

도시지역 기초생활 수혜 노인의 자기관리 능력과 건강증진행위

계명대학교 간호대학
박경민, 하은경

Ability of Self Care and Health Promotion Lifestyle for Vulnerable Elderly in Urban Community

Kyung-Min Park, Eun-Kyung Ha
College of Nursing, Keimyung University

= ABSTRACT =

Ability of Self Care and Health Promotion Lifestyle for Vulnerable Elderly in Urban Community

Objectives : This descriptive study was to analyze ability of self care and health promotion lifestyle for vulnerable elderly in a urban community.

Methods : The study subjects were randomly selected 451 elderly who had chronic diseases(arthritis diabetes, stroke, hypertension, mental disease, cancer, dementia and disability) and basic social welfare service from nation in urban community.

The instruments were used the ability of self care(4-Likert scales) and Health Promotion Lifestyle Profile by Walker et al.(4-Likert scales).

Results : The mean score for ability of self care was 2.08 on a 1-4 point scale. The mean score of self care for dementia was 2.46, and it was 2.20 for mental disease, 2.17 for hypertension 2.17 for stroke, 2.16 for diabetes, 2.07 for disability, 1.97 for arthritis and 1.51 for cancer in order, and there is statistically not significant.

The mean score for health promotion lifestyle was 1.84 on a 1-4 point scale. There was significant difference in the mean score for health promotion lifestyle according to diseases($F=2.359$, $p=0.017$). The mean score health promotion lifestyle was 1.97 for diabetes and dementia, and 1.88 for hypertension , 1.83 for stroke, 1.81 for cancer, 1.79 for disability , 1.78 for arthritis and dementia and 1.61 for mental disease, in order.

Conclusion : The result of assess by ability of self care and health promotion lifestyle are needed to support of community for vulnerable elderly in urban community.

Keywords : ability of self care, health promotion lifestyle, Vulnerable elderly, Urban community

I. 서 론

1. 연구의 필요성

평균 수명의 연장과 의학의 발달로 인하여 인구의 고령화 현상은 범세계적인 추세로 나타나고 있다. 일본의 경우는 2000년 현재 65세 노인인구 비율이 16.03%에 이르러 고령화가 이미 시작되었고(후생통

계협회, 2000)¹⁾, 미국은 65세 이상의 노인인구의 비율을 2020년에는 16.4%로 전망하고 있다(Department of Health and Human Services, 2002)²⁾. 반면 우리나라 65세 이상의 노인 인구 비율이 2000년에는 7.2%에 달해 본격적인 고령화 사회가 되었으며, 2004년 현재는 8.7%, 2019년에는 14.4%로 고령사회가 될 것으로 예측하고 있다. 인구구성 비율이 7.0%에서 14.0%에 이르는 기간이 미국은 75년, 스웨덴은 85년,

Correspondence to: Kyung-Min Park
Tel: 053)250-7819; Fax: 053)252-6614
E-mail: kmp@kmu.ac.kr

프랑스는 113년, 일본은 26년이 걸리는 반면 우리나라는 불과 19년만에 고령사회가 될 것을 예상하면서 이러한 노인 인구의 급격한 증가는 21세기에 우리나라가 국가적 차원에서 우선적으로 대비해야 할 중요한 사회적 문제로 대두되고 있다(통계청, 2004)³⁾.

노인인구의 증가는 건강, 경제, 사회, 정치 등 전반적으로 영향을 미치고 있으며, 우리나라로 노령화 사회로 되면서 노인과 관련된 제반 문제들이 사회적으로 표출되었고, 국가 보건·복지정책의 하나로 다루어지기 시작하였다(Sneltzer & Bare, 1997)⁴⁾. 특히 보건학적인 측면에서 볼 때 노인의 건강은 노화과정과 관련하여 생리적으로 신체기능의 퇴화가 오고 이로 인해 만성퇴행성 질환의 영향을 받게 된다. 노인은 언제나 그 특성상 건강상의 문제가 항상 존재하며, 타 연령층에 비하여 질병 이환율이 높고, 노인의 대다수(86.8%)가 만성퇴행성 질환을 앓고 있어 제도상의 보호가 필요하다(Robert et al, 1996; Robert et al, 1990)^{5),6)}.

