

일부지역 노인들의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

민경진* · 김근조** · 차준근*

* 계명대학교 공중보건학과 · ** 김천대학 물리치료과

〈 목 차 〉

I. 서 론
II. 연구방법
III. 연구결과
IV. 고 찰

V. 요약 및 결론
참고문헌
Abstract

I. 서 론

1. 연구의 필요성

국제연합(UN)은 한 나라의 인구 중에서 65세 이상의 노인인구의 비율이 7% 이상인 나라를 노년 인구국이라 정의하였고, 일반적으로 이 같은 사회를 고령화 사회라고도 한다. 또한 65세 이상의 고령인구가 20%를 넘게 되면 초고령 사회라고 칭하게 되며 이것은 제 2의 인구혁명이 될 것이며, 2020년경에는 세계가 노령화 사회가 되어 전체 인구 4명중 1명이 노인이 될 것이라고 많은 전문가들이 경고하고 있다(조유향, 1995).

우리 나라의 경우 경제개발의 성공과 의학 및 의료 발달로 1990년도 총인구는 4300여만 명으로 연평균 인구성장률은 0.99이고 65세 이상 노인인구는 210여만 명으로 증가되었으며, 1999년도는 총인구 4600여만 명, 연평균 인구성장률은 0.92로

써 65세 이상 노인 인구는 320여만 명으로 증가되었다(통계청 1999). 이 같은 결과는 연 평균 인구성장률은 감소하는 반면에 같은 기간의 65세 이상의 노인의 인구는 점차 증가되어짐을 주목하여야 한다.

한편 평균수명은 1970년 63.4세에서 1990년 71.3세 그리고 2000년대는 74.3세로 수명이 연장 될 것으로 추정하고, 노령화 지수는 1980년 11.2에서 1990년 20.0 그리고 1999년 31.4로 증가되었고 2010년에는 49.9로 예상하며, 이에 따른 노년의 부양비도 1980년 6.1에서 1990년 7.4 그리고 1999년 9.6으로 증가되었고 2010년 14.2로 증가 될 것으로 예상하고 있다(통계청, 1999).

인간의 노년기까지 노화과정은 태어나면서부터 예정되어진 자연적인 과정이다. 그러나 이 같은 노화과정 동안에 우리인간은 많은 변화와 문제를 일으키게 된다. 그 중 특히 건강상의 문제를 일으키게 되는데, 노인들에게 있어 변화는 신

체구조의 변화, 신체기능의 변화, 사회·심리적 변화 등으로 크게 나눌 수 있다(박용익 등, 1997). 이 같은 신체구조의 변화로써 외견상의 노화는 세포의 위축과 변성 또는 조직 회복력의 감소가 연령의 증가에 따라 나타나며, 신체기능의 변화에서는 근골격계의 퇴화로 인한 운동의 제한이 심각하게 나타나고 있으며, 사회·심리적 변화에서는 위와 같은 신체적 약화가 불안, 우울, 고통으로 연결되어 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다. 따라서, 연령증가에 따른 건강의 쇠퇴는 노인 개인 뿐 만 아니라 국가적인 차원에서 의료비 및 복지비의 증가, 가족부양의 한계 등이 야기되는 심각한 문제이다.

노인들의 건강문제는 대부분의 경우 2-3종의 질환이 복합적인 것이 특징이다. 노인의 94%가 근골격계의 문제를 가지고 있으며, 특히 농촌지역 노인들이 가장 많이 앓고 있는 질환의 종류는 근골격계 질환이라고 하였다(오장균, 1991). 많은 근골격계 질환에서 동통을 수반하는 관절통, 요통 등이 56.6%, 31.2%로 대부분을 차지하고 있다(서미경, 1995). 이 같은 동통은 노화와 밀접한 연관성이 있으며 결국 만성적인 동통은 정상적인 기능과 일상생활을 방해하게 된다고 보고하였다(Roy와 Thomas, 1986).

노인은 노화가 진행됨에 따라 생존에 필요한 기능과 활동력이 약해져 누군가로부터 도움을 받아야 한다. 특히 생존에 기본이 되는 활동의 영역은 일상생활 능력(Activity of Daily Living: ADL)으로써 이는 개인이 독립적이며, 의미 있는 생활을 유지하기 위하여 필요한 기능을 의미한다.

일상생활 능력은 식사, 목욕, 이동과 같은 신체적 일상생활 능력(Physical Activity of Daily Living: PADL), 전화, 쇼핑, 가사, 여가활동 등과 같은 수단적 일상생활 능력(Instrumental

Activity of Daily Living: IADL), 및 기능적 일상생활 능력(Functional Activity of Daily Living: FADL)으로 구분할 수 있으며, 노인의 신체기능 상태를 객관적으로 측정하는 방법으로는 일상생활 능력(Activity of Daily Living)을 측정하여 평가하는 방법이 있다(Ian와 Claire, 1987).

따라서 수단적인 일상생활 능력(IADL)은 사회생활을 영위하는데 필수적으로 요구되는 활동능력으로써 연령이 높아짐에 따라 IADL의 지수가 낮아지며 또한 노인의 건강상태, 질병상태 및 몸의 부자유 정도가 심해짐에 따라 현저히 저하되는 것이다(김희자, 홍여신, 1995).

노인의 사회·심리적인 변화에서는 사회의 지위와 역할, 소득원 상실, 건강의 상실로 인한 소외감, 허무감, 고독감 등으로 인한 우울증이 증가하게 된다. 우울증은 누구에게나 약간씩은 있으며 노화에 따른 어느 정도의 우울증 발생은 불가피하다고 하였다(김주희, 김정현, 1998). 노년기 우울의 기본적인 증상은 기운의 저하, 흥미상실, 집중곤란, 식욕의 감퇴 또는 불면증, 죽음과 자살의 생각, 활동의 저하, 인지능력의 저하 등이다. 또한 노인의 건강이 좋을수록 더 낮은 우울을 보였다는 보고도 있다(김병성, 1992).

이같은 노인의 건강 상태는 일반적으로 신체적(Physical), 기능적(Functional), 심리적(Psychological)의 세 가지의 요소가 알맞게 조화와 협조의 상태가 유지되어야만 비로서 제대로 유지됨을 알 수가 있다. 그러므로 이 연구에서는 위의 세 요소가 노인의 주관적인 건강 지수 상태에 영향을 미침을 규명하고, 또한 노인의 여러 상황에 따른 주관적 건강 지수 상태를 파악하여 노인 보건과 노인복지에 관한 정책 수립에 도움을 주고자 한다. 아울러 노인보건 문제가 새로운 세기에 해결해야 할 과제라는 점에 보건학계의 관심

을 모으고자 한다.

이 연구의 목적은 65세 이상의 노인들을 대상으로 주관적 건강 수준에 일반적 특성, 우울정도, 수단적 일상생활(IADL)정도 그리고 근골격계 자각증상 중 동통정도 등의 요인들이 각각 미치는 정도를 밝히는데 있다

2. 연구의 목적

이 연구의 구체적인 목적으로는 먼저 노인들의 일반적 특성, 일상생활 특성, 심리적 특성의 분포 정도를 조사하며, 노인들의 성별, 연령별, 그리고 거주상태별에 따라 우울정도, IADL 정도, 동통정도 그리고 주관적 건강 지수의 관련성과 평균차이 정도를 각각 밝히고, 마지막으로, 노인들의 주관적 건강 지수와 우울정도, IADL 정도, 동통정도에 관련되는 요인들을 밝히는데 목적을 둔다.

II. 연구방법

1. 연구대상

이 연구의 조사대상 지역은 중부권의 대전광역시

역시로 하였다. 대전광역시 5개 행정구(區)로 나누어져 있으며, 65세 이상 노인인구 수는 62,100명으로 각 구별로는 동구 15,600명, 중구 15,800명, 서구 19,600명, 유성구 7,200명, 대덕구 3,900명으로 분포되어 있다(대전광역시, 1999). 이 조사에서는 대전광역시 총 노인인구수의 약 1/100에 해당하는 700명을 각 구의 노인인구수 대비로 비례추출법에 의해 추출하여 조사대상으로 하였다. 자료수집 결과 기록이 미비하였거나 불성실한 응답 등으로 통계처리가 어려운 자료를 제외한 693명(동구153명, 중구 133명, 서구 205명, 유성구 44명 및 대덕구 42명)의 자료를 분석 대상으로 하였다(표 1).

2. 연구방법

이 조사는 2000년 6월 1일부터 7월 31일까지 2개월 동안에 미리 작성한 도구화된 설문지를 사전에 충분히 훈련된 조사요원을 통하여 개별면접 조사를 실시하였다. 면접조사는 각 구의 구청 및 동사무소 노인복지 관계자의 도움을 받아 조사대상 노인을 자택거주 노인, 시설거주 노인 및 독거노인으로 구분하여 자택거주노인은 자택 및 노

<표 1> 조사대상 노인의 분포

| | | | | | | | 명(%) |
|--------|-----------|-----------|-----------|---------|----------|-----------|------------|
| | 동구 | 서구 | 중구 | 유성구 | 대덕구 | 기타# | 합 계 |
| 연령별 | | | | | | | |
| 65-69세 | 20(13.1) | 30(19.7) | 34(22.4) | 11(7.2) | 19(12.5) | 38(25.0) | 152(100.0) |
| 70-74세 | 56(25.8) | 60(27.6) | 36(16.6) | 20(9.2) | 11(5.1) | 34(15.7) | 217(100.0) |
| 75-79세 | 35(20.5) | 57(33.3) | 40(23.4) | 8(4.7) | 8(4.7) | 23(13.4) | 171(100.0) |
| 80-84세 | 30(31.2) | 32(33.3) | 17(17.7) | 4(4.2) | 2(2.1) | 11(11.4) | 96(100.0) |
| 85세이상 | 12(21.0) | 26(45.6) | 6(10.5) | 1(1.7) | 2(3.5) | 10(17.5) | 57(100.0) |
| 합 계 | 153(22.1) | 205(29.6) | 133(19.2) | 44(6.3) | 42(6.1) | 116(16.7) | 693(100.0) |

: 대전광역시 인근 교외지역

인 복지시설을 방문하여 조사하였고 시설거주노인은 수용시설인 양로원을 방문조사 하였다. 독거노인은 복지관에서 독거노인들에게 중식을 제공하는 자원봉사자의 도움을 받아 조사요원이 직접 면담조사 하였다.

조사대상 노인의 일반적 특성으로 연령, 성별, 경제적 수준, 교육수준, 종교, 배우자 유무 그리고 가족상황 등을 조사하였고, 조사대상 노인의 일상적 활동의 정도를 알아보기 위해 외출빈도, 취미활동 유무, 경로당 이용 유무, 노인학교 이용 유무 등을 조사하였다. 그리고 조사대상 노인의 심리적 특성을 알아보기 위해 과거 삶의 만족도, 현재 삶의 만족도, 고독감, 생활에 대한 자신감 등을 조사하였다.

