

## 일 도시 독거노인의 연령 군별 건강양상

강혜영<sup>1)</sup> · 서남숙<sup>2)</sup> · 김영희<sup>3)</sup>

### 서론

#### 연구의 필요성

노인은 인구수가 빠르게 증가하고 있는 집단으로 우리나라를 비롯한 대부분 선진국들의 인구구성은 노령화 되어가고 있으며, 건강관리체계의 수요자 중에서 점차 높은 비율을 차지하고 있다(Bentley, 2003). 또한 노인인구의 구성에서 80세 이상 고령노인의 비율이 증가함으로써 노인집단은 다양한 건강상태와 생활방식을 가진 이질적인 집단으로 이루어지게 될 것이다. 통계청(2004) 자료에 의하면 85세 이상 노인의 비율이 2000년도에는 전체인구의 0.37%를 차지하였으나, 2004년도에는 0.48%로 증가하였고, 2010년에는 0.78%에 달할 것으로 예상되며, 고령화 사회의 진입과 함께 고령 노인의 비율은 꾸준히 증가할 것으로 보인다.

노인들의 일반적인 문제는 건강의 악화, 저소득, 역할상실, 고독이나 소외감 등이며, 그 중에서도 건강문제는 삶의 질에 대한 중요한 지표라 할 수 있다(Kim, 2003). 노인의 건강상태는 일반적으로 노화로 인하여 문제를 가지는 경우가 많고, 생활습관에 따라 차이가 나타나는데, 많은 문헌들이 나이가 들어감에 따라 신체적, 심리적 기능상태가 감소되고 있음을 보고하고 있다(Dolinsky, 1997, Hollander et al., 2003). 흔히 노인은 연령층에 따라 65세-74세의 초기노인(young old), 75세-84세의 중기노인(middle old), 85세 이상의 후기노인(old old)의 세 군으로 구분하는데, 70대 전반 이전의 초기노인들은 대체적으로 건강상태가 양호하고 일상생활을 수행하는데 어려움

을 가진 사람이 적은 편이다. 하지만 고령일수록 일상생활활동능력이 악화되어 75세 이상 노인에서는 약 2/3 정도가 신체적으로 다른 사람에게 의존하게 되며, 치매 노인의 비율 또한 65세-69세에서 12.4%, 70세-74세에서 18.8%, 75세 이상에서는 39.7%로 중기노인과 후기노인에서 급격하게 높아지고 있다(Cho & Park, 2003). 이처럼 노인의 건강문제 발생이나 양상은 연령에 따라 변화되며, 서비스 제공에 있어서도 케어 요구수준이 다르게 되므로(Kim & Chang, 2003), 노인의 건강관리를 위한 방안에 있어서는 신체적, 심리적 기능과 자가간호 능력에서 뚜렷한 차이를 보이는 세 집단을 구분하여 차별적인 접근을 할 필요가 있다.

한편, 노인인구의 빠른 증가와 더불어 핵가족화, 여성의 사회진출 등으로 부양자 없이 혼자서 생활하고 있는 독거노인의 수도 증가하고 있다(Kim & Park, 2000). 독거노인의 특징은 상당수가 여성노인이고, 고령자이며, 경제적으로 빈곤하고, 사회관계망과 격리되어 있으며, 또한 이들의 75%가 신체적 질환을 가지고 있고, 배우자나 자녀들과 생활하는 노인들에 비해 주관적인 건강상태와 전반적인 삶의 만족도가 낮은 편으로(Jeon & Kim, 2000; Kim & Park, 2000) 연령 군별 차이는 더욱 두드러질 것으로 여겨진다.

우리나라 인구의 도시집중화와 더불어 도시에 거주하는 독거노인가구가 점차 증가하게 됨에 따라 정부에서도 2003년도부터 우선적으로 대도시 14개 보건소를 선정하여 방문보건사업을 추진하고 있는데, 기초생활보호대상자를 비롯한 독거노인이 이들 사업의 주요 초점대상자로서, 2007년부터는 본격적인 공적노인요양제도를 도입할 계획으로 되어있다. 이처럼 독

주요어 : 노인, 건강양상, 도시

1) 전남대학교 간호학과 교수, 2) 동신대학교 간호학과 조교수, 3) 원광보건대학 간호과 겸임교수  
투고일: 2004년 5월 12일 심사완료일: 2004년 9월 22일

거노인의 보건복지 향상을 위해 보건소를 중심으로 방문보건 사업이 활발하게 전개되고 있지만, 대상 노인들의 연령 군별 건강상태 및 서비스 요구에 따른 접근은 아직 구체화되지 못한 실정이다.

미국의 경우 85세 이상 노인의 수가 1997년에는 1900년대에 비해 31배로 급격하게 증가하였는데, 이처럼 노인들이 빠르게 고령화되어감에 따라 일상생활활동을 독립적으로 수행하지 못하고 타인에게 의존하는 노인의 수도 증가하고 있으며, 특히 85세 이상 노인의 46%는 3가지 이상의 의학적인 병명을 가지고 있고, 기동성 장애와 우울을 호소하는 것으로 나타났다(Easley & Schaller, 2003). 따라서 독거노인에 대한 방문 보건사업의 효과를 높이려면 대상자의 요구에 따른 서비스를 제공하기 위해 연령 군별 노인의 특성을 우선적으로 파악하고, 여러 가지 만성질환과 경제적 빈곤, 고립된 생활로 일상 생활활동에 지장을 받고 있는 고령의 후기노인들을 위해서는 별도의 서비스 방안을 모색해야 할 것이다.

최근 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 건강상태와 건강행위를 조사한 연구들이 다수 발표되고 있지만(Kim, 2003; Choi, 2003; Yu, Kim, & Han, 2002; Kim, 2001; Kim, 2000), 노인의 연령 군별 건강양상의 차이를 비교한 연구는 거의 없는 편이다(Cha, Han, & Lee, 2002; Cho & Park, 2003). 이에 본 연구에서는 앞으로의 우리나라 노인건강관리사업에 대비하여 의료취약집단으로 구분되는 독거노인을 대상으로 연령 군별로 초기, 중기, 후기노인의 신체적, 인지적 기능과 사회적 특성을 비롯한 전반적인 건강양상의 차이를 파악하고자 한다.

### 연구목적

본 연구는 대도시의 일개 구에 거주하는 독거노인의 전반적인 건강양상을 연령 군별로 비교분석하기 위한 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 연령 군별 일반적 특성을 비교한다.
- 대상자의 연령 군별 건강관련 특성을 비교한다.
- 대상자의 연령 군별 건강행위를 비교한다.
- 대상자의 연령 군별 건강문제를 비교한다.
- 대상자의 연령 군별 자가간호 수준을 비교한다.

### 연구 방법

#### 연구설계

본 연구는 일 대도시 독거노인의 건강관련 특성, 건강행위, 건강문제 및 자가간호 수준을 포함한 전반적인 건강양상을 연령 군별로 비교분석한 서술연구이다.

### 연구대상

본 연구대상자는 G광역시 N구 관내에 거주하는 65세 이상 노인인구 중, 동사무소 자료를 통해 독거노인가구로 나타난 노인 1,800명으로 대상자에게 본 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻었으며, 의사소통이 어려운 노인은 주 간호제공자의 도움을 받아 조사하였다. 연령 군별로는 초기노인이 937명(52.1%), 중기노인 704명(39.1%), 후기노인 159명(8.8%)이었고, 최종분석에서 제외된 대상자는 없었다.

