

## 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향

임 은 실\* · 이 경 자\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

이미 고령화 사회(aging society)에 진입한 우리나라를 최근 발표된 통계청의 장래인구추계에 의하면, 2000년 65세 이상 노인인구 7.2%에서 2019년 14.4%로 고령사회에 진입하고 2026년에는 20.0%로 본격적인 초고령 사회에 도달할 것으로 전망하였다. 또한 의료기술 발달 등에 힘입어 평균 수명은 2000년 75.9세에서 2030년 81.3세, 2050년 83.0세로 연장되어 장수국가인 일본 82.5세, 이탈리아 81.3세에 도달할 수 있으리라고 보고하였다(통계청, 2001). 이는 노인 의료비의 증가를 두드러지게 한다. 국민 의료비는 1985년 GDP 대비 3.9%이던 것이 1999년에는 5.1%로 증가하였으며, 노인의 평균 진료비도 청장년층 보다 빠르게 증가하고 있다. 특히 65세 이상 노인 의료비는 90년 1,621억원에서 2000년 1조 5,821억원으로 10배 가까이 증가하였다(국민건강보험공단, 2001).

노인은 노화의 정도에 따라 신체 기능의 저하 및 기능 장애와 기능 상실 등의 신체적 문제가 나타나며, 여가시간과 역할 상실, 수입절감, 건강악화, 사회적·심리적 고립과 소외 등으로 정서적, 사회적 문제가 발생한다

(이영석, 1996). 특히 저소득 노인은 경제적 빈곤, 만성퇴행성질환의 보유, 사회적 고립, 사회적 지지의 부족, 우울 등을 경험함으로 더욱 심각하게 삶의 질이 저하될 수 있다(송남호, 김선미, 2000).

국내·외 연구에서 노인을 대상으로 한 삶의 질에 관한 연구는 운동이 삶의 질에 미치는 효과(김여옥, 1999), 일상생활 기능과의 관계(문명자, 2001; Stewart & King, 1994), 시설노인들과 지역노인들의 건강관련 삶의 질 비교(박경수 등, 1998), 노인의 사회적 지지, 삶의 만족도, 우울의 관계 분석(채수원, 오경옥, 1992), 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향(최현 등, 1998; Avil, et al., 1996) 등이 있다. 저소득 노인을 대상으로 한 연구는 저소득 노인의 우울(권선숙 등, 2002; 송남호, 김선미, 2000), 보건의료서비스 이용(임미영, 하나선, 2002) 등이 있으며, 삶의 질에 관한 연구는 레크레이션 댄스가 삶의 질에 미치는 효과(윤숙례, 최혜정, 2002) 뿐 이였다.

노인을 대상으로 한 삶의 질은 신체적 건강 수준, 신체적 질병, 생활만족도, 삶의 질 등 일면에 관심을 두었으나, 저소득 재가노인은 정신적, 신체적, 사회적인 면에서 다양하고 복잡한 문제에 직면하게 되고, 건강 요구가 크기 때문에 저소득 재가노인의 건강 및 삶의 질을 다면적으로 살펴보는 것이 필요로 된다. 저소득 재가노

\* 국립암센터

\*\* 연세대학교 간호대학

인의 삶의 질과의 관계에서 신체기능의 직접적인 측정은 기능적 능력의 객관적, 정량적인 이점을 제공할 뿐만 아니라, 노인 간호 측면에서도 가치 있는 역할을 한다(김현수, 1996; Brochelet & Steinhagen-Thiessen, 1992).

삶의 질의 여러 요소 중 신체적 기능이 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 우선적인 요소(노유자, 김춘길, 1995; Roos & Havens, 1991)로 여겨지며, 이중 건강관련 체력인 근력, 유연성, 균형감 등은 신체의 최적의 상태일 뿐만 아니라 삶의 질에 기여하는 중요한 요인이라고 하였다. 한편 노인들은 신체적 불편감은 자연스러운 하나의 현상으로 수용하지만 외로움, 고독감, 우울 같은 정서적 상황은 노인들에게 심각한 문제로 삶의 질을 저하시키는 주요 요인(양승희 등, 2001)이며, 사회적 지지도 노인의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다고 하였다(Magilry, 1985).

그러므로 본 연구에서는 저소득 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 신체적 기능, 우울, 사회적 지지를 파악한 후 각각의 변수와 삶의 질과의 관계를 분석하고, 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 삶의 질 증진을 위한 노인 간호 중재의 기초자료를 제공하자고 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위함이며, 그 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 저소득 재가 노인의 신체적 기능, 우울, 사회적 지지, 삶의 질을 파악한다.
- 2) 저소득 재가 노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지와 삶의 질과의 관계를 파악한다.
- 3) 저소득 재가 노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.

## II. 문헌고찰

삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적 안녕이다(노유자, 1988). 삶의 질에 영향을 미치는 변인들을 규명하는 연구에서 성, 연령, 교육정도, 경제적 측면, 직업, 결혼상태, 종교, 사회참여, 인종, 건강 등이 관련 있는 변인이라고 하였으며 (Inkeles, 1993), 박경수 등(1998)은 지역사회 노인

467명을 대상으로 한 삶의 질 영역에서 저학력, 만성질환 등이 관련 변인이라고 하였다. 심미경(1997)은 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 경제적 수준, 결혼상태, 연령, 교육정도, 신체활동상태, 자아존중감과 내적 통제위, 대응방법, 질병에 대한 태도, 타인과의 관계, 간호사나 가족지지 등의 사회적 지지가 주요변인임을 밝혔다. Buckhardt(1989)는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의 질에 직접 영향을 주며, 신체활동상태, 자가간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질의 중요한 영역이라고 하였다. 노유자(1988)는 정서적 측면, 경제적 측면, 자아존중감 측면, 신체상태와 기능 측면, 가족 관계 및 이웃관계 측면을 삶의 질의 구성요소로 보았다. 박현주(1998)도 입원한 노인환자의 사회적 지지 정도가 삶의 질에 영향을 미친다고 밝혔다. 문명자(2001)는 재가노인의 삶의 질은 이웃관계와 가족관계가 크게 영향을 미치고, 신체상태와 기능은 가장 적게 영향을 미쳤다고 하였다. 이는 가족관계와 이웃관계가 삶의 질에 영향을 미치는 매우 중요한 요소임을 나타내고 있다.

