

노인의 건강상태와 복약실태

조원순(가천길대학 간호과)

목 차

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 문헌고찰	참고문헌
III. 연구방법	영문초록
IV. 연구결과 및 고찰	

I. 서론

1. 연구의 필요성

생활환경의 개선으로 인류의 평균수명은 연장되었다. 우리나라는 평균수명이 남자 70.6세, 여자 78.1세로 증가하였으며, 60세 이상의 인구비율은 11%를 차지하고 있다(보건복지부, 1999). 미국에서도 1997년의 노인인구는 1940년대에 비해 16배나 증가하였으며 100세 이상의 노인이 6,100명이나 된다고 보고하였다(newsweek, 1997).

노년기는 신체, 정신, 사회, 경제적 능력이 쇠퇴하는 시기이므로 많은 위기가 예상된다. 최근에는 노화를 "건강한 고령"으로 인식하여 독립성을 지니고 사회생활을 즐길 수 있는 건강한 노년의 삶을 유지하는데 관심이 집중되고 있다(WHO, 1998).

최근의 조사에 의하면 65세 이상 노인은 약 90%가 3개월 이상의 관절통, 요통, 고혈압, 암, 치매 등의 만성퇴행성질환을 앓고있으며 이런 질병은 진행과 치료가 장기간을 요하며 치료효과도 불확실하다. 그러므로

이들의 절반이상이 일상생활에서 어려움을 겪고 있으므로, 건강한 고령화사회를 위하여는 질병과 고통의 해결이 전제되어야 한다고 제기되고 있다(이종철, 2000).

일반적으로 노인은 건강에 대한 관심이 높고 건강증진활동에 대한 이행률이 높으므로 다른 집단보다 큰 효과를 갖게 된다(김귀분, 1997).

건강행위는 질병치료 및 질병예방을 포함한 건강을 유지증진하기 위한 총체적인 행위를 표현할 때 사용된다(Laffrey, S. C., 1990). 즉 개인의 능력이나 잠재력을 강화함으로써 최적의 건강, 안녕의 향상, 삶의 만족을 위한 생활양식이나 환경의 변화에 의한 것으로 건강증진을 정의하였다(Smith, 1990).

건강증진의 영향요인으로 식습관, 운동, 술, 담배, 향락의 몰입, 약물남용, 스트레스가 제시되기도 하였으며(김일순, 1993), 또한 건강증진을 위한 생활양식으로 대인관계가 중요하게 인식되고 있으며(김순이, 1996) 다음으로는 영양, 자아실현, 건강책임, 스트레스관리, 운동의 순으로 보고되었다(김성혜, 1993).

이렇게 노인들은 건강증진을 위해 다양한 방법에 관심이 많지만 건강행위중 질병치료를 위한 약물요법은

아주 직접적인 건강책임행위로 이를 위한 효과적인 방법이 모색되어야겠다.

특히 노인들은 노화에 따라 신체기능, 특히 체지방, 근육조직, 대사효소의 기능, 장기의 기능 등이 저하되어서 일반 성인에 비해 2-3배 약물부작용을 쉽게 일으키기 때문에 투여에 항상 주의해야한다(전산초, 최영희, 1987). 실제로 노인의 90%가 약물부작용을 경험하고 있으며 이 중 20%가 입원을 필요로 한다(Marilyn W. Edmunds, 1998). 또한 65세 이상의 노인은 한가지 혹은 2가지 이상의 만성복합질환을 갖고있으므로 여러 약물을 병용하기 쉽다. 이로 인해 약물상호작용에 의한 부작용의 빈도가 증가하게 된다. 또한 노인은 이해력 부족, 성격상 변화인 고집과 난청이 생겨 복용법 지식이 결여되기 쉽다. 그리고 만성질환에 따른 장기투약으로 인해 복약 불이행이 발생하기 쉽다(김성철, 1998; 김옥녀, 1996; D.G. Grahame Smith & J. K. Aronson, 1984).

그러므로 본 연구는 노인의 건강상태를 살펴보고 효과적인 질병치료를 위한 복약지도, 즉 약물부작용과 약물병용에 따른 상호작용에 의한 부작용을 예방하고 복약순응도를 높일 수 있도록 1차적인 복약실태에 대한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

2. 연구 목적

노인의 건강상태와 복약실태를 조사하여 치료효과를 극대화하고 부작용을 최소화하기 위한 복약지도의 기초자료를 제공하는데 있으며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 건강상태로 현재의 보유질환, 수술경험을 파악한다. 또한 비만도, 주관적 건강평가, 일상생활 활동능력을 조사하여 상관관계를 살펴본다.
- 2) 질환치료를 위한 복약실태로 주관적 복약방법 인지도, 복약순응도, 약물부작용경험, 복합질환에 대한 약물병용경험과 병용시의 부작용경험을 조사한다.
- 3) 노인의 보유약물상태를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 건강상태

신체적, 정신적, 사회적 기능을 적절하고 효과적으

로 수행할 수 있는 인간의 총체적 안녕상태(Corder & Showalter, 1972)로 본 연구에서는 현재의 보유질환과 수술경험을 의미하며 본 연구자가 "노인의 건강관리실태 조사연구"(조원순, 1998)에서 이미 조사하였던 비만도, 주관적 건강평가, 일상생활 활동능력도 포함한다.

2) 복약실태

복약은 약물투여에 의하여 질병치료를 하는 행위(Mosby's Dictionary, 1998)로 정의하며 이에 관련된 제반사항을 파악하는 것을 의미하며 본 연구에서는 주관적 복약방법 인지도, 복약순응도, 약물부작용경험, 복합질환에 대한 약물병용경험과 약물병용시의 부작용경험 여부를 포함한다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 임의표집한 일부지역 노인만을 대상으로 하였기 때문에 모든 노인에게 확대 해석하기는 어렵다.

II. 문헌 고찰

1. 노인의 건강상태 변화와 약물부작용

노화속도는 인간의 유전형질, 일상적인 식사형태, 일상 운동량, 과거병력, 현존하는 만성질환의 수, 일생을 통해 경험된 스트레스양에 달려있다. 이렇게 노화가 진행되는 속도는 다르나 연령에 따라 많은 변화를 초래한다. 노화는 심리적 변화에 따라 의식상태의 변화도 초래되어 우울증 등의 정서, 감정상태의 변화도 초래하게된다. 또한 생리적 변화로 피부변화, 신경변화, 시각, 청각, 후각, 미각 등의 감각, 근골격계의 이상에 의한 근위축, 심혈관변화에 의한 혈압상승, 호흡기계, 위장관계운동의 감소, 내분비계, 비노생식기 등 인체 전 기관의 변화와 면역체계의 변화를 초래한다(쓰그마학회, 1997; 전산초, 최영희, 1987).

이러한 신체변화는 약물의 흡수, 분포, 대사, 배설 등 약물체내동태에 변화를 가져 오게된다. 특히 간의 형태학적인 변화와 간 혈류량의 저하는 약물부작용을 초래하는 주요 요인의 하나이다. 65세 노인의 경우 25

세 젊은이에 비해 간을 통과하는 혈류량이 40-45%로 현저히 감소되어 간에서 제거되는 많은 약물의 제거율이 감소되고 간 대사과정이 감소되어 부작용을 야기시킨다.

