

노인의 세대유형에 따른 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관계

최령

동신대학교 보건행정학과 부교수

Relationship between Health Literacy and Life Satisfaction according to Households Type of the Elderly

Ryoung Choi

Associate Professor, Department of Health Administration Dongshin University

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study is to analyze the relationship between health information literacy and life satisfaction according to households type of the elderly targeting 9,820 people aged 65 or older using data from the 2021 Community Health Survey.

Methods: This study used SPSS 27.0 to conduct logistic regression analysis to analyze the relationship between the study subjects' health literacy and life satisfaction.

Results: Single-person households had higher life satisfaction when they perceived written health literacy to be easy to understand, and multi-person households had higher life satisfaction when they perceived health information explained verbally by medical staff to be easy to understand.

Conclusions: There is a need to develop customized education programs and elderly health policies that take into account the characteristics of each households type.

Key words: Community Health Survey, Elderly, Health Literacy, Household type, Single-Person Household

접수일 : 2024년 03월 09일, 수정일 : 2024년 04월 12일, 채택일 : 2024년 04월 22일

교신처 : 최령(58245, 전라남도 나주시 동신대길 10 동신대학교 보건복지대학 보건행정학과)

Tel: 061-330-3214, Fax: 061-330-3210, E-mail: choir33@naver.com

I. 서론

통계청이 발표한 '장래인구추계(2020~2050년)'에 의하면 65세 이상 고령인구는 2020년 815만명(15.7%)에서 2025년 1,900만명(40.1%)에 이르며, 1인 가구 중 65세 이상 가구주 비중이 25.0%에서 51.6%로 증가할 것으로 예상하였다(통계청, 2022). 삶의 형태가 변화하면서 노인의 거주형태도 혼자 사는 여성노인, 배우자와 사별한 고령노인, 자녀와 따로 사는 노인 등이 증가하고 있으며, 가족과 함께 살지 못하거나 가족의 도움을 받지 못하는 노인 1인 가구가 늘어나고 있다(송시영, 2023).

노인은 다른 연령계층에 비해 다양한 건강문제로 인해 의료욕구가 큰 반면 상대적으로 건강과 관련한 정보나 병원이나 약국에서 전달해주는 내용은 일반인들에게도 익숙하지 않는 의학용어이거나 내용으로 노인이 쉽게 이해하기는 어려울 수 있다(김정은, 2011). 또한 건강에 대한 오해와 편견을 갖기 쉬우며, 병원이나 약국에 자주 가더라도 의료인이 설명하거나 제공하는 설명서를 제대로 이해하지 못해 잘못된 의료이용이나 건강관리를 할 가능성이 높다. 이에 노인들의 질병예방과 건강관리를 위해서는 노인들이 스스로 자신의 건강상태를 바로 알고 병원이나 약국에서 제공하는 건강정보를 제대로 이해할 수 있는 능력을 가지는 것이 중요하다(김영선, 2017).

건강정보를 제대로 이해할 수 있는 능력은 건강정보이해능력(health literacy)이라고 할 수 있다. 건강정보이해능력의 정의를 살펴보면 미국의학협회(American Medical Association, AMA)는 의료 환경에서 필요한 기본적인 읽기 및 수치해석 능력으로 정의하고 있으며, 세계보건기구(WHO)는 질병관리, 질병예방 및 건강증진에 관한 판단을 내리고 결정을 내리기 위해 정보를 찾고 얻을 수 있는 접근능력, 접근한 정보를 이해능력, 접근한 정보를 해석 및 판단하는 능력과 결정을 내리기 위해 정보를 전달하고 사용하는 능력으로 정의하고 있다(Nutbeam, 1998).

유럽 건강정보이해능력 조사 결과에 의하면 건강정보이해능력은 일부 개인적 또는 소수의 문제가 아니라 대규모 인구 집단에 영향을 미치는 공중 보건 문제인 것으로 나타났다(Sorensen et al., 2015). 2016년 11월에 개최된 제9차 건강증진 국제회의의 상해선언(Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development)에서는 건강정보이해능력(health literacy)은 건강증진을 위한 역량강화와 형평성을 가능하게 한다고 제안하였다(박윤형, 2016). 이는 국가가 건강정보이해능력의 향상을 윤리적 책무로 적극 수용, 정책적 접근과 체계적 증진의 필요성(Kickbusch et al., 2013)은 물론 개인과 공중의 보건 문제를 해결하기 위해 건강정보이해능력 향상을 위한 책임이 강조되고 있다는 것을 알 수 있다.

노인의 건강정보이해능력과 관련된 선행연구를 살펴보면 노인의 건강정보이해능력과 사망률(Baker et al., 2008), 지역사회 거주 노인의 건강정보이해능력 수준(박현주 등 2014), 노인의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인(김영선 등, 2014), 농촌 지역 심뇌혈관질환 노인의 건강정보이해능력과 건강행위(이명숙, 2017), 노인의 기능적 건강정보이해능력과 약물준수(Martins et al., 2017), 인터넷을 이용하는 지역사회 노인의 e-헬스 리터러시 및 주관적 건강상태가 건강추구행동에 미치는 영향(송지현 등, 2020), 지역사회 거주 노인의 건강문해력과 건강상태 간의 관계(양인숙, 2021)를 분석하였으며, 노인을 단일 범주로 국한하여 연구가 이루어졌다.

