

# 복지관 이용 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인

김춘길<sup>1</sup>·박혜자<sup>2</sup>

한림대학교 간호학부 교수<sup>1</sup>, 가톨릭 간호대학 겸임교수<sup>2</sup>

## Factors Influencing Life Satisfaction Among the Senior Welfare Center Elderly

Kim, Chun Gill<sup>1</sup> · Park, Hyea Ja<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, Division of Nursing, Hallym University, <sup>2</sup>Director of Yonginsi Senior Welfare Center, Adjunct Professor, College of Nursing, The Catholic University

**Purpose:** This study was conducted to evaluate life satisfaction(LS) and to assess the factors that influence LS in senior center elderly people. **Methods:** The subjects were 253 elders who visited the Y city Senior Welfare Center between July 2006 and August 2006. Data were collected using structured questionnaires. The instruments were composed of Kang's Family Support Scale, Depression Scale by Sheikh & Yesavage, Laffery's Health Concept Scale, and LS scale by Choi. T-test, ANOVA, Duncan test, Pearson coefficients correlation and stepwise multiple regression were used to analyze the data using the SPSS Win 12.0 program. **Results:** The LS level showed a maximum score of 38 with a mean score of 23.23. The mean scores for depression, health perception and family support were 5.52(maximum score, 15), 77.46(maximum score, 112), 43.45(maximum score, 55) respectively. The LS were significantly correlated with health perception, depression and family support. Depression was the most powerful predictor of and it accounted for 42.0% of the total variance in LS. A combination of significance of eudaimonistic health perception and satisfaction with pocket money accounted for 47.2% in LS. **Conclusion:** Depression and health perception were identified as affecting variables for the LS. Based upon these results, nurses should help the aged to enhance their LS.

**Key Words :** Aged, Life satisfaction, Depression, Health perception, Family support

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라 노인인구는 이미 2000년에 그 비율이 7%를 넘어 고령화 사회에 진입한 이래 세계에서 제일 빠른 증가 속도를 보이고 있어 여러 가지 사회·경제적

문제를 유발하고 있다. 반면, 우리나라에서 노인문제에 관심을 가지게 된 것은 1970년대 전후지만, 아직까지 노인복지제도는 노인의 요구를 사전에 충족시키고 성공적인 노후와 삶의 질 향상을 도모하기 보다는 문제발생 이후에 해결하는 것에 더 초점을 두고 있어 (Kwon & Cho, 2000), 노인 관련 이론과 실제에서 이에 대한 적극적이고 전문적인 접근이 보다 요구된다.

**Corresponding address:** Park, Hyea-Ja, College of Nursing, The Catholic University, 735 Yongindae-ro, Yongin-si, Gyeonggi-do 449-704, Korea. Tel: 82-31-324-9304, Fax: 82-31-324-9306, E-mail: maghjpark@hanmail.net

투고일 2007년 1월 31일 심사외뢰일 2007년 2월 5일 심사완료일 2007년 6월 11일

노년기는 건강수준의 저하뿐만 아니라 질병과 죽음에 대한 취약성이 증가하는 시기이며, 수입감소, 가족관계의 변화, 역할상실 및 사회적 유대관계의 변화에 따라 우울이나 무력감 등 사회 심리적인 문제들이 발생하기 쉽다. 그에 따라 노인군의 삶의 질은 저하될 수 있으므로, 노인의 삶의 질과 삶의 질의 주요 지표인 생활만족도는 어느 연령층에서보다 중요하다(Kim, Kim, Kim, Lee, & Kim, 1999; Sim & Park, 2002).

노인의 생활만족도는 노화되어 간다는 현실에 적응함에 따라 얻는 하나의 상태로서, 생활 전체에 대한 행복과 만족의 주관적 감정이나 태도일 뿐만 아니라 개인의 정신건강을 결정짓는 중요한 요소이다(Monika, 1997). 그러나 Kim 등(1999)의 심층연구에서 한국노인들의 생활만족도는 대체로 낮아 생활만족도 증진을 위한 연구가 시급히 요구된다. 한국이 고령화 사회에 진입한 이후 지금까지 노인의 생활만족도에 대한 국내 연구들은 건강증진행위, 자아존중감, 사회적지지, 일상생활활동능력 및 우울을 변수로 한 상관관계 연구(Choi, 2005; Choi & Paek, 2002; Kim, 2002; Kim, 1998), 배우자 유무(Shin, 2001), 가정노인과 양로원노인(Kim, 1998), 도시 및 농촌노인(Sim & Park, 2002), 노인 전기와 후기(Choi, 2001), 가족관계망별 연구(Kim & Park, 2004), 과거·현재·미래의 시간적 차원별 연구(Jang & Lee, 1996), 성인 자녀와 지원교환별 비교연구(Kim & Kim, 2000)가 있다. 건강증진 프로그램과 운동을 중재로 적용한 연구도 일부 수행되었으나(Jung & Kim, 2002; Yoon & Choi, 2002) 생활만족도의 영향요인을 확인하는 연구는 부족한 실정이다.

한편, 노인들은 건강에 대한 관심이 매우 높아 대부분 건강에 대해 염려를 하며(Kim & Sung, 2002; Nicholas, 1993) 노인에서의 건강지각은 그들의 생활만족에서 큰 예측인자임을 감안할 때(Melanson & Downe-Wambolt, 1987), 노인들의 건강에 대한 의미나 건강지각은 그들의 삶에서 매우 중요하다. 또한, 건강지각은 건강상태 측정에서 가장 보편적으로 사용되는 방법이다(Farmer & Ferraro, 1997). 따라서 노인의 건강지각을 생활만족도와 함께 알아보는 것은 건강 전문인에게 중요한 일이다. 아울러 노인에서 흔한 우울은

주요 건강문제로서 노인의 생활만족도와 역 상관관계를 보이고(Sim & Park, 2002) 주관적 안녕에 가장 큰 영향을 미치는 요인이므로(Kim et al., 1999), 노인의 주관적 안녕상태를 포함하는 생활만족도에서는 우울을 우선적으로 고려해야 한다.

가족은 가족 구성원의 요구충족과 안정화 기능을 담당하며(Friedman, 1991) 한국의 전통적 가족간의 강한 유대관계는 노인을 지지하는 가장 중요한 기능을 하므로 노인에 대한 가족지지는 아주 중요하다(Park, 1991). 특히, 노인의 생활만족도는 가족관계 및 형태와 관련성이 커서, 자녀와 동거하는 노인과 배우자 중심형 가족에서 생활만족도가 높았고 자녀 및 배우자와 긴밀한 관계를 맺지 못하는 무관계형에서 만족도가 낮았으며, 가족의 애정적 결속은 여성노인의 생활만족도에 가장 큰 영향을 미쳤다(Kim & Kim, 2000; Kim & Park, 2004; Chung, Kim, & Lee, 2000). 그러므로 가족지지 역시 노인의 생활만족도에서 고려할 필요가 있다.

