

일부 농촌지역 노인들의 만성질환 유병상태와 의료이용 양상

충남대학교 의과대학 예방의학교실

오 장 균

= Abstract =

Health Status and Medical Care Utilization Patterns of Rural Aged

Jang-Kyun Oh, M. D.

*Department of Preventive Medicine,
College of Medicine, Chungnam National University*

To find out the state of illness, patterns of medical care utilization, and factors which determine medical care utilization for aged we surveyed 679 rural old persons who live in the Chungnam province from Jan. 10 1991 to Jan. 19.

The major findings of this study were as follows ;

1. The morbidity rate of chronic illness during last 3 months was 56.4% for all surveyed old persons ; 58.7% for female and 52.8% for male.
2. As expected, 80 years old or above group showed the highest morbidity rate, 60.2% and the 65-69 years age group was the lowest, 50.5%.
3. Old persons who are householder, whose family income is less than 290,000 won per month, and who receive benefits from the public medical assistance program had relative higher morbidity rate than other groups and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).
4. The most frequent chronic illness was musculoskeletal disease, 49.6% ; the disease from which the aged had suffered for the longest period was gastrointestinal, 11.6yrs ; the cerebrovascular was the disease which inflicts the lowest level of physical ability.
5. 67.1% of 383 persons who were suffering from chronic illness were in need of medical care but unmet ; among the remaining 32.9% who utilized medical care, 19.2% utilized it in local clinics or hospital OPD and 15% in th health centers or subcenters.
6. Old person who are married, whose sons are householder and whose family income is 500,000 won or above per month showed relative higher utilization rate than other groups and the difference was statistically significant ($P < 0.05$).
7. The most common reason why the aged did not utilize, in spite of, need medical care was economic problem, 35.4%. For the aged whose family income per month is 500,000 won or above, however the most common reason was tolerable symptom, 46.9% while persons who answered economic

problem were 6.1% of them, the lowest frequency.

Key word: Health Status, Medical Care Utilization, Rural Aged.

I. 서 론

의료의 발달과 생활수준의 향상 등으로 평균수명이 연장됨에 따라, 우리나라에서는 점차적으로 인구의 노령화가 되어가고 있다. 즉, 경제성장에 따른 국민소득의 향상과 의료보험의 확대로 의료 이용률이 증가하고, 의학의 발달등에 의한 평균여명의 연장 등이 노인 인구의 증대 요인으로 작용하였다.

노인 인구의 절대수 증가 및 구성비의 변화 추세를 보면, 1985년에는 65세 이상 노인 인구가 약 175만명으로 4.2%, 1989년에는 약 200만명으로 전체 인구의 4.6%에 이르며 2000년에는 약 300만명으로 전체 인구의 6.0%에 달할 것으로 예상하고 있다(경제기획원 조사통계국, 1989).

이러한 노인 인구의 증가에 따라 노후의 사회경제 생활, 노인 부양, 노인 건강 등 여러가지 형태의 노인 문제가 제기되었는데, 그중에서 노인의 건강관리가 핵심 문제중의 하나로 대두되고 있다(보건의료 정책연구소, 1989).

노인들은 대부분 심신의 기능 저하는 물론 다른 연령층에 비하여 유병률이 훨씬 높고, 질환의 종류는 만성 퇴행성 질환이 대부분으로 이와같은 질환은 가족에 의한 간병과 경제적 부담을 증가시키고, 나아가 국민의료비 부담을 가중시키는 결과를 초래하고 있다(한국인구보건연구원, 1989).

이에따라 외국에서는 이미 노인보건법이 제정 시행되고 있는 나라도 있고, Medicare, Nursing Home 등 다양한 시책들이 노인 건강관리에 기여하고 있으며(보건의료 정책연구소, 1989), 노인 건강에 대한 장기적이고 다방면적인 연구가 이루어져 적극적으로 노인의 건강관리에 대책을 세우고 있는 실정이다(Harris등, 1989; Lubben 등, 1989; Luft등, 1976).

그러나 우리나라는 노인의 보건문제에 대하여 아직 초기 단계에 있으며, 노인건강을 보장할 제도적 장치나 시설은 물론 노인보건 의료분야에 대한 연구나 건강관리 실태에 대한 자료도 매우 빈약한 상태에 있다. 의료이용 연구에서도 일반적인 지역사회 주민의 상병의 양이나

유형 그리고 그들의 의료이용 양상 및 결정요인에 대해서는 많이 조사되었으나(김석범과 강복수, 1989; 이상일 등, 1989; 이진희등, 1988; 유승흡등, 1988; 유승흡등, 1987; 유승흡등, 1986), 노인의 상병상태나 그에 따른 의료이용에 관한 연구는 미흡한 실정이다(이윤숙, 1989; 조유향등, 1988).

따라서 무엇보다 실태의 파악과 자료의 제공 즉, 지역 사회 고령자의 건강과 유병상태 및 의료이용 양상에 대한 실증적 연구가 시급한 실정이다.

본 연구는 의료시설과 인력이 제한되어 있는 농촌 지역사회를 대상으로, 노인들의 상병상태 및 의료이용 양상을 파악하고, 의료이용에 영향을 미치는 인구·사회학적 특성과 경제적 특성 그리고 상병수준 등의 요인을 규명하여, 노인 보건의료의 실태와 문제점을 파악, 지역 사회 노인의 건강과 질병관리의 예방 및 치료대책을 위한 자료를 제공하고자 실행하였다.

