

거주특성에 따른 노인건강요구 조사*

김 현 리** · 소 희 영**

I. 서 론

1. 연구목적 및 필요성

우리나라는 2002년도에 고령화 사회를 가리키는 노인 인구의 비율이 7.9%를 나타내었고, 2010년에는 약 10%에 이를 것으로 전망하고 있다. 특히 우리나라의 인구 고령화의 특징은 앞으로 상당히 빠른 속도로 진행될 것으로 예상하고 있으며 그 중에서도 75세 이상의 후기 고령인구가 급속하게 증가할 것으로 예측하고 있고, 가속화되고 있는 가족구조의 변화로 가족과 분리되어 시설에 거주하는 노인인구는 점차 증가되고 있다. 이러한 거주 특성은 인구사회학적인 변수, 신체적 건강상태인 영양불량 위험수준과 체질량 지수, 일상생활동작 수준, 우울에 차이를 보이는 것으로 보고되고 있으나(Sung, Ki Wol, 1997; Jung & Kim, 2004) 노인에 있어서 기능적으로 약화되고 질병과 사고 발생이 증가하는 점은 신체적 건강상태의 기능저하와 관련되어 있다고 볼 수 있다. 노인의 기능수준은 일상생활 동작(ADL)의 의존성으로 확인되고, 노화진행으로 신체적인 변화와 함께 식욕의 감퇴, 외로움, 사회에서의 소외감, 경제수준의 저하 등과 같이 심리적 사회경제적인 요인에 의해 적절한 영양공급이 이루어지기 어렵게 되어 영양위험요인 또한 증가하게 된다.(Schlenker, 1993; Solomons, 1992). 외국의 경우 지역사회거주 노인의 68.7%가 영양위험이

있는 것으로 보고되고(Keller & McKenzie, 2003), 지역사회에 거주하는 노인의 85%는 만성문제를 가지고 있으며 그 중 50%만이 적절한 영양을 섭취하고 있으며, 영양상의 위험은 병원에 내원하는 가장 중요한 예측인자로(MacLellan & van Til, 1998) 확인되었다.

우리나라에서도 영양불량은 노인에서 가장 흔하면서도 간과하기 쉬운 임상적 문제로 노인들은 생리적으로 중년층에 비해 영양불량에 빠질 위험이 많음을 보고하였고(Park & Yu, 2000) 노인성 질환의 대부분이 적절한 영양공급의 부족으로 인한 영양결핍과 과잉영양으로 인한 질환이 증가하고 있어(Jo, 1995) 노인의 건강요구를 확인할 수 있는 주요요소라고 하겠다.

노인건강과 관련하여 임상적으로 흔히 나타나는 우울은 우리나라 지역사회 노인의 약 40%에서 우울경향을 보여 중요한 건강문제인데, 우울과 영양상태, 인지수준 간에는 양의 상관성을 보이는 것으로 확인되며, 또한 동거가족 여부에 따라 차이가 있는 것(Jung & Kim, 2004)으로 보고되었다. 노인 건강문제의 가장 심각한 요구로 볼 수 있는 노인의 질환 유병률은 전 인구 유병율 40.45%에 비해 79.5% - 84.6%에 달해 약 2배 이상 높고, 그 중 만성질환 유병률도 전 인구 29.6% 대비 노인은 70.5 - 75.7%의 분포를 보인다. 특히 노인에게 있어 2주간 다 빈도 질환의 분포도 동통을 동반하는 질환의 비중이 높아(MOHW, 2002) 노인들의 상당수가 동통으로부터 고통 받을 수 있음을 시사하고, 일부지역

* 이 연구는 2003년도 충남대학교 자체연구비로 연구되었음

** 충남대학교 의과대학 간호학과(교신저자 김현리 E-mail: hlkim@cnu.ac.kr)

노인의 동통 조사결과도 약 41%에서 동통을 호소(Kim, Yang, Lee, 1996)하고 있어 노인의 건강문제로 확인할 수 있다. 이러한 노인에게서의 동통은 만성동통과 관련하여 신체적 문제가 많고 심리 사회적인 문제가 적다는 주장(Trevor M. et al., 1994)과 노인들에 있어 신체 기능의 저하는 활동능력을 저하시키고 흥미범위를 감소시키며 심리적 위축을 초래하여 우울 유발요인이 될 수 있고, 우울이 인지장애와 관련하여 발생하기도 하는 것으로 보고 되고 있어(Kim, 1998) 위의 변수들과 노인의 기능적 수준과의 관련성을 규명할 필요가 있다.

