

노인의 우울, 생활만족도와 건강증진행위의 관계

서지혜¹ · 류현숙²

광양보건대학 간호과 전임강사¹, 신경대학교 간호학과 조교수²

Relations among Depression, Life Satisfaction and Health Promoting Behavior in the Elderly

Seo, Ji-Hye¹ · Ryu, Hyun-Sook²

¹Full-time Lecture, Department of Nursing, Gwangwang Health College, ²Assistant Professor, Department of Nursing, Shingyeong University

Purpose: The purposes of this study were to examine the relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior, and to find factors related with health promoting behavior. **Methods:** The subjects were 198 elderly people of over 65 living in K City and S City. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed by SPSS/WIN 13.0. **Results:** Health promoting behavior was significantly different according to religion, education level, living with family, previous job, pocket money, subjectively economic level, and leisure activities. Depression was significantly different according to education level, living with family, pocket money, economic level, and leisure activities. And life satisfaction was significantly different according to religion, living with family, and pocket money. The variables that affected the degree of health promoting behavior were depression, life satisfaction and living with family, and they represented 29.7% of health promoting behavior. **Conclusion:** The health promoting behavior of the subjects was better than average and, at the same time, the lower depression in the health promoting behavior was the higher life satisfaction was. Therefore, in order to decrease depression and to increase life satisfaction, the development of advanced health promoting programs will be helpful to lead health life for the elderly people.

Key Words: Elderly, Health promotion, Depression, Personal satisfaction

서론

1. 연구의 필요성

최근 평균수명의 연장과 저출산으로 인해 고령인구의 증가로 우리나라는 고령화 사회로 진입하였고, 2018년에는 고령사회로 2026년에는 초고령사회에 도달할 것으로 전망되고 있으며, 그와 더불어 노인의료비도 매년 증가 추세를 보이고 있다(Korea National Statistical Office [KNSO], 2008). 이러한 시대변화와 의료비 상승에 따라 질병치료를

단순한 질병예방의 개념보다 건강유지와 건강증진 및 건강수명 연장을 강조하게 되었고, 노인들에게서도 건강증진행위가 중요하다는 인식이 확산되면서 노인의 건강증진에 대한 사회 전반적인 관심이 증가되고 있다(Lee, 2000).

노인은 노화과정으로 신체적, 정신적 퇴화가 일어나서, 전반적인 생리적 기능이 감소되며, 고독감, 우울, 불안, 무력감을 경험하고 더불어 퇴행성 질환의 증가 등 각종 질병에 높은 이환율을 가지고 있는데, 이러한 노년기 건강문제의 대부분은 생활양식의 변화를 통하여 연기되거나 예방될 수 있는 것으로 알려져 있다(Song, Song, & Mog, 2003).

주요어: 노인, 건강증진행위, 우울, 생활만족도

Address reprint requests to : Ryu, Hyun-Sook, Department of Nursing, Shingyeong University, 1485 Namyang-dong, Hwaseong 445-741, Korea.
Tel: 82-11-9606-5508, Fax: 82-31-369-9116, E-mail: rhs5508@hanmail.net

투고일 2009년 10월 26일 / 수정일 2010년 6월 14일 / 게재확정일 2010년 6월 17일

그러나 노인들은 일상생활에서 건강을 증진하기 위한 행위보다는 건강을 유지하기 위한 행위를 우선시 하지만 (Prohaska, Leventhal, Leventhal, & Keller, 1985), 자신의 건강을 유지하고 향상시키기 위해 새로운 건강습관을 갖자 하며, 노년기의 건강증진을 위한 생활습관의 변화는 효과적이라는 보고도 있어서 (Edelman & Mandel, 2006), 노인의 건강증진행위는 개인의 건강 유지 증진의 중요한 구성요소가 되고 질병 발생을 조기에 예방하며 건강한 삶을 영위하도록 하는데 필수적이라고 할 수 있다 (Schank & Lawrence, 1993).

한편, 노인에게 흔히 발생하는 심리적 문제로 노화과정에서 오는 우울이 있는데, 우리나라 노인의 거의 절반 수준인 약 45%가 우울 성향을 보인다는 보고가 있다 (Roh, 2004). 노인에게 우울이 심해지면 일상적인 자가 간호나 건강관리 능력이 감소되어 건강을 위협할 수도 있고, 결국 삶의 전반에 부정적인 영향을 미쳐 노인의 삶의 질은 저하된다 (Kim, 2006). 그러므로 노인의 우울에 대한 관리가 매우 중요하다고 볼 수 있다.

또한 생활만족도는 노년기에의 적응과 성공적인 노화 및 자신의 생활에 얼마나 만족하느냐 하는 삶의 질적인 측면을 반영하여 정신건강의 지표로, 노화과정의 모든 양상이 생활만족도에 영향을 주고 있다 (Johnson, Clotd, & Wer, 1982). 생활만족도가 낮은 경우 안녕상태나 자아실현에 영향을 미치게 되고 건강증진의 수행에 방해가 될 수 있으므로 (Radecki, 1990), 생활만족도와 건강증진행위의 관계에 영향을 주는 관련 요인을 살펴볼 필요가 있다.

