

기초생활보장수급노인의 건강상태, 우울, 사회적 지지

강정희¹ · 김정아² · 오가실³ · 오경옥⁴ · 이선옥⁵ · 이숙자⁶ · 전화연⁷ · 김혜령⁸

경북대학교 간호과 부교수¹, 세명대학교 간호학과 교수², 연세대학교 간호대학 교수³, 충남대학교 간호학과 교수⁴, 한국방송통신대학교 간호학과 교수⁵, 고려대학교 간호대학 교수⁶, 동남보건대학 간호과 교수⁷, 인제대학교 간호학과 부교수⁸

Health Status, Depression and Social Support of Elderly Beneficiaries of the National Basic Livelihood Security System

Kang, Jung-Hee¹ · Kim, Jeong-Ah² · Oh, Kasil³ · Oh, Kyong-Ok⁴ · Lee, Sun-Ock⁵ ·

Lee, Sook-ja⁶ · Jun, Hoa-Yun⁷ · Kim, Hye-Ryoung⁸

¹Department of Nursing, Kyungbok College, ²Department of Nursing, Semuyng University, ³College of Nursing, Yonsei University, ⁴Department of Nursing, Chungnam University, ⁵College of Nursing, Korean National Open University, ⁶College of Nursing, Korea University, ⁷Department of Nursing, Dongnam Health College, ⁸Department of Nursing, Inje University

Purpose: The purpose of this study was: 1) To investigate health status(health behavior, health problem and cognition), depression and social support of elderly beneficiaries of the National Basic Livelihood Security System. 2) To identify the relationships among health status, depression and social support. **Methods:** This descriptive study used a cross-sectional design. The study sample was a total of 883 elderly recipients supported from the National Basic Livelihood Security System. Quotas for sampling were designed and conducted nationwide throughout Korea. **Results:** The mean age was 76.2 and the 79.6% of the sample were female. The scores for the health behavior, health problem, ADL, and cognition were 23.9, 4.4, 39.6 and 24.9, respectively. Additionally, the depression score was 19.8 and the social support score was 63.2. Gender, age, education, religion, marital status and monthly income were found as important variables in increasing health status and in decreasing depression among the elderly. Furthermore, depression showed a positive correlation with health problems, but showed negative correlations with health behavior, ADL, and cognition. The upper 25% of social support recipients suffered less depression than the lower 25% of the recipients. Subjects with more social supports had higher ADL scores and less health problem. **Conclusion:** These findings provide significant practical implications for nursing intervention, including social support for the elderly receiving assistance from the National Basic Livelihood Security System.

Key Words : Health status, Depression, Social support

I. 서 론

1. 연구의 필요성

과학기술의 발달, 국민소득의 향상, 의료기술의 발

전 등으로 인해 평균수명이 증가되어 노인인구가 급증하는 추세이며, 고령화 사회가 이미 시작된 우리나라는 현재 65세 이상 노인인구가 전체인구의 9.1%를 차지하고 있고, 2020년에는 15.7%로 증가하여 고령사회로 진입할 것으로 예상된다(Korea National Statistical

Corresponding address: Kang, Jung-Hee, Department of Nursing, Kyungbok College, 131 Sinpyeong-ri, Sinbuk-myeon, Pocheon, Gyeonggi-do 487-717, Korea. Tel: 82-31-539-5356, Fax, 82-31-539-5378, E-mail: jhkang@kyungbok.ac.kr

접수일 2008년 7월 22일 심사회의일 2008년 7월 22일 심사완료일 2008년 11월 14일

Office, 2006). 이러한 노인인구 증가와 고령화 현상은 다양한 노인문제를 사회적으로 표출시키고 있다. 노인에게 발생하는 문제로는 노화의 정도에 따라 다르지만, 신체기능의 저하 및 기능장애와 기능상실 등의 신체적 문제와 여가시간과 역할상실, 수입절감, 건강악화, 사회적·심리적 고립과 소외 등의 정서적, 사회적 문제가 있다(Lee, 1996).

Chung 등(2005)에 의하면, 노인은 90.9%가 본인이 인지한 만성질환을 한 가지 이상 갖고 있으며, 만성질환을 앓고 있는 노인 중에서 만성질환으로 인하여 힘든 점이 있다는 노인이 50.8%이며, 그 어려움으로는 일상생활수행 능력의 제한이 있다고 호소하는 경우가 43.3%로 가장 많으며, 치료비로 인한 경제적 어려움(22.4%)이나, 사회활동의 제한(17.0%), 외로움·소외감·자존감 상실(15.8%) 등과 간호와 수발에 따른 어려움(.9%)을 호소하고 있어 대부분 노인은 건강상의 문제를 생활상 주된 문제로 생각하고 있다. 이러한 노인의 건강과 기능장애는 우울과 인지기능 수준에 영향을 미치게 되며, 다시 우울이 노인의 일상생활활동 능력에 영향을 주기도 한다(Pennix et al., 1998).

Gi(1996)에 의하면, 노년기 인구의 15 - 25%가 고통을 받고 있는 우울증은 점차 유병률이 증가하는 질환으로 그 가족의 삶의 질을 저하시키고 의료비용 부담을 가중시키는 요인이며, 신체적 질환과 연계성이 높고 인지기능 장애가 심하게 나타나 치매 유병률과 노인 자살을 높이는 원인이 된다고 하였다. 이에 대해 Yu, Kim과 Han(2002)은 노인의 신체적 건강을 증진하면 인지기능이 좋아지고, 우울이 감소하는데 유의한 상관성이 있다고 하였다.

만성질환의 이환율이 높고 일상생활 유지를 위해 도움이 필요한 노인들에게 적용할 수 있는 건강 프로그램이 최근 지역사회에서 보건소나 기타 기관들을 통해 개발되고 있다. 노인에게 건강상의 문제로 인해 발생하는 스트레스를 예방 혹은 경감하고, 스트레스의 강도를 완충시키며, 인간의 기본 욕구인 사회적 욕구를 충족시켜 주어 건강을 증진시킬 수 있도록 하는 사회적지지 프로그램(Bak & So, 2004)이 활용되고 있는데, 그 내용을 살펴보면, 사람과 사람 사이의 상호관계를

통하여 긍정적 감정의 표현, 행동이나 지각의 인정 또는 상징적, 물질적 도움과 같은 것을 인지하도록 돕는 사회적 지지(Norbeck, 1989)가 활용되고 있음을 볼 수 있다.

보편적으로 노년기에는 건강, 인지, 감정변화로 인해 인간관계가 축소되는 경향이 있으며, 무가치감, 고립감을 갖고 있는 한편, 우리나라 노인들은 배우자로부터는 정서적 지지를, 자식들로부터는 신체적, 경제적 지지를, 형제자매, 친척으로부터는 위기나 문제에 직면할 때 결속감과 친밀감을 느끼며, 친구 이웃과는 정서적 지지는 물론 도구적 지지까지 다양한 원조를 받는 것으로 나타났다(Ann, 2005). 그러함에도 65세 이상 극빈자로 판정되어 국가로부터 최소한의 생활비를 보조받는 기초생활보장수급노인은 경제적 빈곤으로 인한 비위생적 주거환경, 동거인의 사망, 가족으로부터 버림받는 등 상실 경험의 빈도가 높고, 만성퇴행성 질환의 보유, 사회적 고립, 사회적지지의 부족, 우울 등을 많이 경험하고 있는 것으로 나타나(Kim, 1997), 기초생활보장수급노인은 신체적, 정신적, 사회적 건강취약 집단으로서 강한 사회적지지 체계의 제공이 더욱 필요한 집단임을 알 수 있다.

이렇듯 취약한 상태에 있는 기초생활보장수급노인의 어려움을 심층적으로 이해하기 위해 이루어진 몇몇 선행연구로는 제한된 가족관계망과 저소득, 저학력 및 활동제한과 관련된 낮은 사회참여로 인한 우울(Hong, 1999), 저소득 노인의 보건의료서비스이용(Lim & Ha, 2002), 외로움(Kim S., 2003) 등이 있다. 그럼에도 불구하고 건강과 관련된 변수들과 사회적지지의 관련성을 파악할 수 있는 연구가 제대로 이루어지지 않고 있음을 볼 수 있다. 또한 선행연구들은 대부분 일개 지역의 노인을 대상으로 하였거나 편의 표집에 의하여 조사한 것으로서 전국의 기초생활보장수급노인에게 확대 해석하기가 어렵다.

따라서 이상과 같이 노인의 건강이 그물처럼 얽혀져 있는 사회·물리적 환경의 여러 요소에 의해 영향을 받고 있음을 볼 때 전국의 기초생활보장수급노인을 모집단으로 하여 그들이 경험하는 건강관련 요인들과 우울, 사회적 지지를 측정하고, 이들이 어떠한 관계에 있

는지를 파악하여 봄으로써 건강상 취약하고 사회적 소외현상이 두드러지게 나타나는 기초생활보장수급노인에게 사회적지지를 형성할 수 있는 근거를 마련하여 줌으로써 삶의 질을 증진시키는데 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 전국 기초생활보장수급노인의 건강상태, 우울, 사회적 지지를 파악하고 그 관계를 분석함으로써 기초생활보장수급노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 중재방안을 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위해 실시되었으며, 다음과 같은 구체적인 목적을 가진다.

