

일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

장 인 순(선린대학 시간강사)

목 차

I. 서론
II. 연구방법
III. 연구결과
IV. 논의

V. 결론 및 제언
참고문헌
영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 65세 이상 노인인구가 급격하게 증가하여 2001년에 전체인구의 7.6%에 이르러 고령화 사회(aging society)로 진입하였고, 2019년에는 65세이상 노인인구가 14%를 넘어 고령사회(aged society)가 될 것으로 전망하고 있으며, 평균수명도 2000년에 남자는 72.1세, 여자는 79.5세로 평균 75.9세를 나타내며(보건복지부, 2001) 인구의 고령화 추세로 정신적, 신체적 기능장애가 높은 후기 고령자가 급증할 것으로 예측되고 있다.

노화는 유기체가 시간이 경과하면서 정상적으로 변화하는 과정을 의미하는데 넓은 의미에서의 노화는 성장, 성숙, 쇠퇴의 3단계를 거쳐 죽음에 이르는 전 과정을 말하며, 좁은 의미에서는 성숙기에 이어 쇠퇴기에 이르러 발생하는 생리적 변화, 즉 생체의 기능이 점차 쇠퇴되어 감에 따라 죽음이 예측되어지는 한 과정을 의미한다(노승욱, 1995). 이런 노화를 나타내는 노인을 환경변화에 적절히 적응할 수 있는 자체조직에 결함을 가진 사람,

자신을 통합하는 능력이 감퇴되어 가고 있는 사람, 인체의 기관, 조직, 기능상에 쇠퇴현상이 일어나는 시기에 있는 사람, 생활에의 적응이 정신적으로 결손되어 가고 있는 사람, 인체조직의 예비능력이 감퇴상태에 있는 사람이라고 국제노년학회에서는 정의하고 있다(장인협과 최성제, 1998). 이런 연령증가에 따른 건강 및 적응의 쇠퇴는 노인들이 질병, 고독, 빈곤 등으로 고통받을 수 있으며, 국가적 차원에서 볼 때 의료이용 증가로 인한 의료자원의 고갈과 가족부양의 한계로 인한 사회보장제도의 부담 가중 등을 고려할 때 매우 심각한 문제이며 그 파급효과도 매우 클 수 있기에 개인, 가족, 국가의 차원에서 다각적인 해결안을 모색하고 적극적으로 실천해야 해결될 것이다.

특히 남녀 평균수명이 7.4세 정도 차이를 나타내는데 보통 남편이 아내보다 3~4세 연상인 상태로 결혼을 한다면 결국 대부분의 여성노인들은 남편 사망 후 10년 이상을 혼자서 살아야 한다. 그래서 윤진(1994)은 노년기의 심리학적 특성 연구에서 한국의 노인문제는 결국 인생의 황혼기를 살아야 하는 "할머니들의 문제"라고 지적한 바 있다. 또한 윤병준(1995)의 연구에서는 한국여성의 평균수명은 남성보다 8년이 높았으나 활동장애가

없는 건강수명은 여성이 남성보다 3년 정도 밖에 높지 않은 것으로 보고하였고, 노승욱(1996)의 연구에서는 남녀 혼합한 노인 평균 건강상태(4.054)보다 여성노인의 건강상태는 3.722로 낮게 나타났다고 보고하였다. 1998년 국민건강, 영양조사에서도 주관적 건강인식 조사결과, 20세 이상의 전체결과와 비슷하게 60세 이상에서도 건강하지 못한편이라고 생각하는 경우가 남자는 약 31%, 여자는 49%로 높게 나타났는데 이를 여성이 남성보다 신체적인 불편에 대하여 인지정도가 더 예민하며, 여성은 흔히 증상을 신체적인 질환으로 간주하는 경향이 있고 남성에 비하여 질병이나 손상을 더 심각하게 받아들이기 때문인 것으로 설명하고 있었다(보건복지부, 1999). 따라서 여성노인만을 대상으로 주관적 건강상태 및 영향 요인에 대한 연구를 시도해 보는 것도 의미있는 작업이 될 것이다.

노인의 질병 특징은 다발적이고 만성 퇴행성 질환이므로 치료목표 또한 질병의 완전한 쾌유를 기대하기보다는 만성질환이 계속 있는 상태에서 지속적인 건강관리를 통해 최대한의 신체적 기능 상태를 유지하는 것이 될 것이다. 이런 관점에서 노인이 갖는 건강에 대한 개념에 근거한 자신의 건강상태 평가는 현재 또는 미래의 건강 증진 행위에 영향을 미치는 요소가 될 수 있을 것이다.

노인이 자신의 건강상태에 대해 내리고 있는 주관적 평가결과는 객관적인 질병 유무 또는 일상생활 수행능력 정도와 별도로 아직은 증상이나 후후로 나타나지 않은 미세한 생리적 변화나 잠재적 문제 등을 감지할 수 있는 개인의 능력을 반영할 수도 있기에 건강지표로서 중요한 의미가 있고 또한 안녕(well-being)이나 생활만족, 삶의 질과 밀접하게 관련되어 중요한 의미가 있다. Bergner(1985)는 주관적 건강평가는 의학적 검사로써 알 수 없는 총체적인 건강상태를 반영할 수 있기에 일반적으로 건강사정시 널리 사용되고 있으며, 정책기획 및 결정자가 유용하게 사용할 수 있는 건강지표라고 했고, Willits 등(1988)은 건강에 대한 전체적이고 주관적 평가가 의료인에 의한 객관적 점수보다 안녕을 더 잘 예측한다고 하였다. Farmer와 Ferraro(1997)도 노인의 건강사정 또는 평가를 위해 다양한 측정도구가 개발되어 왔으며, 주관적 건강평가는 건강상태 측정에서 가장 보편적으로 사용해 온 방법으로써 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표라고 했다.

