인별 순위도 감각능력과 배설조절 능력에서만 순위가 서로 바뀌었을 뿐 유사하였으며, Kim 과 Choi(2001)가 지역사회에 거주하는 노인 106명을 대상으로 10점의 시각척도로 측정한 신체건강 상태 4.46점(100점으로 환산할 때 44.6점)보다는 산술적인 단순비교 시 훨씬 좋았다. 이도 비추어 지역사회에서 거주하는 노인도 노인정이나 노인대학에 다닐 수 있는 노인은 아직 ADL에 별 문제가 없으며 어느 정도 신체기능이 유지되고 있음을 알 수 있었고 신체거동이 자유로운 노인만이 노인정에서 소일하는 등 사회생활이 가능하여 이와 같은 조사에 응하였을 것으로 생각된다. 따라서 가가호호 방문을 통해 거동이 불편하거나 외상 상태 노인의 신체건강 상태를 측정하지 못하였으므로 본 결과를 지역사회에 거주하는 모든 노인에게 확대적용 하는데는 제한점이 있을 것으로 판단된다. 또한 세수, 목욕, 손·발톱 깎기, 의복착용 등의 기본적인 개인위생 능력은 근 골격계에 문제가 없는 한 노인이 스스로 통제할 수 있는 능력으로 대부분의 노인들이 일상생활을 영위하는데는 별 불편을 느끼지 않음을 알 수 있었다. 그러나 성욕과 성 관계 등 성생활 능력은 Choi & Chung(1991)의 연구결과와 마찬가지로 여전히 가장 낮았다. 이는 노화와 더불어 성적 반응주기가 감소하기 때문인 것으로 해석할 수 있겠으나 대체적으로 우리 나라 노인들은 성에 대해 이야기하는 것을 타부시하며 좋지 않게 여기는 것으로 해석된다. 여기에는

사회가 노인을 무성(asexual)으로 간주하고 있으며 놀랍게도 노인자신도 이러한 믿음에 동조하고 있기 때문이다(Kim, 1999). 그러나 노인 역시 기본적인 욕구를 지닌 인간으로서 성적욕구와 관심은 노인의 전 시기에 걸쳐 지속되기 때문에 전인간호를 추구하는 우리의 입장에서 결코 간과해서는 안 되는 논제라고 생각한다. 한편 대상 노인 중 남자, 연령이 젊을수록, 유 배우자 및 농거, 교육을 받은 노인, 직업이 있는 경우, 경제능력이 있는 경우, ADL이 좋은 경우, 우울증을 고칠 수 있다고 생각하는 노인에서 신체건강 상태가 더 좋았는데 이는 해석의 여지가 없는 당연한 결과라고 생각하며 Choi 와 Chung(1991)의 연구결과와도 대부분 일치하였다. 따라서 사회는 노인이 되도록 사회적·경제적 활동을 유지할 수 있는 여건을 마련해야 하며 특히 일생동안 분만과 양육 및 가사일로 체력을 소모해온 여자 노인에게 대해 따뜻한 관심과 배려를 해야 한다고 생각한다.

본 연구결과 대상 노인이 우울 정도는 평균 $17.99 + 9.79$ 점이었고, 우울의 구성 항목 중 특히 성에 대한 흥미상실, 기운상실, 집중하기 어려움, 피로감 등의 순으로 우울 정도가 높았다. 본 연구에서 사용한 우울 측정도구는 1961년 Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 가 고안한 이래 구미에서 가장 널리 사용되고 있는 우울 측정 척도 중의 하나로 1987년 BDI- I를 거쳐 1996년 BDI- II로 수정된 도구이다. BDI- II에서는 기존에 있던 신체상의 변화, 작업의 어려움, 제동 감소, 신체집착의 항목이 삭제되고 초조, 무 가치감, 기운상실, 집중하기 어려움 항목이 새로 포함되었으며, 수면양상의 변화와 식욕변화 항목이 저하와 증가를 모두 측정할 수 있도록 구성되었고 문항내용이 전혀 변화되지 않은 것은 3개 항목뿐이다. 국내에서는 저자들이 처음으로 BDI- II를 이용하여 노인의 우울을 측정하였기 때문에 그 비교가 어려우나 우울의 정도가 경한 우울 단계에 속하고 있었고 심한 우울도 14.2%나 되고 있어 노인의 우울에 대한 각별한 관심이 요구됨을 알 수 있었다. 우울증은 노인에게 많이 발생하는 정신건강 문제로서, 경한 정도에서부터 짧은 슬픔을 통해 상실에 대한 강력한 반응으로, 그리고 심한 정신병적 우울로, 이 후 가성치매의 심각한 퇴행까지의 연속선으로 보는 것이 유용하기 때문에(Alexopoulos, 1995) 결코 간과해서는 안 된다. 노인의 우울증은 젊은 성인들과는 차이가 있는데 중요한 차이 중의 하나는 다른 사건들과 동시에 나타나며 잠재적으로 진행되는 특성 때문에 빈번히 지나치거나 치료되지 않고 심지어 우울의 증상을 노화로 생

