

# 의료급여 사례관리 고위험군의 사회적 관계망, 자가간호역량과 삶의 질

박주영<sup>1</sup> · 손정태<sup>2</sup>

대구가톨릭대학교 대학원 간호학과<sup>1</sup>, 대구가톨릭대학교 간호대학 · 간호과학연구소<sup>2</sup>

## Social Network, Self-Care Agency and Quality of Life of High-risk Beneficiaries in Case Management of Medicaid

Park, Ju Youn<sup>1</sup> · Son, Jung Tae<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Graduate School, Daegu Catholic University, Daegu

<sup>2</sup>College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Daegu Catholic University, Daegu, Korea

**Purpose:** This study investigates the social network, self-care agency, and quality of life of high-risk beneficiaries in case management of Medicaid and the correlations between these variables. It also identifies influencing factors on their quality of life. **Methods:** The subjects included 187 individuals chosen from the high-risk beneficiaries in case management of Medicaid in D Metropolitan City. Data was collected through direct interviews based on a structured questionnaire on home visits. **Results:** The perceived health status was the most influential factor in their quality of life, followed by self-care agency, mutual support network, and natural support network in order. These factors explained 40.6% of their quality of life. **Conclusion:** These findings raise a need to develop a nursing intervention program to increase the self-care agency of the high-risk beneficiaries in case management of Medicaid.

**Key Words:** Case management, Self care, Quality of life, Medicaid

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

의료급여 사례관리자는 의료급여관리사가 수급권자의 요구를 사정하고 건강 상담 및 필요한 정보를 제공하는 일련의 과정으로 의료급여 수급권자의 적정 의료이용을 도움으로써 삶의 질을 향상시키기 위한 것이다[1]. 의료급여 수급권자들은 복합 질병을 가지고 있으나 질환 이해와 건강관리 측면에서 매우 취약하고, 문제 인식 능력과 문제 해결 능력의 부족으로 지나치게

치료와 약물에 집착하는 경향이 있다[2]. 또한 우울과 자존감 상실 등의 심리적 문제와 함께 사회적 요구도 지니고 있는 대표적인 취약 계층이다[3]. 의료급여 수급권자의 1인당 총 진료비와 내원일수는 건강보험 가입자보다 약 3배 이상 많으며, 2015년 한 해 동안 이들이 사용한 의료급여비용은 5조 9천억원으로 전년 대비 6.14% 증가하였다[4]. 특히 진료비 상위 10%에 해당하는 과다이용 수급권자가 사용하는 비용은 전체 진료비의 약 57%를 차지하고 있다[5]. 이에 보건복지부는 건강보험심사평가원의 의료이용 자료를 토대로 보유한 질병대비 과다한 의료이용 즉 의료쇼핑, 비합리적 의료이용, 약물과다, 중복처방 등

**주요어:** 사례관리, 자가간호, 삶의 질, 의료급여

**Corresponding author:** Park, Ju Young

College of Nursing, Daegu Catholic University, 33 Duryugongwon-ro, 17 gil, Nam-gu, Daegu 42472 Korea.

Tel: +82-53-555-4891, Fax: +82-53-650-4392, E-mail: jy4you4891@gmail.com

- 이 논문은 제1저자 박주영의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Daegu Catholic University.

Received: Jul 20, 2017 / Revised: Nov 8, 2017 / Accepted: Nov 14, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이 의심되는 수급권자를 의료급여 사례관리 고위험군으로 지정하여 사례관리를 실시하고 있다[1].

의료급여 사례관리는 의료급여 수급권자의 건강 문제를 지원하기 위한 가정방문 중심의 서비스로[1], 2014년 680여억원의 진료비를 절감하여 그 효과가 입증되고 있으며[6], 이를 담당하고 있는 의료급여관리사의 역할도 점차 늘어나고 강조되어 간호실무의 한 영역으로 자리 잡고 있다. 의료급여관리사는 의료기관에서 2년 이상 근무 경력을 가진 간호사로 의료급여 수급권자에게 의료급여제도 안내, 교육, 상담, 요양방법의 지도 및 보건복지지원과의 연계 등의 업무를 수행한다(의료급여법 제 5조).

사회적 관계망은 개인의 행동에 영향을 미치는 하나의 관계 체계로, 가족, 친구, 친척, 이웃 등 개인의 사회적 대인관계를 모두 포함하는 구성원들 간의 연결을 말한다[7]. 의료급여 수급권자는 복합적인 건강문제와 인지저하로 일상생활수행능력이 독립적이지 못하여 주변의 도움과 지지가 절실하다[8]. 지역사회 일반노인은 사회적 관계망과 접촉빈도가 많고 친밀도가 높을수록, 지각된 사회적 지지가 클수록 삶의 질이 높았고[9], 기초생활보장수급 노인의 경우에도 사회적 지지 정도가 높다고 지각할수록, 사회에서 여가 활동에 많이 참여할수록 삶의 질이 높게 나타난 연구결과[10]들을 통해 사회적 관계망이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 따라서 사례관리를 통해 의료급여 고위험군 대상자들의 삶의 질 향상을 돕기 위해서는 먼저 이들의 사회적 관계망이 어떠한 상태에 있는지를 파악하는 것이 우선되어야 한다.

