

의료보장유형에 따른 65세 이상 노인의 건강관련 삶의 질 비교 연구

Comparison of Health-related Quality of Life of Elderly Aged more than 65 Years
according to the Insurance Type

홍주연*, 김가중**

충북대학교 대학원 의학과 의료정보학 및 관리학교실*, 극동대학교 방사선학과**

Ju-young Hong(hongju42@hanmail.net)*, Gha-jung Kim(gjms1225@hanmail.net)**

요약

본 연구에서는 2011년도부터 2013년도까지 3년간의 지역사회건강조사 자료를 분석하여 65세 이상 노인 의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 건강관련 삶의 질 등 포괄적인 평가를 해보고자 하였다. 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 비교를 위해 노인의료급여수급권자 678,869명과 성, 연령, 지역(시,구,군)을 1:1 짝짓기 하는 방법으로 노인건강보험가입자를 무작위 추출하여 대조군으로 하였다. 연구결과 노인의료급여수급권자가 노인건강보험가입자보다 사회경제적 지위가 낮고, 배우자가 없거나 가구원수가 적고, 건강행태가 불량하고 만성질환의 이환율이 높았고 충분한 의료이용을 하지 못하는 것으로 나타났다. 하지만 노인건강보험가입자도 만성질환의 이환율이 높고 충분한 의료이용을 하지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 특성으로 인해 노인들의 건강 관련 삶의 질이 전체적으로 낮은 것으로 분석이 되었다. 따라서 노인과 관련된 사회서비스 체계 및 프로그램의 재평가를 해 노인의 삶의 질을 좀 더 효과적으로 증진시킬 수 있도록 노인의 특성을 고려한 적합한 서비스와 프로그램 개발을 위한 노력이 필요하다.

■ 중심어 : | 건강행태 | 질병이환 | 의료이용 | 삶의 질 |

Abstract

In this study, we analyze the community health survey data for 3 years from 2011 to 2013 were analyzed for evaluation. This study attempts to comprehensively evaluate differences between elderly medical aid beneficiaries and elderly health insurance beneficiaries in terms of health-related quality of life. All of elderly medical aid beneficiaries who responded community health survey were included for study and elderly health insurance beneficiaries were randomly selected as a control group by matching gender, age and location. The findings show that the elderly medical aid beneficiaries can not receive sufficient health care services, even though they have pay a low socio-economic status, spouse or fewer households enemies and poorer health behavior and higher morbidity of chronic diseases than the elderly health insurance beneficiaries do. But elderly health insurance beneficiaries also showed that not enough care utilization is high morbidity of chronic diseases. These factors aggravate the medical aid beneficiaries' health-related quality of life. This characteristic was analyzed to lower health-related quality of life of the elderly. Therefore, it is necessary to strive for the development of appropriate services and programs taking into account the characteristics of the elderly that may go through a limited resource and promote the quality of life for the elderly more effectively re-evaluation of social services systems and programs related to elderly.

■ keyword : | Health Behavior | Disease Morbidity | Medical Care | Quality of Life |

I. 서론

우리나라는 세계에서 유례를 찾아볼 수 없을 정도로 인구 고령화가 빠르게 진행되고 있다. 1980년 전체 인구에서 65세 이상의 인구가 차지하는 비율은 3.8%였으나, 2010년 10.9%로 증가하였으며, 이러한 추세는 더욱 빨라져 2018년에는 14.3%의 고령사회, 2026년에는 20.8%를 넘는 초고령사회로의 진입을 전망하고 있다[1].

의료 기술 발달과 생활수준 향상, 영양 및 식생활의 개선으로 현대인의 평균 수명이 연장되었고 그 결과 노인 인구가 빠르게 증가하고 있다. 우리나라가 고령화 사회로 정착되면서 다각적인 측면에서 노인인구에 대한 특성의 이해를 필요로 하고 있다[2]. 노인인구의 증가는 단순한 특정 연령층의 증가를 의미할 뿐 아니라 [3] 이러한 고령화 사회는 여러 가지 노인의 삶에 질에 관련된 문제를 발생시킨다. 그중에서도 사회경제적인 특성 즉 가구소득에 따라 노인의 건강행태와 건강에 관련된 문제가 심각하게 제기되었으며[4] 이것은 노인성 질환의 증가를 의미하기도 한다. 노인성 질환의 치료는 대체적으로 경제력에 의존하기 때문에 저소득 계층에서는 경제적 부담으로 크게 작용되고, 이런 노인들의 건강상태 악화는 노인의 건강관련 삶의 질 저하를 가져오는 원인이 된다[5]. 또 이러한 문제는 장기적인 치료와 돌봄을 필요로 하기 때문에[6] 노년층만의 문제가 아니라 가족과 국가 복지체계에도 영향을 미치는 사회 문제이다[3].

