

만성질환을 가진 의료급여 수급권자의 사회적 지원과 삶의 질:

성별, 질환별, 거주지역별 비교

이 익 섭

(연세대학교)

홍 영 수

(순천향대학교)

[요 약]

본 연구에서는 2003년 12월 현재 고혈압, 관절염, 당뇨병, 뇌졸중 등의 만성질환을 가진 성인 의료급여 1종 수급권자(N=221)들을 대상으로 그들이 지각하는 사회적 지원과 삶의 질 정도, 그리고 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토하였다. 조사 대상자는 국민건강보험공단의 전국자료를 토대로 성, 연령, 질환명 및 거주지역 등을 고려한 층화표집방법에 의하여 선정하였으며, 분석에는 기술통계와 회귀분석 등이 포함되었다. 연구결과, 이들이 지각하는 사회적 지원과 삶의 질은 매우 낮은 것으로 나타났으며, 약간의 질환별, 거주지역별 차이가 발견되었다. 그리고 사회적 지원은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 가족에 의한 정서적 도움이 유효한 변인으로 나타났다. 그리고 두 변인의 관계는 성별, 질환별, 거주지역별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구는 만성질환을 가진 의료급여 1종 수급권자의 사회적 지원과 삶의 질 향상을 추구하기 위한 이론적 근거로 활용될 수 있다.

주제어: 만성질환, 의료급여 수급권자, 삶의 질, 사회적 지원

1. 연구의 목적 및 필요성

의료급여 수급권자는 국민기초생활보장법에 의한 수급권자 등으로서 시·군·구청장에 의하여 선정되며, 근로능력, 질병, 장애의 정도 등에 따라 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분된다(법제처, 2004). 이들은 공통적으로 재정적 어려움을 겪고 있다고 하겠는데, 재정적 어려움은 우울증상이나 식욕부진이나 불면 등의 신체적 증상을 일으킴으로써 심리적 안녕감에 강한 부정적 영향을 미칠 수 있으므로(Krause and Liang, 1993), 이에 대한 전문적 관심이 필요하다.

그런데 연세대학교 사회복지연구소(2001)가 실시한 연구에 따르면, 1997년부터 2000년까지 의료급여 1종 수급권자 중에서 고혈압과 당뇨병 등을 포함한 만성질환으로 진료를 받은 실인원은 전체의 30%를 상회하는 것으로 밝혀졌다. 이로부터 볼 때 수많은 의료급여 1종 수급권자들이 재정적 어려움에 더하여 만성질환으로 고통을 받고 있음을 알 수 있다. 만성질환은 육체적 고통과 신체적 기능수행의 어려움을 가져올 뿐만 아니라, 사회적 기능 수행과 정신건강상의 곤란을 야기하며(Kempen et al., 1997), 건강한 삶의 기본요소인 자기존중감에 부정적인 영향을 미칠 수도 있다(Nicolson and Anderson, 2003). Camacho와 그의 동료들(2002)은 당뇨병을 가진 저소득 성인들을 대상으로 수행한 연구프로젝트에서 환자들이 일반인구집단의 경우보다 신체적 기능과 정신건강에 있어서 모두 낮다는 것을 보여주었다. 이로부터 볼 때 만성질환을 가진 의료급여 수급권자들의 심리사회적 어려움은 우리가 관심을 가져야 할 중요한 문제라고 하겠다.

한편 사회적 지원은 만성질환자에 대한 주요한 관심사 중의 하나이다. 만성질환은 대인관계를 유지하는 능력을 저하시킴으로써 사회적 지원망의 유지에 대한 좋지 않은 결과를 가져올 수도 있고(Lane and Hobfoll, 1992), 사회적 지원의 결여는 음주소비량을 증가시키거나(Green et al., 2001), 우울을 야기할 수도 있기 때문이다(Hough et al., 1999). 그 동안 심리적 고통에 대한 사회적 지원의 효과는 널리 알려져 있는 바, 만성질환에 관련된 난제와 스트레스 요인을 직면하는 사람들에게 있어서 사회적 지원의 중요성은 더욱 과소평가될 수 없는 것이다.

삶의 질 또한 만성질환에 관련된 주된 연구주제이다. 만성질환자 집단이 일반인구 집단보다 삶의 질에 있어서 더 낮다는 증거는 있지만(Wandell et al., 1998), 삶의 질에 관한 최근의 견해들은 만성질환자라고 할지라도 자신에 대하여 만족스럽게 느낄 수 있음을 명확히 밝혀주고 있다. 예를 들어 Samsa와 Matchar(2004)가 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 연구는 환자의 신체적 기능이 삶의 질과 약한 상관관계를 보이지만, 유사한 수준의 장애를 가진 환자들이라 할지라도 매우 다른 수준의 삶의 질을 보고하고 있음을 보여주고 있다. 다시 말해서 만성질환을 앓고 있다고 하더라도 반드시 그들의 삶의 질이 저하되었거나 이전의 삶의 질을 회복할 수 없는 것은 아니다. 즉 따라서 건강보호 제공자들은 만성질환자들이 최적의 안녕 상태에 도달하도록 도울 필요가 있는 것이다(Anderson and Burckhardt, 1999).

그런데 사회적 지원은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 이해되고 있지만 지금까지 국내에서 만성질환을 가진 의료급여 수급권자들의 사회적 지원과 삶의 질에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 이에 본 연구는 만성질환을 가진 의료급여 수급권자들이 지각하는 사회적 지원정도와 삶의 질, 그리고 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토함을 목적으로 한다. 본 연구의 결과는 의료급여 수급권자들의 사회적 지원과 삶의 질을 향상시키기 위한 이론적 근거로 활용될 수 있을 것이다.

2. 선행연구 검토

1) 만성질환자에 대한 사회적 지원

만성질환이란 급성질환에 대비되는 용어로서, 계속적이고 잠재적이고 회복이 불가능한 병리적 상태가 1년 중 3개월 이상 계속되며 이로 인하여 지속적인 치료나 장기적인 간호가 요구되는 질환이라고 볼 수 있다(Pless and Douglas, 1971; 김동희, 2003에서 재인용). 그 동안 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중 등은 우리나라에서 사망원인의 수위를 차지하여 왔는데(통계청, 2004), 이러한 만성질환을 가진 사람들에게 대한 연구는 삶의 질, 건강관리 행위, 가족의 부담 등의 측면과 더불어 사회적 지원 변인에 점차 많은 관심을 보이고 있다.

