

# 고령자의 요구도 분석을 반영한 고령자 맞춤형 건강관리 서비스 모델

## Reflecting the needs analysis of the elderly Elderly personalized health care service model

정은영<sup>1</sup>, 김재승<sup>2</sup>, 박동균<sup>3\*</sup>

Eun-Young Jung<sup>1</sup>, Jae-Seoung Kim<sup>2</sup>, Dong Kyun Park<sup>3\*</sup>

### 요약

건강관리 서비스를 통한 고령자의 건강증진 효과에 관련한 연구는 그 동안 많이 진행되어 왔지만 정작 건강관리 서비스를 효과적으로 제공하기 위해 고령자들의 니즈를 파악한 연구는 미흡한 실정이다. 본 연구는 이러한 문제점을 해결하고자 도시, 농촌간의 지역별 특징과 수요를 분석을 통해 고령자 건강관리 서비스의 방향성을 제시하였다. 이를 위해 도심지역과 농촌지역별 고령자의 건강관련 프로그램 이용현황 및 건강관리방법과 건강관리 서비스 형태 및 콘텐츠에 대한 지역별 수요 분석을 통하여 맞춤형 건강관리 서비스 모델의 개선 방향을 제시하였다.

핵심어 : 건강관리서비스, 맞춤형 서비스, 지역별 요구도 분석

### Abstract

The research on the health promotion effect of the elderly through the health care service has been going on for a long time, but there is insufficient research to grasp the needs of elderly people in order to effectively provide health care services. In order to solve these problems, this study suggested the direction of health care service for elderly people by analyzing regional characteristics and demand among rural areas. To this end, the direction of improvement of customized healthcare service model was suggested through the analysis of the health - related program utilization status, health management method, health care service type, and contents demand of the elderly by urban area and rural area.

Keyword : Healthcare Service, Personal Customized Service, Regional needs Analysis

1 Health IT Research center, Gachon University Gil Medical Center, Incheon, Korea [Researcher]  
e-mail: eyjung@gilhospital.com

2 Health IT Research center, Gachon University Gil Medical Center, Incheon, Korea [Graduate Student]  
e-mail: rememberguy@hanmail.net

3 Department of Computer Science, Gachon University, Gyunggi-Do, Korea [Professor]  
e-mail: pdk66@gilhospital.com (Corresponding author)

\* 본 연구는 한국보건산업진흥원을 통해 보건복지부 「100세, 사회 대응 고령친화제품 연구개발사업」의 재정 지원을 받아 수행된 연구임. (과제고유번호 HI14C1435)

Received(October 15, 2018), Review Result(1st: November 03, 2018), Accepted(December 04, 2018), Published(December 31, 2018)

## 1. 서론

우리나라는 21세기 이래 빠르게 고령화 사회에 진입하였고, 통계청에 따르면, 국내의 65세 이상 고령 인구는 2014년 전체 인구 중 12.7%를 차지하였으며, 2024년에는 19.0%, 2034년에는 27.6%로 계속 늘어날 전망이다[1]. 2026년에는 초 고령화 사회로의 진입이 예상되며, 급속한 속도로 늘어나는 고령인구의 비중과 함께 건강에 대한 사회적 욕구와 관심 증대로 질환 예방 및 건강관리 서비스에 대한 니즈가 커지고 있다[2].

또한, 2014년 노인실태조사 결과 65세 이상 노인의 89%가 한 가지 이상의 만성질환을 지니고 있으며, 두 가지 이상의 복합질환자도 70%에 이르고 있다. 이에 따른 의료 이용률도 높아 평균 5개 이상의 의사처방약을 복용하고 있으며, 78%가 지난 1개월간 의료기관을 이용하고 18%가 지난 1년간 입원한 경험을 갖고 있다. 노인진료비는 지속적으로 증가하여 2014년 전체진료비의 36%를 차지하고 있다.

이와 같은 고령인구의 급속적인 증가와 이에 따른 의료비지출에 대한 문제는 지속적인 사회적 이슈로 부각될 것이며, 노인의 건강유지가 본인의 삶의 질적 측면에서뿐 아니라 의료 및 사회 재정적 측면에도 기여하므로 노인의 건강손실을 예방하고 건강을 증진 시킬 수 있는 건강관리서비스를 개발할 필요가 있다. 또한, 최근에는 전 세계적으로 도시, 농촌 간 고령인구의 구성 비율이 달라지고 거주하는 노인들의 운동 참여율과 신체활동에 영향을 미칠 수 있는 신체적, 정신적 건강, 사회적지지, 이용할 수 있는 건강서비스 등이 다를 수 있기 때문에 거주지별로 고령 인구의 위와 같은 특성을 고려해야 한다[3].

따라서 본 논문에서는 고령자 유형에 따른 특성에 대한 분석을 진행하되, 도시 및 농촌 지역 고령자의 건강관리서비스 요구도를 비교 분석하여 이를 고려한 고령자 맞춤형 건강관리 서비스 모델을 제시하고자 한다.

