

건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식이 노인 만성질환자의 우울에 미치는 영향

공정현¹, 홍현화², 정은영^{3*}

¹한국국제대학교 간호학과, ²경남대학교 간호학과, ³청암대학교 간호학과

The Effect of Health Behavior, Resilience, and Recognition of Well-dying on the Depression of Elderly with Chronic Disease

Jeong-Hyeon Kong¹, Hyeon-Hwa Hong², Eun-Young Jung^{3*}

¹Department of Nursing, International University of Korea,

²Department of Nursing, Kyeongnam University,

³Department of Nursing, Cheongam College

요약 본 연구는 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식이 우울에 미치는 영향을 파악하여 노인 만성질환자의 우울을 중재할 수 있는 기초 자료를 제시하고자 시행하였다. 본 연구 대상자는 노인 만성질환자 185명을 대상으로 2015년 2월 13일부터 3월 20일까지 실시하였으며, 자료분석은 SPSS 20.0 program을 사용하였다. 연구결과 건강행위는 2.60점, 회복탄력성은 3.14점, 웰다잉 인식은 3.41점, 우울은 3.29점이었다. 우울은 건강행위, 웰다잉 인식과 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 우울에 가장 큰 영향을 미치는 변인은 건강행위, 주관적인 건강상태, 웰다잉인식, 동거여부, 성별 순이었으며 변인들에 의한 설명력은 44.8%이었다. 따라서 노인의 우울은 단순한 요인이 아니므로 신체적, 심리적, 성별 차이 등 다양한 요인들을 고려한 맞춤형 중재 프로그램 개발이 필요하다.

Abstract The purpose of this study was to investigate the effect of health behavior, resilience and recognition of well-dying on the depression of elderly with chronic disease. It was the survey period was from February 13 to March 20, 2015 with 185 people. For data analysis, SPSS 20.0 program was used. As a result, the mean level of health behavior was 2.60, the mean level of resilience was 3.14, recognition of well-dying was 3.41, the mean level of depression was 3.29. Depression was showed a negative correlation with health behavior and recognition of well-dying. Factors that affect depression was health behavior, subjective health status, recognition of well-dying, live with and sex. Also, strange cause of these was 44.8% of depression. Results suggest that, to mediate melancholy elderly, it is necessary to develop a program in consideration of various factors.

Keywords : Chronic disease, Depression, Elderly, Health behavior, Recognition of well-dying, Resilience

1. 서론

1.1 연구의 필요성

매년 급증하고 있는 65세 이상의 노인 인구는 현재 전체 인구의 12.7%를 차지하고 있고 그 결과 우리나라

는 OECD 국가 중 가장 빠르게 초 고령화 시대로 진입하는 국가로 예상되고 있다[1]. 이렇게 급증하고 있는 노인인구와 관련하여 해결이 필요한 가장 시급한 문제 중 하나는 한국 노인의 건강수명은 70.74세로 기대여명과 평균 10.46년 차이가 있다는 것이다. 즉 기대여명의 증

*Corresponding Author : Eun-Young Jung(Cheongam College)

Tel: +82-61-740-7230 email: 1130jey@hanmai.net

Received July 23, 2015

Accepted October 8, 2015

Revised (1st August 12, 2015, 2nd September 17, 2015, 3rd October 5, 2015)

Published October 31, 2015

가 속도에 건강수명이 미처 따라가지 못하면서 질병을 앓는 기간은 더 늘어나고 있으며, 실제로 노인 10명 중 6명이 3가지 이상 만성질환이 있다고 보고되고 있다[2].

최근 국내외 여러 선행연구에서 노인 만성질환자에 대해서 노인들이 경험하고 있는 신체적 증상 뿐 아니라 심리적 증상인 우울에 더 많은 관심을 갖고 간호해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 노인의 우울은 본인의 만성 질환과 서로 연관되어 다른 연령층에 비해 발생률이 높기 때문이다[3,4,5,6,7,8,9,10]. 또한 노인 만성질환자의 우울은 일상생활 활동 제한에 따른 신체적 장애로 인해 자살의 충동까지 느끼면서 더 심각하기 때문에 더 이상 노인 만성질환자의 우울을 배제할 수 없게 되었다[11,12]. 따라서 노인 만성질환자의 우울에 대한 심층 연구와 주요 변수들과의 상호작용을 파악하여 노인 만성질환자들이 직면하고 있는 신체적, 정신적인 다양한 건강 문제에 대한 포괄적이고 연속적인 건강관리 프로그램이 마련되어야 할 필요성이 강조되고 있다.

건강행위란 노인의 건강상태를 향상시켜 현재의 건강 상태를 유지하며 기능장애 기간을 단축시키는 것으로 설명하고 있다[13]. 특히 만성질환을 가진 노인에게 있어서 건강행위는 질병조절을 위한 지속적인 과정의 행위이며 본인 스스로에 의해서 주도되는 과정으로 보기 때문에 무엇보다 중요하다[14]. 또한 건강행위수준이 낮을수록 우울정도가 높다는 선행 연구결과[15,16]는 노인 만성질환자의 건강행위와 우울과의 관계에 대한 심각성을 의미한다. 하지만 선행연구에서는 노인 만성질환자의 건강행위와 우울과의 상관관계에 대한 조사만 이루어졌을 뿐, 우울을 조절할 수 있는 개인의 인지적 전략으로 중요한 변수로 고려되어진 연구는 없었다. 즉 노인 만성질환자의 건강행위를 증진시켜 노인의 우울을 중재할 수 있기 위해서는 이 두 개념에 대한 심층적인 연구가 이루어져야 한다.

회복탄력성이란 역경을 이겨내는 긍정적인 힘이며 다시 태어나는 것이 아니라 변화와 도전적인 환경에서 긍정적인 적응과 발달을 포함하는 역동적인 과정이다[17,18]. 따라서 이러한 회복탄력성이 높으면 정신적 건강과 자아 존중감이 높아져 긍정적인 행동을 증가시킬 뿐 아니라 우울이나 부정적인 감정도 적절히 대처할 수 있게 해줄 수 있다[19]. 이러한 회복탄력성과 관련된 대부분의 선행 연구는 청소년이나 특수한 직업군과 관련된 사람들을 대상으로 이루어졌다. 하지만 100세 시대에

진입한 현재 생애주기에서 노년기간이 증가되어 노인들이 경험하게 되는 여러 사건들에 대해 이겨낼 수 있는 내적 힘의 중요성에 대해 관심을 가지면서 회복탄력성의 중요성이 부각되고 있다[28]. 또한 회복탄력성이 높은 노인들은 좀 더 긍정적인 사고와 융통성 있는 행동을 추구하게 되어 자신의 문제에 대한 지각이 빠르고 자신을 둘러싸고 있는 환경적인 조건을 변화시킬 수 있다고 보고되고 있기 때문에[19] 노인과 회복탄력성에 대한 관심이 더 증가하고 있다. 이처럼 회복탄력성이 노인에게 긍정적인 요인으로 작용할 가능성이 있지만 현재까지 노인의 회복탄력성에 대한 연구는 많이 이루어지고 있지 않기 때문에 노인의 우울과 회복탄력성에 대해 관심을 갖고 연구 할 필요가 있다.

