

가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울 및 삶의 질 비교연구

김귀분¹ · 이윤정² · 석소현³

경희대학교 간호과학대학 교수¹, 박사과정생², 조교수³

A Comparative Study on Health Status, Depression, and Quality of Life between the Elderly Living with Family and the Elderly Living Alone

Kim, Kwuy Bun¹ · Lee, Yun Jung² · Sok, Sohyune R.³

¹Professor, ²Ph.D., Candidate, ³Assistant Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University

Purpose: This study was a descriptive survey research to compare and to examine the levels of health status, depression, and quality of life between the elderly living with family and the elderly living alone, the relations among the factors. **Methods:** Subjects were the 441 elderly over 65 years old(243 elderly living with family; 198 elderly living alone) in Seoul and Gyung-gi province. Data were collected from January to March, 2007. Collected data were analyzed through SAS/PC 11.0 version. **Results:** First, the health status and quality of life in the elderly living with family were higher than them in the elderly living alone. Also depression in the elderly living with family was lower than that in the elderly living alone. Second, in all elderly there was positive correlation between health status and depression. There were negative correlations between health status and quality of life, and between depression and quality of life. Third, the economic environments in all elderly did effect to the health status, depression, and quality of life. **conclusion:** In conclusion, it's requested a special attention of the current job level or interpersonal relationship of older people.

Key Words : Aged, Health, Depression, Quality of life

I. 서 론

1. 연구의 필요성

노인은 나이가 들어감에 따라 자연스럽게 나타나는 노화 현상과 함께 병원성 질환의 증가, 사회나 가정에서의 역할변화로 저항력이 약해져 질병에 걸리기 쉬운 상태이다. 노인의 건강상태는 노화과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적 측면과 정신적 측면, 노후 사회생활에의 적응을 중

심으로 하는 사회, 심리적 측면으로 대별할 수 있다. 따라서 노인의 건강문제를 다루는 사람은 신체기능, 정신기능 및 사회기능의 다차원적인 평가가 필요하다. 노인은 기능정도에 따라 건강상태를 지각하고 이렇게 지각된 건강상태는 노화 속에서 능력 감소를 가져오는데 이러한 능력 감소는 생리적 측면에서 신체적 건강과 정신적 건강의 저하를 가져오고 변화하는 사회 환경 속에서는 적응력 저하로 정서적 건강의 변화를 가져오게 된다(Song, 2007).

이러한 노인의 정서적 건강의 변화는 긴장과 불안에

Corresponding address: Sok, Sohyune R., College of Nursing Science, Kyung Hee University, 1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-701, Korea. Tel: 82-2-961-9144, Fax: 82-2-961-9398, E-mail: 5977sok@khu.ac.kr

접수일 2008년 2월 12일 심사회의일 2008년 2월 15일 심사완료일 2008년 10월 17일

찬 상황에서 스스로를 통제할 수 있는 인지능력이 감소하면서 우울증이 나타날 가능성이 높아진다. 신체적·심리적·사회적 기능이 저하되면서 사회의 부정적 고정관념과 낙인 및 자신의 지위와 권위 상실(퇴직), 경제력 상실, 주위상황 변화 등으로 인하여 혼란과 갈등, 의견 조절 불가능, 의미 있는 활동의 결여 등과 같은 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다(Jang et al., 2004). 노인들은 신체적 불편감과 더불어 외로움, 고독감, 우울 같은 정서적 상황은 노인들에게 심각한 문제로 삶의 질을 저하시키게 된다(Kim, 2000).

노년기의 삶의 질은 노인 자신의 일생에 대한 행복 및 생의 목표달성과도 직접 연결되기 때문에 한 개인의 성공적인 삶을 파악하는데 있어서 매우 중요하다(Song, 2007). 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적 경험들이 자기 내에서 독립되어 형성되는 내적 개념으로 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태(Dunbar, Stoker, Hodges, & Beaumont, 1992)이며, 삶의 질의 영향요인은 지각된 건강상태, 자아 존중감, 사회적 지지, 우울, 스트레스, 경제상태(Kim & Kim, 2004) 등이 있다.

한편, 독거노인은 해마다 증가 추세에 있어 65세 이상 독거노인은 2000년 542,690명에서 2006년 6월말 현재 833,072명으로 증가했으며 2010년에는 100만명에 이를 것으로 예상된다(Datanews, 2006). 전국 독거노인 현황에 따르면, 2006년 현재 총 782,708명 중 여성이 649,553명과 남성이 133,155명으로 여성이 남성보다 5 배 정도 많은 것으로 나타났다(Datanews, 2006).

독거노인의 경우 가족이나 친척의 지지 없이 소외감과 고독감 속에서 살아가므로 신체적 건강상태뿐만 아니라 정신적 건강상태나 사회적 건강상태에도 많은 문제점이 내재되어 있어 독거노인 자신들도 건강에 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다(Kim & Jeong, 2002). 또한 이들은 빈곤상태에 직면해 경제적 여유를 상실함으로써 그에 따른 신체적 질환에 시달리며 음주, 흡연, 비판, 육체활동 등 건강행위에서도 열악한 상태에 있다고 한다(Elizabeth, 2005). 나아가서 우울, 고독, 불안 등 정신건강이 악화되어 더 일찍 죽음에 이른다(Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000). 이와 같이 취약한 환경에 처해 있는 독거노인이 노인문제의 주된 관심

로 부각되고 있다. 독거노인을 위한 보다 전문적이고 지속적인 건강관리접근이 필요하다.

가족동거노인은 가족과 함께 생활함으로써 가족으로부터 건강에 대한 보호나 부양을 받으면서 건강관리를 하고 있어 건강상태가 더 좋을 것이다. 즉 가족은 위기에 적응하도록 하는 지지체계를 갖도록 하여 환자에게 에너지를 투여함으로써 스트레스 완화와 질병의 위험을 감소시킬 수 있을 것이다.

