

# 도시 재가노인의 건강상태, 건강관리형태 및 일상생활수행능력\*

정명실<sup>1)</sup> · 임경춘<sup>2)</sup> · 김연하<sup>3)</sup>

## 서 론

### 연구의 필요성

노령인구 증가에 따라 필연적으로 우리사회가 당면하게 된 과제는 노인의 건강문제로서(Chung & Lim, 2015), 노년기는 은퇴, 배우자의 사망 등 사회·심리적 경험 뿐 아니라 근력의 약화, 기능상실, 만성질환 등 신체적인 변화를 겪게 된다(Kim, Lee, & Lee, 2010). 노년기에 겪게 되는 신체적인 변화로 인한 건강상태의 악화는 삶의 질을 저하시킬 수 있으므로(Kim & Lee, 2009), 단순한 수명 연장보다 건강수명을 증진시키고 삶의 질을 향상시키는데 관심을 두고 노인의 건강을 다루어야 한다(Shin, Byeon, Kang, & Oak, 2008). 건강한 노후는 기존의 부정적이고 의존적인 노후의 개념에서 변화된, 긍정적이고 적극적인 개념으로 활발한 노후 등과 더불어 성공적인 노화의 실질적인 모습이다(Park, 2012).

건강은 노인이 신체적 독립상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해 가며 사회생활에서 기대되는 역할수행 및 사회적 통합을 이루기 위한 기본 조건(Lee & Park, 2006)이기 때문에 건강관리가 매우 중요하다. 그러나 신체적 노화와 더불어 1~2개 이상의 질병을 호소하고 있는 노인은 수입 감소로 인한 경제적 어려움 때문에 적절한 치료나 건강관리를 받지 못하는 등 많은 문제를 가지고 있다(Han, 2002). 우리나라 노인에서는 성별, 연령, 교육수준, 경제활동여부, 동거가족형

태 등 다양한 사회적 배경이 그들의 질병 혹은 건강관리 활동이나 건강상태에 영향을 준다(Hyun, 2004). 대부분의 노인은 노후준비가 중요하다고 생각하나, 자녀양육, 교육비 부담, 노후생활에 대한 인식부족으로 노후준비 없이 노년을 맞이하고 있으며 생활비 마련을 위해 노년까지 일해야 하거나 자녀들에게 경제적 도움을 바라는 등 경제적 준비가 미흡한 실정이다(Choi & Ha, 2012). 실제로 노인의 건강상태가 양호할 때 경제적 부담 또한 줄어들고 노년기 건강은 노후 생활의 원동력으로서 성공적인 노화를 위해 가장 중요한 요소이다(Park, 2012). 성공적인 노화란 주된 질병과 관련된 장애가 없고 신체적 기능에 제한적인 어려움이 없어 일상생활수행능력이 어떤 장애가 없으며 의미있는 인지기능장애가 없는 상태를 말한다(Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002). 성공적 노화에 미치는 요소는 연구에 따라 다르지만 신체적 극복력이 미치는 영향은 약 9% 정도이며, 인지상태, 우울, 및 나이가 더 많은 영향을 미치는 경우도 있다(Resnick, Klinedinst, Yerges-Armstrong, Choi, & Dorsy, 2015). 따라서 노인의 건강상태에 영향을 미치는 요소와 건강관리 측면을 파악하는 것은 의미가 있을 것이다.

노인의 건강상태는 대부분 노화현상에 의한 것으로 병리적인 것보다 기능 수준에 기초를 둔 기능적 건강상태를 측정하며 일상생활수행능력 도구가 유용하게 사용된다(Kim et al., 2010). 노인의 일상생활수행능력 유지, 질병예방, 건강유지와 건강증진 활동은 노인의 경제적 부담을 줄이고 삶의 질을 높

**주요어 :** 건강상태, 건강관리, 일상수행능력, 노인

\* 이 논문은 2013년도 성신여자대학교 교내연구비 지원에 의해서 수행됨.

1) 성신여자대학교 간호대학 교수

2) 성신여자대학교 간호대학 부교수(교신저자 E-mail: kyungclim@hotmail.com)

3) 성신여자대학교 간호대학 조교수

Received: October 28, 2015

Revised: February 4, 2016

Accepted: February 8, 2016

이는 방법이 될 것이다. 노인의 건강관련 삶에 있어서는 질병의 유무보다 일상생활을 얼마나 잘 수행하느냐가 더 중요하다(Kim et al., 2010). 즉 노인이 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 인지한 경우 사망률이 더 높고 주관적 건강상태가 나쁠수록 일상생활수행능력 수준은 낮아졌다(Song & Kim, 2002). 노인의 건강을 위협하는 요인은 다양하지만, 실제로 노인의 건강상태는 일반 성인과는 달리 질병의 유무보다는 기능적인 건강상태, 특히 독립성과 기동성을 유지하는 것과 밀접한 관계가 있다(Song, 2004). 노인이 필연적으로 겪게 되는 노화과정 속에서도 건강상태를 최대한 보존하고 건강관리를 제대로 유지할 때 일상생활수행능력이 향상될 것으로 사료된다.

우리나라의 평균 수명이 높아지고 조기퇴직자가 많아지는 상황에서 인구고령화와 만성질환자 증가 등과 같은 현대사회의 건강과 질병구조의 변화는 질병예방과 건강증진으로 건강의 개념을 변화시켰고, 일상생활 속에서 건강한 생활습관을 갖도록 권장하는 추세이다(Park, Choi, & Choi, 2015). 지역사회에서 거주하는 재가노인에서도 입원하거나 요양원에 가지 않고 건강한 생활을 유지하기 위해서 단순히 수명의 연장이나 치료중심의 접근보다는 독립적으로 일상생활을 수행할 수 있도록 기능을 최대한 보존해 주는 것이 중요하다(Sung, 2005). 일상생활에서의 기능적 독립성과 기동성을 증진하도록 자가 건강관리 능력을 함양시키고(Chung & Lim, 2015), 노인의 성공적 노화를 위해서 일상생활수행능력을 제고시켜야 한다(Kim et al., 2010). 그러므로 노인을 위한 보건의료서비스 제공 역시 노인의 독립성을 최대한 유지할 수 있도록 질병 발생이 아닌 기능장애의 발생으로부터 신속한 회복 및 사전적 예방에 중점을 둔 건강 프로그램은 노인의 건강을 보호하는데 중요하다(Sunwoo, Oh, Lee, Oh, & Lee, 2009). 이에 본 연구는 도시 재가노인의 건강상태와 건강관리형태 및 일상수행능력 정도를 파악하고 이들 변수간의 상관관계 분석을 바탕으로 도시 재가노인의 일상생활수행능력에 미치는 요소를 파악하여 성공적인 노화를 달성하도록 돕는 노인 간호중재 프로그램의 개발에 유용한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

## 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태 및 일상생활수행능력 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성과 건강관리형태에 따른 일상생활수행능력 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 건강상태와 일상생활수행능력 정도와의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 일상생활수행능력 정도에 영향을 미치는 요인을

확인한다.

