

취약계층 당뇨병 노인의 사회적지지, 자아존중감 및 희망이 건강보존에 미치는 영향

성기월¹ · 박지현² · 박미경³

대구가톨릭대학교 간호대학¹, 가톨릭상지대학교 간호학과², 영남이공대학교 간호대학³

Influences of Social Support, Self-esteem and Hope on Health Conservation of the Vulnerable Elderly with Diabetes

Sung, Kiwol¹ · Park, Ji-Hyeon² · Park, Mi Kyung³

¹College of Nursing, Catholic University of Daegu, Daegu

²Department of Nursing, Catholic Sangji College, Andong

³College of Nursing, Yeungnam University College, Daegu, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the influence of social support, self-esteem, hope, and health conservation of the vulnerable elderly people with diabetes. **Methods:** Participants were 100 vulnerable elderly people with diabetes living in D or K cities. Data collection was done through interviews from February to March, 2016. Social support was measured with the MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey), self-esteem with Self-Esteem Scale, hope with the Nowotny Hope Scale, and health conservation with the Sung's Health Conservation Scale. IBM SPSS 20.0 was used to analyze descriptive statistics, one-way ANOVA, independent t-test, Pearson correlation, and stepwise multiple regression. **Results:** Factors affecting the health conservation of the vulnerable elderly people were social support, hope, education level and subjective health status. These factors explained 64.9% of the health conservation. **Conclusion:** It is necessary to construct a comprehensive nursing classification system for elderly people with diabetes in vulnerable class and to develop integrated health conservation program and nursing care as a new social support resource.

Key Words: Vulnerable populations, Social support, Self concept, Hope, Aged

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 취약계층은 기초생활보장수급권자 및 차상위계층 중 질환을 가진 집단이나 건강위험집단이 그 대상이 되며[1]

2016년도 현재 취약계층 노인은 전체 차상위계층 인구와 기초생활보장 수급권자의 26.9%를 차지하고 있고[2] 낮은 경제 수준으로 인한 의료 접근성의 어려움으로 사망률이 높고[3] 일반 비 취약계층 노인보다 건강위험요소가 많다[4]. 그리고 질병과 노화에 따른 건강위험요소에 대한 대처능력이 부족하여 신체 건강과 정신건강이 저하되어 있으며 고소득층 노인보다 정신

주요어: 취약계층, 사회적 지지, 자아존중감, 희망, 건강

Corresponding author: Park, Ji Hyeon

Department of Nursing, Catholic Sangji College, 45 Sanggigil, Andong 36686, Korea.

Tel: +82-53-650-4826, Fax: +82-53-650-4392, E-mail: angelofer@hanmail.net

- 이 논문은 2014년도 정부(미래창조과학부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(No.2014051906).

- This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea(NRF) funded by the Ministry of Science, ICT & Future Planning(No.2014051906).

Received: May 15, 2017 / Revised: Aug 28, 2017 / Accepted: Oct 28, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

사회, 심리적 건강 문제가 더 많다[5]. 또한 노인의 대표적인 만성질환인 당뇨병은 2015년도 현재 우리나라 전체 당뇨병 환자의 4.39%를 노인이 차지하고 있으며[6] 이러한 당뇨병 노인은 혈당조절의 어려움으로 여러 가지 신체적 건강문제 뿐만 아니라 사회 심리적 건강문제가 함께 수반되어 있다[7]. 이렇듯 우리나라는 소득계층 간 건강행위에 대한 적극성의 차이가 있어 저소득층 당뇨병 환자와 고소득층 당뇨병 환자의 건강 수준에는 차이가 나타나므로[5] 취약계층 당뇨병 노인에 대한 건강관리 수준을 높여야 할 필요가 있다.

한편 사회적, 경제적 수준이 낮은 취약계층 당뇨병 노인은 사회적 고립감과 소외감으로 사회적 유대관계의 단절을 경험하며[8,9] 지속적인 혈당관리의 어려움으로 건강상태의 악화와 삶의 질이 저하되어 있고[3] 경제적 빈곤 속에서 만성적인 당뇨병 관리로 인해 자기 자신에 대한 가치와 중요성이 저하되어 있다[8,10].

사회적 상호 작용을 통해 형성되는 사회적 지지는 대상자의 스트레스를 감소시키며 건강 문제를 해결할 수 있는 능력을 향상시키는 심리적인 적응 요소로 사회경제적 문제를 가진 대상자에게 심리적 안녕상태를 도모한다[11]. 실제 당뇨병 등의 만성질환이 있는 저소득층 노인은 당뇨병이 없는 대상자보다 사회적 지지 수준이 낮고 스트레스는 높으며 건강 수준이 낮아 대상자의 사회적 지지는 신체적, 정신적 건강에 영향을 미치는 영향요인이 된다[12]. 한편 경제적 수준이 낮은 당뇨병 노인은 사회적 지지가 높을수록 자가 건강관리 수준이 높으며 중년기 당뇨병 환자보다 더 높은 수준의 사회적 지지를 필요로 하고 있다[9]. 그러므로 사회적 지지체계가 낮은 취약계층 당뇨병 노인은[8,9] 높은 수준의 사회적 지지와 도움을 필요로 한다[13].

자아존중감은 자신에 대한 가치와 존중에 대한 스스로의 평가이며 정신적 건강의 토대가 되는 요소이다[14]. 경제적 빈곤이 있는 저소득층은 자아존중감 수준이 낮고[8,15], 만성질환을 앓고 있는 취약계층 여성노인은 비 취약계층 일반 노인보다 자아존중감이 낮으며[10], 특히 저학력 저소득층 독거노인의 자아존중감은 다른 계층 노인보다 가장 낮다[16]. 질병관리에 대한 스트레스와 가난으로 인한 사회심리적인 문제가 함께 발생하고 있는[8,9] 저소득층 당뇨병 노인의 낮은 자아존중감은 건강행위에 부정적인 영향을 미친다[13,17]. 따라서 취약계층 당뇨병 노인의 신체적 건강과 사회 심리적 건강을 유지 증진하기 위해서는 자아존중감의 향상이 필요하다.

