

방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화*

박 정 숙** · 오 윤 정***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 국민의 기대수명은 2014년 기준 81.8세이지만 건강수명은 65.2세로 나타나(Statistics Korea, 2017, January), 노인의 경우 신체적, 심리적, 사회적으로 쇠퇴하면서 살아가는 기간이 16년 이상이나 된다. 이러한 건강수명의 취약성은 주로 만성질환과 관련이 깊은데, 만성질환 보유율은 60대에서는 83.7%, 70대 이상에서는 91.3%로 연령이 높을수록 만성질환 보유율이 증가하고 있으며, 65세 이상 만성질환 보유자들은 평균 4.1개의 만성질환을 가지고 있었다(Jeong, 2013). 이와 같이 노인들은 만성질환으로 인한 건강쇠퇴와 기능장애로 인해 독립성을 잃을 위험이 큰 인구집단이므로, 노인의 독립성 증진과 자가 건강관리에 관심을 가져야 한다.

노인은 건강상태에 따라 건강노인, 허약노인과 장애노인으로 구분될 수 있다. 건강노인은 일상생활활동이나 인지기능이 정상인 노인을 의미하고, 장애노인은 신체적, 정신적 기능 감퇴로 제 3자의 도움이 필요한 노

인을 의미한다(Zheng et al., 2016). 건강노인과 장애노인의 중간단계에 있는 허약노인은 여러 기관의 기능이 점차 감소하고 생물학적 예비능력이 일정수준 이하로 저하되었을 경우에 발생한다. 허약상태는 정상 노화와는 달리 동일한 스트레스에도 여러 가지 질환이나 장애로 쉽게 진행되는 취약성이 있어서 장애 발생과 진행을 유의하게 예측하는 변수로 알려져 있다(Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004; Sunwoo, Song, Lee, & Kim, 2004; Zheng et al., 2016). 노인의 허약은 입원, 사망 등 부정적인 결과를 가져올 수 있으며, 65세 이상 허약노인은 건강노인에 비해 3년 이내 사망자 수가 6배나 높았다(Fried et al., 2004). 이와 같이 노인의 신체기능의 제한과 장애로 인해 병원 입원이나 요양기간이 길어지게 되면 의료비 부담이 커지고, 이는 노인 뿐만 아니라 노인을 부양하는 가족과 국가의 경제적 부담을 크게 증가시키는 요인이 된다(Yim & No, 2010). 따라서 허약노인은 만성질환 유병률과 유병기간을 최소화하여 최대한 오랜 기간 동안 독립적인 일상생활을 유지하고 일정 수준의 건강과 기능상태를 유지할 수 있도록 해

* 이 논문은 2015년 한국건강증진 재단 건강증진 일반연구과제(2015-13)의 지원을 받아 수행된 연구사업임.

** 계명대학교 간호대학 교수

*** 계명문화대학교 간호학과 조교수(교신저자 E-mail: 2563yjoh@hanmail.net)

• Received: 30 March 2017 • Revised: 20 June 2017 • Accepted: 14 August 2017

• Address reprint requests to: Oh, Yun Jung

Department of Nursing, Keimyung College University

675 Dalseodaero, Dalseo-gu, Daegu, 42601, Korea

Tel: 82-53-589-7594 Fax: 82-53-589-7598 E-mail: 2563yjoh@hanmail.net

야 한다. 허약은 장애와 달리 조기에 사정하여 관리를 잘 하면 기능회복이 가능하다는 가역적인 특성이 있으므로(Zheng et al., 2016), 취약계층 허약노인을 위한 체계적인 건강관리는 필수적이다.

미국, 캐나다, 유럽 등에서는 노인의 허약상태를 정의하고 분류하여 일차적 중재를 통해 비허약노인이 허약상태로 진행되는 것을 막고, 이차적 중재를 통해 초기 허약노인의 허약상태의 회복과 장애로 진행되는 것을 예방하기 위한 관리가 체계적으로 이루어지고 있다(Fried et al., 2004; Sunwoo et al., 2004). 또한 일본에서도 노인보건법을 제정하여 건강진단을 통해서 노인을 건강, 허약 및 장애인으로 구분하고 건강노인과 허약노인을 대상으로 현재 상태를 유지하고 잔존기능을 증진시켜 자립생활을 할 수 있도록 각종 예방 프로그램을 제공하고 있다(Sunwoo et al., 2004).

우리나라에서는 2008년부터 장기요양보험 제도를 실시하고 있으나, 이 제도는 이미 장애가 발생한 노인을 위한 사후관리 성격이 강한 프로그램으로 허약노인의 허약상태를 예방하고 관리하는 효과적인 운영체제라고는 보기 어려운 측면이 있다. 장기요양보험을 적용받지 못하는 등급 외 판정 노인 중에는 향후 노인장기요양보험 등급 인정자가 될 가능성이 높은 허약노인이 다수 포함되어 있다(Jeong, 2013; Kwon & Park, 2010). 현재 보건소의 방문건강관리사업에서는 등급 외 판정을 받은 노인들을 대상으로 허약정도를 판정하고 해당 대상자를 관리하고 있다. 허약판정 점수가 0~3점은 건강군, 4~12점은 고위험 허약노인, 13점 이상은 허약군으로 분류되며, 4~12점일 경우 방문간호대상자로 등록하여 장애인으로의 진행을 예방하기 위한 다양한 서비스를 제공하고 있다. 또한 방문간호대상자는 건강위험요인과 건강문제 조절여부에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 구분되어 서비스를 제공받고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2015).