## 연구내용 및 방법

### 연구 설계

본 연구는 65세 이상 지역사회 재가노인의 건강상태, 건강관리형태 및 일상생활수행능력 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상자

본 연구는 경기도와 서울시에 거주하는 65세 이상의 노인으로 206명을 대상으로 편의 표출하였다. 표본 수 산정은 G\*power 프로그램(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)을 이용하였다. 다중회귀분석을 위한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과 크기 .15, 예측요인 19개로 최소 대상자수를 산출한 결과 184명이 결정되었고 본 연구에서는 최종 대상자 수 206명의 자료를 최종 분석에 사용하였다.

### 연구 도구

#### ● 일반적 특성, 건강상태 및 건강관리형태

대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 교육정도, 결혼상태, 종교, 동거가족형태, 주거형태, 생활비 등 8개 문항이다. 교육정도는 초졸이하, 중졸, 고졸이상으로 분류하였으며, 생활비는 100만원 미만부터 200만원 이상까지 100만원 단위로 범주화하여 측정하였다.

건강상태는 통증정도, 대상자가 인지한 현재 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태, 시력, 청력, 운동능력, 불안정도, 건강관리에 대한 관심, 건강관리에 대한 지식 등 9문항이다. 건강상태 측정도구는 Chung과 Lim (2015)의 기존도구를 바탕으로 건강상태 측정도구를 일부 수정하고 간호학 교수 3명에게 내용타당도를 검증받았다. 이를 10명에게 예비조사를 실시한 후 설문문항을 완성하였다. 현재 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태, 시력, 청력, 운동능력, 지각된 불안정도, 건강관리에 대한 관심, 건강관리에 대한 지식 등은 5점 척도로 구분하였다. 점수가 높을수록 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 통증정도는 10cm의 시각적 상사 척도(Visual Analogue Scale, VAS) (Cline, Herman, Shaw, & Morton, 1992)를 이용하여 측정하였다. 0cm (통증 없음)에서 10cm (참을 수 없는 통증)로 점수가 높을수록 통증정도가 심함을 의미한다.

건강관리형태는 음주, 흡연, 수면시간, 질병의 종류, 현재 앓고 있는 질병의 수, 돌봄 제공자, 건강관리 유무, 의료가관

방문횟수, 건강검진횟수 등 9문항이다.

#### ● 일상생활수행능력 측정도구

일상생활수행능력 정도는 Song (2004)의 측정 도구를 사용하였다. 15 개 문항 5점 척도로 ‘전혀 못한다’는 1점, ‘대체로 못한다’는 2점, ‘보통’은 3점, ‘대체로 잘한다’는 4점, ‘잘한다’가 5점으로, 최저 15점에서 최고 75점까지 가능하며, 점수가 높을수록 일상생활수행능력이 높음을 의미한다. Song (2004)의 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .98$ 이었고, 신뢰도 분석결과 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .95$ 로 나타났다.

### 자료 수집 방법 및 연구의 윤리적 고려

본 연구의 자료 수집은 S대학의 생명의학연구윤리심의위원회의 승인 후 2015년 1월 12일부터 7월 15일까지이었다. 연구목적과 질문내용을 이해할 수 있고 참여에 동의한 S시와 Y시의 노인을 중심으로 노인복지회관 1곳과 경로당 6곳 또는 복지회관과 경로당과는 다른 지역 대상자의 자택에서 자료를 수집하였다. 본 연구의 내용과 방법에 대하여 S대학의 생명의학연구윤리심의위원회의 승인을 받았으며(IRB No. sswu irb 2013-032), 연구기간 동안 연구윤리 지침을 준수하였다. 자료 수집 전에 노인복지회관 관장과 경로당 회장에게 구두로 허락을 구하였으며, 본 연구자가 직접 방문하여 면담을 통한 설문조사를 실시하였다. 연구대상자에게 연구의 목적을 설명하고 설문도중 원하면 언제든지 중단할 수 있으며, 설문지에 대한 응답을 거부하거나 응답 중 중단하는 경우에 어떠한 불이익도 없다는 점을 설명하였다. 또한, 수집된 자료는 연구목적으로만 사용하며, 대상자의 익명성과 자율성을 보장한다는 내용의 서면동의를 구하였다. 익명과 비밀보장을 약속하고, 질문지를 현장에서 나눠준 후 직접 자기기입식으로 응답하게 하였고, 설문지 작성이 어려운 대상자는 연구자가 설문내용을 읽어주고 답하도록 하였다.

설문지 작성에 소요되는 시간은 약 20분에서 30분 정도이었다. 총 220부의 설문지를 배부하였으나, 응답이 불충분하거나 누락된 14부를 제외하고 206명의 자료를 최종분석에 사용하였다.

### 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0을 활용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강관리형태는 빈도와 백분율, 평균 및 표준편차를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관리형태에 따른 일상생활수행능력 정도의 차이는 one-way ANOVA와 독립표본 t-test로 분석하였으며, Levene의 통계량을 구해

각 집단의 분산의 동질성을 확인하였다. 사후검정은 Scheffé test로 하였다. 건강상태는 평균 및 표준편차를 산출하였다. 건강상태와 일상생활수행능력에 대한 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다. 일상생활수행능력에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위하여 건강상태 변수들과 함께 연령, 교육, 결혼상태, 동거가족형태, 거주형태, 월수입, 음주, 흡연, 수면시간, 고혈압, 당뇨병, 관절염, 질병수, 돌봄제공자, 의료기관 방문횟수, 건강검진횟수를 더미 변수화하여 독립변수로 투입하며 단계적 선형 다중회귀분석(Stepwise multiple linear regression)으로 분석하였다. 연구도구의 신뢰도를 위해서는 Cronbach's  $\alpha$ 를 구하였다.