각하기도 한다는 집이다. 또한 노인들은 자주 의사를 찾아가는 경향이 있음에도 좀처럼 우울증에 대한 사정이나 진단, 충고 또는 특별한 항 우울제 치료를 받지 못하는 것으로 알려지고 있고(Williams et al., 1995) 대부분 이들 노인에게는 신경안정제가 주어지는데 이는 문제를 악화시킬 여지가 있으며, 이러한 상황에 대한 대처부족으로 발생하는 가족이나 간호제공자의 동요나 무기력은 우울을 자극시키는 자극제가 되기도 한다. 다행히 우울은 일단 알려지지만 하면 잘 치료할 수 있고 관리 가능한 노인의 정신문제이지만 치료 후에 재발율이 높은 것으로 알려져 있으며 특히 신체적 질병이 있고, 나이가 많은 노인에게서 더 재발이 심하다. 따라서 보건의료요원은 노인의 우울증에 대해 성급한 판단을 내리기 전에 노인의 신체, 사회, 경제적인 측면에 대한 종합적인 평가가 우선되어야 함을 염두에 두어야 할 것이다.

본 연구결과 대상 노인의 신체건강 상태와 우울과는 $r = -.5628$ 로 음의 상관관계를 보여 노인의 신체건강 상태가 불량할수록 우울한 것으로 나타났다. 이는 매우 당연한 결과로 볼 수 있는데 만성질환을 가진 환자들은 자주 질병과정과 관련된 이차적인 우울증의 대상이 되며, 의학적 문제가 있는 노인의 10-45%가 우울증의 고위험 대상으로 진전되는 것으로 보고 된 것(Rapp et al., 1988)과 일맥상통한다. Covinsky 등(1997)은 급성질환으로 병원에 입원한 70세 이상이 노인 572명의 우울과 건강상태간의 관련성 연구에서 입원당시 우울 증상 수가 더 많았던 노인이 ADL을 포함한 건강상태가 더 불량했으며, 이들이 퇴원당시, 퇴원후 30일, 90일 후에 더 빨리 신체적 의존상태로 되돌아감을 알 수 있어 우울증상이 건강회복에 중요한 예후 인자임을 제시하면서 임상 의들의 주의를 요망 한 바 있다. 본 연구 결과에서도 대상 노인의 신체건강 상태에 가장 많은 영향을 미치는 요인은 우울이었으며 그밖에 연령, ADL, 지각된 건강상태, 성별 등으로 나타나 Covinsky 등의 결과와 일치하였다. Mossey 등(1996)이 병원에서 퇴원한 노인들에게 임상 정신전문 간호사가 제공하는 추후 상호개입 상담이 우울을 감소시키며 회복에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고한 것으로 미루어 우리 나라에서도 지역사회 정신간호사 또는 훈련된 가정간호사 및 보건소 간호사들이 특히 지역사회에 거주하고 있는 노인들의 우울 경향에 관심을 가져야 할 것으로 생각하며 이들을 위한 다양한 인지행동치료나 자연스러운 환경의 활용 및 사회적 지지 등이 제공되어야 할 것이다. 아울러 신체 건강 상태에 영향을 미치는 예측요인 중 생활양식의 조

