

일 도농복합지역 저소득층 노인의 건강문제 분석 - 보건소 방문간호사업 대상자 중심으로 -

고일선* · 이태화* · 이경자** · 이정렬**
임미혜*** · 천의영*** · 주윤미*** · 이계철****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

노인인구의 급속한 증가에 따른 노동인구의 감소 및 노인인구에 대한 과도한 부양책임은 이미 선진국에서는 사회적 이슈가 되었다. 우리나라도 지난 2000년을 계기로 고령화사회에 진입하여, 2005년에는 65세 이상 노인이 총인구의 9.1%를 차지하여(통계청, 2005) 노인에 대한 사회적 문제가 대두되고 있다. 고령화 진행수준을 비교하는 방법으로 흔히 UN에서 정한 바와 같이 총인구에서 65세 이상 인구가 차지하는 비중이 7% 이상인 국가를 고령화사회(Aging society), 14% 이상인 국가를 고령사회(Aged society), 20% 이상인 국가를 초고령사회(Super-aged society)로 분류한다. 실제로 우리나라는 지난 2000년에 그 비율이 7.2%에 달하여 고령화사회에 진입하였으나 불과 18년 후인 2018년에는 14.3%로 고령사회에, 2026년에는 20.8%로 초고령사회로 진입할 것으로 전망되는 등 과거 수십 년간에 걸쳐 서서히 고령사회로 진입한 과거 선진국들에 비해서 고령화가 매우 빠르게 진행되고 있다(통계청, 2005). OECD 주요국가의 경우, 고령화가 진행되는 상황에서

도 연금제도의 성숙으로 인해 전반적인 노인 소득수준의 향상과 노인빈곤율의 감소를 경험하였지만, 우리나라의 경우 노인빈곤의 수준과 노인의 특성에 따른 빈곤가능성의 차이는 매우 클 것으로 예상할 수 있다(최현수와 류연규, 2003).

고령화사회에 따른 문제는 다양하지만, 2003년 전체 인구의 8.3%를 차지하고 있는 노인인구의 의료비는 4조 3,700억원으로 전체의료비의 21.3%(통계청, 2004)를 차지하고 있어, 노인인구의 계속적인 증가추세로 보아 노인 의료비의 증가는 심각해질 것으로 보인다. 또한 65세 이상 노인들의 문제는 건강문제가 41.5%로 가장 높았고, 그 다음이 경제적 어려움이었으며(통계청, 2004), 65세 이상 노인의 90.9%가 만성퇴행성 질환을 가지고 있다(정경희 외, 2005). 노인의 건강문제는 대부분이 만성적인 문제로 치료중심의 관리방식으로는 효과적 관리가 어렵기 때문에 건강한 생활유지, 건강위험요인 관리, 치료 및 재활 등의 포괄적 접근과 범국가적 차원에서의 적극적인 개입이 필요하다.

이에 보건복지부는 노인인구의 급속한 증가에 따른 고령사회에 대비하기 위하여 2003년부터 공적 노인요양보장 추진기획단을 발족하고, 국가적인 차원에서 장기요양에 관한 근본적인 대책마련에 착수하였다. 아울러,

* 연세대학교 간호대학 부교수, 간호정책연구소 연구원(교신저자 고일선 E-mail: iskol16@yumc.yonsei.ac.kr)
** 연세대학교 간호대학 교수, 간호정책연구소 연구원
*** 연세대학교 간호정책연구소 연구원
**** 경기도 보건복지국 보건위생정책과 과장

공적노인요양보장제도의 실행모형 개발과 노인의료복지 시설 10개년 확충계획을 수립함으로써 요양인프라 확충도 체계적으로 추진하고 있으며 가정봉사원 파견이나 주간 및 단기 보호시설과 같은 재가노인에 대한 보건복지 서비스를 확대하고 있다(보건복지부, 2004). 이처럼 우리나라 노인보건복지정책의 방향이 시설보호위주에서 재가사업으로 전환함에 따라(보건복지부, 2004) 지역사회에 거주하는 노인들이 보건의료관리체계내에서 지속적이며 포괄적인 관리를 제공받을 수 있는 정책수립이 필요하다. 현재 우리나라의 지역사회 주민들을 대상으로 이러한 서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 기관은 보건소이다. 보건소는 전국의 행정 구역단위별로 설치되어 지역주민의 건강과 안녕을 위한 사업을 담당하고 있으며 그 중에서도 전국적으로 거의 모든 보건소에서 시행하고 있는 것은 방문간호사업이다(황보수자와 김혜령, 2003). 방문간호사업은 지역사회 전주민을 대상으로 보건의료서비스를 제공하는 것으로 사업의 우선 대상은 지역의 주민 중 국민기초생활수급가구 및 차상위계층(건강보험료 부과등급 30%이하)이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원이다(보건복지부, 2004). 민간의료에 접근하기 어려운 저소득 계층과 차상위계층을 중심으로 한 건강위험집단의 보건의료 서비스를 중점적으로 다루고 있는 방문간호사업(고일선 등, 2002)은 저소득층 노인의 보건복지서비스를 위한 재가사업 방안이다. 현재 노인인구군의 수와 비율은 계속적인 변동을 보이고 있으며 지역마다 노인의 인구학적 특성과 건강문제가 다를 것이므로 그 지역 실정에 맞는 방문간호서비스의 제공을 위해서는 이에 대한 조사연구가 필수적이다. 몇몇의 연구에서는 대부분의 농촌노인들이 도시노인들보다 전반적으로 건강상태가 더 나쁘다고 보고하였고(강혜영, 1996; 신유선, 1997), 정신건강 상태도 농촌노인들이 더 나쁜 것으로 보고하였다(윤혜영, 1988). 이와 같은 결과는 노인들처럼 신체적 기능이나 정신, 정서적 기능이 저하된 사람들에게 사회 문화적인 환경이나 거주환경이 건강에 영향을 미친다는 것을 제시하는 것이므로(이금숙, 2004) 지역별, 연령군별 노인의 특성을 파악하는 것은 효율적인 방문간호사업수행에 필수적이다.

관련된 선행연구로 일부 지역 재가노인의 건강상태에 관한 연구(김남초와 양수, 2001; 김혜령, 2003; 신경림과 김정선, 2004; 조유향과 박윤창, 2003)나 동거유형에 따른 건강관련 변수를 파악한 연구(강혜영, 서남숙와 김영희, 2004; 정영미와 김주희, 2004; 이명숙, 2003)가 있으며, 저소득층 노인의 건강상태를 파악한

연구(전경자와 조윤미, 2001; 이태화, 고일선, 이경자와 강경화, 2005; 황보수자와 김혜령, 2003)가 있지만, 이들 연구는 연령군별에 따라 노인의 건강문제를 분석하였으나, 지역 특성에 따른 노인의 건강문제 분석은 거의 이루어지지 않았다. 따라서 국가적 차원에서 적극적인 관리가 필요한 저소득층 노인을 위한 지역화 전략 개발을 위해 지역별 노인의 건강문제를 분석할 필요가 있다.

