

노숙인 컴퓨터거주자의 건강행태, 건강수준과 보건의료기관 이용양상; 성인과 노인 남성노숙인의 비교*

윤희상** · 한영린*** · 송미숙****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

국민의 건강할 권리를 보장하고자 하는 정부 목표중의 하나가 건강불평등의 감소이다(Yoon, 2007). 국민 건강증진계획(Health Plan) 2010과 2020에서도 건강수명연장과 함께 건강형평성 확보를 주요 목적으로 설정하고 있다. HP 2010에서는 건강형평성 확보를 위해서 사회계층별 사망률 및 건강행태의 차이 감소를, HP 2020에서는 지역간, 소득 수준간 건강행태 및 건강수준의 차이감소를 목표로 삼았다(Ministry of Health and Welfare, 2010, 2012). 건강형평성 확보를 위해서는 물질적으로 취약한 계층에 대한 고려가 우선적으로 필요한데, 이는 빈곤에 따르는 사회·심리적 요소와 건강행태가 건강의 위험요소로 작용하기 때문이다(Lee, 2012; Yoon, 2007).

노숙인은 빈곤의 극단에 있는 사회계층으로 오래 전부터 있었지만, 사회문제로 이를 인식하지 않다가

1997년 외환위기로 실직 노숙인이 급증하자 노숙인을 위한 국가정책이 응급 구호차원에서 처음으로 채택되었다(Lee et al., 2007). 외환위기 이전에는 정신질환이나 게으름 등의 개인적 특성으로 인해 노숙인이 된다는 것이 일반적인 생각이었지만, 근로의욕이 있어도 경제적 위기로 인해 누구나 노숙인이 될 수 있다는 자각을 하게 되면서 이들 문제에 관심을 가지기 시작했던 것이다(Lee, et al., 2007; Park & Lyu, 2004). 노숙인의 숫자는 1999년 5,500명, 2004년 4,466명 그리고 2009년 4,664명으로 보고되었고, 2009년 컴퓨터이용자는 3,404명(72.9%)으로 노숙인 중 높은 비율을 차지한다(Ministry of Health and Welfare, 2010). 그러나 Lee (2009)에 의하면 노숙인은 5,463명이고 이 숫자도 주요 도시 중심으로 조사되었기 때문에 실제 노숙인의 수는 더 많을 것으로 추정하고 있다.

노숙인은 숙식이 불안정해지면서 다양한 건강위험 요소에 많이 노출될 뿐 아니라 다양한 건강문제로 고통을 겪기 때문에 이들의 문제는 중요한 공중보건학적

* 본 연구는 2009년 건강증진사업지원단의 재정지원을 받아 이루어졌음.

** 서울여자간호대학교 조교수

*** 동국대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr)

**** 아주대학교 교수

투고일: 2013년 10월 7일 심사회의일: 2013년 10월 24일 게재확정일: 2013년 12월 24일

• Address reprint requests to: Han, Young Ran

Dongguk University, Department of Nursing

707 Seokjang dong, Gyeongju city, Gyeongsangbuk Do, 780-714

Tel: 82-54-770-2625 Fax: 82-54-770-2616 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr

건강문제이다(Hwang, 2001; Hwang & Henderson, 2010; Turnbull, Muckle, & Masters, 2007). 그러나 건강이 그들에게 우선적인 문제가 아니기 때문에 건강관리에 소홀해지므로 점점 건강이 악화되는 상황에 처하게 된다(Hwang, 2001; Park & Lyu, 2004; Power et al., 1999). 실제적으로 이들은 급·만성질환, 감염성 질환, 정신건강문제 등 다양한 신체 및 정신적 건강문제를 호소하며, 사망률은 일반인의 2배 정도를 보이고, 약 50%에서 정신건강문제를 가지고 있는 것으로 보고되었다(Garibaldi, Conde-Martel, & O'Toole, 2005; Hwang, 2001; Schanzer, Dominguez, Shrout, & Caton, 2007; Turnbull et al., 2007). 그동안 발표된 노숙인에 대한 연구는 건강실태조사(Lee, 2009), 정책연구(Lee et al., 2007) 그리고 건강상태 및 행태 등에 관한 주제를 일정지역의 일부 노숙인을 대상으로 부분적인 내용으로 다루었지만 (Park & Lyu, 2004; Song, Cho, Kang, Hwang, & Han, 2000), 전국 차원에서 노숙인의 건강행태, 건강상태 및 보건의료이용에 대한 총체적인 연구를 수행하지 못하였다. 국외연구에서는 노숙인의 신체 및 정신적 건강문제와 사망을 그리고 그들의 건강관리에 대한 연구가 주를 이루었으나(Crane & Warnes, 2010, Garibaldi et al., 2005; Hwang, 2001; Schanzer et al., 2007; Turnbull et al., 2007), 건강행태에 대한 연구는 찾아볼 수 없었다.

또한 노숙인들은 아동, 청소년, 성인 및 노인, 그리고 이민자 등 인구학적 측면으로 매우 다양한 특성을 가지고 있는데(Turnbull et al., 2007), 노숙인들 중 노인이 차지하는 비율이 점차 증가하고 있고 노인 노숙인의 특성과 건강요구는 성인과 다르기 때문에 대상자들의 특성과 건강요구에 따라 차별화된 접근이 필요하다. 한편 노숙인의 건강상태가 일반인보다 나쁘고, 노화가 빨리 진행되기에 노인의 기준을 50세 이상으로 하는 것이 적합하다는 견해가 제시되고 있는데(Crane & Warnes, 2010; Garibaldi et al., 2005), National Coalition for the Homeless(NCH) (2009)에서도 노인 노숙인의 연령기준에 대한 논란이 있었지만 그들의 건강상태가 일반인 보다 10세 이상 나쁘기 때문에 노인의 분류기준을 50세로 하여 노인과 성인을 구분하는 것이 바람직하다고 제안하였다.

