

## 노인의 독거여부에 따른 건강증진행위와 신체적 정신적 건강에 관한 연구

김 예 성  
(한국체육대학교)

본 연구는 독거노인이 증가하는 현상에서 독거여부가 노인들의 신체적 정신적 건강에 영향을 미치는 경로에 대해 검토하고자 하였으며, 그 과정에서 건강증진행위 변인이 지니는 매개적 역할에 주목하였다. 자료수집은 서울시내 3개구 독거노인지원센터에 소속되어 있는 독거노인들과 노인복지관, 경로당을 이용하는 노인들을 대상으로 설문을 통해 이루어졌으며, 독거노인 208명과 가족동거노인 199명에 관한 자료가 수집되었다. 선행연구들에 기반하여 노인의 독거여부가 직접적으로 또는 건강증진행위를 매개로 하여 신체적 건강과 정신적 건강 수준에 영향을 미치게 되는 연구모형을 설정하고 구조방정식을 통해 이를 검토하였다. 분석 결과, 독거노인은 가족동거노인에 비해 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 수준 모두 낮은 것으로 나타났으며, 건강증진행위는 독거여부가 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치는 경로를 매개하는 변인임을 확인할 수 있었다. 이러한 연구결과는 우리사회가 독거노인의 열악한 건강수준에 대해 관심을 가지고 이들의 건강을 증진시키기 위해 노력을 기울여야 할 시점임을 알려준다. 나아가 독거노인의 건강수준을 향상시키기 위한 방안으로 독거노인들 스스로 실천할 수 있는 건강증진행위의 중요성에 대해 인식시키고 건강증진행위 수준을 높이기 위한 프로그램을 개발하여 보급해야 할 필요성이 크다.

주요용어: 독거노인, 신체적 정신적 건강, 건강증진행위, 구조방정식모형

■ 투고일: 2014.7.30    ■ 수정일: 2014.9.17    ■ 게재확정일: 2014.9.18

## I. 서론

21세기 우리나라의 가장 큰 변화 중 하나는 인구의 고령화라 할 수 있을 것이다. 경제성장에 따른 급격한 생활수준의 향상, 생활환경의 개선, 과학과 지식 및 보건의료 기술의 발달, 낮은 출산율로 인하여 65세 이상 노인 인구비율은 2018년 14.3%로 ‘고령 사회(aged society)’에 접어들고 2026년에는 20.8%로 ‘초고령사회(super-aged society)’에 도달할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2006). 특히 고령인구 비율이 7%에서 14%로 증가하는데 프랑스는 115년, 미국은 73년이었던 것에 비해 우리나라는 18년으로 세계에서 유래를 찾아볼 수 없을 정도의 급속한 고령화속도를 보이고 있으며, 이로 인한 여러 가지 사회문제들에 봉착하고 있는 상황이다(통계청, 2009).

고령인구의 증가와 함께 혼자 사는 독거노인의 수도 증가하고 있다. 독거노인의 비율은 1994년 13.6%에서 2009년 20.1%로 증가하였으며, 2010년 현재 약102만 가구에서 2020년에는 약233만 가구로 증가하여 2030년 경에는 우리나라 전체 가구의 11.8%가 독거노인 가구에 달할 것으로 예측하고 있다(통계청, 2011; 오인근, 2012). 이같은 독거노인의 증가는 평균수명이 길어지면서 노인인구 자체가 증가하는 것 뿐만 아니라, 가족구조의 핵가족화, 이혼율 및 한부모가족의 증가, 여성의 경제활동 증가, 가족내 노인부양양식 약화, 노인의 피부양양식 전환 등 가족유형과 생활양식의 변화 등으로 인해 자녀 동거가구의 비율이 지속적으로 감소하기 때문으로 이러한 추세는 앞으로도 계속 될 것으로 예상된다(이동영·박종두, 2011).

노인들은 일반적으로 노화와 함께 건강상 어려움을 겪게 되지만, 그 중에서도 독거노인은 부부가 함께 거주하는 노인들이나 자녀와 동거하는 노인들에 비해 열악한 상황에 처해있다. 독거노인은 비공식적 부양체계가 없거나 있다 하더라도 매우 미약하기 때문에 일상생활을 자립적으로 유지하고 안전하게 살아가는 데에 어려움이 많다. 경제적 문제, 건강 문제, 정서적 문제, 소외와 고독의 문제 등 다양한 문제가 제시될 수 있지만, 그 중에서도 특히 중요하고 다른 문제의 전제조건이 되는 것은 건강문제라 할 수 있을 것이다(Fowler, 1997). 독거노인들은 만성질환과 같은 신체적 건강, 우울과 같은 정신적 건강 측면에 있어 매우 열악한 상황에 처해있는 것으로 보고된다(McLnnis & White, 2001). 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제상태의 악화, 사회와 가족으로부터의 고립, 자녀의 경제적 지원 단절, 사회참여 부족 등은 독거노인이 가족동거 노인들에 비해 열악

한 건강 수준을 나타낼 가능성을 높이는 요인이 되며, 홀로 거주한 기간이 길수록 부정적인 영향은 더욱 커지는 것으로 나타난다(한혜경·이유리, 2009). 독거노인의 경우 한 가지 이상의 만성질환을 가진 비율이 90.9%에 달하며, 이러한 노인들 중 50.8%가 일상생활 수행에서의 제한과 경제적 어려움, 사회활동의 제한, 외로움, 소외감, 자존감 상실, 간호와 수발의 어려움 등의 문제를 가지고 있다는 연구결과를 볼 때, 이들의 건강을 증진시키기 위한 노력이 매우 필요한 상황이다(장인순, 2006; 최희정·유장학, 2011).

노인들의 건강 문제는 개인적 차원에서 활기찬 노후(active aging)와 삶의 질을 결정하는 주요 요인임과 동시에 사회구조적 차원에서 의료비지출과 노인부양에 따른 비용을 야기하는 요소로서의 의미를 지닌다. 실제 노인가구의 보건의료부담은 우리나라 전체 가구의 평균 보건의료비인 5.5%보다 높은 11.3%로 가계경제에 큰 부담을 야기하고 있으며, 전체 국민의료비 중 65세 이상 노인의 의료비 지출규모는 2002년 19.3%에서 2007년 28.2%, 2011년 33.3%로 급증하면서 노인부양비 문제는 국가 경쟁력 약화를 야기할 수 있는 요인으로 지목되고 있다(통계청, 2011; 오현주·김대희, 2012). 이러한 상황에서 노인들의 경우 질병을 치료한다는 개념보다도 건강유지와 건강수명 연장이 중요하다는 인식이 확산되면서 사회적으로 노인의 건강증진 방안에 대한 관심이 증가되고 있다.

노인의 질병은 만성적이면서 퇴행적인 특성을 지니므로 사후적 치료보다는 예방과 건강 유지를 위해 노인 스스로 건강증진행위를 생활화하는 것이 필요하다. 노인 스스로가 자신이 처한 환경 내에서 자신의 건강을 적극적으로 관리하고자 노력하고, 사회는 노인들이 건강관리를 할 수 있도록 동기를 유발하는 한편 그러한 환경을 제공할 수 있도록 뒷받침할 수 있어야 하는 것이다(정재필, 2011). 이처럼 개인의 건강 유지 및 향상을 위해 조화로운 정서와 긍정적인 삶의 태도를 가지고 질병치료 및 관리에 주도적으로 참여하는 행위를 건강증진행위라 하며(Pender, 1996), 여기에는 충분한 신체적 활동, 규칙적인 영양섭취, 건강에 대한 관심, 스트레스 관리 등의 행위가 포함된다(Walker, Sechrist & Pender, 1987). 건강증진행위는 인간이 최적의 건강상태가 되도록 돕고 질병을 통제하는 것 이상으로 생활양식을 변화시킴으로써 삶의 질을 증진시킬 뿐만 아니라 궁극적으로는 사회 전반적인 건강과 안녕 수준을 높이고자 하는 의미를 지닌다(최연희, 2004; 오인근, 2012). 특히 가족으로부터 부양이나 원조를 받기 어려운 상황에 처한 독거노인의 경우 스스로의 건강을 돌보는 건강증진행위를 어떻게 하느냐는 삶의 형태를

결정하는 중요한 요인이 될 수 있을 것이다(이은석, 2009).

본 연구는 독거노인이 증가하고 있는 현상황에서 독거 여부에 따른 노인들의 건강문제와 이를 다루기 위한 방안으로 건강증진행위의 역할에 주목하였다. 실증적 조사를 통해 노인의 독거 여부에 따라 건강증진행위와 신체적 정신적 건강상태에 차이가 있는지 검토하는 동시에 독거 여부가 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치는 과정에서 건강증진행위가 매개역할을 수행하는지 확인함으로써 독거노인의 건강수준을 증진시키기 위한 개입지점을 찾고자 하였다. 이에 설정한 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1) 노인의 독거 여부에 따라 건강증진행위, 신체적건강, 정신적건강 수준에 차이가 있는가?

