

# 一部地域 老人들의 主觀的 健康水準에 영향을 미치는 IADL에 관한 研究

김천대학 물리치료과, 가톨릭대학교 대전성모병원 물리치료실\*, 방지거병원 물리치료실

김근조 · 박흥기 · 권혁수\* · 배수찬\*\*

## A Study on the IADL Affecting Subjective Health Index of the Aged in Some Area

Department of Physical Therapy, Kimcheon College

Department of Physical Therapy, D.J. ST. Mary's Hospital Catholic University\*

Department of Physical Therapy, Saint Francisco General Hospital\*\*

KIM Keun-Jo, PT, Ph · D · Park Heung-ki, PT, Ph · D · Kwon Hyeok-Su, PT, MPH · Bae Soo-Chan, PT, MA

### ABSTRACT

This research have been made to define how the IADL (Instrumental Activity of Daily Living) performance and the subjective health index of the Aged are affected by their residential circumstance, gender and age, and how deeply these two factors are related and interact.

For the period of June 1 to July 31, 2000, we had conducted a questionnaire and direct interview with 693 persons over age sixty-five (65) in Daejeon and in other adjacent area, grouping into three different residential types The Aged living at home, The Aged living at welfare facilities and The Aged living alone, and studied on how the IADL performance and the subjective health index of the Aged are influenced and interact as per their characteristics, daily activity and mentality.

We had analyzed all the data obtained through this research by the method of :

- analysis of frequency as per specific factors by SPSS 10.0/PC+,
- $\chi^2$  test,
- $t$  -test,
- ANOVA,
- multiple regression analysis by factors.

The research concludes followings :

- a. It appears that the three (3) factors such as gender, age and residential circumstance of the Aged deeply affect the IADL performance and subjective health index of the Aged. ( $p < 0.01$ )
- b. With regard to IADL performance of the Aged by the gender, it was analyzed that the female-Aged gains 23.8 point on average, which shows the performance of the female-Aged is less independent. ( $p < 0.01$ ). In addition, it was also found that the IADL performance is becoming less and less independent following their age increasing.  
In analyzing IADL performance by the residential type, it appears that the Aged living at welfare facilities gains the lowest 21.5 points and is least independent.  
It was also found that the Aged living at welfare facilities need some assistances from others for their performing IADL. (20-24 point) ( $p < 0.001$ )
- c. With regard to the subjective health index of the all-Aged participated in this research, the analysis indicates 8.8 point and this is considered as a point of general standard (7-10 point).  
In analyzing this index by the gender, the female-Aged gains only 8.6 point which explains a lot of female-Aged consider they are not really healthy. ( $p < 0.001$ )  
In analyzing this index by the residential type, the Aged living at welfare facilities and the Aged living alone gain the comparatively lower point, - respectively 8.4 point for the Aged living at welfare facilities and 8.8 point for the Aged living alone.  
The Aged living at these two residential types express they are obviously in a bad situation of health. ( $p < 0.001$ )
- d. With regard to the factors affecting the IADL performance and the subjective health index of the Aged, it was analyzed that the IADL performance can largely be affected by the factors such as depression, frequency of going-out and age rising, and that the subject health index can also deeply be affected by depression, pain and by how much they are satisfied with their current living conditions.
- e. It was analyzed that the interacting between the IADL performance and the subjective health

index is not that strong but even weak.

As a result, we were able to conclude that the IADL performance is less independent in case of the female-Aged, the Aged living at welfare facilities, and following the age rising.

As for the subjective health state the Aged themselves are aware of, we concluded that the female-Aged, the Aged living at welfare facilities and the Aged living alone, are more critical about their health.

From this research, we were able to realize that, when the OMT (Orthopedic Manual Therapy) needed, the physical therapists are really required to have a correct and cautious understanding of the situation in which the aged persons are, and take care of them with more concerns and more improved treatment.

*Key Words : IADL, Aged, Health*

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

늙는다는 것은 인간이면 누구나 당면하는 자연의 법칙이며 이와 같이 누구나 맞게되는 노년기를 우리는 시대와 사회의 환경에 따라 다르게 인식하였다. 과거 농경사회의 대가족제도에서는 오랜 경험을 바탕으로 한 노인의 사고와 행동이 중요시되어 노인에 대한 존경심과 보살핌이 극진하였으나, 현대사회에서는 사회적인 공업화, 도시화 그리고 핵가족화가 빠르게 진행되어 노인에 대한 배려와 보살핌이 과거에 비해 부족하게 되었다. 반면에 현대의학의 발달과 환경의 개선으로 인간의 수명이 연장되어 노인의 수가 증가되는 사회구조로 나타나게 되었다.

1951년 미국에서 개최된 제2회 국제노년학회(International Conference of Gerontology)에서는 노인을 인간의 노화과정에서 나타나는 생리적, 심리적, 육체적, 정신적, 환경적 행동의 변화가 상호 작용되는 복합형태의 과정에 있는 사람이라고 하였으며, 또

한 노화의 개념을 생리적 및 생물학적 면에서 노화에 있는 사람, 심리적인 면에서는 정신기능과 성격이 변화되어지는 사람, 사회적인 면에서는 지위와 역할이 상실되어진 사람으로 보고 있다. 그러므로 일반적으로 노인이란 신체적, 정신적, 문화적 및 사회적인 여러 측면에서 변화의 과정에 있는 사람으로써 정상적인 인간생활의 기능이 저하되어 가고 있는 사람이라고 할 수 있다.

국제연합(UN)은 한 나라의 인구 중에서 65세 이상의 노인인구의 비율이 7% 이상인 나라를 노년 인구국이라 정의하였고, 일반적으로 이 같은 사회를 고령화 사회라고도 한다. 또한 65세 이상의 고령인구가 20%를 넘게 되면 초고령 사회라고 칭하게 되며 이것은 제 2의 인구혁명일 것이며, 2020년경에는 세계가 노령화 사회가 되어 전체 인구 4명중 1명이 노인이 될 것이라고 많은 전문가들이 경고하고 있다(조유향, 1995).

우리 나라의 경우 경제개발의 성공과 의학 및 의료 발달로 1980년도 총인구는 3700여만 명으로 연

평균 인구성장률은 1.57이며 65세 이상 노인인구는 140여만 명 이었고, 1990년도 총인구는 4300여만 명으로 연평균 인구성장률은 0.99이고 65세 이상 노인인구는 210여만 명으로 증가되었다. 1999년 현재는 총인구 4600여만 명, 연평균 인구성장률은 0.92로써 65세 이상 노인 인구는 320여만 명으로 증가되었다(통계청 1999). 이 같은 결과는 연 평균 인구성장률은 감소하는 반면에 같은 기간의 65세 이상의 노인의 인구는 점차 증가되어짐을 주목하여야 한다. 한편 평균수명은 1970년 63.4세에서 1990년 71.3세 그리고 2000년대는 74.3세로 수명이 연장 될 것으로 추정하고, 또한 통계청 한국 사회지표에 의하면 국민의 연령이 1980년 26.1세에서 1990년 29.5세, 1999년 32.6세로 점차 높아지며, 노령화 지수는 1980년 11.2에서 1990년 20.0 그리고 1999년 31.4로 증가되었고 2010년에는 49.9로 예상하며, 이에 따른 노년의 부양비도 1980년 6.1에서 1990년 7.4 그리고 1999년 9.6으로 증가되었고 2010년 14.2로 증가 될 것으로 예상하고 있다(통계청, 1999).

인간의 노년기까지 노화과정은 태어나면서부터 예정되어진 자연적인 과정이다. 그러나 이 같은 노화과정 동안에 우리인간은 많은 변화와 문제를 일으키게 된다. 그 중 특히 건강상의 문제를 일으키게 되는데, 노인들에게 있어 변화는 신체구조의 변화, 신체기능의 변화, 사회·심리적 변화 등으로 크게 나눌 수 있다(박용익 등, 1997). 이 같은 신체구조의 변화로써 외견상의 노화는 세포의 위축과 변성 또는 조직 회복력의 감소가 연령의 증가에 따라 나타나며, 신체기능의 변화에서는 근골격계의 퇴화로 인한 운동의 제한이 심각하게 나타나고 있으며, 사회·심리적 변화에서는 위와 같은 신체적 약화가 불안, 우울, 고통으로 연결되어 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다. 따라서, 연령증가에 따른 건강의

쇠퇴는 노인 개인 뿐 만 아니라 국가적인 차원에서 의료비 및 복지비의 증가, 가족부양의 한계 등이 야기되는 심각한 문제이다.

