



Original Article

A Study on the Perceived Health Status, Depression, and Activities of Daily Living for the Elderly in Urban Areas

Lee, Keum Jae¹⁾ · Park, Hye Sook²⁾

1) Associate Professor, Kyungwon College 2) Associate Professor, Catholic Sangji College

재가 도시 노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력에 관한 연구

이 금 재¹⁾ · 박 혜 숙²⁾

1) 경원전문대학 부교수 2) 가톨릭상지대학 부교수

Abstract

Purpose: The study was done to identify the perceived health status, depression, and activities of daily living(ADL+IADL) of elderly women and men, and to define the difference between the two groups. In addition this study investigated the relationships among the variables of perceived health status, depression, and activities of daily living of both groups. **Method:** The subjects of this study were 579 elderly people over 65 years living in urban area. Data was collected through personal interviews using questionnaires from March to October 2005. Data was analyzed with the SPSS program. **Result:** There was a significant difference of perceived health status, depression, and activities of daily living(ADL+IADL) between the elderly women and men groups. There was a significant relationship among variables of perceived health status, depression, and activities of daily living in elderly men. However, there was no significant relationship among the variables in elderly women. **Conclusion:** The findings of this study give useful

information for constructing an intervention program and care for elderly women and men.

Key words : Aged, Health status, Depression, ADL, IADL

서 론

우리나라 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 2000년에 7.2%로 '고령화 사회'에 들어선 후, 2005년 현재 이 인구는 9.1%를 차지하고 있다. 향후 2018년에는 이 비율이 14.3%가 되어 '고령 사회'로 진입하고, 2026년에는 20.8%가 되어 '초고령 사회'에 도달할 것으로 전망된다. 또한 평균수명은 2002년의 77.0세에서 2030년에는 81.9세로 증가할 전망이다(Korea National Statistical Office(KNSO), 2005).

이렇듯 경제발전에 따른 생활수준의 향상과 의학의 발달은 평균수명의 연장과 노인 인구층의 급격한 증가를 가져왔으나, 건강수명은 64.3세(1998년)로서 노인은 남은 생애 중 10년 이

투고일: 2006. 7. 31 1차심사완료일: 2006. 8. 21 2차심사완료일: 2006. 9. 6 최종심사완료일: 2006. 9. 8

• Address reprint requests to : Park, Hye Sook(Corresponding Author)

Catholic Sangji College

#393, Yulse-dong, Andong city 760-711, Korea

Tel: 82-54-851-3261 C.P.: 82-16-309-5822 Fax: 82-54-853-3260 E-mail: nurpark@hanmail.net

상을 각종 질병에 시달리며 살아가게 되었다. 우리나라의 경우 65세 이상 노인층에서 관절염, 요통·좌골통, 고혈압 등을 포함한 만성질환 유병율이 84.4%로 다른 연령층에 비해 두드러지게 높게 나타났는데, 이는 질병에 따른 활동제한과 더불어 질병치료를 위한 의료비 부담을 증가시켜(Ministry of Health and Welfare(MOHW), 2000) 노인의 삶의 질을 저하시킬 뿐 아니라 사회적으로도 큰 문제를 초래한다.

건강은 개인이 신체적 독립 상태를 유지하고, 일상생활을 기능적으로 영위해가며 사회생활에서 기대되는 역할 수행 및 사회적 통합을 이루기 위한 기본적인 조건이다. 그러나 연령이 증가함에 따라 생리적 노화의 과정을 겪고 있는 노인은 건강의 약화와 더불어 점차 일상생활을 혼자 수행하기에 어려움을 느끼게 되고 다른 사람의 도움을 필요로 하게 된다. 따라서 노인의 신체적 건강상태 평가는 질병의 유무와 같은 병리현상에 근거를 두기보다는 신체기능차원에서 노인의 일상생활의 기능정도를 측정하는 것이 바람직하다(Choi & Chung, 1991). 일상생활수행능력은 노인이 자립적인 생활을 할 수 있는 최소한의 능력으로서 노인의 기능수준 평가에 가장 중요한 부분이며 신체적 건강상태뿐만 아니라 정신적인 건강상태도 반영한다(Song & Kim, 2002). 지역사회에 거주하고 있는 퇴행성 질환이 심하지 않거나 정상 노인을 대상으로 일상생활수행능력을 측정하기 위해서는 ADL(Activities of Daily Living)과 IADL(Instrumental Activities of Daily Living) 두 가지 도구를 병행해서 사용하는 것이 바람직하다(Lee et al., 2001). ADL은 자기 돌봄(Self care)과 관련된 노인의 기본 생존능력과 신체적 장애 정도를 측정하는 것을 목적으로 하는데, 전형적으로 6가지 기능 즉, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 이용하기, 침대나 의자에서 일어나기, 식사하기, 걷기 혹은 요실금 등을 평가한다. IADL은 개인이 어느 정도 주위환경에 잘 적응할 수 있는지 평가함으로써 지역사회에서의 독립적인 활동수행 여부를 보기 위한 목적으로서 집안일하기, 전화하기, 식사준비하기, 교통편 이용하기, 약복용, 재정관리 등을 평가하며 이는 ADL보다 고차원적인 활동능력을 나타내고 정신적인 건강상태도 반영한다. 많은 연구 결과에 의하면, 노인의 일상생활수행능력은 노인의 삶의 질과 밀접한 관련이 있으며, 노인 환자의 건강에 대한 예후와 노인보건복지정책 마련을 위한 유용한 평가법으로 알려져 왔다(Song & Kim, 2002).

우리나라 노인들의 가장 큰 관심사는 건강문제이며, 노인의 상당수는 자신의 건강상태가 좋지 않다고 평가하고 있다(Choi & Chung, 1991; Suh & Hong, 2001). Choi와 Chung(1991)은 신체변화를 가장 민감하게 느낄 수 있는 사람은 노인 자신이며 노인들 스스로 지각한 자신의 건강상태와 실제 건강상태와는 상당한 비례 관계가 있다고 보고하고 있어, 노인의 주관적 건강평가의 중요성을 시사한 바 있다. 노인의 우울은 노인

들의 심리적 건강을 평가할 수 있는 지표로서 노인에서 볼 수 있는 흔한 정신장애이지만 실제로 간호중재가 가능하고 치료 가능성이 있는 심리적 장애이다. 우울증상의 유병율은 연구대상 인구의 특성에 따라서 많은 차이가 있으며 미국에서의 한 연구에서는 지역사회 거주 노인의 15%, 외래를 방문하는 노인 환자의 20%, 노인 입원환자의 40%, 그리고 요양원에 입소되어 있는 노인의 50%에서 우울증상을 가지고 있다고 보고했다(Koeig & Blazer, 1992). 우리나라의 경우 서울 상계동 지역 거주 노인의 18.1%(Cho, Hahm, Jhoo, Bae, & Kwon, 1998), 대학병원 입원 및 외래환자 노인의 69.6%(Park et al., 2006), 그리고 양로원 거주 노인의 71.3%(Lee, Kim, Sun, & Cho, 2001)가 우울증상이 있다고 평가되어 우리나라 노인들의 우울증상 유병율이 상당한 수준에 있음을 알 수 있다. 노년기의 우울은 삶에 대한 만족을 저하시키고 자살의 위험성을 높이는 것으로 보고되고 있으므로 노인에 대한 우울관리를 소홀히 해서는 안 될 것이다.

