

## 전국 차상위계층 주민의 건강행위와 보건소이용행태에 관한 연구

유 호 신\* · 임 미 영\*\* · 이 주 열\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구 필요성

최근 우리나라의 갑작스런 경제위기는 계층간 불평등과 빈부격차를 악화시켜 저소득계층을 확대시켰으며 빈곤은 기존의 생활보호제도로 대응할 수 없는 규모와 양상으로 변화되었다(한국보건사회연구원, 1999). 경제위기 이후 상당수가 한시적 빈곤층으로 전이되었을 것으로 판단한 정부는 저소득주민의 복지정책을 강화시키기 위하여 국민기초생활보호법을 새로 제정(1999년 9월)하여 생활보호대상의 개념과 범위를 확대시켰다. 이 법에 근거하여 2000년 10월 기초생활보호대상자로 새롭게 확정됨에 따라 기존의 생활보호대상자 외에 차상위계층에 속했던 대부분의 저소득주민들이 공공부조의 제도권내로 유입되었다(국민기초생활보호법, 2001).

보건의료 동향 역시 지역보건의료법의 개정과 국민건강증진법의 제정으로 보건소의 기능이 확대되면서 관리대상인구가 종래의 생활보호대상자 중심에서 점차 중산층 주민들에 이르기까지 확대 강화시켜가고 있는 추세에 있다. 지난 몇 년간 어려운 경제여건이 지속되면서 스트레스 등으로 인한 건강상태 악화와 열악한 건강관리환경 등으로 인해 건강문제가 심각할 것으로 우려되는 상황에서 저소득주민의 의료이용 접근도를 높이기 위한 노력은 개인차원을 벗어 난 범 국가적 차원의 노력이 경주되어

야 함은 재론의 여지가 없겠다. 공공보건의료조직의 핵심적 역할을 담당해 온 보건소에서는 생활보호대상자를 중심으로 무료진료, 건강검진, 그리고 예방접종 등의 서비스를 주로 제공 해 왔기 때문에 기존 생활보호대상자들의 보건소 이용 접근도는 비교적 높을 것으로 보고 있다. 하지만 최저 빈곤계층인 생활보호대상 가구와 중산층 가구의 틈새에 놓여 있는 차상위계층 주민들의 경우의 보건소 이용접근도는 그다지 높지 않을 것으로 추측하고 있다. 뿐만 아니라 보건의료이용행태 면에 있어서도 그 특성이 다소 상이할 것으로 예측된다. 그러나 한국보건사회연구원의 연구보고서(1999)에서도 지적하였듯이 기존의 공공부조 혹은 의료보호 제도권에 속하지 않았던 차상위계층 주민들은 물론 저소득계층 주민을 대상으로 보건소이용행태나 건강수준 혹은 이들의 구체적인 건강행위 등을 규명한 연구는 현재까지 미비한 실정이다. 따라서 의료이용의 사각지대에 놓여 있을 것으로 예측되는 차상위계층 주민의 건강문제와 건강행위, 그리고 방문간호를 포함한 보건소이용에 대한 인식을 확인할 필요가 있다. 특히 방문간호사업은 가족단위로 건강문제를 접근할 수 있는 소비자중심의 보건사업으로서 점차 그 기능과 역할이 확대될 것으로 기대된다. 방문간호사업은 저소득층 주민들에게 가장 가깝게 다가 갈 수 있는 수요자중심의 보건사업임을 감안할 때, 관리대상자의 특성에 대한 이해와 정확한 진단을 토대로 사업을 기획하는 것은 보건사업의 성과를 좌우하는 중요한 밑거름이

\* 고려대학교 간호대학 교수

\*\* 서일대학 간호학과 교수

\*\*\* 한국보건사회연구원 책임연구원

될 것으로 본다.

지금까지도 보건소는 의료보호대상자들에게 일차진료 서비스를 무료로 제공하거나 예방접종 혹은 결핵환자를 관리하는 공공기관이라는 인식에서 벗어나지 못하고 있는 실정이다. 박은숙과 유호신(2001)의 연구보고에서도 이러한 보건소에 대한 주민들의 편견과 잘못 된 인식이 보건소의 건강증진사업 활성화에 가장 큰 장애 요인이라고 지적한 바 있다. 따라서 기존의 생활보호대상자 외에 상당수의 차상위계층 주민들이 기초생활보호대상자로서 복지수혜의 제도권내에 흡수 된 만큼 보건소에서는 이들에 대한 관리대책을 시급히 마련해야 할 것으로 본다. 즉, 보건소의 관리대상 인구가 생활보호대상자 중심에서 차상위계층으로 그리고 중산층까지로 확대될 것에 대비하여 종래의 예방접종과 치료중심사업에서 건강증진사업 중심으로 그 기능 전환이 요구되므로 향후 보건의료행태에 대한 각 계층간 특성 차이를 이해하는 것은 무엇보다 중요한 문제라고 사료된다. 이러한 관점에서 본 연구는 특히 2000년 국민기초생활보장법의 제정으로 인하여 공공보건정책의 우선 관리대상자로 유입된 차상위계층에 초점을 두고 이들의 건강행위와 방문간호이용 요구를 포함한 보건소이용행태를 규명하여 보건사업의 기초자료로 제공하고자 시도되었다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 국민기초생활보장법에 의해 복지수혜의 제도권내로 수용된 차상위계층 주민의 건강행위(health behavior)와 방문간호서비스 요구를 포함한 보건소이용행태 그리고 이에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 전국 차상위계층 주민의 건강행위를 파악한다.
- 2) 전국 차상위계층 주민의 보건소이용 경험과 방문간호 이용 요구도를 파악한다.
- 3) 전국 차상위계층 주민의 보건소이용과 방문간호요구에 영향하는 요인을 규명한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 차상위계층 주민을 대상으로 구조화된 설문지를 통해 이들의 건강행위(health

behavior)와 방문간호 요구도를 포함한 보건소이용행태를 규명하기 위한 서술적 조사연구(cross-sectional descriptive survey study)이다.

