

노인의 스트레스, 우울 및 건강위험 행위에 관한 연구

김애정* · 김옥수** · 백성희*** · 장종화**** · 김정희*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라는 2000년에 이미 고령화 사회에 진입하여 2007년 65세 이상 노인 인구는 전체인구의 9.9%로 2005년 8.7%, 1995년 5.9%와 비교하여 지속적으로 증가하고 있으며 2018년에는 14.3%로 고령사회에 진입하여, 2026년에는 20.8%가 되어 초고령 사회에 도달할 것으로 전망된다(Korea National Statistical Office, 2005).

노인인구의 증가와 함께 노인의 우울에 대한 관심도 증가되고 있는데, 노인기의 우울은 만성적인 질병과 인지적 손상에 영향을 미치고, 고통과 가정 파괴 및 장애의 원인이 되며 질병을 악화시키고 사망률을 높인다(Alexopoulos, 2005). 우울한 노인은 우울하지 않은 노인보다 일상생활 능력과 삶의 질이 낮은 것으로 보고되고 있다(Mynatt, 2004; Wada et al., 2005).

지역사회 노인을 대상으로 한 최근의 연구에 따르면, 노인에서의 우울 증상의 유병율은 13.3%이며(Yoon, Lee, Son, & Oh, 2002), 병원을 찾는 노인환자 중 56%가 우울 성향을 갖는 것으로 보고되고 있다(Kim et al., 2004). 노인의 우울은 간과할 수 없는 건강 문

제임에도 불구하고 건강 전문가들에게 주의 깊게 인식되지 않으며 잘 관리되지 않고 있다(Bephage, 2005; Kim et al., 2004).

우울을 예측하는 주요한 요인은 사회적 스트레스이며, 감소되고 부족한 수입 등의 만성적인 재정적인 문제라고 보고되고 있다(Chiriboga, Black, Aranda, & Markides, 2002; Lee, Lee, Lim, Hwang, & Park, 2004). 우울은 흡연을 시작하게 하는 요인이 될 수 있으며(Patton et al., 1998), 대상자가 우울과 같은 부정적인 감정을 경험하게 되면 심리적인 안정을 얻기 위해 음주나 흡연을 하는 경향이 있다. 음주는 우울하고 슬플 때, 스트레스가 쌓이고 외로운 느낌이 들 때 등과 같은 부정적인 정서와 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있다(Albright, 1999; Moscato et al., 1997).

노인의 음주와 흡연에 대해서는 한국사회에서는 비교적 다른 연령층에 비해 관대한 경향이 있어(Kim & Baik, 2004) 건강관리 전문가조차도 노인의 건강위험행위에 대해 적극적으로 대처하지 못하고 있는 실정이다. 한국의 남성 노인을 대상으로 한 흡연과 음주에 대한 연구에서 흡연율은 47.0%, 음주율은 65.2%였고 특히 음주에서는 28.7%가 과다 음주자로 나타나(Kim & Baik, 2004) 노인기의 건강위험행위가 심각한 것을 알 수 있다.

* 여주대학 간호과 부교수(교신저자 E-mail: elegance753@hanmail.net).

** 이화여자대학교 간호과학대학 교수.

*** 수원여자대학 간호과 전임강사.

**** 한서대학교 치위생학과 조교수.

***** 우석대학교 간호학과 전임강사.

투고일: 2007년 7월 12일 심사완료일: 2007년 9월 11일

한국노인을 대상으로 흡연, 음주와 같은 건강위험행위가 우울, 스트레스와의 관계를 규명한 연구는 많지 않아 노인의 건강위험행위를 조절하기 위한 근거자료가 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서 노년기의 흡연, 음주와 우울 및 스트레스와의 관련성을 조사하여 노년기의 건강문제인 건강위험행위의 실제적인 중재가 될 수 있는 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 스트레스, 우울과 건강위험행위를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 건강위험행위의 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 스트레스, 우울 및 건강위험행위와의 상관관계를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 스트레스

스트레스란 개인의 안녕을 위협하고 개인이 가진 자원에 부담이 되거나 그 한계를 초과하는 것으로 평가되는 상황(Lazarus & Folkman, 1984)으로 본 연구에서는 한국판 BEPSI(Brief Encounter Psychosocial Index)(Yim et al., 1996)로 측정된 값을 의미한다.

