

농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향

최희정¹ · 유장학²

¹목포가톨릭대학교 간호학과 교수, ²대불대학교 간호학과 조교수

The Effect of Depression and Self-efficacy on Health Promotion Behavior among the Elderly Living Alone in Rural Area

Choi, Hee Jung¹ · Yoo, Jang Hak²

¹Professor, Department of Nursing, Mokpo Catholic University, Mokpo; ²Assistant Professor, Department of Nursing, Daebul University, Yeongam; Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the effect of depression and self-efficacy on health promotion behavior in elders living alone in rural area. **Methods:** This was a descriptive study. The survey participants were 369 elders living alone in rural area. The period of time for data collection was from June 23 to August 7, 2008. Data were analyzed by descriptive statistics, independent-samples t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression. **Results:** Depression was found to have a statistically negative correlation with health promotion behavior. Self-efficacy was found to have a statistically positive correlation with health promotion behavior. Stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor of health promotion behavior was depression. Depression, self-efficacy, number of chronic disease, and economic status accounted for 35.2% of the variance. **Conclusion:** It is necessary to prepare health promotion programs that can reduce depression level and improve self-efficacy in elders living alone in rural area.

Key Words: Depression, Self-efficacy, Health promotion behavior, Elderly

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 노인인구는 2011년 현재 65세 이상의 노인이 전체 인구의 11.0%를 차지하는 고령화 사회로 노인인구의 규모는 지속적으로 증가하여 2018년 14.1%의 고령사회에 도달할 것으로 예상되고 있다(Statistics Korea, 2011). 이러한 우리나라 인구의 고령화의 문제는 노인부양 부담의 증가와 인구구조 변화, 노인의 건강문제, 경제, 여가, 전통적인 가족체계의 붕괴로 발생하는 고독감, 소외감, 스트레스, 자살 등 다양한 사회적 문제를 발생시켰다(Lee & Lee, 2010).

또한 노인 인구규모의 증가는 독거노인 가구의 증가를 초래하였는데, 현재 전국 독거노인의 가구는 2010년 기준으로 102만 1,008가구에서 2020년에 233만 8,354가구로 큰 폭의 상승이 전망되고 있다(Statistics Korea, 2011). 특히 농어촌의 독거노인 가구의 경우 이미 1995년 19만 8,976가구에서 2005년 36만 6,809가구로 큰 폭의 상승이 시작되어 향후 농어촌 독거노인 가구는 심각한 사회적 문제를 양산할 소지를 지니고 있다(Korea Rural Economic Institute, 2010).

독거노인의 경우 한 가지 이상의 만성질환을 90.9%가 가지고 있고, 이들 만성질환을 가지고 있는 노인들 중 50.8%가 일상생활 수행의 제한과 경제적 어려움, 사회활동의 제한, 외로움, 소외감, 자존감

주요어: 우울, 자기효능감, 건강증진행위, 노인

*본 연구는 2008년 목포가톨릭대학교 학술연구비에 의하여 연구되었음.

*This study was financially supported by the research fund of Mokpo Catholic University.

Address reprint requests to: Choi, Hee Jung

Department of Nursing, Mokpo Catholic University, 697 Youngsan-ro, Mokpo 530-742, Korea
Tel: +82-61-280-5124 Fax: +82-61-280-5109 E-mail: hjchoi@mccu.ac.kr

투고일: 2011년 11월 23일 심사완료일: 2011년 12월 28일 게재확정일: 2011년 12월 28일

상실, 간호와 수발의 어려움 등의 문제를 가지고 있으므로 어떤 연령층보다도 건강을 증진하기 위한 노력이 요구된다(Jang, 2006). 이러한 개인과 지역사회 차원에서 건강을 증진하고 보호하는 목표지향적인 행위를 건강증진행위라고 하는데, 건강증진행위는 개인이나 집단의 안녕 수준을 증가시키고 개인의 자아실현이나 성취를 유지·증진시키는 방향으로 취해지는 행동으로 수명을 연장시키고, 삶의 질을 증진시키며, 건강관리 비용을 감소시키는 효과를 가지고 있는 것으로 알려져 있다(Pender, 1987). 따라서 다양한 건강문제에 노출되어 있는 독거노인의 삶의 질을 증진시키기 위해서는 건강증진행위에 목표를 두는 것이 타당하다고 생각되어진다.