허약노인에 관한 국내 선행연구를 살펴보면, 건강행위와 신체기능(Kim & Park, 2014; Kwon & Park, 2010), 주관적 건강상태(Kim & Park, 2014; Kim, Yang, Kang, & Choi, 2015; Kwon & Park, 2010) 및 건강관련 삶의 질(Yim & No, 2010)에 관한 연구 등 허약노인의 건강상태와 관련된 연구들이

주를 이루었다. 허약은 대상자의 건강상태와 밀접한 관련이 있고(Sunwoo et al., 2004), 노인의 건강수준, 신체기능과 우울이 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치므로(Park, Kim, & Kim, 2016), 허약노인의 건강상태를 파악하고 중재하는 것은 중요하다고 사료된다. 또한 노인의 사회참여는 심리사회적 적응 또는 신체적 건강에 긍정적인 요인이며, 양적인 차원인 사회참여 활동 빈도와 질적인 차원인 사회참여 활동의 만족도는 노년기 삶의 만족도에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다(Ragheb & Griffith, 1982). 허약노인의 경우 자신의 허약상태로 인해 심리적 우울 및 불안감 등을 경험하지만, 타인 또는 이웃과의 관계, 경로당이나 복지관 등의 사회참여를 유지함으로써 건강에 대한 인지를 재정립하고, 자기존재를 증명하며, 안정감을 느낀다고 하였다(Kim et al., 2015). 따라서 허약노인은 자신의 변화하는 삶 속에서 심리적 안정을 유지하고 사회와 소통함으로써 사회적으로 통합을 이룰 수 있도록 해야 할 것이다.

허약노인은 자신의 능력과 가치를 깨닫고 건강목표를 달성하기 위해 조절하고 의사결정 할 수 있는 역량이 필요하다(Park & Oh, 2012). 역량강화는 대상자가 가지는 건강문제보다는 감정 중심의 관점으로 잠재 역량 및 자원을 활용하여 자신의 삶을 통제할 수 있는 힘을 부여하는 것이다(Park & Oh, 2012). 역량강화는 사회적으로 소외되었거나 약자인 경우에 매우 효과적인 전략으로 제시되어 최근에는 노인, 장애인, 노숙자, 지역사회에까지 폭넓게 적용되고 있다(Choi, 2010). 허약노인의 사고와 신념을 긍정적으로 재구조화 하고, 타인과의 원만한 관계를 형성하며, 지역사회의 자원을 충분히 활용할 수 있도록 역량을 강화해야 할 것이다. 따라서 허약노인이 장애인으로 악화되는 것을 예방하고 건강을 유지하여 독립적인 삶을 살도록 하기 위해서는 건강행위와 주관적 건강상태를 증진시키고, 사회참여를 독려하고, 역량을 강화시키는 것이 무엇보다 중요하다 하겠다.

이에 본 연구에서는 방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 관계를 파악함으로써, 향후 허약노인의 허약관리 및 예방 프로그램 개발에 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와와의 관계를 파악하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적인 특성, 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화를 분석한다.
- 대상자의 일반적인 특성에 따른 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와와의 차이를 분석한다.
- 대상자의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화 간의 상관관계를 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와와의 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자 및 자료수집

본 연구는 K대학교 연구윤리위원회의 승인을 받은 후 진행하였다(IRB No 40525-201505-BR- 36-02). 연구대상자는 D광역시 5개 보건소의 방문건강관리사업에 허약노인으로 등록된 65세 이상 노인을 대상으로 하였다. 연구대상자 수는 G*power 3.1 프로그램을 이용하여 유의수준 .05, 검정력 95%, 효과 크기는 보통 수준인 .25로 하여 산출한 결과 210명으로 나왔다. 탈락률 20%를 예상하여 5개 보건소 방문간호사 26명당 각 10명씩, 총 260명의 허약노인을 대상으로 설문조사를 실시하도록 하였다. 설문조사를 위해 5개 보건소의 방문간호사 26명을 대상으로 연구내용과 자료수집 방법에 대한 교육을 2시간 실시하였다. 방문간호사는 설문조사 전에 대상자에게 본 연구의 취지에 대해 설명하고 연구참여 동의서를 받은 후 설문조사를 실시하였다. 방문간호사가 허약노인의 가정을 방문하여 면접조사를 실시하여 설문지를 작성하였고, 설문지 작성

에 소요된 시간은 20~25분 정도였다. 수집된 자료 중 답변이 불성실한 5부를 제외하고 255명(98.1%)이 최종 대상자로 선정되어 자료를 분석하였다. 자료수집은 2015년 6월 9일~8월 10일 사이에 이루어졌다.

3. 연구 도구

1) 일반적인 특성

본 연구의 일반적인 특성은 성별, 연령, 교육정도, 종교, 배우자 유무, 동거형태, 과거직업, 경제상태, 방문요구에 따른 군 분류, 건강보험 형태, 방문건강관리사업 대상 순위, 생활만족도의 총 12항목으로 구성되어 있다.

2) 건강증진행위

Walker, Sechrist와 Pender (1987)이 개발한 HPLP (health promoting lifestyle profile)를 Hong (2003)이 노인에게 맞게 수정, 보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 신체활동, 영양, 자아실현, 스트레스 관리, 대인관계, 건강책임의 6개 영역으로 구성되어 있으며, 4점 척도의 총 35문항으로 최소 35점부터 최대 140점이고 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .867이었다.

3) 주관적 건강상태

Lawston, Moss, Fulcomer와 Kleban (1982)이 개발한 Health self rating scale을 본 연구자가 번역하여 노인에게 맞게 수정, 보완한 후 사용하였다. 이 도구는 현재의 건강상태 1문항, 1년 전과 비교 1문항, 건강상의 문제 1문항, 동년배와 비교 1문항으로 구성되어 있으며, 총 4문항으로 최저 1점에서 최고 14점으로 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach α 는 .708이었다.

