

MDS-HC 2.0을 이용한 일부 독거노인의 건강문제 조사연구

박 경 민* · 정 애 화**

I. 서 론

우리나라의 노인 인구는 2005년 전체 인구의 9.1%로서 이미 고령화사회(aging society)로 진입하였으며, 2018년에는 14.3%로 고령사회(aged society)로 진입할 것으로 예측하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2005). 한국의 평균수명은 2005-2010년에 78.2세로 20년전인 1985-1990년의 69.8세에 비해 8.4세가 늘었다(Planned Population Federation of Korea, 2005). 노인인구의 연령 계층별 증가율을 살펴보면, 2030년까지 65세 이상 인구는 2.7배, 70세 이상은 3.3배, 80세 이상은 4.3배가 될 것이며, 노인인구 중에서도 급증하는 연령층은 75세 이상의 후기 고령자라고 보고되었다(Ministry of Health and Welfare, 2005).

노인인구 증가와 함께 노인성 질환 및 만성퇴행성 질환이 급증하여 65세 이상 노인 중 한 가지 이상 만성 질환을 가지고 있다고 인식하는 노인은 전체 노인의 90.1%로 나타났으며 2003년 65세 이상 인구 중 기초생활보장 수급자는 341천명으로 2002년도 비교하여 1만 1천명 증가하였다(Ministry of Health and Welfare, 2005). 이러한 노인인구의 증가로 2004년 건강보험의 65세 이상 노인의료비는 2003년도에 비해 16.9% 증가하여 전체 의료비에서 차지하는 비율 22.9%로 전년에 비해 1.6% 증가하는 것일 볼 수 있다

(Ministry of Health and Welfare, 2005). 노년기에는 경제적 여유가 없기 때문에 만성질환을 가진 노인들은 질환에 따른 적절한 치료를 받는데 많은 어려움을 겪게 되며(Kim, Jang, Yoon, Ko, & Yee, 2002), 만성질환을 겪는 노인의 수와 의존적 생활기간의 증가로 노인의 수발 및 보호에 대한 가족의 보호능력저하는 개인 또는 가족 차원의 해결보다는 국가차원에서 서비스 확충으로 지원해야 할 필요가 있다(Lee, 2004).

우리나라에서 노인시설에 보호를 받는 노인이 적은 것은 노인이 건강상태나 주거환경이 외국노인보다 양호하기 보다는 적절한 서비스를 제공받을 수 있는 시설이 부족하고 현재 운영되고 있는 시설에 대한 거부감이 있기 때문이라고 생각된다. 또한 노인의 특성으로 가능한 본인이 살아오고, 익숙한 생활환경에 살아가기를 원하기 때문일 것이다.

독거노인은 가족이나 친척의 지지 없이 소외감과 고독감속에서 살아감으로 신체적 건강상태뿐만 아니라 정신적 건강상태에게 많은 문제점을 가지고 있다. 저소득층 노인의 건강 특성으로 평균적으로 1년의 102일 정도 몸이 아파서 일상생활을 할 수 없으며, 여성일수록, 나이가 많을수록, 교육수준이 낮을수록 Ryu와 Choi(1999)의 연구결과로 나타났다. Kim(1998)의 연구결과에서는 독거노인의 경우 건강문제가 대상자의 34.4%에 해당되는 문제로 나타났으며 You와 Park(2003) 연구에서는 홀로 거주하는 것이 건강문제의 요인이라고 설명하고 있으

* 계명대학교 간호대학 부교수

** 대구과학대학 간호과 전임강사(교신저자 E-mail: aehwa007@yahoo.co.kr)

며 가족이 노인의 건강상태에 영향을 미치는 요인이며, 사회적, 육체적, 심리적, 경제적 문제를 강화 또는 약화 시키며 건강상태에서 차이가 나타난다고 한다. 홀로 사는 독거노인의 경우 노인이 거주하는 장소에 따라서도 건강상태에 영향을 미치는 것을 볼 수 있다. Kim (1997)의 연구결과에서 재가 독거노인이 시설에 거주하는 독거노인보다 건강에 대한 인식이 낮았으며, 질환 수도 재가 독거노인에게서 더 많이 나타나는 것을 살펴볼 수 있었다. 이처럼 노인부양문제는 우리 사회가 당면한 문제로 나타나고 있으며, 특히 혼자서 모든 일상생활을 해결하는 독거노인에게 건강문제는 최대의 관심사이며, 삶 그 자체이다(Kim, 1997).

