

# 시설거주노인과 재가노인의 우울 요인 비교 연구

오 인 근  
<사회복지정책·전임강사>  
oig93@kbtus.ac.kr

## I. 연구의 필요성과 목적

노인인구의 급격한 증가와 더불어 그들의 빈곤, 건강, 여가, 부양 등에 대한 사회적 관심이 고조되고 있으며 이와 관련된 새로운 이슈들도 계속적으로 부각되고 있다. 그러나 최근까지 노인에 대한 관심과 논의는 경제적 측면에 집중된 경향이 있으며 심리사회적인 측면에 대한 고려는 미흡한 실정이다.<sup>1)</sup> 특히, 노년기에 가장 빈번하게 발생하는 기분장애인 우울은 성공적인 노년기의 삶의 질을 유지하는데 매우 중요한 심리적 변인으로 인식되고 있다. 하지만 노인의 우울은 다른 연령층의 우울증에 비해 당연히 경험하는 발달상의 특성으로 인식되는 경향이 있다. 이렇게 노인의 우울증을 질병으로 인식하지 못하는 결과는 치료개입을 어렵게 할뿐 아니라 다른 질병증세를 악화시키며, 극단적인 경우는 자살을 초래하게 하여 자신 및 가족원에게까지 어려움을 주게 된다. 이렇듯 우울은 노년기 정신건강의 중요한 측면이며 가장 주의해야 할 질병으로 인식될 필요가 있다.

---

1) 정순돌, 구미정, “우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교” 『노인복지연구』, 52호 (2011): 306.

보건복지부에 의하면, 우리나라 65세 이상 노인을 대상으로 우울수준을 측정한 결과 29.2%가 우울을 경험한다고 보고하였다.<sup>2)</sup> 2008년 고령화연구패널조사를 분석한 자료에서는 현재노인의 59.6%가 우울증의 가능성이 있으며 그 중 10.1%는 지난 1년간 2주 이상 지속적인 우울을 경험한 적이 있다고 보고하였다.<sup>3)</sup> 우리나라 노인의 우울문제가 보편적으로 만연되어 있으며 심각한 수준에 당면해 있음을 알게 한다. 즉, 노인의 우울은 심각한 우울증을 경험하는 일부 노인들에게 국한되는 문제가 아니라 모든 노인들에게 예방적 차원에서 접근되어야 할 영역인 것이다. 그러나 노인 우울증 예방을 위한 스크리닝(Screening) 체계가 부재하여 우울발병을 사전에 예측하는 것이 어려운 상황이다. 또한 우울증이 신체적 증상으로 발현되기 전까지 대부분의 노인들은 미온적인 대처를 하거나 방치하는 경우가 많아 우울증을 악화시키고 있는 실정이다.

우울증에 관한 학계의 관심은 우울증의 영향 및 결과요인을 확인하려는 연구들이 보편화되어 있다. 인구사회학적 기준으로 구분하여 우울을 비교하거나,<sup>4)5)</sup> 우울을 선행조건으로 하여 삶의 질 또는 자살 등과의 관계를 분석한 연구,<sup>6)</sup> 그리고 우울치료 프로그램의 효과성을 분석한 연구<sup>7)</sup> 등 다양하게 연구되어 왔다. 그러나 대다수의 연구들은 시설에 거주하는 노인이 아닌 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 수행된 경우가 많고, 시설거주노인과 지역사회에 거주하는 노인들의 우울영향을 동일한 변인으로 비교한 연구는 몇 편에 불과하다. 예를 들어, 신체적 건강과 우울간의 관계를 분석하

2) 보건복지부, 한국보건사회연구원, 『2011년도 노인실태조사』 (서울: 한국보건사회연구원, 2012), 303.

3) 정순돌, 구미정, “우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교,” 315.

4) Ibid., 305-24.

5) 강현옥, 박경민, “도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교,” 『한국노년학』, 32권 1호 (2012): 129-43.

6) 배진희, “노인의 상실, 학대경험, 우울이 자살생각에 미치는 영향,” 『노인복지연구』, 44호 (2009): 49-70.

7) 최말옥, 박혜령, “노인 생활 만족도 및 자아존중감과 우울감에 대한 집단 음악 프로그램 효과성 비교 연구,” 『노인복지연구』, 27호 (2005): 303-24.

거나,<sup>8)</sup> 인식기능과 우울증상을 비교하거나,<sup>9)</sup> 자아존중감과 죽음불안을 통한 우울 경로를 비교한 연구<sup>10)</sup>가 대표적이다. 노인 우울은 신체적, 인지적, 사회적 요인 등의 복합적인 접근이 필요하지만 이를 고려하여 시설노인과 재가노인을 비교한 연구모형은 없는 상태이다. 반면에 국외연구들은 노인 우울에 관한 수많은 자료들이 축적되고 있으며, 그 원인과 결과를 병리학적, 심리학적 관점에서 분석하고 치료개입을 위한 방향도 구체적으로 제시하고 있다.<sup>11)</sup> 그러나 국내연구는 아직 이러한 실증적인 연구들이 누적되지 못하고 있는 실정이다.

본 연구에서 시설거주노인과 재가노인의 우울을 비교하는 이유는 시설과 재가노인의 우울수준과 그 영향요인이 상이할 것으로 예측되기 때문이다. 실증적 연구에 의하면, 요양시설의 우울발병률은 지역거주노인에 비해 3-4 배 더 높은 것으로 나타나 거주형태에 따라 우울수준은 심각한 차이를 보이고 있었다.<sup>12)</sup> 과거에 비해 시설노인에 대한 사회적 편견도 많은 부분 해소되어가고 있지만 시설거주라는 환경적 상황과 가족과의 분리경험이라는 심리적 상황들은 이들에게 우울을 가중시키는 요인으로 여전히 작용할 수 있다. 사회적으로 고립된 노인들은 정신건강에 있어서 우울증이 증가할 가능성이 높다는 점을 고려할 때<sup>13)</sup> 시설노인들이 경험하는 우울의 수준은 재가노인에 비해 상대적으로 높을 수 있다는 것이다. 즉, 거주환경에 따라 우울 수준뿐만 아니라 그 영향요인도 차이가 있을 것으로 판단되며 이에 따른 실

