

고혈압 재가노인의 자가간호 영향요인

정혜민¹⁾ · 이명하²⁾ · 김혜영²⁾

Factors Influencing Self-care in Elders with Hypertension Living at Home

Jeong, Hye Min¹⁾ · Lee, Myung Ha²⁾ · Kim, Hye Young²⁾

1) Kunsan College of Nursing, Gunsan

2) College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju, Korea

Purpose: The purpose of the study was to identify the level of resilience, autonomous motivation, depression and self-care and their correlates in elders with hypertension. **Methods:** The participants were 200 elders with hypertension living in J, I, and K city. Data were collected through face-to-face interviews using the Resilience Scale, Treatment Self Regulation Questionnaire, Short Form Geriatric Depression Scale, and Hypertension Self-care Scale. **Results:** Total scores for resilience, autonomous motivation, depression, and self-care were 109.65 ± 20.78 , 38.18 ± 5.99 , 8.33 ± 2.61 , and 52.06 ± 6.94 , respectively. Autonomous motivation, income, acceptance of self and life, resilience, experience of hypertension education, and gender were verified as factors influencing self-care. These factors accounted for 51.6% of self-care. **Conclusion:** Understanding these factors is essential for developing effective interventions to improve self-care in elders with hypertension.

Key Words: Aged, Resilience, Motivation, Depression, Self-care

주요어: 노인, 극복력, 동기, 우울, 자가간호

1) 군산간호대학교

2) 전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소

Received November 4, 2016 Revised January 17, 2017 Accepted February 8, 2017

Corresponding author: Kim, Hye Young

College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University

567 Baekje-daero, Deokjin-gu, Jeonju 54896, Korea

Tel: +82-63-270-4618, Fax: +82-63-270-3127, E-mail: tcellkim@jbnu.ac.kr

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 평균 수명의 연장으로 고령화가 심화되어 향후 2018년에는 전체 인구 중 65세 이상의 인구가 차지하는 비율이 14.3%가 되어 고령사회에 진입하고 2026년에는 65세 이상의 인구비율이 20.8%가 되어 초고령 사회에 도달할 것으로 전망되고 있다[1]. 이러한 노인인구의 급속한 증가는 사회경제적 및 의료적 문제로 이어져 노년기의 생활 만족이나 삶의 질에 영향을 미치기에 중요한 사회문제가 아닐 수 없다. 노화가 진행되면서 노인들은 신체적인 기능의 문제뿐 아니라 만성질환 유병률도 함께 증가하고 있는데 65세 이상 노인인구의 약 90% 이상이 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며 대표적인 노년기 만성질환인 고혈압 유병률은 지속적으로 증가하는 추세이다[2]. 특히, 우리나라 노인의 만성질환 중 고혈압은 유병률이 가장 높은 질환으로 60~69세에서 51.8%, 70세 이상에서 67.5%로 노인 2명 중 1명은 고혈압 환자라 할 수 있으며 연령이 증가할수록 고혈압 유병률이 높아지는 것으로 나타났다[3].

고혈압은 동맥경화증, 심근경색증, 협심증, 울혈성 심부전과 말초혈관질환 및 뇌졸중과 같은 순환기계 질환을 유발하는 주요원인인데, 이러한 합병증으로 인한 사망률은 통계청이 제시한 주요 3대 사망원인 중 2위 뇌혈관질환, 3위 심장질환에 해당된다[1]. 고혈압은 그 자체가 질병이면서 불가역적인 합병증을 일으키는 위험요인이라는 이중성을 가지기 때문에 고혈압 관리를 위해서는 신체적인 증상이 없는 경우에도 적극적인 건강이행행위가 이루어져야 하며 꾸준한 약물복용과 함께 식이요법과 음주, 흡연을 피하고 체중관리를 위한 운동이나 심리적인 안정을 취하는 비약물적인 요법이 반드시 선행되어야 한다[4]. 따라서, 고혈압 환자의 경우 질병에 대한 정확한 인식과 건강회복 및 증진을 위한 자가간호의 수행은 매우 중요한 행위임을 알 수 있다. 그러나 실제로 고혈압을 가지고 있는 사람 중 약 50% 정도는 자신이 고혈압인지 모르고, 고혈압임을 알고 있는 사람 중에서도 약 50%만이 약물치료를 받으며, 이들 중에서도 약 절반만이 고혈압을 적절히 관리하고 있다[5]. 특히, 노년층에서 고혈압의 유병률이 증가하고 있으나[3] 고혈압 재가노인들은 사회경제적인 역할 상실로 인해 적절한 고혈압 치료를 받지 못하는 위험에 노출된다[6]. 또한 고혈압 재가노인에게 건강회복과 증진을 위한 자가간호의 수행 정도는 질병상태의 변화와 예후를 결정지을 수 있는 주요한 요소가 된다[7]. 효율적인 고혈압 관리는 단기적이거나 특정 행위 중심의 간호중재보

다는 환자 스스로 바람직한 건강관리를 증진시킬 수 있는 자가간호수행을 증진시키는 전략이 요구되며[8,9], 이를 위해 먼저 고혈압 재가노인의 자가간호에 영향을 주는 요인을 파악하는 것이 선행되어야 한다.

자율성은 자가간호를 위한 건강행위 변화를 증진시키는데 핵심적인 요인이다. 자율성은 자기결정성 이론(self determination theory)의 일부로 인간의 행동을 활성화시키는 요소인 동기와 관련 있는 중요한 본질적인 성향으로써, 자기결정성 이론에 의하면 사람들이 행동하는 것은 본인의 흥미와 가치에 근거해 결정하게 되며 바로 그때 자율적으로 동기가 유발된다고 가정한다[10]. 즉 인간의 행동은 본인 스스로 자신의 행동을 선택하고 조절할 수 있다는 느낌을 받을 때 비로소 자발적으로 참여하고 스스로 행위를 조절하고자 한다[10]. 고혈압 환자를 대상으로 한 연구에서 자율적 동기가 높을수록 약물치료 이행을 잘하였다는 연구결과를 제시하면서 고혈압 자가간호에 도움을 줄 수 있는 건강행위 중 자율적 동기가 중요하다고 하였다[11].

