

성인당뇨병환자의 건강수준 및 질병관리장애요인 -의료급여환자와 건강보험환자의 비교-

이 채 원

(숭실대학교)

[요 약]

본 연구는 성인당뇨병 환자들을 대상으로 의료급여수급여부에 따라 건강수준 및 질병관리 장애요인에 차이가 나타나는지를 분석하고 질병관리 장애요인이 건강수준에 미치는 영향을 살펴보았다. 자료 수집은 서울의 종합병원 당뇨병클리닉 및 지역사회 복지기관에서 편의표집한 55세이상 성인당뇨병 환자 144명을 대상으로 조사를 실시하였다.

분석결과, 의료급여환자가 건강보험환자에 비하여 건강수준이 더 나쁘다고 인식하고 있었으며, 질병관리 장애요인을 더 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다. 건강보험환자와 의료급여환자간 건강수준의 차이는 인구학적 요인 및 질병관련 특성들을 통제한 이후에도 유의하였다.

주제어: 당뇨병, 질병관리장애요인, 사회적지지, 의료급여, 건강수준

1. 문제제기

최근 고령화 사회에 접어들면서 다양한 만성질환의 유병률이 증가하고 있으며, 특히 당뇨병환자의 수가 급증하고 있다(박석원, 김대중, 민경완, 백세현, 최경목, 박이병, 박정현, 손현식, 안철우, 오지영 외, 2007). 당뇨병은 우리나라 전체 사망원인의 4위로 부상될 만큼 심각한 질병으로서(통계청, 2006), 당뇨병으로 인해 파생되는 다양한 합병증은 실명이나 신부전증, 하지절단 등을 야기하며 심혈관계 질환을 유발한다.

당뇨병의 관리는 약물요법 외에도 식이나 운동 등 다양한 측면에서 일상생활의 변화를 요구하게

* 이 연구는 숭실대학교 교내연구비 지원으로 이루어졌음.

되기 때문에 일반적인 약물요법만 시행하는 질환에 비하여 일상생활상의 심리사회적 영향을 많이 받는 것으로 알려져 왔다(Nakahara, Yoshiuchi, Kumano, Hara, Suematsu, and Kuboki, 2006; 김정범, 2001). 이러한 당뇨병의 특성으로 인하여 당뇨병 환자에 대한 개입은 팀협력으로 이루어지는 경우가 많으며 환자의 다양한 측면들을 사정하고 다각적으로 접근하는 것이 상례로 되어 있다. 사회복지사는 치료팀의 일원으로서 당뇨병에 대한 교육 뿐 아니라 질병으로 인해 파생되는 심리사회적 영향을 사정하고 환자의 질병관리행위가 향상될 수 있도록 심리사회적 개입을 하는 중요한 역할을 담당한다(장수미, 권자영, 최경애, 김준영, 2002).

사회복지사는 당뇨병환자에 대한 전반적인 교육에 참여하기도 하지만 통상 질병관리가 잘 되지 않거나 심리사회경제적인 스트레스가 많아 복합적 문제를 가진 환자들을 주로 만나게 된다. 저소득계층인 의료급여환자들 역시 사회복지사의 주요한 개입대상이 되는데, 이들은 생활상의 다양한 복합적 문제들로 인하여 질병관리에 어려움을 겪는 경우가 많다. 그러나 저소득계층의 당뇨병환자에 대한 연구는 매우 부족하며, 건강보험평가원의 자료 등 전국조사 자료를 활용하여 사회경제적 지위에 따른 환자들의 건강수준 등에 대한 연구가 시작된 정도이다(박석원 외, 2007). 이러한 연구는 전국조사를 통한 대표성 확보와 소득수준에 따른 건강격차의 검증이라는 장점에도 불구하고, 실천현장에 있는 의료진들을 위한 실질적인 개입방안을 제시해 주기 어렵다는 한계를 가진다.

규칙적인 생활이 중시되는 당뇨병 관리는 이미 복합적인 심리사회경제적 스트레스를 경험하고 있는 저소득층 환자에 더욱더 큰 부담이 될 것으로 생각된다(Glasgow, Toobert, and Gillette, 2001; Glasgow, Strycker, Hampson, and Ruggiero, 1997). 사회복지사는 이들이 경험하는 다양한 심리사회경제적인 장애요인들을 파악하고 제거하도록 원조함으로써 당뇨병 관리의 향상을 도모할 수 있으며 환자들이 인지하는 당뇨병 관리의 부담을 경감시키는 데 기여할 수 있다. 당뇨병 관리의 장애요인에 관한 선행연구들은 구미 선진국에서는 많이 이루어졌으나 국내에서는 아직 매우 부족하며, 이제 당뇨병 환자들이 경험하는 장애요인의 종류를 파악하는데 머무르고 있는 실정이다. 특히 저소득환자들이 경험하는 질병관리장애요인을 일반건강보험환자와 비교한 연구는 전무하다고 이야기할 수 있다. 의료 사회복지사에게 있어서 의료급여 환자들이 당면한 질병관리 장애요인을 이해하는 것은 일상적 실천현장에서 매우 중요한 과업이며 개입표적의 설정에 중요한 시사점을 줄 수 있다. 질병관리에 어려움을 경험하는 환자에 대한 포괄적 사정과 심리사회적 개입을 통해 이러한 장애요인들을 제거하도록 원조함으로써 당뇨병 관리라는 의료팀의 치료적 목표에 사회복지사가 기여할 수 있다.

이에 본 연구에서는 저소득계층인 의료급여환자들과 건강보험환자를 비교분석하여 실제로 이들 두 집단간에 건강수준의 차이가 나타나는지 실증적으로 검증하고, 당뇨병이라는 만성질환을 관리함에 있어서 이들이 경험하는 질병관리 장애요인에서 차이가 나타나는지를 살펴보고자 한다. 또한 질병관리 장애요인을 포함한 심리사회적 변인들이 당뇨병환자들의 건강수준에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

2. 문헌검토

1) 저소득 환자의 건강수준

환자의 소득수준이나 인종 등 사회경제적 지위에 따른 건강격차는 중요한 사회문제로서 학문적 관심의 대상이 되어왔다. 외국에서는 이미 소득계층에 따른 건강수준의 격차에 관심을 두고 이를 규명하기 위한 연구가 활발히 이루어져 왔으며(McCall, Reusch, Sauaia, Barton, and Hamman, 2004; Watchel, 2005), 국내에서도 사회경제적 지위와 건강과의 관계에 대한 연구들이 특히 노인들을 대상으로 활발히 이루어졌다(문연옥·박은철·곽민선·최귀선·김성경·함명일, 2007; 이정숙·이인수, 2005; 김승곤, 2005; 이태화·고일선·이경자·강경화, 2005; 이호성, 2004; 이승미, 2002). 이들 연구 결과에 의하면 일반적으로 사회경제적 지위가 낮을수록 이환율이나 사망률 등의 건강관련지표들이 나쁘게 나타나며, 특히 주관적인 건강수준은 더욱더 낮은 것으로 보고된다.