또한 의료비 부담률 상승으로 경제능력이 없는 저소득층이나 의료취약계층에 속하는 노인의 비율이 현저히 높아지면서 양질의 의료서비스 제공이 절실히 요구되고, 농촌지역을 비롯한 도시 지역의 저소득층 및 소외계층의 의료 접근성이 저하되는 실정이다(주 등, 1996)⁷⁾.

이에 보건소를 중심으로 시행되고 있는 방문간호사업은 가정을 방문하여 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 것으로 질병의 이환 감소, 조기사망 감소, 건강수준 향상 등의 효과를 도모할 수 있으며, 이미 미국, 일본에서는 노인 인구 증가와 함께 급성장하고 있는 분야이다(윤과 박, 1996; 오, 2003)^{8),9)}.

더불어 현대 과학의 발전과 경제수준의 향상으로 삶의 질에 대한 관심이 고조되고 건강에 대한 욕구도 점차 증가하게 되면서 건강관리의 개념도 과거의 질병 관리 및 예방적 단계에서 긍정적으로 효과적인 건강증진의 단계로 나아가게 되었다. 건강증진은 건강을 회복하고 질병을 예방하며 건강을 유지하는 것과 함께 보건의료의 사업 목적 중 하나이다. 인간은 건강잠재력을 가지고 있으며, 이러한 건강잠재력의 충분한 발휘는 질병의 예방과 치료를 위한 적절한 의료서비스의 이용만으로는 부족하며, 개인 자신의 건강에 대한 올바른 행동과 건강에 좋은 환경 여건의 조성이 절대적으로 요구된다(신 등, 2004)¹⁰⁾.

최근 WHO에서는 선진국에서 일어나는 사망의 70~80%, 후진국에서 일어나는 사망의 40~50%가 생활양식이 원인이 되는 질병 때문으로 추산하였다(이, 1997)¹¹⁾. 김(1993)¹²⁾은 건강, 질병, 사망을 결정하는 요인으로 유전적 요인, 물리적 환경, 생활양식, 의료 등 네 가지 중에서 생활 양식이 약 60%의 비중을 차지한다고 보고하여 올바른 생활 양식은 건강증진과 유지에 있어 중요함을 시사한다.

지역사회간호의 최종목표는 자기건강관리 기능의 수준을 향상시키는 것으로 개인을 비롯한 집단, 가족 등의 지역사회를 대상으로 간호제공 및 보건교육, 관리를 통하여 이루어지며 이는 특정한 연령군이나 진단명에 제한되는 것이 아니며 한시적이 아니고 지속적이다(신 등, 2004)¹⁰⁾.

따라서 일반인 보다 자기관리능력이 부족하여 지역사회간호를 더욱 필요로 하는 의료취약계층인 기초생활보장 수급자 중 암, 당뇨병, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매, 뇌졸중, 심장질환, 신장투석, 위장질환 등 만성질환을 가지고 있는 65세 이상 노인을 대상으로 자기관리능력과 건강증진행위를 분석하여 사각지대에 있는 이들에게 건강관리기초자료로 삼고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

본 연구는 기초생활 수혜자 노인의 자기관리 능력과 건강증진행위 정도를 파악하는 서술적 연구로 연구대상자는 D시 S구에 거주하는 65세 이상 기초생활보장 수급자 중에서 만성질환을 가진 3,054명 중 15%을 무작위로 선출하였다. 사전 설문지 작성에 대한 철저한 교육이 있었으며, 대상자와는 항상 연락이 가능하였으므로 부족한 설문지는 수정하여 451명이 그대로 분석되었다.

자료수집방법은 지역사회간호학 과목을 이수한 간호대학 3학년 학생 20명에게 설문지 작성방법에 대한 교육을 연구자가 직접 실시한 후 가정방문을 통해 일대일로 면접조사 하였으며, 노인들에게 어려운 문항은 충분한 설명 후에 응답하도록 하였다. 치매와 정신질환자에 대한 설문은 보호자와 함께 작성하였다. 설문지 작성시간은 20분~30분 정도 소요되었으며, 자료수집은 2003년 4월 7일에서 4월 13일까지 이루어졌다.