이와 같이 노인의 건강상태는 노인들이 다수의 건강문제를 갖게 되므로 일상생활 활동 수준을 파악하는 통합적 판단을 지향하고 있고 특히 영양, 우울, 인지, 동통 등과 주요한 건강지표와 관련성을 단면적으로 연구한 결과들은 있으나 다각적인 건강요구의 관계와 노인들의 거주 형태에 따른 차이는 알려진 바가 적어 현재 노인시설 거주 노인들과 일반 지역사회 거주 노인들의 전반적인 건강상태에 대한 이해가 필요하리라 본다.

따라서 노인들의 건강상태를 나타내는 건강인식, 영양상태, ADL, 인지수준과 현재의 질병상태, 동통, 우울 지표들과 이들 변수들 간의 다각적인 관련성을 확인하여 노인의 건강관리를 위해 실무현장에서 대상자의 노인건강 요구를 확인하고자 한다.

연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 시설과 지역사회에 거주하는 노인의 일반적 특성을 비교한다.
- 2) 시설과 지역사회에 거주하는 노인의 건강수준을 비교한다.
- 3) 노인의 건강관련 변수들 간의 상관관계를 알아본다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 2004년 1월부터 3월까지 자료수집이 이루어졌고, 연구의 모집단은 65세 이상의 노인으로 총 225명의 자료가 수집되어 미비한 자료를 제외하고(지역: 168매 시설: 57매) 1개의 광역시와 경로당 1개소와 저소득층 노인이 주로 모이는 노인복지회관 1개소, 중도사에서 1개의 경로당에 오신 지역사회 거주노인들로 총 139명, 유료, 무료노인시설 입소 노인 55명 총 194명

의 자료가 자료분석에 사용되었다.

자료수집은 훈련된 대학원생 3인이 구조화된 설문지로 직접 방문 면담하여 수집하였고 설문문의 내용은 노인의 일반적 특성과 1개의 문장으로 구성된 주관적, 상대적 건강 인식에 관한 항목, 우울, ADL, 동통, 영양선별검사(NSI), 인지기능 측정도구(MMSE-K)로 구성하였다.

2. 연구도구

1) 우울도구

Sheikh와 Yesavage(1986)에 의해 고안되고 기백식(1986)에 의해 한국어로 표준화된 한국형 노인 우울 간이 척도는 총 15문항으로 최고 점수는 15점이고 7점 이상은 우울증으로 간주하며, 본 연구에서의 Cronbach's a는 .71이다.

2) 일상생활동작 측정도구

Lawton(1988)에 의해 개발되고 Jo, Jo와 Bae(1999)에 의해 한국노인에 맞게 수정보완된 척도로 기본적인 일상생활 수행정도를 측정하는 6문항으로, 각 문항마다 할 수 있는 경우 0점, 할 수 없는 경우 의존도에 따라 1-2점의 점수가 부여되어 점수가 높을 수록 의존도가 높음을 의미하고 본 연구에서 Cronbach's a는 .60이다.

3) 영양평가

영양선별검사(Nutritional screening Initiative : NSI, 1992)는 영양불량상태의 위험을 확인하기 위해 개발한 도구를 한국노인에 맞게 수정한 도구로 측정된 점수를 말하며 0-2점은 정상, 3-5점은 보통정도의 영양불량, 6점 이상은 높은 정도의 영양불량을 나타낸다(Jo, Jo, Bae, 1999).

4) 동통측정도구

노인의 동통은 VAS(Visual Analogue Scale)와 Moon(1998)가 수정한 Andrews 와 Whithey의 6단계 얼굴표정척도를 사용하여 동통의 강도를 측정하였고 점수가 높을수록 동통이 심한 것을 의미한다.

