

기초생활보장 수급 노인의 삶의 질

김혜령¹ · 오가실² · 오경옥³ · 이선옥⁴ · 이숙자⁵ · 김정아⁶ · 전화연⁷ · 강정희⁸

¹인제대학교 간호학과 부교수, 노인건강전략개발연구소, ²연세대학교 간호대학 교수, ³충남대학교 간호학과 교수,
⁴한국방송통신대학교 간호학과 교수, ⁵고려대학교 간호대학 교수, ⁶세명대학교 간호학과 교수,
⁷동남보건대학 간호과 교수, ⁸경북대학 간호과 부교수

Quality of Life in Low Income Korean Aged

Kim, Hye-Ryoung¹ · Oh, Kasil² · Oh, Kyong-Ok³ · Lee, Sun-Ock⁴ · Lee, Sook-Ja⁵ · Kim, Jeong-Ah⁶
Jun, Hoa-Yun⁷ · Kang, Jung-Hee⁸

¹Associate Professor, Department of Nursing, Inje University, Busan

²Professor, College of Nursing, Yonsei University, Seoul

³Professor, Department of Nursing, Chungnam University, Daejeon

⁴Professor, Department of Nursing, Korean National Open University, Seoul

⁵Professor, College of Nursing, Korea University, Seoul

⁶Professor, Department of Nursing, Semyung University, Jecheon

⁷Professor, Department of Nursing, Dongnam Health College, Suwon

⁸Associate Professor, Department of Nursing, Kyungbok College, Pocheon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the quality of life and its predictors in low income Korean aged. **Methods:** This was a predictive correlational study. An accessible sample from the population of people who were 65 and over and were supported by the basic livelihood security system was 1,040. Quota sampling with strata of state division in the nation was chosen. Quality of life and its predictors in the subjects were measured. **Results:** The mean quality of life in the subjects was 47.0±10.7. Predictors of this study significantly explained 54.3% of the total variance of quality of life. Depression was the most significant predictor of quality of life. Health problems, district, social support, leisure activity, and health behavior had effects on quality of life. **Conclusion:** This finding indicates that quality of life in lower income Korean aged is different from other populations by economic status. Demographics, health status and social status were predictors of quality of life in the aged with a small income.

Key words: Quality of life, Aged

서론

1. 연구의 필요성

‘삶의 질’ 개념은 경제학, 사회학, 사회복지학, 의학 및 간호학 등의 학문분야에서 다양한 이론에 근거를 두고 정의와 측정지표들을 개발함으로써 발달되었다. 정의와 측정에 있어서 합의

에 이르지 못하는 못하였으나, 삶의 질 향상은 국가와 개인이 추구하는 보편적 가치(Youn et al., 1996)라 할 수 있다. 이 개념은 국가적으로 경제성장과 국민복지정책 등을 반영하는 객관적 지표(Oh et al., 2005)로 이용되기도 하고, 개개인 삶에 대한 주관적인 평가(Puts et al., 2007; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000)로 볼 수도 있다.

우리나라는 IMF 경제위기로 국민의 삶의 질이 위협을 받게

주요어 : 노인, 삶의 질

Address reprint requests to : Kim, Hye-Ryoung

Department of Nursing, Inje University, 633-165 Gaegeum-dong, Busanjin-gu, Busan 614-735, Korea
Tel: 82-51-890-6835 Fax: 82-51-896-9840 E-mail: nurhrk@inje.ac.kr

투고일 : 2008년 4월 8일 심사위원회일 : 2008년 4월 8일 게재확정일 : 2008년 10월 1일

되어 전 국민 생활의 안정과 균형을 보장할 수 있는 대책들이 요구되었다(Ministry of Health and Welfare, 2007; Oh et al., 2005). 기초생활보장 수급은 이러한 국가적 차원의 국민 삶의 수준 향상을 위한 정책의 하나로, 1999년에 공포된 국민 기초생활보장법에 의해 최저생계비 이하의 소득자들 중에서 부양 의무자가 없거나 있어도 부양 의사가 없는 사람들의 자립 자활을 촉진하기 위해 국가에서 기초생활을 보장하도록 제도화한 것이다. 2005년 전 국민의 2.9%가 기초생활 수급자인데 비해 65세 이상 남자는 15.6%, 65세 이상 여자는 33.3%가 이에 해당된다(Ministry of Health and Welfare, 2007). 전 국민 대비, 높은 노인 기초생활보장 수급 비율은 급격한 노령화와 핵가족화에 따른 저소득층 노인인구의 질적인 삶에 대한 관심과 대책을 촉구한다.

노인들에게는 보편적으로 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등과 같은 문제가 나타나며, 이러한 노인의 특성 때문에 일에 비중을 두고 살던 젊은 시절과는 삶의 질에서 차이가 있다(Oh et al., 2005; Paskulin & Molzahn, 2007). 우리나라 2006년 고령자 통계(Korea National Statistics Office, 2006)에 의하면, 전국 65세 이상 노인이 겪는 가장 큰 어려움은 주로 경제적 문제(44.6%)와 건강문제(30.1%)이며, 3년 전에 비해 경제적 문제가 건강문제보다 비중이 더욱 커졌다고 하였다. 또한 노인의 삶의 질에 관한 국내(Kang, K. S., 2003; Park et al., 1998; Sohn, 2006)와 국외(Low & Molzahn, 2007; Paskulin & Molzahn, 2007; Puts et al., 2007)의 보고서에서는 소득이 낮을수록 삶의 질이 낮은 것으로 일관성 있게 보고하였다. 이러한 결과들을 통하여 저소득층 노인들의 삶의 질은 다른 노인들과 구별하여 확인할 필요가 있다는 것을 알 수 있다.

그럼에도 불구하고 현재까지의 노인 대상 삶의 질에 관한 연구들은 지역사회에 거주하는 65세 이상의 노인들을 대상으로 한 연구(Buttler & Ciarrochi, 2007; Choi, 2004; Kang, K. S., 2003; Low & Molzahn, 2007; Park et al., 1998; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000; Sohn, 2006)와 질환이나 건강문제를 갖고 있는 노인의 삶의 질 또는 건강관련 삶의 질(Stenzelius, Westergren, Thorneman, & Hallberg, 2005; Tannenbaum, Ahmed, & Mayo, 2007)에 관한 연구가 대부분이며, 저소득층 노인들을 대상으로 삶의 질이 어떠한가를 확인한 연구는 드물다. 더구나 우리나라 국민의 최저생계비를 유지하기 위하여 마련한 기초생활보장 수급 노인들의 삶의 질을 파악할 수 있는 연구는 거의 이루어지지 않은 실정이다.