- 
- 8) 김윤정, 이창식, “양로시설 거주 노인의 신체적 건강과 우울감간의 관계,” 『대한케어복지학』, 2권 3호 (2006): 16-27.
  - 9) 김승혜 외 2인, “가정노인과 시설노인의 인식기능 및 우울증상에 관한 비교연구,” 『고려대논집』, 29권 1호 (1992): 175-94.
  - 10) 오미나, 최외선, “재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구,” 『대한가정학회지』, 43권 3호 (2005): 105-18.
  - 11) Dan Blazer, “Depression in Late Life: Review and Commentary,” *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 58A, no. 3 (2003): 249-65.
  - 12) K. Jongenelis, et al., “Prevalence and Risk Indicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients: the AGED Study,” *Journal of Affective Disorders*, vol. 83, no. 2 (2004): 135.
  - 13) 박미진, “노인의 우울과 지지네트워크가 삶의 만족감에 미치는 영향,” 『정신보건과 사회사업』, 40권 1호 (2012): 225.

천적 접근방식도 차별화될 필요가 있는 것이다. 따라서 시설거주노인과 재가노인의 우울을 비교분석하는 것은 의미있는 작업이 될 것이다.

이러한 맥락에서 본 연구의 목적은 시설거주노인과 지역거주노인의 우울 수준을 비교하고 그 영향요인을 분석함으로써 거주형태에 따라 노인 우울치료 개입을 위한 차별화된 실천적 접근방식을 모색하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 시설거주노인과 재가노인의 인구학적 특성을 비교한다. 둘째, 지역거주노인과 재가노인의 인지기능, 신체기능, 사회적지지 그리고 우울수준의 차이를 비교한다. 셋째, 지역거주노인과 재가노인의 우울에 미치는 영향요인을 파악한다.

## Ⅱ. 이론적 고찰

### 1. 노인의 우울

우울은 노년기에 가장 빈번하게 경험되는 감정적 고통 중의 하나이다.<sup>14)</sup> 기분장애의 한 유형인 우울은 심리적 고통과 어려움을 동반하며, 신체적, 정신적, 그리고 사회적 기능의 손상을 일으키기도 한다.<sup>15)</sup> 우울증을 경험하는 많은 노인들은 자신의 신체적인 어려움에 대해서는 쉽게 표현하지만 심리적 고통은 덜 중요한 것처럼 인식하여 드러내지 않으려는 경향이 있다.<sup>16)</sup> 실제로 65세 이상 여성노인의 50%는 나이가 많아질수록 우울도 자연스럽게 증가하는 것이 정상적인 노화의 한 부분이라 오해하고 있다.<sup>17)</sup> 이러한 잘못된 인식은 우울을 그대로 방치하거나 적절한 우울치료 시기를 놓쳐 우울증을 오히려 악화시키는 결과를 초래하기도 한다. 콜과 벨라번스의 메타분석

14) Dan Blazer, "Depression in Late Life: Review and Commentary," 249.

15) Lisa McGuire, et al., "The Prevalence of Depression in Older U.S. Women: 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System," *Journal of Women's Health*, vol. 17, no. 4 (2008): 501.

16) Cindy Tam and Helen Chiu, "Depression and Suicide in the Elderly," *Medical Diary*, vol. 16, no. 9 (2011): 13.

17) Lisa McGuire, et al., "The Prevalence of Depression in Older U.S. Women: 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System," 501.

에 의하면, 적절한 치료가 주어진다면 대부분의 우울증 노인들은 회복을 경험한다고 보고하였다. 우울치료를 하지 않거나 부적절한 우울치료를 회복을 어렵게 하며 만성적인 우울증을 초래하게 된다.<sup>18)</sup> 따라서 노인 우울증은 노년기의 자연스러운 현상으로 받아들이기 전에 치료의 대상임을 분명히 인식하고 접근할 필요가 있다.

지금까지 노인의 우울증의 선행요인을 밝히는 다양한 연구들이 제시되고 있다. 신체적 건강(ADL, IADL, 주관적 평가 등), 인지적 수준(간이치매사정, 주관적 평가 등), 경제적 수준, 사회적지지(가족지지, 동료지지, 이웃지지, 정보적지지, 물질적지지, 도구적지지 등) 등이 보편적으로 고려되고 있으며, 인구학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 종교 등이 제시되고 있다. 이러한 실증적인 연구들을 살펴보면, 신체적 기능제한이 있는 자의 57.4%가 심각한 수준의 우울증상을 경험하였으며,<sup>19)</sup> 신체적 건강은 우울증상을 예측하는 주요한 변인으로 제시되고 있다.<sup>20)</sup> 대부분의 우울연구에서 신체적 건강은 우울과 밀접한 관련이 있다는 일치된 견해를 보이고 있다. 주관적 건강상태와 경제상태 그리고 지역사회활동 참여수준도 우울을 예측하는 변인으로 제시되고 있다.<sup>21)</sup> 일반노인과 재가복지서비스 이용노인을 비교한 연구에 의하면 두 집단 모두 경제적 수준이 낮을수록, 기능손상 또는 만성질환을 경험하는 노인일수록 우울증이 증가하는 것으로 나타났다.<sup>22)</sup>

사회적 지지는 우울의 직접적인 영향요인인 동시에 우울증을 중재하거나 조절하는 역할을 수행하기도 한다. 지역에 거주하는 일반노인들은 가족 및 친지로부터의 지지가 많을수록 우울이 감소하는 경향을 보였다. 특히 신체적인 기능손상 정도가 높더라도 가족 및 친지로부터 풍부한 사회적 지지를

18) Cole G. and Bellavance, "The Prognosis of Depression in Old Age," *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 5 (1997): 4-14, Cindy Tam and Helen Chiu, "Depression and Suicide in the Elderly," 14에서 재인용.

19) 보건복지부, 한국보건사회연구원, 「2011년도 노인실태조사」, 303.

