

도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울간의 관계

최 연 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 전체 국민의 3.2%, 노인의 10.1%가 국민 기초생활보장수급자로 빈곤층의 비율이 높으며, 또한 최저 생계비의 120%에 못 미치는 차상위계층은 국민 기초생활보장수급자의 4.5배에 달할 정도로 급격히 증가하였다(Korea Health Industry Development Institute, 2004). 차상위계층 세대 중 대도시 지역의 노인가구의 47%가 3개월 이상 지역보험료를 체납해 보험급여가 중단된 상태에 놓여져 있다(Ministry of Health and Welfare, 2004). 결국 상당수의 차상위계층 노인은 건강보험에서도 배제되어 최소한의 건강보장에서 제외되어 있는 실정이다. 민간의료기관이 전체 보건의료기관의 90% 이상인 우리나라에서 공공부분이 주도하지 않는다면, 도시 취약계층은 경제적 어려움과 건강문제를 동시에 감당해야 하는 어려움 속에서 좌절할 수 밖에 없다. 보건복지부는 도시 취약계층의 경제적 어려움으로 인한 의료기관에 대한 접근성 문제 해결을 위한 방안 등으로 2003년 전국 14개 보건소에서 대도시방문보건사업을 시범 실시하게 되었다. 보건소 대도시 방문보건 사업의 초점 대상은 관할지역에 거주하는 국민기초생활수급권자와 차상위 대상자로 이러한 취약계층은 국가가 건강을 보장해야 할 집단으로 국가보건사업의 효율성과 형평성을 확보하는데 그 중요성을 두고 있다.

빈곤과 고령화는 보건의료 접근성을 낮추는 등 분명한 건강상 위험요인이며, 그 위험요인에 노출된 도시 취약계층 노인은 그렇지 않은 집단에 비해 우울이 높고, 삶의 질이 떨어지는 취약적 특성을 보인다(Leon, Kark & Jacobs, 1994). 노인의 우울은 만성질환과 더불어 가장 흔히 나타날 수 있는 공통적 증후군의 하나로서 최근 대도시의 건강검진센터를 방문한 65세 이상 일반노인의 30% 정도가 우울 성향을 나타냈으며 특히, 도시 취약계층 노인에서의 우울증의 유병율은 60% 정도로 매우 높은 실정이다(Ko et al., 2002). 특히 노인의 우울은 정신건강에 중요한 요소로서 일상생활활동 및 기능장애, 자살의 위험과 사망률 증가와 같은 심각한 결과를 초래하므로 노인의 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 노인의 우울은 건강증진행위를 감소시키고(Kennedy, Kelman & Thoman, 1991) 자아존중감의 저하를 초래하는 정신사회적 건강상태와 유의한 관계가 있다는 결과(Lee, 1996)는 우울이 노인의 건강행위에 영향을 미치는 요인이 될 수 있음을 보여주는 것이다. 그러나 노인 우울의 원인적 요인으로서 정신사회적 스트레스의 역할은 아직 명확히 밝혀지지 않고 있다. 노인은 연령의 증가와 더불어 원하지 않는 은퇴와 배우자, 친구, 친지의 죽음 등 뿐만 아니라 다른 사람에게 영향을 미치는 능력과 타인으로부터 받는 관심과 애정이 감소되어 사회적 인정을 받을 기회가 급격히 줄어들게 되므로 결국 자아존중감이 감소된다고 볼 수 있다(Ferruci, Eijk, & Guralnik, 1999).

* 대구한의대학교 간호학과(교신저자 E-mail: yeonhee@dhu.ac.kr)

자아존중감은 환경 및 주변 상황과 관련되어 자아존중감이 낮은 노인은 질병에 걸리기 쉬우며(Brown, Andrews, Bifulco, & Veiel, 1990), 주변 환경을 조절하는 능력에 대한 신념의 감소를 초래함으로써 노인의 정신사회적 건강상태인 우울에 영향을 미친다. 아직까지 건강증진생활양식과 자아존중감간의 직접적 관계를 조사한 연구는 별로 없으나 Duffy(1988)는 자아존중감 수준이 높은 사람은 낮은 수준의 사람보다 건강증진행위와 관련된 생활습관 변화에 더 적극적인 태도를 보였으며, 이러한 결과는 노인의 건강증진행위는 자아존중감의 지지적 요인일 수 있음을 반영하고 있다. 이와 같이 노인이 지각하는 자아존중감이 건강증진행위를 유지하기 위한 대응자원의 하나로서 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 유익한 변수임을 감안할 때, 자아존중감은 노인의 성공적인 노화과정을 설명하고 이해하는데 매우 중요한 요인으로 볼 수 있다.