## 연구 결과

### 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력 정도

대상자의 평균연령은 73.5±5.88세, 66-87세의 범주를 보였으며 65~74세 65.5%, 75~84세 27.7%, 85세 이상 6.8%이었다. 남성 49.0%, 여성 51.0%이었으며, 학력은 초졸이하 24.3%, 중졸 42.7%, 고졸 이상 33.0%이었다. 대상자의 75.2%가 기혼자이었으며, 사별, 별거, 이혼 및 기타 24.8%이었다. 동거가족형태는 배우자, 자녀와 함께 거주하는 경우가 49.0%로 가장 많았으며, 배우자와 둘만 거주 24.8%, 배우자 없이 자녀와 거주 15.0%, 독거 11.2% 이었다. 대상자의 71.8%가 자가에서 살고 있으며, 전세 19.9%, 월세 4.4%, 공공임대주택 3.9% 이었다. 한달 생활비는 100만원 미만 29.1%, 100-199만원 37.9%, 200만원 이상이 33%이었다(Table 1).

대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력 정도의 차이를 분석한 결과, 일상생활수행능력 정도는 연령( $F=51.34$ ,  $p<.001$ ), 학력( $F=13.37$ ,  $p<.001$ ), 결혼상태( $t=6.58$ ,  $p<.001$ ), 동거가족형태( $F=10.76$ ,  $p<.001$ ), 거주형태( $F=2.26$ ,  $p<.001$ ), 그리고 생활비( $F=7.18$ ,  $p=.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후검정 결과, 일상생활수행능력 정도는 65~74세가 75~84세보다 높았으며, 75~84세가 85세 이상보다 높았다. 중학교, 고등학교 이상 졸업자가 초졸이하 보다 높았다. 동거가족형태에서 배우자, 자녀와 함께 거주, 배우자와 둘만 거주, 배우자 없이 자녀와 거주하는 대상자가 독거노인보다 일상생활수행능력 정도가 높았다. 100만원 이상 생활비를 사용하는 대상자가 100만원 이하 대상자보다 일상생활수행능력 정도가 높았다(Table 1).

### 건강관리형태에 따른 일상생활수행능력 정도

대상자의 건강관리형태를 살펴보면, 50.5%가 술을 마시지

<Table 1> Differences in Activities of Daily Living according to the General Characteristics of Participants (N=206)

Variables	Categories	n (%) or Mean±SD	ADL Mean±SD	t or F (p) Scheffé
Age(year)	65-74 <sup>a</sup>	135(65.5)	4.46±0.58	51.34(<.001) a<b<c
	75-84 <sup>b</sup>	57(27.7)	3.98±0.70	
	≥85 <sup>c</sup>	14(6.8)	2.83±0.52	
		73.5±5.88		
Gender	Male	101(49.0)	4.29±0.67	1.29(.197)
	Female	105(51.0)	4.15±0.82	
Education	≤Elementary school <sup>a</sup>	50(24.3)	3.80±0.90	13.37(<.001) a<b,c
	Middle school <sup>b</sup>	88(42.7)	4.26±0.62	
	≥High school <sup>c</sup>	68(33.0)	4.47±0.64	
Marital status	Married	155(75.2)	4.40±0.61	6.58(<.001)
	Widowed/Unmarried/Divorced/Others	51(24.8)	3.67±0.87	
Religion	None	50(24.3)	4.36±0.64	2.40(.052)
	Protestant	69(33.5)	4.10±0.89	
	Buddhism	69(33.5)	4.16±0.68	
	Catholic	16(7.7)	4.63±0.52	
	Others	2(1.0)	3.87±1.04	
Type of family	With spouse & children <sup>a</sup>	101(49.0)	4.43±0.62	10.76(<.001) a,b,c>d
	Only with spouse <sup>b</sup>	51(24.8)	4.07±0.68	
	Only with children & without spouse <sup>c</sup>	31(15.0)	4.27±0.71	
	Alone <sup>d</sup>	23(11.2)	3.56±1.02	
Residential type	Monthly rent	9(4.4)	3.93±0.23	2.26(.003)
	Lease	41(19.9)	4.19±0.80	
	Own house	148(71.8)	4.21±0.76	
	Public rental housing	8(3.9)	4.93±0.12	
Average monthly living expenses (10,000won)	<100 <sup>a</sup>	60(29.1)	3.93±0.86	7.18(.001) a<b,c
	100~199 <sup>b</sup>	78(37.9)	4.30±0.67	
	≥200 <sup>c</sup>	68(33.0)	4.39±0.66	

ADL=Activities of daily living

않았고, 82.0%의 대상자가 담배를 피우지 않았다. 수면시간은 5~7시간이 64.1%로 가장 많았고, 8시간 이상 29.6%, 4시간 이하 6.3%의 순이었다. 질병형태는 기타 질환 41.7%, 고혈압 41.3%, 관절염 39.3%, 당뇨병 15%의 순으로 나타났다. 현재 앓고 있는 질병의 수는 한 개가 42.2%로 가장 많았고, 2개 22.3%, 3개 이상 21.4%, 없음이 14.1%이며, 질병의 수 평균은 1.65±1.28개이었다. 돌봄 제공자는 배우자가 58.3%로 가장 많았으며, 자녀, 며느리, 사위 및 손자녀 34.0%, 형제, 자매 및 친척, 이웃, 기타 7.7% 순이었다. 의료기관 방문횟수는 월 1회 24.8%, 없음 12.6%, 기타 41.3%이었고, 건강검진횟수는 1년에 한번 23.3%, 2년에 한번 62.1%, 3년에 한번 7.3%, 한번도 받은 적이 없음이 7.3%이었다(Table 2).

