

# 노인의 경제적 수준에 따른 의료이용이 주관적 건강수준과 행복감 지수 및 삶의 질에 미치는 영향

소권섭<sup>1</sup>, 황혜정<sup>\*</sup>, 김은미<sup>2</sup>

<sup>1</sup>건양사이버대학교 보건의료복지학과, <sup>2</sup>건양사이버대학교 상담심리학과

## The Impact of Medical Utilization on Subjective Health and Happiness Index and Quality of Life according to the Economic Level of the Elderly

Kwon-Seob So<sup>1</sup>, Hye-Jeong Hwang<sup>1\*</sup>, Eun-Mi Kim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Healthcare & Welfare, Konyang Cyber University

<sup>2</sup>Dept. of Counseling Psychology, Konyang Cyber University

**요약** 이 연구는 경제적 수준에 따라 노인들의 주관적 건강수준과 행복감 및 삶의 질을 높이기 위한 구체적인 방안을 모색하고 그에 따른 사회적·정책적 대안을 제시하고자 실시하였다. 연구방법으로는 지역사회건강조사\_지표뱅크(2015)\_v09를 이용하여 65세 이상 노인 63,929명을 대상으로 경제적 수준에 따른 건강이용 정도가 주관적 건강수준과 행복감 및 삶의 질에 미치는 영향에 대해 빈도분석 및 카이제곱 분석과 독립표본 t-검정을 실시하였으며, 주관적 건강수준을 종속변수로 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였으며, 행복감과 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하기 위해서는 다중 선형회귀분석을 실시하였다. 연구결과는 다음과 같다. 수급자의 경우 의료이용은 비수급자에 비해 낮았고, 교육수준이 낮을수록, 여성일 경우, 나이가 75세 이상, 스트레스를 많이 느낄수록 낮은 의료이용을 보였다. 현재 또는 과거 수급자인 경우 미수진 한 결과는 주관적 건강수준이 나쁠수록 증가하였고, 비수급자의 경우 행복감과 삶의 질은 높았다. 결과적으로 수급 대상자의 의료이용에 대한 기회를 늘릴 수 있는 대안이 필요하며, 그 중에서도 여성과 75세 이상 노인에 대한 각별한 사회적 관심이 필요하다. 추후 저소득층 노인인구의 건강증진 및 행복감 및 삶의 질을 효과적으로 향상시킬 수 있는 기초자료로 활용될 것으로 기대된다.

**Abstract** The purpose of this study was to find concrete measures to improve the subjective health level, happiness and quality of life of the elderly according to economic level and to propose social and policy alternatives accordingly. As a research method, 63,929 elderly people aged 65 or older were surveyed using the Community Health Survey (Indicator Bank)\_v09, and the frequency of health use by economic level, subjective health level, euphoria and quality of life Analysis and Chi square analysis and independent t-test. Multi variate logistic regression analysis was performed with subjective health level as a dependent variable and multiple linear regression analysis was performed to determine the factors affecting euphoria and quality of life. The results of the study are as follows. In the case of recipients, medical use was lower than that of non-recipients, lower education level, female age of 75 years or older, and less stress, In case of present or past recipients, the result of non - receipt increased as the subjective health level was worse, and the non - recipient had higher euphoria and quality of life. As a result, there is a need for alternatives to increase opportunities for medical use among the recipients, with particular attention being paid to women and elderly people over 75 years old. It is expected to be used as a basic data to effectively improve the health promotion, happiness and quality of life of the elderly people of low income group.

**Keywords** : Required Medical Service, Economic Level, Subjective Health Level, Euphoria Index, EQ-5D

이 논문은 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2017S1A5B6066807).

This work was supported by the Ministry of Education of the Republic of the Korea and National Research Foundation of Korea (NRF-2017S1A5B6066807).

건양대학교 생명윤리위원회 승인을 받아 진행함(KYU-2019-185-01).

\*Corresponding Author : Hye-Jeong Hwang(Konyang Cyber Univ.)

Tel: +82-42-720-0085 email: hhj@kycu.ac.kr

Received January 2, 2019

Revised March 4, 2019

Accepted March 8, 2019

Published March 31, 2019

## 1. 서론

우리 일상에서 행복감과 삶의 질은 사회적, 경제적, 심리적 등 많은 영역을 아우르며 사용되어지고 있다. 특히 노인들에 있어 건강을 통한 행복과 삶의 질은 오랜 소망의 영역이었다. 소득의 증가와 기술의 발달에 따른 평균수명은 날로 증가하고 있다.

최근, 통계청에서 발표한 고령자 통계(2018)에 따르면, 우리나라는 만 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 14.3%로 고령사회로 진입했다[1]. 뿐만 아니라 우리나라는 OECD 국가 중 고령화 속도가 가장 빠른 나라로 노인문제에 대한 사회적 관심이 절실하다. 나이가 들면서, 퇴직과 소득의 감소로 인한 경제적 어려움, 만성질환 증가, 노화로 인한 치매 증가 등의 건강문제, 가족 보호 기능의 약화, 역할 상실과 사회적 고립 등의 지지체계 문제가 발생한다[1]로 하게 된다. 노년기의 경우 일반적으로 사회경제적 지위가 높을수록 높은 건강수준 유지가 높았으며, 그렇지 않을 경우에는 건강유지의 어려움이 있었다[2]는 점에서 개인의 사회경제적 지위는 건강수준 유지의 중요한 요인이라고 할 수 있다.

