

홀로 사는 일상생활 기능제한 노인의 건강 상태 및 사회적 지지 현황

박영희‡

부산가톨릭대학교 병원경영학과

Health Status and Social Support among the Elderly Living Alone with Restricted Daily Functions

Young-Hee Park‡

Department of HCM, Catholic University of Pusan

<Abstract>

Objectives : This study was performed to investigate the health status and social support among elderly living alone with restricted daily functions using the data of the “2014 the Korean Elderly Survey”. **Methods** : Data on 2,407 elderly living alone were drawn and statistically examined using a t test, an ANOVA, and a multiple regression analysis. **Results** : The study found that first, the elderly living alone with restricted daily functions comprised 22.1% of the total elderly living alone, and those who were older elderly, illiterate, with low income, having poor nutrition management, and with a poor health status. Second, among the elderly living alone with restricted daily functions, there was a group with very little support from the family and only 14.0% were covered by long term care insurance. Third, the life satisfaction of the elderly with restricted functions was lower than that of the non restricted elderly, and was affected by income, health conditions, depression, access to senior welfare centers, and communication with others. **Conclusions** : The elderly living alone with restricted daily functions have serious health risks and social support, and hence they should be provided with more proactive support for life, health care and social care to live independently within their communities.

Key Words : Elderly Living Alone, Restricted Daily Functions, Health Status, Social Support

‡ Corresponding author : Young-Hee Park(yhpark@cup.ac.kr) Department of Health Care Management, Catholic University of Pusan

• Received : Jan 28, 2018

• Revised : Feb 12, 2018

• Accepted : Feb 19, 2018

I. 서론

2017년 7월 우리나라의 노인인구는 707만 6000 명을 넘어섰고, 이는 국내 전체 인구의 약 13.8%에 해당하는 수치로 다른 나라보다 빠른 속도로 고령 사회에 진입하였고, 2026년에는 노인인구비율이 20.8%로 증가하여 초고령 사회가 될 것으로 예측하고 있다[1]. 이러한 빠른 고령화 진전과 부모부양에 대한 가치관의 변화, 도시화 등 사회·경제·문화적 변화로 인하여 홀로 사는 노인의 수가 급증하고 있다. 2015년 한국의 홀로 사는 노인 수는 137만 9천명으로, 2005년 77만 천명보다 1.8배 늘었고, 2025년에는 현재의 1.6배인 224만 8천명, 2035년엔 2.5배인 343만명으로 늘어날 전망이다, 전체 노인 중 홀로 사는 노인이 차지하는 비중도 2015년 20.8%에서 2035년에는 23.2%까지 증가할 것으로 전망된다[2]. 홀로 사는 노인 가구의 증가는 피할 수 없는 추세가 되고 있는 상황에서, 홀로 사는 노인은 자신이 살아왔던 지역사회 내에서 자신의 신체적, 정신적, 사회적 기능을 갖추어 자율적이고 독립적으로 생활해 나가는 것이 바람직할 것이다. 그러나 현재의 우리나라 노인들은 빠른 산업화 속에서 부모부양과 자식에 대한 헌신으로 자신의 노후 준비는 매우 미흡한 반면, 공적인 사회보험의 혜택 또한 매우 미흡하여 경제적으로 매우 어려운 처지에 있다[3]. 특히 홀로 사는 노인은 가족과 함께 사는 노인에 비해 신체적·정서적·경제적인 측면 등에서 상대적으로 취약하고, 사회적 지지 수준도 더 낮게 나타난다[4][5][6]. 홀로 사는 노인은 혼자 생활해 나가면서 자신의 의식주를 관리해야 하는데, 아플 때 간호할 사람이 없다는 점과, 심리적 불안감과 외로움, 경제적 불안감을 느끼고 있으며, 일상생활 문제처리가 힘들다는 여러 어려움을 경험하고 있어[4], 신체적으로나 심리적으로 사회적 돌봄과 사회적 지지가 필요한 상태이다. 사회적 지지란 개인이나 가족의 심리사회적 문제해결

기능을 하는 긍정적인 사회관계망 개념이며, 개인이 다른 사람과의 상호작용을 통해 기본적인 욕구 충족에 필요한 도움이나 사랑, 인정 등과 같은 정서적 지원, 정보 등을 제공받는 것을 의미하며, 한 개인이 자신이 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 모든 긍정적인 자원이라고 볼 수 있다[7]. 노인의 사회적 지지는 직접적으로 의미 있는 사회적 관계를 지속시켜 노인의 고립이나 외로움을 막아주는 역할을 수행하며 이를 통해 노인의 삶의 질을 개선시키는 직접적인 효과를 가지는 것으로 보고되고 있다[8][9].

홀로 사는 노인이 일상생활활동(activities of daily living: ADL)이나 도구적 일상생활활동 수행 (Instrumental activities of daily living: IADL)에 문제가 있다면, 심각한 건강문제로 이어질 수 있으며, 독립적인 생활이 어려워질 수 있다[10]. 특히 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인은 고령, 독거, 기능제한의 3중고(distress)를 겪고 있는 우리 사회에서 가장 취약한 계층으로 우선적인 관심과 보호를 제공해야 할 대상이며, 이들에 대한 돌봄서비스 제공과 지역사회 내에서의 사회적 지지가 절실히 필요하다. 이를 위해서는 우선 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인의 건강상태와 사회적 지지 현황과 그 취약성을 면밀히 파악할 필요성이 있다. 나아가 홀로 사는 기능제한 노인의 삶의 만족도와 관련 요인을 파악하여 삶의 질을 증진시키기 위한 중재방안을 모색하여야 할 것이다. 지역사회 내에서 홀로 사는 노인의 건강상태와 우울, 사회적 지지에 관한 연구는 다수 있으나 [6][11][12][13][14], 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인에 초점을 맞추어 건강상태와 사회적 지지를 살펴본 전국단위 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구에서는 3년마다 전국단위에서 조사되는 노인실태조사 자료를 활용하여 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인을 대상으로 건강상태와 사회적 지지 현황, 삶의 만족도에 대한 연구를 수행하여 지

역사회 내에서 독립적으로 살아가는데 필요한 정책을 수립하는 기초자료를 제공하고자 한다.

