

여성노인의 건강상태와 건강관련서비스 요구

강영실 · 김은심 · 구미옥 · 은 영

(경상대학교 간호학과, 경상대학교 건강과학연구원 노인건강연구센터)

목 차

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	영문초록
IV. 논의	

I. 서론

1. 연구의 필요성

노인의 증가는 세계적인 추세이며 우리나라도 예외가 아니다. 우리나라의 65세 이상 인구는 전체 인구의 7.1%(통계청, 2000)로 노령화사회에 접어들었고 2020년에는 14%를 넘어 노령사회가 될 전망이다. 이러한 노령사회로의 진입은 선진 외국에 비해 급속한 증가속도를 나타내고 있다. 여성노인은 남성노인보다 수명이 길지만 남성노인보다 더 질병이 많고 더 가난하고 소외된 집단이다. 또한 노인인구의 성비는 60-64세에서 87.8, 65-69세에서 75.9, 70세 이상에서는 53.2(통계청, 2001)로 고령일수록 불균형이 심하여 여성인구가 압도적으로 많아지고, 남편이 사망하고 여성노인이 홀로 사는 시기는 평균 10-11년 정도 된다(한국보건사회연구원, 2001; 정해정, 김태현, 이동숙, 2000). 65세 이상 생활보호대상자나 복지시설이용자 중 73.9%가 여성노인(여성통계연보, 2000)으로 노인의 문제는 곧 여성노인의 문제라 해도 과언이 아닐 정도로 노인 중 여성이 차지하는 비율이 크다.

우리나라 노인가구의 형태를 살펴보면 자녀와 동거하는 가구가 47.6%이며, 28.7%는 부부가구, 18.8%는 독거가구이며 기타형태의 가구가 5.2%이다. 성별로 보면 남성노인은 7.1%만이 혼자 살고 있으나 여성노인은 약 25%가 혼자 살고 있다(정경희 등, 1998). 2000년 주택총조사에 의하면 1인 가구 규모는 2,224천 가구로 총 가구 수(일반가구)의 15.5%이며, 1인 가구주를 성별로 보면 여성 가구주가 1,279천명(57.5%)으로 남성 가구주 945천명(42.5%)보다 많으며 이들 1인 여성가구 중 46.1%가 60세 이상이다. 이처럼 노인 중 여성노인의 비율이 높고, 60세 이상의 여성 1인 가구의 비율이 높은 것을 감안할 때 이들 여성노인에 대한 보건과 복지문제에 더 많은 관심을 기울여야 할 것이다.

노인들은 일반적으로 여러 가지 건강문제를 동반하고 있어 만성질환 유병률이 높다. 한국보건사회연구원(1998)의 조사에 의하면 노인들의 만성질환 유병률은 65세-69세가 도시 82.9%, 농촌 89.6%, 70세-74세가 도시 88.1%, 농촌 86.8%에 달하였으며 여성노인의 유병률은 92.2%이었다. 만성질환으로 인한 노인의료비도 전체의료비의 15%를 차지하고(1998, 의료보

험 통계연보) 있어 국가적인 차원에서도 노인의 건강 문제 관리는 매우 중요한 과제라 할 수 있다.

특히 노인인구의 약 2/3를 차지하고 있는 여성노인들의 건강문제에 대한 관리는 더욱 중요하고 시급한 과제라 할 수 있겠다. 또한 혼자 사는 여성노인이 많으므로 이들이 건강하고 독립적으로 생활할 수 있도록 하기 위해서는 이들의 건강문제에 대한 적절한 관리방안이 모색되어야 할 것이다. 여성노인의 건강문제관리를 위해 건강문제의 예방과 자가간호에 대한 능력을 증대시키는 것은 여성노인 개인의 삶의 질의 향상은 물론 국가적인 면에서도 의료비를 낮출 수 있는 방안이 될 수 있을 것이다. 일반적으로 노인을 대상으로 그들의 건강문제와 관련된 연구는 많이 이루어지고 있으나 여성노인에 초점을 맞춘 연구와 정책개발은 많지 않다.

따라서 여성노인을 위한 연구와 사회적인 관심이 더욱 요구되고 있으며 이들의 요구에 적합한 건강관련 서비스가 개발되고 적용되어야 할 것이다. 그러나 아직 여성노인들의 요구에 맞춘 프로그램은 거의 없는 실정이다.

이에 본 연구에서는 지역사회 여성노인의 건강상태와 건강관련서비스 요구를 파악하고 이에 따른 보건의료서비스와 건강교육 제공방향과 전략을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 경상남도 도농복합시의 하나인 J시의 복지관에 등록하여 규칙적으로 복지관시설을 이용하는 여성노인과 거주지 주변의 경로당을 불규칙적으로 이용하는 여성노인을 대상으로 건강상태와 건강관련서비스 요구를 파악하여 여성노인에게 적합한 건강증진 프로그램을 계획하기 위한 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 여성노인의 건강상태와 건강증진행위 및 노화에 대한 태도를 파악한다.
- 2) 여성노인의 보건의료서비스요구 및 건강교육요구 내용을 파악한다.
- 3) 여성노인의 건강관련서비스요구와 관련 있는 요인을 파악한다.
- 4) 여성노인의 건강관련서비스 제공방향과 전략을 제시한다.

3. 연구의 제한점

- 1) 본 연구는 경상남도 일 지역의 여성노인만을 대상으로 조사하였으므로 연구결과를 일반화 하는데 제한점이 있다.
- 2) 본 조사는 대상자가 질문지에 응답한 것을 기초로 하였으므로 질문지법의 갖는 약점을 배제할 수 없다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

경남 J시의 복지관과 경로당을 이용하는 여성노인 130명을 대상으로 자료를 수집하였으며 이중 성실히 응답한 119명을 대상으로 하였다. 대상자는 복지관 1곳과 경로당 3곳을 이용하는 여성노인들로 연구의 목적에 동의한 노인들이다. 자료수집기간은 2000년 4월- 5월로 약 2개월이었다.