- 기초생활보장수급노인의 건강상태, 우울, 사회적 지지를 파악한다.
- 기초생활보장수급노인의 인구사회학적 특성에 따른 건강상태와 우울의 차이를 확인한다.
- 기초생활보장수급노인의 사회적지지 정도에 따른 건강상태와 우울의 차이를 확인한다.
- 기초생활보장수급노인의 건강상태, 우울, 사회적 지지 간의 상관관계를 파악한다.

3. 용어정의

1) 건강상태

단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 상태뿐만 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전한 안녕상태를 말하는 WHO에 의한 건강의 이론적 정의에 근거하여, 본 연구에서는 건강을 일상생활수행능력, 건강문제, 인지기능, 건강행위로 구성되는 건강상태로 조작적 정의한다.

(1) 일상생활수행 능력

일상생활수행 능력(activities of daily living, ADL)은 일상생활을 노인들이 독립적으로 수행할 수 있는 능력을 의미하는 것으로, Kwon(1995)이 개발한 일상생활수행능력사정도구를 재구성하여 일상생활 활동능력을

기본적 일상생활동작(BADL)과 수단적 일상생활 동작(IADL)도구를 혼합한 항목으로 8명 간호학 전공 교수가 문항타당도 검증하였다. 본 연구에서는 잠자리에서 일어나기, 식사, 거동, 옷 입고 벗기, 개인위생, 목욕, 화장실 이용, 운동, 계단 오르기, 식사준비, 가사일, 세탁, 금전관리, 전화걸기와 받기의 14가지 항목으로 측정된 점수로 정의한다.

(2) 건강문제

건강문제(health problem)는 노인건강 및 복지에 관한 조사(Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare, 1998)에서 이용한 건강문제 조사서를 근거로 본 연구팀이 노인들이 자주 경험하는 소화기, 비노생식기, 근골격계, 신경계, 심리의 건강문제로 구성된 문항으로 측정된 점수로 정의한다.

(3) 인지기능

인지기능(cognitive function)이란 충동, 지각, 흥미, 동기, 기억, 사고, 학습, 문제해결, 판단과 같은 정신적, 지적과정을 의미한다(Murray, Huelskoetter, & O'Driscoll, 1980). 본 연구에서는 Folstein, Folstein, & McHugh (1975)이 개발한 MMSE(Mini-Mental State Examination) 도구를 Park과 Kwon(1989)이 수정·보완한 한국판 MMSE-K(Korean Version of Mini-Mental State Examination) 도구로 측정된 점수로 정의한다.

(4) 건강행위

건강행위(health behavior)란 식사, 수면, 휴식, 흡연, 음주, 운동과 같은 개인의 일상생활 습관의 실천을 의미하는 것으로(Breslow, 1980), 본 연구에서는 Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare(1998)에서 건강위험요인 감소를 위해 제시한 내용을 본 연구팀에서 흡연, 음주, 영양, 수면휴식, 운동 행위를 측정된 점수로 정의한다.

2) 우울

개인이 신체적·사회적·환경적 요인에 의해 근심, 침울함, 무력감 및 무가치함 등을 나타내는 기분 장애

이다. 본 연구에서는 Yesavage 등(1983)이 개발하고 Jung, Koak, Cho와 Lee(1997)가 번역한 노인우울도구 (GDS)를 사용하여 측정된 점수로 조작적 정의한다.

3) 사회적 지지

사회적 지지(social support)는 받는 사람과 주는 사람사이의 상호관계를 통하여 지지원이 제공하여주는 긍정적 감정의 표현, 타인의 행동이나 지각의 인정 또는 상징적, 물질적 도움의 제공 등에 대해 개인이 인지하는 것을 의미한다(Norbeck, 1989). 본 연구에서는 Norbeck, Lindsey와 Carrieri(1981)가 개발하고, Oh(1984)이 번역한 사회적 지지 질문지(Norbeck social support questionnaire, NSSQ)를 사용하여 측정된 총 기능적지지 값과 총지지망으로 조작적 정의한다.

4) 기초생활보장수급노인

가족이나 스스로의 힘으로 생계를 유지할 수 없는 절대빈곤층으로 생계, 교육, 의료, 주거, 자활 등의 기본적 생활을 국가가 보장해 주는 국민기초생활 보장제도에 의하여 노후생활의 안전을 도모하기 위해 경로연금을 받는 65세 이상 노인이다. 본 연구에서는 복지부에서 인정하는 65세 이상 노인으로서 재산이 없고, 월소득이 동거인이 있는 경우 64만원, 동거인이 없는 경우 40만원 미만의 노인으로서 노령연금을 받는 노인으로서 정의한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 한국의 기초생활보장수급노인의 건강상태, 우울, 사회적 지지를 파악하고 이들의 관계를 분석하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자

연구대상의 표본추출: 본 연구의 모집단은 통계청 인구보고에 의한 65세 이상 기초생활보장수급 대상노

인 1,131,673명이다. 연구의 표본은 16개 행정 구역인 7개 광역시와 9개도에서 .1%에 해당하도록 표출하였다. 표적 모집단의 크기는 1,127명으로 하였으며, 마지막 분석대상은 883(93%)이었다(Table 1).

Table 1. Sampling of the subjects (N=883)

Region	Population*	Potential subjects	Actual subjects
	n	n	n
Seoul	117,294	117	89
Busan	67,182	67	48
Daegu	43,069	43	37
Inchoun	41,641	42	38
Kwangju	37,063	37	32
Daejoun	31,262	31	29
Ulsan	7,798	8	5
Kyounggido	90,891	90	81
Kangwondo	60,686	60	50
Chungbuk	52,431	52	38
Chungnam	105,016	105	56
Jeonbuk	110,396	110	96
Jeonnam	180,011	180	150
Kyoungbuk	81,430	87	68
Kyoungnam	87,531	87	66
Jeju	11,871	11	0
Total	1,113,701	1,127	883

*basic livelihood security recipients

3. 연구도구

1) 건강상태

건강상태를 측정하기 위하여 일상생활수행 능력 도구, 건강문제 조사도구, 인지기능 측정도구, 건강행위 도구를 사용하였다.

(1) 일상생활 수행능력 도구

Kwon(1995)이 개발한 일상생활 동작도구의 5점 척

도 18개 문항을 본 연구팀이 수정 보완하여 노인들이 일상생활을 수행하는데 요구되는 기능들을 묻는 14개 문항의 3점 척도로 구성하였다. ‘항상 혼자서 할 수 있다’는 3점, ‘도움을 필요로 할 때가 있다’는 2점, ‘항상 도움이 필요하다’가 1점으로 총점은 14점에서 42점까지 가능하며 점수가 높을수록 독립적으로 신체적 기능을 수행하는 것으로 해석한다. 8명의 간호학 교수가 문항타당도 검증을 실시하였으며 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .98$ 이었다.

(2) 건강문제 조사도구

노인건강 및 복지에 관한 조사(Chung et al., 1998; Chung et al., 2005)에서 사용한 건강상태에 관한 질문을 근거로 본 연구팀이 노인들이 자주 경험하는 신체 증상 총 51개 문항을 구성하였다. 이중 직접 기술해야 하는 3개 문항을 제외하고 48개 문항에 대하여 증상이 있으면 1점, 없으면 0점으로 점수를 주어 총점을 계산하였다. 점수가 높을수록 신체증상이 많은 것으로 해석한다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다.

(3) 인지기능 측정도구

인지기능 측정도구는 Folstein, Folstein와 McHugh (1975)이 개발한 mini-mental state examination(MMSE) 도구를 Park과 Kwon(1989)이 수정·보완한 한국판 Korean version of mini-mental state examination (MMSE-K) 도구로 지남력, 기억력, 주의동력, 기억회상 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단으로 구성되어있다. 최고 점수는 30점으로 25 - 30점은 정상, 20 - 24점은 경증 인지장애, 11 - 19점은 중등도 인지장애, 0-10점은 중증 인지장애이다(Park & Kwon, 1989).

