

일 지역 취약가구 독거노인의 건강상태에 따른 가정지원과 도움요구

박 지원¹⁾ · 김 용 순¹⁾ · 김 기 숙²⁾

서 론

연구의 필요성

노령인구의 비율이 현저히 높아지는 고령화 사회에서 노인 인구의 증가는 세계적으로 사회적 이슈로 부상하고 있다. 우리나라는 고령인구비율이 7%에서 14%로 2배 증가하는 기간이 18년으로 프랑스 115년, 미국 63년, 일본 26년에 비해 조사대상 20개국 중 가장 빠른 기간에 노령화되고 있으며 고령화 사회로 초고속 질주하고 있다(Kinsella & He, 2009).

이와 함께 독거노인의 비율도 증가하고 있는데, 유럽의 경우 여성노인의 25.3-55.1%, 남성노인의 26.4-10.1%가 독거노인이며 우리나라의 경우도 노인가구중 노인독신가구가 차지하는 비율은 1998년 20.1%에서 2004년 24.6%로 증가되는 추이를 보이고 있다(Chung et. al, 2005; Kinsella & He, 2009).

독거노인은 부양의무자가 없거나, 있다 하더라도 부양능력이 없어서 부양을 받을 수 없는 65세 이상의 노인을 의미하는데, 시설이 아닌 일반가정에서 손자나 자녀등과 함께 동거하지 않는 1인 노인가구의 노인이다(Ra, 2009).

노년기에 홀로 사는 이유는 개인적, 가족적, 경제적 배경에서 다양할 수 있다. 그러나 가족구조의 변화나 노인 개인의 독립요구를 고려하더라도 직접적 이유는 이혼과 사별이 대부분이며, 노인들은 배우자의 상실과 부재로 인해 노년기에 홀로 살 가능성이 높다(Beak, 2006).

미국의 경우 1950년대 이래 홀로 사는 노인이 지속적으로

증가하는 것은 노년층의 건강개선 및 경제적 지위 향상과 세대 간 독립성을 선호하는 문화적 요인이 상호작용한 결과인 반면 우리나라에서 홀로 사는 노인은 이중적 모습을 가진다. 한편으로는 경제적 여유가 있고 신체적으로 건강하며, 자녀에게 의존하고 있지 않고 독립적으로 생활하는 노인이 있고, 다른 한편으로는 경제적 빈곤과 만성질환에 시달리면서도 가족으로부터 적절한 부양을 받지 못하는 노인들이 공존하고 있는 것이다(Beak, 2006; Park, 2000).

그러나 노인이 혼자 사는 경우 일상적 활동을 수행할 수 있는 건강과 경제적 능력이 노인의 자립적 생활에 매우 중요함에도 불구하고 우리나라의 독거노인은 대부분이 신체적, 정서적, 정신적 건강상태가 가족동거노인에 비해 낮아 건강상 문제를 많이 가지고 있으며(You & Park, 2003), 독거노인의 72.1%가 월소득 30만원 미만의 극빈층 생활을 하고 있음에도 국민기초생활보장 수급자는 31.2%에 불과해 상당수의 독거노인이 생활의 어려움으로 고통을 겪고 있다(Kim & Han, 2004).

그리고 노인의 90.9%가 본인이 인지한 만성질환을 갖고 있어 대부분의 노인이 건강상 문제를 가지고 있으며 독거노인의 경우 건강은 그들의 최대 관심사이며 삶의 형태를 결정하는 중요한 요인이 된다(Chung et. al., 2005; Jang, 2006). 뿐만 아니라 부양의무자가 없거나 있어도 현실적으로 부양능력이 없어 부양받을 수 없는 독거노인의 건강은 대부분 공공의료 및 방문간호 공공서비스, 민간 지원에 의존하고 있는 것이 현실이다. 그러나 이들 독거노인 방문간호 제공시 가정간호중재

주요어 : 독거노인, 가정지원, 건강상태, 도움요구

1) 아주대학교 간호대학 교수

2) 아주대학교 간호대학 연구강사(교신저자 E-mail: 99sophi@hanmail.net)

