

한국노인의 건강상태에 대한 조사연구*

최영희** · 김문실** · 변영순** · 원종순***

I. 서 론

A. 연구의 필요성

최근 급속히 산업화, 도시화, 핵가족화 되어가는 한국 사회에서 노인인구의 증가와 인구의 노령화 현상으로 인한 노인복지 문제가 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 경제기획원의 보고에 따르면 1988년 우리나라 노인의 평균수명은 70세로 연장되었으며 65세이상 노인인구도 4.5%나 되는 것으로 보고하고 있다. 이러한 노인인구 증가추세와 더불어 노인들의 경제적 자립, 건강유지, 사회적 역할의 확보등 노후보장을 자녀 특히 장남이 담당하는 것으로 기대하는 전통적 가족관이 붕괴되고 있는 현실에 비추어 볼때 노인부부 가족이 증가할것이며 이에따라 노후의 생활대책, 건강관리, 노인인구의 재활용, 노인의 여가생활, 노년을 보람있게 보내도록 대비하는 방안등을 포함하는 노인복지에 대한 대책강구는 새로운 사회문제로 부각될 것이다(윤종주 1980, 문옥륜 1982, 민재성 1983, 공세권 1983).

구(1985), 권(1986)의 연구보고에 의하면 노인들의 가장 큰 관심사는 건강과 관련된 문제(70%)인 것으로 밝히고 있다.

노인의 건강문제는 노화과정에 따른 것으로 신체적,

심리적, 사회적기능 감퇴로 나타나는것이 특징이다.

노인건강에 관한 연구동향을 살펴보면 국내외를 막론하고 노인문제의 심각성만을 강조할 뿐 구체적인 보고가 부족한 실정이다. 특히 우리나라에서는 1980년대에 이르러 노인문제연구소와 노년학회를 중심으로 노인문제, 노인복지 중심으로 연구가 이루어지고 있으나 건강상태를 확인하는 표준화된 사정도구가 아직 개발된 상태가 아니다 최근 노인건강을 측정하고자 시도한 연구가 몇편 있어(김정순, 1989, 이영자 1989) 김(1989)은 사회역할활동에 근거한 노인의 사회적측면의 건강측정에 근거한 노인의 사회적측면의 건강측정에 초점을 두었으며 이(1989)의 연구는 좀더 종합적인 노인건강측정을 목적으로 신체건강, 정신건강, 정서건강등 3가지 범주를 포함하는 도구개발을 시도하였으나 아직도 부분적 건강사정에 그치고 연구대상 표집이 부분적 편의표출에 의해 연구된 바, 한국노인 전체에 일반화 할 수 없는 실정에 있다.

따라서 한국노인의 건강을 관리하고 노인이 건강기능을 유지, 증진하기 위해 노인의 건강상태를 사정하고 평가하며 필요한 건강관리나 간호전략을 결정, 제공하는 데 필요한 포괄적이며 객관적인 건강사정 도구를 사용하여 노인의 건강상태를 측정, 기술하고 평가하는것은 건강관리를 위한 선결과제이다.

건강상태를 측정하는 기준이나 방법은 건강을 이해하

*이 논문은 1989년도 문교부 학술연구비에 의하여 연구되었음.

**이화여자대학교 간호대학

***수원 간호 전문대학

는 관점에 따라 다양하지만 노인의 건강상태는 노화현상이 따른 것이므로 병리학적 측면에서 측정하기 보다는 독립적으로 일상생활을 수행해 나가는데 필요한 기능의 장애 정도로 파악되는 것이 합리적이다. 또한 인간은 신체, 정신, 사회적인 통합체(bio, Psycho, Social being)이므로 노인의 건강상태 측정에는 신체적 기능장애정도 뿐만 아니라 심리, 사회적 측면 모두를 포괄할 수 있는 내용으로 구성함이 타당하다. 뿐만 아니라 노인건강 측정도구는 어떤 건강관리기관에서도 사용하기 편리하며 비용면에서도 효과적이어야 한다.

따라서 본 연구는 인간을 bio-psycho-Social being이라 보는 총체적인 인간관에 근거하여 노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적인 세가지 측면에서 평가도구를 작성하여 한국노인의 건강상태를 측정, 기술, 평가하고자 시도되었다.

B. 연구목적

본 연구는 노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 종합적, 객관적으로 평가하는 것을 그 목적으로 한다. 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 한국노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 평가하는 도구를 개발하고 건강상태를 측정한다.

II. 이론적배경 및 선행연구

A. 노인의 건강

건강은 보편적인 개념이지만 건강을 인식하는 개인의 자각은 그들이 속한 사회의 문화에 따라 다양하며 같은 문화권내에서도 시대의 흐름에 따라 다르다. 히포크라테스는 평형상태로서의 건강, 환경의 중요성을 말하며 건강은 신체와 정신의 기본적 상호관련성을 강조하였다(Dubos, 1968). 21C 초반까지 건강은 질병의 부재로 정의되었다(Wylie, 1970). 그러다가 Decarte의 이원론의 내경하에 건강과 질병을 보는 시각의 관점이 연속체선상의 양극으로 보게 되고 제2차 세계대전 이후 건강은 생리적 현상(biopsychological phenomenology)으로 정의되어 전인적인 경향을 나타내기 시작하였다. 그러나 논리실증주의에 편승하여 나타난 의학모델과 같이 국한적으로 건강을 보는 건강개념은 여전히 남아 있다. 1946년 WHO가 제시한 건강에 대한 개념은 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태의 생활개념으로서 다차원적 양상으로 건강을

인식하는 계기가 되었다 (Breslow 1972 : Patrick, Bush & Chen 1983).

노인건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다른 연령층보다 더 다양하게 나타나는 특성이 있다(이영자 1989). 노화과정이 신체적, 심리적, 사회적으로 모두가 포함된 종합적현상이므로 노인건강도 신체적측면의 건강, 심리적측면의 건강, 사회적측면의 건강이 모두 포함되어야 함은 말할 나위도 없다.

1) 신체건강 사정도구

노인의 건강상태를 측정하는 도구로 가장 유용하게 사용되어 온 것은 일상생활 활동(Activity of Daily living : ADL)이다. ADL은 노인의 건강상태를 병리현상에 근거하기 보다는 기능수준에 기초를 둔 기능적 건강상태를 측정하는 중요한 지표이며 노인의 생활을 알 수 있도록 규정하는 요인이기도 하며 매우 중요하게 취급되어 왔다(조유향 1988).

Lawton(1972)에 따르면 인간의 생활능력은 고차원의 활동에 관한 능력까지를 모두 포함한다. 즉 생명유지, 기능적건강도, 지각-인지, 신체적자립, 수단적자립, 상황대응, 사회적 역할의 7단계수준으로 체계화하였다. 이 중 노인의 신체적 건강상태를 측정하려면 신체적 자립정도로 비교적 쉽게 측정될 수 있다.

그러나 지금까지의 ADL사정도구는 노인의 정상적인 신체적 노화상태를 일상생활 수행능력으로 모두 반영하지 못해온 것이 사실이다. Katz의 ADL지표(Katz, So, et al 1963)는 장애인용으로 개발된 ADL측정도구로서 근골격계와 신경계, 시각의 변화에 따른 신체적수행의 항목으로만 구성되고 있고 그의 피부 및 청각, 후각등의 감각계의 변화 항목은 제외되었다. 그러나 노인과 만성질환자의 건강상태를 사정하는데 널리 사용되고 있다 (Matteson, McConnell 1988 : 조유향 1988). Lawton과 Brody(1969)의 Physical Self-Maintenance Scale은 지역사회나 기관에 살고 있는 60세이상의 노인들을 위한 치료를 계획하고 평가하는데 사용할 목적으로 만들어졌는데 이것도 Katz의 ADL지표와 유사한 도구로서 근골격계, 시각, 신경계의 변화에 많은 비중을 두고 있어 노인의 청각, 심폐계, 성기능변화를 측정하는 항목은 결여되어 있다.

Barthel의 지표(Gragner et al 1979)는 재활센터 환자의 임상판단에 유용하여 지역사회에 있는 정상적인 노화과정중에 있는 노인의 건강상태측정에는 부적합하며 이 도구 역시 근골격계, 시각 및 신경계의 변화만을 반영

하는 ADL항목으로 구성되어 있다.

Rapid Disability Rating Scale-2(RDRS-2)는 만성노인환자의 기능과 정신상태에 대한 조사도구로서 휠체어 사용이나 특별식이, 투약과 같은 항목이 있어 지역사회에 있는 정상노인에게는 부적합하다.

Kenny의 자가간호평가(Herbert 1973)는 가정이나 보호적인 환경에서 독립적으로 살아가는 환자의 능력을 평가하고자 기능적 행동을 기록하는 것으로 치료목표를 정하고 진행과정을 평가하는데 사용되며 ADL 형태보다 더 정확하게 측정하기 위해 고안된 것이다(McDowell and Newell 1987).

그러나 노인의 청각, 내분비계, 심폐계, 성기능을 측정할 수 있는 ADL항목이 없으므로 그에 대한 첨가가 요구된다. 그의 Functional Status Index(Jette 1980), Functional Activities Questionnaire(Dfeffer 1984)도 노화에 따른 신체적변화를 측정할 수 있는 항목이 근골격계, 시각, 신경계에 국한되어 있다.

국내도구인 윤(1928), 조(1988), 이(1989)의 도구도 미각, 후각, 심폐계, 위장계, 성기능변화를 측정하는 항목은 없었다. 대한간호협회 서울특별시지부 홍보위원회(1981)도 일부 도시노인을 대상으로 치아상태, 소화상태, 시력상태, 청력상태, 기동상태, 심폐기능 상태만을 측정했으며 일상생활 수행능력에 따른 사정은 제외되어 있다.