노인의 심리적 건강상태를 알아보기 위하여 Zung(1965)의 자가 평가 우울 척도 (Self-Rating Depression Scale: SDS)를 사용하였다. SDS는 총 20문항으로 구성되었고, 각 문항마다 4점 척도로써 10개의 부정적 문항은 항상 그렇다 4점, 자주 그렇다 3점, 가끔 그렇다 2점, 그렇지 않다 1점의 점수를 주었고, 긍정적 문항에는 역으로 항상 그렇다 1점, 자주 그렇다 2점, 가끔 그렇다 3점, 그렇지 않다 4점의 점수를 주어 총 득점 합계(20-80점)를 우울지표로 하였다. 평가는 50점 미만을 정상(Normal range), 50-59점 경도(輕度) 우울(Mild Depression), 60-69점 중증도(中症度) 우울(Marked Depression), 70점 이상 중증(重症) 우울(Most Extreme Depression) 으로 구분하였다. 이 도구 개발 당시 내적 신뢰도 계수 Cronbach's α 는 0.73이었고, 이 연구에서는 0.8384이었다.

노인의 IADL 정도를 측정하기 위하여 9개의 문항으로 구성되어진 Lawton과 Brody(1971)의 IADL측정도구를 이용하였다. 이 측정도구는 전

화사용 능력, 여행 또는 교통수단 이용능력, 물품 구입 능력, 약물복용 능력, 세수 및 갠의 능력, 집안 가사 수행 능력, 목욕능력, 용변처리 능력 및 식사능력으로 구성되어 있다. 각 문항은 3점 척도로 이루어졌으며, 총 점수는 최소 9점에서 최대 27점까지 취득할 수 있고, 점수가 높을수록 일상생활 능력이 독립적임을 나타낸다. 본 척도의 합산 점수의 평가 구분은 9-13점 불능, 14-18점 많은 도움, 19-23점 약간 도움, 24-27점 독립적으로 구분하였다. Lawton과 Brody(1971)의 IADL는 개발 당시 내적 신뢰도 Cronbach's α 는 0.91이었고, 이 연구에서의 Cronbach's α 는 0.8014로 나타났다.

이 연구에서 근골격계 자각증상의 동통의 정도를 알기 위한 도구는 Brodie 등(1990)이 개발한 간단하고 쉽게 할 수 있는 요통의 환자에게 사용되어지는 체온계형 동통 측정도구(Thermometer Pain Rating Scale)를 사용하였다. 이 도구는 체온계의 모양으로써 6등급으로 구분하여 최하단은 1. 통증 없음, 2. 약간 통증, 3. 확실한 통증, 4. 심한 통증, 5. 매우 심한 통증 그리고 최상단은 6. 참을 수 없는 통증으로 6등급으로 구분하여 검사자가 체크(V) 하도록 구성 되어있다.

노인의 주관적 건강상태를 알아보기 위해 본 연구에서는 측정도구로 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로써 자신이 평가하는 현재의 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1문항, 일하면서 느끼는 건강상태의 문제를 평가하는 1문항, 동년배와의 건강상태를 비교한 1문항 등의 총 4 문항으로 이루어졌다. 도구의 3 문항은 3점 척도, 1 문항은 5점 척도로 하여 최저 4점에서 14점의 범위에서 점수가 높을수록 주관적인 건강의 상태가 좋은 것을 의미한다. 본 척도 합산의 점수 구분

은 4-6점 불량한 건강 상태, 7-11점 보통 건강상태, 12-14점 양호 건강상태로 구분하였다

Health Self Rating Scale의 내적 신뢰도 Cronbach's α 는 0.7546이었고, 이 연구에서는 0.6665이었다.

3. 자료의 통계처리 및 분석

수집된 자료를 부호화 한 후 SPSS(Statistical Package for Social Sciences) win(ver. 10.0)을 이용하여 통계 처리하였다.

자료의 분석은 각 변수별 실수에 의한 백분율의 차이는 χ^2 -test를 실시하였고, 일반적 특성별 우울정도, IADL 정도, 동통정도 및 주관적 건강 지수간의 평균점수 차이는 t-test 및 분산분석(ANOVA)을 실시하였다. 우울정도, IADL 정도, 동통정도 및 주관적 건강지수의 네가지 요인들간의 관련성은 단순상관관계(simple correlation)를 보았으며, 우울정도와 IADL 정도의 각 문항에 대해서는 요인분석(factor analysis)을 실시하였다. 또한 우울정도, IADL 정도, 동통의 정도 및 주관적 건강 지수를 종속변수로 하여 이들 각 변수에 영향을 주는 요인들을 알아보기 위하여 다중회귀분석(multiple regressoin analysis)을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1 조사대상 노인의 특성

1) 조사대상 노인의 일반적 특성

전체 조사대상 노인 693명의 일반적 특성을 보면 <표 2>와 같다.

성별로는 남자 노인 298명(43.0%), 여자노인 395명(57.0%)으로 여자노인이 남자노인보다 많았으며, 연령별로는 65세에서 74세까지는 여자노인이 남자노인보다 많았으나 75세 이상에서는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 거주상태별로는 자택노인의 경우 남자노인이 여자노인보다 높았으나, 시설 및 독거노인의 경우는 여자노인

<표 2> 조사대상 노인의 일반적 특성 분포 명(%)

| | 남자노인 | 여자노인 | 합 계 |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 연령(세) | | | |
| 65-69 | 65(21.8) | 87(22.0) | 152(21.9) |
| 70-74 | 86(28.8) | 131(33.2) | 217(31.3) |
| 75-79 | 75(25.2) | 96(24.3) | 171(24.7) |
| 80-84 | 43(14.4) | 53(13.4) | 96(13.9) |
| 85이상 | 29(9.7) | 28(7.1) | 57(8.2) |
| 거주상태 | | | |
| 자택노인 | 245(82.2) | 212(53.7) | 457(65.9) |
| 시설노인 | 19(6.4) | 49(12.4) | 68(9.8) |
| 독거노인 | 34(11.4) | 134(33.9) | 168(24.2) |
| 교육정도 | | | |
| 무학 | 58(19.5) | 217(54.9) | 275(39.7) |
| 서당 | 18(6.0) | 12(3.0) | 30(4.3) |
| 초등 | 96(32.2) | 109(27.6) | 205(29.6) |
| 중등 | 60(20.1) | 36(9.1) | 96(13.9) |
| 고등이상 | 66(22.1) | 21(5.3) | 87(12.6) |
| 종교 | | | |
| 무교 | 130(43.6) | 87(22.0) | 217(31.3) |
| 불교 | 60(20.1) | 120(30.4) | 180(26.0) |
| 기독교 | 81(27.2) | 130(32.9) | 211(30.4) |
| 카톨릭 | 27(9.1) | 58(14.7) | 85(12.3) |
| 배우자 | | | |
| 유 | 177(59.4) | 92(23.3) | 269(38.8) |
| 무 | 121(40.6) | 303(76.7) | 424(61.2) |
| 경제상태 | | | |
| 상 | 10(3.3) | 19(4.8) | 29(4.2) |
| 중 | 234(78.5) | 239(60.5) | 473(68.2) |
| 하 | 54(18.1) | 137(34.7) | 191(27.6) |
| 합 계 | 298(100.0 (43.0) | 395(100.0 (57.0) | 693(100.0 (100.0) |

이 남자노인 보다 많았다. 교육정도별로는 무학의 경우 여자노인이 남자노인보다 높았으나, 초등학교, 중학교 및 고등학교 학력의 경우 남자노인이 여자노인보다 많았다. 종교별로는 종교가 없는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 종교가 있는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았다. 배우자 유무별로는 배우자가 있는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으며, 배우자가 없는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 경제상태별로는 경제상태가 보통이라고 응답한 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 경제상태가 어렵다고 응답한 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

2) 조사대상 노인의 일상활동의 특성

조사대상 노인의 성별에 따른 일상활동의 특성을 보면 <표 3>과 같다.

외출빈도에서는 매일 외출하는 경우 남자노인

<표 3> 조사대상 노인의 사회적 활동의 특성 분포 명(%)

| | 남자노인 | 여자노인 | 합 계 |
|--------|------------|------------|------------|
| 외출빈도 | | | |
| 매일 | 204(68.4) | 211(53.4) | 415(60.0) |
| 주 1-4회 | 69(23.1) | 123(31.1) | 192(27.7) |
| 없다 | 25(8.4) | 61(15.4) | 86(12.4) |
| 취미활동 | | | |
| 있다 | 129(43.3) | 245(62.0) | 374(54.0) |
| 없다 | 169(56.7) | 150(38.0) | 319(46.0) |
| 경로당이용 | | | |
| 한다 | 102(34.2) | 145(36.7) | 247(35.6) |
| 안한다 | 196(65.8) | 250(63.3) | 446(64.4) |
| 노인학교이용 | | | |
| 한다 | 70(23.5) | 97(24.6) | 167(24.1) |
| 안한다 | 228(76.5) | 298(75.4) | 526(75.9) |
| 합 계 | 298(100.0) | 395(100.0) | 693(100.0) |
| | (43.0) | (57.0) | (100.0) |

이 여자노인보다 많았으나, 주 1-4회 및 외출하지 않는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 취미활동 여부별로는 취미활동이 있는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았으나 없는 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 경로당 이용 여부 및 노인학교 이용 여부 별로는 이용하는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았으나, 이용하지 않는 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다.

3) 조사대상 노인의 심리적 특성

조사대상 노인들의 심리적 특성으로 과거 삶에 대한 만족도, 현재 생활의 만족도, 고독감, 생

<표 4> 조사대상 노인의 심리적 특성 분포 명(%)

| | 남자노인 | 여자노인 | 합 계 |
|-----------|------------|------------|------------|
| 과거 삶의 만족도 | | | |
| 만족 | 142(47.6) | 131(33.2) | 273(39.4) |
| 보통 | 117(39.3) | 160(40.5) | 277(40.0) |
| 불만족 | 39(13.1) | 104(26.3) | 143(20.6) |
| 현 생활의 만족도 | | | |
| 만족 | 142(47.6) | 165(26.3) | 307(44.3) |
| 보통 | 127(42.6) | 158(40.0) | 285(41.1) |
| 불만족 | 29(9.7) | 72(18.2) | 101(14.6) |
| 고독감의 정도 | | | |
| 있다 | 172(57.7) | 274(69.4) | 446(64.3) |
| 없다 | 126(42.3) | 121(30.6) | 247(35.6) |
| 생활의 자신감 | | | |
| 있다 | 154(51.7) | 143(36.2) | 297(42.8) |
| 없다 | 144(48.3) | 252(63.7) | 396(57.1) |
| 친한 친구 | | | |
| 있다 | 238(79.9) | 306(77.5) | 544(78.5) |
| 없다 | 60(20.1) | 89(22.5) | 149(21.5) |
| 이성친구 | | | |
| 있다 | 51(17.1) | 21(5.3) | 72(10.4) |
| 없다 | 247(82.9) | 374(94.7) | 621(89.6) |
| 합 계 | 298(100.0) | 395(100.0) | 693(100.0) |
| | (43.0) | (57.0) | (100.0) |

활의 자신감, 친한 친구 및 이성 친구 유무 등을 성별에 따라 보면 <표 4>와 같다. 과거 삶에 대한 만족도에서 만족한다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 만족하지 못하다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

현재 생활의 만족도에서도 만족한다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 만족하지 못하다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 고독감의 정도에서는 고독감이 있다는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았으나 없다고 한 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 친한 친구 및 이성 친구의 유무별로는 있다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나 없다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

2. 조사대상 노인의 우울정도

1) 우울척도(SDS) 항목별 분포

Zung(1965)의 자기보고 우울 척도(SDS)에 의한 조사대상 노인들의 항목별 우울정도는 <표 5>와 같다. 총 20개 문항에 대한 전체 노인들의 응답분포를 보면 긍정문항 중 이성과 함께 있기를 좋아한다, 앞으로의 장래가 희망적이다, 나는 사회에 꼭 필요한 사람이다의 문항에서 부정적인 견해가 각각 67.0%, 46.8%, 42.6%로 높았으며, 부정적 문항에서는 밤잠을 설치고 일찍 깬다, 체중이 준 것 같다, 항상 몸이 피곤하다는 문항에서 부정적인 견해가 각각 16.5%, 13.3%, 8.9%로 높게 나타났다.