우리나라는 고령화와 더불어 여성노인 인구가 급증하고 있다. 2005년 전체인구에서 남성노인이 7.2%를 차지한 반면 여성노인은 10.9%로서 여성노인의 증가 현상이 뚜렷한데, 2006년에 여성노인의 비율은 전체 노인의 67.8%이나 2030년에는 81.2%를 나타낼 것으로 추계되고 있다(KNSO, 2005). 따라서 노인문제는 곧 여성노인의 문제라고 해도 과언이 아닐 것이다.

우리나라 여성노인은 연령에 의한 차별 요인보다 성에 의한 차별 요인으로 인한 취약성을 더 많이 안고 있다. 여성은 인간으로서 남성과 동등한 권리를 가지고 있지만 전통적인 가부장제와 남성 우월주의에 의해서 생애 동안 차별을 받아왔으므로, 여성노인의 문제를 단순히 남성노인과 동일한 노년기의 문제로 보기보다는 여성노인이 갖고 있는 특유의 문제로 파악하고 여성주의적 차원에서의 접근이 보다 필요하다(Myung, 2001). 최근 간호학에서도 여성노인을 대상으로 한 연구가 증가하고 있다. 배우자가 있거나 혹은 없는 여성노인(Shin, 2001), 만성통증 여성노인(Son & Suh, 2002), 사별 여성노인(Kim, Yang, & Kim, 2005) 및 도시 여성노인(Cho, 2006; Kim, 2003)을 대상으로 그들의 자아존중감, 우울, 건강상태, 건강증진행위, 일상생활수행능력, 삶의 질, 삶의 만족도 등에 관한 연구가 수행되었다. 선행연구결과, 여성노인이 남성노인에 비해 신체 건강상태가 더 나쁘다고 지각하고(Choi & Chung, 1991; Kim, 1995), 여성의 우울 빈도가 더 높으나(Kim, 2003), 일상생활수행능력은 성별에 따라 일관된 연구 결과를 보이지 않고 있다(Chu, 1997; Kim, 1999; Kim, 2003; Song & Kim, 2002). 또한 노인이 자신의 건강상태가 나쁘다고 인지한 경우 사망률이 더 높고, 주관적 건강상태가 나쁠수록 일상생활수행능력 수준은 낮아지며(Song & Kim, 2002), 우울정도는 높아진다는 보고(Kim, 1999)가 있으나, 성별에 따

른 노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력간의 상관관계를 밝힌 연구는 찾아볼 수 없었다.

이에 본 연구는 재가 도시 노인의 주관적 건강상태, 우울 및 일상생활수행능력 정도를 파악하고, 여성노인과 남성노인간에 차이가 있는지 확인하며, 변수들 간의 상관관계가 성별에 따라 차이가 있는지를 알아봄으로써 성차에 따른 노인의 삶의 질 향상을 위한 보건정책수립과 간호중재방안 마련에 도움이 되는 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구의 목적

- 노인의 일반적 특성 및 주관적 건강상태, 우울정도, 일상생활수행능력 정도를 알아본다.
- 성별에 따른 노인의 일반적 특성, 주관적 건강상태, 우울정도, 일상생활수행능력정도의 차이를 파악한다.
- 성별에 따른 노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력간의 상관관계를 확인한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구 설계는 구조화된 설문지에 의한 서술적 상관관계 조사연구이다.

2. 연구 대상

연구 대상자는 경기도 S시 S구에 거주하고 있는 65세 이상 재가 노인 579명이다. 연구대상표출은 비확률표출법인 임의 표출법을 사용하였으며, 1:1 면접식 설문조사가 가능하고, 설문조사에 자발적으로 참여의사를 밝힌 노인을 대상으로 하였다.

3. 연구 도구

본 연구에 사용된 설문지는 구조화된 문항으로 구성되었다. 노인의 일반적 특성 7개 문항(성별, 연령, 배우자 유무, 학력, 기초생활보장수급 유무, 월수입, 종교)과 주관적 건강상태 2문항, 노인 우울 측정 도구 15문항, 그리고 일상생활수행능력 측정도구 16문항의 총 40문항으로 구성되었다.

1) 주관적 건강상태

Northern Illinois University에서 개발한 Health Rating Scale을 Lee 등(2001)이 수정한 도구를 사용하였으며, 자신이 지각하는 현재 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1

문항의 총 2문항으로 구성되었다. 도구의 문항은 5점 척도로 최저 2점에서 최고 10점의 범위를 가진다. 점수가 높을수록 자신의 건강상태를 나쁘게 지각하는 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 본 연구결과 Chronbach's α 값이 .87로 나타났다.

2) 노인 우울 측정도구

우울 측정도구는 1986년 Sheikh와 Yesavage이 개발하고 Cho 등(1999)에 의해 신뢰도와 타당도가 검증된 한국어판 단축형 GDS(Geriatric Depression Scale)를 사용하였다. 이 도구는 15개 문항으로 구성되어 있으며, 응답이 '예'인 경우 0점, '아니오'인 경우 1점으로 환산하되 부정적인 10개 문항은 역 환산하였다. 총 점수는 0~15점의 범위를 가지며, 총점 1~5점은 정상 상태를, 6~15점은 우울 상태를 의미하며 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것을 나타낸다. 우울 측정도구의 신뢰도는 본 연구결과 Chronbach's α 값이 .91로 나타났다.