대상자의 건강관리형태에 따른 일상생활수행능력 정도의 차이를 분석한 결과, 일상생활수행능력 정도는 건강관리형태 중 음주( $t=-3.06, p=.002$ ), 흡연( $t=2.77, p=.006$ ), 수면시간( $F=3.16, p=.044$ ), 고혈압( $F=-3.86, p<.001$ ), 당뇨병( $F=-3.07, p=.002$ ), 관절염( $F=-5.39, p<.001$ ), 현재 앓고 있는 질병의 수( $F=15.15, p<.001$ ), 돌봄 제공자( $F=23.06, p<.001$ ), 의료기관 방문횟수

( $F=15.51, p<.001$ ), 건강검진횟수( $F=5.29, p=.002$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후검정에서 일상생활수행능력 정도는 5시간 이상 수면을 취하는 대상자가 4시간 이하의 대상자보다 높았으며, 현재 앓고 있는 질병의 수가 없음이라고 응답한 대상자가 3개 이상의 대상자보다 높았다. 또한 건강검진을 3년, 1년마다 하는 대상자가 2년마다 하는 대상자보다 높았다(Table 2).

### 건강상태와 일상생활수행능력 정도와의 상관관계

대상자의 일상생활수행능력 정도는 4.22±0.75점이었고 통증은 평균 1.32±1.87점이었다. 대상자가 지각한 현재의 건강상태는 평균 3.52±0.65점이었으며, 동년배와 비교한 건강상태는 평균 3.48±0.61점이었다. 운동능력은 3.41±0.64이었다(Table 3).

대상자의 건강상태와 일상생활수행능력 정도와의 상관관계 중 통계적으로 유의하게 나타난 크기순으로 살펴보면, 운동능력( $r=54, p<.001$ ), 지각된 건강상태( $r=.45, p<.001$ ), 동년배와 비교한 건강상태( $r=.45, p<.001$ ), 건강관리 지식( $r=.29, p<.001$ ),

<Table 2> Differences in Activities of Daily Living according to the Health-Related Characteristics of Participants (N=206)

Variables	Categories	n (%) or Mean±SD	ADL Mean±SD	t or F (p) Scheffé
Alcohol intake	Yes	102(49.5)	4.37±0.62	-3.06(.002)
	No	104(50.5)	4.06±0.83	
Smoking	Yes	37(18.0)	3.92±0.73	2.77(.006)
	No	169(82.0)	4.28±0.74	
Sleeping hours	≤ 4 <sup>a</sup>	13(6.3)	3.79±0.67	3.16(.044) a<b,c
	5~7 <sup>b</sup>	132(64.1)	4.27±0.75	
	≥ 8 <sup>c</sup>	61(29.6)	4.22±0.75	
Type of diseases	Hypertension	Yes	85(41.3)	-3.86(<.001)
		No	121(58.7)	
	Diabetes	Yes	31(15.0)	-3.07(.002)
		No	175(85.0)	
	Arthritis	Yes	81(39.3)	-5.39(<.001)
		No	125(60.7)	
	Others	Yes	86(41.7)	0.29(.769)
		No	120(58.3)	
Number of chronic diseases	0 <sup>a</sup>	29(14.1)	4.89±0.22	15.15(<.001) a>b,c>d
	1 <sup>b</sup>	87(42.2)	4.22±0.79	
	2 <sup>c</sup>	46(22.3)	4.20±0.70	
	≥3 <sup>d</sup>	44(21.4)	3.78±0.64	
		1.65±1.28		
Caregiver	Spouse	120(58.3)	4.49±0.58	23.06(<.001)
	Children/Daughter-in-law/Son-in-law	70(34.0)	3.87±0.83	
	Brothers/Sisters/Others	16(7.7)	3.73±0.68	
Health management	Yes	133(64.6)	4.22±0.78	-0.06(.952)
	No	73(35.4)	4.22±0.70	
Frequency of visiting clinic	None	26(12.6)	3.90±0.64	15.51(<.001)
	2-3 times a week	3(3.9)	4.23±0.44	
	Once a week	36(17.5)	3.57±0.83	
	Once a month	51(24.8)	4.28±0.65	
	Others	85(41.3)	4.55±0.61	
Frequency of health maintenance	Often <sup>a</sup>	0	0	5.29(.002) d,b>c
	Once a year <sup>b</sup>	48(23.3)	4.50±0.52	
	Every two years <sup>c</sup>	128(62.1)	4.11±0.82	
	Every three years <sup>d</sup>	15(7.3)	4.54±0.48	
	Never <sup>e</sup>	15(7.3)	3.89±0.71	

ADL= Activities of daily living

<Table 3> Levels of Activities of Daily Living and Perceived Health Status Factors (N=206)

Categories	Mean±SD	Range
Activities of daily living	4.22±0.75	2-5
Pain	1.32±1.87	0-5
Perceived current health status	3.52±0.65	2-5
Perceived health status comparing to peers	3.48±0.61	2-5
Perceived visual acuity	3.40±0.59	2-5
Perceived auditory acuity	3.60±0.75	2-5
Perceived exercise ability	3.41±0.64	2-5
Perceived anxiety	2.12±0.82	1-4
Interest in health care	3.81±0.73	3-5
Knowledge about health care	3.01±0.64	2-4

<Table 4> Relationships between Perceived Health Status Factors and Activities of Daily Living (N=206)

