



# 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지, 건강증진행위

방양희 · 김옥수

이화여자대학교 간호대학 간호학과

## Powerlessness, Family Support and Health Promoting Behavior in Elders Using Home Service under Korean Long-term Care Insurance

Pang, Yanghee · Kim, Oksoo

College of Nursing Science, Ewha Womans University, Seoul, Korea

**Purpose:** The national long-term care insurance system supports elders using home services. The purpose of this study was to examine effects of this system on powerlessness, family support and elders' health promoting behavior. **Methods:** Participants were 92 home care service users. The questionnaire included general characteristics, powerlessness, family support and health promoting behavior. Data analysis was conducted using t-test, ANOVA, and Pearson correlation coefficients with SPSS 21.0. **Results:** Mean score for powerlessness was 2.86, for family support, 3.52, and for health promoting lifestyle, 2.27. There was a significant difference in level of powerlessness for number of diseases. Family support had a significant difference according to education, health insurance, cost of living, and number of diseases. Health promoting behavior had a significant difference for gender, perceived health status, cost of living, and number of diseases. There was a significant relationship among powerlessness, family support and health promoting lifestyle. **Conclusion:** Study findings show that powerlessness in home service users is relatively high and that family support and health promoting lifestyle are low. Therefore appropriate support programs should be developed based on the health care needs of elders and families using the national long-term care insurance system home service.

**Key Words:** Long-term care, Mental health, Family, Health behavior

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 우리나라 인구의 급속한 노령화는 노인진료비 증가로 이어지고 있으며 건강보험 인구의 12.3%를 차지하는 65세 이

상 노인의 진료비가 전체 진료비의 36.7%를 차지하는 것으로 조사되고 있다[1]. 인구의 노령화라는 사회적 변화는 노인에 대한 간병과 장기요양 등의 사회적 요구를 가져왔으며 노인성 질환으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이에게 신체활동, 가사활동 및 간병을 제공하는 노인장기요양보험 제도를 도입하게 되었다[2]. 노인 장기요양보험 분석 자료에 따르면

**주요어:** 장기요양, 심리적 건강, 가족, 건강행위

**Corresponding author:** Pang, Yanghee

College of Nursing Science, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea.  
Tel: +82-2-3277-2873, Fax: +82-2-3277-2850, E-mail: anais0220@hanmail.net

- 이 논문은 제1저자 방양희의 석사학위논문 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Ewha Womans University.

Received: Aug 3, 2017 / Revised: Oct 30, 2017 / Accepted: Nov 24, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

등급을 받은 노인 76.8%가 2개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 조사되고 있다[3]. 만성질환은 급성질환과는 달리 생애 전반에 걸쳐 질병진행을 예방하고 각종 건강문제를 다스리면서 일상생활을 유지해야 할 필요가 있다. 따라서 만성질환을 복합적으로 가지고 있는 노인의 건강문제를 효과적으로 관리하고 사회적 비용을 줄이는 방안 모색이 요구되는 시점이다[4]. 노인장기요양보험 제도는 노인성 질환으로 일상생활수행에 제한이 있는 노인이 가족과 함께 친숙한 환경에서 재가 서비스를 우선적으로 제공받을 것을 권고하고 있는데, 노인의 건강상태가 급격하게 악화되는 것은 시설서비스로의 빠른 유입을 초래하게 되고 삶의 질을 저하시킬 수 있어 노인의 질병상태가 악화되지 않도록 유지시키며 가정에서 가능한 독립적 생활을 유지하도록 관리하는 것은 제도의 지속발전을 위해 중요한 부분이다[5,6].

국외의 경우 만성질환을 가진 재가노인의 건강을 유지하고 질병의 진행을 예방하기 위한 목적으로 다수의 중재 연구들이 진행되었는데 건강증진교육, 생활습관개선 및 환경 개선을 위한 상담, 심리교육 등의 통합적 건강관리 프로그램이 노인의 건강 악화를 감소시키는 긍정적 효과가 있는 것으로 확인되었다[7,8]. 만성질환과 노인의 심리적 건강상태의 관계를 확인한 연구에서는 만성질환이 삶의 만족도를 떨어뜨려 심리적 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있으나 사회적 지지를 통하여 노인의 삶을 긍정적으로 유지할 수 있는 것으로 나타났다[9].

국내연구에서도 만성질환이 있는 재가노인이 신체적 건강 문제뿐 아니라 심리적 건강문제를 가지고 있었으며 의학적 치료를 받는 노인의 경우 무력감이 유의하게 높은 것으로 조사되었다[10]. 노인의 무력감은 신체적 의존성과 정서적인 고통으로 초래되며 심리·정신적 상실과 스트레스를 야기하여 건강을 위협할 수 있으므로[11], 만성질환을 가진 노인의 통합적 건강유지에 관심을 가져야 할 필요가 있다. 특히 신체기능의 제한으로 재가서비스를 이용하는 노인의 경우에 신체·심리적 건강문제에 더욱 취약할 것으로 생각되나 이들 노인을 대상으로 진행된 연구는 매우 미비한 상황이다. 또한 노화과정에서 최대한 독립성을 유지하며 삶의 질을 유지하기 위하여 노인의 건강증진행위 실천에 대한 연구가 진행되어 왔는데[12,13], 재가서비스를 이용하는 노인이 가진 신체적 특성을 고려하여 가능한 범위 내에서 건강증진행위 실천을 유지·강화시키는 노력이 필요할 것으로 생각된다.