의료급여 수급권자들의 만성질환 유병률은 71%를 상회하고, 1인당 만성질환 수는 평균 1.83개이다[11]. 만성질환은 조절은 가능하나 완치되지 않으므로 대상자 스스로 적극적으로 질병관리에 참여하여야 하고, 효율적인 자가간호가 요구된다[12]. 건강문제로 자가간호를 할 수 없을 때 간호요구가 생기게 되고, 치료적인 자가간호 요구가 충족되지 않을 때 자가간호 결손이 발생하며 이는 사회적 의존의 원인이 된다[13]. 따라서 의료급여 고위험군 대상자가 합리적으로 의료서비스를 이용하도록 돕기 위해 먼저 대상자들의 자가간호역량을 알아볼 필요가 있다. 또한, 만성질환 노인들의 삶의 질에 있어서 건강상태가 주요 영향요인이므로[14] 의료급여 고위험군 대상자의 삶의 질 향상을 위해서는 자가간호역량을 조사해보아야 한다.

빈곤과 만성질환의 특성을 가지는 의료급여 수급권자의 삶의 질은 매우 낮다[3]. 선행연구에서 남성보다 여성이, 나이가 많을수록, 교육수준이 낮을수록, 장애가 심하고 만성질환을 가진 경우 건강 관련 삶의 질이 더 낮게 나타난 바 있다[15]. 의료

급여 사례관리를 수행하는 주체가 간호사임을 고려할 때, 사례관리 고위험군 대상자들의 삶의 질에 대한 연구는 이루어지지 않아 간호학적 관점에서의 접근이 필요하다. 이에 본 연구에서는 의료급여 사례관리 고위험군에 대한 이해를 높이기 위하여 사회적 관계망, 자가간호역량 및 삶의 질에 대해 알아보고자 한다. 이 결과는 대상자들이 합리적으로 의료서비스를 이용하도록 돕고, 삶의 질 향상을 유도하기 위한 사례관리 간호중재 개발의 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 의료급여 사례관리 고위험군을 대상으로 사회적 관계망, 자가간호역량과 삶의 질 정도와 상관관계를 파악하고 삶의 질에 미치는 영향을 분석하기 위한 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 의료급여 사례관리 고위험군의 일반적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 의료급여 사례관리 고위험군의 사회적 관계망을 파악하고, 사회적 관계망에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 의료급여 사례관리 고위험군의 자가간호역량을 파악한다.
- 의료급여 사례관리 고위험군의 사회적 관계망, 자가간호역량 및 삶의 질 간의 상관관계를 파악한다.
- 의료급여 사례관리 고위험군의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 고위험군 의료급여 수급권자의 사회적 관계망과 자가간호역량, 그리고 삶의 질의 정도와 관계를 파악하고, 이 변인들이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위한 서술적 조사 연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구는 D광역시 소재 세 개 구에 거주하고 있는 의료급여 수급권자 중 2016년 의료급여 사례관리 고위험군으로 선정된 의료급여 수급권자 200명을 임의표출하였다. 의사소통이 가능하며 정신질환 병력이 없는 대상자 중에서 연구의 목적과 방법을 설명들은 후 연구에 참여하겠다고 서면동의서를 작성한

사람을 대상으로 선정하였다.

대상자수는 G\*Power 3.1 프로그램을 사용하여 F-test를 위한 중간 정도의 효과크기 0.15, 유의수준 .05, 검정력 80%로 하였을 때, 도출된 대상자는 총 181명이었으며 탈락률 10%를 고려하여 200명을 목표 인원으로 설정하였다. 의료급여관리사 8명이 190명을 방문하여 설문조사를 하였고, 그 중 응답이 일부 누락된 설문지 3부를 제외하고 187부의 자료를 최종 분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 사회적 관계망

사회적 관계망은 Jeong [16]이 개발한 구조화된 도구를 사용하였다. 사회적 관계망은 자연적, 전문적, 상호적 원조 관계망의 3개 유형으로 구분되며, 유형별로 각 관계망에 대해 크기, 친밀대상, 접촉빈도를 조사하였다. 관계망의 크기는 각 유형별로 알고 지내는 사람의 수를 조사하여 기재하였으며, 친밀대상은 알고 지내는 사람 중 가장 친하다고 생각하는 대상이 속한 집단을 선택하게 하고, 접촉빈도는 앞에서 선택한 유형의 대상과 만나는 횟수를 조사하였다.

#### 2) 자기간호역량

자기간호역량은 Geden과 Taylor [17]가 개발한 Self-as Carer Inventory를 So [18]가 번역한 도구로 측정하였다. 인지적 측면 11문항, 신체적 기술 9문항, 의사결정 및 판단과정 5문항, 정보추구행위 4문항, 자기조절에 관한 인식 2문항, 자기관리에 대한 주의력 3문항 등 6개 하부 영역 총 34문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 6점 Likert 척도로 '매우 그렇지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 6점까지, 점수 범위는 최저 33점에서 최고 204점으로 점수가 높을수록 인지된 자기간호역량이 높음을 의미한다. Geden과 Taylor [17]의 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .96이었으며, So [18]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다. 하부 영역별 신뢰도는 인지적 측면 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92, 신체적 기술 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86, 의사결정 및 판단과정 Cronbach's  $\alpha$ 는 .80, 정보추구행위 Cronbach's  $\alpha$ 는 .81, 자기조절에 관한 인식 Cronbach's  $\alpha$ 는 .76, 자기관리에 대한 주의력 Cronbach's  $\alpha$ 는 .83이었다.

#### 3) 삶의 질

삶의 질은 세계보건기구에서 개발된 삶의 질 척도를 Min 등 [19]이 번역·수정한 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도

(WHOQOL-BREF) 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 신체적 건강 영역 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회적 관계 영역 3문항, 환경적 영역 8문항, 주관적 느낌 2문항 총 26문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert 척도로, '전혀 아니다'는 1점, '약간 그렇다'는 2점, '그렇다'는 3점, '많이 그렇다'는 4점, '매우 많이 그렇다'는 5점이다. 점수 범위는 최저 26점에서 최고 130점이며 점수가 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. Min 등[19]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였다.