이러한 고령화 사회에 대비하기 위해 노인 삶에 질에 대한 관심이 높아지고 있으나 노인 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 미흡하게 진행이 되었다. 특히 노인의 경제적인 특성에 따른 삶의 질에 대한 연구는 관심이 부족하다[7]. 노인을 대상으로 한 선행연구를 살펴보면 일반 노인의 성별에 따른 신체활동 수준과 영향요인, 건강관련 삶의 질과의 연관성에 대한 연구등 대상이 한정되어 있거나 단편적인 주제를 가지고 있다[8-10]. 노인의 건강상태 및 건강행위 우울 등이 삶에 질에 영향을 미치는 요인으로 선정된 연구가 많았으며 [11] 노인 전체를 대상으로 건강관련 삶의 질 관련연구는 극히 부족한 실정이다. 지금까지 보건, 의료, 복지 분야에서 노인의 삶의 질을 주제로 한 선행연구는 건강증

진 행위 및 건강행동과 관련한 삶의 질을 연구하는 논문은 많았지만 노인의 건강행태, 질병이환, 의료이용, 삶의 질을 포괄적으로 살펴본 연구는 미흡한 실정이다 특히 사회경제적인 특성 즉 경제적 특성에 영향을 주는 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 65세 이상 노인의 비교 연구는 찾아 볼 수가 없다.

이처럼 노인에 대한 연구가 많이 이루어져 있지만 소규모 자료를 이용하거나 건강행태 등 단편적인 주제에 한정되어 있다. 이에 본 연구에서는 전국적으로 이루어지고 대규모 서베이조사인 지역사회건강조사 자료를 이용해서 65세 이상 노인의료급여수급권자와 65세 이상 노인건강보험가입자의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가로 노인의 특성을 파악하여 노인의 노후 삶의 질을 향상시키기 위해 필요한 기초자료와 취약계층의 노인건강증진을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상

본 연구는 질병관리본부 주관으로 2011년도부터 2013년도까지 3년간 지역사회건강조사의 원시자료를 이용 하였데 지역사회건강조사 자료는 자료활용동의서를 지역사회건강조사 홈페이지를 통하여 신청하여 승인을 받아 자료를 다운받았다. 지역사회건강조사는 근거에 기반한 보건정책 수립과 평가를 위해서 지역주민의 건강상태에 대한 통계자료 산출을 목표로 2008년부터 매년 시행되고 있는 조사이다. 이 조사는 만 19세 이상의 성인을 대상으로 하고 있고 매년 시군구별로 900명 내외를 조사하고 있다. 본 연구의 대상이 된 65세 노인은 2011년부터 2013년까지 678,869명이 조사되었다

2011년부터 2013년 까지 지역사회건강조사에 참여한 65세 이상 노인의료급여수급권자는 총 3,559명을 연구 대상으로 하였다. 그리고 비교를 위해서 65세 이상 노인의료급여수급권자와 성, 연령, 지역(시,구,군)을 1:1 짝짓기 하는 방법으로 3,559명의 65세 이상 노인건강보험가입자를 무작위 추출하여 대조군으로 선정 하였다.

2. 분석 변수

65세 이상 노인건강보험가입자와 65세 이상 노인의료급여수급권자의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등 다양한 영역을 포괄적으로 분석하였다. 각 영역별 분석 변수는 정지혜[12], 강선례[14], 정영호[18], 임미영[20] 등의 선행 연구에 대한 문헌 고찰과 연구진들의 합의 도출을 통해서 선정되었다.

표 1. 건강관련 삶의 질 등에 대한 평가 영역과 변수

구분	변수
인구사회학적특성	성별, 연령, 지역(시,구,군), 교육, 배우자유무, 가구원수, 가구세대, 가구 총 소득, 경제활동 유무
건강행태	현재흡연(유,무), 현재음주(유,무), 중등도 신체활동(유,무), 걷기실천(유,무), 1일1회 과일섭취(유,무), 1일1회 채소섭취(유,무), 저체중(BMI<18.5), 비만(BMI≥25), 체중조절시도(유,무), 주관적 구강건강(좋은, 나쁨), 스트레스인지(유,무), 주관적 건강(좋은,보통,나쁨)
질병이환	고혈압의사진단(유,무), 당뇨병의사진단(유,무), 이상지질혈증의사진단(유,무) 뇌졸중의사진단(유,무), 심근경색의사진단(유,무), 협심증의사진단(유,무), 관절염의사진단(유,무), 골다공증의사진단(유,무), 아토피의사진단(유,무), 백내장의사진단(유,무), 우울증의사진단(유, 무)
의료이용	의료 미충족 경험(유,무), 의료 미충족사유(경제적인유, 예약이 힘들어서, 교통이 불편, 시간이 맞지 않아서, 대기시간이 길어서, 중상이기때워서, 기타)
건강관련 삶의 질	EQ-5Index 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상활동(usual activities), 통증/불편감(pain/discomfort), 불안/우울감(anxiety/depression)

건강관련 삶의 질 영역에서는 'EQ-5Index'를 분석한 변수의 값은 완전한 건강상태를 의미하는 1점에서 죽음을 의미하는 0점 사이에 분포한다. 본 연구는 표기의 편의를 위해서 최대점수인 1점을 100%로 변환하여 사용하였다.