이에 본 연구는 노숙인의 대부분을 차지하는 컴퓨터주 남자 노숙인에게 체계적인 건강관리서비스를 제공하기 위한 기초자료를 확보하기 위해서 전국 차원에서 건강위험요소로서의 건강행태, 건강결과로서의 건강수준 그리고 이들의 보건의료기관 이용에 대해 조사하고자 하며, NCH (2009)의 기준에 따라 50세를 기준으로 성인과 노인 노숙인을 구분하여 측정변수들을 비교하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 노숙인 컴퓨터 거주자들에게 적합한 보건의료서비스를 개발하기 위한 기초자료를 확보하기 위해서 성인 남자 노숙인 컴퓨터에 거주하는 노숙인의 건강행태, 건강수준 그리고 이들의 보건의료기관이용에 대해 조사하고자 하며, 50세를 기준으로 성인과 노인 노숙인을 구분하여 측정변수들을 비교하고자 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 연구대상자의 흡연, 음주, 신체활동 및 운동의 건강행태를 분석한다.
- 둘째, 연구대상자의 주관적 건강감, 우울감 경험, 자살 생각, 스트레스 인지, 사고·중독으로 인한 치료 경험, 치아건강 및 자가보고 유병률의 건강수준을 분석한다.
- 셋째, 연구대상자의 보건의료기관 이용양상을 분석한다.
- 넷째, 성인 및 노인 노숙인간의 건강행태, 건강수준 및 보건의료기관 이용양상의 차이를 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

전국 노숙인 컴퓨터에 거주하는 남자 노숙인을 대상으로 설문조사를 실시한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 노숙인 시설 중 컴퓨터에 거주하는 성인남자 노숙인이다. 여성 컴퓨터주 노숙인은 숫자가 적어 연구대상에서 제외하였으며, 남성노숙인 중 정신

질환으로 진단되어 정신질환자 쉼터에 거주하는 노숙인과 19세 미만의 청소년 쉼터에서 거주하는 노숙인도 제외하였다.

Lee (2009)에 의하면 전국 쉼터거주 노숙인은 3,067명이며 이를 조사 모집단으로 하여 단순임의 추출방식으로 95% 신뢰구간, SD(B)는 .05, P와 Q를 각각 .5로 하여 표본 수를 계산한 결과 354명이 나왔다(Kim, 2008). 모집단의 대표성을 확보하기 위하여 서울을 포함하여 전국을 4개 권역(서울, 경기, 부산, 충청)으로 구분하여 모집단 구성비와 표본 구성비가 일치하도록 비례 할당을 적용하였다. 최소 표본 수는 354명이나 설문응답의 불성실성 및 회수율 등을 고려하여 총 400부의 설문지를 배포하였고, 설문에 응답하기를 원하지 않는 자, 설문응답이 부실한자와 중도에 포기한 자를 모두 제외하고 최종 357명의 자료가 분석에 사용되었다. 본 연구는 2009년 건강증진재단의 연구비를 받아 실시한 “전국 노숙자쉼터 거주자의 건강실태조사 및 심층면접을 통한 맞춤형 방문건강관리사업에의 적용방안” 연구결과의 일부를 이용한 것이다.

3. 연구대상자에 대한 윤리적 고려

대상자에게 연구목적과 함께 개인정보는 보호되고 취득한 정보는 통계적 목적 이외에는 사용되지 않으며, 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있고 연구중단에 따른 불이익이 없음을 충분히 설명한 후 자율적으로 참여를 결정하도록 하였으며 연구 참여시에는 연구참여 동의서를 받았다. 연구 참여에 따른 보상으로 소정의 사례비를 제공하였다.

4. 연구 도구

본 연구에 사용한 설문지는 전국 보건소에서 취약계층을 주요 사업대상으로 하는 방문건강관리사업(Ministry of Health and Welfare, 2009)에서 사용하고 있는 건강조사 설문지를 일부 수정·보완하여 건강행태, 자가보고 유병율을 포함한 건강수준 및 보건의료기관 이용 등에 관한 문항으로 구성하였다. 문헌고찰 등을 통하여 쉼터거주 노숙인의 특성을 조사한 후 그들의 특성을 반영하여 의치필요, 사고 및 중독, 알콜 의존 그

리고 신체활동수준 문항을 추가한 후 노숙인에 대한 연구 및 실무경험이 있는 예방의학과 교수 2인, 간호학전공교수 1인, 쉼터 사회복지사 4인, 보건소 근무쪽방 간호사 4인으로 구성된 전문가에게 내용 타당도를 검증받았다.

1) 건강행태

흡연, 음주, 신체활동 및 운동으로 구성하였다. 흡연에 관한 항목은 현재 흡연 유무와 흡연량(10개피이하와 11개피 이상)을 조사하였다. 음주관련 항목은 현재 음주유무, 평소 음주빈도(한 달에 1회 이하와 2회 이상으로 구분), 고위험 음주빈도의 유무(지난 1년 동안 한 번의 술자리에서 7잔 이상을 마시는 경우)와 알코올 의존성여부를 조사하였다. 알코올 의존성 여부는 CAGE로 조사하여 2점 이상이면 알코올 의존도가 있는 것으로 해석하였다(Kim et al., 2001). 신체활동 및 운동에 관한 항목은 일상생활에서의 활동량을 파악하기 위하여 ‘안정 상태: 거의 누워있거나 일상생활을 제외하고 활동이 없음’, ‘가벼운 또는 보통 활동’, ‘심한 또는 격심한 활동’으로 구분하였다. 규칙적인 운동유무는 체력의 유지·향상을 위해 계획된 신체활동으로 땀이 날 정도의 운동을 의미하며 ‘전혀 하지 않음’과 ‘주 1회 이상’으로 구분하였다.

2) 건강수준

주관적 건강감, 우울감 경험(최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망을 느낀 적이 있는지) 유무, 자살생각(최근 1년 동안 죽고 싶다고 생각한 적이 있는지) 유무, 스트레스 인지(평소 일상생활 중에 항상 스트레스를 느끼는지), 최근 1년 동안 응급실이나 병원에서 치료를 받아야 했던 사고 또는 중독 유무, 의치필요 유무, 저작 불편감 유무를 조사항목에 포함하였으며, 자가보고 유병율로 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 우울, 관절염, 결핵, B형간염, 위궤양에 대해 의사의 진단을 받았는지를 조사하는 항목으로 설문지를 구성하였다.

3) 의료기관 이용정도

아프면 제일 많이 이용하는 보건의료기관을 병원, 보건소, 국공립 또는 시립병원, 약국, 기타로 구분하여 조사하였다.

5. 자료 수집 방법

전국을 4개 권역(서울, 경기, 부산, 충청)으로 구분하여 모집단 구성비와 표본 구성비가 일치하도록 비례 할당을 한 후 4대 도시의 노숙인 컴퓨터에 설문협조를 공문과 전화로 의뢰한 후 연구에 응하기로 동의한 노숙인 컴퓨터를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구를 승낙한 전국 15개 노숙인 컴퓨터의 기관장과 실무담당자를 직접 찾아가 다시 연구의 목적과 내용을 설명하여 승낙을 재차 받아 2009년 8월 1일부터 9월 30일 사이에 자료를 수집하였다. 일반적으로 노숙인은 한방에 수 명에서 십여 명이 기거하고 저녁에만 숙소를 이용할 수 있는 물리적 환경과 노숙인은 낮은 사람을 경계하고 자신의 신분을 숨기고 싶어 하므로 노숙인과 신뢰관계가 형성된 컴퓨터관련자가 자료를 수집하는 것이 좋겠다는 컴퓨터 실무자들의 조언에 따라, 연구팀은 조사자에게 연구의 목적, 설문지 내용 및 조사 시의 유의점에 대하여 사전교육을 실시하였으며 궁금한 사항에 대해서는 수시로 필요한 정보를 제공하였고 설문조사는 노숙인 컴퓨터 관련자가 수행하였다. 개인별 조사시간은 30-60분이 소요되었다.