5) 인지기능 측정도구(Korean version of Mini-Mental State Examination)

노인인지기능을 측정하기 위해 권용철과 박중환

(1989)이 한국노인에 맞게 수정 보완 한 표준화된 MMSE-K를 사용하였고, 총 30점 만점으로 24점 이상은 정상, 20-23점은 치매나 인지장애를 의심 할 수 있고 19점 이하를 치매로 확정한다.

3. 분석방법

수집된 자료의 분석을 위해 전체 노인의 일반적 특성은 빈도와 평균, 거주 특성에 따라 노인들의 건강변수들의 차이검증은 X²- test, t-test, 각 변수들의 상관성은 Pearson correlation coefficient 방법을 적용하였다..

III. 연구 결과

대상자의 연령별 분포는 시설 노인과 지역사회 거주 노인보다 고 연령층의 분포였으나 통계적 차이는 없었고, 인지수준은 비교적 시설 노인들이 낮은 수준이었다. 교육수준과 BMI, 영양상태가 거주형태에 따라 통계적으로 차이가 없었다. 시설 노인의 대부분이 종교를 가지고 있어 지역사회 노인들과 차이를 보였다.

노인들의 건강상태를 지표별로 보면 인지수준은 지역사회 거주 노인이 높은 수준으로 통계적으로 유의한 결과였다. 주관적, 상대적 건강인식의 수준은 두 군간에 차이가 없었고, 우울의 수준도 우울 성향을 보였으나 두 군간의 차이가 없는 것으로 확인되었다.

영양상태 지표인 BMI와 영양불량 위험 지표도 차이가 없고, 현재의 보유 질환수와 동통 수준 또한 차이가 없었으나 기능적 수준인 일상생활 능력 수준 간에는 경미한 차이가 있었으나 통계적으로 유의한 결과였고 지역

사회 거주군이 비교적 독립적이었다.

건강관련 변수 들 간의 관계를 상관성을 중심으로 확인한 결과 주관적 건강상태 인식수준은 상대적 건강상태 인식수준, 우울수준과 양의 상관관계를 보이고, 동통수준과 영양불량 위험 수준과 총 보유 질환 수와는 음의 상관관계를 나타냈다.

상대적 건강상태 인식수준은 우울수준과 양의 상관관계를 보여 자신의 건강상태를 높게 인식하지만 우울의 경향 또한 높은 것으로 확인되었다. 동통과 영양불량 위험 지표와는 음의 상관관계로 동통수준이 높은 경우 영양불량 수준이 높았다.

동통수준(Face)은 시각적 상사척도와 강한 양의 상관성을 보이고 영양불량 위험 지표와는 음의 상관관계로 동통수준이 높은 경우 영양불량 위험수준이 높은 경향이 있었다.

시각적 상사척도에 의한 동통수준은 영양불량 위험 지표와 총 보유 질환 간에 양의 상관관계가 있어 동통수준이 높은 경우 영양불량 수준이 높고 총 보유질환의 수도 많은 경향을 나타내었다.

기능적 건강수준인 일상생활 동작과 영양불량 위험 지표와는 양의 상관관계가 있어 일상생활이 의존성이 높을 경우 영양불량 수준이 높은 경향이었고, 인지수준과 음의 상관관계로 인지수준이 높을 경우 일상생활 동작의 의존성이 낮음을 알 수 있다.

우울과 총 보유질환과는 양의 상관관계가 있어 보유질환이 많은 경우 우울성향도 높은 것으로 확인되었다.

