

노인의 건강상태

소 회 영¹⁾ · 김 현 리¹⁾ · 류 명 인²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 2002년도에 고령화 사회를 가리키는 노인인구의 비율이 7.9%를 나타내었고, 2010년에는 약 10%에 이를 것으로 전망하고 있어 인구 고령화의 특징은 앞으로 상당히 빠른 속도로 진행될 것으로 예상하고 있다. 예측되는 고령화 시대에 간호 분야도 노인에 대한 관심과 건강한 노후를 위한 건강증진이 관심사로 부각되고 있다. 가장 중요한 성공적인 노화는 건강이라 할 수 있는데 현실적으로 노인의 건강이 어떠한지 파악하는 것도 중요하다.

건강은 단순히 질병이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적, 사회적 안녕(WHO, 1978)으로 정의되고 있고 이에 따른 노인의 신체적, 정신적, 사회적 측면의 건강상태를 살펴볼 필요가 있다.

우리나라 노인의 기대여명은 65세 기준으로 16.83년으로(통계청) 성공적인 노화를 위해 이후 기간의 건강증진이 중요한 쟁점이라 할 수 있겠다. 그러나 65세 이상 진료자수(통계청, 1999)는 1000명당 281.6명으로 전체의 3배 이상 이었다. 통계청 자료(2003)에 의하면 60세 이상의 건강관리는 운동(24.3%)과, 식사조절(11.5%)로 낮은 수준이었고, 38.6%가 건강관리에 대해 '아무것도하지 않음'이라고 했다. 유병율(통계청, 2001)은 60-69세, 70세 이상에서 당뇨와 고혈압의 진단 빈도가 높았으며, 자신의 건강을 65세 이상의 노인중 48.3%가 부정적으로 평가하였다(통계청 2003).

일반적으로 신체적 건강수준을 나타내는 변수는 통합적 접근으로 일상생활동작수준과 생리적 지표인 체질량 지수와 노인의 영양상태를 확인하는 경향이 있다. 노년기에는 노화의 진행에 따른 신체적인 변화와 함께 식욕의 감퇴, 외로움, 사회에서의 소외감, 경제수준의 저하 등의 심리적 사회경제적인 요인에 의해 적절한 영양공급이 이루어지기 어려우며 영양위험요인이 증가하게 된다(Schlenker, 1993). 그러므로 영양불량은 노인에서 가장 흔하면서도 간과하기 쉬운 임상적 문제로 노인들은 생리적으로 중년층에 비해 영양불량에 빠질 위험이 많다. 실제로 우리나라 노인들은 영양권장량대비 섭취수준은 75% 미만을 섭취하고 있는 것으로 보고된 후(강명희, 1994) 2001년도 국민건강 영양조사 결과 65세 이상 노인의 경우 75%미만을 섭취하는 노인의 비율이 36.5%로 나타나 전국민 평균 32.2%보다 낮고 대부분의 주요 영양소 부족현상이 심각한 것으로 나타났다(보건복지부, 2002). 또한 기본적인 영양공급도 2002년도 국민전체의 섭취열량은 하루 2992Kcal를 섭취하는데 남자노인은 1547.60, 여성은 1593.82Kcal(최희정, 2002), 저소득층 노인은 더 적어 1106.8Kcal 정도(김유진, 2001)로 매우 낮은 수준임을 알 수 있다. 노인에 있어 2주간 다 빈도 질환의 분포도 통증을 동반하는 질환의 비중이 높아(보건복지부, 2002) 노인들의 상당수가 통증으로부터 고통받을 수 있음을 시사하고 있다.

신체적 건강과 분리하여 접근하기 어려우나 영역을 구체적으로 구분하여 볼 때 사회적 건강의 측면에서 노인은 노화가 진행되면서 사회에서 은퇴, 자녀출가, 배우자의 사망 등으로 사회적 연계가 감소하고 이로 인해 인지저하(Bassuk, Glass, &

주요어 : 노인, 건강상태

1) 충남의대 간호학과교수, 2) 충남대 대학원

투고일: 2004년 11월 16일 심사완료일: 2004년 12월 11일

Berkman, 1999) 뿐만 아니라 신체적 건강의 저하를 초래하고, 치매 빈도도 높아지게 되어(Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan, & Winblad, 2000) 사회적 요소가 노인의 건강상태에 영향을 준다. 한편 정신적 건강상태는 노인들의 68.4%가 우울을 보였으며 노화에 따른 신체적, 사회적 상실증가에 기인한다(김주희와 김정현, 1998)고 한다. 노인의 외로움은 배우자와 친구들이 죽음으로 인간관계에서 변화와 상실을 경험하기 때문에 느끼게 되는 불유쾌한 경험으로 일시적이 아니고 만성적이어 중요한 건강문제로 여겨야 하는데 66.5%가 중등도 이상의 외로움을 경험하며(김옥수와 백성희, 2003), 양노원 노인의 52.4-76.9%가 외로움을 느껴(Bergman-Evans, 2004) 주요 정신적 문제라 하겠다.

본 연구는 일 도시의 지역사회 가정과 시설에 거주하는 노인의 건강상태를 신체, 정신, 사회적 측면의 건강이 어떠한지를 파악하여 노인들이 가지고 있는 건강상태를 구체적으로 이해하며 건강증진을 위한 프로그램을 개발하는데 도움이 되고자 한다.

연구목적

본 연구의 목적은 지역사회와 시설에 거주하는 65세 이상 노인의 건강상태를 파악하기 위함이며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 대상자의 신체적, 사회적, 정신적 건강상태를 파악한다.
- 인구사회학적 특성에 따른 건강상태를 파악한다.
- 변수간의 상관관계를 파악한다.

용어의 정의

건강상태 : 건강은 단순히 질병이나 허약이 없는 상태가 아닌 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕(WHO, 1978)으로 본 연구에서는 신체적 건강상태를 일상생활동작, 체질량 지수, 영양상태로, 정신적 건강상태는 우울과 외로움으로, 사회적 건강상태는 사회적 연대로 구조화된 도구에 의해 측정된 점수를 의미한다.

연구 방법

연구의 모집단은 65세 이상의 노인으로 지역 경로당을 방문하여 지역사회에 거주하는 노인 65명과 2개의 유료, 무료 시설에 입소하여 생활하고 있는 노인 57명을 편의표집하여 자료를 수집하였다. 자료수집은 연구목적에 동의하는 노인들

이 참여하였고 시설노인의 경우는 시설운영진의 협조를 받아 대상자에 대한 고려 하에 참여가 이루어 졌고 훈련된 대학원생이 구조화된 설문지로 직접 면담하여 수집하였다.

