

지역사회 노인의 약물복용이행과 관련된 융합 요인

김명숙¹, 김연옥^{2*}

¹호원대학교 간호학과 교수, ²서구노인복지관 간호사

A Convergence Factors Associated with Medication Adherence among the Elderly in the Community

Myung-Sook Kim¹, Yeon-Ok Kim^{2*}

¹Professor, Colledge of Nursing, Howon University

²Nurse, Daejeon Seo-gu, Senior Welfare Center

요약 본 연구는 지역사회 노인복지관 이용 노인의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용이 약물복용 이행에 대한 융합 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구 대상자는 지역사회 노인복지관 이용 노인 179명이었다. 자료는 2020년 1월13일부터 2020년 1월17일까지 수집하였다. 자료분석은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, 사후검정은 Scheffe test, Pearson's correlation coefficients, 다중회귀분석을 실시하였다. 본 연구 회귀식은 약물복용이행을 24%를 설명하였다. 대상자의 약물복용이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 약물오남용($\beta=-4.32$, $p<.001$)이었고 다음은 만성질환 유,무($\beta=-3.04$, $p=.003$), 결혼상태($\beta=2.64$, $p=.009$), 의료인과 의사소통($\beta=2.26$, $p=.025$) 순으로 나타났다. 따라서 지역사회 노인복지관 이용 노인의 약물복용이행을 위한 융합적 시스템 구축이 요구된다.

주제어 : 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용, 노인, 복약복용이행

Abstract This study is a descriptive investigation study to identify the Convergence factors of the subjective health status, communication with medical personnel and drug misuse on medication adherence. The subjects of this study were 179 senior citizens who used community elderly welfare centers. Data were collected from January 13, 2020 to January 17, 2020. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA. Post-Hoc Test Was performed using Scheffe test, Pearson's correlation coefficients and multiple regression analysis. The regression equation of this study explained 24% of medication adherence. Drug misuse($\beta=-4.32$, $p<.001$) was the factor that had the greatest influence on the medication adherence, followed by the presence or absence of chronic disease ($\beta=-3.04$, $p=.003$), marital status ($\beta=2.64$, $p=.009$), and communication with medical personnel ($\beta=2.26$, $p=.025$) in that order. Therefore, it is necessary to establish a convergence system of medication adherence for the elderly using community welfare centers.

Key Words : Subjective Health Status, Communication with Medical Personnel, Drug Misuse, Elderly, Medication Adherence

*This research was supported by the Howon University in 2020.

*Corresponding Author : Yeon-Ok Kim(kimok6037@naver.com)

Received September 7, 2021

Revised November 17, 2021

Accepted December 20, 2021

Published December 28, 2021

1. 서론

우리나라는 고령화의 가속화로 인해 노인 인구가 점점 급증하고 있다. 통계청 자료에 의하면 2020년 65세 이상 노인인구는 우리나라 인구의 15.7%로, 계속 증가하여 2025년에는 20.3%에 이르러 초고령사회로 진입할 것으로 전망된다[1]. 보건복지부의 노인 실태조사 결과 의사 진단을 기준으로 65세 이상 노인에서 1개 진단은 16.5%, 2개 진단은 21.0%, 3개 이상 진단은 51.0%로 전체 응답자의 89.5%가 만성질환을 앓고 있는 것으로 보고하였다[2].

질병 통제 예방 센터(Centers for Disease Control and Prevention)에 따르면 노인의 약 85%는 하나의 만성 질환을 가지고 있으며 60%는 적어도 두 가지 만성 질환을 가지고 있다고 보고하였다[3].

이러한 높은 만성질환 노인들의 이환율을 고려할 때 올바른 약물복용 이행은 약물치료 효과와 연관성이 높기 때문에 노인들은 약물복용이행의 중요성이 강조되고 있다[4].

2018년 국민건강보험공단 빅데이터 분석자료 결과 65세 이상 노인은 5개 이상의 약물을 처방받는 비율이 46.6%로 다약제 복용이 높은 비율로 나타났다[5]. 또한 노인의 다약제 복용은 노화로 인한 인체가 약물을 처리하는 방법의 변화로 약물 자체의 유해 반응과 약물과 약물 간의 상호작용 등의 부작용 발생의 위험성을 높여 병원 입원 위험은 18%와 사망위험은 25%로 높은 것으로 나타났다[5,6]. 약물복용이행이란 의사의 처방약을 정확하게 환자가 복용하고, 의료인의 권고나 지시를 따르는 정도를 말하며[7], 낮은 약물복용이행은 사망률과 이환율을 증가시키고[8] 의료비용을 증가시키는 요인으로 보고되고 있어[9] 적극적인 약물복용이행은 노인들에게 매우 중요하다.

주관적 건강은 개인의 다양한 측면의 건강상태를 압축적으로 표현해 주는 지표이다[10].

주관적 평가는 개인의 건강상태를 판단하는 유용한 자료로 자신의 건강에 대한 긍정적 인식은 질병의 완화, 신체·정신적 건강을 유지 증진시키고, 부정적 평가는 질병 발생과 만성질환의 증상 및 양상을 변화시킬 수 있고[11], 건강과 사망에도 관계가 있다[12].

건강이나 장애를 평가할 때 의학적인 검사는 최적의 표준이지만 주관적인 건강 평가는 생물학적 표지자 보다 개인의 안녕을 더 잘 예측할 수 있으며, 최소한의 비용으로 개인의 건강상태를 파악할 수 있다[13].

농촌노인을 대상으로 한 연구결과 주관적 건강상태에 따라 약물오남용행위에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다고 건강하지 못하다고 느낄수록 약물오남용행위 빈도가 높게 나타났다[14].

약물오남용이란, 의료인의 처방 없이 약물을 스스로 선택하여 사용, 과 용량의 약물사용, 필요시에만 사용하여야 할 약물을 지속적으로 사용, 다른 사람과 약물을 교환하여 사용, 약물사용 누락, 같은 약물의 중복사용, 불필요한 경우에도 자동적으로 처방약을 자동적으로 반복처방, 부적절한 처방을 의미한다[15].

다약제 복용 노인을 대상으로 한 연구 결과 주관적 건강상태가 낮은 노인이 질병치료를 위해 여러 병원을 찾아 약물처방을 받고, 건강보조제 등 약물에 의존하여 약물오용의 가능성이 높다고 보고하였다. 또한 주관적 건강상태와 약물오용행위는 부의 상관관계로 나타났으며, 약물오용행위에 영향요인으로 나타났다[16].

새로운 투약지식에 따른 약물복용행위는 노인에게 복잡하고 어렵게 느껴져, 약물오남용이 일어날 확률이 높다. 복용할 약의 수량과 하루 복용횟수가 많아 약물간의 상호작용 빈도 발생과 약물의 부작용이 높고[17], 약물 용량을 임의로 중단하거나 투약 시간을 잘 지키지 않는 등 약물오남용이 발생할 경우가 많아 노인을 대상으로 하는 약물투약에는 더욱 주의를 기울여야 하고, 오남용을 줄이기 위해 투약보조자의 역할이 요구된다.