사회적 지원(social support)은 개인의 정서적 및 물질적 욕구를 충족시키기로 의도된 중요한 타인으로부터의 도움이라고 정의할 수 있다(Thoits, 1984). 사회적 지원은 폭넓은 개념인데 집단 구성원들 간의 사회적 관계상의 기능적 측면뿐만 아니라 개인의 사회적 관계망의 구조적 특장을 포함할 수 있다. 기능적 측면은 주어진 관계망에서의 존중, 공감, 격려 등의 정서적 도움과 돈을 빌려주거나 시간을 함께 하는 행위 등의 도구적 도움을 포함하는 것으로 이해될 수 있으며, 구조적 특장은 사회적 관계가 발생하는 사회적 맥락(context)으로 이해될 수 있다(Thoits, 1984; Fernandez-Ballesteros, 2002). 이전의 연구들은 대체로 전반적인 관계망 구조나 도구적 도움보다는 정서적 도움이 스트레스 완화 효과를 낳는데 더 유효하다는 것을 보여준다(Thoits, 1984). 물론 개인의 사회적 관계망의 구조는 잠재적인 정서적 또는 물질적 도움의 이용가능성을 결정짓는데 영향을 미칠 수 있지만, 의료급여 수급권자들의 사회적 지원에 대한 이해를 향상시키기 위해서는 기능적 측면과 구조적 특징 등의 하위 차원을 세분하여 살펴볼 필요가 있다.

그런데 사회적 망의 구조와 그러한 사회적 망에 의해서 제공되는 기능적 측면에 있어서는 성별에 따른 차이가 있을 수 있다(Green et al., 2001). 즉 친구와 친척과의 접촉빈도는 남성의 경우가 더 많은 경향이 있지만, 그들로부터 받는 정서적 도움의 분량에 있어서는 여성이 더 많이 지각하는 경향이 있다. 또한 거주지역은 개인의 사회적 관계에 영향을 미치는 주요 환경요인의 하나가 되므로 거주지역에 따른 사회적 지원 정도의 차이를 검토할 필요가 있다. 지역사회에 대한 인류생태학적 관점은 지역사회 환경이 인간의 삶에 어떠한 영향을 미치는지에 대하여 고찰한다. 이 관점은 지역 주민이 지리적으로 어떻게 분포해 있으며 개인이 사회 환경 속의 타인들과 어떠한 상호작용을 하는가를 강조한다. 이러한 상호작용에는 자원을 얻기 위한 것도 포함된다(김규수 외, 2002). 이러한 관점으로부터 볼 때 만성질환자의 거주지역은 이들의 삶에 직접적인 영향 또는 사회적 지원에 의한 간접적 영향에 기여할 가능성이 있으므로 이에 대한 구체적인 확인이 필요하다.

2) 만성질환자의 삶의 질

그 동안의 연구들은 만성질환자의 삶의 질(quality of life)에 깊은 관심을 가져왔다. 그런데 삶의 질을 어떻게 이해할 것인가에 대해서는 전문가들에 따라 견해의 차이가 있다. 건강전문가들은 삶의 질에 신체적 능력상태가 포함되는 것으로 이해하기도 하고(Mckevitt et al., 2003), 어떤 연구자들은 ‘건강관련 삶의 질’이라는 용어를 사용하면서 신체적 통증 정도를 포함하기도 한다(Strombeck et al., 2000). 그러나 삶의 질은 개인의 삶의 영역에서의 행복감과 만족에 대한 주관적 인식(Oleson, 1990)으로 이해되므로 이러한 신체적 능력 또는 건강상태는 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 선행요인으로 이해하는 것이 타당하다(Sarvimaki and Stenbock-Hult, 2000). 이러한 고려들을 반영하면서 서구에서 뿐만 아니라 우리나라 문화에서도 활용할 수 있는 삶의 질에 대한 정의는 ‘한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각’이라는 세계보건기구에 의한 것이다. 또한 세계보건기구는 삶의 질에 대한 과학적인 평가를 위하여 전문가뿐만 아니라 정상인과 환자까지 포함한 포커스 그룹을 사용한 연구를 통하여 세계 보건기구 삶의 질 척도(World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument)를 개발하였다. 이 척도에 따르면 인간의 삶의 영역은 신체적 건강영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역, 환경 영역 및 전반적 영역 등으로 나누어 볼 수 있다(민성길 외, 2002). 삶의 질에 대한 이러한 개념화와 조작적 정의는 인간에 대한 전인적 관점을 가정하고 있으므로 인간을 상황적 맥락 속에서 이해하고자 하는 생태체계학적 관점에 부합되는 것이라고 볼 수 있다. 삶의 영역에 대한 이러한 조작적 정의는 Thomas와 Taylor(2002)가 겸상적혈구 질환(sickle cell disease)을 가진 질환자들을 대상으로 실시한 현상학적 연구 등에서 재확인되기도 하였다. 이에 본 연구에서는 세계보건기구에서 제시한 삶의 질 개념과 조작적 정의를 따르기로 한다.

한편 만성질환자의 의학적 상태가 신체적 기능에 부정적인 영향을 줄 수 있는 것은 사실이지만, 환자의 삶의 질에 대한 영향에 대해서는 연구자들마다 견해를 달리하고 있다. Kempen과 그의 동료들(1997)이 57세 이상의 고혈압, 당뇨병, 관절염 등의 8개 환자군을 비교한 결과, 각 환자군에 있어서 주관적 안녕의 차이는 나타나지 않았다. 이러한 결과는 Strombeck와 그의 동료들(2000)이 30세 이상의 여성들을 대상으로 한 연구에서도 마찬가지로 나타났다. 그러나 Lim과 Fisher(1999)가 20세 이상의 심장병 환자군과 뇌졸중 환자군을 비교한 결과에서는 심장병 환자의 정신건강 상태가 더 좋은 것으로 나타났다. 연구들 간의 이러한 차이는 환자 표본의 차이 또는 삶의 질에 대한 개념화와 조작화의 차이에 기인한 것으로 설명될 수도 있지만(Kempen et al., 1997), 여전히 의학적 상태가 환자의 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 부가적인 증거를 확보할 필요가 있음을 보여준다. 그리고 앞에서 살펴본 인류생태학적 관점으로부터 볼 때, 지역사회는 구성원의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다. 그러나 국내외의 연구에서 거주지역에 따른 만성질환자의 삶의 질에 대한 영향은 충분히 검토되지 않았으므로 이에 대한 확인이 필요하다.

3) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향

그 동안의 연구에서 스트레스에 대한 사회적 지원의 기능은 충분히 입증되어져 왔다. 사회적 지원의 결여는 심리적 고통을 야기할 수 있는데, Hough와 그의 동료들(1997)이 고혈압이나 당뇨병 등의 만성질환을 1개 이상 가진 성인여성들을 대상으로 실시한 연구에서 사회적 지원의 결여는 우울을 예견하는 가장 강력한 요인인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 일반인구 집단을 대상으로 한 연구의 결과와 일치하는 것이다. 그리고 사회적 지원은 스트레스의 부정적인 효과를 완화시킬 수도 있는데, Mackenzie와 Chang(2002)은 41세 이상의 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 지각된 사회적 지원이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다.