<표 5> 조사대상 노인의 우울정도의 설문 항목별 분포

| | 명(%) | | | | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 아니다 | 때로 그렇다 | 자주 그렇다 | 항상 그렇다 | 합 계 |
| 우울하고 슬프다 | 326(47.0) | 247(35.6) | 83(12.0) | 37(5.3) | 693(100.0) |
| 아침에 기분 좋다 | 165(23.8) | 221(31.9) | 134(19.3) | 173(25.0) | 693(100.0) |
| 울고 싶고 눈물남 | 366(52.8) | 245(35.4) | 64(9.2) | 18(2.6) | 693(100.0) |
| 밤잠 잘침 일찍 깬다 | 261(37.5) | 170(24.5) | 148(21.4) | 114(16.5) | 693(100.0) |
| 전과 식욕이 같다 | 180(26.0) | 115(16.6) | 137(19.8) | 261(37.7) | 693(100.0) |
| 이성과 함께 좋다 | 464(67.0) | 112(16.2) | 44(6.3) | 73(10.5) | 693(100.0) |
| 체중이 준 것 같다 | 369(53.2) | 150(21.6) | 82(11.8) | 92(13.3) | 693(100.0) |
| 변변찮았다 | 451(65.1) | 130(18.8) | 66(9.5) | 46(6.6) | 693(100.0) |
| 심장이 두근거림 | 387(55.8) | 180(26.0) | 92(13.3) | 34(4.9) | 693(100.0) |
| 몸이 피곤하다 | 204(29.4) | 257(37.1) | 170(24.5) | 62(8.9) | 693(100.0) |
| 머리가 항상 맑다 | 211(30.4) | 169(24.4) | 131(18.9) | 182(26.3) | 693(100.0) |
| 일처리가 쉽다 | 281(40.5) | 191(27.6) | 126(18.2) | 95(13.7) | 693(100.0) |
| 앞을 희망한다 | 495(71.4) | 148(21.4) | 41(5.9) | 9(1.3) | 693(100.0) |
| 장래가 희망적 | 324(46.8) | 200(28.9) | 78(11.3) | 91(13.1) | 693(100.0) |
| 천부다 싶을 것 같다 | 375(54.1) | 214(30.9) | 84(12.1) | 20(2.9) | 693(100.0) |
| 매사에 결단력 | 212(30.6) | 200(28.9) | 134(19.3) | 147(21.2) | 693(100.0) |
| 필요한 사람임 | 295(42.6) | 231(33.3) | 88(12.7) | 79(11.4) | 693(100.0) |
| 삶의 의의 있다 | 252(36.4) | 239(34.5) | 102(14.7) | 100(14.4) | 693(100.0) |
| 내가 죽어야 할 것 같다 | 394(56.9) | 194(28.0) | 67(9.7) | 38(5.5) | 693(100.0) |
| 만족하게 일함 | 243(35.1) | 188(27.1) | 138(19.9) | 124(17.9) | 693(100.0) |

■ : 부정문항

2) 일반적 특성별 우울정도

조사대상 노인의 성별, 연령 및 거주상태별 우울정도를 χ^2 -test로 분석한 결과는 <표 6>과 같다.

전체 조사대상 노인의 우울정도 분포는 정상(50점 미만)은 62.3%이었으며, 경도 우울(50-59점)은 28.0%, 중증도 우울(60-69점)은 9.1%, 중증 우울(70점 이상)은 0.6% 이었다.

성별에 따른 우울정도는 정상상태인 경우 남자노인이 77.4%로 여자노인 50.9%보다 높았으나, 우울증이 있는 경우는 여자노인이 49.1%로 남자노인 22.6%에 비해 유의하게 높았다 ($p<0.001$).

연령별로는 연령이 낮을수록 정상상태가 높은 비율이었으나, 경도 우울 및 중증도 우울의 경우는 연령이 높을수록 유의하게 높은 비율이었다 ($p<0.05$).

거주상태별로는 정상상태의 비율은 자택노인에서 가장 높았고, 경도 우울은 시설노인에서, 중증도 우울은 독거노인에서 높게 나타나 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

3) 일반적 특성별 우울점수 비교

조사대상 노인의 우울정도 점수를 성별과 연령별 그리고 거주상태에 따라 조사한 결과 <표 7>과 같이 나타났다.

<표 6> 조사대상 노인의 일반적 특성별 우울정도

| | 정상 (49점 이하) | 경도우울 (50-59점) | 중증도 우울 (60-69점) | 중증우울 (70점 이상) | 합 계 |
|---|----------------|------------------|--------------------|------------------|------------|
| 명(%) | | | | | |
| 성별*** | | | | | |
| 남자노인 | 231(77.4) | 58(19.5) | 8(2.7) | 1(0.3) | 298(100.0) |
| 여자노인 | 201(50.9) | 136(34.4) | 55(13.9) | 3(0.7) | 395(100.0) |
| $\chi^2 = 57.048$ $df = 3$ $p = 0.000$ | | | | | |
| 연령* | | | | | |
| 65-69세 | 109(71.7) | 30(19.7) | 12(7.9) | 1(0.6) | 152(100.0) |
| 70-74세 | 145(66.8) | 56(25.8) | 14(6.4) | 2(0.9) | 217(100.0) |
| 75-79세 | 100(58.5) | 50(29.2) | 21(12.3) | - | 171(100.0) |
| 80-84세 | 48(50.0) | 36(37.5) | 11(11.4) | 1(1.0) | 96(100.0) |
| 85세이상 | 30(52.6) | 22(38.6) | 5(8.8) | - | 57(100.0) |
| $\chi^2 = 22.563$ $df = 12$ $p = 0.032$ | | | | | |
| 거주상태*** | | | | | |
| 자택노인 | 328(71.8) | 103(22.5) | 23(5.0) | 3(0.6) | 457(100.0) |
| 시설노인 | 36(52.9) | 28(41.1) | 4(5.9) | - | 68(100.0) |
| 독거노인 | 68(40.5) | 63(37.5) | 36(21.4) | 1(0.6) | 168(100.0) |
| $\chi^2 = 72.494$ $df = 6$ $p = 0.000$ | | | | | |
| 합 계 | 432(62.3) | 194(28.0) | 63(9.1) | 4(0.6) | 693(100.0) |

* : $p<0.05$ *** : $p<0.001$

조사대상 노인의 성별에 대한 두 집단간 전체적인 우울정도 점수를 *t*-test로 조사한 결과 여자노인의 경우 48.4(±9.7)점으로 남자노인에 비해 높게 나타나 우울정도가 높은 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.001$).

조사대상 노인의 연령별에 대한 다섯 집단간 점수에 대한 우울정도 점수에 대한 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 65-69세 43.8(±10.6)점, 70-74세 45.1(±9.5)점, 75-79세 46.5(±10.1)점, 80-84세 49.2(±8.9)점으로 나이의 증가에 따라 우울점수가 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$)

<표 7> 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주상태별 우울정도

| 변 수 | 우울정도 점수 (Mean±S.D.) |
|-----------------|------------------------|
| 성별*** | |
| 남자노인 | 42.3(±9.1) |
| 여자노인 | 48.4(±9.7) |
| $t = -8.384$ | $p = 0.000$ |
| 연령별*** | |
| 65-69세 | 43.8(±10.6) |
| 70-74세 | 45.1(± 9.5) |
| 75-79세 | 46.5(±10.1) |
| 80-84세 | 49.2(± 8.9) |
| 85세이상 | 46.9(± 8.1) |
| $F = 5.147$ | $p = 0.000$ |
| 거주상태별*** | |
| 자택노인 | 43.6(±9.6) |
| 시설노인 | 47.7(±8.5) |
| 독거노인 | 50.9(±9.2) |
| $F = 39.604$ | $p = 0.000$ |

*** : $p < 0.001$

조사대상 노인의 거주상황의 세 집단 간 전체적 점수에 대한 우울정도의 점수에 대한 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 독거노인 50.9(±9.2)점, 시설노인 47.7(8.5%)점의 순으로 독거노인의 경우가 우울정도가 다른 두 집단 보다 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.001$).

3. 조사대상 노인의 IADL 정도

1) IADL 정도의 항목별 분포

조사대상 노인들의 IADL 정도의 항목별 분포는 <표 8>과 같다. 노인들이 독립적으로 할 수 있는 항목은 용변처리 능력 95.1%, 식사능력 94.9%로 가장 높게 나타났으며, 도움이 필요한 항목으로는 가사(집안일)능력 65.5%, 전화사용능력 32.8%, 여행능력 32.9%이 높았으며, 가장 불능한 항목으로는 세수(갱의)능력 14.3%로 높게 나타났다.

표 8. 조사대상 노인의 IADL 정도의 항목별 분포 명(%)

| | 불가능 | 도움필요 | 독립적 가능 | 계 |
|-----------|----------|-----------|-----------|------------|
| 전화사용능력 | 47(6.8) | 227(32.8) | 419(60.5) | 693(100.0) |
| 여행(이동)능력 | 19(2.7) | 228(32.9) | 446(64.4) | 693(100.0) |
| 물품구입능력 | 28(4.0) | 221(31.9) | 444(64.1) | 693(100.0) |
| 약 복용능력 | 12(1.7) | 109(15.7) | 572(82.5) | 693(100.0) |
| 세수(갱의)능력 | 99(14.3) | 137(19.8) | 457(65.9) | 693(100.0) |
| 가사(집안일)능력 | 14(2.0) | 454(65.5) | 225(32.5) | 693(100.0) |
| 목욕능력 | 18(2.6) | 87(12.6) | 588(84.8) | 693(100.0) |
| 용변처리능력 | 4(0.6) | 30(4.3) | 659(95.1) | 693(100.0) |
| 식사능력 | 2(0.3) | 33(4.8) | 658(94.9) | 693(100.0) |

2) 일반적 특성별 IADL 정도

조사대상 노인의 성별, 연령, 거주상태의 세 요인에 대한 IADL 정도 분포는 <표 9>와 같다.

조사대상 전체 노인의 IADL 정도의 분포는 독립(24점이상)은 56.4%로 나타났고, 약간 도움 36.4%, 많은 도움 6.6%, 불능 0.6%이었다.