연구문제 2) 노인의 독거 여부는 건강증진행위를 매개로 하여 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치는가?

## II. 이론적 배경

### 1. 독거노인의 건강

#### 가. 독거노인의 개념과 특성

학문분야 및 연구자에 따라 차이가 있지만 독거노인은 대체적으로 혼자 사는 노인, 가구 형태로 볼 때 노인독신가구에 해당하는 노인을 의미한다. 독거노인이라 할지라도 가족이 존재할 수는 있지만 배우자나 친족, 비친족 중 누구와도 함께 거주하거나 가계를 같이 하지 않는 단독세대의 노인으로 사실상 부양해 줄 가족이 없어 보호나 부양을 받지 못하고 혼자 생활을 영위하거나 사실상 자녀가 있더라도 자녀들이 실제 부양에 임하지 못하는 경우 등이 모두 해당된다. 복지 분야에서는 독거노인을 절대빈곤 상태에 놓여있으며, 고독 빈곤 질병의 문제나 가사서비스 원조 및 재가보호의 필요에 대응해 줄 수 있는 인적 자원을 세대 속에 포함하지 못하고 있는 노인을 지칭한다. 즉 가족의 경제적 자원, 신체지병에 대한 보호 및 간호, 정서적인 유대감 형성 등의 부양기능을 제공받지

못하여 매우 취약한 상태에 있는 계층으로 정의내리고 있다(고영미, 2013; 유광수·박현선, 2003). 독거노인들은 도시보다 농촌지역에 많이 거주하며, 남성보다 여성의 구성비가 높고, 교육수준과 가구소득이 낮은 특징을 나타낸다. 일반 노인들에 비해 질병진단 경험 비율이 높고, 자가 거주비율이 낮으며, 취업률이 낮고, 특히 여성 독거노인들은 더 열악한 상태에 처해있는 것으로 나타난다(최영, 2005). 한편 국외연구를 살펴보면, 사회문화적 환경 차이로 인해 독거노인의 개념에서 다른 양상을 보인다. 미국을 비롯한 서구사회에서는 개인주의, 독립적 생활, 사적 자유 가치에 대한 추구로 인해 노후에 자녀와 동거하는 것은 문화적 규범에서 벗어난 것으로 규정된다(Cheng, 2006; Coward et al., 1989). 따라서 독거노인 가구 형태는 생애주기 과정에서 자연스럽게 일어날 수 있는 거주형태로 간주되며 이들의 건강과 관련된 연구는 주로 고독감, 우울, 독립성, 자존감, 사회적지지 및 네트워크 등에 초점을 맞추고 있다.

## 나. 독거노인의 신체적 정신적 건강

가족은 직간접적으로 생활에 일상적인 규제를 제공함으로써 서로에게 관여하게 되는데, 노인단독가구의 경우 이러한 가족이 없으므로 사회적으로 고립될 가능성이 높다. 이들은 배우자나 자녀들로부터 주어지는 경제적 사회적 지지가 부족하기 때문에 건강을 유지하기 위한 행동에 소홀해지기 쉽고 결과적으로 신체적 건강상태의 악화로 이어지거나 사회적 심리적 고립 상태에 이르게 된다(김진구, 2011). 독거노인의 상당수는 신체적 정신적 사회적 측면에서 건강수준이 낮으며, 영양상태가 불량하고 우울감이 높다는 국내외의 연구결과들을 확인할 수 있다(정인희, 2012; 전예슬, 2009; Sun et al., 2007).

이영자와 김태현(1999)은 단독가구 노인들을 대상으로 가족관계, 경제문제, 주거문제, 건강문제로 인한 스트레스를 분석한 결과 단독가구 노인들은 건강문제로 인한 스트레스를 가장 많이 받는다는 결과를 도출하였다. 독거노인의 44.6%는 자신의 건강상태에 대해 부정적으로 평가하고 있는데, 이는 전체노인의 38.4%에 비해 높은 수준이라 할 수 있다(정경희, 2011). 독거노인들은 신체적 노화에서 오는 건강상의 문제를 호소하고 있지만, 경제적 어려움 등으로 인해 적절한 치료를 받지 못하고 있으며, 일상생활에 지장이 있을 정도의 만성질환을 지니고 있는 것으로 나타난다. 질환의 발생은 식사준비, 세탁, 청소, 장보기 등 가사능력을 저하시켜 생활 전체가 불안정하게 되고 발병이 더욱

악화될 수 있다. 또한 심장병, 뇌출혈과 같은 응급상황이 발생할 때에도 곧바로 대처할 수 없는 상황에 놓여있다(정금숙, 2010). 한편 일부 연구에서는 독거노인과 가족동거노인의 신체적 건강상태에서 유의한 차이가 나타나지 않으며(최양혜, 2008), 독거노인들이 가족동거노인에 비해 높은 수준의 일상생활능력을 유지하고 있다는 결과를 제시하기도 한다(김주희·정영미, 2002). 이는 일상생활능력이 독거노인의 자립생활을 위한 기본적인 능력으로 일상생활능력이 너무 낮은 경우 혼자 산다는 것 자체가 불가능하기 때문에 나타난 결과라 볼 수 있다.

정신적 건강 측면에서도 독거노인의 정신적 정서적 건강상태는 가족동거 노인에 비해 유의미하게 낮은 것으로 나타난다. 독거노인은 우울, 스트레스 수준이 높으며 자살생각이 많다는 연구결과들을 확인할 수 있다(정선숙, 2012; Kawamoto et al., 2005). 한경혜와 이유리의 연구(2009)에서는 독거노인의 정신건강 수준이 5점 척도 중 3.53점으로 상당히 낮은 점수를 보여주고 있으며, 독거노인은 전체노인에 비해 우울수준이 유의미하게 높으며 사회적 지지가 낮고 외로움을 많이 느끼는 것으로 나타난다. 나아가 경제적 상실감, 고독감, 사회적 지지의 결핍은 궁극적으로 자살 생각을 높이게 되는 것으로 보고된다(Fukunaga et al., 2012; 양옥경·주소희, 2011). 독거노인들은 가족들과의 교류 뿐만 아니라 사회적 활동에 있어서도 참여가 저조한 것으로 나타나는데, 전체 노인들의 친목 및 사교단체 참여도가 약 76%인데 비해 독거노인의 경우 약 22%에 지나지 않으며(통계청, 2010) 이러한 사회적 고립상태는 정신적 건강에 부정적인 영향을 미치게 된다고 볼 수 있다.

## 2. 건강증진행위

### 가. 건강증진행위의 개념 및 의의

건강증진행위는 개인이나 집단의 안녕수준을 증가시키고 개인의 자아실현이나 자기성취를 유지 증진시키는 방향으로 취해지는 활동이자 궁극적으로 평균수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키는 행위로 정의된다(Pender, 1996). 개인의 자아실현과 성취를 위해 스스로 자기 건강의 중요성을 인식하여 적절한 영양섭취, 정기적 운동, 금연 및 금주, 스트레스 관리 등을 통해 건강관리 능력을 기르고, 능동적 목표지향적으로 환경에

반응하는 것을 의미한다(Walker et al., 1987; Eiser & Gentle, 1988). 개인의 일상적인 삶의 일부로써 건강을 보호하고 건강문제의 발생을 예방 감소시키는 건강증진행위는 노인의 노화로 인한 기능장애를 최소화하고 기능상태의 유지와 증진을 도모할 수 있다는 점에서 노인의 건강과 관련해 중요한 의미를 지닌다. 즉 스스로 자신의 기본적인 건강을 유지함으로써 개인적인 삶의 질을 증진시킬 수 있을 뿐만 아니라 사회적인 차원에서 높은 비중을 차지하는 노인의료비용을 감소시킬 수 있는 방안이 될 수 있다(김진구, 2011; 배현숙, 2011).

건강증진행위에는 학자들에 따라 다양한 내용들이 포함되는데 Walker et al.(1987)이 제작한 HPLP(Health Promotion Lifestyle Profile)에는 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리 영역이 포함되며, 최영희(1999)는 신체적 영역(체력유지, 체력향상, 체력보존), 정서적 영역(편안한 마음, 노인다운 마음유지), 사회적 영역(사회적 관계, 가족관계), 영적 영역(신앙생활)으로 구성하고 있다. 그밖에 규칙적 식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연 및 음주 등 개별적인 건강증진행동을 살피기도 하는데(이정찬 외, 2010), 공통적으로 규칙적인 운동, 고른 영양섭취, 건강검진, 스트레스 관리 등 신체적 정신적 건강 관리 행위를 포함하고 있다.

