



## 저소득 재가노인의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위에 관한 연구\*

서 순 이<sup>1)</sup>

1) 대구과학대학 간호과 부교수

## Life Satisfaction, Activities of Daily Living, Depression and Health Behavior of Low Income Elderly Living at Home\*

Seo, Soon-Yi<sup>1)</sup>

1) Associate Professor, Department of Nursing, Taegu Science College

### Abstract

**Purpose:** This study aimed to identify the relationships among life satisfaction, activities of daily living, depression and health behavior in low income elderly living at home. **Methods:** Study participants were 455 elderly who were receiving home visit services from the Daegu Regional Office of Patriots and Veteran Affairs. Data were collected through personal interviews using questionnaires from July to August, 2010. **Results:** Average scores of ADL and IADL were 7.82 out of 21 and 12.67 out of 33 respectively, which indicate relatively independent to everyday life. Mean scores of depression,

health behavior and life satisfaction were 8.61 out of 15, 88.14 out of 132 and 48.57 out of 60. There were significant relationships among the variables of life satisfaction, activities of daily living (ADL, IADL), depression and health behavior. A significant factor influencing life satisfaction was health behavior ( $\beta=.134$ ,  $p=.020$ ). **Conclusion:** The findings of this study would be a useful information for constructing an intervention program to care for elderly.

**Key words :** Elderly, Life satisfaction, Activities of daily living, Depression, Health behavior

주요어 : 노인, 일상생활활동, 우울, 건강행위, 생활만족도

\* 본 연구는 2010년도 대구과학대학 교육역량강화사업단의 지원으로 수행되었음.

\* The study was supported by research funds from Taegu Senior College, 2010.

접수일: 2010년 9월 15일 심사완료일: 2010년 11월 9일 게재확정일: 2010년 11월 12일

• Address reprint requests to : Seo, Soon-Yi(Corresponding Author)

Department of Nursing, Taegu Science College

390, Taejeon-dong, Buk-gu, Daegu 702-723, Korea

Tel: 85-53-320-1059 C.P.: 82-10-5501-8258 Fax: 82-53-320-1761 E-mail: syseo@tsu.ac.kr

## 서 론

### 연구의 필요성

과학과 보건의료 기술의 발달 및 경제수준의 향상으로 인한 평균 수명의 연장으로 노인 인구의 증가 현상이 세계적으로 현저하게 나타나고 있으며, 우리나라는 2000년 노인인구 비율 7.2%로 “고령화 사회”에 진입하였고, 2018년에는 14.3%로 “고령사회”에 진입 할 것으로 추계하며 2009년 기준 65세 이상 노인의 비율은 10.7%로 계속 높아지고 있으며, 이 중 기초생활수급자 대상 노인인구는 총 인구수 대비로 보면 노년기가 7.5%로 다른 연령에 비해 가장 높은 것으로 나타났다(Korea National Statistical Office(KNSO, 2009). 노년기에 이르면 인간은 신체적, 정신적, 사회적으로 전반적인 기능저하와 손상을 경험하게 되며 일상생활에 있어 타인의 의존도가 높아지고 여러 가지 문제들을 호소하게 된다. 노인들이 호소하고 있는 주요 문제들 가운데 ‘경제적인 어려움(41.4%)’과 ‘건강문제(40.3%)’가 가장 심각하였으며(KNSO, 2009), 특히 기초생활수급자의 25%를 차지하고 있는 저소득 노인의 경우 일반 노인에 비해 어려운 사회경제적 조건은 질병 이환율을 높이고 적절한 질병관리의 부족으로 인해 많은 경우 만성질환으로 진행되게 된다.

노인이 흔히 경험하는 만성질환은 관절염(43.1%), 고혈압(40.8%), 요통·좌골통(30.6%)순으로(Park et al., 2008) 자각증상 없이 서서히 진행되어 증상을 느끼게 되었을 때에는 이미 중증으로 진행되어 장기간의 치료와 많은 의료비를 요구하게 된다(Lee, Kō, Lee, & Kang, 2005). 이로 인하여 노인의 의료비는 2009년 전체 의료비의 30.5%를 차지하여 2008년에 비해 14.8%가 더 증가하였는데, 특히 도시 저소득층 노인의 의료비는 총 의료급여 비용의 40.2%를 차지하고 있는 것으로 집계 되었다(Health Insurance Review and Assessment Serve & National Health Insurance Corporation, 2009). 이와 같이 저소득 노인은 경제적 빈곤, 만성퇴행성질환의 보유, 사회적 고립, 사회적 지지의 부족, 우울 등을 경험함으로써 더욱 심각하게 삶의 질이 저하 될 수 있어(Song & Kim, 2000) 저소득 노인에 대한 관심이 요구되고 있다. 저소득 노인

의 건강문제인 만성질환은 완치보다는 관리에 중점을 두어야 하며 같은 질환이라도 젊은 환자에 비해 치료에 대한 반응이 느리고 합병증의 발생이 많기 때문에 질병에 의한 기능 손실의 발생이 흔하고 이러한 기능 장애는 노인의 일상생활 유지를 어렵게 만드는 가장 중요한 요인이다(Yoon, 2001). 일상생활활동 능력은 생활에서의 활동정도를 나타내는 것으로 노인의 건강상태와 관련이 높아 노인의 신체적 기능수준 평가에 가장 중요한 부분이다(Song & Kim, 2002).

