초기노년기 건강문제의 가족사회 속성별 비교

The Relationship between Socio-Familial Status and Health Problems among the Younger Elderly

한서대학교 노인복지학과
부교수 이 인 수*
Dept.of Elderly Welfare, Han-Seo University
Associate Professor: Lee, In-Soo

〈Abstract〉

This study was conducted to examine the relationship between socio-familial characteristics and health status in early stage of elderly life. In this study, a total of 252 Korean males and females aged 55 to 74 were interviewed to obtain information on various socio-familial characteristics such as age, gender, residence, marital status, education, religion, distance with children, household size, and living arrangements. They were also examined for self-perceived depression and diagnosed health problems. The analysis of the results show that marital status, gender, and living arrangement were major characteristics differentiating health status; widowed women living apart from their children are at lower level for most items of health status such as emotional, circulatory, respiratory, digestive, and muscle and skeletal function. Based on this analysis, suggestions are made for efficient health management. First, widowed females living without children are encouraged to participate in regular health promotion programs in self-organized groups. Second, usual welfare service programs need to be segregated for each age group, so that relatively young elderly are not frustrated from being treated together with extremely frail older elderly. Third, low education group living in rural area are offered preventive medical services for muscular and skeletal related health problems.

▲ 주요어(Key words) : 초기노년기(early stage of elderly life), 자조모임(self-organized groups), 건강증진 프로그램(health promotion programs)

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

1960년대 이후 지속적인 출산율 저하와 의료보건 기술 향상에 의해 노인인구가 매우 빠른 속도로 증가하여, 65세이상 노인인구가 전체인구의 7%를 넘어서면서 이제 한국도 명실상부한 고령화사회를 맞고 있다(통계청, 2001). 우리는 일반적으로 「노인」이라는 아주 간단명료한 단어로써 50대부터 90세이후까지 40-50년 기간에 이르는 모든 사람을 막연하게 지칭하는 경우가 많다. 하지만 노년층을 연령기준으로 구분해 볼 때 75세 이후를 후기노년기 혹은 고령 노인층이라 부르는 반면, 55세부터 74세까지는 초기노년기라 부르며 비교적 독립생활 능력이 많은 생산적 계층으로 인식하고 있다(장인협·최성재, 2000; 현외성외, 2000). 그러므로 보다 바람직한 가정관리 측면에서 볼 때, 자녀의 출가와 독립을 지원하고 손자녀를 돌보며 가정과 지역사회의 지도자 역할을 역동적으로 하는 초기노년기와, 일상생활 대부분을 자식과 사회지원에 의존하는 고령노년기를 구분하여 접근할 필요가 있다. 즉, 생산적 복지라는 개념에서 볼 때, 노인들 중에서도 가정과 사회를 위해 생산적으로 기여할 가능성이 많은 저연령층만을 별도로 연구하여 보다 나은 가정관리를 위한

* 저자 : 이인수(E-mail : lee1252@hanseo.ac.kr)

대책과 비전을 제시할 필요가 있는 것이다.

고령화 사회의 중요한 국가적 과제중 하나는 노년층에 대한 보건관리인데, 가정간호사업, 재가복지 사업, 주간 및 단기보호 사업, 양로 및 요양 시설보호등 주요 노인보건 관리사업의 대상자중 3/4이상은 75세 이상 고령노인으로서(한국노인복지학회, 2001; 평화종합사회복지관, 2001), 75세 미만의 초기 노년층은 아직 보건관리에 있어 국가적 지원의 시각지대에 놓여있는 실정이다. 대부분 노인보건 관리사업의 대상자가 75세 이상 고령노인에 집중되는 가장 큰 이유는 아직 우리 나라 노인보건복지는 예방보다는 당면한 고통을 우선적으로 해결해야 하는 사회경제 여건때문이지만(한국노인문제 연구소, 1997; 임춘식, 2000), 앞으로 우리나라도 노년기 삶의 질을 선진국 수준으로 보장해야 한다는 이념적 과제를 염두에 둘 때, 이제는 75세 미만 초기 노년기 사람들의 건강문제에 관한 별도의 연구를 하고 이를 근거로 효과적인 보건관리 대책을 제시해야 할 것이다.

UN에서 정한 기준으로는 65세 이상을 노인으로 보고 있지만(현외성외, 2000) 우리나라는 이보다 훨씬 이른 시기부터 전형적인 노인문제에 직면하게 된다. 남자의 경우, 대부분 직장은 50대 중반전후를 적절한 퇴직연령으로 정하고 있으며(한국노인문제 연구소, 1997) 사회적으로 볼 때도 50대부터 이미 사회적 역할과 동료와의 교류를 상실한 사회적 노화에 직면한다(장인협·최성재, 2000). 그리하여 직장에서 제공되던 정기적인 의료검진과 건강관리 기회를 상실하고 허무와 좌절감이 커져 흡연과 알코올 의존성이 증가함은 물론 생활의 규칙성이 붕괴되기 시작한다(이윤로, 2000). 여자의 경우 50대부터 자녀의 혼인과 독립이 이루어지고 배우자 퇴직이나 사망 등의 주요 사건을 경험하고 손자녀를 돌보아야 하는 새로운 부담이 생겨나는 등(김태현, 2000) 엄청난 경제적 부담과 정서적 고통은 물론, 감당하기 힘든 가사노동이 부과되면서 정신·신체적으로 건강이 크게 위협받을 수 있는 환경에 놓이게 된다. 따라서 50대부터 70대 초반까지의 초기노년기 사람들이야말로 정신신체 건강 악화의 위험에 처했으면서도 직장에서의 정기적인 의료보호 기회를 상실하고 국가적인 노인의료보호 지원의 사각지대에 놓인 취약집단이기에, 이들의 건강문제에 관한 조사연구를 통하여 적절한 건강관리 대책을 제시해야 할것이다.

이러한 초기 노년기 건강문제의 효과적인 관리를 위해, 본 연구에서는 여러 가지 질병양상을 가족사회적 속성별로 비교분석할 필요성을 우선적으로 제기하고자 한다. 우리나라는 노인에게 발생하는 건강문제 해결의 단서를 일차적으로 가족과 관련된 사회인구요인에서 찾는 사회규범과 행정체제를 유지하는 나라다. 우리나라 노인복지법의 기본정신은 ①경로효친 사상과 ②건전한 가족제도로 명시되어 있으며(보건복지부, 2001), 이러한 가족주의적 규범은 노인 의료서비스 전달을 가족관련 속성에 따라 차등화 시키는 행정체제를 토착화 시켜왔다. 예를 들어 치매, 우울, 고혈압, 중풍등 만성 퇴행성 질환을 앓고 있는 노인의 관리를 위해 국가기관에서 제시하는 가장 일반화된 정보는 질병 조기발견을 위한 가족들의 행동요령(서울특별시 치매 종합센타, 1998)과 주부양자의 심리적 고통이나 경제부담에 관한 사례소개(한국보건사회연구원, 1998; 한국치매가족협회, 2002)가 주류를 이루는데, 이러한 정보들은 노인의 성별, 배우자 유무, 자녀와의 동별거 유무등 기본적인 가족사회 속성을 기준으로 구분된 것이 대부분이다. 또한 자녀수가 감소하고 핵가족화가 빠르게 진행되는 현대사회에서 노인부양에 있어서 가정의 안식처 기능이 감소하면서(김태헌, 1995) 건강이 나빠진 노인을 수발하는데 있어 의료서비스 못지 않게 가정에서의 「정서적 지원」 기능의 중요성이 점차 강조되는데(한경혜, 1996) 이러한 정서적 지원을 위한 노인복지 서비스 역시 가족사회 속성을 기준으로 그 우선순위가 결정된다. 예를 들어 말벗 봉사를 위해 재가복지센터에서 제공하는 1:1 결연사업은 적절한 대화상대가 없어 고독감을 크게 느끼는 집단을 우선순위로 하는데, 배우자와 사별하고 자녀와 별거하며 교육수준이 낮은 농촌 독거노인을 최우선으로 한다(평화종합사회복지관, 2000). 그리고 거택보호 노인을 위한 공동주택 제공(노인의 집)은 가까운 거리에서 도움 줄 자녀가 없어 주택의 수리 및 관리에 어려움이 많지만 스스로 취사 및 청소할 능력이 있는 노인을 우선으로 하기에, 배우자와 사별하고 아들이 없는 저연령 여성노인을 우선으로 한다(남부노인종합사회복지관, 1999:a).

미국등 서구 선진국은 노인의 건강문제 관리에 있어 연금수혜규모와 공적보험 가입여부가 가장 큰 단서가 되어 시설보호 혹은 가정간호 서비스 여부가 정해지는데 비해(한국노인문제 연구소, 1997; Pynoos, 1993), 한국은 앞서 고찰되었듯이 거주지, 배우자 유무, 성별. 자녀와의 동거, 교육수준등 가족사회 속성이 가장 보편화된 차등수혜 기준이다. 그러므로 노년기의 여러 가지 질병양상 역시 이러한 가족사회 속성별 비교를 해야만이 한국 현실에 맞는 적절한 관리 지침이 개발될수 있을 것이다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 초기노년기는 생애 중요사건과 건강문제가 동시에 정신·신체 건강을 위협하며, 한국 현실을 고려해 볼 때 건강문제를 관리하기 위해서는 가족사회 속성별 비교조사가 최우선적인 과제다. 따라서 본 연구에서는 초기노년기 건강문제에 관해 거주지, 배우자 유무, 자녀와의 동거형태 등 기본적인 가족사회적 속성별로 차이를 규명하고, 초기노년기 건강관리에 있어 각 속성 집단별 차이를 반영한 개선책을 제언하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 인간발달 주기상 초기노년기로 분류되는 55세부터 74세까지 사람들의 건강문제를 기본적인 가족사회적 속성별로 구분하여 분석하고 이러한 분석을 근거로 보다 효율적인 건강관리 방안을 제시하기 위해 이루어졌으며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 우울, 시청각 기능, 순환기 및 소화기계 질환등 주요

건강문제를 거주지, 성별, 배우자 유무등 기본적인 가족사회적 속성별로 비교 분석하고,

둘째, 이러한 비교조사를 근거로 초기노년기 건강관리에 있어 속성별로 차등화된 관리방안을 제시한다.

