

## 역량강화 건강관리 프로그램이 도시독거노인의 자아존중감과 삶의 질에 미치는 효과\*

박 경 민\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

한국의 노인 인구는 2005년 전체 인구의 9.1%로서 이미 고령화 사회로 진입하였으며, 한국인의 평균 수명은 78.2세로 20년 전의 69.8세에 비해 8.4세가 늘어났다(Korea National Statistical Office, 2007).

노인 인구의 고령화는 65세 이상 노인인구 중 기초생활보장 수급자 수의 증가를 가져왔으며, 2002년 331천명에서 2003년 341천명으로 1만 1천명이 증가하였다(Ministry for Health and Welfare, 2006). 또한 배우자 없이 1인 가구의 형태로 혼자 사는 독거노인의 수적인 증가도 가져와, 독거노인의 수는 1980년대에는 4.8%, 1995년 13.3%, 2000년에는 16.8%로 증가하였다(Kim & Park, 2000).

독거노인의 문제는 당사자 뿐 만 아니라 사회전체가 직면하게 되는 문제로서 가족이나 친척의 지지 없이 소외감과 고독감속에서 살아감으로 신체적 건강상태 뿐 만 아니라 정신적 건강상태에도 많은 문제점을 가지게 된다(Kim & Park, 2000). 거주형태별 만성 질환율을 보면 재가 독거노인의 96.0%, 자녀동거 노인의 90.2%, 부부노인의 88.3%가 만성질환을 가지고 있어 재가 독거노인의 만성 질환율이 다른 노인 집단보다 높게 나타났다(Jung, 2005). 만성질환을 가진 도시 독거노인 기초

생활수급자들은 일반 노인보다 경제적 문제, 건강문제, 소외감과 고독감 문제가 더욱 더 심각하며 질병과 장애를 겪으며 보내는 기간이 길어져, 정체성과 자아존중감에 위기가 오며 삶의 질이 떨어진다.

노인의 자아존중감은 우울에 영향을 미치는 가장 중요한 예측 요인이며(Choi, 2005), 특히 독거노인은 다른 노인보다 자아존중감이 낮으며 우울정도는 높아 심리적 건강상태가 좋지 않으며(Lee, 2003) 더욱 더 낮은 사회적 지지망 속에서 생활하고 있어 신체, 심리, 사회적 측면에서 많은 위험요인을 가진 채 살아간다(Kim, 2003). 사회적 지지정도가 높을수록 사기는 높아지며 자아존중감이 높은 노인은 건강증진 행위를 잘 실천한다(Choi, 2005)고 했다. 그러므로 이러한 독거 노인의 문제를 해결하고 요구를 반영하여 이를 해결할 새로운 중재를 개발하여 제공할 필요성이 커진다. 그러므로 도시빈민으로 질병을 가진 독거노인의 핵심적인 문제인 무력감과 사회적 배제 등의 문제를 해결하기 위해서는 역량강화가 무엇보다 중요하다고 할 수 있다(Shin, 2001; Lee, 1998).

노인들이 무기력한 것은 신체적 약화에 따른 자신감 상실과 함께 사회적 역할과 관계에서 벗어남으로 해서 스스로 자신들의 문제를 해결해 나갈 수 있는 의지와 능력을 상실해 가고 있기 때문이다. 노인들에게 활동할 수 있고 능력을 발휘할 수 있는 환경을 조성해줌으로써 스스로 자신들의 문제를 해결해 나갈 수 있도록 지지가 필

\* 이 연구는 2005년도 계명대학교 동산의료원 연구비의 지원으로 수행되었음

\*\* 계명대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: kmp@kmu.ac.kr)  
투고일: 2008년 4월 30일 심사완료일: 2008년 6월 19일

요하다. 즉, 역량강화를 통해 노인 스스로 내적 가능성을 발견하고 삶에 대한 내부적 통제력과 외부적 환경에 대한 통제력을 얻고 능동적으로 대처할 수 있는 파워를 습득함으로써 사회, 심리적 활동의 주체로서 권리를 회복하는 것이라 할 수 있다.

