

정신 및 건강요인이 장기요양 노인의 기능적 독립성에 미치는 영향

신홍철¹ · 강정일² · 이경화³

¹원광보건대학 물리치료과 · ²대불대학교 물리치료학과 · ³자세분석운동센터

The Effect of Functional Independence in Long Term Care Elderly People on the Mental and Health factor

Hong Cheul Shin¹ · Jeong Il Kang² · Kyoung Hwa Lee³

¹*Dept. of Physical Therapy, WonKwang Health Science College*

²*Dept. of Physical Therapy, Daebul University*

³*Dept. of Physical Therapy, Posture Analysis Exercise Center*

ABSTRACT

The purpose of this study was to seek for a performance level of functional independence of the long term care elderly people. This study questionnaires 160 elders with 80 in a large city and 80 in small-to-medium sized city in order to find out the functional independence of elderly people. The results of this study were as follows. 1. Functional independence level following health factor; The comparison of degrees of functional independence level between two groups showed significant difference in sanitation, drinking and smoking, eating habit, chronic disease, physical activities, and regular physical examination($P<.05$). But the comparison between two groups was not showed significant difference in present treatment, regular exercise. 2. Functional independence level following Psychological factor; The comparison of degrees of functional independence level between two groups showed significant difference in health evaluation($P<.05$). But the comparison between two groups was not showed significant difference in quality of life. In conclusion it is needed that stable housing, much physical activities, and diversified family members should be realized and stable livelihood security recipients to maintain and improve health of the aged and to be socially satisfied.

Key Words : Elderly people, Long term care, Functional independence

I. 서론

현대사회의 경제 발전과 보건의료 기술의 향상은 인구의 평균 수명을 급격하게 증가시키는 요인이 되고 있다. 이에 따라 노인보건복지는 1차적으로 모든 노인 계층에서 질병의 예방 및 조기진단 서비스를 제공하고, 치료에 따른 의료비를 보장해 주며, 건강유지 및 증진을 지원하는 생활환경을 조성해 주어야 함을 그 목표로 하고 있다. 또한 2차적으로는 일상생활수행을 위한 기능의 정도에 따라 기능의 유지 및 회복을 위한 서비스를 제공하는데 있다(신흥철과 정동혁, 2003).

사람들은 독립적으로 살기 위해 자기관리와 가정관리 활동을 안전하게 완수해야 한다. 노인의 건강상태 및 신체기능 상태에 따라 독립생활 가능 노인과 독립생활 불가능 노인으로 구별할 수 있다. 신체기능 장애를 가진 노인이 스스로 일상생활동작에서 수행이 가능하도록 노인의 기능을 향상시킬 수 있는 방향으로 일상생활동작과 같은 기능훈련과 보조도구의 적용을 적절히 이용한다면 지역사회에 속한 노인의 건강과 수행성 그리고 독립성을 향상시킬 수 있을 것으로 판단된다. 노인의 건강의 문제는 단순한 질병발생으로부터 치료의 대상으로 보는 관점이 아니라 신체적 기능과 사회적, 심리적인 환경이 서로 상호 관련된 작용으로 볼 수 있다. 일반적으로 장기요양노인은 신체기능이 저하되거나 신체활동이 제한되어 일상생활의 기본활동에 어려움을 느끼거나 타인에게 의존하려는 경향이 있다. 이와 같이 일상생활을 수행하는데 있어 독립적이지 못하고 타인에게 의존하게 된다면, 노인들은 무력감을 느끼고 존재 가치를 상실할 수 있다. 개인의 자존감은 자신의 신체를 자유로이 통제함으로써 자기의 일을 스스로 할 수 있다는 자신감의 획득이 바탕이 되어 발달되며, 개인의 정신건강이 외부 영향으로부터의 독립성 정도에 의해 결정된다(윤진, 1989).

일상생활동작을 독립적으로 수행하는 것은 노인의 신체적 장애를 최대한 경감시키고, 신체상의 잠재능력을 최대한 개발하여 일상생활과 사회생활에 적응할 수 있게 하기 위한 훈련과정이 필요하며, 훈련과정에

는 신체적 기능 개선을 위한 일상생활 능력과 작업 능력을 길러주는 훈련, 그리고 의사소통이 원활하지 못한 노인을 위한 언어지도 훈련, 보장구의 제공과 예방의 의료적 서비스가 포함될 수 있다. 따라서 장기요양 노인의 일상생활에서 보이는 기능적 독립성은 건강요인에 관계가 있는 것으로 볼 수 있다. 따라서 본 연구는 이러한 요인들을 매개변인으로 설정하여 종속변수인 기능적 독립성 수준을 분석함으로써 장기요양노인이 사회에서 독립적인 생활을 하는데 기반이 되고, 일상생활에서 기능적 독립성 획득에 필요한 기초 자료를 얻고자 하는데 연구의 목적과 의의가 있다.

