

노인의 건강상태 및 간호 요구도 조사

안 해 경*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 세계는 하루가 다른, 경제 성장과 더불어 각종 의료의 발달로 평균 수명이 증가하고 있는 추세이며, 우리 나라도 인구의 고령화 현상이 가속화되고 있다. 1995년 보건 복지부 발표에 의하면 우리 나라 총 인구의 5.7%가 65세 이상이며, 이 추세로 나간다면 2001년에는 7.0%로 증가되어 노령화 시대로 접어들 것으로 추정된다(보건 복지부, 1995).

증가하는 인구의 노령화는 부수적으로 많은 문제점을 동반하여 최근 이에 대한 관심이 고조되고 있다. 특히 노인들은 대부분 노화 현상에 따른 한 가지 이상의 신체적인 문제를 가지고 있으며, 만성 질환의 경우 65세 이상의 노인의 유병율은 전 국민의 평균 유병율보다 1.3-2.2배 가량 높아(김, 1989), 노인 건강 문제가 우선적으로 해결해야 할 과제로 부각되고 있다.

우리 나라 노인들의 의료 이용도에서도 65세 이상의 노인들이 1988년에 비해 1993년에는 전체 진료 건수가 3,321천건 에서 10,067천 건으로 증

가하여 약 3배가 증가하였는데, 이는 연평균 24.8%로서 매우 높은 편이다. 또한 의료비 추이도 1993년도에는 의료보험 진료비의 10.3%를 65세 이상 노인들이 사용한 것으로 나타나, 전체 의료비 상승의 주원인이 되고 있다(문, 1995). 그러므로 이에 대한 대책이 마련되어야 한다.

특히, 노인들의 질병 특성상 대부분 만성 퇴행성 질환으로 그 원인이 확실하지 않고, 질병의 진행과 치료 또한 장기간을 요하며, 치료 효과도 불확실하다. 그러므로 노인 질병은 대부분 증상완화 요법과 일상 생활의 간호에 많은 의존을 하고 있는 실정이다. 일본의 경우 23년 전부터 독립 노인 전문병원이 설립되어, 일상생활의 원조를 중시하는 간호가 이루어지고 있으며, 노인의 질병에만 주목하지 않고, '종합기능평가병동'에서 포괄적으로 치료, 간호하고자 하는 시도가 이루어지고 있으며, 더불어 현재 노인 병원, 노인보건시설, 양로원 등 여러 가지 기능을 갖는 노인시설이 만들어지고 있는 가운데 간호사의 역할이 더욱 확대되고 있다. 더불어 의료비의 신장률 억제 정책으로 국가적인 정책으로 재택간호를 기대하고 있으며, 이를 위한 '개호(介護) 보험'도입을 검토하고 있다(七田惠子, 1995).

* 춘해대학

우리 나라도 오늘날 핵가족화, 도시화 현상, 그리고 여성들의 활발한 사회 진출 등의 현상으로 인하여, 계속 증대하고 있는 고령자의 간호 요구를 가족 등의 사적 지지 체계가 더 이상 대응할 수 없게 되어 방문 간호 및 가정 간호 도입에 대한 요구도가 증가하고 있다.

따라서 노인 간호 요구 대응할 수 있는 국가차원의 시설뿐만 아니라 사회적 지지 체계가 요구되고 있는 시점에서 이러한 사회적 지지 체계를 움직이는 원동력이 되는 간호 인력의 확보가 현재의 시대적 과제라 할 수 있다.

그러나 현재까지 우리 나라 간호학에서 노인 간호의 영역은 성인 간호학의 일부분에 속하여 교육 및 실무에 반영하였고, 단지 최근에 간호 대학을 주축으로 분과되는 추세에 있다. 하지만 이미 미국에서는 20년 전부터 노인 전문 간호사(Gerontological Nurse Practitioner)가 도입되어 시행하고 있고, 여러 보고서에서 노인 건강 문제 특성상 노인 전문 간호사는 만성 혹은 건강한 노인들이 있는 노인 요양원, 노인 병원, 노인 복지관, 주간 노인 보호소(day care center) 등에서 어떤 의료인 보다도 효율적으로 일하고 있다고 나타났다(송, 1995). 그러므로 우리 나라에서도 노인전문 간호사 등의 전문적 노인간호교육 프로그램을 통한 노인들에게 질적 간호가 제공되어야 할 것으로 본다.

그러나 노인을 간호(care)하는 것은 간호사만으로는 불가능하다. 많은 인력들이 서로 협동해 나가지 않으면 효율적인 간호는 불가능하다. 간호 대상자의 요구, 가족이 바라는 요구를 만족시키기 위해 간호사뿐만 아니라 그밖에 가족을 포함하는 간호 제공자, 사회자원 등도 매우 많은 역할이 요구된다. 따라서 이러한 자원들에 대한 포괄적인 사정이 이루어져, 효과적인 간호의 역할 분담을 해야할 것이다. 그리고 이러한 비전문직 간호인력들을 위한 교육프로그램도 개발되어야 할 것이다.

이러한 노인들을 위한 전문간호사와 비전문직 간호인력을 위한 질적간호 프로그램을 개발을 위해서는 선행되어 연구되어야 할 분야가 많다. 현

재 국가차원의 복지정책의 일환 혹은 민간차원의 노인들을 위한 시설에 대한 파악과 더불어, 그 시설에서 근무하고 있는 노인간호 인력의 인구사회학적 특성 및 노인간호에 대한 지식정도와 같은 포괄적인 사정이 필요할 것이다. 그리고 이들 노인간호 인력들이 노인간호를 위한 교육 요구도가 어떠한지, 교육프로그램에 포함될 교육내용에 대한 요구도가 어떠한지도 파악되어야 한다. 그러나 이러한 연구에 앞서 그러한 시설에 수용되어 있거나 시설을 이용하는 노인들의 건강상태, 질병상태 및 건강간호에 대한 어떠한 요구가 있는지에 대한 파악도 선행되어 이루어져야 할 것이다.

이에 본 연구는 노인간호 교육프로그램 개발을 위한 일차적 단계로 재가노인들의 건강상태 및 간호요구도를 파악하고자 시도되었다. 그러나 일반 재가 노인들은 병원을 이용하여 일차적인 건강관리를 하고 있을 것이나 도시 영세지역 노인들의 경우 생활 보호 차원에서 의료가 제공되고 있지만 그 수혜가 광범위하지 않고, 특히 도시영세지역에 거주하는 노인들 중 독거하고 있거나, 극히 생활형편이 어려워 양질의 간호제공을 받지 못하고 있다. 따라서 이들 노인들을 대상으로 연구해보는 것이 의의가 있을 것으로 사료되어 시도되어졌다. 이러한 자료를 토대로 효율적인 노인간호 교육 프로그램이 만들어져 노인들에 대한 질적 간호가 제공될 것으로 기대한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 도시 영세지역의 복지관을 방문하는 노인들의 건강 상태를 조사하여 노인들을 위한 질적간호 프로그램 개발을 위한 기초 자료로 활용하기 위함이며, 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 일 광역시 영세지역에 거주하는 노인들의 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 2) 일 광역시 영세지역에 거주하는 노인들의 질병특성 및 신체 건강 상태를 파악한다.
- 3) 일 광역시 영세지역에 거주하는 노인들의 간호요구도를 파악한다.

II. 문헌 고찰

1. 노인의 건강

인간에게 있어서 노령화가 진행됨에 따라 노화 현상으로 인하여 생리 기능이 저하되어, 사회적 활동력이 감퇴됨으로써 의존성과 종속성이 문제가 제기되고, 따라서 노인들의 부양 문제가 뒤따르지만, 노인 문제 중 가장 심각한 것은 질병이 늘어나고 그 질병이 대개는 만성화되어 노인 문제를 심각하게 만든다. 그런데 노인 질환의 특징은 증상 발현의 시점이나 원인이 확실치 않은 만성질환이 대부분이다(조, 1995;윤, 1988).

실제로 노인들에게 있어서 가장 큰 관심과 걱정거리가 건강 문제이며, 질병 없이 노후를 보내기를 간절히 바라고 있다. 그리고 건강 상태에 따라 자신들의 삶의 만족도도 영향을 받게 된다(Palmore, 1979).

일반적으로 노인의 건강 상태를 평가하는 지표로서 건강에 대한 본인의 자각 정도와, 병리적인 상태 및 신체 기능의 저하로 인한 기능 및 능력의 장애 정도, 또한 만성질환의 유병율 등이 이용되고 있다(조, 1995). 다음은 현재까지 국내에서 이루어진 노인들의 건강 상태와 관련된 연구 결과이다.