연구도구로는 자기관리 능력측정 도구와 건강증진 행위 측정도구를 사용하였다. 자기관리 능력을 측정하기 위하여 현재 보건소 현장에서 사용되고 있는 총 8문항으로 구성되어 있는 자기관리 능력 측정 도구를 사용하였다. 4점 척도로 되어있으며 점수가 낮을수록 자기관리 능력이 낮은 것을 의미한다.

건강증진행위 측정은 Walker, Sechrist & Pender (1995)가 개발하고 수정한 HPLP II(Health Promotion Lifestyle Profile II)를 사용하여 측정하였다. HPLP II는 4점 척도로서 6개의 하부영역, 즉 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항으로 총 52문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 건강증진 행위를 많이 하는 것을 의미하며 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.95였다.

SPSS-WIN 11.0을 사용하여 분석하였으며 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율을 구하였고, 대상자의 특성과 자기관리 능력정도, 건강증진행위는 평균과 표준편차를 산출하였으며, 질병에 따른 자기관리 능력정도와 건강증진행위 차이 분석을 위해 ANOVA를 이용하였다.

거 25.3%, 부부만 17.8%, 결혼한 아들과 동거 9.3%, 결혼한 딸과 동거 2.3%, 기타 9.0%였다. 동거가족이 없는 사람이 35.4%, 동거가족수가 1명인 대상자는 21.0%, 2명은 15.9%, 3명은 14.3%, 4명 이상은 13.5%를 차지하였다.

수입유무는 수입이 없다고 응답한 대상이 87.9%로 대부분 수입이 없는 것으로 나타났다 <표1>.

III. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적인 특성

성별은 남자 41.7%, 여자 58.3%으로 여성 대상자가 많았다. 종교는 36.4%로 불교가 가장 많았고, 무교 35.6%, 기독교 17.6%, 가톨릭 7.7%, 무교 2.8%순이었다. 교육정도는 무학 53.4%로 가장 많았고, 국졸 32.5%, 고졸 12.9%, 대졸이상 1.1%순이었다.

결혼상태는 기혼 47.1%, 사별 41.4%, 이혼·별거 11.5%였고, 세대구성은 독거가 36.3%, 미혼자녀와 동

2. 대상자의 질병 상태

대상자의 질병상태는 거동불편인이 54.4%로 가장 많았다<표2>. 거동불편의 정도는 5등급으로 분류할 수 있는데, 1등급은 일상생활에 지장이 없음, 2등급은 약간의 도움으로 정상활동이 가능, 3등급은 제한은 있으나 외부출입이 가능, 4등급은 외부출입의 제한은 있으나 화장실 사용 등의 생활은 가능, 5등급은 거동불능으로 완전한 남의 도움이 필요한 사람으로 분류되므로, 본 연구에서는 2, 3, 4 등급에 해당하는 사람을 보건소 방문보건 대상자로 거동불편인으로 하였

<표 1> 일반적인 특성

(N=451)

특 성	분 류	N	%
성별	남	188	41.7
	여	263	58.3
종교	기독교	79	17.6
	불교	164	36.4
	가톨릭	35	7.7
	기타	13	2.8
	무교	160	35.6
교육정도	무학	241	53.4
	국졸	146	32.5
	고졸	58	12.9
	대학이상	5	1.1
결혼상태	기혼	213	47.1
	사별	186	41.4
	이혼·별거	52	11.5
세대구성	독거	168	37.3
	부부만	80	17.8
	미혼자녀와 동거	114	25.3
	결혼한 아들과 동거	42	9.3
	결혼한 딸과 동거	6	1.3
	기타	40	9.0
동거가족수	0	160	35.4
	1	94	21.0
	2	72	15.9
	3	64	14.3
	4명이상	60	13.5
수입유무	유	54	12.1
	무	396	87.9

다. 남 등(1999)¹³⁾의 연구에서는, 65세 이상 노인의 89%가 한가지 이상의 만성퇴행성 질환을 가지고 있고 이 중 약 35% 정도는 일상생활을 유지해 가는데 제 3자의 도움을 필요로 하는 거동불편자로 보고되고 있다.