한편 우리나라 노인들은 전반적으로 건강증진의 노력이 미흡한 것으로 나타나며, 그 중에서도 규칙적인 운동과 관련된 건강증진행위 수준이 영양섭취나 수면 영역에 비해 상대적으로 낮은 특징을 지닌다(이정찬 외, 2010; 오인근, 2012). 재가노인들을 대상으로 한 김정아와 정승교의 연구(1997)에서는 아침식사, 금연 및 금주, 치료제 복용, 식이 조절 등은 잘하고 있으나, 규칙적인 운동, 건강검진, 체중관리가 잘되지 않는다는 결과를 볼 수 있으며, 전반적으로 영양섭취에 비해 운동 영역의 건강증진행위 수행 점수의 정도가 낮다는 연구결과들을 볼 수 있다(최연희·김연화, 2001; 성명숙·송병선, 2004). 보건복지부(2011)의 조사에서도 노인들의 운동실천에 있어 권장수준에 도달하는 비율은 39.1%에 불과한 것으로 보고되고 있다.

## 나. 독거노인들의 건강증진행위

독거노인과 가족동거 노인들의 건강증진행위를 비교한 연구들에 의하면 독거가구 노인들이 동거가구 노인들에 비해 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기 검진 등 전반적

으로 건강증진행위 수행 정도가 낮은 것으로 나타난다(이정진 외, 2010; 서인선, 2000; Christiansen, 1981). 이러한 현상에 대해 Umberson(1987)은 가족형태에 따른 사회적 관계의 차이가 건강행위에 영향을 미치게 되는 매커니즘을 통해 설명하였다. 결혼과 양육은 사회적인 결속을 제공하는데, 이러한 사회적 관계가 개인에게 삶의 의미감, 목적 의식 및 책임감을 제공하고 개인의 동기와 라이프스타일에 영향을 주게 되어 부정적인 건강행위(흡연, 음주 등)를 억제하고 긍정적인 건강행위(운동, 체중관리, 건강진단 등)를 촉진하는 통제적 기능을 수행하게 된다고 보았다. 가족관계가 제공하는 삶의 의미감, 목적의식 및 책임감은 배우자나 자녀와 같은 가족성원이 직접 건강행위를 도와주거나 제재하는 직접적 방식으로, 또는 개인이 배우자와 자녀에 대한 책임감을 규범으로 내재화하여 스스로 건강행위를 통제하거나 단순히 가족이 존재하여 같이 먹고 자고 생활하는 과정 속에서 건강한 행동을 유지하게 되는 간접적인 방식을 통해 이루어질 수 있다. 노인의 경우 자녀 양육에 대한 책임감은 상대적으로 적을 수 있겠지만, 직간접적인 방식으로 가족성원들의 동거여부가 건강증진행위에 영향을 미칠 것을 예측할 수 있다(김진구, 2011).

#### 다. 건강증진행위의 영향

건강증진행위는 개인의 기본적인 건강 유지에 도움을 주어 최적의 건강상태가 되도록 돕고 스트레스에 견디는 능력을 강화시킴으로써 질병통제 이상으로 삶의 질을 향상시킬 수 있는 생활양식의 변화를 가져올 수 있다. 특히 노인의 경우 질병을 예방하고 건강을 개선시킴으로써 노화로 인한 기능적 어려움을 겪는 기간을 줄여 자립적으로 의미있는 사회활동 참여할 수 있도록 하는 데에 기여한다(정민승·김경화, 2009). 노년기 건강습관과 건강행위는 노인의 만성질환 유병률을 감소시키고 수명을 연장하여 보다 건강한 노후를 보낼 수 있도록 돕는다. Belloc & Breslow(1992)는 노인의 신체적 건강상태와 건강행위의 관계를 분석한 연구에서 금연, 충분한 신체적 활동, 절주, 적절한 체중 유지, 8시간 수면 요인이 신체적 건강상태와 유의미한 연관성이 있음을 보고하였다. 노인들의 일상적인 건강문제 및 노인질환 등 노년기 건강문제의 약 80%는 생활양식의 변화를 통해 연기되거나 예방될 수 있는 것으로 나타난다(송미숙 외, 2003). Breslow & Breslow(1993)도 10년 이상의 추적 연구를 통해 나쁜 건강행위를 하는 노인들은 좋은



건강행위를 하는 노인에 비해 50% 이상 더 높은 장애와 사망률을 경험했음을 보고하고 있으며 건강증진행위를 실천하는 노인들은 기능적 건강상태가 양호하다는 연구결과를 볼 때(Duffy & McDonald, 1990), 건강증진행위의 실천이 노인의 건강상태에 직접적인 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다.

건강증진행위의 실천은 신체적 건강 뿐만 아니라 삶의 질, 심리적 복지와 같은 정신적 건강에도 긍정적인 영향을 미친다. 질병을 가지고 있다 하더라도 건강을 위해 일정한 활동을 하는 것은 노인의 심리적 복지에 긍정적 영향을 미친다. 건강증진행위를 잘 이행할수록 우울이 감소한다는 연구결과를 확인할 수 있으며, 중년 여성들의 경우 건강증진행위를 이행함으로써 갱년기 증상이나 우울 증상이 감소되고 이를 통해 심리적 복지감을 높이는 것으로 나타난다(정민승·김경희, 2009). Lemstra et al.(2009)은 건강증진행위 활성화를 위한 건강증진프로그램을 제안하면서, 단순한 의료적 모형에 입각한 생리학적 치료 뿐만 아니라, 심리 사회적 모형의 내용을 포함한 예방, 치료, 재활 등의 내용들이 포괄되어 있으므로, 신체적, 심리정서적, 사회적 측면의 건강을 증진시키는 효과가 나타나게 된다고 보았다.

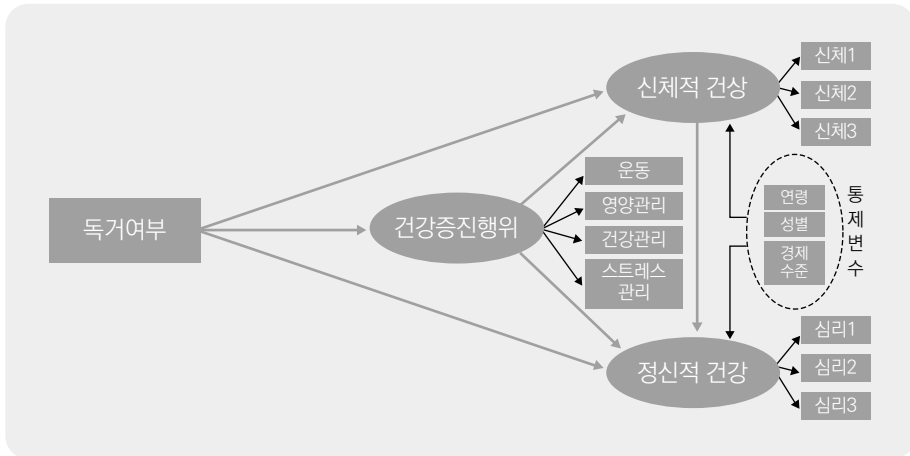
### III. 연구방법

#### 1. 연구모형

선행연구에 기반하여 [그림 1]과 같은 연구모형을 설정하였다.

노인의 독거여부가 건강증진행위에 영향을 미치게 되고, 이를 통해 신체적 건강과 정신적 건강 수준에 영향을 미치게 되는 경로모형을 설정하였다. 이론적 연구모형에서는 가족동거여부가 신체적 건강과 정신적 건강에 영향을 미치는 직접적 경로와 건강증진행위를 매개로 하여 영향을 미치는 간접경로를 모두 표시하였다. 본 연구에서는 이러한 연구모형을 기본모형으로 설정하고 검증한 후, 이론적 의미와 통계적 유의미성을 고려하여 불필요한 매개경로를 순차적으로 제거하는 구조방정식 모델생성전략을 취하고자 한다. 이를 통해 동일한 이론적 논의에 근거하되 경험적 과정을 통해 현실적으로 간명하면서도 이론적 설명력을 갖춘 최적의 모델을 찾고자 하였다(배병렬, 2004).