투고일: 2009년 9월 25일 수정일: 2009년 10월 14일 게재확정일: 2009년 11월 3일

의 지침이 될 수 있는 건강상태와 이에 따른 가정지원 및 도움요구를 조사한 연구는 찾아보기 어렵다. 따라서 본 연구는 취약가구 독거노인의 가정지원과 도움요구를 파악하고 건강상태에 따른 관계를 확인하여 노인 가정의 방문 시 대상자의 요구에 맞춘 효과적인 가정간호중재방안을 모색하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 H시 취약가구 독거노인이 인식한 건강상태와 지원 실태 및 전반적 가정간호 및 사회적 도움 요구도를 파악함으로써 노인독거가정의 가정 방문 시 효과적인 가정간호중재방안을 모색하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 함이며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 취약가구 독거노인이 인식한 건강상태, 가정지원, 도움요구를 확인한다.
- 취약가구 독거노인의 일반적 특성에 따른 가정지원과 도움요구를 확인한다.
- 취약가구 독거노인의 건강상태에 따른 가정지원과 도움요구의 관계를 확인한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 일 지역 취약가구의 독거노인의 건강상태와 가정지원실태 및 도움 요구도를 파악하여 노인 독거가정의 가정방문 간호시 효과적 간호접근방법을 모색하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구의 대상은 H시에 거주하고 있는 65세 이상 남, 녀 독거노인으로 연구보조원이 가정을 방문하여 구조화된 설문지를 통한 면접조사를 실시하였고, 설문에 응답이 가능한자를 대상으로 하였다. 대상자에 대한 설문은 자발적 참여와 원치 않는 경우 중단 가능, 대상자의 익명보장, 설문 내용은 연구를 위해서만 사용되어짐 등에 대한 설명 후 구두로 동의를 받은 자에 대해서 실시되었다. 2007년 H시의 저소득층으로 취약가구로 분류된 수급권자는 전체 인구의 1.5%인 4,026명, 2,405세대이다. 이중 42%에 해당하는 1,000세대를 편의 추출하여 조사하였는데, 수집된 자료 중 65세 이상의 독거 노인만을 본 연구에서 분석하였으며 대상자의 수는 269명이었다.

연구 도구

• 건강상태

본 연구의 도구는 독거노인의 건강상태와 가정지원, 도움요구 파악을 위해 간호대학 교수 2인과 연구자가 선행 국가 보건소 건강증진사업 보고서를 토대로 개발하였다. 건강상태는 대상자가 지각한 건강상태에 대한 주관적인 느낌으로 ‘자신의 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?’, ‘하고 싶은 일이 있어도 건강 때문에 어려움이 있습니까?’, ‘자신의 건강상태가 동년배에 비해 어떻다고 생각하십니까?’, ‘자신의 건강상태가 1년전과 비교하여 어떻다고 생각하십니까?’ 등 4개의 질문으로 구성되어있다. 이러한 질문에 대해 대상자는 ‘매우 나쁘다’의 1점에서부터 ‘매우 좋다’까지의 5점까지 응답할 수 있고 최소 4점에서 최대 20점까지 분포할 수 있으며 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것을 의미하며 본 연구에서 건강상태 측정도구의 Cronbach's alpha값은 .896이었다.

• 가정지원

가정지원은 크게 정서적, 정보적, 도구적 지원으로 구분되며 이 중 정서적 지원은 사랑, 돌봄, 이해, 격려, 관심 등의 정서적 지원을 받고 있는지에 대한 항목으로 대상자는 ‘거의 없다’의 1점부터 ‘항상 있다’의 5점까지 응답 할 수 있다. 세부적으로는 가족, 형제와 친척, 친구와 이웃, 종교인 및 종교단체, 보건소, 동사무소 등 6개 지원처에서 제공한 사회지원, 가정봉사원, 자원봉사자로부터의 지원을 말한다. 정보적 지원은 문제해결과 관련된 충고, 지식, 정보제공에 대한 항목으로 ‘거의 없다’부터 ‘항상 있다’까지 5점 척도로 구성되어있다. 도구적 지원은 대리수발, 돈, 물건, 시간, 노동력 제공에 대한 항목으로 ‘거의 없다’부터 ‘항상 있다’까지 5점 척도로 구성되어있다. 본 연구에서 가정지원 측정도구의 Cronbach's alpha값은 .843이었다.

• 도움요구

도움요구는 대상자의 가정에 필요한 도움의 정도를 측정하는 것으로 의료지원은 방문간호, 간병지원 등 의료문제 해결을 위한 지원으로 ‘전혀 필요하지 않다’의 1점에서부터 ‘매우 필요하다’의 5점까지의 5점척도이며, 물품지원은 옷, 음식, 물건 등의 지원에 대한 요구도를 측정하는 것으로 ‘전혀 필요하지 않다’에서부터 ‘매우 필요하다’까지 5점 척도이다. 경제적 지원은 생활비나 용돈지원에 대한 요구를 측정하는 것이며, 의논상대는 중요한 일이 있을 때 필요한 상대의 요구도를 측정하였으며 위로상대는 편한 말상대나 언짢은 일이 있을 때 위로가 되는 상대에 대한 요구도를 측정하는 것으로 각각 ‘전혀 필요하지 않다’의 1점에서부터 ‘매우 필요하다’의 5점까지 응답

이 가능하도록 하였다. 본 연구에서 도움요구 측정도구의 Cronbach's alpha값은 .814였다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/Win 14.0 프로그램을 활용하여 분석하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 일반적 특성에 따른 가정지원과 도움요구 차이를 비교하기 위해 t-test, one-way ANOVA를 실시하였고 사후분석으로 Scheffe법을 택하여 분석하였다.
- 대상자의 건강상태와 가정지원, 도움요구의 상관관계를 분석하기 위해 Pearson's Correlation coefficient를 구하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