정부에서 실시하고 있는 방문보건사업은 지역간과 계층간의 보건의료 형평성 및 접근성을 향상시키고, 만성퇴행성질환자와 노인인구급증에 따른 의료비 상승을 절감시키기 위해 공공보건인력을 의료의 사각지대에 있는 농촌과 도시 저소득층의 만성퇴행성질환자와 가족의 보호를 받지 못하는 독거노인과 노인부부 등을 방문하여 건강증진 및 질병관리를 지속적이고 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 것이 그 목적이다. 실제로 대부분의 방문보건사업의 대상자는 독거노인, 거동불능자, 만성질환자들로 65세 이상 노인이 전체 대상자의 대부분을 차지하고 있다(Kwon, 2005). 방문보건사업은 추지배경이나 목적에서 질병예방이나 건강증진 등의 부분을 강조하고 있으나 서비스 내용면에서 일상적인 가사일 및 활동보조에 머무르는 경우가 많고 의료서비스 역시 질병위주의 방문보건서비스가 이루어지고 있다(Kwon, 2005). Shin(2001)의 연구에서는 실질적인 서비스 제공보다는 형식적이고 전시적인 사업을 하고 있다고 설명하고 있으며 보건요원 1명으로 대상자들에게 월1회의 방문도 실시하지 못하는 어려움뿐만 아니라 대상자들이 안고 있는 욕구를 해결을 충족시키지 못하고 있다고 주장하고 있다. 또한 방문간호서비스의 비용면에서도 효율성을 기대하기 어렵고 사업에 대한 과학적인 평가도 보여줄 수 없으며(Choi, 2002; Kwon, 2005). 방문간호서비스 제공면에서도 대상자에 대한 포괄적인 기능상태 평가가 이루어지지 못하며 대상자의 요구에 부응하는 서비스가 체계적으로 제공되지 못하고 있는 실정이다(Kim, 2004; Kwon, 2005). 따라서 현재 시행하고 있는 방문간호서비스는 독거노인의 포괄적인 건강문제 파악이 아니라 질병 중심 또는 부분적인 대상자의 건강문제를 조사하여 문제를 해결하기에는 역부족이다. 그러므로 독거노인의 포괄적인 건강문제 사정을

통한 지속적이고 체계적인 건강문제별 간호중재를 제공하는 것이 무엇보다도 필요하다.

따라서 본 연구자는 독거노인의 포괄적인 건강문제를 파악하여 독거노인에게 효율적인 간호중재 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로 본 연구를 실시한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 독거노인을 대상으로 대상자의 건강문제를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 대구시에 거주하는 65세 이상 독거노인으로 지역 보건소에 등록되어 방문간호서비스를 받고 있는 노인 100명을 편의 추출하여 연구대상으로 하였다. 연구대상자 기준으로는 2004년 1월부터 12월 사이에 등록하여 6개월 이상 방문간호서비스를 제공받고 있는 65세 이상의 독거노인이다. 보건소의 담당자를 방문하여 연구목적과 취지를 설명한 후 허락을 받아 연구원과 조사원 2명이 대상자의 연구동의를 구한 다음 일대일 면담으로 설문지를 작성하였으며 설문지 작성에 소요된 시간 은 1인당 40~50분 정도였다.

3. 자료수집 기간 및 방법

자료수집을 위해 2명의 연구조사원 교육을 2005년 8월1일에서 19일까지 3주간 실시하였고 20명을 대상으로 예비 조사하여 도구 사용시 문제점과 보완사항을 검토한 후 2005년 9월 1일부터 9월 30일까지 본 연구자와 조사원이 직접 가정을 방문하여 대상자 관찰과 면담을 통하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 문제선정기준에 의해 대상자별 건강문제를 파악하였고 건강문제와 복지서비스 실태를 파악하기 위해 SPSS/WIN 11.0을 사용하여 조사하였다.