측정도구

• 일상생활동작

Lawton(1988)이 개발한 자립수준에 있는 노인의 신체적 활동능력을 측정하는 기본적 일상생활동작 도구 6문항과 도구적 일상생활동작 8개 항목의 도구로서 본 연구에서는 조주연, 조경희 및 배철영(1999)에 의해 한국 노인에 맞게 수정보완된 척도를 사용하였다. 각 항목에 대해 0점과 1점을 주어 점수가 많을수록 의존정도가 낮음을 의미한다. 개발당시 신뢰도는 내적 일관성은 .91이었고 검사-재검사에서 .73을 보고하였다. 본 연구에서 기본적 일상생활동작 도구는 Cronbach's alpha .70과 도구적 일상생활동작 도구는 .73을 나타냈다.

• 영양상태

영양실조로 발전할 가능성이 있는 영양불량의 위험도가 높은 노인을 가려내는 초기선별도구를 사용하였다. 0-2점은 정상, 3-5점은 중등도 영양불량, 6점 이상은 고도 영양불량을 의미한다(조주연 등, 1999).

• 체질량지수

체중을 신장의 제곱으로 나눈 값으로 한국 비만학회에서 19.8 미만은 저체중, 19.8 이상 24.2미만은 보통, 24.2 이상 26.4 미만은 과체중, 26.4 이상은 비만으로 판정한다.

• 사회적 연대

Bassuk 등(1999)이 개발한 포괄적인 사회적 연결과 활동을 사정하는 도구로 배우자의 존재여부, 한달에 친척이나 친구와 3회 이상 직접적으로 마나는 시각적 접촉, 일년에 친척이나 친구와 10회 이상 간접적 접촉 즉 비시각적(전화, 편지) 접촉, 종교행사 시중, 단체회원, 정규적 사회활동의 6분야가 포함된다. 0-6점의 점수가 주어지며 점수가 높을수록 사회적 연대가 많음을 의미한다.

• 우울(Short Form Geriatric Depression Scale; GDS-SF)

Sheikh와 Yesavage(1986)가 개발한 15문항의 단축형 우울척도를 이용하였다. 응답자가 “예”와 “아니오”로 답하게 되어 있으며 0점과 1점으로 배점한다. 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 송애량(2001)은 신뢰도를 .70 으로 보고하였고 본 연구에서는 .83 이었다.

• 외로움(The Loneliness for Korean Elder)

Kim(1997)이 한국노인에 맞게 개정한 UCLA 외로움 도구로서 20 항목으로 구성되었으며 10개 항목은 긍정적 문항이며, 10개 항목은 부정적 문항으로 점수를 역으로 환산하여 합산하였다. 점수가 높을수록 외로움의 정도가 큼을 의미한다. Kim(1997)에 의해 신뢰도는 .93으로 확립되었고 본 연구에서는 .92 였다.

분석방법

자료는 SPSS 10.0을 이용해 빈도, t-test, ANOVA, Scheffe's test, Pearson 상관관계 계수를 통해 분석하였다.

연구의 제한점

본 연구의 변수에 비하여 대상자수가 부족하여 연구결과를 일반화하는데 주의가 요망된다.

연구 결과

대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같다. 연구대상자는 총 122명으로 연령은 75-84세 노인이 52.5%로 가장

<표 1> 인구사회학적 특성 (n=122)

특성	범주	빈도(%)	평균	최소-최대
연령	65-74	38(31.1)	77.37± 7.03	65-94
	75-84	64(52.5)		
	85-94	20(16.4)		
성별	남성	49(40.2)		
	여성	73(59.8)		
거주지	지역사회	65(53.3)		
	시설	57(46.7)		
교육기간	0	53(43.4)	4.50± 4.95	0-17
	1-6	38(31.1)		
	>7	31(25.4)		
현배우자	있음	32(26.2)		
	없음	90(73.8)		
자녀수	0	19(15.6)	3.42± 2.29	0- 9
	1-2	21(17.2)		
	3-4	43(35.2)		
	>5	39(32.0)		
용돈(10000 원)	0-5	36(29.5)	13.06±16.78	0-80
	6-10	50(41.0)		
	>11	36(29.5)		
종교	없음	21(17.2)		
	있음	101(82.8)		
건강상태 지각	매우양호	15(12.3)	3.16± 1.25	1- 5
	양호	44(36.1)		
	보통	26(21.3)		
	불량	20(16.4)		
	매우불량	17(13.9)		
진단받은 질병수	0	35(28.7)	1.24± 1.12	0- 4
	1	46(37.7)		
	2	25(20.5)		
	>3	16(13.1)		

<표 2> 노인 대상자의 신체적, 사회적, 정신적 건강상태

변수	%	평균±표준편차	최소	최대	범위
신체적 건강상태					
일상생활동작		7.17± 1.48	1	12	0-14
영양		1.93± 2.47	0	9	0-21
0-2 (정상)	69.7				
3-5 (중등도 영양불량)	15.6				
>6 (고도 영양불량)	14.8				
체질량지수		23.45± 3.46	16	23	35-43
<19.8(저체중)	11.5				
19.8-24.2(보통)	47.5				
>24.2-<26.4(과체중)	23.8				
>26.4(비만)	13.1				
사회적 건강상태					
사회연대		2.38± 1.30	0	6	0- 6
5-6 ties	4.9				
3-4 ties	38.5				
1-2 ties	52.5				
0 tie	4.1				
정신적 건강상태					
우울		7.71± 3.78	0	15	0-15
<6 정상	36.9				
≥7 우울	63.1				
외로움		56.77±41.52	22	80	20-80

많았고 평균 77.37세였으며, 성별은 여성이 59.8%를 차지했다. 거주지는 지역사회 거주인이 53.3%였고, 교육기간은 43.4%가 무학이었으며 평균 4.50년이었다. 현배우자는 없는 경우가 73.8%를 차지했다. 자녀수는 3-4명이 35.2%로 가장 많았고 평균 3.4명이었다. 용돈은 6-10만원이 41.0%로 가장 많았으며 평균 13.06만원이었고, 종교는 82.8%가 신앙인이었다. 주관적 건강상태는 “양호”로 평가한 사람이 36.1%로 가장 많았다. 진단받은 질병수는 두군 모두 1개가 37.7%로 가장 많았고 평균 1.24개의 질병을 가지고 있었다.

