

## 노인들이 지각하고 있는 건강수준에 관한 연구\*

양경희\*\* · 장혜숙\*\* · 김영희\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

인구의 노령화 현상은 급진적인 경제력 향상과 그에 가속화된 과학문명의 발전등에 따라 영양상태 및 환경위생의 개선과 의료장비의 혁신화로 평균수명이 연장되었고, 국가의 인구억제정책과 사회변화 및 여성의 사회참여 증가로 인한 출산율 저하에 그 근거를 두고 있다(최순남, 1982).

우리나라의 65세 이상의 노인인구는 1980년에 3.8%이던 것이 1990년에는 5%로 높아졌고(보사부통계연보, 1993), 2000년에는 6.2%에 이를 것으로 예상되며 연평균 3.7%의 노령인구증가가 예상되고 있다(경제기획원, 1985). 또한 미국의 경우 20세기 초 평균수명이 49세 였으나 1970년대에는 76세로 급격히 높아졌으며(박상철, 1992), 우리나라의 경우에는 평균수명도 1970년대에 비해 1990년대에는 남 67.4세, 여 75.4세로 약 8세정도 증가하였다. 일본의 경우 1990년에 65세 이상 인구가 전 인구의 12%를 차지하였다(보사부통계연보, 1993).

이같은 추세에 따라 평균수명은 더욱 더 높아지고 인구 노령화현상은 더욱 심화될 것인데 인구의 노령화는 부수적으로 부양인구의 부담증가와 같은 사회적

문제를 수반할 뿐만 아니라 주목해야 할 더 큰 과제로서 이들에 대한 질적인 노후생활이 보장되어야 한다고 본다. 이를 위해서는 노인들의 건강한 신체적, 정신적, 사회적생활이 무엇보다 중요하다고 생각된다. 인간은 출생과 더불어 나이가 들어가면서 노화하기 시작하여 특별한 재난이나 질병에 의하지 않고도 사망하게 되며, 대개 20세 정도에서 발육이 정지되어 장년기 부터는 장기가 위축되거나 또는 세포수가 감소된다(심동원, 1989). 따라서 이러한 장기의 위축이나 퇴화로 인한 여러 생리적인 현상으로 기능장애 및 노쇠와 관련된 질환을 초래하게 된다(심동원, 1989; 유동준, 1988). 모든 성인병의 발병인자에서 가장 중요한 원인이 되는 것으로 노화를 들고 있으며(유동준, 1988), 이 노화는 전반적인 면역기능의 저하, 심혈관질환, 기타 혈관질환, 중추신경계 장애, 비뇨생식기 질환, 근골격계 질환, 체력의 변화 및 수면장애, 일상활동능력의 감퇴, 호르몬의 변화와 성기능의 쇠퇴, 호흡기능의 퇴화로 인한 폐질환 등의 노인병을 초래하게 된다(김세중, 1989; 김진수, 1990; 조승연, 1990; 김성순, 1990; 김용선, 1992; 이진우, 1990; 황수관과 백광세, 1990; 박두병과 민병근, 1988; Jean, 1983; Joyce, 1983; 서순림, 1990). 또한 신체적 변화에 대한 적응 정도는 사회적 상태에 대한 정신적 적응 정도에 영향을 주게 되며(Craig, 1980; Reed,

\* 이 논문은 원광보건전문대학 학술연구비 지원에 의해 연구되었음.

\*\* 원광보건전문대학 교수

\*\*\* 원광보건전문대학 강사

1983), 주로 노화에 따른 심리, 사회적 변화는 역할의 상실에서 온다(김지현과 지성애, 1985). 그리고 노인의 인지능력의 변화로 기억력의 상실 및 지남력의 상실을 초래하여 인격변화를 가져온다(전산초과 최영희, 1990). Erikson은 노인기의 발달과제가 자아통합(ego integrity)인데 이것이 이루어지지 않으면 절망과 자기혐오(self-disgust)를 느껴 이를 주위에 투사하게 된다(박예숙, 1986)고 한다. 이와 같이 노인들은 단순한 가령(加齡)으로 인한 장기의 위축과 퇴화에 의해 기본적인 신체적, 정서적, 사회적인 건강상의 잠재적인 문제를 가지고 있으며 기타 건강에 영향을 주는 여러가지 개체 내·외적인 환경에 건강을 의존하게 된다. 또한 자신의 신체변화를 가장 민감하게 느낄 수 있는 사람은 본인 자신이며, 노인들 스스로 지각한 자신의 건강상태와 실제 건강상태와는 상당한 비례관계가 있다(최영희와 정승은, 1991).

따라서 노인들의 질적인 건강생활을 유지하기 위해서는 이들 제반 건강수준이 파악되어야 하며, 이에 대한 관련요인들을 분석하여 재적응시키고 강화시켜야 한다. 이에 본 연구는 일지역내 가정과 지역사회 시설에 거주하고 있는 노인들을 대상으로 그들이 스스로 지각하고 있는 신체적, 정신적, 인지적 건강수준과 일상활동능력을 파악하고 이에 영향을 미치는 제요인과의 관계를 규명함으로써 노인들에 대한 바람직한 간호 중재방법 개발전략의 기초자료를 마련코자 한다.

## 2 연구의 목적

본 연구는 노인들에 대한 신체적, 정신적, 인지적 건강수준과 ADL 수준을 측정하고, 이를 대상자의 각 특성별로 비교분석하여 노인의 건강요구를 파악하며, 건강생활을 보장하기 위한 다음과 같은 구체적 목적을 갖는다.

- 1) 대상자의 신체적 건강수준을 측정하고 인구학적 제특성과 관련시켜 비교분석한다.
- 2) 대상자의 정신적 건강수준을 측정하고 인구학적 제특성과 관련시켜 비교분석한다.
- 3) 대상자의 인지적 건강수준을 측정하고 인구학적 제특성과 관련시켜 비교분석한다.
- 4) 대상자의 ADL 수준을 측정하고 인구학적 제특성과 관련시켜 비교분석한다.
- 5) 각 대상자의 건강수준에 영향을 주는 변인을 파악한다.

## II. 문헌고찰 및 선행연구

### 1. 노인의 사전적 의미

국어대사전(1982)에는 늙은이, 늙으신네, 구로(耇老), 기에(耆艾), 예순살이상의 늙은이, 나이 많고 덕이 높은 사람으로 기술되어 있으며, 동아 현대 활용옥편(1979)에는 구로(耇老)를 늙은이, 노인으로 기에(耆艾)를 예순살이상 늙은이, 나이가 많고 덕이 높은 사람으로 기술하고 있으며, 영어로는 The aged, The old, old people로 표기되며(엘리트 한영사전, 1994; 동아프라임 영한사전, 1993; 동아 새 국어사전, 1993), Webster 사전(1981)에는 정상적 생활기간중 최종 단계 및 senescences(노령, 노년기, 노경, 노화, 노쇠); 노인 집담회의 목적으로는 65세로 간주하고, 침식주기에 있는 최종 단계로 기술하고 있다.

### 2. 노인의 범주

노인에 대한 정의는 생물학적, 사회심리적, 문화적인 통념등에 따라 여러가지로 내려질 수 있다. 연령만 보아도 우리나라는 과거의 회갑의 관습으로 만 60세를 노인으로 간주하였었다. 최근에는 65세 이상을 기준으로 하여 보건통계 및 노인복지에 활용하고 있으며 평균수명이 증가 된 것과도 서로 관련이 있다.

그러나 노인들의 생존기간이 단지 죽음을 기다리는 여분의 생의 기간은 아니라고 보는 견해가 있으며, 이 점에 대해서 Erikson은 노년기를 자아의 발달과정에 따른 인간 발달 단계에 따라 자아통합과 절망의 감정이 대립하는 과제를 완수하는 단계로 보았다.

曆年齡(절대연령) 개념으로 본 학자들의 견해로는 Neugarten의 노년초기(55~65세), 노년중기(65~75세), 노년후기(75세 이상)와 현(1976)의 노년초기(60~64세), 노년중기(65~69세), 노년 후기(70~74세), 노년 말기(75세 이상) 등이 있다. 그외 연령의 개념으로는 신체적, 생리적 평가인 육체연령, 자신이 인지하는 주관적, 심리적인 연령인 심리적 연령, 사회적 역할, 의무, 책임의 측면에서 보여지는 사회적 연령, 문화를 공유하는 문화적 연령등이 있다(서병숙, 1993).

또한 서병숙(1993)은 노인을 인생의 마지막 단계에서 신체적, 정신적 기능이 쇠퇴하고 사회적 역할이 감소되면서 특수한 성격을 갖는 사람으로 사회의 인

구, 경제 및 사회 문화적 요인의 복합적인 작용에 의해서 생활기능을 정상적으로 발휘할 수 없는 사람으로 정의하였다.