또한 노인의 신장배설기능은 개체간에 상당한 차이를 나타내지만 일반적으로 사구체여과율이 감소된다. 그러므로 신장으로 배설되는 약물의 경우 용량조절이 요구되며 특히 치료범위가 좁은 digoxin과 aminoglycosides와 같은 약물은 감량을 필요로 한다. 또한 약물이 작용하는 세포의 수용체에도 기능적 변화 내지 수적감소를 초래함으로써 약물효과에 변화를 가져온다(김옥녀, 1996). 이렇게 노화에 의해 약물반응은 성인과는 다르게 더욱 예민하게 나타나므로 약물부작용에 주의해야한다.

질병치료를 위하여 약물을 장기간 사용하면 빈혈 등의 혈액이상, 설사, 복통 등의 위 장관계통의 이상, 황달증상의 간독성, 신장기능장애 등 다양한 증상을 나타내는데 병원에 입원한 일반환자의 10-20%에서 약물부작용으로 고통을 느끼며 0.24-2.9%가 부작용으로 사망하였다고 보고하였다(D.G. Grahame Smith & J.K. Aronson, 1984). 이를 감안하면 노인환자에게는 더욱 치명적이 될 수 있다.

노인을 대상으로 퇴행성관절염치료를 위하여 투여된 비스테로이드성 항염증성약물(NSAIDs)을 투여한 조사대상자의 약 45%가 부종, 복통, 소화불량, 복부팽만감, 변비, 설사의 순으로 부작용발생을 호소하였다(김영식 등, 1995). 조운정 등(1997)의 조사에서는 20% 이상에서 위장장애, 이명, 청력장애, 두통의 증상을 나타냈으며 일부 노인들에서 NSAIDs 복용 후 소화성궤양으로 병원에 입원하기도 하였다고 보고되었다(Henry D Robertson J, 1993).

이러한 약물의 부작용은 노인들에게 낙상의 원인이 되기도 한다. 노인의 낙상을 조사한 연구에서 조사대상 30%의 낙상 원인이 신경학적질환, 근 골격계질환에 의하거나 걸음걸이, 신체균형에 영향을 주는 신경안정제나 고혈압제 등의 복용과 관련이 있다고 보고하였다. 이렇게 낙상에 의한 골절은 돌발적인 사건뿐만 아니라 약물부작용에 의한 예견된 사고일 수 있으므로 교육에 의해 예방가능함을 주장하였다(Rein Tideiksaar, 1992).

2. 노인의 만성복합질환과 약물병용

노령화에 따른 만성질환, 기질성 정신장애와 노인성 치매의 급증은 노인개인과 가족구성원에게 많은 부담과 스트레스를 유발시킨다. 또한 나이가 들어감에 따라 한번에 한가지 이상의 질병이나 건강문제를 갖게되는 복합이환율의 증가가 있게된다(김귀분, 1997).

즉 노년기에 흔한 질환으로 뇌졸중, 파킨슨씨병, 알츠하이머, 백내장, 녹내장, 관절염, 고혈압, 심근경색, 부정맥, 호흡기계질환, 위십이지장궤양, 담석증, 당뇨병, 갑상선질환, 생식기계질환 등에 의한 복합적 만성질환을 앓게된다. 조사대상이 노인은 아니지만 종합병원을 방문한 환자중 제일 많은 질병은 본태성고혈압과 노인성백내장으로 보고되었다(심뤼타 등, 1997).

복합질환의 치료를 위한 몇가지 약물이 요구되므로 약물상호작용으로 인한 부작용의 위험빈도가 높아진다(전산초, 최영희, 1987). 2가지 약물을 복용시 위험이 6% 증가하며 5가지 상이한 약물을 복용시 50%, 8 또는 그 이상의 약물 복용시 100%의 위험이 있다(씨그마학회, 1997).

종합병원외래를 방문한 환자를 대상으로 동일계통 약물의 중복복용여부를 살펴본 결과 조사대상자중 6.3%가 2개이상의 진료과에서 처방을 받았고 그 중에서 동일 및 동일계통의 약물을 중복 복용한 것으로 나타났다으며 60세 이상의 환자는 50.7%인 것으로 조사되었다(김화숙 등, 1997). 이들 대부분은 처방받은 약을 그대로 복용하고 있었다. 또한 외래환자의 처방전 4145매중 23.4%인 969건에서 약물상호작용의 위험이 관찰되었다(김민선 등, 1997). 또한 종합병원입원 환자의 다제병용에 대한 조사에서는 고령화에 따라 병용약제가 증가하였고 71세의 고령자는 6.9종을 병용한 것으로 나타났다(김희정 등, 1990). 그러므로 만성다장기질환에 의한 노인의 복약지도는 세심하게 이루어져야만하겠다.

3. 복약순응도

상기고찰한 바와 같이 일반성인과는 다른 노화에 따른 약물부작용과 만성 복합질환에 의한 약물병용의 기회가 높아짐에 따른 약물상호작용에 대한 주의 외에도

복용횟수가 증가함에 따라 부작용의 위험도 높아지지만 이에 따라 복용 불이행이 발생하기 쉽다. 즉 장기투약에 대한 거부감, 인내심의 부족, 약의 중요성에 대한 인식부족, 잘 낫지 않는 병에 대한 회의 등으로 복용을 중단하기 쉽다(김옥녀, 1996).

일반성인을 상대로 조사한 소화제, 진통제, 제산제 등 일부 의약품에 대한 소비자의 기본지식은 평균 53.8점으로 낮아서 의약품사용에는 반드시 전문가에 의한 교육이 필요함을 보고하고 있다(중앙대학교 의약식품대학원, 1997). 이를 감안하면 노인의 약물요법은 일반인에 비해 더욱 세심한 주의가 필요하다고 사료된다.

환자관리에 있어 복용순응도는 질병의 경과, 결과, 장기적 예후에 많은 영향을 주게된다.

노인을 대상으로 복용실태를 조사한 선행연구는 별로 찾아볼 수 없었고 일반환자를 대상으로 조사한 연구에 의하면 종합병원을 찾은 외래환자의 경우 복용 불이행율이 30%이며(손인자, 1984) 그 이유는 약물 복용에 대한 정확한 지시를 하지 않았거나 환자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해주지 않은데 있다고 지적하였다(김낙두, 손인자, 1984). 다른 연구에서는 질환에 대한 진단명 인지도, 질병 및 치료방법 인지도, 치료법수용태도, 약물부작용 등이 복용순응도에 영향을 주었으며(조태흠 등, 1995) 특히 약물부작용 유무가 복용순응도를 변화시키는 주요인자라고 하였다(Anastasia, G. D., 1994).

평균연령이 58세인 고혈압환자를 대상으로 조사한 약물순응도 결과를 보면 조사대상 50.9%가 약물복용을 잊은 적이 있으며 귀찮은 경우가 13.9%, 증상이 좋아진 것같이 복용중지를 한 경우 8.3%, 부작용에 의해 복용 중지한 경우가 4.6%로 보고하면서 순응도가 높은 환자의 혈압조절이 잘되었음을 지적하였다(김성원 등, 1995). 또한 고혈압, 당뇨병환자를 대상으로 치료 지속률이 시간을 지남에 따라 의미있게 감소되었음(주형규의 1인, 1994)을 보고하였는데 이는 만성질환자의 장기투약에 대한 복약지도가 반드시 필요함을 보여준다. 만성질환자에 대한 자기조절교육을 통해 자기간호행위, 즉 식사, 운동, 약물요법에 대한 수행정도에 미친 효과가 매우 높았다는 연구가 이를 뒷받침해 준다(구미옥, 1996; 박영임, 1994).