성별로는 독립에서는 남자노인이 60.4%로 여자노인 53.4%에 비해 높았으나, 약간 도움, 많은 도움, 불능은 여자노인이 높게 나타났고, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$).

연령별 독립에서는 연령이 제일 낮은 65-69세가 67.1%로 높게 나타났고, 도움이 필요한 약간

도움, 많은 도움, 불능에서는 각각 80-84세, 85세 이상에서 높게 나타났고, 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$).

거주상태별로는 독립에서는 자택노인과 독거노인이 각각 59.5%로 높게 나타났으며, 시설노인은 약간 도움과 많은 도움에서 각각 높게 나타났고, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$).

3) 일반적 특성별 IADL 점수 비교

조사대상 노인의 IADL 정도별 점수를 성별과 연령별 그리고 거주상태 별로 조사한 결과는 <표 10>과 같이 나타났다.

<표 9> 조사대상 노인의 일반적 특성별 IADL 정도

| | 불능 (9-13) | 많은 도움 (14-18) | 약간 도움 (19-23) | 독립적 (24이상) | 합계 |
|---|--------------|------------------|------------------|---------------|------------|
| 명(%) | | | | | |
| 성별* | | | | | |
| 남자노인 | 1(0.3) | 10(3.4) | 107(35.9) | 180(60.4) | 298(100.0) |
| 여자노인 | 3(0.8) | 36(9.1) | 145(36.7) | 211(53.4) | 395(100.0) |
| $\chi^2 = 10.512$ $df = 3$ $p = 0.015$ | | | | | |
| 연령별*** | | | | | |
| 65-69세 | 1(0.7) | 3(2.0) | 46(30.3) | 102(67.1) | 152(100.0) |
| 70-74세 | 1(0.5) | 10(46.1) | 64(29.5) | 142(65.4) | 217(100.0) |
| 75-79세 | - | 13(7.6) | 64(37.4) | 94(55.0) | 171(100.0) |
| 80-84세 | 2(2.1) | 13(13.5) | 42(43.8) | 39(40.6) | 96(100.0) |
| 85세이상 | - | 7(12.3) | 36(63.2) | 14(24.6) | 57(100.0) |
| $\chi^2 = 59.238$ $df = 12$ $p = 0.000$ | | | | | |
| 거주상황별*** | | | | | |
| 자택노인 | - | 18(3.9) | 167(36.5) | 272(59.5) | 457(100.0) |
| 시설노인 | 1(1.5) | 21(30.9) | 27(39.7) | 19(27.9) | 68(100.0) |
| 독거노인 | 3(1.8) | 7(4.2) | 58(34.5) | 100(59.5) | 168(100.0) |
| $\chi^2 = 85.815$ $df = 6$ $p = 0.000$ | | | | | |
| 합 계 | 4(0.6) | 46(6.6) | 252(36.4) | 391(56.4) | 693(100.0) |

* : $p < 0.05$ *** : $p < 0.001$

<표 10> 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주상태별 IADL 정도

| 변 수 | IADL 정도 점수 (Mean±S.D.) |
|-----------------|---------------------------|
| 성별** | |
| 남자노인 | 24.4 (±2.6) |
| 여자노인 | 23.8 (±2.9) |
| $t = 2.9754$ | $p = 0.003$ |
| 연령별*** | |
| 65-69세 | 24.8(±2.3) |
| 70-74세 | 24.5(±2.5) |
| 75-79세 | 24.0(±2.5) |
| 80-84세 | 22.7(±3.5) |
| 85세이상 | 22.1(±2.7) |
| $F = 17.666$ | $p = 0.000$ |
| 거주상태별*** | |
| 자택노인 | 24.4(±2.3) |
| 시설노인 | 21.5(±3.8) |
| 독거노인 | 24.1(±3.0) |
| $F = 34.779$ | $p = 0.000$ |

** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

조사대상 노인의 성별 두 집단 간 IADL 정도 별 점수를 t -test로 조사한 결과 남자노인의 경

우 24.4(±2.6)점으로 여자노인에 비해 높은 점수로 독립적임을 알 수 있었으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다($p < 0.01$).

조사대상 노인의 연령별 다섯 집단 간 IADL 정도 점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 65-69세 24.8(±2.3)점으로 높아 독립적이었으나, 85세 이상 노인의 경우 22.1(±2.7)점으로 비독립적임을 나타내 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

조사대상 노인의 거주상태의 세 집단 간 IADL 정도 점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 시설노인이 21.5(±3.8)점으로 자택, 독거노인에 비하여 낮은 점수로 비독립적임으로 나타났다, 통계적으로도 매우 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

4. 조사대상 노인의 동통정도

1) 신체 부위별 동통정도 분포

조사대상 노인의 신체 부위에 대한 동통정도의 분포를 조사한 결과 <표 11>과 같이 나타났

<표 11> 조사대상 노인의 신체 부위별 동통정도 분포*

| | 약간동통 (2등급) | 확실동통 (3등급) | 심한동통 (4등급) | 매우심한동통 (5등급) | 참을수없는동통 (6등급) | 합계 |
|-----|---------------|---------------|---------------|-----------------|------------------|------------|
| 두부 | 10(55.6) | 4(22.2) | 2(11.1) | 1(5.6) | - | 17(100.0) |
| 상지 | 10(33.3) | 13(43.3) | 4(13.3) | 3(10.0) | - | 30(100.0) |
| 등 | 36(31.0) | 27(17.0) | 29(25.0) | 21(18.1) | 2(1.7) | 115(100.0) |
| 복부 | 21(41.2) | 11(21.6) | 10(19.6) | 6(11.8) | 1(2.0) | 49(100.0) |
| 하지 | 58(34.9) | 47(28.3) | 41(24.7) | 13(7.8) | 5(3.0) | 164(100.0) |
| 다발성 | 34(20.6) | 57(34.5) | 51(30.9) | 19(11.5) | 2(1.2) | 163(100.0) |
| 합 계 | 169(31.4) | 159(29.5) | 137(25.5) | 63(11.7) | 10(1.5) | 538(100.0) |

* 전체 조사대상 693명의 노인 중 동통이 있는 노인 538명이 대상임.

다. 가장 많은 동통의 정도는 약간 동통 31.4%, 확실 동통 29.5%, 심한 동통 25.5%, 매우 심한 동통 11.7%, 참을 수 없는 동통 1.5%로 나타났다.

신체의 부위별로는 약간 동통은 두부 55.6%, 확실 동통은 상지 43.3%, 심한 동통은 다발성 30.9%, 매우 심한 동통은 등(배부) 18.1%, 참을 수 없는 동통은 하지 3%로 각각 나타났다.

2) 일반적 특성별 동통정도

조사대상 노인의 성별, 연령, 거주상태별 동통의 정도를 조사한 결과 <표 12>와 같이 나타났다. 동통이 있는 노인 538 중 약간 동통 31.4%, 확실한 동통 29.5%, 심한 동통 25.5%, 매우 심한

동통 11.7%, 참을 수 없는 동통의 노인은 1.5%로 각각 나타났다. 성별로는 여자노인이 342명으로 남자노인 196명 보다 동통의 정도가 많이 나타났다.

거주상황별로는 약간 동통은 자택노인 중 36.6%, 확실 동통의 경우는 독거노인 중 36.9%, 심한 동통은 시설노인 중 31.2%으로 높게 나타나, 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

3) 일반적 특성별 동통정도 점수 비교

조사대상 노인의 동통의 점수를 성별과 연령별 그리고 거주상태 별로 조사한 결과 <표 13>와 같이 나타났다.

<표 12> 조사대상 노인의 일반적 특성별 동통정도

| | 약간동통 (2등급) | 확실동통 (3등급) | 심한동통 (4등급) | 매우심한동통 (5등급) | 참을수없는동통 (6등급) | 명(%) 합계 |
|---|---------------|---------------|---------------|-----------------|------------------|------------|
| 성별*** | | | | | | |
| 남자노인 | 72(36.7) | 57(29.1) | 45(22.9) | 20(10.2) | 2(1.8) | 196(100.0) |
| 여자노인 | 97(28.4) | 102(29.8) | 92(26.9) | 43(12.6) | 8(2.3) | 342(100.0) |
| $\chi^2 = 47.397 \quad df = 5 \quad p = 0.000$ | | | | | | |
| 연령별 | | | | | | |
| 65-69세 | 40(35.7) | 33(29.5) | 22(19.6) | 14(12.5) | 3(2.7) | 112(100.0) |
| 70-74세 | 59(34.5) | 45(26.3) | 43(25.1) | 23(13.4) | 1(0.6) | 171(100.0) |
| 75-79세 | 41(31.1) | 32(24.2) | 41(31.1) | 15(11.4) | 3(2.3) | 132(100.0) |
| 80-84세 | 21(26.6) | 28(35.4) | 18(22.8) | 11(13.9) | 1(1.3) | 79(100.0) |
| 85세이상 | 8(18.2) | 21(47.7) | 13(29.5) | - | 2(4.5) | 44(100.0) |
| $\chi^2 = 28.150 \quad df = 20 \quad p = 0.106$ | | | | | | |
| 거주상황별*** | | | | | | |
| 자택노인 | 125(36.6) | 87(25.5) | 85(24.9) | 35(10.3) | 9(2.6) | 341(100.0) |
| 시설노인 | 10(20.8) | 17(35.4) | 15(32.2) | 6(12.5) | - | 48(100.0) |
| 독거노인 | 34(22.8) | 55(36.9) | 37(24.8) | 22(14.8) | 1(0.7) | 149(100.0) |
| $\chi^2 = 35.811 \quad df = 10 \quad p = 0.000$ | | | | | | |
| 합 계 | 169(31.4) | 159(29.5) | 137(25.5) | 63(11.7) | 10(1.5) | 538(100.0) |

*** : $p < 0.001$

<표 13> 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주 상태별 동통정도

| 변 수 | 동통정도 점수 (Mean±S.D.) |
|----------------|------------------------|
| 성별*** | |
| 남자노인 | 2.3 (±1.3) |
| 여자노인 | 3.0 (±1.2) |
| $t = -6.238$ | $p = 0.000$ |
| 연령별 | |
| 65-69세 | 2.5 (±1.3) |
| 70-74세 | 2.7 (±1.3) |
| 75-79세 | 2.7 (±1.3) |
| 80-84세 | 2.8 (±1.2) |
| 85세이상 | 2.7 (±1.3) |
| $F = 0.871$ | $p = 0.481$ |
| 거주상태별** | |
| 자택노인 | 2.6 (±1.3) |
| 시설노인 | 2.6 (±1.3) |
| 독거노인 | 3.0 (±1.2) |
| $F = 7.444$ | $p = 0.001$ |

** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

조사대상 노인의 성별 두 집단 간 동통정도의 점수를 t -test로 조사한 결과 여자노인의 경우 동통의 정도는 $3.0(\pm 1.2)$ 점으로 남자노인에 비해 높은 점수로 동통의 정도가 심함을 알 수 있었으며, 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

조사대상 노인의 거주상태의 세 집단 간 전체적인 동통의 점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 독거노인이 $3.0(\pm 1.2)$ 점으로 자택, 독거노인에 비하여 높은 점수로 동통의 정도가 심함을 나타내 유의한 차이가 있었다($p < 0.01$).