연구의 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 일상생활 기능제한에 따른 홀로 사는 노인의 인구사회학적 특성, 건강 상태, 의료기관 이용 정도를 파악한다. 둘째, 일상생활 기능제한에 따른 홀로 사는 노인의 사회적지지 정도와 삶의 부문별 만족도를 비교한다. 셋째, 홀로 사는 노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 일상생활 기능제한 여부별로 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구자료 및 연구대상

연구자료는 노인복지법에 의해 2008년부터 3년 주기로 시행되고 있는 “2014년 노인실태조사” 원시자료 중 홀로 사는 노인 2,407명의 자료를 선택하여 사용하였다.

“2014년 노인실태조사”는 『2010년 인구주택 총조사』 자료를 바탕으로, 2014년 전국 16개 시·도의 일반주거시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인을 목표모집단으로 하여 16개 시·도의 노인인구수에 따라 확률비례계통추출법을 이용하여 대상자를 표집하였다. 총 조사구의 수는 975개이며, 조사를 완료한 노인의 총 수는 10,451명이다[4].

2. 연구도구

1) 인구사회학적 특성

홀로 사는 노인의 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 기초생활수급 여부, 소득수준, 지역 구분, 독거자발성 여부, 독거년수를 선정하였다. 연령은 ‘65~74세’, ‘75~84세’, ‘85세 이상’으로 분류하였고, 교육수준은 무학, 초졸, 중졸이상으로 구분

하였다. 이중 소득수준은 홀로 사는 노인의 소득분포를 고려하여 ‘월50만원 이하’, ‘월50~100만원 이하’, ‘100만원 이상’으로 분류하였고, 지역구분은 동지역과 읍·면지역으로 분류하였다. 독거자발성은 독거이유가 ‘경제적으로 능력이 있어서’, ‘건강해서’, ‘개인생활을 누리기 위해서’, ‘살고 있는 곳에서 떠나기 싫어서’를 포함시켰다.

2) 건강 및 의료이용 관련 특성

홀로 사는 노인의 건강관련 특성은 주관적 건강 상태, 영양관리 상태, 우울증 여부, 일상생활 기능제한 여부, 장기요양등급 여부, 만성질환의 총 수, 지난 1개월간 의료기관 이용횟수, 지난 6개월간 입원횟수, 미충족 의료 여부를 선택하였다. 주관적 건강상태는 5점 Likert척도(1=건강이 매우 나쁘다, 5=매우 건강하다)로 산정하였다. 영양위험은 10개 항목으로 구성되어 있으며, 항목별로 위험이 있을 때, 1~4점의 가중치를 부여하여 총점이 높을수록 영양상태가 위험한 것을 의미한다. 본 연구에서는 도구개발 당시 제안된 영양위험의 수준에 따라 0~2점 ‘영양관리양호’, 3~5점 ‘영양관리주의’, 6점 이상은 ‘영양관리개선필요’로 구분하였다[4]. 우울증은 노인실태조사에서 사용되는 단축형 노인우울척도(Short Form of Geriatric Depression Scale: SGDS) 15문항을 사용하여 0~15점으로 측정된 결과에서 8이상은 우울증이 있음, 8점 보다 낮은 경우는 우울증 없음으로 구분하였다[4].

‘일상생활 기능제한’은 한국형 일상생활 활동 측정도구(Korean activities of daily living, K-ADL) 7개와 한국형 도구적 일상생활 활동 측정도구(Korean instrumental activities of daily living, K-IADL) 10개 문항을 이용하여 17개 모두 자립인 경우를 ‘일상생활기능제한이 없는 경우’로 1개 이상이라도 완전 자립이 아닌 경우를 ‘일상생활기능제한이 있는 경우’로 분류하였다. 한국형 일상생활 활동 측정도구(K-ADL)는 옷 입기, 세수하기, 목욕

하기. 식사하기, 밖으로 이동, 화장실 사용, 대소변 조절의 7개 항목으로 구성되어 있으며 각 문항은 3점 Likert 척도(0=완전 자립, 1=부분 도움, 2=완전도움)로 측정되며, 자신의 신체를 돌보는데 필요한 기술이다. 한국형 도구적 일상생활 활동 측정 도구(K-IADL)는 몸단장하기, 집안일하기, 식사준비, 빨래하기, 제시간에 약 챙겨먹기, 금전 관리, 근거리 외출하기, 구매하기, 전화 걸고 받기, 교통수단 이용하기의 10개 항목으로서 지역사회에서의 독립적인 생활의 가능성을 평가하고자 하는 개념이다[10]. 7개의 문항은 3점 Likert 척도(0=완전 자립, 1=부분 도움, 2=완전도움)로 측정되고, 일부 문항(문항 8,9,10)은 4점 Likert 척도로 측정되고 있다[4].

‘만성질환의 총 수’는 최근 3개월간 앓고 있는 질병 중 의사에게 진단을 받은 질병의 총 수이다. ‘의료기관 이용횟수’는 지난 1개월간 의료기관 이용 횟수, ‘입원횟수’는 지난 6개월간 입원횟수, ‘미충족 의료’는 지난 1년간 병의원 진료가 필요하다고 생각되는데 진료받지 못한 경우가 있을 때로 선정하였다.