### 4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2016년 7월 1일부터 8월 30일까지 이루어졌다. 조사원 간 일관성 확보를 위해 자료수집을 시작하기 전에 조사원으로 참여한 의료급여관리사 8명에게 설문 조사에 대한 교육을 실시하였다. 서로 짝을 지어 조사원과 참여자의 역할을 하여 묻고 답하면서 문항의 의미에 대한 의문점을 설명해 주어 조사원간에 문항해석이 일치되도록 하였다.

8명의 조사원은 200명의 대상자 명단 가운데 당일 방문할 대상자를 임의추출한 후 가정방문하였다. 의료급여 사례관리 고위험군 대상자에게 설문조사의 목적을 설명하였다. 조사원의 설명을 듣고 참여하기를 희망하여 서면동의서에 서명한 대상자는 190명이었다. 설문지는 대상자가 직접 읽고 작성하거나, 필요하면 의료급여관리사가 문장을 읽어주고 대신 답변을 기입하였다. 설문지를 작성하는 데는 20분 정도 소요되었다.

### 5. 윤리적 고려

본 연구는 대구가톨릭대학교의 생명윤리위원회의 승인(CU IRB-20160062)을 받았다. 조사원인 의료급여관리사가 대상자를 방문하여 연구의 목적, 참여의 자발성, 정보의 비밀 유지, 연구도중 철회가 가능함을 설명하였고, 연구참여 동의서에 서명을 받은 후 설문 조사를 실시하였다. 연구참여자에게는 소정의 선물을 답례로 제공하였다. 각 조사원에게도 소정의 금액을 사례로 제공하였다.

### 6. 자료분석

본 연구의 자료분석은 IBM SPSS Statistics 19.0을 이용하여 분석하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성 및 건강 관련 특성은 실수와 백분

을, 평균과 표준편차로 산출하였다.

- 대상자의 사회적 관계망, 자가간호역량 및 삶의 질은 실수와 백분율, 평균평점과 표준편차를 산출하였다.
- 대상자의 일반적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 삶의 질의 차이검정은 t-test와 ANOVA를 실시하고 Scheffé test로 사후 분석하였다.
- 사회적 관계망, 자가간호역량 및 삶의 질 간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson's correlation coefficients을 실시하였다.
- 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 stepwise multiple regression analysis를 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성을 살펴보면(Table 1), 평균연령은  $62.9 \pm 13.2$ 세였고, 49세 이하가 16.6%, 50대가 23.5%, 60대가 21.4%, 70대가 26.7%, 80세 이상이 11.8%였다. 성별은 남자가 35.3%, 여자가 64.7%로 나타났으며, 결혼 상태는 미혼이 9.6%, 기혼이 39.6%, 이혼 및 별거 25.1%, 사별이 25.7%였다. 학력은 무학이 20.9%, 초졸이 33.7%, 중졸이 19.8%, 고졸 이상이 25.7

**Table 1.** Differences of Quality of Life according to General and Health-related Characteristics (N=187)

Variables	Categories	n (%)	Quality of life	
			M $\pm$ SD	t or F (p)
Age (year)	≤ 49	31 (16.6)	2.21 $\pm$ 0.51	0.38 (.823)
	50~59	44 (23.5)	2.13 $\pm$ 0.58	
	60~69	40 (21.4)	2.10 $\pm$ 0.34	
	71~79	50 (26.7)	2.13 $\pm$ 0.34	
	≥ 80	22 (11.8)	2.20 $\pm$ 0.39	
Gender	Male	66 (35.3)	2.09 $\pm$ 0.43	1.23 (.220)
	Female	121 (64.7)	2.18 $\pm$ 0.45	
Marital status	Single	18 (9.6)	2.03 $\pm$ 0.41	1.60 (.189)
	Married	74 (39.6)	2.17 $\pm$ 0.50	
	Divorced	47 (25.1)	2.07 $\pm$ 0.41	
	Bereavement	48 (25.7)	2.23 $\pm$ 0.37	
Education	None	39 (20.9)	2.17 $\pm$ 0.45	0.89 (.445)
	Elementary school	63 (33.7)	2.11 $\pm$ 0.36	
	Middle school	37 (19.8)	2.08 $\pm$ 0.54	
	≥ High school	48 (25.7)	2.22 $\pm$ 0.44	
Religion	Have	81 (43.3)	2.20 $\pm$ 0.43	1.42 (.155)
	Have not	106 (56.7)	2.11 $\pm$ 0.45	
Live with	Alone <sup>a</sup>	82 (43.9)	2.25 $\pm$ 0.32	5.10 (.002) b < d
	Spouse <sup>b</sup>	32 (17.1)	2.09 $\pm$ 0.31	
	Children <sup>c</sup>	35 (18.7)	2.29 $\pm$ 0.33	
	Spouse & children <sup>d</sup>	38 (20.3)	2.40 $\pm$ 0.36	
Perceived health status	Not too bad <sup>a</sup>	10 (5.3)	2.66 $\pm$ 0.23	22.40 ( < .001) a > b > c
	Bad <sup>b</sup>	102 (54.5)	2.25 $\pm$ 0.43	
	Very bad <sup>c</sup>	75 (40.1)	1.94 $\pm$ 0.37	
Number of disease	1	15 (8.0)	2.22 $\pm$ 0.41	1.39 (.245)
	2	60 (32.0)	2.15 $\pm$ 0.44	
	3	63 (33.7)	2.20 $\pm$ 0.46	
	≥ 4	49 (26.3)	2.04 $\pm$ 0.42	
Number of complication	1	22 (11.8)	2.14 $\pm$ 0.44	0.75 (.519)
	2	65 (34.6)	2.20 $\pm$ 0.49	
	3	62 (33.1)	2.13 $\pm$ 0.42	
	≥ 4	38 (20.3)	2.07 $\pm$ 0.39	
Total			2.14 $\pm$ 0.44	

a, b, c, d=Scheffé test.