그림 1. 연구모형



## 2. 분석자료

본 연구를 위한 자료수집은 서베이 방식으로 이루어졌다. 가족 동거여부에 따른 노인들의 건강증진행위와 신체적 정신적 건강상태에 대한 자료를 수집하기 위해 독거노인지원센터, 노인종합복지관, 경로당을 대상으로 설문을 수행하였다. 우선 독거노인종합지원센터의 협조를 받아 서울시내 3개구 독거노인지원센터에 등록되어 노인돌봄서비스를 제공받고 있는 독거노인들을 대상으로 설문조사를 수행하였다. 이를 위해 독거노인생활관리사와 훈련받은 연구보조원들이 독거노인들을 직접 방문하여 설문문항을 읽고 응답을 받는 방식으로 자료를 수집하였다. 또한 비교집단 자료를 수집하기 위해 노인종합복지관과 경로당을 이용하는 노인들을 대상으로 연구보조원들이 기관을 방문하여 설문을 수행하였으며, 이 때 가족동거 여부를 질문하여 독거노인과 가족동거노인을 분류하였다.

결과적으로 독거노인지원센터를 통해서 162부의 설문지가 수거되었으며, 노인복지관과 경로당 이용 노인의 경우 수거된 245부의 설문지 중 독거노인은 46명, 가족동거노인은 199명이었다. 이에 본 연구에서는 독거노인지원센터 소속 독거노인 162명과 노인종합복지관 및 경로당 독거노인 46명을 합한 208명의 독거노인 자료와 가족동거노인 199명 자료를 활용하여 분석을 수행하였다.

### 3. 주요변수

#### 가. 종속변수

##### 1) 신체적 건강

노인의 경우 대부분의 질병이 완치보다는 관리에 초점을 두어야 하는 상황으로 독립적인 일상생활을 할 수 있는 기능상태에 대한 평가가 신체적 건강상태를 나타내는 중요한 지표가 될 수 있다. 이에 많은 연구들이 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living)과 도구적 일상생활수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)을 통해 노인들의 신체적 건강상태를 측정하고 있다. 본 연구에서는 Katz et al.(1963)이 개발하고 국내에서 원장원(2002)이 한국실정에 맞게 수정한 한국형 일상생활수행능력 5문항과 한국형 도구적일상생활수행능력 5문항을 사용하였다. 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 일어났다 앉기와 눕기, 걷기, 화장실 사용하기, 쇼핑, 전화걸기, 대중교통수단 이용하기, 가벼운 집안일 하기 등 총 10가지 항목에 대해 '너무 불편해서 혼자 할 수 없다' 1점, '전혀 불편하지 않다' 4점으로 응답하도록 하였다. 점수의 범위는 10점에서 40점이 되며, 점수가 높을수록 신체적 건강상태가 양호함을 의미한다. 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .929로 상당히 높은 수준이었다.

##### 2) 정신적 건강

노인의 정신적 건강상태에 대해서는 심리적 적응, 정신건강 수준, 심리적 행복감 등을 측정하기 위해 윤진(1982)이 개발한 삶만족도 척도를 사용하였다. '요즘 하고 있는 일이 어느 때보다도 흥미롭다', '현재 만족스럽고 편안하다'와 같은 긍정적인 6문항과 '다른 사람에 비해 자주 우울해진다', '슬퍼할 일들이 많다'와 같은 부정적인 7문항을 통해 정신적인 건강상태를 질문하였으며, 이에 대해 5점 척도로 응답하도록 하였다. 점수의 범위는 5점에서 65점이며, 점수가 높을수록 정신 건강수준이 높음을 의미한다. 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .910으로 나타났다.

## 나. 예측변수

### 1) 독거여부

함께 살고 있는 가족이 누구인지 질문하여 혼자산다, 배우자, 자녀, 친척, 기타 등으로 응답하도록 하였으며, 이에 대해 '혼자 산다'로 응답한 경우 독거노인으로 분류하여 '1', 다른 동거가족이 있는 경우 '0'으로 처리하였다.

### 2) 건강증진행위

건강증진행위 정도에 대해 측정하기 위해 Walker et al.(1987)이 개발한 HPLP (Health Promoting Lifestyle Profile) 척도를 서연옥(1994)이 수정하여 사용한 도구를 수정 보완하여 사용하였다. 건강증진행위의 하위영역 중 운동, 영양, 건강관리, 스트레스관리 4가지 영역에 대해 14문항으로 질문하였으며, 5점 척도로 응답하도록 하였다. 점수의 범위는 5점에서 70점 사이이며, 점수가 높을수록 건강증진행위를 실천하고 있다고 볼 수 있다. 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .835로 비교적 높은 수준이었다.

## 다. 통제변수: 성별, 연령, 경제수준

노인의 가족동거여부가 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 수준에 미치는 영향을 검증하는데 있어 영향을 미칠 수 있는 대표적인 인구학적 변수인 성별, 연령, 경제수준 변인을 통제변수로 설정하였다. 성별에 대해서는 남성 '0', 여성 '1'의 값을 설정하였으며, 연령은 만 연령을 직접 기입하도록 하였다. 경제수준의 경우 노인 스스로 인식하는 생활 수준에 대해 최하층 1점, 최상층 7점 중 해당되는 곳에 표시하도록 하였다.

## 4. 분석방법

본 연구에서 활용한 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 기술통계를 통해 연구대상의 일반적 특성에 대해 검토하였다. 둘째, 첫 번째 연구문제인 독거노인과 가족동거노인의 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 수준의 차이를 검증하기 위해 t-test를 수행하였다. 셋째, 두 번째 연구문제인 가족동거 여부가 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치는

경로에 대해 검증하기 위해 구조방정식을 활용하였다. 구조방정식 모형은 측정변수의 측정오차를 고려하는 동시에 다수의 독립변수와 종속변수간의 영향관계를 동시에 추정할 수 있으며, 가정된 모형의 적합성을 포괄적으로 제시할 수 있다는 점에서 유용성을 지닌다(배병렬, 2004). 이와 같은 연구분석을 위해 SPSS 21.0과 AMOS 21.0 프로그램을 사용하였다.

## IV. 연구결과

우선 기술통계를 통해 본 연구에 참여한 노인들의 인구사회학적 특성에 대해 기술한 뒤, 독거노인 집단과 가족동거 노인 집단의 건강특성을 비교분석하였다. 구조모형 분석 과정에서는 본격적인 구조모형 분석에 앞서 확인적 요인분석을 통해 측정의 타당도를 확인함으로써 모형 추정의 엄밀성을 높였으며, 구조모형 분석에 있어서는 최적의 모형을 찾기 위한 모형 수정을 시도하고 최적의 모델로 검증된 모형을 중심으로 효과분해를 실시하였다.

### 1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구의 분석대상인 독거노인 208명과 가족동거노인 199명의 일반적인 특성은 <표 1>에 제시되어 있다. 살펴보면, 독거노인의 경우 성별분포는 남성이 49명(25.8%), 여성이 141명(74.2%)으로 가족동거노인 남성 4명(1.9%), 여성(98.1%)에 비해 남성의 비율이 좀 더 높았으며, 연령은 만 55세에서 만95세까지 분포하는 가운데 독거노인의 평균연령은 76.85세, 가족동거노인은 74.49세로 독거노인의 평균연령이 조금 더 높았다. 학력에 있어서는 독거노인의 경우 무학과 초등학교 졸업이 전체의 66%를 차지하여 낮은 학력수준을 보이고 있으며, 기초생활보장제도 수급여부에 있어서는 독거노인 중 수급자의 비율이 33.5%를 차지하여 가족동거노인에 비해 수급률이 높았다. 이와 같은 차이는 통계적으로도 유의미한 차이를 나타내었다. 반면 직업유무에 있어서는 독거노인과 가족동거노인 모두 13% 정도만이 직업을 가지고 있는 것으로 나타나 차이를 나타내지 않았다.

표 1. 조사대상자의 일반적 특성

구분		독거노인	가족동거노인	x <sup>2</sup> (df)	유의수준
		빈도 (%)	빈도 (%)		
성별	남	49 (25.8)	4 (1.9)	49.25 (1)	.000
	여	141 (74.2)	205 (98.1)		
연령	60세 미만	0 (0)	4 (1.9)	23.95 (4)	.000
	60세 이상 70세 미만	12 (6.4)	46 (21.8)		
	70세 이상 80세 미만	119 (63.6)	104 (49.3)		
	80세 이상 90세 미만	54 (28.9)	56 (26.5)		
	90세 이상	2 (1.1)	1 (0.5)		
학력	무학	53 (28.2)	10 (4.9)	49.41 (4)	.000
	초졸	71 (37.8)	72 (3.0)		
	중졸	32 (17.0)	52 (25.2)		
	고졸	19 (10.1)	49 (23.8)		
	대학 이상	13 (6.9)	23 (11.2)		
기초보장제도 수급여부	수급	63 (33.5)	18 (8.9)	35.81 (1)	.000
	비수급	125 (66.5)	184 (91.1)		
직업유무	있음	25 (13.3)	27 (13.2)	.000 (1)	.985
	없음	163 (86.7)	177 (86.8)		

한편 ‘연구문제 1’에 답하기 위해 독거노인과 가족동거노인의 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 수준에 있어 집단간 차이가 있는지 파악하는 t검증을 실시하였으며, 그 결과는 <표 2>에 제시되어 있다. 건강증진행위 수준, 신체적 건강, 정신적 건강 모두 독거노인의 상태가 가족동거 노인에 비해 열악한 것으로 나타났으며, 이러한 평균값의 차이는 유의수준  $p < .001$ 에서 통계적으로 유의미하였다.