IV. 논 의

<Table 1> General characteristics of elderly according to residence characteristics

		Institution	Community		X ² (P)
Age	≤69	17	30	47	2.012(0.36)
	70-79	23	62	85	
	≥80	15	47	62	
Education	none	25	74	99	1.15 (0.76)
	elementary	18	36	54	
	middle	4	10	14	
	high	8	19	27	
Religion	no	5	37	42	7.13 (0.000)
	yes	50	102	152	
Spouse	no	48	86	134	11.9 (0.00)
	yes	7	53	60	

<Table 2> Comparison of health related variables of elderly according to residence characteristics

		Institution	Community		X ²
MMSE	≤19	22	29	51	13.6 (0.00)
	20-24	20	38	58	
	≥25	13	72	85	
BMI	<19	4	9	13	2.49(0.97)
	19-<21	7	20	27	
	21-<23	12	27	39	
	≥23	32	83	115	
Depression	<6	25	46	73	0.98(0.062)
	≥7	29	93	122	
Subjective Health Perception	very poor	11	11	22	19.5 (0.006)
	poor	10	34	44	
	moderate	8	43	51	
	good	15	44	59	
Relative Health Perception	very good	11	7	18	14.4 (0.006)
	very poor	5	6	11	
	poor	9	36	45	
	moderate	9	30	39	
	good	19	58	77	
Nutritional Evaluation	very good	13	9	22	.10(0.94)
	0-2	32	83	115	
	3- 5	11	25	36	
	6 ≤	12	31	43	

<Table 3> Health need of elderly according to residence characteristics

		Mean	SD	t	P
MMSE	Institution	20.6 ±	5.5	-3.47	0.000
	Community	23.5 ±	5.0		
BMI	Institution	23.4 ±	3.3	-0.83	0.40
	Community	23.9 ±	3.6		
Pain Face	Institution	2.25±	1.6	-0.28	0.77
	Community	2.33±	1.6		
Pain VAS	Institution	47.1 ±	37.6	-0.42	0.67
	Community	49.5 ±	34.8		
ADL	Institution	0.81±	1.1	4.357	0.000
	Community	0.17±	0.5		
Depression	Institution	7.31±	3.7	-0.67	0.49
	Community	7.66±	3.0		
Nutritional Status	Institution	2.63±	2.7	-0.53	0.59
	Community	2.91±	3.4		
N. of Dis	Institution	1.27±	1.079	0.039	.146
	Community	1.27±	1.026		
SHS	Institution	3.09±	1.444	.411	.682
	Community	3.01±	1.042		
RHS	Institution	3.47±	1.274	1.536	.126
	Community	3.20±	1.037		

N. of Dis : number of disease

SHS : subjective health perception

RHS : relative health perception

〈Table 4〉 Correlation of health related variables for elderly

	Age	MMSE	BMI	SHS	RHS	Pain face	Pain VAS	ADL	Depression
MMSE	-0.21 0.002								
BMI									
SHS									
RHS				0.71 0					
Pain Face				-0.43 0.00	-0.37 0.00				
Pain VAS			0.15 0.03	-0.51 0	-0.43 0	0.85 0			
ADL		-0.27 0.000		-0.19 0.005	-0.17 0.015	0.23 0.000	0.22 0.001		
Depression		0.14 0.041		0.34 0.000	0.31 0.000	-0.14 0.045	-0.14 0.037	-0.19 0.006	
Nutritional status				-0.36 0.000	-0.34 0.000	0.35 0.000	0.38 0.000	0.22 0.0017	
N. of Dis.			0.19 0.007	-0.35 0.000	-0.29	0.25	0.35	0.16 0.02	0.22 0.001

노인의 인지수준이 거주에 따라 차이가 있고, 두 군 모두 치매 의심군으로 분류되었는데 Jung과 Kim (2004)의 연구에서 동거유형에 따른 노인의 인지수준이 독거노인이 가장 낮은 수준이었고 부부동거 노인집단이 가장 높은 인지수준을 보인 결과와 유사하고 시설노인의 인지수준 20.6점은 독거노인의 인지수준 21.5보다 낮았고 비교적 지역사회 거주노인의 수준도 낮은 수준이었다. 시설노인의 경우 일상생활동작 의 의존성 정도와 인지기능 손상과 관련성을 보고한(Roberts, 1987) 연구결과와 유사한 결과이다.

