

## 재가노인들의 무력감, 건강상태 및 인지기능에 관한 조사 연구\*

이 강 이\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 급속히 산업화, 도시화, 핵가족화 되어 가는 한국사회에서 노인 인구의 증가와 인구의 노령화 현상으로 인한 노인 복지 문제가 심각한 사회 문제로 대두되고 있다. 이러한 노인 인구 증가 추세와 더불어 노후의 생활대책, 건강관리, 노인인구의 재활용, 노인의 여가생활, 노년을 보람있게 보내도록 대비하는 방안 등을 포함하는 노인 복지에 대한 대책은 새로운 사회문제로 부각되었다(최영희, 김문실, 변영순 & 원중순, 1990). 특히 노년기의 은퇴나 배우자의 사망, 질병, 수입감소 등에 따른 사회생활 참여의 기회상실, 개인적인 역할상실, 활동력 쇠퇴 등으로 노인들은 무력감을 느끼게 되는 것이다.

노인에게 있어 계속되는 무력감은 자기간호 능력이 저하되어 우울과 절망감을 경험하게 되며 또한 노인의 자아존중감과 삶에 대한 만족감을 저하시키게 된다. 이로 인하여 노인은 신체

적 상태도 심각해져 죽음을 초래하게 되므로 노인의 무력감을 간과해 버린다면 노인의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(정승은, 1998).

노인이 무력감을 느끼는 주된 원인은 질병과 치료 상황에서 초래되는 통제력의 상실과 자신의 질병에 대한 지식 부족에 의한 것이라 할 수 있으며(김인영, 1991) 노인들의 가장 큰 관심사는 건강과 관련된 문제가 70%를 차지하는 것으로 밝혀지고 있다(최영희 등, 1990). 더욱이 노인들의 질병은 대부분 만성 퇴행성 질환으로 그 원인이 확실하지 않고 질병의 진행과 치료가 장기간을 요하며, 치료효과도 불확실하다. 그러므로, 노인들의 삶에 있어 건강문제는 중요한 의미를 가지고 있다 하겠다.

한편 노인들은 체력과 근력이 저하되고 또한 신경반응도 느려지므로 인지기능 장애를 가져와 기억력 감소, 계산착오, 지남력 장애, 판단장애와 이해능력 장애를 나타낸다(윤진, 1985).

이와같이 노년기의 신체·심리·사회적 스트레스원은 무력감을 유발하며, 이러한 스트레스가 해결되지 않고 반복적으로 지속되면 무기력

\* 이 논문은 1999년도 대전대학교 학술연구조성비 지원에 의한 것임

\*\* 대전대학교 간호학과 부교수

하게 되며 신체적 건강뿐만 아니라 동기적, 인지적, 정서적 측면에도 손상을 가져오므로 (Miller, 1992) 본 연구는 정상적인 노화과정을 경험하는 재가노인들의 문제 중 이미 본 저자가 연구한 무력감, 자아존중감 및 가족지지 (조경순, 이강이, 김순이, 1999) 이외에 무력감과 건강상태, 인지기능의 정도를 알아보고 이들과 관련있는 변수들을 파악함으로써 노인에게 대한 간호사의 깊은 이해를 도모하고 노인문제 해결 방안 탐색에 기초자료를 제시하고자 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가노인이 지각하는 무력감, 건강상태, 인지기능의 정도를 조사한다.
- 2) 재가노인의 일반적 특성에 따른 무력감, 건강상태 및 인지기능정도의 차이를 분석한다.

## 2. 용어의 정의

### 1) 무력감

개인의 행동이 결과에 영향을 미치지 못하고 지각하는 것이며(NANDA) 또한 현재의 상황이나 직면할 상황에 대하여 통제력을 상실했다고 지각한 상태로서, 본 연구에서는 정승은(1998)이 개발한 무력감 측정도구를 사용하여 얻은 점수를 말한다.

### 2) 건강상태

건강상태란 신체적, 정신적, 사회적 기능을 적절하고 효과적으로 수행할 수 있는 인간의 총체적 안녕상태(total well being)를 말하며 (Corder & Showalter, 1972), 본 연구에서는 개인이 느끼는 자신의 현재 건강상태, 시력 및 청력상태 등 3문항에 의해 측정된 점수이다.

### 3) 인지기능

지능을 이용하여 당면문제를 해결하는 정도를 말하며, 본 연구에서는 Kahn, Goldfarb, Pollack & Peck(1960)이 개발한 정신상태

설문지를 번안한 도구로 측정된 점수를 말한다.

## 3. 연구의 제한점

본 연구대상자는 대전광역시에 살고 있는 재가노인들을 임의로 선정하였으므로 연구결과를 전체노인에게 일반화하는데는 한계가 있다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 무력감

무력감의 사전적 정의는 힘 또는 세력이 없음, 능력, 활동력이 없음을 의미하고, 무력감은 스스로 무력함을 알고 허탈과 맥빠진 듯한 느낌으로 표현하고 있다. 또한 무력감은 통제할 수 없는 완전한 무능을 의미하며 상황에 따라 주관적으로 경험하는 것(Miller, 1983)을 고려해볼 때 노인들의 대부분은 노화과정에 의해 심리적, 생리적 변화로 무력감을 경험한다고 할 수 있다.

또한 노인들은 체력과 근력이 저하되고 관절의 유연성이 감소되며 신경반응도 느려져 협동력이 줄어들거나 손상되는 전신적인 감퇴현상이 나타나 정신적 신체적인 무력감을 느끼게 된다 (Steinberg, 1972; Tinette, Richman & Powell, 1990).

대다수 노인의 가장 중요한 목표는 자신의 욕구를 충족할 능력 즉 독립심이며 이 목표가 충족될 때 통쾌감과 활기를 얻을 수 있는 반면에 이 목표가 좌절될 때에는 무력감을 경험하게 된다(Roy, 1976).

김조자, 임종락 및 박지원(1992)은 노인의 무력감 완화에 관한 연구보고에서 인지적 무력감이 가장 높았고 활동적 무력감이 가장 낮았으며, 무력감 정도에 미치는 요인으로는 연령, 성별, 교육정도, 용돈, 건강상태라고 하였다. 즉 연령이 많은 집단, 여성노인, 학력이 낮은 노인, 한달 사용할 용돈이 적은 노인, 건강상태가 나

쁘다고 느끼는 노인의 집단에서 무력감을 더 많이 느끼고 있는 것으로 나타났다.

또한 병원에 입원한 노인의 무력감 현상을 연구한 최영희와 김경은(1995)에 의하면, 노인 무력감의 주제 의미로 쇠약함, 의존성, 좌절감 등 5가지로 제시하였는데 그중 의존성이란 병원에 입원한 노인이 그들의 자율성을 상실하고 병원 상황에서 약물이나 보조기구, 의사의 치료지시 등을 전적으로 따르고 이에 의존할 수밖에 없는 상황 속에서 모든 주위에 대한 영향력을 발휘할 수 없다는 의존성을 경험하였다고 했다.