주관적 건강상태와 관련이 있는 요인으로 교육수준, 소득수준, 가족 및 친척 관계, 생활만족도, 생활습관을 언급하였고, 농촌에 사는 사람이 도시거주자에 비해 건강상태가 낮다고 보고하고, 사회적 지지망에 대해서는 가족 모임을 갖는 빈도는 관련이 없으나 사교단체에 가입하지 않은 사람은 가입한 사람보다 건강이 나쁘다고 할 확률이 높다고 보고하였다(Hirdes와 Forbes, 1993). 또한 일반적 특징으로 무직인 경우 직장인에 비해 자신의 건강을 부정적으로 보는 경향이 있고, 교육수준이 높은 집단이, 수입이 많을수록 상대적으로 주관적 건강상태를 좋게 평가하는 것으로 보고한다(Markides와 Lee, 1991). Reyes-Gibby 등(2002)은 통증, 기능적 불능, 만성질환, 교육수준, 소수민족, 의료기관 방문이 유의한 예측요소라고 하였고, Fylkesnes와 Forde(1991)는 근골격계 질병, 신체적 질병, 여가활동, 작업능력이 주관적 건강상태의 가장 중요한 예측요소라고 보고하였고, Malmstrom 등(1999)은 낮은 교육수준, 비만, 흡연기간 및 횟수, 신체적 불능, 증가된 간호요구는 낮은 주관적 건강상태와 관련있다고 보고했다. Pope(1988)는 주관적 건강상태는 급성질환보다는 심각한 만성질환에 더 관련있다고 하였고, Shadbolt(1997)도 만성질환의 진행에 따라 주관적 건강상태가 민감하게 변했다고 보고하였다. Ware 등(1978)은 신체적 건강 뿐만아니라 정신적, 사회적 건강 또한 중요한 요소라고 밝혔고, McHorney 등(1993)은 신체적, 정신적 건강이 특히 신체적 건강이 주관적 건강상태에 관련이 있는 반면 사회적 건강은 덜 기여하는 것으로 보고하였다. 이렇듯 선행연구에 따라 조금씩 결과에 차이가 있는 것으로 나타났다.

국내 선행연구에서는 김정아와 정승교(1997)는 성별, 당면한 문제수, 일상생활 수행수준 및 체중지각, 건강검진, 식이조절, 약물복용, 규칙적 운동의 여부에 따라 건강지각에 차이가 있다고 보고하였고, 신은영(1996)은 인지된 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석 결과 나이, 성별, 교육수준을 언급하였고, 오영희(2001)는 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 지역, 연령, 교육수준, 현 취업여부, 경제상태, 가구유형, 사회단체 참여, 일상생활 수행능력 제한정도, 시력 및 씹기 상태, 만성질환 등으로 보고하였다.

본 연구에서는 우리나라에서 인구의 고령화 특성이

두드러지게 나타나지만 사회경제 및 보건의료적 측면에서 상대적으로 취약한 위치에 있는 농촌 지역사회에서 노인인구 중 더 많은 분포를 나타내는 여성노인을 대상으로 건강에 대한 자신의 느낌을 점수화한 주관적 건강상태의 측정 및 이에 영향을 주는 관련된 특성을 파악함으로써 향후 농촌지역 여성노인건강증진 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

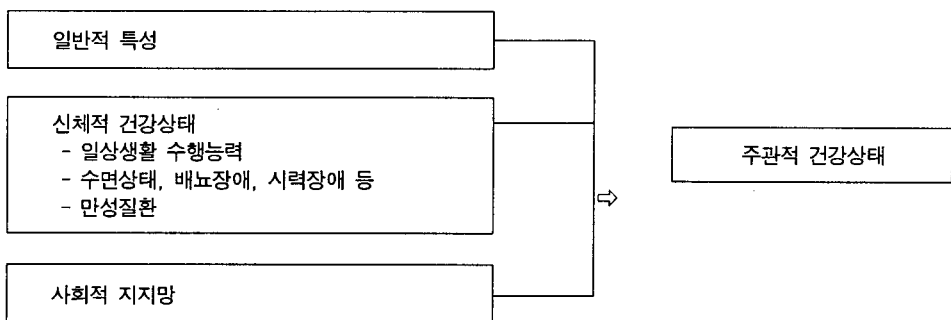
본 연구는 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태 측정 및 이에 영향을 주는 요인을 파악하는 것을 목적으로 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 일부 농촌지역 여성노인의 일반적 특성 및 일상생활 수행능력, 수면상태, 배뇨장애, 시력장애, 만성질환 유무 등의 신체적 건강관련 특성에 따라 주관적 건강상태에 차이가 있는지 파악한다.
- 2) 일부 농촌지역 여성노인의 사회적 지지망 특성에 따라 주관적 건강상태에 차이가 있는지 파악한다.
- 3) 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 주는 변수를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태 측정 및 이에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 탐색적 조사연구로서 개념적 기틀은 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 연구의 개념적 기틀

2. 연구대상

연구대상은 충청북도 Y군으로 60세 이상 인구가 20.5%, 70세 이상 인구가 13.5%인 노령화 지역이다. 1개 읍, 8개 면의 총 42개 자연부락으로 구성되어 있는데 조사 대상은 70세 이상 여성노인으로 한정하였다. Y군 보건소를 통하여 전체 대상자 명단을 받고 집락추출을 실시하여 1개읍 8개면에서 각각 세 군데의 자연부락을 선정하여 그 마을에 거주하고 있는 대상자 273명을 면접하였으나 불완전한 응답을 한 자료를 제외하여, 최종적으로 245명이 본 연구의 분석대상이었다.