II. 조사 방법

1. 조사대상

충남 지역의 15개군 중에서 다단계 추출방법으로 6개군 6개면 33개리를 임의 선정한 뒤, 각 지역의 65세 이상 노인 전수인 1012명을 조사대상으로 하여, 1991년 1월 10일부터 동년 1월 19일까지, 의사 3명과 미리 교육 받은 의과대학생 7명 등 총 10명을 조사원으로 조사대상 지역의 가구를 직접 방문하여 면접조사하였다. 이중 조사시 부재중이거나 비협조자 333명을 제외한 679명의 자료를 분석하였다.

면접 조사의 응답자는, 각 가구를 대표하여 노인의 건강상태 및 의료이용 등에 대하여 가장 잘 응답할 수 있는 가정주부를 원칙으로 하였다.

2. 조사방법

본 연구를 위해 적용된 기본 모형은 보건의료 이용 연구에 많이 이용되고 있는 Anderson 모형(Anderson, 1968)으로 개인속성 요인(predisposing factor), 지불능력 요인(enabling factor) 및 의료요구 요인(need factor)

등 3요인을 중점으로 조사하였다.

개인속성 요인으로 노인의 성, 연령, 결혼상태, 가족수, 세대주, 노인과 세대주의 직업 및 교육수준 등을 조사하였고, 지불능력 요인으로는 월평균 가계수입 및 의료보장 수혜 종류를 조사하였고, 의료요구 요인으로는 만성질환의 유무, 종류, 발병기간 그리고 신체기능 정도를 조사하였다. 만성질환은 3개월 이상 지속되는 질환으로서, 병·의원 및 보건소, 보건지소 등의 의사에 의해 진단되어 주부 또는 노인이 알고 있는 경우로 정의하였고, 노인의 질환은 대부분 만성퇴행성 질환으로 신체적 기능 장애를 동반하므로 그 질병의 심각도를 파악하기 위하여 신체기능 정도를 ADL (activity of daily living) 과 IADL (instrumental activity of daily living)의 수행 정도에 따라 5개의 군으로 구분하였다 (Harris, 1989).

종속변수로서 지난 2주간 의료기관 방문 여부와 방문 의료기관, 방문 횟수 등을 조사하였고, 의료기관을 이용 안하는 경우 그 이유를 추가 조사하였다. 분석은 제 변수별 만성질환의 유병률과 의료기관 이용유무의 유의성 검증은 χ^2 -test를 하였고, 발병기간 및 신체기능 정도, 의료기관 방문횟수의 유의성 검증은 분산분석을 하였다.

분석을 위하여는 SPSS (statistical package for social science) / PC 통계 프로그램을 이용하였다.

Ⅲ. 조 사 결 과

1. 조사대상의 성별·연령별 분포

조사대상 679명 중 남자 265명, 여자 414명으로 여자가 많았다. 연령별로는 65-69세군이 30.95로 가장 높았고, 연령이 높아짐에 따라 비율이 감소하는 경향이었으며, 성별로는 남자의 경우 70-74세군이 32.1%로 가장 높았고, 여자는 65-69세군이 30.9%로 가장 높았다. 평균 연령은 남자 73.1세, 여자 73.8세로 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았고, 각 연령군의 비율도 성별로 유의한 차이가 없었다 (표 1).

2. 성별·연령별 만성 질환의 유병률

조사대상의 만성질환 유병률은 56.4%였는데, 남자의 경우 52.8%, 여자는 58.7%로 여자가 높았다. 연령별로는 80세 이상군이 60.2%로 가장 높았고, 다음이 70-74세군 59.4%, 75-79세군이 57.9%였고, 65-69세군이 50.5%로 가장 낮았다. 남자의 경우 연령이 높아짐에 따라 유병률이 증가하는 경향이었으나, 여자의 경우는 65-69세군이 53.9%로 가장 낮았고, 그외의 연령군은 60% 내외로 비슷하였다 (표 2).

Table 1. Age & sex distribution of the subjects

(%)

Sex / Age(yrs)	65-69	70-74	75-79	80-	Total	Mean age±SD
Male	82(30.9)	85(32.1)	60(22.6)	38(14.3)	265(100.0)	73.1±5.9
Female	128(30.9)	102(24.6)	104(25.1)	80(19.3)	414(100.0)	73.8±6.4
Total	210(30.9)	187(27.5)	164(24.2)	118(17.4)	679(100.0)	73.5±6.2

Note : no significant difference were found between age & sex distribution

Table 2. Prevalence rate by age and sex

(%)

Age	/ Sex / P.R.	M		F		Total	
		Sub.	P.R.	Sub.	P.R.	Sub.	P.R.
65 - 69		82	37(45.1)	128	69(53.9)	210	106(50.5)
70 - 74		85	48(45.1)	102	63(61.8)	187	111(59.4)
75 - 79		60	32(53.1)	104	63(60.6)	164	95(57.9)
80 -		38	23(60.5)	80	48(60.0)	118	71(60.2)
Total		265	140(52.8)	414	243(58.7)	679	383(56.4)

P.R. : prevalence rate Sub. : subject

Note : no significant difference were found between age & sex specific prevalence rate

3. 사회경제적 특성별 유병률

결혼상태별로는 배우자와 사별한 군의 유병률이 59.4%로, 배우자가 있는 군 53.9%보다 높았으나 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

가족수별로는 혼자사는 노인의 경우가 67.3%로 가장 높았고, 다음이 둘이 사는 경우로 60.8%였고, 셋 이상 사는 가정의 경우가 55.0%로 가족수가 적을수록 유병률이 높았다.