최근 자가간호수행에 도움을 줄 수 있는 심리사회적인 요인 중 극복력(resilience)이 중요한 개념으로 대두되었다[12]. 극복력은 대상자가 위협받는 내·외적 스트레스에 대한 반응을 감소시키고 적응을 증진시키는 인간의 잠재적인 사회적 능력으로, 고혈압을 가지고 있는 만성질환자의 질병 및 증상관리, 자가간호수행에 따르는 디스트레스, 우울 및 스트레스에 대처하도록 행동을 유도하고 삶의 질을 높이는데 중요한 역할을 하며, 더 나아가 간호의 궁극적인 목표인 최적의 안녕상태로 회복하는데 크게 기여할 수 있다[13]. 또한 극복력은 일상생활 수행과 관련성이 있다고 보고되고 있으며[14], 고혈압을 동반한 만성질환을 가지고 있는 대다수의 재가노인에게서 극복력은 자신의 역경을 딛고 일어나 상황에 적절하게 대처하도록 돕는 중요한 심리적 요인으로 고혈압 관리에서 극복력의 중요성이 강조되고 있다[15]. 따라서, 고혈압 재가노인에게서 극복력은 일상생활 수행 및 자가간호 행위에 도움을 줄 수 있는 중요한 개념으로 여겨진다.

대다수의 노인들은 노화에 따르는 신체적, 사회적 상실의 증가로 우울 증상이 나타난다. 우리나라 노인의 50% 이상은 고혈압 환자이며, 고혈압과 같은 만성질환을 가진 재가노인의 상당수가 질환의 주요치료를 받으며 다양한 신체적 부작용과 함께 우울과 같은 심리적인 변화도 경험하는 것으로 보고되고 있다[16]. 노인에서 우울 정도가 심할수록 다른 사회적, 신체적 기능이 악화되고 만성질환이 있는 재가노인에게 우울증이 발병하면 기능장애와 통증이 과장되며 또한 인지기능저하, 일상 신체활동 저하 및 치료의 불이행으로 인해 회복이 지연될 수 있다

는 연구 결과[17]에서 보듯이, 고혈압 재가노인이 자신의 질환을 이해하고 질병 및 증상을 관리하는 자가간호를 수행함에 있어 극복력, 자율적 동기, 우울 등은 무엇보다 중요한 개념들이라고 사료된다. 그러나 고혈압 재가노인의 극복력에 대한 연구는 거의 전무한 상태이므로 이들의 극복력이 자가간호에 미치는 영향에 대해 살펴보고, 또한 선행 연구에서 자율적 동기와 우울이 대상자의 행위 변화와 유지에 영향을 미친다고 보고되었으므로 이들 변수가 자가간호 이행에도 영향을 미치는지 확인하는 것은 고혈압 재가노인의 자가간호 이행을 촉진하기 위해 의미 있는 일이다.

이에 본 연구에서는 고혈압 재가노인을 대상으로 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호의 정도를 파악하고, 고혈압 재가노인의 자가간호에 영향을 미치는 요인을 확인함으로써 고혈압 재가노인의 자가간호를 향상시키는 효율적인 간호중재 방안을 모색하는데 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 고혈압 재가노인의 극복력, 자율적 동기, 우울 그리고 자가간호 정도와 자가간호에 영향을 미치는 요인을 파악하여 고혈압 재가노인의 자가간호 증진을 위한 효과적인 간호중재 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 마련하고자 하는데 있으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적인 특성과 질병 관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 자가간호 정도를 파악한다.
- 대상자의 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호 간의 관계를 파악한다.
- 대상자의 자가간호에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 고혈압 재가노인의 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호의 정도와 자가간호에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 C도의 J, I 그리고 K시에 소재하는 5개의 노인정과 5개의 사회복지관을 방문하는 65세 이상 노인으로서 고혈압을 진단받은 후 6개월 이상 경과한 자로 의사소통이 가능하며 Mini-Mental State Examination-Korean (MMSE-K)[18]로 측정하여 인지기능 점수가 20점 이상인 자로 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 총 200명의 고혈압 환자를 대상으로 선정하였다. 본 연구에서 연구 대상자를 고혈압 진단 후 6개월 이상인자로 선정한 이유는 고혈압의 약물복용 및 식이 운동관리는 6개월마다 추적하여 관찰하고 6개월을 기준으로 치료계획을 세우며 진단 후 6개월은 지켜보아야 자가간호 수행 정도를 판단할 수 있기 때문이다.

본 연구 대상자의 수는 G*Power 3.1.5를 이용하여, 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 .15, 예측변인 16개로 하였을 때 산출된 표본의 크기는 143명이었고 실제 본 연구의 대상자는 200명이었으므로 표본의 크기는 적절하다고 판단된다.

3. 연구 도구

본 연구에서 우울 측정도구를 제외한 나머지 도구들은 성인 대상자에게 사용이 적합하도록 개발 및 수정·보완된 도구이다. 따라서, 본 연구에서 사용한 도구가 고혈압 재가노인에게 사용가능한지 검증하기 위하여 기본간호학 교수 1인, 노인간호학 교수 1인, 노인전문간호사 1인 그리고 성인간호학 교수 1인으로 구성된 전문가 집단에 의해 내용타당도를 평가하였으며, 내용타당도 검증의 결과 모든 문항에서 내용타당도지수가 .80 이상으로 나타났다.

1) 인구사회학적 및 질병 관련 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 연령, 성별, 결혼 상태, 가족 형태, 교육정도, 종교, 직업, 경제상태의 8개 문항이며, 질병 관련 특성은 고혈압 유병기간, 진단 후 치료기간, 고혈압약 복용 여부, 고혈압으로 인한 입원 경험, 고혈압 관련 건강교육, 스스로 지각하는 건강상태, 고혈압으로 인한 합병증, 고혈압을 관리해 주는 건강관리자 등 8개 문항으로 구성되어 있다.

2) 극복력

극복력은 Wagnild와 Young [19]이 개발한 극복력 측정도구를 Song [20]이 번역하여 사용한 도구로 측정하였다. 이 도구는 개인의 유능성에 관한 17문항과 자신의 삶의 수용에 관한

8문항의 총 25문항으로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 7점까지의 7점 척도로 구성되어 있다. 점수 범위는 최저 25점에서 최고 175점까지로 점수가 높을수록 극복력 정도가 높은 것을 의미한다. 개발당시 본 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .91이었으며 Song [20]의 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .90이었으며 하부영역별로는 개인의 유능성 Cronbach's α 는 .88, 자신의 삶의 수용 Cronbach's α 는 .91이었다.

3) 자율적 동기

자율적 동기는 Williams 등[21]의 Treatment Self-Regulation Questionnaire를 Seo [11]가 번역한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 8문항이며 약물관리에 관한 자율적 동기를 측정하는 3문항, 식이 운동관리에 관한 자율적 동기를 측정하는 5문항으로 이루어져 있다. 문항에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 7점까지의 7점 척도로 구성되어 있다. 점수 범위는 최저 7점에서 최고 56점까지로 각각의 점수가 높을수록 자율적 동기가 높음을 의미한다. 개발당시 본 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .80이었고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .79였으며 하부영역별로는 약물관리 Cronbach's α 는 .76, 식이 운동관리 Cronbach's α 는 .81이었다.