## 2. 이론적 논의와 연구모형

### 2.1 이론적 논의와 연구모형

급속도로 고령화가 진행되는 우리나라에서는 고령자 건강관리서비스는 사회적으로 가장 크게 주목받는 이슈에 속한다. 급속한 경제 성장 및 부의 양극화로 타국에 비해 노인 빈곤율과 자살율이 OECD 국가 중 1위이다[4]. 노인질환으로 국가적 관리가 필요한 노인이 증가하고 있지만, 해당 현상은 심화되는데 비해 복지는 이를 따라가지 못하는 실정이다.

국내 지역에서도 농촌의 경우 노인인구 비율이 20%를 넘는 지역이 81.7%에 이르렀으며, 도시에 비해 다소 낮은 생활 수준을 보이는 농촌의 특성 상 노인의료비 증가로 인한 건강관리 미비를 예방하기 위해서, 사전 예방적 보건의료서비스 및 건강관리서비스에 대한 요구가 증대되고 있다[5].

## 2.2 선행연구 현황 및 문제점

### 2.2.1 노인 건강수준 판단 기준

고령자 건강관리에 대한 연구는 고령화 사회에 진입한 이래 지속적으로 연구되어 왔다. 일반적인 연령층의 기준과 차별화되어 고령자의 건강 수준, 건강 결정 지표 등을 정의하는 선행 연구가 존재한다.

노인의 건강 수준은 5단계로 구분 가능하며, 건강상태, 질병이환, 신체손상, 기능제한, 생활장애의 단계가 존재하며, 2단계 이상의 경우, 허약 노인으로, 5단계의 노인의 경우 장애 노인으로 판단한다. 건강관리서비스가 질병을 예방하고 노인 건강의 지속적인 관찰 및 관리를 목표로 하고 있으며, 도시-농촌 간 거주 환경을 고려하여 건강 단계에 따른 차등 기준을 적용한다[6].

이러한 건강 수준 단계를 구분하기 위해서 측정항목은 각 연구마다 차이가 있으나, 크게 병리상태 지표, 손상지표, 기능제한 지표로 나누어 각 항목을 체크하는 방식을 사용하고 있다[7]. 다만, 해당 지표는 노인의 신체적 상태만을 고려하는 맹점이 존재한다. 현대사회의 개인화 및 독립화로 가족의 분리가 이뤄지고 독거 노인 혹은 노인 부부 가정이 늘어났음을 고려할 때, 노인이 주거하는 도시특성, 주변인의 존재, 정서적 지표에 해당하는 스트레스, 행복감 등을 고려하여 노인의 건강관리 필요성을 판단해야 한다.

또한, 교육수준, 소득수준의 차이가 노인 건강에 직접적인 영향을 주는 연구 결과가 보고되어 있다[8]. 도시-농촌 간 해당 지표가 유의미한 차이를 보이고, 이로 인한 평균 건강 상태의 차이가 남을 고려하여 건강관리서비스 모델을 수립하도록 해야한다.

### 2.2.2 국내 건강관리 서비스 분석

국내 교육 프로그램으로는 구미옥(2012년)은 경로당 노인의 전반적인 건강증진을 도모하기 위해 필수적으로 실천해야 하는 건강행위 증진을 목적으로 '내 몸 건강, 이웃사랑, 행복한 노년' 프로그램을 개발하였으며, 건강전문가에 의한 프로그램 수행이 종료된 후에도 노인들이 자체적으로 프로그램을 수행할 수 있도록 노인건강지도자를 양성하여 지속가능한 프로그램 수행을 시도하였다. 연구 결과 본 프로그램은 경로당 노인의 건강증진행위, 체력, 지각된 건강상태, 경로당 역량을 감소시키는데 효과적인 것으로 확인되었다[9].

이강숙(2014)은 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증의 환자 중심 자가관리 프로그램을 개발하였다. 영국의 EPP 프로그램을 기반으로 Q&A카드를 구성하고 이를 활용 하여 자조모임 활동을 진행하였다.

그리고 자기효능감을 최대한 증진시켜 지속적으로 자가관리를 할 수 있도록 하여 건강유지와 증진을 도모하고자 하였다[10].

### 2.2.3 국외 건강관리 서비스 분석

미국의 Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) 프로그램은 스탠포드대학에서 개발한 ‘만성질환 자가 관리 프로그램으로써 Bandura 박사의 사회인지이론(Social Cognitive Theory)에 기반을 두고 있는데, 인간의 행동은 환경과 개인 상호 간 관계의 결과물로 보면서 인간의 행동을 변화시키기 위해서는 환경의 변화와 개인의 자신감(self-confidence) 회복이 선행되어야 한다는 것이다. 참가자의 목표 설정을 도와주고 문제해결 능력을 배양시키면서 이들이 만성질환을 스스로 관리할 수 있다는 자신감을 향상시키는데 초점을 맞추고 있다[11]. CDSMP를 바탕으로 많은 연구들이 진행되었는데 Stevens M(2003)에서는 노인의 라이프스타일 변경할 수 있는 요소는 자기효능감과 즐거움, 사회적 지원이 결과에 중요한 역할을 한다고 하였다[12].