이러한 기초생활보장 수급 노인들의 삶의 질이 다른 노인들과는 차이가 있다고 할 때, 삶의 질은 그 정도와 함께 삶의 질에

영향을 미치는 요인들이 무엇인가를 파악하는 것이 중요하다. 선행연구에서 다양한 노인들의 삶의 질에 관련이 있는 것으로 보고된 건강행위(Park et al., 1998), 신체증상(Stenzelius et al., 2005), 우울(Choi, 2004; Sohn, 2006), 기능(Low & Molzahn, 2007; Paskulin & Molzahn, 2007; Sohn, 2006; Stenzelius et al., 2005)과 같은 건강과 관련된 상태들과 사회적 지지(Choi, 2004; Kang, K. S., 2003; Low & Molzahn, 2007; Sohn, 2006), 거주지역(Oh et al., 2005; Paskulin & Molzahn, 2007; Sohn, 2006), 결혼상태(Choi, 2004; Oh et al., 2005), 여가활동(Oh et al., 2005; Paskulin & Molzahn, 2007)과 같은 사회적 상태들이 기초생활보장 수급 노인들의 삶의 질에 대해서는 어떠한 영향을 미치는가를 확인하여야 한다. 또한 노인을 대상으로 한 연구에서 삶의 질은 물론 건강상태 및 사회적 상태와 관계가 있는 것으로 일관성 있게 보고된 성별과 연령은 기초생활 수급 노인의 삶의 질에 있어서도 그 영향을 확인하는 한편, 변화시킬 수 없는 인구학적 상태인 두 변수를 통제된 상태에서 건강상태와 사회적 상태에 의해 기초생활 수급 노인의 삶의 질을 얼마나 예측할 수 있는가를 확인할 필요가 있다.

이러한 문제를 확인함에 있어서 제한된 지역에서 편의표집에 의하여 시행된 많은 연구들의 결과를 전국 노인에게 일반화시키는데 어려움이 있었던 점을 감안하여, 전국 16개 시도의 전체 기초생활보장 수급 노인을 모집단으로 지역별 할당표집의 방법을 이용하였다. 또한 기초생활 수급자들 가운데 5.8%만이 시설 거주자이며, 94.2%가 지역사회에 거주한다(Ministry of Health and Welfare, 2007)는 사실에 근거하여 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 하였다.

본 연구는 전국 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질 정도와, 삶의 질 영향요인으로서 건강상태, 사회적 상태, 그리고, 인구학적 상태의 특성을 확인함으로써 저소득층 노인의 삶의 질을 통합적으로 이해하고자 시도하였다. 또한 이들 삶의 질과 영향요인들의 관계를 확인하는데 있어서 노인을 대상으로 한 대부분의 연구에서 삶의 질, 건강상태, 사회적 상태 모두에 대해 영향을 미치는 것으로 보고된 인구학적 상태인 성별과 연령을 통제된 상태에서 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질에 대한 건강상태와 사회적 상태의 예측력을 파악함으로써 건강상태와 사회적 상태를 이용하여 기초생활보장 수급 노인의 삶을 향상시킬 수 있는 근거를 마련하고자 하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 전국 기초생활 수급 노인의 삶의 질을 파

약하는 것이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 전국 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질 정도를 파악한다.

둘째, 전국 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질 영향요인(건강상태, 사회적 상태, 인구학적 상태)의 특성을 파악한다.

셋째, 인구학적 상태(성별, 연령)를 통제한 상태에서 건강상태와 사회적 상태의 삶의 질에 대한 예측력을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 삶의 질

삶의 질은 World Health Organization Quality of Life Group (1995)에 의해 “개개인이 살고 있고, 그들의 목적, 기대, 기준, 그리고 관심사와 관련을 맺고 있는 문화와 가치체계의 구조 속에서 그들의 삶이 어떠한가에 대한 지각”으로 정의하며, 본 연구에서는 Andrew와 Withey (1976)의 삶의 질 도구를 기초로 Oh, Cho와 Kim (1992)이 수정 보완한 도구로 측정된 점수이다.

연구 방법

1. 연구 설계

기초생활보장 수급 노인의 삶의 질과 영향요인의 관계를 파악하기 위한 예측적 상관관계 연구를 횡단적으로 시도하였다.

2. 연구 대상 및 표집 방법

본 연구의 모집단은 우리나라의 2000년 인구분포를 기준으로 한 65세 이상 기초생활보장 수급자로, 1,131,673명이며, 표적모집단의 크기는 모집단의 0.1%인 1,132명이다. 전국의 65세 이상 기초생활보장 수급자를 포함시키기 위하여 행정구역을 계층으로 16개 광역시·도별 65세 이상 기초생활보장 수급자 수를 파악하고 이에 따라 각 지역별로 0.1%에 해당되는 수를 할당표출 하였다. 이러한 방법으로 광역시·도의 표본 수를 할당한 결과 제주도는 11명으로 표적모집단인 1,132명의 0.97%로 비중이 적을 뿐 아니라, 본 연구자들이 표집을 위해 접근하기에 어려움이 큰 도서지역이므로, 이를 제외한 15개 광역시·도에서 표집을 하였다. 연구 참여 동의서를 통해 연구 참여를 수락한 근접모집단은 1,040명으로 표적모집단 1,132명의 91.9%에 해당된다. 본 연구에서는 이들 1,040명을 분석대상자로 하였다.