(4) 건강행위 도구

건강행위 측정을 위하여 서울시민 건강증진행위 목표설정 및 전략개발 보고서(Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare, 1998)에서 건강위험요인 감소를 위해 제시한 내용에 따라 본 연구팀이 구성한 음주 3문항, 흡연 2문항, 수면휴식 2문항, 식생활 3문항, 운동 2문항으로 측정하였

다. 총 12개 문항으로 10개의 문항은 3점 척도의 폐쇄형 질문이며, 2개 문항은 개방형 질문으로 ‘수면시간’과 ‘운동의 종류’를 응답자가 직접 기술하도록 되어있다. 본 연구에서는 12개 문항 중 폐쇄형 질문 10문항만을 분석에 이용하였다. 총 10 - 30점까지 가능하며, 점수가 높을수록 건강행위의 수행정도가 긍정적인 것으로 해석한다. 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었다

2) 우울

노인우울도구(geriatric depression scale, GDS)

Yesavage 등(1983)이 개발하고 Jung 등(1997)이 번역한 노인우울도구(GDS)를 사용하였다. 이 도구는 총 30문항으로 구성되어 있고, ‘예’, ‘아니오’로 응답한다. 지난 한주 동안의 느낌에 대하여 부정적인 문항은 ‘예’를 1점, ‘아니오’를 0점, 긍정적인 문항은 역으로 점수를 주었다. 총점은 0 - 30점까지 가능하며 점수가 높을수록 우울이 심한 것으로 해석한다. Jung 등(1997)에 의해 제안된 최적 우울 절단 점수는 18점이었다. 검사-재검사 신뢰도의 산출 결과 상관계수 $r = .66, p < .001$ 이었다(Yesavage et al., 1983). Kim, H.(2003)의 저소득층 노인을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다

3) 사회적 지지

사회적지지 측정도구(social support questionnaire)

Norbeck, Linsey와 Carrieri(1981)가 개발한 Norbeck의 사회적 지지 도구를 Oh(1984)가 한글로 번역한 도구이다. Norbeck의 사회적 지지 도구는 총기능적 지지, 총지지만, 총상실의 세 영역으로 구분하여 각 영역별로 독립적으로 사용하도록 만들어져 있다. 본 연구에서는 사회적 지지의 주관적 측면과 객관적 측면에 대한 측정이 필요하므로 지각된 사회적 지지, 즉 주관적 지지를 측정할 수 있게 고안된 총기능적 지지와 객관적인 지지를 측정하도록 고안된 총지지만을 사용하였다. 총기능적 지지는 애정적지지, 긍정적지지, 물질적 지지로 구성되고, 총지지만은 지지원 수와 두개 문항의 관계 유지기간, 접촉빈도로 구성된다. 대상자의 삶에 있어서 의미 있는 중요한 사람을 나열하게 한 후 각

지지원에게서 받는 지지의 종류를 5점 척도로 점수화 하였다. 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 많음을 의미하며, 지지망은 나열된 지원 수의 총합으로 계산한다. Kim, H.(2003)의 연구에서 일지역의 저소득층 노인을 대상으로 총기능적 지지를 이용하여 측정된 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .97$ 이었으며, 본 연구에서의 총기능적 지지를 이용해 측정된 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .98$, 총 지지망의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었다.

4. 자료수집

자료수집을 하기 위하여 연구팀은 조사대상 지역 소재 보건소와 보건진료소를 방문하거나 공문발송을 통하여 연구의 목적과 대상자 특성을 설명하고 자료수집 전반에 대한 협조를 구하였다. 본 연구팀은 해당 기관을 통해 사전에 연구참여에 동의한 연구대상자의 현황을 파악하여 잠정적인 대상자 명단을 작성하였다. 자료수집은 본 연구를 위하여 교육을 받은 조사자들에 의하여 설문지를 이용한 직접면담의 방법으로 수행되었다. 일차로 조사자들이 잠정적 대상자 명단을 이용하여 보건소나 관할 내 복지관 또는 경로당을 방문한 65세 이상 기초생활보장 수급자를 대상으로 자료수집을 하였고, 일차적 자료수집을 통해 만나지 못한 나머지 대상자들은 조사자가 보건소의 가정방문 간호사와 동행하여 대상자의 가정을 방문하여 수행하였다. 자료수집은 대상자들의 윤리적인 고려 및 보호를 위하여 잠정적인 대상자들 중 의사소통의 장애가 없고 사전에 연구목적, 연구진행절차, 참여에 대한 보상, 개인정보의 보호, 자료이용 범위 등을 연구 참여 동의서와 구두의 설명을 통해 충분히 전달한 후, 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여 동의서에 자발적으로 서명을 한 대상자에 한하였으며, 조사과정에서 건강상의 문제나 기타 여하한 이유로 참여를 포기하는 대상자의 경우 자료수집을 중단하고, 가족연락, 보건소 지원 등 개별적으로 필요한 조치를 취하였다.

단, 건강행위 측정도구에서는 치매와 글자를 모르는 대상자가 개방형 질문에 직접기술하지 못하므로 면담자가 질문하고 응답한 내용을 받아 적었다. 치매가 심

하여 의사소통이 안 되는 중등도와 중증 치매 환자는 전체 1,040명 중에서 157명으로 이들은 건강행위와 건강문제의 주관적 증상의 표현, 우울 등에 관한 대상자의 직접면담이 불가능하므로 제외하고 총 883명으로 자료분석하였다.

자료수집을 위해 15개 광역시·도의 보건소 등 자료수집 기간은 2004년 8월부터 2005년 12월까지이며 1회의 자료수집에 소요된 시간은 30분에서 60분 정도였다. 조사가 종료된 후 참여한 노인들에게는 본 연구팀이 준비한 생활일용품으로 감사의 뜻을 전하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 10.1 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 기초생활수급노인의 인구사회학적 특성, 건강상태, 우울, 사회적지지의 특성에 대해서는 서술통계의 빈도, 백분율, 평균을 구하였다.
- 기초생활수급노인의 인구사회학적 특성과 사회적지지에 따른 건강상태, 우울의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다.
- 기초생활수급노인의 건강상태, 우울, 사회적지지의 관계는 Pearson's correlation coefficient를 구하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자 883명 중 여성은 79.6%(703명)이고, 남성 20.2%(178명)이었다. 연령은 평균 76.2 ± 6.6세이고, 65 - 74세 46.4%(410명), 75 - 84세 42.9%(379명), 85세 이상 10.6%(94명)이었다. 교육수준은 글자 모름 32.2%(284명), 글자 해독 36.4%(321명), 초등학교 19.6%(173명), 중학교 6.1%(54명), 고등학교 이상 5.7%(50명)이었다. 종교 상태는 종교 없음 30.0%(264명)로 가장 많았고, 종교 있다고 응답한 경우, 기독교 29.6%(261명), 불교 26.0%(230명), 천주교 11.3%(100명)의 순이

었다. 배우자는 없음 74.3%(656명), 있음 24.3% (215명) 이었다. 노령연금을 포함한 월수입은 20만원 미만 26.8%(237), 20 - 30만원 미만 42.1% (372명), 30만원 이상 26.3%(232명)이었다(Table 2).

Table 2. Demographic information on participants (N=883)

Characteristics	Categories	n	%	M ± SD
Gender	Male	178	20.2	76.2 ± 6.5
	Female	703	79.6	
Age	65 - 74	410	46.4	76.2 ± 6.5
	75 - 84	379	42.9	
	≥ 85	94	10.6	
Education	Illiterate	284	32.2	76.2 ± 6.5
	literate	321	36.4	
	Elementary	173	19.6	
	Middle school	54	6.1	
	≥ Highschool	50	5.7	
Religion	None	264	30.0	76.2 ± 6.5
	Buddhism	230	26.0	
	Protestant	261	29.6	
	Catholic	100	11.3	
	Others	28	3.1	
Marital status	With spouse	215	24.3	76.2 ± 6.5
	Without spouse	656	74.3	
Income (1,000 won)	< 200	237	26.8	295 ± 16.3
	≥ 200 - < 300	372	42.1	
	≥ 300	232	26.3	

2. 대상자의 건강상태, 우울, 사회적 지지

대상자의 건강상태를 구성하는 건강행위, 일상생활 수행능력, 건강문제, 인지기능에 대한 결과는 Table 3 과 같다.

첫째, 건강행위는 음주, 흡연, 수면휴식, 식생활, 운동의 5개영역에서 최저 14점에서 최고 30점까지로 평균 23.92 ± 2.63점을 나타내었다. 각 건강행위별로 살펴본 결과, 음주습관과 식사습관은 9점 만점 중 각각 평균 8.42 ± 1.18점, 6.26 ± 1.35점을 나타내었고, 흡연습관은 6점 만점 중 5.49 ± .87점을, 수면휴식습관은 3점 만점

중 2.11 ± .82, 운동습관은 1.65 ± .73을 나타내었다. 대상자의 평균 수면시간은 6.24 ± 1.76시간이었다.

둘째, 일상생활수행능력은 노인들이 일상생활을 수행하는데 요구되는 기능의 독립정도를 묻는 14개 문항으로 구성되어 있으며, 대상자의 일상생활수행능력은 최저 14점에서 최고 42점까지로 평균 39.6 ± 4.74이다. 이는 일상생활수행 시 항상 도움이 필요하다(1점)와 도움을 필요로 할 때가 있다(2점), 항상 혼자서 할 수 있다(3점)의 관점에서 볼 때 대상자 중 75.4%(666명)가 스스로 돌보고 있었으며, 배우자 6.8%(60명), 자녀 4.8%(42명), 친척이나 친구가 돌봐주는 경우는 8.91% (111명)이었고, 자원봉사자나 간병인이 돌보는 경우는 1%(9명)이라고 응답하였다.