20) 김윤정, 이창식, "양로시설 거주 노인의 신체적 건강과 우울감간의 관계," 22.

21) 강현욱, 박경민, "도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교," 137.

22) 이인정, "재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로," 『보건사회연구』, 32권 4호 (2012): 50.

제공받으면 우울 수준은 낮아졌다.<sup>23)</sup> 자녀와 연락을 거의 하지 않고 살 경우, 그렇지 않은 노인에 비해 우울 발생 위험이 1.5배 높다는 연구는<sup>24)</sup> 가족으로부터의 실제적인 지지가 노인 우울을 감소시키는 중요한 요인임을 보여준다. 친구로부터의 지지도 우울을 감소시키는 중요한 요인임을 밝히고 있다. 도시노인과 농촌노인들의 친구지지가 우울에 어떠한 영향을 미치는지 확인한 결과, 두 집단 모두 친구들과 연락빈도가 높을수록, 정서적 영역에서 상호적 지원을 주고받는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 우울성향이 낮은 것으로 나타났다.<sup>25)</sup> 그 외에 성별로는 여성이 남성보다 우울증상 비율이 높으며, 연령이 높을수록 우울증상 비율이 증가하는 경향을 보인다. 교육수준은 저학력일수록 높은 우울 유병율을 보였으며,<sup>26)</sup> 사별노인을 대상으로 한 연구에서는 우울 수준을 떨어뜨리는 주요요인으로 종교참여에 주목하였으나<sup>27)</sup> 이 두 변인의 영향관계가 없다는 연구결과도 제시되고 있다.<sup>28)</sup>

## 2. 시설거주노인과 재가노인의 우울의 특성

노인 우울연구는 그 대상이 지역사회 노인 대상인지 시설 거주 노인인지에 따라 상반된 선행변인을 예측하고 있다. 지역사회에 거주하는 노인과 시설에 입소되어 거주하는 노인의 우울증 유발요인은 다를 수 있다는 것이다. 우선 거주형태에 따른 우울증상의 수준을 비교한 연구에 의하면, 일반적으로 우울증상은 시설거주노인에게 자주 발생하는 현상이며, 지역거주노인보다는 시설거주노인의 우울장애가 심각하다는 연구가 지배적이다.<sup>29)</sup> 지역사회

23) Ibid.

24) 이미애, “노인 우울에 영향을 미치는 요인: 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 중심으로,” 『한국지역사회생활과학회지』, 22권 4호 (2011): 631

25) 김은정, 이신영, “농촌 노인의 비공식적 사회관계망과의 사회적 지원과 우울 성향,” 『사회과학연구』, 28집 2호 (2012): 19.

26) 보건복지부, 한국보건사회연구원, 『2011년도 노인실태조사』, 303.

27) 손의성, “배우자 사별노인의 종교참여와 대처자원 및 우울에 관한 연구,” 『노인복지연구』, 41호 (2009): 198.

28) 정순돌, 구미정, “우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교,” 305-24.

29) Cindy Tam and Helen Chiu, “Depression and Suicide in the Elderly,” 13.

회에 거주하는 노인들의 우울은 9.7%인 반면에 요양시설에 거주하는 노인 은 10-20%가 우울증상을 갖고 있는 것으로 나타났다. 특히, 인지적 손상을 갖고 있는 시설거주노인의 우울은 더욱 심각해지는 것으로 나타났다.<sup>30)</sup> 다른 연구에서는 시설거주노인의 12.4%가 심각한 우울을 경험하였고, 30.5% 는 경도이상의 우울성향을 나타내고 있었다.<sup>31)</sup> 그러나 거주형태에 따른 우울차이가 발견되지 않았다는 연구도 있었다. 거주형태에 상관없이 노인들은 노년기에 겪게 되는 광범위한 신체적 및 인식기능의 변화를 공통적으로 당 면하고 있으며, 시설노인은 지역거주노인에 비해 심리적 측면에서의 불리함을 처지가 비슷한 집단 동료들과의 동일성이라는 지지적 보상으로 우울을 낮춘 결과로 해석하고 있다.<sup>32)</sup> 그러나 시설거주노인들은 지역에 거주하는 노인에 비해 우울발병률이 3-4배 높았다고 보고한 것 같이<sup>33)</sup> 대부분의 연구 들은 시설거주노인의 우울이 상대적으로 높다는데 일치된 견해를 보이고 있다.

거주형태에 따른 우울의 영향요인 연구들을 살펴보면, 우선 재가노인은 시설거주노인에 비해 기능적인 활동에서 자유로울 수 있지만 재가노인들 중 ADL로 일상생활이 어려워 다른 사람의 도움이 필요한 경우는 시설에 거주하는 노인에 비해 건강히 더 악화된다는 보고도 있다.<sup>34)</sup> 남성보다는 여성 일수록, 경제력이 낮을수록, 신체적 장애와 인지손상이 있을수록, 그리고 사회적지지가 낮을수록 우울이 증가한다고 보고하였다. 하지만, 연령의 경우는 다른 영향변인들을 통제했을 경우에는 유의한 영향변인이 아닌 것으로 보고되기도 하였다.<sup>35)</sup>

30) Ibid.

31) P. Parmelee, I. Katz and M. Lawton, "Depression among Institutionalized Aged: Assessment and Prevalence Estimation," *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 44, no. 1 (1989): 22.

32) 김승혜 외 2인, "가정노인과 시설노인의 인식기능 및 우울증상에 관한 비교연구," 189.

33) K. Jongenelis, et al., "Prevalence and Risk Indicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients: the AGED Study," 135.

34) Anja Noro and Seppo Aro, "Comparison of Health and Functional Ability Between Noninstitutionalized and Least Dependent Institutionalized Elderly in Finland," *The Gerontologist*, vol. 37, no. 3 (1997): 382.