### 2. 연구대상 및 방법

차상위계층 주민을 선정하기 위한 표본추출방법은 우선 1995년 인구센서스 조사구를 표본추출 모집단으로 하여 전국을 대상으로 총 15,000가구를 추출하였고 여기서 추출된 가구 중에서 약 13%에 해당하는 약 2,000가구를 집락 표본추출하였다. 그리고 실제 조사과정에서는 가구규모별 도시근로자 평균 소득의 50%에 준하여 차상위계층 여부를 재확인한 후 자료수집을 실시하였으며 수집된 자료에 대하여 오류 검토를 거쳐 분석에 이용된 가구는 총 1,735가구이다. 본 연구에 활용된 자료는 1999년도 한국보건사회연구원(1999) 주관으로 7월 12일부터 8월 7일까지 전문조사요원의 가정방문면접조사실시에 의해 시행된 저소득층 보건복지육구 기초자료분석 연구자료의 일부이며 분석단위는 총 5,819명 가구원이었다.

### 3. 자료분석방법

조사자료 분석은 SAS/PS(V6.12) program을 이용하여 빈도와 백분율,  $\chi^2$ -test로 분석하였으며 보건소 이용경험과 방문간호 이용요구에 대한 영향요인의 검증은 multiple logistic regression을 시행하였다.

### 4. 용어의 정의

차상위계층 가구란 월 평균 가구소득 수준에 의해 판별된 가구로서 종전의 생활보호대상가구에서는 제외되면서 의료이용 지불능력이 없어 의료이용의 사각지대에 놓여 있을 것으로 예측되는 실질적 저소득계층에 속하는 가구를 의미한다. 차상위계층 가구는 1999년에 제정된 국민기초생활보장법에 근거하여 2000년 10월에 기존의 생활보호대상 가구와 함께 기초생활보호대상 가구로 지정되었다. 차상위계층 월 평균 가구소득에 대한 판별기준은 가구규모에 따라 달라지는 데, 조사시점인 1999년 7월을 기준으로 1인 가구는 37만원, 2인 가구는 66만원, 3인 가구는 89만원, 4인 가구는 109만원, 5인 가구는 125만원, 6인 가구는 138만원, 7인 가구는 147만원

미만의 소득수준 가구에 해당된다. 가구소득 기준은 조사 당시 가구규모별 전국 월 평균 가구소득 기준의 50%에 준하여 결정된 것으로 차상위계층에 해당되는 가구명부는 1998년과 1999년 공공근로사업의 일환으로 각 읍, 면, 동에 배치된 공공근로 사회복지사들에 의해 선정된 가구들이다. 실제적으로 조사당시 경제위기로 인해 한시적 실직 혹은 실업 등으로 인해 기존 생활보호대상 가구에 해당되지는 못하면서도 가구소득이 전혀 없었던 가구도 상당 수 포함되어 있었다.

건강행위(health behavior)란 건강의 유지나 증진을 목적으로 하는 다양한 행위적 활동들이 있겠으나 본 연구에서는 객관적 지표가 될 수 있는 건강검진 행위와 치과진료 이용행위 그리고 주관적 지표로 운동이나 술 담배 절제 등 건강유지를 위한 나름대로의 활동행위와 아침식사에 대한 행위, 그리고 건강과 관련된 정보 출처 등을 포함한 포괄적 행위를 의미한다.

보건소이용행태란 보건소 이용과 태도 등과 관련된 전반적인 행태를 의미하나 본 연구에서는 보건소이용 경험과 보건소 위치에 대한 인지, 그리고 방문간호이용 요 구 등과 관련된 사항을 의미한다.

#### IV. 연구 결과

##### 1. 가구와 가구원의 일반적 특성

차상위계층 주민의 특성을 파악하기 위하여 총 1,735 가구와 여기에 속한 총 5,819명의 가구원을 각각 구분하여 제시하였다. 우선 가구특성으로는, 평균 가구원 수가 약 3.4명이었고 월 평균 가구 소득은 412,700원 수준이었다. 차상위계층 가구를 좀 더 구체적으로 파악하기 위하여 가족의 부양을 책임지고 있는 가구주의 특성을 파악한 결과, 여성 가구주가 22.4%, 65세 이상의 가구주가 약 30% 정도를 차지하고 있었다. 가구주의 직업에 있어서는 지속적으로 일거리가 있는 상시직과 그렇지 못한 경우로 구분하여 분석한 결과, 상시직 38.0%를 제외하고는 62.0%가 임시직이거나 무직 등 기타(비생산 연령층이 포함 됨)의 상태였다(표 1 참조).