2. 연구도구

본 연구의 도구는 일반적 특성 10개문항, 지각된 건강상태 2개문항, 객관적 건강상태 5개문항, 건강관심 2개문항, 건강책임 3개문항, 노화인식 5개문항, 노화만족 4개문항, 건강증진행위 17개문항, 보건의료서비스 요구 11개문항, 건강교육주제에 대한 요구 13개문항으로 이루어졌다. 건강상태, 건강책임, 노화인식, 노화만족, 건강증진행위, 보건의료서비스요구, 건강교육주제에 대한 요구 등의 측정도구는 선행연구들(정경희 외, 1998 : Walker, Shchrist & Pender, 1987 ; Speake, Cowart & Pellet, 1989)과 Gilmore & Campbell(1996)과 Bausell(1986)의 도구를 참조하여 본 연구자가 작성한 도구로 간호학과 교수 2인의 자문을 받아 내용을 수정하여 내용타당도를 높였다.

1) 일반적 특성

연령, 교육정도, 경제상태, 결혼상태, 종교, 직업, 동거인, 생활비조달, 한달용돈 등을 묻는 10문항으로 구성하였다.

2) 지각된 건강상태 및 객관적 건강상태

지각된 건강상태는 2문항(현재의 건강상태, 친구와 비교한 건강상태), 5점 척도로 구성되었으며 “매우 그렇다” 5점에서 “매우 그렇지 못하다” 1점으로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 더 좋은 것을 나타낸다.

객관적 건강상태는 질병상태, 지난 1년간 1일 이상의 입원경험, 지난 2주간 의료기관 이용경험, 지난 2주간 질병으로 인한 활동제한경험, 지난 2주간 질병으로 인한 침상와병 경험 유무를 질문하는 5문항으로 구성되었으며 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 하였다.

3) 건강에 대한 태도 및 노화에 대한 태도

건강에 대한 태도는 건강관심과 건강책임을 질문하는 5문항으로 구성되었으며, 노화에 대한 태도는 노화인식 정도와 노화만족정도를 질문하는 9문항으로 구성되었다. 5점 척도로 측정하였으며 “매우 그렇다” 5점에서 “매우 그렇지 못하다” 1점으로 점수가 높을수록 태도가 긍정적임을 나타낸다.

4) 건강증진행위

흡연, 음주, 수면, 운동, 규칙적인 식사, 아침식사, 커피, 건강검진, 암검사, 치과검진, 예방접종, 약물 및 건강식품, 대인관계, 스트레스관리, 정신능력증진, 안전사고 예방, 성생활에 관한 건강증진행위를 질문하는 17문항으로 구성되었으며 ‘예’, ‘아니오’로 응답하도록 하였다. ‘예’로 응답한 수가 많을수록 건강증진행위수행을 잘 하고 있음을 의미한다.

5) 보건의료서비스 요구

건강검진, 건강교육, 건강상담, 건강 위험요인 평가, 사고 위험요인 평가, 현재 투약하고 있는 약물에 대한 올바른 복용방법에 대한 지도, 만성질환에 대한 검사와 관리, 운동하는 것을 도와 줌, 질병의 진단과 치료, 안전사고예방을 위한 가정환경관리, 가정방문 및 간호의 보건의료서비스 종류 11문항으로 구성되었으며 각각의 항목에 대해 서비스 받기를 원하는 지를 ‘예’, ‘아니오’로 응답하도록 하여 ‘예’로 응답한 항목이 많을수록 보건의료 서비스요구가 많은 것으로 간주하였다.

6) 건강교육주제에 대한 요구

노화에 다른 신체적, 정신적, 사회적 변화, 성공적 노화, 노인의 영양관리, 노인의 운동, 스트레스 관리, 주위 사람들과 자신의 임종을 위한 준비, 소외감, 고독, 우울 등 정서적 문제관리, 기억력 및 정신능력 유지, 치매예방, 노년기 건강문제와 자기간호, 약물사용, 노인의 사고예방, 노년기 가족 및 친구관계의 13문항으로 구성되었으며 각각의 주제에 대해 교육받기를 원하는 지를 ‘예’, ‘아니오’로 응답하도록 하여 ‘예’로 응답한 항목이 많을수록 교육요구가 많은 것으로 간주하였다.

3. 자료수집 방법

자료수집은 간호학과 3학년 학생 6명을 연구보조원으로 활용하여 이루어졌다. 연구자는 이들 연구보조원에게 측정도구의 사용과 자료수집에 대한 훈련을 시켰다. 연구보조원은 대상자에게 연구목적을 설명하고 연구참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지의 내용을 설명하고 대상자가 직접 작성하게 하였다. 대상자가 혼자서 설문지에 응답하는데 어려움이 있는 경우에는 연구보조원이 직접 면담하여 작성하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN ver. 10.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강증진행위, 건강관련서비스 요구는 빈도와 백분율을 구하였다.
- 2) 대상자의 주관적 건강상태, 건강관심, 건강책임, 노화인식, 노화만족, 건강증진행위 점수는 평균(M)과 표준편차(SD)를 구하였다.
- 3) 건강관련서비스와 건강상태지각, 건강관심, 건강책임, 노화인식, 노화만족, 건강증진행위와의 관계는 Pearson's Correlation Coefficient를 사용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 일반적 특성