노인의 건강을 효과적으로 관리하기 위해서는 정확한 건강정보를 제공함은 물론 건강정보를 올바르게 이해시킬 필요가 있으며, 이를 위해서는 대상자의 건강정보이해능력을 파악하는 것이 중요하다(Andraus & Roth, 2002). 그러나 선행연구와 같이 일반적 특성이나 질병을 중심으로 건강정보이해능력 영향 요인에 초점을 맞추거나, 가족부양체계 및 삶의 형태 변화로 노인 1인 가구가 증가하고 있으며, 그에

따라 노인의 건강문제 및 삶의 만족도에 대한 관심이 증가하고 있음에도 불구하고 노인을 단일 연구대상으로 선정하여 분석이 이루어지고 있다.

따라서 본 연구는 노인을 자신의 생계 및 건강문제를 혼자 책임져야 하는 1인 가구와 가족으로부터 도움을 받아 건강문제를 보다 적절히 대처할 수 있는 다인가구로 구분하여 두 노인 집단의 건강정보이해 능력과 삶의 만족도의 차이 및 영향요인을 분석하여 노인의 보건의료정책 및 건강증진에 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 질병관리청의 2021년 지역사회건강조사(Community Health Survey)를 이용하였다. 지역사회건강조사는 지역보건법에 따라 지역보건의료계획을 수립 및 평가하고, 조사수행 체계를 표준화하여 비교 가능한 지역 건강 통계를 생산하고자 2008년부터 매년 전국 보건소에서 실시하고 있다. 2021년 지역사회건강조사는 만 19세 이상 성인을 대상으로 2021년 8월 16일부터 2021년 10월 31일까지 훈련된 조사원이 표본으로 설정된 가구에 직접 방문하여 1:1 면접조사(Computer Assisted Personal Interviewing, CAP)로 진행되었으며, 조사 참여자는 총 229,242명이다.

노인의 기준은 출생시기 또는 노인장기요양보험법, 노인복지법, 국민연금법 등 법령에 명시되어 있는 연령에 따라 구분하기도 한다. 본 연구에서는 노인장기요양보험법을 적용하여 65세 이상을 연구대상자로 선정하였으며, 결측값을 제외한 총 9,820명을 최종 분석하였다.

2. 측정변수

1) 삶의 만족도

삶의 만족도는 일상의 모든 활동영역에서 즐거움을 느끼며, 행복, 만족, 긍정적 정서, 사기 등의 개념을 포함한 주관적 안녕의 개념으로 정의된다(김연주, 2018). 지역사회건강조사는 '모든 사항을 고려할 때 최근 귀하의 삶에(대체로) 어느 정도 만족합니까?'라는 질문에 1(매우 불만족)-10(매우 만족)으로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 '1-5'는 '0(불만족)', '6-10'은 '1(만족)'로 재구성하여 사용하였다.

2) 건강정보이해능력

건강정보이해능력은 구두 건강정보이해능력과 서면 건강정보이해능력으로 구분하여 모형을 제시할 수 있는데(Baker, 2008), 2021년 지역사회건강조사는 '의사, 간호사, 한의사 혹은 다른 의료진이 말로 설명하는 내용을 이해하는 능력'과 '신문, 인터넷, 안내자료 등 글로 쓰인 정보를 이해하는 능력'으로 건강정보이해능력을 측정하고 있으며, 본 연구에서는 두 설문 문항을 사용하였다.

'의사, 간호사, 한의사 혹은 다른 의료진이 말로 설명하는 내용을 이해하는 것이 얼마나 어렵습니까?'라는 질문에 대해 '1=아주 쉽다', '2=어느 정도 쉽다', '3=다소 어렵다', '4=매우 어렵다'로 응답이 구성되어 있으며, 본 연구에서는 '3'과 '4'는 '0(어렵다)', '1'과 '2'는 '1(쉽다)'로 재구성하고 '의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력'으로 정의하였다. '신문, 인터넷, 안내자료 등 글로 쓰인 건강정보를 이해하는 것이 얼마나 어렵습니까?'라는 질문에 대해 '1=아주 쉽다', '2=어느 정도 쉽다', '3=다소 어렵다', '4=매우 어렵다', '5=글로 쓰인 건강정보에 주의를 기울이지 않는다'로 응답이 구성되어 있으며, 본 연구에서는 '3'과 '4'는 '0(어렵다)', '1'과 '2'는 '1(쉽다)'로 재구성하고 '글로 쓰인 건강정보이해능력'으로 정의하였다. 한편, 건강정보이해능력은 질병 용어, 건강교육자료,

건강상태 설문지 및 동의서 등의 언어적 이해능력과 약물투약, 검사설명 등의 기능적 이해능력 수준을 연구하기 위해서 개인의 자의적 판단 소지가 있는 '5=글로 쓰인 건강정보에 주의를 기울이지 않는다' 문항은 결측 처리하였다.

