

농촌여성노인의 건강 및 의료서비스 이용실태

— 경기도 노인시범마을을 중심으로 —

노자경 · 한경혜 · 최은숙
서울대학교 농업생명과학대학 농가정학과

Rural Elderly Women's Health and Health Care Practices

Roh, Ja-Kyoung · Han, Gyoung-Hae · Choi, Eun-Suk

Dept. of Home Economics, College of Agriculture and Life Sciences, Seoul National University

ABSTRACT : This study intends to provide basic informations on the rural elderly women's health status and health care practices which can be utilized for the welfare policies. Participants in this study are 133 elderly women over 60 who are lived in rural area. For the data analysis, Frequency, Correlation, Crosstabs, Oneway-Anova and LSD test are used. Physical health status is slightly lower than psychological health status and they are related to respondent's age, coresidence type, subjective economic status, subjective health status, participation in farming and health care type. Eighty-two percent of the respondents perceived their health condition as poor and Neuralgia is the most frequent health problem. Women's health care practices are passive and somewhat restricted by age, educational status, coresidence type, necessary time to medical institution, and health status.

I. 서 론

최근 우리나라는 현대의학의 발달 및 경제의 성장과 더불어 노령화사회를 맞이하게 되었다. 즉, 국민의 평균수명 연장, 사망률과 출산력의 저하 등이 전반적인 생활환경의 개선, 제반의료시설과 제도의 발달을 촉진하게 되면서 전체 인구에 대한 노인인구의 점진적인 증가현상이 두드러지고 있다. 통계청의 통계자료 및 추정자료에 의하면 우리나라의 60세 이상 노인인구는 1975년 5.8%에서 1990년 7.6%로 증가하였으며 2000년에 10%를 넘어서 2020년이 되면 18.5%의 인구구성비를 보일 것으로 추정되고 있다. 통상 노인인구가 7%를 넘을 때 노령

화 사회로 분류되고 있으므로 우리나라는 이미 노령화사회에 진입한 것으로 파악된다.

노인기는 그 어느때 보다도 건강을 유지하기 힘든 시기이며 건강의 상실은 또 다른 경제적, 심리적 문제를 야기할 수 있으므로 건강은 노인 복지의 중요한 요인이다. 연령의 증가에 따라 건강유지를 위한 보건의료서비스의 이용¹⁾이 더욱 중요해지는데, 의료서비스를 이용하기 위해서는 개인과 가족의 경제적 능력 외에도 지역사회내에 적절한 의료시설이 있어서 필요할 때 쉽게 이용할 수 있어야 한다. 노인들은 건강 유지와 질병치료의 요구가 높고 이동이 불편하므로 인접한 곳에 양질의 의료서비스 기관이 갖추어져 있는지의 여부와 노인들이 이를 충분히 이용하는지 여부는 특히 중요한 문제가

¹⁾ 가구주 연령계층별 소비지출 구성비를 보면 1990년 60세 미만 가구주의 보건의료비 지출비 비중이 4.7%에서 5.5%인 반면 60세 이상 가구주의 경우 6.2%로 높게 나타났다.

가 될 것이다. 따라서 지역사회의 의료서비스 환경을 점검하고 노인의 이용상태를 점검하는 것은 노인의 건강 및 복지문제 진단의 기본적인 단계가 될 것으로 보인다.

노인인구 증가의 이면에는 지역과 성(性)간 불균형이 존재하여 농촌지역 노인 및 여성 노인 집단의 비중이 상대적으로 큰데, 이는 농촌 젊은층의 이농과 탈농으로 인한 농촌의 노령화²⁾와 남녀의 평균수명과 결혼연령 차이를 고려할 때 여성노인이 배우자보다 평균 10년 이상³⁾ 더 오래 사는데서 기인한 것이다. 농촌 여성노인은 경제적·사회적 자원의 결핍을 보다 많이 경험하기 쉬워서 타집단에 비해 건강과 관련해 겪는 문제도 심각할 것으로 예견되는데 기존의 노인관련 연구가 노인의 생활실태를 개괄적으로 다루고 있으며 도시지역을 중심으로 이루어지고 있으므로 농촌여성노인을 대상으로 한 심층적인 연구는 찾아보기 힘들다. 따라서 본 연구에서는 농촌여성노인을 중심으로 건강 실태를 파악하고 지역사회 의료서비스 환경내에서의 노인의 이용실태를 점검하고 관련 변수를 규명함으로써 노령사회를 대비하는 복지정책의 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노인의 건강실태

일반적으로 노년기는 만성적인 질환과 일상생활에 필요한 제반 신체기능의 장애로 인해 어려움을 경험하는 시기이다. 전반적으로 노인의 수명이 연장되었고 특히 여성노인의 평균수명이 남성노인보다 훨씬 높은 것이 사실이지만 수명의 연장이 건강한 생활을 의미한다는데는 부정적인 시각이 많다. 노인의 근심거리에 대한 조사에서 건강문제는 경제적 어려움과 자녀에 대한 근심과 더불어 높은 비율을 차지했고 특히 여성노인의 경우 남성노인보다 건강문제에 대한 근심비율이 높은 것으로 보고(한국여성개발원, 1989; 한국인구보건연구원, 1985)된 바 있으며, 남성보다 높은 골다공증, 신경통, 중풍, 여성생리 관련 암, 심장질환, 혈압문제, 당뇨, 안과적 질환 외에도 특히 정신병적 우울반응이 높다(F. L. Paltiel, 1987; 박인덕 외 1989에서 재인용).

우리나라 노인의 건강실태에 관한 일련의 연구에서도 여성노인들이 관절염, 신경통, 고혈압, 중풍, 당뇨병, 요도질환, 요실금 등의 여러가지 퇴행성 질환에 시달리고 골반골절, 시력장애 등을 남성보다도 더 경험(한국인구보건원, 1985; 이선자, 1988; 구자순, 1986; 조병은, 1989에서 재인용; 한국소비자보호원, 1991 등)하는 것으로 나타나 임신 및 출산과 관련된 여성노인의 건강문제가 심각함을 알 수 있다. 또한 여성노인의 건강문제는 진단이 내려지지 않는 애매한 것이 많고 같은 건강문제라도 남성과 다른 양상을 보이는 예가 많다. 노인의 건강상태는 성 외에도 연령, 배우자 및 자녀와의 동거여부, 지역에 따라서도 차이가 나는 것으로 보고(한국인구보건원, 1985; 한국여성개발원, 1989)된 바 있는데, 높은 연령, 무배우자, 단독세대 노인, 농촌지역 노인의 건강상태가 상대적으로 좋지 않은 것으로 나타났다. 따라서 노인 중에서도 건강상태와 관련된 문제가 가장 많을 것으로 예상되는 농촌여성노인을 대상으로 하는 심층적 연구의 필요성은 더욱 크다고 사료된다.

2. 노인의 의료서비스 이용실태

노화에 따른 신체기능의 저하로 노인들은 여러 가지 질환을 많이 갖게 되나 전반적으로 여성이 남성에 비해 만성질환과 유병율이 높은 것으로 나타났다. 이를 치료경험과 연결시켜 볼 때 치료경험율은 여성이 높은 반면 이용하는 의료서비스의 질은 남성이 높은 것으로 보고되었다. 한국여성개발원(1989)의 연구에서는 여성노인의 84.1%, 남성노인의 79.7%가 치료경험이 있는 것으로 보고하였으나 여성노인에게 많이 발생하는 관절염, 노환, 신경통 등의 치료경험은 상대적으로 낮았으며, 치료장소를 볼 때도 약국의 경우는 여성이, 병원의 경우는 남성이 상대적으로 많이 이용하는 것으로 나타났다. 한국소비자보호원의 연구(1991)에서도 남성노인의 경우 '병원에 가거나 약을 사먹는' 비율이 상대적으로 높은 반면, 여성노인은 '한의원을 이용하거나 그냥 참고 견디다'는 비율이 높았다.