3) 일상생활수행능력 측정도구

본 연구에서 일상생활수행능력은 ADL과 IADL로 측정되었다. ADL은 Katz, Ford, Moskowitz, Jackson과 Jaffe(1963)에 의해 개발되고, Lee 등(2001)에 의해 수정 보완된 노인인 만성 질환자의 신체적 기능상태 측정을 위한 Index of ADL 도구를 사용하였다. 또한 개인이 어느 정도 주위환경에 잘 적응할 수 있는지 평가함으로써 지역사회에서 독립적인 생활을 영위할 수 있는 능력을 평가하기 위한 IADL도구는 Lawton과 Brody (1969)가 개발하고 Lee 등(2001)이 수정 보완한 도구를 사용하였다.

ADL 도구는 목욕하기·샤워하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 의자에서 일어났다기 앉기·자리에서 일어났다기 눕기, 화장실에 가서 용변보기, 집안에서 걷기의 6문항을 포함하였고, IADL 도구는 식사준비하기, 일상생활용품이나 약 사러가기, 돈 관리하기·은행일 보기, 전화걸기, 방 정리·쓰레기 버리는 일 등 가벼운 집안일 하기, 창문 닦기·바닥걸레질 등 힘든 집안일 하기, 약 복용하기, 버스나 지하철 이용하기, 여가 활동(오락, 취미)하기, 친척이나 친구를 만나러 가기의 10문항을 포함하여 총 16문항으로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 어렵지 않다' 1점, '약간 어렵다' 2점, '매우 어렵다' 3점, '전혀 할 수 없다'의 4점 척도로서 16~64점의 점수 범위를 갖는다. 16점인 경우 신체적 기능상태가 매우 양호하며 독립적인 일상생활을 수행하는데 전혀 어려움이 없음을 의미하며, 점수가 높을수록 신체기능이 저하되어 있고 독립적인 일상생활수행이 어려움을 의미한다. 본 연구결과 일상생활수행능력 측정도구의 신뢰도는 Chronbach's α 값이 .97로 나타났다.

4. 자료수집기간 및 방법

자료수집기간은 2005년 3월부터 10월까지 8개월 동안이었으며, 자료수집자는 훈련된 간호학생 4명과 방문간호사 4명으로 가정과 노인정을 방문하여 구조화된 설문지를 통해 직접면접법으로 자료를 수집하였다. 자료수집시 설문지 응답은 자료수집자가 내용을 읽어주고 연구대상자의 응답내용을 질문지에 기록하는 형식으로 진행되었다. 자료수집자에 대한 사전교육은 2시간씩 2회 실시하여 면접시 자료수집자의 편견을 배제하고 일관성을 유지하도록 하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS PC+/win 12.0 통계 프로그램을 이용하여 빈도, 백분율, 평균값과 표준편차, X²-test, ANCOVA, Pearson's correlation coefficient를 산출하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 성별에 따른 비교

대상자의 일반적 특성과 성별에 따른 일반적 특성의 차이는 <Table 1>과 같다.

대상자는 총 579명으로 여자가 332명(57.3%), 남자가 247명(42.7%)이었다. 평균 연령은 72세로 범위는 65세부터 99세까지였는데 대상자의 74.6%가 65세에서 74세 범위에 있었다. 대상자의 60.8%가 유배우자였고, 학력은 대부분(72.4%) 초등학교 졸업 이하였다. 대상자 중 12.4%가 기초생활보장수급자였으며 월수입은 47.2%가 월20만원 미만이었다. 종교는 무교(39.4%), 불교(24.4%), 기독교(24.0%)순이었다.

성별에 따른 일반적 특성의 차이를 알아본 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있는 특성은 배우자 유무(X²=109.9, p<.001), 학력(X²=125.5, p<.001), 기초생활보장수급유무(X²=6.1, p<.05), 월수입(X²=9.0, p<.05), 종교(X²=26.5, p<.001)로 나타나 연령(X²=3.2, p=.664)을 제외하고 전 특성에서 성별 간에 유의한 차이를 보였다. 즉, 여성노인은 남성노인에 비해 유배우자 비율이 낮고, 저학력자이며, 기초생활보장수급자가 더 많았고, 월수입도 더 적었다. 그러나 종교를 가진 경우는 더 많았다.

2. 대상자의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력

1) 주관적 건강상태

<Table 1> General characteristics of the elders

(N=579)

Characteristics		Female(n=332)	Male(n=247)	Total(N=579)	X ²	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Age(years)	65-69	140(42.2)	108(43.7)	248(42.8)	3.2	.664
	70-74	104(31.3)	80(32.4)	184(31.8)		
	75-79	49(14.8)	28(11.4)	77(13.3)		
	80-84	25(7.5)	23(9.3)	48(8.3)		
	85-89	10(3.0)	4(1.6)	14(2.4)		
	90 and over	4(1.2)	4(1.6)	8(1.4)		
	Mean±SD	72.0±5.8	71.9±5.9	72.0±5.8		
Range	65 ~ 99	65 ~ 95	65 ~ 99			
Spouse	Yes	141(42.5)	211(85.4)	352(60.8)	109.9	.000
	No	191(57.5)	36(14.6)	227(39.2)		
Education	None	171(51.5)	38(15.4)	209(36.1)	125.5	.000
	Elementary school	121(36.4)	89(36.0)	210(36.3)		
	Middle school	25(7.5)	45(18.2)	70(12.1)		
	High school and over	15(4.5)	75(30.4)	90(15.5)		
Social security	Yes	51(15.4)	21(8.5)	72(12.4)	6.1	.015
	No	281(84.6)	226(91.5)	507(87.6)		
Monthly income (1,000won)	Less than 190	166(50.0)	107(43.3)	273(47.2)	9.0	.029
	200-590	113(34.0)	76(30.7)	189(32.6)		
	600-990	29(8.7)	32(13.0)	61(10.5)		
	More than 1000	24(7.2)	32(13.0)	56(9.7)		
Religion	Buddhist	95(28.6)	46(18.6)	141(24.4)	26.5	.000
	Protestant	93(28.0)	46(18.6)	139(24.0)		
	Catholic	35(10.6)	22(8.9)	57(9.8)		
	Others	7(2.1)	7(2.8)	14(2.4)		
	None	102(30.7)	126(51.0)	228(39.4)		

대상자의 주관적 건강상태는 <Table 2>와 같다. 현재 자신의 건강상태를 '나쁘다'고 평가하는 노인이 54.6%로 가장 많았으며, 1년 전과 비교해서 현재 건강상태가 '나빠졌다'고 지각하는 노인이 60.1%, '매우 나빠졌다'로 지각한 노인이 3.1%로 대상자는 점차 건강상태가 나빠지고 있음을 느끼는 것으로 나타났다.

2) 우울

대상자의 우울정도는 <Table 3>과 같다. 우울점수는 평균

5.3점으로 정상 범주에 속해 있으나, 총 579명의 노인 중 217명(37.5%)이 우울상태(6~15점)인 것으로 나타났다.