6. 자료 분석 방법

SPSS 14.0 프로그램을 사용하였으며, 대상자의 인구통계학적 특성, 건강행태, 건강수준 및 보건의료기관 이용은 실수와 백분율로 빈도분석을 하였으며, 50세 기준 성인과 노인의 일반적 특성, 건강행태, 건강수준

및 보건의료기관이용의 차이를 카이검정으로 분석하였으며, 기대빈도가 5미만인 경우는 Fisher's exact Test를 사용하였다.

III. 연구 결과

1. 일반적 특성

연구대상자의 50세 미만 성인집단이 158명(44.3%)이고, 50세 이상 노인집단이 199명(55.7%)이었다. 결혼 상태는 미혼(46.5%), 이혼, 사별 또는 별거(44.8%), 기혼(8.7%) 순으로 나타나 현재 배우자가 없는 대상자가 총 326명(91.3%)으로 대다수를 차지하였다. 50세 이상의 노인집단에서는 이혼, 사별 또는 별거라고 응답한 대상자가(61.6%), 50세 미만의 성인집단에서는 미혼이라고 응답한 대상자(72.8%)가 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($\chi^2=78.88, p<.001$). 이들의 교육수준을 살펴보면, 고졸(44.8%), 중졸이하(42.9%), 대학졸업 이상(12.3%)의 순이었으며, 노인집단에서는 중졸이하(51.3%)가, 성인집단에서는 고졸(58.2%)이라고 응답한 대상자가 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=20.62, p<.001$). 조사대상자 중 종교가 있다고 응답한 대상자는 264명(73.9%)이었고, 건강보험 유무를 조사한 결과, 국민건강보험에 가입한자가 204명(57.1%), 의료급여 대상자가 31명(8.7%), 보험이 없다고 대답한 응답자가 122명(34.2%)이었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Participants

N=357

Characteristics	Categories	Total n(%)	<50yr n(%)	≥50Yr n(%)	χ^2	p
Marital status	Single	166(46.5)	115(72.8)	51(25.6)	78.88	<.001
	Married	31(8.7)	6(3.8)	25(12.6)		
	Divorced/etc	160(44.8)	37(23.4)	123(61.8)		
Education	Below middle school	153(42.9)	51(32.3)	102(51.3)	20.62	<.001
	High school	160(44.8)	92(58.2)	68(34.2)		
	College or above	44(12.3)	15(9.5)	29(14.6)		
Religion	Yes	264(73.9)	115(43.6)	149(56.4)	0.20	.716
	No	93(26.1)	43(46.2)	50(53.8)		
Health insurance	National health insurance	204(57.1)	92(58.2)	112(56.3)	1.06	.589
	Medicare	31(8.7)	11(7.0)	20(10.1)		
	None	122(34.2)	55(34.8)	67(33.7)		

2. 연구대상자의 건강행태

연구대상자의 건강행태를 조사한 결과는 다음과 같다(Table 2). 현재 흡연자는 257명(72.0%)이었으며, 성인집단의 흡연자가 132명(83.5%)으로 노인집단(62.8%)에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($\chi^2=20.88, p < .001$). 흡연자 중 하루 11개피이상 피운다고 응답한 대상자가 163명(63.4%)으로 두 집단 간의 유의한 차이는 없었다. 현재 음주를 한다고 응답한 대상자는 216명(60.5%)이고, 성인집단의 음주비율(72.2%)이 노인집단의 음주비율(51.3%)보다 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=16.09, p < .001$). 지난 1년 동안 한 번의 술자리에서 7잔 이상을 마신 경험이 있다고 응답한 대상자는 86명(39.8%)으로 나타났다. 성인집단(46.5%)이 노인집단(32.4%)보다 고위험 음주 비율이 높았으며 통계적으로 유의하였다($\chi^2=4.49, p=.034$). 한편 평소 음주빈도를 조사한 결과, 한 달에 1회 이하로 음주한다고 응답한 대상자는 154명(71.3%)이었고, 알코올 의존도가 있는 응답자가 103명(47.7%)이나, 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

일상생활을 위한 기본활동을 제외하고 거의 누워있

거나 앉아서 지낸다고 응답한 사람이 78명(21.8%), 가법거나 보통의 활동을 하는 사람이 195명(54.6%), 농업 또는 육체노동정도의 강한 활동을 한다고 응답한 사람이 84명(23.5%)으로 나타났으며, 계획된 운동을 규칙적으로 주 1회 이상 실천한 대상자는 249명(69.7%)이었으며 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

3. 연구대상자의 건강수준

연구대상자의 건강수준을 분석한 결과는 다음과 같다(Table 3). 주관적 건강감을 살펴본 결과 '보통이다'라고 응답한 대상자가 191명(53.5%)으로 가장 많았으며, '건강하다', '건강하지 않다'라고 응답한 대상자가 각각 83명(23.2%)이었다. 그리고 우울감 경험이 있다고 응답한 대상자가 115명(32.2%)이었으며, 최근 1년 동안 자살생각을 했었다는 응답자는 110명(30.8%)으로 나타났다. 한편 평소 일상생활 중에 스트레스를 항상 느끼고 있다는 응답자가 294명(82.4%)으로 나타났으며, 성인 집단에서 스트레스를 느끼고 있다는 응답자가 138명(87.3%)으로 노인집단(78.4%)보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다(χ^2

Table 2. Difference of Health Behaviors between Younger and Older Homeless Shelter Residents
N=357

Variables	Categories	Total n(%)	<50yr n(%)	≥50Yr n(%)	χ^2	p
Current smoking	Yes	257(72.0)	132(83.5)	125(62.8)	20.88	<.001
	No	100(28.0)	26(16.5)	74(37.2)		
Smoking amount (Cigarettes/day)	≤10	94(36.6)	42(31.8)	52(41.6)	2.65	.067
	≥11	163(63.4)	90(68.2)	73(58.4)		
Current drinking	Yes	216(60.5)	114(72.2)	102(51.3)	16.09	<.001
	No	141(39.5)	44(27.8)	97(48.7)		
Drinking frequency (Per month)	≥2	62(28.7)	39(34.2)	23(22.5)	3.58	.059
	≤1	154(71.3)	75(65.8)	79(77.5)		
High risk drinking	Yes	86(39.8)	53(46.5)	33(32.4)	4.49	.034
	No	130(60.2)	61(53.5)	69(67.6)		
Alcohol dependency (CAGE 2≥)	Yes	103(47.7)	51(44.7)	52(51.6)	0.84	.413
	No	113(52.3)	63(55.3)	50(49.0)		
Physical activity level	No activity	78(21.8)	31(19.6)	47(23.6)	3.12	.210
	Moderate activity	195(54.6)	83(52.5)	112(56.3)		
	Severe activity	84(23.5)	44(27.8)	40(20.1)		
Exercise	No exercise	108(30.3)	54(34.2)	54(27.1)	2.07	.165
	≥1 per week	249(69.7)	104(65.8)	145(72.9)		

=4.85, $p=.036$).