치료를 받는데 있어 겪게 되는 어려움은 '잘 낫지 않는 것', '의료비', '교통수단'의 순(한국여성개발

²⁾ 1992년 농촌지역의 60세 이상 노인인구비는 21.7%임(농림수산부, 농림수산주요통계, 1993)

³⁾ 1990년 여성의 평균수명은 75.4세, 남성의 평균수명은 67.4세임(통계청, 장래인구추계, 1991)

원, 1989)으로 낮은 질병회복율과 경제적인 제약, 거동의 불편함 등이 치료에 대한 회의나 소극적인 의료서비스 이용 태도와 연결되는 것으로 보인다. 농촌지역에 적용되는 지역의료보험은 직장의료보험보다 비싸며 많은 수의 여성들은 피부양자로서 의료보험의 혜택을 받게 되므로 농어촌이나 저소득가구에는 의료비가 큰 부담이 될 수 있으며 특히 배우자나 부양가족이 없는 경우는 더욱 큰 어려움을 겪게 된다. 한국여성개발원의 연구결과(1989)는 경제적 이유로 치료받지 않는 노인이 도시보다 농촌에서 높았다고 보고하였다. 여성노인은 경제적 자원뿐 아니라 인적자원이 더 부족한 것으로 보고⁴⁾ 되고 있는데 이러한 결과는 여성노인의 심리적인 안정뿐 아니라 의료서비스의 접근성을 낮추는 결과를 낳게 되어 여성노인의 건강에 더욱 큰 부정적 영향을 발휘하는 것으로 보인다. 더우기 의료기관까지의 거리가 상대적으로 먼 농촌의 경우는 부양가족이 없을 경우 더욱 큰 어려움을 줄 수 있다.

의료서비스 이용면에서 볼 때 여성노인은 빈곤, 고령, 낮은 교육수준으로 인해 취약한 소비자이다. 노인소비자문제를 연구한 이성립(1991)은 건강생활영역의 소비자 문제가 가장 심각한 것으로 보고하였는데 특히 배우자가 없는 집단과 소득이 불안정한 집단, 교육수준이 낮은 집단이 상대적으로 문제 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 노인의 소비생활을 연구한 한국소비자보호원의 연구(1991)에 의하면 연령이 낮을수록 소득수준이 낮을수록 노인단독세대일수록 노인이 직접 약품을 구매하는 빈도가 높았다. 약품과 병원이용시 정보원은 과반수 이상이 약사와 의사의 말에 의존하고 다음으로 자신의 경험과 가족, 친척의 말에 의존하는 것으로 나타났는데 높은 연령, 여성노인, 무학, 2세대 가족 유형에서 가족, 친척의 말에 대한 의존이 높았으며 연령이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 자신의 경험과 판단에 의지하는 것으로 나타났다. 의약품 표기사항의 인식에 있어서는 별로 확인하지 않는 것으로 나타났는데 이는 노인들의 시력이 좋지 않고

문맹율이 높는데 기인하는 것으로 보인다. 약품의 구입과 의료서비스의 이용에 따른 불만으로는 약품의 가격 및 품질을 서로 비교하기 어렵다는 것과 진료대기시간이 길고 의약품 및 진료비용이 너무 비싸다는 점이었는데 불만처리행동은 소극적이어서 그냥 지나치거나 가족, 친구, 이웃에게 불만을 얘기하는 수준이었다.

III. 연구방법

1. 조사도구의 작성

본 연구의 조사도구는 질문지로서 질문지의 판독 및 이해가 어려운 노인의 특성을 감안하여 구조화된 질문지를 이용한 면접조사를 하였다. 관련문헌의 고찰을 통해 노인의 일반적인 특성과 건강 및 의료서비스 이용과 관련된 사항들로 질문지를 구성하였으며, 예비조사를 통해 질문지를 수정, 보완하였다. 조사대상자의 사회인구학적 특성에는 노인의 연령, 가족원수 및 동거자, 학력, 농업참가여부, 소득 및 소득원에 대한 질문을 포함하였다. 건강상태를 측정하기 위해서는 CMI(Cornell Medical Index)⁵⁾를 사용하였는데 전체 문항에서 노인의 신체적, 정신적 건강과 직접 관련있는 문항을 20%의 비율로 선택하여 간소화시켰으며 문항의 선택에 있어 영양학 전공 대학원생과 교수의 도움을 받았다. CMI 척도의 신뢰도를 확인하기 위해 Cronbach의 α 값을 산출한 결과 전체 CMI 점수의 신뢰도는 0.83이었고 신체적, 정신적 CMI 점수의 신뢰도는 각각 0.77과 0.67로 다소 높은 편이었다. 이 밖에 노인의 건강과 관련된 보조자료로 사용하기 위하여 건강에 대한 노인의 주관적 평가에 대한 단일질문과 보유질병 종류를 조사하였다. 노인의 의료서비스 이용실태를 파악하기 위해서는 병원과 약국 등의 의료서비스 이용 형태와 의료서비스의 접근 용이성, 서비스 이용시 정보원, 의료서비스에 대한 불만 유무 및 불만 이유, 의료비 부담정도에 대한 질문을 포함하였다.

⁴⁾ 남성노인은 돌보는 사람의 77%가 배우자인데 비하여 여성노인은 7.7%밖에 되지 않았다(조병은, 1989)

⁵⁾ CMI는 신체 각 부위별로 이상증후, 과거질병, 각종 병력, 일상행동 경향 등을 총망라하여 세밀한 부분까지 파악할 수 있는 특징이 있고 단순한 건강상태의 파악뿐 아니라 건강과 관련된 변수와의 관계를 파악하기 위한 연구에도 자주 사용되고 있다.

2. 조사대상

본 연구의 조사대상은 농촌지역에 거주하는 60세 이상의 여성노인으로 농촌진흥청과 군 농촌지도소의 협조로 경기도내 5개군(이천, 여주, 광주, 고양, 강화군)의 노인시범마을과 인근 마을을 조사지역으로 선정하였다. 본 조사 전에 답사형식의 예비조사를 수행하였으며, 1993년 12월 8일에서 1994년 1월 20일에 수행된 본 조사에서는 연구의 목적과 조사방법에 대해 사전교육을 받은 가정학분야의 대학원생들이 구조화된 질문지를 이용하여 면접가능한 노인을 대상으로 조사한 결과 총 133부의 질문지를 자료분석에 사용하였다. 자료의 통계분석은 SPSS-SPC⁺를 이용하여 빈도분포, 상관관계, 교차분석, 일원분산분석 및 최소유의차 검증을 실시하였다.