### 3. 노인의 건강수준과 관련된 선행 연구

인간의 수명연장으로 인하여 노인성 만성질환의 증가는 Harvighurst(1981)가 주장한대로 노인들에 대한 기관관리 기간의 증가가 예상되기도 하나, Walker 등(1988)의 연구에서는 개인의 생활양식의 선택과 양상은 건강과 장수에 영향한다고 전제하고 자아실현, 건강책임감, 운동, 영양, 대인관계적인 지지, 스트레스 관리의 HPLP를 이용한 척도를 사용하여 연구한 결과 노인들은 성년기나 장년기의 성인들보다 건강증진 생활양식과 관련한 하위척도 중 건강책임감, 영양, 스트레스 관리에 더 높은 실천점수를 보여주고 있었다.

군락화한 집단비교에서 연령이 가장 높은 군(평균 70세)에서 운동을 제외한 모든 건강생활양식에서 높은 점수를 보였고, 가장 젊은 집단(평균 56세)은 운동, 자아실현, 대인관계적인 지지, 스트레스 관리 영역 내에서 낮은 점수를 보였으며, 중간군(평균 61세)은 각 영역 모두에서 중간 점수를, 대인 관계적인 지지에서는 중간(또는 이하)의 점수를 보여주었다.

한국 노인들의 건강수준을 측정한 최영희(1990)의 연구에서는 노인의 신체점수, 정서 정신건강점수, 사회 건강 점수 순으로 신체건강점수가 가장 높았으며, 노인의 교육정도, 지각한 건강상태, 용돈 상태 등의 변수가 노인의 신체, 정서, 정신, 사회 건강 등에 차이가 있음을 보여주고 있었다.

노인의 신체적 사정은 신체건강 및 질병유무와 ADL(일상생활 활동)과 IADL(독립적인 생활에 필요한 활동)으로 구성되며, 노인의 신체적 활동능력 및 기능사정으로는 Katz 종합지수(1963) 및 Bartel 지수(1965)가 잘 알려져 있다.

Katz 지수는 지역사회에 있는 노인을 대상으로 하여 ADL측정에 적합한 목욕, 옷입기, 몸단장하기, 이동하기, 식사하기, 배설 조절 등으로, Bartel지수는 재할센타에 있는 환자에게 적당하며, 식사하기, 휠체어에서 침대에 이동하고 되돌아 오기, 세수하기, 배변, 목욕하기, 걷기 또는 휠체어 타기, 층계를 오르 내리기, 옷을 입고 벗기, 배변 조절, 배뇨 조절 등으로 구성되었다.

조유향(1988)은 신체적 활동능력 장애로 Framingham Disability Study(FDA)에서 기초한 일상생활 동작능력(PADL)을 조사한 결과, 목욕 및 보행(이동) 동작에서 95%, 97%를 하고 있음을 보았고, 연령이 증가하면서 현저하게 저하됨을 확인하였다.

사회적 능력장애는 IADL, 지적능력 및 사회적 역할 등으로 구분하여 본 결과 수단적 자립의 통과율, 지적 능동성의 순으로 수단적 자립의 통과율이 높았으며, 남자노인들이 식사준비, 활동 만을 제외한 모든 활동에서 여자노인보다 높았다. 이는 노년후기에 급격히 저하되어 80세 이상의 노인에서는 수단적 자립이 30%정도를 보여주고 있었다.

일부 도시지역 노인들을 (66~94세) 대상으로 연구한 권순범등(1994)은 노인들의 건강정도에 대한 주관적 평가에서 65.9%의 노인이 건강하지 않은 편, 2.2%가 아주 건강하지 못한 편, 5.5%가 아주 건강한 편, 26.4%가 비교적 건강하다고 생각하고 있음을 밝혔다. 이들 중 실제로 남자의 55.2%, 여자의 70.2%가 지난 1년 사이에 유병상태에 있었으며, 그 중 27.7%가 입원치료를 받았었다.

권순범등(1994)의 연구에서 보여진 ADL 수준은 남자노인의 3.4%, 여자 노인의 3.2%가 타인의 도움을 필요로 하였고, 목욕하기가 가장 많은 도움이 요청되었으며(남자 12.1%, 여자 13.7%), 머리감기에도 도움이 많이 필요하였다(남자 8.6%, 여자 8.1%). 기타 걸음잡기, 식사, 기상 등에도 각각 2.7%, 1.1%, 1.1%의 도움이 필요하였다. 또한 기능적 건강정도는 17.6%가 버스 2정거장 걷기, 14.8%가 계단다니기에 도움을 요청하고 있었다.

고금자(1987)는 노인의 건강유지, 증진, 질병예방에 대한 건강행위 이행의 중요성을 주장하면서 연구한 결과, 노인이 건강 지각 정도가 높을수록 건강행위 이행수준이 높은 것으로 보았고, 건강지각 정도에 영향을 미치는 요인은 성별과 연령으로 보았으며, 건강이행에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 교육정도, 과거직업으로 보았다.

Blair(1995)는 요양원 거주자의 신체적 의존을 감소하기 위한 행위 관리 프로그램에 공동목표 설정을 함명한 프로그램을 수행시 노인의 자가 간호 행위를 조장한다고 보고하였다.

이영자등(1988)은 노인들의 자아개념 정도와 노화에 대한 지각정도, 신체노화 정도와 노화에 대한 지각정도 및 신체 노화 정도와 노화에 대한 지각정도가

유의한 관계가 있으므로 노화에 대한 지각과 자아개념을 강화시키는 간호중재의 필요성을 주장하였다.

이영희(1993)는 문화기술지적 방법을 적용한 질적 연구에서 노인은 자신들의 신체변화를 과거 노인들의 경험에서 보고 듣고 배우며, 타인과 비교하여 수용하면서 그 변화에 적응하여 조절하여 살아가며, 자식들과 함께 살지 않더라도 마음 속에 항상 공존해 있으며, 집단내의 역할을 내면화시켜 통제감과 자존감을 갖게 되며, 노인들은 삶이 집을 중심으로 이루어지는 연속적인 삶으로 이어진다고 보고 있다고 하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 연구대상 및 방법

본 연구는 I 시에서 연구자가 기존인구총과 새로 유입된 인구총이 적절하게 조화를 이루고 있는 일부 지역을 임의선정하여 가정에 거주하는 60세 이상의 노인 113명을 전수조사하였으며, 인근 사회복지시설 2개소를 방문하여 계통확률추출법으로 선정한 59명을 포함하여 총 172명을 대상으로 하였다.

조사기간은 1994년 7월 부터 8월까지 약 2개월간이었으며, 간호사를 포함한 훈련된 조사원 4인이 조사표를 가지고 노인들을 직접 방문하여 면접에 의해 자료를 수집하였다.

#### 2. 연구도구 및 자료분석방법

연구도구는 의료·건강학 관점에 따라 건강부분을 신체적, 정신적, 인지적으로 나누고 신체적, 정신적 건강상태 측정도구는 Minnesota Department of Health의 MDS(Minimum Data Set) (Mariah, 1993)를 참고하였으며, 서순림(1990)과 최영희와 정승은(1991)의 도구( $\alpha=.86527$ )를 합병하였고, 인지능력을 측정하는 도구는 장(조유향, 1988)의 MSQ(Mental Status Questionnaire)를 사용하였다. 본 도구 사용전에는 간호 교육자 4명의 평가와 예비조사로 내용타당도를 인정받았다. 신체적 건강상태의 측정을 위해서는 감각기계 7문항과 비뇨기계 3문항, 근골격계 4문항, 호흡순환기계 5문항, 소화기계 3문항 등 총 22문항으로 구성되어있으며, 정신적 건강상태의 측정을 위해서는 9문항을 조사하여 각각 1점~3점까지 처리하였으며, 인지능력의 측정을 위해서는 지

남력과 암기력 및 산술능력등을 포함한 9문항을 23점 만점으로 사용하였다. 그리고 ADL수준의 측정을 위하여 개인위생관리능력, 이동능력, 여가활동수행능력 등 10개 항목을 조사하여 각각 1점~3점으로 처리하였다.

수집된 자료는 대상자의 일반적 특성을 빈도와 백분율로 제시하였고 이에 따른 건강수준을 점수화하여 각 변수간 t-test, ANOVA, Pearson's r 등을 적용하여 분석하였다. 또한 건강수준에 영향을 주는 변인을 파악하기 위하여는 ANOVA, ANCOVA, multiple regression 을 이용하였다.