세대주별로는 노인이 세대주인 경우가 60.1%로, 자식이 세대주인 경우 51.6%보다 높았고 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

근로 유무별로는 일을 안하는 경우 58.8%로, 하는 경우의 51.0%보다 높게 나타났으나 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

월 평균 가계수입별로는 29만원 이하군이 59.7%로 가장 높았고, 다음이 30-49만원 군으로 58.2%였고, 50만원 이상군이 47.3%로 가장 낮아서, 월수입이 적을수록 유병률이 높았으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

의료보장 수혜별로 보면 의료보호군이 66.2%로 가장 높았고, 다음이 의료보험군으로 55.2%였고, 비 수혜군이 42.0%로 가장 낮았으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.01$) (표 3).

4. 질환별 평균 이환 기간 및 신체기능 정도

노인이 앓고 있는 질환의 종류로서는 근·골격 질환이 49.6%로 가장 높았고, 다음이 둘 이상 복합된 경우로서 12.5%, 호흡기 질환 9.7%, 심·혈관 질환 8.1%, 뇌혈관 질환 5.5%, 소화기 질환이 4.7% 였고, 노쇠가 2.9%로 가장 낮았으며 기타 질환이 7.0% 였다.

평균 이환기간은 7.3년이었고, 질환별로는 소화기 질환이 11.6년, 호흡기 질환 9.4년, 심·혈관 질환 7.7년, 노쇠 7.5년, 둘 이상 복합된 경우 7.4년, 근·골격 질환 6.5년, 뇌혈관 질환 5.3년 순위였으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

평균 신체기능 정도는 3.7이었고, 질환별로는 심·혈관 질환이 3.9로 가장 높았고, 다음이 근·골격 및 호흡기 질환으로 3.8, 소화기 질환 3.7, 둘 이상 복합된 경우 3.6, 노쇠가 2.6이었고, 뇌혈관 질환이 2.3으로 가장 낮았으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.001$) (표

Table 3. Prevalence rate by socioeconomic characteristics (%)

Variable	Sub.	P. R.	p-value
Marital status			
Married	369	199(53.9)	N.S.
Single	310	184(59.4)	
Family size			
1	49	33(67.3)	N.S.
2	232	141(60.8)	
3 or more	398	219(55.0)	
Householder			
He/she self	388	233(60.1)	0.0328
Others	291	150(51.6)	
Work status			
Not work	471	277(58.8)	N.S.
Work	208	106(51.0)	
Monthly family income (10,000 won)			
- 29	258	154(59.7)	0.0387
30 - 49	273	159(58.2)	
50 -	148	70(47.3)	
Medical security status			
Medical insurance	493	272(55.2)	0.0074
Medical aid	136	90(66.2)	
None	50	21(42.0)	
Total	679	383(56.4)	

P.R. : prevalence rate Sub. : subject

N.S. : no significant difference

4).

5. 의료이용 양상

만성질환이 있는 노인의 지난 2주간 의료이용 양상을 보면 의료이용을 안한 경우가 67.1%로 이용한 경우의 32.9%보다 높은 비율을 보였고, 이용한 경우에서 병의원이 17.2%, 보건소 및 보건지소 11.5%, 기타 4.2%의 비율을 나타내었다.

의료이용을 한 경우, 2주간 평균 방문횟수는 2.9회였는데 병의원이 3.5회로 가장 높았고, 다음이 보건소 및

Table 4. Distribution of mean years of illness & mean level of physical ability by diseases (%)

Disease	No. of case	Mean year of illness	Mean level of physical ability #
Musculoskeletal	190(49.6)	6.5 ± 5.3	3.8 ± 0.7
Respiratory	37(9.7)	9.4 ± 6.8	3.8 ± 0.9
Cardiovascular	31(8.1)	7.7 ± 7.3	3.9 ± 0.7
Cerebrovascular	21(5.5)	5.3 ± 5.0	2.3 ± 1.2
Gastrointestinal	18(4.7)	11.6 ± 11.2	3.7 ± 0.7
Aging	11(2.9)	7.5 ± 5.2	2.6 ± 0.9
Combined	48(12.5)	7.4 ± 6.1	3.6 ± 1.0
Other	27(7.0)	7.3 ± 7.8	3.7 ± 1.2
p-value		0.0146	0.0000
T o t a l	383 (100.0)	7.3 ± 6.4	3.7 ± 0.9

: Level of physical ability

- 1 : Receive of physical ability
- 2 : Difficulty ADL - no help
- 3 : Any difficulty IADL
- 4 : Not physically able - no ADL or IDAL
- 5 : Physically able - no ADL or IADL

보건지소 2.3회, 기타가 1.8회로 가장 낮았으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.01$) (표 5).

6. 제 변수별 의료이용 유무

만성 질환에 이환된 노인들을 제 변수별로 의료이용을 한 경우와 안한 경우로 구분하여 분석한 결과는 표 6-1, 6-2, 6-3과 같다.

Table 5. Utilization & mean visit numbers of medical facilities (%)

Utilization of medical care	No. of case	Mean visit number
Not utilization	257(67.1)	
Utilization	126(32.9)	
Local clinic or hospital OPD	66(17.2)	3.5 ± 2.8
Health center or subcenter	44(11.5)	2.3 ± 1.9
Others	16(4.2)	1.8 ± 1.1
p-value		0.0068
T o t a l	383(100.0)	2.9 ± 2.4

OPD : out patient department

Table 6-1. Medical care utilization of diseases by predisposing variables (%)

Variable	No. of case	Utilization	p-value
Sex			
Male	140	42(30.0)	N.S.
Female	243	84(34.6)	
Age			
65 - 69	106	43(43.6)	N.S.
70 - 74	111	36(32.4)	
75 - 79	95	27(28.4)	
80 -	71	20(28.2)	
Marital status			
Married	199	75(37.7)	0.0492
Single	184	51(27.7)	
Family size			
1	33	8(24.2)	N.S.
2	141	42(29.8)	
3 or more	219	76(34.7)	
Householder			
He/she self	233	67(28.8)	0.0414
Others	150	59(34.3)	
Work status			
Not work	277	90(32.5)	N.S.
Work	106	36(34.0)	
T o t a l	383	126(32.9)	

N.S. : no significant difference

1) 개인속성 요인별 의료이용 유무

성별로는 여자가 34.6%의 의료 이용률을 보여, 남자의 30.0%보다 높았다.