2) 우울

우울이란 정상적인 기분변화에서 병적인 상태에 이르는 근심, 침울감, 무기력감 및 무가치감을 나타내는 상태(Battle, 1978)로, 본 연구에서는 Radloff(1977)가 개발하고 Chon과 Rhee(1992)가 번안한 한국판 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression) Scale로 측정된 값을 의미한다.

3) 건강위험 행위

건강위험행위는 건강에 위협이나 해를 주는 행위로 흡연, 상해, 음주, 약물사용, 성행위, 식이와 신체활동 등이 포함된다(Centers for Disease Control and Prevention, 1998). 본 연구에서는 음주와 흡연을 건강위험 행위로 보고 이를 측정하였다.

(1) 음주

음주는 지난 한 달 동안 한 번이라도 술을 마신 적이 있는 것을 의미한다. 음주빈도는 지난 한 달 동안의 평균 음주 일 수를 의미하며, 1회 음주량은 1회 음주 시 평균적으로 마시는 술의 잔 수를 말한다. 한 달 총 음주량인 Q-F(Quantity-frequency) Index는 음주빈도와 1회 음주량을 곱한 값으로 지난 한 달 동안 마신 술의 총 잔 수(unit)를 나타낸다(Cahalan, Roizen, & Room, 1976).

(2) 흡연

흡연은 현재 담배를 피우고 있는 것을 의미하며 흡연량은 지난 한달 동안 피운 담배의 한 달 평균 갑(pack) 수를 의미한다(Kabat & Wyner, 1987).

II. 연구 내용 및 방법

1. 연구 대상

경기도 수원시에 소재하는 노인복지센터 2개를 선정하여 훈련된 조사원 5인이 방문하여 시설관계자에게 협조를 구한 후, 만 65세 이상 노인 238명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 개별면담을 실시하였다. 표본수의 결정은 유의 수준 α 는 .05, power는 .80, effect size는 medium으로 검정력 분석 후 산출된 표집수를 기준으로 하였으며 본 연구에 필요한 대상자는 최소 95명이었다(Bio Stat, 2000).

2. 연구 도구

1) 스트레스

Frank와 Zyznaski(1988)가 개발한 BEPSI를 Yim 등(1996)이 수정, 번안하여 타당도 검증을 한 한국판 BEPSI를 사용하였다. 대상자들은 지난 한 달간의 생활에 대한 감정 상태를 반영하는 문항에 응답하도록 하였으며 '전혀 없다'는 1점, '언제나 항상'은 5점으로 점수를 합산하여 응답한 항목수로 나누었다. 가능한 점수는 1점에서 5점이며 점수가 높을수록 스트레스가 높은 것을 의미한다. Yim 등(1996)의 연구에서 Cronbach's α 는 .80이었으며 본 연구의 Cronbach's α 는 .75로 나타났다.

2) 우울

Radloff(1977)가 개발하고 Chon과 Rhee(1992)가 번

안한 20문항의 한국판 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression)를 사용하였다. 대상자들은 지난 한 달 동안 1주일을 기준으로 어떻게 느꼈는지에 대해 '거의 드물게(0점)', '때로(1점)', '상당히(2점)', '대부분(3점)'으로 응답을 하도록 하였으며 긍정적인 감정을 측정하는 문항은 역으로 점수화하였다. 가능한 총점은 0-60으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것이며 16점 이상은 우울의 가능성이 있는 것을 의미한다. 따라서 본 연구에서는 16점미만을 정상군, 16점 이상을 우울군으로 구분하였다. Chon과 Rhee(1992)의 연구에서 Cronbach's α 는 .89이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .89이었다.