3. 연구 도구

1) 삶의 질

Andrew와 Withey (1976)가 미국에 거주하는 성인을 대상으로 생활, 자아, 일, 건강에 대한 만족감과 행복감, 걱정 정도, 삶의 형편, 장래에 대한 생각과 같은 5개 영역에서 개인의 정서적인 반응으로 구성된 삶의 질 지각을 측정하도록 개발하고, 다양한 인종 집단에 사용하여 안정성이 높은 것으로 보고한 도구를 우리나라에서 Oh 등(1992)이 번역하고 보완하여 사용하였다. 이 도구는 총 18문항으로 삶의 만족을 측정하는 14개 문항은 “아주 많이 만족” 5점에서 “아주 많이 불만족” 1점, 그리고 “느낌이 없거나 생각해 본 적이 없다” 또는 “적용되지 않는다”는 0점으로 측정하는 6점 척도로 구성되어있다. 행복감을 측정하는 문항은 한 개로 “매우 행복” 3점에서 “행복하지 않음” 1점으로 되어 있으며 걱정의 정도를 묻는 한 개의 문항은 “전혀 걱정하지 않음” 1점에서 “항상 걱정함”의 5점으로, 그리고 삶의 형편과 장래에 대한 생각은 각각 한 개씩의 문항으로 “아주 많이 못해짐” 1점에서 “아주 많이 나아짐” 7점으로 측정하였다. 걱정의 정도를 측정하는 문항은 역으로 환산 후, 각각 점수범위가 다른 총 18개 문항을 합산하여 삶의 질 점수로 하였다. 점수의 가능한 범위는 3점에서 92점까지이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 해석한다. Oh 등 (1992)이 우리나라 9개 광역시·도의 20세부터 91세까지의 주민 1,292명을 대상으로 한 연구에서 도구의 Cronbach's $\alpha=.93$ 이었고 Kang, J. H. (2003)가 40대부터 80대까지의 성인을 대상으로 한 연구에서 도구의 Cronbach's $\alpha=.93$ 이며, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.84$ 이었다.

2) 건강행위

건강행위 측정을 위하여 시도한 서울시민 건강증진 목표설정 및 전략개발 보고서(Byoun et al., 1998)에서 건강위험요인 감소를 위해 제시한 내용에 따라 본 연구팀이 흡연, 음주, 영양, 운동과 수면관련 행위를 측정하도록 구성하였다.

총 12개 문항으로 10개의 문항은 3점 척도의 폐쇄형 질문이며, 2개 문항은 개방형 질문으로 응답자가 직접 기술하도록 되어있다. 이 중 본 연구에서는 10개 폐쇄형 질문에 대한 응답을 이용하였다. 최소 점수는 10점이며 최고 점수는 30점까지이다. 점수가 높을수록 건강행위의 수행정도가 높은 것으로 해석한다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.64$ 이었다.

3) 건강문제

노인건강 및 복지에 관한 조사(Chung et al., 1998; Chung

et al., 2005)에서 사용한 건강상태에 관한 질문을 근거로 본 연구팀이 노인들이 자주 경험하는 신체증상 총 51개 문항을 구성하였다. 이 중 직접 기술해야 하는 3개 문항을 제외하고 48개 문항에 대하여 증상이 있으면 1점, 없으면 0점으로 점수를 주어 총점을 계산하였다. 점수가 높을수록 신체증상이 많은 것으로 해석한다. 본 연구에서의 Cronbach's α =.80이었다.

4) 일상생활수행기능

Kwon (1995)이 개발한 일상생활동작도구의 5점 척도 18개 문항을 본 연구팀이 수정보완하여 노인들이 일상생활을 수행하는데 요구되는 기능들을 묻는 14개 문항의 3점 척도로 구성하였다. '항상 혼자서 할 수 있다'는 3점, '도움을 필요로 할 때가 있다'는 2점, '항상 도움이 필요하다'가 1점으로 총점은 14점에서 42점까지 가능하며 점수가 높을수록 독립적으로 신체적 기능을 수행하는 것으로 해석한다. 본 연구에서의 Cronbach's α =.98이었다.

5) 인지기능

이 도구는 Ministry of Health and Welfare (1999)에서 개발한 간이치매사정도구로서 지남력, 기억력, 주의력 및 계산력, 언어이해로 구성되며, 총점은 0점에서 30점까지 가능하다. 보건복지부에서 제안한 평가 준거에 의하면 25-30점은 정상, 20-24점은 경증 인지장애, 11-19점은 중등도 인지장애, 0-10점은 중증 인지장애이다.

6) 노인우울

Yesavage 등(1983)이 개발하고 Jung 등(1997)이 번역한 노인우울도구(Geriatric depression scale, GDS)를 사용하였다. 이 도구는 총 30문항으로 구성되어 있고, 응답은 '예', '아니요'로 한다. 부정적인 문항은 '예'를 1점, '아니요'를 0점으로 긍정적인 문항은 역으로 점수를 주었다. 총점은 최저 0점에서 최고 30까지 가능하며 점수가 높을수록 우울의 정도가 심각한 것으로 해석한다. Yesavage 등(1983)이 보고한 검사-재검사 신뢰도의 산출 결과 상관계수는 .66 ($p<.001$)이었다. Jung 등(1997)에 의해 제안된 최적 우울 절단점수는 18점이었다. Kim (2003)의 저소득층 노인을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α =.93이었으며, 본 연구에서 Cronbach's α =.90이었다

7) 사회적 지지

Norbeck, Linsey와 Carrieri (1981)가 개발한 Norbeck의 사회적 지지 도구를 Oh (1984)가 한글로 번역한 도구이다. Nor-

beck의 사회적 지지 도구는 총 기능적 지지, 총 지지망, 총 상실의 세 영역으로 구분하여 각 영역별로 독립적으로 사용하도록 만들어져 있다. 본 연구에서는 사회적 지지의 주관적 측면과 객관적 측면에 대한 측정이 필요하므로 지각된 사회적 지지, 즉 주관적 지지를 측정할 수 있게 고안된 총 기능적 지지와 객관적인 지지를 측정하도록 고안된 총 지지망을 사용하였다. 총 기능적 지지는 애정적 지지, 긍정적 지지, 물질적 지지로 구성되고, 총 지지망은 지지원 수와 두 개 문항의 관계 유지 기간, 접촉 빈도로 구성되었다. 대상자의 삶에 있어서 의미 있는 중요한 사람을 나열하게 한 후 각 지지원에게서 받는 지지의 종류를 5점 척도로 점수화하였다. 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 많음을 의미하며, 지지망은 나열된 지지원 수의 총합으로 계산한다. Kim (2003)의 연구에서 일지역의 저소득층 노인을 대상으로 측정한 총 기능적 지지의 신뢰도는 Cronbach's α =.97이었으며, 본 연구에서 총 기능적 지지의 신뢰도는 Cronbach's α =.98, 총 지지망의 신뢰도는 Cronbach's α =.92이었다.