Expert Patients Programme(EPP)는 영국 보건부에서 2002년에 National Health Services(NHS)에 Expert Patients Programme(EPP)의 핵심프로그램인 CDSMP를 도입하여 Bandura(1971)의 사회학습 이론에 근거하고 있으며, 이 코스(6주 프로그램) 참여의 결과로는 식이개선, 새로운 사람과의 만남, 감정 통제능력 증진과 자기인식, 자기가치의 증진 등이 있으며, 주요 결과는 일반적으로 자신감이 증가되는 것이다[13].

이 코스 참여로 인해 자가관리에 대한 자신감이 증진되고 이는 사회적 결과와 건강관련 결과가 나타나며 이 결과가 다시 자가관리에 대한 자신감을 증진시키는 선순환 구조를 가져온다. 운영의 핵심 기술은 유사한 상황에 있는 사람으로 동료집단을 구성하여 학습효과를 극대화하며 역할모델이 되도록 하는 것이며, 주단 위로 성취 가능한 작은 단위의 세분화된 목표 수립 방법을 학습하며 매 세션 마다 목표를 설정하고 이에 대한 활동계획을 수립하는 것이다. 활동계획대로 수행할 수 없을 시의 대처방법에 대해서도 논의하고 교육을 수립해야 한다. 그리고 문제 발생 이유에 대해 스스로 진단하여 해결방법을 작성하고 동료 집단과 공유한 후 동료집단으로부터 동기부여와 역할 모델을 함으로써 성취감과 자존감이 증진될 수 있도록 한다[10].

## 2.2 선행연구 현황 및 문제점

통계청의 자료에 따르면, 도시와 농촌 지역의 노인인구비율을 비교하면, 도시지역은 7.2%, 농촌 지역은 18.6%로 2배가 넘는 차이를 보인다[14].

도시-농촌 간 노인의 생활실태가 실제적으로 차이를 보이며, 그 유형에 따라 도시-농촌 간 각각 더 높은 수치를 보이는 항목이 다르다. 예로, 건강실태측면에서 건강의식수준, 운동, 식습관, 질병 상태와 같은 지표는 도시 지역의 노인이 양호한 수치를 나타내는 반면, 이웃 간의 커뮤니케이션과

같은 사회적 지표는 농촌지역거주 노인이 더 양호한 결과를 보인다[15].

이러한, 각 도시-농촌의 신체적 기능면, 인지·정신적 측면의 차이에 대한 조사 및 연구결과를 바탕으로 하여, 각 지역에 맞는 맞춤형 건강관리서비스 모델을 제시한다.

### 3. 연구방법

#### 3.1. 연구대상

본 연구에서는 도심지역과 농촌지역의 건강관리 서비스 요구도를 비교 분석하기 위해 70세를 기준으로 향후 고령자 진입층을 포함한 55세 이상 69세 미만의 연령층과(52%) 70세 이상의 고령자 층(52%)을 대상으로 하여 도시 지역 노인 308명, 농촌지역 노인 110명을 대상으로 개별면접조사를 실시하였다. 이 중 응답이 부정확하거나 자료 수집 도중 포기한 13명(도시 8명, 농촌 5명)을 제외한 405명이 최종 연구대상이 되었다.

#### 3.2. 연구설계

본 연구에서는 [표 1]과 같은 방법으로 도시지역과 농촌지역별 조사 대상자들의 1) 보유질환 및 건강상태, 2) 과거 건강관리 서비스 경험 여부, 3) 평상시 건강관리 방법, 4) 건강관리서비스 요구도, 5) 주거환경 등을 분석한다. 이상의 분석 결과를 토대로 거주지별 고령자 특성을 파악하고, 이를 반영한 효과적인 맞춤형 건강교육 서비스 모델을 도출한다.

[표 1] 도시-농촌 간 EQ-5D 조사 결과

[Table 1] Urban-rural EQ-5D survey results

| 범주      | 단계     | 도시(%) | 농촌(%) |
|---------|--------|-------|-------|
| 운동 능력   | Level1 | 67.3  | 30.0  |
|         | Level2 | 32.0  | 61.0  |
|         | Level3 | 0.7   | 0.0   |
| 자기 관리   | Level1 | 87.7  | 71.4  |
|         | Level2 | 12.3  | 28.6  |
|         | Level3 | 0.0   | 0.0   |
| 일상 활동   | Level1 | 74.3  | 45.7  |
|         | Level2 | 25.3  | 53.3  |
|         | Level3 | 0.3   | 1.0   |
| 통증 / 불편 | Level1 | 50.7  | 31.4  |
|         | Level2 | 47.0  | 61.9  |
|         | Level3 | 2.3   | 6.7   |
| 불안 / 우울 | Level1 | 78.3  | 67.6  |
|         | Level2 | 20.0  | 29.5  |
|         | Level3 | 1.7   | 2.9   |

### 3.3. 자료수집

본 연구의 자료수집 기간은 2015년 3월 20일부터 23일 까지 12명의 선행 조사를 실시한 후 3월 30일부터 4월 20일까지 진행하였으며, 조사 지역으로 선정된 1개 대도시와 1개 농촌에 거주하는 55세 이상의 고령자 진입층과 70세 이상의 고령자층을 대상으로 개별면접 조사를 실시하였다. 조사 대상자 선정은 도심 지역은 인천광역시 소재 노인복지관 프로그램에 참여 중인 고령자와 아파트 경로당 및 주변지역 고령자를 대상으로 하였고, 농촌 지역은 진도 소재의 노인 복지관 및 노인정 주변지역 고령자를 대상으로 1:1 인터뷰를 통해 진행하였다. 인터뷰 진행 전에 본 연구 대상자에 해당하는 나이와 인지정도를 고려하여 418명을 조사하였고 응답지 405부를 분석에 활용하였으며, 설문작성에는 약 20~30분 정도 소요되었다.