노인의 우울증상에서 또 다른 요인으로 고려할 수 있는 것 중 하나는 노인의 죽음이다. 노년기는 죽음을 인정하면서도 늘 죽음에 대한 불안감을 가지고 있는 시기로 죽음을 당연하고 자연스러운 것이라는 생각과 죽음에 대한 불안과 분노가 동시에 작용하는 시기이다[15]. 노인이 경험하는 이러한 죽음불안은 노인의 삶에 부정적인 영향을 미치고 심각한 우울을 경험할 수 있기 때문에 죽음에 대한 양가감정을 이해하고 노인의 우울에 대한 하나의 중재요인으로 고려 할 필요가 있다[15,20]. 특히 노인 만성질환자는 누구보다 더 죽음과 직면하고 있으면서 삶을 정리하고자 하는 다양한 욕구를 경험하게 되어 쇠퇴와 발달, 과거와 미래, 죽음과 삶, 자아 등에서 모순과 갈등을 경험하게 된다[27]. 그러므로 노인 만성질환자의 죽음과 관련된 다양한 감정들을 이해하고 그들이 우울에 어떤 영향을 미칠 것인가에 대해서 좀 더 연구할 필요성이 있다.

그러나 아직까지 국내의 선행연구에서는 노인 만성질환의 우울과 관련하여 대부분 신체적인 영역인 건강증진 행위와의 관계만을 다룬 연구가 대부분 일 뿐, 인지적 영역인 회복탄력성, 웰다잉 인식과의 영향을 규명한 연구는 없다. 노인의 우울은 단순히 한 가지 영향보다는 여러 가지 복합적인 원인에 의해 발생하기 때문에[34] 노인의 우울에 영향을 미치는 여러 요인을 파악하여 노인 만성질환자를 위한 간호 중재에 반영할 필요가 있다.

이에 본 연구는 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식과 관련하여 우울간의 관련성과 이에 영향을 미치는 요인을 탐색함으로써 노인 만성질환자의 우울을 중재할 수 있는 기초자료를 제시하기 위하여 시

도되었다.

1.2 연구목적

본 연구의 목적은 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식과 우울의 관계를 파악함으로써 노인 만성질환자의 안녕감 증진을 위한 간호중재 전략 수립에 기여하고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인 만성질환자의 일반적 특성을 파악한다.
- 2) 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식 및 우울 정도를 파악한다.
- 3) 노인 만성질환자의 일반적 특성에 따른 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울의 차이를 파악한다.
- 4) 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 노인 만성질환자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 노인 만성질환자를 대상으로 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식과 우울의 관계를 확인하고 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 실시한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구도구

2.2.1 건강행위

본 연구에서 대상자의 건강행위를 측정하기 위해 Choi와 Kim[21]이 개발한 한국 노인의 건강행위사정도구(Health Behavior Assessment Tool : HBAT)를 사용하였다. 이 도구는 노인이 노화되어가면서 건강을 관리하고 기능을 유지 증진시키기 위해 행하고 있는 건강행위를 측정하는 도구이며, 하부요인으로 신체영역 13문항, 정서영역 11문항, 사회영역 6문항, 영적 영역 3문항의 총 33문항으로 구성되어 있다. 이 도구의 응답범위는 각 문항에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점까지의 4점 Likert 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 노인 건강행위 정도가 높음을 의미한다. 도구의 개발당시 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .98$ 이었다.

2.2.2 회복탄력성

본 연구에서 회복탄력성을 측정하기 위해 Shin, Choi, Kim[22]이 개발한 한국형 회복탄력성 지수(YKRQ-27)를 사용하였다. 총 27문항이고 하위구성 개념으로는 대인관계능력 10문항, 자기조절능력 11문항, 긍정성 6문항이 있다. ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로, 5점 Likert 척도로 구성되고, 각 하위영역의 점수가 높을수록 회복탄력성이 높음을 의미한다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었고, 본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

2.2.3 웰다잉 인식

본 연구에서 웰다잉 인식을 측정하는데 사용된 도구로 Schwartz 등[23]이 개발한 ‘좋은 죽음에 대한 인식’ 측정도구를 Jeong[24]이 변안한 17문항을 사용하였다. ‘전혀 중요하지 않다’ 1점, ‘매우 중요하다’ 4점으로, 4점 Likert 척도로 구성되고 점수가 높을수록 웰다잉 인식 정도가 높음을 의미한다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .87$, Jeong[24]의 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .82$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다.

2.2.4 우울

본 연구에서 대상자의 우울정도를 측정하기 위해서는 Yesavage 등[25]이 개발한 30문항의 자가 보고형 노인 우울척도 GDS(Geriatric Depression Scale)를 한국 노인에게 맞게 Kee[26]가 번역하고 표준화한 한국형우울척도 단축형(GDSSF-K: Geriatric Depression Scale-Short Form-Korean)을 사용하여 측정하였다. 총 15문항으로 구성되어 있으며, ‘예/아니오’의 양분척도로서 총점은 15점이고, 우울 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .72$ 이었다.

2.3 자료수집

자료수집은 2015년 2월 13일부터 3월 20일까지 시행되었으며, 자료수집 전 연구자와 연구보조원 4인이 경로당과 노인 대학 기관의 담당자와 기관장을 면담하고 연구의 목적을 설명하여 연구승인을 받았다. 본 연구의 대상자는 65세 이상의 노인 중 만성질환을 진단 받고 약을 복용한지 1년 이상 된 노인으로 선정하였다. 설문지는 자기기입방식으로 1인 설문응답 시간은 약 15-20분이

소요되었다.