한국 갤럽 조사 연구소의 조사(1984)에 의하면 우리나라 노인들의 지각하는 건강 상태도 '건강하다'가 37.6%, '그리 건강하지는 않지만 특별히 아픈데도 없다'가 28.0%, '가끔 아프거나', '매우 아파서 지낸다'가 무려 34%를 차지하여 건강 상태에 문제가 있는 것으로 나타났고, 통계청(1994)의 보고도 노인 자신의 주관적 건강 상태를 전체 43.7%정도에서 나쁘다고 인식하고 있고, 한림 대학 사회의학연구소의 노인의 건강 상태에 관한 연구에 의하면 '건강하다'라고 응답한 노인은 26.8%에 불과한 반면, '허약하다'라고 응답한 노인은 76.3%였다고 보고하였다. 경제기획원의 조사에 의하면(경제기획원, 1990), 노인들의 40.3%가 스스로 건강하지 못하다고 인지하였으며, 노인 단독 세대의 경우 질병이나 장애에 의하여 일상생활활

동(ADL)에 불편을 느끼지 않은 노인은 20.9%에 불과하였고 나머지 79.1%에 해당하는 노인들이 적어도 1가지 이상의 건강 장애를 가지고 있는 것으로 보고되고 있다(이, 1989). 이선자 등의 연구(1985)에서도 신체적 불편 및 질병으로 노인의 반정도가 자신의 건강 상태를 좋지 않게 평가하고 있어 한국 노인의 대부분이 건강에 문제가 있다고 보고 있다.

노인들의 기능장애의 정도에 따른 건강상태 조사를 보면, 우리나라 노인들 중 완전 거동 불가 노인은 2.3%, 거동이 불편하여 생활에 지장을 받고 있는 노인이 3.7%(조, 1987)이고, 또한 일부 농촌 지역 노인들의 수단적 자립능력정도를 조사한 결과에 의하면 남자 노인의 19.2%, 여자 노인 34.6%가 중간 정도, 남자 8.0%, 여자 4.7%에서는 낮은 수단적 자립 능력을 보여(이, 1993) 이들은 노인 간호 대상으로 간주될 수 있다.

또한 노인들의 유병율은 60세 이상의 노인 인구의 58.1%가 한가지 이상의 질환에 이환된 것으로 나타나 다른 연령에 비해 매우 높다(송등, 1993). 이를 질환별로 보면 순환계 질환 이환율이 가장 높은 것으로 나타났으며, 이중 허혈성 심질환, 뇌졸중, 고혈압 등이 많은 비율을 나타나는 것으로 나타났다. 이상과 같이 우리나라 노인들은 지각하는 건강상태 뿐만 아니라 기능장애 정도, 만성질환 이환률을 감안할 때 건강에 문제가 있는 것이 사실이다.

한편, 노인 건강은 노화 과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적, 측면과 정신적 측면, 노후 사회생활에의 적응을 중심으로 하는 사회, 심리적 측면까지 고려해야 한다. 노화에 따른 신체적, 정신·정서적, 사회적, 영적인 변화는 곧 다른 측면의 변화에까지 영향을 미치게 된다(최등, 1992). 즉, 노인에게는 장년기까지 두드러지지 않던 신체적 변화에서부터 사회나 가정에서의 역할의 변화에 따른 심리적 문제 등이 축적되어 고독이나 소외감, 무가치함, 죽음에 대한 공포에 이르기까지 신체적, 정신적, 사회 심리적, 영적인 측면에서 해결해야 할 많은 문제들이 발생된다(Brunner, 1970). 따라서

노인들의 건강 문제는 모든 측면에서의 접근이 필수적이다.

이상과 같이 노인들은 많은 건강문제를 가지고 있다. 따라서 노인들을 간호하기 위해서는 노인들의 건강상태 및 건강요구도를 파악해야 할 것이고, 이를 토대로 개별적이고 질적인 간호가 제공되어야 할 것으로 본다. 한편, 이러한 질적 간호를 제공하기 위해서는 노인을 간호할 전문인력이 필요하며, 이들을 위한 노인간호 교육 프로그램 개발도 이루어져야 할 것으로 본다. 또한 국가 정책 및 민간 차원에서 이러한 양질의 노인간호 전문 인력이 동원된 노인 의료 시설이 마련되어야 할 것이다. 이러한 시설이 효율적으로 운영되기 위해서는 현재 우리나라에서 노인들에게 제공되는 노인 의료 및 복지정책 실태가 어떠한지를 파악하는 것이 의의가 있을 것으로 여겨져, 다음과 같이 노인 의료 및 복지정책에 관해 고찰해보았다.

2. 노인 의료 및 복지 정책

오늘날 과학과 의학의 발달, 가족 구조의 변화 등으로 노령 인구가 증가하고 있으며 특히 노인 단독 세대가 증가하고 있으므로 노령 인구에 대한 의료 및 복지 서비스의 욕구는 날이 높아 가고 있다. 노인 복지 정책은 이러한 정치 사회적 흐름에 따라 계속 확장되어야 할 시점에 있다.

과거 우리 나라의 노인복지정책은 미미한 수준으로, 노인복지문제에 대한 책임 소재는 정부의 역할과 가족의 역할이 서로 미루는 듯한 과도기적 양상을 보여 더욱더 노인 복지 문제를 어렵게 하고 있다. 즉 정부는 노인 의료 및 사회복지 서비스를 가족에게 넘기려 하고, 반면에 가족은 이 책임의 분담을 지지 않으려 하여 노인 부양의 공백 현상을 초래함으로써 민간 기업(silver industry)이 이를 대신하려는 현상이 초래되었다(김 등, 1995). 그러나, 최근 정부의 제7차 5개년 계획에 의하면, 1차적 노인진료기능을 강화하기 위해 보건소에 노인 진료소를 설치하고 노인병 전문 인력 및 가정 간호사 등을 배치하여 방문간호서비스도 제공하도록 하고, 노인 전문 병원의 설립과 중합

병원 내에 노인병동의 설치를 유도하도록 계획하고 있다. 또한, 노인 환자의 퇴원 후 요양을 위한 노인 요양 시설을 증설하고, 노인 전문 진료 요양 시설을 전국 6대 도시에 1개소씩 설치·운영한 후 점차 확대해 나갈 계획이다. 그리고 노인 환자의 가족 부담을 경감시키고 노인의 가족내 통합을 증진하기 위해서 노인종합복지관을 설치·운영하는 것 등을 주요 골자로 하고 있다(방, 1993). 다음은 정부의 노인 복지 정책에 따라 현재 우리나라에서 시행되고 있는 노인과 관련된 의료 복지 사업 실시 현황과 이에 따른 문제점들을 고찰해 보았다.

현재 우리 나라에서 실시되고 있는 노인 보건 의료 사업은 먼저 노인복지법에 의거한 무료 건강 진단 제도를 실시하고 있는데, 이는 65세 이상 노인 중 저소득층 노인만이 수혜대상으로 제한된 수혜대상 뿐만 아니라 추후 건강 관리 대책이 마련되지 않아 문제점이 많은 것으로 나타났다.

두 번째로 재가 노인 사업은 방문간호사업과 재가 노인 복지사업으로 구분할 수 있는데, 방문간호 사업은 1991년부터 보건소에서 생활 보호 대상자와 저소득층 주민을 대상으로 실시되었는데, 현재 보건소의 지역 전담 간호사가 관할 지역내 전체 생활 보호 대상 가정을 방문하여 기초 조사를 실시하여 만성질환자, 조기 퇴원 환자 등 의료 서비스가 필요한 주민에게 방문 간호를 통하여 환자 관리 서비스를 제공하고 있다. 그리고 1993년부터는 간호 협회 주축로 가정 간호 사업을 실시하고 있는데 1995년부터는 저소득층을 포함해서 민간 병원의 의료를 받아 가정간호서비스를 제공하고 있다(조, 1995). 그러나 현재까지 가정간호 제공 숫자체계가 이루어지지 않고 있고, 개인 부담으로 시행되고 있어 저소득층의 간호수가 부담 및 인식 부족으로 효율적인 사업 진행이 이루어지지 않고 있다.

이 이외에도 일부 사회복지관에서 지역 주민을 대상으로 방문 간호를 제공하고 있으나, 복지관은 가정 형편이 극히 어렵거나 부득이한 사정으로 정상적인 생활이 어려운 가정의 노인과 혼자 외로이 생활하는 독거노인세대 또는 거동이 불편한 노인

의 가정을 방문하고 상담을 통하여 문제점을 파악하고 이들 문제를 해소토록 지원하며 자원 봉사자의 연결 및 파견을 실시하여 노인의 안정된 생활을 유지토록 함에 목적이 있다. 그러나 복지관의 운영 목표는 가정 형편이 극히 어렵거나 부득이한 사정으로 정상적인 생활이 어려운 가정의 노인과 혼자 생활하는 독거노인세대 또는 거동이 불편한 노인의 가정을 방문하고 상담을 통하여 이들 문제를 해소하기 위해 지원을 하며 자원 봉사자를 연결 및 파견하여 노인의 안정된 생활을 유지토록 하는데 두고 있으나, 운영 주체가 주로 사회사업 차원에서의 개인 법인체로 이루어져 재정의 많은 어려움을 안고 있어 노인들이 양질의 간호를 제공받기에는 부적절하다.

세 번째로 시설보호 사업으로는 정부는 노인복지법에 근거하여 요양 시설 서비스를 실시하고 있는데 1995년 1월 기준으로 전국에 140개소의 노인 복지시설이 있고, 입소자의 부담 정도에 따라 무료 시설, 실버 시설, 유료 시설로 구분하고, 입소자의 건강 상태에 따라 양로 시설과 요양 시설로 구분하여 운영하고 있다. 이 중 치료 및 간호의 기능을 갖춘 요양 시설이 50개소가 있고, 1995년 기준 6개소의 치매 전문 시설이 개소를 앞두고 있다(조, 1995).