이러한 건강격차가 발생하는 이유는 다양한 요인에서 찾을 수 있는데, 기존연구에서는 의료접근성 및 의료이용요인, 서비스의 질 요인, 개인의 건강행위 요인 등을 지적한다. 첫째, 사회경제적으로 취약한 저소득계층의 경우 의료접근성이 상대적으로 제한되기 때문에(Shawver and Cox, 2000; Rhee, Cook, Dunbar, Panayiotto, Berkowitz, Boyd, George, Lyles, El-Kebbi, and Phillips, 2005), 의료이용에 있어서도 정기적이고 예방적인 진료보다는 불규칙하고 급성적인 의료이용행태가 나타나는 경향이 있다(McCall, et al., 2004). 결과적으로 건강상태가 많이 악화되어야 의료서비스를 받으러 오기 때문에 발생하는 의료비 비용이 높을 뿐 아니라 건강수준이 낮아지게 되는 악순환이 일어나게 되는 것이다. 둘째, 소득계층에 따른 건강격차를 설명하는 또 하나의 요인은 저소득층 환자를 대하는 의료진의 태도 및 치료적 관계이다. 의료진의 태도, 의료진과의 관계나 신뢰 등의 차이로 인하여 이들이 제공받는 의료서비스의 질이 달라지며 궁극적으로 이들의 건강지표에 영향을 미친다는 것이다(Mayberry, Davis, Alera-Mensah, Samadi, Finley, and Jones, 2005; Greene, Yedidia, and the Take Care to Learn Evaluation Collaborative, 2005; Drass, Corcoran, Kell, Moskowitz, Osborn, Fleming, and Bausel, 1998). 마지막으로, 환자의 개인행동요인으로 건강격차를 설명할 수 있다. 즉 저소득환자들의 경우 일상생활에서의 건강관련행위가 잘 수행되지 않으며, 실천현장에서 교육 등을 통해 개인의 행동변화를 유도하고자 해도 이러한 건강증진행위를 실천하는 데 있어 상대적으로 불리한 위치에 놓여 있다는 것이다(김진영, 2007). 사회경제적 지위가 높은 사람들은 적극적으로 개인의 건강행위에 대한 정보를 수용하고 실천할 수 있는 상황적 조건들이 유리한 반면 저소득계층의 경우에는 생활상의 다양한 제약과 스트레스 등으로 인하여 건강관련행위의 변화를 추구하기 어렵고 이는 건강격차를 심화시키는 기계로 작용하게 되는 것이다.

이러한 건강수준의 격차 문제는 만성적인 질환을 가지고 있는 환자들의 경우에 더욱더 극명하게

나타날 수 있다. 만성질환은 단기적인 의료적 개입으로 치료되는 것이 아니라 환자 개인과 가족이 가정에서 지속적으로 관리해야 하는 질병이기 때문에 질병관리와 관련된 다양한 과제들을 수행해야 하는 책임이 환자개인과 가족에게 부과된다. 질병을 관리하는 데 요구되는 다양한 심리사회경제적 자원이 취약한 저소득층은 이러한 질병관리와 관련된 과제들을 수행하는데 더욱더 많은 어려움을 경험할 것으로 예측되며, 이에 따라 건강격차가 심화될 수 있다.

그런데 국내의 선행연구들은 저소득층의 건강수준 일반 혹은 의료접근성의 문제, 의료비 부담 등에 관한 연구들을 수행하기는 하였으나 특정 만성질환을 가지고 있는 환자군을 대상으로 소득수준에 따른 건강격차의 문제를 구체적으로 살펴보지 못한 것이 사실이다. 특히 만성질환을 가진 경우에 소득수준에 따른 건강격차는 의료접근성의 차이 뿐만 아니라 일상생활에서 직면하는 질병관리의 장애요인에서도 기인할 수 있다.

당뇨병 환자의 건강상태에 관한 선행연구들은 건강관리와 관련된 다양한 심리사회적 요인을 밝히는 데 초점을 두어왔다. 특히 가족이나 주위 사람들의 지지정도에 따라 건강관리가 제대로 이루어지는지(Trief, Orendorff, Himes, and Weinstock, 2001; Trief, Britton, Wade, and Weinstock, 2002; 박영룡·전홍원·임중환·오미경·이홍수·이혜리·윤방부, 1991; 석부현, 1992; 강명재·김수연·박선영·박찬희·성지영·신명아·하지영·황은희·김정선·최영희, 1995), 심리적이거나 환경적 요인으로 인한 당뇨병관리의 장애요인들은 어떠한 것이 있는지에 대한 관심이 제기되었다(Glasgow, et.al., 2001; Trief, Morin, Izquierdo, Teresi, Eimicke, Goland, Starren, Shea and Weinstock, 2006). 이러한 선행연구들이 당뇨병 관리와 관련된 장애요인을 밝혀내기는 하였으나, 주로 심리적인 요인으로 인한 질병관리장애에 초점을 두었고 사회경제적 지위로 인하여 경험하는 장애요인에 대하여 연구는 매우 부족하다.

2) 당뇨병 관리의 장애요인에 관한 연구

외국에서는 사회경제적으로 취약한 저소득층, 유색인종 환자들에게 독특하게 나타나는 질병관리 장애요인들에 대한 연구들이 활발히 이루어지고 있으며, 당뇨병 관리의 다양한 측면, 즉 규칙적인 혈당 검사나 운동요법 등과 관련한 방해요인들을 살펴보았다.

Simmons, Weblemoe, Voyle, Prichard, Leakehe, and Gatland(1998)의 연구는 당뇨병 환자들이 인지하는 질병관리 장애요인을 질적 양적 조사방법을 사용하여 추출하였는데, 환자의 신념, 내적 외적 물리적 장애, 교육적 장애, 심리사회적 장애, 심리적 장애요인 등 다층면적인 장애요인들을 분석하였다. 이들 연구에 의하면 가장 큰 당뇨병관리 장애요인은 질병관리행위의 손익에 대한 환자들의 인식이었다. 즉 질병관리를 함으로써 얻어지는 이득이 손실보다 적다고 느껴지는 점이 가장 큰 장애요인이 된다는 것이다. 이외에도 지역사회기반의 서비스 부재와 제공가능한 서비스의 제한 등도 장애요인으로 주목되었다.

Zgibor와 Simmons(2002)의 연구도 질적자료수집방법을 통하여 당뇨병 환자의 혈당측정 장애요인을 추출하였는데, 내적인 심리적 요인(자기효능감, 건강신념), 외적인 심리적 요인(심리사회적 환경),

내적인 물리적 요인(동반질환, 치료의 부작용 등), 외적인 물리적 요인(재정상태, 의료접근성), 그리고 교육적 요인(당뇨병이나 관련 서비스에 대한 지식)의 5가지로 나타났다. 이를 바탕으로 양적 조사분석을 실시한 결과 혈당측정과 관련된 변수들은 성별(여성), 혈당치(>8%), 당뇨지식, 인슐린의 사용으로 나타났다. 다중회귀분석결과 외적물리적 장애, 외적 심리적 장애, 내적 심리적 장애요인들은 인구학적, 치료관련 특성의 영향을 통제한 이후에도 유의하였다. 특히 외적 물리적 장애 중에서도 개인적인 재정상태로 장애를 경험하고 있다고 답한 경우에 혈당측정의 빈도가 낮다고 보고되었다.

Karter, Ackerson, Ferrara, Selby, and Darbinian(2000)의 연구 역시 미국의 한 의료보험회사에 가입된 중 성인당뇨병 환자들을 대상으로 혈당측정의 빈도에 영향을 미치는 장애요인을 분석하였다. 이들의 연구에 의하면 2형당뇨병 환자의 67%가 의료적 권고보다 혈당측정을 덜 하고 있었으며, 유병기간, 성별, 연령, 유색인종, 학력 그리고 빈곤지역의 거주 등이 혈당측정 빈도와 관련되어 있는 것으로 나타났다. 연구자들은 언어적 장벽과 저학력 유색인종들의 낮은 순응도를 개선하기 위하여 다문화적, 다중언어적 건강교육의 중요성을 강조하였다.

Ponzo, Gucciardi, Weiland, Masi, Lee, and Grace(2006)의 연구는 캐나다 이민1세대들을 대상으로 한 당뇨병 관리에 영향을 미치는 성별, 문화적, 심리사회적 장애요인들을 살펴보았다. 이 연구결과에 의하면 여성들이 우울증상이 더 많았고, 우울증상은 당뇨병 관리의 장애요인과 상관관계가 있었다.

Dutton, Bodenlos, Johnson, Brantley, and Whitehead(2005)의 연구는 저소득 흑인 당뇨병 환자들의 운동 장애요인을 조사하였다. 주된 장애요인들은 시간의 부족, 사회적 지지의 부재, 장비의 부족 등을 꼽았으며, 의료적 상태나 신체적 상태로 인하여 기능상의 제약이 있는 것도 포함되었다.