정부는 도농복합시를 통해 행정구역과 생활권의 일치, 도농간 지역격차의 완화, 행정비용의 절감 등의 긍정적 효과를 기대하였으나 도농복합시는 인구규모에 비해 지나칠 만큼 넓은 면적을 가진 규모인데다 그 안에 도시지역과 농촌지역의 이질적인 요소가 별개로 공존하고 있는 매우 특수한 지역이다(문종원, 1999). 이는 도농복합시에서의 넓은 면적에 주거하는 이질적 지역 주민에 적합한 보건복지서비스 개발 및 제공과 이들의 서비스 접근성에 따른 문제점과 행정운영이 도시지역 중심으로 될 경우 농촌지역의 보건복지수준의 상대적인 질적 저하의 가능성을 내포하고 있다. 따라서 본 연구는 도시지역과 농촌지역이 공존하는 도농복합지역사회의 저소득층 노인들을 대상으로 재가노인의 건강·기능상태 평가 도구인 MDS-HC 2.0을 이용하여 지역별 노인의 건강문제를 파악하여, 효율적인 방문간호사업의 방안을 모색할 수 있는 기초 자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 일 도농 복합지역에 거주하는 60세 이상의 저소득층 노인의 건강문제를 파악하여 효율적인 방문간호사업의 방안을 모색할 수 있는 기초 자료를 제공하기 위함이며, 이를 달성하기 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 저소득층 노인의 지역별 일반적 특성을 비교한다.
- 저소득층 노인의 지역별 건강문제를 비교한다.
- 저소득층 노인의 지역별 연령별 건강문제를 비교한다.

3. 용어의 정의

1) 저소득층 노인

저소득층 노인이란 경로연금을 지급받고 있는 65세 이상의 노인 대상자중 기초생활보장대상자와 이들보다 생활이 약간 나은 차상위계층을 포함한다(www.mohw.go.kr). 본 연구에서는 관할 지역의 주민 중 국민기초생활수급가구 및 차상위계층(건강보험료 부과등급 30%

이하)이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 대상으로 한 방문간호사업 대상자 중에서, 60세 이상을 지칭한다(윤진, 1985).

2) 건강문제

WHO의 정의에 의하면 '건강이란 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태'를 말하나 이러한 상태를 실제적으로 판단하는 데에는 어려움이 많으므로 개인의 유병 상태나 기능상태 등에 근거를 두고 건강문제를 평가하게 된다(신선혜, 2001). 본 연구에서는 MDS-HC를 사용하여 평가할 수 있는 30개의 건강문제를 말한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 우리나라 일 도농복합지역의 저소득층 노인의 건강문제를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상이 거주하는 Y시는 행정구역상 도농복합지역으로 전체 가구수 5만 793(2003), 인구 14만 9277명(2003)이며 국민기초생활수급자는 1456명으로 전체 Y시 인구의 약 1%가 국민기초생활수급자이었다. 또한 Y시는 1읍 4면 6동으로 구성되어 있는데 본 연구의 대상은 이중 도시지역인 2개의 동과 농촌지역인 5개의 읍/면, 3개의 리에 거주하고 있는 60세 이상 노인 중 방문간호사업 우선순위인 지역사회 주민중 거동불편자 및 만성질환자, 의료취약계층을 중심으로 600가구를 편의추출하였다.

3. 자료수집 방법

본 연구의 조사방법은 조사원을 활용한 심층면접 조사 방법을 이용하였다. 조사원은 Y대 간호대학 학생으로 간호학 실습을 통해 대상자 면접과 건강사정 경험을 가지고 있어 지역 주민의 건강문제를 사정할 수 있는 3학년 학생 6명으로 하였다. 조사의 신뢰도를 높이기 위해 조사원 교육은 조사 전 2004년 6월 24일에 4시간 실시하였고, 교육 후 조사를 착수하기 전에 조사원이 담당 거주지 주변 보건소를 방문하는 노인들을 대상으로 예비조사를 실시하여 도구 사용 시 문제점과 보완사항을

상호 검토하였다. 본 조사는 2004년 6월 28일부터 7월 9일까지 조사원이 직접 600가구를 가정 방문하여 대상자가 집에 있지 않은 경우와 주소가 변경되어 대상자를 확인할 수 없었던 199가구를 제외한 401가구의 노인 440명(도시지역: 101명, 농촌지역: 339명)에게 연구 목적을 설명하고 연구 참여를 수락한 자를 대상으로 하였다. 참여한 440명의 자료수집에 소요된 시간은 대상자당 약 40분 정도였으며, 수집된 440명의 자료를 그대로 분석에 사용하였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 연구팀에 의해 개발한 Access Program을 이용하여 처리하였다. 개발된 프로그램은 기초정보군 MDS에 따른 자료 입력시 문제선정 기준에 의거 대상자별 건강문제를 자동으로 선정할 수 있도록 되어있고, Access Program에 입력된 원자료를 SPSS/WIN 11.0으로 호환하여 분석하였다. 대상자의 지역별 일반적 특성 및 건강문제 비교, 연령별 건강문제를 비교하기 위해서는 빈도와 백분율, χ^2 -test를 이용하였다.

5. 연구도구

본 연구의 대상인 저소득층 노인의 건강문제를 분석하기 위해 사용된 도구는 interRAI에서 개발한 RAI (Resident Assessment Instrument)의 가정간호 버전(RAI-HC) 도구를 한국 RAI 연구회에서 한국어로 표준화한 재가노인 기능상태 평가도구(Minimum Data Set for Home Care: MDS-HC Version 2.0)로서, interRAI의 허락을 받은 후 사용하였다.

재가노인 기능상태 평가도구는 일반적 특성과 30개의 건강문제를 파악할 수 있도록 17개 영역에서 300개의 스크리닝 항목(screening component)으로 구성되어 있다<표 1, 표 2>.