네 번째로 우리 나라의 의료법에는 노인 병원과 노인병과에 대한 규정은 없으나, 현재 일부의 종합병원 부설 노인병 센터에서 노인병 특수 클리닉을 시범적으로 운영하고 있으며, 사회복지 법인 및 사단법인에서 노인을 대상으로 한 노인 병원을 운영하고 있다(서, 1995).

그러나 이상과 같은 시설을 이용하는 노인들은 전체 노인 인구 비율 0.3%로 절대 부족한 실태이며, 기준 있는 시설들의 양호 수준 및 시설의 다양화 등 많은 미비 점이 현재 문제점으로 지적되고 있다(조, 1995). 이외에도 현재 우리 나라의 의료보험법 상 노인들의 질병 특성을 전혀 고려치 않고 의료보험 본인 부담률이 타 연령층과 동일하게 설정되어 있으며, 65세 이상 노인의 의료 보호 수혜범위가 매우 제한되어 있어 의료비에 대한 부담이 가중되고 있음이 지적되고 있다. 또한 가정

내 사회구조의 변화에 따라 노인들을 간호할 인력이 절대 부족하고 아울러 노인 수발과 간호에 대한 가족 부양의 부담이 가중되고 있지만 이에 대한 보완, 대처해 줄 수 있는 관련 제도가 마련되지 못하고 있다(보건사회부, 1991). 따라서 이를 위한 정부의 적극적인 대책이 마련되어야 할 것이며, 보다 나은 노인 의료 복지시설이 마련되어야 할 것이다.

이상과 같이 노인의 건강과 관련된 문헌과 노인들에게 제공되는 현재 우리나라의 노인 의료 및 복지정책을 고찰해 보았다. 결과적으로 노인들에게 질적인 간호를 제공하기 위해서는 문제가 있는 노인들에 대한 면밀한 건강 사정과 더불어, 노인을 간호할 간호인력에 대한 파악 및 이를 토대로 한 노인간호 교육프로그램이 개발되고, 국가 보건정책 및 민간차원의 노인들을 위한 양질의 시설에서 노인 간호 교육을 받은 전문 간호인력들에 의한 질적 간호가 제공되어지길 기대한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

일 광역 시에 영세지역에 거주하는 65세 이상의 노인의 신체적 건강 상태 및 간호요구도를 조사하는 서술적 연구(descriptive research)이다.

2. 연구 도구

본 연구는 문헌을 토대로 연구자에 의해 제작된 구조화 된 질문지를 사용하며, 일반적 특성에 관한 15문항과, 질병 제 특성 3문항, 신체적 건강 상태를 사정하는 20문항, 간호요구도 파악을 위한 46문항으로 구성되어 있다. 질병 제특성에는 입원 경험 횟수, 병원에서 진단 받은 질환 이환 빈도, 질환별 이환율을 조사하였다. 신체적 건강 상태 사정 도구는 최영희·정승은(1991)에 의해 개발된 것을 사용하며 이는 노인 건강 상태를 전반적으로 사정할 수 있는 총 20 문항으로 되어 있다. 이 도구는 최영희·정승은(1991)에 의해 다양한

문헌 고찰과 기존의 사정 도구를 분석하여 한국 노인의 신체적 건강 상태를 전반적으로 사정하기 위해 개발되었다. 이는 정상 노화에 따른 신체 각 기능의 변화를 반영하는 개인 위생 활동 영역(4 문항), 대외 활동 영역(5 문항), 소화기계 관련 능력(5 문항), 성생활 능력(2 문항), 감각 능력(2 문항), 배설 조절 능력(2 문항)의 6개 요인으로 총 20문항의 총화 평점 척도로 구성되어 있으며, 각 문항의 점수는 1점, 3점, 5점으로 평점 하도록 되어 있다. 점수가 높을수록 건강 상태가 좋음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 chronbach's alpha 값이 0.8454인데, 본 연구대상자들을 대상으로한 도구의 신뢰도는 chronbach's alpha 값이 0.8208였다.

간호 요구도 파악을 위한 문항은 기본 간호술에 준하여 연구자가 만든 문항을 사용하였다. 간호요구도를 영역별로, 개인 위생 6문항, 음식과 수분 섭취 5문항, 호흡 7문항, 배설 8문항, 운동과 동작 8문항, 체온 유지 2문항, 상처 간호 2문항, 투약 5문항, 교육 및 상담 3문항을 포함하였다.

3. 연구 대상 및 자료 수집

본 연구의 대상자는 일 광역시 도시 영세 지역에 거주하는 65세 이상의 노인으로서 복지관을 이용하는 의사 소통이 가능하고, 본 연구에 협조하기로 동의한 노인을 대상으로 하였다. 연구 대상지 선정은 부산 시내에 있는 15개의 구에 분산되어 있는 39개의 복지관 중 진료실 간호사를 통해 본 연구의 목적과 취지를 설명하여 복지관 측으로부터 동의를 받은 5개 지역의 복지관과 연구자가 직접 방문하여 동의를 구한 3개 지역의 복지관을 대상 지역으로 하여, 총 연구 대상자 287명을 임의 표집(convenience sampling)하여 선정하였다.

자료 수집은 1, 2차에 걸쳐 이루어졌다. 1차 자료수집은 1996년 2월 25일부터 2월 28일 까지 연구자에 의해 이루어졌는데 3개 지역의 복지관에서 직접 노인들을 면담하여, 설명 및 관찰 수집하였다. 2차 자료 수집은 1996년 10월 1일부터 1996년

11월 30일에 걸쳐 5개 지역의 복지관 간호사에 의해 이루어졌다. 노인들은 대부분 질문지를 직접 읽거나 스스로 기록해 넣기가 힘들다. 그리고 이해력도 떨어져 자료의 수집자가 직접 한 문항, 한 문항 설명해야 한다. 그러므로 2차 자료 수집을 위해 연구자는 1996년 9월 한달 동안 5개 지역 복지관을 방문하여 연구 보조원으로 참여한 간호사에게 질문지를 주어 각 문항에 대해 설명한 후 연구자가 자료 수집에 대한 시범을 보여 훈련을 시켰다. 이렇게 훈련된 간호사들은 해당 복지관을 방문하는 노인을 대상으로 면담 및 관찰을 통해 직접 자료를 수집하였다. 복지관 간호사 및 연구자의 자료 수집 소요 시간은 노인 1인당 20~30분 가량 소요되었다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC+ 프로그램으로 통계 처리하였다. 연구 대상자인 노인들의 인구사회학적 특성 및 질병 제특성을 입원 경험, 질환 이환 유무, 질환별 이환율, 간호 요구도는 빈도와 백분율로 나타내었으며, 신체적 건강상태는 각요인별 평균과 표준편차를 산출하여 비교하였고, 노인의 일반적 특성에 따른 신체적 건강 상태의 차이를 비교를 위해 t-test와 Mann-Whitney U test, ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과 및 논의

1. 연구 대상자의 인구사회학적 특성

연구 대상자들의 일반적 특성은 <표 1>에 제시한 것과 같다.

성별로 살펴보면 여자 노인이 208명(72.4%), 남자 노인이 79명(27.6%)으로 여자 노인이 남자 노인에 비해 많은 것으로 나타났다. 본 연구 대상자가 복지관을 방문하는 노인 이었으므로 이는 복지관을 여자 노인들이 더욱 많이 이용한다는 것으로 볼 수 있다. 연령별로는 65-69세에 속하는 노인이 79명(27.7%)이었고, 70-74세의 노인들은

101명(35.1%)로 가장 많았으며, 75-79세는 64명(22.3%), 그리고 80-84세 노인이 34명(11.8%), 85세 이상이 9명(3.1%)으로 나타나 고령화 사회로의 진입을 입증해 주었다.

결혼 상태를 보면 사별한 노인이 180명(62.7%)으로 대부분을 차지하였으며, 그 외 배우자와 함께 사는 노인이 100명(34.8%), 이혼 또는 별거 7명(2.4%)과 같은 순으로 나타났다. 배우자의 죽음은 일상적인 스트레스 생활 사건 중 가장 심각한 스트레스이며 특히 노인기의 사별은 여성들의 경우 경제적 상실까지 동반되어 심각한 문제를 초래한다. 따라서 사별한 노인을 위한 구체적인 간호 중재가 필요하다고 생각된다.

종교에 있어서는 불교를 믿는 노인이 전체의 144명(50.1%)으로 가장 많았으며, 다음으로 기독교가 52명(18.1%), 천주교가 27명(9.4%), 그리고 기타 및 종교를 가지고 있지 않은 노인들이 8(2.8%), 56명(19.5%)이었다.

교육 정도는 무학이 전체의 169명(58.8%)을 차지하여 이들 중 글을 모르는 노인들도 대부분으로 나타났다.