시설거주노인의 경우는 종교가 없을수록, 주관적 건강상태 평가가 낮을수록, 사회적 지지가 낮을수록, 시설생활만족도가 낮을수록 우울증이 낮아지는 것으로 나타났으나 교육정도는 우울에 직접적인 영향요인이 아니었다.<sup>36)</sup> 다른 연구에 의하면, 주관적 건강상태 및 경제상태가 좋지 않을수록, 시설직원들의 거주노인에 대한 태도가 좋지 않을수록 우울증이 증가하는 것으로 나타났다.<sup>37)</sup>

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 표본추출방법

본 연구의 대상은 B광역시에 거주하는 60세 이상의 노인으로 제한하였다. 표본은 지역에 거주하는 노인인 시설보호를 받고 있는 노인을 편의표집방법으로 추출하였다.<sup>38)</sup> 자료수집은 사회복지기관이나 노인복지시설에 종사하고 있는 10명의 사회복지사를 사전 교육하여 구조화된 설문지를 통해 1대 1 면접조사를 실시하였다. 지역에 거주하는 노인 201명과 노인복지시설에 입소하여 서비스를 받고 있는 203명이 응답하여 총 404명이 분석에 포함되었다.

#### 2. 측정도구

##### 1) 종속변수: 우울

이사베이지 등은 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale: GDS)를 30문항

---

35) Dan Blazer et al., "The Association of Age and Depression among the Elderly: an Epidemiologic Exploration," *Journal of Gerontology*, vol. 46, no. 6 (1991): 210.

36) 정순돌, "시설거주 노인의 우울증 원인에 대한 경로분석," 『한국노년학』, 25권 3호 (2005): 84-5.

37) 김민, 권영란, "노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인," 『정신건강간호학회지』, 19권 2호 (2010): 218.

38) 본 연구를 위해 활용된 Data는 이민홍(2009)에 의해 수집된 원자료(raw data)를 활용한 2차 자료(secondary data)임을 밝힌다.



으로 개발하였으며 이를 단순화하여 15문항의 축약형 척도를 제시하였다.<sup>39)</sup> 본 연구에서는 GDS를 한국판 노인 우울 단축형으로 고안한 척도를 사용하였다.<sup>40)</sup> 본 도구는 총 15문항으로 응답범주는 예(1점), 아니오(0점)로 되어 있다. 점수가 높을수록 우울이 심각해지는 것을 의미하며 통상적으로 8점부터 15점이면 우울증으로 간주한다. 본 연구에서의 Chronbach's alpha 값은 .802로 나타나 척도의 신뢰도가 높은 것으로 평가된다.

## 2) 독립변수

### (1) 인지적 건강

노인의 인지적 건강수준을 파악하기 위해 인지상태척도(Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)<sup>41)</sup>를 기반으로 질문지를 작성하였다. 본 척도는 ‘오늘은 무슨 요일입니까?’, ‘우리가 있는 곳은 어디입니까?’, ‘현재 대통령이 누구입니까?’, ‘10에서 3을 빼면 무엇입니까?’ 등의 총 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대한 질문의 답이 맞으면 1점, 틀리면 0점을 부여한다. 점수범위는 0점부터 10점까지이며 점수가 높을수록 인지적 건강수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Chronbach's alpha 값은 인지건강은 .907로 나타나 신뢰할 만한 수준인 것으로 평가된다.

### (2) 일상생활능력(Activity of Daily Living: ADL)

신체적 건강을 측정하기 위해 ADL척도를 활용하였다. 일상생활능력은 식사하기, 옷 갈아입기, 장보기, 돈 관리하기, 버스나 택시 이용하기 등 6가지 문항으로 구성되었으며, 도움의 정도에 따라 1점(혼자 할 수 있음)에서 3점(도움 없이는 전혀 할 수 없음)을 부과하였다. 따라서 점수범위는 최소 6

39) Jerome Yesavage, et al., "Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 17, no. 1 (1983): 41.

40) 기백석, "한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구," 『신경정신의학』, 35권 2호 (1996): 298-307.

41) E. Pfeiffer, "A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients," *Journal of American Geriatrics Society*, vol 23 (1975): 433-41.

점부터 18점까지 부여되며 점수가 높을수록 일상생활능력 수준이 나쁘다는 것을 의미한다. 본 연구에서 ADL의 Chronbach's alpha 값은 .965로 나타났다.

### (3) 가족지지 및 친구지지

가족지지 및 친구지지는 사회적 지지에 대한 다차원 척도로 지메트 등<sup>42)</sup>이 개발한 척도를 활용하였다. 지메트 등은 12문항을 통해 가족, 친구, 의미 있는 타자로부터의 사회적 지지를 측정하였다. 세 가지 하위 척도별로 4문항으로 구성되었으며 7점 리커트 척도를 사용하였다. 따라서 점수범위는 최소 4점부터 28점까지 부여된다. 본 연구에서는 가족지지와 친구지지의 하위 척도만을 사용하였다. 가족지지와 친구지지의 Chronbach's alpha 값은 각각 .922와 .913으로 매우 높은 내적 일관성을 가지고 있다.

### 3) 통제변수

본 연구의 통제변수로는 인구학적 특성으로 성별, 연령, 학력, 종교 문항으로 구성되었다.

## 3. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 사용하여 다음과 같은 방법으로 분석을 실시하였다. 첫째, 응답자의 일반적 특성을 분석하기 위해 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 거주유형에 따른 주요변인간의 차이를 확인하기 위해 t-test와  $\chi^2$ 분석을 실시하였다. 셋째, 주요변인간의 상관 및 영향요인을 확인하고 비교하기 위해 상관관계분석 및 다중회귀분석을 실시하였다. 거주유형별 비교분석을 위해 빈도분석, 상관분석, 회귀분석은 재가노인과 시설거주노인의 과일을 분할하여 분석하였으며, t-test와  $\chi^2$ 분석은 전체 데이터를 활용하여 거주유형을 독립변수로 투입하여 분석하였다.

---

42) Gregory Zimet, et al., "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support," *Journal of Personality Assessment*, vol. 52 (1988): 30-41.