4) 사회참여

노인의 사회참여를 측정하기 위해 Mangen과 Peterson (1982)이 개발한 척도를 Jeon (2003)이 번역한 도구를 사용하였다. 이 도구는 사회참여 활동의 빈도와

종류 10문항, 사회참여에 관한 긍정적 태도 5문항, 사회참여에 대한 만족도 6문항으로 구성되어 있고, 5점 척도의 총 21문항으로 최저 21점에서 최고 105점까지 가능하며, 점수가 높을수록 사회참여 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach α 는 .942이었다.

5) 역량강화

Parsons (1994)의 자기역량 결과 도구(Empowerment outcome assessment)를 본 연구자가 번역하여 수정, 보완하여 사용하였다. 이 도구는 개인적 9문항, 대인관계적 9문항, 사회정치적 8문항으로 구성되어 있고, 5점 척도의 총 26문항으로 최저 26점에서 최고 130점까지 가능하며, 점수가 높을수록 역량강화 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach α 는 .847이었다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 각 측정도구의 신뢰도는 Cronbach α 를 이용하였고, 대상자의 일반적인 특성, 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화는 서술적 통계를 구하였다. 일반적인 특성에 따른 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 차이는 t-test, ANOVA test를 실시하였고, 사후검정은 Scheffe test를 실시하였다. 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화 간의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

연구대상자의 일반적인 특성을 살펴보면, 여성이 220명(86.3%), 연령은 75세~79세가 72명(28.2%), 평균 연령은 77.14세 이었다. 교육정도는 무학이 133명(52.2%), 종교가 있는 군이 180명(70.6%), 배우자는 없는 군이 189명(74.1%)로 나타났다. 동거형태는 독거가 164명(64.3%), 과거 직업은 무직 또는 주

부가 111명(43.5%), 경제상태는 기초수급자가 148명(58.0%) 이었다.

군 분류는 집중관리군 61명(25.6%), 정기관리군 153명(64.3%), 자기역량강화군 24명(10.1%)이었고, 건강보험형태는 의료급여 143명(58.1%), 건강보험 103명(41.9%)이었다. 사업대상순위는 1순위 138명(57.3%)이었고, 2순위 46명(19.1%), 3순위 12명(5.0%), 4순위 45명(18.7%) 이었고, 생활만족도는 불만족 군 74명(29.0%), 보통인 군 158명(62.0%), 만족 군 23명(9.0%) 이었다(Table 1).

2. 대상자의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여, 역량강화

대상자의 건강증진행위는 전체 평균 89.91점이며, 평균평점은 4점 만점에 2.56점이었다. 하위영역은 건강책임이 2.70점으로 가장 높았고, 대인관계 2.69점, 운동 2.65점, 영양 2.55점, 자아실현 2.50점, 스트레스 관리 2.14점 순이었다. 주관적 건강상태는 14점 만점에 평균 7.11점이었다. 사회참여는 전체 평균 54.67점이었고, 평균평점은 5점 만점에 2.60점이었다. 하위영역은 사회참여에 대한 만족도가 2.90점으로 가장 높았고, 사회참여에 대한 긍정적 태도 2.81점, 사회참여 활동 2.32점 순이었다. 역량강화는 전체 평균 75.42점이었고, 평균평점은 5점 만점에 2.90점이었다. 하위영역은 대인관계적 역량이 2.99점으로 가장 높았고, 개인적 역량 2.92점, 사회정치적 역량 2.76점 순이었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적인 특성에 따른 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 차이

대상자의 일반적인 특성에 따른 건강증진행위는 군 분류와 생활만족도에 따라 유의한 차이가 있었다. 군 분류는 정기관리군이 집중관리군과 자기역량지원군보다($F=3.699, p=.026$), 생활만족도는 보통인 군과 만족 군이 불만족 군에 비해 건강증진행위를 더 많이 수행하였다($F=5.394, p=.005$). 주관적 건강상태는 생활만족도에 따라 유의한 차이를 보였는데, 생활만족

Table 1. Subject's General Characteristics

(N=255)

Characteristics	Categories	n(%) or Mean±SD
Gender	Male	35(13.7)
	Female	220(86.3)
Age (years)	≤69	26(10.2)
	70~74	60(23.5)
	75~79	72(28.2)
	80~84	69(27.1)
	85≤	28(11.0)
		77.14±6.18
Education	None	133(52.2)
	Elementary	83(32.5)
	Middle school≤	39(15.3)
Religion	Yes	180(70.6)
	No	75(29.4)
Spouse	Yes	66(25.9)
	No	189(74.1)
Living situation	Alone	164(64.3)
	With spouse	55(21.6)
	With son & daughter	36(14.1)
Past job	None/housewife	111(43.5)
	Self-employment	34(13.3)
	Agriculture/fishery	37(14.5)
	Day worker	29(11.4)
	Other	44(17.3)
Economic status	Basic livelihood security	148(58.0)
	Near poverty	33(12.9)
	Other	74(29.1)
Group classification	Intensive management	61(25.6)
	Regular management	153(64.3)
	Self-empowerment support	24(10.1)
Types of health insurance	Health insurance	103(41.9)
	Medicaid	143(58.1)
Priority of business target	First	138(57.3)
	Second	46(19.1)
	Third	12(5.0)
	Fourth	45(18.7)
Life satisfaction	Dissatisfied	74(29.0)
	Moderate	158(62.0)
	Satisfied	23(9.0)

도가 보통인 군과 만족 군이 불만족 군에 비해 주관적 건강상태가 더 높았다($F=5.540, p=.004$). 사회참여는 종교와 군 분류에 따라 유의한 차이가 있었고, 종교는 있는 군이 없는 군에 비해($t=2.431, p=.016$), 군 분류는 정기관리군과 자기역량지원군이 집중관리군에 비해 사회참여 정도가 더 높았다($F=3.941, p=.021$). 역량강화는 과거직업에 따라 유의한 차이를

보였는데, 자영업을 한 경우 타 직종에 비해 역량강화 정도가 더 높았다($F=4.239, p=.002$) (Table 3).

