

지역사회 노인의 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향

이 승 주* · 심 문 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2017년 통계청에서 발표한 장래인구추계를 살펴보면 전국 65세 이상 고령인구는 2025년 20%, 2035년 28.7%로 계속 증가하여 2045년에는 35.6%에 이를 것으로 전망하였으며, 2017년 노인실태조사보고서(Jeong et al., 2017)에서 의사의 진단을 받은 만성질환이 있는 노인의 비율은 89.5%로 나타났다. 노인성 만성질환은 꾸준한 관리와 치료가 필요하고, 만성질환 예방을 위한 건강한 생활습관형성, 건강관리프로그램 참여 등 정부차원의 노력이 필요하다(Lee, E.K, 2018).

전국 보건소에서는 취약계층의 건강관리를 위해 방문건강관리서비스를 시행하고 있으며, 전문 인력인 방문간호사가 대상자의 가정을 방문하여 취약계층의 건강문제를 스크리닝하고 건강행태개선 및 만성질환 예방관리 등을 포함하는 건강관리서비스를 제공하고 있다(Oh, Yu, & Song, 2019). 사업 대상자 선정 시 65세 이상 독거노인, 75세 이상 노인부부 세대를 우선선정하며(Oh, Yu, & Song, 2019), 대상자 대부분이 기초생

활수급권자인 취약계층 노인이다.

특히 Park, Lee와 Kwon (2011)의 연구에 따르면 취약계층 노인은 일반 노인에 비해 질병에 이환될 확률이 높았으며, 경제 수준이 취약한 경우 건강상태가 나쁜 것으로 나타났고(Shin & Shon, 2009), 만성질환 보유수가 많은 취약계층 노인은 삶의 질이 악화되었다(Shin & Kim, 2014).

한국보건사회연구원의 2018년 의료서비스경험조사(Shin et al, 2018) 결과 60세 이상은 83.7%가 외래서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 하지만 병원 외래방문객 대상 연구에서 42.5%가 건강정보를 이해하고 활용하는데 어려움을 겪는 것으로 나타났다(Kim, 2011). 건강정보에 대해 국립국어원에서는 '건강을 유지하거나 증진하는데 필요한 정보'라고 기술하고 있으며, 건강정보이해능력은 건강과 관련된 의사결정과정에서 중요하다고 하였다(Baker et al, 2002). 이처럼 환자와 의료진이 의사소통을 할 때, 환자가 의료진의 지시사항 및 건강교육 내용을 이해하고 이행하여 건강을 유지·증진하기 위해서는 건강정보이해능력이 중요한 요소이다.

또한 Dewalt와 Pignone (2005)의 연구에서 건강정

* 대전광역시 중구보건소 주무관

** 건양대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: msshim@konyang.ac.kr)

• Received: 23 June 2020 • Revised: 6 July 2020 • Accepted: 23 July 2020

• Address reprint requests to: Shim, Moon Sook

Dept. of Nursing, Konyang University, Daejeon

158, Gwanjeodong-ro Seo-gu, Daejeon 35365

Tel: 82-42-600-8562, Fax: 82-42-600-6314, E-mail: msshim@konyang.ac.kr

보이해능력이 부족한 환자들이 예방 관리를 덜 받으며, 만성질환 관리력이 떨어진다고 하였다. 우리나라 노인의 89.5%가 만성질환을 가지고 있다는 것을 고려한다면(Jeong et al, 2017), 건강정보이해능력은 노인 건강관리에서 중요하다고 할 수 있다.

미충족 의료란 의료서비스를 받고자 하지만 경제·사회적 여건 등의 요인으로 의료서비스를 제공 받지 못하는 것을 의미하며(Kim & Lee, 2012), 2017년 노인 실태조사에서 병원 미충족 의료가 8.6%로, 특히 연가소득 제1분위의 미충족 의료가 14.9%로 제5분위의 4.6%보다 높게 나타났다(Jeong et al, 2017). 이는 저소득 노인이 미충족 의료에 노출될 확률이 높다는 것을 의미하기에 지역사회 건강취약계층의 미충족 의료에 대한 파악이 필요하다.

노인의 건강증진행위에 대해 살펴보면, 만성질환을 보유하고 있는 수가 많을수록 자신의 노화에 대해 부정적 태도를 많이 보이는 것으로 나타났으며, 부정적인 노화 태도를 가진 경우 건강증진 생활양식을 수행하지 않았다(Song, 2016). 보건복지부의 조사결과 만성질환에 이환될 확률이 높은 노인 중 39.7%가 자신의 건강에 대해 나쁘다고 평가하였으며(Jeong et al, 2017), 사회경제적 수준이 낮은 그룹은 건강행위 수준이 낮은 것으로 나타났다(Perna et al, 2012).