## IV. 연구결과

### 1. 재가노인과 시설거주노인의 인구사회학적 특성 비교

본 연구의 조사대상자들의 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같다. 재가노인은 201명(49.8%), 시설에 거주하는 노인은 203명(50.2%)이었다. 성별의 경우 재가노인은 남자 56명(27.9%), 여자 145명(72.1%)이었으며, 시설거주노인은 남녀 각각 63명(31.0%), 140명(69.0%)이었다. 두 집단의  $\chi^2$  값은 .490( $p=.514$ )로 성별분포에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다. 연령의 경우 재가노인은 60대가 82명(41.0%), 70대는 103명(51.5%), 80대 이상은 15명(7.5%)이며, 시설거주노인은 60대가 37명(18.2%), 70대는 91명(44.8%), 80대 이상은 75명(37.0%)로 두 집단 모두 70대가 높은 분포를 이루고 있었다. 두 집단은  $\chi^2$  값이 57.740( $p=.000$ )으로 연령대별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 시설거주노인은 80대 이상의 고령군이 많았으며, 재가노인은 60대가 상대적으로 많이 분포하였다. 평균연령도 재가노인은 71.4세인 반면 시설거주노인의 약 6세가 많은 평균 77.04세로 나타났다.

학력의 경우 재가노인은 초등학교 중퇴 및 졸업이 81명(40.3%)으로 가장 많았으며, 무학이 44명(21.9%), 중학교 중퇴 이상인 경우는 76명(37.8%)이었다. 시설거주노인은 무학이 100명(49.5%)으로 응답자의 절반을 차지하였으며, 중학교 중퇴 이상인 경우는 37명(18.3%)에 불과했다. 두 집단은  $\chi^2$  값이 36.989( $p=0.000$ )으로 재가노인에 비해 시설거주노인의 학력이 상대적으로 낮았다. 응답자의 종교분포를 살펴보면, 재가노인은 불교가 108명(53.7%)으로 가장 많았으나 시설거주노인은 무교가 87명(43.1%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 두 집단은  $\chi^2$  값이 28.834( $p=.000$ )으로 거주유형에 따라 종교에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이상의 결과를 종합하면, 시설거주노인과 재가노인들의 성별분포는 유사하였으나, 시설에 거주하는 노인집단은 지역에 거주하는 노인에 비해 상대적으로 높은 연령과 낮은 학력수준을 보이고 있으며 종교분포에도 차이가 있는 것으로 나타났다.

&lt;표 1&gt; 응답자의 인구사회학적 특성

구 분		재가		시설거주	
		n. of case	Percentage	n. of case	Percentage
성별 (재가 n=201) (시설 n=203)	남자	56	27.9	63	31.0
	여자	145	72.1	140	69.0
연령 (재가 n=201) (시설 n=203)	60대	82	41.0	37	18.2
	70대	103	51.5	91	44.8
	80대 이상	15	7.5	75	37.0
		Mean±SD: 71.40±5.17		Mean±SD: 77.04±7.61	
학력 (재가 n=201) (시설 n=202)	무학 (문자해독불가)	33	16.4	57	28.2
	무학 (문자해독가능)	11	5.5	43	21.3
	초교(중퇴.졸업)	81	40.3	65	32.2
	중교(중퇴.졸업)	28	13.9	23	11.4
	고교(중퇴.졸업)	34	16.9	14	6.9
	대교(중퇴.졸업)	14	7.0	0	0
종교 (재가 n=201) (시설 n=202)	기독교	23	11.4	36	17.8
	천주교	20	10.0	17	8.4
	불교	108	53.7	62	30.7
	종교없음	45	22.4	87	43.1
	기타	5	2.5	0	0

## 2. 거주형태에 따른 신체적 건강관련 특성 비교

재가노인과 시설거주노인의 건강상태를 ADL과 인지건강 수준으로 비교한 결과는 <표 2>와 같다. 신체적 건강인 ADL은 재가노인이 6.29점이며, 시설거주노인은 12.64점으로 두 배의 평균차이가 나타났으며 통계적으로 유의미한 차이였다( $t=-21.795$ ,  $p<.000$ ). 즉, 지역에 거주하는 노인에게 비해 시설에 거주하는 노인의 신체적 건강이 좋지 않은 것으로 나타났다. 인지건강 수준은 재가노인 9.06점, 시설거주노인 5.34점으로 시설거주노인에게 비해 재가노인의 인지능력이 매우 높은 것으로 나타났다( $t=14.361$ ,  $p<.000$ ).

<표 2> 거주형태에 따른 ADL 및 인지건강의 비교

구 분	ADL		인지건강	
	재가	시설거주	재가	시설거주
Mean±SD	6.29±1.08	12.64±4.00	9.06±1.57	5.34±3.33
t	-21.795***		14.361***	

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

### 3. 거주형태에 따른 사회적지지 특성 비교

<표 3>은 거주형태에 따른 가족지지 및 친구지지 수준의 차이를 보여준다. 재가노인의 가족지지는 20.22점, 시설거주노인은 17.02점으로 시설거주노인에 비해 재가노인들은 가족으로부터의 지지가 높은 것으로 나타났다(t=6.491, p<.000). 친구지지에서도 재가노인은 17.48점, 시설거주노인은 16.03점으로 시설거주노인의 친구지지 수준이 재가노인에 비해 낮은 것으로 나타났다(t=2.699, p<.000). 즉, 시설에 거주하는 노인은 가족지지와 친구지지 수준이 지역에 거주하는 재가노인에 비해 모두 낮았다.

<표 3> 거주형태에 따른 가족지지, 친구지지 수준 비교

구 분	가족지지		친구지지	
	재가	시설거주	재가	시설거주
Mean±SD	20.22±5.75	17.02±3.95	17.48±6.59	16.03±3.80
t	6.491***		2.688**	

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

### 4. 거주형태에 따른 우울 비교

거주유형에 따른 우울 수준을 비교한 결과는 <표 4>와 <표 5>와 같다. 통상적으로 GDS점수가 8점 이상일 경우 심각한 우울로 판정하므로 이를 기준으로 거주형태에 따라 구분하여 우울 비율을 제시하였다. 재가노인의 29.4%, 시설거주노인은 38.6%가 우울을 경험하는 것으로 나타나 시설거주노인의 우울이 상대적으로 심각한 수준인 것으로 나타났다.