3) 건강위험행위 도구

(1) 음주

음주빈도는 지난 한 달 동안의 평균 음주 일 수를 의미하며, 1회 음주량은 1회 음주 시 평균적으로 마시는 술의 잔 수를 말한다. 총 음주량인 Q-F Index는 음주빈도와 1회 음주량을 곱한 값으로 지난 한 달 동안 마신 술의 총 잔 수를 나타낸다(Cahalan et al., 1976). Q-F Index는 가벼운 음주자(1~12잔), 보통 음주자(13~52잔), 과다 음주자(53잔 이상) 등 3가지 Q-F category로 구분하였다(Clapp & Segars, 1993). 음주량 측정 시 맥주 1캔, 포도주 1잔, 소주나 양주 1잔(소주잔) 등이 함유하고 있는 알코올 양은 14gm으로 거의 동일하므로 각 1단위(unit)로 고려하였다(Clapp & Segars, 1993).

(2) 흡연

대상자가 최근 1개월 이내에 담배를 피웠는지 조사하였으며 흡연양은 흡연자들의 자가 보고를 토대로 지난 한 달 동안 피운 담배의 평균 갑수를 측정하였다(Kabat & Wynder, 1987). 본 연구에서 현재 흡연자는 최근 1개월 이내에 흡연을 한 자이며 과거 흡연자는 과거에는 흡연을 하였으나 조사 당시를 기준으로 1개월 이전부터는 흡연을 하지 않은 자, 비흡연자는 흡연 경험이 없는 자를 의미한다.

3. 자료 수집 방법

자료수집기간은 2003년 9월 14일부터 9월 23일까지였으며 연구 참여에 동의하는 65세 이상 노인 238명을 대상으로 연구자가 구조화된 설문지로 면담을 통해 자료

수집을 하였다. 본 연구의 목적을 설명한 후 참여에 동의하지 않을 경우 언제든지 철회할 수 있으며 모든 내용은 익명으로 처리됨을 설명하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.0을 사용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 스트레스, 우울과 건강위험행위를 분석하기 위해 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 건강위험행위의 정도를 알아보기 위해 t-test, ANOVA를 구하였으며 사후검정으로 Scheffé를 사용하였다.
- 3) 대상자의 스트레스, 우울 및 건강위험행위와의 관계를 알아보기 위해 Pearson correlation coefficients를 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 대상자의 평균 나이는 73.51세이며, 70대가 58%로 가장 많았고 성별은 여성이 68.5%, 남성은 31.5%이었다. 교육수준은 초등학교 졸업이 45.8%로 가장 많았고, 종교는 기독교가 29.4%, 불교가 33.2%이었다. 동거가족 중 배우자와 사는 경우가 23.9%, 자녀와 함께 사는 경우가 34.0%, 독거노인이 15.2%로 나타났다. 경제 수준은 중간이라고 응답한 경우가 82.5%로 가장 많았다. 대상자의 40.3%가 자신의 건강이 좋다고 하였으며 18.1%가 건강이 좋지 않다고 응답하였다.

2. 스트레스, 우울 및 건강위험행위

대상자의 스트레스, 우울 및 건강위험행위는 <Table 2>, <Table 3>과 같다. 스트레스는 평균 2.21점으로 Yim 등(1996)의 기준에 따르면 중등도의 스트레스를 받고 있는 것으로 나타났다. 우울은 평균 21.81점으로 대상자의 67.2%가 우울증세가 있는 것으로 나타났다. 음주를 하고 있는 경우가 36.1%이었으며 과다 음주자가 17.4%, 가벼운 음주자는 45.3%로 나타났다. 현재 흡

<Table 1> General Characteristics of Subjects
(N=238)

Variable	Category	Frequency	%
Age (year)	65~69	65	27.5
	70~74	78	32.8
	75~79	60	25.2
	≥80	35	14.7
Gender	Male	75	31.5
	Female	165	68.5
Education	None	36	15.1
	Elementary school	109	45.8
	Middle school	40	16.8
	≥ high school	40	16.8
Religion	Protestant	70	29.4
	Buddhism	79	33.2
	Catholic	27	11.3
	Others	62	26.1
Living arrangement	Living with spouse	57	23.9
	Living with children	81	34.0
	Living with spouse and adult children	54	22.7
	Living alone	37	15.2
	Living with others	9	3.8
Economic status	High	19	8.0
	Middle	197	82.5
	Low	12	5.0
	No response	10	4.2
Perceived health	Good	96	40.3
	Fair	99	41.6
	Poor	43	18.1

연자는 18.9%, 현재는 흡연하지 않지만 과거에 흡연한 대상자는 18.9%이었으며 비흡연자는 55.9%이었다. 흡연자의 흡연량은 한 달에 12.17갑을 피우고 있었다.