높은 경제력 수준은 구매력의 증가로 이어지고, 높은 소비행태는 양적인 의료서비스 뿐 아니라 질 높은 의료서비스의 구매로 이어질 수 있다. 의료서비스 구매력 차이는 의료서비스 이용의 차이가 발생할 수 있다. 이러한 구매력의 차이가 사회계층간 만성질환과 주관적 건강수준에 뚜렷한 관계[3]가 있음을 밝히고 있다. 소득은 의료서비스의 구매력, 영양상태, 주거환경, 교육, 그리고 여가활동에 까지 영향을 미치고, 스트레스 극복에도 영향이 있음[4]을 확인 할 때, 건강과 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다.

주관적 건강수준은 삶의 질을 결정하는 매우 중요한 지표일 뿐 아니라 객관적 평가에 의한 의학적 건강수준과도 밀접한 관련[5]이 있다. 우리나라는 매우 빠른 속도의 경제성장과 더불어 급격한 사회변화를 경험하였다. 따라서 사회경제적 수준과 건강과의 관계에서 교육과 직업 등이 소득을 결정하는 선행변인으로 작용한다[6]는 주장을 고려할 때, 소득은 주관적 건강수준에 영향을 미치는 변인으로 유추할 수 있다.

건강수준은 행복감과 삶의 질에 영향을 미칠 것 이라고 가정할 수 있다. 사전적 의미의 행복감은 주로 생활에서 만족과 기쁨, 보람 따위를 느껴 흐뭇한 마음 등으로

사용한다. 욕구, 욕망이 충족되어 부족함과 불안감을 느끼지 않고 생활전반에서 느끼는 만족감, 마음의 평화, 충만함 같은 긍정적인 정서[7]라는 의미에서 행복감의 개념에 대한 논의가 이루어지고 있다. 건강은 노인에게 있어서 행복하고 안락한 삶의 기본 전제이자 가장 중요한 목표가 될 수 있다. 신체적 건강을 유지하며, 사회적 역할을 수행하고, 건강한 정신 상태를 유지함으로써 행복한 삶을 영위하는 성공적 노화는 활동적 노화와 밀접한 관계[8]가 있다. 행복감은 자신의 관점에서 주관적으로 평가하는 것을 말한다. 신체적 건강, 소득, 직업과 같은 것[9]으로 볼 수 있다. 행복감은 개인의 사회적 기능에 대한평가는 성별, 연령, 교육수준 등과 같은 인구통계학적인 요인들과 관련되어 있으며[10], 노인의 주관적 행복감은 노인 건강과 밀접한 관련이 있으며 행복감이 높을수록 질병이 적고 수명이 증가[11]한다는 보고가 있다. 점차 증가하는 노인 우울증 및 자살률을 고려하면 한국에서의 낮은 노년기 행복감을 설명하는 요인을 밝히는 일은 매우 중요하다. 노인들에 있어 건강은 돈, 일(직업), 자녀, 배우자, 가정생활 등에서 우선하여 행복과 관계 [12]가 있다. 미충족 의료가 건강에 영향이 있으며 미충족 의료는 경제적 소득과 관계가 있음[13]을 말할 때 경제적 수준과 행복감은 분리하기가 어렵다.

행복감과 더불어 개인이 사회 구성원으로서 얼마나 잘 기능하고 있는가가 삶의 질의 기준은 매우 중요하다. 주로 개인이 처한 객관적 조건에 따라 삶의 만족도가 달라진다고 여겨 소득, 주거상태, 건강 등 삶의 경제적 측면과 신체적 조건만을 고려하였으나, 점차 교육, 정치참여도 등과 같은 객관적인 인구사회학적 변인들을 사용하여 삶의 질을 측정하려는 노력들[14]이 활발하게 진행되어 왔다. 삶의 질은 다차원적으로 나누어 신체적 안녕, 물질적 안녕, 사회적 안녕, 개발과 활동, 정서적 안녕으로 나누어, 각각의 영역들에 대한 개인적 평가에 따라 삶의 질이 결정될 수 있다. 삶의 질은 삶의 보람, 생활만족, 사기(morale), 행복, 안녕(well-being), 심리적 안녕, 주관적 안녕, 등의 용어와 동일한 의미로 사용하기도 하며 상위 개념으로 사용하기도 한다[15]. 건강은 노인을 포함한 모든 개인의 삶의 질을 탐색 하는 데 있어 중요하게 사용되는 지표가 될 수 있다. 특히 노인의 건강은 삶의 현황을 나타내는 대표적인 지표인 삶의 질이나 만족도에 유의한 영향[16]을 미친다. 노인의 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 건강상태와 밀접한 연관이 있으며

[17], 노인의 건강상태와 기본적 일상생활능력, 수단적 일상생활능력이 중요한 요인[18]이라고 밝히고 있다.

이 연구는 노인들의 경제적 정도가 의료이용에 따른 주관적 건강수준, 행복감, 삶의 질에 어떠한 관계가 있는지를 살펴볼 것이다. 노인들의 건강과 관련한 행복감과 삶의 질을 높이기 위한 구체적인 방안을 모색하고 그에 따른 사회적·정책적인 대안을 제안하고자 한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구대상

연구대상은 행정자치부의 주민등록인구자료와 국토교통부의 주택유형 자료를 연계하여 표본추출된 2015년 지역사회건강조사 결과를 질병관리본부에 원시자료를 요청하여 그 중 65세 이상 노인 63,929명을 대상으로 분석하였다.