앞서 살펴본 선행연구에서 취약계층 노인의 건강정보이해능력, 미충족 의료, 건강증진행위에 대해 알아볼 필요가 있음을 확인하였으나, 취약계층으로 분류되는 보건소 방문건강관리서비스 대상자에 대한 연구로 건강정보이해능력, 미충족 의료, 건강증진행위에 관한 연구는 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 지역사회 보건소 방문건강서비스를 받고 있는 노인을 대상으로 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위의 정도를 알아보고, 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 확인함으로써 지역사회 취약계층 노인의 건강증진행위 향상을 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 지역사회 보건소 방문건강관리서비스를

받고 있는 노인들의 건강정보이해능력과 미충족 의료 및 건강증진행위의 정도를 파악하고, 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 구체적 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 대상자의 일반적 특성과 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위 정도를 파악한다.
- 둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위의 차이를 파악한다.
- 셋째, 대상자의 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회 보건소 방문건강관리서비스를 받고 있는 노인들의 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 편의표집에 의하여 선정된 D시 A보건소에서 방문건강관리서비스를 받고 있는 65세 이상 노인 중 의사소통이 가능하고 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사(MMSE-DS)에서 정상으로 나온 대상으로 본 연구의 목적을 충분히 이해하고, 연구의 자발적 참여에 동의한 자로 하였으며, 동의하지 않는 경우에는 연구대상자에서 제외하였다. G*power 3.1.9.2 program을 이용하여 다중회귀분석방법으로 유의수준 .05, 검정력 .95, 중간효과크기 .15, 변수 9개로 설정하였을 때 연구대상자 수는 166명이었으며 탈락률 10%를 고려하여 총 193명을 연구대상자로 선정하였다.

3. 연구 도구

연구도구는 구조화된 설문지로서 일반적 특성 10문항, 기능적 건강정보이해능력 8문항, 미충족 의료 1문항, 건강증진행위 35문항으로 총 54문항으로 구성하였다.

1) 건강정보이해능력

건강정보이해능력 측정도구는 Kim (2017)이 독해영역 4문항, 수리영역 4문항 총 8문항으로 축약 개발한 The Short Form of Korean Functional Health Literacy Test(S-KFHLT)를 사용하였다. 각 문항에 대한 응답이 맞는 경우 1점, 틀린 경우 0점을 부여하여 최대 8점에서 최소 0점이며, 점수가 높을수록 건강정보 이해능력이 좋은 것을 의미한다. 또한 S-KFHLT의 측정 점수가 6점 이하이면 건강정보이해능력이 낮은 수준이라고 하였다. Kim (2017)의 S-KFHLT 측정도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α =.79였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α =.64로 나타났다.

2) 미충족 의료

미충족 의료에 대한 측정은 지역사회건강조사에서 의료이용 항목의 '최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?'라는 질문을 이용하였다.

미충족 의료의 요인을 알아보기 위하여 하위답변으로 '경제적인 이유로', '병의원 등에 예약을 하기 힘들어서', '교통편이 불편해서', '내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서', '병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서', '증상이 가벼워서', '기타'의 항목으로 구성하였다.

3) 건강증진행위

건강증진행위 측정도구는 Walker, Sechrist와 Pender (1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promotion Lifestyle Profile: HPLP)를 Hong (2003)의 연구에서 노인들에게 맞게 수정·보완한 것을 사용하였다. 이 척도는 영양 6문항, 스트레스 관리 5문항, 대인관계지지 6문항, 운동 2문항, 건강책임 11문항, 자아실현 5문항으로 총 35문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 Likert 척도로 구성되어 있으며, 점수는 4점부터 최소 1점이고 점수가 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 양호함을 의미한다. 이 측정도구의 신뢰도는 Walker, Sechrist와 Pender (1987)이 측정도구 개발 당시 Cronbach's α =.92, Hong (2003)의 연구에서는 Cronbach's α =.88로 나타났다. 본 연구에서의 Cronbach's α =.89이었다.

4. 자료 수집

본 연구를 위한 자료수집 전에 대상자를 보호하기 위하여 K대학교 생명윤리위원회(IRB)의 승인(IRB No. KYU-2018-137-02)을 받았다. 자료 수집은 D시 A보건의료에 근무하는 연구자와 방문간호사 5명이 수행하였으며, 자료수집 전 연구자가 A보건의료 기관장에게 연구 목적과 내용을 설명하고, 기관 내 연구수행을 허락받았다. 또한 방문간호사 5명에게 자료수집방법과 절차, 유의사항에 대해 교육한 후 예비조사를 실시하여, 동일한 표현으로 설문 문항을 질문하고 대상자의 답변에 대해 동일한 선택지에 표기하는 지를 관찰하여 연구보조자와 연구자의 차이를 확인하고 교정하였다.

또한 연구 대상자의 자율성을 보장하기 위해서, 이 연구의 설문참여와 방문간호서비스 지속 여부와 관련이 없음을 설명하였다. 중단을 원하는 경우 언제든지 특별한 절차 없이 즉시 중단할 수 있음을 충분히 설명한 후, 대상자에게 연구의 목적에 대해 설명하고, 연구 참여에 동의한 대상자의 자발적인 연구 동의서를 받은 후 진행하였다. 자료수집기간은 2018년 10월 22일부터 11월 30일까지로서 구조화된 설문지를 이용하였다. 노인 대상자를 배려하여 글자를 읽기 어렵거나 선택지에 기입하는 것을 어려워하는 대상자에게는 설문 문항과 선택지를 읽어주고 응답하도록 하는 인터뷰 방식을 활용하여 자료 수집하였다. 193명의 응답자 중 응답이 불충분한 13명을 제외한 180명을 대상으로 최종 분석하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 23.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위의 정도를 파악하기 위해 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력과 미충족 의료 및 건강증진행위간의 차이를 파악하기 위하여 Independent t-test, one way ANOVA로 분석하였으며, 사후분석은 Scheffé test를 이용하였다.
- 대상자의 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 분석하기 위해 위계적 회귀