셋째, 건강문제는 신체적 심리적 유병상태로 파악하였는데, 최저 0점에서 최대 18점까지로 평균 4.4 ± 3.36점을 나타내어 평균 4 - 5개의 건강문제를 갖고 있었다. 시스템별로 살펴본 결과는 근골격계가 가장 많아 각각 1.74 ± 1.16점으로 각각 평균 2개 정도이고, 소화기의 건강문제는 .88 ± 1.13, 심리적 건강문제는 .84 ± 1.17점, 신경계 건강문제는 .64 ± .86, 비뇨생식기의 건강문제는 .3 ± .59점의 순서로 평균 1개 정도씩의 건강문제를 갖고 있는 것으로 나타났다.

넷째, 인지기능을 파악하기 위해 사용한 간이치매사정도구는 시간과 장소에 대한 지남력, 기억등록, 주의 집중 및 계산력, 언어기능, 기억회상의 5개영역에 총 30점 만점으로 구성되며 대상자의 평균은 24.89 ± 3.25점이었다. MOHW(2007)의 공공근로 방문사업 사무국에서 제시한 인지기능 평가기준에 의한 분류에 의하면, 대상노인은 정상군(25 - 30점)이 54.5%(481명), 경증치매군(20 - 24점)이 42.5%(375명) 이었다.

다섯째, 우울은 노인우울도구에 의해 측정된 총 30점 만점 중에서 평균 19.76 ± 6.9점으로, 우울을 나타내는 18점 이상 30점 이하가 33.5%(294명)이었으며, 우울증 없음을 나타내는 17점 이하는 61.6%(544명)이었다.

여섯째, 사회적 지지는 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 많음을 의미하는 것으로 대상자의 애정적 지지, 긍정적 지지, 물질적 지지로 구성된 총 기능적

Table 3. Health status, depression and social support of the participants (N=883)

Characteristics		Categories	Possible range	Actual range	n	%	M ± SD
Health status	Health behavior	Total	10 - 30	14 - 30	843		23.92 ± 2.63
		Eating	3 - 9	3 - 9	879		6.23 ± 1.35
		Alcohol	3 - 9	3 - 9	882		8.42 ± 1.18
		Smoking	3 - 6	3 - 6	876		5.49 ± .87
		Rest	1 - 3	1 - 3	862		2.11 ± .82
		Exercise	1 - 3	1 - 3	874		1.65 ± .73
		*Sleeping(hour)		1 - 10	883		6.24 ± 1.76
	ADL		14 - 42	14 - 42	866	98.1	39.6 ± 4.74
		Caregiver					
		Self			666	75.4	
	Husband / Wife			60	6.8		
	Children			42	4.8		
	Relations			12	1.3		
	Friends			77	8.7		
	Volunteers			9	1.0		
	Health problem		0 - 46	0 - 18	867		4.4 ± 3.35
	Gastrointestinal		0 - 15	0 - 9	867		.88 ± 1.13
	Urogenital		0 - 10	0 - 4	883		.3 ± .59
	Muscular & skeletal		0 - 6	0 - 6	883		1.74 ± 1.16
	Neurological		0 - 6	0 - 5	883		.64 ± .86
	Psychological		0 - 7	0 - 7	883		.84 ± 1.17
	Cognition		0 - 30	Normal 25 - 30 Some 20 - 24	481 375	54.5 42.5	24.89 ± 3.25
Depression			0 - 30	Yes 18 - 30 None 0 - 17	294 544	33.5 61.6	19.76 ± 6.90
Social support	Total function			0 - 288	791		63.22 ± 44.45
	Total network			0 - 116	799		24.28 ± 16.73
	No. of supporters		0-18	None 1 - 5 6 - 10 ≥ 11	53 727 64 7	6.2 82.3 6.1 .7	2.82 ± 2.11

지지는 평균 63.22점으로 최대 288점이었다. 지지원수와 관계유지기간, 접촉빈도로 구성된 총지지망은 평균 24.28 ± 16.73점으로 최대 116점이었다. 대상자는 지지

원이 한 명도 없는 경우가 6.2%(53명)이었으며, 대상자 대부분인 82.3%(727명)의 지지원수가 1 - 5명 정도 이었다. 6 - 10명인 대상자는 6.1%(64명)이고, 대상자

Table 5. Health status and depression by the demographics of the participants (N=883)

Variable	Possible range	ADL		Health problem		Cognition		Health behavior		Depression	
		M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t
Gender	Male	38.91 ± 4.97	4.58	3.29 ± 2.90	24.93	25.90 ± 3.58	21.38	22.65 ± 3.06	53.49	18.21 ± 7.29	10.91
	Female	39.78 ± 4.67	(p = .033)	4.68 ± 3.40	(p = .000)	24.54 ± 3.45	(p = .000)	24.24 ± 2.40	(p = .000)	20.16 ± 6.75	(p = .001)
Age(yrs)	65 - 74 ^a	39.97 ± 4.57	6.69	4.28 ± 3.29	.53	25.56 ± 3.30	20.95	23.83 ± 2.73	.60	19.27 ± 7.17	2.03
	75 - 84 ^b	39.61 ± 4.52	(p = .001)	4.49 ± 3.40	(p = .586)	24.38 ± 3.50	(p = .000)	24.03 ± 2.50	(p = .547)	20.28 ± 6.51	(p = .132)
	≥ 85 ^c	37.97 ± 5.89	a,b > c	4.59 ± 3.43		23.31 ± 3.78	a>b>c	23.84 ± 2.69		19.76 ± 7.14	
Education	Illiterate ^a	38.96 ± 5.23		4.77 ± 3.52		23.49 ± 3.35		23.80 ± 2.64		20.85 ± 6.85	
	Literate ^b	40.24 ± 4.20	3.66	4.33 ± 3.14	1.67	24.82 ± 3.27	21.51	23.91 ± 2.45	.99	19.82 ± 6.49	4.78
	Elementary ^c	39.91 ± 3.87	(p = .006)	4.01 ± 3.06	(p = .156)	26.05 ± 3.00	(p = .000)	24.14 ± 2.65	(p = .413)	19.14 ± 7.21	(p = .001)
	Middle school ^d	39.04 ± 5.05	a,b,c,d > a,c,d,e	4.58 ± 4.19	c > a,b,d,e	26.00 ± 4.76	c,d,e > b > a	23.50 ± 3.10		17.02 ± 6.58	a,b,c > b,c,e > d,e
	≥ Highschool ^e	38.56 ± 6.64		4.00 ± 3.56		26.60 ± 3.31		23.29 ± 3.03		18.32 ± 7.87	
Religion	Buddhis ^a	39.73 ± 4.43		4.73 ± 3.61		24.79 ± 3.62		23.78 ± 2.71		19.49 ± 6.97	
	Protestant ^b	40.13 ± 4.25		4.34 ± 3.19	8.04	25.07 ± 3.15		24.47 ± 2.40	7.80	19.94 ± 7.11	
	Catholic ^c	38.93 ± 5.93	1.72	5.76 ± 4.13	(p = .000)	24.65 ± 3.19	1.30	24.48 ± 2.18	(p = .000)	19.97 ± 6.31	2.25
	Others ^d	39.00 ± 4.45	(p = .144)	4.44 ± 3.43	c > a,b,d,e	25.84 ± 2.90	(p = .268)	23.76 ± 2.67	a,b,c,d > a,d,e	16.00 ± 6.98	(p = .062)
	None ^e	39.29 ± 4.92		3.65 ± 2.70		24.56 ± 3.91		23.30 ± 2.76		20.11 ± 6.77	
Marital status	With spouse	38.62 ± 5.91	12.42	3.94 ± 3.19	5.30	25.82 ± 3.18	23.50	23.52 ± 2.87	6.75	19.07 ± 7.01	2.782
	Without spouse	39.94 ± 4.24	(p = .000)	4.55 ± 3.39	(p = .022)	24.47 ± 3.56	(p = .000)	24.07 ± 2.52	(p = .010)	20.00 ± 6.83	(p = .096)
Income (1,000 won)	< 200 ^a	40.01 ± 4.45		4.43 ± 3.07		24.85 ± 3.26		24.25 ± 2.61		20.04 ± 6.92	
	≥ 200 - < 300 ^b	39.72 ± 4.42	.66	4.60 ± 3.54	1.44	24.52 ± 3.41	3.47	24.05 ± 2.30	4.44	20.53 ± 6.84	8.86
	≥ 300 ^c	39.52 ± 4.94	(p = .237)	4.12 ± 3.39	(p = .237)	25.31 ± 3.88	(p = .032)	23.55 ± 3.00	a,b > c	18.10 ± 6.80	(p = .000)

Duncan^{a,b,c} test

중 7명은 지지원수가 11명 이상이라고 응답하였으며, 지지원수가 가장 많은 경우는 18명이었다.

3. 대상자의 건강문제

한편 대상자가 호소하는 구체적인 건강문제로는 관절통 621명(70.4%), 요통 417명(47.2%), 변비 296명(29.6%), 두통 246명(27.9%), 걸음걸이 불안 250명(28.3%), 건망증 238명(27%), 소화불량 238명(27%), 요실금 209명(23.7%), 입맛 없음 215명(24.3%) 등이었다(Table 4).

4. 인구학적 특성에 따른 건강상태, 우울의 차이

기초생활보장수급노인의 인구학적 특성에 따른 일

상생활수행능력, 건강문제, 인지기능, 건강행위와 우울의 차이는 Table 5와 같다.