본 연구의 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 건강요인에 따른 장기요양노인의 기능적 독립성을 알아본다.

둘째, 정신요인에 따른 장기요양노인의 기능적 독립성을 알아본다.

II. 연구방법

1. 연구 대상

본 연구에서는 대도시와 중소도시에 소재한 장기요양시설에 거주하고 있는 장기요양노인 280명을 대상으로 설문지를 이용한 면접 방식으로 조사하였다.

설문지 작성은 시설에 근무하는 담당 사회복지사와 간호사가 함께 조사에 참여하였다. 면접 설문지 중 응답이 부실한 면접지를 제외하고 면접에 성실하게 응답한 160명을 연구 대상으로 하였다.

1) 자료수집

본 조사에 앞서 2006년 9월에 대도시와 중소도시에 소재한 요양시설 5군데 기관을 선정하여 요양 노인 20명을 대상으로 설문지에 대한 사전조사를 실시하였다. 본 연구는 요양 노인의 일상생활동작의 수행 수준에 영향을 미칠 수 있는 요인들에 관련된 일상생활 및 사회생활을 위한 기능적 독립성에 관한 자료를 검토, 분석하였다.

자료수집 기간은 사전조사 후 2006년 9월 25일부터 10월 25일 사이에 실시되었다. 자료의 배부, 회수 방법은 각 요양기관의 기관장에게 전화로 설문조사에 대한 양해를 구한 뒤, 직접 요양기관을 방문하여 연구의 취지와 조사 내용을 설명하였다.

조사는 해당기관의 의료담당자의 도움을 받아 노인을 대상으로 280명을 면접하였으나 응답이 불성실한 경우를 제외한 160명을 대상으로 분석하였다.

2. 조사도구 및 방법

1) 기능적 독립성 검사

기능적 독립성을 측정하기 위해서 Mahoney와 Barthel이 제작한 Modified Barthe Index(MBI)를 Convery(1977)가 수정하고 강순희(1989)가 번안한 도구와 Swiontkowski 등(1999)이 개발한 도구적 일상생활 동작 검사를 강정일 등(2003)이 번안한 것을, 우리나라 요양기관의 실정에 맞게 수정하여 사용하였다.

MBI검사는 개인이 신변처리 능력(self care) 및 가동 능력(mobility)을 포함하는 일상생활 동작을 독립적으로 수행할 수 있는 정도를 측정하는 검사로 8개의 신변처리 능력에 관한 항목과 6개의 가동 능력에 관한 항목 그리고 6개의 가사활동 능력에 관한 항목으로 모두 20개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목들은 상대적인 중요도에 따라서 다른 점수가 주어지며, 각 문항은 검사대상자의 기능 정도에 따라서 4단계의 점수가 주어진다. 점수의 범위는 0점에서 100점까지이다.

기능적 독립성 검사표는 완전의존은 0점, 부분의존은 2점, 부분 독립은 3점, 완전독립은 5점으로 점수화하였으며, 완전의존은 0~25점, 부분의존은 26~50점, 부분독립은 51~75점, 완전독립은 76~100점의 범주화로 구성되어 있다.

2) 면접 설문지 검사

본 연구에서 사용한 조사 도구는 면접 설문지로서 연구대상자의 일반적 특성, 사회요인, 환경요인, 건강요인, 정신요인과 노인의 기능적 독립성간의 관계를 밝히기 위한 내용으로 구성된 질문지를 사용하였다.

설문지는 양경희(1998)와 이정숙(2004)이 사용한 설문을 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다. 설문지의 질문 항목은 사회인구학적 특성, 건강요인과 정신요인의 3개 항목으로 구분하였으며, 하위 항목은 13개로 구성하였다. 설문지 내용 중 건강요인에는 위생관리, 건강관리, 음주와 흡연, 식사습관, 만성질환 여부, 현재 치료중인 질환, 신체 활동량의 8개 하위항목으로, 정신요인에는 삶에 대한 생각, 건강평가의 2개 하위항목으로 구성하였다.

3 분석방법

본 연구에 대한 자료처리는 SPSS(Statistical Package for the Social Science)/WIN(12.0)를 사용하였으며, 평균과 표준편차를 산출하고 검사점수의 통계치로 집단별은 대응표본 t-검정(paired t-test)과 일원배치분산분석(one-way ANOVA)을 하였으며, 집단간의 비교에서는 x^2 검증으로 분석하였다. 사후검증은 Duncan test를 이용하였다. 통계적 유의수준은 $p<.05$ 로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적인 특성

연구대상자는 대도시 80명과 중소도시 80명으로 총 160명으로 구성하였다. 성별 분포는 남자 44명(27.5%)이고 여자 116명(72.5%)이며, 평균 연령은 75.9±5.16세이다(표 1).