Stewart와 King(1994)은 삶의 질을 평가하는 지표로 건강을 사용하였으며, 건강을 다시 신체적 건강과 심리적 건강으로 구분하여 삶의 질을 측정하였다. 지역 사회 노인들의 삶의 질 수준에 관한 여러 연구에서는 주로 생활만족도 및 건강상태가 사회적 상태와 관련이 있음을 보고하였다(Schank & Lough, 1997). 또한 양로원 노인의 건강상태와 생활만족도를 조사한 연구(전신아, 1992)에서 불건강군에서 건강군보다 생활만족도가 훨씬 낮은 것으로 나타나 건강상태와 생활만족도 간에는 매우 관련이 있음을 보여주었는데, 따라서 삶의 질을 향상시키기 위해서는 노인의 건강상태를 높이는 방법이 요구된다.

노인들의 삶의 만족이나 의욕 그리고 이와 유사한 노인들에 관한 연구가 활발하였는데 이런 연구들을 종합한 결과 주관적 안녕이라는 하나의 집약된 개념으로 생각할 수 있으며 이러한 주관적 안녕은 건강과 아주 밀접한 관련이 있다. 노인의 노화에 따른 신체적 약화, 정서적 장애 및 사회적지지 저하는 삶의 질을 저하시킬 수 있으므로, 노년기에는 특히 삶의 질을 유지·증진시키기 위한 간호중재가 필요하다고 볼 수 있다.

## III. 연구 방법 및 절차

### 1. 연구 대상

본 연구의 대상자는 원주시에 거주하는 65세 이상의 저소득 재가 노인으로서 인지 기능 장애가 없이 의사소통이 가능하여 면담에 응할 수 있는자, 거동이 가능하여 원주시의 M복지관을 이용하는 자. 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자로 145명을 임의표집 하였다. 응답도중 거부하거나 일부 기재가 미비한 설문지 3개를 제외한 142명의 자료를 중심으로 분석하였다.

## 2. 자료수집 방법 및 절차

자료수집 방법은 노인이라는 특성을 고려하였고, 설문 내용은 연구자가 구조화된 질문지를 이용하여 1대 1 면접조사 하였다. 신체적 기능 측정은 연구보조원 2명이 실시하되, 측정 오차를 줄이기 위해 동일한 연구보조원이 측정을 실시하고, 나머지 한 명의 보조원은 기능 측정을 위해 노인을 돋는 역할을 담당하였다.

자료수집기간은 2002년 10월 1일부터 11월 15일까지 실시하였다. 대상자의 설문 응답은 첫 번째 방문시 면담을 통해 구조화된 질문지를 이용하였고, 두번째 방문시 신체적 기능을 측정하여 자료를 수집하였다. 1회 자료 수집 시간은 20-30분 정도 소요되었다. 자료수집 장소는 M복지관의 건강관리실에서 실시하였다.

## 3. 연구 도구

본 연구의 도구는 건강관련체력, 기본적 일상생활 활동, 수단적 일상생활기능, 우울, 사회적 지지 및 삶의 질 측정 도구이다.

### 1) 신체적 기능

#### (1) 건강관련 체력 상태

체력 상태는 김창규 등(2000)의 균력(악력), 근지구력(의자에서 일어나기), 유연성(윗몸 앞으로 굽히기), 균형 반응(눈뜨고 한발 서기) 4항목과 김현숙(2000)의 체질량 지수(Rohrer index), 이동력과 동적 균형(6m 걷기 속도, 계단오르기) 3항목으로 총 7항목을 측정하여 합산한 값으로 최저 0점에서 최고 7점까지이다.

근력, 근지구력, 유연성, 균형 반응 등은 연령별, 성별에 따른 항목별 기준치에 의해 평균 이상은 우수군 1점, 평균 미만은 저하군 0점으로 분류하였다. Rohrer 지수는 정상군 1점, 비만군 0점, 이동력과 동적 균형은 평균 이내를 우수군 1점, 평균 초과를 저하군 0점으로 나누었다.

체력상태의 7항목에 대한 측정은 다음과 같은 방법으로 시행하였다.

#### ① 체 질량계수

신장과 체중을 이용하여 계산된 Rohrer 지수( [체중 /신장<sup>3</sup>×10<sup>7</sup>] )를 사용하여 정상범위의 최대 기준값인 148을 중심으로 정상군과 비만군으로 분류하였다.

#### ② 악력

양손 모두를 악력계(Grip dynamometer TKK-5101, Japan)를 이용하여 측정하였다. 대상자가 노인임을 고려하여 Brill 등(1998)이 측정한 방법을 용용하여 테이블 위에 팔을 올려놓은 상태에서 양손을 각각 2회씩 측정하여 최고 값을 취해 kg으로 표시하였다.

#### ③ 의자에서 앉았다 일어서기

의자에서 일어나기는 기능적인 이동과 관련 있는 것으로 팔을 가슴에서 교차시키고 앉은 자세에서 일어서는데 30초 동안 총 몇 회를 앉았다 일어나는지를 2회 측정하며 이중 많이 앉았다 일어선 최고 값을 취하였다.

#### ④ 6m 걷기(6m walk velocity)

이동력과 균력, 동적 균형을 모두 함께 보는 방법으로, 본 연구에서는 10m를 대상자 스스로 선택한 편안한 보행속도로 걷게 하여 처음과 끝의 각 2m를 제외한 6m 동안 걸은 시간을 2회 측정하여 적은 값을 최고 값으로 선택하였다. 보행 측정 시에 보조장구의 사용은 허용하지 않았다.

#### ⑤ 계단 오르기(Stair climb)

높이 20cm되는 계단을 이용하여 두발이 계단 위로 모두 올라갔다가 처음서 있던 바닥에 모두 내려질 때까지를 1번으로 하여 7번 수행하였다. 이것을 모두 2회 측정하여 소요된 시간이 적은 값을 최고 값으로 사용하였다.

#### ⑥ 한발서기(One leg stand)

공간에서 신체를 안정하게 유지하는 정적 균형의 측정인 한발서기는 눈을 뜯 상태에서 자세가 유지되는 시간을 양발 모두 2회씩 측정하여 최고 값을 사용하였다.