3) 사회적 지지 현황

사회적 지지 변수는 경로당이용 여부, 노인복지관이용 여부, 비동거자녀와의 왕래 빈도, 비동거자녀와의 총 연락 빈도, 외부의 사람이 집에 오는 빈도, 비동거자녀의 정서적 지지 받음, 청소·식사·세탁도움 받음, 간병 받음, 정기적 현금 받음, 비정기적 현금 받음, 일상생활기능제한자의 가족돌봄 받음, 친척지인도움 받음, 개인간병도움 받음, 장기요양보호서비스 받음, 노인돌봄서비스 받음을 선정하였다. 비동거자녀와의 왕래 빈도는 ‘주4회 이상’, ‘주2~3회’, ‘주1회’, ‘한달에 1~2회’, ‘3개월에 1~2회’, ‘1년에 1~2회 이하’로 구분하였고, 비동거자녀와의 연락 빈도와 외부의 사람이 집에 오는 빈도는 ‘주4회 이상’, ‘주2~3회’, ‘주1회’, ‘한달에 2~3

회’, ‘3개월에 2회 이하’로 구분하였다.

4) 부문별 삶의 만족도

노인실태조사에서 조사하고 있는 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 자녀와의 관계 만족도(생존자녀가 있는 경우만), 사회여가·문화활동 만족도, 친구·지역사회 만족도를 사용하였다. 이 변수들은 5점 Likert 척도로(1=전혀 만족하지 않음, 5=매우 만족함)로 산정하였다. 배우자만족도는 배우자가 없는 경우가 대부분으로 만족도 분석에서는 제외하였다.

또한 만족도에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 5개 만족도의 평균(측정되지 않은 만족도는 제외)을 산출하여 사용하였다.

3.분석방법

분석방법은 첫째, 홀로 사는 노인을 ‘일상생활 기능제한이 있는 군’과 ‘일상생활 기능제한이 없는 군’으로 나누어 인구사회학적 특성의 차이를 살펴보기 위해 피어슨 χ^2 검정을 시행하였다.

둘째, 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인과 기능제한이 없는 홀로 사는 노인의 건강 상태, 의료기관 이용 특성을 살펴보고, 두군 간의 차이를 검증하기 위하여 피어슨 χ^2 검정과 ANOVA를 시행하였다.

셋째, 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인과 기능제한이 없는 홀로 사는 노인의 사회적 지지의 차이를 검증하기 위하여 피어슨 χ^2 검정을 시행하였다.

넷째, 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인과 기능제한이 없는 홀로 사는 노인의 부문별 삶의 만족도 평균의 차이를 검증하기 위하여 5개 변수별로 ANOVA를 시행하였다.

다섯째, 노인의 삶의 만족도에 관련된 요인을 일상생활기능제한자와 기능비제한자별로 분석하기

위하여 부문별 만족도 5개 변수의 평균을 산출하여, 이를 종속변수로 하여 일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인과 기능제한이 없는 홀로 사는 노인으로 구분하여 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수는 환자의 인구사회학적 특성, 건강 및 의료 이용 관련 변수, 사회적 지지 관련 변수를 사용하였다. 독립변수들 간의 상관관계와 공차한계 (tolerance), 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF)을 확인한 결과에서 독립변수 간 공선성의 문제는 없었다. 자료처리 및 통계분석은 SPSS 24.0을 사용하였다.

III. 연구결과

1. 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인과 기능비제한 노인의 인구사회학적 특성

연구대상자인 홀로 사는 노인 2,407명 중 일상생활 기능제한자는 22.1%인 533명이었다. 성별로는 일상생활 기능제한자의 여자비율이 90.6%로 압도적으로 높았다($p<.01$). 연령별로도 기능제한자의 고연령 비율이 높아 85세 이상이 24.9%를 차지하였다. 교육 수준은 기능제한자에서 무학이 66.4%로 매우 높았다($p<.01$). 기초생활수급자의 비율과 저소득층의 비율 또한 기능제한자에서 높았다($p<.01$). 거주지역별로는 기능제한자의 읍·면비율이 33.9%로 기능비제한자 25.5%보다 높았다($p<.01$). 독거이유는 미자발적 독거가 56.6%로 많았고, 두 집단 간에는 유의한 차이가 없었다. 독거년수는 기능제한자가 15.9년으로 기능비제한자 14.8년보다 길었다($p<.05$)<Table 1>.

<Table 1> Socio Demographic characteristics of the elderly living alone with/without restricted daily functions

Variables		With restricted daily functions	Without restricted daily functions	Total	P*
Gender	Men	50(9.4)	386(20.6)	436(18.1)	.000
	Women	483(90.6)	1,488(79.4)	1,971(81.9)	
Age(years)	65~74	128(24.0)	945(50.4)	1,073(44.6)	.000
	75~84	273(51.1)	793(42.3)	1,066(44.3)	
	Over 85	133(24.9)	136(7.3)	269(11.2)	
Education Level	Uneducated	354(66.4)	808(43.1)	1,162(48.3)	.000
	Elementary school	135(25.3)	594(31.7)	729(30.3)	
	Middle school	44(8.3)	472(25.2)	516(21.4)	
Beneficiary of national basic livelihood	Yes	103(19.3)	248(13.2)	351(14.6)	.001
	No	431(80.7)	1,626(86.8)	2,057(85.4)	
Income/month (10,000won)	≤50	242(45.3)	698(37.3)	940(39.1)	.000
	50~100	232(43.4)	803(42.9)	1,035(43.0)	
	≥100	60(11.2)	372(19.9)	432(17.9)	
Region	Urban	353(66.1)	1,397(74.5)	1,750(72.7)	.000
	Rural	181(33.9)	477(25.5)	658(27.3)	
Reason for living alone	Voluntarily	219(41.1)	827(44.1)	1,046(43.4)	.216
	Involuntarily	314(58.9)	1,048(55.9)	1,362(56.6)	
Period of living alone(years)	M±S.D	15.9±11.56	14.8±11.06	15.0±11.18	.044
Total		533(100.0)	1,874(100.0)	2,407(100.0)	

*Tested with chi-square test or ANOVA

2. 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인과 기능비제한 노인의 건강관련 및 의료이용 특성

영양관리 상태는 일상생활 기능제한자의 영양관리개선필요의 비율이 52.6%로 가장 높았고, 영양관리주의도 33.5%로 기능비제한자보다 영양관리상태가 매우 부실하였다($p<.01$). 우울증을 보이는 사람의 비율은 기능제한자가 60.4%로 기능비제한자 39.1%보다 매우 높았다($p<.01$).