4) 우울

노인의 우울감 정도를 측정하기 위해서는 Yesavage와 Sheikh [22]가 개발하고 Kee [23]이 번역한 Short Form Geriatric Depression Scale을 사용하였다. 이 도구는 총 15문항의 단축형으로 이분척도(0=예, 1=아니오)로 응답하며 0점부터 15점까지 득점 가능하고 5점에서 9점까지는 경증, 10점에서 15점까지는 중증의 우울이 있는 것으로 평가된다. 개발당시 본 도구의 Cronbach's α 는 .88이었고 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .69였다.

5) 자가간호

자가간호는 Lee [8]가 개발한 자가간호 측정도구로 고혈압 환자의 자가간호와 관련된 식이요법, 체중 조절, 금연, 투약, 스트레스 조절, 커피 섭취, 운동 등의 수행정도를 측정하였다. 이 도구는 총 16문항으로 이루어진 5점 척도의 도구로 '전혀 하지 않는다' 1점에서 '아주 잘 한다' 5점까지의 5점 척도로 구성되어 있다. 가능한 점수는 16-80점이며 점수가 높을수록 자가간호 정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .72였고 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .71이었다.

4. 자료 수집

자료 수집기간은 2016년 4월 1일부터 5월 30일까지였으며 자료 수집은 C도의 J, I 그리고 K시의 노인정과 사회복지관을 방문한 65세 이상의 노인 200명을 대상으로 설문조사를 통해 이루어졌다. 자료 수집은 본 연구자에 의해서 실시되었다. 연구자는 사전에 노인정과 사회복지관을 방문하여 연구의 목적에 부합하는 대상자를 선정할 수 있도록 협조를 요청한 뒤 65세 이상의 노인을 대상으로 출석부를 만들고 그 중 고혈압 진단 후 6개월 이상인 대상자를 선별하여 리스트를 만들었다. 선별된 대상자에게 연구 목적을 설명하고 본 연구에 참여하기를 동의한 노인에게 한하여 설문지를 배부하여 작성하게 하였다. 연구 참여자 선정을 위해 MMSE-K를 활용하여 인지기능을 평가할 수 있도록 연구자가 직접 설문 조사를 실시하였고, 선정기준인 MMSE-K 20점 이상인 대상자는 기관 내 위치한 면담실로 이동하여 연구동의서를 작성하고 설문지를 배부 받았다. 설문지는 대상자가 직접 작성하도록 하였으며 대상자가 요청한 경우에는 연구자가 설문을 읽어드리고 응답하도록 하였다. 설문 작성에는 1인당 10분정도 소요되었다. 설문 완료시 설문지를 확인하여 기입이 불완전하거나 누락된 항목은 그 자리에서 추가 기재하도록 한 후 바로 회수하여 회수율은 100%였다. 참여 대상자에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 윤리적 확보를 위하여 C대학교의 생명윤리 심의 위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의과정을 통과한 후(IRB 2016-03-016), 조사대상 노인정과 사회복지관을 직접 방문하여 기관장에게 허락을 받고 대상자 선정기준에 부합하는 노인들에게 본 연구의 취지와 목적, 내용 및 방법에 대해 설명하였다. 연구에 참여하기로 구두로 동의한 대상자에게 연구자가 연구내용과 설문지에 대해 재설명하고 설문지에 첨부된 연구 참여 설명문(연구 목적, 참여의 자율성 및 철회가능성, 비밀보장 포함)을 읽어준 후 연구 참여에서면동의한 대상자에게만 설문지에 응답하게 하였다. 또한 대상자 자료는 본 연구자의 연구실에 보관하였고, 개인별 신상정보는 컴퓨터 분석 자료에서 제거하여 신상정보의 노출을 방지하였다.

6. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 다음

과 같이 분석하였다.

- 대상자의 인구사회학적 및 질환 관련 특성, 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, 범위, 최솟값, 최댓값, 왜도와 첨도를 이용하여 구하였다.
- 대상자의 인구사회학적 및 질병 관련 특성에 따른 자가간호 정도는 independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였으며, 사후검정으로 Scheffé test로 분석하였다.
- 대상자의 극복력, 자율적 동기, 우울과 자가간호간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 대상자의 자가간호에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 인구사회학적 및 질병 관련 특성

연구 대상자의 인구사회학적 특성 중 평균연령은 73.12±5.77세(범위: 65~88세), 성별은 남자가 95명(47.5%), 여자가 105명(52.5%)이었다. 결혼상태는 기혼이 101명(50.5%)이었고, 배우자나 자녀와 거주하는 경우가 121명(60.5%), 혼자 거주하는 대상자가 75명(37.5%)이었다. 교육정도는 초졸이 83명(41.5%)이었고 종교가 있는 대상자는 133명(66.5%), 직업이 있는 대상자는 35명(17.5%) 그리고 경제상태는 중간수준이 131명(65.5%)이었다(Table 1).

연구 대상자의 질병 관련 특성 중 고혈압 유병기간은 평균 88.43±51.77개월로 5년 미만 74명(37.0%), 5년에서 10년 미만 85명(42.5%), 10년 이상 41명(20.5%)이었으며, 진단 후 치료기간은 평균 82.57±46.97개월로 5년 미만 74명(37.0%), 5년에서 10년 미만 96명(48.0%), 10년 이상 30명(15.0%)이었다. 혈압약을 복용하고 있는 대상자는 167명(83.5%)이었고, 고혈압으로 인한 입원 경험이 있는 경우는 90명(45.0%)이었다. 또한 대상자의 72명(36.0%)만이 고혈압 관련 건강교육을 받은 경험이 있었고, 최근 스스로 지각하는 건강상태가 보통이라고 응답한 대상자는 114명(57.0%), 나쁘다 62명(31.0%), 좋다 24명(12.0%)이었다. 고혈압으로 인한 합병증은 당뇨병이 57명(28.5%), 동맥경화증, 협심증, 심근경색을 포함한 심혈관계질환이 51명(23.5%)이었다. 고혈압을 관리해주는 건강관리자는 의료인에게 관리를 받고 있는 대상자가 82명(41.0%), 가족에게 관리를 받고 있는 대상자가 55명(27.5%)이었다(Table 1).