대상자의 건강상태

대상자의 신체적 건강상태는 도구적 일상생활 동작, 영양상태, 및 체질량지수를 통해 측정하였으며 <표 2>에서 보는바와 같이 도구적 일상생활 동작은 7.17점으로 최대 14점에 이르지 못했으며 중위수 8점에 이르지 못해 비교적 독립성이 낮은 상태를 보였다. 영양상태는 정상이 0-2점인데 평균 1.93을 보여 정상이었다. 더 자세히 살펴보면 0-2점의 정상은 69.7%, 3-5점의 중등도 영양불량은 15.6%, 6점 이상의 고도 영양불량은 14.8%를 차지했다. 체질량지수는 23.45로 >19.8- <24.2가 보통정도를 나타내므로 보통수준임을 알 수 있었다. 19.8미만의 저체중은 11.5%, 19.8-24.2의 보통정도는 47.5%, 24.2이상-26.4 미만의 과체중도 23.8%, 26.4 이상의 비만도 13.1%를 차지했다.

사회적 건강상태는 사회연대점수가 평균 2.38을 나타내 최대 4에 달하지 못해 사회적 건강상태가 부족함을 알 수 있었다. 더 자세히 살펴보면 사회적 연대를 5-6개를 가진 노인은 4.9%, 3-4개는 38.5%, 1-2개는 52.5%, 사회적 연대가 없는 대상자도 4.1%를 차지했다.

정신적 건강상태로 우울점수는 7.71을 보였는데 6점이하는 정상이고 7점이상은 우울을 나타내어 대상자 대부분이 우울을 가지고 있는 것으로 볼 수 있다. 6점이하의 정상은 전체의

36.9%를 보였고 7점부터 우울인데 63.1%를 차지했다. 외로움은 평균 55.7을 나타내었는데 중위수가 57점이었으므로 보통 정도의 외로움을 나타내는 것으로 볼 수 있다<표 4>.

인구사회학적 특성에 따른 신체적, 사회적, 정신적 건강

대상노인의 인구사회학적 특성에 따른 건강은 <표 3>과 같다. 인구사회학적 특성중 연령에 따라 일상생활동작에 차이(F=11.13, p=.000)가 있었고 Scheffe test 결과 65-74세군과 745-84세군이 85-94세군보다 점수가 높아 독립적임을 나타낸다. 성별에 따라서는 체질량지수에 차이(t=8.4, p=.005)가 있어 남성보다 여성의 비만도가 높았으나 보통정도를 나타냈다.

교육기간에 따라서는 사회적 연대(F=3.07, p=.050), 우울(F=7.67, p=.001), 외로움(F=5.65, p=.005)에 차이가 있었다. Scheffe test에서 우울은 무학군이 1-6년의 교육군보다 우울정도가 적었다. 외로움은 무학군보다 1-6년 군이 정도가 더 적었다. 배우자여부에 따라서는 사회적 연대(F=34.74, p=.000), 우울(F=9.36, p=.003), 외로움(F=4.55, p=.035)이 차이가 있어 사회적 연대는 배우자가 있는 군이 많았으며 우울 배우자가 있는 군이 그 정도가 컸으나 외로움은 배우자가 없는 군이 더 컸다. 자녀수에 따라서는 사회적 연대(F=8.16, p=.000), 외로움(F=3.45, p=.019)에 차이가 있었고 Scheffe test에서 사회적 연대는 자녀가 없는 군보다 3-4명과 5명 이상의 자녀를 가진 군이 더 컸다. 용돈에 따라서는 도구적 일상생활동작(F=3.32, p=.040), 사회적 연대(F=7.12, p=.001), 우울(F=5.76, p=.004), 외로움(F=15.51, p=.000)에 차이가 있었다. Scheffe test에서 사회적 연대는 11만원이상 군이 0-5만원 군과 6-10만원군보다 점수가 컸으며, 우울은 적었고, 외로움은 0-5만원 군이 11만원이상군보다 더 정도가 적었다. 거주지에 따라 영양상태(F=10.15, p=.002), 사회적 연대(F=52.50, p=.000), 외로움(F=32.82, p=.000)에 차이가 있었다. 영양상태와 사회적 연대

<표 3> 인구사회학적 특성에 따른 건강상태

변수	범주	신체적 건강상태		사회적 건강상태		정신적 건강상태	
		일상생활동작 M±SD	영양 M±SD	체질량지수 M±SD	사회적연대 M±SD	우울 M±SD	외로움 M±SD
연령	65-74(1)	7.44±.92	1.76±2.52	23.99±3.27	2.29±1.51	8.35±4.08	2.88±.79
	75-84(2)	7.42±1.33	2.06±2.49	23.56±3.80	2.45±1.23	7.83±3.62	2.83±.74
	85-94(3)	5.85±2.06	1.85±2.37	22.15±2.39	2.30±1.13	5.95±3.27	2.78±.54
	F(p)	11.13(.000)	.19(.83)	1.93(.151)	.23(.80)	2.71(.071)	.138(.871)
	Scheffe	1,2>3					
성별	남성	7.39±1.11	2.18±2.61	22.36±3.02	2.34±1.35	8.30±3.49	2.73±.70
	여성	7.03±1.67	1.77±2.37	24.19±3.56	2.40±1.28	7.29±3.92	2.91±.74
	t(p)	1.75(.19)	.84(.36)	8.4(.005)	.04(.84)	2.04(.16)	1.82(.18)