3. 자료 분석

지역사회건강조사에서는 각 조사대상자가 대표하는 집단의 크기를 가중치를 이용해서 표기하고 있기 때문에, 65세 이상 노인건강보험가입자와 65세 이상 노인의료급여수급권자의 차이를 전체적으로 평가하기 위해 가중치를 적용한 값을 이용하였다. 첫 번째, 두 군간 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용 차이에 대한 통계적 분석은 가중치를 적용한 카이자승검증과

로지스틱회귀분석을 이용하였다. 두 번째, 건강관련 삶의 질에 대한 분석은 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변수들과 삶의 질 간의 다중회귀분석을 이용하였다. 삶의 질에는 사회경제적 특성뿐만 아니라 건강행태, 만성질환, 의료이용 등이 영향을 줄 수 있기 때문에 문헌고찰과 단변량 분석, 변수들 간의 상관분석을 통해서 설명변수를 선정하였다. 그리고 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수들을 통제된 상태에서 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자간의 삶의 질 차이를 보기 위해서 노인의료급여수급권자 여부를 설명변수에 추가하였다. 종속변수는 삶의 질을 나타내는 EQ-5Index를 %로 환산하여 사용하였다.

III. 연구 결과

1. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 인구사회학적 특성

연구대상자는 가중치를 적용할 경우 노인건강보험가입자 366,371명, 노인의료급여수급권자 360,780명 총 727,150명이다. 노인의료급여수급권자는 남자보다 여자의 비율이 2배정도 높았으며, 연령은 71~75세 가장 많고 65~70세, 76~80세, 81~85세, 86~90, 90대이상 순으로 나타났고, 지역별로는 구, 시, 군 순으로 분포가 나타났다. 성, 연령, 지역은 매칭을 하였기 때문에 노인건강보험가입자도 유사한 양상을 보였다.

교육수준은 대학교 이상이 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자가 2배 정도의 차이를 보였고, 가구의 총소득은 100만원미만은 노인의료급여수급권자가 노인건강보험가입자에 비해 2배 정도 높은 분포를 보이고, 400만원이상은 노인건강보험가입자가 12.07%, 노인의료급여수급권자가 0.79%를 보여 가구의 총 소득은 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 격차가 많이 벌어지는 경향을 보였다[표 2].

2. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 건강행태 차이

노인의료급여수급권자는 노인건강보험가입자에 비

표 2. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 인구사회학적 특성 비교

변수		65세 이상 노인 건강보험가입자 (%)	65세 이상 노인 의료급여수급권자 (%)	p-value
성별	남자	32.31	32.91	.712
	여자	67.69	67.09	
연령	65~70	29.01	28.45	.996
	71~75	32.00	29.16	
	76~80	25.59	24.23	
	81~85	10.31	12.23	
	86~90	2.82	4.42	
	90 이상	0.27	1.50	
지역	시	29.60	28.85	.069
	구	54.00	54.78	
	군	16.40	16.37	
교육	무학	34.66	46.16	.001
	초등학교	32.66	30.51	
	중학교	10.73	11.38	
	고등학교	15.66	8.83	
	대학교 이상	6.30	3.12	
배우자 유무	무	0.29	3.37	.001
	유	99.71	96.63	
가구원수	2명 이하	91.27	97.15	.001
	3명~4명	6.76	2.45	
	5명 이상	1.96	0.40	
가구 세대	1세대	60.48	73.34	.001
	2세대	24.41	21.13	
	3세대	15.11	5.52	
가구 총 소득	100만원미만	41.35	85.43	.001
	100만원이상~200만원미만	24.25	11.02	
	200만원이상~300만원미만	13.33	1.93	
	300만원이상~400만원미만	9.00	0.84	
	400만원이상	12.07	0.79	
경제활동 유무	무	75.79	89.02	.001
	유	24.21	10.98	

해 더 많이 흡연 하고, 운동은 덜 하고 있으며, 채소섭취는 더 낮은 것으로 나타났다. 이러한 건강행태를 반영하여 노인의료급여수급권자는 비만율이 높았고, 주관적 건강수준이 낮은 것으로 나타났다. 구강건강 수준도 노인건강보험가입자에 비해 노인의료급여수급권자가 낮았고 스트레스 인지율도 1.5배 주관적 건강 나쁨도 1.4배 높았다[표 3].

3. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 질병이환 차이

노인의료급여수급권자는 전체적으로 노인건강보험가입자 보다 높은 질병이환을 보였다. 그중에서도 뇌졸중, 심근경색, 아토피는 노인의료급여수급권자가 노인

건강보험가입자 보다 2배정도 높은 경향을 보였다. 고혈압과 당뇨병은 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자가 크게 차이가 나지 않았다[표 4].

4. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 의료이용 차이

노인건강보험가입자 보다 노인의료급여수급권자가 의료 미충족 경험을 많이 하는 것으로 나타났다. 노인 의료급여수급권자는 24.85%, 노인건강보험가입자는 12.68%로 1.9배정도 높게 나타났다[표 5].

