



# 사회적 지지와 우울정도가 관상동맥중재술을 받은 노인의 자기간호 이행에 미치는 영향

조원정<sup>1</sup> · 최모나<sup>2</sup> · 김소선<sup>3</sup> · 조은희<sup>2</sup>

가톨릭대학교 부속 서울성모병원 성인심장혈관외과 전문간호사<sup>1</sup>,  
 연세대학교 간호정책연구소 연구원 · 간호대학 조교수<sup>2</sup>, 교수<sup>3</sup>

## Effect of Social Support and Depression on Self-care of Older Adults Receiving Percutaneous Coronary Intervention

Cho, Wonjung<sup>1</sup> · Choi, Mona<sup>2</sup> · Kim, Sosun<sup>3</sup> · Cho, Eunhee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CNS, Adult Cardiovascular Surgery, Seoul St. Mary's Hospital, Catholic University of Korea,  
<sup>2</sup>Assistant Professor, <sup>3</sup>Professor, College of Nursing, Yonsei University · Nursing Policy Research Institute

**Purpose:** This study was conducted to identify how social support and depression influence self-care for older adults who received Percutaneous Coronary Intervention (PCI). **Methods:** Data were collected during October and November 2009 from 136 older adults who made a follow-up visit after receiving PCI from a tertiary hospital. Data analyses were done using t-test, ANOVA, and multiple linear regression. **Results:** The average score for self-care was 3.47 out of 5 points, and the lowest scored sub-domain on self-care was medication. The level of social support was 2.80 out of 4 points. More than half of the participants had depressive symptoms. There was a significant difference in self-care by income level ( $F=3.51, p=.017$ ). The result of multiple linear regression showed that income and self-esteem support were significant factors influencing self-care; however, depression was insignificant. **Conclusion:** In order to enhance self-care of older adults with coronary artery diseases, strategies for economically vulnerable older adults are needed, including educational interventions, insurance coverage for cardiac rehabilitation programs, and policy support. Engaging in social participation and intervention programs to strengthen self-esteem will help older adults increase self-care capacity. Additionally, a strategy for enhancing medication self-care specifically for older adults should be considered.

**Key Words:** Coronary disease, Older adults, Self-care, Social support, Depression

### 서론

#### 1. 연구의 필요성

심혈관질환은 전 세계적으로 그 발생빈도와 심각도가 중

요시되고 있는 질환으로써, 노인의 질병발생, 불능과 사망의 중요한 원인이 되고 있는데(Lee, 2008; Song, 2009; Van der Wal & Jaarsma, 2008), 우리나라의 경우에도 급속한 인구의 고령화와 식생활 및 생활패턴의 서구화를 경험하면서 심혈관질환의 발생빈도가 급증하고 있어 이에 대한 관리와

**주요어:** 관상동맥질환, 노인, 자기간호, 사회적 지지, 우울

**Address reprint requests to:** Cho, Wonjung, College of Nursing, The Catholic University of Korea, 505 Banpo-dong, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea, Tel: 82-2-2258-2934, Fax: 82-2-594-8644, E-mail: chowonjung@catholic.ac.kr

- 본 논문은 2010년도 연세대학교 석사학위논문 의 요약본임.  
 - This article is a part of master's thesis from Yonsei University.

투고일 2010년 4월 13일 / 수정일 2010년 4월 20일, 2010년 5월 18일 / 게재확정일 2010년 6월 9일

치료의 중요성이 강조되고 있다. 또한 심혈관질환은 질환의 특성상 연령이 증가할수록 유병률, 사망률이 증가하는 양상을 보여 급격한 노령화사회를 경험하는 국내에서 지속적인 관심을 가지고 대비를 할 필요가 있는데, 실제로 국내 보건사회연구원은 협심증의 의사진단 유병율을 조사한 결과를 인구 1,000명당의 발생건수가 50세에서 59세 사이에는 16.2명, 60세에서 69세 사이는 40명, 70세 이상에서 52.6명이며, 그 중에서도 60대 이후 급속하게 증가한다고 발표하였고, 관상동맥질환과 같은 허혈성 심질환의 연령대별 사망률 조사에서도 75세에서 79세 사이의 연령대에서 사망률이 가장 높은 것으로 보고하였다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2007).

늘어나는 관상동맥질환에 대한 치료법중 대표적인 방법으로 관상동맥중재술(percutaneous coronary intervention, PCI)이 잘 알려져 있다. 관상동맥중재술은 질환의 이환을 증가와 조기발견, 중재술의 발전으로 국내에서도 해마다 그 시행건수가 증가하는 추세를 보이고 있다(Statistics Korea, 2008). 그러나 관상동맥질환은 관상동맥혈관 개통 및 심근 기능유지를 위한 관상동맥중재술 및 관상동맥 우회술과 더불어 질환의 재발과 악화를 방지하기 위한 자가간호 이행이 매우 필수적이다. 이는 자가간호의 이행이 이루어지지 않으면 협착이 있는 관상혈관을 재 관류시킨 후에도 그 질병의 원인이 되는 관상동맥죽상경화의 진행을 막을 수 없기 때문이다(Lee, Kim, & Cho, 2002; Song, 2005). 그러나 이러한 중요성에도 불구하고 관상동맥질환자의 건강관련 행위변화율은 저조한 형편이어서 대상자들의 행위변화를 유도할 수 있는 요인을 규명하기 위한 연구의 필요성이 제기되었다(Lee et al., 2002).

자가간호는 개인의 건강을 유지, 증진시키는데 중요한 영향을 주는 건강 지향적이고 통합적인 개념으로, 자신의 건강관리에 책임을 가지게 하므로 관상동맥질환과 같은 만성질환을 관리하고 급성질환을 예방하는데 매우 효과적인 전략이다(Orem, 1985). 노인의 자가간호 이행은 여러 요인들이 다양하고 복잡하게 작용하며, 타 연령대에 비하여 이행률이 비교적 낮은 것으로 알려져 있다(Van der Wal & Jaarsma, 2008). 그러므로 질병의 이환에 취약하고 자가간호 이행수준이 낮은 노인관상동맥질환자에 대한 자가간호 이행수준을 향상시킬 수 있는 간호중재의 개발은 매우 중요하다고 할 수 있다. 노인은 일반적으로 인지기능의 저하, 신체기능의 저하, 복합적인 질환, 여러 가지 사회적 지지체계의 감소, 우울정향의 증가 등의 발달기적 특성을 가지며 이

러한 특성은 노인의 자가간호 이행에 영향을 주게 된다(Lee, 1989). 그 중 사회적 지지의 감소는 심혈관질환을 가지는 환자의 질병진행이나 회복에 영향을 주어 최근 국외의 심장재활과 관련한 프로그램에서는 사회적 지지와 관련한 요소를 포함하는 재활 프로그램의 개발이 다양하게 이루어지고 있다(Schulz et al., 2008). 이는 관상동맥질환과 관련하여 요구되는 일상생활조절을 통한 자가간호 행위는 사회적 관계를 통해 변화를 유도하여야 하므로(Song, 2005) 사회적 지지의 감소는 이러한 대상자들의 자가간호 이행에 부정적 영향을 주게 되기 때문이다. 더불어, 노년기에 나타나는 대표적 심리 변화인 우울정향의 증가는 질환에 이환된 노인환자의 사망률을 높이고 병원 재원일수의 증가와 회복기간의 증가를 초래할 뿐만 아니라, 노인이 가진 잔존 신체기능을 상실시킴으로써 자가간호 이행을 저해할 수 있다(Suh, 2006).