<표 3> 인구사회학적 특성에 따른 건강상태

변수	범주	신체적 건강상태		사회적 건강상태		정신적 건강상태	
		일상생활동작 M±SD	영양 M±SD	체질량지수 M±SD	사회적연대 M±SD	우울 M±SD	외로움 M±SD
교육기간	0 (1)	6.92±1.91	1.94±2.37	23.52±3.43	2.09±1.08	6.31±3.63	2.64±.70
	1-6(2)	7.34± .91	1.42±1.94	23.70±2.56	2.42±1.29	9.24±3.44	3.14±.57
	>7(3)	7.39±1.15	2.55±3.06	23.05±4.40	2.81±1.56	8.14±3.65	2.81±.83
	F(p)	.35(.78)	1.81(.168)	.31(.734)	3.07(.050)	7.67(.001)	5.65(.005)
	Scheffe					1<2	1<2
현재우자	있음	7.43±.95	1.28±2.25	23.87±4.05	3.41±1.24	9.38±3.12	3.07±.70
	없음	7.08±1.48	2.17±2.51	23.30±3.23	2.01±1.12	7.07±3.82	2.76±.72
	t(p)	1.39(.24)	3.09(.081)	.62(.432)	34.74(.000)	9.36(.003)	4.55(.035)
자녀수	0 (1)	7.32±1.63	2.53±2.55	23.00±2.57	1.58±1.02	7.47±3.71	2.50±.79
	1-2(2)	6.95±1.36	1.90±2.51	22.67±2.38	1.71±1.10	6.25±3.93	2.59±.74
	3-4(3)	7.09±1.52	1.91±2.59	23.61±3.78	2.53±1.49	7.86±4.15	2.99±.69
	>5(4)	7.31±1.45	1.69±2.31	23.91±3.94	2.95± .94	8.33±3.17	2.97±.66
	F(p)	.36(.78)	.49(.69)	.69(.560)	8.16(.000)	1.41(.243)	3.45(.019)
	Scheffe				1>3,4. 2>4		
용돈	0- 5(1)	6.92±1.99	2.25±2.57	23.42±3.30	2.17±1.03	6.31±3.31	2.78±.59
	6-10(2)	6.98±1.36	2.24±2.58	23.16±3.21	2.06±1.27	7.54±3.84	2.53±.72
	>11(3)	7.69±.79	1.19±2.08	23.88±3.96	3.03±1.38	9.22±3.63	3.32±.61
	F(p)	3.31(.40)	2.35(.10)	.43(.649)	7.12(.001)	5.76(.004)	15.51(.000)
	Scheffe				1, 2>3.	1<3	1<3
종교	없음	6.95±1.36	1.52±2.44	23.02±3.34	2.10±1.45	7.25±4.24	2.74±.79
	있음	7.22±1.51	2.02±2.47	23.53±3.49	2.44±1.27	7.78±3.69	2.86±.71
	t(p)	.56(.46)	.70(.40)	.33(.566)	1.19(.28)	.324(.570)	.507(.478)
거주지	시설	7.32±1.34	2.67±2.78	23.26±3.45	1.61± .92	7.31±3.79	2.48±.67
	지역사회	7.05±1.60	1.29±1.96	23.61±3.48	3.05±1.22	8.00±3.76	3.15±.63
	t(p)	1.003(.32)	3.19(.002)	-.53(.597)	-7.25(.000)	-.91(.367)	-5.73(.000)
건강상태지각	매우양호(1)	7.33±.72	1.93±2.47	23.01±3.46	2.47±.74	10.79±2.86	3.07±.73
	양호 (2)	7.25±1.46	1.25±1.83	23.80±3.44	2.77±1.27	8.70±2.96	3.09±.72
	보통 (3)	7.35±1.09	2.00±2.81	23.97±4.21	2.19±1.27	8.23±3.70	2.63±.71
	불량 (4)	7.55±1.67	2.70±2.94	22.56±3.47	2.55±1.57	5.63±3.83	2.62±.82
	매우불량(5)	6.12±1.93	3.71±2.52	23.20±3.44	1.35±.93	3.75±2.21	2.58±.59
	F(p)	2.80(.029)	4.88(.001)	.63(.643)	4.32(.003)	12.64(.000)	3.45(.011)
	Scheffe		5>1, 2		5<2	5> 3,2,1. 4>2,1. 4<5	
진단된 질병수	0(1)	7.23±1.57	1.11±1.95	22.93±3.01	2.63±1.09	8.41±3.57	2.93±.61
	1(2)	7.09±1.01	1.98±1.32	23.11±3.59	2.35±1.32	7.87±3.54	2.99±.68
	2(3)	7.08±2.14	2.04±1.37	23.97±3.06	2.04±1.37	7.20±4.31	2.61±.83
	>3(4)	7.43±1.26	2.44±1.55	25.01±4.29	2.44±1.55	6.33±3.87	2.56±.82
	F(p)	2.66(.85)	3.33(.022)	1.61(.190)	1.02(.39)	1.24(.298)	2.49(.064)
	Scheffe		1>4				

는 지역사회 거주노인이 더 나은 상태였고 외로움은 시설노인에게서 더 컸다. 주관적 건강상태에 따라서는 도구적 일상생활동작(F=2.82, p=.029), 영양상태(F=4.88, p=.001), 사회적 연대(F=4.32, p=.003), 우울(F=12.64, p=.000), 외로움(F=3.45, p=.011) 모든 변수에 차이가 있었다. Scheffe test에서 영양상태는 매우 불량군이 매우양호, 양호군보다 점수가 작아 영양

상태가 더 좋았다. 사회적 연대는 매우 불량군이 양호군보다 점수가 적어 사회적 연대가 부족했다. 우울은 매우불량군이 매우양호, 양호, 보통군보다 우울정도가 적었다. 불량군이 매우양호, 양호군보다 우울정도가 적었고 불량군이 매우불량군보다 우울정도가 컸다. 진단질병 수에 따라서는 영양상태에 차이가 있어 질병이 없는군이 3개 이상의 진단된 질병이 있

는 군보다 영양상태가 좋았다.

변수간의 상관관계

신체적 건강상태의 변수인 일상생활동작은 체질량 지수 ($r=.202, p=.029$), 우울($r=.265, p=.003$)과 상관관계를 보였다. 영양상태는 사회적 연대($r=-.228, p=.006$), 우울($r=-.325, p=.000$), 외로움($r=-.391, p=.000$)과 상관관계를 보였다. 사회적 건강상태를 나타내는 사회적 연대는 영양상태($r=-.248, p=.006$), 우울($r=.205, p=.024$), 외로움($r=.448, p=.000$)과 상관관계를 보였다. 정신적 건강을 나타내는 우울은 외로움과 ($r=.514, p=.000$) 상관관계를 보였다<표 4>.

논 의

대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 77.37로 2001년 우리나라 평균수명보다 높았고, 성별은 여자가 59.8% 로 많았고, 교육기간은 평균 4.5년인데 통계청(2000)의 50세 이상의 7.2년에 비해 매우 낮은 정도이다. 농촌노인을 대상으로 한 이수애와 이경미(2002)는 66.7%의 무학을 임영식(2002)은 58.4%를 보고하였으나 본 연구에서는 43.4%가 무학으로 도시노인의 교육수준이 약간 높은 것으로 볼 수 있다. 현 배우자는 없는 사람이 다수를 차지하여 농촌노인을 대상의 이수애와 이경미(2002)이 보고에서 무배우자가 54.25%로 본 연구 대상자보다 더 낮음을 알 수 있다.