또한 일부 연구에서는 노인 심장질환자의 심박동율,

혈압의 생체리듬이 일반노인과 다른점을 파악하여 효과적인 약물투여시간을 제시하기도하였다(Sandra B. Dunbar & Lynne Farr, 1996). 그러므로 노화에 따른 일반적인 노인특성에 따른 약물복용지도는 물론 실제적인 노인환자를 대상으로 일반노인과의 차이를 파악하여 효과적인 약물투여시간, 방법 등을 모색해야 한다.

위에서 고찰한 바와 같이 노인에게 안전한 약물투여와 복용이행율을 높여 질병치료 효과를 높이기 위하여는 전문가에 의한 철저한 복약지도가 필요하다. 이를 위하여 65세이상 노인의 특성을 이해하는 것이 필요하다. 또한 환자의 약력을 충분히 청취하고 저용량에서부터 서서히 진행시키고 가능한 필요한 약만 복용하고 환자의 반응에 따라 용량을 조절하여 최소량으로 단기간, 단일제제를 투여하고 복용하기 쉬운 제형으로 복용법을 간단하게 하고 자주 재평가를 실시해야한다(씨그마학회, 1997; 김성철, 1998). 또한 환자 본인은 물론, 가족에게도 복약지도의 내용으로약품명, 약물투여의 의의, 복용법의 설명, 약물부작용, 약물상호작용에 대한 설명이 반드시 필요하겠다.

III. 연구 방법

1. 연구대상

60세 이상의 서울, 인천지역에 거주하는 노인을 대상으로 임의표집하여 남자 118명, 여자 131명으로 총 249명을 조사하였다.

2. 연구도구

본 연구자가 문헌고찰한 결과를 토대로 개방식과 응답식으로 복합하여 설문지를 작성하였으며, 통계전문가의 검토를 받아 일부 수정하였다. 설문지 항목은 노인 응답자의 일반적 사항, 신체치수와 비만도, 주관적 건강평가, 일상생활 활동상태와 현재의 질환, 과거의 수술경험 등 건강상태에 대한 내용과 복약실태로는 주관적 복약방법 인지도, 복용순응도, 약물부작용경험, 약물병용경험과 이에 따른 부작용경험, 보유하는 약물종

류 등으로 구성되었다.

IV. 연구결과 및 고찰

3. 자료수집 및 분석

1997년 9월 1일부터 9월 31일까지 인천지역에 위치한 전문대학 간호과 1학년 학생들에 의하여 설문지를 이용한 면접법으로 실시하였다.

수집된 자료는 spss/pc로 전산처리 하였고, 연령, 성별에 따라 응답자를 중심으로 실수와 백분율로 산출하였다.

신체 치수는 조사대상자의 응답으로 구하였고 이를 토대로 비만도를 구하였다. 이를 위해 우선 각 조사대상자의 표준체중을 구한 후 비만도를 산출하였다. 표준체중 산출방법은 동양인의 표준체중 산출방법으로 많이 사용하는 (신장-100) × 0.9 = 표준체중식(이기열, 1988)을 이용하여 비만도를 측정하였다. 표준체중을 기준으로 -10~ +9 %를 정상체중의 범위에 넣고 10%이상은 과체중, 20%이상을 비만으로 간주한다.

일상생활 활동능력은 신체적 일상생활 활동능력(ADL)과 수단적 일상생활 활동능력(IADL)항목에 장 보기를 추가한 활동에 관한 노인 건강사정도구(송미순, 하양순, 1997)를 이용하여 9가지 항목으로 일상생활 활동능력을 조사하였다. 일상생활 활동능력은 4점척도로 하여 혼자한다 0점, 보조기구필요 1점, 타인의 보조감독 필요 2점, 보조기구, 타인의 보조감독필요 3점, 완전히 의존적 4점으로 하여 일상생활 활동능력을 평가하였다. 점수가 낮을수록 활동능력이 좋은 것으로 평가하였다.

보유질환, 수술경험, 보류약물, 복약실태는 백분율로 산출하였다.

조사대상자의 연령, 성별에 따른 비만도의 차이, 또한 성별, 연령, 주관적 건강평가에 따른 일상생활 활동능력은 F test로 유의성 검정을 하였다. 주관적 건강평가에 따른 질환유무와 질환보유수에 따른 주관적 건강평가 검정은 chi-square로 하였다.

1. 일반적 특성

조사대상 총 249명의 성별분포는 남자노인 118명(47.4%), 여자노인 131명(52.6%)이었다.

연령별 분포는 60-69세가 55.4%, 70-79세 36.9%의 분포를 보였으며 80세이상은 7.6%이었으며 이중 여자가 5.6%으로 나타났다. 이는 장수노인으로 여자가 많음을 나타낸다. 조사대상자중 61.0%는 부부함께 생활하고 있으며 36.5%는 배우자와 사별하였으며 2.4%는 이혼하였다. 교육수준은 248명중 문맹노인 8.1%, 학력은 없으나 글자해독가능한 사람은 24.6%, 초등학교 30.2%, 중학교 14.5%, 고등학교 14.9%, 전문대 0.8%, 대학자 6.9%이었다. 거주형태는 부부만 생활하는 대상자는 22.5%이며 대부분의 노인 65.9%는 자녀와 동거하고 있었다. 독신으로 사는 노인은 10.4%로 남자 4명(1.6%)인데 반해 여자노인은 22명(8.8%)이나 되었다. 고령화 사회의 문제중 하나가 독거노인의 생활문제인데 특히 독신 여자노인의 증가로 인한 제반문제 대책이 고려되어야겠다(이선자, 1992; 최영희, 1992). 이들 조사대상자의 종교는 불교 31.6%, 기독교 23.1%, 천주교 12.6%의 순으로 나타났으며 종교생활을 하지 않는 경우도 29.1%으로 나타났다. 현재 직장생활을 하는 사람은 56명으로 응답자 241명중 23.2%의 분포를 보였다.

2. 신체적 건강상태

1) 신장, 체중, 비만도

남자노인의 평균 신장은 168.0 ± 5.5 cm, 여자노인의 평균 신장은 155.0 ± 5.4 cm이었다. 이들의 평균 체중은 남자 64.0 ± 7.6 kg, 여자 56.1 ± 9.9 kg이었다. 한국노인의 표준치는 65세~74세의 기준치를 살펴볼 때 남자는 167cm, 64kg이며 여자노인의

〈표 1〉 일반적 특성

	남(%)	여(%)	계(%)
연령			
60-69	71(28.5)	67(26.9)	138(55.4)
70-79	42(16.9)	50(20.1)	92(36.9)
80-	5(2.0)	14(5.6)	19(7.6)
계	118(47.4)	131(52.6)	249(100.0)
배우자			
생존	101(40.6)	51(20.5)	152(61.0)
사별	15(6.0)	76(36.5)	91(36.5)
이혼	2(0.8)	4(1.6)	6(2.4)
계	118(47.4)	131(52.6)	249(100.0)
교육정도			
문맹	2(1.2)	7(6.9)	20(8.1)
한글해독	19(7.7)	42(16.9)	61(24.6)
초등학교	30(12.1)	45(18.1)	75(30.2)
중학교	23(9.3)	13(5.2)	36(14.5)
고등학교	26(10.5)	11(4.4)	37(14.9)
전문대	1(0.4)	1(0.4)	2(0.8)
대학	15(6.0)	2(0.8)	17(6.9)
계	117(47.2)	131(52.8)	*248(100.0)
거주형태			
부부동거	34(13.7)	22(8.8)	56(22.5)
혼자	4(1.6)	22(8.8)	26(10.4)
자녀	78(31.3)	86(34.5)	164(65.9)
친척	-	1(0.4)	1(0.4)
기타	2(0.8)	-	2(0.8)
계	118(47.4)	131(52.6)	249(100.0)
종교			
불교	33(13.4)	45(18.2)	78(31.6)
기독교	20(8.1)	37(15.6)	57(23.1)
천주교	10(4.0)	21(8.5)	31(12.6)
유교	5(2.0)	2(0.8)	7(2.8)
무교	48(19.4)	24(9.7)	72(29.1)
기타	1(0.4)	1(0.4)	2(0.8)
계	117(47.4)	130(52.6)	*247(100.0)
직업			
있음	39(16.2)	17(7.1)	56(23.2)
무직	73(30.3)	112(46.4)	185(76.7)
계	112(46.5)	129(53.5)	*241(100.0)