장기요양보험 요양등급자는 기능제한군에서 14.0%만이 해당되었다. 미충족의료는 기능제한군에서 20.8%로 기능비제한자 10.2%보다 높았다($p<.01$).

건강상태 점수는 기능제한자가 2.27로 기능비제한자 2.75보다 낮았다($p<.01$). 의사진단 만성질환 개수는 기능제한자가 3.41개로 기능비제한자 2.89개보다 많았다($p<.01$).

지난 1개월간 의료기관이용횟수는 두 집단에 차이가 없었고, 지난 1년간 병원입원횟수는 기능제한군에서 0.43회로 기능비제한군 0.23회보다 높았다

($p<.01$)<Table 2>.

3. 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인과 기능비제한 노인의 사회적 지지 현황

기능제한자의 경로당 이용은 41.6%로 기능비제한자 31.0%보다 높았고, 노인복지관 이용은 8.8%로 기능비제한자 12.3%보다 낮았다($p<.01$). 자녀의 왕래빈도를 보면 기능제한자의 5.1%에서는 자녀가 없었고, 한 달에 1~2회가 24.8%로 가장 많았고, 주 4회 이상 왕래는 14.6%이었으며, 자녀와의 전체 연락빈도는 주4회 이상이 29.2%로 가장 많았으며, 전체적으로 기능제한자의 자녀와의 왕래빈도나 연락빈도가 기능비제한자보다 많았다($p<.01$).

외부 사람이 집에 방문하는 총 빈도는 기능제한자에서 주4회 이상이 33.3%로 가장 많았고, 3달에 2회이하의 비율도 11.2%를 보였으며, 기능비제한자보다는 왕래빈도가 많았다($p<.01$).

<Table 2> Health status and medical use among the elderly living alone with/without restricted daily functions

Variables	With restricted daily functions	Without restricted daily functions	Total	P*	
Nutrition management	Good	13.9%	31.4%	27.5%	
	Caution	33.5%	39.5%	38.2%	
	Needs to be improved	52.6%	29.0%	34.3%	
Depression	Yes	60.4%	39.1%	43.7%	
	No	39.6%	60.9%	56.3%	
Long-term care service grade	Yes	14.0%	0.6%	3.6%	
	No	86.0%	99.4%	96.4%	
Unmet necessary medical needs	Yes	20.8%	10.2%	12.6%	
	No	79.2%	89.8%	87.4%	
Health status	M±S.D	2.27±.862	2.75±.952	2.65±.954	.000
Number of diagnosed disease	M±S.D	3.41±1.955	2.89±1.895	3.00±1.921	.000
Number of medical institutions visited	M±S.D	3.22±4.450	2.87±3.836	2.95±3.982	.078
Number of admissions	M±S.D	0.43±.860	0.23±.581	0.27±.658	.000
Total		533(100.0)	1,874(100.0)	2,407(100.0)	

*Tested with chi-square test or ANOVA

자녀에게 받는 지지 현황을 보면, 기능제한자는 자녀에게 비정기적 현금을 받는 경우가 88.9%로 가장 많았고, 다음으로 정서적 지원 67.5%, 간병 지원 67.1%, 정기적 현금 지원 63.2%, 청소·식사·세탁 지원 59.8%순이었다. 자녀의 청소·식사·세탁 지원, 간병, 정기적 현금지원은 기능제한자가 기능비제한자보다 많

았고(p<.01), 자녀의 정서적 지원과 비정기적 현금 지원은 두 집단 간에 차이가 없었다.

기능제한자가 현재 받고 있는 일상생활도움을 도움 주체별로 살펴보면 가족도움이 49.2%로 가장 많았고, 장기요양서비스 12.8%, 노인돌봄서비스 12.4%, 친척지인 도움 11.6%, 개인간병 0.9% 순이었다<Table 3>.

<Table 3> Social support for the elderly living alone with/without restricted daily functions

Variables		With restricted daily functions	Without restricted daily functions	Total	P*
Visit the hall for the elderly	Yes	41.6%	31.0%	33.3%	.000
	No	58.4%	69.0%	66.7%	
Visit senior welfare centers	Yes	8.8%	12.3%	11.5%	.026
	No	91.2%	87.7%	88.5%	
Frequency of descendants' visiting	≥4/week	14.6%	9.1%	10.3%	.000
	2~3/week	12.0%	9.5%	10.1%	
	1/week	16.5%	15.3%	15.5%	
	1~2/month	24.8%	26.2%	25.9%	
	1~2/3months	17.3%	24.2%	22.6%	
	1~2/year	9.8%	10.0%	10.0%	
Frequency of descendants' calls	No descendant	5.1%	5.8%	5.6%	.010
	≥4/week	29.2%	25.3%	26.2%	
	2~3/week	24.7%	20.9%	21.8%	
	1/week	18.5%	18.9%	18.8%	
	1~2/month	11.8%	17.9%	16.5%	
	≤2/months	10.7%	11.2%	11.1%	
Total frequency of people' visiting elderly living alone	No descendant	5.1%	5.8%	5.6%	.000
	≥4/week	33.3%	20.5%	23.4%	
	2~3/week	24.7%	20.6%	21.5%	
	1/week	20.2%	19.9%	20.0%	
Descendants' emotional support	1~2/month	10.5%	17.6%	16.0%	.000
	≤2/3 months	11.2%	21.4%	19.1%	
Descendants' emotional support	Yes	67.5%	63.3%	64.2%	.093
	No	32.5%	36.7%	35.8%	
Descendants' support in cleaning/cooking/washing	Yes	59.8%	46.3%	49.3%	.000
	No	40.2%	53.7%	50.7%	
Descendants' nursing support	Yes	67.1%	49.6%	53.5%	.000
	No	32.9%	50.4%	46.5%	
Descendants' periodic financial support	Yes	63.2%	53.3%	55.5%	.000
	No	36.8%	46.7%	44.5%	
Descendants' non-periodic financial support	Yes	88.9%	87.4%	87.7%	.398
	No	11.1%	12.6%	12.3%	
Receiving care from family		49.2%			
Receiving care from relatives		11.6%			
Receiving care from individual agents		0.9%			
Receiving care from long-term care agents		12.8%			
Receiving care from social care givers		12.4%			
Total		533(100.0)	1,874(100.0)	2,407(100.0)	