이러한 이론적 기반을 근거로 국외에서는 관상동맥질환을 가진 노인환자의 사회 심리적 요인과 건강행위 이행과의 관계를 밝히기 위한 연구가 진행되어 왔다. 그러나 관련된 국내연구를 고찰해본 결과, 대부분 전체 성인대상자를 연구한 것이었고, 65세 이상 노인을 대상으로 수행한 연구는 노인관상동맥질환자의 자가간호 관련 요인을 가족지지로 국한한 1편(Lee, 2008)에 불과하였다. 이에 본 연구자는 관상동맥중재술을 받은 노인의 사회적 지지정도 및 우울정도와 자가간호의 관계를 파악하여 대상자의 자가간호 이행을 증진시킬 수 있는 효과적인 간호중재 전략의 개발을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 관상동맥중재술을 받은 노인환자에게 있어서 사회적 지지 및 우울정도가 자가간호 이행에 미치는 영향을 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 관상동맥중재술을 받은 노인의 자가간호 이행정도, 사회적 지지정도, 우울정도를 파악한다.
- 관상동맥중재술을 받은 노인의 사회적 지지와 우울정도가 자가간호 이행에 미치는 영향을 파악한다.

## 3. 용어정의

### 1) 자가간호

자가간호란 개인의 삶, 건강, 안녕을 유지하기 위해 대상

자 스스로가 주도하고 수행하는 행동이다(Orem, 1985). 본 연구에서는 관상동맥질환의 자가간호 영역으로 투약, 식이, 운동, 금연과 관련한 자가간호 이행의 정도를 의미하며 Song (2001)이 자기효능강화 심장재활 프로그램이 자기효능, 건강행위와 삶의 질에 미치는 효과에 대한 연구에서 사용한 자가간호 측정도구를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

## 2) 사회적 지지

사회적 지지란 타인에게 눈에 띄게 돌봄, 존중, 도움을 받는 것으로 정의된다(Suh, 2006). 본 연구에서는 Song (1991)이 노인의 생활기능상태 예측모형 구축연구에서 개발한 도구를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

## 3) 우울감

우울감이란 정상적인 기분변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 일련의 기분변화의 연속선상에 있으며, 특히 근심, 침울함, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서 상태이다(Battle, 1978). 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage (1986)이 개발한 단축형 노인우울척도(GDS)를 한국어로 변안한 도구(Song et al., 2007)를 사용하여 측정된 결과를 의미한다.

# 연구 방법

## 1. 연구설계

본 연구는 관상동맥중재술을 시행 받은 노인환자를 대상으로 한 연구로써, 사회적 지지정도와 우울 정도가 자가간호 이행에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울시에 소재하는 C종합병원에서 관상동맥 질환으로 관상동맥중재술을 시행 받은 후, 외래를 통해 추후관리를 받고 있는 65세 이상의 환자들 중 국문해독이나 의사소통이 가능하며 연구의 목적을 이해하여 연구의 참여를 수락한 환자를 편의표출 하였다. 뇌졸중, 치매 등으로 인지기능장애를 가진 자와 노인요양시설에 입소하여 있는 자는 연구대상에서 제외하였다. 표본수는 Cohen (1988)의

power analysis를 근거로 하여 중간 효과크기,  $\alpha = .05$ , power=.80로 산출한 최소 대상자수는 127명이었으나 탈락률을 고려하여 총 174명을 대상으로 설문을 시행하였다.

## 3. 연구도구

본 연구는 구조화된 설문지를 사용하였으며, 설문지의 내용은 일반적 특성, 자가간호 이행정도, 사회적 지지, 우울감을 평가하는 문항이다

### 1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 성별, 나이, 종교, 교육정도, 결혼여부, 직업, 가구 월평균 소득, 동거가족 유무, 질병관련 특성 등을 포함하여 총 15문항으로 구성되었다.

### 2) 자가간호 이행

본 연구에서는 관상동맥질환의 자가간호 이행 영역으로 투약, 식이, 운동, 금연에 관한 자가간호 이행정도를 측정하기 위하여 Song (2001)이 자기효능강화 심장재활 프로그램이 자기효능, 건강행위와 삶의 질에 미치는 효과에 대한 연구에서 개발한 자가간호 측정도구를 사용하였다. 본 도구는 투약관련 4문항, 식이관련 13문항, 운동과 활동관련 8문항, 흡연관련 1문항, 외래 방문 등의 추후관리관련 4문항으로 구성되어 전체 30문항으로 구성되었으며 각 문항은 ‘항상 잘하였다’, ‘비교적 잘하는 편이다’, ‘보통이다’, ‘거의 못하였다’, ‘전혀 못하였다’의 5점 척도로 측정하도록 구성되어 있고, 점수가 높을수록 자가간호 이행을 잘하는 것이다. Song (2001)은 본 도구를 이용하여 입원 당시와 퇴원 후의 건강행위를 측정하였는데 각각의 Cronbach's  $\alpha = .85$ 와  $.75$ 였고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었다.

### 3) 사회적 지지정도

대상자의 사회적 지지정도 측정을 위하여 Song (1991)이 노인의 생활기능상태 예측모형 구축 연구에서 노인의 지각된 사회적 지지정도를 측정하기 위해 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 정보적 지지 6문항, 물질적 지지 5문항, 감정적 지지 5문항, 자존감 지지 4문항으로 총 20개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 대상자가 얼마나 도움을 자주 받고 있는지를 ‘전혀 없음’ 1점에서 ‘항상 있음’ 4점까지 4점 척도로 표시하도록 되어있고, 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 개발 당시의

Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

#### 4) 노인의 우울감정도

노인의 우울감 정도를 측정하기 위해서는 Sheikh와 Yesavage (1986)에 의하여 개발된 노인우울척도를 국문으로 변환한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 15문항의 단축형으로 이분척도(0=예, 1=아니오)로 응답하며, 0점부터 15점까지 득점 가능하고 5~9점은 경증, 10~15점은 중증의 우울이 있는 것으로 평가된다. 본 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 국내·외에서 .80 안팎으로 보고되고 있고(Almeida & Almeida, 1999; Choi, Kim, Chae, Jeon, & You, 2004) 본 연구에서는 .69로 측정되었다.