2. 건강요인에 따른 기능적 독립성

1) 위생관리에 따른 기능적 독립성

노인의 위생관리 상태에 따른 기능적 독립성의 수준을 분석한 결과는 (표 2)와 같다.

위생관리 상태에 따른 기능적 독립성 수준을 일원배치분산분석 결과, 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 위생관리

표 1. 연구대상자의 인구사회학적인 특성(%)

구분	지역	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		계	x ²
		남	여	남	여		
기능점수		68.10±5.83	60.91±3.01	51.33±7.42	41.05±3.58		7.34
연령(세)	65~69	3(1.8)	6(3.8)	4(2.5)	7(4.4)	20(12.5)	27.32
	70~74	7(4.4)	18(11.3)	5(3.1)	12(7.5)	42(26.3)	
	75~79	6(5.8)	18(11.3)	6(3.8)	16(10.0)	46(28.6)	
	80~84	4(2.5)	17(10.6)	9(5.6)	20(12.5)	50(31.3)	
	85 이상	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	1(0.6)	2(1.3)	
계		20(12.5)	60(37.5)	24(15.0)	56(35.0)	160(100)	

Values=Mean(SD)

표 2. 위생관리에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
		M±SD	F	M±SD	F	
매일 한다 ^a		56.00±19.00		37.66±24.26		12.59*
일주일에 한번 ^b		59.76±6.66	0.46	37.54±4.28	3.58*	
일주일에 2~3회 ^c		64.60±3.67		55.72±5.00		

post-hoc, c, b

* P<.05

를 일주일에 2~3회(55.72±5.00), 매일 한다(37.66±24.26), 일주일에 한번(37.54±4.28) 순으로 기능적 독립성의 수준이 높았다. 두 집단을 비교한 결과 집단간 유의한 차이를 보여(p<.05), 대도시 집단에서 기능적 독립성 수준이 높았다.

2) 음주와 흡연 유무에 따른 기능적 독립성

노인의 음주와 흡연 유무에 따른 기능적 독립성 수준을 분석한 결과는 (표 3)과 같다.

음주와 흡연 유무에 따른 기능적 독립성 수준을 일원배치분산분석 결과, 대도시 집단에서 통계적으로

표 3. 음주와 흡연 유무에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
		M±SD	F	M±SD	F	
음주와 흡연 ^a		55.86±6.66		39.77±12.22		11.10*
음주 ^b		67.11±6.13	4.68*	59.00±14.90	0.89	
흡연 ^c		79.16±5.00		54.14±13.19		
금주와 금연 ^d		56.57±3.68		42.06±3.67		

post-hoc, c, a

*P<.05

유의한 차이가 있었다($p<.05$), 사후검증에서 대도시 집단에서 흡연(79.16 ± 5.00), 음주(67.11 ± 6.13), 금주와 금연(56.57 ± 3.68), 음주와 흡연(55.86 ± 6.66)의 순으로 기능적 독립성의 수준이 높았다. 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여($p<.05$), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기능적 독립성 수준이 높았다.

3) 식사 습관 형태에 따른 기능적 독립성

노인의 식사 습관 형태에 따른 기능적 독립성 수준을 분석한 결과는 (표 4)와 같다.

식사습관 형태에 따른 기능적 독립성 수준을 일원 배치분산분석한 결과, 중소도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 육식과 채식 혼합(50.90 ± 3.87), 육식(37.69 ± 3.55), 채식(29.17 ± 7.31)의 순으로 기능적 독립성의 수준이 높았다. 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여($p<.05$), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기능적 독립성 수준이 높았다.

4) 만성질환 유무에 따른 기능적 독립성

노인의 만성질환 유무에 따른 기능적 독립성의 수준을 분석한 결과는 (표 5)와 같다.

만성질환 유무에 따른 기능적 독립성 수준을 일원 배치분산분석한 결과, 대도시 집단과 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여($p<.05$), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기능적 독립성 수준이 높았다.

5) 현재 치료 여부에 따른 기능적 독립성

노인의 현재 질환 치료를 받고 있는지의 여부에 따른 기능적 독립성 수준을 분석한 결과는 (표 6)과 같다.