3. 일반적 특성에 따른 건강위험행위와의 관계

대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 스트레스의 정도는 <Table 4>와 같다.

남성노인이 여성노인에 비해 음주($t=3.303$, $p=.002$)와 흡연($t=3.531$, $p=.001$)을 많이 하고 있는 것으로 나타났다. 종교가 있는 대상자가 없는 대상자보다 흡연($F=3.557$, $p=.022$)을 적게 하는 것으로 나타났다. 주관적 건강상태에 따라 음주의 정도($F=7.647$, $p=.001$)가 차이가 있어 건강이 나쁘다고 인식하는 대상자가 건강이 좋거나 보통이라고 생각하는 대상자보다 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났다.

4. 일반적 특성에 따른 스트레스, 우울의 정도

대상자의 경제적 상태와 주관적 건강 상태에 따라 스트레스와 우울의 정도가 차이가 있는 것으로 나타났다 <Table 5>. 경제수준이 낮다고 생각하는 대상자가 높다고 생각하는 대상자보다 스트레스($F=4.123$, $p=.007$)와 우울($F=3.344$, $p=.020$) 정도가 높은 것으로 나타

<Table 2> Health Risk Behaviors of Subjects

(N=238)

Variable	Category	Frequency	Percent
Alcohol drinking	Yes	86	36.1
	No	152	63.9
Drinking (days/month)		2.61 ± 5.23	
Drinker (per once)		1.49 ± 3.08	
QF Index		31.91 ± 49.96	
QF category (n=86)	Light drinker	39	45.3
	Moderate drinker	32	37.2
	Excessive drinker	15	17.4
Smoking experience	Ex-smoker	45	18.9
	Present smoker	45	18.9
	Non-smoker	133	55.9
	No response	15	6.3
Cigarette consumption	Pack/month	12.17 ± 10.04	

<Table 3> Depression and Stress of Subjects

(N=238)

Variable	M ± SD or n(%)	Obtained range	Possible range
Stress	2.21 ± .60	1.00 ~ 4.60	1 ~ 5
Depression	21.81 ± 9.41	2 ~ 50	0 ~ 60
	Depressed	160 (67.2%)	
	Not depressed	56 (23.5%)	

났다. 또한 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 대상자가 보통이거나 좋다고 인식하는 대상자보다 스트레스 (F=17.847, p=.000)와 우울(F=33.547, p=.000)의 정도가 높은 것으로 나타났다. 성별, 연령, 교육수준, 동