한편 희망은 자신의 목표 달성을 위한 주도적인 노력과 수단을 찾는 긍정적인 힘으로[8] 문제를 적극적으로 해결 하도록 돕는다[18]. 희망은 질환에 대한 중요한 적응인자이며[19] 사회

심리적 안녕상태를 유지하기 위한 요소로 낮은 수준의 사회 경제적 여건은 희망을 유지하거나 증진하는데 방해가 된다[8]. 또한 희망 수준이 높은 사람은 질병 치유에 적극적으로 관여하지만 희망 수준이 낮은 사람은 치료에 대해 거부하고 회피하여 [8,18] 또 다른 정신 건강의 위험을 초래하기도 한다[18]. 따라서 질병이 있는 저소득층 대상자는 희망 수준이 높을 때 스트레스가 감소되고 낙관적인 사고와 태도로 현실을 잘 수용할 수 있으며 질병에 대한 회복력을 높일 수 있다[8,19].

이상에서 사회적 지지는 자아존중감과 희망의 영향요인이 되며[11,20] 실제 질병이 있는 저소득층 노인에게 있어 사회적 지지는 자아존중감을 증진시키고[13] 이러한 높은 수준의 자아존중감은 질병 치유에 대한 희망을 향상시킨다[21].

한편 건강보존은 신체적, 심리적, 정신적, 사회적 통합의 조화로운 균형으로 에너지의 투입과 산출의 조절을 말하는 에너지 통합 측면과 신체적 건강의 유지와 증진, 건강문제의 예방을 말하는 구조적 통합 측면, 자신의 가치를 통한 자아의 통합을 말하는 개인적 통합 측면과 종교나 가족, 문화 등의 사회조직 속에서 말하는 사회적 통합 측면으로 이루어져 있다[22]. 노화에 따른 노인의 건강 문제는 신체적 기능 쇠퇴뿐만 아니라 사회, 심리적 기능 저하가 함께 통합되어 나타나며[22] 경제적으로 국가의 보조 지원을 받고 있고[23] 만성질환을 가지고 있는 노인[22]에게 있어 통합된 건강보존은 중요한 간호의 목표가 된다[22,23]. 결국 취약계층 당뇨병 노인에게 있어 건강은 신체적, 심리적, 정신적, 사회적인 측면에서의 통합된 건강 상태를 말하며[3,23] 이러한 대상자의 건강 문제는 치유보다는 모든 측면에서의 통합된 건강이 잘 이루어 질 수 있도록 유지, 보존해야 한다[22,24].

건강유지 및 증진과 유사한 개념인 건강보존[23]은 사회적 지지와 자아존중감이 중요한 긍정적 변수가 되며[13] 희망은 신체 건강 및 정신 건강 보호 유지에 중요한 요소이다[18]. 실제 타인과의 상호작용을 의미하는 사회적 지지와[11, 22] 자기 자신을 중요시하는 자아존중감[23]은 개인적, 사회적 통합 측면에서의 건강보존의 구성요소가 되며[23] 희망은 주변 환경과 타인과의 상호 관계속에서 지지를 통해 경험하게 된다[8].

건강보존에 영향을 미치는 요인과 관련된 선행연구를 살펴 보면 일반 노인을 대상으로 한 Oh와 Kim [23]의 연구에서는 성별 및 교육수준, 생의 의미가 건강보존의 영향요인이었으며 재가노인을 대상으로 한 Chang [24]의 연구에서는 노쇠정도, 긍정적 사고, 배우자 유무, 지각된 건강상태가 건강보존의 영향요인으로 나타나 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존에 영향을 미치는 요인에 관한 연구가 미흡한 실정이다.

따라서 경제적 빈곤과 만성질환인 당뇨병을 동시에 가지고 있는 취약계층 당뇨병 노인을 대상으로 건강보존에 미치는 영향요인을 규명하여 취약계층 당뇨병 노인의 건강한 삶의 유지, 증진하기 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료로 제공하고자 본 연구를 시행하였다.

2. 연구목적

본 연구는 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지, 자아존중감 및 희망이 건강보존 정도에 미치는 영향을 규명하기 위함이다.

- 취약계층 당뇨병 노인의 일반적 특성 및 건강 특성을 파악하고 이에 따른 건강보존의 차이를 파악한다.
- 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지, 자아존중감 및 희망, 건강보존의 정도를 파악한다.
- 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존과 제반 변수들과의 상관관계를 파악한다.
- 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존 정도에 미치는 영향요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지, 자아존중감, 희망 및 건강보존정도를 파악하고 건강보존에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자 및 대상자의 윤리적 고려

본 연구의 대상자는 D시와 K시의 복지관 3곳에서 무료급식소를 이용하고 있는 취약계층 당뇨병 노인으로 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 근거로 하여 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 80%, 효과 크기는 회귀분석의 중간수준인 .15, 독립변수를 4개로 하여 최소대상자를 98명으로 산출하였으나 최소 표본수와 탈락률 10%를 고려하여 총 109명을 대상으로 설문지를 배부하였고 그 중 응답이 성실한 최종 100명의 자료를 분석에 이용하였다. 대상자의 선정기준은 기초생활보장수급자와 최저생계비의 120%에 미치지 못하는 차상위계층의 70세 이상 노인으로서 당뇨병 진단을 받고 현재 약물 복용 중인 노인이며 인지 기능(MMSE-K) 점수가 25점 이상으로 정상적인 의사소통 능력이 가능한 노인이다. 인지기능(MMSE-K) 점

수가 24점 이하이고 신경 정신과적 질병이 있는 노인은 제외하였다.

연구대상자의 윤리적 고려를 위하여 대구가톨릭대학교 생명윤리위원회의 심의 및 승인(CUIRB-2014-0078) 받은 이후 연구를 시행하였으며 대상자에게 연구 취지와 목적, 언제라도 참여를 철회할 수 있음을 설명하고 자발적 참여 의사를 밝힌 대상자에게 수집된 자료는 연구목적외로만 사용하며 익명성과 자율성이 보장됨을 설명하여 서면동의를 구하였다. 또 연구에 참여한 대상자에게는 소정의 사례를 하였다.

3. 연구 측정도구

1) 사회적 지지

Sherbourne과 Stewart [25]의 개발 도구를 Lim [12]이 번안한 MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey)를 사용하였다. 이 도구는 총 19문항으로 구성되어 있으며 정서/정보적 지지 8문항, 물질적 지지 4문항, 애정적 지지 3문항, 긍정적 상호작용 4문항이며 5점 Likert 척도로 최저 19점에서 최고 95점으로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .97이었고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .95였다.

2) 자아존중감

Rosenberg [26]의 개발도구를 Jon [27]이 번안한 설문지 (self esteem questionnaire)를 사용하였으며 총 10문항이다. 이는 자신에 대한 느낌과 평가 정도, 자기수용의 정도를 측정하기 위한 것으로 4점 Likert 척도로 최저 10점에서 최고 40점이며 점수가 높을수록 자아존중감이 높다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .74였다.