#### 3. 결과 및 논의

##### 1) 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 전체 대상자중 시설에 거주하고 있는 노인은 59명으로 34.3% 이고, 가정에 거주하고 있는 노인은 113명으로 65.7%였는데 본 조사에서의 시설은 비용의 전액 또는 일부를 정부에서 부담하는 사회복지시설과 비용 전액을 자기가 부담하는 시설이 포함되어 있다. 성별로는 남자가 23.3%, 여자가 76.7%로 여자의 비율이 훨씬 높았고, 연령은 가장 많은 분포를 보인 75세~79세(24.4%)를 포함하여 70대가 47.1%, 60대가 30.8%, 80대가 18.6%, 90세 이상이 3.5%였다. 전체 노인중 현재 배우자가 있는 사람은 40.7%였으며, 종교는 원불교가 34.9%로 가장 많은데 이는 본 조사대상자에 포함된 시설들을 원불교 기관에서 운영하고 있다는 점에 기인된다. 이밖에 종교가 없는 사람이 26.9%, 기독교가 23.8%, 불교가 11.0% 등으로 나타났다. 교육정도는 무학이 66.9%로 가장 많았고, 국졸이 19.8%, 중졸이 3.5%, 고졸이상은 9.9%로서 교육수준이 낮게 나타났는데 이는 다른 연구결과와 비슷하며(최영희와 정승은, 1991; 서순림, 1990), 역시 본 조사 대상자인 노인들의 유년시절에 시기적으로나 사회적인 여러 여건들에 의해 교육기회가 매우 낮았음을 나타내 준다. 현재의 직업에 있어서는 무직이 92.4%로 대부분을 차지하였고, 과거의 주직업은 주부가 60.5%로 가장 많았는데 이는 본 조사대상자중 여자가 많은 비율을 차지하고 있기 때문이며, 그밖에 농업이 23.3%, 상업이 5.2%, 그리고 교직이 4.1% 등으로 나타났다. 현재의 부양형태는 50.0%가 자녀에게 의존하고 있었으며, 정부나 기관과 같은 공공제도에 의존하고 있는 사람은 37.8%이며 독자적으로 생활비

를 부담하고 있는 사람은 12.2%였다. 또한 노인들이 쓰고 있는 월 평균 용돈은 1만원-5만원이 59.3%로 매우 높았으며, 6만원-10만원이 16.3%, 11만원-15만원과 16만원-20만원이 각각 4.6%였으며, 26만원 이상도 10.5%이었지만 용돈이 전혀 없는 노인도 3.5%로 개인에 따라 용돈의 차이가 많았으며, 용돈의 액수와 상관없이 용돈이 충분하다고 한 사람은 전체의 5.2%에 불과했고 43.3%가 부족하다고 하여 최와 정(1990)의 연구에서 22.8%가 용돈이 충분하다고 한 것에 비해 훨씬 낮은 수준을 보였다. 현재의 자녀수는 5-6명이 29.6%로 가장 많고, 한명도 없는 사람이 25.6%, 3-4명이 21.6%, 1-2명의 자녀가 있는 사람이 13.3%, 7명 이상이 9.8%였는데 자녀가 없는 사람의 비율이 높은 것은 시설에 거주하는 사람중 무의탁 노인이 많기 때문인 것으로 생각된다. 그리고 대상자의 78.5%에서 담배를 피우지 않고 있었으며, 술은 82.6%가 전혀 마시지 않는 것으로 나타났다<표 1>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

		N	%
거주형태	시설거주	59	34.3
	가정거주	113	65.7
성 별	남	40	23.3
	여	132	76.7
연 령	60-64	24	14.0
	65-69	29	16.8
	70-74	39	22.7
	75-79	42	24.4
	80-84	23	13.4
	85-89	9	5.2
	90 이상	6	3.5
배우자유무	유	70	40.7
	무	102	59.3
종 교	기독교	41	23.8
	천주교	3	1.7
	불교	19	11.0
	유교	1	0.6
	원불교	60	34.9
	기타	2	1.2
	무	46	26.7
교육정도	무학	115	66.9
	국졸	34	19.8
	중졸	6	3.5
	고졸	15	8.7
	대졸이상	2	1.2

		N	%
현재업 유무	유	13	7.6
	무	159	92.4
과거 주직업	공무원	6	3.5
	교 직	7	4.1
	회사원	4	2.3
	농 업	40	23.3
	상 업	9	5.2
	서어서비스업	2	1.2
	주 부	104	60.5
부양형태	독자적	21	12.2
	자녀의존	86	50.0
	공공제도의존	65	37.8
월 평균 용돈	없 음	6	3.5
	1-5 만원	102	59.3
	6-10 만원	28	16.3
	11-15 만원	8	4.6
	16-20 만원	8	4.6
	21-25 만원	2	1.2
26 만원 이상	18	10.5	
용돈수준	부족하다	74	43.0
	보통이다	89	51.7
	충분하다	9	5.2
자녀수	0 명	44	25.6
	1-2	23	13.3
	3-4	37	21.6
	5-6	51	29.6
	7 이상	17	9.8
흡연상태	흡연	37	21.5
	비흡연	135	78.5
음주정도	전혀 안한다	142	82.6
	가끔씩 한다	7	4.1
	소주 1-2병 정도	11	6.4
	거의 매일	12	7.0
	총 계	172	100.0

2) 노인들이 지각하는 신체건강 기능상태

노인들이 스스로 지각하고 있는 신체적 건강상태를 체계별로 분류하여 각 문항별로 건강수준 점수가 1점 부터 2점인 사람은 장애가 있는 것으로 처리하여 그 결과를 <표 2>에 나타내었다. 감각기계에서는 전체노인의 60.5%가 시력장애를 느끼고 있었고, 45.3%에서는 이명음, 20.9%에서 주변시야장애를 느끼고 있었다. 그리고 백내장이 있는 노인은 19.2%였고, 청력장애는 14.0%, 미각장애는 11.6%, 후각장애는 8.7%에서 인지하고 있었는데, 이는 서순림(1990)의 연구에서도 노인들의 신체건강상태에서 시력장애가 전체의

52.8%를 호소하여 가장 높은 장애율을 보인 결과와 일치하였다. 반면에 청력장애가 비교적 낮게 인지된 것은 대부분의 사람들에게 있어 청력의 예민성이 전반적으로 감소되기 보다는 오히려 선택적으로 고주파에서 청력을 상실하게 되고, 청력상실은 미묘하기 때문에 그 정도가 심하게 될때까지는 그 변화를 눈치채지 못하는 수가 많으며(전산초과 최영희, 1990), 또한 본 연구에서는 조사한 청력장애에 대한 객관적인 진단결과가 아니라 본인들 스스로 인지하고 있는 상태를 조사한 것이어서 그 비율이 낮게 측정될 수 있었다고 보인다.

비뇨기계에서는 전체의 55.2%가 빈뇨를 호소하여 가장 많았고, 35.5%에서는 실금을, 그리고 29.7%에서는 야뇨증을 호소하였는데, 선행연구에서는 연령이 증가함에 따라 신기능이 저하되고 근긴장도가 소실되어 남자나 여자모두에서 빈뇨를 경험하게 되며(Brink, 1994; 전산초와 최영희, 1990), 요실금은 나이에 따라 발생율이 증가하여 경한 요실금은 남성노인의 6-15%, 여성노인의 11-50%에서 나타나고, 노인의 5-10%는 심한 요실금으로 인해 패드의 사용이 필요한 것으로 나타나 있어서(이진우, 1990) 실금횟수가 많은 것을 볼수 있다. 특히 요실금이 있는 노인들의 경우 정신적으로는 가족이나 친구와의 접촉이나 조직활동을 꺼려하여 고립되게 되고 결국 우울증이나 퇴행 및 자신감의 결여를 가져올 수 있으므로 차별한 간호가 필요하다고 본다.

근골격계에서는 요통과 관절통을 각각 73.3%씩 인지하고 있었고, 69.8%에서 견통을, 50.0%에서 손발이 저리다고 느끼고 있어서 전체적 신체건강기능중 근골격계의 건강이 가장 좋지 않은 것으로 나타났다. 이는 문명상과 우영균(1989)에 의하면, 연령증가에 따라 근골격계의 노인성변화를 가져와서 골소공증이나 척추의 압박골절등으로 인한 요통과 퇴행성변화로 인한 경추와 요추의 변성관절염및 관절주위의 동통등의 잦은 유발에 원인을 들 수 있다.

호흡순환기계에서는 70.3%에서 어지럼증을 호소하였고, 숨이 차다는 노인인 61.6%, 가슴이 두근거린다고 느끼는 노인인 52.3%, 기침이나 가래가 있는 노인인 43.6%, 고혈압이 있다고 알고 있는 노인인 37.8%였다. 서순림(1990)의 연구에서는 고혈압환자가 11.3%로 나타나 본 연구결과보다 적었으나, 김진수(1990)는 노년층에 있어서 고혈압 유병률은 30%라고 하여 본 결과와 비슷하였다. 고혈압은 심혈관계 사망

률에 영향을 주는 가장 중요한 위험인자로 생각되고 있어(김진수, 1990), 가족이나 간호사 모두 이에 대한 관심이 요구된다 하겠다.

소화기계에서는 44.2%가 설사나 변비를 호소하였고, 37.8%는 소화장애를, 7.6%는 실변을 느끼고 있었다(표 2).