최근 일 년 동안 사고나 중독으로 응급실·병원에서 치료를 받았던 경험이 있는 대상자는 88명(24.6%)으로, 성인집단의 사고나 중독 경험율이 31.0%로 노인 집단(19.6%)보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($\chi^2=6.18$, $p=.014$). 의치가 필요하다고 응답한 대상자는 211명(64.9%)으로, 노인집단(76.2%)이 성인집단(52.9%)에 비해 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났으며($\chi^2=19.39$, $p<.001$), 저작 불편감을 호소한 응답자는 166명(46.5%)으로, 노인집단(55.8%)의 저작 불편감 호소율이 성인집단(34.8%)에 비해 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=15.57$, $p<.001$).

4. 연구대상자의 자가보고 주요 질병

연구대상자가 의사에게 진단받았다고 응답한 주요 질병을 분석한 결과는 다음과 같다(Table 4). 고혈압을 진단받았다고 응답한 대상자는 74명(20.7%)으로 노인집단(27.6%)이 성인집단(12%)에 비해 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($\chi^2=13.06$, $p<.001$). 한편 당뇨를 진단받았다고 응답한 대상자는 44명

(12.3%), 뇌졸중은 21명(5.9%), 우울은 15명(4.2%), 관절염은 21명(5.9%), 결핵은 3명(0.8%), B형 간염은 4명(1.1%), 위궤양은 7명(2.0%)이었으며 두 집단 간에 유의한 차이는 없었다.

5. 연구대상자의 보건의료기관 이용양상

이플 때 주로 이용하는 보건의료기관을 조사한 결과, 국공립병원이라고 응답한 대상자가 196명(54.9%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 약국(17.1%), 병의원(12.0%), 보건소(10.4%) 순으로 나타났다. 두 집단 모두 국공립병원에 이어 약국을 가장 많이 이용하였으며, 그 다음으로 노인집단은 보건소, 민간의원의 순으로, 성인집단은 민간의원, 보건소의 순으로 보건의료기관 이용양상이 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=20.98$, $p<.001$).

IV. 논 의

최근 우리사회가 경험하고 있는 급격하고 반복적인 경제상태 변화로 말미암아 노숙인에 대한 보건학적 관심과 개입이 적극 필요한 시점에서 개인적 접근이 용

Table 3. Difference of Health Status between Younger and Older Homeless Shelter Residents
N=357

Variables	Category	Total n(%)	<50yr n(%)	≥50Yr n(%)	χ^2	p
Perceived health status	Healthy	83(23.2)	39(24.7)	44(22.1)	0.59	.743
	Moderate	191(53.5)	81(51.3)	110(55.3)		
	Unhealthy	83(23.2)	38(24.1)	45(22.6)		
Experience of depression symptoms	Yes	115(32.2)	60(38.0)	55(27.6)	0.99	.356
	No	242(67.8)	98(62.0)	144(72.4)		
Suicidal thoughts	Yes	110(30.8)	53(33.5)	57(28.6)	0.99	.356
	No	247(69.2)	105(66.5)	142(71.4)		
Perceived stress	Always yes	294(82.4)	138(87.3)	156(78.4)	4.85	.036
	Seldom or no	63(17.6)	20(12.7)	43(21.6)		
Experience of emergency care due to accident or poisoning within a year	Yes	88(24.6)	49(31.0)	39(19.6)	6.18	.014
	No	269(75.4)	109(69.0)	160(80.4)		
Need denture	Yes	211(64.9)	83(52.9)	128(76.2)	19.39	<.001
	No	114(35.1)	74(47.1)	40(23.8)		
Difficulty of chewing ^{a)}	Yes	166(46.5)	55(34.8)	111(55.8)	15.57	<.001
	No	191(53.5)	103(65.2)	88(44.2)		

a) subjects who have had a difficulty in chewing, due to teeth, denture, and gum problems.

Table 4. Difference of Self Reported Major Diseases Prevalence between Younger and Older Homeless Shelter Residents N=357

Variables	Categories	Total n(%)	<50yr n(%)	≥50Yr n(%)	χ^2	p
Hypertension	Yes	74(20.7)	19(12.0)	55(27.6)	13.06	<.001
	No	283(79.3)	139(88.0)	144(72.4)		
Diabetes	Yes	44(12.3)	15(9.5)	29(14.6)	2.01	.194
	No	313(87.7)	143(96.8)	183(92.0)		
Stroke	Yes	21(5.9)	5(3.2)	16(8.0)	3.78	.069
	No	336(94.1)	153(96.2)	183(92.0)		
Depression	Yes	15(4.2)	6(3.8)	9(4.5)	0.02	.796
	No	342(95.8)	152(96.2)	190(95.5)		
Arthritis	Yes	21(5.9)	14(8.9)	29(14.6)	2.71	.105
	No	336(94.1)	144(91.1)	170(85.4)		
Tuberculosis*	Yes	3(0.8)	1(0.6)	2(1.0)	0.15	.702
	No	354(99.2)	157(99.4)	197(99.0)		
Hepatitis B*	Yes	4(1.1)	1(0.6)	3(1.5)	0.61	.633
	No	353(98.9)	157(99.4)	196(98.5)		
Stomach Ulcer*	Yes	7(2.0)	3(1.9)	4(2.0)	0.01	.940
	No	350(98.0)	155(98.1)	195(98.0)		

* Fisher's exact Test

Table 5. Difference of Utilization Pattern of Health Care Institutions between Younger and Older Homeless Shelter Residents N=357

Health care institutions	Total n(%)	<50yr n(%)	≥50Yr n(%)	χ^2	p
Site				20.98	<.001
General hospital/ clinic	43(12.0)	26(16.5)	17(8.5)		
Public health care center	37(10.4)	18(11.4)	19(9.5)		
National/ municipal hospital	196(54.9)	67(42.4)	129(64.8)		
Pharmacy	61(17.1)	38(24.1)	23(11.6)		
Etc	20(5.6)	8(5.7)	11(5.5)		

이하지 않은 노숙인들의 인구사회학적 특성과 함께 건강행태, 건강수준 및 보건의료기관 이용패턴을 분석하고, 특히 50세를 전후로 두 집단 간의 제반 측정변수들을 비교할 수 있었던 것이 본 연구의 의의이다.