노인들의 건강증진행위와 관련된 연구를 살펴보면 신체적 건강의 지표인 일상생활활동 및 사회적지지, 건강상태, 건강지각 및 건강지식 등의 관계를 보는 연구들이 대부분이었으며 (Kim, 2007), 노인의 건강증진행위의 실천에 영향을 미치는 우울과 생활만족도를 보고하는 연구는 부족한 실정이었다. 이에 본 연구는 건강하고, 성공적인 노화의 지표가 될 수 있는 우울과 생활만족도 정도를 파악하고 노인의 건강증진행위 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 이러한 요인들 간에 어떠한 관계가 있는지 알아봄으로써 노인을 위한 건강증진 프로그램의 개발에 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인의 건강증진행위와 우울 및 생

활만족도의 관계와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 노인의 건강증진을 위한 간호중재 전략 수립에 기여하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 건강증진행위와 우울 및 생활만족도 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위, 우울, 생활만족도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 건강증진행위와 우울 및 생활만족도의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 노인의 건강증진행위와 우울 및 생활만족도 정도를 파악하고 관계를 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 K시와 S시 두 곳의 소도시에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 각 도시의 3개동씩을 무작위 추출하여 그 지역의 경로당과 가정을 직접 방문하여 언어적, 비언어적 의사소통에 어려움이 없고, 본 연구의 목적을 이해하며 연구에 참여하기를 수락한 201명을 대상으로 하였고, 설문조사 도중에 대담을 거부한 대상자를 제외한 후 최종 198명을 연구대상으로 선정하였다.

3. 자료수집

자료수집기간은 2007년 8월 10일부터 동년 8월 25일까지 연구대상자에게 연구에 대해 설명하고, 연구참여에 대한 동의를 구한 뒤, 노인의 시력과 글자 해독 능력을 감안하여 연구자와 연구보조자 4인이 설문지의 내용을 직접 읽어 주고 노인의 응답에 따라 기록하였다. 연구의 신뢰도를 높이기 위해서 사전에 연구 보조자 4인을 동일한 방법으로 자료를 수집할 수 있도록 교육을 실시하였다. 설문지를 작성하는데 소요되는 시간은 20~30분 정도였다.

4. 연구도구

1) 건강증진행위

건강증진행위 정도를 측정하기 위해 Walker, Sechrist와 Pender (1987)가 개발한 건강증진생활양식 척도(Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP)를 번안하여 Suh (1996)가 우리 문화에 맞게 일부 수정·보완한 도구를 이용하였다. 건강증진행위는 6개의 하위 개념인 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양 7문항, 대인관계 지지 7문항, 스트레스 관리 7문항의 총 47문항 4점 척도로 이루어졌다. 본 연구에서는 최소 1점에서 최고 4점 범위의 평균평점으로 나타내었고, 점수가 높을수록 건강증진행위 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었으며, Suh (1996)의 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

2) 우울

노인의 우울정도를 측정하기 위해 Song (1991)이 번역한 단축형노인우울 척도(Short Form Geriatric Depression Scale)를 이용하였다. 본 도구는 대상자가 '예/아니오'로 응답하는 양분척도로 이루어졌고, 총 15개의 문항 중 10개 문항은 긍정적인 응답을 할 경우 우울한 것으로 채점되고, 5개 문항은 부정적인 응답을 한 경우 우울한 것으로 채점되었다. 우울하다고 대답한 경우 1점을 부여하였고, 최소 0점에서 최고 15점까지 범위를 가지며, 5점 이상을 우울 상태로 판단한다(Scheikh & Yesavage, 1986). 도구의 신뢰도는 Lee (2003)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .73$ 이었다.

3) 생활만족도

생활만족도를 측정하기 위해서 Yun (1982)의 노인생활만족도 척도를 이용하였다. 총 20문항의 3점 Likert 척도로 이루어졌고, 척도 범위는 최소 20점에서 최고 60점으로 점수가 높을수록 생활만족도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Choi와 Kim (2001)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .85$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