〈표 2〉 대상자의 신체건강 기능상태

	있다		없다	
	N	%	N	%
1. 감각기계				
1) 시력장애	104	60.5	68	39.5
2) 주변시야장애	36	20.9	136	79.1
3) 백내장	33	19.2	139	80.8
4) 청력장애	24	14.0	148	86.0
5) 이명	78	45.3	94	54.7
6) 미각장애	20	11.6	152	88.4
7) 후각장애	15	8.7	157	91.3
2. 비뇨기계				
8) 야뇨증	51	29.7	121	70.3
9) 빈뇨	95	55.2	77	44.8
10) 실금	61	35.5	111	64.5
3. 근골격계				
11) 요통	126	73.3	46	26.7
12) 견통	120	69.8	52	30.2
13) 관절통	126	73.3	46	26.7
14) 손발저림	86	50.0	86	50.0
4. 호흡순환기계				
15) 어지럼증	121	70.3	51	29.7
16) 가슴 두근거림	90	52.3	82	47.7
17) 고혈압	65	37.8	107	62.2
18) 숨참	106	61.6	66	38.4
19) 기침, 가래	75	43.6	97	56.4
5. 소화기계				
20) 설사, 변비	76	44.2	96	55.8
21) 소화장애	65	37.8	107	62.2
22) 실변	13	7.6	159	92.4

3) 노인들이 인지하는 정신건강상태

노인의 정신건강 문제는 신체건강과 밀접하게 관련되며 이외에도 사회, 문화, 경제, 기타 전통과 관습에 큰 영향을 받는다고 한다(이영자, 1989). 본 연구결과 노인들이 스스로 인지하고 있는 정신건강장애는 〈표 3〉과 같다. 남에게 명령을 받을때 화가 나는 사람이 80.2%로 많은 비율을 차지하였고, 76.7%는 좌절을 느꼈을때 화가난다고 하여 자존심을 지키고자 하는

욕구를 보여주고 있으며, 69.8%가 우울감을, 64.0%는 죽고 싶은 감정을 가끔씩 또는 자주 느낀다고 하였다. 최영희등(1990)의 연구에서 48.7%가 우울을 경험한 것과 비교할때 본 연구에서 인지비율이 더 높게 나타났다. 노인들에 있어 우울증상은 '정서적인 감기'라고 일컬어질 만큼 흔하며, 우울로 인하여 죽음이나 자살에 대한 집착, 허무감, 무력감 등의 정서적인 증상뿐만 아니라 식욕감퇴와 불면 등의 신체적증상도 흔히 동반한다(박종한, 1989).

특히 죽고 싶은 감정을 때때로 느끼는 노인들이 상당히 많은 비율(64%)을 차지하였는데, 연세의대 정신과 교실에서 실시한 일농촌지역의 자살에 관한 연구에 의하면 60세 이상 노인의 자살률이 전체 자살의 23%로 1위를 차지하였고 노인의 자살 이유로는 만성 신체질환, 생활고, 우울, 소외, 가정불화순으로 나타남을 보고하여(이영자, 1989), 우리사회에서 노인문제의 심각성을 말해주고 있다. 또한 노인여성에 있어 신체외모와 생리적기능 변화로 인하여 자아존중감을 상실하게 되므로 특별한 부담을 갖게 되는데, 노인기의 가장 흔한 정신신경계 질병중의 하나인 우울증에 대해서 간호사로서 적절한 간호중재가 필요하다고 사료된다.

또한 전체 대상자의 51.2%에서 고독감을 느끼고 있었는데, Frank(1979)는 그의 연구에서 82.9%의 노인들이 사회적 고립감을 느끼고 있다고 하였으며, 구도서(1989)는 노인이 안고 있는 가장 심각한 사회의 학적인 문제로 역할상실로 인한 물질적, 정신적 소외감을 제시하였다. 고독은 개인이 타인과의 관련성, 친교, 소속등에 대한 기본욕구를 충족할 수 없다고 느끼는 상태로 자아존중감과 자기가치를 저하시키므로 노인들이 살아가면서 느끼는 고독감을 최소화하거나 긍정적인 사고를 할 수 있도록 가족이나 간호사의 적절한 돌봄이 필요하다고 본다.

그리고 37.8%에서는 불면증으로 인한 불안감을 호소하였고, 34.3%는 악몽으로 인하여 자주 잠을 깬다고 응답하였는데(표 3), 노인에 있어 신체적 질병이나 불안, 우울등은 수면장애를 일으키는 요인이 되며(Joyce, 1983), 박두병과 민병근(1988), Jean(1983)등은 많은 연구에서 남녀 모두 연령증가에 따라 불면증을 호소하는율이 증가한다고 보고하였으며, 노인들이 젊은이에 비해 수면의 효율성이 떨어진다고 하였다.

〈표 3〉 대상자의 정신건강상태

	있다		없다	
	N	%	N	%
1) 좌절시 화남	132	76.7	40	23.3
2) 명령받을때 화남	138	80.2	34	19.8
3) 불면증으로 불안함	65	37.8	107	62.2
4) 악몽으로 잠을 깬	59	34.3	113	65.7
5) 죽고 싶다	110	64.0	62	36.0
6) 우울감	120	69.8	52	30.2
7) 고독감	88	51.2	84	48.8

#### 4) 연구대상자의 인지적 건강상태

노화에는 기억력을 포함한 전반적인 인지적 능력의 감퇴가 동반되는데, 이러한 지적능력의 감소가 개인의 사회생활이나 직업을 수행하는데 장애를 초래할때 이를 병적인 현상으로 간주하며 이는 정상노화과정의 일부분이 아니고 현재까지 치료불가능한 질환이다(김성순, 1990). 본 연구 대상 노인들의 인지능력을 시간과 장소에 대한 지남력과, 기억력, 산술능력면으로 나누고 각 문항에 따라 2점부터 5점까지 점수를 배정하여 총 23점 만점으로 측정하였다. 그 결과 〈표 4〉에서 보는 바와 같이 평균 17.576점을 나타내었다. Katzman(1986)은 치매는 60여가지 이상의 장애로 유발되는 것으로, 65세 이상의 인구에서 중증치매는 4.6%, 중등증치매는 10%를 보인다고 말했다(Carole W. C.). 김용선(1992)에서와 같이 80%이상의 점수를 나타내면 정상적인 인지수준으로, 40-70%일때를 경증 치매로 볼때, 본 연구 대상의 노인들에 있어서는 평균인지점수가 76.42% 수준인 것으로 조사되어 인지적 건강상태가 비교적 정상수준에 있다고 볼 수 있겠다.

〈표 4〉 대상자의 인지적 건강 점수

	Min	Max	Mean	SD
(1) 지금이 몇년도입니까?	0.000	2.000	1.128	0.995
(2) 지금이 몇월 몇일입니까?	0.000	2.000	1.512	0.862
(3) 지금이 오전입니까, 오후입니까?	0.000	2.000	1.953	0.302
(4) 지금이 몇살입니까?	0.000	2.000	1.977	0.215
(5) 살고 있는 곳은 무슨동입니까?	0.000	2.000	1.826	0.566
(6) 한국의 현재 대통령은 누구입니까?	0.000	2.000	1.384	0.926
(7) 숫자 따라하기, 거꾸로 세기	0.000	4.000	2.593	1.179
(8) 물건이름 기억하기	0.000	5.000	3.907	1.234
(9) 100에서 7을 빼면 얼마입니까?	0.000	2.000	1.297	0.949
인지건강 총평균점수	2.000	23.000	17.576	5.520

5) 노인들이 인지하는 ADL기능장애

노인들의 일상생활활동(ADL) 능력의 수행가능성을 측정하기 위하여 개인위생관리능력 및 이동능력, 여가활동수행능력 등 모두 10개 항목으로 나누어 장애여부를 조사하였는데 그 결과는 <표 5>와 같다. 가장 장애율이 높은 것은 저작장애로 전체의 59.9%에서 호소하였고, 혼자서 버스나 택시, 기차 등 대중교통수단을 이용하지 못하는 사람은 전체의 37.8%, 바깥일하기가 어렵거나 전화를 걸지 못하는 사람이 각각 27.3%였으며, 여가활동을 하지 못하는 노인들이 23.8%였다. 그리고 목욕하기나 손·발톱 깎기, 착의, 대소변보기, 세수나 이닦기 등의 개인위생관리는 소수를 제외하고는 대부분 잘하고 있는 것으로 나타났는데 <표 5>, 이는 권순범과 김공현 등(1994), 이영자(1989)와, 윤해영(1988) 및 최영희와 정승은(1991)의 연구결과와 비슷하였다.