노인장기요양보험 등급 판정을 받은 노인의 건강관리를 위해서는 질병 진행을 조기에 파악하고 건강한 생활습관 유지 및 환경적 위험을 관리하는 중재와 심리·인지적 기능의 급격

한 저하를 예방하는 중재가 제공되어야 할 것이다. 시설서비스를 이용하는 경우에는 시설에 입주하여 해당 의료시설의 간호사에 의해 이러한 건강관리가 이루어질 수 있으나[14,15], 재가서비스를 이용하는 경우에는 유일한 의료서비스인 방문간호를 통하여 이러한 중재가 제공되어야 한다[16,17]. 그러나 노인장기요양보험 통계자료에 따르면 전체 재가서비스에서 방문요양서비스 이용률이 76.4%인데 비해 방문간호 이용률은 0.5%로 매우 저조한 상황이다[18]. 요양서비스의 내용은 신체수발 및 가사활동 지원 등을 주 내용으로 하고 있어 이는 만성질환과 신체기능 제한을 동시에 가지는 재가서비스 이용 노인에게 가장 중요한 질병의 진행을 예방하고 관리하는 중재가 제공되고 있지 않음을 의미한다. 또한 현재의 방문간호 서비스 내용이 중증 대상자를 위한 신체적 간호수기를 중심으로 제공되고 있어 등급 판정을 받은 노인의 신체·심리적 건강상태가 급격히 악화되지 않도록 예방하는 교육, 상담, 연계 등의 방문간호서비스가 강화될 필요가 있음을 제안하고 있다[19].

따라서 본 연구에서는 노인장기요양보험 재가 서비스를 이용하는 노인을 대상으로 심리·사회적 특성 및 건강증진생활양식을 파악하고자 무력감, 가족지지 및 건강증진행위 실천 정도를 확인하고자 한다. 이를 통하여 재가서비스 이용 노인이 제한된 상황에서 가능한 최적의 건강상태를 유지하고 급격한 기능저하를 예방할 수 있도록 하는 통합적 방문간호서비스 개발을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지 및 건강증진행위 정도를 파악 한다
- 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 무력감, 가족지지 및 건강증진행위의 차이를 파악한다.
- 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지, 건강증진행위 간의 관계를 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지 및 건강증진행위를 확인하고 이들 간의 상관관

계를 확인하는 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구의 대상은 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주·야간 보호서비스, 단기보호서비스 등의 재가 서비스를 이용하는 노인장기요양보험 3등급, 4등급 노인을 대상으로 하여 편의 추출법에 따라 선정하였다. 노인장기요양보험 1등급, 2 등급 노인의 경우 일상생활 수행에 전적으로 다른 사람의 도움을 필요로 하여 시설 요양서비스를 이용하는 경우가 많고 재가서비스를 이용하는 경우에도 설문조사의 어려움으로 연구대상에서 제외하였으며 5등급의 경우는 치매등급으로 설문조사의 신뢰성이 떨어지는 것으로 판단되어 연구대상에서 제외하였다.

연구대상자의 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

- 노인장기요양보험 3, 4등급 인정자 중 65세 이상인 자.
- 치매 선별 간이 검사(Korean version of Mini-Mental State Examination, MMSE-K) 20점 이상인 자.
- 의사소통이 가능한 자.

## 3. 연구도구

연구도구는 문헌고찰에 근거하여 일반적 특성 12문항, 무력감 27문항, 가족지지 11문항, 건강증진행위 47문항으로 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다.

### 1) 일반적 특성과 장기요양 관련 특성

일반적 특성에 관한 문항은 성별, 나이, 교육정도, 종교, 지각된 건강상태, 건강보험형태, 동거 가족, 지각된 경제상태, 생활비 부담, 보유질환 수, 이용하는 재가 서비스, 장기요양등급을 확인 하는 12문항으로 구성되었다.

### 2) 무력감

무력감 측정은 우리나라 노인을 대상으로 Chung [20]이 개발한 무력감 측정도구를 사용하였다. 원 도구는 총 27문항으로 구성되며 각 문항은 4점 척도로 측정한다. '전혀 그렇지 않다'(1점), '그렇지 않다'(2점), '그렇다'(3점), '매우 그렇다'(4점)로 구성되며 최저 27점에서 최고 108점까지의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 무력감의 정도가 높은 것을 의미하며 도구 개발 당시 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었고, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었다.

### 3) 가족지지

가족지지 측정은 문헌고찰을 기반으로 Kang [21]이 개발한 도구를 사용하였다. 이 도구는 긍정문항 9개, 부정문항 2개로 구성되어 각 문항은 5점 척도로 측정한다. '전혀 그렇지 않다'(1점), '대체로 그렇지 않다'(2점), '그저 그렇다'(3점), '대체로 그렇다'(4점), '항상 그렇다'(5점)로 구성되며 부정문항은 역환산하여 최저 11점에서 최고 55점까지 범위를 가지며 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였고 Kang [21]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86이었으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었다.