정상 노화과정에 있는 노인을 대상으로 무력감 현상을 연구한 김경은(1995)도 무력감을 밀려남, 받아들여지지 않음, 쓸모 없음 등으로 체험하였다고 보고하여 노인들이 의존할 수 있는 상황에서는 신체적 약화와 함께 무력감을 더욱 더 느낄 것이라는 생각을 할 수 있었다.

그러므로 무력감에 대해 정확히 사정하고 진단하는 것은 대상자의 건강유지와 증진에 목표를 두고 있는 간호사들에게는 매우 중요하다(정승은, 1998).

## 2. 건강상태

노화란 시간의 흐름에 따라 일어나는 유기체의 점진적인 변화로서 신체의 구조 및 기능의 변화뿐 아니라 적응 또는 행동의 변화까지 포함하는 신체적, 사회적, 심리적 요소가 포함되는 종합적인 현상이다(최현, 1986).

그러나 인간은 모두 하나의 형태로 늙어가는 것이 아니라 각자가 갖는 특성에 따라 노년성의 변화가 시작되는 시기도 다르며 또한 노화의 지각에도 심한 개인적 차이를 보인다.

Rogers(1979)는 같은 나이라 할지라도 노화에 대해 실제로 느끼는 것은 다르며, 개인의 경험이나 사회적 관념, 그들의 건강 상태에 따라 영향을 받는다고 하였다. 간호학적 입장에서의 노인건강이란 단순한 질병의 부재 뿐 아니라 노인 자신이 경험하고 지각하는 모든 측면을 반

영하는 것이므로, 노인의 자가평가에 의한 주관적 건강은 개인 나름대로 건강을 정의하고 이를 근거로 자신의 건강을 측정하는 것이므로 이는 노인의 건강 상태를 보다 포괄적으로 반영할 수 있다.

일반적으로 노인건강의 측정방법으로서 자기 보고식(self reported)이 주로 사용되고 있으나 건강에 대한 자가평가방법은 오차가 생기기 쉬운 주관성이 개입될 수 있다(Rosencrane, Terence Pihlblad, 1970). 그러나 자가 평가한 건강과 실제로 의학적 검진 결과와는 65-70% 정도의 일치도를 보였으며(Busse, 1996), 여러 연구자들이 두 방법간의 상관성을 밝히고 있다(Palmore & Luikart, 1972). 그 예로서, Markides & Martin(1979)은 건강과 의사의 진단은 높은 상관관계가 있으며 노인의 죽음을 예측하는 중요한 요인이 된다고 보고하였으며(Mossey & Shapiro, 1982), 재가노인과 시설노인 자신들의 건강상태에 대한 지각과 신체적 건강상태와 관계를 연구한 최영희 등(1990)의 연구결과에서는 건강하다고 지각한 노인에서 신체 건강점수가 가장 높았고 건강이 나쁘다고 지각한 노인에서 점수가 낮았다고 보고하였다. 이와같이 신체 변화의 가장 민감한 측지자는 본인이라는 점에서 이 결과는 중요한 의미를 지닌다. 따라서 건강관리자는 노인의 건강관리에 있어서 노인 자신의 주관적인 자기 건강평가에 세심한 주의를 기울여야 할 것으로 사려된다.

노년기의 건강상태는 노화과정과 더불어 신체적, 정신적, 심리·사회적인 기능의 저하로 질병에 이환되기 쉬운 상태이다. 노인에게서 나타날 수 있는 질환은 다른 연령층의 건강문제와 특별히 다른 것이 아니라 주로 만성적으로 노화에 따라 진행되어 온 퇴행성 질환이며 65세 이상의 노인중 75%정도가 한가지 혹은 두가지 이상의 만성적 질환을 가지고 있다는 보고가 있다(Brunner et al., 1970; 전태선 외, 1976).

강복수(1978)는 대상자의 57%에 해당하는

노인이 무엇인가 이상을 가지고 있으며 또한 한 가지 이상의 질환을 가지고 있는 노인도 30.3%나 된다고 보고하였으며, 130명의 노인을 대상으로 조사한 김혜중(1977)도 30.8%의 노인이 한 가지 이상의 질환을 가지고 있음을 보고하였다.

또한 서경환(1996)은 60세 이상 노인의 1년 중 평균 상병일은 58.5일이며 활동의 제한을 받은 평균일수는 41.1일이었다고 보고하였다.

한편 노인의 건강상태에 영향을 미치는 변수를 연구한 문헌을 살펴보면, 박태숙(1991)은 노인들의 건강상태와, 관련하여 성별, 연령, 종교, 교육정도, 건강상태 등을 조사하였는데, 그 결과 종교에 따른 노인들의 건강상태는 유의한 차이가 없었으나 성별, 연령, 교육정도, 용돈상태에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 있었다고 발표하였다. 또한 김미옥(1986), 김명옥(1984), 이영희, 김문실, 최영희(1988)는 재가노인의 신체적 건강상태는 연령이 많아질수록 건강상태 점수가 낮았으며, 연령이 많아질수록 신체적 노화현상이 많이 나타났다고 보고하였다. 이러한 결과는 신체적 노화가 시간의 흐름에 따른 정상적인 노화과정(윤진, 1986)임에 비추어 볼 때 당연한 귀결이라 생각된다.

또한 김미옥(1986)도 노인이 지각하는 사회심리적인 소외감과 신체적 노화는 순상관계를 보였다라고 보고하여 사회심리적 소외감은 신체적 노화를 촉진시킬 수 있고, 노인의 신체적 노화가 또한 사회심리적 고독 및 소외감을 초래할 수 있음을 시사해 주고 있다.

그러므로 노인의 건강은 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 건강의 세 가지 측면 중 어느 하나도 소홀히 할 수 없음을 알 수 있으며, 특히 사회적으로 소외되어 있는 시설노인들의 소외감은 심리적 건강이나 신체적 건강에 영향을 미칠 수 있고, 이는 재가노인들의 건강상태와는 차이가 있을 것이라는 가정을 할 수 있으리라 생각된다.

이와 같이 노인은 노화와 장기적인 질병으로

인하여 여러 가지 증세로 고통을 받는 경우가 많이 있으므로 노년기의 건강관리 문제는 간호에서 매우 중요한 부분을 차지한다고 사려된다(Brunner et al., 1970).