4. 자료 수집 방법

자료 수집을 하기 위하여 연구팀은 조사대상 지역 소재 보건소와 보건진료소를 방문하거나 공문발송을 통하여 연구의 목적과 대상자 특성을 설명하고 자료 수집 전반에 대한 협조를 구하였다. 본 연구팀은 해당 기관을 통해 사전에 연구 참여에 동의한 연구 대상자의 현황을 파악하여 잠정적인 대상자 명단을 작성하였다. 자료 수집은 본 연구를 위하여 교육을 받은 조사자들에게 의하여 설문지를 이용한 직접면담의 방법으로 수행되었다. 일차로 조사자들이 잠정적 대상자 명단을 이용하여 보건소나 관할 내 복지관 또는 경로당을 방문한 65세 이상 기초생활보장 수급자를 대상으로 자료 수집을 하였고, 일차적 자료수집을 통해 만나지 못한 나머지 대상자들은 조사자가 보건소의 가정방문 간호사와 동행하여 대상자의 가정을 방문하여 수행하였다. 자료 수집은 대상자들의 윤리적인 고려 및 보호를 위하여 잠정적인 대상자들 중 의사소통의 장애가 없고 사전에 연구 목적, 연구 진행 절차, 참여에 대한 보상, 개인정보의 보호, 자료이용 범위 등을 연구참여 동의서와 구두의 설명을 통해 충분히 전달한 후, 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여 동의서에 자발적으로 서명을 한 대상자에 한하였으며, 조사과정에서 건강상의 문제나 기타 여하한 이유로 참여를 포기하는 대상자의 경우 자료 수집을 중단하고, 가족연락, 보건소 지원 등 개별적으로 필요한 조치를 취하였다. 자료 수집 기간은 2004년 8월부터 2005년 12월까지이며 1회의 자료 수집에 소요된 시간은 30분에서 60분

정도였다. 조사가 종료된 후 참여한 노인들에게는 본 연구팀이 준비한 생활일용품으로 감사의 뜻을 전하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0을 이용하여 분석하였다. 연구 대상자의 삶의 질의 정도와 삶의 질 영향요인의 특성을 설명하기 위하여 서술통계의 빈도, 백분율, 평균을 구하였다. 인구학적 상태(성별, 연령)를 통제한 상태에서 건강상태와 사회적 상태의 삶의 질에 대한 예측력을 파악하기 위하여 위계적 다중 회귀분석을 이용하였다.

연구 결과

1. 전국 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질 특성

연구 대상자 1,040명 중 삶의 질 도구 문항들 중 한 개라도 응답하지 않은 118명을 제외한 922명을 대상으로 분석한 결과는 Table 1과 같다. 삶의 질 평균은 47.0±10.7점(범위 14-90점)으로 가능한 점수의 범위가 3점부터 92점이므로 평균은 중간정

도의 점수인 것을 알 수 있다. 또한 삶의 질을 영역별로 살펴보면 자아, 일, 건강에 대한 만족감은 35.6±9.5점(범위 8-69점), 행복감은 1.5±0.6점(범위 1-3점), 역환산을 한 걱정 정도는 3.2±1.1점(범위 1-5점), 삶에 대한 생각은 3.4±1.3점(범위 0-7점), 장래에 대한 생각은 3.5±1.1점(범위 1-7점)이다. 걱정의 정도만 평균보다 조금 높아 걱정의 정도가 보통보다 낮음을 의미하며, 나머지 영역은 모두 중간 정도에 위치하고 있다.

2. 삶의 질 영향요인

삶의 질 영향 요인의 특성은 Table 2와 같다. 삶의 질 영향요인 가운데 인구학적 특성으로는, 남자가 18.8% (196명)이며, 여

Table 1. Description of Quality of Life (N=922)

Variable	Category	No. of item	Possible range	Actual range	M	SD
Quality of life		18	3-92	14-90	47.0	10.7
	Satisfaction	14	0-70	8-69	35.6	9.5
	Happiness	1	1-3	1-3	1.5	0.6
	Worry	1	1-5	1-5	3.2	1.1
	Idea to the life	1	0-7	0-7	3.4	1.3
	Idea to the future	1	1-7	1-7	3.5	1.1

Table 2. Predictors of Quality of Life

Factor	Variable	Category	Possible range	Actual range	n*	%	M	SD
Demographics	Gender	Male			196	18.8		
		Female			844	81.2		
	Age	65-74			457	43.9		
		75-84			452	43.5	76.2	6.5
85 and over				131	12.6			
Health status	Health behavior		10-30	14-30	993		23.9	2.6
		Health problem	0-46	0-18	1,022		4.6	3.4
	Instrumental activity of daily living		14-42	14-23	30	3.0	39.2	5.2
				24-33	81	8.1		
				34-42	888	88.9		
	Cognitive function		0-30	25-30	478	47.1	22.1	7.1
				20-24	308	30.3		
				11-19	136	13.4		
				0-10	93	9.2		
	Depression		0-30	18-30	654	66.5	20.0	6.9
			0-17	330	33.5			
Social status	District	Metropolis			323	31.1		
		Province			717	68.9		
	Social support	Total functional support		0-288	931		62.0	43.9
		Total support network		0-116	944		23.9	16.5
	Marital status	With spouse			233	22.7		
		Without spouse			794	77.3		
	Leisure activity	Activity indoor (personal activity)			444	48.3		
		Activity outdoor (social activity)			476	51.7		

*Missing value excluded.

자가 81.2% (844명)이었다. 연령은 평균이 76.2±6.5세(범위 65-97세)이었다.

연구 대상자의 건강상태는 건강행위, 건강문제, 일상생활수행기능과 인지기능, 그리고 우울이 포함된다. 건강행위의 평균은 23.9±2.6점(범위 14-30점)이며, 가능한 점수의 범위가 10-30점 이므로 중간보다 조금 높은 정도의 건강행위를 수행하고 있다고 볼 수 있다. 건강문제는 평균이 4.6±3.4점(범위 0-46점)으로 신체적 증상 유무를 물어 점수화한 건강문제는 심각하지 않다고 볼 수 있다. 일상생활수행기능은 평균이 39.2±5.2점(범위 14-42점)이며, 모든 일상생활수행기능을 독립적으로 수행할 수 있는 대상자가 567명으로 54.5%이다. 또한 점수를 세 개 구간으로 구분하여 빈도를 비교하면, 34-42점에 해당되는 대상자가 888명으로 88.9%로 대부분을 차지하여, 24-33점까지의 8.1% (81명)와 14-23점까지의 대상자인 3.0% (30명)과는 큰 차이가 있다. 즉 본 연구의 대상자들은 모든 일상생활수행기능을 독립적으로 수행하거나 간혹 도움이 필요한 경우가 있는 비교적 일상생활수행기능 수준이 높은 대상자들이라는 것을 알 수 있다. 인지기능은 평균이 22.1±7.1점(범위 0-30점)이며, 응답자 1,015명 가운데, 인지 기능이 정상인 25-30점은 47.1% (478명), 경중 인지장애인 20-24점은 30.3% (308명), 중등도 인지장애인 11-19점은 13.4% (136명), 중증 인지장애인 0-10점은 9.2% (93명)이었다. 노인우울도구(GDS)로 측정된 우울의 평균은 20.0±6.9점(범위 0-30점)이며, Jung 등(1997)이 최적 우울 절단점수로 제안한 18점 이상인 대상자는 응답자 984명 중 66.5%인 654명이었다.