RAI는 개발될 당시 여러 분야의 전문가들로부터 내용타당도를 검증받았으며, ADL, IADL 측정도구, MMSE, GDS, 임상검사 등을 통해 동시타당도를 검증받았다(Hawes et al., 1997). 국내에서도 RAI MDS-HC 2.0 버전의 타당도를 검증한 연구에서 KMMSE, GDS, Kane의 IADL지수, Barthel의 ADL지수와 같은 기존 도구들과 높은 일치도를 보이고, 문제목록에 대한 민감도 검증에서 높은 일치도를 보였다

<표 1> MDS-HC 2.0의 기능상태 평가항목

AA 이름과 등록번호	
AB 개인신상기록 항목	
CC 등록시 정보	Section I 지난 7일간 배설조절
Section A 건강평가 정보	Section J 질병진단
Section B 인지 양상	Section K 건강상태와 예방적인 조치
Section C 의사소통/청력 양상	Section L 영양/수분 상태
Section D 시력	Section M 치아 상태(구강 건강)
Section E 정서와 행동 양상	Section N 피부 상태
Section F 사회적 기능	Section O 환경 평가
Section G 지원 서비스	Section P 서비스 이용
Section H 신체적인 기능(IADL과 ADL의 자가수행)	Section Q 투약

<표 2> MDS-HC 2.0의 상세평가를 위한 문제목록(CAPs)

기능수행과 관련된 문제	CAPs15 낙상
CAPs 1 ADL/재활가능성	CAPs16 영양
CAPs 2 IADLs	CAPs17 구강건강
CAPs 3 건강증진	CAPs18 통증
CAPs 4 시설입소의 가능성	CAPs19 욕창
감각기능과 관련된 문제	CAPs20 피부와 발의 상태
CAPs 5 의사소통장애	서비스의 이용과 관련된 문제
CAPs 6 시각기능	CAPs21 치료지시 이행
정신건강과 관련된 문제	CAPs22 약한 지지체계
CAPs 7 알콜남용과 과도한 음주	CAPs23 투약관리
CAPs 8 인지	CAPs24 완화 케어
CAPs 9 행동	CAPs25 예방적 조치
CAPs10 우울증과 불안	CAPs26 항정신성 약물
CAPs11 노인학대	CAPs27 공식적 서비스의 감소
CAPs12 사회적 기능	CAPs28 환경평가
건강문제와 관련된 문제	배설조절과 관련된 문제
CAPs13 심장-호흡기계	CAPs29 배변 관리
CAPs14 탈수	CAPs30 요실금과 삽입 카테터

(김화중 등, 2000).

III. 연구 결과

1. 지역별 대상자의 일반적 특성 비교

본 연구대상자의 일반적 특성은 <표 3>과 같다. 성별로는 전체적으로 여성노인이 71.4%로 대상자 대부분을 차지하였다. '읍/면/리'구역인 농촌지역(이하, 농촌지역)에 거주하는 대상자 중 여성노인은 73.9%로 '동'구역인 도시지역(이하, 도시지역)에 거주하는 여성노인 64.0% 보다 많았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

연령별 분포를 보면 74세 미만 노인이 51.8%, 75세 이상 노인은 48.2%이었다. 도시지역에 거주하는 대상자인 경우 74세 미만 노인은 53.2%, 75세 이상 노인은 46.8%이었으며, 농촌지역에 거주하는 대상자인

경우는 74세 미만 노인은 51.4%, 75세 이상 노인은 48.6%로, 농촌의 경우 도시에 비해 75세 이상 고령노인이 많았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

대상자에 대한 책임을 나타내는 법적 보호자 유무를 보면 전체 대상자 중 72%는 법적 보호자가 있었다. 농촌지역의 법적 보호자가 있는 대상자는 72.9%로, 도시지역의 법적 보호자가 있는 대상자 69.4%에 비해 많았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

동거인 유무를 보면 전체 대상자 중 67.5%는 동거인이 있었다. 도시지역의 동거인이 있는 대상자는 76.6%, 농촌지역의 동거인이 있는 대상자 64.4%로 도시지역에 거주하는 노인이 농촌지역에 거주하는 노인 보다 동거인이 있는 경우가 많았으며, 통계적으로 유의한 차이($\chi^2=5.575, p=.018$)가 있었다.

일차 수발자의 유무를 보면 전체 대상자 중 53.2%가 일차 수발자가 있었다. 도시지역에 거주하는 대상자

<표 3> 지역별 대상자의 건강관련 특성

(n=440)

특성	구분	전체 n(%)	도시지역 (동) n(%)	농촌지역 (읍/면/리) n(%)	χ ²	P-value
성별	남자	126(28.6)	40(36.0)	86(26.1)	3.977	.064
	여자	314(71.4)	71(64.0)	243(73.9)		
나이	74세 미만	228(51.8)	59(53.2)	169(51.4)	.106	.745
	75세 이상	212(48.2)	52(46.8)	160(48.6)		
	평균(±표준편차)	74.32(±7.08)	74.43(±6.93)	74.28(±7.14)		
법적 보호자	있다	317(72.0)	77(69.4)	240(72.9)	.528	.468
	없다	123(28.0)	34(30.6)	86(27.1)		
동거인	있다	297(67.5)	85(76.6)	212(64.4)	5.575	.018*
	없다	143(32.5)	26(23.4)	117(35.6)		
일차 간호제공자	있다	234(53.2)	61(55.0)	173(52.6)	.187	.665
	없다	206(46.8)	50(45.0)	156(47.4)		
이차 간호제공자	있다	50(11.4)	16(14.4)	34(10.3)	1.372	.242
	없다	390(88.6)	95(85.6)	295(89.7)		
건강보험유형	건강보험	209(47.8)	49(44.5)	160(48.9)	.634	.426
	국민기초생활수급	228(52.2)	61(55.5)	167(51.1)		
재정적 곤란	있다	142(32.3)	35(31.5)	107(32.5)	.037	.847
	없다	298(67.7)	76(68.5)	222(67.5)		

* p<.05

의 일차 수발자가 있는 경우는 55.0%이며, 농촌지역에 거주하는 대상자의 일차 수발자가 있는 경우는 52.6%로 비슷한 비율이었다.

이차 수발자의 유무를 보면 전체 대상자 중 88.6%가 이차 수발자가 없었다. 농촌지역에 거주하는 대상자의 이차 수발자가 없는 경우는 89.7%로, 도시지역에 거주하는 대상자의 이차 수발자가 없는 경우 85.6%보다 많았지만 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

의료보장 유형을 보면 전체 대상자 중 국민기초생활수급이 52.2%, 건강보험이 47.8%로 두 의료보장 비율이 비슷하였다. 도시지역에 거주하는 대상자의 경우는 국민기초생활수급이 55.5%, 건강보험이 44.5%로, 농촌지역에 거주하는 대상자의 국민기초생활수급은 51.1%, 건강보험 48.9%와 비슷하였다. 또한 도시지역 노인이 농촌지역 노인에 비해 국민기초생활수급자가 많았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

경제적인 어려움에 대한 응답을 보면 전체적으로 경제적 어려움이 있다고 응답한 대상자는 32.3%이었다. 농촌지역에 거주하는 대상자가 경제적 어려움이 있다고 한 경우는 32.5%로 도시지역에 거주하는 대상자 중 경제적 어려움이 있다고 한 경우 24.6%보다 많았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

2. 지역별 대상자의 건강문제 비교

1) 건강문제 수

대상자들의 총 건강문제 수 분포는 <표 4>와 같다.