이렇게 다양한 당뇨병 관리의 측면들을 중심으로 장애요인들을 추출하고 관련요인들을 분석한 연구들에 비하여, Simmons, Swan, Lillis, and Haar(2007)의 연구는 질병관리 장애요인에 대한 환자와 의료진의 인식차이에 주목하였다. 연구결과 의료진은 환자들의 동기가 중요한 장애요인이라고 본 반면 환자들은 치료지침의 엄격성으로 인하여 당뇨병관리를 하기 어렵다고 보았다. 환자와 의료진간의 인식차이가 가장 두드러진 영역은 다른 건강문제의 영향으로 인한 장애로서, 환자들은 이를 두 번째 큰 장애요인으로 꼽은 반면 의료진의 경우 10위권 밖에 머물러 있었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 서구의 연구들은 다양한 문화적 인종적 환경적 장애요인들을 탐구하였으나 주로 소수민족들이 경험하는 문화적 장애요인에 주로 초점을 두어 국내에 그대로 적용시키는 데에는 무리가 따른다고 하겠다. 그런데 국내에서는 아직까지 당뇨병 관리 방해요인에 관한 연구 자체가 매우 부족한 실정이다.

위준환·남홍우·정홍배·문도호·이홍순(1998)의 연구는 65세 이상 노인당뇨병 환자들을 대상으로 식사요법이 제대로 수행되지 못하게 하는 장애요인들을 분석하였다. 이들은 질적방법으로 당뇨병 환자 100인에게 평소 식사요법의 장애요인으로 생각되었던 것을 기록하게 하여 이를 동기및태도요인(20문항), 지식요인(10문항), 자원요인(6문항)으로 분류하였다. 이들의 분석결과에 따르면 지식요인이 실행의 장애요인으로 가장 크게 나타났다.

구미옥(1994)의 연구는 당뇨병 환자의 질병관리행위에 영향을 미치는 여러 요인 중에 장애요인을 포함시켰다. 특히 당뇨병 관리를 함에 있어서 발생하는 다양한 상황적 요인들을 중심으로 이러한 장

에요인이 질병관리과 어떠한 연관이 있는지 살펴보았는데, 장애가 많을수록 질병관리 수준이 낮아지고 있음을 밝혀내었다. 이 연구에서는 가장 자주 발생하는 장애요인이 바쁜 하루일과라고 하였으며, 가장 적게 보고된 장애요인은 다른 사람에 의한 방해로 나타났다.

최경애·장수미·남홍우(2008)의 연구는 61세 이상 노인당뇨병 환자들을 대상으로 자기관리실태를 조사하면서 방해요인과의 관련성을 분석하였다. 이들의 연구에서 노인당뇨병 환자들이 가장 높게 경험하는 당뇨병 관리 방해요인은 재정적 부담에 관한 항목들이었으며, 일상생활의 리듬 변화에 따른 방해요인이 가장 적은 것으로 나타났다. 이러한 방해요인들은 당뇨병 자기관리와 유의한 관련성이 있었으며, 이는 인구학적 변수 및 건강관련 변수들을 통제한 이후에도 유의한 것으로 나타났다.

이렇게 매우 제한적으로나마 국내에서 당뇨병 관리의 장애요인에 관심을 가진 연구가 진행된 것은 고무적인 일이나, 당뇨병 관리의 특정영역인 식요법에만 국한되었거나, 전반적인 질병관리장애요인을 살펴본 경우에도 사회경제적수준과 연관하여 살펴보기 못한 한계가 있어 의료사회복지사가 주된 개입표적으로 하는 의료급여환자들이 독특하게 경험하는 당뇨병 관리 장애요인을 파악하는 데에는 크게 도움이 되지 못하고 있다. 이에 본 연구에서는 질병관리 장애요인을 살펴보되 의료급여환자들과 건강보험환자들을 비교분석하여 특히 의료급여환자들이 더 많이 경험하는 장애요인을 파악하고자 한다.

3. 연구방법

1) 연구대상 및 자료수집

본 연구의 조사대상자는 병원에서 당뇨병 진단을 받은 당뇨병 환자로, 서울시내 종합병원 당뇨클리닉 1곳의 외래환자들과 지역사회 내의 복지관 1곳의 이용자를 중심으로 편의표집하였다. 당뇨병 유무의 기준은 당화혈색소 수치를 기준으로 하였다. 외래환자들은 의무기록에 기록된 가장 최근 검사 수치를 사용하였고, 지역사회에서 표집한 연구대상의 경우 즉석에서 당화혈색소 검사를 하였다. 혈당검사 결과 당뇨병 진단기준에 부합하지 않은 사례를 제외하고 최종적으로 본 연구의 자료분석에 이용된 사례수는 총 144명이었으며, 이 중 의료급여 환자가 31명, 건강보험환자가 113명이었다.

2) 측정도구

(1) 건강수준

건강수준은 Diabetes Care Profile(Fitzgerald, Davis, Connell, Hess, Funnell, and Hiss, 1996)에서 건강상태 측정을 위해 사용한 SF-12를 사용하였다. SF-12는 Medical Outcomes Study에서 사용했던 SF-36의 축약본으로서 총 12 문항으로 이루어져 있으며, 신체적 기능, 사회적 기능, 역할 제한, 활력

과 정신건강 등의 영역에 걸친 건강수준에 대해 응답자가 자기보고하도록 되어 있다. 점수가 높을수록 건강이 좋다고 인식하고 있음을 의미하며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's alpha=.82로 나타났다.

(2) 질병관리 장애요인

질병관리 장애요인을 측정하기 위하여 구미옥(1994)이 개발한 당뇨병 방해요인 척도를 보완하여 사용하였다. 본래 구미옥이 개발한 척도는 7개 문항으로 이루어져 있으며 일상생활에서 당뇨병 관리를 저해하는 다양한 인지적, 심리적, 상황적 요소들을 포괄하고 있다. 본 연구에서는 (1) '식이요법을 따르려면 돈과 노력이 너무 많이 들어서', (2) 약물요법이나 혈당측정 등과 관련한 경제적 비용의 문제, 그리고 (3) 주변의 지지체계가 부재함으로써 발생하는 어려움 등 3개 항목을 개발하여 원 척도에 추가함으로써 총 10개 문항으로 이루어진 척도로 질병관리 장애요인을 측정하였다. 추가적 항목의 내용타당도는 당뇨병 관련 연구자 2인과 당뇨병 교육자 2인의 자문을 통해 타당성이 있다고 검증되었다. 10개 항목으로 구성된 방해요인 척도는 각 문항을 4점 척도로 측정하며 점수가 높을수록 당뇨병 관리에 장애를 많이 느끼고 있음을 의미한다. 본 연구에서 이 척도는 높은 내적 일관성을 가지는 것으로 나타났다(Cronbach's alpha=.80).

(3) 가족지지

질병관리에 대한 가족의 지지를 측정하기 위해 강흥구(1995)의 연구에서 사용한 당뇨병 환자의 가족지지 척도를 활용하였다. 강흥구의 척도는 Schafer 등(1993)이 개발한 Diabetes Family Behavior Checklist의 16문항 중에서 신뢰도가 떨어지는 문항들을 제외하고 발췌한 9문항으로 구성되었으며, 식이, 약물, 운동요법 및 혈당측정 등의 당뇨병 관리를 수행하는 데 가족이 얼마나 지지적인지를 측정한다. 점수가 높을수록 가족지지를 많이 받고 있음을 의미하며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's alpha=.77로 나타났다.

(4) 당뇨관련 지식

당뇨병에 대한 올바른 지식을 얼마나 가지고 있는지 측정하기 위해 선행연구 및 병원의 당뇨병 교육 현장자료 등을 참조하여 혈당조절, 식이요법, 합병증, 저혈당증세 및 대처법 등과 관련된 당뇨관리 전반에 대한 문항을 10가지 개발하였다. 문항의 타당도는 당뇨교육 전문가 2인의 검증을 통해 내용타당도가 있다고 판단되었다. 각 문항은 객관식 4지선다형으로 구성되었으며, 각 문항에 대하여 정답을 맞춘 경우 1점, 오답은 0점 처리하여 총 10개 문항의 응답점수를 합산하였다.