〈Table 4〉 Health Risk Behaviors According to the General Characteristics

Variable	Category	Cigarette consumption (n=45)				QF Index (n=86)				
		n(%)	M±SD	t or F	p	n(%)	M±SD	t or F	p	
Age (year)	65-69	9(20.0)	15.33±10.58	.392	.760	31(36.1)	27.92±42.24	.713	.547	
	70-74	18(40.0)	11.45±10.35			21(24.4)	36.60±48.91			
	75-79	11(24.4)	12.00± 8.62			23(26.7)	38.64±68.47			
	≥80	7(15.6)	10.34±11.85			11(12.8)	15.81±15.00			
Gender	Male	31(68.9)	11.21± 2.01	3.303	.002	45(52.3)	48.35±63.23	3.531	.001	
	Female	14(31.1)	3.84± .99			41(47.7)	13.86±16.37			
Education	None	4(8.9)	5.20± 4.81	2.535	.070	9(10.8)	13.75±18.35	.526	.666	
	Elementary school	19(42.2)	10.44± 8.75			41(49.4)	34.59±58.95			
	Middle school	10(22.2)	13.00± 8.06			16(19.3)	30.53±37.73			
	≥ high school	11(24.4)	18.18±13.15			17(20.5)	38.86±52.40			
	No response	1(2.2)								
Religion	Protestant	9(20.0)	5.60± 3.79	3.557	.022	17(19.8)	16.29±17.86	1.662	.182	
	Buddhism	9(20.0)	10.88± 7.28			33(37.4)	30.56±60.64			
	Catholic	5(11.1)	9.33± 9.33			8(9.3)	17.84±30.21			
	Others	22(48.9)	16.66±11.33			28(32.6)	47.00±51.22			
Living arrangement	Living with spouse	13(26.7)	12.76± 9.23	.575	.682	27(31.4)	37.14±59.85	1.417	.236	
	Living with adult children	11(24.4)	9.67± 7.79			25(29.1)	13.97±16.66			
	Living with spouse and adult children	14(31.1)	12.85±10.27			22(25.6)	45.15±55.37			
	Living alone	6(13.3)	15.93±15.90			9(10.5)	39.02±64.95			
	Living with others	2(4.4)	6.00± 2.87			3(3.5)	15.83±13.76			
Economic status	High	7(15.6)	14.28±11.22	.475	.625	7(8.1)	17.03±12.85	2.585	.059	
	Middle	34(75.6)	11.37± 9.43			71(82.6)	28.83±45.96			
	Low	4(8.9)	15.50±14.82			7(8.1)	79.67±86.56			
Perceived health	Good ^a	15(33.3)	11.97±10.87	.010	.990	29(20)	22.28±37.27	7.647	.001	
	Fair ^b	17(37.8)	12.44± 9.69			42(20)	23.34±29.50			a<c
	Poor ^c	13(28.9)	12.03±10.29			15(20)	74.51±86.42			b<c

〈Table 5〉 Stress and Depression According to General Characteristics

(N=238)

Variable	Category	Stress			Depression		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
Age (year)	65-69	2.18±.52	1.027	.381	20.93± 8.44	.990	.398
	70-74	2.13±.69			22.57± 9.66		
	75-79	2.00±.55			20.78± 8.37		
	≥80	2.06±.62			23.68±.11.93		
Gender	Male	2.07±.68	-.456	.649	21.69±10.35	-.132	.895
	Female	2.11±.57			21.87± 8.97		
Education	None	2.36±.72	-.456	.649	24.68± 9.91	3.232	.212
	Elementary school	2.01±.58			21.00± 9.82		
	Middle school	2.16±.54			23.11± 9.05		
	≥ high school	2.06±.60			21.28± 7.89		
Religion	Protestant	2.18±.59	1.247	.294	22.09± 9.41	.456	.713
	Buddhism	2.03±.53			21.26± 8.88		
	Catholic	1.97±.63			20.52± 9.22		
	Others	2.14±.68			22.77±10.22		

<Table 5 continued>

(N=238)

Variable	Category	Stress			Depression		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
Living arrangement	Living with spouse	2.11±.69	.353	.842	20.28± 9.39	1.474	.211
	Living with adult children	2.08±.49			22.88± 8.48		
	Living with spouse and adult children	2.05±.57			20.12± 9.07		
	Living alone	2.16±.98			24.12±11.44		
	Living with others	2.26±.98			22.15± 9.59		
Economic status	High ^a	1.80±.35	4.123	.007	16.77± 6.22	3.344	.020
	Middle ^b	2.10±.58		a<c	21.95± 9.20		a<c
	Low ^c	2.56±.98			27.58±13.46		
	No response ^d	2.00±.60			21.25± 8.34		
Perceived health	Good ^a	1.88±.53	17.847	.000	17.07± 7.45	33.547	.000
	Moderate ^b	2.13±.50		a<b<c	22.72± 7.70		a<b<c
	Poor ^c	2.50±.74			30.07±10.84		

<Table 6> Relationships of Depression, Stress and Health-risk Behavior

(N=238)

	Depression	Stress	Cigarette consumption
	r(p)	r(p)	r(p)
QF Index	.353(.001)	.180(.100)	.275(.141)
Cigarette consumption	.173(.273)	.182(.242)	
Stress	.662(.000)		

거가족에 따른 우울과 스트레스는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

5. 스트레스, 우울 및 건강위험행위와의 관계

대상자의 스트레스, 우울 및 건강위험행위와의 관계는 <Table 6>과 같다.