II. 선행연구 고찰

1. 초기노년기 건강문제의 특성

초기노년기의 건강문제는 몇가지 점에서 고령노인 문제 못지 않은 중요성을 지닌다. 고혈압이나 당뇨등 만성질환 대부분은 이미 60세 이전 초기노년기부터 시작되지만(한국보건사회 연구원, 1995) 관리하는데 있어서는 의료비지출이나 의료기관 방문을 75세 이상 고령노인보다 더욱 부담스러워 하여, 원하는 만큼의 치료를 받지 못하는 경향이 크다(한국 보건사회 연구원, 1998). 이것은 초기노년기 환자는 의료보호 사회보장 혜택이 적고 또한 복지기관에서 실비로 제공하는 물리치료나 간병서비스와 같은 부수적 서비스가 고령노인 우선으로 되어있는 사회적 현실 때문이기도 하고(평화종합사회복지관, 2001), 노부부만의 독립생활 가능성이 높은 시기에 의료기관 방문이 경제활동이나 가사일에 부담을 주고 의료비를 직접 책임져야 하는 부담 또한 크게 작용하기 때문이기도 하다(한국보건사회 연구원, 1998). 이런 점들을 고려해 볼 때, 초기노년기에는 고령노인에 버금가는 만성질환 문제에도 불구하고, 스스로 관리해야 하는 정신적 부담이 조기치료의 기회를 감소시켜 건강을 악화시키고 좌절과 우울을 증가시킬 개연성이 커진다고 볼수 있다.

초기노년기는 생의 중요한 사건들과 건강관련 문제들이 복합적·연쇄적으로 찾아오면서 삶의 질을 크게 저하시키는 시기이기도 하다. 시각, 청각, 통합능력(integration)등 일상생활 유지에 중요하게 작용하는 주요 신체기능은 초기노년기인 50대 중반부터 뚜렷이 자각할 정도로 나빠진다(Atchley, 1990). 또한 중요한 목표성취를 위한 활동이 은퇴와 더불어 어느 순간 갑자기 사라지고 인생의 부정적 측면(예:역할상실, 배우자 상실, 질병, 죽음)에 대한 내면적 통찰의 시간이 갑자기 많아지면서 삶의 의욕을 상실하고 무기력과 사교기피의 행동특성으로 연결되는 이른바 『우울』 성향이 증가한다(송미순, 1991). 우울은 직장에서의 해고, 배우자 상실, 신체기능 저하등을 연쇄적으로 접할 가능성이 갑자기 높아지는 시기인 50대후반 - 60대 초반에 갑자기 심해지는데, 이러한 우울은 수면장애, 음주, 식사불규칙에 기인한 영양장애등 다른 건강문제를 악화시킬 가능성을 높여준다(김형수, 2000). 남자의 경우, 초기노년기에 접하게 되는 신체기능 저하와 여러 가지 주요사건은 자살 가능성을 현저히 높이는데, 미국 경우, 55-64세 연령의 연간 자살비율이 25명(인구 10만명당)으로 되면서 이 시기를 시발점으로 하여 매 10세 연령구간마다 자살비율이 10(인구 10만명당)씩 급속히 증가한다(Blazer, 1991; 김형수, 2000). 이 연구들은 초기노년기 자살율 증가의 가장 큰 원인을 건강악화나 경제력 상실에서 비롯된 우울로 지적하는바, 초기노년기의 건강문제는 심할 경우 자살과 직결되는 중대 문제임이 잘 나타나고 있다.

초기노년기는 알코올과 관련된 건강문제를 새롭게 등장시키는 시기이기도 하다. Jennison(1992)과 이윤로(2000)의 연구에 의하면 노인들중 술을 탐닉하는 이른바 습관성 알코올 의존형 사람들중 6.1%는 55세-60세 사이에 갑자기 알코올에 의존하게 되었는데, 이들이 알코올에 의존하게 된 가장 큰 계기는 초기노년기의 갑작스런 역할상실과 건강악화에 대한 좌절감을 잊기 위해 습관적으로 술에 의지한 것이다. 특히 비교적 신체기동력과 경제력이 큰 초기노년기 사람들은 배우자나 자녀의 눈을 피해 다니며 다량의 알코올을 섭취하며 이 알코올 섭취가 간기능, 당뇨, 위장기능등 또다른 건강문제를 연쇄적으로 악화시킨다.

초기노년기에는 여러 가지 사건과 건강악화가 동시에 작용하여 삶의 질을 근본적으로 위협하는 특성이 있긴 하지만, 반면에 통제되어 개선될 가능성 또한 매우 높은 것으로 알려지고 있다. 원영신(1997)의 연구에 의하면 종합사회복지관에서 운영하는 체육프로그램에 참여하는 노인들중 75세 이상 고령노인은 33%만이 건강향상을 위해 체육활동 프로그램을 이용하지만 60-74세 초기노년기 노인들은 45%가 건강향상을 위한 실질적인 방법으로서 체육활동 프로그램을 규칙적으로 이용하는 것으로 나타나고 있다. 또한 김남진(2000)의 연구에 의하면 55세부터 74세까지 초기노년기 노인들은 고령노인에 비해 건강을 향상시키겠다는 의지가 강하고 실제로 건강을 향상시키기 위한 실천으로서 적절한 긴장과 규칙적인 생활을 유지하는 일에 몰두하며 운동을 하고 휴식을 취하며 노인다운 품위를 지키려 노력하며 마음의 평안함과 원만한 인간관계 망을 지키려 노력한다. 이들 초기노년층은 고령노인에 비해 훨씬 더 자신의 생존을 의미 있게 만들려는 노력을 하며 건강을 증진시키기 위한 삶의 경험을 동료와 나누고 개발한다. 이러한 규칙적인 체육활동과 사회관계망 개선을 위한 일련의 노력은 우울증과 근골격계 질환이나 혈액순환과 관련된 건강문제를 호전시키며(최영희·김순이, 1997) 전반적으로 생에 대한 긍정적인 태도를 갖게 하는 효과가 있다(Johnson, 1994). 이제까지 고찰한 바와 같이 초기노년기 건강문제는, 생애 주요사건과 건강악화가 계기가 되어 우울이나 알코올 중독을 초래하기도 하고 혹은 그러한 우울이나 알코올 중독이 또다른 건강악화를 불러오며 매우 강력하고 집중적으로 삶의 질을 저하시키는 특성을 지닌 것이다. 하지만 고령노인에 비해 초기노년층은 건강개선을 위한 실천의지가 강하고 이러한 실천노력은 건강문제를 개선하여 삶의 질을 향상시킨다는 근거 또한 많다. 따라서 초기노년층 건강문제를 따로 연구하고 이를 근거로 여러 가지 대비책을 제시하는 것이야말로 보다 건강한 고령기를 맞이하기 위한 첫 번째 단계가 되는 것이다.

2. 가족사회적 속성별 비교의 중요성

노년기의 건강문제를 관리하는데 있어 가족사회적 속성별 비교가 큰 도움이 되고 있음은 여러 연구에서 잘 나타나고 있다. 노년기의 알코올섭취 관련 건강문제(예:간질환, 소화기 질환)의 발생은 성별 및 배우자 유무에 의해 가장 큰 영향을 받으며 그 악화여부에는 동거세대수가 결정적인 역할을 하는데, 자녀세대와 동거하면 알코올 중독이 유의하게 감소된다(권순범외, 1994; 이윤로, 2000). 즉, 배우자가 사망한 남자노인은 알코올의존을 시작할 가능성이 가장 높은 집단이며 자녀와 떨어져 살 경우 이러한 증세는 더욱 악화되기에, 술을 즐기는 남자노인은 배우자 사망 후에는 유예기간을 두기보다는 지체없이 자녀세대와 합류시키는 것이 매우 중요함을 시사하고 있다.

관절염이나 요통등 근골격계 질환은 거주지, 성별, 소득수준에 따라 유의한 차이를 보인다. 문상식·남정자(2001)가 보건복지부에서 65세이상 노인 1,927명을 대상으로 시행한 국민건강조사를 재분석한 결과에 의하면, 도시거주 노인의 근골격계 질환 유병율은 54.4%인데 비해 농촌은 62.0%로 유의하게 높았고 ($p<.01$) 배우자 유무별 유병율은 각각 65.5와 54.7%로 배우자 있는 집단의 유병율이 유의하게 높았으며($P<.01$), 소득수준이 낮을수록 유병율이 유의하게 높게 나타나고 있다($P<.01$). 또한 정신 및 행동장애와 같은 인지능력 관련 건강문제, 그리고 고혈압과、당뇨병등 순환기 질환은 여성의 유병율이 남성보다 유의하게 높았다($p<.01$). 이종범·정성덕(1985)이 대구시와 경산지역의 보건소 내원 노인과 서울시 소재 노인학교 출석 노인 60세 이상 851명을 대상으로 우울수준을 조사한 바에 의하면 생업을 그만 둔지가 오래될수록, 연령이 증가할수록, 농어촌에 거주할수록 우울수준이 높은 것으로 나타났다. 또다른 연구에 의하면 우울은 함께 사는 가족 수가 적을 경우, 배우자가 없을 경우, 농촌지역에 거주할 경우, 그리고 자녀와의 거리가 멀 경우 가족이나 사회와의 정서교류가 희박해져 우울이 심해지는 것으로 나타났다(김현태,1984; 김승혜,1992). 한편 선진국 연구사례를 보면 미국노인의 경우 종교활동을 규칙적으로 하는 집단과 교육수준이 높은 집단은 동료노인과 다양한 교양프로그램에 참여하거나 상담프로그램을 적절히 이용하기 때문에 우울수준이 유의하게 낮은 특성을 보였다(Randolph Hills Nursing Center, 1994).