3) 일상생활수행능력

대상자의 일상생활수행능력 정도는 평균 18.8점으로 일상생활을 영위하는 데 별 어려움을 느끼지 않고 있었다<Table 4>. 일상생활을 혼자 수행하는 데 전혀 어려움이 없다고 가장 많이 응답한 항목은 식사하기(92.6%), 약 복용하기(92.1%), 전화 걸기(91.2%) 순이었으며, 가장 낮은 기능수준을 보인 항목은

<Table 2> Perceived present health status of the elders

Perceived health status	Score*	n(%)		
		Female(n=332)	Male(n=247)	Total(N=579)
Present health status	1	2(0.6)	10(4.1)	12(2.1)
	2	29(8.7)	29(11.7)	58(10.0)
	3	101(30.4)	81(32.8)	182(31.4)
	4	192(57.8)	124(50.2)	316(54.6)
	5	8(2.4)	3(1.2)	11(1.9)
Present health status compared with last year	1	2(0.6)	7(2.8)	9(1.6)
	2	18(5.4)	24(9.7)	42(7.3)
	3	84(25.3)	78(31.6)	162(28.0)
	4	216(65.1)	132(53.4)	348(60.1)
	5	12(3.6)	6(2.4)	18(3.1)
M±SD		7.2±1.3	6.8±1.6	7.0±1.4

* 1=excellent, 2=good, 3=fair, 4=poor, 5=bad

<Table 3> Level of depression of the elders

Depression	Female(n=332)	Male(n=247)	Total(N=579)
Normal state(<6)	194(58.4)	168(68.0)	362(62.5)
Depression state(≥6)	138(41.6)	79(32.0)	217(37.5)
Level of depression(M±SD)	5.8±4.7	4.7±4.5	5.3±4.6

<Table 4> ADL+IADL status of the elders

ADL+IADL	score*	n(%)												
		Female(n=332)				Male(n=247)				Total(N=579)				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ADL	Bathing, taking a shower	286(86.1)	36(10.8)	8(2.4)	2(0.6)	222(89.9)	15(6.1)	7(2.8)	3(1.2)	508(87.7)	51(8.8)	15(2.6)	5(0.9)	
	Dressing	298(89.8)	27(8.1)	5(1.5)	2(0.6)	229(92.7)	12(4.9)	5(2.0)	1(0.4)	527(91.0)	39(6.7)	10(1.7)	3(0.5)	
	Eating	303(91.3)	24(7.2)	4(1.2)	1(0.3)	233(94.3)	11(4.5)	2(0.8)	1(0.4)	536(92.6)	35(6.0)	6(1.0)	2(0.3)	
	Bed mobility	280(84.3)	41(12.3)	9(2.7)	2(0.6)	226(91.5)	14(5.7)	5(2.0)	2(0.8)	506(87.4)	55(9.5)	14(2.4)	4(0.7)	
	Toilet use	295(88.9)	31(9.3)	4(1.2)	2(0.6)	229(92.7)	11(4.5)	6(2.4)	1(0.4)	524(90.5)	42(7.3)	10(1.7)	3(0.5)	
IADL	Walking at the inside the house	289(87.0)	33(9.9)	8(2.4)	2(0.6)	229(92.7)	11(4.5)	6(2.4)	1(0.4)	518(89.5)	44(7.6)	14(2.4)	3(0.5)	
	Preparing a meal	289(87.0)	32(9.6)	6(1.8)	5(1.5)	218(88.3)	17(6.9)	8(3.2)	4(1.4)	507(87.6)	49(8.5)	14(2.4)	9(1.6)	
	Buying articles or medicine	279(84.0)	35(10.5)	13(3.9)	5(1.5)	218(88.3)	16(6.5)	10(4.0)	3(1.2)	497(85.8)	51(8.8)	23(4.0)	8(1.4)	
	Money management, banking	271(81.6)	42(12.7)	13(3.9)	6(1.8)	219(88.7)	17(6.9)	9(3.6)	2(0.8)	490(84.6)	59(10.2)	22(3.8)	8(1.4)	
	Telephone use	298(89.8)	25(7.5)	5(1.5)	4(1.2)	230(93.1)	14(5.7)	2(0.8)	1(0.4)	528(91.2)	39(6.7)	7(1.2)	5(0.9)	
	Light housework	280(84.3)	41(12.3)	8(2.4)	3(0.9)	216(87.4)	17(6.9)	11(4.5)	3(1.2)	496(85.7)	58(10.0)	19(3.3)	6(1.0)	
	Hard housework	268(80.7)	44(13.3)	17(5.1)	3(0.9)	208(84.2)	23(9.3)	13(5.3)	3(1.2)	476(82.2)	67(11.6)	30(5.2)	6(1.0)	
	Taking medicine	301(90.7)	25(7.5)	4(1.2)	2(0.6)	232(93.9)	11(4.5)	3(1.2)	1(0.4)	533(92.1)	36(6.2)	7(1.2)	3(0.5)	
	Making use of a bus or the subway	260(78.3)	48(14.5)	19(5.7)	5(1.5)	211(85.4)	17(6.9)	17(6.9)	2(0.8)	471(81.3)	65(11.2)	36(6.2)	2(0.8)	
	Leisure, recreation activity	284(85.5)	32(9.6)	11(3.3)	5(1.5)	218(88.3)	18(5.4)	8(3.2)	3(1.2)	502(86.7)	50(8.6)	19(3.3)	8(1.4)	
	Go to see a relative or a friend	271(81.6)	44(13.3)	10(3.0)	7(2.1)	212(85.8)	18(5.4)	14(5.7)	3(1.2)	483(83.4)	62(10.7)	24(4.1)	10(1.7)	
	Total score (M±SD)		19.1±7.0				18.4±6.8				18.8±6.9			

* 1= completely independent 2= a little dependent 3= much dependent 4= absolutely dependent

<Table 5> ADL+IADL Independent state of the elders

n(%)

ADL+IADL	Total score	Female(n=332)	Male(n=247)	Total(N=579)
Independent	16	236(71.1)	194(78.5)	430(74.3)
Dependent	17~4	96(28.9)	53(21.5)	149(25.7)

<Table 6> ANCOVA test for the perceived health status, depression, and ADL+IADL of the elders

(N=579)