4. 대상자의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 상관관계

대상자의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여

Table 2. Level of the Health Promotion Behavior, Perceived Health Status, Social Participation and Empowerment (N=255)

Variables	Items	Mean(SD)	Average Mean(SD)
Health promotion behavior (total)	35	89.91(11.62)	2.56(0.33)
Nutrition	6	15.34(2.79)	2.55(0.46)
Stress management	5	10.71(2.41)	2.14(0.48)
Interpersonal relations	6	16.17(3.13)	2.69(0.52)
Physical activity	2	5.31(1.68)	2.65(0.84)
Health responsibility	11	29.78(4.27)	2.70(3.89)
Self realization	5	12.51(2.56)	2.50(0.51)
Perceived health status (total)	4	7.11(1.98)	
Social participation (total)	21	54.67(14.52)	2.60(0.69)
Social participation activities	10	23.29(6.94)	2.32(0.69)
Positive attitude with social participation	6	16.87(4.73)	2.81(0.78)
Satisfaction with social participation	5	14.53(4.27)	2.90(0.85)
Empowerment (total)	26	75.42(7.61)	2.90(0.29)
Individual	9	26.35(3.02)	2.92(0.33)
Interpersonal relationship	9	26.92(2.88)	2.99(0.32)
Political-social	8	22.12(4.09)	2.76(0.51)

Table 4 Correlations among Variables

(N=255)

Variables	r(p)		
	Health promotion behavior	Perceived health status	Social participation
Perceived health status	.326(<.001)		
Social participation	.493(<.001)	.220(.001)	
Empowerment	.292(<.001)	.203(<.001)	.429(<.001)

및 역량강화 간에는 모두 유의한 정적인 상관관계를 보여주었다. 건강증진행위는 주관적 건강상태($r=.326$, $p<.001$), 사회참여($r=.493$, $p<.001$)와 역량강화($r=.292$, $p<.001$) 정도와 유의한 정적인 상관관계를 보여주었다. 또한 주관적 건강상태는 사회참여($r=.220$, $p=.001$)와 역량강화($r=.203$, $p<.001$)와 유의한 정적인 상관관계를, 사회참여는 역량강화($r=.429$, $p<.001$)와 유의한 정적인 상관관계를 보여주었다 (Table 4).

IV. 논 의

본 연구는 보건소 방문건강관리사업에서 허약노인으로 등록된 65세 이상 노인을 대상으로 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 관계를 파악하고자 시도되었다.

본 연구의 허약노인 건강증진행위는 2.56점(4점 만점)이었고, 복지관 이용 노인을 대상으로 한 Ha와 Park (2015)은 건강행위가 3.34점(5점 만점)으로 나타나, 본 연구대상자의 건강증진행위가 다소 낮음을 알 수 있다. 또한 Kim과 Park (2014) 연구에서도 허약노인이 비허약노인보다 신체기능이 유의하게 낮았고, Park 등(2016)의 연구에서는 노인의 건강수준이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 방문간호사는 허약노인의 건강수준 향상을 위해 건강증진행위의 지속적인 실천이 이루어질 수 있도록 관리해야 할 것이다. 건강증진행위의 하위영역을 보면, 본 연구에서는 건강책임과 대인관계 영역의 점수가 가장 높았고, 스트레스관리 영역의 점수가 가장 낮았다. 노인을 대상으로 한 Song과 Yang (2014)의 연구에서는 운동과 영양 영역의 점수가 가장 높았고, 영적성장과 스트레스 관리 점수가 낮았다. 본 연구와 Song과 Yang

Table 3. Differences of Health Promotion Behavior, Perceived Health Status, Social Participation and Empowerment according to Subject's General Characteristics (N=255)