가족 상태는 자녀, 손자녀와 같이 사는 노인이 156명(54.4%)을 차지하여 이는 신재신 등(1996), 최영희 등(1991)의 연구와도 일치하는 것으로 우리 나라에서는 핵가족화 되었지만 아직까지는 노부모를 자녀가 모시는 경우가 많은 것을 볼 수 있었다. 그러나 이들 중 일부는 손자, 손녀들을 돌보거나, 장애자인 자녀를 돌보는 노인들이 많고, 또한 맞벌이 부부의 경우 집을 돌보는 역할을 노인들이 맡고 있어 또다른 가족 구조를 확인할 수 있었다. 이에 반해 혼자 사는 노인이 46명(16.0%), 노부부만 사는 노인 81명(28.2%)이나 되어 이들 노인들에 대한 적절한 간호가 제공되어야 할 것으로 여겨졌다. 이들 중 신병이 있어, 돌봐 줄 가족의 부재로 고통스러워했고, 배우자가 있어도 고령의 배우자로 효과적인 간호 제공에 문제가 있었다.

월수입으로는 10만원 미만인 122명(42.5%), 50만원 미만인 127(44.3%)을 차지하여 대부분의 노인들이 궁핍한 생활을 하고 있는 것으로 나타났

다. 또한 주거 상태도 셋방 및 임대로 사는 노인들이 206명(71.8)을 차지하여 이들의 궁핍한 생활을 반영한 결과로 여겨진다. 또한 생활비 부담은 자신이 부담하는 경우가 20명(7.0%)밖에 되지 않고, 자녀에 의존하는 경우 99명(34.5%), 정부 보조가 85명(29.6%)으로 대부분을 차지하고 있어 노인들의 생계는 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구의 대상지가 복지관으로 복지관은 대부분 도시 영세 지역에 위치하고 있어 이들 재가 노인들의 대부분은 일을 하길 원하지만 노령으로 인해 직장을 잃거나 취업 기회를 박탈당하여 국고 보조금 혹은 자녀가 주는 용돈에 의존하기 때문인 것으로 풀이된다. 즉, 아무런 직업을 가지지 못한 경우가 264명(92.0%)으로 전체 대상자의 대부분을 차지하였다.

노인들이 가지고 있는 질병 제특성에 앞서 노인들이 자기의 지각하는 건강 상태에 대한 질문에서는 '나쁘다'라고 응답한 노인이 186명(64.8%)으로 대부분이었고, '보통이다'도 79명(27.5%)이며, 건강하다고 응답한 노인이 20명(7%)밖에 되지 않아 자신의 건강에 대한 긍정적인 신념을 가지고 있지 않음을 알 수 있었다. 이는 한국 께럽조사(1984), 한림대 연구(1985), 및 허등(1985), 최등(1991), 통계청(1994), 신 등(1996)의 연구 결과와 일치하는 것으로, 대부분의 노인들이 자신들의 건강에 문제가 있다고 보고하였다. 이러한 결과는 노인들의 주관적인 건강 상태에 그치는 것이 아니라 <표 2> 질환 이환 빈도 및 백분율, <표 3>의 입원 경험 횟수, <표 4> 질병 제특성에서 나타난바와 같이 객관적으로도 나타나 노인들의 건강상태 파악에 지각하는 건강상태가 적절한 지표임을 알 수 있게 했고, 간호 제공자들은 노인들의 주관적인 증상 호소에 대해 더 많은 관심과 고려가 있어야 할 것으로 본다.

2. 연구 대상자의 질병 제특성

대상자중 현재 앓고 있는 질병이 있느냐는 질문에는 대상자 73.6%인 211명이 '질병이 있다', 24.7%인 71명이 '질병이 없다'에 대답하였다.<<표 2>

<표 1> 대상자의 인구사회학적 특성

특 성	구 분	빈도(백분율 %)
성별	남	79(27.6)
	여	208(72.4)
연령	65-69	79(27.7)
	70-74	101(35.1)
	75-79	64(22.3)
	80-84	34(11.8)
	85 이상	9(3.1)
결혼 상태	독신	0(0)
	유배우자	100(34.8)
	사별	180(62.7)
	이혼 또는 별거	7(2.4)
종교	불교	144(50.1)
	기독교	52(18.1)
	천주교	27(9.4)
	무교	56(19.5)
	기타	8(2.8)
교육정도	무학	169(58.8)
	국졸	81(28.2)
	중졸	33(11.5)
	고졸 이상	4(1.4)
가족상태	혼자 산다	46(16.0)
	노부부만 산다	81(28.2)
	자녀, 손자녀와 산다	156(54.4)
	무응답	4(1.4)
가족 총월수입	10만원 미만	122(42.5)
	10-50만원	127(44.3)
	50-100만원	3(1.0)
	100-200만원	5(1.7)
	무응답	3(1.0)
직업	무	264(92.0)
	유	21(7.3)
	무응답	2(0.7)
주거상태	자가	76(26.5)
	셋방 및 임대	206(71.8)
	무응답	5(1.7)
생활비 부담	자신	20(7.0)
	자신과 자녀	39(13.6)
	자녀	99(34.5)
	정부보조	85(29.6)
	배우자	4(1.4)
	기타	40(14.1)
지각하는 건강상태	나쁘다	186(64.8)
	보통이다	79(27.5)
	건강하다	20(7.0)
	무응답	2(0.7)
계		287(100.0)

참조).

또한 대상자 중 현재 자신이 가지고 있는 질병으로 인해 입원을 해본 적이 있느냐는 질문에 노인이 81명(28.2%)이 입원한 경험이 없다고 응답하였고, 1회 입원한 노인이 91명(31.7%)으로 가장 많았고, 그밖에 2회가 56명(19.5%), 3회가 40명(13.9%)이며, 4회 이상도 14명(4.8%)나 되어 많은 노인들이 자신들의 질병으로 인해 입원한 경험이 있는 것으로 나타났다(<표3> 참조).

<표 2> 질환 이환 빈도 및 백분율

질병 유무	빈도(백분율 %)
무	71(24.7)
유	211(73.6)
무응답	5(1.7)

<표 3> 입원 경험 횟수

입원 경험 횟수	빈도(백분율 %)
없다	81(28.2)
1회	91(31.7)
2회	56(19.5)
3회	40(13.9)
4회	9(3.1)
5회	4(1.4)
6회	1(0.3)
무응답	5(1.7)

다음 <표 4>는 질병이 있는 대상자들의 질환별 이환율에 대한 것이다. 대상자에게 병원에서 전문 의사의 진단을 받은 것만 응답하도록 하였는데, 이 자료에는 보건소에서 진단 받은 것도 포함되어 있다.

<표 4>에서 본 연구 대상 노인들 중 가장 많이 이환된 질환으로 고혈압 및 순환계 질환 23.7%, 18.1%로 나타나, 우리 나라 노인의 사망 원인 중 가장 높은 비율인 42.7%를 차지하는 순환계 질환임(통계청, 1994)을 뒷받침하는 자료로 여겨진다. 본 연구 대상자의 만성 질환 이환율이 한경자 외(1994), 박연환 등(1995)의 결과에 비해 높게 나타났다. 특히 고혈압의 경우 박연환 등(1995)는 전체 대상자의 19.68%, 한경자 등(1994)의 경우

19.67%에 비해 본 연구에서는 23.7%가, 당뇨의 경우 박연환 외(1995), 한경자 외(1994) 모두 6.4%에 비해 본 연구 대상자의 11.1%가 이환된 것으로 나타나 다소 차이가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과가 나온 것은 먼저 본 연구 대상자들의 연령중 80세 이상이 27.6%에 반해, 박연환 등(1995)는 12.47%여서 연령의 고령화로 인한 결과로 여겨지며, 또다른 이유로는 본 연구 대상자들의 응답에서 보건소에서 진료 받은 결과까지 포함되어 있고, 본 연구 대상자들의 29.6%가 국가 보조금에 의존하여 생활하고 있으며, 또한 대부분이 영세 지역 주민으로서 국가 의료 보호 혜택을 받고 있어 효과적인 질병 치료 및 관리는 이루어지지 않는다고 있지만 자신들의 질병에 대한 진단은 받고 있는 것과 관련된 결과로 본다. 이 결과를 통해서도 노인들의 질병은 대부분이 만성 질환임을 알 수 있었다.

이러한 결과는 앞의 <표 2>에서 볼 수 있었듯이 본 연구대상자들은 1회 이상의 병원에 입원한 경험 비율이 전체 대상자의 73.5%나 되어 부합되는 자료임을 알 수 있었다.

<표 4> 질환별 이환율

질환 구분	있다(%)	없다(%)
뇌졸중 및 뇌혈관 장애	17(5.8)	268(93.5)
안질환	27(9.4)	260(90.6)
고혈압	68(23.7)	219(76.3)
순환계질환	52(18.1)	235(81.9)
폐질환	28(9.8)	259(90.2)
간담도 질환	36(12.5)	251(87.5)
위장질환	49(17.1)	238(82.9)
당뇨병	32(11.1)	255(88.9)
근골격계질환	37(12.9)	250(87.1)
부인과 질환	3(1.0)	284(99.0)
신장질환	6(2.0)	281(97.9)
기타	9(3.0)	

3. 노인의 신체적 건강상태

1) 요인별 신체적 건강상태

본 연구 대상자의 건강 상태를 요인 분석한 결과 추출된 요인별 평균 점수와 표준편차를 살펴보면 <표 5>와 같다.

전체 대상자의 신체적 건강상태는 평균 점수(표준편차) 3.649(±0.528)로 최대치 5.0에서 중앙값 3.0 보다는 다소 높은 것으로 나타났다. 이는 일반 가정의 재가 노인을 대상으로 한 최영희·정성은(1991)의 4.054 보다는 약간 낮은 것으로 나타났다.