3. 자료수집 방법

Y군 보건소를 통하여 집락추출에 의해 선정된 대상자의 명단을 파악한 후 조사원이 가정을 방문하여 직접 면접조사 및 간단한 이학적검사를 실시하도록 하였다. 조사원은 설문지 및 간단한 이학적검사에 대한 교육 및 훈련을 받은 의과대학 본과 3학년 이상 및 간호학과 3학년 이상의 학생들로 구성되었다. 자료수집은 2001년 7월 31일부터 8월 3일까지 실시하였다. 면접자간의 일치도를 높이기 위하여 사전에 면접 지침에 의거하여 조사원을 교육하였고, 3명이 한 팀으로 조사에 임하도록 하였다.

4. 연구도구

- 1) 주관적 건강상태
자신의 건강상태를 직접 0-100점 VAS(Visual

Analogue Scale)에 표시하도록 하였다. 가장 나쁜 상태는 0점이고 가장 건강한 상태는 100점이 된다.

2) 일상생활 수행능력

환자의 기능적 활동 정도를 Lawton's(1971) Physical & Instrumental Activity of Daily Living Scales(PADL & IADL)로 측정하였다. 신체적 기능 정도(PADL)란 일상생활에서 일어나고 있는 평범한 활동을 독립적으로 이행하는 정도로서 보행, 목욕, 배뇨, 배변관리, 옷입기, 식사하기, 기동하기, 몸단장하기의 총 8항목으로 평가하는 것과 생활주변에서 이용해야 하는 생활수단들을 얼마나 독립적으로 이용할 수 있는가를 방 청소(정리), 식사준비, 약먹기, 차타고 외출하기, 돈관리, 전화받기, 장보기의 총 7항목으로 일상생활 수단 활용능력(IADL)을 사용하여 측정한다.

전혀 도움을 받지 않는 독립적인 상태(0점), 경증의 의존도(1-7점), 중등증 의존도(8-15점), 중증 의존(16-30점)으로 분류하였다. 경증 의존은 일상생활 수행 정도의 항목 중 반 이하에 부분적 의존이 있는 경우, 중등증 의존은 항목 중 반 이상에 부분적 의존이 있는 경우, 중증 의존은 부분적 의존이 있으며 어느 한 항목이라도 전적 의존이 있는 경우를 의미한다.

3) 신체적 건강관련 특성

수면상태, 배뇨장애, 시력장애, 청력장애, 어지러움증, 복용약물 유무 등을 조사하였다.

4) 만성질환

노인들에게 많은 질병으로 관절염 및 신경통, 뇌졸중, 천식, 심장병, 고혈압, 암, 백내장, 당뇨병, 위장병, 빈혈, 정신 질환 및 우울증 등을 조사하였다.

5) 사회적 지지망

사회적 지지망은 사회적 지지의 배분에 관련된 사회적 유대의 집합체이다. 사회적 지지망은 구조적 특성, 상호작용적 특성, 기능적 특성을 가진다(Antonucci & Akiyama, 1987 ; Bowling & Browne, 1991).

본 연구에서는 진기남, 조성남, 윤경아(1995)가 개발한 도구를 수정보완한 것으로, 구조적 특성으로는 크기를 조사하였고, 상호작용적 특성은 방향성과 만족도

를, 기능적 특성은 서비스, 물질적, 응급, 정서적 지지를 조사하였다.

사회적 지지망의 크기란 응답자가 도움을 주거나 받는 관계에 있는 주위 사람들의 수로 측정하였다. 방향성은 응답자가 사회적 지지망 구성원과 평균적으로 어떻게 도움을 주고 받는지 질문하는 문항으로, 만족도는 평균적으로 사회적 지지망 구성원들이 주는 도움에 대한 만족 정도를 질문하는 문항으로, 5점 Likert형 척도로 측정하였다. 기능적 특성의 서비스(집안일, 병간호), 물질적(물건제공, 금전적 도움), 응급(긴급시 도움제공), 정서적 지지는 '가끔', '자주', '항상', 그리고 '아니오'로 측정하였다.

5. 자료분석

수집된 조사표는 부호화하여 SPSS PC+8.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 노인의 일반적 및 일상생활 수행능력 정도, 청력장애, 시력장애 등의 건강관련 특성, 만성질환 유무, 사회적 지지망에 따른 주관적 건강상태의 차이는 t-test, ANOVA로, 주관적 건강상태에 영향을 주는 변수 파악은 단계적 회귀분석(stepwise multiple regression)으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태

일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태는 100점 만점에 평균 53.6점이었고, 분포는 41-60점이 37.6%, 61-80점 23.7%, 21-40점 18.8%, 0-20점 11.0%, 81-100점 9.0% 순이었다.

2. 일부 농촌지역 여성노인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태

일부 농촌지역 여성노인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태는 1년 가구 현금 총수입이 많을수록(p=0.008), 가족수가 많을수록(p=0.031) 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그 외 변수에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 연령에 따른 차이에

• 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 •

〈표 1〉 조사대상자의 주관적 건강상태
(단위 : 빈도, %, 평균, 표준편차)

구분	N	%
0-20점	27	11.0
21-40점	46	18.8
41-60점	92	37.6
61-80점	58	23.7
81-100점	22	9.0
계	245	100.0
M(SD)	53.6(23.6)	

서는 75-79세가 50.3점으로 가장 낮았고, 80-84세 58.5점으로 가장 높았다. 학력은 고졸 1명을 제외한다면 전반적으로 학력이 높을수록 주관적 건강상태는 높은 것으로 나타났다(표 2).