지금까지 노인과 관련된 선행연구는 노인의 우울과 사회적 지지, 생활 만족도와 삶의 질, 고독감과 자아존중감, 건강증진행위 등을 중심으로 광범위하게 연구(Brown et al., 1990; Sim & Park, 2002) 되었으나 노인의 우울의 위험요인으로서 건강증진행위와 자아존중감의 역할을 규명한 경험적 연구는 극소수이며 매우 미약한 실정이다. 더구나 의료 사각지역에 있는 도시 취약계층 노인들은 경제적 사회 환경 자원의 부족으로 보건의료서비스의 접근성이 빈약하기 때문에 어떤 노인계층보다도 건강행위 결과의 영향이 크고 질병에 취약할 수 있다. 따라서 도시 취약 노인의 건강한 삶과 삶의 질을 증진시킬 수 있는 건강관리 전략이 우선 요구되며 특히 방문보건사업의 초점대상인 도시 취약계층 노인의 우울관리는 매우 필요한 과제라고 할 수 있다.

그러므로 본 연구에서는 건강증진행위와 자아존중감이 도시 취약계층 노인의 우울과 어떤 관계가 있는지를 규명함으로써 앞으로 도시 취약계층 노인의 우울을 관리할 수 있는 효율적인 방문보건사업 전략의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구문제

- 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울은 어느 정도인가?
- 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울은 인구사회학적 계 특성에 따라 차이가 있는가?

- 도시 취약계층 노인의 건강증진행위와 자아존중감은 우울과 어떠한 관계가 있는가?
- 도시 취약계층 노인의 우울에 가장 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울간의 관계를 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구 대상

본 연구대상은 D시 D구 소재 10개동에 거주하고 있는 국민기초생활수급자와 건강보험료 납부금이 하위 10%이하던 가구 중 관할 동사무소 사회복지담당자가 파악한 차상위계층 중 방문보건서비스가 필요하다고 의뢰된 대상자 중 65세 이상의 노인이었다. 연구대상자는 의사소통이 가능하고 연구의 목적을 이해하고 연구의 참여를 동의한 185명이었다.

3. 연구도구

1) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 도구(Health-promoting Lifestyle Profile : HPLP)를 우리나라 노인 대상자에게 적합하도록 수정하여 사용하였다. 건강증진행위는 6개의 하위개념 즉, 자아실현 11문항, 운동과 영양 12문항, 건강책임 10문항, 대인관계지지 7문항 및 스트레스 관리 7문항 등으로 총 47문항으로 구성되었다. 이 도구는 Likert식 5점 척도로서 점수가 높을 수록 건강증진행위의 실천 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 건강증진행위 문항은 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

2) 자아존중감

자아존중감은 Rosenberg(1965)의 자아존중감 척도를 전병재(1974)가 번역한 것으로 우리나라 노인 대상자에게 적합하도록 노인간호 관련 전문가 2명의 자문을

받아 10문항으로 수정 보완하였다. 이 측정도구는 5개의 긍정문항과 5개의 부정문항으로 구성되었고, Likert식 5점 척도로서 점수가 높을 수록 자아존중감이 높을 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다.

3) 우울

Yesavage 등(1982)이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale) 단축형을 Ki(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인우울척도 단축형으로 고안된 도구를 이용하였다. 이는 노인을 대상으로 조사하기가 용이하고 비교적 짧은 시간 안에 실시가 가능한 검사로서, 대상자가 '예/아니오'로 응답하는 양분척도로서 15문항으로 이루어져 있다. 각 문항당 0점 또는 1점을 부여하였으며, 총점은 0점~15점까지이다. Yesavage 등(1982)은 GDS의 총점에 따라 10점 이상을 우울 상태로 간주하였으며, 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

4. 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 2004년 7월 10일부터 9월 10일 까지 8주 동안 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다. 연구대상자가 노인이므로 설문조사방법 및 절차의 일관성을 위하여 자료수집 프로토콜을 마련하고 연구조원 5명을 대상으로 자료수집 전 설문조사 방법 및 절차에 대하여 사전교육을 실시하였다. 그 후 연구조원이 노인을 직접 방문하여 노인들이 이해하기 쉽도록 설문지의 문항을 읽어주는 개별적 면담을 통해 조사하였다. 자료수집에 소요된 시간은 약 30정도이었으며, 총 200부를 조사하였으나 회수된 설문지의 항목 누락이 많거나 자료가 불충분한 15부를 제외하여 185부가 최종 자료 분석에 사용되었다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산통계 처리하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 도시 취약계층 노인의 인구학적 특성은 빈도와 백분율을 구하였다.
- 2) 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울 정도는 평균과 표준편차를 구하였다.