이상에서 살펴본 바와같이 기존의 노인의 신체건강 도구들은 대부분 근골격계, 신경계 및 감각계중에서는 시력 및 청력상태 측정항목에 국한되어 있으므로 각 기관의 노화가 감안된 기능상태를 평가할 수 있는 포괄적인 도구개발이 요청되고 있다.

2) 심리건강 사정도구

심리적측면의 건강범주는 다양하며 때로 사회적측면의 건강범주와 중복되는 경우가 많다. 따라서 노인의 심리적 건강상태를 가장 정확히 측정하기 위한 선행단계로 우선 심리적 측면에는 어떤요소들이 포함되어야 하는지 규명하는 작업이 필요하다.

<Psycho->는 분야에 따라 <심리->이라 번역되기도 하고 <정신->이라 번역되나(동아세계대백과사전) 심리학분야에서는 보통 지남력, 주의집중, 기억등을 포함하는 인식(Cognition)과 사고 및 인지(thought and perception), 학습, 지능, 욕구, 성격, 정동(情動)등을 다룬다(심리학 1983) 여기서 정동이란 마음이 움직이고 감동된다는 뜻으로 이는 비교적 강하게 단시간 지속되는 감정

이라 정의된 정서(情緒)와 동의어로 볼 수 있다(동아세계대백과사전) 한편 정신상태는 크게 사고과정 및 인지(Perception), 인식의 기능(Cognitive function), 지능(intellectual function)으로 구분된다(최영희, 김조자 1989). 여기서 심리는 정서와 정신을 포함하는 보다 큰 개념이라는 것을 알 수 있고 따라서 심리적 건강을 측정하기 위해서는 정서적인 건강과 정신적인 건강으로 구별하여 측정하는 것이 사회적건강과의 중복을 피할 수 있을 뿐 아니라 좀더 포괄적이면서도 정확한 측정이라는 본 연구목적에 부합되는 일이다. 그리하여 심리적측면의 건강상태 측정도구는 정서, 정신건강 사정도구라 하였다.

노인정신건강 사정도구로 우선 VIRO Orientation Scale을 보면 노인환자의 원기, 완전성, 관계, 지남력을 측정하기 위한 방법으로 고안되었으나 오래된 기억이나 상위수준의 인지능력은 반영하지 못하는 결점을 지닌다.

Short Dortable Mental Status Questionnaire(SPM-SQ)는 전화번호를 기억해 내는 것 같은 지역사회에서 자가간호를 위한 실제적인 생존기술을 측정하는 것이다. 그러나 한국의 경우 최근 급속한 경제, 사회적발전의 결과 전화번호가 많이 증가하였다 하더라도 전화가 노인들의 생활수단의 일부로 자리잡지 못한 실정이므로 SPMSQ의 이러한 항목을 한국노인에게 적용하는 것은 부적절하다 한편 Philadelphia Geriatric Center(PGC) Mental Status Questionnaire는 SPMSQ에 비해 요양원 환자의 상황에 더 적합하다(Fishback 1977).

Memory and Information Test(MIT)와 Set Test는 노인성치매의 진단을 위해 이용되며 The Misplaced Objects Test는 기억손상의 중증도를 확인하고 기억기능을 측정하도록 고안되었다. 이것은 노인대상자의 기억을 측정하는데 유용하며 오래된 기억보다는 논리적인 기억, 청각적인 기억보다는 시각적인 기억을 파악할 수 있다.

이상의 정신건강 사정도구들은 대부분 인간의 정신기능중 기억력에 중점을 두고 작성된 도구들로서 노화에 따른 기억력변화를 측정하기에는 유용하나 그외의 사고과정이나 인지를 측정하는 항목은 결여되어 있으므로 정신기능을 측정하기에는 부적절하다고 할 수 있다.

Quick Test(QT)는 대상자의 교육 수준에 의해서 영향을 받으므로 교육적으로나 문화적으로 혜택을 받지 못한 개인들의 건강을 측정하기에는 부적절하다. 현재 한국의 노인들은 사회문화적 여건으로 인하여 교육을 받지 못한 노인이 대부분이므로 QT는 한국노인의 건강상태측정에

는 부적절하다. Mini Mental Status Examination은 읽기와 쓰기를 포함하고 있어서 시력장애가 있는 대상자에게는 부적합한데(Kane and Kane 1981) 시력장애는 노화 단계의 초기에 나타나는 변화인 점을 감안한다면 노인건강측정에 장애가 된다고 할 수 있다.

이(1989)의 정신건강 사정도구에는 지남력, 기억력, 집중력 등의 인지기능에 대한 측정과 욕구표현에 대한 지각, 지능측정 및 타인과의 상호관계 및 여가시간활용 등을 측정하는 항목이 포함되어 있는데 지능측정은 학령기 아동의 학교능력 검사가 원래 목적이었으므로(김명훈, 정영운 1983) 노인에게는 적절치 못한 평가항목이며 기타 타인과의 상호관계 및 여가시간 활용 등의 항목은 사회적 건강측정 항목에 포함되는 항목으로 중복의 가능성을 지닌다.

따라서 노인정신건강 측정을 위해서는 사회적건강기능 측정이 제외된 한국노인의 사회적, 문화적 제특성에 알맞는 새로운 도구개발이 요구된다.

노인정서건강 사정도구로는 Zung Self-Rating Depression Scale이 가장 많이 노인연구에서 사용되고 있는데(Solz man and Shoder 1979) 이것은 정서의 부정적인 측면만을 포함한 단편적인 측정이다. 정서의 부정적, 긍정적측면을 모두 포함한 것으로 Affect-Balance Scale이 있는데(Bradburn & Caplovitz 1965) 우울뿐 아니라 긍정적인 측면도 측정할 수 있으므로 일반대상자의 정서적상태도 측정이 가능한 간단한 도구이다. ABS는 우울상태만 측정하기 보다는 권태감, 안절부절함, 비평에 대한 민감도 등의 다른차원까지도 측정할 수 있다(Kane and Kane 1981). ABS가 긍정적정서, 부정적정서를 모두 측정하는 정서측정도구이긴 하지만 긍정적정서에서 만족이나 희망 등의 쾌정서를 측정하는 항목이 누락되어 있으며 부정적정서에서는 절망감등을 측정하는 항목이 보완되어야겠다.

이상에서 살펴본 정신건강 사정도구와 정서건강 사정도구는 노인의 심리적 건강상태의 일부만을 측정하는 것이므로 노인의 심리적 건강상태를 사정하기 위해서는 정서적측면과 정신적측면이 동시에 측정되는 정서, 정신적 건강사정도구가 되어야 전체 노인심리를 반영하는 건강사정도구가 될 것이다.

3) 사회건강 사정도구

사회적건강을 측정하는 도구는 크게 2 가지유형으로 분류되는데 사회적응 측정도구(Social adjustment Scale)와 사회적지지 측정도구(Measurements of social sup-

port)가 그것이다. 사회적응이란 개인이 자신의 개인적 관계(personal relationship)에 적절히 기능할 수 있는가를 보는것인데(Linn 1979) 대상자가 자신의 건강을 경감시키고 욕구를 만족시키는데 있어 얼마나 균형을 잘 이루며 성공적인지를 면담자가 객관적으로 평가하거나 대상자가 자신이 느끼는 주관적 만족감이나 자신의 사회적 역할수행정도에 따른 적응을 주관적으로 평가할 수도 있다. 전자는 상황조성이 매우 어려워 연구에 제한이 따르며 후자는 보통 불만족, 불행, 불안등의 정서적반응을 기록하게되므로 정서건강 측정과 사회건강 측정사이에 경계가 분명치 않게 된다. 이런 난점을 피하기위해 사회적역할(social role)을 측정하는것에 초점을 두어 사회적기대에 그 사람이 얼마나 자신의 사회적역할을 적절히 수행하는가를 통해 사회적응을 측정한다(McDowell and Newell 1987). 사회적역할의 조작적정의는 대부분 집안일, 직업, 지역사회에 연루되는 정도와 배우자역할, 부모역할, 여가활동등을 얼마나 잘 수행하는가를 포함한다.

Lawton(1971)이 분류한 7가지단계의 수단적 일상생활 수행능력(IADL)이 있는데 이 Scale은 위에서 언급한 통상의 사회적역할 범주와 유사하다. 조(1988)의 연구에서는 상황대응에 관한 활동능력을 노인에서는 지적생활에 해당되는 것으로 간주하여 지적능동성이라는 용어로 바꾸어 사용, 설명하면서 노인의 사회적 활동능력을 수단적자립(IADL), 지적능동성, 사회적역할등과 관련된 것으로 측정, 조사하였다. 그러나 이것은 정신적 건강사정도구와 중복되므로 혼돈을 초래할 가능성이 있다.

Katz adjustment scales (Martin M. Katz 1963 : KAS)은 응답자의 주관적인 만족평가뿐 아니라 면담자의 객관적인 만족평가뿐 아니라 면담자의 객관적인 사정을 병용하여 사회적적응을 측정하는 포괄적인 도구로서 사용되어왔으나 사회적적응 평가의 표준은 문화나 시간적, 공간적 변화에 따라 달라지는 견해(McDowell and Newell 1987)에 비추어 본다면 KAS는 너무 오래된 도구이며 또한 한국문화에 알맞는 수정, 보완이 필요하다.