### 3. 인지기능

인지기능이란 지능을 말하며 학자에 따라 다르게 표현되고 있어 인지기능이라고도 하고 또한 지능이라고도 한다. 인지기능에는 대체로 지남력, 기억력, 판단력, 주의력, 계산능력, 언어능력 등이 포함되며, 인지기능의 변화를 가져오는 요인으로는 연령, 교육수준, 역할수행정도, 불안수준 등이 있다. 인간의 연령 증가와 지능의 쇠퇴여부는 아직도 많은 논란을 일으키고 있다(윤진, 1986). Wechsler(1985)는 18-25세 이후의 성인기에서부터 지능이 점차적으로 쇠퇴한다고 보고하고 있는 반면, Baltes & Schaie(1974)는 노화에 따른 지능의 쇠퇴는 없거나 극히 미약하며 혹 있더라도 지능의 하위종류에 따라 그 쇠퇴의 정도가 달라진다고 주장하고 있다.

노화로 나타나는 두드러진 정신기능 변화로는 지적 능력감퇴, 감각기능 감퇴, 감정반응의 둔화, 인격변화, 그리고 우울경향의 증가 등을 들 수 있다(성기월, 1997). 노인의 지적능력 감퇴와 감각기능 감퇴는 인지적 기능의 장애를 말하며 인지기능 장애는 기억의 감소로 시작되어 계산착오, 지남력장애, 판단력장애와 이해능력장애를 나타내고 우울과 불안으로 감정적 안정성이 약아진다(윤진, 1985).

이호녕과 신승철(1989)은 다차원적 기능평가 설문지(Multidimensional Functional Questionnaire)와 간이정신상태검사(Mini Mental State Examination)를 이용하여 역학조사 한 결과, 경도의 인지장애가 17%, 고도의 인지장애가 3%로 나타나 전체 노인 대상자 가운데 인지장애의 유병률을 20%로 추정했다.

한편 성기월(1997)은 인지기능에 영향을 미

치는 변수로써는 성별, 교육정도, 배우자 유무라고 발표하였으나 종교, 한달 용돈에서는 유의한 차이가 없었다고 보고하였다. 또한 인지기능에 영향을 미치는 요인 중 우울에 관한 연구를 살펴보면, Raskin & Rae(1981)는 우울한 노인과 우울하지 않은 노인을 비교하였을 때 우울한 노인에서는 기억력 부족과 같은 인지장애가 52%인데 비해 우울하지 않은 노인은 13%로 낮았다고 보고하였다. 또한 Ron, Toone, Garralda & Lishman(1979)은 노인성 치매로 생각되었던 노인의 우울을 치료하였을 때 이들 노인의 30%가 인지기능이 향상되었는데 이 경우에는 가성치매(pseudodementia)라는 용어를 사용하여야 한다고 주장하였다. 반면에 요양기관에 입원한 70명 환자의 우울정도(Geriatric Depression Scale, GDS)와 인지기능 상태(Minimental State Examination, MMSE) 간에는 상관관계가 없다는 보고도 있다(Kafonek et al., 1989).

인지기능을 지능으로 표현한 문헌을 살펴보면, Green(1969)은 16-64세사이의 연령집단을 교육수준이 일정하도록 한 후 웨슬러형 지능검사(WAIS)점수를 비교하였다. 그 결과 지능의 전체 점수가 40세까지 전반적으로 상승하다가 그 이후 일정하게 유지되고 그 가운데 언어성 소검사는 50세까지 증가하며 그 이후는 조금씩 쇠퇴하기 시작하였다고 보고하였다.

한편 간호중재방법을 사용하여 인지기능의 감소효과를 검증하기 위한 연구로서, Williams, Campbell, Raynor, Mynarczyk & Ward(1985)는 골절로 입원한 노인환자에게 간호사들이 여러 가지의 물리적, 사회적 환경의 간호중재(병실에 밝은 전등이용, 동일 간호사에 의한 간호, 잦은 orientation)를 실시한 결과 수술후의 인지기능[Short Portable Mental Status Questionnaire(Pfeiffer, 1975)로 측정]이 감소되는 것을 예방할 수 있었다고 보고하였다.

또한 Burton(1982)과 Campos(1984)는

양로원 노인에게 지남력 향상을 위한 환경을 제공해 주는 방법으로 날짜와 현재 위치 등을 알려주는 표식을 주위 환경에 많이 비치하여 노인의 혼돈을 줄이고 인지기능을 높이려는 시도를 하였는데 이 방법의 효과에 대한 결과보고는 일관성이 부족하다고 보고되었다.

사회적 환경과 인지기능 상태와의 관계를 연구한 Kahana & Kahana(1970)는 노인을 3개의 집단 즉 정신과 병원의 노인 병동, 연령에 상관없이 섞인 병동 그리고 중환자 병동에 입원한 노인의 인지기능상태(Mental State Questionnaire로 측정)를 입원 시와 입원 후 3주 후에 측정하였는데 그 결과 연령에 상관없이 섞인 병동의 노인들이 월등히 인지기능상태 점수가 높아져 사회적 환경에 의한 인지기능 변화를 보고하였다.

또한 시력 및 청력과 인지기능과의 관계를 연구한 문헌들이 있다. 그 중에서 42명의 양로원 노인들을 대상으로 연구한 O'Neil & Calhoun(1975)은 그의 결과에서 감각손상 점수(시각, 청각, 그리고 촉각 손상 점수를 합친 것)가 많을수록 정신기능 점수가 낮다는 것을 보고하였으며, Synder, Pyrek & Smith(1976)는 시력장애가 가장 큰 집단에서 Mental Status Questionnaire(MSQ)로 측정된 정신장애가 가장 크다는 것을 보고하였고, Weinstein & Amsel(1989)은 청각장애가 심한 다섯명의 노인을 3개월간 청각재활 프로그램에 참가한 후 정신상태 설문지 검사로 측정했을 때 모두 정신기능이 향상되었다고 보고하였다.

Peters, Potter & Scholer(1988)도 청력장애가 없는 사람은 인지기능이 증가하였으며 청력장애가 있을 때 인지장애가 컸다도 하였다. 그러므로 노인들의 인지기능에 시력과 청력이 미치는 영향이 크다는 것을 알 수 있다.

그러므로 전반적인 건강 상태가 노년기에 있어서의 지적능력 수준 유지에 커다란 공헌을 한다는 사실과 노인의 인지기능 퇴화에 대한 예방적, 간호중재적 측면이 노인 관리의 중요한 영

역이 되어야 할 것이라는 것을 시사해 준다.

이상의 문헌에서 노인들의 무력감, 건강상태 및 인지기능에 차이를 보여준 일반적 특성들을 고려하여 본 연구에서도 연령, 성별, 결혼상태, 교육정도, 종교, 노인들의 경제적 상태를 반영하는 주택소유상태, 한달 용돈상태, 생활비 부담자와 타인과의 건강비교 등을 선정, 조사하여 본 연구를 분석하였다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집 방법

연구대상은 대전광역시에 거주하는 60세 이상의 재가 남녀 노인 271명으로 하였다.

자료수집기간은 1998년 10월 1일부터 10월 20일까지였으며 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하였다.