현재 치료를 받고 있는 질환이 있는지의 유무에 따른 기능적 독립성 수준을 분석한 결과, 대도시 집단과 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 또한 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표 4. 식사 습관 형태에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		χ^2
		M±SD	F	M±SD	F	
육식 ^a		74.66±15.67		37.69±3.55		
채식 ^b		56.75±6.65	0.74	29.17±7.31	3.92*	9.06*
육식+채식 ^c		63.26±3.01		50.90±3.87		

post-hoc, c, b

* $P<.05$

표 5. 만성질환 유무에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		χ^2
		M±SD	F	M±SD	F	
없다		66.62±3.55		29.00±11.23		
질환1		59.76±4.13	1.68	51.18±4.70	2.56	45.17*
질환2		40.50±13.50		39.21±4.90		

* $P<.05$

표 6. 현재 치료 여부에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		χ^2
		M±SD	F	M±SD	F	
있다		45.40±3.86		62.45±3.19		
없다		39.06±6.91	1.49	63.41±4.94	0.18	0.14

6) 신체활동량에 따른 기능적 독립성

노인의 평소 산책이나 걷기 운동 등의 신체 활동량에 따른 기능적 독립성에 대한 분석 결과는 (표 7)과 같다.

신체활동량에 따른 기능적 독립성 수준에 대해 일원 배치분산분석한 결과, 중소도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 매일(65.20 ± 6.08), 일주일에 2~3회(47.75 ± 6.48), 일주일에 한번(43.18 ± 9.07), 거의 안한다(33.41 ± 4.45)의 순으로 기능적 독립성 수준이 높았다. 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여($p<.05$), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기

능적 독립성 수준이 높았다.

7) 정기적인 신체검사 유무에 따른 기능적 독립성

노인이 정기적으로 건강검진인 신체의 이상에 대한 검사를 하고 있는지의 여부에 따른 기능적 독립성의 수준을 분석한 결과는 (표 8)과 같다.

정기적인 신체검사 유무에 따른 기능적 독립성 수준에 대해 일원배치분산분석한 결과, 중소도시 집단에서는 예로 응답한 집단(49.95±3.95), 아니오로 응답한 집단 (27.81±5.08)으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.05). 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여 (p<.05), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기능적 독립성 수준이 높았다.

8) 규칙적 운동 유무에 따른 기능적 독립성

노인의 평소 규칙적인 운동을 하는지의 여부에 따

표 7. 신체 활동량에 따른 기능적 독립성

구분	집단 대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
	M±SD	F	M±SD	F	
매일 ^a	67.00±3.53		65.20±6.08		
일주일에 한번 ^b	57.62±5.46		43.18±9.07		
일주일에 2~3회 ^c	51.64±5.56	1.93	47.75±6.48	5.97*	13.00*
거의 안 한다 ^d	68.15±7.31		33.41±4.45		

post-hoc, a,d

* P<.05

표 8. 정기적인 신체검사 유무에 따른 기능적 독립성

구분	집단 대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
	M±SD	F	M±SD	F	
예	63.24±2.89		49.95±3.95		
아니오	24.50±8.23	0.27	27.81±5.08	2.24*	9.29*

* P<.05

른 기능적 독립성 수준에 대한 분석 결과는 (표 9)와 같다.

규칙적 운동을 하고 있는지의 유무에 따른 기능적 독립성 수준에 대해 일원배치분산분석한 결과, 중소도시 집단에서는 예로 응답한 집단(48.10±4.31), 아니오로 응답한 집단(37.87±5.29)으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.05). 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이가 없었다(p<.05).

3. 정신요인에 따른 기능적 독립성

1) 삶(마음)에 따른 기능적 독립성

신체적 연령과 관계없이 노년의 삶(현재의 마음의 상태)을 어떻게 생각하는지의 여부에 따른 기능적 독립성 수준을 분석한 결과는 (표 10)과 같다.

노년의 삶에 대한 스스로의 생각에 따른 기능적 독립성 수준을 일원배치분산분석한 결과, 대도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<.05). 사후 검증에서 긍정적이라고 응답한 집단(71.33±3.97), 보통

표 9. 규칙적 운동 유무에 따른 기능적 독립성

구분	집단 대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
	M±SD	F	M±SD	F	
예	63.08±3.38		48.10±4.31		
아니오	62.21±4.50	0.15	37.87±5.29	3.44*	0.10

* P<.05

표 10. 노년의 삶에 따른 기능적 독립성

구분	집단 대도시(n=80)		중소도시(n=80)		x ²
	M±SD	F	M±SD	F	
긍정적 ^a	71.33±3.97		58.23±5.36		
보통이다 ^b	62.19±3.19	5.83*	48.84±4.50	6.70*	5.64
부정적 ^c	41.82±7.25		26.16±5.59		

post-hoc, a,c post-hoc, a,c

* P<.05

이라고 응답한 집단(62.19±3.19), 부정적이라고 응답한 집단(41.82±7.25) 긍정적이라고 응답한 집단의 순으로 기능적 독립성 수준이 높았다. 또한 중소도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 긍정적이라고 응답한 집단(58.23±5.36), 보통이라고 응답한 집단(48.84±4.50), 부정적이라고 응답한 집단(26.16±5.59)의 순으로 기능적 독립성 수준이 높았다. 그러나 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p<.05$).