(5) 당화혈색소(HbA1c)

당화혈색소는 지난 2-3개월간 혈당치의 평균수준을 나타내는 혈액검사 수치로서, 당뇨병 환자들의 혈당조절 수준을 가늠하는 가장 대표적인 지표이다. 일반인의 당화혈색소 수치는 통상 3%에서 6% 사이로 나타나고, 당뇨병 환자의 치료 목표는 통상 7%이하로 잡고 있는데, 당화혈색소 수치가 높을수록

록 혈당조절이 잘 이루어지지 않았음을 의미한다. 본 연구에서 당화혈색소의 수치는 의무기록에 나와 있는 가장 최근의 검사치를 활용하였으며, 지역사회에서 표집한 환자들의 경우 당화혈색소 검사를 즉석에서 실시하여 그 수치를 기록하였다.

3) 분석방법

조사대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성, 건강수준은 빈도와 백분율, 기술통계량을 통하여 파악하였으며 의료급여환자와 건강보험환자간의 비교는 χ^2 분석과 t-검정을 이용하여 분석하였다. 또한 건강수준에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 모든 통계치의 유의도는 $p < .05$ 수준을 기준으로 양측검정하였으며, 분석은 SPSS(v.14) 통계패키지를 활용하였다.

4. 연구결과

1) 인구사회학적 특성의 비교

본 연구에 참여한 당뇨병 환자들의 인구학적 특성을 살펴보면 <표 1>과 같다.

<표 1>에서 보는 바와 같이, 조사대상자인 성인당뇨병 환자들의 연령은 평균 69세이며 남녀가 비교적 고른 분포를 보였다. 응답자의 약 2/3가 배우자와 함께 살고 있었으며, 가족 없이 혼자 살고 있다고 응답한 사람이 38명으로 전체의 약 26%에 달하였다. 직업은 80%가 없다고 응답하였다.

의료급여환자들과 건강보험환자들을 비교분석한 결과 몇 가지 인구사회학적 특성에서 차이가 있었는데, 의료급여환자들은 상대적으로 교육수준이 낮고 배우자가 없이, 혼자 살고 있는 경우가 많았으며, 월평균 가구소득도 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 이러한 인구사회학적 특성상의 차이는 의료급여 수급자 선정기준을 고려해 볼 때 충분히 예측가능한 차이로서, 의료급여환자들이 특히 물질적, 인적 자원체계 상에서 건강보험환자에 비하여 더욱 취약함을 보여주는 것이라고 하겠다.

<표 1> 의료급여환자 건강보험환자의 인구사회학적 특성 비교

	전체		건강보험 (n=113)		의료급여 (n=31)		X ² / t
	n	%	n	%	n	%	
성별							
여	66	45.8	48	42.5	18	58.1	2.381
남	78	54.2	65	57.5	13	41.9	
연령							
55-59	22	15.3	19	16.8	3	9.7	
60-64	21	14.6	17	15.0	4	12.9	
65-69	41	28.5	32	28.3	9	29.0	
70-74	32	22.2	26	23.0	6	19.4	
75-79	18	12.5	12	10.6	6	19.4	
80 이상	10	6.9	7	6.2	3	9.7	
M (SD)	69.12	(6.83)	68.79	(6.69)	70.32	(7.29)	-1.110
학력							
중졸 이하	78	54.9	56	50.0	22	73.3	5.204*
고등학교 이상	64	45.1	56	50.0	8	26.7	
결혼상태							
배우자 있음	89	62.7	83	74.8	6	19.4	31.816****
배우자 없음	53	37.3	28	25.2	25	80.6	
가족상황							
가족과 함께 동거	106	73.6	95	84.1	11	35.5	29.563****
독거	38	26.4	18	15.9	20	64.5	
직업유무							
있음	29	20.3	26	23.2	3	9.7	2.752
없음	114	79.7	86	76.8	28	90.3	
월평균 가구소득							
없음	13	9.6	11	10.2	2	7.1	37.923****
1 - 50	43	31.6	21	19.4	22	78.6	
51 - 100	31	22.8	28	25.9	3	10.7	
101 - 200	27	19.9	27	25.0	0	0.0	
201 - 300	13	9.6	13	12.0	0	0.0	
301 -	9	6.6	8	7.4	1	3.6	
M(SD)	133.93	(164.8)	155.93	(174.0)	49.11	(80.6)	4.72****

*p<.05 ****p<.0001

2) 건강수준, 질병 관련 특성 및 심리사회적 특성 비교

성인당뇨병 환자들이 인지하는 건강수준과 당뇨병 치료 관련 사항들에서 의료급여 환자들이 건강보험환자들과 차이가 있는지를 살펴보았다.

먼저 <표 2>를 살펴보면, 환자들이 인지하는 자신의 건강수준은 의료급여환자가 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 즉 건강보험환자에 비하여 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있는 것을 의미하는

것이다. 반면 당뇨병 관리의 중요한 임상적 지표인 혈당수준(HbA_{1c})의 경우 두 집단간에 차이가 나타나지 않았다. 또한 당뇨병에 관한 지식수준에 있어서도 의료수급노인과 일반노인과 유의미한 차이가 없었다.

<표 2> 의료급여환자와 건강보험환자의 건강 및 질병관련 특성 비교

변수	전체		건강보험		의료급여		t
	M	SD	M	SD	M	SD	
건강수준	31.55	7.52	33.11	6.85	25.87	7.22	5.151****
HbA _{1c}	7.38	1.46	7.36	1.52	7.41	1.27	-.160
당뇨병 지식	7.37	1.92	7.43	1.96	7.13	1.77	.781
	n	%	n	%	n	%	χ^2
경구혈당약	108	76.1	85	76.6	23	74.2	.076
인슐린 주사	46	32.4	32	28.8	14	45.2	2.952
식이요법	63	44.4	46	41.4	17	54.8	1.762
당뇨병 관련 입원경험	56	39.4	39	35.1	17	54.8	3.939*
당뇨합병증	47	32.9	33	29.5	14	45.2	2.711
혈당수치 인지	115	80.4	90	80.4	25	80.6	.001
HbA _{1c} 수치 인지	131	92.3	101	90.2	30	100.0	3.194

*p<.05 **p<.01 ****p<.0001

질병의 치료방법에서 차이가 있는지 알아보기 위하여 당뇨병 치료의 다양한 방법들 중 자신에게 해당되고 있는 것을 다 응답하도록 하여 그 결과를 비교하였다. 당뇨병의 치료는 식이요법, 운동요법, 그리고 약물요법을 병행하는 다양한 방법을 사용하게 된다. 특히 약물요법의 경우 경구혈당강하제로 혈당이 잘 조절되지 않으면 인슐린 주사를 사용하게 되기도 한다. 이러한 특성들을 조사한 결과가 <표 2>의 하단에 제시되어 있다.

본 연구에 참여한 성인당뇨병 환자들의 경우 76% 가량이 경구혈당 강하제를 사용하고 있다고 응답하였으며, 약 1/3 정도는 인슐린 주사를 맞고 있다고 하였다. 또한 당뇨병으로 인해 입원한 경험이 있는 사람이 전체 응답자의 39%에 달했으며, 대부분의 응답자들이 자신의 혈당검사치를 알고 있는 것으로 나타났다.

건강보험환자와 의료급여환자를 비교했을 때 치료방법상, 혹은 당뇨병 관리와 관련하여 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았고, 다만 의료급여환자들이 당뇨병으로 인해 입원을 한 적이 더 많은 것으로 나타났다.