Characteristics	Categories	Health promotion behavior				Perceived health status				Social participation				Empowerment			
		Mean(SD)	t/F	p	Scheffe	Mean(SD)	t/F	p	Scheffe	Mean(SD)	t/F	p	Scheffe	Mean(SD)	t/F	p	Scheffe
Gender	Male	86.97(15.26)	-1.625	.105		7.40(2.22)	0.904	.367		53.05(16.55)	-0.697	.487		76.34(8.78)	0.771	.441	
	Female	90.40(10.87)				7.07(1.93)				54.92(14.20)				75.27(7.42)			
Age (years)	≤69	89.33(12.36)	0.052	.995		7.53(1.74)	0.642	.633		57.12(16.10)	0.634	.639		77.76(9.27)	2.153	.075	
	70~74	90.08(11.89)				7.25(2.11)				54.01(12.43)				73.15(7.85)			
	75~79	90.28(9.76)				6.92(1.88)				56.24(14.23)				75.88(7.98)			
	80~84	89.55(12.30)				7.14(2.13)				53.08(16.24)				75.98(6.71)			
	85≤	90.03(13.77)				6.84(1.73)				53.78(13.62)				75.55(5.53)			
Education	None	88.30(11.06)	2.609	.076		6.96(1.88)	0.767	.465		53.03(13.32)	1.843	.161		74.75(7.11)	2.382	.094	
	Elementary	91.54(9.51)				7.27(2.14)				56.92(13.31)				75.36(6.74)			
	Middle school≤	91.89(16.21)				7.28(1.93)				55.51(19.57)				77.76(10.28)			
Religion	Yes	90.30(11.02)	0.830	.408		7.18(1.96)	0.760	.448		56.12(14.16)	2.431	.016		75.59(7.54)	0.552	.582	
	No	88.94(13.03)				6.97(2.02)				51.27(14.88)				75.01(7.81)			
Spouse	Yes	89.21(12.96)	-0.568	.571		7.34(1.86)	1.096	.274		53.67(15.13)	-0.622	.534		75.51(7.86)	0.117	.907	
	No	90.17(11.12)				7.03(2.01)				55.00(14.34)				75.38(7.54)			
Living situation	Alone	90.45(11.00)	0.469	.626		7.06(1.97)	0.198	.821		55.18(13.79)	0.314	.730		75.88(7.80)	2.603	.076	
	With spouse	88.96(12.58)				7.20(1.87)				54.07(15.16)				75.78(7.19)			
	With son & daughter	88.93(12.99)				7.25(2.20)				53.20(16.99)				72.71(6.98)			
Past job	None/housewife ^{a)}	89.78(12.34)	1.198	.312		7.01(1.89)	0.606	.659		55.42(13.69)	1.398	.235		73.77(7.00)	4.239	.002	b)
	Self-employment ^{b)}	93.67(10.52)				7.41(1.98)				59.00(16.31)				79.18(9.36)			acde
	Agriculture/fishery ^{c)}	88.91(8.64)				7.25(1.88)				52.88(13.55)				74.33(7.67)			
	Day worker ^{d)}	87.89(8.48)				6.74(2.06)				51.64(10.94)				76.75(5.44)			
	Other ^{e)}	89.43(14.18)				7.27(2.23)				53.00(17.27)				76.72(7.74)			
Economic status	Basic livelihood security	89.34(11.66)	0.434	.649		7.03(2.02)	1.557	.213		54.07(14.49)	0.389	.678		75.30(7.77)	0.045	.956	
	Near poverty	90.39(12.53)				6.78(1.71)				54.61(14.27)				75.66(7.94)			
	Other	90.85(11.17)				7.43(1.98)				55.94(14.82)				75.57(7.24)			
Group classification	Intensive management ^{a)}	86.67(11.06)	3.699	.026	blac	7.03(2.04)	0.003	.997		50.17(11.42)	3.941	.021	bc/a	74.25(7.48)	1.739	.178	
	Regular management ^{b)}	91.20(11.30)				7.03(1.96)				56.30(15.16)				76.09(7.50)			
	Self-employment support ^{c)}	87.80(12.58)				7.00(2.00)				56.04(15.21)				74.00(8.07)			
Types of health insurance	Health insurance	90.50(11.92)	0.536	.592		7.10(1.90)	0.375	.708		55.33(15.09)	0.517	.606		75.57(7.50)	0.083	.934	
	Medicaid	89.69(11.20)				7.01(1.97)				54.95(14.07)				75.49(7.65)			
Priority of business target	First	89.33(11.30)	0.348	.791		7.01(2.01)	0.319	.812		54.44(14.42)	0.181	.909		75.39(7.95)	0.644	.587	
	Second	91.02(11.08)				7.13(1.71)				54.14(14.50)				75.40(7.82)			
	Third	90.36(13.08)				7.58(1.92)				57.50(14.16)				78.58(9.23)			
	Fourth	90.88(12.74)				7.06(2.13)				54.97(16.19)				75.42(6.37)			
Life satisfaction	Dissatisfied ^{a)}	86.22(10.83)	5.394	.005	bc/a	6.52(1.82)	5.540	.004	bc/a	51.50(11.80)	2.387	.094		73.83(7.42)	2.336	.099	
	Moderate ^{b)}	91.31(11.07)				7.42(1.98)				55.82(15.06)				75.98(7.47)			
	Satisfied ^{c)}	92.26(15.02)				6.90(2.09)				56.66(17.49)				76.71(8.77)			

(2014)의 연구 모두 스트레스 관리 영역의 점수가 가장 낮았다. 본 연구대상자인 허약노인은 주기적인 방문간호사의 접촉을 통해 자신의 건강에 대한 정보를 획득하고 방문간호사와의 유기적인 관계 형성 등으로 인해 건강책임과 대인관계에 대한 영역의 점수가 높은 것으로 사료된다. 반면 허약노인들은 예기치 못한 신체적, 인지적 쇠퇴로 인한 두려움과 서글픔 등의 부정적인 정서와 스트레스로 힘들어 하였다(Kim et al., 2015). 따라서 허약노인의 건강관리를 위한 방문간호 중재 프로그램 개발 시에는 지역사회 자원과의 연계를 기반으로 하여 건강관리에 대한 책임과 친구 및 이웃 등과의 대인관계를 강화시키고, 효율적인 스트레스관리에 대한 방안이 포함되어야 할 것이다.

본 연구대상자들의 주관적 건강상태는 7.11점(14점 만점)으로 평균 정도이었고, 허약노인을 대상으로 한 Yim과 No (2010)는 2.0점(5점 만점), 비허약노인을 대상으로 한 Song과 Yang (2014)은 2.41점(4점 만점)과 Ha와 Park (2015)은 3.08점(5점 만점), 저소득층 재가노인을 대상으로 한 Chang, Park과 Bae (2014)는 9.89점(15점 만점)으로 나타났다. 허약노인은 비허약노인보다 동반하는 질병 수가 더 많고(Ha & Park, 2015), 근골격계 위축과 근육용적의 감소, 관절기능의 제한을 경험하였으며, 기억력과 같은 인지 기능의 감소 및 시력감소, 청력 감퇴 등의 인지, 지각의 변화들을 경험한다고 하였다(Kim et al., 2015). 대상자의 건강상태의 차이가 주관적인 건강상태에 영향을 주기 때문에(Idler & Benyamini, 1997), 본 연구대상자인 허약노인의 주관적인 건강상태가 비허약노인과 저소득층 재가노인보다 낮은 것으로 사료된다. 주관적인 건강상태 평가는 전반적인 건강상태를 반영하며 건강행위 실천을 결정하는 중요한 요인이므로(Idler & Benyamini, 1997), 건강상태를 나쁘게 인지하고 있는 허약노인들이 자신의 건강상태를 긍정적으로 지각할 수 있도록 돕는 중재 프로그램 개발이 이루어져야 할 것이다.