질병의 유병율을 가족사회 속성별로 비교하지는 않았지만 건강문제를 관리하는 태도가 가족사회 속성별로 차이를 보임을 규명하므로써, 건강문제 관리에 있어 이러한 속성별로 차등화된 관리가 가장 중요한 과제임을 보여주는 연구도 있다. 김남진(2000)의 연구에 의하면 노년기의 건강을 증진시키기 위한 노력과 실천정도는 성별, 연령대, 교육형태, 가족형태등에서 유의한 차이를 보이는바, 75세이하 초기노년층과 고졸이상 높은 교육수준, 그리고 많은 수의 가족과 사는 남자집단이 규칙적인 생활, 운동, 휴식등 건강을 향상시키려는 노력을 더욱 많이 하는 것으로 나타났다. 한편 서인선(2000)의 연구에 의하면 도시에 비해 농촌노인은 건강상담, 영양 및 식생활 관리, 흡연 및 음주의 절제 등을 통한 건강관리 노력을 많이 하는 반면 도시노인은 운동 및 사회활동, 일상생활 관리 등의 노력을 더욱 많이 하는 것으로 나타났다. 또한 연령대, 성별, 배우자 유무, 동별거 유형 역시 건강증진 행위와 밀접한 연관이 있는바, 고령보다는 초기노년층이 더욱 건강증진 행동을 많이 하며 남자, 높은 교육수준, 그리고 배우자가 있는 노인이 건강관리를 위한 노력을 많이 하며, 노인단독으로 거주하는 집단은 자녀와 동거하는 집단에 비해 건강관리 노력을 유의하게 적게 하는 것으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 노인의 건강문제를 다룬 국내외 연구에서는 대체적으로 거주지, 성별, 배우자 유무, 연령대, 교육수준, 종교, 경제활동, 동거세대수, 함께 사는 가족수, 자녀와의 거리등 다양한 가족사회적 배경이 질병의 유병율 혹은 건강관리 행동에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타나고 있다. 하지만 기존 연구들은 위에 열거한 여러 가지 가족사회 속성중 일부분만을 연구에서 분석하였으며, 연구결과마다 개개 속성들과 건강문제와의 관련성이 나타나거나 혹은 나타나지 않는 등 다소 불규칙한 결과가 나타나고 있다. 또한 조사대상자도 초기노년기만을 따로 분석한 경우는 매우 드물고 60대 초반부터 70대 후반 이후까지를 총 망라한 것이며 연구에 이용된 건강문제도 일정한 기준과 영역으로 통일되지 않았기에 기존 연구 결과로는 가족사회적 속성을 기초로 초기노년기에 해당하는 구체적인 건강관리 대책을 포괄적으로 제시할 수가 없다. 최근 연구동향을 미루어 볼 때(권순범외, 1994; 한국보건사회연구원, 1998; 문상식·남정자, 2001), 노년기 건강문제를 포괄적으로 고찰하기 위해서는 ①정서 및 인지능력, ②순환기계, ③소화기계, ④근골격계, ⑤호흡기계등 광범위한 정신신체 영역의 건강문제를 조사하여 종합적인 관리대책을 제시할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 최근 여러 연구에서 공통적으로 다루어진 여러 영역의 건강문제를 그 연구들에서 다루어진 주요 가족사회적 속성별로 비교 분석하고, 그 결과를 근거로 집단별 차이를 반영한 초기노년기 건강관리 개선책을 포괄적으로 제시하고자 한다.

III. 연구방법

1. 연구문제

본 연구는 초기노년기로 분류되는 55-74세 사람들의 건강문제를 기본적인 가족사회적 속성별로 비교분석하고 이러한 분석을 근거로 보다 효율적인 건강관리 개선책을 제시하기 위해 이루어졌다. 건강문제에 관해서는 노년기 건강에 관한 최근 연구(권순범외, 1994; 한국보건사회연구원, 1998; 문상식·남정자, 2001)에서 중요하게 다루어진 ①우울 및 인지능력, ②순환기계, ③소화기계, ④근골격계, ⑤호흡기계등 광범위한 정신신체 영역

의 문제를 조사하였는 바, 조사된 연구문제를 정리하면 다음과 같다.

1) 우울 및 인지능력 관련 문제의 속성별 비교

노년기 정서, 사고력, 대인관계 유지 등을 좌우하는 주요 건강문제인 ①우울과 ②인지능력 관련 기능장애(예:시력, 청력, 언어장애등) 점수를 거주지, 성별, 배우자 유무등 기본적인 가족사회적 속성별로 비교함.

2) 순환기 및 소화기계 관련 문제의 속성별 비교

노년기 영양섭취와 신진대사를 좌우하는 건강문제인 순환기계 질환(예:고혈압, 당뇨등)과 소화기계 질환(예:소화불량, 위염) 점수를 기본적인 가족사회적 속성별로 비교함.

3) 근골격 및 호흡기계 관련 문제의 속성별 비교

노년기 여가활동과 사회생활을 좌우하는 건강문제인 근골격계 질환(예:관절염, 디스크)와 호흡기계(예:폐, 기관지 질환) 점수를 기본적인 가족사회학적 속성별로 비교함.

4) 집단별 차이를 반영한 개선책 제언

초기노년기 주요 건강문제가 가족사회적 속성별로 차이가 나는 점에 착안하여, 건강관리에 있어 각 집단별 차이를 반영한 개선책을 제시함.

2. 조사대상

본 연구에서는 2000년 9월1일-11월30일 사이에 서울과 경기, 충남, 충북, 대전지역에 거주하는 50세~79세 남녀 421명을 대상으로 종합사회복지관에서 실시한 『건강검진 및 노후생활에 관한 설문조사』 자료중 초기노년기 연령층인 55~74세에 해당하는 252명의 자료를 분석하였다. 위 지역에 소재한 5개 종합사회복지관에서 실시하는 <지역주민 무료 건강검진> 1차 검진에 응한 사람중 별도로 마련된 설문조사에 답한 사람들의 설문조사와 건강검진 결과가 연구분석에 이용되었는바, 조사대상자중 도시거주는 51.2%, 농촌(행정구역상 읍·면)은 48.8%였으며, 남자는 45.2%, 여자는 54.8%였고 배우자 有 는 62.3였으며 無는 37.7%였다. 연령범위는 최소 55세에서 최대 74세로서 평균 연령은 62.3세이며, 주거조건에 있어 응답자중 57.6%는 自家에서 살고, 53.6%는 단독주택에서 사는 사람들이었다(표1).

<표1> 조사대상자 특성(N=252)

항 목	측정값
지역(%)	
도시	129(51.2)
농촌	123(48.8)
성별(%)	
남	114(45.2)
녀	138(54.8)
배우자유무(%)	
유	157(62.3)
무	95(37.7)
연령	
평균	62.3
표준편차	6.83
범위	55-74
교육수준(%)	
중졸이하	162(64.3)
고교재학 이상	90(35.7)
주거소유(%)	
자가	146(57.6)
전월세	106(42.4)
주택형태(%)	
단독	135(53.6)
공동	117(46.4)

3. 측정도구

본 연구에서 조사대상자의 가족사회적 속성과 우울에 대해서는 보건학 분야 대학 4학년 학생들이 설문조사한 결과를 이용하였으며, 다른 건강문제에 대해서는 건강검진시 국민의료보험관리공단(2000)에서 제공한 『1차 건강진단』 양식에 따라 내과 혹은 가정의학 專門醫가 ①정신·신체적 고통이나 불편에 관한 면담, ②타 병·의원에서 치료받고 있는 질환에 관한 면담, ③임상검사(X선 촬영, 혈액 및 소변검사, 심전도, 시각 및 청각 검사등)를 근거로 최종 진단이나 이상소견을 기록한 자료를 이용하였다. 따라서 본 연구에서 『건강문제』는 ①우울에 관한 설문조사, 그리고 ②1차 건강검진에서 전문의 진단이 내려진 질병 및 이상소견으로 정의되며, 주의를 요하지만 질병으로 간주되지 않은 경우(예: 혈중 콜레스트롤이나 간기능 검사 수치가 要注意 범위인 경우)와 일시적이며 곧 회복될 것으로 판단되는 가벼운 이상(예: 찰과상, 감기 등)은 문제가 없는 것으로 처리되었다. 건강진단 양식에 의사가 진단이나 이상소견을 제시한 질병의 종류는 총 22개였으며 이 22개 종류는 의사의 자문을 받아 권순범외(1994), 한국보건사회연구원(1998), 문상식·남정자(2001) 등의 연구에서 노년기 건강문제 평가를 위해 범주화된 질병영역중 공통된 기본항목인 인지능력, 순환기계, 소화기계, 근골격계, 호흡기계등으로 재분류되어 SPSS/PC DOS 프로그램에 의해 통계처리 되었는 바, 측정·분석된 과정은 다음과 같다.