%였다. 종교는 있는 경우가 43.3%, 없는 경우가 56.7%였다. 동거인은 독거가 43.9%, 부부가 17.1%, 자녀가 18.7%, 부부와 자녀가 동거하는 경우는 20.3%로 나타났다. 지각된 건강상태는 보통이다가 5.3%, 나쁘다가 54.5%, 매우 나쁘다가 40.1%로 나타났다. 의료급여 수급권자가 진료를 받고 있는 평균 질환 수는 2.84±1.05가지였고, 평균 합병증 수는 2.66±1.03가지로 나타났다.

의료급여 사례관리 고위험군의 삶의 질은 평균 2.14±0.44점이었다. 이들의 삶의 질을 일반적 특성 및 건강 관련 특성에 따라 차이를 살펴보면(Table 1), 동거인에 따라서는 배우자와 자녀가 함께 거주하는 경우 2.40±0.36점으로 배우자와 거주하는 대상자의 경우의 2.09±0.31점보다 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(F=5.10, p=.002). 또한 지각된 건강상태가 보통이라고 답한 경우는 2.66±0.23점으로, 매우 나쁘다고 답한 경우의 1.94±0.37점보다 높았고, 이것은 통계적으로 유의하였다(F=22.40, p<.001). 대상자의 삶의 질은 연령, 성별, 결혼, 학력, 종교, 질환 수, 그리고 합병증 수에 따라서는 차이가 없었다.

## 2. 대상자의 사회적 관계망에 따른 삶의 질의 차이

의료급여 사례관리 고위험군의 사회적 관계망을 자연적 원조 관계망, 전문적 원조 관계망, 상호적 원조 관계망의 세 유형별로 각각 크기, 친밀대상, 접촉빈도를 조사한 결과는 Table 2

와 같다. 대상자의 사회적 관계망의 크기는 평균 12.97±14.40명이었다. 자연적 원조 관계망은 8.10±1.45명이었고, 그 중에서 가족·친척이 3.66±4.08명으로 가장 많았고, 다음은 이웃으로 2.72±7.71명이었다. 전문적 원조 관계망은 2.57±2.01명으로, 간호사(의사)가 1.12±1.52명으로 가장 많았고, 의료급여관리사는 0.45±0.67명이었다. 상호적 원조 관계망은 2.31±4.34명이었고, 그 중 사회단체가 0.88±2.31명이었다. 사회적 관계망의 친밀대상을 유형별로 살펴보면, 자연적 원조 관계망에서 의료급여 사례관리 고위험군이 가장 친밀하다고 생각하는 관계망은 가족·친척이 57.8%, 이웃이 20.3%, 친구가 19.3%였고, 전문적 원조 관계망에서는 사회복지사가 33.7%, 의료급여관리사가 27.8%, 간호사(의사)가 21.4%, 공무원이 4.8%였다. 상호적 원조 관계망에서는 59.9%가 친밀한 대상이 없다고 응답했고, 경로당이 7.5%, 친목모임이 14.4%, 사회단체가 16%였다. 사회적 관계망과의 접촉빈도를 유형별로 살펴보면, 자연적 원조 관계망과 일주일에 3회 이상 만난다는 대상자가 58.3%, 한 달에 1~3회가 24.1%, 일 년에 3회 이하가 17.6%로 나타났다. 전문적 원조 관계망과 만나는 빈도는 일주일에 3회 이하가 27.8%, 한 달에 1~3회가 49.2%, 일 년에 3회 이하가 23.0%로 나타났으며, 상호적 원조 관계망과 만나는 빈도는 일주일에 3회 이상이 22.5%, 한 달에 1~3회가 11.8%, 일 년에 3회 이하가 65.8%로 나타났다.

사회적 관계망의 친밀대상 및 접촉빈도에 따른 삶의 질의 차

**Table 2.** The Differences of Quality of Life according to Social Network

(N=187)

Variables	Categories	Size		Quality of life		Contact frequency	n (%)	Quality of life	
		n (%)	M±SD	M±SD	t or F (p)			M±SD	t or F (p)
Natural support network	Family or relative	108 (57.8)	3.66±4.08	2.13±0.47	2.10	≥ 3 times/week	109 (58.3)	2.04±0.43	2.03
	Neighborhood	38 (20.3)	2.72±7.71	2.07±0.40	(.124)	1~3 times/month	45 (24.1)	2.24±0.50	(.134)
	Friend	36 (19.3)	1.72±2.74	2.27±0.40		≤ 3 times/year	33 (17.6)	2.14±0.42	
	None	5 (2.7)	0	2.01±0.41					
	Subtotal	187 (100.0)	8.10±1.45						
Professional support network	Social worker	63 (33.7)	0.71±0.78	2.16±0.45	0.75	≥ 3 times/week	43 (23.0)	2.04±0.43	1.80
	Official	9 (4.8)	0.29±0.49	2.14±0.43	(.519)	1~3 times/month	92 (49.2)	2.19±0.42	(.168)
	Nurse or doctor in clinic	40 (21.4)	1.12±1.52	2.21±0.47		≤ 3 times/year	52 (27.8)	2.16±0.47	
	Nurse case manager	52 (27.8)	0.45±0.67	2.08±0.40					
	None	23 (12.3)	0	2.14±0.48					
Subtotal	187 (100.0)	2.57±2.01							
Mutual support network	Senior citizen center <sup>a</sup>	14 (7.5)	0.55±2.77	2.40±0.42	8.34	≥ 3 times/week <sup>a</sup>	43 (23.0)	2.25±0.41	9.18
	Gatherings <sup>b</sup>	27 (14.4)	0.73±2.02	2.36±0.41	(<.001)	1~3 times/month <sup>b</sup>	92 (49.2)	2.44±0.48	(<.001)
	Society organization <sup>c</sup>	34 (18.1)	0.88±2.31	2.25±0.46	a, b > d	≤ 3 times/year <sup>c</sup>	52 (27.8)	2.06±0.42	b > c
	None <sup>d</sup>	112 (59.9)	0	2.02±0.40					
Subtotal	187 (100.0)	2.16±4.34							
Total			12.07±14.40						

a, b, c, d=Scheffé test.