5. 자료분석

수집된 자료를 분석하기 위하여 SPSS/WIN 13.0을 사용

하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였고, 대상자의 건강증진행위와 우울, 생활만족도 정도는 평균과 평균평점, 표준편차, χ^2 test를 이용하여 분석하였다. 일반적 특성에 따른 건강증진행위, 우울, 생활만족도를 파악하기 위해서 t-test, ANOVA로 분석하였고, 사후분석은 Duncan's test로 하였다. 건강증진행위와 우울 및 생활만족도의 관계를 파악하기 위해서 Pearson's correlation coefficients로 분석하였으며, 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 요인을 확인하기 위하여 단계적 변수선택법에 의한 회귀분석(Stepwise multiple regression analysis)을 이용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자는 남성이 51.5%, 여성이 48.5%이고, 연령은 65세에서 87세까지로 평균 73.9세이다. 종교는 불교가 35.9%로 가장 많았고, 교육정도는 무학이 38.9%로 가장 많았으며, 초등졸 29.8%, 고졸 이상 18.7%, 중졸 12.6%의 순으로 나타났다. 대상자들 중에서 현재 혼자 사는 사람이 24.2%이고, 동거인이 있는 대상자 75.8%의 동거대상은 배우자, 자녀, 손자 순으로 나타났다. 한 달 용돈 수준은 평균 33.9만원으로 20만원 미만인 30.8%였고, 50만원 이상이 11.6%로 나타났으며, 주관적 경제상태는 '어렵다'로 인식하는 경우가 35.4% 나타났다. 본인이 지각하는 건강수준은 '아주 좋은 편이다' 4.5%, '좋은 편이다' 23.2%, '보통이다' 36.4%, '좋지 않은 편이다' 31.8%, '아주 좋지 않은 편이다' 4.0%로 나타났고, 대부분의 경우(95.5%)가 한 가지 이상의 건강문제가 있다고 응답하였다(Table 1).

2. 대상자의 건강증진행위, 우울, 생활만족도 정도

대상자의 건강증진행위는 4점 만점에 평균평점 2.9점으로 나타났다. 하위영역을 살펴보면 대인관계 지지 영역이 3.5점으로 가장 높았고, 자아실현 영역 3.2점, 영양 영역 3.1점, 스트레스 관리 영역 2.7점, 건강책임 영역 2.5점, 운동 영역 1.9점의 순으로 나타났다. 대상자의 우울은 15점 만점에 평균 6.3점으로 나타났으며, 생활만족도는 60점 만점에 평균 38.3점이었다(Table 2).

대상자의 우울상태는 전체 노인의 68.2%에서 우울하다고 나타났고, 남성의 61.8%, 여성의 75.0%가 우울하다고 나타났으며, 남성과 여성 사이에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2 = 3.993, p = .032$) (Table 3).

Table 1. General Characteristics (N=198)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	102 (51.5)
	Female	96 (48.5)
Age (year)	65-69	53 (26.8)
	70-74	54 (27.3)
	75-79	53 (26.8)
	≥80	38 (19.2)
Religion	None	62 (31.3)
	Buddhist	71 (35.9)
	Protestant	45 (27.8)
	Others	10 (5.1)
Educational level	No school	77 (38.9)
	Elementary school	59 (29.8)
	Middle school	25 (12.6)
	≥ High school	37 (18.7)
Living with family	Have	150 (75.8)
	Have not	48 (24.2)
Previous job	Farmer, fisher	129 (65.2)
	Shopkeeper	22 (11.1)
	Office worker	29 (14.6)
	Other	18 (9.1)
Monthly income (10,000 won)	< 20	61 (30.8)
	≥ 20~ < 30	74 (37.4)
	≥ 30~ < 50	37 (18.7)
	≥ 50	23 (11.6)
Subjective economic state	Bad	54 (35.4)
	Well	128 (64.6)
leisure activity	Have	187 (94.4)
	Have not	11 (5.6)
Subjective health	Very good	9 (4.5)
	Good	46 (23.2)
	Fairly	72 (36.4)
	Bad	63 (31.8)
	Very bad	8 (4.0)
Health problem	Have	189 (95.5)
	Have not	9 (4.5)

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위, 우울, 생활만족도

일반적 특성에 따른 건강증진행위는 종교유무($t = -2.981, p = .003$), 교육정도($F = 6.905, p = .001$), 동거인유무($t = -4.523, p = .001$), 예전 직업($F = 3.360, p = .020$), 한 달 용돈($F = 3.530, p = .016$), 주관적 경제상태($t = -4.435, p = .001$), 여가활동유무($t = 2.183, p = .030$)에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 이를 구체적으로 사후 검정한 결과, 건강증진행위 정도는 교육정도에서 초졸, 중졸, 고졸 이상이 무학보다 높았고, 예전 직업에서는 농업과 어업, 상업과 사업, 공무원과 교직이 무직과 기타 보다 높았으며, 한 달 용돈 수준이 30만원 이상인 경우에 20만원 미만인 경우보다 더 높게 나타났다. 본인이 지각한 건강수준($F = 2.460, p = .047$)에 따라서 건강증진행위에 차이가 있어서 건강수준이 아주 좋지 않다고 인식하는 경우에 건강증진행위가 낮았다. 그러나 성별, 연령, 보험형태, 건강문제 여부에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