*Tested with chi-square test

<Table 4> Satisfaction degree of the elderly living alone with/without restricted daily functions

Variables	M±S.D			
	With restricted daily functions	Without restricted daily functions	Total	P*
Satisfaction with health status	2.23±.863	2.73±.961	2.62±.962	.000
Satisfaction with economic status	2.21±.843	2.39±.858	2.35±.858	.000
Satisfaction with descendant relationship	3.45±.872	3.49±.917	3.48±.907	.385
Satisfaction with society leisure & culture	2.73±.825	3.04±.831	2.98±.840	.000
Satisfaction with friends & community	3.27±.829	3.47±.759	3.43±.778	.000
Total Satisfaction	2.77±.555	3.02±.591	2.96±.593	.000

*Tested with ANOVA

4. 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인과 기능비제한 노인의 부문별 삶의 만족도

부문별 만족도 중 자녀 만족도가 보통을 약간 상회하는 수준으로 다른 만족도 항목보다 가장 높았고, 기능제한자와 기능비제한자 간에 유의한 차이가 없었으며, 경제상태만족도가 두 집단 모두에서 가장 낮게 나타났다.

기능제한자의 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 사회여가·문화활동 만족도, 친구·지역사회 만족도는 2.23, 2.21, 2.73, 3.27로 기능비제한자가 2.73, 2.39, 3.04, 3.47보다 낮았다($p<.01$)<Table 4>.

5. 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인과 기능비제한 노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인

삶의 부문별 만족도 5개 평균을 종속변수로 하여 기능제한군과 기능비제한군 두 집단별로 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수는 인구사회학적인 변수로는 성별, 연령, 교육수준, 기초생활 수급여부, 소득수준, 거주 지역, 독거자발성 여부를, 건강관련 변수는 영양관리, 건강상태, 우울증 여부, 미충족의료 여부를, 사회적 지지 변수는 경로당이용 여부, 노인복지관이용여부, 자녀와의 왕래 빈도, 외부 사람이 집에 오는 빈도, 자녀에게 정서적 지원, 청소·

식사준비·세탁 지원, 간병 지원, 정기적 현금 지원, 비정기적 현금 지원 여부를 선택하였다.

기능제한군에서는 가구소득 100만원이상, 자발적 독거, 건강상태가 좋을수록, 우울증이 없는 경우, 경로당·노인복지관 이용자, 외부 사람이 집에 오는 빈도가 1주일에 2회 이상인 사람, 자녀에게 간병을 받는 사람에게서 만족도가 높았다($p<.05$, $p<.01$).

기능비제한군에서는 여자, 75~84세, 중졸 이상, 비기초생활수급자, 가구소득이 높을수록, 읍·면거주자, 자발적 독거, 건강상태가 좋을수록, 우울증이 없는 경우, 미충족의료가 없는 경우, 경로당·노인복지관 이용자, 외부 사람이 집에 오는 빈도가 많을수록, 자녀에게 정서적 지원, 간병도움, 비정기적 현금 지원을 받는 경우 만족도가 높았다($p<.05$, $p<.01$).

두 집단을 비교해 보면 기능제한군에서는 인구사회학적 특성별로는 소득과 자발적 독거만이 만족도에 유의한 영향을 미치고 있어, 인구사회학적인 변수의 영향력이 적었고, 건강관련변수에서도 건강상태와 우울증만이 영향을 주고 있었다. 사회적 지지 관련 변수에서는 경로당 이용과 노인복지관 이용, 외부 사람이 집에오는 빈도가 공통적으로 정의 영향을 주고 있었으나, 자녀에게 지원을 받는 유형 중 간병만이 정의 영향을 주고 있었다.

다중공선성을 검증하기 위하여 독립변수들 간의 상관관계와 공차한계(tolerance), 분산팽창요인

(Variance Inflation Factor, VIF)을 확인한 결과, 기능제한군에서는 공차한계 0.325~0.897, 분산팽창요인 1.115~3.079, 기능비제한군에서는 공차한계

0.251~0.949, 분산팽창요인 1.100~3.986으로 나타나 독립변수 간 공선성의 문제는 없었다<Table 5>.

