

취약계층 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

- PRECEDE 모형 적용 -

박 금 화¹⁾ · 최 연 희²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라 총인구 중 65세 이상 노인이 차지하는 비중이 10.7%로써 이미 고령화 사회에 진입하였으며, 2018년에는 14.5%가 되어 고령사회에 도달할 것으로 전망한다. 특히 노인 중 국민기초생활보장 수급자가 11.2%를 차지했으며, 또한 차상위계층은 국민기초생활보장수급자의 4.8배에 달하여 취약계층 노인의 비율이 급격히 증가하고 있다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2008).

취약계층 노인들은 일반 노인인구 집단에 비해 경제적 어려움과 사회적 소외감 등으로 심각한 삶의 사건 경험 증가가 더욱 뚜렷한 양상을 보여 건강에 부정적인 영향을 미치고 있다(Park & Ha, 2004). 신체활동, 흡연, 음주 등의 건강생활실천율이 국민소득의 상위 25%와 하위 25%간에 8.7% 차이를 나타내 건강행태의 양극화 현상을 보이며, 삶의 질에서도 국민소득의 상위 25%와 하위 25%간에 3.1% 차이를 나타내어(Korea Center for Disease Control & Prevention, 2009) 취약계층 노인의 건강행태와 삶의 질을 향상시키는 통합적인 건강증진정책의 필요성이 제기되고 있다.

이러한 건강형평성 확보를 위한 방안으로 정부에서는 “New Health Plan 2010” 건강정책에 근거하여 보건의료의 사각지대에 있는 돌봄이 필요한 취약계층 노인을 대상으로 가정방문하여 건강증진 및 질병예방관리를 위한 지속적이고 포괄적인

의료서비스를 제공하는 맞춤형 방문건강관리 서비스 전략을 수행해 오고 있다. 방문건강관리 프로그램의 성공적인 결과를 얻기 위해 최우선으로 방문건강관리원은 취약계층 노인들의 개개인뿐만 아니라 사회적 차원에서 변화되어야 할 건강행태를 결정함으로써 프로그램 기획을 위한 근거를 마련하는데 중요한 요인들을 정확하게 사정해야 할 필요가 있다.

이러한 목적으로 취약계층의 노인 인구 집단을 중심으로 하는 건강관리사업의 기획과정에서 유용하게 사용되는 분석틀이 PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)모형이다. 이 모형은 건강행태를 개선함으로써 삶의 질을 변화시키는 포괄적인 개념틀이다. 이 모형의 특징은 여러 측면의 사정과정을 통해 건강행태에 영향을 미치는 다양한 요인들을 복합적으로 분류하여 조직화할 수 있는 접근체계를 제시해준다(Green & Kreuter, 1999). 즉, PRECEDE 모형은 건강관리 사업을 수행할 때 대상자에 대한 사회적, 역학적, 행위적·환경적, 교육적·생태학적, 행정적·정책적 사정을 통해 지역적, 조직적인 차원에서 건강관리를 수행하는데 필요한 체계적인 분석틀을 제공하고 있다. Green과 Kreuter (1999)는 건강관리 중재를 고안하기 전에 결과에 영향을 미치는 중요한 요인들을 먼저 사정해야 하며, 그렇지 않으면 건강관리 중재는 추측에 의하여 고안되어 비효과적인 결과를 야기할 가능성이 높아진다고 하였다.

PRECEDE 모형은 프로그램을 시행하기 전의 준비로 다섯 단계의 사정단계를 포함하고 있다. 1단계는 사회적 사정단계로 지역사회주민들의 삶의 질을 파악하는 과정이고, 2단계는

주요어 : 취약계층 노인, 삶의 질, PRECEDE 모형

1) 영남외국어대학 간호과 교수

2) 경북대학교 간호대학 교수(교신전자 E-mail: yeonhee@knu.ac.kr)

투고일: 2010년 4월 20일 수정일: 2010년 5월 22일 게재확정일: 2010년 6월 4일

삶의 질에 영향을 미치는 특정한 건강목표나 건강문제를 규명하는 역학적 사정단계이다. 3단계는 건강결정요인에 가장 영향을 미치는 건강관련 행위들과 사회적, 물리적 환경요인을 규명하는 행위적-환경적 사정단계이고, 4단계는 규명된 특정 건강관련 행위에 영향을 주는 소인요인, 강화요인, 촉진요인을 사정하는 교육적-생태학적 사정단계이다. 그리고 5단계는 건강관리프로그램 시행과 관련되는 조직적, 행정적 능력과 자원을 검토하고 평가하는 행정적-정책적 사정단계이다. 본 연구에서는 1단계인 사회적 사정을 위하여 취약계층 노인의 삶의 질을 평가하였으며, 2단계인 역학적 사정을 위하여 일상생활활동, 도구적 일상생활활동 및 인지기능을 사정하였다. 3단계인 행위적 사정을 위해 건강관리프로그램을 통해 변화가 가능한 행위요인인 건강증진행위를 측정하였으며, 4단계인 교육적-생태학적 사정을 위해 건강증진행위에 영향을 미치는 인지적 요인으로 규명된 자기통제감을 소인요인으로, 사회적 지지와 방문건강관리서비스에 대한 만족도를 강화요인으로, 지역사회 보건복지서비스 연계정도를 촉진요인으로 파악하였다.

이에 본 연구에서는 취약계층 노인들의 건강관리 프로그램을 실기하기에 앞서 취약계층 노인들을 대상으로 PRECEDE 모형 중 행정적-정책적 사정을 제외한 사회적, 역학적, 행위적, 교육적-생태학적 사정단계에 근거하여 취약계층 노인들의 삶의 질에 미치는 영향 요인을 체계적으로 분석하고자 한다. 본 연구를 통해 취약계층 노인들을 대상으로 실시되는 방문건강관리사업과 취약계층 노인 건강관리 프로그램을 기획하는데 유용한 근거자료를 제시하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 취약계층 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

들을 파악함으로써 효율적인 방문건강관리사업을 실시하기 위한 기초자료를 제공하고자 하며, 구체적 목적은 다음과 같다.

- 취약계층 노인의 일상생활활동, 인지기능, 건강증진행위, 자기통제감, 사회적 지지, 방문건강관리 서비스 만족도, 지역사회 보건복지서비스 연계 및 삶의 질의 수준을 파악한다.
- 취약계층 노인의 일상생활활동, 인지기능, 건강증진행위, 자기통제감, 사회적 지지, 방문건강관리 서비스 만족도, 지역사회 보건복지서비스 연계와 삶의 질과의 관계를 분석한다.
- 취약계층 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 취약계층 노인의 PRECEDE 모형의 사정단계별 관련변수인 삶의 질, 일상생활활동, 인지기능, 건강증진행위, 자기통제감, 사회적 지지, 방문건강관리 서비스 만족도, 지역사회 보건복지서비스 연계의 수준을 파악하고, 관련변수간의 관계와 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위한 서술적 관계연구이다. 본 연구에서는 PRECEDE 모형에 근거한 연구의 개념적 기틀은 Figure 1과 같다.