2. 인구사회학적 및 질병 관련 특성에 따른 자가간호의 차이

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 자가간호 정도는 연령($F=3.08, p=.028$), 성별($t=-4.04, p<.001$), 교육정도($F=7.48, p<.001$), 종교($t=6.04, p=.011$), 경제상태($F=4.53, p=.012$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령에 따라서는 65세에서 69세의 자가간호 점수는 54.13±8.00점, 70세에서 74세는 51.16±7.51점, 75세에서 79세는 50.94±5.13점, 80세 이상의 자가간호 점수는 50.93±5.16점 순으로 나타났다. 성별에 따라서는 여자의 자가간호 점수가 53.88±7.09점, 남자의 자가간호 점수 50.06±6.23점보다 유의하게 높았고, 교육정도에 따른 자가간호 점수는 대졸이 56.95±6.42점으로 무학의 49.85±4.58점과 초졸의 50.10±5.97점에 비해 유의하게 높았다. 종교를 가진 대상자는 53.91±6.81점으로, 종교가 없는 대상자 48.40±5.68점에 비해 자가간호 점수가 높았고, 경제상태가 높다고 지각한 대상자는 54.78±6.78점으로 경제상태가 낮다고 지각한 대상자 50.03±5.16점보다 자가간호를 잘 하고 있었다. 그러나 결혼상태, 가족형태, 직업에 따른 자가간호 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 1).

대상자의 질병 관련 특성에 따른 자가간호 정도는 고혈압 유병기간($F=10.15, p<.001$), 진단후 치료기간($F=13.92, p<.001$), 고혈압으로 인한 입원경험($t=-3.61, p<.001$), 고혈압 관련 건강교육($t=3.62, p<.001$), 스스로 지각하는 건강상태($F=9.37, p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 고혈압 유병기간에 따른 자가간호 점수는 고혈압 진단 후 5년 이하인 집단이 54.81±6.99점으로, 고혈압 진단 후 10년 이상 경과한 집단 50.90±6.37점과 진단 후 6년 이상 10년 미만의 집단 50.23±6.46점에 비해 유의하게 자가간호를 잘 하는 것으로 나타났다. 진단 후 치료기간에 따라서는 5년 이하인 집단의 54.81±6.99점과 10년 이상인 집단의 53.23±6.99점이, 중간 집단인 6년 이상 10년 미만의 집단 49.58±6.01점보다 유의하게 자가간호를 잘 하는 것으로 나타났다. 고혈압으로 인한 입원경험에 따른 자가간호 점수는 입원 경험이 없는 대상자가 53.59±7.39점으로, 입원 경험이 있는 대상자 50.20±5.87점에 비해 자가간호 점수가 높았고, 고혈압 관련 건강교육에 따른 자가간호 점수는 교육을 받은 대상자가 54.50±7.62점, 교육 경험이 없는 대상자 50.69±6.15점에 비해 자가간호 점수가 높았다. 또한 스스로 지각하는 건강상태에 따른 자가간호 점수는 스스로 건강상태를 좋게 받아들이는 대상자가 57.17±8.60점으로 보통이라고 응답한 대상자 51.99±6.79점, 현재 자신의 건강을 나쁘게 받아

Table 1. Differences in Self-care according to Participants' Characteristics

(N=200)

Variables	Categories	n (%)	Self-care		
			M±SD	t or F (p)	Scheffé
Age (year)	65~69 ^a	67 (33.5)	54.13±8.00	3.08 (.028)	a > c, d
	70~74 ^b	48 (24.0)	51.16±7.51		
	75~79 ^c	51 (25.5)	50.94±5.13		
	≥80 ^d	34 (17.0)	50.93±5.16		
	M±SD	73.12±5.77			
Gender	Male	95 (47.5)	50.06±6.23	-4.04 ($< .001$)	
	Female	105 (52.5)	53.88±7.09		
Marital status	Married	101 (50.5)	51.91±6.09	0.72 (.483)	
	Bereaved	95 (47.5)	52.39±7.82		
	Other	4 (2.0)	48.25±4.57		
Cohabitant	Alone	75 (37.5)	51.01±6.61	1.39 (.252)	
	Spouse (son or daughter)	121 (60.5)	52.71±7.19		
	Grandson or cousin	4 (2.0)	52.25±2.98		
Education	None ^a	33 (16.5)	49.85±4.58	7.48 ($< .001$)	a, b < e
	Elementary ^b	83 (41.5)	50.10±5.97		
	Middle ^c	21 (10.5)	54.00±6.19		
	High ^d	40 (20.0)	54.12±8.86		
	College ^e	23 (11.5)	56.95±6.42		
Religion	Yes	133 (66.5)	53.91±6.81	6.04 (.011)	
	No	67 (33.5)	48.40±5.68		
Job	Yes	35 (17.5)	53.80±7.11	1.63 (.104)	
	No	165 (82.5)	51.69±6.87		
Income	High ^a	38 (19.0)	54.78±6.78	4.53 (.012)	a > c
	Middle ^b	131 (65.5)	51.75±7.16		
	Low ^c	31 (15.5)	50.03±5.16		
Time since diagnosis (month)	12~60 ^a	74 (37.0)	54.81±6.99	10.15 ($< .001$)	a > b, c
	61~120 ^b	85 (42.5)	50.23±6.46		
	≥121 ^c	41 (20.5)	50.90±6.37		
	M±SD	88.43±51.77			
Duration of disease control (month)	12~60 ^a	74 (37.0)	54.81±6.99	13.92 ($< .001$)	a, c > b
	61~120 ^b	96 (48.0)	49.58±6.01		
	≥121 ^c	30 (15.0)	53.23±6.99		
	M±SD	82.57±46.97			
Daily medication	Yes	167 (83.5)	52.38±7.01	1.46 (.146)	
	No	33 (16.5)	50.45±6.44		
Experience of admission	Yes	90 (45.0)	50.20±5.87	-3.61 ($< .001$)	
	No	110 (55.0)	53.59±7.39		
Experience of hypertension education	Yes	72 (36.0)	54.50±7.62	3.62 ($< .001$)	
	No	128 (64.0)	50.69±6.15		
Perceived health status	Good	24 (12.0)	57.17±8.60	9.37 ($< .001$)	a > b, c
	Average	114 (57.0)	51.99±6.79		
	Poor	62 (31.0)	50.23±5.52		
Hypertension complication (n=118)	Cardiovascular disease	51 (23.5)	49.82±6.27	1.97 (.120)	
	Diabetes Mellitus	57 (28.5)	51.10±6.35		
	Other	10 (5.0)	52.70±7.25		
Primary caregiver	Family	55 (27.5)	52.00±6.68	0.13 (.874)	
	Primary caregiver	82 (41.0)	51.89±6.49		
	No need	63 (31.5)	51.42±7.78		

들이는 대상자 50.23±5.52점에 비해 유의하게 자가간호를 잘 하고 있는 것으로 나타났다. 그 외에 고혈압 약복용 여부, 고혈압으로 인한 합병증, 고혈압을 관리해 주는 건강관리자에 따른 자가간호 정도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (Table 1).