대상자가 가지고 있는 건강문제 수는 전체 30개의 건강문제 중 최소 1개에서 최대 18개까지이고 평균

<표 4> 지역별 건강문제수 (n=440)

건강문제수	도시지역 (동) n(%)	농촌지역 (읍/면/리) n(%)	전체 n(%)
0	0(0.0)	1(0.3)	1(0.2)
1	2(1.8)	1(0.3)	3(0.7)
2	4(3.6)	1(0.3)	5(1.1)
3	7(6.3)	18(5.5)	25(5.7)
4	6(5.4)	23(7.0)	29(6.6)
5	6(5.4)	32(9.7)	38(8.6)
6	13(11.7)	34(10.3)	47(10.7)
7	9(8.1)	37(11.2)	46(10.5)
8	12(10.8)	23(7.0)	35(8.0)
9	10(9.0)	32(9.7)	42(9.5)
10	7(6.3)	30(9.1)	37(8.4)
11	7(6.3)	32(9.7)	39(8.9)
12	8(7.2)	15(4.6)	23(5.2)
13	4(3.6)	22(6.7)	26(5.9)
14	8(7.2)	16(4.9)	24(5.5)
15	3(2.7)	5(1.5)	8(1.8)
16	2(1.8)	2(0.6)	4(0.9)
17	3(2.7)	4(1.2)	7(1.6)
18	0(0.0)	1(0.3)	1(0.2)
mean±SD	8.53±3.97	8.45±3.48	8.47±3.60

8.47개의 건강문제를 가지고 있는 것으로 조사되었다. 6개의 건강문제를 가진 대상자가 10.7%로 가장 많았고, 7개의 건강문제를 가진 경우가 10.5%, 9개의 건강문제를 가진 경우 9.5% 순이었다.

지역별 분포를 보면, 도시지역 노인은 평균 8.53개의 건강문제가 있었으며, 6개의 건강문제를 가진 대상자가 11.7%로 가장 많았고, 그 다음이 8개의 건강문제를 가진 경우 10.8%, 9개의 건강문제를 가진 경우 9% 순이었다. 농촌지역 노인은 평균 8.45개의 건강문제가 있었으며, 7개의 건강문제를 가진 대상자가 11.2%로 가장 많았고, 그 다음이 6개의 건강문제를 가진 경우 10.3%, 5개와 9개, 11개의 건강문제를 가진 경우가 각각 9.7%이었다. 따라서 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인이 가지고 있는 건강문제 수는 비슷하였다.

2) 건강문제의 순위

대상자의 건강문제의 순위는 <표 5>와 같으며, 각 항목은 건강문제가 있는 노인들의 비율을 제시한 것이다. 가장 빈도가 높은 문제는 예방적 조치의 필요성으로 대상자의 97.7%가 가지고 있었고, 두 번째는 통증이 75.9%, 세 번째는 시각기능장애가 70.2%, 네 번째는 IADL이 67.0%, 다섯 번째는 구강건강이 60.9%, 여섯 번째는 의사소통장애가 52.3%였다. 가장 빈도가 낮은 문제의 순서를 보면, 완화 케어와 공식적 서비스의 감소가 각각 0.2%였고, 그 다음은 노인학대 0.5%, 항정신성 약물 복용 0.9%, 알콜남용과 과도한 음주 3.6%순으로, 5%미만을 나타낸 건강문제들이었다.

3) 지역별 건강문제

<표 5> 지역별 건강문제수 순위와 빈도

(n=440)

영역	건강문제	전체 n(%)	순위	도시지역 (동) n(%)	농촌지역 (읍/면/리) n(%)	χ^2	p
기능수행과 관련된 문제	ADL /재활가능성	91(20.7)	15	20(18.0)	71(21.6)	.642	.423
	IADLs	295(67.0)	4	75(67.6)	220(66.9)	.018	.892
	건강증진	206(46.8)	7	58(52.3)	148(45.0)	1.761	.185
	시설입소의 가능성	19(4.3)	25	6(5.4)	13(4.0)	.425	.515
감각기능과 관련된 문제	의사소통장애	230(52.3)	6	51(45.9)	179(54.4)	2.382	.123
	시각기능	309(70.2)	3	71(64.0)	238(72.3)	2.785	.095
정신건강과 관련된 문제	알콜남용과 과도한 음주	16(3.6)	26	4(3.6)	12(3.6)		1.000 [†]
	인지	185(42.3)	8	47(42.3)	139(42.2)	.000	.983
	행동	26(5.9)	24	6(5.4)	20(6.1)	.068	.795
	우울증과 불안	182(41.4)	9	52(46.8)	130(39.5)	1.840	.175
	노인학대	2(0.5)	28	1(0.9)	1(0.3)		.441 [†]
	사회적 기능	122(27.7)	12	32(28.8)	90(27.4)	.090	.764
건강문제와 관련된 문제	심장-호흡기계	118(26.8)	13	26(22.0)	92(28.0)	.872	.350
	탈수	28(6.4)	23	9(8.1)	19(5.8)	.758	.384
	낙상	155(35.2)	10	36(32.4)	119(36.2)	.508	.476
	영양	60(13.6)	20	18(16.2)	42(12.8)	.839	.360
	구강건강	268(60.9)	5	71(64.0)	197(60.5)	.582	.446
	통증	334(75.9)	2	74(66.7)	260(79.0)	6.934	.008*
	욕창	66(15.0)	19	23(20.7)	43(13.1)	3.810	.051
	피부와 발의 상태	108(24.5)	14	33(29.7)	75(22.8)	2.154	.142
서비스의 이용과 관련된 문제	치료지시 이행	84(19.1)	16	22(26.2)	62(18.8)	.051	.821
	약한 지지체계	32(7.3)	22	7(6.3)	25(7.6)	.206	.650
	투약관리	76(17.3)	18	21(18.9)	55(16.7)	.282	.596
	완화 케어	1(0.2)	29	1(0.9)	0(0.0)		.252 [†]
	예방적 조치	430(97.7)	1	111(100)	319(97.0)	3.452	.063
	항정신성 약물	4(0.9)	27	2(1.8)	2(0.6)		.265 [†]
	공식적 서비스의 감소	1(0.2)	29	0(0.0)	1(0.3)		1.000 [†]
배설조절과 관련된 문제	환경평가	141(32.0)	11	33(29.7)	108(32.8)	.366	.545
	배변 관리	57(13.0)	21	8(7.2)	49(14.9)	4.349	.037*
	요실금과 삽입 카테터	79(18.0)	17	29(26.1)	50(15.2)	6.729	.009*

* p<.05 †: Fisher's exact test

기능수행과 관련된 문제 영역에서의 건강문제를 살펴 보면, IADL문제는 도시지역 노인의 67.6%가, 농촌지역 노인의 66.9%가 가지고 있었다. 즉 IADL문제는 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인이 비슷한 비율로 가지고 있는 건강문제였다. 또한 IADL 다음으로 건강증진, ADL/재활가능성, 시설입소의 가능성 순으로 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인이 비슷한 비율로 건강문제를 가지고 있었다.