3) 희망

Nowotny [28]의 희망측정도구를 Choi [29]가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 대상자 스스로가 지각하는 희망수준으로 총 29문항으로 구성되어 있다. 확신 6문항, 타인과의 관계 6문항, 가능한 미래 4문항, 영적 신념 4문항, 적극적인 관여 4문항, 내적 동기 5문항이며 각 문항은 4점 Likert 척도로 최저 29점에서 최고 116점이다. 점수가 높을수록 희망수준이 높음을 의미하며 희망수준은 총 4단계로 구분된다. 도구범위 29점에서 50점은 절망 단계이고 51점에서 72점은 낮은 희망 단계이며 73점에서 94점은 중등도의 희망 단계이며 95점에서

116점은 높은 희망 단계를 나타낸다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .84였다.

4) 건강보존

Sung [22]이 개발한 건강보존 척도로 총 37문항으로 이루어져 있다. 에너지보존 8문항, 구조적 통합성 8문항, 개인적 통합성 14문항, 사회적 통합성 7문항이며 각 문항은 4점 Likert 척도로 최저 37점에서 최고 148점이다. 점수가 높을수록 건강보존의 정도가 높다. 본 도구 개발 당시 신뢰도 계수 Cronbach's α 는 .94였고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .81이었다.

4. 자료수집

대구가톨릭대학교 생명윤리위원회의 승인 후 2016년 2월 1일부터 2016년 3월 15일까지 자료수집이 이루어 졌으며 D광역시와 K시에 소재한 복지관 3곳의 각 기관장에게 연구의 목적 및 방법을 설명하고 사전에 허락을 구하였다. 이후 무료 급식소 옆 복지관 1층 로비에 부스를 설치하고 무료 급식소를 이용하고 있는 취약계층 당뇨병 노인을 대상으로 본 연구의 목적과 방법을 설명하였으며 이를 이해하고 자발적 참여 의사를 밝힌 대상자를 선별하여 연구자와 연구보조원이 자료를 수집하였다. 자료의 비밀보장과 익명성을 설명하였고 정보 누출에 대한 거부감이 있는 대상자에게는 응답하지 않아도 됨을 교육한 후 현장에서 조사하였다. 설문 조사는 현장에서 설문지를 배부한 후 직접 기록이 가능한 대상자는 자기기입식으로 기록하였으며 문맹자 및 문맹 이해가 어려운 대상자는 연구원과 훈련된 연구보조원이 읽어주고 답하도록 하였다. 설문지 소요시간은 1인당 30분 정도였다.

5. 자료분석

IBM SPSS/WIN 20.0 프로그램을 이용하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 취약계층 당뇨병노인의 일반적 특성과 건강특성, 사회적 지지, 자아존중감 및 희망, 건강보존 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 취약계층 당뇨병노인의 일반적 특성과 건강 특성 건강보존 정도의 차이는 one-way ANOVA와 독립 t-test로 분석하고 Scheffé test로 사후 검정하였다.
- 취약계층 당뇨병노인의 건강보존정도와 사회적 지지, 자아존

중감 및 희망 변수 간의 상관관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.

- 취약계층 당뇨병노인의 건강보존정도에 영향을 미치는 변인은 stepwise multiple regression으로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 건강 특성과 이에 따른 건강보존의 차이

대상자의 일반적 특성 및 건강특성과 이에 따른 건강 보존의 차이 결과는 Table 1과 같다. 일반적 특성을 살펴보면 여성은 74명(74.0%)이었고 76세 이상이 41명(41.0%)이었으며 개신교가 34명(34.0%)으로 가장 많았다. 교육 정도는 초등학교 졸업이 44명(44.0%)로 가장 많았으며 혼자 사는 독거노인이 44명(44.0%)이었고 배우자와의 사별 상태가 46명(46.0%)이었으며 한 달 용돈은 11만원에서 20만원인 경우가 전체 대상자 중 29명(29.0%)이었다. 과거 직업을 가지고 있었던 대상자는 75명(75.0%)이었고 가장 많이 이용하는 지역사회 자원으로는 노인복지관 방문이 62명(62.0%)으로 가장 많았다. 또 대상자의 건강 특성을 살펴보면 운동을 하는 대상자가 69명(69.0%)이었고 전체 대상자 중 91명(91.0%)이 금연 상태였으며 대상자 85명(85.0%)은 금주 상태였다. 그리고 전체 대상자 62명(62.0%)은 매우 규칙적인 식사를 하고 있었고 38명(38.0%)이 대상자가 잠을 잘 못잔다고 응답하였으며 전체 대상자 중 41명(41.0%)이 주관적 건강상태가 나쁘다고 하였다. 대상자의 일반적 특성 및 건강 특성에 따른 건강보존의 차이는 교육정도 ($F=6.30, p<.001$) 및 한 달 용돈($F=4.64, p=.004$), 식사규칙성($F=5.94, p<.001$) 및 수면의 만족도($F=4.25, p=.003$), 주관적 건강상태($F=5.48, p<.001$)에서 통계적으로 유의하였다. 교육정도에서는 중학교 졸업(107.75 ± 7.90) 대상자나 고등학교 졸업(112.50 ± 12.83) 대상자가 무학(95.35 ± 14.92)인 대상자보다 건강보존 수준이 높았고 한 달 용돈이 21만원 이상(104.84 ± 10.02)인 대상자와 31만원 이상(108.63 ± 9.05)인 대상자가 11만원에서 20만원(96.48 ± 13.48)인 대상자보다 건강보존 수준이 높았다. 그리고 31만원 이상(108.63 ± 9.05) 대상자가 10만원 이하(99.91 ± 16.87)인 대상자보다 건강보존 수준이 유의하게 높았다. 한편 매우 불규칙적으로 식사(85.50 ± 27.58)를 하는 대상자보다 매우 규칙적으로 식사(105.79 ± 11.19)를 하는 대상자가 건강보존 수준이 높았으며 잠을 잘 못 자거나(97.50 ± 14.00) 매우 못 잔(97.50 ± 11.28) 경우보다 보통(109.75 ± 11.74)