Margaret Linn(1969)의 Social Dysfunction Rating Scale(SDRS)은 노인들의 사회적 적응이라는 주제에 관한 개념적 작업에 기초하는 도구로서 높은 신뢰도를 가지지만 사회적 적응의 부정적측면을 사정했다는 단점을 지닌다.

Social Adjustment Scale (Myrna M. Weissman 1971: SAS)은 우울환자의 약물치료 및 정신치료의 결과를 평가하기위해 고안된 도구로서 직업, 가족등의

다양한 역할영역내에서 대인관계시 대상자의 느낌, 만족 등을 포함한 적응정도를 측정하여 임상증상을 완화시키기 보다는 대인관계술을 증진시키려는 의도로 만들어졌다. SAS는 우울을 면밀하게 반영해주는 도구이며 건강한 대상자를 연구하는데 사용되기도 했으나(McDowell and Newell 1987) 우울환자를 포함한 정신과 환자에게 더욱 유용한 도구임에 틀림없다.

Social Maladjustment Schedule(Anthony W. Clare 1978)은 주거, 직업 / 사회적 역할, 경제상태, 여가 / 사회 활동, 가정 / 가사관계, 결혼등의 6가지영역에 걸쳐 만성 신경증 환자들의 사회부적응을 측정하는 도구로서 Linn의 SDRS와 마찬가지로 사회적응의 부정적측면만을 다루었다.

Interview Schedules for Social Interaction(Scott Henderson 1980 : ISSI) 은 사회적관계의 이용가능성과 지지의질을 사정하는 도구로서 사회적역할보다는 사회적 지지를 측정하는 도구이며 Social Relationship Scale (Allanrl, McFarlance 1981 : SRS) 은 생활스트레스가 건강에 미치는 영향을 완충하는데 개인의 사회적 관계망과 그것이 얼마나 도움이되는지 대상자의 자가평가를 측정하는 도구로 지지의양을 측정할 수 있다. 그러나 사회적 지지의 질이 사회적 지지의 양보다 사회적관계의 유용성에 더 큰 영향을 미침에도 불구하고(McFarlance 1984) 이 도구는 주어진 지지의유형 즉 지지의질을 나타내주지는 못하는 단점을 지닌다. 또 Irwin G. Sarason(1983)의 Social Support Questionnaire(SSQ) 도 사회적지지의 이용가능성과 지지에 대한 만족을 측정하는 도구이나 아직 신뢰도, 타당도에 대한 검증이 요구되는 도구이며 다른 사회적지지 도구와의 상관관계도 연구되어야 한다.

김(1989)은 조부모, 부모, 배우자, 친구, 친척, 단체성원 및 신앙인으로서의 역할등 7개하위역할 영역으로 구성된 사회적활동 측정도구를 개발하였는데 이 도구는 노년기의 역할상실로 인해 초래되기 쉬운 심리적부적응에 대한 보상으로서 중요한 타자와의 선택적이고 자발적인 사회적활동 및 친밀한 관계형성이 매우 중요하다는 이론적근거(Larson 1978 : Ward Sherman, and Lagory 1984 : Simons 1984 : Lowenthal and Haven 1968)에 기초하여 개발된 비교적 포괄적인 노인의 사회활동을 측정하는 도구로서 노인의 사회건강상태를 충분히 반영할 수 있는 도구라 생각된다.

B. 본 연구의 이론적 틀

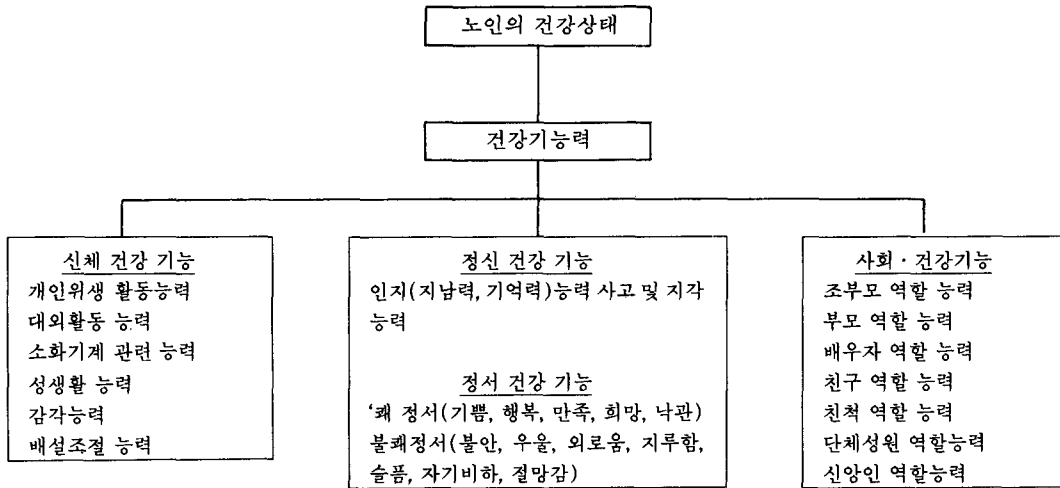
노인이 얼마나 건강한가를 측정하는데 기준이 되는 것은 건강을 보는 관점에 따라 달라질 수 있는데 크게 두가지로 나눈다. 한가지는 의학적인단, 병적인 증상의유무 및 질병으로 인한-후유증등 병적상태에 근거를 두는 경우가 있으며 다른 한가지는 개인의기능이나 역할의 수행능력에 근거를 두는 경우가 있다(조유향 1988). 전자는 대표적인 학자가 Simmons이고 의사들을 중심으로 노인의 병리학적 특징과 시간에 따른 사회적환경등에 대한 반응을 고려하여 결정하는 신체적노화에 국화된 협의적 관점이라 할 수 있고 후자는 Katz, Harber, Harris 등의 대표적 학자가 있으며 1959년 WHO가 내린 건강의 정의와 같이 광의적 관점이라 할 수 있다 (이영자 1989).

노인의 건강상태는 노화현상에 따른 것이므로 병리현상에 근거를 둔 의미의 건강보다는 기능수준(level of functioning)에 기초를 둔 기능적 건강상태(functional health status)만 측정하는 방법이 널리 사용되고 있다 (Gibon 1984 : Harber 1970 : Katz 1970) 본고에는 노인의 건강을 신체, 심리, 사회적 측면이 모두 포함된 종합적 현상이라는 관점에 토대를두고 노인건강상태를 노화와 상호작용하여 나타난 일상생활 수행기능 정도로 파악하는 것이 합리적이라 생각된다. 이러한 이론적기틀에 근거하여 노인건강사정 영역을 신체건강, 정서·정신건강 및 사회건강 영역으로 나누어서 영역별 항목내용과 항목수를 결정하였다.

신체기관의 노화가 통합되어 나타나는 신체기능상태는 개인위생 활동능력, 대외활동능력, 소화기계 관련 능력, 성생활 능력, 감각능력, 배설조절능력을 측정하도록 구성하였고, 정서건강 사정영역에서는 노인정서의 부정적측면과 긍정적측면의 균형정도를 측정하도록 고안된 Affcet - Balance Scale(Bradburn and Laplovitz 1965)을 토대로하여 이 도구에서 누락된 만족, 희망등의 쾌정서와 절망감등의 불쾌정서 항목을 첨가하여 노인의 정서기능 상태를 측정하도록 구성하였다. 정신건강 사정 영역에서는 기존의 도구들이 대부분 기억력에 중점을 둔 도구들이었으므로 그외의 정신기능인 사고과정과 인지를 측정하는 항목을 첨가하고 노인의 정신능력 측정에는 부적절한 지능측정 항목은 제외하였으며 특히 사회 건강 측정 항목과 중복되지 않도록하여 최종문항내용을 결정하였다. 사회건강 사정영역에서는 조부모, 부모, 배우자, 친구, 친척, 단체성원 및 신앙인으로서의 역할영

역 중심으로 노인의 사회활동을 측정하는 김(1989)의 도구를 사회역할의 질적, 양적인면이 고려되는 방향으로 본 연구목적에 맞게 수정, 보완하여 노인의 사회기능

상태를 측정하도록 구성하였다.
본 연구의 이론적 틀은 다음과 같다.



Ⅲ. 연구방법 및 절차

A. 연구설계

전국에 거주하는 60세 이상의 노인의 건강상태를 측정할 수 있는 도구를 개발하여 건강상태를 평가하는 서술적연구(descriptive research)이다.

B. 연구대상 및 연구기간

본 연구의 대상은 전국에 거주하는 60세 이상의 노인으로서 면담에 응할 수 있는 언어적, 비언어적 의사소통능력을 소유하고 본 연구에 협조하는 사람으로 하였다.

연구대상자는 전국을 대도시, 중소도시, 농촌으로 분류하여 층화한후 임의표집(Convenience Sample) 방법에 의해 선정하였다. 대도시에서는 사회, 경제적으로 상층, 중층, 하층에 속하는 대상자를 고루 표집하기위해 서울특별시 강남구, 마포구, 서대문구의 3개구를 선정하여 노인정, 경로당, 노인대학 및 가정방문을 통한 150명과 중소도시인 청주, 전주, 춘천, 진주에서는 그 지역사회에 거주하는 130명 그리고 농촌은 경상북도, 경상남도, 전라북도, 전라남도, 경기도 각 지역에 소재하는 1개보건진료

소의 대상자 150명을 면담하여 총 430명의 설문지를 배부한 결과 대도시에서 143명, 중소도시에서 123명, 농촌에서 146명으로 총412명의 설문지를 회수하여(93%) 이를 본 연구의 분석대상으로 하였다. 자료수집기간은 1990년 7월 18일부터 8월 17일까지 30일만에 걸쳐 실시하였다.