3. 일부 농촌지역 여성노인의 신체적 건강관련 특성별 주관적 건강상태

일부 농촌지역 여성노인의 신체적 건강관련 특성별 주관적 건강상태는 일상생활 수행능력이 중등증(8-15점)인 경우 주관적 건강상태가 40.0점으로 가장 낮았고, 중증(16-30점)인 경우 68.6점으로 가장 높았고(p=0.039), 배뇨장애가 있는 경우 더 낮았고(p=0.039), 특히 야뇨가 있는 경우 더 낮았고(p=0.001), 시력장애가 있는 경우(p=0.023) 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다. 그 외 수면상태에서는 숙면을 취할수록, 어지럼증이 있는 경우, 청력장애에서는 보청기를 사용하거나 잘 알아듣는 경우, 약물복용하지 않는 경우 주관적 건강상태에 비교적 높았으나 유의한

〈표 2〉 조사대상자의 일반적 특성별 주관적 건강상태 (단위 : 빈도, %, 평균, 표준편차, N=245)

구분	N	%	M(SD)	F/t(p)	Tukey	
연령	70-74세	96	39.2	55.8(21.2)	1.318(0.269)	
	75-79세	63	25.7	50.3(25.4)		
	80-84세	55	22.4	58.5(22.5)		
	85세 이상	31	12.7	51.0(28.0)		
학력	무학	168	68.9	52.4(24.6)	0.694(0.597)	
	초중퇴	32	13.1	53.3(24.6)		
	초졸	40	16.4	58.4(18.9)		
	중졸	3	1.2	65.0(13.2)		
	고졸	1	0.4	50.0(-)		
결혼상태	유배우	79	32.2	53.1(23.3)	0.060(0.806)	
	무배우(사별, 별거 등)	166	67.8	53.9(23.7)		
직업	농업	90	37.0	52.5(22.7)	0.237(0.789)	
	비농업	14	5.8	51.4(29.1)		
	무	139	57.2	54.4(23.4)		
의료보장	건강보험	189	79.4	54.6(23.1)	1.159(0.315)	
	의료보호	42	17.6	51.1(24.7)		
	무	7	2.9	42.9(24.3)		
1년 가구 현금 총수입	100만원 미만	92	41.6	48.7(22.4)	3.550(0.008)**	A
	100-300만원 미만	74	33.5	52.2(25.9)		
	300-500만원 미만	27	12.2	60.9(20.7)		
	500-1000만원 미만	15	6.8	57.3(26.0)		
	1000-3000만원 미만	13	5.9	70.6(12.4)		
가족수	1인	100	40.8	48.3(23.4)	3.003(0.031)*	A
	2인	75	30.6	56.9(22.0)		
	3-5인	52	21.2	57.5(24.2)		
	6인 이상	18	7.3	58.5(24.9)		
거주기간	1년 미만	3	1.2	63.3(15.3)	0.500(0.736)	
	1-5년 미만	12	4.9	58.2(23.1)		
	5-10년 미만	10	4.1	51.0(19.6)		
	10-20년 미만	13	5.3	47.3(27.7)		
	20년 이상	207	84.5	53.7(23.7)		

주: 무응답 제외, * p<0.05, ** p<0.01

차이는 없었다(표 3).

4. 일부 농촌지역 여성노인의 만성질환 유무 및 종류별 주관적 건강상태

일부 농촌지역 여성노인의 만성질환 유무에 따른 주관적 건강상태는 만성질환이 없는 경우 63.5점인 반면 3개 이상인 경우는 48.2점으로 통계적 유의하게 낮게 나타났다($p=0.015$) 만성질환 종류별로는 관절염 및 신경통이 있는 경우 49.8점으로 없는 경우보다 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다($p=0.015$) 그 외 질병 상태에서는 질병이 있는 경우 전부 주관적 건강상태가 더 낮았으나 유의한 차이가 없었다(표 4).

5. 일부 농촌지역 여성노인의 사회적 지지망 특성별 주관적 건강상태

일부 농촌지역 여성노인의 사회적 지지망 특성별 주관적 건강상태는 구조적 특성인 크기가 클수록 주관적

건강상태가 통계적으로 유의하게 높았고($p=0.002$), 기능적 특성에서는 집안일 도움을 받지 않는 경우가 46.0점으로 가장 낮았고($p=0.008$), 정서적 서비스를 항상 받는 경우가 58.8점으로 가장 높았다($p=0.031$). 병간호 및 물질적 서비스, 응급서비스를 더 많이 받는 경우 주관적 건강상태가 비교적 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 상호작용적 특성에서 방향성으로 내가 더 주는 경우, 관계 만족도가 높을수록 주관적 건강상태가 비교적 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 5).

6. 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 일반적 특성을 포함한 신체적 건강관련 특성, 만성질환 유무, 사회적 지지망 변수들에 대해서 단계적 회귀분석을 실시한 결과 사회적 지지망 크기가 6.7%의 설명력을 보였고, 독거

〈표 3〉 조사대상자의 신체적 건강관련 특성별 주관적 건강상태 (단위 : 빈도, %, 평균, 표준편차, N=245)

구분		N	%	M(SD)	F/t(p)	Tukey
일상생활 수행능력	전혀 문제 없음(0)	151	61.6	54.6(22.6)	2.826(0.039)*	AB
	경증(1-7)	71	29.0	54.0(25.9)		
	중등증(8-15)	18	7.3	40.0(19.5)		
	중증(16-30)	5	2.0	68.6(11.2)		
수면상태	숙면	60	24.7	58.8(23.9)	2.394(0.093)	
	한두번 깬다	94	28.7	53.4(23.8)		
	숙면 못함	89	36.6	50.3(22.4)		
	무	140	57.9	55.9(23.2)		
배뇨장애	유(중복응답)	102	42.1	44.6(23.3)	4.319(0.039)*	
	야뇨	64	26.4	45.3(22.4)		
	빈뇨	21	8.7	44.4(20.0)		
	요실금	45	18.7	48.2(24.7)		
	긴급뇨	7	2.9	46.7(32.0)		
시력장애	다뇨	32	13.2	47.2(26.8)	2.511(0.114)	
	무	74	30.3	58.8(22.5)		
	유	170	69.7	51.4(23.8)		
	무	93	59.9	52.3(24.8)		
어지럼증	유	139	40.1	55.4(21.6)	1.001(0.318)	
	무	4	1.7	62.5(33.0)		
청력장애	보청기 사용	4	1.7	62.5(33.0)	1.005(0.405)	
	잘 알아듣지 못함	16	6.8	55.5(25.1)		
	어느 정도 알아들음	47	19.9	52.0(24.3)		
약물복용	잘알아 들음	169	71.6	57.1(23.6)	3.578(0.060)	
	무	58	24.0	58.6(24.8)		
	유	184	76.0	51.9(23.2)		