#### ⑦ 윗몸앞으로 굽히기(Forward bending)

발바닥은 전굴 유연성 측정기의 발판에 붙이고 발은

5cm 벌려서 다리를 뻗쳐 앉도록 한 후, 윗몸을 앞으로 굽히면서 두 손을 앞으로 내밀어 손으로 미끄럼판을 밀어낸 후 밀려간 거리를 측정하였다. 이때 무릎이 굽혀지거나 반동을 이용하지 않도록 하고, 측정치는 cm단위로 2회 측정하여 최고 값은 기록하였다.

#### (2) 기본적 일상생활 활동

기본적 일상생활활동에 대한 평가 문항은 Barthel Index (Barthel, 1963)를 사용하여 100점 만점이며, 점수가 높을수록 좋은 것이다.

#### (3) 수단적 일상생활기능

Lawton & Brody(1969)의 IADL 8개 항목 중 본 연구에서는 남녀 구분없이 일상적으로 수행하는 부분을 고려하여, 전화걸기, 간단한 일상용품이나 약사러가기, 버스나 전철타기, 가벼운 집안일 하기 등의 4개 항목만을 적용하였다. 총 12점 만점으로, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .74$ 이다.

#### 2) 우울

우울의 정도를 측정하기 위하여 Yesavage 등 (1986)이 개발한 GDS Short Form을 우리말로 번역하여 기백석(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인 우울 척도 단축형 도구를 이용하였다.

총 0점에서 15점의 우울 점수 분포상에서 측정점수의 10점 이상을 우울 상태로 간주하였다. 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서도 Cronbach's  $\alpha = .83$ 으로 나타났다.

#### 3) 사회적지지

장숙아(1997)가 시설노인을 대상으로 개발한 사회적 지지 척도를 수정하여 사용하였다. 배우자, 자녀, 형제·자매, 친구, 이웃을 사회적 지지 원천으로, 각 하위 질문에 대해 '전혀 그렇지 않다'를 0점, '그저 그렇다' 1점, '정말 그렇다'를 2점으로 하여 점수로 나타내었다.

장숙아(2000)의 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .81$ , 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .82$ 으로 비교적 안정된 신뢰도를 확보하였다.

#### 4) 삶의 질

노유자(1988)가 중년기 성인을 대상으로 개발한 삶의 질 도구를 사용하였다. 본 연구의 대상자가 65세 이상으로 부모와 관련된 질문이 부적합하고, 대상자 전수

가 직업을 갖고 있지 않았으므로 일과 관련된 2개 문항이 비해당 총 44문항으로 구성하였다.

개발 당시 이 도구의 Cronbach's  $\alpha = .94$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .96$ 으로 높은 신뢰도를 나타내었다.

#### 4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC+를 이용하여 분석하였으며, 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 일반적 특성 및 건강상태에 대하여는 실수와 백분율을 이용하였다.
- 2) 각 신체적 기능, 우울, 사회적 지지, 삶의 질은 기술 통계인 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 일반적 특성, 건강상태 따른 삶의 질 점수는 t-test, ANOVA로 분석하였다.
- 4) 신체적 기능, 우울, 사회적 지지와 삶의 질 간의 관계를 검정하기 위해 Pearson correlation coefficient를 이용하였다.
- 5) 제 요인으로부터 삶의 질에 미치는 영향을 규명하기 위하여 단계적 다중회귀분석을 하였다.

### IV. 연구 결과

#### 1. 대상자의 인구사회학적 특성 및 건강 상태

본 연구의 대상자인 저소득 재가노인들의 인구사회학적 특성 및 건강상태는 <표 1>과 같다.

성별은 여성 74.6%, 남성 25.4%로 여성이 많았다. 연령은 75세 이상 53.6%으로 평균 연령은 75.67세 이었다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우가 70.4%였으며, 동거유형에서 혼자서만 지내는 자가 50%이었다. 교육수준은 무학이 71.8%로 가장 많았다. 의료보장형태에서 의료보호인 자는 73.9% 이었으며, 월 수입 25만원 이상 59.2%로 평균 월 수입은 31만 8천 9백원이었다. 여가활동으로 집에서 누워있거나 TV 보는 경우가 62.0%이었다.

본인이 지각한 건강상태는 나쁜편이다 38.7%, 건강한 편이다 31%이었다. 지난해 입원 경험이 없는 자가 69%이었으며, 수면상태에 만족하지 않은 자는 52.1% 이였다.

#### 2. 대상자의 신체적 기능 상태

〈표 1〉 인구사회학적 특성 및 건강상태

(N=142명)

항 목	구 分	실수(%)	항 목	구 分	실수(%)	평균±SD
성별	남	36(25.4)	결혼상태	유배우자	42(29.6)	
	여	106(74.6)		사별	100(70.4)	
종교	무	51(35.9)	연령	65~69세	20(14.0)	75.67±5.91
	기독교	44(31.0)		70~74세	46(32.4)	
	천주교	13( 9.2)		75~79세	37(26.1)	
	불교	34(23.9)		80세 이상	39(27.5)	
동거유형	가족 함께 지냄	39(27.5)	교육수준	무학	102(71.8)	
	노부부만 지냄	32(22.5)		초졸 이상	40(28.2)	
	혼자서만 지냄	71(50.0)				
의료보장 형태	의료보호	105(73.9)	월수입	25만원 미만	58(40.8)	31.89±21.28
	직장/지역보험	37(26.1)		25만원 이상	84(59.2)	(단위:만원)
여가활동	집에서 누워있기	45(31.7)	지난해	있다	44(31.0)	
	TV보기	43(30.3)	입원유무	없다	98(69.0)	
	운동	16(11.2)				
	복지관 활동	38(26.8)				
본인의 건강에대한 지각	아주 나쁜편이다	22(15.5)	수면상태	만족	68(47.9)	
	나쁜편이다	55(38.7)		아니오	74(52.1)	
	보통이다	13( 9.2)				
	건강한편이다	44(31.0)				
	아주 건강한편이다	8( 5.6)				

체력상태는 체질량지수, 근력, 하지근지구력, 유연성, 균형반응, 이동력과 동적균형 등 7개 항목을 우수군(정상군) 1점, 저하군(비만군) 0점으로 점수는 0점에서 7점이며 결과는 〈표 2〉과 같다.