자녀수는 4.50명으로 최영희, 김문실, 변영순 및 원종순(1990)의 결과에서 노인의 51.0%가 4-6명의 자녀수를 보여 본 대상자와 유사했다. 우리나라 가구원수가 4인가구가 31.1%, 3인가구가 20.9%(통계청, 2000)것과 비교하여 본 대상자는 이보다 자녀수가 많은 것을 알 수 있었다. 용돈은 평균 13만원으로 나타났는데 선행연구에서 구체적인 액수의 보고는 없어 비교가 어려웠으나 낮은 수준임을 알 수 있다.

종교는 대상자의 82.8%가 신앙인이었는데 농촌노인의 경우 55.1%가 종교가 있다고 한 보고에 비해(이수애와 이경미,

2002) 본 연구의 대상자가 종교를 갖고 있는 경우가 많은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태는 본 연구의 대상자에서 ‘불량’ 16.4%, ‘매우 불량’ 13.9% 였는데 농촌 노인을 대상으로 한 이수애와 이경미(2002)는 35.6%가 “안좋은편”, 29.6%가 “매우 안 좋음” 이라고 하여 본 대상자의 건강지각이 더 나음을 알 수 있었다. 질병수는 평균 1.24가지를 보였는데 한경희(1997)가 여자 노인이 2.1가지, 남자노인이 1.4가지라고 하여 본 대상자와 유사했다. 이로서 인구의 고령화, 지역사회 여성노인의 증가, 저학력, 낮은 현배우자 상태, 부양자 부족, 빈곤을 노인들이 전반적으로 경험하고 있음을 알 수 있었다.

대상자의 건강상태

신체적 건강상태는 ADL 7.17로 최대값이 14점이므로 독립성의 정도가 보통임을 알 수 있었고, 홍춘실, 김현리 및 이상화(1997)가 60점 만점 도구로 측정시 53.91을 보고한 것에 비해 낮음을 알 수 있다. 영양상태는 1.93을 보여 정상수준인 0-2의 범주에 속했는데, 정영미와 김주희(2004)는 독거노인집단이 8.84, 부부동거노인이 4.45, 자녀동거노인집단이 3.67을 보였다고 하여 시설거주 노인이 포함되어 있는 본 연구 대상자 영양상태와의 차이가 있어 그들보다도 좋은 점수를 보여 영양상태는 좋은 것으로 나타났다. 체질량지수는 본 대상자는 23.45 보통범주였는데, 이영수와 김혜경 (2002)의 연구결과 24.8인 과체중과 차이가 있었고, 저소득층 여성노인은 23.9라고 하여 본 대상자보다 적음을 알 수 있었다. 정미숙과 김혜경(1998)은 울산지역 60세 이상 노인의 체질량지수는 21.9로서 남자 21.8 여자 22.0의 정상범주였는데 본 대상자는 이보다 높았다. 한경희(1997)는 청주지역 남자노인은 22.6±3.1, 여자노인은 25.1±3.6 이라고 하여 대체로 남자보다 여자의 체질량지수가 큼을 알 수 있었다.

본 연구에서 사회적 측면의 건강은 사회적 연대수준이 6점 만점에서 평균 2.38으로 비교적 사회적 연대가 부족하였고, Bassuk 등(1999)이 43.7%의 노인이 3-4개의 연대를 가지고 있고 39.2%의 노인이 1-2개의 연대를 갖고 있다고 하여 본 대상자와 유사한 양상을 보여 전반적으로 노인의 사회적 연대

<표 4> 변수간의 상관관계 계수

변수	일상생활동작	영양상태	체질량지수	사회적 연대	우울
영양상태	-.017				
체질량지수	.202	-.011			
사회적 연대	.066	-.248	-.002		
우울	.265	-.325	.077	.205	
외로움	.081	-.391	.011	.448	.514

* P<.05 * P<.01 *** P<.0001

가 부족함을 알 수 있었다.

정신적 측면의 건강으로 우울은 본 연구대상자가 평균 7.61로 우울상태 라고 할 수 있다. 그러나 송애랑(2001)은 시설노인의 우울점수가 10.22와 8.48라고 하여 이 보다는 본 대상자의 우울정도가 낮음을 알 수 있다. 외로움수준은 56.77점으로 김옥수와 백성희(2003)의 평균 51.63, 권선숙(1998)의 45.4에 비해 그 정도가 더 크음을 알 수 있다. Kim(1996)의 미국이민 한국노인을 대상으로 한 42.60과는 큰 차이가 있어 노인들의 외로움이 심각함을 알 수 있었다. 이는 연구대상자가 지역사회 거주노인과 시설노인으로 이루어져 시설노인의 외로움이 크게 작용하였기 때문으로 생각한다.

인구사회학적 특성에 따른 신체적 건강상태는 연령에 따라 일상생활동작이 차이가 있어 65-84세보다 85-94세가 그 정도가 낮았는데 신체활동이 연령에 따라 차이가 있으며 연령이 증가할수록 의존도가 커졌다는 결과(홍춘실 등, 1997; 김우정, 2004; 백은정, 1997)에서 연령이 일상생활동작 저하에 유의한 관계가 있었다. 성별에 따라서 체질량지수만 차이가 있었으나 모두 보통 수준이었다. 교육기간에 따라서는 사회적 연대에 차이가 있었는데 Bassuk 등(1999)도 교육수준이 낮은 사람이 더 적다고 하여 교육정도와와의 연관성을 알 수 있었다. 교육기간에 따라 우울도 차이를 보였는데 김경자(2003)도 우울정도가 교육정도에 따라 차이가 있다고 하였으며 박주영, 김귀봉 및 송주호(2000)와 이수애와 이경미(2002)도 교육정도와 우울의 역상관성을 보고다. 교육기간에 따라 외로움에 차이를 보였는데 신미화(1996)은 교육정도가 외로움에 영향을 준다고 하였고 박주영 등(2000), 권선숙(1998)이 교육수준과 외로움의 역상관성을 보고하였다. 현배우자에 따라 사회적 연대에 차이가 있었는데, Harwood, Pound와 Ebrahim(2000)는 사회적 연대의 결정인자는 기혼자라고 하여 사회적 연대의 개념에는 사람들과 지역사회사이의 적극적인, 상호적인 연결을 함의한다(Bassuk et al., 1999). 현배우자 여부에 따라 우울에도 차이를 보였는데 김경자(2003)도 같은 보고를 하고 이수애와 이경미(2002)도 배우자가 없는 노인이 우울이 크다고 하였다. 현배우자 여부에 따라 외로움에 차이가 있었는데 권선숙은 현배우자가 없는 노인의 외로움이 컸다고 했고, 송대현과 윤가현(1989)은 배우자 상실이 고독의 중요한 원인중의 하나라고 하였으며 최은선(1992)과 신미화(1996)도 배우자 유무가 고독감에 영향을 준다고 보고하고 Schulman, Gairola, Kuder와 McCulloch(2002)는 우울한 노인과 비우울 노인사이에 결혼상태에 따라 차이가 있다고 하여 정신적인 건강에 배우자의 역할이 크음을 알 수 있었다. 자녀수에 따라 사회적 연대에 차이가 있었는데 사회적 연대는 가족과도 연계를 갖는 것(Bassuk et al., 1999) 이므로 자녀수도 영향을 미칠 것으로 생각한다. 자녀수에 따라 외로움에 차이가 있었는데 한국노인의 고독의