C. 노인건강 사정도구

1) 사정도구 내용선정과정

첫째, 선행연구를 통한 기존 건강사정도구의 종류, 대상, 연구목적, 연구도구의 구성, 측정방법, 도구의 신뢰도, 타당도검증 결과등을 문헌고찰을 통해 분석한 후 본 도구내용을 선정하였다.

둘째, 건강사정도구는 인간을 bio-psycho-social being 이란 보는 일반적 견해에 따라 노인건강 상태를 신체, 심리, 사회의 세가지 영역에 맞추어 총체적으로 측정할 수 있도록 사정도구의 측정항목을 구성하였다. 개별 항목별 점수는 1점-5점척도로 하였다. 점수가 높을수록 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 신체건강 사정도구는 신체 각 기관의 노화에 따른 기능을 반영하는 개인위생 활동능력, 대외활동능력, 소화기계 관련능력, 성생활

능력, 감각능력, 배설조절능력의 6가지요소인 24문항으로 신체건강을 측정하였다.

심리건강 사정도구는 정서, 정서건강 영역으로 정신건강 사정에서는 최, 김, 최(1986)가 제시한 외모와 행동, 기분, 사고과정과 지각, 인식의기능 및 지능에서 기분은 정서에 포함되는 것으로 정신상태 사정에서는 제외하고 외모와 행동은 나머지 세가지요소가 객관적으로 표출되는 활동이므로 제외하였다. 또한 지능측정은 현재 사무나 직업능력, 학교에 관계되는 지능만을 측정하는 현존하는 지능검사가 원래 학령기아동을 위해 고안했던만큼 노인 지능평가에는 적절치 못하므로(김명훈, 정영운 1983) 지능요소도 제외하였다. 따라서 정신상태건강사정에는 지남력, 주의집중, 기억등의 인지기능과 사고 및 지각의 2가지요소를 포함시킨 총 7문항으로 구성하였다.

정서건강 사정도구에는 쾌정서와 불쾌정서의 2가지요소를 포함시켜 총16문항으로 구성하였다. 사회건강 사정 도구에는 사회적활동 측정을 위해 개발된 김(1989)의 도구를 수정, 보완하여 조부모역할, 부모역할, 배우자역할, 친구 및 이웃의 역할, 친척의 역할, 단체인, 신앙인으로서의 역할등 7가지 요소 42문항으로 구성하여 사회건강을 측정하였다.

이러한 내용선정 과정을 거쳐 구성된 본 연구의 도구는 신체건강 사정문항 24문항, 정서·정신건강 사정문항 23문항, 사회건강 사정문항 42문항으로 총 89문항이었다.

2) 사정도구의 신뢰도 및 타당도 검증

본 도구의 내용타당도를 높이기 위해 노인간호학교수 1인과 간호학교수 2인, 간호학석사 소지자의 성인간호학 연구원 3인, 성인간호학 박사과정학생 1인의 의견을 종합하여 처음 구성된 89문항중 부적당한 문항을 1차수정, 보완하고 노인대상자들의 응답결과 항목간 상관계수가 0.3보다 낮은것은 본 도구의 문항에서 제외하고 나머지 75문항만을 본 연구의 도구로 확정하였다.

일차분석 결과에 따른 총75문항에 대한 내적일관성 검정을 시행한 결과 각 문항의 Alpha if item deleted 값은 93이상으로써 Cronbach alpha값이 0.93 793의 신뢰도를 보였다.

D. 자료분석방법

자료분석 방법은 SPSS 전산체제로 통계처리하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 백분율로 나타냈으며 노인

의 신체적, 심리적, 사회적 건강상태는 각 요인별 평균과 표준편차를 산출하여 비교하였으며 노인의 일반적특성에 따른 신체적, 정신·정서적, 사회적 건강상태는 t-test, ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구결과 및 논의

A. 노인건강 사정도구에 대한 논의

신체건강 사정도구의 신뢰도를 분석하여 본 결과 Alpha 값이 0.84544, Alpha 값의 범위 0.83-0.84로 내적일관성 신뢰도가 높았다.

본 연구의 노인신체건강 사정도구는 허, 이(1985), 조(1988)의 연구에서는 신체건강 사정항목으로 포함시키지 않은 신체의 배설조절능력과 감각능력을 포함시킨 점에서 그 차이가 있으며 이(1989)의 연구에서는 포함되지 않은 성생활능력을 포함시킨 점에서 포괄적인 내용의 노인신체건강 측정도구라 할 수 있다.

정서, 정신건강 사정도구의 신뢰도를 분석하여 본 결과 Alpha값이 0.84908, Alpha값의범위 0.83-0.85로 내적일관성 신뢰도가 높았다.

이렇게 확정된 본 연구의 노인 정서, 정신건강 사정도구는 조(1988)의 연구에서는 유사한 내용의 항목을 사회건강 사정항목에 포함시키는 차이를 보였으며 이(1989)의 정신건강 사정항목에서도 타인과의 상호관계 및 여가시간 활동등 사회적활동을 측정하는 내용이 포함되어 있어 이는 사회건강항목과의 중복을 초래할 수 있으므로 반드시 구분되어야 할 것이다.

사회건강 사정도구의 신뢰도를 분석하여 본 결과 Alpha 값이 0.92558, Alpha값의범위 0.922-0.926으로 내적일관성 신뢰도가 높았다. 본 연구의 노인 사회건강 사정도구는 기존도구(조유향 1988, 이영자 1989, 허정, 이선자 1985)들이 노인의 사회적건강 측면을 도외시하거나 정신건강의 내용으로 사회건강을 측정한 것과는 분명한 차이를 보여 준다고 생각된다.

B. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상 노인들의 일반적 특성을 보면<표1>과 같다.

〈표 1〉 연구대상노인의 일반적 특성

	일반적 특성	실수	%
	남	214	51.9
	여	193	48.1
연령	60~65	101	24.5
	66~70	120	29.1
	71~75	81	19.7
	76~94	100	26.7
가족상태	독신	4	1.0
	배우자동거	234	56.3
	별거	4	1.0
	사별	170	41.3
종교	기독교	89	21.6
	천주교	25	6.1
	불교	120	29.1
	무교	155	37.6
	기타	22	5.3
교육정도	무학	223	54.1
	국졸	122	29.6
	중졸	36	8.7
	고졸	17	4.1
	대졸	13	3.2
결혼상태	혼자산다	32	7.8
	노부부만 산다	97	23.5
	자녀와 산다	217	52.7
	손자녀와 산다	65	15.8
경제수준	20만원 미만	97	23.5
	50만원 미만	140	34.0
	100만원 미만	88	21.4
	200만원 미만	29	7.0
	200만원 이상	19	4.6
직업	무직	258	62.6
	자유직	22	5.3
	봉급생활	8	1.9
	농업	110	26.7
	기타	9	2.2
건강상태	매우나쁘다	27	6.6
	나쁘다	124	30.1
	보통이다	122	29.6
	건강하다	125	30.3
주거상태	매우건강하다	12	2.9
	자가	343	83.3
	전세	43	10.4
자녀수	월세	21	5.1
	3명이하	143	35.7
	4-6명	210	51.0
	7명이상	55	13.3
동거자수	없음	34	8.3
	1-2명	127	30.8
	3-5명	162	39.3
	6-11명	89	21.6

	일반적 특성	실수	%
생활비부담	자신	90	21.8
	자신과 자녀	76	18.4
	자녀	232	56.3
	기타	11	2.7
용돈상태	매우부족	49	11.9
	부족한편	115	27.7
	보통	154	37.4
	충분	79	19.2
	매우충분	15	3.6
	계	412	100

C. 노인의 건강상태

1) 노인의 신체건강 상태

(1) 내용별 신체건강 상태

본 연구대상인 노인의 신체건강 상태는 〈표2〉과 같이 5점 만점에 평균 4.054로 중앙값 3.0보다 훨씬 높아 신체건강 상태가 양호한 것으로 나타났다. 그중에서도 개인위생활동능력의 평균점수는 4.850으로 조사대상 노인의 경우 개인위생활동을 노인 스스로 독립적으로 수행가능한 상태라 할 수 있다. 그 다음이 배설조절능력(4.680), 감각능력(4.437), 소화기계 관련 능력(3.889)의 순위를 보였으며 가장 낮은 것은 성생활능력(1.993)으로 나타났다.

조(1988)의 연구에서도 노인의 신체활동능력을 보기위해 일상생활 수행능력(ADL)으로 식사하는 것, 화장실이용, 용모정리, 옷입고 벗기, 목욕, 기립, 보행, 체위교환 등으로 구분 제시한 결과 목욕과 보행동작에서 가장 낮은 수치를 나타냈지만 전반적으로 높은 수행가능성을 나타내었다. 그러나 성생활능력을 신체활동능력에 포함시키지 않은 점에서 신체건강 점수를 본 연구 점수와 비교하는데는 제한이 따른다.

이(1989)의 조사연구에서도 신체건강 기능력의 평균점수가 4.689로 본 연구결과와 같이 신체건강 상태가 좋게 나타났으나 조(1988)의 연구에서와 같이 성생활능력을 신체활동능력에 포함시키지 않았다.

신체건강 상태중 성생활능력이 현저하게 저조한 이유는 한국의 문화와 관련되어 생각해 볼 수 있다. 한의학에서는 음양사상 및 중용사상을 근거로 하여 색(성생활)의 측면에서도 이를 과하게 하면 건강에 해를 입혀 장수하지 못한다는 건강신념을 기반으로 하고 있다(황의원, 1987).