### 2.2 연구방법 및 분석방법

자료 분석에는 통계소프트웨어 R 프로그램을 사용하였으며, 통계적 유의성 판정은 유의수준은 0.05미만으로 사용하였다.

일반적 특성은 성별로 빈도 분석을 및 카이제곱검정을 시행하였고, 경제적 수준에 따른 의료이용이 주관적 건강수준과 행복감 및 삶의 질과의 관계를 알아보기 위하여 카이제곱검정 및 독립표본 t-검정을 실시하였다.

의료이용이 주관적 건강수준에 미치는 영향, 행복감 지수, 삶의 질 지수(EQ-5D index)에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 다중 선형회귀분석을 실시하였다.

이 연구에서 사용된 변수에 대한 정의는 다음과 같다. 경제적 수준은 기초생활수급 ‘예’는 현재 또는 과거에 기초생활수급자인 경우이며, ‘아니오’는 현재 또는 과거에 기초생활수급자가 아닌 경우로 구분하였다.

의료이용은 필요의료서비스 미수진 경험 여부로 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때 가지 못한 부분에 대한 질문으로 ‘예’는 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 못한 경우를 의미하고, ‘아니오’는 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 한 경우를 의미한다.

주관적 건강수준은 평소에 본인의 건강에 대한 생각으로 지역사회건강조사의 5점 척도를 매우 좋음과 좋은은 좋음, 보통은 보통, 나쁨과 매우 나쁨은 나쁨의 3점

척도로 변환하여 구분 하였고, 행복감 지수는 10점 척도로 1점에서 매우 불만족, 10점은 매우 만족으로 점수가 높을수록 만족을 의미 한다.

삶의 질 지수(EQ-5D index)는 건강관련 삶의 질의 5 가지 항목(운동능력, 자기관리, 일상 활동, 통증/불편, 불안/우울)에 대한 현 상태를 3개 수준으로 기술체계를 종합한 지표를 사용하였으며, 가중치는 삶의 질 조사도구(EQ-5D index)의 질 가중치 추정연구(남해성, 2007)의 다음과 같은 가중치를 사용하여 측정하였다.

EQ-5D index 의 범주는 0에서 1 사이의 값을 가지며 1에 가까울수록 삶의 질이 높음을 의미 한다.

$$EQ-5D\ index = 1 - (0.0081 + 0.1140 * M2 + 0.6274 * M3 + 0.0572 * SC2 + 0.2073 * SC3 + 0.0615 * UA2 + 0.2812 * UA3 + 0.0581 * PD2 + 0.2353 * PD3 + 0.0675 * AD2 + 0.2351 * AD3).$$

## 3. 연구결과

### 3.1 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자를 남녀로 구분하여 분석한 결과 75세 이상에서 여성이 17,358명(63.3%)으로 많았다( $p < 0.001$ ). 교육수준은 대학교 이상의 남성이 3,225명(78.4%)으로 많았고, 다음 순으로는 초등학교 여성이 30,635명(72.7%)으로 많은 순 이었다. 혼인상태에서는 이혼, 사별, 별거 중인 여성이 20,766명(86.7%) 많았으며, 기초생활수급인 여성이 3,524명(70.4%)로 많았다. 현재 흡연을 하는 남성이 5,045명(85.6%)으로 많았으며, 평생음주를 하지 않은 여성이 18,140명(84.5%)으로 많았고, 중등도 신체활동 실천율을 하지 않는 여성은 28,070명(61.0%)으로 유의하게 많았다( $p < 0.001$ )(Table 1).

### 3.2 경제적 수준(현재 또는 과거 수급자)의 의료이용

현재 또는 과거 수급자 중 남성은 85.0%, 여성은 77.7%로 대부분을 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 하였으며, 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 못한 경우는 여성이 22.3%로 남성에 비해 의료이용을 못하는 것으로 유의하게 높게 나타났고( $p < 0.001$ ). 75세 이상이 21.0%로 높았으며, 초등학교 이하 22.2%( $p < 0.001$ ), 주관적 스트레스를 많이 느낄 때 32.5%( $p < 0.001$ )로 교육수준이 낮으면서 여성이고 주관적 스트레스를 많이 느끼

는 대상 일수록 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 못하는 것으로 유의하게 나타났다( $p<0.001$ )(Table 2).

Table 1. General characteristics of the study subjects  
unit: N(%)

Variables/ Division	Male	Female	p-value*
<b>Age</b>			
65-74	16,084(44.0)	20,437(56.0)	0.000
≥75	10,050(36.7)	17,358(63.3)	
<b>Education<sup>1)</sup></b>			
≤Elementary sch.	11,521(27.3)	30,635(72.7)	0.000
Middle sch.	5,523(59.9)	3,705(40.1)	
High sch.	5,834(69.8)	2,522(30.2)	
≥University	3,225(78.4)	890(21.6)	
<b>Marital status</b>			
Single	80(35.9)	143(64.1)	0.000
Has a spouse	22,849(57.5)	16,861(42.5)	
Divorce, Bereavement, Separation	3,190(13.3)	20,766(86.7)	
<b>Economic level<sup>2)</sup></b>			
Yes	1,482(29.6)	3,524(70.4)	0.000
No	24,643(41.8)	34,246(58.2)	
<b>Currently smoking<sup>3)</sup></b>			
Yes	5,045(85.6)	850(14.4)	0.000
No	21,088(36.3)	36,945(63.7)	
<b>Whether lifetime drinking<sup>4)</sup></b>			
Yes	22,808(53.7)	19,644(46.3)	0.000
No	3,323(15.5)	18,140(84.5)	
<b>Moderate physical activity practice rate<sup>5)</sup></b>			
Yes	8,167(45.7)	9,708(54.3)	0.000
No	17,962(39.0)	28,070(61.0)	
Total	26,134(40.9)	37,795(59.1)	