자료수집 방법은 본 연구자와 훈련받은 연구 보조원 4인이 직접 노인정을 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 구한 뒤 질문지를 이해하고 대답할 수 있는 노인들을 대상으로 단기적 횡단법으로 면담조사 하였다.

#### 2. 연구도구

자료수집에 사용된 도구는 아래에 설명된 구조화된 설문지를 사용하였으며, 노인들의 일반적 특성을 알아보기 위해서는 연구자가 작성한 설문지를 사용하였다. 설문지의 내용은 노인들의 일반적 특성 10문항, 무력감 측정을 위한 27문항, 건강상태 측정을 위한 3문항 및 인지 기능 측정을 위한 10문항, 총 50문항으로 구성되었다.

##### 1) 무력감 측정도구

대상자의 무력감 정도를 측정하기 위해 정승은(1998)이 개발한 무력감 도구를 이용하였다. 총 27문항으로 '매우 그렇다'가 4점에서 '전

혀 그렇지 않다'를 1점으로 하였으며, 최저 27점에서 최고108점까지의 범위로 점수가 높을수록 무력감 정도가 높은 것을 의미한다.

도구의 내적일관성을 검증하기 위해 산출한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92로 나타났다.

##### 2) 건강상태 측정도구

건강상태 측정도구는 "귀하의 현재 건강상태에 대해 어떻게 느끼십니까?"와 같은 단순한 질문(Mossey & Shapiro, 1982)에 대한 반응으로 측정하였으며 이외에 자신의 시력상태와 청력상태를 포함한 3문항으로 측정된 점수를 사용하였다. 각 문항의 배점은 '매우 좋다'를 5점에서 '매우 나쁘다'를 1점으로 하였으며, 최저 3점에서 최고 15점까지의 분포로서 점수가 높을수록 건강상태가 높은 것을 의미한다.

도구의 내적일관성을 검증하기 위해 산출한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75로 나타났다.

##### 3) 인지기능 측정도구

대상자의 인지기능 정도를 측정하기 위해 Kahn 등(1960)이 개발한 총 10문항으로 이루어진 정신상태 설문지를 이용하였다. 각 문항의 배점은 대상자가 각 문항에 적절한 대답을 하면 1점, 대답을 하지 못하면 0점으로 하였으며, 최저 0점에서 최고 10점까지의 범위로 점수가 높을수록 인지기능정도가 높은 것을 의미한다.

도구의 내적일관성을 검증하기 위해 산출한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86로 나타났다.

#### 3. 자료분석방법

자료분석방법은 SPSS를 이용하여 전산처리하였으며 자료분석을 위해 사용된 방법은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 2) 노인들의 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도는 각각 평균, 표준편차를 사용하였다.

3) 노인들의 일반적 특성에 따른 무력감, 건강상태 및 인지기능의 차이를 알아보기 위해서 t-test와 분산분석(ANOVA)을 적용하였다.

#### IV. 연구 결과

##### 1. 재가노인의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성에서, 연령별로는 70대 가장 많았으며 성별로는 전체 노인 중 여자가 61.6%, 남자 38.4%로 여자의 분포율이 높았다.

결혼상태는 사별이 69.4%로 기혼(29.8%)이나 이혼(.7%)보다 많았으며, 교육정도는 무학(48.7%)과 국졸(33.9%)이 대다수를 차지하였고, 종교에서는 기타(34.3%)가, 불교(28.9%), 기독교(19.2%) 등의 순위였다.

주택소유상태에서는 대부분 자가(79.7%)로 전세(15.1%), 월세(2.2%)보다 훨씬 많았다.

한달 용돈상태는 '보통이다' 53.5%로 가장 많은 분포를 나타내었으며 '부족한 편이다' 25.1%, '충분한 편이다'가 19.2%를 나타내었다.

진단받은 질병여부는 '없다'가 60.1%, '있다'가 39.9%이었으며 생활비 부담은 자녀가 66.1%, 자신과 자녀가 함께 부담하는 경우 21.0%, 자신이 부담하는 경우 8.9% 순으로 나타났다

<표 1>.

##### 2. 재가노인들이 인지한 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도

재가노인들이 인지한 무력감 정도는 평균 74.61±9.40점(최고가능 점수 4점 중 평균평점 2.76점)으로 나타났으며, 건강상태 정도는 평균 11.16±1.33점(최고가능 점수 5점 중 평균평점 3.72점)으로 나타났다. 또한 인지기능 정도는 7.38±2.61점(최고가능 점수 1점 중

<표 1> 대상자의 일반적 특성 (n=271)

특성	구분	실수	백분율
연령	60-64세	20	7.4
	65-69세	56	20.7
	70-74세	47	17.3
	75-79세	67	24.7
	80-84세	52	19.2
	85세이상	29	10.7
성별	남	104	38.4
	여	167	61.6
결혼상태	기혼	81	29.8
	사별	188	69.4
	이혼	2	.7
교육정도	무학	132	48.7
	국졸	92	33.9
	중졸	22	8.1
	고졸	19	7.0
	대학졸	6	2.2
종교	기독교	52	19.2
	천주교	35	12.9
	불교	78	28.9
	유교	13	4.8
	기타	93	34.3
주택소유상태	자가	216	79.7
	전세	41	15.1
	월세	6	2.2
	기타	8	3.0
한달용돈상태	충분	52	19.2
	보통	145	53.5
	부족	68	25.1
	매우부족	6	2.2
진단받은 질병	있다	108	39.9
	없다	163	60.1
타인과 건강비교	더 좋음	38	14.0
	비슷함	161	59.4
	더 나쁨	72	26.6
생활비 부담자	자신	24	8.9
	자신과 자녀	57	21.0
	자녀	179	66.1
	정부보조금	4	1.5
	기타	7	2.6

평균평점 .73점)으로 무력감, 건강상태 및 인지기능 모두 중간이상의 점수를 나타내었다 <표 2>.

<표 2> 노인들의 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도

변수	점수부위	평균	표준편차	평균평점
무력감	27-108	74.61	9.40	2.76
건강상태	3- 15	11.16	1.33	3.72
인지기능	0- 10	7.38	7.38	.73

### 3. 재가노인들의 일반적 특성에 따른

#### 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도 차이

노인들의 무력감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별( $t=-3.22, p=.001$ ), 타인과의 건강비교( $F=6.10, p=.003$ ), 생활비부담자( $F=4.99, p=.009$ )에서 통계적으로 매우 유의한 차이가 있었다. 즉 여자가 남자에 비하여 무력감 점수가 높았으며, 자신의 건강을 타인과 비교해 보았을 때 '더 나쁘다'라고 답한 노인이, '비슷하다', '더 좋다'라고 답한 노인에 비하여 무력감의 점수가 높았고, 생활비부담자는 '자녀 또는 정부보조금' 이라고 답한 노인이 '자신' 이라고 답한 노인에 비하여 높게 나타났다 <표 3>.