그러나 우리나라의 노인 대상 서비스의 대부분은 도시 지역 질병을 가진 독거노인들의 경제적 문제를 해결하기 위한 일방적인 보호와 시혜중심의 물질적 서비스가 주류를 이루고 있다. 이러한 정책은 이들의 자립의지나 주체의 의식 및 능력신장을 도모하지 못하는 방법이며, 또한 최근에 대두되고 있는 상대적 빈곤상황에서는 사회적 관계의 단절, 문화, 심리적 소외등이 경제적 차원의 결핍 못지않은 신빈곤의 문제이다. 이러한 사회적 배제에 대해 보건의료 및 사회가 적절히 대응하지 못하고 있다는 비판이 제기되면서 보건의료제도와 사회 환경변화를 위한 실천 방법의 모색이 제기되고 있다.

본 연구에서는 도시지역에 거주하며 질병과 독거 및 빈곤으로 인한 무력감을 경험하며 경제적 위축에 따른 의존감 등으로 낮은 자아존중감과 삶의 질 문제에 당면해 있는 도시지역 질병을 가진 독거노인들에게 물질적 서비스와 건강관리 제공 뿐만 아니라 주기적인 전화 통화와 건강관리시 인적 차원에서의 역량강화, 즉 심리적 차원의 역량강화를 제공하여 자아 존중감과 삶의 질에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

도시지역 취약계층의 만성질환을 가진 독거노인에게 1년간 역량강화 건강관리 프로그램을 적용한 후 대상자의 자아존중감과 삶의 질에 미치는 효과를 검증하는 것이다.

## 3. 연구가설

제 1가설 : 역량강화 건강관리 프로그램은 적용한 실험군과 건강관리 프로그램만을 적용한 대조군간에는 자아존중감 점수의 차이가 있을 것이다.

제 2가설 : 역량강화 건강관리 프로그램을 적용한 실험군과 건강관리 프로그램만을 적용한 대조군간에는 삶의 질 점수의 차이가 있을 것이다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

도시지역 취약계층의 만성질환을 가진 독거노인에게 역량강화 건강관리 프로그램 적용 후 대상자의 자아존중감과 삶의 질에 미치는 효과를 알아보기 위한 비동등성 대조군 사후설계(nonequivalent control group posttest design)이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 D시의 J구와 D구 보건소에 기초생활수급자 만성질환자로 등록되어 있는 독거노인 중 아래기준에 맞는 자로 선정하였다. 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 안부전화와 건강상담등 메시지를 듣는데 청력에 문제가 없고, 정신과적 문제가 없는 자이다.
- 2) 우울증이 없는 사람으로 연구의 취지를 이해하고, 1년간 계속 참여하기를 동의한 자이다.

최초의 실험군은 21명으로 1년간 아무도 탈락하지 않았으며, 최초의 대조군은 22명으로 역시 탈락자는 없었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 자아 존중감

어떤 내적 기준이나 기대와 비교하여 자신의 능력을 판단하는 자아 개념의 일부로서 자아에 대한 긍정적 또는 부정적인 태도이다(Coopersmith, 1967). 본 연구에서는 Rosenberg(1973)의 자아존중감 척도를 Jeon(1974)이 번역한 것을 사용하였다. 점수가 높을수록 자아존중감 정도가 높음을 의미한다. 본 연구의 신뢰도 Cronbach  $\alpha = 0.75$ 이다.

#### 2) 삶의 질

WHO에서는 삶의 질을 '개인들이 살고 있는 문화와 가치체계의 맥락에서 그들의 목적, 기대, 기준 및 관심과 관련하여 삶에서의 자기 위치에 대한 인식'으로 정의 내리고 있다. 본 연구에서는, 문항수가 적어 노인들에게 적용하기가 용이하면서 많은 시간이 소요되지 않는 축약형 세계보건기구 삶의 질 측정도구(WHOQOL-BREF Field Trial Version, 1996)를 이용하여 측정하였다. 일반적인 삶의 질 2개 문항과 영역별 삶의 질 24개 문항으로 총 26개 문항으로 이루어져 있다. 영역별 삶의 질은 신

체적 영역 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회관계영역 3문항, 환경영역 8문항 등 4개 영역으로 나누어져 있다. 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 이들 각 영역별 원점수를 그대로 사용하였다. WHOQOL-BREF는 문항이 3개뿐인 사회관계영역을 제외한 나머지 영역의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 0.76-0.80이다. 본 연구에서 Cronbach  $\alpha$ 는 0.67-0.79이었다.