연구 대상

본 연구의 대상은 G시 N보건소의 맞춤형 방문건강관리를 받고 있는 만 65세 이상의 취약계층 노인을 편의 표본 추출하였다. 조사 대상자는 국민기초생활수급 또는 차상위계층의 의료급여 대상자로 보건소의 맞춤형 방문건강관리를 6개월 이상 받고 있는 취약계층 노인으로 연령에 따라 65세에서 75

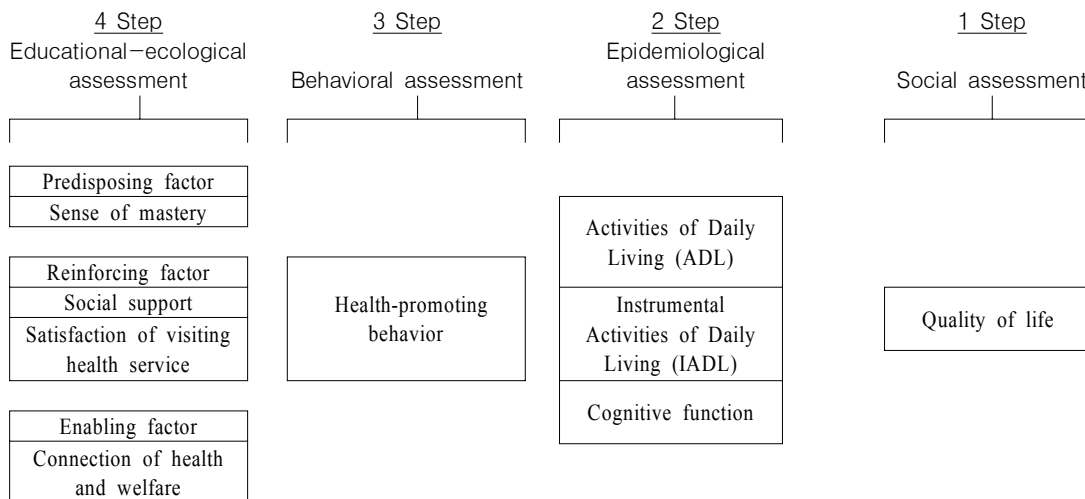


Figure 1. Conceptual framework

세 미만의 전기 노인, 75세에서 85세 미만의 중기 노인 및 85세 이상의 후기 노인의 세단계로 구분하였다. 설문 자료는 본 연구자가 연구목적에만 사용할 것과 연구 참여자에게 익명과 비밀보장을 지킨다는 내용의 동의서를 받고 연구 참여에 상응하는 보상을 함으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 상관성 연구에서 연구도구의 1개 문항 당 5-10배의 표본수를 요구하는 산정방법에 근거하여 총 문항수 60개인 본 연구의 적정 표본수는 300명-600명이 필요하였다. 본 연구에서 500명을 설문 면접 조사하였으나 설문지 회수율 98%로 총 492명을 최종 분석으로 사용하였다.

연구 도구

본 연구에서 사용된 연구 도구를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

● 삶의 질

삶의 질(Quality of life) 측정은 Ware (1995)에 의해 개발한 건강관련 삶의 질 측정도구를 기초로 하여 본 연구의 노인에게 적합하도록 신체적 기능부분을 허약노인의 기능을 측정할 수 있도록 수정 보완하여 사용하였다. 본 도구는 신체적 기능, 신체적 건강문제에 의한 역할 제한, 통증, 일반적 건강, 활력, 사회적 기능, 정신적 건강문제에 의한 역할 제한 및 정신건강과 관련된 삶의 질을 측정하는 총 8문항으로 Likert의 5점 척도를 이용하여 부정적인 응답은 역환산한 후 모든 응답을 합하여 분석하였다. 점수범위가 8-40점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .81이었으며(Ware, 1995), 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .86이었다.

● 일상생활활동(ADL)

일상생활활동(Activities of Daily Living) 측정은 Lawton과 Brody (1969)가 개발한 일상생활활동 측정도구를 Won 등 (2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정 보완한 것을 사용하였다. 이는 옷 입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실 사용, 대소변조절의 능력을 확인하는 것 등의 총 8문항으로 Likert의 3점 척도를 이용하였다. 점수범위가 1-24점으로 점수가 높을수록 일상생활활동이 떨어져 도움이 필요함을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .94이었으며(Lawton & Brody, 1969), 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .89이었다.

● 도구적 일상생활활동(IADL)

도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living)

측정은 Lawton과 Brody (1969)가 개발한 도구적 일상생활활동 측정도구를 Won 등(2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정 보완한 것을 사용하였다. 신체적 자립보다 상위수준에 있는 활동능력을 측정하는 도구적 일상생활활동은 지역사회에서 독립적 생활을 유지할 수 있는지를 결정하기에 중요한 측정변수이다. 이는 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 교통수단이용, 금전관리, 전화사용, 물건사기, 근거리 외출, 약 챙겨먹기 등의 총 10문항으로 Likert의 4점 척도를 이용하였다. 점수의 범위가 10-40점으로 점수가 높을수록 도구적 일상생활활동 정도가 낮은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .94이었으며(Lawton & Brody, 1969), 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .90이었다.

● 인지기능

인지기능(Cognitive function) 측정은 Kwon과 Park (1989)이 우리나라 노인에게 사용할 수 있도록 개발한 K-MMSE를 사용하였다. K-MMSE (Korea-Mini Mental State Examination)는 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 등의 총 10문항으로 각 문항은 '예', '아니오'로 구성되어 있고, 점수범위가 10-20점으로 점수가 높을수록 인지기능이 좋은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .86이었으며(Kwon & Park, 1989), 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .85이었다.

● 건강증진행위

건강증진행위(Health-promoting behavior) 측정은 Belloc과 Breslow (1972)가 성인을 대상으로 개발한 건강증진행위(Health Practice Index; HPI)를 사용하였으며, 측정 항목으로는 1일 평균수면시간, 식습관, 운동여부, 현재 흡연 여부, 현재 음주 여부, 구강건강 및 비만도이다. 비만도는 BMI에 의해 신장과 체중치로부터 체질량지수(BMI)=체중(kg)/[신장(m)]² 공식으로 구한 표준체중(kg)과 비교하여 적정체중 18.5 ≤ BMI < 25.0, 과체중 25 이상으로 구분하였다. 건강증진행위의 평가는 수면시간을 7-8시간, 식습관은 규칙적, 운동은 가끔 하거나 자주함, 현재 흡연은 하지 않음, 현재 음주는 전혀 하지 않거나 가끔함, 규칙적인 잇솔질함, BMI 18.5-25.0에 해당하는 경우에 각 2점을 주어 점수범위가 7-14점으로 점수가 높을수록 건강증진실천행위가 높은 것을 의미한다.

● 자기통제감

자기통제감(Sense of mastery)은 자신의 의지와 노력으로 삶을 주도하여 이끌 수 있다는 신념과 적극적인 자세를 의미한다(Pearlin & Schooler, 1978). 자기통제감 측정은 Pearlin과 Schooler (1978)가 성인을 대상으로 개발한 Mastery Scale을

기초로 하여 우리나라의 여성노인에게 적합하도록 수정 보완하여 사용하였다. 이는 총 7문항으로 Likert의 4점 척도를 이용하여 부정적인 응답은 역환산한 후 모든 응답을 합하여 분석하였다.

자기통제 점수 범위가 7-28점으로 점수가 높을수록 자기통제감이 높은 것을 의미한다. Pearlin과 Schooler (1978)가 처음 도구를 개발하였을 때의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .84이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .85이었다.

● 사회적 지지

사회적 지지(Social support) 측정은 Norbeck, Linsey와 Carrieri (1981)가 인간이 환경으로 부터 직접적으로 지각하는 사회적 지지욕구의 충족정도를 측정할 수 있도록 개발된 것으로 총 4문항으로 Likert의 4점 척도를 이용하였다. 점수범위는 4-16점으로 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .79이었으며(Norbeck et al., 1981), 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .87이었다.

● 방문건강관리 서비스 만족도

방문건강서비스 만족도 측정은 맞춤형 방문건강관리사업 지원단(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2009)에서 개발한 방문건강관리 서비스 만족도 조사도구를 사용하였다. 본 도구는 방문간호사가 제공한 방문건강관리활동에 관한 서비스 만족도를 조사하는 총 5문항으로 Likert의 3점 척도를 이용하였다. 점수범위가 5-15점으로 점수가 높을수록 방문건강관리 서비스 만족도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .92이었다.

