

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

1999, Vol. 8, 161-177

보건소를 이용하는 노인들의 건강특성에 관한 조사

류 황 건

최 현

고신대학교 의료경영학과 서남대학교 병원행정학과

(요약) 본 연구는 경남과 전북 지역의 소도시에 거주하는 노인들 중에서 보건소를 이용한 경험이 있는 자들의 건강상태를 살펴본 조사였다. 조사에 응한 노인들의 약 60%가 지난 6개월 동안 질환을 앓은 경험이 있었는데, 평균적으로 102일 정도 몸이 아파서 일상생활을 할 수 없을 정도였다. 그러한 비율은 남성보다 여성이 더 높았으며, 그리고 저소득층일수록, 연령이 높을수록, 또 학교를 다니지 못했거나 배우자가 없는 노인에게서 더 높았다. 이러한 조사결과는 하루 빨리 지역사회 보건소에서도 그들을 위한 건강증진 프로그램의 활성화를 시사하였다.

[Key Words : 건강관리서비스, 노인건강, 노인보건, 보건소, 저소득층노인]

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 606-701 부산광역시 영도구 동삼동 19-1번지 고신대학교 의료경영학과 류황건 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 전자우편을 이용하실 경우 ryuhg@sdg.kosin.ac.kr로 하시기 바랍니다. 또는 (우) 590-711 전라북도 남원시 광치동 720번지 서남대학교 병원행정학과 최현 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 전자우편주소는 choecheon@tiger.seonam.ac.kr입니다.

우리 나라는 최근 고령화 사회로 진입하고 있는데, 이는 1960년대부터 지속적으로 추진되고 있는 가족계획사업으로 인한 출산율 저하 그리고 의료기술의 발달로 인한 평균수명의 연장에 의한 결과이다. 전체인구에서 65세 이상의 노인들이 차지하는 비율은 1970년에는 3.3%, 1980년에는 3.8%, 그리고 1990년에는 5.0%에 불과했지만, 2000년에는 약 7% 그리고 2020년에는 약 13% 정도를 차지할 것으로 추산한다(통계청, 1998).

금세기 중반 이후 노인인구가 증가하는 과정에서 함께 나타났던 주요한 현상들 중의 하나는 바로 가족구조의 지각변동이었다. 즉 전통적인 대가족제도의 와해와 함께 핵가족제도가 탄생하였고, 이때부터 노인 부양의 책임이 가족이 아닌 국가나 사회로 전환되기 시작했다. 그렇지만 노인인구의 증가로 인하여 파생될 수 있는 문제를 사회제도로 해결하려는 노력은 고령화나 핵가족화로 변모하는 속도에 비하여 매우 느린 편이다. 예를 들면, 1997년도에는 노인인구가 3백만 명이었음도 불구하고 무료, 실비, 유료 등 모든 노인요양시설은 155개소 수용인원 8,836명에 불과하였다. 또한 부양 가족이 없거나 저소득층으로 분류되어 기본적인 생활환경이 매우 열악한 상태로 살아가는 노인들이 전체 노인들의 약 10.4%를 차지하고 있는 상황이었다(보건복지부, 1997).

이와 같은 상황에서 노인의 건강관리의 실태를 파악하는 일은 노인보건서비스를 실시하는 차원에서 절대적으로 필요하다. 일반적으로 농촌 또는 농촌에 인접한 지역에서는 보건소가 중심이 되어 노인복지 및 노인건강의 관리에 대한 국가정책을 수행할 수 있으며, 도시지역에서도 저소득층 노인들을 위한 건강관리는 보건소의 주요 업무에 속하고 있다. 이에 본 연구에서는 노인들의 건강관리서비스를 향상시키기 위하여 보건소 중심의 서비스를 이용하는 노인의 건강수준을 살펴보고자 한다. 구체적으로 보건소를 이용하는 노인들의 사회인구학적 특성에 따라서 노인들의 건강상태, 정신건강의 수준, 그리고 인간관계의 만족도 등을 분석하는 것이다. 이러한 분석의 결과는 노인들의 건강증진을 위한 보건소의 건강관리 프로그램에 기초적인 자료가 될 것이다.