분석을 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 총 180명으로 성별은 여자 135명(75%), 남자 45명(25%)이었으며, 연령은 75~79세가 62명(34.4%)으로 가장 많았으며, 70~74세 32명(17.8%), 80~84세 32명(17.8%), 65~69세 29명(16.1%), 85세 이상 25명(13.9%)으로 나타났다. 교육 수준은 초졸 84명(46.7%)으로 가장 많았고 무학 54명(30.0%), 중졸 27명(8.3%), 고졸이상 15명(8.3%) 순이었고, 종교가 있는 대상자는 117명(65%)이었고, 없는 대상자는 63명(35%)이었다. 배우자가 있는 대상자는 128명(71.1%), 없는 대상자는 52명(28.9%)으로 나타났다. 동거가족이 없는 독거노인이 125명(69.4%)으로 가장 많았고, '노인 부부만 산다' 37명(20.6%), '자녀와 거주' 15명(8.3%), '기타 동거인' 3명(1.7%) 순으로 나타났다. 현재직업 유무는 '유' 19명(10.6%), '무' 161명(89.4%)이었고, 월 가구 소득정도는 '50~59만원' 62명(34.4%), '40~49만원' 32명(17.8%), '70만원 이상' 31명(17.2%), '39만원 이하' 30명(16.7%), '60~69만원' 25명(13.9%) 순이었다. 사회활동 유무는 '참여하는 사회활동이 있다' 97명(53.9%), '참여하는 사회활동이 없다' 83명(46.1%)이며, 대상자들의 보유질환 수는 '2개' 66명(36.7%)으로 가장 많았으며, '1개' 62명(34.4%), '3개 이상' 35명(19.4%), 보유질환이 없는 대상자는 17명(9.4%)으로 나타났다(Table 1).

2. 대상자의 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위 정도

건강정보이해능력은 S-KFHLT를 통해 측정된 점수의 평균은 8점 만점에 3.88 ± 0.13 점이었다. 문항별 정답률과 평균을 살펴보면 검사 전 조치사항의 정답자가 153명(85.0%), 0.85 ± 0.02 점으로 가장 많았고, 정상혈당수치 138명(76.7%), 0.76 ± 0.03 점, 약물 유효기간 확인 131명(72.8%), 0.72 ± 0.03 점, 약물복용시간I 73명(40.6%), 0.40 ± 0.03 점, 약물복용시간II 64명(35.6%),

0.35 ± 0.03 점, 시술 후 합병증 57명(31.7%), 0.31 ± 0.03 점, 검사 소요시간 55명(30.6%), 0.30 ± 0.03 점 순이었으며, 시술 전 고지사항 정답자가 19명(10.6%), 0.10 ± 0.02 점으로 가장 적었다(Table 2).

미충족 의료는 180명의 대상자 중 '최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?' 라는 질문에 '예'라고 응답한 대상자는 41명이었다. 미충족 의료의 요인에 대하여 조사한 결과는 경제적 이유가 30명(73.2%)으로 가장 많았고, 기타(보호자 동반, 절차의 어려움, 거동불편 등)가 6명(14.7%), '교통편이 불편해서' 2명(4.9%), '병의원 등에 예약을 하기 힘들어서', '병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서', '증상이 가벼워서' 각 1명(2.4%)순으로 나타났다(Table 3).

건강증진행위는 평균 4점 만점에 2.66 ± 0.02 점으로 나타났다. 하위영역별로 살펴보면 운동 3.01 ± 0.06 점, 건강책임 2.89 ± 0.03 점, 대인관계지지 2.60 ± 0.04 점, 영양 2.59 ± 0.03 점, 자아실현 2.47 ± 0.04 점, 스트레스 관리 2.34 ± 0.03 점 순으로 나타났다(Table 4).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위

대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력은 성별($t=8.47, p=.004$), 연령($F=6.74, p<.001$), 교육수준($F=7.06, p<.001$), 현재직업($t=4.63, p=.033$), 월수입($F=3.17, p=.015$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 성별은 남자가 여자보다 건강정보이해능력이 높았고, 연령에 따른 건강정보이해능력은 75~79세, 80~84세, 85세 이상보다 70~74세가 높았고, 65~69세가 가장 높은 것으로 나타났다. 교육수준은 고졸이상이 중졸과 초졸보다 높았고, 무학이 가장 낮았으며, 현재직업이 있는 대상자가 없는 대상자보다 건강정보이해능력이 높았다. 월수입은 사후검정에서 그룹 간 차이를 보이지 않았다.

대상자의 일반적 특성에 따른 최근 1년 동안 미충족 의료에 의해 병원을 가지 못한 경험 유무 차이를 비교해 보았을 때, 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 종교($t=4.56, p=.034$), 현재직업($t=28.50, p<.001$), 사회활동($t=23.36, p<.001$)에서 유의한 차이를 나타냈다. 중

교가 있는 대상자가 없는 대상자에 비해 건강증진행위가 높은 것으로 나타났고, 현재 직업이 있는 대상자가 없는 대상자에 비해 건강증진행위가 높은 것으로 나타났으며, 사회활동에 참여하는 대상자가 참여하지 않는 대상자보다 건강증진행위가 높은 것으로 나타났다 (Table 5).