#### 4. 연구진행절차

##### 1) 대상자 선정

우울증이 결과변수에 미치는 영향을 배제하고자 우울 증 증상이 없는 대상자를 선정하고자 하였다. Yesavage 등(1983)의 우울측정 도구를 Cho, Lee와 Kim(1999)이 한국판 노인우울증 선별검사 도구로 표준화한 도구로 조사하여 점수가 8점 미만인 사람을 연구 대상으로 선정하였다. 한국어판 우울 선별검사 도구는 ROC 커브에서 지지하는 점인 10점(예민도: 91%, 특이도: 82%, kappa치: 0.72)이 최적 절단점이 되나 주요 우울증의 일차적인 선별을 위해서는 예민도를 90%이상 유지하는 점인 8점(예민도: 94%, 특이도: 73%, kappa치: 0.63)이 최적 절단점이었기 때문에 우울 점수가 8점 미만인 사람을 선택하여 대조군과 실험군으로 배치하였다. 선정된 대상자에게 무작위로 번호표를 주어 호출에 해당하는 사람은 대조군에, 짝수에 해당하는 사람은 실험군에 배정하였다.

##### 2) 연구자 및 연구보조원 준비

D시 소재 1개 대학교 간호대학생들의 "N"동아리와 가정 봉사원 파견시설이 자매결연을 맺고 3년 전부터 취약계층 노인에게 2주마다 1회 방문간호 봉사 활동을 실시해 왔다. 이 과정에서 동아리 지도교수인 연구자와 간호대학생들은 3년간 도시 취약계층을 위한 역량강화 기법을 전공자로부터 교육을 받고 가정방문을 하며 실무능력을 쌓았다. 그 외 연구자와 간호대학생들은 대상자 중심 역량강화 사례관리에 대해 2개월마다 1회 토의를 하며 실력을 쌓아왔다.

##### 3) 역량강화 건강관리 프로그램

사후조사로 자아존중감 및 삶의 질을 측정하였다.

설문지는 자기 기입식이지만 노인들이므로 일대일 면담으로 설문지 내용을 읽어 주고 이해시킨 후 답을 하게

하였다.

대조군에게 실시한 증가는 역량강화 프로그램 훈련을 받지 않은 간호대학생 12명이 2주에 1회의 건강관리를 위한 방문을 하였으며 복지기관은 일용품 제공을 실시하였다.

실험군에게 실시된 역량강화 건강관리 프로그램 개발 및 증가는 다음과 같다.

역량강화는 다른 사람들과의 상호작용과 대화를 통해 개인의 경험에 대한 가치, 능력, 내부통제력에 대한 적극적인 인식 등을 개발하는 능력이 강화되는 교육이다. 개인 차원의 역량강화를 증진시킨다는 것은 우선 사람간 서로 신뢰감을 주는 것이다(Van Den Bergh & Cooper, 1986). 사회적 지지가 낮은 독거 노인에게 방문이나 전화로 서로 신뢰감을 형성해 가는 것은 가장 중요한 요인이며, 이런 라포가 형성된 후 심리적으로 역량을 강화해 줌으로써 자신감과 자기관리 동기를 얻게 되는 것이다. 그리고 대상자의 질병관리를 위해 주위 보건소나 의료기관 등의 자원과 서비스에 대한 정보를 제공하였다. 또한 주위 사람들과의 협력을 통한 자원의 증가, 자원 획득에 방해되는 요소들을 효과적으로 관리하는 기술에 대한 교육을 통해서 개인 차원의 역량강화를 증진시키고자 하였다.

본 연구에서는 개인차원의 역량강화를 제공하기 위해 간호대학 교수 관리하에 훈련된 간호대학생 3학년 12명이 2주 1회 가정방문을 통해 혈압, 당도 및 관절염 등 만성질환을 관리하였으며, 방문 후에도 대상자의 집으로 전화를 하였다. 이 때 대상자가 자신의 질병과 상황을 통제할 수 있는 상태를 갖게 하기 위해 대화, 상호작용, 문제 제기 및 해결, 어려운 상황의 의사결정시 상담을 해주었다. 또한 복지관에서는 일상용품 배급 및 사단법인 'N' 기관 프로그램을 통해 전화 시 역량강화를 위한 대화법에 대해 전문적으로 훈련 받은 자원봉사자들이 주 1회 노인들을 대상으로 전화를 통한 역량강화를 위한 대화를 실시하였다. 간호학생과 자원봉사자들은 독거노인들에게 힘과 용기를 불어 넣어 능력감을 갖게 하고 무기력 해소를 위해 개인의 중요성을 강조하였다.