그러나 사회적 지원이 모든 만성질환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 것인가는 의문이다. 골관절염 환자의 삶의 질에 대한 많은 연구들은 사회적 지원이 완충효과를 가진다는 것을 발견하였지만, 류마티스성 관절염 환자를 대상으로 한 Lambert(1985)의 연구에서 삶의 질에 대한 사회적 지원의 효과는 나타나지 않았다(Jakobsson and Hallberg, 2002). 따라서 질환의 의학적 상태에 따른 사회적 지원의 효과에 대한 보다 많은 증거를 축적할 필요가 있다. 또한 앞에서 살펴본 바와 같이 거주지역은 개인의 사회적 지원과 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 변인이지만 이에 대한 연구도 충분히 이루어지지 않았다. 그리고 지금까지 이루어진 연구들은 성별을 충분히 고려하지 않았다. 만일 이러한 변인들을 고려한다면 사회적 지원과 삶의 질의 관계는 상이한 결과를 나타낼 가능성이 있다. 이에 본 연구에서는 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토함에 있어서 성별, 질환별, 거주지역별 차이를 검토하고자 한다.

4) 연구문제

이에 본 연구에서는 다음과 같은 문제를 밝혀보고자 한다.

첫째, 의료급여 수급권자들의 사회적 지원과 삶의 질은 어떠한 것인가? 이러한 심리사회적 변인에 있어서 성별, 질환별, 거주지역별 차이는 존재할 것인가?

둘째, 사회적 지원의 기능적 측면과 구조적 특징은 만성질환자의 삶의 질에 어떠한 영향을 미칠 것인가? 두 변인의 관계에 있어서 성별, 질환별, 거주지역별 차이는 존재할 것인가?

3. 연구방법

1) 조사대상자 및 자료수집 절차

조사대상자는 2003년에 고혈압, 관절염, 당뇨병 및 뇌졸중 등의 만성질환으로 진료를 받은 경험이 있는 성인 의료급여 1종 수급권자 221명이다. 조사대상자는 국민건강보험공단의 전국자료를 토대로 성별, 연령, 질환명 및 거주지역을 고려한 층화표집방법에 의하여 선정하였다. 조사는 사회복지학을 전공하는 대학원생이 전화설문 방법을 사용하여 2003년 12월 중에 실시하였다.

2) 측정도구

① 사회적 지원

사회적 지원의 기능적 측면을 측정하기 위해서는 Vaux와 그의 동료들이 개발한 사회적 지원행동 척도(SSB: The Social Support Behaviors Scale)를 전문가 2인의 자문을 받아 수정하여 사용하였다. SSB는 정서적 도움과 도구적 도움을 포함하는 자기보고식 척도이다. 본 조사에 사용된 도구는 17문항으로 이루어져 있는데, 가족이나 친구들이 얼마나 도움을 줄 것인지에 대한 응답범주가 '아무도 없다'(1점)로부터 '대부분의 가족(또는 친구)이 확실히 해 줄 것이다'(5점)로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 사회적 지원이 높은 것으로 해석된다. SSB의 심리측정상의 속성은 잘 입증되어 있으며 (Vaux et al., 1987), 본 연구에서의 신뢰도 계수는 가족의 정서적 도움 $\alpha=.9737$, 도구적 도움 $\alpha=.9427$, 친구의 정서적 도움 $\alpha=.9823$, 도구적 도움 $\alpha=.9299$ 로 높게 나타났다. 한편 사회적 지원의 구조적 특징은 동거가족 수 및 비동거가족과의 연락정도에 대하여 측정하였다. 비동거가족과의 연락 정도에는 전화 또는 방문에 의한 연락을 모두 포함하였으며, 주1회 이상(1점)으로부터 전혀 없음(5점)의 응답범주가 제시되어 있다. 점수가 높을수록 동거가족 수와 비동거가족과의 연락정도가 많은 것으로 해석된다.

② 삶의 질

삶의 질을 측정하기 위해서는 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 단축형(Korean version of WHOQOL-BREF)을 사용하였다. 이 도구는 삶의 질 영역을 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계 및 환경 등 4개 영역으로 구분하고 있으며, 26문항으로 이루어진 자기보고식 척도이다. 응답범주는 전혀 그렇지 않다(1점)로부터 매우 많이 그렇다(5점)에 이르는 5점 척도로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 삶의 질에 대한 긍정적인 반응을 나타내는 것으로 해석된다. 이 도구의 심리측정상의 속성 역시 잘 입증되어 있으며(민성길 외, 2002), 본 연구에서의 신뢰도 계수는 신체적 건강 $\alpha=.7699$, 심리적 건강 $\alpha=.7479$, 사회적 관계 $\alpha=.6719$, 환경영역 $\alpha=.7296$ 으로 나타났다.

3) 분석방법

인구사회학변인, 사회적 지원 정도, 삶의 질 상태에 관해서는 빈도분석을 실시하였고, 성별, 질환별, 거주지역별 삶의 질과 사회적 지원 정도 등에 대해서는 ANOVA를 실시하였다. 그리고 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 분석하기 위해서는 1단계에서 통제변인을 투입하고 2단계에서는 독립변인을 투입하는 위계적 회귀분석을 실시하였다.

4. 연구결과

1) 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자는 성별로는 남성이 112명(50.7%), 여성이 109명(49.3%)으로 비슷한 분포를 보였다. 연령대는 30대부터 80대까지 분포하였으며, 학력은 무학이 초등학교 졸업이하(92명, 41.6%), 무학(63명, 28.5%)이 전체 대상자의 반수 이상을 차지하였다. 또한 결혼 상태는 기혼(97명, 43.9%), 사별(82명, 37.1%), 미혼 등 기타(27명, 12.2%)의 순으로 나타났으며, 주 진단명은 고혈압 53명(24.0%), 당뇨병 47명(21.3%), 관절염 59명(26.7%), 뇌졸중 62명(28.1%) 등으로 비교적 고른 분포를 보였다. 그리고 조사대상자의 거주지역은 대도시 94명(42.5%), 중소도시 63명(28.5%), 농어촌 64명(29.0%)으로 나타났다. 보다 자세한 사항은 다음의 <표 1>에서 보는 바와 같다.