총 5,819명의 가구원특성은, <표 2>에 제시된 바와 같이 성별간에는 비슷한 분포를 보였고 연령별 분포는 14세 이하가 19.2%, 그리고 65세 이상 노인인구가 16.1%를 차지하였다. 결혼상태는 45.9%가 기혼자로 현재 배우자와 함께 거주하고 있었고, 별거나 이혼 혹은

<표 1> 가구 특성 (N=1,735)

변수	구분	빈도	분포(%)
가 구	가구원 수	1	225
	(명)	2-4	1,170
		5+	340
		평균±표준편차	3.35±1.47
	월 평균수입 <sup>1)</sup>	없 음	172
(만원)		-40	756
		41-80	576
		81+	168
		평균±표준편차	41.27±30.1
	가 구 주 성	남 자	1,347
여 자		388	22.4
연령(세)		-29	32
		30-64	1,189
		65+	514
		평균±표준편차	54.64±14.7
	직업 <sup>1)</sup>	상시직	658
임시직		322	18.6
무 직		752	43.4
장애등급	등록장애인	94	5.4
	비등록장애인	25	1.4
	만성질환	569	32.8
	정 상	1,047	60.3

<sup>1)</sup> 무응답 제외

<표 2> 가구원 특성 (N=5,819)

변수	구분	빈도	분포(%)
성	남 자	2,894	49.7
	여 자	2,925	50.3
연령(세)		-14	1,118
		15-24	971
		25-44	1,598
		45-64	1,197
		65+	935
	평균±표준편차	37.38±22.72	
결혼상태 <sup>1)</sup>	미 혼	2,422	42.6
	기 혼	2,611	45.9
	별거/이혼/사별	655	11.5
교육수준 <sup>1)</sup>	무 학	859	16.6
	초등학교	1,384	26.6
	중등학교	869	16.7
	고등학교	1,522	29.3
	전문대학이상	563	10.8
직업 <sup>1)</sup>	상시직	1,154	19.9
	임시직	559	9.6
	기 타 <sup>2)</sup>	4,094	70.5
장애등급 <sup>1)</sup>	등록장애인	185	3.2
	비등록장애인	74	1.3
	만성질환	1,053	18.4
	정 상	4,413	77.1

<sup>1)</sup> 무응답 제외

<sup>2)</sup> 무직 및 주부, 65세 이상 노인등 비 생산연령층임

사별 등 현재 배우자와 동거하지 않고 있는 기혼자의 경우도 11.5%이었다. 교육수준은 전문대졸 이상이 10.8%이었고 직업 양상에 있어서는 상시직에 종사하고 있는 가구원이 전체의 19.9%, 임시직이 9.6%, 그리고 나머지 가구원은 주부나 노인 및 학생 등 비생산적 연령층에 속하거나 무직으로서 전체의 70.5% 수준이었다. 1999년 12월에 보고 된 1998년도 전국 국민건강, 영양조사 결과와 비교 가능한 가구원특성에는 65세 이상 노인인구가 7.1%, 전문대졸 이상이 18.4%, 이혼, 별거, 사별이 7.1%, 151만원 이상 월 평균 가구소득이 33.6% 등으로 전국 일반주민의 평균치와 비교할 때 매우 취약한 실정임을 엿 볼 수 있었다.

## 2. 건강행위

차상위계층 주민의 건강행위 양상을 파악하기 위하여 건강검진 현황과 주요 건강정보원 그리고 건강유지를 위해 현재 실천하고 있는 행위 등을 살펴보았다. 우선 건강검진결과 <표 3 참조>, 지난 1년 동안 치과를 한번이라도 이용한 적이 있었던 경우는 전체의 37.5% 수준이었고, 이 결과는 성별간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그리고 지난 1년 동안에 건강검진을 받은 경우는 전체의 26.5%수준이었으며 이 결과 역시 성별간에 차이가 없었다. 한편 건강검진을 받았던 경우의 검진결과를 확인한 결과, 중요 질병에 이환 된 것으로 판정을 받았던 경우가 전체의 6.5%이었고 건강상태가 불량한 것으로 판정된 경우는 29.0%에 이르렀으며 매우 불량한 상태라고 판정 받은 경우도 6.0%이었다. 즉 건강검진 결

과가 양호(54.5%)나 매우 양호(4.0%) 상태를 제외한 41.5%에 해당되는 적지 않은 차상위계층 주민이 건강상태가 비교적 안 좋은 것으로 판정 받아 이들에 대한 관심이 요구된다는 것을 시사하였다.

한편 건강유지를 위해 주로 실천하고 있는 행위를 파악한 결과, 분석대상자의 62.7%가 어떠한 건강행위도 실천하고 있지 않았다(표 4 참조). 건강행위실천자(37.3%)만을 대상으로 주 활동내용을 파악한 결과, 운동, 식사조절, 담배나 술 절제, 보약이나 영양제 복용, 목욕이나 사우나, 그리고 단전호흡이나 기계체조 등을 실시하고 있는 것으로 밝혀졌다. 이 결과 역시 남녀간에 유의한 차이는 없었다. 아침식사 행위를 파악한 결과, 83.5%의 응답자가 매일 먹는다고 하였고 주 1-2회만 먹거나 전혀 아침식사를 하지 않고 있는 경우도 13.9% 수준이었다. 그리고 평소 건강정보에 대한 습득원이 있다고 응답한 경우는 89.1%로 많았는데 이중에는 주로 방송매체(78.9%)를 통한 경우가 대부분이었고 보건소를 통해 건강정보를 얻고 있다고 응답한 경우는 1.7% 정도에 불과해 방송매체를 활용한 홍보활동 전략 개발의 필요성과 보건소의 보다 적극적인 홍보 전략이 필요하다는 것을 엿볼 수 있었다.