## 4. 연구결과

### 4.1. 건강관련 프로그램 이용현황 및 건강관리방법 분석

#### 4.1.1 보유질환 및 건강상태

고령층일수록 만성질환의 위험에 노출되기 쉽고 현재의 건강상태가 치료 혹은 합병증 예방에 큰 영향을 주기 때문에 보유하고 있는 질환 및 건강상태는 건강관리 서비스의 주요 대상을 어떤 것으로 결정하는지에 대해 큰 지표가 된다.

일상생활에 있어 농촌은 도심지역에 비해 고령층이 혼자 일상생활을 하는데 지장이나 통증/ 불편감을 느끼는 비율이 높은 것으로 나타났다. 운동능력과 일상 활동에 있어 도심지역과의 격차가 크게 나타났다.

일상생활의 불편도를 측정하는 EQ-5D 조사 결과, 대체적으로 농촌 지역이 도심 지역에 비해 두 배 가량 높은 수치를 보였다. 이는 농촌 지역 고령층의 연령대가 평균적으로 높은 이유뿐만 아니라, 건강관리 서비스에 대한 접근성이 떨어지는 지역적 특성, 재정적 여유의 부족함 등의 이유가 있을 것으로 추론된다.

또한, 3개월 이상 앓고 있는 질환은 도시-농촌지역 모두 ‘고혈압’이 가장 높게 나타났다. 건강관리 서비스를 제공함에 있어서 두 지역 모두 해당 질환에 대해 중점을 두어야 할 것으로 판단된다. 그 외의 질환으로는 도심지역의 경우 ‘당뇨’, ‘골다공증’, ‘관절증’의 순서를 보였고, 농촌 지역의 경우 ‘당뇨병’, ‘관절증’, ‘골다공증’ 순으로 비슷한 결과를 보였다. 다만, 도심 지역의 경우, 앓고 있는 질환이 없다는 대답이 23.7%로 농촌지역의 4.8%에 비해 큰 차이를 보였다. 또한, ‘본인의 건

강상태가 좋은 편인가?’에 대한 설문에서 도심지역 45.7%, 농촌지역 17.1%가 ‘좋은편’으로 응답하였으며, 청력 수준에 대한 설문 역시 도심지역 14.0%, 농촌지역 29.5%가 청력에 문제가 있다는 응답을 하였다.

위와 같은 조사 결과를 고려할 때 평균적인 건강 수준이 농촌 지역에 비해 도심 지역이 대체적으로 높음을 알 수 있다.

#### 4.1.2 온·오프라인 건강관리 서비스 경험 여부

정보통신 사회의 발달과 함께, 기존 건강관리 서비스가 병원 혹은 보건소의 형태로만 제공되었던 것과는 달리 컴퓨터, 스마트폰 등을 기반으로 한 건강관리 서비스가 확대되고 있다. 하지만 고령자의 경우 대체적으로 타 연령층에 비해 정보통신기기 사용에 익숙치 않으므로 이를 고려한 서비스 모델을 개발할 필요가 있다.

본 논문에서는 도시-농촌 간 온·오프라인 건강관리 서비스 경험 여부와 이러한 서비스를 경험하기 위한 접근성에 대해 각각 조사하고 그 차이에 대해 비교 분석하였다.

온라인 건강관리 서비스 플랫폼의 주가 되는 컴퓨터 및 스마트폰 사용 여부에 대한 조사 결과 ‘사용한다’는 응답에 대해, 도심지역은 53.7%, 농촌지역은 11.4%의 이용률을 보였다.

[그림 1]에서 확인할 수 있듯이, 농촌 지역이 도시 지역에 비해 크게 낮은 이용률을 보이며, 스마트폰과 컴퓨터 이용률을 비교했을 때, 고령층이 보다 많이 접하는 기기는 스마트폰임을 알 수 있다. 온라인을 통한 건강관리 서비스 제공 시 정보통신기기 사용 여부가 중요한 지표임을 고려할 때, 농촌 지역에 온라인 서비스를 제공하기에 앞서 충분한 정보통신기기에 대한 교육과 기기 보급이 선행되어야 할 필요가 있다.



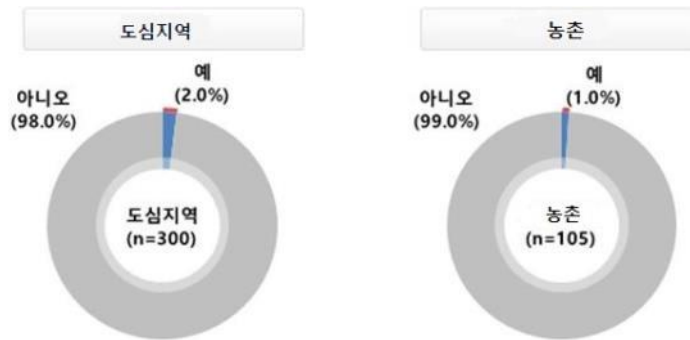
[그림 1] 스마트폰 및 컴퓨터 이용여부

[Fig. 1] Smartphone and computer availability

지역별 과거 서비스 이용 여부에 대해서는, 온·오프라인에 대해 각각 조사를 진행하였다.