3) 일반적 특성

일반적 특성 중 '성별'은 '0=남성', '1=여성', '연령'은 '0=65-74세', '1= \geq 75세', '교육수준'은 '0= \leq 초등학교', '1=중학교', '2=고등학교', '3= \geq 대학교', '기초생활수급자'는 '0=예', '1=아니오'로 구분하였다. '평균가구소득(월)'은 '0= $<$ 1,000,000', '1=1,000,000 \leq $<$ 2,000,000', '2=2,000,000 \leq $<$ 3,000,000', '3= \geq 3,000,000', '주관적건강수준'은 '0=나쁘다', '1=보통', '2=좋다', '만성질환수'는 '0=1개', '1=2개', '2=3개 이상'으로 구분하였다.

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 27.0을 이용하여 1인 가구와 다인 가구 대상자들의 일반적 특성을 분석하기 위해 빈도분석, 삶의 만족도와 건강정보이해능력 및 일반적 특성과의 관련성을 분석하기 위해 교차분석을 시행하였다. 삶의 만족도의 영향 요인을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였으며, 모든 검증을

p=.05에 대해 유의성을 검토하고, 유의수준은 95% 신뢰구간으로 하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자 일반적 특성은 다음과 같다. 1인 가구의 경우 성별은 여성 71.4%, 연령은 75세 이상 50.1%, 평균연령은 75.2세 이었다. 교육수준은 초등학교 이하 59.8%로 가장 많았으며, 중학교 16.5%, 고등학교 15.2% 순이었다. 기초생활수급자는 아니오 80.5%, 평균가구소득(월)은 100만원 이하 68.4%로 가장 많았으며, 평균가구소득(월)은 90만 6천원 이었다. 주관적건강수준은 나쁘다 43.0% 그리고 만성질환수는 3개 이상 45.3%로 가장 많았다.

다인 가구의 경우 성별은 남성 56.7%, 연령은 65-74세 61.3%, 평균연령은 73.4세 이었다. 교육수준은 초등학교 40.7%로 가장 많았으며, 고등학교 25.2%, 중학교 21.8% 순이었다. 기초생활수급자는 아니오 95.3%, 평균가구소득(월)은 100만원 이상 200만원 미만 32.4%로 가장 많았으며, 평균가구소득(월)은 225만 6천원이었다. 주관적건강수준은 보통 42.8% 그리고 만성질환수는 3개 이상 52.8%로 가장 많았다(Table 1).

〈Table 1〉 General characteristics of research subjects

Section		Single-person household		Multi-person household		Total	
		N	%	N	%	N	%
Gender	Male	724	28.6	4,132	56.7	4,856	49.5
	Female	1,809	71.4	3,155	43.3	4,964	50.5
Age	65-74	1,263	49.9	4,468	61.3	5,731	58.4
	\geq 75	1,270	50.1	2,819	38.7	4,089	41.6
Average age(M \pm SD)		75.2 \pm 6.5		73.4 \pm 5.9		73.8 \pm 6.1	

Section		Single-person household		Multi-person household		Total	
		N	%	N	%	N	%
Education level	≤Elementary School	1,515	59.8	2,964	40.7	4,479	45.6
	Middle School	419	16.5	1,586	21.8	2,005	20.4
	High School	385	15.2	1,835	25.2	2,220	22.6
	≥College	214	8.4	902	12.4	1,116	11.4
National basic livelihood	Yes	493	19.5	345	4.7	838	8.5
	No	2,040	80.5	6,942	95.3	8,982	91.5
Average household income(month) (KRW)	<1,000,000	1,733	68.4	1,438	19.7	3,171	32.3
	1,000,000≤-<2,000,000	585	23.1	2,361	32.4	2,946	30.0
	2,000,000≤-<3,000,000	135	5.3	1,444	19.8	1,579	16.1
	≥3,000,000	80	3.2	2,044	28.0	2,124	21.6
Average income class(M±SD)		90.6±94.6		225.6±204.9		190.8±192.2	
Subjective health status	Not good	1,089	43.0	2,614	35.9	3,703	37.7
	Normal	1,011	39.9	3,118	42.8	4,129	42.0
	Good	433	17.1	1,555	21.3	1,988	20.2
Chronic disease	1	476	18.8	1,249	17.1	1,725	17.6
	2	909	35.9	2,188	30.0	3,097	31.5
	≥3	1,148	45.3	3,850	52.8	4,998	50.9
Total		2,533	100.0	7,287	100.0	9,820	100.0

2. 1인 가구의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관련성

1인 가구의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관련성을 분석한 결과 삶에 대해 만족하는 대상자 중 의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력이 쉽다 67.3%, 글로 쓰인 건강정보이해능력이 쉽다 52.7%로 어렵다는 응답에 비해 많았다. 의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력과 삶의 만족도($p<.001$), 글로 쓰인 건강정보이해 능력과 삶의 만족도($p<.001$)는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

일반적 특성의 경우 삶에 대해 만족하는 대상자 중 성별은 여성 73.3%, 연령은 75세 이상 50.4%, 교육수준은 초등학교 이하 59.0%로 가장 많았다. 기초생활수급자는 아니오 84.3%, 평균가구소득(월)은 100만원 이하 64.7%로 가장 많았으며, 주관적 건강수준은 보통 43.9% 그리고 만성질환수는 3개 이상 47.2%로 가장 많았다. 성별($p=.002$), 교육수준($p=.033$), 기초생활수급자($p<.001$), 평균가구소득(월) ($p<.001$), 주관적건강수준($p<.001$), 만성질환수($p=.029$)는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 2).