대상자의 윤리적인 측면을 고려하여 연구 대상자에게 연구의 목적과 취지를 설명한 후 연구 참여 동의서에 사인을 받았다. 동의서의 내용에는 설문소요시간과 설문에 참여하는 중간 언제라도 본인이 원할 경우 연구 참여를 중단할 수 있음을 명시하였다. 또한 연구 참여자에게 연구를 통해 알게 된 모든 내용은 연구목적이외에는 사용되지 않을 것이며, 연구 참여자의 익명이 보장됨을 사전에 설명하였다. 작성된 설문지는 연구자가 열람할 수 있는 곳에서 보관하고 있을 것이며 연구가 종료된 이후 전량 폐기할 계획임을 사전에 설명하였다. 마지막으로 추후에도 언제든지 문의 사항이 있을 경우 연락할 수 있도록 연락처를 알려주었다.

2.4 자료분석

수집된 자료는 SPSS 20.0 Program을 이용하여 분석하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

본 연구 대상자의 일반적인 특성과 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울은 빈도와 평균, 백분율을 산출하였고, 일반적인 특성에 따른 우울의 차이는 독립표본 t-검정과 단변량 분산분석(one-way ANOVA), Scheffe test 사후검정을 하였으며, 모든 분석은 유의수준 5%에

서 검증하였다. 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울간의 상관관계는 피어슨 상관계수를 구하였고, 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression analysis)을 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자 185명 중 남자 37명(20.0%), 여자 148명(80.0%)으로 여자가 많았으며, 연령은 평균 67.56세 이었다. 직업은 67명(36.2%)이 있다고 응답하였고, 118명(63.8%)이 없다고 응답하였다. 동거여부는 ‘혼자 산다’가 19명(10.3%), ‘노부부만 산다’가 104명(56.2%), ‘손자, 자녀와 함께 산다’가 62명(33.5%)이었으며, 주관적 건강상태는 ‘건강하다’가 149명(80.5%), ‘건강하지 않다’가 36명(19.5%)이었다. 학력은 ‘중졸 이하’가 31명(16.8%), ‘고졸’ 105명(56.8%), ‘대졸’ 19명(26.5%)이었으며, 노후 생활의 전반적 만족도는 ‘만족’이 51명(27.6%), ‘보통’이 114명(61.6%), ‘불만족’ 20명(10.8%)이었다. 경제 상태는 ‘어렵다’가 40명(21.6%), ‘보통’이 106명(57.3%), ‘여유가 있다’가 39명(21.1%)이었다(Table 1).

Table 1. General characteristics of the subjects

(N=185)

General characteristics		N	%	M±SD
Sex	Male	37	20.0	
	Female	148	80.0	
Age	65	55	29.7	67.56±2.58
	66-67	43	23.2	
	68-69	49	26.5	
	Over 70	38	20.5	
Religion	Yes	185	100.0	
	No	-	-	
Occupation	Yes	67	36.2	
	No	118	63.8	
Live with	Alone	19	10.3	
	Husband and wife	104	56.2	
	Children	62	33.5	
Subjective health status	Healthy	149	80.5	
	Unhealthy	36	19.5	
Education	Under middle school	31	16.8	
	High school	105	56.8	
	University	49	26.5	
Life satisfaction	Satisfaction	51	27.6	
	Usually satisfied	114	61.6	
	Dissatisfaction	20	10.8	
Economic status	Low	40	21.6	
	Medium	106	57.3	
	High	39	21.1	

Table 2. Health behavior, resilience, recognition of well-dying and depression of the participants (N=185)

Variables	Range	Min	Max	M±SD
Health behavior	1-4	1	3.00	2.60±0.44
Resilience	1-5	1	4.19	3.14±0.47
Recognition of well-dying	1-4	1	4.00	3.41±0.47
Depression	0-15	0	9	3.29±2.66

3.2 연구대상자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울정도

연구대상자의 건강행위의 점수는 4점 만점에 평균평점 2.60점, 회복탄력성은 5점 만점에 평균평점 3.14점, 웰다잉 인식은 4점 만점에 평균평점 3.41점, 우울은 15점 만점에 평균평점 3.29점으로 나타났다.

3.3 일반적 특성에 따른 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울의 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식, 우울의 차이는 Table 3과 같다.

건강행위에 차이를 보이는 특성은 노후생활의 전반적 만족도이었다. 즉, 노후생활의 전반적 만족도가 ‘만

족’(M=2.76)이 ‘보통’(M=2.53) 보다 높은 것으로 나타났다으나 사후검증결과 뚜렷한 차이를 보이지는 않았다 (F=5.141, p=.007).

회복탄력성에 영향을 미치는 특성은 성별, 직업유무, 동거여부, 노후생활 전반적 만족도, 경제상태이었다. 성별은 남자(M=3.30)가 여자(M=3.11) 보다 회복탄력성이 높다(t=2.226, p=.027). 직업유무는 ‘예’(M=3.20)가 ‘아니오’(M=3.05)보다 회복탄력성이 높았다(t=2.138, p=.035). 동거여부는 ‘손자, 자녀와 함께 산다’(M=3.32)가 ‘혼자 산다’(M=3.05)와 ‘노부부만 산다’(M=3.06)보다 회복탄력성이 높았다(F=6.939, p=.001). 노후생활의 전반적인 만족도는 ‘만족’(M=3.37)이 ‘보통’(M=3.036)보다 회복탄력성이 높았다(F=10.912, p<.001). 경제상태는 ‘여유

Table 3. Difference of health behavior, resilience, recognition of well-dying and depression by general characteristics of the participants (N=185)