온라인 및 스마트폰 건강관리 서비스는 도심지역과 농촌지역 모두 경험율이 매우 낮은 것으로 조사되었다. 도심지역의 경험률은 2.0%, 농촌지역은 1.0%를 나타내어 지역 간 유의미한 차이를 보

이지 않고, 지역에 관계없이 온라인 건강관리 서비스가 활성화되지 않았음을 알 수 있다.



[그림 2] 온라인 건강관리 서비스 경험률

[Fig. 2] Online health care service experience rate

오프라인 건강관련 프로그램(교육, 강좌, 운동 동호회 등) 참여율은 도심지역 35%, 농촌지역 63.8%로 도심지역에 비해 농촌지역이 더 높았으며, 건강증진 도움성과 프로그램 만족도의 경우 도심지역과 농촌지역 모두 약 95%가 긍정적으로 평가하였다.

온라인 건강관리 서비스가 도시-농촌 지역의 고령층에게 매우 생소한 반면, 오프라인 건강관리 서비스는 높은 만족도와 온라인 건강관리 서비스에 비해 활성화 되어있고, 고령층에게 인식되어 있음을 판단할 수 있다.

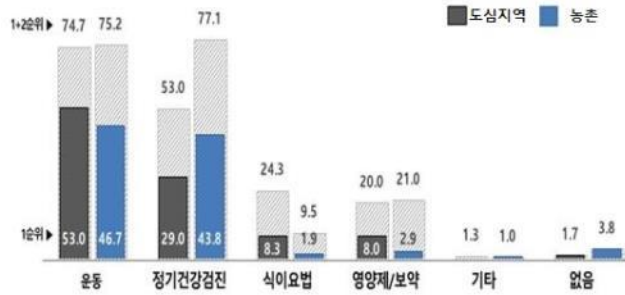


[그림 3] 건강 관련 프로그램 만족도

[Fig. 3] Satisfaction with health programs

#### 4.1.3 건강관리 방법

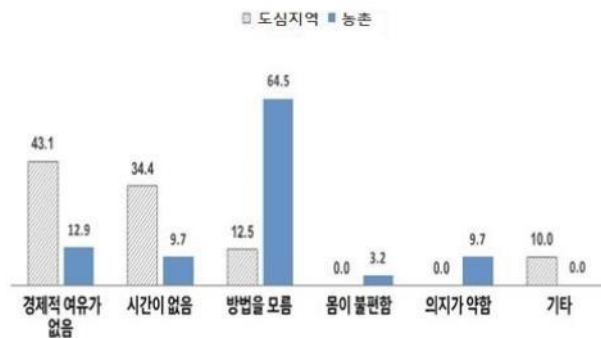
도심지역과 농촌지역 모두 평상 시 건강관리 방법으로 ‘운동’을 통한 관리 비율이 높다고 응답하였고, 농촌의 경우 ‘정기건강검진’을 통한 관리 비율이 높은 특징을 보였다.



[그림 4] 평상시 건강관리 방법  
[Fig. 4] Daily health care methods

평상시 건강관리의 충분 여부에 대한 설문, 도심지역은 46.7%, 농촌지역은 70.5%로 ‘충분하다’는 응답을 하였다. 하지만, ‘충분하지 못한 이유’에 대해서 도심지역은 ‘경제적 여유(43.1%)’와 ‘시간이 없음(34.4%)’를 꼽았고, 농촌지역은 ‘방법을 모름(64.5%)’이 가장 큰 이유로 나타났다.

즉, 도심지역은 시간·경제적 여유가 없음이 가장 큰 방해요소이며, 농촌지역은 방법을 몰라서 건강관리를 하지 못한다는 판단을 내릴 수 있다. 이와 같은 결과를 바탕으로 도심지역은 농촌지역 대비 높은 정보통신기기 이용률과 이해도를 기반 삼아 무료, 온라인 건강관리 서비스에 중점을 두며, 농촌지역은 상대적으로 접근의 어려움이 적은 오프라인 서비스에 중점을 뒀야 할 필요성을 도출할 수 있다.



[그림 5] 건강관리를 충분히 하지 못하는 이유  
[Fig. 5] The reason why do not have enough health care

주로 방문하는 병원 진료 과목으로는 도시-농촌지역 모두 ‘내과’가 가장 높고, ‘정형외과’순으로 나타났다.

평상시 건강정보 습득 경로는 도심지역과 농촌지역 모두 ‘TV’가 가장 높으며, ‘병원방문’, ‘인터넷’ 순으로 나타났다. 이외에 농촌지역에서는 ‘보건소’, ‘복지관’이 도심지역 대비 높은 수치를 보

였다.