방 법

조사대상자

본 연구의 조사대상자들은 경남과 전북지역에 거주하는 65세 이상의 노인 309명(남성 127명, 여성 182명)으로 지방보건소에서 시행하는 건강관리 서비스를 이용한 경험이 있는 분들이었다. 그들의 연령별 분포는 65-69세가 75명 (24.3%), 70-79세가 190명 (61.5%), 그리고 80세 이상이 44명(14.2%)이었다. 교육수준은 전혀 학교를 다니지 못했던 분들이 194명(62.8%)인 반면, 초등학교 졸업 이상이 115명(37.2%)이었다. 종교에 대한 질문에서는 없다고 대답한 자는 6명(1.9%)에 불과하였고, 절대다수가 불교나 기독교 등이라고 답하였다. 또 현재 배우자와 함께 결혼생활을 유지하는 비율은 51.8%($n = 160$)이며, 나머지 48.2%($n = 149$)는 사별, 이혼이나 별거, 미혼의 상태였다. 월 소득의 분포는 50만원 이하라고 답한 비율이 62.8%($n = 194$), 그리고 나머지 37.2%($n = 115$)는 그 이상이었다.

조사도구

본 연구에 사용된 도구는 조사대상자들의 사회인구학적 특성을 묻는 문항들과 그들의 건강수준, 정신건강 및 인간관계 등을 묻는 문항들이었다. 아래에 소개될 도구들 중에서 IADL, 정신건강 인식도, 주관적 정신건강, 사회관계 만족, 가족관계 만족, 인생관 등을 측정하는 도구들은 모두 내적 일치도가 높은 편이었다 (Cronbach α 가 .75 이상임).

사회인구학적 특성. 우선 조사대상자의 사회인구학적 특성으로는 성별, 소득, 교육수준, 결혼상태, 종교, 및 연령을 측정하였다. 분석에서는 성별의 경우 남성을 1 그리고 여성을 2, 소득의 경우 월 평균 소득이 50만원이하를 0 그리고 50만원이상을 1, 교육수준의 경우 학교를

다니지 않았거나 초등학교 중퇴는 0 그리고 초등학교 졸업 이상을 1, 배우자의 경우 사별 또는 이혼이나 별거, 미혼 등으로 현재 배우자와 함께 살지 않으면 0 그리고 현재 배우자와 함께 결혼생활을 하고 있으면 1, 종교의 경우 현재 종교가 없으면 0 그리고 있으면 1, 마지막으로 연령의 경우는 실제 나이가 분석에 이용되거나 또는 집단으로 구분할 때에는 65-69세, 70-79세, 그리고 80세 이상으로 하였다.

건강수준. 건강수준을 측정하는 문항들은 질병유무, 질병기간, 질병의 수, 시력이나 청력 및 치아건강의 정도, 보조기구 사용여부 및 사용하는 보조기구 수, 그리고 수단적 일상생활동작에 관한 것들이었다. 질병의 유무에 관한 문항은 지난 6개월 동안 일상생활을 하지 못할 정도로 아팠던 경험의 여부를 묻는 것이었지만, 이는 조사대상자의 사회인구학적 특성에 따른 빈도 분석에만 사용되었다. 질병기간은 지난 6개월 동안 일상생활을 하지 못할 정도로 몸이 아팠던 날의 수를 측정한 것이었으며, 질병의 수는 20개의 질환의 목록(예, 당뇨병, 고혈압, 심장병, 디스크 등)을 제시하고서 그 중에서 자신에 해당된 질환의 수를 측정한 것이었다.

시력이나 청력, 치아건강은 모두 “매우 나쁘다 (= 1)”에서 “매우 좋다 (=5)”까지 Likert식 5점 척도로 1문항씩으로 측정하였다. 보조기구 사용 여부는 의료 보조기구를 하나도 사용하지 않으면 0 그리고 하나라도 사용하면 1로 구분하였다. 또 보조기구의 수는 11개의 보조기구의 명칭(지팡이, 보행보조기, 휠체어, 다리 버팀목, 허리 버팀목, 인공사지, 발성 보조기, 청력 보조기, 신장 투석기, 틀니)을 제시하고 그 중에서 사용하고 있는 보조기구의 수를 측정한 것이었다.