* 무응답자 제외

경우 154cm, 54kg이다(한국인 1일 권장량, 1995). 조사대상자의 남자노인은 한국인 표준치에 근사했으나 여자노인의 경우 평균체중이 표준치보다 2kg 초과되었다.

대상자의 비만도 평균치는 남자 4.0%로 여자 10.7%보다 유의한 차이가 있었으며(P=0.0000) 여자노인은 표준체중의 10% 이상인 과체중이었다. 전체 노인 249명중 12명(4.8%)은 -30% 이하의 저체중이며 이들을 제외한 237명중 체중의 30% 이상을 초과하는 비만노인은 5.9%이며 33.8%는 과체중이었다. 그러나 과반수이상인 54.4 %는 정상체중을 나타냈다(표 3). 또한 나이가 많아지면서 비만도는 감소하였다(표 2).

정상체중의 15% 이상인 사람에게는 성인병 특히 고혈압, 심장질환, 당뇨병, 고지혈증 등과 밀접한 관계가 있는 것으로 보고되었으므로 이상체중유지는 질병 예방차원에서도 아주 중요한 건강관리방법중의 하나이다(Krause & Mahan, 1984).

2) 주관적 건강 평가

본조사에서 현재의 건강상태에 대한 주관적인 평가를 요구하였다. 전체노인 249명중 35.3%는 매우건강 내지 건강하다 응답하였고 33.7%는 보통이며 30.9%는 건강이 좋지 않다 응답하였다. 이는 여자노인의 40.5%인 53명, 남자노인의 20.3%인 24명으로 대부분 여자노인들이 남자보다 건강이 좋지 않다고 자각하고 있다. 특히 남자노인의 경우 80세 이상의 노인은 5명 모두 건강이 좋다 응답하였으며 여자의 경우 80세

〈표 2〉 성별, 연령에 따른 평균 비만도 (n=249)

일반적 특성	BMI	F	P
성 별			
남	4.0 ± 10.4 %	19.2737	.0000
여	10.7 ± 13.3 %		
연 령			
60~69	8.6 ± 12.2 %	1.7078	.1834
70~79	6.6 ± 12.4 %		
80+ ~	3.7 ± 14.2 %		

〈표 3〉 성별에 따른 비만도 분포

(n=237)

성 별	저체중(%)	정 상(%)	과체중(%)	비 만(%)	계(%)	P
남	5(2.1)	77(32.5)	27(11.4)	3(1.3)	112(47.3)	.00037
여	9(3.8)	52(21.9)	53(22.4)	11(4.6)	125(52.7)	

〈표 4〉 주관적 건강평가

(n=249)

	남 (%)				여 (%)			
	60~69	70~79	80+~ 계(%)		60~69	70~79	80+~	계(%)
매우건강	1(0.8)	3(2.5)	2(1.7)	6(5.1)	1(0.8)	4(3.1)	2(1.5)	7(5.1)
건강	24(20.3)	15(12.7)	3(2.5)	42(35.6)	17(13.0)	13(9.9)	3(2.3)	33(25.2)
보통	31(26.3)	15(12.7)	-	46(39.0)	19(14.5)	16(12.2)	3(2.3)	38(29.0)
좋지않음	15(12.7)	9(7.6)	-	24(20.3)	30(22.9)	17(13.0)	6(4.6)	53(40.5)
계	71(60.2)	42(35.6)	5(4.2)	118(100.0)	67(51.1)	50(38.2)	14(10.7)	131(100.0)

이상노인 14명중 42.9%인 6명이 건강이 좋지 않다고 응답하였다. 전체적으로 보면 60-69세 노인 138명중 32.6%, 70-79세 노인 92명중 28.2%, 80세 이상노인 중 여자노인 6명(31.5%)이 건강이 좋지 않다 응답하였다. 결론적으로 60-69세 노인의 주관적 건강평가가 오히려 70-79세 노인보다 낮음을 보여준다(표 4).

본 조사와 비슷하게 한국보건사회연구원(1994)의 조사에서도 일반적으로 노인의 주관적 건강상태는 다른 연령층에 비해 좋지 않으며 주관적 건강상태를 평가할 때 전체노인의 43.7%에서 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하였고 여자노인이 남자노인보다 건강하지 않다고 느낀다하였다. 독거노인을 대상으로 조사한 경우(김진희, 정문희, 2000) 보통이다 3.2%, 건강이 나쁘다 94.8%, 매우건강하지않다 1.9%로 독거노인의 건강상태는 일반노인에 비해 좋지 않은 것으로 나타났다. 특히 본 조사에서도 여자노인의 경우 남자보다 혼자 오래 사는 경우가 많고 건강치도 못하다고 느끼므로 독거노인에 대한 노인정책이 필요할 것으로 사료된다.

3) 일상생활 활동능력

본 조사결과에 의하면 전체대상자의 평균 점수는 1.05 + 3.55로 주관적 건강평가와 비슷하게 일상생활 활동능력이 좋았으며 통계적으로 유의하게(p=0.0005) 나타났다(표 5). 연령이 많아질수록 0.6점, 1.3점, 3.3점으로 활동능력의 저하를 보였으며(p=0.0068) 남자노인이 여자보다 낮은 점수로 일상생활 활동능력이 좋았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 일부 연구에서는 주관적 건강평가와 관찰된 기능에는 차이가 있으므로 노인의 신체기능 측정에는 객관적 연구가 필요함을 주장하였다(Margaret Kelly-Hayes, 1992).

3. 보유질환과 수술경험

조사대상자들의 현재 질환과 과거 질환으로 인한 수술 경험여부를 조사하였다. 남자노인의 72.9%, 여자노인의 89.3%가 한가지 이상의 질환이 있다고 응답하

〈표 5〉 나이, 성별, 주관적 건강평가에 따른 일상생활 활동능력

	명	일상생활활동	F	p
나이				
60~69	138	0.59 ± 2.34	5.1014	.0068
70~79	92	1.32 ± 4.43		
80+~	18	3.28 ± 5.13		
성별				
남	118	0.89 ± 4.08	0.4948	.4824
녀	130	1.21 ± 3.00		
주관적건강평가				
매우건강(1)	12	0.00 ± 0.00	6.0902	.0005
건강(2)	75	0.24 ± 0.90		
보통(3)	84	0.69 ± 2.25		
나쁨(4)	77	2.42 ± 5.91		
계	248			

〈표 6〉 보유질환과 수술경험

(n=249)