노인들의 건강상태에 차이를 보이는 특성으로는 성별( $t=13.18, p=.0003$ ), 결혼상태( $F=6.71, p=.0014$ ), 교육정도( $F=3.99, p=.017$ ), 한달 용돈상태( $F=4.22, p=.006$ )로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다. 여

기에서 남자가 여자에 비하여 건강상태 점수가 높았고, 기혼이나 이혼이 사별에 비하여 건강상태 점수가 높았으며, 교육정도에서는 대학졸업자에서 가장 높았고, 무학에서 가장 낮아 대체로 학력이 낮을수록 건강상태 점수가 낮게 나타났다. 한달 용돈 상태에서는 '충분하다'라고 답한 노인에서 건강상태 점수가 가장 높았으며 '매우 부족하다', '보통이다', '부족하다'의 순으로 나타났다 <표 3>.

노인들의 인지기능에 차이를 보이는 특성으로는 연령( $F=6.40, P=.000$ ), 교육정도( $F=4.67, P=.004$ )에서 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였으며, 타인과의 건강비교( $F=3.66, P=.029$ )에서도 유의한 차이가 있었다. 즉 연령이 65~69세에서 인지기능의 점수가 가장 높았으며, 85세 이상에서 가장 낮아 연령이 적을수록 대체로 인지기능 점수가 높게 나타났다. 교육정도에서는 대학 졸업자에서 인지기능의 점수가 가장 높았고 무학이 가장 낮게 나타났다. 또한 자신의 건강을 타인과 비교해 보았을 때 '더 좋다'라고 답한 노인이 '비슷하다', '더 나쁘다'라고 답한 노인에 비하여 인지기능의 점수가 높았다 <표 3>.

그러나 그 외의 노인들의 일반적 특성에 따른 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도와의 차이는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났다 ( $p>0.05$ ) <표 생략>.

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도 차이 분석 (n=271)

	특성	집단	평균	표준편차	t or F	P
무력감	성별	남	72.10	10.00	-3.22	.001
		여	76.00	8.74		
타인과의 건강비교		더 좋음	69.97	8.89	6.10	.003
		비슷함	74.12	9.27		
		더 나쁨	78.20	8.89		
생활비 부담자		자신	67.43	6.86	4.99	.009
		자신·자녀	70.00	10.28		
		자녀	77.32	8.19		
		정부보조금	77.00	11.80		
		기타	64.71	4.19		



<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 건강상태 및 인지기능 정도 차이 분석(계속)

(n=271)

	특 성	집 단	평 균	표준편차	t or F	P
건강상태	성별	남	11.52	1.37	13.18	.0003
		여	10.93	1.26		
	결혼상태	기혼	11.60	1.42	6.71	.0014
		사별	10.97	1.23		
		이혼	11.50	3.53		
	교육정도	무학	11.03	1.19	3.99	.0170
		국졸	11.11	1.34		
		중졸	11.43	1.27		
		고졸	11.30	1.68		
		대학졸	12.50	1.91		
한달용돈상태	충분	11.69	1.57	4.22	.0060	
	보통	11.10	1.31			
	부족	10.85	1.07			
	매우부족	11.33	1.03			
인지기능	연령	60-64세	6.45	1.03	6.40	.000
		65-69세	7.08	1.31		
		70-74세	6.20	0.86		
		75-79세	6.10	1.44		
		80-84세	5.57	1.45		
		85세이상	4.64	2.02		
	교육정도	무학	5.72	1.67	4.67	.004
		국졸	6.82	1.23		
		중졸	5.75	1.48		
		고졸	6.93	1.22		
대학졸		8.00	0.00			
타인과 건강비교	더 좋음	6.52	1.71	3.66	0.29	
	비슷함	6.50	1.54			
	더 나쁨	5.83	1.48			

## V. 논 의

본 연구에서 무력감의 정도는 최저 27점에서 최대 108점 중 74.61점, 평균평점 2.76점으로 노인들의 무력감이 약간 높은 편이었는데 이를 타 연구와 비교해 보면, 대도시외에 중소도시, 농촌에 거주하고 있는 노인까지 포함하여 질병이 없는 740명을 대상으로 무력감을 조사한 정승은(1998)의 연구에서도 본 연구와 같은 결과를 나타내었다.

그러나 재가노인, 입원노인, 노인대학 출석노인, 양로원노인 총 236명을 대상으로 무력감을

연구한 김조자 등(1992)의 연구에서는 평균평점 2.10점을 보고하여 본 연구결과 보다 훨씬 더 낮았으며 이중 재가노인이나 노인대학 출석노인의 무력감은 더욱더 낮게 나타났다. 그러나 본 연구와 정승은(1998)의 연구에서와 같이 무력감의 정도가 중간이상의 점수를 나타낸 것은 노인들의 신체적, 심리적, 사회적 기능이 약화되어 이들이 경험하는 상실과 스트레스가 노인을 무력감에 취약하게 만들기(김조자 등, 1992) 때문이라고 설명할 수 있겠다.

노인들의 건강상태는 평균평점 3.72점으로 박태숙(1991)(4.13점) 및 최영희와 정승은

(1991)(4.05점)의 연구결과 보다는 낮게 나타났으나 안혜경(1998)의 연구(3.64점)보다는 약간 높게 나타났다. 이와 같은 결과는 본 연구와 박태숙(1991) 및 최영희와 정승은(1991) 연구에서는 재가노인을 대상으로 하였으나 안혜경(1998)은 비교적 사회적 지지가 부족한 도시 영세민 지역에 사는 노인을 대상으로 연구하였으므로 그들의 신체적 건강상태가 일반 노인보다 떨어지지 않나 생각된다. 다시 말하면, 경제적으로 안정된 가족들은 함께 거주하는 노인에 대한 관심과 배려가 크며, 이러한 가족지지는 또한 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미치기 때문(조경순, 이강이, 김순이, 1999)이라고 사료된다.

본 연구에서 노인의 인지기능 정도는 최대 10점 중 7.38점(73.8%)으로 중간이상의 높은 점수를 나타냈는데 이는 재가노인을 대상으로 연구한 성기월(1997)의 연구에서도 최대 28점 중 21.50점(76.8%)을 얻어 본 연구와 같은 결과를 나타내었다.

한편 무력감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별, 타인과의 건강비교, 생활비 부담자에서 나타났다. 성별에 따른 노인의 무력감 정도는 본 연구결과와 마찬가지로 김인영(1991)과 김조자 등(1992)의 연구 결과에서도 여자가 남자에 비하여 무력감 정도가 더 높게 나타났는데, 이는 일반적으로 여자가 남자보다 신체적 조건이나 능력의 제한이 더 크므로 자신이 환경을 조절하기보다도 오히려 환경으로부터 영향을 더 많이 받는 입장이기 때문이라 사료된다.