2020년 노인실태조사 결과 전체 노인인구의 19.8%가 노인독거가구이며, 노인부부가구 58.4%[18]로 올바른 약물의 부작용과 약물지식에 대한 지도를 해 줄 투약보조자가 없는 경우가 많다[19].

주변사람들의 지지가 높은 약물복용을 잘 이행하였으며, 약물지식이 낮고, 지지체계가 낮은 노인의 경우 약물복용이행이 잘 되지 않았다. 투약보조자가 있을 때 약물오남용이 낮고 약물복용 이행율이 높으므로[20,21] 약물오남용을 줄이기 위해서는 지속적인 가족과 투약보조자의 지지가 요구 된다.

식품의약품안전처에서 의약품 적정사용(Drug Utilization Review, 이하 DUR)은 병용시 또는 노인, 어린이, 임부에게 투여시 주의해야 하는 의약품 정보를 알리고, 정해진 기준에 따라 약물 사용이 적절하게 이뤄지는지 점검하고 평가하는 제도입니다. DUR의 주요 목적은 예방할 수 있는 부적절한 약물 사용을 조기에 방지함으로써 부작용을 예방하고, 의료서비스의 질을 향상시키며 안전하게

의약품을 사용할 수 있는 환경을 조성하는데 있다[22]. 하지만 노인은 의존성이 증가하고, 기억력의 감퇴로 인하여 약물 복용시간을 쉽게 잃어버린다. 따라서 가족들과 투약보조자는 노인에게 의사소통과 관심을 통하여 약물복용에 도움을 주어 약물 투약지도를 반복적으로 실시해야 할 것이다

노인들이 의료인과의 충분한 시간동안 진찰과 상담을 하는 경우 그렇지 못한 대상자 보다 약물오용행위가 유의하게 낮았다[23].

다약제 복용 노인의 대상으로 연구한 이중경의 연구에 의하면 의료인과의 의사소통이 적을수록 약물오남용 행위가 높았으며, 의료인과의 의사소통은 약물오남용 행위를 24%로 설명하여 중요한 영향요인으로 나타났다[16]. 지역사회 노인 대상 연구결과 의사와의 충분한 의사소통을 통하여 관계의 질이 향상될 때 투약과 관련된 지식과 자신들의 투약을 관리할 수 있는 능력이 높았고, 의사들과 의사소통을 함으로 투약 불이행과 약물 오용이 감소되어[24,25], 의료진과의 의사소통은 매우 중요하다고 사료된다.

약물오남용행위는 다약제 복용 노인의 92.2%에서 한 가지 이상의 약물을 오남용하고 있는 것으로 나타났으며, 비처방약과 처방약을 함께 복용하고 있는 경우도 55.2%로 나타났다[16].

따라서 노인의 약물복용이행은 매우 중요한 문제이다. 또한 노인들의 처방약물 복용의 불이행[26]과 오남용은 약물 효과를 감소시킬 뿐만 아니라 질병의 재발 또는 약화를 유발할 수 있으며, 다른 약물의 복용 추가 가능성을 증가시켜 건강을 더욱 위협하게 된다. 노인의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구는 인지 기능과 민첩성 저하, 많은 다약제 약물사용과 투약처방의 복잡성[27], 약물 부작용[28], 약물에 대한 지식 부족[22], 등이 있으며, 주관적 건강상태, 의료진과 의사소통에 대한 연구는 부족한 실정이다[16]. 따라서 지역사회 노인 복지관 이용 노인의 약물복용이행에 영향을 미치는 융합적 관련 요인이 무엇인지 파악하여 노인들을 위한 약물복용이행도를 높이기 위한 교육 프로그램의 기초자료를 제공하기 위해 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 목적은 노인의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용 정도를 확인하고 약물복용이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 주관적 건강상태, 의료인과 의사 소통, 약물 오남용, 약물복용이행 정도를 확인한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 약물복용이행의 차이를 파악한다.
- 대상자의 주관적 건강상태, 의료인 의사소통, 약물 오남용 및 약물복용이행 간의 상관관계를 확인한다.
- 대상자의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

2. 연구 방법

2.1 연구설계

본 연구는 지역사회 노인복지관 이용 노인의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용이 약물복용이행에 미치는 영향 요인을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2.2 연구대상

본 연구는 D광역시 지역사회 노인복지관 이용 노인 만65세 이상의 만성질환으로 약물을 복용하고 있는 자를 대상으로 인지기능 검사 상 이상이 없고 의사소통이 가능하며 연구 참여에 동의한 노인을 편의 추출하였다. G*Power3.1.9 프로그램을 이용하여 중간효과 크기(effect size) .15, 유의수준 $\alpha=.05$, 검정력 power($1-\beta$)=.90, 예측변수 12개일 때 최소 표본수 157명으로 산출되었다. 이를 근거로 탈락률을 고려하여 200명을 대상으로 자료수집을 실시하였고 설문지 응답이 미미한 21부를 제외한 총179부를 최종자료로 분석하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 한국보건사회연구원에서 개발된 주관적 건강평가 도구[30]를 사용하여 측정된 점수를 의미한다. 이는 현재 자신의 건강상태, 1년 전과 비교한 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태 총 3문항, 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.90$ 이었다.

2.3.2 의료인과 의사소통

의료진과의 의사소통은 Hogan과 Kwan[31]이 다약제 복용자들을 위해 개발한 의료진과의 의사소통 5개 문항

을 한글로 번역-역번역의 과정을 거친 후 영문학자에게 번역의 타당성을 검증 받고 다시 전문가 타당도를 보기 위해 노인 간호학 전공교수 1인, 의사 1인, 노인 전문 간호사 1인에게 검토 받은 후 지역사회 거주 노인 환자 10명에게 예비조사를 한 후 이해가 안 되는 문구는 수정 보완하여 사용하였다. 복용하는 모든 약물(비처방약 포함)에 대한 상담, 알레르기나 이상반응이 나타난 약물에 대한 상담, 처방 약물 중단 전 상담, 새로운 약물로 인해 나타난 문제 상담, 비처방약물 복용 전 상담의 5개 문항 3점 척도로 구성되어 있으며 '전혀 하지 않는다' 1점, '반반이다' 2점, '항상 한다' 3점의 3점 척도로 측정하여 각 문항의 점수를 합한 후 다시 문항수로 나눈 값을 산출하였으며 점수가 높을수록 의사소통을 잘 하는 것으로 보았다. 예비조사 시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .74$ 이었고 본 연구에서의 신뢰도는 .84이었다.