	남(%)				여(%)			
	60~69	70~79	80+~	계(%)	60~69	70~79	80+~	계(%)
보유질환								
예	55(46.6)	31(26.3)	-	86(72.9)	59(45.0)	46(35.1)	12(9.2)	117(89.3)
아니오	16(13.6)	11(9.3)	5(4.2)	32(27.1)	8(6.1)	4(3.1)	2(1.5)	14(10.7)
계(%)	71(60.2)	42(35.6)	5(4.2)	118(100.0)	67(51.1)	50(38.2)	14(10.7)	131(100.0)
보유질환수								
없음	16(13.6)	11(9.3)	5(4.2)	32(27.1)	8(6.1)	4(3.1)	2(1.5)	14(10.7)
1-2종	45(38.1)	27(22.9)	-	72(61.0)	45(34.4)	38(29.0)	10(7.6)	93(71.0)
3-4종	5(4.2)	2(1.7)	-	7(5.9)	10(7.6)	6(4.6)	2(1.5)	18(13.7)
5-6종	-	-	-	-	2(1.5)	-	-	2(1.5)
응답없음				7(5.9)				4(3.1)
계(%)				118(100.0)				131(100.0)
수술경험								
예	20(16.9)	9(7.6)	1(0.8)	30(25.4)	23(17.6)	22(16.8)	4(3.1)	49(37.4)
아니오	51(43.2)	33(28.0)	4(3.4)	88(74.6)	44(33.6)	28(21.4)	10(7.6)	82(62.6)
계(%)	71(60.2)	42(35.6)	5(4.2)	118(100.0)	67(51.1)	50(38.2)	14(10.7)	131(100.0)

였다. 특히 주관적 건강평가에서 건강하다고 응답한 80세이상의 남자노인 모두 질환이 없다고 대답하였다.

조사대상자 249명중 46명(18.5%)은 질환이 없다고 응답하였고, 있다고 응답한 203명중 11명을 제외한 192명은 질환보유수로 1-2종류 165명(85.9%), 3-4종류 25명(13.0%), 5-6종류 2명(1.0%)으로 2종류 이상을 보유한 사람은 조사대상자 249명중 33.3%를 차지하였다(표 6). 평균 한 사람이 1.6개의 질환을 보유하고었는데 이는 독거노인을 대상으로 조사한 경우 질병수 1-2가지 85.7%, 세가지이상 13.6%(김진희, 정문희, 2000)으로 독거노인들의 건강상태와 비슷한 분포를 보였다.

조사결과와 같이 노인들은 만성복합질환을 보유하고 있으므로 각질환에 대한 약물을 병용투여하는 경우가 많으므로(김화숙 외 7인, 1997) 약물병용에 대한 부작용에 대한 복약지도가 반드시 필요하다.

보유질환과 이들 조사대상자들이 느끼는 주관적 건강평가도와의 상관성을 조사한 결과 매우 유의(p=0.00000)하였다(표 7). 또한 질환의 보유수가 많을수록 건강상태가 좋지 않다고 응답하였음을 잘 보여주고 있다(p=0.00004, 〈표 7〉). 남자의 경우 관절염(38.0%), 고혈압(30.4%), 위십이지장궤양(25.3%), 당뇨병(13.9%), 심장질환(7.6%), 척추디스크(5.1%),

가려움증(5.1%), 백내장(3.8%), 골다공증(3.8%), 간질환(3.8%), 기타 폐렴 등 호흡기질환, 신장질환, 결핵(각각 1.3%)의 질병으로 고생하고 있으며 여자의 경우 관절염(57.5%), 고혈압(33.6%), 골다공증(15.9%), 당뇨병(15.0%), 심장질환(11.5%), 위십이지장궤양(9.7%), 백내장(7.1%), 신장질환(5.3%), 가려움증(5.3%), 간질환(4.4%), 척추디스크(2.7%), 호흡기질환(2.7%), 결핵(0.9%), 기타(1.8%)로 지적하였다.

이 결과로 60세 이상의 많은 노인이 제일 고생하는 질환은 관절염(49.5%), 고혈압(32.0%)이며 위장질환(16.1%), 당뇨병(14.6%), 골다공증(10.9%), 심장질환(9.9%), 백내장(5.7%), 가려움증(5.2%), 간질환(4.2%), 척추디스크(3.6%), 신장질환(3.6%), 호흡기질환(2.1%), 결핵(1.0%), 기타(1.0%)의 순으로 나타났다. 특히 여자노인의 경우 남자보다 더욱 골다공증으로 고생하고 있는 것으로 나타났다(표 8).

이들 질환의 예방을 위한 위험요인에의 노출을 최소화하는 교육, 예를 들면 흡연중지, 체중조절, 규칙적인 신체활동, 균형적인 식사에 대한 교육이 필요하다. 특히 노인에게 영양적인 측면에서 골다공증의 예방으로 적절한 양의 칼슘이 필요하고 복합탄수화물과 섬유질은 포도당내성에 유익하며 식이성섬유질은 정상적인

〈표 7〉 질환유무와 질환 보유수에 따른 주관적 건강평가 (n=249)

	주관적 건강평가					p
	매우 건강	건강	보통	나쁨	계(%)	
보유질환						
있음	3(1.2)	52(20.9)	75(30.1)	73(29.3)	203(81.5)	.00000
없음	10(4.0)	23(9.2)	9(3.6)	4(1.6)	46(18.5)	
보유질환수						
0-무응답	11(4.4)	24(9.6)	12(4.8)	10(4.0)	57(22.9)	
1종류	1(0.4)	32(12.9)	44(17.7)	32(12.9)	109(43.8)	
2종류	-	13(5.2)	23(9.2)	20(8.0)	56(22.5)	.00004
3종류	1(0.4)	4(1.6)	4(1.6)	11(4.4)	20(8.0)	
4종류	-	2(0.8)	1(0.4)	2(0.8)	5(2.0)	
5종류	-	-	-	1(0.4)	1(0.4)	
6종류	-	-	-	1(0.4)	1(0.4)	

장기능 예방으로 암질환, 변비예방하며 고혈압을 대비한 저염식(윤혜상, 1998) 등에 대한 교육이 필요하겠다.

수술경험은 남자 30명(25.4%), 여자 49명(37.4%)이 있다고 응답하였다. 수술의 종류로는 맹장염 14명, 백내장 11명, 자궁암 6명, 위십이지장궤양 6명, 척추디스크 6명, 늑막염 3명, 치질 2명, 나머지 31명은 기타질환에 의한 수술이었다.

4. 복약실태

질환치료를 위한 약물을 복용하는데 따른 제반사항을 고찰하였으며, 주관적 복약인지도, 복약순응도, 약

물부작용경험, 약물병용여부, 약물병용시 부작용 경험 등이다.

조사대상자중 약물을 복용하고 있는 남자의 88.3%, 여자의 86.7%가 복용방법을 잘 안다고 응답하였고, 또한 복용이행에 대하여는 남자응답자의 85.5%, 여자 82.1%가 잘하고 있다고 응답하였다. 이는 문헌고찰에서 일반환자를 대상으로 70%, 만성고혈압환자의 경우 25%정도의 복약순응도를 보인데 비해 상당히 높은 결과이나 주관적인 응답이므로 객관화되기는 어렵겠다.