### 연구도구

보건복지부의 방문보건사업 운영지침(MOHW, 2003)에 제시되어 있는 표준화된 도구인 건강력 조사지에 의거하여, 연구자들과 방문간호사 3명이 노인대상자의 건강양상을 나타낼 수 있는 변수들을 선정하였으며, 다음과 같이 측정하였다.

#### • 건강관련 특성

##### • 체질량 지수(Body Mass Index)

체질량 지수는 몸무게(kg)/키(m)×키(m) 공식을 이용하여 계산한 값을 말하며, 20미만은 저체중, 20-25미만은 보통, 25-30미만은 과체중, 30이상은 비만으로 판정하였다.

##### • 정신상태

노인의 간이 정신상태 사정 도구는 전체 10문항으로 되어 있고, 항목별 점수는 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 최저 0점에서 최고 10점 범위이다. 대상자의 학력에 따라 평가기준을 달리하여 무학인 경우에는 7점 이상 정상, 4-6점 경증 치매, 3점 이하는 중증 치매, 초졸이나 중졸인 경우에는 8점 이상 정상, 5-7점 경증 치매, 4점 이하는 중증 치매, 고졸 이상인 경우에는 9점 이상 정상, 6-8점 경증 치매, 5점 이하는 중증 치매로 판정하고 있다.

##### • 보조기구 사용

보조기구는 장애의 예방과 보완 및 기능의 향상을 위하여 사용하는 보장구와 일상생활의 편의를 증진하기 위한 생활용품으로 본 연구에서는 안경(돋보기), 의치, 보청기, 지팡이, Walker의 사용여부를 측정하였다.

##### • 건강지각

건강지각은 자신이 주관적으로 인식하고 있는 건강상태를 말하며, 본 연구에서는 “당신의 건강수준은 어느 정도입니까”라는 질문에 대한 답변으로 ‘좋은 편이다’, ‘보통이다’, ‘좋지 않은 편이다’의 세 단계로 구분하여 측정하였다.

##### • 건강에 대한 관심

건강에 대한 관심은 “자신의 건강에 관심을 가지고 있습니까”라는 질문에 대한 답변으로 ‘있다’와 ‘없다’의 두 가지로

구분하여 측정하였다.

- 사회적 지지 자원

사회적 지지 자원은 가족 및 친척의 지지, 이웃 및 친구로부터의 지지, 지역사회기관으로부터의 지지로 구분하여 측정하였다.

- 건강행위

건강행위는 질병을 피하고 건강을 유지 및 증진시키기 위한 행동으로서, 본 연구에서는 식습관, 흡연상태, 음주정도, 운동 및 스트레스 양상을 측정하였다.

- 건강문제

대상자가 현재 가지고 있는 건강문제를 의학적인 진단기준에 의해 신체계통별로 구분하여 측정하였다.

- 자가간호 수준

- 일상생활활동능력

기본적 일상생활활동과 수단적 일상생활활동을 포함하여 측정된 값을 말한다. 기본적 일상생활활동은 개인이 독립적으로 자신의 신체를 돌보는데 필요한 기술을 일컬으며, 수단적 일상생활활동은 사회생활에 필요한 기술과 활동을 할 수 있는 능력을 말한다. 본 연구에서는 11개 문항의 기본적 일상생활활동 측정도구와 4개 문항의 수단적 일상생활활동 측정도구를 이용하여 '스스로 함(2점)', '도움이 필요(1점)', '완전 의존(0점)'의 3점 척도 15개 문항으로 측정하였고, 점수가 높을수록 일상생활활동능력이 좋은 상태임을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .94이었다.

- 신체적 활동

한국 노인의 신체적 활동상태 측정도구(Choi, Kim, Byon, & Won, 1990)를 사용한 것으로 개인위생활동능력, 대외활동능력, 소화기계 관련능력, 감각능력, 배설조절능력의 5가지 영역의 18개 문항으로 측정하였다. 점수범위는 3점 척도로 최저 18점에서 최고 54점이고, 점수가 높을수록 신체적 활동상태가 좋을 의미하며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .85이었다.

- 자가간호 능력

자가간호 능력은 문제에 대한 인식도와 대처능력, 지지자원의 보유 및 활용정도, 생활수준 및 문제해결능력 등에 대한 평가로 4점 척도의 8문항으로 구성되었다. 최저 8점에서 최고 32점까지의 범위로 점수가 높을수록 자가간호 능력이 좋을 의미하며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 .90이었다.

## 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 2003년 5월부터 2003년 7월까지 연구팀과 훈련받은 조사요원이 가정방문을 통해 구조화된 설문지를 활용하여 면접 조사하였으며, 자료수집 절차는 다음과 같다.

- 조사자의 훈련

조사자는 대도시 방문보건사업에 직접 참여할 간호사 6명과 간호학과를 졸업한 공공근로요원 12명을 합해 총 18명을 선정하였으며, 한 차례 4시간 동안 지역사회 조사방법에 대한 강의 및 토론을 하였다. 또한 '2003 대도시 방문보건사업 지침'에 근거하여 연구자들이 작성한 가정건강기록부와 조사표를 조사자들과 함께 논의하여 수정보완 하였고, 방문간호사 1인과 공공근로요원 2명씩 조를 편성하여 구체적인 면접과 자료 기입방법 및 조사일정을 결정하였다.

- 예비조사

예비조사는 훈련받은 간호사가 구 관내 노인을 연령 군별로 각각 세 명씩 직접 면접조사를 실시하여 그 결과를 조별로 토의한 후, 전체가 모여 조사표와 면접, 기입방법을 확정하였다.

- 본 조사

본 조사는 연구팀의 지도 하에 각 조별로 나누어 전체구를 조사하고, 매일 조사표를 서로 검토하였으며, 매 주 연구팀과 만나 조사 진행사항을 점검하였다.

## 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC 10.0 version 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성, 건강행위, 건강문제에 대한 연령 군별 비교는 백분율과 평균,  $\chi^2$ -test, Fisher's exact probability test를 하였으며, 일상생활활동능력, 신체적 활동 및 자가간호 능력을 포함한 자가간호 수준에 대한 연령 군별 비교는 ANOVA로 분석하였고, 각 군 간의 차이는 Scheffé test로 사후검정을 하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 연령 군별 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 성별분포는 전체적으로 여성노인이 83.8%를 차지하였으며, 초기노인에서 82.4%, 중기노인에서 86.2%, 후기노인에서 81.8%로 각 군 간에 차이는 없었다. 학력에 있어서는 무학인 사람이 전체노인의 67.5%이었고, 연령 군별로는 초기노인에서 58.9%, 중