1) 가족사회적 속성

본 연구에 있어 가족사회 속성은 한국보건사회연구원(1998)의 노인생활실태조사에서 주로 이용된 항목으로서 ①거주지, ②성별, ③배우자 유무 ④연령대, ⑤교육수준, ⑥종교유무, ⑦소득활동 유무(직업, 자영업, 부동산 임대소득등), ⑧동거가족수, ⑨동거세대수, ⑩자녀와의 거리등 총 10개 항목인바, 그중 동거가족수는 한국보건사회연구원(1998)의 분류기준에 따라 1-3명(소규모 가족)과 4명이상(대규모 가족)으로 2분하였으며 세대수는 1(독신노인 혹은 노부부), 2(노인+자녀), 그리고 3세대(노인+자녀+손자녀)로 구분하였다. 끝으로 자녀와의 거리는 위 조사에서 사용한 척도에 따라 평소 가장 믿고 의지하는 자녀를 기준으로 가까움(함께 살거나 차량으로 1~2시간 이내의 거리), 보통(차로 2~3시간), 그리고 먼 거리(차로 3시간 이상)로 구분하였다.

2) 우울

본 연구에 있어 주요 분석대상인 우울은 zung(1965)이 처음 개발한 것을 이종범 · 정성덕(1985)이 한국실정에 맞도록 번역 · 수정한 자가우울척도 중 "죽고싶은 생각이 들때가 있다", "나는 세상에서 쓸데 없는 존재라는 생각이 든다"등 비관적 영역 문항 10개를 사용하였다. 모든 문항은 "전혀 그렇지 않다(1점)" 부터 "정말로 그런 것 같다(4점)" 까지 4점 척도를 이루어 총점은 10~40점 범위며 특별히 병적인 우울이라고 단정짓는 기준 점수는 없고 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것으로 해석을 내리는데, 본 연구에서 우울 총점의 신뢰계수 α=0.76이었다.

3) 인지능력 영역의 건강 문제

인지능력 영역의 건강문제는 대뇌의 상황판단이나 인식(recognition)등에 의해 좌우되며 일상생활유지와 대인관계에 영향을 비치는 요인이다. 본 연구에서는 ①평소에 스스로 느끼는 전반적인 건강수준(건강에 별문제 없음이라고 답변 한 경우=0, 문제가 있음=1), ②시력(문제가 없음=0, 근시, 원시, 난시, 굴절이상, 색맹중 하나라도 문제가 있음=1), ③청력(문제없음=0, 문제있음=1), ④언어장애(문제없음=0, 문제있음=1), ⑤정신질환(문제없음=0, 문제있음=1), 그리고 ⑥신경증에 의한 수면장애(문제없음=0, 문제있음=1)등 총 6개 항목의 점수가 인지능력 영역의 건강문제로 점수화 되었다. 스스로 느끼는 건강수준과 언어장애, 정신질환, 신경증에 의한 수면 장애는 건강검진시 임상검사를 끝낸 후 의사와의 면담을 통해 주관적으로 문제여부가 기록되었으며 시력과 청력은 표준화된 임상검사를 통해 점수를 계산하였는 바 총 점수는 최소 0(아무런 문제가 없을 때)점에서 최대 6점(모든 항목에 있어 문제가 있을 때)까지의 범위를 보였다.

4) 순환기계 영역의 건강 문제

순환기(circulatory)계 영역의 건강문제는 혈액순환을 통해 전신의 신체기능에 영향을 미치는 요인으로서 본 연구에서는 ①고혈압, ②당뇨, ③뇌혈관 질환, ④심장질환, 그리고 ⑤혈액 및 소변검사이상(예:빈혈, 뇨단백)등 총 5개 항목의 점수가 합산되어 순환기계 영역의 건강문제로 점수화 되었는바, 각 항목마다 건강진단표 기록을 모두 검토하여 문제가 없는 경우=0, 문제가 있는 경우=1점이 입력되어 최소 0(아무런 문제가 없을 때)점에서 최대 5점(모든 항목에 있어 문제가 있을 때)까지의 범위를 보였다.

5) 소화기계 영역의 건강문제

소화기계 영역의 건강문제는 음식물을 소화하여 영양을 공급하는 기능과 직결되는 요인으로서, 본 연구에서는 ①위장 및 대장 질환, ②식도질환, ③간질환등 총 3개 항목의 점수가 합산되어 소화기계 영역의 건강문제로 점수화 되었는바, 각 항목마다 건강진단표 기록을 모두 검토하여 문제가 없는 경우=0, 문제가 있는 경우=1점이 입력되어 최소 0(아무런 문제가 없을 때)점에서 최대 3점(모든 항목에 있어 문제가 있을 때)까지의 범위를 보였다.

6) 근골격계 영역의 건강 문제

근골격계 영역의 건강문제는 팔다리와 허리의 운동을 통한 신체 기동능력에 큰 영향을 미치는 요인으로서, 본 연구에서는 ①관절염 및 류마치스, ②디스크, ③근육통 및 신경통, ④수족떨림 및 기능장애, ⑤근위축등 총 5개 항목의 점수가 합산되어 근골격계 영역의 건강문제로 점수화 되었는바, 각 항목마다 건강진단표 기록을 모두 검토하여 문제가 없는 경우=0, 문제가 있는 경우=1점이 입력되어 최소 0(아무런 문제가 없을 때)점에서 최대 5점(모든 항목에 있어 문제가 있을 때)까지의 범위를 보였다.

7) 호흡기계 영역의 건강문제

호흡기계 영역의 건강문제는 신체에 산소를 공급하는 기능과 직결되는 요인으로서, 본 연구에서는 ①흉부x선, ②기관지질환, ③上氣道 질환등 총 3개 항목의 점수가 합산되어 호흡기계 영역의 건강문제로 점수화 되었는바, 각 항목마다 건강진단표 기록을 모두 검토하여 문제가 없는 경우=0, 문제가 있는 경우=1점이 입력되어 최소 0(아무런 문제가 없을 때)점에서 최대 3점(모든 항목에 있어 문제가 있을 때)까지의 범위를 보였다.

IV. 결과 및 고찰

1. 우울 및 인지능력 문제

본 연구분석 결과 우울을 측정하는 문항의 점수에 있어 집단간 유의한 차이를 보인 속성은 ①성별, ②배우자 유무, ③연령대, ④교육수준, ⑤종교, ⑥동거가족수, ⑦동거세대수, 그리고 ⑧자녀와의 거리로 나타났다. 성별 비교에 있어 남녀 평균은 각각 15.66과 17.21로서 평소 남자보다는 여자가 더욱 우울한 정서를

띄는 것으로 나타났으며(p<.01), 배우자 유무별 비교에 있어서는 배우자가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 15.82와 17.86으로서 평소 배우자가 있는 집단보다는 없는 집단이 더욱 우울한 정서를 띄는 것으로 나타났다(p<.01). 또한 연령대별 비교에 있어서는 55-64와 65-74세 집단의 평균은 각각 14.74와 17.74로서 65-74연령층에 이르러 더욱 높은 우울성향을 보임으로써 연령증가에 따라 우울수준도 증가하는 변화를 보이는 것으로 나타났고(p<.01). 교육수준별 비교에 있어서는 중졸이하 집단과 고교이상 집단의 평균값은 각각 17.41과 와 14.78으로서 평소 교육수준이 낮은 집단이 더욱 우울한 정서를 띄는 것으로 나타났으며(p<.01), 종교유무별 비교에 있어서는 종교가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 16.42와 19.33으로서 평소 종교가 있는 집단보다는 없는 집단이 더욱 우울한 정서를 띄는 것으로 나타났다(p<.01). 또한 동거가족수별비교에 있어서는 1-3명 소규모 가족과 4명이상 대규모 가족의 평균값은 각각 16.85와 15.52로서 소규모 가구에서 사는 노인의 우울수준이 유의하게 높게 나타났다(p<.05). 동거세대수별 비교에 있어 1, 2, 3세대 동거집단의 평균은 각각 17.50, 15.55, 16.74로서 평소 자녀나 손자녀 없이 노인만 사는 1세대 가족이 가장 우울한 정서를 보이고 자녀와 동거하는 2세대 가족은 가장 낮은 정서를 보이다가 3세대 동거가족 경우 다시 높아지면서 교차적 변화를 보이는 것으로 나타났으며(p<.05), 끝으로 자녀와의 거리별로 비교해 볼 때 가까운 거리에 사는 집단, 보통거리 집단, 그리고 먼 거리에 사는 집단의 평균값은 각각 16.17, 16.44, 18.76으로서 평소 자녀와 멀리 떨어져 살수록 더욱 우울한 정서를 띄는 것으로 나타났다(p<.05).