<표 5> 대상자의 ADL기능장애

	있다		없다	
	N	%	N	%
1) 저작장애	103	59.9	69	40.1
2) 개인위생	2	1.2	170	98.8
3) 목욕하기	7	4.1	165	95.9
4) 손·발톱깎기	5	2.9	167	97.1
5) 착의	2	1.2	170	98.8
6) 대중교통수단 이용하기	65	37.8	107	62.2
7) 바깥일하기	47	27.3	125	72.7
8) 전화걸기	47	27.3	125	72.7
9) 여가활동	41	23.8	131	76.2
10) 대소변보기	2	1.2	170	98.8

6) 일반적 특성에 따른 노인의 건강수준

노인들의 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 직업, 부양형태, 용돈수준, 흡연등의 변수들과 건강수준을 분석한 결과 <표 6>과 같았다. 성별에 따른 신체적 건강수준을 살펴보면 남자(57.00점)가 여자(53.17점)보다 건강수준이 더 높은 것으로 나타났는데(p=.000), 이는 이영자(1989), 최와 정(1991)의 연구결과와 일치하며 여자노인들의 경우에는 남자에 비해 분만이나 가사노동 등으로 인한 신체건강장애율이 더 크기 때문으로 보고 있다(윤해영, 1988). 또한 인지적 건강수준에 있어서도 남자(20.20점)가 여자(16.78점)보다 더 건강한 것으로 나타나(p=.001), 박종한(1989)의 연구결과와 일치하였다. ADL 수준은 남자(28.15점)

가 여자(27.78점)보다 약간 높았고, 정신건강수준은 여자(16.70점)가 남자(16.10) 보다 더 높았으나 이는 통계적으로는 유의하지 않았다(<표 6>).

연령별로 신체적 건강수준을 살펴보면 60-64세가 56.71점으로 가장 건강점수가 높고, 90세이상(56.00점), 70-74세(55.08점), 75-79세(54.14점), 65-69세(53.03점), 80-84세(52.17점), 85-89세(49.00점)의 순으로 건강하다고 인지하여, 소수인 90세 이상을 제외하면 대체적으로 연령이 증가할수록 신체적 건강상태가 좋지 못한 것으로 노인들 스스로 인지하고 있었는데(p=.007), 이는 윤해영(1988)이나 최영희와 정승은(1991) 등의 연구결과와 일치하는 것으로 연령이 많아질수록 노화나 퇴행성 변화의 진전으로 인하여 건강수준의 저하를 가져온다고 볼 수 있다(유동준, 1990). 인지적 건강수준은 60-64세(20.08점)가 가장 높고, 70-74세(18.95점), 75-79세(18.33점), 65-69세(18.03점), 80-84세(14.91점) 등으로 나타나 역시 연령이 증가할수록 인지적 건강상태도 좋지 않게 인지하고 있었다(p=.000). 또한 연령에 따른 ADL 수준을 보면 65-69세에서 28.72점으로 가장 높았고, 다음이 70-74세(28.67점), 60-64세(28.42점), 75-79세(28.24점) 등의 순으로 높게 나타나 연령이 많아질수록 일상생활수행능력이 떨어지는 것으로 보이며(p=.000), 이는 서순림(1990)의 연구와 일치하였다. <표 7>은 연령과 신체적, 정신적, 인지적 건강점수, ADL수준과의 상관관계를 나타낸 것인데 신체적 건강점수와 인지적 건강점수 및 ADL 수준과 연령은 서로 역비례하는 것으로 나타났고(p=0.004, p=0.000, p=.000), 정신적 건강점수와 연령은 정비례하는 것으로 나타났다(p=.015). 최영희등(1990)의 연구에서는 모든 연령층에서 높은 정신건강상태를 나타냈으나 젊은층보다는 노년층이 더 깊은 무력감을 나타내는 것으로 보고하였다. 한편 65-69세의 ADL수준이 다른 연령층보다 높은데도 신체적 및 정신적 건강점수가 낮은것은 주목할만하며, Goldstom(최영희 등, 1990에 인용)은 높은 연령층(75세 이상)의 정신건강상태가 낮은 연령층에 있는(60-74세) 노인의 정신건강상태보다 상당히 양호하다고 하여 본 연구결과와 일치하였는데, 이 결과들은 노인기에 들어서면서 노인들이 겪게 되는 여러가지 측면에서의 갈등을 긍정적으로 수용하고 해결 할 수 있게 되는데에는 상당한 시간이 필요하기 때문에, 낮은 연령층의 노인들일수록 정신적 긴장감이나 장애가 클 것으로 생각된다.



〈표 6〉 대상자의 일반적 특성에 따른 건강수준

일반적특성	구분	신체적건강수준			정신적건강수준			인지적건강수준			ADL		
		M±SD	T or F	P	M±SD	T or F	P	M±SD	T or F	P	M±SD	T or F	P
성별	남	57.00±5.25	3.81	.000	16.10±2.13	-1.37	.171	20.20±4.45	3.55	.001	28.15±2.95	.82	.415
	여	53.17±5.66			16.70±2.48			16.78±5.58			27.78±2.36		
연령	60-64	56.71±3.91			16.38±1.69			20.08±4.18			28.42±2.62		
	65-69	53.03±5.89			15.93±1.36			18.03±5.17			28.72±1.89		
	70-74	55.08±5.15			16.28±1.78			18.95±5.25			28.67±1.64		
	75-79	54.14±5.81	3.07	.007	16.86±2.91	3.30	.004	18.33±5.17	7.02	.000	28.24±1.82	10.72	.000
	80-84	52.17±6.28			17.13±3.33			14.91±5.14			26.52±3.04		
	85-89	49.00±6.54			15.22±2.64			10.56±5.10			23.78±2.39		
	90 이상	56.00±6.72			19.83±0.98			11.83±3.71			25.00±2.28		
결혼상태	유배우자	55.43±5.14	2.62	0.010	15.79±1.67	-3.91	0.000	18.80±5.08	2.44	0.016	28.44±2.41	2.54	0.012
	무배우자	53.12±6.03			17.09±2.70			16.74±5.68			27.47±2.50		
종교	기독교	52.37±5.49			15.71±1.63			17.15±5.31			27.49±2.88		
	천주교	62.80±3.00			15.67±0.58			17.67±9.24			27.00±3.00		
	불교	54.89±6.46			15.31±1.49			17.11±6.32			28.37±2.31		
	원불교	54.75±5.73	1.82	0.098	18.60±2.37	17.76	0.000	19.20±4.41	2.44	0.020	27.95±2.48	0.53	0.790
	유교	52.00±0.00			14.00±0.00			23.00±0.00			29.00±0.00		
	기타	54.00±5.66			16.00±0.00			23.00±0.00			29.50±0.71		
	무	53.85±5.63			15.30±1.67			15.67±6.00			27.98±2.31		
교육정도	무학	52.71±5.46			16.59±2.56			15.69±5.58			27.34±2.52		
	국졸	56.47±5.35			16.38±2.16			21.32±2.43			28.94±2.10		
	중졸	55.33±3.72	5.54	0.000	15.67±2.07	0.78	0.538	21.17±2.40	13.09	0.000	27.83±3.06	4.63	0.001
	고졸	57.67±6.44			17.27±1.91			21.40±3.66			29.20±1.82		
	대졸이상	59.50±7.78			15.00±1.41			23.00±0.00			30.00±0.00		
현직업	유	57.62±3.73	2.34	0.021	15.38±1.45	-2.85	0.011	21.62±2.79	4.91	0.000	29.77±0.44	8.75	0.000
	무	53.77±5.83			16.65±2.46			17.25±5.56			27.71±2.54		
부양형태	독자적	56.86±4.03			15.81±1.29			20.76±3.97			28.95±2.42		
	자녀의존	53.37±5.81	3.14	0.046	15.56±1.56	29.36	0.000	15.88±5.86	10.06	0.000	27.72±2.50	2.29	0.105
	공공제도의존	54.06±6.02			18.12±2.79			18.78±4.72			27.71±2.48		
용돈상태	부족하다	52.46±6.16			15.54±2.17			16.65±5.84			27.62±2.60		
	보통이다	55.43±5.17	5.63	0.004	17.35±2.25	13.24	0.000	18.48±5.08	2.56	0.080	28.20±2.24	2.43	0.091
	충분하다	53.67±5.55			17.11±2.98			16.22±6.04			26.56±3.64		
흡연상태	흡연	54.49±5.85	0.51	0.613	15.30±1.35	-5.17	0.000	17.16±5.83	-0.51	0.609	28.08±2.20	0.59	0.557
	비흡연	53.94±5.78			16.90±2.53			17.69±5.45			27.81±2.58		

〈표 7〉 연령과 신체적, 정신적, 인지적 건강점수 및 ADL 점수와의 상관관계

	연령
신체건강점수	-0.2035 (P=.004)
정서건강점수	0.1649 (P=.015)
정신건강점수	-0.3975 (P=.000)
ADL	-0.4316 (P=.000)

결혼상태에 따른 신체적건강수준에서는 배우자가 있는 사람(55.43점)이 없는 사람(53.12점)보다 좋은

것으로 인지하였고(p=.010), 정신건강수준은 반대로 배우자가 없는 사람(17.09점)이 있는 사람(15.79)보다 높게 나타났는데(p=.000), 본 조사에서 배우자가 없이 사회복지시설에서 생활하고 있는 노인들중 많은 수가 원불교를 갖고 있어 종교가 정신적으로 안정감을 주고 있다고 생각되었다. 따라서 이를 확인하기 위하여 종교변인을 통제하고 배우자 유무별로 정신건강을 살펴본 바, 〈표 8〉에서와 같이 통계적으로 유의하지 않았다(F=3.87, p=.051). 인지적 건강상태는 배우자가 있는 사람(18.80점)이 없는 사람보다(16.74

점) 높았으며( $p=.016$ ), ADL 수준도 배우자가 있는 사람(28.44점)이 없는 사람(27.47점)보다 높은 것으로 나타났다( $p=.012$ ). 최영희와 정승은(1991), 김시

현과 지성애(1985)의 연구에서도 배우자가 있는 노인이 없는 경우보다 건강상태가 좋은 것으로 나타났다.