<Table 1> General characteristics according to age groups

	YO(n=937) n(%)	MO(n=704) n(%)	OO(n=159) n(%)	Total(n=1,800) n(%)	$\chi^2$	p
Gender						
Male	165(17.6)	97(13.8)	29(18.2)	291(16.2)	4.94	.085
Female	772(82.4)	607(86.2)	130(81.8)	1509(83.8)		
Education*					85.22	.001
No Schooling	550(58.9)	527(75.1)	136(85.5)	1213(67.5)		
Elementary	257(27.5)	132(18.8)	20(12.6)	409(22.8)		
Middle	49( 5.2)	12( 1.7)	3( 1.9)	64( 3.6)		
High	58( 6.2)	17( 2.4)	-	75( 4.2)		
Above College	21( 2.2)	14( 2.0)	-	35( 1.9)		
Religion					12.05	.149
Irreligious	492(52.5)	395(56.1)	86(54.0)	973(54.1)		
Protestant	211(22.5)	149(21.2)	45(28.3)	405(22.5)		
Catholic	83( 8.9)	68( 9.7)	6( 3.8)	157( 8.7)		
Buddhist	138(14.7)	82(11.6)	20(12.6)	240(13.3)		
Others	13( 1.4)	10( 1.4)	2( 1.3)	25( 1.4)		
Primary Caregiver					34.16	.001
Self	327(34.9)	227(32.2)	37(23.2)	591(32.8)		
Offsprings	465(49.5)	399(56.7)	92(57.9)	956(53.1)		
Others	145(15.6)	78(11.1)	30(18.9)	253(14.1)		
Housing					49.68	.001
Single House	470(50.1)	336(47.7)	72(45.3)	878(48.8)		
Rent Room	277(29.6)	233(33.1)	49(30.8)	559(31.1)		
Apartment	174(18.6)	118(16.8)	22(13.8)	314(17.4)		
Others	16( 1.7)	17( 2.4)	16(10.1)	49( 2.7)		
Health Insurance					10.93	.027
Insurance	674(71.9)	484(68.7)	94(59.1)	1252(69.6)		
Medical Aid	263(28.1)	220(31.3)	65(40.9)	548(30.4)		

\* No responses were excluded

YO: Young Old(65-74yrs) MO: Middle Old(75-84yrs) OO: Old Old( $\geq 85$ yrs)

기노인에서 75.1%, 후기노인에서 85.5%로 고령일수록 교육수준이 낮은 것으로 나타났으며( $\chi^2=85.22, p=.001$ ), 종교를 갖지 않은 노인이 세 군 모두 과반수이상을 차지하였다.

주 간호제공자로 자녀에게 의존하고 있는 사람이 전체 노인의 53.1%로 가장 많았고, 다음으로 본인 스스로 돌보는 사람이 32.8%이었다. 연령 군별로 비교해보면, 나이가 많아질수록 본인 스스로 돌보는 비율이 줄어들고 자녀와 친척 등 다른 사람에게 간호를 제공받는 경우가 증가하였다. 특히 후기노인에서는 본인 스스로 돌보는 사람이 23.2%로 감소하고, 자녀나 친척에게 의존하는 사람이 76.8%로 증가하여 나이가 들수록 다른 사람에게 의존하고 있음을 알 수 있었다( $\chi^2=34.16, p=.001$ ). 주거상태는 전체적으로 단독주택, 셋방, 아파트 순서였으며, 연령 군별로 보면 후기노인에서는 단독주택이나 아파트에서 사는 사람이 감소하고, 그 외에 시설 등에서 생활하는 사람이 증가하였다( $\chi^2=49.68, p=.001$ ). 건강보험 종류는 세 군 모두 의료보험이 가장 많았으나, 후기노인에서는 보호 1, 2종의 비율이 높아져 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=$

10.93,  $p=.027$ ).

### 대상자의 연령 군별 건강관련 특성

대상자의 건강관련 특성으로 체질량 지수, 정신상태, 보조기구 사용, 건강지각, 건강에 대한 관심 및 사회적 지지 자원을 연령 군별로 비교한 결과는 <Table 2>와 같다.

#### ● 체질량 지수

체질량 지수가 20-25미만의 보통인 사람이 전체노인의 54.3%이었고, 25이상의 과체중 혹은 비만인 사람은 26.9%이었으며, 20미만의 저체중인 사람은 18.8%이었다. 연령 군별로 비교해보면 과체중이거나 비만인 사람은 초기노인에서 31.5%로 가장 많은 반면, 저체중인 사람은 후기노인에서 41.5%로 가장 많았고, 세 군 간에 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=86.25, p=.001$ ).

<Table 2> Health-related characteristics according to age groups

Variables	YO(n=937) n(%)	MO(n=704) n(%)	OO(n=159) n(%)	Total(n=1,800) n(%)	x <sup>2</sup>	p
<b>BMI</b>						
Below 20	121(12.9)	151(21.4)	66(41.5)	338(18.8)	86.25	.001
20-24	521(55.6)	388(55.1)	69(43.4)	978(54.3)		
25-29	250(26.7)	139(19.7)	21(13.2)	410(22.8)		
Over 30	45( 4.8)	26( 3.7)	3( 1.9)	74( 4.1)		
<b>MMSE*</b>						
Normal	887(95.2)	609(86.9)	88(56.4)	1584(88.5)	210.88	.001
Mild Dementia	31( 3.3)	70(10.0)	42(26.9)	143( 8.0)		
Moderate to Severe Dementia	14( 1.5)	22( 3.1)	26(16.7)	62( 3.5)		
<b>Assistant Devices**</b>						
Denture	520(55.5)	439(62.4)	87(54.7)	1046(58.1)	8.60	.014
Glasses	553(59.0)	389(55.3)	80(50.3)	1022(56.8)		
Cane	69( 7.4)	117(16.6)	48(30.2)	234(13.0)		
Hearing Aid	8( .9)	14( 2.0)	8( 5.0)	30( 1.7)		
Walker†	8( .9)	9( 1.3)	2( 1.3)	19( 1.1)		
<b>Perceived Health*</b>						
Good	156(16.7)	93(13.2)	7( 4.4)	256(14.2)	67.24	.001
Fair	621(66.3)	445(63.2)	81(51.3)	1147(63.8)		
Poor	159(17.0)	166(23.6)	70(44.3)	395(22.0)		
<b>Concern of Health</b>						
Have	531(56.7)	355(50.5)	53(33.3)	939(52.2)	31.20	.001
Have not	406(43.3)	349(49.5)	106(66.7)	861(47.8)		
<b>Sources of Social Support**</b>						
Family and Relatives	225(24.0)	176(25.0)	34(21.4)	435(24.2)	.95	.623
Neighbors and Friends	385(41.1)	293(41.6)	84(52.8)	762(42.3)		
Community Institutions	369(39.4)	261(37.1)	56(35.2)	686(38.1)		

† Fisher's exact probability  
 \* No responses were excluded  
 \*\* Multiple responses  
 YO: Young Old(65-74yrs) MO: Middle Old(75-84yrs) OO: Old Old(≥85yrs)  
 BMI: Body Mass Index MMSE: Mini Mental State Examination

● 정신상태

대상자의 정신상태에 있어서는 치매로 분류된 노인이 전체의 11.5%를 차지하였고, 그 중 경증 치매인 사람이 8.0%, 중증 치매인 사람은 3.5%이었다. 연령 군별로 비교해보면, 치매로 분류된 사람이 초기노인에서는 4.8%이었고, 중기노인에서 13.1%, 후기노인에서 43.6%로 나이가 많을수록 급격하게 증가하였다(x<sup>2</sup>=210.88, p=.001).