● 지역사회 보건복지서비스 연계

지역사회 보건복지 서비스 연계정도는 대상자가 지난 한달 동안 지역사회 보건복지 자원으로부터 사회적 지원 서비스를 받은 횟수로 측정하였으며 점수가 높을수록 지역사회 보건복지 서비스 연계 수준이 높은 것을 의미한다.

자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 2009년 9월 7일부터 10월 16일까지 연구대상의 보건소장과 보건소의 방문보건계 담당에게 연구 내용과 목적을 설명하고 연구 동의를 받은 다음 방문간호사의 도움을 얻어 실시하였다. 자료수집에 관한 교육을 받은 연구조원 5명이 직접 대상자에게 연구목적과 조사내용을 설명하고 참여를 원하는 대상자에게 대면적 면접방법으로 설문조사하였다. 자료수집 전에 자료수집자 간의 신뢰도를 높이기

위해 설문지 각 문항에 대해 이해하는 시간을 2차례 가졌으며 대상자에게 직접 면접을 하는 모의훈련을 실시하여 실제 내용과 불일치를 보인 부분에 대해서는 연구자가 문항에 대해 추가적으로 설명하여 완전히 이해할 수 있도록 훈련을 하였다. 설문지는 면접조사 후 즉시 수거하였으며 응답에 소요된 시간은 평균 30-40분 정도이었다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산 통계 처리하였다.

대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로, 측정도구의 신뢰도는 내적 일관성 검사인 Cronbach's α 로 분석했다. 그리고 일반적 특성에 따른 각 변수간의 차이는 t-test, ANOVA와 Duncan 다중 비교 검증법을 이용하였고, 각 변수간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 삶의 질에 미치는 영향변수를 파악하기 위해 다중회귀분석을 하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 성별분포는 남성 노인 20.9%, 여성 노인 79.1%이고, 65세-74세의 전기노인 54.3%, 75세-84세의 중기노인 33.1%, 85세 이상 후기노인 12.6%를 차지했다. 종교는 40.2%가 있었으며, 교육수준은 무학이 49.8%로 가장 많았으며, 초등졸 38.4%, 중졸 이상 11.8%의 순이었다. 동거상태는 독거노인이 44.9%로 가장 많았고, 부부가족 노인이 24.2% 이었다. 주거형태는 주택주거가 56.1%로 가장 많았으며, 방문건강관리 서비스 기간은 13월-24개월이 56.9%로 가장 많은 수를 차지하였으며, 12개월 이하인 경우도 29.7% 이었다(Table 1).

PRECEDE모형의 사정단계별 대상자의 특성 비교

● 1단계 : 사회적 사정

사회적 사정 단계에서는 본 연구 대상자의 삶의 질을 분석하였다. 대상자의 삶의 질의 평균값은 24.4점으로, 취약계층 노인의 삶의 질에서 연령 집단($F=3.891, p<.05$)과 동거형태($F=5.595, p<.01$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기노인(65세-74세)이 중기노인(75세-84세)과 후기노인(85세 이상)보다 삶의 질을 더 높게 지각하였고, 부부가족 노인이 독거노인보다 삶의 질을 더 높게 지각하고 있었다(Table 1).

● 2단계 : 역학적 사정

역학적 사정 단계에서는 본 연구 대상자의 일상생활활동, 도구적 일상생활활동 및 인지기능을 분석하였다. 대상자의 일상생활활동의 평균값은 1.6점이었고, 도구적 일상생활활동의 평균값은 12.3점이었고 그리고 인지기능의 평균값은 15.8점이었다. 취약계층 노인의 일상생활활동에서 연령 집단($F=6.004, p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 후기노인은 전기와 중기노인에 비해 일상생활활동시 도움을 더 많이 요구하였다. 취약계층 노인의 도구적 일상생활활동에서 성별($t=4.450, p<.001$)과 연령 집단($F=2.318, p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 남성노인이 여성노인보다 도구적 일상생활활동시 도움을 더 많이 요구하였고, 후기노인은 전기와 중기노인에 비해 도구적 일상생활활동시 도움을 더 많이 요구하였다. 취약계층 노인의 인지기능에서 연령 집단($F=12.363, p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기노인과 중기노인은 후기노인에 비해 인지기능이 더 좋았다(Table 1).

● 3단계 : 행위적 사정

행위적 사정 단계에서는 본 연구 대상자의 건강증진행위를 분석하였다. 대상자의 건강증진행위의 평균값은 10.5점으로, 취약계층 노인의 건강증진행위에서 연령 집단($F=9.517, p<.001$)과 주거형태($F=4.299, p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기노인과 후기노인은 중기노인에 비해 건강증진행위를 더 잘 실천하였고, 주택에 거주하는 노

인이 아파트 거주하는 노인보다 건강증진행위를 더 잘 실천하였다(Table 1).

● 4단계 : 교육적-생태학적 사정

• 소인요인

교육적-생태학적 사정단계의 소인요인에서는 본 연구 대상자의 자기통제감을 분석하였다.

대상자의 자기통제감의 평균값은 18.7점으로, 취약계층 노인의 자기통제감에서 연령 집단($F=25.813, p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기노인과 중기노인은 후기노인보다 자기통제감이 더 높았다(Table 1).

• 강화요인

교육적-생태학적 사정단계의 강화요인에서는 본 연구 대상자의 사회적 지지와 방문건강관리 서비스의 만족도를 분석하였다. 대상자의 사회적 지지와 방문건강관리 서비스의 만족도의 평균값은 14.0점과 12.4점이었다. 취약계층 노인의 사회적 지지에서 동거형태($F=3.731, p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 부부가족 노인은 배우자 이외의 다른 사람과 함께 동거하는 노인들이나 독거노인보다 사회적 지지를 더 많이 받았다. 취약계층 노인의 방문건강관리 서비스의 만족도에서 주거형태($F=11.029, p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연립주택에 거주하는 노인은 주택이나 아파트에 거주하는 노인에 비해 방문건강관리 서비스의 만족도가 더 높았다(Table 1).

• 촉진요인

Table 1. Differences in Research Variables by General Characteristics

(N=492)

Characteristics	Category	n (%)	Quality of life			ADL			IADL		
			M (SD)	t/F	Duncan	M (SD)	t/F	Duncan	M (SD)	t/F	Duncan
Gender	Male	103 (20.9)	24.7 (6.5)	0.555		1.4 (0.2)	-0.420		13.9 (5.1)	4.450***	
	Female	389 (79.1)	24.2 (7.5)			1.5 (0.5)			11.8 (4.3)		
Age (yr)	65 ~ 74	267 (54.3)	25.2 (6.0)b	3.891*	a<b	1.3 (0.5)a	6.004*	a<b	12.1 (4.0)a	2.318*	a<b
	75 ~ 84	163 (33.1)	23.7 (9.0)a			1.5 (0.6)a			12.1 (4.3)a		
	85 ~	62 (12.6)	22.6 (5.6)a			2.5 (0.2)b			14.3 (5.0)b		
Religion	Have	198 (40.2)	24.4 (5.7)	0.258		1.4 (0.3)	-0.715		13.5 (5.2)	-0.264	
	Not have	294 (59.8)	24.2 (8.2)			1.6 (0.5)			12.4 (4.8)		
Education	No	245 (49.8)	23.7 (8.1)	2.931		1.7 (0.9)	1.386		12.3 (4.3)	0.017	
	Elementary	189 (38.4)	24.7 (6.3)			1.3 (0.7)			12.2 (4.5)		
Living arrangement	Middle ~	58 (11.8)	26.0 (5.5)			1.3 (0.2)			12.3 (4.6)		
	Alone	221 (44.9)	23.2 (5.7)a	5.595**	a<b<c	1.4 (0.3)	1.775		11.8 (3.8)	2.166	
	With spouse	119 (24.2)	25.9 (6.1)c			1.4 (0.1)			12.5 (4.4)		
Residential type	With family	152 (30.9)	24.7 (9.7)b			1.8 (0.2)			12.7 (4.9)		
	House	276 (56.1)	23.6 (8.4)	2.781		1.7 (0.8)	1.036		12.4 (4.6)	0.743	
	Apartment	183 (37.2)	25.2 (5.5)			1.4 (0.9)			12.0 (4.2)		
Visiting health service (Moonth)	Multi-house	33 (6.7)	25.2 (5.9)			1.2 (0.9)			12.8 (5.1)		
	~ 12	146 (29.7)	24.4 (6.2)	0.538		1.5 (0.4)	0.265		12.1 (4.3)	0.201	
	13 ~ 24	280 (56.9)	24.5 (8.2)			1.5 (0.3)			12.4 (4.4)		
Total	25 ~	66 (13.4)	23.4 (5.2)			1.7 (0.4)			12.1 (3.9)		
		492 (100.0)	24.4 (7.4)			1.6 (0.4)			12.3 (4.5)		