주관적 건강인식 수준은 시설, 지역사회 거주 노인 모두 3점 이상으로 보통이상으로 양호하다고 느끼고 있었고 '보통' 이상의 건강상태 인식은 약 66 %로 시설 61.8%, 지역사회 약 70%로 전국 노인의 수준인 44% 보다 훨씬 좋은 수준이고, 일본과 호주 노인들의 약 2/3 수준(Sunwoo, 2003) 보다는 시설노인이 약간 낮았다. 대도시 독거노인의 주관적 건강상태 인식 수준이 '보통' 이상이 78%였던 결과보다는 낮은 수준이었으나(Kang, Seo, Kim, 2004)도시 지역 노인(Hong, Kim, Lee, 1997)의 '보통' 이상의 건강상태 인식 수준 61.8%, 도

시 농촌 노인(Li, Kim, Kim, 1997)의 연구에서 도시 노인 48.4%, 농촌 노인 62.8% 전체 55.6% 보다는 높다. 본 연구 대상자의 상대적 건강상태 인식수준도 '보통' 이상이 70%이고, 시설 73%, 지역사회 약 70%이었는데, 도시 농촌 노인(Li, Kim, Kim, 1997)의 보통 이상이 59.8%이고 그 중에서 도시노인은 50.5%, 농촌 노인은 69.1%인 결과 보다 높은 것으로 확인되었다.

노인의 우울성향은 지역사회 거주노인이 총 15점 중에 7.66점 이상으로 우울성향을 보였는데(Lee et al., 2004), 노인들이 경증이상의 우울 성향을 보이고 56%에서 총 30점 중 11.6점의 우울수준을 보고하였고, Chang, Park과 Youn(2003)의 단축형 노인우울 척도에 의한 우울 점수가 6.88점이었던 결과와 비교할 때 약간 높은 수준이었고 Won 등(1998)의 건강검진 센터 내원 노인들의 우울 수준이 6점 이상인 경우가 50.9%로 과반수 이상임을 보면 대부분의 연구에서 과반수 이상의 노인이 우울 성향을 보이고 있었다.

동거유형에 따라 우울수준을 비교한 Jung과 Kim (2004)의 연구에서는 총 15점의 우울도구로 측정된 우울수준이 독거노인이 가장 높은 9.71점, 부부동거와 자

녀동거 집단이 각각 5.83점, 5.80점으로 독거노인의 우울 수준이 본 연구에서 시설 거주 노인의 우울 수준 7.31, 지역사회 거주 노인의 우울 수준이 7.66점보다 더 높았고, 우울 의심자는 시설노인이 지역사회 거주노인보다 더 많았으나 통계적으로 의의는 없었다. 일 도시 지역의 방문보건사업 대상 노인의 우울 수준은 30점 만점에 최적 우울 절단 점수인 18점 이상이 56.2%였고 (Kim, H. R., 2003), 본 연구 대상자의 우울 수준이 시설 거주 노인이 53%로 약간 낮았고 반면에 지역사회 거주 노인의 우울 수준이 높았는데 Song(2001)의 연구에서 노인들의 시설노인들의 우울수준이 실험군 10.22 점, 대조군 8.8점으로 본 연구대상자들의 우울 수준보다 매우 높고, 선행연구에서 시설 노인의 우울상태가 가정노인보다 더욱 심각하다는 결과와는 달랐는데 우울에 영향요인인 종교의 부재가 지역사회 노인에서 두드러지게 높았던 본 연구 대상자들의 특성이 현상의 일부를 설명할 수 있다고 보겠다. 그러나 우리나라 전국 노인의 약 40%가 우울증상을 보인 결과(SunWoo, 2003)에 비해 본 연구 대상자들이 더 높은 우울 성향을 나타내고 있어 심리적 건강상태에 대한 요구가 높다고 할 수 있겠다.