&lt;표 4&gt; 거주형태에 따른 우울(GDS) 수준 비교

구 분	재가	시설거주
0점-7점	142(70.6%)	124(61.4%)
8점-15점	59(29.4%)	78(38.6%)

두 집단 간의 우울의 차이를 구체적으로 확인하기 위해 t검증을 분석한 결과, 지역거주노인의 우울은 5.57점인 반면에 시설거주노인은 6.62점으로 나타나( $t=-2.880, p<.004$ ) 재가노인에 비해 시설거주노인의 우울정도가 유의미한 수준에서 높은 것으로 나타났다.

&lt;표 5&gt; 거주형태에 따른 우울 수준 비교

구 분	재가	시설거주
Mean±SD	5.57±3.94	6.62±3.32
t	-2.880**	

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

## 5. 주요변인간의 상관관계

본 연구에 제시된 주요변인간의 상관관계 분석을 실시한 결과는 <표 6>과 같다. 본 연구의 종속변인인 우울을 기준으로 살펴보면, 재가노인은 가족지지( $r=-.489$ )와 가장 높은 부적상관이 있는 것으로 나타났으며, 친구지지( $r=-.414$ )와 인지건강( $r=-.208$ ) 순으로 상관이 있었다. 그러나 ADL수준은 우울과 유의미한 상관이 없는 것으로 나타났다. 시설거주노인은 가족지지( $r=-.371$ ), 친구지지( $r=-.317$ ), 인지건강( $r=-.280$ ) 순으로 상관이 높은 것으로 나타났으며, ADL 수준과도 정적상관( $r=.278$ )이 있어 건강상태가 좋지 않다고 응답한 노인일수록 우울수준이 높아지는 경향이 있음이 나타났다. 즉, 거주유형에 따라 가족지지, 친구지지, 인지건강이 우울과 상관이 있었으며, ADL은 시설거주노인의 우울에서만 상관성이 나타났다.

<표 6> 주요변인간의 상관관계

구 분	재가				시설거주			
	ADL	인지 건강	가족 지지	친구 지지	ADL	인지 건강	가족 지지	친구 지지
ADL	1				1			
인지건강	-.033	1			-.486**	1		
가족지지	-.217**	.207**	1		-.044	.284**	1	
친구지지	-.081	.249**	.555**	1	.091	.214**	.738**	1
우 울	.134	-.208**	-.489**	-.414**	.278**	-.280**	-.371**	-.317**

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

## 6. 우울의 영향요인

거주유형에 따라 노인우울의 영향요인은 어떠한지를 분석하기 위하여 재가노인과 시설거주노인을 구분하여 다중회귀분석을 실시하였으며 그 결과는 <표 7>과 같다. 통제변수로 성별, 연령, 학력, 종교를 두었으며, 독립변수로 ADL, 인지건강, 가족지지, 친구지지를 투입하였다.

재가노인을 대상으로 한 모형에서는 학력이 낮을수록( $\beta=-.246$ ), 가족지지가 낮을수록( $\beta=-.322$ ), 친구지지가 낮을수록( $\beta=-.176$ ) 우울이 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 ADL과 인지건강 수준은 우울의 영향요인이 아닌 것으로 나타났다. 즉, 자신의 신체적, 정신적 건강수준이 우울에 영향을 주기보다는 가족과 친구 등의 사회적 지지가 우울을 감소시키는 영향요인인 것으로 나타났다. 이 모델의 설명력은 34.0%였으며 통계적으로 적합한 모형이었다( $F=12.293, p<.000$ ).

시설거주노인을 대상으로 한 모형에서는 ADL이 높을수록( $\beta=.253$ ), 가족지지가 낮을수록( $\beta=-.231$ ) 우울이 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 인지건강 수준과 친구지지는 우울의 유의미한 영향요인으로 나타나지 않았다. 지역거주노인의 우울에 영향을 미치지 않았던 ADL 수준은 시설거주노인들에

계는 가장 강력한 우울의 영향요인인 것으로 나타났다. 이 모델의 설명력은 23.2%였으며 통계적으로 적합한 모형이었다( $F=7.232$ ,  $p<.000$ ).

<표 7> 거주유형에 따른 우울의 영향요인 분석

거주형태	채가			시설거주		
	B(SE)	Beta	t	B(SE)	Beta	t
(상수)	5.836(4.50)		1.295	10.999(2.93)		3.748***
성별	-.061(.58)	-.007	-.103	-.340(.53)	-.047	-.632
연령	.084(.05)	.110	1.677†	-.009(.03)	-.020	-.281
학력	-.676(.19)	-.246	-3.506**	-.204(.22)	-.074	-.926
종교	-.053(.61)	-.006	-.086	-.359(.50)	-.048	-.717
ADL	.311(.23)	.086	1.319	.212(.06)	.253	3.401**
인지건강	.040(.16)	.016	-.241	-.002(.09)	-.002	.021
가족지지	-.220(.05)	-.322	-4.334***	-.196(.08)	-.231	-2.322*
친구지지	-.105(.04)	-.176	-2.443*	-.147(.09)	-.168	-1.631
R	.583			.482		
R2	.340			.232		
F	12.293***			7.232***		

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

주: 성별(남자=1, 여자=0), 종교(개신교=1, 기타=0)는 dummy variable 처리하였음.

## V. 결론

본 연구는 시설에 거주하는 노인과 지역에 거주하는 노인의 우울증 수준을 파악하고 우울증의 중요한 요인을 비교분석함으로써 우울증 예방을 위한 이해를 높이고 실천적 접근을 모색하기 위한 목적에서 이루어졌다. 본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 시설거주노인과 채가노인의 ADL, 인지건강 및 사회적지지 수준을



비교한 결과, 시설거주노인의 ADL은 12.64점으로 재가노인에 비해 일상생활능력이 매우 떨어지는 것으로 나타났다. 또한 시설거주노인의 인지건강 수준도 상대적으로 낮은 것으로 나타났으며 가족지지와 친구지지도 재가노인에 비해 약한 것으로 나타났다.