이는 본 연구의 대상자들은 복지관을 방문하는 노인들이었고, 최영희 외(1991)의 연구는 일반 재가 노인들을 방문하여 검사한 결과로 복지관을 방문하는 노인들의 신체적 건강 상태가 일반 노인보다 떨어지는 것으로 나타났다. 이는 노인의 건강에 영향을 주는 요인 중의 하나인 사회적지지 체계인 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들에 의해 주어지는 여러 가지 형태의 도움과 원조(Cohen, 1985 ; Norbeck, 1981)가 부족한 본 연구 대상자들의 경우 당연한 사실로 받아들여진다. 본 연구 대상자의 44.2%가 독거 혹은 노부부만 살고 있고, 자녀나 손자와 살고 있는 노인들 중에서도 인구사회학적 특성에서 밝힌 바대로 장애인 자녀 혹은 소녀, 소년 가장과 함께 살고 있는 도시 영세 지역의 노인들이기 때문이다. 이는 Kaplan(1977)이 보고한 이웃과 고립된 사람들, 소수 민족 또는 가족이나 친구와 같은 친밀한 사회집단이 없는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 유병율이 더 높다는 사실과도 관련이 있다.

그러나 이 결과는 본 연구 대상자들의 질환 이환률 73.6%에 비해 비교적 신체적 건강 상태가 좋은 것으로 나타났는데 이는 본 연구에 이용된 신체건강상태 측정 도구의 문항이 주로 일상활동 능력과 소화기계, 감각 능력, 배설조절능력 등을 3가지 척도에 표하는 것으로 대부분의 노인들이 질병은 있어도 일상생활의 영위에는 많은 지장을 느끼지 않고 적응해 나가는 것으로 보여져 전체적으로 높게 나타난 것으로 여겨진다.

신체적 건강 상태 중에서도 개인위생활동능력은 4.612로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 배설 조절 능력 4.491, 감각 능력은 4.369, 대외 활동 능력은 3.675, 소화 기계 관련 능력은 3.331의 순으로 나타났다. 이로서 본 연구의 대상 노인들은 일상생활에는 많은 장애를 느끼지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 노인의 신체적 건강 상태

항목 요인(항목수)	항 목	평 균	표준 편차	요인별 평균	표준 편차
개인위생 활동능력(4)	세수	4.748	0.706	4.612	±0.746
	목욕	4.470	1.016		
	손톱, 발톱 깎기	4.505	1.093		
	의복 착용	4.707	0.783		
대의 활동 능력(5)	대중교통, 수단이용	3.920	1.270	3.675	±0.974
	바깥일 보기	3.934	1.446		
	라디오, 전화사용	4.317	1.232		
	책, 신문보기	3.021	1.549		
	여가활동	3.178	1.659		
소화기계 관련능력(5)	저작	3.446	1.120	3.331	±0.852
	소화	3.622	1.368		
	변비	3.509	1.450		
	손발떨림, 저림	2.874	1.593		
	습차는 것	3.195	1.130		
성생활능력(2)	성욕	1.356	0.786	1.425	±0.760
	성관계	1.493	0.919		
감각능력(2)	음식의 맛	4.338	1.144	4.369	±0.925
	음식의 냄새	4.369	0.925		
배설조절능력(2)	실금	4.331	1.057	4.491	±0.831
	실변	4.652	0.895		

그러나 이에 반해 성생활 능력은 1.425로 아주 낮은 점수를 나타내었는데 여자 노인의 경우 거론하는 것을 아주 꺼려하는 태도나 수줍어하며 긍정도 부정도 아닌 모른다는 응답을 하며 재차 질문에 부정으로 응답하는 우리 나라의 문화적 특성도 반영된 것으로 본다. 그러나 대상자 중 80세 여성 노인 한 명은 배우자가 82세 인데 아주 솔직하게 현재까지 성생활에는 지장이 없으며, 한 달에 한 번 정도는 성생활을 하고 있다고 대답하여, 후기 노인들의 경우도 성과 관련된 개방적인 관리가 되어야 할 것으로 여겨졌다. 이러한 요인별 점수 순위는 최영희 등(1991)의 한국 노인의 신체적 건강 상태를 본 결과와 일치하였다.

2) 일반적 특성에 따른 노인의 신체적 건강 상태 대상자의 일반적인 특성에 따른 신체적 건강 상태를 비교 분석한 결과는 다음 〈표 6〉과 같다. 신체적 건강 상태와 유의한 관계가 있는 일반적 특성에는 성별, 결혼 상태, 종교, 교육 정도, 가족 상태, 주거 상태, 생활비 부담, 지각하는 건

강 상태, 용돈 상태 등의 변수들로 나타났다.

성별에 따른 신체적 건강 상태를 살펴보기 위해 먼저 본 연구 대상자들의 성별 분포에서 남자 노인이 79명으로 전체 27.6%이며, 여성노인의 경우 208명으로 72.4%로 차이를 보여 Mann-Whitney U test에 의해 차이검정을 한 결과 남자 노인과 여자 노인의 신체적 건강 상태가 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p=0.001$), 구체적 인 내용으로는 대의 활동 능력($p=0.007$), 소화기계 관련 능력($p=0.033$), 성생활 능력($p=0.000$)에서 유의한 차이를 보였다. 이는 선행 연구(최 등, 1991)의 연구 결과와 일치한다. 특히 성생활 능력에서는 남자 노인이 평균 1.870, 여자 노인이 1.251로 나타나 여성 노인의 경우 적극적인 응답을 하지 않은 것으로 나타났다.

연령에 따라서는 개인 위생 활동 능력($p=0.021$), 대의 활동 능력($p=0.010$), 감각 능력($p=0.041$)에서만 유의한 차이를 보였고 전체 신체적 건강 상태에는 유의한 차를 보이지 않았다. 이는 일반적으로 생물학적 연령과 신체적 건강

<표 6> 노인의 일반적 특성에 따른 신체적 건강상태

일반적 특성	구분	개인위생활동능력				대의활동능력				소화기계관련능력			
		Mean±S.D.	U or F	p		Mean±S.D.	U or F	p		Mean±S.D.	U or F	p	
성별	남	4.577±0.806	8066.0	0.999	4.003±0.812	5879.0	0.007*	3.522±0.734	6795.0	0.0334*			
	여	4.623±0.724			3.547±1.006			3.262±0.886					
연령	65-69	4.380±0.931			3.714±1.030			3.292±0.799					
	70-74	4.742±0.546			3.932±0.877			3.400±0.773					
	75-79	4.695±0.588	2.946	0.021*	3.492±0.881	4.734	0.010*	3.281±0.898	0.291	0.884			
	80-84	4.603±0.983			3.365±1.103			3.341±1.153					
	85이상	4.611±0.417			2.911±0.794			3.222±0.604					
결혼상태	유배우자	4.757±0.527			3.984±0.950			3.508±0.734					
	사별	4.542±0.820	3.144	0.045*	3.513±1.006	8.433	0.000*	3.229±0.891	3.512	0.031*			
	이혼 또는 별거	4.357±1.107			3.286±0.790			3.400±1.106					
종교	불교	4.778±0.651			3.800±0.923			3.346±0.897					
	기독교	4.644±0.572			3.708±0.998			3.385±0.834					
	천주교	4.426±0.689	6.283	0.000*	3.370±1.158	2.028	0.091	3.267±0.815	0.769	0.546			
	무교	4.232±0.963			3.451±1.059			3.207±0.763					
	기타	4.688±0.884			3.800±0.800			3.700±0.901					
교육정도	무학	4.631±0.731			3.478±0.928			3.211±0.896					
	국졸	4.512±0.873	0.899	0.442	3.861±1.083	7.519	0.000*	3.440±0.804	4.114	0.007*			
	중졸	4.719±0.457			4.224±0.600			3.703±0.609					
	고졸이상	4.875±0.250			3.200±0.400			2.900±0.852					
가족상태	혼자산다	4.322±0.936			3.124±0.960			3.183±0.821					
	노부부만 산다	4.784±0.481	5.694	0.004*	4.022±0.839	13.468	0.000*	3.484±0.886	2.299	0.102			
	자녀·손자녀와 산다	4.599±0.782			3.660±0.971			3.278±0.072					
가족 총수입 (월)	10만원 미만	4.690±0.650			3.570±1.008			3.337±0.810					
	10-50만원	4.598±0.804			3.838±0.911			3.309±0.802					
	50-100만원	4.296±0.858	1.985	0.097	3.356±1.025	2.267	0.062	3.185±1.098	2.315	0.058			
	100-200만원	5.000±0.000			3.933±0.924			4.733±0.231					
	기타	4.300±0.758			3.200±1.244			3.480±1.453					
직업	무	4.609±0.755	0.060	0.952	3.650±0.975	0.850	0.397	3.323±0.833	0.000	0.997			
	유	4.619±0.687			3.838±0.987			3.324±1.055					
지각하는 건강상태	나쁘다	4.516±0.817			3.431±0.980			3.110±0.859					
	보통이다	4.747±0.614	4.674	0.010*	4.034±0.819	18.612	0.000*	3.654±0.667	22.004	0.000*			
	건강하다	4.925±0.183			4.400±0.602			4.060±0.626					
주거상태	자가	4.717±0.642	1.73	0.085	4.072±0.985	4.34	0.000*	3.621±0.623	3.710	0.000*			
	셋방 및 임대	4.566±0.464			3.517±1.031			3.206±0.746					
생활비 부담	자신	4.800±0.410			4.040±0.835			3.720±0.9940					
	자신과 자녀	4.333±1.120			3.851±0.817			3.256±0.665					
	정보보조	4.672±0.655	2.039	0.073	3.638±1.067	2.241	0.051	3.295±0.827	1.164	0.327			
	배우자	4.543±0.786			3.425±0.974			3.259±0.937					
	기타	4.500±0.707			3.800±0.730			3.600±0.516					
무응답	4.775±0.542			3.865±0.856			3.390±0.833						