노화와 동통경험은 차이가 없고 다만 노인일수록 여러 가지 신체적 문제가 대두되고 동통을 경험하지만 노인은 노화의 정상단계로서 동통을 받아들여 노인 만성동통환자는 신체적 해결기술을 의지적으로 잘 쓰지 않는 것으로 보고 되고 있다(Kim, Yang, Lee, 1996). 이는 동통은 남녀 간의 차이없이 동통 내인성이 연령이 증가할수록 낮아진다고(Kenneth M. et al., 1975)하는 결과와 의미를 같이한다. 지역사회 노인대상의 동통의 강도가 총점 10점에 평균 6.59점(Kim, Yang, Lee, 1996)으로 본 연구의 총점 100점에 시설 노인 47.1, 지역사회 노인 49.2보다 높아 상대적으로 양호한 수준임을 알 수 있다. 일상생활 수행에 제한이 없는 노인이 6.3%로 대부분 일상생활에 제한을 받고 있었는데(Kim, Yang, Lee, 1996), 도시농촌 노인의 ADL수준이 항목별 스스로 할 수 있는 수준이 3점이었을 경우 2.83점에서 2.98점으로 대부분 2.9점 이상의 수행능력을 보이고 농촌노인의 수행능력이 비교적 높았던 결과(Li, Kim, Kim, 1997)와 광역시 지역사회 거주노인의 4점 척도 ADL의 의존성이 높은 층계 오르기 3.0점을 제외하고 3.4부터 3.9 점으로 독립적이었는데 본 연구에서 ADL의 의존도가 각 항목 0-2 점 범위 기준으로 지역사회 노인 0.17 점, 시설 노인 0.81점으로 시설노인의 의존도가 통계적

으로 지역사회 노인보다 높았고, 시설노인의 의존도가 선행연구들에 비해 높은 것에 주목할 필요가 있다. 이는 대부분의 일상생활에서 부분적 의존이 필요한 것으로 영향변수로 볼 수 있는 질병의 수와 연령에 차이가 없는 거주에 따른 차이로 해석할 수 있겠다.

노인의 영양수준은 시설, 지역사회 거주 노인 모두 평균적으로 중 정도의 영양상태로 양호한 비중이 약 59%였고, 시설과 지역사회 노인 모두 비슷한 수준이었는데, Jung과 Kim(2004)의 지역노인의 결과에서 양호군이 32%, 캐나다 취약지역에 거주하는 노인들의 영양불량 위험이 68.7%(Keller, H. H. & McKenzie, J. D. 2003), 캐나다 일 지역노인의 영양불량 위험이 37%(Mac Lellan D. L. & Linda D Van Til, 1998), 23.5%(Keller, H. H. & Hedley, M. R. 2002)로 일반노인과 취약지역 노인의 영양상태가 달랐던 점과 비교하면 시설노인이 포함되어 있음에도 매우 양호하다고 할 수 있겠다.

체질량지수도 지역사회가 약간 양호하였으나 통계적으로 차이가 없었고, 저체중자가 6.7%였는데 대도시 독거노인의 저체중 비율은 18.8%(Kang, Seo, Kim, 2004), Kim(2000)의 연구에서 독거노인 중 저체중이 25.5%, 비독거노인이 18.4%이었던 결과 보다 양호함을 알 수 있다. 이러한 결과는 오히려 시설 노인들도 규칙적으로 식사를 할 수 있는 여건으로 영양상태의 위험요인이 예방되고 있는 결과로 해석할 수 있다.

본 연구에서 노인의 건강관련 제 변수들 간의 상관성을 보면 주관적, 상대적 건강인식이 동통수준, 보유 질환의 수와 음의 상관성, 우울수준과는 양의 상관성, 영양불량 위험 수준과는 음의 상관성, 질환의 수와 음의 상관성을 보이고 동통과 영양불량 위험 수준과 양의 상관성, 보유질환의 수와 음의 상관성을 보였는데, 이는 노인의 만성통증과 우울과의 관계에서 만성통증이 우울에 영향을 미치고 신체증상인 신체적, 정신적 귀인이 양의 방향으로, 정상화 귀인이 음의 방향으로 영향을 미치고 있음을 보고 (Jang, Park, Youn, 2003)한 결과와 유사하다.