대상 여성노인의 일반적 특성은 <표 1>에 보는 바와

같다. 평균연령은 70.8세였으며, 교육정도는 무학이 39.5%로 가장 많았으며 국졸이 31.1%로 국졸 이하의 학력이 약 94%였다. 경제상태는 「보통」이라고 한

노인이 66.4%로 가장 많았으며 「어려운 편이다」가 그 다음 순으로 25.2%였다. 결혼상태는 「사별」이 62.2%, 「기혼」이 36.1%였다. 종교를 가지고 있는 노인이 83.2%였으며 직업은 「없다」가 92.2%로 대부분을 직업을 가지고 있지 않았다. 동거가족은 노인부부와 자녀가 함께 사는 경우가 45.4%로 가장 많았으며 「노인부부만 산다」와 「혼자 산다」고 한 경우가 각각 24.4%로 노인단독가구가 48.8%였다. 생활비는 아들 혹은 딸이 조달하는 경우가 62.7%로 가장 많았고, 기타, 본인과 배우자 순이었다. 한달 용돈은 6~10만원이 26.1%로 가장 많았고 그 다음이 11~20만원으로 23.5%였으며 5만원 이하인 경우도 21.8%나 되었다.

〈표 1〉 여성노인의 일반적 특성 (N=119)

구분	NO	%
연령(세)	70.7±4.5	
교육정도	무학	47 39.5
	국문해득	28 23.5
	국졸	37 31.1
	중졸	6 5.0
	고졸	1 0.8
	대졸이상	- -
경제상태	매우 부유함	- -
	부유한 편	4 3.4
	보통	79 66.4
	어려운 편	30 25.2
	매우 어려움	6 5.0
결혼상태	기혼	43 36.1
	이혼	- -
	사별	74 62.2
	별거	2 1.7
	미혼	- -
종교	있음	99 83.2
	없음	19 16.1
직업	있음	9 7.8
	없음	107 92.2
동거인	부부와 자녀	54 45.4
	부부	29 24.4
	혼자	29 24.4
	기타	7 5.9
생활비조달	본인과 배우자	18 15.3
	자녀	74 62.7
	기타	26 22.0
한달용돈	5만원 이하	26 21.8
	6-10만원	31 26.1
	11-20만원	28 23.5
	21-30만원	12 10.1
	31만원 이상	22 18.5

2. 여성노인의 지각된 건강상태와 객관적 건강 상태

지각된 건강상태는 여성노인 자신이 인지하는 현재의 건강상태를 말하는 것으로 〈표 2〉에서 보는 바와 같이 「건강하지 못하다」로 인정한 노인이 37.8%로 가장 많았고 「매우 건강하지 못하다」고 한 노인은 19.3%로 나타났으며 자신이 「건강하다」고 인지하는 노인은 25% 정도였다. 건강지각을 나타내는 지각된 건강상태의 평균점수는 2.60±1.03(범위 1-5)이었다. 객관적 건강상태에서는 현재 질병이 「있다」고 응답한 여성노인은 61.9%였으며, 입원경험은 17.6%에서, 의료기관이용 경험은 54.6%에서 있다고 응답하였다. 활동제한은 대상 여성노인의 10.3%가 경험하였으며 침상와병은 5.1%가 경험하였다.

3. 여성노인의 건강 및 노화에 대한 태도

〈표 2〉 여성노인의 주관적 · 객관적 건강상태 (N=119)

구분	No	%	M±SD
주관적 건강상태	매우 건강하다	5	4.2
	건강하다	25	21.0
	그저 그렇다	21	17.6
	건강하지 못하다	45	37.8
	매우 건강하지 못하다	23	19.3
객관적 건강상태	질병	73	61.9
	입원경험	21	17.6
	의료기관이용	165	54.6
	활동제한	12	10.3
	침상와병	6	5.1

건강에 대한 태도는 건강에 대한 관심 정도와 건강에 대한 책임감 정도를 의미하는데, 건강관심은 건강에 대한 자신의 관심과 친구와의 비교를 통한 건강관심으로 이루어졌으며 평균점수가 3.54±.96(범위 1-5)으로 관심이 많았다. 건강책임은 건강관리에 대한 자신의 책임 지각과 건강을 위한 노력, 건강향상을 위한 적극적인 행동으로 이루어졌으며 평균점수는 3.78±.81(범위 1-5)로 건강책임을 자신의 책임으로 인식하고 있었다.

노화에 대한 태도는 노화를 긍정적으로 인식하는 정도와 노화에 대한 만족 정도를 의미하는데 노화인식은 자신의 노화에 대한 주관적 인식, 과거와의 비교, 가족들의 노화인식, 친구의 노화인식, 사회적 노화인식으로 이루어졌으며 평균점수는 3.19±.62(범위 1-5)로 부정적으로 인지하고 있지는 않았다. 노화만족은 현재의 전반적인 생활에 대한 만족, 자신이 필요한 사람이라는 인식, 삶의 목표를 향한 노력, 일상이 흥미로운지에 대한 인식으로 이루어졌으며 평균점수는 3.06±.85(범위 1-5)로 만족하고 있는 수준은 아니었다(표 3).