	ADL	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6	HS7	HS8	HS9
	<i>r(p)</i>									
ADL	1									
HS1	-.32 ( <i>&lt;.001</i> )	1								
HS2	.45 ( <i>&lt;.001</i> )	-.54 ( <i>&lt;.001</i> )	1							
HS3	.45 ( <i>&lt;.001</i> )	-.32 ( <i>&lt;.001</i> )	.55 ( <i>&lt;.001</i> )	1						
HS4	.27 ( <i>&lt;.001</i> )	-.30 ( <i>&lt;.001</i> )	.22 ( <i>&lt;.001</i> )	.30 ( <i>&lt;.001</i> )	1					
HS5	.23 ( <i>&lt;.001</i> )	-.09 ( <i>&lt;.001</i> )	.19 ( <i>&lt;.001</i> )	.16 ( <i>&lt;.001</i> )	.29 ( <i>&lt;.001</i> )	1				
HS6	.54 ( <i>&lt;.001</i> )	-.30 ( <i>&lt;.001</i> )	.46 ( <i>&lt;.001</i> )	.49 ( <i>&lt;.001</i> )	.42 ( <i>&lt;.001</i> )	.30 ( <i>&lt;.001</i> )	1			
HS7	-.17 (.005)	.16 (.041)	-.31 ( <i>&lt;.001</i> )	-.19 ( <i>&lt;.001</i> )	-.37 ( <i>&lt;.001</i> )	-.17 (.023)	-.34 ( <i>&lt;.001</i> )	1		
HS8	-.02 ( <i>&lt;.001</i> )	.06 ( <i>&lt;.001</i> )	.09 ( <i>&lt;.001</i> )	.12 ( <i>&lt;.001</i> )	-.11 ( <i>&lt;.001</i> )	.05 ( <i>&lt;.001</i> )	.02 ( <i>&lt;.001</i> )	-.02 ( <i>&lt;.001</i> )	1	
HS9	.29 ( <i>&lt;.001</i> )	-.08 ( <i>&lt;.001</i> )	.10 ( <i>&lt;.001</i> )	.20 ( <i>&lt;.001</i> )	.19 ( <i>&lt;.001</i> )	.13 ( <i>&lt;.001</i> )	.34 ( <i>&lt;.001</i> )	-.13 ( <i>&lt;.001</i> )	.31 ( <i>&lt;.001</i> )	1

ADL=Activities of daily living; HS1= Pain; HS2=Perceived current health status; HS3=Perceived health status comparing to peers; HS4=Perceived visual acuity; HS5=Perceived auditory acuity; HS6=Perceived exercise ability; HS7=Perceived anxiety; HS8=Interest in health care; HS9=Knowledge about health care

<Table 5> Variables for Predicting Activities of Daily Living (N=206)

Variables	Model 1			Model 2			Model 3		
	$\beta$	SE	<i>p</i>	$\beta$	SE	<i>p</i>	$\beta$	SE	<i>p</i>
Age	-.51	.007	<.001	-.42	.007	<.001	-.35	.007	<.001
Education(d)=1(Elementary)	-.16	.099	.003	-.13	.086	.009			
Type of family(d)=1(Alone)	-.14	.136	.013	-.11	.121	.020	-.10	.117	.041
Caregiver(d)=1(Spouse)				.16	.080	.002	.14	.076	.005
Arthritis(d)=1(Yes)				-.18	.075	<.001	-.15	.074	.001
Diabetes(d)=1(Yes)				-.18	.103	<.001	-.17	.099	<.001
Smoking(d)=1(Yes)				-.15	.092	.001	-.11	.094	.014
Frequency of health maintenance(d)=1(None)				-.16	.148	.002	-.13	.142	.005
Hypertension(d)=1(Yes)				-.13	.074	.008	-.11	.072	.021
Exercise ability							.20	.065	<.001
Perceived health status comparing to peers							.10	.069	.062
	Adjusted R <sup>2</sup> =.393 F=45.22, <i>p</i> <.001			Adjusted R <sup>2</sup> =.569 F=31.08 <i>p</i> <.001			Adjusted R <sup>2</sup> =.602 F=32.06, <i>p</i> <.001		

d=dummy variable

지각한 시력( $r=.27, p<.001$ ), 지각한 청력( $r=.23, p<.001$ )과 양의 상관성을 나타냈으며 통증( $r=-.32, p<.001$ ), 지각된 불안정도( $r=-.17, p=.005$ )와 음의 상관성을 나타냈다(Table 4).

**일상생활수행능력 정도에 영향을 미치는 변수**

연구대상자의 일상생활수행능력 정도에 유의한 차이를 나타낸 변수들을 1단계로 일반적 특성 요인을 model 1, 2단계로 건강관리형태 요인을 추가로 model 2, 3단계로 건강상태 요인

을 추가로 model 3으로 분석한 결과, model 1에서 연령( $\beta =-.51, p<.001$ ), 학력(초졸 이하) ( $\beta =-.16, p=.003$ ), 동거가족형태(독거), ( $\beta =-.16, p=.013$ )가 유의한 변수로 나타났다. Model 2에서는 관절염(유) ( $\beta =-.18, p<.001$ ), 당뇨병(유) ( $\beta =-.18, p<.001$ ), 건강검진횟수(무) ( $\beta =-.16, p=.002$ ), 흡연(유) ( $\beta =-.15, p=.001$ ), 고혈압(유) ( $\beta =-.13, p=.008$ )과 돌봄 제공자(배우자) ( $\beta =.16, p=.002$ )가 추가로 유의한 변수로 나타났다. Model 3에서 일상생활능력 정도에 영향을 준 변수는 연령( $\beta =-.35, p<.001$ ), 당뇨병(유) ( $\beta =-.17, p<.001$ ), 관절염(유) ( $\beta =-.15,$

$p=.001$ ), 건강검진횟수(무) ( $\beta=-.13, p=.005$ ), 고혈압(유) ( $\beta=-.11, p=.021$ ), 흡연(유) ( $\beta=-.11, p=.014$ ), 동거가족형태(독거) ( $\beta=-.10, p=.041$ )과 운동능력( $\beta=.20, p<.001$ ), 돌봄 제공자(배우자) ( $\beta=.14, p=.005$ )가 유의한 변수로 나타났으며 모형의 설명력은 60.2%이었다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 도시 재가노인의 건강상태와 건강관리형태를 파악하고 노인장기요양보험제도 실시 이후 노인의 일상생활수행능력 정도를 분석하여 도시 재가노인 간호중재 프로그램의 개발에 유용한 기초자료를 제공하고자 시도되었으며, 주요 연구결과를 토대로 다음과 같이 논의하였다.