연구 대상자의 사회적 상태에는 거주지역, 사회적 지지(총 기능적 지지와 총 지지망), 결혼상태, 여가활동이 포함된다. 거주지역은 광역시와 도로 구분하였는데, 광역시에 거주하는 대상자는 응답자 1,040명 중 31.1% (323명)이고, 도의 거주자는 68.9% (717명)이었다. 사회적 지지는 Norbeck의 사회적 지지 도구로 측정하였는데, 총 기능적 지지의 평균은 62.0±43.9점(범위 0-288점)이며, 총 지지망의 평균은 23.9±16.5점(범위 0-116점)이었다. 결혼 상태는 배우자와 함께 생활하는 대상자는 응답자 1,027명 중 22.7% (233명)이며 77.3%가 배우자 없이 살고 있었다. 여가활동은 가정 활동을 하는 대상자가 응답자 920명 중 48.3% (444명)이며, 사회적인 여가활동을 하는 대상자가 51.7% (476명)이었다.

3. 삶의 질 영향요인의 삶의 질에 대한 예측력

삶의 질 영향요인의 삶의 질에 대한 예측력을 확인하기 위한 위계적 다중회귀분석을 시도하기에 앞서, 선택한 변수들이 회귀분석의 가정(Munro, 2001)을 만족하는가를 확인하였다. 삶

의 질과 영향요인들 중 연속형 변수들(건강행위, 건강문제, 일상생활수행기능, 인지기능, 총 기능적 지지, 총 지지망) 중, 일상생활수행기능의 분포가 정규분포를 따르지 않고, 삶의 질과의 산점도에서 선형관계가 아니므로 이 변수를 회귀분석에서 제외하였다. 일상생활수행기능을 제외한 건강상태, 사회적 상태와 인구학적 상태에 포함되는 연속형 변수들은 모두 정규분포를 따르고 있으며, 삶의 질과의 산점도 및 상관관계를 통해 선형관계가 확인되어 회귀분석에 사용하였다.

삶의 질 영향요인 중 사회적 상태에 포함되는 사회적 지지를 측정하고자 선택한 총 기능적 지지와 총 지지망은 공차(tolerance)가 0.131, 분산팽창계수가(VIF)가 7.656이라는 점에서는 다중공선성을 우려할 수준이 아니지만, 상관관계계수가 0.932로 두 변수의 상관관계 계수가 0.7 이상이면 다중공선성을 의심할 수 있으므로 일반적으로 사회적 지지의 측정에 많이 이용하는 주관적인 사회적 지지를 의미하는 총 기능적 지지만을 분석에 이용하고 객관적인 사회적 지지를 의미하는 총 지지망을 제외하였다. 명명척도로 측정된 성별, 거주지역, 결혼상태, 여가활동 등의 요인들은 가변수 처리하여 사용하였다. 이와 같은 과정을 거쳐 최종적으로 삶의 질을 종속변수로 하고, 종속변수의 변량을 설명하는 변수로 인구학적 상태(연령, 성별), 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)를 선택하여 삶의 질 영향요인의 삶의 질에 대한 예측력을 확인한 결과는 Table 3과 같다.

Table 3. Summary of Hierarchical Regression Analysis for Variables Predicting Quality of life

Predictor	Quality of Life	
	Step 1	Step 2
	β	
1. Demographics		
Gender	.153**	.049
Age	.008	.056*
2. Health status		
Health behavior		.074*
Health problem		-.190**
Cognitive function		-.037
Depression		-.568**
3. Social status		
District		.141**
Social support		.120**
Marital status		.017
Leisure activity		.068*
R ² change	.020	.523
Adjusted R ²	.020	.543
F for change	7.560**	85.618**

*p<.05; **p<.001.

Munro (2001)에 의하면, 이미 종속변수와 독립변수에 영향력이 있다고 확인된 변화시킬 수 없는 변수가 있는 경우, 이러한 변수들 간의 관계가 이론적으로 뒷받침 된다면, 위계적 다중회귀분석을 이용하여 이미 알려진 변수에 대해 종속변수를 1차에 회귀하고 2차에는 연구자가 종속변수에 대한 설명력을 확인하고자 하는 독립변수에 대해 종속변수를 회귀시켜, 이 회귀모형이 통계적으로 유의하다면, 2차 회귀에서 산출된 R^2 치는 종속변수의 총 변량에 대한 독립변수들 모두의 설명력이며, 1차에 종속변수를 회귀시킨 독립변수를 통제된 상태에서도 2차에 종속변수를 회귀시킨 독립변수들은 종속변수에 대해 설명력이 있는 것으로 본다.

본 연구에서는 인구학적 상태(연령, 성별)가 삶의 질과 건강상태 및 사회적 상태에 영향을 미치는 변화시킬 수 없는 변수이므로, 이 변수들의 효과를 통제하고 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)가 삶의 질 총 변량을 얼마나 변화시키는가를 확인하기 위해 1차로 삶의 질을 인구학적 상태에 회귀시키고, 2차로는 삶의 질을 건강상태와 사회적 상태에 회귀시키는 위계적 다중회귀분석을 시도하였다.

1차로 인구학적 상태(성별, 연령)에 대해 삶의 질을 회귀시켰을 때 성별과 연령의 두 변수는 삶의 질을 2.0% 설명하였다(R^2 change=.020, F for change=7.560, p =.001). 2차로 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)에 대하여 삶의 질을 회귀시켰을 때 이들 변수에 의한 삶의 질의 설명력은 52.3% 더 증가하여 삶의 질 총 변량의 54.3%를 설명하였다(Adjusted R^2 =.543, F for change=85.618, p =.000). 이러한 결과를 통하여 본 회귀모형에서 설명변수로 투입된 인구학적 상태(성별, 연령), 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)의 모든 영향요인들은 종속변수인 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 알 수 있다. 또한 인구학적 상태(성별, 연령)를 통제된 상태에서도, 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)는 삶의 질을 예측하는 요인으로서 높은 예측력을 갖는다는 것을 알 수 있다.