둘째, 시설거주노인과 재가노인의 우울증상을 비교한 결과, 시설거주노인의 38.6%, 재가노인은 29.4%가 우울을 경험하는 것으로 나타났으며, 시설거주노인의 GDS는 6.62점인 반면에 재가노인은 5.57점으로 시설거주노인에게 우울이 만연하고 있으며 상대적으로 심각한 우울을 경험하는 것으로 나타났다. 본 연구에서의 재가노인의 우울점수는 보건복지부의 노인실태조사에서 제시한 4.9점에 비해서도 높은 수치였다.<sup>43)</sup>

셋째, 우울의 영향요인을 거주유형으로 구분하여 비교한 결과, 재가노인은 가족 및 친구와의 관계를 통해 우울을 완화시키는 긍정적인 효과를 이끌어내었으나 신체적, 인지적 수준은 우울의 유의한 영향요인이 아니었다. 특히, 가족으로부터의 관심과 지지가 많을수록 우울감소 효과는 큰 것으로 나타났다. 반면에 시설거주노인의 우울은 자신의 일상생활능력과 가족지지에 의한 영향이 큰 것으로 나타났다. 특히, 일상생활능력은 우울의 가장 강력한 영향요인으로 나타났으나 인지건강 수준은 지역거주노인과 마찬가지로 우울의 유의한 영향요인이 아니었다.

이러한 연구결과를 바탕으로 노인 우울증 감소 및 해결방안에 관한 실천적 제언을 하면 다음과 같다. 첫째, 예방적 관점에서 노인 우울증에 접근할 필요가 있다. 우울증은 노화의 정상적인 과정이 아닌 예방과 치료의 대상이며, 노인에게 자주 발생하는 질환으로 인식되어야 한다. 노년기는 다양한 노화현상으로 인하여 우울증에 쉽게 노출될 수 있어 정기적인 우울증 검사가 반드시 필요하다. 노인생활시설 및 요양시설 등은 간이 우울척도 등을 활용하여 시설거주노인의 우울증 검사를 자체적으로 실시할 필요가 있다. 노인의 우울증은 지역에 거주하는 노인에게도 만연되어 있는 만큼 노인복지기

43) 보건복지부, 한국보건사회연구원, 「2011년도 노인실태조사」, 303.

관, 지역보건소, 노인자살예방센터 및 정신보건센터를 중심으로 우울증의 위험성과 예방을 위한 홍보를 적극적으로 실시해야 할 것이다. 그리고 지역 사회에 거주하는 모든 노인의 우울을 정기적으로 스크리닝(screening) 할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다. 노인에게서 심각한 우울증이 발견되면 지역보건의료 및 사회복지기관의 전문 인력 등과의 연계구축을 통한 통합 사례관리를 실시해야 할 것이다. 특히 재가노인은 시설노인과 달리 24시간 돌봄이 제공되지 못하며 우울로 인한 극단적인 행동에 대처하는데 어려움이 있을 수 있다. 따라서 시설거주노인에 비해 보다 구체적이고 적극적인 치료개입을 세워야 할 것이다.

둘째, 노인의 우울증 예방 및 치료개입에 있어 재가노인보다는 시설거주 노인에게 우선적으로 집중할 필요가 있다. 시설거주노인 중의 많은 노인들은 신체적 질병이 있는 경우에 해당되며, 가족과의 분리 그리고 낯선 환경에서의 적응 등의 어려움을 경험하게 된다. 이는 노인의 우울증을 증가시키는 결과를 초래할 수 있다. 본 연구에서도 노인의 건강상태인 ADL은 노인 우울의 가장 강력한 요인이었으며, 가족의 관심과 지지가 우울을 경감시키는 두 번째 요인으로 제시되었다. 따라서 일상생활능력 유지 및 향상을 위한 건강증진프로그램을 개발하고 스스로 건강 관리할 수 있도록 교육하고, 전문 의료 인력과 물적 자원을 충분히 연계하여 시설거주노인의 신체적 노화를 늦추거나 자신의 건강을 최대한 유지하도록 도와야 할 것이다. 또한 노인의 입소단계부터 시설에 적응하기까지의 모든 단계에서 그들이 심리적으로 안정되며 가족관계가 원만하게 지속되도록 가족치료적인 접근을 실시할 필요가 있다. 왜냐하면 시설입소라는 특수성으로 인해 가족과의 심리적, 정서적, 물리적 단절이 발생할 위험이 높기 때문이다. 그러므로 안부전화, 주기적인 방문, 가족구성원 교육 등을 통해 가족구성원과 시설거주노인과의 감정적·정서적인 교류가 차단되거나 단절되지 않도록 가족구성원이 함께 참여할 수 있는 프로그램을 개발하고 실시해야 할 것이다.

셋째, 재가노인의 우울증상을 완화시키기 위한 노력으로 사회적지지 자원을 강화하고 확대시킬 필요가 있다. 재가노인에게는 자신의 인지적 또는 신

체적 건강수준으로 우울해지기보다는 가족지지와 친구지지 등의 사회적 지지 약화가 우울증상을 유발하는 것으로 나타났기 때문이다. 주거노인의 생애사 연구에 의하면, 현재의 주거노인의 삶의 주제는 언제나 가족이나 자녀, 손자녀와 관계되어 있으며, 이들과의 정서적 지지관계를 유지하려는 욕구가 강하다는 것을 알 수 있다.<sup>44)</sup> 따라서 사회복지기관은 노인프로그램을 계획함에 있어 가족이 함께 참여할 수 있는 프로그램을 개발하여 가족응집력 및 세대 간 갈등을 해소하도록 도와야 할 것이다. 또한, 친구지지를 강화시킬 수 있도록 다양한 소규모 집단 활동에 참여하도록 독려할 필요가 있다. 노인들은 사회 활동적 특성 중 친한 사람과의 만남이 우울과 밀접한 관련이 있으므로<sup>45)</sup> 자원봉사활동 및 취미생활 등과 같은 새로운 단체 활동에 참여하도록 유도하고 상호지지해 줄 수 있는 자조집단을 형성하도록 돕는 것은 중요한 과제가 될 것이다.