본 연구 대상자의 일상생활수행능력 정도는  $4.22\pm 0.75$ 점으로서 좋은 편이었다. 특히 일반적 특성 중에서 연령이 낮을수록, 그리고 가족과 함께 생활할수록 일상생활수행능력은 향상됨을 알 수 있었다. 또한 건강상태에서는 운동능력이 좋을수록, 동년배와 비교 시 지각된 건강상태가 좋을수록, 일상생활수행능력은 향상되었다. 건강관리형태에서는 배우자가 돌볼수록, 당뇨병이 없을수록, 관절염이 없을수록, 건강검진을 자주 받을수록, 고혈압이 없을수록, 금연할수록 일상생활수행능력은 향상되었다. 이렇게 일상생활수행능력이 높은 이유를 일반적 특성을 중심으로 살펴보면, 본 연구에서 65~74세의 젊은 노인이 대상자의 65.5%를 차지하며, 모두 도시 지역사회에 거주하는 재가노인이었고, 33%가 고졸이상의 높은 교육수준을 보였으며, 결혼하여 배우자가 있는 대상자가 75.2%이었기 때문에 사료된다. 이는 우리나라 노인의 85.1%가 신체기능에 제한이 없으며(Park, 2012) 교육수준이 높고 배우자가 있는 노인이 더 건강하다(Jung, Kim, Choi, Lee, & Park, 2009)는 선행연구와도 일치하였다.

본 연구에서 65세에서 74세 노인의 일상생활수행능력 정도가 85세 노인보다 2배 가까이 높고 선형회귀분석에서도 연령이 가장 큰 설명력을 나타내어 강력한 예측인자임을 알 수 있었다. 이는 일상생활수행능력이 나이가 많아질수록 현저하게 저하되며 노년 전기에 비해 후기에 2~3배 이상 저하되는 경향을 보인다(Sung, 2005)는 결과와 유사하다. 연령이 증가할수록 일상생활수행능력 정도가 현저하게 나빠지는 이유는 선행연구들에서도 확인된 것처럼 신체기능상태가 저하되기 때문이다(Ho et al., 2002; Kim et al., 2010; Lim et al., 2004). 따라서 간호사와 사회복지사를 결정하는 분야에서는 재가노인의 일상생활수행능력이 떨어지는 이유를 단순히 노화현상이라고 간주하기보다는 재가노인의 연령대에 따른 차별화된 중재프로그램을 개발할 필요가 있다고 사료된다.

결혼한 상태이거나 배우자 또는 자녀와 같이 동거하는 경

우가 독거노인보다 일상생활수행능력 정도가 높았으며 배우자로부터 간호를 받는 경우가 선형회귀분석에서도 일반적 특성 중 연령 다음으로 설명력이 크게 나타났다. 이는 배우자가 있는 노인이 신체기능점수가 높다고 보고한 다른 연구결과(Jung et al., 2009)와도 일치했다. 또한 평균수명의 연장으로서 자녀들이 독립한 후 노부부가 함께 지내는 기간이 연장됨에 따라 배우자와 긴밀한 관계를 맺고 있을 때 삶의 만족도가 높다(Chang & Park, 2012)는 결과와 유사하다. 즉 노년기에 배우자와의 정신적 교류와 상호작용은 신체적 건강과 정신적 건강을 향상시켜 신체기능을 향상시킬 것으로 생각된다. 이와 같이 본 연구에서 제시되고 있는 연령과 배우자의 동거여부는 일상생활수행능력에 영향을 미치는 변수로 지속적으로 지지되고 있음을 알 수 있었다. 노인문제가 핵가족화로 인해 과거와는 달리 우리사회가 공동으로 대처해야 할 사회문제로 대두된(Park et al., 2015) 이때 간호사는 추후 노인을 위한 간호를 할 때 배우자 유무와 동거인이 누구인지에 관한 내용을 고려하여 프로그램을 제공할 필요가 있겠다.

본 연구의 건강상태 요인인 운동능력은 일상생활수행능력 정도와 강한 상관성이 있었다. 또한 일반적 특성인 연령과 동거가족형태를 보정하였을 때 건강상태 요인 중 운동능력이 일상생활수행능력을 설명하는 가장 큰 변수인 것으로 나타나 재가노인의 기능향상에 중요한 요인임을 확인할 수 있었다. 선행연구에서도 노인의 신체활동이 일상생활수행능력 증가에 많은 영향을 주고(Rist, Marden, Capistrant, Wu, & Glymour, 2015), 운동능력의 문제는 일상생활수행에 중요한 문제이며(Kim et al., 2010), 신체활동은 활기차고 건강한 삶을 유지하고 건강수명을 연장하는데 큰 효과가 있다(Han & Lee, 2008)고 보고되어 본 연구와 같은 맥락임을 알 수 있다. 노인들은 신경전달물질 속도의 지연, 근섬유 수의 점진적인 감소로 근수축력과 관절의 가동 범위가 축소되어 운동능력이 저하되므로(Brennan, 2002) 적극적으로 활동할 수 있는 운동중재프로그램을 통해 재가노인의 기능향상을 촉진한다면 주관적으로 인지하는 건강상태를 증가시키고 더 나아가 재가 노인의 삶의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다. 또한 신체활동을 경험한 노인이 노화를 긍정적으로 바라보기 때문에(Resnick et al., 2015), 노인의 일상생활수행능력을 향상시킬 수 있는 기초가 될 것이다.

본 연구의 건강관리형태 중 당뇨병, 관절염, 고혈압이 일상생활수행능력 정도에 영향을 미치는 질병으로 나타났다. 당뇨병, 관절염, 고혈압을 가진 대상자들의 일상생활수행능력 정도가 유의하게 낮았고 대상자가 가진 전체 만성질환 개수가 일상생활수행능력 정도와 관계가 있는 것으로 나타나 만성질환은 일상생활수행능력의 기능 저하에 결정적인 예측요인(WHO, 2002)임을 확인할 수 있었다. 또한 이는 전체 만성질환