이를 살펴보면(Table 2), 상호적 원조 관계망 중 가장 친밀한 대상이 경로당과 친목모임인 대상자의 삶의 질이 각각  $2.40 \pm 0.42$  점과  $2.36 \pm 0.41$ 점으로 친밀대상이 없다고 대답한 대상자의 삶의 질  $2.02 \pm 0.40$ 점보다 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다( $F=8.34, p < .001$ ). 또한 상호적 원조 관계망의 접촉빈도가 '1년에 3회 이하'인 대상자의 삶의 질 점수가  $2.06 \pm 0.42$ 점으로, 접촉빈도가 '한 달에 1~3회'인 대상자의 삶의 질 점수  $2.44 \pm 0.48$ 점보다 낮았고, 이것은 통계적으로 유의하였다( $F=9.18, p < .001$ ). 대상자의 삶의 질은 자연적 원조 관계망의 친밀대상과 접촉빈도, 전문적 원조 관계망의 친밀대상과 접촉빈도에 따라서는 차이가 없었다.

### 3. 대상자의 자가간호역량

대상자의 자가간호역량은 평균평점  $3.34 \pm 0.61$ 점이었다(Table 3). 하부 영역별로 살펴보면, 인지적 측면은  $3.41 \pm 0.80$  점, 신체적 기술은  $2.83 \pm 0.83$ 점, 의사결정 및 판단과정은  $3.22 \pm 0.79$ 점, 자기조절에 관한 인식은  $4.00 \pm 0.75$ 점, 정보추구행위는  $3.40 \pm 0.84$ 점, 자기관리에 대한 주의력은  $4.08 \pm 0.72$ 점이었다.

**Table 3.** Level of Self-care Agency of Subjects

Categories	M±SD	Min	Max	Range
Self-care agency	$3.34 \pm 0.61$	1.88	5.02	1~6
Cognitive aspects of self-care	$3.41 \pm 0.80$	1.27	5.45	
Physical skills	$2.83 \pm 0.83$	1.11	4.66	
Judgement & decision making process	$3.22 \pm 0.79$	1.40	5.00	
Perception of self-monitoring	$4.00 \pm 0.75$	2.00	6.00	
Information-seeking behaviors	$3.40 \pm 0.84$	1.25	5.50	
Attention to self-management	$4.08 \pm 0.72$	2.00	6.00	

(N=187)

**Table 4.** Correlation among Size of Social Network, Self-care Agency and Quality of Life

Variables	X1	X2	X3	Self-care agency	Quality of life
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
X1. size of natural support network	1				
X2. size of professional support network	.25 (< .001)	1			
X3. size of mutual support network	.41 (< .001)	.05 (.497)	1		
Self-care agency	.18 (.011)	.09 (.197)	.17 (.016)	1	
Quality of life	.33 (< .001)	.09 (.190)	.36 (< .001)	.38 (< .001)	1

(N=187)

### 4. 대상자의 사회적 관계망의 크기, 자가간호역량 및 삶의 질 간의 상관관계

대상자의 사회적 관계망의 크기, 자가간호역량 및 삶의 질 간의 상관관계는 Table 4와 같다. 대상자의 삶의 질은 자연적 원조 관계망의 크기( $r = .33$ ), 상호적 원조 관계망의 크기( $r = .36$ ), 자가간호역량( $r = .38$ )과 양의 상관관계를 나타내었다. 삶의 질과 관련 있는 변인을 상관이 높은 순서대로 나열하면, 자가간호역량, 자연적 원조 관계망의 크기, 상호적 원조 관계망의 크기 순이었다.

### 5. 의료급여 사례관리 고위험군 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시하였다(Table 5). 삶의 질과 관련해 통계적으로 차이가 유의하였던 상호적 원조 관계망의 친밀대상, 상호적 원조 관계망의 접촉빈도, 동거인, 지각된 건강상태는 더미변수로 처리하여 예측변수로 투입하였다. 또한 삶의 질과 상관관계가 있었던 자연적 원조 관계망의 크기, 상호적 원조 관계망의 크기, 자가간호역량을 예측변수로 투입하였다. β계수

**Table 5.** Factors Related to Quality of Life

(N=187)

Predictors	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	45.26	5.10		8.86	< .001
Perceived health status <sup>†</sup>	-14.38	3.19	-.61	-4.50	< .001
Perceived health status <sup>‡</sup>	-7.26	3.11	-.31	-2.23	.021
Self-care agency	0.16	0.03	.30	4.97	< .001
Size of mutual support network	0.63	0.16	.24	3.90	< .001
Size of natural support network	0.13	0.09	.18	2.09	.039

F=19.64 ( $p < .001$ ),  $R^2 = .424$ , Adjusted  $R^2 = .406$ , Durbin-Watson=1.45

Dummy variables: <sup>†</sup> Perceived health status (0=not bad, 1=very bad); <sup>‡</sup> Perceived health status (0=not bad, 1=bad).