4. 대상자의 건강증진행위에 미치는 영향

건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에

미치는 영향을 확인하기 위하여 일반적 특성 중 건강증진행위에 유의한 차이를 나타낸 종교, 현재직업, 사회활동과 건강정보이해능력, 미충족 의료를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 이 중, 종교, 현재직업, 사회활동, 미충족 의료를 더미 변수 처리하였다.

독립변수의 다중공선성을 확인하기 위하여 공차한계와 분산팽창계수(Variance Inflation Factor, VIF)를 확인한 결과 공차의 한계는 .798~.952로 나타났으며, 분산팽창계수(VIF)값이 1.051~1.253으로 기준치인 10 미만으로 나타나 모든 변수는 다중공선성의 문제가 없

Table 1. General Characteristics of the Participants (N=180)

Chatacteristics	Categories	N	%	M ± SD
Gender	Male	45	25.0	
	Female	135	75.0	
Age (years)	65-69	29	16.1	76.88 ± 6.55
	70-74	32	17.8	
	75-79	62	34.4	
	80-84	32	17.8	
	≥85	25	13.9	
Education level	Uneducated	54	30.0	
	Elementary school	84	46.7	
	Middle School	27	15.0	
	High school	15	8.3	
Religion	Yes	117	65.0	
	NO	63	35.0	
Spouse	Yes	52	28.9	
	NO	128	71.1	
Cohabitation family	Alone	125	69.4	
	With spouse	37	20.6	
	With children	15	8.3	
	Others	3	1.7	
Present occupation	Yes	19	10.6	
	NO	161	89.4	
Monthly income (10,000won)	39	30	16.7	52.67 ± 18.89
	40-49	32	17.8	
	50-59	62	34.4	
	60-69	25	13.9	
	≥70	31	17.2	
Social activity status	Yes	97	53.9	
	NO	83	46.1	
No. of chronic diseases	0	17	9.5	
	1	62	34.4	
	2	66	36.7	
	≥3	35	19.4	

Table 2. The Range of Dimension of Health Literacy (N=180)

Variables	Correct answers(%)	M ± SD
Health Literacy		3.88 ± 0.13
How to take medication before the expiration date		
Checking the availability of medication comparing to the expiration date	131(72.8)	0.72 ± 0.03
Blood sugar level with normal range		
Comparing tested blood sugar level with normal range	138(76.7)	0.76 ± 0.03
Medication time I		
Medication time if it should be taken two to three hours after a meal	73(40.6)	0.40 ± 0.03
Medication time II		
Medication time if it should be taken one hour before lunch	64(35.6)	0.35 ± 0.03
Instructions for abdominal sonogram		
What to take in the morning of the examination day	153(85.0)	0.85 ± 0.02
Instructions for abdominal sonogram		
Time to take the exam	55(30.6)	0.30 ± 0.03
Informed consent document		
Things to tell physician before the procedure	19(10.6)	0.10 ± 0.02
Informed consent document		
Complication of the procedure	57(31.7)	0.31 ± 0.03

Table 3. The Range of Dimension of Unmet Need for Health Care (N=180)

Variables	M ± SD
Unmet need for health care	Yes 41(22.8)
	No 139(77.2)
Factors associated with unmet need for health care	41(100%)
Ability to pay	30(73.2)
Difficulty reservation	1(2.4)
Traffic inconvenience	2(4.9)
The hospital wouldn't open when I could	0(0)
Waiting too long	1(2.4)
Mild symptom	1(2.4)
Other	6(14.7)

Table 4. The Range of Dimension of Health Promotion Behavior (N=180)

Variables	M ± SD	범위
Health promotion behavior	2.66 ± 0.02	
Nutrition	2.59 ± 0.03	1~4
Stress management	2.34 ± 0.03	1~4
Interpersonal relationship	2.60 ± 0.04	1~4
Physical activity	3.01 ± 0.06	1~4
Health responsibility	2.89 ± 0.03	1~4
Spiritual growth	2.47 ± 0.04	1~4

Table 5. Health Literacy, Unmet Need for Health Care, Health promotion Behavior according to General Characteristics of Participants (N=180)