2.3.3 약물오남용

약물 오용이란 약물의 잘못된 사용을 말하며, 약물을 의료인과 약사의 지시나 명시되어 있는 용법대로 사용하지 않거나 의사의 처방에 따르지 않고 임의로 사용하는 것을 의미한다[32]. 약물 오용 행위 도구[33]가 개발한 약물오남용 13문항 중 본 연구대상에게 적합하지 않은 3개 문항을 제외한 10개 문항에 대해 노인 간호학 전공교수 1인, 약사 1인, 노인전문 간호사 1인에게 전문가 타당도를 본 후, 지역사회 거주 노인 환자 10명에게 예비조사하여 이해 안 되는 문구는 수정한 후 예비조사 신뢰도를 구하였다. 약물오남용 행위는 약물의 용량이나 횟수 늘림, 용량이나 횟수 줄임, 약물복용을 잊고 누락, 증상이 없어져 약물 중단, 부작용으로 임의 중단, 다음에 사용하기 위해 약물 남기기, 처방약과 비처방약 병용, 타인의 약물사용, 술과 함께 복용, 안 먹은 줄 알고 한 번 더 먹음의 10개 문항으로 구성되어 있다. 각 질문에 대한 응답이 예 1점, 아니오 0점으로 하여 10개 문항의 총점을 구한 후 다시 문항수로 나눈 값을 사용하였다. 점수가 높을수록 약물 오용 행위가 높은 것을 의미한다. Kuder Richardson 20 (KR-20)을 이용한 신뢰도는 예비 조사 시 .75이었고, 본 연구에서는 .87이었다.

2.3.4 약물 복용 이행

본 연구에서는 황명숙[34]이 개발한 도구를 신경숙[35]이 수정·보완한 도구로 수정당시 신뢰도는 Cronbach's

$\alpha = 0.88$ 이었고, 이 도구를 본 연구자가 연구의 대상자와 목적에 맞게 수정·보완하였다. 처방약물의 매일 복용, 투약시간 준수, 임의로 용량을 증량, 약물을 찾기 쉬운 장소에 보관, 부재시 약의 소지 여부, 부작용 발현 시 의사와 상의, 약의 지속적인 복용여부 등을 묻는 7가지 문항으로 구성되어 있으며 "언제나 잘했다"를 5점에서 "전혀 못했다"를 1점으로 5점 Likert 척도이다. 최저점수 7점에서 최고점수 35점으로 점수가 높을수록 약물 이행도가 높음을 의미한다. 신경숙[35]이 수정 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었고, 본 연구에서도 .88이었다.

2.4 자료수집 방법

자료 수집은 2020년 1월 13일부터 2020년 1월 17일까지 수집하였다. 대상자들에게 연구의 목적과 설문지 내용을 설명하고 연구에 참여하기로 동의한 대상자에게 서면동의서를 작성하게 한 후 설문지는 자기 기입식 방법과 설문내용에 대한 이해가 어렵거나 시력저하가 동반되어 설문작성에 어려움이 있는 경우 연구자가 읽어 주고 작성했다. 어려워하거나 힘들어 하면 휴식시간을 주어 건강에 무리가 가지 않도록 조치하였다 연구의 목적과 방법, 대상자의 익명성 비밀보장에 관한 내용 등이 포함되었다. 대상자가 참여를 원하지 않을 경우에는 언제든지 중단할 수 있음과 중단 시 어떠한 불이익이나 부당한 대우가 없음에 대해서도 충분히 설명하고 이를 서면동의서에 명시하였다. 연구목적 외에 다른 목적으로 사용되지 않을 것이며, 연구 종료 후 파쇄 할 것과 연락처를 알려 주고 문의 사항이 있을 경우 연락하도록 하고 설문 후 대상자에게 사례를 하였다.

2.5 자료 분석 방법

통계학적 분석은 SPSS/WIN 25.0프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 구하고 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용, 약물복용이행 정도는 평균, 표준편차를 이용하였다.
- 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용 약물복용이행 정도 의 차이는 t-test, ANOVA, 사후검정은 Scheffé test를 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물 오남용, 약물복용이행 간의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 대상자의 약물복용이행에 미치는 영향을 파악하기 위해 Multiple linear regression을 통해 분석하였다.

3. 연구 결과

3.1 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 일반적 특성으로 성별, 연령, 교육정도, 결혼상태, 한 달 용돈, 가족형태, 만성질환 유무, 약부작용 경험, 약 구매 정보, 의료보장 형태, 처방 의사 수, 하루 알약 수, 비 약물 처방수에 대해 알아보았다.

대상자의 성별은 남성 35.8%, 여성 64.2%였다. 평균연령은 80세로 85세 이상 노인이 30.1%로 가장 많았다. 교육정도는 초졸 26.8%, 고졸 25.7% 중졸 21.2% 무학력 19.6%, 대졸 6.7% 순이었다. 결혼상태는 결혼과 사별이 47.5%, 별거가 5.0%를 차지하였다. 한 달 용돈 10만원 이하 25.2%, 20~29만원 27.9% 50만원 이상이 20.1%였다. 가족형태는 아들과 사는 경우 15.1%, 딸과 사는 경우 3.9%, 노부부만 사는 경우 36.3% 혼자 사는 경우는 44.7%였다. 만성질환이 '있다'에서 65.9%로 나타났고, '없다'에서는 34.1%로 나타났다. 약부작용 경험은 13.4%가 있었고 86.6%가 없었다. 약 구매 정보를 얻는 대상은 의사 91.6%로 가장 높았다. 의료보장형태는 건강보험이 79.3%, 의료급여 20.7%로 나타났다. 처방 의사수로는 87.7%는 1명, 9.5%는 2명 2.79%는 3명 순으로 나왔고 하루 알약 수는 1~4알을 먹는 대상자가 84.4%로 가장 많았다. 비 약물 처방수에 대한 70.9%가 비 약물을 처방 받지 않았고 29.1%가 비 약물을 처방 받는 것으로 나타났다.

Table 1. General characteristics of participants

Characteristic	Category	N %	M±SD
Gender	Male	64(35.8)	
	Female	115(64.2)	
Age	≤69	3(1.7)	80.4 ±6.3
	70-74	29(16.2)	
	75-79	49(27.4)	
	80-84	44(24.6)	
	≥85	54(30.2)	
Education	Ignorance	35(19.6)	
	Elementary	48(26.8)	
	Middle school	38(21.2)	
	High school	46(25.7)	

Marriage	University	12(6.7)	
	Married	85(47.5)	
	Bereavement	85(47.5)	
	Separation	9(5.0)	
Money per month	≤10million won	45(25.1)	
	10~19million won	12(6.7)	
	20~29million won	50(27.9)	
	30~39million won	25(14.0)	
	40~49million won	11(6.1)	
	≥50million won	36(20.1)	
Family form	Son	27(15.1)	
	Daughter	7(3.9)	
	Married couple	65(36.3)	
	Alone	80(44.7)	
Chronic disease	Yes	170(95.0)	
	No	9(5.0)	
Experience drug side effects	Yes	24(13.4)	
	No	155(86.6)	
Drug Purchasing Information	Doctor	164(91.6)	
	Family	12(6.7)	
	Friend	3(1.7)	
Type of medical	Health Insurance	142(79.3)	
	Medical Beneficiary	37(20.7)	
Number of prescribing doctors	1person	157(87.7)	
	2people	17(9.5)	
	3people	5(2.8)	
Number of prescription pills	1~4pills	151(84.4)	
	5~9pills	21(11.7)	
	≥10pills	7(3.9)	
Non-drug prescriptions	No	127(70.9)	
	Yes	52(29.1)	