특성을 보고한 송대현과 윤가현(1989)도 노인이 자녀와의 관계에서 고독을 느낀다고 하였고 권선숙(1998)도 아들이 없고, 딸이 없는 노인이 고독이 있다고 하여 자녀가 고독에 영향을 줌을 알 수 있다. 용돈에 따라 사회적 연대에 차이를 보였는데 Bassuk 등(1999)은 사회적 연대가 사회활동에 참여를 유지하는 것이라고 하면서 사회적 연대는 낮은 소득자에서 더 적다고 하였고, Harwood 등(2000)은 사회적 연대의 결정인자는 높은 사회계층, 주택과 차량소유자라고 하여 금전적인 측면의 연관성을 보고하였다. 용돈에 따라 우울정도의 차이를 보였는데 김우정(2004)은 우울이 월수입에 따라 차이가 있다고 하였고, 이수애와 이경미(2002)도 경제상황과 우울이 부적 상관관계가 있다고 하였다. 용돈정도에 따라 외로움에 차이를 보였는데 권선숙(1998)도 같은 결과를 보고하고, 신미화(1996)은 용돈만족도에 따라 외로움에 차이가 있다고 하였으며, 김기태, 문선화, 박병현, 최송식, 이경희(1993)는 노인의 외로움은 경제적 빈곤이 심할수록 더 심하다고 하여 경제적인 요인이 정신적 건강과 관계가 있음을 보여주고 있다. 거주지에 따라 사회적 연대에 차이가 있어 지역사회거주노인의 연대가 더 컸는데 지역사회거주노인이 시설노인보다는 사회활동 참여범위가 더 넓기 때문이라 생각한다. 김순이(2002)의 연구에서[서도 시설거주 노인은 거의 매일 방에서 텔레비전을 보면서 누웠다 일어났다 하며 지낸다고 하면서 이런 시설 노인의 생활양식을 무원고립형으로 명명하기도 했는데 외로움을 나타내기도 한다. 거주지에 따라 외로움에 차이를 보였는데 시설노인은 지역사회거주 노인에 비해 가족의 보호를 받지 못하는 고립된 상태이기에 당연한 결과라고 생각된다. 이수애와 이경미(2002)도 동거가족여부와 우울사이 상관관계가 있음을 보고하였다. 주관적 건강상태에 따라서는 일상생활동작에 차이가 있었는데 백은정(1997)도 일상생활동작 감소가 주관적 건강상태에 영향을 준다고 하면서 노인의 경우 실제 질병으로 인한 일상생활동작 변화보다 주관적으로 느끼는 건강상태에 따라 일상생활동작 변화에 영향을 준다고 하였으며, 홍춘실 등(1997)은 주관적 건강상태를 높게 지각한 노인의 의존성이 낮다고 하였다. 주관적 건강상태에 따라 사회적 연대에 차이가 있었는데 Bassuk 등(1999)은 사회적 연대는 신체적 정신적 건강이 나쁜 사람이 더 적다고 하였고 Harwood 등(2000)은 사회적 연대의 결정인자는 주관적 건강상태가 더 나은 사람이라고 하였다. 주관적 건강상태에 따라 우울이 차이가 있었는데 김우정(2004)도 같은 보고를 하였고 이수애와 이경미(2002)는 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울이 더 높다고 하였다. 주관적 건강상태에 따라 외로움의 차이는 신미화(1996), Kim(1996)도 같은 보고를 하였으며, 권선숙(1998)도 건강상태가 나쁜 경우 고독이 컸다고 하였으며, 박주영 등(2000)도 건강정도가 우울, 고독감에 영향을 미친다고 하여 노인의 건강

지각이 신체적, 사회적, 심리적 건강과 관계가 높음을 알 수 있었다.

질병수가 많은 사람이 영양상태를 나타내는 점수가 낮았는데 노화에 따른 연령증가 자체의 생리적 변화와 전신질환, 정신질환 등은 영양상태의 변화를 유발시키는 위험인자가(박중만, 송중호, 조경희, 김문종과 윤방부, 1995)된다.

상관관계분석에서 신체적 건강변수인 일상생활동작과 체질량지수 사이에 정상관계를 보였고 일상생활동작이 독립적일 경우 사회활동에 제약이 적기 때문이라 생각한다. 일상생활동작과 우울사이에 유의한 정상관계를 보였는데 Schulman 등(2002)은 일상생활동작의 보조가 증가함에 따라 우울의 가능성이 증가한다고 하였고, Bruce 등(2002)은 일상생활동작과 우울의 유의한 관계를, 이수애와 이경미(2002)는 일상생활동작과 우울과 역상관계가 있음을 보고하였다. 영양상태가 사회연대와 우울, 외로움과 역상관계가 있었는데 영양상태가 외로움과 유의한 역상관계가 있었는데 영양상태 점수가 높을수록 고 위험 영양상태를 의미하므로 영양상태가 나쁠수록 사회연대도 적고, 우울과 외로움이 큼을 알 수 있다. Ahn과 Kim(2004)에 따르면 독거노인의 영양상태가 불량하고 우울정도도 높다고 하여 독거노인은 사회적 연대도 적을 것으로 생각되어 이를 뒷받침한다. 정영미와 김주희(2004)도 영양상태가 불량할수록 우울이 높다고 하여 이를 뒷받침한다. 정순돌, 한경희, 최미숙 및 박정숙(2002)도 급식서비스를 이용하는 노인들의 영양상태가 고독과 사회적 지지와 관계가 있다고 하여 사회정신적 요인이 노인의 영양상태에 영향을 미치는 중요한 변수로 작용한다고 하여 신체적 건강과 정신적 건강이상관성이 있음을 알 수 있었다.