연령별로는 65-69세 군이 40.6%로 가장 높았고, 다음이 70-74세군 32.4%, 75-79세군 28.4%, 80세군이 28.2% 순으로 연령이 높아짐에 따라 낮은 의료 이용률을 보였다.

결혼상태별로는 배우자가 있는 군이 37.7%로, 배우자와 사별한 군의 27.7%보다 높았으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

가족수별로는 셋 이상 사는 가정의 경우가 34.7%로

Table 6-2. Medical care utilization of diseases by enabling variables (%)

Variable	No. of case	Utilization	p-value
Monthly family income (10,000 won)			
- 29	154	38(24.7)	0.0000
30 - 49	159	50(31.5)	
50 -	70	38(54.3)	
Medical security status			
Medical insurance	272	98(36.0)	0.0292
Medical aid	90	26(28.9)	
None	21	2(9.5)	
T o t a l	383	126(32.9)	

Table 6-3. Medical care utilization of diseases by need variables (%)

Variable	No. of case	Utilization	p-value	
Disease				
Musculoskeletal	190	62(32.6)	N.S.	
Respiratory	37	10(27.0)		
Cardiovascular	31	12(38.7)		
Cerebrovascular	21	5(23.8)		
Gastrointestinal	18	8(44.4)		
Aging	11	1(9.1)		
Combined	48	21(43.8)		
Others	27	7(25.9)		
Level of physical ability #				
1	22	5(22.7)		N.S.
2	7	2(28.6)		
3	106	30(28.3)		
4	199	77(38.7)		
5	50	12(24.0)		
T o t a l	383	126(32.9)		

N.S. : no significant difference

: Level of physical ability

- 1 : Receive of physical ability
- 2 : Difficulty ADL - no help
- 3 : Any difficulty IADL
- 4 : Not physicaly able - no ADL or IDAL
- 5 : Physicaly able - no ADL or IADL

가장 높았고, 다음이 들어 사는 군으로 29.8%였고, 혼자 사는 노인이 24.2%로 가장 낮았다.

세대주별로는 자식이 세대주인 경우 39.3%의 의료 이용률을 보여, 노인이 세대주인 경우의 28.8%보다 높았고 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

근로 유무별로는 일을 하는 군의 이용률이 34.0%로, 안하는 군의 32.5%와 비슷하였다.

2) 지불능력 요인별 의료이용 유무

월평균 가계 수입별로 보면 50만원 이상의 수입군이 54.3%로 가장 높은 의료 이용률을 보였고, 다음이 30-49만원 군으로 31.5%였으며 29만원 이하군이 24.7%로 가장 낮았는데 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.001$).

의료보장 수혜별로 보면 의료보험군이 36.0%로 가장 높은 이용률을 보였고, 다음이 의료보호군으로 28.9%였으며, 비 수혜 군이 9.5%로 가장 낮았는데 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).

3) 의료요구 요인별 의료이용 유무

질환별로 보면 소화기 질환이 44.4%로 가장 높았고, 다음이 두가지 이상 복합된 질환으로 43.8%, 심·혈관 질환 38.7%, 근·골격 질환 32.6%, 호흡기 질환 27.0%, 뇌혈관 질환 23.8%였고, 노쇠의 경우가 9.1%로 이용률이 가장 낮았다.

신체기능 정도별로 보면 기능 정도 4군이 38.7%로 가장 높았고, 다음이 2군으로 28.6%, 3군 28.3%, 5군이 24.0%였고 1군이 22.7%로 가장 낮은 이용률을 보였다.

7. 가계 수입별 미충족 의료필요의 이유

미충족 의료필요 해당자인 257명에게 그 이유를 조사한 결과, 「경제적 문제」가 35.4%로 가장 높았고, 다음이 「증세가 경미해서」 27.6%, 「치료 예정」 10.5%, 「치료가 불가능해서」와 「시간과 거리문제」가 각각 9.3%였고, 「자가 및 민속치료」가 3.5%로 가장 낮았다.

월 평균 가계수입별로 이유를 보면, 29만원 이하 군에서는 「경제적 문제」가 55.3%로 가장 높았고, 30-49만원 군에서도 「경제적 문제」가 31.6%로 가장 높았는데, 50만원 이상 군에서는 「증세가 경미해서」가 46.9%로 가장 높았고, 「경제적 문제」는 6.1%로 가장 낮아 월 평균 가계 수입별 미충족 의료필요 이유의 분포는 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($P < 0.001$) (표 7).