표 2. 독거노인과 가족동거노인의 건강증진 행위 및 신체적 정신적 건강 수준 차이

	구분	사례수	평균	표준편차	t
건강증진행위	독거노인	180	40.98	7.97	-7.692***
	가족동거노인	168	48.54	10.16	
신체적 건강	독거노인	190	45.18	5.97	-3.993***
	가족동거노인	187	47.22	3.71	
정신적 건강	독거노인	190	39.89	9.69	-7.705***
	가족동거노인	166	47.73	9.45	

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

나이가 구조모형 분석에 앞서 주요변수의 기술통계치를 확인하였으며, 그 결과는 <표 3>에 제시되어 있다. 기술통계치 외에 왜도와 첨도를 통해 자료의 다변량정규성을 검토한 결과 각 변수의 왜도와 첨도는 모두 각각 절대값 3 미만, 10 미만으로 정규성을 일탈하지 않음을 확인하였다.

표 3. 주요변수의 기술통계치 및 왜도, 첨도

변수	사례수	평균	표준편차	왜도 (표준편차)	첨도 (표준편차)
건강증진행위	348	44.63	9.83	-.215 (.131)	-.047 (.261)
신체적 건강	377	46.20	5.07	-1.632 (.126)	2.247 (.251)
정신적 건강	356	43.55	10.33	-.057 (.129)	.129 (.258)

## 2. 가족동거 여부가 건강수준에 미치는 영향 검증

### 가. 측정모형 검증

본 연구에서 건강증진행위, 신체적건강, 정신적건강 변인은 이론적 개념(잠재변수)으로 다중지표를 사용하여 구성되는데, 이렇게 설계된 측정모형이 적합한지 확인적 요인 분석을 통해 검토하였다.

표 4. 측정모형의 요인적재량

경로	비표준화 요인적재량	표준화 요인적재량	표준오차	t값
건강관리←건강증진행위	1.000	.657		
운동←건강증진행위	.760	.661	.076	9.967***
영양관리←건강증진행위	.714	.623	.074	9.661***
스트레스관리←건강증진행위	.606	.733	.056	10.779***
adl1←신체건강	1.000	.923		
adl2←신체건강	.606	.848	.028	21.998***
adl3←신체건강	.755	.835	.035	21.401***
삶만족1←정신건강	1.000	.984		
삶만족2←정신건강	.852	.694	.058	14.775***
삶만족3←정신건강	.989	.684	.069	14.427***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

먼저 전반적인 적합도 지수를 살펴보면  $\chi^2$ 값은 173.279이며, 자유도는 32,  $p=.000$ 으로 모형이 자료에 합치한다는 영가설을 채택하지 못하였으나,  $\chi^2$ 값은 사례수의 영향에 민감한 적합도 지수인만큼 다른 적합도 지수를 추가적으로 확인한 결과, CFI(Comparative Fit Index)= .922, NFI(Normed Fie Index)= .907, RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)= .084로 비교적 좋은 적합도를 보여 잠재변인의 측정모형은 경험적 자료에 부합하는 모형임이 확인되었다. 구체적으로 잠재변인에 대한 측정변인들의 반영정도를 분석한 결과는 <표 4>에 제시되어 있다. 다중상관자승 (squared multiple correlation:  $R^2$ )과 요인적재량을 고려하여 개념에 대한 설명력이 높고 요인적재량이 가장 높은 변수를 준거지표로 삼았다. 측정모형에 대해 분석한 결과 모든 변수의 요인적재량이 유의수준 .000에서 유의미한 것으로 나타나 건강증진행위, 신체적건강, 정신적건강에 대한 측정변인들은 잠재변인을 잘 반영하고 있으며 타당하게 구성되어 있음을 알 수 있다.



## 나. 구조모형 분석

앞서 설정한 구조모형에 대하여 이 모형이 경험적 자료를 잘 반영하는지 알기 위해 구조모형의 적합도 지수를 살펴보았다. 그 결과  $\chi^2$ 값은 244.714, 자유도는 62,  $p=.000$ 이며, CFI= .913, NFI= .898, RMSEA= .085로 비교적 좋은 적합도를 보여 초기구조모형은 자료에 합치하는 적합한 모형임을 알 수 있다. 완전 구조모형의 분석결과 나타난 개별모수치와 경로를 검토하고 그 의미를 해석한 결과는 [그림 2] 및 <표 5>에 제시되어 있다.

그림 2. 초기구조모형 경로계수

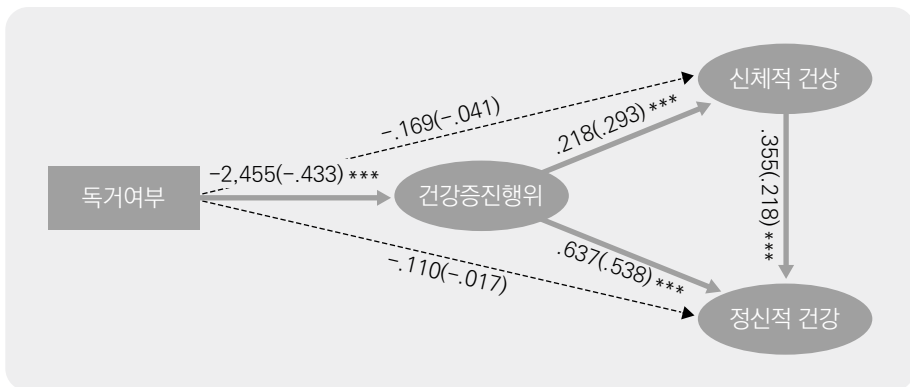


표 5. 구조모형 경로계수

경로	비표준화 요인적재량	표준화 요인적재량	표준오차	t값
독거여부 → 건강증진행위	-2.455	-.438	.333	-7.382***
독거여부 → 신체적 건강	-.169	-.041	.259	-.650
독거여부 → 정신적 건강	-.110	-.017	.356	-.310
건강증진행위 → 신체적 건강	.213	.293	.054	3.966***
건강증진행위 → 정신적 건강	.637	.538	.086	7.417***
신체적 건강 → 정신적 건강	.355	.218	.080	4.429***
성별 → 신체적 건강	-.704	-.117	.315	-2.234*

경로	비표준화 요인적재량	표준화 요인적재량	표준오차	t값
성별 → 정신적 건강	1.439	.147	.428	3.360***
연령 → 신체적 건강	-.073	-.222	.017	-4.313***
연령 → 정신적 건강	.039	.074	.023	1.679
경제수준 → 신체적 건강	-.123	-.083	.081	-1.509
경제수준 → 정신적 건강	.171	.071	.112	1.523

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

결과를 살펴보면, 독거노인일 경우 건강증진행위 수준이 낮아지고(-.433), 건강증진행위 수준이 낮을수록 신체적 건강 또한 낮아지며(.293) 정신적 건강 수준도 낮아지는 것으로(.533) 나타났다. 또한 신체적 건강 수준은 정신적 건강 수준에 정적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(.218). 반면 독거여부가 신체적 건강 수준과 정신적 건강 수준에 직접적으로 영향을 미치는 경로는 통계적으로 유의미하지 않았다. 통제변수 중 성별은 신체적 건강과 정신적 건강에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 여성일수록 신체적 건강 수준은 낮은 반면 정신적 건강 수준은 높은 것으로 나타나고 있다. 연령이 높을수록 신체적 건강은 안 좋아지나 정신적 건강에는 유의미한 영향이 나타나지 않으며, 경제수준 변인의 영향력은 유의미하지 않았다. 이러한 연구결과를 볼 때, 동거가족 없이 혼자 지내는 독거노인의 경우 운동, 건강관리, 영양관리, 스트레스관리와 같은 건강증진행위를 스스로 챙기지 못함으로써 신체적 정신적인 건강 수준이 낮아지게 될 가능성이 높음을 알 수 있다.