관절염이 13.9%, 당뇨병 10.1%, 뇌졸중 7.7%, 고혈압 7.7%, 기타(심장질환, 신장투석, 위장질환) 5.6%, 정신질환 3.6%, 암 1.3%, 치매 0.9% 순이었다.

본 연구에서는 치매가 가장 낮게 나타났지만, 노인인구가 계속적인 증가추세에 있으며, 또 정부에서는 1999년도에 노인보건복지 중장기 발전계획을 수립하여 치매노인 문제에 대한 대책을 마련, 추진하고 있다. 특히 전국 보건소에 치매상담신고센터를 설치하고 치매상담전문요원을 배치하여 치매환자의 등록, 상담, 간병지도, 치료에 대한 각종 정보를 제공함으로써 치매발생의 예방과 함께 환자의 조기발견을 통한 치료효과를 도모하고 있으며, 지역사회의 종합적인 치매관리 사업을 수행하는 데 필요한 종합적인 매뉴

얼을 보급하고 있다. 2000년 현재 65세 이상 노인인구의 약 8.3%인 28만명 정도가 치매노인으로 추정되고 있으며 이 비율은 인구 증가에 따라 계속적으로 증가할 것으로 예상되고 있다. 그리고 치매의 특성상 가족의 정신적, 육체적, 경제적 부담이 매우 심각한 것으로 인식되고 있다. 그러나 아직까지 치매에 대한 종합적인 관리체계가 미비하고 전문요양시설 및 전문진료기관이 부족하며 전문인력 양성체계 및 종합적인 연구기능도 미흡한 상태이다. 이는 연령이 높아 질수록 정신장애율이 빠른 속도로 높아진다는 보고(최, 1993; 한국보건사회연구원, 1996)^{14), 15)}와 연령이 높아질수록 손상의 정도도 커진다는 보고(김, 2002)¹⁶⁾로 보아 간파해서는 안 될 부분이다.

3. 자기관리능력 정도

전체적으로 자기관리 능력정도는 평균 평점 2.08 점으로 중간정도였다<표3>. 자기관리 능력정도가 낮

<표2> 신체적 건강상태

(N=451)

질 병 명	N	%
암	6	1.3
당뇨병	45	10.1
고혈압	35	7.7
관절염	63	13.9
정신질환	16	3.6
치매	4	0.9
뇌졸중	35	7.7
거동불편인	245	54.4
기타(심장질환, 신장투석, 위장질환)	25	5.6

<표3> 자기관리능력 정도 (N=451)

(N=451)

도 구	Min	Max	Mean	SD	평균평점
자가관리능력	8	32	16.66	5.74	2.08

<표4> 질병에 의한 자기관리능력정도

(N=451)

질 병	Mean	SD	평균평점	F	p
암	12.10	4.70	1.51		
당뇨병	17.29	6.36	2.16		
고혈압	17.40	5.83	2.17		
관절염	15.83	5.42	1.97		
정신질환	17.67	6.82	2.20	1.807	0.073
치매	19.71	5.09	2.46		
뇌졸중	17.44	5.38	2.17		
거동불편인	16.52	5.83	2.07		
기타(심장질환, 신장투석, 위장질환)	16.52	5.83	2.06		

다는 것은 자신이 스스로 자가간호를 수행하는 능력이 부족한 것이기 때문에 방문간호요구도의 필요성을 높이게 된다. 자가간호란 인간이 자신의 생과 건강과 안녕을 유지하기 위해 솔선하여 수행하는 행동으로서 인간 내부에는 자가간호를 위한 요구와 자가간호를 수행할 수 있는 역량을 동시에 가지고 있다고 보았다. 인간이 가지고 있는 자가간호요구가 자가간호역량보다 높을 경우 자가간호 결핍현상이 일어나게 된다. 따라서 간호는 자가간호 결핍이 있는 사람에게 제공되는 것으로, 개인을 위한 간호의 필요성을 결정하고 간호체계를 설계하여 간호를 제공하는 간호사들의 복합적인 능력을 간호역량이라 하였다(신동, 2004)¹⁰⁾. 즉 본 결과에서는 중 정도의 방문간호가 요구되어 진다고 볼 수 있다.