〈표2〉 연구대상 노인의 건강상태 정도

변 수		최소치	최대치	평균	표준편차
신체건강상태	개인위생 활동능력(A1)	1.500	5.000	4.850	0.454
	대의활동 능력(A2)	1.000	5.000	4.005	0.937
	소화기계 관련능력(A3)	1.400	5.000	3.889	0.798
	성생활능력(A4)	1.000	5.000	1.993	1.108
	감각능력(A5)	1.000	5.000	4.437	1.053
	배설조절능력(A6)	1.000	5.000	4.680	0.694
	총신체건강 AM	1.900	5.000	4.054	0.557
정신건강상태	정신건강(B1)	1.000	5.000	4.328	0.797
	정서건강(B2)	1.308	5.000	3.641	0.864
	총 정서·정신건강 BM	1.471	5.000	3.803	0.761
사회건강상태	조부모역할(C1)	1.000	5.000	3.077	0.760
	부모역할(C2)	1.200	5.000	2.868	0.670
	배우자역할(C3)	1.000	4.667	3.214	0.771
	친구역할(C4)	1.000	5.000	3.272	0.839
	친척역할(C5)	1.000	4.833	2.834	0.074
	단체성원역할(C6)	1.000	5.000	2.858	0.820
	신앙인역할(C7)	1.000	5.000	2.056	1.100
	총사회건강 CM	1.368	4.579	2.939	0.542
	총건강상태	2.120	4.707	3.521	6.450

(2) 일반적 특성에 따른 노인의 신체건강 상태
신체건강 상태와 유의한 관계가 있는 일반적 특성에는 노인의 성별, 연령, 교육정도, 가족상태, 직업, 지각한 건강상태, 동거자수, 생활비 부담상태, 용돈상태 등의 변수였다(표3참조).

남자노인이 여자노인보다 신체건강의 평균점수가 유의하게 더 높았는데(P=0.000) 이는 이(1989)의 연구결과와 일치하고 있다. 그 이유는 여성이 남성에 비해 평균수명이 길어 고령의 여자노인이 신체건강 점수가 낮기 때문으로 추정된다.

연령에 따라서도 신체건강 점수의 평균의 유의한 차이를 보였다(P=0.000) 76세-94세군의 노인이 신체건강 점수가 가장 낮고 60-65세군의 노인이 가장 높은 신체건강 점수를 보여 연령에 따라 차이가 있다고 하겠다.

교육정도에 따라서도 신체건강 점수에 유의한 차이를 보여(P=0.000) 중졸이상 노인집단의 신체건강 점수가 가장 높고 다음이 국졸, 무학 순으로 신체건강 점수가 낮았다. 특히 대의활동능력, 소화기계 관련 능력, 감각능력면에서 더 유의한 차이를 나타내었는데 이것은 한국의 경우 교육수준이 곧 사회계층을 결정하는 주요인자이므로 교육수준이 낮은 하층의 노인은 생계를 위해 신체의 체력을 많이 소모해왔으며 건강관리에도 소홀하였기 때문이라 추정할 수 있다.

가족상태에 따라 노인의 신체건강 상태가 유의한 차이를 보였는데(P=0.000) 노부부만 사는 노인이 가장 신체건강 점수가 높고 다음이 혼자사는 노인군, 그 다음이 자녀, 손자녀와 사는 노인군이였다. 노인이 혼자사는 경우와 노부부만 사는 경우가 자녀, 손자녀와 함께 사는 경우보다 신체건강 상태가 더 좋게 나타난것은 손자녀, 자녀와 함께 사는 경우에는 혼자살거나 노부부만 사는 경우보다는 신체활동이 자녀, 손자녀에게 의존적이기 때문으로 생각된다. 동거자수가 많을수록 신체건강 점수가 유의하게 낮아지는것도 같은 맥락으로 이해된다.

직업의 유무에 따라서도 신체건강 상태는 유의한 차이를 보여(P=0.000)직업을 가진 노인이 직업이 없는 노인보다 신체건강 점수가 유의하게 높았다. 성(1988)의 연구에서는 직업이라는 변수가 노인들의 병원내왕빈도를 유의하게 설명할 수 있다고 제시하였는바 이는 본 연구결과를 지지하고 있다. 직업을 가지고 규칙적으로 활동하는 것은 노인 신체건강에 중요한 요인이라 생각된다.

자신의 건강에 대한 노인의 지각정도는 신체건강 상태와 유의한 관계를 보여(P=0.000) 건강하다고 지각한 노인이 신체건강 점수가 가장 높고 다음이 자신의 건강을 보통정도로 지각한 노인군, 그 다음이 건강이 나쁘다고 지각한 노인군 순으로 점차 신체건강 점수가 낮아지고 있다. 신체변화의 가장 민감한 촉지자는 본인이라는

집에서 이 결과는 중요한 의미를 지닌다. 따라서 건강관리자는 노인 건강관리시 노인자신의 주관적인 자기건강 평가에 민감하게 주의를 기울여야 하겠다. 또한 건강지각은 정서, 정신상태에 의해 달라지게 되는데 정서, 정신상태는 신체건강 상태에 직접 영향을 미치기 때문으로 해석된다(최영희 1985).

마지막으로 생활비 부담상태와 용돈상태에 따라 노인의 신체건강 상태에 유의한 차이를 보여($P=0.000$) 노인 자신이 생활비를 부담하는 집단이 신체건강 점수가 가장 높고 다음이 자신과 자녀가 공동부담하는 경우, 그 다음이 자녀가 전적으로 생활비를 부담하는 경우로 나타났다. 즉 경제적 독립정도에 따라 노인의 신체건강에 차이가 있다고 볼 수 있는데 이는 용돈상태에서도 잘 드러나고 있다. 즉 용돈이 충분하다고 응답한 노인군이 가장 신체건강 점수가 높고 다음이 보통이라고 응답한군, 그 다음이 부족하다고 응답하는 노인군으로 신체건강 점수가 낮았다. 따라서 노인의 신체건강관리에 필요한 금전적 부담을 사회보험의 형태로 지원하는 노인복지정책이 시급히 요망된다 하겠다.

2) 노인의 정서, 정신건강상태

(1) 내용별 정서, 정신건강 상태

본 연구대상 노인의 정서, 정신건강상태를 살펴보면 <표3참조> 전체 대상자로서 정서, 정신건강의 평균점수는 3.803으로서 중앙값 3.0보다는 높게 나타났으나 신체건강 평균점수인 4.054보다 낮아 신체건강 상태만큼 양호하지는 못하였다. 그중에서 정서건강 평균점수는 3.641로 정신건강 평균점수인 4.328보다 낮아서 연구대상 노인의 경우 인지기능이나 지각등의 정신기능 보다는 노인들의 기분, 느낌들을 나타내주는 정서건강에 더 문제가 있음을 알 수 있다.

이(1989)의 연구에서 정서인지기능의 평균점수는 4.676으로 나타나 본 연구결과의 정신건강 평균점수인 4.328과 유사하게 나타났고 정서건강기능력의 평균점수는 3.163으로 본 연구결과의 3.641보다 더 낮게 나타났으나 노인의 정서건강기능이 정신건강기능보다 낮게 나타난 점에서 본 연구결과와 일치하고 있다.

따라서 노인간호 접근시 신체간호 접근은 물론이요 정서건강 상태를 높여주기 위한 심리적 접근이 더욱 요구된다고 하겠다.

(2) 일반적 특성에 따른 노인의 정서, 정신건강상태

노인의 정서, 정신건강상태에 영향을 미치는 변인은 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 가족상태, 직업, 지각한

건강상태, 주거상태, 생활비부담 및 용돈상태등이었다 <표3참조>.

남자노인이 여자노인보다 정서, 정신건강 점수가 유의하게 높은것으로 나타났는데($P=0.000$)이는 여자노인이 남자노인보다는 기억력상실 효소빈도가 훨씬 높다고 보고한 윤(1988)의 연구 결과와 일치하는 결과이다. Tunstalt (1966)의 노인의 외로움에 대한 연구에서는 여자가 남자보다 더 외로워한다고 보고하였는바 남자노인이 여자노인보다 정서건강 점수가 유의하게 높다는 본 연구결과와 일치하고 있다. 이것은 성별에 따라 노인의 신체적기능 감퇴에 차이가 있으며 기본정서 및 생활 방식에도 큰 차이가 있는 결과라 생각된다(최영희 1985).

노인의 연령집단별로도 정서, 정신건강 상태의 평균점수에 유의한 차이가 나타났다($P=0.002$), 60-65세의 노인군이 가장 정서, 정신건강 점수가 높았으며 76세이상의 고령노인군이 정서, 정신건강 점수가 가장 낮게 나타났다 이는 이(1985)의 연구결과와도 일치한다. 특히 정신건강은 연령에 따라 유의하게 차이가 있는데 ($P=0.000$)이는 인지기능 및 지각의 노인의 뇌를 포함한 중추 신경계의 기능감퇴가 그 우선적인 원인이기 때문이라 생각된다(최영희 1985).

결혼상태에 따라서는 배우자가 없는 노인군이 배우자가 있는 노인군보다 유의하게 정서, 정신건강 점수가 낮았는데($P=0.000$)이 결과로 배우자는 노인의 중요한 지지망으로서 정서, 정신건강과 밀접한 관련이 있는 자원으로 생각할 수 있다. Ryan and Patterson(1988)은 배우 의롭다고 말한 노인은 모두 홀아비나 일부 과부였다고 보고함으로써 배우자가 노인의 가장 큰 정서적 지지원임을 시사하였고 특히 남자노인은 배우자에게 배타적으로 의존하여 여자노인은 다른 여자노인이나 여성에게도 의지할 수 있는점과 대조를 이룬다고 보고하였다. 그러므로 사별한 노인의 경우 정서, 정신적 건강유지를 위한 방안으로 배우자를 대신할만한 지지원을 제공하는 것이 중요한 문제라 하겠다.