Variables	Categories	N(%)	Health behavior		Resilience		Recognition of well-dying		Depression	
			M±SD	t or F	M±SD	t or F	M±SD	t or F	M±SD	t or F
Sex	Male	37(20.0)	2.70±0.32	1.766	3.30±0.33	2.266	3.51±0.35	1.760	1.89±2.20	-4.129
	Female	148(80.0)	2.58±0.47	(.081)	3.11±0.50	(.027)	3.38±0.49	(.082)	3.64±2.66	(.000)
Age (year)	65	55(29.7)	2.62±0.43		3.11±0.45		3.37±0.44		3.20±2.50	
	66-67	43(23.2)	2.59±0.49	0.035	3.16±0.51	1.305	3.38±0.52	0.388	3.88±2.96	0.979
	68-69	49(26.5)	2.60±0.45	(.991)	3.07±0.43	(.274)	3.43±0.47	(.762)	3.02±2.47	(.404)
	over 70	38(20.5)	2.60±0.43		3.27±0.51		3.46±0.45		3.08±2.77	
Occupation	Yes	67(36.2)	2.53±0.55	-1.626	3.05±0.61	-2.128	3.81±0.57	-1.868	3.55±2.21	1.099
	No	118(63.8)	2.65±0.36	(.107)	3.20±0.37	(.035)	3.98±0.59	(.063)	3.14±2.89	(.273)
Live with	Alone	19(10.3)	2.62±0.38		3.05 ^b ±0.26		3.50±0.29		2.53 ^b ±2.58	
	Husband or wife	104(56.2)	2.57±0.50	0.544	3.06 ^b ±0.56	6.939	3.41±0.46	0.555	4.21 ^a ±2.35	10.615
	Children	62(33.5)	2.65±0.35	(.582)	3.32 ^a ±0.29	(.001)	3.37±0.51	(.575)	4.27 ^b ±2.52	(.000)
Subjective health status	Healthy	149(80.5)	2.62±0.46	1.183	3.17±0.51	1.294	3.44±0.48	1.696	2.83±2.57	-5.019
	Unhealthy	36(19.5)	2.53±0.38	(.239)	3.05±0.25	(.197)	3.29±0.41	(.092)	5.17±2.18	(.000)
Education	Under middle school	31(16.8)	2.69±0.39		3.14±0.26		3.46±0.39		5.35 ^a ±3.32	
	High school	105(56.8)	2.57±0.41	0.821	3.13±0.34	0.199	3.44±0.47	1.518	3.08 ^b ±2.03	13.928
	University	49(26.5)	2.62±0.54	(.442)	3.18±0.75	(.820)	3.31±0.49	(.222)	2.43 ^b ±2.79	(.000)
Life Satisfaction	Satisfaction	51(27.6)	2.76 ^a ±0.23		3.37 ^a ±0.41		3.61 ^a ±0.31		1.86 ^b ±2.63	
	Usually satisfied	114(61.6)	2.53 ^a ±0.51	5.141	3.03 ^b ±0.50	10.912	3.38 ^a ±0.49	12.649	3.90 ^a ±2.51	11.547
	Dissatisfaction	20(10.8)	2.61 ^a ±0.34	(.007)	3.26 ^{ab} ±0.11	(.000)	3.04 ^b ±0.40	(.000)	3.40 ^b ±2.30	(.000)
Economic status	Low	40(21.6)	2.53±0.41		3.05 ^b ±0.37		3.36±0.53		3.60±1.85	
	Medium	106(57.3)	2.59±0.50	1.783	3.06 ^b ±0.49	13.824	3.43±0.46	0.425	3.10±2.63	0.608
	High	39(21.1)	2.71±0.27	(.171)	3.48 ^a ±0.38	(.000)	3.38±0.42	(.654)	3.46±3.40	(.546)

a>b scheffe test

있다'(M=3.48)가 '어렵다'(M=3.05)와 '보통'(M=3.06)보다 회복탄력성이 높았다(F=13.824, p<.001).

웰다잉 인식에 차이를 보이는 특성은 노후생활 전반적 만족도, 학력이었다. 노후생활의 전반적 만족도는 '만족'(M=3.61)과 '보통'(M=3.38)이 '불만족'(M=3.04)보다 웰다잉 인식 점수가 높았다(F=12.649, p<.001). 학력은 '중졸이하'(M=3.46)와 '고졸'(M=3.44)이 '대졸'(M=3.31)보다 웰다잉 인식 점수가 높았다(F=1.518, p=.222).

우울에 차이를 보이는 특성은 성별, 동거여부, 주관적인 건강상태, 학력, 노후생활의 전반적 만족도이었다. 성별은 여자(M=3.64)가 남자(M=1.89)보다 우울정도가 높았다(t=-4.192, p<.001). 동거여부는 '혼자 산다'(M=2.53)가 '노부부만 산다'(M=4.21)와 '손자, 자녀와 함께 산다'(M=4.27)보다 우울 정도가 높았다(t=-5.019, p<.001). 학력은 '중졸이하'(M=5.35)가 '고졸'(M=3.08)과 '대졸'(M=2.43)보다 우울정도가 높았다(F=13.928, p=.000). 노후생활의 전반적 만족도는 '보통'(M=3.90)과 '불만족'(M=3.40)이 '만족'(M=1.86)보다 우울정도가 높았다(F=11.547, p=.000).

3.4 연구변수간의 상관관계

연구 대상자의 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식과 우울의 관계를 알아보기 위해 피어슨 상관계수를 구한 결과는 Table 4와 같다. 우울은 건강행위(r=-.311, p<.001), 웰다잉 인식(r=-.212, p=.004)과 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강행위가 낮을수록, 웰다잉 인식이 낮을수록 우울정도가 심하다고 할 수 있다. 회복

탄력성은 우울과 뚜렷한 상관이 없는 것으로 나타났다.

3.5 우울에 미치는 영향요인

우울에 영향을 미치는 변인들의 영향력을 분석하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 독립변수는 차이검증결과 우울에 영향을 미치는 것으로 나타난 성별, 동거여부, 건강상태, 학력, 노후생활의 전반적인 만족도, 건강행위, 웰다잉 인식 등 총 7개를 사용하였다.

회귀분석결과 학력, 동거인, 건강상태, 건강행위가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 독립 변수들 간의 다중공선성이 있는지 알아보기 위해 공차한계와 VIF를 구한 결과 공차한계는 모두 0.1이상 높게 나타났으며 VIF는 모두 10이하로 낮게 나타나 독립변수들 간에 다중공선성은 없는 것으로 나타났다. 오차가 정규분포를 따르는지 잔차분석을 실시한 결과 표준화 잔차가 ±3을 넘어서는 경우는 4개가 있었지만, 그 크기가 3.04정도로 크지 않았다. 오차항들 간에 자기상관이 있는지 더빈-왓슨 통계량을 구한결과 1.926으로 2근방의 값으로 나타나 자기상관은 없는 것으로 나타났다. 우울에 가장 큰 영향을 미치는 변인은 건강행위(β=-0.387)이었으며, 다음으로 건강상태(β=-0.325), 웰다잉 인식(β=-0.205), 동거여부(β=-0.204), 성별(β=-0.181) 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 건강행위 점수가 낮을수록 건강상태가 좋지 않을수록 우울 정도가 심하다고 할 수 있다 변인들에 의한 설명력은 44.8%이었다.