한편 독거라는 거주형태 자체가 신체적 정신적 건강에 영향을 미치는 직접적인 경로는 통계적으로 유의미하지 않게 나타났다. 독거라는 거주형태가 건강증진행위를 매개로 건강수준에 간접적인 영향을 미치고 있음을 보여주는 이러한 연구결과는 독거노인의 증가와 함께 이들의 건강문제에 대한 관심이 높아지고 있는 현시점에서 의미하는 바가 크다. 혼자 거주하는 상황에서도 스스로 건강을 관리할 수 있도록 건강증진행위 증진을 위해 힘쓰는 것이 사회적으로 독거노인의 건강 문제를 해결하기 위한 방안이 될 수 있음을 의미한다.

나이가 보다 간명하면서도 자료에 부합하는 최적의 모형을 찾고자 모형다듬기를 실시하였다. 모형을 수정하는 전략은 연구모형에 대한 분석결과에서 유의미하지 않게 제시된 경로들을 제거하는 방법으로, 각 경로를 제거한 경쟁모형을 원래 연구모형과 비교하여 모형적합도가 유의미한 수준으로 감퇴하지 않는지, 즉 불일치 수준이 유의미하게 증가하는지 카이제곱통계량 차이를 살펴보았다. 이러한 방법을 통해 모형에 심각한 손상을 가져오지 않으면서도 가장 간명한 모형으로 얻어진 수정된 모형의  $\chi^2$ 값과 적합도 지수를 검토한 결과는 <표 6>에 제시되어 있다.

표 6. 모형 비교

모형	$\chi^2$	CFI	NFI	RMSEA
초기연구모형	244.714 (df=62, p=.000)	.913	.898	.085
수정모형	245.196 (df=64, p=.000)	.913	.898	.084

초기연구모형과 수정모형의 전반적인 적합도를 비교해보면, 수정모형의 RMSEA 적합도가 조금 나아졌고, 초기연구모형에서 유의미했던 경로의 계수값이 조금씩 높아졌음을 확인할 수 있다. 두 모형간 카이제곱통계량의 차이는 0.482(df=2)로 유의도 .05 수준에서 유의미하지 않게 나타나 영가설이 기각되지 않으므로 초기연구모형의 부합도 증가는 간명성 상실에 비해 유의미하지 않은 것으로 확인되어 수정모형이 보다 간명하고 적합한 모형인 것으로 검증되었다. 최종모형의 경로계수는 [그림 3]과 <표 7>에 제시하였다.

그림 3. 수정모형

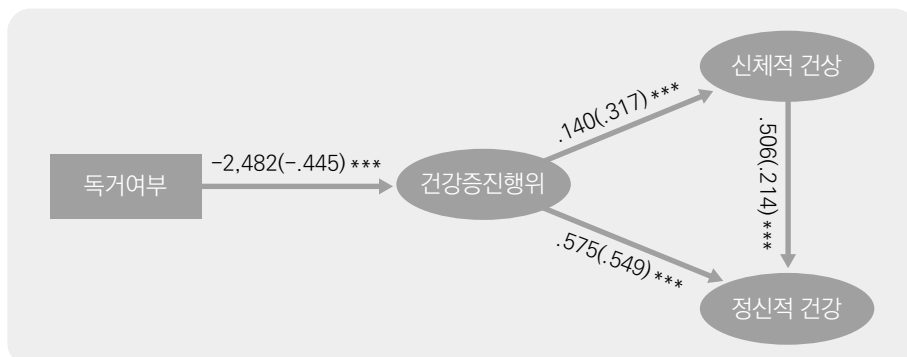


표 7. 최종모형의 경로계수

경로	비표준화 요인적재량	표준화 요인적재량	표준오차	t값
독거여부 → 건강증진행위	-2.482	-.445	.328	-7.574***
건강증진행위 → 신체적 건강	.140	.317	.029	4.784***
건강증진행위 → 정신적 건강	.575	.549	.077	7.435***
신체적 건강 → 정신적 건강	.506	.214	.121	4.199***
성별 → 신체적 건강	-.390	-.107	.184	-2.121*
성별 → 정신적 건강	1.299	.151	.372	3.491***
연령 → 신체적 건강	-.045	-.228	.010	-4.486***
연령 → 정신적 건강	.033	.071	.020	1.633
경제수준 → 신체적 건강	-.073	-.081	.049	-1.473
경제수준 → 정신적 건강	.152	.072	.099	1.536

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

위의 결과를 통해 노인의 독거여부가 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치게 되는 경로를 추정해볼 수 있으며, 이는 다음과 같이 요약된다.

첫째, 노인의 독거여부는 건강증진행위를 매개로 하여 신체적 건강에 유의미한 영향을 미치게 되는 것으로 나타났다. 독거노인의 경우 가족동거 노인에 비해 건강증진행위의 가능성이 낮아지고(-.445), 이러한 건강증진행위의 감소는 신체적 건강에 정적인 방향으로 영향을 미치는 것으로(.317) 나타났다. 즉 독거노인의 경우 동거가족이 있는 노인에 비해 건강증진행위를 수행할 가능성이 낮으며, 이는 일상생활능력을 수행하는 신체적 건강을 위축시킨다고 볼 수 있다. 이러한 경로를 통해 설명되는 효과는  $-.141(-.445 \times .317)$ 이다.

둘째, 노인의 독거여부가 정신건강에 미치는 영향은 건강증진행위를 매개로 하거나, 건강증진행위와 신체건강 변인을 매개로 하는 두 가지 경로를 통해 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우선 독거노인의 경우 가족동거 노인에 비해 건강증진행위의 가능성이 낮아지고(-.445), 건강증진행위의 감소는 정신적 건강에 정적인 방향으로 영향을 미치는 것으로(.549) 나타났으며, 이러한 경로를 통해 설명되는 효과는  $-.244(-.445 \times .549)$ 였다. 또한 독거여부가 건강증진행위를 매개로 하여 신체건강에 영향을 미치게 되고

(-.141), 신체적 건강은 정신적 건강에 정적인 영향을 미침으로써(.214) 궁극적으로 정신적 건강에 부정적 영향을 미치게 되는 것으로 나타났다. 이러한 경로를 통해 설명되는 효과는  $-.030(-.141 \times .214)$ 이며, 결과적으로 위의 두 가지 경로를 통해 노인의 독거여부가 정신건강에 미치는 영향력은  $-.274(-.244 + -.030)$ 로 확인되었다.

표 8. 최종모형 변수의 효과분해 : 표준화계수

	인과효과	독거여부	건강증진행위	신체건강
건강증진행위	직접효과	-.445		
	간접효과	-		
	총효과	-.445		
신체적 건강	직접효과	-	.317	
	간접효과	-.141	-	
	총효과	-.141	.317	
정신적 건강	직접효과	-	.549	.214
	간접효과	-.274	-	-
	총효과	-.274	.549	.214

## V. 논의 및 결론

본 연구는 독거노인과 가족동거 노인들을 대상으로 독거여부가 노인의 신체적 정신적 건강에 어떠한 영향을 미치는지 검토하고자 하였으며, 그 과정에서 건강증진행위 변인이 지니는 매개변인으로써의 역할에 주목하였다. 자료수집을 위해 서울시내 3개구 독거노인지원센터에 등록되어 노인돌봄서비스를 제공받고 있는 독거노인과, 노인종합복지관과 경로당을 이용하는 노인들을 대상으로 설문을 실시하였으며, 결과적으로 독거노인 208명과 가족동거노인 199명의 자료를 활용하여 분석을 수행하였다. 선행연구들에 기반하여 노인의 독거여부가 직접적으로 또는 건강증진행위 변인을 매개로 하여 신체적 건강과 정신적 건강 수준에 영향을 미치게 되는 연구모형을 설정하였으며, 구조방정식을 통해 이를 검토하였다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 독거노인과 가족동거노인의 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 수준의 평균 값을 비교해본 결과 독거노인의 건강상태가 가족동거노인에 비해 유의미하게 열악한 특성을 지님을 확인할 수 있었다. 이는 독거노인의 신체적 정신적 건강상태가 동거가족이 있는 노인들에 비해 부정적 특성을 지니고 있음을 밝힌 선행연구들(오인근, 2012; 최희정·유장학, 2011)의 결과와 일치하는 것이다. 혼자 생활하는 노인들의 경우 건강 지각 상태가 낮고, 종교활동 및 친교활동을 포함한 사회활동 정도가 떨어져 무력감 및 외로움을 많이 느끼는 것으로 나타난다. 이들은 흡연, 음주와 같은 부적절한 건강행위의 가능성이 높고, 이를 통해 건강상태가 악화되며, 만성질환 증가와 신경기능 저하, 불안 우울 등으로 인한 정신적 노화가 한층 빨리 진행된다는 연구결과를 볼 수 있다(김희경 등, 2010).