삶의 질을 예측하는데 가장 강력하게 기여한 요인은 우울(β = -.568, p =.000)이었다. 또한 우울을 설명변수로 하고 삶의 질을 종속변수로 하여 단순회귀분석을 시행한 결과, 우울은 삶의 질을 43.8% 설명하였다(Adjusted R^2 =.438, F for change=681.095, p =.000). 우울 다음으로는 건강문제(β = -.190, p =.000), 그리고 거주지역(β = .141, p =.000), 사회적 지지(β = .120, p =.000),

건강행위(β = .074, p =.038), 여가활동(β = .068, p =.025)의 순서로 삶의 질을 설명하는데 기여하였다. 이러한 결과에 따라 기초생활수급노인들의 우울정도가 낮을수록, 건강문제가 적을수록, 광역시보다는 도에 거주하는 경우에, 사회적 지지 정도가 높다고 지각할수록, 건강행위를 많이 수행할수록, 가정 내에서 보다는 사회에서 여가 활동에 참여할수록, 삶의 질이 높다고 할 수 있다.

논 의

본 연구는 기초생활보장 수급 노인을 대상으로 삶의 질 정도와 영향요인의 예측력을 확인하기 위하여 시도되었다. 본 연구에서 기초생활보장 수급 노인을 대상으로 Andrew와 Withey (1976)의 삶의 질 도구를 수정 보완한 도구로 조사한 삶의 질 평균은 47.0 ± 10.7 점(범위 14-90점)으로 동일한 삶의 질 도구를 이용한 Kang, J. H. (2003)의 연구에서 치매환자 돌봄이(60.6 ± 11.12 세)를 대상으로 측정한 60.94 ± 10.99 점에 비해 삶의 질이 대단히 낮은 것을 알 수 있다. 또한 Kang, J. H. (2003)가 같은 대상자에게 10주간의 사회적 지지 프로그램을 실험처치한 후 측정한 80.11 ± 11.41 점과는 더욱 큰 차이가 있다. Oh 등 (1992)이 우리나라 9개 광역시·도 지역사회에 거주하는 20세부터 91세까지의 주민 1,292명을 대상으로 동일한 도구로 측정한 삶의 질 52점과 비교했을 때에도 본 연구 대상자의 삶의 질은 역시 낮은 것을 알 수 있다. 본 연구 대상자와 Kang, J. H. (2003) 및 Oh 등(1992)의 연구에서 보고한 삶의 질 정도의 차이는 국외의 노인들과 국내의 노인들에 관한 보고서에서도 노인들의 소득이 낮을수록 삶의 질이 낮다는 보고와 일치하고 있다. 기본적인 삶의 유지를 위해 경제적인 지원을 받는 국민기초생활보장 수급 노인들은 다른 성인 및 노인들에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서 삶의 질에 대한 영향요인으로 선택한 인구학적 상태(성별, 연령), 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 지지망, 결혼상태, 여가활동)는 삶의 질을 54.3% 설명함으로써 10개의 영향요인들이 삶의 질에 영향을 미친다는 것을 확인하였다. 이러한 결과는 선행연구에서 다양한 노인들과 개별적으로 관계가 있다고 보고되었던 건강과 사회적 상태에 관한 다양한 변수들을 모아 국민기초생활보장 수급 노인의 삶의 질을 얼마나 설명할 수 있는가를 확인하였다는 데에 의미가 있다.

우리나라 전국 노인에 관한 보고서(Oh et al., 2005)와 대부분의 노인관련 연구에서 여자가 남자보다, 나이가 많을수록 삶의 질이 낮고, 건강상태와 사회적 상태가 취약한 것으로 보고되

어 있으나 본 연구에서 삶의 질 영향요인으로 선택한 10개 독립변수 중, 성별과 연령의 삶의 질 변량을 설명하는 정도는 크지 않았다. 성별과 연령을 통제한 상태에서 건강상태와 사회적 상태가 삶의 질에 얼마나 영향을 미칠 수 있는가를 확인한 결과, 설명력이 52.3%가 더 증가되어 삶의 질 총변량의 54.3%를 설명할 수 있었으므로, 본 연구에서 선택한 건강상태와 사회적 상태에 포함되는 영향요인들은 저소득층 노인들의 삶의 질에 높은 예측력을 갖는다고 볼 수 있다.

본 연구에서 삶의 질을 예측하는 10개 영향요인들 중 삶의 질을 설명하는데 가장 크게 기여를 한 요인은 우울로 건강문제나 건강행위보다 훨씬 큰 비중으로 삶의 질에 영향을 미치고 있다. 이는 농촌노인과 도시노인의 삶의 질과 영향요인에 관해 분석한 Sohn (2006)의 연구에서, 농촌노인의 경우 우울, 자아존중감, 경제적 상태, 사회적 지지의 순서로, 도시노인의 경우 역시 우울, 자아존중감, 사회적 지지, 그리고 신체적 기능의 순서로 삶의 질을 설명하는데 기여한 것과 비교할 때, 우울이 삶의 질에 대해 큰 예측력을 갖는다는 점은 본 연구 대상자와 Sohn (2006)의 연구의 도시노인, 농촌노인 모두 일치하고 있으나, 우울이 삶의 질에 기여하는 정도는 본 연구 대상자가 Sohn (2006)의 연구의 대상자보다 높았다. 또한 Sohn (2006)의 연구에서 농촌노인의 경우 신체적인 요인들에 의해 삶의 질이 영향을 받지 않았으며, 도시노인의 경우에도 신체적 기능에 의해서는 영향은 받았으나, 그 정도가 미미했던 것과 비교하면, 본 연구 대상자는 경제적 수준에 의해 제한하지 않은 농촌 노인이나 도시노인에 비해 신체적 문제에 의해서도 더 큰 영향을 받고 있다고 볼 수 있다. 즉 저소득층 노인이 일반노인에 비해 심리적 요인이나 신체적 요인에 의해 삶의 질이 더욱 위협을 받고 있는 것으로 이해할 수 있다. 그런가 하면 본 연구에서 건강문제, 건강행위 등이 삶의 질을 예측하는데 기여하였는데 이는 Oh 등(2005), Park 등(1998) 및 Stenzelius 등(2005)의 연구 결과와 일치한다.