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test

- 1) Educational level: Includes graduates of each educational level institution and those who have attended, completed, dropped out,
- 2) Economic level: Yes - if you are a basic livelihood person, now or in the past No - If you are not a current basic or past life recipient
- 3) Current smoking status (smoking more than 5 cigarettes (100 cigarettes) so far): Yes - daily smoked and sometimes smoked, No - not smoked and smoked in the past but not at present.
- 4) Whether lifetime drinking: You have been drinking more than one drink
- 5) Moderate physical activity practice rate: The number of people who practiced moderate physical activity for more than 30 minutes per day, more than 5 days per week during the last week (7 days) / number of respondents surveyed) × 100

Table 2. Medical use according to economic level(current or past recipients)  
unit: N(%)

Variables/ Division	Economic level		total
	Current or past basic living recipients(N=5,006)		
	Required medical service		
	Service not received	Service received	
<b>Gender</b>			
	p=0.000		
Male	222(15.0)	1,260(85.0)	1,482
Female	787(22.3)	2,737(77.7)	3,524
<b>Age</b>			
	p=0.140		
65-74	460(19.3)	1,926(80.7)	2,386
≥75	549(21.0)	2,071(79.0)	2,620
<b>Education</b>			
	p=0.000		
≤Elementary sch.	866(22.2)	3,040(77.8)	3,906
Middle sch.	70(12.9)	472(87.1)	542
High sch.	56(13.6)	355(86.4)	411
≥University	16(11.2)	127(88.8)	143
<b>Subjective stress</b>			
	p=0.000		
Feel a lot	545(32.5)	1,132(67.5)	1,677
Feel a bit	283(16.0)	1,485(84.0)	1,768
Do not feel	176(11.4)	1,371(88.6)	1,547

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test

### 3.3 경제적 수준(비수급자)의 의료이용

Table 3. Medical use according to economic level (not a basic livelihood recipient) unit: N(%)

Variables/ Division	Economic level		Total
	Not a basic livelihood recipient.(N=58,881)		
	Required medical service		
	Service not received	Service received	
<b>Gender</b>			
	p=0.000		
Male	1,589(6.4)	23,051(93.6)	24,640
Female	4,183(12.2)	30,058(87.8)	34,241
<b>Age</b>			
	p=0.000		
65-74	2,992(8.8)	31,128(91.2)	34,120
≥75	2,780(11.2)	21,981(88.8)	24,761
<b>Education</b>			
	p=0.000		
≤Elementary sch.	4,597(12.0)	33,621(88.0)	38,218
Middle sch.	589(6.8)	8,095(93.2)	8,684
High sch.	435(5.5)	7,508(94.5)	7,943
≥University	146(3.7)	3,825(96.3)	3,971
<b>Subjective stress</b>			
	p=0.000		
Feel a lot	2,215(19.7)	9,025(80.3)	11,240
Feel a bit	2,269(8.9)	23,292(91.1)	25,561
Do not feel	1,264(5.7)	20,728(94.3)	21,992

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test

비수급자 중 남성은 93.6%, 여성은 87.8%로 대부분

을 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 하였으며, 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 못한 경우는 여성이 12.2%로 남성에 비해 의료이용을 못하는 것으로 유의하게 높게 나타났다( $p<0.001$ ). 75세 이상이 11.2%로 높았으며, 초등학교 이하 12.0%( $p<0.001$ ), 주관적 스트레스를 많이 느낄 때 19.7%( $p<0.001$ )로 교육수준이 낮으면서 75세 이상 여성이고 주관적 스트레스를 많이 느끼는 대상일수록 병의원을 가고 싶을 때 의료이용을 못하는 것으로 유의하게 나타났다( $p<0.001$ )(Table 3).

### 3.4 경제적 수준에 따른 만성질환 이환여부

모든 만성질환에서 비수급자가 현재 또는 과거 수급자에 비해 대부분 의사진단을 받은 것으로 나타났다. 비수급자에 비해 현재 또는 과거 수급자의 경우 만성질환 진단은 적게 받았으나 고혈압은 8.5%, 당뇨병은 9.1%, 관절염은 10.1%, 스트레스 여부는 12%, 우울증 경험은 16.6%로 만성질환 중 우울증 경험이 많은 것으로 나타났다( $p<0.001$ )(Table 4).