대상자의 성별에서 일상생활수행능력(t = 4.58, p < .05), 건강문제(t = 24.93, p < .001), 인지기능(t = 21.38, p < .001), 건강행위(F = 53.47, p < .001), 우울(t = 10.91, p < .001)에서 유의한 차이를 보였다. 여성이 남성보다 일상생활수행 능력 점수가 높았으며 건강문제도 많고 건강행위 점수도 높았으며, 우울점수는 높고, 인지능력점수는 낮은 것으로 나타났다.

노인은 연령에 따라서 일상생활수행능력 점수와 인지기능 점수에서 유의한 차이를 보였다. 사후검정 결과 65 - 74세 노인(39.97점)이 85세 이상의 노인(37.97점) 보다 일상생활수행능력 점수가 높았으며(p < .001), 75 - 84세 노인도 85세 이상의 노인에 비하여 유의한 차이로 일상생활수행능력 점수가 높았다. 인지기능은

74세 미만노인이 25.56점, 75 - 84세 노인이 24.38점, 85세 이상 노인이 23.31점으로 각 연령대별로 유의한 차이를 보여 연령이 높은 노인이 인지기능이 떨어지는 것으로 나타났다.

대상자의 교육에 따라서 일상생활수행능력($F = 3.66, p < .001$), 인지기능($F = 21.51, p < .001$), 우울($F = 4.78, p < .001$)에서 유의한 차이를 나타냈다. 사후검증에 의하면, 일상생활수행능력 점수는 글자 모르는 노인이 글자해독 노인보다 낮았다. 인지기능점수는 글자 모르는 노인이 23.49점으로 글자 해독(24.82점)노인보다 유의하게 낮았고, 글자해독 노인은 초중고 이상 교육수준이 있는 노인보다 낮았다. 우울 점수는 글자 모르는 노인(20.85점)이 중졸 노인(17.02점)이나 고졸 이상 노인(18.32점)보다 높게 나타났다.

대상자의 종교에 따라서 건강문제($F = 8.04, p < .001$), 건강행위($F = 7.80, p < .001$)에서 유의한 차이를 보였다. 건강문제는 종교가 없는 노인(3.65점)이 가장 낮았고, 천주교(5.76점)를 믿는 노인이 유의하게 많은 것으로 나타났다. 건강행위 점수는 종교가 없는 노인이 23.30점으로 기독교(24.47점), 천주교(24.48점)를 믿는

노인보다 유의하게 낮게 나타났다.

대상자의 배우자 유무에 따라서 배우자가 없는 노인이 배우자 있는 노인보다 일상생활수행능력 점수가 높고($t = 12.42, p < .001$), 건강문제가 많으며($t = 5.30, p < .05$), 건강행위 점수가 높으며($t = 6.75, p < .01$), 인지 기능 점수($t = 23.50, p < .001$)는 낮은 것으로 나타났다.

대상자의 수입에 따라서 인지기능($F = 3.47, p < .05$) 건강행위($F = 4.44, p < .01$)와 우울($F = 8.086, p < .01$)에서 유의한 차이를 보였는데, 30만원 이하 노인이 30만원 이상 노인보다 인지기능 점수가 더 낮았고, 우울 점수가 낮아 덜 우울하고, 건강행위 점수는 더 높았다.

5. 사회적 지지에 따른 건강상태, 우울의 차이

사회적 지지 정도에 따른 건강과 우울의 차이는 Table 6과 같다. 대상자의 사회적지지 수준은 사분위 중 상위 점수 25%는 사회적 지지가 높은 군으로 하고, 하위점수 25%를 사회적 지지가 낮은 군으로 구분하였다. 대상노인의 우울점수는 사회적 지지가 높은 군(상 25%, 187명)이 사회적 지지가 낮은 군(하 25%, 205명)

Table 4. Health problems of the participants

(N=883)

Gastrointestinal		Urogenital		Muscular & skeletal		Neurological		Psychological	
Item (15)	n (%)	Item (10)	n (%)	Item (6)	n (%)	Item (6)	n (%)	Item (7)	n (%)
Constipation	261 (29.6)	Incontinence	209 (23.7)	Arthralgia	621 (70.3)	Headache	246 (27.9)	Amnesia	238(27.0)
Indigestion	238 (27.0)	Dyspareunia	0 (.0)	Lumbago	417 (47.2)	Dysphasia	162 (18.3)	Depression	188(21.3)
Anorexia	215 (24.3)	Sex problem	15 (1.7)	Ataxia	250 (28.3)	Paresthesia	65 (7.4)	Somniphathy	158(17.9)
Gastralgia	41 (4.6)	Uterus	12 (1.4)	Discomfort	138 (15.6)	Paralysis	60 (6.8)	Anxiety	111(12.8)
Nausea	41 (4.6)	Prolapse	8 (.9)	Osteoporosis	7 (.8)	Convulsion	22 (2.5)	Disorientation	30(3.4)
Diarrhea	2 (.2)	Pruritus	8 (.9)	Atrophy	43 (4.9)	Stupor	16 (1.8)	Hallucination	9(1.0)
Hemorrhoid	4 (.5)	Discharge	6 (.6)					Suicidal Idea	6(.7)
Vomiting	13 (1.5)	Bleeding	5 (.6)						
Dysphagia	24 (2.7)	Hematuria	4 (.5)						
Incontinence	28 (2.5)	Breast nodule	4 (.5)						
Severe thirst	5 (.6)	Catheter							
Ostomy	9 (.9)								
Ascites	8 (.9)								
Gavage	4 (.5)								
Melena	2 (.2)								

Table 6. Health and depression by the social support

(N=883)

Variables	Range	ADL			Health problem			Cognition			Health behavior			Depression		
		n	M ± SD	F/t	n	M ± SD	F/t	n	M ± SD	F/t	n	M ± SD	F/t	n	M ± SD	F/t
Social support	Upper(25%)	191	23.45 ± 11.73	.57	194	4.67 ± 3.63	.33	191	25.19 ± 3.02	.59	191	23.81 ± 2.79	.14	187	18.81 ± 7.31	4.47 (p=.035)
	Low(25%)	213	22.59 ± 11.15		214	4.46 ± 3.61		211	24.94 ± 3.58		203	23.71 ± 2.73		205	20.26 ± 6.32	
Network	Upper(25%)	189	21.90 ± 10.96	.00	197	5.04 ± 3.53	2.34	188	24.66 ± 2.85	2.23	190	23.69 ± 2.61	.14	190	19.69 ± 6.89	.17
	Low(25%)	208	21.95 ± 10.95		208	4.49 ± 3.64		207	25.15 ± 3.59		199	23.79 ± 2.67		198	19.97 ± 6.45	
Supporters	0 ^a	53	15.04 ± 3.25	8.78 (p=.000)	53	3.92 ± 2.22	2.76 (p=.041)	53	25.15 ± 3.32	.60	50	24.22 ± 2.30	.39	51	20.78 ± 6.59	.70
	1 - 5 ^b	711	22.43 ± 11.10		712	4.45 ± 3.39		706	24.93 ± 3.59		694	23.87 ± 2.69		694	19.51 ± 6.90	
	6 - 10 ^c	59	22.08 ± 11.10		64	5.38 ± 3.90		63	24.46 ± 2.86		60	24.05 ± 2.48		57	20.09 ± 6.98	
	> 10 ^d	6	29.67 ± 11.10		7	2.57 ± 2.23		7	25.86 ± 2.73		7	24.29 ± 2.21		5	21.00 ± 9.59	

Duncan^{a,b,c} test.

보다 더 낮았다($t = 4.47, p < .05$). 지지원수와 관계유지 기간, 접촉 빈도로 구성된 총지지망에 따라 건강과 우울은 유의한 차이를 나타내지는 않았지만, 대상노인을 지지해주는 지지원 숫자에 따라 일상생활수행능력과 건강문제는 각각 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 ($F = 8.78, p < .001$; $F = 2.76, p < .05$), 지지원 숫자가 많을수록 일상생활수행능력이 더욱 독립적이었으며, 건강문제는 적었다.

6. 건강상태, 우울, 사회적 지지 간의 관계

기초생활보장수급노인의 일상생활수행능력, 건강문제, 인지기능, 건강행위, 우울, 사회적 지지의 상관성은 pearson's correlation coefficient를 사용하였다(Table 7).

우선, 일상생활수행능력, 건강문제, 인지기능, 건강행위의 건강 개념 간 상관성을 살펴본 결과, 일상생활수행 능력은 건강문제($r = -.250, p < .05$), 우울($r = -.230, p < .01$)과 역상관관계를 보이고, 인지기능($r = .216, p < .01$), 건강행위($r = .110, p < .01$)와는 순상관관계를 보였다. 즉 건강문제와 우울증상이 적을수록, 인지기능과 건강행위가 높을수록 일상생활수행 능력이 높은 것으로 나타났다.

건강문제는 인지기능($r = -.130, p < .01$), 건강행위($r = -.118, p < .01$)와 역상관관계를 보이고 우울($r = .348, p < .01$)과는 순상관관계를 보였다. 즉 인지기능이 떨

어질수록, 건강행위가 적을수록, 우울증상이 심할수록 건강문제가 많았다.