국내·외 연구에서 노인을 대상으로 한 삶의 질에 관한 연구들은 일상생활 기능과의 관계(Lee et al., 2001; Yim, 2002; Stewart & King, 1994)가 있었으며 일상생활 기능정도가 높을수록 삶의 질 정도가 높아 노화를 성공적으로 만들며, 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향(Song, 2007), 저소득 노인의 삶의 질(Yim, 2002), 노인의 고독감, 영적안녕과의 관계(Kim & Kim, 2004), 독거노인의 건강실태와 삶의 질(Kim & Jeong, 2002), 독거노인과 가족동거노인의 건강상태(Park, 2000), 노인의 건강상태와 우울(Kim, 2002) 등이 있었다. 선행연구에서 노인의 삶의 질에 가장 중요한 요인으로는 건강상태라고 하였으며(Lee et al., 2001; Fitch & Slivinske, 1988), 우리나라 노인들은 실질적으로 10년 정도는 건강하지 않은 상태로 살아야 하며 서구 노인에 비해 삶의 질도 상당히 낮은 것으로 확인되었다(Yim, 2002). 선행연구들을 종합적으로 살펴볼 때, 가족동거노인에 대한 몇 가지 변수개념간의 관계연구가 대부분이었으며, 독거노인에 관한 연구는 부족한 실정이었다. 특히, 가족동거노인과 독거노인을 비교하여 연구한 연구는 매우 미흡한 실정이었다.

이상에서와 같이 노인은 신체적, 정신적, 사회·심리적으로 많은 변화를 경험하는 시기로, 특히 노화로 인한 신체적 건강상태는 정서·심리적 요소인 우울에 영향을 미치며, 결과적으로 삶의 질 저하가 초래되어 노년생활을 곤란하게 한다. 이러한 노인문제들은 노인들이 가족과의 동거형태 유무에 따라 사회적, 육체적, 심리적, 경제적 문제점을 강화시키거나 약화시켜 건강상태, 우울, 그리고 삶의 질에 차이가 있게 한다(Rhu, 1999). 그러므로 노인이 처한 환경에 따라 차별화하여 건강관리가 이루어져야 한다.

따라서 본 연구는 일반가정에서 배우자 또는 자녀들

과 같이 사는 가족동거노인들과 의지할 곳 없이 혼자 살아가는 독거노인과의 건강상태, 우울, 그리고 삶의 질 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 비교, 분석하여 가족동거노인과 독거노인에 대한 개별화된 건강관리 프로그램을 개발하여 적절한 간호중재 적용을 위한 기초 자료를 마련하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 수도권지역에 거주하는 60세 이상의 가족동거노인과 독거노인을 대상으로 이들의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도를 파악하여 적절한 간호중재를 제공하기 위한 기초 자료를 마련하고자 함이며, 그 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도를 확인한다.
- 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도와의 상관관계를 분석한다.
- 가족동거노인과 독거노인의 일반적 특성별 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이를 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 건강상태

건강상태란 독립적인 일상생활을 하는데 필요한 상태로 주어진 환경에 적응, 대처하고, 생활하는 인간의 능력을 포함하는 것으로(World Organization of Family Doctors, WONCA, 1988), 본 연구에서는 Brodman, Erdmann, Lorge와 Wolff(1951)가 고안한 Cornell Medical Index(CMI)를 Nam(1965)이 한국인에 맞게 수정, 보완한 CMI 간이건강조사표로 측정된 점수를 의미한다.

2) 우울

우울은 근심, 침울함, 무기력, 무가치, 울적한 마음, 흥미 상실이나 체중감소, 수면장애, 죄책감, 신경운동의 지연이나 초조 및 자살 사고와 요통, 만성적 피로감, 피해망상이나 환청까지의 임상양상을 지닌 기분장

애를 의미하며(Alladin & Alibhai, 2007), 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage(1986)가 개발한 GDS short Form을 Ki(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인 우울 척도로 측정된 점수를 의미한다.

3) 삶의 질

인간생활의 문제인 인간 삶의 정도와 가치를 다루는 것으로 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태이며(No, 1988), 본 연구에서는 Wares와 Sherbourne(1993)에 의해 개발된 Medical Outcomes Study Short Form 36(SF-36)을 Ko, Jang, Kang, Cha와 Park(1997)이 번안하여 사용한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울, 삶의 질을 파악하기 위하여 구조화된 설문지를 사용하여 직접 응답하도록 하는 자가보고식 서술적 비교 조사연구이다.

2. 연구대상자

본 연구대상자는 수도권지역에 거주하는 60세 이상의 가족동거노인과 독거노인으로서, 본 연구의 목적을 이해하고 스스로 참여를 허락한 자로 언어적·비언어적인 의사소통이 가능하고, 설문지의 내용을 듣고 이해하여 응답할 수 있는 자로 임의표집하였다. 지남력 장애가 없는 노인 500명 중에서 자료처리에 부적절한 59명을 제외한 441명을 연구대상자로 선정하였다.

3. 연구도구

1) 건강상태 측정도구

건강상태 측정도구는 Brodman 등(1951)이 고안한 CMI를 Nam(1965)이 한국인에 맞게 수정, 보완한 CMI

간이건강조사표로 총 57문항으로 구성되었으나, 신체적 건강을 측정하는 35문항 중 본 연구에 적합하다고 판단된 31문항만을 선택하여 사용하였고, Likert 4점 척도로, 총 31점에서 124점으로 점수가 높을수록 건강상태는 나쁨을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .94$ 로 나타났다.

2) 우울 측정도구

우울 측정도구는 Yesavage(1986)이 개발한 GDS Short Form을 Ki(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인 우울 척도로, 총 15문항 5점 척도, 총 15점에서 75점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .75$ 로 나타났다.

3) 삶의 질 측정도구

삶의 질 측정도구는 Wares와 Sherbourne(1993)에 의해 개발된 Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36)을 Ko 등(1997)이 번안하여 사용한 도구로 측정하였으며, 8개영역 총 36개 문항으로 Likert 2-5점 척도로 측정하였으며, 총 36점에서 146점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .65$ 로 나타났다.