● 보조기구 사용

대상자들이 현재 사용하고 있는 보조기구에 있어서는 의치를 하고 있는 사람이 전체노인의 58.1%로 가장 많았고, 안경을 쓰는 사람 56.8%, 지팡이 13.0%, 보청기 1.7%, Walker 1.1% 순이었다. 연령 군별로 비교해보면, 의치를 하고 있는 사람은 중기노인에서 62.4%로 가장 많았고(x<sup>2</sup>=8.60, p=.014), 지팡이를 사용하는 사람(x<sup>2</sup>=76.07, p=.001)과 보청기를 사용하

는 사람(x<sup>2</sup>=15.21, p=.001)은 후기노인에서 가장 많았다.

○ 건강지각

대상자들의 건강지각을 조사한 결과, 전체노인의 63.8%는 자신의 건강상태를 보통이라고 인식하였고, 건강상태를 좋지 않다고 응답한 사람은 22.0%이었다. 연령 군별로 비교해보면, 건강상태를 좋지 않다고 인식하고 있는 사람이 초기노인에서는 17.0%이었고, 중기노인에서 23.6%, 후기노인에서 44.3%로 나이가 많을수록 증가하였다(x<sup>2</sup>=67.24, p=.001).

○ 건강에 대한 관심

건강에 대한 관심은 전체노인의 52.2%가 갖고 있었고, 연령 군별로는 건강에 관심을 갖고 있는 사람이 초기노인에서는 56.7%인 반면, 중기노인에서는 50.5%, 후기노인에서는 33.3%로 고령일수록 감소되는 경향을 나타냈다(x<sup>2</sup>=31.20, p=.001).

● 사회적 지지 자원

사회적 지지 자원에 대해 조사한 결과, 전체적으로 이웃 및 친구로부터 지지를 받고 있는 사람이 42.3%로 가장 많았고, 지역사회기관의 지지 38.1%, 가족 및 친척으로부터의 지지 24.2%의 순이었다. 연령 군별로 보면, 후기노인에서는 이웃 및 친구로부터 지지를 받고 있는 사람이 52.8%로 가장 많았으며( $\chi^2=7.92, p=.019$ ), 가족 및 친척으로부터의 지지나 지역사회기관으로부터의 지지를 받고 있는 사람은 적은 것으로 나타났다.

대상자의 연령 군별 건강행위

건강과 관련된 생활습관이나 행위로 식습관, 흡연, 음주, 운동 및 스트레스를 연령 군별로 비교한 결과는 <Table 3>과 같다. 식습관에 있어서 편식이나 잘못된 식습관을 가지고 있는 사람은 전체노인의 7.2%이었고, 연령 군별로는 중기노인에서 8.0%, 후기노인에서 10.7%로 고령일수록 증가하였으나, 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 현재 담배를 피우고 있는 사람은 전체 노인의 14.3%로 세 군 간에 차이가 없었으며, 술을 마시는 사람은 전체노인의 16.4%이었고, 나이가 많을수록 유의하게 감소하였다( $\chi^2=20.23, p=.003$ ). 운동실태에 있어서는 전체 노인의 15.1%가 운동을 전혀 하지 않거나 규칙적인 운동을 하지 않는 것으로 나타났으며, 후기 노인에서 운동량이 부족한 사람이 31.4%로 가장 많았다( $\chi^2=43.80, p=$

.001). 스트레스 정도에 있어서는 전체 노인의 1.8%가 심한 스트레스를 갖고 있다고 하였으며, 연령 군별로 유의한 차이는 없었다.

대상자의 연령 군별 건강문제

대상자들이 가지고 있는 건강문제를 신체계통별로 조사한 결과, 근골격계 문제를 가진 사람이 전체노인의 84.7%로 가장 많았고, 다음은 눈 문제를 가진 사람 78.6%, 심혈관계 문제 66.7%, 소화기계 문제 53.8%, 호흡기계 문제 51.6%, 구강 문제 49.5%, 신경계 문제 44.8%, 귀 문제 33.6%, 비뇨생식기계 문제 23.5%, 피부 문제 19.2%, 코 문제 14.3% 순이었다. 연령 군별로 비교해보면, 호흡기계 문제( $\chi^2= 11.62, p=.003$ ), 구강 문제( $\chi^2=37.83, p=.001$ ), 귀 문제( $\chi^2=33.05, p=.001$ ) 및 비뇨생식기계 문제( $\chi^2=9.85, p=.007$ )를 가진 노인이 나이가 많을수록 유의하게 증가하는 경향을 보였다<Table 4>.

대상자의 연령 군별 자가간호 수준

대상자의 일상생활활동능력, 신체적 활동 및 자가간호 능력을 포함한 자가간호 수준을 연령 군별로 비교한 결과는 <Table 5>와 같다. 일상생활활동능력 점수는 최고 30점 범위에서 초기노인은 평균 29.8점이었고, 중기노인은 29.6점, 후기노인은 28.9점으로 유의한 차이가 있었으며( $F=39.80, p=.001$ ),

<Table 3> Health behaviors according to age groups

Variables	YO(n=937) n(%)	MO(n=704) n(%)	OO(n=159) n(%)	Total(n=1,800) n(%)	$\chi^2$	p
Diet Habit*						
Appropriate	880(93.9)	647(92.0)	142(89.3)	1669(92.8)	5.25	.073
Inappropriate	57( 6.1)	56( 8.0)	17(10.7)	130( 7.2)		
Smoking(ea/day)† *						
No Smoking	789(84.4)	612(87.1)	139(87.4)	1540(85.7)	.514	
≤20	133(14.2)	85(12.1)	18(11.3)	236(13.1)		
>20	13( 1.4)	6( .9)	2( 1.3)	21( 1.2)		
Drinking(day/week)						
No Drinking	752(80.3)	607(86.2)	145(91.2)	1504(83.6)	20.23	.003
1-2	119(12.7)	65( 9.2)	9( 5.7)	193(10.7)		
≥ 3	66( 7.1)	32( 4.5)	5( 3.2)	103( 5.7)		
Exercise						
Regular	830(88.6)	590(83.8)	109(68.6)	1529(84.9)	43.80	.001
Not or Irregular	107(11.4)	114(16.2)	50(31.4)	271(15.1)		
Stressful Event† *						
Few	912(97.7)	691(98.3)	159(100.0)	1762(98.2)	.120	
Many	21( 2.3)	12( 1.7)	-	33( 1.8)		

† Fisher's exact probability

\* No responses were excluded

YO: Young Old(65-74yrs) MO: Middle Old(75-84yrs) OO: Old Old(≥85yrs)

<Table 4> Health problems according to age groups

Variables	YO(n=937) n(%)	MO(n=704) n(%)	OO(n=159) n(%)	Total(n=1,797) n(%)	$\chi^2$	p
Health Problem(System)*						
Musculoskeletal	779(83.1)	602(85.5)	143(89.9)	1524(84.7)	5.48	.065
Eyes	718(76.7)	566(80.5)	129(81.6)	1413(78.6)	4.39	.111
Cardiovascular	609(65.0)	480(68.2)	110(69.2)	1199(66.7)	2.35	.308
Digestive	487(52.0)	394(56.0)	88(55.3)	969(53.8)	2.74	.254
Respiratory	453(48.3)	378(53.7)	98(61.6)	929(51.6)	11.62	.003
Oral cavity	413(44.1)	368(52.3)	110(69.2)	891(49.5)	37.83	.001
Nervous	422(45.2)	321(45.9)	60(37.7)	803(44.8)	3.58	.167
Ears	270(28.8)	254(36.1)	81(50.9)	605(33.6)	33.05	.001
Uro-genital	192(20.5)	188(26.7)	43(27.0)	423(23.5)	9.85	.007
Dermatologic	192(20.5)	125(17.8)	29(18.2)	346(19.2)	2.08	.354
Nose	146(15.6)	96(13.6)	15( 9.4)	257(14.3)	4.62	.099