표 3. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 건강행태 차이 비교

변수	65세 이상 노인 건강보험가입자 (%)	65세 이상 노인 의료급여수급권자(%)	p
현재 흡연	무 91.32 유 8.68	83.69 16.31	.001
현재 음주	무 39.06 유 60.94	39.01 60.99	.021
중등도 신체 활동	무 90.36 유 9.64	93.67 6.33	.011
걷기 실천	무 57.42 유 42.58	65.79 34.21	.001
1일1회 과일 섭취	무 64.59 유 35.41	80.03 19.97	.001
1일1회 채소 섭취	무 69.46 유 30.54	80.47 19.53	.001
비만 (BMI)	정상 70.73 저체중(BMI<18.5) 5.88 비만(BMI≥25) 23.39	67.01 9.78 23.21	.001
체중조절 시도	무 64.97 유 35.03	70.63 29.37	.041
주관적 구강건강	좋음 37.17 나쁨 62.83	25.18 74.82	.001
스트레스 인지	무 76.59 유 23.41	63.08 36.92	.001
주관적 건강	나쁨 46.09 보통 36.39 좋음 17.51	66.55 23.45 10.00	.001

표 4. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 질병이환 차이 비교

변수	65세 이상 노인 건강보험가입자(%)	65세 이상 노인 의료급여수급권자(%)	p
고혈압 의사진단	무 44.42 유 55.58	42.22 57.78	.001
당뇨병 의사진단	무 80.08 유 19.92	74.61 25.39	.001
이상지질혈증 의사진단	무 82.16 유 17.84	81.53 18.47	.001
뇌졸중 의사진단	무 95.41 유 4.59	91.26 8.74	.001
심근경색 의사진단	무 97.12 유 2.88	95.21 4.79	.001
협심증 의사진단	무 95.65 유 4.35	93.13 6.87	.001
관절염 의사진단	무 64.61 유 35.39	57.73 42.27	.001
골다공증 의사진단	무 76.51 유 23.49	69.56 30.44	.001
아토피 의사진단	무 99.46 유 0.54	98.21 1.79	.001
백내장 의사진단	무 66.72 유 33.28	57.53 42.47	.001
우울증 의사진단	무 95.55 유 4.45	93.51 6.49	.001

표 5. 65세 이상 노인 건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 의료 미충족 경험 비교

변수	65세 이상 노인건강보험 가입자(%)	65세 이상 노인의료급여수급권자(%)	p
미충족 경험	무 87.32 유 12.68	75.15 24.85	.001

노인건강보험가입자의 의료 미충족 경험 사유는 경제적인 이유, 기타, 교통이 불편 등으로 나타났고, 노인 의료급여수급권자도 경제적인 이유, 기타, 교통이 불편 등으로 나타났다. 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자 모두 미충족 경험 사유의 50%이상을 경제적인 이유가 차지했다[표 6].

표 6. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 의료이용제한 사유 비교

변수	65세 이상 노인 건강보험가입자(%)	65세 이상 노인 의료급여수급권자(%)	p
경제적인 이유	50.79	58.09	
예약이 힘들어서	1.38	3.26	
교통이 불편	12.10	11.51	
시간이 맞지 않아서	6.41	2.96	.001
대기시간이 길어서	2.26	3.03	
증상이 가벼워서	12.57	5.78	
기타	14.49	15.38	

5. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 건강관련 삶의 질 차이

표 7. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 건강관련 삶의 제한 차이 비교

영역	65세 이상 노인건강보험 가입자(%)	65세 이상 노인의료급여수급권자(%)	p
운동능력 제한	무 51.65 유 48.35	34.31 65.69	.001
자기관리 제한	무 83.59 유 16.41	68.11 31.89	.001
일상생활 제한	무 64.05 유 35.95	45.57 54.43	.001
통증/불편 제한	무 42.72 유 57.28	26.80 73.20	.001
불안/우울 제한	무 73.02 유 26.98	55.39 44.61	.001

노인의료급여수급권자가 노인건강보험가입자에 비해 건강관련 삶의 제한이 전체적으로 많은 것으로 보였

표 8. 65세 이상 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

변수		Parameter Estimate(%)	95% CI		p-value
사회경제적 특성					
보험구분	건강보험가입자	—			
	의료급여수급권자	-3.12	-4.518	-2.827	.001
교육수준	무학	—			
	초등학교	3.15	1.589	5.117	.001
	중학교	3.99	2.462	6.262	.001
	고등학교	4.56	3.541	7.226	.001
	대학교	5.06	3.038	7.073	.001
배우자 유무	무	—			
	유	2.86	1.540	5.757	.001
가구원수	2명 이하	—			
	3~4명 이하	1.54	0.725	1.823	.001
	5명 이상	2.85	2.685	3.981	.001
가구총소득	100만원 미만	—			
	100만원이상~200만원미만	2.33	0.921	3.420	.001
	200만원이상~300만원미만	2.89	1.001	3.324	.001
	300만원이상~400만원미만	2.98	1.762	4.123	.001
	400만원이상	3.32	1.724	4.056	.001
건강행태 및 주관적 건강수준					
현재 흡연	무	—			
	유	-2.09	-1.221	0.981	.001
현재 음주	무	—			
	유	0.76	-0.686	2.211	.302
중등도신체활동	무	—			
	유	3.02	2.226	3.821	.001
1일1회야채섭취	무	—			
	유	1.88	0.117	1.944	.025
저체중	정상	—			
	저체중	-3.90	-6.039	-1.769	.510
비만	정상	—			
	비만	1.86	1.019	2.696	.045
주관적 건강	좋음	—			
	보통	-2.25	-1.974	-0.935	.001
	나쁨	-15.59	-16.711	-14.466	.001
스트레스 인지	무	—			
	유	-4.58	-5.502	-2.956	.001
질병이환					
고혈압 의사진단	무	—			
	유	-2.60	-2.969	-0.941	.001
당뇨병 의사진단	무	—			
	유	-2.21	-2.699	0.281	.001
이상지질혈증 의사진단	무	—			
	유	-2.11	-2.909	0.399	.001
관절염 의사진단	무	—			
	유	-7.40	-9.129	-5.675	.001
우울증 의사진단	무	—			
	유	-8.59	-11.219	-4.998	.001
의료이용 미충족 경험	무	—			
	유	-5.25	-5.960	-3.933	.001