특히 농촌지역 독거노인의 경우, 의료와 건강생활을 위한 시설의 접근성 문제와 예방적 보건의료서비스로부터의 소외, 고령이 되어서도 부과되는 과중한 노동, 경제적 빈곤, 복지서비스의 도시편중으로 도시 노인들에 비해서 불리한 사회적 환경 속에서 생활하므로 상대적인 소외감과 고독감, 불안, 갈등, 자살과 같은 부정적인 정서상태와 이로 인한 일상생활 장애가 나타나는 우울증을 경험할 가능성이 높은 것으로 알려져 있고, 우울 정도가 높을수록 건강증진행위 수준이 낮은 것으로 알려져 있다(Burvill & Hall, 1994; Korea Rural Economic Institute, 2010; Lee, 2005; Yi, Shoo, Kim, & Kim, 2006).

또한 이러한 건강증진행위를 하는데 있어서 개인의 인지적 전략으로 중요한 변수는 자기효능감인데, 자기효능감은 특정한 행동을 성공적으로 달성하는 개인의 자신감으로서 개인이 어떠한 행동과 상황에 대해 선택하고, 이를 성공적으로 수행하였을 때 더 많은 에너지를 투입하게 영향을 하는 요소로서 자기효능감이 높은 노인의 경우, 자신의 건강증진을 위한 행동통제와 실천을 유지할 수 있고, 자신감과 적극성을 가지고 건강증진 행위를 수행하기 때문에 중요한 요인으로 알려져 있다(Bandura, 1986; Kim, 2003; Oldenburg, Glanz & Ffrench, 1999).

그러나 아직까지 농촌지역 독거노인을 대상으로 자기효능감과 우울이 건강증진행위에 미치는 영향을 규명한 연구는 없었고, 주로 대도시 노인들의 건강증진행위에 대한 연구들이 시행되고 있는데, Kim (2003)은 서울, 경기, 대구 등의 대도시 노인을 대상으로 자기효능감, 사회적 지지, 우울을 중심으로 건강증진행위를 연구하여 우울이 건강증진행위에 가장 중요한 영향요인이라고 주장하였고, Lee (2005)는 대도시와 농촌의 노인들을 대상으로 건강증진행위와 우울 및 자아존중감에 대한 연구를 실시하여 건강증진행위와 우울은 음의 상관관계를 갖는다고 하였으며, Park, Yeo와 Park (2010)은 대도시 빈곤노인을 대상으로 건강증진행위 영향요인을 연구하여 자기효능감이 가장 중요한 영향요인이라고 주장하였다. 그러나 이러한 연구들은 자기효능감과 우울 요인을 모두 고려하기보다는 둘 중 한 가지 요인만 선택하여 건강증진행위를 설명하려 한

연구들이었거나, 대도시 노인들을 주 대상으로 선정하여 보건의료에 대한 접근성과 과중한 노동 및 경제적 빈곤 속에서 아무도 도와주지 못하는 상황 속에 생활하는 농촌 독거노인에게 연구결과를 적용하기에는 한계가 있었다고 생각된다(Yi et al., 2006).

농촌지역 독거노인을 대상으로 건강증진행위에 대한 연구로서는 Yi (2009)의 연구가 있었는데, 여기서 건강증진행위를 증가시키는데 있어서 우울이 주요 매개변수로 작용한다고 하여 건강증진행위에 우울의 영향을 보고하였으나, 또한 주요 변수로서 자기효능감을 제외하여 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다고 생각한다.

이에 본 연구자는 농촌지역 독거노인을 대상으로 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 연구함으로써 농촌지역 독거노인들의 건강증진행위를 증진시키기 위한 개별적 프로그램들과 사회적 환경 조성에 있어서 근거 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 규명하기 위해 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 농촌지역 독거노인의 건강증진행위 정도를 파악한다.

둘째, 농촌지역 독거노인의 일반적 특성에 따른 우울, 자기효능감, 건강증진행위를 파악한다.

셋째, 농촌지역 독거노인의 우울 및 자기효능감과 건강증진행위의 관계를 파악한다.

넷째, 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 건강증진행위

안녕수준과 자아실현을 향상시키기 위하여 취하는 행위로서(Pender, 1987), 본 연구에서는 Walker, Sechrist, & Pender (1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)을 Seo (1994)가 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

2) 우울

슬픈 느낌의 정동으로 비판, 자기비하, 무력감, 무겁고 처진 느낌, 절망감, 고립무원감, 의욕감퇴, 흥미상실, 죄책감을 가지며 조용하고 행동이 감소되어 있는 상태이며(Min et al., 1998), 본 연구에서는 Yesavage 등(1983)이 개발한 Geriatric Depression Scale (GDS)을 Bae (1996)가 한국인에 맞게 표준화한 한국어판 Short-form Geriatric Depression Scale (SGDS)로 측정된 점수를 의미한다.