3. 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호 정도

연구 대상자의 극복력 총점은 109.65±20.78점(범위 69~159점)이었고, 하부영역별 점수는 개인의 유능성이 76.62±15.70점, 자신의 삶의 수용은 33.02±6.35점이었다. 자율적 동기의 총점은 38.18±5.99점(범위 21~51점)이었으며, 하부영역별 평균 점수는 식이 운동관리는 25.53±4.34점, 약물관리는 12.64±2.54점이었다. 우울 점수는 8.33±2.61점(범위 2~14점)이었으며, 자가간호 점수는 52.06±6.94점(범위 36~69점)으로 나타났다. 본 연구에서 사용된 변수의 왜도와 첨도는 절대값이 ±1 범위에 분포하고 있으므로 정규분포의 가정에서 크게 벗어나지 않는 것으로 나타났다(Table 2).

4. 극복력, 자율적 동기, 우울 및 자가간호 간의 상관관계

연구 대상자의 측정변수 간 상관관계에서는 대상자의 극복력이 높을수록 자가간호를 더 잘하는 것으로 나타났으며($r=.40, p<.001$) 극복력의 하위영역을 살펴보면 개인의 유능성($r=.35, p<.001$) 및 자신의 삶의 수용 정도가 클수록($r=.43, p<.001$) 자가간호를 더 잘 수행하였다. 자율적 동기가 높을수록 자가간호 수준이 높은 것으로 나타났으며($r=.33, p<.001$), 자율적 동기의 하위영역인 약물관리($r=.32, p<.001$)와 식이 운동관

리($r=.27, p<.001$)를 잘 할수록 자가간호 수준이 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 고혈압 재가노인의 우울과 자가간호는 부적 상관관계를($r=-.21, p=.003$) 보여 우울 수준이 낮을수록 자가간호를 더 잘 하는 것으로 나타났다(Table 3).

5. 자가간호에 미치는 영향요인

고혈압 재가노인의 자가간호에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 극복력과 극복력의 하부영역인 개인의 유능성, 자신의 삶의 수용 그리고 자율적 동기와 하부영역인 식이 운동관리, 약물관리와 마지막으로 우울 그리고 일반적인 특성 중 자가간호와 유의미한 관련이 있는 것으로 나타난 변수 즉, 연령, 성별, 교육정도, 종교, 경제상태, 고혈압 유병기간, 진단 후 치료기간, 고혈압으로 인한 입원경험, 고혈압 관련 건강교육, 스스로 지각하는 건강상태를 독립변수로 선정하여 단계적 다중회귀 분석을 하였다.

다중회귀분석을 위해 독립변수들 간의 다중공선성이 존재하는지를 알아보기 위해 분산팽창요인계수(Variation Inflation Factor, VIF)를 통해 확인한 결과 모든 변수 간 VIF 지수는 1.317~2.611로 10 미만이므로 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났으며, Durbin-Watson 통계량이 1.911로 2값 근처에 있어 자기상관이 없이 오차 항들이 서로 독립적임을 알 수 있었다. 회귀모형의 적합성 검정은 잔차분석을 이용하여 정규성과 등분산성을 검정하였다. 표준화된 잔차의 Kolmogorov-Smirnov 검정 결과 정규성을 만족하였고($p=.214$), Breusch-Pagan 등분산성 검정을 만족하는 것으로 나타나($p=.785$) 회귀모형이 적합하였다. 대상자의 일반적인 특성 중 자가간호에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 성별, 교육정도, 종교, 경제상태, 고혈압으로 인한 입원경험, 고혈압 관련 건강교육, 스스로 지각

Table 2. Level of Resilience, Autonomous Motivation, Depression, and Self-care (N=200)

Variables	Possible range	M±SD or n (%)	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Resilience	25~175	109.65±20.78	69	159	0.39	-0.26
Personal Competence	25~119	76.62±15.70	48	105	0.49	0.14
Acceptance of Self and Life	25~56	33.02±6.35	20	47	-0.06	0.32
Autonomous motivation	7~56	38.18±5.99	21	51	0.44	-0.24
Exercise and dietary management	7~35	25.53±4.34	13	35	0.31	-0.43
Medication Management	7~21	12.64±2.54	7	19	0.21	-0.42
Depression	0~15	8.33±2.61	2	14	0.04	-0.23
No depression		22 (11.0)				
Mild depression		152 (76.0)				
Severe depression		26 (13.0)				
Self-care	16~80	52.06±6.94	36	69	0.50	0.25

하는 건강상태는 dummy변수로 처리하여 분석하였으며, 연속변수인 나이, 고혈압 유병기간, 진단 후 치료기간은 자료의 변환 없이 회귀모형에 투입되었다.

단계적 다중회귀 분석 결과에서 자율적 동기($\beta=.47, p<.001$)가 자가간호에 가장 영향력이 크며, 자율적 동기가 자가간호를 설명하는 설명력은 29.0%였다. 경제상태($\beta=-.31, p<.001$)가 추가되어 설명력은 15.9%가 증가한 36.8%였고, 자신의 삶의 수용($\beta=-.60, p<.001$)은 7.6%의 설명력이, 극복력($\beta=.52, p<.001$)은 3.6%의 설명력이, 고혈압 관련 건강교육($\beta=.21, p<.001$)은 2.1%의 설명력이 그리고 성별($\beta=.14, p=.021$)은 1.5%의 설명력이 각각 증가하여 고혈압 재가노인의 자가간호에 대한 총 설명력은 51.6%($F=52.26, p<.001$)이었다(Table 4).

IV. 논 의

본 연구는 고혈압을 진단 받은 65세 이상의 재가노인을 대상으로 자가간호에 영향을 미치는 요인을 규명하고 고혈압 재가노인의 자가간호 수행을 증진시키는 방안을 제시하여 자가간호 증진 프로그램 개발 시 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

본 연구 대상자의 자가간호 평균점수는 80점 만점에 52.06점으로 측정되었다. 이러한 결과는 본 연구와 동일한 도구로 본태성 고혈압 노인 대상자의 자가간호 정도를 조사한 결과 55.05점과는 유사한 수준이었으나[8], 고혈압 노인을 대상으로 자가간호를 파악한 연구[24]의 60.34점보다는 본 연구의 점수가 낮았다. 이렇게 자가간호의 점수 차이가 나타난 것은 연구 대상자

Table 3. Relationship among Resilience, Autonomous motivation, Depression and Self-care (N=200)

Variables	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
X1. Resilience	1							
X2. Personal competence	.88 ($<.001$)	1						
X3. Acceptance of self and life	.83 ($<.001$)	.74 ($<.001$)	1					
X4. Autonomous motivation	.44 ($<.001$)	.40 ($<.001$)	.51 ($<.001$)	1				
X5. Exercise and dietary management	.31 ($<.001$)	.28 ($<.001$)	.38 ($<.001$)	.72 ($<.001$)	1			
X6. Medication management	.41 ($<.001$)	.38 ($<.001$)	.47 ($<.001$)	.92 ($<.001$)	.67 ($<.001$)	1		
X7. Depression	-.44 ($<.001$)	-.43 ($<.001$)	-.40 ($<.001$)	-.30 ($<.001$)	-.10 (.148)	-.34 ($<.001$)	1	
X8. Self-care	.40 ($<.001$)	.35 ($<.001$)	.43 ($<.001$)	.33 ($<.001$)	.32 ($<.001$)	.27 ($<.001$)	-.21 (.003)	1