5. 조사대상 노인의 주관적 건강지수

1) 주관적 건강 수준 항목별 건강지수 분포

조사대상 노인의 주관적 건강 지수의 항목별 분포는 <표 14>와 같다.

주관적인 건강 지수는 현재 자신의 건강상태를 보통이다라고 답한 노인은 32.0% 로 가장 많았다.

2) 일반적 특성별 주관적 건강지수 정도

조사대상 노인들의 성별과 연령별 그리고 거주상태별 주관적 건강지수 정도 분포는 <표 15>과 같다.

전체 조사대상 노인의 주관적 건강지수 정도 분포는 보통이 88.4%로 나타났고, 불량 7.6%, 양호가 3.9%로 나타났다.

성별에서는 여자노인의 경우가 주관적 건강수준이 불량군 9.1%로 남자노인에 비해 높게 나타

<표 14> 조사대상 노인의 주관적 건강지수의 항목별 분포

| | | | | | | 명(%) |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 매우나쁘다 | 나쁘다 | 보통이다 | 좋다 | 매우좋다 | 합계 |
| 현건강상태 | 51(7.4) | 184(26.6) | 222(32.0) | 170(24.5) | 66(9.5) | 693(100.0) |
| 하고픈 일이 건강에 의해 문제 | 221(31.9) | - | 311(44.9) | - | 161(23.2) | 693(100.0) |
| 비슷한 연령과 자신건강 비교 | 105(15.2) | - | 369(53.2) | - | 219(31.6) | 693(100.0) |
| 본인의 건강이 1년전과 비교후 생각 | 205(29.6) | - | 455(65.7) | - | 33(4.8) | 693(100.0) |

<표 15> 조사대상 노인의 일반적 특성별 주관적 건강지수 정도

명(%)

| | 불량 (4-6점) | 보통 (7-11점) | 양호 (12-14점) | 합계 |
|---|--------------|---------------|----------------|------------|
| 성별* | | | | |
| 남자노인 | 17(5.7) | 264(88.6) | 17(5.7) | 298(100.0) |
| 여자노인 | 36(9.1) | 49(88.4) | 10(2.5) | 395(100.0) |
| $\chi^2 = 6.972 \quad df = 2 \quad p = 0.031$ | | | | |
| 연령별 | | | | |
| 65-69세 | 10(6.6) | 135(88.8) | 7(4.6) | 152(100.0) |
| 70-74세 | 16(7.4) | 191(88.0) | 10(4.6) | 217(100.0) |
| 75-79세 | 14(8.2) | 153(89.5) | 4(2.3) | 171(100.0) |
| 80-84세 | 9(9.4) | 84(87.5) | 3(3.1) | 96(100.0) |
| 85세이상 | 4(7.0) | 50(87.1) | 3(5.3) | 57(100.0) |
| $\chi^2 = 2.720 \quad df = 8 \quad p = 0.951$ | | | | |
| 거주상황별 | | | | |
| 자택노인 | 28(6.1) | 408(89.3) | 21(4.6) | 457(100.0) |
| 시설노인 | 7(10.3) | 59(86.8) | 2(2.9) | 68(100.0) |
| 독거노인 | 18(10.7) | 146(86.9) | 4(2.4) | 168(100.0) |
| $\chi^2 = 5.895 \quad df = 4 \quad p = 0.207$ | | | | |
| 합 계 | 53(7.6) | 613(88.4) | 27(3.9) | 693(100.0) |

* : $p < 0.05$

났으며 보통군은 남자, 여자노인이 서로 비슷하였으나, 양호군은 남자노인 5.7%로 여자노인에 비하여 높게 나타나 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.05$).

3) 일반적 특성별 주관적 건강 지수 점수 비교

조사대상 노인의 주관적 건강 수준의 점수를 성별과 거주상태 별로 평균차이를 조사한 결과 <표 16>과 같이 나타났다.

조사대상 노인의 성별 두 집단 간 주관적 건강 지수 점수의 t -분석에서는 남자노인의 경우 주관적 건강 수준의 점수는 $9.1(\pm 1.5)$ 점으로 여자

노인에 비해 높은 점수로 주관적 건강 수준의 점수가 양호함을 알 수 있었으며, 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

조사대상 노인의 거주상태의 세 집단 간 전체적인 주관적 건강 수준의 점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과에서는 자택노인이 $9.0(\pm 1.5)$ 점으로 시설, 독거노인에 비하여 높은 점수로 주관적 건강 수준의 점수가 양호한 것으로 나타나 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

<표 16> 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주상태별 주관적 건강지수 정도

| 변 수 | 주관적 건강 지수 (Mean±S.D.) |
|---------------------|--------------------------|
| 성별*** | |
| 남자노인 | 9.1(±1.5) |
| 여자노인 | 8.6(±1.4) |
| t = 4.907 p = 0.000 | |
| 연령별 | |
| 65-69세 | 8.9(±1.6) |
| 70-74세 | 8.9(±1.4) |
| 75-79세 | 8.8(±1.4) |
| 80-84세 | 8.5(±1.5) |
| 85세이상 | 9.0(±1.4) |
| F = 1.134 p = 0.339 | |
| 거주상태*** | |
| 자택노인 | 9.0(±1.5) |
| 시설노인 | 8.4(±1.5) |
| 독거노인 | 8.8(±1.4) |
| F = 9.841 p = 0.000 | |

*** : p<0.001

6. 조사대상 노인의 우울정도, IADL 정도, 동통 그리고 주관적 건강 지수들간의 상관관계 분석

조사대상 노인을 우울정도, IADL 정도, 동통 정도 그리고 주관적 건강지수의 네가지 조사항목 상호간의 상관관계 분석(Correlation Analysis)을 한 결과는 <표 17>과 같이 나타났다.

조사대상 노인들은 주관적 건강 지수에 대한 우울정도는 음(-)의 상관관계 (r=-0.561, p=0.01), IADL 정도는 양(+의 상관관계(r=0.235, p=0.05), 동통정도는 음(-)의 상관관계(r=-0.436, p=0.01)가 있는 것으로 나타났으며, 또한 우울정도에서

는 IADL 정도는 음(-)의 상관관계(r=-0.385, p=0.05), 동통의 정도는 양(+의 상관관계(r=0.336, p=0.05)로 나타났고, IADL에 대한 동통은 음(-)의 상관관계(r=-0.143, p=0.05)가 있음을 알 수 있었다.

<표 17> 조사대상 노인의 우울정도, IADL 정도, 동통 그리고 주관적 건강지수들간의 상관관계 분석

| | 주관적 건강지수 | 우울정도 | IADL 정도 |
|---------|----------|---------|---------|
| 우울정도 | -0.561** | | |
| IADL 정도 | 0.235* | -0.385* | |
| 동통정도 | -0.436** | 0.336* | -0.143* |

* : p<0.05 , ** : p<0.01

7. 조사대상 노인의 우울정도, IADL 정도, 동통과 주관적 건강지수에 영향을 미치는 요인

1) 우울정도에 영향을 미치는 요인

조사대상노인의 우울 점수를 종속변수로 하고 우울 점수 이외에 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높은 요인은 주관적 건강지수, IADL 정도, 생활에 대한 자신감, 교육정도, 고독감 정도, 거주상태, 성별, 현재 생활에 대한 만족도 및 노인학교 이용 유 무 등의 순이었다. 이 요인들에 의한 설명력은 57.2%이었다<표 18>.

<표 18> 우울정도에 관한 다중회귀분석

| 종속변수 | 독립변수 | B | S.E. | Beta | p-value |
|------|---------|--------|-------|--------|---------|
| 우울정도 | 주관적건강지수 | -3.640 | 0.205 | -0.561 | 0.000 |
| | IADL 정도 | -0.570 | 0.100 | -0.163 | 0.000 |
| | 생활자신감 | 7.988 | 0.602 | 0.400 | 0.000 |
| | 교육정도 | -1.401 | 0.184 | -0.219 | 0.000 |
| | 고독감정도 | -3.248 | 0.566 | -0.157 | 0.000 |
| | 거주상태 | 1.607 | 0.306 | 0.139 | 0.000 |
| | 성별 | 1.649 | 0.567 | 0.083 | 0.004 |
| | 현재생활만족도 | 1.046 | 0.406 | 0.075 | 0.010 |
| | 노인학교 | 1.482 | 0.609 | 0.064 | 0.015 |

R = 0.756 R² = 0.572

2) IADL 정도에 영향을 미치는 요인

조사대상노인의 IADL점수를 종속변수로 하고 IADL 이외의 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높은 요인은 우울정도, 외출빈도, 연령, 교육정도, 거주상태 등의 순이었다. 그리고 동통정도와 주관적 건강지수는 예측력이 없는 것으로 나타났고, 이 요인들에 의한 설명력은 28.7%이었다<표 19>.

3) 동통정도에 영향을 미치는 요인

조사대상노인의 동통정도 점수를 종속변수로 하고 동통 점수이외의 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높

은 요인은 주관적 건강지수, 성별, 경로당 이용유무, 교육정도 등의 순이었다. 이 요인들에 의한 설명력은 23.0%이었다<표 20>.

4) 주관적 건강지수에 영향을 미치는 요인

조사대상노인의 주관적 건강지수 점수를 종속변수로 하고 주관적 건강지수 점수이외의 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높은 요인은 우울정도, 동통정도, 현재의 생활 만족도, 연령 등의 순이었다. 이 결과, IADL은 조사대상 노인들의 주관적 건강지수와 관련이 없는 것으로 나타났으며, 이 요인들에 의한 설명력은 40.3%이었다<표 21>.