자신의 건강을 다른 노인과 비교해 보았을 때 '더 좋다'라고 답한 노인이 '비슷하다', '더 나쁘다'라고 한 노인보다 무력감의 정도가 매우 유의한 차이로 낮게 나타났는데 이는 건강이 나쁠수록 무력감은 더욱더 크게 나타남을 볼 수 있었으며 노화로 인한 신체적 기능상실이 노인들에게 무력감을 가져오는 원인이 된다고 한 김조자 등(1992)의 연구결과와도 일치하였다. 결국 무력감은 건강상태로 향하고자 하는 개개인의

움직임에 부정적 영향을 미치게 됨을 알 수 있었다.

또한 생활비부담에 따른 노인의 무력감 정도는 자녀보다 자신이 하는 경우에 무력감이 적게 나타났는데 이는 노인이 처해 있는 사회경제적 여건, 특히 노인의 경제적 수준은 노인의 심리적 안녕에 크게 영향을 미치기(Larson, 1978) 때문이라 사료된다. 또한 뇌졸중환자가 인지한 부담감 및 우울정도를 연구한 이강이와 송경애(1996)는 월 용돈이 적은 노인일 수록 우울점수가 높았다고 보고하여 무력감이 높은 노인에게서 대체로 우울과 절망감을 경험하게 되므로 이강이와 송경애(1996)의 연구결과도 본 연구결과를 간접적으로 설명하고 있었다.

본 연구에서 통계적으로 유의하지는 않지만 교육정도와 무력감을 분석해볼 때 김조자 등(1992)의 연구결과와 마찬가지로 교육이 낮을수록 무력감을 높게 인지하고 있었는데 이는 학력이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 힘의 자원을 높게 인지하고 있었으며 나아가서 힘의 자원을 높게 인지할수록 무력감을 덜 느끼기 때문이라 사료된다(김조자 등, 1992). 또한 본 연구와 마찬가지로 외국의 노인들도 지식정도가 낮을 때 더욱더 무력감을 높게 인지한다고 하였으나(정승은, 1998), 반대로 김인영(1991)은 교육정도가 높을수록 더 많은 무력감을 경험한다고 보고하였다. 이러한 결과는 한국사회에서는 나이를 먹을수록 경험이 풍부하여 삶의 지혜가 많아지며 특히 애써 알려고 하지 않는 것이 편안하다고 여기므로 우리나라 노인들은 단순한 지식수준으로 무력해지지는 않는다고 설명하였다(정승은, 1998).

이상의 결과를 종합해볼 때 노인이 인지하는 무력감의 정도는 인구사회학적 특성에 따라 차이를 보여 여자노인, 건강이 좋지 않는 노인, 생활비를 자녀가 부담하는 노인 즉 경제적 독립이 안된 노인에서 높게 인지하고 있었다.

한편 노인의 건강상태에 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별, 결혼상태, 교육정도, 한달

용돈상태에서 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다. 이는 노인의 건강 및 간호요구도를 조사한 안혜경(1998)의 연구 결과에서도 위의 네 가지 변수에서 모두 유의한 차이를 나타내어 본 연구결과를 지지해 주었다.

이를 좀 더 구체적으로 살펴보면, 성별에 따르는 건강상태의 정도에서, 안혜경(1998), 최영희 등(1990) 및 이영자(1989)의 연구 결과에서도 남자노인이 여자노인에 비하여 건강상태 점수가 높게 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 이는 여성이 남성에 비해 평균수명이 길므로 고령의 여자노인이 신체건강 점수가 낮기 때문으로 추정되며(최영희 등, 1990), 또한 남자가 여자보다 더 능동적이며 사회적 상호작용을 더 활발하게 하기 때문에 남자노인들이 인지하는 건강상태가 여자노인들보다 더 클 것이라 사료된다.

결혼상태에 따르는 건강상태에서는 안혜경(1998)의 결과와 마찬가지로 배우자가 있는 경우가 더 높았는데 이는 기혼자 즉 배우자가 있는 경우에는 배우자 및 가족들의 지지가 높아 자신의 건강상태 인식이 좋을 것(김시현, 1984)이라 사료된다. 그러나 본 연구에서 기혼인 경우보다는 약간 적지만 이혼인 경우에서도 건강상태 점수가 대체로 높았는데 이는 배우자의 지지를 받지 못하는 노인은 자신이 처한 사회 경제적 여건, 특히 독립적으로 자신의 건강을 스스로 책임지며 관리해야 된다는 절박감 때문이 아닌가 생각된다.

또한 교육정도가 높을수록 건강상태 점수가 높았는데 이와같은 결과는 최영희 등(1990), 박태숙(1991), 안혜경(1998)의 결과나, 또한 재가노인과 시설노인의 신체적 건강상태는 교육정도가 높을수록 신체적 건강상태 점수가 높았으며 아울러 노화현상도 적게 나타났다고 보고한 김미옥(1986) 및 김명옥(1984)의 연구에서도 같은 결과를 나타내어 본 연구결과를 지지해 주었다. 이는 교육을 통해서 얻어진 건강에 대한 지식이 개인의 건강관리에 영향을 준 결과라

고 추정할 수 있다. 이것은 한국의 경우 교육수준이 곧 사회계층을 결정하는 주요인자이므로 교육수준이 낮은 하층의 노인은 생계를 위해 신체의 체력을 많이 소모해 왔으며 건강관리에도 소홀하였기 때문(최영희 등, 1990)이라고 추정할 수 있다.

또한 한달 용돈상태가 '충분하다'라고 답한 노인에서 건강상태 점수가 가장 높게 나타났는데 이는 충분한 용돈으로 자신의 건강을 위하여 간식 및 영양제를 섭취할 수 있다는 자위적인 생각 때문이라 사료되며, 또한 노인의 건강상태도 경제수준과 관련이 있다고 한 안혜경(1998)의 연구와, 재가노인의 신체건강상태는 용돈상태가 충분한 노인이 부족한 노인에 비해 점수가 유의하게 높게 나타났다고 한 박태숙(1991), 최영희 등(1990)의 연구결과와도 일치하였다. 그러므로 노인들의 신체건강관리를 위해 어느 정도의 경제적 여건이 이루어져야 된다는 사실과 이를 위해 사회보험형태로 지원하는 노인복지정책이 필요하다 하겠다(최영희 등, 1990).

한편 노인의 인지기능 정도에 차이를 보이는 특성으로는 연령, 교육정도, 타인과의 건강비교에서 나타났다. 즉 연령에 따른 노인의 인지기능 정도는 많은 보고들(Cavanaugh & Wettstein, 1983; 박종한, 문희원, 고효진, 1991; 성기월, 1997; 성기월, 1992; 정희숙, 1984)과 같이 본 연구의 결과에서도 연령이 증가할수록 인지기능이 낮아지는 현상을 보였다( $F=6.408, P < .000$ ). 이 결과는 특히 인지기능의 쇠퇴가 종류에 따라 다르며 조사 방법 중 단기횡단법으로 조사했을 때 감퇴한다는 윤진(1986)의 주장을 확인했다고 할 수 있다.

