



# 한국 노인의 허약 경험: Colaizzi의 현상학적 방법으로

박진경

인천가톨릭대학교 간호대학

## Experience of Frailty in Korean Elderly: A Phenomenological Study Utilizing the Colaizzi Method

Park, Jin Kyoung

College of Nursing, Incheon Catholic University, Incheon, Korea

**Purpose:** This study attempts to explore the subjective experience of frailty among elderly individuals in Korea. **Methods:** From June to August in 2014, 11 elderly persons who had experienced frailty in a community were interviewed. For data analysis, the method suggested by Colaizzi was applied as a phenomenological method. **Results:** According to the analysis, the study participants' frailty process was structured in seven categories: (a) 'natural phenomenon with ageing,' (b) 'life force comes to an end,' (c) 'the light in my heart turns off,' (d) 'unavoidable situation,' (e) 'continuous and connected vicious cycle,' (f) 'the limit of recovery energy already passes,' and (g) 'life is supported by someone's help.' **Conclusion:** The frailty experience in the participants is a natural process of aging, which cause vicious cycle acting with each other among physical, psychological, and social health. It is said that the cycle of frailty was started from weight loss and insufficient sleep, and boosted by pain. The participants from repetition of the vicious cycle become exhausted and pass the threshold of their recovery energy at some points. If they meet with sudden accidents such as falling, traffic accident and so on, they become to live a dependent life supported by someone's help in a moment. To prevent frailty and worsening conditions in Korean elderly individuals, it is recommended to provide a interventional programs using this study's results.

**Key words:** Frail elderly; Aging; Qualitative research

## 서론

### 1. 연구의 필요성

최근 급격한 인구고령화로 인하여 건강한 노화에 대한 관심이 증가하였다. 건강한 노화는 노인에게 나타나는 여러 허약 증상들을 자연적인 현상이 아닌 '노인 허약'이라는 또 다른 시각으로 바라보기 시작하였다[1]. '허약'이라는 용어는 생의 주기 모든 단계에서 사용할 수 있는 용어이지만, 특별히 노인에게 사용하는 허약은 노화와 관련

된 신체기능의 저하와 기능 상실로 인해 발생하는 다양한 증상과 징후를 나타내는 상태를 말한다[2]. 초창기 노인의 허약은 장애(disability), 복합유병(comorbidity), 고령(advanced old age)과 유사한 의미를 지닌 것으로 보기도 하였으나[3], 노인에게 나타나는 허약은 장애나 정상적인 노화와는 구별되는 하나의 생리학적 증후군이다 [1]. 노인의 허약을 객관화하는데 크게 기여한 Fried와 Walston [4]에 의하면, 노인의 허약은 '항상성 예비력(homeostatic reserve) 장애'와 '스트레스를 감당할 수 있는 개체 능력이 저하'되어 나타나는

주요어: 허약노인, 노화, 질적연구

\* 이 논문은 저자 박진경의 박사학위 논문을 수정하여 작성한 것임.

\* This manuscript is revision of the author's doctoral dissertation from Catholic University of Seoul.

Address reprint requests to : Park, Jin Kyoung

College of Nursing, Incheon Catholic University, 12, Haesong-ro, Yeonsu-gu, Incheon 22000, Korea

Tel: +82-32-830-7057 Fax: +82-32-830-7059 E-mail: jkpark@iccu.ac.kr

Received: May 22, 2017 Revised: August 18, 2017 Accepted: August 20, 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

연령과 관련된 생리적 취약 상태로 정의하고 있다. 다시 말해, 노인의 허약은 정상 노화와는 달리 동일한 스트레스에도 여러 가지 질환이나 장애로 쉽게 이어지는 취약성을 가진다[2,5]. 이런 의미로 노인의 허약을 'aging plus syndrome'으로 부르기도 한다[6]. 또한, 노인의 허약은 일상생활수행능력(activity of daily living [ADL])과 도구적 일상생활수행능력(instrumental activity of daily living [IADL])의 저하가 주된 증상인 장애와도 다른 개념인데[7], '장애'는 노인의 허약으로 인해 나타날 수 있는 다양한 현상 중 하나이다[2]. 국내에서는 '노화와 관련된 생리학적 취약성을 가지고 있어 향후 급격한 기능저하가 예상되는 노인'을 허약노인이라고 정의한 바 있다[8]. 이러한 노인의 허약은 노인의 사망[9], 시설 입소[10], 장애의 악화[11] 등을 예측하는 주요 변수이다. 또한 노인의 허약은 노인의 주관적 건강과 건강관련 삶의 질 및 노년기 발달과제인 자아통합감에도 영향을 주는 요인이다[12].

노인 허약의 발생기전이나 위험요인에 대해서는 현재까지도 활발히 연구되어지고 있다. Fried와 Walston [4]은 '허약의 순환(cycle of frailty)'이라는 개념적 틀을 제시하면서 노인의 허약 발생기전을 설명하였다. 그들은 노인에게 '허약의 순환'을 시작하거나 악화시키는 요인으로 질병상태, 부동, 우울, 투약 등이 있다고 하였다. Strawbridge 등[13]은 비만, 흡연, 신체적 활동 저하, 우울, 사회적 고립 등이 노인 허약의 위험요인으로 제시하였으며, Morley 등[14]은 허약을 유발하는 4가지 주요 내적 인자로 근육감소증과 관련된 대사병리적 요인, 죽상경화증, 인지장애, 영양결핍을 제시하였다.

이밖에 노인은 만성 질병의 수가 많을수록[12,15], 복용하는 약물의 개수가 많을수록[16], 우울한 노인일수록 더 허약하다고 하였다[17,18]. 또 허약은 인지 능력이 낮은 노인에게 더 호발된다고 보고되고 있다[19]. 노인의 기능적 건강과 허약은 밀접한 관련이 있는데[20], 허약노인은 비허약노인보다 운동능력, 악력, 시력, 청력, 씹기 능력이 낮았으며, 일상생활 수행능력에서도 더 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다[12]. 특히, 노인의 걸음걸이 속도와 균형감을 모두 반영하는 복합적 이동능력(Timed Up & Go)이 허약노인에게 더 저하됨을 보고하고 있다[20]. 이 밖에 남성 노인보다는 여성 노인이, 나이가 많을수록, 교육과 소득수준이 낮을수록, 혼자 사는 노인일수록 허약에 취약하다[12].

허약노인들을 지속적으로 관리하지 않는다면 허약 노인은 장애가 악화되어 장기요양상태로 진행하게 된다[11]. 국내 연구에 의하면 지역사회에 거주하는 노인들 중 허약 노인은 약 34~37.2% 정도를 차지한다[12,21]. 이는 21개의 허약관련 연구를 메타분석한 국외의 연구에서 65세 이상 노인 중 11%가 허약하다고 보고한 결과와[22] 비교하였을 때 높은 수치이다. 그러므로, 한국에서 허약노인에 대한 적절한 관리가 이루어지지 않는다면 장기요양상태로 진행되는 노인들

의 비율 또한 높아져, 노인장기요양보험의 재정 악화 등 사회문제를 유발할 수 있을 것이다[11]. 그러므로, 국내 허약노인의 적절한 관리를 위하여 허약 노인을 정확히 파악하고 이들에 대한 적절한 관리가 필요하다.

Kaufman [23]은 노인의 허약을 의료인류학적인 관점에서 설명하였다. 그는 노인의 허약이 기능적 상태와 사회적 역할 수행 등에서 의존적으로 기울어지는 순간에 뚜렷이 드러난다고 하면서 노인의 허약을 이해하기 위해서는 노인이 돌봄제공자나 보건의료인과 그리고 사회에서 역동적으로 적응해 나가는 과정에 대한 이해가 중요하다고 하였다. 즉, 한 국가의 노인의 허약을 이해하기 위해서는 단순히 노인에게 나타나는 허약의 신체적, 기능적인 증상뿐만 아니라 그 사회 내에서 노인이 경험하는 허약에 대한 역동적인 적응과정까지 고려해야 한다. 그러나, 국내 연구에서 허약 노인을 측정하는 도구들은 대부분 외국에서 개발한 도구를 사용하고 있으며[8,12], 국내 보건소의 방문건강관리사업의 건강면접조사표에서도 일본 후생노동성에서 개호예방 사업 대상자를 선정하기 위해 개발한 '일본의 허약도구'를 사용하고 있어[24], 국내에서 허약 노인을 측정하기 위한 도구에 한국 노인의 허약 경험이 제대로 반영되지 못하고 있는 실정이다. 그러므로, 한국 노인에게 적합한 허약 측정 도구의 개발과, 한국 노인의 허약에 영향을 미치는 보다 적합한 요인을 발견하기 위해서는 한국 노인의 허약 경험에 대한 현상학적 연구를 수행함으로써 새로운 변수의 발견과 보완 작업이 필요하다.