일반적 특성에 따른 우울은 교육정도($F = 3.959, p = .009$), 동거인유무($t = 2.831, p = .014$), 한 달 용돈($F = 2.844, p = .039$), 주관적 경제상태($t = 4.691, p = .001$), 여가활동유무($t = -2.170, p = .031$), 본인이 지각한 건강수준($F = 6.129, p = .001$)과 보험형태($t = -2.607, p = .010$)에 따라서 통계적

Table 2. Health Promotion Behavior, Depression and Life Satisfaction (N=198)

Variable	M±SD
Health promoting behavior	2.9±0.44
Self-actualization	3.2±0.55
Health responsibility	2.5±0.60
Exercise	1.9±0.81
Nutrition	3.1±0.52
Interpersonal support	3.5±0.55
Stress management	2.7±0.68
Depression	6.3±3.13
Life satisfaction	38.3±5.28

Table 3. Depression State by Gender (N=198)

Variables	Male	Female	Total	$\chi^2 (p)$
	n (%)	n (%)	n (%)	
Normal state	39 (38.2)	24 (25.0)	63 (31.8)	3.993 (.032)
Depressed state	63 (61.8)	72 (75.0)	135 (68.2)	

Table 4. Health Promoting Behavior, Depression and Life Satisfaction by General Characteristics (N=198)

Characteristics	Categories	Health promotion behavior			Depression			Life satisfaction			
		M±SD	t or F (p)	Duncan	M±SD	t or F (p)	Duncan	M±SD	t or F (p)	Duncan	
Gender	Male	2.9±0.42	0.510 (.611)		6.0±3.23	-1.548 (.123)		38.0±5.61	-0.735 (.463)		
	Female	2.8±0.45			6.7±2.99			38.6±4.91			
Age (year)	65~69	2.9±0.45	2.204 (.089)		6.6±3.55	0.294 (.829)		38.6±4.50	1.060 (.367)		
	70~74	2.9±0.45			6.3±2.81			39.1±5.93			
	75~79	2.8±0.39			6.3±2.98			37.7±5.89			
	≥80	2.7±0.43			5.9±3.22			37.5±4.30			
Religion	Have	2.7±0.41	-2.981 (.003)		6.1±2.96	1.485 (.139)		38.9±5.04	-2.325 (.021)		
	Have not	2.9±0.43			6.8±3.45			37.0±5.60			
Educational level	No school	2.7±0.45	6.905 (.001)	a	7.1±3.26	3.959 (.009)	a	38.2±4.62	1.277 (.301)		
	Elementary school	3.0±0.41			5.6±2.81			b			38.7±5.58
	Middle school	2.9±0.43			5.2±2.55			b			36.5±4.69
	≥High school	3.0±0.36			6.4±3.30			ab			38.9±6.30
Living with family	Have	2.9±0.42	-4.523 (.001)		6.0±2.89	2.831 (.014)		38.5±5.65	0.921 (.031)		
	Have not	2.6±0.40			7.4±3.59			37.7±3.91			
Previous job	Farmer, fisher	2.8±0.45	3.360 (.020)	a	6.3±3.06	2.195 (.090)		38.4±5.38	0.302 (.824)		
	Shopkeeper	2.9±0.38			5.6±3.36			a			37.6±5.52
	Office worker	3.0±0.36			5.7±3.06			a			38.6±5.29
	Other	2.6±0.44			7.8±3.15			b			37.5±4.50
Monthly income (10,000 won)	< 20	2.7±0.40	3.530 (.016)	a	7.0±3.36	2.844 (.039)	a	37.1±4.23	2.798 (.041)	a	
	≥ 20~ < 30	2.9±0.44			6.5±2.97			ab			38.3±5.47
	≥ 30~ < 50	3.0±0.41			5.4±2.82			b			40.1±6.14
	≥ 50	2.9±0.46			5.3±3.21			b			37.7±3.97
Subjective economic state	Bad	2.7±0.45	-4.435 (.001)		7.6±3.27	4.691 (.001)		38.0±5.45	-0.547 (.585)		
	Well	2.9±0.40			5.6±2.80			38.4±5.20			
Leisure activity	Have	2.9±0.43	2.183 (.030)		6.2±3.05	-2.170 (.031)		38.2±5.29	-1.292 (.198)		
	Have not	2.6±0.45			8.3±3.82			40.3±4.94			
Subjective health	Very good	3.0±0.27	2.460 (.047)	a	5.3±3.67	6.129 (.001)	ab	38.2±5.38	0.757 (.555)		
	Good	2.9±0.46			5.0±2.26			a			39.2±5.96
	Fairly	2.9±0.43			6.2±3.08			ab			38.4±4.98
	Bad	2.8±0.43			7.1±3.19			b			37.4±5.20
	Very bad	2.5±0.37			9.5±3.12			c			38.6±4.44
Health problem	Have	2.9±0.43	0.392 (.696)		6.4±3.13	1.392 (.165)		38.1±5.32	-1.655 (.099)		
	Have not	2.8±0.56			4.9±2.76			41.1±3.55			