## 3. 보건소 이용 경험과 방문간호 이용 요구도

차상위계층 주민의 보건소이용 수준을 파악한 결과, <표 5>에 제시된 바와 같이, 87.5%의 분석대상자들이 보건소 위치를 알고 있음에도 지난 1년 간 보건소를 이용한 경험이 있었던 주민은 57.4% 수준이었다. 보건소

<표 3> 지난 1년간 성별 치과, 건강검진 및 건강검진결과 분포 (N=5,819)

구 분	남 자	여 자	계 (N)	$\chi^2$ -value	P-value
치과진료				0.550	0.458
경험 없음	63.0	62.1	62.5(3,638)		
경험 있음	37.0	37.9	37.5(2,181)		
건강검진				0.144	0.704
경험 없음	73.7	73.3	73.5(4,276)		
경험 있음	26.3	26.7	26.5(1,543)		
건강검진 결과				3.878	0.423
매우 양호	3.1	4.9	4.0( 61)		
양 호	55.1	54.0	54.5( 836)		
불 량	29.5	28.4	29.0( 444)		
매우 불량	6.2	5.9	6.0( 93)		
주요 질환	6.1	6.8	6.5( 99)		
소 계 <sup>1)</sup>	100.0	100.0	100.0(1,533)		

<sup>1)</sup> 무응답 제외

〈표 4〉 성별 건강실천행위 및 건강정보원 분포

(N=5,819)

구 분	남 자	여 자	계 (N)	$\chi^2$ -value	P-value
건강실천 행위				0.015	0.904
없 다	62.8	62.7	62.7(3,651)		
있 다	37.2	37.3	37.3(2,168)		
있는 경우				3.580	0.611
운 동	48.1	46.1	47.1( 994)		
식사조절	28.5	30.1	29.3( 619)		
담배·술 절제	10.8	11.6	11.2( 236)		
보약·영양제	6.3	6.9	6.6( 139)		
목욕·사우나	4.8	4.5	4.6( 98)		
단련호흡·기체조	1.5	0.8	1.2( 25)		
소 계 <sup>1)</sup>	100.0	100.0	100.0(2,111)		
아침 식사 <sup>1)</sup>				2.379	0.667
매일 먹는다	83.3	83.7	83.5(4,857)		
식사조절	2.6	2.5	2.6( 150)		
주 1-2회	11.5	11.3	11.4( 663)		
휴일이나 주말	0.1	0.2	0.1( 8)		
먹지 않는다	2.5	2.3	2.4( 138)		
건강 정보원				0.201	0.654
없 다	10.7	11.0	10.9( 632)		
있 다	89.3	89.0	89.1(5,187)		
있는 경우				4.372	0.497
방송매체	78.5	79.3	78.9(3,554)		
병 의 원	8.6	7.9	8.2( 370)		
문자매체	7.5	6.7	7.1( 320)		
가 족	3.3	3.8	3.6( 161)		
보 건 소	1.5	1.9	1.7( 77)		
학교직장	0.6	0.4	0.5( 21)		
소 계 <sup>1)</sup>	100.0	100.0	100.0(4,503)		

<sup>1)</sup> 무응답 제외.

를 이용한 경험이 있었다고 응답한 주민의 경우 주로 이용한 서비스는 1차 진료서비스이용이 가장 많은 49.3%를 차지하였고 그 다음으로 예방접종(36.0%)과 건강검진(12.5%)으로 밝혀져 아직도 보건소 이용은 진료서비스와 예방접종서비스가 주를 이루고 있다는 것을 알 수 있었다. 한편 보건소를 이용한 경험이 없다고 응답한 대상자들에게 보건소를 이용하지 않은 주된 이유를 조사한 결과, 교통이 불편해서(33.4%)가 가장 많았고 원하는 서비스가 없거나(26.1%), 보건소의 의료서비스 수준이 맘에 들지 않아서(13.9%)와 불친절(2.9%) 등의 순으

로 밝혀져 아직도 지리적 접근도가 보건소 이용의 가장 큰 장애 요인이라는 것을 알 수 있었다. 현재 보건소에서 실시하고 있는 방문간호서비스에 대해 간략히 설명을 한 후 방문간호서비스 받기를 원하는 지에 대해 물어 본 결과, 〈표 5〉에 제시 된 바와 같이 46.2% 정도가 방문간호서비스를 원하고 있는 것으로 밝혀졌다.

#### 4. 보건소이용과 방문간호요구 영향요인 분석결과

보건소를 이용한 경험이 있었던 차상위계층 주민의 특

〈표 5〉 지난 1년간 성별 보건소 이용과 방문간호 이용의사 분포

(N=5,818)

구 분	남 자	여 자	계 (N)	$\chi^2$ -value	P-value
보건소 위치				5.436	0.020
안 다	86.5	88.5	87.5(5,093)		
모른다	13.5	11.5	12.5( 725)		
보건소 이용				3.134	0.077
이용 했다	56.3	58.6	57.4(3,342)		
이용 안 했다	43.7	41.4	42.6(2,476)		

〈표 5〉 지난 1년간 성별 보건소 이용과 방문간호 이용의사 분포(계속)

(N=5,818)

구 분	남 자	여 자	계 (N)	$\chi^2$ -value	P-value
보건소 이용하는 서비스				1.718	0.887
일차진료	49.9	58.6	49.3(1,546)		
예방접종	35.5	36.6	36.0(1,131)		
건강검진	12.2	12.8	12.5( 393)		
방문보건	1.1	1.0	1.0( 32)		
건강교실(금연·금주)	0.8	0.6	0.7( 23)		
영양관리	0.5	0.4	0.5( 14)		
소 계 <sup>1)</sup>	100.0	100.0	100.0(3,139)		
보건소 이용하지 않은 이유				1.433	0.838
교통불편	33.5	33.2	33.4( 695)		
원하는 서비스가 없어서	25.6	26.6	26.1( 542)		
의료수준	13.5	14.2	13.9( 288)		
불친절	3.3	2.6	2.9( 61)		
기 타	24.1	23.4	23.7( 493)		
소 계 <sup>1)</sup>	100.0	100.0	100.0(2,079)		
방문간호 <sup>1)</sup>				0.025	0.875
원 한 다	46.3	46.1	46.2(2,576)		
원하지 않는다	53.7	53.9	53.8(2,997)		