이에 본 연구에서는 현상학적 방법을 적용하여 한국 노인들이 경험하고 있는 허약에 대한 의미와 경험의 본질을 이들의 관점으로 기술하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 한국 노인의 허약 과정에 대한 생생한 경험을 규명함으로써, 한국 노인의 허약의 경험의 본질을 이해하고, 한국 노인의 허약을 예방하기 위한 보다 적합한 간호중재를 개발하기 위한 기초자료를 제공하는 데 있다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 심층면담을 이용하여 한국 노인의 허약 과정에 대한 생생한 경험을 기술하고, 이를 통해 연구 참여자의 살아있는 경험의 본질을 파악하는 현상학적 연구이다.

### 2. 연구 참여자

연구의 참여자는 서울 및 경기 소재의 5개 지역사회에 거주하는

65세 이상의 한국 노인이다. 참여자 표출은 연구자가 해당 보건소의 방문보건간호사와 신뢰관계를 형성한 후, 방문보건간호사로부터 허약을 경험하고 원활한 의사소통이 가능하다고 소개받은 대상자와, 소개 받은 대상자로부터 추천을 받아 대상자를 모집하는 눈덩이 표집법을 사용하였다.

연구 참여자는 동질성을 유지하기 위하여 가족과 함께 거주하여 가족의 지지를 받거나, 이웃, 지역사회 센터 등의 사회적 지지를 받고 있는 대상자들과 고혈압, 당뇨, 관절염, 골다공증 등의 만성질환이 1~2개 있는 대상자로만 선정하였으며, 노인의 다양한 허약 경험 속에서 공통적인 패턴을 확인하기 위해 성별, 연령, 일상생활수행능력 및 방문건강관리사업의 허약노인 선정도구를 이용하여 최종 연구 참여자 11명을 선정하였다. 일상생활수행능력을 측정하기 위하여 Won 등[25]이 한국 사람들에게 적합하도록 변안한 도구인 한국형 도구적 일상생활수행능력(K-IADL)을 사용하였다. 이는 ‘몸 단장하기’ 등 10문항, 각 문항 당 3점 척도로 구성되어, 총점 30점 중 최저 10에서 최고 30점으로, 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미한다. 방문건강관리사업에서 사용하고 있는 허약 노인 선정 도구는 일본 후생노동성에서 개호예방사업(介護予防事業)의 대상자를 선정하기 위해 개발된 ‘일본 허약도구’의 변형도구이다. 이는 ‘일본 허약도구’에 우울 5문항, 복합적 이동능력을 측정하는 Timed Up & Go 검사, 감각(시각, 청각), 현재의 유병상태 등을 추가하여 총 29문항으로 구성되며, 총 점수는 0~31점으로, 0~3점은 건강군, 4~12는 고위험 허약노인, 13점 이상은 허약군으로 구분한다[24]. 최종 연구 참여자는 남성 4명, 여성 7명이었고, 연령분포는 67세~88세였으며, 일상생활수행능력은 12~30점, 허약점수는 4~16점으로 고위험 허약노인에서부터 허약 노인에 이르기까지 고르게 분포되도록 의도적 표출의 기준으로 삼아 선정하였다.

### 3. 자료 수집

자료수집은 2014년 6월부터 8월까지 3개월에 걸쳐 연구자가 직접 수집하였다. 질적 연구의 기본 자료 수집 방법인 심층 면접 방법을 통하여 일대일로 실시하였다. 1차면담 시 대상자에게 연구의 목적을 설명하고, 연구에 대한 동의서를 받은 후 자료의 누락과 오기를 방지하기 위하여 대상자의 동의하에 녹음하였다. 또한 연구의 정확성을 기하기 위하여 현장 노트를 병행하여 주요 사항을 기록하였다. 면담을 다른 사람의 방해받지 않도록 고려하여 대상자의 집에서 수행하였으며, 면담 1회당 시간은 30분에서 1시간 정도 소요되었고, 참여자 한 사람당 1~2회의 면담을 실시하였다. 면담을 위한 주요 질문 내용은 ‘자신이 허약하다고 생각하십니까? 그 이유는 무엇입니까?’, ‘허약으로 인해 생활에 어떠한 변화가 생겼습니까?’, ‘자신을 허약하게 만들거나 허약을 악화시킨 원인을 무엇입니까?’이었다. 면담

대상자 자신이 면담 시 충분히 생각하고 경험한 허약에 대하여 이야기하도록 격려하며 경청하였다. 면담이 끝난 후 녹음된 내용을 현장 노트와 함께 문서화하였으며 문서화 도중 의문스러운 내용은 다음 면담 시 질문을 통해 확인하였다.

### 4. 자료 분석

본 연구는 현상학적 방법 중 Merleau-ponty의 영향을 받은 Colaizzi [26]가 제시한 방법에 의하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 녹음된 면담 내용을 경청하면서 필사한 후, 필사본을 반복적으로 읽으면서 각 참여자들의 경험에 대한 전체적인 의미를 추출하였다.
- 2) 필사본 중 참여자 경험의 본질을 나타내고 있다고 생각되는 의미 있는 진술이나 반복되는 진술을 중심으로 주요 진술을 도출하였다.
- 3) 연구 대상자의 구체적인 언어를 과학적인 언어로 변형시키기 위해 의미 있는 진술을 좀 더 일반적인 형태로 재진술하고, 의미 있는 진술과 재진술로부터 숨겨진 의미를 한 단계 더 추상적으로 진술함으로써 참여자의 경험에 대한 본질적 의미를 도출하였다.
- 4) 도출된 의미들 중 유사한 것들을 통합하고 분류하면서 주제를 선정하고, 주제를 묶어 주제 모음을 조직한 후 주제 모음별로 범주를 조직하였다.
- 5) 주제모음들이 나타내는 현상을 주제를 중심으로 완전하게 기술하였다.
- 6) 한국 노인의 허약 과정 경험을 범주, 주제모음, 주제로 진술하였다.
- 7) 연구 참여자에게 발견된 본질적인 구조의 타당성을 노인 간호학을 전공한 간호대학 교수 3인에게 확인하였다.

### 5. 연구의 엄격성과 확실성 확보

본 연구는 Guba와 Lincoln [27]이 제시한 신빙성(credibility), 전이성(transferability), 신뢰성(dependability), 확증성(confirmability)을 기준으로 연구의 엄격성과 확실성을 확보하였다.

연구의 신빙성 확보를 위하여 연구자는 대학원 과정에서 질적 연구 과목을 수강하였다. 그리고 노인 간호 실무와 교육 경험이 풍부하고 질적 연구 경험이 많은 간호학 교수 2인과 일주일에 1번씩 총 10주간 교류하면서 본 연구의 진행과정과 결과에 대하여 논의하였다. 또한 본 연구자는 연구 대상 현상을 정확하게 추출하기 위해 연구 참여자와 면담이 끝난 후에도 지속적으로 전화 교류를 하였다. 연구의 전이성 확보를 위하여 첫 번째 인터뷰 내용 및 자료 분석의 결과를 연구 참여자와 공유하고 동의를 구하면서 연구 참여자에게 재확인하고 현상에 대한 끊임없는 지향을 실시하였다. 연구의 엄격성과 확실성을 위해 연구 과정의 기록들을 감사 가능하게 남겨 놓았으며, 원 자료를 남겨 신뢰성을 확보하고자 하였다. 연구의 확증성을 위하

여 자료 수집과 분석 과정을 질적 연구 경험이 있는 간호학 교수 3명에게 고찰을 받았으며, 연구결과는 위 3사람과 국문학 박사 1인의 검토를 받았다.