Characteristics	Categories	Health literacy		Unmet need for health care			Health promotion behavior		
		M±SD	t or F(p)	유(%)	무(%)	진행(%)	χ ² (p)	M±SD	t or F(p)
Gender	Male	4.51±0.28	8.47 (.004)	7(17.1)	38(27.3)	45(25.0)	1.78 (.182)	2.62±0.05	0.56 (.456)
	Female	3.60±0.15		34(82.9)	101(72.7)	135(75.0)		2.67±0.03	
Age(years)	65-69 ^a	5.17±0.34		4(9.8)	25(18.0)	29(16.1)		2.51±0.07	
	70-74 ^b	3.84±0.31	6.74 (.001)	6(14.6)	26(18.7)	32(17.8)	5.80 (.215)	2.73±0.07	1.44 (.223)
	75-79 ^c	3.74±0.21		17(41.5)	45(32.4)	62(34.4)		2.66±0.04	
	80-84 ^d	3.59±0.29	a)b)c,d,e	5(12.2)	27(19.4)	32(17.8)		2.70±0.07	
	≥85 ^e	2.80±0.33		9(21.9)	16(11.5)	25(13.9)		2.68±0.06	
Education level	Uneducated ^f	3.11±0.22	7.06 (.001)	17(41.5)	37(26.6)	54(30.0)		2.71±0.04	
	Elementary school ^b	3.86±0.19		20(48.8)	64(46.0)	84(46.7)	6.68 (.083)	2.65±0.04	1.78 (.153)
	Middle School ^f	4.40±0.39	d)b,c,a	3(7.3)	24(17.3)	27(15.0)		2.68±0.08	
	High School ^d	5.20±0.39		1(2.4)	14(10.1)	15(8.3)		2.46±0.07	
Religion	Yes	3.94±0.16	1.13 (.290)	28(68.3)	89(64.0)	117(65.0)	0.25 (.615)	2.70±0.03	4.56 (.034)
	No	3.63±0.23		13(31.7)	50(36.0)	63(35.0)		2.58±0.04	
Spouse	Yes	3.92±0.24	0.17 (.678)	8(19.5)	44(31.7)	52(28.9)	2.27 (.132)	2.65±0.05	0.02 (.890)
	No	3.79±0.16		33(80.5)	95(68.3)	128(71.1)		2.66±0.03	
Cohabitation family	Alone	3.72±0.16		32(78.1)	93(66.9)	125(69.4)		2.67±0.03	
	With spouse	4.00±0.27	0.63 (.595)	3(7.3)	34(24.5)	37(20.6)	6.23 (.101)	2.69±0.07	0.86 (.463)
	With children	4.33±0.45		5(12.2)	10(7.2)	15(8.3)		2.60±0.07	
	Others	4.00±2.08		1(2.4)	2(1.4)	3(1.7)		2.35±0.20	
Present occupation	Yes	4.68±0.28	4.63 (.033)	1(2.4)	18(12.9)	19(10.6)	3.71 (.054)	3.07±0.07	28.50 (.001)
	No	3.73±0.14		40(97.6)	121(87.1)	161(89.4)		2.61±0.02	
Monthly income (10,000won)	39	3.10±0.31		12(29.3)	18(12.9)	30(16.7)		2.67±0.06	
	40-49	3.31±0.33		8(19.5)	24(17.3)	32(17.8)		2.58±0.05	
	50-59	4.06±0.24	3.17 (.015)	8(19.5)	54(38.8)	62(34.4)	8.61 (.072)	2.73±0.04	1.00 (.407)
	60-69	4.04±0.32		6(14.6)	19(13.7)	25(13.9)		2.63±0.08	
≥70	4.45±0.28		7(17.1)	24(17.3)	31(17.2)		2.61±0.08		
Social activity status	Yes	4.01±0.18	1.95 (.164)	23(56.1)	74(53.2)	97(53.9)	0.10 (.747)	2.78±0.03	23.36 (.001)
	No	3.62±0.20		18(43.9)	65(46.8)	83(46.1)		2.52±0.04	
No. of Chronic diseases	0	3.76±0.52		3(7.4)	14(10.1)	17(9.5)		2.76±0.08	
	1	4.06±0.23	0.62 (.601)	14(34.1)	48(34.5)	62(34.4)	1.02 (.797)	2.70±0.05	1.23 (.301)
	2	3.62±0.22		14(34.1)	52(37.4)	66(36.7)		2.60±0.05	
	≥3	3.85±0.30		10(24.4)	25(18.0)	35(19.4)		2.64±0.05	

는 것으로 나타났다.

위계적 회귀모형 1단계에서 지역사회 거주노인의 일반적 특성이 건강증진행위를 설명하는 설명력은 18.5%로 나타났으며, 건강증진행위에 영향을 미치는 변수로는 현재직업($\beta=.30, p<.001$)과 사회활동($\beta=.26, p=.001$)이 있었다. 2단계에서 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 현재직업($\beta=.26, p<.001$), 사회활동($\beta=.26, p=.001$), 건강정보이해능력($\beta=.16, p=.023$)순으로 나타났다. 현재직업이 없는 경우에 비해 있는 경우가 건강증진행위가 높은 것으로 나타났고, 사회활동이 있는 경우 건강증진행위가 높았으며, 건강정보이해능력이 높을수록 건강증진행위가 높은 것으로 나타났다. 모형의 전체 설명력은 21.7%로 나타났다(Table 6).

IV. 논 의

본 연구는 보건소 방문건강관리서비스를 받고 있는 노인들의 건강정보이해능력, 미충족 의료 및 건강증진행위를 파악하고 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 확인한 것으로, 방문건강관리서비스를 받고 있는 노인의 기능적 건강정보이해능력은 8점 만점에 평균 3.88점으로 낮은 수준임을 확인하였다. 다른 측정도구를 사용한 Jeong와 Kim (2014)

의 연구에서 총점 6점 만점에 평균 2.1점, Lee, M.S (2017)의 연구에서 평균 15점 만점에 6.08점 이었으며, Javadzade 등(2012)의 이란 노인 대상 연구에서는 대상자의 79.6%가 건강정보이해능력이 부족한 것으로 나타났다.