다음으로는, 만성질환의 관리와 관련하여 선행연구에서 언급된 심리사회적 변인들을 살펴보았다. 만성질환의 관리에 다양한 심리사회적 요인에 의해 영향을 받는다. 본 연구에서는 이러한 심리사회적 요인 중에서도 당뇨병 환자들이 질병 관리와 관련하여 그들이 경험하는 일상생활상의 다양한 질병관리 장애요인들과 질병관리를 도와주는 가족의 지지정도를 살펴보았다.

<표 3> 의료급여환자와 건강보험환자의 질병관련 심리사회적 특성 비교

변수	전체		건강보험		의료급여		t
	M	SD	M	SD	M	SD	
질병관리장애요인	4.82	4.83	4.06	4.18	7.48	6.02	-2.970**
가족지지	17.71	7.43	18.28	7.35	15.35	7.41	1.823

*p<.05 **p<.01

<표 3>에서 보는 바와 같이, 당뇨병 관리에 대한 가족의 지지수준은 두 집단간에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타난 반면, 응답자들이 느끼는 질병관리의 장애요인에는 유의미한 차이가 나타났다. 즉 의료급여환자들이 건강보험환자들에 비하여 질병관리에 대한 장애요인을 더 높게 인지하는 것으로 나타나 당뇨병 관리에 어려움을 겪고 있음을 알 수 있었다.

3) 질병관리 장애요인의 비교

질병 관리의 다양한 장애요인 중에서 특히 두 집단간에 차이가 두드러지는 구체적 항목들을 살펴 보기 위하여 각 문항별 응답을 정리하였다. 본래 각 문항은 4점 척도로 측정되었으나, 여기에서는 편의상 “매우 그렇다”와 “그런 편이다”의 응답을 “그렇다”로 묶고 “그렇지 않은 편이다”와 “전혀 그렇지 않다”의 응답을 “아니다”로 묶어서 2분화된 응답으로 정리하여 표로 제시하였다(<표 4> 참조).

전체적으로 보면 ‘약값이나 혈당측정기 비용’과 ‘식이요법에 드는 비용’, 그리고 ‘도와줄 사람이 없어서’, ‘몸상태가 좋지 않아서’ 등의 순으로 질병관리 장애요인이 높게 나타났다.

이를 다시 의료급여환자와 건강보험환자 집단별로 살펴보면, 의료급여환자들은 ‘식이요법에 드는 돈과 노력’을 가장 높은 장애요인으로 꼽았고 그 다음으로 ‘약값, 혈당측정기 비용’과 ‘도와줄 사람이 없어서’를 꼽은 반면, 건강보험환자들의 경우 ‘약값, 혈당측정기 비용’과 ‘식이요법의 비용’ 다음으로 ‘식사나 약먹는 것을 잊어서’의 순으로 장애요인이 작용하는 것으로 나타났다.

<표 4> 의료급여환자와 건강보험환자의 질병관리 장애요인 비교

문항	전체		건강보험		의료급여		X ²
	n	%	n	%	n	%	
식사나 약먹는 것을 잊어서							
그렇다	19	13.5	15	13.6	4	12.9	.011
아니다	122	86.5	95	86.4	27	87.1	
너무 바빠서							
그렇다	9	6.4	6	5.5	3	9.7	.722
아니다	132	93.6	104	94.5	28	90.3	
일과에 변동이 생겨서							
그렇다	11	7.9	8	7.4	3	9.7	.170
아니다	128	92.1	100	92.6	28	90.3	
외출이나 출장 때문에							
그렇다	14	10.0	9	8.3	5	16.1	1.662
아니다	126	90.0	100	91.7	26	83.9	
몸상태가 좋지 않아서							
그렇다	22	15.7	12	11.0	10	32.3	8.228**
아니다	118	84.3	97	89.0	21	67.7	
우울하고 삶의 의욕이 없어서							
그렇다	20	14.3	10	9.2	10	32.3	10.503**
아니다	120	85.7	99	90.8	21	67.7	
다른 사람 때문에							
그렇다	13	9.4	10	9.2	3	10.0	.019
아니다	126	90.6	99	90.8	27	90.0	
식이요법에 돈/노력이 많이 들어서							
그렇다	29	20.9	16	14.7	13	43.3	11.699***
아니다	110	79.1	93	85.3	17	56.7	
약값, 혈당측정기 비용 때문에							
그렇다	31	22.3	19	17.4	12	40.0	6.915*
아니다	108	77.7	90	82.6	18	60.0	
도와줄 주변사람이 없어서							
그렇다	22	15.7	10	9.1	12	40.0	17.002****
아니다	118	84.3	100	90.9	18	60.0	

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

두 집단간 차이가 나타난 항목들은 ‘식이요법에 너무 돈이 많이 들어서’, ‘약값이나 혈당측정기 등의 비용 때문에’ 등과 같이 경제적 취약성을 반영하는 항목들이었으며, 또한 ‘당뇨병 관리를 도와줄 사람이 없어서’라는 항목에서도 유의미한 차이가 나타났다. 이러한 점은 의료급여환자에게 있어서 질병관리의 장애요인 중에서도 개인의 의지나 동기와 같은 심리적 요인보다 개인의 능력범위를 벗어난 경제적 비용문제나 지지체계의 부족으로 인한 취약성이 문제가 되고 있음을 시사하는 것이라고 볼 수 있다. 이러한 경제적 비용부담으로 인한 당뇨병관리의 문제는 이미 선행연구에서도 보고된 바가 있다 (Piette, Heisler, and Wagner, 2004).

또한 ‘몸상태가 좋지 않아서’, 혹은 ‘우울하고 삶의 의욕이 없어서’ 질병관리에 어려움을 느끼는 경

우가 건강보험환자에 비해 의료급여환자들에게서 유의하게 많은 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 사회경제적으로 취약한 상태에 있을수록 정신적, 신체적 건강이 상대적으로 약하다는 기존의 연구결과들과도 일맥상통한다고 볼 수 있다.

4) 당뇨병환자의 건강수준에 영향을 미치는 요인

성인당뇨병 환자들의 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위하여 인구사회학적 요인, 질병관련 특성, 심리사회적 특성의 요인들을 순서적으로 추가투입하는 위계적 회귀분석을 실시하였다 (<표 5> 참조).

분석결과, 인구사회학적 요인 중에서는 의료급여 수급 여부가 건강상태를 예측하는 주요한 변수로 밝혀졌다. 즉 앞서서도 살펴본 바와 같이 의료급여환자들이 건강보험환자에 비하여 건강수준이 낮다고 보고하였으며, 이러한 집단간 차이가 학력이나 배우자 유무, 독거여부, 직업 유무 등의 다른 인구학적 요인들을 통제한 이후에도 유의하게 나타남을 알 수 있었다.

두 번째 질병관련 특성들을 추가적으로 투입한 결과, 의료급여 수급 외에 당뇨병 합병증 유무가 유의미한 영향요인으로 나타났는데, 당뇨병 합병증이 있는 환자들이 없는 환자에 비하여 건강수준이 낮다고 인식하고 있었다. 당뇨병의 다양한 치료방법들을 따르는지의 여부는 당뇨병환자들이 인지하는 건강수준과 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다.

세 번째, 질병관리와 관련되는 심리사회적 요인, 즉 질병관리 장애요인과 가족지지를 추가 투입한 결과, 의료급여 수급여부와 합병증 유무 외에 질병관리 장애요인과 가족지지 모두 유의미하게 건강상태와 관련이 있는 것으로 나타났다. 특히 장애요인과 가족지지 두 심리사회적 변수가 건강상태 변량의 12%를 추가적으로 설명하는 것으로 나타나 만성질환자에게 있어 주변의 지지자원이나 장애요인 등이 주관적으로 인지하는 건강상태에 주요한 영향력을 미치는 것을 알 수 있었다.

각각의 모델은 모두 통계적으로 유의미하였으며, 각 단계별 추가적으로 설명되는 건강상태의 변량 역시 통계적으로 유의미한 변화임을 알 수 있었다. 위계적 회귀분석의 각 단계별 모델에서 독립변수들간의 다중공선성은 없는 것으로 나타났으며, <표 5>에는 마지막 단계인 Model 3의 VIF 값을 제시하였다.