3.2 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용, 약물복용이행의 정도

대상자의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물 오남용, 약물복용이행의 정도는 Table 2와 같다. 대상자의 주관적 건강상태 3.11±1.12점, 의료인과 의사소통 3.77±1.03점, 약물오용행위 1.86±0.73점, 약물복용이행 4.36±0.89점으로 나타났다. 주관적 건강상태의 전체 평균은 3.11±1.12로 나타났으며, '다른 사람들과 비교한 건강상태'가 3.17±1.20로 가장 높았고 '현재의 건강상태가 일상생활을 하는데 어느 정도 영향을 미치는 가'에 대한 질문에 3.02±1.31로 낮게 나타났다. 의료인과 의사소통의 전체평균은 3.77±1.03이었다. '나는 복용하는 모든 약(비처방약물 포함)에 대해 의료인과 상담한다'가 4.18±1.08로 가장 높았고 '나는 비처방약을 복용하기 전에 의료인과 상담한다'가 3.54±1.46로 가장 낮게 나타났다. 약물 오용행위의 평균은 1.86±0.73로 나타났고 '약 복용을 잊고 누락 한 적이 있다'가 2.50±1.26로 가장 높았고 '술과 함께 약을 복용한 적이 있다'가 1.43±0.72로 가장 낮게 나타났다.

약물복용이행의 전체평균은 4.36±0.89이었다. 약물복용이행 중 '약을 잘 복용하기 위해 쉽게 찾을 수 있는

장소에 둔다'와 좋은 건강상태를 위해 지속적으로 약을 복용할 것이다'가 81.6%로 가장 높았으며 '외출이나 여행 시 약을 꼭 가져간다'가 59.8%로 낮게 나타났다.

3.3 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용, 약물복용 이행 정도의 차이

대상자의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물 오남용, 약물복용이행 정도의 차이를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 주관적 건강상태는 약물부작용 경험 ($t=-3.61, p<.001$), 만성질환 유무($t=-3.03, p=.002$) 처방 알 약수($F=11.44, p<.001$)에서 유의한 것으로 나타났다. 사후검정결과 10알 이상 1.90 ± 0.63 점 보다 1~4알 3.15 ± 11.11 점, 5~9알 3.19 ± 1.12 점에서 점수가 높은 것으로 나타났다. 의료인과 의사소통은 결혼상태에서 유

의한 것으로 나타났다. 사후검정 결과 결혼 4.10 ± 0.93 점, 사별 3.52 ± 0.99 점, 별거 3.04 ± 1.34 점으로 결혼의 점수가 높은 것으로 나타났다. 약물오남용은 성별 ($t=2.12, p=.035$), 가족동거형태($F=5.40, p=.001$), 처방 의사 수($F=3.17, p=.025$)에서 유의한 것으로 나타났다. 사후검정결과 가족형태는 아들 2.25 ± 0.95 점, 딸 1.96 ± 0.56 점, 부부 1.94 ± 0.74 점, 독거 1.65 ± 0.58 점으로 아들의 점수가 높은 것으로 나타났다. 처방 의사 수는 1명 1.83 ± 0.73 점, 2명 1.86 ± 0.49 점, 3명 2.82 ± 0.87 점으로 3명에서 점수가 높은 것으로 나타났다. 약물복용이행은 결혼상태($F=4.40, p=.013$), 만성질환 유무($t=2.48, p=.014$)에서 유의한 것으로 나타났다. 사후검정결과 결혼상태는 결혼 4.55 ± 0.71 점, 사별 4.19 ± 1.02 점, 별거 4.00 ± 0.67 점으로 결혼의 점수가 높은 것으로 나타났다.

Table 2. Subjective health status, communication with medical personnel, substance misuse, a degree of adherence to drug use

Variable	Characteristic	n(%) or M±SD	M±SD	Rang
Medication adherence	I take the prescribed medication every day.	134(74.9)	4.36±0.89	
	I keep my medication on time	112(62.6)		
	I do not reduce or increase the dose of the medicine without consulting my doctor.	125(69.8)		
	Keep it in an easy-to-find place to take my medication.	146(81.6)		
	Be sure to take your medicine with me when I go out or travel.	107(59.8)		
	I consult my doctor if any side effects of the medicine occur	109(60.9)		
	I will continue to take my medicine for good health.	146(81.6)		
Subjective health status	What is your current overall health?	3.12±1.18	3.11±1.12	1~5
	How is your health compared to others?	3.17±1.20		
	To what extent do you think your current health status affects your daily life?	3.02±1.31		
Communication with medical personnel	I talk to my healthcare provider about all medications I take (including over-the-counter medications).	4.18±1.08	3.77±1.03	1~5
	I consult with my healthcare provider about medicines that have allergies or adverse reactions.	3.68±1.32		
	I consult with my healthcare provider before stopping any prescribed medication	3.63±1.41		
	I talk to my healthcare provider about problems caused by my new medication	3.79±1.29		
	I consult with my healthcare provider before taking over-the-counter medications	3.54±1.46		
Drug misuse act	I have been taking the drug by increasing the dose or frequency of use because the symptoms are severe.	1.70±0.99	1.86±0.73	1~5
	I have taken the medicine by reducing the dose or frequency because the symptoms have decreased or disappeared	2.06±1.29		
	There have been times when I forgot to take my medicine and missed it.	2.50±1.26		
	There have been times when the symptoms disappeared and the medication was stopped without reporting to the doctor.	1.93±1.10		
	There were times when the side effects were severe and the drug was stopped without reporting it to the doctor.	1.66±0.89		
	I have used the drug in a reduced dose or frequency for the next use	1.62±0.94		
	I have been taking prescription drugs and self-purchased drugs at the same time.	2.09±1.21		
	I have taken medicines given to me by others	1.65±0.98		
	I thought I didn't take the drug, so I took it one more time	1.91±1.15		
	I have been taking drugs with alcohol	1.43±0.72		

Table 3. Differences in subjective health status, communication with medical personnel, substance misuse and drug use compliance according to the characteristics of subjects