<sup>1)</sup>무응답 제외

성을 파악하기 위하여 보건소이용(이용 경험 있음=1, 경험 없음=0)을 종속변수로 보건소이용에 영향을 줄 것으로 예측되는 관련 독립변수들을 선정하여 분석하였다. 설명변수로 분석에 이용된 독립변수는 보건의료이용행태(health services utilization) 모델에서 제시된 성, 연령, 결혼 상태, 교육수준, 가구원 수 등의 선행요인(predisposing factors)과 직업, 의료보장상태, 가구수입 등의 능력요인(enabling factors), 그리고 장애정도 등의 요구요인(need factors)등에 근거하여 선정하였다(Aday와 Anderson, 1975; Aday 등, 1984; Anderson과 Newman, 1973; Wolinsky 등, 1989;

Ryu 등 2001). 분석결과, 〈표 6〉에서 보는 바와 같이 직업, 장애정도, 의료보장 상태, 교육수준, 가구원 수, 그리고 가구 수입 등이 통계적으로 유의한 영향을 미친 것으로 분석되었다. 구체적으로 기술하면, 선행요인 중에서는 교육수준이 낮을수록 그리고 가구원 수가 많을수록 보건소 이용도가 높았으며 능력요인 중에서는 임시직이나 학생, 주부 등이 포함된 비생산연령층에서 보다는 상시직 종사자와 의료보호소지자의 경우 보건소 이용도가 높았던 것으로 분석되었다. 그리고 보건의료이용에 가장 직접적으로 영향을 미치는 요구요인(need factors)에는 장애정도 변수만을 선정하여 분석한 결과, 장애정도 변

〈표 6〉 보건소이용 영향요인 분석결과

(N=5,470)

변 수	회기계수	표준오차	P-value( $\chi^2$ )	Odds Ratio
선행요인(predisposing factor)				
성				1.0
남 자				
여 자	0.071	0.058	0.2242	1.074
연령(실수)	-0.002	0.002	0.3528	0.998
결혼상태				1.0
미 혼				1.138
기 혼	0.129	0.093	0.1661	1.138
이혼·별거	-0.147	0.224	0.5108	0.863
사 별	-0.059	0.147	0.6849	0.942
교육수준				1.0
무 학				1.0
초중고졸	-0.538	0.072	0.0001	0.584
초급대졸 이상	-0.580	0.109	0.0001	0.559
가구원 수(실수)	0.120	0.024	0.0001	1.128

〈표 6〉 보건소이용 영향요인 분석결과(계속)

(N=5,470)

변 수	회기계수	표준오차	P-value( $\chi^2$ )	Odds Ratio	
<b>능력요인(enabling factor)</b>					
직업	상시직			1.0	
	임시직	-0.329	0.109	0.0026	0.719
	기타 <sup>1)</sup>	-0.196	0.080	0.0140	0.821
<b>의료보장</b>					
	의료보험			1.0	
	의료보호	0.366	0.081	0.0001	1.442
가구수입(실수)	0.002	0.001	0.0469	1.002	
<b>요구요인(need factor)</b>					
장애정도	정상			1.0	
	등록장애	0.434	0.173	0.0121	1.544
	비등록장애	0.152	0.250	0.5428	1.164
	만성질환	0.404	0.089	0.0001	1.499

<sup>1)</sup> 무직 및 주부, 65세 이상 노인등 비 생산연령층임

수에서는 등록 장애인이나 만성질환자의 경우 정상인에 비해 보다 많이 이용한 것으로 밝혀졌다(표 6 참조). 이들 영향요인을 포함한 보건소 이용에 대한 Logistic 회귀모형은 매우 적합한 것으로 나타났다( $\chi^2=161.64$ ,  $p=.0001$ ).

한편 방문간호이용 요구에 대한 영향요인도 보건소이용에 영향을 주는 요인 규명과 마찬가지로 보건의료이용행태 모델(health service utilization model)에 근거하여 설명변수를 선정하였다(Aday와Anderson, 1975; Aday 등, 1984; Anderson과 Newman, 1973; Wolinsky 등, 1989; Ryu 등, 2001). 단 방문간호 이용을 설명하는 예측요인에는 선행요인, 능력요인, 요구요인 외에 보건소 이용 경험여부가 영향을 미칠 수 있을 것으로 판단

하여 설명변수로 추가하였다. 분석결과 〈표 7 참조〉, 방문간호이용 요구도는 선행요인에서는 연령이 증가할수록, 가구원 수가 증가할수록, 교육수준이 낮을수록 통계적으로 유의하게 높았고, 능력요인에서는 의료보호를 소지한 경우와 가구수입이 적어질수록, 요구요인인 장애정도는 비 등록 장애인의 경우에서 통계적으로 유의하게 방문간호 요구도가 높은 것으로 분석되었다. 그리고 연구자가 포함시킨 보건소 이용경험 여부에 있어서는 역시 보건소를 이용한 경험이 있었던 경우에 방문간호 요구도가 유의하게 높았으며, 이들 영향요인을 포함한 방문간호 요구에 대한 Logistic 회귀모형은 매우 적합한 것으로 확인되었다( $\chi^2=226.02$ ,  $p=.0001$ ).