### 4. 자료수집 및 분석방법

자료수집은 서울시내에 위치하는 C대학병원의 심혈관센터 외래를 연구자와 연구자가 훈련시킨 연구보조원 2인이 구조화된 설문지를 이용하여 진행하였다. 설문지는 연구의 내용과 목적에 대한 설명을 듣고 연구의 참여에 동의한 대상자에게 제공되었으며, 연구진행 동의서에 서명한 대상자의 설문지만 분석에 이용되었다. 대상자가 직접 작성하거나, 설문내용을 읽는데 어려움이 있는 경우에는 조사자가 문항을 읽어주어 작성을 진행하였다. 설문지의 진행은 IRB (Institutional Review Board)의 심사를 거친 후, 해당기관의 간호부서와 진료부서의 동의를 얻어 진행되었다. 자료수집기간은 2009년 10월 14일부터 2009년 11월 30일까지였다. 총 174부의 설문지가 수거되었으며, 그 중 본 연구의 대상에서 제외되거나, 불성실하게 응답한 38부를 제외한 136부를 분석하였다. 수집된 자료는 SAS 9.1 통계 프로그램을 이용하여 전산통계처리를 하였으며, 각 항목에 대한 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 일반적 특성, 사회적 지지정도, 우울정도와 자가간호 수행정도는 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 일반적 특성과 질환관련 특성에 따른 자가간호 이행정도의 차이는 t-test와 ANOVA를 이용하여 분석하였다.
- 사회적 지지정도와 우울정도가 자가간호 이행에 미치는 영향은 다중선형회귀분석을 이용하여 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 특성, 사회적 지지정도, 우울정도와 자가간호 이행정도

#### 1) 대상자의 특성

본 연구대상자의 일반적 특성과 질환 관련 특성은 Table 1과 같다. 연령적 분포는 65세에서 88세까지의 범위로, 평균 연령은  $72.04 \pm 5.27$ 세로 조사되었다. 성별은 남자가 56.6%였고, 배우자가 있는 대상자가 76.5%였으며, 교육수준은 대졸 이상이 34.6%로 가장 많았고, 월 평균 소득의 경우 100만원 미만인 43.7%로 가장 많았다. 대상자의 현재 동거가족은 배우자뿐인 경우가 47.8%이었으며 관상동맥질환의 이환기간을 묻는 질문에서는 5년 미만인 경우가 36.8%로 가장 많았고, 관상동맥중재술의 시술횟수는 1회 시술받은 경우가 76.5%이었다. 관상동맥질환 이외의 동반질환을 가지는 경우는 75.6%로 조사되었다. 관상동맥질환과 관련한 입원횟수는 평균 1.5회로 조사되었으며 관상동맥질환과 관련하여 자가간호 관련 교육을 받은 경험을 조사한 결과, 받은 경험이 없는 경우가 80.5%이고, 교육을 받은 경우에는 병원에서 받은 경우가 22건, 약국에서 받은 경우가 1건 있었다.

#### 2) 사회적 지지정도 및 우울정도

본 연구대상자들의 사회적 지지정도는 Table 2와 같다. 사회적 지지정도는 4점 만점에 평점  $2.80 \pm 0.62$ 점으로 조사되었다. 사회적 지지의 하부 영역 중에서 가장 높은 정도의 사회적 지지를 나타내는 항목은 감정적 지지( $3.06 \pm 0.72$ )였고, 다음으로는 자존감 지지( $2.69 \pm 0.80$ ), 물질적 지지( $2.60 \pm 0.79$ ), 정보적 지지( $2.33 \pm 0.72$ )의 순인 것으로 조사되었다.

대상자의 우울정도의 분석결과는 Table 3에 제시하였다. 연구대상자의 우울정도를 분석한 결과 평균 우울점수는  $4.83 \pm 2.82$ 점인 것으로 나타났으며, 절반 이상이 우울감이 있다고 답하였는데, 경증의 우울정도를 보이는 경우는 44.1%인 60명으로 조사되었고 중증의 우울정도를 보이는 빈도는 11명(8.1%)이었다.

#### 3) 자가간호 이행정도

연구대상자들의 자가간호 이행정도는 Table 4와 같다. 자가간호 이행 점수는 5점 척도로, 전혀 못함인 1점에서 항상 잘함인 5점까지의 점수분포를 보이며 총 30문항으로 구

Table 1. General Characteristics of Study Participants

(N=136)

Variables	Categories	n (%)	M±SD
Age (year)	≥ 65~ < 70	48 (35.3)	72.0±5.27
	≥ 70~ < 75	49 (36.0)	
	≥ 75	39 (28.7)	
Sex	Male	77 (56.6)	
	Female	59 (43.4)	
Marital status	Married	104 (76.5)	
	Single/separated/divorced/widowed	32 (23.5)	
Religion	Yes	102 (75.0)	
	No	34 (25.0)	
Education	Uneducated	10 (7.4)	
	Elementary school	19 (14.0)	
	Middle school	18 (13.1)	
	High school	42 (30.9)	
	≥ College	47 (34.6)	
Monthly income (10,000 won)	< 100	59 (43.7)	
	≥ 100~ < 200	26 (19.3)	
	≥ 200~ < 300	15 (11.1)	
	≥ 300	35 (25.9)	
Living arrangement	With spouse	65 (47.8)	
	With spouse & son/daughter	37 (21.2)	
	Living alone	16 (11.8)	
	With others	18 (13.2)	
Duration of illness (year)	< 5	50 (36.8)	
	≥ 5~ < 10	42 (30.9)	
	≥ 10	40 (29.4)	
Frequency of PCI	1	104 (76.5)	1.3±0.55
	2~3	30 (22.1)	
	≥ 4	1 (0.7)	
Comorbidity	Yes	102 (75.6)	
	No	33 (24.4)	
Types of comorbidity †	Hypertension	75 (55.6)	
	Diabetes	39 (28.9)	
	Hypercholesterolemia	27 (20.0)	
	Renal failure	7 (5.2)	
	Peripheral vascular disease	6 (4.5)	
	Chronic obstructive lung disease	1 (0.8)	
Times of hospital admission with CAD	1	98 (72.6)	1.5±1.09
	2~3	32 (23.7)	
	≥ 4	5 (3.7)	
Education for self-care	Yes	26 (19.5)	
	No	107 (80.5)	

PCI=percutaneous coronary intervention; CAD=coronary artery disease.