마지막으로 수단적 일상생활동작(IADL: instrumental activity of daily living)은 나운우 등(1995)이 우리 나라의 실정에 맞게 보완한 도구를 이용했다. 모두 13개의 문항으로 구성되어 있었지만, 분석에서는 한 문항의 평균점수를 이용하였고, 또 각 문항에 대한 반응범주는 “남의 도움 없이는 전혀 할 수 없다 (= 1)”, “부분적으로 남이 도와준다 (= 2)”, “혼자서 할 수 있으나 힘들다 (= 3)”, 그리고 “혼자서 쉽게 할 수 있다 (= 4)”의 4개로 나누어져 있었다. 그 문항들의 내용은 집

보건소 이용 노인의 건강특성

안에서 걸을 수 있는가, 집밖에서 걸을 수 있는가, 차가 다니는 길을 건너갈 수 있는가, 버스나 기차를 이용하여 여행할 수 있는가, 무릎을 꿇고 앉거나 허리를 구부릴 수 있는가, 계단을 오르내릴 수 있는가, 머리 빗이나 볼펜을 쥌 수 있는가, 음식을 준비하거나 요리할 수 있는가, 가벼운 집안 일을 할 수 있는가, 힘든 집안 일을 할 수 있는가, 시장이나 가게에 가서 물건을 살 수 있는가, 가족이나 친구를 방문할 수 있는가, 그리고 취미나 여가를 즐길 수 있는가를 묻는 것으로 문항에 따라서 적절한 예도 곁들여져 있었다.

정신건강. 정신건강은 주관적 정신건강 인식, 정신기능상태, 그리고 인생관을 평가하는 척도들로 구성되었다. 먼저 주관적 정신건강은 이동우 등(1998)이 사용한 지표로 측정하였는데, “나의 전반적인 건강상태가 좋다”, “같은 또래들과 비교할 때 건강상태가 좋다”, 그리고 “나는 규칙적으로 운동을 한다” 등 3문항으로 구성되어 있었다. 각 문항에 대한 반응형태는 “전혀 그렇지 않다 (= 1)”에서 “매우 그렇다 (=5)”까지 Likert식 척도로 이루어졌는데, 분석에서는 3문항의 평균치가 이용되었다.

정신기능상태는 오희철 등(1996)이 이용한 한국판 MMSE (Mini-Mental State Examination)로 시간과 개인에 대한 지남력 (orientation)을 측정하는 문항들을 비롯하여 단어 따라서 말하기, 숫자 거꾸로 빼기, 단어에 대한 단기기억, 그림 따라 그리기 등에 관한 30문항으로 구성되어 있었다. 모든 문항에 대한 채점은 틀리거나 응답하지 못하면 0 그리고 맞으면 1로 점수의 범위는 0-30이었다.

그리고 인생관은 Levenson(1973)이 사용한 지표로 측정하였는데, 모두 9문항으로 구성되어 있었다. 문항의 내용들은 “인생의 성공은 자신의 능력에 의해서 결정된다”, “계획을 세우면 실행에 옮긴다”, “나의 인생은 전적으로 나에게 달려 있다”, “인생은 대부분 타인에 의해서 영향을 받는다”, “목표달성을 위해윗사람의 비위를 맞추어야 한다”, “나쁜 운으로 생긴 일은 내 힘으로 막을 수 없다”, “인생은 우연적인 일들에 의해서 좌우된다”, “나는 힘이 있는 다른 사람과 경쟁하여 이길 수 없다”, “인생은 운에 달렸기 때문에 미래에 대한 계획을 세울

필요가 없다” 등으로 일부는 역으로 채점되었다 (reversed scoring). 문항에 대한 반응형태는 “전혀 그렇지 않다 (= 1)”에서 “매우 그렇다 (=5)”까지 Likert식 척도로 이루어졌는데, 분석에서는 3문항의 평균치가 이용되었다.

인간관계. 인간관계는 사회관계 만족과 가족관계 만족을 측정하는 것이었다. 먼저 사회관계의 만족은 Vincenzi와 Grabosky(1987), Procidano와 Heller(1983), 그리고 Zimet 등(1988)에서 선택한 5문항으로 측정하였다. 이들은 “도움을 필요로 할 때 도와 줄 사람이 있다”, “기쁨과 슬픔을 함께 할 친구들이 있다”, “나와 사이가 안 좋은 사람들이 주위에 많다”, “나는 친구들에게 고민을 털어놓을 수 있다”, 그리고 “나는 친구들과 자주 만난다”로, 문항에 대한 반응형태는 “전혀 그렇지 않다 (= 1)”에서 “매우 그렇다 (=5)”까지 Likert식 척도로 이루어졌다. 그렇지만 분석에서는 5문항의 평균치를 이용하였다.