약물부작용 경험은 남자 76명중 17명(22.4%), 여자 95명중 20명(21.1%)이 유경험이었다. 부작용은 위장장애 18건으로 대부분 소화불량 증세가 많았고,

〈표 8〉 보유질환 종류 (n=192)

	남(%)			여(%)			
	60~69	70~79	계(%)	60~69	70~79	80+~	계(%)
관절염	18(22.8)	12(15.2)	30(38.0)	33(29.2)	24(21.2)	8(7.1)	65(57.5)
고혈압	17(21.5)	7(8.9)	24(30.4)	19(16.8)	17(15.0)	2(1.8)	38(33.6)
위장질환	13(16.5)	7(8.9)	20(25.3)	6(5.3)	5(4.4)	0(0.0)	11(9.7)
당뇨병	7(8.9)	4(5.1)	11(13.9)	8(7.1)	6(5.3)	3(2.7)	17(15.0)
골다공증	3(3.8)	0(0.0)	3(3.8)	9(8.0)	4(3.5)	5(4.4)	18(15.9)
심장질환	3(3.8)	3(3.8)	6(7.6)	6(5.3)	6(5.3)	1(0.9)	13(11.5)
백내장	0(0.0)	3(3.8)	3(3.8)	5(4.4)	1(0.9)	2(1.8)	8(7.1)
가려움증	3(3.8)	1(1.3)	4(5.1)	5(4.4)	1(0.9)	0(0.0)	6(5.3)
간질환	3(3.8)	0(0.0)	3(3.8)	3(2.7)	1(0.9)	1(0.9)	5(4.4)
척추디스크	4(5.1)	0(0.0)	4(5.1)	3(2.7)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.7)
신장질환	1(1.3)	0(0.0)	1(1.3)	5(4.4)	1(0.9)	0(0.0)	6(5.3)
호흡기질환	1(1.3)	0(0.0)	1(1.3)	2(1.8)	1(0.9)	0(0.0)	3(2.7)
결핵	1(1.3)	0(0.0)	1(1.3)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)
기타				0(0.0)	1(0.9)	1(0.9)	2(1.8)
계(%)	50(63.3)	29(36.7)	79(100.0)	57(50.4)	44(38.9)	12(10.6)	113(100.0)

* 남자 79명, 여자 113명을 기준으로 응답에 대한 백분율을 산출하였음(다중응답문항).

〈표 9〉 복용실태

	남(%)				여(%)			
	60~69	70~79	80+~	계(%)	60~69	70~79	80+~	계(%)
주관적 복용인지도								
잘 안다	42(54.5)	25(32.5)	1(1.3)	68(88.3)	45(45.9)	32(32.7)	8(8.2)	85(86.7)
잘모른다	5(6.5)	4(5.2)	-	9(11.7)	5(5.1)	7(7.1)	1(1.0)	13(13.3)
계(%)	47(61.0)	29(37.7)	1(1.3)	77(100.0)	50(51.0)	39(39.8)	9(9.2)	98(100.0)
복약순응도								
잘한다	39(51.3)	25(32.9)	1(1.3)	65(85.5)	40(42.1)	31(32.6)	7(7.4)	78(82.1)
잘못한다	7(9.2)	4(5.3)	-	11(14.5)	9(9.5)	7(7.4)	1(1.1)	17(17.9)
계(%)	46(60.5)	29(38.2)	1(1.3)	76(100.0)	49(51.6)	38(40.0)	8(8.4)	95(100.0)
약물부작용경험								
예	12(15.8)	5(6.6)	-	17(22.4)	12(12.6)	6(6.3)	2(2.1)	20(21.1)
아니오	34(44.7)	24(31.6)	1(1.3)	59(77.6)	37(38.9)	32(33.7)	6(6.3)	75(78.9)
계(%)	46(60.5)	29(38.2)	1(1.3)	76(100.0)	49(51.6)	38(40.0)	8(8.4)	95(100.0)
약물비용								
한다	23(32.4)	12(16.9)	-	35(49.3)	27(28.1)	27(28.1)	6(6.3)	60(62.5)
안한다	21(29.6)	14(19.7)	1(1.4)	36(50.7)	21(21.9)	12(12.5)	3(3.1)	36(37.5)
계(%)	44(62.0)	26(36.6)	1(1.4)	71(100.0)	48(50.0)	39(40.6)	9(9.4)	96(100.0)
약물비용시 부작용 경험								
예	5(14.3)	1(2.9)	-	6(17.1)	6(10.0)	6(10.0)	-	12(20.0)
아니오	18(51.4)	11(31.4)	-	29(82.9)	21(35.0)	21(35.0)	6(10.0)	48(80.0)
계(%)	23(65.7)	12(34.3)	-	35(100.0)	27(45.0)	27(45.0)	9(10.0)	60(100.0)

* 응답자만을 대상으로 백분율 산출하였음

설사의 증세를 느낀 경우도 있었다. 그 외 피부질환으로 피부발진, 가려움증 등 10건이 있으며, 혈액이상 5건, 간독성 1건, 신장장애 1건, 기타증상 3건이 있었다.

복합질환치료를 위하여 한가지 약물을 복용하면서 다른 질환을 치료하기 위해 약물을 병용하는지를 질문하였다. 남자 49.3%, 여자 62.5%로 전체 응답자의 과반수이상인 56.9%가 두가지 이상의 약물을 병용하고 있었다. 약물병용을 한다고 대답한 응답자 95명중 18명(18.9%)이 부작용경험을 하였다고 대답하였다. 부작용은 두통 10건, 오심구토 7건, 피부발진, 가려움증의 알레르기 증상 3건, 설사 2건, 기타 증상의 부작용 1건을 경험하고 있다(표 9). 이는 각각의 약물에 의한 부작용일 수도 있으나 약물병용시 나타날 수 있는 약물상호작용(D. G. Grahame-Smith & J. K. Aronson, 1984)에 의한 것일 수도 있으므로 약물부작용을 방지하기 위하여 전문가와 상의가 필요하고, 이에 대한 예방교육도 필요하겠다.

5. 보유약물

노인들은 건강에 대한 염려로 많은 약물을 보유하며 약물에 의존한다. 실제 이들이 보유하고 있는 약물의 종류를 조사하였으며, 응답자는 남자 116명, 여자 127명으로 총 243명이었다. 제일 많이 보유하고 있는 약물은 소화제(79.4%)이며, 다음에는 외용약(68.7%), 비타민(59.7%), 진통제(59.7%), 감기약(45.3%), 관절염치료제(33.3%), 건강식품(26.7%), 고혈압치료제(25.1%), 위십이지장계양치료제(24.7%), 완하제(19.8%), 제산제(16.5%), 항생제(16.5%), 당뇨병 치료제(10.3%), 강심제(7.0%), 부정맥치료제(4.9%), 이뇨제(4.5%), 협심증치료제(4.1%), 수면제(3.3%) 순이었다. 이 외에도 확인 미상의 약물(38.3%)을 중복 보유하고 있었다(표 10).