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

				N=221			
변 인		사례수 (명)	백분율 (%)	변 인		사례수 (명)	백분율 (%)
성별	남	112	50.7	결혼상태	기혼	97	43.9
	여	109	49.3		이혼	15	6.8
			사별		82	37.1	
			기타		27	12.2	
연령	30~49	26	11.8	주 질환명	고혈압	53	24.0
	50~59	47	21.3		당뇨병	47	21.3
	60~69	50	22.6		관절염	59	26.7
	70~79	68	30.8		뇌졸중	62	28.1
	80~89	30	13.6				
학력	무학	63	28.5	거주 지역	대도시	94	42.5
	초등학교 졸업 이하	92	41.6		중소도시	63	28.5
	중학교 졸업 이하	30	13.6		농어촌	64	29.0
	고등학교 중퇴 이상	32	14.5				
	기타	4	1.8				

2) 사회적 지원

조사대상자가 지각하는 가족과 친구에 의한 사회적 지원의 평균값은 각각 38.59와 29.95로 나타났다. 이는 ‘몇몇의 가족이나 친구들이 확실히 도움을 줄 것이다’를 의미하는 68점(절단점)을 훨씬 밑도는 수치이다. 또한 절단점 이상을 답변한 사례는 각각 17명(7.7%)과 2명(0.9%)에 불과하다. 전반적으로 이들 조사대상자들에 대한 가족과 친구에 의한 사회적 지원은 매우 부실하다고 볼 수 있다.

한편 동거가족 수의 평균값은 1.38로 나타났다. 그리고 조사대상자 전체의 비 동거가족과의 연락정도 평균값은 2.94이다. 참고로 조사대상자 중에서 동거가족이 없는 독거 대상자는 61명으로서 이들의 비 동거가족 연락정도의 평균값은 2.74(표준편차 1.59)로 나타났다. 보다 자세한 사항은 다음의 <표 2>에 제시된 바와 같다.

<표 2> 사회적 지원 정도

		N=221						
변 인	점수범위	최소값	최대값	평균	표준편차	절단점 ^{주1)}	절단점 이상 인원(%)	
가족	전체	17~85	17	85	38.59	19.19	68	17(7.7)
	정서적 도움	10~50	10	50	24.33	12.25	40	28(12.7)
	도구적 도움	7~35	7	35	14.26	7.66	28	12(5.4)
친구	전체	17~85	17	75	29.95	15.66	68	2(0.9)
	정서적 도움	10~50	10	50	19.27	11.01	40	10(4.5)
	도구적 도움	7~35	7	27	10.67	5.20	28	0(0)
동거가족수	0~6	0	6	1.38	1.30	·	·	
비동거가족 연락정도	1~5	1	5	2.94	1.53	·	·	

주1): 본 절단점은 사회적 지원에 대한 긍정적 평가를 의미하는 4점에 문항수를 곱한 값임.

한편, 성별, 질환별, 거주지역별 사회적 지원의 차이를 검토한 결과, 성별에 따른 차이는 나타나지 않았다. 이는 서구에서 진행된 그간의 연구결과와는 다른 것이므로 일반화 가능성을 높이기 위해서는 우리나라 인구집단을 대상으로 한 후속적인 검토가 필요하다고 본다. 질환에 따른 차이 여부를 검토한 결과에서는 당뇨병 환자의 경우가 뇌졸중 환자의 경우보다 친구에 의한 도구적 도움에 있어서 2.81점이 높은 것으로 나타났다(p=.029). 그러나 이러한 결과 역시 타당한 해석을 위해서는 후속연구에 의한 뒷받침이 있어야 할 것이다. 그리고 거주지역에 따른 차이를 검토한 결과에서는 중소도시 거주자가 농어촌 거주자보다 가족에 의한 정서적 도움에 있어서 5.32점 높은 것으로 나타났는데, 이는 인류생태학적 관점에서 볼 때 우리가 만성질환자에 대한 사례관리 등에 있어서 거주지역체계에 대한 관심을 가질 필요가 있음을 시사하는 것이라고 볼 수 있다. 자세한 사항은 다음의 <표 3>에 제시된 바와 같다.

사회적 지원 비교

N=221

P	고혈압(53)			당뇨병(47)			관절염(59)			뇌졸중(62)			대도시(94)			중소도시(63)			농어촌(64)			
	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	평균	표준 편차	F	
13	36.54	17.51	40.21	18.97	39.94	20.87	37.83	19.33	.439	.725	37.04	18.20	42.68	19.17	36.85	20.31	2.015	.136				
47	23.37	11.47	25.17	12.31	24.98	12.98	23.90	12.36	.259	.855	23.64	11.95	27.52	12.33	22.20	12.19	3.315	.038*				
57	13.16	6.91	15.04	7.49	14.96	8.40	13.93	7.71	.722	.540	13.39	7.20	15.15	7.63	14.65	8.30	1.120	.328				
60	27.77	14.32	34.46	17.82	30.38	15.76	27.98	14.50	2.013	.113	28.82	15.79	33.22	15.29	28.39	15.60	1.949	.145				
14	17.75	9.91	21.93	12.14	19.59	10.95	18.25	10.94	1.453	.228	18.81	11.57	21.60	10.67	17.65	10.26	2.203	.113				

3) 삶의 질

조사 대상자의 삶의 질은 평균값이 63.41로 나타났는데, 이는 삶의 질에 대한 긍정적 평가를 의미하는 절단점인 78점보다 매우 낮은 점수이다. 따라서 이들은 자신의 삶의 질을 매우 낮게 평가하고 있다고 볼 수 있다. 다만 자료에서 절단점 이상을 보인 사례도 37명(16.7%)으로 나타났으므로 모든 조사대상자의 삶의 질이 저하되었다고 말할 수는 없을 것이다. 한편 삶의 질의 하위영역별 평균점수도 모든 영역에서 절단점 이하의 값을 나타냈다. 그러나 모든 하위영역에서 절단점 이상을 보인 사례가 전체의 약 20% 이상을 차지하고 있어 이들 조사대상자들의 삶의 질이 반드시 저하되어 있다고 말할 수는 없다고 하겠다. 자세한 사항은 <표 4>에 제시되어 있다.

<표 4> 삶의 질 정도

							N=221
변 인	점수범위	최소값	최대값	평균	표준편차	절단점 ^{주1)}	절단점 이상 인원(%)
삶의 질 전체점수	26~130	38	100	63.41	13.53	78	37(16.7)
신체적 건강	7~37	7	32	17.17	4.89	21	55(24.9)
심리적 건강	6~30	7	25	14.94	4.18	18	62(28.1)
사회적 관계	3~15	3	14	7.67	2.28	9	80(36.2)
환경	8~40	10	31	19.00	4.57	24	44(19.9)
전반적	2~10	2	9	4.62	1.58	6	60(27.1)

주1): 본 절단점은 삶의 질에 대한 긍정적 평가를 의미하는 3점에 문항수를 곱한 값임.