으로 유의한 차이가 있었다. 사후 검정한 결과, 우울은 무학이 초졸, 중졸, 고졸 이상 보다 더 높게 나타났고, 한 달 용돈을 20만원 미만인 경우에 30만원 이상인 경우보다 더 높게 나타났으며, 건강수준이 '아주 좋지 않은 편이다'의 경우에 우울이 높게 나타났다. 그러나 성별, 연령, 종교유무, 예전 직업, 건강문제 여부에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

생활만족도는 종교유무($t=-2.325, p=.021$), 동거인유무($t=.921, p=.031$), 한 달 용돈($F=2.798, p=.041$)에 따라서는

통계적으로 유의한 차이가 있었고, 한 달 용돈이 20만원 미만인 집단이 생활만족도가 낮았다. 그러나 성별, 연령, 교육 정도, 예전직업, 주관적 경제상태, 여가활동유무, 본인이 지각한 건강수준, 보험형태, 건강문제 여부에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 4).

4. 대상자의 건강증진행위와 우울 및 생활만족도의 상관관계

대상자의 건강증진행위와 우울($r=-.292, p=.001$)은 유

의한 부적 상관관계를 나타냈고, 건강증진행위와 생활만족도($r=.396, p=.001$)는 유의한 정적 상관관계를 나타냈지만, 우울과 생활만족도는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 건강증진행위의 하위영역별 우울 및 생활만족도의 상관관계를 보면, 우울은 자아실현($r=-.304, p=.001$), 건강책임($r=-.161, p=.023$), 운동($r=-.196, p=.006$), 영양($r=-.211, p=.003$), 대인관계 지지($r=-.262, p=.001$)에서 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 나타냈고, 생활만족도는 자아실현($r=.308, p=.001$), 건강책임($r=.314, p=.001$), 운동($r=.288, p=.001$), 영양($r=.202, p=.001$), 대인관계 지지($r=.234, p=.001$), 스트레스 관리($r=.330, p=.001$)의 모든 하위 영역에서 유의한 정적 상관관계를 나타냈다(Table 5).

Table 5. Correlations among Health Promoting Behavior, Depression and Life Satisfaction (N=198)

Variables	Depression	Life satisfaction
	r (p)	r (p)
Health promoting behavior	-.292 (.001)	.396 (.001)
Self-actualization	-.304 (.001)	.308 (.001)
Health responsibility	-.161 (.023)	.314 (.001)
Exercise	-.196 (.006)	.288 (.001)
Nutrition	-.211 (.003)	.202 (.001)
Interpersonal support	-.262 (.001)	.234 (.001)
Stress management	-.130 (.069)	.330 (.001)
Life satisfaction	.045 (.526)	

5. 대상자의 건강증진행위에 영향을 주는 요인

건강증진행위에 영향을 미치는 주요 요인을 규명하기 위해 단계적 다중 회귀분석을 수행한 결과 생활만족도, 우울, 동거인유무, 나이가 건강증진행위를 유의하게 설명하는 예측변인이 확인되었다($F=21.769, p<.001$). 이 중 생활만족도($\beta=.386$)가 가장 큰 영향을 미치는 요인이었고, 그 다

음은 우울($\beta=-.270$), 동거인유무($\beta=.223$)의 순이었으며 이들 변수들로 총 29.7%의 설명력을 나타냈다(Table 6).

논 의

노인인구의 증가와 노인 수명 연장과 함께 노인 건강문제가 사회 전반적인 관심사로 부각되어, 노인의 건강을 유지·증진시킬 수 있는 프로그램 개발이 요구된다. 이에 기초자료를 마련하고자 노인의 건강증진행위와 우울, 생활만족도 정도를 측정하고, 그 관계를 확인하며, 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 시도되었다.

건강증진행위는 4점 만점에 2.9점으로 중간보다 높은 수준이었다. 이러한 결과는 농촌 노인을 대상으로 한 Kim (2007)의 연구에서 보고된 2.7점, 여성노인을 대상으로 한 Kim (2006)의 연구에서 보고된 2.7점 보다는 다소 높았지만 비슷한 결과로 지역사회 노인의 경우 대체로 중간 이상의 건강증진행위를 실천하고 있는 것으로 보여진다. 이러한 연구의 대상자들이 주로 거동이 가능한 노인들로 자신의 건강에 대한 책임을 인식하고 건강증진행위를 실천할 능력이 있음을 의미하며, 향후 체계적인 건강증진 활동을 통해 더 향상시킬 필요가 있을 것으로 사료된다.