V. 결 론

노인의 거주 형태에 따른 건강요구를 알기 위하여 지역사회 재가노인과 시설노인을 대상으로 2004년 1월부터 3월까지 총 194명의 자료가 최종 수집되어 분석이 이루어졌다.

본 연구에서의 노인 건강요구는 인지, 우울, 기능수준, 영양상태, 동통, 건강인식의 부분으로 노인의 거주형태 별로 비교하고 전체노인의 건강관련 변수들의 상관성을 확인하였다.

1. 노인의 거주형태별 일반적 특성은 종교와 배우자 유무에서 차이가 있었고 노인전체의 연령이 고령화되었음을 알 수 있었다.
2. 거주 형태 별 노인의 건강지표는 인지수준이 시설노인에서 낮았고 주관적, 객관적 건강인식이 보통이상으로 양호한 수준에 분포가 시설노인에서 더 많았고, 기능적 수준인 일상생활 동작이 시설 노인에서 더 의존적인 것으로 확인되었다.

우울, BMI, 영양불량 위험도, 총 보유질환, 동통은 거주형태 별로 차이가 없었다.

3. 건강관련 변수들 중 동통은 영양불량 위험 수준, ADL, 총 보유질환과 양의 상관관계, ADL과 인지수준 간에는 음의 상관관계, 주관적, 상대적 건강인식 수준과 우울수준과는 양의 상관관계, 영양불량 위험도와는 음의 상관관계가 있었다.

결론적으로 거주 형태별로 확인한 노인의 건강요구 수준은 인지와 일상생활동작 수준에서만 차이가 있고 시설노인이 상대적으로 열악한 결과를 나타냈고, 영양불량 위험 수준은 오히려 지역사회 거주 노인의 수준이 낮아 노인들에 있어서 건강관리 능력이 저하에 대한 기본적인 도움이 제공될 필요가 있음을 알 수 있고 기본적인 건강요구를 해결할 방안을 모색하여야 한다고 본다.

References

- Chang, Sung Ok, Park, Young Joo, Youn, Ji Won (2003). Study on Relations of Variables : Attribution of somatic Symptoms, Fatigue, Chronic Pain and Depression in the Elderly. *J Korean Acad Nurs*, 33(1), 26-31.
- Cheon, Hyun Sook & So, Hee Young (2004). Comparison of Health Status in the Elderly according to Living Situation. *Chungnam Journal of Nursing Academy*, 7(1), 11-23.
- Hong, Chun Sil, Kim, Hyun Li, Lee, Sang Hwa (1997). A Study on the ADL Dependency and Life Satisfaction in the Home Resident Elderly. *The Chungnam Medical Journal*, 24(1), 43-56.
- James, K. C., & Thomas, K. (2001). Factors associated with health status of older americans, *Age and Aging*, 495-201.
- Jo, B. S. (1995). Study of Nutritional Status and relating factor of elderly Living in Vulnerable community of city, Pusan National University.
- Jo, Ju Youn, Jo, Kyoung Hee, Bae, Chul Young (1999) Evaluation of Elderly patient: Clinical Guide, Medical Publ..
- Jung, Young Mi, Kim, Ju Hee (2004). Comparison of Cognitive Levels, Nutritional Status, Pepsession in the Elderly according to Living Situations, *J Korean Acad Nurs*, 34(3), 495-503.
- Kang, Hae Young, & Kim, Soo Mi (1996). A Comparative Study of Health Status In Urban and Rural Elderly-Kwangju, Chonnam Area-, *J Korean Comm Nurs*, 7(2), 244-264.
- Kang, Hae Young, Seo, Nam Sook, Kim, Young Hee (2004). Health Pattern of Elderly According to Age Group Who Living Alone in Urban Area, *J Korean Acad Nurs*, 34(6) 1057-1068.
- Kang, Myoung Hee. (1994), Nutritional Status of Korean Elderly, *J Korean Nutri Acad*, 27(6), 616-635.
- Keller, H. H., & McKenzie, J. D. (2003). Nutritional Risk Vulnerable Community-Living Seniors, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 64(4) 195-201.
- Keller, H. H., & Hedley, M. R. (2002). Nutritional risk needs assessment of community - living seniors: Prevalence of nutrition problem and priorities for action, *Journal of Community Health*, 27(2), 121-126.
- Kim Nam Cho, & Yang Soo (2001). Physical Health Status and Depression of a Community -Dwelling Elderly Group, *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1012-1020.