자기관리능력정도를 질병에 따라 구체적으로 살펴보면, 치매가 2.46점으로 가장 높았으며, 정신질환이 2.20점, 고혈압 2.17점, 뇌졸중 2.17점, 당뇨병 2.16점, 거동불편 노인이 2.07점, 기타 2.06점, 관절염 1.97점, 암 1.51점의 순으로 나타났으며 질병에 따라서 자기관리능력이 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=1.807$, $p=0.073$) <표4>.

자기관리능력이 매우 떨어질 것이라 예상되었던 치매와 정신질환자의 자기관리능력이 본 연구결과에서 높은 것은 치매, 정신질환을 가진 노인의 경우에는 직접적인 면담이 어려워 가족이 설문지 면담에 응하였으므로, 이때의 자기관리능력은 가족과 함께하는 자기관리능력이라 사료되어 높게 나타난 것으로 보인다. 반면, 암과 같은 중증의 질병일수록 자기관리능력정도는 떨어지고, 관절염의 경우는 이로 인해 일상생활을 함께 있어 모든 행동에서 불편함을 많이 느끼기 때문에 자기관리능력이 낮은 것으로 사료된다.

이를 제외한 고혈압과 뇌졸중은 2.17점, 당뇨병의 경우는 2.16점으로 다른 질환에 비해 비교적 높은 것으로 나타났는데, 이는 일상생활에서의 식이조절과 운동요법 등 자기관리가 철저해야 하는 질병들이기 때문에 비교적 높게 나타난 것으로 사료된다. 그러나 당뇨, 고혈압 등의 질병을 가진 노인의 자기관리능력

이 비교적 높음에도 불구하고 이들 질병의 특성상 일생동안 관리를 필요로 하기 때문에 방문간호사업의 필요성을 매우 긍정적으로 생각하고 있다(한, 1993)¹⁷⁾.

이에 보건소는 치매, 뇌졸중, 당뇨, 고혈압 등의 질환을 가진 거동불편 노인들의 건강과 관련한 보건의료복지 부분에서 매우 중요한 기관이며, 노인의 만성질환관리 및 노인의료비의 절감과 일차건강관리 및 건강증진의 차원에서 가장 적극적으로 활용되어야 할 기관이다(조와 이, 2000)¹⁸⁾. 즉, 만성퇴행성질환자와 노인인구의 증가에 따른 의료비의 절감과 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 측면에서 중요성과 필요성이 갈수록 커질 것이다.

4. 건강증진행위

본 연구에서 건강증진행위의 평균 평점은 1.84점이다<표5>. 이것은 대구시에서 노인교실이나 경로당에 다니는 노인을 대상으로 한 김(2001)¹⁹⁾의 연구 결과의 평균 2.90점과, 광주시에서 복지관이나 노인정에 다니는 노인을 대상으로 한 김(2002)²⁰⁾의 3.01점보다 낮았으며, 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식정도 2.72점보다도 낮았다(정, 2000)²¹⁾. 이는 본 연구의 대상이 일반노인이 아닌 유질환을 가진 노인과 거동불편 노인을 대상으로 조사를 실시했기 때문이라 생각된다. 그리고 연령이 55세 이상을 대상으로 한 Walker 등(1988)²²⁾의 연구 2.85점, 55세 이상을 대상으로 한 Speak 등(1989)²³⁾의 연구 2.99점보다도 낮았는데, 이것은 문화적인 차이를 반영할 수도 있을 것이며, 본 연구대상자의 연령이 65세 이상이라는 것에도 영향을 미쳤을 것으로 사료된다.

건강증진행위를 하위 영역별 살펴보면 영양 2.27점으로 가장 높았으며, 그 다음에 대인관계 1.90점, 스트레스관리 1.84점, 건강책임 1.83점, 영적성장 1.71점, 신체활동 1.45점의 순으로 나타났다.