이에 따라 노인의 생활만족도 증진을 위한 토대 마련을 위해 노인에서 중요한 건강에 대한 지각·우울·가족지지 변수를 중심으로 생활만족도에 미치는 영향요인을 알아보는 것은 의미가 있다.

특히 노인복지관은 노인들에게 접근성이 높고 최근 그 수가 증가하여 국내노인의 99.4%를 차지하는 재가노인들이 주로 이용하는 시설이다(Kim & Song, 2006). 이에 본 연구에서는 복지관 이용 노인들의 생활만족도와 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 건강지각, 우울 및 가족지지 변수를 중심으로 확인하여 노인의 성공적 노후를 돕는 간호중재 개발의 기초 자료를 마련하고자 실시되었다.

## 2. 연구목적

본 연구는 복지관 이용 재가노인의 생활만족도 향상 간호 나아가 성공적 노후 간호를 위한 기초 자료를 제시하기 위하여 복지관 이용 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인과 요인별 영향력을 확인하고자 하며, 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 대상자의 생활만족도를 파악한다.

- 2) 대상자의 건강지각, 우울, 가족지지 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성별 생활만족도를 파악한다.
- 4) 대상자의 생활만족도와 건강지각, 우울, 가족지지와의 상관관계를 확인한다.
- 5) 대상자의 생활만족도에 영향을 미치는 변수별 영향 정도를 확인한다.

### 3. 용어정의

- 1) 생활만족도 : 과거 및 현재의 삶과 활동에 대한 전반적인 평가와 미래의 삶과 활동의 전망에 대한 긍정적인 정도(Choi, 1986)로, 본 연구에서는 Choi(1986)가 개발한 한국형 노인 생활만족도 척도로 측정된 점수이다.
- 2) 건강지각 : 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표로 자신의 건강상태에 대한 자기평가(Farmer & Ferraro, 1997)를 말하며, 본 연구에서는 Laffrey(1986)가 건강에 대한 개인의 인지 정도를 알아보기 위해 개발한 건강개념 척도로 측정된 점수를 의미한다.
- 3) 우울 : 개인의 적응능력과 스트레스에 따라 나타나는 부정적 정서 상태나 감정 반응(Yoon & Choi, 2002)으로, 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage (1986)의 노인 우울척도에 의한 점수를 말한다.
- 4) 가족지지 : 가족체계 내에서 가족 구성원들 간의 상호작용을 통하여 서로 돌보아 주고 사랑하며 존중하고 가치감을 갖도록 해주는 지지를 주요기능으로 하는 것(Park, 1991)으로, 본 연구에서는 Kang(1985)의 가족지지척도로 측정된 점수이다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 복지관 이용 노인의 생활만족도를 알아보고 그들의 생활만족도에 영향을 미치는 정도를 확인하는 서술적 상관조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상은 Y시에 거주하는 65세 이상의 노인 중 편의표집을 하였다. Y시의 2007년 4월 말 연령별 인구통계와 노인 이용시설에 대한 자료에 따르면 Y시 65세 이상 노인 수는 58,054명으로 1개 노인복지관이 있다. Y시 노인복지관은 큰 규모이다. 연면적 2,000 m<sup>2</sup> 이상, 직원 17명 이상과 일 이용인원이 500명 이상으로써 운영비 보조지원이 가장 많은 가형으로, 실제 이용 노인 수는 일 1,000명 정도였다. 또한, 노인복지관중 유일하게 간호사가 기관의 장인 관장을 담당하는 곳이다. 그에 따라 이 복지관을 연구대상 기관으로 선정하게 되었으며 사전에 연구에 대한 동의를 복지관 관장에게 받았다.

대상자 선정기준은 Y시 노인복지관을 이용하는 자로서 의사소통이 가능하며 설문지 내용을 이해할 수 있고 연구참여에 동의한 자이다. 연구대상자의 선정은 복지관의 진료실 이용 노인들과 사회교육프로그램 참석 노인에게 연구자가 연구목적을 설명한 후 자발적으로 연구 참여를 희망한 자에게 관장의 승인을 받은 뒤 개별적으로 접근하는 방법을 이용하였다. 270명의 노인이 연구에 참여하였으나 연구과정에 끝까지 응하지 않았거나 무응답이 많은 설문을 제외하고 253명의 응답자 설문을 분석대상으로 하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 생활만족도

노인 자신의 전반적인 삶에 대해 평가하는 만족감은 Choi(1986)의 생활만족도 20문항, 3점 척도를 사용하였다. 각 문항 중 긍정적 문항에 대해서는 ‘그렇다 2점’, ‘그렇지 않다 0점’, ‘잘 모르겠다’를 1점’으로 하고 부정문항을 역환산하여 측정점수가 높을수록 생활만족도가 높음을 의미한다. 도구의 최저점수는 0점, 최고 점수는 40점으로 0-40점의 범위를 가진다. 도구 개발 당시의 Cronbach’s α=.87이었으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s α=.89이었다.

## 2) 건강지각

Laffrey(1986)의 건강개념 척도를 번안 후 5명의 노인에게 예비조사하여 노인들이 이해하기 쉬운 문구로 수정, 보완한 뒤 간호학교수 2명에게 내용타당도를 확인한 다음 사용하였다. 도구는 총 28문항의 4점 평점 척도로 4개 하부영역인 임상영역(질병이 없는 상태), 역할 수행, 적응, 자아실현이 각 7문항씩 구성되어 있으며 하부영역별로 최저 7점 최고 28점으로 총점의 점수 범위는 28-112점이다. 각 문항에 대해 '아주 좋다 4점', '조금 좋다 3점', '약간 좋지 않다 2점', '전혀 좋지 않다 1점'으로 배점하여 측정점수가 높을수록 건강에 대한 지각이 좋음을 의미한다. 도구개발당시 성인에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.87-.88의 범위를 보였으며 본 연구에서 전체 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.95이었고 영역별 Cronbach's  $\alpha$ 값은 임상영역 .81, 역할수행 .86, 적응 .89, 자아실현 .85였다.