Table 1. Differences in Research Variables by General Characteristics (continued)

(N=492)

Characteristics	Category	Cognitive function			Health-promoting behavior			Sense of mastery		
		M(SD)	t/F	Duncan	M(SD)	t/F	Duncan	M(SD)	t/F	Duncan
Gender	Male	15.8 (2.4)	0.318		10.6 (1.2)	0.767		18.1 (4.8)	-1.357	
	Female	15.7 (2.4)			10.5 (1.2)			18.7 (4.4)		
Age (yr)	65 ~ 74	16.1 (2.4)b	12.363***	a<b	10.7 (1.3)b	9.517***	a<b	19.4 (3.8)c	25.813***	a<b<c
	75 ~ 84	15.7 (2.4)a			10.2 (0.9)a			18.7 (4.4)b		
	85 ~	14.3 (2.2)a			10.6 (1.2)b			14.9 (5.5)a		
Religion	Have	15.7 (2.4)	-0.494		10.4 (1.1)	-1.374		18.5 (4.4)	-0.391	
	Not have	15.8 (2.4)			10.5 (1.2)			18.7 (4.6)		
Education	No	15.6 (2.5)	1.164		10.4 (1.1)c	1.750		18.4 (4.4)	1.151	
	Elementary	16.0 (2.4)			10.6 (1.2)b			18.7 (4.4)		
	Middle ~	15.9 (2.4)			10.6 (1.2)b			19.4 (3.9)		
Living arrangement	Alone	15.7 (2.4)	1.192		10.4 (1.1)	2.267		18.7 (4.4)	0.119	
	With spouse	16.0 (2.4)			10.7 (1.2)			18.6 (4.5)		
	With family	15.6 (2.5)			10.4 (1.1)			18.5 (4.5)		
Residential type	House	15.6 (2.5)	1.532		10.9 (1.3)b	4.299*	a<b	18.4 (4.6)	0.624	
	Apartment	15.9 (2.4)			10.3 (1.1)a			18.7 (4.4)		
	Multi-house	16.1 (2.4)			10.6 (1.2)a			19.3 (4.0)		
Visiting health service (Month)	~ 12	16.0 (2.4)	1.520		10.5 (1.2)	2.538		19.2 (4.0)	2.328	
	13 ~ 24	15.6 (2.5)			10.4 (1.1)			18.2 (4.7)		
	25 ~	16.9 (2.4)			10.8 (1.3)			18.8 (4.4)		
Total		15.8 (2.4)			10.5 (1.2)			18.7 (4.5)		
Characteristics	Category	Social support			Satisfaction of visiting health service			Connection of health & welfare		
		M (SD)	t/F	Duncan	M (SD)	t/F	Duncan	M (SD)	t/F	Duncan
Gender	Male	14.2 (1.7)	1.667		12.5 (1.3)	0.709		2.3 (1.3)	0.281	
	Female	13.9 (1.8)			12.4 (1.6)			2.2 (1.1)		
Age (yr)	65 ~ 74	14.1 (1.7)	1.369		12.4 (2.0)c	0.163	a<b<c	2.8 (1.3)c	66.828***	a<b<c
	75 ~ 84	13.9 (1.8)			12.5 (1.9)b			1.8 (0.6)b		
	85 ~	14.0 (1.7)			12.6 (1.4)a			1.5 (0.5)a		
Religion	Have	14.0 (1.8)	4.671		12.4 (1.6)	-0.399		2.2 (1.2)	-0.575	
	Not have	14.0 (1.7)			12.5 (1.5)			2.3 (1.2)		
Education.	No	14.1 (1.7)	1.316		12.4 (1.4)	0.671		2.0 (1.0)a	11.091***	a<b
	Elementary	13.8 (4.7)			12.5 (1.4)			2.5 (1.4)b		
	Middle ~	12.3 (4.6)			12.6 (1.4)			2.6 (1.2)b		
Living arrangement	Alone	14.3 (1.7)a	3.731*	a<b	12.4 (2.7)	0.092		2.2 (1.0)a	5.906**	a<b
	With spouse	13.7 (1.8)b			12.5 (2.7)			2.6 (1.3)b		
	With family	13.8 (1.7)a			12.4 (2.1)			2.1 (1.2)a		
Residential type	House	14.0 (2.7)	1.007		12.5 (2.6)a	11.029***	a<b	2.1 (1.1)a	6.138**	a<b
	Apartment	14.0 (1.8)			12.1 (2.4)a			2.5 (1.2)b		
	Multi-house	13.9 (2.5)			13.4 (1.6)b			2.1 (5.9)a		
Visiting health service (Month)	~ 12	13.8 (1.7)	1.266		12.5 (1.5)	1.999		2.1 (1.2)a	8.642***	a<b
	13 ~ 24	14.2 (1.8)			12.5 (1.4)			2.2 (1.1)a		
	25 ~	13.9 (1.5)			12.1 (1.5)			2.8 (1.0)b		
Total		14.0 (1.8)			12.4 (1.5)			2.3 (1.2)		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

교육적-생태학적 사정단계의 촉진요인에서는 본 연구 대상자의 지역사회 보건복지 서비스 연계정도를 분석하였다. 대상자의 지역사회 보건복지 연계의 지난 한달 평균횟수는 2.3회이었다. 취약계층 노인의 지역사회 보건복지 서비스 연계에서 연령 집단($F=66.828, p<.001$), 학력($F=11.091, p<.001$), 동거형태($F=5.906, p<.01$), 주거형태($F=6.138, p<.01$), 방문건강관리 서비스 기간($F=8.642, p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이

가 있는 것으로 나타났다. 전기노인은 중기와 후기노인보다 지역사회 보건복지 연계 지원을 더 받았고, 학력이 없는 경우 학력이 있는 경우보다 지역사회 보건복지 연계 지원을 더 받았다. 또한 아파트에 거주하는 부부가족 노인으로 방문건강관리 서비스를 오랫동안 받아오는 경우가 지역사회 보건복지 연계 지원을 더 받았다(Table 1).