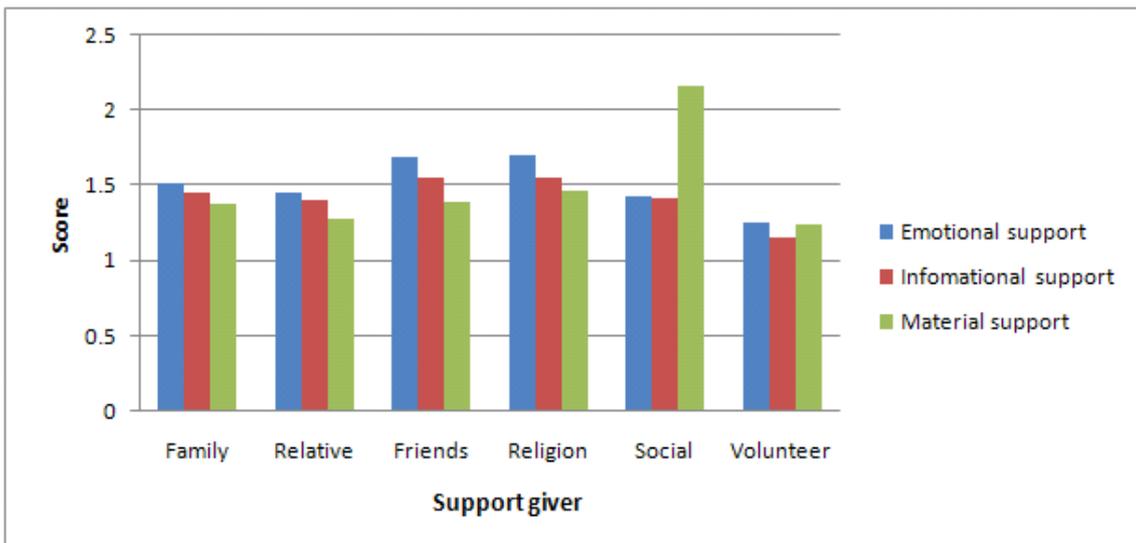
본 연구의 대상은 여성노인이 214명(79.6%)으로 다수를 차지하였고, 연령은 70대가 129명(48.0%)으로 가장 많았다. 종교는 개신교라고 답한 대상이 106명(39.4%)으로 가장 많았고 종교가 없는 경우는 92명(34.2%)이었다. 최종학력은 초등학교 졸업 이하가 228명(84.8%)으로 대부분이었으며, 직업은 대부분이 없었다(99.6%). 주거형태는 전세나 월세 등의 세입형태가 195명(72.5%)으로 가장 많았고 본인 소유의 주택에 거주하는 경우는 51명(19.0%)이었으며 무상 주택에 거주하는 대상은 23명(8.6%)이었다<Table 1>.

<Table 1> General characteristics (N=269)

Variables	Classification	N	%
Gender	Male	55	20.4
	Female	214	79.6
Age	65-69	54	20.1
	70-79	129	48.0
	≥ 80	86	32.0
	Religion	Protestant	106
Religion	Buddism	26	9.7
	Catholic	43	16.0
	Other	2	0.7
	None	92	34.2
	Education	None	160
Education	Elementary school	68	25.3
	Middle school	16	5.9
	≥ High school	25	9.4
Dwelling pattern	Own	51	19.0
	Leased	195	72.5
	Free	23	8.6

대상자가 인식한 건강상태, 가정지원 및 도움요구

대상자가 인지한 건강상태는 5점 만점에 2.22점으로 나타나 보통(3점)이하 인 것으로 나타났다. 또한, 지원제공자에 따라 가족, 형제 및 친척, 친구나 이웃, 종교인 및 단체에서 받고 있는 지원은 사랑, 돌봄, 이해, 격려, 관심 등의 정서적 지원이 가장 많았고, 문제해결과 관련된 충고, 지식, 정보제공 등 정보적 지원, 대리수발, 돈, 물건, 시간, 노동력 제공 등의 도구적 지원의 순이라고 응답하였다. 그러나 보건소와 동사무소 등 사회자원에서 지원받는 가정지원은 돈, 물건, 시간, 노동력 등 도구적 지원 형태의 도움 점수가 가장 높았으며 정서적 지원과 정보적 지원 형태의 도움 순으로 지원받고 있었다. 가



<Figure 1> Perceived home care support

<Table 2> Perceived health condition and support requirement

Health condition	Support requirement					
	Medical	Material	Economic	Discuss	Console	
Mean(S.D.)	2.22(0.72)	2.72(1.21)	3.13(1.06)	4.20(0.75)	3.08(0.94)	3.03(0.94)

정봉사원과 자원봉사자 등 지원제공자가 봉사자인 경우 정서적 지원, 정보적 지원, 도구적 지원 정도는 큰 차이가 없었다 <Figure 1>.

대상자가 필요하다고 응답한 도움의 종류는 경제적 지원에 대한 요구가 가장 높았고 물품지원, 의논상대요구, 위로가 되는 사람의 지원에 대한 요구, 의료문제 지원요구의 순으로 나타났다<Table 2>.