건강증진행위의 하위영역별 수행정도를 보면, Walker 등(1987)의 연구에서 노인과 청년, 중년기를 비교한 결과 노인은 건강책임, 영양, 스트레스 관리 영역에서 다른 연령층보다 더 잘하고 있었으며, 본 연구에서는 대인관계 지지가 가장 높았고, 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 건강책임의 순으로 나타났고 운동이 가장 낮았다. 이러한 결과는 Kim, Chae, Park과 Woo (2001)의 연구에서 대인관계 지지가 가장 높았고, 스트레스 관리, 건강책임, 운동 영역 순으로 나타난 것과 유사하다. 본 연구의 대상자들은 경로당, 노인복지회관에서 주로 친목활동을 하였기 때문에 대인관계 지지 영역이 다른 영역에 비해 높았다. 그리고 본 연구를 비

Table 6. Effects of Study Variables on Health Promoting Behavior (N=195)

Variables	B	SE	β	t	p	Adj. R ²	F (p)
Constant	113.583	19.499		5.825			
Depression	-1.774	0.402	-.270	-4.414	<.001		
Life Satisfaction	1.502	0.234	.386	6.417	<.001	.297	21.769 (<.001)
Age	-0.319	0.221	-.087	-1.443	.047		
Living with family	10.657	2.930	.223	3.637	<.001		

로한 여러 선행연구의 결과에서 낮은 점수를 보였던 운동 영역은 노인들의 노화와 관련된 신체적 기능 감소와 관련되었기 때문에 신체적 기능 감소가 어느 정도인지에 대한 추후 연구가 필요하겠다. 아울러 노인들의 건강증진을 위해서 노인들의 신체기능 상태와 질병 상태를 고려한 건강증진 운동 프로그램을 개발하고 적용할 수 있는 많은 연구와 관심이 요구된다.

대상자의 특성에 따른 건강증진행위는 종교유무, 교육정도, 동거인유무, 예전 직업, 한 달 용돈, 주관적 경제상태, 여가활동유무, 건강수준에서 유의한 차이가 나타났다. 이는 연령, 월 용돈, 교육정도, 종교, 건강상태에 따라 건강증진행위에 유의한 차이가 있다고 보고한 Kim (2006)의 연구와 경제상태, 종교, 사회활동 참여에서 유의한 차이가 있다고 보고한 연구와 유사한 결과이다. 특히 종교가 있고 여가활동을 하는 경우에 건강증진행위 정도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 종교 활동이나 취미활동을 통해서 대인관계나 사회적 지지를 얻게 되고, 건강증진행위를 증가시킬 수 있음을 확인할 수 있다. 이를 토대로 종교활동이나 여러 단체 활동을 통해서 노인들의 건강을 증진시킬 수 있는 건강증진 프로그램의 개발과 적용이 요구된다.

우울은 평균 6.3점으로, Park, Lee, Bae, Kang과 Song (2007)의 연구에서 보고된 6.6점과 비슷하였으나, Kang (2002)의 연구에서 보고된 8.7점 보다는 낮게 나타났다. 그러나 본 연구에서 사용한 단축형 노인우울 척도의 cut-point가 5점 이상을 우울상태로 보고 있는데(Song, 1991), 이를 기준으로 볼 때 본 연구에 참여한 노인들의 68.2%가 우울상태를 경험하고 있었다. 특히 여성 노인들(75.0%)의 경우 남성 노인들(61.8%)보다 우울상태인 경우가 더 많았고, 이와 같은 결과는 여성노인이 남성노인보다 우울의 경향이 높게 나타났다는 선행연구들과 일치하였다(Demural & Sato, 2003; Kim, 2003; Krishnan, 2002; Yohannes & Connolly, 2001). 우울은 교육정도, 동거인 유무, 한 달 용돈, 주관적 경제상태, 여가활동유무, 건강수준, 보험형태에 따라 차이가 나타났다. 이는 교육정도, 월수입, 한 달 용돈, 동거유형, 주관적 건강상태, 불편한 신체부위, 현재 약물복용에서 유의한 차이가 있었던 Han (2003)의 연구나 연령, 종교, 현재 건강상태에서 유의한 차이가 있었던 Kim (2006)의 연구와 부분적으로 일치하였다. 또한 동거유형에 따른 노인의 우울을 조사한 Jung과 Kim (2004)의 연구결과에서 독거노인 집단이 평균 9.7점으로 다른 집단에 비해 유의하게 우울이 높게 나타났다는 것과는 일치된 결과였다. 동거인이 있

는 노인들과 여가활동에 참여하는 노인들에게서 우울 정도가 더 낮았는데, 노년기의 자녀의 출가나 배우자의 상실 등으로 인해 가족 형태에 변화되므로 인해 고립감, 소외감, 외로움 등의 감정을 더욱 경험할 수 있다. 이에 가족이 없는 독거노인을 위한 대책으로 자매결연이나 지지모임에 참여할 수 있도록 지역사회와 국가적인 차원의 노력과 함께 취미활동이나 사회적 모임에 참여할 수 있도록 주변인들의 격려와 지지가 요구된다. 또한 노인의 신체적 기능 저하와 질병 경험은 노인으로 하여금 무기력함을 유발할 수 있고, 이로 인해 우울의 발생이 가능한데, 이에 신체적인 기능 유지와 질병 예방 및 치료를 위한 노력이 요구된다.