\* Multiple responses

YO: Young Old(65-74yrs) MO: Middle Old(75-84yrs) OO: Old Old( $\geq$ 85yrs)

<Table 5> Self-care levels according to age groups

Variables	YO(n=937) <sup>a</sup> M $\pm$ SD	MO(n=704) <sup>b</sup> M $\pm$ SD	OO(n=159) <sup>c</sup> M $\pm$ SD	Total(n=1800) M $\pm$ SD	F	p	Scheff $\xi$
ADL*	29.8 $\pm$ 0.68	29.6 $\pm$ 1.06	28.9 $\pm$ 2.01	29.7 $\pm$ 0.99	39.80	.001	a>b>c
Physical Activity*	50.8 $\pm$ 3.55	49.7 $\pm$ 4.71	45.9 $\pm$ 4.67	49.9 $\pm$ 4.67	82.16	.001	a>b>c
Self-care Ability*	20.7 $\pm$ 5.00	19.6 $\pm$ 5.24	17.1 $\pm$ 4.27	19.9 $\pm$ 5.14	36.92	.001	a>b>c

\* No responses were excluded

YO: Young Old(65-74yrs) MO: Middle Old(75-84yrs) OO: Old Old( $\geq$ 85yrs)

각 군 간의 차이를 확인하기 위해 Scheff $\xi$  test로 사후 검정을 한 결과 나이가 많을수록 낮은 것으로 나타났다. 신체적 활동 점수에 있어서는 최고 54점 범위에서 초기노인은 평균 50.8 점, 중기노인은 49.7점, 후기노인은 45.9점으로 나이가 들수록 감소하였고(F=82.16, p=.001), 자가간호 능력 점수 또한 최고 32점 기준에서 초기노인은 평균점수 20.7점, 중기노인 19.6점, 후기노인 17.1점으로 세 군 간에 유의한 차이가 있었으며 (F=36.92, p=.001), 사후 검정을 위한 Scheff $\xi$  test 결과 두 가지 모두 나이가 많을수록 감소된 것으로 나타났다.

## 논 의

### 대상자의 연령 군별 건강관련 특성

대도시 독거노인의 건강관련 특성으로 체질량 지수, 정신상태, 보조기구 사용, 건강지각, 건강에 대한 관심 및 사회적 지지 자원을 연령에 따라 초기, 중기, 후기노인의 세 군으로 나누어 비교분석하였다. 노인의 비만도를 보면 과체중이거나 비만인 사람이 전체 노인의 26.9%이었고, 특히 초기노인에서 31.5%로 가장 많았다. 이는 노년의 비만인구 비율이 65-74세 노인에서는 27.7%, 75세 이상 노인에서는 19.4%로 보고한 Moon과 Nam(2001)의 연구보다 비만노인의 비율이 약간 높게

나타났다. 반면, 나이가 들수록 저체중인 사람의 비율이 증가하였고, 특히 후기노인에서는 저체중인 사람이 41.5%를 차지하여 고령노인들은 영양결핍에 대한 관심이 요구됨을 알 수 있다.

노인성 치매는 노년기에 있어 중요한 만성질환으로 노인과 가족의 생활에 지장을 주고 있는데, 본 연구에서 치매로 분류된 노인은 전체의 11.5%이었고, 후기노인에서는 43.6%로 나이가 많을수록 치매노인이 급격히 증가되었다. 이는 2001년 기준 우리나라 65세 이상 노인의 치매 유병율인 5-15%와 유사하였으며, 60세 이상 재가노인을 대상으로 한 Yu 등(2002)의 연구에서 치매의심노인이 전체의 48.0%이었던 것에 비해서는 낮은 비율이었다.

대상자들이 현재 사용하고 있는 보조기구를 보면, 의치를 사용하는 사람이 가장 많았고, 안경, 지팡이, 보청기, Walker 순이었으며, 특히 후기노인에서 지팡이와 보청기를 사용하는 사람이 유의하게 증가하였다. 이는 재가노인과 입원 중인 노인을 대상으로 재활보조기구 이용실태를 조사한 결과, 돋보기, 혈압계, 의치, 팬티형 기저귀, 일반형 휠체어 순이었다고 한 Chang, Kim, Park과 Kim(2002)의 연구와 유사하였으며, 재가 노인에서는 휠체어보다 지팡이나 Walker를 사용하는 사람이 더 많음을 알 수 있었다.

건강지각은 단순히 질병의 유무에 대한 주관적인 평가를

하는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 건강의 복합적인 특성이 반영된 개인의 총체적인 건강 상태를 나타내고 (Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 1999), 사망률을 예측하는 강력한 변수로 알려져 있다. 본 대상자의 건강지각 수준을 보면, 전체 노인의 22.0%가 자신의 건강상태를 좋지 않다고 하였으며, 후기노인에서는 44.3%로 나이가 들수록 자신의 건강상태를 좋지 않다고 인식하는 사람이 많았다. 이는 농촌노인을 대상으로 중년후기, 노년전기, 노년후기의 세 집단 중 노년후기 집단이 가장 건강상태를 나쁘게 지각하였고, 연령이 증가할수록 스스로의 건강을 부정적으로 평가하고 있다는 Cha 등(2002)의 연구와 유사하였다. 건강지각에 영향을 미치는 요인들을 탐색한 선행연구들에 따르면, 연령이 특히 중요한 변수인 것으로 알려져 있으며(Rodin & Mcavay, 1992), 건강지각 상태에 부정적인 영향을 미치는 변수로 기동성 감소, 우울, 만성질환이 제시되고 있다(Bryant, Beck, & Fairclough, 2000). 특히 고령노인의 경우에는 사회적 지지와 경제적 수준, 배우자 유무 같은 상황적인 변수들도 건강지각 상태에 영향을 미치고 있다(Cha et al., 2002).

건강에 대한 관심을 가지고 있는 사람은 나이가 들수록 감소되어 후기노인에서는 33.3%만이 건강에 대한 관심을 갖고 있었다. 노인은 다른 연령층에 비해 자신의 건강에 대한 관심이 많고, 건강증진을 위한 중재활동 이행율이 높다는 보고(Brady & Nies, 1999)와 달리, 본 연구에서는 고령일수록 건강에 대한 관심이 감소되는 것으로 나타나 이에 대한 반복적인 연구가 요구된다.