응답자 243명이 보유한 약물의 수는 1,331종류로 평균 1인이 5.5종류를 갖고 있다. 남자는 5.1종류, 여

〈표 10〉 보유약물

(n=243)

	남(%)				여(%)			
	60~69	70~79	80+~	계(%)	60~69	70~79	80+~	계(%)
소화제	58(50.0)	33(28.4)	1(0.9)	92(79.3)	51(40.2)	41(32.3)	9(7.1)	101(79.5)
외용약	40(34.5)	27(23.3)	3(2.6)	70(60.3)	41(32.3)	49(38.6)	7(5.5)	97(76.4)
비타민	32(27.6)	20(17.2)	3(2.6)	55(47.4)	36(28.3)	48(37.8)	6(4.7)	90(70.8)
진통제	39(33.6)	26(22.4)	1(0.9)	66(56.9)	38(29.9)	34(26.8)	7(5.5)	79(62.2)
감기약	27(23.3)	23(19.8)	2(1.7)	52(44.8)	28(22.0)	26(20.5)	4(3.1)	58(45.7)
관절염약	15(12.9)	13(11.2)	-	28(24.1)	23(18.1)	23(18.1)	7(5.5)	53(41.7)
건강식품	19(16.4)	10(8.6)	1(0.9)	30(25.9)	13(10.2)	20(15.7)	2(1.6)	35(27.6)
고혈압약	14(12.1)	9(7.8)	1(0.9)	24(20.7)	17(13.4)	17(13.4)	3(2.4)	37(29.1)
위궤양약	20(17.2)	11(9.5)	1(0.9)	32(27.6)	13(10.2)	12(9.4)	3(2.4)	28(22.0)
완하제	13(11.2)	5(4.3)	2(1.7)	20(17.2)	17(13.4)	10(7.9)	1(0.8)	28(22.0)
제산제	12(10.3)	6(5.2)	1(0.9)	19(16.4)	11(8.7)	9(7.1)	1(0.8)	21(16.5)
항생제	14(12.1)	9(7.8)	1(0.9)	24(20.7)	8(6.3)	4(3.1)	4(3.1)	16(12.6)
당뇨병약	5(4.3)	2(1.7)	-	7(6.0)	7(5.5)	8(6.3)	3(2.4)	18(14.2)
강심제	4(3.4)	2(1.7)	1(0.9)	7(6.0)	6(4.7)	2(1.6)	2(1.6)	10(7.9)
부정맥약	5(6.5)	4(5.2)	-	9(11.7)	2(1.6)	1(0.8)	0(0.0)	3(2.4)
이뇨제	3(2.6)	1(0.9)	1(0.9)	5(4.3)	2(1.6)	3(2.4)	1(0.8)	6(4.7)
협심증약	1(0.9)	1(0.9)	1(0.9)	3(2.6)	2(1.6)	5(3.9)	-	7(5.5)
수면제	3(2.6)	2(1.7)	-	5(4.3)	1(0.8)	2(1.6)	-	3(2.4)
기 타	28(24.1)	13(11.2)	2(1.7)	43(37.1)	22(17.3)	24(18.9)	4(3.1)	50(39.4)

자는 5.8종류로 나타났으며 10종 이상을 보유하는 이는 24명이었다. 이와 같이 다량의 약을 보유한다는 것은 동시에 복용하지는 않더라도 복합증상이 있을 때는 약물비용의 기회가 커진다는 것을 의미한다. 따라서 약물비용부작용에 대처한 복약지도가 반드시 필요하다고 하겠다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 고령화사회에 대비하여 건강한 노년기를 위한 복약지도의 기초자료를 제공하기 위하여 서울과 인천 지역에 거주하는 만 60세 이상 노인 249명(남자 :118명, 여자 :131명)을 대상으로 건강상태와 복약실태를 조사한 결과 요약은 다음과 같다.

1) 대상자들의 평균 신체 비만도는 여자의 비만 지수가 10.7%로 과체중 상태였으며, 남자의 4.0%보다 유의하게 높았다. 또한 나이가 많아지면서 비만지수는 감소하였다.

2) 대상자들의 주관적인 건강평가는 전체노인 249명중 35.3%가 매우건강 내지 건강하다, 33.7%

보통,30.9%는 건강상태가 나쁘다고 하였다.

3) 일상생활 활동능력은 전반적으로 양호하였다. 연령이 증가할수록 활동능력은 유의하게 저하하였으며, 주관적 건강평가가 낮을 수록 일상생활활동도 유의하게 낮았다.

4) 대상자의 81.5%가 질환을 보유하고 있었으며, 질환 보유수는 1-2종류가 85.9%, 3-4종류 13.0%, 5-6종류 1.0%로 평균 1인당 1.6개의 질환을 보유하고 있었다. 질환보유 유무와 주관적 건강평가와는 통계적으로 유의한 관련이 있었으며, 질환보유종류가 많을 수록 주관적 건강평가도 낮았다.

5) 대상자들이 현재 보유한 질환은 관절염(49.5%), 고혈압(32.0%), 위십이지장궤양(16.1%), 당뇨병(14.6%), 골다공증(10.9%), 심장질환(9.9%)의 순이었으며 이외에 백내장(5.7%), 가려움증(5.2%), 간질환(4.2%), 신장 질환(3.6%), 척추디스크(3.6%), 호흡기질환(2.1%), 결핵(1.0%), 기타질환(1.8%)의 순서였다.

6) 대상자들의 주관적 복약방법 인지도는 응답자

175명중 87.4%가 잘 알고 있다고 응답하였다. 복용 순응도는 83.6%였고, 21.6%가 약물 복용시 부작용을 경험하였다. 복합질환 보유 시에는 56.9%가 약물을 병용을 한다하였으며, 약물병용 시에 18.9%가 부작용을 경험하였다.

7) 대상자들이 보유한 약물은 1,331종으로 평균 1인이 5.5종류였고, 소화제(79.4%), 외용약(68.7%), 비타민(59.7%), 진통제(59.7%), 감기약(45.3%), 관절염치료제(33.3%), 건강식품(26.7%), 고혈압치료제(25.1%), 위십이지장궤양치료제(24.7%), 완하제(19.8%), 제산제(16.5%), 항생제(16.5%), 당뇨병 치료제(10.3%), 강심제(7.0%), 부정맥치료제(4.9%), 이노제(4.5%), 협심증치료제(4.1%), 수면제(3.3%) 및 그 외에 약물(38.3%) 등 다양한 약물을 보유하고 있었다.

이상의 실태자료에 대한 분석을 기초로 다음과 같은 제언을 한다.

1) 본 연구는 일반노인을 대상으로 조사하였으나 노인환자를 대상으로 객관적 조사가 세부적으로 이루어져야겠다.

2) 노인의 만성질환의 효과적 치료를 위해 복용순응도에 영향을 미치는 인자에 대한 연구와 약물상호작용에 의한 부작용 예방을 위하여 만성복합질환에 의한 약물병용에 대한 사례조사가 이루어져야겠다.

3) 상기를 토대로 노인을 대상으로 한 복용지도 자료를 만들 것을 제언한다.

참 고 문 헌

구미옥 (1996). 만성질환자의 자기간호행위증진과 지식에 대한 자기조절교육프로그램의 효과. 대한간호학회지, 26(2) : 413-427
 김귀분 (1997). "노년기의 건강증진". 대한간호, 36(3) : 6-13
 김낙두, 손인자 (1984). 병원약학업무와 복용지도. 병원약사회지, 1(1) : 50-59