본 연구에서 생활만족도는 60점 만점에 평균 38.3점으로 중간 이상으로 나타났으며, 종교유무, 동거인유무, 한 달 용돈에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 특히 한 달 용돈이 20만원 이하인 경우와 50만원 이상의 용돈 수준을 가지는 노인들에게서 생활만족도가 낮게 조사 되었다. 이는 노인의 경제적인 능력과 건강상태에서 유의한 차이가 있었던 Park (1998)의 연구결과와 유사한 결과로, 20만원 이하의 용돈 수준을 가진 노인들은 어려운 경제 형편이 생활에 부담을 가중시키고, 노인들이 원하는 삶의 선택에 있어서 제약이 많아 생활만족도가 낮았을 것으로 여겨진다. 그러나 상대적으로 많은 용돈 수준인 50만원 이상의 노인들에게서도 생활만족도가 낮았던 것은 여러 연구들과는 상반된 결과로 자신의 용돈 수준이 과거보다 못하여 불만족하고, 그로 인해 현재 생활에도 만족하지 못한 것으로 여겨진다. 대부분의 노인들은 경제활동을 하지 않아 고정적 수입원이 없었고, 자신의 재산이 없는 경우 자녀들에게 받은 용돈이 수입원의 대부분이므로 경제적 문제를 경험하고 있다(KNSO, 2008). 이러한 문제의 해결을 위해서 지역사회와 국가적인 측면에서 노인들의 일자리 제공을 확대시키고 의료비 부담 감소를 위한 정책을 수립하여 시행한다면 노인들의 경제적인 문제 감소와 함께 생활만족도의 증가를 가져올 수 있을 것으로 사료된다.

건강증진행위와 우울은 유의한 부적 상관관계가 나타났고, 건강증진행위의 하위 영역과 우울의 상관관계 분석 결과 스트레스 관리는 우울과 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았지만, 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지와는 부적 상관관계가 나타났다. 이는 건강증진행위와 우울 간에 부적 상관관계가 나타났던 Kim (2003)의 연구결과와 일치하였다. 건강증진행위와 생활만족도는 유의한 정적 상관관계를 나타냈고, 건강증진행위의 하위 영

역과 생활만족도의 상관관계를 보면 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리의 모든 영역에서 정적 상관관계를 나타냈다. 본 연구에서 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로는 생활만족도와 우울, 동거인유무로 대상자들의 건강증진행위를 29.7% 설명하였으며, 특히 생활만족도가 가장 높은 설명력을 보였다. 이러한 결과는 노인의 생활만족도, 자아존중감, 배우자유무가 건강증진행위를 28.0% 설명하였던 Choi와 Kim (2001)의 연구에서 생활만족도가 높고, 배우자가 있는 경우에 건강증진행위가 높았다는 것과 여성노인의 우울, 종교, 연령이 건강증진행위를 27.9% 설명하였던 Kim (2006)의 연구에서 우울이 낮고, 종교가 있는 경우에 건강증진행위가 높았다는 결과와 유사하였다. 이상의 결과를 토대로 노인의 건강증진행위는 심리적, 사회적, 대인관계적 특성에 따라 다를 수 있다. 특히 우울과 생활만족도는 노인의 건강증진에 대한 설명력이 큰 요인이었다. 이에 노인들의 성공적인 노화와 삶의 질을 향상시키기 위해서는 우울을 감소시키고 생활만족도를 높여 건강증진행위를 증가시킬 수 있는 프로그램의 개발과 적용이 요구된다.

결론 및 제언

본 연구는 노인의 건강증진행위와 우울, 생활만족도 정도와 상관관계를 파악하고, 건강증진행위에 영향을 주는 요인들을 규명하여 향후 노인들의 건강증진행위 수행에 도움이 되는 자료를 제공하고자 시도되었다. 연구결과 대상자의 건강증진행위는 대인관계 지지가 가장 높고, 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 건강책임 순이었으며 운동영역이 가장 낮았다. 전체 노인의 68.2%가 우울하다고 나타났다. 노인의 건강증진행위는 종교유무, 교육정도, 동거인유무, 예전직업, 용돈, 주관적 경제상태, 여가활동유무, 건강수준에 따라 차이가 있었으며, 우울은 교육정도, 동거인유무, 한달 용돈, 주관적 경제상태, 여가활동유무, 건강수준에 따라 차이를 나타냈고, 생활만족도는 종교유무, 동거인유무, 한달 용돈에 따라 차이가 있었다. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 생활만족도, 우울, 동거인유무로 나타났으며 건강증진행위를 29.7% 설명하였다.