Characteristic	Category	subjective health status		communication with medical personnel		drug misuse act		medication adherence	
		M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)
Gender	Male	3.29±1.17	1.66	3.72±1.16	-0.48	2.01±0.82	2.12	4.43±0.82	0.81
	Female	3.02±1.08	(.099)	3.90±0.96	(.629)	1.77±0.67	(.035)	4.32±0.93	(.416)
Age	≤69yr ^a	4.44±0.92	1.37 (.244)	3.33±0.58	0.53 (.712)	1.30±0.52	2.05 (.089)	4.95±0.08	1.35 (.254)
	70~74yrb	3.15±1.15		3.99±1.00		1.94±0.63		4.45±1.00	
	75~79yrc	3.18±1.18		3.73±1.16		2.03±0.87		4.48±0.62	
	80~84yrd	3.08±0.97		3.70±0.92		1.86±0.68		4.25±0.91	
	≥85yr ^e	2.96±1.16		3.76±1.04		1.68±0.65		4.25±1.022	
Education	Ignorance ^a	2.90±0.91	1.74 (.143)	3.61±1.06	1.54 (.193)	1.79±0.691	0.55 (.699)	4.26±0.86	0.43 (.788)
	Elementary ^b	2.97±1.16		3.63±1.05		1.783±0.67		4.26±1.00	
	Middle ^c	3.00±1.12		4.11±0.89		1.94±0.78		4.42±0.71	
	High ^d	3.45±1.15		3.77±0.97		1.86±0.776		4.43±0.88	
	University	3.28±1.27		3.68±1.40		2.06±0.82		4.49±0.80	
Marriage	Married ^a	3.09±1.13	2.27 (.106)	4.10±0.93	9.94 (<.001)	1.91±0.72	2.34 (.099)	4.55±0.71	4.40 (.013)
	bereavement ^b	3.20±1.06		3.52±0.99		1.76±0.70		4.19±1.02	
	Separation ^c	2.37±1.46		3.04±1.34		2.27±1.04		4.00±0.67	
Money per month	≤10mwa	3.01±0.83	1.93 (.091)	3.86±1.02	1.57 (.170)	1.99±0.63	1.97 (.085)	4.09±1.15	1.68 (.141)
	10~19mwb	2.42±0.91		4.17±0.72		1.83±0.54		4.77±0.32	
	20~29mwc	3.13±1.27		3.80±0.98		1.61±0.65		4.44±0.10	
	30~39mwd	2.97±1.19		3.57±1.03		1.92±0.65		4.34±0.70	
	40~49mwe	3.61±0.81		3.11±1.22		2.15±0.85		4.23±0.50	
	≥50mwf	3.37±1.24		3.82±1.10		1.91±0.80		4.48±0.59	
Family form	Sona	3.06±1.18	0.59 (.625)	3.53±1.18	2.34 (.0075)	2.25±0.95	5.40 (.001)	4.07±0.98	2.39 (.070)
	Daughter ^b	2.95±1.06		3.31±0.83		1.96±0.56		3.80±1.15	
	Married couple ^c	3.21±1.05		4.01±0.96		1.94±0.74		4.48±0.89	
	Aloned	3.02±1.17		3.69±1.02		1.65±0.58		4.40±0.81	
Chronic disease	Yes	3.05±1.10	-3.03 (.002)	3.76±1.04	-0.291 (.770)	1.87±0.74	0.71 (.480)	4.39±0.85	2.48 (.014)
	No	4.19±0.96		3.87±0.99		1.69±0.67		3.65±1.29	
Experience drug side	Yes	2.36±1.31	-3.61 (<.001)	3.74±1.46	-0.14 (.890)	1.91±0.76	0.40 (.690)	4.53±0.59	1.03 (.304)
	No	3.22±1.05		3.77±0.96		1.85±0.73		4.33±0.93	
Drug Purchasing Information	Doctor ^a	3.16±1.12	2.44 (.090)	3.82±0.10	2.89 (.058)	1.84±0.74	1.59 (.207)	4.38±0.83	0.98 (.377)
	Family ^b	2.64±1.17		3.23±1.38		1.85±0.61		4.10±1.51	
	Friend ^c	2.11±0.51		2.93±0.41		2.60±0.36		3.90±0.77	
Type of medical	Health Insurance	3.25±1.18	0.24 (.810)	3.81±1.02	1.01 (.313)	1.88±0.76	0.78 (.434)	4.38±0.82	0.66 (.512)
	Medical Beneficiary	3.07±0.90		3.62±1.08		1.77±0.63		4.27±1.14	
Number of prescribing doctors	1person ^a	3.14±1.14	0.53 (.590)	3.73±1.05	2.53 (.082)	1.83±0.73	4.64 (.010)	4.31±0.93	2.34 (.099)
	2people ^b	2.90±1.01		4.25±0.79		1.86±0.49		4.79±0.22	
	3people ^c	2.80±0.84		3.28±0.58		2.82±0.87		4.46±0.37	
Number of prescription pills	1~4pills ^a	3.15±1.11	4.34 (.014)	3.77±1.05	0.02 (.976)	1.83±0.72	0.61 (.546)	4.37±0.88	0.26 (.772)
	5~9pills ^b	3.19±1.12		3.77±0.99		2.00±0.85		4.22±1.08	
	≥10pills ^c	1.90±0.63		3.69±0.97		1.97±0.54		4.39±0.53	

Table 4. Correlation between subjective health status, communication with medical personnel, medication adherence and act drug Correlation among the Study Variables

Variable		Subjective health status	Communication with medical personnel	Drug misuse	Medication adherence
Subjective health status	r(p)	1			
Communication with medical personnel	r(p)	-0.009 (0.904)	1		
Drug misuse	r(p)	-0.053 (0.483)	-.38** (<.001)	1	
Medication adherence	r(p)	-0.092 (0.220)	.38** (<.001)	-.32** (<.001)	1

Table 5. Factors Affecting Participants Medication Adherence

variable	Model independent variable	β	t(ρ)	Cum R^2	F(P)	VIF
Medication adherence	Marriage	0.19	2.64 (.009)	0.24	11.87 (<.001)	1.169
	Chronic disease	-0.21	-3.04 (.003)			1.067
	Subjective health status	-0.07	-1.06 (.290)			1.060
	Communication with medical personnel	1.77	2.26 (.025)			1.368
	Drug misuse	-0.33	-4.32 (<.001)			1.274

3.4 주관적 건강상태, 의료인 의사소통, 약물오남용, 약물복용이행 간의 상관관계

대상자의 주관적 건강, 의료인 의사소통, 약물오남용, 약물복용이행간의 상관관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 약물오남용은 의료인 의사소통과 부적상관관계를 보였다($r=-.38, p<(.001)$). 약물복용이행은 의료인 의사소통($r=.38, p<(.001)$), 정적 상관관계를 약물오남용($r=-.32, p<(.001)$)과는 부적 상관관계를 보였다. 즉 의료인과 의사소통이 적을수록 약물오남용이 높고, 의료인과 의사소통이 많을수록 약물복용이행이 높으며, 약물오남용 높을수록 약물복용이행이 낮았다.

3.5 대상자의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인

대상자의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인은 Table 5과 같다. 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 주관적 건강상태, 의료인 의사소통, 약물오용, 약물복용이행을 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석을 위한 잔차 간의 상호 독립성 검증에서는 자기 상관관계를 테스트하는 것은 0-4 범위인 Durbin-Watson 값을 사용하여 값이 2와 3 사이이면 자기 상관관계가 없고, 값이 1보다 작거나 3보다 크면 자기 상관관계가 있다. 따라서 본 연구의 통계분석 결과 Durbin-Waston 통계량이 2.061으로 상호 독립적이었고, 다중공선성은 공차한계 .731~.944로 0.1 이상이었고, 분산팽창지수(VIF)는 1.060~1.368로 10을 넘지 않아 독립 변수 간 다중공선성의 문제가 없었다. 대상자의 약물복용이행 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며($F=11.87, p<(.001)$), 약물복용이행 변인의 24%를 설명하였다. 대상자의 약물복용이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로는 약물오남용($\beta=-4.32, p<(.001)$) 이었고 다음은 만성질환 유, 무($\beta=-3.04, p=.003$), 결혼 상태($\beta=2.64, p=.009$), 의료인과 의사소통($\beta=2.26,$

$p=.025$) 순으로 나타났다.