Table 1. Differences of Health Conservation according to General and Health Characteristics (N=100)

| Variables | Categories | n (%) or M±SD | Health conservation | | |
|--|---------------------------------|---------------|---------------------|-------------|----------------------|
| | | | M±SD | t or F (p) | Scheffé |
| Gender | Male | 26 (26.0) | 105.73±14.64 | 1.56 (.121) | |
| | Female | 74 (74.0) | 101.01±12.72 | | |
| | | 74.01±4.10 | | | |
| Age (year) | ≤70 | 22 (22.0) | 103.45±11.18 | 0.22 (.802) | |
| | 71~75 | 37 (37.0) | 101.16±13.10 | | |
| | ≥76 | 41 (41.0) | 102.56±14.75 | | |
| Religion | Buddhist | 21 (21.0) | 103.14±16.47 | 0.75 (.528) | |
| | Catholic | 12 (12.0) | 98.25±9.51 | | |
| | Protestant | 34 (34.0) | 101.06±15.06 | | |
| | None | 33 (33.0) | 104.33±10.14 | | |
| Education | None ^a | 34 (34.0) | 95.35±14.92 | 6.30 (.001) | a < c, d |
| | Elementary ^b | 44 (44.0) | 104.16±11.40 | | |
| | Middle school ^c | 16 (16.0) | 107.75±7.90 | | |
| | ≥High school ^d | 6 (6.0) | 112.50±12.83 | | |
| Living status | With married children | 13 (13.0) | 98.46±8.53 | 2.93 (.037) | |
| | With unmarried children | 15 (15.0) | 107.13±8.74 | | |
| | Alone | 44 (44.0) | 99.05±16.06 | | |
| | As a couple | 28 (28.0) | 106.39±10.68 | | |
| Marital status | The couple | 41 (41.0) | 105.02±11.26 | 1.65 (.198) | |
| | Spouse death | 46 (46.0) | 99.87±15.07 | | |
| | Separation/divorce | 13 (13.0) | 101.85±11.99 | | |
| | | 25.44±18.80 | | | |
| Monthly allowance (10,000 won) | ≤10 ^a | 22 (22.0) | 99.91±16.87 | 4.64 (.004) | b < c, d a < d |
| | 11~20 ^b | 29 (29.0) | 96.48±13.48 | | |
| | 21~30 ^c | 25 (25.0) | 104.84±10.02 | | |
| | ≥31 ^d | 24 (24.0) | 108.63±9.05 | | |
| Occupation | Yes | 75 (75.0) | 103.52±12.92 | 1.68 (.096) | |
| | No | 25 (25.0) | 98.40±14.05 | | |
| Community resources (reduplication) | Senior citizen center | 32 (32.0) | | | |
| | Elderly welfare center | 62 (62.0) | | | |
| | Religious facilities | 39 (39.0) | | | |
| Exercise | Yes | 9 (69.0) | 30.29±3.96 | 2.72 (.009) | |
| | No | 1 (31.0) | 27.58±4.87 | | |
| Smoking | Yes | 9 (9.0) | 104.33±13.31 | 0.49 (.624) | |
| | No | 1 (91.0) | 102.03±13.39 | | |
| Alcohol | Yes | 5 (15.0) | 104.73±16.28 | 0.78 (.435) | |
| | No | 5 (85.0) | 101.80±12.80 | | |
| Regularity of diet | Very regular ^a | 2 (62.0) | 105.79±11.19 | 5.94 (.001) | d < a |
| | Somewhat regular ^b | 4 (24.0) | 99.54±13.93 | | |
| | Somewhat irregular ^c | 2 (12.0) | 92.08±13.38 | | |
| | Very irregular ^d | 2 (2.0) | 85.50±27.58 | | |
| Satisfaction with sleep | Very poor ^a | 0 (10.0) | 97.50±11.28 | 4.25 (.003) | a, b < c, e |
| | Poor ^b | 8 (38.0) | 97.50±14.00 | | |
| | Moderate ^c | 2 (12.0) | 109.75±11.74 | | |
| | Good ^d | 8 (28.0) | 103.50±12.83 | | |
| | Very good ^e | 12 (12.0) | 110.75±7.20 | | |
| Subjective health status | Very bad ^a | 12 (12.0) | 91.17±13.35 | 5.48 (.001) | a < d, e c, b < e |
| | Bad ^b | 41 (41.0) | 101.15±12.67 | | |
| | Moderate ^c | 18 (18.0) | 100.06±11.27 | | |
| | Healthy ^d | 25 (25.0) | 109.12±12.34 | | |
| | Very healthy ^e | 4 (4.0) | 113.50±5.45 | | |

Table 2. Degrees of Social Support, Hope, Self-esteem and Health Conservation

(N=100)

| Variables | M±SD | Min | Max |
|-------------------------------------|--------------|------|------|
| Social support | 60.72±18.98 | 24 | 94 |
| Emotional/informational support | 3.24±1.14 | 1.00 | 5.00 |
| Tangible support | 3.13±1.33 | 1.00 | 5.00 |
| Affective support | 3.11±1.15 | 1.00 | 5.00 |
| Interaction support | 3.25±1.18 | 1.00 | 5.00 |
| Self-esteem | 29.45±4.42 | 13 | 36 |
| Positive self-esteem | 3.14±0.49 | 1.60 | 4.00 |
| Negative self-esteem | 2.75±0.55 | 1.00 | 3.80 |
| Hope | 72.81±12.45 | 52 | 105 |
| Confidence in outcome | 2.48±0.65 | 1.17 | 4.00 |
| Relationship with others | 2.64±0.58 | 1.33 | 3.83 |
| Possibility of future | 2.49±0.67 | 1.00 | 4.00 |
| Active involvement | 2.73±0.62 | 1.25 | 4.00 |
| Spiritual belief | 2.41±0.93 | 1.00 | 4.00 |
| Inner motivation | 2.31±0.50 | 1.00 | 3.80 |
| Health conservation | 102.24±13.33 | 66 | 127 |
| Conservation of energy | 2.76±0.43 | 1.75 | 3.63 |
| Conservation of structure integrity | 2.94±0.50 | 1.75 | 3.88 |
| Conservation of personal integrity | 2.74±0.46 | 1.21 | 3.64 |
| Conservation of social integrity | 2.61±0.58 | 1.14 | 3.86 |

이거나 아주 잠을 잘 잔(110.75± 7.20) 경우가 건강보존이 유의하게 높았다. 또 주관적 건강상태 수준이 건강(109.12±12.34)하다거나 아주 건강(113.50± 5.45)하다고 느끼는 대상자가 아주 나쁘다고 느끼는 대상자(91.17±13.35)보다 건강보존 수준이 높았으며 보통(100.06±11.27)이거나 나쁘다고 느끼는(101.15±12.67) 대상자보다 아주 건강하다고 느끼는(113.50± 5.45) 대상자의 경우 건강보존 수준이 유의하게 높았다.