Table 4. Decomposition of chronic disease according to economic level unit: N(%)

Variables/ Division	Economic level		Total	p-value*
	Current or past basic living recipients (N=5,006)	Not a basic livelihood recipient (N=58,881)		
<b>Hypertension</b>				
Yes	2,889(8.5)	31,024(91.5)	33,913(100.0)	0.000
No	2,113(7.1)	27,847(92.9)	29,960(100.0)	
<b>Diabetes</b>				
Yes	1,181(9.1)	11,768(90.9)	12,949(100.0)	0.000
No	3,823(7.5)	47,108(92.5)	50,931(100.0)	
<b>Hyper lipidemia</b>				
Yes	954(7.4)	11,872(92.6)	12,826(100.0)	0.070
No	4,018(7.9)	46,799(92.1)	50,817(100.0)	
<b>Arthritis</b>				
Yes	2,185(10.1)	19,398(89.9)	21,583(100.0)	0.000
No	2,814(6.7)	39,456(93.3)	42,270(100.0)	
<b>Stress</b>				
Yes	412(12.0)	3,009(88.0)	3,421(100.0)	0.000
No	4,593(7.6)	55,871(92.4)	60,464(100.0)	
<b>Depression</b>				
Yes	801(16.6)	4,026(83.4)	4,827(100.0)	0.000
No	4,200(7.1)	54,817(92.9)	59,017(100.0)	

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test

### 3.5 경제적 수준에 따른 의료이용이 주관적 건강수준과 행복감 및 삶의 질과의 관계

경제적 수준이 비수급자에 비해 현재 또는 과거 수급자인 경우 최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 미수진(병원에 가고 싶을 때 못감)결과는 주관적 건강수준이 ‘ 좋음’ 45명(8.8%), ‘보통’ 152명(13.1%), ‘나쁨’ 812명(24.3%)로 나뉘어 증가하였다( $p<0.001$ ). 행복감 지수에서는 현재 또는 과거 수급자는  $6.59\pm 13.83$  점, 비수급자는  $7.44\pm 13.66$ 점으로 비수급자의 경우 행복감 지수가 높았다. 삶의 질(EQ5D)지수에서는 현재 또는 과거 수급자는  $0.57\pm 0.37$ 점, 비수급자는  $0.67\pm 0.30$ 점으로 비수급자의 경우 삶의 질 지수가 높았다( $p<0.001$ )(Table 5)(Table 6).

Table 5. The effect of medical use on subjective health level and happiness index according to economic level unit: N(%), Mean $\pm$ SD.

Variables/ Division	Economic level			
	Current or past basic living recipients(N=5,006)			
	Required medical service		Service received	
Subjective health level				p=0.000
Good	45(8.8)		465(91.2)	
Moderate	152(13.1)		1,007(86.9)	
Bad	812(24.3)		2,524(75.7)	
Euphoria index	6.59 $\pm$ 13.83		7.38 $\pm$ 12.67	p=0.084
EQ-5D	0.57 $\pm$ 0.37		0.76 $\pm$ 0.25	p=0.000

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test and Independent t-test.

Table 6. The effect of medical use on subjective health level and happiness index according to economic level unit: N(%), Mean $\pm$ SD.

Variables/ Division	Economic level			
	not a basic livelihood recipient. (N=58,881)			
	Required medical service		service received	
Subjective health level				p=0.000
Good	530(4.6)		11,117(95.4)	
Moderate	1,404(6.7)		19,431(93.3)	
Bad	3,836(14.5)		22,561(85.5)	
Euphoria index	7.44 $\pm$ 13.66		7.70 $\pm$ 10.46	p=0.166
EQ-5D	0.69 $\pm$ 0.30		0.84 $\pm$ 0.19	p=0.000

\*p-value calculated by  $\chi^2$ -test and Independent t-test.

### 3.6 주관적 건강수준을 종속변수로 다중로지스틱 회귀분석

현재 또는 과거 수급자이면서 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경우 주관적 건강수준을 종속변수로 다중로지스틱 회귀분석 결과 주관적인 건강수준에 나쁜 영향을 주는 요인은 ‘연령’, ‘교육수준’, ‘중등도 신체활동’, ‘당뇨병’, ‘관절염’, ‘우울감 경험’, ‘주관적 구강건강’로 나타났다( $p<0.05$ ).

연령이 65세에서 74세에 비해 75세 이상에서 1.511배 높게 나타났고, 교육수준이 대학이상 졸업에 비해 초등학교 4.269배로 학력이 낮을수록 주관적인 건강수준에 나쁜 영향을 주는 odds가 높았다( $p<0.05$ ).

중등도 신체활동을 하지 않는 경우 1.563배, 당뇨진단을 받은 경우 2.705배, 관절염 진단을 받은 경우 1.872배, 우울경험이 있는 경우 1.586배, 주관적 구강건강이 나쁠 때 3.106배 주관적인 건강수준에 나쁜 영향을 주는 odds가 높았다( $p<0.05$ ).

Table 7. Multivariate logistic regression analysis with adverse dependent variables on subjective health levels

Variable (reference)	B	S.E.	Wald	p-value	Exp (B)
Gender(Male)	.091	.236	.150	.699	1.096
Age(65-74)	.413	.176	5.510	.019	1.511
Education(≥University)			9.148	.027	
≤Elementary sch.	1.451	.551	6.941	.008	4.269
Middle sch.	1.193	.614	3.780	.052	3.297
High sch.	.926	.616	2.260	.133	2.524
Marital status (Divorce, bereavement, separation)			1.675	.433	
Single	.399	.602	.439	.507	1.490
Has a spouse	.240	.203	1.399	.237	1.272
Whether lifetime drinking(Yes)	.327	.187	3.067	.080	1.387
Currently smoking (no)	.092	.275	.111	.739	1.096
Moderate physical activity practice rate(Yes)	.447	.201	4.954	.026	1.563
Hypertension(Yes)	.025	.175	.020	.886	1.025
Diabetes (no)	.995	.249	16.009	.000	2.705
Hyperlipidemia(Yes)	.016	.237	.005	.946	1.016
Arthritis(no)	.627	.183	11.741	.001	1.872
Asthma(no)	.447	.308	2.098	.147	1.563
Depression(no)	.461	.204	5.118	.024	1.586
Subjective oral health(Good)			24.024	.000	
Moderate	.169	.389	.188	.664	1.184
Bad	1.133	.326	12.080	.001	3.106

### 3.7 행복감지수를 종속변수로 한 다중회귀분석

현재 또는 과거 수급자이면서 병의원에 가고 싶을 때

가지 못한 경우 행복감지수를 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 영향을 주는 요인은 ‘평생음주’, ‘관절염’으로 나타났으며( $p<0.05$ ), 설명력은 1.8%로 낮게 나타났다 (Table 8).