## 3) 우울

Sheikh와 Yesavage(1986)의 GDS(Geriatric Depression Scale) 단축형 노인우울척도를 사용하였다. 도구는 총 15개 문항으로 각 문항은 "예/아니오"로 구성되어 있다. 문항의 점수는 긍정적 문항에 대해 '예 1점', '아니오를 0점'으로 하고 부정문항을 역환산하여 최저 0점에서 최고 15점의 범위를 가지며 5점 이상을 우울로 간주한다. Yoon과 Choi(2002)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.82이었고 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.83이었다.

## 4) 가족지지

Kang(1985)의 가족지지척도 11문항을 사용하였다. 5점 평점척도로 긍정적 문항에 대해서는 '항상 그렇다 5점', '자주 그렇다 4점', '보통이다 3점', '어쩌다 그렇다 2점', '전혀 그렇지 않다 1점'으로 하고 부정문항을 역환산하여 측정점수가 높을수록 가족지지가 높음을 뜻한다. 도구는 최저점수 11점, 최고점수 55점으로 11-55점의 범위를 가진다. 노인을 대상으로 한 Kim(2002)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ =.90이었고 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.89이었다.

## 4. 자료수집방법

자료수집은 사전에 연구자와 보조원 간에 측정방법에 대해 합의를 이룬 뒤, 연구자 1명과 연구보조원 1명이 2006년 7월부터 8월까지 경기도 Y시 노인복지관 이용 노인을 직접 만나 실시하였다. 연구에 대한 설명 후 연구대상자 기준에 적합하고 연구참여에 동의한 자에게 설문지를 배부하여 노인이 직접 설문응답하거나 스스로 응답하기 어려운 경우에는 연구자나 연구보조원이 노인에게 설문을 한 뒤 노인의 답을 기록하여 수집하였다. 설문지 자료수집에 소요된 시간은 1인당 40-50분 정도였다. 연구에 참여한 노인들에게는 필기도구를 보상으로 제공하였으며 혈압측정이나 기타 건강관련 상담을 실시하였다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 program을 이용하여 일반적 특성은 실수와 백분율로, 생활만족도·건강지각·우울·가족지지 정도는 평균과 표준편차로, 일반적 특성별 생활만족도는 t-test 또는 ANOVA로 분석 후 유의한 차이를 보인 변수들에 대해서는 사후검정으로 Duncan test를 실시하였다. 생활만족도와 변수 간의 상관관계는 Pearson correlation coefficients로, 그리고 생활만족도에 변수별 영향정도는 stepwise multiple regression으로 분석하였다.

## III. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

여성노인이 132명(52.2%)으로 남성노인 121명(47.8%)보다 많았으며 연령은 평균  $70.0 \pm 5.56$ 세로 48.6%가 65-69세이었다. 결혼상태는 71.9%가 유배우자였고 24.5%가 사별한 상태였다. 교육정도는 고졸이 36.4%로 가장 많았으며 다음이 대졸이상으로 27.3%였다. 종교는 기독교와 천주교가 60.8%이었고 직업은 88.5%가 없었다. 자녀는 91.7%에서 있었으며 평균 아들 1.64명,

딸 1.55명이었다. 동거유형은 부부가 사는 경우가 51.0%, 결혼한 자녀 19.3%, 결혼하지 않은 자녀 17.0%, 그리고 혼자 사는 경우가 12.7%였고, 동거가족수의 평균은 1.86명이었다. 주거형태는 대부분 아파트와 빌라였으며 경제 상태는 75.5%가 중 정도를 보였다. 월 평균 용돈은 10-30만원이 39.5%, 용돈만족도는 보통 이상이 75.9%였다. 용돈의 주요출처는 41.5%가 본인이었고 아들로부터가 30.0%였다. 62.1%에서 입원경험을 그리고 수술경험은 56.5%에서 있었다. 66.0%에서 현재 질병을 가지고 있었다. 현재 가지고 있는 질환은 0-14개의 범위, 평균 2.60개로 고혈압이 가장 많았으며 관절염, 협심증과 당뇨 순을 나타내었다. 건강의 중요성은 아주 중요하다가 77.1%, 중요하다가 17.0%로 대부분 건강을 중요하다고 하였다. 86.5%가 건강에 대한 염려를 하고 있었으며, 활동정도는 82.2%가 좋은 편이었고 운동은 87.4%에서 실시하고 있었다. 치아상태는 좋은 편이 53.3%였고 나쁜 편이 46.7%이었으며 수면상태는 좋은 편이 78.3%, 나쁜 편이 21.7%였다(Table 2).

## 2. 대상자의 생활만족도, 건강지각, 우울 및 가족지지 정도

대상 노인의 생활만족도 총점은 최소 0점에서 최고 38점의 범위에서 평균 23.23 ± 7.68점, 문항별 평균평점은 1.16 ± 0.38점으로 중간 이상이었다.

대상자의 건강지각정도는 평균 77.46점(28-112점의 범위), 평균평점 2.77점으로 중간 이상의 건강지각을

보였다. 영역별로는 4영역 모두 7-28점의 범위를 나타내었고 평균은 임상영역 15.87점(평균평점 2.27점), 역할수행 21.38점(평균평점 3.05점), 적응 21.34점(평균평점 3.05점), 자아실현 18.88점(평균평점 2.70점)으로 중 정도를 보인 임상영역을 제외한 3영역에서는 중상의 건강지각을 나타내었다. 대상자의 우울정도는 평균 5.52점(범위 0-15점)으로 경증도의 우울을 보였으며, 우울로 간주되는 5점 이상을 보인 대상자 수는 129명(51.0%)이었다. 대상자의 가족지지정도는 평균 43.45점(범위 11-55점), 평균평점 3.95점으로 지지상태가 좋은 편이었다(Table 1).

## 3. 대상자의 일반적 특성별 생활만족도

대상자의 생활만족도와 통계적으로 유의한 관계를 나타낸 일반적 특성은 연령에서 75-79세를 기준으로 젊은 노인군의 생활만족도가 높은 노인군보다 높았다(F=4.22, p=.001). 교육정도는 대졸이상이 가장 높았고 중졸이하에서 낮았다(F=3.55, p=.002). 자녀가 있는 군이 없는 군보다 생활만족도가 높았다(t=5.02, p=.026). 경제 상태에서는 상, 중군이 하군보다 생활만족도가 높았다(F=10.00, p=.000). 월평균 용돈에 따라 생활만족도는 유의한 차이를 보였으나 군간의 차이는 없었다(F=2.55, p=.020). 용돈의 만족도에서 보통이상으로 만족하는 군이 만족하지 못하다는 군보다 생활만족도가 높았다(F=10.95, p=.000). 현재 질병이 없는 군이 질병 군보다 생활만족도가 높았다(t=6.32, p=.013). 건강염려

**Table 1.** The level of life satisfaction, health perception, depression, and family support in subjects (n=253)

Variables	Range	Mean(SD)	Mean/No. of items
Life satisfaction	0-38	23.23( 7.68)	1.16
Health perception	28-112	77.46(18.95)	2.77
Clinical	7-28	15.87( 5.49)	2.27
Functional	7-28	21.38( 5.25)	3.05
Adaptive	7-28	21.34( 5.28)	3.05
Eudaimonistic	7-28	18.88( 5.25)	2.70
Depression*	0-15	5.52( 3.80)	0.37
Family support	11-55	43.45( 9.05)	3.95

\* Subjects' numbers of over 5 points were 129(51.0%).