〈표 7〉 방문간호요구 영향요인 분석결과

(N=5,261)

변 수	회기계수	표준오차	P-value( $\chi^2$ )	Odds Ratio	
<b>선행요인(predisposing factor)</b>					
성	남자			1.0	
	여자	-0.050	0.059	0.3967	0.951
연령(실수)	0.014	0.002	0.0001	1.015	
<b>결혼상태</b>					
	미혼			1.0	
	기혼	-0.260	0.095	0.0062	0.770
	이혼·별거	-0.122	0.235	0.6024	0.884
	사별	-0.537	0.149	0.0003	0.584
<b>교육수준</b>					
	무학			1.0	
	초중고졸	-0.338	0.071	0.0001	0.713
	초급대졸 이상	-0.387	0.115	0.0005	0.679
가구원 수(실수)	0.074	0.024	0.0027	1.077	

〈표 7〉 방문간호요구 영향요인 분석결과(계속)

(N=5,261)

변 수	회기계수	표준오차	P-value( $\chi^2$ )	Odds Ratio	
능력요인(enabling factor)					
직업	상시직			1.0	
	입시직	-0.085	0.116	0.4462	0.918
	기타 <sup>1)</sup>	-0.053	0.080	0.5074	0.948
의료보장					
	의료보험			1.0	
	의료보호	0.227	0.081	0.0052	1.256
가구수입(실수)	-0.004	0.001	0.0001	0.996	
요구요인(need factor)					
장애정도	정상			1.0	
	등 록 장애	0.102	0.168	0.5436	1.108
	비 등 록 장애	0.730	0.265	0.0059	2.076
	만 성 질환	0.170	0.088	0.0537	1.186
보건소 이용					
	이용 안 했다			1.0	
	이용 했다	0.333	0.059	0.0001	1.396

<sup>1)</sup> 무직 및 주부, 65세 이상 노인 등 비 생산연령층임

## V. 논 의

본 연구는 국민기초생활보장법 시행으로 새롭게 공공부조의 제도권내에 유입된 차상위계층 주민들을 대상으로 건강행위와 보건소이용행태를 파악하고자 시도된 실증적 분석연구이다. 그 동안 일반주민을 대상으로 한 건강실태 전국조사(한국보건사회연구원, 1995, 1999) 결과가 제시된 바 있지만 저소득 계층 주민만을 대상으로 한 연구나 특히 차상위계층 주민을 대상으로 한 조사결과는 전무한 실정이었다. 최근 1999년 보건복지부가 한국보건사회연구원에 연구용역을 의뢰하여 차상위계층을 대상으로 보건과 복지 욕구를 파악하기 위한 기초조사연구가 최초(한국보건사회연구원, 1999)의 전국 조사결과로서, 본 연구는 이 때 실시된 전국 조사자료를 활용하여 심층 분석한 결과를 제시하였다. 특히 본 연구에서는 차상위계층 주민들의 보건소이용과 방문간호 이용도, 그리고 이에 유의한 영향을 미친 요인들을 설명함으로써 향후 저소득계층 주민들의 보건소 이용 접근도를 높이는 데 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 특히 2000년 10월 이후 기초생활보호대상자가 확정되어 각 구청마다 이들 가구명부가 이미 작성된 상태이고 각 보건소에서는 방문간호사업 관리대상을 확대 강화시키고자 하는 현 시점에서 본 연구결과는 차상위계층 주민의 특성을 이해할 수 있는 기초자료를 제공했다는 점에서 그 의의가 크다고 보겠다.

최근 보건소 관리대상인구가 확대된 배경을 이해하기 위해 우리나라의 공적부조제도의 역사를 간략히 살펴볼 필요가 있다. 우리나라의 공적부조의 대상자는 보건복지서비스 대상자로서 생활보호사업의 형식으로 발전해 왔는데, 1961년 12월 생활보호법이 제정되어 부분적인 생계보호를 시작하였고 1968년 7월 자활지도에 의한 임시조치법을 제정하여 근로능력이 있는 영세민에 대한 취업사업을 실시하였다. 1978년에는 의료보호법을 제정하게 되었고 1979년부터 이들을 위한 직업훈련사업이 개시되었다. 1982년 12월에 생활보호법이 전면 개정되어 거택보호대상자(의료보호 1종)와 자활보호대상자(의료보호대상자 2종)로 구분하여 지원하였다. 그 후 1999년 경제위기에 따른 한시적 생활보호자와 절대 빈곤층의 급증에 따른 사회경제적 문제의 야기와 복지정책의 강화에 힘입어 1999년 국민기초생활보장법이 새롭게 개편 제정되면서 그 동안 공적부조의 제도권 밖에 있었던 저소득층 즉 차상위계층 주민까지 2000년 10월부터 기초생활보호대상자로 편입되어 제도권내로 수용된 것이다(법제처, 2001).

실정이 이렇다 보니 그 동안 생활보호대상자를 우선 관리대상으로 보건사업을 펼쳐 오던 보건소에서는 우선 관리대상 영역권 밖에 있었던 차상위계층 주민에 대한 실태 파악이 필요하게 되었다. 뿐만 아니라 정부에서 펼치는 각종 보건정책관련 사업과 지방자치체에 따른 지방특수사업 등 보건소나 방문간호사업 부서에 떨어지는 다



양한 업무는 실로 감당할 수 있는 범위를 넘어서고 있는 실정이라고 해도 과언이 아니다. 박은숙과 유호진(2001)이 보건간호사들을 대상으로 초점 집단토의를 실시하여 파악한 결과, 업무과중으로 인한 시간부족이 보건간호사 측면에서 본 건강증진사업 수행상의 가장 큰 장애 요인이라고 지적하였듯이 이러한 어려운 현실적 여건 하에서는 대상자 특성 파악에 따른 사업 우선 순위의 선정이 매우 중요하게 된다. 그러나 이미 언급했듯이 현재까지 차상위계층 주민을 대상으로 한 건강증진행위나 보건소이용행태 등과 관련된 연구보고 결과가 전무한 실정(한국보건사회연구원, 1999)에서 본 논문에서 파악한 차상위계층 주민의 건강행위나 보건소 이용과 관련된 제반 특성으로 밝혀진 결과는 기존 선행 연구결과와의 비교 검토가 어렵다는 제한점을 갖고 있다. 따라서 본 연구에서 밝혀진 보건소이용 주민의 성향과 방문간호이용을 요구한 주민들의 특성에 대해 선행연구결과와 비교 검토를 통한 논의가 이루어져야 하겠으나 비교 가능한 전국 조사결과가 없다는 현 실정에서 본 연구결과만을 갖고 그 의의를 논하면 다음과 같았다.