환 개수가 많을수록 일상생활수행능력 장애와 유의한 관련성을 나타낸 선행연구(Jung et al., 2009)에서도 같은 결과를 나타내 본 연구를 지지하였다. 우리나라 노인 88.5%가 만성질환을 가지고 있으며 평균 만성질환의 수는 2.5개로 고혈압이 가장 많이 보고되고 있다(Jeong, Lee, Park, Lee, & Lee, 2012). 본 연구에서는 85.9%가 질환을 1개 이상 갖고 있다고 응답하였으며 평균 1.65개의 질환을 가지고 있다고 응답하여 선행연구결과에서 보고된 것보다 조금 낮은 수치를 나타낸다. 이는 거의 10여년 동안 정책적으로 노인의 건강증진을 도모해 온 노력의 산물(Chung & Lim, 2015)로 생각한다. 본 연구의 조사 범위가 생리적 도구와 전문가의 진단을 통한 객관적 측정이기 보다는 주관적 느낌을 묻는 측정도구에 의한 결과이므로 이는 추후에 보다 객관적인 방법을 사용하여 추가적으로 확인해야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 건강관리형태 중 흡연을 하는 경우 일상생활수행능력정도가 유의하게 낮으며 일상생활수행능력 정도를 저하시키는 것으로 나타났다. 이는 Bae 등(2010)의 연구와 일치한 것으로 흡연 또한 일상생활수행능력 저하에 영향을 미치는 요소로서 간주되어야 함을 보여준다. 그러나 전수 조사를 통해 한국 노인의 일상생활수행능력 관련 요인을 연구한 선행연구에서(Jung et al., 2009) 흡연 유무에 따른 일상생활수행능력의 차이는 없다고 보고한 것과 차이가 있었다. 이러한 결과는 선행연구의 남성비율이 39.1%인 반면에 본 연구는 49.0%이기 때문인 것이라 생각되며 추후 반복연구를 통해 관계의 재확인 필요하다고 하겠다. 반면, 여성노인이 남성노인보다 일상생활수행능력 장애의 위험이 더 높다는 선행연구들과 달리, 본 연구에서는 성별에 따른 유의한 차이를 나타내지 않아 상이한 결과를 나타내었다(Kim, 2011; Lee & Park, 2006; Murtagh & Hubert, 2004). 따라서 이에 따른 추후연구를 제안한다.

본 연구에서 나이가 젊고 교육수준이 높고 배우자와 함께 거주하며 경제적으로 여유가 있고, 비흡연, 금주 및 대상자가 인지한 현재의 건강상태 등 건강에 관심이 있는 노인들이 일상생활수행능력 정도가 높은 것으로 나타났으며 이는 Bae 등(2010)의 결과와 Choi 와 Ha (2012)의 결과와 일치한다. 노인의 건강상태가 양호하여 일상생활수행능력이 증가할 때 경제적 부담은 줄어들며 건강수명 연장과 더불어 삶의 질을 증가시킨다(Chung & Lim, 2015). 그러므로 재가노인의 일상생활수행능력 정도를 향상시키는 적합한 중재 프로그램을 개발하고 제공하는 것은 재가노인의 삶의 질 향상을 위한 기초가 될 수 있을 것이다.

본 연구는 편의 추출에 의해 자료가 수집되었으므로 본 연구의 결과를 일반화하기에 제한점을 갖는다. 일상생활수행능력을 조사할 때, 건강상태를 측정하기 위한 항목 수에 한계를

가지고 있으므로 후속연구를 제안한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 도시 재가노인의 건강상태와 건강관리형태를 파악하고 노인의 일상생활수행능력에 미치는 요소를 파악하여 도시 재가노인 간호중재 프로그램의 개발에 유용한 기초자료를 제공하고 통합된 건강관리 체계수립을 위해 활용하고자 시도되었다.

본 연구 결과 일상생활수행능력 정도는 연령, 학력, 결혼상태, 동거가족형태, 거주형태, 및 생활비에 따라 유의한 차이가 있었으며, 음주, 흡연, 수면시간, 고혈압, 당뇨병, 관절염, 돌봄제공자, 의료기관 방문횟수, 건강검진횟수에 따라 유의한 차이가 있었다. 또한 일상생활수행능력은 통증, 지각된 불안정도, 질병 수와 음의 상관성을, 운동능력, 지각된 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태, 지각한 시력, 지각한 청력과 건강관리 지식과 양의 상관성을 나타내었다. 일상생활수행능력에 영향을 미치는 요소로는 연령, 운동능력, 돌봄 제공자, 당뇨병, 관절염, 건강검진횟수, 고혈압, 흡연, 그리고 동거가족형태가 유의한 변수로 나타났다. 따라서 본 연구는 나이가 젊고 교육수준이 높고 배우자와 함께 거주하며 경제적으로 여유가 있고, 비흡연, 금주 및 대상자가 인지한 건강상태 등 건강에 관심이 있는 노인들이 성공적으로 노후생활과 일상생활수행능력이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 향후 노후정책에서 재가노인의 연령, 교육수준 등 여러 가지 요소에 따른 차별화된 중재프로그램을 개발하여 노인의 건강관리와 일상생활수행능력을 높이는 간호중재까지 적용해야겠다.

본 연구를 바탕으로 재가노인의 일상생활수행능력을 증진시키기 위하여 건강상태와 건강관리형태에 대한 지속적인 관리가 필요하다. 그리고 핵가족제도보다 가족들과 어울려 생활할 수 있는 사회적 분위기 마련이 필요하며, 지역의 동년배 노인과의 자조모임에 참여할 수 있는 이용하기 편리한 프로그램 개발이 필요하다.

## References

- Bae, S. Y., Ko, D. S., Noh, J. S., Lee, B. H., Park, H. S., & Park, J. (2010). Relation of physical activity and health-related quality of life in Korean elderly. *The Korea Contents Society, 10*(10), 255-266. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.10.10.255>
- Brennan, F. H. (2002). Exercise prescriptions for active seniors: a team approach for maximizing adherence. *The Physician and Sportsmedicine, 30*(2), 19-29. <http://dx.doi.org/10.3810/>