PRECEDE모형의 사정단계별 연구변수간의 상관관계

취약계층 노인의 삶의 질은 자기통제감($r=.213, p<.05$), 지역 사회 보건복지 연계($r=.160, p<.05$), 건강증진행위($r=.112, p<.05$) 및 인지기능($r=.119, p<.01$)과는 정적 상관관계가 있었고, 일상생활활동($r=-.266, p<.01$)과 도구적 일상생활활동($r=-.339, p<.01$)과는 부적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 자기통제감은 삶의 질($r=.213, p<.05$), 인지기능($r=.287, p<.01$) 그리고 지역사회 보건복지 연계($r=.122, p<.01$)와 정적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 사회적 지지는 방문건강관리 서비스의 만족도($r=.218, p<.01$)와 정적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 지역사회 보건복지 서비스 연계는 건강증진행위($r=.175, p<.01$), 인지 기능($r=.126, p<.01$) 및 삶의 질($r=.160, p<.05$)과 정적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 건강증진행위는 도구적 일상생활활동($r=-.185, p<.01$)과 부적 상관관계가 있었으며 삶의 질($r=.112, p<.05$)과는 정적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 일상생활활동은 도구적 일상생활활동($r=.540, p<.01$)과 정적 상관관계가 있었으며, 인지기능($r=-.157, p<.01$)과 삶의 질($r=-.266, p<.001$)과는 부적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 도구적 일상생활활동은 삶의 질($r=-.339, p<.01$)과는 부적 상관관계가 있었다. 취약계층 노인의 인지기능은 삶의 질($r=.119, p<.01$)과는 정적 상관관계가 있었다(Table 2).

삶의 질에 미치는 영향요인 분석

취약계층 노인의 최종 종속변수인 사회적 사정변수의 삶의 질에 영향을 미치는 주요 예측 변수를 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였다(Table 3). 첫 번째 모델에서는 일반적 특성이 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보았으며, 두 번째 모델에서는 첫 번째 모델에서 역학적 사정단계의 일상생활활동, 도구적 일상생활활동 및 인지기능 변수를 추가 투입하여 분석하였으며, 세 번째 모델에서는 두 번째 모델에서 행위적 사정단계의 건강증진행위 변수를 추가 투입하여 분석하였으

며, 네 번째 모델에서는 세 번째 모델에서 교육적-생태학적 사정단계의 자기통제감, 사회적 지지, 방문건강관리 서비스의 만족도 및 지역사회 보건복지 서비스 연계정도 변수를 추가 투입하여 분석하였다. 결과에서는 각 모델의 설명력, 독립변수의 회귀계수 값의 변화와 유의성을 분석함으로써 삶의 질 관련 변수간의 관계를 살펴보았다. 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 독립변수들 간의 다중공선성의 문제를 확인한 결과 상관관계는 .03-.78로 .80 이상인 설명변수는 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, Durbin-Watson 통계량은 1.88-2.90범위에 있어 자기상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제는 공차 한계(tolerance)가 .71-.88로 1.0이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variance inflation factor, VIF)도 1.11-2.82로 기준인 10이상을 넘지 않아 문제는 없었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance 값은 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되었다.

모델 1에서 설명력이 $R^2=.096$ 으로 일반적 특성이 삶의 질에 대하여 9.6%를 설명하고 있으며 이는 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 구체적인 변수의 영향력을 살펴보면, 교육수준($\beta=.116, p<.05$)과 동거상태($\beta=.389, p<.01$)가 유의하여 교육수준이 높을수록 동거가족이 있을수록 삶의 질이 높았다. 모델 2에서는 설명력이 $R^2=.169$ 로 일반적 특성과 역학적 사정변수가 삶의 질에 대하여 16.9%를 설명하고 있으며 이는 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 구체적인 변수의 영향력을 살펴보면, 동거상태($\beta=.127, p<.05$), 일상생활활동($\beta=-.115, p<.01$), 도구적 일상생활활동($\beta=-.275, p<.001$) 및 인지기능($\beta=.080, p<.05$)이 유의하였다. 즉, 동거가족이 있을수록 삶의 질이 높았고, 일상생활활동과 도구적 일상생활활동이 높을수록 삶의 질이 낮았다. 모델 3에서는 설명력이 $R^2=.221$ 로 일반적 특성, 역학적 사정변수 및 행위적 사정변수가 삶의 질에 대하여 22.1%를 설명하고 있으며 이는 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 구체적

Table 2. Correlation among Research Variables

(N=492)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sense of mastery	-							
2. Social support	-.059	-						
3. Satisfaction of visiting health service	.009	.218**	-					
4. Connection of health & welfare	.122**	.015	-.066	-				
5. Health-promoting behavior	.056	-.004	.036	.175**	-			
6. ADL	-.087	-.044	-.045	-.059	-.017	-		
7. IADL	-.018	-.036	-.041	-.069	-.185**	.540**	-	
8. Cognitive function	.287**	-.012	.027	.126**	.034	-.157**	-.067	-
9. Quality of life	.213*	.051	.006	.160*	.112*	-.266***	-.339**	.119**

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

Table 3. Regression among Research Variables

(N=492)

Variables	Model I		Model II		Model III		Model IV	
	B	β	B	β	B	β	B	β
(Constant)	20.894		37.153		23.046		18.629	
Gender (0=male,1=female)	.813	.048	-.453	-.027	-.226	-.013	-.037	-.002
Age (0=65~74year, 1=75~84year, 2=85~year)	-.056	-.036	-.071	-.046	-.059	-.039	-.060	-.039
Religion (0=not have, 1=have)	-.346	-.023	-.055	-.004	-.128	-.009	-.140	-.009
Educational level (0=none,1=elementary, 2=middle-)	1.216	.116*	.785	.075	.849	.081	.912	.087
Living arrangement (0=alone, 1=with spouse, 2=with family)	.759	.389**	1.087	.127*	1.083	.126**	1.136	.133**
Visiting health service (0=~12month, 1=12~24month, 2=24~month)	-.369	-.032	-.242	-.021	-.251	-.022	-.330	-.028
ADL			-.342	-.115**	-.281	-.096	-.282	-.095
IADL			-.535	-.275***	-.452	-.232***	-.436	-.224***
Cognitive function			1.180	.080*	1.212	.082*	1.867	.166
HPB					.928	.103*	.976	.108
Sense of mastery							.226	.216**
Social support							.275	.067
Satisfaction of visiting health service							.070	.020
Connection of health & welfare							.279	.213*
	$R^2=.104$		$R^2=.187$		$R^2=.243$		$R^2=.312$	
	adjusted $R^2=.096$		adjusted $R^2=.169$		adjusted $R^2=.221$		adjusted $R^2=.307$	
	F=4.950***		F=9.479***		F=11.017***		F=16.600***	

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

ADL=Activities of daily living; IADL=Instrumental activities of daily living; HPB=Health-promoting behavior.

인 변수의 영향력을 살펴보면, 동거상태($\beta=.126, p<.01$), 도구적 일상생활활동($\beta=-.232, p<.001$), 인지기능($\beta=.082, p<.05$) 및 건강증진행위($\beta=.103, p<.05$)가 유의하였다. 즉, 동거가족이 있을수록 또한 인지기능과 건강증진행위가 높을수록 삶의 질이 높은 반면에 도구적 일상생활활동이 높을수록 삶의 질은 낮았다. 모델 4에서는 설명력이 $R^2=.307$ 로 일반적 특성, 역학적 사정변수, 행위적 사정변수 및 교육적·생태학적 사정이 삶의 질에 대하여 30.7%를 설명하고 있으며 이는 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 구체적인 변수의 영향력을 살펴보면, 동거상태($\beta=.133, p<.01$), 도구적 일상생활활동($\beta=-.224, p<.001$), 자아통제감($\beta=.216, p<.01$) 및 지역사회 보건복지 서비스 연계($\beta=.213, p<.05$)가 유의하였다. 즉, 동거가족이 있을수록 또한 건강증진행위, 자아통제감 및 지역사회 보건복지 서비스 연계 정도가 높을수록 삶의 질이 높은 반면에 도구적 일상생활활동이 높을수록 삶의 질은 낮았다.

논 의

본 연구는 취약계층 노인을 대상으로 Green과 Kreuter (1999)가 개발한 PRECEDE 모형의 사정단계에 따른 대상자의 특성을 체계적으로 분석하고 최종적으로 사회적 사정변수인 삶의 질에 미치는 영향요인을 분석하기 위한 것이다.