4. 연구도구

1) MDS-HC

한국 RAI 연구회에서 번역한 재가노인 기능상태 평가

도구로서 MDS-HC Version 2.0을 사용하였다. Paek (2001)연구에서 MDS-HC는 문제목록과 간호사가 직접 작성한 문제목록을 비교하여 조사한 결과 Kappa치가 0.4이상으로 높은 일치도를 보였으며, Kim 등(2000)의 연구는 MDS-HC의 타당도 평가를 실시하여 노인의 기능상태와 일상생활기능 중에서도 서비스 필요를 결정하는 항목의 높은 일치도를 나타내고 있다. MDS-HC의 도구개발 연구자인 Hawes, Morris, Phillips의 연구 (Francesco 등, 2000에서 인용됨)에서 나타난 MDS-HC의 타당도는 0.80으로 나타났다. Yi와 Kim (2000)의 연구에서는 재가노인의 불안과 우울을 측정하기 위해 MDS-HC를 사용하였으며 0.82으로 타당도를 설명하고 있다. 본 연구에서는 interRAI에서 도구의 신뢰성과 타당성을 인정받은 Kim 등(2000)이 번역한 도구를 사용하였다.

RAI는 screening 항목으로 구성된 MDS-HC와 30

개의 문제목록(CAPs)으로 구성되어있다(Table 1, 2).

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

조사 대상자 100명의 일반적 특성은 <Table 3>과 같다. 대상자의 성별 분포는 여자가 68명(68%), 남자가 32명(32%)이고, 연령은 65~69세가 16명(16%), 70~79세 35명(35%) 80세 이상 49명(49%)으로 나타났다. 결혼 상태는 사별 81명(81%)이었으며 문자해독에서 문맹이 16명(16%), 숫자만 가능한 경우가 13명(13%), 한글 해독이 가능한 경우가 71명(71%)이었다. 교육정도는 무학이 43명(43%), 초등졸이 48명(48%), 중졸이 4명 (4%), 고졸 이상이 5명(5%)이었다. 월 평균 소득은 10만원 미만이 11명(11%), 10~19만원 25명

<Table 1> Domain areas assessed in the MDS-HC 2.0

| AA Demographic | | AA Demographic | |
|----------------|-------------------------------|----------------|---|
| Section A | Health assessment Information | Section J | Disease diagnosis |
| Section B | Cognition | Section K | Health condition/Preventive health measures |
| Section C | Communication/Hearing | Section L | Nutrition/hydration |
| Section D | Vision | Section M | Oral hygiene |
| Section E | Mood and Behavior | Section N | Skin condition |
| Section F | Social Functioning | Section O | Environmental assessment |
| Section G | Support(Care giver) | Section P | Service utilization |
| Section H | ADL/IADL | Section Q | Medications |
| Section I | Continenace | | |

<Table 2> Clinical Assessment Protocols(CAPS) triggered by the MDS-HC 2.0

| | |
|--|-----------------------------------|
| Functional Performance | Health Problems |
| · ADL rehabilitation potential | · Cardio-respiratory function |
| · IADL | · Dehydration |
| · Health promotion | · Falls |
| · Institutional risk | · Nutrition |
| Sensory Performance | · Oral health |
| · Communication disorder | · Pain |
| · Visual function | · Pressure ulcers |
| Mental Health | · Skin and foot conditions |
| · Alcohol abuse and hazardous drinking | Service Utilization |
| · Cognition | · Adherence |
| · Behaviour | · Brittle support system |
| · Depression and anxiety | · Medication management |
| · Elder Abuse | · Palliative care |
| · Social function | · Preventive Health care measures |
| Continenace | · Psychotropic drugs |
| · Bowel management | · Reduction in formal service |
| · Urinary incontinence | · Environmental assessment |

(25%), 20~29만원 35명(35%), 30~39만원 26명(26%), 40만원 이상 3명(3%)이었다. 의료보장 유형은 의료보험 16명(16%), 의료보호 1종 82명(82%), 의료보호 2종 2명(2%)이었다.