에 따라서는 거의 염려안함 군이 매우 염려군보다 생활만족도가 높았다(F=4.07, p=.018). 활동정도에서는 좋은 군 이상에서 아주 나쁜 군보다 생활만족도가 높았으며(F=6.27, p=.000), 운동 실시 군이 비운동군보다 생활만족도가 높았다(t=6.04, p=.011). 치아 상태에서 좋은 군이 아주 나쁜 군보다(F=3.58, p=.015), 수면상 태에서도 좋은 군이 나쁜 군보다(F=6.82, p=.000) 생활

만족도가 높았다(Table 2).

#### 4. 대상자의 생활만족도와 건강지각, 우울, 가족지지와의 상관관계

대상자의 생활만족도는 건강지각과 통계적으로 유의한 낮은 순 상관관계를 보였다(r=.377, p=.000). 건강

**Table 2.** The differences of the life satisfaction according to general characteristics (n=253)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean(SD)	F or t (p)
Gender	Male	121(47.8)	22.60 (.68)	2.20 (.139)
	Female	132(52.2)	23.92 (.67)	
Age(years)	65-69	123(48.6)	23.79(.82) <sup>*</sup>	4.22 (.001)
	70-74	74(29.3)	22.29(.87) <sup>*</sup>	
	75-79	42(16.6)	22.21(1.07) <sup>*†</sup>	
	80-84	11( 4.3)	17.45(1.79) <sup>†</sup>	
	85-89	3( 1.2)	19.00(3.00) <sup>†</sup>	
Marital status	Married	182(71.9)	23.45(.54)	.18 (.912)
	Widow, widower	62(24.5)	22.68(1.07)	
	Others	9( 3.6)	24.29(1.73)	
Education level	Illiteracy	7( 2.8)	20.83(9.15) <sup>*</sup>	3.55 (.002)
	Literacy	13( 5.1)	22.15(8.75) <sup>*</sup>	
	Elementary school	36(14.2)	22.31(8.16) <sup>*</sup>	
	Middle school	36(14.2)	22.62(6.43) <sup>*†</sup>	
	High school	92(36.4)	24.34(6.90) <sup>*†</sup>	
	≥ University	69(27.3)	28.68(5.75) <sup>†</sup>	
Religion	Protestant	81(32.0)	23.18(.69)	2.14 (.076)
	Catholic	73(28.8)	21.90(1.03)	
	Buddhist	45(17.8)	25.70(1.11)	
	No religion	48(19.0)	23.02(1.08)	
	Others	6( 2.4)	25.17(2.66)	
Current job	Yes	29(11.5)	24.31(1.62)	.05 (.820)
	No	224(88.5)	23.15(.50)	
Children	Yes	232(91.7)	23.45(7.54)	5.02 (.026)
	No	21( 8.3)	16.50(6.12)	
Living situation (average of lodgers: 1.86)	Alone	32(12.7)	24.06(1.37)	.38 (.862)
	With spouse	129(51.0)	23.67(.66)	
	Married son	37(14.6)	21.86(1.32)	
	Married daughter	12( 4.7)	22.58(2.99)	
	Unmarried children	43(17.0)	22.93(1.03)	
Housing	Apartment	166(65.6)	23.51(.57)	1.46 (.204)
	Villa	41(16.2)	23.80(1.14)	
	House	32(12.6)	21.19(1.60)	
	Others	14( 5.6)	22.33(2.49)	
Economic level	High	11( 4.4)	29.20(3.49) <sup>*</sup>	10.00 (.000)
	Middle	191(75.5)	25.89(7.03) <sup>*</sup>	
	Low	51(20.1)	18.83(7.27) <sup>†</sup>	
Monthly pocket money(won)	100,000 <	52(20.6)	20.48(7.19)	2.55 (.020)
	100,000-300,000 <	100(39.5)	22.89(6.57)	
	300,000-500,000 <	52(20.6)	23.96(6.90)	
	500,000-700,000 <	27(10.6)	25.33(6.34)	
	≥ 700,000	22( 8.7)	26.00(8.80)	

**Table 2.** The differences of the life satisfaction according to general characteristics(cont.)

(n=253)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean(SD)	F or t (p)
Satisfaction with pocket money	Good	56(22.1)	25.63( 6.40) <sup>*</sup>	10.95 (.000)
	Ordinal	136(53.8)	23.89( 6.54) <sup>*</sup>	
	Lack	61(24.1)	19.57( 7.80) <sup>†</sup>	
Source of pocket money	Him(Her)self	105(41.5)	24.14( .70)	1.55 (.174)
	Spouse	28(11.1)	25.57( 1.55)	
	Son	76(30.0)	21.66( .92)	
	Daughter	22( 8.7)	22.18( 1.12)	
	Others	22( 8.7)	22.62( 2.85)	
Experienced admission	Yes	157(62.1)	22.94( .60)	1.34 (.248)
	No	96(37.9)	23.85( .79)	
Experienced surgery	Yes	143(56.5)	22.85( .62)	1.60 (.208)
	No	110(43.5)	23.84( .74)	
Chronic illness <sup>*</sup> (Mean: 2.60, range 0-14)	Yes	167(66.0)	22.37( 7.73)	6.32 (.013)
	No	86(34.0)	24.91( 7.32)	
Significance of health	Little	4( 1.6)	22.00( 3.46)	2.60 (.053)
	Moderate	11( 4.3)	20.09( 2.82)	
	Much	43(17.0)	21.74( 1.14)	
	Very much	195(77.1)	23.82( .53)	
Concern about health	Little	34(13.5)	25.59( 9.30) <sup>*</sup>	4.07 (.018)
	Moderate	165(65.2)	23.48( 6.42) <sup>*†</sup>	
	Much	54(21.3)	21.00( 6.90) <sup>†</sup>	
Activity level	Very good	33(13.0)	25.55( 8.02) <sup>†</sup>	6.27 (.000)
	Good	175(69.2)	23.86( 6.31) <sup>*†</sup>	
	Bad	40(15.8)	19.35( 7.94) <sup>*†</sup>	
	Very bad	5( 2.0)	17.00(10.95) <sup>*</sup>	
Regular exercise	Yes	221(87.4)	23.70( 7.60)	6.64 (.011)
	No	32(12.6)	20.00( 7.54)	
Condition of teeth	Very good	11( 4.3)	22.91(10.42) <sup>*†</sup>	3.58 (.015)
	Good	124(49.0)	24.68( 6.70) <sup>*</sup>	
	Bad	92(36.4)	22.22( 6.00) <sup>*†</sup>	
	Very bad	26(10.3)	20.08( 8.49) <sup>†</sup>	
Sleep	Very good	26(10.3)	25.73( 6.37) <sup>*</sup>	6.82 (.000)
	Good	172(68.0)	24.07( 6.85) <sup>*</sup>	
	Bad	43(17.0)	19.95( 7.01) <sup>†</sup>	
	Very bad	12( 4.7)	17.58( 7.87) <sup>†</sup>	