고령자의 건강관리 관련 기관 시설 이용 경험 설문 시, ‘복지관’이용률이 농촌지역 66.7%, 도심 지역 37.0%로 농촌지역이 보다 높은 이용률을 보임을 감안할 때, 농촌지역의 건강관리 서비스 제공 시 ‘복지관’이나 ‘보건소’를 활용할 가능성을 보여주는 근거로 판단된다.



[그림 6] 평상 시 건강정보 습득 방법

[Fig. 6] How to acquire normal health information

## 4.2. 건강관리 서비스 수요 분석 및 서비스 방향 제시

### 4.2.1 건강관리 서비스 수요 분석

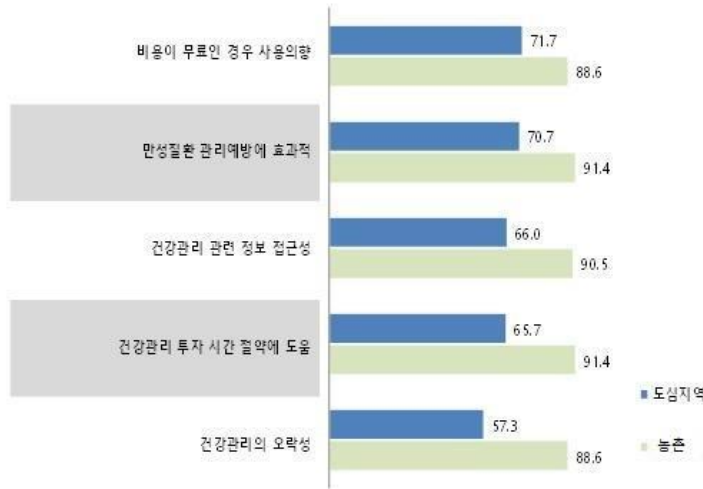
건강관리 서비스 수요 분석은 도시-농촌지역을 분류하여 비교하며, 또한 온·오프라인에 대한 선호 및 이용의향 등을 조사하여 맞춤형 건강관리 서비스 모델의 근거를 마련하고자하였다.

도시-농촌지역별 ‘오프라인 건강강좌’에 대한 선호도를 조사한 결과, 농촌지역이 도심지역에 비해 전반적으로 높은 것으로 나타났다.

앞서 농촌지역이 도심지역에 비해 ‘스마트폰 및 컴퓨터 이용 여부’에 있어 낮은 접근도를 보인 결과와 밀접한 연관성을 가지는 것으로 판단되며, 농촌지역의 고령자들은 도심 지역에 비해 오프라인 건강관리 서비스를 선호하는 것으로 보여진다.

또한, 도심지역의 경우 농촌지역이 항목별로 고르게 높은 선호도를 지닌 것에 비해 ‘비용이 무료인 경우 사용의향’에 대한 항목이 가장 높은 수치를 보였다. 이는, 앞선 ‘건강관리를 충분히 하지 못하는 이유’가 경제적·시간적 여유의 부족함을 꼽은 도심지역의 특성과 연결되어 도심지역의

고령층이 경제적 항목에 대해 높은 중요도를 부여함을 알 수 있다.

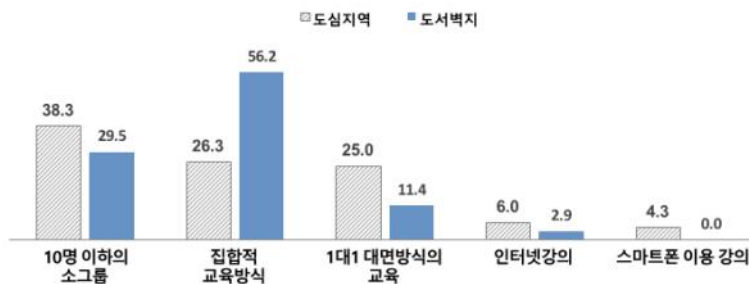


[그림 7] 오프라인 건강강좌 선호도

[Fig. 7] Preferences for offline health classes

농촌지역에 한해 ‘온라인 서비스 이용의향’을 설문한 결과, ‘이용의향이 있음’에 대한 응답은 1.9%로 농촌지역에 한하여 온라인 건강관리 서비스는 상당히 낮은 효과를 보일 것으로 예상된다.

선호하는 교육 형태에 대한 설문 결과에서는 [그림 8]에서 나타나는 바와 같이 두 지역 모두 온라인 교육을 선호하지 않는 부분에 대해서는 공통점을 보였다. 이는 농촌 지역의 경우 온라인 교육을 제공하기 위한 지역적 환경이 갖추어지지 않는데 있으며, 도심 지역의 경우 앞서 언급한 시간적·경제적 부담이 주된 이유로 들 수 있다.



[그림 8] 선호하는 교육 형태

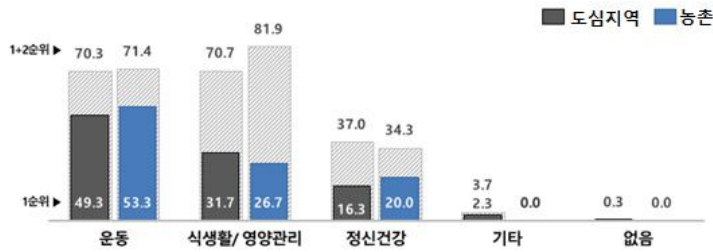
[Fig. 8] Preferred Education Form

가장 선호하는 교육의 형태를 살펴보면, 도심지역은 ‘소그룹’을 가장 선호하고 ‘집합적 교육방

식’, ‘1:1 대면방식’에 대해서도 고른 선호도를 보이는 반면, 농촌지역에서는 ‘집합적 교육방식’이 압도적으로 높은 선호도를 보였다. 해당 결과를 통해 동료 집단을 중심으로 한 오프라인 건강관리가 농촌지역에서 큰 효과를 거둘 수 있을 것으로 판단된다.