가족상태에 따라서도 정서, 정신건강 상태에 유의한 차이를 보여($P=.001$)혼자사는 노인군이 가장 정서, 정신건강 점수가 낮고 그 다음이 자녀, 손자녀와 사는 경우이며 노부부만 사는 노인군이 정서, 정신건강 점수가 높은 결과를 보였다. 이는 노인의 정서, 정신건강 상태에 자녀나 손자녀보다 배우자가 얼마나 더 중요한 변수인지를 다시한번 입증하는 결과라 하겠다. 그러므로 노인건강 대책 수립시에는 배우자가 없는 노인집단이 정서, 정신건

강이 취약한 집단임을 반드시 고려해야 하겠다.

교육정도와 직업도 노인의 정서, 정신건강 상태와 유의한 관계를 보여 교육정도가 낮은 무학의 노인군이 정서, 정신건강 점수도 가장 유의하게 낮았으며($P=0.000$) 다음이 국졸노인군, 중졸이상의 노인군으로 교육정도에 따라 정서, 정신건강 점수도 유의한 차이를 보였다. 또 직업이 없는 노인군이 직업이 있는 노인군보다 유의하게 정서, 정신건강 점수가 낮게 나타났다. 박(1982)은 노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인으로 신체적요인과 심리, 사회적 요인을 들고 있다. 교육정도와 직업은 박(1982)이 지적한 사회적으로에 해당하는 것이며 그 외에도 경제적빈곤, 배우자, 자녀, 친지의 죽음이나 이별 등을 들고 있다.

경제상태도 노인의 정서, 정신건강의 주요한 변수로 고려해야 하는바 본 연구에서는 주거상태, 노인의 생활비 부담, 용돈상태등을 경제적 변수로 조사하였는데 이 세가지 변수 모두 노인의 정서, 정신건강 상태와 유의한 차이가 있었다.

셋방에 사는 노인집단이 자가에 거주하는 노인집단에 비해 정서건강 점수가 유의하게 높았는데($P=0.000$)비해 정신건강 상태와는 유의한 차이를 보이지 않았다($P=0.05$). 노인이 셋방에 사는 것은 노인의 인지기능 및 지각보다는 노인의 가치감, 흥미, 우울등의 정서에 더 영향을 많이 미친다고 볼 수 있다.

생활비 부담을 자녀가 전적으로 하는 경우보다는 노인 자신이 부담하는 경우가 정서, 정서건강 점수가 더 높으며 이보다는 노인자신과 자녀가 함께 부담하는 경우가 정서, 정신건강 점수가 더 높은것으로 나타났는데 이는 여러가지를 시사한다고 볼 수 있다. 전적으로 자녀에게 경제적의존을 하는 경우보다는 노인 자신이 생계를 유지해가는 편이 더 편안하게 생각되지만 이보다 더 편안한 것은 자녀와 노인이 함께 생활비를 부담하는 쪽이다. 신체건강과의 관계에서는 노인 자신이 생활비를 부담하는 경우와 자녀와 공동부담하는 경우보다 더 신체건강 점수가 높았으나 정서, 정신건강 점수는 자녀와 노인이 공동부담하는 경우가 노인 혼자 부담하는 경우보다 더 높게 나타났는데 이는 노인 혼자 생계를 꾸려나가는 것보다는 자녀로부터 경제적부양을 받고 있다는 느낌이 노인의 마음을 기쁘게해주기 때문이라 해석된다.

용돈이 충분하다고 응답한 노인군이 정서, 정신건강 점수가 가장 높고 그 다음이 보통이라고 응답한 노인군이며, 용돈이 부족하다고 응답한 노인군의 정서, 정신건강 점수가 가장 유의하게 낮았다($P=0.000$) 결국 노인자

신이 처해있는 주거상태, 생활비 부담상태, 용돈상태등의 경제적 제 변수들은 노인의 정서, 정신건강과 매우 밀접한 관련이 있는것으로 나타났다. 전(1984)의 노인들의 죽음에 대한 태도 조사에 따르면 응답자의 79.9%가 죽고 싶다는 감정을 느꼈으며 응답자의 28.3%가 가장 큰 이유로 경제적빈곤을 지적하고 있는것을 보아도 노인의 경제적상태는 노인의 정신위생, 정신건강에 직접적인 영향을 끼치고 있음을 알 수 있다.

마지막으로 노인자신이 지각한 건강상태에 따라 노인의 정서, 정신건강 점수가 유의하게 차이가 있었는데($P=0.000$), 이 결과는 인간의 지각은 신체, 정신요인이 모두 관여되는 복합적인 현상이며 이런 지각은 정서에 직접 반영되므로 지각과 정서, 정신은 분리할 수 없는 동전의 양면과 같은 이유때문이다.

이러한 결과를 바탕으로 볼 때 노인의 정서, 정신건강 사정시에는 노인의 성별, 연령등의 신체적변수와 배우자 유무, 가족상태등의 가족변수, 교육정도, 직업, 주거상태, 생활비부담, 용돈상태등의 사회 경제적 변수가 모두 고려되어야 하겠다.

3) 노인의 사회건강상태

(1) 내용별 사회건강상태

본 연구대상 노인의 사회건강상태를 살펴보면 <표3 참조>, 전체 대상자의 사회건강 평균점수는 최고 5점에서 2.939로 중앙값 3.0보다 낮게 나타났다. 사회건강 상태중 가장 평균점수가 높은 요인은 배우자역할 영역으로 평균점수가 3.214이고 다음이 조부모 역할 영역(3.077)이고 그 다음은 부모역할영역, 단친성원역할영역 및 친척역할 영역으로 평균점수가 2.056으로 가장 낮은 요인이 신앙인역할 영역이었다.

즉 본 연구대상 노인의 경우 배우자 역할 활동이 가장 활발하고 그 다음이 조부모역할 영역이며 신앙인역할 활동은 가장 저조하게 나타났는데 이는 한국의 가족중심적인 문화의 결과로 사려된다. 특히 배우자역할 활동이 조부모역할 활동이나 부모역할 활동보다 활발하다는것은 한국가족이 부자중심적가족에서 부부중심적인 가족으로 그 기능이 변화해가고 있음을 간접적으로 시사해 준다고 볼 수 있다.

(2) 일반적 특성에 따른 노인의 사회 건강상태

노인의 사회적 건강상태와 유의한 수준에서 관계를 보인 변인은 결혼상태, 종교, 교육정도, 가족사태, 지각한 건강상태, 주거상태, 용돈상태등이다<표3참조>. 즉 배우자가 생존해 있는 집단이 배우자가 없는 집단보다 사회

〈표 3〉 노인의 일반적 특성에 따른 건강상태

일반적 특성	구 분	신 체		심 리		사 회	
		T or F	P	T or F	P	T or F	P
성 별	남	6.78	0.000	5.39	0.000	-0.94	0.346
	여						
연 령	60-65	9.863	0.0000	4.941	0.0022	1.213	0.3056
	66-70						
	71-75						
	79-94						
결혼상태	무배우자	-7.41	0.000	-6.71	0.000	-2.86	0.005
	유배우자						
종 교	기독교	0.140	0.9672	0.733	0.5696	11.277	0.0000
	천주교						
	불 교						
	무 교						
교육정도	기 타	36.452	0.0000	17.103	0.0000	9.470	0.0001
	무 학						
	국 졸						
가족상태	중졸이상	12.282	0.0000	9.120	0.0001	3.596	0.0290
	혼자산다						
	노부부만 산다						
경제수준	자녀·손자녀와 산다	1.325	0.2599	1.365	0.2455	2.115	0.0801
	20만원 미만						
	50만원 미만						
	100만원 미만						
	200만원 미만						
200만원 이상							
직 업	무	-5.52	0.000	-4.10	0.000	-1.92	0.056
	유						
건강상태	나쁘다	44.265	0.0000	27.392	0.0000	4.773	0.0093
	보통이다						
	건강하다						
주거상태	자가	0.26	0.796	3.66	0.000	2.70	0.007
	셋방						
자 녀 수	3명이하	1.417	0.2436	0.904	0.4057	0.514	0.4989
	4~6명						
	7명이상						
동거자수	없음	3.193	0.0235	0.831	0.4772	1.693	0.1693
	1~2명						
	3~5명						
	6~11명						
생활비 부담	자신	17.106	0.0000	9.289	0.0000	1.824	0.1437
	자신과 자녀						
	자녀						
	기타						
용돈상태	부족하다	9.416	0.0001	18.103	0.0000	5.111	0.0067
	보통이다						
	충분하다						

건강 점수가 유의하게 높았으며($P=0.000$), 종교집단에 따라서는 천주교집단이 가장 사회건강 점수가 높았고 그 다음은 기독교, 불교, 기타종교 및 무교등의 순으로 유의한 차이를 나타내었으며($P=0.000$), 교육정도에서는 교육정도가 높은 노인집단에서 유의하게 사회건강 점수가 높았으며($P=0.001$) 가족상태에서는 자녀나 손자녀와 동거하는 경우가 가장 사회건강 점수가 높고 그 다음이 배우자와 동거하는 경우, 혼자사는 경우의 순으로 유의하게 사회건강 점수에 차이가 있었다($P=0.029$). 지각한 건강상태에서는 건강하다고 지각한 집단의 사회건강 점수는 유의하게 높았으며($P=0.01$) 셋방에 사는 노인집단보다는 자가에 거주하는 집단이 유의하게 사회건강 점수가 높았고($P=0.01$) 마지막으로 용돈이 충분한 집단이 사회건강 점수가 유의하게 높았다($P=0.01$).