또한 만성퇴행성질환은 신체적 건강만이 아니라 심리적, 정서적 건강에 대해서도 문제를 야기하며(Won & Kim, 2008) 그 중에서 노인에게 가장 흔하게 발생하는 정신 건강문제의 하나인 우울은 나이가 들면서 발병률이 증가하고 신체적 만성질환이 있는 노인에게서 발생빈도가 높다. 국내에서는 어떤 기준을 적용하느냐에 따라 2~60%까지 다양하다고 보고하며(Park et al., 2008) 노인 우울문제의 심각성을 시사하고 있다. 노년기 우울증은 신체적 건강 및 사회적 활동에 심각한 부정적 영향을 미치고 의료이용을 증가시킴으로써 사회경제적 부담을 가중시키고, 개인의 삶의 질을 저하시키는 심각한 질환이다(Schoevers et al., 2003).

전반적인 삶의 질을 파악하는데 매우 중요한 요소인 생활만족도는 노인 자신의 일생에 관한 행복도 및 생의 목표달성과도 직접 연결된 심리적 요인과 환경적 요인에 영향을 받고 있다(Won & Kim, 2008). 노년기에 있어서의 건강은 행복하고 바람직한 삶을 유지하는 가장 기본적이고 필수적인 요소로, 건강행위는 질병예방과 건강상태의 개선을 통하여 건강하게 생활 할 수 있는 기간을 연장시키고 기능장애의 기간을 줄이며 독립적이고 의미있는 일에 참여 할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높일 수 있다는 결과들이 제시되고(Chon, 2003; Gu, 2006) 있으나 실제로 자기의 건강을 관리하는 노인은 2명중 1명에 불과한 것으로 나타나(Park, 2004) 노인의 건강관리에 관한 중요성 인식과 더불어 삶의 질을 높일 수 있는 간호중재 마련이 필요하다. 이에 본 연구에서는 저소득 재가노인들이 경험하는 노화와 만성질환으로 인한 일상생활활동 정도, 노인의 정신건강 문제인 우울, 건강행위 및 생활만족도와와의 관계를 확인하며 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하여 저소득 재가노인의 건강

증진을 위한 실질적인 간호중재방안을 모색하기 위한 근거자료를 제공하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구의 목적은 일 도시지역의 65세 이상 저소득 재가노인의 일반적 특성, 일상생활활동, 우울 및 건강행위가 생활만족도에 미치는 영향을 파악하기 위한 기초조사 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활활동, 우울, 건강행위 및 생활 만족도의 차이를 파악한다.
- 둘째, 대상자의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 간의 상관관계를 확인한다.
- 셋째, 대상자의 일상생활활동, 우울 및 건강행위가 생활만족도에 미치는 영향을 파악한다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 저소득 재가노인의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 정도를 파악하고 그 관계를 확인하며 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 설문지법을 활용한 서술적 상관관계 연구이다.

### 연구 대상

본 연구에서 저소득 재가노인이라 함은 65세 이상의 노인으로 지역사회에 거주하면서 부양의무자가 없거나 또는 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 2009년 소득계층 등급기준표에서 6등급 이하인 자(Ministry of Patriots & Veterans Affairs, 2009)를 의미한다. 본 연구의 대상자는 특정 모집단의 표본오차를 최대한 줄이고, 연구목적에 맞는 특성을 파악하기 위해 D광역시에 거주하는 저소득층의 65세 이상 국가유공자 및 그 가족으로서 D보훈청의 재가복지서비스 대상자로 등록된 노인 전수(525명)를 대상으로 의사소통에 장애가 없고, 의식이 명료하며 본 연구의 목적을 이해하고 연

구에 참여하기를 동의한 474명 중에서 연구가 진행되는 동안 ‘귀찮아서 하기 싫다’, ‘지금 기분이 안 좋다’ 등의 이유로 탈락한 19명을 제외한 총 455명을 최종 분석대상으로 하였다.

### 연구 도구

#### ● 일상생활활동 척도

노인에서 기능 평가로 흔히 일상생활활동 능력 측정은 자가간호를 위해 필요한 기본적인 일상생활 활동기능을 측정하는 ADL (Activities daily of living)과 독립적인 생활과 관련된 보다 복잡한 활동의 수행능력을 측정하는 IADL (Instrumental activities daily of living)를 평가하여 다른 사람의 도움이 필요anz이를 판단하는 기능 상태를 평가한다. ADL은 Won 등(2002)이 우리나라 사람에게 적합하도록 개발한 도구인 한국형 일상생활활동(K-ADL) 측정도구를 이용하였다. 7문항 3점 척도로 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미하며 개발 당시 도구 신뢰도 Cronbach's alpha= .94이었고, 본 연구에서는 Cronbach's alpha= .92이었다.

IADL은 Won 등(2002)이 역시 우리나라 사람에게 적합하도록 개발한 도구인 한국형 도구적 일상생활활동(K-IADL) 측정도구를 이용하였다. 10문항 3점 척도로 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미하며 개발 당시 도구 신뢰도 Cronbach's alpha= .94이었고, 본 연구에서는 Cronbach's alpha= .92이었다.

#### ● 우울 척도

Kee (1996)에 의해 한국의 문화적 특성에 맞게 개발한 한국판 단축형 노인 우울 측정도구를 이용하였다. 15문항으로 구성되어 있으며, 각 질문에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 되어 있으며, 총 0점에서 15점의 우울 점수 분포상에서 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 도구 신뢰도 Cronbach's alpha= .88이었고, 본 연구에서는 Cronbach's alpha= .83이었다.