주: 무응답 제외, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

〈표 4〉 조사대상자의 만성질환 유무 및 종류별 주관적 건강상태 (단위 : 빈도, %, 평균, 표준편차, N=245)

구분		N	%	M(SD)	F/t(p)	Tukey
질병상태 (복수응답)	관절염 및 신경통	118	48.2	49.8(23.2)	6.002(0.015)*	
	고혈압	21	8.6	45.0(23.6)	3.087(0.080)	
	백내장	5	2.0	48.0(13.0)	0.288(0.592)	
	위장병	11	4.5	54.8(19.6)	0.031(0.861)	
	당뇨병	79	32.2	49.4(23.3)	3.693(0.056)	
	뇌졸중	1	0.4	60.0(-)	0.076(0.783)	
	천식	37	15.1	48.2(25.7)	2.312(0.130)	
	심장병	18	7.3	56.1(25.7)	0.220(0.639)	
	빈혈	22	9.0	48.8(14.3)	1.015(0.315)	
	정신질환 및 우울	8	3.3	66.6(22.7)	2.544(0.112)	
	암	4	1.6	50.0(11.6)	0.095(0.759)	
	기타	53	21.6	50.5(24.8)	1.179(0.279)	
	질병 보유수	없음	46	24.1	63.5(22.3)	3.557(0.015)*
1개		74	38.7	51.5(22.2)		AB
2개		44	23.0	53.3(24.7)		AB
3개 이상		27	14.1	48.2(21.7)		B

주: 무응답 제외, * p<0.05

노인(가족수)이 첨가되면 11.8%, 시력장애가 첨가되면 16.8%, 집안일 도움 정도가 첨가되면 총 21.0%의 설명력을 보였다(표 6).

IV. 논 의

본 연구는 고령화 특성이 두드러지게 나타나지만 사회경제 및 보건의료적 측면에서 상대적으로 취약한 위치에 있는 농촌지역 여성노인을 대상으로 주관적 건강상태에 영향을 주는 특성을 파악하는데 중점을 두어 노인건강증진 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 하였다. 본 연구에서 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태는 100점 만점에서 53.6점으로 아주 나쁨과 아주 건강한 상태의 중간정도를 나타내었다. 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태에서 1년 가구 총수입이 많을수록 (p=0.008) 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 오영희(2001)의 연구에서 수입이 많은 경우 그렇지 못한 경우보다 자신의 건강상태에 긍정적으로 인식하여 건강이 좋다고 응답한 결과와 일치한다. 그러나 오영희(2001) 연구결과에서 현재 취업자도 통계적으로 유의하게 건강상태에 긍정적으로 인식한 것과 달리 본 연구에서는 통계적으로 유의하지는 않았지만 직업이 없는 경우 오히려 더 건강하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서 가족수가 많을수록 (p=0.031) 주관적 건강상태가 통계적으로 유의하게

높은 것으로 나타났는데, 이는 노승욱(1996)의 연구에서는 노부부만 사는 경우가 자녀들과 함께 사는 경우보다 신체건강점수가 현저히 높았으며 혼자사는 경우가 가장 낮게 나타난 것과는 부분적으로 일치한다. 연령에 따른 차이에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 75-79세가 50.3점으로 가장 낮았고, 80-84세 58.5점으로 가장 높았는데, 이는 신은영(1996), 노승욱(1996), 배영숙, 박오장(1999)의 연구에서 연령이 높을수록 건강상태가 나쁘게 나타난 것과는 일치하지 않지만, 전선아(1992)의 연구에서 70대 이후보다는 60대의 노인이 더 건강하지 않다고 지각하였으며 특히 남자 노인의 경우 연령이 증가할수록

건강상태가 좋다고 응답한 결과와 Shanas 등(1968)의 연구에서 80세 이상의 노인들은 65-74세의 노인보다 더 많은 불능을 나타내지만 그들의 주관적 건강상태는 오히려 젊은 집단에 비해 나쁘지 않다고 응답한 것과 부분적으로 일치한다. 또한 Shanas 등(1968)은 나이가 증가함에 따라 건강하다고 느끼는 노인 비율의 증가나 감소는 나타나지 않았으며, 각 나이 집단에서 건강하다고 응답한 비율은 같다고 보고하였다. 이는 선행연구에서 지적된 연령이 높은 노인을 우선 접근하는 것이 아닌 모든 연령층에 골고루 적합한 프로그램의 접근이 요구된다고 볼 수 있다. 오영희(2001), 김정순(2001), 배영숙, 박오장(1999), Markides와 Lee(1991)의 연구에서는 교육수준이 높은 군이 낮은 군에

〈표 5〉 조사대상자의 사회적 지지망 특성별 주관적 건강상태 (단위 : 빈도, %, 평균, 표준편차, N=245)