4. 자료수집

자료수집기간은 2007년 1월 10일에서 3월 30일까지였으며, 자료수집방법은 1차적으로 본 연구자들이 수도권 소재 노인정, 노인대학을 방문하여 대표자의 허락 하에 연구의 취지 및 목적을 설명 후 참여를 허락한 자에 한하여 동의서를 받고 설문지를 배부하여 수집하였다. 연구대상자들은 연구자들의 도움을 받아 자가 보고식으로 응답하였다. 총 500부의 설문지중, 자료처리에 부적절한 59부를 제외한 441부(회수율 88.2%)가 자료분석에 사용되었다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS/PC 11.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 가족동거노인과 독거노인의 동질성 검증은 χ^2 -test를 실시하였다.
- 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울, 삶의 질 정도차이는 t-test를 실시하였으며, 두 집단의 일반적 특성이 동질하지 않은 학력, 주거형태, 월 용돈, 생활비부담은 ANCOVA 처리하였다.
- 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울, 삶의 질과의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하여 확인하였다.
- 가족동거노인과 독거노인의 일반적 특성별 건강상태, 우울, 삶의 질 차이는 t-test와 ANOVA를 이용하여 확인하였으며 사후검증은 Scheffé test로 처리하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성 및 동질성검증

연구대상자의 일반적 특성 및 동질성검증은 Table 1과 같다. 연구대상자 중 가족동거노인은 성별이 여성이 65.4%로 남성 34.6%보다 많았으며, 독거노인의 성별도 여성(72.3%)이 남성(27.7%)보다 많았다. 연령은 가족동거노인과 독거노인 모두에서 60-69세 사이가 각각 56.4%와 44.8%로 가장 많았다. 학력은 가족동거노인은 중, 고졸이 50.2%로 가장 많은 반면에 독거노인은 초등학교 이하가 74.8%로 가장 많았다. 종교는 가족동거노인과 독거노인 모두에서 천주교가 가장 많이 나타났으며, 과거직업도 전업주부가 대부분을 차지하였다. 주거형태는 가족동거노인은 자가 형태가 84.0%를 차지하였고 독거노인은 자가 형태가 45.5%와 전·월세 형태가 43.9%로 자가 형태와 전·월세 형태가 비슷한 비율로 나타났다. 월 용돈에서는 가족동거노인이 20만원 이상이 45.2%로 가장 많았고 독거노인은 10만원 미만이 41.4%로 가장 많았다. 생활비 부담

Table 1. General characteristics and homogeneity test

(N = 441)

Characteristics	Categories	The elderly living with family(n = 243) n (%)	The elderly living alone (n = 198) n (%)	χ^2 -test p
Gender	Male	84 (34.6)	53 (27.7)	8.94 .2501
	Female	159 (65.4)	135 (72.3)	
Age(yrs)	60 - 69	137 (56.4)	88 (44.8)	11.33 .0614
	70 - 79	75 (30.9)	72 (36.0)	
	≥ 80	31 (12.7)	38 (19.2)	
Education	≥ Elementary school	97 (39.9)	148 (74.8)	53.73 .0001
	Middle or high school	122 (50.2)	43 (21.7)	
	≤ College	24 (9.9)	7 (3.5)	
Religion	Protestant	56 (23.1)	36 (18.2)	2.81 .4223
	Catholic	82 (33.7)	80 (40.4)	
	Buddhism	48 (19.7)	35 (17.7)	
	None	57 (23.5)	47 (23.7)	
Past occupation	Agriculture, fishery	36 (14.8)	44 (22.2)	6.36 .0964
	Commerce, Business	74 (30.5)	48 (24.2)	
	Government employee, teacher	34 (14.0)	20 (10.1)	
	House keeper	99 (40.7)	86 (43.4)	
Current occupation	Yes	44 (18.1)	25 (12.6)	2.48 .1151
	No	199 (81.9)	173 (87.4)	
House	Owner	204 (84.0)	94 (45.5)	67.66 .0001
	Rent	39 (16.0)	87 (43.9)	
Pocket money (10,000 won)	< 10	58 (23.9)	82 (41.4)	17.55 .0002
	≥ 10 - < 20	75 (30.9)	57 (28.8)	
	≥ 20	110 (45.2)	59 (29.8)	
Living expense	Self	125 (51.4)	68 (34.3)	31.74 .0001
	Child	102 (42.0)	81 (40.9)	
	Government	16 (6.6)	49 (24.8)	

은 가족동거노인은 자신이 부담한다는 경우가 51.4%로 가장 많았고 독거노인은 자녀가 부담한다는 경우가 40.9%로 가장 많았다.

일반적 특성 중 학력, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담에서 가족동거 노인과 독거노인간의 통계적으로 유의하게 차이가 나타났으며 그 외의 특성들에서는 서로 동질함이 검증되었다. 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 학력, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담은 ANCOVA

통계처리를 하여 분석하였다.

2. 가족동거노인과 독거노인간의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도 비교

가족동거노인과 독거노인간의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도는 Table 2와 같다.

가족동거노인과 독거노인의 건강상태 정도는 평균

이하로 나쁘지 않게 나타났으며, 우울 정도는 평균 이상으로 높게 나타났고 삶의 질 정도는 보통 수준으로 나타났다. 가족동거노인과 독거노인 간의 건강상태($t = 2.48, p = .01$), 우울($t = 4.27, p = .00$) 및 삶의 질($t = -2.90, p = .00$)은 통계적으로 유의하게 차이가 있었다. 즉, 가족동거노인이 독거노인보다 건강상태가 더 좋았으며 우울 정도도 적었으며 삶의 질도 더 높았다.

3. 가족동거노인과 독거노인간의 건강상태, 우울 및 삶의 질과의 상관관계

가족동거노인과 독거노인간의 건강상태, 우울 및 삶의 질과의 상관관계는 Table 3과 같다.