조사대상 지역인 5개군에서 20명에서 32명까지를 면접한 결과 조사대상자의 일반적인 특징은 다음의 <표 1>과 같다. 조사대상 노인의 평균 연령은 70.2세로 그 분포는 70~74세가 24.8%로 가장 많았으며, 학력은 72.4%가 무학이고 1명을 제외한 나머지 모두가 국졸로 상당히 낮게 나타났다. 가구의 유형은 농가가 79.5%로 대부분을 차지했고, 평균 가족원수는 3.9명으로 1993년 농가평균 가족원수 3.4명과 비교해 볼 때 약간 많았는데, 여성 노인 혼자 기거하는 경우는 12%였으며 7명 이상의 대가족의 비율은 12.5%였다. 동거가족유형별로 볼 때 자녀와 동거하는 노인이 65.2%로 과반수를 넘었으나 여성 노인 단독 또는 남편과 동거하는 노인가구가 30.3%로 적지 않은 수를 보였다. 여성 노인의 영농참

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성*

변 수	구 분	빈도(%)	변 수	구 분	빈도(%)
지 역	이천군	31(23.5)	영농참여	전혀 않함	31(31.6)
	여주군	29(22.0)		바쁜 경우만	19(19.4)
	광주군	32(15.2)		평소에 조금씩	19(19.4)
	고양시	20(15.2)		거의 전적으로	29(29.6)
	강화군	20(15.2)			
연 령 (세)	60~64	25(18.8)	농업소득 (만원/년)	없 음	27(25.7)
	65~69	30(22.6)		0~120이하	15(14.3)
	70~74	45(24.8)		120~300	24(22.3)
	75~79	19(11.3)		300~600	23(21.9)
	80이상	14(10.5)		600~960	5(4.8)
교육수준	무 학	92(72.4)	960+	11(10.5)	
	국 졸	34(26.8)	농외소득 (만원/년)	없 음	75(65.2)
	중 졸	0(0.0)		0~120이하	6(5.7)
	고 졸	1(0.8)		120~300	5(4.7)
		300~600		8(7.5)	
가구유형	농 가	105(79.5)	600~960	7(6.6)	
	비 농 가	27(10.5)	960+	5(4.7)	
가족원수 (명)	1	16(12.4)	소 득 원	농사일	40(30.1)
	2	28(21.6)		자 녀	87(65.4)
	3~4	32(24.8)		임 대 료	4(3.0)
	5~6	37(38.7)		보 조 금	1(0.8)
	7 이상	18(12.5)		이자소득	1(0.8)
가족유형	단독가구	16(12.1)	계층의식	하	16(12.3)
	부부가구	24(18.2)		중하	30(23.1)
	자녀동거	86(65.2)		중	67(51.5)
	기 타	6(4.5)		중상	13(10.0)
				상	4(3.1)

* 결측치로 인해 각 변수별로 사례수가 다를 수 있음

여 정도를 알아본 결과 31.6%가 전혀 참여하지 않는 것으로 나타난 반면, 29.6%가 거의 전적으로, 19.4%가 평소에 조금씩 참여하는 것으로 나타났다. 농가의 농업소득은 연평균 464만원이었는데, 여성노인의 상당수가 농업소득을 정확히 알고 있는 경우가 없어 다른 가족원의 도움을 받거나 수확량을 기초로 환산하는 과정을 거친 결과 14.3%가 120만원 이하였고, 120~300만원 이하가 22.3%, 300~600만원 이하가 21.9%, 600만원을 넘는 경우가 15.3%로 어느 정도 과소평가된 것으로 보인다. 농의소득원이 있는 경우는 전체의 34.8%였으며 300만원이하가 11가구, 300~600만원 이하가 8가구, 600만원을 넘는 경우가 12가구로 상당히 낮은 소득분포를 볼 수 있었다. 계층의식을 볼 때 중위로 평가한 노인이 51.5%로 가장 많았으나 중하위 이하가 35.4%, 중상위 이상이 13.1%로 소득수준의 분포에 비해 주관적 평가가 높았다. 여성노인이 사용하는 돈의 원천별로 살펴볼 때 자녀로부터 돈을 받는 경우가 가장 많아 65.4%였으며 다음으로 농사일을 통해 돈을 얻는 경우가 30.1%였으며 기타 임대료나 보조금, 이자

소득 등을 통해 돈을 얻는 경우는 매우 적었다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 여성노인의 건강상태

본 연구에서 여성노인의 건강상태를 파악하기 위해 사용한 척도는 노인의 신체적(31개 문항), 정신적(14개 문항) 건강상태와 밀접한 관계가 있는 것으로 생각되는 45개의 문항으로 구성된 CMI 점수와 현재 건강상태에 대한 주관적 평가, 구체적인 질병유형이다. CMI 45개의 문항은 질병과 관련된 부정적인 내용이므로 '예'에 0점을 주고 '아니오'에 1점을 주어 45개 문항의 합을 내어본 결과 최저 11점에서 최고 44점 까지 분포하였으며 평균은 29점으로 나타났다. 신체적 건강과 정신적 건강점수로 구분한 결과는 신체적 건강이 7점에서 30점(평균 20점), 정신적 건강이 3점에서 14점(평균 9점) 사이에 분포하며 이를 문항수로 나누어 보면 각각 평균 0.63과 0.67로 육체적 건강에 대한 점수가 좀 더 낮게 나타난 것을 볼 수 있다. 다음의 <표 2>는 CMI 각 문항별

<표 2> CMI 문항별 노인의 건강 문제

(단위 : %)

구분	빈도	구분	빈도		
CMI 1	눈 깜박임, 눈물	55.6	CMI17	피부질환	17.3
CMI 2	난청	35.3	CMI18	가려움	9.0
CMI 3	목아픔, 편도선	15.0	CMI19	두통	40.6
CMI 4	코가 답답함	11.3	CMI20	체온의 급격한 변화	30.1
CMI 5	감기 잦음	35.3	CMI21	저림	66.9
CMI 6	천식	24.8	CMI22	현기증	39.1
CMI 7	혈압	30.1	CMI23	빈뇨증	75.9
CMI 8	수족 냉증	40.6	CMI24	요도 이상	9.8
CMI 9	심장 박동 이상	41.4	CMI25	만성 피로	49.6
CMI10	영구치 상실	69.2	CMI26	쉽게 지침	59.4
CMI11	입맛 없음	43.6	CMI27	자주 자리에 누움	32.3
CMI12	소화불량	33.1	CMI28	허약한 체질	39.1
CMI13	설사	9.8	CMI29	당뇨병	10.5
CMI14	변비	23.3	CMI30	만성병	10.5
CMI15	관절 붓거나 통증	61.7	CMI31	수술 경험	21.8
CMI16	등, 허리의 통증	75.9	CMIa*	평균 점수	0.63
CMI32	불면증	50.4	CMI40	비판에 대한 과민반응	52.6
CMI33	분주함	27.8	CMI41	화를 잘냄	13.5
CMI34	생각의 혼란	37.6	CMI42	폐쇄적 관계	40.6
CMI35	혼자 있기 꺼림	57.9	CMI43	충동적 행동	34.6
CMI36	불행하다고 생각	24.1	CMI44	신경 불안	28.6
CMI37	죽고 싶다는 생각	33.8	CMI45	무서움증	12.8
CMI38	жат은 짜증	35.3	CMIb**	평균 점수	0.67
CMI39	신경정신과 치료 경험	3.8	CMI	평균 점수	0.65

* 1점 만점의 신체적 건강 점수, ** 1점 만점의 정신적 건강 점수

로 증상을 호소한 빈도로서 빈도가 높은 문항일수록 여성노인의 건강문제가 심각한 것으로 해석할 수 있다. 전반적으로 정신적 건강문제 보다는 신체적 건강문제의 빈도가 높아서, 50% 이상이 증상을 호소한 문항은 신체적 증상에서 7문항, 정신적 증상에서 3문항이었다. 가장 많은 수의 응답자가 문제를 호소한 증상은 등과 허리의 통증 및 빈뇨증이었다. 다음으로 영구치가 반이상 빠짐, 몸에 감각이 없거나 저림, 관절이 붓거나 통증, 쉽게 지침, 혼자 있기 싫음, 눈을 깜박이거나 눈물이 남, 타인의 비판에 대한 과민반응, 불면증의 순으로 건강문제를 호소하였다.