가족관계 만족은 Epstein 등(1983) 그리고 Procidano와 Heller(1983)에서 9문항을 선택하여 측정하였다. 문항들의 내용은 “나는 가족들과 같이 있는 것이 즐겁다”, “나는 마음속으로 가족에게 의지한다”, “나는 가족들과 같이 있어도 외롭다는 생각을 한다”, “내 가족은 나를 이해해주지 못한다”, “내 가족은 서로 말다툼이 많다”, “내 가족들은 서로 아껴준다”, “우리 부부의 사이는 좋다”, “나의 자녀들이 자랑스럽다”, 그리고 “내 자녀들은 나를 공경한다”로, 문항에 대한 반응형태는 “전혀 그렇지 않다 (= 1)”에서 “매우 그렇다 (=5)”까지 Likert식 척도로 이루어졌다. 그렇지만 분석에서는 9문항의 평균치를 이용하였다.

조사절차

연구대상자들을 선정하였던 지역은 도시와 농촌의 중간정도에 해당되는 곳으로 경남의 한 소도시와 전북의 한 소도시이었다. 노인 481명(남성 194명과 여성 287명)을 상대로 가정방문을 한 결과 그들 중에서 보건소를 이용하는 노인들이 약 64.2%(남성 127명과 여성 182명)

보건소 이용 노인의 건강특성

에 해당되었다. 보건소를 이용하는 노인들이 본 연구의 대상자로 선정되었는데, 전북과 경남 두 지역에 거주하는 노인들간의 사회인구학적 차이는 통계학적으로 유의하게 나타나지 않았다. 자료수집방법은 사전 교육을 받은 조사원들이 1999년 여름에 직접 가구방문을 시행하여 도 구화된 설문지를 이용하여 1:1 개별면접을 실시하는 것이었다. 조사원 들은 면접과정에서의 오류를 최소화시키기 위하여 연구방법론과 지역 사회보건, 통계학에 관련된 과목을 이수한 자들로 구성하였다.

결 과

사회인구학적 특성에 따른 건강수준

성별, 소득 등 사회인구학적 특성에 대하여 질병유무, IADL 등의 차이를 살펴보았다. 사회인구학적 특성 중에서 종교가 없다는 사례수가 전체의 2%미만이었으므로 종교의 변인은 차이를 살펴보는 분석에서 제외시켰다. 먼저 질병유무 및 IADL에 관한 분석 내용은 <표 1>과 같다.

질병유무에 대해서는 남녀간의 차이가 드러났다. 즉 남성들보다 여성들이 지난 6개월 사이에 아팠다고 응답하는 비율이 더 높았다. 또 배우자가 있는 노인들이 없는 노인들보다 아팠다고 반응하는 비율이 약간 더 높았다. 그러나 소득이나 교육수준, 연령 등에 따라서는 질병 유무의 빈도 차이가 나타나지 않았다.

수단적 일상활동능력(IADL)은 <표 1>에서 제시한 5개의 변인 모두 차이를 보였다. 여성보다 남성이, 소득이 낮은 집단보다 높은 집단 이, 배우자가 없는 집단보다 있는 집단이, 교육수준이 높은 집단보다 낮은 집단이, 그리고 연령이 높은 집단이 낮은 집단보다 IADL의 점수가 더 높게 나타났는데, 즉 일상활동에서 타인의 도움을 덜 필요로 하고 있었다.

질병기간 및 질병 수에 대한 분석은 <표 2>에 제시하였다. 질병 기간을 보면 지난 6개월 동안 일상생활을 할 수 없을 정도로 아팠던 날이 남자보다 여자가, 소득이 낮은 집단보다 높은 집단이, 교육경험 이 없는 집단보다 있는 집단에서 더 많았던 것으로 나타났다. 그러나

<표 1> 사회인구학적 특성별 질병유무와 IADL

		질병 유무(명,%)			IADL			
		유	무	계	χ^2	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
성별	남	64(50.4)	63(49.6)	127	7.404*	3.29	0.69	11.98***
	여	121(66.5)	61(33.5)	182		3.02	0.70	
소득	51만원이상	117(62.5)	71(37.8)	188	0.893	3.20	0.68	4.70**
	50만원이하	68(56.2)	53(43.8)	121		3.02	0.73	
배우자	유	80(53.7)	69(46.3)	149	4.090*	3.30	0.68	17.03***
	무	105(65.6)	55(34.4)	160		2.97	0.70	
교육수준	유	68(59.1)	47(40.9)	115	0.007	3.53	0.57	80.74***
	무	117(60.3)	77(39.7)	194		2.89	0.67	
연령	65~69세	43(57.3)	32(42.7)	75	0.881	3.50	0.55	22.97***
	70~79세	113(59.5)	77(40.5)	190		3.09	0.67	
	80세 이상	29(65.9)	15(34.1)	44		2.66	0.80	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