### 4) 건강증진행위

건강증진행위 측정은 Walker 등[22]이 개발한 건강증진생활양식(Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP)을 변안하여 Suh [23]가 우리나라 문화에 맞게 수정한 도구를 사용하였다. HPLP는 6개의 하위개념인 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동 5문항, 영양 7문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항 등 총 47문항으로 구성되었으며 각 문항은 4점 척도로 측정된다. '전혀 하고 있지 않다'를 1점, '가끔 하고 있다'를 2점, '자주 하고 있다'를 3점, '항상 하고 있다'를 4점으로 부여하였다. 총점 범위는 최저 47점에서 최고 188점까지이며, 점수가 높을수록 건강증진행위 정도가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였고, Suh [25]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

## 4. 자료수집

자료수집은 서울 지역 재가 장기요양기관 5곳과 경기 지역 재가 장기요양기관 1곳의 도움을 받아 2015년 6월부터 8월까지 시행되었다. 설문조사는 대상자 노인의 재가요양서비스 이용 시에 연구자 또는 재가 장기요양기관의 사회복지사가 방문하여 시행하였다. 자료수집의 절차는 설문조사를 시작하기 전에 치매 선별 간이 검사(MMSE-K)를 시행하여 점수가 20점 이상인 노인에게 연구를 설명하고 직접 서면 동의를 받았다. 직접 기입이 어려운 노인은 보호자의 서면 동의를 받은 후 노인에게 설문문의 내용을 읽어주고 응답하도록 하였다. 설문을 읽어주고 응답하는데 걸린 시간은 30분 정도 소요되었으며 설문 진행 시 불편함을 느끼는 경우 잠시 휴식시간을 갖도록 안내하였다. 자료수집 후 설문에 참여한 노인에게는 5,000원 상당의 선물을 제공하였다. 연구표본 크기의 산정은 G\*Power

프로그램을 활용하여 분산분석을 기준으로 유의수준 .05, 효과크기 .40, 검정력 .80으로 산정하였을 때, 최소 표본 크기는 90명으로 산출되어 110명을 목표로 자료수집을 하였다. 최종적으로 105부의 설문이 회수되었으며 이 중 응답이 미비한 설문 13부를 제외하고 자료분석은 92부(86.7%)의 설문을 이용하여 분석하였다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구는 OO대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB) 심의에서 승인을 받아 시행되었다(IRB No. 94-10). 본 연구자는 연구대상자에게 연구의 내용과 목적, 참여절차 및 방법, 대상자에게 예상되는 이득과 위험, 개인정보 보호 및 제공에 관한 사항을 설명하고 자발적으로 동의한 대상자에 한하여 설문을 진행하였다. 연구에 참여하기로 동의한 연구대상자 또는 직접 기입이 어려운 경우 보호자의 서명을 동의서에 받은 후 연구를 진행하였다.

## 6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적인 내용은 다음과 같다

- 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진 생활양식은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 가족지지, 건강증진 생활양식은 t-test, ANOVA로 분석 하였으며 Tukey 방법으로 사후 검정하였다.
- 대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진 생활양식의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성과 장기요양 관련 특성

본 연구대상자의 일반적 특성과 장기요양 관련 특성은 Table 1과 같다. 성별은 남자가 32명(34.8%), 여자가 60명(65.2%)이었다. 대상자의 연령 평균은  $80.7 \pm 8.2$ 세이었으며 지각된 건강수준은 '좋지 않은 편'이란 응답이 55명(59.8%)으로 가장 많았고 '아주 좋지 않음' 21명(22.8%), '보통' 11명

(12%)으로 나타났다. 의료보험 형태는 국민건강보험이 82명(89.1%), 기초생활수급이 10명(10.9%)이었으며 생활비 부담은 가족의 지원이 50명(54.3%)으로 가장 많았다. 주관적 경제상태는 '그다지 어렵지 않다' 43명(46.7%), '약간 어렵다' 35명(38%)으로 나타났다. 보유질환 수의 평균 2.98개이고 3~4개로 응답한 자가 44명(47.8%), 1~2개로 응답한 자가 38명(41.3%)이었다. 이용하는 재가서비스 종류는 방문요양이 85명(92.4%), 방문요양과 목욕은 6명(6.5%), 방문간호는 1명(1.1%)으로 나타났다.

### 2. 대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진행위

대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진행위는 Table 2와 같다. 무력감의 평균은  $2.86 \pm 0.32$ 점, 가족지지 평균은  $3.52 \pm 0.71$ 점, 건강증진행위 평균은  $2.27 \pm 0.40$ 점으로 조사되었다. 건강증진행위 하위영역 점수는 영양이  $2.69 \pm 0.54$ 점으로 가장 높았고 건강책임  $2.38 \pm 0.47$ 점, 대인관계지지  $2.36 \pm 0.64$ 점, 자아실현  $2.35 \pm 0.54$ 점, 스트레스관리  $2.09 \pm 0.46$ 점, 운동  $1.46 \pm 0.51$ 점 순으로 나타났다.

