

한국 농촌노인의 건강증진관리 요구에 관한 연구

조소영*, 김점자

*강남대학교 노인복지학과, 사회복지연수원 연구개발과

노인인구의 증가추세는 현대사회의 만성퇴행성 질병 중심의 건강관리요구를 가속적으로 증가시키며, 국민의 생활수준 및 건강관리에 대한 기대요구의 증가 등은 장기간 지속적으로 관리되어야 하는 노인의 만성 및 퇴행성 질병관리문제를 기하학적으로 급증시키리라고 예상된다.

노인의 질병은 개인적 건강습관과 생활방식에 의하여 영향을 받으며, 병인이 병리적이든 혹은 생리적 자연노화에 의하여 진행되었든 그 원인해결과 증상관리를 위하여 건강증진적 접근이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 의료 및 사회활동프로그램에 대한 접근성이 제한되어 있는 농촌노인을 위한 건강증진사업을 개발하기 위하여 건강증진 관리요구를 조사하였으며 그 결과는 다음과 같이 요약되었다.

(1) 조사 대상자의 연령계층이 남성노인은 75세 이상이 63.8%, 여성노인은 60-64세가 57.4%로 고령화로 치우친 연령계층을 대상으로 조사한 결과 건강증진행위 실천율은; 규칙적 식사 이행율은 94.1%; 금연 및 금주 실천율은 각각 59.6%, 60.3%; 운동 실천율은 17.7%; 치료제나 영양제의 비복용율은 40.7%; 건강상담, 교육의 비경험율이 76.1% 등으로 조사되었다.

(2) 대상노인의 74.8%가 유병상태이었으며, 질환자의 95.9%가 질병명을 알고 있었고 질병 중 근골격계 및 결합조직 질환이 43.7%로 가장 높았다. 질환자의 34%가 치료 중단 및 치료받은 적이 없다고 응답하였다.

질환자의 건강행위 실천율은 건강한 노인보다 저조한 실천율을 보였다. 유병집단에서는 일일 한갑 이상 흡연하는 비율이 17.5%인데 반하여, 건강집단에서는 9.5%로 대조를 보였다. 금주율은 유병집단에서 61.4%, 허약집단에서 53.6%, 그리고 건강집단에서 58.5%

를 보였다. 규칙적 식사 실천율은 유병집단에서 93.9% 건강집단에서 96.2%로 차이를 보였고, 운동 실천율도 유병집단에서 16.2%, 건강집단은 20.8%로 건강집단에서 양호한 건강행위 실천율을 보였다.

(3) 정신건강상태는 긍정적 건강행위 실천자에게서 더욱 양호하게 조사되었다. 건강상담 및 교육을 받은 경험이 있는 집단은 비경험 집단에 비하여 정신건강 점수가 긍정적으로 높았으며, 규칙적 식사와 운동 실천자 역시 비실천자에 비하여 높은 정신건강 점수를 보였다. 금주 및 금연 실천자는 일일 두갑이상의 폭연과 매일 음주하는 폭음자에 비하여 긍정적 정신건강 점수를 보였으나, 흡연량 및 음주량의 정도차이는 정신건강 점수의 차이를 설명하지 못하였다.

(4) 대상노인의 사회활동 참여율은 95.3%로 매우 높았으나, 활동내용 중 이웃집 마실이 70.4%를 보여 질적인 사회활동 프로그램이 필요하였다.

사회활동 참여 유무에 따른 건강행위 실천율은 차이를 보이지 않았다. 금연 및 금주 실천율은 사회활동 참여집단(각각 59.3%, 59.6%)이 비참여 집단(각각 66.7%, 73.3%) 보다 불량한 실천율을 보였으며, 치료제와 영양제 등의 복용율은 참여집단(60.9%)에서 비참여 집단(26.7%)보다 높았다.