사회적 지지는 자신이 돌봄과 사랑을 받고 있다는 믿음과 긍지를 갖도록 해주는 개인간의 상호작용으로서 Kim과 Park (2000)은 사회적 지지가 높을수록 노인의 삶의 질이 높다고 보고하였다. 본 연구대상자에서 사회적 지지의 자원은 가까운 이웃이나 친구가 가장 많았고, 지역사회기관, 가족 및 친척의 순으로 나타나, 이는 재가노인 집단에서 친구와 이웃으로부터의 사회적 지지, 특히 도구적 및 정서적 지지가 가장 높았다고 보고한 Yu 등(2002)의 연구와 일치하였다. 특히 후기노인에서는 이웃이나 친구로부터 지지를 받고 있는 사람이 과반수 이상을 차지하였고, 가족 및 친척, 혹은 지역사회기관으로부터의 지지를 받고 있는 사람은 다른 연령 군에 비해 적은 것으로 나타났는데, 이는 고령의 노인들은 가족이나 친척으로부터 무관심의 대상이 되고 방치되는 경우가 늘어나며, 또한 지역사회기관을 이용하는데 어려움이 있기 때문으로 여겨진다.

이상으로 건강관련 특성을 연령 군별로 분석한 결과, 후기노인에서는 비만보다는 저체중이 건강을 위협하는 요소로 제시됨에 따라 영양결핍과 관련된 생리적 요인이나 사회심리적 요인 등을 파악하고 적절한 영양섭취에 대한 교육과 관리가 제공되어야 하며, 치매질환의 증가와 관련하여 치매노인에 대한

장기적인 보호대책이 요구되고 가족이 전담하는 차원을 벗어나 전문요양원 등의 제도적인 복지서비스가 마련되어야 할 것으로 본다. 또한 고령화 사회 진입으로 인하여 장애인과 일상생활기능이 저하된 노인의 수가 점차 증가하고, 특히 후기노인의 일상생활 기능과 재활 능력을 돕고 삶의 질을 높이는 측면에서 재활보조기구에 대한 필요성도 제고되어야 한다.

건강지각은 전반적인 건강행위 실천에 가장 큰 영향력을 갖는 변수로서 후기노인들은 건강지각 상태가 좋지 않고, 건강행위 실천이 어려운 점을 감안하여 일상생활활동과 안위를 유지하기 위한 직접적인 돌봄을 제공하는 프로그램을 마련해야 하며, 고령일수록 건강에 대한 관심과 건강행위의 실천이 감소되므로 의료적인 측면에서 신체적 건강을 유지시키고, 다양한 사회접촉을 통해 건강에 대한 관심과 주관적인 평가를 향상시켜야 한다. 또한 사회적 지지가 없는 경우 건강지각 상태가 낮아지고 생활만족도가 저하되므로, 후기노인들에게는 사회적인 관계망을 지속적으로 유지하는 것이 중요하고, 이웃이나 친척의 지지는 물론, 지역사회기관으로부터의 지지망을 확충시키기 위한 방안을 모색해 나가야 할 것이다.

### 대상자의 연령 군별 건강행위

건강행위는 건강을 보호하고 증진하기 위한 목표 지향적 활동의 한 형태로서 다차원적이고 예방적인 행위이다(Eiser & Gentle, 1988). Choi와 Kim(1997)은 건강행위를 편안한 마음 유지하기, 관계망 형성하기, 적절한 운동하기, 영양 섭취하기, 적절하게 일하기, 휴식 취하기의 6개 하부영역으로 구분하였으며, Suh(2000)는 노인들의 건강행위로 운동, 영양, 휴식, 혈압체크, 건강검진, 안전, 약물사용 등을 들고 있다.

본 연구에서 건강과 관련된 생활습관 및 행위로 식습관, 흡연, 음주, 운동, 스트레스를 조사한 결과, 고령일수록 잘못된 식습관을 가지고 있는 노인이 많은 편이었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었고, 담배를 피우고 있는 사람은 후기노인에서 감소되지 않아 연령 군별로 유의한 차이가 없었다. 또한 운동실태에 있어서는 운동을 규칙적으로 하지 않거나 전혀 하지 않는 사람이 후기노인에서 증가하여 나이가 많을수록 건강행위 수준이 낮은 것으로 나타났는데, 많은 연구들이 건강행위 수준에 영향을 미치는 변수로 연령, 교육수준, 경제상태, 자아존중감, 건강지각, 건강에 대한 관심 등을 제시하고 있다(Choi, 2003; Kim, 2000; Suh, 2000). Resnick(2003) 또한 연령, 만성 질환, 신체적·정신적 건강수준 및 인지상태가 노인의 건강증진활동의 참여에 영향을 주는 요인으로 특히 후기노인은 초기나 중기노인에 비해 건강행위를 하지 않는 것으로 보고하였다.

특히 흡연과 알코올 남용, 불량한 운동습관은 성공적인 노



화에 영향을 미치는 위험요인으로서(Davidhizar, Eshleman, & Moody, 2002), 후기노인들의 건강관리는 흡연의 유해성에 대한 인식을 높이고 금연을 실천하기 위한 프로그램과 신체적 활동을 증가시키기 위한 운동프로그램을 제공해야 할 것으로 사료된다. 또한 통증, 피로감, 기동성장애, 및 감각장애는 노인들의 신체활동을 방해하는 주요 요인이 되고 있으므로(Cooper, Bilbrew, Dubbert, Kerr, & Kirchner, 2001), 후기노인의 신체활동을 증진시키기 위해서는 이러한 요인들에 대한 관리방안을 모색하고, 건강상태와 운동능력에 따라 능동적, 수동적 운동을 수행하고 일상생활동작을 유지시키기 위한 개별적인 프로그램을 제공해야 할 것이다.

### 대상자의 연령 군별 건강문제

대상자들이 가지고 있는 건강문제를 신체계통별로 구분해 보면, 근골격계 건강문제를 가진 사람이 가장 많았고, 눈, 심혈관계 순이었는데, 이는 재가 노인의 질병상태 순위를 관절통 48.5%, 고혈압 29.4%, 만성 요통 24.7% 순으로 보고한 Chang 등의 연구(2002)와 유사하였다. 특히 호흡기계와 구강, 귀, 비노생식기계의 건강문제를 가진 사람은 나이가 많을수록 유의하게 증가하였는데, 이는 노화와 관련하여 후기노인에서 기관지천식과 폐기종을 비롯한 만성 폐쇄성 폐질환이 증가하고, 치주염과 같은 잇몸질환, 노인성 난청, 그리고 전립샘질환과 요로계 감염이 증가하기 때문으로 여겨진다.

또한 고혈압을 포함한 심혈관계 문제를 가진 사람이 전체 노인의 66.7%로 나타났는데, 이는 65-74세 여성의 55.0%, 75세 이상 여성의 63.5%로 여성노인 대다수가 고혈압을 갖고 있다고 한 Moon과 Nam(2001)의 연구결과와 유사하였다. 반면 미국의 경우에도 65세 이상 노인의 2/3이상에서 고혈압이 발생한 것으로 제시되었다(Loeb, 2003). 요즘 선진국에서 노인의 사망원인은 심혈관계 질환, 암, 뇌혈관질환, 만성 폐질환, 폐렴과 인플루엔자 5가지이며, 만성적인 상태는 관절염, 고혈압, 심장질환, 학습능력부족, 백내장이다(Davidhizar et al., 2002). 우리나라도 과학기술의 발전, 생활양식의 변화 및 인구의 고령화 현상 등으로 비준중, 고혈압, 암, 관절염 등의 만성 퇴행성 질환이 주류를 이루는 질병구조의 변화가 나타날 것으로 예측되고 있는데(Cho & Park, 2003), 생활습관에 따른 건강상태의 변화를 예측하고 자신의 기능과 독립성을 유지하기 위한 건강관리방안이 모색되어야 할 것이다.