무기력발생의 단계에 따른 개입 전략을 보면 구체적인 개입은 다음과 같이 예방 전략과 치료전략으로 나눌 수 있다(Antaki, Charles., Brewin, & Chris, 1982). 예방차원의 전략은 대상자 자신과 환경에 대한 통제력을 확보할 수 있도록 도와주는 환경 조정이었다. 즉, 현재 부정적인 생활사전에 직면하여 있지만 과거에 성공적으

<Table 1> Health Management Intervention Using Empowerment

Visiting Goal	Contents
Goal : Promotion of Self Esteem and Quality of Life	
Empowering self esteem and quality of life	Empowering process during the physical assessment(B.P diabetes blood check & arthritis pain by SN every 2 weeks
Access the client's perception of their own health care	Conduct weekly communication between client and trained volunteer to help empower the client.
Increasing of practice rate for management of risk factors by diseases	Evaluate behavior change checklist every 2 weeks.
Increasing one's ability for self-care within health management.	Provide counselling for question &, decision making in order to control their disease care and situation
Identify the barrier to action and benefit of action	Emphases of self confidence by ability and solution of nerveless through giving power and encourage

로 통제했던 경험이 있으면 이를 밝혀내어 지지해 줄 뿐 아니라, 질환관리가 되고 있는 사례를 들어 성공적 경험을 강화시켜줌으로써 통제가능성을 높여 주었다. 대상자 자신이 처한 어려움에 대해 내적(내 탓이고), 안정적(변할 수 없고), 전반적(내 삶의 많은 부분에 영향을 준다고 지각하는 것)으로 생각하는 대상자에게, 이를 의적(사회 모두의 책임이고)이고 불안정적(변할 수 있으며)이며, 특정적(삶의 다른 부분에 큰 영향을 주지 않는다고 지각하는 것)으로 바꾸어주는 훈련을 한 것이다. 이를 위해서는 정보제공, 설득, 타인관찰, 역할 바꾸기 등의 기법들을 활용하여 자기인식을 높여 주었다. 치료전략의 목적은 전화 또는 가정방문 중재로 대상자의 자가관리 능력을 증대시킴으로써 만성질환에 따라 위협요인 관리행위 실천율을 높이고, 만성질환으로 인한 합병증 예방으로 무기력을 예방하고 극복하도록 하여 자존감과 삶의 질을 높이기 위함이다(Table 1).

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 12.0 WIN 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성에 대한 동질성 검증은

x<sup>2</sup>-test와 t-test, 가설검증은 t-test로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

실험군의 평균 연령은 73.0세로 대조군의 평균연령 75.0세와 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 종교의 유무에서도 실험군에서 종교가 있는 사람이 68.4%, 대조군이 45.0%로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 2).

2) 가설검증

(1) 제 1가설

"역량강화 건강관리 프로그램 중재를 제공받은 실험군과 제공받지 않은 대조군 간에 자존중감 점수의 차이가 있을 것이다."에 대한 분석결과는 <Table 3>와 같다. 역량강화 건강관리 프로그램 중재를 제공받은 실험군의 자존중감 점수는 2.46점이었고, 제공받지 않은 대조군의 점수는 2.21점으로 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 가설 1은 기각되었다.

<Table 2> Characteristics of Subjects

Characteristics	Experimental group(n=21)		Control group(n=22)		x <sup>2</sup> or t	p
	M ± SD, n(%)	M ± SD, n(%)	M ± SD, n(%)	M ± SD, n(%)		
Age(Years)	73.0±0.27	75.0±0.27			.05	.815
Religion						
Yes	13(68.4)	11(55.0)			2.174	.140
No	7(31.6)	9(45.0)				
Health status						
Very bad	10(47.6)	12(54.5)			13.89	.246
Bad	8(38.1)	6(27.3)				
Fair	3(14.3)	4(18.2)				

<Table 3> Differences in Self-esteem after Intervention

(N=43)

Variables	Experimental group(n=21)	Control group(n=22)	t	P
	M ± SD	M ± SD		
Self esteem (Scores)	2.46 ± 0.30	2.21 ± 0.29	.288	.595

<Table 4> Differences in Quality of Life after Intervention

(N=43)