2. 대상자의 사회적 지지, 자아존중감 및 희망과 건강보존의 정도

취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지, 자아존중감, 희망 및 건강보존 정도는 Table 2와 같다.

대상자의 사회적 지지는 전체 평균 점수가 60.72±18.98점이었으며(도구범위: 19점에서 95점) 하위영역별 평균 평점 점수는 긍정적 상호작용이 3.25±1.18점으로 가장 높았고 그 다음 순으로 정서/정보적 지지 영역이 3.24±1.14점이었으며 물질적 지지 영역이 3.13±1.33점이었고 애정적 지지 영역이 3.11±1.15점으로 가장 낮은 수준의 하위영역이었다. 또 대상자의 자아존중감은 전체 평균 점수가 29.45±4.42점이었으며(도구범위: 10점에서 40점) 긍정적 자아존중감이 3.14±0.49점, 부정

적 자아존중감이 2.75±0.55점이었다. 한편 또 대상자의 희망에 대한 전체 평균 점수는 72.81±12.45점이었으며(도구범위: 29점에서 116점) 하위영역 중 가장 높은 평균 평점 점수는 능동적 참여 영역으로 2.73±0.62점이었으며 다음 순으로 타인과의 관계 영역이 2.64±0.58점이었고 미래의 가능성 영역이 2.49±0.67점, 확신이 2.48±0.65점, 영적 신념이 2.41±0.93점, 내적 동기가 2.31±.50 점으로 가장 낮은 하위영역 수준은 내적 동기 영역이었다. 대상자의 건강보존은 전체 평균 점수가 102.24±13.33점이었으며(도구범위: 37점에서 148점) 하위영역별 평균 평점 점수를 살펴보면 구조적 통합영역이 2.94±0.50점으로 가장 높았고 에너지 보존 영역이 2.76±0.43점이었으며 개인적 통합영역은 2.74±0.46점이었고 사회적 통합영역은 2.61±0.58점으로 가장 낮은 건강보존의 하위영역은 사회적 통합 영역이었다.

3. 대상자의 건강보존과 제반 변수들과의 상관관계

취약계층 당뇨병 노인의 건강보존과 사회적 지지 및 자아존중감, 희망의 상관관계는 Table 3과 같다. 대상자의 건강보존은 사회적 지지($r=.51, p<.001$), 자아존중감($r=.19, p=.051$), 희망($r=.40, p<.001$)과 순상관관계가 있었다. 한편 사회적 지

지는 자아존중감($r=.24, p=.014$)과 희망($r=.33, p=.001$)에 순 상관관계가 있었고 대상자의 자아존중감은 희망($r=.26, p=.007$)과 순상관관계가 있었다.

4. 대상자의 건강보존에 미치는 영향요인

취약계층 당뇨병 노인의 건강보존에 미치는 영향요인은 Table 4와 같다. 대상자의 건강보존 영향요인을 확인하기 위하여 사회적 지지, 희망과 일반적 특성인 교육정도와 건강 관련 특성인 운동 및 주관적 건강상태를 더미변수(dummy variable)로 처리하였다. 다중회귀분석을 위해 다중공선성을 검증한 결과 공차한계는 .599~.850으로 0.1 이상이었고, 상태지수는 1.000~22.533이었으며 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)가 1.176~1.670으로 상태지수 30과 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF) 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 또 오차의 자기상관 검증결과는 Durbin-Watson 통계량이 1.175로 확인되어 자기상관은 없었으며 표준화된 잔차의 범위가 -2.267~2.218로 등분산성을 만족하였고, 오차항의 정규분포가 검증되어 설정한 모형이 적합함을 확인하였다($F=8.26, p=.005$). 다중회귀분석 결과 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존에 미치는 영향요인은 사회적 지지($\beta=.35, p<.001$), 희망($\beta=.21, p=.003$), 교육정도($\beta=.19, p=.005$), 주관적 건강상태($\beta=.19, p=.022$)로 나타났으며 이들 변수들의 건강보존에 대한 설명력은 총 65%였다.

논 의

본 연구는 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지, 자아존중감 및 희망의 정도를 파악하고 건강보존에 미치는 영향요인을 규명하기 위한 연구이다.

취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지 점수는 평균 60.72점이었고 평균 평점 점수는 3.20점으로 중간 값 이상이었으며 이는 동일한 도구를 이용하여 측정한 저소득층 노인의 사회적 지지 점수가 평균 63.94점이라는 Lim [12]의 연구결과 보다 낮은 수준이었다. 이러한 결과는 취약계층 당뇨병 노인이라는 본 연구대상자의 특성을 보았을 때 연령이 많을수록, 만성질환을 가진 저소득층 대상자일수록 사회적 지지 수준이 낮다는 Lim [12]의 결과와 일치하였으며 부부가 함께 생활하는 경우가 61.8%로 혼자 사는 경우보다 대상자의 사회적 지지 수준이 높았다는 Lim [12]의 연구결과와 비교하였을 때 본 연구대상자는 부부가 함께 동거하고 있는 경우가 28%였고 이혼 및 사별 등으로 혼자 생활하고 있는 경우가 59%로 마음을 터놓고 대화할 수 있는 대인간 상호접촉을 말하는 질적인 사회적 지지 기반이 [12] 약한 것이 원인이라 할 수 있다. 따라서 추후 체계적인 당뇨관리를 위해 약물복용과 식사요법을 지속적으로 지지해 줄 수 있는 가족 및 친인척, 보건의료서비스 제공자 등의 인적 지지 자원에 대한 강화가 필요하다. 또한 하위영역 중 가장 높은 영역은 긍정적 상호작용 영역이었으며 가장 낮은 영역은 애정적 지지 영역이었다. 이는 동일 도구를 적용한 Lim [12]의 연

Table 3. Correlations among Major Variables and Health Conservation

(N=100)

| Variables | Social support | Self-esteem | Hope |
|---------------------|----------------|-------------|-------------|
| | r (p) | r (p) | r (p) |
| Self-esteem | .24 (.014) | | |
| Hope | .33 (.001) | .26 (.007) | |
| Health conservation | .51 (<.001) | .19 (.051) | .40 (<.001) |

Table 4. Variables Inferencing on Health Conservation

(N=100)

| Variables | B | SE | β | t | p |
|---|------|------|---------|------|-------|
| Social support | 0.24 | 0.05 | .35 | 5.10 | <.001 |
| Hope | 0.22 | 0.07 | .21 | 3.06 | .003 |
| Education [†] (3) | 2.98 | 1.04 | .19 | 2.87 | .005 |
| Subjective health status [‡] (4) | 2.26 | 0.97 | .19 | 2.34 | .022 |

$R^2=.65, \text{ Adjusted } R^2=.622, F=8.26, p=.005$

[†] Dummy variables (Education: None=0, Elementary=1, Middle school=2, High school or more=3); [‡] Dummy variables (Subjective health status: Very bad=0, Bad=1, Moderate=2, Healthy=3, Very healthy=4).