<sup>\*</sup> Hypertension, arthritis, angina pectoris, diabetes etc.

<sup>\*,†,‡</sup> Group differences by Duncan test.

지각의 하부영역인 임상영역( $r=.245, p=.000$ ), 역할수행( $r=.334, p=.000$ ), 적응( $r=.359, p=.000$ ), 자아실현( $r=.408, p=.000$ )과의 관계도 낮은 순 상관관계를 나타냈다. 우울과는 중등도의 역 상관관계를 나타내었다( $r=-.650, p=.000$ ). 그리고 가족지지와는 낮은 순 상관관계를 보였다( $r=.320, p=.000$ )였다(Table 3).

### 5. 대상자의 생활만족도에 영향을 미치는 변수별 영향정도

생활만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 독립변수인 우울, 건강지각, 건강지각의 하부영역(임상, 역할수행, 적응, 자아실현) 및 가족지지를, 그리고

**Table 3.** Correlation between health perception, depression, family support and life satisfaction in subjects (n=253)

Variables	Health perception				Depression	Family support
	Clinical	Functional	Adaptive	Eudaimonistic		
Life satisfaction	.377 (p=.000)				-.650 (p=.000)	.320 (p=.000)
	.245 (p=.000)	.334 (p=.000)	.359 (p=.000)	.408 (p=.000)		

**Table 4.** Factors influencing the life satisfaction of subjects (n=253)

Variables	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	β	F	p
Depression	.423	.420	-.558	183.81	.000
Eudaimonistic health perception	.469	.465	.217	110.37	.000
Satisfaction with pocket money*	.479	.472	-.102	76.20	.000

Adj.: adjusted

\*Analysis was done by processing continuous variable for preventing multicollinearity.

일반적 특성 중 생활만족도에서 유의하게 차이를 나타낸 변수들을 투입하여 알아보았다. 대상자의 생활만족도에 대한 영향정도에서 우울은 가장 영향력이 큰 변수로 42.0%의 설명력을 보였다. 건강지각의 자아실현 4.5%, 용돈만족도가 0.7%의 설명력을 보여 이들 변수의 총 설명력은 47.2%였다. 용돈만족도는 일반적 특성이지만 조사 분류가 부족, 보통, 좋음의 순위형으로 연속변수와 같이 통계처리함으로써 회귀분석 시 명목변수의 가변수 처리에 따른 다중공선성을 방지하였다 (Table 4).

#### IV. 논 의

본 연구결과 노인의 생활만족도는 평균 23.23점(최대 40점)으로, 같은 도구를 사용하여 노인의 생활만족도를 조사한 Kim(2002)의 22.02점, The Memorial University of Newfoundland Scale for Happiness 도구를 적용한 Choi(2005)의 60세 이상 재가노인 2.80-2.85점(최대 5점)보다 조금 높았다. 그러나 같은 도구를 사용한 Jung과 Kim(2002)의 도시 노인대학 60세 이상 여성노인의 생활만족도 27.73-30.04점(최대 40점), Kim (1998)의 윤진의 생활만족도 도구로 측정된 서울시 북

지관 이용 가정노인의 67.35점(최대 100점), 그리고 Wood, Wylie와 Sheafer의 노인 생활만족도 도구를 적용한 Sim과 Park(2002)의 연구에서 도시노인의 39.32점(최대 65점)보다는 낮았다. 본 연구와 이상의 연구로 볼 때 우리나라 도시 복지관 이용 노인과 재가노인의 생활만족도는 중 정도를 조금 넘는 것으로 생각된다.

본 연구대상자의 건강지각 정도는 평균 77.46점으로 영역별로는 역할수행, 적응, 자아실현, 임상영역 순을 보였는데 같은 도구를 사용한 Kim과 Sung(2002)의 전체점수 75.16점보다는 약간 높았으며 영역별 순위는 동일하였다. 이러한 결과는 노인에서는 건강을 중간 이상으로 지각하지만, 임상영역인 ‘의사의 도움이 필요 없음’, ‘특별한 증상 없음’, ‘신체 및 정신적 능력이 저하되지 않음’, ‘약이 필요로 하지 않음’, ‘아프지 않음’ 등과 같은 질병이 없는 측면에서의 지각 정도가 낮아 노인은 임상영역에서 건강하지 못한 것으로 지각하고 있음을 알 수 있었다. 따라서 임상영역간호에서는 노인의 건강지각이 낮음에 주의가 필요하다고 본다.

본 연구대상자의 우울 정도는 5.52점(범위 0-15점)으로 경증우울을 나타내었고 우울을 보인 대상자 비율은 51.0%로 반수 이상에서 우울증을 보였다. 이러한 결과는 같은 도구를 사용한 Yoon과 Choi(2002)의 저소득



층 노인 7.00-7.62점보다는 낮은 점수를 나타내어 우울 정도가 경하였다. 또한, Kim 등(1999)의 5개 대도시 지역노인에서 경증 우울 67.5%, 중증 우울 24.8%보다는 노인의 우울비율이 낮았다. 그러나 Choi(2005)의 중소도시 60세 이상 연구보고에서 대상노인들이 우울증을 보이지 않았던 결과보다는 높은 우울상태였다. 이러한 차이는 대상자 특성, 특히 거주지역, 소득 및 연령의 차이에서 기인한 것으로 사료되므로 추후 이들 요인을 중심으로 노인 우울에 미치는 여러 요인을 비교하는 연구가 이루어져야 할 것이다. 본 대상자의 가족지지 정도는 43.45점(평균평점 3.95점/최대 5점)으로 중간 이상의 점수를 나타냈는데, 이는 Kim(2002)의 가족지지 41.55점(평균 평점 3.78점)보다 높았으며 Kim 등(1999)의 보고에서 노인의 가족관계 중 가족결속력(접촉, 기능, 정서, 의견일치)이 중간 이상을 보였던 결과와는 일부 맥을 같이 하였다. 이런 결과들로 볼 때 아직까지 국내노인의 가족 지지는 좋은 편에 속한다고 본다.