배우자 유무에 따른 질병기간의 차이는 없었으며, 역시 연령에 따라서도 유의한 차이는 나타나지 않았다. 또 질병기간을 평균적으로 계산하면, 모든 노인이 지난 6개월 동안 약 61.04일간 몸이 아팠다고 할 수 있다. 그러나 이를 지난 6개월 동안 아팠다고 응답한 자들을 토대로 다시 계산할 때에는 약 102일 정도 몸이 아파서 일상생활을 하지 못했던 것으로 드러났다. 질병의 수에서는 남자보다 여자가 그리고 배우자가 있는 집단보다 없는 집단에서 약간 더 많은 것으로 나타났으며, 다른 특성에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

시력, 청력, 그리고 치아상태에 대한 분석 결과는 <표 3>과 같다. 세 가지 건강상태의 종속측정치의 범위가 1에서 5까지인데, 평균점수가 모두 중간점수인 3점에 미치지 못하고 있듯이 건강이 좋지 않은

보건소 이용 노인의 건강특성

<표 2> 사회인구학적 특성별 질병기간과 질병수

		질병 기간(일/6개월)			질병수		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
성별	남	49.45	75.23	4.75*	1.02	1.20	18.96***
	여	69.12	81.87		1.66	1.39	
소득	51만원 이상	71.84	82.93	9.65**	1.49	1.35	2.37
	50만원 이하	44.25	71.49		1.25	1.34	
배우자	유	61.31	79.96	< 1	1.24	1.34	4.08*
	무	60.78	79.66		1.54	1.35	
교육수준	유	84.34	86.55	14.97***	1.21	1.25	3.72
	무	47.22	72.05		1.51	1.39	
연령	65~69세	74.83	85.63	1.16	1.35	1.33	< 1
	70~79세	55.83	77.55		1.43	1.38	
	80세 이상	60.00	77.27		1.32	1.25	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

편이다. 특히 시력과 치아건강이 청력에 비하여 좋지 않다고 응답하였다. 먼저 시력은 여성이 남성보다 더 좋지 않다고 대답했으며, 또 교육수준이 낮은 집단이 높은 집단보다 시력이 더 나쁘다고 응답하였다. 청력의 경우는 배우자가 없는 집단이 있는 집단보다, 교육을 받지 못한 집단이 받은 집단보다, 그리고 연령이 높은 집단이 낮은 집단에 비하여 더 좋지 않은 편이라고 응답하였다. 치아건강은 소득수준이나 교육수준이 낮은 집단이 높은 집단들에 비하여 더 좋지 않다고 반응한 편이었다.

보조기구의 사용여부와 및 보조기구의 수에 대한 분석결과는 <표 4>에 제시하였다. 전체의 조사대상자들 중에서 하나 이상의 보조기구를 사용하는 노인들은 전체의 58.6%(남성의 45%와 여성의 61%)에 해당되었으며, 배우자가 없는 노인들이 있는 노인들에 비하여 보조기구

<표 3> 사회인구학적 특성별 시력, 청력, 치아건강

		시력			청력			치아건강		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
성별	남	2.32	0.98	4.23*	2.98	1.10	2.54	2.19	0.77	< 1
	여	2.09	0.85		2.78	1.09		2.12	0.84	
소득	51만원 이상	2.27	0.92	3.86	2.94	1.06	2.83	2.23	0.84	5.32*
	50만원 이하	2.06	0.89		2.72	1.14		2.02	1.75	
배우자	유	2.28	0.95	3.30	3.09	1.12	13.14***	2.19	0.81	< 1
	무	2.09	0.88		2.64	1.04		2.11	0.82	
교육수준	유	2.50	1.02	16.72***	3.40	1.09	47.63***	2.37	0.91	12.33**
	무	2.02	0.80		2.54	0.97		2.02	0.72	
연령	65-69세	2.39	0.96	2.77	3.39	1.04	17.58***	2.41	0.86	5.56**
	70-79세	2.14	0.94		2.79	1.08		2.07	0.84	
	80세 이상	2.02	0.63		2.25	0.84		2.02	0.51	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

를 사용하는 비율이 더 높았다. 또 연령이 높을수록 보조기구를 사용하는 노인들의 비율이 더 높게 나타났다.