3) 자기효능감

특정한 행동을 성공적으로 달성하는 개인의 자신감으로(Bandura, 1986), 본 연구에서는 Sherer와 Maddux (1982)가 개발한 자기효능 척도를 Oh (1994)가 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

하였는데, 본 연구에서는 이러한 이유로 대상자를 SGDS 점수를 기준으로 정상과 비정상군으로 분류하지 않고, 평점평균을 이용하여 대상자의 상황을 파악하고자 하였다. Cho, Hahm, Jhoo, Bae와 Kwon (1998)의 연구에서 Cronbach's α 는 .88이었고, 본 연구 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .84이었다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

3) 자기효능감

Sherer와 Maddux (1982)가 개발한 자기효능 척도를 Oh (1994)가 번역한 도구를 사용하였다. 4점 척도로 구성된 총 17문항으로 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높음을 의미한다. Oh (1994)의 도구 신뢰도는 Cronbach's α = .80이었고, 본 연구 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .81이었다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 농촌지역인 S군 6개면에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 연구 대상자는 주민등록상 자녀 또는 친척 등 동거가족이 없으며 혼자서 가구를 형성하는 독거노인으로 일상생활 활동이 가능하며 의사소통에 장애가 없고, 의식이 명료하며 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 허락한 407명을 대상으로 하였다. 이 중에서 응답이 불충분하였던 38부를 제외한 369명을 대상으로 하였다. G-power 3.1.3 프로그램(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)을 이용한 예상 대상자 수는 다중회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과크기 .15로 하였을 때 154명이 제시되어 본 연구 대상자 수는 필요한 표본 수를 충족하였다.

4. 자료 수집 방법

본 연구의 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하여 2008년 6월 23일부터 8월 7일까지 직접 면담을 통한 설문조사로 이루어졌다. S군 보건소와 보건진료소의 협조로 사전에 교육된 연구보조원이 노인을 직접 방문하여 연구의 목적, 익명성, 비밀보장에 대해 설명하고, 연구에 참여할 것에 동의한 노인을 대상으로 이해하기 쉽도록 질문지의 문항을 읽어 주는 개별적 면담을 통해 조사하였다. 응답에 소요되는 시간은 약 30분이었다.

3. 연구 도구

1) 건강증진행위

Walker 등(1987)이 개발한 HPLP를 Seo (1994)가 번역한 도구를 사용하였다. 도구는 6개의 하위척도로 나누어지고, 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 영양 7문항, 운동 5문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스 관리 7문항 총 47문항으로 구성되며, 4점 척도로 구성되어 점수가 높을수록 건강증진행위의 실천정도가 높음을 의미한다. Seo (1994)의 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .90이었고, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's α = .85이었다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 자기효능감, 우울, 건강증진행위의 정도는 평균과 표준편차를 구하였으며, 일반적 특성에 따른 자기효능감, 우울정도, 건강증진행위와의 차이는 t-test와 ANOVA, Duncan test로 분석하였다. 제 변수별 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로, 건강증진행위에 영향을 미치는 변수는 stepwise multiple regression으로 분석하였다.

2) 우울

Bae (1996)가 개발한 SGDS를 이용하였다. 이 도구는 '예'는 0점, '아니오'는 1점을 주고, 총 15문항, 점수범위는 0-15점, 부정적인 문항은 역으로 환산하여 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것으로 8점 이상을 우울대상자로 판정하는 도구이나, Cho 등(1999)은 이러한 절단점은 주요우울증 환자를 감별하기 위한 임상적 절단점으로 임상진단 도구인 DSM-Ⅲ-R과 병행하여 사용하는 절단점이 지역사회 역학 연구에서 우울증상군을 선별하기 위한 절단점이 아니라고

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자들의 일반적인 특성은 여성이 298명(80.8%)을 차지하였고, 평균연령은 73.7±3.97세이었으며, 54.7%의 대상자들이 종교가 있었다. 교육을 받지 못한 경우가 64.2%이었고, 경제상태는 평균이 하가 68.3%이었으며, 만성질환의 수는 2개 이상이 58.0%이었다. 우울 정도는 9.12±2.67점으로 평균적으로 경한 우울 상태였고, 자기효능감은 2.35±1.39점으로 보통이었다. 건강증진행위 정도는 2.76±0.46점으로 보통이었고, 하위영역 중 영양(2.40±0.41), 운동(2.45±

0.74), 스트레스 관리(2.55±0.45)가 다른 영역들에 비해서 상대적으로 저하되어 있었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Subjects