4. 논의

노인인구 증가 시대에 지역사회 노인복지관을 이용하는 노인은 만성질환이 많아 약물복용이행을 알아보는 것은 중요하다. 본 연구는 지금까지 거의 연구가 이루어지지 않은 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용 정도를 파악하고 약물복용이행에 융합적 관련 요인이 무엇인지 분석하기 위해 시행하였다.

본 연구 대상자의 주관적 건강상태 점수는 5점 만점 중 3.11점으로 나타났다. 이는 동일 도구를 사용한 홍세화, 유광수의 재가노인을 대상으로 한 연구결과 2.40점과 이종경 2.68점 장신재 2.80점 보다 높게 나타났다 [16,36,37]. 이러한 결과는 이종경[15]과 홍세화, 유광수 [29]의 연구와 비교하면 본 연구는 일상 활동이 가능한 노인복지관을 이용하는 대상로 다양한 프로그램, 교육의 영향, 대상자 수의 차이로 인하여 주관적 건강상태점수가 높게 나온 것으로 사료 된다. 의료인과 의사소통 점수는 5점 만점 중 3.77점으로 나타났다. 이는 동일 도구를 사용한 홍세화, 유광수[29]의 연구결과 평균점 5점 만점에 3.55점 보다 높은 것으로 나타났다. 또한 측정 도구는 다르지만 이종경[16]의 연구에서 3점 만점에 2.03점으로 나타난 것을 5점 만점으로 환산한 점수 3.38점보다 높은 것으로 나타났다, 이종경[16] 연구와 비교하면 연구대상자의 교육수준이 초졸 이하가 75% 이었으며, 본 연구의 교육수준은 초졸 이상이 80.4%로 높게 나타나 교육수준 차이의 결과로 사료된다. 약물오남용과 불필요한 약물 사용을 줄이기 위해서는 환자와 의료인이 상호 의사소통이 있어야 하고 또한 의사소통이 증진되어야 한다[38,39]. 따라서 의료인과의 의사소통 부족은 노인의 약물 오용 행위에 가장 영향을 주는 요인으로 나타났다[16].

약물오남용 점수는 5점 만점 중 1.86점으로 나타났다. 이는 동일 도구를 사용한 홍세화, 유광수[29]의 연구 결과 2.50점, 이종경[16]의 연구결과 3.04점 보다 낮은 것으로 나타났다. 이러한 차이는 본연구의 비처방 약물수 대상자가 70.9%로 홍세화, 유광수[36] 43.2% 보다 높은 결과와 주관적 건강상태에서 본 연구는 3.11점으로 홍세화 연구 2.4.0점 이종경 2.68점 보다 높은 것으로 설명할 수 있다. 이는 Blalock[40] 등이 부적절한 약물 사용과 관련 요인을 조사한 결과 불 건강상태 대상자에게 부적절한 약물 복용이 많았다고 보고하여 본 연구와는 상반된 결과로 나타났다. 본 연구 결과 처방약물수 대상자가 많고 주관적 건강상태 점수가 높은 것으로 설명할 수 있다.

약물복용이행 점수는 5점 만점 중 4.36점으로 나타났다. 본 연구와 동일한 측정도구로 약물복용이행을 확인한 연구가 없어 직접적인 비교는 어렵지만, 이는 측정도구가 다른 박영례 [27]등의 연구결과 약물복용 이행은 8점 만점에 평균 4.82점으로 낮은 이행도를 보였으며, 이를 5점 만점으로 환산하면 3.01점으로 본 연구 결과 약물복용이행 점수가 높았다 이러한 결과는 .주관적 건강상태가 좋은 대상자 일수록 약물복용이행이 높은 것으로 설명할 수 있다[41].

주관적 건강상태는 약물부작용 경험, 만성질환 유무, 처방 알 약수 에서 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인의 주관적 건강상태와 관련요인에 관한 연구 [42])와 다약제 복용 노인의 약물 오용 행위에 영향을 미치는 요인[16] 연구결과가 본 연구를 지지하였다.

의료인과 의사소통은 결혼상태에서 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 병원 방문 시 독거나 이혼자 보다는 결혼 상태에서 보호자와 동행함으로써 가족의 도움을 받아 홀로 병원 방문 시 발생할 수 있는 문제로 인한 두려움이 감소하여 의료인과 의사소통은 증진 되었을 것으로 사료 된다.

약물오남용은 성별에서는 남성보다 여성이, 가족 동거 형태에서는 아들 딸 부부에서 독거보다 꼼꼼하게 약을 잘 챙겨 복용하는 것으로 볼 수 있다 처방 의사 수는 1~2명의 처방 의사 수 보다 3명의 처방의사에서 약물 오남용 점수가 높은 것으로 나타났다 이러한 결과는 노인의 특성상 기억력이 감소되어 정확한 용량을 정확한 시간에 잊지 않고 복용하기 어렵다[16]. 이는 처방의사 수가 많은 것 보다 1명의 처방의사인 경우에 약물복용

법에 대한 설명을 잘 기억하여 복용하였을 것으로 볼 수 있다.

약물복용이행은 결혼상태와 만성질환 유무에서 유의한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인을 대상으로 한 약물복용 이행도 영향요인 박영례, 김영희[27,43]의 연구 결과가 본 연구를 지지하였다.

대상자의 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물 오남용, 약물복용이행 간의 상관관계를 분석한 결과 약물 오남용은 의료인가의사소통에서 부적 상관관계를 보였다. 이러한 결과는 지역사회 노인을 대상으로 약물오용 행위에 영향을 미치는 요인의 연구결과 [16]. 본 연구를 지지하였다. 약물복용이행은 의료인과 의사소통에서 정적 상관관계를 보였다. 이러한 결과는 선행연구가 없어 직접 비교는 어려우나 사회적 지지는 약물복용이행과 유의한 상관관계 가 있는 것으로 나타났으므로 의료인과의 의사소통을 사회적 지지의 일부분으로 볼 수 있다고 판단되며, 의료인과의 의사소통이 잘 이루어지면 약물복용 이행을 높일 수 있을 것으로 설명할 수 있다. 약물복용 이행은 약물오남용과 부적 상관관계를 보였다[27]. 이러한 결과는 선행연구가 없어 직접 비교는 어려우나 Malhorta[44]등의 연구에서 노인환자들은 약물복용 하는 것을 잊어버리거나 약물복용이 필요하지 않다고 생각하고 약물복용 하는 것을 싫어하는 등의 이유로 약물 복용 지시대로 이행하지 않는다고 응답한 연구결과가 본 연구를 지지하였다. 따라서 약물복용이행을 높이기 위해 약물오남용에 대한 교육프로그램을 통하여 질병의 진행을 지연시키고 합병증 발생을 최소화하는 것은 노인의 약물복용이행에 매우 중요하다고 설명할 수 있다.