한편, 조사대상자의 성별, 질환별, 거주지역별로 삶의 질 차이를 검토한 결과, 삶의 질 전체 점수에 있어서는 통계적으로 유의미한 차이는 발견되지 않았다. 성별과 질환에 따른 차이는 모든 하위영역에 있어서도 나타나지 않았다. 그러나 거주지역별 환경영역의 삶의 질의 평균은 대도시 19.06, 중소도시 20.55, 농어촌 17.37로 나타났고, Sheffe 사후검증을 실시한 결과에서 중소도시의 경우가 농어촌보다 3.18점이 높은 것으로 나타났다($p=.000$). 따라서 중소도시에 거주하는 질환자들은 농어촌에 거주하는 경우보다 안전감, 재정, 정보, 여가, 의료서비스의 이용, 교통 등의 면에서 더 만족하고 있는 것으로 볼 수 있다. 그런데 앞에서 살펴본 사회적 지원의 경우에서도 중소도시 거주자가 농어촌 거주자보다 가족에 의한 정서적 도움에 있어서 더 높은 것으로 나타났으므로, 의료급여 수급권자의 사회적 지원과 삶의 질이 거주지역체계와 관련될 가능성을 염두에 둘 필요가 있다고 하겠다. 보다 자세한 사항은 <표 5>에 제시되어 있다.

N=221

남의 질 비교

	당노병(47)		판결염(59)		뇌졸중(62)		대도시(94)		중소도시(63)		농어촌(64)					
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차				
73	66.01	14.89	64.10	13.74	63.27	12.76	60.77	12.65	62.07	13.57	66.58	13.05	62.23	13.61	2.470	.087
58	18.30	5.33	17.63	4.82	16.62	4.80	16.37	4.48	16.50	4.35	17.74	5.59	17.59	4.83	1.570	.210
98	15.54	4.45	14.97	4.02	14.94	4.19	14.37	4.04	14.81	4.42	15.53	3.96	14.51	3.99	1.019	.363
03	7.75	2.24	7.91	2.36	7.72	2.16	7.37	2.38	7.29	2.41	8.11	2.30	7.79	1.99	2.559	.080

4) 사회적 지원 수준에 따른 삶의 질 비교

사회적 지원의 평균값을 기준으로 사회적 지원 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 구분하여 삶의 질 차이를 비교한 결과 <표 6>에서 보는 바와 같이, 가족과 친구에 의한 사회적 지원이 높은 집단이 낮은 집단보다 삶의 질이 더 우수한 것으로 나타났다. 그러나 동거가족 수 및 비동거가족과의 연락 정도에 따른 집단 간 삶의 질 차이는 나타나지 않았다. 이는 사회적 지원의 구조적 특성보다는 기능적 특성이 삶의 질과 관련이 있음을 보여주는 결과라고 하겠다.

<표 6> 사회적 지원 수준에 따른 삶의 질 비교

변인	집단	N	평균	표준편차	F	p
전체	저	117	60.53	12.15	11.727	.001***
	고	104	66.63	14.30		
가족 정서적 도움	저	116	60.31	12.06	13.524	.000***
	고	105	66.82	14.26		
가족 도구적 도움	저	127	61.20	12.40	8.173	.005**
	고	94	66.38	14.35		
전체	저	135	59.78	12.19	27.914	.000***
	고	86	69.09	13.62		
친구 정서적 도움	저	138	60.00	12.18	25.832	.000***
	고	83	69.06	13.82		
친구 도구적 도움	저	143	60.65	12.74	18.039	.000***
	고	78	68.44	13.54		
동거가족 수	저	142	62.91	13.14	.524	.470
	고	79	64.29	14.23		
비동거가족 연락정도	저	88	61.23	13.83	3.806	.052
	고	133	64.84	13.17		

** p<.01 *** p<.001

5) 주요 변인 간 상관관계

주요 변인 간 상관관계를 분석한 결과, 대부분의 변인 간에는 약한 정적 또는 부적 상관관계를 가지거나, 상관관계가 거의 없는 것으로 나타났다. 다만 가족의 정서적 도움과 도구적 도움이 강한 상관관계를 보였으며($r=.849$, $p=.000$), 친구의 정서적 도움과 도구적 도움 간에도 강한 상관관계를 보였다($r=.846$, $p=.000$). 그리고 동거가족의 수 및 비동거가족과의 연락 정도는 가족의 정서적 도움 및 도구적 도움과 약한 상관관계를 나타냈다($r=-.176 \sim .335$, $\text{Sig}=.000$). 보다 자세한 사항은 다음의 <표 7>에 제시되어 있다. 이후의 모든 회귀분석에 있어서 Durbin-Watson과 Tolerance를 검토한 결과 잔차 간의 자기상관은 보이지 않았으며, 다중 공선성 문제도 발생하지 않았다.

<표 7> 주요 변인 간 상관관계

변인	1	2	3	4	5	6	7
1. 연령							
2. 학력	-.464***						
3. 가족의 정서적 도움	.008	.101					
4. 가족의 도구적 도움	-.085	.109	.849**				
5. 친구의 정서적 도움	-.103	.084	.330**	.294**			
6. 친구의 도구적 도움	-.137	.120	.326**	.379**	.846**		
7. 동거가족의 수	-.176**	.157*	.238**	.252**	.014	-.007	
8. 비동거가족 연락정도	.135	-.027	.308**	.335**	.253**	.249**	.031

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

6) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향

(1) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향

연령과 학력을 통제한 상태에서 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토한 결과, 가족의 정서적 도움만이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Beta=.265, p=.036). 그리고 동거가족이 없는 대상자들만을 대상으로 삶의 질에 대한 사회적 지원의 영향을 분석하였으나, 회귀식이 통계적 유의성을 갖지 못하는 것으로 나타났다. 자세한 사항은 <표 8>에 제시된 바와 같다.