<표 5> 성인당뇨병환자들의 건강수준 예측요인

	Model 1		Model 2		Model 3		VIF
	b	t	b	t	b	t	
의료급여 수급	-6.27	-3.56**	-5.94	-3.42**	-4.23	-2.54*	1.424
고등학교 이상	1.72	1.33	1.56	1.25	1.34	1.15	1.128
배우자 없음	-1.02	-.54	-.41	-.22	-.82	-.47	2.176
독거	-1.25	-.61	-.49	-.23	-.05	-.03	2.156
직업 있음	1.75	1.15	1.37	.91	2.82	1.95	1.176
경구혈당약			.28	.20	-.01	-.01	1.177
인슐린주사			1.89	1.29	1.14	.83	1.372
식이요법			-.26	-.21	.01	.01	1.279
운동요법			1.03	.78	1.15	1.15	1.302
합병증 없음			4.70	3.51**	5.37	4.31****	1.156
당뇨관리					-.44	-3.30***	1.387
장애요인							
가족지지					.18	2.12*	1.331
F	4.93**		3.86**		5.12****		
R ² (Adj. R ²)	.166(.132)		.250(.187)		.369(.304)		
R ² change			.084*		.119****		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 ****p<.0001

6. 논의 및 결론

본 연구에서는 현대사회의 대표적인 만성질환 중 하나인 당뇨병을 가진 환자들을 대상으로 이들이 경험하는 질병관리 장애요인과 이것이 건강수준과 가지는 관련성을 분석하였다. 특히 사회경제적 지위가 취약한 의료급여환자들이 건강보험환자에 비하여 이러한 질병관리장애요인을 다르게 경험하는지를 비교분석하였다.

연구결과를 요약하면, 첫째, 의료급여환자들이 건강수준이 더 낮다고 보고하고 있으며, 이러한 차이는 다양한 인구사회학적, 질병관련 특성을 모두 통제한 이후에도 유의한 것으로 나타났다. 둘째, 의료급여환자는 질병관리에 더 많은 장애요인을 경험하고 있었으며, 특히 경제적 요인으로 인한 장애, 신체적, 정신적 건강과 관련된 장애요인으로 인해 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 셋째, 성인당뇨병 환자들이 인지하는 건강수준의 예측 요인들은 의료급여 수급여부와 합병증 유무, 질병관리 장애요인 그리고 질병관련 가족지지로 나타났다.

예측했던 바와 같이 의료급여환자들은 건강보험환자들에 비하여 건강수준이 낮다고 인식하고 있었으며, 질병관리 장애요인도 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 또한 당뇨병환자들이 인지하는 건강수

준은 합병증 유무와 같은 물리적 신체적 조건 외에도, 의료급여 수급여부와 질병관리장애요인, 가족지지 등과 같은 심리사회경제적 요인들이 중요한 예측인자가 됨을 알 수 있었다. 이러한 연구결과는 특히 만성질환을 관리해야 하는 환자들의 경우 사회경제적 지위가 중요한 영향을 미치고 있음을 나타내는 것이며, 이에 대한 의료사회복지사의 개입이 중요함을 시사하는 것이다.

사회경제적 취약계층의 건강수준 격차를 줄이기 위한 사회복지사의 임상적 노력은 구체적으로 이들이 경험하는 질병관리 장애요인을 파악하고 이러한 장애를 제거하는 데 도움을 주며, 지지체계를 가동할 수 있도록 해주어야 할 것이다. 이를 위해서는 의료급여환자들에 대한 보다 심층적이고 개별화된 접근이 필요하다.

저소득 취약계층의 당뇨병 환자들을 표적대상으로 하여 설계된 프로그램들이 당뇨병환자들이 질병 관리에 효과적이라는 연구보고들이 나오고 있다. 예컨대 저소득층 당뇨병 환자들을 대상으로 일반적인 1차 진료 이외에 추가적인 당뇨병 사례관리를 집중적으로 실시하는 것이 소득계층간 건강격차 해소에 효과적이었음이 보고된 바 있다(California Medi-Cal Type2 Diabetes Study Group, 2004). 이 프로그램은 저소득 당뇨병 환자의 학력이나 이해수준, 치료목표, 건강상태, 문화적 성향과 지지망 등을 고려한 다각적 사례관리 프로그램으로서, 의료진과의 면담 및 전화상담을 통해 외래진료예약의 확인 및 누락시 재예약, 외래방문을 위한 교통편의 서비스의 연결, 안과나 가정간호 등의 의료적 서비스 욕구의 사정 및 연결과 추후관리 등을 실시함으로써 저소득 환자들의 의료적 접근성을 최대한 높이는 프로그램이었다. 이러한 사례관리 프로그램은 사회복지사가 다른 당뇨병 교육팀의 일원들과 긴밀한 협조하에 수립될 수 있으며, 이를 통해 의료급여 환자들의 건강수준을 향상시킬 수 있을 것으로 보인다.

Anderson과 Christison-Lagay (2008)의 연구는 지역사회내에 위치한 보건소들을 중심으로 저소득 취약계층의 당뇨병 환자들을 대상으로 한 자기관리프로그램을 실시하여 효과성을 입증하였다. 이들의 개입의 특이한 점은 기존 당뇨교육의 방법과 달리 당뇨병 관련 지식보다는 구체적인 환자의 행동과 활동을 강조한 방식을 취했다는 것이다. 즉 매주의 집단세션은 당뇨병 관리에서 요구되는 구체적인 행동영역에 초점을 두고 환자로 하여금 자신이 도달할 수 있다고 생각하는 특정목표를 수립하도록 하여 이를 추후확인, 관리하는 것으로 이루어진다. 개입과정에서 연구자들이 발견한 중요한 점은 목표수립에 대한 환자들의 자기효능감을 높이기 위하여 저소득계층 환자들의 학력과 문화적 배경등을 고려한 교육자료 및 목표의 예시 등을 제작하는 것이 유용하였다는 점과, 이들 환자들을 대하는 의료진들을 대상으로 행동중심적인 자기관리 교육 방법을 훈련시키는 것이 매우 중요하게 작용하였다는 점이다. 특히 의료진들은 훈련 이후에도 다시 지식전달적인 기존의 교육방식으로 회귀하는 경향을 보여 초기훈련 이후에도 꾸준히 의료진의 재교육과 훈련이 요구되었다는 점이다.

이상에서 살펴본 것을 종합해 보면, 의료급여환자들을 대상으로 하는 당뇨병 관리교육은 현행의 정보와 지식전달 중심의 교육만으로는 충분한 결과를 달성하기 어렵고, 달성가능한 구체적 목표를 꾸준히 개발하여 달성을 확인하고 이를 가능하게 하기 위하여 다각적인 서비스의 연결과 적극적인 outreach가 중요할 것으로 보인다.

연구결과에서 또 한가지 주목할 것은 혈당수준과 같은 임상적 지표와 환자들이 인식하는 건강수준

과는 괴리가 있었다는 점이다. 혈당은 직접적인 자각증상이 뚜렷하지 않고 일상생활에서의 기능에 미치는 영향이 크지 않기 때문에 환자들이 주관적으로 인식하는 건강수준과의 관련성이 상대적으로 떨어지는 것으로 보인다. 본 연구에서 사용한 건강수준의 측정도구는 기존의 연구에서 단일문항으로 측정했던 주관적 건강상태보다 좀더 포괄적으로 건강의 여러 측면을 측정한 것으로, 의료적 세팅에서 흔히 사용되는 생리학적 임상지표보다 환자들의 일상적 생활에 보다 근접한 건강개념이라고 할 수 있다. 그런데 병원세팅에서는 일반적으로 생리적 지표에 의거하여 치료목표를 설정하고 있으며 중시하기 때문에 주관적 건강수준의 인식에 대해서는 상대적으로 덜 민감할 수 있다. 특히 외래환자들에 대한 의료사회복지사의 개입이 주로 의료진의 의뢰에 의존하고 있음을 감안할 때, 실제로 많은 환자들이 자신의 건강수준이 나쁘다고 인식하고 있고 질병관리에 어려움을 경험하고 있음에도 불구하고 사회복지사의 적절한 도움을 받지 못하고 있을 가능성이 있다. 따라서 의료사회복지사는 적극적인 사례 발굴의 노력과 함께 같은 치료팀의 일원들에게 사회복지사의 개입 필요성을 인식시켜서 적절한 도움이 필요한 환자들을 빠르게 파악하고 의뢰할 수 있도록 긴밀한 협조체제를 구축할 필요가 있다.