이는 영양이 3.06점으로 가장 높게 나타났고, 신체활동이나, 건강책임, 스트레스 영역이 다른 하부 영역

<표4> 질병에 의한 자기관리능력정도

(N=451)

질 병	Mean	SD	평균평점	F	p
암	12.10	4.70	1.51		
당뇨병	17.29	6.36	2.16		
고혈압	17.40	5.83	2.17		
관절염	15.83	5.42	1.97		
정신질환	17.67	6.82	2.20	1.807	0.073
치매	19.71	5.09	2.46		
뇌졸중	17.44	5.38	2.17		
거동불편인	16.52	5.83	2.07		
기타(심장질환, 신장투석, 위장질환)	16.52	5.83	2.06		

보다 낮은 수행정도를 나타낸 정(2000)²¹⁾의 연구결과와 유사하였다. 여러 선행연구(김, 2001; 김, 2001; 김, 1996)^{20),19),24)}에서도 건강증진행위 하위 영역 중 운동 및 활동, 건강에 대한 책임에서 낮은 점수를 나타내어 본 연구결과와 유사한 경향을 보였다. 특히 신체활동(운동)영역의 수행정도는 선행연구(박 등, 1998; 송 등, 1997; 이, 2001; Walker 등, 1988)^{25),26),27),22)}에서 살펴볼 수 있듯이 다른 하위 영역보다 낮은 수행정도를 나타내었다. 이는 신체 활동 영역이 노인의 건강 증진 생활양식을 증진시켜야 할 영역임을 시사하고 있고, 노인의 운동 참여율이 8.6%라는 것으로 운동에 대해 노인은 적극적인 태도가 필요함을 나타낸다.

질병에 따른 건강증진행위 정도는 당뇨병이 1.97점으로 가장 높았으며, 고혈압 1.88점, 뇌졸중 1.83점, 암 1.81점, 거동불편인 1.79점, 관절염 1.78점, 치매 1.78점, 정신질환이 1.61점으로 나타나 질병에 따라 건강증진행위 정도가 차이가 있는 것으로 나타났다 ($F=2.359$, $p=0.017$)<표 6>. 이는 당뇨 질환을 가진 노인이 자기관리능력이 비교적 높은 것과 비교해 볼 때, 건강증진 행위 정도에서도 당뇨가 가장 높은 것은 당뇨병이 있을 경우 스스로 자기관리능력이 있어 일상생활에서의 식이조절이 가능하고, 건강증진행위에 있어서 그 중요성이 매우 부각되는 질환이기 때문이다. 또한 조사를 실시한 담당보건소에서의 당뇨병

에 관한 보건교육이 잘 실시되었기 때문에 당뇨병에 대한 건강증진행위 정도가 높은 것으로 생각된다.

노인의 건강상태는 일반적으로 건강하지 않은 노인이 많으며, 만성질환을 가지고 있는 65세 이상 노인의 유병기간을 살펴보면, 유병기간이 10년 이상인 경우가 상당비율을 차지하고 있다. 대부분의 만성질환자의 30%이상이 10년 이상 질환을 앓고 있었다. 일상생활동작능력이 저하되고 있고, 질병을 가진 노인이 많으며 의료이용도 많아 노인의료비가 차지하는 비율이 앞으로 더욱 증가할 것으로 보인다. 따라서 노인의 자가간호능력과 건강증진사업은 무엇보다 필요한 실정이라 하겠다. 특히 기초생활수혜 노인을 위한 공공기관인 보건소의 역할은 지역사회에서 적정 기능 수준 향상을 위한 자기관리능력과 건강증진행위를 위한 건강증진사업을 강화할 수 있어야 하며, 만성질환을 대부분 가지고 있는 노인인구를 위한 구체적인 프로그램의 지역사회 내에 보급과 계속적인 실천이 이루어질 수 있도록 관리하여야 할 것이다(김 등, 1998)²⁸⁾.