허약노인의 사회참여 정도를 살펴보면 2.60점(5점 만점)으로 평균 정도이며, 독거노인을 대상으로 한 Jeong과 Yoon (2015)은 2.91점(5점 만점)으로 나타나, 본 연구대상자인 허약노인의 사회참여 정도가 낮음을 알 수 있다. 하위영역에서는 사회참여에 대한 만

족도가 높았고, 사회참여에 대한 긍정적 태도, 사회참여 활동의 순이었으며, 이는 Jeong과 Yoon (2015)의 연구결과와 유사하였다. 본 연구대상자인 허약노인이 일반노인 및 독거노인보다 경제적으로나 신체적으로 어려움을 겪고 있어 사회참여 활동의 빈도나 종류가 낮은 것으로 생각되나, 비록 빈도와 종류가 낮더라도 그 속에서 만족감을 얻는 것으로 보아 사회참여 기회를 증진시키기 위한 다양한 프로그램의 개발과 적극적인 참여 유도가 필요하리라 사료된다. 또한 허약노인의 사회참여 만족도를 향상시킬 수 있도록 프로그램에 대한 주기적인 평가를 통한 수정 및 보완이 이루어져야 할 것이다.

본 연구대상자인 허약노인의 역량강화 정도는 2.90점(5점 만점)이었고, 방문건강관리사업 대상자들을 연구한 Park과 Oh (2012)의 3.01점(5점 만점), 빈곤 여성 가구주를 대상으로 한 Kwon (2011)의 연구에서는 3.20점(5점 만점)으로 나타나, 본 연구대상자인 허약노인의 역량강화 정도가 다른 취약계층보다 낮음을 알 수 있다. 하위영역에서는 대인관계적 역량이 가장 높았고, 개인적, 사회정치적 역량의 순이었으며, 이는 Park과 Oh (2012)의 연구와 동일하였다. 반면, Kwon (2011)의 연구에서는 개인적, 대인관계적, 사회정치적 역량의 순으로 나타나 본 연구결과와 다소 차이가 있었다. 이처럼 연구결과가 다소 차이가 있는 것은 연구대상자의 일반적인 특성의 차이로 인한 것이라 사료된다. 즉 Park과 Oh (2012)는 연구대상자의 평균 연령이 71.29세이었고, Kwon (2011)은 30세에서 59세가 전 대상자의 94.6%에 해당된다. 본 연구대상자인 허약노인은 소집단 활동으로 타인과의 원만한 관계 형성을 통한 대인관계적 역량을 기반으로 개인의 인지 재구조화 과정을 통해 성취되는 개인적 역량 뿐만 아니라 지역사회 자원 활용에 대한 기술증진 등의 정치 사회적 역량을 강화할 수 있도록 해야 한다.

본 연구대상자의 일반적인 특성 중 허약노인의 건강증진행위와 주관적 건강상태는 생활만족도에 따라 유의한 차이가 있었다. 반면, Ha와 Park (2015)의 연구에서는 교육수준이 높을수록, 경제상태가 좋다고 인지할수록 건강행위를 많이 수행하였고, Song과 Yang (2014)은 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 직업이 있을수록, 배우자가 있는 경우, 경제적인 수준이

높을수록 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 노인들의 건강상태에 따라 일반적인 특성과의 차이가 있으므로, 향후 노인들의 건강상태별 일반적인 특성과의 차이 검증에 대한 연구가 필요할 것으로 사료된다. 노인을 대상으로 한 대부분의 선행연구(Chang et al., 2014; Kim, 2015)를 보면, 건강상태와 생활만족도는 유의한 정적인 상관관계가 있었다. 노인의 생활만족도는 과거부터 현재까지의 삶을 만족스럽거나 행복하다고 평가하는 것이며, 삶에 대한 주관적이고 종합적인 만족감으로 삶을 의미있거나 좋은 삶으로 인정하는 것이기 때문에 인생주기 중 마지막 단계에 있는 노인에게는 더욱 중요하다(Kim, 2015). 따라서 허약노인의 건강증진행위 및 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 생활만족도를 높이는 전략 방안을 강구하여 이를 활용해야 할 것이다.

본 연구대상자 중 정기관리군이 타 군에 비해 건강증진행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 방문간호대상자는 건강위험요인, 건강문제와 증상조절 여부 등으로 집중관리군, 정기관리군(위험군), 자기역량지원군(정상군)으로 구분된다(Ministry of Health & Welfare, 2015). 즉 집중관리군의 건강상태가 가장 나쁘고, 그 다음이 정기관리군, 자기역량군의 순이다. 정기관리군은 방문간호사가 2~3개월마다 1회 이상 방문 및 전화방문을 하며, 자기역량지원군은 4~6개월마다 1회 이상 방문 및 전화상담을 한다(Ministry of Health & Welfare, 2015). 노인을 대상으로 한 대부분의 선행연구(Ha & Park, 2015; Song & Yang, 2014; Yim & No, 2010)에서는 지각된 건강상태가 높을수록 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타나, 본 연구결과와 다소 차이가 있었다. 본 연구에서 정기관리군이 자기역량지원군보다 건강증진행위를 더 많이 수행하는 것은 방문간호사의 방문 빈도가 좀 더 빈번하고, 방문시마다 이루어지는 중재로 인해 건강증진행위를 더 많이 수행하는 것으로 생각된다. 향후 자기역량지원군을 대상으로 건강증진행위 수행에 대한 추후 연구가 이루어질 필요가 있으며, 자기역량지원군이 자가 건강관리를 지속할 수 있도록 건강관리체계 방안이 수립되어야 할 것이다.