## 6. 윤리적 고려

연구자는 면담 진행 전 서울시 소재의 C 대학교 연구윤리위원회에서 연구윤리심사를 받았다(IRB NO. MC14EASI0052). 참여자에게 사전 연락하여 연구의 목적과 취지를 설명하고, 참여자와 보호자의 자발적인 동의를 얻어 면담을 시행하였다. 참여자와 보호자에게 연구 도중이라도 참여자가 원한다면 면담을 중단할 수 있으며, 면담 내용은 연구의 목적 이외에는 사용되지 않는다는 것을 설명하고 연구동의서를 받았다. 필사본의 작성과 연구 결과 진술 시 연구 참여자를 구분하기 위해 가명을 사용하였으며, 참여자 개인의 인적 사항이나 신원파악을 할 수 있는 사항을 모두 기호화하여 기록하였다.

## 연구 결과

### 1. 허약 경험의 범주와 주제모음

본 연구에서는 Colaizzi [26]가 제시한 분석 방법을 통해 노인의 허약에 대한 현상을 분석하였다. 11명의 연구 참여자로부터 수집된 원자료(protocols)로부터 도출된 의미 있는 진술(significant statement)은 총 198개였고, 이를 통한 의미 구성(formulated meaning)은 138개였다. 이를 토대로 원자료(protocols)와의 관련성을 재확인하면서 30개의 주제(themes)로 구성할 수 있었으며, 주제 가운데 통합할 수 있는 것끼리 모아 12개의 주제모음(theme clusters)과 7개의 범주(categories)로 구성하였다(Table 1).

#### 1) 범주 1: 나이들의 자연스러운 현상

이 범주에는 ‘모든 원인은 나이들의 1가지 주제모음이 포함되었다. 본 연구에서 허약을 경험한 노인들은 대부분 ‘허약’을 나이들이로 인해 오는 자연스러운 현상이라고 여기고 있었다. 나이 들면서 생기는 여러 가지 신체적, 기능적, 정신적인 변화를 자연스럽게 받아들이고 이로 인한 고통에도 기꺼이 순응하며, 인간 또한 자연의 일부분임을 느끼며 인생의 마지막을 준비하고 있었다.

##### (1) 모든 원인은 나이들

이 주제모음은 ‘나이들어서 발생된 증상들의 1가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 자신들에게 나타나는 ‘허약’의 근본적인 이유를 ‘나이들이’로 이야기하고 있었다. 질병, 통증, 신체기능 저하 등이 누구에게나 나이가 들면서 자연스럽게 찾아오는 것이라고 이야기하였다.

나이드니깐 잘 들리지도 않아. 소화도 안 되어서 밥 먹기도 싫고. 나이들면 다 그래.(참여자3)

허약한 거. 이런 거 다 나이들어서 그러는거지 뭐. 나이들었으니 여기 아프고 저기 아프고 그러는 거지.(참여자8).

#### 2) 범주 2: 생명의 기운이 다해감

이 범주에는 ‘질병·통증과 함께 하는 삶’, ‘고장 난 신체 기능’, ‘기운 없는 나날’의 3가지 주제모음이 포함되었다. 참여자들이 진술한 허약의 직접적인 경험 중에는 신체 기능적 건강차원 부분이 많았다. 이는 노화로 인한 신체적 변화와도 흡사한 것으로 참여자들은 신체적 노화를 경험하면서 서서히 생명의 기운이 다해감을 이야기하였다.

##### (1) 질병·통증과 함께 하는 삶

이 주제모음은 ‘낮지 않고 반복되는 질병’, ‘많은 약에 취해 살아감’, ‘항상 따라다니는 통증’의 3가지의 주제로 구성되었다. 참여자들은 여러 질병을 갖고 있었으며, 그 질병은 반복된다고 이야기하였다. 여러 병원을 다니면서 증상 치료를 받고 있었지만 그때뿐이며, 많은 약을 복용하고 있었고, 때로는 그 약들 때문에 취한다고 이야기하였다. 또 참여자들은 만성적인 통증에 시달리고 있었으며, 특히 허리와 무릎 통증으로 심한 고통을 받고 있었다. 이러한 고통은 밤에 더 심해져, 극심한 고통을 느낄 때는 죽음에 대한 생각까지 이르게 된다고 하였다.

당뇨가 문제인 것 같아. 당뇨 있으니까 고혈압 오고, 지금은 고지혈증도 있다고 하고.(참여자4)

허리 아픈건 3년 되었어. 무거운 거 들면 더 아파. 지금은 정형외과 가서 주사 맞아. 주사 맞으면 그 때는 괜찮아. 그러다가 또 아파.(참여자7)

한방에서 침 맞고, 한약도 먹고 그랬는데 그때뿐이지 다시 나빠져서 고만두려고 해. 똑같애.(참여자8)

내가 아침에 먹는 약이 18개 반이야. 당뇨약까지 포함해서. 그런데 아침에 밥 잘 못 먹고 그 약을 먹으면 막 오한이 나. 약 기운에. 막 오한이 나. 그러면 일단 여기 드러누워야 돼. 누워서 땀이 좀 축축해지면 그 오한이 없어지고 어지러운 게 덜 해. 내가 이렇게 약에 취해서 더 죽겠어.(참여자6)

아침 약 따로 있고, 점심 약 따로 있고, 저녁 약 따로 있고, 자기



Table 1. Frailty Experience in the Elderly

Theme	Theme cluster	Category
Symptoms with aging	Aging causes all	Natural phenomenon with ageing
Diseases not recovered but repeated	Life with sickness and pain	Live force comes to an end
Living with lots of medicine	Broken physical function	
Pain accompanied all the time		
Frequent colds		
Cannot sleep well		
Unconsciously degraded cognition		
Noticeable weight loss	Weak days	
Weakened hand and leg strength		
Less energy		
Work beyond my power		
Emptiness not like my mind	Spontaneous gloomy mind	The light in my heart turns off
My unfair life	Suicidal ideation in my heart	
Do not want to disturb others		
Want to give up everything		
Do not want to adapt to something new	Naturally confining myself in the house	Unavoidable situation
Hate going outside	Activities restricted by poverty	
Institutions are far from home		
Spending long winter alone		
Eating only vegetables due to poverty		
Poverty prevents me from participating in meetings		
Impaired function shrinks my mind	Vicious cycle of body, mind and environment	Continuous and connected vicious cycle
Impaired function and pain force me to stay at home		
Seclusion makes me depressed		
Disease after depression		
Disease progresses faster	Disease worsened in a moment	The limit of recovery energy already passes
Passing the age that can withstand	A sudden accident	
Experiencing surgery, hospitalization		
Experiencing fall, traffic accident		
Cannot do anything alone	Living like a living corpse	Life is supported by someone's help

전에 두 알 먹고. 말도 못하게 많아. 아침에만 5개야. 아침 밥 먹기 전에 이것(오메프라졸) 먹고. 저녁에 통증약 먹고.(참여자11)

무릎이 그렇게 아파요. 양쪽이 아팠다가 한쪽이 아팠다가 해요. 그리고 허벅지 여기(중간)가 아파가지고 걸음을 못 걸겠어요. 허벅지만 아프면 좋겠는데 무릎이 아프고. 그런가 했더니 허리가 아프면 그렇게 된다고 하더라구요.(참여자9)

저녁에는 통증이 와서 잠을 못자. 너무 아프니깐 밤에는 이렇게 자다가 그냥 죽어버렸으면 하는 생각도 들어.(참여자3)

## (2) 고장 난 신체 기능

이 주제모음은 ‘감기에 자주 걸림’, ‘숙면을 취할 수 없음’, ‘나도 모르게 떨어진 인지’, ‘눈에 띄는 체중 감소’, ‘약해진 손과 다리의 힘’의

다섯 가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 신체적 노화와 함께 허약을 경험하였다. 감기에 자주 걸렸으며, 숙면을 취하지 못하는 등 신체 전반에 걸쳐 변화를 경험하였다. 또 인지능력이 떨어지거나, 갑자기 체중 감소를 경험하기도 하였다. 참여자들이 생각하는 체중 감소의 원인으로 식욕 부진, 소화 불량, 저작 능력의 저하 등이 나타났다. 이밖에 참여자들은 손의 힘이나 하체의 힘이 떨어지는 경험을 이야기 하였다.