〈표 3〉 여성노인의 건강관심, 건강책임, 노화인식, 노화만족

구분	평균±표준편차
건강관심	3.52±0.96
건강책임	3.78±0.81
노화인식	3.19±0.62
노화만족	3.06±0.85

4. 여성노인의 건강증진행위

건강증진행위는(표 4)에서 보는 바와 같이 가장 많이 실천하고 있는 건강증진행위는 대인관계유지로 93.3%이었으며, 그 다음으로 「아침식사를 한다」 84.9%, 금연 82.4%, 규칙적인 식사 81.5% 순으로 높게 나타났다. 가장 실천율이 낮은 건강증진행위는 성생활 6.8%였으며, 그 다음으로 암검사 18.5%, 기억력 증진행위와 안전사고 예방행위가 각각 20.5%로 낮은 실천율을 나타낸 항목이었다. 그 외에도 스트레스 관리와 규칙적인 운동이 각각 37.1%와 39.8%로 비교적 실천율이 낮은 항목이었다. 전체 건강증진행위 정도는 평균 10.82±2.09점(범위 0-17)로 나타났으며 여성노인의 60% 이상이 건강증진행위를 수행하고 있다고 한 항목은 금연, 금주, 규

칙적인 식사, 아침식사, 대인관계유지이었다.

〈표 4〉 여성노인의 건강증진행위 (N=119)

구분	No	%
금연	98	82.4
금주	73	62.4
숙면	60	51.3
규칙적인 운동	47	39.8
규칙적 식사	97	81.5
아침식사	101	84.9
커피마시지 않음	68	57.1
건강검진	69	58.5
치과검진	52	43.7
암 검사	22	18.5
예방접종	59	49.6
약물 혹은건강식품 복용	40	33.9
대인관계유지	111	93.3
스트레스관리	43	37.1
기억력증진행위	24	20.5
안전사고예방	24	20.5
성생활	8	6.8
전체 건강증진행위 점수	10.82±2.09	

5. 여성노인의 건강관련서비스 요구

1) 보건의료서비스 요구

보건의료서비스는 11가지를 제시하고 각각에 대하여 서비스 받기를 원하는지의 여부를 물었다. 여성노인들이 원하는 서비스는 건강검진이 59.7%로 1위를 나타냈으며, 건강위험요인 평가, 질병의 진단과 치료가 각각 35.3%로 2위, 건강상담이 43.5%로 4위, 건강교육 및 만성질환의 검사와 의뢰가 각각 32.8%로 5위

〈표 5〉 여성노인의 보건의료서비스 요구

(N=119)		
내용	No	%
건강검진	71	59.7
건강위험요인평가	42	35.3
질병의 진단과 치료	42	35.3
건강상담	41	34.5
건강교육	39	32.8
만성질환의 검사와 관리	39	32.8
사고위험요인평가	35	29.4
가정방문 및 간호	34	28.6
운동하는 것을 도와줌	28	23.5
올바른 약물복용방법 지도	25	21.0
안전사고의 예방을 위한 가정환경관리	24	20.2
전체평균	3.52±3.37	

를 나타냈다. 가장 관심이 적은 서비스는 안전사고의 예방을 위한 가정환경관리와 올바른 약물 복용방법에 대한 지도에 대한 서비스이었다. 전체 11개 서비스항목 중 평균 3.52 항목에 대해 서비스 받기 원하는 것으로 나타났다(표 5).

2) 건강교육 요구

여성노인의 건강교육에 대한 요구를 조사한 결과 (표 6)에서 보는 바와 같이 13가지 주제 중 치매예방에 대한 교육요구가 가장 높아 전체 대상노인 56.3%가 1순위로 교육받기를 희망하는 주제로 나타났다. 그 다음으로 노인의 운동이 38.7%로 2위, 노인의 영양관리가 36.1%로 3위, 기억력 및 정신능력 유지가 35.8%로 4위, 노년기의 건강문제와 자기관리가 34.5%로 5위로 교육요구가 높은 주제였다. 그 외에도 사고예방, 노화에 따른 변화, 스트레스 관리 등도 교육요구가 비교적 높은 주제로 나타났다. 반면에 주위 사람들과 자신의 임종을 위한 준비, 노년기의 가족과 친구관계, 소외감, 고독, 우울 등 정서적인 문제관리에 관한 교육요구는 상대적으로 낮아 조사 여성노인의 20~22% 정도에서

요구하는 주제로 나타났다. 건강교육 주제 13개 중 교육받기를 희망한 주제로 평균 4.11개를 선택하였다.

5. 건강관련서비스 요구와 관련요인

여성노인의 건강관련서비스 요구와 관련 있는 요인은 파악하기 위하여 보건의료서비스, 건강교육요구, 건강지각, 건강관심, 건강책임, 노화인식, 노화만족, 건강증진행위의 상관관계를 분석하였다.(표 7)에서 보는 바와 같이 보건의료서비스요구는 건강관심과 건강책임과 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내어 건강관심이 높을수록($r=.286, p=.002$) 그리고 건강책임을 자신의 책임으로 인식할수록($r=.296, p=.001$) 보건의료서비스요구가 높은 것으로 나타났다. 한편 건강교육 요구는 건강관심, 건강책임, 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타내어 건강관심이 높을수록($r=.308, p=.001$), 건강책임을 강할수록($r=.258, p=.005$), 그리고 건강증진행위를 잘 할수록($r=.231, p=.014$) 건강교육 요구가 많은 것으로 나타났다. 건강관심과 건강책임이 건강관련서비스 요구에 공통적으로 영향을 미치는 관련요인으로 파악되었다.