Variables	Experimental group(n=21)	Control group(n=22)	t	P
	M ± SD	M ± SD		
Physical	2.42 ± .44	2.21 ± .44	1.43	.161
Psychological	2.40 ± .58	2.28 ± .30	.81	.422
Social	3.07 ± .49	2.65 ± .52	2.57	.014
Environmental	2.75 ± .41	2.24 ± .43	3.73	.001
Total	2.66 ± .48	2.34 ± .42	2.00	.045

by t-test

(2) 제 2가설

“역량강화 건강관리 프로그램 중재를 제공받은 실험군과 제공받지 않은 대조군 간에는 삶의 질 점수의 차이가 있을 것이다.”에 대한 분석 결과는 <Table 4>와 같다. 역량강화 건강관리 프로그램 중재를 제공받은 대상자의 삶의 질 점수는 2.66점이었고 제공받지 않은 대조군의 점수는 2.34점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질의 하위 영역별로 보면 사회적 영역에서 실험군의 점수는 3.07점이었고 대조군의 점수는 2.65점으로 유의한 차이를 보였고, 환경적 영역에서도 실험군은 2.75점이었고 대조군은 2.24점으로 유의한 차이를 보였다. 그러나 신체적, 심리적 영역에서의 두 집단간 점수 차이는 없었다. 가설 2는 지지되었다.

IV. 논 의

본 연구에서 만성질환을 가진 도시 취약계층 독거노인을 대상으로 역량강화 건강관리 프로그램 중재 후 그 효과를 검증하였다. 중재 후 실험군과 대조군간 자아존중감의 유의한 차이를 발견하지 못하였으나, 삶의 질 점수는 실험군에서 유의하게 높았다. 특히, 삶의 질의 하위 영역에서 사회적 영역과 환경적 영역 부분에서 실험군의 점수와 대조군의 점수 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

간호학에서의 역량강화 개념이 도입된 것은 최근의 건강증진과 만성질환 관리에 대한 요구가 증가하면서 대상자 스스로 건강유지의 권리를 지키고 자가 간호에 적극 참여함을 원칙으로 하면서, 상호작용, 지지, 문제인식, 문제해결, 의사결정 등의 전략을 사용하는 건강증진 전

략의 개발의 필요성에서 비롯되었다(Gibson, 1995). 따라서 본 연구에서도 만성질환을 가진 국민기초생활수급자 독거노인에게 역량강화를 향상시키기 위해 대화, 경험, 지지, 상호작용, 의사결정, 문제해결을 운영전략으로 자기통제, 자기효능, 자아존중, 사회적 지지영역으로 구성된 역량강화 건강관리 프로그램을 개발하여 적용하였다.

인간은 노년기에 이르면 감각적, 인지적 상실, 가족과 친구의 상실, 소득과 직업의 상실, 건강의 상실 등 여러 가지 상실 경험으로 자아존중감이 저하되며 위기에 처하게 되므로(Chen, 1994) 자아 존중감 증진 전략의 필요성이 대두되는데, 자아존중감은 자신에 관하여 느끼는 감정, 즉 자신에 대한 호의적, 비호의적인 자기평가(Song, 1993) 혹은 자신이 능력있고 성공적이고 가치 있다고 믿는 정도를 의미한다(Coopersmith, 1967). 본 연구에서 만성질환을 가진 도시 취약계층 독거노인을 대상으로 역량을 강화한 건강관리 프로그램을 제공하였으나 중재를 받지 않은 대조군과 자아 존중감의 차이가 없었다. 이는 Van Geen(1997)이 노인을 대상으로 역량강화 중재를 적용한 결과로 자아존중감, 개인의 수행능력, 자신감, 자아인식 등이 증가하고 자원을 가능한 최대한으로 활용하게 되었다는 연구 결과와는 상반된 결과였다. 역량강화는 질병에 걸리기 쉽고, 소외되며, 자신의 삶을 조절할 수 없을 것처럼 느끼기 쉬운 노인 대상자들에게 심리적 측면을 강화시키고 사회적 자원을 제공하여 자아존중감을 높여 준다고 알려져 있으나(Kim, 2002), 노인의 자아 존중감은 사회적 역할의 기회 감소로 인해 급격히 낮아지는 특성이 있고, 주로 만성 질환, 낮은 소득과 같이 통제하기 어려운 요인들에 의해서 영향 받

므로(Cho et al., 1999) 쉽게 증진시키기 어려운 것으로 사료된다. 그러므로 향 후 역량강화를 강조한 건강관리 프로그램 개발시 개인적 수준의 역량강화 뿐만 아니라 지역 및 사회적 수준의 개입을 통한 역량강화 전략을 동시에 고려해야 할 것으로 보인다.