대상자의 일반적 특성에 따른 가정지원과 도움요구

여성이 남성보다 가족으로부터 받는 가정지원이 더욱 많은 것으로 나타났으며(p=.003), 종교에 따른 가정지원은 사랑, 돌봄, 이해, 격려, 관심 등 정서적 지원(p=.005), 문제해결과 관련된 충고, 지식, 정보제공 등 정보적 지원(p=.036), 대리수발, 돈, 물건, 시간, 노동력 제공 등 도구적 지원(p=.033)에서 차이가 있었는데 모두 종교가 없는 대상자에 대한 지원 점수가 가장 낮았다. 이외 종교인 및 종교단체에서 제공받는 가정지원도 집단별 차이가 있는 것으로 나타났는데(p=.000), 종교가 없는 대상이 지원을 가장 받지 못하는 것으로 나타났다. 학력에 따른 가정지원의 차이는 돈과 물건, 시간, 노동력 제공 등 도구적 지원에서만 차이가 있었는데(p=.030), 교육을 받지 않은 대상이 가장 지원을 많이 받고 있었다. 주거 형태에 따른 가정지원은 정보적 지원(p=.016), 도구적 지원(p=.001)에서 차이가 있었으며 무상주택에 거주하는 대상이 지원을 많이 받고 있었다. 또한 지원 제공자 영역에서는 종교단체로부터의 지원에서 집단 간 차이가 있었는데(p=.000), 무상주택에 거주하는 대상이 자가주택 및 세입자로 거주하는 대상에 비해 2배 이상 종교단체로부터의 지원을 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 더불어 가정에 필요한 도움에 대한 요구는 주거형태에 따른 차이만 보였는데, 의료지원(p=.000), 물품지원(p=.000), 경제적 지원(p=.000) 영역에서 차이를 보였고 이중 세입자로 거주하고 있는 대상의 도움 요구가 가장 높은 것으로 나타났다. 독거노인의 나이에 따른 가정지원의 차이는 없었다<Table 3>.

대상자의 건강상태에 따른 가정지원실태 및 도움요구

대상자의 건강상태가 좋을수록 친구와 이웃으로부터의 가정 지원을 많이 받고 있는 것으로 나타났으며(p=.002), 건강상태

가 좋지 않을수록 의료지원(p=.000), 물품지원(p=.000), 경제적 지원(p=.000), 의논상대(p=.000), 위로상대(p=.000)에 대한 요구가 높은 것으로 나타났다<Table 4, 5>.

논 의

본 연구는 취약가구 독거노인을 대상으로 건강상태에 따른 가정지원과 도움요구를 파악하고자 시도되었으며 연구결과를 근거로 다음과 같은 논의를 하고자 한다.

본 연구결과 H지역 취약가구 독거노인은 여성이 79.6%로 다수를 차지하였는데, 이는 Kim과 Park(2000)의 연구에서 여성독거노인이 83.2%로 보고한 결과와 유사하며, 이 연구에서 언급한 65세 이상 독거노인 중 여성 독거노인이 남성보다 3배 정도 많은 미국의 상황과도 일치하는 것으로 여성의 평균 수명이 남성에 비해 길고, 대체적으로 남편의 연령이 여성보다 높으며 남성노인의 재혼율이 여성노인보다 높은 데서 기인한다고 볼 수 있을 것이다. 독거노인 중 80세 이상의 고령은 본 연구에서 32%인데 비해 Kim과 Park(2000) 연구에서의 19.3%, 여성독거노인을 대상으로 한 Kim, An과 Kang(2008)의 20%와 차이가 있다. 그러나 이는 지역과 시간에 따른 모집단의 차이로 인한 다양한 결과로 사료되며 광범위한 지역에서 연구로 독거노인의 연령비율을 가늠해볼 필요가 있을 것이다. 종교의 경우도 대상자에 따라 연구마다 차이가 있는데, 취약가구 독거노인을 연구한 본 연구에서는 34.2%가 종교가 없는데 비해 Kim과 Park(2000)의 연구에서는 21.3%, Kim 등(2008)의 연구에서는 41.2%가 종교를 가지고 있지 않아 다양한 결과를 보이고 있다. 공공기관에서의 지원을 받고 있는 취약가구 독거노인의 정확한 경제수준을 구분하는 것은 쉽지 않은 일이다. 그러나 간접적으로 경제상태를 추측해 볼 수 있는 거주상태에서 자가주택에 거주하는 대상자가 19.0%인 것으로 나타나 이들은 상대적으로 세입형태나 무상주택에 거주하는 대상에 비해 경제적 우위에 있는 것으로 생각 할 수 있다.

대상자가 지각한 건강상태는 평균점수 2.22점으로 5점 만점 기준으로 보통 이하로 인식하고 있었으며 이는 대부분의 독거노인이 노부부 집단보다 주관적 건강상태 평가에 있어 중 질환을 호소하거나 신체질환의 발생비율이 높으며 빈번한 우울과 외로움을 나타내는 등 신체적, 정신적 건강이 취약하다는 견해를 보인 Choi(1997)의 연구결과와 같은 맥락으로 이해되어야 할 것이다. 또한 도움요구는 5점 만점으로 환산한 결

<Table 3> Differences in home care support and support requirement according to general characteristics