둘째, 건강증진행위는 독거여부가 신체적 정신적 건강 수준에 영향을 미치는 경로를 매개하는 주요 매개 변인으로 나타났다. 독거여부가 신체적 정신적 건강에 미치는 직접적인 경로는 유의미하지 않게 나타나 건강증진행위 변인이 독거여부와 신체적 정신적 건강 수준 변인의 관계를 완전 매개하고 있음을 알 수 있다. 가족은 간접적으로는 긍정적인 건강행위를 위한 기준을 내면화시키도록 하는데 영향을 미치고 직접적으로는 부정적인 건강행위로부터 벗어나게 하는 일상적 규제를 제공하는 방식으로 서로에게 관여하게 되는데(Umberson, 1987), 독거노인의 경우 이를 공유할 가족이 없어 주변으로부터 고립될 가능성이 높다. 또한 가족 동거노인의 경우 가족으로부터 경제적 사회적 지지를 받을 수 있으나 독거노인의 경우 경제력에 한계가 있고 가족으로부터 제공받는 사회적 지지가 부족하여 건강행위증진 또한 제한되고 이것이 건강상태의 악화로 이어질 가능성이 높은 것으로 설명되는데(정선숙, 2012), 본 연구의 결과도 이를 뒷받침하고 있다.

이러한 연구결과를 통해 다음과 같은 실천적 함의를 얻을 수 있다.

첫째, 독거노인들의 건강상태에 대해 사회적 관심을 기울이고 이들의 신체적 정신적 건강수준을 높이기 위한 방안이 시급히 마련되어야 한다. 고령화와 함께 독거노인의 수도 빠른 속도로 증가하고 있지만 독거노인에 대한 관심은 전반적인 생활실태를 파악하는 수준에 머물고 있으며, 신체적 정신적 건강수준에 대한 깊이 있는 이해는 아직 미흡한 실정이다. 건강은 노후의 삶의 질을 좌우하는 첫 번째 요인인 만큼 상대적으로 열악한 독거노인들의 건강상태에 대해 구체적으로 파악하는 한편 이를 증진시키기 위한 방안을 마련해야 할 필요성이 크다. 이를 위해 지역사회 내에 독거노인을 보살피고 관리

할 수 있는 체계가 마련되어야 하며, 네트워크를 구축하여 사례관리 대상 여부를 파악하고 필요한 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 독거노인들의 건강상태 개선을 위해서는 보건의료와 케어서비스를 강화할 필요가 있으며, 주기적으로 건강검진을 실시하여 관리해야 한다. 현재 정부에서는 독거노인들을 대상으로 노인돌봄기본서비스를 제공하고 있으나, 이러한 서비스를 받는 독거노인들은 경제적 상황이 열악한 일부에 해당하므로 서비스의 대상 범위를 보다 확대시킬 필요가 있다. 또한 독거노인의 특성을 건강상태, 성별, 연령 등에 따라 보다 세분화시켜 상황에 적합한 건강관리 서비스를 제공할 수 있어야 할 것이다(정인희, 2012).

둘째, 독거노인들의 건강상태 수준을 높이기 위해 건강증진행위를 활성화시키는 노력이 필요하다. 독거노인들의 건강증진행위 실천실태와 건강상태에 대한 정확한 실태 파악, 건강위험 습관을 개선하여 건강한 생활양식을 습득하고 실천하게끔 하는 프로그램의 시행이 절실히 요구되는 시점으로 이를 위해 다음과 같은 측면을 고려해야 할 것이다. 첫째, 건강증진행위 강화를 위한 국가 차원의 정책적 지원이 필요하다. 선진국들의 경우 국가 차원에서 이러한 노력을 수행해 오고 있다. 일본의 고령자를 위한 의료서비스 보장법(Health Service Security for the Elderly Act) 제정과 공적 건강보험 시스템을 통한 만성질환 예방 프로그램 의무화, 미국의 CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)를 통한 35가지 만성질환관리 프로그램, 영국과 호주에서 실시되는 지역사회 만성질환자 및 노인들을 위한 의료와 지역스포츠센터 연계 운동의뢰사업(Exercise Referral Scheme) 등은 모두 노인의 부정적 생활습관을 수정하여 만성질환을 줄이려는 시도들이다(이정찬 외, 2010). 우리나라에서도 보건소를 중심으로 건강증진사업을 수행하고 있지만, 아직 눈에 띄는 효과를 확인하기는 어려운 실정이며 노인의 건강행위증진을 위한 다양한 서비스를 개발하고 제공하려는 노력이 필요하다. 둘째, 건강증진 프로그램 내에는 보건의료적, 운동, 상담, 교육, 여가활용, 사회활동 참여 등의 다양한 하위 내용들이 고려되어야 한다. 지금까지 독거노인들을 위한 재가복지서비스는 반찬배달과 같은 식사지원이나 건강책임을 위한 의료지원서비스 중심으로 이루어졌으며, 운동이나 자아실현을 위한 프로그램들은 매우 부족한 실정이다. 독거노인들의 신체, 심리정서, 사회적 측면의 건강을 증진시키기 위한 다양한 서비스들이 제공될 필요가 있다. 특히 노인의 신체적 특성에 관한 지식을 기초로 하여 예방이나 대처차원에서 노인의 건강을 증진시키는 운동프로그램은 호흡 및 심혈관계 기능 증진, 뇌혈류량 정상화, 골밀도 및

척추퇴화를 감소 방지 등 신체건강을 증진시키는 효과를 가져올 수 있으며, 이러한 신체적 변화는 자기효능감 향상, 사회적 고립감 탈피 등을 통해 심리정서적 건강증진에도 긍정적 효과를 지니게 된다. 이러한 규칙적인 건강증진행위 참여는 사회적 접촉 기회 증가와 사회적 기능을 활성화시킴으로써 삶의 질 향상에 기여할 수 있다(박미진 외, 2010). 셋째, 독거노인들을 대상으로 건강증진행위를 확산시킬 수 있도록 교육과 홍보에 힘써야 한다. 건강한 노후생활을 영위할 수 있도록 스스로 건강을 관리하고 노화로 인한 변화에 대응할 수 있는 지식과 관리법을 습득하여 실제 생활에 적용할 수 있도록 교육하고 관리하는 프로그램을 지역사회내 경로당, 보건소, 노인복지관 등의 시설을 중심으로 보급해야 한다(정재필, 2011). 정보습득이 제한되고 이동이 활발하지 않은 독거노인들의 특성을 감안할 때 기관에 찾아오는 대상자를 중심으로 서비스를 제공하는 기존의 방식은 적절치 않을 수 있으며, 이용자 중심으로 찾아가는 서비스를 확대하여 실질적으로 건강증진행위에 대해 이해하고 실천할 수 있도록 독려해야 한다. 노인돌봄서비스를 통해 독거노인 방문시 건강증진서비스에 참여하도록 유도할 수 있으며, 거동이 불편한 노인들의 경우 건강증진행위와 관련된 교육프로그램을 영상매체로 제작하여 거주지에서 활용할 수 있도록 보급하는 방안 등을 생각해볼 수 있다(이동영·박중두, 2011).

한편 본 연구는 독거노인의 건강증진행위 및 신체적 정신적 건강 실태에 대해 가족동거노인들과 비교하여 확인하고 거주형태가 신체적 정신적 건강에 영향을 미치는 과정에서 건강증진행위가 완전매개 역할을 수행한다는 점을 발견했다는 점에서 의미를 지니지만, 다음과 같은 한계 또한 존재한다. 첫째, 연구대상의 제한점이다. 본 연구는 서울지역 3개구에 거주하고 있는 독거노인들과 가족동거 노인들을 대상으로 수행한 것이므로, 연구결과를 전체 노인집단으로 일반화시켜 적용하기에는 한계를 지닌다. 둘째, 건강증진행위 개념의 다양성에 대한 고려이다. 본 연구에서는 건강증진행위 변인으로 운동참여, 건강관리, 영양관리, 스트레스관리를 다루었으나 연구에 따라 건강증진행위에 다양한 내용을 포함시키는 경우가 있으므로(이정찬 외, 2010) 이러한 점을 고려해야 할 필요가 있다. 나아가 경제적인 능력이 떨어지고 건강 수준이 낮은 기존의 모습과는 다른 이질적 형태의 독거노인 집단이 증가하고 있음을 인식할 필요가 있다. 독거노인 집단의 다양성과 건강 특성에 대해 이해함으로써 독거노인의 건강문제를 경제적 빈곤, 사회적 소외 등의 동일한 원인에서 파생되는 결과로 간주하여 동일한 방식으로 접근하지 않도록