Variables	Category	n	M±SD	Square sum	d.f	M ²	F	p
Perceived health status	Female	332	7.2±1.3	576.1	2	288.0	144.6	.000
	Male	247	6.8±1.6					
Depression level	Female	332	5.8±4.7	488.1	2	244.1	117.0	.000
	Male	247	4.7±4.5					
Depression status	Female	332	1.4±.5	20.6	2	10.3	45.9	.000
	Male	247	1.3±.5					
ADL+IADL	Female	332	19.1±7.0	2776.6	2	1388.3	29.3	.000
	Male	247	18.4±6.8					
Independent status	Female	332	1.3±.5	9.6	2	4.8	25.2	.000
	Male	247	1.2±.4					

버스나 지하철 이용하기(81.3%), 힘든 집안일 하기(82.2%), 친척이나 친구를 만나러 가기(83.4%) 순이었고, 16가지 일상생활에서 독립적 수행율은 81.3~92.6%였다. ADL과 IADL 항목에서 전혀 어려움이 없이 완전독립생활이 가능한 노인이 430명(74.3%)이었고, 1가지 항목 이상에서 의존성을 나타낸 노인은 149명(25.7%)이었다<Table 5>.

3. 성별에 따른 주관적 건강상태, 우울 및 일상생활능력

일반적 특성에서 성별 간에 유의한 차이를 보인 배우자 유무, 학력, 기초생활보장수급 유무, 월수입과 종교를 공변량으로 하고 성별에 따른 대상자의 주관적 건강상태, 우울, 그리고 일상생활수행능력의 차이를 ANCOVA test로 알아본 결과, 세 변수 모두 성별에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 6>.

즉, 여성노인이 남성노인보다 현재 건강상태를 더 나쁘게 인지하였고(F=144.6, p<.001), 우울정도가 더 심하였으며(F=117.0, p<.001), 여성노인의 우울증상 유병율이 더 높았다(F=45.9, p<.001). 또한 일상생활수행능력도 여성노인이 남성노인보다 낮았으며(F=29.3, p<.001), 16가지 일상생활 항목 모두에서 독립생활이 가능한 여성노인이 남성노인보다 적었다(F=25.2, p<.001).

4. 성별에 따른 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력간의 상관관계

대상자의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력 간에는 남성노인과 남녀를 포함한 전체 노인에서 통계적으로 유의한

순상관관계가 나타났으나, 여성노인의 경우에는 세 변수 간에 유의한 상관관계가 나타나지 않았다<Table 7>.

즉, 남성과 전체 노인의 경우 주관적 건강상태와 우울(r=.21, p<.001; r=.12, p<.01), 주관적 건강상태와 일상생활수행능력(r=.25, p<.001; r=.17, p<.001), 우울과 일상생활수행능력(r=.21, p<.001; r=.12, p<.01)간에 유의한 상관관계가 나타나, 건강상태가 나쁘다고 지각할수록 우울정도가 심하고, 일상생활수행능력이 낮았으며, 우울정도가 높을수록 일상생활수행능력이 낮았다.

<Table 7> Correlations among perceived health status, depression, and ADL+IADL of the elders

Category	Variables	Perceived health status	Depression
Female (n=332)	Depression	.02 (p=.711)	
	ADL+IADL	.09 (p=.099)	.05 (p=.405)
Male (n=247)	Depression	.21 (p=.001)	
	ADL+IADL	.25 (p=.000)	.21 (p=.001)
Total (N=579)	Depression	.12 (p=.003)	
	ADL+IADL	.17 (p=.000)	.12 (p=.005)

논 의

본 연구는 노인의 성별에 따라 일반적 특성, 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력을 비교하고, 주관적 건강상태, 우울, 그리고 일상생활수행능력 간에 상관관계가 있는지를 알아보기 위해 시도되었다.

본 연구결과 여성노인과 남성노인은 일반적 특성에 현저한 차이가 있었다. 본 연구대상자중 여성노인은 남성노인에 비해 배우자가 없는 비율이 높고, 저학력자였으며, 기초생활수급자가 더 많고, 월수입이 더 적었으며, 종교를 가진 경우가 더 많았다. 특히 남녀 모두 전국 모집단보다 경제적 곤란이 심각한 빈곤층에 해당되었다.

유배우율에 있어, 남성노인의 유배우율이 85.4%인 반면 여성노인의 유배우율은 그 절반인 42.5%에 불과하였다. 이는 Cho(2006)의 여성노인의 유배우율 29.7%보다는 높게 나타난 결과인데, 본 연구의 여성노인 평균 연령이 72.0세로 Cho(2006)의 75.7세보다 3.7세 낮은 것과 관련성이 있는 것으로 보인다. 이러한 성별에 따른 유배우율의 차이는 평균수명의 차이에 주로 기인하지만, 그 밖에 결혼연령이나 재혼율의 차이에서도 부분적으로 기인하며, 이러한 무배우 여성노인의 증가는 생활보장문제, 장기보호문제, 자녀와의 갈등, 심리적 고독감 등 다양한 해결하거나 예방하여야 할 과제들을 시사해 주고 있다. 특히 장기보호노인을 간호하는 주부양자가 배우자임을 감안할 때, 무배우 여성노인의 경우 고령으로 인한 신체적 의존도가 높아짐에 따라 앞으로 부양 및 간호문제가 심각하게 대두될 수 있다(Myung, 2001). 또한 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 경우보다 건강상태가 좋고, 경제 수준이 높으며, 가족 지원이 많고, 생활만족도가 높다는 연구보고(Choi & Chung, 1991; Lee, 1995)에 비추어 볼 때 본 연구대상자인 여성 노인은 남성노인에 비해 열악한 상황에 처해 있음을 알 수 있었다. 대상자의 교육정도는 여성노인이 남성노인에 비해 현저히 낮게 나타났다. 여성노인의 대부분(51.5%)이 무학인 반면 남성노인은 15.4%만이 무학이었으며, 고등학교 이상 졸업자는 여성의 경우 4.5%에 불과하였으나 남성은 30.4%로 무려 6배가 많았다. 이러한 결과는 2000년 우리나라 65세 이상 인구 중 무학비율이 남성에서 23.0%, 여성에서 57.4%인 것(KNSO, 2005)과 유사한 결과이며, 남성노인에 비해 현저히 낮은 교육정도를 가진 여성노인은 사회전반적인 분야에서 취약계층이 될 가능성이 높음을 시사한다. 대상자의 기초생활보장수급률은 12.4%(여성노인 15.4%, 남성노인 8.5%)로 나타났다. 이는 KNSO(2005)의 2003년 65세 이상 노인인구 중 기초생활보장수급률 8.6%(남성 수급률 5.5%, 여성 수급률 10.6%)보다 높은 결과로 전국 모집단 상황보다도 대상자의 경제사정이 더 어려웠다. 또한 월수입(용돈 포함)은 대상자의 79.8%가 60만원 미만으로 나타났으며, 그 중에서도 20만원 미만이 전체 여성노인의 50.0%, 전체 남성노인의 43.3%를 차지하였다. 월수입 100만원 이상의 경우 여성노인은 7.2%이었으나, 남성노인은 13.0%로 약 2배가량 많았다. 우리나라 전국 모집단 상황에서 2004년 2인 이상 '노인 가구'의 월평균 소득 약 112만원, 가계지출 105만원, 그리고 노인의 월평균 용돈수준