〈표 6〉 여성노인의 건강교육 요구 (N=119)

내 용	No	%
치매예방	67	56.3
노인의 운동	46	38.7
노인의 영양관리	43	36.1
기억력 및 정신능력유지	42	35.3
건강문제와 자기간호	41	34.5
사고 예방	38	31.9
노화에 따른 변화	37	31.1
스트레스 관리	37	31.1
성공적 노화	35	29.4
약물사용	29	24.4
정서적 문제 관리	26	21.8
임종 준비	25	21.0
가족 및 친구관계	24	20.2
전체 평균	4.11±4.13	

IV. 논 의

연구대상 여성노인의 평균연령은 70.7세였으며 학력은 94%가 초등학교 졸업이하로 학력이 매우 낮았다. 경제상태는 어려운 편이라고 한 노인 과 매우 어렵다고 한 노인이 10명 중 3명이었다. 여성노인 10명 중 6명 이상이 사별하여 하여 자녀와 함께 살거나 혼자 살고 있었다. 노인단독가구는 48.8%로 노인부부가구 24.4%, 독거 노인가구 24.4%로 구성되어 있었으며 이러한 결과는 여성노인은 약 25%가 혼자 살고 있다고 한 정경희 등(1998)의 연구결과가 비슷하였으며 1990년

〈표 7〉 여성노인의 보건의료서비스 및 건강교육 요구와 관련요인

요인	건강지각	건강관심	건강책임	노화인식	노화만족	건강증진행위
보건의료서비스 요구	-.148 (.107)	.286** (.002)	.296** (.001)	.062 (.508)	.083 (.374)	.008 (.936)
건강교육 요구	-.029 (.750)	.308** (.001)	.258** (.005)	.100 (.289)	.133 (.153)	.231* (.014)

* $p<.05$, ** $p<.01$

에 노인단독가구가 약 23%(이가옥, 1990)라고 하였던 것과 비교하면 노인단독가구가 10명중 5명 정도로 상당히 증가하였음을 알 수 있다. 생활비는 자녀가 조달해주는 여성노인이 10명 중 6명 이상이었으며 여성노인의 약 48%는 한달 용돈이 10만원 이하로 적은 비용을 사용하고 있었다.

여성노인이 지각하는 자신의 건강상태는 '그저 그렇다' 정도로 강릉과 서울의 재가노인을 대상으로 한 이영희와 최수정(2000)의 연구와 서울시내 거주노인을 대상으로 한 김수정(1996)의 연구결과에서 건강지각 상태가 '보통'이라고 보고한 것과 비슷하다. 본 연구에서는 「건강하지 못하다」 혹은 「매우 건강하지 못하다」 고 한 노인이 약 57%로 이윤환 등(1998)이 전국의 65세 이상을 대상으로 한 연구에서 남성노인의 32.4%와 여성노인의 51.2%가 건강이 나쁘거나 매우 나쁘다고 보고 한 결과와 비교할 때 자신이 「건강하지 못하다」 고 지각하고 있는 여성노인이 남성노인보다 많음을 알 수 있다. 이윤환 등(1998)은 여성노인이 남성노인보다 주관적 건강상태를 나쁘다고 할 확률이 높았다고 하였다. 질병이 「있다」 고 한 여성노인은 61.9%이었으며 지난 2주간 의료기관을 이용한 경우가 54.6%로 배우자 없는 여성만을 대상으로 한 윤종희와 이해경(1997)의 연구에서 47.1%가 질병이 「있다」 고 한 결과보다 건강상태가 더 나쁜 편이었고 전국의 노인을 대상으로 한 정경희 등(1998)의 연구에서 여성노인의 만성질환 유병율이 92.2%라고 한 결과보다는 나은 건강상태였다. 윤종희와 이해경(1998)은 배우자 없는 여성노인이 지각한 건강상태에서 건강하지 못한 경우를 61.4%라고 하여 본 연구보다 조금 높은 비율을 나타냈다. 차승은, 한경혜 및 이정화(2002)는 노년기 후기집단인 75세 이상에서는 건강지각에 신체적 건강과 함께, 배우자 유무, 사회적 활동정도, 사회접촉빈도가 영향을 미친다고 하였다.

여성노인의 건강에 대한 관심은 3.54±.62(범위 1—5)로 관심이 많은 편이었으며 건강에 대한 책임은 자신의 책임으로 인식하고 있어 긍정적 태도를 나타냈다. 노화에 대한 인식은 비교적 긍정적이었으나 현재의 전반적인 생활에 대한 만족, 자신이 필요한 사람이라는 인식, 삶의 목표를 향한 노력, 일상생활의 흥미로운지 등을 묻는 노화만족 정도는 '그저 그렇다' 수준인 3.06±.85(범위 1—5)로 나타나 노인들의 생활전반에 대한 만족정도

와 자아 존중감을 향상시킬 수 있는 프로그램이 제공되어야 할 것이라 생각한다.

여성노인들의 건강증진행위에 비교적 잘 수행하고 있는 항목은 대인관계유지, 규칙적인 식사, 아침식사, 흡연 등이었으며 잘 수행하지 못하고 있는 것이 성생활, 암검사, 기억력 증진, 사고 예방 등이었다. 성생활 비율이 낮은 것은 혼자 사는 여성노인이 많기 때문이라 생각되며 정기적인 신체검사는 약 60%의 여성노인 받았으나, 치과검진은 50% 이상 노인이 받고 있지 않았다. 또한 암검사는 10명 중 2명 정도가 받았다고 하였으며 지난 1년간 예방접종을 한 적이 없다고 한 노인이 50% 이상으로 나타나 노인들의 정기검진이 잘 이루어지고 있지 않고 있으므로 건강검진이 잘 이루어지지 않고 있는 원인을 확인하고 적절한 해결방안을 모색해야 할 것이며 노년기의 건강검진의 필요성과 중요성에 대한 교육이 함께 이루어져야 할 것이다. 노인들이 가장 두려워하는 질환이 치매인 것을 고려할 때 기억력 증진을 위한 행위를 수행하고 있는 노인이 적은 이유는 구체적인 방법을 모르고 있기 때문인 것으로 생각된다. 한편 노인의 낙상은 연령이 증가하면서 증가하는 추세로 65세 이상에서 28-35%, 70세 이상에서 35%, 75세 이상에서 42%, 80세 이상에서 50%를 차지하며, 교통사고는 65세 이상의 상해에서 30%를 차지하고 그중 보행자 교통사고는 26%를 차지한다(Eliopoulos, 1997). 환자의 대부분이 노인들이며 노인들의 교통사고가 증가하고 있는 현실에서 이와 관련된 사고예방 차원의 교육과 대책이 필요하다 하겠다. 따라서 여성노인의 건강증진을 위해 노년기에 필요한 예방접종과 질병의 조기진단을 위한 정기검진과 치과검진 및 암검사의 필요성, 치매예방법과 기억력 향상법, 사고예방 방법 등을 포함하는 건강증진 프로그램의 개발과 적용이 필요하다.