### 대상자의 연령 군별 자가간호 수준

일상생활활동능력이나 기능적인 장애 등은 신체적 건강을 나타내는 지표로서 노인의 건강지각과 생활만족도에 영향을

미치고 있으며(Cha et al., 2002), 일상생활활동을 잘 수행하고 타인에게 덜 의존적이며 여가활동을 즐길 수 있는 것은 노년의 삶의 질을 높이는데 매우 필요하다. 본 연구에서 후기노인은 일상생활을 수행하는데 어려움을 갖게 되고 신체적 활동 수준이 저하되며, 자가간호 능력 또한 감소되어 다른 사람에게 의존적인 생활을 하는 것으로 나타났다. 이는 연령이 증가할수록 일상생활활동 정도가 낮았고, 신체적 건강수준이 감소하였다는 Kim(2003)의 연구, Moon과 Nam(2001)의 연구와 일치하였으며, 연령이 높을수록 가정간호 및 간병·재활서비스 등의 케어수준이 높은 서비스가 요구된다는 Kim과 Chang(2003)의 연구와 유사하였다. 이처럼 후기노인은 초기나 중기노인에 비해 자가간호 수준이 급격히 감소되었는데, 노인의 자가간호 수준에 영향을 미치는 요인들을 파악하는 것은 건강관리 전문가들이 위험상태에 있는 사람을 확인하고, 건강관리를 위한 계획을 세우는데 중요하다.

이상에서 본 연구대상자인 독거노인들의 전반적인 건강양상은 저조한 편이었으며, 나이가 많을수록 신체적 기능뿐 아니라, 인지적 및 사회적 기능도 크게 저하되고 있음을 알 수 있다. 특히 후기노인들은 신체적 건강상태와 자가간호 수준이 급격하게 감소되어 독립적인 생활에 지장을 받게 되고, 건강에 대한 객관적인 수준과 주관적인 인식이 모두 낮았으며, 사회적 지지 자원도 부족한 것으로 나타났다.

따라서 독거노인에 대한 건강관리서비스는 연령 군별 건강양상 및 자가간호 수준의 차이를 감안하여 이들의 다양한 욕구를 충족시키기 위한 개별적이고 특성화된 프로그램과 사회 지지망의 확보가 요구된다. 즉 초기노인이나 중기노인에 대한 건강관리방안은 식습관 및 운동을 비롯한 바람직한 생활습관과 건강증진행위를 수행하며, 지속적인 사회활동과 지지망의 확충으로 스스로 건강양상을 관리할 수 있는 프로그램을 제공함으로써, 자가간호 능력을 유지 및 증진시켜 나가야 한다.

반면 일상생활활동 능력과 인지기능의 급격한 감소로 다른 사람에게 의존적인 생활을 하고 있는 후기노인들을 위해서는 전문가들이 직접 가정을 찾아가서 일상생활활동을 도와주고 능동적, 수동적 운동을 수행하며, 신체적 활동을 촉진하고 사회적 접촉기회를 마련함으로써 삶의 전반에 대한 안녕상태를 유지시키는 것이 중요하다. 아울러 제도적인 방안으로 지역사회에서 필요한 정보를 찾도록 도와주고 직접간호를 제공해주는 방문간호 시스템을 구축하고, 지역사회 기관이나 단체를 통한 사회적 지지망을 형성해 나가야 할 것이다.

### 결론 및 제언

본 연구는 일 대도시 독거노인의 건강관련 특성, 건강행위, 건강문제 및 자가간호 수준을 포함한 전반적인 건강양상을

연령 군별로 비교분석하기 위한 서술연구이다. 대상자의 건강 관련 특성에는 체질량 지수, 정신상태, 보조기구 사용, 건강지각, 건강에 대한 관심 및 사회적 지지 자원을 포함시켰고, 자가간호 수준과 관련된 변수로는 일상생활활동능력과 신체적 활동, 자가간호 능력을 측정하였으며, 연령 군별로 초기노인, 중기노인, 후기노인의 세 군으로 구분하여 비교분석하였다. 연구대상은 대도시 일개 구에 거주하는 독거노인 1,800명으로 65세-74세 노인 937명, 75세-84세 노인 704명, 85세 이상 노인 159명이었고, 방문보건사업 운영지침에 제시되어 있는 구조화된 질문지를 사용하여 2003년 5월 1일부터 7월 26일까지 자료를 수집하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 대상자의 건강관련 특성에서 과체중이거나 비만인 사람은 초기노인에서 유의하게 많았으며( $\chi^2=86.25, p=.001$ ), 치매 노인은 후기노인에서 43.6%로 급격하게 증가하였다( $\chi^2=210.88, p=.001$ ). 보조기구 사용에 있어서는 후기노인에서 지팡이를 사용하는 사람( $\chi^2=76.07, p=.001$ )과 보청기를 사용하는 사람이 유의하게 증가하였다( $\chi^2=15.21, p=.001$ ). 후기노인에서 자신의 건강상태가 좋지 않다고 인식하는 사람이 증가하였으며( $\chi^2=67.24, p=.001$ ), 건강에 대해 관심을 갖고 있는 사람은 더 감소하였다( $\chi^2=31.20, p=.001$ ). 사회적 지지 자원에 있어서는 나이가 많을수록 이웃 및 친구의 지지를 받고 있는 사람이 유의하게 증가하였다( $\chi^2=7.92, p=.019$ ).
- 건강행위 중 술을 마시고 있는 사람은 후기노인에서 더 감소하였으나( $\chi^2=20.23, p=.003$ ), 식습관과 흡연에 있어서는 연령 군별로 유의한 차이가 없었고, 운동량이 부족한 사람은 후기노인에서 유의하게 증가하였다( $\chi^2=43.80, p=.001$ ).
- 신체계통별 건강문제는 근골격계 문제 84.7%, 눈 문제 78.6%, 심혈관계 문제 66.7%, 소화기계 문제 53.8% 순이었으며, 특히 나이가 많을수록 호흡기계( $\chi^2=11.62, p=.003$ ), 구강( $\chi^2=37.83, p=.001$ ), 귀( $\chi^2=33.05, p=.001$ ), 및 비뇨생식기계( $\chi^2=9.85, p=.007$ ) 건강문제를 가진 사람이 유의하게 증가하였다.
- 자가간호 수준에서 일상생활활동능력 점수는 후기노인에서 더 감소되었고( $F=39.80, p=.001$ ), 신체적 활동 점수( $F=82.16, p=.001$ )와 자가간호 능력 점수 또한 나이가 들수록 유의하게 감소되었다( $F=36.92, p=.001$ ).

본 연구결과 대도시 독거노인의 건강양상은 전반적으로 저조한 편이었고, 연령 군별로 비교해 볼 때 초기노인과 중기노인은 비교적 독립적인 일상생활활동능력을 가지고 있는 반면,

후기노인은 인지적 기능이 현저히 감소하고 객관적, 주관적 건강상태와 자가간호 수준이 급격히 저하되었다. 또한 사회적 지지에 있어서는 고령일수록 이웃과 친구로부터 지지를 받고 있었으며, 가족이나 친척, 지역사회기관의 지지는 낮은 것으로 나타났다.