전체 CMI 점수와 현재의 건강상태에 대한 주관적 평가는 상관계수가 0.68로 단일문항을 통한 건강평가와 의미있는 상관관계를 보였는데, 신체적 · 정신적 CMI와의 상관계수는 각각 0.66과 0.52로 의미있는 것으로 나타나 노인들의 주관적 건강상태 평가는 신체적인 건강과 정신적인 건강 모두를 반영하는

것으로 보인다. 현재 건강에 대한 주관적 평가 결과 응답자 131명 중 48.1%가 아파서 대부분 누워있거나(3.8%), 가끔 아파서 누워있거나(11.5%), 건강에 문제가 있으나 누워있어야 할 정도는 아닌 경우(32.8%)로 건강에 문제가 있는 것으로 나타났고, 나머지 51.9%가 특별히 아프지 않거나(29%), 건강하다(22.9%)고 평가한 것으로 나타났다. <표 3>은 한국여성개발원에서 1989년에 여성노인을 대상으로 실시한 연구 및 1993년 농촌여성노인을 대상으로 한 농촌진흥청의 연구, 1992년과 1991년에 남녀노인을 대상으로 한 통계청과 소비자보호원의 연구결과를 비교한 것이다. 질문의 유형에 따라 응답자의 분포가 약간 다른데 본 연구와 여성개발원의 연구에서 건강하다는 비율은 다른 3개의 연구에서 매우 좋음과 좋음을 합한 비율과, 건강에 문제가 있으나 누워있어야 할 정도는 아니다와 가끔 아파서 누워있었다를 더한 비율은 조금 나쁨과 각각 비교해 볼 때 연구들 간에 큰 차이가 나타나지는 않았다.

<표 3> 건강에 대한 주관적 평가

(단위 : %)

구 분	건강하다	특별히 아프지는 않다.	건강에 문제가 있으나 누워 있어야 할 정도는 아니다.	가끔 아파서 누워 있다.	아파서 대부분 누워 지낸다
본 연구	22.9	29.0	32.8	11.5	3.8
여성개발원	30.4	19.6	30.4	14.7	4.8
구 분	매우 좋음	좋음	보통	조금 나쁨	매우 나쁨
농촌진흥청	3.8	22.0	29.8	39.6	4.8
통 계 청	2.5	24.5	30.2	36.2	6.7
소비자보호원	1.8	23.3	26.3	40.5	8.0

구체적인 질병의 보유여부에 대한 질문에 있어서 건강에 문제가 없다고 답한 노인은 전체 133명 중 18%인 24명에 불과했고 60.1%가 1가지의 질병을 가지고 있었으며 2가지 이상의 질병을 앓고 있는 경우도 21.9%인 29명이었다. 단일 질병으로 가장 많은 수는 신경계통의 병으로 60명이 고통을 호소했는데 이는 출산과 충분하지 못한 산후처리 등의 후유증으로 보여진다. 다음으로 심혈관 · 순환기계의 질병(22명)과 소화기계의 질병(20명), 당뇨병(11명), 비뇨생식기계 질병(8명), 호흡기계 질병(6명)

의 순이었다. 신경통, 노환 및 전신쇠약, 관절염, 혈압, 변비 및 소화기계의 순으로 보고한 여성개발원(1989)의 연구, 신경통, 기관지, 위장계, 고혈압 순으로 보고한 조완규(1994)의 연구, 관절염, 위염, 당뇨의 순으로 보고한 위자형(1988; 정명채 외 2인, 1992에서 재인용) 및 신경통, 관절염, 노환, 소화기, 호흡기의 순으로 보고한 소비자보호원(1991)의 연구결과와 마찬가지로 신경계통의 질병이 여성노인에게 있어 가장 문제가 되는 것으로 보인다.

1) 노인의 건강상태에 영향을 주는 변수

농촌여성노인의 건강 및 의료서비스 이용실태

여성 노인의 건강상태에 영향을 주는 변수를 알아보기 위해 개인 및 가족의 특성에 따라 일원분산 분석 및 최소유의차검증을 실시한 결과는 다음의 <표 4>와 같다. 조사대상자가 상당히 동질적이며 표본수가 부족하고 CMI 점수가 0점 또는 1점으로 하위집단간 차이가 크지 않아서 각 변수별 건강점수는 통계적으로 의미있는 차이를 보이는 경우가 별로 없었으나 노인의 연령, 동거가족유형, 계층의식, 주관적 건강평가, 영농참여, 즉시 치료 여부에

따라 부분적으로 의미있는 차이가 있거나 일정한 경향을 보였다.

연령에 따른 건강상태는 정신적 건강상태가 통계적으로 의미있는 차이가 있었고 전체 건강점수는 부분적으로 차이가 있어서 연령의 증가에 따라 건강상태가 양호한 것으로 나타났는데 본 연구가 거동이 가능한 노인을 대상으로 면접하였으므로 연령이 높은 노인 중에서는 상대적으로 건강한 노인들이 표집된데서 비롯된 결과로 보여진다.

<표 4> 노인의 특성에 따른 신체적, 정신적 건강점수 및 최소유의차검증결과*

구 분	CMIa ¹	CMib ²	CMI	구 분	CMIa ¹	CMib ²	CMI		
연령 (세)	60~64	18.3	8.2a	26.6a	동거 단독	18.9	9.1	28.1	
	65~69	19.5	8.6ab	28.1ab	가족 남편	19.5	9.3	28.8	
	70~74	19.7	10.1c	29.8ab	유형 자녀	19.7	9.5	29.2	
	75~79	20.2	10.7c	30.9b	F 값	0.1	0.2	0.2	
	80+	20.9	9.9b	30.8ab	하	15.4ab	7.6ab	23.0a	
	F 값	0.7	4.2**	1.8	주관적	중하	14.1a	6.3a	20.3ab
계층 의식	하 위	19.0	8.8a	27.9	건강	중	17.6b	8.9b	26.5b
	중 위	19.8	9.7ab	29.5	평가	중상	20.9c	10.4c	31.3c
	상 위	20.4	10.3b	30.8	상	상	24.3d	11.1c	35.4d
	F 값	0.6	2.4	1.4	F 값	27.4***	14.1***	31.2***	
영농 참여	참여안함	18.7a	9.2	27.9	참는다	20.2ab	9.7	29.9	
	바쁜경우	21.2b	9.5	30.7	즉시	심해지면 치료	18.6a	9.3	27.9
	조금씩	20.7ab	10.6	31.3	치료	즉시 치료	20.6b	9.5	30.1
	전적으로	21.1b	9.5	30.6	여부				
	F 값	2.2	1.2	1.8	F 값	2.4	0.2	1.6	

1) 31점 만점의 신체적 건강 점수, 2) 14점 만점의 정신적 건강 점수

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

가족원수에 따른 건강상태는 일정한 경향이 없었던 반면 동거가족유형에 따라서는 일정한 경향을 볼 수 있었다. 통계적으로 의미있는 차이는 아니었지만 단독 가구 노인보다는 남편과 거주하는 경우가, 남편보다는 자녀와 거주하는 경우의 건강상태가 양호한 것으로 나타났다.