스트레스와 우울(r=.662, p=.000)은 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 음주량과 우울(r=.353, p=.001)은 유의한 상관관계가 것으로 나타났으나 약한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 흡연은 음주, 우울 및 스트레스와는 상관이 없는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구 대상자의 스트레스의 정도는 평균 2.21점(남자 2.07점, 여자 2.11점)으로 Yim 등(1996)의 기준에 의해 중등도의 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 동일한 스트레스 척도인 BEPSI를 사용하여 측정한 Kim 등(2004)의 연구결과에서 보고된 남자 노인 1.61, 여자 노인 1.7보다 높게 나타났다. 대상자의 67.2%가 우울 증상이 있으며, 대상자의 우울 정도는 평균 21.81로 나

타났다. 우울 증상은 Kim 등(2004)의 연구결과인 56%보다 더 높으며, 우울의 정도는 Kim, Yang과 Kim(2005)에서 17.39, 여자 노인 16.41보다 더 높게 나타나 본 연구 대상자의 우울과 스트레스는 타 연구 결과보다 높은 것으로 나타났다.

본 연구대상자가 타 연구대상자보다 스트레스와 우울의 정도가 높은 것은 대상자의 경제 상태와도 관련이 있다고 할 수 있다. 몇몇 연구에서 노인의 우울에 영향을 주는 주요한 요인으로 경제적 상태와 월소득으로 보고하고 있다(Kim, Whang, & Hong, 2003; Lee et al., 2004). Kim 등(2003)의 연구에서도 생활수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 좋지 않다고 느낄수록, 스트레스를 많이 느낄수록 우울증상을 가질 위험성이 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 경제적 상태에 따라 스트레스와 우울의 정도가 차이가 있는 것으로 나타났으므로, 이는 노인의 경제상태가 낮을수록 적극적인 건강관리가 어려워 건강상태 인식도도 낮을 것으로 여겨진다. 대부분의 노인은 고정적인 수입원이 충분하지 않을 수 있고, 경제적 어려움이 있을 경우 적극적인 건강관리를 하기 어려우므로, 건강상태에 대한 인식이 낮을 수 있어, 이로 인해 스트레스와 우울을 경험할 것으로 사료된다. 따라서 노인의

건강문제를 접근하고자 할 때는 경제적 문제와 건강 문제를 중재할 수 있는 접근법을 동시에 고려하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

본 연구에서 스트레스와 우울은 주관적 건강 상태에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태와 우울증과의 관련성은 Lee와 Lee(2002)의 연구와 Kim 등(2003)의 연구에서 보고 되었으며 본 연구 결과와도 일치하였다. 따라서 노인이 느끼는 주관적인 건강상태는 스트레스와 우울과 같은 심리적인 건강상태와 밀접한 관계가 있다고 할 수 있다.

본 연구에서는 스트레스를 많이 받을수록 우울하며, 우울할수록 음주량이 많은 것으로 나타났다. 이는 노인을 대상으로 한 Graham과 Schmidt(1999)의 연구와 여성을 대상으로 한 Kim(1999)의 연구결과와 일치한다. 스트레스가 높을수록 우울하며, 우울의 정도가 높은 노인의 경우 음주를 할 수 있는 경향이 있으므로, 건강 위험행위중의 하나인 음주의 문제를 접근할 때 스트레스와 우울의 정도를 사정하여야 할 것으로 사료된다. 따라서 음주량이 많은 노인들은 우울의 정도를 사정해볼 필요가 있으며 금주와 우울에 대한 간호중재를 동시에 고려해야 할 것이다. 본 연구에서 흡연은 스트레스와 우울과는 상관이 없는 것으로 나타나, 흡연이 우울 증상의 심각성과 관련이 없는 것으로 보고된 연구(Williams & Adams-Campbell, 2000)와 일치된 결과를 보였다. 본 연구 결과는 연구 대상자의 흡연 및 음주의 표본수가 적으므로 일반적으로 확대 해석할 때는 표본수를 감안하여 해석할 필요가 있을 것으로 사료된다.