또한 본 연구에서 교육수준이 높을수록 인지기능 점수가 높게 나타났는데 이는 Weissman 등(1985)과 박종한, 권용철(1989)이 교육을 적게 받은 노인들에서 치매의 유병률이 더 높다고 보고하여 치매와 인지기능 장애와의 관련성(Ron 등, 1979)을 생각해 볼 때에 이들의 연구가 본 연구결과를 간접적으로 지지하였다. 또

한 교육수준이 높은 집단에서 노화현상이 낮게 나타났다고 한 김시현(1984)의 연구도 본 연구 결과를 간접적으로 뒷받침하고 있었다.

자신의 건강을 타인과 비교해 보았을 때 '더 좋다'라고 대답한 노인이 '비슷하다', '더 나쁘다'라고 답한 노인에 비해 인지기능 점수가 높게 나타났는데 이는 건강의 인식정도가 좋을수록 인지기능이 높게 나타났다고 보고한 성기월(1997)의 연구 결과와 일치하였다. 이는 노화의 경우 연령과 함께 개인의 사회문화적, 환경적 차이에서 설명되어야 한다는 것을 알 수 있었다.

## VI. 결론 및 제언

재가노인들의 무력감, 건강상태, 인지기능의 정도와 이와 관련 있는 요인들을 분석하기 위하여 1998년 10월 1일부터 10월 20일까지 대전광역시에 거주하는 60세 이상의 재가 남녀 노인 271명을 대상으로 하였다. 연구도구는 무력감을 측정하기 위하여 정승은(1998)의 도구를 사용하였으며, 건강상태를 측정하기 위해 Mossey & Shapiro(1982)의 질문과 여기에 자신의 시력상태와 청력상태를 묻는 문항을 포함하였으며, 인지기능을 측정하기 위하여 Kahn 등(1960)이 개발한 도구를 사용하였다.

자료분석방법은 SPSS를 이용하여 실수, 백분율, 평균, 표준편차, t-test와 분산분석(ANOVA)을 적용하였으며 얻어진 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 노인들이 인지한 무력감, 건강상태, 인지기능 정도는 평균평점이 각각 2.76점(최고가능점수 4.0점), 3.72점(최고가능점수 5.0점), .73점(최고가능점수 1.0점)으로 모두 중간점수 이상을 나타내었다.
  - 2) 노인들의 일반적 특성에 따르는 무력감 정도의 차이는 성별, 타인과의 건강비교, 생활비 부담자에서 통계적으로 매우 유의하게 나타났다.
  - 3) 노인들의 일반적 특성에 따르는 건강상태 정도의 차이는 성별과 결혼상태, 교육정도, 한달 용돈상태에서 통계적으로 매우 유의하게 나타났다.
  - 4) 노인들의 일반적 특성에 따르는 인지기능 정도의 차이는 연령, 교육정도에서 통계적으로 매우 유의하게 나타났으며, 타인과의 건강상태 비교에서도 통계적으로 유의하게 나타났다.
- 이상의 결과에서와 같이 노인들은 무력감을 중정도 이상으로 인식하고 있었으나 다행히도 건강상태와 인지기능 정도도 중간 이상으로 높게 인지하고 있었다.
- 노인들의 무력감, 건강상태, 인지기능에 차이를 보이는 요인으로는 연령, 성별과 같은 생물학적 요인이외에 과거에 결정된 요인 즉 결혼상태 및 교육정도와 같은 변화시킬 수 없는 요인에서 나타났다. 그러나 생활비 부담자, 한달 용돈상태 등의 경제적 능력에서도 나타나 이러한 요인은 노년기를 보내는 노인들의 가장 큰 문제점이라고 볼 수 있었다. 그러므로 노인의 무력감을 줄이고 건강상태와 인지기능을 향상, 유지시키기 위하여 힘의 자원을 높이는 즉 노후 생활보장이 될 수 있는 노인복지 정책이 수립, 실시되어야겠으며 아울러 간호사는 정상 노화에 따른 이와같은 요인들의 변화과정을 이해하여 그들의 건강관리 등 삶의 질을 향상시키는데 보다 많은 노력을 기울여야겠다.
- 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.
1. 노인들의 무력감, 건강상태 및 인지기능에 관한 상관관계 연구를 할 필요가 있다.
  2. 재가노인들 뿐만 아니라 병원에 입원한 노인들의 무력감, 건강상태, 인지기능의 비교연구와 이와 관련 있는 요인들을 규명할 필요가 있다.
  3. 정상노인들의 건강상태와 삶의 질, 성생활 만족과의 관계를 분석 할 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강복수 (1978). 일부 도시 노인들의 건강관리 실태. 경북의대지, 19, 2, 181-187.
- 김정은 (1995). 노인 무력감의 현상연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김명옥 (1984). 중년기 이후의 노화현상에 관한 분석적 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김미옥 (1986). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김시현 (1984). 노인의 사회적 지지와 건강상태의 관계분석 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김인영 (1991). 일원한 노인환자의 가족지지, 자아존중감, 무력감과의 관계. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김조자, 임종락, 박지원 (1992). 노인의 무력감 완화를 위한 심리재활에 관한 연구. 간호학회지, 22(4), 506-525.
- 김혜중 (1977). 노인의 건강요구에 관한 조사 연구-연희 1동을 중심으로-. 연세대학교 대학원 석사 학위논문.
- 박종한, 권용철 (1989). 노인용 한국판 MMSE의 표준화 연구(제1편). 신경정신의학, 28(1), 125-131.
- 박종한, 문희원, 고효진 (1991). 한국판 MMSE 상 치매진단이 불확실한 노인들. 신경정신의학, 30(3), 552-557.
- 박태숙 (1991). 노인의 건강상태 자아존중감 생활만족도. 경북대학교 대학원 석사학위 논문.
- 서경환 (1996). 장수에 관한 노인의학적 연구. 공중보건잡지, 3, 2.
- 성기월 (1992). 정서적지지 간호를 병행한 집단 등공예 작업이 시설노인의 인지기능과 우울에 미치는 영향. 경북대학교 대학원 박사학위 논문.
- 성기월 (1997). 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도. 간호학회지, 27(1), 36-48.
- 안혜경 (1998). 노인의 건강상태 및 간호요구도 조사. 기본간호학회지, 5(1), 49-64.
- 윤진 (1986). 노년기의 심리적 특성. 신경정신의학, 25(2), 44-53.
- 윤진 (1985). 성인노인심리학. 서울: 적성출판사.
- 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울 정도에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이영자 (1989). 한국 노인의 건강 사정 도구개발에 관한 일 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 이영희, 김문실, 최영희 (1988). 노인의 자아개념, 노화에 대한 지각 및 신체 노화와의 관계. 간호학회지, 18(3), 269-280.
- 이호녕, 신승철 (1989). 일 농촌지역(강화도) 노인 정신장애의 역학적 연구. 신경정신의학, 28(4), 617-630.
- 전태선 외 (1976). 이환율조사에 관한 연구. 대한보건협회지, 2(1), 47-69.
- 정승은 (1998). 노인의 무력감 측정도구 개발에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 정희숙 (1984). 정상인의 인식기능과 신경증 경향에 관한 연구. 대한간호학회지, 14(2), 47-54.
- 조경순, 이강이, 김순이 (1999). 재가노인들의 무력감, 자아존중감 및 가족지지와의 관계 연구. 성인간호학회지, 11(3), 436-448.
- 최영희, 김문실, 변영순, 원종순 (1990). 한국 노인의 건강상태에 대한 조사연구. 대한간호학회지, 20(3), 307-323.
- 최영희, 정승은 (1991). 한국노인이 신체적 건강상태 도구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 3, 92-113.
- 최현 (1986). 인체생리학. 서울: 수문사.
- Baltes, B. B., Schaie, K. W. (1974).