인지기능은 우울($r = -.179, p < .01$)과 역상관관계를 보였는데 우울증상이 심할수록 인지기능이 떨어졌다.

건강행위와 우울($r = -.142, p < .01$)은 역상관관계로 우울증상이 심할수록 건강행위를 안하는 것으로 나타났다.

사회적 지지와 사회적 지지망($r = .549, p < .01$)은 순상관관계를 보이는 것으로 대상자의 지지망이 높을수록 사회적 지지가 높은 것을 알 수 있다.

IV. 논 의

본 연구는 65세 이상 지역사회주민 중에서 취약 인구집단으로 판단되는 기초생활보장수급노인을 대상으로 건강상태, 우울, 사회적 지지를 파악하고 이들의 상관성을 분석하였다. 분석결과 대상 대상자의 성별은 여성이 79.6%이고, 평균 연령이 76.2세였으며 74.3%가 독신노인으로 부양할 가족이 없이 혼자 사는 여성노인들이 대부분이었다. 교육수준은 32.2%가 글자를 모르는 상태이고, 30.0%가 종교가 없으며, 기초생활수급권자로서 정부의 지원을 받는 것을 합한 월수입이 평균 29만 5천원으로 30만원 미만인 경우가 68.4%이었다. 이는 독거노인의 72.1%가 월소득 30만원 미만이었으며(Ahn, 2005), 저소득층 노인의 월평균수입 31만 8천

9백원(Yim, 2002)에 비교되며, 대상자들은 주로 정부의 보조에 의지하는 극빈층 생활을 하고 있음을 알 수 있다.

대상자의 일상생활수행 능력은 지원수가 적을수록 독립적이지 못하여, 이들 노인들에 대한 일상생활 기능을 유지, 증진할 수 있도록 적절한 돌봄이 필요한 실정이지만, 배우자, 자녀, 친척, 친구, 자원봉사자/간병인 등의 도움을 받고 있는 경우는 22.7%(200명)뿐이었다. 한편, 일상생활수행능력은 대상 노인의 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무에 따라 차이가 있어, 여성이, 85세 미만노인이 더 독립적으로 일상생활을 수행하는 것으로 나타났다. 또한 대상 노인의 일상생활 수행능력은 글자를 읽지 못하거나 고등학교 졸업 이상의 교육수준인 경우와 배우자가 있는 노인의 경우에 낮았으며, 사회적 지지와는 미미하나마 순상관관계가 있고($r = .071, p < .05$), 건강문제와 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r = -.250, p < .05$). 이 같은 결과는 특히 85세 이상 최고령 연령층의 일상생활수행능력은 연령증가에 따른 만성질환 유병률 증가양상 때문에 심각한 수준임을 언급하면서 일상생활을 하는데 도움이 필요하다고 주장한 Yoo(2001)의 주장과 같은 맥락을 유지하는 것으로 건강문제의 증가로 독립적 일상생활 수행이 어렵고 타인의 도움과 지지를 필요로 하는 것으로 풀이된다.

신체적 심리적 유병상태로 파악한 대상 노인의 건강문제는 ‘전혀 건강문제가 없다’ 에서부터 최대 22개 까지로 평균 6 - 7개의 건강문제가 있는 것을 알 수 있다. 이를 시스템별로 살펴본 결과, 건강문제가 가장 많은 시스템은 근골격계와 신경계로 관절통(70.3%, 621명), 요통(47.2%, 417명), 두통(27.9%, 246명), 건망증(27.0%, 238명) 등이었다. 소화기의 건강문제로는 변비(29.6%, 261명), 소화불량(27%, 238명), 입맛 없음(24.3%, 215명)이 많았고, 비뇨생식기의 건강문제로는 요실금(23.7%, 209명)이 가장 많았다. 노인들은 일반적으로 빈곤과 질병 및 소외 중에서 건강을 가장 큰 문제라고 생각하며 노인의 건강에 대한 일반적인 개념이 신체조건이 양호하다는 것(Kim & Yang, 2001)을 고려한다면, 건강문제가 무엇보다 중요시되고 있음을 알 수 있다. 이러한 건강문제는 남자노인보다 여자 노인이, 종교가 있는 노인이 더 많이 호소하고 있었다.

대상자는 사회적 지원 수가 많을수록 건강문제가 적다고 하였고, 건강문제는 인지기능과 역 상관관계($r = -.130, p < .01$)로 사회적 지원 수가 적을수록, 건강 문제가 많을수록, 인지기능이 낮은 것을 알 수 있다. 이는 노인의 전반적인 건강상태가 인지기능 수준에 영향을 미친다고 한 Kim 등(2001)의 주장을 뒷받침하고 있을 뿐만 아니라, 노인의 신체적 질환은 우울증상을 유발하거나 악화시킬 수 있으므로 기초생활보장수급노

Table 7. Correlation among study variables

	ADL	Health problem	Cognition	Health behavior	Depression	Social support	Support network
ADL	1						
Health problem	-.250*	1					
Cognition	.216 [†]	-.130 [†]	1				
Health behavior	.110 [†]	-.118 [†]	.040	1			
Depression	-.230 [†]	.348 [†]	-.179 [†]	-.142 [†]	1		
Social support	.071*	.026	.005	.031	-.046	1	
Support network	-.012	.030	-.030	.000	-.010	.549 [†]	1

* $p < .05$; [†] $p < .01$.

인을 위한 프로그램 개발에 있어서는 신체질환과 치매, 우울과 같은 정신질환을 함께 고려하는 것이 필요하다.

중등도 치매와 중증 치매 노인은 의사소통이 어려워 제외하고, 치매사정 도구를 사용하여 측정된 노인의 인지기능은 총 30점 만점 중에서 평균 24.89점을 보여, MOHW(2007)의 공공근로 방문사업 사무국에서 제시한 인지기능 평가기준 즉, 경증치매군(20 - 24점), 중등도 치매군(11 - 19점), 중증 치매군(0 - 10) 중에서 정상(25 - 30점)과 경증치매(20 - 24점)의 경계선상의 인지기능을 보였다. 대상자 중 42.5%(375명)는 경증 치매군에 속하였다. 이와 같은 분포는 비록 우리나라 노인의 치매 유병률 조사시기, 장소, 혹은 방법에 따라 각기 다르게 나타나는 양상을 보이고 있어 비교는 어렵지만, 65세 이상 노인인구에서 매 5년마다 2배씩 증가한다(Yoo, 2001)는 점을 고려할 때, 치매 유병률을 낮출 수 있는 대책수립이 필요하다. 인지기능은 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 수입정도에 따라 차이가 있어, 연령이 증가할수록 인지기능이 낮아져 치매 유병률이 증가한다(Yoo, 2001)는 사실을 뒷받침하고 있다. 또한 글자를 모르는 노인의 인지기능이 더 낮았고, 배우자가 없는 노인이 배우자가 있는 노인보다 더 인지기능이 낮았고, 수입이 적은 노인의 인지기능이 더 낮았다.

건강행위는 최저 14점에서 최고 30점까지로 평균 23.9점을 나타내어 중간정도의 성적으로 비교적 양호한 것으로 평가되었는데, 각 건강행위별로 살펴보면, 음주습관은 9점 만점 중 평균 8.4점으로 가장 양호하였으며, 식사습관이 9점 만점 중 6.2점, 흡연습관은 6점 만점 중 5.5점을, 운동습관은 3점 만점 중 1.6점을 나타내었으며, 노인들은 평균 6.2시간의 수면을 하였다. 건강행위는 우울과 역상관계($r = -.142, p < .01$)를 나타낼 뿐만 아니라 건강문제와도 역상관계가 있는 것으로 나타나($r = -.118, p < .01$), 건강문제가 많을수록 건강행위점수는 낮았다. 이와 같은 결과는 건강행위 정도와 우울과의 상관관계를 분석하여 건강행위의 증진은 우울을 낮추고 건강문제를 적게 한다고 한 Kim, S.(2003)의 연구결과와 일치하는 것으로, 노인의 우울을 감소시켜 건강증진을 위한 건강행위를 적극적으로 수행하도록 할 필요가 있다. 대상 노인의 건강행위는

여성이 남성보다, 종교있는 노인이 종교 없는 노인보다, 배우자 있는 노인이 배우자 없는 노인보다, 월수입 30만원 미만 노인이 30만원 이상 노인보다 건강행위를 더 많이 하였다. 이는 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 일반적 특성으로 경제상태, 종교, 사회활동 참여도를 지정한 Kim, S.(2003)의 연구결과와 일치한다. 따라서 노인의 건강행위를 증진하기 위한 전략으로는 성, 경제, 종교, 배우자뿐만 아니라 우울 및 건강문제를 고려하여야 할 것이다.