체력상태는 7점 만점 중 평균 2.85점( $\pm 1.49$ )이었다. 신장은 평균 152.09cm( $\pm 8.74$ )이고, 몸무게는 56.40kg( $\pm 10.43$ )으로 Rohrer 지수는 160.80이였으며, 체질량지수가 비만인 군은 55.6%이였다. 악력 저

하군 54.2%, 의자에서 일어서기 저하군 84.5%, 눈뜨고 한발 들기 저하군 81%, 계단오르기 저하군 59.9% 이었다. 이는 저소득 재가노인들의 건강관련체력이 낮은 수준이며, 특히 하지 근지구력, 균형감, 이동력과 동적균형이 저하되어 있음을 알 수 있었다.

기본적인 일상생활 활동(ADL)의 평균 점수는 93.94점( $\pm 10.03$ )이였으며, 완전히 독립적인 일상생활 활동이 가능한 자는 35.2%이였다. 수단적 일상생활 기

〈표 2〉 노인의 신체기능 상태 중 건강관련 체력

(N=142명)

내용			평균±SD	범위
	체력 상태		2.85± 1.49	0 ~ 7
신장(cm)	정상군 실수(%)		152.09± 8.74	134.5~187.0
몸무게(kg)	비만군 실수(%)		56.40±10.43	38.2~93.1
Rohrer Index	63(44.4)	79(55.6)	160.80±29.68	100~244
악력(kg)	우수군 실수(%)	저하군 실수(%)		
의자에서 일어서기(회)	65(45.8)	77(54.2)	18.99± 7.62	3.5~45.0
윗몸앞으로굽히기(cm)	22(15.5)	120(84.5)	10.18± 4.78	3~24
눈뜨고 한발 들기(초)	65(45.8)	77(54.2)	6.08± 7.87	-10.1~45.0
6m 걷기 속도(초)	27(19.0)	115(81.0)	12.27±23.98	0.56~135.00
계단오르기(초)	107(75.4)	35(24.6)	9.48± 4.25	4.14~28.37
기본적 일상생활 활동	57(40.1)	85(59.9)	30.63±10.38	12.37~62.30
수단적 일상생활 기능			93.94±10.03	75~100
			9.48 + 2.28	3~12

〈표 3〉 대상자의 우울, 사회적지지, 삶의 질  
(N=142명)

	실수(%)	평균±SD
우울 정상군(10점 미만)	43(30.3)	11.11± 3.50
우울군(10점 이상)	99(69.7)	
사회적 지지		
배우자	40(28.1)	7.95± 3.09
자녀	112(78.8)	7.27± 3.09
형제	82(57.7)	5.04± 4.21
친구	114(80.2)	6.42± 3.48
이웃	104(73.2)	5.25± 3.50
삶의 질 범위 58 ~ 203		120.07±27.49

능(IADL)의 평균은 9.48점( $\pm 2.28$ )이었으며, 12점 만점인 자는 29.6%로 이는 이경자 등(2001)의 50.3%보다 낮았다.

### 3. 우울, 사회적지지, 삶의 질

우울, 사회적지지, 삶의 질 정도는 다음과 같다(표 3). 우울 점수의 평균은 11.11점( $\pm 3.50$ )이고, 10점 이상 우울군 69.7%, 10점 미만 정상군 30.3%였다. 사회적지지 제공자는 친구, 자녀, 이웃, 형제, 배우

〈표 4〉 인구학적 변인 및 건강상태에 따른 삶의 질 (N=142명)

특성	대상	평균+SD	F or t	p
성별	남	135.36±26.47	4.06	.000
	여	114.88±25.96		
연령	65~69세	107.25±26.61	2.32	.057
	70~74세	126.56±30.35		
	75~79세	116.40±25.16		
	80세 이상	122.48±24.56		
결혼상태	유배우자	128.33±30.67	2.57	.011
	사별	115.83±24.34		
동거유형	가족과 함께 지냄	123.02±27.53	2.04	.134
	노부부만 지냄	126.40±31.69		
	혼자서만 지냄	115.60±34.95		
종교	무	124.13±29.02	1.32	.189
	유	117.80±26.49		
	기독교	120.27±24.09		
	천주교	110.46±13.01		
교육수준	불교	117.41±32.66	-2.63	.009
	무학	116.35±24.88		
	초졸 이상	129.57±31.63		
의료보장형태	의료보호	120.28±27.77	.15	.880
	직장/지역보험	119.48±27.06		
경제상태	25만원 미만	116.22±26.75	-1.39	.166
	25만원 이상	122.73±27.84		
여가활동	무	113.86±23.07	-3.52	.001
	집에서 누워있기	108.84±19.89		
	TV보기	120.11±25.54		
	유	129.90±31.07		
	운동	125.25±17.10		
	복지관 활동 참여	126.94±35.35		
본인의 건강에 대한 지각	아주 나쁜편이다	106.13±22.79	2.98	.021
	나쁜 편이다	116.20±27.70		
	보통이다	124.07±29.56		
	건강한 편이다	125.70±25.84		
	아주 건강한편이다	134.50±32.84		
지난 해 입원여부	있다	110.86±26.87	-2.73	.007
	없다	124.21±26.89		
수면 상태	만족	129.73±28.36	4.24	.000
	아니오	111.20±23.55		

〈표 5〉. 삶의 질, 신체적 기능, 우울, 사회적 지지와의 상관관계

삶의 질	체력 상태	ADL	IADL	우울	배우자 지지	자녀 지지	형제 지지	친구 지지	이웃 지지
삶의 질	1								
체력 상태	.454**	1							
ADL	.335**	.198*	1						
IADL	.545**	.544**	.300**	1					
우울	-.651**	-.156	-.168*	-.302**	1				
배우자 지지	.264**	.264**	.093	.097	-.079	1			
자녀 지지	.158	.006	.098	.073	-.181*	.094	1		
형제 지지	.113	.166*	.142	.126	-.083	.092	.151	1	
친구 지지	.087	.038	.084	.075	-.172*	-.122	.177*	.400**	1
이웃 지지	.161	.145	.117	.073	-.190*	-.117	-.040	.063	.220**
** p < 0.01 (2-tailed)    * p < 0.05 (2-tailed)									

자 순이었고, 배우자의 지지를 받고 있는 자는 28.1%로 가장 낮았으나 지지점수는 평균 7.95점으로 가장 높았다. 삶의 질의 점수 범위는 58-203점이며 평균 점수는 120.07점( $\pm 27.49$ )이었다.