대상자의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 약물복용이행을 종속변수로 하고, 대상자의 일반적 특성에서 약물복용이행에 유의한 차이를 나타낸 결혼상태, 만성질환 유무 변수와 독립변수 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용을 투입하여 회귀분석을 실시하였다. 연구결과 노인의 약물복용 이행에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 결혼상태, 만성질환 유무, 의료인과 의사소통, 약물오남용이었으며 이들 변수들은 약물복용이행에 24%를 설명해 주었으며 이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

약물복용이행에 대한 분석결과 '약을 잘 복용하기 위해 쉽게 찾을 수 있는 장소에 둔다'와 '좋은 건강상태를

위해 지속적으로 약을 복용할 것이다'가 81.6%, '나는 처방된 약물을 매일 복용한다'가 74.9%, '나는 의사와 상의 없이 약의 용량을 줄이거나 늘이지 않는다'가 69.8%, '나는 약의 투약시간을 잘 지킨다'가 62.6%, '약의 부작용이 나타나면 의사와 상의 한다'가 60.9%, '외출이나 여행 시 약을 꼭 가져간다'가 59.8% 순으로 나타났다.

본 연구 대상자는 약물복용이행이 높기는 하나 이행을 잘 못하는 대상자도 상당이 있는 것으로 보여 진다. 이에 약물복용이행이 낮은 대상자를 위해 이행을 높일 수 있는 방법을 찾고 약물복용이행을 잘못된 원인에 대해서는 가족 지지와 상호관계가 적은 독거 대상자가 많은 원인일 수 있다. 독거 대상자들은 가족지지를 받고 있는 노인보다 일상생활에 대한 자각이 적으며, 주변에서 챙겨주는 사람이 적고 기억력 감소로 인한 약물복용이행이 어려운 것으로 사료된다. 이런 문제를 해결할 수 있는 방법 중 하나로 최근 돌봄 인공지능 로봇 지원 사업으로 코로나 시대 대비 돌봄 취약계층의 정서적 안정과 정신 신체건강관리, 돌봄 공백 최소화, 독거사 예방 등을 위한 방안을 도입하여 스마트 돌봄 체계를 구축 하여 나가고 있다. 이는 가족의 역할 기능인 안전 관리 기능, 약복용 시간 알림 등 노인의 상태를 관찰하여 각종 위험상황에 적절하게 대처하고 있다. 이와 같이 돌봄 인공지능로봇을 활용하여 약물복용이행을 높이는 약복용시간 알림뿐만 아니라 복약관리 및 주의 사항을 포함하여 지속적인 확대 보급이 요구되는 상황이다.

약물복용불이행에 영향을 주는 요인에 대한 선행 연구를 살펴보면 약물부작용경험 유무, 사회적 지지와 건강정보 이해력, 사회적지지, 자기 효능감[45-47], 주관적 건강상태와 한 달 평균약값 등이 있으며 이외에도 연령, 성별, 결혼상태, 동거유형, 경제적 상태, 교육 수준, 약물복용 횟수와 약물복용 개수, 지역[48,49]등 다양하게 나타나 본 연구결과와 차이가 있다. 이러한 결과는 위의 변수 모두가 약물복용이행에 영향을 주는 요인들이나 대상자의 특성에 따라서 직접적으로 영향을 주는 요인들이 차이가 나타나는 것으로 설명할 수 있다.

5. 결론

본 연구는 지금까지 거의 연구가 이루어지지 않은 주관적 건강상태, 의료인과 의사소통, 약물오남용 정도를 파악하고 약물복용이행에 융합적 관련 요인을 확인

하고자 시행되었다. 지역사회 노인은 4.36점으로 약물복용이행이 높게 나타났다.

대상자의 주관적 건강, 의료인 의사소통, 약물오남용, 약물복용이행간의 상관관계에서 약물오남용은 의료인 의사소통과 약물복용이행은 의료인 의사소통, 약물오남용이 상관관계를 보였다. 즉 의료인과 의사소통이 적을수록 약물오남용이 높고, 의료인과 의사소통이 많을수록 약물복용이행이 높으며, 약물오남용이 높을수록 약물복용이행이 낮았다.

약물복용이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로는 약물오남용, 만성질환 유, 무, 결혼상태, 의료인과 의사소통으로 확인되었다. 약물복용이행 증진을 위한 시스템 구축의 기초자료로 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 따라서 가족들과 투약보조자는 노인에게 의사소통과 관심을 통하여 약물복용에 도움을 주어 약물 투약지도를 반복적으로 실시해야 할 것이다.

본 연구를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 인구사회학적 특성에 따라 약물복용이행에 영향을 미치는 요인이 선행연구와 일치된 결과를 보이지 않으므로 추후 반복 연구가 필요하다.

둘째, 약물오남용을 줄이고 올바른 약물복용을 증진시키기 위해 의료인과 효과적인 의사소통을 위한 전략이 필요하다.

셋째, 본 연구는 일 지역의 노인을 대상으로 하였으므로 일반화시키기에는 제한점이 있다.

REFERENCES

- [1] http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=385322
- [2] https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117tblId=DT_117071_016&vw_cd=MT_OTITLE&list_id=117_11771_003_06&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=K2&path=%252Fcommon%252Fmeta_onedepth.jsp
- [3] <https://www.nia.nih.gov/health/supporting-older-patients-chronic-conditions>
- [4] A. Beckman, M. G. Parker & M. Thorsund (2005). Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*, (59), 186-191.
- [5] <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1071426>
- [6] E. R. Hajjar, A. C. Cafiero & J. T. Hanlon.