Table 4. Correlation among variables

(N=185)

Variables	Health behavior	Resilience	Recognition of well-dying	Depression
Health behavior	1			
Resilience	.593(<.001)	1		
Recognition of well-dying	.333(<.001)	.376(<.001)	1	
Depression	-.311(<.001)	-.059(.422)	-.212(.004)	1

Table 5. Factors influencing on depression

(N=185)

Factors	B	SE	β	t	p	Multicollinearity	
						Tolerance	VIF
(Constant)	27.580	1.347		20.475	.000		
Health behavior	-2.077	0.422	-0.387	-4.294	.000	0.502	1.994
Health status	-1.958	0.486	-0.325	-4.025	.000	0.475	2.103
Recognition of well-dying	-1.097	0.319	-0.205	-3.437	.001	-0.845	1.145
Live with	-1.369	0.407	-0.204	-3.367	.001	0.707	1.183
Sex	-.033	0.012	-0.181	-2.808	.006	0.748	1.337

Durbin-Watson=1.926, F=24.049, p<.001, R²=.488

4. 논의

본 연구는 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식이 노인 만성질환자의 우울에 미치는 영향 정도를 파악하고, 추후 노인 만성질환자의 우울을 감소시킬 수 있도록 도움이 되기 위한 기초자료로서 시도되었다.

현재 한국노인은 10명 중 6명이 만성질환을 갖고 있으면서 기대수명과 건강수명간의 차이가 크게 증가하고 있다. 즉 노년기에 경험하게 되는 노인들의 신체적 장애는 우울이라는 또 다른 정서적 문제를 발생시키면서 마지막에는 극단적인 선택인 자살까지 이어질 수 있기 때문에 더 심각하게 받아들여지고 있다[11,12]. 따라서 노인 만성질환자의 우울에 영향을 미치는 요소를 파악하는 것은 개인, 가족 그리고 더 나아가 사회적으로도 중요한 의미를 갖고 있다.

본 연구에서 노인 만성질환자의 건강행위 점수는 4점 만점에 평균평점 2.60점이며 이러한 연구결과는 선행연구에서 나타난 과반수이상의 점수를 나타낸 연구결과와 같다[4,13]. 이러한 연구결과는 질병의 형태가 급성질환에서 만성질환으로 변화 하면서 노인의 건강행위에 대한 관심이 자연스럽게 행위의 변화로 나타난 것으로 보고 있다[4]. 현재 노인 만성질환자는 점점 늘어나고 심각해질 것으로 예상하고 있다. 따라서 노인의 건강에 대한 관심이 단순히 관심으로 끝나는 것이 아니라 100세 시대를 맞이하여 노인들의 생활 속 행동으로 자연스럽게 실행되어질 수 있도록 체계적이며 지속적인 관리가 필요하다고 사료된다.

노인 만성질환자의 회복탄력성 점수는 5점 만점에 평균평점 3.14점으로 기존의 선행연구와 같이 절반 이상의 점수를 나타내었다[19,28]. 이렇게 노인의 회복탄력성 점수가 과반수이상 높게 나온 원인에 대한 구체적인 연구와 이를 활용하여 노인의 문제점을 중재할 수 있는 프로그램의 개발이 필요하다. 하지만 현재까지 노인을 대상으로 이루어진 회복탄력성 연구는 단순히 개념 설명이나 점수화만 이루어졌으며 회복탄력성과 관련된 요인 파악이나 회복탄력성을 향상시킬 수 있는 다양한 프로그램 개발과 관련된 논문은 아직 부족할 실정으로 추후 지속적으로 관심을 갖고 규명해야 할 것이다. 왜냐하면 기존 선행 연구에서 다양한 연령을 대상으로 시도되었던 회복탄력성은 각 개인의 심리적 영역에서 긍정적으로 작용하였기 때문에 노인 만성질환자에게도 다양한 방향에서 회

복탄력성에 대한 연구가 시도되어 긍정적 방향으로 이끌어갈 수 있도록 해야 한다고 사료되기 때문이다. 본 연구 결과 노인 만성질환자의 회복탄력성은 성별, 직업유무, 동거여부, 노후생활 만족도, 경제 상태에 영향을 받았다. 노인의 회복탄력성과 관련된 연구결과는 직접적으로 비교할 선행연구가 많지 않아 논의에 한계가 있지만 유사한 선행연구에서도 노인의 회복탄력성은 노인의 성별과 관련이 있다하였다[29]. 성별에 따른 회복탄력성의 차이점이 무엇인지 좀 더 연구하고 그 차이점을 찾아 그에 맞는 프로그램의 개발이 무엇보다도 필요하다고 사료된다.

노인 만성질환자의 회복탄력성에 영향을 미치는 또 다른 요인으로는 동거여부와 경제상태이었으며 이러한 결과는 Choi와 Lee[30]의 연구에서 노인의 회복탄력성에 영향을 미치는 요인을 동거 형태와 생활수준으로 본 연구결과와 유사한 경향을 보였다. 현재 우리나라는 여성 독거노인이 증가하고 있으며 오랫동안 경제활동에 참여하지 않았던 여성 독거노인의 경제수준은 매우 낮다고 보고되고 있다[38]. 따라서 노인 만성질환자의 회복탄력성 점수는 추후 더 감소될 수 있기 때문에 새로운 개념으로 떠오르고 있는 회복탄력성에 대해 관심을 갖고 추후 지속적인 연구가 이루어져야 할 필요가 있다고 사료된다.