#### ● 건강행위 척도

건강행위에 관한 측정도구는 Choi와 Kim (1997)의

한국 노인의 건강행위 사정 도구를 사용하였다. 본 도구는 8개의 하위영역으로 총 33문항으로 구성되어 있다. 8개의 하위 영역과 문항 수는 노인다운 마음유지 7문항, 관계망 형성 6문항, 체력유지하기 4문항, 평안한 마음유지하기 4문항, 적절하게 일 하기 4문항, 적당하게 몸 움직이기 3문항, 신앙생활하기 3문항, 몸의 휴식 2문항이다. 본 도구는 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(4점)’까지 4점 척도이며 점수가 높을수록 노인의 건강행위 정도가 높다는 것을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha = .91 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's alpha = .94이었다.

● 생활만족도 척도

생활만족도의 측정은 노인복지 연구를 위해 개발된 Choi (1986)의 노인 생활만족 척도를 사용하였다. 총 20문항으로 과거, 현재, 미래의 생활과 삶에 대한 긍정적, 부정적 인지정도의 3개 하위척도로 구성되어 노인의 통합과 적응의 문제에 대해서 얼마나 만족하는지를 평가할 수 있는 척도이다. 본 도구는 3점 척도로 점수가 높을수록 생활만족도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha = .87이었고, 본 연구에서는 Cronbach's의 alpha = .97이었다.

자료 수집 방법 및 자료 분석

자료 수집기간은 2010년 7월 5일부터 8월14일 까지였으며, D광역시 D보훈청의 협조를 얻어 본 연구자와 사전 교육된 3명의 연구보조원들이 대상자 가정을 직접 방문하고 대면하여 구조화된 설문지의 내용을 설명하고 응답을 대신 표기하는 형식으로 진행하였다. 면접 시 자료수집자간의 편견을 배제하고 일관성을 유지하기 위해 사전에 연구자와 자료 수집자들 간의 모임을 가져 연구자가 연구의 필요성과 목적을 설명하고, 자료 수집을 위한 질문법에 대해 사전교육을 실시하였다.

수집된 자료를 SPSS WIN 12.0을 이용하여 대상자의 일반적 특성, 일상생활활동, 우울, 건강행위 및 생활만족도를 알아보기 위해 평균, 표준편차, 실수, 백분율을 구하였고 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활활동, 우울, 건강행위 및 생활만족도를 비교하기

위해 t-test, ANOVA 를 실시하였으며 사후검증을 위해 scheffe test를 이용하였다.

생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 간의 상관관계를 알아보기 위해 pearson's correlation coefficient 를 구하였고 대상자의 생활만족도에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중회귀분석(multiple regression analysis)으로 분석하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

Table 1. General Characteristics of the Subjects (N=455)

Characteristics	N	%	M±SD
Sex			
M	222	48.8	
F	233	51.2	
Age(yr)			78.0±4.38
Marital state			
Married	180	39.6	
Widowed/Divorced	270	59.3	
Others	5	1.1	
Educational status			
None	149	32.7	
Elementary school	176	38.7	
Middle school	73	16.0	
High school	38	8.4	
College	19	4.2	
Religion			
None	100	22.0	
Protestant	93	20.4	
Catholic	61	13.4	
Buddhist	184	40.4	
Others	17	3.7	
Living condition			
Living alone	254	55.8	
Living with spouse	142	31.2	
Living with offspring	37	8.1	
Others	22	4.8	
Perceived health			
Good	35	7.7	
Moderate	190	41.8	
Bad	230	50.5	
Chronic disease			
Yes	416	91.4	
No	39	8.6	
Total	455	100	

본 연구대상자는 남자가 222명(48.8%), 여자가 233명(51.2%)으로 총 455명이었고 평균 연령은 78.0세이었다. 교육수준은 국졸 176명(38.7%)로 가장 많았고 결혼 상태는 사별/이혼이 270명(59.3%), 종교는 불교가 184명(40.4%), 주거형태는 독신이 254명(55.8%)로 가장 많았다. 주관적인 건강상태는 ‘나쁘다’가 230명(50.5%), 만성질환은 ‘있다’가 416명(91.4%)로 가장 많았다(Table 1).

### 대상자의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위

대상자의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 정도를 조사한 결과는 Table 2와 같다. 대상자의 ADL은 총 21점 만점에 평균 7.82점으로 37.24% 수준의 점수를 보였고, IADL은 총 33점 만점에 평균 12.67점으로 38.39% 수준의 점수를 보여서 독립적으로 생활 할 수 있는 것으로 나타났다.

우울은 총 15점 만점에 평균 8.61점으로 57.40% 수준의 경증 우울 상태를 보였고, 건강행위는 총 132점 만점에 평균 88.14점으로 66.77% 수준의 건강행위 점

수를 보였으며, 생활만족도는 총 60점 만점에 평균 48.57점으로 80.95% 수준의 점수로 비교적 높았다.

Table 2. Summary of Descriptive Statistics for Study Variables (N=455)

	M±SD	MIN	MAX	Possible range
ADL	7.82± 2.28	7.00	21.00	7- 21
IADL	12.67± 4.38	10.00	33.00	10- 33
Depression	8.61± 3.88	0.00	15.00	0- 15
Health behavior	88.14±18.76	33.00	132.00	33-132
Life satisfaction	48.57±12.64	20.00	60.00	20- 60

ADL=Activities daily of living;

IADL=Instrumental activities daily of living.

### 일반적 특성에 따른 ADL, IADL

일반적 특성에 따른 ADL, IADL의 차이를 분석한 결과는 Table 3과 같다.