13만 3천원(KNSO, 2005)에 비추어볼 때, 대상자의 경제적 곤란은 심각하였으며, 특히 여성노인의 경제사정이 어려웠다. 우리나라 60세 이상 노인은 가장 심각한 노인문제(복수응답)로 1위 건강문제(75.8%), 2위 경제적 어려움(66.3%)을 들고 있으며(KNSO, 2002), 노인의 삶의 만족도에 대한 조사 결과에서도 경제상태가 남녀 노인 모두에게 가장 불만인 요소로 나타났다. 또한 노후의 시간활용계획으로 65~74세 노인의 경우 1위가 소득창출(36.9%)을 들었으며(KNSO, 2005), Choi와 Chung(1991)은 교육정도가 높을수록 노인의 건강상태가 좋았다고 보고하였다. 따라서 우리나라 노인문제 중 건강유지 및 경제적 지원을 위한 방안이 적극적으로 모색되어 하겠다. 즉, 각종 경제적 지원과 은퇴 후의 재취업을 위한 기회제공과 알선, 건강유지증진 프로그램 등이 필수적으로 이루어져야 하겠다. 더구나 배우자를 사별하고 홀로 된 여성 노인의 경우 경제적 상태는 매우 열악하고 이로 인한 악순환이 거듭되는 바 이들에 대한 특별한 관심과 배려가 더욱 필요하다. 대상자의 종교 활동은 남성에 비해 여성노인이 더 활발하게 하고 있었다. 여성노인의 69.3%와 남성노인의 49.0%가 종교를 가지고 있었으며, 무교는 여성 39.4%, 남성 51.0%이었다. 유종교인 경우 불교, 기독교, 천주교, 기타종교 순으로 많았다. 종교 활동을 통해 사회적 지지망을 갖게 된다는 점에서 여성노인의 종교 활동은 바람직한 건강행위로 보이며, 이는 여성노인건강증진 프로그램 개발 시 고려해야할 사항으로 생각된다.

본 연구에서 대상자들은 성별에 따라 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력에 차이가 있었다. 여자가 남자보다 스스로 평가하는 건강상태가 낮고, 우울이 높으며, 일상생활수행에 의존성이 높다는 것을 알 수 있었으며, 이는 선행연구들(Kim, 1995; Kim, 1999; Kim, 2003; Yoo, Lim & You, 2002)의 결과와 일치한다. 따라서 여성노인의 건강문제 해결 방안 모색이 시급하다는 것을 알 수 있었다.

대상자의 주관적 건강상태를 조사한 결과, 노인은 현재 건강상태를 나쁘거나 매우 나쁘다고 지각하는 경우가 59.2%이었으며, 1년 전과 비교할 때 현재의 건강상태가 더 나빠지거나 매우 나빠졌다고 지각하는 경우가 63.2%에 이르고 있었다. 또한 여성노인이 남성노인보다 현재 건강상태를 더 나쁘게 지각하고 있었다. 이러한 결과는 Choi와 Chung(1991), Kim(1995), 그리고 Yoo, Lim과 You(2002)의 결과와 일치하는 것이다. 우리나라에서 65세 이상 노인층은 만성질환 유병율이 84.4%로 매우 높아 건강상 취약계층으로 간주되고 있다. 노인이 앓고 있는 만성질환은 관절염 34.2%, 요통과 좌골통 23.1%, 고혈압 19.4% 순이며, 65세 이상 노인의 약 21%는 장기요양보호가 필요한 상태(MOHW, 2000)인 것으로 나타나 노인인구의 증가와 함께 노인의 의료비 부담이 문제가 되고 있다. 이에 우리나라는 2007년 7월 노인수발보험제도 시행을 앞

두고 시범사업을 펼치는 한편 지역보건사업을 질병치료에서 질병예방, 질병조기발견 및 건강증진을 위한 보건사업으로 전환하여 각종 질병예방사업 및 건강증진사업을 강화하고 있다. 그러나 아직도 노인들이 주로 방문하는 보건소와 보건진료소는 질병예방(4.0%)보다는 질병치료(96.0%)를 위해 이용하고 있다(MOHW, 2000). 그러므로 노인의 만성질환 예방과 건강증진을 위한 다양한 지역사회 프로그램이 개발될 필요가 있으며, 특히 건강상태를 나쁘다고 지각하고 있는 여성노인 맞춤형 건강증진프로그램 개발에 적극적인 지원과 관심이 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 대상자의 우울정도를 15문항의 단축형 GDS로 조사한 결과, 평균 5.3점이었으며 우울절단점수를 6점으로 하였을 때 37.5%의 노인이 우울상태로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구에서와 같이 단축형 GDS 도구를 사용하여 지역사회가 노인의 우울상태를 조사한 Cho, Oh, Yang과 Lee(1998)의 62.8%, Cho, Chun과 Lee(2000)의 61.2%, 그리고 Suh와 Hong(2001)의 평균 9.1점, Chang, Park과 Youn(2003)의 평균 6.9점 보다 낮은 편이었다. 또한 30문항의 GDS로 측정된 Kim(2003)의 56.2% 보다도 낮은 편이었지만, 미국의 지역사회 거주 노인의 15%(Koeig & Blazer, 1992)보다는 훨씬 높은 수준이었다. 선행연구들과 본 연구를 통해 우리나라 노인들의 상당수가 심각한 우울을 경험하고 있다는 것을 알 수 있었다. 성별에 따른 비교에서는 여성 노인의 우울점수(평균 5.8점)가 남성노인(평균 4.7점)보다 더 높게 나타나($F=117.0, p=.000$) 여성의 우울정도가 남성보다 더 심각하며, 여성노인 중 41.6%가 우울상태인 반면 남성노인은 32.0%가 우울상태로 나타나 여성의 우울증상 유병율이 더 높음이 통계적으로 확인되었다($F=45.9, p=.000$). 이러한 결과는 Kim, Yang과 Kim(2005)이 성별 간에 우울 차이가 없었다고 보고한 결과와는 다르나, Kim(2003)의 선행연구결과와는 일치한다. Cho(2004)에 의하면, 노인 우울장애는 낮은 사회경제적 수준과 관련이 있으며 그밖에 위험인자로는 여성, 이혼, 별거, 불량한 사회적 지지, 최근의 예기치 않은 불행한 사건, 몇몇 질환을 들 수 있으며, 기능상실 및 생활 활동성 손상의 정도도 매우 중요한 요인이라고 제시하고 있다. 본 연구 결과도 성별에 따른 차이가 나타나 이를 지지하고 있다. 노인의 우울은 가성치매증상과 같은 인지기능의 장애가 동반되기 쉽고 이러한 가성치매의 증상은 우울증상을 갖는 노인층의 약 15%에서 발생하며, 치매환자의 50% 정도가 우울증을 동반하는 것으로 알려져 있어(Cho, 2004), 노인인구의 증가와 더불어 치매환자 발생율이 증가되고 있는 우리나라 상황에서 앞으로 정확한 노인 우울증 진단과 우울증 예방 및 관리 프로그램이 요구된다. 특히 우울증상 유병율이 높은 여성노인의 우울에 대한 지속적인 관심과 여성 고유의 사회문화적 특성을 고려한 프로그램개발