사용하고 있는 보조기구의 수는 여성이 남성보다, 배우자가 없는 집단이 있는 집단보다, 그리고 연령이 높은 노인들이 낮은 노인들보다 더 높았다. 그렇지만 보조기구를 사용하고 있는 노인들의 토대로 계산할 때에는 단지 성별과 연령에 따른 차이만 있는 것 같았다. 즉 남성들은 평균 1.25개 그리고 여성은 평균 1.44개로 여성이 더 많았고, 또 60대 노인은 평균 1.05개, 70대 노인은 평균 1.38개, 그리고 80세 이상의 노인은 1.53개로 연령차이가 보였다. 반면 보조기구를 사용하지만 배우자가 없는 노인은 평균 1.19개 그리고 배우자가 있는 노인은 평균 1.20개로 차이가 없는 편이었다.

보건소 이용 노인의 건강특성

<표 4> 보조기구 사용여부와 사용하는 보조기구 수

		보조기사용여부(명,%)		χ^2	보조기구 수		
		유	무		M	SD	F
성별	남	70(44.9)	57(55.1)	0.834	0.69	0.73	4.14*
	여	111(61.0)	71(39.0)		0.88	0.88	
소득	51만원이상	105(55.9)	83(44.1)	1.196	0.77	0.85	< 1
	50만원이하	76(62.8)	45(37.2)		0.84	0.80	
배우자	유	76(51.0)	73(49.0)	6.206*	0.61	0.69	15.61***
	무	105(65.6)	55(34.4)		0.78	0.91	
교육수준	유	65(56.5)	50(43.5)	0.198	0.70	0.76	2.41
	무	116(59.8)	78(40.2)		0.86	0.86	
연령	65~69세	38(50.7)	37(49.3)	8.387*	0.60	0.70	7.14**
	70~79세	109(57.4)	81(42.6)		0.79	0.84	
	80세 이상	34(77.3)	10(22.7)		1.18	0.87	
계		181(58.6)	128(41.4)				

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

사회인구학적 특성에 따른 정신적 건강수준

주관적 정신건강 인식, 정신기능, 그리고 인생관에 대한 분석내용은 <표 5>에 제시하였다. 자신의 정신건강을 인식하는 수준에서는 성별, 배우자 유무, 그리고 교육수준 고저에 대한 차이가 드러났다. 즉 남성이 여성보다, 배우자가 있는 집단이 없는 집단보다, 그리고 교육을 받은 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 자신의 정신건강이 더 좋다고 평가하였다.

한국판 MMSE를 토대로 노인들의 정신기능을 측정하였을 때 <표 5>에 소개된 다섯 가지 변인 모두에 대하여 차이가 드러났다. 즉 여성들이 남성보다 그리고 소득이 낮은 집단이 높은 집단보다 실제로 정신기능이 더 둔화되었으며, 또 배우자가 없는 노인들이 있는 노인들

보다 그리고 교육을 받지 못했던 노인들이 그렇지 받았던 노인들보다 정신기능이 더 약한 상태이었다. 역시 연령이 높을수록 정신기능의 약화가 더 두드러졌다.

인생관의 반응에서는 성별과 배우자 유무, 그리고 연령에 따른 차이가 드러났다. 즉 남성들이 여성들보다 인생이 자기 자신의 노력이나 능력에 따라서 결정된다고 믿는 경향이 더 큰 편이었다. 역시 배우자가 있는 노인집단이 없는 집단보다 그리고 연령이 낮은 집단이 높은 집단보다 그렇게 지각하는 경향이 더 큰 편이었다.