† Multiple responses

성되었다. 총 자가간호 이행 점수는 평균 3.47±0.51점이었  
다. 자가간호 이행의 하부영역 중에서 가장 이행정도가 높  
은 영역은 금연관련 이행으로 평균 3.89±1.74점이었으며,  
가장 낮은 영역은 투약관련 이행(3.23±0.63)이었다. 투약  
관련 이행에서 ‘처방받은 약을 규칙적으로 복용한다’는 항

목에는 높은 자가간호 이행정도를 보였으나(4.75±0.76)  
‘약의 부작용이 무엇인지 알고 복용한다’(2.44±0.45)와 ‘약  
을 먹고 난 후 맥박을 측정한다’(1.59±0.89)의 항목은 낮은  
이행정도를 보였다. 식이관련 이행에서는 ‘음식을 싱겁게  
먹는다’(3.13±1.24), ‘새우, 오징어, 생선 알을 먹지 않는

다'(3.11±1.18), '음식을 먹기 전에 콜레스테롤이 많이 들어간 음식인지 살펴본다'(3.05±1.43), '커피를 마시지 않

는다'(2.89±1.46)의 항목이 평균 이행정보보다 낮은 수준을 보이고 있었다. 운동관련 이행 항목에서는 '매일 규칙적

**Table 2.** Social Support Levels of Study Participants (N=136)

Categories	M±SD
Informational support	2.33±0.72
Economical support	2.60±0.79
Emotional support	3.06±0.72
Self-esteem support	2.69±0.80
Total Score	2.80±0.62

**Table 3.** Depression Levels of Study Participants (N=136)

Categories	Score	n (%)	M±SD
None	0~4	64 (47.1)	4.83±2.82
Mild	5~9	60 (44.1)	
Severe	10~15	11 (8.1)	

**Table 4.** Self-care Compliance Level of Study Participants

(N=136)

Item	M±SD
Medication	3.23±0.63
Take the prescribed medicine Regularly	4.75±0.76
Know the side effect of my medicine	2.44±0.45
Do not take other medicine that is not prescribed by doctor	4.13±1.23
Check my pulse after medication	1.59±0.89
Diet	3.61±0.68
Eat foods that is not salty	3.13±1.24
Eat small quantity of food	3.65±1.06
Remove skin when eating chicken	3.56±1.49
Remove fat when eating meat and eat small quantity	3.72±1.33
Eat egg yolk less than 3 times a week	3.69±1.37
Eat roasted or boiled food, not fried food	4.06±1.08
Do not eat any entrails of meat	4.06±1.25
Do not eat shrimp, cuttlefish, fish eggs and oyster	3.11±1.18
Check whether the food contains lots of cholesterol before eating	3.05±1.43
Do not drink coffee	2.89±1.46
Do not drink coke	4.07±1.42
Eat lots of vegetables	4.07±1.07
Eat fish often	3.84±1.06
Exercise	3.29±0.73
Do exercise every day	3.25±1.37
Do warm-up exercise every day	2.80±1.43
Do cool-down exercise every day	2.62±1.36
Do not stand on one place for long	3.85±1.22
Do not carry heavy objects	3.82±1.24
Check your pulse after activity	1.57±0.97
Do not get exposed to cold or hot temperature suddenly	4.10±0.94
Rest frequently	4.26±0.98
Smoking	3.89±1.74
Do not smoke	3.89±1.74
Follow-up	3.52±0.65
Always follow the hospital visiting dates	4.78±0.57
Be aware of dangerous symptoms that have to be checked by hospital when occurred	4.32±0.93
Check my body weight every day	2.69±1.30
Check my blood pressure every day	2.30±1.17
Total score	3.47±0.51

으로 운동한다'(3.25±1.37), '준비운동을 매일한다'(2.80±1.43), '마무리 운동을 매일한다'(2.62±1.36), '활동 후에는 맥박을 측정한다'(1.57±0.97)의 항목이 평균 이행정도보다 낮은 수준을 보이고 있었고, 전반적인 운동관련 이행정도 또한 3.29±0.73점으로 평균보다 낮았다. 추후관리 항목에서는 전체 점수 3.52±0.65점으로 총 자가간호 이행의 평균보다는 높은 것으로 나타났으나, '체중을 매일 측정한다'(2.69±1.30), '혈압을 매일 측정한다'(2.30±1.17)는 항목에서는 평균 이행정도보다 낮았다.

2. 대상자의 특성에 따른 자가간호 이행정도

대상자의 일반적 특성에 따른 자가간호 이행정도의 차이를 t-test와 one-way ANOVA로 분석한 결과는 Table 5와 같다. 일반적 특성 중에서 가구의 월 평균소득정도에 따른 자

가간호 이행정도의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=3.51, p=.017). 분석결과 300만원 이상인 그룹에서 이행정도가 가장 높게 나타났다. 관상동맥질환의 자가간호와 관련된 교육 수혜 유무에 따른 자가간호 이행정도는 교육을 받은 그룹에서 자가간호 이행정도가 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다(t=1.94, p=.055). 이외에 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 교육정도, 동거인 형태, 관상동맥질환 이환기간, 관상동맥중재술 시술횟수, 동반질환, 입원 횟수에 따른 자가간호 이행정도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 사회적 지지 및 우울정도가 자가간호 이행에 미치는 영향

사회적 지지 및 우울정도가 대상자의 자가간호 이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시

Table 5. Differences of Self-care Compliance by Participants' Characteristics (N=136)

Variables	Categories	M±SD	t or F	p
Age (year)	≥65~<70	105.27±16.07	0.35	.707
	≥70~<75	104.06±14.91		
	≥75	102.49±15.46		
Sex	Male	102.75±16.61	1.12	.266
	Female	105.74±13.63		
Marital status	Married	104.22±15.70	0.25	.824
	Single/separated/divorced/widowed	103.43±14.66		
Religion	Yes	104.95±14.28	1.21	.227
	No	101.21±18.47		
Education	Uneducated	98.67±14.94	1.32	.267
	Elementary school	100.16±14.11		
	Middle school	107.72±14.33		
	High school	102.38±15.97		
	≥College	106.70±15.67		
Monthly income (10,000 won)	<100	101.60±14.85	3.51	.017
	≥100~<200	100.35±15.75		
	≥200~<300	104.20±14.88		
	≥300	110.97±14.89		
Living arrangement	With spouse	105.17±16.35	1.11	.347
	With spouse & son/daughter	102.69±14.06		
	Living alone	98.75±15.05		
	With others	107.33±14.63		
Duration of illness (year)	<5	104.29±15.54	1.37	.257
	≥5~<10	98.75±15.05		
	≥10	107.33±14.63		
Comorbidity	Yes	104.53±14.94	0.65	.516
	No	102.52±16.95		
Education for self-care	Yes	109.15±14.03	1.94	.055
	No	102.68±15.57		