감각기능과 관련된 문제 영역에서의 건강문제를 살펴 보면, 시각기능 문제는 도시지역 노인의 64.0%가, 농촌지역 노인의 72.3%가 가지고 있었다. 즉 시각기능 문제는 농촌지역 노인이 도시지역 노인에 비해 많았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인의 건강문제는 시각기능 다음으로 의사소통장애도 농촌지역 노인이 도시지역 노인에 비해 많았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

정신건강과 관련된 문제 영역에서의 건강문제를 살펴 보면, 인지 문제는 도시지역 노인의 42.3%가, 농촌지역 노인의 42.2%가 가지고 있었다. 즉 인지 문제는 비슷한 비율로 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인이 가지고 있는 건강문제이었다. 또한 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인의 건강문제는 인지문제 다음으로 사회적 기능, 행동, 알콜남용과 과도한 음주, 노인학대 순으로 대부분 비슷한 비율로 건강문제를 가지고 있었다. 하지만 도시지역 노인이 농촌지역 노인에 비해 우울증과 불안 문제를 더 많이 가지고 있었다.

건강문제와 관련된 문제 영역의 경우, 통증 문제는 도시지역 노인의 66.7%, 농촌지역 노인의 79.0%로 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 더 많이 가지고 있는 건강문제이었으며, 이는 통계적으로 유의한 차이($\chi^2=6.934, p=.008$)를 보였다. 또한 통증 다음으로 구강건강, 낙상, 심장-호흡기계, 욕창, 영양, 탈수의 순으

로 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인이 비슷한 비율로 건강문제를 가지고 있었다. 하지만 도시지역 노인이 농촌지역 노인에 비해 피부와 발의 상태와 관련된 문제를 심장-호흡기계 문제보다 더 많이 가지고 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

서비스이용과 관련된 문제 영역에서의 건강문제를 살펴 보면, 예방적 조치 문제는 도시지역 노인의 100%가, 농촌지역 노인의 97.0%가 가지고 있었다. 즉 예방적 조치 문제는 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인 대부분이 가지고 있는 건강문제이었다. 그 다음으로 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인의 건강문제는 환경평가, 치료지시 이행, 투약관리, 약한 지지체계, 항정신성 약물, 완화 케어, 공식적 서비스의 감소 순으로 비슷한 비율로 건강문제를 가지고 있었다.

배설조절과 관련된 문제 영역에서의 건강문제를 살펴 보면, 요실금과 삼입 카테터 문제는 도시지역 노인의 26.1%가, 농촌지역 노인의 15.2%가 가지고 있었고, 이는 통계적으로 유의한 차이($\chi^2=6.729, p=.009$)를 보였다. 또한 요실금과 삼입 카테터 문제 다음으로 배변 관리 문제는 도시지역 노인의 7.2%가 농촌지역 노인의 14.9%가 가지고 있었고, 이는 통계적으로 유의한 차이($\chi^2=4.349, p=.037$)를 보였다. 즉 요실금과 삼입 카테터 문제는 농촌지역 노인보다 도시지역 노인에게서 더 많은 건강문제이었고, 배변 관리는 도시지역 노인보다는 농촌지역 노인에게서 많은 건강문제이었다.

4) 지역별 연령군별 건강문제의 비교

대상자의 지역에 따른 연령군별 건강문제의 빈도는 <표 6>과 같으며, 각 항목은 건강문제가 있는 노인들의 비율을 제시한 것이다. 도시지역에서는 74세 미만 노인이 욕창, 항정신성 약물, 요실금과 삼입 카테터 문제가 많았고, 75세 이상의 노인인 경우 알콜 남용과 과도한

<표 6> 지역별 연령군별 건강문제

(N=440)

영역	건강문제		도시지역	농촌지역	χ^2	p
			(동) n(%)	(읍/면/리) n(%)		
기능수행과 관련된 문제	ADL /재활가능성	74세 미만	10(52.6)	31(43.7)	.486	.486
		75세 이상	9(47.4)	40(56.3)		
	IADLs	74세 미만	40(53.3)	109(49.8)	.284	.594
		75세 이상	35(46.7)	110(50.2)		
	건강증진	74세 미만	31(53.4)	74(50.0)	.198	.656
		75세 이상	27(46.6)	74(50.0)		
	시설입소의 가능성	74세 미만	3(50.0)	4(33.3)		.494 [†]
		75세 이상	3(50.0)	8(66.7)		

<표 6> 지역별 연령군별 건강문제(계속)

(N=440)

영역	건강문제		도시지역 (동) n(%)	농촌지역 (읍/면/리) n(%)	X ²	p	
감각기능과 관련된 문제	의사소통장애	74세 미만	21(41.2)	70(39.1)	.071	.790	
		75세 이상	30(58.8)	109(60.9)			
	시각기능	74세 미만	39(54.2)	117(48.1)	.805	.370	
		75세 이상	33(45.8)	126(51.9)			
정신건강과 관련된 문제	알콜남용과 과도한 음주	74세 미만	1(25.0)	6(50.0)	.	.585 [†]	
		75세 이상	3(75.0)	6(50.0)			
	인지	74세 미만	22(47.8)	53(38.1)	1.348	.246	
		75세 이상	24(52.2)	86(61.9)			
	행동	74세 미만	2(33.3)	7(35.0)	.	1.000 [†]	
		75세 이상	4(66.7)	13(65.0)			
	우울증과 불안	74세 미만	24(46.2)	62(47.7)	.035	.851	
		75세 이상	28(53.8)	68(52.3)			
	노인학대	74세 미만	1(100.0)	0(0.0)	.	1.000 [†]	
		75세 이상	0(00.0)	1(100.0)			
	사회적 기능	74세 미만	15(46.9)	43(48.3)	.020	.889	
		75세 이상	17(53.1)	46(51.7)			
건강문제와 관련된 문제	심장-호흡기계	74세 미만	11(42.3)	40(43.5)	.011	.915	
		75세 이상	15(57.7)	52(56.5)			
	탈수	74세 미만	4(44.4)	9(47.4)	.	1.000 [†]	
		75세 이상	5(55.6)	10(52.6)			
	낙상	74세 미만	19(52.8)	52(43.7)	.918	.338	
		75세 이상	17(47.2)	67(56.3)			
	영양	74세 미만	9(50.0)	27(64.3)	1.071	.301	
		75세 이상	9(50.0)	15(35.7)			
	구강건강	74세 미만	34(47.9)	77(42.3)	2.132	.344	
		75세 이상	37(52.1)	105(57.7)			
	통증	74세 미만	32(43.2)	131(50.6)	1.240	.266	
		75세 이상	42(56.8)	128(49.4)			
	욕창	74세 미만	15(65.2)	16(36.4)	5.058	.025	
		75세 이상	8(34.8)	28(63.6)			
	피부와 발의 상태	74세 미만	16(48.5)	34(45.3)	.092	.762	
		75세 이상	17(51.5)	41(54.7)			
	서비스의 이용과 관련된 문제	치료지시 이행	74세 미만	11(50.0)	33(53.2)	.068	.795
			75세 이상	11(50.0)	29(46.8)		
약한 지지체계		74세 미만	4(57.1)	8(32.0)	1.475	.225	
		75세 이상	3(42.9)	17(68.0)			
투약관리		74세 미만	7(33.3)	23(41.8)	.458	.499	
		75세 이상	14(66.7)	32(58.2)			
완화 케어		74세 미만	1(100.0)	0(0.0)	.	.	
		75세 이상	0(0.0)	0(0.0)			
예방적 조치		74세 미만	59(53.2)	162(50.8)	.185	.667	
		75세 이상	52(46.8)	157(49.2)			
항정신성 약물		74세 미만	2(66.7)	3(42.9)	1.397	.497	
		75세 이상	1(33.3)	4(57.1)			
공식적 서비스의 감소		74세 미만	0(0.0)	0(0.0)	.	.	
		75세 이상	0(0.0)	1(100.0)			
환경평가		74세 미만	14(42.4)	48(44.4)	.042	.838	
		75세 이상	19(57.6)	60(55.6)			