구결과 저소득층 노인의 물질적 지지 영역이 66.96점으로 가장 높은 영역이었고 가장 낮은 영역이 정서/정보적 지지 영역으로 61.89점이라는 결과와 차이가 있었다. 본 연구에서 타인과의 관계 속에서 이루어지는 긍정적 상호작용의 점수가 가장 높았던 것은 Lim [12]의 연구결과 대상자는 종교 활동 등을 통한 사회적 지지 수준이 평균 0.96점으로 낮은 수준이었으나 본 연구에서는 대상자의 62%가 타인과의 주기적 유대 관계를 통한 공감대 형성의 장소인 노인복지관, 경로당, 종교시설 이용 등의 다양한 지역사회 자원체계를 활용하고 있고 이러한 사회적 지지의 결과로 나타난 평균 점수가 3.25점으로 보다 높았기 때문으로 보여진다. 또한 애정적 지지 영역의 점수가 가장 낮은 이유는 현재 배우자와 함께 살고 있는 대상자가 Lim [12]의 연구에서는 62%에 비해 본 연구대상자는 전체 대상자의 41%에 불과하였고 배우자의 사별, 별거, 이혼 등으로 혼자 살고 있는 대상자가 59%를 차지하여 애정과 사랑을 통해 경험할 수 있는 애정적 지지 수준이 낮기 때문으로 여겨진다. 따라서 취약계층 당뇨병 노인의 이러한 가족 형태와 구조를 고려하여 개별화된 사회적 지원체계를 연결시켜주는 광범위한 보건의료의 지지가 이루어져야 할 것이다.

취약계층 당뇨병 노인의 자아존중감은 평균 29.45점으로 중간 값 이상이었다. 이러한 결과는 동일한 도구를 사용한 저소득층 독거노인이 대상인 Kwag [16]의 연구와 당뇨병 노인이 대상인 Yeo와 Yoo [17]의 연구결과에서 자아존중감 점수가 각각 28.83점, 27.26점이라는 결과와 차이가 있었다. 본 연구에서 취약계층 당뇨병 노인의 자아존중감 수준이 더 높은 이유는 연구대상자의 62%가 다양한 지역사회 자원을 이용하고 있었기 때문으로 보인다. 이는 고소득층 노인보다 저소득층 노인의 사회적 관계망 활용 수준이 더 낮아 자아존중감이 낮았다는 Kwag [16]의 연구결과와 대상자의 61.3%가 종교 활동 등의 사회활동에 참여하지 않아 자아존중감 수준이 낮았다는 Yeo와 Yoo [17]의 연구결과와 원인이 다르기 때문이다. 현재까지 경제적 빈곤과 불평등으로 인한 소외된 계층이 정서 및 심리적 문제와 가족의 문제를 안고 살아왔으나 과거보다 국가적 차원에서의 사회복지체계의 활성화로 인하여 보건의료시설을 이용하는 대상자의 수가 증가하였으며 국가의 대민 중심 보건의료 서비스의 제공으로 지역사회 자원체계를 통한 보건의료 정책의 결과인 듯하다. 그러므로 지역사회 간호사는 취약계층 당뇨병 노인이 다양한 사회적 자원과 관계망을 적극적으로 활용하여 자아존중감을 향상시킬 수 있도록 지지하며 [16] 지역사회 주민으로서의 자신에 대한 존재감과 가치에 대해 긍정적으로 수용할 수 있도록 다양한 정서적, 심리적 건강 프로그램을 개

발해야 할 것이다. 한편 긍정적 자아존중감의 평균 평점 점수는 3.14점이었고 부정적 자아존중감의 점수는 2.75점으로 나타나 긍정적 자아존중감이 더 높은 수준으로 나타났다. 이러한 결과는 사회적 지지가 자아존중감의 영향요인임을 고려할 때 본 연구결과에서 의미 있는 타인과의 상호작용 속에서 형성되는 높은 수준의 긍정적 상호작용 영역에서의 지지와 정서/정보적 영역에서의 지지가 대상자의 가치와 만족감에 대해 긍정적으로 영향을 미쳤기 때문으로 보인다. 그러므로 정서적, 사회적, 심리적 상태의 악화요인을 가지고 있는 취약계층 당뇨병 노인에 대해 [15] 대상자의 정신적 건강에 영향을 주는 자아존중감을 증진시켜야 할 것이다. 이는 긍정적 측면과 부정적 측면에서의 자아존중감 영향요인을 확인하여 긍정적인 자아존중감을 향상시키고, 부정적 자아존중감은 감소시키는 방안을 모색하여 심리적 스트레스로 인해 발생하는 부정적인 건강문제를 관리하여야 할 것이다 [15]. 또한 취약계층 당뇨병 노인의 높은 수준의 희망을 통해 절망과 스트레스를 극복하여 [19] 신체적, 정신적, 심리적 건강을 도모하여야 할 것이다.

취약계층 당뇨병 노인의 희망에 대한 전체 평균 점수는 72.81점으로 Nowotny [28]의 희망 도구 범위 4단계 중 2번째 단계인 낮은 수준의 희망을 가지고 있었다. 또한 하위영역 중 능동적 참여 영역이 가장 높은 수준이었으며 내적 동기영역이 가장 낮은 영역이었다. Nowotny [28]의 희망 도구를 이용한 취약계층 당뇨병 노인에 관한 선행연구는 부족하여 정확한 비교는 어려우나 동일 도구를 이용한 농촌 노인 대상의 Kim [30]의 연구에서 희망의 전체 평균 점수는 67.68점, 능동적 참여 영역은 2.34점이었고 내적 동기 영역의 점수는 2.36점으로 본 연구결과와 차이가 있었다. 본 연구대상자의 희망 수준과 능동적 참여 수준이 높은 이유는 본 연구결과 대상자가 경제적 빈곤과 만성적 당뇨병 질환이라는 힘든 상황 속에서도 자신에 대한 신념을 잃지 않고 적극적인 태도로 이겨내고자 하는 높은 수준의 긍정적 자아존중감이 현실 극복의 원동력으로 작용하였기 때문으로 여겨진다. 또한 선행연구보다 내적 동기 수준이 낮은 이유는 고령 및 경제적 어려움, 당뇨로 인한 건강 문제를 가진 본 연구에서의 대상자 특성과 이로 인한 사회적 활동의 제약, 성취감 기회의 감소로 인한 자신감의 저하와 가족 및 지역사회에서의 낮은 수준의 사회적 지지가 그 원인이라 할 수 있다. 취약계층 당뇨병 노인을 대상으로 한 선행연구가 없어 정확한 비교는 어려우나 백혈병으로 조혈모세포 이식 환자를 대상으로 한 Ban 등 [21]의 연구에서 자아존중감이 희망의 영향요인으로 자아존중감 수준이 높을수록 희망수준은 높았다. 따라서 취약계층 당뇨병 노인의 희망 특성을 고려하여 바람직한 삶의 가치