본 대상자의 생활만족도와 통계적으로 유의한 관계를 나타낸 일반적 특성은 연령, 교육 정도, 자녀유무, 경제상태, 월평균 용돈, 용돈의 만족도, 현재 질병유무, 건강염려, 활동 정도, 운동 실시여부, 치아상태, 수면상태였다. 이러한 결과는 Kim(2002)의 주거형태, 경제상태, 월 용돈, 용돈 만족도와 Kim(1998)의 용돈 상태, Sim과 Park(2002)의 건강상태와 종교, Choi(2005)의 거주상태, 교육수준, 경제상태, 여가활동, Choi와 Paek(2002)의 배우자 유무, 사회활동 참여, 그리고 Kim과 Kim(2000)의 자녀와의 지원교환 형태와 비교해 볼 때, 연령, 치아 상태와 수면상태가 추가로 제시되었다. 따라서 추후 노인 생활만족도의 연구와 간호실무에서는 기존 연구는 물론 본 연구에서 제시된 변수들을 포함하여 반복 연구가 이루어지고 간호활동과 교육이 실시되어야 할 것이다.

특히, 본 연구에서는 80세 이상군의 생활만족도가 75세 미만 군보다 낮아, Choi(2001)의 75세 미만 군과 75세 이상 후기노인의 생활만족도의 차이가 없었던 결과와 달랐고 Jang과 Lee(1996)의 과거 및 미래 생활에 대한 노인의 생활만족도에서 80대 연령군이 70대보다

높았던 결과와도 차이가 있었다. 이에 따라 앞으로 노인의 생활만족도를 연령대별로 비교하는 전국 단위의 연구가 필요하다고 본다. 본 연구에서 교육정도에 따라 생활만족도에 차이를 나타내어 대졸이상 군에서 높았고 중졸 이하에서 낮았던 결과는, Jang과 Lee(1996)의 보고에서 노인 생활만족도를 과거·현재·미래의 차원으로 분류한 결과 교육수준만이 3차원 모두 생활만족도에 유의미한 영향을 미쳤으나 교육수준과 생활만족도는 현재의 만족도에서는 고학력자가 만족도가 높았고 과거 및 미래 만족도에서는 학력이 낮을수록 만족도가 높았던 결과와는 일부만이 일치하였다. 또한 본 연구 대상자보다 교육수준이 낮은 대상자인 무학에서 중졸의 60세 이상 여성노인(Jung & Kim, 2002)과 본 연구와 다른 거주지역의 65세 이상 남녀 노인(Kim, 1998; Sim & Park, 2002)에서 보고한 생활만족도가 본 대상자보다 높아 본 연구와 다른 결과였다. 이러한 결과는 교육수준이외에 차이가 있었던 연령, 성별, 거주지역, 조사연도 등으로 보아, 노인의 생활만족도에는 여러 요인이 영향을 미침을 알 수 있어 이들을 노인 간호에서 감안하여야 할 것이다. 본 연구에서 자녀가 있는 노인 군이 없는 군보다 생활만족도가 유의하게 높았던 결과는 Chung 등(2000)의 독거여성노인에서 자녀와의 애정적 결속이 생활만족도에 가장 큰 영향 인이었다는 보고로 미루어 볼 때, 우리나라에서는 아직까지 자녀에 의해 노인들의 생활만족도가 영향을 크게 받고 있음을 시사한다고 본다. 따라서 노인의 생활만족도 증진간호에서는 노인뿐 아니라 그 자녀들에 대한 중재가 필요하다고 사료된다. 이외에 현재 질병이 없는 노인이 있는 노인보다 생활만족도가 높았던 본 연구결과는 Chung 등(2000)의 질병 수가 생활만족도에 유의한 영향을 미쳤던 결과, 그리고 Kwon과 Cho(2000)의 질병 군이 상대적으로 삶의 만족도가 낮았던 결과와 그 맥을 같이 하나, Kim(2002)의 보고에서 현재 질병유무에 따라 노인의 생활만족도에는 차이가 없었던 결과와는 달라 많은 노인을 대상으로 반복 연구가 요구된다.

본 연구에서 생활만족도는 건강지각과 그 하부영역인 임상영역, 역할수행, 적응, 자아실현 그리고 가족지

지와는 낮은 순 상관관계를 보였으며 우울과는 중등도의 역 상관관계를 나타내었다. 이러한 결과는 생활만족도가 우울과 낮은 역 상관관계를 보였던 결과들(Berg, Hassing, Mcclern, & Johansson, 2006; Choi, 2005; Minardi & Blanchard, 2004; Sim & Park, 2002)과 생활만족도가 가족지지와 낮은 순 상관관계를 나타냈던 결과(Kim, 2002)와 비교해 볼 때 본 연구에서 우울과는 좀 더 강한 역 상관관계를, 그리고 가족지지와는 비슷한 순 상관관계를 보여 노인의 생활만족도 증진 간호에서는 우울을 보다 감소시키고 가족지지를 강화해야 함을 알 수 있었다. 건강지각과는 상관관계를 보고한 연구결과가 없어서 직접 비교는 어려웠으나 Berg 등(2006)의 연구에서 늙은 노인들의 생활만족도가 건강에 대한 자가 평가와 낮은 순 상관관계를 보였던 결과와 맥을 같이 한다.