Characteristics	Classification	N (%)	M±SD
Gender	Male	71 (19.2)	73.7±3.97
	Female	298 (80.8)	
Age	65-74	189 (51.2)	73.7±3.97
	75-84	148 (40.1)	
	≥ 85	32 (8.7)	
Religion	No	167 (45.3)	73.7±3.97
	Yes	202 (54.7)	
Education	No education	237 (64.2)	73.7±3.97
	≥ Elementary	132 (35.8)	
Economic status	Low	54 (14.6)	73.7±3.97
	Middle low	198 (53.7)	
	≥ Middle	117 (31.7)	
Chronic disease	None	20 (5.4)	73.7±3.97
	One	135 (36.6)	
	≥ Two	214 (58.0)	
Depression			9.12±2.67
Self efficacy			2.35±1.39
Health-promoting behaviors	Total		2.76±0.46
	Self-actualization		2.87±0.64
	Nutrition		2.40±0.41
	Health responsibility		2.89±0.56
	Exercise		2.45±0.74
	Interpersonal relationship		2.88±0.23
	Stress management		2.55±0.45

2. 대상자의 일반적인 특성에 따른 우울, 자기효능감, 건강증진행위 정도

대상자의 일반적인 특성에 따른 우울, 자기효능감, 건강증진행위 정도를 분석한 결과(Table 2), 우울의 경우, 연령에서 차이를 보였고(F=2.77, p=.043), 하위영역 비교 시 65-74세군이 다른 군들에 비해 우울 정도가 낮았고(p<.05), 종교가 있는 군에서 우울 정도가 낮았으며(t=3.66, p=.023), 경제상태에서 차이를 보였고(F=4.79, p=.003), 하위영역 비교 시 경제상태가 낮다고 보고한 군이 다른 군들에 비해 우울 정도가 높았다(p<.05). 또한 우울의 경우 만성질환의 수에서 차이를 보였고(F=7.01, p=.000), 하위영역 비교 시 만성질환의 수가 없다고 보고한 군(7.01±1.99)과 1개의 만성질환(8.13±2.21), 2개 이상의 만성질환(9.68±2.45)이 모두 각각 유의한 차이를 보였다(p<.05).

자기효능감의 경우, 종교가 있는 군에서 자기효능감이 높았으며(t=3.25, p=.014), 경제상태에서 차이를 보였고, 하위영역 비교 시 경제상태가 낮다고 보고한 군이 다른 군들에 비해 자기효능감이 낮게 나타났다(p<.05).

건강증진행위의 경우, 연령에서 차이를 보였고(F=5.73, p=.001), 하위영역 비교 시 65-74세군이 다른 군들에 비해 건강증진행위 정도가 높았으며(p<.05), 교육수준은 초졸 이상 군에서 건강증진행위 정도가 높았다(t=3.58, p=.015). 또한 경제상태에서 건강증진행위 차이를 보였고(F=3.87, p=.005), 하위영역 비교 시 경제상태가 낮다고 보고한 군이 다른 군들에 비해 건강증진행위 정도가 낮았으며

Table 2. Depression, Self Efficacy and Health Promoting Behaviors by General Characteristics

Characteristics	Depression		Self efficacy		Health promoting behaviors	
	M±SD	t or F (p) Duncan	M±SD	t or F (p) Duncan	M±SD	t or F (p) Duncan
Gender						
Male	8.68±3.56	2.39 (.090)	2.48±0.29	1.56 (.233)	2.18±0.59	1.58 (.129)
Female	8.02±2.34		2.93±0.12		2.60±0.83	
Age						
65-74	7.98±2.7 ^a	2.77 (.043) a < b	2.43±0.43	1.82 (.527)	2.75±0.12 ^b	5.73 (.001) a < b
75-84	8.83±2.81 ^b		2.45±0.21		2.57±0.21 ^a	
≥ 85	9.02±2.77 ^b		2.47±0.18		2.46±0.23 ^a	
Religion						
No	9.09±3.27	3.66 (.023)	2.01±0.32	3.25 (.014)	2.55±0.27	1.74 (.692)
Yes	7.02±2.25		2.99±0.56		2.66±0.76	
Educational level						
No education	8.56±2.12	1.53 (.132)	2.09±0.62	2.46 (.105)	2.07±0.95	3.58 (.015)
≥ Elementary	8.41±2.08		2.19±0.33		2.44±0.32	
Economic status						
Low	10.89±2.83 ^b	4.79 (.003) a < b	2.42±0.25 ^a	2.76 (.044) a < b	2.46±0.83 ^a	3.87 (.005) a < b
Middle low	9.21±2.21 ^a		2.53±0.77 ^b		2.68±0.23 ^b	
≥ Middle	8.89±2.03 ^a		2.61±0.32 ^b		2.79±0.78 ^b	
Chronic disease						
None	7.01±1.99 ^a	7.01 (.000) a < b < c	2.49±0.12	1.29 (.611)	2.97±0.75 ^b	4.79 (.003) a < b
One	8.13±2.21 ^b		2.05±0.32		2.80±0.65 ^b	
≥ Two	9.68±2.45 ^c		2.49±0.26		1.69±0.89 ^a	