건강정보이해능력의 문항별 정답률을 살펴보면 '시술 전 고지사항'의 정답률이 10.6%로 가장 낮았으며, '검사 소요시간', '시술 후 합병증', '약물 복용시간'에 대한 정답률이 40% 이하였다. 이것은 Park과 Hwang (2014)의 지역사회 노인 대상 연구에서 '검사관련 합병증', '검사 전 고지사항', '1일 4회 약물 복용 방법(시간 계산)', '낙상의 원인 파악', '낙상 관련 약물 파악 확인' 문항이 40% 이하의 정답률을 보인 것과 유사한 결과이다. 이러한 결과는 89.5%의 노인이 만성 질환을 보유하고 있다는 것을 고려할 때(Jeong et al, 2017), 적절한 약물 복용과 병원이용에 어려움이 있을 것으로 생각된다. 따라서 방문간호사들이 건강관리서비스를 제공할 때에 대상자의 건강정보이해능력 수준을 고려한 의사소통과 보건교육 및 교육자료 개발이 필요할 것으로 생각된다.

미충족 의료는 연구대상자 180명 중 41명(22.8%)이 경험한 것으로 나타났다. 이는 국내 만65세 이상 노인을 대상으로 한 Choi와 Ryu (2017), Hwang과 Choi

Table 6. Effects of Variables on Health Promotion Behavior (N=180)

Independent variable	B	SE	β	t	p	F(p)	R ²	Adj.R ²
(Constancy)	2.52	.05		54.19	<.001			
1 Religion (1=yes, 0=no)	-.01	.06	-.01	-.12	.903	14.54 (<.001)	.199	.185
Present occupation (1=yes, 0=no)	.38	.09	.30	4.24	<.001			
Social activity status (1=yes, 0=no)	.20	.06	.26	3.45	.001			
(Constancy)	2.42	.07		34.32	<.001			
2 Religion (1=yes, 0=no)	-.01	.06	-.01	-.10	.918	10.92 (<.001)	.239	.217
Present occupation (1=yes, 0=no)	.33	.09	.26	3.68	<.001			
Social activity status (1=yes, 0=no)	.20	.06	.26	3.47	.001			
Health Literacy	.03	.01	.16	2.30	.023			
Unmet Need for Health Care (1=yes, 0=no)	-.10	.06	-.11	-1.63	.106			

(2015)의 연구와 Moon과 Kang (2016)의 독거노인 대상 연구 보다 높은 수준이었다.

미충족 의료 요인은 '경제적인 이유'가 73.2%로 가장 높은 요인으로 나타났으며, 이는 만성질환을 가진 노인이 의료이용에 드는 교통비와 진료비에 대한 부담으로 의료욕구 충족에 부담이 된다는 Hoebel 등 (2017)의 연구에서와 같이 낮은 사회경제적 수준인 사람들은 미충족 의료수준이 높다고 한 것과 일치하는 것을 확인하였다. 사회경제적 수준이 낮은 경우 건강관리에 지출할 수 있는 돈이 적어 의료서비스 이용을 포기해야 한다고 생각할 수도 있다. 이러한 미충족 의료는 건강 불평등을 초래할 수 있기 때문에 이들에 대한 의료시스템 접근성을 높일 수 있는 방안 마련이 필요하다.

건강증진행위는 평균 4점 만점에 2.66점으로 같은 도구를 사용하여 방문건강관리사업 대상 허약노인을 대상으로 한 Park과 Oh (2017)의 연구 결과인 평균 2.56점과 비슷하였다. 건강증진행위의 하위영역 중 운동 영역이 가장 높게 나온 것은 Park과 Oh (2017)의 선행연구와는 다른 결과를 보였으나, 스트레스관리 영역부분이 낮은 점수를 보인 것과는 일치한 결과였다. 또한 Kim, Chae, Park과 Woo (2001)는 영양 영역이 높은 점수, 운동 영역이 낮은 점수를 보였는데, 이처럼 하위영역들이 차이를 보이므로 노인들의 건강증진행위 향상을 위하여 지속적인 반복 연구를 통한 주요한 영향을 미치는 하위영역의 확인이 필요하다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력의 차이를 살펴보면, 성별, 연령, 교육수준, 현재직업, 월수입에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 Kim (2011), Lee, M.S (2017), Dewalt와 Pignone (2005)의 연구결과와 유사하였으며, 연령과 교육수준, 경제상태가 건강정보이해능력에 차이를 나타내는 주요한 요인으로 확인되었다. 이것은 사회경제적으로 취약한 계층이 건강정보를 부적절하게 이해하고 활용한다는 것을 의미하며, 그로 인해 건강 불평등을 초래할 수 있기 때문에 이들의 건강정보이해능력 향상을 위한 전략 개발의 노력이 필요하다.