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 가족지지, 건강증진행위

대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 가족지지, 건강증진행위의 차이는 Table 3과 같다. 대상자의 무력감은 보유질환 수( $F=14.98, p<.001$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 사후 분석 결과 보유질환 수가 1개~2개인 대상자의 무력감이 보유질환이 3개 이상인 대상자보다 유의하게 낮았다.

대상자의 가족지지는 교육정도( $F=2.52, p=.047$ ), 건강보험형태( $t=2.19, p=.031$ ), 생활비 부담( $F=3.44, p=.007$ ), 보유질환 수( $F=3.52, p=.034$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 사후 분석 결과 대졸 이상 대상자의 가족지지가 고졸 대상자보다 유의하게 높았으며 생활비 부담을 연금이나 연금과 함께 가족의 지원을 받는 대상자의 가족지지가 정부보조금을 받는 대상자보다 높았고 보유질환이 1~2개인 대상자의 가족지지가 3~4개인 대상자보다 높은 것으로 나타났다. 건강보험형태에 따른 차이에서 국민건강보험 대상자의 가족지지가 기초생활수급자 대상자보다 높은 것으로 조사되었다.

대상자의 건강증진행위는 성별( $t=2.07, p=.042$ ), 지각된 건강상태( $F=3.98, p=.010$ ), 생활비 부담( $F=4.05, p=.002$ ), 보유질환 수( $F=5.88, p=.004$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 남자

**Table 1.** General Characteristics of Participants

(N=92)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Gender	Male	32 (34.8)	
	Female	60 (65.2)	
Age (year)	65~69	14 (15.2)	80.7±8.2
	70~74	11 (12.0)	
	75~79	18 (19.6)	
	80~84	20 (21.7)	
	85~89	17 (18.5)	
	≥ 90	12 (13.0)	
Religion	No religion	20 (21.7)	
	Protestantism	42 (45.7)	
	Catholicism	11 (12.0)	
	Buddhism	14 (15.2)	
	Others	5 (5.4)	
Education	No formal education	16 (17.4)	
	Elementary school	21 (22.8)	
	Middle school	17 (18.5)	
	High school	23 (25.0)	
	College or above	15 (16.3)	
Perceived health status	Good	5 (5.4)	
	Moderate	11 (12.0)	
	Poor	55 (59.8)	
	Very poor	21 (22.8)	
Health insurance	National health insurance	82 (89.1)	
	Medical care assistance	10 (10.9)	
Living arrangement	Living alone	20 (21.7)	
	Living with spouse	26 (28.3)	
	Living with adult children	26 (28.3)	
	Living with grandchildren	2 (2.1)	
	Living with adult children & grandchildren	10 (10.9)	
	Living with spouse & adult children	8 (8.7)	
Source for cost of living	Government subsidy	8 (8.7)	
	Family economic support	50 (54.3)	
	Pension	13 (14.1)	
	Family economic support & pension	12 (13.1)	
	Government subsidy & family economic support	4 (4.4)	
	Others	5 (5.4)	
Perceived financial status	Very low	4 (4.4)	
	Low	35 (38.0)	
	Middle	43 (46.7)	
	High	10 (10.9)	
Comorbidity	1~2	38 (41.3)	2.98±1.40
	3~4	44 (47.8)	
	≥ 5	10 (10.9)	
Class of LTCI	Class 3	46 (50.0)	
	Class 4	46 (50.0)	
Using LTCI service	Home care	85 (92.4)	
	Home care & home bath	6 (6.5)	
	Home nursing	1 (1.1)	

LTCI=Long term care insurance.

**Table 2.** Level of Powerlessness, Family Support and Health Promoting Lifestyle (N=92)

Variable	M±SD	Possible range	Observed range
Powerlessness	2.86±0.32	1~4	2.07~3.85
Family support	3.52±0.71	1~5	1.73~4.73
Health promotion lifestyle	2.27±0.40	1~4	1.32~3.38
Self-actualization	2.35±0.54		
Health responsibility	2.38±0.47		
Exercise	1.46±0.51		
Nutrition	2.69±0.54		
Interpersonal support	2.36±0.64		
Stress management	2.09±0.46		

가 여자보다 건강증진행위 점수가 유의하게 높았으며 사후 분석 결과 자신의 건강상태를 보통으로 지각하는 대상자의 건강증진생활양식이 좋지 않은 편이라고 지각하는 대상자보다 유의하게 높았다. 가족의 지원으로 생활비를 부담하는 대상자보다 연금을 받거나 기타 방법을 사용하는 대상자의 건강증진행위가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 또한 보유질환 수가 1~2개인 대상자의 건강증진행위가 보유질환 수 3개 이상인 대상자보다 유의하게 높은 것으로 나타났다.

#### 4. 대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진행위의 상관관계

대상자의 무력감, 가족지지, 건강증진행위의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 4). 무력감과 가족지지는 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.43, p<.001$ ). 가족지지와 건강증진행위는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며( $r=.46, p<.001$ ) 무력감과 건강증진행위에는 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.56, p<.001$ ).