인지능력 관련 건강문제 점수에 있어 집단간 유의한 차이를 보인 항목은 ①배우자 유무, ②연령대, ③교육수준, ④소득활동 유무, ⑤동거가족수, 그리고 ⑥동거세대수로 나타났다. 배우자 유무별 비교에 있어서는 배우자가 있는 집단과 없는 집단 점수의 평균값은 각각 1.02 와 1.51로서 평소 배우자가 있는 집단보다는 없는 집단이 더욱 인지능력 관련 건강문제가 심각한 것으로 나타났다(p<.01). 연령대별 비교에 있어서는 55-64, 65-74세 집단의 평균은 각각 0.62와 1.48로서 65-74세 연령층에 이르러 건강문제를 가진 비율이 더욱 높았기에 연령에 따라 인지능력 관련 건강문제가 증가하는 변화를 보이는 것으로 나타났으며(p<.01), 교육수준별 비교에 있어서는 중졸이하 집단과 고교이상 집단의 평균값은 각각 1.44와 0.70으로서 평소 교육수준이 낮은 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다(p<.01). 소득활동 유무별 비교에 있어서는 소득활동이 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.99와 1.38로서 소득활동 없는 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났으며(p<.01), 동거가족수별 비교에 있어서는 1-3명 소규모 가족과 4명이상 대규모 가족의 평균값은 각각 1.32와 0.97로서 소규모 가구에서 사는 노인의 인지능력 문제가 더욱 높게 나타났다(p<.05). 끝으로 동거세대수별 비교에 있어 1, 2, 3세대 동거집단의 평균은 각각 1.43, 0.88, 1.31로서 평소 자녀나 손자녀 없이 노인만 사는 1세대 가족이 인지능력 관련 건강문제에 있어 가장 심한 문제를 보이고 자녀와 동거하는 2세대 가족은 가장 낮은 경향을 보이다가 3세대 동거가족 경우 다시 높아지면서 교차적 변화를 보이는 것으로 나타났다(p<.01)(표2).

<표2> 우울수준 및 인지능력 관련 건강문제 점수의 속성별 비교

가족사회속성		우울수준			인지능력관련 건강문제	
		n	mean	F-ratio	mean	F-ratio
지역	도시	129	16.48	0.04	1.08	1.69
	농촌	123	16.60		1.30	
성별	남	114	15.66	6.06**	1.09	1.08
	녀	138	17.21		1.26	
배우자	유	157	15.82	9.16**	1.02	8.56**
	무	95	17.86		1.51	
연령	55-64	93	14.74	4.38**	0.62	15.29**
	65-74	159	17.74		1.48	
교육수준	중졸>	162	17.41	16.66**	1.44	20.11**
	고교<	90	14.78		0.70	
종교	유	161	16.42	9.14**	1.88	2.38
	무	91	19.33		2.33	
소득활동	유	123	15.98	2.98	0.99	6.13**
	무	129	17.01		1.38	
가구원수	1-3	96	16.85	3.97*	1.32	4.94*
	4이상	156	15.52		0.97	
동거세대	1	63	17.50	3.12*	1.43	4.36**
	2	86	15.55		0.88	
	3	104	16.74		1.33	
자녀와의 거리	가까움	147	16.17	3.28*	1.22	1.39
	보통	67	16.44		1.00	
	먼거리	38	18.76		1.46	

*:p<0.05 **:p<0.01

2. 순환기 및 소화기계 문제

순환기관련 건강문제 점수에 있어 집단간 유의한 차이를 보인 항목은 ①연령대와 ②종교로 나타났다. 연령대별 비교에 있어서는 50-64와 65-74세 집단의 평균은 각각 0.32와 0.56으로서 65-74세 연령층에 이르러 건강문제를 가진 비율이 더욱 높았기에, 연령에 따라 순환기 관련 건강문제가 증가하는 변화를 보이는 것으로 나타났으며(p<.01), 종교유무별 비교에 있어서는 종교가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.47과 0.67로서 평소 종교가 있는 집단보다는 없는 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다(p<.01).

순환기관련 건강문제 점수는 두 개 항목만이 집단별 유의한 차이를 보인데 비해 소화기 관련 문제 점수는 ①거주지, ②성별, ③배우자 유무, ④교육수준, ⑤종교유무, 그리고 ⑥세대수등

총 6개 항목에 걸쳐 집단간 유의한 차이를 보임으로써, 소화기 관련 건강문제는 여러 가지 가족사회적 속성에 따라 매우 민감하게 차이를 보이는 특성을 지닌 것으로 나타나고 있다. 거주지별 비교에 있어 도시와 농촌의 점수 평균은 각각 0.35와 0.51로서 도시보다는 농촌거주자가 더욱 문제가 많은 것으로 나타났으며($p<.01$), 성별 비교에 있어 남녀 평균은 각각 0.27과 0.55로서 평소 남자보다는 여자가 2배 이상으로 소화기계 문제가 많은 것으로 나타났다($p<.01$). 배우자 유무별 비교에 있어서는 배우자가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.34와 0.60으로서 평소 배우자가 있는 집단보다는 없는 집단이 더욱 문제가 많은 것으로 나타났으며($p<.01$), 교육수준별 비교에 있어서는 중졸이하 집단과 고교이상 집단의 평균값은 각각 0.51과 0.26으로서 평소 교육수준이 낮은 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다($p<.01$). 종교유무별 비교에 있어서는 종교가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.63과 0.42로서 평소 종교가 있는 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났는바($p<.01$), 우울이나 순환기 건강문제는 종교 없는 집단이 더욱 큰 문제를 가진 것과 대조를 보였다. 끝으로 동거세대수별 비교에 있어 1, 2, 3세대 동거집단의 평균은 각각 0.50, 0.27, 0.52로서 평소 자녀나 손자녀 없이 노인만 사는 1세대 가족이 소화기관련 건강문제에 있어 가장 심한 문제를 보이고 자녀와 동거하는 2세대 가족은 가장 낮은 경향을 보이다가 3세대 동거가족 경우 다시 높아지면서 교차적 변화를 보이는 것으로 나타났다($p<.01$)(표3).

<표3> 순환기 및 소화기계 문제 점수의 속성별 비교

가족사회속성		순환기관련 문제			소화기관련 문제	
		n	mean	F-ratio	mean	F-ratio
지역	도시	129	0.51	0.33	0.35	3.72*
	농촌	123	0.45		0.51	
성별	남	114	0.52	0.40	0.27	10.58**
	녀	138	0.45		0.55	
배우자	유	157	0.45	1.24	0.34	8.82**
	무	95	0.55		0.50	
연령	55-64	93	0.32	2.87*	0.40	1.13
	65-74	159	0.56		0.47	
교육수준	중졸>	162	0.51	0.66	0.51	8.04**
	고교<	90	0.43		0.26	
종교	유	161	0.47	8.51**	0.63	6.41**
	무	91	0.67		0.42	
소득활동	유	123	0.44	2.98	0.43	0.01
	무	129	0.53		0.43	
가구원수	1-3	96	0.54	1.05	0.45	0.15
	4이상	156	0.44		0.42	
동거세대	1	63	0.50	0.66	0.50	3.47*
	2	86	0.41		0.27	
	3	104	0.54		0.52	
자녀와의 거리	가까움	147	0.52	0.94	0.42	0.17
	보통	67	0.37		0.43	
	먼거리	38	0.51		0.56	

*:$p<0.05$ **:$p<0.01$

3. 근골격 및 호흡기계 문제

근골격계 관련 건강문제 점수에 있어 집단간 유의한 차이를 보이는 항목은 ①성별, ②배우자 유무, ③연령대, ④교육수준, ⑤소득활동유무, ⑥동거가족수, ⑦동거세대수, 그리고 ⑧자녀와의 거리등 총 8개로서, 여러 가지 가족사회적 속성에 따라 매우 민감하게 차이를 보이고 있다. 성별 비교에 있어 남녀 평균은 각각 0.75와 1.44로서 평소 남자보다는 여자가 2배 이상으로 근골격계 건강의 문제가 많은 것으로 나타났으며($p<.01$), 배우자 유무별 비교에 있어서는 배우자가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.82와 1.73으로서 평소 배우자가 없는 집단이 2배 이상으로 더욱 문제가 많은 것으로 나타났다($p<.01$). 연령대별 비교에 있어서는 55-64와 65-74세 집단의 평균은 각각 0.48과 1.46으로서 65-74세 연령층에 이르러 문제를 가진 비율이 3배 이상으로 더욱 높았기에, 연령증가에 따라 현저히 증가하는 변화를 보이는 것으로 나타났으며($p<.01$), 교육수준별 비교에 있어서는 중졸이하 집단과 고교이상 집단의 평균값은 각각 1.58과 0.25로서 평소 교육수준이 낮은 집단이 높은 집단보다 6배이상으로 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다($p<.01$). 소득활동 유무별 비교에 있어서는 소득활동이 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.69와 1.57로서 평소 소득활동이 없는 집단이 2배 이상으로 문제가 심각한 것으로 나타났으며($p<.01$), 동거가족수별 비교에 있어서는 1-3명 소규모 가족과 4명이상 대규모 가족의 평균값은 각각 1.36과 1.25로서 소규모 가구에서 사는 노인의 근골격계 문제 점수가 유의하게 높게 나타났다($p<.05$). 동거세대수별 비교에 있어서는, 1, 2, 3세대 동거집단의 평균은 각각 1.47, 0.64, 1.35로서 노인만 사는 1세대 가족이 근골격계 관련 건강에 있어 가장 심한 문제를 보이고 자녀와 동거하는 2세대 가족은 가장 낮은 경향을 보이다가 3세대 동거가족 경우 다시 높아지면서 교차적 변화를 보이는 것으로 나타났다($p<.01$). 끝으로 자녀와의 거리별로 비교해 볼 때 자녀와 가까운 거리에 사는 집단, 보통거리, 그리고 먼 거리에 사는 집단의 평균값은 각각 1.09, 0.98, 1.75로서 평소 자녀의 인접거리와 근골격계 건강문제는 일관된 정(positive) 혹은 부(negative)적인 관계보다는 교차적인 관계를 보였다. 즉, 멀리 떨어져 사는 경우에 가장 큰 근골격계 문제를 가지고 있고 그 다음으로는 함께 살거나 가까이 사는 경우가 두 번째로 큰 문제를 가진 집단이었으며, 보통의 거리에 사는 집단이 가장 문제가 적은 것으로 나타났다($p<.05$).