노인들의 건강문제는 대부분의 경우 2-3종의 질환이 복합적인 것이 특징이다. 노인의 94%가 근골격계의 문제를 가지고 있으며, 특히 농촌지역 노인들이 가장 많이 앓고 있는 질환의 종류는 근골격계 질환이라고 하였다(오장균, 1991). 많은 근골격계 질환에서 동통을 수반하는 관절통, 요통 등이 56.6%, 31.2%로 대부분을 차지하고 있다(서미경, 1995). 이 같은 동통은 노화와 밀접한 연관성이 있으며 결국 만성적인 동통은 정상적인 기능과 일상생활을 방해하게 된다고 보고하였다(Roy and Thomas, 1986).

노인은 노화가 진행됨에 따라 생존에 필요한 기능과 활동력이 약해져 누군가로부터 도움을 받아야 한다. 특히 생존에 기본이 되는 활동의 영역은 일상생활 능력(Activity of Daily Living: ADL)으로써 이는 개인이 독립적이며, 의미 있는 생활을 유지하기 위하여 필요한 기능을 의미하며 식사, 목욕, 이동과 같은 신체적 일상생활 능력(Physical Activity of Daily Living: PADL), 전화, 쇼핑, 가사, 여가활동 등과 같은 수단적 일상생활 능력(Instrumental Activity of Daily Living: IADI), 및 기능적 일상생활 능력(Functional Activity of Daily Living: FADL)으로 구분 할 수 있으며, 노인의 신체기능 상태를 객관적으로 측정하는 방법으로는 일상생활 능력(Activity of Daily Living)을 측정하여 평가하는 방법이 있다(Ian and Claire, 1987). 그러므로 수단적인 일상생활 능력(IADI)은 사회생활을 영위하는데 필수적으로 요구되는 활동능력으로써 연령이 높아짐에 따라 IADI의 지수가 낮아지며 또한 노인의 건강상태, 지병상태 및 몸의 부자유 정도가 심해짐에 따라 현저히 저하되는 것이다(김희자, 홍여신, 1995).

이 연구의 목적은 65세 이상의 노인들을 대상으

로 위와 같은 IADL이 노인의 주관적인 건강 지수 상태에 영향을 미침을 규명하고, 또한 노인의 여러 상황에 따른 주관적 건강 지수 상태를 파악하여 노인의 정형물리치료학적 치료시 기본적인 자료로써 활용하기 위해 실시하였다.

## 2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 65세 이상의 노인들을 대상으로 수단적 일상생활(IADL)정도가 노인의 주관적 건강 수준에 미치는 영향의 정도를 밝히는데 있다.

이 연구의 구체적인 목적으로는 먼저 노인들의 일반적 특성, 일상생활 특성, 심리적 특성을 조사하며, 노인들의 IADL 정도와 주관적 건강 지수 각각에 대한 일반적 특성, 일상생활 특성, 심리적 특성과의 관련성을 조사하는데 있다. 그리고 노인들의 성별, 연령별, 그리고 거주상태별에 따라 IADL 정도와 주관적 건강 지수의 평균차이를 각각 밝히고, 노인들의 IADL 정도와 주관적 건강 지수 상호간의 관련성을 규명하려고 한다. 마지막으로, 노인들의 주관적 건강 지수와 IADL 정도에 관련되는 요인들을 밝히는데 목적을 둔다.

## 연구방법

### 1. 연구대상

이 연구의 조사대상 지역은 중부권의 대전광역시로 하였다. 대전광역시는 5개 행정구(區)로 나누어져 있으며, 65세 이상 노인인구 수는 62,100명으로 각 구별로는 동구 15,600명, 중구 15,800명, 서구 19,600명, 유성구 7,200명, 대덕구 3,900명으로 분포되어 있다(대전광역시, 1999). 이 조사에서는 대전광역시 총 노인인구수의 약 1/100에 해당하는 700명을 각 구의 노인인구수 대비로 비례추출법에 의해 추출하여 조사대상으로 하였다. 자료수집 결과 기록이 미비하였거나 불성실한 응답 등으로 통계처리가 어려운 자료를 제외한 693명(동구153명, 중구 133명, 서구 205명, 유성구 44명 및 대덕구 42명)의 자료를 분석대상으로 하였다(표 1).

### 2. 연구방법

이 조사는 2000년 6월 1일부터 7월 31일까지 2개월 동안에 미리 작성한 도구화된 설문지를 사전에 충분히 훈련된 조사요원을 통하여 개별면접조사를 실시하였다. 면접조사는 각 구의 구청 및 동사무소 노인복지 관계자의 도움을 받아 조사대상 노인을 자택거주 노인, 시설거주 노인 및 독거노인으로 구분하여 자택거주노인은 자택 및 노인 복지시설을

표 1. 조사대상 노인의 분포

명(%)

	동구	서구	중구	유성구	대덕구	기타#	합 계
연 령							
65-69세	20(13.1)	30(19.7)	34(22.4)	11(7.2)	19(12.5)	38(25.0)	152(100.0)
70-74세	56(25.8)	60(27.6)	36(16.6)	20(9.2)	11( 5.1)	34(15.7)	217(100.0)
75-79세	35(20.5)	57(33.3)	40(23.4)	8(4.7)	8( 4.7)	23(13.4)	171(100.0)
80-84세	30(31.2)	32(33.3)	17(17.7)	4(4.2)	2( 2.1)	11(11.4)	96(100.0)
85세 이상	12(21.0)	26(45.6)	6(10.5)	1(1.7)	2( 3.5)	10(17.5)	57(100.0)
합 계	153(22.1)	205(29.6)	133(19.2)	44(6.3)	42(6.1)	116(16.7)	693(100.0)

# : 대전광역시 인근 교외지역

방문하여 조사하였고 시설거주노인은 수용시설인 양로원을 방문조사 하였다. 독거노인은 복지관에서 독거노인들에게 중식을 제공하는 자원봉사자의 도움을 받아 조사요원이 직접 면담조사 하였다.

조사대상 노인의 일반적 특성으로 연령, 성별, 경제적 수준, 교육수준, 종교, 배우자 유무 그리고 가족상황 등을 조사하였고, 조사대상 노인의 일상적 활동의 정도를 알아보기 위해 외출빈도, 취미활동 유무, 경로당 이용 유무, 노인학교 이용 유무 등을 조사하였다. 그리고 조사대상 노인의 심리적 특성을 알아보기 위해 과거 삶의 만족도, 현재 삶의 만족도, 고독감, 생활에 대한 자신감 등을 조사하였다.

노인의 IADL 정도를 측정하기 위하여 9개의 문항으로 구성되어진 Lawton과 Brody(1971)의 IADL 측정 도구를 이용하였다. 이 측정도구는 전화사용 능력, 여행 또는 교통수단 이용능력, 물품구입 능력, 약물 복용 능력, 세수 및 갠의 능력, 집안 가사 수행 능력, 목욕능력, 용변처리 능력 및 식사능력으로 구성되어 있다. 각 문항은 3점 척도로 이루어졌으며, 총 점수는 최소 9점에서 최대 27점까지 취득할 수 있고, 점수가 높을수록 일상생활 능력이 독립적임을 나타낸다. 본 척도의 합산 점수의 평가 구분은 9-13점 불능, 14-18점 많은 도움, 19-23점 약간 도움, 24-27점 독립적으로 구분하였다. Lawton과 Brody(1971)의 IADL은 개발 당시 내적 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.91이었고, 이 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.8014로 나타났다.

노인의 주관적 건강상태를 알아보기 위해 본 연구에서는 측정도구로 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로써 자신이 평가하는 현재의 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1문항, 일하면서 느끼는 건강상태의 문제를 평가하는 1문항, 동년배와의 건강상태를 비교한 1문항 등의 총 4 문항으로 이루어졌다. 도구의 3 문항

은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로 하여 최저 4점에서 14점의 범위에서 점수가 높을수록 주관적인 건강의 상태가 좋은 것을 의미한다. 본 척도 합산의 점수 구분은 4-6점 불량한 건강 상태, 7-11점 보통 건강상태, 12-14점 양호 건강상태로 구분하였다

Health Self Rating Scale의 내적 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.7546이었고, 이 연구에서는 0.6665이었다.