구분		N	%	M(SD)	F(p)	Tukey
구	1-3명	114	72.6	51.6(23.7)	6.520(0.002)**	A
조	크기 7-9명	16	10.2	59.1(28.1)		AB
적	10명 이상	27	17.2	65.2(20.8)		B
〈서비스〉	가끔	77	32.1	56.3(22.4)	3.997(0.008)**	A
	자주	45	18.8	55.8(26.1)		AB
집안일	항상	43	17.9	59.0(22.5)	1.338(0.256)	A
	아니오	75	31.3	46.0(22.2)		B
병간호	가끔	83	34.7	50.8(22.7)	2.223(0.086)	
	자주	34	14.2	50.8(24.1)		
〈물질적〉	항상	27	11.3	55.8(24.6)	0.456(0.714)	
	아니오	94	39.3	56.2(24.1)		
기	가끔	87	36.3	56.6(22.8)	2.999(0.031)*	A
	자주	47	19.6	53.7(24.0)		
능	항상	42	17.5	56.8(24.2)	0.378(0.769)	
	아니오	64	26.7	47.4(23.2)		
적	가끔	80	33.6	55.7(22.8)	2.999(0.031)*	A
	자주	49	20.6	51.9(23.6)		
특	항상	69	29.0	53.2(23.6)	0.378(0.769)	
	아니오	40	16.8	51.1(25.6)		
성	가끔	86	36.3	52.4(24.1)	0.378(0.769)	
	자주	41	17.3	55.5(25.3)		
〈응급〉	항상	41	17.3	56.0(22.1)	2.999(0.031)*	A
	아니오	69	29.1	52.2(22.5)		
긴급시	가끔	72	30.3	47.0(24.0)	2.999(0.031)*	A
	자주	59	24.8	55.2(24.3)		A
도움	항상	59	24.8	58.8(21.3)	2.999(0.031)*	B
	아니오	48	20.2	53.5(22.7)		A
상	항상 내가 준다	4	1.7	55.0(5.8)	0.950(0.436)	
	대체로 내가 더 준다	19	8.2	62.1(27.8)		
호	비슷하게 주고 받는다	95	41.1	52.4(22.5)	1.791(0.116)	
	대체로 내가 더 받는다	71	30.7	55.4(23.1)		
작	항상 내가 받는다	43	18.2	50.6(26.1)	1.791(0.116)	
	매우 만족하지 않음	4	1.7	60.5(26.6)		
용	만족하지 않음	9	3.8	42.2(19.2)	1.791(0.116)	
	그저그렇다	50	21.2	49.2(26.4)		
적	만족한다	117	49.6	53.4(23.4)	1.791(0.116)	
	매우 만족한다	56	23.7	59.9(21.5)		

주: 무응답 제외, * p<0.05, ** p<0.01

〈표 6〉 조사대상자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인의 단계적 회귀분석

예측변수	B	Std.Error	Beta	t(p)	R2	F(p)
사회적 지지망 크기	1.143	0.414	0.205	2.759(0.007)	0.067	10.805(0.001)
독거노인(가족수)	-11.265	3.669	-0.226	-3.070(0.003)	0.118	10.014(0.000)
시력장애	-12.178	4.036	-0.222	-3.018(0.003)	0.168	9.946(0.000)
집안일 도움	-11.423	4.080	-0.207	-2.800(0.006)	0.210	9.764(0.000)

비해 주관적 건강상태가 유의하게 좋은 것으로 나타났으나 본 연구에서는 통계적으로 유의한 차이없이 고졸 1명을 제외한다면 전반적으로 학력이 높을수록 주관적 건강상태는 높은 것으로 나타났다. 따라서 위의 결과에

근거한다면 수입이 적은 저소득층의 노인, 가족수가 적은 특히 독거노인들에게 우선적인 관심과 지원이 필요하다고 볼 수 있다.

일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태는 일상생

할 수행능력이 중등증(8-15점)인 경우 주관적 건강상태가 40.0점으로 가장 낮았고, 중증(16-30점)인 경우 68.6점으로 가장 높았는데($p=0.039$), 이는 김정아, 정승교(1997), 신은영(1996), 오영희(2001), Reyes-Gibby 등(2002)의 연구에서 일상생활 수행능력이 나쁠수록 주관적 건강상태도 나쁜 것으로 보고한 것과는 일치하지 않았다. 신체적 건강관련 특성별 주관적 건강상태는 배뇨장애가 있는 경우 더 낮았고($p=0.039$), 특히 야뇨가 있는 경우 더 낮았고($p=0.001$), 시력장애가 있는 경우($p=0.023$) 통계적으로 유의하게 낮게 나타났는데 이는 오영희(2001)의 연구에서 시력, 청력, 씹는 상태가 나쁜 노인이 상대적으로 자신의 건강상태를 부정적으로 보는 경향이 있다는 결과와 부분적으로 일치한다.

일부 농촌지역 여성노인의 만성질환 유무 및 종류에 따른 주관적 건강상태는 만성질환이 없는 경우 63.5점인 반면 3개 이상인 경우는 48.2점으로 통계적 유의하게 낮게 나타나($p=0.015$) 만성질환을 동시에 여러개 가지고 있을수록 건강에 대해 부정적으로 평가하는 경향이 있음을 나타냈다. 만성질환 종류별로는 관절염 및 신경통이 있는 경우 49.8점으로 없는 경우보다 통계적으로 유의하게 낮게 나타났고($p=0.015$) 그 외 질병상태에서는 질병이 있는 경우 전부 주관적 건강상태가 더 낮았으나 유의한 차이가 없었다. 이는 Fylkesnes와 Forde(1991)는 근골격계 질병이, Reyes-Gibby 등(2002)은 통증, 만성질환이 주관적 건강상태의 중요한 예측요소 중 하나로 보고한 것과 일치한다. 본 연구결과를 고려한다면 최근 일부 보건소나 의료기관에서 고혈압, 당뇨병과 함께 골다공증, 퇴행성관절염 등 근골격계 질환자에 대한 프로그램들이 개발되어 진행되고 있는 것은 매우 고무적이라 할 수 있겠다. 오영희(2001)의 연구에서는 만성질환을 많이 가지고 있을수록, 중풍, 협심증, 천식, 당뇨병, 암, 디스크, 백내장이 있는 경우 건강상태를 부정적으로 인식하는 비율이 유의하게 높게 나타났다고 보고하며, 만성질환예방과 건강증진서비스의 중요성을 다시 인식해야 한다고 지적하고 있다. 또한 노인 질병을 조기 발견하고 건강수준을 향상하기 위해 공공의료기관을 중심으로 노인건강진단사업이 확대되어야 하며 노인대상 보건교육과 만성퇴행성질환 관리 등이 연계되어 적극적인 프로그램을 실시해야 한다고 제안하고 있는데 이는 매우 의미있는 지적이다.