따라서 대도시 방문보건사업을 구축함에 있어 독거노인에 대한 건강관리서비스는 연령 군별로 대상자의 건강양상 및 자가간호 수준의 차이를 감안하고, 그 특성에 따라 접근방식을 모색해 나가야 할 것이다. 초기노인이나 중기노인의 건강관리방안은 자가간호 능력을 증진시키고 사회활동의 지속적인 유지로 스스로 건강양상을 관리할 수 있도록 하며, 일상생활 활동이 어려운 후기노인에게는 가정간호를 통해 개별적이고 직접적인 서비스를 제공할 수 있도록 방문간호사의 업무를 체계화시키는 반면, 직접방문간호를 활성화하기 위한 실질적인 대책이 요구된다.

## References

- Bentley, J. M. (2003). Barriers to accessing health care : the perspective of elderly people within a village community. *Int J Nurs Stud, 40*, 9-21.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1999). Self-assessment of health : What do people know that predicts their mortality. *Res Aging, 21*(3), 385-400.
- Brady, B., & Nies, M. A. (1999). Health promoting lifestyle and exercise : a comparison of older African American women above and below poverty level. *J Holist Nurs, 17*(2), 197-207.
- Bryant, L., Beck, A., & Fairclough, D. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *J Aging Health, 12*, 169-192.
- Cha, S. E., Han, G. H., & Lee, J. H. (2002). Relationship between self-rated health and physical · mental · social health : differences among three aged group. *J Korean Gerontol soc, 22*(1), 173-190.
- Chang, H. S., Kim, E. K., Park, S. K., & Kim, D. S. (2002). Analysis of the utilization and need assessment for the assistive devices and appliances of the elderly. *J Korean Gerontol soc, 22*(1), 21-30.
- Cho, Y. H., & Park, Y. C. (2003). The age, lifestyle and health status of the elderly in a small city. *J Korean Gerontol soc, 23*(2), 141-153.
- Choi, Y. A. (2003). A survey on the perceived health status and health behavior of the aged in an area. *J Korean Gerontol soc, 23*(3), 129-142.
- Choi, Y. H., Kim, M. S., Byon, Y. S., & Won, J. S. (1990). Health status of elderly persons in Korea. *J Korean Acad. Nurs, 20*(3), 307-323.
- Choi, Y. H., & Kim, S. Y. (1997). Development of health behavior assessment tool of the Korean elders. *J Korean*

- Acad Nurs*, 27(3), 601-613.
- Cooper, K. M., Bilbrew, D., Dubbert, P. M., Kerr, K., & Kirchner, K. (2001). Health barriers to walking for exercise in elderly primary care. *Geriatr Nurs*, 22(5), 258-262.
- Davidhizar, R., Eshleman, J., & Moody, M. (2002). Health promotion for aging adults. *Geriatr Nurs*, 23(1), 28-35.
- Dolinsky, A. L. (1997). Elderly patient's satisfaction with the outcome of their health care complaints. *Health Care Manag Rev*, 22(2), 33-40.
- Easley, C., & Schaller, J. (2003). The experience of being old-old : life after 85. *Geriatr Nurs* 24(5), 273-277.
- Eiser, J. R., & Gentle, P. (1988). Health behavior as goal-directed action. *J Behav Med*, 11(6), 523-535.
- Jeon, K. Y., & Kim, J. O. (2000). Self efficacy, social support, & social adaptation of the spousal bereaved elderly. *J Korea Family*, 38(1), 155-170.
- Hollander, M., Koudstaal, P. J., Bots, M., L., Grobbee, D. E., Hofman, A., & Breteler, M. M. B. (2003). Incidence, risk, and case fatality of first ever stroke in the elderly population. *Rotterdam Stud J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74(3), 317-321.
- Kim, E. K., & Chang, H. S. (2003). Classification of needed service in elderly group by MI-Choice. *J Korean Gerontol Soc*, 23(1), 31-42.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *J Korean Acad. Nurs.*, 33(5), 544-552.
- Kim, K. T., & Park, B. G. (2000). Life satisfaction and social support network of the elderly living alone. *J Korean Gerontol Soc*, 20(1), 153-168.
- Kim, N. J. (2000). Health practices of the elderly and related variables. *J Korean Gerontol Soc*, 20(2), 169-182.
- Kim, W. K. (2001). Subjective and objective social support in the association between physical disability and depression in older adults. *Korean J Res Gerontol*, 10, 55-74.
- Korea National Statistical Office (2004). <http://www.nso.go.kr>
- Lee, S. S., & Lee, K. J. (2002). The stress, social support and psychological well-being of the elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 22(1), 1-20.
- Loeb, S. J. (2003). The older men's health program and screening inventory : a tool for assessing health practices and beliefs. *Geriatr Nurs*, 24(5), 278-285.
- Ministry of Health and Welfare (2003). *Manual for visiting health services*.
- Moon, S. S., & Nam, J. J. (2001). Health status of elderly in Korea - Focus on physical health and disability of elderly women. *J Korean Gerontol Soc*, 21(1), 15-29.
- Resnick, B. (2003). Health promotion activities of the old-old. What should one do? *Geriatr Nurs*, 24(5), 313.
- Rodin, J., & Mcavay, C. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *J Gerontol*, 37(6), 373-384.
- Suh, I. S. (2000). Health knowledge level and health-promoting behavior for the elderly. *Korean J Res Gerontol*, 9, 51-70.
- Yu, S. J., Kim, H. S., & Han, K. R. (2002). A comparative study of physical health, self-esteem, social support and health-welfare need among the aged groups with and without dementia and depression. *J Korean Gerontol Soc*, 22(3), 115-133.

## Health Pattern of Elderly According to Age Group Who Living Alone in an Urban Area

Kang, Hae-Young<sup>1)</sup> · Seo, Nam-Sook<sup>2)</sup> · Kim, Young-Hee<sup>3)</sup>

1) Professor, Department of Nursing, Chonnam National University, Chonnam Research Institute of Nursing Science

2) Assistant Professor, Department of Nursing, Dongshin University, 3) Adjunctive Professor, Department of Nursing, Wonkwang Health College

**Purpose:** This study was conducted to identify the differences of health patterns; health-related characteristics, health behaviors, health problems, and self-care levels of elderly, living alone in an urban area according to age group. **Method:** The study design was a descriptive survey and the subjects were 1,800 elderly consisting of 937 young old, 704 middle old, and 159 old old. Data was collected from May to July 2003 using the structured questionnaire and analyzed by descriptive statistics,  $\chi^2$ -test, Fisher's exact probability test, ANOVA and Scheffé test using SPSS/PC. **Result:** The health related characteristics which involved body mass index, mental status, use of assistant devices, perceived health, concern of health, and social support were different among the groups and more aggravated by aging. Health behaviors and health problems were also significantly aggravated in the old old group. The self-care levels measured by ADL, physical activity, and self-care ability scores were also significantly decreased in the old old group. **Conclusion:** For the level of health status, health behaviors and self-care ability were significantly decreased by aging, health care services for the elderly should be planned considering the

difference in the health pattern by age group.

Key words : Elderly, Health pattern, Urban

- Address reprint requests to : Seo, Nam-Sook  
Department of Nursing, Dongshin University  
252, Daeho-dong, Naju, Chonnam 520-714, Korea  
Tel: +82-61-330-3583 Fax: +82-61-330-3519 E-mail: nsseo@dsu.ac.kr