Table 3. The Correlations among Depression, Self Efficacy and Health Promoting Behaviors in the Subjects

Variable	Depression r(p)	Self efficacy r(p)
Health promoting behaviors	-.353 (.000)	.387 (.000)

($p < .05$), 만성질환의 수에서 차이를 보였고($F = 4.79, p = .003$), 하위영역 비교 시 만성질환의 수가 2개 이상으로 보고한 군이 다른 군들에 비해 건강증진행위 정도가 낮은 것으로 나타났다($p < .05$).

3. 대상자의 우울, 자기효능감, 건강증진행위 간의 상관관계

대상자의 건강증진행위와 우울, 자기효능감과 상관관계를 검증한 결과(Table 3), 건강증진행위와 우울($r = -.353, p = .001$)과의 관계는 음의 상관관계를 나타내고, 건강증진행위와 자기효능감($r = .387, p = .001$)과의 관계는 양의 상관관계를 나타냈다. 즉, 우울이 높을수록 건강증진행위 이행 정도는 낮게 나타났고, 자기효능감이 높을수록 건강증진행위 이행 정도가 높게 나타났다.

4. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 예측요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석으로 얻은 결과는 Table 4와 같다.

대상자의 건강증진행위에 가장 많이 영향을 미치는 요인으로는 우울이 30.1%를 설명하는 것으로 나타났으며, 자기효능감, 만성질환의 수, 경제상태가 유의한 영향요소이었으며, 전체의 설명력은 35.2%로 나타났다.

논 의

본 연구 대상자인 농촌지역 독거노인은 평균연령 73.7 ± 3.97 세로 Jeon과 Suh (2004)가 시행한 도시지역 노인에 대한 연구에서 평균 73.5세와 비슷하였고, Choi (2004)의 농촌지역 독거노인에 대한 연구에서 대상자 중 45.8%가 70-74세로 가장 많은 연령대라고 보고한 결과 및 Lee, Kim과 Kim (2007)의 농촌지역 노인에 대한 연구에서 평균 71.6세와 비슷하거나 약간 많아서 기준에 보고된 농촌지역 독거노인의 연령대와 유사하였다고 생각된다.

건강증진행위의 경우, 본 연구 대상자들은 영양, 운동, 스트레스 관리에서 다른 영역보다 저하되어 있었는데, 이러한 결과는 Jeon과 Suh (2004)의 도시지역 노인연구와 Lee (2005)의 여성독거노인 연구에서 공통적으로 영양, 운동, 스트레스 관리가 저하되어 있었다는 보고와 유사하였으나, 이들 연구에서는 건강책임 영역이 저하되어 있었던 반면에 본 연구에서는 상대적으로 다른 영역에 비해서 높게 관찰되었다는 차이가 있었다. 건강책임 영역에 대해서 Walker 등

Table 4. Influencing Factors on the Subjects Health Promoting Behaviors

Variable	R ²	β	F	t	p
Depression	.301	-0.353	40.07	-4.787	.000
Self efficacy	.331	0.311	47.13	3.570	.000
Number of chronic disease	.345	-0.253	25.58	-3.035	.000
Economic status	.352	0.178	19.56	2.147	.000

(1987)은 건강증진행위의 하위 항목으로 건강문제 전문가의 도움을 받거나, 필요 시 보건교육을 받으면서 자신의 건강을 자율적으로 관리하는 영역이라고 하였는데, 따라서 도시노인에 비해서 모든 보건의료에 대한 접근성이 떨어지는 농촌 독거노인의 경우, 자신의 건강관리를 자기 개인이 모두 책임지지 않으면 안되는 상황에 놓여 있으며, 노인 스스로 보건의료 사각지대에 놓여 있음을 인지하므로 이러한 건강관리 자율성의 상승이 발생한 것으로 생각된다. 또한 Choi (2004)의 농촌지역 독거노인의 연구에서는 영양 영역이 상대적으로 높았으나, 본 연구에서는 낮았는데, 이것은 본 연구나 Lee 등 (2007)의 연구에서 초졸 이상 학력이 35.8%와 48.0%이었던 것이, Choi (2004)의 연구에서는 61.7%로 높아져서 학력이 상대적으로 높음으로 건강관련 식이 선택에 있어서 많은 지식을 가지고 있었을 것으로 사료되며, Lee 등(2007)의 연구에서 농촌지역 노인들의 87.9%가 식이요법 경험이 없다는 결과를 통해서 본 연구의 건강증진행위 중 영양 영역이 저하되어 있다는 결과가 지지된다고 생각한다.