일부 농촌지역 여성노인의 사회적 지지망 특성별 주관적 건강상태는 구조적 특성인 크기가 클수록 주관적 건강상태가 통계적으로 유의하게 높았는데($p=0.002$) 이는 오영희(2001)의 연구에서 사회단체 참여가 있는 노인이 통계적으로 유의하게 건강상태가 좋은 것으로 나타난 것과 일치한다. 또한 기능적 특성에서는 집안일 도움을 받지 않는 경우가 가장 낮았고($p=0.008$), 정서적 서비스를 항상 받는 경우가 가장 높았다($p=0.031$). 병간호 및 물질적 서비스, 응급서비스를 더 많이 받는 경우 주관적 건강상태가 비교적 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 이는 배영숙, 박오장(1999)의 연구에서 사회적지지 정도가 높을수록 건강상태가 좋은 것으로 나타난 것과 일치한다. 따라서 노인건강증진 프로그램 개발시 사회적 지원 개발을 함께 고려하는 것이 매우 중요함을 시사한다고 사료된다.

일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 일반적 특성을 포함한 신체적 건강관련 특성, 만성질환 유무, 사회적 지지망 변수들에 대해서 단계적 회귀분석을 실시한 결과 사회적 지지망 크기, 독거노인(가족수), 시력장애, 집안일 도움 정도가 유의수준 0.05%에서 유의한 것으로 나타났고 총 21.0%의 설명력을 보였다. 신은영(1996)의 연구에서는 회귀분석결과 나이, 성별, 교육수준을 건강상태에 영향을 주는 요인으로 보고하며 총 16.4%를 설명하고 있었고, 오영희(2001)의 연구에서는 연령, 교육수준, 종교, 현취업여부, 일상생활수행능력 제한, 시력상태, 씹는상태, 만성질환(관절염, 당뇨병, 고혈압, 중풍, 협심증, 천식 등), 사회단체참여 등의 변수들이 회귀분석결과 유의성이 높았고 총 설명력은 32.5%로 나타났다. 이는 각 연구마다 대상자, 규모 및 조사된 변수들에 차이가 있어 조금씩 다른 결과들을 보고하는 것으로 사료된다.

다른 연령층과 마찬가지로 노인들도 정상적인 노화과정과 여러 만성질환에도 불구하고 건강을 유지하고 증진하는 것은 매우 중요한 과제이다. 이를 위해서는 우선적으로 노인들이 올바른 건강개념을 갖고 좀더 긍정적인 건강상태를 인지할 수 있도록 지원하며 또한 이에 근거한 바람직한 건강증진행위를 수행할 수 있도록 돕는 것이 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태 측정 및 이에 영향을 주는 요인을 파악하여 향후 노인건강증진 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

연구대상은 충청북도 Y군 보건소를 통하여 70세 이상 여성노인 전체 대상자 명단을 받고 집락추출을 실시하여 가정방문하여 면접조사한 273명 중 불완전한 응답을 한 자료를 제외한 최종 245명이였다. 연구도구는 주관적 건강상태는 0-100점의 VAS(Visual Analogue Scale), 일상생활 수행능력은 Lawton's(1971) Physical & Instrumental Activity of Daily Living Scales (PADL & IADL), 신체적 건강관련 특성, 만성질환, 사회적 지지망을 평가하였다. 수집된 자료는 SPSS 프로그램을 이용하여 서술적 통계분석, t-test, ANOVA, 단계적 회귀분석(stepwise multiple regression)을 하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태는 100점 만점에서 53.6점으로 아주 나쁨과 아주 건강한 상태의 중간정도를 나타내었다.
2. 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태에서 1년 가구 총수입이 많을수록($p=0.008$), 가족수가 많을수록($p=0.031$) 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다.
3. 주관적 건강상태는 일상생활 수행능력이 중등중(8-15점)인 경우 주관적 건강상태가 40.0점으로 가장 낮았고, 중중(16-30점)인 경우 68.6점으로 가장 높았고($p=0.039$), 배뇨장애가 있는 경우 더 낮았고($p=0.039$), 특히 야뇨가 있는 경우 더 낮았고($p=0.001$), 시력장애가 있는 경우($p=0.023$) 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다.
4. 만성질환 유무 및 종류에 따른 주관적 건강상태는 만성질환이 없는 경우 63.5점인 반면 3개 이상인 경우는 48.2점으로 통계적 유의하게 낮게 나타났고($p=0.015$) 만성질환 종류별로는 관절염 및 신경통이 있는 경우 49.8점으로 없는 경우보다 통계적으로 유의하게 낮게 나타났고($p=0.015$) 그 외 질병상태에서는 유의한 차이가 없었다.