## 논 의

본 연구에서 노인장기요양보험 재가서비스 이용 노인의 무력감 점수는 4점 만점 중 2.86점으로 조사되어 동일한 도구를 사용하여 재가노인의 무력감 연구[10]에서 보고한 2.48점, 미국 이민 한인 노인의 무력감 연구[24]에서 보고한 2.55점과 비교하여 무력감이 높은 것으로 나타났다. 재가서비스 이용 노인의 무력감이 높은 것은 이들 노인이 일상생활 수행능력의 장애로 일정 부분 다른 사람의 도움을 필요로 하고 있어 경로당, 노인정 및 노인복지관을 이용하는 일반 재가노인에 비하여 무력감이 높은 것으로 생각된다. 대상자의 일반적 특성에

따른 무력감 차이는 보유질환 수에 따른 차이만이 확인되었는데 보유질환 수가 1~2개인 대상자의 무력감이 보유질환이 3개 이상인 대상자보다 유의하게 낮은 결과를 보여주었다. 이는 신체적 질환이 많은 노인이 심리적으로 무력감에 취약할 수 있어 복합 만성질환을 가진 노인에게 심리·사회적 건강에 대한 통합적 접근이 필요함을 제시하고 있는데 노인센터(senior center)를 중심으로 진행되는 그룹 프로그램이 재가노인의 심리적 건강 유지에 긍정적 효과가 있는 것으로 조사되고 있다[25]. 따라서 재가 서비스 이용 노인의 특성을 고려한 그룹 중재의 개발과 적용을 통하여 이들 노인의 무력감을 개선하는 노력이 필요할 것으로 생각된다. 국내의 선행연구에서 무력감은 연령, 학력, 지각된 경제상태, 지각된 건강상태, 의학적 치료 유무에 따른 차이가 있는 것으로 나타났는데, 연령이 높고 교육수준, 지각된 건강상태, 지각된 경제상태가 낮은 경우 무력감이 유의하게 높은 것으로 조사되었다[10,24]. 그러나 선행연구는 일반 지역사회 노인을 대상으로 하고 있어 추후 재가서비스를 이용하는 노인 대상자 수를 확대하여 반복 연구를 통한 검증이 필요할 것으로 생각된다.

재가서비스 이용 노인의 가족지지를 분석한 결과 5점 만점 중 3.52점으로 조사되었는데 이는 일반 재가노인의 가족지지 연구에서 보고한 3.97보다[26] 낮고 장기요양시설 입소노인을 대상으로 한 가족지지 3.04점보다[27] 높은 것으로 조사되었다. 본 연구에서 일반적 특성에 따른 가족지지의 차이는 Kim 등[27]의 연구결과와 같이 교육정도, 지각된 경제상태, 지각된 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었는데 이는 교육수준이 높고 경제 상태가 좋은 경우 가족지지를 더욱 높게 인식하는 것으로 확인되었다. 이와 같은 선행연구에서 가족은 심리·사회적 완충역할을 하는 중요한 지지체제로 가족지지가 높을수록 노인의 정신·심리적 건강이 안정적이므로 재가서비스 이용 노인의 심리적 건강유지에 도움을 주는 가족지지를 높이는 노력이 필요하다. 만성질환과 노인의 심리적 건강상태의 관계를 확인한 국외 연구에서도 만성질환이 삶의 만족도를 떨어뜨려 우울에 부정적 영향을 미칠 수 있으나 가족지지가 충분히 이루어지면 심리적 건강을 유지할 수 있어 노인과 가족에게 질환에 대한 교육, 심리적 상담과 같은 간호중재를 제공하는 것의 필요성을 제기 하고 있다[9]. 따라서 국내에서도 만성질환으로 재가서비스를 이용하는 노인의 건강이 급격하게 악화되거나 삶의 만족도가 저하되는 것을 예방하기 위하여 노인의 신체적, 심리적 건강 상태를 정기적으로 사정하고 가족상담을 통하여 노인에 대한 지지가 잘 이루어질 수 있도록 하는 중재가 제공되어야 하겠다.