2) 자신의 건강 평가에 따른 기능적 독립성

노인이 스스로 자신의 건강을 평가한 항목에 따라 기능적 독립성 수준을 분석한 결과는 (표 11)과 같다.

노인 스스로 자신의 건강을 평가한 항목에 따른 기능적 독립성 수준을 일원배치분산분석한 결과, 대도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 건강하다고 응답한 집단(78.18±4.71), 보통이라고 응답한 집단(69.00±4.82), 건강하지 않다고 응답한 집단(55.27±3.52)의 순으로 기능적 독립성 수준이 높았다.

또한 중소도시 집단에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 사후검증에서 건강하다고 응답한 집단(55.80±7.41), 보통이라고 응답한 집단(52.38±4.49), 건강하지 않다고 응답한 집단(33.58±5.15)의 순으로 기능적 독립성 수준이 높았다. 대도시와 중소도시 두 집단의 비교에서는 집단간 통계적으로 유의한 차이를 보여($p<.05$), 대도시 집단이 중소도시 집단에 비해 기능적 독립성 수준이 높았다.

표 11. 자신의 건강 평가에 따른 기능적 독립성

구분	집단	대도시(n=80)		중소도시(n=80)		χ^2
		M±SD	F	M±SD	F	
건강하다		78.18±4.71		55.80±7.41		
보통이다		69.00±4.82	5.83*	52.38±4.49	4.39*	6.11*
건강하지 않다		55.27±3.52		33.58±5.15		
		post-hoc, a,c		post-hoc, a,c		

* $P<.05$

IV. 고 찰

노인의 건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다양하게 나타나는 특성이 있으며, 노인의 건강은 노화과정의 정도에 따라 신체기능의 저하와 그에 따른 기능장애, 기능상실과 병리적 변화 등으로 다양하게 나타날 수 있다.

노화현상의 하나로 신체, 생리적 기능의 변화로 여러 장애를 초래하게 되고 체력이 저하되며, 심혈관, 호흡기, 근골격계의 변화는 일상생활활동에서 다른 사람의 도움이 요구되면서 심리적, 사회적으로 많은 변화를 가져오게 된다. 이러한 노인의 신체, 생리적 기능장애는 독립적으로 일상생활을 할 수 없으며 이로 인해 자기 효능감이 저하된다(김춘길, 1995).

노인의 신체기능의 원활함은 독립적 생활을 의미하며, 이러한 노인의 독립적 일상생활활동 수행은 노인을 활동적이고 독립적으로 유지하게 하고 삶의 질을 향상시키게 해준다. 따라서 노인의 건강상태를 측정하기 위해서는 병리현상에 근거를 두기보다는 기능수준에 기초를 둔 기능적 건강상태를 측정하는 방법이 타당하며, 기능적 감소로 인한 신체적 건강상태의 변화가 노인의 건강에 있어 가장 중요한 요인으로 작용한다(김정순과 권자연, 1996). 특히 노인을 둘러싼 주변 환경은 노인들의 건강에 직·간접적으로 작용하여 심리적, 사회적, 경제적 활동에 영향을 주며, 동시에 노인의 안녕감에 영향을 준다(박희진, 1996).

신체적 건강은 일과 업무를 수행할 수 있는 신체의 기능적 능력을 의미하며, 인체의 생리적 상태를 가리킨다.

정신적 건강은 사람을 결속시키는 어떠한 힘에 대한 믿음을 의미하며, 모든 사람들은 개인적으로 정신적인 능력을 갖고 있다. 정신적인 요소는 삶의 방향과 의미를 제공해 주며, 최적의 정신은 삶의 기본적인 목적을 발견하고 행동을 할 수 있도록 하는 능력을 의미한다. 정신적 건강이란 삶의 목적의식, 사랑을 주고받는 능력 그리고 타인들에 대한 자비와 호의를 갖는 감정 등을 지닌 정신적인 상태를 의미한다. 정신적 적응의 문제는 외적요인과 내적요인으로 구분할 수 있다. 외적요인으로는 친구, 친족의 죽음과 같은 개인적 상

실과 정년퇴직이나 노인에 대한 정서, 사회적 지위와 특권의 상실 같은 사회적 상실로 우울증에 빠지게 된다. 내적요인으로 개인의 성격적 특성, 신체기능의 변화로 인한 행동장애와 함께 불안, 욕구불만 및 스트레스와 같은 심리적 갈등을 들 수 있다(윤진, 1989). 따라서 노인의 경우 적절한 신체활동으로 건강을 유지하고 삶의 질을 증진시키는 것이 중요하다.