Variables	Classification	Home care support							Support requirement						
		Emotional	Informational	Material	Family	Relative	Friends	Religion	Social	Volunteer	Medical	Material	Economic	Discuss	Console
Gender	Male	8.52 (3.36)	7.92 (2.76)	8.54 (2.84)	3.63 (1.77)	3.70 (1.91)	4.23 (2.25)	4.80 (3.41)	5.00 (1.86)	3.61 (1.55)	2.53 (1.18)	3.05 (1.14)	4.09 (0.82)	2.93 (1.12)	2.93 (1.18)
	Female	9.20 (3.42)	8.69 (3.24)	9.02 (2.84)	4.54 (2.68)	4.23 (2.42)	4.73 (2.85)	4.70 (3.08)	5.02 (1.76)	3.67 (1.73)	2.78 (1.22)	3.14 (1.04)	4.22 (0.72)	3.12 (0.89)	3.06 (0.87)
t(p)		-1.306 (.193)	-1.613 (.108)	-1.122 (.263)	-3.016 (.003)*	-1.500 (.135)	-1.200 (.231)	.198 (.843)	-.104 (.917)	-2.213 (.832)	-1.351 (.178)	-.562 (.574)	-1.178 (.240)	-1.329 (.185)	-.935 (.350)
Age(years)	65-69	8.83 (3.40)	8.20 (2.87)	8.35 (2.45)	4.16 (2.12)	4.09 (2.05)	4.48 (2.61)	4.01 (2.41)	4.79 (1.50)	3.83 (1.77)	2.61 (1.17)	3.00 (1.09)	4.20 (0.83)	2.85 (1.10)	2.83 (1.09)
	70-79	9.21 (3.61)	8.71 (3.42)	9.04 (2.95)	4.35 (2.66)	4.09 (2.15)	4.76 (2.69)	4.87 (3.18)	5.06 (1.79)	3.82 (1.91)	2.71 (1.20)	3.05 (1.03)	4.26 (0.71)	3.09 (0.82)	3.03 (0.83)
	≥ 80	8.97 (3.13)	8.48 (2.93)	9.11 (2.89)	4.48 (2.62)	4.20 (2.75)	4.52 (2.91)	4.94 (3.44)	5.10 (1.90)	3.31 (1.19)	2.83 (1.12)	3.31 (1.06)	4.10 (0.73)	3.21 (0.98)	3.16 (0.98)
F(p)		.279 (.757)	.508 (.602)	.1410 (.246)	.263 (.769)	.072 (.931)	.304 (.738)	1.723 (.181)	.558 (.573)	2.687 (.070)	.544 (.581)	2.041 (.132)	1.052 (.351)	2.405 (.092)	2.038 (.132)
Religion	Protestant ^a	9.72 (3.71)	9.09 (3.46)	9.42 (3.05)	4.52 (2.64)	4.23 (2.58)	4.50 (2.68)	5.85 (3.80)	5.28 (1.90)	3.83 (1.95)	2.74 (1.29)	3.21 (1.09)	4.25 (0.63)	3.25 (0.95)	3.17 (0.94)
	Buddism ^b	8.69 (2.86)	8.11 (2.37)	8.69 (1.76)	4.15 (2.25)	4.11 (1.96)	5.88 (3.79)	3.46 (1.33)	4.73 (1.56)	3.15 (0.46)	2.54 (1.14)	2.65 (1.05)	4.31 (0.83)	2.73 (1.04)	2.73 (1.00)
Catholic ^c		9.81 (3.67)	9.00 (3.69)	9.37 (3.40)	4.62 (2.60)	4.18 (1.97)	4.81 (2.57)	5.79 (3.57)	5.13 (2.03)	3.62 (1.64)	2.77 (1.30)	2.91 (1.08)	4.07 (0.79)	3.07 (0.93)	3.07 (0.96)
	Other ^d	7.00 (0)	6.00 (0)	7.00 (0)	3.50 (0.70)	3.00 (0)	3.00 (0)	3.00 (0)	3.00 (.70)	4.00 (1.41)	2.75 (1.12)	3.00 (1.41)	4.50 (0.70)	2.50 (0.70)	2.50 (0.70)
None ^e		8.09 (2.85)	7.85 (2.57)	8.26 (2.43)	4.11 (2.51)	4.01 (2.33)	4.38 (2.49)	3.31 (1.23)	4.78 (1.53)	3.60 (1.61)	2.50 (0.70)	3.27 (0.97)	4.16 (0.82)	3.00 (0.88)	2.96 (0.91)
		3.760 (.005)*	2.610 (.036)*	2.670 (.033)*	.535 (.710)	.234 (.919)	1.856 (.119)	12.247 (.000)*	1.588 (.178)	.918 (.454)	.192 (.942)	2.391 (.051)	.687 (.601)	2.086 (.083)	1.563 (.184)
Scheffe		a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)	a)(b)(c)<(e)

* p<.05

<Table 3> Differences in home care support and support requirement according to general characteristics(continued)