(5) 건강행위 실천율이 긍정적인 집단은 가족관계 친화정도가 양호한 결과를 보였다. 건강상담 및 교육 경험자는 비경험자에 비하여 ‘가족과의 대화’, ‘외로움에 대한 가족의 이해’, ‘가족으로부터의 존경’, ‘자녀들과의 친근감’ 등의 항목에 모두 양호한 점수를 보였다. 흡연 및 음주 습관 그리고 운동 실천정도는 가족관계에 차이를 보이지 않았으나, 치료제나 영양제 등의 건강보조제를 복용하는 집단, 그리고 규칙적 식사 실천 집단은 비실천 집단에 비하여 가족과의 관계가 긍정적으로 양호함을 보였다.

(6) 건강행위의 영향요인으로서, 농촌노인의 “건강행위 실천”은 ‘질병치료 지속성’, ‘건강상태’, ‘가족과의 친화도’ 등에 의하여 영향을 받으며, “건강상태”는 ‘운동실천’과 ‘음주습관’, ‘가족과의 친화도’, ‘일상생활활동능력’에 의하여 설명되었다. 따라서 건강행위 실천은 건강상태와 상호영향을 미치며, 지속적인 건강행위실천을 지원하기 위한 건강증진사업은 농촌노인의 건강상태에 긍정적 영향을 미치므로 건강증진사업은 건강관리와 건강행위실천 도모뿐 아니라 가족 및 사회와의 친화도를 동시 증진 추구할 수 있어

야 할 것이다.

질병 및 건강관리는 질병과 건강이 어느 시점에서 별도로 구분관리 된다고 보다는 일련의 연속선 상에서 지속적으로 관리되어야 하므로 건강증진 역시 그 연속선 상에서 반영되어야 할 것이다. 특히 중·노년자에게 있어서는 만성 및 퇴행성 질병이 특징적이므로 더욱 질병-건강의 연속선 상에서 지속적인 관리가 중요하다. 만성 및 퇴행성 질병은 일시적인 집중치료보다는 장기간 지속적 질병치료와 관리가 요구되기 때문에, 질환자와 건강인간의 구분이 뚜렷하지 않고 환자이면서도 건강인과 더불어 일상적 사회경제 활동 및 가족과의 관계유지가 가능하다. 따라서 증상이 급격히 중증화되거나 응급상황이 발생할 경우에는 병·의원을 이용하여 고도의 의료기술을 요하는 집중적 치료를 받더라도 평소엔 장기간 질병관리가 가능하도록 대안적 질병관리 체계가 이루어져야 한다. 그런데 의료 및 사회적 서비스가 제한된 농촌의 경우에는 더욱 더 평소의 건강관리를 위한 지원적 체계가 필요하다.

만성질환자 및 노령인구를 지역사회에 머물게 하고 노화 및 장애로 인한 기능저하 방지효과를 기대하면서 강조되는 것이 노인을 위한 건강증진이라고 할 수 있다. 미국 및 유럽 등지에서 건강증진을 통한 노인의 신체적, 정신적 건강한 생활 유지, 건강행위 실천, 주거환경의 위험요인 방지 등으로 노인의 주요질병인 낙상 및 치매, 그리고 각종 일차보건의료요구를 해결하는데 성공적이었다고 보고되었다(Breslow, L. Enstrom, J.E., 1980). 건강증진 사업의 실시는 예방사업 및 자기관리 효과도 기대할 수 있으므로 일차보건의료사업의 일부로서 함께 제공될 수 있다.

건강증진은 건강위해 요인을 건강행위로서 조정 및 관리하여 건강상태에 긍정적 영향으로 작용토록 유도하는 체계적 사업이라고 정의(Zimmerman, R.S. 1989)하면, 건강증진은 질병이나 건강문제 발생시에만 집중관리하는 것이 아니라 지속적으로 인간의 성장단계에 따른 전 생애적 건강관리 접근법으로 이루어져야 한다. 즉, 영유아 시기부터 중·노년기를 거쳐 사망에 이르기까지 각 인간성장단계마다 건강 위협요인을 관리하도록 성장단계별 건강증진과제를 설정, 관리하고 영유아기와 청소년기부터 누적된 건강증진 효과가 노년기의 건강증진으로 이어질 수 있도록 하여야 할 것이다.