- Kim, Hye Ryoung (2003). Health Status among Community Elderly in Koera. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 544-552.
- Kim, Ju Hee, Yang, kyoung Hee, Lee, H. J. (1996). A Descriptive Study on Pain of Elderly. *J Korean Acad Nurs*, 26(4), 878-888.
- Lee, Ka Ok (1994). Analysis of Elderly Life and Policy. KIHASA.
- Lee, Pyoung-sook, Lee, Young-Mi, Lim, Ji -Young, Hwang, La -Il, Eun Young (2004). The relationship of Stress, Social Support and Depression in the Elderly. *J Korean Acad Nurs*, 34(3), 477-484.
- Li, Chun Yu, Kim, Keum Ee, Kim, Hyun Li (1997). A Comparative Study of ADL, IADL in Urban and Rural Elderly- Daejeon, Koje Area-. *J Community Health Nur*, 8(2), 225-236.
- Mac Lellan, D. L., & linda D Van Til (1998). Screening for nutritional risk among community dwelling elderly on Prince Edward Island. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), 342-346.
- Park, H. S., & Yu, Y. J. (2000) Nutritional Treatment of Chronic Disease for Elderly. *Senile Disease*, 4(1), 1-11.
- Roberts, B. L. (1989). Effects of walking on balance among elders. *Nursing Research*, 38, 180-182.
- Schlenker, E. D. (1993). Nutrition in the aging. Mosby. st. Louis.
- Solomons, N. N. (1992). Nutrition and aging: Potential and problems for research in developing countries. Nutrition reviews.
- Song, Ae Rang (2001). The Effects of Leisure Activity Program Intervention on Activities of Daily Living, Depression and Quality of Life in Institutionalized Older Population. Doctoral dissertation paper, Chungnam National University.
- Sung, Ki Wol (1997). Degree of Cognitive function, Self-esteem and Depression of the Elderly by Aging. *J Korean Acad Nurs*, 27(1) 36-48.
- SunWoo Duk (2003). Policy Issue for Maintaining health of Elderly Persons. Health and Wealfare Policy Forum, 80, 42-52.
- White, J. V., et al. (1992). Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. *Journal of American Dietetic Association*, 92, 163.

- Abstract -

Study of Health Services Need of the Elderly According to Residence Characteristics

Kim, Hyun Li* · So, Hee Young*

Purpose: this study was to compare the health service need according to residence characteristics. **Method :** The subjects consisted of 194 elderly people classified into two groups of living in community and living in institution. Data was collected from January to March, 2004 by a structured questionnaire that included general characteristics, health related variables, MMSE-K, nutritional status, pain, depression and ADL scale. The collected data was analyzed by the SPSS program including descriptive analysis, X² test, t-test and Pearsons Correlation Coefficient. **Result :** In general characteristics, there were differences in religions and spouses and all the group of people were aged. In health related variables according to residential characteristics, cognitive level (MMSE -K) of the elderly living in institutions was lower than that of the elderly

* Department of Nursing, Chungnam National University

living in community and the group of living in institutions showed more than 'moderate level' of subjective and relative health perception and their ADL was confirmed to be more dependent. But there was no significant difference among depression, BMI, nutritional status, number of present disease and pain according to residence characteristics. It was identified that pain had positive correlation with nutritional status, ADL, and the number of present disease, and ADL showed negative correlation with cognitive level. Subjective and relative health perception had positive correlation with depression and

negative correlation with nutritional status. In conclusion, the need of the health service of the elderly identified according to residential characteristics showed differences only in cognition and ADL. The elderly living in institutions showed relatively poor results. **Conclusion** : The concern of nutritional status is necessary to increase health status for the elderly, especially more concern and support is necessary for the elderly living in community.

Key words : Aged, Residence characteristics, Health services need