본 연구에서 사회적 상태 가운데 거주지역은 대상자가 광역시와 도 중 어디에 거주하는가로 구분하였는데, 광역시보다 도에 거주하는 노인의 삶의 질이 높았다. 이 결과는 Oh 등(2005)의 보고서에서 전국의 여성노인들과 남성노인들이 모두, 여타 변수를 통제한 상황에서 농어촌노인이라는 요인이 긍정적인 경제상태 인식 및 높은 삶의 질 만족도에 유의한 영향을 미친다고 한 보고와 일치하고 있다. 한편, Sohn (2006)의 연구에서는 도시노인의 삶의 질 점수가 농촌노인의 삶의 질보다 높은 것으로 보고하여 본 연구 및 Oh 등(2005)의 보고와는 차이가 있다. 본 연구는 전국의 65세 이상 국민기초생활보장 수급자를 모집단으로 광역시·도를 계층으로 할당표집을 하였고 Oh 등(2005)은 전국의

65세 이상 노인들을 모집단으로 확률표집한 자료를 분석한 것으로 두개의 연구는 전국의 노인과 전국의 65세 이상 국민기초생활보장 수급자 집단에 대한 대표성을 유지한데 비해, Sohn (2006)은 경상북도와 대구광역시의 일부 지역에서 표집을 하였기 때문에 이러한 차이가 발생할 수 있을 것으로 본다. 거주지역이 삶의 질에 미치는 영향을 확인하는데 있어서 외생변수의 개입을 통제하지 못하여 나타난 결과일 수도 있다고 판단된다.

또한 본 연구에서 사회적 상태 중 사회적 지지가 높다고 지각할수록 삶의 질이 높다는 결과는 국내외의 노인을 대상으로 한 연구결과들(Choi, 2004; Kang, K. S., 2003; Low & Molzahn, 2007; Sohn, 2006)과 일치하고 있다. 한편, Oh 등(2005)의 보고서에서 전국 노인들 중 소득수준이 낮은 집단인 독거노인의 경우 가족과 함께 생활하는 노인들보다 사회적 지지와 삶의 질의 관련성이 높다고 하였다. 이러한 보고는 노인들의 소득 수준과 가족형태에 따라, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 효과는 달라질 수 있다는 것을 시사한다. 즉 소득이 낮고, 혼자 생활하는 노인들의 경우, 경제적으로 여유가 있고 가족과 함께 생활하는 노인들에 비해 사회적 지지의 효과가 더욱 크게 나타날 수 있으므로, 사회적 지지의 요구가 높은 대상이라고 볼 수 있다. 한편 Kang, J. H. (2003)은 사회적 지지를 이용한 중재 프로그램으로 치매환자를 돌보는 장노년의 삶의 만족 및 안녕을 증진시켰다고 보고하였으며, 이러한 결과를 근거로 기초생활보장 수급자와 같은 저소득층 노인들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 사회적 지지 프로그램 등을 개발하여 삶의 질 향상에 기여할 수 있다고 본다.

Oh 등(2005)은 우리나라 노인들의 여가활동은 주관적인 건강상태, 경제수준, 가족형태, 교육수준 등 다양한 요인들과 관계가 있으며, 삶의 질에서 중요한 요소가 된다고 하였다. 본 연구에서는 대상자들의 여가활동을 가정 내 활동과 사회적인 활동의 두 가지 범주로만 구분하여 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였는데, 여가활동은 삶의 질을 예측하는데 기여하였으며, 사회적인 활동을 하는 노인들이 가정 내 활동을 하는 노인들에 비하여 삶의 질이 높은 것을 알 수 있었다. 이러한 결과를 근거로 향후 노인들이 가정에서 보다는 보람과 즐거움을 갖고 참여할 수 있는 사회적 활동의 한 형태로서 여가활동을 마련하여 지역사회에 보급하고 노인들의 참여를 권장하여 삶의 질을 향상시킬 필요가 있다.

인지기능과 결혼 상태는 본 연구에서 삶의 질 예측요인으로 선택한 10개 변수 중에 포함되어 삶의 질을 예측하고 있으나, 개별적으로는 삶의 질을 설명하는데 기여하지 못하였다. 이들 두 개 변수들은 선행연구에서도 삶의 질과 관계가 있거나 또는 없는 것으로 일관성 있는 관계가 보고되지는 않았으나, 인지기

능은 일상생활기능과 함께 노년의 삶을 독립적으로 살아가는데 있어서 중요한 요소라는 점에서, 결혼 상태는 배우자가 저소득층 노인의 경우 사회적 지지의 중요한 자원이라는 점에서 노인의 삶에 중요한 의미가 있다고 보며, 향후 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로서 다른 변수들의 영향을 통제된 상태에서 그 영향력을 다시 확인할 필요가 있다고 본다.

우리나라는 노인인구가 급증하고 있으며, 65세 이상 남자의 15.6%, 65세 이상 여자는 33.3%가 기초생활보장 수급 노인에 해당될 정도로 저소득층 노인의 증가 또한 심각하다. 소득 수준이 낮은 노인들의 삶의 질이, 그렇지 않은 노인들보다 취약하며, 우울이나, 건강문제 악화, 부족한 건강행위, 부족한 사회적 지지와 사회 참여적인 여가활동, 그리고 도시 거주자의 문제가 이들의 삶을 더욱 위협하고 있다는 사실을 이해할 수 있는 근거를 마련하였다는 점에서 본 연구는 의의가 있다고 본다.

결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 저소득층 노인의 삶의 질과 영향요인을 파악하기 위하여 시도되었다. 본 연구에서는 전국 16개 광역시·도의 국민 기초생활보장 수급자 중 65세 이상인 자를 모집단으로 행정구역을 계층으로 한 0.1% 할당표집의 방법을 이용하여 1,040명의 저소득층 노인을 대상으로 분석하였다. 기초생활보장 수급 노인의 삶의 질과 영향요인인 건강상태(건강행위, 건강문제, 일상생활수행기능, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 사회적 지지, 결혼상태, 여가활동), 그리고 인구학적 상태(성별, 연령)의 삶의 질에 대한 예측력을 확인하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 연구 대상자의 삶의 질 평균은 47.0 ± 10.7 점(범위 14-90점)이었다.