**Table 3.** Powerlessness, Family Support and Health Promoting Lifestyle by General Characteristics (N=92)

Characteristics	Categories	Powerlessness		Family support		Health promoting lifestyle	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	2.80±0.33	-1.25	3.70±0.71	1.80	2.39±0.44	2.07
	Female	2.89±0.32	(.213)	3.42±0.70	(.076)	2.21±0.37	(.042)
Age (year)	65~69	2.69±0.34	2.05	3.60±0.78	1.65	2.36±0.53	1.49
	70~74	2.86±0.33	(.080)	3.79±0.68	(.156)	2.37±0.33	(.201)
	75~79	2.93±0.23		3.58±0.67		2.35±0.31	
	80~84	2.82±0.29		3.41±0.70		2.27±0.31	
	85~89	3.01±0.38		3.17±0.79		2.05±0.43	
	≥90	2.77±0.38		3.77±0.49		2.26±0.47	
Religion	No religion	2.88±0.33	1.39	3.59±0.66	0.68	2.29±0.53	1.24
	Protestantism	2.79±0.33	(.245)	3.57±0.72	(.605)	2.34±0.36	(.300)
	Catholicism	2.96±0.16		3.46±0.56		2.23±0.26	
	Buddhism	2.98±0.36		3.49±0.87		2.08±0.42	
	Others	2.73±0.30		3.04±0.86		2.21±0.25	
Education	No formal education <sup>a</sup>	2.88±0.32	2.12	3.45±0.63	2.52	2.20±0.36	2.09
	Primary school <sup>b</sup>	2.91±0.33	(.085)	3.45±0.82	(.047)	2.26±0.42	(.088)
	Middle school <sup>c</sup>	2.90±0.27		3.45±0.66	d < e	2.26±0.36	
	High school <sup>d</sup>	2.90±0.36		3.35±0.75		2.17±0.41	
	≥ College <sup>e</sup>	2.64±0.27		4.03±0.45		2.52±0.39	
Perceived health status	Good <sup>a</sup>	2.60±0.19	2.66	4.02±0.16	0.98	2.51±0.13	3.98
	Moderate <sup>b</sup>	2.69±0.21	(.053)	3.50±0.76	(.408)	2.58±0.32	(.010)
	Poor <sup>c</sup>	2.88±0.30		3.52±0.74		2.18±0.39	b > c
	Very poor <sup>d</sup>	2.94±0.40		3.41±0.69		2.28±0.42	
Health insurance	National health insurance	2.86±0.34	0.15	3.58±0.69	2.19	2.25±0.41	-1.16
	Medical care assistance	2.84±0.17	(.883)	3.06±0.81	(.031)	2.40±0.28	(.248)
Living arrangement	Living alone	2.90±0.31	0.28	3.15±0.78	2.11	2.29±0.40	1.52
	Spouse	2.85±0.35	(.920)	3.73±0.74	(.072)	2.39±0.36	(.192)
	Adult children	2.86±0.31		3.59±0.62		2.10±0.41	
	Grandson	2.72±0.08		3.14±0.84		2.33±0.44	
	Adult children & grand children	2.78±0.25		3.41±0.57		2.28±0.26	
	Spouse & grandchildren	2.88±0.45		3.78±0.63		2.33±0.54	
Perceived financial status	Very low	3.19±0.46	1.98	2.80±0.83	2.19	2.07±0.53	1.63
	Low	2.88±0.32	(.123)	3.42±0.84	(.094)	2.19±0.43	(.188)
	Middle	2.82±0.31		3.64±0.56		2.31±0.37	
	High	2.76±0.28		3.65±0.68		2.45±0.36	
Living cost	Government subsidy <sup>a</sup>	2.81±0.15	2.13	2.88±0.80	3.44	2.39±0.30	4.05
	Family economic support <sup>b</sup>	2.94±0.35	(.069)	3.40±0.72	(.007)	2.12±0.37	(.002)
	Pension <sup>c</sup>	2.66±0.28		3.91±0.62	a < c, d, e	2.46±0.33	b < c, d
	Others <sup>d</sup>	2.71±0.25		3.85±0.69		2.67±0.29	
	Family & pension <sup>e</sup>	2.79±0.30		3.82±0.42		2.42±0.50	
	Government & family <sup>f</sup>	2.85±0.22		3.40±0.33		2.32±0.29	
Comorbidity	1~2 <sup>a</sup>	2.67±0.026	14.98	3.75±0.77	3.52	2.43±0.39	5.88
	3~4 <sup>b</sup>	2.96±0.28	(<.001)	3.34±0.98	(.034)	2.17±0.36	(.004)
	≥5 <sup>c</sup>	3.09±0.38	a < b, c	3.45±0.60	a > b	2.09±0.43	a > b, c
Class of LTCI	3	2.80±0.34	-1.74	3.61±0.76	1.16	2.34±0.39	1.72
	4	2.91±0.30	(.085)	3.43±0.66	(.250)	2.20±0.41	(.090)

a, b, c, d, e, f: Tukey test; LTCI=Long term care insurance.

**Table 4.** Relationship among Powerlessness, Family Support and Health Promoting Lifestyle (N=92)

Variables	Family support	Health promoting lifestyle
	r (p)	r (p)
Powerlessness	-.43 (< .001)	-.56 (< .001)
Family support		.46 (< .001)