대상자의 ADL은 주거형태(F=4.422,  $p<.001$ ), 주관적인 건강상태(F=17.875,  $p<.001$ )에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검증 결과, ADL점수는 주거형태에서 ‘독신’보다 ‘기타’가 유의하게 높았고

Table 3. ADL, IADL according to the General Characteristics (N=455)

Characteristics	ADL			IADL		
	M±SD	S	t or F (p)	M±SD	S	t or F (p)
Sex						
M	7.88 ±2.32		.515 ( .607)	13.21 ±4.87		2.572 ( .010)
F	7.77 ±2.25			12.15 ±3.80		
Marital state						
Married <sup>a</sup>	8.08 ±2.59		1.996 ( .137)	13.53 ±5.35		6.074 ( .002)
Widowed/Divorced <sup>b</sup>	7.67 ±2.00			12.08 ±3.47	a>b	
Others <sup>c</sup>	9.00 ±3.94			13.00 ±5.61		
Educational status						
None <sup>a</sup>	7.81 ±2.20		1.116 ( .348)	12.42 ±4.12		.694 ( .596)
Elementary school <sup>b</sup>	7.70 ±2.00			12.56 ±4.05		
Middle school <sup>c</sup>	7.70 ±1.67			12.81 ±3.60		
High school <sup>d</sup>	8.50 ±3.79			13.24 ±6.76		
College <sup>e</sup>	8.16 ±3.27			13.89 ±6.05		
Religion						
None <sup>a</sup>	7.44 ±1.68		1.052 ( .380)	11.76 ±3.26		1.648 ( .161)
Protestant <sup>b</sup>	7.80 ±2.18			12.66 ±4.38		
Catholic <sup>c</sup>	7.89 ±2.44			12.66 ±4.94		
Buddhist <sup>d</sup>	7.99 ±2.53			13.10 ±4.54		
Others <sup>e</sup>	8.12 ±2.39			13.41 ±5.85		

Table 3. ADL, IADL according to the General Characteristics (Continued) (N=455)

Characteristics	ADL			IADL		
	M±SD	S	t or F (p)	M±SD	S	t or F (p)
Living condition						
Living alone <sup>a</sup>	7.52 ±1.61		4.422	11.81 ±2.77		8.019
Living with spouse <sup>b</sup>	8.01 ±2.72	a<d	(p<.001)	13.72 ±5.51	a,b<c	(p<.001)
Living with offspring <sup>c</sup>	8.30 ±3.04			14.24 ±5.98		
Others <sup>d</sup>	8.91 ±3.54			13.13 ±6.03		
Perceived health						
Good <sup>a</sup>	7.49 ±2.05		17.875	11.17 ±2.68		33.520
Moderate <sup>b</sup>	7.15 ±0.58	a,b<c	(p<.001)	11.06 ±1.84	a,b<c	(p<.001)
Bad <sup>c</sup>	8.43 ±2.94			14.22 ±5.41		
Chronic disease						
Yes	7.84 ±2.30		.591	12.79 ±4.49		3.031
No	7.62 ±2.01		(.555)	11.30 ±2.74		(.004)

ADL=Activities daily of living; IADL=Instrumental activities daily of living.

주관적인 건강상태에서는 ‘좋다’, ‘보통이다’보다 ‘나쁘다’가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

대상자의 IADL은 성별(t=2.572, p=.010), 결혼상태(F=6.074, p=.002), 주거형태(F=8.019, p<.001), 주관적인 건강상태(F=33.520, p<.001), 만성질병 유무(t=3.031, p=.004)에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검증 결과, IADL 점수는 결혼상태에서 기혼이 사별/이혼보다 유의하게 높았고 주거형태에서는 독신보다 부부가, 부부보다 자녀와 동거가 유의하게 높게 나타났다. 주관적인 건강상태에서는 ‘나쁘다’가 ‘좋다’와 ‘보통이다’보다 유의하게 높게 나타났다.

### 일반적 특성에 따른 생활만족도, 우울, 건강행위

일반적 특성에 따른 생활만족도, 우울, 건강행위 정도의 차이를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 대상자의 우울은 종교(F=2.945, p=.020), 주거형태(F=2.685, p=.046), 주관적인 건강상태(F=46.625, p<.001), 만성질병 유무(F=3.044, p=.002)에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검증 결과, 우울점수는 주관적인 건강상태에서 ‘좋다’보다 ‘보통이다’가, ‘보통이다’보다 ‘나쁘다’가 유의하게 높게 나타났다. 대상자의 건강행위는 성별(t=2.147, p=.032), 종교(F=2.560, p=.038), 주관적인 건강상태(F=25.301, p<.001), 만성질병 유무(F=2.120, p=.035)에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검증 결과, 건강행위점수는 종교에서 무

교보다 기독교가 유의하게 높았고 주관적인 건강상태에서는 ‘나쁘다’보다 ‘좋다’와 ‘보통이다’가 유의하게 높게 나타났다. 일반적 특성에 따른 생활만족도는 차이가 없었다.

### 대상자의 생활만족도, ADL, IADL, 우울 및 건강행위 간의 상관관계

ADL은 IADL (r=.785, p<.001), 우울(r=.208, p<.001)과는 통계적으로 유의한 순상관관계, 건강행위(r=-.328, p<.001)와는 통계적으로 유의한 역상관관계로 나타났다. IADL은 ADL (r=.785, p<.001), 우울(r=.248, p<.001)과는 통계적으로 유의한 순상관관계, 건강행위(r=-.388, p<.001)와는 통계적으로 역상관관계로 나타났다. 우울은 ADL (r=.208, p<.001), IADL (r=.248, p<.001)과는 통계적으로 유의한 순상관관계, 건강행위(r=-.503, p<.001)와는 통계적으로 유의한 역상관관계로 나타났다. 건강행위는 ADL (r=-.328, p<.001), IADL (r=-.388, p<.001), 우울(r=-.503, p<.001)과는 통계적으로 유의한 역상관관계로, 생활만족도(r=.110, p=.020)와는 통계적으로 유의한 순상관관계로 나타났다(Table 5).