가족동거노인과 독거노인 모두에서 건강상태와 우울 간에는 순상관관계를 나타내어 건강상태가 나쁠수록 우울도 심한 것으로 나타났다. 건강상태와 삶의 질 간에는 역상관관계를 나타내어 건강상태가 나쁠수록 삶의 질이 나쁜 것으로 나타났다. 우울과 삶의 질 간에

는 역상관관계를 나타내어 우울이 심할수록 삶의 질이 나쁜 것으로 나타났다.

4. 가족동거노인과 독거노인의 일반적 특성별 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이검증

1) 가족동거노인

가족동거노인의 일반적 특성에 따른 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이검증 Table 4-1에서 건강상태는 성별, 연령, 학력, 과거직업, 현재직업, 월 용돈, 생활비 부담에서, 우울은 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담에서, 그리고 삶의 질에서는 성별, 연령, 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담에서 통계적으로 유의하게 차이가 있었다.

2) 독거노인

독거노인의 일반적 특성에 따른 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이검증 Table 4-2에서 건강상태는 연령, 과

Table 2. Degree of health status, depression, and quality of life in two groups (N = 441)

Variables	The elderly living with family(n = 243) M ± SD	The elderly living alone(n = 198) M ± SD	t	p
Health status	1.7 ± .4	1.8 ± .6	2.48	.0134
Depression	2.7 ± .6	3.0 ± .7	4.27	.0001
Quality of life	2.8 ± .5	2.6 ± .6	-2.90	.0039

ANCOVA processing: education, house, pocket money, living expense.

Table 3. Correlation among health status, depression, and quality of life in two groups (N = 441)

Variables	The elderly living with family(n = 243)			The elderly living alone(n = 198)		
	Health status	Depression	Quality of life	Health status	Depression	Quality of life
Health status	1.0000			1.0000		
Depression	.4322*	1.0000		.4423*	1.0000	
Quality of life	-.5887*	-.5930*	1.0000	-.6349*	-.5933*	1.0000

*p < .05

Table 4-1. Difference of health status, depression, and quality of life by general characteristics in the elderly living with family

(N = 243)

Characteristics	Categories	Health status		Depression		Quality of life	
		M ± SD	t/F p post hoc	M ± SD	t/F p post hoc	M ± SD	t/F p post hoc
Gender	Male	1.6 ± .4	-4.47	2.8 ± .5	.38	2.9 ± .5	3.12
	Female	1.8 ± .5	.0001	2.7 ± .6	.7075	2.7 ± .5	.0020
Age(yrs)	60 - 69	1.7 ± .4 ^a	4.17	2.7 ± .6	2.55	2.9 ± .5 ^a	6.63
	70 - 79	1.7 ± .4 ^a	.0165	2.7 ± .6	.0802	2.8 ± .5 ^a	.0016
	≥ 80	1.9 ± .5 ^b	a < b	2.9 ± .5		2.5 ± .6 ^b	a > b
Education	≥ Elementary school	1.9 ± .5 ^a	11.39	2.9 ± .6 ^a	7.19	2.5 ± .5 ^a	22.69
	Middle or high school	1.6 ± .4 ^b	.0001	2.6 ± .6 ^b	.0009	2.9 ± .4 ^b	.0001
	≤ College	1.5 ± .3 ^b	a > b	2.6 ± .6 ^b	a > b	3.1 ± .5 ^b	a < b
Religion	Protestant	1.7 ± .5		2.6 ± .7		2.8 ± .6	
	Catholic	1.7 ± .4	.96	2.8 ± .5	1.97	2.8 ± .5	.09
	Buddhism	1.8 ± .4	.4139	2.8 ± .6	.1191	2.8 ± .5	.9632
	None	1.7 ± .4		2.8 ± .5		2.8 ± .5	
Past occupation	Agriculture-Fishery	1.8 ± .5 ^a	4.30	3.0 ± .5 ^a	3.29	2.5 ± .5 ^a	7.68
	Commerce-Business	1.6 ± .5 ^b	.0056	2.7 ± .6 ^b	.0214	2.9 ± .5 ^b	.0001
	Government employee-teacher	1.6 ± .3 ^b	a > b	2.7 ± .5 ^b	a > b	2.9 ± .5 ^b	a < c < b
	House keeper	1.8 ± .4 ^a		2.7 ± .6 ^b		2.7 ± .5 ^c	
Current occupation	Yes	1.5 ± .3	-4.55	2.6 ± .6	-1.47	3.0 ± .3	3.73
	No	1.8 ± .4	.0001	2.8 ± .6	.1430	2.7 ± .5	.0002
House	Owner	1.7 ± .4	2.37	2.7 ± .6 ^a	3.16	2.8 ± .5 ^a	3.46
	Rent	1.8 ± .5	.0953	2.9 ± .5 ^b	.0440	2.6 ± .6 ^b	.0331
	Other	1.9 ± .6		3.0 ± .2 ^b	a < b	2.3 ± .2 ^c	a > b > c
Pocket money (10,000 won)	< 10	1.8 ± .5 ^a	3.94	3.0 ± .5 ^a	9.52	2.5 ± .5 ^a	11.70
	≥ 10 - < 20	1.7 ± .4 ^b	.0207	2.8 ± .5 ^b	.0001	2.8 ± .5 ^b	.0001
	≥ 20	1.6 ± .4 ^c	a > b > c	2.6 ± .6 ^c	a > b > c	2.9 ± .4 ^b	a < b
Child	No	2.0 ± .2	1.07	2.9 ± .1	.48	2.9 ± .6	.32
	Yes	1.7 ± .4	.2879	2.7 ± .6	.6313	2.8 ± .5	.7475
Living expense	Self	1.6 ± .4 ^a	7.52	2.6 ± .6 ^a	3.53	2.9 ± .5 ^a	9.17
	Child	1.8 ± .5 ^b	.0007	2.8 ± .6 ^b	.0307	2.6 ± .5 ^b	.0001
	Government	1.8 ± .4 ^b	a < b	2.8 ± .5 ^b	a < b	2.7 ± .5 ^b	a > b

Table 4-2. Difference of health status, depression, and quality of life by general characteristics in the elderly living alone

(N = 198)