한 결과는 Table 6과 같다. 회귀 모형의 총 설명력은 17%로, 자가간호 이행정도에서 유의한 차이를 보였던 월 평균 가계 소득과, 질환관련 특성을 나타내는 동반질환, 관상동맥질환으로 인한 입원횟수, 관상동맥중재술 횟수를 독립변수로 포함하였다. 분산팽창지수(variance inflation factor)를 확인한 결과 우려할 만한 다중공선성은 발생하지 않았다. 분석결과 월 소득과 자존감 지지정도가 자가간호 이행에 영향을 주는 요인으로 나타났다. 즉, 기준집단인 100만원 미만인 그룹보다 300만원 이상의 월 소득을 가지는 대상자들의 자가간호 이행수준이 높아지는 것으로 분석되었고( $\beta=.197, p=.044$ ), 대상자가 느끼는 자존감 지지정도가 높을수록( $\beta=.255, p=.030$ ) 대상자의 자가간호 이행수준이 높아졌는데, 자존감 지지는 대상자가 자신의 자존감을 지지해 준다고 느끼는 수준을 측정하는 것으로, 질문 항목은 ‘당신의 편을 들어주는 사람이 있습니까?’, ‘당신을 매력적이라고 말하는 사람이 있습니까?’, ‘당신이 존경받고 있다고 말하는 사람이 있습니까?’, ‘당신이 다른 사람보다 더 행복하다고 말하는 사람이 있습니까?’ 등이었다.

## 논 의

본 연구는 일 병원에서 관상동맥중재술을 시행 받고 외래에서 추후관리를 받고 있는 65세 이상의 노인환자를 대상으

로 시행하였다. 연구대상자의 평균 연령은 72세이며, 대상자의 교육수준은 대졸이상이 34.6%로 가장 많았다. 이는 자료수집이 시행된 의료기관의 특성, 즉 서울시 강남에 위치한 의료기관 이용환자의 사회, 경제적 특성이 반영된 결과로 해석할 수 있다. 이 같은 특성은 대상자의 가구 월평균 소득이 300만원 이상인 경우가 25.9%에 이르는 것에서도 볼 수 있다. 동거가족의 유형은 배우자가 47.8%로 가장 많았고, 혼자 사는 경우도 11.8%에 이르러 노인 환자의 경우 환자 본인이거나 환자처럼 노인인 배우자가 질환의 관리에 책임을 져야 하는 경우가 과반수이상인 것으로 조사되어 Lee (2008)의 연구에서 혼자 살거나 배우자와 같이 사는 경우가 64.6%로 조사된 결과와 유사하였으며, 이는 노인 인구의 증가와 가족 구조의 변화에 의하여 대상자들의 자가간호 이행이 점점 중요해짐을 뒷받침해 준다.

관상동맥질환의 이환기간은 5년 이상인 경우가 59.4%, 특히 10년 이상 관상동맥질환을 가지고 있는 경우도 29.4%인 것으로 나타났는데, 이와 같은 결과는 의료기술과 생활 수준의 향상에 의하여 평균수명이 연장되고, 관상동맥질환의 조기진단과 치료가 가능해졌으며, 이로 인하여 진단 후 생존기간이 증가하고 있기 때문인 것으로 보인다. 질환관련 자가간호 교육의 수혜경험은 없는 경우가 80.5%로 나타나 매우 저조하였고, 자가간호 이행정도의 평점은 5점 만점에 3.47점으로 조사되어 Song (2005)의 연구에서 3.46점,

**Table 6.** Results of Multiple Regression of Self-care on Participants' Characteristics, Depression, and Social Support (N=136)

Variables	Categories	$\beta$	t	p
Constant			10.62	.000
Monthly income (10,000 won)	100~200	-.087	-0.90	.368
	200~300	.067	0.74	.461
	$\geq 300$	.197	2.04	.044
	< 100 (Reference group)			
Comorbidity	Yes	.162	1.78	.078
	No (Reference group)			
Times of hospital admission with CAD		.023	0.23	.822
PCI times		-.035	-0.36	.720
Depression		-.068	-0.72	.475
Social support	Informational support	-.057	-0.53	.599
	Economical support	-.103	-0.95	.347
	Self-esteem support	.255	2.20	.030
	Emotional support	.094	0.80	.428
$R^2=.167$				

CAD=coronary artery disease; PCI=percutaneous coronary intervention,



Lee (2008)의 연구에서 3.66점으로 조사된 것과 비슷한 결과였다. 자가간호 하부이행영역 중에서 투약관련 이행이 가장 저조하였다. 이는 성인 전체를 대상으로 자가간호 이행정도를 조사한 Song (2005)의 연구결과(3.86)나 Lee 등 (2002)의 연구결과에서 투약관련 항목이 비교적 높은 편이었던 결과와는 차이를 보이는 부분이며, 본 연구에서는 특히 약의 효능과 부작용에 대하여 아는지를 묻는 질문에서 낮은 점수분포를 보였다. Van der Wal과 Jaarsma (2008)가 노인 심부전환자를 대상으로 치료이행에 관련하여 시행한 연구에서도 심질환 노인의 경우, 약물에 대한 복잡한 설명을 들은 경우 50%의 환자가 정확한 용량을 기억할 수 없다고 하며, 75%가 넘는 환자가 처방받지 않은 약물을 복용한다고 하였다. 이처럼 노인의 약물에 대한 낮은 이해정도는 약물로 인해 발생할 수 있는 여러 건강문제의 원인이 될 수 있다. 더욱이 노인의 경우 신체기능의 저하로 약물의 해독능력이 저하되어 있어 약물의 부작용과 상호작용에 의한 위험이 상대적으로 높으며, 대부분의 노인환자들이 여러 복합적인 약제에 의하여 치료되는 건강문제나 만성 질환을 가지고 있기 때문에 다제약제사용(polypharmacy)에 의한 건강문제도 많이 발생한다(Suh, 2006). 그러므로 이러한 노인 대상자들의 투약이행을 높일 수 있는 적절한 중재가 필요한데, Byrne, Walsh와 Murphy (2005)는 관상동맥질환자의 2차 예방에 영향을 주는 요인을 연구한 결과, 환자가 본인이 복용하는 약의 효과에 대하여 강한 신뢰를 가지는 것과 복용하는 약물에 대한 우려정도가 낮은 것이 투약이행에 주요한 변수라고 보고하였다. 이러한 요인들은 대상자에게 맞는 적절한 교육을 통하여 강화가 가능할 부분일 것으로 보인다. 그러므로 투약이행이 저조한 관상동맥질환자의 이행을 향상시키기 위해서는 복용하는 약의 효과와 부작용에 대해 노인 대상자에게 정확하고 이해하기 쉽게 정보를 제공하여 약물의 효과를 신뢰하게 하는 중재를 개발할 필요할 것으로 사료되며 개발된 중재를 본 대상자에게 적용하여 그 효과를 분석하는 연구도 필요할 것으로 보인다. 운동관련 자가간호 이행정도도 비교적 저조하였는데, 특히 운동 전후 준비운동과 정리운동을 이행하는 정도가 매우 낮은 것으로 나타나, Lee (2008)의 연구에서 운동관련 영역이 5점 만점에 평균 3.15점으로 가장 낮은 수준이었던 결과와 유사하였으며, 이는 노인 심질환자들의 운동관련 자가간호 이행을 위한 전략이 강화될 필요가 있음을 시사한다.