5. 사회적 지지망 특성별 주관적 건강상태는 구조적 특성인 크기가 클수록 주관적 건강상태가 통계적으로 유의하게 높았고($p=0.002$), 기능적 특성에서는 집안일 도움을 받지 않는 경우가 가장 낮았고($p=0.008$), 정서적 서비스를 항상 받는 경우가 가장 높았다($p=0.031$).
6. 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과 사회적 지지망 크기, 독거노인(가족수), 시력장애, 집안일 도움 정도가 유의수준 0.05%에서 유의한 것으로 나타났고 총 21.0%의 설명력을 보였다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 농촌지역내 저소득층이고 가족수가 적은 특히 독거 여성노인을 중심으로 우선적인 건강증진사업 시행 및 지원이 필요하다.
2. 노인의 만성퇴행성질환 관리뿐만아니라 질환에 기초한 노인건강증진사업도 바람직한 접근이 될 것이고 또한 노인건강증진 프로그램 개발시 가족 및 사회적 지원 개발을 함께 고려하는 것이 필요하다.

참 고 문 헌

- 김정순(2001). 일 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위에 관한 연구, 지역사회간호학회지, 12(1), 187-201.
- 김정아, 정승교(1997). 일 지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사, 한국노년학, 17(3), 144-176.
- 노승옥(1996). 여성노인의 건강상태와 신체적, 심리적, 사회적 요소들과의 관계연구, 여성건강간호학회지, 2(1), 47-58.
- 배영숙, 박오장(1999). 노인이 지각한 사회적 지지와 건강상태와의 관계연구, 간호과학논집, 4(1), 1-15.
- 보건복지부(2001). 보건복지백서 2001년.
- 보건복지부(1999). 98 국민건강, 영양조사(총괄보고서).
- 신은영(1996). 노인의 인지된 건강상태에 관한 연구, 한국보건간호학회지, 10(2), 135-145.
- 오영희(2001). 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치

- 는 요인, 2001년 한국노인과학술단체연합회 학술 발표회, 한국노인학회 한국노년학회 추계학술대회, 129-142.
- 윤병준(1995). 건강수명 개념에 의거한 한국인의 건강 수준에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.
- 윤진(1994). 노인의 사회 심리적 욕구체계, 21세기와 한국간호, 대한간호협회, 129-148.
- 장인협, 최성재(1998). 노인복지학, 서울대학교 출판부.
- 전신아(1992). E-양로원 노인의 건강상태, 무력감, 생활만족도 조사, 부산대 석사학위논문.
- 진기남, 조성남, 윤경아(1995). 농촌 노인들의 사회적 지원망에 대한 만족도에 영향을 미치는 요인. 한국 노년학, 15(2), 1-13.
- Antonucci, T.C., & Akiyama, H.(1987). Social network in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.
- Bergner, M.(1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696-704.
- Bowling, A., & Browne, P.(1991). Social networks, health and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20-320.
- Farmer, M.M. & Ferraro, K.F.(1997). Distress and perceived health : mechanisms of health decline, *Journal of Health and Social Behavior*, 39(september), 298-311.
- Fylkesnes, K., Forde, O.H.(1991). The Tromso Study: predictors of self evaluated health-has society adopted the expanded health concept?. *Soc Sci Med*, 32, 141-146.
- Hirdes, J.P., & Forbes, W.F.(1993). Factors associated with the maintenance of good self-rated health, *Journal of Aging and Health*, 5(1), 101-122.
- Markides, K.S., & Lee, D.J.(1990). Predictors of well-being and functioning in older Mexican Americans, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(5), s249-s249.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., & Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-item short-Form Health Survey(SF-36): Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Med Care*, 31, 247-263.
- Pope, G.C.(1988). Medical conditions, health status, and health services utilization, *Health Serv Res*, 22, 857-877.
- Reyes-Gibby, C.C., Aday, L., & Cleeland, C. (2002). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults, *Pain*, 95(1-2), 75-82.
- Shadbolt, B.(1997). Some correlates of self-rated health for Australian women, *American Journal of Public Health*, 87(6), 951-956.
- Shanas, E., Townsend, P., Wedderburn, D., Ferris, H., Milhoj, P., & Stehauer, J. (1968). *Old people in three industrial societies*: New York.
- Ware, J.E. Jr, Davies-Avery, A., & Donald C.A. (1978). *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study, Volume V, General health perceptions*, Santa Monica, Calif: RAND Corp.
- Willits, F.K., & Crider, D.M.(1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years, *Journal of Gerontology*, 43(5), 172-176.

ABSTRACT

A Study on Self-Rated Health of Elderly Women in A Rural Community

Jang, In Sun
(Sunlin College)

The purpose of this study was to examine the self-rated health and to find various factors affecting it for elderly women in a rural community, to provide data necessary to establish health promotion programs for elderly.

The subjects of the study included a total of 245 women with above 70 years of age reside in one rural community. VAS(Visual Analogue Scale) for self-rated health, Lawton's physical & instrumental activity of daily living scales, social network were evaluated.

The results of the study were as follows:

1. The self-rated health of the elderly women were measured on a 100 point(VAS) scale and the score was 53.6, indicating that women rated their health as moderate.
2. Factors such as income($p=0.008$), family size($p=0.031$), the level of ADL($p=0.039$), urinary symptom($p=0.039$), nocturia($p=0.001$), visual difficulty($p=0.023$), the number of chronic diseases($p=0.015$), presence of arthritis or neuralgia($p=0.015$), social network($p=0.002$), housework assistant($p=0.008$), emotional support($p=0.031$) were significantly related to self-rated health.
3. Through the stepwise multiple regression, social network, family size, visual difficulty, and housework assistant were identified as significant predictors of self-rated health($p<0.05$), explaining 21.0% of the variance of the dependent variable.

Better understanding of the determinants of healthy aging hopefully will lead to effective interventions to improve the quality of life of the elderly.

Key words : Self-rated health, The women elderly, A rural community