#### 4. 인구사회학적 특성 및 건강상태와 삶의 질

인구사회학적 특성 및 건강상태에 따라 삶의 질에 어떠한 차이가 있는지 검증하기 위하여 One Way Anova 혹은 t-test을 실시한 결과는 〈표 4〉과 같다.

인구사회학적 특성 중 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 변수는 성별, 결혼상태, 교육 수준, 여가활동 이였다. 즉 남자가 여자보다, 결혼상태에서 배우자가 있는 대상자가 사별하여 배우자가 없는 대상자보다, 초등학교 이상 교육을 받은 자가 교육을 전혀 받지 않은 자보다, 여가활동에 있어 운동이나 복지관 활동에 참여하는 대상자가 집에서 누워있거나 TV보는 대상자보다 삶의 질이 높았다. 건강상태에서 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변인은 본인의 건강에 대한 지각, 지난해 입원 유무, 수면상태이였다. 즉 본인의 건강에 대한 지각에서 건강한 편이라고 생각할수록, 지난해 입원경험이 없으며, 수면 상태에 만족할수록 삶의 질이 유의하게 높았다.

#### 5. 삶의 질, 신체적 기능, 우울, 사회적 지지와의 상관관계

삶의 질과 신체적 기능, 우울, 사회적 지지와 상관관계는 다음과 같다(표 5).

신체적 기능 중 수단적 일상생활기능( $r=.545$ ,  $p<.01$ ), 체력상태( $r=.454$ ,  $p<.01$ ), 기본적 일상생활

활동( $r=.335$ ,  $p<.01$ )은 삶의 질에 유의한 정 상관관계를 나타내었고, 우울은 삶의 질에 유의한 역 상관관계( $r=-.651$ ,  $p<.01$ )를 나타내었다. 사회적지지 중 배우자의 지지 유무는 삶의 질에 유의한 정 상관관계( $r=.264$ ,  $p<.01$ )를 나타내었으나, 자녀, 형제, 친구, 이웃의 지지 유무에 따른 삶의 질은 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 즉 수단적 일상생활 기능, 체력상태, 기본적 일상생활 활동이 낮을수록, 우울이 심할수록, 배우자의 지지가 없을 경우 삶의 질은 낮았다.

#### 6. 삶의 질에 영향을 미치는 요인

삶의 질에 유의한 차이가 검증된 성별, 결혼상태, 교육수준, 여가활동 등 사회인구학적 요인들과 건강 상태를 나타내는 본인이 지각하는 건강상태, 지난해 입원 유무, 수면에 대한 만족, 신체적 기능인 체력상태, ADL, IADL, 우울, 그리고 사회적지지 중 배우자 지지 유무 등의 변수를 선정하여 단계별 회귀분석(stepwise regression)을 한 결과는 다음과 같다(표 6).

저소득 재가노인의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 최종모델에서 우울( $\beta=-.463$ )이었다. 그 다음으로는 IADL( $\beta=.166$ ), 수면 만족도( $\beta=.147$ ), 체력상태( $\beta=.135$ ), ADL( $\beta=.189$ ), 배우자 지지( $\beta=.127$ ), 여가활동( $\beta=.112$ )의 순으로 나타났으며 이들 변수들은 삶의 질을 67.0%( $F=38.820$ ,  $p<.001$ ) 설명해 주고 있다. 즉 우울이 낮을수록, 수단적 일상생활 기능이 높을수록, 수면 상태에 만족할수록, 체력상태가 높을수록, 기본적 일상생활활동이 독립적일수록, 배우자지지가 강화될수록, 여가활동에 참여할수록 삶의 질은 상승하는 것으로 해석된다.

성별, 결혼 상태, 교육수준, 본인이 지각하는 건강상태, 지난해 입원 유무는 삶의 질과 유의한 상관관계가 있었으나 삶의 질에는 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타난다.

〈표 6〉 삶의 질에 영향을 미친 요인의 영향력  
(N=142명)

변인6	설명력 (R <sup>2</sup> )	설명력 증가분	F	Beta <sup>a</sup>
우울	.424		102.852***	-.463***
IADL	.557	.134	87.508***	.166**
수면상태	.596	.039	67.925***	.147**
체력상태	.629	.033	58.054***	.135*
ADL	.646	.017	49.608***	.189**
배우자 지지	.659	.013	43.426***	.127*
여가활동	.670	.011	38.820***	.112*

\* p<=.05    \*\* p<=.01    \*\*\* p<=.001

<sup>a</sup>Full-model의 Beta 값임

## V. 논    의

### 1. 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울, 사회적 지지, 삶의 질

신체기능 중 체력상태에서 키 152.09cm, 몸무게 56.40kg으로 체 질량지수(Rohrer 지수)는 평균 160.80으로 나타났다. 이선영 등(2001)이 양로원 노인 163명을 대상으로 신장, 체중, 체 질량지수 측정시 남자의 경우 평균 신장 159.8cm, 체중 54.3kg으로 Rohrer 지수는 133.06이었으며, 여자의 경우 평균 신장 144.0cm, 체중 47.0kg으로 Rohrer 지수는 157.42였다. 본 연구의 대상자 대부분이 여성으로 이선영 등(2000)의 연구와 비슷하게 Rohrer 지수가 148 이상으로 비만으로 나타났다.

윗몸앞으로 굽히기는 평균 6.08cm으로 조성봉(1995)이 60대 남자를 대상으로 한 6.13cm와 비슷하였다. 대상자의 평균 연령은 75.67세로 악력은 18.99kg이다. 이는 이현준(1990)이 제시한 70-79세 노인의 평균 악력 26.0kg보다 낮게 나타났다. 하지 근지구력 측정인 의자에서 앉았다 일어서기는 평균 10.18회로 임종호와 이진오(2001)가 제시한 75-79세 노인 평균 18.8회에 비해 매우 낮게 나타났다. 눈뜨고 외발서기는 평균 12.27초이며 저하군이 81%로 가장 많았다. ADL은 75~100점 범위로 평균 93.94점었으나, 한 개이상의 도움이 필요로 하는 대상자가 64.8%로 한

국보건사회연구원(1998)의 실태조사 결과에서 ADL중 최소한 한가지 이상 어려움을 가지고 있는 노인의 비율인 31.9%보다는 훨씬 많았다. IADL은 평균 9.48점으로 이경자 등(2001)이 1,779명의 지역사회 노인을 대상으로 측정한 9.90점보다 낮았다.