#### 4.2.2 건강관리 서비스 콘텐츠 수요 분석

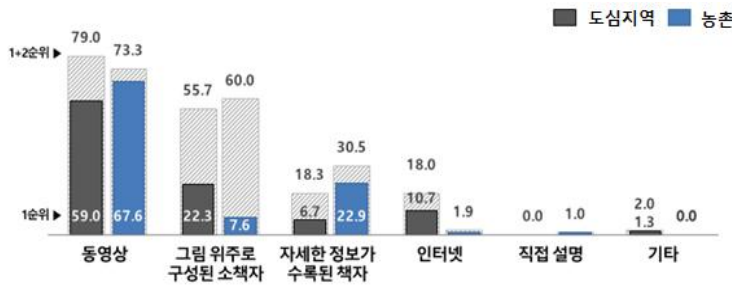
건강관리 서비스에 대한 콘텐츠 수요 조사를 실시한 결과, 건강관리와 관련해 알거나 배우고 싶은 관심 분야로 도심 지역과 농촌지역 모두 ‘운동’과 ‘식생활/건강관리’를 가장 선호하였다. 이는 ‘정신건강’에 비해 10~30% 이상 높은 수치를 보이고 있어, 삶의 질을 높일 수 있는 건강증진에 대한 요구도가 높은 것으로 나타났다.



[그림 9] 희망하는 건강관리 관련 서비스

[Fig. 9] Desired health care related services

또한, 선호하는 건강 관련 정보 형태로 도심지역과 농촌 모두 ‘동영상’이 가장 높으며, 그 다음으로는 ‘그림 위주로 구성된 소책자’가 높게 나타났다. 반면에 ‘직접설명’은 가장 낮은 것을 볼 수 있다. 이는 건강관리 서비스 콘텐츠를 개발하는데 있어 개인의 건강증진을 위한 운동, 식생활, 건강관리에 대한 내용 위주의 보다 간략하고 이해하기 쉬운 형태로 이루어 져야 한다는 것을 알 수 있다.



[그림 10] 선호하는 건강 관련 정보 형태

[Fig. 10] Desired health care related services

도시-농촌 지역별 선호하는 건강 관련 교육 시기, 적정 횟수, 1회 적정 시간을 조사한 결과, 교육 시기는 '9월~10월(20~30%)', 적정 횟수는 '주 1회(57~78%)', 1회 적정 시간은 '1시간(88~92%)'로 도심지역과 농촌지역이 유사한 특징을 보였다.

## 5. 결론 및 제언

건강관리 서비스를 통한 건강증진 효과에 관련한 연구는 그 동안 많이 진행되어 왔지만 정작 건강관리 서비스를 효과적으로 제공하기 위해 고령자들의 니즈를 파악한 연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 기존의 건강관리 서비스와는 차별화된 도시-농촌간 지역별 특징을 고려한 고령자 맞춤형 건강관리 서비스 모델의 방향성을 제시하기 위하여 보유질환 및 건강상태, 과거 건강관리 서비스 경험 여부, 평상시 건강관리 방법, 건강관리서비스 요구도, 주거환경 등에 대한 차이를 종합적으로 비교·분석하였다. 연구의 진행을 통해 얻어진 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

도시-농촌간 건강관련 프로그램 이용현황 및 건강관리방법을 살펴본 결과, 보유질환 및 건강상태의 경우 일상생활에 있어 농촌은 도심지역에 비해 고령층이 혼자 일상생활을 하는데 지장을 받거나 통증/불편감을 느끼는 경우가 많아 격차가 크게 나타남을 알 수 있으며, 건강 관련 삶의 질 지수인 EQ-5D조사 결과, 농촌 지역이 도심 지역에 비해 평소 통증이나 불편감이 있다고 응답한 비율이 더 높은 수치를 보였다. 또한, 농촌 지역의 경우 건강관리 서비스를 활용하지 못하는데 있어서 '방법을 모름(64.5%)'이 가장 큰 이유로 나타남을 보았을 때 농촌지역 고령자의 주요 건강관리 기관인 복지관, 보건소에서 노인 스스로 적극적인 건강관리를 할 수 있도록 하기 위한 건강정보제공 프로그램, 건강수준과 생활환경 등에 적합한 운동프로그램을 개발하여 서비스 모델에 적용해야 한다.