- 3) 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울과의 상관관계는 Pearson Correlation으로 분석하였다.
- 4) 도시 취약계층 노인의 인구학적 제 특성에 따른 건강증진행위, 자아존중감과 우울의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, 사후검정으로는 Duncan's multiple-range test를 실시하였다.
- 5) 도시 취약계층 노인의 우울에 영향을 주는 예측요인은 단계별 중다회귀분석(Stepwise Multiple Regression)으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 성별은 남자가 77명(41.6%) 여자가 108명(58.4%)이었고, 연령별 분포는 65세에서 89세로 평균 연령 73.48세였으며, 75세 미만인 노년전기 노인은 60.5%로 과반수를 차지하였고, 75세 이상인 노년후기 노인은 39.5%이었다. 교육정도는 초등학교 73.0%로 가장 많았고, 그 다음은 중졸이하가 20.0%이었다. 종교는 불교가 49.2%로 가장 많았고, 그 다음이 기독교로 22.9%를 차지하였다. 가족동거유형에서 배우자와 함께 생활하는 노인 41.6%로 가장 많았고, 그 다음은 자녀나 친척과 함께 생활하는 노인 31.9% 그리고 독거노인 26.5% 순이었다. 월수입은 30만원 미만이 74.1%로 대부분 경제적으로 빈곤한 상태이었다. 여가활동은 TV를 보면서 시간을 보내는 노인이 30.3%로 가장 많았고, 그 다음은 건강증진을 위한 운동을 하고 있는 노인으로 29.2%이었다(Table 2).

2. 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울 정도

노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울의 정도를 측정한 결과는 <Table 1>과 같다. 노인의 건강증진행위의

<Table 1> Descriptive statistics for variables
(n=185)

Variables	Mean	SD	Obtained range
HPB*	2.04	0.78	1- 5
Self-esteem	2.58	1.23	1- 5
Depression	11.86	5.50	0-15

* HPB: Health-promoting Behaviors

수준은 최소 1에서 최고 5점의 범위로 평균 2.04점, 자아존중감의 정도는 최소 1에서 최고 5점의 범위로 평균 2.58점, 우울 정도는 최소 0에서 최고 15점의 범위로 평균 11.86점이었다.

3. 인구학적 제 특성에 따른 건강증진행위, 자아존중감, 우울의 차이

노인의 인구학적 제 특성에 따른 건강증진행위, 자아존중감 및 우울의 차이를 살펴보면 <Table 2>와 같다.

노인의 건강증진행위 정도는 연령($t=-0.52$, $p=0.030$), 여가활동($F=2.19$, $p=0.013$)에서만 유의한 차이가 있었고 성별, 종교, 교육 수준, 동거유형 및 월수

입에서는 차이가 나타나지 않았다. Duncan검사 결과에서 대상자의 75세 이하인 노년전기의 노인이거나 건강증진을 위한 운동을 꾸준히 하는 노인일수록 건강증진행위 능력이 높게 나타났다.

노인의 자아존중감 정도는 교육수준($F=2.89$, $p=0.024$), 동거유형($F=0.23$, $p=0.000$) 및 여가활동($F=0.76$, $p=0.035$)에서 유의한 차이가 있었고 성별, 연령, 종교 및 월수입에서는 차이가 나타나지 않았다. Duncan검사 결과에서 교육수준이 높고 배우자와 함께 생활하는 노인에서 자아존중감이 높았고, 교육수준이 낮고 집에서 누워서 지내지는 독거노인에서 자아존중감이 낮게 나타났다.