마지막으로 본 연구가 지닌 한계 및 후속 연구를 위한 제언을 한다면, 첫째 재가노인과 시설거주노인의 인구학적 특성에서 동질성이 확보되지 못한 한계가 있어 비교해석에 주의가 요구된다. 둘째, 일부지역의 노인을 대상으로 하였기에 본 연구 결과를 우리나라 전체 노인으로 일반화하는데 한계가 있다. 셋째, 시설과 지역상황을 동일한 변인으로 비교하기 위해 공통 변인을 투입하다보니 우울에 영향을 주는 다양한 변인들을 포괄적으로 고려하지 못한 한계가 있다. 차후 연구에서는 이러한 한계를 참고하여 비교연구를 위한 동질집단 확보, 일반화 오류의 극복 그리고 다양한 비교변인들을 통한 포괄적인 접근을 시도할 필요가 있겠다.

44) 김태성, 서식남, “생애사 연구를 통한 노년기 삶의 이해: 주거노인을 중심으로,” 『노인복지 연구』, 57호 (2012): 397.

45) 정순돌, 구미정, “우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교,” 319.

## 참고자료

### 1. 정기간행물

- 강현욱, 박경민. “도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교.” 『한국노년학』, 32권 1호 (2012): 129-43.
- 기백석. “한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구.” 『신경정신의학』, 35권 2호, (1996): 298-302.
- 김민, 권영란. “노인의료복지시설 거주자의 우울에 영향을 미치는 요인.” 『정신건강간호학회지』, 19권 2호 (2010): 212-9.
- 김승혜 외 2인. “가정노인과 시설노인의 인식기능 및 우울증상에 관한 비교 연구.” 『고려대 의대 잡지』, 29권 1호 (1992): 175-94.
- 김윤정, 이창식. “양로시설 거주 노인의 신체적 건강과 우울감간의 관계: 지역사회거주노인과의 비교를 중심으로.” 『대한케어복지학』, 2권 3호 (2006): 16-27.
- 김은정, 이신영. “농촌 노인의 비공식적 사회관계망과의 사회적 지원과 우울 성향.” 『사회과학연구』, 28집 2호 (2012): 149-76.
- 김태성, 서식남. “생애사 연구를 통한 노년기 삶의 이해: 주거노인을 중심으로.” 『노인복지연구』, 57호 (2012): 381-402.
- 박미진. “노인의 우울과 지지네트워크가 삶의 만족감에 미치는 영향.” 『정신보건과 사회사업』, 40권 1호 (2012): 207-33.
- 배진희. “노인의 상실, 학대경험, 우울이 자살생각에 미치는 영향.” 『노인복지연구』, 44호 (2009): 49-70.
- 손의성. “배우자 사별노인의 종교참여와 대처자원 및 우울에 관한 연구.” 『노인복지연구』, 41호 (2009): 183-204.
- 오미나, 최외선. “재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관

- 한 연구.” 『대한가정학회』, 43권 3호 (2005): 105-18.
- 이미애. “노인 우울에 영향을 미치는 요인: 건강요인과 가족요인의 상대적 영향력을 중심으로.” 『한국지역사회생활과학회지』, 22권 4호 (2011): 623-35.
- 이민홍. “한국노인의 연구참여를 위한 동의능력평가척도의 타당성 연구.” 『한국사회복지학』, 61권 3호 (2009): 55-76.
- 이인정. “재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로.” 『보건사회연구』, 32권 4호 (2012): 31-65.
- 정순돌, 구미정. “우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교.” 『노인복지연구』, 52호 (2011): 305-24.
- 정순돌. “시설거주 노인의 우울증 원인에 대한 경로분석.” 『한국노년학』, 25권 3호 (2005): 75-90.
- 최말옥, 박혜령. “노인 생활 만족도 및 자아존중감과 우울감에 대한 집단 음악 프로그램 효과성 비교 연구.” 『노인복지연구』, 27호 (2005): 303-24.
- Antonucci, et al. “Differences between Men and Women in Social Relations, Resource Deficits, and Depressive Symptomatology during Later Life in Four Nations.” *Journal of Social Issues*, vol. 58, no. 4 (2002): 767-83.
- Blazer, D. “Depression in Late Life: Review and Commentary.” *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 58A, no. 3 (2003): 249-65.
- Blazer, et al. “The Association of Age and Depression among the Elderly: an Epidemiologic Exploration.” *Journal of Gerontology*, vol. 46, no. 6 (1991): 210-5.
- Jongenelis, et al. “Prevalence and Risk Indicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients: the AGED Study.” *Journal of Affective Disorders*, vol. 83, no. 2 (2004): 135-42.
- McGuire, et al. “The Prevalence of Depression in Older U.S. Women: 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System.” *Journal of Women’s Health*, vol. 17, no. 4 (2008): 501-7.
- Noro, A. and S. Aro. “Comparison of Health and Functional Ability between

- Noninstitutionalized and Least Dependent Institutionalized Elderly in Finland.” *The Gerontologist*, vol. 37, no. 3 (1997): 374-83.
- Parmelee, P., R. Katz, and P. Lawton. “Depression among Institutionalized Aged: Assessment and Prevalence Estimation.” *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 44, no. 1 (1989): 22-9.
- Pfeiffer, E. “A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients.” *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 23 (1975): 433-41.
- Tam, Cindy and Helen Chiu. “Depression and Suicide in the Elderly.” *Medical Diary*, vol. 16, no. 9 (2011): 13-6.
- Yesavage, et al. “Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report.” *Journal of Psychiatric Research*, vol. 17, no. 1 (1983): 37-49.
- Zimet, et al. “The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.” *Journal of Personality Assessment*, vol. 52 (1988): 30-41.

## 2. 단행본

- 보건복지부, 한국보건사회연구원, 『2011년도 노인실태조사』. 서울: 한국보건사회연구원, 2012.