〈표 8〉 종교변인을 통제한 배우자 유·무별 정신건강 수준

		평균치±SD	배우자 유무 (main effect)		종교 (covariate)		Explained	
			F	P	F	P	F	P
배우자	유	15.79±1.67	11.68	.001	1.996	.051	3.87	.051
	무	17.09±2.70						

종교간 신체건강 수준과 ADL수준에는 유의한 차이가 없었다. 그러나 정신건강 수준에는 차이를 보였는데( $p=.000$ ), 원불교를 가진 노인들이 18.60점으로 가장 높았고, 다음으로 기타(16.00점), 기독교(15.71점), 천주교(15.67점), 불교(15.31점)의 순으로 정신건강점수가 높았으며 종교가 없는 노인은 15.30점으로 비교적 낮은 수준을 보였다. 또한 종교에 따른 인지적 건강수준은 유교와 기타에서 노인들이 각각 23.00점으로 가장 높은 점수를 나타냈고, 원불교(19.20점), 천주교(17.67점), 기독교(17.15점), 불교(17.11점)순으로 점수가 높았으며 종교가 없는 노인들의 경우 15.67점으로 가장 인지점수가 낮게 나타났다( $p=.020$ ).

교육정도와 신체건강수준을 살펴보면 대졸이상의 노인들이 59.50점으로 가장 건강점수가 높았으며, 다음이 고졸(57.67점), 국졸(56.47점), 중졸(55.33점), 무학(52.71점) 순으로 나타나 교육받은 정도에 따라

신체건강상태를 다르게 인지하고 있었다( $p=.000$ ). 또 인지적건강상태는 대졸이상 23.00점으로 가장 높고, 고졸이 21.40점, 국졸 21.32점, 중졸이 21.17점, 무학이 15.69점으로 교육수준에 따라 차이가 있었으며( $p=.000$ ), ADL 수준도 대졸이상 30.00점, 고졸 29.20점, 국졸 28.94점, 중졸 27.83점, 무학 28.44점으로 나타나 학력에 따라 차이가 있었다( $p=.001$ ).

현재의 직업을 가지고 있는 노인이 신체건강상태(57.62점,  $p=.021$ )나 인지적건강상태(21.62점,  $p=.000$ ), ADL 수준(29.77점,  $p=.000$ )가 직업을 갖지 않고 있는 노인들보다 좋은 것으로 나타났는데, 이는 직업의 유무와 관련된다고 보다는 직업을 갖고 있는 노인들의 경우가 없는 노인들보다 더 연령이 적기 때문인 것으로 보고 연령변인을 통제한 후 직업유무별로 그 차이를 비교한 바, 통계적으로 유의하지 않았다( $F=3.44$ ,  $p=.065$ ) 〈표 9〉.

〈표 9〉 연령변인을 통제한 직업유무별 정신건강수준

		평균치±SD	현직업 유무 (main effect)		연령 (covariate)		Explained	
			F	P	F	P	F	P
현직업	유	15.39±1.45	1.84	.176	1.85	.665	3.44	.065
	무	16.65±2.46						

생활비를 부담하고 있는 형태는 노인들 스스로 해결하는 독자적 형태와, 모든 생활비 또는 그 일부를 자녀에게 의존하고 있는 형태, 그리고 이를 국가나 특정기관에 의존하고 있는 형태로 나눌 수 있다. 이에 따른 신체적 건강수준에는 차이가 있었는데( $p=.046$ ), 자녀의존형인 노인들의 건강점수가 가장 낮게

인지되었고(54.06점), 다음이 공공제도에 의존하고 있는 경우로 53.37점이었으며, 독자적으로 생활하고 있는 노인들의 건강점수(56.86점)가 가장 높은 것으로 나타나 최영희와 정승은(1991)의 연구결과와 일치하였다. 또한 정신건강상태는 자녀의존형인 노인들이 가장 낮았고(15.56점), 다음에는 독자적인 경우가 15.81점,

그리고 공공제도에 의존하고 있는 경우가 18.12점으로 가장 높게 나타나 차이를 보였는데( $p=.000$ ), 본 연구에서 공공제도에 의존하고 있는 노인들의 경우에서 정신건강 수준이 가장 높은 것은 이들이 원불교라는 종교에 귀의하여 그로 인한 정신적 지지를 받고 있기 때문이라고 생각된다. 이에 대해 종교변인을 통제하고 부양형태별로 정신건강 수준의 차이를 살펴본 결과 <표 10>에서와 같이 통계적인 유의성을 보이지 않았다( $F=.02, p=.886$ ). 인지적 건강수준은 자녀에

게 의존하는 경우가 가장 낮고(15.88점), 공공제도에 의존하는 노인들은 18.78점이었으며 독자적으로 생활하는 노인들이 20.76점으로 가장 인지능력이 좋은 것으로 나타났다( $p=.000$ )<표 10>. 최영희등(1990)의 연구에서 보면 생활비를 전적으로 자녀에게 의존하는 경우 정신건강상태가 가장 낮게 나타나는 등 자신의 생활비 부담능력에 정서상태와 관련이 있다고 하여 본 결과와 부합되었다.

<표 10> 종교변인을 통제한 부양형태별 정신건강수준

	평균치±SD	배우자 유무 (main effect)		종교 (covariate)		Explained	
		F	P	F	P	F	P
		독자적	15.81±1.29				
자녀의존형	15.56±1.56	25.96	0.000	10.14	0.886	0.02	0.886
공공제도의존	18.12±2.79						

용돈이 보통이라고 한 집단이 부족하거나 충분한 집단보다 신체 수준상태( $P=0.04$ ) 및 정서건강수준( $P=.000$ )이 높았으며, 인지적 건강수준이나 ADL수준도 용돈이 보통이라고 한 노인들의 경우 가장 높게 인지되었으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다( $P=0.08, P=0.09$ ). Chatfield(구도서, 1989에 인용)는 노인의 생애 대한 만족에 영향을 미치는 사회경제적 요소로서 퇴직으로 인한 수입감소가 생애 대한 만족감을 감소시키고 신체건강에도 영향을 미친다고 하며 노인복지정책은 노인의 경제적 안정을 향상시키는 방향으로 설정되어야 함을 제시하였다.

흡연상태에 따른 신체건강상태는 흡연자(54.49점)가 비흡연자(53.94점)보다 약간 높으나 통계적으로 유의하지는 않았고, 정신건강상태는 비흡연자(16.90점)가 흡연자(15.30)보다 높게 인지되었다( $p=.000$ ).

7) 신체적, 정신적, 인지적 건강수준 및 ADL수준 간의 관계

<표 11>에서 보는 바와 같이 신체적 건강상태와 정신적 건강상태( $r=.3884, p=.000$ ), 신체적 건강상태와 인지적 건강상태( $r=.4240, p=.000$ ), 신체적 건강상태와 ADL수준( $r=.3772, p=.000$ ), 그리고 정신적 건강상태와 인지적 건강상태( $r=.1671, p=.014$ ), 인지적 건강상태와 ADL 수준( $r=.6162, p=.000$ )들이 모두 순상관관계를 보이고 있다(표 11). 이는 노인의 건강문제는 신체적건강이나 정신적건강에 있어 서로 독립적인 관계라기 보다는 밀접한 상호의존적 관계를 유지하며 연령증가에 따라 신체적, 경제적 능력의 쇠퇴와 더불어 신체적, 경제적, 인지적, 사회적, 정서적 의존성이 함께 현저하게 증가하게 된다는 사실(이영자, 1989)에 그 근거를 들 수 있겠다.