노인의 우울정도는 동거유형($F=4.51$, $p=0.012$)과

<Table 2> Variables in accordance with the subjects' socio-demographic characteristics (n=185)

Variables	N(%)	HPB			Self-esteem			Depression		
		M(SD)	t or F(p)	Duncan	M(SD)	t or F(p)	Duncan	M(SD)	t or F(p)	Duncan
Gender										
Male	77(41.6)	2.07(1.46)	0.22(.908)		2.60(1.34)	0.44(.664)		12.08(4.56)	0.58(.578)	
Female	108(58.4)	2.65(1.09)			2.55(1.95)			11.70(4.46)		
Age(year)										
75)	112(60.5)	2.09(1.02)	-0.52(.030)		2.87(1.31)	0.23(.818)		11.41(4.30)	-1.70(.092)	
75≤	73(39.5)	1.85(1.29)			2.56(1.63)			12.55(4.73)		
Educational level										
No formal	47(25.4)	2.31(1.72)	1.19(.361)		2.19(1.50)	2.89(.024)	B	13.19(4.84)	1.57(.184)	
Ele.school	88(47.6)	2.12(1.54)			2.87(1.30)		B	11.63(4.26)		
Middle school	37(20.0)	1.22(1.28)			2.84(1.70)		B	11.13(4.26)		
High school	13(7.0)	1.82(2.95)			2.99(1.96)		A	10.63(5.08)		
Religion										
None	35(18.9)	2.71(2.71)	0.34(.915)		2.71(1.59)	1.18(.323)		12.48(4.69)	0.68(.600)	
Protestant	42(22.9)	2.61(2.88)			2.95(1.16)			12.28(4.05)		
Catholic	15(8.1)	1.33(2.91)			2.20(1.67)			10.80(3.68)		
Buddhism	91(49.2)	2.36(1.92)			2.93(2.14)			11.55(4.69)		
Others	2(1.1)	1.50(1.68)			1.80(1.07)			14.00(8.48)		
Family with living										
Alone	49(26.5)	2.93(1.84)	1.48(.253)		2.37(1.28)	0.23(.000)	B	13.20(4.83)	4.51(.012)	B
Spouse	77(41.6)	2.59(1.89)			2.19(1.03)		B	10.81(4.32)		A
Children/relatives	59(31.9)	1.45(1.16)			3.65(2.58)		A	12.10(4.16)		B
Monthly pocket money (10,000won)										
<10	40(21.6)	1.43(1.93)	0.89(.399)		2.71(2.23)	0.66(.577)		12.82(4.67)	1.49(.217)	
10~20	46(24.9)	2.78(1.96)			2.85(1.70)			12.16(4.29)		
20~30	51(27.6)	2.14(2.81)			2.48(2.50)			11.75(4.50)		
>30	48(25.9)	2.00(1.67)			2.20(2.45)			10.73(4.52)		
Leisure activity										
Living in the bed	35(18.9)	1.37(1.62)	2.19(.013)	B	2.10(2.57)	0.76(.035)	A	14.47(4.89)	7.91(.000)	A
Watching TV	56(30.3)	1.13(1.59)		B	2.60(2.21)		B	12.23(4.24)		B
Excersing	54(29.2)	2.89(1.86)		A	2.89(2.20)		B	10.56(4.17)		B
Other activity	40(21.6)	2.33(1.86)		B	2.60(2.69)		B	10.68(3.78)		B

여가활동($F=7.91, p=0.000$)에서 유의한 차이가 있었고 성별과 연령, 종교, 교육수준 및 월수입에서는 차이가 나타나지 않았다. Duncan검사 결과에서 대상자의 자녀나 친척들과 함께 생활하고 바깥활동을 하는 노인에서 우울이 낮았고, 집에서 누워 지내는 독거노인에서 우울이 높게 나타났다.

4. 노인의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울간의 관계

노인의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다.

(Table 3)에서 보는 바와 같이 건강증진행위와 우울은 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않았으나 자아존중감과 우울간의 관계는 $r=-0.21(p=.007)$ 로 부적 상관관계를 나타내고, 건강증진행위와 자아존중감간 관계는 $r=0.38(p=.001)$ 로 정적 상관관계를 나타냈다. 즉, 자아존중감 정도가 높을수록 우울 정도가 낮게 나타났고, 건강증진행위의 수준이 높을수록 자아존중감 정도가 높게 나타났다.