본 연구결과 차상위계층 주민들의 열악한 경제수준과 가구구조 및 가구원 특성을 보였다. 이 특성은 한국보건사회연구원(1999)에서 보고한 "1998 국민건강, 영양 조사결과"와 비교할 때 더욱 그 특성이 취약한 상태임을 알 수 있었다. 아쉬운 점은 가구와 가구원의 성비, 가구주 특성, 및 노인인구분포 등 일반적 특성에서만 비교가 가능했고 건강행위나 보건소이용행태 등과 관련된 내용 중에는 설문 문항 혹은 조사대상 연령 차이 등으로 인해 결과 비교가 어려웠다. 본 연구결과, 지난 1년을 기준으로 전체의 26.5%의 대상자만이 건강검진을 받았고 건강검진을 받은 대상자중 41.5%가 건강상태가 양호하지 못한 것으로 판정을 받았고 건강행위(health behavior)에 있어서는 전체 분석대상자의 37.3%만이 운동이나 식사 조절 혹은 술 담배의 절제 등의 행위를 실천하고 있었다. 한편 57.4%에 해당되는 보건소 이용 경험이 있었던 주민의 특성은 교육수준이 낮을수록, 가구원 수가 많을수록, 상시직 종사자와 의료보호소지자, 그리고 등록 장애인이나 만성질환자의 경우에서 보건소 이용이 통계적으로 유의하게 많았고, 방문간호요구는 연령이 증가할수록, 교육수준이 낮을수록, 가구원 수가 증가할수록, 의료보호를 소지한 경우, 가구수입이 적을수록, 그리고 비 등록 장애인의 경우에서 통계적으로 유의하게 높았고 특히 보건소를 이용한 경험이 있는 주민의 경우에 방문간호이용

에 대한 요구가 높게 분석되었다는 점에 주목할 필요가 있다.

이상 전국 차상위계층 주민의 가구 및 가구원 특성, 건강수준, 건강실천행위 양상과 보건소 이용행태와 관련된 제반 특성을 파악하였다. 특히 보건소의 방문간호 이용 요구도는 보건소를 이용한 경험이 있는 주민들이 보건소를 전혀 이용한 경험이 없었던 경우의 주민들보다는 높았다는 점을 감안할 때 보건소와 방문간호에 대한 적극적인 홍보가 필요하다는 것을 알 수 있었다. 따라서 공공보건조직을 통한 저소득계층 주민들의 건강관리가 강화될 것이 예측되는 시점에서 저소득계층 주민들을 대상으로 한 전국조사보고들이 향후 활발히 이루어질 것으로 기대하며 본 연구결과는 이때 심도 있는 논의의 대상이 될 수 있을 것으로 기대한다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 생활보호대상 가구에 속하지 않으면서 우리나라 평균 가구수입의 50% 수준이하에 해당되는 저소득층가구로서 의료이용의 사각지대에 놓여 있다고 판단되는 차상위계층 가구를 대상으로 건강행위 및 보건소와 방문간호이용에 대한 요구도를 파악하였고 이에 영향하는 변수를 설명하였다. 전국 무작위 표본추출방법과 집락(clustering) 표본추출방법을 이용하여 1999년 7월 12일부터 8월7일까지 가구방문면접조사에 의한 총 5,819명이 본 연구의 분석대상이었으며 주요 연구결과를 요약하면 다음과 같았다.

1. 평균 가구원 수는 3.4명이었고 가구 당 월 평균소득은 412,700원이었다. 가구주의 특성에는 여성가구주가 22.4%와 65세 이상 노인가구주가 29.6%, 그리고 62.0%가 임시직이거나 비생산연령층과 무직 등으로 일반가구의 가구주 특성에 비해 취약한 실정이었다. 총 5,819명의 가구원 특성은, 65세 이상 노인이 16.1%, 현재 배우자와 별거나 이혼 혹은 사별 상태의 기혼자가 11.9%, 임시직이나 무직 등 기타의 분포가 80.1%를 점하고 있었다.

2. 건강행위 양상에 있어서는 지난 1년 동안 치과를 이용한 경험은 37.5%수준이었고, 건강검진을 받은 경험이 있었던 응답자는 26.5%이었다. 건강검진결과, 주요 질병에 이환 되었다고 판정 받았던 경우가 6.5%, 그리고 불량(29.0%)과 매우 불량(6.0%)이라고 판정 받았던 경우도 적지 않은 분포를 보였다. 분석대상자의

62.7%가 건강실천행위가 없었으며, 실천하고 있다고 응답한 37.3% 분석대상자 중에는 운동, 식사조절, 담배나 술 절제 등이 많았다. 그리고 평소 건강정보를 접하고 있다고 응답한 89.1%의 대상자 중에는 건강정보의 주요 출처로서 방송매체(78.9%)가 상당히 많은 비중을 차지한 반면 보건소의 경우는 1.7%에 불과하여 보건소 이용 접근도를 높이기 위한 홍보전략이 절실히 필요함을 시사하였다.