감기를 달고 살아. 난. 그래도 장사할 때는 안 그랬거든. 그 때는 일하기 바쁘고. 열심히 먹으니깐. 난 기관지도 확장이 되어버렸어.(참여자6)

감기가 늘 걸려. 보건분소가 요 위에 있는데, 거기 늘 다니면서 감기약 타 먹어요. 겨울 아니어도 감기가 걸려요. 약을 자꾸 먹으

니깐 면역력이 더 약해지는 것 같아요.(참여자5)

가끔씩 잠이 안 올 적이 있어. 그러면 텔레비전 봤다가 꺾다가 그래. 누구한테 아프다고 말할 사람도 없고. 혼자서 킁킁 앓다가 그래.(참여자7)

나는 잘 모르겠는데 저이(옆집 할머니)가 자꾸 내가 했던 말을 또 하고 그런대. 작년부터 내가 그런 것 같기도 하고. 작년에는 안 그랬는데, 올해는 무슨 말을 하면 또 하고 또 하고 그러지더라고.(참여자7)

작년에 내가 좌우지간에 병원에 가서 킬로수를 재니깐, 3월달부터 내가 심하게 아팠잖아. 그때 10월달에 가서 재니깐 내가 12킬로가 빠졌어. 12킬로가 빠져갔고 의사가 이거 큰일 난대. 아퍼갔고 입맛이 없어서 밥을 못 먹으니깐 자꾸 빠지더라고. 하루 한끼 먹을 때도 있고. 어쩌다가는 안 먹기도 하고.(참여자6)

이 손도 힘이 없어 갖고 젓가락질도 못해 갖고, 숟가락질도 겨우 하고. 손이 힘이 없어서 그러는 것 같애. 오징어 껍박을 힘이 없어서 못 벗겼어. 힘이 없어서. 오른팔이 엄청 힘이 없어져서.(참여자8)

걷지도 잘 못혀. 요새는 점점 더 약해져. 걷다가 쉬다가. 어쩔 때는 조금 낫고, 어쩔 때는 더 그러고. 쪼끄만 경사진 데는 오르고 내리고 못혀서 누구보다 잡어달라고 혀. 잡을 데 없으면 못 올라가. 내려올 때도 글코.(참여자11)

### (3) 기운 없는 나날

이 주제모음은 '기운이 떨어짐', '힘에 부친 일거리'의 두 가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 허약을 한 마디로 '기운이 없는 것'으로 표현하고 있었다. 기운이 없는 이유는 여러 가지이며, 기운이 없음으로 인해 젊었을 때 해오던 일들에 벽감을 느끼었다.

어쩐 때는 숨도 차고. 어질어질해서 자빠질라고도 혀. 방향이 몇 바퀴나 돌아서 힘들어.(참여자10)

그냥 기운 없고, 아무 것도 못하고. 자꾸 누울려고만 하고.(참여자11)

젊었을 때는 일도 많이 했었는데, 나이 먹었으니깐 조금만 일해도 힘들어. 요즘에는 더 힘들지. 일도 너무 많아. 힘들기도 하고.(참여자1)

### 3) 범주 3: 마음의 등불이 꺼짐

이 범주는 '저절로 스며드는 우울한 마음', '마음속에 자리 잡은 자살 생각'의 두 가지 주제모음으로 구성되었다. 참여자들은 신체적으로 허약을 경험하면서 정신적으로도 허약해짐을 이야기하였다.

#### (1) 저절로 스며드는 우울한 마음

이 주제모음은 '내 맘 같지 않은 공허함', '억울한 내 인생'의 두 가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 생명의 기운이 다해가면서, 마음의 힘도 잃어가고 있었다. 혼자 있는 시간이 많아지면서 외로움, 쓸쓸함, 허전함 등의 공허함을 이야기하고 있었으며, 세상에 대해 낙이 없는 무기력함을 호소하며 모든 것을 포기하면서 죽음을 생각하기도 하였다. 또한 무능한 자신의 상황에 대해 벌을 받는다고 생각하는 등의 억울함을 이야기하였다.

그것도 그렇고 마음에서 많이 와. 마음이 외롭고 쓸쓸하고, 그게 아마 90%일 거야. 예를 들어 바깥에서 바람이 불어. 근데 들어와보니 내가 문을 따야 문이 열리고, 내가 불을 켜야 불이 켜지고, 옆집에서는 애기 소리 나고 그러봐. 저 집은 얼마나 재미있을까. 얼마나 행복할까. 나는 여기서 혼자 뭐하나.(참여자6)

좋은 것이 뭐가 있나 몰라. 세상에 좋은 것이 하나도 없고. 나만 혼자 이렇게 당한 것 같고. 슬퍼서 이렇게 앉아 있어. 내가 무슨 재미로 살겠어.(참여자9)

내가 시골에 살때 별레 하나 안 죽이고 그렇게 살았는데, 어찌 이렇게 죄를 받고 있나 모르겠네. 밖에 저기 앉아 있으면 모기 파리들도 그렇게 살려고 날라다니는데, 나는 인간이 되어서 이렇게 앉아서만 사는 것 같아서 별레만도 못한 것 같고 그래.(참여자10)

#### (2) 마음속에 자리 잡은 자살 생각

이 주제모음은 '남에게 폐 끼치지 싫음', '다 포기하고픈 마음'의 두 가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 본인의 무능함을 통해 삶이 무가치하다고 생각하며, 더 이상 남에게 폐를 끼치지 않은 상태에서 마지막 생을 마치고 싶어하였다.

나는 다 준비해 났어. 떠날 준비를. 수면제. 언제 먹느냐. 내가 못 움직이고 타인의 신세가 질 정도가 되면 그 때 먹으려고 800알을 숨겨놔. 거기 둔 약을 내가 못 찾아먹을까봐 걱정이야. 치매나 우울증이 걸려서 기억을 다 잊어버린다고 하잖아. 그래서 내가 저거를 찾아먹을수만 있다면 좋겠어.(참여자6)

언제나 나를 데릴러 올려나 모르겠어. 언제나 우리 아들이 나를 데릴러 올려나(눈물). 밤에 그러지. 아들이. 빨리 와서 나 좀 데려가라.(참여자10)

#### 4) 범주 4: 내가 어찌할 수 없는 환경

이 범주에는 ‘자연스럽게 찾아 온 칩거’, ‘빈곤으로 제한 받는 활동’의 두 가지 주제모음으로 구성되었다. 참여자들은 허약에 영향을 주는 것으로 칩거를 이야기하고 있었다. 칩거는 내향적 성격이나 신체적 상황 등과 같은 개인적 원인으로 발생할 수 있으며, 거리, 계절 등의 물리적 환경과 같은 외부적 원인에 의해서 발생될 수 있었다. 노인들은 허약해지는 것을 예방하기 위하여 영양가 높은 음식, 사회적 활동 등도 참여하고 싶어하였으나 ‘빈곤’으로 인하여 이러한 활동에 제한을 받는다고 하였다.

##### (1) 자연스럽게 찾아 온 칩거

이 주제모음은 ‘새로운 것에 적응하기 싫음’, ‘밖에 나가는 것이 싫음’, ‘기관들이 집에서 멀리 있음’, ‘기나긴 겨울을 혼자 보냄’의 네 가지 주제로 구성되었다. 칩거의 개인적 원인으로 내향적 성격이 있었다. 내향적인 노인일수록 새로운 것에 적응하기 싫어하였으며, 밖에 나가는 것보다 집안에 있는 것을 더 선호하였다. 노인 칩거의 외부적 원인 중 물리적 환경에는 기관들이 집에서 멀리 있어 갈 수 없거나, 춥거나 낙상의 위험이 있는 겨울 등의 계절적 원인이 있었다.