Table 7. Reasons of unmet health need by monthly family income

(%)

Reason / Monthly family income (10,000 won)	- 29	30 - 49	50 -	Total
Economic problem	52(55.3)	36(31.6)	3(6.1)	91(35.4)
Tolerable symptom	19(20.2)	29(25.4)	23(46.9)	71(27.6)
Hopeless	8(8.5)	11(9.6)	5(10.2)	24(9.3)
Time & distance	4(4.3)	15(13.2)	5(10.2)	24(9.3)
Expectant treatment	4(4.3)	10(8.8)	13(26.5)	27(10.5)
Folk remedies	4(4.3)	5(4.4)	0(-)	9(3.5)
Others	3(3.2)	8(7.0)	0(-)	11(4.3)
Total	94(100.0)	114(100.0)	49(100.0)	257(100.0)

Note : statistically significant difference were found between the reasons of unmet health need & monthly family income (p=0.0000)

IV. 고 찰

오늘의 노인들은 과거 60년대 우리사회의 전반적인 문제였던 빈곤의 문제를 담당하고 어느정도 해결하여 오늘에 이르는 사람들로서, 국민 생활 수준 향상에 많은 기여를 하였고, 그들은 자기보다는 자식 및 부모를 소중히 섬겨온 세대였으면서도 사대의 변천과 가치관의 서구화에 밀려서 젊은 세대에게 소외당하고 경제적으로 무능력한 계층으로 전락되고 말았다(박재, 1984). 더구나 노년기는 인간의 발달 단계중 가장 큰 위기를 내포하고 있는 시기로서 신체적으로나 정신적으로 질병의 감수성이 예민해지는 시기이며, 특히 노인들의 신체능력의 저하, 특수 감각기능의 약화, 정신과 인식기능의 약화는 그들의 사회 적응을 더욱 어렵게 하였다(김순범, 1977).

이들에게 잘 발생하는 질환은 대부분 만성 퇴행성 질환으로, 고혈압, 동맥경화증을 비롯한 심장·혈관계의 질환, 뇌졸중을 위시한 뇌혈관 병변, 사고 및 장애, 비만증 및 당뇨병 등의 대사장애성 질환, 천식이나 폐기종을 비롯한 만성 폐쇄성 폐질환, 간병변증을 비롯한 만성 간질환, 만성 신장병, 퇴행성 골·관절증 그리고 악성 신생물 등을 들 수 있고, 정신질환으로는 노인성 우울증, 노인성 치매 및 주정 중독증 등이 있고, 그외에 노쇠에 관련된 일련의 비가역성 만성 퇴행성 질환, 기능장애 허약 및 불구, 무능력 상태 등이 포함된다(유동준, 1988). 이러한 질환들은 발병의 시기가 불명하고, 원인들이 복합적인 경우가 많고, 발병시 만성적인 성격을 띄는 것이

특징으로, 이들 질환에 대해서는 노년기 이전부터 조기 발견, 조기치료가 중요함은 널리 알려진 사실로 이에 대한 많은 역학적 조사와 예방 및 치료에 적극적인 관심이 요구되고 있다(김주자와 남택승, 1984).

그러나 국민의 생활수준이 향상되고, 국가의 복지사회 정책 시행에 따라 국민의 건강권이 향상되고, 의료보험의 전국 확대 실시로 국민의료의 질과 양이 많이 향상되었고, 또한 지역사회 주민의 상병상태와 의료이용에 관한 연구(김석범과 강복수, 1989; 이상일등, 1989; 이진희등, 1988; 유승흠등, 1988; 유승흠등, 1987; 유승흠등, 1986)도 많이 이루어지고 있으나, 신체적, 정신적으로 고 위험도 군인 노인 건강 대책에 관한 정책 개발과 연구는 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구는 지역사회 노인의 상병상태 및 의료이용 양상을 파악하고, 의료이용 유무에 영향을 미치는 인구사회, 경제학적 특성 및 상병수준 등의 요인을 규명하여, 노인 보건의료 실태와 문제점을 파악하고 향후 관리대책을 위한 자료를 제공하고자 실시하였다.

성별·연령별 조사대상의 분포를 보면 남자가 265명으로 여자 414명보다 훨씬 적었고, 평균연령은 남자 73.1세 여자 73.8세로 비슷하였다. 연령별 분포에서 남자의 경우 70-74세군이 32.1%로 가장 높았고, 여자의 경우는 65-69세군이 30.9%로 가장 높게 조사되었다. 이는 남자의 경우 조사당시 부재중인 경우가 많았는데, 이는 활동적인 나이인 65-69세군이 조사대상에서 어느 정도 누락된 결과로 보여진다.

만성질환 이환률은 총 56.4%였는데, 이 결과는 유승

흡등(1987)이 조사한 도서지역 노인의 56.5%, 한국인구보건연구원(1988)의 전국 60세 이상 노인 이환률 59.5%와 비슷한 수준이었으나, 이진희등(1987)의 농촌 노인 16.3%, 조유향과 윤현숙(1987)의 도시 노인 38.9%보다는 높았는데, 이는 조사대상과 방법 및 조사시기의 차이에 의한 것으로 보인다.

성별 이환률은 여자가 58.7%로 남자의 52.8%보다 높게 나타나, 조유향과 윤현숙(1987)의 결과와 같았는데, 이는 여자의 평균수명이 남자보다 높기 때문에 그만큼 질환에 이환될 고연령층이 많았기 때문으로 보여진다.

연령별로 보면 80세 이상 군에서 60.2%로 가장 높은 이환률을 보이고 있고, 다음이 70-74세군이 59.4%, 75-79세군이 57.9%였고, 65-69세군이 50.5%로 가장 낮은 이환률을 보였다. 이는 65-69세군의 경우 연령에 의한 이환률의 상대적 감소도 있겠지만, 이 시기에는 좀더 적극적으로 치료에 임하여 이환률이 어느 정도 떨어진 것으로 생각된다. 70-74세군에서 이환률이 증가된 것은 연령의 증가에 따른 영향으로 보여지며, 75-79세군에서 약간 감소한 것은 이시기에 사망한 노인들이 많고 비교적 건강한 노인들이 생존해 나타난 결과로 판단된다. 다시 80세 이상군에서 이환률이 증가한 것은 어쩔 수 없이 이 시기에는 노쇠와 더불어 신체 기능의 전반적 저하가 일어났기 때문일 것이다.