### 3. 자료의 통계처리 및 분석

수집된 자료를 부호화 한 후 SPSS(Statistical Package for Social Sciences) win(ver. 10.0)을 이용하여 통계 처리 하였다.

자료의 분석은 각 변수별 실수에 의한 백분율의 차이는  $\chi^2$ -test를 실시하였고, 일반적 특성별 IADL 정도와 주관적 건강 지수간의 평균점수 차이는 t-test 및 분산분석(ANOVA)을 실시하였다. IADL 정도와 주관적 건강지수의 두가지 요인들 간의 관련성은 단순상관관계(simple correlation)를 보았으며, IADL 정도의 각 문항에 대해서는 요인분석(factor analysis)을 실시하였다. 또한 IADL 정도와 주관적 건강 지수를 종속변수로 하여 이들 각 변수에 영향을 주는 요인들을 알아보기 위하여 다중회귀분석(multiple regressoin analysis)을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 조사대상 노인의 특성

#### 1.1 조사대상 노인의 일반적 특성

전체 조사대상 노인 693명의 일반적 특성을 보면 <표 2>와 같다.

성별로는 남자 노인 298명(43.0%), 여자노인 395명(57.0%)으로 여자노인이 남자노인보다 많았으며,

표 2. 조사대상 노인의 일반적 특성 분포

명(%)

	남자노인	여자노인	합계
<b>연령(세)</b>			
65 - 69	65(21.8)	87(22.0)	152(21.9)
70 - 74	86(28.8)	31(33.2)	217(31.3)
75 - 79	75(25.2)	96(24.3)	171(24.7)
80 - 84	43(14.4)	53(13.4)	96(13.9)
85이상	29( 9.7)	28( 7.1)	57( 8.2)
<b>거주상태</b>			
자택노인	245(82.2)	212(53.7)	457(65.9)
시설노인	19( 6.4)	49(12.4)	68( 9.8)
독거노인	34(11.4)	134(33.9)	168(24.2)
<b>교육정도</b>			
무 학	58(19.5)	217(54.9)	275(39.7)
서 당	18( 6.0)	12( 3.0)	30( 4.3)
초 등	96(32.2)	109(27.6)	205(29.6)
중 등	60(20.1)	36( 9.1)	96(13.9)
고등이상	66(22.1)	21( 5.3)	87(12.6)
<b>종교</b>			
무 교	130(43.6)	87(22.0)	217(31.3)
불 교	60(20.1)	120(30.4)	180(26.0)
기 독 교	81(27.2)	130(32.9)	211(30.4)
카 톨 릭	27( 9.1)	58(14.7)	85(12.3)
<b>배우자</b>			
유	177(59.4)	92(23.3)	269(38.8)
무	121(40.6)	303(76.7)	424(61.2)
<b>경제상태</b>			
상	10( 3.3)	19( 4.8)	29( 4.2)
중	34(78.5)	239(60.5)	473(68.2)
하	54(18.1)	137(34.7)	191(27.6)
<b>합 계</b>	298(100.0) ( 43.0)	395(100.0) ( 57.0)	693(100.0) (100.)

연령별로는 65세에서 74세까지는 여자노인이 남자노인보다 많았으나 75세 이상에서는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 거주상태별로는 자택노인의 경우 남자노인이 여자노인보다 높았으나, 시설 및 독거노인의 경우는 여자노인이 남자노인 보다 많았다.

교육정도별로는 무학의 경우 여자노인이 남자노인보다 높았으나, 초등학교, 중학교 및 고등학교 학력의 경우 남자노인이 여자노인보다 많았다. 종교별로는 종교가 없는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 종교가 있는 경우 여자노인이 남자노인보다

많았다. 배우자 유무별로는 배우자가 있는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으며, 배우자가 없는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 경제상태별로는 경제상태가 보통이라고 응답한 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 경제상태가 어렵다고 응답한 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

### 1.2 조사대상 노인의 일상활동의 특성

조사대상 노인의 성별에 따른 일상활동의 특성을 보면 <표 3>과 같다.

외출빈도에서는 매일 외출하는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 주 1~4회 및 외출하지 않는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 취미활동 여부별로는 취미활동이 있는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았으나 없는 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 경로당 이용여부 및 노인학교 이용 여부 별로는 이용하는 경우 여자노인이 남자노인보

다 많았으나, 이용하지 않는 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다.

### 1.3 조사대상 노인의 심리적 특성

조사대상 노인들의 심리적 특성으로 과거 삶에 대한 만족도, 현재 생활의 만족도, 고독감, 생활의 자신감, 친한 친구 및 이성 친구 유무 등을 성별에 따라 보면 <표 4>와 같다. 과거 삶에 대한 만족도에서 만족한다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 만족하지 못하다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

현재 생활의 만족도에서도 만족한다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나, 만족하지 못하다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다. 고독감의 정도에서는 고독감이 있다는 경우 여자노인이 남자노인보다 많았으나 없다고 한 경우는 남자노인이 여자노인보다 많았다. 친한 친구 및 이성 친구의

표 3. 조사대상 노인의 사회적 활동의 특성 분포

명(%)

	남자노인	여자노인	합 계
외출빈도			
매 일	204( 68.4)	211( 53.4)	415( 60.0)
주 1-4	69( 23.1)	123( 31.1)	192( 27.7)
없 다	25( 8.4)	61( 15.4)	86( 12.4)
취미활동			
있 다	129( 43.3)	245( 62.0)	374( 54.0)
없 다	169( 56.7)	150( 38.0)	319( 46.0)
경로당이용			
한 다	102( 34.2)	145( 36.7)	247( 35.6)
안한다	196( 65.8)	250( 63.3)	446( 64.4)
노인학교이용			
한 다	70( 23.5)	97( 24.6)	167( 24.1)
안한다	228( 76.5)	298( 75.4)	526( 75.9)
합 계	298(100.0) ( 43.0)	395(100.0) ( 57.0)	693(100.0) (100.0)



표 4. 조사대상 노인의 심리적 특성 분포

명(%)

	남자노인	여자노인	합 계
과거 삶의 만족도			
만족	142( 47.6)	131( 33.2)	273( 39.4)
보통	117( 39.3)	160( 40.5)	277( 40.0)
불만족	39( 13.1)	104( 26.3)	143( 20.6)
현 생활의 만족도			
만족	142( 47.6)	165( 26.3)	307( 44.3)
보통	127( 42.6)	158( 40.0)	285( 41.1)
불만족	29( 9.7)	72( 18.2)	101( 14.6)
고독감의 정도			
있다	172( 57.7)	274( 69.4)	446( 64.3)
없다	126( 42.3)	121( 30.6)	247( 35.6)
생활의 자신감			
있다	154( 51.7)	143( 36.2)	297( 42.8)
없다	144( 48.3)	252( 63.7)	396( 57.1)
친한 친구			
있다	238( 79.9)	306( 77.5)	544( 78.5)
없다	60( 20.1)	89( 22.5)	149( 21.5)
이성친구			
있다	51( 17.1)	21( 5.3)	72( 10.4)
없다	247( 82.9)	374( 94.7)	621( 89.6)
합 계	298(100.0) ( 43.0)	395(100.0) ( 57.0)	693(100.0) (100.0)

유무별로는 있다는 경우 남자노인이 여자노인보다 많았으나 없다는 경우는 여자노인이 남자노인보다 많았다.

사(집안일)능력 65.5%, 전화사용 능력 32.8%, 여행 능력 32.9%이 높았으며, 가장 불능한 항목으로는 세수(갱의)능력 14.3%로 높게 나타났다.

## 2. 조사대상 노인의 IADL 정도

### 2.1 IADL 정도의 항목별 분포

조사대상 노인들의 IADL 정도의 항목별 분포는 <표 5>과 같다. 노인들이 독립적으로 할 수 있는 항목은 용변처리 능력 95.1%, 식사능력 94.9%로 가장 높게 나타났으며, 도움이 필요한 항목으로는 가

### 2.2 일반적 특성별 IADL 정도

조사대상 노인의 성별, 연령, 거주상태의 세 요인에 대한 IADL 정도 분포는 <표 6>과 같다.

조사대상 전체 노인의 IADL 정도의 분포는 독립(24점이상)은 56.4%로 나타났고, 약간 도움 36.4%, 많은 도움 6.6%, 불능 0.6%이었다.