PRECEDE모형에서 삶의 질을 측정하는 사회적 사정은 아

직 구명하고 측정하기 어렵지만 많은 객관적, 주관적 방법을 이용하여 측정할 수 있다. 본 연구에서는 Ware (1995)가 개발한 삶의 질 측정도구를 이용하여 분석하였다. 분석결과를 보면, 취약계층 노인의 삶의 질의 측정 점수는 중간 정도의 수준을 나타냈으며, 이는 보건소 방문간호대상 중 기초생활보장수급 노인을 대상으로 노인의 삶의 질을 측정한 Park과 Ha (2004)의 연구와 유사하였으나 지역사회에 거주하는 재가노인을 대상으로 삶의 질을 측정한 Lee 등(2009)의 연구에 비해 낮은 결과를 보였다. 취약계층 노인의 삶의 질은 전기노인이 중기와 후기노인보다 삶의 질을 더 높게 지각하고 있었으며, 부부가족 노인이 독거노인보다 삶의 질을 더 높게 지각하고 있었다. 선행연구에서도 개인이 지각하는 삶의 질은 연령증가에 따라 낮아지는 것으로 보고되고 있다(Stenzelius, Westergren, Thorneman, & Hallberg, 2005). 노인의 연령이 증가함에 따라 배우자와 사별 비율이 높은 것으로 나타나 고령노인 일수록 독거노인의 비율이 높다는 것을 알 수 있었으며, 이와 같은 결과는 Park과 Lee (2003)의 연구와 일치를 보이고 있으며 독거노인의 증가는 빈곤문제, 질병 및 건강보호 문제, 심리적 고독감, 사회적 소외감 등 다양한 사회적 과제를 제시하고 있다.

역학적 사정단계의 일상생활활동과 도구적 일상생활활동의 능력은 보건소 방문간호대상 중 기초생활보장수급 노인을 대상으로 노인의 일상생활활동과 도구적 일상생활활동을 측정 한 Park과 Ha (2004)의 연구결과와 유사하였으나 지역사회에

거주하는 재가노인을 대상으로 일상생활활동과 도구적 일상생활활동을 측정된 Lee 등(2009)의 연구에 비해 다소 낮은 결과를 보였다. 또한 취약계층 노인의 일상생활활동과 도구적 일상생활활동은 후기노인이 전기와 중기노인에 비해 도구적 일상생활활동시 도움을 더 많이 요구하였다. 고령화가 될수록 일상생활활동의 도움을 더 많이 요구하는 것으로 나타나, 연령에 따라 일상생활기능이 실질적 측면에서 많은 차이가 난다는 기존연구 결과(Cha, Han, & Lee, 2002)와 일치하는 것으로 확인되었다. 노인들의 일상생활활동 능력이 노년기의 삶의 사회심리적 요인과 밀접한 연관성을 가진다는 기존연구 결과(Stenzelius et al., 2005)에 비추어 볼 때, 연구대상의 삶에서 일상생활활동 유지를 위한 신체적 기능 향상의 중요성은 강조할 필요가 있다.

역학적 사정단계의 인지기능에서도 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 중기와 후기 노인이 전기노인에 비해 인지기능이 감소되었다. 인지기능은 일상생활기능과 함께 노년기의 삶의 독립적으로 살아가는데 있어서 중요한 요소라는 점(Kwon & Park, 1989)에서 노인의 삶에 중요한 의미가 있다고 본다. 노인들의 연령이 증가할수록 인지기능은 낮아지는 것으로 보고된 선행 연구(Hwang & Doh, 2000)와 대부분 일치하는 결과이다. 본 연구의 대상자들이 취약계층이고, 맞춤형 방문건강관리사업의 대상 노인으로 일반노인에 비해 인지 상태는 현저히 낮은 것을 알 수 있다. 따라서 이들 지역의 방문대상 노인에게는 인지기능 상태를 충분히 고려한 간호중재가 이루어져야 하고, 향후에도 인지 기능의 저하를 예방할 수 있는 치매예방 프로그램 등과 같은 내용이 방문건강관리사업에 적극적으로 도입될 필요가 있다.

행위적 사정단계의 건강증진행위의 실천정도는 보건소의 건강증진프로그램에 참여한 노인들(Lee et al., 2008)보다 현저히 낮은 결과이었다. 최근 보건소가 건강증진 거점 역할을 해 오면서 노인을 대상으로 건강증진프로그램을 실시한 결과 노인의 신체적, 사회심리적인 건강상태의 효과적인 변화를 보고(Lee et al., 2008)하고 있다. 이러한 결과는 노인들을 대상으로 건강 잠재력을 강화시키는 중재를 통해 건강생활실천 행위를 이끌어 낼 수 있음을 입증하였다. Smith 등(2002)의 연구에 의하면 노인들은 자기 건강에 대해 관심이 높고 자발적으로 건강에 대해 어떤 중재를 하려 하는 잠재성이 높은 집단으로 나타났다. 그러므로 노인의 건강증진행위 실천을 위한 노력은 이들의 성공적인 노화과정을 유지하기 위해 장애물로 인식되어지는 잠재적 위험을 최소화하려는 의지 때문에 오히려 다른 연령층보다 더 큰 효과를 거둘 수 있을 것으로 생각한다.

교육적·생태학적 사정단계의 소인요인인 자기통제감은 대도시의 노인종합복지관과 노인정의 60세 이상 노인을 대상으로

조사한 Jang 등(2008)의 연구에서의 자기통제감보다 더 낮은 결과를 보였다. 또한 취약계층 노인이 혼자 생활하는 경우는 배우자와 함께 생활하거나 배우자를 제외한 가족과 함께 생활하는 경우보다 낮은 수준의 자기통제감을 보였는데, 이와 같은 결과는 혼자 생활하는 노인들은 지지체계의 결손으로 자기통제감의 정도가 낮다는 Yang (2005)의 연구결과와 일치하며, 가족 지지가 노인들의 자기통제감을 향상시켜줄 수 있는 중요한 요인이라고 한 Chung (2001)의 연구를 지지하는 것이라 볼 수 있다. 특히 독거노인일 경우 가족의 지지 체계를 대신해 줄 수 있는 사회적지지 자원을 제공하는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다.

교육적·생태학적 사정단계의 강화요인인 사회적 지지는 지역사회 노인정 노인의 사회적 지지 정도를 측정된 Hwang과 Doh (2000)의 연구에 비해 낮은 결과를 보였으며, 종교를 가지고 있고 배우자가 있는 노인이 사회적 지지를 더 많이 받았다. 이는 종교가 노인의 총체적 삶의 만족도와 행복도에 유의한 영향을 미친다는 Kim과 Park (2000)의 연구와 같은 맥락이다. 노인이 종교 활동을 하게 되면 사회적 지지망이 형성되어 노년기에 오기 쉬운 소외감과 고독감을 덜어줄 수 있을 뿐 아니라 노년기의 끝인 죽음에 대해서도 담담하게 받아들일 수 있게 함으로 삶의 의미를 높여 주는 것이다. Yang (2005)의 연구에서 노인들 중 소득수준이 낮은 집단인 독거노인의 경우 가족과 함께 생활하는 노인들보다 사회적 지지와 삶의 질의 관련성이 높다고 하였다. 이러한 보고는 노인들의 소득 수준과 가족형태에 따라, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 효과는 달라질 수 있다는 것을 시사한다. 즉, 소득이 낮고, 혼자 생활하는 노인들의 경우, 경제적으로 여유가 있고 가족과 함께 생활하는 노인들에 비해 사회적 지지의 효과가 더욱 크게 나타날 수 있으므로, 사회적 지지의 요구가 높은 대상이라고 볼 수 있다. 따라서 취약계층 노인의 사회적 지지망을 연계하고 확충시켜 나갈 사회활동 프로그램 중재의 필요성이 제시되며 특히 본 연구대상의 경우 지역사회 내에서의 사회적 관계 유지를 강화하는 서비스가 제공될 수 있도록 자원을 개발하는 것이 시급하다.