대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 선행연구를 살펴보면 Park과 Tchoe (2018)는 소득 및 교육 수준에 따른 미충족 의료의 차이를 나타냈다. 또한 Moon과 Kang

(2016)의 연구에서는 성별, 연령, 취업, 교육수준, 독거기간, 가구소득, 의료기관까지의 소요시간, 자녀관계 만족도, 가까운 지인 수, 만성질환 개수, 기능제한유무, 우울증 유무, 영양 상태 주의, 영양상태 고위험이 차이를 나타냈다. 이는 본 연구결과와 다른 결과로 Park과 Tchoe (2018), Moon과 Kang (2016)은 노인실태조사 자료를 활용한 것으로 전 국민을 대상으로 한 실태조사 자료를 활용하여 표본의 수가 본 연구와 많은 차이가 있기 때문으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 살펴보면 종교, 현재직업, 사회활동에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 반면, Lee, M.S (2017)의 연구에서는 75세 미만 노인, 자녀 또는 배우자와 사는 노인, 50만원 이상 월수입이 있는 노인의 경우 건강증진행위 수준이 높았으며, Song (2016)은 여성, 주관적 나이를 젊게 느끼는 응답자, 비흡연자, 지각된 건강상태가 보통이거나 건강하다는 응답자, 건강상태가 일상생활에 아무런 방해가 되지 않는 자가 건강증진행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강증진행위 실천에 영향을 줄 수 있는 일반적 특성이 다양함을 보여주는 것으로 추후 반복 연구를 통해 명확한 규명이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 지역사회 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 시행하였다. 지역사회 노인의 건강정보이해능력은 건강증진행위에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 미충족 의료는 건강증진행위에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 건강증진행위의 영향요인은 21.7% 설명력으로, 현재직업, 사회활동, 건강정보 이해능력 순으로 나타났다. 이는 Jeong와 Kim (2014)의 연구에서 건강정보이해능력이 건강증진행위에 유의한 양의 영향 요인으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다. 따라서 지역사회 노인의 건강증진행위 증진을 위해서는 건강정보이해능력 수준을 고려해야하며, 보건 의료인이 노인환자를 대상으로 의사소통이나 정보전달을 할 때에는 건강정보이해능력을 우선 고려하는 것이 필요하다.

미충족 의료는 건강증진행위에 미치는 영향을 살펴본 선행 연구는 대학병원 간호사 대상으로 한 Lee O.J (2018)의 연구가 있으나, 노인을 대상으로 한 연구는

거의 없어 반복 연구를 통한 고찰이 필요할 것으로 생각된다.

이상의 연구 결과, 지역사회 거주노인 중 보건소 방문건강관리서비스를 받는 노인의 건강정보이해능력이 건강증진행위에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 따라서 이들의 건강증진행위를 향상시키기 위해서 방문간호사가 대상자에게 의사소통, 건강정보 전달 혹은 보건교육을 할 때에는 건강정보이해능력의 수준을 파악하고 그 수준에 맞는 의사소통 기술 및 교육자료 등이 필요하다

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회 보건소에서 방문건강관리서비스를 받고 있는 노인을 대상으로 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

대상자의 건강정보이해능력은 8점 만점에 평균 3.88 ± 0.13 점, 미충족 의료는 180명 중 41명인 22.8%가 경험하였으며, 건강증진행위는 평균 4점 만점에 2.66 ± 0.02 점이였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강정보이해능력은 성별, 연령, 교육수준, 현재직업, 월수입이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 일반적 특성에 따른 미충족 의료는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으며, 건강증진행위는 종교, 현재직업, 사회활동에서 유의한 차이를 나타냈다.

대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석을 시행한 결과, 현재직업, 사회활동, 건강정보이해능력 순으로 나타났다. 이상의 연구 결과, 지역사회 거주노인 중 보건소 방문건강관리서비스를 받는 취약계층 노인의 건강증진행위에 건강정보이해능력이 영향을 미치는 요인으로 확인되었으나, 미충족 의료는 영향을 미치지 않음을 확인하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 일개 보건소의 방문건강관리서비스를 받는 노인을 대상으로 연구하였기에 일반화에 어려움이 있으며, 연구 지역 확대를 통해 지속적인 연구가 필요함을 제언한다.

둘째, 노인의 미충족 의료 중 경제적 이유에 의한 미

충족 의료 경험이 많은 것으로 볼 때 사회보장적 제도에 의한 보장에 한계가 있음을 짐작할 수 있으며, 노인의 의료 접근성 향상을 위해 재정적·경제적 지원 방안 마련을 위한 다양한 연구가 필요함을 제언한다.

셋째, 대상자의 건강정보이해능력을 고려한 교육 자료나 의사소통 기술 및 프로그램 개발을 하고 그에 따른 효과성을 검증해 볼 것을 제언한다.

Reference

- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J. & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health, 92*(8), 1278-1283.
<https://dx.doi.org/10.2105/ajph.92.8.1278>
- Choi, H. Y., & Ryu, S. Y. (2017). Factors associated with the types of unmet health care needs among the elderly in Korea. *The Korean Journal of Health Service Management, 11*(2), 65-79.
<https://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2017.11.2.065>
- Dewalt, D. A., Pignone, M. P. (2005). The role of literacy in health and health care. *American Family Physician, 72*(3), 387-388.
- Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(10), 1127.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>
- Hong, Y. A. (2003). *The effect of health screening on health promotion behaviors in the elderly*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Hwang, B. D., & Choi, R. (2015). The Prevalence