연구대상자는 성인과 노인집단이 대략 반반이었다. 기혼자는 10% 이하에 불과하였는데 이는 Nam, Ryu와 Shin (2000)의 연구에서 보고한 21.2%, Park과 Lyu (2004)의 연구에서 과반수 이하라고 보고한 결과보다는 낮은 수준이었으며, 이러한 현상은 노숙인의 공통적 특성 중의 하나가 가출 등 가족문제가 있다고 보고한 Toro (2007)의 연구결과로 설명할 수 있다. 대상자의 학력은 Nam 등(2000)과 Park과 Lyu (2004)의 연구결과와 마찬가지로 고졸이상이 각각 반 정도 수준으로 학력수준이 비교적 높게 나타났는데 이

는 외환위기 이후 새롭게 노숙인으로 유입된 저소득층이 많아졌으며 학력이 높아졌다는 Han 등(2001)의 연구결과와도 일치하였다. 연구대상자의 34.2%가 건강보험이나 의료급여의 혜택도 받고 있지 않은 것으로 나타나, 노숙인들이 건강보험료를 낼 수 없는 극빈한 상황임에도 불구하고 국가로부터 건강보호를 받고 있지 못하고 있음을 확인할 수 있어 보건학적 관심이 매우 필요하다.

1. 연구대상자의 건강행태

연구대상자 중 현재 흡연자는 72%이고 그 중 하루에 반 갑 이상을 피우는 사람이 63.4%를 차지하였는데, 같은 해 19세 이상 국민들을 대상으로 조사 보고

된 46.9%, 16.2개피 인 것에 비교하면(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention(MHW & KCDCP, 2010), 일반인에 비해 약 1.5배 흡연율이 더 높고, 흡연 양도 적지 않음을 확인할 수 있었다. 특히 MHW와 KCDCP (2010)에서 보고한 65세 이상의 흡연율(25.9%)과 비교할 때 노숙인 노인집단의 경우 약 2.4배 이상 흡연이 높음에 주목해야 한다. 흡연은 전 세계적으로 비전염성 질환 특히 심혈관질환, 암, 폐 질환의 주요 위험요인임을 고려할 때(The World Bank, 2003) 컴퓨터 노숙인들, 특히 노인 노숙인의 높은 흡연율은 중요하게 다루어야 할 건강위험행위이다.

현재 연구대상자의 음주율은 60.5%, 평소 음주횟수는 한 달에 한번 이하로 음주한 비율은 71.3%이었는데, MHW와 KCDCP (2010)에서 보고한 음주율(86%)에 비해 다소 낮았다. 이는 조사에 응한 노숙인 컴퓨터의 주체가 기독교 단체가 많아 정책상 음주를 허용하지 않았기 때문에 음주를 한다고 해도 하지 않겠다고 응답할 수 있음을 감안하여 결과를 해석해야 한다. 한편 CAGE를 이용하여 조사한 결과 알콜 의존에 해당되는 대상자는 과반수 정도인 것으로 나타나 알콜 의존에 대한 심층상담이 필요함을 알 수 있다. 노숙인에게 있어 술은 외로움을 잊게 하고 스트레스를 해소하며 노숙인들과 어울릴 수 있게 하는 매개체가 되어 노숙인들이 음주를 많이 하게 되는데, 이로 인해 외상과 질병의 악화, 우울, 인지장애, 식욕저하, 영양 부족, 수면장애 등의 다양한 문제를 유발하게 되며, 자포자기의 심정으로 더욱 술을 마시게 되어 건강이 더욱 악화되는 악순환을 거치게 된다(Crane & Warnes, 2010; Wojtusik & White, 1998). 1999년부터 2005년까지 7년간 남자 노숙인의 사망원인을 분석한 결과에서도 사망원인 2위는 간질환과 같이 과도한 알콜 섭취로 인한 사망이 15.7%이므로(Lee, et al., 2007) 음주는 노숙인에게 있어 매우 중요한 건강위험행태이다. 본 연구대상자는 컴퓨터 노숙인이므로 거리 노숙인에 비해 심지어는 일반 국민에 비해 낮은 음주율을 보이고 있지만, 종교기관의 컴퓨터에 머물기 위해 당분간 절제를 하고 있는 상태에 있을 수 있으므로 이들의 음주행태는 지속적 관리가 필요하다.

연구대상자의 신체활동은 거의 활동이 없이 누워 지

내거나 앉아서 지내는 사람이 약 20%이고, 계획된 운동을 규칙적으로 주 1회 이상 하는 비율이 약 70%로 분석되었다. MHW와 KCDCP (2010)에 의하면 2009년도의 19세 이상 성인의 격렬한 신체활동 실천율은 17.9, 중증도 신체활동 실천율은 13.4, 걷기 실천율은 46.1로 보고되어 본 연구결과와 직접적인 비교는 어렵지만, 주 1회 이상 규칙적인 운동을 하는 비율은 70%로 다소 높게 나타났다. 이는 컴퓨터 프로그램 중에 운동프로그램이 포함된 경우가 많아 주 1회 정도 규칙적인 운동을 할 수 있는 여건과 분위기 조성으로 인한 것이라고 해석된다. 한편 Moon (2012)은 저소득층 중년기 성인의 신체활동에 대한 연구에서 사회, 경제적 수준이 낮을 경우 건강행위실천정도가 상대적으로 낮게 보고되고 있다고 보고하여 본 연구결과와 다소 차이를 보이고 있는데, 이는 거리 노숙인을 본 연구에서 제외한 상태이고, 컴퓨터에 운동프로그램이 정기적으로 포함되어 있기 때문으로 해석된다.

노숙인들은 사고나 질병이 심각해진 후야 병원을 찾아오므로 서비스 제공자들은 치료를 제공할 뿐 그들의 불건강한 행위는 간과하여 왔다. 그러나 노숙인들의 불 건강 행태가 질병으로 진전되지 않도록 지속적인 교육과 함께 동료들끼리 일상생활에서 자연스럽게 건강행위를 실천할 수 있도록 접근하는 전략이 필요하며, 칫솔과 치약을 나누어 주는 것과 같은 아주 간단하고 실제적인 지원만으로도 충치, 치은염 및 차아손실 등을 예방하는 건강행태를 향상시키는데 기여할 수 있다 (Power, et al., 1999).

2. 연구대상자의 건강수준

실제적인 질환의 발병유무도 중요하지만 주관적 건강감 역시 중요한 건강관련 지표이다. 연구대상자 중 자신을 건강하다고 인식한다고 응답한 사람은(23.2%)로 일반인(47.6%)(MCH & KCDCP, 2010)에 비해 2배 정도로 낮게 나타나, 일반인에 비해 주관적 건강감이 좋지 않은 것으로 분석되었는데, 53.6%로 보고한 Song 등(2000)의 연구와, 40.5%로 보고한 Nam 등(2000)의 연구결과와 차이를 보여 앞으로 이에 대한 추후연구가 필요하다.