(Table 3) Correlations among the HPB, self-esteem, and depression($n=185$)

Variables	Depression r(p)	HPB r(p)
HPB	-0.19 (.602)	
Self-esteem	-0.21 (.007)	0.38 (.001)

5. 노인의 우울에 영향을 주는 예측요인

노인의 우울에 영향을 주는 예측요인을 파악하기 위하여 인구학적 제 특성 중 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 동거유형과 여가활동 변수들과 건강증진행위와 자아존중감을 중심으로 단계별 중다회귀분석으로 얻어진 결과는 (Table 4)와 같다. 동거유형에서는 독거노인을 0, 부부동거노인과 자녀 및 친척동거노인을 1로 부호화하였고, 여가활동에서는 집에서 누워되거나 TV 보는 것을 즐겨하는 노인을 0, 운동하거나 바깥활동에 참여하는 노

(Table 4) Stepwise multiple regression analysis on the depression($n=185$)

Variables	β	R^2	F	P
Self-esteem	0.173	0.292	63.293	0.000
Leisure-activity	0.274	0.384	29.126	0.000
Family with living	0.128	0.411	21.101	0.000

인을 1로 부호화하였다.

노인의 우울에 영향을 주는 가장 중요한 예측요인은 자아존중감으로 우울을 29.2% 설명할 수 있는 것으로 나타났고, 그 다음 여가활동과 가족동거유형이 유의한 변수로 포함되어 노인의 우울을 41.1% 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

2003년도부터 대도시 방문보건사업을 실시하는 보건소는 방문보건사업의 특정 초점 목표집단으로 국민기초생활수급권가구와 차상위계층 가구의 65세 이상 의료취약계층인 노인을 우선 사업의 대상으로 하였다. 따라서 본 연구에서는 국민기초생활수급권가구와 차상위계층 가구의 65세 이상 도시 취약계층 노인들의 보건학적 특성을 파악하기 위해 대상자의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울간의 관계를 규명하였다.

본 연구에서 대상자의 건강증진행위의 평균점수는 2.04점(5점 만점)이며 인구학적 특성 중 연령과 여가활동에서 유의한 차이가 있었다. 본 연구와 동일한 측정도구를 이용한 Song(1997)의 연구에서 도시 재가 일반노인의 건강증진행위 평균은 2.63점(4점 만점)이었고, Choi(2004)의 연구에서 농촌지역 독거노인의 건강증진행위 평균은 2.43점(5점 만점)이었다. 본 연구대상자인 도시 취약계층의 노인은 선행연구 결과보다 매우 낮은 건강증진행위의 평균점수를 보였다. 이는 도시 취약계층 노인인구는 공공보건조직에서 시행하는 예방사업이나 보건교육사업을 충분히 제공받지 못할 뿐만 아니라 경제적 빈곤, 만성 퇴행성질환의 보유, 사회적 소외감의 증가 등으로 노인 스스로 건강위해행위를 감소시킬 수 있는 환경적 여건이 매우 열악한 실정에 놓여 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 노인의 자아존중감 정도는 평균 2.58점(5점 만점)이었으며, 인구학적 제 특성 중 교육수준, 동거유형 및 여가활동에서 유의한 차이가 있었다. 이 같은 결과는 배우자가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 여가활동에 적극적일수록 자아존중감의 정도가 더 높았다는 선행 연구결과(Park, 1999)와 일치하고 있으나 Kim(1999)의 연구에서 일 도시지역 재가 노인을 대상으로 측정한 자아존중감 점수 3.04점보다 낮았다. 이는 도시 취약계층 노인은 도시지역에 거주하고 있는 일반 노인보다 사회경제적 상태가 매우 취약하고 사회와 가족들로부터의 고립으로 인한 무력감과 같은 정서적인 문제를 초

래하기 때문인 것으로 사료된다. 특히 배우자와 함께 생활하고 있는 경우 자아존중감이 높게 나타난 결과는 노인에게서 배우자는 중요한 사회적 지지 자원이므로 노년기 적응에 영향을 미치는 중요한 요인임을 시사하고 있다. 또한 본 연구에서 집에서 누워 지내는 노인일수록 자아존중감이 낮다는 결과는 Choi(2004)의 연구에서 사회활동에 참여하고 있는 노인이 사회활동에 참여하지 않은 노인보다 자아존중감이 더 높았다는 결과와 일치하였다. 인생후기에 형성되는 기능적 자아존중감은 타인과의 상호작용에서 형성된다는 Cronch(1983)의 주장과 같이 노인의 자아존중감을 향상하기 위해서는 사회 속에서 다양한 상호작용을 가지도록 지지와 격려를 해야 한다.