표 5. 조사대상 노인의 IADL 정도의 항목별 분포

명(%)

	불가능	도움필요	독립적 가능	계
전화사용능력	47( 6.8)	227(32.8)	419(60.5)	693(100.0)
여행(이동)능력	19( 2.7)	228(32.9)	446(64.4)	693(100.0)
물품구입능력	28( 4.0)	221(31.9)	444(64.1)	693(100.0)
약 복용능력	12( 1.7)	109(15.7)	572(82.5)	693(100.0)
세수(갱의)능력	99(14.3)	137(19.8)	457(65.9)	693(100.0)
가사(집안일)능력	14( 2.0)	454(65.5)	225(32.5)	693(100.0)
목욕능력	18( 2.6)	87(12.6)	588(84.8)	693(100.0)
용변처리능력	4( 0.6)	30( 4.3)	659(95.1)	693(100.0)
식사능력	2( 0.3)	33( 4.8)	658(94.9)	693(100.0)

표 6. 조사대상 노인의 일반적 특성별 IADL 정도

명(%)

	불능 (9-13)	많은 도움 (14-18)	약간 도움 (19-23)	독립적 (24이상)	합계	x <sup>2</sup> - test
성별						
남노인	1(0.3)	10(3.4)	107(35.9)	180(60.4)	298(100.0)	x <sup>2</sup> = 10.512
여노인	3(0.8)	36(9.1)	145(36.7)	211(53.4)	395(100.0)	df = 3 p = 0.015
연령별*						
65-69세	1(0.7)	3( 2.0)	46(30.3)	102(67.1)	152(100.0)	x <sup>2</sup> = 59.238
70-74세	1(0.5)	10(46.1)	64(29.5)	142(65.4)	217(100.0)	df = 12
75-79세	-	13( 7.6)	64(37.4)	94(55.0)	171(100.0)	p = 0.000
80-84세	2(2.1)	13(13.5)	42(43.8)	39(40.6)	96(100.0)	
85세이상	-	7(12.3)	36(63.2)	14(24.6)	57(100.0)	
거주상황별***						
자택노인	-	18( 3.9)	167(36.5)	272(59.5)	457(100.0)	x <sup>2</sup> = 85.815
시설노인	1(1.5)	21(30.9)	27(39.7)	19(27.9)	68(100.0)	df = 6
독거노인	3(1.8)	7( 4.2)	58(34.5)	100(59.5)	168(100.0)	p = 0.000
합 계	4(0.6)	46( 6.6)	252(36.4)	391(56.4)	693(100.0)	

\* : p<0.05    \*\*\* : p<0.001

성별로는 독립에서는 남자노인이 60.4%로 여자노인 53.4%에 비해 높았으나, 약간 도움, 많은 도움, 불능은 여자노인이 높게 나타났고, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다(p<0.05).

연령별 독립에서는 연령이 제일 낮은 65-69세가 67.1%로 높게 나타났고, 도움이 필요한 약간 도움,

많은 도움, 불능에서는 각각 80-84세, 85세 이상에서 높게 나타났고, 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

거주상태별로는 독립에서는 자택노인과 독거노인이 각각 59.5%로 높게 나타났으며, 시설노인은 약간 도움과 많은 도움에서 각각 높게 나타났고, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

표 7. 조사대상 노인의 일상활동별 IADL 정도

명(%)

	불능 (9-13)	많은 도움 (14-18)	약간 도움 (19-23)	독립적 (24이상)	합계	$\chi^2$ - test
<b>외출빈도***</b>						
없다	4(4.7)	19(22.1)	42(48.8)	21(24.4)	86(100.0)	$\chi^2 = 86.843$
주1-4회	-	27( 4.5)	209(34.8)	365(60.7)	601(100.0)	$df = 6$
매일	-	-	1(16.7)	5(83.3)	6(100.0)	$p = 0.000$
<b>취미활동***</b>						
없다	4(1.1)	36( 9.6)	158(42.2)	176(47.1)	374(100.0)	$\chi^2 = 34.693$
있다	-	10( 3.1)	94(29.5)	215(67.4)	319(100.0)	$df = 3$
						$p = 0.000$
<b>경로당유무</b>						
한다	1(0.4)	12( 4.9)	101(40.9)	133(53.8)	247(100.0)	$\chi^2 = 4.643$
안한다	3(0.7)	34( 7.6)	151(33.9)	258(57.8)	446(100.0)	$df = 3$
						$p = 0.200$
<b>노인학교사용유무***</b>						
한다	-	4( 2.4)	47(28.1)	116(69.5)	167(100.0)	$\chi^2 = 17.955$
안한다	4(0.8)	42( 8.0)	205(39.0)	275(52.3)	526(100.0)	$df = 3$
						$p = 0.000$
합계	4(0.6)	46( 6.6)	252(36.4)	391(56.4)	693(100.0)	

\*\*\* :  $p < 0.001$

### 2.3 일상활동별 IADL 정도

조사대상 노인의 외출빈도, 취미활동, 경로당 사용 유무, 노인학교 사용유무 별 IADL 정도는 <표 7>와 같다.

외출빈도에 따른 IADL 정도는 독립적인 노인은 83.3%로 매일 외출이 높았으나, IADL 정도가 약간 도움과 많은 도움의 노인은 있는 경우는 노인은 외출이 없다에서 각각 높게 나타났으며, 통계적으로도 매우 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

취미활동에 따른 IADL 정도는 독립상태의 노인은 취미가 있다에서 67.4%로 높게 나타났으나, 많은 도움과 약간 도움이 필요한 노인은 없다에서 각각 높게 나타났고, 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

노인학교 사용에 따른 IADL 정도는 독립정도의

노인은 노인학교를 사용한다에서 69.5%로 높게 나타났으나, 약간 도움과 많은 도움이 필요한 노인은 사용을 안한다가 각각 높게 나타났고, 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

### 2.4 심리적 특성별 IADL 정도

조사대상 노인의 과거 삶의 만족도, 현재 삶의 만족도, 고독감 정도, 자신감의 정도별 IADL 정도는 <표 8>과 같다.

과거 삶의 만족도에 따른 IADL 정도는 독립적인 노인은 59.3%로 만족한다에서 높았으나, 약간 도움, 많은 도움, 불능들은 불만족에서 각각 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

현재 삶의 만족도에 따른 IADL 정도는 독립적인

표 8. 조사대상 노인의 심리적 특성별 IADL 정도

명(%)

	불능 (9-13)	많은 도움 (14-18)	약간 도움 (19-23)	독립적 (24이상)	합 계	$\chi^2$ - test
<b>과거생활만족도*</b>						
만족	1(0.4)	11( 4.0)	99(36.3)	162(59.3)	273(100.0)	$\chi^2 = 15.796$
보통	-	20( 7.2)	98(35.4)	159(57.4)	277(100.0)	$df = 6$
불만족	3(2.1)	15(10.5)	55(38.5)	70(49.0)	143(100.0)	$p = 0.015$
<b>현재생활만족도***</b>						
만족	-	14( 4.6)	104(33.9)	189(61.6)	307(100.0)	$\chi^2 = 33.878$
보통	-	20( 7.0)	111(38.9)	154(54.0)	285(100.0)	$df = 6$
불만족	4(4.0)	12(11.9)	37(36.6)	48(47.5)	101(100.0)	$p = 0.000$
<b>고독감의 정도*</b>						
있다	4(0.9)	33( 7.4)	173(68.7)	236(52.9)	446(100.0)	$\chi^2 = 8.059$
없다	-	13( 5.3)	79(32.0)	155(62.8)	247(100.0)	$df = 3$
						$p = 0.045$
<b>자신감의 정도***</b>						
있다	1(0.3)	9( 3.0)	85(28.6)	202(68.0)	297(100.0)	$\chi^2 = 31.662$
없다	3(0.8)	37( 9.3)	167(42.2)	189(47.7)	396(100.0)	$df = 3$
						$p = 0.000$
합계	4(0.6)	46( 6.6)	252(36.4)	391(56.4)	693(100.0)	

\* :  $p < 0.05$  \*\*\* :  $p < 0.001$

노인은 만족한다가 61.6%로 높았으나, 약간 도움  
군은 보통 38.9%로 높았고, 많은 도움이 필요한 경  
우는 불만족 11.9%로 높게 나타났으며, 유의한 차  
이를 보였다( $p < 0.001$ ).