김민선, 최윤아, 류유미, 한현주, 이병구, 박경호, 조남춘 (1997). 외래환자 처방전상에 나타난 약물상호작용실태 및 병원조제 담당약사의 인지도 조사. 한국병원약사회 총회 및 학술대회지 : 172-173
 김성원, 이인구, 김미영, 유태우, 허봉렬 (1995). 복용 순응도에 관한 자가보고 설문의 한국어판 개발 및 타당도 조사. 가정의학회지 16(2) : 172-180
 김성혜 (1993). 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와 의 관계. 고려대학교 대학원 석사학위논문
 김순이 (1996). "한국노인의 건강행위에 대한 탐색적 연구". 이화여자대학교 박사학위논문
 김영식, 박혜순, 신호철, 최환석, 김경수, 이신휘, 김병성, 박태진 (1995). 가정의학회지 16(9) : 600-606
 김옥녀 (1996). 복용지도. 서울: 도서출판 파르마, 26-29
 김일순 (1993). 새시대의료의 새로운 지평. 국제간호학회대회, 3-8
 김진희, 정문희 (2000). 독거노인의 거택환경과 기본상태, 일상생활활동 및 간호요구도에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 14(1) : 26-39
 김화숙, 이지영, 전은용, 정영심, 인용원, 김정미, 손기호, 최경업 (1997). 여러 진료과를 방문한 환자의 동일계통약물 중복복용현황. 한국병원약사회 총회 및 학술대회지 : 183-185
 김희정, 정영녀, 주은희, 서세민, 이용복, 고익배 (1990). 종합병원 입원환자 다제병용에 대한 조사 연구. 한국병원약사회 총회 및 학술대회지 : 173
 박영임 (1994). 본태성고혈압환자의 자기간호증진을 위한 자기조절프로그램의 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문
 보건복지부 (1999). 보건사회통계연보
 손인자 (1984). 외래환자복약실태조사. 병원약사회지, 1(1) : 21-25
 송미순, 하양순 (1997). 노인간호학. 서울: 서울대학교 출판부, 412
 심릿다, 연은숙, 김선자, 이상주, 김옥녀 (1997). 성모병원 다빈도 상병명과 약물사용현황에 대한 분석. 한국병원약사 총회 및 학술대회지 : 208-209

- 씨그마학회편 (1997). 최신임상간호메뉴얼. 서울: 현문사, 179-187
- 윤혜상 (1998). 노인간호학, 서울 : 청구문화사, 187
- 이기열 (1988). 식이요법. 서울 : 수학사, 129
- 이선자 (1992). "노인간호의 현황". 생활간호
- 이종철 (2000). 건강한 '고령화사회' 위해. 2000년 7월 17일 조선일보 논단
- 전산초, 최영희 (1987). 노인간호학, 서울: 수문사, 132-166, 289
- 조원순 (1998). 노인의 건강관리실태 조사연구. 가천길대학논문집 26 : 35-47
- 조윤정, 문순란, 박경호, 조남춘, 송영욱 (1997). 비스테로이드성소염제의 부작용빈도와 종류. 한국병원 약사 총회 및 학술대회지 : 225-226
- 조태홍, 진충권, 김윤진 (1995). 약물순응도와 관련된 건강신념. 가정의학회지 16(7) 470-479
- 주형규, 최진수 (1994). 농촌지역고혈압 및 당뇨병환자들의 치료순응도에 관한 연구. 가정의학회지 15(7) : 446-463
- 중앙대학교 의약식품대학원 (1997). 소비자 의약품사용실태에 관한 연구
- 최영희 (1992). "한국노인의 문제와 관리방향". 제 1차 아시아-태평양 지역 간호학술대회 : 321-324.
- 한국인 1일 영양권장량(6차 개정판) (1995). 한국영양학회
- 한국보건사회연구원 (1994). 아시아지역의 노인 복지 정책 및 노인 생활실태 비교 정책연구자료 : 94-101
- Anastasia, G. D., Little, J. M. Jr., Robinson, M. D., Pettice, Y. L., Leitch, B. B., Norton, H. J. (1994). Impact of compliance and side effects on the clinical outcome of patients treated with oral erythromycin. *Pharmacotherapy*, 14(2) : 229-234
- Corder, B. V., & Showalter, R. K. (1972). *Health science and college life*. New York: Brown Company
- D. G. Grahame-Smith & J. K. Aronson (1984). *The Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy*. Oxford: Oxford University Press, 133-145, 178-179
- Henry, D., & Robertson, J. (1993). Nonsteroidal antiinflammatory drugs and peptic ulcer hospitalization rates in New South Wales. *Gastroenterology*, 104(4) : 1083-91
- Krause & Mahan (1984). *Food, Nutrition & Diet therapy*. Saunders company : 520-521
- Laffrey, S. C. (1990). An exploration of Adult Health Behavior. *Western journal of Nursing research*, 12(4) : 434-444
- Marilyn, W. Edmunds (1998). *Introduction to Clinical Pharmacology*. Mosby : 55-56
- Mosby's Dictionary (1998). St Louis etc. : Mosby, 1002
- Newsweek (1997). August 11 : 52
- Rein Tideiksaar, PhD. (1992). Falls among the Elderly: A Community Prevention Program. *AJPH*, 82(6) : 892-893
- Sandra, B. Dunbar & Lynne Farr (1996). Temporal Patterns of Heart Rate and Blood Pressure in Elders. *Nursing Research*, 45(1)
- Smith, M. C. (1990). *Nursing's Unique Focus on Health Promotion*. *Nursing Science Quarterly*
- WHO (1998). *The World Report 1998. Life in the 21st century*

ABSTRACT

A Study on the Status of Health and Medication in the Elderly

Won Sun, Cho(Dept. of Nursing, Gachon Gil College)

In general the prevalence of old people is high and frequently have multiple diseases and symptoms requiring treatment. The nature of illness in the elderly has to be faced, and drugs do have an important part in the treatment of that illness.

The purpose of this study were to describe health status and medication, and to provide some basic data for elderly's health education, especially for the right medication.

Body mass index, self perceived health status, activities of daily living, disease and experience of past operation were surveyed to recognize the 249 elderly's actual health status. The degree of the elderly's understanding the way of medication, experience of side effects, experience of drug combination and incidence of drug adverse reaction along with drug combination were examined for medication.

The aged women(BMI : $10.7 \pm 13.3\%$) overweighed the aged men(BMI : $4.0 \pm 10.4\%$). 69.0% of them recognized their health good. Their activities of daily living were diminished following by the age group($p=0.0068$) and relationship with self perceived health status were very significant($p=0.0005$). They(192 elderly) suffered from multiple disease such as osteoarthritis(49.5%), hypertension(32.0%), gastric disorder(16.1%), diabetes(14.6%), osteomalacia(10.9%), cardiovascular disease(9.9%), senile cataract(5.7%), skin rash(5.2%), liver disease(4.2%), kidney disease(3.6%), spinal cord problem(3.6%), respiratory disease(2.1%), tuberculosis(1.0%) etc(1.0%).

28.3% of them replied that they had an operation for appendicitis, senile cataract, peptic ulcer, spinal cord problem, pleurisy, hemorrhoid and the rest. Most of them(87.4%) knew the way very well how to use drugs, and 21.6% of the replied 171 elderly experienced adverse drug reaction. Drug compliance rate were high(83.6%).

In our study 56.9% of the 167 elderly took several medicine together. And 18.9% of the 95 elderly who did drug combination had an experience of drug interaction. One person kept average 5.5 kinds of drugs at home among 243 elderly. They kept digestives(79.4%), ointments(68.7%), vitamins(59.7%), analgesics(59.7%), cold medicines(45.3%), antiarthritic drugs(33.3%), health foods(27.7%), antihypertensive drugs(25.1%), antipeptic ulcer drugs(24.7%), laxatives(19.8%), antacids(16.5%), antibiotics(16.5%), hypoglycemic agents (10.3%), cardiac stimulants(7.0%), diuretics(4.5%), antiarrhythmic drugs(4.9%), antianginal drugs(4.1%), hypnotics(3.3%), etc(38.3%).

With this result, we ascertain that polypharmacy in the elderly caused by multiple disease is common, which lead to drug interaction. So our task is to educate elderly how to use drugs in order to maximize their efficiency and to minimize their adverse effects.