우울감 경험비율은 일반인(10.1%)에 비해(MHW

& KCDCP, 2010) 3배 이상 높았다. 우울은 초기중재가 이루어지지 않을 경우 점차 자기관리를 소홀하게 되어 건강이 악화될 뿐 아니라 대인 및 사회관계를 단절하게 되어 노숙의 장기화를 초래하게 되는 중요한 건강문제(Crane & Warnes, 2010; Ploeg, Hayward, Woodward, & Johnston, 2008)이다. 노숙인에게 있어 우울은 만성적 음주, 약물남용 및 다양한 신체 및 정신적 증상을 동반하기 때문에 진단이 쉽지 않으며, 확인된 이후에도 지속적으로 관리되지 않기 때문에 점점 악화되는 경향을 보이므로 조기에 발견하여 관리하는 것이 필요하다. 자살을 생각했다고 응답한 대상자는 일반인(10.5%)에 비해 약 2배 정도(MHW & KCDCP, 2010) 높았으며, 스트레스를 항상 느낀다고 응답한 비율도 일반인(28.6%)에 비해 약 3배 정도 높았으며 성인 집단이 노인집단에 비해 스트레스를 느끼는 비율이 유의하게 높게 나타났다. 노숙인들의 우울, 스트레스 인지율 및 자살 생각이 일반인에 비해 2-3배 정도 높은 것으로 나타나 이들의 정신건강문제는 특별하게 조속히 대처할 필요가 있다.

연구대상자 중 의치가 필요하다고 응답한 비율과 저작 불편감을 호소한 비율이 각각 64.9%와 46.5%로 높게 나타났으며, 이는 일반인들의 저작 불편율이 19세-64세의 27.4%, 65세 이상의 52.4%(MHW & KCDCP, 2010)에 비하면 높은 것으로 대상자의 구강건강이 매우 나쁜 상태를 확인할 수 있었다. 의치요구와 저작불편감 등 치아문제가 일반인에 비해 노숙인이 약 3배 정도 높은 요구를 보였다는 Wojtusik과 White(1998)의 연구결과가 본 연구결과를 지지하였는데, 노숙인의 치아문제는 영양불량, 음주와 약물남용 그리고 지속적인 개인위생의 결핍에 근거한 것이며, 의료는 노숙인에게 응급서비스만을 제공하고 치과 서비스는 매우 제한되어 있기 때문에 더욱 악화될 수 있는 건강문제이므로(Wojtusik & White, 1998) 집중적 관리가 필요하다

사고나 중독으로 응급실이나 병원에서 치료를 받았던 비율 역시 일반인(8%)에 비해 약 3배 정도(MHW & KCDCP, 2010) 높았으며 성인집단이 노인집단에 비해 유의하게 높게 나타났는데, 노숙인과 일반인 중 저소득층과 나이 및 성을 짝지어 조사한 Hwang과 Henderson (2010)의 연구에서는 사고나 중독으로

인한 응급실 이용이라고 한정 짓지는 않았지만 일반인에 비해 남자성인 노숙인이 응급실을 이용하는 경우가 9배 많았다고 보고하여 본 연구결과를 부분적으로 지지하고 있다.

3. 연구대상자의 자가보고 주요 질병

의사에게 고혈압을 진단받았다고 응답한 비율은 20.7%이고 노인집단이 성인집단보다 유의하게 높은 것으로 나타났으나, 이는 일반 남자성인의 30세 이상 표준화 유병율의 34.8%에 비해 낮은 비율이었고, 골관절염 역시 일반인의 50세 이상 남자 유병율 14.7%, 65세 이상의 20.2%에 비해 낮은 비율을 보였다. 반면 뇌졸중은 일반 50세 이상 남자 유병율(4.3%), 당뇨는 일반인 30세 이상 남자 표준화 유병율(10.9%)에 비해 다소 높은 수준으로 분석되었다(MHW & KCDCP, 2010). Schanzer 등(2007)이 쉐터거주자 351명을 대상으로 조사한 연구에서는 고혈압이 17%, 당뇨가 6%, 그리고 주요 우울이 30%라고 보고했고, 결핵, 폐렴, HIV등 감염성 질환 등도 보인다고 하여 본 연구결과와 유사한 질병유병 양상을 보고하였다.

우울증은 일반 남자성인의 30세 이상 표준화 유병율인 1.6%, 65세 이상 유병율인 3.2%와 비교하면 전체적으로 2.6배, 노인집단은 1.5배로 이들의 우울증 비율이 높은 것으로 나타났다(MHW & KCDCP, 2010). 이 결과는 우울감 경험이 일반인에 비해 3배 이상 높았던 것과 같은 맥락으로 우울감 경험이 우울진단으로 연결될을 시사하므로 조기에 우울감 경험에 대한 중재가 필요하다.

연구대상자의 B형 간염 유병율(1.1%)이 낮은 수준으로 분석되었지만 B형 간염자는 무증상 감염자이거나 만성보균자가 될 수 있고 집단생활을 하면서 항상 다른 사람들을 감염시킬 수 있는 가능성이 있으므로 이들에게 일반적 감염지침(손 씻기, 성교시 콘돔사용 등)을 교육하여 질환의 전파를 적극적으로 방지해야 한다(Fantry, 2004). 한편 한국질병관리본부가 서울지역의 노숙인 300여명을 조사한 결과, 활동성 폐결핵 감염자가 5.8%이고 잠복중인 결핵자가 75.9%로 일반인의 추정 활동성 결핵 유병율인 0.25%보다 노숙인들이 23배 높다고 보고하였다(Korea Centers for

Disease Control and Prevention, 2010). 본 연구에서는 상기 연구결과보다 결핵 유병률이 낮게 나타났는데 이는 거리 노숙인이 포함되어있지 않기 때문으로 해석된다. 한편 미국은 노숙인이 결핵치료를 거부할 경우 사법기관이 강제로 입원을 시키는 법적 방법을 동원하고 있음을 고려하여(Bernardo & Roncarati, 2004), 우리나라도 상황에 맞는 정책적 대안을 검토할 필요가 있다.

4. 연구대상자의 보건의료기관 이용양상

연구대상자인 쉼터 노숙인은 사회적으로 취약한 처지에 놓이게 되어 사실상 건강권의 범주밖에 있어 보건의료이용에의 접근이 어려울 뿐 아니라 평소에는 건강관리에 관심이 없다가 질병이 심각해지거나 외상등 사고 발생 시에 주로 보건의료기관을 이용하고 있는 실정이다(Lee et al., 2007; Nam et al., 2000). 본 연구결과 이러한 경우 연구대상자가 주로 이용하는 보건의료기관으로는 국공립병원이 반 이상을 차지하였고, 그 다음이 약국, 병원, 보건소 순으로 나타났고, 두 집단 간에 유의한 차이가 있었는데 노인집단은 국공립병원, 약국, 보건소, 민간의원 순이었고, 성인 집단에서는 국공립병원, 약국, 민간의원, 보건소의 순이었다. 한편 서울지역의 일부 노숙자를 대상으로 연구한 결과(Nam et al., 2000)에서는 이들이 주로 가장 많이 이용하는 의료기관이 약국(44.9%), 종합병원·병원·의원(32.5%), 보건소(10%) 순이었고, 부산지역 쉼터 노숙인을 대상으로 한 연구(Park & Lyu, 2004)에서는 기타(29.4%), 보건소(29.4%), 무료진료소(19.6%), 개인병원과 종합병원(16.2%)순으로 보고되어 본 연구와 차이를 보였다. 이는 조사 지역의 지역적 차이와 조사 시점의 차이에 따른 노숙인의 특성에 기인한 것으로 분석되며 차후 이에 대한 추후연구가 필요함을 알 수 있다.