Table 4. Factors Influencing Self-care (N=200)

Variables	B	β	t	p	R ²	ΔR^2
(Constant)	33.61		8.56	$<.001$		
Autonomous motivation	0.55	.47	7.54	$<.001$.290	
Income (1=high)*	3.51	.31	5.89	$<.001$.368	.159
Acceptance of self and life	0.81	.60	6.06	$<.001$.444	.076
Resilience	0.15	.52	5.46	$<.001$.480	.036
Experience hypertension education (1=yes)*	0.02	.21	3.93	$<.001$.501	.021
Gender (1=female)*	0.15	.14	2.12	.021	.516	.015
Adj. R ² =.516, F=52.26, p<.001						

*Dummy variables : income (1=high, 0=middle and low), experience of hypertension education (1=yes, 0=no), gender (1=female, 0=male).

의 일반적인 특성 중 성별, 가족의 동거여부 그리고 고혈압 관련 건강교육 경험에 의한 차이에 기인한 것으로 생각된다. 즉, 본 연구 대상자는 여성노인이 52.5%, Lee [8]의 연구에서는 여성이 57.1%를 차지한 반면에 Kim과 Jeon [24]의 연구에서는 여성이 78.0%였다. 이에 여성노인이 남성노인보다 자가간호를 더 잘 하는 것으로 나타난 선행 연구[9]에서 보듯이 연구들 간에 남녀 비율의 차이로 인해 자가간호의 점수가 차이가 있었던 것으로 생각된다. 또한 본 연구 대상자는 동거인이 있는 경우가 62.5%, Kim과 Jeon [24]의 연구에서는 46.2%가 동거인과 함께 생활하였다. 즉, 가족과 동거하는 재가노인의 경우 독거노인보다 고혈압에 대한 자가간호를 더 잘 수행한다고 보고한 연구[9]의 결과처럼 가족의 동거여부의 차이로 인해 선행 연구[24]와 자가간호의 점수 차이가 있었던 것으로 생각된다. 아울러 고혈압 교육을 받은 대상자는 치료이행정도가 높다고 보고한 연구[9]에서 보듯이 고혈압 교육경험에 따른 자가간호의 정도가 다르다고 볼 수 있는데 본 연구에서 고혈압 관련 건강교육을 받은 대상자는 36.0%로 Kim과 Jeon [24]의 연구보다 다소 적어서 자가간호 정도가 낮았던 것으로 사료된다.

본 연구의 고혈압 재가노인의 극복력을 분석한 결과 175점 만점에 109.65점이었으며, 영역별로는 개인의 유능성은 76.62점, 자신의 삶의 수용은 33.02점이었다. 이러한 본 연구의 극복력 점수는 극복력의 도구개발 당시 전 연령층을 대상으로 측정 한 극복력 점수 147.9점[19]과 소득정도에 따른 노인의 극복력을 측정 한 점수(범위: 141.2~149.1점)[25]보다 낮은 것으로 나타났다. 선행 연구에서 노인의 극복력은 다른 연령층에 비해 더 낮은 것으로 보고되었고[15] 고혈압과 같은 만성질환을 가진 재가노인의 경우 불안과 우울 등을 경험하게 되며 더불어 치료과정, 질병으로 인한 다양한 신체적 부작용 그리고 심리적 변화 등 여러 스트레스 상황으로 인해 어려움을 겪을 수 있다 [14]. 이러한 이유로 고혈압 재가노인의 극복력 점수가 선행 연구의 점수보다 더 낮았던 것으로 생각된다. 그러나 고혈압 재가노인의 극복력에 대한 연구가 매우 미흡하여 고혈압 재가노인을 대상으로 실시한 연구의 극복력 정도를 서로 비교할 수는 없었다.

다음으로 자율적 동기를 살펴보면 자율적 동기의 평균은 56점 만점에 38.18점이었으며, 영역별로는 식이 운동관리에 관한 자율적 동기는 25.53점, 약물관리에 관한 자율적 동기는 12.64점이었다. 본 연구와 동일한 도구를 사용하여 성인고혈압과 당뇨병 환자를 대상으로 자율적 동기를 측정한 연구[11]의 48.33점보다 본 연구 대상자의 자율적 동기는 낮은 점수였다. 이러한 이유는 연구 대상자의 일반적인 특성 중 연령층에 의한 차이

에 기인한 것으로 생각된다. 즉, 본 연구 대상자는 65세 이상의 노인인 반면에 Seo [11]의 연구에서는 58.6%가 65세 이상이었다. 즉, 연령이 높아질수록 생활습관이 고착되어 자율적 동기가 줄어드는 것으로 나타난 선행 연구[10]에서 보듯이 연령층의 비율의 차이로 인해 자율적 동기에서 점수 차이가 있었던 것으로 생각된다. 고혈압의 주된 치료법으로 약물복용과 함께 식이요법이나 체중관리를 위한 운동 같은 비약물적인 요법이 반드시 동반되어야 하고 처방에 따른 지속적인 약물 복용은 혈압을 성공적으로 조절할 수 있으며[11] 약물복용과 비약물적인 중재의 효과에 대해 보건기관이 다양한 매체를 통해 홍보하고 있는 현실을 감안하면 본 연구에서 보고된 자율적 동기 점수는 낮은 수준으로 생각된다. 또한 우울 정도를 분석한 결과 15점 만점에 8.33점이었으며, 경증 이상의 우울 상태가 89.0%인 것으로 나타났다. 이러한 연구 결과는 재가노인의 45.1%가 경증 이상의 우울상태라고 보고한 연구 결과[26]보다 높았다. 이러한 이유는 배우자의 동거여부와 교육정도의 차이 때문인 것으로 생각된다. 즉 본 연구 대상자는 혼자 사는 노인이 37.5%, 최종 학력은 초등학교 졸업이 58.0%를 차지한 반면에 Oh와 Yi [26]의 연구에서는 혼자 사는 노인이 26.3%, 최종 학력은 초등학교 졸업이 29.3%였다. 이에 배우자와 동거하지 않는 경우, 교육수준이 낮은 집단일수록 우울 정도가 높은 것으로 보고한 선행 연구[24]에서 보듯이 배우자의 동거와 교육으로 인해 우울의 점수가 차이가 있음을 알 수 있다. 따라서, 무배우자 기간이 길고 교육수준이 낮은 노인의 우울을 예방하기 위한 지역사회 프로그램 개발 및 적극적인 참여유도가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 결과에서 고혈압 재가노인의 자가간호 정도는 인구사회학적 및 질병 관련 특성 그리고 극복력, 자율적 동기 및 우울과 모두 관련이 있는 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성과 자가간호의 관계에서는 연령이 적은 군, 여성노인 군, 교육 정도가 대졸 이상인 군, 경제상태가 높은 군 그리고 종교가 있는 군에서 자가간호를 더 잘 하는 것으로 나타났다. 먼저 연령의 경우 노인의 연령이 높아질수록 복합적인 질병관리와 의사결정의 요구가 많아질 뿐만 아니라 정상적인 인지기능의 저하와 기능적 감소의 위험이 더욱 높아지므로[16,27] 연령이 높은 군에서 자가간호 이행 정도가 낮았던 것으로 생각된다. 다음으로 여성노인이 남성노인보다 자가간호 이행을 더 잘하는 것으로 나타났다. 이는 남성노인보다는 여성노인이 자가간호를 수행할 수 있는 능력이 가능하기 때문에[6] 나타난 결과로 생각된다. 교육정도가 대졸 이상인 군은 대졸 미만인 군보다 자가간호 이행을 더 잘하는 것으로 나타났다. 이는 대상자의 교육정도가 높은 군은 고혈압에 대한 질병 지식과 자가간호 행위의 중요성