<표 6> 지역별 연령군별 건강문제(계속)

(N=440)

영역	건강문제		도시지역	농촌지역	X ²	p
			(동)	(읍/면/리)		
			n(%)	n(%)		
배설조절과 관련된 문제	배변 관리	74세 미만	1(12.5)	22(44.9)	1.673	.125†
		75세 이상	7(87.5)	27(55.1)		
	요실금과 삽입 카테터	74세 미만	18(62.1)	23(46.9)		
		75세 이상	11(37.9)	26(53.1)		

†: Fisher's exact test

음주, 행동, 투약관리, 배변 관리 문제가 더 많았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 농촌지역에서는 74세 미만 노인이 영양문제가 많았고, 75세 이상의 노인인 경우 시설입소의 가능성, 의사소통장애, 인지, 행동, 욕창, 약한 지지체계 문제가 더 많았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 도시지역 노인과 농촌지역 노인간에 통계적으로 유의한 차이를 보인 건강문제는 욕창뿐이었다. 욕창 문제인 경우 도시지역에서는 74세 미만의 노인의 65.2%, 75세 이상 노인의 34.8%가 욕창을 가지고 있었고, 농촌지역에서는 74세 미만 노인의 36.4%, 75세 이상 노인의 63.6%가 욕창 문제를 가지고 있었다. 도시지역에서는 74세 미만의 노인에게서, 농촌지역에서는 75세 이상의 노인에게서 욕창의 문제가 많았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=5.058$, $p=.025$).

IV. 논 의

본 연구는 일 도농복합지역에 거주하는 60세 이상 저소득층 노인들의 건강문제를 분석하였다. 대상자들 중 여성이 71.4%로, 이는 전국규모의 노인생활실태 조사(정경희 등, 2005)의 여성노인 비율 61.7%보다는 높으며, 일 도시지역의 저소득층 노인을 대상으로 한 황보수자와 김혜령(2003)의 연구에서 제시한 여성노인 비율인 87.5%보다 낮은 결과를 보였다. 본 연구 대상자 중 74세 미만 노인인 경우가 51.8%, 75세 이상의 노인은 48.2%이었다. 이는 보건사회연구원(2005)이 제시한 65-74세 노인비율 66.3%, 75세 이상 노인비율 33.7%의 결과와 비교할 때, 본 연구 대상자 중 65세 이상 노인인구군과 비교한다면, 74세 미만의 노인은 47%, 75세 이상의 노인은 53%로, 본 연구의 고령노인군이 더 많음을 알 수 있다.

의료보장유형을 살펴보면, 본 연구대상자인 60세 이상 노인에서 건강보험유형이 47.8%, 국민기초생활보장수급자인 경우는 52.2%로 두 군의 비율이 비슷하였으

나, 재정적인 어려움에 응답한 비율은 32.3%이었다. 이는 복지관에 등록되어 있는 재가노인의 건강문제를 연구한 유인영(2004)이 제시한 의료보호 비율 59.3%보다는 약간 낮았다. 하지만 도시지역 독거노인을 대상으로 한 연구(강혜영, 서남숙과 김영희, 2004)의 초기, 중기, 후기 노인들의 의료보호 비율은 각각 28.1%, 31.3%, 40.9%로 본 연구결과가 높아 이와는 다른 양상을 보였다. 또한 일반적인 노인을 대상으로 한 연구(정경희 등, 2005)에서 65세 이상의 국민기초생활보장수급자와 65세 이상의 차상위 저소득노인에게 지급되는 경로연금 비율은 12.8%로, 본 연구의 국민기초생활보장수급자의 비율이 전국규모의 노인을 대상으로 조사한 경로연금 비율자보다 훨씬 높았는데, 이는 본 연구의 대상자가 주로 국민기초생활보장수급자이었기 때문으로 사료된다.

또한 사회복지연구원(2005)의 연구에서 노인의 주관적 경제상태가 비교적 좋은 편이 11.3%, 보통이라고 대답한 비율은 38.7%, 나쁜 편이라고 응답한 경우는 50.0%로 제시된 결과에 비해, 본 연구 대상자 중 재정적인 어려움이 있다에 응답한 경우는 32.3%로 경제적 어려움을 덜 호소하였다. 특히 본 연구대상자가 국민기초생활수급자가 많음에도 불구하고 이러한 결과가 나타난 것은 주관적 경제상태의 인식을 어떻게 접근하느냐에 따라 실제의 경제상태와 다른 결과를 보일 수 있으므로, 이에 대한 평가가 좀 더 객관화되어야 할 것이다.

본 연구에서는 MDS-HC의 30개 건강문제를 기반으로 노인의 건강문제를 분석한 결과 평균 8.47개의 문제를 가지고 있었다. 이는 재가복지서비스를 받고 있는 노인을 대상으로 건강문제를 MDS-HC 도구로 평가한 유인영(2004)의 연구의 11.28개보다는 적었다. 이는 본 연구의 대상노인들이 방문간호사업을 통해 관리를 받고 있기 때문에 건강문제수가 적은 것으로 사료된다. 재가와상노인을 대상으로 사례관리를 통해 노인건강관리를 시도한 연구(김희걸, 2001)에서는 MDS-HC를 사용하여 사례관리 적용 전, 후의 총건강문제수를 파악한 결과

각각 11.5개, 8.3개로, 사례관리적용 후에 건강문제수가 감소한 계가와상노인의 사후건강문제 개수와 본 연구 대상노인의 건강문제수가 비슷하였다.