고, 그중에서 자기관리제한은 노인건강보험가입자 16.41% 노인의료급여수급권자 31.89%로 가장 큰 차이를 보였다. 평균 삶의 제한이 노인의료급여수급권자가 노인건

강보험가입자 보자 1.5배 높았다[표 7].

건강관련 삶의 질에 대한 다변량회귀분석 결과, 다양한 요인들이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났

다. 무학에 비해 교육수준이 증가 할수록, 배우자가 없을 때 보다 있을 때 가구원수가 많을수록 삶의 질이 높아졌다. 가구 총 소득은 100만원미만에 비해 소득이 증가 할수록 삶의 질이 높아졌다. 현재흡연을 할 때 보다 흡연을 안할 때, 중등도 신체활동을 안 할 때 보다 할 때 삶의 질이 높아졌다. 스트레스 인지가 없을 때 보다 있을 때가 삶의 질이 낮아졌다. 주관적 건강은 좋음일 때 보다 보통일 때 회귀계수(-2.25)가 낮았으며 나쁨일 때는 좋음일 때보다 회귀계수(-15.59)가 크게 낮아졌다. 고혈압 의사진단, 당뇨병 의사진단, 이상지질혈증 의사진단, 관절염 의사진단, 우울증 의사진단을 받은 사람들은 받지 않은 사람들에 비해 삶의 질이 낮았다. 그리고 의료 미충족 경험이 있을 때가 없을 때보다 삶의 질이 낮았다. 삶의 질에 영향을 미치는 위와 같은 요인들을 다 통제된 상태에서 노인의료급여수급권자가 노인건강보험가입자에 비해서 삶의 질이 3.6% 낮은 것으로 나타났다. 다중회귀분석 모형의 R-square는 0.3729였다. 결과, 삶의 질 측정도구인 EQ-5D은 노인의료급여수급권자 0.7372±3.96, 노인건강보험가입자 0.8344±1.76로 노인의료급여수급권자는 노인건강보험가입자 보다 전체적인 삶의 질이 낮은 경향을 보였다[표 8].

IV. 논 의

본 연구는 우리나라 65세 이상 노인들의 의료보장에 따른 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가로 노인의 특성을 파악하여 노인의 노후 삶의 질을 향상시키기 위해 필요한 기초자료와 취약계층 노인의 건강증진을 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

첫째, 65세 이상 노인의 인구사회학적특성의 결과 노인의료급여수급권자는 전반적으로 노인건강보험가입자 보다 교육수준이 낮고, 가구소득수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 또한 배우자가 없고 가구원수가 2명 이하인 경우가 많았다. 지역의 보건소 방문건강관리 자료를 이용한 정지혜[12]의 연구, 서울시 한지역의 영구임대 아파트에 살고 있는 노인 152명 대상으로 한

강선옥[13]의 연구, 한지역의 경제적 취약계층 노인들을 대상으로 한 Bowling 등[14] 기존 선행연구들은 노인의료급여수급권자의 사회경제인 특성은 본 연구와 유사한 결과를 보였다.

둘째, 65세 이상 노인의 건강행태의 결과 노인의료급여수급권자는 건강행태가 불량하고 주관적 건강수준도 낮은 것으로 나타났다. 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 건강행태를 비교한 선행연구를 찾아 볼 수 없어서 직접적 비교는 어렵지만, 지역의 보건소 방문 65세 이상 노인의료급여수급권자대상인 정지혜[12]의 연구에서 노인의료급여수급권자의 흡연율이 6.6%, 음주율은 7.3%, 규칙적인 운동은 68.9%라고 보고 하였다. 본 조사 결과에 비해 흡연율이나 음주율이 낮았고 규칙적인 운동은 높았다. 규칙적 운동은 걷기 실천을 규칙적 운동으로 본다고 해도 매우 높은 수치였다. 이러한 차이는 조사 대상이 지역의 보건소서비스 이용을 위해 방문한 노인환자로 보건소의 교육과 관리를 받고 있기 때문에 생겨난 차이로 보인다. 이 차이를 보면 노인들의 경제적인 능력을 배제하고도 관리와 관심을 받으면 건강행태의 향상을 가지고 올 것으로 보인다.