<표 19> IADL 정도에 관한 다중회귀분석

| 종속변수 | 독립변수 | B | S.E. | Beta | p-value |
|---------|------|----------|-------|--------|---------|
| IADL 정도 | 우울정도 | -0.110 | 0.010 | -0.385 | 0.000 |
| | 외출빈도 | 2.357 | 0.280 | 0.289 | 0.000 |
| | 연령 | -9.2E-02 | 0.014 | -0.215 | 0.000 |
| | 교육정도 | 0.213 | 0.067 | 0.117 | 0.002 |
| | 거주상황 | 0.225 | 0.114 | 0.068 | 0.048 |

R = 0.535 R² = 0.287

<표 20> 동통정도에 관한 다중회귀분석

| 종속변수 | 독립변수 | B | S.E. | Beta | p-value |
|------|---------|----------|-------|--------|--------------|
| 동통정도 | 주관적건강지수 | -0.379 | 0.030 | -0.436 | 0.000 |
| | 성별 | 0.418 | 0.092 | 0.156 | 0.000 |
| | 경로당사용 | -0.277 | 0.093 | -0.100 | 0.003 |
| | 교육정도 | -8.0E-02 | 0.032 | -0.094 | 0.013 |

R = 0.480 R² = 0.230

<표 21> 주관적 건강지수 정도에 관한 다중회귀분석

| 종속변수 | 독립변수 | B | S.E. | Beta | p-value |
|---------|--------|-----------|-------|--------|--------------|
| 주관적건강지수 | 우울정도 | -8.6E-02 | 0.005 | -0.561 | 0.000 |
| | 동통정도 | -0.320 | 0.036 | -0.279 | 0.000 |
| | 현재생활만족 | 0.293 | 0.070 | -0.136 | 0.000 |
| | 연령 | 1.599E-02 | 0.007 | 0.069 | 0.021 |

R = 0.635 R² = 0.403

IV. 고 찰

이 연구 조사대상 노인들의 거주지역은 중부권의 대전광역시, 그리고 시외의 주변지역이었고, 대전광역시의 인구는 1998년 134만 여명이었고, 65세 이상의 노인의 수는 1998년 67,300여명이었다. 이중 남자노인은 24,000여명 여자노인은 42,000여명 이었다. 대전광역시는 행정구역상 동구, 중구, 서구, 유성구, 대덕구의 5개 구로 구분되어 있다. 대전광역시의 65세 이상의 노인인구 67,000여명 중 동구 15,600(23.3%)명, 중구 15,800(23.6%)명, 서구 19,600(29.2%)명, 유성구 7,200(10.6%)명, 대덕구 9,000(13.3%)명의 분포로 나타났다(대전광역시, 1999). 이 연구에서는 노인의 조사대상 수가 693명으로써, 권중돈(1999)의 대전지역 노인의 복지욕구와 정책방향에 대한 조사에서의 800명과 비슷한 수를 나타냈다.

이 연구 조사대상 노인의 일반적인 특성을 조사한 결과 성별에서는 남자노인이 43.0%, 여자노인 57.0%로 남자노인 보다 여자노인의 수가 많았다. 이는 통계청(1999)의 한국의 사회지표에서 1995년 연령 집단별 성비에서 여자 100명당 남자의 수는 60-64세 82.0명, 65-69세 67.5명, 70세 이상 53.1명으로 나이가 들수록 여자의 비율이 높아지는 것과 같은 경향이었다. 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에서도 남자 36.9%, 여자 63.1%로 여자의 비율이 높았고, 이 연구에서도 연령 항목별로는 70-74세가 31.2%로 가장 많은 분포를 차지하였으며, 여자노인이 남자노인 보다 많이 조사되었으며, 연령의 증가에 따라 80-84세군까지 여자노인의 비율이 높게 나타났다(한국보건사회연구원, 1998).

성별에 따른 평균연령은 남자노인 74.93(±6.72)세로 여자노인 보다 높게 나타났고 조사대상 전체 노인의 평균 나이는 74.17(±6.58)세로

조사되었다.

조사대상 노인의 거주상태는 자택노인 475(65.9%)명, 시설(양로원)노인 68(9.8%)명, 독거노인 168(24.2%)명이었다. 시설노인의 경우 전체 조사 대상노인의 약 1/10정도로 참여하였으나 이는 대전 지역의 노인 복지시설(양로원)에 수용된 노인의 수가 1998년 총 5개소의 노인 복지시설에 233명이 수용 혜택을 받는 것으로 나타나 이들 노인 중 1/4정도가 조사에 참여하였다(대전광역시, 1999).

교육수준은 초등학교 이하가 73.6%로 2/3정도를 차지하고 있었으며, 중등학교 이상의 남자노인의 비율이 여자노인보다 2배 이상 높게 나타나 과거가 남성 위주 사회였음을 알 수 있다.

종교는 기독교가 30.4%로 가장 높은 비율을 차지하고 있고, 여자노인이 남자노인 보다 종교활동을 2배 이상 하는 것으로 나타났으며, 많은 노인이 노후에 종교활동을 하는 것으로 나타났다.

현재의 배우자 유무에 대한 조사에서는 남자노인은 배우자 유가 59.4%로, 여자노인보다 높은 반면에 여자노인은 반대로 배우자 무가 76.7%로 남자노인의 3배 이상으로 배우자가 없음을 나타내 대다수의 여자노인이 배우자 없이 생활하고 있음을 알 수 있었다.

이 연구에서 조사대상 노인의 경제적인 상황을 조사한 결과 부유(상)하다고 생각하는 노인이 4.2%로 적게 나타났고, 빈곤(하)하다고 생각하는 노인은 27.6%로 부유하게 생각하는 노인보다 6배 이상 높았고, 보통으로 생각하는 노인이 68.2%로 나타나 노인들의 경우 생활의 수준이 절반 이상의 노인들은 보통으로 생각하고 있었다. 이 같은 결과는 조사지역이 대도시 노인이기 때문으로 추정된다.

이 연구 조사대상 노인의 사회적 활동의 정도

를 조사한 결과 매일 외출하는 노인이 60%로, 노인의 절반 이상이 매일 외출하는 것으로 나타났다. 취미활동의 항목에서는 취미활동을 하고 있다 54.0%로 나타났고, 이중 여자노인이 취미활동을 하고 있다 62.0%로 남자노인 43.3%에 비하여 많았고, 경로당을 이용한다는 35.6%로 조사대상 노인들이 많이 이용하지 않았다. 노인학교를 이용한다는 24.1%로 나타나 역시 많이 이용하지 않았다.

이 연구 조사대상 노인의 심리적 특성을 항목별로 조사한 결과 지금까지 살아온(과거) 인생(삶)을 만족하게 생각하는 노인은 전체의 39.4%였고, 남자노인의 만족도는 47.6%로 여자노인의 33.2%에 비하여 높았다. 그러나 여자노인은 불만족이 26.3%로 남자노인의 13.1%보다 높았다. 조사대상 노인 가운데 현재 자신의 생활을 만족하게 생각하는 전체노인은 44.3%로 나타났고, 만족의 경우 남자노인이 47.6%, 여자노인이 26.3%로 남자노인이 높게 나타났고, 불만족에서 여자노인 18.2%, 남자노인은 9.7%로 여자노인이 높았다. 고독감의 정도를 조사한 결과, 고독감이 있다는 노인이 64.3%로 절반이상의 노인이 고독감을 느끼고 있음을 알 수 있었고, 이중 여자노인의 고독감이 있다가 69.4%로 남자노인에 비해 많이 고독감을 느끼고 있었다. 현재 생활에 대한 자신감을 조사한 결과, 없다 노인이 57.1%로 나타나 절반 정도가 현재의 생활에 자신감이 없는 것으로 나타났다. 특히 여자노인의 자신감이 없다가 63.7%로 높게 나타나 여자노인이 더욱 생활의 자신감이 부족한 것으로 나타났다. 이성친구의 유무를 조사한 결과, 무의 경우가 89.6%로 매우 높았다.

조사대상 노인의 우울정도를 조사한 결과 질문 항목 20문항 중 부정문항에서는 밤잠을 설치

고 일찍 쯤다 16.5%, 체중이 준다 13.3%등의 항목에서 높은 비율이어서 조사대상 노인들이 부정적인 생각을 하고 있음을 알 수 있었다. 긍정문항에서는 이성과 함께 하기를 좋아한다는 문항에서 아니다가 67.0%, 사회에 필요한 사람이다라는 문항에서는 아니다가 42.6%였으므로 많은 노인이 부정적인 생각을 하고 있음을 알 수 있었다.

일반적 특성에 대한 우울정도를 조사한 결과 정상(49점이하)인 경우는 62.3%로 나타났고, 어떤 형태든 우울이 있는 노인은 37.7%로 나타나 김진순 등(1999)이 보고한 60.1%보다 낮게 나타났다.

성별에 대한 우울정도의 조사에서는 남자노인이 정상군(49점이하)인 경우는 77.4%로 여자노인 50.9%에 비해 높아 우울정도가 적은 것으로 나타났고 이는 권복순 등(1986), 성기월(1999), Gallo(1994)의 보고와 같았다. 점수별 조사에서는 남자노인의 우울정도의 평균점수는 42.3(± 9.1)점으로 여자노인 48.3(± 9.6)점에 비하여 우울정도가 낮음을 알 수 있었다. 연령별 조사에서는 65-84세까지는 연령의 증가에 따라 정상군의 노인의 수가 적어져 연령이 높아질수록 우울정도가 증가되어짐을 알 수 있었고, 연령별 우울점수는 80-84세에서 49.2(± 8.9)점으로 가장 높았다. 경도우울(50-59점)군에서는 연령의 전 영역에서 나이가 많을수록 우울노인의 비율이 증가됨을 알 수 있었다. 거주상태에 대한 조사에서는 독거노인의 경우, 정상에서 40.5%로 가장 낮은 비율로 우울정도가 다른 집단보다 심함을 알 수 있고, 이 같은 결과는 외부와의 교류가 적어서 나타나는 현상이라고 생각된다.

조사대상 노인의 수단적 일상생활 동작(IADL)의 수행 능력을 항목별로 분석한 결과, 가사(집안일) 능력의 항목이 67.5%로 가장 도움이 필요

하였으며, 전화사용 능력 39.6%, 물품구입 능력 35.9%로 다른 항목 보다 높게 도움을 필요로 하는 항목으로 나타났다. 이는 남자, 여자노인 모두 가사능력과 전화 사용능력의 2개 항목이 비독립적임을 알 수 있었고 이는 김선엽(1997)의 보고와 일치하였다.

조사대상 노인의 일반적 특성별 IADL 정도를 조사한 결과 어떤 형태든 비독립적인 노인은 43.5%로 조사대상 노인의 절반정도가 IADL 수행능력에 독립적이지 못함으로 나타났다. 성별로는 남자노인은 독립적 군에서 60.4%로 여자노인의 53.4%에 비하여 독립적인 활동의 비율이 높게 나타났고, 점수별 차이분석에서도 남자노인의 경우가 24.5(± 2.6)점으로 여자노인의 23.8(± 2.9)점보다 높은 점수를 나타냈다. 신철호(1992)의 연구에서도 여자노인이 18.7(74.7%)점으로 남자노인 보다 낮게 나타나 이 연구와 유사하였으며, 이영석(1996)과 황용찬(1993)의 보고와도 일치하였다. 연령별로는 조사노인들은 65-85세 이상 전 연령의 영역에서 연령의 증가에 따라 독립성이 낮아져, 연령의 증가에 따라 IADL 정도가 비독립적임을 알 수 있었고, 연령별 IADL 정도의 점수 차이 분석에서는 85세이상에서 22.1(± 2.7)점으로 가장 낮은 점수로 나타났다. 박천만(1996)의 연구에서도 연령의 증가에 따라 수단적 자립의 정도 비율이 감소하였다.

거주상태별로는 시설노인에서 정상(독립적)이 27.9%로, 자택노인 59.5%, 독거노인 59.5%에 비해 낮아 IADL 수행능력이 가장 비독립적임을 알 수 있었고, 거주상태별 IADL 정도의 차이분석에서도 시설노인이 21.5(± 3.8)점으로 가장 낮게 나타났다. 이는 시설내의 생활 때문에 독립성이 결여된 결과로 생각된다. 서순림(1990)도 시설노인이 IADL의 수행능력이 16.61점으로 재가노인에

비해 낮게 나타남을 보고한 바 있다.