### 대상자의 생활만족도에 영향을 미치는 요인

대상자의 생활만족도에 영향을 미치는 유의한 변수를 알아보기 위해 ADL, IADL, 우울, 건강행위를 득

Table 4. Depression, Health Behavior and Life Satisfaction according to the General Characteristics

(N=455)

Characteristics	Depression			Health behavior			Life satisfaction	
	M±SD	S	t or F (p)	M±SD	S	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Sex			.886			2.147		1.317
M	8.45 ±3.67		(.376)	86.21 ±19.89		(.032)	47.76 ±13.08	(.188)
F	8.77 ±4.01			89.97 ±17.46			49.33 ±12.20	
Marital state			.376			1.497		1.436
Married <sup>a</sup>	8.42 ±3.92		(.687)	87.46 ±20.06		(.215)	49.61 ±12.08	(.232)
Widowed/Divorced <sup>b</sup>	8.74 ±3.87			88.71 ±17.65			47.73 ±13.04	
Others <sup>c</sup>	8.60 ±2.41			81.60 ±29.79			56.20 ±4.32	
Educational status			1.578			.698		1.084
None <sup>a</sup>	8.72 ±4.04		(.179)	89.33 ±18.54		(.594)	48.70 ±12.68	(.364)
Elementary school <sup>b</sup>	8.89 ±3.65			86.74 ±18.11			48.94 ±12.99	
Middle school <sup>c</sup>	8.34 ±4.07			88.62 ±18.64			46.38 ±12.05	
High school <sup>d</sup>	8.34 ±3.84			86.87 ±21.59			48.47 ±13.81	
College <sup>e</sup>	6.68 ±3.74			92.42 ±21.35			52.78 ± 7.49	
Religion			2.945			2.560		1.396
None <sup>a</sup>	9.24 ±3.46		(.020)	84.26 ±17.14	a<b	(.038)	46.76 ±14.00	(.234)
Protestant <sup>b</sup>	8.09 ±4.02			92.72 ±17.44			50.45 ±11.46	
Catholic <sup>c</sup>	7.39 ±4.19			88.30 ±20.86			50.33 ±11.29	
Buddhist <sup>d</sup>	8.90 ±3.83			88.01 ±18.82			48.03 ±12.89	
Others <sup>e</sup>	9.06 ±3.91			85.76 ±22.68			48.18 ±11.78	
Living condition			2.685			1.185		.456
Living alone <sup>a</sup>	8.47 ±3.82		(.046)	89.31 ±17.74		(.315)	48.41 ±12.63	(0.713)
Living with spouse <sup>b</sup>	8.37 ±3.85			86.00 ±20.07			48.55 ±12.42	
Living with offspring <sup>c</sup>	10.27 ±3.03			86.64 ±18.79			50.71 ±12.01	
Others <sup>d</sup>	9.05 ±5.25			90.91 ±21.14			47.00 ±15.52	
Perceived health			46.625			25.301		.989
Good <sup>a</sup>	4.86 ±2.92		(p<.001)	99.46 ± 3.01	a,b>c	(p<.001)	51.55 ±10.08	(.373)
Moderate <sup>b</sup>	7.57 ±3.64	a,b<c		92.88 ± 1.26			48.65 ±12.32	
Bad <sup>c</sup>	10.04 ±3.53			82.50 ± 1.02			48.32 ±13.22	
Chronic disease			3.044			2.120		1.009
Yes	8.78 ±3.85		(.002)	87.57 ±18.42		(.035)	48.75 ±12.52	(.314)
No	6.82 ±3.74			94.20 ±21.42			46.61 ±13.90	

Table 5. Relationships among the Characteristics

(N=455)

	ADL	IADL	Depression	Health behavior	Life satisfaction	r (p)
ADL	1	.785 (p<.001)	.208 (p<.001)	-.328 (p<.001)	.055 (.249)	
IADL	.785 (p<.001)	1	.248 (p<.001)	-.388 (p<.001)	.005 (.910)	
Depression	.208 (p<.001)	.248 (p<.001)	1	-.503 (p<.001)	-.058 (.219)	
Health behavior	-.328 (p<.001)	-.388 (p<.001)	-.503 (p<.001)	1	.110 (.020)	
Life satisfaction	.055 (.249)	.005 (.910)	-.058 (.219)	.110 (.020)	1	

ADL=Activities daily of living; IADL=Instrumental activities daily of living.

립변수로 설정하여 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과 생활만족도에 유의한 영향을 미치는 요인은 건강행위( $\beta=.134, p=.020$ )로 총 설명력은 2.3%였다(Table 6).

Table 6. Regression of Variables on Life Satisfaction (N=455)

Variables	Life satisfaction			
	$\beta$	B	t	$\rho$
ADL	.143	.802	1.870	.062
IADL	-.053	-.155	-.682	.495
Depression	-.006	-.021	-.117	.907
Health behavior	.134	.090	2.335	.020
R <sup>2</sup> =.023 F=2.570 (p=.037)				

ADL=Activities daily of living;

IADL=Instrumental activities daily of living.

## 논 의

현대사회에서 평균수명의 연장으로 인하여 노인은 전 인생주기 1/3 이상이 노년기이며 노화과정으로 인하여 기능적 건강상태가 전반적으로 저하되어 있는 상태이다(Park et al., 2008). 특히 저소득 노인들은 지지체계가 취약한 상태로 일반 노인에 비해 만성질환의 유병율이 높으므로 노인들이 경험하고 있는 건강상태를 확인하여 건강문제를 예방하고 관리하여 저소득 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재 프로그램이 필요하다.