<표 8> 사회적 지원이 삶의 질(전체점수)에 미치는 영향

변인	1단계		2단계	
	Beta	p	Beta	p
연령	.037	.629	.055	.465
학력	.144	.061	.100	.170
가족의 정서적 도움			.265	.036*
가족의 도구적 도움			-.009	.944
친구의 정서적 도움			.238	.055
친구의 도구적 도움			-.024	.852
동거가족 수			.042	.532
비동거가족 연락정도			-.036	.610
R ²	.017		.163	
Adj. R ²	.008		.131	
Model F	1.868(p=.157)		5.055(p=.000)	
R ² Change			.146	
F change			6.030(p=.000)	
Durbin-Watson			1.817	
Tolerance	.786		.238~.876	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

II 미치는 영향

변인	심리적 건강						사회적 관계						환경						진반적인 삶					
	1단계		2단계		1단계		2단계		1단계		2단계		1단계		2단계		1단계		2단계					
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p				
05	.948	.124	.104	.111	.154	-.100	.194	-.061	.366	.035	.647	.055	.474	.102	.185	.085	.286							
30	.395	.174	.023	.139	.064	.042	.580	-.012	.854	.172	.025	.131	.078	.058	.450	.027	.728							
24	.853			.254	.050*			.266	.018*			.303	.019*			.253	.060							
26	.356			.041	.760			-.142	.223			-.104	.435			-.070	.615							
74	.035*			-.031	.809			.498	.000***			.203	.109			-.020	.881							
58	.658			.054	.675			-.017	.882			-.064	.616			.044	.744							
113	.858			-.035	.618			.113	.062			.109	.115			.014	.843							
133	.651			.019	.792			.004	.948			-.101	.159			.034	.646							
	.086			.026	.114			.016	.016			.025	.128			.008	.057							
	.051			.017	.080			.006	.311			.016	.095			.001	.020							
	2.455			2.815	3.354			1.702	13.199			2.758	3.830			1.558								
	(p=.015)*			(p=.062)	(p=.001)***			(p=.185)	(p=.000)***			(p=.066)	(p=.000)***			(p=.409)						(p=.139)*		

한편, 사회적 지원이 삶의 질 하위 영역 즉 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경, 전반적 영역 등에 미치는 영향을 분석한 결과 전반적인 영역에 대한 회귀식의 통계적 유의성은 없었으며 그 외의 결과는 다음과 같다. 즉, 가족의 정서적 도움은 심리적 건강(Beta=.254, p=.050), 사회적 관계(Beta=.266, p=.018) 및 환경영역(Beta=.303, p=.019) 등의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 친구의 정서적 도움은 신체적 건강(Beta=.274, p=.035)과 사회적 관계 영역(Beta=.498, p=.000)의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이로부터 볼 때, 사회적 지원 중에서 특히 가족과 친구에 의한 정서적 도움이 조사대상자들의 삶의 질 향상을 위하여 매우 중요함을 알 수 있다. 보다 자세한 사항은 <표 9>에 제시되어 있다.

(2) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 성별 비교

사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 성별을 구분하여 검토한 결과, 다음의 <표 10>에서 보는 바와 같이 먼저 남성의 경우에 있어서 통계적으로 유의미한 사회적 지원 변인은 발견되지 않았다. 다만 통제변인에 속하는 연령(p=.006)과 학력(p=.021)이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편 여성의 경우에는 가족(p=.048)과 친구(p=.031)에 의한 정서적 도움이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 그 외에 통계적으로 유의미한 변인은 나타나지 않았다. 따라서 삶의 질에 영향을 미치는 사회적 지원의 영향은 성별에 따라 다르게 나타난다고 볼 수 있다.

<표 10> 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 성별 비교

성 별 변 인	남 성				여 성			
	1단계		2단계		1단계		2단계	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
연령	.203	.050	.290	.006**	-.215	.067	-.205	.068
학력	.312	.003	.230	.021*	-.136	.246	-.130	.229
가족의 정서적 도움			.089	.620			.354	.048*
가족의 도구적 도움			-.104	.580			.058	.753
친구의 정서적 도움			.261	.180			.355	.031*
친구의 도구적 도움			.165	.403			-.293	.078
동거가족 수			.143	.128			-.049	.606
비동거가족 연락정도			-.024	.812			-.023	.808
R ²	.086		.263		.032		.227	
Adj. R ²	.068		.204		.013		.165	
Model F	4.959(p=.009)		4.450(p=.000)***		1.718(p=.184)		3.637(p=.001)***	
R ² Change			.177				.195	
F change			3.999(p=.001)***				4.172(p=.001)***	
Durbin-Watson			2.097				1.907	
Tolerance	.825		.191~.849		.679		.235~.858	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

(3) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 질환별 비교

사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중 등 질환별로 나누어 검토하였다. 다음의 <표 11>에서 보는 바와 같이, 당뇨병의 경우에 통계적으로 유의미한 사회적 지원 변인은 나타나지 않았다. 다만 통제변인에 속하는 연령(p=.023)과 학력(p=.001)이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 관절염의 경우에는 가족의 도구적 도움(p=.029)과 동거가족의 수(p=.050)가 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 도구적 도움 등이 관절염으로 인한 일상생활 수행과 관련된 가능성을 보여주는 결과라고 하겠다. 그리고 뇌졸중의 경우에는 친구의 정서적 도움(p=.027)이 통계적으로 유의미한 수준에서 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 고혈압 환자의 자료는 회귀식의 통계적 유의성이 없어 제시하지 않았다.

이로부터 볼 때 질환에 따라 삶의 질에 미치는 사회적 지원의 기능적, 구조적 영향은 다르다고 볼 수 있다. 그러나 통계적으로 유의미한 사회적 지원의 하위요인이 관절염과 뇌졸중 환자에게서만 나타났으므로 해석에 신중을 기할 필요가 있다.

<표 11> 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 질환별 비교

질환명	당뇨병		관절염		뇌졸중							
	Beta	p	Beta	p	Beta	p						
연령	.309	.035*	.323	.023*	.136	.380	.185	.196	-.012	.937	.086	.596
학력	.547	.000***	.464	.001***	-.041	.790	-.010	.941	.220	.157	.306	.055
가족의 정서적 도움			.412	.080			-.011	.971			.360	.136
가족의 도구적 도움			-.164	.482			.691	.029*			-.328	.172
친구의 정서적 도움			.098	.665			.042	.883			.515	.027*
친구의 도구적 도움			.215	.322			-.191	.543			-.204	.363
동거가족 수			.124	.321			.273	.050*			-.021	.872
비동거가족 연락정도			-.241	.070			-.078	.540			.010	.943
R ²	.265		.537		.026		.362		.051		.252	
Adj. R ²	.231		.437		-.010		.257		.018		.135	
Model F	7.745		5.371		.724		3.470		1.545		2.152	
	(p<.001)		(p<.000)***		(p<.489)		(p<.003)**		(p<.222)		(p<.047)*	
R ² Change			.272				.336				.201	
F change			3.632				4.298				2.284	
			(p<.006)**				(p<.001)***				(p<.050)*	
Durbin-Watson			1.911				2.002				1.964	
Tolerance	.851		.236~.827		.752		.134~.811		.706		.260~.857	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

(4) 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 거주지역별 비교

대도시, 중소도시, 농어촌 등 거주지역을 구분하여 조사대상자의 삶의 질에 대한 사회적 지원의 영

향을 검토하였다. 먼저 대도시 지역의 경우에는 통계적으로 유의미한 사회적 지원 변인이 나타나지 않았으며, 중소도시의 경우에는 가족(p=.039)과 친구(p=.024)에 의한 정서적 도움이 통계적으로 유의미한 수준에서 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다만 농어촌 거주자의 자료는 회귀식의 통계적 유의성이 없어 제시하지 않았다. 따라서 삶의 질에 영향을 미치는 사회적 지원의 영향은 거주지역에 따라 다르게 나타난다고 볼 수 있다. 보다 자세한 사항은 다음의 <표 12>에 제시되어 있다.