〈Table 2〉 Relationship between health information comprehension level and life satisfaction of single-person households

Section			Life satisfaction						χ^2	p		
			Dissatisfaction		Satisfaction		Total					
			N	%	N	%	N	%				
Health literacy	Ability to understand medical staff's explanations	Difficult	362	41.8	545	32.7	907	35.8	20.568	.000		
		Easy	504	58.2	1,122	67.3	1,626	64.2				
	Literacy of written health information	Difficult	506	58.4	788	47.3	1,294	51.1			28.401	.000
		Easy	360	41.6	879	52.7	1,239	48.9				
General characteristics	Gender	Male	506	58.4	788	47.3	1,294	51.1	8.515	.002		
		Female	587	67.8	1,222	73.3	1,809	71.4				
	Age	65-74	437	50.5	826	49.6	1,263	49.9	.190	.663		
		≥75	429	49.5	841	50.4	1,270	50.1				
		Education level	≤Elementary School	532	61.4	983	59.0	1,515			59.8	8.719
	Middle School		150	17.3	269	16.1	419	16.5				
	High School		130	15.0	255	15.3	385	15.2				
	≥College		54	6.2	160	9.6	214	8.4				
	National basic livelihood	Yes	231	26.7	262	15.7	493	19.5	43.655	.000		
		No	635	73.3	1,405	84.3	2,040	80.5				
	Average household income(month)(KRW)	<1,000,000	655	75.6	1,078	64.7	1,733	68.4	37.855	.000		
		1,000,000≤-(2,000,000	169	19.5	416	25.0	585	23.1				
		2,000,000≤-(3,000,000	26	3.0	109	6.5	135	5.3				
≥3,000,000		16	1.8	64	3.8	80	3.2					
Subjective health status	Not good	520	60.0	569	34.1	1,089	43.0	175.948	.000			
	Normal	279	32.2	732	43.9	1,011	39.9					
	Good	67	7.7	366	22.0	433	17.1					
Chronic disease	1	172	19.9	304	18.2	476	18.8	7.054	.029			
	2	333	38.5	576	34.6	909	35.9					
	≥3	361	41.7	787	47.2	1,148	45.3					
Total			866	100.0	1,667	100.0	2,533	100.0				

3. 다인 가구의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관련성

다인 가구의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관련성을 분석한 결과 삶에 대해 만족하는 대상자 중 의료진이 말로 설명하는 내용이 쉽다 74.1%, 글로

쓰인 건강정보가 쉽다 64.8%로 어렵다는 응답에 비해 많았다. 의료진이 말로 설명하는 내용을 이해하는 능력과 삶의 만족도($p<.001$), 글로 쓰인 건강정보를 이해하는 능력과 삶의 만족도($p<.001$)는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

일반적 특성의 경우 삶에 대해 만족하는 대상자 중 성별은 남성 58.0%, 연령은 65-74세 61.7%, 교육 수준은 초등학교 이하 38.0%로 가장 많았다. 기초생활 수급자는 아니오 96.5%, 평균가구소득(월)은 100만원 이상-200만원 미만 32.1%로 가장 많았으며, 주관

적건강수준은 보통 45.0% 그리고 만성질환수는 3개 이상 54.2%로 가장 많았다. 성별($p<.001$), 교육수준($p<.001$), 기초생활수급자($p<.001$), 평균가구소득(월) ($p<.001$), 주관적건강수준($p<.001$), 만성질환수($p<.001$)는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 3).

〈Table 3〉 Relationship between health information literacy and life satisfaction in multi-person households

Section			Life satisfaction						χ^2	p		
			Dissatisfaction		Satisfaction		Total					
			N	%	N	%	N	%				
Health literacy	Ability to understand medical staff's explanations	Difficult	745	36.7	1,364	25.9	2,109	28.9	82.998	.000		
		Easy	1,283	63.3	3,895	74.1	5,178	71.1				
	Literacy of written health information	Difficult	960	47.3	1,853	35.2	2,813	38.6			90.448	.000
		Easy	1,068	52.7	3,406	64.8	4,474	61.4				
General characteristics	Gender	Male	1,080	53.3	3,052	58.0	4,132	56.7	13.618	.000		
		Female	948	46.7	2,207	42.0	3,155	43.3				
	Age	65-74	1,224	60.4	3,244	61.7	4,468	61.3	1.091	.296		
		≥75	804	39.6	2,015	38.3	2,819	38.7				
	Education level	≤Elementary School	967	47.7	1,997	38.0	2,964	40.7	98.912	.000		
		Middle School	438	21.6	1,148	21.8	1,586	21.8				
		High School	478	23.6	1,357	25.8	1,835	25.2				
		≥College	145	7.1	757	14.4	902	12.4				
	National basic livelihood	Yes	159	7.8	186	3.5	345	4.7	60.096	.000		
		No	1,869	92.2	5,073	96.5	6,942	95.3				
	Average household income(month)(KRW)	<1,000,000	546	26.9	892	17.0	1,438	19.7	121.178	.000		
		1,000,000≤-(2,000,000)	674	33.2	1,687	32.1	2,361	32.4				
		2,000,000≤-(3,000,000)	374	18.4	1,070	20.3	1,444	19.8				
≥3,000,000		434	21.4	1,610	30.3	2,044	28.0					
Subjective health status	Not good	1,036	51.1	1,578	30.0	2,614	35.9	323.402	.000			
	Normal	754	37.2	2,364	45.0	3,118	42.8					
	Good	238	11.7	1,317	25.0	1,555	21.3					
Chronic disease	1	355	17.5	894	17.0	1,249	17.1	16.165	.000			
	2	673	33.2	1,515	28.8	2,188	30.0					
	≥3	1,000	49.3	2,850	54.2	3,850	52.8					
Total			2,028	100.0	5,259	100.0	7,287	100.0				