본 연구 대상자는 평균 연령 78.0세이고 남자노인이 48.8%, 여자노인이 51.2%로 나타났다. 이는 노인의 남녀성비를 나타내는 여자 100명당 남자인구는 68.6명으로 나타난 결과(KNSO, 2009)보다 여자노인의 분포가 더 낮게 나타났다. 이러한 결과는 연구대상자가 저소득층 노인으로서 D보훈청의 재가복지서비스 대상자로 등록된 국가 유공자와 그 가족이기 때문이라고 사료된다.

본 연구 대상자의 만성질환 유, 무에서 만성질환을 앓고 있는 노인들이 전체 91.4%로 나타났다. 이는 도시지역 노인을 대상으로 한 Lee, Bae, Yi, Lim과 Kang (2008)의 연구에서 77.4%가 만성질환을 앓고 있다는 연구결과보다는 더 높은 수준이었다. 또한 저소득 재가 노인을 대상으로 한 Yim (2002)의 연구에서 전체 89.4%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고

있다고 보고하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다.

대상노인의 주관적 건강상태는 ‘좋다’가 7.7%에 불과하며 ‘보통이다’가 41.8%, ‘나쁘다’가 50.5%로 나타났다. 이러한 결과는 Yim (2002)의 연구에서 건강상태가 ‘아주 나쁜 편이다’와 ‘나쁜 편이다’ 지각하는 경우로 54.2%보다 낮게 나타났다. 이는 본 연구에서 만성질환을 앓고 있는 노인들이 전체 91.4%이나 주관적인 건강상태에서 ‘나쁘다’가 50.5%로 나타난 것은 주관적 건강 상태는 개인이 인지하는 건강수준을 나타내는 주관적인 평가이기에 대다수의 노인들이 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고 자신이 평상시에 하던 일을 수행 할 수 있다면 자신을 건강하다고 여기기 때문이라고 사료된다.

본 연구 대상자의 일상생활활동에 있어서 ADL은 평균 7.82점(가능점수범위 7~21점), IADL은 평균 12.67점(가능점수범위 10~33점)로 노인들의 일상생활 활동은 독립적으로 생활할 수 있는 수준이었다. 이는 Yim (2002)의 연구에서 ADL은 평균 93.94점(가능점수범위 75~100점), IADL은 평균 9.48점(가능점수범위 3~12점)과 Park (2009)의 연구에서 ADL은 평균 28.63점(가능점수범위 13~30), IADL은 평균 16.52점(가능점수범위 6~18점)로 나타나 노인들의 일상생활 활동 기능의 일부에 어려움을 가지고 있다는 보고와는 다른 결과이다. 이는 본 연구의 대상자가 일상생활 활동에 있어서 평균적으로 독립적 생활을 할 수 있는 수준이지만, 기능하는데 있어서 약간의 어려움이 라도 허약한 노인들에게는 중요한 문제일 수 있으므로 정기적인 ADL, IADL의 사정을 통한 건강관리가 이루어져야 할 것으로 사료된다. 또한 본 연구 대상자의 ADL은 주거형태, 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었으며 IADL은 성별, 결혼상태, 주거형태, 주관적인 건강상태, 만성질환 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 Park (2009)의 연구에서 ADL은 연령, 보험유형, 동거형태, 주관적 건강상태에 따라 그리고 IADL은 연령, 동거형태, 주관적인 건강상태에 따라 유의한 차이가 있다는 보고와 부분적으로 일치하였다.

본 연구의 결과 ADL과 IADL은 주관적인 건강상태와 관계가 있으며 자신의 건강을 나쁘게 인지할수록 일상생활활동 능력도 저하된 것으로 나타났으며 이러



한 결과는 여러연구(Kang, Kim, & Lee, 2008; Lee & Park 2006; Park, 2009)와 일치하는 결과이다.

한편 본 연구의 결과 일상생활활동 능력과 주거형태가 관계가 있으며 자녀와 동거하고 있는 경우에 IADL이 저하된 것으로 나타났으며 이는 Park (2009)과 Yoon (2001)의 가족과 함께 거주하는 경우 부부노인, 독거노인 보다 IADL기능이 떨어진다는 연구결과와 일치한다. 이는 IADL기능이 저하된 노인에게 간호가 가족에게 책임이 지워지고 있음으로 생각된다. 이에 생활상의 문제를 지닌 노인에게 일상생활활동 능력을 도와주고 가족의 부담을 경감시키기 위한 정보제공 및 적절한 의뢰체계의 확립이 필요하다고 사료된다.

본 연구결과 단축형 노인 우울 척도(K-GDS)를 적용한 대상자의 평균 우울점수는 8.61점이었으며 이러한 결과는 본 연구에서와 같이 단축형 K-GDS도구를 사용하여 저소득 재가노인을 대상으로 조사한 Park (2009)의 평균 우울점수 8.72점과 유사하였으며, Seo와 Han (2006)의 연구에서 지역사회 재가 노인의 우울 평균 점수 7.08점으로 나타난 것보다는 우울점수가 높은 결과이다. 대상자의 우울정도에 있어서는 종교, 주거형태, 주관적인 건강상태, 만성질병 유무에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 이러한 결과는 Won과 Kim (2008)연구에서 우울은 교육수준, 종교, 소득 그리고 주관적 건강, 규칙적인 운동 등에 따라서 유의한 차이가 있다는 보고와 부분적으로 일치하였다.