셋째, 65세 이상 노인의 질병이환의 비교 결과 노인 의료급여수급권자는 노인건강보험가입자에 비해 만성질환 이환율이 전반적으로 높은 것으로 나타났다. 조사 대상에 따라 수치는 조금씩 다르지만 노인의료급여수급권자의 만성질환 이환율이 건강보험가입자에 비해 높은 것은 여러 연구에서 보고된 바 있다[15][16]. 노인 의료급여수급권자의 의료이용 실태 연구결과[17]에서도 노인의료급여수급자의 대부분이 만성질환 외에도 여러 다른 질환들을 동반하고 있는 경우가 많았고, 고혈압, 관절염, 당뇨, 만성하기도 질환, 뇌졸중, 우울증 등 6개 질환 중 1개 이상 질환을 가진 경우가 88.1%에 달하는 것으로 보고하고 있다. 그러나 김진구[18]의 연구, 정영호[19]의 연구는 전 연령의 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 비교 연구로 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 만성질환 이환률의 전반적으로 높은 결과를 보였지만, 본 연구에서는 노인건강보험가입자와 노인의료급여수급권자의 만성질환 이환률의 차이가 낮게 나타났다. 이것은 노인들의 질병이환이 의료보

장유형 요인 말고 다른 요인에서 만성질환 이환률이 전체적으로 높아지는 것으로 보인다.

넷째, 의료급여수급권자의 의료이용 실태에 대한 연구는 꾸준히 진행되고 있다[20-22]. 기존의 연구에서 공통적으로 지적하는 것은 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 다른 의료이용 패턴과 미충족 의료 경험이다. 65세 이상 노인의 의료이용의 결과 노인의료급여수급권자의 미충족 의료경험은 24.85%, 노인건강보험가입자의 미충족 의료 경험은 12.68%로 노인의료급여수급권자의 미충족 의료경험이 노인건강보험가입자에 비해 1.95배 정도 높게 나타났다. 65세 이상 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 미충족 의료 경험을 비교한 선행연구를 찾아볼 수 없어서 직접적 비교는 어렵지만, 임미영[21]의 연구에서는 노인의료급여수급권자의 미충족 의료 경험이 유사한 결과를 보였다. 노인의료급여수급권자는 사회경제적 수준이 낮은 집단으로 의료 미충족 경험 사유도 경제적인 이유가 가장 많았다. 박선주[23]의 연구에서는 빈곤층 노인의 의료 미충족 영향요인에서 경제적인 원인에서 미충족 경험이 크게 나타났다. 허현숙[24]의 연구는 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 사회경제적 특성 즉 직업, 교육수준, 가구 총 소득과, 경제활동 유무 등의 차이가 큰 만큼, 경제적인 이유로 인한 의료이용 제한은 당연한 현상으로 보고 있지만, 노인만을 대상으로 본 우리연구에서는 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자 모두 의료 미충족 경험 사유가 경제적인 요인이 50%이상을 차지했다. 이것은 노인들이 경제적인 활동을 하지 못하면서 오는 차이로 보인다.

다섯째, 65세 이상 노인의료급여수급권자의 건강관련 삶의 제한은 65세 이상 노인건강보험가입자에 비해 높게 나타났고, 삶의 질은 낮게 나타났다. 2009년 한국의료패널자료를 이용한 정영호[25]의 연구에서 EQ-5D Index를 이용해서 측정한 건강관련 삶의 질은 의료급여수급권자 0.840, 건강보험가입자 0.945였고, 2011년 한국의료패널자료를 이용한 이현옥과 김교성[26]의 연구에서 건강관련 삶의 질은 의료급여수급권자 0.831, 건강보험가입자는 0.916로 나타났다. 본 연구의 건강관련 삶의 질은 65세 이상 노인의료급여수급권자 0.7372, 노

인건강보험가입자 0.8344로 전 연령을 보험유형별로 본 다른 연구에 비해 낮았다. 65세 이상 노인들이 65세 이하의 의료급여수급권자 보자 건강관련 삶에 질의 떨어지는 결과를 확인 할 수 있었다. 우리나라는 초고령화 사회로 접어들고 있는 만큼 노인의 건강관련 삶의 질에 관심을 가지고 관리해야 하는 문제인거 같다.

여섯째, 앞서 이루어진 많은 선행 연구결과들을 고찰해 보면 65세 이상의 노인의 삶의 질에는 사회경제적 특성뿐만 아니라 건강형태, 질병이환, 의료이용 등 다양한 변수가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 국민건강영조사자료를 이용한 [27]의 연구는 성별, 만나이, 교육수준, 경제활동상태가 건강관련 삶의 질에 영향을 받는다고 하였고 국외연구 Kahn와Fazio[28], Koroukiane 등 [29]의 인종을 포함한 사회, 경제적 지위에 따른 건강수준과 건강관련 삶의 질의 관계 연구로 사회, 경제적 자원이 건강결과의 다양하고 중요한 영향을 미치는 요인으로 나타나 본 연구 결과와 유사한 결과를 보였다. 이성은[30]의 연구는 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인은 연령이 낮을수록, 비흡연, 만성질환이 없고, 구강건강과 주관적 건강이 좋을수록 그리고 과제중인 경우 남녀노인 모두 건강관련 삶의 질이 유의하게 높았다. 강경숙[31], 박상규[32], 최윤진[33], 이동호와 빈성호[34]의 연구에서는 배우자의 유무, 가구원수가 삶의 질에 큰 영향을 미치는 것으로 나타나 본 연구 결과와 같은 양상을 보였다. 기존의 의료급여수급권자와 건강보험가입자를 비교한 정영호[19]의 연구와 국민건강영양조사보고서[35]는 배우자의 유무와 가구원수가 삶의 질에 영향을 주지 않았다. 본 연구와 다른 결과는 노인들은 신체적인 기능이 저하나 제한이 나타나 일상생활의 어려움을 느낄 수 있는 만큼 정신적 육체적으로 도움을 줄 수 있는 배우자나 가구원수가 삶의 질에 큰 영향을 미치는 것으로 생각이 든다.