우울은 30점 만점 중에서 평균 20.0점으로, Jung 등(1977)에 의해 제안된 최적 우울절단 점수인 18점보다 높아, 비교적 우울한 것으로 평가되었는데, 이는 Yim(2002)의 저소득층 노인 우울점수 20점 만점에서 평균 우울점수 11점보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 노인 대상자의 69.7%가 우울증을 보이며(Gi, 1996), 저소득 재가노인에서도 50%이상이 우울증상을 가지고 있는 점(Kim 등, 2001) 등으로 보아 노인의 우울은 심각함을 알 수 있으며, 특히 최빈곤 저소득층인 기초생활보장수급노인의 우울에 대하여 그 심한 정도를 유추할 수 있을 것이다. 또한 본 연구대상자의 우울은 건강문제와 순상관계($r = .348, p < .01$)가 있고, 인지기능 및 건강행위와 역상관계($r = -.179, p < .01$; $r = -.142, p < .01$)를 나타내어 우울이 심할수록 건강문제가 많으며, 인지기능은 낮고, 건강행위도 낮은 것으로 나타났다. 따라서 이들 기초생활수급노인에게 우울증을 감소시켜 인지기능을 향상시키고, 건강행위를 증진시키며, 건강문제를 개선시키기 위한 사회적·정신적 지지 측면의 간호서비스 제공이 고려되어야 할 필요성이 있다. 이는 우울정도가 높아질수록 인지기능이 낮아지는 양상이 나타나거나, 노인성 치매로 생각되었던 노인에서도 우울을 치료했을 경우 인지기능이 향상되었다(Lee & Jung, 1993)고 한 주장의 일부를 반영하고 있다. 대상노인의 우울은 남성보다는 여성이, 교육수준이 낮을수록 높았고, 사회적 지지가 낮은 군(하 25%, 205명)은 사회적지지 수준이 높은 군(상 25%, 187명)보다 우울정도가 더 낮은 것($t = 4.47, p < .05$)으로 나타났다.

사회적 지지는 총 기능적 지지가 평균 63.2점이고, 총지지가 평균 24.3점으로 Ahn(2005)의 독거노인의

총 기능적 지지 평균 27.64보다 높고, 총지지망 8.9점보다 높게 나왔다. 사회적지지원으로 친구, 이웃, 가족, 신앙인, 자원봉사자 등을 포함시켰는데, 이처럼 일반 독거노인보다 기초생활보장수급노인의 지지망 점수가 높은 것은 기초생활수급노인 대상자가 자원봉사자들, 관련 복지 직원과의 교류 등으로 일반 재가 독거노인보다 많은 접촉을 갖기 때문으로 판단된다. 대상자 대부분(711명, 85.8%)은 1-5명 정도의 지지원이 있었으며, 사회적 지지원의 유형으로는 자원봉사자 및 친구가 가장 많았고, 동거인, 자녀의 순으로 나타났는데, 이는 연구대상자 중 여성 독거노인이 많기 때문이라고 생각된다. 이와 관련하여 Hwang(1998)은 저소득층 노인부부 연구에서 배우자, 친구, 자녀가, Yim(2002)의 저소득층 재가노인과 Ahn(2005)의 독거노인 연구에서는 친구, 자녀, 이웃, 형제, 배우자 등이 지지원이었다. 또한 지지망은 총 기능적 지지와 높은 상관관계를 보였다($r = .549$ $p < .001$). 노인의 사회적 지지와 우울과의 관계를 연구한 Choi(2004)는 사회적 지지가 높을수록 우울정도는 낮아지며 삶의 만족도와 삶의 질이 높아진다고 하였으며, Choi와 Suh(1992)도 노인의 사회적 지지가 높을수록 우울정도는 낮아지고 삶의 만족도는 높아진다고 하며 사회적 지지의 중요함을 강조하였다. Ahn(2005)은 노인에게 있어서 사회적 지지는 남은 생을 살아가는데 중요한 변수이며 우울, 고독감을 감소시키고, 삶의 만족도, 자아 통합감, 삶의 질을 증가시킬 수 있는 중요한 요소라고 하였다.

따라서 본 연구대상자인 기초생활수급노인의 경우 독신노인이 76.2%였으며 경제적 취약계층이라는 점을 고려하면 사회적 지지망이 가족이나 동거인보다는 사회봉사자, 복지기관 직원 등 공적 지지망을 통한 지지체계의 형성이 가장 중요한 지지원이 될 것으로 예측할 수 있다.

이상의 연구결과로 볼 때 사회적 지지가 우울을 낮추어주고 이와 관련하여 인지기능을 높여줌으로써 궁극적으로 노인의 삶의 질을 높이는 중요한 요인으로 작용함을 알 수 있다. 따라서 기초생활보장수급노인들에 대한 공식적인 사회적 지지의 제공을 통해 삶의 질을 향상시키고 남은 생에 대한 최소한의 생존을 위협

하는 여러 측면의 어려움을 해결하기 위한 대책이 필요하다고 볼 수 있다.

이러한 연구결과에서 나타나듯이 기초생활보장수급노인에 대해 사회적 지지를 제공하기 위해서는 물질적 지지, 신체적 지지, 정서적 지지, 정보적 지지, 도구적 지지 등이 모두 포함된 사회적 지지 프로그램이 개발되어야 하며 각 사회적 지지 요구에 대한 영역별 기초조사가 이루어져야 한다. Ahn(2005)은 독거노인을 위한 사회적 지지 방안으로는 방문간호사의 주기적인 방문을 통한 개별적인 간호나 지역사회 학생, 주민을 통한 자원봉사 활동을 활성화하여 사회적 지지를 확보를 주장하였는데 이와 같이 기초생활보장수급노인에 대하여 정부차원에서는 국가보조 수단의 증액, 생활형태에 따른 지원 금액의 차등화 등을 통한 경제적 지원이 보장되어야 하며 복지뿐만 아니라 보건측면의 연계망을 구축하여 기초생활수급노인의 건강에 대한 사회적 지지 요소를 강화시켜야 할 것으로 보인다. 기초생활수급노인의 생존권을 위협하고 삶의 질을 저하시키는 요인들을 파악하고 보건과 복지를 연계한 통합적 사회적 지지망을 형성하여 정책적으로 계획되고 중재되어야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 기초생활보장수급노인의 삶의 질 향상을 위한 중재 방안 개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위하여 건강상태, 우울, 사회적 지지를 파악하고, 그 관계를 분석하기 위해 실시된 서술적 조사연구이다. 통계청 인구보고에 의해 65세 이상 기초생활보장수급대상노인 1,131,673명을 모집단으로 하여 표본을 16개 행정 구역인 7개 광역시와 9개도로 층화하고 .1%를 표출하여, 표적 모집단의 크기를 1,127명으로 하였으며, 마지막 분석대상은 치매가 심하여 의사소통이 안 되는 중등도 치매와 중증 치매노인 157명을 제외한 883명이었다. 자료수집은 각 구역을 담당본 연구팀 교수들의 교육과 지시에 따라, 보건소 방문간호사, 보건진료원이 조사자로 참여하였다. 설문지를 이용한 직접면담의 형식으로 보건소나 관할 내 복지관 또는 경로

당을 방문한 65세 이상 기초생활수급자에게서 직접 자료를 수집하거나, 가정을 방문하여 자료를 수집하였다.

연구대상인 기초생활보장수급대상 노인은 여성(79.6%), 고령(평균 76.2세), 저학력(글자를 모르는 노인이 32.2%), 종교가 없으며(30.0%), 배우자가 없고(74.3%) 낮은 월수입(평균 29만 5000원, 노령연금 포함)으로 매우 취약한 노인 그룹이었다. 이들에게서 볼 수 있는 건강문제로는 근골격계와 신경계 문제가 가장 많았고, 그 외에 소화기의 건강문제, 심리상 건강문제, 비노생식기의 건강문제 등 평균 6-7개의 건강문제(평균 6.5점)가 있었는데, 구체적으로는 관절통(70.3%), 요통(47.2%), 변비(29.6%), 걸음걸이 불안(28.3%), 건망증(23.8%), 두통(27.9%), 소화불량(27.0%), 요실금(23.7%), 입맛 없음(24.3%) 등이었다. 이와 같은 건강문제는 여자 노인이, 종교가 없는 노인과 배우자가 없는 노인이 더 많이 호소하였다. 대상자는 85세 이상의 경우가 일상생활 수행 시 가장 도움을 많이 필요로 하고 있었으며, 65-74세의 노인이 가장 독립적으로 일상생활을 수행하고 있었다. 글자를 해독한 노인이, 초등학교와 중학교 교육수준의 노인이, 배우자가 없는 노인이 일상생활을 더 독립적으로 하였다. 또한 지지원수가 많은 경우에 일상생활수행을 더 독립적으로 수행하였다. 일상생활수행능력은 사회적 지지와는 순 상관관계를 보였으며, 건강문제와는 역 상관관계를 나타내었다. 즉 건강문제가 적을수록 일상생활수행능력이 독립적이었다.