Characteristics	Categories	Health status		Depression		Quality of life	
		M ± SD	t/F p post hoc	M ± SD	t /F p post hoc	M ± SD	t/F p post hoc
Gender	Male	1.7 ± .4	-1.31	3.0 ± .6	.02	2.7 ± .6	.78
	Female	1.9 ± .6	.1927	3.0 ± .7	.9850	2.6 ± .6	.4391
Age(yrs)	60 - 69	1.7 ± .5	2.83 .0616	2.8 ± .6 ^a	3.50	2.8 ± .5 ^a	7.55
	70 - 79	1.9 ± .6		3.0 ± .7 ^b	.0322	2.6 ± .6 ^b	.0007
	≥ 80	1.8 ± .4		3.2 ± .7 ^c	a < b < c	2.4 ± .6 ^c	a > b > c
Education	≥ Elementary school	1.9 ± .6	1.20 .3035	3.1 ± .6 ^a	7.85	2.6 ± .6	.74 .4802
	Middle or high school	1.8 ± .6		2.7 ± .7 ^b	.0005	2.7 ± .6	
	≤ College	1.6 ± .5		2.6 ± .8 ^b	a > b	2.8 ± .6	
Religion	Protestant	1.9 ± .5	.79 .5013	3.0 ± .8	1.62 .1854	2.6 ± .6	.25 .8595
	Catholic	1.9 ± .6		2.9 ± .7		2.6 ± .6	
	Buddhism	1.8 ± .6		3.0 ± .6		2.7 ± .5	
	None	1.7 ± .5		3.1 ± .6		2.7 ± .5	
Past occupation	Agriculture-Fishery	1.8 ± .4 ^a	3.55 .0155	3.1 ± .7 ^a	2.83 .0397	2.7 ± .6	1.72 .1649
	Commerce-Business	1.8 ± .6 ^a		2.9 ± .7 ^b		2.7 ± .5	
	Government employee-teacher	1.5 ± .5 ^b		2.7 ± .7 ^c		2.8 ± .6	
	House keeper	1.9 ± .6 ^a		3.1 ± .6 ^a		a > b > c	
Current occupation	Yes	1.7 ± .6	-1.00 .3188	2.8 ± .7	-1.47 .1445	2.9 ± .5	2.49 .0135
	No	1.8 ± .6		3.0 ± .7		2.6 ± .6	
House	Owner	1.7 ± .5 ^a	4.01 .0197	2.9 ± .7 ^a	7.40 .0008	2.7 ± .6	.63 .5356
	Rent	2.0 ± .6 ^b		3.0 ± .7 ^a		2.6 ± .6	
	Other	1.6 ± .3 ^a		3.5 ± .5 ^b		a < b	
Pocket money (10,000 won)	< 10	1.9 ± .5	.21 .8072	3.2 ± .6 ^a	13.37 .0001	2.6 ± .6	.54 .5843
	≥ 10 - < 20	1.8 ± .6		2.9 ± .6 ^b		2.7 ± .6	
	≥ 20	1.8 ± .6		2.7 ± .7 ^b		a > b	
Child	No	1.8 ± .4	-.68 .4950	3.2 ± .6	2.13 .0348	2.7 ± .5	.76 .4492
	Yes	1.8 ± .6		3.0 ± .7		2.6 ± .6	
Living expense	Self	1.8 ± .6	.37 .6903	2.9 ± .6 ^a	9.01 .0002	2.8 ± .5 ^a	3.37 .0364
	Child	1.8 ± .6		2.9 ± .7 ^a		2.6 ± .6 ^b	
	Government	1.9 ± .5		3.3 ± .6 ^b		a < b	

거직업, 주거형태에서, 우울은 연령, 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 자녀유무, 생활비 부담에서, 그리고 삶의 질에서는 연령, 현재직업, 생활비 부담에서 통계적으로 유의하게 차이가 있었다.

IV. 논 의

연구대상자들의 일반적 특성을 살펴보면, 성별에서는 독거노인이 가족동거노인보다 남자노인의 비율이 낮았다. 독거노인에서 여성의 비율이 남성보다 훨씬 높은 것은 우리나라의 경우는 일반적으로 남편의 연령이 아내의 연령보다 높고 여성노인이 남성노인보다 평균수명이 더 길므로 노인인구의 남녀구성비가 ‘남성 감소 여성증가’의 추세에 기인한 것으로 생각된다. 또한 독거노인의 불균형적 남녀 구성비는 재혼율의 차이로 생각할 수 있다. 즉 연령이 높아질수록 남성노인의 높은 사망률 때문에 여성 독거노인은 적절한 남성노인을 만날 수 있는 기회가 적다. 이러한 결과는 타 연구에서 독거노인의 특성이 상당수가 여성 독거노인이며 고령자라는 선행연구와 일치하고 있다(Jang et al., 2004). 연령에서는 60 - 69세가 가족동거노인과 독거노인 모두에서 가장 많았고 그다음으로 70 - 79세 그리고 80세 이상 순으로 나타난 것은, 이 역시 오늘날 노인인구 분포도를 잘 나타내고 있는 것으로 생각된다. 학력은 가족동거노인은 중, 고졸이 50.2%로 가장 많았는데 비해 독거노인은 초등학교 졸업이 74.8%로 가장 많거나 유의하게 차이가 있는 것으로, 독거노인의 학력이 더 낮은 것을 알 수 있었다. 이는 Jang 등(2004)의 연구결과와 동일하였다. 종교는 가족동거노인과 독거노인 모두에서 대부분 가지고 있었으며, 기독교, 천주교, 불교를 가진 경우가 76% 이상으로 나타났다. 이는 선행연구(Song, 2007; Choi, 2005)와 동일한 결과를 보이는 것으로, 종교를 통해 노인들은 심리적, 정서적으로 안정감을 갖는 것으로 생각된다. 과거직업은 전업주부가 가족동거노인과 독거노인 모두에서 40% 이상으로 가장 많았는데 이는 연구대상자가 여성노인의 수가 많았기 때문인 것으로 보여준다. 현재직업은 없는 경우가 대부분으로 81% 이상이며, 이는 노인이 활동할 수 있