관과 긍정적인 자아상을 증진시키고 자아성취감을 가질 수 있는 다양한 기회를 제공하여 저하된 자신감이 증진되어 희망 수준이 향상 될 수 있도록 취약계층 당뇨병 노인의 사회 심리적 희망 강화 프로그램의 개발이 필요하다.

취약계층 당뇨병 노인의 건강보존은 전체 평균 점수가 102.24점으로 중간 값 이상으로 나타났다. 동일 도구를 사용한 선행연구를 살펴보면 질병이 있고 용돈 수준이 낮은 재가노인을 대상으로 한 Chang [24]의 연구에서는 건강보존 정도가 98.85점이었으며 국가의 경제적 도움을 받고 있는 노인을 대상으로 한 Oh와 Kim [23]의 연구에서는 대상자의 건강보존 정도가 100.91점으로 본 연구결과가 높은 수준으로 나타났다. 또 건강보존의 하위 영역에서는 구조적 통합 영역의 점수가 가장 높았고 다음은 에너지 통합 영역이었다. 취약계층 당뇨병 노인에서의 건강보존 수준이 높은 결과는 당뇨병이라는 만성적 질환에 대한 사회적 인식의 변화와 다양한 보건의료 정보의 습득, 노화로 인한 대상자의 생리적 변화에 대한 적응 수준의 향상으로 나타난 결과이기 때문으로 보이며 이로 인하여 에너지 보존의 측면과 신체 건강의 유지 및 증진에 대한 구조적 측면에서의 건강보존 정도를 높이는 결과를 가져왔다고 본다. 한편 가장 낮은 건강보존의 하위영역은 사회적 통합 영역으로 나타났는데 이러한 결과는 독거노인의 비율이 44%이고 배우자와 함께 생활하는 대상자의 비율이 41%에 불과하며 물질적, 애정적 지지 영역에서의 경제적, 사회적 지지 수준이 낮은 대상자의 특성 때문으로 보여진다. 따라서 취약계층 당뇨병 노인에 대한 건강보존을 위해서는 차별화된 사회심리적 보건의료서비스의 지원과 지속적인 당뇨병 건강관리에 대한 모니터링 시스템이 강화된 복합적이고 통합적인 건강보존 프로그램의 개발과 적용이 필요하다.

대상자의 일반적 특성 및 건강 특성에 따른 건강 보존은 교육정도, 한달 용돈, 식사의 규칙성 및 수면의 만족도, 주관적 건강상태에서 차이가 있었다. 이는 동일도구를 이용한 Oh와 Kim [23]의 연구에서 노인의 건강보존이 교육수준에 따라서 차이가 있다는 연구결과와 Chang [24]의 연구에서 재가노인의 건강보존이 교육수준 및 용돈, 주관적 건강상태에 따라 차이가 있다는 연구결과와 일치하였다. 한편 건강보존의 개념 중 적당량 영양과 휴식, 안정을 말하는 에너지 보존의 구성요소인 식사 및 수면은 건강치유를 위한 기초가 되는 요인으로[22] 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존은 규칙적인 식사 여부와 수면에 대한 만족도에서 그 차이를 보였다. 이러한 결과를 토대로 취약계층 당뇨병 노인에 대한 건강보존을 위해서는 교육수준에 따른 당뇨관리 프로그램을 개발하고 식이요법의 강화와 대

상자의 수면 증진을 위한 안위 프로그램 개발이 필요하다. 또한 긍정적인 자아가치 및 자기존중은 건강보존의 향상을 위해 필요한 요소로 이는 주관적 건강상태의 향상과 관련이 있어 [24] 주관적 건강상태 수준 향상을 위한 긍정적 자기 사고 훈련이 필요하다.

본 연구결과 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존은 사회적 지지, 자아존중감 및 희망과 순 상관관계에 있으며 대상자의 건강보존에 대한 영향요인은 사회적 지지, 희망, 교육 정도, 주관적 건강상태로 이 중 가장 큰 영향요인은 사회적 지지였으며 그 다음이 희망이었다. 사회적 지지는 건강보존과 유사 개념인[23] 건강 유지, 증진의 영향요인이며[13] 희망은 신체적 건강 및 정신적 건강에 영향을 미치는 영향요인이다[8]. 또 질병이 있는 노인의 교육수준은 건강보존의 영향요인이며[23] 낮은 수준의 사회경제적 지위와 소득 정도에 따라 영향을 받고 있는 주관적 건강상태는[3] 건강보존의 수준을 높이는 영향요인이다[24]. 우리나라 취약계층 당뇨병 노인을 대상으로 한 선행연구가 미흡하여 단적으로 말하기는 어려우나 이러한 선행연구를 통하여 사회적 지지, 희망, 교육 정도, 주관적 건강상태는 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존에 중요한 변수가 되며 대상자의 삶에 중요한 요소가 되므로[30] 취약계층 당뇨병 노인에 대한 연속성 있는 당뇨 건강관리를 제공하기 위해서는 평생교육 시스템 체계의 마련과 대상자의 주관적 건강상태에 대한 영향요인을 파악하여 건강보존을 향상시키는 방법을 모색하는 것이 필요하다.