<Table 3> Characteristics of the subjects

| (N=100) | | |
|--------------------|-----------------------------|---------|
| Characteristic | Classification | n(%) |
| Gender | Male | 32(32) |
| | Female | 68(68) |
| Age(year) | 65-69 | 16(16) |
| | 70-79 | 35(35) |
| | 80+ | 49(49) |
| | Non married | 7(7) |
| Spouse existence | Married | 10(10) |
| | Bereave | 81(81) |
| | Separation | 0(0) |
| | Divorce | 2(2) |
| | Illiterate | 16(16) |
| Hangul | Number literate | 13(13) |
| | Literate | 71(71) |
| Education | No | 43(43) |
| | Elementary | 48(48) |
| | Middle | 4(4) |
| | High+ | 5(5) |
| Income(won/m onth) | less 100,000 | 11(11) |
| | 100,000~190,000 | 25(25) |
| | 200,000~290,000 | 35(35) |
| | 300,000~390,000 | 26(26) |
| | Over 400,000 | 3(3) |
| Insurance | Health care insurance | 16(16) |
| | Health care insurance type1 | 82(82) |
| | Health care insurance type2 | 2(2) |

2. 대상자의 건강문제별 빈도 및 순위

대상자의 기능상태 결과를 토대로 문제로 선정된 결과는 <Table 4>와 같다. 30개의 CAPs 문제중에서 가장 빈도가 높은 문제는 보건의료서비스로 대상자 90명에서 나타났으며 두 번째로는 건강증진으로 80명, 세 번째는 사회적 기능으로 대상자의 78명에서 문제로 나타났다. 그 다음 순위로는 시각적 기능 75명, 우울과 불안 61명, 통증과 의사소통 장애 60명, 인지문제 55명, 환경평가문제 48명, 구강위생 45명으로 나타났다.

질환별 건강문제가 있다고 대답한 대상자는 심장/순환계 71명, 신경계질환자 25명, 근골격계질환자 75명, 감각계 24명, 정신/정서에 문제 13명, 감염질환자 2명, 기타질환자 37명, 통증 66명으로 나타났으며 심장/순환

<Table 4> Frequency distribution of health problems according to CAPs*

| Health problem | | n | rank |
|------------------------|--------------------------------------|----|------|
| Functional Performance | ADL rehabilitation potential | 30 | 13 |
| | IADL | 42 | 11 |
| Performance | Health promotion | 80 | 2 |
| | Institutional risk | 4 | 26 |
| Sensory Performance | Communication disorder | 60 | 6 |
| | Visual function | 75 | 4 |
| Mental Health | Alcohol abuse and hazardous drinking | 7 | 25 |
| | Cognition | 55 | 8 |
| | Behaviour | 30 | 13 |
| | Depression and anxiety | 61 | 5 |
| | Elder Abuse | 2 | 29 |
| Health Problems | Social function | 78 | 3 |
| | Cardio-respiratory function | 20 | 20 |
| | Dehydration | 12 | 23 |
| | Falls | 30 | 13 |
| | Nutrition | 30 | 13 |
| | Oral health | 45 | 10 |
| | Pain | 60 | 6 |
| | Pressure ulcers | 23 | 17 |
| | Skin and foot conditions | 32 | 12 |
| | Adherence | 22 | 19 |
| Service Utilization | Brittle support system | 15 | 21 |
| | Medication management | 10 | 24 |
| | Palliative care | 4 | 26 |
| | Preventive health care measures | 90 | 1 |
| | Psychotropic drugs | 1 | 30 |
| Continenace | Reduction in formal service | 4 | 26 |
| | Environmental assessment | 48 | 9 |
| | Bowel management | 23 | 17 |
| | Urinary incontinence | 15 | 21 |

* 복수응답

계질환, 근골격계질환, 감각계질환, 기타질환, 통증에서 연령과 유의한 차이가 있었다(P<.05)<Table 5>.

3. 보건·복지 서비스

MDS-HC 항목 중 최근 일주일간 방문간호서비스를 받은 결과는 <Table 6, 7>과 같다.

보건소 이외에서 제공받는 서비스인 비공식적 서비스는 전체 대상자의 65.3%가 제공받고 있었으며 전체 대상자중 정서적 지지는 73%, IADL 지지 57%, ADL 지지는 66%의 대상자가 서비스를 제공받고 있었다.