*p<0.05

〈표 6〉 계속

일반적 특성	구분	성생활능력		감각능력		배설조절능력		Total	
		Mean±S.D.	U or F p	Mean±S.D.	U or F p	Mean±S.D.	U or F p	Mean±S.D.	U or F p
성별	남	1.870±0.978	4926.5 0.000*	4.468±0.814	7721.0 0.399	4.595±0.793	7346.0 0.111	3.832±0.512	5492.0 0.001*
	여	1.251±0.571		4.338±0.961		4.454±0.846		3.577±0.519	
연령	65-69	1.434±0.822		4.570±0.779		4.342±0.875		3.621±0.545	
	70-74	1.553±0.838		4.160±0.982		4.560±0.845		3.714±0.490	
	75-79	1.282±0.591	1.441 0.221	4.484±0.908	2.522 0.041*	4.656±0.623	1.745 0.143	3.664±0.512	1.040 0.387
	80-84	1.364±0.699		4.324±1.036		4.441±0.960		3.566±0.646	
	85이상	1.222±0.441		4.333±0.866		4.222±0.833		3.420±0.321	
결혼 상태	유배우자	1.781±0.954		4.430±0.820		4.640±0.689		3.850±0.444	
사별 이혼 또는 별거	사별	1.231±0.548	18.289 0.000*	4.333±0.980	0.364 0.695	4.406±0.895	2.618 0.075	3.539±0.545	11.493 0.000*
	이혼 또는 별거	1.286±0.488		4.429±0.976		4.571±0.787		3.555±0.390	
종교	불교	1.459±0.799		4.476±0.768		4.615±0.750		3.752±0.465	
	기독교	1.451±0.730		4.404±0.891		4.615±0.599		3.706±0.480	
	천주교	1.269±0.604	0.594 0.667	4.000±1.359	2.240 0.65	4.259±0.859	4.749 0.001*	3.430±0.612	5.167 0.000*
	무교	1.427±0.796		4.196±1.052		4.125±1.080		3.433±0.601	
	기타	1.143±0.378		4.625±0.744		4.750±0.707		3.764±0.428	
교육 정도	무학	1.253±0.588		4.274±1.007		4.405±0.870		3.545±0.516	
국졸 중졸 고졸이상	국졸	1.582±0.900	9.059 0.000*	4.519±0.776	2.040 0.109	4.593±0.738	1.475 0.222	3.746±0.555	6.050 0.000*
	중졸	1.933±0.907		4.455±0.794		4.636±0.869		3.933±0.396	
	고졸이상	1.500±0.577		5.000±0.0 0		4.750±0.500		3.704±0.177	
가족 상태	혼자산다	1.114±0.321		4.283±1.026		4.370±0.903		3.391±0.489	
	노부부만 산다 자녀·손자녀와 산다	1.769±0.882	13.658 0.000*	4.444±0.791	0.475 0.622	4.679±0.704	3.004 0.051*	3.864±0.438	12.958 0.000*
가족 총수입 (월)	10만원 미만	1.496±0.779		4.393±0.905		4.475±0.893		3.655±0.523	
	10-50만원	1.377±0.753		4.339±0.902		4.575±0.719		3.674±0.507	
	50-100만원	1.407±0.797	0.693 0.597	4.556±0.934	0.961 0.429	4.148±0.989	2.218 0.067	3.503±0.580	1.125 0.345
	100-200만원	1.333±0.577		3.667±1.155		5.000±0.000		3.944±0.481	
	기타	1.000±0.000		4.000±1.732		4.000±1.000		3.350±0.994	
직업	무	1.432±0.767	0.850 0.398	4.378±0.909	0.440 0.659	4.473±0.833	0.770 0.443	3.643±0.517	0.160 0.875
	유	1.286±0.644		4.286±1.056		4.619±0.865		3.662±0.623	
지각하 나쁘다 건강보 통이다 상태	건강하다	1.300±0.677		4.307±0.985		4.425±0.816		3.510±0.506	
	건강보통이다	1.657±0.815	8.594 0.000*	4.380±0.837	3.166 0.044*	4.570±0.721	1.916 0.149	3.858±0.473	23.302 0.000*
주거 상태	자가	1.720±0.912	3.630 0.000*	4.671±0.744	3.870 0.000*	4.711±0.687	3.140 0.002*	3.912±0.429	5.950 0.000*
	셋방 및 임대	1.307±1.001		4.257±1.006		4.398±0.723		3.538±0.527	
생활비 부담	자신	1.737±0.872		4.600±0.598		4.750±0.639		3.925±0.513	
	자신과 자녀	1.278±0.615		4.308±0.863		4.539±0.822		3.591±0.459	
	정보보조	1.480±0.828	2.657 0.023*	4.455±0.907	1.285 0.270*	4.424±0.870	1.011 0.412	3.662±0.526	2.480 0.032
	배우자	1.253±0.592		4.293±1.024		4.415±0.929		3.529±0.545	
	기타 무응답	1.500±1.000		5.000±0.000		5.000±0.000		3.900±0.411	
	1.677±0.878		4.175±0.984		4.550±0.639		3.756±0.522		

* p<0.05

상태가 관련이 있다는 사실과는 일치하지 않는 것으로 나타났는데, 이는 노화의 경우 연령보다는 개개인의 사회 문화적, 환경적 차이에서 설명되어야 한다는 것을 뒷받침해 준다. 또한 성생활의 경우 생물학적 연령과 밀접한 관계가 있음이 밝혀졌는데도 우리 나라의 노인들의 성생활에 대해서는 문화적 금기 사항으로 여겨 밝히기를 꺼리고 특히 여성의 경우 더욱 그러한 경향이 뚜렷하여, 노인들을 위한 적절한 성관리가 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

결혼 상태에 따라 신체적 건강 상태는 유의한 차이가 있었으며($p=0.000$), 배우자가 있는 경우가 더 건강 상태가 좋았으며, 요인별로는 개인 위생 활동 능력($p=0.045$), 대외 활동 능력($p=0.000$)과 소화 기계($p=0.031$), 성생활 능력($p=0.000$)에서 유의한 차이를 보였다. 종교도 노인의 신체적 건강 상태에 영향을 미치며($p=0.001$), 요인별로는 개인 위생 활동 능력($p=0.000$), 배설 조절 능력($p=0.001$)에서 유의한 차이를 보였다.

교육 정도는 신체적 건강 상태와 유의한 차이($p=0.020$)를 나타내었다. 특히 대외 활동 능력($p=0.000$), 소화 기계($p=0.007$), 성생활 능력($p=0.000$) 면에서 유의한 차이를 나타냈다. 이는 본 연구와 같은 도구를 이용하여 시행한 최영희 등(1991)의 결과 교육 정도가 높을수록 신체적 건강 상태가 좋다는 결과와 일치하는데 이는 우리나라의 경우 본 연구 대상자들의 연령에서는 경제적으로 허락하는 경우에만 교육의 혜택이 돌아가는 시대를 살아와 이는 경제 수준과 관련이 있는 것으로 여겨진다.

가족 상태에 따라서도 유의한 차이($p=0.220$)를 보였는데, 이는 최영희 외(1991)는 노인의 신체적 건강 상태 유지에 영향력 있는 사람이 배우자, 자녀, 손 자녀 순으로 나타나 가족들 특히 배우자의 지지가 건강 상태에 많은 영향이 있는 것으로 보고하여 노인들의 건강이 가족과 밀접한 관련이 있다는 것을 나타내서 보여준다. 이는 배우자나 의존할 자녀가 없어 독거하거나 양로원 등의 시설에 수용되어 있는 노인들의 신체적 건강에 특별한 관심을 가져야 함을 확인하는 결과이며 또한

이들은 신체적 건강뿐만 아니라 외로움, 빈곤에 따른 불안, 우울 등 사회 심리적 문제까지 있어 (Vogal, 1982) 독거노인, 시설에 수용되어 있는 노인들에 대한 적절한 관리가 이루어져야 할 것으로 여겨진다.

주거 상태도 노인의 신체적 건강에 유의한 차이($p=0.000$)를 보였는데 이는 경제 수준과 관련 있는 것으로 보인다. 그러나 본 연구 결과 가족의 월 총수입에 따른 신체적 건강 상태는 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 본 연구 대상자가 노인들이어서 가족 전체의 월수입에 대한 정확한 정보가 없고, 게다가 대부분 저소득층이며, 국가 보조로 생활하고 있는 노인들도 많아 이러한 결과를 가져온 것으로 보인다.