본 연구에서 대상자의 생활만족도에는 우울이 42.0%로 가장 큰 설명력을 나타내었고, 건강지각의 자아실현 4.5%, 용돈만족도가 0.7%의 설명력을 보여 이들 변수의 총 설명력은 47.2%였다. 이런 결과는 Kim 등(1999)의 연구에서 생활만족도를 포함하는 노인의 주관적 안녕감에 우울이 49.6%로 제일 크게 영향을 미쳤으며 이외에 여가만족도 2.7%, 가족결속력 1.9%, 유산소운동 1.4%를 보였던 점으로 볼 때, 노인의 생활만족도에는 우울이 큰 영향을 미치는 것으로 추정되지만, 앞으로 지속적인 연구로써 이를 보다 확실하게 규명할 필요가 있겠다. 여기에 Gi(2005)의 주장과 같이 노인 우울은 흔히 발병하며 신체질환의 동반이 많지만 저평가되는 실정으로 이를 효과적으로 치료하면 노인과 가족의 삶의 질 향상과 부적절한 의료비용 부담을 경감시킬 수 있음(Gi, 2005)을 감안한다면, 노인의 생활만족도를 증진하는 간호에서 우울은 반드시 우선적으로 고려되어야 할 것이다. 반면, 스웨덴의 80세 이상 노인의 연구(Berg et al., 2006)에서 여성노인의 생활만족도는 총 설명력 37.6%로 이중 우울이 3.2%를 설명하여 내적 통제위 2.4%보다는 설명력이 높았으나 사회적 네트워크의 질 20.3%, 건강에 대한 자가 평가 11.7%보다는 낮게 나타났던 결과로 미루어 볼 때 생활만족도의 설명력에는 노인의 연령, 성별, 인종 및 환경

적 차이 등이 관여된다고 생각되므로 추후 연구에서는 노인의 연령대별, 성별과 지역별 등에 따른 생활만족도의 차이 규명이 요구된다고 본다.

한편, 건강지각의 자아실현이 생활만족도를 4.5% 설명한 본 결과는 유사 연구가 없어 직접 비교는 어려우나 노인의 생활만족도가 건강증진행위의 하부영역인 자아실현을 14% 설명할 수 있었다는 결과(Kim, 2002)로 볼 때 생활만족도와 자아실현 간에는 유의한 관계가 있다고 추정되므로 이의 영향력에 대한 연구도 지속적 될 필요가 있겠다.

이상에서 노인의 생활만족도에 가장 큰 영향력을 미친 변수는 우울임을 알 수 있었다. 따라서 노인의 생활만족도를 향상시키기 위한 간호실무 특히 노인복지관 이용노인을 중심으로 재가노인 간호에서는 노인의 우울 정도와 우울증 유발 요인인 건강상태 저하 등을 적절히 사정하고 우울증인 경우에는 전문인과 연계하여 빠른 중재가 필요하다고 본다. 아울러 노인은 물론 가족에게도 노인 우울증의 증상, 신속한 조치방안, 치료 반응 등에 대한 정보제공과 홍보활동을 통하여 노인의 우울상태를 조기에 발견할 수 있도록 함으로써 노인의 생활만족도를 증진시켜야 할 것이다. 또한 국내에서 노인 생활만족도 영향력에 대한 간호연구는 지금까지 상당히 부족한 실정이므로 추후 여러 변수들을 첨부하여 대규모로 영향력을 확인하는 연구가 시급하다고 사료된다. 한편, 본 연구의 회귀(regression) 분석결과에 의하면 노인의 생활만족도에 대한 총 설명력은 47.2%를 나타내어 50% 이상은 설명이 되지 못하였다. 이것은 생활만족도란 긍정적 그리고 부정적인 정서와 주관적 안녕에 대한 인지적 평가(Berg et al., 2006)이며 개인의 전반적인 존재와 상태에 대해 인생을 전반적으로 자가 평가하는 것(Choi, 1986)이므로 노인별 일반적인 특성과 환경적 요인들이 관여될 것으로 생각된다. 따라서 앞으로의 연구에는 보다 많은 문헌고찰을 통하여 본 연구에서 고려되지 않았던 변수들, 예를 들면 일상 생활 활동정도, 주거편이도, 사회단체 활동참여도, 사회적 네트워크의 질, 내적통제위 등(Berg et al., 2006; Kwon & Cho, 2000)의 변수를 첨부하여 연구를 함으로써 설명력을 높일 수 있을 것으로 본다.

본 연구결과 노인의 생활만족도에는 우울, 건강지각의 자아실현, 그리고 일반적 특성 중 용돈의 만족도가 영향을 미쳤다. 가족지지는 생활만족도와 통계적으로 유의한 상관관계를 보였으나 설명력에서는 유의한 결과를 나타내지 않아 더 많은 대상자에게 추후 연구하여 보거나 가족지지를 포함하는 사회적 지지를 변수로 하여 영향요인을 규명할 필요가 있겠다. 더불어 본 연구에서는 대상자를 복지관 이용 노인만으로 하였으나, 기존 연구(Kim, 1998; Sim & Park, 2002)에서 노인의 생활만족도는 가정노인과 도시 노인이 양로원 노인과 농촌노인보다 높게 나타나, 노인의 생활만족도는 거주지별로 차이가 있다고 생각된다. 따라서 본 연구에서 일 복지관 이용노인만을 대상으로 한 점이 연구의 제한점이라고 사료된다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 복지관 이용 노인의 생활만족도를 파악하고 생활만족도에 미치는 영향요인과 영향 정도를 확인하여 복지관 노인의 생활만족도 향상 간호에 기초자료를 제시함을 목적으로 시도된 서술적 조사연구로써, 2006년 7월부터 8월까지 경기도 Y시에 거주하는 65세 이상의 노인 중 Y 노인복지관을 이용하는 자 253명을 대상으로 시행되었다. 연구도구로는 생활만족도는 Choi(1986)의 노인생활만족도 측정도구, 건강지각은 Laffrey(1986)의 건강개념척도, Sheikh와 Yesavage(1986)의 노인 우울척도 및 Kang(1985)의 가족지지 도구를 사용하였다. 자료는 SPSS WIN 12.0 program을 이용하여 t-test, ANOVA, Duncan 사후검정, Pearson Correlation Coefficients, Stepwise Multiple Regression으로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 대상자의 생활만족도는 0-38점의 범위로, 평균 23.23점으로 중간 이상의 만족상태였다.
2. 대상자의 건강지각 정도는 28-112점의 범위로, 평균 77.46점으로 중간 이상의 건강지각을 보였다. 영역별로는 7-28점의 범위로 평균은 임상영역 15.87점, 역할수행 21.38점, 적응 21.34점, 자아실현 18.88점이었다.