대상자의 인지기능은 평균 24.89점으로 MOHW(2007)의 공공근로 방문사업 사무국에서 제시한 인지 기능 평가기준에 의하면, 정상인(25-30점)과 경증 인지장애(20-24점)와의 경계선상에 있었으며 경증 인지장애를 보이는 노인은 전체의 375명(42.5%)이었으며, 남성보다 여성이, 74세 미만보다 75세 이상이, 교육수준이 낮은 글자를 모르는 노인이, 배우자가 없는 노인이, 월수입이 적은 노인이 인지기능이 더 낮았다. 또한 인지기능은 우울점수와 역상관관계로 인지기능이 낮을수록 더 우울하였다. 한편 대상자의 우울점수는 평균 20.0점으로, Jung 등(1977)의 우울증 평가기준 18점 보다 높았으며, 우울증 있는 노인이 294명(33.5%)이었다. 역시 여성이, 교육수준이 낮을수록, 사회적 지지가 낮

은 군(하 25%)이 사회적 지지가 높은 군(상 25%)보다 우울점수가 높아 더 우울하였다. 그 외에도 우울은 건강문제와 순 상관관계를, 일상생활수행능력, 인지기능 및 건강행위와는 역 상관관계를 나타내어, 우울할수록 인지기능이 낮고 일상생활수행능력이 의존적이고 건강행위도 낮았다. 대상자의 건강행위는 음주습관이 가장 양호하였고, 그 다음이 식사습관이었으며, 금연이 뒤를 이었다. 운동과 휴식 습관이 가장 불량하여 평균 수면 시간은 6시간 30분 정도이었으며, 특히 건강문제가 있는 노인이 건강행위를 수행하지 않았다. 또한 남성이, 교육수준이 아주 낮거나 높을 때, 배우자가 있는 경우, 수입이 많은 경우에 더 건강행위를 수행하지 않았다.

대상자의 사회적 지지는 총 기능적 지지 평균 63.2점과 총지지망 평균 24.3점으로 자원봉사자들, 관련 복지직원과의 교류 등으로 일반 재가 독거노인보다 많은 접촉을 갖고 지지 받고 있는 것으로 나타났지만, 대부분(82.3%)의 노인은 지지원수가 1-5명 정도였으며 지지원이 한명도 없는 경우도 53명(6.2%)이었다. 노인들은 75.4%가 스스로 돌보고 있었으며, 친구가 돌봐주는 경우는 8.7%(77명)이고, 배우자 60명(6.8%), 자녀 42명(4.8%), 친척 12명(1.3%), 자원봉사자나 간병인이 돌보는 경우는 9명(1.0%)로 사회적 지지망이 좁고, 사회적 지지가 낮은 것을 볼 수 있었으며, 사회적 지지의 총 기능적 지지와 지지망은 높은 상관관계를 보였다($r = .549$ $p < .001$).

이상의 연구결과로 볼 때 기초생활보장수급노인은 건강문제가 많고, 인지기능이 낮아 도움을 필요로 하고 있으며, 또한 우울하여 건강행위가 낮고, 독립적 일상생활을 하지 못하지만, 주변에서 도움을 줄 수 있는 지지체계가 아직도 부족한 것을 볼 수 있다. 따라서 지지망의 확대와 더불어 영역별 다양한 요구가 반영된 사회적 지지를 제공할 수 있다면, 우울정도를 낮추어 삶의 질을 높이는 데 중요한 기여 요인으로 작용할 수 있음을 알 수 있다. 따라서 기초생활보장수급노인들에 대한 공식적인 사회적지지의 제공을 통해 삶의 질을 상승시키고 남은 생애에 대한 최소한의 생존을 위협하는 여러 측면의 어려움을 해결할 수 있도록 제도의 도입이 필요하다. 또한 성별, 연령, 교육수준, 종교상태, 배

우자 유무, 수입정도는 대상 노인의 일상생활수행능력, 건강문제, 인지기능, 건강행위를 비롯하여 우울에 직간접적으로 영향을 미치고 있으므로 이를 고려한 프로그램 구성할 필요가 있다. 수입원을 전적으로 정부 지원에 의존하는 기초생활 보장수급노인에게 정부차원에서는 국가보조 수단의 증액, 생활 형태에 따라 경제적 지원이 보장되어야 하며, 복지뿐만 아니라 보건 측면의 연계망을 구축하여 기초생활수급노인의 건강에 대한 사회적지지 요소를 강화시켜야 할 것으로 보인다. 이상의 연구결과를 토대로 기초생활 수급노인의 삶의 질 향상을 위하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 기초생활보장수급노인의 사회적 지지 요구에 대한 영역별 기초조사 연구가 이루어져야 한다.

둘째, 기초생활보장수급노인을 대상으로 보건과 복지를 연계한 사회적 지지 증대프로그램을 개발한다.

셋째, 사회적 지지 프로그램을 활성화하여 삶의 질을 향상시키기 위한 실험연구를 한다.

References

- Ann, K. S. (2005). Study on the quality of life and social support of married couples and single households elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 25(1), 1-19.
- Ahn, M. H. (2005). *The relationship between social support & the quality of Life among the elderly living alone in the community*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Bak, O. J., & So, H. S. (2004). Model development of an elderly health promotion center: The effect of a social support program at a community health center. *J Korean Acad Nurs* 34(5), 781-790.
- Breslow, I., & Enstrom, J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med*, 9, 469-483.
- Choi, J. A., & Suh, B. S. (1992). A study on the social support network of the urban elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 12(1), 65-78.
- Choi, Y. H. (2004). A study on the correlations among depression, social support and quality of life of the elderly in rural areas. *J Korean Comm Nurs*, 15(2), 237-245.
- Chung, K. H., Cho, A. J., Oh, Y. H., Byun, J. K., Byoun, Y. C., & Mun, H. S. (1998). *The year of 1998 national survey on life and health, and welfare need in the older adult in Korea*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chung, K. H., Oh, Y. H., Seok, J. E., Doh, S. R., Kim, C. Y., Lee, Y. K., & Kim, H. K. (2005). *A national survey on the elderly living status and welfare needs-2004*. Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare.
- Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh P. R. (1975). "Minimental stste": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric research*, 12, 189-198.
- Gi, B. S. (1996). The pilot study of Korean standardized senile depression shortening scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 35(2), 298-307.
- Hong, S. R. (1999). A comparative study of social support network among the elderly groups with and without dementia or depression. *J Korean Gerontol Soc*, 19(2), 113-128.
- Hwang, M. Y. (1998). *The Study on the Functioning of Informal Support Networks of the Urban Low-income Elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Jung, I. G., Koak, D. I., Cho, S. H., & Lee, H. S. (1997). A study of standardization of Korean form of geriatric depression scale(KGDS). *J Korean Geriatr Psychiatry*, 1(1), 61-72.
- Kim, M. H., Lee, K. R., Jung, S. D., & Lee, Y. G. (2001). *The Survey on the program development in mental health life practice for the prevention of depression of a community-dwelling elderly*. Korea Institute for Health and Welfare.
- Kim, N. C., & Yang, S. (2001). Physical health status and Depression of a community-dwelling elderly group. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1012-1020.
- Kim, S. M. (1997). *The Health Promoting Activity of Old Aged in a Rural Area*. Unpublished master's thesis, Josun University, Gwanju.
- Kim, S. Y. (2003). A study of factors influencing health promotion behavior in elderly people: Self-efficacy, social support and depression. *J Korean Gerontol Nurs*, 5(2), 171-181.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 544-552.
- Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare (1998). A national survey on the elderly living status and welfare needs.
- Korea National Statistical Office (2006). *Percent distribution, dependency ratio, aged-child ratio, median age*. http://kosis.nso.go.kr/cgi-bin/sws_999.cgi.
- Kwon, J. D. (1995). *The research of Korean dementia family: Development of the measurement tool and model for the caregiving*. Seoul: Hong Ik Sa.
- Lee, Y. S. (1996). *Degree of daily living activity and depression in the rural elderly*. Unpublished master's thesis, Kyungbuk National University, Daegu.
- Lee, J. A., & Jung, H. G. (1993). A study on the depression and cognitive impairment in the rural elderly. *Korean J Prev Med*, 26(3), 412-429.
- Lim, M. Y., & Ha, N. S. (2002). A study on health service utilization and its determinants in the low income family in Korea. *J Korean Comm Nurs*, 13(2), 272-279.
- Ministry of Health and Welfare (2007). Health & welfare stat-

- istical annual report, <http://www.mohw.go.kr>.
- Murray, R., Huelskoetter, M. M., & O'Driscoll, D. (1980). The nursing process in later maturity. *Prentice Hall*, 241-257.
- Norbeck, F. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res*, 30(5), 264-269.
- Norbeck, J. S. (1989). *Second international nursing conference on social support: Proceeding*. Yonsei University College of nursing, Seoul, June, 3-4.
- Oh, K. (1984). *Family function and social support of Korean families with mentally-retarded children*. Doctoral dissertation. Texas Women's University, Texas.
- Park, J., H., & Kwon, Y. C. (1989). Standardization of Korean version of the MMSE-K for use in the elderly. Part II, Diagnostic validity. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 28(3), 508-513.
- Pennix, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA*, 279(21), 1720-1726.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.
- 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.
- Yoo, H. S. (2001). A Study on ADL and dementia of aged person with medicaid in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 31(1), 139-149.
- Yu, S. J., Kim, H., & Han, K. R. (2002). A comparative study of physical health, self-esteem, social support and health-welfare need among the aged groups with and without dementia and depression. *J Korea Gerontol Soc*, 22(3) 115-133.