4. 세대유형에 따른 삶의 만족도 영향 요인

노인의 1인 가구와 다인 가구에 따른 삶의 만족도에 영향 요인을 분석한 결과 1인 가구의 경우 글로 쓰인 건강정보이해능력은 어렵다에 비해 쉽다(OR=1.418[95% CI=1.142-1.762])에서 삶에 대해 만족하는 것으로 분석되었다. 성별은 남성에 비해 여성(OR=1.798[95% CI=1.446-2.236])에서, 연령은 65-74세에 비해 75세 이상(OR=1.207[95% CI=1.001-1.454])에서, 기초생활수급자는 예에 비해 아니오(OR=1.444

[95% CI=1.160-1.797])에서, 평균가구소득(월)은 100만원 미만에 비해 200만원 이상-300만원 미만(OR=1.685[95% CI=1.049-2.706])에서, 주관적건강수준은 나쁘다에 비해 보통(OR=2.294[95% CI=1.895-2.779]) 및 좋다(OR=4.550[95% CI=3.369-6.146])에서 삶에 대해 만족하는 것으로 분석되었다. 글로 쓰인 건강정보이해능력(p=.001), 성별(p<.001), 연령((p=.048), 기초생활수급자(p<.001), 소득수준(월) 200만원 이상-300만원 미만(p=.031), 주관적건강수준(p<.001)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

<Table 4> Influencing Factors of Life Satisfaction

Section			Single-person household			Multi-person household		
			OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Health literacy	Ability to understand medical staff's explanations	Difficult	1			1		
		Easy	1.088	.882-1.343	.431	1.270	1.107-1.458	.001
	Literacy of written health information	Difficult	1			1		
		Easy	1.418	1.142-1.762	.002	1.144	.999-1.310	.052
General characteristics	Gender	Male	1			1		
		Female	1.798	1.446-2.236	.000	1.073	.956-1.204	.230
	Age	65-74	1			1		
		≥75	1.207	1.001-1.454	.048	1.217	1.086-1.364	.001
	Education level	≤Elementary School	1			1		
		Middle School	.873	.678-1.124	.293	1.039	.900-1.200	.598
		High School	.937	.078-1.241	.651	1.208	.888-1.191	.710
		≥College	1.149	.778-1.241	.485	1.606	1.295-1.992	.000
	National basic livelihood	Yes	1			1		
		No	1.444	1.160-1.797	.001	1.787	1.416-2.255	.000
	Average household income(month)(KRW)	<1,000,000	1			1		
		1,000,000≤-(2,000,000	1.192	.951-1.494	.127	1.401	1.211-1.621	.000
		2,000,000≤-(3,000,000	1.685	1.049-2.706	.031	1.398	1.179-1.657	.000
		≥3,000,000	1.633	.889-2.998	.114	1.743	1.479-2.053	.000
	Subjective health status	Not good	1			1		
		Normal	2.294	1.895-2.779	.000	1.915	1.702-2.154	.000
		Good	4.550	3.369-6.146	.000	3.145	2.667-3.708	.000
Chronic disease		1	1			1		
		2	1.045	.819-1.334	.723	.918	.783-1.076	.293
		≥3	1.191	.937-1.514	.152	1.062	.915-1.232	.430
-2LogL(p)			2991.380(.000)			81009.204(.000)		

다인 가구의 경우 의료진이 말로 설명하는 건강정보 이해능력은 어렵다에 비해 쉽다(OR=1.270[95% CI=1.107-1.458])에서 삶에 대해 만족하는 것으로 분석되었다. 연령은 65-74세에 비해 75세 이상(OR=1.217[95% CI=1.086-1.364])에서, 교육수준은 초등학교 이하에 비해 대학이상(OR=1.606[95% CI=1.295-1.992])에서, 기초생활수급자는 예에 비해 아니오(OR=1.787[95% CI=1.416-2.255])에서, 평균가구소득(월)은 100만원 미만에 비해 100만원 이상-200만원 미만(OR=1.401[95% CI=1.211-1.621]) 및 200만원 이상-300만원 미만(OR=1.398[95% CI=1.179-1.657]), 300만원 이상(OR=1.743[95% CI=1.479-2.053])에서, 주관적건강수준은 나쁘다에 비해 보통(OR=1.915[95% CI=1.702-2.154]) 및 좋다(OR=3.145[95% CI=2.667-3.708])에서 삶에 대해 만족하는 것으로 분석되었다. 의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력($p=.001$), 연령($p=.001$), 교육수준 대학이상($p<.001$), 기초생활수급자($p<.001$), 소득수준(월) ($p<.001$), 주관적건강수준($p<.001$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 4).