사회적 사정변수인 삶의 질에 직접적으로 영향을 미치는 주요변수로는 교육적·생태학적 사정변수 중 소인요인인 자기통제감, 촉진요인인 지역사회 보건복지 연계 및 역학적 사정변수인 도구적 일상생활활동과 관련되는 것으로 분석되었다. 특히 자기통제감이 삶의 질과 유의한 높은 상관관계가 있는 것으로 분석되었는데, 이는 자기통제감이 삶의 질의 중요한 요인이라고 제시한 다른 연구(Jang, Lee, Yoon, & Kim, 2008; Schieman & Turner, 1998) 결과와 일치되는 결과였다. 노인의 자기통제감은 노년기의 다양한 스트레스 상황에서 신체적·정신적 건강을 보호하고 증진시키는 역할을 한다고 밝혀져 왔

다(Schieman & Turner, 1998). Skaff, Mullan, Fischer와 Chesla (2003)에 의하면 자기통제감이 높은 사람일수록 건강한 생활습관을 지녀 궁극적으로 삶의 질 향상을 가져올 가능성이 크다고 한다. 또한 흡연, 음주 등과 같은 건강생활실천행위를 교정하기 위한 프로그램에서, 자기통제감이 높은 사람일수록 더 큰 효과를 보이는 것으로 나타났다(DeSocio, Kitzman, & Cole, 2003). 또한 빈곤으로 인한 보건의료 접근성이 낮은 취약계층 노인들은 자기통제감이 낮으며(Kim, 2001), 자기통제감이 조절되지 않아 이로 인하여 사회적 활동을 줄이고 집에 머물면서 신체적 기능의 약화를 초래하는 악순환을 하게 된다(Lee, 2000)고 하였다. 이러한 노인들의 노화로 인한 신체기능의 감소는 심리적으로 자기통제감에 위협을 가하여 자기관리가 저하되고 건강한 생활습관을 해쳐 삶의 질이 악화될 것이다. 따라서 취약계층 노인들의 자기통제감을 고취시키기 위한 프로그램이 필요성을 시사한다고 하겠다.

또한 지역사회 보건복지서비스 연계 역시 삶의 질에 주요 영향요인으로 밝혀졌는데 이는 선행연구결과(Park, 1996)와 일치되어 노인의 삶의 질을 높이기 위한 해결책은 개별적이고 분절적인 접근보다 전체적인 접근방식으로 지역사회 자원연계와 복지프로그램 운영과 같은 사회적, 심리적, 경제적 요소들을 모두 포괄할 수 있는 통합적인 프로그램이 제공되어야 할 것이다. 취약계층 노인의 건강문제는 단순한 질병의 문제라기 보다는 복합적인 요인으로 구성되어 있으므로 포괄적이고 효율적인 보건복지서비스 제공체계가 필요하다. 특히 본 연구대상자인 맞춤형 방문건강관리 대상자는 기초생활수급권자와 차상위 계층의 독거노인이 대다수를 차지하였다는 점에서 건강에 악영향을 미칠 수 있는 잠재요소를 많이 내포한 것으로 파악되었다. 취약계층을 우선관리 대상으로 하는 보건소 방문건강관리사업은 사회복지업무와의 연계가 절실히 요구되고 있지만, 우리나라 보건복지서비스 전달체계는 보건의료전달체계와 사회복지체계가 이원화되어 운영되고 있다. 즉, 보건소와 사회복지기관과는 공식적인 상호연계체계가 이루어지지 않고 각각의 서비스를 나름대로 제공하고 있는 실정이다. 이에 취약계층 노인들의 삶의 질 제고를 위해서도 보건소와 사회복지기관의 서비스를 상호 연계체계를 확립하여 지역사회자원을 효율적으로 활용하는 방안을 마련해야 할 것이다.

마지막으로 역학적 사정단계의 도구적 일상생활활동이 삶의 질의 영향변수임이 확인되었는데, 이는 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요소 중 일상생활활동 기능이 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 우선적인 요소로 확인된 연구결과(Park & Ha, 2004)와 일치되었다. Stenzelius 등(2005)은 노인의 일상생활활동 능력이 독립적일수록 삶의 만족도가 높았으며 노인의 삶의 질 지각에 가장 관계있는 변수는 일상생활활동 능력이라고 보고하였다. 일반적으로 노인의 건강상태는 노화로 인한

여러가지 신체적 정신적 장애나 질환을 나타내는 경우가 많아 의학적 진단이나 병적 증상유무 등 병적상태만을 근거하기 보다는 기능 수준에 기초를 둔 다차원적 기능적 건강상태 측정을 동시에 고려할 필요가 있다. 이에 다차원적인 기능적 건강상태를 고려한 도구적 일상생활활동 능력은 노인이 매일 일상 활동에서 수행해야 할 수단으로 노인의 삶의 질이 높을 뿐만 아니라 노화를 성공적으로 이끌게 될 것이다. 노인의 노화 과정은 연령이 증가함에 따라 자연스럽게 발생하는 생리 과정이지만 노화의 속도는 여러 가지 요인에 의해 좌우되며 같은 연령일지라도 일상생활활동 기능에는 차이가 있다. Hwang과 Doh (2000)는 일상생활활동 능력의 자연적 저하는 사회생활의 모든 부분과 삶의 질을 저하시키는 요인으로 젊은 연령 집단에서는 별로 중요하지 않은 요소도 노인에게는 상당히 중요한 요소라고 하였다. 그러므로 노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서 노인의 도구적 일상생활활동 기능을 독립적으로 수행해 나갈 수 있는 건강증진프로그램의 전략을 수립해야 할 것이다.

행위적 사정단계의 건강증진행위에는 교육적-생태학적 사정 변수 중 방문건강관리 서비스의 만족도가 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 방문건강관리 서비스의 만족도는 교육적-생태학적 사정변수들 내에서 사회적 지지와 밀접한 상관관계가 있었다. 아울러 교육적-생태학적 사정변수 중 소인요인인 자기통제감은 건강증진행위와 정적 상관관계가 있으며, 건강증진행위는 다시 방문건강관리 서비스의 만족도와 정적 상관관계를 가지고 있어서 교육적-생태학적 사정변수 중에서는 방문건강관리 서비스의 만족도가 다른 종속변수들에 대해 가장 핵심적인 영향변수임이 확인되었다.

이 결과들은 개인이나 집단의 행위에 영향을 주는 요인을 소인요인, 강화요인, 그리고 촉진요인으로 분류하고 어느 단순한 행위라도 한가지 원인으로 인해 나타나는 행위는 거의 없으며, 이 세 가지 요인이 복합적으로 영향을 미쳐 나타난다고 한 Green과 Kreuter (1999)의 주장을 뒷받침해주고 있다. 이들이 제시한 PRECEDE 모형의 소인요인, 강화요인 및 촉진요인은 직접적으로 건강증진행위에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 건강증진행위는 역학적 사정변수인 도구적 일상생활활동에 밀접하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구결과로 비추어 볼 때, 건강증진을 위한 간호현장에서 취약계층 노인대상자들의 삶의 질에 영향을 하는 변수들을 표적으로 이들을 변화시키고 강화시키는 간호전략을 구상해야 할 것이라고 생각한다. 즉, 취약계층 노인들의 건강증진을 통한 삶의 질의 향상을 성취하기 위해서는 일반적인 건강증진 프로그램보다는 취약계층 노인 집단의 특성을 반영시킨 맞춤형 간호를 실시해야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 PRECEDE 모형을 이용하여 취약계층 노인들의 건강행위와 관련된 요인들과 삶의 질을 체계적으로 사정함으로써 대상자 요구 및 특성에 적합한 건강증진사업 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제시하고자 시도한 서술적 조사연구이다.