본 연구대상자의 사회적 지지정도의 분석결과 4점 만점에 2.80점인 것으로 조사되었다. Song (2005)은 개심술 환

자의 사회적 지지정도를 조사한 결과를 평점 5점 만점에 4.7점인 비교적 높은 수준으로 보고하였고, 그 중 가장 높은 영역을 가족지지라고 하였다. 그러나 부부 혹은 독거형태의 가족으로 구성된 노인 환자의 경우에는 동거가족으로부터 받는 지지정도는 줄어들 수밖에 없으며, 결국 본 연구의 결과처럼 대상자의 전반적인 사회적 지지정도가 감소된 것으로 사료된다. 사회적 지지의 하부영역 중 가장 높은 지지정도로 인지된 영역은 감정적 지지인 것으로 분석되었다. Lee (2008)의 연구결과에서 '가족은 나를 아끼고 사랑한다'는 감정적 지지가 가장 높은 점수를 보인 결과와 Choi와 Suh (1999)의 연구에서 감정적 지지영역이 4점 척도에서 2.56점으로 가장 높은 점수를 보인 선행연구결과와 유사했다. 가장 낮게 지지를 받는다고 느끼는 영역은 정보적 지지인 것으로 분석되었다.

대상자의 우울정도는 15점 만점에 평균 4.8점이었으며 경증 이상의 우울증상을 호소하는 경우가 52.2%였는데, Jang과 Won (2009)이 지역사회노인 233명을 대상으로 시행한 연구에서 우울균을 50.2%로 보고한 결과와 유사하였다. 본 연구에서 사용한 도구는 우울증을 진단하는 도구 아닌 선별(screening) 도구이므로 제시된 결과에 포함된 모든 대상자를 우울증으로 진단할 수는 없다. 그러나 본 연구를 통해 대상 집단의 과반수 이상이 우울증상을 가지고 있음을 알 수 있었고, 이는 대상 집단에 대한 구체적인 후속연구를 진행할 필요가 있음을 시사한다.

대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 자가간호 이행정도의 차이를 조사한 결과, 경제 상태에 따라 자가간호 이행에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 선행연구결과와 유사하였다(Kim, Jang, & Kim, 2001; Shim, 2005). 관상동맥중재술을 받은 노인환자의 사회적 지지 및 우울정도가 자가간호 이행에 미치는 영향을 밝히기 위하여 다중선행회귀분석을 시행한 결과 소득수준, 사회적 지지영역 중 자존감 지지정도가 대상자의 자가간호 이행에 영향을 주는 요인으로 분석되었는데, 특히 300만원 이상의 고소득이 자가간호 이행수준을 향상시켰다( $\beta=.197, p=.044$ ). 더욱이 노인의 경우 경제적 상태는 노후 삶의 만족도에 중요한 요인으로 잘 알려져 있으며(Lee, 1989), 노인의 우울과 자존감, 건강행위 이행에도 주요한 변수로 보고되고 있다(Choe, 2003). 결국, 경제상태가 취약한 노인 관상동맥질환자들은 자가간호 이행에 매우 취약한 집단이 될 수 있어, 이러한 취약집단을 대상으로 자가간호 이행을 강화할 수 있는

중재가 필요하다.

병원 및 의료기관에서 제공되는 민간주도의 의료서비스는 경제적 취약성을 가지는 노인 대상자들에게 수혜기회가 적어질 수밖에 없다. 실제로 병원 내에서 시행되는 심장재활 프로그램 등의 건강행위 이행에 관련된 프로그램은 건강보험적용 대상이 아니어서 고가의 비용을 지불하여야 하고, 이는 저소득 노인대상자들의 참여를 제한한다. 그러므로 대상자들의 프로그램참여 활성화를 위해서는 심장재활 프로그램 등 관상동맥질환자의 자가간호 이행에 관련한 중재 프로그램에 보험적용이 가능할 수 있도록 하는 국가보건정책 지원이 필요할 것이다. 더불어, 관상동맥질환의 경우, 가정에서의 지속적인 자가간호 이행이 매우 중요하므로 지역 사회 중심의 자가간호 이행 프로그램이 활성화되면 저소득 대상자의 자가간호 이행을 도울 수 있다. 특히 운동, 금연이행, 식이습관 변화 등의 생활습관 관련 자가간호 이행은 지역사회내의 집단 활동이나 자조그룹 활동을 통해 향상을 도모할 수 있을 것이라고 기대되므로 보건소, 사회복지관 등의 보건의료서비스를 중심으로 지역사회 관상동맥노인질환자의 자가간호를 지원할 수 있는 효과적인 프로그램을 개발하여 적용하는 것이 필요하겠고, 효과성이 검증되면 이에 대한 국가 보건의료 정책적 지원이 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서 대상자의 자가간호 이행에 사회적 지지가 미치는 영향을 분석한 결과, 사회적 지지의 하부영역 중 자존감 지지가 자가간호 이행의 영향요인으로 나타났다. 이는 노인의 자존감 정도와 건강행위가 양의 상관관계를 갖는다는 선행연구의 결과와 유사하다(Choe, 2003; Jang & Won, 2009). 자존감 지지는 노인의 정서적 안정, 건강행위 이행에 영향을 주는 주요한 요소이며, 노년기에는 감각적, 인지적 상실과 가족, 친구의 상실, 역할 상실 등으로 인해 자존감의 결여를 경험하게 된다. 그러나 감소된 자존감은 다양한 긍정적 사회적 작용을 통해 강화가 가능하므로(Choe, 2003) 이를 위한 전략 모색이 요구된다. 노인의 사회적 관계강화 및 자존감 지지를 위한 활동으로 사회봉사활동을 제안할 수 있다. 사회봉사활동을 통한 사회참여는 노인대상자에게 자기충족감을 위한 수단, 사회통합의 촉매, 가족과 지역사회 지지의 약화로 취약해진 연대감을 대신하는 사회적 자원이 되며, 노인을 적극적, 능동적, 독립적, 생산적 존재로 변화시켜 자존감을 강화시킬 수 있다(Choi & Jang, 2007). 이를 통해 강화된 자존감은 노인의 자가간호 이행에도 긍정적 영향을 주게 된다. 사회봉사활동 외에도 노인의 자존감 지지를 위한 중재에는 원예요법, 회상요법, 집단미술치료 등이