본 연구에서 노인의 우울정도는 총15점 중 11.86점으로 우울측정도구개발자가 제안한 우울 성향점 10점을 기준(Yesavage 등, 1982)으로 할 때 대상자의 68%가 우울성향을 나타내었으며, 인구학적 제 특성 중 동거유형과 여가활동에서 유의한 차이가 있었다. Park(1999)의 연구에서 건강검진센터를 내원한 노인을 중심으로 단축형 노인우울척도로 측정된 우울 점수가 15점 중 10점 이상이 50.9%로 과반수 이상이 우울 성향을 있음을 보고하였고, No의 연구(1998)에서도 도시지역 재가 일반 노인을 대상으로 우울을 조사한 결과 45%를 나타낸 결과보다 본 연구대상자의 우울이 더 높았다. 이렇듯 도시 취약계층 노인집단에서 우울정도가 우려할 정도이어서 정서적 건강상태에 있어 도시 취약계층의 노인의 중요한 정서 문제로 대두되고 있다. 특히 도시 취약계층 노인의 우울을 예방하고 치료할 수 있는 보다 적극적인 대처방안으로 정신적 건강을 도모함은 삶의 질을 높이는 데 기본적인 전제가 된다고 생각한다. 또한 자녀, 친구 및 이웃과의 접촉이 적을수록 우울 정도가 높았고, 노인정이나 복지회관의 노인관련 프로그램의 참여 횟수가 많을수록 우울정도가 낮다고 보고한 선행연구 결과(Choi, 2004)와 일치하고 있다. 따라서 노인의 우울은 자녀나 가족의 지지체계와 사회적 활동이 우울을 감소시킬 수 있는 중요한 요인임을 시사하고 있다. 노인은 대체로 신체적인 건강에 관심이 많고 정신건강에 대해서는 무관심하고 인식정도가 낮아 방치하게 되는데 도시 취약계층의 노인에게 계속되는 우울증은 자가 간호능력을 저하시키고 건강행위를 감소시켜 신체적 건강까지도 위협할 수 있으므로 이들에 대한 이해와 선별 및 치료가 필요하다고 하겠다.

본 연구에서 자아존중감과 우울간의 관계는($r = -0.21$)로 부적 상관관계를 나타내고, 건강증진행위과 자

아존중감간 관계는($r = 0.38$)로 정적 상관관계를 나타냈다. 이는 노인생활에서 자아존중감이 우울 감소의 잠재 요인이며 자아존중감이 높을수록 우울정도가 낮고 삶의 만족도는 높다고 보고한 선행연구 결과(Brown et al., 1990; Choi, 2004)와 일치하고 있다. 그러나 본 연구에서 건강증진행위는 자아존중감과 유의한 관계가 있었지만 우울과는 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다. Leon 등(1994)은 우울은 한 개인의 삶의 질에 부정적인 영향을 끼쳐서 우울 정도가 높은 사람은 자신의 삶에 대해 덜 만족하는 경향이 있다고 보고하여 본 연구결과와 일치하였다. 따라서 노인의 우울에 미치는 요인들을 보면 자아존중감이 높은 노인은 우울이 낮아 자신의 삶에 만족한다고 보고하여(Jung, 1995) 노인들의 자아존중감이 삶의 만족에서 개인의 정신 건강을 결정짓는 중요한 요소임을 알 수 있다.

본 연구에서 노인의 우울에 영향을 미치는 가장 중요한 예측요인은 자아존중감이었고, 그 다음은 여가활동과 동거유형이 포함되어 노인의 우울을 41.1% 설명할 수 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인을 대상으로 한 연구에서 Ferruci 등(1999)은 노인의 우울에 영향을 미치는 가장 중요한 변수는 자아존중감과 삶에 대한 만족도로 22% 설명이 가능하였다고 한 결과와 일치하며, Leon, Kark & Jacobs (1994)은 노인의 삶의 질과 우울증상, 자아존중감과의 관계를 다중회귀분석한 결과, 자아존중감은 우울을 예측할 수 있다고 보고하였다. Duffy(1988)는 미국 텍사스 주 남부 지방에 거주하는 497명의 65세 이상의 노인을 대상으로 연구한 결과, 자아존중감이 높은 노인들은 건강증진행위를 잘 실천하고 우울증상이 가벼운 것으로 보고되었다. 현상학적 관점에서 볼 때 자아존중감은 자아개념의 평가적인 부분이자 성격변수로서 사회적 행동의 근거가 되어 이 변수 중에서 인정과 자존에 대한 욕구는 인간행동의 자극원이라 하였다(Taft, 1985). 긍정적인 자아존중감은 인간의 행복과 효과적 기능을 발휘하는데 필수적인 것으로 자아존중감이 높은 사람은 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고 이러한 관심은 바람직한 건강행위를 실천하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 표현한다고 했다(Brown et al., 1990). Cronch(1983)는 노인으로서 높은 만족감을 느끼기 위해서는 긍정적인 자기상을 지녀야 한다고 하여 자아존중감의 고양은 노후 적응의 중요한 문제라고 지적하였다. 도시 노인의 사회참여에 관한 최근의 조사결과(Daegu City, 2004)에 의하면, 교양강좌나 노인대학과