사회생활의 참여는 다른 사람들과의 사회적인 상호작용을 하게 된다. 따라서 요양원에 들어가는 노인들은 훨씬 의존적이고 더 많은 손실을 겪는다. 노인의 정서적 반응의 예측 인자이며, 정서적 반응은 신체적, 사회적 기능의 중요한 예측 인자이다(양경희, 1998).

장기요양보호의 개념을 정의하면, 장기요양보호를 만성적인 정신적, 신체적 장애를 가진 사람들에게 지속적으로 제공되는 보건, 사회적 서비스를 통해 최적의 기능화 수준을 유지하게 된다. 장기요양보호 서비스는 보건의료 서비스와 사회적 서비스가 혼합된 것으로 서비스는 비교적 노동집약적이고, 노인들의 상태 변화에 따라 신축성 있는 서비스의 제공이 필요하다고 강조하였다. 박희진(1996)은 장기요양보호제도가 만성 질병을 가진 노인들을 위해 기능적으로 독립적인 기간을 연장하므로 노후생활의 질을 향상시킨다고 하였다. 장기요양보호제도를 가정, 지역사회, 기관에서 제공되는 모든 서비스로서 거택건강보호, 거택지지서비스, 성인주간보호, 위탁보호 또는 숙식제공 보호, 임종보호, 응급치료병원에서의 보호, 은퇴 노인촌에서의 지속적인 보호, 요양소에서의 보호 등이 포함된다고 하였다.

장기요양보호의 대상자들은 측정 가능한 기능적 장애 수준을 가지고 있으며, 기능 문제는 의학적, 정신적 진단을 통해 표현될 수 있다(김용천 등, 2002).

장기요양보호를 필요로 하는 고령이나 장애 노인의 시설보호는 장기요양보호 대상 노인을 입소 시켜 급식, 치료, 기타 편의를 제공하는 시설의 보호 서비스를 말하며, 대표적인 시설이 노인 요양원이다.

지역사회보호는 지역사회 서비스와 재가보호 서비스로 나누어진다. 지역사회보호는 장기요양보호 대상 노인에게 제공하는 주간보호와 일정 기간의 보호를

제공하는 단기보호를 말하며, 재가보호 서비스는 재가 노인의 가정을 방문하여 제공하는 가정간호와 가정봉사원 서비스 등을 포함하는 것이다. 지역사회 서비스는 가정 밖에서 이루어지는 것인데 비하여 재가보호 서비스는 가정 안에서 이루어진다(차홍봉, 1998). 우리나라의 경우 장기요양보호 인구에 대한 시설보호는 빈곤 계층에 대한 공공부조사업의 일환으로 시작되었다(정길홍, 2003). 공공부조인 생활보호법에서는 장기요양보호 인구의 특별한 욕구에 대한 보호의 차원이 아니라, 부양할 가족이 없거나 가족 보호를 기대하기 어려운 극빈층에 대하여 국가보호의 책임을 인정하는 차원에서 저소득층 장기요양보호 인구에 대한 보호가 이루어져 왔다(전채근, 2003).

기능적 독립성의 측정은 신체적, 심리적 그리고 사회적 기능을 측정하는 것으로서 의료재활을 위한 단일 형태 자료체계의 한 부분이다. 도구적 일상생활동작의 검사와 평가는 노인이 독립적으로 살아가는데 있어서 필수가 되는 여러 영역을 말한다(김용천 등, 2002).