<표 11> 신체적, 정신적, 지적건강수준 및 ADL수준과의 상관관계

	신체적 건강	정신적 건강	인지적 건강	ADL 수준
신체적 건강	1.0000	.3884 ( $P=.000$ )	.4240 ( $P=.000$ )	.3772 ( $P=.000$ )
정신적 건강		1.0000	.1671 ( $P=.014$ )	.0269 ( $P=.363$ )
인지적 건강			1.0000	.6162 ( $P=.000$ )
ADL 수준				1.0000

#### IV. 결론 및 제언

8) 건강수준에 영향을 주는 인구학적 주요인 분석  
노인들의 신체적, 정신적, 인지적 건강상태와 일상 활동 수행능력에 영향을 미치는 변인들을 파악하기 위하여 제특성들에 대한 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 12>와 같다.

신체적 건강상태에 관한 것으로 교육정도와 성별, 그리고 용돈수준이 유의하게 나타난 변인이었는데, 이 3변수들로써  $R=0.4029$ 로 16.24%의 설명이 가능하였다.

정신적 건강상태에 관하여는 부양형태와 용돈수준이 유의하였으며, 이 두변수들은  $R=0.5128$ 로 26.30%의 설명이 가능하였다.

인지적 건강상태에서 유의하게 나타난 6문항에 대해  $R=0.6122$ 로 37.48%의 설명이 가능하였는데 그중에서 교육정도가 가장 많이 영향을 미치는 것으로 분석되었고, 다음으로 연령, 부양형태, 성별, 흡연, 현직 업무 순으로 관련되는 것으로 나타났다.

ADL수준에 있어서는 연령과 종교가 일상활동 수행능력에 영향을 미치는 유의한 변수로 파악되었는데  $R=0.4377$ 로 19.16%의 설명이 가능하였다.

이상에서 각 영역별 건강수준에 영향을 미치는 요인들을 분석한 결과, 그 설명력이 비교적 낮은 이유는 노인들의 건강상태를 신체적 또는 정신적으로 분리하여 그와 관련된 요인을 단순하게 찾기가 어려우며, 본 연구에서 제시된 인구학적 변수 이외의 다른 변인들에 의한 영향도 있을 것이라 사료된다.

<표 12> 건강수준에 영향을 미치는 요인

변인	B	R	R2	F	P
<b>신체적건강수준</b>					
교육정도	1.3717	0.3092	0.0956	17.9750	.000
성별	-2.6883	0.3639	0.1315	12.9004	.000
용돈수준	1.7163	0.4029	0.1624	10.8551	.000
<b>정신적건강수준</b>					
부양형태	1.4372	0.4303	0.1852	38.6386	.000
용돈수준	1.1616	0.5128	0.2630	30.1505	.000
<b>인지적건강수준</b>					
교육정도	1.3651	0.4126	0.1702	34.8745	.000
연령	-1.4271	0.4780	0.2285	25.0196	.000
부양형태	3.0424	0.5296	0.2804	21.8230	.000
성별	-3.7521	0.5719	0.3271	20.2902	.000
흡연	2.5509	0.5973	0.3568	18.4147	.000
현직업무	-3.2393	0.6122	0.3748	16.4870	.000
<b>ADL 수준</b>					
연령	0.7029	0.4156	0.1727	35.4835	.000
종교	0.1771	0.4377	0.1916	20.0265	.000

본 연구는 노인들이 스스로 인지하고 있는 신체적, 정신적, 인지적 건강수준을 측정하고 이와 관련된 여러 변인들과의 관계를 파악함으로써 노인의 질적 건강생활을 보장하기 위한 간호중재방안을 모색하기 위한 기초연구로 실시되었다.

연구대상으로는 I 시의 일부지역에 거주하는 60세 이상의 노인 172명이었고, 연구에 사용된 도구는 의료·건강학적 관점에 따라 연구자가 기존의 건강사정 도구를 활용하여 신체건강 사정문항 22개, 정신적 건강사정문항 7개, 인지적 건강사정문항 9개 및 ADL수준을 측정하기 위한 10분항등으로 구성하였으며, 직접 면접에 의해 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 SPSS 전산체제로 통계처리하여 백분율, 평균, 표준편차, t-test, Pearson's r, ANOVA, ANCOVA, multiple regression 으로 분석하였다.

분석결과는 다음과 같다.

- 1) 신체적건강상태에서는 감각기계에서 노인들이 시력장애를 가장 많이(60.5%) 호소하였고, 비뇨기계에서는 빈뇨(55.2%), 근골격계에서는 요통과 관절통(각각 73.3%)을, 호흡순환기계에서는 어지럼증(70.3%), 그리고 소화기계에서는 설사나 변비(44.2%) 등을 가장 많이 지각하고 있는 것으로 나타났다.
- 2) 정신적 건강상태에서는 남에게 명령을 받을때 화가 난다고 한 노인들이 가장 많았고(80.2%), 우울감(69.8%)이나 죽고싶은 감정(64.0%)을 느끼는 노인들의 비율도 높았다.
- 3) 인지적건강상태는 평균인지점수가 76.42% 수준으로 비교적 정상수준에 있는 것으로 나타났다.
- 4) ADL수준에 있어서는 저작장애가 59.9%로 가장 많았으며, 일상생활활동에서는 노인들의 대부분이 일상생활을 영위하는데 있어 큰 불편을 느끼지 않는 것으로 나타났다.
- 5) 남자가 여자보다 신체적 건강상태( $p=.000$ ), 인지적 건강상태( $p=.001$ )가 더 좋았고, 60-64세의 노인들에 있어 신체적 건강상태( $p=.007$ )나 인지적 건강상태( $p=.000$ )가 가장 좋은 것으로 지각되었으며, ADL수준은 65-69세에서 가장 높은 것으로 나타나 대체적으로 연령이 증가할수록 신체적, 인지적 건강상태 및 ADL수준은 저하되는 것으로

나타났고( $p<.004$ ), 반면에 정신적 건강상태는 90세 이상에서 가장 높은 것으로 조사되어 연령과 역비례하는 것으로 나타났다( $p=.015$ ). 또한 배우자가 있는 사람이 없는 사람보다 신체적 건강( $p=.000$ )이나 인지적 건강수준( $p=.016$ ), ADL수준( $p=.012$ )이 높은 것으로 나타났고 정신적 건강수준은 배우자가 없는 노인들의 경우 더 높았는데( $p=.000$ ), 이는 본 조사에서 배우자가 없는 사람의 경우 사회복지시설에 거주하면서 종교적인 지지를 많이 받고 있음을 보여주었다.

교육정도에 따라서는 대졸이상의 노인들에 있어 신체적, 인지적건강상태 및 ADL수준이 가장 높게 나타나고, 직업을 가지고 있는 노인들의 경우 신체적, 인지적 건강상태와 ADL수준이 높은 것으로 인지되었으며, 생활비를 독자적으로 해결하고 있는 노인들의 경우 신체적 건강상태가 가장 높았고( $p=.046$ ), 공공기관에 의존하고 있는 노인들의 정신건강수준이 가장 높은 것으로 인지되었는데( $p=.000$ ), 이 결과는 종교의 지지와 관련됨을 볼 수 있었다.

- 6) 신체적, 정신적, 인지적건강상태 및 ADL수준간에는 서로 순상관관계를 보이고 있어 노인의 건강문제는 모든 영역별로 서로 밀접한 관계가 있음을 나타냈다.
- 7) 노인들의 신체적 건강상태에는 교육정도와 성별, 그리고 용돈수준이 유의하게 영향을 미치는 변인들로 파악되었고( $R=.4029$ , 16.24%의 설명력 가짐), 정신적 건강상태는 부양형태와 용돈수준이 유의한 변수들로( $R=.5128$ , 26.30%의 설명력 가짐), 인지적 건강상태는 교육정도, 연령, 부양형태, 성별, 흡연, 현직업무유무가 영향을 주는 변인들로 나타났으며( $R=.6122$ , 37.48%의 설명력 가짐), ADL수준에 대해서는 연령과 종교가 유의한 변인으로( $R=.4377$ , 19.16%의 설명력 가짐) 파악되었다

이상의 결과는 노인들이 지각하고 있는 건강은 신체적, 정신적, 인지적 및 ADL 영역간 밀접한 관계가 있으며, 많은 노인들이 신체적 및 ADL 수준보다 정신적 및 인지적 건강상태에 더욱 좋지않게 지각하고 있음을 보여 준다. 남자는 여자보다 신체적 및 인지적 건강상태가 좋아서 생활하는데에 어려움을 적게 경험하고, 연령이 증가할수록 신체적, 인지적 및 ADL 수준이 저하되나, 신체적 및 정신적 건강 상태

는 65-69세에 급격히 나빠지다가 10-15년간 오히려 높게 유지하는데, 65-84세군의 정신적 건강상태는 연령이 증가할수록 좋게 나타나 80-84세의 연령군이 가장 높은 수준을 보이고 있으며, 노인들의 우울 및 자살 욕구 수준은 높다. 따라서 노인기에 접어드는 연령층에 대해 잘 적응하도록 하는 중재 및 건강한 노인생활관리에 대한 전략이 필요하다고 본다. 또한 공공시설에 수용된 노인이 신체적 건강은 더 낮은 수준임에도 불구하고 정신적, 인지적 건강 상태에서 높게 나타난 점과 이들 시설이 종교기관에서 운영하는 점을 감안한다면, 종교적 지지가 상당한 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다. 따라서 노인들이 시설에 수용된다고 해도 정신적 지지를 충족하여 준다면 오히려 가족제도에서 도움을 받는 것보다도 높은 수준의 노인건강 상태를 유지할 수 있다고 사료되며, 이는 노인들이 그들의 여건에 따라서 어느 장소에 있든지 안정을 제공할 수 있는 정서적이고 정신적인 지지가 노인생활을 보내는데 도움이 된다고 사료된다.