노인 만성질환자의 웰다잉 인식 점수는 4점 만점에 평균평점 3.41점 이었으며, 이에 영향을 미치는 요인은 노후생활 전반적 만족도와 학력이었다. 같은 도구를 이용하여 연구한 선행연구가 없어 직접적인 비교가 힘들지만 노인이 경험하는 죽음불안은 과거의 삶에 대한 후회로 현재 노후생활의 전반적인 만족도가 낮아지면서 죽음에 대한 불안 정도가 심해진다는 연구결과와 같다고 사료된다[15,20]. 따라서 노인 만성질환자의 현재 노후생활에 대한 만족도 정도를 확인한 후 그 원리적인 측면이 과거에 이루지 못한 일에 대한 후회 등 과거와 연결된 점이 있다면 먼저 과거에 풀지 못했던 점들을 해결하여 현재 삶에 대한 만족도를 높일 수 있는 과거회상 프로그램 등 다양한 프로그램의 간호학적 접근이 필요하다고 사료된다. 즉, 노인 만성질환자의 노후생활 만족도에 영향을 미치는 요인들을 먼저 알아보고 그에 맞는 프로그램 개발이 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 노인 만성질환자의 우울 점수는 15점 만점에 3.29점으로 매우 낮았다. 본 연구에서 노인 만성질환

환자의 우울 점수가 낮은 이유는 선행 연구에서 노인의 우울과 관련 있다고 나타났던 건강행위, 노후생활 만족도, 경제 상태가 높을 뿐 아니라 독거노인보다 가족과 함께 사는 노인이 많기 때문이라고 사료된다. 본 연구결과에서 우울에 영향을 미치는 일반적 특성은 성별, 동거여부, 주관적인 건강상태, 학력, 노후생활의 전반적 만족도이었다. 성별은 여자가 남자보다 우울정도가 높았고 이러한 결과는 선행연구[3,32,33]와 같다. 우리나라 노인여성의 삶의 경험에 있어서 성장기 뿐 아니라 결혼 후에도 가족 내에서 자신의 감정을 표현하지 못하고 타인의 감정에 억눌려 살아오면서 여성 노인의 우울이 증가하고 있다는 연구결과와 일치한다[31,34]. 따라서 상대적으로 우울에 더 많이 노출되어 있는 여성 노인에게 차별화된 우울 예방 및 치료 프로그램 개발이 필요하다고 사료된다. 우울은 동거형태에도 영향을 받아 혼자 사는 노인은 부부가 같이 살거나 손자손녀와 같이 사는 노인에 비해 우울정도가 높았다. 동거형태에 따른 노인의 우울 정도는 선행연구가 많이 이루어졌고 대부분 연구에서 혼자 사는 노인 만성질환자의 우울점수가 높다고 하였다[4,6,10,35,36]. 2013년 통계자료에 의하면, 우리나라의 노인독거가구는 전체 가구의 6.8%이며 2023년에는 10%로 꾸준히 증가할 것으로 전망하고 있다. 또한 전체 독거노인의 85.6%는 여성독거노인으로 남성독거노인에 비해 6배 높다고 보고하였다[38]. 따라서 여성독거노인에 맞는 차별화된 우울 중재 프로그램 개발 필요성이 절실히 요구되고 있다. 개인의 주관적 건강상태가 우울에 영향을 미친다는 연구 결과는 선행연구결과[6,7,15,36,37]와 일치한다. 이는 본인이 지각하는 건강상태가 나쁠수록 신체적 고통 뿐 아니라 정신적 압박 요인이 되면서 노인의 우울증상을 악화시킬 뿐 아니라[5] 만성질환을 경험하고 있는 노인들은 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하면서 우울이 심해해진다는 연구결과를 뒷받침해주고 있다[15]. 따라서 노인 만성질환자는 신체적 고통과 심리적 압박감을 함께 덜어주고 우울증상을 조절하기 위해 의학적 접근 뿐 아니라 지역사회에서의 지속적인 지지 프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

노인 만성질환자는 대부분 병원보다는 지역사회에 많이 거주하고 있지만 실제적으로 지역사회에서는 노인과 관련된 대부분의 사업들이 그들의 신체적 질환에만 초점을 두고 있어 우울관리가 실제적으로는 많이 부족한 실정이다. 따라서 노인 만성질환자의 신체적 증상 뿐 아니

라 심리적 증상까지 간호할 수 있는 프로그램 개발이 필요하다라고 사료된다. 노인 만성질환자의 우울에 영향을 미치는 요인 중 하나인 학력에 대한 연구 결과는 다양하다. 본 연구 결과와 같이 최종 학력이 낮을수록 우울 점수가 높은 연구[24,32,37]도 있고 반대로 고학력일수록 우울점수가 높은 연구도 있다[6,31,35]. 이렇게 학력과 우울에 대한 연구 결과가 상반되게 나타나 일관성을 찾기 어려우므로 추후 반복연구를 실시하여 노인 만성질환자의 우울에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 프로그램을 모색할 필요성이 제기된다. 또한 학력이 우울에 미치는 영향에 주목해야하는 이유 중 하나는 효과적인 우울 중재 프로그램을 마련하기 위해 교육수준에 따른 생애 주기별 삶의 경험과 기회의 차이에 맞는 중재 프로그램이 마련되어야 하기 때문이다.

노후 생활만족도가 우울에 영향을 미친다는 본 연구 결과는 선행연구결과[15,35]와 일치한다. 따라서 노인 만성질환자의 우울을 관리하기 위해서는 그들의 생활에서 경험하는 여러 상황들을 고려하여 각자의 생활만족도를 높일 수 있는 다양한 프로그램의 개발이 모색되어야 한다.

본 연구 변수간의 상관관계를 분석한 결과 우울은 건강행위, 웰다잉 인식과 부적 상관을 나타내었다. 이는 노인 만성질환자의 우울, 건강행위과 웰다잉 인식이 서로 밀접한 연관이 있음을 보고한 여러 선행 연구결과와 일치한다[15,20,27]. 이러한 연구결과로 미루어 보면 노인 만성질환자의 우울을 관리하기 위해서는 현재의 신체적 건강상태를 위한 건강행위 중진 뿐 아니라 막연하게 느껴지는 미래의 죽음에 대한 올바른 인식을 심어주는 것이 필요하다. 즉 노인의 우울은 단순히 현재의 문제 뿐 아니라 미래에 직면하게 될 죽음까지 광범위하게 관리할 수 있는 통합적인 프로그램의 개발과 시행이 절실히 필요하다고 사료된다. 현재 지역사회에서는 취약인구를 위한 여러 사업들이 진행되고 있지만 노인과 관련된 대부분의 사업들이 심뇌혈관 질환, 치매 및 신체적 질병과 그 기능 상실에 초점을 맞추고 있다. 즉 우울은 유병율의 증가와 심각성에 비해 많이 부족한 실정이다. 따라서 지역사회에서 증가하고 있는 노인 만성질환자의 우울을 관리하기 위해서는 만성질환자의 우울관리에 맞는 특성화된 사업을 활성화 시킬 뿐 아니라 그에 맞는 프로그램 개발이 선행되어야 한다.