정으로 수정이 가능한 요인들에 대한 집중적인 고려가 필요하다고 본다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 서울에 거주하는 일부 지역사회 노인의 신체건강 상태와 우울 정도를 파악하고 그들의 신체건강에 영향을 미치는 요인을 확인하여 노인이 건강하고 오래 살 수 있도록 하는 건강증진 프로그램 개발에 기초자료를 제공할 목적으로 시도되었다. 2000년 7월부터 8월 말까지 서울시내 10개구의 노인정 등에서 소일하고 있는 노인 252명을 대상으로 최영화와 정승은(1991)이 개발한 한국 노인의 신체적 건강상태 측정도구와 우울 측정 도구인 Beck(1996)의 BDI-II를 이용하여 자료를 수집하였다. 자료분석은 SAS를 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차 및 t-검정, ANOVA 및 Scheffe', Pearson correlation coefficients, Stepwise multiple regression을 구하였으며 결과는 다음과 같다.

1. 노인의 신체건강 상태는 문형별 평균 평점이 4.00 ± 0.68 점(범위 1-5점)이었으며 구성 영역별로는 개인 위생, 능력이 가장 높았고, 성생활 관련 능력이 가장 낮았다. 그리고 남자, 연령이 젊을수록, 유 배우자, 교육을 받았고, 직업이 있으며, 배우자와 동거하고, 경제력이 있으며, 독립적으로 ADL이 가능한 경우, 우울증이 치료 가능하다고 믿는 노인에서 신체건강 상태가 더 좋았다.
2. 노인의 우울 정도는 17.99 ± 9.79 점(범위 0-63점)이었으며, 성에 대한 흥미, 기온상실, 집중하기 어려움, 피로감 항목의 순서로 더 우울한 것으로 나타났다.
3. 노인의 신체건강 상태가 불량할수록 더 우울한 것으로 나타났다.
4. 노인의 신체건강 상태에 가장 많은 영향을 미치는 요인은 우울로 31.68%를 설명할 수 있었으며 연령, 비독립적인 ADL, 자신이 지각한 건강상태, 친구 수 및 성별이 추가될 경우 64.8%를 설명할 수 있었다.

이상의 결과를 종합하여 다음과 같은 결론을 내릴 수 있겠다. 노인정 등을 이용하고 있는 지역사회 노인들은 비교적 신체적인 건강상태가 양호하나 성생활과 소화기 능력이 떨어져 있고, 경증의 우울 범주에 속해 있음을 알 수 있었다. 또한 신체적인 건강상태는 남자, 직업과 경제력이 있으며, 배우자와 동거하고 있는 노인에서 더

좋았다. 따라서 노인의 건강증진을 위해서는 우선적으로 그들을 여전히 가치 있고 유용한 사회의 한 구성원으로 인정하여 소외되지 않았다는 느낌을 갖도록 분위기를 마련해야 하며, 최소한의 ADL을 독립적으로 해 나갈 수 있도록 지지해 주어야 할 뿐만 아니라 특히 노인의 성생활과 에너지 보존에도 적극적인 관심을 기울여야 한다고 본다.