<Table 5> Multiple regression on factors affecting satisfaction degree of elderly living alone with/without restricted daily functions

Variables		With restricted daily functions	Without restricted daily functions	Variables		With restricted daily functions	Without restricted daily functions
		β	β			β	β
Gender	Men			Visit the hall for the elderly	No		
	Women	-.010	.045*		Yes	.208**	.070**
Age(years)	65~74			Visit senior welfare centers	No		
	75~84	-.006	.049**		Yes	.099**	.057**
	Over 85	-.053	.008				
Education Level	Uneducated			Frequency of descendants' visiting	Over 4/ week		
	Elementary school	.045	.024		2~3/week	.026	-.009
	Middle school	-.015	.054**		1/week	.009	.045
Beneficiary of national basic livelihood	No				1~2/month	.038	.020
	Yes	-.078	-.040*		≤2/3 month	.058	-.052
Income/month (100,000won)	≤50			Total frequency of people' visiting	Over 4/ week		
	50~100	.072	.080**		2~3 / week	-.036	-.072**
	Over 100	.167**	.187**		1/week	-.130**	-.075**
Region	Urban				1~2/ month	-.062	-.090**
	Rural	.022	.047*		≤2/3 months	-.105**	-.117**
Reason for living alone	Involuntarily			Descendants' emotional support	No		
	Voluntarily	.088*	.072**		Yes	.048	.109**
Nutrition control	Good			Descendants' support in cleaning/cooking/washing	No		
	Caution	-.086	.013		Yes	.076	-.008
Health status	Needs to be improved	-.106	-.044*	Descendants' nursing support	No		
		.324**	.337**		Yes	.094*	.068**
Depression	No			Descendants' periodic financial support	No		
	Yes	-.215**	-.215**		Yes	-.039	.022
Unmet necessary medical needs	No			Descendants' non-periodic financial support	No		
	Yes	-.036	-.078**		Yes	.007	.108**
Adjusted R ²		.424	.520				
F		12.951 (p<.001)	64.747 (p<.001)				

*p<.05, **p<.01

VI. 고찰

“2014년 노인실태 조사” 자료의 홀로 사는 노인을 대상으로 일상생활수행능력(ADL)과 도구적일상생활수행능력(IADL)에 1개 항목이라도 완전자립이 되지 않는 ‘홀로 사는 일상생활 기능제한 노인’과 모든 항목이 완전자립인 ‘홀로 사는 일상생활 기능비제한 노인’으로 분류하여 두 집단의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 사회적지지, 부문별 삶의 만족도의 차이를 비교해보았다.

일상생활 기능제한자는 전체 홀로 사는 노인의 22.1%로 나타났는데, 여성, 고연령층, 무학, 저소득층의 비율이 높아 홀로 사는 기능비제한 노인 보다 매우 취약한 구조를 갖고 있는 것으로 나타났다. 영양관리 상태를 보면, 영양관리 양호의 비율이 13.9%에 불과하였고, 영양관리개선필요의 비율이 52.6%로 높아 홀로 사는 기능비제한 노인이나 가족동거 노인보다 영양관리상태가 매우 부실하였다. 노인들의 영양소 섭취는 사회·경제적 변수, 특히 교육수준에 따라 상당한 차이가 있으며, 이에 따라 만성질환 유병과도 관련성이 있는 것으로 보고되었는데[15], 홀로 사는 기능제한 노인의 교육수준이 낮은 점은 더욱 위험을 높이는 요소이다. 자녀의 청소·식사준비·세탁 등의 지원 비율은 59.8% 수준에 불과해 좀 더 공적인 노인영양관리 지원이 필요함을 시사한다. 지역사회 내에서는 경로식당이나 식사배달서비스를 시행하고 있지만 홀로 사는 노인의 이용비율이 6.9%와 3.7%로 매우 낮아[4], 서비스를 좀 더 확대해야 할 필요성이 제기된다.

우울증을 보이는 홀로 사는 기능제한 노인의 비율은 60.4%로 홀로 사는 기능비제한 노인 39.1%, 전체 노인 33.1% 보다 매우 높았다. Kim 등의 연구[11]에서도 홀로 사는 노인은 배우자 동거노인에 비해 우울증의 위험이 유의하게 더 높게 나타나고 있었는데, 홀로 사는 기능제한 노인의 경우 더 높

게 나타나고 있다. 우울은 인구사회학적 특성뿐만 아니라 사회적 지지에 의해서도 영향을 받는 것으로 알려져 있으며[16], 우울증상이 높을수록 자살 생각도 높고 건강에 부정적 영향을 주고 있어 [17][18], 그 심각성이 크다. 본 연구에서도 우울증이 홀로 사는 기능제한 노인의 전체 만족도에 부정적 영향을 크게 미치고 있는 것으로 나타나, 우울에 대한 모니터링과 중재 프로그램 시행이 시급하다고 보인다. 기능제한자의 건강상태 점수는 2.27로 자신의 건강상태에 대해 부정적이었으며, 의사진단 만성질환 개수도 3.41개로 기능비제한자 2.89개보다 많았고, 지난 1년간 병원입원횟수는 기능제한군에서 0.43회로 비기능제한자 0.23회보다 높았다. 미충족의료 또한 기능제한자에서 20.8%로 기능비제한자 10.2%보다 높아, 만성질환 보유가 많고 거동이 어려운 상황에서 의료요구가 시기적절하게 충족되지 못하고 있어, 이들의 의료요구를 면밀히 사정하여 적절하고 포괄적인 의료를 제공해야 하는 필요성이 있다. 또한 일상생활 기능제한군의 14.0%만이 장기요양보험 요양등급자로 인정받아 대다수의 홀로 사는 기능제한 노인이 미충족의료와 더불어 사회적 돌봄의 취약지대로 남아있는 위험이 존재한다. 만성질환 환자를 위하여 만성질환 관리제가 의원급에서 시행되고 있지만[19], 대상질환의 제한성, 진료의 단절성, 비현실적인 수가의 문제점 등이 제기되고 있어[20], 현재 “지역사회 일차의료 시범사업”을 시행하며 발전방안을 모색하고 있다[21]. Cho 등의 연구에서[20]는 일차의료 중심의 만성질환 관리 모형을 제도화하고, 그에 대한 급여를 확대해 만성질환 관리 기능을 강화하여, 이용자는 자신의 건강 상태를 관리하는 의사와 일차의료팀에 의해 각종 포괄적인 진료 및 상담, 건강교육, 영양교육, 운동지도를 받도록 해야한다고 보고되고 있다. 향후 홀로 사는 기능제한 노인 같은 취약집단에 대해서 우선적으로 적용하여, 의료요구와 돌봄요구를 통합한 환자 맞춤 관리프로

그램으로 더욱 발전시켜 나가야 할 것이다.