록 해야 한다(고영미, 2013). 앞으로 위와 같은 제한점을 고려하여 독거노인들의 건강에 대해 보다 깊이 있는 분석을 수행하는 한편, 건강수준을 증진시키기 위한 방안을 제시하는 연구들이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

김예성은 서울대학교에서 사회복지학 석박사학위를 받았으며, 현재 한국체육대학교에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 아동청소년 복지, 노인복지이며, 현재 조손가정 조부모와 손자녀, 독거노인의 건강 등에 대해 연구하고 있다. (E-mail: yskim98@knsu.ac.kr)

## 참고문헌

- 고영미 (2013). 지역사회 독거노인의 건강영향요인 연구. 박사학위논문, 보건학과, 서울대학교, 서울.
- 김정아, 정승교(1997). 일지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사. *한국노년학회지*, 17(3), pp.144-171.
- 김주희, 정영미(2002). 독거노인의 건강상태와 삶의 질에 관한 연구. *노인간호학회지*, 4(1), pp.16-26.
- 김진구(2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. *한국노인복지학회지*, 51, pp.35-56.
- 박미진, 여구환, 박병현(2010). 지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향 요인 연구. *노인복지연구*, 48, pp.205-228.
- 배병렬(2004). 구조방정식 모델의 이해와 활용. 대전: 대경.
- 배현숙(2011). 농촌노인의 신체적 건강, 의료서비스이용, 건강증진행위와의 관계. 석사학위논문, 한서대학교, 서산.
- 보건복지부(2011). 2011년도 노인실태조사 결과보고서. 서울: 보건복지부.
- 서연옥(1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 박사학위논문, 간호학과, 경희대학교, 서울.
- 서인선(2000). 노인의 건강지식과 건강증진행위에 관한 연구. *한국노년학*, 20(2), pp.1-28.
- 송미숙, 송현중, 목진용(2003). 경로당 등록 노인의 주관적 건강수준과 관련 요인. *한국노년학*, 23(4), pp.127-142.
- 심문숙(2005). 저소득 노인의 자아존중감, 사회적 지지와 건강증진행위와의 관계. *노인간호학회지*, 7(1), pp.63-70.
- 양옥경, 주소희(2011). 독거노인 자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구. *정신보건과 사회사업*, 37(4), pp.321-347.
- 오인근(2012). 독거여성노인의 스트레스가 무망감 우울증상에 미치는 영향 연구: 건강증진행위의 조절효과. *한국가족복지학*, 17(4), pp.237-253.
- 오현주, 김대희(2012). 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *보건과*

- 사회과학, 32, pp.173-197.
- 원장원(2002). 한국형 일상생활활동 측정도구와 한국형 도구적일상생활활동 측정도구의 특징. 노인병학회지, 6(1), pp.1-10.
- 유광수, 박현선(2003). 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교 연구. 한국노년학, 23(4), pp.163-180.
- 이동영, 박종두(2011). 재가독거노인의 건강증진프로그램 참여의사 결정요인에 관한 연구. 앤더슨 행동모형 적용. 사회복지정책, 38(4), pp.1-23.
- 이영자, 김태현(1999). 단독가구 노인의 스트레스와 우울감 - 사회적 지지의 완충효과를 중심으로. 한국노년학, 19(3), pp.79-93.
- 이은석(2009). 정체형 농촌지역 여성독거노인의 건강체조 참가와 건강증진행위의 관계에서 사회적지지, 자아존중감, 우울의 매개효과. 한국사회체육학회지, 38, pp.683-697.
- 이정찬, 박재산, 김귀현(2010). 노인의 건강증진행위 실천과 관련요인. 보건교육 보건증진학회지, 27, pp.121-139.
- 장인순(2006). 일부 지역사회 독거노인의 여가활동유형과 건강상태, 자아존중감, 사회적 지지와의 관계 연구. 한국보건간호학회지, 20(2), pp.130-140.
- 전예슬(2009). 가구유형에 따른 한국 노인의 건강상태 비교 연구. 석사학위논문, 행정학과, 이화여자대학교, 서울.
- 정금숙(2010). 독거노인의 사회적 지지와 건강증진행위의 관계에 관한 연구. 석사학위논문, 사회정책대학원, 경원대학교, 성남.
- 정경희(2011). 독거노인의 생활실태 및 정책과제. Issue & Focus, 72, pp.1-8.
- 정민승, 김경화(2009). 노인의 건강증진행위와 사회적 지지가 심리적 복지에 미치는 영향. 사회과학논집, pp.101-126.
- 정선숙(2012). 독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준 비교. 석사학위논문, 간호학과, 부산대학교, 부산.
- 정인희(2012). 독거노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향. 석사학위논문, 사회복지학과, 서울시립대, 서울.
- 정재필(2011). 노인의 건강증진 행위에 따른 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향. 석사학위논문, 노인의료복지학과, 대구한의대학교 대학원, 대구.

- 최양혜(2008). 농촌지역 독거노인과 가족동거노인의 건강상태 및 간호요구도. 석사학위논문, 임상간호정보학과, 한양대학교, 서울.
- 최연희(2004). 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질. *한국보건교육건강증진학회*, 21(2), pp.87-100.
- 최연희, 김연화(2001). 일부지역 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *한국보건교육 건강증진학회*, 18(3), pp.103-115.
- 최영(2005). 가구형태에 따른 노인의 건강상태 결정요인에 관한 연구. *노인복지연구*, 29호, pp.123-149.
- 최희정, 유장학(2011). 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향. *동서간호학연구지*, 17(2), pp.149-155.
- 통계청(2006). *장래인구추계*. 서울: 통계청.
- 통계청(2009). *세계 및 한국의 인구현황 보도자료*. 서울: 통계청.
- 통계청(2010). *장래인구추계*. 서울: 통계청.
- 통계청(2011). *2011 고령 통계*. 서울: 통계청.
- 한혜경, 이유리(2009). 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인. *한국노년학*, 29(3), pp.805-822.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1(3), pp.409-421.
- Breslow, L., & Breslow, N. (1993). Health practices and disability: some evidence from alameda county. *Preventive Medicine*, 22(1), pp.89-95.
- Cheng, C. Y. (2006). Living alone: the choice and health of older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), pp.16-23.
- Christiansen, K. E. (1981). *The determinants of health promoting behavior*. Ph D dissertation Rush University.
- Coward, R. T., Culter, S. J., & Schmidt, F. E. (1989). Differences in the household composition of the elders by age, gender, and area of residence. *The Gerontologist*, 29, pp.814-821.
- Duffy, M. E., & McDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. *The Gerontologist*, 30(4), pp.503-509.

- Eiser, J. L., & Gentle, P. (1988). Health behavior as goal directed action. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(6), pp.523-535.
- Fowler, S. B. (1997). Health promotion in chronically ill older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28(5), pp.39-43.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffee, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medicine Association*, 185, pp.914-919.
- Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., & Kodama, A. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community -dwelling elderly persons. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, pp.152-158.
- Lemstra, M., Mackenbach, J., Neudorf, C., & Nannapaneni, U. (2009). High health care utilization and costs associated with lower socio-economic status: results from a linked dataset. *Canadian Journal of Public Health*, 100(3), pp.180-183.
- McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), pp.128-139.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton and Lange Stanford.
- Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., Usuda, K., & Kono, K. (2007). Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, pp.297-313.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, pp.306-319.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promotion lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), pp.76-81.

# The Study of the Impact of the Family Type on the Health Promoting Behavior and Physical and Mental Health of Elderly People

**Kim, Ye Sung**

(Korea National Sport University)

---

The purpose of this study was to investigate the effect of living alone on the physical and mental health of elderly people in the present situation of increase of seniors living alone. The mediating effect of health promoting behaviors was mainly examined. Data was collected by administering surveys to elderly people living alone belong to the support center for the elderly living alone and elderly people who use elderly welfare centers or senior citizen centers located in 3 districts of Seoul area. As a result, data from 208 elderly people living alone and 199 elderly people living with family members were used. Based on previous literature, the analytic model supposing the variance of living alone would affect on physical and mental health of elderly people directly or indirectly mediated by health promoting behaviors was developed and analyzed using structural equation modeling. The results are as follows. The levels of health promoting behaviors and physical and mental health of elderly living alone are lower than elderly those of people living with family members. And the variance of health promoting behavior is mediating factor of the variance of living alone and the level of physical and mental health. From these results theoretical and practical implication for social work practice were discussed. Attentions to the health of elderly people living alone are needed and the systems for increasing the health promoting behaviors should be prepared and diffused for protecting health of elderly people living alone.

---

**Keywords:** Elderly People Living Alone, Physical and Mental Health, Health Promoting Behavior