고독감의 정도에 따른 IADL 정도는 독립적인 노  
인은 고독감이 없다에서 62.8%로 높게 나타났으나,  
약간 도움과 많은 도움이 필요한 노인의 경우에서  
는 고독감이 있다가 각각 높게 나타났으며, 유의한  
차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

자신감의 정도에 따른 IADL 정도는 독립적인  
노인은 자신감이 있다에서 68.0%로 높게 나타났  
으나, 약간 도움, 많은 도움, 불능 군의 노인들은  
없다에서 각각 높게 나타났고, 유의한 차이가 있  
었다( $p < 0.001$ ).

## 2.5 일반적 특성별 IADL 점수 비교

조사대상 노인의 IADL 정도별 점수를 성별과 연  
령별 그리고 거주상태 별로 조사한 결과는 <표 9>  
와 같이 나타났다.

조사대상 노인의 성별 두 집단 간 IADL 정도별  
점수를 t-test로 조사한 결과 남자노인의 경우  
24.4( $\pm 2.6$ )점으로 여자노인에 비해 높은 점수로 독  
립적임을 알 수 있었으며, 통계적으로도 유의한 차  
이가 있었다( $p < 0.01$ ).

조사대상 노인의 연령별 다섯 집단 간 IADL 정도  
점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과 65-69세  
24.8( $\pm 2.3$ )점으로 높아 독립적이었으나, 85세 이상  
노인의 경우 22.1( $\pm 2.7$ )점으로 비독립적임을 나타내  
유의한 차이가 있었다( $p < 0.001$ ).

표 9. 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주상태별 IADL 정도

점수:(Mean±S.D.)

	IADL 정도 점수	t / F- test
<b>성별**</b>		
남자노인	24.4(±2.6)	t = 2.9754
여자노인	23.8(±2.9)	p = 0.003
<b>연령별***</b>		
65-69세	24.8(±2.3)	F = 17.666
70-74세	24.5(±2.5)	p = 0.000
75-79세	24.0(±2.5)	
80-84세	22.7(±3.5)	
85세이상	22.1(±2.7)	
<b>거주상태별***</b>		
자택노인	24.4(±2.3)	F = 34.779
시설노인	21.5(±3.8)	p = 0.000
독거노인	24.1(±3.0)	

\*\* : p<0.01 \*\*\* : p<0.001

조사대상 노인의 거주상태의 세 집단 간 IADL 정도 점수를 분산분석 (ANOVA)으로 조사한 결과 시설노인이 21.5(±3.8)점으로 자택, 독거노인에 비하여 낮은 점수로 비독립적으로 나타났고, 통계적으로도 매우 유의한 차이가 있었다 (p<0.001).

### 3. 조사대상 노인의 주관적 건강지수

#### 3.1 주관적 건강 수준 항목별 건강지수 분포

조사대상 노인의 주관적 건강 지수의 항목별 분포는 <표 10>과 같다.

주관적인 건강 지수는 현재 자신의 건강상태를 보통이라고 답한 노인은 32.0% 로 가장 많았다.

표 10. 조사대상 노인의 주관적 건강지수의 항목별 분포

명(%)

	매우 나쁘다	나쁘다	보통이다	좋다	매우좋다	합 계
현 건강상태	51( 7.4)	184(26.6)	222(32.0)	170(24.5)	66( 9.5)	693(100.0)
하고픈 일이 건강에 의해 문제	221(31.9)	-	311(44.9)	-	161(23.2)	693(100.0)
비슷한 연령과 자신건강 비교	105(15.2)	-	369(53.2)	-	219(31.6)	693(100.0)
본인의 건강이 1년 전과 비교 후 생각	205(29.6)	-	455(65.7)	-	33( 4.8)	693(100.0)

표 11. 조사대상 노인의 일반적 특성별 주관적 건강지수 정도

명(%)

	불량 (4-6점)	보통 (7-11점)	양호 (12-14점)	합 계	$\chi^2$ - test
<b>성별*</b>					
남자노인	17( 5.7)	264(88.6)	17(5.7)	298(100.0)	$\chi^2 = 6.972$
여자노인	36( 9.1)	49(88.4)	10(2.5)	395(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.031$
<b>연령별</b>					
65-69세	10( 6.6)	135(88.8)	7(4.6)	152(100.0)	$\chi^2 = 2.720$
70-74세	16( 7.4)	191(88.0)	10(4.6)	217(100.0)	$df = 8$
75-79세	14( 8.2)	153(89.5)	4(2.3)	171(100.0)	$p = 0.951$
80-84세	9( 9.4)	84(87.5)	3(3.1)	96(100.0)	
85세이상	4( 7.0)	50(87.1)	3(5.3)	57(100.0)	
<b>거주상황별</b>					
자택노인	28( 6.1)	408(89.3)	21(4.6)	457(100.0)	$\chi^2 = 5.895$
시설노인	7(10.3)	59(86.8)	2(2.9)	68(100.0)	$df = 4$
독거노인	18(10.7)	146(86.9)	4(2.4)	168(100.0)	$p = 0.207$
	53( 7.6)	613(88.4)	27(3.9)	693(100.0)	

\* :  $p < 0.05$

### 3.2 일반적 특성별 주관적 건강지수 정도

조사대상 노인들의 성별과 연령별 그리고 거주상태별 주관적 건강지수 정도 분포는 <표 11>과 같다.

전체 조사대상 노인의 주관적 건강지수 정도 분포는 보통이 88.4%로 나타났고, 불량 7.6%, 양호가 3.9%로 나타났다.

성별에서는 여자노인의 경우가 주관적 건강수준이 불량군 9.1%로 남자노인에 비해 높게 나타났으며 보통군은 남자, 여자노인이 서로 비슷하였으나, 양호군은 남자노인 5.7%로 여자노인에 비하여 높게 나타나 유의한 차이가 있었다( $p < 0.05$ ).

### 3.3 일상활동별 주관적 건강 지수 정도

조사대상 노인의 외출빈도, 취미활동, 경로당 사용 유무, 노인학교 사용유무 별 주관적 건강 지수 정도 분포는 <표 12>와 같다.

취미활동에 따른 주관적 건강 지수 정도는 취미가 없다가에서 건강 지수가 불량 11.2%로 높게 나타났고, 보통과 양호군에서는 취미활동이 있다에서 각각 92.2%, 4.4%로 높게 나타나 유의한 차이를 보였다( $p < 0.01$ ).

### 3.4 심리적 특성별 주관적 건강 지수 정도

조사대상 노인의 과거 삶의 만족도, 현재 삶의 만족도, 고독감 정도, 자신감의 정도 별 주관적 건강 지수 정도 분포는 <표 13>과 같다.

과거 삶의 만족도에 따른 주관적 건강 지수 정도는 만족한다에서 건강 지수가 양호 5.9%로 높았으며, 불만족한 노인에서는 건강지수가 불량 16.1%로 높게 나타나 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

현재 삶의 만족도에 따른 주관적 건강 지수 정도는 만족한다의 노인은 건강지수가 양호 7.5%로 높았고, 불만족한 노인은 건강 지수가 불량 19.8%로

표 12. 조사대상 노인의 일상 활동별 주관적 건강지수 정도

명(%)

	불량 (4-6점)	보통 (7-11점)	양호 (12-14점)	합 계	$\chi^2$ - test
외출빈도					
없다	12(14.0)	72(83.7)	2( 2.3)	86(100.0)	$\chi^2 = 7.040$
주1-4회	40( 6.7)	536(89.2)	25( 4.2)	601(100.0)	$df = 4$
매일	1(16.7)	5(83.3)	-	6(100.0)	$p = 0.134$
취미활동**					
없다	42(11.2)	319(85.3)	13( 3.5)	374(100.0)	$\chi^2 = 14.918$
있다	11( 3.4)	294(92.2)	14( 4.4)	319(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.001$
경로당유무					
한다	17( 6.9)	220(89.1)	10( 4.0)	247(100.0)	$\chi^2 = 0.333$
안한다	36( 8.1)	393(88.1)	17( 3.8)	446(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.847$
노인학교사용유무					
한다	9( 5.4)	150(89.8)	8( 4.8)	167(100.0)	$\chi^2 = 1.96$
안한다	44( 8.4)	463(88.0)	19( 3.6)	526(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.374$
합계	53( 7.6)	613(88.5)	27( 3.9)	693(100.0)	