본 연구는 저소득 재가 노인으로 일반 노인들보다 신체적 기능 상태가 저하되어 있으며, 특히 하지 근지구력, 균형감이 저하되어 있음을 알 수 있다. 그러므로 저소득 재가노인의 신체기능을 유지, 증진 할 수 있도록 돕는 간호서비스의 적절한 제공이 요구된다.

기백석(1996)의 GDSSF-K를 이용해 측정한 결과 우울증은 99명으로 전체 대상자의 69.7%를 차지하였다. 이는 김미혜 등(2001)이 재가노인을 대상으로 조사하였을 때 50%를 나타낸 것보다 높게 나타났다. 대상자의 절반 이상이 우울 증세를 가지고 있다는 점은 저소득 재가 노인의 정신건강이 얼마나 심각한지를 말해주고 있다.

사회적지지 점수는 배우자, 자녀, 친구, 이웃, 형제 순으로 가족의 지지가 높게 나타났다. 황미영(1999)의 도시 저소득층 노인의 비공식 지지망 연구의 사회적 지지가 배우자, 자녀로부터 압도적으로 제공되었던 연구 결과와 가족지지는 적용하도록 일생을 통해 계속되는 사회적지지 체계로서의 중요성을 갖고 나이가 들수록 사회적 지지의 대부분이 가족으로부터 나온다고 한 Cobb (1976)의 주장과 일치하였다. 그러나 본 연구의 대상자가 노인으로 대부분이 배우자가 없는 상태(70.4%)이며, 독거노인(50.0%)으로 어떠한 지지나 원조를 제공 받기 어려운 가장 취약한 층(Wenger, 1994)임을 알 수 있다. 그러므로 저소득 독거 노인의 사회적 지지 제공을 위한 간호중재가 요구된다.

대상자의 삶의 질 점수는 220점 만점 중 평균 120.07점으로 나타났다. 이는 노유자, 김춘길(1995)이 재가노인을 대상으로 한 연구결과인 삶의 질 점수 149.6점, 채수원, 오경옥(1992)의 재가노인 131.56점, 양로원 노인 121.44점보다 낮은 삶의 질 점수를 나타내었다. 이는 일반 재가노인이나 시설노인에 비해 저소득 재가노인의 삶의 질이 낮음을 보여주고 있다.

### 2. 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적지지가 삶의 질에 미치는 영향

본 연구에서 성별, 결혼상태, 교육수준, 여가활동은 삶의 질에 유의한 차이를 나타내었으나, 연령, 동거유

형, 종교, 의료보장형태, 경제상태에 따른 삶의 질 차이는 유의하지 않았다.

성별, 결혼 상태, 교육수준, 여가활동에 따른 삶의 질 차이는 기존의 연구 결과와 일치하였다(김태현 등, 1999). 그러나 본 조사에서는 기존 연구결과와 달리 연령, 월 가구수입(송예현, 2001)에 따른 삶의 질 차이가 유의하지 않았다. 이는 이광옥(1998)의 연구에서 다른 인구사회학적 변수들을 통제했을 때 교육수준만이 유의한 차이를 보여주었던 결과에 비추어 볼 때, 본 조사 대상자의 연령이 대부분 75세 이상이며, 저소득층에 한정되었기 때문에 나타난 특성이라고 볼 수 있다. 저소득 재가노인의 삶의 질 관련 요인에서 본인의 건강에 대한 지각과 삶의 질간의 상관관계는 유의한 정상관관계 ( $r=.275$ ,  $p<.01$ )가 있는 것으로 나타났다. 즉, 대상자의 건강상태 지각이 좋을수록 삶의 질을 높게 지각하였는데, 이는 김정아와 김금아(1997)의 삶의 질이 주관적 건강상태에 따라 유의한 차이 나타난 연구 결과와 일치한다.

체력상태와 삶의 질은 유의한 정상관관계( $r=.454$ ,  $p<.01$ )로 체력상태가 좋을수록 삶의 질이 높았다. 이는 노유자와 김춘길(1995)의 연구에서 재가노인과 시설노인의 체력이 삶의 질과 유의한 정상관관계를 나타낸 것과 일치하였다. 김여옥(1999)의 연구에서는 체력에 따라 삶의 질은 유의한 차이가 없었으나, 체력이 증진될수록 삶의 질 점수는 증가하였다. 이와 같은 결과는 체력이 유지되면 신체적 불편감을 최소화하고 만족감을 더하여 삶의 질이 증진될 수 있다는 것을 의미한다.

ADL, IADL은 삶의 질과 유의한 정상관관계 ( $r=.335$ ,  $p<.01$ ,  $r=.545$ ,  $p<.01$ )가 있는 것으로 나타났다. 즉 대상자의 일상생활수행이 가능할수록 삶의 질이 높았다. 이는 노유자, 김춘길(1995)의 연구결과 일상생활기능상태가 높을수록 삶의 질 정도가 높았다는 보고와 일치하였다.

우울 정도와 삶의 질은 유의한 역상관관계( $r=-.651$ ,  $p<.01$ )가 있는 것으로 나타나 대상자가 우울할수록 삶의 질이 저하되었다. 김태현 등(1999)의 연구와 일치하였으며, 이는 우울이 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 시사하는 것으로 저소득 재가노인의 우울을 감소시킬 수 있는 간호중재의 필요성이 제기된다.

사회적 지지 중 배우자의지지 유무에 따라 삶의 질은 유의한 차이가 있었으며, 삶의 질과 유의한 정상관관계 ( $r=.264$ ,  $p<.01$ )를 나타내었다.

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기

위해 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과 우울이 가장 큰 영향 요인으로 나타나 삶의 질의 분산의 42.4%를 설명하였으며, IADL, 수면상태, 체력상태, ADL, 배우자지지, 여가활동 등의 순으로 이들 요인을 모두 포함시키면 삶의 질의 분산의 67.0%의 설명력을 나타내었다.