IV. 논의

본 연구는 노인의 1인 가구와 다인 가구의 건강정보 이해능력과 삶의 만족도의 관계를 분석하는 것으로 주요 결과를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 두 가구 집단의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와와의 관련성을 분석한 결과 1인 가구와 다인 가구 모두 건강정보이해능력의 경우 의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력과 글로 쓰인 건강정보이해능력 모두 삶의 만족도와 유의한 관련성이 있는 것으로 분석되었다. 일반적 특성 역시 1인 가구와 다인 가구 모두 성별, 교육수준, 기초생활수급자, 평균가구소득(월), 주관적건강수준, 만성질환수가 삶의 만족도와 유의한 관련이 있는 것으로 분석되었다. 이러

한 결과는 농촌지역 노인을 대상으로 건강정보이해력과 건강 행위 및 삶의 질에 미치는 연구에서는 성별, 연령, 교육수준, 경제활동, 월소득이 삶의 질과 관련(권명순 등, 2023), 공적연금소득을 통한 1인 가구와 다인 가구의 삶의 만족도에 관한 연구에서는 1인 가구와 다인 가구에서 성별, 교육수준, 건강상태(심리적·신체적), 부동산자산이 삶의 만족도와 관련이 있는 것(최령과 황병덕, 2019)으로 분석되어 선행연구와 부분적으로 일치하였다. 노인은 다른 연령층에 비해 경제활동과 사회참여·모임 활동이 감소하고, 의료서비스 및 건강에 대한 관심이 증가함에 따라 상대적으로 건강정보에 대한 이해능력이 삶의 만족도와 관련이 있는 것으로 해석할 수 있다.

둘째, 노인의 1인 가구와 다인 가구에 따른 삶의 만족도 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 건강정보 이해능력은 1인 가구의 경우 글로 쓰인 건강정보이해능력이 어렵다에 비해 쉽다고 응답한 대상자에서 1.418배 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었으며, 다인가구의 경우 건강정보이해능력은 의료진이 말로 설명하는 건강정보이해능력이 어렵다에 비해 쉽다고 응답한 대상자에서 1.270배 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 고혈압 환자의 건강정보이해능력과 질환관련 지식 및 치료지시 이행에 관한 연구에서 건강정보이해능력 수준이 높아질수록 삶의 질 수준도 높아지고(권명순 등, 2023), 신장 질환 환자의 건강지식과 삶의 질에 관한 연구에서 건강정보를 이해하는 능력은 환자의 증상개선 및 삶의 질 긍정적인 영향을 준다(Elisabeth Stomer et al, 2020)는 선행연구와 부분적으로 일치하였다. 노인은 은퇴와 함께 다양한 역할상실을 경험하게 되면서 대체역할을 찾아 적응할 수 있는 반면에 그렇지 못한 경우 자아정체감의 유실과 같은 심리적 위기감을 맞이(조지용과 이종하, 2013)하기 때문에 건강문제에 적극적인 관심과 지지가 필요한 노인의 경우 1인 가구와 다인가구에 따라 삶의 만족도에 영향을 주게 된다.

그리고, 일반적 특성은 1인 가구의 경우 남성에 비해 여성에서 1.798배, 65-74세에 비해 75세 이상에서 1.207배, 기초생활수급 대상자에 비해 비대상자에서 1.444배, 평균가구소득(월)이 100만원 이하에 비해 200만원 이상-300만원 미만에서 1.685배, 주관적건강수준이 나쁘다에 비해 보통에서 2.294배, 좋다에서 4.550배 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다. 다인 가구의 경우 65-74세에 비해 75세 이상에서 1.217배, 초등학교 이하에 비해 대학이상에서 1.606배, 기초생활수급 대상자에 비해 비대상자에서 1.787배, 평균가구소득(월)이 100만원 이하에 비해 100만원 이상-200만원 미만에서 1.401배, 200만원 이상-300만원 미만에서 1.398배, 300만원 이상에서 1.743배, 주관적건강수준이 나쁘다에 비해 보통에서 1.915배, 좋다에서 3.145배 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 노인의 사회경제적 지위와 삶의 만족도에 미치는 연구에서는 성별, 학력, 주관적건강상태, 가구총자산, 사회경제적 지위가 삶의 만족도와 관련(김수희 등, 2018), 노인 1인가구의 주거 특성과 삶의 만족도에 관한 연구에서 거주지역, 근로유무, 연령, 총소득, 주관적건강상태가 삶의 만족도와 관련(류지연, 2022) 있는 것으로 분석되어 선행연구와 부분적으로 일치하였다. 노인 다인가구에 비해 상대적으로 1인 가구에서 삶의 만족도 영향 요인이 높다는 것은 가족을 대신하여 지역사회의 관심과 지지가 필요하다는 것으로 해석할 수 있다.