둘째, 삶의 질 영향요인 가운데 건강상태에서 건강행위의 평균은 23.9 ± 2.6 점(범위 14-30점), 건강문제는 평균이 4.6 ± 3.4 점(범위 0-46점), 일상생활수행기능은 평균이 22.1 ± 10.8 점(범위 14-42점), 인지기능은 평균이 22.1 ± 7.1 점(범위 0-30점), 우울의 평균은 20.0 ± 6.9 점(범위 0-30점)이다.

셋째, 삶의 질 영향요인 가운데 사회적 상태에서 거주지역은 광역시에 거주하는 대상자가 1,040명 중 31.1% (323명)이고, 도의 거주자는 68.9% (717명)이었으며, 사회적 지지 중 총 기능적 지지의 평균은 62.0 ± 43.9 점(범위 0-288점)이며, 총 지지망의 평균은 23.9 ± 16.5 점(범위 0-116점)이었다.

넷째, 삶의 질 영향요인 가운데 인구학적 상태인 성별은 남자가 18.8% (196명)이며, 여자가 81.2% (844명)이었다. 연령은 평균이 76.2 ± 6.5 세(범위 65-97세)였다.

다섯째, 삶의 질의 영향요인 인구학적 상태(성별, 연령, 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼상태, 여가활동)는 모두 삶의 질의 예측요인이며, 인구학적 상태(성별, 연령)를 통제된 상태에서 건강상태(건강행위, 건강문제, 인지기능, 우울)와 사회적 상태(거주지역, 총 기능적 지지, 결혼 상태, 여가활동)는 삶의 질에 대하여 높은 예측력이 있다는 것을 확인하였다.

여섯째, 연구 대상자의 삶의 질을 예측하는데 가장 강력하게 기여한 영향요인은 우울($\beta = -.568, p = .000$)이며, 그 다음은 건강문제($\beta = -.190, p = .000$), 거주지역($\beta = .141, p = .000$), 사회적 지지($\beta = .120, p = .000$), 건강행위($\beta = .074, p = .038$), 여가활동($\beta = .068, p = .025$)의 순서이다.

본 연구의 결과를 통하여 다음과 같이 결론을 제시할 수 있다.

첫째, 우리나라 노인은 소득 수준에 따라 삶의 질에 차이가 있다.

둘째, 우리나라 국민기초생활보장 수급 노인들은 연령과 성별을 통제된 상태에서도 건강상태와 사회적 상태에 의해 삶의 질을 54.3% 예측할 수 있다.

셋째, 우리나라 국민기초생활보장 수급 노인들은 우울정도가 낮을수록, 건강문제가 적을수록, 광역시보다는 도에 거주하는 경우, 사회적 지지 정도가 높다고 지각할수록, 건강행위를 많이 수행할수록, 가정 내에서 보다는 사회에서 여가 활동에 참여할수록 삶의 질이 높다고 할 수 있다.

2. 제언

본 연구의 결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 저소득층 노인의 삶의 질의 예측적 모형 구축을 위한 연구가 이루어져야 한다.

둘째, 저소득층 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 정책 및 프로그램 개발이 이루어져야 한다.

REFERENCES

- Andrew, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perceptions of life quality*. New York, NY: Plenum.
- Buttler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Byoun, J. H., Nam, J. J., Kim, E. S., Hong, M. S., Kim H. R., Hwang, N. M., et al. (1998). *Goal attainment and strategy development for*

- health promotion in the people of Seoul. Gwacheon: Ministry of Health and Welfare.
- Choi, Y. H. (2004). A study on the correlations among the depression, social support and quality of life of the elderly in rural areas. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 15, 237-245.
- Chung, K. H., Cho, A. J., Oh, Y. H., Byun, J. K., Byoun, Y. C., & Mun, H. S. (1998). *The year of 1998 national survey on life and health, and welfare need in the older adult in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chung, K. H., Oh, Y. H., Seok, J. E., Do, S. R., Kim, C. W., Lee, Y. K., et al. (2005). *The year of 2004 national survey on life and health, and welfare need in the older adult in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Jung, I. K., Kwak, D. I., Shin, D. K., Lee, M. S., Lee, H. S., & Kim, J. Y. (1997). A reliability and validity study of Geriatric Depression Scale. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 36, 103-112.
- Kang, J. H. (2003). *The effect of a social support program on burden and well-being in caregivers of elderly people with dementia living in the community*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kang, K. S. (2003). Social support and quality of life for the elderly in rural areas. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 14, 375-384.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33, 544-552.
- Korea National Statistics Office. (2006). *Statistics for the elderly*. Seoul: Korea National Statistics Office.
- Kwon, J. D. (1995). *The research of Korean dementia family: Development of the measurement tool and model for the caregiving*. Seoul: Hong Ik Jae.
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141-150.
- Ministry of Health and Welfare. (1999). *The guidebook for visiting nurse: Korean version of Mini-Mental State Exam*. Gwacheon: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. (2007, November). *Basic livelihood security*. Retrieved November 10, 2007, from <http://team.mohw.go.kr/blss/>
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.
- Norbeck, J. S., Linsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Oh, K. (1984). *Family functioning and social support of Korean families with mentally-retarded children*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Women's University, Texas, USA.
- Oh, K., Cho, W. J., & Kim, E. (1992). *Feasibility and effectiveness of community involvement in community health practitioner activities*. Unpublished manuscript, Yonsei University, Seoul.
- Oh, Y. H., Seok, J. E., Kwon, J. D., Kim, J. S., Park, Y. R., & Lim, J. G. (2005). *Old person's quality of life and policy Implications*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Park, E. S., Kim, S. J., Lim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., et al. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28, 638-649.
- Paskulin, L. M., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 10-26.
- Puts, M. T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16, 263-277.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Sohn, S. (2006). A comparative study on the quality of life of the elderly and its' affecting factors between rural and urban areas. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 26, 601-615.
- Stenzelius, K., Westergren, A., Thomeman, G., & Hallberg, I. R. (2005). Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 85-102.
- Tannenbaum, C., Ahmed, S., & Mayo, N. (2007). What drives older women's perceptions of health-related quality of life? *Quality of Life Research*, 16, 593-605.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Youn, B. S., Jung, W. J., Lee, H. S., Yoeun, H. C., Han, S. D., & Park, J. H. (1996). *Quality of Life in Korean: Implications and Policy*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.