재가서비스 이용 노인의 건강증진행위를 분석한 결과 4점 만점 중 2.27점으로 조사되었는데 이는 일반 재가노인의 건강증진행위 실천 정도인 2.90점[12], 실버타운 거주노인의 건강증진행위 점수로 보고된[28] 3.05점에 비하여 낮은 실천을 의미한다. 이는 재가서비스 이용 노인이 만성질환으로 일상생활에 장애가 있고, 전반적으로 건강증진행위를 실천하는데 취약한 신체 상태를 가지고 있기 때문으로 여겨진다. 건강증진행위 하위영역의 수행정도는 영양, 건강책임, 대인관계지지, 자아실현, 스트레스관리, 운동 순으로 나타났는데 특히 스트레스관리, 운동영역의 실천이 낮은 것은 이들 노인이 일상생활수행에 제한을 가지는 신체상태를 가지고 있음으로 사료되며 이는 Kim 등[28]의 연구에서 소극적 건강증진행위 실천군이 스트레스관리, 운동영역에서 가장 낮은 점수를 나타낸 것과 동일한 결과이다. 본 연구에서는 남자의 건강증진행위 실천이 높았고 보유질환이 1~2개일 때 3개 이상인 노인보다 건강증진행위의 실천이 높은 것으로 조사되었으며 주관적 건강상태를 좋게 인지하는 경우, 가족이 생활비를 부담하는 노인보다 연금으로 생활하는 경우가 건강증진행위가 높은 것으로 나타나 지역사회 노인을 대상으로 한 선행연구[12]와 일치하였다. 국외의 경우 간호사가 중심이 되어 요양원 거주 노인에게 건강책임, 영양, 운동, 자아실현, 스트레스 관리, 의사소통, 삶의 만족 등을 주제로 그룹토의와 심리교육을 진행했을 때 중재에 참여한 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도가 높아지는 결과를 나타내었다[29]. 국내에서도 재가 서비스 이용 노인을 대상으로 건강증진행위와 삶의 만족도를 증진시킬 수 있는 프로그램이나 교육 등이 이루어지도록 하는 제도적 뒷받침이 요구된다.

본 연구에서 재가 장기요양 노인의 무력감과 가족지지, 건강증진행위에는 음의 상관관계가, 가족지지와 건강증진행위에는 양의 상관관계가 있는 것으로 조사되었다. 이러한 결과는 가족지지와 노인의 부정적 심리를 낮추는 중요한 자원임을 지지하고 건강증진행위의 실천과 심리적 건강상태가 관련이 있음을 보여주는 것이다. 심리적 건강상태는 만성질환과 강한 연관이 있으며[9], 건강행위를 수행하는데 있어 중요한 영향

을 미치므로 건강관리에 있어서 반드시 통합적으로 관리가 이루어져야 한다[28]. 본 연구결과에서도 재가서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지, 건강증진행위에는 유의한 상관관계가 있어 이들의 신체·심리적 건강유지를 위한 통합적 서비스가 제공되어야 할 필요성을 제시한다.

우리나라의 노인장기요양보험은 재가 서비스로 방문간호를 도입하여 그동안 퇴원 환자나 저소득층 인구에 머물러 있었던 방문간호 대상자를 장기요양 영역의 노인 대상자에게까지 확대하였으나 방문간호서비스의 내용이 1, 2등급의 중증대상자를 위한 신체적 간호서비스 중심으로 정해져 있어[19], 부분적으로 일상생활 수행에 제한을 가지는 3, 4등급 노인을 위한 방문간호서비스는 제한적이라고 생각된다. 만성질환을 복합적으로 가지고 있지만 비교적 일상생활이 가능하여 재가에 머무르는 노인의 건강관리를 위한 중재가 이루어지지 않다면 이들 노인은 빠르게 시설서비스로 유입될 수 있다[6,16]. 따라서 이러한 문제를 예방하기 위해 재가서비스를 이용하는 노인의 건강상태를 유지하게 하는 간호 서비스가 필수적으로 제공되어야 하고[30] 이를 위해 재가서비스 중 유일한 의료서비스인 방문간호를 통하여 건강을 유지시키는 중재가 제공되어야 할 것이다.

본 연구는 기존의 노인 연구가 요양시설에 입소한 노인이거나, 보건소·복지관을 이용하는 지역사회 노인을 대상으로 한 것과 구별되게 재가노인이지만 건강문제로 일상생활에 장애를 가지고 있는 노인장기요양보험 인정 노인의 심리적 건강문제 및 건강증진행위를 확인하였다는 것에 의의가 있다. 그러나 본 연구는 제 변수의 상관관계만을 확인하였고, 대상자 수가 적으며, 주요연구 변수에 대한 영향요인을 파악하지 못하였다는 제한점을 가지고 있다. 또한 본 연구는 노인장기요양보험 재가서비스를 이용하는 일부 지역의 3~4등급 노인을 대상으로 하여 전체 재가서비스 이용 노인에게 연구결과를 일반화하는데 신중하여야 할 것이다.

## 결론

본 연구는 재가 장기요양서비스 이용 노인의 무력감, 가족지지, 건강증진행위를 파악하고 이들 간의 상관관계를 확인하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구결과 재가 장기요양서비스 이용 노인의 무력감은 높고 가족지지와 건강증진행위는 비교적 낮은 것으로 조사되었다. 이는 복합적인 만성질환을 가진 재가서비스 이용 노인이 심리적 건강유지 및 건강증진행위 실천에 어려움을 가지고 있어 이에 대한 중재와 관리의 필



요성이 있음을 보여주는 것이다. 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 대상자 수를 확대하고 변수를 추가하여 건강증진행위에 미치는 영향을 확인할 것을 제언한다. 둘째, 재가서비스 이용 노인의 건강유지와 삶의 질 향상을 위한 건강교육, 심리상담, 연계 서비스 등이 제공될 것을 제언한다. 셋째, 재가서비스 이용 노인의 가족지지 프로그램을 개발하고 적용할 것을 제언한다.