생활비 부담 형태는 신체적 건강상태와 유의한 차이를 보였으나($p=0.032$), 생활비 자체가 극히 적고, 국고의 보조금에 의존하고 있는 실정인어서, 이 결과를 정확한 자료로 해석하기에는 신중을 기해야 할 것으로 본다.

자신이 지각하는 건강 상태는 실제의 신체적 건강 상태에 유의한 차이를 보였는데($p=0.000$), 특히 배설 조절 능력을 제외한 개인 위생($p=0.010$), 대외 활동 능력($p=0.000$), 소화 기계 관련 능력($p=0.000$), 성생활 능력($p=0.000$), 감각 능력($p=0.044$) 면 모두에서 유의한 결과를 나타내 보였다. 이는 노인 기에 가장 근심이나 걱정거리가 자신의 건강 상태이므로(경제기획원, 1990) 그만큼 노인들은 자신의 건강에 민감하여, 실제로 자신이 인지하는 것과 건강 상태가 일치하는 것일 것이다.

4. 노인들의 간호 요구도 조사

다음 <표 7>은 노인들의 간호 요구도를 기본간호술에 근거하여 영역별로 조사한 내용이다.

본 연구 대상 노인들의 간호 요구도 중 가장 많은 비율을 차지하는 것은 '정신적지지 및 보살핌'으로 213명(74.2%)의 요구가 있었다. 이는 본 연구 대상자들의 인구사회학적 특성에서도 밝혔듯이 16%가 독거 노인이며, 28.2%가 노부부만 살고 있

고 그 외 많은 대상자가 장애자인 자녀나 손자들과 살고 있어 그들의 정신적지지 및 보살핌에 대한 요구가 가장 높게 나온 것으로 본다. 안(1997)의 연구에서 노인들은 오늘날 핵가족화 되면서 홀로 독거하는 노인들이 증가하고 있는 실정에서 현재 삶이 홀로 외롭고, 또한편 죽음까지 홀로 맞이하지 않을 까 하는 두려움까지 가지고 있다고 보고하였고 그밖에 많은 연구에서 노인들은 외로움, 고독감, 소외감, 무력감 등의 정신, 심리적인 문제들을 가지고 있어 이에 대한 지지가 절실할 것으로 본다(Brunner ; 1970). 이에 노인의 간호 제공자들은 이를 고려하여야 할 것이다.

다음으로 물리요법에 대한 요구가 73.2%로 나왔고, 관절운동도 61.0%의 요구도를 보여 노인들은 근관절 문제에 대한 간호요구도가 높은 것으로 나타났다. 그러나 이는 <표 5> 질환별 이환율에서는 현재 근골격계 질환에 이환된 노인이 12.9%로 나와 질환 이환에 따른 결과로는 볼 수 없었다. 이러한 결과는 노인들의 경우 근골격계 질환이라는 정확한 진단은 받지 않아도 대부분이 근골격계의 불편감을 호소하는 것에 기인된 결과로 보인다. 그러므로 노인들을 대상으로한 근골격계 간호가 좀더 체계적이고 전문적으로 이루어져야 할 것이다.

그밖에 질병과 관련된 섭생에 대한 교육 요구도도 64.8%로 높게 나타나 노인 간호에 있어서 노인들을 대상으로 질병과 관련한 교육 프로그램 개발이 필요할 것으로 여긴다.

또 투약과 관련하여 구강 투약에 대한 요구도가 63.8%나 되었는데, 이는 서(1997)의 연구에 의하면 노인들의 94.2%가 약물을 복용하고 있으며, 약물 구입 경로가 61.7%가 '약국에서 구입한다'로 나와, 본 연구의 결과와 관련하여 볼 때 노인들은 자신이 자가 진단하여 약물을 구입하면서도 이에 대한 정확한 관리가 필요함을 인식은 하고 있는 것으로 보여진다. 또한 노인들의 경우 약물에 대한 정확한 정보없이 약물의 오용 및 여러 약물의 중복 복용등에 따른 각종 부작용등으로 약물과 관련한 노인문제가 심각한 실정이다. 따라서 노인들에 대한 약물 관리 대책이 조속히 마련되어야 할

것이다. 이외에도 투약과 관련하여, 정맥주사 48.4%, 근육주사 36.9%로 요구도가 다소 높아 이러한 요구도에 입각한 간호가 이루어져야 할 것으로 본다. 그 밖에도 수액과 식이요법 등의 음식과 수분 섭취에 관련된 요구도 각 11.5%, 11.1%로 나왔다.

<표 7> 노인들의 간호 요구도

영역별 간호요구	내용	빈도(백분율)
개인 위생	구강간호	14(4.9)
	피부간호	4(1.4)
	좌욕	18(6.3)
	통목욕	22(7.7)
	부분목욕	8(2.8)
	알콜 마사지	7(2.4)
음식과 수분섭취	위관영양	1(0.3)
	수액요법	33(11.5)
	식이요법	32(11.1)
호흡	산소요법	9(3.1)
	흡입	17(5.9)
	호흡운동	18(6.3)
	가습	5(1.7)
배설	정체관장	14(4.9)
	비뇨물관장	13(4.5)
	도뇨관 삽관	4(1.4)
	장 및 방광훈련	9(3.1)
	소변주머니 부착	2(0.7)
	인공결장루 간호	1(0.3)
운동 및 동작	자세변경 및 유지	4(1.4)
	작업요법	7(2.4)
	물리요법	210(73.2)
	보조기구	16(5.6)
	일상생활 보조	12(4.2)
	관절운동	175(61.0)
	유산소운동	1(0.3)
	언어치료	7(2.4)
체온 유지	냉요법	1(0.3)
	온요법	9(3.1)
상처간호	욕창간호	24(8.4)
	드레싱	25(8.7)
투약	구강투약	183(63.8)
	좌제	24(8.4)
	근육주사	106(36.9)
	정맥주사	139(48.4)
	혈액 및 대용액 투여	1(0.3)
교육 및 상담	본인 및 가족의 건강문제 상담	9(3.1)
	질병과 관련된 섭생에 대한 교육	186(64.8)
	정신적지지 및 보살핌	213(74.2)

따라서 이상과 같은 노인들의 간호요구도에 입각한 노인간호 교육프로그램이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

IV. 결론 및 제언

오늘날 눈부신 경제 성장과 과학의 발달로 생활 수준의 향상과 더불어 인간의 수명이 연장되면서 인구의 고령화 현상과 간호 대상자들의 지역사회 내 보호를 강조하는 시점에서 고령자들의 간호 요구가 크게 증대하고 있다.

그러나 산업 사회의 발전과 더불어 핵가족화, 가족의 소규모화, 그리고 여성들의 활발한 사회 진출 등의 현상으로 인하여 계속 증대하고 있는 고령자의 간호 요구를 가족 등의 사적 지지 체계가 더 이상 대응할 수 없게 되었다는 것은 주지할 수 있는 사실이다. 다시 말해서 노인 문제는 이제 개인이나 가족의 차원을 넘어서 사회와 국가의 문제로서, 복지국가로 향하기 위해 우리가 해결해야 하는 우선 순위의 과제이다. 이러한 욕구들에 대응하기 위해서는 국가차원에서 지원되는 시설 및 민간차원에서의 시설뿐만 아니라 사회적 지지 체계가 요구되고 있으며, 이러한 사회적 지지 체계를 움직이는 원동력이 되는 간호 인력의 확보가 현재의 시대적 과제라 할 수 있다. 이를 위해서는 효과적인 노인간호 교육이 선행되어야 할 것이다.

이에 본 연구는 노인 간호 교육 프로그램 개발을 위한 기초 자료 수집을 위해 시도되어졌다.

자료 수집은 1996년 2월 1일 부터 1996년 11월 30일에 걸쳐 부산시 소재 39개의 복지관중 연구자의 임의로 8지역을 선정하여 시행하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 연구대상자들의 질병 제특성 중 입원 경험은 대상자 76.2%가 1회 이상의 입원 경험을 가지고 있었으며, 대상자들의 만성 질환 이환 빈도도 전 대상자의 73.6%가 보건소 이상의 의료기관으로부터 한가지 이상의 질병을 진단 받은 것으로 조사되어졌다. 만성 질환별 이환률을 보면 고혈압이 전체 대상자의 23.7%를 차지하여 가장 많았고, 다음으로는 순환계 질환 18.

1%, 위장 질환 17.1%, 근골격계질환 12.9%, 간담도 질환 12.5%, 당뇨병 11.1% 등을 순으로 나왔다.