연구자는 연구결과 다음과 같은 연구의 필요성을 제안한다.

- 1) 노인 건강생활에 영향을 주는 요인에 탐색 연구
- 2) 거주 형태별 노인건강 지지 접근방안 모색에 관한 연구
- 3) 초기 노인기에 들어가는 연령층의 적응을 돕는 지지전략 모색에 관한 연구

## 참 고 문 헌

- 동아 프라임 영한사전(1993). 동아출판사.  
 동아 현대활용옥편(1979). 동아출판사.  
 엘리트한영대사전(1994). 시사영어사.  
 Webster's 3rd(1981). New International Dictionary.  
 경제기획원(1985). 한국의 사회지표, 경제기획원.  
 고금자(1987). 노인의 건강지각 및 건강행위와 건강상태와의 상관관계 연구-제주도 노인을 중심으로-. 경희대 간호교육학 전공 석사 논문.  
 구도서(1989). 노령인구의 사회학적 문제, 대한의학협회지, 32(1), 37-41.  
 권순범, 김공현, 김병성, 박형중(1994). 일부 도시지역 노인의 건강관련 실천과 신체활동기능에 관한 연구. 공중보건협회지, 20(2) 3-22.

- 김성순(1990). 노인층에 있어서의 심혈관계질환, 연세대의대학위논문부록, 20-23.
- 김세종(1989). 나이와 면역반응, 연세대의대학위논문부록, 4-13.
- 김시현, 지성애(1985). 노인의 사회적지지와 건강상태와의 관계분석 연구, 중앙의대잡지, 10(1), 123-142.
- 김용선(1992). 노화와 알츠하이머병, Medical Postgraduates, 20(4), 215-223.
- 김진수(1990). 노인층의 중추신경계장애, Medical Postgraduates, 20(4), 15-19.
- 문명상, 우영균(1989). 고령환자의 정형외과적 치료, 대한의학협회지, 32(1), 20-25.
- 박두병, 민병근(1988). 중년과 노년기의 수면장애, 한국의과학, 20(2), 68-79.
- 박상철(1992). 향노화연구의 최근 동향, Medical Postgraduates, 20(4), 224-228.
- 박예숙(1986). 인간의 성장발달과 건강증진, 수문사, 191-196.
- 박종한(1989). 고령환자의 신경정신과적 진료, 대한의학협회지, 32(1), 26-31.
- 보사부통계연보(1993). 보사부, 39호.
- 서병숙(1993). 노인연구. 교문사
- 서순림(1990). 노인의 건강기능상태와 일상활동능력, 경북의대잡지, 31(2), 156-167.
- 심동원(1989). 노화과정, 대한의학협회지, 32(1), 8-13.
- 유동준(1988). 노인병관리와 노화억제, 가정의, 9(1), 20-27.
- 유동준(1990). 노화와 노인병의 개념에 관한 연구, 경희대의논문집, 15(1), 161-166.
- 윤해영(1988). 한국노인의 건강상태에 관한 사회학적 비교분석연구. 경희대학교대학원 박사학위논문.
- 이영자(1989). 한국노인의 건강사정도구 개발에 관한 일 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 이영희(1993). 한국노인의 건강생활양식, 이화대학교 대학원 박사논문.
- 이영희, 김문실, 최영희(1988). 노인의 자아개념 노화에 대한 지각 및 신체노화와의 관계 연구, 간호학회지, 18(3), 269-280.
- 이진우(1990). 노인층에서 비노생식기계 질환, 연세의대 학위논문집부록, 44-49.
- 이호영(1989). 노인의 정신. 사회적문제, 연세의대 학위논문집부록, 33-38.
- 조유향(1988). 노인보건, 현문사, 111-112.
- 조유향(1988). 노인의 신체적, 사회적 능력 장애에 관한 조사 연구, 간호학회지, 18(1), 70-79.
- 전산초, 최영희(1990). 노인간호학, 수문사, 88-131.
- 조승연(1990). 노인들에 있어서의 혈관질환, Medical Postgraduates, 20(4), 24-30.
- 최순남(1982). 가족구조의 변화에 따른 노인문제 발생과 그 대책에 관한 연구, 한국노년학 2, 16-51.
- 최영희, 백영주, 이지숙(1990). 한국노인의 정신. 정서적 건강상태 도구개발과 건강상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 2, 5-29.
- 최영희, 정승은(1991). 한국노인의 신체적건강상태도구개발과 신체적건강상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 3, 70-96.
- 황수관, 백광세(1990). 노화에 따른 체력의 변화, 연세의대학위논문부록, 5-14.
- Blair C. E.(1995). Combining behavior management and mutual goal setting to reduce physical dependency in nursing home residents, N. R., 44(3), 160-165.
- Brink C. A., Wells T. J., Sample C. M., Taillie E., & Mayer R.(1994). A digital test for pelvic muscle strength in women with urinary incontinence, N. R., Nov/Dec, 352-356.
- Craig G. S.(1980). Human development, 2nd ed. Prentice-Hall Inc.
- Havighurst R., & Sacher G.(1981). Prospects of lengthening life and vigor, in Wershow H : Controversial issues in gerontology, New York, Springer. 54-57.
- Hayter J.(1983). Sleep Behaviors of older persons, N. R. , 32(4), 242-246.
- Colling J.(1983). Sleep disturbances in aging, A. N. S., Oct., 36-44.
- Snyder M.(1993). Seminar for Gerontological Nursing, Seoul National University Hospital Nursing Service Department, 36-47.
- Reed P. G.(1983). Implication of the life-span developmental framework for well-being in adulthood and aging, A. N. S., Oct., 18-26.

- Frank P.(1979). A survey of health needs of older adults in Northwest Johnson County, Iowa, N. R., 28(6), 360-364.
- Walker S. N., Vokan K. Sechrist K. R., & Pender N. J.(1988). Health promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns, A. N. S., 1988 : 11(1) : 76-90.
- Carole W. C.(1991). Clinical Gerontological Nursing, 455-489.

- Abstract -

Key Words : The aged · Health level

### A Study on the Health as Perceived by the Aged.

Yang, Koung Hee\* · Jang, Hey Sook\* · Kim, Young Hee\*\*

The purpose of this study was to develop a nursing model for the aged. This study was conducted to measure the physical, psychological and mental health status of the aged and to identify relationships between these health levels and various variables.

The data were collected from 172 aged(over 60 years old) by interviews. The tools used for this study was a structured questionnaire which was developed and revised by the researchers. The tool consisted of 22 items on physical health assessment, 7 items on psychological health assessment, 9 items on mental health assessment and 10 items on an ADL evaluation.

The major results of the study were as follows :

1. In physical health, the aged complained of visual disturbance(60.5%), incontinence of urine(55.2%), back or muscle pain(73.3%), dizziness(70.3%) and diarrhea or constipation(44.2%). In psychological health, most aged people felt anger when they got some order from an other person(80.2%). Also, they had depression(69.8%) and felt like dying(64.0%). The ADL level was mostly normal for daily life.
2. The aged man was more healthy than the aged woman in physical and mental health especially the 60-64 year old group. The physical, mental health and ADL level had a positive correlation with age( $p>.004$ ), but psychological health had a negative correlation with age.
3. The physical, psychological, mental health and ADL level was positively interrelated with each other.
4. The physical, mental health, & ADL level lowered with increasing age. Physical & psychological health worsened rapidly from 65-69 years, but for 10-15 years, their health level was preserved. Psychological health level was high in 80-84.
5. The physical health was affected by educational level, sex and pocket money( $R=.4029$ , 16.24%). The psychological health was affected by the supportive style and pocket money ( $R=.5128$ , 26.30%). And the mental health was affected by education level, age, supportive style, sex and job( $R=.4377$ , 19.16%).

As seen above, we suggest the intervention of the young for the old to cope with their life and to maintain their healthy late adulthood. Also, if they have received psychological support in the institution, they will maintain healthy life condition.

For further studies should be a search for variables that affect aged health, and should contribute to a nursing program better suited for the aged.

\* WonKwang Health College

\*\* A part-time lecturer, WonKwang Health College