References

- Alexopoulos, G. S. (1995b). Mood disorders. In Kaplan H. Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*, ed 6, vol. 2, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M. et al. (1961). An inventory measuring for depression. *Arch Gen Psychiatr* 4, 561.
- Chang, S. O., Park, Y. J., Lee, S. J., Park, E. S. (1999). A study on perceived health influencing factors, health practice performance and perceived health status in the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs* 11(3), 499- 510.
- Cho, M. O. (1999). An ethnography of succession of caring behaviors for the elderly. *J Korean Gerontol Nurs* 1(1), 42- 71.
- Cho, Y. H. (2000). Relationship of life style and perceived aging of the elderly on health status. *J Korean Gerontol Nurs* 2(1), 72- 84.
- Choi, Y. H., & Chung S. E. (1991). A study on the development of physical health assessment tool and health status of Korean elderly. *J Korean Acad Nurs*, 3, 70- 97.
- Covinsky, K. E., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., & Landefeld, C. S. (1997). Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med*, 126(6), 417- 25.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization in the elderly. *Ann Intern Med*, 118, 219- 223.
- Dunham, N. C., & Sager, M. A. (1994). Functional status, symptom of depression and the outcomes of hospitalization in community dwelling elderly patients. *Arch Fam Med*, 3, 676- 681.
- Ebersol, P., & Hess, P. (1998). *Toward health aging, Human needs and nursing response*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Choi Y. H. (2000). *Elderly and health*. 2nd ed. Seoul: Hyun Moon Co.
- Kim N. C. (1999). A nursing review on sexuality of the elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 1(2), 236- 242.
- Kim, H. J., Kim J. H., & Park Y. H. (2000). Factors influencing health promoting behavior of the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(4), 573- 583.
- Kim, H. K., & Choi E. S. (2001). A study of factors influencing health behavior and well-being in the elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 3(1), 84- 99.
- Mossey, J. M., Knott, K. A., Higgins, M., Telerico K. (1996). Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthmic depression in medically ill elderly. *J Gerontol* 51A: M. 172.
- National Statistical Office (2000). *A report on population of world and Korea*. Seoul: Korea.
- Oh, Y. J. (2000). A study of the health promoting lifestyle of the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(1), 64- 76.
- Ormel, J., Von Korff, M., Van den Brink, W., Katon, W., Brilman, E., Oldehinkel, T. (1993). Depression, anxiety and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 83, 385-390.
- Ormel J., Von Korff M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across

- cultures. Result from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 272, 1741-8.
- Rapp, S., Parisi, S., Walch, D., Wallace, C. (1988). Detecting depression in elderly medical inpatients. *J consult Clin Psychol* 56, 509.
- Ro S. D. (1995). Study on the relationship between social role and mental- emotional health of aged people in Korea. *J Korean Acad Adult Nurs*, 7(2), 259- 269.
- Song, M. S., & Ha, Y. S. (1995). *Gerontological Nursing*. Seoul: Seoul National University Press.
- Williams, J. W., Kerber, C. A., Mulrow, C. D. (1995). Depressive disorders in primary care: Prevalence, disability and identification. *J Gen Intern Med*, 10, 7.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59- 65.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr*, 12, 63.
- Zung W. (1965). Zung self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr*, 12, 63.

- Abstract -

Physical Health Status and Depression of a Community-Dwelling Elderly Group

Kim, Nam-Cho · Yang, Soo *

Purpose: The purpose of this study was to describe physical health and depression status, as well as to assessing factors that influence the physical health status.

Method: The data was collected from July to August 2000. Study participants were 252 community-dwelling elderly who were recruited from 10 senior centers located in Seoul, Korea. Their physical health status was measured using the Physical Health Status Measurement Scale developed by Choi and Jung (1991), and depression was measured using BDI-II developed by Beck et al. (1996).

Results: 1) The physical health status score was 4.00 ± 0.68 (range :1- 5). The sub-dimension that showed the highest score was personal hygiene ability at 4.62 ± 0.95 , and the lowest score was sexual function at 2.20 ± 1.38 .

2 The depression score was 17.99 ± 9.79 (range : 0-63). Regarding the sub-dimensions, the depression scores were higher in the domain of interest with sexuality, general weakness, difficulty in concentration, and fatigue.

3. Deeper levels of depression were correlated with a declining physical health status.

4. The most influential factor on physical health was depression, and the explaining variance was 31.68%.

Conclusion: It is concluded that elder subjects in senior centers had fairly good physical health and self-care ability. Also, they did not have significantly high levels of depression. Therefore, health promotion of elderly, it is recommended that elder individuals should be regarded as a respectful and useful segment of our society. Along with this basic concept, there should be a social milieu that does not snow prejudice. Moreover, health care professionals should give more attention to helping the elderly achieve a minimal level of ALD, and, particularly, to raise sexuality and help energize the lives of elder individuals.

Key words : Aged, Physical Health Status, Depression

* College of Nursing, The Catholic University