이 요구된다.

본 연구결과 전혀 다른 사람의 도움 없이 독립적인 일상생활이 가능한 노인은 74.3%으로 노인들 대부분이 별 어려움 없이 일상생활을 하고 있는 것으로 나타났으며, 여성노인의 독립적 수행이 71.1%, 남성노인 78.5%로 나타나 남성노인이 여성노인에 비해 더 독립적인 것으로 나타났다($F=25.2, p=.000$). 이러한 결과는 농촌지역 노인을 대상으로 ADL 6개 항목 모두를 다른 사람에게 의존하지 않고 스스로 할 수 있는 독립적 ADL 노인군이 85.2%라고 보고한 Song과 Kim(2002)의 연구보다는 약간 낮았으나 법정복지대상노인을 대상으로 한 연구에서 ADL과 IADL 15개 항목 모두 도움이 할 수 있는 노인은 63.3%라고 보고한 Ryu(2001)보다는 높았다. 이러한 차이는 연구대상 선정기준과 측정도구의 상이함에서 기인한 것으로 사료된다. 또한 ADL과 IADL을 합한 일상생활수행능력 총점수(16~64점 범위)도 여성노인 평균 19.1점, 남성노인 평균 18.4점으로 성별 간에 유의한 차이를 나타내었다($F=25.2, p=.000$). 이러한 결과는 Kim(1999)의 경로당 이용 노인을 대상으로 한 연구에서 남자보다 여자가 일상생활수행능력정도가 더 낮았다고 보고한 결과와 일치하며, 성별 간에 차이가 없다고 보고한 Chu(1997)의 연구결과와는 다른 결과이다. 특히 여성노인이 '버스나 지하철 이용하기', '친척이나 친구를 만나러 가기', '의자에서 일어났다가 앉기·자리에서 일어났다가 눕기' 활동에서 독립수행이 낮게 나온 것은 사회적 활동을 제한할 수 있으며, 이로 인해 전반적인 삶의 질이 저하될 수 있다. Cho(2006)는 여성노인은 남성노인에 비해 6배 이상의 통증을 경험하고 있으며, 특히 하지통, 관절염, 요통, 두통이 심하고, 보행 및 가사노동의 어려움이 있다고 보고하고 있다. 65세 이상 노인들이 살고 있는 만성질환 1위가 관절염, 2위가 요통과 좌골통인 것(MOHW, 2000)에 비추어 볼 때, 여성노인은 다리가 아파 걷기가 불편하여 활동제한이 야기된다. 이 문제를 해결하기 위해서는 노인의 보행을 돕기 위한 다양한 보행보조기구의 개발과 대중교통을 노인들이 이용하기 쉽도록 각종 편의를 제공하고, 다각적인 보행로 연구와 더불어 여성노인 건강증진프로그램에서 관절염과 통증관리가 중요하게 다루어져야 할 것이다.

노인의 주관적 건강상태, 우울, 그리고 일상생활수행능력 간에 상관관계를 확인한 결과, 대상자 전체 노인과 남성노인의 경우 세 변수 간에 유의한 순 상관관계가 나타났으나 여성노인의 경우에는 상관관계가 나타나지 않았다. 즉, 남녀를 포함한 전체 노인과 남성노인의 경우 주관적 건강평가가 부정적일 수록 우울정도가 심각하고 일상생활수행능력정도가 낮으며, 우울이 심각할수록 일상생활수행능력정도가 낮게 나타났다. 그러나 여성노인의 경우에는 세 변수 간에 상관관계가 나타나지 않았다. 남녀를 포함한 노인을 대상으로 한 선행 연

구에서, Kim(1999)은 주관적 건강상태와 우울 간에 순상관 관계를, Song과 Kim(2002)은 자각적 건강상태와 ADL간에, Cho(2004)는 우울과 ADL간의 순상관관계를 보고하고 있는데, 이는 본 연구결과와 일치하는 것이다. 그러나 여성노인을 대상으로 세 변수들 간의 관계를 확인한 선행연구는 찾아볼 수 없어 연구결과와의 비교가 어려웠으며, 추후 반복연구를 통해 변수들 간의 관계를 재확인할 필요가 있다. 본 연구의 의의는 성별에 따라 세 변수간의 관계가 다르다는 것을 밝힌 것이다. 앞으로 노인건강에 있어 성차를 보다 자세히 이해하고, 성 차이를 고려한 노인건강정책수립 및 프로그램 개발에 지속적인 관심과 노력을 기울여야 할 것이다.

그동안 노년기는 노화에 따른 질병, 장애, 사망으로 이어지는 퇴화의 과정으로만 이해되어 왔었다. 그러나 최근 들어 선진국을 중심으로 건강한 노년층이 증가하는 경향이 두드러지고 있으며 이에 따라 노인의 신체, 정신, 사회적 기능의 유지 및 향상을 통한 활동적 노후(active aging)로의 정책방향이 전환되고 있다. 이에 미국의 경우 노인인구의 일상생활수행능력(ADL)의 장애율이 지속적으로 감소하는 경향을 보이고 있으며, 미국과 서유럽국에서는 장애 없이 생존하는 기간인 비장애 평균수명도 노년층에서 점차 증가하는 경향을 보이고 있다(Lee et al., 2001). 우리나라도 질병치료보다는 건강증진의 개념으로 보건정책을 전환 및 강화하고 있는 현 시점에서 주관적 건강상태와 우울, 일상생활수행능력 간의 관계에 대한 성차에 대한 이해는 노인의 건강 수준과 노인보건복지정책 마련을 위한 중요한 기초자료가 될 것이다.