특히 만성질병이 있고 주관적인 건강상태가 나쁠수록 우울정도가 높게 나타났다. 이는 노인의 질병경험과 주관적 건강상태가 나쁠수록 노인으로서 하여금 비관적인 사고와 무력감, 가치 상실, 자기비하감을 유발할 수 있고 이로 인해 우울이 발생(Park et al., 2008)됨을 확인 할 수 있다. 이에 노인의 만성질병 예방과 개인별 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하여 우울 정도와 건강상태의 개선을 위한 건강증진 프로그램 및 운영전략의 개발이 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 대상자의 건강행위 정도는 총 132점 만점에 평균 88.14점으로 66.77%수준의 점수를 보였다. 이는 도시지역 재가 노인을 대상으로 한 Moon (2006)의 연구에서 총 4점 중 2.99점으로 74.75%의

건강행위 수준보다도 낮게 나타났으며 이러한 결과는 건강행위를 수행하는데 있어 노인의 만성질환에 따른 신체적 심리적 문제와 함께 사회경제적 문제로 인한 제약 때문이라고 사료된다.

또한 일반적인 특성에 따른 건강행위는 성별, 종교, 주관적인 건강상태, 질병유무에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 Seo와 Ryu (2010)의 연구에서 건강증진행위는 종교유무, 교육정도, 동거인 유무, 주관적인 건강상태 등에 따라 유의한 차이가 있었다는 보고와 부분적으로 일치하였다. 특히 종교가 있고 주관적인 건강상태가 좋은 경우에 건강행위 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 종교라는 사회적 관계망을 통해 보다 적극적인 사회적 활동과 사회적 지지를 얻게 되며, 노인에게 있어서 건강행위는 건강을 유지하기 위한 행위로서 질병을 피할 수 있다고 스스로 믿는 사람들에 의해 취해지는 행동(Chin, 2008)이므로 주관적인 건강상태가 좋을수록 자신의 건강에 대한 책임을 인식하고 건강행위의 실천정도가 증가됨을 확인 할 수 있다. 따라서 건강한 노화를 위한 건강관리의 중요성 교육과 개인별 특성이 고려된 효과적인 건강행위 실천을 위한 실질적인 건강행위 프로그램을 체계적이고 지속적으로 운영한다면 노인들의 건강을 향상 시킬 수 있으리라 생각된다.

본 연구에서 D보훈청의 재가복지서비스 대상자의 생활만족도는 총 60점 만점에 48.57점으로 80.95% 수준의 점수로 비교적 높았다. 이는 Sohn과 Chung (1999)의 재가복지 수급노인의 주관적인 안녕감 실태를 파악한 결과, 재가복지 수급노인의 전반적인 생활여건에 대한 생활만족도 평균은 낮은 편으로 나타났고, 재가복지서비스를 제공하였을 때의 생활만족도가 제공 전과 비교하여 크게 향상된 것으로 나타난 결과와 맥을 같이 한다고 생각한다.

이에 노인의 생활만족도를 높일 수 있는 보다 더 활성화된 사회적인 지지와 관심이 필요하다고 사료된다. 또한 일반적인 특성에 따른 생활만족도는 유의한 차이가 없었다. 이는 Won과 Kim (2008)의 연구와 일치하나 Cheon (2005)의 연구에서 성별에 따라 생활만족도의 차이가 있었다는 보고와는 다른 결과이다. 이는 생활만족도가 노인에게 있어서 한 개인이 노화되는 현실에 적응함으로써 얻게 되는 행복과 만족에 대한

개인의 주관적인 평가이므로 각 개인의 특성에 따라 차이가 있을 것으로 생각되어, 이 변수들 간의 반복 연구를 통해 본 결과에 대한 타당성을 검증해 보아야 할 것이다.

ADL은 IADL, 우울과 순상관관계로, 건강행위와는 역상관관계로 유의하게 나타났고, IADL은 건강행위, 우울과는 순상관관계로 유의하게 나타났다. 건강행위는 우울과 역상관관계로 유의하게 나타났고, 생활만족도는 건강행위와 순상관관계로 유의하게 나타났으며 이러한 결과는 선행 연구의 결과와 일치하였다 (Chin, 2008; Moon, 2006; Park, 2009).

대상자의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과 건강행위( $\beta=.134, p=.020$ )가 통계적으로 유의하게 영향을 미치고 있었다. 이러한 결과는 도시지역 노인을 대상으로 한 Seo와 Ryu (2010)의 연구에서 생활만족도가 건강증진행위에 영향을 미친다는 연구결과를 지지하였으며, 이에 노인의 건강행위를 증진시키는 것이 생활만족도 향상에 중요한 간호중재 전략이라고 생각된다.

따라서 건강한 노년을 보내기 위해서는 이 변수들에 관련된 개인별 특성을 고려한 건강증진 프로그램과 스스로 건강관리를 실천 할 수 있는 효율적인 운영전략의 개발 및 사회적인 지지체계의 확립이 필요하다고 사료된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 저소득 재가 노인의 건강증진을 위한 실질적인 간호중재 방안을 모색하기위한 근거자료를 제공하기 위해 저소득 재가노인을 대상으로 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 확인하며 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시도되었다.

본 연구에서 65세 이상의 저소득 재가노인 455명(여성233명, 남성 222명)을 조사한 결과 일반적인 특성에 따른 ADL에 있어서는 주거형태와 주관적인 건강상태에 따라, IADL에 있어서는 성별, 결혼상태, 주거형태, 주관적인 건강상태, 만성질환 유무에 따라 유의한 차이가 있었고 우울에 있어서는 종교, 주거형태, 건강상태, 만성질환 유무에 따라 유의한 차이가 있었

다. 건강행위에 있어서는 성별, 종교, 주관적인 건강상태, 만성질환 유무에 따라 유의한 차이가 있었으며 생활만족도에 있어서는 유의한 차이가 없었다. 또한 ADL과 IADL의 점수가 높을수록 우울점수는 낮게, 건강행위점수는 낮게 나타났고 우울점수가 높을수록 건강행위 점수는 낮게 나타났다. 생활만족도가 높을수록 건강행위점수는 높게 나타났으며, 생활만족도에 유의한 영향을 미치는 요인은 건강행위로 나타났다.