이상의 기초자료를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

우리 나라 노인인구의 의료 수요를 대비한 노인보건 사업 정책과 특히 저소득 노인들을 위한 의료이용 접근성과 형평성을 제고해 볼 때 방문간호사업을 체

<표 5> 건강증진행위 정도

도 구	Min	Max	Mean	SD	평균평점
건강증진행위	52	180	95.94	21.99	1.84
건강책임	9	36	16.48	5.18	1.83
신체활동	8	29	11.66	4.14	1.45
영양	9	35	20.47	4.78	2.27
영적성장	9	34	15.42	4.91	1.71
대인관계	9	34	34.17	5.18	1.90
스트레스관리	8	31	31.14	3.72	1.84

<표 6> 질병에 의한 건강증진행위 정도

질 병	Mean	SD	평균평점	F	p
암	93.90	18.72	1.81		
당뇨병	102.59	22.63	1.97		
고혈압	97.75	23.90	1.88		
관절염	92.72	18.23	1.78		
정신질환	83.96	20.89	1.61	2.359	0.017
치매	92.67	35.73	1.78		
뇌졸중	94.91	19.17	1.83		
거동불편인	93.33	20.55	1.79		
기타(심장질환, 신장투석, 위장질환)	93.38	21.84	1.80		

계화시킨다. 그리고 보건소를 중심으로, 암을 비롯한 만성질환을 노인들을 위한 치매 요양 서비스, 주간보호서비스, 장·단기 보호시설, 호스피스 등의 새로운 보건의료 서비스의 연계를 개발해야 한다.

또한 노인건강증진사업은 건강생활의 실천과 건강증진을 위한 생활양식이 장려되고 이를 위한 재정이 뒷받침됨으로써 어떻게 하면 건강한 삶을 살 수 있을 것인가에 대한 개인적 관심과 인식이 증가되어야 하며, 더욱 내실 있는 건강증진사업이 요구되는 것을 사실이다. 따라서 우리 나라의 공공보건조직을 통한 질병치료위주에서 만성퇴행성질환의 예방보건사업의 활성화가 노인건강증진사업의 확대를 기하고, 건강시설의 확충이 요구되나 현재의 제한된 시설에서도 노인의 건강증진사업을 제공할 수 있도록 기타 시설과의 연계와 환경의 조성이 건강생활을 보장하는 방향으로 전개되어야 한다고 생각한다. 그리고 공공보건조직에서의 노인건강증진사업은 적극적인 정부의 지원이 없이는 어려우므로 정부의 지원을 전략으로 포함되어야 할 것이다(조, 1998)²⁹⁾.

IV. 결 론

도시지역에 거주하며, 의료취약계층인 국민기초생활보장수급자 중 암, 당뇨, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매, 뇌졸중보유자와 거동이 불편한 노인에게 효율적인 보건사업을 제공하기 위한 기초자료를 마련하고자 자가관리능력과 건강증진행위를 분석하였다.

연구대상자는 D시 S구에 거주하는 기초생활보장수급자 중 65세 이상 노인 인구 451명을 대상으로 하였다. 자료수집은 2003년 4월 7일부터 2003년 4월 13일까지 가정방문에 의한 일대일 면접조사로 이루어졌다.

결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 성별은 여자가 58.3%로 많았고, 종교는 불교가 36.4%로 가장 높았고 교육정도는 무학이 53.4%로 가장 많았다. 결혼상태는 기혼이 43.1%로 가장 많았고, 세대구성은 독거가 36.3%로 가장 많았고 동거가족수도 없는 경우가 35.4%로 가장 많았다. 수입도 없는 경우가 87.9%로 대부분의 대상자가 수입이 없는 것으로 나타났다.
2. 대상자의 신체적 질병상태는 거동불편노인이 54.4%로 가장 많았으며, 그 다음으로 관절염 13.9%, 당뇨병 10.1%, 고혈압과 뇌졸중이 각각 7.7%, 기타(심장질환, 신장투석, 위장질환) 5.6%, 정신질환 3.6%, 암 1.3%, 치매 0.9%의 순이었다.

3. 자기관리 능력정도는 4점 척도에 평균 평점이 2.08점으로 중간정도이며, 질병에 따른 자기관리능력 정도는 치매가 2.46점으로 가장 높았으며, 정신질환이 2.20점, 고혈압 2.17점, 뇌졸중 2.17점, 당뇨병 2.16점, 거동불편 노인이 2.07점, 기타 2.06점, 관절염 1.97점, 암 1.51점의 순으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.
4. 건강증진행위는 4점 척도에 평균 1.84점으로 낮게 나타났으며, 질병에 따른 건강증진행위 정도는 당뇨병이 1.97점으로 가장 높았으며, 고혈압 1.88점, 뇌졸중 1.83점, 암 1.81점, 거동불편인 1.79점, 관절염 1.78점, 치매 1.78점, 정신질환이 1.61점으로 나타나 질병에 따라 건강증진행위 정도가 차이가 있음을 보였다($F=2.359$, $p=0.017$).