나는 밖에 다니는 것보다 조용히 앉아 있고 싶은데, 조용히 앉아 있으면 (귀에서) 소리가 더 나. 애들은 자꾸 경로당에라도 가라고 하는데 나는 가기 싫어. 밖에 운동 같은 것 가기가 싫어. 경로당도 가기 싫어.(참여자3)

동사무소에서 뭐 있다고 오라해도 내가 갈 수가 없어요. 힘들어서 걸어갈 수도 없고, 택시타고 갈 수도 없고, 동사무소에서 쌀 같은 것 줘도 내가 못 가니깐 받을 수가 없어요. 동사무소가 여기서 너무 멀어요. 엄청 멀어요. 복지관에서 영양제 준다고 오라고 해도 내가 가지를 못해요. 여기서 쪽 올라가야 돼요. 너무 멀어요.(참여자9)

날이 나쁘면 밖에 나가고 싶지도 않고, 해가 좋은 날이나 나가고 싶어. 겨울에 더 심해. 위장병도 겨울에 더 심해.(참여자1)

##### (2) 빈곤으로 제한 받는 활동

이 주제모음은 ‘빈곤으로 채소만 먹음’, ‘빈곤으로 모임에 나가지 못함’의 두 가지 주제로 구성되었다. 참여자들은 본인이 허약해지는

원인을 영양가 있는 음식을 못 먹는다, 운동을 안 한다, 내성적이다 등 나름대로 규명하고 있었으나, 빈곤으로 인하여 이러한 활동에 어려움을 겪고 있었다.

제가 제대로 영양공급을 못 한 것 같아요. 사먹고 싶어도 살 수가 없으니깐. 여기서 나오는 돈 갖고는 집세 내고. 제가 먹는 게 부실해요. 가지나 호박 같은 것은 싸니깐 사다가 먹고 하는데, 생선 같은 것도 먹고 그래야 하는데 돈이 없어서 못 먹고 그래요. 문제는 저항력을 높이는 것을 먹어야 되는데, 돈이 안되니깐 못 먹는 거지.(참여자9)

친구들 모이는 것도 다 돈이 있어야 해. 돈 없으면 그런 데 나가지도 못하지.(참여자1)

#### 5) 범주 5: 꼬리에 꼬리를 무는 악순환

이 범주에는 ‘신체·정신·환경의 부정적 순환’의 한 가지 주제모음으로 구성되었다. 참여자들은 자신의 직접적 또는 간접적 허약경험이 몸 마음 환경 간 서로 영향을 주고받음을 이야기하였다.

##### (1) 신체·정신·환경의 부정적 순환

이 주제모음은 ‘기능저하로 마음이 위축됨’, ‘기능저하와 통증으로 칩거가 시작’, ‘칩거로 우울해짐’, ‘우울 뒤에 생기는 질병’의 네 가지 주제로부터 구성되었다. 참여자들은 나이듦에 따라 신체적, 기능적 저하가 있었으며 이로 인하여 마음이 위축되고, 사회생활에 어려움을 느껴, 칩거생활을 하고, 칩거로 인하여 우울해지며, 이러한 우울은 신체적 상태를 더 악화시키면서 서로 영향을 주고 있었다.

잘 들리지 않으니깐 노인정 가기도 싫어. 사람들이 뭐라 뭐라 하는데 잘 안 들려. 안 들린다고 말하기도 싫고.(참여자3)

사람이 밖에도 나가고 양기(햇빛)도 쬐고 해야 하는데, 그런 것도 못하고 그냥 이렇게 앉아 있으니깐 뭘 재미가 있어. 목숨이 붙어 있음게 이리고 살고 있지. 그랴뇨?(참여자 10)

겨울에는 나가지도 못하고 집에서 보는 게 다 스트레스지 뭐. 여기 있으면 여기 일 있고, 저기 있으면 저기 일 있고, 일 하나 도 와주는 사람이 없어. 삼시 세 때 밥 차리고.(참여자1)

마음이 허전하다가 며칠있다가 또 그렇게 아프고 그러더라구. 근력이 떨어져서 그런지 기운이 없어서 그런지. 마음이 허전했다가 며칠 있으면 좀 괜찮아지고 그래. 그러다가 몸살 나든지, 이런 데

가 꽤 쭉서.(참여자7)

#### 6) 범주 6: 회복 에너지의 한계점이 지남

이 범주에는 ‘한 순간에 악화되는 질병’, ‘갑작스런 사고’의 두 가지 주제모음으로 구성되었다. 참여자들은 자신의 허약경험을 회고하면서 어느 순간 신체기능이 떨어졌다고 이야기하였다. 이러한 신체기능은 회복 불가능하며, 삶을 버틸 수 있는 에너지의 역치에 도달하였음을 의미한다. 또는 참여자들은 교통사고나 뇌졸중 등의 질병으로 인하여 장애를 얻게 되었음을 이야기하였다.

##### (1) 한 순간에 악화되는 질병

이 주제모음은 ‘질병의 진행속도가 빨라짐’, ‘버틸 수 있는 나이가 지남’의 두 가지 주제로부터 구성되었다. 참여자들은 어느 순간까지는 괜찮았는데, 그 순간(나이)이 지난 후부터 급격하게 허약해졌다고 이야기하고 있었다. 그 순간은 절대적인 나이가 아닌, 사람마다 약간씩 차이를 보였고, 그 순간 이후 갑작스런 기존 증상들이 악화되었음을 이야기하였다.

71세 때 골다공증이 와서 요렇게(양쪽 허리부터 엉덩이까지) 아프기 시작하더라고. 요렇게. 그런데 한순간에 이렇게 아파 버려. 순간이야.(참여자6)

아침에 자고 일어났을 때 좀 어지러운 것 같아. 그것도 오래되지 않았는데 나이가 80이 되니까 그렇더라고. 70 몇 대까지는 괜찮았었어. 막 뛰어댔었어.(참여자7)

##### (2) 갑작스러운 사고

이 주제모음은 ‘수술 입원을 경험함’, ‘낙상 교통사고를 당함’의 두 가지 주제로부터 구성되었다. 참여자들은 개인적인 에너지의 역치가 지난 후 순간적으로 기존 증상들이 악화됨을 경험하기도 하고, 낙상이나 교통사고, 입원 등의 순간적인 사건 후 갑자기 악화되었다고 이야기하였다.

뇌졸중으로 입원했었어. 갑자기 입이 돌아가고 그러더라고. 입원하고 나서 지금 이렇게 되었어.(참여자5)

작년에 사고가 나서 입원했었어. 오토바이 사고가 나서 여기 갈비가 부러져서 한 달 정도 입원했었어. 지금도 어떨 때는 여기가 아파. 후유증이 있는 것 같애.(참여자7)

#### 7) 범주 7: 누군가의 도움으로 지탱하는 삶

이 범주는 ‘살아있는 송장 같은 삶’의 한 가지 주제모음으로 구성되었다. 참여자들은 허약과정의 끝으로 장애를 갖게 되었음을 이야기하였다.

##### (1) 살아있는 송장 같은 삶

이 주제모음은 ‘아무것도 혼자 할 수 없음’의 한 가지 주제로부터 구성되었다. 참여자들은 허약의 마지막 단계에서 장애를 경험하여 일상생활 수행능력 등에 어려움을 느끼며 아무것도 혼자 할 수 있는 없다고 이야기하였다.

나야 뭐 이제 움직일 수도 없고. 기어다니면서 밥 먹고. 설거지는 옆집에서 해주기도 하고. 반찬은 복지관에서 갖다줘서 먹지. 그런 것 아니면 밥도 못 해 먹어. 거의 죽은 사람 같지 뭐. 이러다가 가는 거야.(참여자8)

사람 목숨이 뭐가 싶어. 이렇게 살아요. 그냥 죽을 날만 받아 놓는 거지. 숨이 차서 말을 할 수가 없어. 그냥 말도 않고 이렇게 앉아 있어. 식물인간이나 다름 없어.(참여자10)

## 2. 허약 경험의 본질적 구조

본 연구에서 도출된 12개의 주제모음(theme clusters)과 7개의 범주(categories)를 통하여 Figure 1과 같이 한국 노인의 허약 경험을 도식화하였다. 참여자들은 ‘허약’의 가장 근본적인 원인을 ‘나이들의 자연스러운 현상’이라고 이야기하였다. 노인들은 나이들어서 인하여 자연스럽게 여러 신체적 증상과 기능저하가 나타나고, 이러한 신체적 증상과 기능저하는 정신, 환경에도 영향을 미치며, 이들은 지속적으로 ‘악순환’을 거치면서, 결국에는 회복 가능한 선(역치)을 넘어서게 되면서, 누군가의 도움이 필요한 상태로 발전한다(Figure 1).

## 논 의

본 연구는 현상학적 방법을 적용하여 한국 노인들이 경험하고 있는 허약에 대한 의미와 경험의 본질을 규명함으로써 한국 노인의 허약과정을 이해하고자 수행되었다.