본 연구의 결과, 농촌지역 독거노인의 우울은 건강증진행위와 음의 상관관계를 나타내었으며, 건강증진행위에 가장 크게 영향을 미친 요소로 30.1%의 설명력을 나타내었는데, 우울이란 자신감이 없고 생의 의욕이 없고 피곤해 하고 일하기를 싫어하며 혼자만 있려고 하고 평소 해오던 일을 수행하는 데 어려움을 느끼는 상태로서 육체적으로나 정신적으로 개인의 삶의 질을 저하시킬 뿐 아니라 일상생활에서 일반적으로 수행해 오던 행동의 장애를 유발한다(Min et al., 1998). 특히 농촌지역 독거노인의 경우, 의료시설의 접근성 문제와 과중한 노동 및 경제적 빈곤, 복지와 사회적 관심으로부터의 소외로 인해 우울을 경험할 가능성이 높은 것으로 알려져 있는데 (Burvill & Hall, 1994; Korea Rural Economic Institute, 2010; Yi et al., 2006), 본 연구의 결과는 이러한 농촌지역 독거노인의 우울 특성이 건강증진행위에 반영된 결과라고 생각되어지며, 118명의 도시 노인을 대상으로 우울이 노인의 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요인이라고 주장한 Kim (2003)의 연구를 지지하므로 우울은 도시노인과 농촌노인의 건강증진행위에 공통적인 영향요인으로 사료된다.

노인에게 우울을 유발하는 요인들로 노년기의 신체적 질병, 배우자 부재, 종교 부재, 낮은 교육수준, 가족간의 낮은 애착정도, 사회적 고립, 경제 사정의 악화라고 알려져 있는데(Jang, 2004; Min et al.,

1998), 본 연구에서 농촌지역 독거노인의 우울 정도가 연령, 종교, 경제상태, 만성질환 수에 따라서 차이가 난 것은 이러한 기존 연구들에 의해 지지받았다고 생각된다.

본 연구에서 농촌지역 독거노인의 자기효능감은 건강증진행위와는 양의 상관관계를 나타내었으며, 건강증진행위에 영향을 미치는 유의한 요인으로 나타났다. 자기효능감이란 특수한 목표를 달성하는 데 필요한 어떤 행동이나 행위를 수행하는 자신의 능력에 대한 신념으로 새로운 행동의 선택과 지속 및 재개에 영향을 미치고, 사고능력이나 불안 등의 정서에도 영향을 미치므로 자기효능감이 낮은 사람은 성공적인 행동 수행에 어려움이 있을 수 있으므로 자기효능감을 증진시키는 것은 건강증진행위를 증가시키는 데 있어서 필수적인 요소로 평가받고 있다(Bandura, 1986; Seo & Hah, 2004; Walker et al., 1987). 그러나 도시지역 노인을 대상으로 한 몇몇 선행 연구들(Jeon & Suh, 2004; Kim, 2003)에서는 자기효능감과 건강증진행위가 상호연관성은 있으나 영향 관계는 없다고 하였는데, 본 연구의 결과는 자기효능감이 가지는 행동 통제와 수행 및 행동과 관련된 정서적 상황에 대한 영향으로 인해서 건강증진행위에 영향을 미친 것으로 생각되며, 도시와 농촌의 60세 이상 노인 305명을 대상으로 실시한 연구에서 자기효능감이 노인의 건강증진 생활양식에 영향요인이라고 보고한 Seo와 Hah (2004)의 주장을 지지하고, 일개 군 지역 노인들을 대상으로 자기효능감은 건강증진행위에 영향력이 가장 큰 요인이라고 건강과 관련된 피드백과 일상생활에서의 성취 경험과 학습의 기회가 주어져야 한다고 한 Park 등(2010)의 주장을 지지한다. 결국 도시지역 노인들에게 자기효능감은 건강증진행위에 영향요인이 아니지만, 농촌지역 노인들에게는 영향요인이라는 것을 의미하며, 이것은 이상에서 도시와 농촌 노인의 차이점으로 언급한 건강책임 영역, 즉 건강관리에 대한 자율성이 자기효능감과 관련성을 가지므로 나타난 결과라고 생각되며, 향후 도시와 농촌노인의 건강증진행위 영향요인에 대한 추가적인 논의가 필요할 것으로 생각된다.