\*\* :  $p < 0.01$

표 13. 조사대상 노인의 심리적 특성별 주관적 건강지수 정도

명(%)

	불량 (4-6점)	보통 (7-11점)	양호 (12-14점)	합계	$\chi^2$ - test
과거생활만족도***					
만족	7( 2.6)	252(91.6)	16( 5.9)	273(100.0)	$\chi^2 = 29.950$
보통	23( 8.3)	244(88.1)	10( 3.6)	277(100.0)	$df = 4$
불만족	23(16.1)	119(83.2)	1( 0.7)	143(100.0)	$p = 0.000$
현재생활만족도***					
만족	6( 2.0)	279(90.6)	23( 7.5)	307(100.0)	$\chi^2 = 53.377$
보통	27( 9.5)	254(89.1)	4( 1.4)	285(100.0)	$df = 4$
불만족	20(19.8)	81(80.2)	-	101(100.0)	$p = 0.000$
고독감의 정도**					
있다	42( 9.4)	394(88.3)	10( 2.2)	446(100.0)	$\chi^2 = 13.909$
없다	11( 4.5)	219(88.7)	17( 6.9)	247(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.001$
자신감의 정도 ***					
있다	8( 2.7)	269(90.6)	20( 6.7)	297(100.0)	$\chi^2 = 27.688$
없다	45(11.4)	344(86.9)	7( 1.8)	396(100.0)	$df = 2$
					$p = 0.000$
합계	53(7.6)	613(88.5)	27( 3.9)	693(100.0)	

\*\* :  $p < 0.01$  \*\*\* :  $p < 0.001$

유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

고독감의 정도에 따른 주관적 건강 지수 정도는 고독감이 없다는 노인에서 건강지수가 양호 6.9%로 높게 나타났고, 있다는 노인에게서는 불량 9.4%로 높게 나타나 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

자신감의 정도에 따른 주관적 건강 지수 정도는 자신감이 있다는 노인에서 건강 지수 양호 6.7%로 높게 나타났고, 자신감이 없다에서는 불량 11.4%로 높게 나타나 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

### 3.5 일반적 특성별 주관적 건강 지수 점수 비교

조사대상 노인의 주관적 건강 수준의 점수를 성별과 거주상태 별로 평균차이를 조사한 결과 <표 14>와 같이 나타났다.

조사대상 노인의 성별 두 집단 간 주관적 건강 지수 점수의 t-분석에서는 남자노인의 경우 주관적 건강 수준의 점수는 9.1(±1.5)점으로 여자노

인에 비해 높은 점수로 주관적 건강 수준의 점수가 양호함을 알 수 있었으며, 유의한 차이가 있었다( $p < 0.001$ ).

조사대상 노인의 거주상태의 세 집단 간 전체적인 주관적 건강 수준의 점수를 분산분석(ANOVA)으로 조사한 결과에서는 자택노인이 9.0(±1.5)점으로 시설, 독거노인에 비하여 높은 점수로 주관적 건강 수준의 점수가 양호한 것으로 나타나 유의한 차이가 있었다( $p < 0.001$ ).

### 4. 조사대상자의 IADL 정도에 대한 요인 분석

조사대상노인의 IADL점수를 종속변수로 하고 IADL 이외의 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높은 요인은 우울정도, 외출빈도, 연령, 교육정도, 거주상태 등의 순이었다. 그리고 동통정도와 주관적 건강지수는 예측력이 없는 것으로 나타났고, 이 요인들에 의한 설명력은 28.7%이었다<표 15>.

표 14. 조사대상 노인의 성별, 연령별 및 거주상태별 주관적 건강지수 정도

점수:(Mean±S.D.)

	주관적 건강 지수	t / F- test
<b>성별***</b>		
남자노인	9.1(±1.5)	t = 4.907
여자노인	8.6(±1.4)	p = 0.000
<b>연령별</b>		
65-69세	8.9(±1.6)	F = 1.134
70-74세	8.9(±1.4)	p = 0.339
75-79세	8.8(±1.4)	
80-84세	8.5(±1.5)	
85세이상	9.0(±1.4)	
<b>거주상태***</b>		
자택노인	9.0(±1.5)	F = 9.841
시설노인	8.4(±1.5)	p = 0.000
독거노인	8.8(±1.4)	

\*\*\* :  $p < 0.001$



표 15. IADL 정도에 관한 다중회귀분석

독립변수	종속변수	B	S.E.	Beta	p-value
IADL 정도	우울정도	-0.110	0.010	-0.385	<b>0.000</b>
	외출빈도	2.357	0.280	0.289	<b>0.000</b>
	연령	-9.2E-02	0.014	-0.215	<b>0.000</b>
	교육정도	0.213	0.067	0.117	<b>0.002</b>
	거주상황	0.225	0.114	0.068	<b>0.048</b>

R = 0.535    R<sup>2</sup> = 0.287

표 16. 주관적 건강지수 정도에 관한 다중회귀분석

독립변수	종속변수	B	S.E.	Beta	p-value
주관적 건강지수	우울정도	-8.6E-02	0.005	-0.561	<b>0.000</b>
	동통정도	-0.320	0.036	-0.279	<b>0.000</b>
	현재생활만족	0.293	0.070	-0.136	<b>0.000</b>
	연령	1.599E-02	0.007	0.069	<b>0.021</b>

R = 0.635    R<sup>2</sup> = 0.403

### 5. 주관적 건강지수에 영향을 미치는 요인

조사대상노인의 주관적 건강지수 점수를 종속변수로 하고 주관적 건강지수 점수이외의 요인들을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시도한 결과 예측력이 높은 요인은 우울정도, 동통정도, 현재의 생활 만족도, 연령 등의 순이었다. 이 결과, IADL은 조사대상 노인들의 주관적 건강지수와 관련이 없는 것으로 나타났으며, 이 요인들에 의한 설명력은 40.3%이었다<표 16>.

### 고 찰

이 연구 조사대상 노인들의 거주지역은 중부권의 대전광역시, 그리고 시외의 주변지역이었고, 대전광역시의 인구는 1998년 134만 여명이었고, 65세 이상의 노인의 수는 1998년 67,300여명이었다. 이 중 남자 노인은 24,000여명 여자노인은 42,000여명 이었다. 대

전광역시는 행정구역상 동구, 중구, 서구, 유성구, 대덕구의 5개 구로 구분되어 있다. 대전광역시의 65세 이상의 노인인구 67,000여명 중 동구 15,600(23.3%)명, 중구 15,800(23.6%)명, 서구 19,600(29.2%)명, 유성구 7,200(10.6%)명, 대덕구 9,000(13.3%)명의 분포로 나타났다(대전광역시, 1999). 이 연구에서는 노인의 조사 대상 수가 693명으로써, 권중돈(1999)의 대전지역 노인의 복지욕구와 정책방향에 대한 조사에서의 800명과 비슷한 수를 나타냈다.

이 연구 조사대상 노인의 일반적인 특성을 조사한 결과 성별에서는 남자노인이 43.0%, 여자노인 57.0%로 남자노인 보다 여자노인의 수가 많았다. 이는 통계청(1999)의 한국의 사회지표에서 1995년 연령 집단별 성비에서 여자 100명당 남자의 수는 60-64세 82.0명, 65-69세 67.5명, 70세 이상 53.1명으로 나이가 들수록 여자의 비율이 높아지는 것과 같은 경향이었다. 전국 노인생활실태 및 복지욕구조

사에서도 남자 36.9%, 여자 63.1%로 여자의 비율이 높았고, 이 연구에서도 연령 항목별로는 70-74세가 31.2%로 가장 많은 분포를 차지하였으며, 여자노인이 남자노인 보다 많이 조사되었으며, 연령의 증가에 따라 80-84세 군까지 여자노인의 비율이 높게 나타났다(한국보건사회연구원, 1998).

성별에 따른 평균연령은 남자노인 74.93(±6.72)세로 여자노인 보다 높게 나타났고 조사대상 전체 노인의 평균 나이는 74.17(±6.58)세로 조사되었다.

조사대상 노인의 거주상태는 자택노인 475(65.9%)명, 시설(양로원)노인 68(9.8%)명, 독거노인 168(24.2%)명이었다. 시설노인의 경우 전체 조사 대상노인의 약 1/10정도로 참여하였으나 이는 대전 지역의 노인 복지 시설(양로원)에 수용된 노인의 수가 1998년 총 5개소의 노인 복지시설에 233명이 수용 혜택을 받는 것으로 나타나 이들 노인 중 1/4정도가 조사에 참여하였다(대전광역시, 1999).