본 연구의 제한점은 단면조사로 삶의 질과 이에 영향을 미치는 여러 변수들 간의 인과관계를 볼 수 없었다. 하지만 본 연구에서는 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자 간의 차이를 전국적으로 이루어지는 대규모 서베이조사인 지역사회건강조사 자료를 이용해서 건강형태, 질병이환, 의료이용 등 다양한 측면에서 포괄

적으로 평가하였고, 선행 연구에서 확인한 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 대규모 자료를 이용해서 다시 한 번 더 확인할 수 있었다는 점에서 의의가 있다 하겠다.

V. 결론 및 제언

65세 이상 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 건강관련 삶의 질의 차이를 분석하기 위해 본 연구에서는 2011년도부터 2013년도 까지 지역사회건강조사에 참여한 65세 이상 노인의료급여수급권자는 총 3,559명을 연구대상으로 하였다. 그리고 비교를 위해서 65세 이상 노인의료급여수급권자와 성, 연령, 지역(시, 구,군)을 1:1 짝짓기 하는 방법으로 3,559명의 65세 이상 노인건강보험가입자를 무작위 추출하여 대조군으로 선정 하였다. 노인의료급여수급권자와 노인건강보험가입자의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가를 하고자 하였다.

본 연구 결과 노인의료급여수급권자가 노인건강보험가입자보다 사회경제적 지위가 낮고, 배우자가 없거나 가구원수가 적고, 건강행태가 불량하였다. 만성질환의 이환율이 높았고 충분한 의료이용을 하지 못하는 것으로 나타났지만 노인건강보험가입자도 만성질환의 이환율이 높고 충분한 의료이용을 하지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 특성으로 인해 노인들의 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 분석이 되었다. 따라서 노인을 대상으로 사회적 차원에서 신체적 건강과 경제적 지원을 제공할 필요성이 재검증되었다. 생존기간이 연장으로 노인의 건강관련 삶의 질이 관심 분야도 대두되고 그 요구가 증가하고 있다. 이러한 사회적 변화와 더불어 노인의 건강과 안정된 삶의 보장에 대한 노인 건강과 생활 지원을 위한 다양한 서비스가 개발되고 있는 실정이지만 노인들의 욕구를 충족시키기에는 어려움이 존재한다. 따라서 노인과 관련된 사회서비스 체계 및 프로그램의 재평가를 해 노인의 삶의 질을 좀 더 효과적으로 증진시킬 수 있는 서비스와 프로그램 개발을 위한 노력이 필요하다.

참고 문헌

- [1] 통계청, *인구와 죽음의 원인*, 2013.
- [2] 김효진, “농촌노인의 건강수준과 건강행태 및 일상생활 기능상태 관련요인,” *지역사회간호학회지*, 제14권, 제3호, pp.375-384, 2003.
- [3] 남윤신, “한국여성노인체육의 현황 분석(보건소 운동프로그램을 중심으로),” *한국여성체육학회지*, 제26권, 제4호, pp.173-183, 2012.
- [4] 하지영, *노인의 만성통증과 건강행위와의 관계*, 이화여자대학교, 석사논문, 2005.
- [5] 고승덕, 조숙행, “노인의 삶의 질 향상을 위한 요인 추출,” *노년학회*, 제17권, 제2호, pp.17-36, 1997.
- [6] 김효진, *농촌 노인의 건강수준과 건강행태 및 일상생활 기능상태 관련요인*, 한림대학교, 석사학위논문, 2009.
- [7] 류용무, *노인 삶의 질에 미치는 영향요인 연구*, 아주대학교, 석사학위논문, 2009.
- [8] 류정은, *저소득 독거노인의 연령주기에 따른 건강 관련 삶의 질 수준과 그 관련요인*, 고려대학교, 석사학위논문, 2010.
- [9] 박용섭, *빈곤층의 삶의 질에 지역사회 복지자원이 미치는 영향: 노인 수급자의 건강관련 삶의 질을 중심으로*, 연세대학교, 박사학위논문, 2010.
- [10] 양정빈, “뇌졸중 생존 노인들의 건강관련 삶의 질 영향 요인,” *한국노년학*, 제30권, 제4호, pp.1239-1261, 2010.
- [11] 김난수, *신체활동증진프로그램이 노인의 신체활동 체력, 및 건강관련 삶의 질에 미치는 영향*, 고려대학교, 박사학위논문, 2001.
- [12] 정지혜, *저소득층 노인 당뇨병환자의 건강정보 이해능력, 당뇨지식이 당뇨 자가 간호행위에 미치는 영향*, 인제대학교, 석사논문, 2013.
- [13] 강선옥, *저소득층노인의 우울관련 연구*, 서울기독교대학교, 석사논문, 2012.
- [14] A. Bowling, D. Banister, S. Sutton, O. Evans, and J. Windsor, “A multidimensional model of the quality of life older age,” *Aging & Mental*

Health, Vol.6, No.1, pp.355-371, 2002.