<표 12> 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향의 거주지역별 비교

거주지역	대도시				중소도시			
	1단계		2단계		1단계		2단계	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
연령	.124	.273	.154	.178	-.036	.805	-.050	.737
학력	.114	.310	.113	.300	.199	.176	.109	.427
가족의 정서적 도움			.137	.436			.477	.039*
가족의 도구적 도움			.056	.749			.002	.995
친구의 정서적 도움			.278	.134			.489	.024*
친구의 도구적 도움			.069	.708			-.275	.231
동거가족 수			.060	.553			-.076	.573
비동거가족 연락정도			-.159	.155			-.122	.419
R ²	.018		.175		.047		.347	
Adj. R ²	.004		.098		.014		.244	
Model F	.823(p=.442)		2.257(p=.031)*		1.418(p=.250)		3.384(p=.003)**	
R ² Change			.157				.299	
F change			2.704(p=.019)*				3.895(p=.003)**	
Durbin-Watson			1.882				2.058	
Tolerance	.860		.286~.944		.860		.214~.722	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

5. 결과 요약 및 논의

본 연구에서는 먼저 만성질환을 가진 의료급여 1종 수급권자가 지각하는 사회적 지원과 삶의 질에 대하여 살펴보고, 다음으로 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토하였다. 본 연구는 전국적인 자료를 근거로 하고, 만성질환자의 삶의 질과 사회적 지원을 성별, 질환별, 거주지역별로 그 차이를 분석하였다는 점에서 의의가 있다.

전체적으로 볼 때 만성질환을 가진 의료급여 1종 수급권자들은 가족과 친구에 의한 사회적 지원을 낮게 평가하고 있음을 보여주고 있다. 물론 장기간의 투병에 대한 간호로 인하여 만성질환자를 돌보는 가족의 삶의 질이 저하될 수 있기는 하지만(Sales, 2003), 사회적 지원의 중요성을 고려해 볼 때 우리는 만성질환자에 대한 사회적 지원을 활성화시키기 위한 노력을 보다 더 기울일 필요가 있다. 본

연구에서는 성별에 따른 사회적 지원의 차이는 발견되지 않았는데 이는 서구에서 진행된 연구들의 결과와는 상이한 것이므로 후속 연구를 통하여 다시 확인할 필요가 있다. 그리고 중소도시 거주자들이 농어촌 거주자들보다 가족에 의한 정서적 도움을 더 높게 평가한 것으로 나타났는데 이는 만성질환자 가족에 대한 개입에 있어서 거주지역체계에 대한 더 많은 관심을 가질 필요가 있음을 보여주는 결과라고 하겠다. 다만 이에 관련된 선행연구가 부족하므로 보다 많은 증거를 확보할 필요가 있으며 나아가 이러한 차이가 어떠한 요인에 기인하는 것인지를 밝힐 필요가 있다.

또한 조사 대상자들은 자신의 삶의 질을 매우 낮게 평가하고 있는 것으로 나타났다. 이는 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경 및 전반적 영역 모두에서 동일하게 나타났다. 그러나 자신의 삶의 질을 긍정적으로 평가하는 경우도 전체 조사대상자의 약 20% 이상을 차지하고 있으므로, 만성질환의 의학적 상태가 반드시 삶의 질을 저하시킨다고 볼 수는 없다. 이러한 결과는 만성질환자에 대한 편견을 불식시킬 수 있는 근거가 될 수 있으며, 동시에 만성질환자의 삶의 질이 가족과 전문가의 노력에 의해 향상될 수 있는 가능성을 보여주는 것이라고 하겠다. 성별, 질환별로 삶의 질 차이는 발견되지 않았으나, 거주지역별 차이를 검토한 결과에서는 중소도시 거주자가 농어촌의 경우보다 환경 영역의 삶의 질을 더 높게 평가하는 것으로 나타났다. 구체적으로는 일상생활에서 안전하다고 느끼는 정도, 얼마나 건강에 좋은 주거환경에 산다고 느끼는지, 의료서비스의 접근성 및 교통수단에 대한 만족도 등에서 중소도시 거주자가 농어촌 거주자 보다 더 높은 점수를 나타냈다.

그리고 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향을 검토한 결과, 가족의 정서적 도움만이 통계적으로 유의미한 수준에서 삶의 질에 대한 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 우리가 사례관리 등의 사회복지실천을 함에 있어서 가족에 의한 정서적 도움을 중요하게 다룰 필요가 있음을 보여주는 결과라고 볼 수 있다. 그러나 동거가족 수와 비동거 가족과의 연락정도 등의 구조적 특징은 일관되게 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 본 연구에서는 구조적 특징의 개념을 매우 제한적으로 정의하고 있으므로 해석에 있어서 주의를 요한다. 한편 성별, 질환별, 거주지역별로 사회적 지원이 삶의 질에 미치는 영향이 다른 것으로 나타났다. 즉 성별에 있어서는 가족과 친구에 의한 정서적 도움은 여성 환자의 삶의 질에만 영향을 미치며, 질환별로는 관절염과 뇌졸중 환자에게서만 사회적 지원의 일부 하위영역이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 거주지역별로는, 중소도시 거주자의 경우에 있어서만 가족과 친구에 의한 정서적 지원이 통계적으로 유의미하게 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이로부터 볼 때, 만성질환자의 사회적 지원과 삶의 질을 향상시키기 위한 노력을 기울일 때 가족에 의한 정서적 도움과 거주지역별 영향을 고려할 필요가 있다고 하겠다.

그러나 본 연구는 자료의 한계로 인하여 장애정도와 유병기간 등을 포함한 대상자의 의학적 특성과 공식적 지원 등의 사회적 지원 요소를 충분히 고려하지 못하였다. 그리고 Thoits(1984)는 사회적 지원을 마음의 터놓는 관계의 존재여부로 조작화한 그의 연구에서 심리적 고통에 대한 사회적 지원의 효과를 입증한 바 있으나 본 연구에서는 친밀한 관계의 존재와 그 영향에 대해서는 검토하지 못하였으므로 이에 대한 보다 진전된 연구를 수행할 필요가 있다.