가정봉사원 68명, 방문간호/가정간호 63명, 가정부

<Table 5> Health problems in MDS-HC

(N=100)

| | Category | Age(year) | | | χ^2 |
|---|----------|-----------------|-----------------|---------------|----------|
| | | 65-69 (n=16) | 70-79 (n=35) | 80+ (n=49) | |
| heart/circulation | no | 2 | 14 | 13 | 3.708* |
| | yes | 14 | 21 | 36 | |
| nervous system | no | 10 | 20 | 45 | 0.127 |
| | yes | 6 | 15 | 4 | |
| musculoskeletal system | no | 5 | 12 | 8 | 9.875* |
| | yes | 11 | 23 | 41 | |
| sensory system | no | 15 | 20 | 41 | 4.758* |
| | yes | 1 | 15 | 8 | |
| mental/emotional | no | 16 | 24 | 47 | 1.087 |
| | yes | 0 | 11 | 2 | |
| infection | no | 14 | 25 | 49 | 5.687 |
| | yes | 2 | 10 | 0 | |
| others | no | 9 | 14 | 40 | 7.859* |
| | yes | 7 | 21 | 9 | |
| health service for disease protection during 2years | yes | 16 | 35 | 49 | 2.707 |
| pain | no | 7 | 13 | 14 | 4.078* |
| | yes | 9 | 22 | 35 | |
| fall-down (during 90days) | no | 11 | 20 | 43 | 0.247 |
| | yes | 5 | 15 | 6 | |

* p < .05

<Table 6> Informal services of care giver

(N=100)

| Informal service | Category | Age(year) | | | χ^2 |
|------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|----------|
| | | 65-69 (n=16) | 70-79 (n=35) | 80+ (n=49) | |
| Living with care giver | Together | 9 | 15 | 21 | .614 |
| | Separated | 7 | 20 | 28 | |
| Emotional Support | Receiving | 13 | 26 | 34 | .636 |
| | Not Receiving | 3 | 9 | 15 | |
| IADL Support | Receiving | 11 | 18 | 28 | .510 |
| | Not Receiving | 5 | 17 | 21 | |
| ADL Support | Receiving | 10 | 23 | 33 | .938 |
| | Not Receiving | 6 | 12 | 16 | |

<Table 7> Formal health and welfare services

(N=100)

| Formal Service | Category | Age(year) | | | χ^2 |
|----------------|----------|-----------------|-----------------|---------------|----------|
| | | 65-69 (n=16) | 70-79 (n=35) | 80+ (n=49) | |
| Home helper | No | 5 | 22 | 5 | .011* |
| | Yes | 11 | 13 | 44 | |
| Home visiting | No | 6 | 16 | 15 | .090 |
| | Yes | 10 | 19 | 34 | |
| House maid | No | 5 | 31 | 5 | .094 |
| | Yes | 11 | 4 | 44 | |
| Meals of Wheel | No | 1 | 11 | 13 | .147 |
| | Yes | 15 | 24 | 36 | |

* p < .05

〈Table 7〉 Formal health and welfare services(continued)

(N = 100)

| Formal Service | Category | Age(year) | | | χ^2 |
|-------------------------------------|----------|-----------------|-----------------|---------------|----------|
| | | 65-69 (n=16) | 70-79 (n=35) | 80+ (n=49) | |
| Volunteer's service | No | 2 | 4 | 4 | .829* |
| | Yes | 14 | 31 | 45 | |
| Physical therapy | No | 16 | 33 | 44 | .356 |
| | Yes | 0 | 2 | 5 | |
| Day care center | No | 4 | 2 | 3 | .051* |
| | Yes | 12 | 33 | 46 | |
| Social welfare worker's visiting | No | 13 | 29 | 34 | .314 |
| | Yes | 3 | 6 | 15 | |

* $p < .05$

59명, 급식서비스 75명, 자원봉사자서비스 90명, 주간보호시설 91명의 대상자가 보건소에서 제공받는 공식적인 서비스를 받고 있다고 응답하였다. 가정봉사원, 주간보호시설이용과 자원봉사자서비스는 연령에 따라 서비스 이용에서 유의한 차이를 보였다($P < .05$).