3. 지난 1년 동안 57.4%의 차상위계층 주민들이 보건소를 이용한 경험이 있었고 보건소 위치를 알고 있다고 응답한 주민은 87.5%이었다. 보건소를 이용하지 않은 주민들을 대상으로 파악한 주 이유는는 지리적 접근도인 교통불편을 가장 많이 지적하였고 방문간호서비스를 원하는 주민이 46.2% 수준이었다.

4. 보건소이용에 대한 설명변수를 분석한 결과, 교육수준이 낮을수록, 가구원 수가 많을수록, 상시직 종사자와 의료보호소지자, 그리고 등록 장애인이나 만성질환자의 경우에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 방문간호이용 요구는 연령이 증가할수록, 교육수준이 낮을수록, 가구원 수가 증가할수록, 의료보호를 소지한 경우, 가구수입이 적을수록, 그리고 비 등록 장애인의 경우에서 통계적으로 유의하게 높았다. 특히 보건소를 이용한 경험이 있는 주민의 경우 방문간호이용 요구도가 높았다. 이상의 주요 연구결과를 토대로 다음과 같은 정책제언을 하고자 한다.

첫째, 보건소 관리대상인구로 유입된 차상위계층 주민들의 관리를 위하여 각 보건소단위별로 이들에 대한 건강행위와 보건소이용행태를 파악한다. 특히 차상위계층 주민의 건강검진결과가 불량등으로 건강상태가 좋지 않다는 점을 고려하여 각 보건소에서는 관할지역 차상위계층 주민들의 구체적인 건강문제를 확인하고 이들의 건강관리를 위한 이차예방관리사업 등을 강화할 것을 건의한다.

둘째, 주민의 지리적 접근도가 보건소이용의 가장 큰 장애 요인임을 인식하여 하루 속히 공공보건의료조직을 강화하여 보건의료이용의 형평성을 제고한다. 뿐만 아니라 46.2%의 주민이 방문간호서비스 이용을 원하고 있었다. 따라서 이를 위한 해결방안으로 읍 면 동 단위에 인구수에 비례한 방문간호인력을 배치하여 의료사각지대에 놓여 있는 저소득층 주민들의 건강관리가 제때에 적합하게 이루어질 수 있도록 보건소중심의 방문간호사업을 수행할 수 있는 인프라를 조속히 구축한다.

## Reference

- 고려대학교 간호대학 (1999). 공공근로 방문간호사업 충청지역국 평가보고서.
- 공공근로 방문간호사업 협의체 (1999). 공공근로 방문간호사업 평가 보고서. 보건복지부.
- 김의숙, 유호신, 김인숙, 조현 (1999). 방문간호사업 대상자 정보관리프로그램 개발을 위한 기초 연구.
- 김의숙 (2000). 방문간호사업의 특성과 방향. 연세대학교.
- 민영선 (2000). 방문간호사업에 대한 대상자의 인식에 관한 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 박은숙, 유호신 (2001). 보건간호사의 건강증진사업 수행 현황과 역할확대 방안을 위한 연구. 논문심사중.
- 법제처 (2001). 국민기초생활보장법, 법제처 홈페이지.
- 보건복지부, 한국보건의료관리연구원 (1998). 21세기 국민보건의료 종합계획(안).
- 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2001). 2000년도 장애인실태조사.
- 서울특별시 (2000). 2000년도 가족보건사업계획.
- 한국보건사회연구원 (1991). 가정봉사원제도의 정착화 방안.
- 한국보건사회연구원 (1995). 1995년도 국민건강 및 보건인식행태조사.
- 한국보건사회연구원 (1999). 저소득층 보건복지욕구 기초자료 분석.
- 한국보건사회연구원 (1999). '98 국민건강, 영양조사.
- Aday, L. A., & Anderson, R. M. (1975). *Access to medical care*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Aday, L. A., Fleming, G. V., & Anderson, R. (1984). *An overview of current access issues*. University of Chicago Press.
- Anderson, R. M., & Neuman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- Ryu, H., Young, W., & Park, C. (2001). Korean American Health Insurance and Health Service Utilization. *Research in Nursing and Health*, (reviewing processing).
- Wolinsky, F. D., Aguirre, B. E., Fann, L.,

Keith, V. M., Arnold, C. L., Niederhauer, J. C., & Dietrich, K. (1989). Ethnic differences in the demand for physician and hospital utilization among older adults in major American cities: Conspicuous evidence of considerable inequalities. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67, 413-449.

· Abstract -

## A Study on Health and Public Health Center Utilization Behavior for lower Income Family in Korea

Ryu, Ho Sihm\* · Im, Mee Young\*\*

Lee, Ju Yull\*\*\*

The purpose of this study was to analyze the relation between health behavior and public health center utilization among lower income families who earned half of the average Korean family income. The cross-sectional descriptive survey research we conducted was a nationwide randomization sampling among lower income families. The data was collected from July 12 to August 7, 1999 and the total sample was 5,819 household members (1,735 households). There were three major findings according to these studies.

1. In health behaviors, 26.5% of respondents had a health examination. Among them, 41.5% were in a poor condition of health. In health promotion behaviors, only 37.3% of respondents were doing activities for health maintenance or promotion.

2. In the results of the public health center utilization for the past year, 57.4% of respondents visited one or more times. In addition, 46.2% of respondents wanted to use a visiting nursing service.

3. In the results of multiple logistic regression, we found that less education, larger family size, and medicaid affects more utilization of public health center. In addition, older age, living without a spouse, less education, larger family size, lower family income, and public health center usage affects requests for the visiting nurse service.

Key words : Lower income family, Health behavior, Public health center, Home visiting nursing

---

\* Professor, College of Nursing, Korea University

\*\* Professor, Department of Nursing, Seoil College

\*\*\* Senior Researcher, Korea Institute of Health and Social Affairs