결론 및 제언

65세 이상의 노인 579명(여성 332명, 남성 247명)을 조사한 결과 성별에 따라 일반적 특성(배우자 유무, 학력, 기초생활보장수급유무, 월수입, 종교), 주관적 건강상태, 우울, 일상생활능력정도, 그리고 주관적 건강상태, 우울, 일상생활능력정도간의 상관관계에 차이가 있었다. 65세 이상의 여성노인은 남성노인에 비해 무배우율이 높고, 저학력자이며, 기초생활수급자가 더 많고, 월수입이 더 적으며, 종교를 가진 경우가 더 많았다. 또한 여성노인이 남성노인보다 스스로 지각하는 건강상태가 낮고, 우울정도가 심하며, 우울증상 유병율도 높고, 일상생활수행에 의존성이 높다는 것을 알 수 있었다. 노인의 주관적 건강상태, 우울, 그리고 일상생활수행능력 간의 상관관계를 확인한 결과, 남성노인의 경우 세 변수 간에 유의한 순상관관계가 나타났으나 여성노인의 경우에는 상관관계가 나타나지 않았다.

이상의 연구결과를 기초로 다음과 같이 제언한다.

- 여성노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활능력간의 상관관계를 재확인하는 반복 연구가 필요하다.
- 여성노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활능력에 영향을 미치는 요인을 확인하는 후속연구가 필요하다.
- 성 차이를 고려한 노인건강증진프로그램 개발이 필요하다.
- 성 차이를 고려한 노인의 삶의 질 향상을 위한 전략 모색이 필요하다.

References

- Chang, S. O., Park, Y. J., & Youn, J. W. (2003). Study on relations of variables; attributions of somatic symptoms, fatigue, chronic pain and depression in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 33(1), 26-33.
- Cho, D. S. (2006). A study on health status of elderly women in urban area. *Korean J Women Health Nurs*, 12(1), 61-69.
- Cho, E., Chun, J., & Lee, S. (2000). A model for the factors affecting depressions in the elderly with chronic disease. *Korean J Geriatr Soc*, 4(3), 148-163.
- Cho, H., Oh, B., Yang, S., & Lee, H. (1998). Factors related to depression of elderly in a Korean rural community. *Korean J Geriatr Soc*, 2(1), 89-102.
- Cho, M. J. (2004). New treatment of geriatric depression. In G. B. Hur (Ed.), *2004 spring academic symposium* (pp. 45-48). Seoul: The Korean Academy of Clinical Geriatrics.
- Cho, M. J., Bae, J. N., Suh, G. H., Hahm, B. J., Kim, J. K., Lee, D. W., & Kang, M. H. (1999). Validation of geriatric depression scale(GDS), Korean version in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(1), 48-62.
- Cho, M. J., Hahm, B. J., Jhoo, J. H., Bae, J. N., & Kwon, J. S. (1998). Prevalence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in an urban community. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 37(2), 352-362.
- Choi, Y. H., & Chung, S. E. (1991). A study on the development of physical health assessment tool and health status of korean elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 3, 70-96.
- Chu, S. K. (1997). A study on health status evaluation of the elderly in sung sam. *Annual Bulletin Seoul Health Junior College*, 17, 97-105.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness of the aged, the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 544-552.
- Kim, H. S. (1995). A study on the health status and life satisfaction of the elderly. *Korean Central J Med*, 60(2), 161-171.

- Kim, O. R. (1999). A study on the perceived health status, instrumental activities of daily living and depression for the elderly who use senior citizen's center. *Kimcheon Science College*, 25, 47-57.
- Kim, O. S., Yang, K. M., & Kim, K. H. (2005). Dependency, abuse and depression by gender in widowed elderly. *J Korean Acad Nurs*, 35(2), 336-343.
- Koeig, H. G., & Blazer, D. G. (1992). Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med*, 8, 235-251.
- Korea National Statistical Office (2005). The elderly persons statistics. Retrieved May 27, 2006, from <http://www.nso.go.kr>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, S. S. (1995). The effects of economic state, health state, and family support on life satisfaction of the aged women. *Women Research*, 3(1), 159-179.
- Lee, S. Y., Kim, S. W., Sun, W. S., & Cho, N. J. (2001). Health status for the elderly living in a home for the aged. *J Korean Geriatr Soc*, 5(3), 240-249.
- Lee, Y. H., Lee, K. J., Han, J. S., Kim, C. H., Youn, S. J., & Lee, Y. K. (2001). *Physical functioning assessment of community - dwelling older adults: scale development and validation. Health Promotion Fund-raising efforts*. Suwon: Aju University and Ministry of Health and Welfare, GOVP 1200211087.
- Ministry of Health and Welfare (2000). A national health-nutrition survey. Retrieved May 7, 2006 from <http://www.mohw.go.kr>
- Myung, S. Y. (2001). The problems of elderly women from the feminist stand points. *J Public Welfare Administr*, 11(2), 281-295.
- Park, H. S., Jung, Y. J. D., Lee, C. I., Oh, J. E., Hong, S. H., & Cho, C. Y. (2006). Comparing various short-form geriatric depression scales in elderly patients. *J Korean Acad Fam Med*, 27(5), 364-399.
- Ryu, H. S. (2001). A study on ADL and dementia of aged person with medicaid in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 31(1), 139-149.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale(GDS), recent evidence and development of shorter version. *Clini gerontol*, 4, 165-173.
- Shin, H. S. (2001). Self-esteem, health status and life satisfaction in elderly women according to the spouses perspective. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1119-1128.
- Son, J. T., & Suh, S. R. (2002). Factors influencing on quality of life in aged women with chronic pain. *J Korean Acad Nurs*, 32(5), 735-742.
- Song, K. C., & Kim, D. K. (2002). Activities of daily living of elderly in a rural area and study for related factors. *J Korean Geriatr Soc*, 6(1), 29-40.
- Suh, S. R., & Hong, H. S. (2001). Stress, immune cells, physical status and depression of elderly. *J Korean Fund Nurs*, 3(1), 73-90.
- Yoo, I. Y., Lim, M. K., & You, W. S. (2002). A study on depression, self-reported health status and social supports in elderly people. *J Korean Gerontol Nurs*, 4(2), 153-162.