Table 8. Multiple regression analysis of euphoria index as dependent variables

Variable (reference)	B	β	t	p-value*
(Constant)	6.242		1.648	.100
Gender(Male)	-.630	-.020	-.521	.602
Age(65-74)	.400	.015	.462	.644
Education(≥University)	-.065	-.003	-.094	.925
Marital status (Divorce, bereavement, separation)	.808	.032	.932	.351
Whether lifetime drinking(Yes)	-1.969	-.074	-2.217	.027
Currently smoking(no)	-.954	-.023	-.689	.491
Moderate physical activity practice rate(Yes)	-.560	-.017	-.539	.590
Hypertension (Yes)	-.338	-.013	-.387	.699
Diabetes (no)	1.116	.036	1.102	.271
Hyperlipidemia(Yes)	-1.595	-.048	-1.413	.158
Arthritis(no)	-1.835	-.071	-2.064	.039
Asthma(no)	.900	.021	.670	.503
Depression(no)	-.269	-.009	-.293	.770
Subjective oral health(Good)	.062	.002	.075	.940
F = 1.292    p<0.206    R <sup>2</sup> = 0.018    Adjust R <sup>2</sup> = 0.004				
Durbin-Watson 1.947				

Table 9. Multiple regression analysis of EQ-5D as dependent variables

Variable (reference)	B	β	t	p-value*
(Constant)	.866		8.504	.000
Gender(Male)	-.001	-.001	-.022	.982
Age(65-74)	-.095	-.128	-4.101	.000
Education(≥University)	.017	.029	.918	.359
Marital status (Divorce, bereavement, separation)	.026	.036	1.112	.266
Whether lifetime drinking(Yes)	.026	.034	1.076	.282
Currently smoking(no)	.058	.049	1.549	.122
Moderate physical activity practice rate(Yes)	.148	.161	5.305	.000
Hypertension(Yes)	-.014	-.018	-.589	.556
Diabetes(no)	-.011	-.013	-.415	.678
Hyperlipidemia(Yes)	-.021	-.022	-.691	.490
Arthritis(no)	-.068	-.092	-2.861	.004
Asthma(no)	-.016	-.013	-.432	.666
Depression(no)	-.189	-.232	-7.657	.000
Subjective oral health(Good)	-.066	-.090	-2.995	.003
F = 10.439    p<0.001    R <sup>2</sup> = 0.130    Adjust R <sup>2</sup> = 0.118				
Durbin-Watson 1.984				

### 3.8 EQ-5D를 종속변수로 한 다중회귀분석

현재 또는 과거 수급자이면서 병의원에 가고 싶을 때까지 못한 경우 행복감지수를 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 영향을 주는 요인은 ‘연령’, ‘중등도 신체활동’, ‘관절염’, ‘우울감경험’, ‘주관적 구강건강’으로 나타났으며( $p < 0.05$ ), 설명력은 13.0%로 낮게 나타났다(Table 9).

## 4. 고찰

만성질환에 대해서는 비수급자의 경우 의사의 진단을 경험한 바가 높은 것으로 보인데, 꾸준한 의사의 진단을 통해서 자신의 건강을 관리하고 있다고 볼 수 있으나 수급자의 경우 만성질환에 대한 의료 전문가의 진단을 적게 받았다. 특히 고혈압이나 당뇨, 관절염 같은 노인성 질환의 경우가 더 많았으며, 그중 우울증 경험이 가장 높은 것으로 나타났다. 수급자의 경우는 꾸준한 건강관리에 어려움을 경험하고 있으며 이는 삶의 스트레스로 이어진다고 할 수 있다. 노년기에 경험하는 삶에 대한 비판이나 자책, 책망 같은 우울감은 노년기 건강상태에 대한 대처에 전반적으로 영향을 미치는 바[19], 노년기 우울의 적극적인 대처가 필요하다고 하겠다. 많은 연구결과들이 노년기의 우울감에 영향을 미치는 요인 중의 하나로 사회적 관계를 들고 있는 바[20], 낮은 외부활동의 정도는 우울감을 더 심화시킬 수 있다. 적절한 수준의 사회적 활동을 통해서 자신에 대한 긍정적인 경험도 하고, 결국은 자신의 삶에 대한 통제력을 높일 수 있을 것으로 본다.

주관적 건강수준이 나쁠수록 수급자의 경우 미수진의 경우가 높았다. 또한 행복감과 삶의 질은 비수급자가 수급자에 비해 높았는데, 이 경우는 미수진과 수진 모두의 경우 비수급자가 수급자에 비해 높았다. 이는 비수급자의 경우 지속적으로 건강을 관리하고, 건강상의 문제가 발생하였을 경우 적극적으로 의료기관을 통해 대처하고 있으며, 더불어 행복감과 삶의 질이 높은 것으로 볼 수 있다.