호흡기계 관련 건강문제 점수에 있어 집단간 유의한 차이를 보이는 항목은 ①배우자 유무, ②연령대, ③교육수준, ④종교, 그리고 ⑤세대수등 총 5개였다. 배우자 유무별 비교에서는 배우자가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.32와 0.58로서 평소 배우자가 있는 집단보다는 없는 집단이 문제가 유의하게 많은 것으로 나타났으며($p<.01$), 연령대별 비교에 있어서는 55-64와 65-74세 평균은 각각 0.22와 0.50으로서 65-74세 연령

층에 이르러 문제 점수가 2배 이상으로 더욱 높았기에, 연령증가에 따라 호흡기계 건강문제가 현저히 증가하는 변화를 보였다($p<.01$). 교육수준별 비교에 있어서는 중졸이하 집단과 고교이상 집단의 평균값은 각각 0.50과 0.23으로서 평소 교육수준이 낮은 집단이 높은 집단보다 2배이상으로 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났으며($p<.01$), 종교유무별 비교에 있어서는 종교가 있는 집단과 없는 집단의 평균값은 각각 0.39와 0.67로서 평소 종교가 없는 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다($p<.01$). 끝으로 동거세대수별 비교에 있어 1, 2, 3세대 동거집단의 평균은 각각 0.59, 0.24, 0.43으로서 평소 자녀나 손자녀 없이 노인만 사는 1세대 가족이 호흡기 관련 건강문제에 있어 가장 심한 문제를 보이고 자녀와 동거하는 2세대 가족은 가장 낮은 경향을 보이다가 3세대 동거가족 경우 다시 높아지면서 교차적 변화를 보이는 것으로 나타났다($p<.01$)(표4).

<표4> 근골격 및 호흡기계 문제 점수의 속성별 비교

가족사회속성		근골격 관련 문제			호흡기 관련 문제	
		n	mean	F-ratio	mean	F-ratio
지역	도시	129	1.02	2.27	0.38	0.44
	농촌	123	1.28		0.34	
성별	남	114	0.75	17.87**	0.38	0.36
	녀	138	1.44		0.43	
배우자	유	157	0.82	30.81**	0.32	7.88**
	무	95	1.73		0.58	
연령	55-64	93	0.48	17.76**	0.22	5.36**
	65-74	159	1.46		0.50	
교육수준	중졸>	162	1.58	72.33**	0.50	8.87**
	고교<	90	0.26		0.23	
종교	유	161	1.14	0.44	0.39	7.53**
	무	91	1.04		0.67	
소득활동	유	123	0.69	29.57**	0.37	0.87
	무	129	1.57		0.45	
가구원수	1-3	96	1.36	5.93**	0.31	2.24
	4이상	156	0.96		0.19	
동거세대	1	63	1.47	10.08**	0.59	4.58**
	2	86	0.64		0.24	
	3	104	1.35		0.43	
자녀와의 거리	가까움	147	1.09	3.58**	0.39	2.41
	보통	67	0.98		0.33	
	먼거리	38	1.75		0.67	

*:p<0.05 **:p<0.01

V. 논의 및 제언

본 연구는 55세부터 74세까지 초기노년기 노인의 건강문제를 가족사회적 속성별로 비교분석한 것으로서. 각 속성이 건강문제에 미치는 영향에 대해 다음과 같은 논의를 하고자 한다.

첫째, 거주지역은 소화기문제에서만 집단간 유의미한 차이를 초래하여 도시보다는 농촌거주자가 더욱 문제가 많은 것으로 나타났으며, 다른 문제에 대해서는 지역간 유의미한 차이를 초래하지 않는다. 조사대상자에 75세이상 고령 노년층을 다수 포함시킨 기존 연구에서는 우울증(김현태,1984; 김승혜,1992; 윤수진 외, 2002)과 근골격계 질환에서(문상식·남정자, 2001) 지역간 유의한 차이가 나타났지만 본 연구에서는 이러한 문제에서 차이가 없는바, 75세미만을 대상으로 하는 우울이나 근골격계 문제 관리에 있어서는 거주지역별로 차등화된 방침을 세우지 않아도 좋음을 본 연구결과가 시사하고 있다고 하겠다. 하지만 소화기 문제에 있어서는 농촌거주자의 문제가 유의하게 높게 나타나는데, 이것은 초기노년기에 있어 세대구성의 지역간 편차에 의한 간접적 영향으로 설명될수 있다. 한국보건사회연구원(1998)의 조사에 의하면 스스로 독립적인 생활을 할수 있는 초기노년기 경우 농촌거주자는 젊은 자녀의 도시이주로 인해 노인단독 가구비율이 도시보다 현저히 높은데, 노인단독 거주자는 자녀나 손자녀와의 어울림 없이 홀로 식사해야 하기에 식사시간의 규칙성이나 영양균형이 위협받음은 물론, 식사대신 음주로 대신하는 경우가 많아져(이윤로, 2000; 장윤희, 2001) 결과적으로 소화기 문제의 위험을 받는 것으로 해석된다.

둘째, 성별은 우울, 소화기, 근골격계에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여 세가지 모두 여자가 문제가 더욱 심한 것으로 나타나 70대후반 고령노인을 포함한 기존연구와 일관된 현상을 보였지만(문상식·남정자, 2001), 인지능력, 순환기, 호흡기 문제에서는 성별에 따른 차이를 보이지 않아 이 연구와 대조를 보인다. 여성은 50대초반부터 딸의 출가와 남편의 은퇴를 겪으며 우울성향이 증가하며(김현태, 1984; Atchley, 1990). 폐경기와 더불어 골다공증이 초래하는 근골격계 문제가 증가하는 근거가 제시되고 있지만(한국보건사회연구원, 1998) 소화기문제가 남자보다 더욱 심각한데 대한 설명은 선행연구에서 나타나지 않는바, 이에 대해 후속연구를 통한 원인규명이 이루어져야 할 것이다. 본 연구결과는 우울증과 근골격계 질환은 초기노년기부터 여성중심의 관리대책을 지향하고 소화기 문제에 대해서는 보다 심도있는 원인규명이 이루어져야 함을 시사하는 한편, 그밖의 문제들은 초기노년기에 특별히 차등화된 관리대책 필요성을 제시하지는 않는다.

셋째, ①배우자 유무, ②연령, ③교육수준은 총 6개 영역중 각각 5개 영역에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여, 대부분 건강문제가 배우자 없는 저학력 65세이상 연령층에서 더욱 심각한 것으로 나타났다. 즉, ①독신, ②저학력, 그리고 ③65세이상 고연령은 초기노년기부터 대부분 건강문제를 관리하는데 있어 항상 우선적으로 고려해야 하는 요인임을 본 연구결과가 시사하고 있다고 하겠다.

넷째, 종교는 우울, 순환기, 소화기, 그리고 호흡기 건강문제에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여, 종교가 있는 집단에비해 없는 집단이 모두 일관되게 문제가 심각한 것으로 나타났다. 일반적으로 노후의 종교활동은 죽음에 대한 태도를 비롯한 삶의 만족도에 긍정적인 영향을 미치며 음주와 흡연을 억제하고

건강증진 활동(예: 규칙적인 운동)을 증진시키기에(김미숙·박민정, 2000; Krause, 1997), 종교가 있는 집단이 없는 집단에 비해 우울수준이 낮고 음주 및 흡연에 의해 영향받는 순환기, 소화기, 호흡기 문제가 적은 것은 당연한 원리로 해석된다. 따라서 본 연구결과는 초기노년기 건강문제 관리에 있어 우울, 순환기, 소화기, 호흡기 질환은 종교가 없는 대상에게 더욱 집중되어야 하며 그 구체적인 관리방안 개발의 필요성을 시사하고 있다.

다섯째, 소득활동 여부는 인지능력과 근골격계 건강문제에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여 소득활동이 없는 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다. 이러한 현상은 일반적으로 노후 소득활동이 없는 집단은 교육수준이 낮고 경제사회상태가 열악하여 스스로 건강하지 않다고 느끼는 성향이 강하며, 특히 과거 농업이나 노동에 종사하였기때문에(한국보건사회 연구원, 1995; 한국보건사회 연구원, 1998) 그 결과 근육통이나 관절염을 앓는 가능성이 높기 때문인 것으로 추정된다.

여섯째, 가구원수는 우울, 인지능력, 그리고 근골격계 건강문제에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여, 세가지 영역 모두 3명이하 소규모 가구 거주 집단이 더욱 문제가 심각한 것으로 나타났다. 이러한 현상은 가구원수가 3명 이하인 집단은 노인단독가구이거나 결혼 안한 한 명 자녀와 동거하는 경우가 대부분이기에(장인협·최성재, 2000) 자녀나 손자녀와의 정서교류와 공유활동 가능성이 낮아(이영숙·박경란, 2000) 결과적으로 우울수준과 정서관련 건강문제가 상대적으로 높으며, 또한 초기노년기 노인단독 가구는 농촌거주인 경우가 많아(한국보건사회 연구원, 1995; 한국보건사회 연구원, 1998) 과중한 영농활동으로 인해 근골격계 문제가 더욱 심한 것으로 설명될수 있다.

일곱째, 동거세대수는 총 6개 영역중 5개 영역 문제에서 집단간 유의미한 차이를 초래하여, 5개 영역에서 모두 2세대(노부부+자녀) 집단의 문제가 가장 적고 1, 3 세대는 영역별로 1, 2 순위가 근소한 차이로 교차되는 현상을 보였다. 즉, 2세대 동거 집단에 비해 1세대나 3세대 집단의 건강문제가 더욱 심하다고 하겠는데, 1, 3세대 집단은 자녀를 모두 출가시킨 뒤 ①노인부부만 살거나(1세대 경우), 혹은 ②독립생활 능력이 없어 자녀 및 손자녀와 동거하는 경우(3세대) 중 한가지에 해당할수 있겠는데(서울사이버대학, 2001) 어느 경우든 모두 2세대 집단보다 연령이 높거나 경제능력이 적기에 당연히 모든 건강문제가 유의하게 높은 것으로 설명될수 있다.