의 인식 정도가 높아지므로[27] 교육정도가 대졸 이상인 군이 자가간호 이행을 더 잘 했었던 것으로 판단된다. 그리고 월수입이 많은 군은 적은 군보다 자가간호를 더 잘 이행하는 것으로 나타나 경제상태가 높아지면 자가간호 이행 정도를 높일 수 있다고 보고한 연구 결과를 지지하였다[6]. 마지막으로 종교는 대상자의 영적 및 심리적 안녕을 향상시켜 자가간호 이행 증진을 도모하는 것으로 판단되나, 선행 연구 결과가 일관성이 없어[6,27] 이를 고혈압 재가노인 전체에게 일반화하는 데는 무리가 있다.

아울러 본 연구에서 질병 관련 특성과 자가간호와의 관계에서는 고혈압의 유병기간이 짧을수록, 치료기간이 짧을수록, 입원경험이 없을수록, 본인이 스스로 지각하는 건강상태가 좋을수록 자가간호 점수가 높은 것으로 나타났다. 고혈압의 유병기간이나 치료기간이 짧은 것과 입원경험이 없는 것은 질병의 심각성 정도가 낮을 수 있음을 간접적으로 유추해 볼 수 있고, 이로 미루어 볼 때 고혈압 재가노인의 질병에 따른 심각성이 낮을수록 자가간호 정도가 높음을 알 수 있었다. 따라서, 고혈압 인식의 심각성에 따른 사회 심리적 측면에서 차별화된 간호요구의 파악이 필요하며 그에 따른 중재가 고려되어야 한다고 본다. 또한 고혈압 관련 건강교육을 받은 경우 자가간호 점수가 높게 나타난 것은 고혈압 관련 건강교육을 받은 대상자는 자가간호를 포함한 치료이행정도가 높았다는 연구 결과[9]를 지지하는 것이다. 이를 바탕으로, 고혈압 재가노인의 자가간호 증진을 위해서는 대상자의 인구사회학적 및 질병 관련 요인을 파악하는 것이 무엇보다 중요하고 연구마다 일치하는 결과를 보인 변인들은 자가간호 증진 프로그램 개발 시 프로그램 구성내용으로 고려되어야 한다.

본 연구 결과 자율적 동기, 경제상태, 극복력 하부요인인 자신의 삶의 수용, 극복력, 고혈압 관련 건강교육 그리고 성별의 순으로 고혈압 재가노인의 자가간호에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 먼저 본 연구에서 자율적 동기가 자가간호에 가장 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 식이 운동관리와 약물관리에 대한 자율적 동기가 스스로 건강 목표의 중요성을 인지하고 건강 관련 행위를 선택하여 적극적인 건강행위 이행에 영향을 미친다고 보고한 연구[11]를 지지해주고 있다. 즉, 고혈압 재가노인이 자신의 문제나 과제를 효율적으로 대처할 수 있다고 인지할수록 처방된 약물치료나 운동 및 식이요법을 적극적으로 수행한다는 것을 의미한다. 또한 자율적 동기 수준이 높은 사람은 자율적 동기 수준이 낮거나 혹은 타율적 동기 수준이 높은 사람보다 좀 더 쉽게 행동으로 옮기며 이때 유발된 행동은 행위의 강도와 활성화된 수준을 높인다[10]. 따라서, 고혈압 재가노인의 자가간호를 향상시키기 위해서는 자신의 혈압 조절을 성

공적으로 유지 및 조절할 수 있는 자율적 동기를 강화시키는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다. 그리고 본 연구에서 대상자들의 경제상태는 자율적 동기 다음으로 자가간호에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 고혈압 환자를 대상으로 한 연구[6]에서 월수입이 많을수록 자가간호를 더 잘 이행하는 것으로 보고한 연구 결과를 지지하였다.

본 연구에서 극복력의 하부요인인 자신의 삶의 수용과 극복력이 자가간호에 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 자신의 삶의 수용 정도와 극복력 수준이 높을수록 개인의 생리적, 사회적 대처 과정을 포함한 환경을 조절하는 능력인 자가간호 능력이 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 본 연구의 결과는 항암화학요법을 받는 대상자의 극복력 정도가 높을수록 자가간호 수행 정도가 높아진다고 보고한 연구 결과[29]를 지지하였다. 고혈압을 가진 대상자의 극복력에 대한 연구가 미흡하여 선행 연구와 직접 비교할 수는 없지만, 극복력의 정도가 높다는 것은 고혈압 재가노인이 노화과정과 더불어 고혈압의 진행과 그에 따른 합병증으로 인한 상황에 직면해서도 적응수준을 일정하게 유지하여 긍정적인 삶을 영위할 수 있을 것이라 유추해 볼 수 있고 이로 인해 자가간호 수행 정도가 높아진 것으로 생각된다.

마지막으로 본 연구에서 고혈압 관련 건강교육은 자가간호에 영향을 미치는 변수로 나타나 교육기관이나 교육의 수단에 관계없이 고혈압 관련 건강교육의 유무에 따라서, 고혈압 교육을 받은 대상자는 자가간호를 포함한 치료이행정도가 높았다는 연구 결과[9]를 지지하였고, 성별 역시 자가간호에 영향을 미치는 변수로 나타나 여성이 남성보다는 자가간호 수행능력이 높다는 연구 결과[6]를 뒷받침 해주고 있다. 따라서, 고혈압 재가노인의 자가간호 증진을 위해서 고혈압 재가노인의 자가간호에 영향을 미치는 관련 변인들을 고려한 맞춤형 개별 교육 프로그램의 간호중재가 필요하다고 사료된다.