노인들이 가구의 소득에 대한 정확한 정보를 알

고 있지 못하여 상당정도 과소평가된 점을 고려하여 경제적 변수 중에서는 계층의식에 따른 건강상태를 살펴보았다⁶⁾. 건강상태는 계층이 상승할수록 양호한 것으로 나타났는데 특히 정신건강면에서 부분적으로 의미있는 차이가 나타났다. 이는 경제적 자원이 심리적 안정감을 가져와서 정신건강면에 긍정적인 영향을 준데서 기인한 것으로 보인다.

⁶⁾ 농업소득과 농외소득을 고려한 총소득과 계층의식간의 상관계수는 0.18로 상당히 낮았고 총소득에 따른 건강상태는 일정한 경향을 볼 수 없었다.

응답자의 주관적 건강평가에 따라 건강상태는 의미있는 차이를 보여서 건강에 대한 평가가 긍정적일수록 신체적, 정신적 건강 모두 양호했으며, 신체적, 정신적 건강 상태를 따로 고려하는 것 보다 함께 고려하는 경우에 각 집단별 차이가 더욱 뚜렷했다.

농가 노인의 영농참여 여부에 따른 건강상태는 신체적 건강상태에서 부분적으로 의미있는 차이가 나타났는데 전혀 농사일에 참여하지 않는 노인의 건강상태가 상대적으로 좋지 않게 나타나 건강으로 인해 활동에 지장을 받고 있음을 보여주었다.

몸이 불편한 경우 즉시 치료를 받는지 여부를 살펴본 결과는 신체적 건강상태에서 부분적으로 의미있는 차이를 보여서 즉시 치료를 받거나 참는 노인의 건강상태가 참다가 심해지면 치료를 받는 노인에 비해 양호했는데 그 원인은 서로 다를 것으로 파악된다. 즉, 즉시 치료를 받는 경우 적절한 치료에 의해 건강을 유지하는 것으로 생각되는 반면 참는 경우는 상대적으로 경미한 건강문제를 겪고 있는 경우로 파악된다.

3. 의료서비스 이용실태 및 관련 변수

여기서는 여성노인들의 의료서비스 이용실태 및 실태에 영향을 주는 개인적, 환경적 변수들을 빈도 분포 및 교차분석을 통해 규명하였다.

1) 의료서비스 이용여부

의료서비스 이용여부는 다음의 <표 5>와 같아서 몸이 불편한 경우 즉시 치료여부에 대한 질문결과 전체 132명 중 21.2%가 '참는다', 43.6%가 '참다가 심해지면 치료를 받는다'고 답하였으며, 나머지 34.8%만이 '즉시 치료를 받는다'고 답하였다. 참는 비율은 조완규(1994)의 12.7%, 한국여성개발원의 17.9% 등의 남녀노인을 대상으로 한 연구보다 높게 나타났다. 의료서비스의 즉각적인 이용과 통계적으로 의미있는 변수는 주관적 건강상태($\chi^2=9.6$, $df=4$, $p<0.05$)로 건강하다고 평가한 노인은 즉각적인 치료를 받는 비율이 높은 반면, 보통이거나 좋지 않다고 평가한 노인은 참다가 심해지면 치료를 받는 것으로 나타났는데 이는 만성적인 질병에 대한 여성노인들의 소극적인 치료방식에서 연유한 것으로 보인다.

<표 5> 의료서비스 이용 여부

구 분			빈도(%)	구 분			빈도(%)
즉시 치료 여부	참는다	참는다	28(21.3)	참는 이유	돈을 아끼려고	14(17.5)	
		심하면 치료받음	58(43.9)		참을만 해서	47(58.8)	
		즉시 치료받음	46(34.8)		거동이 불편해서	6(7.5)	
	계	132(100)	치료 효과 불신		13(16.3)		
				계	80(100)		
건강 진단 유 무	받지 못함	56(43.1)	건강 진단 결과	이상 없음	38(55.9)		
	받았음	74(56.9)		소화기계 질병	7(10.3)		
	계	130(100)		당뇨병	5(7.4)		
					신경계통 질병	5(7.4)	
건강 진단 장소	지역내 보건소, 병원	45(33.8)		기 타	13(19.2)		
	지역외 병원	13(9.8)		계	68(100)		
	계	58(100)					

기타 변수들은 집단간 통계적으로 의미있는 차이는 없었으나 다음과 같은 특성이 있었다. 연령별로 볼 때 65세 미만에 있어서는 8%만이 참는다고 답한 반면, 65~74세까지는 20~23%정도가, 75~79세는 26%가, 80세 이상에서는 36%가 참는다고 응

하여 연령이 높을수록 참는 비율이 높은 것으로 나타났다. 가족원 수와의 관계에서는 7명 이상의 대가족에서 참는 비율(12.5%)이 낮고 즉시 치료받는 비율(43.8%)이 높았으며 혼자 사는 노인은 즉시 치료받는 비율(29.4%)이 가장 낮아 노인의 경우

농촌여성노인의 건강 및 의료서비스 이용실태

주변의 도움이나 권유가 신속한 치료에 도움이 됨을 알 수 있었다. 교육수준과의 관계를 볼 때 무학(22.8%)이 국민학교 이상(14.3%) 보다 참는 비율이 높고 즉시 치료받는 비율(각각 31.5%, 42.9%)이 낮았다. 참는 이유 중 가장 많은 응답은 ‘참을만해서’로 전체 응답자의 60%에 달했으며 다음으로 ‘돈이 부족해서 아끼려고’와 ‘치료를 받아도 별 소용이 없어서’가 각각 18%와 16%로 나타나 건강과 치료에 대한 소극적인 사고방식을 엿볼 수 있었다. 반면 거동이 불편하고 도와줄 사람이 없어서라는 이유는 8%에 불과했는데 이는 본 조사대상자의 가족원수가 전체 농가 및 전체 가구원수 보다 많으며 가족원의 일터가 도시와는 달리 가정과 분리되어 있지 않다는 데서 기인한 것으로 보인다. 노인복지법에 의하면 65세 이상 노인들은 2년에 1회 국공립 병원 또는 보건소에서 무료로 건강진단을 받을 수 있는데, 조사대상 노인의 43%만이 최근에

건강진단을 받은 경험이 있으며, 건강진단을 받은 장소는 대부분(78%)이 지역내 보건소나 병원이었으며 22%는 지역외의 병원을 이용한 것으로 나타나 보건소의 무료 건강진단을 이용하는 비율이 높은 것으로 보인다. 건강진단을 받은 결과는 56%가 건강에 문제가 없는 것으로 나타났고 소화기(7명), 당뇨병(5명), 신경계통(5명) 등으로 나타나 주관적인 평가와 정확한 구체적인 질병 사이에는 약간의 차이가 있는 것으로 나타났다.