노년기의 주관적 건강수준, 삶의 질과 행복감에 영향을 미치는 요인들을 분석한 결과, 주관적 건강수준은 연령과 교육수준, 중등도의 신체활동, 당뇨병, 관절염, 우울감, 그리고 주관적 구강건강이 나쁜 영향을 미치는 것으로 나타났다. 행복감 지수는 평생 음주를 하였을 경우

와 관절염이 있을 경우 낮아졌다. 평생음주를 하였을수록, 지속적인 관절염이 있었을 때 행복감 지수는 떨어진 것으로 볼 수 있는데[21], 설명력이 낮아 다른 요인들이 작용했을 가능성을 생각해 보게 한다. 즉, 지속적인 음주 자체가 행복감을 낮출 수 있는 요인들로 인해서 일어났을 수 있으며, 같은 맥락에서 관절염에 영향을 미치는 다른 요인들이 작용했을 수 있음을 짐작해 보게 한다.

삶의 질 지수에서는 연령이 높을수록, 관절염이 있을수록, 우울감이 있을수록, 그리고 구강건강이 안 좋다고 느낄수록 낮아졌으며, 중등도의 신체활동은 삶의 질을 높이는 것으로 볼 수 있다[22]. 적절한 수준의 신체활동을 높여줌으로서 삶의 질을 높일 수 있는 방법을 모색할 수 있다고 사료된다. 그러나 설명력이 낮은 바, 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 다른 변인들에 대한 고려가 필요하다.

주관적 건강수준과 행복감 지수, 그리고 삶의 질 지수를 통해서 보는데, 치료가 어려우며 지속적으로 건강상의 고통을 경험하게 하는 당뇨병이나 관절염이 긍정적인 삶의 경험에 부정적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 연령의 증가와 더불어 주관적 건강 수준에 대한 부정적 태도를 가지며 삶의 질이 낮아진다고 지각하고 있는 바[23], 65세 이후의 노년기의 삶의 질은 건강에 대한 지각과 더불어 만족감을 경험하고 있지 못한 것으로 볼 수 있다. 특히, 구강검진에 대해 소극적으로 대처하고 있는 바, 주관적으로 구강건강이 좋지 않을 경우 주관적 건강수준과 삶의 질은 떨어지는 것으로 나타났다.

## 5. 결론 및 제언

결과를 종합해 보면, 수급자의 경우 의료이용은 비수급자에 비해 낮았으나, 수급자 여부에 관계없이 교육수준이 낮을수록, 성별에서는 여성이, 연령에서는 75세 이상, 그리고 스트레스를 많이 느낄수록 의료이용의 정도가 낮았다. 이는 수급 대상자에 대한 의료이용에 대한 기회를 늘릴 필요가 있으며, 그 중에서도 여성과 나이든 노인의 경우 각별한 사회적 관심이 필요하다 하겠다. 아울러 각 노인들의 스트레스를 줄이기 위한 지역사회에 대처가 필요하다고 하겠다.

비수급자와 수급자의 전반적인 건강관리에 대한 태도와 행복감 지수, 그리고 삶의 질은 서로 관련성이 있으나

어느 것이 원인이 되는지는 추구 고려해야 봐야 할 점이  
라 사료된다. 또한 전반적인 경제적 상황에 따른 건강과  
삶의 질에서의 차이를 보고자 한 것이며, 특정 대상을 하  
여 어떤 결론을 내리고자 한 것은 아님을 밝혀둔다.

추후 저소득층 노인인구의 건강증진 및 행복감지수  
및 삶의 질을 효과적으로 향상시킬 수 있는 기초자료로  
활용될 것으로 기대된다.