본 연구대상자의 사회참여는 종교와 군 분류에 따라 유의한 차이가 있었고, 종교가 있는 군과 정기관리군과

자기역량지원군이 사회참여 정도가 더 높았다. Lee와 Suk (2015)의 연구에서는 종교가 있는 경우 사회참여를 더 많이 하였고, Min (2013)의 연구에서는 사회참여를 많이 하는 노인일수록 주관적 건강상태를 긍정적으로 인지하고, 직업에 종사하거나 계모임과 노인정의 친목 모임 등의 사회참여일수록 주관적인 건강상태가 더 좋다고 하였다. 따라서 허약노인들의 사회참여를 적극 지원해야 하며, 노인종합복지관이나 노인복지센터 또는 보건소 운영 프로그램 참여, 자조그룹 형성, 친구맺어주기 등을 포함한 사회적 접촉 빈도를 높일 수 있는 다양한 프로그램을 연계하여 참여할 수 있도록 격려해야 할 것이다.

본 연구대상자의 역량강화는 과거 직업에 따라 유의한 차이를 보였고, 기존 선행연구(Ha, Yun, & Ahn, 2010; Park & Oh, 2012)에서는 대상자의 교육수준, 배우자와 친구 유무, 수입과 용돈, 주택소유 형태, 직업, 경제상태, 자기역량지원군에 따라 유의한 차이를 보였다. 본 연구대상자의 과거 직업 중 기사가 17.3%를 차지하고 있어, 직업의 구분을 보다 세분화하여 추후 연구할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구대상자의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여, 역량강화 간에는 유의한 정적인 상관관계를 보여주었다. 많은 선행연구(Ha & Park, 2015; Song & Yang, 2014; Yim & No, 2010)에서도 건강증진행위와 주관적 건강상태는 정적인 상관관계를 보여주었다. Min (2013)은 직업에 종사하는 사람일수록, 계모임이나 노인정 등의 친목 모임에 참여하는 사람일수록, 동창회나 향우회, 종친회와 같은 종류의 모임에 참가하는 사람일수록 그렇지 않은 사람에 비해 주관적 건강상태가 좋으며, 사회참여와 건강은 상호간에 서로 영향을 미칠 수 있는 원인이자 결과 요인이 될 수 있다고 하였다. 역량강화와 건강과의 관계에 대한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나, 재가노인을 대상으로 한 Ha 등(2010)의 연구에서는 사회적 활동이 비교적 자유롭거나 제약이 적은 집단일수록 임파워먼트가 높았고, 임파워먼트가 높을수록 낙상에 대한 자기효능감이 높아 독립적인 생활을 할 수 있다고 하였다. 따라서 본 연구대상자인 허약노인의 건강관리를 위해서는 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여를 증진시키고 역량을 강화할 수 있는 방안들이 포함된 복합

적인 프로그램을 개발, 적용해야 할 것이다.

본 연구는 방문건강관리 사업 대상인 허약노인의 일반적인 특성뿐만 아니라 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화의 변수까지를 포함하여 상관관계를 연구하였는데 의의가 있다. 본 연구는 대상자가 일 지역에 편중되어 있어서 연구결과를 전체 허약노인에게 일반화시키기에는 제한점이 있으므로 연구결과를 확대 해석할 때 신중을 기해야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 관계를 파악하기 위해 실시되었다. 연구결과를 보면, 허약노인의 건강증진행위는 2.56점(4점 만점), 주관적 건강상태는 7.11점(14점 만점), 사회참여는 2.60점(5점 만점), 역량강화는 2.90점(5점 만점)이었다. 일반적인 특성 중 허약노인의 건강증진행위는 정기관리군 일수록, 생활만족도가 높을수록 더 많이 수행하였고, 주관적 건강상태는 생활만족도가 높을수록 더 좋게 인지하였다. 사회참여는 종교가 있는 군과 정기관리군 및 자기역량강화군일수록, 역량강화는 과거직업이 자영업군일수록 더 높았다. 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화 간에는 유의한 정적인 상관관계를 보여주었다. 따라서 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량을 강화시키는 방안이 포함된 포괄적인 프로그램을 개발하여 이를 표준화하고 방문간호사들이 활용할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 방문건강사업 대상 허약노인을 판명하는 측정도구의 하위영역별에 따른 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화와의 관계 분석에 대한 추후 연구가 이루어질 필요가 있으며, 이는 허약노인의 건강관리 증대 방안 마련에 중요한 기초자료가 될 수 있을 것이라 사료된다.

References

Chang, K. O., Park, S. J., & Bae, D. Y. (2014). The effects of perceived health status, sleep, depression and pain on quality of life by

gender in community-dwelling older adults. *Journal of the Korean Academia-Industrial cooperation Society*, 15(3), 1566-1575. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.14.3.1566>

Choi, G. A. (2010). *Elderly diabetic's self-management program implemented by intervention research: based on empowerment perspective*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.

Fried, I. P., Ferrucci, I., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology, Series A, Biological sciences and medical sciences*, 59, 255-263.