노인들은 한 살 한 살 나이가 많아질수록 신체활동의 제한이 심해지고 우울이 더 심해지며 이로 인해 자신이 건강하지 않다고 생각하게 된다[28]. 본 연구에서 허약을 경험한 노인들은 대부분 ‘허약’을 나이들어서 인하여 오는 자연스러운 현상이라고 생각하고 있었다. 나이 들면서 생기는 여러 가지 신체적, 기능적, 정신적인 변화를 자연스럽게 받아들이고 이로 인한 고통에도 기꺼이 순응하며, 인간 또한



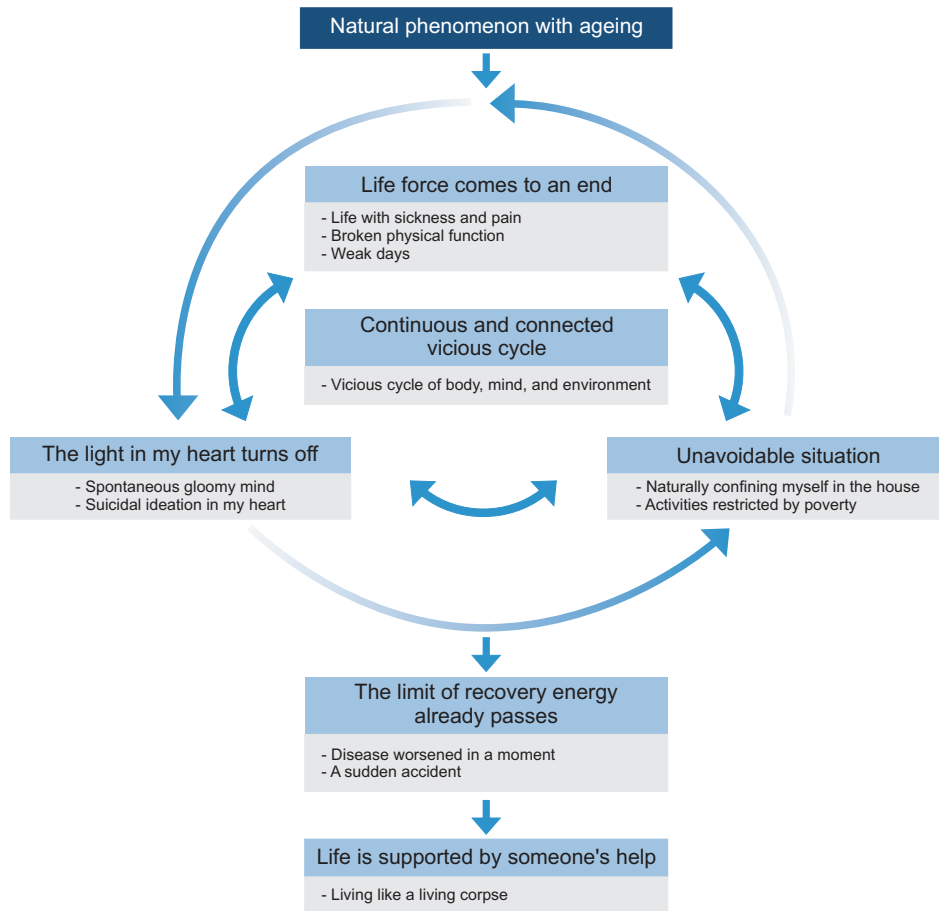


Figure 1. Essential structure of the frailty experience in the elderly.

자연의 일부분임을 느끼며 인생의 마지막을 준비하고 있었다. 그러나, 정상 노화와 달리 노인의 허약 개념에는 같은 스트레스에도 질환이나 장애로 쉽게 이어지는 취약성을 가지기 때문에[2], 노인의 허약을 ‘aging plus syndrome’으로 부르기도 한다[6]. 그러므로, ‘나이 들’이란 허약의 근본적인 원인이 되지만, 개인별 허약의 과정에 전적인 원인이 되지는 않는다. 이보다 노인들은 신체·정신·환경의 악순환으로 허약의 정도가 발전되며, 회복 에너지의 역치에 이르기 전에 이들의 악순환적 고리를 차단하는 것이 중요하다.

범주 2 ‘생명의 기운이 다해감’은 ‘삶의 일부가 된 신체 고통’, ‘고장난 신체 기능’, ‘서서히 고갈되는 신체 에너지’의 신체적 건강과 관련된 세 가지 주제 모음을 포함하고 있다. 연구 참여 노인들은 공통적으로 한 가지 이상의 만성질환을 갖고 있었는데, 만성질환은 허약 노인을 판별하는 주요 지표이다[4,21]. 연구 참여 노인들은 지속적으로 반복되는 만성질환과 통증으로 인해 여러 약물들에 취해 살다가 서서히 제 기능을 못하는 자신의 신체와 마주하게 되었다. 복용하는 약물의 개수가 많을수록 노인의 허약은 더 악화된다[16]. 노인들은 점차 기력을 잃어 이전에 늘상 해오던 일을 하는 것도 버거워 하며

서서히 신체 에너지가 고갈되어 감을 경험하였다. 나이가 들면서 신체 기능이 떨어지는 것은 정상적인 노화의 과정으로 볼 수 있으나, ‘노인 허약’은 이러한 것들이 누적되어, 생리학적 기능저하를 거쳐 증상으로 드러난 상태이다[1]. Fried와 Walston [4]은 ‘허약의 순환(cycle of frailty)’이라는 개념적 틀에서 노인의 허약이란 에너지가 감소하는 과정이라고 서술하고 있다. 이는 ‘생명의 기운이 다해감’이라는 범주2와 유사한 내용으로 볼 수 있는데, Fried와 Walston [4]은 ‘허약의 순환’을 시작하거나 악화시키는 요인으로 질병상태, 부동, 우울, 투약 등이 있다고 한 것에 반해, 본 연구의 참여 노인들은 ‘노인 허약’의 가장 큰 원인을 ‘눈에 띄는 체중감소와 ‘숙면을 취할 수 없음’이라고 하였으며, 이로 인하여 온 몸의 힘이 더 떨어진다고 하였다. 또한 노인들은 부족한 영양보충으로 인한 면역력 저하로 젊었을 때와 다르게 감기에 잘 걸린다고 하였다. 특별히 노인에게 영양불량과 허약은 상관관계가 높다[29]. 이는 노인의 체중 감소가 신체 기능의 허약 상태를 예측하는데 중요한 요인임을 시사해준다. 또 연구 참여 노인들은 ‘약해진 손과 다리의 힘’을 허약 경험 중 주요한 특징으로 이야기하였는데, 이는 노인 허약의 병태생리 중 가장 중요한 요소로

염증과 근육감소증이 있다는 연구들과 일치한다[30]. Lawrence와 Jette [20]는 허약 노인들은 근육감소로 인하여 하체의 힘이 떨어진다고 하였다. 연구 참여자들은 계단을 오르기 힘들, 앉았다가 일어나기 힘들, 멀리가지 못함 등으로 하체의 기능이 떨어진 경험을 이야기하였다. 그러나, 본 연구에서 한국 노인들은 하체의 기능이 떨어지는 원인으로 근육감소보다는 허리나 무릎의 통증으로 인한 활동의 제한을 보다 중요하게 이야기하였다. 특히 관절통은 연구에 참여한 노인 모두에게 나타난 증상이었는데, 관절염 중에서도 무릎관절 골관절염은 하체 기능의 제한과 깊은 관련이 있다[31]. 그러므로, 한국의 노인의 허약 예방 중재 프로그램의 일환으로 하체 기능 강화 프로그램 개발 시에는 특별히 통증에 대한 관리가 추가되는 것이 필요하리라 사료된다.

Fried와 Walston [4]의 '허약의 순환(cycle of frailty)'이라는 개념적 틀과 본 연구에서 '꼬리에 꼬리를 무는 악순환'이라는 범주는 순환이라는 내용이 유사하지만, Fried와 Walston [4]의 '허약의 순환(cycle of frailty)'은 신체적인 영역만 포함된 것에 반해, 본 연구에서 밝힌 노인 허약의 순환에는 신체적인 영역뿐만 아니라 정신적, 사회-환경적 영역까지 포함하고 있다. 그러므로, 한국 노인의 허약에 대하여 측정할 때는 노인의 신체적인 증상뿐만 아니라, 정신적, 사회-환경적 영역까지 포함하여 조사되어야 할 것이다.