- Aging and IQ ; The myth of the twilight years. Psychology Today, 7, 35-40.
- Brunner, et al. (1970). Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 43.
- Burton, M. (1982). Reality orientation for the elderly : A critique. J. of Advanced Nursing, 7, 427-433.
- Busse. E. W. (1996). Social factors in influencing care and health of the elderly. Aging and Social Policy(In J. C. Makinney and F. T. De Vyver Eds.), New York: Appleton-Century-Crofts.
- Campos, R. G. (1984). Does reality orientation work? J. of Gerontological, 10, 53-64.
- Cavanaugh, S. V. and Wettstein, R. M. (1983). The relationship between severity of depression. Cognitive Dysfunction, 140(4), 495-496.
- Corder B. V., Showalter R. K. (1972). Health science and college life. New York: Brown Company.
- Green, R. F. (1969). Age-intelligence relationship between ages sixteen and sixty-four. Developmental Psychology, 1, 618-627.
- Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., Kittener, S., Taylor, N., & German, P. S. (1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility, J. of the American Geriatrics Society, 37, 29-34.
- Kahana, B., Kahana, E. (1970). Changes in mental status of elderly patients in age-segregated hospital milieus. J. of Abnormal Psychology, 75(2), 177-181.
- Kahn, R., Goldfarb, R., Pollack, M. & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. American J. of Psychiatry, 17, 326-328.
- Larson, R. (1978). Thirthy years of research of the subjective well-being of older Americans. J. of Gerontology, 33(1), 109-129.
- Markides, K. M. & Martin, H. W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. J. of Gerontology, 34, 86-93.
- Miller, J. F.(1983). Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness(2nd ed). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Miller, J. F. (1992). Coping with chronic illness, overcoming powerlessness(3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis company.
- Mossey, J. and Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of motality among the elderly. American J. of Public Health, 72(8), 800-80.
- O'Neil, P. M., & Calhoun, K. S. (1975). Sensory deficit and behavioral deterioration in senescence. J. of Abnormal Psychology, 84, 579-582.
- Palmore, E. & Luikart, C. (1972). Health and social factors related to life-satisfaction. J. of Health Social Behavior, 13, 68-80.
- Peters, C. A., Potter, J. F., & Scholer, S. G. (1988). Hearing impairment as a Predictor of cognitive decline in dementia. J. of the American Geriatrics Society, 36, 981-986.

- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J. of the American Geriatrics Society, 23, 433-441.
- Raskin, A and Rae, D. S. (1981). Psychiatric symptoms in the elderly. Psychopharmacology Bulletin, 17, 96-99.
- Rogers, D. (1979), The Adult Years: An Introduction to Aging. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Ron, M. A., Toone, B. K., Garralda, M. E., & Lishman, W. A. (1979). Diagnostic accuracy in presenile dementia. British J. of Psychiatry, 124, 161-167.
- Rosencranz, H., & Terence Pihlbald, C. (1970). Measuring the health of the elderly. J. of Gerontology, 25(2), 129-133.
- Roy, C. (1976). Introduction to Nursing : An Adaptation Model. Englewood Cliffs: Prentice -Hall.
- Snyder, L. H., Pyrek, J., & Smith, K. C. (1976). Vision and mental function of the elderly. The Gerontologist, 16, 491-495.
- Steinberg, F. U. (1972). Gait disorders in the aged. J. of the American Geriatrics Society, 20, 537-540.
- Tinette, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. J. of Gerontology, 45(6), 239-240.
- Wechsler, D. (1985). The measurement and appraisal of adult intelligence (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Weinstein, B. E., & Amsel, L. (1989). Hearing loss and senile dementia in the institutionalized elderly. Clinical Gerontologist, 4, 3-15.
- Weissman, M. M., et al. (1985). Psychiatric disorders(DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a U.S. urban community. Acta. Psychiatry Scand, 71, 366-379.
- Williams, M. A., Campbell, E. B., Raynor, W. J., Mynarczyk, S. M., & Ward, S. E. (1985). Reducing acute confusional states in elderly patients with hip fractures. Research in Nursing and Health, 6. 329-337.

-Abstract-

Key concepts : Powerlessness, Perception of Health, Cognitive Level

A Study on the Powerlessness, Perception of Health and Cognitive Level of Elderly Home Residents

*Lee, Kang Yi \**

This study was designed and undertaken to find out the degree of powerlessness, perception of health and cognitive level of elderly home residents and to determine the factors influencing powerlessness, perception of health and

---

\* Department of Nursing Science, Taejon University

cognitive level.

The data were collected from October 1st to 20th, 1998.

The subjects in this study were 271 elderly home residents over the age 60 living in Taejon city.

The study tool for measuring powerlessness was developed by S.E. Chung(1998), the other for measuring perception of health was a self-rating scale defined by Mossey & Shapiro (1982), and the tool for measuring cognitive level was developed by Kahn, Goldfarb, Pollack and Peck(1960).

Data were analysed for percentage, mean, t-test, and ANOVA using the SPSS program.

The results of this study were as follows ;

1. The degree of powerlessness, perception of health and cognitive level was scored above the median.
2. The degree of the elderly ' powerlessness was statistically significantly different in three

demographic variables; sex, one ' s state of health compared to other elderly ' and living expense load.

3. Perception of one ' s health was statistically significantly different in four demographic variables; sex, marital status, educational level and monthly money.
4. Cognitive level of the elderly was statistically significantly different in three demographic variables; age, educational level and one ' s health of state ' compared to other elderly ' health.

In conclusion, the factors influencing the elderly ' powerlessness, perception of health and cognitive level generally were age, sex, their economic independence, marital status, and educational level.

Also, this study indicates that social welfare for the elderly could be effective in reducing their powerlessness and enhancing their health of state and cognitive level.