배우자가 생존해 있는 노인의 유병률이 53.9%로 배우자와 사별한 군의 59.4%보다 낮고, 셋이상 사는 가정의 노인이 55.0%로 혼자사는 노인의 67.3%보다 낮았는데, 이는 가족의 지지도와 보살핌이 노인의 건강관리에 긍정적인 영향을 미쳤음을 알 수 있게 해주는 사실이며, 유승흡등(1987)이 전 연령군에서 조사한 결과에서도 가족수가 적을수록 유병률이 높았다.

세대주가 노인인 경우의 유병률이 60.1%로 자식인 경우의 51.6%보다 통계적으로 유의하게 높았는데 이 결과도 위와같은 이유로 설명할 수 있을 것이다.

일을 안하는 경우의 유병률이 58.8%로 하는 경우의 51.0%보다 높게 나타났는데, 이는 일할 나이는 좀더 젊은 연령이기에 질환에 이환될 확률이 고연령층에 비하여 상대적으로 적고, 일을 한다는 것은 그만큼 건강하다는 것으로도 생각할 수 있고, 사회생활에 임하면서 건강관리에 적극적으로 관심을 가졌기 때문으로 판단된다.

월평균 수입이 29만원 이하군의 유병률이 59.7%로 50만원 이상군의 47.3%보다 훨씬 높아, 조유향과 윤현숙

(1987)의 결과와 일치하였고, 유승흡등(1987) 및 김석범과 강복수(1988)가 전 연령군에서 조사한 것과 같은 경향을 보였는데, 이는 경제적 빈곤이 열악한 주거환경과 식생활 습관으로 연관되고, 건강관리에 대한 부정적인 태도, 그리고 질환 발생시 의료 이용률의 저하에 의한 것으로 생각된다.

의료보호 대상자의 유병률이 66.2%로 가장 높았고, 의료보험 비수혜 대상자가 44.2%로 가장 낮았는데, 의료보호 대상은 경제적 빈곤과 직접 관련지을 수 있으므로 위와 같은 이유로 높은 이환률을 설명할 수 있고, 의료보험 비수혜 대상의 낮은 이환률은 농촌 지역에서 의료보험료가 높다고 생각한 사람들중 평소에 건강한 가정은 의료보험료를 내지않고 지냈기 때문으로 추정되며, 이는 김석범과 강복수(1988) 및 이진희등(1987)이 전 연령군에서 조사한 결과와 같은 경향이었다.

만성질환의 종류는 근·골격계 질환이 49.6%로 가장 높게 나타났고, 두가지 이상 질환이 복합된 경우가 12.5%, 호흡기 질환 9.7%, 심·혈관 질환 8.1%, 뇌혈관 질환 5.5%로 나타나 근·골격계 질환을 제외하면 다른 연구결과(조유향과 윤현숙, 1987; 허정, 1984)와 일치하는 경향이었다. 근·골격계 질환이 상대적으로 높았던 것은, 과거에는 질환으로 여기지 않고 참고 지냈던 퇴행성 골·관절염이나 신경통 환자들이, 생활수준이 향상되고 의료보험의 확대 실시에 따라 의료기관을 많이 이용한 결과로 생각된다.

평균 이환기간은 7.3년이었으며, 그중 소화기 질환이 11.6년으로 가장 길었고 뇌혈관 질환이 5.3년으로 가장 짧았는데, 이는 소화기 질환 자체가 노년기 이전부터 더 많이 발생하기 때문이며, 뇌혈관 질환의 경우는 좀 더 고연령층에서 발병하고 생존 여명기간이 다른 질환보다 짧기 때문으로 생각된다.

평균신체기능 정도는 3.7로서 집안 일이나 외출에 어느 정도 지장을 가진 상태이며, 다른 질환에 비해 노쇠가 2.6, 뇌혈관 질환이 2.3으로 낮았던 것은 질환 자체가 신체 기능의 전반적인 장애를 초래하기 때문이다.

만성질환이 있는 노인의 지난 2주간 의료이용 양상을 보면, 질환이 있음에도 67.1%가 미충족 의료필요로 나타나 32.9%만이 의료이용을 하였는데, 미충족 의료의 경우, 조유향과 윤현숙(1987)이 조사한 도시 노인의 53.3%, 전 연령군에서 조사된 문옥륜(1989)의 19.25, 이진희등(1987)의 21.4%, 유승흡등(1987)의 56.0%보다 훨씬 높

게 나타났다. 노인은 신체적, 정신적으로 고 위험도 군이기 때문에 더 많은 의료이용이 필요함에도 이렇게 미충족 의료 필요율이 높은 것은 심각한 문제로, 향후 여러 방면에서 조속히 해결점이 모색되어야 할 것으로 생각된다.

의료이용 기관중 병·의원이나 보건소 및 보건지소 등에서 의사에게 치료받는 비율이 87.7%로 대부분이었는데, 이는 그동안 의사 절대수의 증가와 공중보건의의 농여촌 근무에 따른 긍정적인 결과로 평가된다.

개인 속성 요인별 의료이용 유무를 보면, 성별로는 여자가 남자보다 이용률이 높아 조유향과 윤현숙(1987), 유승흠등(1987)의 결과와 같았으며, 연령별로는 연령이 높을수록 이용을 안하는 경향으로 유병률과는 반대성향을 보였으며, 조유향과 윤현숙(1987), 유승흠등(1987), 김석범과 강복수(1989) 및 유승흠등(1986)의 조사와 같았다. 배우자가 있는 군이 없는 군보다, 가족수가 많을수록, 세대주가 자식인 경우, 직업이 있는 경우 의료이용률이 상대적으로 높았는데, 이중 결혼상태와 세대주가 통계적으로 유의한 변수였는데, 유승흠등(1987)이 전 연령군을 조사한 결과에서 가족수가 적을수록, 직업이 없을수록 미충족 의료필요율이 높다고 한 것과 같은 경향이었다. 이는 유병률의 결과와 상반된 것으로, 앞서 설명했듯이 가족의 지지와 보살핌 그리고 사회생활이 유병률을 낮추는 요인이지만, 질병이환에 따른 의료이용에도 긍정적인 요인으로 작용한다고 볼 수 있다.