삶의 만족도는 안녕감, 복지 만족도, 행복감 등의 용어와 유사한 개념으로 인간이 느끼는 감정을 표현하는 용어로 사용되고 있고[22], 또한 현재 자신의 삶을 어떻게 바라보는지에 대한 주관적 인식은 물론 현재의 상황이나 대인관계 등 사회와 맺고 있는 관계의 정도의 수준에 대한 판단이나 느낌을 포함한다[12]. 삶의 만족에 대한 주관적 접근은 건강 및 물질적 안녕, 사회적 및 지역사회 활동, 개인적 발전 등의 영역들에 대한 인지적 평가에 중점을 둔다[13]. “2014 노인실태조사”에서는 노인의 삶의 만족도를 종합적으로 측정하는 설문은 없고, 삶의 만족도의 구성요소라 할 수 있는 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 배우자와의 관계만족도, 자녀와의 관계만족도, 사회여가·문화활동만족도, 친구 및 지역사회관계의 만족도의 6개 부문별 만족도를 측정하고 있다. 이에 본 연구에서는 배우자가 없는 경우가 대부분인 홀로 사는 노인인 점을 고려하여 배우자와의 관계만족도를 제외한 5개 만족도의 평균을 내어 노인의 삶의 만족도를 가늠하고자 했지만, 이 5개의 만족도가 노인의 삶의 만족도를 대표할 수 있는지에 대한 연구의 제한점이 존재한다. 향후 노인실태조사에서는 삶의 만족도를 종합적 지표로서 명시적으로 포함시키는 것이 필요하다고 생각한다. 기능제한 노인의 5개 부문별 만족도는 자녀관계 만족도가 3.45로 가장 높았고, 다음으로 친구·지역사회만족도가 3.27, 사회여가·문화활동 만족도 3.04, 건강상태 만족도 2.23, 경제상태 만족도가 2.21로 가장 낮았고, 자녀와의 관계 만족도를 제외한 4개 만족도 모두 기능비제한 노인의 만족도보다 낮게 나타났다. 5개 만족도를 평균으로 환산한 만족도 합에 정의 영향을 주는 요인은 기능비제한군에서는 여자, 75~84세, 중졸 이상, 높은 소득, 읍·면 거주자, 자발적 독거, 좋은 건강상태, 우울증이 없는 경우, 미충족의료가 없는 경우, 경로당·노인복지관 이용자, 외부 사람

이 집에 오는 빈도가 높을수록, 자녀의 정서적 지원, 간병도움, 비정기적 현금지원을 받는 경우이었다. 이는 홀로 사는 노인의 주관적 건강상태가 사회 생활만족도에 긍정적인 영향을 미친다는 연구들[14][23]과, 홀로 사는 여성 노인의 생활만족도가 연령, 거주 지역, 주관적 건강, 친한 사람들과의 관계에 의해 결정된다는 연구결과[13]와 일치한다. 기능제한군에서는 인구사회학적 특성별로는 소득, 자발적 독거, 건강관련변수는 건강상태와 우울증이 있는 경우만 유의하였고, 사회적지지 관련 변수에서는 경로당 이용과 노인복지관 이용, 외부 사람이 집에 오는 빈도, 자녀에게 간병지원을 받는 경우가 유의하였다. 이는 기능제한군에서의 삶의 만족도는 건강상태와 우울증 여부에 크게 좌우되는 것으로 건강관리와 우울증 관리가 다른 무엇보다 중요한 것을 시사한다. 또한 사회적 지지 측면에서는 자녀와의 관계보다도 경로당과 노인복지관 같은 지역사회 시설이용, 외부 사람이 집에 오는 빈도가 유의하여 홀로 사는 기능제한 노인에게는 지역사회 내에서의 공적인 사회적 지지망이 매우 중요하게 나타났다. Kim의 연구[24]와 Choi의 연구[25]에서도 배우자·자녀·형제의 지지 보다 친구·이웃의 지지가 노인의 삶의 만족도에 더 큰 영향을 주고 있었다. 이에 지역사회 내에서의 친구·이웃을 통한 사회적 연결망을 강화하고, 공적인 돌봄서비스 제공이 매우 긴요함을 시사한다. 특히 홀로 사는 기능제한 노인의 경로당 이용률이 상대적으로 높으므로 접근성이 높은 경로당의 시설을 개선하고, 다양한 사회적 지원 프로그램을 맞춤 제공해야 할 것이다.

본 연구는 연구자에게 공개되고 있는 노인실태조사 원시자료를 2차적으로 이용한 연구로서 보다 깊이 있는 분석결과를 얻기에는 한계점이 있었지만, 우리사회의 소외계층으로 존재하는 홀로 사는 일상생활 기능제한 노인을 대상으로 건강상태와 사회적 지지, 삶의 만족도를 분석함으로써, 문제점

을 파악하고, 이에 대한 정책적 대안 마련을 위한 기초자료를 제공하였다는데 의의가 있다. 향후에는 홀로 사는 기능제한 노인의 건강관리와 사회적 지지에 대한 실질적인 요구와 효과에 초점을 맞춘 후속연구가 진행되어 홀로 사는 노인의 건강증진과 삶의 만족도를 향상시켜야 할 것이다.