Booth 등(1983)은 사설기관에 거주하는 노인의 일상생활 기능과 1년 후의 사망률을 조사하였는데 일상생활 기능 수준이 가장 낮은 집단에서 사망률이 가장 높았다고 하였으며, Branch 등(1984)은 65세 이상의 노인을 대상으로 6년간의 사망률을 추적 조사한바 일상생활 기능이 가장 낮은 집단에서 사망률이 가장 높은 것으로 보고하였다. 이선자 등(1990)은 노인에게 오는 가장 큰 변화인 신체적 변화의 94%는 근육과 뼈의 문제라고 보고하였고, 노인을 대상으로 간호 요구도를 측정한 바에 의하면 근골격계 질환이 가장 많았다고 하였다. Roos와 Havens (1991)에 의하면 노인의 독립적인 일상생활 수행은 그들의 건강, 신체적 기능 및 생활 만족도와 관련이 있을 뿐 아니라 노화를 성공적으로 이끌게 된다고 하였다. 신흥철 등(2002)은 기능적인 독립생활에 중요한 요소의 하나인 보행에 관여하는 요소로 지시 수행능력, 기립자세에서의 균형 정도, 관절 구축 유무, 마비측 하지의 수의적 조절 능력 및 관절 위치감각 등을 들고 있으며, 강정일 등(2003)은 일상생활동작은 독립적으로 수행한 노인이 일상생활을 독립적으로 수행하지 못한 노인보다 더

긍정적인 자아개념을 갖고 있다고 하였다.

일상생활 동작 평가와 수준은 의존과 독립으로 구분할 수 있으며, 일상생활 동작 분류는 자신의 개인생활을 위한 동작과 사회의 구성원으로서 필요한 동작으로 구분할 수 있다. 따라서 수행능력의 평가 중에 각종 인자의 영향을 받고 있어서 생물학적 측면뿐만 아니라 사회적, 심리적, 생리적 요인 측면 등을 고려해야 한다(신홍철, 1989). 그러므로 검사 항목이 많을 수록 좋은 것은 아니며 검사 및 훈련의 실행 가능한 범위가 바람직하다(함용운, 1998).

일상생활의 기본동작은 인간관계에 수반되는 모든 것을 포함하는 것으로, 이것은 일반적으로 어느 사람에게나 적용되고 우리 모두는 이러한 활동을 쉽게 그리고 생각 없이 행하고 있다. 따라서 그 점부터 프로그램 작성하지 않으면 안 되며, 일상생활동작과 사회생활동작을 할 수 있는 방향으로 연관이 필요하다(김은원 등, 2003).

노인의 건강은 노인의 생활 여건에 가장 큰 영향을 미쳐, 노인의 신체적 건강 감퇴는 사회, 경제적 수준을 저해하며, 수명 연장으로 노인의 만성질환이 증가하여 노인의 시설 이용 기간이 연장될 것으로 예측하기도 한다.

노인의 신체 변화에 대한 적응정도는 사회적 상태에 대한 적응정도에 영향을 주게 되므로, 노인의 기능 및 정신적 기민성을 유지시키기 위해서는 건강행위의 이행이 중요하다(조유향, 1988). 노인에게 잘 계획된 신체 활동 프로그램은 질병을 예방하고 일상생활동작을 증진시키며, 식습관, 정기적인 운동, 여가시간의 양과 질을 결정하는 중요한 요소이다. 또한 노인들 스스로 지각한 자신의 건강상태와 실제 건강상태와는 상당한 비례관계가 있다고 하여 노인 자신의 자각을 중요시 하였다. 수단적 일상생활활동 능력은 노인들이 건강상태를 측정하는 지표이며, 노인의 생활을 알 수 있도록 규정하는 요인이기도 하다(최영희와 정승은, 1991).

최영희와 정승은(1991)은 노인의 독립적인 일상생활 동작 수행은 노인의 건강, 신체적 기능 및 생활 만족도와 관련성이 있을 뿐만 아니라 노화를 성공적으로 이끈다고 하였다. 김춘길(1995)은 양로원 노인 19

명을 대상으로 12주 동안 규칙적인 운동을 실시한 결과 일상생활활동 능력이 유의하게 증가하였다고 하였다. 신홍철 등(2002)의 연구에서도 근력강화운동을 9주 동안 노인에게 실시한 결과 일상생활활동 기능이 유의하게 향상된 것으로 나타났다.

V. 결 론

본 연구의 목적은 건강요인, 환경요인, 사회요인과 정신요인이 노인의 기능적 독립성에 미치는 영향을 알아보는데 있었다. 연구의 대상은 대도시와 중소도시에 소재한 장기요양노인 시설에 거주하는 65세 이상의 노인 160명으로 하였으며, 조사에 대한 검증을 통해 수집된 자료는 연구 과제에 따라 백분율과 평균점수를 산출하여, 대응표본 t-검정과 일원배치분산분석 그리고 χ^2 검정을 하였다. 분석 결과는 다음과 같다.