는 영역의 제한과 고용의식의 변화가 촉구된다고 할 수 있다. 주거형태에서는 가족동거노인인 경우에는 자가 주거형태가 84%로 전·월세(16%)보다 월등히 많은 것에 비해, 독거노인은 자가 형태(45.5%)와 전·월세 형태(43.9%)가 서로 비슷한 비율을 나타내었다. 이는 독거노인의 경제적인 수준이 가족동거노인보다 더 낮은 것을 반영하는 것을 알 수 있었으며, 월 용돈에서도 가족동거노인은 20만원 이상이 45.2%로 가장 많은 것에 비해, 독거노인은 10만원 미만인 41.1%로 가장 많이 나타났다. 이러한 결과는 Rhu와 Park(2003)과 Jang 등(2004)의 연구결과와 일맥상통하였다. 생활비 부담에서는 가족동거노인인 경우에 자신이 51.4%로 가장 많은 것에 비해, 독거노인은 자녀가 40.9%로 가장 많이 나타났다. 이는 가족동거노인이 독거노인보다 경제적으로 더 안정되어 있음을 확인할 수 있었다.

가족동거노인과 독거노인의 건강상태 정도는 평균 이하로 나쁘지 않게 나타났는데 이는 Yim(2002)의 연구결과와 불일치하였다. 이는 단순히 노인들 스스로 본인이 지각하는 건강상태로서, 이미 만성질환을 보유하고 있음에도 이는 당연히 노인이기 때문에 피할 수 없는 것으로 수용하기 때문인 것으로 생각된다. 그리고 가족동거노인의 건강상태 정도가 독거노인의 건강상태 정도보다 좋게 나타나 통계학적으로 유의한 차이를 나타내었는데 이는 Rhu와 Park(2003)의 연구결과와 동일하였다. 또한 가족이 건강상태에 영향을 미치는 가장 중요한 요인 중의 하나라고 주장하는 Rhu(1999)의 연구를 뒷받침하는 것이라 볼 수 있다. 그러므로 노인이 처한 환경을 홀로 사는 것보다는 가족과 함께 살도록 유도하며 개선할 필요가 있다고 볼 수 있다.

가족동거노인과 독거노인의 우울 정도는 평균 이상으로 높게 나타났으며 독거노인이 가족동거노인의 우울 정도보다 더 높게 나타났다. 이는 독거노인이 가족동거노인보다 관계 형성이 부족하거나 없음으로 인하여 죽음에 두려움, 자신감의 결여에서 오는 상실감, 배우자와 친구들의 죽음에서 오는 외로움 등으로 우울 정도가 더 심한 것으로 보여진다. 이러한 결과는 Kim(2002)의 연구결과들과 유사하였다. 그러므로 노인의 우울 정도를 감소시키기 위하여 가족뿐만 아니라

친구, 지역사회 모임 등과 같은 대인관계 형성을 갖도록 중재할 필요가 있다.

가족동거노인과 독거노인의 삶의 질 정도는 보통으로 확인되었으며, 이는 Song(2007)의 연구결과보다는 높은 점수였으며, Park(2000)의 연구결과보다는 낮은 점수로 나타났다. 또한 가족동거노인이 독거노인의 삶의 질 정도보다 높게 나타났는데, 이는 가족과 함께 동거하는 형태가 노인의 사회적, 육체적, 심리적, 경제적 문제점을 긍정적으로 강화시키기 때문에 삶의 질 정도가 더 높게 나타난 것으로 생각된다. 그러나 삶의 질은 여러 변인들에 의해서 영향을 받기 때문에 반복적인 연구가 필요하리라 생각된다.

가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울 및 삶의 질과의 상관관계를 살펴보면, 가족동거노인과 독거노인 모두에서 건강상태가 좋으면 우울 정도가 적어지고 삶의 질도 높아지는 것으로 나타났는데, 이는 우울 정도가 낮을수록 삶의 질이 상승한다는 Yim(2002)의 연구결과와 유사하였다. 노인에게 있어 건강상태와 우울은 삶의 질에 있어 중요한 관계가 있음을 알 수 있다. 노인에게는 일상생활유지를 통한 건강상태를 관리하고 우울을 감소시킬 수 있는 간호중재를 제공하여, 더 나은 삶의 질을 도모하도록 해야 할 것이다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인들의 건강상태를 살펴보면, 80세 이상의 건강상태가 나머지 연령대보다 더 나쁜 것으로 유의한 차이를 나타내었고 학력도 초등학교 졸업한 노인이 기타 다른 학력을 가진 노인보다 더 건강상태가 나쁜 것으로 유의한 차이를 나타냈는데 이는 Song(2007)의 연구에서 60-69세가 가장 건강상태가 나쁘고 중, 고졸 노인의 건강상태가 가장 나쁘다고 한 연구결과와는 차이가 있었다. 과거직업 중에서 농업, 어업, 그리고 전업주부가 건강상태가 다른 직업보다 더 나쁜 것으로 유의한 차이를 나타냈는데 이것으로 농업, 어업, 그리고 전업주부가 건강상태를 나쁘게 하는 힘든 직업임을 알 수 있다. 주거형태에서는 자가인 경우, 월 용돈에서는 20만원 이상에서, 생활비 부담을 자신이 하는 경우가 보다 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났으며, 이는 경제적인 능력이 자존감 내지 자신감을 촉구하여 스트레스를 감소시킴으로서 정신적 건강