자가간호의 개념은 보통 노인 만성질환의 간호문제에 대한 해결책을 제시해 줄 수 있는 일차적 요소로 오랫동안 건강분야의 학자들에 의해 강조되어 왔다[7]. 또한 만성질환은 질병의 조절은 가능하나 완치 되지 않으므로 대상자는 자신의 질병 관리에 대한 적극적인 참여와 책임이 따른다. 즉 자신의 질병 관리법을 익히고 의료인의 지도하에 지속적으로 자가간호 행위를 수행하는 능력이 중요한데 이러한 관점에서 본 연구는 고혈압 재가노인의 자가간호 정도를 파악하고 이에 영향하는 요인을 밝힘으로써 이들에게 적절한 간호를 제공할 수 있는 기초 자료를 제공하였다는 점에 본 연구의 의의가 있겠다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 전라북도 소재 5개의 노인정과 5개의 사회복지관을 방문한 65세 이상의

노인만을 대상으로 하였으므로 고혈압 재가노인 전체를 대상으로 결과를 일반화할 때는 신중을 기해야 할 것이다. 둘째, 대상자의 질환에 대한 이해 및 지식은 병을 받아들이고 자가간호 하는데 중요한 요인이나 본 연구에서는 대상자의 질환에 대한 지식 정도를 연구변인에 포함시키지 않았다. 따라서, 고혈압 재가노인의 고혈압에 대한 지식 정도 및 자가간호와의 관련성을 파악하는 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 고혈압을 진단 받은 65세 이상의 재가노인을 대상으로 자가간호에 영향을 미치는 요인을 규명하고 고혈압 재가노인의 자가간호 수행을 증진시키는 방안을 제시하여 자가간호 증진 프로그램 개발 시 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 연구 결과 연구 대상자의 극복력은 109.65 ± 20.78 점이었고, 자율적 동기는 38.18 ± 5.99 점, 우울은 8.33 ± 2.61 점이었으며, 자가간호는 52.06 ± 6.94 점으로 확인되었다. 또한 고혈압 재가노인의 자가간호 정도는 인구사회학적 및 질병 관련 특성 그리고 사회심리적 변인에 의해 영향을 받을 수 있었으며 이 중 자율적 동기, 경제상태, 자신의 삶의 수용, 극복력, 고혈압 관련 건강교육 그리고 성별이 고혈압 재가노인의 자가간호를 51.6% 설명하였다. 이러한 연구 결과를 토대로 본 연구 결과에서 파악된 영향 요인을 고려한 효율적인 자가간호 증진 간호중재 프로그램의 개발이 모색되어야 한다고 사료된다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2012 annual report on the cause of death statistics [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2013 [cited 2016 May 20]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=308559&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=0
2. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2014 elderly survey report. Policy Report. Seoul: Ministry of Health and Welfare, 2015 April. Report No.: 2014-61.
3. Korea National Statistical Office. 2015 population census [Internet]. Seoul: Korea National Statistical Office; 2015 [cited 2016 May 20]. Available from: http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITL#SubCont
4. Jeon SY, Ju SM, Lee SG. Factors associated with drug treatment and life style modification in newly detected hypertension patients. *Chungnam Medical Journal*. 2001;28(2):247-261.
5. Korean Society of Hypertension. 2013 hypertension management guidelines [Internet]. Seoul: Korean Society of Hypertension; 2013 [cited 2016 May 20]. Available from: http://www.koreanhypertension.org/download/131107_01.pdf
6. Kim K, Park S, Lee H. A study on the factors influencing to the medication compliance of the hypertension, patient in one public health center in Seoul. *Korean Journal of Health Promotion and Disease Prevention*. 2005;5(4):267-274.
7. Orem DE. *Nursing: Concept of practice*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1980.
8. Lee YW. A study of the effect of an efficacy expectation promoting program on self efficacy and self care. *Korean Journal of Adult Nursing*. 1995;7(2):212-227.
9. Ko IS, Kim GS, Lim MH, Lee KJ, Lee TW, Park HS, et al. Effects of health education on the knowledge and self-care of hypertension for visiting nursing clients. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2007;21(2):134-145.
10. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum; 1985.
11. Seo YM. A structural model development for health behavior adherence in hypertensive or diabetic patients [dissertation]. Daegu: Kyungpook National University; 2008. p. 2-88.
12. Schok ML, Kleber RJ, Lensvelt-Mulders GJ. A model of resilience and meaning after military deployment: Personal resources in making sense of war and peacekeeping experiences. *Aging & Mental Health*. 2010;14(3):328-338. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860903228812>
13. Walsh F. *Strengthening family resilience*. New York: Guilford; 1998. p. 3-27.
14. Yoo KH. A study on relationship between mastery and activity of daily life in rheumatoid arthritis patients. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2004;7(2):207-212.
15. Shapiro ER. Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Journal of Clinical Psychotherapy*. 2002;58(11):1375-1384. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10085>
16. Kwon SS, Chung YK, Kwon HJ. Comparison of depression level of poor elderly and elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2002;13(1):30-38.
17. Oh YH, Bae HO, Kim YS. A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2006;26(3):461-476.
18. Park JH, Kwon YC. Korean version of mini-mental state examination (MMSE-K): Development of the test for the elderly. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1989;28(1):125-135.
19. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measure-*

- ment. 1993;1(2):165-178.
20. Song YS. Determinants of resilience of the physically disabled at home [master's thesis]. Busan: Kosin University; 2004. p. 2-53.
 21. Williams GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*. 1998;21(10):1644-1651.
<http://dx.doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
 22. Yesavage JA, Sheikh JI. 9/Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986;5(1-2):165-173.
http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
 23. Kee BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1996;35(2):298-306.
 24. Kim OS, Jeon HO. Cognitive function, depression, social support, and self-care in elderly with hypertension. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2008;20(5):675-684.
 25. Wagnild G. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adult. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003;29(12):42-49.
 26. Oh J, Yi M. Factors that affect health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Perspectives in Nursing Science*. 2012;9(2):102-110.
 27. Paek KS. Impact of health literacy on adherence to self care behavior among the elderly with hypertension in a community. *Crisis and Emergency Management*. 2015;11(8):157-174.
 28. Ko Y, Lee IS. Factors affecting the self-rated health of vulnerable elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2009;20(1):31-40.
 29. Lee EK, Ryu EJ, Kim KH. Structural equation modeling on adjustment of cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Oncology Nursing*. 2011;11(2):101-107.
<http://dx.doi.org/10.5388/jkon.2011.11.2.101>
 30. Lee HJ, Park KY, Park HS. Self care activity, metabolic control, and cardiovascular risk factors in accordance with the level of depression of clients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2005;35(2):283-291.