본 연구에서 역량강화를 강조한 건강관리 프로그램을 적용한 실험군의 삶의 질 점수가 대조군보다 유의하게 높았다. 본 연구에서는 삶의 질에 영향을 미치는 외생 요인 즉, 직업의 유무, 배우자 유무, 거주형태, 경제상태, 생활형태를 통제하여 대상자를 선정하였다. 또한 인지기능 장애나 우울증이 있으면 삶의 질이 낮아지는데 대조군과 실험군 모두 우울 증세가 없는 대상으로 하였으므로 우울을 배제한 결과에서도 실험군과 대조군의 삶의 질 점수에서 두 집단이 유의한 차이를 보이는 결과를 얻었다. Jung(1993)이 암환자를 대상으로 자가간호역량과 삶의 질의 관계를 조사한 결과 자가간호역량이 높을수록 삶의 질이 높았다고 한 결과와 Park, Nam과 Baek(2000) 또한 류마티스 관절염 환자의 자가간호역량이 높을수록 삶의 질 점수가 높았다는 연구 결과를 토대로 보면 본 연구에서 제공한 중재가 노인 대상자의 건강관리 역량을 강화시켜 삶의 질 점수를 증가시켰다고 볼 수 있다.

한편 삶의 질 하위 영역에서 신체적 영역과 심리적 영역에서 유의한 차이를 보이지 않은 것은 두 집단 모두 취약계층이며 만성질환을 가지고 있었기 때문인 것으로 사료된다. 특히 신체적 영역과 심리적 영역의 삶의 질에 영향을 주는 요인이 건강상태, 동반 질환의 수, 일상생활 수행능력, 수단적 일상생활수행능력, 우울증이라고 보고(Choi, 2002)되었으므로, 역량강화 제공이 노인의 특성상 이미 만성질환을 한 두 개씩 보유하고 있는 대상자의 심리적, 신체적 영역의 삶의 질을 변화시킬 만큼 강력한 중재 효과를 내지 못했던 것으로 보인다. 그러나 사회적, 환경적 영역에서의 유의한 차이는 매우 의미있는 결과로 보여진다. 그 이유는 역량강화 개념이 자신의 욕구를 충족시키고 자신의 문제 해결능력과 삶을 조절하기 위해서 필요한 자원을 가동시키는 능력을 강화하고 증진하는 사회적 과정이라는 주장(Gibson, 1995)을 검증한 것이 되며, 만성 질환이 있는 노인 대상자에게 보건 의료인은 영향력이 있는 사람으로 인식되어 예방 전략으로 개별적인 환경 조정을 해야 된다는 주장(Choi, 2002)의 증거 기반을 구축하는 자료가 될 수 있기 때문이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 도시지역 취약계층의 만성질환을 가진 독거 노인에게 2005년 5월부터 2006년 4월까지 1년간 역량강화를 강조한 건강관리 중재를 제공한 후 그 효과를 검증한 비동등성 대조군 사후설계(nonequivalent control group posttest design)이었다. 중재의 효과를 측정하기 위하여 측약형 세계보건기구 삶의 질 측정도구(WHOQOL-BREF Field Trial Version, 1996)와 Rosenberg(1973)의 자아존중감 척도를 Jeon(1974)이 번역한 도구를 사용하였다.

역량강화 건강관리 프로그램의 핵심 내용은 역량강화에 대해 전문적으로 훈련 받은 간호대학 교수 1인과 간호대학생이 주 2회 대상자의 가정 방문과 수시 전화상담으로 혈압, 당뇨 및 관절염 등 만성질환의 관리를 해 주는 것과, 훈련 받은 자원봉사자들이 주 1회 노인들을 대상으로 전화를 통한 대화를 실시하는 복지관 중심의 전화 상담으로 구성되어 있었다. 방문과 전화내용은 대화, 상호작용, 문제제기 및 해결, 어려운 상황의 의사결정시 상담을 해주는 형태의 역량강화 건강관리 중재이다.

연구결과 중재를 제공받은 실험군과 대조군의 자아 존중감의 점수 차이는 없었으나, 삶의 질 점수는 실험군에서 높았으며, 특히 삶의 질 하위영역 중 사회적, 환경적 영역 삶의 질이 높았다.