같은 지적 학습 활동에 대한 노인의 참여도는 3.8%의 낮은 수준에 불과하나, 친목회나 계와 같은 사교적 모임에는 16.5%, 노인정이나 노인회관 등의 노인모임에는 23.4%의 노인이 자주 또는 가끔 참여하고 있다. 이러한 일련의 갤럽조사 결과는 우리나라 노인의 여가활동 참여도가 매우 낮다는 사실을 단적으로 말해주고 있다. 현실적으로 우리나라 노인의 경제적 어려움으로 노인의 개인적으로나 사회적으로 상당히 제한적일 수밖에 없는 점이라는 것을 고려하면 현재 실시 중인 노인복지서비스의 여가활동 프로그램의 확대실시와 접근성을 높이기 위한 대책이 다각도로 강구되어야 함을 알 수 있다. 따라서 노인들의 적극적인 여가활동 등의 사회적 지지 중재는 신체적인 노화에 따른 제한을 극복하게 하는 완충적인 의미를 가질 수 있으며 또한 우울정도를 낮추는데 기여할 것으로 사료된다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 도시 취약계층의 노인은 건강증진행위와 자아존중감이 낮으며, 우울 정도는 높았다. 이러한 우울에 영향을 미치는 주요 변수는 자아존중감, 여가활동 및 가족동거유형으로 나타났다. 따라서 도시 취약계층 노인의 우울을 효율적으로 관리하기 위해서는 가족동거유형을 고려하여 노인의 자아존중감을 고취시킬 수 있는 방문보건서비스와 여가활동 프로그램 개발이 필요하며, 그 효과에 대한 추후 연구가 요구된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감 및 우울간의 관계를 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다. 본 연구대상은 D시 D구 소재 10개동에 거주하고 있는 국민기초생활수급자와 건강보험료 납부금이 하위 10%이하인 가구 중 관할 동사무소 사회복지담당자가 파악한 차상위계층 중 방문보건서비스가 필요하다고 의뢰된 대상자 중 65세 이상 185명이었다. 연구도구는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 도구(Health-promoting Lifestyle Profile : HPLP), Rosenberg의 자아존중감 척도(Rosenberg, 1965), Yesavage 등이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale) 단축형 우울척도(Yesavage et al., 1982)를 사용하였다. 수집된 자료는 SAS를 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, Pearson Correlation, t-test와 ANOVA, Duncan's multiple-range test, Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 노인의 건강증진행위 정도는 평균 2.04점이었으며, 인구학적 제 특성 중 연령($t=-0.52$, $p=0.030$), 여가활동($F=2.19$, $p=0.013$)에서 유의한 차이가 있었다.
2. 노인의 자아존중감 정도는 평균 2.58점이었으며, 인구학적 제 특성 중 교육수준($F=2.89$, $p=0.024$), 동거유형($F=0.23$, $p=0.000$)과 여가활동($F=0.76$, $p=0.035$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
3. 노인의 우울 정도는 평균 11.86점이었으며, 인구학적 제 특성 중 동거유형($F=4.51$, $p=0.012$)과 여가활동($F=7.91$, $p=0.000$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
4. 노인의 자아존중감과 우울간의 관계는($r=-0.21$, $p=.007$)로 부적 상관관계를 나타내고, 건강증진행위와 자아존중감간 관계는 ($r=0.38$, $p=.001$)로 정적 상관관계를 나타냈다. 그러나 건강증진행위는 우울과는 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.
5. 노인의 우울에 영향을 주는 가장 중요한 예측요인은 자아존중감이었고, 그 다음은 여가활동과 동거유형이 포함되어 노인의 우울을 41.1% 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 바탕으로 도시 취약계층 노인의 가족동거유형에 따른 우울의 정도를 비교분석하고 도시 취약계층의 환경적 특성을 고려하여 노인에 적합한 방문보건서비스 프로그램 개발 및 적용할 것을 제언한다.