MDS-HC의 30개 건강문제 중 노인의 50%이상이 가지고 있었던 문제는 예방적 조치의 필요성, 통증, 시각기능, IADL, 구강건강, 의사소통 장애로, 백승리(2000)의 결과와 일치하며, 유인영(2004)의 결과와는 IADL을 제외한 건강문제와 일치하는 결과를 보였다. 이들 문제들 중 대상자가 가장 많이 가지고 있었던 예방적 조치의 필요성과 두 번째인 통증, 그리고 세 번째로 많은 시각기능장애의 경우에는 김희걸(2001), 이꽃메와 김화중(2000), 백승리(2000), 유인영(2004)의 결과와 모두 일치하였다. 이는 방문간호 서비스의 우선순위를 예방적 조치의 필요성과, 통증, 시각기능장애에 두어 이에 대한 전략적 중재가 필요함을 시사하고 있다. 예방적 조치는 일반적으로 예방접종과 건강검진을 말하는데, 여기서는 지난 2년간 혈압측정, 독감 예방접종, 대변 잠혈 검사나 내시경 검사, 여성의 경우에는 자궁암 검진을 포함한 검사들 중 하나 이상을 하지 않았을 때 예방적 조치가 필요하다고 본다. 보건사회연구원(2005)에 따르면 노인의 독감예방접종률은 75.7%로 전체 노인의 3/4정도가 접종하였으나, 건강검진수진율의 경우 52.0%에 그쳤음을 보고하였으며, 통계청(2004)은 2002년 60세 이상 인구 중 74.1%는 복지서비스를 원하고 있으며, 복지서비스 중 건강 검진을 가장 원하고 있음을 보고한 결과와도 일치한다. 국가암조기검진사업이나 국민건강보험공단에서 실시하는 자궁암검진이나 대변잠혈검사는 저소득층이 무료로 검진받을 수 있는 검진 항목 중의 하나지만, MDS-HC로 건강문제를 평가한 연구(김희걸, 2001; 이꽃메와 김화중, 2000; 백승리, 2000; 유인영, 2004)의 대부분에서 가장 높은 건강문제는 예방적 조치의 필요성으로 꼽혔다. 이들 연구의 대상자가 대부분 노인으로 이에 대한 검진을 무료로 받을 수 있음에도 불구하고 예방적 조치의 필요성이 가장 높은 건강문제로 나온 결과는, 노인건강검진사업이 절대적으로 부족한 현실(김화중 등, 2000)과 저소득층에게 무료로 해주는 암검진에 대한 홍보 미흡, 그리고 지역주민의 의료접근성이 용이하지 않은지에 대한 검토가 필요함을 보여준다. 또한 건강에 대한 캠페인에 대한 수용도는 인구통계적, 사회심리적 특성에 따라 다르게 나타나므로(Chaloupka, 1991), 특히 저소득층 노인에게는 방문간호사가 증상관리나 질병치료도 중요하지만 건강검진 교육을 강조하고 실행을 권유하는 것이 필요하다.

건강문제와 배설조절 영역에서 농촌지역 노인이 도시 지역 노인보다 통증이나 배변관리와 같은 배설의 문제를 많이 가지고 있었고, 도시지역 노인은 요실금과 삼입 카테터의 문제를 더 많이 가지고 있었다. 이에 따른 실금 패드나 카테터의 사용도는 도시와 농촌에 따라 차이를 의미하여, 농촌지역에서 통증이나 배설에 관한 건강문제를 도시와 농촌에 맞게 관리할 수 있는 전략수립이 필요하다.

노인의 지역별 연령군별 건강문제의 빈도를 살펴보면, 농촌지역에 거주하는 노인 중 74세 미만 노인은 영양문제에서만 더 많은 문제를 보였고, 75세 이상의 노인은 시설입소의 가능성, 의사소통장애, 인지, 행동, 욕창, 약한 지지체계 문제가 많은 것으로 나타났다. 이에 비해 도시지역에 거주하는 노인들의 경우, 74세 미만 노인이나 75세 이상의 노인 중 어느 한 군이 건강문제를 더 많이 가지고 있지 않았다. 이는 연령이 증가할수록 건강수준이 나빠진 결과를 보여준 연구(김혜령, 2003; 강혜영, 서남숙, 김영희, 2004)와 본 연구의 농촌지역에 거주하는 노인들에 한해서 일치하는 결과를 보였다. 이는 농촌지역의 고령노인일수록 건강문제에 취약하며 관리가 나쁜 것을 의미한다.

하지만 본 연구의 대상자는 일개 지역에서 편의 추출하였으므로 연구결과를 일반화할 때는 신중을 기해야 할 것이며, 횡단적 서술 연구설계로서 변수들에 대한 정보를 일정시점에서 수집하였으므로 변화를 추론하는데 제한이 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일 도농복합 지역에 거주하는 60세 이상의 저소득층 노인의 건강문제를 파악하기 위해 도시지역에서 101명, 농촌지역에서 329명, 총 440명을 2004년 6월28일에서 7월 9일까지 훈련된 면접원이 일대일 심층면접을 하여 자료를 수집하였다.

대상자의 일반적 특성과 건강문제 등을 알아보기 위해 MDS-HC를 이용하여 수집된 자료는 개발된 Access Program에 입력한 후 SPSS/WIN 11.0을 이용하여 분석하였다.

본 연구결과는 다음과 같았다.

- 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인의 총 건강문제 수는 평균 8개로 똑같았으며, 건강문제는 예방적 조치, 통증, 시각기능장애의 순으로, 농촌지역 노인과 도시지역 노인이 같은 순서를 보였다.

- 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 많이 가지고 있는 건강문제는 통증과 배변관리 문제였고, 도시지역 노인이 농촌지역 노인보다 많이 가지고 있는 건강문제는 요실금과 삼입 카테터 문제이었다.
- 도시지역의 경우 74세 미만의 노인에게서, 농촌지역의 경우 75세 이상의 노인에게서 욕창문제가 많았다.

결론적으로 도농복합지역 저소득층 도시지역 노인과 농촌지역 노인은 대부분이 여성으로 모두 한 개 이상 평균 8개의 건강문제를 가지고 있어 복합적인 건강요구를 나타내고 있으며, 예방적조치의 필요성에 대한 건강문제는 대부분 가지고 있었다. 비록 본 연구에서 도농복합지역의 도시지역과 농촌지역의 노인이 가지고 있는 건강문제가 확연한 차이점을 보이진 않았지만 방문간호사업의 확실적인 서비스에서 벗어나 지역별 대상자의 건강요구에 따른 서비스 제공전략 개발이 필요하다. 특히 노인의 예방접종과 건강검진을 높일 수 있는 전략수립과 여성노인 건강관리 전략개발이 필요하다. 또한 농촌지역에 거주하는 노인의 경우 75세 이상 노인의 건강문제가 74세 미만 노인에 비해 심각하여 앞으로의 고령노인의 증가추세로 볼 때 이들에 대한 대책 수립이 시급하다.