또한 대상자들의 자기효능감은 종교를 가진 군에서, 경제상태가 높은 군에서 더 높은 것으로 나타났는데, 영적 안녕의 중요한 속성이 절대자의 존재에 대한 신념뿐 아니라 창조적인 에너지의 발생이라는 점에서 성공적인 행동 수행에 대한 자신감이 강조되는 자기효능감과 발생적으로 비슷한 맥락에 있다고 생각되고(Morris, 1996), 자기효능감은 성취경험과 이를 통한 긍정적 피드백을 통해서 발달시킬 수 있으므로 경제적 성취를 많이 경험한 경제상태가 높은 군에서 자기효능감이 높았을 것으로 생각된다(Bandura, 1986).

농촌지역 독거노인의 건강증진행위는 연령, 교육수준, 경제상태, 만성질환의 수에 따라서 차이를 나타내었는데, 이러한 결과는 연령이 낮은 노인이 신체적 기동성이나 경제적 형편이 양호하여 건강증

진행위를 더 잘 수행할 수 있고, 교육수준이 높을수록 사회경제적 여건이 좋으므로 건강증진행위를 잘 할 수 있다는 Kim, Chae, Park 과 Woo (2001)의 결과를 지지한다. 또한 60세 이상의 노인들 중 만성질환이 없는 노인이 아침식사, 적정수면, 규칙적인 운동 수행을 더 많이 한다는 Lee, Park과 Kim (2010)의 주장을 지지한다.

Kim (2003)은 노인의 우울은 노화의 상실감에서 기인하여 중재가 가능하므로 건강증진행위를 증가시키기 위해서는 노년기의 변화를 이해하고 긍정적인 감정을 갖도록 지지하면서 삶의 의욕과 자신감을 갖도록 중재해야 한다고 하였고, Seo와 Hah (2004)는 자신의 능력에 대해서 긍정적으로 지각하는 학습이 되도록 건강증진프로그램 개발 시 자신감을 심어주어 자신의 능력에 대해 긍정적으로 평가할 수 있도록 언어적 설득이 동반되어야 한다고 제안하였는데, 본 연구에서 농촌지역 독거노인의 건강증진행위에 대해서 우울과 자기효능감이 영향을 미치는 요인으로 작용하였으므로 이러한 주장을 지지한다.

본 연구는 지역적으로 편의 추출된 일개 군의 노인들에 대한 조사연구만을 시행하여 본 연구 결과를 일반화하는 데 제한이 있으나, 369명의 상대적으로 많은 농촌지역 독거노인을 대상으로 연구를 실시하였다는 점에서 의의를 갖는다고 생각된다. 또한 본 연구의 변수들이 갖는 설명력은 35.2%로 낮은 수준이었는데, 그 중에서도 우울이 30.1%이고 나머지 변수들이 5.1%로 농촌지역 독거노인의 건강증진행위 영향요인을 본 연구를 통해 설명하기에는 부족하였으므로 향후 종단적 연구를 통해 영향요인을 추가로 규명할 필요가 있다.

결론

본 연구는 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 조사연구로 주요 연구 결과는 다음과 같다.

농촌지역 독거노인 중 저연령군에서, 교육수준이 높은 군에서, 경제상태가 높은 군에서, 만성질환의 수가 없는 군에서 건강증진행위 수행정도가 더 높은 것으로 나타났고, 건강증진행위는 우울과는 음의 상관관계, 자기효능감과는 양의 상관관계를 나타내었으며, 건강증진행위에 영향을 미친 요인은 우울, 자기효능감, 만성질환의 수, 경제상태로 나타났다.

결론적으로, 농촌지역 독거노인을 대상으로 건강증진행위를 수행시 특히 연령이 높고, 교육수준과 경제상태가 낮으며, 만성질환을 가지고 있는 노인들을 대상에 포함시켜야 한다는 것을 의미한다. 또한 건강증진 프로그램은 경제적으로 부담이 없으면서 만성질환이 있어도 쉽게 참여 가능해야 하고, 프로그램 수행으로 자기효능감을

울릴 수 있어야 하며, 무엇보다도 즐겁게 수행할 수 있도록 프로그램을 구성하여 우울을 감소시킬 수 있어야 한다는 것을 의미한다.