교육수준은 초등학교 이하가 73.6%로 2/3정도를 차지하고 있었으며, 중등학교 이상의 남자노인의 비율이 여자노인보다 2배 이상 높게 나타나 과거가 남성 위주 사회였음을 알 수 있다.

종교는 기독교가 30.4%로 가장 높은 비율을 차지하고 있고, 여자노인이 남자노인 보다 종교활동을 2배 이상 하는 것으로 나타났으며, 많은 노인이 노후에 종교활동을 하는 것으로 나타났다.

현재의 배우자 유무에 대한 조사에서는 남자노인은 배우자 유가 59.4%로, 여자노인보다 높은 반면에 여자노인은 반대로 배우자 무가 76.7%로 남자노인의 3배 이상으로 배우자가 없음을 나타내 대다수의 여자노인이 배우자 없이 생활하고 있음을 알 수 있었다.

이 연구에서 조사대상 노인의 경제적인 상황을 조사한 결과 부유(상)하다고 생각하는 노인이 4.2%

로 적게 나타났고, 빈곤(하)하다고 생각하는 노인은 27.6%로 부유하게 생각하는 노인보다 6배 이상 높았고, 보통으로 생각하는 노인이 68.2%로 나타나 노인들의 경우 생활의 수준이 절반 이상의 노인들은 보통으로 생각하고 있었다. 이 같은 결과는 조사지역이 대도시 노인이기 때문으로 추정된다.

이 연구 조사대상 노인의 사회적 활동의 정도를 조사한 결과 매일 외출하는 노인이 60%로, 노인의 절반 이상이 매일 외출하는 것으로 나타났다. 취미 활동의 항목에서는 취미활동을 하고 있다가 54.0%로 나타났고, 이중 여자노인이 취미활동을 하고 있다 62.0%로 남자노인 43.3%에 비하여 많았고, 경로당을 이용한다는 35.6%로 조사대상 노인들이 많이 이용하지 않았다. 노인학교를 이용한다는 24.1%로 나타나 역시 많이 이용하지 않았다.

이 연구 조사대상 노인의 심리적 특성을 항목별로 조사한 결과 지금까지 살아온(과거) 인생(삶)을 만족하게 생각하는 노인은 전체의 39.4%였고, 남자노인의 만족도는 47.6%로 여자노인의 33.2%에 비하여 높았다. 그러나 여자노인은 불만족이 26.3%로 남자노인의 13.1%보다 높았다. 조사대상 노인 가운데 현재 자신의 생활을 만족하게 생각하는 전체노인은 44.3%로 나타났고, 만족의 경우 남자노인이 47.6%, 여자노인이 26.3%로 남자노인이 높게 나타났고, 불만족에서 여자노인 18.2%, 남자노인은 9.7%로 여자노인이 높았다. 고독감의 정도를 조사한 결과, 고독감이 있다는 노인이 64.3%로 절반이상의 노인이 고독감을 느끼고 있음을 알 수 있었고, 이중 여자노인의 고독감이 있다가 69.4%로 남자노인에 비해 많이 고독감을 느끼고 있었다. 현재 생활에 대한 자신감을 조사한 결과, 없다 노인이 57.1%로 나타나 절반정도가 현재의 생활에 자신감이 없는 것으로 나타났다. 특히 여자노인의 자신감이 없다가 63.7%로 높게

나타나 여자노인이 더욱 생활의 자신감이 부족한 것으로 나타났다. 이성친구의 유무를 조사한 결과, 무의 경우가 89.6%로 매우 높았다.

조사대상 노인의 수단적 일상생활 동작(IADL)의 수행 능력을 항목별로 분석한 결과, 가사(집안일)능력의 항목이 67.5%로 가장 도움이 필요하였으며, 전화사용 능력 39.6%, 물품구입 능력 35.9%로 다른 항목 보다 높게 도움을 필요로 하는 항목으로 나타났다. 이는 남자, 여자노인 모두 가사능력과 전화사용능력의 2개 항목이 비독립적임을 알 수 있었으며 이는 김선엽(1997)의 보고와 일치하였다.

조사대상 노인의 일반적 특성별 IADL 정도를 조사한 결과 어떤 형태든 비독립적인 노인은 43.5%로 조사대상 노인의 절반정도가 IADL 수행능력에 독립적이지 못함으로 나타났다. 성별로는 남자노인은 독립적 군에서 60.4%로 여자노인의 53.4%에 비하여 독립적인 활동의 비율이 높게 나타났고, 점수별 차이분석에서도 남자노인의 경우가 24.5(±2.6)점으로 여자노인의 23.8(±2.9)점보다 높은 점수를 나타냈다. 신철호(1992)의 연구에서도 여자노인이 18.7 (74.7%)점으로 남자노인 보다 낮게 나타나 이 연구와 유사하였으며, 이영석(1996)과 황용찬(1993)의 보고와도 일치하였다. 연령별로는 조사노인들은 65-85세 이상 전 연령의 영역에서 연령의 증가에 따라 독립성이 낮아져, 연령의 증가에 따라 IADL 정도가 비독립적임을 알 수 있었고, 연령별 IADL 정도의 점수 차이 분석에서는 85세 이상에서 22.1(±2.7)점으로 가장 낮은 점수로 나타났다. 박천만(1996)의 연구에서도 연령의 증가에 따라 수단적 자립의 정도 비율이 감소하였다.

거주상태별로는 시설노인에서 정상(독립적)이 27.9%로, 자택노인 59.5%, 독거노인 59.5%에 비해 낮아 IADL 수행능력이 가장 비독립적임을 알 수 있

었고, 거주상태별 IADL 정도의 차이분석에서도 시설노인이 21.5(±3.8)점으로 가장 낮게 나타났다. 이는 시설내의 생활 때문에 독립성이 결여된 결과로 생각된다. 서순림(1990)도 시설노인이 IADL의 수행능력이 16.61점으로 재가노인에 비해 낮게 나타남을 보고한 바 있다.

조사대상 노인의 주관적 건강 지수의 항목별 분포를 조사한 결과 현재 건강상태를 매우 나쁘다 혹은 나쁘다로 생각하는 노인은 34.0%로 나타났다. 하고픈 일이 건강상으로 매우 문제가 된다 31.9%, 비슷한 연령과 비교하여 자신의 건강이 매우 나쁘다 15.2%, 본인의 건강이 1년 전과 비교해 매우 나쁘다가 29.6%로 나타났고, 전체 조사대상 노인들의 주관적 건강 지수의 총 합산 평균의 분포는 8.8(±1.5)점으로 나타나 조사대상 노인들의 주관적 건강 지수는 보통(7-10점) 정도임을 알 수 있었다.

조사대상 노인의 성별에 따른 주관적 건강 지수에서 불량은 여자노인이 전체 여자의 9.1%로 남자노인 5.7%보다 높아 여자노인이 자신의 건강을 나쁘다고 생각하고 있었고, 성별에 대한 주관적 건강 지수 차이분석에서 여자노인이 8.6(±1.4)점으로 남자노인 9.1(±1.5)점 보다 낮게 나타나 주관적 건강상태가 나쁨을 알 수 있었다. 연령별 조사에서는 80-84세 군에서 불량률이 9.4%로 높게 나타났다. 김선엽(1997)에 의한 연구에서도 여자가 남자보다 건강하지 못하다고 인식하는 것이 이 연구와 일치하였다.

거주상태별 주관적 건강 지수는 불량률이 시설노인이 전체 시설노인의 10.3%, 독거노인이 전체 독거노인의 10.7%로 비슷하게 높게 나타났으나 통계적으로는 유의하지는 않아 거주상태와 관련성이 없음을 알 수 있었으나, 주관적 건강 지수 차이분석에서 시설노인 8.4(±1.5)점으로 가장 낮아 시설노인의 경우가 주관적 건강지수가 제일 불량한 것으로 나

타났다.

조사대상 노인의 IADL 정도와 주관적인 건강 지수들 상호간의 관련성을 확인하고자 다중회귀분석(multiple regression analysis)를 실시한 결과 IADL 정도에 영향을 미치는 요인으로는 우울정도(-0.110), 외출빈도(2.357), 연령(-9.2E-02), 교육정도(0.213), 거주상태(0.225)의 요인이 나타났으며, 이 요인들에 대한 설명력은 28.7%로 나타났다.