노년기 건강증진 실천과제를 세계보건기구(WHO, 1995)는 신체, 정신 및 사회적 건강

을 긍정적 건강개념 하에 관리할 수 있도록 포괄적 건강증진과제를 적용하여야 한다고 제시하였다. 본 연구결과 역시 건강행위 실천은 가족 친화도 및 건강상태와의 높은 연관성을 보이고 있어서 세계보건기구에서 제시하는 노인의 건강증진실천과제 중 ① 적극적인 사회활동과 ② 외출과 삶의 즐거움 추구, ③ 노령기 변화에 대한 적응, ④ 거주지역의 안전성, ⑤ 지역사회활동과 상호지원체계 활용 등의 사회적 접근을 반영할 필요가 있다고 제언하는 바이다.

A Study on Health Promotion Needs Assessment of the Rural Elderly in Korea

So Young Cho*, Jum Ja Kim

*Dept. of the Elderly's Welfare, School of Social Sciences, Kang Nam University
Dept. of Research Development, The National Institute of Social Welfare Training

This study was purposed to find health promotion and care needs of the elderly in rural area of Korea. As the rural elderly are limited in accessibility to health care resources and could not immediately solve their health care needs when they need, health promotion and care services are expected to bring better and more practical solutions of their health care needs. Thus, the type of health care services to be developed in Korea rural area is discussed to have emphasis on health care service component in addition to health promoting components.

Methods of this study was based on survey data analysis : total 322 persons aged older than 55 living at one "Kun" in Korea administrative unit were interviewed by health workers working at the region and also get trained for this study data collection. The data collection interview was continued from February till May in 1996. The interview questions were modified with adjustment to Korea situation, with basis of the WHO's health promotion program components. The collected data were analyzed using SAS program for frequency, correlation, regressions.

The major findings were as follows :

(1) 74.8% of the surveyed were sick at the survey time point, and 95.9% known the diagnosis name of the disease. The most frequently complained diseases were Muscular-Skeletal diseases (43.7%).

34% of those sick had never treated or discontinued therapeutic procedures, so that shown the necessity of systematic and usual health care services with health promotion program development for the elderly.

(2) The percent of those who make social participation was 95.3%, and the activities were visiting neighbors (70.4%) and lack of qualified social activity programs.

(3) 78.1% of the surveyed had health counseling and education from professional health workers. Those ceased smoking and drinking were 59.6%, 60.3%, respectively. Those had no application of therapeutic drugs or nutrition supplements was 40.7%, and 94.1% had regular meals. Those practiced exercises was low remarking 17.7%.

(4) Positive health behaviors were better carried out by sick groups than by the healthier, except smoking, regular meals, and exercise. 17.5% of sick group smoke more than one case of cigarettes, in contrast to 9.5% of the healthier.

(5) Mental health status was healthier among positive health behavior carriers. Health counseling and education shown better score of mental health than those never counseled.

(6) Positive health behavior practice frequency did not show significant differences when crossed by social activity participation status.

(7) Health behaviors of the rural elderly people were carried out better when they had positive 'continuency in therapeutic procedure' 'health status', 'familial relationship'. "Health Status" of the rural elderly were explained by 'exercise', 'drinking', 'familial relationship', 'activities of daily living'. Thus, health behaviors practice mutually interact with health status.

In conclusion, the health promotion and care program component are recommended to include attention on the necessity of positive health promotion active social activities, pleasant life style, adaption into changes on the elderly, safety in residential area, community activity and resource utilization, etc., in addition to the elderly's disability and sickness caring services.