IV. 논 의

본 연구는 독거노인의 건강상태를 파악하기 위하여 포괄적인 대상자의 상태를 확인할 수 있는 MDS-HC 도구를 사용하여 조사하였다. 대상자는 65세 이상의 노인으로서 대구시 일부지역의 방문간호서비스를 제공받고 있는 대상자 100명을 편의 추출하여 조사하였다.

30개의 CAPs 건강문제 중 전체 대상자중 50% 이상 가지고 있었던 문제는 건강증진, 의사소통장애, 시각 기능, 인지양상, 우울과 불안, 사회적 기능, 통증, 예방적 건강 서비스로 Yoo(2004), Paek(2000), Kim(2001)의 유사한 결과로 나타나 방문간호서비스에서 우선적으로 관리해야할 항목을 찾아 볼 수 있었다. Paek(2001)의 연구결과에서는 80% 이상의 대상자가 보건예방서비스, 의사지시 이행, 약한 지원체계, 인지, 시각의 문제목록을 갖고 있었으며 50% 이상의 대상자에게서 통증, 의사소통 장애, IADL, 구강위생, 건강증진, 우울과 불안, 환경평가의 목록이 나타났으며 요실금, 사회적 기능, ADL 재활 가능성, 피부 및 발 상태, 낙상은 30% 이상의 대상자에게 있었고, 10% 미만의 목록으로는 심폐기능, 배변관리, 알코올 남용 및 음주, 영양, 탈수, 행동, 시설입소 가능성, 투약관리, 노인 학대, 욕창, 완화간호, 재가서비스의 감소, 향정신성약품 복용 등이었다. Lee와 Kim(2000)의 연구에서 문제 목록 결과를 보면, 80% 이상의 대상자가 보건예방서비스, 건강증진의 문제점을

갖고 있는 연구결과를 나타내고 있어 방문간호에서 노인 건강검진서비스를 강화시켜야 할 부분으로 나타났다. 복합적인 건강문제를 가진 독거노인을 위한 간호서비스를 제공하기 위해서는 도출된 대상자의 건강문제에 따라 서비스와 서비스제공방법을 결정해야 할 것으로 사료된다.

제공받는 서비스를 제공자에 따라 비공식적 서비스와 공식적 서비스 실태를 조사하였다. 보건소 이외에서 제공받는 서비스로써 비공식적 서비스 중 정서적 지지는 전체 대상자의 75%가 서비스를 제공받고 있었으며 IADL 지지는 전체 대상자의 57%가 서비스를 제공받고 있고 ADL 지지는 66%의 대상자가 서비스를 제공받고 있었다.

Yoo(2004)의 연구에서는 공식적으로 재가서비스로서 보건·복지 서비스를 이용한 경험은 전체적으로 급식서비스 40.7%, 가정봉사원 38.2%, 사회복지사 방문 21.0%, 물리치료 19.6%, 주간보호소 이용 12.3%, 자원봉사자서비스 9.9%, 방문간호/가정간호 3.7%로 나타났다. 본 연구에서는 자원봉사자서비스 90명, 방문간호/가정간호 63명, 가정봉사원 68명, 가정부 59명, 급식서비스 75명, 주간보호시설이용 91명의 대상자가 공식적인 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 전체적으로 공급되는 공식적 서비스는 극히 적고 대상자의 문제 해결중심의 서비스 제공보다는 자원봉사자서비스를 통한 서비스 제공이 이루어지고 있는 것으로 추정된다. 본 연구에서 도출된 대상자의 건강문제로는 보건예방서비스, 우울과 불안, 의사소통장애, 시각, 통증 등과 같은 전문적인 의료적 문제가 대상자에게서 도출되었으며 대상자의 문제를 해결하기 위한 방문간호서비스의 양과 내용은 대상자의 문제를 해결하기에는 역부족으로 나타났다(Sunwoo, 2000). Yoo(2004)은 대상자의 의료적 욕구에 비해 의료서비스 제공률은 낮은 편으로 나타났으며 본 연구의 결과와 일치하는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통하여 독거노인의 재가복지 서비스 제공을 위해 적극적인 간호중재 프로그램개발과 체계적이고 다양한 지원서비스가 필요하다.