로 본 변수들의 상대적인 영향력은 지각된 건강상태( $\beta = -.61$ )가 가장 컸으며, 다음으로 자가간호역량( $\beta = .30$ ), 상호적 원조 관계망의 크기( $\beta = .24$ ), 자연적 원조 관계망의 크기( $\beta = .18$ ) 순이었다. 추정된 회귀모형의 적합도에 대한 F통계량은 19.64 ( $p < .001$ )로 유의하였고, 이 변수들은 대상자의 삶의 질 정도를 40.6% 설명하였다.

## 논 의

본 연구에서 의료급여 사례관리 고위험군의 삶의 질 점수는 평균 2.14점으로 일반 성인 남녀의 삶의 질 점수[20]에 비해 현저히 낮았다. 그리고 일반 의료급여 수급권자의 삶의 질 점수[21]와 류마티스 환자의 삶의 질 점수[22]보다도 더 낮았다. 이 결과는 사례관리 고위험군은 간호사가 돌보는 다양한 만성질환 대상자들 가운데서도 상대적으로 삶의 질이 매우 낮은 편에 속한다는 것을 의미하며, 이들의 삶의 질을 향상시키기 위한 방안 마련이 시급함을 알 수 있다.

의료급여 사례관리 고위험군 대상자가 직접 접촉하고 상호작용하는 관계망 내에 있는 사람의 수는 평균 12.97명이었다. 이는 영구임대주택에 거주하는 65세 이상 독거노인의 사회적 관계망 크기[16]의 절반 수준이며, 광역시 거주 65세 이상 도시 노인들의 사회적 관계망[23]과 비교하면 1/10 수준에 불과하다. 따라서 일반 노인이나 독거노인의 사회적 관계망의 크기에 비해 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들이 접촉하는 관계망이 매우 제한되어 있다는 것을 알 수 있다. 더욱이 본 연구 대상의 59.9%가 상호적 원조 관계망에서 친밀한 대상이 없다고 하였고, 65.8%가 상호적 원조 관계망과 1년에 3회 이하로 만난다고 하였는데, 도시거주 노인이 상호적 원조 관계망과 한 달에 5.1회 만나는 것[23]에 비해서 매우 적은 빈도이다. 일반 노인들은 노인 회관, 경로당, 복지관에서 하루 일과를 보내고 그 속

에서 친밀한 관계형성을 하고 있는 것[9]에 비해, 의료급여 수급권자의 경우 우울과 자존감 상실 등의 심리적인 문제로 인해 사회와 고립, 단절되기 때문인 것[3]으로 설명할 수 있다.

사회적 관계망의 유형 중 전문적 원조 관계망의 친밀 대상을 살펴보면, 사회복지사가 33.7%, 의료급여관리사가 27.8%, 간호사(의사)가 21.4%로 나타났다. 또한 대상자의 49.2%가 전문적 원조 관계망과 한 달에 1~3회 만나고 있었다. 영구임대주택에 거주하는 독거노인은 영구임대아파트 내의 복지관을 통해 만나는 사회복지사를 주된 전문적 원조 관계망이라고 꼽고 있는 것에 비해[16], 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들은 사회복지사 외에 의료급여관리사 및 의료기관에서 만나는 의료인을 친밀대상에 포함시키고 있다는 점에서 차이가 있었다. 본 연구를 통해 대상자들은 의료급여관리사 또는 주민센터의 사회복지공무원과 정기적으로 만나고 있음은 알 수 있지만 접촉 빈도가 대상자의 요구에 적합한지 여부는 조사된 바가 없다. 추후 전문적 원조 관계망에 대해 구체적으로 어떤 요구가 있는지, 요구하는 접촉 횟수는 어느 정도인지를 조사하여 이들 요구가 사례관리에 반영되도록 하여야 할 것이다.

의료급여 사례관리 고위험군의 자가간호역량은 평균 3.34점으로 조사되었다. 이 결과는 같은 도구를 이용하여 조사한 만성질환을 가진 국민기초생활수급 노인의 자가간호역량이 3.66점[14]이었던 것에 비해 더 낮았으며, 류마티스 관절염 환자의 자가간호역량이 평균 3.95점[22]이었던 것보다도 더 낮은 점수이다. 이를 통해 의료급여 사례관리 고위험군의 자가간호역량이 일반 의료급여 수급권자나 다른 만성질환자들보다 더 낮은 것을 알 수 있고, 어떠한 간호대상자보다 자가간호역량 강화가 필요한 대상자인 것으로 확인되었다.

자가간호역량 중 신체적 측면이 2.83점으로 가장 낮았고, 자기관리에 대한 주의력이 4.08점으로 가장 높게 나타났다. 만성질환을 가진 국민기초생활수급 노인의 자가간호역량이 신체

적 측면에서 3.22점으로 가장 낮고, 자기관리에 대한 주의력이 4.40점으로 가장 높게 나타난 것[14]과 맥락을 같이하고 있다.

대상자들은 자가간호역량의 신체적 측면 중 ‘스스로 건강관리를 할 만한 충분한 체력을 가지고 있다.’와 ‘나 자신을 돌보는 데 필요한 신체적 기능을 가지고 있다.’는 문항에서 점수가 가장 낮았다. 의료급여관리사는 사례관리 기간인 3개월 동안 가정방문 2회 이상, 전화 상담 4회 이상 및 서신 발송을 통해 사례관리 고위험군 대상자의 건강을 사정하고 필요한 건강교육을 제공하고 있지만, 대상자들은 여전히 신체적 건강상태가 나쁘다고 생각하며 자신을 돌볼 신체기능이 충분치 못하다고 여기고 있다는 것을 알 수 있다. 이에 따라 현재 의료급여관리사가 대상자에게 1:1로 제공하는 교육과 정서적 지지가 자기간호 행위를 높이는 데 효과가 있는지를 평가해보아야 하며, 만약 효과적이지 못하다면 교육내용과 방법에서 어떤 변화가 필요한지 또한 대상자들이 어떤 것을 요구하고 있는지에 대해 심도있게 검토하여 개선하도록 하여야 할 것이다.