조사대상 노인의 동통정도를 조사한 결과, 동통이 없다가 22.4%로 나타났고, 어떤 형태든 약간의 동통이 있는 노인은 77.6%로 나타났다. 신체부위별 동통의 정도를 조사한 결과 약간의 동통(2등급)은 31.4%, 확실 동통(3등급)은 29.5%, 심한 동통(4등급)은 25.5%, 매우 심한 동통(5등급)은 11.7%, 참을 수 없는 동통(6등급)은 1.5%의 순으로 나타났다. Roy와 Thomas(1986)도 조사대상 노인의 69.75%가 만성적 동통이 있다고 보고하였고, Mobily(1994)의 보고와도 일치하였다.

조사대상 노인의 신체 부위별 동통의 정도를 조사한 결과 약간 동통은 하지가 58명으로 가장 많았고, 확실동통은 다발성이 57명, 매우 심한 동통 역시 다발성이 51명으로 가장 많았다. 매우심한 동통은 등(배부)이 21명, 참을수 없는 동통은 하지가 5명으로 가장 많았다. 전체적으로 보아, 하지, 다발성, 등의 동통을 많이 경험하는 것으로 조사되었다.

조사노인의 일반적 특성별 동통정도의 분포에서 약간 동통은 남자노인 중 36.7%로 높았으나, 심한 동통, 매우 심한 동통, 참을 수 없는 동통의 경우는 여자노인이 높은 비율로 나타났으며, 성별에 대한 동통정도의 차이분석에서 남자노인 $2.3(\pm 1.3)$, 여자노인 $3.0(\pm 1.2)$ 점으로 여자노인이 높은 점수였다. 거주상황별 조사에서는 확실 동통에서 독거노인이 전체 독거노인의 36.9%, 심한 동통은 시설노인이 전체 시설노인의 32.2%, 매우 심한 동통은 독거노인이 전체 독거노인의 14.8%의 순으로 높게 나타났고, 거주상태에 대한 동통정도의 차이분석에서 독거노인이 $3.1(\pm 1.2)$ 점으로 높은 점수로 나타났다. 따라서 노인들은 동통이 야기되어 활동이 제한되고 사회적으로 고립되며, 그 결과 우울이 나타난다는 Turk와

Holzman(1986)의 보고와 같은 경향이라고 생각된다.

조사대상 노인의 주관적 건강 지수의 항목별 분포를 조사한 결과 현재 건강상태를 매우 나쁘다 혹은 나쁘다로 생각하는 노인은 34.0%로 나타났다. 하고픈 일이 건강상으로 매우 문제가 된다 31.9%, 비슷한 연령과 비교하여 자신의 건강이 매우 나쁘다 15.2%, 본인의 건강이 1년 전과 비교해 매우 나쁘다가 29.6%로 나타났고, 전체 조사대상 노인들의 주관적 건강 지수의 총 합산 평균의 분포는 $8.8(\pm 1.5)$ 점으로 나타나 조사대상 노인들의 주관적 건강 지수는 보통(7-10점) 정도임을 알 수 있었다.

조사대상 노인의 성별에 따른 주관적 건강 지수에서 불량은 여자노인이 전체 여자의 9.1%로 남자노인 5.7%보다 높아 여자노인이 자신의 건강을 나쁘다고 생각하고 있었고, 성별에 대한 주관적 건강 지수 차이분석에서 여자노인이 $8.6(\pm 1.4)$ 점으로 남자노인 $9.1(\pm 1.5)$ 점 보다 낮게 나타나 주관적 건강상태가 나쁨을 알 수 있었다. 연령별 조사에서는 80-84세 군에서 불량이 9.4%로 높게 나타났다. 김선엽(1997)에 의한 연구에서도 여자가 남자보다 건강하지 못하다고 인식하는 것이 이 연구와 일치하였다.

거주상태별 주관적 건강 지수는 불량이 시설노인이 전체 시설노인의 10.3%, 독거노인이 전체 독거노인의 10.7%로 비슷하게 높게 나타났으나 통계적으로는 유의하지는 않아 거주상태와 관련성이 없음을 알 수 있었으나, 주관적 건강 지수 차이분석에서 시설노인 $8.4(\pm 1.5)$ 점으로 가장 낮아 시설노인의 경우가 주관적 건강지수가 제일 불량한 것으로 나타났다.

조사대상 노인들의 우울정도, IADL 정도, 동통정도 그리고 주관적 건강 지수 등의 상호간 관

련성을 분석한 결과, 주관적 건강 지수는 우울정도($r=-0.561$, $p=0.01$), IADL 정도($r=0.235$, $p=0.05$), 동통정도($r=-0.436$, $p=0.01$)와 관련성이 있었으며, 우울정도는 IADL 정도($r=-0.385$, $p=0.05$), 동통정도($r=0.336$, $p=0.05$)와 관련성이 있었다. IADL 정도는 동통정도($r=-0.143$, $p=0.05$)와 관련성이 있는 것으로 나타났다. 따라서, Leino와 Magni(1983)의 보고에서 우울이 동통의 원인이라고도 한 것과 같이 본 조사에서도 양(+)의 관계가 있었고, 김주희와 김정현(1998)의 연구에서도 근-골격계의 동통과 우울정도와는 유의한 상관관계가 있다고 보고하였다.

조사대상 노인의 우울정도, IADL 정도, 그리고 동통정도 및 주관적인 건강 지수들 상호간의 관련성을 확인하고자 다중회귀분석(multiple regression analysis)를 실시한 결과 우울정도에 영향을 미치는 요인으로는 주관적 건강지수(-3.640), IADL 정도(-0.570), 생활자신감(7.988), 교육정도(-1.401), 고독감 정도(-3.248), 거주상태(1.607), 성별(1.649), 현재생활 만족도(1.046), 노인학교 이용 유무(1.482)의 요인이 나타났으며, 이 요인들에 대한 설명력은 57.2%로 나타났다. IADL 정도에 영향을 미치는 요인으로는 우울정도(-0.110), 외출빈도(2.357), 연령(-9.2E-02), 교육정도(0.213), 거주상태(0.225)의 요인이 나타났으며, 이 요인들에 대한 설명력은 28.7%로 나타났다. 동통정도에 영향을 미치는 요인으로는 주관적 건강 지수(-0.379), 성별(0.418), 경로당 이용(-0.277), 교육정도(-8.0E-02)의 요인들로 나타났으며, 이 요인들의 설명력은 23.0%였다.

주관적 건강 지수에 영향을 미치는 요인으로는 우울정도(-8.6E-02), 동통정도(-0.320), 현재생활만족도(0.293), 연령(1.599E-02)의 순으로 나타났으며, 이들 요인에 대한 설명력은 40.3%로

나타났다. 따라서, 조사대상 노인들은 우울정도가 약할수록, 동통이 없을수록, 현재생활에 만족할수록, 연령이 젊을수록 주관적 건강지수가 좋았다. 그리고, IADL 정도는 조사대상 노인의 주관적 건강지수와 큰 관련이 없음을 알 수 있었다.

V. 요약 및 결론

이 연구는 일부지역 노인들의 거주상태와 성별 그리고 연령에 따라 우울정도, IADL 정도 그리고 근골격계 동통정도가 노인들의 주관적 건강 지수에 영향을 미치는 정도와 이들의 관련성을 규명하기 위하여 시도하였다.

2000년 6월 1일부터 7월 31일까지 65세 이상의 대전광역시와 인근지역의 노인 693명을 대상으로 하여 자택노인, 시설노인, 독거노인을 구분하여, 우울정도, IADL 정도 그리고 동통정도 및 주관적 건강 지수를 직접 면담을 통한 설문조사를 통하여 자료를 수집하였다. 그리고, SPSS 10.0/PC*로써 각 특성별 빈도분석, χ^2 -test, t -test, ANOVA, 그리고 단순상관관계분석, 요인분석을 통한 다중 회귀분석들을 이용하여 자료를 분석하였다. 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 조사대상 노인들은 성별, 연령별 및 거주상태에 따라 우울정도, IADL 정도, 근골격계 동통정도 그리고 주관적 건강 지수의 네가지 조사 항목들은 관련성이 있었다($p<0.05$).

둘째, 조사대상 노인들의 우울정도 분석에서 성별에 대한 우울정도의 평균점수는 여자노인이 48.3(± 9.6)점으로 우울정도가 심함을 알 수 있었고($p<0.001$), 연령별로는 80-84세가 49.2(± 8.9)점으로 가장 높았으며($p<0.001$), 연령의 증가에 따라 우울정도는 심해졌다($p<0.05$). 주거상황별

에서는 독거노인이 50.9(\pm 9.20)점으로 나타나 독거노인에서 경도우울(50-59)상태가 혼함을 알 수 있었다($p < 0.001$).

셋째, 조사대상 노인들의 IADL 정도 분석에서 성별에 대한 IADL 정도의 평균 점수는 여자노인이 23.8(\pm 2.9)점으로 비독립적인 것으로 나타났고($p < 0.01$), 연령의 증가에 따라 IADL수행능력 점수가 비독립적으로 나타났다($p < 0.001$). 거주상황에 대한 평균점수는 시설노인이 21.5(\pm 3.8)점으로 가장 낮은 점수였고 비독립적이었으며 약간 도움이 필요(20-24점)한 상태였다($p < 0.001$).

넷째, 조사대상 노인들의 동통정도의 분석에서 성별에 따른 동통의 평균점수는 여자노인이 3.0(\pm 1.2)점으로 동통의 정도가 심하였고($p < 0.001$), 거주상황에 따른 동통의 평균점수는 독거노인이 3.0(\pm 1.2)점으로 동통이 심한 것으로 조사되었다($p < 0.01$).

다섯째, 조사대상 전체 노인들의 주관적 자각 건강 지수는 8.8(\pm 1.5)점으로 보통수준(7-10점)으로 나타났고, 성별에 대한 주관적 자각 건강 지수는 여자노인이 8.6(\pm 1.4)점으로 낮아 건강하지 못하다고 자각하고 있었고($p < 0.001$), 주거상태에 대한 주관적 건강 지수는 시설노인 8.4(\pm 1.5)점, 독거노인 8.8(\pm 1.4)점으로 시설노인과 독거노인이 낮은 점수였으며 건강하지 못하다고 자각하고 있었다($p < 0.001$).

여섯째, 조사대상 노인의 주관적인 건강 지수에 영향을 미치는 요인은 우울정도, 동통정도로 주관적 건강지수와는 음(-)의 관계가 있었고, 우울정도, 동통정도, 현재생활에 만족도, 연령 등이 노인들의 주관적 건강지수에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. IADL은 주관적 건강지수와 관련성이 미약한 것으로 나타났다.

이 연구의 결과로써 조사대상 노인의 우울정

도는 여자노인, 연령의 증가, 그리고 독거노인의 경우가 더욱 심함을 알 수 있었고, IADL 정도는 여자노인, 연령의 증가, 그리고 시설노인의 경우가 비독립적임을 알았으며, 동통의 정도는 여자노인, 독거노인의 경우가 심하였다. 그리고 노인들이 느끼는 주관적 건강 상태는 여자노인, 시설·독거노인들이 건강하지 못하는 것으로 자각하고 있었다. 따라서 보건·복지정책을 세울 때 여성노인과 시설·독거노인들에게 보다 많은 관심을 기울여야 될 것으로 생각된다.