따라서 본 연구에서는 MDS-HC 2.0을 이용하여 대상자의 건강문제를 파악하였으며 대상자가 제공받는 서비스를 조사하여 건강문제와 지원되는 서비스의 종류와 정도를 살펴본 결과 독거노인의 건강문제 해결 요구를 충족시킬 수 있는 방문간호 서비스 제공이 필요하다고 사료된다.

V. 결론 및 제언

정부에서 실시하고 있는 방문간호서비스는 현재 우리 사회가 가지고 있는 노인인구 비율과 만성질환에 따른 장기요양자의 증가와 의료비 상승을 감안하여 볼 때 그 요구도가 더욱 강조된다. 그러나 현재까지의 방문간호는 질병중심의 건강문제 분석의 접근으로 독거노인을 관리해왔고 일정한 기준에 의한 사정없이 방문간호 담당자의 임의적 판단과 우선순위에 따라 독거노인을 선정·분류하여 방문간호서비스를 제공하고 있어 독거노인을 위한 체계적인 관리가 이루어지지 않고 있다. 따라서 독거노인의 건강요구에 부응하는 개별적 방문간호 서비스를 제공하기 위해서는 포괄적인 건강문제를 사정할 수 있는 MDS-HC 2.0을 이용하여 대상자의 건강문제를 파악하고 문제에 따른 방문간호서비스를 제공하기 위해 본 연구를 실시한다.

1. 연구대상자가 여자 68명(68), 남자 32명(32%)이었으며, 연령 분포는 80세 이상이 49명(49%)으로 결혼 상태는 사별 81명(81%)이었다. 48명(48%)이 초등학교 졸업자였으며, 한글 해독이 가능한 경우는 71명(71%)이었다. 또한 의료보장상태로는 82명(82%)이 의료보호 1종에 해당되었다.
2. 30개의 CAPs 문제 중에서 가장 빈도가 높은 문제는 보건예방서비스로 대상자 90명에서 나타났으며 두 번째로는 건강증진으로 80명, 세 번째는 사회적 기능으로 대상자의 78명에서 문제로 나타났다. 그 다음 순위로는 시각적 기능 75명, 우울과 불안 61명, 통증과 의사소통 장애 60명, 인지문제 55명, 환경평가문제 48명, 구강위생 45명으로 나타났다.
3. 질환별 건강문제가 있다고 대답한 대상자는 심장/순환계 71명, 신경계질환자 25명, 근골격계질환자 75명, 감각계 24명, 정신/정서에 문제 13명, 감염질환

자 2명, 기타질환자 37명, 통증 66명으로 나타났으며 심장/순환계질환, 근골격계질환, 감각계질환, 기타질환, 통증에서 연령과 유의한 차이가 있었다($P < .05$).

4. 비공식적 서비스로써 정서적 지지는 전체 대상자의 73%가 서비스를 제공받으며 IADL 지지는 전체 대상자의 57%가 서비스를 제공받고 있으며 ADL 지지는 66%의 대상자가 서비스를 제공받고 있었다. 가정봉사원, 주간보호시설이용, 자원봉사자서비스는 연령에 따라 서비스 이용률에서 유의한 차이가 있었다($P < .05$).

이 연구를 통하여 독거노인의 건강요구에 부응하는 방문간호서비스를 제공하기 위해서 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. MDS-HC 2.0이 방문간호의 사정도구로 확대되어 사용될 것을 제언한다.
2. MDS-HC 2.0을 이용하여 도출된 건강문제를 해결하기 위하여 공식적이고 체계적인 간호중재프로토콜 개발을 제언한다.