- and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. *The Korean Journal of Health Service Management*, 9(1), 81-93.
<http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.1.081>
- Hwang, S. J. (2017). *Population Projections by Province:2015-2045*. Seoul: Statistics Korea.
- Javadzade, S. H., Sharifirad, G., Radjati, F., Mostafavi, F., Reisi, M., & Hasanzade, A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 1, 1-7.
<https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160>
- Jeong, J. H., & Kim, J. S. (2014). Health literacy, health risk perception and health behavior of elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 25(1), 65-73.
<http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2014.25.1.65>
- Jeong, K. H., OH, Y. H., Lee, Y. K., OH, M. A., Kang, E. N., Kim, K. R. Hwang, N. H., Kim, S. J., Lee, S. H., Lee, S. K., & Hong, S. E. (2017). *2017 Korean National Survey on Elderly*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., & Woo, S. H. (2001). The Relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in th elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 15(2), 262-274.
- Kim, J. E. (2011). Measuring the level of health literacy and influence factors: targeting the visitors of a university hospitals outpatient clinic. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 17(1), 27-34.
- Kim, K. S., & Lee, H. O. (2012). Household catastrophic health expenditure and unmet needs depending on the types of health care system. *Social Welfare Policy*, 39(4), 255-279.
<http://dx.doi.org/10.15855/swp.2012.39.4.255>
- Kim, S. H. (2017). Validation of the short version of korean functional health literacy test. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), e12559. <https://doi.org/10.1111/ijn.12559>
- Lee, E. K. (2018). Current issues and policy directions for the national health insurance. *Health and Welfare Policy Forum*, 256, 51-64.
- Lee, M. S. (2017). Health literacy and health behaviors among older adults with cardio-cerebrovascular disease residing in rural areas. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(3), 256-265.
<https://dx.doi.org/10.7475/kjan.2017.29.3.256>
- Lee, O. J. (2018). *Health behaviors and unmet medical need among university hospital nurses*. Unpublished master's thesis, Yeungnam University, Gyeongsan.
- Lee, S. H. (2017). Moderating effects of interpersonal relation and social network on the relationship between depression and health behavior in elderly. *Journal of Digital Convergence*, 15(9), 397-406.
<https://doi.org/10.14400/JDC.2017.15.9.397>
- Moon, J. H., & Kang, M. A. (2016). The prevalence and predictors of unmet medical needs among the elderly living alone in korea: An Application of the Behavioral Model for Vulnerable Populations. *Health and Social Welfare Review*, 36(2), 480-510.
<http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480>
- Oh, Y. J., Yu, E. J., & Song, T. H. (2019). *Guiding of integrated health promotion project for local communities*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Park, G. R., & Tchoe, B. H. (2018). Association between unmet healthcare needs and unmet long-term care needs among the korean elderly. *Health and Social Welfare Review*, 38(4), 40-56.

- <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2018.38.4.40>
- Park, H. J., & Hwang, S. K. (2014). Linguistic and functional health literacy among community-dwelling old adults. *Global Health and Nursing, 4*(2), 49-58.
- Park, J. S., & Oh, Y. J. (2017). Health promotion behavior, perceived health status, social participation and empowerment in frail elderly receiving home visiting services. *Journal of Korean Public Health Nursing, 31*(2), 244-256.
- <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2017.31.2.244>
- Park, Y. S., Lee, H. Y., & Kwon, Y. H. (2011). The relationship of functional health status, satisfaction of customized home visiting health service, and quality of life in vulnerable elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 12*(11), 5071-5078.
- <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.11.5071>
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. H. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health, 57*(2), 341-349.
- <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0294-0>
- Shin G. Y., & Kim, E. K. (2014). Factors associated with health-related quality of life in vulnerable elderly women. *Journal of Korean Public Health Nursing, 28*(3), 419-431.
- <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2014.28.3.419>
- Shin, J. W., Cho, B. H. Choi, B. R., Shin, J. Y., Cheon, M. Y., & Lee, Y. J. (2018). *2018 Survey on the experience with healthcare services*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Shin, Y. J., & Shon, J. I. (2009). The prevalence and association factors of unmet medical need: using 1st and 2nd Korea welfare panel data. *Health and Social Welfare Review, 29*(1), 111-142.
- Song, I. K. (2016). *Attitude toward own aging and health-promoting lifestyle of older adults living in the community in Korea*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 76-81.
- <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>

ABSTRACT

Effects of Health Literacy and Unmet Health care Needs on Health Promotion Behavior among Elderly in the Community

Lee, Seung Ju (Manager, Jung-gu Health Center, Daejeon)

Shim, Moon Sook (Professor, College of Nursing, Konyang University)

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effect of health literacy and unmet health care needs on health promotion behaviors among elderly people receiving visiting health care services at community health centers. **Methods:** The subjects of this study were 180 elderly people over 65 years old who were receiving health care services at public health center. The subjects fully understood the purpose of this study and voluntarily agreed to participate. The collected data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, one-way ANOVA, Scheffé test and Hierarchical Regression Analysis using the SPSS 23.0 program. **Results:** Hierarchical regression analysis was used to identify factors influencing health promotion behaviors of the subjects. The results were as follows: presence of occupation ($\beta=.26$, $p<.001$), social activity status ($\beta=.26$, $p=.001$), and health literacy ($\beta=.16$, $p=.023$). **Conclusion:** Therefore, in order to improve health promotion behaviors, it is necessary for visiting nurses to administer health education and programs by considering the level of health care understanding.

Key words : Health literacy, Health services needs, Health behavior