결론적으로 대화, 상호작용, 문제제기 및 해결, 어려운 상황의 의사결정시 상담을 해주는 형태의 역량강화 건강관리 중재는 노인 대상자에게 힘과 용기를 불어 넣어 자신의 질병과 상황을 통제할 수 있는 능력을 갖게 해 주는 효과적인 중재임을 알 수 있었다.

본 연구결과를 다음과 같은 제언을 한다.

1. 본 연구에서 적용된 역량강화 건강관리 중재를 다른 지역 노인 대상자에게 확대 실시할 필요가 있다.
2. 1년간의 중재 기간 중 어느 시점에서부터 중재 효과가 발생하는지를 분석하기 위한 시계열 설계를 통한 반복 연구를 할 필요가 있다.

## References

- Chen, Y. (1994). *Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care and subjective well-being in the elderly with hypertension*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas.
- Cho, K. S., Lee, K. Y., & Kim, S. Y. (1999). A

- study on the powerlessness, self-esteem, and family support of elderly home residents. *Journal of Korean Academy Adult Nursing*, 11(3), 436-448.
- Choi, M. O. (2002). *The self-advocacy program effects for empowerment enhancement of the mental patients*. Unpublished doctoral dissertation, Busan University of Korea, Busan.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedent of self-esteem*. San. Francisco, Call: W. H. Freeman. 19-44.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Advanced Nurs*, 21(6), 1201-1210.
- Jeon, B. J. (1974). Self-esteem: A test of its measurability, *Yonsei Form*, 11, 107-129.
- Jung, Y. (1993). The relationship between self-are agency and quality of life of cancer patients. *J Korean Acad Advanced Nurs*, 5(2), 188-201.
- Kim, K. T., & Park, B. K. (2000). Life satisfaction and social support Network of the elderly living alone. *J Korean Gerontological Soc*, 20(1), 153-168.
- Kim, Y. H., & Pyo, K. S. (2002). A study on the relationship between self-esteem and quality of life of the elderly. *The Journal Welfare*, 17(1), 157-189.
- Korea National Statistical Office (2007). *Vital statistics in Korea*.
- Lee, J. H. (1998). *The work and life of poverty workers*. Yonsei Social Science Research Institute
- Ministry for Health and Welfare (2006). *Statistical yearbook of health and welfare 2006*.
- Park, S. Y., Nam, Y. W., & Baek, M. W. (2000). The relationships among self-care agency, family support, quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *The J Rheumatology Health*, 7(2), 281-293.
- Robert, L. K., Evans J. G., & David, M. (1990). *Improving the health of old people: A world view*, Oxford, Oxpord university press, 3-37.
- Rogenberg, M. (1973). Which significant others?. *American Behavior Scientist*, 16, 829-860.
- Shin, M. H. (2001). Understanding for Poverty. *City and Poverty*, 51, 110-128.
- Shim, J. E., & Chung, B. K. (2007). A study on the relationship among leadership, empowerment and organizational citizenship behavior. *J Management and Econ*, 29(2), 49-72.
- Song, D. H. (1993). A study on the perceived loneliness for the aging Korean. *Korean J Social Psychology*, 7(1), 1-11.
- Van Den Bergh, N., & Cooper, L. (1986). *Feminist visions for social work*, silver spring, National Association of Social Workers.
- Van Geen, V. M. (1997). The measure and discuss intervention: a procedure for client empowerment and quality control in residential care homes. *Gerontologist*, 37(6), 817-822.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Von, O. L. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

- Abstract -

## The Effect of an Empowerment Health Management Program on Self-esteem and the Quality of Life for the Urban Elderly

Park, Kyung Min\*

**Objectives:** The purpose was to test the

\* Professor, College of Nursing, Keimyung University

effect of an empowerment health management program on self-esteem and the quality of life for the elderly who live in cities. **Methods:** Forty-three elders were randomly assigned to either the experimental group that received the intervention to participate in one year's empowerment practice (one home visiting per week and phone counselling) (n=21) or to the control group that got home visiting only (n=22). The data was analyzed using ANCOVA. **Results:** There was no significant difference in the self-esteem score between the two groups after the intervention. But the quality of life

score of the experimental group was significantly different from that of the control group after the intervention. **Conclusions:** The health management intervention using empowerment for the elderly living alone with chronic diseases in urban areas had positive effects on the quality of life. Therefore this intervention can be broadly applied to other elders living alone with chronic diseases in urban areas.

**Key words :** Elderly, Self Esteem, Quality of Life