References

- Choi, J. A. (2002). *Positive Analysis on Satisfaction Degree of Medical Service to the Customers of Local Health Center*. Unpublished master dissertation, Andong National University, Andong.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D. (1995). Reliability estimates of the minimum data set for nursing home resident assessment and care screening. *Gerontologist*, 2, 172-178.
- Kim, C. Y., et. al. (2000). *RAI-HC Assessment Manual Version 2.0*. Korean Medical Consulting Co. Ltd.
- Kim, H. G. (2001). *Development of case management model for the bed-ridden elderly at home and its evaluation*. Chung Ang University, Seoul.
- Kim, I. S. (1998). *A study on health-care for the solitude elderly people*. Unpublished master dissertation, Chung Ang University,

- Seoul.
- Kim, J. H. (2004). *A Study on Home Visiting Health Services for the Elderly*. Unpublished master dissertation, Wonkwang University, Ilksan.
- Kim, K. B. (1997). Health Promotion for the Elderly. *Korean J Nurses*, 36(4), 6-13.
- Kim, K. J., Jang, H. S., Yoon, J., Ko S. H., & Yee, O. H. (2002). A study on the level of ADL in community dwelling elderly registered in a public health center. *J Korean Comm Nurs*, 13(2), 332-342.
- Kim, M. Y. (1997). A study on the functional health status of living alone elderly. *J Korean Comm Health Nurs Acad Soc*, 11(2), 94-105.
- Kim, S. D. (2000). Validity of resident assessment instrument-minimum data set home care version in Korea. *Korean J Gerontol*, 4(1), 68-75.
- Kim, K. T., & Park, B. G. (2000). Life Satisfaction and Social Support Network of the Elderly Living Alone. *Korean J Gerontol*, 20(1), 153-168.
- Kwon, M. S. (2005). *A study on efficient client selection for visiting health service*. Unpublished dissertation, Keimyung University, Taegu.
- Lee, S. H., & Kim, S. M. (2000). *Development of services deliver system for the elderly in the community*. Ministry of Health and Welfare.
- Lee, T. W. (2004) Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1194-1204.
- Paek, S. L. (2001). *A Study on the evaluation of the health and the functional state using MDS-HC 2.0*. Yonsei University, Seoul.
- Planned Population Federation of Korea (2005). *State of world population 2005*, <http://www.ppfk.or.kr>.
- Ryu, H. G., & Chi, H. (1999). A study on health status of the elderly people who visited the community health care service center. *J Gerontology*, 8(1), 161-177.
- Shin, H. I. (2001). A study of integrated approach method on rural visit health work. *Korea J Health Adm*, 11(2), 253-279.
- Sunwoo, D. (2000). State and policy issues of home aged selfcare service. *J Gerontology*, 4(2), 29-33.
- Ministry of Health and Welfare (2005). *2005 Elderly health and welfare*.
- Yi, G. D., & Kim, H. J. (2000). Depression and anxiety in community dwelling older persons of Korea. *Korea J Gerontol*, 20(2), 109-121.
- Yoo, I. Y. (2004). Health problems and support from the health and welfare service in the elderly at home. *J Korean Acad Nurs*, 34(1), 111-122.
- You, K. S., & Park, H. S. (2003). Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families. *Korea J Gerontol*, 23(4), 163-179.

- Abstract -

A Study the Health Problems of the Living-alone Elderly Using MDS-HC 2.0

Park, Kyung Min* · Jaung, Ae Hwa**

Purpose: This study used MDS-HC 2.0 to identify health problems in the elderly who live alone. **Method:** The subjects of this study were 100 living-alone elders aged over 65 in Daegu city. This study was performed through home visiting interviews during the period from the 1st of September to the 30th of September

* College of Nursing, Keimyung University

** Department of Nursing, Taegu Science College

2005. Analysis in this study was made using SPSS Version 11.0. **Results:** Frequent health problems in the living-alone elderly were: preventive health measure (90), health promotion (80), social function (78), visual function (75), depression and anxiety (61), pain and communication disorder (60), cognition (55), environmental assessment (48) and oral health (45) in order of frequency. Informal services were provided to 73% of the subjects for emotional support. IADL services were

provided to 57% of the subjects, and ADL services to 66%. **Conclusion:** Nursing intervention programs based on health problems from MDS-HC 2.0 should be provided in order to cope with individual health problems and living-alone elders needs. The results of this study suggest that MDS-HC 2.0 is applicable to help decide nursing interventions for the elderly who live alone in community.

Key words : Elderly, Health problem