[14] 강성례, “대도시 저소득층 만성질환 노인을 위한 가정·방문간호 원가산정 : 환자 중증도 및 활동기 준원가계산법(ABC) 적용,” 간호행정학회지, 제14권, 제2호, pp.118-130, 2008.

[15] 이태화, “도시 저소득층 만성질환노인을 위한 보건소 방문간호서비스의 경제성 분석,” 한국간호과학회, 제34권, 제1호, pp.191-201, 2005.

[16] 보건복지부, “의료급여 수급권자의 의료이용 실태 연구결과 발표,” 2007.

[17] 김진구, “저소득층의 의료이용과 욕구 미충족에 영향을 주는 요인: 경기지역 자활산업참여자를 중심으로” 사회복지연구, 제34권, 제1호, pp.5-33, 2007.

[18] 정영호, *효과적인 만성질환 관리 방안 연구*, 한국보건사회연구원, 2013.

[19] 송경신, 임국환, 이준협, “미충족 의료에 미치는 관련요인분석” 대한보건연구, 제37권, 제호, pp.131-140, 2011.

[20] 임미영, 유호신, “전국저소득층의 보건의료 이용과 영향요인분석,” 지역사회간호학회지, 제12권, 제3호, pp.589-599, 2001.

[21] 김진구, “노인의 의료이용과 영향요인 분석,” 한국노인복지학회, 제39권, 제1호, pp.273-302, 2008.

[22] 박선주, *빈곤층 노인의 미충족 의료 영향 요인*, 가천대학교, 석사학위논문, 2016.

[23] 허현숙, *만성질환 저소득층 가구의 미충족의료 및 과부담의료비 비교*, 중앙대학교, 석사학위논문, 2015.

[24] 정영호, “한국의료패널로 본 우리나라 성인의 건강관련 삶의 질,” 보건복지포럼, 제182권, 제1호, pp.6-14, 2011.

[25] 이현옥, 김교성, “건강보험가입자와 의료급여수급권자의 의료이용과 건강관련 삶의 질,” 한국사회복지조사연구, 제44권, 제1호, pp.187-210, 2015.

[26] 김지영, *노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인 : 제 5기 국민건강영양조사 자료를 기반으로*, 인제대학교, 석사학위논문, 2014.

[27] J. R. Kahn and E. M. Fazio, “Economic status

over the life course and racial disparities in health,” The Journals of Gerontology, Vol.60, No.2, pp.76-84, 2005.

[28] S. M. Koroukian, P. M. Bakaki, and D. Raghavan, “Survival disparities by medicaid status : an analysis of eight cancers,” American Cancer Society, Vol.118, No.17, pp.4271-4279, 2012.

[29] 이성은, *취약계층 노인의 걷기실천과 건강관련 삶의 질(EQ-5D)의 성별비교*, 서울대학교, 석사학위논문, 2015.

[30] 강경숙, “일 농촌지역 노인의 사회적 지지와 삶의 질” 지역사회간호학회지, 제14권, 제3호, pp.375-384, 2003.

[31] 박상규, “노인의 정신건강과 삶의 질간의 관계,” 한국심리학회지, 제11권, 제4호, pp.785-796, 2006.

[32] 최윤진, *연령에 따른 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*, 한영신대학교, 박사학위논문, 2009.

[33] 이동호, 빈성오, “노인들의 질환별 유병여부와 건강관련 삶의 질 구조모형 분석,” 한국콘텐츠학회지, 제11권, 제1호, pp.216-224, 2011.

[34] 국민건강보험공단, 2010년 상반기 건강보험주요 통계, 국민건강보험공단, 2010.

저 자 소 개

홍 주 연(Ju-youn Hong)

정희원



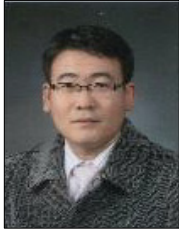
- 2005년 10월 ~ 2010년 6월 : 건양대학교병원 원무과
- 2010년 2월 : 건양대학교 보건대학원(보건학 석사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 충북대학교 대학원 의학과 의료정보학 및

관리학교실

<관심분야> : 보건학, 의료정보학

김 가 중(Gha-Jung Kim)

정회원



- 2006년 8월 : 고려대학교 의학물리학과(이학석사)
 - 2010년 8월 : 전북대학교 방사선 과학기술학과(이학박사)
 - 2000년 2월 ~ 2010년 2월 : 건양대학교병원 방사선종양학과
 - 2010년 3월 ~ 현재 : 극동대학교 방사선학과 교수
- <관심분야> : 방사선 물리, 방사선종양학, 방사선 계측, 보건학