Variables	Classification	Home care support							Support requirement						
		Emotional	Informational	Material	Family	Relative	Friends	Religion	Social	Volunteer	Medical	Material	Economic	Discuss	Console
Education	None	8.80 (3.05)	8.43 (2.91)	8.98 (2.82)	4.47 (2.77)	4.05 (2.22)	4.64 (2.71)	4.64 (3.15)	4.90 (1.57)	3.50 (1.37)	2.85 (1.24)	3.20 (1.08)	4.24 (0.72)	3.16 (0.98)	3.11 (0.97)
	Elementary school	9.42 (3.73)	8.82 (3.42)	8.86 (2.55)	4.44 (2.25)	4.33 (2.65)	4.63 (2.72)	4.67 (3.01)	5.22 (1.94)	3.80 (2.14)	2.47 (1.25)	3.06 (1.10)	4.16 (0.78)	2.96 (0.92)	2.88 (0.97)
	Middle school	7.93 (2.95)	6.87 (1.40)	7.18 (1.42)	3.00 (0.00)	3.00 (0.00)	3.50 (1.36)	4.12 (2.44)	4.68 (1.49)	3.68 (1.25)	2.38 (0.71)	2.81 (0.83)	3.94 (0.77)	2.75 (0.68)	2.75 (0.68)
High school		10.44 (3.41)	4.29 (3.16)	9.88 (3.90)	4.28 (2.45)	4.76 (2.69)	5.28 (3.48)	5.76 (3.76)	5.48 (2.53)	4.24 (2.29)	2.84 (1.10)	3.04 (0.93)	4.20 (0.81)	3.12 (0.83)	3.12 (0.94)
		2.532 (0.58)	2.493 (0.60)	3.022 (0.30)*	1.672 (.173)	2.107 (.100)	1.379 (.250)	1.138 (.334)	1.279 (.282)	1.597 (.191)	2.090 (.102)	.869 (.457)	.844 (.471)	1.409 (.240)	1.515 (.211)
	Dwelling pattern	9.05 (3.88)	8.72 (3.73)	8.58 (3.02)	4.80 (2.79)	4.47 (2.70)	4.98 (2.83)	4.07 (2.37)	4.56 (1.84)	3.47 (1.31)	2.33 (0.99)	2.86 (1.07)	3.90 (0.72)	2.92 (0.91)	2.88 (0.88)
Free	Owned	8.93 (3.27)	8.28 (2.90)	8.76 (2.53)	4.27 (2.48)	4.05 (2.22)	4.48 (2.68)	4.37 (2.62)	5.09 (1.67)	3.70 (1.70)	2.94 (1.236)	3.28 (1.01)	4.32 (0.73)	3.15 (0.98)	3.10 (0.97)
	Leased	10.17 (3.44)	10.26 (3.48)	11.04 (3.99)	4.08 (2.53)	4.04 (2.45)	5.13 (3.00)	9.13 (4.98)	5.39 (2.33)	3.69 (2.32)	1.74 (0.75)	2.39 (1.03)	3.78 (0.60)	2.83 (0.57)	2.78 (0.67)
	Free	1.359 (.259)	4.214 (0.16)*	7.350 (.001)*	1.010 (.366)	.665 (.515)	1.082 (.340)	30.247 (.000)*	2.351 (.097)	.398 (.672)	14.667 (.000)*	9.796 (.000)*	10.987 (.000)*	2.078 (.127)	2.004 (.137)
Scheffe		(b)<(c)	(a), (b)<(c)	(a), (b)<(c)	(a), (b)<(c)	(a), (b)<(c)	(a), (b)<(c)	(a), (b)<(c)	(b)>(a), (c)	(b)>(a), (c)	(b)>(a), (c)	(b)>(a), (c)	(b)>(c)	(b)>(c)	

* p<.05

<Table 4> Correlations between health condition and home care support

		ES	IS	MS	FS	SR	SF	SRC	SS	SV
Health condition	r	.099	.085	.103	.060	.035	.171	.096	-.019	-.043
	(p)	(.183)	(.135)	(.341)	(.808)	(.124)	(.002)*	(.429)	(.278)	(.461)

ES: Emotional support, IS: Informational support, MS: Material support, FS: Family support, SR: Support from relatives
SF: Support from friends, SRC: Support from religion community, SS: Support from social resources, SV: Support from volunteers

<Table 5> Correlation between health condition and support requirement

	Medical	Material	Economic	Discuss	Console
Health condition	-.303	-.283	-.228	-.338	-.332
	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*	(.000)*

과 생활비나 용돈 등 경제적 지원에 대한 요구가 평균점수 4.20으로 의료지원(2.72점), 물품지원(3.13점), 의논상대지원(3.08점), 위로지원(3.03점)에 대한 요구보다 높아 경제적 지원에 대한 요구가 많음을 알 수 있다. 이는 Baek(2006)의 저소득 독거노인은 빈곤한 상태가 삶의 전 과정에서 지속되어 오고 있고 가족 및 친척 관계 전반에 걸쳐 단절과 상처를 가지고 있으므로 대부분 정부의 지원에 의지하여 생활하고 있어 공적지원의 확대가 요구된다는 연구 결과와 같이 취약가구 독거노인에 대한 공공차원에서 경제적 지원의 필요성과 함께 이해되어야 할 것이다. 또한 상대적으로 의료지원과 물품지원, 정서적 지원 등은 경제적 지원에 비해 대상자에게 공공 가정방문 및 간호사 만족할 만한 수준으로 제공받는 것으로 생각할 수 있다.