본 연구에서 노인 만성질환자의 우울에 영향을 미치

는 요인을 탐색하고자 다중회귀분석을 실시한 결과 우울에 가장 큰 영향을 미치는 변인은 건강행위($\beta=-.387$)이었으며 다음으로는 주관적 건강상태($\beta=-.325$), 웰다잉 인식($\beta=-.205$), 동거여부($\beta=-.204$), 성별($\beta=-.181$) 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 건강행위 점수가 낮을수록 건강상태가 좋지 않을수록, 웰다잉 인식이 낮을수록, 독거노인 그리고 여성일수록 우울 정도가 심각하다고 할 수 있으며 이러한 변인들에 의한 설명력은 44.8%이었다. 이러한 연구 결과를 통해 노인의 우울은 단순히 심리적인 것 뿐 아니라 신체적 증상까지 무시할 수 없다는 것을 알 수 있다. 또한 노인 만성질환자의 우울은 단순히 현재의 신체적 상태에 대한 불안이나 부족으로 인해 야기되는 것뿐 아니라 현실적으로 느껴지는 죽음에 대한 불안 때문에 우울이 더 심각해질 수 있다. 이러한 점을 해결하기 위해서는 현재 신체적 증상 조절뿐 아니라 죽음에 대하여 늘 준비하고 받아들여 줄 수 있는 현실적인 교육이 같이 병행되어야 할 필요가 있다. 이러한 신체적 정신적 요인 뿐 아니라 동거형태도 노인의 우울을 증가시킬 수 있는데 특히 독거노인의 증가로 인해 노인 만성질환자의 우울은 더 증가할 수 있다. 따라서 노인 만성질환자의 우울 관련 교육은 개개인으로 접근하는 것이 아니라 자조 모임이나 소그룹으로 접근하여 지속적으로 연계를 가지고 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 이러한 자조 그룹을 만들 때 일반적 특성에서 반드시 고려해야 할 것은 성별에 따른 차이를 인지해야 한다는 것이다. 지역사회에서 여성 독거노인이 증가하고 있어 먼저 그들에 대해서 적극적인 정책적 개입이 필요하다는 것을 인식해야 할 뿐 아니라 자신의 감정이나 과거의 억누른 삶들에 의해서 표현이 더딘 여성 노인들의 특성을 충분히 고려하여 맞춤형 프로그램 개발이 필요하다고 사료된다.

5. 결론

본 연구는 건강행위, 회복탄력성, 웰다잉 인식이 노인 만성질환자의 우울에 미치는 영향 정도를 파악하고, 추후 노인 만성질환자의 우울을 감소시킬 수 있는 간호중재 전략 수립에 도움이 되기 위한 기초자료로서 시도되었다.

본 연구 결과 노인 만성질환자의 건강행위, 회복탄력

성, 웰다잉 인식은 중간 이상 수준으로 파악되었으며 우울 점수는 낮았다. 노인 만성질환자의 우울은 건강행위, 웰다잉 인식과 부적 상관관계를 나타냈다. 또한 우울 정도에 영향을 미치는 요인으로는 건강행위, 건강상태, 웰다잉 인식, 동거여부, 성별 순으로 나타났다. 이상의 연구 결과를 토대로 살펴보면 노인의 우울은 건강행위, 웰다잉 인식, 건강행위, 건강상태, 동거여부, 성별 등 단순히 한 가지 측면이 아닌 신체, 정신적, 성별 등 여러 복합적인 원인에 의해서 야기될 수 있는 문제이기 때문에 신체적 영역과 함께 심리적 영역 뿐 아니라 성별에 차이까지 고려한 차별화된 프로그램 개발이 우선적으로 필요하다고 사료된다.

본 연구의 제한점은 J도에서 거주하고 있는 노인 중 만성질환자를 대상으로 편의표집 하였으므로 연구의 결과를 일반화하는데 신중을 기할 필요가 있다. 따라서 추후 지역을 확대하고 표집수를 늘려서 반복 연구 및 질환별로 나누어 비교 연구를 하는 것을 제언하고 이러한 연구 결과를 토대로 노인 만성질환자의 우울을 중재할 수 있는 프로그램을 개발하여 효과를 검증하는 것을 제언한다.

References

- [1] Korea National Statistical Office. 2014. The elderly persons statistics. <http://www.kostat.go.kr/wsearch/search.jsp>.
- [2] Korea Institute for Health and Social Affairs. 2014. Patient sample survey. <https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/kihasa/news/press/view.jsp?ano=5763>.
- [3] Y. J. Kim, "The effects of an education program on the knowledge of medication and prevention of depression in the elderly with chronic disease at local community", *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.22, No.4, pp.399-408. 2011.
- [4] H. S. Jeong, O. S. Kim, "Anxiety, Depression and Health Behavior of Elderly with Chronic Disease", *Nursing Science*, Vol.25, No.2, pp.35-46. 2013.
- [5] M. S. Lee, "Chronic Disease Symptoms and the Effects of Social Networks in Korean Elderly Population", *Korean Association of Health and Medical Sociology*, Vol.27, No.6, pp.5-30, 2010.
- [6] E. G. Yun, "Mediation Effect of Coping Style on the Relationship between Depression and the Quality of Life in the Elderly", *Korean Journal of Clinical Social Work*, Vol.9, No.1, pp.43-61, 2012.
- [7] M. S. Lee, "Chronic Disease Symptoms and the Effects of Social Networks in Korean Elderly Population", *Korean Association of Health and Medical Sociology*, Vol.27, No.6, pp.5-30, 2010.