개인의 사회적 건강수준을 살펴볼 수 있는 인간관계 만족수준에 대한 분석결과는 <표 6>에 제시하였다. 인간관계는 사회관계와 가족관계로 측정하였는데, 먼저 사회관계 만족수준은 소득이 높은 집단, 배우자가 있는 집단, 교육수준이 높은 집단이 그렇지 않는 집단에 비

<표 5> 사회인구학적 특성별 정신적 건강

		주관적 정신건강			정신기능			인생관		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
성별	남	3.39	0.79	26.82***	22.69	4.90	31.33***	3.41	0.91	26.82***
	여	2.94	0.70		19.63	4.45		3.11	0.86	
소득	51만원이상	3.12	0.73	< 1	21.36	4.93	4.62*	3.25	0.46	< 1
	50만원이하	3.14	0.83		20.15	4.70		3.21	0.56	
배우자	유	3.46	0.76	62.25***	22.72	4.87	46.29***	3.43	0.51	49.37***
	무	2.82	0.64		19.18	4.21		3.05	0.43	
교육	유	3.44	0.86	28.15***	24.49	4.56	132.06***	3.46	0.55	2.53
	무	2.94	0.65		18.75	3.64		3.40	0.42	
연령	65-69세	3.20	0.78	< 1	23.23	4.60	16.44***	3.33	0.49	37.63***
	70-79세	3.11	0.77		20.54	4.81		3.22	0.50	
	80세이상	3.09	0.78		18.39	3.90		3.12	0.54	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

보건소 이용 노인의 건강특성

하여 더 높은 것으로 드러났다. 가족관계는 단지 소득이 높은 집단이 낮은 집단보다 더 만족스러운 것으로만 드러났으며, 그 밖의 변인에 대해서는 차이가 없었다. 그렇지만 종속측정치의 범위가 1-5점인 상태에서 사회관계와 가족관계를 비교할 때 사회관계의 평균점수는 거의 중간에 해당되는 3.14에 해당되는 반면, 가족관계의 평균점수는 4.08이었다. 이는 대부분의 노인들이 가족관계에서는 별다른 문제가 없는 것으로 지각했는지 아니면 그렇게 응답한 것으로 해석된다.

〈표 6〉 사회적 건강수준

		사회관계 만족도			가족관계 만족도		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>
성별	남	3.22	0.91	2.10	4.11	0.76	< 1
	여	3.08	0.86		4.06	0.84	
소득	51만원이상	3.28	0.85	12.66***	3.97	0.72	8.36**
	50만원이하	2.92	0.88		4.26	0.91	
배우자	유	3.25	0.88	4.74*	4.01	0.58	< 1
	무	3.03	0.87		4.15	0.97	
교육수준	유	3.40	0.94	13.13***	4.12	0.74	< 1
	무	2.98	0.81		4.06	0.84	
연령	65-69세	3.24	0.88	2.80	4.00	0.71	< 1
	70-79세	3.16	0.89		4.13	0.84	
	80세 이상	2.86	0.82		4.05	0.84	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

논 의

지난 수십 년간 우리 나라에서는 노인인구가 매우 빠르게 증가하고 있다. 노인인구의 증가는 결국 건강상의 문제를 지닌 노인들의 수

그리고 사회적인 관심을 필요로 하는 저소득층 노인들의 수가 늘어난다는 의미이다. 의료비의 지출은 누구에게나 부담이 되지만, 특히 농촌지역이나 저소득층 노인들에게는 매우 부담이 크다. 이러한 이유로 몸이 아파도 의료기관을 찾지 않는 노인들이 생길 수 있으므로 지역 사회에서는 보건소를 중심으로 그들에게 의료서비스를 제공할 수 있는 여건이 마련되어야 한다.

본 연구는 보건소를 이용한 경험이 있는 지역사회 노인들이 실제로 어떠한 건강상태에 있는가를 살펴보는 조사였다. 조사에 응한 노인들 중에서 지난 6개월 동안 몸이 아팠다고 말한 비율은 약 60% 정도이었으며, 이러한 비율은 남성보다 여성에서 그리고 배우자가 있는 노인집단보다 없는 집단에서 더 높았다. 일반적으로 노인들은 다른 연령층에 비하여 자신의 건강이 더 좋지 않다고 반응하는 경향이 크지만(이가옥 등, 1993), 이러한 상황을 단순히 나이가 든 노인들의 문제로 아니라 경제적으로나 인지적인 도움을 필요로 하는 노인들의 문제로 여겨야 한다. 실제로 자료를 수집하는 과정에서 배우지 못하여 글자를 해독할 수 없는 노인들도 많았지만, 시력의 저하로 인하여 질문지를 작성할 수 없는 노인들이 매우 많았다.