V. 결론

일상생활 기능제한이 있는 홀로 사는 노인은 낮은 교육수준과 열악한 경제 상태에 있으며, 영양관리 미비, 우울증, 미충족의료, 만성질환의 높은 보유를 보여 전체적으로 심각한 건강위험요인을 갖고 있었고, 자녀나 지역사회와의 사회적 지지 또한 낮은 상태에 있어, 적극적인 생활지원 및 건강관리, 사회적 돌봄의 제공이 매우 필요한 상태이다. 홀로 사는 기능제한 노인의 삶의 만족도에는 소득과 건강상태, 우울증, 경로당·노인복지관 이용, 다른 사람과의 왕래가 영향을 미치고 있으므로 이러한 요인에 맞춘 적합한 정책을 수립하여야 할 것이다. 지역사회는 홀로 사는 기능제한 노인을 최우선 돌봄지원 대상으로 선정하여 지역사회 내에서 독립적이고 자율적으로 생활해 나갈 수 있는 사회적 여건을 조성해야 할 것이다. 특히 경로당의 시설과 프로그램을 보강하여 이용의 편리함을 제공하고, 비공식자원으로서 이웃·친구의 참여를 강화하여 지역주민간의 밀접한 네트워크 관계를 형성하도록 유도해 나가야 할 것이다.

REFERENCES

1. Press Paper(2016), "2017 Health and Welfare Main Statistics", Ministry of Health and Welfare, p.6.
2. K.H. Jung(2015), The Status of Elderly Living Alone and Related Policy Measures, Health &

- Social Affairs Issue & Focus, Vol.300;1-8.
3. Y.J. Lee, S.Y. Um(2015), Analysis for Division of State, Market and Family in Income Sources of the Elderly, The Journal of Korea Contents Society, Vol.15(5);91-199.
4. Institute for Health and Social Affairs(2014), Report of 2014 the Korean Elderly Survey, pp.249-480.
5. K.S. Kim(2017), Effects of the Health Status and Health Behavior on Health related Quality of Life of the Elderly Living Alone and Living with Their Families: Using Data from the 2014 Community Health Survey, Journal of Korean Academic Community Health Nursing, Vol.28(1);78-87.
6. H.S. Sok(2008), A Comparative Study on Physical Health Status, Family Support and Life Satisfaction between the Aged Living Alone and Living with Family, Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, Vol. 19(4);564-574.
7. C.Y. Cho(2013), A Study on the Depression and Social Support Factors that Influence Suicide Ideation Among the Elderly from an Ecological Perspective, Korean Journal of Care Management, Vol.8;1-21.
8. M.S. Lee, N.Y. Kim, Study on the Effect of Social Support on Depression of the Old, Korea Academy of Clinical Social Work, Vol.4(1);161-176.
9. B.I. Noh, S.H. Mo(2007), The Effect of Levels and Dimensions of Social Support on Geriatric Depression. Journal of the Korea Gerontological Society, Vol.7(1);53-69.
10. C.S. Choi(2017), A Study on the Casual Relationship between Activities of Daily Living and Life Satisfaction of the Elderly, Graduate School of Chosun University, pp.31-150.

11. S.J. Kim, I.S. Shin, H.Y. Shin, J.M. Kim, S.W. Kim, J.S. Yoon(2015), Comparison of Depression Between the Elderly Living Alone and Those Living with a Spouse, *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry* Vol.21(3);192-198.
12. K.A. Shin(2017), Effects on the Satisfaction of Life by Ego Identity of Elderly Living Alone Analysis of the Mediation Effect in the Social Participation Need, Graduate School of Sungkyul University, pp.31-33.
13. E.K. Cho(2017), The Effect of Social Network of Elderly Women Living Alone on Life Satisfaction, The Graduate School of Yonsei University, pp.8-10.
14. D.H. Yun(2017), Convergent Effects of Subjective Health Status on Life Satisfaction of the Elderly Women Living Alone The Mediating Effects of Social Participation and Self Esteem , *Journal of Digital Convergence*, Vol.15(9);345-354.
15. M.J. Kim, J.Y. Im(2017), Socio Economic Status Factors Affecting Chronic Disease of the Elderly, *Health and Social Welfare Review*, Vol.37(4);125-145.
16. S.H. Jung(2017), A Study on the Correlation between Social Support and Depressed in the Elderly, Graduate School of Yonsei University, pp.62-63.
17. H.S. Yun, S.R. Yeom(2016), The Mediating Effects of Family Solidarity on Depression and Suicidal Ideation of Older Adults in Korea, *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.68(1);53-71.
18. T.Y. Son, Y.H. Kim(2017), Factors Affecting Depression Changes in Adults According to Chronic Disease Type, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.11(4);115-132.
19. Ministry of Health and Welfare(2017), Medical Care Expenses of National Health Insurance, p.74.
20. B.R. Cho, H.S. Kim(2016), Model of Korea Primary Health Care for Efficient and Qualitative Management of Chronic Diseases, National Evidence Based Health Care Collaborating Agency, pp.288-300.
21. Press Paper(2017), "Management of Hypertension and Chronic Diseases is Easy in Our Community Clinic", Ministry of Health and Welfare, pp.1-4.
22. K. F. Schuessler, G. A. Fisher(1985), Quality of Life Research and Sociology, *Annual Review of Sociology*, Vol.11;129-149.
23. S.M. Park(2011), Effects of Health Status on Life Satisfaction of the Elderly Focusing on the mediating and moderating effects of social activities and economic activities, *Journal of Welfare for the Aged*, Vol.53;305-332.
24. J.K. Kim(2012), The Corelation of Social Support and Social Activity with Life Satisfaction of the Elder, Graduate School of Kyungpook National University, pp.30-44.
25. J.C. Choi(2008), A Study on the Relationship of Family Form to the Quality of Life in Rural Elderly Women focusing on connections between preparation for old age and social support, The Graduate school of Hanseo University, pp.99-101.