Ha, J. Y., & Park, Y. H. (2015). Health status and factors related to health behaviors of older adults using a senior center. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27(4), 438-437. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2015.27.4.428>

Ha, J. Y., Yun, O. J., & Ahn, Y. M. (2010). Relationship between empowerment and falls efficacy in community-dwelling older adults. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 12(3), 191-199.

Hong, Y. A. (2003). *Effect of health screening on health promotion behaviors in the elderly*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Society Behavior*, 38(1), 21-37. <http://dx.doi.org/10.2307/2955359>

Jeon, J. Y. (2003). *A study of relevant factors affecting social participation of the elderly*. Unpublished master's thesis, Soongsil

- University, Seoul.
- Jeong, H. J., & Yoon, S. H. (2015). The influencing factors on the ego integrity of elderly living alone. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 21(4), 499-508. <http://dx.doi.org/10.5977/jkasne.2015.21.4.499>
- Jeong, Y. H. (2013). Analysis of complex chronic disease of the elderly. *Issue & Focus*, 196, 1-8.
- Kim, C. G. (2015). Factors influencing life satisfaction among community-dwelling elders by health status. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 17(2), 108-119. <http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2015.17.2.108>
- Kim, H. Y., & Park, M. H. (2014). Physical function and ego-integrity in frail and non-frail elders in a local community. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 16(1), 27-37.
- Kim, J. H., Yang, H. M., Kang, P. R., & Choi, J. E. (2015). Self-rated health of frail elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 17(2), 98-107. <http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2015.17.2.98>
- Kwon, S. M., & Park, J. S. (2010). A comparison on frailty, health promotion behavior, and perceived health status in the elderly according to the type of residency. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 35(1), 1-12.
- Kwon, S. Y. (2011). *A study on the impact on the social exclusion to the self-sufficiency program of the poor female-headed households: focused on the mediating effects of empowerment*. Unpublished doctoral dissertation, Kyungpook National University, Daegu.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multi-level assessment instrument. *The Journal of Gerontology*, 37(1), 91-99.
- Lee, S. H., & Suk, M. S. (2015). Effects of social participation activities on successful aging of elderly : The Mediating effects of verification ego-resilience. *Journal of the Korean Academia-Industrial cooperation Society*, 16(11), 8012-8020. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.11.8012>
- Mangen, D. J., & Peterson, W. A. (1982). Social roles and participation in social gerontology. *Research Instruments in Social Gerontology*, 2, 24-25.
- Ministry of Health & Welfare. (2015). *The guideline for community integration health promotion program: visiting health care*. Seoul, Ministry of Health & Welfare, 17-22.
- Min, J. H. (2013). Effect of social engagement on self-rated health trajectory among Korean older adults. *Health and Social Welfare Review*, 33(4), 105-123.
- Park, J. M., Kim, C. S., & Kim, M. W. (2016). A path analysis on factors-depression, level of health status, physical function, and regular exercise-influencing health related quality of life according to sex in community dwelling elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 30(2), 337-348. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.2.337>
- Park, J. S., & Oh, Y. J. (2012). Factors influencing empowerment of customized home visiting health care services beneficiaries. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(3), 491-503. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.3.491>
- Parsons, R. J. (1994). *Empowerment based social work practice: a study of process and outcome*. San Diego: Council on Social Work Education.

- Ragheb, M. G., & Griffith, C. A. (1982). The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life of older persons. *Journal of Leisure Research*, 14, 295-306.
- Song, M. S., & Yang, N. Y. (2014). The relationship between health status, health-promoting behavior, self-esteem and suicidal ideation among the elderly. *The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*, 21(2), 139-146.
- Statistics Korea. *The average life expectancy and health life expectancy (2017, January)*. Retrieved February 23, 2017, from <http://www.index.go.kr>
- Sunwoo, D., Song, H. J., Lee, Y. H., & Kim, D. J. (2004). *Health service development and effective system for frail elderly*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). *HPLPII (health promotion lifestyle profile II)*. Nebrasks: University of Nebraska Medical Center.
- Yim, E. S., & No, K. H. (2010). The effects of related factors on health-related quality of life for the frail elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(1), 12-20.
- Zheng, Z., Guan, S., Ding, H., Wang, Z., Zhang, J., & Zhao, J. (2016). Prevalence and incidence of frailty in community-dwelling older people: Beijing longitudinal study of aging II. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1281-1286. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14135>

Health Promotion Behavior, Perceived Health Status, Social Participation and Empowerment in Frail Elderly Receiving Home Visiting Services*

Park, Jeong Sook (Professor, College of Nursing, Keimyung University)

Oh, Yun Jung (Assistant Professor, Department of Nursing, Keimyung College University)

Purpose: This research was conducted to identify methods of inducing health promotion behavior, perceived health status, social participation and empowerment in the frail elderly receiving home visiting services. **Methods:** The subjects were 255 frail elders aged over 65 registered in the home visiting services of five public health centers in Daegu. Data were collected from June 9 to August 10, 2015. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Scheffé's test and Pearson's correlation coefficient using SPSS Win 18.0. **Results:** The mean health promotion behavior, perceived health status, social participation and empowerment scores were 2.56 (± 0.33), 7.11 (± 1.98), 2.60 (± 0.69) and 2.90 (± 0.29), respectively. There was significant difference in health promotion behavior by client classification and life satisfaction. There were significant differences in perceived health status by life satisfaction, social participation by religion and client classification and empowerment by past jobs. Health promotion behavior, perceived health status, social participation and empowerment were positively correlated. **Conclusion:** An integrative health care program that includes these significant variables of subjects is essential to management and prevention of deterioration of frailty in elderly.

Key words : Competence, Frail elderly, Health promotion, Health status, Social participation

* This work was supported by 2015 health promotion research fund(2015-13)