또 본 조사에 응한 노인들은 지난 6개월 동안 몸이 아파서 일상생활을 하지 못했다고 말하는 날이 평균적으로 2개월 이상(61.04일)이었으나, 지난 6개월 동안 아팠다고 말하는 자들을 토대로 계산할 때 평균 102일 정도 몸이 아팠다는 반응을 하였다. 즉 본 연구의 조사대상자들은 대부분 병원이나 의원을 방문하기보다도 보건소에 의존하는 노인들이었는데, 그들 중에서 몸이 아팠던 노인들은 거의 닷새 중에서 사흘 정도를 몸이 아파 일상생활을 제대로 하지 못했다는 실정이었다. 그들의 삶의 질을 향상시키는 맥락에서 질적으로 더 나은 의료서비스의 실시가 매우 시급한 상황이 아닐 수 없다.

조사 대상자의 사회인구학적 특성에 따라서는 남정보다 여성이 그리고 연령이 낮은 노인보다 높은 노인이 아팠다는 비율이나 아픈 기간, 그리고 질병의 수도 많았다. 우리 나라 사람들의 경우 여성의 유병율이 남성들보다 높은 편인데, 특히 노인들의 경우도 만성질환의 비율이 남정보다 여성에게서 그리고 연령이 높은 사람에게서 더 높게

보건소 이용 노인의 건강특성

나타난다 (문창진, 1995; 서미경, 1995). 역시 수단적 일상생활동작 (IADL)도 여성보다 남성이, 소득이 높은 사람들이, 배우자가 있는 노인들이, 연령이 낮은 노인들이 그리고 교육수준이 높은 노인들이 더 뛰어난 편이었다 (나은우 등, 1995; 오희철 등, 1996). MMSE로 측정된 정신기능상태도 거의 마찬가지로 여성이 남성보다, 배우자가 없는 노인이 있는 노인보다, 연령이 높은 노인이 낮은 노인보다, 교육을 받지 않은 노인이 받은 노인보다, 그리고 소득이 낮은 노인이 높은 노인 집단보다 더 악화되어 있었다 (오희철 등, 1996).

이러한 문제는 특히 여성노인이나 빈고계층노인의 건강에 대한 관심이 더 필요하다는 점을 시사해준다. 곧 제도적인 차원에서 노인들의 건강증진을 위한 정책이 시급하며, 이를 위해서는 지역사회 보건소에서 특히 여성이나 저소득층 노인들의 입장을 충분히 인식한 건강관리 프로그램을 구성하여 실시해야 할 것이다. 본 조사에서 얻은 자료들은 그러한 프로그램의 구성에 기초 자료가 될 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 나은우 · 배하석 · 전세일 · 장지찬 · 이일령 (1995). Modified Barthel Index와 Modified Lambeth Disability Screening Questionnaire를 이용한 노인의 기능평가. *대한재활의학회지*, 19 (3), 559-571.
- 문창진 (1995). *보건의료사회학*. 서울: 신광출판사
- 보건복지부 (1997. 11.). *1997년 생활보호대상자 현황분석*. 서울: 보건복지부.
- 서미경 (1995). 한국 노인의 만성질환 상태 및 보건 · 의료 대책. *한국노년학*, 15 (1), 28-39.
- 이가옥 · 장묘옥 · 노연희 · 박종돈 (1993). *노인복지정책개발을 위한 연구* (보고서 93-15). 서울: 한국보건사회연구원.
- 이동우 외 6인 (1998). *노인의 삶의 질*. 서울: 연세대학교 보건과학연구소.
- 통계청 (1996). *장래인구추계*. 서울: 통계청.

- Epstein, N., Baldwin, L., & Bishop, D. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Vincenzi, H., & Grabosky, F. (1987). Measuring the emotional/social aspects of loneliness and isolation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 257-270.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

**A study on health status of the elderly people
who visited the community health care service center**

Hwang Gun Ryu

Dept. of Health Services Administration

Kosin University

Pusan, Korea 606-701

Heon Choe

Dept. of Health Services Administration

Seonam University

Namwon, Korea 590-711

This study was to assess health status for the elderly people who have visited the community health care service center. About 60% of the survey respondents reported that they had suffered from any kind of diseases during the past six months. The elderly people who were female, single, uneducated, or lower SES tended to show worse status in both physical and mental health. The findings suggested that the better health care program should be given to the elderly persons through the community health care center.

(논문접수일: 1999년 9월 10일)

(수정논문접수일: 1999년 10월 25일)

(논문게재승인일: 1999년 11월 30일)