참 고 문 헌

1. 후생통계협회. 국민의 복지의 동향 2000. <http://www.mhm.go.jp/english>.
2. Department of Health and Human Services. Administration on aging 2002. <http://www.aoa.dhhs.gov/aoa/STATS/AgePop2050.html>.
3. 통계청. 인구비율(65세 노인인구) 2004. <http://www.nso.go.kr>.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & sudarth's textbook of medical & surgical nursing (9th ed.). Lippincott williams & wilkins. 1997.
5. Robert HB, Linda KG, Victor WM, et al. Handbook of Aging & the social science. San Diego, Academic press, 1996:97-103.
6. Robert LK, Evans JG, David. M. Improving the Health of Old people: a World View, Oxford, Oxpord university press, 1990:3-37.
7. 주경식, 김한중, 이선희, 민혜영. 도시 농촌간 의료 이용 수준의 비교분석. 대한예방의학회지 1996;29(2):311-330.
8. 윤순녕, 박성애. 보건소 조직 구조에 따른 방문간호사업의 성과 비교. 지역사회간호학회지 1996;7(1):5-17.
9. 오진주, 간호학생들의 보건소 방문간호 실습 경험, 지역사회간호학회지 2003;14(2):299-311.
10. 신유선 등. 지역사회간호학. 서울, 수문사. 2004: 30-31,691,76-78.
11. 이미라. 대학생의 건강증진 생활양식 결정 요인에 관한 연구. 대한간호학회지 1997;27(1):156-168.
12. 김의숙. 미래간호의 새로운 탐구영역. 간호학탐구 1993;2(2):12-20.

13. 남정자, 김혜련, 이상호. 98 국민건강·영양조사 노인건강실태. 한국보건사회연구원 1999.
14. 최성재. 노령화와 사회복지서비스. 한국사회보장학회 1993;9(1):105-123.
15. 한국보건사회연구원. 치매노인의 재가복지서비스 현황과 정책과제 1996.
16. 김병호. 치매노인 부양실태, 부양 부담감 및 사회적 욕구에 관한 연구-대전·충남지역을 중심으로- 공주대학교 대학원 사회복지학과 석사학위논문 2002.
17. 한복희. 병원요원 및 환자의 가정간호사업에 대한 인식·태도 연구. 경희대학교석사학위논문 1993.
18. 조경순, 이현주. 일부 지역사회 노인들의 의료서비스 접근성에 관한 연구. 성인간호학회지 2000;12(4):641-653.
19. 김언희. 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와의 상관관계. 대구카톨릭대학교사회복지 대학원 석사학위논문 2001.
20. 김보영. 노인이 지각한 가족지지, 자기효능감과 건강증진 행위와의 관계. 조선대학교 간호학과 석사학위논문 2002.
21. 정애화. 일본에 거주하는 한국 노인의 건강증진 생활양식. 계명대학교 대학원 간호학과 석사학위논문 2000.
22. Walker SN, Volkman K, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting life style of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advanced in Nursing Science 1988;11(1):76-90.
23. Speak DL, Cowart ME, Pellet K. Health perception and lifestyles of the elderly. Research In Nursing & Health 1989;12:93-100.
24. 김효정. 노인의 건강증진 행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문 1996.
25. 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선. 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지 1998;28(3):638-649.
26. 송영신, 이미라, 안은경. 노인의 건강 증진 생활 양식에 관한 연구. 대한간호학회지 1997; 27(3): 541-549.
27. 이진우. 노인들의 건강증진 생활양식에 관한 연구 -전북 농어촌지역을 중심으로-. 원광대학교 대학원 석사학위논문 2001.
28. 김영숙, 김명순, 김정희. 인천광역시 남동구 보건소의 노인보건사업 발전방향, 인천광역시 남동구 보건소 1998.
29. 조유향. 한국의 노인보건의료서비스공급 활성화 한, 중, 일 국제학술세미나 1998:163-186.