따라서 본 연구결과를 바탕으로 농촌지역 독거노인들을 위한 건강증진 프로그램은 대상자들의 경제적 부분과 만성질환 및 자기효능감을 고려해야 하고, 무엇보다도 우울을 경감시킬 수 있는 간호중재가 개발되어야 한다고 제언한다. 또한 도시지역 독거노인과 농촌지역 독거노인의 건강증진행위에 대한 비교연구를 통해 차이점이 반영된 간호중재 근거가 마련되어야 한다고 제언한다.

참고문헌

- Bae, J. N. (1996). *Validation of geriatric depression scale, korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Burvill, P. W., & Hall, W. D. (1994). Predictors of increased mortality in elderly depressed patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 219-227.
- Cho, M. J., Hahm, B. J., Jhoo, J. H., Bae, J. N., & Kwon, J. S. (1998). Prevalence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in an urban community. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 37, 352-362.
- Cho, M. J., Bae, J. N., Suh, G. H., Hahm, B. J., Kim, J. K., Lee, D. W., et al. (1999). Validation of geriatric depression scale, korean version(GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 38, 48-63.
- Choi, Y. H. (2004). Health-promoting behavior and quality of life of solitary elderly in rural areas. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 21(2), 87-100.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Jang, I. S. (2004). A study on spiritual well-being, depression, and health status of elderly women in a community. *Journal of Korean Academy of Womens Health Nursing*, 10(2), 91-98.
- Jang, I. S. (2006). The leisure type, health status, self-esteem, and social support of the elderly living alone. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*, 20, 130-140.
- Jeon, E. Y., & Suh, B. D. (2004). Factors influencing health promotion behavior in elderly people living at home. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 6, 38-46.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35, 298-307.
- 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 Korea Community Health Nursing Academic Society*, 15, 262-274.
- 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, 171-181.
- Korea Rural Economic Institute. (2010, November). *Current situation of the rural vulnerable class and policy improvement measures: centered on the elderly living alone and grandparents-grandchildren families* (Issue Brief No. R612). Seoul: Author.
- Lee, J. C., Park, J. S., & Kim, G. H. (2010). Factors associated with the health promotion activities of the korean elderly. *Journal of Korean Society for Health Education*, 27, 121-139.
- Lee, J. H. (2005). The relationship of depression, self-esteem and health-promoting behaviors in the elderly women who live alone. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14, 109-118.
- Lee, J. H., Kim, K. S., & Kim, K. M. (2007). The impacts of physical health on health on health behaviors of the korean rural elderly. *Journal of the Korean Home Economics Association*, 45, 57-69.
- Lee, J. K., & Lee, E. J. (2010). The relationship of participation in leisure sports on stress and the decrease of suicidal thought of elderly. *Journal of Leisure and Recreation Studies*, 34, 17-26.
- Min, S. G., Go, K. B., Kim, K. H., Kim, B. H., Kim, I., Kim, J. J., et al. (1998). *Modern psychiatry (3rd ed.)*. Seoul: Iljogak.
- Morris, J. N. (1986). Last day : a study of the quality of life of terminally III cancer patients. *Journal of Chronic Disease*, 39, 47-62.
- Oh, P. J. (1994). *A model for health promoting behaviors and quality of life in people with stomach cancer*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Oldenburg, B., Glanz, K., & Ffrench, M. (1999). The application of staging models to the understanding of health behavior change and the promotion of health. *Psychology and Health*, 14, 503-516.
- Park, M. J., Yeo, K. H., & Park, B. H. (2010). Influential factors related to health promotion behaviors among community dwelling elderly with low economic status. *Journal of Welfare for the Aged*, 48, 205-227.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice (2nd ed.)*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Seo, H. M., & Hah, Y. S. (2004). A study of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly: application of pender's health promotion model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34, 1288-1297.
- Seo, Y. O. (1994). *Structural model of health-promoting lifestyle in midlife women*. Unpublished doctoral dissertation, Kyung Hee University, Seoul.
- Statistics Korea. (2011). *2011 Senior statistics*. Retrieved November 1, 2011, from http://www.kosis.kr/ups/ups_02List01.jsp?kor_id=0&pubcode=KO&type=F
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Yi, E. S. (2009). The mediative effect of social support, self-esteem and depression in relationship between the health calisthenics participation and health promoting lifestyle for elderly women living alone in the rural area. *Journal of Sport and Leisure Studies*, 38, 683-697.
- Yi, S. M., Shoe, C. J., Kim, M. J., & Kim, S. H. (2006). Effect of health calisthenics program of body composition, blood pressure and serum lipid living in the rural elderly women. *The Korean Journal of Physical Education*, 45, 541-554.