이상의 연구결과를 통해 우울 정도가 낮을수록, 생활만족도 정도가 높을수록, 동거인이 있는 경우 건강증진행위 정도가 높은 것을 알 수 있었다. 그러므로 노인들의 건강증진행위의 실천을 향상시키기 위해서는 우울을 낮추고 생활

만족도를 높일 수 있는 프로그램의 개발과 적용이 이루어져야 할 것으로 보인다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구는 일부 소도시들을 대상으로 하였으므로 연구의 결과를 일반화하기 위하여 보다 넓은 지역으로 확대시킨 연구가 요구된다. 노인의 건강증진행위에 유의한 영향요인으로 우울과 생활만족도가 밝혀졌으므로, 우울을 감소시키고 생활만족도를 증가시킬 수 있는 구체적인 전략 개발과 적용이 요구된다.

REFERENCES

- Choi, Y. H., & Kim, Y. H. (2001). The study on health promoting lifestyle of the elderly. *Journal of Korean Health Education and Promotion, 18*(3), 103-115.
- Demural, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, life style and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology, 22*(3), 159-166.
- Edelman, C. L., & Mandel, C. L. (2006). *Health promotion throughout the life span* (6th ed.). New York: Elsevier Inc.
- Han, M. J. (2003). *The relationship study between sleep and cognitive function, depression of elderly women*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Johnson, F., Clotd, C., & Wer, J. (1982). Life satisfaction of poor urban black aged. *Advances in Nursing Science, 4* (3), 27-34.
- Jung, Y. M., & Kim, J. H. (2004). Comparison of cognitive levels, nutritional status, depression in the elderly according to living situations. *Journal of Korean Academy Nursing, 34*(3), 495-503.
- Kang, J. S. (2002). *The Factors which influence the depression of the elderly -Focused on the elderly person in the lower brackets of income-*. Unpublished master's thesis, Choong-Ang University, Seoul.
- Kim, H. A. (2007). *A study on health perception, health knowledge and health promoting behavior of the elderly*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., & Woo, S. H. (2001). The relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Community Health Nursing Academic Society, 15*(2), 262-274.
- Kim, S. H. (2006). *Depression and health promoting behavior of elderly women in urban area*. Unpublished master's thesis, Chungnam National University, Daejeon.

- Kim, S. Y. (2003). A study of factors influencing health promotion behavior in elderly people: Self efficacy, social support and depression. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 5*(2), 171-181.
- Korea National Statistical Office (2008, October 2). *The elderly persons statistics*. Retrieved April 25, 2009, from http://www.kostat.go.kr/board_notice/BoardAction.do?method=view&board_id=78&seq=574&num=574&parent_num=0&page=1&page_name=all_list&kind_id=2&catgrp=nso2009&catid1=k04__0000&catid2=k04b__0000&catid3=&catid4=
- Krishnan, K. R. (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biological Psychiatry, 52*, 185-192.
- Lee, S. J. (2000). *An application effect of rhythmic movement program for the health promotion in the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, KyungHee University, Seoul.
- Lee, Y. J. (2003). *The effects of lavender aromatherapy on sleep and depression of elderly*. Chungnam National University, Daejeon.
- Park, C. S. (1998). An analysis on the time-use the life satisfaction of the elderly people. *Journal of Korean Gerontological Society, 18*(3), 30-46.
- Park, G. J., Lee, J. H., Bae, K. E., Kang, Y. H., & Song, H. S. (2007). Self-esteem and depression of elders in welfare facilities. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 9*(1), 51-59.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Keller, M. L. (1985). Health practice and illness cognition in young, middle aged and elderly adult. *Journal of Gerontological Nursing, 4*(5), 569-578.
- Radecki, S. E. (1990). Health promotion for elderly patients. *Family Medicine, 22*(4), 299-302.
- Roh, K. H. (2004). Effect of aroma leg massage on the depression and hope, stride length in the elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 6*(2), 163-169.
- Schank, M. J., & Lawrence, D. M. (1993). Young adult women: Lifestyle and health locus of control. *Journal of Advanced Nursing, 18*(8), 1235-1240.
- Song, M. S. (1991). *Construction of a functional status prediction model for the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Song, M. S., Song, H. J., & Mog, J. Y. (2003). Community based cross-sectional study on the related factors with perceived health status among the elderly. *Journal of Korean Gerontological Society, 23*(4), 127-142.
- Suh, Y. O. (1996). Hardiness and gender role characteristics in middle-aged women. *Journal of Korean Academy of Women's Health Nursing, 2*(1), 119-134.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promotion life style profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing research, 36*(2), 76-81.
- Yohannes, A., & Connolly, M. (2001). Gender differences in prevalence of depression in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Age and Ageing, 30*(4), 74-76.
- Yun, J. (1982). A study of tool development for living satisfaction of elderly. *Proceeding Book of Korean Psychiatric Academic Association, 26*-30.