국민기초생활수급 또는 차상위계층의 의료급여 대상자로 보건소의 맞춤형 방문건강관리를 6개월 이상 받고 있는 취약계층 노인을 편의 표본 추출하여 2009년 9월 7일부터 10월 16일까지 PRECEDE 모형에 근거한 사정 관련 요인들을 대면적 면접조사하였다.

본 연구에서는 사회적 사정변수인 삶의 질은 교육적·생태학적 사정변수 중 소인요인인 자기통제감이 높을수록 삶의 질이 높았고, 교육적·생태학적 사정변수 중 촉진요인인 지역사회 보건복지 서비스 연계가 많을수록 삶의 질이 향상되었으며, 역학적 사정변수인 도구적 일상생활활동이 높을수록 일상생활 의존도가 높아 삶의 질에 부정적인 영향을 미친 것으로 나타났다. 따라서 취약계층 노인을 우선으로 하는 보건소의 맞춤형 방문건강관리사업은 삶의 질에 영향을 미치는 변수인 자기통제감, 지역사회 보건복지 서비스 연계성 및 일상생활활동 능력 제고에 기초한 건강증진 프로그램을 개발하고 운영할 필요성이 제기되었다.

취약계층 노인에 대한 방문건강관리 서비스 및 프로그램은 차별화될 필요가 있음을 제시하는 본 연구의 결과는 기존 연구의 결과에 더욱 구체적인 정보를 제공한 것이라 생각한다. 그러나 본 연구는 한 지역에 거주하는 취약계층 노인만을 조사대상으로 함으로써 연구 결과를 일반화하는데 한계점을 지니며, 설문지를 사용한 면접조사연구 방법을 사용함으로써 노인이 지각하는 삶의 만족도를 측정하는데 한계점을 지닌다.

따라서 향후 연구에서는 대상자들의 상황에 맞는 좀 더 적절한 도구를 선별할 필요가 있겠으며, 이 변수들 간의 PRECEDE 모형을 근간으로 한 반복연구를 통해 본 결과에 대한 타당성을 검증해 보아야 할 것이다.

References

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relation of physical health status and health practices. *Preventive Medicine, 1*(3), 409-421.

Cha, S. H., Han, K. H., & Lee, J. H. (2002). Relationship between self-rated health and physical, mental social health: Differences among three aged group. *Journal of the Korean Gerontological Society, 22*, 173-190.

Chung, H. J. (2001). Relationship of sense of mastery,

resources, and appraisal with psychological adjustment of female elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society, 18*(3), 74-89.

DeSocio, J., Kitzman, H., & Cole, R. (2003). Testing the relationship between self-agency and enactment of health behaviors. *Research in Nursing & Health, 26*(1), 20-29.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning. An educational and ecological approach* (3rd ed.). New York : Mayfield Publishing Co.

Hwang, M. H., & Doh, B. N. (2000). A study of perceived health status, social support and self care agency of the aged. *The Journal of Kyungpook Nursing Science, 4*(1), 43-58.

Jang, Y., Lee, J., Yoon, H., & Kim, S. Y. (2008). Determinants of sense of mastery in later life. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(4), 1055-1068.

Kim, M. S., & Park, M. J. (2000). The impact of religion on the quality of life of the elderly. *Journal of the Korean Gerontological society, 20*, 29-47.

Kim, S. H. (2001). *A study on the relationship between satisfaction of life and health promoting behavior of the old*. Unpublished master's thesis, Korean University, Seoul.

Korea Center for Disease Control & Prevention (2009). *2008 Korea national health & nutrition examination survey*. Seoul.

Kwon, Y. C., & Park, J. H. (1989). Standardization of Korean version of the Mini-Mental State Examination for use in the elderly. Part II. Diagnostic validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 28*(1), 125-135.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*(3), 179-186.

Lee, B. Y., Jo, H. S., Lee, H. J., & Yoo, S. H. (2008). Health promotion priorities of older adults in a rural community. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 19*(1), 57-65.

Lee, H. S., Kim, H. S., & Jung, Y. M. (2009). Depression and quality of life in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 20*(1), 12-22.

Lee, M. S. (2000). *Sense of mastery and depression in community dwelling elders*. Unpublished master's thesis, Wonkwang University, Chonbuk.

Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (2008). *2007 Statistical yearbook of health, welfare and family affairs*. Seoul.

Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (2009). *2009 Manual of fitting home visiting health service*. Seoul.

Norbeck, J. S., Linsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*(5), 264-269.

Park, J. S., & Lee, H. R. (2003). A comparative study on a health promoting lifestyle and perceived health status between high and low income elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 14*(1), 157-166.

Park, K. M., & Ha, E. K. (2004). Ability of self care and health promotion lifestyle for vulnerable elderly in urban

- community. *Korean Public Health Researches*, 30(1), 96-103.
- Park, K. S. (1996). Effects factors on service linking among social welfare public servants, social welfare office and public health center. *Korean Journal of Social Welfare*, 30, 48-76.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Schieman, S., & Turner, H. A. (1988). Age, disability, and the sense of mastery. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(3), 169-186.
- Skaff, M. M., Mullan, J. T., Fisher, L., & Chesla, C. A. (2003). A contextual model of control beliefs, behavior, and health: Latino and European Americans with type 2 diabetes. *Psychology and Health*, 18(3), 295-312.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Stenzelius, K., Westergren, A., Thorneman, G., & Hallberg, I. R. (2005). Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(1), 85-102.
- Ware, J. E. (1995). The status of health assessment 1994. *Annual Review of Public Health*, 16, 327-354.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E., & Yoon, J. L., et al. (2002). The Development of Korean Activities of Daily Living (K-ADL) and Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) Scale. *Journal of Korean Geriatrics society*, 6(2), 107-120.
- Yang, S. M. (2005). *Factors influencing sense of mastery of elders in rural areas*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.

Quality of Life of Older Adult with Home Health Services - Applied PRECEDE Model -

Park, Kum Hwa¹⁾ · Choi, Yeon Hee²⁾

1) Professor, Department of Nursing, Youngnam Foreign Language College

2) Professor, College of Nursing, Kyungpook National University

Purpose: The purpose of this study was to determine factors that affect poor quality of life (QOL) of older adults who received home health service. **Method:** The sample 492 older adults participated in the study. The QOL was measured using the scale of QOL of Ware and other data were collected through face-to-face interviews from September to August, 2009. **Results:** The level of QOL was moderate (Mean 24.4, SD 7.4). The QOL was poorer in older adults ($p<.05$) and in those living alone ($p<.01$) compared to older adults and those living with couple or family respectively. The QOL was positively correlated with a sense of mastery ($r=.213$, $p<.05$), connection of health ($r=.160$, $p<.05$) and a cognitive function ($r=.119$, $p<.01$), and negatively correlated with Activities of Daily Living ($r=-.266$, $p<.01$) and Instrumental Activities of Daily Living ($r=-.339$, $p<.01$). Sense of mastery, connection of health & welfare, and IADL were significant predictors of QOL. **Conclusion:** Finding suggest that home health service program should incorporate strategies for increasing sense of mastery and capability of performing IADL, and strengthening connection of health service that may improve QOL of older home health service recipients.

Key words : Quality of life, Home health service, Older adults

• Address reprint requests to : Choi, Yeon Hee

College of Nursing, Kyungpook National University

101 Dongin-dong, Jung-gu, Daegu 700-422, Korea

Tel: 82-53-420-4925 C.P.: 82-11-237-7232 Fax: 82-53-421-2758 E-mail: yeonhee@knu.ac.kr