2) 의료서비스 접근 용이성

다음의 <표 6>에서 보는 바와 같이 치료를 받는 경우 가장 이용빈도가 높은 곳은 지역내 병원이나 보건소로 응답자의 60%를 차지했고 다음으로 약국을 가는 경우가 19%였다. 다른 지역의 병원을 찾는 경우는 13%였고, 한의원을 찾는 경우는 8%에 불과했으며 민간요법에 의지하는 응답자는 없었다. 주로 이용하는 의료기관(보건소, 병원)까지의 소요

<표 6> 의료서비스 접근 용이성

구 분	빈도(%)	구 분	빈도(%)		
민간요법	(0.0)	걸어서 20분 이내	23(18.9)		
약국	23(18.6)	통 원	차로 20분 이내	47(38.5)	
치료장소	한의원	10(8.2)	소요시간	차로 40분 이내	33(27.0)
	지역내 병원, 보건소	75(60.2)		차로 1시간 이내	8(6.6)
	타지역 병원	16(13.0)		차로 1시간 이상	11(9.0)
	계	124(100)	계	122(100)	
혼자 간다	69(58.2)	걸어서 5분 이내	7(6.5)		
동행자	남편	8(6.9)	약 국	걸어서 10분 이내	19(17.8)
	자녀	41(34.7)	소요시간	걸어서 20분 이내	7(6.5)
계	130(100)		걸어서 30분 이내	3(2.3)	
가까운 거리	36(33.0)	버스 이용	71(66.9)		
치료장소	유명	17(15.6)	계	107(100)	
	익숙한 곳	33(24.8)	거의 하지 않음	35(28.5)	
	주변의 권유	23(17.3)	의 약 품	가끔 직접	15(12.2)
계	109(100)	구 매	주로 직접	73(59.3)	
		계	123(100)		

시간은 차를 타고 20분이내가 가장 많아 57%였고 걸어서 20분이내도 19%로 소요시간은 상당히 양호한 편이었는데 이는 노인들이 거주마을 또는 인근마을의 보건소를 이용하는 경우가 많은데서 기인하는 결과로 보인다. 병원까지의 소요시간은 노인의 학력($\chi^2=12.1$, $df=4$, $p<0.05$)에 따라 차이가 나서 국졸이상에서 1시간 이상 차를 이용하는 비율이 높았다. 한편, 주로 이용하는 약국까지의 소요시간에 대한 응답에서는 67%가 버스를 이용해 약한다 응답하였으며 가족유형($\chi^2=19.9$, $df=8$, $p<0.05$)에 따라 약국 이용시간에 차이가 나서 단독가구 노인이 주로 가까운 곳을 이용하였다.

치료장소와 관련된 변수는 지역($\chi^2=26.1$, $df=12$, $p<0.05$), 의료기관까지의 소요시간($\chi^2=28.5$, $df=12$, $p<0.01$), 계층의식($\chi^2=18.8$, $df=6$, $p<0.01$), 가족원수($\chi^2=22.0$, $df=12$, $p<0.05$) 및 가족유형($\chi^2=12.8$, $df=6$, $p<0.05$)으로 나타났다. 약국의 이용은 광주군의 경우가 많았고, 지역내 의료기관은 이천군과 여주군에서, 지역의 의료기관은 대도시와 인접한 고양시와 강화군에서 상대적으로 높게 나타나서 지역 및 인근 지역의 의료시설이 주민들의 의료서비스 이용형태에 직접적으로 영향을 주는 것으로 나타났다. 주로 이용하는 의료기관까지의 소요시간은 지역내 병원이나 보건소의 경우는 걸거나 차를 타고 30분 내외가 많은 반면 지역의 병원을 이용하는 경우는 31%가 1시간 이상 차를 타고 가는 것으로 나타났다. 가족원수별로 보았을 때는 지역의 병원을 이용하는 노인들의 가족수가 상대적으로 많았으며 가족유형별로 보았을 때 단독가구 노인은 지역의 병원을 이용하는 경우가 없었으며 남편이나 자녀와 함께 거주하는 경우에 지역내나 지역의 병원을 이용하는 것으로 나타났다.

병원 이용시는 과반수를 넘는 58%의 노인이 혼자 가는 것으로 나타났으며, 자녀나 며느리와 함께 가는 경우가 35%로 나타났다. 병원까지의 동반자는 노인의 연령($\chi^2=16.5$, $df=8$, $p<0.05$), 가족원수($\chi^2=20.1$, $df=8$, $p<0.05$), 가족유형($\chi^2=11.9$, $df=4$, $p<0.05$), 소득원($\chi^2=13.5$, $df=6$, $p<0.05$), CMI 점수($\chi^2=10.3$, $df=4$, $p<0.05$)에 따라 의미있는 차이가 있었다. 연령별로 보았을 때 75세 이상의 노인은 자녀와 동행하는 비율이 상대적으로 높았으며, 가족원수가

많은 가구의 노인이 혼자 병원에 가는 비율이 낮았다. 혼자 살고 있는 노인 중 69%가 병원에 주로 혼자 다니며 31%의 노인이 따로 떨어져 살고 있는 자녀와 동행했고, 부부가구 노인의 18%만이 남편과 동행하고 68%가 혼자 병원을 출입한 반면, 자녀와 동거하는 노인은 53%가 혼자서, 43%가 자녀와 동행하는 것으로 나타나 동거하는 가족원 특히 자녀의 존재가 여성노인의 병원 접근 용이성에 중요한 역할을 하는 것으로 나타났다. 소득원별로 보았을 때 혼자 가는 노인의 59%, 자녀와 동행하는 경우의 81%가 자녀로부터 돈을 얻는 것으로 나타났다. CMI 점수별로 보았을 때 중하위에서 상대적으로 혼자 가는 비율이 높았고 상위에서 자녀와 동행하는 비율이 높았다.

의약품의 구매에 있어서 60%의 노인이 주로 직접 구입을 하며 13%는 가끔 자신이 구입한다고 답하였는데, 가족유형별로 볼 때 부부가구의 여성노인이 가끔 혹은 주로 직접 약품을 구매하는 비율(90%)이 높았고 혼자 살고 있는 경우와 자녀와 동거하는 경우는 상대적으로 낮은 비율(66%)을 보였다. 최근에 이용한 병원을 선택한 이유로는 33%가 가까운 거리를 들었고, 익숙한 곳이어서라는 이유가 30%로 유명세(16%)나 주위의 권유(21%) 보다 우선되어서 물리적, 심리적인 거리가 농촌 여성 노인의 의료시설 이용에 중요한 요인이 되고 있음을 알 수 있었다.

3) 의료서비스 이용 행동

의약품의 오용 또는 남용은 건강에 결정적인 위험을 초래할 수 있는데 약품의 구매시 용기나 포장지에 표시되어 있는 유통기한, 사용법, 주의 사항 등을 전혀 확인하지 않는 노인이 76%에 달했으며 항상 확인하는 경우는 12%에 불과했다. 확인행동은 노인의 교육수준($\chi^2=10.8$, $df=2$, $p<0.01$)에 따라 차이가 났는데 무학의 경우 79%가 전혀 확인하지 않는 반면 국졸이상은 21%에 불과했다. 확인하지 않는 이유는 글을 모르기 때문이 50%를 차지하며 다음으로 읽어도 무슨 내용인지 모르기 때문이 16%로 여성 노인들이 문맹 및 낮은 교육수준으로 인해 정확하고 효율적인 의약품의 구입 및 사용이 어려운 것으로 보인다. 이 밖에 귀찮아서가 16%, 글씨가 작아 보기 힘들다는 이유가 7%로 나타나

농촌여성노인의 건강 및 의료서비스 이용실태

의사나 약사, 주위 가족의 세심한 배려가 필요함을 알 수 있었다. 노인의 학력수준($\chi^2=18.2, df=4, p<0.01$)에 따라 확인하지 않는 이유가 달라졌는데 무학의 경우는 61%가 문맹을, 국졸의 경우는 33.3%가 귀찮다는 것을 가장 큰 이유로 들었다. 약품구입이나 병원 이용시 가장 중요한 고려사항은 약사와 의사의 권유로 57%가 답했고 자신의 경험을 중시하는 경우도 27%로 상당히 높았다. 약을 복용하는 경우 의사나 약사의 주의사항을 75%의 노인이 항상 염두에 두는 것으로 나타나 의약품 이용시 주의사항을 노인이 직접 확인하는 것이 어려운 상황일수록 의사와 약사의 올바른 세심한 권유와 주의가 필

요하고 유용함을 알 수 있었다. 의사와 약사에 대한 신뢰에 비해 TV나 라디오,신문,잡지 등의 의약품 광고에 대한 신뢰도는 낮은 편으로 거의 믿지 않는다가 31%, 별로 믿지 않는다가 33%였으며 약간 믿는다가 24%, 믿는다가 13%로 전체적으로 부정적인 견해를 가지고 있었다. 이러한 부정적인 견해는 광고 자체에 대한 부정적인 견해라기 보다는 광고에서 본 의약품 등을 직접 사용해 본 후 광고에서와 같은 효과를 보지 못한데서 오는 실망이 더 큰 것을 면접 과정을 통해 알 수 있었다.