지불능력별 의료이용 유무를 보면, 월평균 가계수입이 50만원 이상군에서 54.3%로 29만원 이하군의 24.7%보다 두배 이상의 높은 의료이용률을 보였는데, 이는 아직까지 우리나라에서 경제적 요인이 의료이용에 가장 직접적인 영향을 주는 요인으로 작용함을 알 수 있게 해주는 사실로, 유승흠등(1987), 이상일등(1988) 및 유승흠등(1987)의 결과와 같은 경향이었다. 의료보장 수혜별로 보면 의료보험군이 36.0%로 가장 높았고, 의료보호군이 28.9%, 비 수혜군이 9.5%로 가장 낮았는데, 의료보험군과 의료보호군은 경제적 상태와 관련지어 설명될 수 있고, 비 수혜군이 가장 낮은 이용률을 보인것은 비수혜군이 경제적으로 빈곤한 계층이고, 의료보험의 혜택이 없어 의료이용시 그만큼 본인의 경제적 부담이 과중하기 때문인 것으로 생각된다. 이 경향은 최재준등(1990), 유승흠등(1986) 및 한국의 의료실태(1985)에서 보고한 1981년의 자료와 일치하였다.

의료요구 요인별로 보면, 소화기 질환이 44.4%로 가장 높았고, 뇌혈관 질환이 23.8%, 뇌쇠가 9.1%로 가장 낮았는데, 소화기 질환의 경우 질환 자체가 주기적인 것으로, 증상 발현시 치료받으면 쉽게 호전되므로 이용률이 높은 것으로 생각되고, 뇌혈관 질환이나 노쇠의 경우 질병자체는 위중하지만 경제적문제, 전문요양 시설의 부재, 시간과 거리의 문제 등으로 이용률이 낮은 것으로 생각된다. 신체기능 정도별로는 신체기능이 낮은 군이 높은 군보다 낮은 의료이용률을 보였는데, 신체기능 정도가 낮다는 것은 질병 상태가 위중하다고 볼 수 있어, 더 많은 의료 혜택이 필요함에도, 위와 같은 여러가지 문제로 이용률이 낮은 경향을 보였다.

미충족 의료필요의 이유로서 「경제적 문제」가 35.4%로 가장 높았고, 다음이 「중세가 경미해서」 27.6%, 「치료 예정」 10.5%, 「치료 불가능」과 「시간, 거리문제」가 9.3%로 나타났는데, 「경제적 문제」의 경우, 한국의 의료(1989)에서 보고한 1981년 자료 59.8%보다는 낮아졌지만, 현재 의료보험이 전국으로 확대되고 의료보호등의 시책이 있음에도, 농촌 노인들의 경우 경제적 빈곤으로 인해 질환이 있어도 의료이용을 하지 못하는 것으로 나타났다. 월평균 가계수입별로 이유를 보면 그 경향이 더 뚜렷이 나타나, 29만원 이하군에서는 「경제적 문제」가 55.3%, 「치료 예정」이 4.3%였는데, 50만원 이상군에서는 「중세가 경미해서」가 46.9%, 「치료 예정」이 26.3%였고 「경제적 문제」는 6.1%에 불과했다.

본 조사 연구결과의 평가에 몇가지 제한점이 도출되었는데, 첫째, 조사대상자중 누락된 노인이 많았는데, 누락자는 대부분 부재중으로 이들이 밖에서 활동하는 보다 건강한 노인으로 규정된다면, 본 조사의 유병률이 실제치보다 높게 나타날 수 있다는 점이고, 둘째, 질환의 정의에서 병·의원, 보건소 및 보건지소를 이용하여 의사에 의해 진단되었던 경우만을 포함하였으나 이중 실제적 병변이 없이 의사의 임상적 추정진단이 질환으로 포함될 수 있고, 반대로 실제로 병변이 있어도 의사 아닌 보건진료소, 한방 및 약국을 이용한 경우는 질환으로 포함시키지 않아, 이러한 점들이 이환률에 영향을 줄 수 있고, 셋째, 농가의 월평균 가계수입을 측정하려고 최대한 노력했지만 정확히 측정하기가 불가능하였다는 점이다.

이상에서 언급한 연구성적에서 결혼상태, 세대주, 월평균가계수입, 의료보장 수혜등이 만성 질환의 유병률과 의료이용 유무에 관련이 있는 변수로 선정이 되었는데,

이는 가족적, 사회적 및 경제적 요인이 노인의 건강상태와 관리에 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있어 (Smith, 1980; Chatfield, 1978; Ethel, 1974), 향후 노인들의 질병예방과 건강관리에 기초자료를 제공할 수 있을 것이다. 즉 사회 여러 분야에서 다방면적으로 노인 보건관리에 대한 적극적인 관심과 지원이 요구되고, 보건 의료비중 노인 건강관리 예산의 증대와, 노인 건강관리를 위한 전문 의료인력, 치료시설 및 요양시설이 필요함을 알 수 있다 (이윤숙, 1989).