본 연구에서 '꼬리에 꼬리를 무는 악순환'의 영역 중 하나로 정신적 영역이 있다. 이는 '마음의 등불이 꺼짐'이라는 범주로 분류되고, '저절로 스며드는 우울한 마음', '마음속에 자리 잡은 자살생각'의 두 가지 주제 모음을 포함하고 있다. 연구 참여 노인들은 우울을 '마음의 허약'이라고 이야기하였다. 우울은 많은 연구에서 노인의 허약에 영향을 미치는 주요 변수임을 밝히고 있다[17,18]. 노인들은 서서히 찾아오는 신체적 노화와 통증, 칩거, 외로움 등으로 마음의 공허함과 무기력함을 호소하는 한편, 자신이 열심히 착하게 살아 온 인생에 대하여 억울함을 표현하였다. 자신의 신체적 불능으로 인하여 남에게 폐를 끼치고 싶어 하지 않았으며 급기야는 다 포기하는 심정으로 죽음을 생각하기도 하였다. 신체적 고통과 기능 저하와 사회적 고립 등은 우울과 밀접한 관련이 있으며, 우울 증상은 결국 신체적, 일상생활 능력의 의존성을 유발시킨다. 즉, 노인에게 마음의 등불이 꺼지듯이 자연스럽게 찾아오는 우울을 예방하는 것은 허약 노인 관리를 위한 필수 전략이다.

'꼬리에 꼬리를 무는 악순환'의 영역 중 사회-환경적 영역에는 '내가 어찌할 수 없는 환경' 범주가 있다. 이는 '자연스럽게 찾아 온 칩거', '빈곤으로 제한 받는 활동'의 두 가지 주제 모음을 포함하고 있다. 연구 참여 노인들은 자연스럽게 찾아 온 칩거의 원인을 크게 두 가지로 이야기하고 있었다. 밖에 나가기 싫어하며, 새로운 사람이나 환경에 적응하는 것에 어려움을 느끼는 내향적 성향이 첫 번째 원인

인데, 일반적으로 소심하여 쉽게 친해지거나 화해하기 어렵고 외부 자극에 의해 잘 변하지 않고 안으로 웅크리려 하고 밖에 나가기 싫어하는 성향을 가진 노인들에게 우울이 심하게 나타난다[32]. 그러므로, 이러한 성향을 가진 노인들에게는 사회활동보다는 취미나 소일거리를 갖게 하는 맞춤형 전략이 더 중요할 것이다. 노인들이 칩거하는 두 번째 원인은 사회활동 기관들이 집과 멀리 떨어져 있어서 제대로 이용하지 못하거나 겨울에는 추위와 낙상 위험 등으로 할 수 없이 칩거생활을 하게 된다고 이야기하였다. 즉, 노인 우울 예방을 위한 간호중재 프로그램 개발 시 찾아가는 보건복지 서비스가 매우 중요함을 알 수 있다.

연구 참여 노인들은 기능 저하와 우울, 환경 등의 이유로 원치 않는 칩거생활을 하고 있었는데, 이러한 칩거 생활은 노인을 더 우울하게 만들고, 노인의 우울은 신체 질병 및 기능저하에 악영향을 주면서 꼬리에 꼬리를 물며 부정적인 순환에 영향을 주고 있었다(범주 5). 그러므로, 노인의 허약을 예방하기 위한 프로그램 개발 시에는 신체적, 정신적, 사회-환경적 영역의 단편적인 프로그램 보다는 이들이 모두 포함된 복합적인 예방 프로그램이 개발되어야 하겠다. 이러한 복합적인 예방 프로그램은 노인의 허약을 점차 악화시키는 '허약의 고리'의 순환속도를 늦추어 주어 허약의 악화를 방지해주는 데 도움이 될 것이다.

연구 참여 노인들은 자신의 허약 경험에서 허약을 악화시키는 순간적인 시점이 있다고 이야기하였다(범주 6: '회복 에너지의 한계점이 지남'). 70대 중반까지는 악화와 호전을 반복하며 어떻게든 버텨왔는데, 어느 순간 자신이 몸이 더 이상 버틸 수 없는 상태가 되었다고 하였다. Fried와 Walston [4]도 노인의 허약을 에너지가 고갈되는 과정이라고 설명하였다. 그러나 본 연구는 에너지의 고갈(범주 1: 생명의 기운이 다해감)뿐만 아니라 에너지의 한계점까지 도달되고, 이 한계점을 지나면서 일상생활수행에 타인의 도움을 받는 과정까지 설명한 것에 차이가 있다. 또한, 에너지의 한계점을 지나는 경우에는 단순히 연령 증가 때문이 아닌, 뇌졸중 등의 질병을 앓거나 낙상, 교통사고 등과 같은 사고를 당한 경우도 있었다. 그러므로, 한국 노인의 허약에 대하여 측정할 때는 '벽참'이나 '버거움'으로 표현된 에너지의 한계 상황과 함께 질병과 사고에 대한 내용도 측정되어야 할 것이다. 노인의 허약 과정 중 에너지의 한계점이 지나간다는 관점은 노인의 허약을 조직의 구조적 문제보다는 여러 체계에서 발생하는 생리적 문제로 인해 예비 용량(reserve capacity)이 역치를 넘어섬으로써 환경적 스트레스원에 대처할 능력이 감소하여 나타나는 상태 또는 증후군으로 정의한[33] 관점과 유사하다. 이러한 예비 용량이 역치를 넘어섬으로써 노인들은 허약의 단계를 지나 '누군가의 도움으로 지탱하는 삶'을 갖게 된다(범주 7). 즉, 허약 노인들을 지속적인 관리하지 않는다면 장애 등으로 인해 장기요양상태에 쉽게 빠지게

된다[21]. 연구 참여자 중 장애를 가진 노인들은 아무것도 할 수 없는 신체적 무력감 속에서 죽음을 기다리며 살아있는 송장과 같은 마음으로 하루하루를 버티고 있다고 이야기하였다. 즉, 노인의 허약 예방 관리는 노인 개인의 삶의 질 향상뿐만 아니라 고령화 사회를 맞이하는 한국의 노인장기요양보험의 재정 악화 방지도 영향을 미칠 수 있다. 그러므로, 허약노인들이 장애노인으로 악화되는 것을 미연에 방지하기 위한 국가 차원에서의 정책적 지원이 필요하겠다.

본 연구에서 연구 참여자들은 노인의 허약은 나이들 즉, 노화와 함께 오는 자연스러운 과정이라고 여기며 순응하고 있었다. 그러나 ‘나이들’이란 허약의 근본적인 원인이 되지만, 개인별 허약의 과정에 전적인 원인이 되지는 않는다. 이보다 노인들은 신체적·정신적·사회·환경적인 요인이 서로 꼬리에 꼬리는 물며 악순환되다가 점차 에너지가 고갈되며 어느 순간 회복 에너지의 역할을 넘어서게 되고, 이후로 누군가의 도움으로 삶을 지탱해야 되는 상태에 이르게 된다. 그러므로 회복 에너지의 역할에 이르기 전에 이들의 악순환적 고리를 차단하는 것이 중요하다. 본 연구의 참여자들은 이러한 허약의 순환의 시작이 체중감소와 숙면부족이라고 하였다. 그리고, 신체적, 기능적 건강을 유지하지 못하는 이유 중 하나로 통증이 많은 부분을 차지하고 있음을 참여자들은 밝히고 있었다. 또한 참여자들은 허약한 상태를 버티며 일상생활수행을 지속할 수 있는 어느 한계점(나이)이 있다고 하였는데, 이 한계점을 지나거나 낙상, 교통사고 등의 사고를 당하면 한 순간에 장애를 갖게 된다고 하였다. 따라서 허약을 경험하고 있는 노인들의 허약의 악화 방지 및 장애를 예방하기 위해서는 노인의 체중 감소의 원인에 따른 맞춤형 영양 프로그램과 수면 관리 및 통증 관리가 포함된 하체 기능 강화 운동 프로그램, 우울 관리 프로그램, 치매 방지를 위한 찾아가는 보건 서비스, 낙상 및 사고를 방지할 수 있는 프로그램 등의 신체적, 정신적, 사회적 영역이 모두 포함된 복합적인 프로그램의 개발과 운영이 필요하다. 이러한 복합적인 예방 프로그램은 노인의 허약을 점차 악화시키는 ‘허약의 고리’의 순환속도를 늦추어 주어 허약의 악화를 방지해주는 데 도움이 될 것이다.