여덟째, 믿고 의지할 자녀와의 거리는 우울과 근골격계 문제에서만이 집단간 유의미한 차이를 초래하여, 자녀로부터 차로 3시간 이상 멀리 떨어져 사는 노인집단이 가장 우울과 근골격계 문제가 심했다. 65세이상 노인만을 조사했을때는 자녀로부터 멀리 떨어져 사는 노인은 자녀로부터의 일상생활 보살핌과 의료관리 도움은 물론, 용돈제공과 정서적 지지가 적어 정신·신체 건강수준이 매우 낮은 것이 일반적 현상인데(한국보건사회 연구원, 1998), 55세부터 74세까지 노인만을 조사한 본 연구에서는 두가지 영역 이외의 대다수 건강문제는 자녀와의 거리와 무관한 결과를 보이고 있다. 따라서 본 연구결과는, 노후생활에 있어 자녀로부터의 정서및 도구적 지지의 장애요인으로 인식되어온 「지리적 거리」는 초기노년기에는 부분적으로만 영향을 미치는 변수임을 입증하고 있으며, 그렇기에 초기노년기 건강문제 관리에 있어 자녀와 멀리 떨어져 사는 노인은 우울과 근골격계 질환에 있어서만 집중관리 대상이 될 수 있음을 시사하고 있다.

본 연구는 설문조사와 1차 건강진단만을 분석하였기에 부인과 질환, 비뇨생식기, 암등과 같은 특수질환이 고려되지 않았으며, 근골격계 질환은 정형외과 전문의의 확인없이 타병원 진료경험과 통증에 관한 면담만을 근거로 했다는 점, 그리고 정신상태를 표준화된 인성검사 없이 면담위주로 판단했다는 제한점이 따른다. 따라서 본 연구결과는 최근 연구에서 노년층 건강수준을 포괄적으로 평가하는데 공통적으로 이용된 기본 영역인 우울, 인지능력 영역, 순환기계, 소화기계, 근골격계, 호흡기계 건강문제에 관한 기본적인 관리대책에 주로 이용되어야 할것이다. 이러한 제한점을 고려하여, 본 연구에서는 연구결과를 근거로 초기노년기의 효과적인 건강관리를 위해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 초기노년기 건강문제가 가족사회 속성별로 차이를보이는 원인을 규명하기 위한 후속 연구가 국가적 차원에서 이루어져야 한다. 이제까지 노년층 건강문제에 관한 국가적 차원의 연구는 유병율에 관한 기술통계에만 국한되었을 뿐 가족사회 집단별 비교가 이루어지지 않았었는데(한국보건사회연구원, 1998), 본 연구를 계기로 건강문제는 가족사회 속성별로 유의한 차이가 있음이 나타나고 있다. 이러한 연구결과에 착안하여, 앞으로는 특정 건강문제에 있어 집단간 차이를 유발하는 생활습관과 심리상태에 관한 후속 연구가 이루어져, 이를 근거로 보다 효율적인 건강관리 방안이 모색되어야 할 것이다. 구체적인 예로서, 본 연구에서 대부분 건강문제는 배우자가 없으며 노인단독가구에서 생활하는 집단에서 문제가 가장 심각했음에 주목하여, 초기노년기 생활에 있어 배우자 사별 및 자녀와의 별거 집단의 생활유형, 즉 식사습관, 음주, 흡연, 여가선용 여부등과 건강과의 상관성에 관한 연구가 이루어지고, 이를 근거로 건강향상을 위한 효과적인 교육 및 예방 방안이 구상되어야 할것이다.

둘째, 노년층을 위한 여러 가지 복지프로그램을 10세 구간 연령대별로 분리하는 획기적인 정책이 필요하다. 본 연구에서 잘 나타나듯이, 대부분 영역의 건강문제 점수는 초기노년층 중에서도 55-64세 집단과 65-74세 집단간 유의한 차이를 보인다. 65세이후 노인들을 대상으로 조사한 만성질환 유병율에 있어 65-74세 집단과 75세 이후 집단간 유의한 차이가 나타났으며(한국보건사회연구원, 1998) 본 연구에서 55-64세와 65-74세 집단이 차이를 보이는 점을 미루어 볼 때 55세이후부터 매 10세 구간마다 건강수준에 유의한 차이가 발생함을 알 수 있다. 노인교실이나 주간보호소등 우리나라 대부분 노인복지 프로그램은 50대 후반부터 80대까지 모든 연령층을 구분하지 않고 동일한

그룹으로 관리하는 실정인바(임춘식, 1998), 50대부터 80대까지 모든 연령층 노인들이 획일적인 프로그램을 공동으로 이용할 경우 저연령층 노인은 불가피하게 고연령층 노인의 신체거동 불편 수발에 나서면서 프로그램 참여에 대한 흥미와 의욕이 저하될 가능성이 높아진다(Pynoos, 1993). 따라서 다수 노인을 대상으로 하는 복지프로그램은 가급적 10세 구간마다 연령층을 분리하여 시간대별로 따로 따로 관리하여 효율을 높이는 정책적 변화가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 초기노년기의 건강증진을 위한 여러 가지 활동 및 교육프로그램을 가족관련 특성에 따라 세분화시키는 정책이 마련되어야 한다. 현재 우리나라 노인복지관이나 노화관련 단체에서 주관하는 노년기 건강관리 프로그램에는 치매, 중풍, 고혈압, 당뇨, 골다공증 예방을 위한 교육프로그램이 있는데 이러한 교육프로그램 역시 대상자 기준을 60세이상으로만 명시하고 연령대나 가족특성별로 아무런 구분 없이 통합하여 진행하는 실정이다(남부노인종합사회복지관, 1999; 보건복지부, 2001). 본 연구에서는 초기노년기 대부분 질병이 연령대, 배우자 유무, 성별, 가족형태등에 따라 유의한 차이를 보이는바, 건강증진을 위한 동일한 성격의 강좌(연령대와 가족특성을 고려하지 않은 강좌)를 모든 복지기관에 일률적으로 개설하는 정책은 지양되어야 할 것이다. 반면에 각 기관마다 연령대와 가족특성별로 특성화된 전문프로그램 한 두개를 지정하여(예: 60대 독거 여성노인의 순환기 질환 예방 교육 프로그램을 A라는 시설에 개설함) 운영하게 하는 등, 이용자 특수성을 반영하는 전문적 프로그램이 기관마다 분담되어 운영되는 정책으로의 획기적인 전환이 이루어져야 할 것이다. 물론 이렇게 세분화 된 프로그램을 당장 실행하는데는 현실적으로 많은 제한점이 따른다. 우선, 세분화된 특정 질환에 대한 전문적인 관리 프로그램을 운영할 경우 간호사나 사회복지사 보다는 촉탁의사가 주기적으로 방문해야 하는 어려움이 발생하며, 또한 특정 계층만을 지칭하여 대상으로 할 경우(예: 60대 여성) 부부가 함께 참여하거나 동료와 함께 올수 없어 자칫 참여의욕을 저하시킬 수도 있다. 따라서 세분화된 프로그램 실행은 우선은 기존에 운영해오던 일반 프로그램과 병행하면서, 세분화된 전문 프로그램 참여 희망자를 소규모 선발하여 서서히 확대해나가는 방법을 택해야 할것이다.

넷째, 초기노년기 독거 여성노인의 ①우울, ②소화기, ③근골격계 질환관리를 위한 自助모임(self-group)을 권장하고 운영하는 특수 복지프로그램이 개발되어야 한다. 본 연구결과, 여성, 배우자 무, 1세대 거주는 우울, 소화기, 근골격계 건강문제가 공통적으로 크게 나타나는 속성임이 나타나고 있는데, 이러한 세가지 속성이 공통적으로 반영된 집단인 독거 여성노인의 건강증진을 위한 별도의 관리대책이 절실히 필요하다. 현재 정부에서 지원하는 재가복지사업은 대부분 거동이 불편한 고령의 저소득 노인을 대상으로 이동목욕 서비스, 가정간호, 가정봉사원 파견등에 집중되고 있는데(보건복지부, 2001), 이러한 고령 와상노인에 대한 집중적인 관리와 더불어, 심각한 건강문제에 노출되었지만 스스로 건강증진노력을 할 여력이 있는 초기노년층에 대한 관리도 함께 이루어져야 한다. 일부 복지단체에서 추진하는 자조모임(남부노인종합사회복지관, 1999:b)의 개념을 보다 적극적으로 독거 여성노인 건강관리에 적용하여, 독거 여성 노인들끼리 자조모임을 만들어 질병에 영향을 미치는 생활습관 요인에 대한 원인분석 연구에 참여하도록 유도해야 할 것이다. 또한 복지관이나 경로당, 혹은 노인정에 모여 우울, 소화기, 근골격계 질환관리를 위한 프로그램(예: 상담, 정기검진, 골다공증 예방 다리 운동)을 정기적으로 갖도록 권장하고 독려하는 교육프로그램이 재가복지 프로그램에 추가되어야 할것이다.