결혼상태는 전술한 바와같이 노인의 정서, 정신건강과도 유의한 관계를 보이면서 동시에 노인의 사회건강과도 유의한 차이를 보였다. 특히 배우자역할, 친구역할, 단체성원으로서의 역할 등의 영역에서는 배우자가 있는 집단이 배우자가 없는 집단보다 유의하게 평균점수가 높았으며($P=0.000$) 친척역할 영역에서도 유의하게 차이가 있었다($P=0.038$).

Simong(1984)는 노인들은 친밀감을 위해 가장 먼저 배우자를 택한다고 함으로써 노인의 적응에 있어서의 배우자역할의 중요성을 강조하였으며 김(1981), Larson(1978), Binstock & Shanas(1976)의 연구에서도 배우자의 유무가 노년기의 적응에 영향을 미친다고 보고하여 본 연구결과를 뒷받침 해주고 있다.

종교에 따라서도 사회건강 점수가 유의한 차이를 보였는데 특히 신앙인으로서의 역할에서 가장 유의하게 차이를 보였고($P=0.000$) 그의 배우자역할, 부부역할, 친척역할에서도 유의한 차이를 보였다($P=0.05$). 사회건강 평균점수가 가장 낮은 집단은 종교가 없는 노인집단이었다.

Barron(1961)은 종교의 기능을 심리적 차원과 사회적 차원에서 설명하고 사회적 차원의 종교의 기능으로서는 교회가 모든 연령층의 사람을 끌고루 사귄 수 있게 맺어 준다는점과 노인에게 사회적 상호작용의 기회를 제공함으로써 소외감을 감소시킨다고 했다. 본 연구결과에서 종교에 따른 정서, 정신건강과는 유의한 차이가 나타나지 않고 사회건강과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 한국노인의 경우 종교를 갖는것은 심리적차원 보다는 사회적 상호작용의 목적이 더 크다고 해석할 수 있다.

교육정도에 따라서 사회건강상태는 유의한 차이를 보여 교육수준이 가장 높은 집단이 사회건강 점수도 가장 유의하게 높았으며($P=0.001$) 그중에서도 배우자역할, 친척역할, 단체인, 신앙인 역할 영역에서 유의한 차이를 보였다. 교육정도는 사회적 관계를 유지하기 위해 필수적인 노인의 의사소통 능력에 영향을 미친다(김정순 1989) 즉 배우자, 친척, 단체인, 신앙인으로서의 사회적 역할에서 노인의 낮은 교육수준은 상호간의 의사소통 저해 요인이 될 수 있음을 고려해야 한다.

가족상태는 노인의 사회건강과 유의한 차이를 보였는데 손자녀나 자녀와 함께 사는것, 배우자와 함께 사는 것등은 사회적 관계유지의 첫걸음으로 볼 수 있다.

노인이 지각한 건강상태에 따라 노인은 사회적 관계유지를 하게 되어 건강이 좋다고 지각하는 노인은 사회적 관계 활동이 많아지게 된다.

주거상태와 용돈상태는 경제적 변인으로서 노인의 신체, 정서·정신적건강에서 뿐 아니라 사회적 관계유지에도 유의한 차이를 보였다. 그러므로 노인의 신체건강과 정서·정신건강 및 사회건강유지를 위해서는 경제적보장이 무엇보다 중요하다 하겠다. 김(1989)의 연구결과에서는 경제수준을 사회적 활동정도 예측에 가장 중요한 예측변인임을 확인한 바 있다.

4) 노인의 건강상태 요약

이상에서 고찰한 연구대상 노인의 신체, 정서·정신, 사회의 3가지 측면의 건강상태를 요약하며 다음과 같다 <표3참조>.

연구대상 노인의 신체건강점수의 평균은 5점 likert scale에서 4.054로 가장 높았고 그 다음이 정서, 정신건강(3.803)이었으며 사회건강 평균점수는 2.939로 가장 낮았으며 이상의 세가지 건강점수를 종합한 노인의 총 건강상태 점수는 3.521로 비교적 양호한 편이었다. 이는 지역사회에 있는 건강한 노인을 대상으로 자료를 수집하였기 때문인 것으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 노인의 건강상태를 요약하면 교육정도, 지각한 건강상태, 용돈상태등의 3가지 변수가 노인의 신체, 정서·정신, 사회건강상태 모두에 유의한 차이를 보였다. 성별, 연령은 신체 및 정서·정신건강 상태에 따라 차이를 보였으며 가족상태는 신체 및 사회건강상태에서 유의한 차이를 나타냈고 직업유무에 따라 신체 및 정서·정신건강 상태에 유의한 차이를 보이고 주거상태는 정서·정신 및 사회건강상태와 생활비 부담은 신체 및 정서·정신건강상태와, 결혼상태는 정서·정신 및

사회건강 상태에서 유의한 차이를 보였다. 동거자수는 신체건강 상태와만 유의한 차이를 보였고 종교는 사회건강 상태에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

본 연구의 주요결과는 다음과 같다.

1) 본 연구에서 구성한 노인건강 사정 도구는 신체, 정서·정신, 사회 등의 종합적인 측면을 고려한 노인건강 사정도구로서 Cronbach $\alpha=0.93793$ 의 높은 신뢰도를 보였다.

2) 연구대상 노인의 신체건강 정도는 5점 Likert Scale에서 신체건강의 평균점수가 4.054, 정서·정신건강의 평균점수가 3.803, 사회건강 평균점수가 2.939로 총 건강점수는 3.521로 나타나 사회건강 상태가 가장 낮고 신체건강 상태가 가장 좋은 것으로 나타났다.

3) 일반적 특성에 따른 노인의 건강상태를 살펴보면 교육정도, 지각한 건강상태, 용돈상태등의 3가지 변수가 노인의 신체, 정서·정신, 사회건강상태 모두에서 유의한 차이를 보였고 성별, 연령은 신체 및 정서·정신건강 상태에서 가족상태는 신체 및 사회건강 상태에서 직업은 신체 및 정서·정신건강 상태에서, 주거상태는 정서·정신 및 사회건강 상태에서, 생활비 부담은 신체 및 정서·정신건강 상태에서, 결혼상태는 정서·정신 및 사회건강 상태에서 각각 유의한 차이를 보였다. 동거자수는 신체건강 상태에서만 종교는 사회건강 상태에서만 유의한 차이가 나타났다.

V. 결론 및 제언

A. 결 론

본 연구는 노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 종합적, 객관적으로 평가하는 도구를 작성하여 한국노인의 건강상태를 측정하고자 시도되었다.

자료수집은 1990년 7월18일부터 8월17일까지 30일만에 걸쳐 전국을 대도시, 중소도시, 농촌으로 분류하여 대소시는 서울특별시 서대문구, 마포구, 강남구에 소재하는 경로당, 노인정, 노인대학의 노인들을 대상으로, 중소도시는 청주, 전주, 춘천, 진주의 지역사회 노인을 대상으로, 농촌은 경상북도, 경상남도, 전라북도, 경기도 각 지역에 소재하는 지역사회 노인을 대상으로 면접을 실시하여 수집하였다.

연구에 사용된 도구는 연구자가 기존의 건강사정도구를 분석 검토하여 작성한 후 신뢰도 타당도 검증후 확정된 20개의 신체건강 사정문항, 17개의 정서·정신건강

사정문항, 38개의 사회건강 사정문항으로 총75문항으로 이루어진 노인건강사정도구이다. 신체건강 사정도구는 개인위생활동능력, 대의활동능력, 소화기계 관련 능력, 성생활능력, 감각능력, 배설조절능력의 6가지 요소로 구성되어 있으며 정서·정신건강 사정도구는 정서건강 및 정신건강 요소로 사회건강 사정도구는 조부모역할능력, 부모역할, 배우자역할, 친구역할, 친척역할, 단체인역할, 신앙인역할 능력등의 7가지 요소로 각각 구성되어 있다. 연구의 신뢰도는 Cronbach α 값이 0.94로 높은 신뢰도를 보였다.

수집된 자료는 SPSS 전산체제로 통계처리하여 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA로 분석하였다.

본 연구에서 구성한 노인건강 사정도구는 신체, 정서·정신, 사회등의 종합적인 측면을 고려한 노인건강 사정도구로서 Cronbach $\alpha=0.937$ 의 높은 신뢰도로 보였다.

연구대상 노인의 신체건강 정도는 5점 Likert Scale에서 신체건강의 평균점수가 4.054, 정서·정신건강의 평균점수가 3.803, 사회건강 평균점수가 2.939로 총건강 점수는 3.521였다.

일반적 특성에 따른 노인의 건강상태는 교육정도, 지각한 건강상태, 용돈상태 변수가 노인의 신체, 정서·정신, 사회건강상태 모두에 유의한 차이를 보였고 연령, 성별, 직업, 생활비부담은 신체 및 정서·정신건강 상태에서, 가족상태는 신체 및 사회건강상태에서, 결혼상태, 주거상태는 정서·정신 및 사회건강 상태에서 차이를 나타냈으며 동거자수는 신체건강 상태에서, 종교는 사회건강상태에서만 차이를 나타냈다.

이 결과를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

첫째, 한국노인의 전체 건강상태는 비교적 양호한 편이나 신체, 정서·정신, 사회건강상태중 특히 사회건강상태를 높이기 위한 노인의 사회활동 프로그램의 개발 및 확충이 시급하게 요구된다.