- psm.2002.02.170
- Chang, M. S. & Park, K. S. (2012). Factors affecting life satisfaction for the aged : from the ecosystem perspective. *Health and Social Welfare Review*, 32(2), 232-266. <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01899744>
- Choi, H. S. & Ha, J. C. (2012). A study on the relations between the quality of life and the life satisfaction of the elderly. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*, 23(3), 559-568. <http://dx.doi.org/10.7465/jkdi.2012.23.3.559>
- Chung, M. S. & Lim, K. C. (2015). Health status and complementary and alternative therapies in the community dwelling pre-elderly and elderly. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 18(1), 46-56. <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE06384019>
- Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R., & Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing Research*, 41(6), 378-380.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Han, J. J. (2002). *Study on the welfare elderly and measures for improvement in rural community*. Gwachon: The Agriculture Ministry.
- Han, Y. S., & Lee, S. J. (2008). Effects of combined exercise program for 8 weeks on physical fitness in elderly farmers. *The Korean Journal of Growth and Development*, 16(4), 313-318.
- Ho, H. K., Matsubayashi, K., Wada, T., Kimura, M., Kita, T., & Saijoh, K. (2002). Factors associated with ADL dependence: a comparative study of residential care home and community-dwelling elderly in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 2(2), 80-86. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1444-1586.2002.00026x>
- Hyun, K. J. (2004). An exploratory study of sources and themes of happiness among Koreans: a longitudinal approach. *Mental Health & Social Work*, 18(1), 60-100.
- Jeong, G. H., Lee, Y. K., Park, B. M., Lee, S. J., & Lee, Y. H. (2012). *Analysis of the survey of living conditions and welfare needs of older Koreans*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs: Research Report 2012-47-14.
- Jung, J. Y., Kim, J. S., Choi, H. J., Lee, K. Y., & Park, T. J. (2009). Factors associated with ADL and IADL from the third Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES III), 2005. *Korean Journal of Family Medicine*, 30(8), 598- 609. <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2009.30.8.598>
- Kim, E. H. & Lee, J. W. (2009). Factors influencing health-related quality of life in elderly who visited a senior center: with activity of daily living, quality of sleep and depression. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 29(2), 425-440.
- Kim, I. H. (2011). Age and gender differences in the relation of chronic diseases to activity of daily living (ADL) disability for elderly south Koreans: based on representative data. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 44(1), 32-40. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2011.44.1.32>
- Kim, J. Y., Lee, S. G., & Lee, S. K. (2010). The relationship between health behaviors, health status, activities of daily living and health-related quality of life in the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(2), 471-484.
- 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.
- Lim, N. G., Lee, M. S., Na, B. J., Kim, K. Y., Hong, J. Y., Kim, D. K., et al. (2004). Related factors of physical function in a rural aged people. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 8(2), 69-81.
- Murtagh, K. N., & Hubert, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406-1411. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1406>
- Park, M. H., Choi, E. H., & Choi, K. S. (2015). A study on health knowledge, health promoting behavior and needs for healthcare service in the elderly in a rural area. *Journal of East-West Nursing Research*, 21(1), 18-27. <http://dx.doi.org/10.14370/jewnr.2015.21.1.18>
- Park, Y. J. (2012). The senescence health management in well-being culture. *Korean Society for Wellness*, 7(1), 45-57. <http://www.earticle.net/article.aspx?sn=170487>
- Resnick, B., Klinedinst, N. J., Yerges-Armstrong, L., Choi, E. Y., & Dorsy, S. G. (2015). The impact of genetics on physical resilience and successful aging. *Journal of Aging and Health*, 27(6), 1084-1104. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264315577586>
- Rist, P. M., Marden, J. R., Capistrant, B. D., Wu, Q., &

- Glymour, M. M. (2015). Do physical activity, smoking, drinking, or depression modify transitions from cognitive impairment to functional disability? *Journal of Alzheimer's Disease*, 44(4), 1171-80. <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-141866>
- Shin, K. R., Byeon, Y. S., Kang, Y. H., & Oak, J. W. (2008). A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life (HRQoL) in the community-dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(3), 437-444. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>
- Song, K. C., & Kim, D. K. (2002). Activities of daily living of elderly in a rural areas and study for related factors. *Journal of Korean Geriatrics Society*, 6(1), 29-40.
- Song, M. S. (2004). Self-management education model based on concept of health promotion for older adults with chronic illness. *Journal of the Korean Gerontological Nursing*, 6(2), 228-242.
- Sung, G. W. (2005). Scale development on health conservation of the institutionalized elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(1), 113-124.
- Sunwoo, D., Oh, Y. H., Lee, S. H., Oh, J. S., & Lee, S. G. (2009). *The future policy issues for health of the elderly: construction of functional independence promotion system of everyday living activity*. Korea Institute for Health and Social Affairs
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging & well being; self related compared with Rowe and Khan. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- World Health Organization. (2002). *Facts related to chronic diseases and the global strategy on diet, physical activity, and health*. GENEVA

# Effects of Health Status and Health Management on Activities of Daily Living among Urban-Dwelling Older Koreans\*

Chung, Myung Sill<sup>1)</sup> · Lim, Kyung-Choon<sup>2)</sup> · Kim, Yeon Ha<sup>3)</sup>

1) Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

2) Associate Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

3) Assistant Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the effects of health status and health management on activities of daily living (ADL) in older, urban-dwelling Koreans. **Methods:** A total of 206 subjects were recruited from one senior welfare center, six senior citizen centers, and subjects' home in two cities. Data was collected with self-reported questionnaires in order to measure health management, health status, and ADL. Data was analyzed by t-test, ANOVA, and stepwise multiple linear regression using SPSS/WIN 22.0. **Results:** ADL in this subject were different depending on their age, education, marital status, type of family, and average monthly living expenses. Multivariate analysis showed that age ( $\beta=-0.35$ ,  $p<.001$ ), exercise ability ( $\beta=0.20$ ,  $p<.001$ ), diabetes ( $\beta=-0.17$ ,  $p<.001$ ), osteoarthritis ( $\beta=-0.15$ ,  $p<.001$ ), caregiver ( $\beta=0.14$ ,  $p=.005$ ), frequency of health management ( $\beta=-0.13$ ,  $p=.006$ ), smoking ( $\beta=-0.11$ ,  $p=.019$ ), hypertension ( $\beta=-0.10$ ,  $p=.027$ ), and type of family ( $\beta=-0.10$ ,  $p=.036$ ) were significantly associated with ADL. Overall, approximately 60.2% of total variability in ADL could be explained by the 11 variables in this model ( $R^2=0.602$ ,  $F=32.06$ ,  $p<.001$ ). **Conclusion:** This study suggests that individualized health care should be continued for older, community-dwelling Koreans in order to improve their ADL. Moreover, we need to develop self-care programs and encourage them to participate in those programs.

**Key words :** Health status, Health care, Activities of daily living, Aged

\* This work was supported by the Sungshin Women's University Research Grant of 2013.

• Address reprint requests to : Lim, Kyung-Choon

College of nursing, Sungshin Women's University

147 Kang Buk-gu Mia-dong, Seoul Korea, 142-100

Tel: 82-2-920-7729 Fax: 82-2-920-2092 E-mail: kyungclim@hotmail.com