사회적 건강 변수인 사회적 연대가 우울과 유의한 정상관계를 보였는데 우울은 점수가 높을수록 우울정도가 크므로 사회적 연대가 클 경우 우울이 낮음을 알 수 있었다. Bassuk 등(1999)도 사회적 연대가 낮은 사람이 정신적 지지를 덜 받았다고 하였다. 정신적 건강변수인 우울과 일상생활동작 사이에 상관관계를 보였는데 이수애와 이경미(2002)도 우울을 예측하는 변인중 하나가 일상생활동작이라고 하였고, 박주영 등(2000)은 이수애와 이경미(2002)는 노인의 우울이 사회적 지지와 역상관계라 하며 우울을 예측하는 변인중 하나가 사회적 지지라고 했다. 우울과 외로움이 $r=.514$ 의 높은 정상관계를 보였는데 McInnis와 White(2001)도 외로움과 우울이 관계가 있다고 하였다. 외로움과 사회적 연대 사이에 $r=.448$ 의 정상관계를 보여 기대방향과 달랐으므로 외로움과 사회적 연대에 대한 연구가 필요하다. 정순돌(2001)도 고독감과 사회적 지지의 사회정신적 요인과 관계가 있음을 보고하였다.

따라서 건강상태를 세 영역으로 분류하여 보았을 때 각각의 영역의 상태가 연령에 따라 낮아지는 경향이 있었고 신체

적 건강상태를 노화의 한 현상으로 받아들인 다 하여도 사회적, 정신적 건강상태의 향상을 도모할 다양한 방법론적 접근이 추진될 필요가 있음을 시사하고 있다. 노인 연령층의 상대적 빈곤상태와 관련한, 지지체계의 부족을 사회적 접근으로 풀어가야 하는 과제를 해결하여야 한다고 본다.

결 론

노인의 건강상태를 파악하기위해 지역사회노인 65명과 시설노인 57명을 대상으로 서술조사설계에 의해 신체적, 사회적, 정신적 건강상태를 조사하였다.

신체적 건강상태를 측정하기위해 도구적 일상생활동작, 영양상태, 체질량 지수를, 사회적 건강상태를 측정하기위해서는 사회적 연대 도구, 정신적 건강상태를 위해서는 단축형 노인 우울척도, Kim(1997)의 외로움 도구를 사용했다. 자료분석은 SPSS 11.0 의 서술적 통계와 t-test, ANOVA, Scheffe test, Pearson 상관관계 계수를 이용했다.

연구결과는 다음과 같다.

- 대상자의 평균연령은 77.37세였고, 여성이 59.8%, 지역사회 거주자가 53.3%, 교육은 “무학”이 43.4%로 가장 많았으며 평균 4.50년 이었으며, 현배우자는 “없다”가 73.8%였다. 자녀수는 3-5명이 35.2%로 가장 많았고 용돈은 평균 13.06만원이었다. 종교는 신앙인이 두군 모두 82.8% 이었다. 주관적 건강상태는 36.1%가 양호로 가장 높은 빈도를 보였고, 진단받은 질병 수는 평균 1.24개 이었다.
- 신체적 건강상태인 영양상태($t=3.186, p=.002$), 사회적 건강상태의 사회적 연대($t=-7.246, p=.000$)에 차이가 있어 지역사회노인의 점수가 컸다. 정신적 건강상태에서 외로움에 차이($t=-5.729, p=.000$)가 있어 시설노인의 외로움이 더 컸다.
- 인구사회학적 특성에 따른 건강상태에서 연령에 따라서는 일상생활동작, 성별에 따라서는 체질량 지수, 교육과 배우자유무에 따라 사회적 연대, 우울, 외로움, 자녀수에 따라서는 사회적 연대, 외로움, 용돈에 따라서는 도구적 일상생활동작, 사회적 연대, 우울, 외로움, 주관적 건강상태에 따라서는 도구적 일상생활동작, 영양상태, 사회적 연대, 우울, 외로움, 진단 질병 수에 따라서는 영양상태에 유의한 차이가 있었다.
- 변수들 사이의 상관관계는 신체적 건강상태의 변수인 일상생활동작은 체질량지수($r=.202, p=.029$), 우울($r=.265, p=.003$)과 상관관계를 보였다. 영양상태는 사회적 연대($r=-.248, p=.006$), 우울($r=-.325, p=.000$), 외로움($r=-.391, p=.000$)과 상관관계를 보였다. 사회적 건강상태를 나타내는 사회적 연대는 우울($r=.205, p=.024$), 외로움($r=.448, p=.000$)과 상관관계를 보였다. 정신적 건강을 나타내는 우울

은 외로움과($r=.514, p=.000$) 매우 높은 정도로 정상관계를 보였다.

이상의 결과를 볼 때 노인의 신체적 건강은 정상범주에 속했으나 사회적 연대가 매우 낮았으며 정신적 건강인 우울을 나타내고 외로움의 정도가 큰 것으로 밝혀졌다. 노인의 건강을 위해 사회연계를 활성화시키려는 노력이 필요하고 정신적 건강측면인 우울과 외로움에 영향을 미치는 요인을 조절하고 우울과 외로움을 경감시키는 중재전략을 개발하여 늘어나는 노인인구에 대한 간호학의 대처가 시급하다.

제언

- 시설과 지역사회 거주노인의 사회적 건강상태와 정신적 건강상태에 대한 연구가 필요하다.
- 노인의 사회적, 정신적 건강상태를 증진시킬 수 있는 간호중재의 개발과 적용이 필요하다.

참고문헌

강명희 (1994). 한국노인의 영양상태. *한국영양학회 춘계학술대회 초록집*, 616-635.

권선숙 (1998). 재가노인의 보건행태에 따른 고독감 분석. *대한보건협회학술지*, 24(2), 5-13.

김경자 (2003). 노인이 지각한 건강상태와 우울 및 신체건강상태간의 관계. 부산가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.

김기태, 문선화, 박병현, 최송식, 이경희 (1993). 노인의 고독, 고립 및 사기에 대한 연구. *사회복지연구*, 3(1), 71-108.

김순이 (2002). 시설거주 노인의 생활양식 분석. *한국노년학*, 22(2), 61-74.