한편 취약가구 독거노인이 인지한 가정 지원 현황은 가족, 친척, 이웃, 종교단체, 사회자원, 봉사자 등 모든 측면에서 보통(3점)이하로 답하였는데 이 중 사랑과 돌봄, 이해, 격려, 관심 등의 정서적 지원은 가족, 형제, 친구, 종교단체에서 많이 받는 것으로 나타났고 보건소와 동사무소 등에서는 주로 돈, 물건, 시간, 노동력, 대리수발 등 도구적인 지원을 많이 받고 있는 것으로 인식하고 있었다. 따라서 본 결과를 토대로 가족 및 사회적 지지체계가 상대적으로 부족한 대상자에게 현재 실시되고 있는 공공기관에서의 가정간호 등 방문간호서비스 제공 서비스 인력에 대한 교육 등으로 정서적 지원과 정보적 지원 영역을 보다 확대하여 지원한다면 추가적인 재정적 부담 없이 취약가구 독거노인의 서비스 지원에 대한 만족도가 높아질 것으로 사료된다.

또한 여성 독거노인이 남성보다 가정으로부터의 지원이 많았는데 이는 Suh와 Kim(2003)의 연구에서 여성노인에 대한 사회적 지원이 더 많았다는 결과와 유사하다. 또한 종교의 경우 홀로된 노인들에게 정서적 지지를 제공해주기도 하고 곤혹스런 생애 사건들의 부정적 효과를 완충해 주는 대응전략의 중요한 기제로 작용한다(Yoon, 1995). 본 연구 결과 무종교인 대상보다 대체적으로 종교를 가진 가정에 대한 지원이 더 많았는데 정서적 지원은 천주교를 가진 대상이 정보적, 도

구적 지원은 개신교를 믿는 대상이 높았고 종교인이나 종교 단체로부터의 지원은 개신교를 가진 대상이 가장 높았는데 독거노인에게 종교는 가족동거 이상의 대안으로서 사회적 지원의 역할을 하기 때문에(Kim & Han, 2004) 방문가정간호 서비스의 계획과 제공시 비종교 대상에 대한 보다 구체적인 접근방법이 필요할 것이다.

대개 노인들은 소득수준의 절대적 수준보다 그들이 느끼는 주관적 경제상태의 만족여부가 노후생활 만족도에 더 중요한 요인으로 설명되고 있다(Chung & Lee, 2000; Kim & Han, 2004). 본 연구결과 대상자 중 상대적으로 더욱 빈곤하다고 볼 수 있는 무상 주택 주거자에 대한 정보적, 도구적 지원이 많았으며, 종교 단체로부터의 지원도 자가 주택과 전세 등 세입 주거자보다 많았다. 그러나 주거형태에 따른 도움요구 차이에서는 세입 주거자의 의료지원, 물품지원, 경제지원 요구도가 가장 높아 가정지원에서 가장 높은 지원을 받는 것으로 나타난 무상 주택 주거자와 차이가 있어 주거형태에 따른 맞춤형 방문간호서비스 제공을 위해서는 취약계층 독거노인의 도움요구와 가정지원에 대한 보다 실무접근적 연구가 필요하다고 본다.

독거노인들이 혼자 살면서 가장 어려운 점은 이용가능한 자원의 제한이다. 질병에 취약한 상태임에도 불구하고 돌보아 줄 가족이 없는 상태에서 몸이 아픈 것은 독거노인에게 가장 크고 어려운 문제이다(Park, 1998). 본 연구결과 대상자가 지각한 본인의 건강상태에 따른 가정지원은 친구와 이웃으로부터의 지원을 많이 받는 경우 건강상태가 좋은 것으로 나타난 것 외에는 유의한 상관관계가 없었다. 그러나 가정지원과는 달리 건강상태가 좋지 않을수록 의료지원, 물품지원, 경제적 지원, 의논상대 및 정서적 지지 등 위로지원에 대한 도움 요구도는 높았다. 이는 자녀로부터 버림받았다는 느낌을 가지고 있는 독거노인의 경우 사회적 지원을 더 필요로 하지만 형식적 사회적 지원의 양에 따라 이들의 주관적 건강이 영향을 거의 받지 않는 것으로 나타난 Han과 Hong(2000)의 연구와 같이 양질의 지속적 사회적 지원이 이루어지지 않으면 취약가구 독거노인은 건강상태의 악화와 더불어 지속적인 도움요

구를 필요로 하기 때문에 이들의 삶의 만족도를 높이기 위해서는 다차원적인 접근방법이 필요할 것으로 사료된다. 특히 독거노인들은 이웃이나 지역사회로부터의 지지보다는 가족에 의한 지지가 결핍된 대상이므로 이를 반영한 공공지원 차원에서의 방문간호 서비스가 제공된다면 취약가구 독거노인의 삶을 질적으로 향상시키는데 도움이 될 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 취약가구 독거노인이 인식한 건강상태와 가정지원실태 및 도움 요구도를 파악함으로써 노인독거가정의 가정방문시 효과적인 가정간호중재방안 모색의 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다. 연구대상은 H 시에 거주하고 있는 독거노인 269명이었으며 수집된 자료는 SPSS프로그램을 통해 실수, 백분율, t-test, one-way ANOVA를 실시하였고 사후검증으로 Scheffe test, Pearson's correlation coefficient를 구하여 분석하였다.