1. 현재 치료 유무에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 집단별, 집단간 모두 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.
2. 만성질환 유무에 따른 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 각 집단별에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 두 집단간 비교에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($p < .05$).
3. 위생관리, 식사 습관, 신체 활동량, 정기적 신체 검사에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 대도시 집단에서는 유의한 차이가 없었으나, 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < .05$). 또한 두 집단간 비교에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($p < .05$).
4. 음주와 흡연에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의성이 없었으나, 대도시 집단과 두 집단간 비교에서는 유의한 차이가 나타났다($p < .05$).
5. 규칙적 운동에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 있으나($p < .05$), 대도시 집단과 두 집단간 비교에서는 유의한 차이가 없다.

6. 삶에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 대도시 집단과 중소도시 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 있으나($p<.05$), 집단간 비교에서는 통계적으로 유의한 차이가 없다.
7. 자신 건강평가에 따른 노인의 기능적 독립성 수준의 분석 결과는 집단별, 집단간 모두 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($p<.05$).

위의 결과 분석을 토대로 도출된 결론은 노인의 건강을 유지 및 증진시키고 사회적 안정과 만족을 가질 수 있도록 하기 위해서는 안정적인 주거, 신체 활동량의 증진, 가족 구성의 다양화 및 기초적인 생활보장 등이 요구된다. 그리고 바람직한 환경과 건강을 위한 사회심리적인 다양한 상호작용이 중요하며, 인간의 존엄성과 가치를 지양하기 위해 인간 복지를 실천하는 것이 무엇보다도 중요하다.

참고문헌

- 강순희. 지체장애 학생의 기능적 독립성, 사회계층 및 자아개념간의 관계. 단국대학교 석사학위논문, 1989.
- 강정일, 신흥철, 백현희. 신경근 재교육이 뇌졸중 환자의 신체구성, 혈액 점도, 운동기능에 미치는 영향. 대한물리치료학회지, 15(4); 953-961, 2003.
- 김용천 등. 노인물리치료학. 서울, 현문사, 2002.
- 김은원, 이인정, 주애란. 노인대학 프로그램이 노인의 일상생활능력과 건강노화 노력에 미치는 영향. 노인복지연구, 한국노인복지학회, 20; 51-54, 2003.
- 김정순, 권자연. 요양원 노인의 신체적, 인지적, 사회적 지능 형태에 관한 연구. 지역사회 간호학회지, 7(2); 216-228, 1996.
- 김춘길. 운동프로그램이 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활능력 및 삶의 질에 미치는 효과. 가톨릭대학교 박사학위논문, 1995.
- 박희진. 노인들의 환경디자인 요소와 낙상위험 인지도와의 관계 및 주거 내에서 낙상 위험을 줄이기 위한 디자인 지침. 대한가정학회지, 45-55, 1996.
- 신흥철, 강정일, 김용각. 물리치료가 뇌졸중 환자의 체성분에 미치는 영향. 대한물리치료학회지, 9(4); 95-101, 2002.
- 신흥철. 운동기능 재학습에 관한 연구. 대한물리치료학회지, 1(1); 48-52, 1989.
- 신흥철, 정동혁. 노인 물리치료를 위한 저항 트레이닝 처방에 대한 탐색. 대한물리치료학회지, 15(1); 138-145, 2003.
- 양경희. 노인의 건강신념과 건강관행에 관한 연구. 한양대학교 박사학위논문, 58-65, 1998.
- 윤진. 노화과정과 심리적 특성 변화의 관계. 대한간호, 28(4); 6-11, 1989.
- 이정숙. 환경과 건강요인이 노인의 보건복지에 미치는 영향. 한서대학교 박사학위논문, 2004.
- 전채근. 우리나라 실버산업의 활성화 방안. 노인복지연구, 한국노인복지학회, 20; 165-169, 2003.
- 정길홍. 한국의 케어복지 정책적 방안. 노인복지연구, 한국노인복지학회, 20; 285-289, 2003.
- 조유향. 노인의 신체적, 사회적 능력 장애에 관한 조사 연구. 간호학회지, 18(1); 70-79, 1988.
- 차홍봉. 장애인 부양가족의 장기요양보호 서비스 이용 선호도와 그 결정요인에 관한 연구. 중앙대학교 박사학위논문, 1998.
- 최영희, 정승은. 한국 노인의 건강상태 도구 개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 3; 70-96, 1991.
- 함용운. 일상생활 활동의 지도와 검사의 기본 원리. 대한물리치료학회지, 5(4); 10-15, 1998.
- Booth T, Phillip D, Barritt A, Berry S, Martin DN, Melotte C. Patterns of mortality in homes for the elderly. Age Ageing, 12(3); 240-244, 1983.
- Branch LG, Kats S, Kniepmann K, Papsidero JA. A prospective study of functional status among community elders. Am J Public Health, 74(3); 266-268, 1984.
- Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: A twelve year study of manitoba elderly. Am J Public Health, 81(1); 63-68, 1991.