여성노인들은 건강검진, 건강위험요인 평가, 질병의 진단과 치료, 건강상담, 만성질환의 검사와 의뢰 등에 대한 서비스요구가 높아 건강에 대한 관심이 높았던 점과 연관된 결과를 보여주고 있다. 현인숙과 정영일(1997)이 65세 이상의 지역사회 노인들을 대상으로 한 연구에서 노인들이 원하는 보건의료사업이 물리치료, 가정방문, 치료서비스, 건강검진 순이라고 보고하였으나 보건소의 시정각교육, 건강검진, 영양 및 운동지도와 구강건강관리를 위한 시설과 장비가 부족하여 이용노인의

요구를 충족시키는데 부족하다는 지적도 있다(변중화, 김진수, 김은주, 1997). 특히 지난 2년간 건강검진으로 받지 않은 여성노인이 40%정도였으며 건강검진에 대한 서비스요구가 가장 높아 여성노인 모두가 건강진단을 정기적으로 받을 수 있는 제도가 마련되어야 할 것이라 사료된다.

건강교육요구에서는 치매예방에 대한 교육요구가 가장 높았고 기억력 및 정신능력 유지에 대한 교육요구도 높아 여성노인들이 치매에 걸리는 것을 얼마나 두려워하는지를 알 수 있다. 또한 노인의 운동과 영양관리, 노년기의 건강문제 관리에 관한 주제에도 요구도가 비교적 높은 주제였다. 정경희 등(1999)은 노인교육기관에 참여하는 노인의 약 40%가 체력과 건강증진을 위해서 교육기관에 참여하고 있다고 하였고 노인들이 가장 중요한 교육내용으로 건강생활을 위한 교육이며, 가장 도움이 된 과목 역시 건강관리와 건강체제로 건강관련프로그램이 노인들이 가장 선호하는 프로그램이었다고 하였다. 그러나 노인교육기관에서 가장 어려운 점은 프로그램의 개발, 전문강사의 확보, 전문적인 교육의 부족, 시설과 장비의 부족이라 지적하였다.

본 연구결과를 종합해 볼 때 여성노인들을 위해서는 정기적인 종합검진과 함께 치매예방, 노인의 운동, 노인의 영양관리, 노년기의 건강문제관리 등을 포함하는 포괄적이고 구체적인 건강증진 프로그램이 제공되어야 할 것으로 생각된다. 노인의 삶의 질 예측모형에 대한 연구를 한 박은숙 등(1998)도 연령, 경제상태, 교육정도, 건강증진행위 및 건강개념, 자아존중감, 내적 통제위, 자아효능감 등이 노인의 삶의 질을 예측하는 변수로 제시하였으며 이들 변수를 포함하는 지역사회 중심의 포괄적인 건강증진 프로그램의 개발과 효과 검증이 필요하다고 하였다. 특히 여성노인의 학력 수준이 낮고 평균 연령이 70세가 넘어 있으므로 이들의 신체적, 정신적, 사회적 특성을 고려한 프로그램이 필요하다. 또한 기존의 많은 건강교육 프로그램들이 많은 노인을 대상으로 하여 강사들의 일회성의 일방적인 강의로 이루어지는 경우가 많지만 이러한 형태의 교육으로 노인들의 행위를 변화시키는 것은 어렵다. 그러므로 앞으로의 노인대상 건강교육의 방법은 기존의 대형 강의실에서 교육수준이나 교육요구를 고려하지 않고 진행되어 왔던 강사에 의한 일방적인 강의형식에서 벗어나 여성노인의 교육수준과 신체적, 사