한편 Garibaldi, Conde-Martel와 O'Toole (2005)는 대상자들이 의료보험을 가지고 있고 질병이 있더라도 병원을 찾아가 질병을 관리하지 않는 경우가 많으므로 건강보험의 유무보다는 다른 요인들이 건강관리에 영향을 미치는 것으로 해석하였고, 따라서 이들이 용이하게 접근할 수 있는 프로그램(Out reach)이나

쉼터중심의 프로그램이 필요하다고 제안했다. Schanzer 등(2007)의 쉼터노숙인 연구에서도 노숙인들은 건강관리를 위해 일반 병원이용보다는 응급실을 주로 이용한다고 하였으며 입원할 경우는 일반인에 비해 평균입원기간이 길었다고 보고하였는데, 본 연구대상자들도 질병이 심각해지거나 응급상황일 때 주로 병원을 이용한다고 응답하여 우리나라 노숙인도 역시 중한 상태가 되기 전까지는 질병을 관리하지 않는 것으로 판단되므로 상기 접근이 우리에게도 필요하다고 사료된다.

본 연구결과 연구대상자들은 높은 흡연율 등 불건강한 건강행태를 보이고, 높은 스트레스 인지율, 우울감 경험율과 우울증 등 정신건강문제가 심각하며, 뇌졸중, 당뇨 등의 만성질환 유병율, 사고·중독으로 인한 치료율, 저작 불편감 및 틀니 요구 그리고 결핵 등 감염병 비율이 높게 나타났다. 따라서 지금과 같이 일회성 진료나 응급성 처치로는 노숙자들의 이러한 복합적이고 긴급한 문제를 해결하기 어렵기 때문에, 쉼터에 건강관리자를 고정 배치하여 지역사회 보건의료자원과 연계하여 체계적인 건강관리를 할 필요가 있다(Lee et al., 2007). 또한 소규모 쉼터처럼 건강관리자가 없을 경우에는 건강관리 담당자를 지정하여 보건소, 지역정신보건센터 및 국공립병원 그리고 민간병원들과 유기적인 연계망을 구축하여 이들의 건강을 지속적으로 관리할 필요가 있으며, 전 국민건강보험시대에 극단의 취약계층에 속하는 이들에게 무료로 지속적인 건강관리를 실시하는 방안이 마련되어야 한다(Lee et al., 2007; Nam et al., 2000).

또한 성인집단과 노인집단을 비교한 결과, 성인집단이 흡연, 음주, 스트레스 인지 및 사고 및 중독으로 인한 응급실/병원치료의 비율이, 노인집단은 저작 불편감, 틀니요구 및 고혈압이 상대적으로 높게 나타났으므로, 대상자들의 주요 건강문제와 요구도에 맞는 차별화된 건강관리 프로그램을 제공할 필요가 있다. Garibaldi 등(2005)이 본 연구와 같이 50세를 기준으로 성인(86.1%) 및 노인집단 노숙인(13.9%)을 구분하여 조사한 결과 노인집단이 고혈압, 관절염 등 만성질환을 3.6배 더 많이 호소하였고, 좀 더 쉼터를 많이 이용하였고, 건강보험이 2.8배 더 많은 것으로 보고하여 노인이 더 많은 질병부담을 가지고 있는 것으로 보고하였는데 이는 본 연구결과와 다소 차이가 있

었다. 그 이유는 본 연구의 대상자가 쉼터거주자로 한정되어 있기 때문으로 판단되며, 이는 Schazer 등 (2007)이 쉼터에 새롭게 입소한 노숙인들은 처음에는 높은 수준의 신체적, 정신적 질환의 복합적 부담을 가지고 있었으나 입소 후 시간이 흐르면서 건강상태가 호전된다고 보고한 것에 부분적으로 기인한 결과로 해석한다.

본 연구의 제한점은 첫째, 연구대상자의 노숙기간을 확인하지 못한 점과 자료 수집을 허락한 기관의 대부분이 기독교 쉼터기관으로 자료수집이 편중되어 있다는 점, 그리고 대상자들의 응답결과에 의존한 자료들로 시 기억상의 문제 등이 잠재되어 있을 수 있으므로 이를 고려하여 연구결과를 해석할 필요가 있다.

V. 결 론

노숙인 쉼터거주자는 미혼, 이혼이나 별거율이 높아 가족형성도 힘들고 이를 유지하는 것도 힘들다는 것을 알 수 있었다. 이들의 학력수준은 반 이상이 고졸이상으로 비교적 높은 편임에도 불구하고 어떤 형태의 의료보장혜택도 받지 못하는 대상자가 삼분의 일 이상이었으며 이들의 흡연 등의 건강행태와 건강수준은 일반인에 비해 매우 낮은 것으로 나타났다. 특히 우울감 경험, 우울, 스트레스 인지율 및 자살 생각이 일반인보다 높게 나타나 이들의 정신건강문제에 시급히 대처할 필요가 있으며, 결핵이 일반인에 비해 3배 정도 높은 것으로 나타나 집단 내 감염을 예방하기 위한 긴급한 대책이 필요하다. 극단의 취약계층에 속하는 쉼터거주 노숙인들에게는 지금과 같은 일회성 진료나 응급성 처치에서 벗어나, 쉼터에 건강관리자를 고정 배치하고, 이들이 주로 이용하는 곳으로 분석된 국공립병원, 약국, 병의원 등을 지역사회 공공보건의료자원과 긴밀하게 연계하여 이들의 건강을 체계적으로 관리하는 것이 필요하며, 성인집단과 노인집단의 건강특성을 고려한 차별화된 건강관리 프로그램을 구성할 것을 제안한다.