다섯째, 도시와 농촌지역에 걸쳐 교육수준이 낮고 소득활동이 없는 집단에 대한 근골격계 질환 진료기회를 확대해야 한다. 본 연구에 있어 근골격계 질환 경우 교육수준과 소득활동 여부는 집단간 6배와 2배의 차이를 보인 점에 주목해야 할 것이다. 교육수준이 낮고 소득활동이 없는 저소득 소외집단은 자조활동이나 건강교육 프로그램 참여능력이 적을 것이기에 이들을 대상으로 근골골격계 질환에 대해 무료 검진 및 진료기회를 더욱 확대하는 보건복지 정책이 마련되어야 할 것이다. 특히 중소도시 종합사회복지관에서 차량으로 지역마다 순회하며 시행하는 노인건강검진에 있어, 중소도시는 물론 농촌지역까지도 교육수준이 낮은 55세-64세 저연령 노년층에게 사전 홍보와 권유를 적극적으로 하여 검진을 적극적으로 권장해야한다. 현재 여러 복지기관에서 실시하는 무료 혹은 실비 건강검진은 <노인건강검진>이라는 명칭하에 주로 고령노인들에게만 홍보하지만 실제 우리나라 65세이상 노인들중 10-15%정도만 이용하고 있으며(현외성외, 2000) 65세 미만 연령층 검진은 본인이 원할 경우 해주되 그 결과가 통계대상에서 제외되는 경우가 많다(평화종합사회복지관, 2001). 현행 노인복지법상 65세이상 노인만 무료 혹은 실비 노인건강검진 프로그램 자격이 부여되는 현실에서 이루어진 불가피한 일이긴 하지만, 앞으로는 65세이상 노인의 건강검진 이용율이 저조한 점을 감안해 교육수준이 낮은 55-64세 저연령 노인들도 노인건강검진에 무료 혹은 실비로 응하도록 제도화 하고 특히 검진에 근골격계 정밀검사를 추가하며 그 결과를 공식 통계 내어 국가차원의 건강관리 지표로 삼기를 제안하고자 한다.

여섯째, 초기노년기 질병을 관리하기 위해 대폭 개편되어 표준화된 1차 건강진단표가 개발되어야 한다. 현재의 1차 건강진단표의 검진 항목은 여러 연구에서 공통적으로 이용되는 보편타당한 영역(예:순환기, 소화기, 호흡기, 근골격계)으로 분류되지 않은 채 혈당, 뇨당, 노단백등 생화학 실험 방법 나열 위주로 되어 있는 실정이다(국민의료보험 관리공단, 2000). 이러한 생화학 반응검사의 개개 항목들은 콜레스트롤과 당뇨외에는 이상있는 비율이 10%미만으로 매우 적은 경우가 대부분이라(권순범외,1994) 집단간 비교가 불가능하기에, 집단간 비교를 위해서는 여러 개 조사항목을 합하여 순환기나 소화기등 영역으로 재분류하는 별도의 작업이 필요하다. 따라서 현재 개개 검사항목 나

열위주로 된 양식을 영역별로 범주화하여야 할 것이다. 또한 근골격계나 정신질환처럼 피검자 진술에 많이 의존하는 검사항목 경우 표준화된 검진항목이 1차진단에 첨가되기를 제안한다.

일곱째, 건강검진 항목에 가족특성에 관한 설문과 인성검사 항목이 첨가되어야 한다. 현재 복지기관에서 지역사회주민을 대상으로 하는 무료건강검진은 흉부 x선촬영을 비롯한 여러 가지 임상검사를 위주로 하며 흡연, 음주, 운전, 임신여부를 비롯한 건강관련 행동에 대한 문진표 만을 첨가하는 실정이다(국민의료보험 관리공단, 2000). 이러한 기본적인 검사양식에 배우자 유무, 가족수, 동거형태등 다양한 가족특성 항목이 추가되어 건강문제와 가족특성과의 관련성에 대한 검증이 항상 이루어져 보다 효과적인 관리대책 마련에 일조가 되기를 기대한다.

□ 접 수 일 : 2002년 1월 15일
□ 심사완료일 : 2002년 5월 1일

【참 고 문 헌】

국민의료보험관리공단(2000). 건강진단 표준표.

권순범외(1994). 일부지역 노인의 건강관련 실천과 신체활동 기능에 관한 연구. **대한보건협회지 20(2)**, p3-22.

권중돈(1995). 노인복지서비스의 최근 동향. 한국사회과학연구소 사회복지연구실(편). **한국 사회복지의 이해**. 서울 : 도서출판 동풍. 364-373.

김남진(2000). 노인들의 건강행위 실천정도와 관련요인 분석. **한국노년학회지 20(2)**, 169-182.

김미숙 · 박민정(2000). 종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구. **한국노년학회지 20(2)**, 29-47.

김승혜(1992). 가정노인과 시설노인의 인식기능 및 우울증상에 관한 비교연구. 고려대학교 박사학위논문.

김태헌(1995). **인구의 성장과 구조, 한국의 인구와 가족**, 일신사.

김태현(2000). **노년학**. 교문사

김현태(1984). 불우노인의 발생원인과 대책. 아산사회복지사업재단 보고서, 35

김형수(2000). 노인과 자살. **노인복지연구(한국노인복지학회지)통권10호**, 25-45.

남부노인종합사회복지관(1999:a). 노인의 집 관리에 관한 연례보고서, 11-25.

남부노인종합사회복지관(1999:b). 재가노인 만성질환 관리에 관한 연례보고서, 2-21.

문상식 · 남정자(2001). 우리나라 65세이상 노인의 건강수준. **한국노년학회지 21(1)**, 15-29.

보건복지부(2001). 노인보건복지 국고보조사업 안내, 69-88.

서울사이버대학(2001). 사회복지 인터넷 강의록 contents. www.iscu.ac.kr

서울특별시 치매 종합센타(1998). 치매가족 상담 사례집.

서인선(2000). 노인들의 지식과 건강행위 증진에 관한 연구(1). **한국노년학회지 20(2)**, 1-28.

송미순(1991). 노인의 생활기능상태 예측모형 구축. 서울대학교 박사학위논문

원영신(1997). 여가교육으로 행해지는 노인체육활동에 관한 연구. **한국노년학회지** 17(3), 37-52.

윤수진외(2002). 지역사회 노인의 치매와 우울증과의 관련요인. **한국노년학회지** 21(3), 59-73.

이영숙 · 박경란(2000). 청년기 손자녀와 조부모의 공유활동에 관한 연구. **한국노년학회지 20(3)**. 1-16.

이윤로(2000). 노인과 알코올 중독. **노인복지연구(한국노인복지학회지).통권 10호**, 7-24.

이종범 · 정성덕(1985). 노인의 불안과 우울에 관한 연구. **신경정신의학 24(3)**, 431-444.

임춘식(1998). 우리나라 노인복지 프로그램의 반성. 대한노인회 서울특별시 연합회 지도자 연례회 자료집, 1-22.

임춘식(2000). 재가복지사업의 성과. 한국가족복지학회 제5차 워크샵 자료집, 25-47.

장윤희(2001).경로식당노인 실태조사 연구. 대전광역시를 중심으로. 한남대학교 지역사회개발대학원 석사학위논문

장인협.최성재(2000). **노인복지학**. 서울대학교 출판부..

최영희 · 김순이(1997). 한국노인의 건강행위 사정도구 개발. **대한간호학회지.27(3)**, 601-613.

통계청(2001). 인구 및 주택 조사보고서, 3-15.

평화종합사회복지관(2000). http://www.pyunghwa..or.kr/public_1.htm (인터넷 홈페이지 노인복지서비스에 관한 연례보고 자료를 검색 발췌함)

한경혜(1996). 인구의 고령화와 가족생활, 21세기의 전망: 고령화 시대의 삶의 질, 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술 심포지움 자료집, 4-20.

한경혜(1998). 만성질환 노인 부양 체계로서의 가족의 역할: 21세기 변화 전망 및 지원책 모색. **한국노년학회지 18(1)**, 46-58.

한국노인문제 연구소(1997). **노인복지정책 연구 97-03**.

한국노인복지학회(2001). http://www.koreawa.or.kr/jboard2.superboard.com(인터넷 홈페이지 학술자료중 재가복지분야 자로 검색결과를 발췌함).

한국치매가족협회(2002). http://www.alz..or.kr/(인터넷 홈페이지에 링크된 협회 자료실 검색결과를 발췌함).

한국보건사회연구원(1995). **노인생활실태 분석및 정책과제**

한국보건사회연구원(1998). **전국 노인생활실태 및 목지욕구 조사**

현외성외(2000). **한국노인복지학 강론**. 예풍출판사.

Atchley, R.(1990). *Social Forces in Later Life. Wadsworth Publishing Co. CA, U.S.A.*

Blazer, D.(1991). Suicide Risk Factors in the Elderly: An Epidemiological Study. *Journal of Geriatric Psychiatry 24*, 175-190.

Jennison, K. M. (1992). The impacts of stressful life events and social support on drinking among older adults:A general population survey. *International Journal of Aging and Human Development 35*, 99-123.

Johnson, C. L. (1994). Interaction: Social and culture diversity of the oldest-old. *The international J. of Aging and Human Development 38(1)*, 1-12.

Krause, N. (1997). Religion, Aging, and Health: Current Status and Future Prospects. *Journal of Gerontology 52B(6)*, S291-293.

Pynoos, J. et al(1993). *Housing the Aged*, Elsevier Press, London.

Randolph Hills Nursing Center(1994). *Annual Reports on the Management*, Series 2-11. Randolph Hills Nursing Center, Wheaton, MD, U.S.A.

Zung, W. W. K.(1965). "A self-rating depression scale", *Archive of General Psychiatry, American Medical Association (12)*, 63-70.