참고문헌

- 민성길·김광일·박일호. 2002. 『한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 지침서』 서울: 하나의학사.
- 법제처. 2004. 『의료급여법 시행령』 <http://www.moleg.go.kr>
- 연세대학교 사회복지연구소. 2001. 『의료급여대상자의 의료서비스 향상 및 의료급여 재정 안정화방안: 공공의료를 중심으로』 서울: 삶의 질 향상 기획단.
- 통계청. 2004. 『사망원인통계』 <http://www.nso.go.kr>
- Anderson, Kathryn L., and Carol S. Burckhardt. 1999. "Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research." *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 298-306.
- Camacho, F., R. T. Anderson, R. A. Bell, D. C. Goff, Jr., V. Duren-Winfield, D. D. Doss, and R. Balkrishnan. 2002. "Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes." *Quality of Life Research* 11, 783-796.
- Fernandez-Ballesteros, R. 2002. "Social support and quality of Life among older people in Spain." 58(4): 645-659.
- Green, C. A., K. F. Donald, and R. P. Michael., 2001. "Gender and alcohol use: the roles of social support, chronic illness, and psychological well-being." *Journal of Behavioral Medicine* 24(4): 383-399.
- Hough, E. S., A. B. Gail, and Thomas N. Templin. 1999. "Social support, demands of illness, and depression in chronically ill urban women." *Health Care for Women International* 20: 349-362.
- Jakobsson, Ulf., and Ingalill Rahm Hallberg. 2002. "Pain and quality of life among older people with rheumayoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review." *Journal of Clinical Nursing* 11: 430-443.
- Krause, Neal, and Jersey Liang. 1993. "Stress, social support, and psychological distress among the chinise elderly." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 48(6): 282-291.
- Kempen, Gertrudis I. J. M., Johan Ormel, Els I. Brilman, and John Relyveld. 1997. "Adaptive responses among dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life." *American Journal of Public Health* 87(1): 38-44.
- Lambert, V. A. 1985. "Study of factors associated with psychological well-being in rheumatoid arthritic women." *Image: Journal of Nursing Scholarship* 17(2): 50-53. In Jakobsson, Ulf., and Ingalill Rahm Hallberg. 2002. "Pain and quality of life among older people with rheumayoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review." *Journal of Clinical Nursing* 11: 430-443.
- Lane, C., and S. Hobfoll. 1992. "How loss affects anger and alienates potential supporters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 935-942. In Hough,

- E. S., Gail A. B., and Thomas N. Templin. 1999. "Social support, demands of illness, and depression in chronically ill urban women." *Health Care for Women International* 20: 349-362.
- Lim, L. L-Y., and J. D. Fisher. 1999. "Use of the 12-item short-form(SF-12) health survey in an Australian heart and stroke population." *Quality of Life Research* 8, 1-8.
- Mackenzie, A. E., and A. M. Chang. 2002. "Predictors of quality of life following stroke." *Disability and Rehabilitation* 24(5): 259-265.
- McKevitt, C., J Redfern, V La-Placa, and CDA Wolfe. 2003. "Defining and using quality of life: a survey of health care professionals." *Clinical Rehabilitation* 17: 865-870.
- Nicolson, Paula, and Pippa Anderson. 2003. "Quality of life, distress and self-esteem: a focus group study of people with chronic bronchitis." *British Journal of Health Psychology* 8: 251-270.
- Oleson, M. 1990. "Subjectively perceived quality of life." *Image: Journal of Nursing Scholarship* 22: 187-180. In Anderson, Kathryn L., and Carol S. Burckhardt. 1999. "Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research." *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 298-306.
- Pless, I. B., and J. B. Douglas. 1971. "Chronic illness in childhood: Epidemiological and clinical characteristics." *Pediatrics* 47: 405-414. In 김동희. 2003. "만성질환아의 극복력 측정도구 개발." 연세대학교 박사학위논문.
- Sales, Esther. 2003. "Family burden and quality of life." *Quality of Life Research* 12(Suppl. 1): 33-41.
- Samsa, Gregory P., and David B. Matchar. 2004. "How strong is the relationship between functional status and quality of life among person with stroke?" *Journal of Rehabilitation Research & Development* 41(3A): 279-282.
- Sarvimaki, Anneli, and Bettina Stenbock-Hult. 2000. "Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value." *Journal of Advanced Nursing* 32(4): 1025-1033.
- Strombeck, B., C, Ekdahl, R. Manthorpe, I. Wikstrom, and L. Jacobsson. 2000. "Health-related quality of life in primary sjogren's syndrome rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36." *Scand J Rheumatol* 29: 20-28.
- Thoits, P. A. 1984. "Explaining distributions of psychological vulnerability: lack of social support in the face of life stress." *Social Forces* 63(2): 453-480.
- Thomas, V. J., and L. M. Taylor. 2002. "The psychosocial experience of people with sickle cell disease and its impact on quality of life: qualitative findings from focus group." *British Journal of Health Psychology* 7: 345-363.
- Social Support Behaviors Scale
- Vaux, Alan., Sharon Riedel, and Doreen Stewart. 1987. "Modes of social support: The

- Social support Behaviors(SSB) Scale." *Amercian Journal of Community Psychiatry* 15: 209-237.
- Wandell, P. E., B. Brorsson, and H. Aberg. 1998. "Quality of life among diabetic patients in swedish primary health care and in the general population: comparison between 1992 and 1995." *Quality of Life Research* 7: 751-760.
- Zastrow, Charles, and Karen K. Kirst-Ashman. 2002. *Understanding human behavior and the social environment*. 5th ed. 김규수 · 김인숙 · 박미은 · 박정위 · 설진화 · 우국희 · 홍선미 역. 2002. 『인간행동과 사회환경』. 서울: 나눔의 집.

Social Support, Quality of Life, and the Impact of Social Support on Quality of Life Among Medicaid Recipient with Chronic Illness

Lee, Ick-Seop

(Yonsei University)

Hong, Young-Su

(Soonchunhyang University)

This study investigated social support, quality of life, and the impact of social support on quality of life among medicaid recipient with chronic illness such as hypertension, arthritis, diabetes, and stroke in Dec, 2003(N=221). Subjects were collected using stratified sampling by sex, age, diagnosis, and domicile on national data from National Health Insurance Corporation. Descriptive analysis and regression were performed.

Results showed social support and quality of life was very low and social support was different in diagnosis and domicile, and social support, especially emotional support from family members, positively impacted on quality of life. The relationship of the two variables showed the differences in sex, diagnosis and domicile. This study will be used as theoretical bases for enhancing social support and quality of life among medicaid recipient with chronic illness.

Key words: chronic illness, medicaid recipient, quality of life, social support

[접수일 2005. 1. 13. 게재확정일 2005. 3. 11.]