본 연구의 결과에서 가족지지가나 질병관리 장애요인과 같은 심리사회적 요인들이 건강수준에 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 이는 사회적 지지가 당뇨병 관리 및 당뇨병환자의 건강과 밀접한 관련이 있다는 선행연구결과들(Wen, Shepherd, and Parchman, 2004; 박동연, 2001)과 일맥상통하는 것이라고 볼 수 있다. 당뇨병 치료팀은 당뇨병환자들이 필요한 지지를 얻을 수 있도록 이들의 지지망을 활성화해야 하며, 당뇨병 환자의 가족들에 대한 교육을 통해 질병관리에 도움이 되는 적절한 지지를 제공할 수 있도록 원조해야 하겠다.

심리사회경제적 요인이 건강수준에 영향을 준다는 본 연구의 결과를 토대로 성인당뇨병환자들을 대하는 의료진은 지속적인 질병관리를 위하여 이들의 동기를 강화하고 유지하기 위한 권한부여(empowerment)적 접근을 추구해야 할 것으로 생각된다. 실제로 당뇨병 교육에 있어 환자 자신의 동기가 질병관리에서 가지는 중요성이 입증되면서 권한부여적 접근에 대한 관심이 급증하고 있고, 당뇨병 교육자들의 교육에서도 강조되고 있다. 특히 성인당뇨병환자들의 경우 상당정도의 우울수준이 있음이 보고된 바 있어(Thomas, Scarinci, Jones, and Brantley, 2003) 치료 동기를 사정하고 적절한 개입을 하기 위한 치료진의 역할이 요구된다.

본 연구는 설계상 몇 가지 한계점을 가지고 있으므로 이 연구결과를 해석하는 데 주의를 요한다. 가장 큰 한계는 충분한 수의 의료급여 수급노인을 연구에 참여시키지 못했다는 점이다. 접근성을 중심으로 편의표집을 하는 과정에서 최대한 의료급여 수급노인들을 참여시키고자 하였으나, 등록된 의료급여 당뇨병환자들의 수가 제한되어 있어 충분한 연구참여자를 확보하는 데 어려움이 많았다. 일반적으로 민간병원세팅에서 의료급여 환자들의 비중이 10% 미만인 점으로 미루어 볼 때 본 연구의 표본분포는 임상적 실천환경의 현실을 비교적 적절하게 반영하는 것이라고 할 수 있으나, 그럼에도 불구하고 본 연구에 포함된 의료급여환자들이 전체 당뇨병을 가진 의료급여환자들을 적절하게 대표했느냐에 대한 문제가 제기될 수 있다. 추후 연구에서는 3차 병원이 아닌 지역사회내 보건의료기관(보건소, 1차 진료기관 등)을 중심으로 저소득노인에 대한 의도적 표집을 실시함으로써 보다 균등한 표본분포를 가지고 집단간 비교를 실시할 수 있도록 하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

둘째, 횡단적 조사로 시행된 연구이므로 건강수준과, 이에 대한 예측요인으로서 나타난 질병관리장애요인이나 가족지지간의 관련성에 시간적 선후관계가 없어 인과관계를 확신하기 어렵다. 이후에 질병관리 장애요인이나 가족지지 등에 대한 개입프로그램을 실시하고 이후 환자들이 인지하는 건강수준에 차이가 나타나는지를 살펴보는 종단적 설계를 통해 보다 확실한 인과관계의 정립이 가능할 것으로 기대된다.

셋째, 당뇨병 관리는 일상생활의 다양한 측면들과 관련되고, 식사요법, 약물요법, 운동요법, 혈당측정, 발관리 등의 복합적인 관리행동을 요구한다. 이러한 다측면적인 당뇨병 관리에 영향을 미치는 장애요인 역시 다양할 것이다. 본 연구에서 조악화한 질병관리장애요인 외에도 다양한 심리사회경제적 장애요인들이 존재할 것으로 보이며, 각각의 관리영역에 따라서 환자들이 인지하는 장애요인 역시 차별적으로 나타날 수 있을 것이다. 추후 연구에서 당뇨병의 식사요법이나 운동요법, 혈당측정, 약물요법, 인슐린 요법 등에 따라서 어떠한 장애요인을 더 많이 경험하는지 분석해 본다면, 질병관리가 잘 되지 않는 영역별로 환자에게 보다 직접적으로 작용하는 장애요인을 파악하고 제거하는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

이상의 한계에도 불구하고, 본 연구는 당뇨병이라는 질병을 중심으로 의료급여환자와 건강보험환자간에 건강수준이 다르게 나타난다는 점을 실증적으로 분석하였다는 점, 그리고 질병관리장애요인들이 이 두 집단에서 어떻게 다르게 나타나는지를 비교분석했다는 점에서 의의가 있다. 특히 의료급여환자는 의료사회복지사가 주로 만나는 주요한 클라이언트 계층이며, 당뇨병관리의 장애요인은 당뇨병 교육팀에서 특히 사회복지사가 고유한 영역으로서 개입할 수 있는 주된 영역이다. 의료사회복지사의 주된 영역이 되는 이 두 가지 측면을 함께 살펴봄으로써 본 연구는 의료사회복지사의 주된 사정 및 개입 표적이 되는 영역의 중요성을 실증적으로 보여주었다는 점에서 실천적 의의가 있다고 하겠다.

참고문헌

- 강명재 · 김수연 · 박선영 · 박찬희 · 성지영 · 신명아 · 하지영 · 황은희 · 김정선 · 최영희. 1995. “당뇨식이 요법 이행에 있어서 환자가 지각하는 가족지지에 대한 연구”. 『이화간호학회지』 28: 40-51.
- 강홍구. 1995. “당뇨인의 효율적 자기관리를 위한 사회복지사의 상담효과성에 관한 연구”. 연세대학교 대학원 석사학위논문(미간행).
- 구미옥. 1994. “당뇨병환자의 자기효능, 자기조절, 상황적 장애, 자기간호행위간의 관계”. 『대한간호학회지』 24(4): 35-651.
- 김승곤. 2005. “사회경제적 지위와 노인의 주관적 건강”. 『노인복지연구』 28(여름): 187-206.
- 김정범. 2001. “당뇨병과 연관된 심리사회적 문제들”. 『생물치료정신의학』 7(2): 288-295.
- 김진영. 2007. “사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로”. 『한국사회학』 41(3): 127-153.
- 문은옥 · 박은철 · 광민선 · 최귀선 · 김성경 · 함명일. 2007. “우리나라 5대 암 검진대상 인구의 사회경제적 수준에 따른 주관적 건강수준”. 『대한임상건강증진학회지』 7(3): 157-164.
- 박동연. 2001. “사회적지지가 당뇨환자의 식사요법실천에 미치는 영향”. 『한국가정과학회지』 4(1): 108-120.