## REFERENCES

- National Health Insurance Corporation. 2015 national health insurance statistical yearbook [Internet]. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2016 Oct 25 [updated 2016 Oct 25; cited 2017 Jun 21]. Available from: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0075/21824>
- Ministry of Government Legislation. Act on long-term care insurance for aged [Internet]. Seoul: Ministry of Government Legislation; 2014 Feb 14 [updated 2014 Feb 14; cited 2016 Jun 10]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=142990&efYd=2014#0000>
- Lee JS, Han EJ, Kang IO. The characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean long term care insurance. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2011;22(1):33-44.
- Kim CH, Lee MR, Yoo WS. Common combinations of chronic diseases in multimorbidity and their effect on healthcare cost in Korea. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*. 2014;20(4):81-102.
- Han EJ, Kang IO, Kwon JH. A study of determinants on institutionalization of elderly using home care services. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2012;31(2):259-76.
- Lim JY, Kim EJ, Choi KW, Lee JS, Noh WJ. Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *Journal of Korean Contents Association*. 2012;12(8):283-99. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.08.283>
- Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *Journal of the American Geriatric Society*. 2012;60(12):2223-31.
- Chan DC, Tsou HH, Chang CB, Yang RS, Tsao JY, Chen CY, et al. Integrated care for geriatric frailty and sarcopenia: a randomized control trial. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2017;8(1):78-88. <http://dx.doi.org/10.1002/jcsm.12132>
- de Guzman AB, Jurado JBN, Juson AJA. Examining the structural relationship of chronic illness, physical function, life satisfaction, and social support in the development of depression among Filipino elderly in institutionalized setting. *Educational Gerontology*. 2015;41(3):193-206. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2014.918836>
- Yu SJ, Lim KC, Seo HM, Kong EH, Kim JH. Powerlessness in community-dwelling older Korean adults: association of depression, stress, social support, health promotion behavior and activities of daily living. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2013;15(2):103-11.
- Miller JF. *Coping With Chronic Illness: overcoming powerlessness*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1992. 135 p.
- Seo JH, Ryu HS. Relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2010;21(2):169-77.
- Oh HJ, Kim DH. Research on the influential factors in senior citizens' health promotion behaviors. *Korean Association of Health and Medical Sociology*. 2012;32:173-97.
- Chung MJ, Moon H, Sun CJ, Li DM, Park YR. A relationship between depression and spiritual well-being in elderly long-term care insurance client: the mediating effect of family support. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2013;33(4):865-79.
- Kim SO, Kim YJ. Effect of individual silverrobic exercise on activities of daily living, powerlessness, and self-esteem of older residents in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(1):50-7.
- Lee JS, Hwang RI, Han EJ. Trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics under the national long-term care insurance system. *Journal of Korean Community Health Nursing*. 2012;23(4):415-26.
- Oyama Y, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M, Ohwaki K, Yano E. Factors that allow elderly individuals to stay at home with their families using the Japanese long-term care insurance system. *Geriatrics & Gerontology International*. 2013;13(3):764-73. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12002View>
- National Health Insurance Corporation. 2015 long-term care insurance statistical yearbook [Internet]. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2016 Jun 24 [updated 2016 Jun 24; cited 2017 Jun 3]. Available from: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0039/19780>
- Kang SB, Kim HS. The relationship between home-visit nursing services and health care utilization among nursing service recommended beneficiaries of the public long-term care insurance. *Health Policy and Management*. 2014;24(3):283-90. <http://dx.doi.org/10.4332/KJHPA.2014.24.3.283>
- Chung SE. A study of tool development for powerlessness of elderly and the degree of elderly's powerlessness. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999;29(6):1294-303.
- Kang HS. Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities. [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1984. 110 p.

22. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting life style profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987;36(2):76-81.
23. Suh YO. Health promoting lifestyle, hardiness and gender role characteristics in middle-aged women. *Korean Journal of Woman Health Nursing*. 1996;2(1):119-34.
24. Lee HJ, Song JH. Powerlessness, self-esteem and depression on Korean-American immigrant elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2014;15(11):6685-93. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.11.6685>
25. Boen H, Dalgard OS, Johansen R, Nord E. A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BMC Geriatrics*. 2012;12:20. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-12-20>
26. Seo HS, Jung IS. The relationship between self-esteem, family support and suicide ideation in home dwelling elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2010;12(1):1-9.
27. Kim JY, Kim KH. Perceived hopelessness and family support among elders in long-term care hospitals. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2014;16(2):151-9.
28. Kim SS, Song JA. Investigation of the factors relative to the health promotion behavior practice among Korean elders residing in a retirement community. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2012;32(1):51-66.
29. Tambag H, Oz F. Evaluation of the psychoeducation given to the elderly at nursing homes for a healthy lifestyle and developing life satisfaction. *Community Mental Health Journal*. 2013;49(6):742-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-013-9602-x>
30. Kono A, Kanaya Y, Tsumura C, Rubenstein LZ. Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: a randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2013;25(5):575-81.