- [8] S. S. Moussavi, E. Chatterju, A. Verdes., et al, "Depression, Chronic Disease, and Decrements in Health : Results from the World Health Surveys", *Lancet*, Vol.370, pp.851-858, 2007.
- [9] M. T. Niti., E. H. Ng., R. C. Kua., et al, "Depression and Chronic medical Illness in Asian Older Adults : the Role of Subjective Health and Functional Status", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.22, pp.1087-1094, 2007.
- [10] S. Y. Wong., H. S. Woo., J. Lynn, et al, "Risk of Depression in Patient with Chronic Respiratory Disease : Results from Two Large Cohort studies in Chinese Elderly from Hong Kong", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.21, pp.233-238, 2006.
- [11] R. A. Scchoevers., A. T. Beekman, D. J. Deeg., et al, "The natural history of late-life depression results from the amsterdam study of elderly(AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*", Vol.74, No.1, pp.5-14, 2003. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00060-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00060-5)
- [12] J. H. Seo., H. S. Ryu, "Relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior in the elderly", *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, Vol.21, No.2, pp.169-177. 2010.
- [13] H. J. Choi, J. H. Yoo, "The Effect of Depression and Self-efficacy on Health Promotion Behavior among the Elderly Living Alone in Rural Area", *Journal of East-West Nursing Research*, Vol.17, No.2, pp.149-155, 2011.
- [14] D. O. Kim, S. N. Yun, "An exploratory study of factors associated with the health behavior of working elderly with chronic disease", *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol.23, No.4, pp.395-404, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/kachn.2012.23.4.395>
- [15] K. E. Park., M. H. Kwon., Y. E. Kwon, "Correlation among Depression, Death Anxiety and Quality of Life of Aged Women", *Journal of Korea Public Health Nursing*, Vol.27, No.3, pp.527-538, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2013.27.3.527>
- [16] H. L. Seo., Y. K. Jun., H. N. Kim, "The Effects of Physical Disease on Elderly Depression and Moderate effects of the Self-Care Performance", *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.61, pp.57-84, 2013.
- [17] S. Y. No, "The analysis of resilience as predictive variable of exercise behavior movement of the elderly", *Journal of exercise rehabilitation*, Vol.8, No.1, pp.37-48, 2012.
- [18] H. Y. Lee, "The Mediative Effect of Resilience in Relationship between the Leisure Activities Participation and Well-being of the Korean Elderly", *Journal of exercise rehabilitation*, Vol. 8, No.2, pp.3-17. 2012.
- [19] J. S. Park., Y. K. Park., S. H. Jeong., et al, "Influence of Resilience and Depression on Suicidal Ideation in Elderly", *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.34, No.2, pp.247-258, 2014.
- [20] K. E. Chang., "The effects of ego integrity on death anxiety of the elderly: focusing on the mediating effect of depression", *Korean Journal of Human Ecology*, Vol.20, No.5, pp.917-926, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5934/KJHE.2011.20.5.917>
- [21] Y. H. Choi., S. Y. Kim, "Development of health behavior assessment tool of the Korean elders", *Journal of Korean Academic Nursing*, Vol.27, No.3, pp.601-613, 2001.
- [22] W. Y. Shin., M. A. Choi., J. H. Kim, "The effects of the three resilience factors on problematic online games uses. *Cyber communication Academic Society*", *Cyber communication Academic Society*, Vol.26, No.3, pp.43-81, 2009.
- [23] C. E. Schwartz., K. Major., J. Rogers., et al, "Validation of a new measure of concept of a good death", *Journal of Palliative Medicine*, Vol.6, No.4, pp.575-584, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/109662103768253687>
- [24] H. S. Jeong, "Recognition towards good death among physicians and nurses in an area", Unpublished master's thesis, Catholic University, 2009.
- [25] J. A. Yessavage., T. L. Brink., T. L. Rose., et al, "Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report", *Journal of Psydiatric Research*, Vol.17, No.1, pp.37-49, 1983.
- [26] B. S. Kee, "A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-korea version", *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.35, No.2, pp.298-307, 1996.
- [27] S. N. Kim., S. B. Lee, "Spiritual Well-Being, Social Support, Life Satisfaction and Depression in the Community Dwelling Elderly", *Journal of East-West Nursing Research*, Vol.19, No.2, pp.186-195, 2013.
- [28] H. J. Kim, "Effects of Group Arts Therapy on the Resilience with Older Women of Resident", *The Korean Journal of Arts Therapy*, Vol.1, pp.255-275, 2014.
- [29] S. Y. Lee., C. Ahn, "Effect of Leisure Sports Participation on the Successful Aging of Elderly : Analysis of the Intermediation Effect of Resilience", *The Korean Journal of Physical Education*, Vol.49, No.4, pp.325-337, 2010.
- [30] M. R. Choi., Y. C. Lee, "The Leisure Sports participation, Life stress, Depression and Buffering Effect of Resilience Among the Elderly", *The Korean Journal of Physical Education*, Vol.5, No.1, pp.75-90, 2012.
- [31] E. R. Lee., J. H. Kang., J. P. Jung, "Factors Influencing the Depression of Aged People", *The Korean Contents Association*, Vol.13, No.7, pp.290-300, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.07.290>
- [32] S. K. Kang., K. C. Boo, "Predictors of Elderly Depression Using the Anderson Model", *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.49, pp.7-30, 2010.
- [33] J. M. Kim., J. A. Lee, "Depression and Health status in the Elderly", *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.30, No4, pp.1311-1327, 2010.
- [34] S. H. Lee., Y. H. Kim, "Influencing family on an economic decision-making for the elderhood preparation: focused on willingness to consider applying for reverse mortgage of the older living in mortgage of the older living in metropolitan areas", *Korean Family Resource Management Association*, Vol.15, No.4, pp.167-188, 2011.
- [35] Y. D. Jo., E. G. Yun, "The Impact of Interpersonal

Empowerment on the Depression and Life satisfaction of the Elderly”, Journal of Welfare for the Aged, Vol.51, pp.58-90, 2011.

- [36] E. R. Lee., J. H. Kang., J. P. Jung, “Factors Influencing the Depression of Aged People”, The Korean Contents Association, Vol.13, No.7, pp.290-300, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.07.290>
- [37] H. J. Choi., J. H. Yoo, “The Effect of Depression and Self-efficacy on Health Promotion Behavior among the Elderly Living Alone in Rural Area”, Journal of East-West Nursing Research, Vol.17, No.2, pp. 149-155, 2011.
- [38] Statistics Korea. Korean Statistical Information Service. 2013. Available from:
<http://kosis.kr/statisticsList>.

정은영(Eun-Young Jung)

[정회원]



- 2003년 2월 : 고려대학교 간호학과 (간호학 석사)
- 2013년 2월 : 고려대학교 간호학과 (간호학 박사)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 청암대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

지역사회간호, 보건의료와 간호정책

공정현(Jeong-Hyeon Kong)

[정회원]



- 2012년 2월 : 경상대학교 간호대학 간호학과 (간호학석사)
- 2015년 2월 : 경상대학교 간호대학 간호학과 (간호학박사)
- 2014년 9월 ~ 현재 : 한국국제대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

스트레스, 심리적 외상

홍현화(Hyon-Hwa Kong)

[정회원]



- 2009년 2월 : 경상대학교 일반 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 2014년 8월 : 경상대학교 일반 대학원 간호학과 (간호학박사 수료)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 경남대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

노인 간호, 지역사회간호