이상과 같은 연구결과를 볼 때 저소득 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 우울, 수단적 일상생활 기능, 수면상태, 체력상태, 기본적 일상생활 활동, 배우자지지, 여가활동으로 확인되었으며, 우울 정도가 낮고, 신체적 기능이 높을수록 수면상태에 만족할수록, 배우자지지 정도가 높을수록, 여가활동에 참여할수록 삶의 질이 높았다. 또한 저소득 재가노인에게 우울을 예방하고, 감소시킬 수 있는 구체적이고도 객관적인 방안을 모색하여 저소득 재가노인의 삶의 질을 높여 줄 수 있는 간호중재를 고안하도록 노력해야 할 것이다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 저소득 재가노인을 대상으로 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 규명하여 저소득 재가노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 개발의 기초자료를 마련하기 위해 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상은 원주시에 거주하는 65세 이상의 저소득 재가 노인으로 M복지관을 이용하는 대상자 중 145명을 임의표집 하였으나 최종 분석은 142명이 포함되었다. 자료수집기간은 2002년 10월 1일부터 2002년 11월 15일까지였다. 연구 도구는 ADL, IADL, 기백석의 우울 척도, 장숙아의 사회적지지, 노유자의 삶의 질 측정 도구로 측정되었다.

자료의 분석은 SPSS/PC+ 통계프로그램을 이용하였으며 기술적 통계, t-test, ANOVA, Pearson coefficient correlation, Stepwise multiple regression의 통계방법을 이용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 신체적 기능 중 체력상태는 7점 만점 중 평균 2.85 점이었다. ADL의 범위는 75점에서 100점으로 평균 93.94점( $\pm10.03$ )이었고, 완전히 독립적인 일상생활 활동이 가능한 자는 35.2%이었다. IADL의 범위는 3점에서 12점으로 평균 9.48점( $\pm2.28$ )이

- 며, 12점 만점인 자는 29.6%이었다.
- 2) 우울 점수는 평균 11.11점( $\pm 3.50$ )으로 우울 상태인 10점 이상인 자는 69.7%을 차지하였다.
  - 3) 사회적지지 중 배우자의 지지를 받고 있는 자는 28.1%로 지지 점수는 평균 7.95점( $\pm 3.09$ )이며, 친구, 자녀, 이웃, 형제 순으로 지지를 제공받고 있었다.
  - 4) 삶의 질 점수는 최저 58점에서 최고 203점으로 평균 120.07점( $\pm 27.49$ )이었다.
  - 5) 연구 대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태에 따른 삶의 질 점수는 성별, 결혼상태, 교육수준, 여가활동, 본인의 건강에 대한 지각, 지난해 입원 유무, 수면 상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
  - 6) 삶의 질과 우울은 유의한 역상관관계가 있었고, IADL, 체력상태, 수면상태, ADL, 배우자 지지유무 간에 유의한 정상관관계가 있는 것으로 나타났다.
  - 7) 삶의 질에 영향을 미치는 정도는 우울, IADL, 수면상태, 체력상태, ADL, 배우자지지, 여가활동의 순서였으며 이들 요인이 모두 합하여 삶의 질의 분산의 67.0%를 설명하였다.

이상의 결과로 여성, 배우자가 없는 대상자, 교육을 받지 않은 자, 건강상태가 나쁘다고 지각한 자, 지난해 입원을 경험한 대상자는 삶의 질이 낮게 나타났으므로 간호 제공시 위와 같은 요인을 파악하고 이들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재를 제공해야 한다.

삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 우울, 수단적 일상생활 기능, 수면상태, 체력상태, 기본적 일상생활 활동, 배우자지지, 여가활동으로 확인되었다. 따라서 저소득 재가노인의 우울을 감소시킴으로 삶의 질을 높일 수 있는 정서적 간호중재 프로그램이 필요하다고 사료되며 신체적 기능, 수면상태, 배우자지지, 여가활동도 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 노인 대상자 사정 시 포함시켜야 할 중요한 요인으로 사료된다.

## 2. 제언

본 연구결과와 논의를 바탕으로 다음을 제언하고자 한다.

- 1) 저소득 재가노인, 일반노인, 시설노인의 삶의 질 특성을 파악하고, 비교하는 연구가 이루어져야 한다.
- 2) 저소득 노인의 신체적 기능, 우울, 사회적지지 및 삶의 질을 높일 수 있는 간호중재에 관한 후속연구가

이루어져야 한다.

- 3) 저소득 재가노인의 삶의 질에 가장 유의한 관련 요인으로 우울이 밝혀졌으므로 우울 예방 및 우울 간호 중재를 위한 구체적인 전략 개발이 요구된다.

## 참 고 문 헌

- 기백석 (1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. 신경정신의학, 35(2), 298-307.
- 국민건강보험공단 (2001). 건강보험 주요 통계 지표.
- 권선숙, 정연강, 권혜진 (2002). 영세노인과 일반노인의 우울정도에 관한 비교연구. 지역사회간호학회지, 13(1), 30-38.
- 김미혜, 이금룡, 정순둘, 이영진 (2001). 재가노인의 우울증 예방을 위한 정신건강 생활실천 프로그램 개발 연구. 보건복지부.
- 김여옥 (1999). 스트레칭운동이 양로원노인의 체력, 일상활동능력 및 삶의 질에 미치는 효과. 정신간호학회지, 8(1), 108-120.
- 김창규, 배윤정, 이운용 (2000). 한국 노인의 체력요인 별 평가 기준치 연구. 한국체육학회지, 39(4), 453-466.
- 김태현, 김동배, 김미혜, 이영진, 김예순 (1999). 노년기 삶의 질 향상에 관한 연구. 한국 노년학회, 19(1), 61-81.
- 김현수, 곽정구, 김종택 (1996). 남성 고령자의 건강체력 측정 항목 선정 및 기준치 작성. 한국체육과학연구원.
- 김현숙(2000). 저장도의 점진적 근력 운동이 노인의 활동과 기능 수행에 미치는 효과. 가톨릭대학교대학원 박사학위논문.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교대학원박사학위논문.
- 노유자, 김춘길 (1995). 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(2), 259-278.
- 문명자 (2001). 재가노인의 일상생활기능과 삶의 질에 관한 연구. 재활간호학회지, 4(1), 46-57.
- 박경수, 서용길, 남해성, 손석준, 이정애 (1998). 일도시 시설노인들과 지역노인들의 건강관련 삶의 질 비교. 예방의학회지, 31(2), 293-309.
- 박현주 (1999). 입원한 노인 환자의 사회적지지, 무력감, 삶의 질과의 관계. 경북대 대학원 석사학위논문.