상태를 유지할 수 있기 때문으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 독거노인들의 건강상태를 살펴보면, 과거직업에서 공무원과 교직을 가졌던 노인의 건강상태가 다른 직업을 가졌던 노인의 건강상태보다 더 좋게 나타나 유의한 차이를 나타내었다. 이는 다른 직업에 비해 안정된 직업이며 장기적 수입으로 인한 노후에 대한 준비, 퇴직을 한 후에도 지속되어지는 사회적 활동의 기회가 많은 이유로 보여 진다. 주거형태도 자가인 경우가 전·월세보다 건강상태가 더 좋게 나타나 유의한 차이를 나타내었는데 이것 또한 경제적 안정감이 건강상태를 더 좋게 만드는 것으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인과 독거노인의 건강상태를 비교해 보면, 가족동거노인과 독거노인이 서로 유사한 일반적 특성에 의해서 건강상태에 유의하게 영향을 미치고 있었다. 특히 경제적인 능력이 건강상태를 더 좋게 유지함을 알 수 있었다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인의 우울 정도를 살펴보면, 학력은 초등학교 졸업한 노인이 다른 학력을 가진 노인보다 더 우울 정도가 높은 것으로 나타나 유의한 차이를 나타내었다. 이는 Kim(2002)의 연구결과와 일치하는 것으로, 이는 교육수준이 높을수록 사회참여의 시간이 길고 여러 가지 정보와 자원을 얻을 수 있는 기회가 많기 때문인 것으로 생각된다. 우울 정도가 과거직업에서 농업과 어업 종사자, 주거형태에서는 전·월세에 사는 노인이, 월 용돈이 10만원 미만인 경우, 생활비를 자녀가 부담하는 경우가 우울 정도가 더 높게 나타나 유의한 차이를 나타내었다. 이는 노인의 우울 정도는 경제적 능력이 저하되고 사회적 활동이 적을 때 우울 점수가 높다고 한 연구(Jang et al., 2004)와 일치하는 것으로, 우울 역시 경제적 요인이 중요한 요인임을 확인할 수 있었다.

일반적 특성에 따른 독거노인의 우울 정도를 살펴보면, 80세 이상 노인의 우울 정도가 다른 연령대의 노인보다 높게 나타나 유의한 차이를 나타내었다. 이는 나이가 많아지면서 죽음에 대한 두려움과 상실감이 커지기 때문인 것으로 생각된다. 학력도 초등학교 졸업한 노인이 다른 학력을 가진 노인보다 우울 정도가 더 높게 나타나 유의한 차이를 보였는데 학력이 높으면 사

회적 활동의 기회가 많아지고 자신감이 생겨 외로움이 감소되기 때문인 것으로 생각된다. 과거직업에서도 공무원 및 교직인 경우가, 주거형태도 자가인 경우가, 월 용돈도 20만원 이상인 경우가 우울 정도가 낮게 나타나 유의한 차이를 나타내었는데 이는 Park(2000)의 연구결과와 유사하였다. 경제적으로 안정된 상태가 독거노인의 우울 정도를 낮추는 것으로 확인되었다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인과 독거노인의 우울 정도를 비교해 보면, 가족동거노인과 독거노인 모두에서 경제적 상태가 우울 정도에 중요하게 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 그러므로 우울 정도를 감소시키기 위해서 경제적 안정 상태를 위한 직업 알선 등과 같은 경제적 도움이 필요하다고 생각된다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인의 삶의 질 정도 차이를 살펴보면, 연령에서는 80세 이상의 노인이 다른 연령의 노인보다 삶의 질이 낮았으며, 학력은 초등학교 졸업한 노인이 기타 다른 학력을 가진 노인의 삶의 질보다 낮았고 유의한 차이를 나타내었다. 이는 Choi(2005)의 연구와 일치하였다. 과거직업에서는 농업과 어업 종사자였던 노인이 삶의 질이 낮았으며, 전·월세 사는 노인이 삶의 질이 낮았고, 월 용돈도 10만원 미만이 삶의 질 정도 낮았으며, 생활비 부담도 자녀가 하는 경우가 삶의 질이 낮게 나타나 유의한 차이를 나타내었다. 이는 Kim과 Kim(2004)의 연구결과와 유사한 것으로 경제적인 수준이 삶의 질에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다.

일반적 특성에 따른 독거노인의 삶의 질 정도 차이를 살펴보면, 80세 이상의 노인이 다른 연령대의 노인보다 삶의 질이 낮았으며 생활비 부담도 자녀가 하는 경우가 삶의 질이 낮은 것으로 유의한 차이를 나타내었다. 이는 Choi(2005)와 Song(2007)의 연구결과와 유사하였다.

일반적 특성에 따른 가족동거노인과 독거노인의 삶의 질을 비교해 보면, 가족동거노인과 독거노인 모두에서 연령과 경제적 상태가 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다.

본 연구결과를 종합해 볼 때 가족동거노인과 독거노인 모두는 사회생활의 기회와 역할수행과 대인관계를

통한 봉사활동과 직업을 통하여 자아발견과 자아 가치감, 그리고 경제력 향상을 제공받아 건강상태가 향상되고 우울이 감소되며 삶의 질이 향상될 수 있을 것이다. 특히 노인에게 적절한 일을 주는 일이 중요하다고 할 수 있겠다. 또한 독거노인은 가족동거노인보다 건강상태가 나쁘고 우울 정도도 더 심하고 삶의 질도 더 낮은 것을 볼 때, 앞으로 독거노인 인구수가 계속 증가하는 현 시점에서 독거노인을 위한 신체적, 정신적 건강상태 관리가 필요하며 삶의 질 향상을 위한 구체적인 간호중재 전략이 필요하다고 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 수도권지역에 거주하는 60세 이상의 가족동거노인과 독거노인을 대상으로 이들의 건강상태, 우울 및 삶의 질 정도를 파악하여 적절한 간호중재를 제공하기 위한 기초자료를 마련하고자 함이었다. 본 연구의 설계는 자가보고식 서술적 비교조사연구이었다. 본 연구대상자는 수도권지역에 거주하는 60세 이상의 가족동거노인(243명)과 독거노인(198명)으로서, 441명을 연구대상자로 선정하였다. 연구도구는 건강상태 측정도구를 위해서는 Brodman 등(1951)이 고안한 Cornell Medical Index를 Nam(1965)이 한국인에 맞게 수정, 보완한 CMI 간이건강조사표를, 우울 측정도구를 위해서는 Yesavage(1986)이 개발한 GDS Short Form을 Ki(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인 우울 척도를, 삶의 질 측정도구를 위해서는 Wares와 Sherbourne(1993)에 의해 개발된 Medical Outcomes Study Short Form 36(SF-36)을 Ko 등(1997)이 번안하여 사용한 도구를 사용하였다. 자료수집기간은 2007년 1월 10일에서 3월 30일까지였다. 수집된 자료는 연구목적에 따라 SAS/PC 11.0을 이용하여 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 가족동거노인이 독거노인보다 건강상태가 더 좋았으며 우울도도 적었으며 삶의 질도 더 높았다.