주관적 건강 지수에 영향을 미치는 요인으로는 우울정도(-8.6E-02), 동통정도(-0.320), 현재생활만족도(0.293), 연령(1.599E-02)의 순으로 나타났으며, 이들 요인에 대한 설명력은 40.3%로 나타났다. 따라서, 조사대상 노인들은 우울정도가 약할수록, 동통이 없을수록, 현재생활에 만족할수록, 연령이 젊을수록 주관적 건강지수가 좋았다. 그리고, IADL 정도는 조사대상 노인의 주관적 건강지수와 큰 관련이 없음을 알 수 있었다.

## 요약 및 결론

이 연구는 일부지역 노인들의 거주상태와 성별 그리고 연령에 따라 IADL 정도 그리고 노인들의 주관적 건강 지수에 영향을 미치는 정도와 두 요인의 관련성을 규명하기 위하여 시도하였다.

2000년 6월 1일부터 7월 31일까지 65세 이상의 대전광역시와 인근지역의 노인 693명을 대상으로 하여 자택노인, 시설노인, 독거노인을 구분하여, 일반적인 특성, 일상활동별, 심리적 특성별로 각각의 IADL 정도 그리고 주관적 건강 지수를 직접 면담을 통한 설문조사를 통하여 자료를 수집하였다. 그리고, SPSS 10.0 /PC+로써 각 특성별 빈도분석, X<sup>2</sup>-test, t - test, ANOVA, 그리고 요인분석을 통한 다중 회귀분석들을 이용하여 자료를 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 조사대상 노인들의 성별, 연령별, 거주상태별의 요인들은 IADL 정도와 주관적 건강 지수의 두 가지 조사항목에서 관련성이 있었다( $p < 0.01$ ), ( $p < 0.001$ ).

둘째, 조사대상 노인들의 IADL 정도 분석에서 성별에 대한 IADL 정도의 평균 점수는 여자노인이 23.8(±2.9)점으로 비독립적인 것으로 나타났고( $p < 0.01$ ), 연령의 증가에 따라 IADL 수행능력 점수가 비독립적으로 나타났다( $p < 0.001$ ). 거주상태에 대한 평균 점수는 시설노인이 21.5(±3.8)점으로 가장 낮은 점수였고 비독립적이었으며, 약간도 움이 필요(20-24점)한 상태였다( $p < 0.001$ ).

셋째, 조사대상 전체 노인들의 주관적 자각 건강 지수는 8.8(±1.5)점으로 보통수준(7-10 점)으로 나타났고, 성별에 대한 주관적 자각 건강 지수는 여자노인이 8.6(±1.4)점으로 낮아 건강하지 못하다고 자각하고 있었고( $p < 0.001$ ), 주거상태에 대한 주관적 건강 지수는 시설노인 8.4(±1.5)점, 독거노인 8.8(±1.4)점으로 시설노인과 독거노인이 낮은 점수였으며 건강하지 못하다고 자각하고 있었다( $p < 0.001$ ).

넷째, 조사대상 노인의 IADL에 영향을 미치는 요인으로는 우울정도, 외출빈도, 연령, 등의 여러 요인과 주관적인 건강 지수에 영향을 미치는 요인은 우울정도, 동통정도, 현재 생활에 만족도, 등이 노인들의 주관적 건강지수에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다.

다섯째, IADL은 주관적 건강지수와 관련성이 미약한 것으로 나타났다.

이 연구의 결과로써 조사대상 노인의 IADL 정도는 여자노인, 연령의 증가, 그리고 시설노인의 경우가 비독립적임을 알았으며, 그리고 노인들이 느끼는 주관적 건강 상태는 여자노인, 시설·독거노인들이 건강하지 못하는 것으로 자각하고 있었다. 따

라서 정형물리치료시 치료사는 이와 같은 여성노인, 시설·독거노인의 특성을 알아두어 이들에게 보다 많은 관심으로 돌봄과 치료를 기울여야 될 것으로 생각된다.

## 참고문헌

- 권복순, 이중훈, 정성덕(1986): 양로원 현황과 재원자 건강상태에 관한 예비조사. 한국노년학, 6(1), 79-99.
- 권중돈(1999): 대전지역 노인의 복지욕구와 정책방향. 연구보고서, 99-1.
- 김문환(1997): 노년 사회학. 밀양, 태화출판인쇄사, 31-40.
- 김병성(1992): 노인 질병의 임상적 특징과 치료. 한국노년학, 17(2), 163-179.
- 김선엽(1997): 건강관리 프로그램이 노인의 건강증진에 미치는 영향. 계명대학교 박사학위논문.
- 김숙영(1992): 노인이 자가 평가한 건강상태와 시간지각에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김효정(1996): 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위 논문.
- 김희자, 홍여신(1995): 노인의 근력강화운동이 일상생활기능 및 삶의 질에 미치는 효과. 지역사회간호학회, 6(1), 55-73.
- 대전광역시(1999): 1999년 대전 통계연보. 대전광역시, 48-64.
- 박천만(1996): 농촌지역 노인들의 활동능력에 대한 관련요인. 계명대학교 기초과학 연구소 논집, 15(2), 277-286.
- 서미경(1995): 한국 노인의 만성질환 상태 및 보건 의료대책. 한국노년학회지, 15(1), 69-79.
- 서순림(1990): 노인의 건강기능상태와 일상활동능력. 경북의대, 31(2), 156-168.
- 성기월(1999): 시설노인과 재가노인의 일상생활활동(ADL)정도와 생활만족 정도의 비교. 한국노년학회지, 19(1), 105-117.
- 신철호(1992): 일부농촌지역 노인들의 유병상태와 일상생활 능력. 충남대학교 석사학위논문.
- 이영석(1996): 일부농촌지역 재가노인들의 일상생활활동 및 수행정도. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 오장균(1991): 일부 농촌지역 노인들의 의료이용과 이에 관한 요인. 충남대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 조유향(1995): 노인보건. 서울, 현문사, 15-16.
- 통계청(1993): 1993년 한국의 사회지표. 통계청.
- 통계청(1995): 1995년 한국의 사회지표. 통계청.
- 통계청(1999): 1999년 한국의 사회지표. 통계청.
- 한국보건사회연구원(1998): 1998년 98-04 전국노인 생활실태 및 복지욕구 조사. 한국보건사회연구원, 66-106.
- 황용찬(1993): 일부농촌지역 노인의 수단적 일상생활활동능력과 그에 관련된 요인. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
- Berkman, L. and Syme, S. L.(1979): Social networks: Host resistance and mortality. American Journal of Epidemiology, 109, 38-45.
- Birren, J. E.(1996): Encyclopedia of Gerontology. New York, Academic press.
- Brody, E. M.(1977): Long term care of older people: A practical guide. New York, Human Science Press.
- Ian, M. and Claire, N.(1987): Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. New York, Oxford University Press, 36-103.
- Katz, S., Ford A. B., Moskowitz R. W., Jackson B. A.

- and Jaffee, M. W.(1963): Studies of illness in the aged; the Index of ADL; Astandardised measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lawton, M.P. and Brody, E.M.(1971): Assessment of older people: self-maintaining and activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Linn, M. W.(1967): A Rapid Disability Rating Scale. *J. of the Amer. Ger. Soc.*, 15, 211-214.
- Magee, D. J.(1997): *Orthopedic Physical Assessment*. (3rd ed), New York, Saunders Company, 2-7.
- Mobily, P. R.(1994): An Epidemiologic analysis of pain in elderly. *Journal Aging & Health*, 6(2), 139-154.
- Moskowitz, E. and McCann, C. B.(1957): Classification of disability in the chronically ill and aging. *J. Chronic Dis.*, 5, 342.
- Mossey, J. and Shapiro, E.(1982): Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Rhee, S. J.(1989): Current status of research on Korea elderly; Health aspects. *Journal of Korean Gerontology Society*, 9, 140-156.
- Sherrington, C. S.(1947): *The Integrative action of the Nervous System*. New Haven, Yale Uni. Press.
- Stein, R. K., Gortmaker, S. L., Perrin, E. C., Perrin, J. M., Pless, I. B., Walker, D. K. and Wertzman, M.(1987): Severity of illness: Concepts and measurements. *Lancet*, 12, 1506.