- 심미경 (1997). 장애아 어머니의 자아존중감, 대처유형, 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(3), 673-682.
- 송남호, 김선미 (2000). 영세 노인들의 자기효능·사회적 지지·우울간에 관계 분석. 지역사회간호학회지, 11(1), 158-171.
- 송예현 (2001). 노인이 인지하는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도와의 관계 연구. 정신간호학회지, 10(4), 473-483.
- 이경자, 윤종률, 고일선, 이태화, 주영수, 배상수, 오진주, 권순호(2001). 노인의 질병예방 및 건강증진행위 실천을 위한 예측모형 구축. 보건복지부연구보고서.
- 이광옥 (1998). 재가노인의 일상생활기능상태, 삶의 질 및 가정간호요구도에 관한 연구. 간호과학, 10(2), 73-82.
- 이영석 (1996). 일부 농촌지역 재택노인들의 일상생활 활동 및 우울정도. 경북대학교대학원 석사학위논문.
- 이선영, 김성원, 선우성, 조홍준(2001). 일개 양로원 노인들의 건강상태. 노인병, 5(3), 240-249.
- 이현준 (1990). 장·노년의 체격과 체력 및 호흡순환기능에 관한 연구. 한국체육학회지, 29(2), 35-41.
- 임미영, 하나선 (2002). 한국 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용형태와 그 영향요인에 관한 연구. 지역사회간호학회지, 13(2), 272-279.
- 임종호, 이진오 (2001). 노년기 노화에 따른 신체조성의 변화와 근력 및 근지구력의 관계. 한국노년학, 21(2), 15-24.
- 양승희, 김신미, 김순이 (2001). 노인의 가정 간호요구에 관한 연구. 한국 노년학, 21(1), 31-46.
- 윤숙례, 최혜정 (2002). 레크리에이션 댄스가 저소득층 여성노인의 우울과 생활만족도에 미치는 효과. 한국보건간호학회지, 16(1), 135-147.
- 장숙아 (1997). 사회적 지지가 시설노인의 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 전신아(1992). E-양로원 노인의 건강상태, 무력감, 생활만족도 조사. 부산대 석사학위논문.
- 조성봉 (1995). 규칙적인 운동수행이 노인의 체력 변화에 미치는 영향. 한국체육학회지, 34(2), 277-285.
- 채수원, 오경옥 (1992). 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 22(4), 552-568.
- 최현, 김한중, 진기남, 주경식, 이규식, 손명세 (1998). 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향. 보건행정 정학회지, 8(2), 149-165.
- 통계청 (2001). 장래추계인구.
- 한국보건사회연구원 (1998). 전국노인생활시태 및 복지 요구조사.
- 황미영 (1999). 도시 저소득층 노인의 비공식 지지망 기능에 관한 연구. 한국노년학, 19(2), 27-46.
- 황선기, 김귀분 (2002). 여성노인의 우울·자존감 및 삶의 질에 대한 상관관계 연구. 대한간호학회 과학 의날 기념 춘계학술대회, 91-92
- Avil, N. E., Smith, K. W., & Hambleton, R. K. (1996). Development of the multidimensional index of life quality: A quality of life measure for cardiovascular disease. Medical Care, 34(11), 1102-1118.
- Barthel, D. W., & Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 62.
- Brill P. A., Probst J. C., Greenhouse D. L., Schell, B., & Macera C. A. (1998). Clinical feasibility of a free-weight strength-training program for older adults. Journal of American Board Family Practice, 11(6), 445-451.
- Brochelet, M., & Steinhagen-Thiessen, E. (1992). Physical performance and sensory functions as determinants of independence in activities of daily living in the old and very old. Annales Academie Medicare Statinensis, 673, 350-361.
- Burckhardt, C. S. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. Research in Nursing & Health, 12(3), 347-354.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.
- Inkeles, A. (1993). Industrialization, modernization and the quality of life. International Journal of Comparative Sociology, 34(1), 1-23.
- Latwon, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9(2), 179-185.
- Magilvy, J. K. (1985). Quality of life in

- hearing-impaired older women. Nursing Research, 34(3), 140-144.
- Roos, N., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging. American Journal of Public Health, 81(1), 63-68.
- Schank, M. J., & Lough, M. A. (1997). Maintaining health and independence of elderly women. Journal of Gerontological Nursing, 15(6), 8-11.
- 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 of life. New York: Springer publishing Co.
- Wenger, E. M. (1994). Understanding support network and community care: Network assessment for elderly people (3rd ed.). England: Averbury.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., & Lum, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 12(1), 63-70.

- Abstract -

Key words : Physical fitness, Depression, social support, Quality of life

Effect of physical ability, depression and social support on quality of life in low income elders living at home

Yim, Eun Shil\* · Lee, Kyung Ja\*\*

In this descriptive correlation study, the focus was on the effects of physical ability, depression and social support on quality of life. The participants were 142 people, 65 years of age or over with low incomes. Convenience sampling was used. Data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression using the SPSS PC+ program.

Quality of life scores identified statistical significant differences for gender, education, marriage status, leisure activity, perceived health status, hospitalization in the past year and sleep status.

Quality of life scores correlated negatively with depression scores and positively with IADL, physical fitness, ADL and spouse support.

Variables significantly influencing quality of life were depression, IADL, sleep status, physical fitness, ADL, spouse support, and leisure activity. These variables explained 67.7% of the variance in quality of life

In conclusion, factors identified as affecting quality of life were depression, IADL, sleep status, physical fitness, ADL, spouse support, and leisure activity. Nursing intervention programs developed to reduce depression in elders should include physical fitness, ADL, spouse support, and leisure activity. These factors must be assessed when planning nursing interventions to reduce depression and improve quality of life in elders at home.

---

\* National Cancer Center  
\*\* Yonsei University College of Nursing