회적 특성을 반영한 여성노인이 직접참여하고 대화하고, 서로 경험을 나누는 소집단 교육이 이루어지는 것이 바람직할 것이다. 소집단 교육은 경로당 시설을 이용하여 실시함으로써 텔레비전 시청, 장기, 바둑, 화투놀이 등으로 시간을 보내는 만남의 장소에 불과하다는 비판의 소리가 높아지고 있는(고양곤, 2000) 기존의 경로당을 더욱 활성화하고 건전한 교육공간으로 활용하는 계기가 될 수 있을 것이다. 실제 경로당 노인들이 하고 싶어 하는 프로그램으로는 건강관리(59.5%), 용돈벌이(38.7%), 취미활동(30.0%), 사회봉사활동(19.7%)의 순서로 나타나(이석규, 2000), 단순오락이나 TV시청에 국한된 활동을 하고 있으나 그들의 요구와는 거리가 있는 것을 알 수 있으며 노인들의 요구에 적합한 프로그램을 개발하여 제공하는 것이 필요하다. 따라서 향후 개발 될 건강증진 프로그램은 이들의 건강교육 요구내용에 바탕을 둔 포괄적인 내용으로 구성되어야 할 것이며 동시에 건강검진이 병행되는 전략이 필요할 것이라 사료된다. 나아가 실제로 실생활에서 건강증진 행위로 실천할 수 있도록 하는 구체적이고 실질적인 프로그램이 개발되고 그 효과를 검증해 보아야 할 것이다. 이순희(2001)는 노년과 노후생활에 대한 바람직한 인식전환 및 계획적인 노후준비를 위해서 단계적인 교육이 이루어져야하며 노인교육을 전담할 전문가가 필요하다고 주장하였다. 여성노인의 보건의료서비스와 건강교육에 대한 요구는 노인의 건강에 대한 관심이 높을수록 그리고 건강에 대한 책임이 높을수록 높게 나타났는데 이는 다른 여러 연구(김남진, 2000 ; 서인선, 2000 ; 최영희와 김순이, 1996 ; Speake et al., 1989)에서 건강에 대한 관심이 노인의 건강행위 또는 건강증진행위, 건강관련 서비스 추구행위와 관련 있다고 하여 본 연구 결과를 지지하였다. 따라서 여성노인들에게 건강에 대한 관심을 동기화 시키고 건강에 대한 책임감을 강화함으로써 노인의 자기관호능력을 향상시키고 이에 대한 교육과 서비스를 강화시켜 삶의 질을 향상시키고 보다 건강한 삶을 살 수 있도록 도와주는 것이 필요하다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 여성노인의 건강상태와 건강관련서비스 요구를 파악하고 이에 따른 보건의료서비스와 건강교육프로그램의 제공방향과 전략을 제시하고자 경남 J시의 복지관과 경로당을 이용하는 여성노인 119명을 대상으로 한 조사연구로 그 결과는 다음과 같다

- 1) 여성노인의 평균연령은 70.7세였고, 교육정도는 무학, 국졸, 국문해독 순이었으며 국졸 이하의 학력이 약 94%였다. 경제상태는 보통이 66.4%로 가장 많았고, 결혼상태는 사별이 62.2%로 가장 많았으며, 종교는 있다가 83.2%로 더 많았으며, 직업은 없다가 92.2%로 대부분이었다. 동거인은 부부와 자녀 45.4%로 가장 많았고, 부부와 혼자가 각각 24.4%였으며, 생활비는 자식이 조달하는 경우 62.7%로 가장 많았고, 한달 용돈은 6-10만원, 11-20만원, 5만원 이하 순이었다.
- 2) 여성노인의 지각된 건강상태는 2.60±1.03점(범위 1-5)으로 비교적 건강하지 못한 것으로 지각하고 있었고 질병은 있다고 한 경우가 61.9%로 많았으며 의료기관 이용경험은 54.6%가 있다고 하여 더 많았고, 입원경험, 활동제한 경험, 침상와병 경험은 없다가 더 많았다.
- 3) 여성노인의 건강관심은 3.54±.96점(범위 1-5), 건강책임은 3.78±.81점(범위 1-5)으로 다소 긍정적인 편이었으며, 노화인식은 3.19±.62점(범위 1-5), 노화만족은 3.06±.85점(범위 1-5)로 그저 그런 정도였다.
- 4) 건강증진행위는 평균 10.82±2.09점(범위 0-17)이었으며 흡연, 음주, 규칙적인 식사, 아침식사, 대인관계유지에서 여성노인의 60%이상이 잘 수행하고 있는 것으로 나타났다.
- 5) 여성노인의 보건의료서비스 요구는 평균 3.52개(범위 1-11)이었으며 건강검진, 건강위험 평가, 질병의 진단과 치료, 건강상담, 건강교육, 만성질환의 검사와 관리 순으로 요구가 많았다.
- 6) 여성노인의 건강교육요구는 평균 4.11개(범위 1-13)이었으며 치매예방, 노인의 운동, 노인의 영양관리, 기억력 및 정신능력유지, 사고예방, 노화에 따른 변화, 스트레스관리 순으로 교육요구가 많았다.
- 7) 보건의료서비스는 건강관심($r=.286, p=.002$)과 건

강책임($r=.296, p=.001$)이 높을수록, 건강교육은 건강관심($r=.308, p=.001$), 건강책임($r=.258, p=.005$), 건강증진행위점수($r=.231, p=.014$)가 높을수록 요구가 많은 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통해 볼 때 여성노인의 학력이 매우 낮으며 자신이 건강하지 않다고 지각하고 있으며 질병이 가지고 있는 경우가 더 많다는 것을 알 수 있었고, 건강에 대한 관심과 건강에 대한 책임이 비교적 긍정적이었으나 노화에 대한 태도는 긍정적인 수준이 아님을 알 수 있었다. 건강관련서비스 요구와 건강관심 및 건강책임 간에 상관성이 있었으며 건강검진, 건강위험요인평가, 질병의 진단과 치료에 대한 보건의료 서비스요구와 치매예방, 운동, 영양관리, 기억력 및 정신능력 유지, 건강문제와 자기건강관리, 스트레스 관리, 노화에 따른 변화에 대한 건강교육의 요구가 높게 나타났다. 따라서 여성노인을 대상으로 하는 건강증진프로그램은 우선적으로 건강검진, 건강위험요인평가, 질병의 진단과 치료에 대한 서비스와 여성들의 건강관심과 건강책임을 더욱 강화하고 노화에 대한 인식을 긍정적으로 변화시키는 상담프로그램 및 치매예방, 운동, 영양관리에 대한 건강교육으로 이루어져야 할 것이며, 단계적으로 기억력 및 정신능력 유지, 건강문제와 자기건강관리, 노화에 따른 변화, 스트레스 관리에 관한 주제의 건강증진 프로그램이 제공되어야 할 것이다. 이러한 건강증진 프로그램을 개발함에 있어 무엇보다도 여성노인의 학력과 신체적 특성이 고려되어야 할 것이다.