적용되어 노인대상자의 자존감 향상의 효과성을 검증받았다(Han, Lee, & Suh, 2009; Lee, Yoon, Cho, & Son, 2005). 그러므로 신체적, 인지적 기능이 유지되는 대상자들은 사회봉사, 고령자 재취업 등의 사회참여활동을 통해 자존감을 증진시킬 수 있도록 하고, 적극적 사회참여가 불가능한 노인을 대상으로는 기존에 검증된 자존감 향상을 위한 지지적 중재를 적용하거나 이외의 다양한 프로그램을 제공하여 대상자의 자존감을 지지하고, 이를 통해 자가간호 이행수준의 향상을 유도하는 것이 필요하며, 이와 같은 자존감 지지를 노인 관상동맥질환자의 자가간호 이행증진 프로그램에 포함시키면 대상자의 자가간호 이행정도를 효과적으로 증진시킬 수 있을 것이다.

사회적 지지 항목 중 정보적 지지가 대상자의 자가간호 이행에 영향을 주는 요인으로 나타나지 않은 점을 주목할 필요가 있다. 현재 국내 관상동맥 질환자의 자가간호 이행 증진을 위한 중재전략은 대부분 질환관련 정보제공을 중심으로 이루어지고 있다(Lee & Jong, 2003; Song, 2001). 그러나 본 연구의 결과에서는 정보적 지지가 자가간호 이행에 유의한 결과를 주지 못하는 것으로 나타나 이 같은 전략이 노인 대상자의 자가간호 이행에 효과적인 중재전략이 아닐 수 있음을 시사한다. 자가간호 이행을 위한 정보제공이 대상자의 자가간호 이행에 영향을 주지 못하는 이유는 연구대상자인 65세 이상의 노인은 다른 연령대보다 상대적으로 적은 정보적 지지를 수혜 받는 연령대이므로 절대적인 정보제공 양이 적어서 이를 통해 자가간호 이행정도가 받는 영향이 미비하기 때문인 것으로 사료된다. 이는 관상동맥질환의 자가간호와 관련된 교육을 받은 경험을 묻는 본 연구의 설문에서 받은 경험이 없는 경우가 80.5%에 이르는 것에서도 알 수 있다. 또한 의료기관이나 그 밖의 건강관리 관련기관에서 제공되고 있는 자가간호 관련 정보적 지지는 일반적인 성인을 대상으로 구성되어 있어, 노인 대상자들에게 제공되었을 때 그 효과가 적을 수 있다. 그러므로 이후 노인관상동맥질환자의 연령적 특성을 반영하는 효과적인 정보적 지지를 개발하고 제공할 수 있는 전략이 필요할 것으로 보인다.

노인의 우울정도는 회귀분석결과 유의한 변인은 아니었다. 이는 우울이 노인환자의 자가간호에 영향요인이라고 설명한 기존 연구와는 차이가 있는 것이다(Jang & Won, 2009; May et al., 2009). 이같이 본 연구결과가 기존의 연구결과와 차이를 보이는 것은 첫째, 본 연구는 대상자의 표집이 일 종합병원의 외래에서 정기적인 추후관리를 받고 있는

환자였기 때문에 발생된 결과로 보인다. 비록 본 연구의 결과에서 경증 이상의 우울정도를 보이는 대상자가 52.2%로 나타나 선행연구들과 비슷한 수준이긴 하였으나, 기본적으로 정기적인 추후관리를 받는 환자이기 때문에 추후관리 이행과 같은 자가간호 이행이 유지되는 집단이다. Song (2009)은 우울이 심장질환자의 심장재활훈련의 주요한 탈락원인이라고 하였는데, 우울로 자가간호 이행에 영향을 받는 대상자들은 외래방문 등의 추후관리에도 참여가 저조할 것임을 유추할 수 있다. 결국, 심각한 우울로 자가간호 관련 치료이행이 수행되지 않은 집단은 일부 본 연구의 참여에서 제외되었다고 볼 수 있고, 이로 인해 우울정도와 자가간호 이행의 관계가 명확하게 규명되지 못한 것으로 보인다. 그러므로 대상자의 우울과 자가간호 이행과의 관련성을 파악하기 위해, 요양시설 입소자, 질환 진단 후 증상의 악화로 입원치료를 받는 환자, 관상동맥중재술 후 외래 관리를 받지 않은 대상자 등 다양한 속성을 가지는 집단을 대상으로 포함한 후속 연구가 필요할 것으로 보인다. 본 연구에서 우울이 자가간호 이행의 관련요인으로 분석되지 않는 두 번째 이유는 대상자의 설문지 외래에서 진행되었기 때문에 개방된 장소와 짧은 시간적 여유로 인해 우울이라는 민감한 주제에 대한 설문지 진행에 다소 제한을 받을 수 있을 것이라는 점이다. 이는 본 연구에서 단축형 노인우울척도의 Cronbach's  $\alpha = .69$ 가 다른 국·내외의 선행논문들에서는 .80 가량으로 보고되는 것과 차이가 난 것에도 영향을 미쳤으리라 사료된다. 그러므로 대상자의 사생활이 보호되는 시간 및 장소에서 진행되는 반복연구가 필요할 것으로 보인다. 본 연구는 서울시내에 소재하는 일 종합병원의 외래방문환자를 연구의 대상으로 선정하였기 때문에, 연구결과를 일반화 하는데 제한이 있다.