참 고 문 헌

- 강혜영 (1996). 일부 영·호남지역의 도시·농촌노인의 건강상태 비교연구. *간호과학논집*, 1, 105-123.
- 강혜영, 서남숙, 김영희 (2004). 일 도시 독거노인의 연령 군별 건강양상. *대한간호학회지*, 34(6), 1057-1068.
- 고일선, 김조자, 이태화, 이경자, 김익숙, 마희경, 이영숙, 박경민 (2002). 2000년 보건소 공공근로 방문간호사업 평가. *대한간호학회지*, 32(3), 344-354.
- 김남초, 양 수 (2001). 일부 지역사회 노인의 신체건강상태와 우울. *대한간호학회지*, 31(6), 1012-1020.
- 김희걸 (2001). *재가와상노인의 사례관리 모형개발 및 효과 -RAI 적용을 중심으로-*. 중앙대학교 박사학위논문.
- 김화중, 전경자, 김희걸, 소애영, 이꽃매, 김은영, 박은옥 (2000). *재가와상노인의 보건·의료·복지서비스 요구사정 및 서비스 내용개발*. 보건복지부 정책연구사업 최종보고서.
- 김혜령 (2003). 일 도시지역 노인의 건강상태에 관한 연구. *대한간호학회지*, 33(5), 544-552.
- 문종원 (1999). *도농 복합지역 주민의 사회 복지 의식 조사-용인시를 중심으로-*. 강남대학교 석사학위논문.
- 백승리 (2000). *MDS-HC 2.0을 활용한 지역사회 주민의 건강 및 기능상태 평가 -일개 보건진료소 방문간호사업을 중심으로-*. 연세대학교 석사학위논문.
- 보건복지부 (2004). *보건복지백서*. 보건복지부 (www.mohw.go.kr)
- 보건복지부 (2004). *2004년도 방문보건사업 운영지침*. 보건복지부 공공보건관리과.(www.mohw.go.kr)
- 신경림, 김정선 (2004). 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계연구. *대한간호학회지*, 34(5), 869-880.
- 신선혜 (2001). *경로당이용 노인의 건강상태와 건강관리 서비스 이용관련요인 분석*. 연세대학교 석사학위논문.
- 신유선 (1997). 일부 도시·농촌노인의 건강상태 비교연구-부산·경남지역을 중심으로-. *지역사회간호학회지*, 8(2), 237-249.
- 전경자, 조윤미 (2001). 일개지역 저소득층 노인의 신체적 기능상태에 관한 연구. *대한간호학회지*, 31(5), 749-757.
- 정영미, 김주희 (2004). 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 비교. *대한간호학회지*, 34(3), 493-503.
- 정경희, 오영희, 석재은, 도세록, 김찬우, 이윤경, 김희경 (2005). *2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사*. 한국보건사회연구원 정책연구사업 최종보고서.
- 조유향, 박윤창 (2003). 일부지역 재가노인의 연령, 생활습관과 건강상태와의 관계. *한국노년학*, 23(2), 141-153.
- 최현수, 류연규 (2003). 우리나라의 노인빈곤 동향 및 빈곤구성에 대한 연구. *한국노년학*, 23(3), 143-160.
- 유인영 (2004). 재가노인의 건강문제와 보건·복지 서비스 지원 실태에 관한 연구. *대한간호학회지*, 34(1), 111-122.
- 윤진 (1985). *성인·노인 심리학*. 중앙적성출판사
- 윤혜영 (1988). *한국노인의 건강상태에 관한 사회의학적 비교분석 연구*. 경희대학교 박사학위논문.
- 이금숙 (2004). *단독가구 노인의 간호요구도 조사*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이명숙 (2003). 일 지역 독거 노인의 간호요구에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 33(6), 812-819.
- 이태화, 고일선, 이경자, 강경화 (2005). 빈곤층 노인

의 건강상태, 건강인식 및 건강증진행위 실천 간의 관계-보건소 방문간호 대상자 중심으로-. *대한간호학회지*, 35(2), 252-261.

이꽃메, 김화중 (2000). MDS-HC 2.0을 이용한 재가 노인의 우울 및 불안 현황 분석. *한국노년학*, 20(2), 109-121.

황보수자, 김혜령 (2003). 일 도시지역 저소득층 노인의 유병상태와 공공근로 방문간호. *노인간호학회지*, 5(2), 228-239.

통계청 (2004). 2004 *고령자 통계*. Unpublished report.(www.nso.go.kr)

통계청 (2005). *장래인구 특별추계 결과*. 통계청. (www.nso.go.kr)

Chaloupka, F. (1991). Rational addictive behavior and cigarette smoking. *Journal of Political Economy*, 99(4), 722-742.

Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murrhy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home resident assessment instrument in the U.S. *Age and Aging*, 19-25.

Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., carpenter, I., & Gilgen, R. (1996). *Rai-Home Care Assessment Manual*. interRAI Overview Committee.

Purpose: The purpose of this study was to analyze the health problems of low-income aged with chronic illness living in urban-rural composite area. **Method:** The sample consisted of 440 aged who were receiving home care services from a public health center. MDS-HC was applied to analyze the health problems of the aged. Data were collected through a face-to-face interview by six trained interviewers from June 28 to July 15, 2004. **Result:** Subjects had average number of 8 health problems in both urban and rural area. Lack of preventive health care measure, pain, and visual function were the most frequent health problem. The rural aged had more pain, bowel management problems, compared to the urban aged having more urinary incontinence and indwelling catheter. There were many health problems related to falls and pressure ulcers with middle-old aged in urban, and old-old aged in rural area. **Conclusion:** The results of this study showed strategies for care intervention of low-income elderly to put in practice. Therefore, tailored-service for each subject should be provided.

- Abstract -

Key concept : Low-income, Elderly, Health problem, Home care service

Analysis of Health Problems of Low-income Home Care Elderly at a Urban-Rural Composite Area

Ko, Il-Sun*·Lee, Tae-Wha*·Lee, Kyung-Ja*
 Lee, Chung-Yul*·Lim, Mi-Hye***
 Cheon, Eui-Young***·Ju, Yoon-Mi***
 Lee, Kye-Cheol****

* Associate Professor, Yonsei University College of Nursing, Nursing Policy Research Institute
 ** Professor, Yonsei University College of Nursing, Nursing Policy Research Institute
 *** Researcher, Yonsei University College of Nursing, Nursing Policy Research Institute
 **** The Head of Public Health & Hygiene Division, Gyeonggi Provincial Government