본 연구는 허약과정을 경험한 노인의 허약 경험에 대한 심층 면담을 통하여 한국 노인들이 경험하고 있는 허약에 대한 의미와 경험의 본질을 기술함으로써 한국 노인에 맞는 허약 예방 프로그램 개발의 준거를 제시한다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 또한 한국 노인의 허약 과정을 신체적, 정신적, 사회·환경적 영역과 이들의 악순환 및 에너지의 한계점까지 보다 심도 있게 밝히고 있다는 점에 기존의 양적 연구들과 차별이 있다[8,12]. 향후 본 연구의 허약의 구조를 적용한 허약 노인 측정 도구 개발 및 본 연구의 결과를 기초로 한 노인 허약과 장애 예방 프로그램의 개발 검증을 위한 연구를 제안하고자 한다.

## 결론

본 연구는 한국 노인들의 허약 경험의 본질과 구조를 확인하고 서술하기 위한 현상학적 연구이다. 본 연구의 참여자는 지역사회에 거주하는 65세 이상 노인들로 허약 경험을 가지고 있으며, 그 경험을 적극적으로 진술하기를 원하는 노인 11명이었다. 연구결과, 연구 참여자의 허약 과정은 ‘나이들의 자연스러운 현상’, ‘생명의 기운이 다 해감’, ‘마음의 등불이 꺼짐’, ‘내가 어찌할 수 없는 환경’, ‘꼬리에 꼬리를 무는 악순환’, ‘회복 에너지의 한계점이 지남’, ‘누군가의 도움으로 지탱하는 삶’의 7범주와 이에 속한 12개의 주제모음 및 30개의 주제로 구조화 할 수 있었다.

결론적으로 연구 참여자들이 경험하고 있는 허약은 노화와 함께 오는 자연스러운 과정으로, 신체적, 정신적, 사회적 건강이 악화될수록 더 허약해졌다. 한국의 연구 참여자들은 허약을 순환과정으로 설명하고 있었는데, 이러한 허약의 순환과정의 시발점이 체중감소와 숙면부족이라고 하였다. 그리고, 신체적, 기능적 건강을 유지하지 못하는 이유 중 하나로 통증이 많은 부분을 차지하고 있음을 밝히고 있었다. 또한 참여자들은 허약한 상태를 버티며 일상생활수행을 지속할 수 있는 어느 한계점(나이)이 있다고 하였는데, 이 한계점을 지나거나 낙상, 교통사고 등의 사고를 당하면 한 순간에 장애를 갖게 된다고 하였다. 따라서 허약을 경험하고 있는 노인들의 장애를 예방하고 속도를 늦추기 위해서는 노인의 체중 감소의 원인에 따른 맞춤형 영양 프로그램과 수면 관리 및 통증 관리가 포함된 하체 기능 강화를 운동 프로그램, 우울 관리 프로그램, 찾아가는 보건 서비스, 낙상 및 사고를 방지할 수 있는 프로그램 등의 신체적, 정신적, 사회적 영역이 모두 포함된 복합적인 프로그램의 개발과 운영이 필요하다. 향후 본 연구의 결과를 기초로 노인 허약 및 장애 예방 프로그램의 개발 및 효과 검증을 위한 연구를 제안하고자 한다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## REFERENCES

1. Park BJ, Lee YJ. Integrative approach to elderly frailty. Korean Journal of Family Medicine. 2010;31(10):747-754.  
<http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2010.31.10.747>
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences.

- 2004;59(3):255-263.  
<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
3. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F Jr, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991;39(8):778-784.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb02700.x>
  4. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halperin JB, Ouslander J, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1998. p. 309-319.
  5. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(6):392-397.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
  6. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010;11(5):547-563.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2>
  7. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *The American Journal of Medicine*. 2007;120(9):748-753.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.10.018>
  8. Kim CO, Lee HY, Ho SH, Park HS, Park CW. Effects of visiting prehabilitation program against functional decline in the frail elderly: a prospective randomized community trial. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2010;30(4):1293-1309.
  9. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Stone KL, Cauley JA, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(7):744-751.  
<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/62.7.744>
  10. McKenzie K, Ouellette-Kuntz H, Martin L. Frailty as a predictor of institutionalization among adults with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual & Developmental Disabilities*. 2016;54(2):123-135.  
<http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-54.2.123>
  11. Kojima G. Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Disability & Rehabilitation*. 2017;39(19):1897-1908.  
<http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1212282>
  12. Kim HY. Physical functions, health-related quality of life and ego-integrity of the frail and non-frail elderly in a local community [master's thesis]. Daegu: Keimyung University; 2009. p. 1-65.
  13. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 1998;53(1):S9-S16.  
<http://dx.doi.org/10.1093/geronb/53B.1.S9>
  14. Morley JE, Haren MT, Rolland Y, Kim MJ. Frailty. *Medical Clinics of North America*. 2006;90(5):837-847.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2006.05.019>
  15. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Social Science & Medicine*. 1994;38(1):1-14.  
[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
  16. Veronese N, Stubbs B, Noale M, Solmi M, Pilotto A, Vaona A, et al. Polypharmacy is associated with higher frailty risk in older people: an 8-year longitudinal cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(7):624-628. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.009>
  17. St John PD, Tyas SL, Montgomery PR. Depressive symptoms and frailty. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;28(6):607-614. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.3866>
  18. Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(9):879-892.  
<http://dx.doi.org/10.1002/gps.2807>
  19. Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, Leurgans SE, Bennett DA. Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. *Journal of American Geriatrics Society*. 2010;58(2):248-255.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02671.x>
  20. Lawrence RH, Jette AM. Disentangling the disablement process. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 1996;51(4):S173-S182.  
<http://dx.doi.org/10.1093/geronb/51b.4.s173>
  21. Sun WD, Song HJ, Lee YH, Kim DJ. Study on development of health care services and coordinated system for frail elderly people. Seoul: Institute for Health and Social Affairs; 2004. p. 47-57.
  22. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(8):1487-1492.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
  23. Kaufman SR. The social construction of frailty: an anthropological perspective. *Journal of Aging Studies*. 1994;8(1):45-58. [http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065\(94\)90018-3](http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065(94)90018-3)
  24. Ministry of Health & Welfare. Guidance of home visiting health care services in 2012. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2012. p.77-83.
  25. Won CW, Rho YG, SunWoo D, Lee YS. The validity and reliability of Korean instrumental activities of daily living(K-IADL) scale. *Journal of Korean Geriatrics Society*. 2002;6(4):273-280.
  26. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, Kings M, editors. *Existential-Phenomenological Alternative for Psychology*. New York: Oxford Uni-



- versity Press; 1978. p. 48–71.
27. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation*. 4th ed. San Francisco: Jossey & Bass Publication; 1985. p. 1–423.
  28. Yeom JH. A comparison study of Self-Rated Health (SRH) trajectory between urban and rural older adults: using latent growth modeling. *The Journal of Rural Society*. 2013;23(1):193–239.
  29. Artaza-Artabe I, Sáez-López P, Sánchez-Hernández N, Fernández-Gutierrez N, Malafarina V. The relationship between nutrition and frailty: effects of protein intake, nutritional supplementation, vitamin D and exercise on muscle metabolism in the elderly. A systematic review. *Maturitas*. 2016;93:89–99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.009>
  30. Walston J, McBurnie MA, Newman A, Tracy RP, Kop WJ, Hirsch CH, et al. Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities: results from the Cardiovascular Health Study. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(20):2333–2341. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.20.2333>
  31. Newman BM, Newman PR. *Development through life: a psychosocial approach*. California: Brooks Cole Publishing Company; 1991. p. 513–551.
  32. Sok SH, Kim KB. A comparative study of depression and quality of life in Korean elderly women based on the Sasangin constitution. *Journal of East-West Nursing Research*. 2010;16(2):138–146.
  33. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*. 1997;26(4):315–318. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/26.4.315>