1인 가구와 다인 가구의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 중 대체로 일반적 특성에 해당하는 변수는 큰 차이가 없었다. 그러나 건강정보이해능력에서는 뚜렷한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 1인 가구에서는 글로 쓰인 건강정보이해능력 즉, 건강과 관련된 자료인 투약설명, 검사 관련 설명 등을 이해하고 읽어 적절한 건강행동을 할 수 있는 능력인 서면 건강정보이해능력이 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 반면 다인 가구는 의료기관에서 질병

에 관련하여 흔히 사용하는 용어에 대한 이해 능력인 구두 건강정보이해능력이 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 1인 가구는 치료방법, 약물복용, 건강관리 등 질병에 대한 다양한 건강정보에 대해 이해하기가 어렵고, 이해하였더라도 시간이 지남에 따라 제공받은 건강정보를 잊게 될 경우 쉽게 도움을 요청할 사람이 다인 가구에 비해 상대적으로 찾기 어렵다. 반면 다인 가구는 배우자 또는 자녀 등 가족구성원의 지지체계가 강하고, 제공받은 건강정보에 대해 구성원들에게 쉽게 질문하고 조언을 받아 적절히 대처할 수 있으므로 1인 가구에 비해 의료진이 구두로 제공하는 건강정보이해 능력이 삶의 만족도에 영향을 주는 것으로 해석할 수 있다.

본 연구결과를 바탕으로 노인의 1인 가구와 다인 가구의 건강정보이해능력을 고려한 삶의 만족도 향상을 위해 다음과 같이 제안한다. 첫째, 노인의 건강정보이해능력 수준을 높이기 위한 교육 지원이 필요하지만, 노년기 대상자에 대한 일률적·획일적 교육보다 시대적 가족 구성 변화를 고려한 맞춤형 교육프로그램이 병행되어야 할 것이다. 둘째, 노인의 건강정보이해능력에 대한 국민의 인식과 사회적 관심이 타 건강증진프로그램에 비해 상대적으로 낮다. 다행히 국민건강증진종합계획(HP2030)의 28개 중점과제 중 '건강정보이해력 제고'가 추가(보건복지부, 2022)된 것은 건강정보이해능력이 공중보건 문제로 인식되었다는 긍정적 의미로 해석할 수 있다. 이에 노인의 1인 가구와 다인 가구의 건강정보이해능력을 향상시키기 위한 정부의 강력한 의지와 보건정책, 사회적 공감대 형성을 위한 지역사회와 의료기관보건기관의 공동 노력이 필요하다. 셋째, 건강정보제공자는 대체로 의료인이다. 지역사회건강조사 설문 문항에서도 '의사, 간호사, 한의사 혹은 의료진'이라고 건강정보의 주체를 의료인으로 제한을 하고 있다. 실제 의료기관 등에서 제공하는 건강정보의 종류가 다양하고 양도 매우 많다. 또한 의료진을 포함하여 많은

보건의료종사자는 건강정보제공자로서 역할을 수행하고 있다. 이에 노인들의 세대유형에 따라 건강정보가 맞춤형으로 정확하고 쉽게 제공될 수 있도록 충분한 지식과 기술을 갖춘 조직 내 전문인력을 양성하고, 장기적으로는 대학-지자체-의료기관과 연계한 교육과정을 통해 전문인력의 역량을 강화하여야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 지역사회건강조사 자료를 이용한 연구이므로 건강정보이해능력의 변수인 의료진의 설명 내용 이해 능력과 글로 쓰인 건강정보 이해능력이 삶의 만족도로 이용한 각 변수들과의 인과관계가 대표성을 가진다고 해석하기에는 한계가 있다. 둘째, 1인 가구와 다인 가구 노인의 건강정보 이해능력과 삶의 만족도와 일치하는 선행연구가 전무하여 연구결과를 충분히 고찰 및 기술하는데 한계가 있었다. 셋째, 우리나라를 대표하는 국가자료를 활용하였지만, 모든 1인 가구와 다인 가구의 견해라고 해석하기에는 한계가 있다. 넷째, 2021년도 자료만을 활용함으로써 지역사회건강조사 자료의 특성을 반영하지 못하였다.

이런 제한점에도 불구하고 본 연구는 가족의 시대적 변화를 반영하여 노인을 세대유형에 따라 건강정보를 이해하는 능력과 삶의 만족도 차이 및 영향요인을 분석하여 노인의 건강정보이해능력 향상을 위한 교육프로그램과 노인보건의료 정책 방향 설정에 활용할 수 있는 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

V. 결론

본 연구는 질병관리청의 2021년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 65세 이상 노년층에 해당하는 9,820명을 대상으로 1인 가구와 다인 가구의 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관계를 분석하기 위하여 시행되었다.

본 연구 결과는 1인 가구의 경우 언어 건강정보이해능력이 어렵다 보다 쉽다고 인식하는 경우 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었으며, 다인 가구의 경우 의료진의 구두 건강정보이해능력이 어렵다에 비해 쉽다고 인식하는 경우 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다.