반면에 도심지역 고령층의 경우 농촌지역에 비해 개인 건강도는 높지만, 건강관리 서비스를 활용하지 못하는 이유로 '경제적 여유(43.1%)', '시간이 없음(34.4%)'이 가장 높게 나타났는데, 이는 온라인 건강관리 서비스 모델을 통하여 개선될 수 있다. 도심 지역의 경우 53.7%의 컴퓨터 및 스마트폰 이용률을 보이고 있어, 온라인 서비스를 통한 건강관리 서비스 모델의 확장 가능성을 보여주고 있다. 하지만, 도심 지역 또한 농촌 지역과 마찬가지로 온라인 건강관리 서비스의 경험은 2% 이내로 낮음을 보았을 때, 도심 지역은 높은 정보통신기기 이용률과 이해도를 기반으로 한 무료, 온라인 건강관리 서비스에 중점을 두며, 온-오프라인 교육이 연계되는 서비스 모델의 개발로 온라인 건강관리 서비스에 대한 인식 및 참여율을 증가시킬 수 있도록 할 필요가 있다.

건강관리 서비스 형태 및 콘텐츠에 대한 지역별 수요를 살펴본 결과 도심 지역의 경우 소그룹 형태를 선호하였고(38.3%), 농촌지역의 경우 집합적 교육방식을 선호함(56.2%)을 볼 수 있었다. 이는 도심지역의 개별, 소규모 그룹생활과 농촌지역의 대규모 집단생활에 의한 지역적 특성에 의한 영향으로 분석된다. 또한 가장 선호하는 콘텐츠의 형태는 '동영상'으로 도심 지역과 농촌 지역이 동일한 결과를 볼 수 있었고, 교육 시기, 적정 횟수, 적정 시간 또한 주1회 1시간 정도로 비교적 짧은 시간을 요구하는 것으로 나타났다.

이상과 같은 본 연구의 결과를 토대로 볼 때, 농촌 지역의 경우 주민의 접근성을 제고하는 측면에서 매우 유리한 위치를 차지하고 있는 보건소, 복지관을 중심으로 하는 집합적 교육방식 위주의 오프라인 서비스에 대한 강화가 필요하며, 도심 지역의 경우 온라인 서비스에 적합한 지역적 환경을 활용하여 온-오프라인이 연계된 개별, 소그룹 단위의 건강관리 서비스 모델에 대한 개발이 필요함을 알 수 있다. 또한 이러한 건강관리 서비스를 제공하는데 있어 가장 수요가 높은 개인 건강관리 위주의 프로그램을 시각적으로 손쉽게 접하고 이해할 수 있으며, 단시간 내에 학습할 수 있는 동영상 콘텐츠의 형태로 제공 할 수 있는 서비스 모델에 대한 개선 및 확장이 필요할 것이다.

## References

- [1] <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>, elderly statistics, Retrieved: Jan 25 (2018)
- [2] Lee, Yun-Kyung, et al. "Doctors Perception and Intention of the U-healthcare Service." *The Journal of the Korea Contents Association* 12.2 (2012): 349-357.
- [3] Park, Seungmi, and Yeon-Hwan Park. "Predictors of Physical Activity in Korean Older Adults: Distinction between Urban and Rural Areas." *Journal of Korean Academy of Nursing* 40.2 (2010).
- [4] Mihyoung Cho, Dae-Shik Park, Yong-Woog Choi. "Health Status of the Rural Elderly and Policy Issues." *Korea Rural Economic Institute Research Report*, (2013): 1-154.
- [5] <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>, Retrieved: Jan. 25 (2018)
- [6] Verbrugge, Lois M., and Alan M. Jette. "The disablement process." *Social science & medicine* 38.1 (1994): 1-14.
- [7] Sun, W. D., et al. "Demonstration project of herb health centers health promotion programs for elderly people." (2008).
- [8] Kang, H., and Y. Cho. "Socioeconomic status, social integration, and health inequalities of elderly Koreans." *Korean Journal of Sociology* 41.4 (2007): 164-201.
- [9] Gu, Mee Ock, et al. "Effects of an Elder Health Promotion Program using the Strategy of Elder Health Leader Training in Senior Citizen Halls." *Journal of Korean Academy of Nursing* 42.1 (2012).
- [10] Kang-Sook Lee, Jong-Hee Jo, Yoo-Jin Baek, Yeon-Yi Song. "Development and evaluation of patient centered self management program for hypertension, diabetes and dyslipidemia", The Catholic University , Korea Health Promotion Institution, (2014)
- [11] Ahn, SangNam, et al. "The Applicability of the United States Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) to Korean Adults." *Korean Journal of Health Education and Promotion* 31.4 (2014): 63-72.
- [12] Stevens, Martin, et al. "Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model." *Preventive Medicine* 37.6 (2003): 561-570.
- [13] Min-Woo Jo, Jeonghoon Ahn, Seon-Ha Kim, Sangjin Shin, Jooyeon Park, Min-Su Ok, Woo-Seung Son, Sun-Ok Kim. "General population time trade-off values for 42 EQ-5D health states in South Korea." *J Prev Med Public Health* 40.2 (2007): 169-176.
- [14] Seonwoo, D., and J. S. Oh. "A study of development of community-based health and social service system model to maintain independence of activities of daily living for older people in rural area." Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs (2008).
- [15] Seon, W. D., and Ji Seon Oh. "Policy issues for maintaining the living activity function of elderly people." *Health and Welfare Policy Forum*. Vol. 149. No. 1. (2009).