약국이나 병원을 이용하면서 불편이나 피해를 경험한 적이 있는지에 대한 질문에서는 거의 대부

<표 7> 의료서비스 이용 행동

구 분			빈도(%)	구 분			빈도(%)
유통기한 사 용 법 주의사항 확 인	전혀 안한다		84(76.4)	서 비 스 이 용 시 정 보 원	가족, 친척의 말		14(11.6)
	가끔 확인한다		13(11.8)		이웃, 친구의 말		5(4.1)
	항상 확인한다		13(11.8)		자신의 경험		33(27.3)
계			110(100)	약사, 의사의 말		69(57.0)	
확인하지 않는이유	글을 모른다		41(50.0)	계			121(100)
	판독 어려움		6(7.3)	주의사항 염 두	거의 신경 안씀		16(12.8)
	내용 이해 어려움		13(15.9)		약간만 신경 씀		15(12.0)
	귀찮아서		13(15.9)		항상 염두에 둬		94(75.2)
	기 타		9(6.8)	계			125(100)
계			132(100)	의 약 품 광 고 신뢰도	전혀 믿지 않음		37(31.3)
서 비 스 이 용 시 불만경험	있다		23(18.2)		별로 믿지 않음		39(32.8)
	없다		105(81.8)		약간 믿음		28(23.5)
계			132(100)	믿음		4(12.6)	
불만내용	대기시간이 길다		17(68.0)	계			80(100)
	거리가 멀다		4(16.0)	의 료 비 급 원	자신		21(15.8)
	불친절		2(8.0)		남편		8(6.0)
	기 타		2(8.0)		자녀		100(75.2)
계			25(100)	기타		4(3.0)	
대처행동	그냥 지나침		18(78.3)	계			133(100)
	이용 안함		2(8.7)	의 료 비 부담정도	매우 부담됨		38(55.9)
	이웃에 불만토로		1(4.3)		약간 부담됨		7(10.3)
	항의		2(8.7)		감당할만하다		5(7.4)
계			130(100)	계			68(100)
의보 후 이용빈도	증가하지 않음		39(32.0)	의보 후 경제부담 감 소	아니다		10(28.6)
	증가함		83(68.3)		그렇다		25(71.4)
	계			122(100)	계		

분인 82%가 경험이 없다고 답하였는데, 많은 수의 노인이 무료나 실비로 보건소를 이용하고 있었기 때문에 의료시설에 대한 '고마운 마음'을 가지고 있고 약간의 불편정도는 당연히 감수해야하는 것으로 생각하고 있었다. 불만경험은 노인의 연령($\chi^2=12.7$, $df=4$, $p<0.05$)과 의료시설과 약국까지 소요시간(각각 $\chi^2=18.2$, $df=4$, $p<0.01$, $\chi^2=18.2$, $df=4$, $p<0.01$)에 따라 차이가 있어서 65세 미만의 노인이 불만을(40%)이 타연령층(0~17%)에 비해 높았고, 의료시설의 경우는 차로 40분 이내의 경우가 약국의 경우는 차로 20분 이내의 경우가 상대적으로 불만이 높았다. 불만을 경험한 18%의 노인 중 17명은 대기시간이 길다는 불편함을 토로했는데 이는 전반적인 의료시설 이용시의 문제점이기도 하지만 특히 노인의 경우 그 불편함이 더 클 것으로 생각된다. 이 밖에 4명이 거리가 멀어서 불편하다고 하였고, 불친절이 2명, 의료보험의 적용제한과 오진이 각각 1명씩 있었다. 이러한 불만사항에 대한 대처 방법 역시 소극적이어서 18명이 그냥 지나쳤고, 2명이 다시는 이용하지 않았으며, 1명이 주위사람에게 얘기하고 말았고, 2명만이 항의 하겠다고 하였다. 이러한 결과는 여성노인들의 소극적인 사고와 행동 외에도 개인적인 항의 방법으로 해결될 수 없는 구조적인 문제점들이 원인이 된데서도 기인한다고 본다.

병원비나 약값은 주로 자녀(78%)로부터 받는 것으로 나타났고, 63%의 응답자가 의료비를 감당하기에 별 문제가 없다고 답하였으며, 20%가 약간 부담스럽고, 16%가 매우 부담스럽다고 답하였다. 의료비 급원은 가족유형($\chi^2=18.2$, $df=6$, $p<0.05$)과 소득원($\chi^2=68.2$, $df=9$, $p<0.001$)에 따라 의미있는 차이를 보였는데 자녀와 동거하는 노인(83%), 단독가구 노인(75%), 부부가구 노인(54%)의 순으로 자녀로부터 의료비를 지원받으며, 자신이 농사일을 하는 노인의 50%와 자녀로부터 생활비를 받는 노인의 91%가 자녀로부터 의료비를 받아 자녀에 대한 의존도가 상당히 높은 것으로 나타났다. 의료비 부담정도는 가족원수($\chi^2=17.8$, $df=8$, $p<0.05$), 주관적 건강평가($\chi^2=18.2$, $df=4$, $p<0.01$), CMI 점수($\chi^2=18.2$, $df=4$, $p<0.01$)에 따라 의미있는 차이가 있었는데, 단독가구 노인의 29%가 매우 부담된다고 답한 반면

가족원수가 5~6명인 가구의 노인은 3%만이 해당되었다. 주관적 건강평가 별로 보았을 때 건강상태가 좋지 않은 노인의 35%, 보통인 노인의 23%, 양호한 노인의 6%가 의료비가 매우 부담된다고 답하였고 CMI별로 보았을 때 CMI하위집단의 35%, 중상위집단의 8%가 의료비가 매우 부담된다고 답하였다.