김옥수, 백성희 (2003). 노인의 외로움과 사회적 지지, 가족기능간의 관계연구. *대한간호학회지*, 33(3), 425-432.

김우정 (2004). 저소득층노인과 일반노인의 신체건강상태와 우울. 한양대학교 대학원 석사학위논문.

김유진 (2001). 저소득층 여자노인들의 영양상태와 이에 관련된 인자에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김주희, 김정현 (1998). 노인우울척도를 이용한 노인의 우울성향과 근골격계 만성동통의 상관성에 대한 연구. *한국노년학*, 18(3), 90-102.

박종만, 송중호, 조경희, 김문중, 윤방부 (1995). 노인과 장년층에 있어서의 영양결핍 예측 인자. *가정의학회지*, 16(7), 463-465.

박주영, 김귀봉, 송주호 (2000). 노인의 신체활동 참여가 고독감, 우울에 미치는 영향. *한국체육학회지*, 39(4), 217-226.

백은정 (1997). 농촌지역 노인의 일상생활동작 능력에 관한 추적연구. 경북대학교 대학원 석사학위논문.

보건복지부: <http://www.mohw.go.kr>

송대현, 윤가현 (1989). 노년기의 고독감. *한국노년학*, 9(1), 64-78.

송애량 (2001). 여가활동프로그램 중재가 시설노인의 일상생

활동작, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. 충남대학교 대학원 석사학위논문.

신미화 (1996). 노인의 고독감과 사회적 지지. 전북대학교 대학원 석사학위논문.

이영수, 김혜경 (2002). 울산지역 보건소 이용 노인들의 영양상태와 인지상태. *한국영양학회지*, 35(10), 1070-1080.

이수애, 이경미 (2002). 농촌지역 노인의 우울증 결정요인에 관한 연구. *한국노년학*, 22(1), 209-226.

임영식 (2002). 시설노인과 재가노인의 우울과 스트레스에 관한 연구. 원광대학교 대학원 석사학위논문.

정미숙, 김혜경 (1998). 울산지역 노인의 영양상태와 건강상태에 관한 조사연구. *한국식생활 문화학회지*, 13(3), 159-167.

정순돌, 한경희, 최미숙, 박정숙 (2002). 재가노인의 사회정서적 요인과 영양상태의 관계; 급식서비스 이용노인을 중심으로. *한국노년학*, 22(1), 227-240.

정순돌(2001). 노인의 가족유형과 고독감에 관한 연구. *한국가족 복지학*, 7, 255-274.

정영미, 김주희 (2004). 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 비교. *대한간호학회지*, 34(3), 495-503.

조주연, 조경의, 배철영 (1999). 노인환자평가의 실제. 서울 : 의학출판사.

최영희, 김문실, 변영순, 원정숙 (1990). 한국노인의 건강상태. *대한간호학회지* 20(3), 307-323.

최은선 (1992). 노인환자가 지각한 가족지지, 고독감과 건강상태와의 관계연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.

최희정 (2002). 장수노인의 영양섭취량 및 관련요인에 관한 연구. 경상대학교 대학원 석사학위논문.

통계청 <http://www.nso.go.kr>

한경희 (1997). 청주지역에 거주하는 노인들의 영양상태 및 건강상태에 관한 연구. *응용과학연구*, 6(1), 307-326.

홍춘실, 김현리, 이상화 (1997). 재가노인의 일상생활동작 수행의 의존성과 생활 만족에 관한 연구. *충남의대잡지*, 24(1), 43-56.

Ahn, Y., & Kim, M. J. (2004). Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Pub Health Nurs*, 21(2), 153-161.

Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med*, 131, 165-173.

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics; effects of the eden alternative model on quality of life issues. *J Gerontol Nurs*, 30(6), 27-34.

Bruce, M. L., McAvay, G. J., Raue, P. K., Brown, E. L., Meyers, B. S., Koehane, D. J., Jagoda, D. R., & Weber, C. (2002) Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1367-1374.

Fratiglioni, L., Wang, H., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social net work on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.

Harwood, R. H., Pound, P., & Ebrahim, S. (2000). Determinants of social determinant in older men. *Psychology Health & Med*, 5(1), 75-85.

- Kim, O. (1996). *Antecedents and health related consequences of loneliness in older Korean immigrants*. University of Nebraska. Unpublished doctoral dissertation.
- Kim, O. (1997). Korean version of revised UCLA Loneliness Scale : Reliability and validity test. *J Korean Academy Nurs*, 27, 871-879.
- Lawton, M. P. (1988). Scales to measure competence in everyday activities. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 609-614.
- McInnis, G. J., & White, J. H.(2001). A phenomenological exploration of loneliness in the old adult. *Arch Psychiatr Nurs*, 15(3), 128-139.
- Schulman, E., Gairola, G., Kuder, L., & McCulloch, J. (2002). Depression and associated characteristics among community-based elderly people. *J Allied Health*, 31(3), 140-146.
- Schlenker, E. D. (1993). *Nutrition in the aging*. St. Louis : Mosby.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale (GDS): *Recent evidence and development of a shorter version*. In TL Brink (Ed), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York : Haworth Press.
- WHO (1978). *Alma-Ata 1978 : Primary health care*, Geneva, Switzerland: WHO; 1986.

Health Status of Elderly Living in a City

So, Heeyoung¹⁾ · Kim, Hyunli¹⁾ · Liu, Ming Ren³⁾

1) Professor, Department of Nursing, Chungnam National University
2) Chungnam National University, Student of Graduate School

Purpose: This study examined the health status of elderly. **Method:** This is a survey using cross-sectional design. The subject were 122 elders who were 65 and over in Daejeon. Instrumental activity of daily living, nutrition and Body mass index for physical health status, social engagement for social health status, and depression and loneliness for emotional health status were measured. **Results:** Independent level was medium, and nutrition and BMI were normal level. Social engagement score was 2.38 which means low. Mean depression level was 7.71 and mean loneliness level was 56.77, which means high. The risk factors for vulnerable health status were no spouse, lower pocket money, living at institution, poor subjective health status. **Conclusion:** This finding indicates that the elderly subjects were in normal physical health status, but social and emotional health status were poor.

Key words : Health status, Elderly

• Address reprint requests to : So, Heeyoung

Department of Nursing, Chungnam National University
1-6 Munhwa-dong, Jung-gu, Daejeon. 301-747, Korea
Tel: +82-42-580-8325 Fax: +82-42-584-8915 E-mail: hysoh@cnu.ac.kr