향후 지역사회 노인의 건강관리 대책에 대한 포괄적이고 다면적인 접근을 위하여, 좀 더 대규모적이고 체계적인 조사 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 결 론

충청남도의 농촌 지역 노인 679명을 대상으로 상병상태 및 의료이용 양상을 파악하고, 의료이용 유무에 영향을 미치는 인구·사회학적, 경제적 특성 그리고 상병수준 등의 요인별 관련성을 비교 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 조사된 노인 679명중 56.4%가 만성 질환에 이환되어 있었고, 남자는 52.8%, 여자는 58.7%의 이환률을 보였다.
2. 80세 이상군에서 60.2%로 가장 높은 이환률을 보였고, 65-69세군이 50.5%로 가장 낮은 이환률을 보였다.
3. 세대주가 노인인 경우, 월평균 가계수입이 29만원 이하인 군 및 의료보호 대상자의 이환률이 상대적으로 높았으며, 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($P < 0.05$).
4. 만성 질환중 근·골격계 질환이 49.6%로 가장 높은 비율을 보였고, 평균 이환 기간은 소화기 질환이 11.6년으로 가장 길었으며, 평균 신체기능 정도는 뇌혈관 질환이 2.3으로 가장 낮았다.
5. 만성 질환자 383명중 미충족 의료필요의 비율이 67.1%로, 32.95만이 의료이용을 하였는데, 그중 병의원이 17.2%, 보건소 및 보건지소가 11.5%의 비율을 차지하였고, 2주간 평균 방문횟수는 2.9회로 병의원은 3.5회, 보건소 및 보건지소는 2.3회였다.
6. 배우자가 있는 군, 세대주가 자식인 군, 월평균 가계 수입이 50만원 이상 군, 의료보험 수혜군에서 의료이용률이 상대적으로 높았으며, 그 차이는 통계적으로

유의하였다 ($P < 0.05$).

7. 미충족 의료필요의 이유로서 「경제적 문제」가 35.4%로 가장 높았는데, 50만원 이상 군에서는 「중세가 경미해서」가 46.9%로 가장 높았고, 「경제적 문제」는 6.1%로 가장 낮았다.

참 고 문 헌

- 경제기획원 조사통계국. 한국통계연감. 경제기획원 조사통계국, 1989
- 김석범, 강복수. 대구시민의 의료기관 이용률과 연관요인. 예방의학회지 1980; 22 (2) : 29-44
- 김순범. 신경정신과 노인환자에 대한 임상적 고찰. 신경정신의학 1977; 16 (2) : 147-167
- 김주자, 남택승. 노인문제에 대하여-농촌지역을 중심으로. 한국농촌의학회지 1984; 9 (1) : 5-12
- 박재. 오늘의 노인 2-역사적 배경. 노인문제, 중앙일보사, 1984
- 보건의료정책연구소. 건강을 이야기 합니다. 제5호, 보건의료정책연구소, 1989, pp. 60-65
- 문옥륜. 의료보험제도가 국민보건과 의료체계에 미친 영향. 의료보험과 국민의료에 관한 세미나, 1991, pp. 5
- 서울대학교 의과대학 심포지움. 농촌의 의료현실. 한국의 의료실태, 한울, 1985, pp. 106
- 유동준. 노인병 관리와 노화억제. 가정의 1988; 9 (1) : 20-26
- 유승훈, 이용호, 조우현. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1986; 19 (1) : 137-145
- 유승훈, 조우현, 박종연, 이명근. 도서지역주민의 의료이용양상과 그 결정요인. 예방의학회지 1987; 20 (2) : 287-300
- 유승훈, 조우현, 손명세, 박종연. 지역의료보험 가입자의 외래 의료이용 변화. 예방의학회지 1988; 21 (2) : 419-441
- 의료연구회. 농촌의 의료실태. 한국의 의료, 한울, 1989, pp. 285
- 이상일, 최현립, 안형식, 김용익, 신영수. 1개 군지역 의료보험제도에서의 보험료 부담수준별 병의원 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1989; 22 (4) : 578-590
- 이윤숙. 노인의 의료보장 및 건강관리를 위한 장단기대책. 한국노년학회 춘계학술대회, 한국노년학회, 1989
- 이진희, 고기호, 김용식, 이정애. 일부 농촌주민과 도시 영세민의 상병 및 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1988; 21 (2) : 404-418
- 조유향, 윤현숙. 노인에 대한 보건의료의 개발을 위한 조사 연구. 한림대학 사회의학 연구소, 1988, pp. 966
- 최재준, 배상수, 김병익, 한달선. 지역의료보험 도입에 따른 보건기관 이용의 변화. 대한예방의학회 학술대회 초록집, 대한예방의학회, 1990, pp. 43
- 한국인구보건연구원. 노인단독가구 실태에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1989, pp. 112

- 허정. 노인학과 노인병학의 생물학적 측면. 노화 노인문제 국제학술회의, 영남대학교, 1984, pp. 101-113
- Anderson R. *A behavioral model of families use of health services*. Center for Health Administration Study, University of Chicago, 1968, pp. 10-20
- Chatfield W. *Economic and sociologic factors influencing life satisfaction of the aged*. *Journal of Gerontology* 1978; 32 (5): 593
- Ethel S. *Health status of older people*. *AJPH* 1974; 64 (3) : 261
- Harris T, Kovar MG, Suzman R, Kleinman JC. *Longitudinal study of physical ability in the oldest-old*. *AJPH* 1989; 79 (6) : 698-702
- Lubben JE, Weiler PG, Chi I. *Health practices of the elderly poor*. *AJPH* 1989; 79 (6) : 731-734
- Luft HS, Hershey JC, Morrell J. *Factors affecting the use of physician services in a rural community*. *AJPH* 1976; 66 (9) : 865-871
- Smith G. *Social need*. London, Routledge & Kegan Paul, 1980