연구결과 대부분의 대상자가 지각하고 있는 건강상태는 보통 이하로 좋지 않은 편이었으며 경제적지원에 대한 도움요구가 가장 컸다. 성별과 종교, 학력, 주거형태에 따라 가정지원의 차이가 있었으며 도움요구는 주거형태에 따른 차이만 보였다. 건강상태가 좋을수록 친구와 이웃에게서 받는 가정지원이 많았으며, 건강상태와 도움 요구도는 각항목 모두 음의 상관관계를 보였다.

본 연구를 바탕으로 공공기관에서의 취약가구 독거노인에 대한 방문간호 제공시 대상자의 환경을 고려한 맞춤형 간호계획 수립을 제언한다. 또한 보다 구체적인 취약가구 독거노인의 도움요구를 파악하여 지역사회 지원과의 연계가 필요할 것으로 사료된다.

References

Beak, H. Y. (2006). A Qualitative Study on the Experience of Poverty among the Poor Elderly People Who Live Alone. *Korean J Soc Welfare St*, 31, 5-39.

Choi, I. S. (1997). *A study about home welfare service improvement for elderly livign alone*. Unpublished master's thesis. Chung-Ang University. Seoul.

Chung, H. J., & Lee, D. S. (2000). Variables related to quality of life of elderly women residing only with their spouses and of those with their adult children. *J fam relat*, 5(2), 67-91.

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*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

Han, K. H., & Hong, J. K. (2000). Generational social support exchange and emotional welfare in elderly. *Fam and cul*, 12(2), 55-80.

Jang, I. S. (2006). The leisure type, health status, self-esteem, and social support of the elderly living alone. *J Korea Acad Public Health Nur*, 20(2), 130-140.

Kim, K. T., & Park, B. G. (2000). Life satisfaction and Social support network of the Elderly living Alone. *J Korea Gerontol Soc*, 20(1), 153-168.

Kim, T. H., & Han, E. J. (2004). Relationship of Self-Esteem, Stress and Social Support Experience to Psychological Well-Being Among Living-Alone Elderly People. *J fam relat*, 9(3), 81-106.

Kim, Y. J., An, J. S., & Kang, I. (2008). An ecological approach to quality of life of single household old women. *J fam relat*, 13(3), 23-42.

Kinsella, K., He, W. (2009). *An Aging World: 2008: International Population Reports*, Retrieved August 30, 2009, from U.S. Census Bureau Web site: <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>

Park, K. S. (2000). Informal social ties of elderly Koreans. *Korean J Sociol*, 34, 621-647.

Park, Y. D. (1998). *A study on the social welfare service for living-protected single senile people*. Unpublished master's thesis. Dong-Kuk University. Seoul.

Ra, G. H. (2009). *A study on the demands of social welfare services of the poor aged who are living alone*. Kyonggi University, Kyonggi-Do.

Suh, K. H., & Kim, Y. S. (2003). Investigation of social support and mental health among the elderly people living alone. *J Welfare Aged Institute*, 21, 7-26.

Yoon, H. H. (1995). *Stress, coping behavior, emotional adaptation in elderly*. Unpublished master's thesis, Sookmyong woman's University. Seoul.

You, K. S., & Park, H. S. (2003). Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families. *J Korea Gerontol Soc*, 34(4), 163-179.

Home Care Support and Support Requirements According to Health Condition in the Poor Elderly People Living Alone*

Park, Ji Won¹⁾ · Kim, Yong Soon¹⁾ · Kim, Ki Sook²⁾

1) Professor, College of Nursing, Ajou University, 2) Fellow, College of Nursing, Ajou University

Purpose: To identify the health condition, home care support, support requirement of poor and elderly people living alone. **Method:** Data was collected through self-administered questionnaires and analyzed by descriptive statistics, t-test, ANOVA and correlation. Survey involved 269 conveniently selected who have a social support in H city. **Result:** Perceived health condition of subjects was bad to moderate (mean score: 2.22). There were significant home care support differences according to gender, religion, education level and dwelling pattern. Support requirement was influenced only by the dwelling pattern. Perceived health condition showed a positive correlation with home care support of friends and neighbors, and a negative correlation with support requirement (medical, material, economic emotional support). **Conclusion:** These findings are expected to make a positive contribution to create an ideal intervention for public visiting nurses and social workers to improve the quality of life in poor and elderly people who live alone.

Key words : Elderly, Support, Health, Home care, Services

• Address reprint requests to : Kim, Ki Sook

College of Nursing, Ajou University

San 5, Woncheon-Dong, Yeongtong-Gu, Suwon 443-749, Korea

Tel: 82-31-219-7021 Fax: 82-31-219-7020 E-mail: 99sophi@hanmail.net