본 연구 결과를 활용하여 노인의 건강정보이해능력 수준을 높여 삶의 만족도를 높일 수 있도록 세대유형의 특성을 고려한 맞춤형 교육프로그램 개발 및 정책을 마련하고, 장기적으로 정부, 지방자치단체, 공공 및 민간의료기관, 보건기관, 대학이 연계하여 체계적이고 특성화된 교육을 제공할 필요가 있다.

참고문헌

1. 권명순, 노기영, 장지혜. (2013), 고혈압 환자의 건강 문해력과 질환관련 지식 및 치료지시 이행에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 27(1), 190-202.
2. 김수희, 정종화, 송진영. (2018), 노인의 사회경제적 지위가 삶의 만족도에 미치는 영향 : 공식적·비공식적 사회활동참여의 매개효과를 중심. 노인복지연구, 73(3), 167-191.
3. 김연주. (2018). 노인 일자리참여가 삶의 만족도에 미치는 영향-적응유연성의 매개효과를 중심으로. 인문사회21, 9(3), 691- 701.
4. 김영선, 박병현, 이화윤. (2017), 노인의 건강정보 이해능력(Health Literacy)에 영향을 미치는 요인 분석: 앤더슨 행동모형 적용. 노인복지연구, 19(4), 558-870.
5. 김정은. (2011), 건강정보 이해능력수준과 영향요인에 대한 고찰: 대학병원 외래 방문객을 대상으로. 임상간호연구, 17(1), 40-47.
6. 류지연. (2022), 노인단독가구의 주거 특성이 삶의 만족도에 미치는 영향: 우울을 매개로. 노인복지연구, 77(4), 11-10.

7. 박윤희. (2016), 제9차 건강증진 국제회의와 상하이 선언. 보건행정학회지. 26(4), 43-245.
8. 박현주, 황선경. (2014), 지역사회 거주 노인의 언어적, 기능적 건강정보이해능력. 글로벌 건강과 간호. 4(2), 49-58.
9. 보건복지부. (2022), 제5차 국민건강증진종합계획, 서울: 한국건강증진개발원.
10. 송시연, 전미애. (2023). 노년기 소득과 지출의 변화에 대한 노인1인가구 및 노인부부가구의 비교: 2010년과 2020년 차이를 중심으로. 노년교육연구, 9(2), 20-45.
11. 송지현, 신수진. (2020), 인터넷을 이용하는 지역 사회 노인의 e-헬스 리터러시 및 주관적 건강상태가 건강추구행동에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 18(1), 321-332.
12. 양인숙. (2021), 지역사회 거주 노인의 건강문해력과 건강상태 간의 관계. 융합정보논문지. 11(1), 62-70.
13. 이명숙. (2017), 농촌 지역 심뇌혈관질환 노인의 건강정보이해능력과 건강행위. 성인간호학회지, 29(3), 256-265.
14. 조지용, 이종하. (2013), 공적연금 수급 여부에 따른 노년기 세대관계 잠재 유형 분류 및 영향 요인 분석, 17(4), 189-213.
15. 최령, 황병덕. (2020), 공적연금소득을 통한 가구 형태가 삶의 만족에 미치는 영향. 보건의료산업학회지, 14(1), 123-136.
16. 통계청. 2022. 장래인구추계시도편 2020-2050년 보도자료. 대전: 통계청.
17. Andrus MR, Roth MT. (2002), Health literacy: A review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302.
18. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6):723-726.
19. Elisabeth Stomer U, Klopstad Wahl A, Gunnar Goransson L, Hjorthaug Urstad H. (2020), Health Literacy in Kidney Disease: Associations with Quality of Life and Adherence, *Journal of Renal Care*, 46(2), 85-94.
20. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. (2013), Health literacy: The solid facts. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
21. Martins NFF, Abreu DPG, da Silva BT, Smedo DSdRC, Pelzer MT, Ienczak FS. (2017). Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 868-874.
22. Nutbeam D. (1998), Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
23. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
24. Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
25. Nutbeam D. (2017). Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy implications for policy and practice in noncommunicable disease prevention and control. *Research Gate*, 2017(February), 1-29.
26. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.

27. Sorensen K. et al., (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey(HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

■ 최령 <https://orcid.org/0000-0001-5855-9200>

국문초록

노인의 세대유형에 따른 건강정보이해능력과 삶의 만족도와의 관계

최령

동신대학교 보건행정학과 부교수

목적: 본 연구는 2021년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 65세 이상 노인 9,820명을 대상으로 건강정보 이해능력과 삶의 만족도와의 관계를 분석하는데 목적이 있다.

방법: 본 연구는 SPSS 27.0을 이용하여 건강정보이해능력 및 일반적 특성과 삶의 만족도와의 관련성으로 분석하기 위해 교차분석, 삶의 만족도 영향 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 하였다.

결과: 노인 1인 가구는 건강정보이해능력이 쉽다고 인식하는 경우, 노인 다인 가구는 의료진의 구두 건강 정보이해능력이 쉽다고 인식하는 경우 삶의 만족도가 높은 것으로 분석되었다.

결론: 노인의 삶의 만족도 향상을 위해 가구의 특성을 고려한 맞춤형 건강정보이해능력 교육프로그램과 보건의료정책이 필요하다.

주제어: 지역사회건강조사, 노년기, 건강정보이해능력, 세대유형, 1인 가구