본 연구는 D광역시에 거주하는 D보훈청의 재가복지서비스 대상자로 등록된 저소득 노인을 대상으로 실시하였기 때문에 우리나라 전체 저소득 노인에게 일반화하는데 제한점이 있으므로 추후 연구에서는 보훈청뿐만 아니라 동사무소, 노인 복지관 등의 협조를 얻어 보다 충분한 일반화된 자료를 얻는 노력이 필요할 것이다.

또한 저소득 재가노인의 생활만족도, 일상생활활동, 우울 및 건강행위 간의 상관관계를 재확인하는 반복 연구와 각 변수에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 후속연구가 필요하다.

본 연구결과를 토대로 노인의 건강과 생활만족도를 향상시키기 위해 스스로 건강관리를 실천 할 수 있는 개별 및 집단별 노인 건강증진 프로그램 개발과 적절한 노인 복지체가서비스 등의 사회적 지지체계 확립을 통한 체계적이고 지속적인 관리가 필요하다고 하겠다.

## References

- Cheon, E. Y. (2005). Effects of ADL, self-efficacy and social support on life satisfaction in elders with visual loss. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 7(2), 195-204.
- Chin, M. H. (2008). *A study on the subjective health status, health behavior, depression, and quality of life in elderly*. unpublished master's thesis, Hanyang university, Seoul.
- Choi, S. J. (1986). A study on the development of measuring scale of the concept of life satisfaction. *Journal of Korean Culture Research Institute*, 49, 233-256.
- Choi, Y. H., & Kim S. H. (1997). Development of health behavior assessment tool of the Korean elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*,

- 27(3). 601-613.
- Chon, M. Y. (2003). The effects of comprehensive health management program on health promotion for the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 23(3), 1-13.
- Gu, M. O. (2006). A review of research on health promoting behaviors of Korean older adults. *Perspectives in Nursing Science*, 3(1), 17-34.
- Health Insurance Review and Assessment Service & National Health Insurance Corporation (2009). *Health insurance review statistics*. Retrieved June 5, 2009, from <http://www.hira.or.kr/common/dummy.jsp>
- Kang, Y. H., Kim, M. Y., & Lee, E. L. Z. (2008). The relationship of perceived health status, activities of daily living and nutrition status in the community-dwelling Korean elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(1), 122-130.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *The Korean Journal of Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Korea National Statistical Office (2009). *2009 Social research*. Retrieved June 17, 2010, from <http://kostat.go.kr>
- Lee, K. J., & Park, H. S. (2006). A study on the perceived health status, depression and activities of daily living for elderly in urban areas. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 12(3), 221-230.
- Lee, T. J., Bae, S. S., Yi, G. H., Lim, J. Y., & Kang, K. H. (2008). Health behaviors practice of urban elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 10(1), 58-67.
- Lee, T. W., Ko, I. S., Lee, K. J., & Kang, K. W. (2005). Health status, health perception, and health promotion behaviors of low-income community dwelling elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(2), 252-261.
- Ministry of Patriots & Veterans Affairs (2009). *2009 Living condition census*. Retrieved June 17, 2010, from <http://www.mpva.go.kr/>
- Moon, M. J. (2006). A study on the empowerment, health behavior and life satisfaction in the elderly home residents according to living Situations. *The Journal of Rheumatology*, 13(2), 94-107.
- Park, K. O. (2004). *A study on the health behavior and health status of the elderly living in Chung-Nam area*. Unpublished master's thesis, Daejeon University, Daejeon.
- Park, M. H., Koh, G. K., Kim, E. S., Kim, H. J., Park, J. S., Yang, H. J., et al (2008). *Gerontological nursing*. Seoul; Jung dam.
- Park, S. Y. (2009). A study on depression, ADL, IADL, and QOL among community-dwelling, low income elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 23(1), 78-90.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Hooijer, C., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). The natural history of late-life depression: Result from the Amsterdam study of the elderly (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 76, 5-7.
- Seo, H. S., & Han, Y. H. (2006). Effects of health-related indexes on life satisfaction for the elderly people. *Korean Journal of Research in Gerontology*, 15, 15p-170.
- Seo, J. H., & Ryu, H. S. (2010). Relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 21(2), 169-177.
- Sohn, H. H., & Chung, O. B. (1999). An ecological approach to study the subjective well-being of the elderly receiving home-based social services. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 19(1), 83-103.
- Song, K. C., & Kim, D. K. (2002). Activities of daily living of elderly in a rural area and study for related factors. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 6(1), 29-40.
- Song, N. H., & Kim, S. M. (2000). The relationship among self-efficacy, social support and Depression of The poor elderly. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 11(1), 158-171.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E. J., & Yoon, J. L., et al. (2002). The development of Korean Activities of Daily Living (K-ALD) and Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) scale. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 6(2), 107-120.
- Won, J. S., & Kim, K. H. (2008). Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(1), 1-10.
- Yim, E. S. (2002). *Effect of physical ability, depression and social support on quality of life in low income elders living at home*. Unpublished master's thesis, Yonsei university, Seoul.
- Yoon, J. L. (2001). ADL and IADL of community dwelling Korean Elderly. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 5(2), 139-150.