둘째, 가족동거노인과 독거노인은 모두에서 건강상태와 우울 간에 순상관관계를 나타내었고 건강상태와 삶의 질 간에도 순상관관계를 나타내었다. 우울과 삶

의 질 간에는 역상관관계를 나타내었다.

셋째, 가족동거노인의 일반적 특성에 따른 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이검증에서 건강상태는 성별, 연령, 학력, 과거직업, 현재직업, 월 용돈, 생활비 부담에서, 우울은 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담에서, 그리고 삶의 질에서는 성별, 연령, 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 생활비 부담에서 유의한 차이가 있었다.

넷째, 독거노인의 일반적 특성에 따른 건강상태, 우울 및 삶의 질 차이검증에서 건강상태는 연령, 과거직업, 주거형태에서, 우울은 연령, 학력, 과거직업, 주거형태, 월 용돈, 자녀유무, 생활비 부담에서, 그리고 삶의 질에서는 연령, 현재직업, 생활비 부담에서 유의한 차이가 있었다. 결론적으로 가족동거노인과 독거노인 모두에서 경제적인 수준이 건강상태, 우울, 그리고 삶의 질에 중요한 요인으로 확인되었으므로 노인에게 적절한 일을 주는 일이 중요하다고 할 수 있겠다. 또한 독거노인보다는 가족과 함께 동거하는 노인들의 건강상태와 삶의 질이 더 좋고 우울 정도도 더 낮은 것을 볼 때 홀로 사는 것보다는 가족이나 기타 친구 등 대인관계가 형성된 삶의 영휘가 노인 말년의 건강한 삶의 질을 향상시킬 것으로 사료된다.

References

Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn*, 55(2), 147-166.

Brodman, K., Erdmann, A. J., Lorge, J. I., & Wolff, H. G. (1951). The cornell medical index health questionnaire II as a diagnostic instrument. *JAMA*, 145(3), 52-157.

Choi, J. E. (2005). *A study on the relationship among family support, moral, and quality of life in elderly*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.

Datanews (2006). *News though statistics*. Social political news, November 1st news.

Dunbar, G. C., Stoker, M. J., Hodges, T. C., & Beaumont, G. (1992). The development of SBQOL-A unique scale for measuring quality of life. *Br J Med Econ*, 2, 65-74.

Elizabeth, K. T. (2005). Recognizing late-life depression: why is this important for nurse in the setting. *Geriatr Nurs*, 26(3), 145.

Fitch, V. L., & Slivinske, L. R. (1988). Maximizing effects of wellness programs for the elderly. *National Association of*

Social Workers, 61-67.

Jang, E. H., Kim, H. J., Kwon, K. N., Chang, K., Kim, Y., & Lee, I. (2004). A survey on physical health status and health behavior of the elderly who live alone and who live with family. *Researches in Younngnam College*, 33, 91-104.

Ki, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 35(2), 298-307.

Kim, G. R. (2000). *Home care nursing needs of welfare solitude elderly person in Pusan city*. Unpublished master's thesis, Pusan Natinal University, Busan.

Kim, J. H., & Jeong, Y. M. (2002). A study on health status and quality of life in living alone elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 4(1), 16-26.

Kim, K. J. (2002). *Relationship among perceived health status, depression, and physical health in dwelling elderly in Pusan*. Unpublished master's thesis, Catholic University of Pusan, Busan.

Kim, Y. S., & Kim, J. H. (2004). A study on the living arrangement, housing environment and quality of life for elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 6(2), 189-201

Ko, S. B., Jang, S. J., Kang, M. K., Cha, B. S., & Park, J. K. (1997). Reliability and validity on measurement instrument for health status assessment in occupational workers. *Korean J Prev Med*, 30(2), 251-265.

Lee, K. J., Yun, J. R., Ko, I. S., Lee, T. H., Joo, Y. S., Bae, S. S., Oh, J. J., & Kwan, S. H. (2001). *A structural model for practice of health promotion behavior and disease prevention*. Research report in health and welfare.

Nam, H. C. (1965). Study of Conel's medical index-the third. *Modern Med*, 3(4), 471-475.

No, Y. S. (1988). *Analysis study on quality of life for adult in middle age in Seoul*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Park, H. S. (2000). *Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families*. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Jeonju.

Rhu, K. S., & Park, H. S. (2003). Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families. *J Korean Gerontol Soc*, 23(4), 163-179.

Rhu, S. H. (1999). Analysis of senior center participation: factors associated with frequency and duration. *J Korean Gerontol Soc*, 21(1), 13-16.

Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as sense of well-being, meaning and value. *J Adv Nurs*, 32(4), 1025-1033.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 30, 319-325.

Song, S. J. (2007). *A study on correlation among pattern of anger expression, status of health, and quality of life in the elderly*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.

- Stewart, A. L., & King, A. C. (1994). *Conceptualizing and measuring quality of life in older population*. In R. P. Abeles, H. C. Gift, M. G. Ory, & D. M. Cox (Eds.), *Aging and quality*. New York: Springer publishing Co.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1993). The MOS 36-item short form health survey(SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473.
- WONCA Classification committee (1988). *Functional status measurement in primary care*. Spring-Veriage New York Inc.
- Yesavage, J. A. (1986). *The use of self rating depression scales in the elderly*, In L. W. Poon(ed), *Handbook of clinical memory assessment of older adult*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Yim, E. S. (2002). *Effect of physical ability, depression and social support on quality of life in low income elders living at home*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.