## References

- [1] M. J. Kim, J. Y. Lim, The effect of socioeconomic status on the prevalence of chronic disease in the elderly: Focusing on nutrient intake, *The Korean Journal of Health and Social Welfare*, Vol.37, No.4, pp. 125-145, 2017.  
DOI: <http://doi.org/10.15709/hswr.2017.37.4.125>
- [2] H. W. Kang, Y. T. Cho, "Socioeconomic Status, *The Korean Journal of Social Integration, and Health Inequalities of Elderly*" *Korean Sociology*, Vol.41, No.4, pp.164-201, 2007.
- [3] H. R. Kim, "The Relationship of Socioeconomic Position and Health Behaviors with Morbidity in Seoul, Korea", *The Korean Journal of Korea Institute for Health and Social Affairs*, Vol.25, No.2, pp.3-35, 2005.
- [4] G. Turrell, J. W. Lynch, G. A. Kaplan, S. A. Everson, E. L. Helkala, J. Kauhanen, J. T. Salonen, Socioeconomic Position Across the Lifecourse and Cognitive Function in Late Middle Age, *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol.57, Issue1, pp.S43-S51, 2002.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S43>
- [5] Y. H. Lee, S. Shinkar, "A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the far east", *Japan and Korea. Arch Gerontol Geriatr*, Vol.37, No.1, pp.63-76, 2003.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00021-9](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00021-9)
- [6] M. Son, "Commentary : Why the educational effect is sostrong in differentials of mortality in Korea", *Int J Epidemiol*, Vol.33, Issue.2, pp.308-310, 2004.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh017>
- [7] M. J. Kim, J. W. Kim, "The Correlation Between the Mothers Happiness and Preschoolers' Attachment Stability, and Peer Competence", *The Korean Journal of Early childhood education, child care welfare research*, Vol.14, No.2, pp.5-28, 2010.  
Doi:<http://scholar.dkyobobook.co.kr/searchDownload.laf?barcode=4010023068301&artId=10038803&gb=pdf&rePdf=pdf>
- [8] S. K. Kim, "Health Behaviour and Health Status among the Elderly by Socioeconomic status", Doctoral Thesis, Graduate School of Gachon University, Seoul Korea, 2017.
- [9] K. H. Cho, M. H. Do, "The Effects of Mothers' Happiness and Parenting Stress on Young Children's Self-esteem : The Mediating Role of Parenting Efficacy", *The Korean Journal of family welfare*, Vol.21, No.4, pp.723-742, 2016.  
DOI: <https://doi.org/10.13049/kfwa.2016.21.4.6>
- [10] E. A. Han, "The relationship among the happiness of mothers, their parenting behavior and young children's self-regulation", Master's Thesis, The Graduate School of Hankuk University of Foreign Studies, Seoul Korea, 2013.
- [11] M. E. Sadler, C. J. Miller, Christensen K, McGue M: "Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study", *Twin Res Hum Genet* 14, pp.249-256, 2011.  
DOI: <https://doi.org/10.1375/twin.14.3.249>
- [12] I. S. Kwak, "A Study on Family Health and Happiness of Elderly and Pre-Elderly Elderly and Pre-Elderly", *Family and Environment Research*, Vol.51, No.1, pp.1-17, 2013.
- [13] Y. K. Park, C. Y. Kim, S. S. Hwang, "The Effects of Unmet Medical and Income Interaction on Subjective Health Levels: The Effects of Unmet Medical and Income on Subjective Health Levels", *The Korean Journal of Family and Environment Research*, Vol.47, No.1, pp.1-17, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.21489/hass.2018.04.47.57>
- [14] M. S. Kim, H. W. Kim, K. H. Cha, J. Y. Lim, Y. S. Han, "Exploration of the Structure of Happy Life and Development of the Happy Life Scale among Korean Adults", *The Korean Journal of Health Psychology*, Vol.8, No.2, pp.415-442, 2003.
- [15] Y. S. Jeon, "The Study on Effect of a Leisure Education Program on a Leisure Awareness and Quality of Life among Elderly Persons", Doctoral Thesis, The Graduate School of Seoul Women's University, Seoul Korea, 2005.
- [16] H. S. Choi, J. C. Ha, "A study on the factors affecting the Life satisfaction of the elderly", *Journal of the Korean Data Information Society*, Vol.23, pp.131-142, 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.7465/jkdi.2012.23.1.131>
- [17] H. J. Han, "A Study on the Financial Preparation for Old Age and Financial Satisfaction of Single Households", Master's Thesis, The Graduate School of Ewha Womans University, Seoul Korea, 2013.
- [18] B. C. Cheon, C. H. Nam, S. K. Choi, D. M. Shin, K. Y. Kim, "Factors Influencing Older People's Quality of Life", *The Korean Journal of Health Research*, Vol.31, No.2, pp.124-137, 2005.
- [19] J. E. Paik. Effects of Social Support on Psychological Health for Old Women and Old Men. *The Korean Journal of Woman Psychology*, Vol. 15, No. 3, pp.425-445, 2010.
- [20] M. J. Park, "Buffering effects of Strengths and Social Support between Stress and Depression of the Elderly Women", *The Korean Journal of Woman Psychology*, Vol.12, No.4, pp. 197-211, 2007.
- [21] J. I. Lee, "Attachment of the Elderly People and Psychological Well-being, Social Interaction", *The Korean Journal of Social and Personality Psychology*, Vol.18, No.2, pp.11-29, 2004.
- [22] K. H. Seo, Y. S. Kim, "Self-Esteem and Depression of the Elderly People Living Alone" *The Korean Journal of*



*Psychological and Social Issues*, Vol.9, No.1, pp.115-137, 2003.

- [23] Y. j. Jeon, "The Effect of the Elderly's Stress on Depression - Focused on Mediating Effect of Resilience and Moderating Effect of Social Activity", *The Korean Journal of Human Ecology*, Vol.24, No.4, pp.219-236, 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.5934/kjhe.2015.24.2.219>

**황혜정(Hye-Jeong Hwang)**

[중신회원]



- 2007년 2월 : 건양대학교 보건복지대학원 보건학과(보건학석사)
- 2010년 2월 : 건양대학교 일반대학원 예방의학과(의학박사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 건양사이버대학교 보건의료복지학과 조교수, 부교수(현재)

<관심분야>

예방의학, 보건교육, 보건정책

**김은미(Eun-Mi Kim)**

[정회원]



- 1994년 2월 : 중앙대학교 일반대학원 심리학과 (문학석사)
- 2001년 8월 : 중앙대학교 일반대학원 심리학과 (문학박사)
- 2008년 3월 ~ 2012년 2월 : 충남대학교 평화안보대학원 겸임교원
- 2012년 3월 ~ 현재 : 건양사이버대학교 상담심리학과 교수

<관심분야>

삶의 질, 행복,

**소권섭(Kwon-Seob So)**

[정회원]



- 2001.년 2월 : 건양대학교 경영대학원 병원경영학과(경영학석사)
- 2011년 2월 : 건양대학교 일반대학원 경영학과(경영학박사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 건양사이버대학교 보건의료복지학과 조교수

<관심분야>

병원경영, 의료서비스