둘째, 한국노인의 건강상태 사정시에는 노인의 교육정도, 자신의 건강상태 지각, 용돈상태등을 고려해야 하며 가족상태와 배우자유무, 직업, 주거상태, 생활비 부담등의 제요인을 우선 사정하여야 한다.

셋째, 노인의 교육정도에 알맞는 건강교육 실시 배우자를 대신할 노인의 지지자원 제공, 직업의 기회제공, 생활비, 용돈등의 경제적 보조를 위한 다각적인 사회경제적인 차원의 복지정책이 사회적 건강상태 증진에 도움이 될 것으로 본다.

따라서 한국노인 건강사정의 지침을 시사해준 본 연구 결과는 예방적 노인 건강대책 및 노인간호에 중요한

의의를 지닌다고 본다.

B. 제 언

위와같은 연구결과와 결론에 바탕을 두고 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 본 연구에서 사용된 한국노인의 건강상태 사정도구를 표준화시키기 위해 연구대상 표집을 좀더 광범위한 지역에 걸쳐 한국노인을 대표할 수 있도록 하는 조사연구가 요구된다.

2) 본 연구에서는 편의상 노인건강상태를 신체적, 정서·정신, 사회적 측면의 건강상태의 합으로 측정하였으나 전체 건강상태를 신체, 정서·정신, 사회적 측면의 건강상태의 합이상으로 볼때 이들 합간의 상호작용기능을 알아내는 연구가 요구된다.

참 고 문 헌

고인숙, 일개 종합병원에 입원한 노인환자의 퇴원시 간호 요구에 대한 분석, 한국노년학, 1982, 99-108.

김광주, 김용래, 김인옥, 일부도시 노년 남성의 개인위생에 대한 지식과 실천에 관한 조사 연구, 한국노년학, 1986, 53-75.

김근식, 노인의 욕구에 대한 조사연구, 연세대학교 대학원, 1987.

김명훈, 정영윤, 심리학, 박영사, 1983.

김미옥, 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원, 1986.

김연주, 노인복지에 관한 연구-여가활동 중심으로-, 연세대학교 행정대학원, 1987.

김정근, 노인보건과 건강관리, 핵가족화와 노년복지, 1983, 141-163.

김조자, 최영희, 최연순, 신체검진, 수문사, 1983.

김태현, 한국에 있어서의 노인부양에 관한 연구, 고려대학교 대학원, 1981.

김현기, 한국노인 의료보장에 관한 연구, 동국대학교 행정대학원, 1987.

박재간, 노인의 건강에 대한 욕구-정신, 사회적 건강, 대한간호, 1982, 21(1), 19-22.

박조열, 노인과 건강, 현대사회와 노인복지, 1982, 114-116.

서혜경, 한미노인의 죽음에 대한 태도연구, 한국노년학, 1987, 33-59.

성규택, 김근식, 노인들의 안령에 관한 조사연구-문제와 need의 식별, 한국노년학, 1988, 69-87.

송영선, CMI에 의한 노인의 정신건강에 관한 고찰, 간호학회지, 1977, 7(1).

윤진, 장·노년기의 행동특성과 성인교육, 이화여자대학교 평생교육원, 1990.

_____, 조석미, 가족구성원에 대한 노인의 심리적 거리, 한국노년학, 1980, 75-85.

윤진, 조석미, 경산노화사실인지척도의 구성 연구-한 교육측정적 접근, 한국노년학, 1982, 5-14.

윤해영, 한국노인의 건강상태에 관한 사회학적인 비교분석 연구, 경희대학교 대학원, 1988.

이경미, 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1987.

이성관, 서석권, 농촌지역 영세노인들의 건강상태 조사, 한국노년학, 1985, 5, 27-35.

이선자, 노인의 건강에 대한 욕구-신체적 건강과 간호, 대한간호, 1982, 21(1), 15-18.

이영자, 임재은, 김정순, 일부 농촌지역 주민의 건강의식 및 형태와 제관계요인에 관한 연구, 대한보건협회지, 1978, 4(1).

이영자, 김금순, 송미순, 노인 입원환자의 건강상태에 관한 연구-신체기능과 인지기능 사정도구 개발과 적용, 대한보건협회지, 1986, 12(2), 13-27.

이영희, 김문실, 최영희, 노인의 자아개념, 노화에 대한 지각 및 신체노화와와의 관계연구, 간호학회지, 1987, 18(3), 269-279.

이인규, 일부 도시지역 노인의 건강요구와 노후생활에 대한 의식구조 조사, 대한간호, 1978, 17(1), 61-71.

이종범, 서혜수, 정성덕, 노인의 우울에 관한 연구, 한국노년학, 1984, 4, 44-51.

전태현, 손양숙, 노인의 죽음에 대한 태도 연구, 한국노년학, 1984, 4, 15-16.

조유향, 노인의 신체적, 사회적 능력 장애에 관한 조사연구-서울시내 거주 노인을 대상으로, 간호학회지, 1988, 18(1), 70-79.

최순남, 가족구조의 변화에 따른 노인문제 발생과 그 대책에 관한 연구, 한국노년학, 1982, 16-52.

허정, 노인과 건강-신체건강, 현대사회와 노인복지, 1982, 95-108.

_____, 한국노인의 보건실태 조사, 한국노년학, 1985, 103-124.

- Barron, M.L., *The Aging American : An Introduction to Social Gerontology and Geriatrics*, New York: T.Y. Crowell, 1961.
- Benedek and Therese, *Parenthood during The Life Cycle. Parenthood : Its Psychology and Psychopathology* E.J. Anthony and T. Benedek (eds), Boston : Little, Brown and Company, 1970, 185-206.
- Binstok and Shanas, *Handbook of Aging and Social Science*, Van Nostrand : Reinhold Company, 1976.
- Gibson, D.M., *Health Status of Older People*, In *Health Welfare and Family in Later Life*, Hal. L.Kending, 1984.
- Harris, D. K and Cole, W.E., 노년사회학, 최신덕 역, 경문사, 1985.
- Ian McDowell and Claire Newell, *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press, 1987.
- Larson, R, Thirty Years of Research of The Subjective Well-Being of Older Americans, *Journal of Gerontology*, 1978, 33(1), 109-129.
- McFarlane A.H., Norman G.R., Streiner D.L., and Roy R.G., Characteristics and Correlates of Effective and Ineffective Social Supports, *Journal Psychosom. Res.*, 1984, 24, 501-510.
- Murray, R., M. Huelskoetter, and D.O' Driscoll, *The Nursing Process in Later Maturity*, Znglewood Cliffs : Prentice Hall Inc., 1980.
- Weissman, M.M., The Assessment of Social Adjustment : A Review of Techniques, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1975, 32, 357-365.
- Sholomskas D, and John K, The Assessment of Social Adjustment : An Update, *Arch, Gen, Psychiatry*, 1981, 38, 1250-1258.

-Abstract-

Health Status of Elderly Persons in Korea

Choi, Young Hee* · Kim, Moon Sil*
Byon, Young Soon* · Won, Jong Soon**

This Study was done to design and test an instrument to measure the health status of the elderly including physical, psychological and social dimensions.

Data collection was done from July 18 to August 17, 1990. Subjects were 412 older persons in Korea. A convenience sample was used but the place of residence was stratified into large, medium and small city and rural areas. Participants located in Sudaemun-Gu, Mapo-Gu, and Kangnam-Gu, Seoul were interviewed by brained nursing students, and those in Chungju, Jonju, Chuncheon, and Jinju by professors of nursing colleges. Rural residents were interviewed by community health practioners working in Kungsang-Buk-Do, Kyngsang-Nam-Do, Jonla Buk-Do, and Kyung Ki-Do.

The tool developed for this study was a structured questionnaire based on previous literature and then tested for reliability and validity. This tool contained 20 physical health status items, 17 mental-emotional health status items and 38 social health status items. Physical health status items clustered in to six factors such as personal hygiene, activity, home management, digestive, sexual, sensory, and climation functions. Mental-emotional health status items clustered into two factors, mental health and emotional health. Social health status items clustered into seven factors, gran-

*College of Nursing, Ewha Womans Univ.

**Suwon Junior Nursing college.

dparent, parent, spouse, friend, kinships, group member and religious role functions.

Data analysis included percentage, average, S.D., t-test and ANOVA.

The results of the analysis were as follows :

1. The tool measuring the health status of the elderly and developed for this research had a relatively high reliability indicated by a cronbach= 0.97793 .

2. Average score of the subjects physical health status was 4,054 in a 5 point likert scale, mental-emotional health status was 3.803, social health status was 2.939 and the total average was 3.521. The social status of the subjects was the lowest and the next was mental-emotional health status ; physical health status was the highest.

3. Educational background, perceived health status, the amount of pocket money were related to physical and mental-emotional health status and family structure was related mental-emotional physical and social health status. Occupation was related to physical and mental-emotional status. Area of residence was related to menal-emotional and social status, Source of living

in the expenses was related to physical and mental-emotional health status marital status to mental-emotional and social health status, and the number living in the home physical health status and religion to social health status.

The follwing conciusions were derived from the above results :

1. The health status of Korean elderly was relatively sound but social health status was the most vulnerable. The Social activity for Korean elderly is needed to improve social healath.

2. Educational background, perceived helath status and the amount of pocket money must be considered in the health assessment criteria of the elderly.

Family structure, marial status, occupation, residence variables and sources of living expense must also be considered as significant.

3. A health education program based on the educational background of the elderly, and provision of an occupational socio-economic welfare policy will be useful in order to increase social health status of Korean elderly.