- 박석원 · 김대중 · 민경완 · 백세현 · 최경목 · 박이병 · 박정현 · 손현식 · 안철우 · 오지영, 외. 2007. “전국표본조사에 의한 우리나라 당뇨병 관리실태: 건강보험자료 분석결과”. 『당뇨병』 31(4): 362-367.
- 박영룡 · 전홍원 · 임중환 · 오미경 · 이흥수 · 이혜리 · 윤방부. 1991. FACES III로 본 성인형 당뇨병 환자의 혈당조절과 가족기능과의 관계. 『가정의』 12(4), 17-25.
- 석부현. 1992. “인슐린 비의존성 (Type II) 당뇨병환자의 치료지시이행과 가족지지 및 자존감과의 관계”. 『가톨릭대학 의학부 논문집』 45(1): 347-354.
- 위준환 · 남홍우 · 정홍배 · 문도호 · 이흥순. 1998. “65세 이상 노인 당뇨병 환자에서 식사요법 실행의 장애인자”. 『노인병』 2(1): 42-48.
- 이승미. 2002. “한국노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 관한 연구”. 『한국노년학』 22(3): 135-157.
- 이정숙 · 이인수. 2005. “노년기 건강관리행동과 사회경제요인이 건강상태에 미치는 영향”. 『노인복지연구』 27(봄): 231-253.
- 이태화 · 고일선 · 이경자 · 강경화. 2005. “빈곤층 노인의 건강상태, 건강인식 및 건강증진행위 실천 간의 관계: 보건소 방문간호 대상자 중심으로”. 『대한간호학회지』 35(2): 252-261.
- 이호성. 2004. “노인의 건강상태와 의료비부담 관련요인에 대한 연구”. 『한국노년학』 24(3): 163-179.
- 장수미 · 권자영 · 최경애 · 김준영. 2002. 『성인당뇨병』. 서울: 나눔의 집.
- 최경애 · 장수미 · 남홍우. 2008. “노인 당뇨병환자의 자기관리 실태 및 방해요인”. 『당뇨병』 32(3): 280-289.
- 통계청. 2006. 성별 사망원인 순위, 2006. 통계청 <http://www.nso.go.kr>에서 발췌.
- Drass, J., J. Corcoran, S. Kell, A. Moskowitz, M. Osborn, B. Fleming, and B. Bausel. 1998. “Diabetes care for Medicare beneficiaries: Attitudes and behaviors of primary care physicians”. *Diabetes Care* 21(8): 1282-1287.
- Dutton, G. R., J. S. Bodenlos, J. Johnson, P. J. Brantley, and D. Whitehead. 2005. “Barriers to physical activity among predominantly low-income African-American patients with Type2 diabetes”. *Diabetes Care* 28: 1209-1210.
- Fitzgerald, J. T., W. K. Davis, C. M. Connell, G. E. Hess, M. M. Funnell, and R. G. Hiss. 1996. “Development and validation of the Diabetes Care Profile”. *Evaluation and the Health Professions* 19(2): 209-231.
- Glasgow, R. E., L. Strycker, S. Hampson, and L. Ruggiero. 1997. “Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management”. *Diabetes Care* 20(4): 556-561.
- Glasgow, R. E., D. J. Toobert, and C. D. Gillette. 2001. “Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life”. *Diabetes Spectrum* 14(1): 33-41.
- Greene, J., M.J. Yedidia, and The Take Care to Learn Evaluation Collaborative. 2005. “Provider behaviors contributing to patient self-management of chronic illness among underserved populations”. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16: 808-824.
- Karter, A., L. Ackerson, A. Ferrara, J. Selby, and J. Darbinian. 2000. “Self-monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes”. *Diabetes Care* 23(4): 477-483.
- Mayberry, R., T. Davis, E. Alema-Mensah, A. R. Samadi, R. Finley, and A. Jones. 2005.

- “Determinants of glycemic status monitoring in black and white Medicaid beneficiaries with diabetes mellitus”. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16: 31-49.
- McCall, D. T., J. E. Reusch, A. Sauaia, P. Barton, and R. F. Hamman. 2004. “Are low-income elderly patients at risk for poor diabetes care?” *Diabetes Care* 27: 1060-1065.
- Nakahara, R., K. Yoshiuchi, F. Kumano, Y. Hara, H. Suematsu, and T. Kuboki. 2006. “Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with Type2 diabetes”. *Psychosomatics* 47(3): 240-246.
- Piette, J., M. Heisler, and T. Wagner. 2004. “Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes”. *Diabetes Care* 27(2): 384-391.
- Ponzo, M., E. Gucciardi, M. Weiland, R. Masi, R. Lee, and S. Grace. 2006. “Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes”. *Behavioral Medicine* 31(4): 153-160.
- Rhee, M. K., C. B. Cook, V. G. Dunbar, R. M. Panayioto, K. J. Berkowitz, B. Boyd, C. D. George, R. H. Lyles, I. M. El-Kebbi, and L. S. Phillips. 2005. “Limited health care access impairs glycemic control in low socioeconomic status urban African Americans with Type2 diabetes”. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16: 734-746.
- Shawver, G. W. and R. H. Cox. 2000. “Need for physician referral of low-income, chronic disease patients to community nutrition education programs”. *Journal of Nutrition for the Elderly* 20(1): 17-33.
- Simmons, D., J. Swan, S. Lillis, and J. Haar. 2007. “Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care”. *Diabetes Care* 30(3): 490-495.
- Simmons, D., T. Weblemoe, J. Voyle, A. Prichard, L. Leakehe, and B. Gatland. 1998. “Personal barriers to diabetes care: Lessons from a multi-ethnic community in New Zealand”. *Diabetic Medicine* 15: 958-964.
- The California Medi-CAL Type2 Diabetes Study Group. 2004. “Closing the gap: Effect of diabetes case management on glycemic control among low-income ethnic minority populations”. *Diabetes Care* 27(1): 95-103.
- Thomas, J., I. Scarinci, G. Jones, and P. Brantley. 2003. “A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with Type 2 diabetes and other chronic illnesses”. *Diabetes Care* 26(8): 2311-2317.
- Trief, P., R. Orendorff, C. L. Himes, and R. S. Weinstock. 2001. “The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes”. *Diabetes Care* 24(8): 1384-1389.
- Trief, P., K. D. Britton, M. J. Wade, and R. S. Weinstock. 2002. “A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes”. *Diabetes Care* 25: 1154-1158.
- Trief, P., P. C. Morin, R. Izquierdo, J. Teresi, J. P. Eimicke, R. Goland, J. Starren, S. Shea, and R. S. Weinstock. 2006. “Depression and glycemic control in elderly ethnically diverse patients with diabetes: the IDEATel project.” *Diabetes Care* 29(4): 830-835.
- Watchel, M. 2005. “Family poverty accounts for differences in lower-extremity amputation rates of minorities 50 years old or more with diabetes”. *Journal of the National Medical Association*

97(3): 334-338.

Wen, L. K, M. D. Shepherd, and M. L. Parchman. 2004. "Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with Type2 diabetes". *The Diabetes Educator* 30(6): 980-993.

Zgibor, C. and D. Simmons. 2002. "Barriers to blood glucose monitoring in a multiethnic community". *Diabetes Care* 25(10): 1772-1777.

Health Status and Self-management Barriers in People with Diabetes -A Comparison by Medicaid Beneficiary Status-

Rhee, Chaie-Won
(Soongsil University)

Academic interest has been drastically increased for the health disparities due to socioeconomic factors. For those who have a chronic illness such as diabetes, various psychosocial barriers related to illness management might affect and aggravate this disparity. This study focused on illness management barriers experienced by people with diabetes, and examined the differences by their Medicaid beneficiary status. The between group differences in illness management barriers, family support and health status were examined as well as the association between illness management barriers and health status. The sample of this study consists of 144 community dwelling adults who have diabetes, recruited from an outpatient diabetes clinic and a community welfare center.

Medicaid beneficiaries reported poorer health status, and experienced more illness management barriers compared to their counterparts. Statistically significant differences were observed in barriers due to mental health, financial status, and lack of support. The between group difference in health status remained significant after controlling for the effect of demographic characteristics and illness related factors. Social work practitioners working with this population should address these illness management barriers to reduce socioeconomic health disparity.

Key words: Medicaid beneficiary status, illness management barriers, health status, socioeconomic status, diabetes self-management, health disparity

[논문 접수일 : 2008년 9월 28일 게재 확정일 : 2008년 10월 13일]