의료급여 사례관리 고위험군의 삶의 질을 예측하는데 가장 영향력이 높은 변수는 지각된 건강상태( $\beta = -.61$ )였다. 질병 상태는 건강 지각에 영향을 미치고, 건강상태가 좋다고 지각할수록 삶의 질이 높아진다[24]. 따라서 의료급여관리사가 대상자를 사정함에 있어서는 대상자가 자신의 건강상태를 어떻게 지각하고 있는지에 대해 파악하는 것이 우선되어야 할 것이다. Kang 등[25]이 의료급여 수급권자의 건강상태를 조사했을 때 근골격계와 신경계 문제를 포함한 평균 6~7개의 건강문제를 가지고, 우울하고, 독립적 일상생활 능력이 떨어진다고 하였다. 추후 의료급여 사례관리 고위험군의 지각된 건강상태에 영향을 미치는 요인을 좀 더 명확히 파악하는 조사가 이루어져 그 결과가 의료급여 관리 중재에 반영되어야 할 것이다.

삶의 질을 설명하는데 있어서 두 번째로 영향력 높은 변수는 자가간호역량( $\beta = .30$ )이었다. 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들은 고혈압, 당뇨병, 심장 질환, 대뇌혈관질환 등의 만성 질환을 앓고 있으며, 그 중 고혈압과 당뇨병이 64.9%를 차지한다[26]. 이에 의료급여관리사들은 대상자의 지식, 생각, 태도, 행동의 변화를 위해 전화, 방문, 서신 발송 등의 방법으로 각종 건강정보를 제공하고 약물 관련 교육 등을 수행하는데 중점을 두고 있다[1]. 본 연구결과 월 1~3회 의료급여관리사의 방문을 통한 관리를 받고 있는 대상자들임에도 불구하고 이처럼 자가간호역량이 낮게 나타난 것은 현재의 사례관리 내용이 개선되어야 할 필요가 있음을 시사하고 있다. 최근 연구에서 고혈압 환자를 대상으로 질환별 맞춤형 교육 프로그램이 자가간호 행위 향상에 효과가 있었고[27], 자기관리 프로그램[28] 또한 질

병관리 능력 강화에 효과가 있었다. 따라서 현재 실시되고 있는 사례관리 교육의 방법과 내용이 자가간호관리 역량 강화에 효과적인지 충분히 검토하여야 하며, 대상자들의 신체적 기능을 최대화하고 자가간호역량을 향상시킬 수 있도록 방문 때마다 즉흥적으로 이루어지는 일회성의 교육보다는 대상자의 건강요구를 반영한 내용을 체계적으로 구성하여 프로그램화한 교육을 제공하는 것이 효과적일 것이다.

본 연구에서 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들의 삶의 질에 영향을 주는 사회적 관계망은 상호적 원조 관계망의 크기( $\beta = .24$ )와 자연적 원조 관계망( $\beta = .18$ )의 크기로 나타났다. 이는 가족, 이웃, 친구 수가 많을수록 노인의 삶의 질이 높고[29], 접촉하는 대인관계 수가 많을수록 노인들의 생활 만족도도 높아졌다[16]는 연구결과와 같은 맥락이다. 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들에서도 전문적 원조 관계망, 즉 공무원이나 병원 의료진보다 가족 및 친척들로부터 심리적 안정을 얻고, 가족 외부의 관계망 즉 사적인 대인관계에서 받는 지지가 삶의 질에 영향을 준다고 볼 수 있다. 따라서 이들의 상호적 원조 관계망의 확대가 의료급여관리사의 중점적 역할로 강조되어야 할 것이다. 의료급여관리사는 가정방문 시 가족뿐만 아니라 이웃과 친구 등의 관계망을 파악하여 대상자들이 자연적 원조 관계망으로부터 받는 지지 정도를 사정하고, 사회단체와의 자원연계를 통해 새로운 상호적 원조 관계망을 구축할 수 있도록 중재자의 역할을 할 수 있어야 할 것이다.

본 연구에서 연구참여자의 개별사례관리 횟수를 조사하지 않았으므로 사례관리를 오래도록 받아온 대상자와 신규로 선정되어 경험이 없는 대상자를 구분하지 않았던 점은 자가간호역량이나 삶의 질의 결과 해석에 있어 제한점이다. 추후 사례관리 경험에 따라 어떻게 변화되어 가는지를 분석해 볼 필요가 있다.

본 연구는 의료급여 사례관리 고위험군 대상자의 삶의 질에 관한 국내 연구가 미진한 상황에서 사회적 관계망과 자가간호역량이 의료급여관리사가 고위험군 대상자들의 사례관리에서 중점을 두어야 할 요소라는 것을 밝혔다는 점에 의의가 있으며 이들 요소들의 향상을 가져올 수 있는 교육 프로그램이 필요하다는 것을 알 수 있었다.

## 결론 및 제언

본 연구는 의료급여 사례관리 고위험군 대상자의 삶의 질과 사회적 관계망, 자가간호역량 정도를 파악하고, 상관관계를 확인하여 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 시도되

었다.