의료보험 혜택을 받은 후 약국이나 병원의 이용횟수가 늘었다고 답한 노인은 35% 정도였으나, 68%의 응답자가 의료보험의 적용으로 경제적 부담을 많이 덜었다고 답하였다. 자녀의 경제적 도움을 상대적으로 덜 받는 부부가구의 노인이 단독가구나 자녀와 동거하는 가구의 노인보다 2배 정도 이용횟수가 증가($\chi^2=6.8$, $df=2$, $p<0.05$)하였고, CMI점수별로 보았을 때 중하위집단(각각 47%, 36%)에서 상위집단(20%)에 비해 이용횟수의 증가 비율이 높아($\chi^2=6.3$, $df=2$, $p<0.05$) 경제와 건강면에서 불리한 노인이 상대적으로 의료보험과 보건소의 무료 및 실비 진료로 인한 영향을 더 많이 받은 것으로 파악된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 농촌여성노인의 건강실태를 파악하고 지역사회 환경내에서의 의료서비스 이용실태 및 관련 변수를 점검함으로써 노령사회를 대비하는 복지정책 마련의 기초자료 제공을 목적으로 수행되었다. 1993년 12월 8일에서 1994년 1월 20일에 걸쳐 경기도내 노인시범마을로 지정된 이천, 여주, 광주, 고양, 강화군의 5개 시범마을과 인근마을의 60세 이상 여성노인 133명에 대해 노인의 일반적인 특성과 건강상태, 의료서비스 이용행동과 관련된 문항으로 구성된 구조화된 질문지를 가지고 면접하여 자료를 수집하였으며 SPSSPC+를 이용하여 빈도분포, 상관관계, 교차분석, 일원분산분석 및 최소유의차검증 등의 통계분석을 수행하였다. 본 연구에서 얻어진 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, CMI(Cornell Medical Index)를 통해 측정된 농촌여성노인의 건강상태는 신체적 건강(0.63)이 정신적 건강(0.67) 보다 약간 나았으며 등과 허리의 통증 및 빈뇨증의 호소율이 가장 높았다.

둘째, 현재 건강에 대한 주관적 평가는 3.8%만이 아파서 대부분 누워 지낸다고 답하였고, 가끔 아파서 누워있는 경우는 11.5%, 건강에 문제가 있으나 누워 있어야 할 정도는 아닌 경우가 32.8%, 특별히 아프지 않은 경우가 29%, 건강하다고 응답한 경우가 22.9%로 나타났다.

셋째, 구체적인 질병의 보유여부에 있어서 건강에 문제가 없다고 답한 노인은 18%에 불과했고 60%가 1가지의 질병을 가지고 있었으며 2가지 이상의 질병을 앓고 있는 경우도 22%였다. 단일 질병으로 가장 많은 수는 신경계통의 병이었으며, 다음으로 심혈관 순환기계질병, 소화기계질병, 당뇨병, 비뇨생식기계질병, 호흡기계질병의 순이었다.

넷째, 높은 연령층, 자녀와 동거, 높은 계층의식, 적극적인 영농참여, 높은 주관적 건강평가, 참거나 즉시 치료하는 경우에 건강상태가 상대적으로 양호하였다.

다섯째, 몸이 불편한 경우 즉시 치료여부는 21%가 참는다고 답하였고, 44%가 참다가 심해지면 치료를 받았으며 나머지 35%만이 즉시 치료를 받는 것으로 나타났다. 참는 행동은 높은 연령, 적은 가족원수, 무학, 양호한 건강상태 등과 관련되었다.

여섯째, 주로 이용하는 의료서비스는 지역내 병원이나 보건소로 거리가 먼 약국의 이용빈도는 상대적으로 낮았다. 병원의 선택에 있어서도 가까운 거리나 익숙한 곳을 선호하여 물리적, 심리적 거리가 중요한 것으로 보인다. 치료장소와 관련된 변수는 지역, 의료기관까지의 소요시간, 계층의식, 가족원수 및 가족유형으로 나타났다. 병원 이용시 과반수 이상의 노인이 혼자 가는 것으로 나타났으며 높은 연령층, 많은 가족원수, 동거가족원이 있는 경우, 자녀가 생활비를 대는 경우, CMI 점수가 높은 경우에 혼자 가는 비율이 낮았다.

일곱째, 의약품의 표기 사항에 대한 확인은 거의 (76%) 이루어지지 않았는데 문맹(50%)이 가장 큰 이유였다. 확인하지 않는 행동 및 그 이유는 교육수준에 따라 의미있는 차이가 있었다. 하지만 의사와 약사의 권유나 주의사항을 염두에 두는 비율은 상당히 높았다. 많은 수의 노인이 의료시설에 대한 '고마운 마음'을 가지고 있고 약간의 불편정도는

당연히 감수해야하는 것으로 생각하고 있었는데 불만을 경험한 노인 중 60%는 대기시간이 길다는 불편함을 토로하였다. 불만경험은 노인의 연령과 의료시설 및 약국까지의 소요시간에 따라 의미있는 차이를 보였다. 병원비나 약값은 주로 자녀로부터 받으며 36%의 노인이 의료비에 대해 약간 또는 매우 부담을 느꼈으며 68%의 노인은 의료보험의 적용으로 경제적 부담을 많이 덜었다고 답하였다. 의료비 급원은 가족유형과 소득원에 따라 의미있는 차이를 보였고, 단독가구와 건강상태가 좋지 않은 노인의 의료비 부담정도가 높았으며 의료보험 후 의료시설 이용 횟수가 증가한 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 노인의 건강은 신체적 건강뿐 아니라 정신적 건강도 중요하며, 만성적이고 퇴행적인 노인병의 특성을 고려하여 계속적으로 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 노인전담 의료부서나 노인전용 병원 등을 노인들이 접근이 가능한 지역 범위내에서 제공할 필요가 있다. 특히 여성의 경우 폐경 후유증으로 인한 질병의 예방과 치료를 위해 폐경기 이전부터 건강 진단 및 치료를 하도록 교육과 홍보를 강화해야 한다.

둘째, 독거 노인보다는 남편과 동거하는 경우, 남편보다는 자녀와 동거하는 경우의 건강상태가 양호한 것으로 나타났으므로 일정기간 노인을 모시고 있는 가구에 경로우대 공제액을 인상하고 보험수가를 낮추어 노인들이 가족내에서 보호받고 간호받는 것을 장려하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 또한 단독가구 또는 부부가구 노인이 증가하고 있는 농촌의 추세를 고려해 볼 때 이들 노인의 건강관리를 위한 지역사회 의료부조 프로그램에 대해 보다 많은 관심이 필요하다.

셋째, 노인은 의료서비스 이용에 있어 물리적, 심리적 거리를 중요시하며 의사나 약사의 의견을 상당히 존중하므로 지역내 의료서비스 접근 용이성을 높여야 하며 의사와 약사의 올바르게 세심한 권유와 주의가 요구된다. 또한 거동이 불편하여 긴 대기시간에 대한 부담이 상대적으로 더 크므로 노인에게 대한 우선적인 진료나 보다 편안한 진료대기 환경이 요청된다.

VI. 참고문헌

- 농촌진흥청(1993), 농촌여성노인생활실태조사 결과 보고서
- 박명희, 이민표(1992), 노인 소비자 연구의 실태와 전망, 한국소비자학회
- 박정은 외(1987), 농촌 여성의 건강실태 조사, 한국여성개발원
- 박인덕 외(1989), 여성노인의 복지지원을 위한 실태조사, 한국여성개발원
- 이성립(1991), 노인 소비자 문제에 관한 연구, 서울대 석사논문
- 임종권 외(1985), 한국 노인의 생활 실태, 한국인구보건연구원
- 정명채 외 2인(1992), 은퇴농어민에 대한 지원대책, 한국농촌경제연구원
- 조병은(1990), 한국 여성 노인 문제에 대한 이론적 고찰, 한국여성개발원, 여성연구 8권 3호 가을
- 조완규(1994), 농촌노인의 생활실태에 관한 연구, 농촌사회 제4집 : 73-96, 한국농촌사회학회
- 통계청(1991), 장래인구추계
- 통계청(1993), 한국의 사회지표
- 한국 갤럽조사 연구소(1984), 한국 노인의 생활과 의식 구조
- 한국소비자보호원(1991), 노인 소비생활 실태 조사
- Brodman, E. & Erdmann, A.J.(1949), The Cornell Medical Index, J.A.M.A.