2. 연구 대상 노인들의 신체적 건강 상태는 5점 평점척도에서 평균 점수(표준편차)가 3.649(±.0528)로 나타났다. 이 중 개인위생활동능력(4.612)이 가장 높은 점수를 보였고 다음이 배설 조절능력(4.491), 감각 능력(4.369), 대외 활동 능력(3.675), 소화 기계 관련 능력(3.331), 성생활 능력(1.425)으로 나타났다.
3. 일반적 특성에 따른 신체적 건강 상태는 성별, 결혼 상태, 종교, 교육 정도, 가족 상태, 주거 상태, 지각하는 건강 상태에서 유의한 차이를 보였다.
4. 노인들의 간호 요구도는 '정신적 지지 및 보살핌'에 대한 요구가 74.2%로 가장 많았고, 다음으로 '물리요법' 73.2%, '질병과 관련된 섭생에 대한 교육' 64.8%, '구강 투약과 관련된 요구도 63.8%, '관절운동' 61.0% 순으로 높게 나왔다. 그밖에도 '근육주사'와 관련하여 36.9%가 '수액 요법과 식이요법'에 11.5%, 11.1%의 요구도가 있는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 노인간호 교육프로그램 개발을 위한 기초자료 조사의 일환으로 양질의 의료 혜택 및 간호제공을 받기 어려운 도시영세지역 노인들의 건강 상태를 파악하였다. 그러나 재가 노인 중 연구 대상 지역이 도시 영세 지역에 소재하고 있는 복지관으로 대상으로 하여 일반적인 노인들의 건강 상태로 확대 해석하기는 신중을 기한다. 따라서 대상을 확대하여 경제 상태를 고려하여 대도시, 중도시, 소도시 및 , 농촌 지역의 노인, 양로원, 요양원 등의 시설에 수용되어 있는 노인들의 건강 상태 및 간호요구도도 파악되어 이를 기초로 한 노인간호 교육 프로그램이 개발되길 희망한다.

둘째, 본 연구에 이용된 건강 상태는 신체적 건강 상태에 국한 한 것이다. 그러므로 건강 상태를 포괄적으로 사정하는 자료가 되지 못하므로 향후 조사에서는 정신, 정서적 건강 상태, 사회적 건강

상태에 대한 조사가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구 결과에서와 같이 대상자의 73.6%가 현재 질병에 이환 되어 있었고, 76.2%가 입원을 한 경험이 있어 전문적인 간호를 요하는 대상자들이었다. 또한 질병별 이환율을 보면, 고혈압, 순환계 질환, 위장 질환, 근골격계질환, 당뇨병 등 대부분이 만성질환으로 간호 전문가들에 의한 간호 제공뿐만 아니라 자가 간호 능력 향상을 위한 교육도 필요할 것으로 본다. 그리고 노인들의 간호 요구도 물리치료나, 근관절 운동, 투약 등과 관련된 전문적인 의료 지식이 요하는 내용이 많아 노인들에게 제공되는 간호는 전문적인 간호 지식을 가진 요원이 제공하는 것이 바람직할 것으로 여겨진다. 따라서 이들을 위한 교육 프로그램 개발이 조속히 이루어져 노인 전문 간호 인력이 배출되길 기대한다.

넷째, 향후 연구는 국가 보건정책 차원 및 민간 차원에서 이루어지는 노인 요양시설 및 노인 보호 시설에 수용 혹은 이들 시설을 이용하는 노인들의 건강상태 및 질병상태와 간호 요구도 파악 및 동시에 이들 기관에 근무하고 있는 간호인력의 포괄적인 사정을 통해 질적인 노인간호 프로그램이 개발되길 기대한다.

다섯째, 끝으로 본 연구 대상자들의 간호 요구도 조사에서 밝혀진 바와 같이 노인들은 자신들이 질환을 현재 앓고 있는 삶을 살아가지만 그래도 정신적인 지지 및 보살핌에 대한 요구도가 가장 많아 노인 간호에 있어서는 노인들을 깊이 있게 이해하고 노인의 개별성을 고려한 질적 간호를 제공해야 할 것으로 본다.

참 고 문 헌

경제기획원 (1990). 한국의 사회지표, 217.
 김건열 (1989). 노인성 질환의 추세와 대책. 한국 노년학, 6, 13-25.
 김기훈, 유형식 (1995). 노인보건관리체계의 발전 방향 연구. 경북전문대논문집, 14, 463-464.
 문옥륜 (1995). 노인보건제도와 노인간병요양원 제도개발의 과제와 전망. 한국 노년학, 15(1),

181-212.

박연환, 송미순 (1995). 일개 군 지역 노인의 가정간호요구에 대한 조사연구. 서울대학간호학 논문집, 9(1), 69-87.
 방 숙, 조유향 (1993). 노인보건 의료대책의 발전방향. 한국노년학, 13, 38.
 보건복지부 (1995). 노인복지 종합대책.
 보건사회부 (1991). 보건사회백서.
 송미순 (1993). 노인의 감각장애와 기능상태에 관한 연구. 간호학회지, 23(4), 678-693.
 송미순 (1995). 제1차 아시아-태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 서울대학교 간호과학연구소 주최 학술대회, 367-372.
 송건용 외 (1993). 1992년도 국민 건강 및 보건의 식생태조사. 한국보건사회연구원.
 서미경 (1995). 노인보건의료의 현황과 개선방향. 한국보건사회연구원.
 서정화 (1997). 노인의 약물사용 실태조사. 부산대학교 석사학위논문.
 안혜경 (1997). 여성노인의 상실체험-하이데거의 해석학적 현상학 연구. 부산대학교 박사학위논문.
 윤해영 (1988). 한국노인의 건강상태에 관한 사회의학적 비교분석연구. 경북대학교 박사학위논문.
 이가옥 (1989). 노인단독가구실태에 관한 연구. 116-118.
 이선자, 허 정 (1985). 한국노인의 보건실태조사. 한국노년학, 103-124.
 이성국 외 (1993). 일부 농촌지역 노인들의 수단적 일상생활활동작능력과 그에 관련된 요인. 제 45차 대한 예방의학회 춘계학술대회 연세집, 153-154.
 임영미 (1994). 치매노인의 간호중재 전략개발. 간호학탐구, 3(2), 22-37.
 조유향 (1987). 한국노인의 보건의료 수여 및 의료자원의 분석과 대책에 관한 연구. 일본국립공중위생원. cited in 조유향 (1995). 노인과 관련된 정책 및 연구방향. 제1차 아시아-태평양 지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망.

서울대학교 간호과학연구소 주최 학술대회, 375-394.

조유향 (1995). 노인과 관련된 정책 및 연구방향. 제1차 아시아-태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 서울대학교 간호과학연구소 주최 학술대회, 375-394.

최영희, 정승은 (1991). 한국노인의 신체적 건강상태 도구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 3, 70-71.

최영희, 성명숙, 신윤희, 이지숙, 정승은 (1992). 한국노인의 사회적 건강사정 도구개발과 사회적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 4, 114.

七田恵子 (1995). 일본의 간호실천 현황. 제1차 아시아-태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 서울대학교 간호과학연구소 주최 학술대회, 309-317.

통계청 (1994). 사망원인 통계보고.

한경자 외 (1994). 일개군 지역의 가정간호 요구조사. 간호학회지, 24(3), 484-498.

한국갤럽조사연구소 (1984). 한국노인의 생활과 의식구조-한국,일본,태국,미국,영국,프랑스 6개국 노인의식구조 비교조사, 38.

허정 (1982). 한국의 노인문제와 이의 대책-보건대책. 대한간호, 21(1), 11-14.

Brunner (1970). medical-surgical Nursing. NY: Lippincott.

Cohen, S. & Willis, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357.

Cohen, J. (1972). Caring for the Aged. WHO Magazine, April, 4-9.

Kaplan, B. H. et al. (1977). Social support and health. Medical Care, 15(5), 47-58.

Norbeck, J. S., Lindsey, A. M. & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support, Nursing Research, 30, 264-269.

Palmore, E. et al (1979). Stress and adaptation in later life. Journal of Gerontology, 34(6), 841-851.

Vogal, C. H. (1982). Anxiety and Depression among the Elderly. Journal of Gerontological Nursing, 8, 214.

Abstract

A Study on Physical Health Status and Nursing Needs of the Elderly

An, Hae Gyung*

This study was conducted to collect the baseline data of physical health status and nursing needs of the elderly for developing an educational program for nursing professionals. The data was collected from 287 people who were 65 years old or older belonging to a selected 8 out of the 39 welfare centers in Pusan during the period from February 25 to November 30, 1996.

Socio-demographic characteristics, frequency of hospitalization, and the prevalence of chronic illnesses were measured to assess the physical health status of the center's elderly admitted to the hospital during the period of data collection. The 5-point Likert-type scale composed of 20 items was used. The data was analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences Program (SPSS PC+).

The results were summarized as follows :

1. The proportion of elderly subjects with chronic illnesses was 73.6%. Among 6 types of chronic illnesses, hypertension was the most prevalent(23.7%), cardiovascular disease was the second(18.1%), gastrointestinal disease the third(17.1%),

* Choon-Hae College

musculoskeletal disease the fourth(12.9%), liver and biliary disease the fifth(12.5%), and diabetes the sixth.

2. The average score of the subjects' health status was 3.649 on the 5-point Likert scale. Among the 6 factors related to physical health, personal hygiene was the strongest factor(4.612); elimination was the second(4.491); sensation the third(4.369), outside activity the fourth(3.675), digestion the fifth(3.331), and sexual life the sixth.

3. Gender, marital status, religion, educational level, family structure, living arrangements, and perceived health status were significantly related to the elderly's physical health status.

4. Among the nursing needs of the elderly, emotional support and care was the strongest need(74.2%); physical therapy was the second(73.2%); education about disease control the third(64.8%); medication the fourth(63.8%); and the range of motion exercise the fourth(61.0%).