본 연구결과 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들의 사회적 관계망은 매우 제한되어 있으며, 삶의 질과 자가간호역량도 낮은 수준이었다. 또한 지각된 건강상태와 자가간호역량이 대상자들의 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다. 따라서 대상자들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 사례관리에서 건강상태 향상을 위한 중재가 이루어져야 하며, 자가간호역량을 높이기 위한 교육 프로그램이 필요하다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 사례관리 고위험군 대상자들의 건강지각에 영향을 미치는 요인들을 탐색하는 연구가 필요하다.

둘째, 추후 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들의 자가간호역량 향상을 위한 교육 프로그램을 개발하고, 그 효과를 검증하는 연구를 제안한다.

## REFERENCES

- Guideline for medicaid program in 2016. Sejong: Ministry of Health Welfare; 2016.
- Park EJ, Kim CM. Case management process identified from experience of nurse case managers. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(6):789-801.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.6.789>
- Lee IS, Hong YS. Social support, quality of life, and the impact of social support on quality of life among medicaid recipient with chronic illness. *Korean Journal of Social Welfare*. 2005; 57(2):71-92.
- Health Insurance review & Assessment service, 2015 medical statue information [Internet]. Seoul: Health Insurance review & Assessment service. 2016 [cited 2017 July 20]. Available from: <http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMdclCaAsisStatsInfo.do>
- Hwang DK, Shin HW, Yeo JY, Kim JH, Lee SG, Sung MH. A study of health care utilization of high-risk medicaid beneficiaries. Policy Report. Seoul: Ministry of Health Welfare; 2014 October. Report No.: kihasa 2014-10.
- Ministry of Health and Welfare. healthy life guard 'case management of Medicaid' [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare. 2015 [cited 2017 July 20]. Available from: <http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156067214>
- Park YR, Park KS. Social support network and welfare of the elderly in Korea: Research trends and future tasks. *Journal of Welfare for the Aged*. 2013;60:323-352.
- Kang JH, Kim JA, Oh KS, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, et al. Health status, depression and social support of elderly beneficiaries of the national basic livelihood security system. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2008;20(6):866-882.
- Kim HM, Sim KB, Kim H, Kim SB. Influence of social support and social network on quality of life among the elderly in a local community. *The Journal of the Korea Society of Community Based Occupational Therapy*. 2013;3(1):11-20.
- Kim HR, Oh K, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, Kim JA, et al. Quality of life in low income Korean aged. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(5):694-703.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.5.694>
- Yoo WS. Limitations and challenges of reorganization plan of the Medicaid. *Monthly Welfare Trend*. 2013;178:14-17.
- Yi HS. Factors affecting the self-care agency of elderly people with chronic disease [dissertation]. [Gwangju]: Honam University; 2014. 56 p.
- Kim BH. *Nursing Theory*. Seoul: Pacific Books; 2010. 374 p.
- Nam SK, Shim OS. A study on the influence factors on quality of life of elderly with chronic disease. *Journal of Welfare for the Aged Institute*. 2011;53(0):196-216.
- Lee HO, Kim KS. Health-care utilization and health-related quality of life between the insured in national health insurance and the recipients in Medical aid program. *Korean Journal of Social Welfare Research*. 2015;44(0):187-210.
- Jeong YM. Study on the quality of life and social network of solitude elderly residents living in permanent rental houses [dissertation]. [Gyeongsan]: Daegu University; 2007. 77 p.
- Geden E, Taylor S. Self-as carer: A preliminary evaluation. In: University of Missouri-Columbia School of Nursing, editors. *Proceedings of seventh annual nursing research conference*. Columbia, MO: University of Missouri-Columbia School of Nursing; 1988. p. 1-7.
- So HS. Testing construct validity of self-as-carer inventory and its predictors. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 1992;4(2):147-161.
- Min SK, Lee CI, Kim KI, Suh SY, Kim DK. Development of Korean version of WHO quality of life scale abbreviated version (WHOQOL-BREF). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2000;39(3):571-579.
- Choi JS, Lee EH, So AY, Lee KS. Quality of life in the urban adults by age. *Journal of Muscle Joint Health*. 2012;19(3):362-372.  
<https://doi.org/10.5953/JMJH.2012.19.3.362>
- Kim HR, Oh K, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, Kim JA, et al. Quality of life in low income Korean aged. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(5):694-703.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.5.694>
- Park SY, Nam YW, Baek MW. The relationships among self-care agency, family support, quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2000; 7(2):281-293.
- Jang YH. The influence of social networks and socio-psychological factors of the elderly in urban area on quality of life [mas-

- ter's thesis]. [Gwangju]: Chosun University; 2012. 45 p.
24. Seo NS, Chung YH, Kim JS. Factors related to quality of life among rural elderly. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 2005;17(3):379-388.
  25. Kang JH, Kim JA, Oh KS, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, et al. Health status, depression and social support of elderly beneficiaries of the national basic livelihood security system. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2008;20(6):866-882.
  26. Ahn YJ, Choi YK. The effect of case management services for high-risk medicaid beneficiaries. *Journal of the Korea Academia-industrial Cooperation Society*. 2015;16(8):5430-5441. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.8.5430>
  27. Chang KO. The Effects of hypertension health school program on hypertension-related knowledge, self-efficacy, self-care behavior and physiological parameters in hypertensive patients. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2016;23(1):49-60. <https://doi.org/10.5953/JMJH.2016.23.1.49>
  28. Ahn YH, Hur JB, Choi EH. Short-term effects of an self-management support intervention on patient activation, joint flexibility and health-related quality of life among Korean Medical aid beneficiaries with osteoarthritis. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2016;36(3):595-609.
  29. Kim KH, Lee SK, Yoon HJ, Kwon GH. The effects of social capital of old-old elderly of more than 70-year-old on their health-related quality of life. *Journal of the Korea AcademiaIndustrial cooperation Society*. 2015;16(6):3889-3901. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.6.3889>