노인의 스트레스와 우울과 관련 있는 요인으로는 경제적 상태와 주관적 건강인식으로 나타났으며, 스트레스가 많을수록 우울하며, 우울할수록 음주 경향을 보인다고 할 수 있다. 노인의 경우 경제적 상태가 낮고 건강문제가 있을수록 우울하고 스트레스를 많이 받으며, 이에 대한 대처로 흡연보다는 음주를 선택할 수 있는 것으로 추정할 수 있다. 따라서 노인의 건강문제를 접근하고자 할 때 기본적인 재정 상태와 건강상태에 대한 사정이 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인의 스트레스, 우울 및 건강위험행위와의 관련성을 조사하기 위하여 2003년 9월 14일부터 9월 23일까지 경기도에 소재하는

노인복지센터를 방문하는 노인 238명을 대상으로 하였다. 본 연구 대상자의 67.2%가 우울증세가 있었으며, 중등도의 스트레스를 받고 있었으며 과다 음주를 하는 경우는 17.4%였으며, 18.9%가 현재 흡연을 하고 있었다. 남성노인이 여성노인에 비해 음주와 흡연을 더 많이 하며, 종교가 없는 노인이 흡연을 더 많이 하였다. 주관적 건강상태에 따라 스트레스와 우울의 정도 그리고 음주량의 차이가 있는 것으로 나타났으며, 경제 상태에 따라 스트레스와 우울의 정도에 차이가 있는 것으로 나타났다. 경제수준이 낮거나 자신의 건강이 나쁘다고 인식할수록 스트레스와 우울의 정도가 높게 나타났으며 스트레스가 높을수록 우울하며, 우울할수록 음주량이 많았다. 흡연은 스트레스와 우울과는 관련이 없는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언을 하고자 한다. 노인의 스트레스와 우울은 경제적 상태와 주관적 건강상태와 관련이 있으므로 재정적 문제를 고려한 간호중재가 필요하며, 건강위험행위 중 음주가 우울과 관련이 있는 것으로 나타나 절주나 금주에 대한 간호중재 시 노인의 우울정도를 고려해야 할 것으로 사료된다. 우울에 대한 적절한 대처는 노인의 건강위험 행위인 절주와 금주를 효과적으로 관리할 수 있는 방안이 되며, 궁극적으로 노인의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 여겨진다.

References

- Albright, A. V. (1999). Vulnerability to depression. *Nurs Clin North Am*, 34(2), 393-407.
- Alexopolou, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 21(365), 1961-7190.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychol Rep*, 42, 745-746.
- Bephage, G. (2005). Health professionals need to be able to identify depression in older people. *Br J Nurs*, 14(7), 380-384.
- Bio Stat, Inc. (2000) *Power and precision version 2*. Retrieved August 10, 2003, from <http://www.power-analysis.com>
- Cahalan, C., Roizen, R., & Room, R. (1976). Alcohol problems and their prevention: Public attitudes in California. In R. Room &