- (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 345-351.
DOI : 10.1016/j.amjopharm.2007.12.002
- [7] E. J. MacLaughlin. L. R. Cynthia. A. K. Treadway. T. L. Sterling. D. P. Zoller & C. A. Bond. (2005). Assessing Medication Adherence in the elderly. *Drug and Aging*, 22(3), 231-255.
- [8] J. Vestbo et al. (2011). Bias due to withdrawal in longterm randomised trials in COPD: Evidence from the TORCH study. *Clinical Respiratory Journal*, 5(1), 44-49.
DOI : 10.1111/j.1752-699x.2010.00198.x
- [9] H. B. Bosworth et al. (2011). Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal*, 162(3), 412-424.
DOI : 10.1016/j.ahj.2011.06.007
- [10] M. Song. (2016). *The factors related to subjective and objective health levels for the elderly in South Korea*. Master's thesis, Chungnam National University.
- [11] J. McIntyre et al. (2008). "Anxiety and Depressive Disorders in Older Primary Care Patients: Defining a Clinical Severity Gradient Corresponding to Differences in Health Status". *Functioning and Health Service Use Ageing International*, 32(2), 93-107.
- [12] H. Falk et al. (2017). "Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America 10/66 Dementia Research Group study". *Age Ageing*, 46(6), 932-939.
DOI : 10.1093/ageing/afx126
- [13] M. O. Rahman & A. J. Barsky. (2003) "Self-reported health among older Bangladeshis: how good a health indicator is it?", *Gerontologist*, 43(6), 856-63.
- [14] K. S. Shin.(2009). *A study on the drug and abuse among elderly in rural area*. Hallym University Chuncheon.
- [15] O. J. Lee.(2002). *Medical dictionary (3rd edition)*. Seoul: Academy Publishers.
- [16] J. K. Lee. (2011). Factors Associated with Drug Misuse Behaviors among Polypharmacy Elderly. *Korean Journal of Adult Nursing* 23(6), 554-563.
- [17] J. Fastbom. (2001). Increased consumption of drugs among the elderly results in greater risk of problems. *Lakartidningen*, 98(14), 1674-1679.
- [18] http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=366496&page=1
- [19] M. S. Kim. (2010). *Behavior of drug misuse & abuse elderly patients - compared to general elderly patients with low-income seniors patients using public hospitals*. Master's thesis, Chungbuk University.
- [20] S. H. Park. (2009). *A study on drug Abuse among the Eldely*. Master's Hanmam University.
- [21] J. H. Han. (2007). *The influence of cognitive function, their family support and medication knowledge upon medication adherence in old people*. Master's thesis, Ewha Womans
- [22] <https://www.drugsafe.or.kr/iwt/ds/ko/useinfo/EgovDurUds.do?pageCsf=KR#dur2University>.
- [23] Y. S. Hong. (2009). *A study on medication information, usage, and misuse on ambulatory elderly patients of a public hospital*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- [24] F. Keshishian. C. Nancy & B. R. Thomas. (2008). "Physician-patient and pharmacist patient communication: Geriatrics' perceptions and opinions." *Patient Education and Counseling*, 71(2), 265-84.
DOI : 10.1016/j.pec.2008.01.004.
- [25] H. Kerzman. O. Baron-Epel & O. Toren. (2005). What do discharged patients know about their medication? *Patient Education Counseling*, 56(3), 276-282.
- [26] S. O. Kim.(2011). Medication adherence of elderly with hypertension and/or diabetes-mellitus and its' influencing factors. *Korean Journal of Clinical Pharmacy*, 21(2), 81-89.
- [27] Y. R. Park. E. H. Jang. S. H. Kim. S. H. Park & H. S. Oh. (2018). Effects of health literacy, self-efficacy, and social support on medication adherence in the elderly. *Journal of Muscle and Joint Health*, 25(1), 30-38.
DOI : 10.5953/JMJH.2018.25.1.30
- [28] K. L. Hong. (2004). How do you approach the consultation of medication? *Journal of Korean Society of Hospital Pha-macists*, 21(2), 30-67.
- [29] J. H. Han. (2007). *The influence of cognitive function, their family support and medication knowledge upon medication adherence on old people*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

- [30] G. O. Lee, M. K. Seo, K. W. Go & C. D. Park (1994). *Livingstatus analysis and policy issues of elderly in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [31] D. B. Hogan & M. Kwan (2006). Patient sheet: Tips for avoiding problems with polypharmacy. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 876.
- [32] S. H. Park (2009). *A study on Drug Abuse among the Elderly*. Unpublished master's thesis, Hannam University, Daejeon.
- [33] D. Y. Lee. (2002). *Development and evaluation of preventive education program for medication misuse of the community dwelling elderly*. Yonsei University. Seoul.
- [34] M. S. Hwang. (1997). *Effects of drug education on the correct understanding of mind and drug compliance for schizophrenics*. Yonsei University. Seoul.
- [35] K. S. Shin. (2001). *Effect of Home Visit Education on the Drug Compliance for Chronic Schizophrenics in House and the Caregiver's Role*. Kangwon National University.
- [36] S. H. Hong & K. S. Yoo. (2016) A Prediction Model of Drug Misuse Behaviors in Community-Dwelling Older Adults, *Korean Acad Nurs*, 46(5), 630-641.
DOI : 10.4040/jkan.2016.46.5.630
- [37] C. J. Chang. (2017). Structural Relationship of Subjective Health, Ability to Work, Participation on Economic Activity, and Life Satisfaction among the Korean Elderly. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(10), 305-310.
DOI : 10.15207/JKCS.2017.8.10.305
- [38] S. Modig, J. Kristensson, A. K. Ekwall, I. R. Hallberg & P. Midlov. (2008). Frail elderly patients in primary care: their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(2), 151-155.
- [39] M. I. Rossi et al. (2007). Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 317-323.
- [40] S. J. Blalock et al. (2005). Factors associated with potentially inappropriated drug utilization in a sample of rural community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 3(3), 168-179.
- [41] Y. R. Park, E. H. Jang, S. H. Kim, S. H. Park & H. S. Oh. (2018). Effects of health literacy, self-efficacy, and social support on medication adherence in the elderly. *Journal of Muscle and Joint Health*, 25(1), 30-38.
DOI : 10.5953/JMJH.2018.25.1.30
- [42] J. S. Won, H. J. Jeon & H. R. Yi. (2019). Self-rated Health and its Associated Factors in the Elderly. *The Journal of the Convergence on Culture Technology (JCCT)*, 5(4), 217-225.
DOI : 10.17703/JCCT.2019.5.4.217
- [43] Y. H. Kim, M. K. Lee, S. J. Lee, M. S. Cho & M. S. Hwang. (2011). Medication status and adherence of the elderly under home care nursing. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 22(3), 290-301.
- [44] S. Malhotra, R. S. Karan, P. Pandhi & S. Jain. (2001). Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance. *Postgraduate Institute of Medical Education & Research*, 77, 703-707.
- [45] H. J. Jeong & J. H. Bae. (2018). The Influence of Health Literacy and Social-Support on Medication Adherence in Elderly with Chronic Disease. *Journal of Digital Convergence*, 16(7), 419-428.
DOI : 10.14400/JDC.2018.16.7.419
- [46] Y. R. Park, E. H. Jang, S. H. Kim, S. H. Park & H. S. Oh (2018). Effects of health literacy, self-efficacy, and social support on medication. DOI : 10.14400/JDC.2018.16.7.419
- [46] Y. R. Park, E. H. Jang, S. H. Kim, S. H. Park & H. S. Oh (2018). Effects of health literacy, self-efficacy, and social support on medication adherence in the elderly. *Journal of Muscle and Joint Health* 25(1), 30-38.
DOI : 10.5953/JMJH.2018.25.1.30
- [47] J. S. Sin & Y. B. Lee. (1999). The effects of social supports on psychosocial well-being of the unemployed. *Korean Journal of Social Welfare*, 37, 241-269.
<http://www.ndsl.kr/ndsl/search/detail/article>
- [48] B. F. Andreasen, & E. M. Damsgaard. (2001). Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of clinical pharmacology*, 51(6), 615-622.
- [49] L. C. Hutchison, S. K. Jones, D. S. West & J. Y. Wei(2006). Assessment of medication management by community living elderly persons with two standardized assessment tools: A crosssectional study. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(2), 144-153.
DOI : 10.1016/j.amjopharm.2006.06.009

김 명 숙(Myung-Sook Kim)

[정회원]



- 1995년 2월 :목원대학교 사회복지학과(석사)
- 2014년 2월 : 충남대학교 간호학과(박사)
- 2018년 10월 ~ 현재 : 호원대학교 간호학과 교수

- 관심분야 : 정신간호, 노인간호, 간호 관리
- E-Mail : mak533@howon.ac.kr

김 연 옥(Yeon-Ok Kim)

[정회원]



- 2015년 2월: 건양대학교 간호학과(석사)
- 2019년 2월: 건양대학교 간호학과(박사 수료)
- 2002년 11월 ~ 현재 : 서구노인복지관 간호사

- 관심분야 : 지역사회, 노인간호, 정신간호
- E-Mail : kimok6037@naver.com