References

Bernardo, J., & Roncarati J. S. (2004). Tuberculosis. In J. J. O'Connell (Ed). *The*

health care for the homeless persons. 155-163. http://www.bhchp.org/BHCHP%20Manual/pdf_files/Part1_PDF/Tuberculosis.pdf

Crane, M., & Warnes, A. M. (2010). Homelessness among older people and service responses. *Reviews in Clinical Gerontology, 20*(4), 354-363. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259810000225>

Fantry L. (2004). Hepatitis B. In J. J. O'Connell (Ed). *The health care for the homeless persons,* 35-39. http://www.bhchp.org/BHCHP%20Manual/pdf_files/Part1_PDF/HepatitisB.pdf

Garibaldi, B., Conde-Martel, A., & O'Toole, T. P. (2005). Self-reported comorbidities, perceived needs, and sources for usual care for older and younger homeless adults. *Journal of General Internal medicine, 20*(8), 726-730. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0142.x>

Han, O. S., Hong, J. P., Ha, J. H., Lee, C., Kim, C. Y., Lee, D. W., & Park, J. I. (2001). Prevalence of mental disorder and quality of life among the homeless people in a city shelter. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 40*(5), 804-812.

Hwang. S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association or Its Licensors, 164*(1), 229-233.

Hwang, S. W., & Henderson M. J. (2010). *Health care utilization in homeless people: translating research into policy and practice.* Agency for Healthcare Research and Quality Working Paper No. 10002. Retrieved April 10, 2013, from <http://gold.ahrq.gov>.

Kim, G. H., Kim, S. Y., Kim, J. K., Kim, C. Y., Kim, H. S., Park, J. I., Yu, H. J., Lee, C., Lee, M. R., J, Y. H., Han, O.S., &

- Hong, J. P. (2001). *Psychiatric assessment instruments*. Seoul: HaNa Medical Publishing.
- Kim, H. (2008). *Quantitative research methods and sample size*. Paper presented at the meeting of the East-West Nursing Research Institute Kyung Hee University, Seoul.
- Korea Centers for Disease Control and prevention. (2010). *Integrated service for homeless persons with Tb will be provide in 2011*. (News leases, 2010. 8. 3). Retrieved May 22, 2013, from <http://www.cdc.go.kr/CDC/intro/CdcKrIntro0201.jsp?menuIds=HOME001-MNU0005-MNU0011&cid=9246>
- Lee, B. J. (2009, February). *Cooperation and the direction of Christian Mission for the homeless*. In Homeless survey reports and debates. Symposium conducted at the meeting of Korea Diakonia, Seoul. Korea.
- Lee, S. H. (2012). Health Behaviors and Health Status according to Socioeconomic Status of the Elderly in Daegu. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(1), 113-125. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.1.113>.
- Lee, T. J., No, D. M., Nam, G. C., Jeong, W. O., Joo, Y. S., Kim, S. M., & Woo, S. H. (2007). *Evaluation and improvement strategy for homeless policy*. Korea Institute for Health and Social Affairs & Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. (2009). 2009 Customized visiting health care guideline. Seoul: Lee Moon Printing house.
- Ministry of Health and Welfare. (2010). *2009 Health and welfare white paper*. Retrieved May 22, 2013, from <http://www.mohw.go.kr>.
- Ministry of Health and Welfare. (2012). *2011 Health and welfare white paper*. Retrieved May 22, 2013, from <http://www.mohw.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *2009 National health statistics: National health and nutrition survey*. Retrieved July 21, 2011. from <http://knhanes.cdc.go.kr>
- Moon, Seongmi. (2012). Physical activities and related factors among low-income middle-aged people. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(1), 38-50. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.1.038>.
- National Coalition for the Homeless. (2009). *Homelessness among elderly persons*. Retrieved September 10, 2012, from <http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Elderly.pdf>
- Nam, E. W., Ryu, H. G., & Shin., S. H. (2000). The study of homeless' health behavior in Pusan area. *Journal of Korean Public Health Association*, 26(2), 189-200.
- Park, H. S., & Lyu., S. J. (2004). A study on the health status among the homeless in shelters. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(4), 655-664.
- Ploeg, J., Hayward, L., Woodward, C., & Johnston, R. (2008). A case of a canadian homelessness intervention programme for elderly people. *Health and Social Care in the Community*, 16(6), 593-605. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00783.x>
- Power, R., French, R., Connelly, J., George, S., Hawes, D., Hinton, T. Klee, H., Robinson, D., Senior, J., Timms, P. & Warner, D. (1999). Health, health promotion, and homelessness. *British Medical Journal*, 318(27), 590-592.
- Schanzer, B., Dominguez, B., Shrout, P. E., & Caton, L. M., (2007). Homelessness, health status, and health care use. *American*

- Journal of Public Health*. 97(3), 464-469.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.076190>
- Song, H. J., Cho C. H., Kang, J. H., Hwang, W. S., & Han, H. K. (2000). Health status and behavior of homeless in Seoul. *Journal of Korean Academy of Family Medicine*, 21(3), 357-366.
- The World Bank. (2003). *Tobacco in south Asia*. Retrieved May 22, 2013, from [http://site resources.worldbank.org/INTETC/Resources/TobaccoinSARfinalOct14.pdf](http://site.resources.worldbank.org/INTETC/Resources/TobaccoinSARfinalOct14.pdf).
- Toro, P. A. (2007). Toward an international understanding of homelessness. *Journal of Social Issues*, 63(3), 461-481.
- Turnbull, J., Muckle, W., & Masters, C. (2007). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9), 1065-1066.
- Wojtusik, L., & White, M. C. (1998). Health status, needs & health care barriers among the homeless. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 9(2), 140-152.
- Yoon, T. H. (2007). The proposal of policies aimed at tackling health inequalities in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40(6), 447-453.

ABSTRACT

Health Behaviors, Health Status, and Utilization Patterns of Health Care Institutions for homeless shelter residents: Comparison of Younger and Older male residents^{*}

Yoon, Hee Sang (Assistant Professor, Seoul women's College of Nursing)

Han, Young Ran (Professor, Dongguk University, Department of Nursing)

Song, Mi Sook (Professor, College of Nursing, Ajou University)

Purpose: The purpose of this research was to identify the health behaviors, health status, and utilization patterns of health care institutions for homeless shelter residents as well as to compare these research outcomes between younger and older male homeless shelter residents. **Methods:** The subjects in this study were 357 homeless shelter residents that were recruited by simple random sampling. Data were collected from August to September 2009. Health behaviors, health status, and utilization patterns of health care institutions were measured using structured questionnaires. Data were analyzed using the Chi square test and Fisher's exact test using SPSS 14.0. **Results:** Both younger and older male subjects showed unhealthy behaviors, and their health status was lower than that of the Health & Nutrition Examination Survey conducted in 2009. Subjects preferred to utilize national or municipal hospitals as well as pharmacies as opposed to general hospitals, clinics, and public health centers. **Conclusion:** Differentiated comprehensive health care services and monitoring should be provided to homeless shelter residents based on the needs of each group in order to improve their health status as well as to prevent communicable diseases and complications of chronic diseases.

Key words : Health status, Health behavior, Health Care Accessibility, Homeless persons

** This work was supported by the Korea Health Promotion Foundation Fund of 2009.*