References

- Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A., & Veiel, H. (1990). Self-esteem and depression: measurement issues and prediction of onset. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25, 200-209.
- Choi, Y. H. (2004). The correlation study on health-promoting behavior and life satisfaction of the elderly in urban area. *J of Korean Soc for Health Educ and Promotion* 21(2), 87-100.
- Cronch, M. A. (1983). Enhancement of self-esteem through the life span. *Family and*

- Comm Health*, 6(2), 11-28.
- Daegu City (2004). *2004 Survey on Health related Practices of elderly in Daegu*.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in middle women. *Nurs Res* 37(6), 358-362.
- Ferruci, L., Eijk, J. T., & Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations or epidemiologic studies of the elderly. *Am J Pub Health*, 89(9), 1346-1352.
- Jeon, B. J. (1974). Self-esteem : A test of its measurability. *The Yeonse J, Yeonse University*, 11, 107-129.
- Jung, B. J. (1995). *A comparative study of self-esteem, life satisfaction and health status in the urban and rural elderly*. Unpublished masters' thesis, Graduate School of Education, Catholic University.
- Kennedy, D. J., Kelman, H. R., & Thoman, C. (1991). Persistence of depressive symptoms in later life. *Am J psychiatry*, 148(2), 174-178.
- Ki, B. S. (1996). The pilot study of short form of a geriatric depression screening scale of Korean style. *Psychosom Med*, 35(2), 298-307.
- Kim, Y. H. (1999). *The effect of group recreational nursing therapy on life satisfaction of the elderly*. Doctoral Dissertation, Graduate School of Seoul National University.
- Ko, L. S., et al. (2002). Evaluation of government assisted visiting nursing services of health center in 2000. *J Korean Acad Nurs*, 32(3), 344-354.
- Korea Health Industry Development Institute. (2004). *2003 The evaluation of home health care*.
- Lee, Y. S. (1996). *A study ADL and depression of the rural elderly*. Doctoral Dissertation, Graduate School of Kyungpook National University.
- Leon, C. F., Kark, S. V., & Jacobs, S. (1994). A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychol Med*, 24(5), 613-624.
- Ministry of Health and Welfare (2004). *2004 Guideline of elderly health service*.
- Park, S. Y. (1999). The relationship among family support, powerless and depression in the elderly patient. *J of Adult Nurs*, 11(3), 425-435.
- No, K. H. (1998). A study of factors influencing depression in a community-dwelling elderly. *J of Korean Comm Nurs*, 9(1), 104-116.
- Sim, M. K., & Park, J. M. (2002). A comparative study of social support, depression, and life satisfaction in the urban and rural elderly. *J of Korean Comm Nurs*, 13(4), 689-698.
- Song, Y. S., Lee, M. L., & An, E. K. (1997). A study on health promoting life profile in the elderly. *Korean Acad of Nurs*, 27(3), 541-559.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton University Press.
- Taft, L. G. (1985). Self-esteem in later stage: A nursing perspective. *Advanced in Nurs Sci*, 8(1), 79.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psychiatr Res* 83, 290-299.

- Abstract -

The Relations among Health-promoting Behaviors, Self-esteem and Depression in the Vulnerable Elderly of Urban Areas

*Choi, Yeon Hee**

Purpose: This study was to identify the relations among health-promoting behaviors, self-esteem and depression in the vulnerable elderly in an urban community. **Method:** The subjects were 185 vulnerable elderly adults aged over 65 in D city, who were selected through convenience sampling. Data were collected by a questionnaire survey. The tools used in this study are the HPLP developed by Walker(1987), the Self-esteem Scale developed by Rosenberg (1965), and the Geriatric Depression Scale developed by Yesavage & Brink(1983). Collected data were analyzed with the SAS program using descriptive statistics, Pearson's correlation

coefficient, t-test, ANOVA, Duncan's multiple-range test and stepwise multiple regression. **Result:** Self-esteem and depression was in a negative correlation with each other ($r=-0.21$), but no significant correlation was observed between HPB and depression. HPB and self-esteem were in a positive correlation with each other ($r=0.38$). The most powerful predictor of depression was self-esteem and, next, leisure activity and the type of family living together. The three factors accounted for 41.1% of the variance in depression in the vulnerable elderly. **Conclusion:** These results suggest that self-esteem, leisure activity, and the type of family living together can be potential risk factors for old age depression. These findings may give useful information for developing visiting nursing service programs focused on depression in the vulnerable elderly.

Key words : Health-promoting behaviors,
Self-esteem, Depression,
The vulnerable elderly

* Department of Nursing, Daegu Haany University