본 연구결과 대상자의 자아존중감은 건강보존의 영향요인으로 나타나지는 않았다. 그러나 대상자의 건강보존은 자아존중감과 순 상관관계에 있는 것으로 나타났으며, 경제력에 대한 스트레스, 건강의 감소, 가족이나 친구의 상실 등 신체적 건강 문제와 사회경제적인 문제를 안고 있을 때 노인의 자아존중감은 저하되므로[14] 열악한 환경 속에 있는 취약계층 당뇨병 노인은 건강보존의 향상을 위해서 자신에 대한 긍정적인 신념과 가치를 높일 수 있도록 지지하고[23] 당뇨병에 대한 건강 수준의 향상과 가족과 지역사회 지지의 감소 원인을 최소화 할 수 있는 다각적인 접근 방법을 모색하여야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 일 지역에 국한하여 임의추출표집방법으로 대상자를 선정하여 연구결과와 일반화 하는데 제한점이 있으며 취약계층 당뇨병 노인의 신체적 건강 수준에 대한 생리적 지수를 변수로 제시하지 못하였다. 따라서 추후 연구에서는 무작위표집방법을 이용한 대상자의 선정과 건강보존에 대한 생리적 변수의 제시 및 기타 만성질환을 가진 취약계층 노인을 대상으로 한 확대 연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지 및 자아존중감, 희망 수준을 파악하고 건강보존에 미치는 영향요인을 규명하여 대상자의 건강보존을 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시행하였다. 연구결과 취약계층 당뇨병 노인의 건강보존 영향요인은 사회적 지지 및 희망, 교육 정도, 주관적 건강상태였고 이러한 변수들의 건강보존에 대한 총 설명력은 64.9%로 가장 설명력이 큰 영향요인은 사회적 지지였다. 이러한 취약계층 당뇨병 노인의 사회적 지지 및 건강보존은 중간 이상의 수준이었으나 희망의 수준은 낮았으며 대상자의 건강보존은 사회적 지지 및 희망과 순 상관관계에 있었다. 따라서 지역사회 취약계층 당뇨병 노인을 대상으로 건강보존에 영향을 미치는 요인인 사회적 지지 및 희망 수준, 교육 정도 및 주관적 건강상태를 파악하여 개별화된 건강보존 관리 시스템을 구축하며 이를 위하여 다양한 자원 활용을 통해 대상자가 지속적으로 당뇨병을 관리하고 희망 수준을 향상시킬 수 있는 통합된 건강보존 프로그램을 개발하여 새로운 사회적 지지 자원으로서의 간호 역할이 이루어 질 수 있도록 해야 한다. 이러한 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 연구결과의 일반화에 대한 제한점이 있어 무작위표집 방법을 이용한 전국의 취약계층 당뇨병 노인에 대한 건강보존 영향요인을 규명하는 반복 연구를 제언한다.

둘째, 건강보존의 영향요인 규명을 위해 다양한 신체적, 생리적 변수 투입을 추후 연구에 사용할 것을 제언한다.

셋째, 취약계층 당뇨병 노인의 당뇨병에 대한 관리 및 희망 수준의 향상을 위한 통합적 건강보존 프로그램 개발을 제언한다.

REFERENCES

- Park EO, Yu M. Frailty and its related factors in vulnerable elderly population by age groups. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(6):848-857. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.848>
- Whang MJ, Lee C. Current status of national basic living security. Research Report. Seoul: The Ministry of Health and Welfare; 2016 November. Report No.:11-12400-00-000868-01.
- Jang SM. Factors of influencing subjective health status in the adults with chronic disease- focusing on socio-economic status of diabetics. *Mental Health and Social Work*. 2015;43(2):32-59.
- St. John PD, Tyas SL, Montgomery PR. Depressive symptoms and frailty. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28(6):607-614. <https://doi.org/10.1002/gps.3866>
- Kim JG. Equity in health levels and health care utilization of elderly people in Korea. *Social Science Research Review*. 2011; 27(2):65-87.
- Seong SC, Son MS. 2015 national health insurance statistical yearbook. Research Report. Wonju: National Health Insurance Service and Health Insurance Review & Assessment Service; 2016 September. Report No:11-B550928-00001-10.
- Conn VS, Russell CL. Self-management of chronic illnesses among aging adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2005; 31(5):4. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050501-03>
- Park SY. Relationships of depression and positive emotions with hope and the mediating and moderating role of family support for people in low-income. *Korean Journal of Family Social Work*. 2013;40(0):189-214.
- Moon MY, Kim MA. Factors related to self management in middle aged and elderly with diabetes mellitus. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2005;19(2):261-273.
- Lee SH, Jun SS. Effects of an empowerment program on self-esteem and depression for low-income elderly women living alone. *The Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;21(4):311-320.
- Jang SH, Kim CS, Kim MR. An effect the social support on the self-esteem and life satisfaction in elderly. *Journal East-West Nursing Research*. 2008;14(2):39-46.
- Lim MK. Relationships between social support and health among low income group in urban area [master's thesis]. [Seoul]: Seoul National University; 2002. 86 p.
- Shim MS. A study on self-esteem, social support and health promoting behavior of the low income elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2005;7(1):63-70.
- Kim JY, Lee JM. A Study on the factor giving effect to self-esteem of low-income old woman. *Journal of Community Welfare*. 2008;27:259-280.
- Lee JK, Lee RH. Material hardship and alcohol use among low-income households in South Korea. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2016;16(7):552-565. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.07.552>
- Kwag KH. Relationship between latent classes of socio-economic status and self-esteem among elderly living alone. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2016;16(1):1-12. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.01.001>
- Yoe YO, Yoo EK. The relationship among depression, self-esteem and ADL in the case of the hospitalized elderly patients with chronic disease. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 2010;22(6):676-686.
- Cho HJ. The effects of hope on life stress, psychopathology and life satisfaction. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 2010;29(3):839-852.
- Lee BK. A study of hope and quality of life in dialysis patients

- [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2007. 81 p.
20. Wang LY, Chang PC, Shin FJ, Sun CC, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 61(4):485-491. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.013>
21. Ban JY, Park HR, Sohng KY. Hope and related variables in patients undergoing hemopoietic stem cell transplantation for leukemia. *Asian Oncology Nursing*. 2005;5(2):116-125.
22. Sung KW. Scale development on health conservation of the institutionalized elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2005;35(1):113-124. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.1.113>
23. Oh OW, Kim EJ. Factors influencing health conservation among elders. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2009;16(2):134-143.
24. Chang HK. Influence of frailty, nutritional status, positive thinking and family function on health conservation of the elderly at home. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2015;27(1): 52-62. <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.1.52>
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991;32(6):705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
26. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. 1st ed. Princeton NJ: Princeton University Press; 1965. 804 p.
27. Jeon BJ. Self-esteem: A test of its measurability. *Yonsei Non-chong*. 1974;11(1):107-130.
28. Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*. 1989; 16(1):57-61.
29. Choi SS. A correlational study on spiritual wellness, hope and perceived health status of urban adults [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1990. 81 p.
30. Kim CN. A correlation study on spiritual wellbeing, hope and perceived health status of the rural elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2004;18(2):342-357.