3. 대상자의 우울 정도는 0-15점의 범위로 평균 5.52점으로써 경증도 우울상태이었고, 5점 이상으로 우울을 보인 대상자는 129명(51.0%)이었다.
4. 대상자의 가족지지는 11-55점의 범위로, 평균 43.45점으로써 지지 정도는 상 정도였다.
5. 대상자의 생활만족도와 통계적으로 유의한 관계를 나타낸 일반적 특성은 연령, 교육 정도, 자녀유무, 경제상태, 월평균 용돈, 용돈의 만족도, 현실병 유무, 건강염려, 활동 정도, 운동 여부, 치아상태, 수면상태였다.
6. 대상자의 생활만족도는 건강지각과 그의 하부영역인 임상영역, 역할수행, 적응, 자아실현과는 낮은 순 상관관계를, 우울과는 중등도의 역 상관관계를, 그리고 가족지지와는 낮은 순 상관관계를 보였다.
7. 대상자의 생활만족도에 가장 크게 영향을 미친 변수는 우울로 42.0%를 설명할 수 있었으며 건강지각의 자아실현 4.5%, 용돈만족도 0.7%를 추가할 경우 생활만족도를 47.2% 설명할 수 있었다.

이상의 결과로서 내릴 수 있는 결론은 복지관이용재가노인의 생활만족도에 영향을 미치는 변수는 간호사가 중재가 어려운 변수(연령, 교육 정도, 자녀유무, 경제상태, 월평균 용돈, 용돈의 만족도)도 있었으나 반면에 중재가 가능한 변수(현재 질병유무, 건강염려, 활동정도, 운동 실시여부, 치아상태, 수면상태, 가족지지, 건강지각, 우울)가 있었고, 이중 노인의 생활만족도에 가장 큰 영향력을 미친 변수는 우울임을 알 수 있었다. 따라서 이들 변수를, 특히 우울을 노인의 생활만족도 증진 간호의 사정에서 중재에 이르기까지 고려해야 할 것이다.

이상을 근거로 제언할 점은 다음과 같다.

1. 복지관 이외에 주간보호센터나 장기 노인보호 기관 등의 노인관련 현장이나 시설에서 노인의 생활만족도 영향력에 관한 연구가 필요하다.
2. 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 변수들, 특히 중재가 가능한 변수들에 대한 다양한 연구가 지속될 필요가 있다.
3. 노인 생활만족도의 향상을 위한 우울 경감 효과

를 입증하는 실험연구가 필요하다.

## References

- Berg, A. I., Hassing, L. B., Mcclernan, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging Ment Health, 10*(3), 257-264.
- Choi, S. J. (1986). A study on the development of measuring scale of the concept of life satisfaction. *J Korean Cult Res Inst, 49*, 233-258.
- Choi, Y. H. (2001). A comparative study on health-promoting behavior, life satisfaction and self-esteem of the young and old. *Korean J Community Nurs, 12*(2), 428-436.
- Choi, Y. H. (2005). Life satisfaction and depression according to living arrangement in elderly. *J Korean Acad Adult Nurs, 17*(3), 400-410.
- Choi, Y. H. & Paek, K. S. (2002). The correlational study on health-promoting behavior, life satisfaction and self-esteem of the elderly. *Korean J Community Nurs, 13*(1), 39-48.
- Chung, H. J., Kim, T. H., & Lee, D. S. (2000). Related variables of life satisfaction of elderly women living alone in Chonbuk-do province. *J Korean Gerontol Soc, 20*(2), 49-70.
- Farmer, M. M. & Ferraro, K. F. (1997). Distress and perceived health: mechanism of health decline. *J Health Soc Behav, 39*, 298-311.
- Friedman, M. L. (1991). An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. *Western J Nurs Res, 13*(2), 220-241.
- Gi, B. S. (2005). Drug therapy of the elderly depression. *J Korean Geriatr Soc, 9*(suppl 3), 141-153.
- Jang, H. & Lee, C. W. (1996). A study on the life satisfaction of the aged: past, present and future. *J Korean Gerontol Soc, 16*(2), 137-150.
- Jung, Y. M. & Kim, J. H. (2002). An effect of health promotion program on health behavior, perceived health status and life satisfaction in the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs, 14*(3), 327-336.
- Kang, H. S. (1985). *An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kim, C. G. (2002). Factors influencing health promoting behavior in the elderly people: perceived family support and life satisfaction. *Korean J Community Nurs, 13*(2), 321-331.
- Kim, C. G. & Sung, M. S. (2002). Factors influencing health promoting behavior in the elderly people: perceived conception of health and family support. *J Korean Fundam Nurs, 9*(1), 133-143.
- Kim, C. S. & Kim, I. K. (2000). Patterns of intergenerational support exchange and the life satisfaction of the elderly parents in Korea. *J Korean Gerontol Soc, 20*(2), 155-168.
- Kim, J. S. (1998). A study on self-esteem, IADL, and life satisfaction in the elderly. *J Korean Acad Nurs, 28*(1), 148-158.
- Kim, S. H. & Song, M. S. (2006). The health services of Korean senior centers. *J Korean Gerontol Nurs, 8*(1), 15-23.
- Kim, T. H., Kim, D. B., Kim, M. H., Lee, Y. J., & Kim, A. S. (1999). A study on improvement of the quality of life for the aged(II). *J Korean Gerontol Soc, 19*(1), 61-81.
- Kim, Y. B. & Park, J. S. (2004). The family network and life satisfaction of elderly in south Korea. *J Korean Gerontol Soc, 24*(1), 169-185.
- Kwon, J. D. & Cho, J. Y. (2000). A study of factors influencing the life satisfaction of the aged. *J Korean Gerontol Soc, 20*(3), 61-76.
- Laffrey, S. C. (1986). Development of a health conception scale. *Res Nurs Health, 9*, 107-113.
- Melanson, P. M. & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adults' perception of their health, feelings toward their future and factors affecting their feelings. *J Adv Nurs, 12*, 29-34.
- Minardi, H. A. & Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *J Adv Nurs, 46*(1), 23-32.
- Monika, A. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *J Gerontol, 52B*(1), 15-26.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardness, self-care practices and perceived health status in older adults. *J Adv Nurs, 18*, 1085-1094.
- Park, W. H. (1991). *A study on perceived family support and mental health of the urban elderly*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Sheikh, J. I. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink(ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*(pp.165-173). NY: The Haworth Press.
- Shin, H. S. (2001). Self-esteem, health status and life satisfaction, in elderly women according to the spouse's perspective. *J Korean Acad Nurs, 31*(6), 1119-1128.
- Sim, M. K. & Park, J. M. (2002). A comparative study of social support, depression, and life satisfaction in the urban and rural elderly. *Korean J Community Nurs, 13*(4), 689-698.
- Yoon, S. R. & Choi, H. J. (2002). The effects of recreation dance on depression and life satisfaction in elderly women in a low class community. *J Korean Community Health Nurs Acad Soc, 16*(1), 135-147.