2. 제언

- 1) 대상 여성노인의 수를 확대한 연구가 필요하다.
- 2) 젊은 여성노인(60-74세)과 늙은 여성노인(75세 이상)에 대한 건강관련서비스 요구를 비교한 연구가 필요하다.
- 3) 본 연구결과를 기반으로 여성노인의 특성과 요구에 따라 다양한 건강증진 프로그램의 개발과 평가가 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

교양근(2000). 노인의 사회생활의 현황과 문제점. 노

- 인복지정책관련 국민대토론회, 한국노인문제 연구소, 57-91.
- 김남진(2000). 노인들의 건강행위 실천 정도와 관련요인 분석. 한국노년학, 20(2), 169-182.
- 김수정(1996). 노인이 지각한 세대간 결속과 우울에 관한 연구. 성신여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한국노년학(1998). 노인의 삶의 질 예측모형구축 -건강관리 모형을 중심으로-. 한국노년학, 18(3), 37-61.
- 변종화, 김진수, 김은주(1997). 지역단위 건강증진사업 실태와 개선방안. 보건사회연구원 연구보고서.
- 서인선(2000). 노인의 건강지식과 건강증진행위에 관한 연구(I). 한국노년학, 20(2), 1-28.
- 윤종희, 이해경(1997). 배우자 없는 여성노인의 자아존중감, 건강상태, 가족관계, 사회활동참여도에 따른 생활만족도. 한국노년학, 17(1), 289-304.
- 이기욱(1990). 노인단독가구실태에 관한 연구, 한국인구보건연구원.
- 이규식(2000). 사회에서의 노인교육, 고령화 사회와 노인교육의 실천방안. 한국노인문제 연구소, 171-194.
- 이순희(2001). 노인교육 프로그램 개발 및 효과분석. 한국노년학, 21(2), 85-98.
- 이영희, 최수정(2000). 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 대한간호학회지, 30(4), 880-892.
- 이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중(2001). 노인의 주관적 건강평가에 미치는 요인. 한국노년학, 18(2), 110-124.
- 정경희, 변재관, 오영희, 이윤경(1999). 노인 교육 기관 및 프로그램 실태조사 분석 연구. 보건사회연구원 연구보고서, 136-155.
- 정경희, 조애저, 오영희, 변재관, 변용찬, 문현상(1998). 1998년도 전국 노인생활 실태 및 복지 요구조사. 보건사회연구원 연구보고서, 85-98.
- 정혜정, 김태현, 이동숙(2000). 독거 여성노인의 생활만족도 연구(전라북도 지역을 중심으로). 한국노년학, 20(2), 49-70.
- 조선화(1994). 재가노인의 가정간호요구 및 일상생활 능력에 관한 연구. 인제대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 차승은, 한경혜, 이정화(2002). 농촌 노인의 지각된 건강과 신체·정신·사회적 건강의 관련성에 관한 연구 (연령 집단간 차이를 중심으로). 한국노년학, 22(1), 173-190.
- 최영희, 김순이(1997). 한국노인의 건강행위 사정도구 개발. 간호학회지, 27(3), 601-613.
- 통계청(2001). 인구주택 총조사 보고서.
- 한국보건사회연구원(2001). 전국 출산력 및 가족보건 실태조사. 287.
- 현인숙, 정영일(2001). 지역사회 노인보건의료체계 개발에 관한 연구. 한국노년학, 17(1), 160-175.
- Bausell, R.B.(1986). Health-Seeking Behavior Among the Elderly. The Gerontological Society of America, 26(5), 556-559.
- Eliopoulos(1997). Gerontological Nursing. 4th ed. Lippincott. Gilmore, Gary D., & Campbell M. Donald(1996). Needs Assessment Strategies for Health Education and Health Promotion. 2nd ed. Brown & Benchmark.
- Speake, D.L., Cowart, M.E., & Pellet, K.(1989). Health Perception and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N. J.(1987). The Health Promotion Lifestyle Profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 63(2), 76-81.

ABSTRACT

A Study on the Health Status and the Needs of Health-related Services of Female Elderly in an Urban-rural Combined City

Kang, Young Sil · Kim, Eun Sim · Gu, Mee Ock · Eun, Young

(Department of Nursing, Gyeongsang National University
Gerontological Health Research Center, Gyeongsang Institute of Health Sciences)

The purpose of this study was to investigate health status and health promoting behaviors of female elderly, and their needs for health-related services in an urban-rural combined city. The data were collected from the subjects registered in senior welfare center and senior citizens' clubs. A total of 119 women were participated in the survey. The results of the study are as follows: 1. The subjects perceived their health status relatively unhealthy. Their health promotion behavior score was 10.82 (range 0-17), and more than 60% of them performed well in smoking and drinking control, regular meal, taking breakfast, and maintaining good relationship with others. 2. The most needed service was health screening followed by health risk assessment, disease diagnosis and treatment. 3. The most demanded education was on dementia prevention, followed by exercise, balanced diet, and maintenance of memorial and mental capability. 4. As the health interest and the health responsibility increased, the need for health service increased as well. Likewise, the health education needs increased as the health interest, health responsibility, and health promotion behavior increased. The results show that the health promotion programs for female elderly need to be focused, primarily, on health screening, health risk assessment, medical services for disease diagnosis and treatment, and health consulting and education. And health consulting and education programs should be designed to promote health interest and health responsibility of female elderly, change positively their attitude to aging, and include education on dementia prevention, exercise and nutrition management. Recommendations are discussed.

Key words : Female elderly, Health status, Health-related services