## 결론 및 제언

본 연구는 사회적 지지 및 우울정도가 관상동맥중재술을 받은 노인환자의 자가간호 이행에 미치는 영향을 파악함으로써 노인관상동맥질환자의 자가간호 이행의 관련 요인을 이해하고, 이를 통하여 자가간호 이행증진을 위한 효과적인 간호중재법을 개발하기 위한 기초자료를 마련하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구의 대상자는 서울시내에 위치한 일 종합병원의 심혈관센터 외래를 방문한 65세 이상 관상동맥중재술을 시행받은 환자로 자료수집은 자가보고식 설문지를 이용하여 2009년 10월 14일부터 2009년 11월

30일까지 실시하였고, 총 136부의 설문지가 최종 분석되었다. 본 연구대상자의 관상동맥질환의 이환기간은 5년 미만 이 36.8%로 가장 많았으며, 관상동맥중재술의 시술횟수는 1회인 경우가 76.5%였다. 관상동맥질환관련 입원횟수는 평균 1.5회였고, 80.5%가 질환과 관련한 자가간호 교육을 받은 적이 없었다. 대상자의 자가간호 이행정도는 평점 5점 만점에 3.47점이었고 자가간호의 하위 영역 중 가장 이행이 저조한 영역은 평점 3.23점인 투약관련 자가간호로 나타났다. 대상자의 사회적 지지정도는 평점 4점 만점에 2.80점이었고 사회적 지지의 하부 항목 중, 가장 높은 점수항목은 감정적 지지항목(3.06)이었으며 가장 낮은 지지영역은 정보적 지지항목(2.33)이었다. 대상자의 우울정도는 15점 만점에 평균 4.83점이었고, 52.2%가 경증 이상의 우울정도를 보였다. 관상동맥중재술을 받은 노인환자의 자가간호 이행에 영향을 주는 요인을 다중선행회귀분석으로 분석한 결과, 소득수준, 자존감 지지가 자가간호 이행에 영향을 주는 것으로 나타났고, 모델의 총 설명력은 17%였다.

결론적으로 관상동맥중재술을 받은 노인환자의 자가간호 이행에 소득 수준 및 자존감 지지와 같은 사회적 지지정도가 영향을 주는 것으로 나타났다. 소득 수준이 낮은 취약 그룹을 위해 자가간호 교육, 심장재활 프로그램 등의 보편적용, 관상동맥질환자를 위한 지역사회 기반의 자가간호 서비스의 시행 및 이에 대한 국가 보건 정책적 지원 등을 고려할 수 있고, 자존감 지지를 위해 사회참여, 회상요법 등의 중재 프로그램을 심장재활 프로그램에 적용하는 것을 고려할 수 있다. 이와 같이 관련요인을 고려한 자가간호 중재 프로그램을 개발하여 관상동맥질환인대상자의 자가간호 이행을 강화할 수 있도록 하여야 한다. 덧붙여, 노인의 약물사용과 관련된 건강문제의 심각성과 관상동맥질환의 약물치료의 중요성을 감안하여 볼 때, 연구결과로 나타난 대상자의 낮은 약물관련 자가간호 이행수준을 향상시키기 위한 전략도 모색되어야 할 것이다.

## REFERENCES

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(10), 858-865.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychological Report, 42*, 745-746.

- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 403-415.
- Choe, Y. A. (2003). A survey on the depression, self-esteem and health behavior of the aged. *International Journal of Welfare for the Aged, 21*, 27-47.
- Choi, M. A., Kim, J. I., Chae, Y. R., Jeon, M. Y., & You, C. H. (2004). Levels of physical activity and relationship of factors related to physical activity in Korean elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 5*(1), 99-106.
- Choi, S. J., & Jang, I. H. (2007). *Social work with the aged*. Seoul National University Publishing: Seoul.
- Choi, Y. H., & Suh, B. D. (1999). A study on the social support, self-efficacy and instrumental activities of daily living in urban elderly. *Journal of Health Welfare, 3*, 1-18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis from the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Han, K. H., Lee, S. M., & Suh, J. K. (2009). Effect of group horticultural therapy on the change of depression and self-esteem in older adult. *Journal of Korean Society for People, Planets and Environment, 12*(4), 1-12.
- Jang, M. H., & Won, J. S. (2009). Association of anger and anger expression, social support, self-esteem, and depression in elderly. *Journal of Korean Psychiatric and Mental Health Nursing Academic Society, 18*(30), 259-263.
- Kim, C. G., Jang, H. J., & Kim, S. S. (2001). The correlation between ability of activity in daily living and self-care agency among elderly in chunchon province. *Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing, 13*(1), 40-52.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2007). *2005 Patient Survey*. Retrieved January 11, 2010, from <http://www.kihasa.re.kr/html>
- Lee, E. S., Yoon, J. W., Cho, M. K., & Son, K. C. (2005). Effect of HT program based on reminiscence on the improvement of self-esteem of the aged. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology, 23*(1), 139.
- Lee, J. H. (2008). *Family support and self-care behavior in elderly patients with coronary artery disease*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Lee, Y. J. (1989). Self care for the aged. *The Korean Nurse, 28*(5), 13-17.
- Lee, Y. S., & Jong, H. M. (2003). The effect of cardiac rehabilitation education on self-care knowledge and self-care behavior in open heart surgery patients after hospital discharge. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 9*(1), 29-40.
- Lee, Y. W., Kim, H. S., & Cho, E. Y. (2002). The influencing factors on health behavior of patients with coronary artery disease. *Journal of Korean Academy of Nursing, 32*(1), 40-49.
- May, H. T., Horne, B. D., Carlquist, J. F., Sheng, X., Joy, E., & Catinella, A. P. (2009). Depression after coronary artery disease is associated with heart failure. *Journal of American College of Cardiology, 53*, 1440-1447.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Schulz, U., Pischke, R. P., Gerdi, W., Daubenmier, J., Elliot-eller, M., Scherwitz, L., et al. (2008). Social support group attendance is related to blood pressure, health behaviors, and quality of life in the multicenter lifestyle demonstration project. *Psychology Health & Medicine, 13*(4), 423-437.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*, 165-173.
- Shim, M. S. (2005). A study on self-esteem, social support and health promoting behavior of the low income elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 7*(1), 63-70.
- Song, J. H. (2005). *Study of social support and self-care compliance for open heart surgery patients*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Song, K. J. (2001). *The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Song, M. S. (1991). *Construction of a functional status prediction model for the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Song, M. S., Kim, M. S., Ku, M. O., Kim, S. M., Kim, J. H., Kim, H. J., et al. (2007). *Measurement in Gerontology Research*. Seoul: Koonja.
- Song, Y. S. (2009). Analyses of studies on cardiac rehabilitation for patients with cardiovascular disease in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 39*(3), 311-320.
- Statistics Korea (2008). *Life tables for Korea and major surgery tables for Korea*. Retrieved January 11, 2010, from <http://kostat.go.kr/nso>
- Suh, S. L. (2006). *Health promotion for older people*. Seoul: Hyunmoonsa.
- Van der Wal, M. H., & Jaarsma, T. (2008). Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. *International Journal of Cardiology, 125*(2), 203-208.