구체적으로, 노인 전문병원의 설립, 보건소를 통한 방문 진료의 확대 실시, 노인 보호시설의 편익시설 보강이 필요하다고 생각된다. 특히, 독거노인과 종교단체 혹은 자원봉사자와의 자매결연 추진 등의 시책을 통해 독거노인들의 보건문제에 사회적 관심을 기울여야 된다고 생각된다.

참고문헌

1. 기백석, 이철원: 한국판 노인 우울 척도의 표준화 예비연구. 신경정신의학 1995; 34(6): 1875-1883.
2. 권복순, 이종훈, 정성덕: 양로원 현황과 재원자 건강상태에 관한 예비조사. 한국노년학 1986; 6(1): 79-99.
3. 권중돈: 대전지역 노인의 복지욕구와 정책방향. 연구보고서 1999.
4. 김문환: 노년 사회학. 태화출판인쇄사, 1997.
5. 김병성: 노인 질병의 임상적 특징과 치료. 한국노년학 1992; 17(2): 163-179.
6. 김선엽: 건강관리 프로그램이 노인의 건강증진에 미치는 영향. 계명대학교 박사학위논문, 1997.
7. 김숙영: 노인이 자가 평가한 건강상태와 시간지각에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문, 1992.

8. 김 연: 우울증의 귀인모형에 관한 연구. 고려대학교 박사학위논문, 1985.
9. 김진순, 손태용, 금란, 홍금덕: 일부 지역의 보건소 및 경로당 이용노인의 우울성향과 관련 요인. 한국노년학 1999; 19(3): 141-153.
10. 김주희, 김정현: 노인 우울 척도를 이용한 노인의 우울 성향과 근-골격계 만성통증의 상관성에 대한 연구. 한국노년학 1998; 18(3): 90-102.
11. 김효정: 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문, 1996.
12. 김희자, 홍여신: 노인의 근력강화운동이 일상생활기능 및 삶의 질에 미치는 효과. 지역사회간호학회 1995; 6(1): 55-73.
13. 대전광역시: 1999년 대전 통계연보. 대전광역시, 1999.
14. 박용익 외 12명: 노인보건학 원론. 신광출판사, 1997.
15. 박천만: 농촌지역 노인들의 활동능력에 대한 관련요인. 계명대학교 기초과학 연구소 논문집 1996; 15(2): 277-286.
16. 서미경: 한국 노인의 만성질환 상태 및 보건의료대책. 한국노년학회지 1995; 15(1): 69-79.
17. 서순립: 노인의 건강기능상태와 일상활동능력. 경북의대 1990; 31(2): 156-168.
18. 성기월: 노인의 인지기능, 자아 존중감과 우울정도. 대한간호학회지 1996; 27(1): 36-48.
19. 성기월: 시설노인과 재가노인의 일상생활활동(ADL) 정도와 생활만족 정도의 비교. 한국노년학회지 1999; 19(1): 105-117.
20. 신철호: 일부 농촌지역 노인들의 유병상태와 일상생활 능력. 충남대학교 석사학위논문, 1992.
21. 이영석: 일부농촌지역 재가 노인들의 일상생활활동 및 수행정도. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문, 1996.
22. 이영호, 송종용: BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지 1991; 10(1): 98-113.
23. 이종범, 정성덕: 노인의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학 1985; 24(13): 431-444.
24. 오장균: 일부 농촌지역 노인들의 의료이용과 이에 관한 요인. 충남대학교 보건대학원 석사학위논문, 1991.
25. 조유향: 노인보건. 서울, 현문사, 1995.
26. 통계청: 1993년 한국의 사회지표. 통계청, 1993.
27. 통계청: 1995년 한국의 사회지표. 통계청, 1995.
28. 통계청: 1999년 한국의 사회지표. 통계청, 1999.
29. 한국보건사회연구원: 1998년 전국노인생활실태 및 복지욕구 조사. 한국보건사회연구원 1998; 4: 66-106.
30. 황용찬: 일부농촌지역 노인의 수단적 일상생활 동작 능력과 그에 관련된 요인. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문, 1993.
31. Beak, A. T.: Depression: clinical experimental and theoretical aspects, New York, Horper & Row Publishers, 1967.
32. Berkman, L. and Syme, S. L.: Social networks: Host resistance and mortality American Journal of Epidemiology 1979; 109: 38-45.
33. Brodie, D. J., Bumett, I. V., Walker, J. M. and Lydes, D. R.: Evaluation of low back pain by patient questionnaires and therapist assessment. J. Orthop., Sports Phys. Ther. 1990; 11: 528.
34. Birren, J. E.: Encyclopedia of Gerontology. New York, Academic press, 1996.
35. Brody, E. M.: Long term care of older people: A practical guide. New York, Human Science Press, 1977.
36. Cailliet, R.: Pain; Mechanisms and Management. Philadelphia, F. A. Davis Company, 1993.
37. Gallo J. J.: Age difference in the symptoms of Depression: ALaten trait analysis. Journal of Gerontology 1994; 49: 251-264.
38. Hamilton, M.: A rating scale for depression. J. Neurosurg. Psychiat. 1967; 23: 56-61.
39. Ian, M. and Claire, N.: Measuring health: A guide to rating scales & questionnaires. New York, Oxford University Press, 1987.
40. Katz, S., Ford A. B., Moskowitz R. W., Jackson B. A. and Jaffee, M. W.: Studies of illness in the aged; the Index of ADL;

- Astandardised measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 1963; 185: 914-919.
41. Kemp, B.: Rehabilitation and the older adult. London, *Handbook of the Psychology of Aging*, 1985.
 42. Lawton, M.P. and Brody, E.M.: Assessment of older people: self-maintaining and activities of daily living. *Gerontologist* 1971; 9: 179-186.
 43. La, R. A. L.: Aging and mental disease. *Handbook of the Psychology of Aging*. (2nd ed), New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1985.
 44. Linn, M. W.: A Rapid Disability Rating Scale. *J. Amer. Ger. Soc.* 1967; 15: 211-214.
 45. Mahoney, F. I. and Barthel, D. W.: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-65.
 46. Magee, D. J.: *Orthopedic Physical Assessment*, New York, Saunders Company, 1997.
 47. Mobily, P. R.: An Epidemiologic analysis of pain in elderly. *Journal of Aging & Health* 1994; 6(2): 139-154.
 48. Moskowitz, E. and McCann, C. B.: Classification of disability in the chronically ill and aging. *J. Chronic Dis.* 1957; 5: 342.
 49. Mossey, J. and Shapiro, E.: Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982; 72(8): 800-808.
 50. Rhee, S. J.: Current status of research on Korea elderly; Health aspects. *Journal of Korean Gerontology Society* 1989; 9: 140-156.
 51. Roy, R. and Thomas, M.: A Survey of chronic pain in an elderly population cancer family. *Physican* 1986; 32: 513-516.
 52. Sherrington, C. S.: *The Integrative action of the Nervous System*. New Haven, Yale Uni. Press, 1947.
 53. Stein, R. K., Gortmaker, S. L., Perrin, E. C., Perrin, J. M., Pless, I. B., Walker, D.K. and Wertzman, M.: Severity of illness; Concepts and measurements. *Lancet*, 1987.
 54. Turk, D. C. and Holzman, A. D.: *Pain management. A Handbook of psychological Treatment Approaches*. New York, Pergamon Press, 1986.
 55. Vogel, C. H.: Anxiety and depression among the elderly. *J. Gerontology*, 1982; 8: 214-220.
 56. Yesavage, J.: Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J. Psychiat Res.* 1983; 17(1): 37-49.
 57. Zung, W. W.: A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965; 12: 63-70.

<ABSTRACT>

A Study on the Factors Affecting Subjective Health Index of the Aged in Daejeon Area

Kyung-Jin Min* · Keun-Jo Kim** · Chun-Geun Cha*

* *Department of Public, Keimyung University*

** *Department of Physical Therapy, Kimcheon College*

This research is aimed to define how the depression, performing ability of IADL and muscular-skeletal pain of the Aged, according to their residential circumstance, sex and age, can affect the subjective health index and how all these are related and associated with.

For the period of June 1 to July 31, 2000, in order to study and define how the depression, performing ability of IADL and muscular-skeletal pain are related to the subjective health index of the Aged, we have conducted an enquete through a direct interview with 693 persons over age sixty-five (65) in Daejeon and in other adjacent areas, divided into three different residential types "The Aged living at home", "The Aged living at welfare facilities" and "The Aged living alone". We have studied all the data and information obtained through this enquete and have analyzed χ^2 -test, *t*-test, ANOVA, analysis of simple correlation, analysis of factor. by SPSS10.0/PC+.

The results were as follows :

Generally, the four (4) factors depression, IADL performing ability, muscular-skeletal pain and the subjective health index of the Aged, are a lot influenced by and related to their residential circumstance, their sex and their age.

With regard to the depression of the Aged by their sex, it was analyzed that, on an average, the female-Aged gains 48.3 point which reflects comparatively the higher points and the female-Aged is more depressed. In analyzing depression of the Aged by their age, it appears that the Aged between eighty (80) to eight-four (84) years of age, gains 49.2 point which is the highest points and simultaneously we could realize that depression follows age, - the more the age gets, the more the depression is increased. In analyzing depression of the Aged by their residential type, it shows that "the Aged living alone" gains 50.9 point and is most depressed.

With regard to the IADL performance of the Aged by their sex, it was analyzed that, on an average, the female-Aged gains 23.8 point, which shows the performance of the female-Aged

is less independent. In addition, it was also found that the IADL performing ability is becoming less and less independent following their age increasing. In analyzing IADL performance by their residential type, it appears that "the Aged living at welfare facilities" gains the lowest 21.5 point and is least independent. We conclude that some assistances from others are required for the Aged living at welfare facilities in their performing IADL.

With regard to the muscular-skeletal pain of the Aged by their sex, it was analyzed that, on an average, the female-Aged gains 3.0 point and the female-Aged suffers from this pain more severely. In analyzing this pain by their residential type, it was found that, on an average, the 3.0 point goes for "the Aged living alone", which explains the Aged living alone is having the most serious pain.

With regard to the subjective health index of the all Aged participated in this research, the analysis indicates 8.8 point and this is considered as a general standard (7-10 point). In analyzing this index by their sex, the female-Aged gains 8.6 point only and it explains a lot of female-Aged consider they are not really healthy. In analyzing this index by their residential type, "the Aged living at welfare facilities" and "the Aged living alone" gain the comparatively lower point, - respectively 8.4 point for the Aged living at welfare facilities and 8.8 point for the Aged living alone. The Aged of these two residential types express they are obviously in a bad condition of health, which makes us think a lot.

With regard to the factors affecting the subjective health index of the Aged, it was analyzed that this index can significantly be influenced by their depression, their pain, their age and by how much they are satisfied with their current living conditions, and also analyzed that the correlative relation certainly exists between the depression and pain, and the subjective health index, - that is, the more the depression and pain are serious, the lower the subjective health index indicates. As for the IADL, it appears that the IADL's relation with this index is not that significant and even not important.