- S. Sheffield(Eds.), *The prevention of alcohol problems: Report a conference*(pp. 354-403). Sacramento, CA: California State Office of Alcoholism.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). *CDC surveillance summaries*.
- Chiriboga, D. G., Black, S. A., Aranda, M., & Markides, K. (2002). Stress and depressive symptoms among Mexican American elders. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(6), 559-568.
- Chon, K. K., & Rhee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *J Korean Clin Psychol*, 11(1), 65-76.
- Clapp, J. D., & Segars, L. B. (1993). Alcohol consumption patterns and related problems: results of a country survey. *J Community Health*, 18(3), 153-161.
- Frank, S. H., & Zyzanski, S. J. (1988). Stress in the clinical setting: The Brief Encounter Psychosocial Instrument. *J Fam Pract*, 26(5), 533-539.
- Graham, K., & Schmidt, G. (1999). Alcohol use and psychosocial well-being among older adults. *J Stud Alcohol*, 60(3), 345-351.
- Kabat, G. C., & Wynder, E. L. (1987). Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health*, 77, 1301-1305.
- Kim, M. D., Hwang, S. W., & Hong, S. C. (2003). Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms among residents in rural areas of Jeju island. *J Korean Acad Fam Med*, 24(9), 833-844.
- Kim, O. S., & Baik, S. H. (2004). Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addict Behav*, 29(8), 1595-1603.
- Kim, O. S. (1999). Cigarette smoking, alcohol drinking, and depression in women smokers. *Nurs Sci*, 15(1), 17-22.
- Kim, O. S., Yang, K. M., & Kim, K. H. (2005). Dependency, abuse and depression by gender in widowed elderly. *J Korean Acad Nurs*, 35(2), 336-343.
- Kim, Y. S., Lee, E. S., Chun, J. H., Kim, Y. H., Kim, M. G., Hwang, J. S., Yang, Y. J., Oh, S. W., & Yoon, Y. S. (2004). The attention of physician primary on depression of the elderly patients. *J Korean Acad Fam Med*, 25(11), 818-825.
- Korea National Statistical Office. (2005). *2005 Statistics in elderly*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, S. A., & Lee, G. M. (2002). A study on the major factors influencing the depression among the elderly in rural area. *J Korean Gerontol Soc*, 22(1), 209-226.
- Lee, P. S., Lee, Y. M., Lim, J. Y., Hwang, R. I., & Park, E. Y. (2004). The relationship of stress, social support and depression in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 34(3), 477-484.
- Moscato, B. S., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E., Egri, G., Mudar, P., & Marshall, J. R. (1997). Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: A longitudinal perspective. *Am J Epidemiol*, 146(11), 966-974.
- Mynatt, S. L. (2004). Depression in the older adults: Recognition and nursing intervention. *Tenn Nurse*, 67(4), 8-10.
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective study over 3 years. *Am J Public Health*, 88(10), 1518-1522.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1, 385-401.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., Rambo, T. A., &

- Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*, 41(3), 271-280.
- Williams, C. D., & Adams-Campbell, L. A. (2000). Addictive behaviors and depression among African Americans residing in a public housing community. *Addict Behav*, 25(1), 45-56.
- Yim, J. H., Bae, J. M., Choi, S. S., Kim, S. W., Hwang, H. S., & Huh, B. Y. (1996). The validity of modified Korean-translated BEPSI as instrument of stress measurement in outpatient clinic. *J Korean Acad Fam Med*, 17(1), 42-53.
- Yoon, S. J., Lee, Y. H., Son, T. Y., & Oh, H. J. (2002). Factors associated with dementia and depressive symptoms in older persons living in the community. *J Korean Gerontol Soc*, 21(3), 59-73.

- Abstract -

Stress, Depression and Health Risk Behaviors in Korean Elders

Kim, Ae-Jung* · Kim, Ok-Soo**
 Baik, Sunghee*** · Jang, Jonghwa****
 Kim, Jung-Hee*****

Purpose: The purpose of this study was to investigate stress, depression and health risk behaviors in elderly people. **Methods:** The subjects were 238 Korean elders who had visited the convalescent center. The level of stress was measured by the Korean version of BEPSI, which was developed by Bae, Jeung & Yoo (1992) and modified by Yim et al.(1996). CES-D was used to measure the level of depression. For health risk behaviors, we measured cigarette consumption and alcohol drinking during the last one month. **Results:** Of the subjects, 17.4% were excessive drinkers and 18.9% were currently smokers. The level of stress was between moderate and high, and 62.7% of the subjects were depressed. There were significant differences in stress and depression according to economic status and self-reported health. In addition, depression had positive correlations with stress and QF score. **Conclusion:** Stress and depression management programs for the elderly are needed. These findings indicate that nurses must consider stress and alcohol drinking when they take care of depressed elderly people.

Key words : Stress, Depression, Health Behaviors, Elderly

* Associate Professor, Department of Nursing, Yeojoo Institute of Technology.

** Professor, College of Nursing Science, Ewha Womans University.

*** Full Time Lecturer, Department of Nursing, Suwon Women's College.

**** Assistant Professor, Department of Dental Hygiene, Hanseo University.

***** Full Time Lecturer, Department of Nursing, Woosuk University.