ORIGINAL ARTICLE

J Korean Acad Community Health Nurs (지역사회간호학회지)

ISSN 1225-9594 (Print) / ISSN 2288-4203 (Online)
Vol. 30 No. 4, 484-493, December 2019
https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.4.484

의료급여수급 노인의 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 의료이용에 미치는 영향

황윤희[1] · 이가언[2]

부산광역시 중구청 의료급여관리사[1], 동아대학교 간호학부 교수[2]

The Effect of Health Literacy and Self-care Performance on Health Care Utilization of Medicaid Elderly

Hwang, Yun Hee[1] · Lee, Ga Eon[2]

[1]Medical Aid Manager, JungGu-Office, Busan
[2]Professor, College of Nursing, Dong-A University, Busan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the effect of health literacy and self-care performance on health care utilization of medicaid elderly. **Methods:** A total of 203 medicaid elderly over 65 and living in B-metropolitan city were interviewed. Data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients and Hierarchical Multiple regression. **Results:** The average score of the health literacy was 7.88±2.84 out of 12. The average score of self-care was 3.26±0.77 points on the 5 point scale. The frequency of health care utilization by the subjects was 6.65±5.25 a month. The health literacy and self-care performance showed a statistically significant positive correlation. The health literacy and self-care performance showed a statistically significant negative correlation with health care utilization. The factors affecting health care utilization of the subjects were self-care performance, health literacy, and religion, and the explanatory power was 25%. **Conclusion:** The results indicate that the self-care performance, health literacy, religion are significant factors of health care utilization in medicaid elderly. Therefore, it is necessary to develop strategies to improve their self-care performance and health literacy for reasonable health care utilization. Also, it is necessary to provide the elderly with correct information about medical use from accessible religious institutions, senior community center, and welfare centers.

Key Words: Medicaid; Health literacy; Self care; Patient acceptance of health care

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 의료급여 총 진료비는 2008년 약 4조원에서 지속적으로 증가하여 2017년 7조원을 넘어섰으며, 이중 65세 이상 의료급여수급 노인이 사용하는 의료비가 총 진료비의 절반정도 차지한다[1]. 우리나라 고령화 속도로 볼 때 의료급여수급권자 중 노인인구 비율이 가파르게 증가할 것으로 전망되고 있어[2], 의료급여수급 노인의 의료이용에 보다 많은 관심이 요망된다.

의료이용이란 건강상 문제가 나타나 증상을 인지한 후 의료

주요어: 의료급여, 건강정보이해능력, 자가간호수행, 의료이용

Corresponding author: Lee, Ga Eon
College of Nursing, Dong-A University, 32 Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, Korea.
Tel: +82-51-240-2885, Fax: +82-51-240-2920, E-mail: gelee@dau.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 황윤희의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.
- This article is a revision of the first author's master's thesis from Dong-A University.

Received: Aug 1, 2019 / Revised: Oct 6, 2019 / Accepted: Nov 7, 2019

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

전문가에게 도움을 받는 질병에 대한 대처 행동으로써, 개인의 사회·경제적 상황 등 다양한 요인이 작용하는 총체적인 과정이다[3]. 노인은 다수의 만성질환을 보유하고 있으므로 다른 인구집단에 비해 의료이용이 많지만, 그것이 올바른 질병 관리로 연결된다고 보기는 어렵다. 더욱이 의료급여수급권자들은 의료이용 과정에서 자신의 질병치료에 적합하지 못한 의료기관을 선택하고[4], 주변에서 좋다고 추천하는 의료기관을 과잉 이용하는 것으로 나타났다[5]. 이와 같은 의료수급노인의 의료이용 양상은 이들의 질병관리가 제대로 이루어지지 않는 결과로 이어질 수 있다. 따라서 의료수급 노인들이 스스로 만성질환을 효과적으로 관리하여 합리적으로 의료이용을 할 수 있도록 다양한 방안을 마련하는 것이 필요하겠다.

국내외 선행연구를 살펴보면 노인의 의료이용은 건강정보이해능력과 유의한 상관성이 있는 것으로 확인되었다[6-8]. 건강정보이해능력이란 개인이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는데 필요한 기본적인 건강정보와 서비스를 찾고, 이해하고 활용하는 능력을 말한다[9]. 선행연구에 따르면 노인의 건강정보이해능력이 낮을수록 입원진료 및 응급실 이용률과[6,7], 의료비 지출이 높은 것으로 나타났다[8]. 또한 저소득층 노인은 질병관리 시 약물에 대한 정보를 습득할 기회가 적고, 약물 복용에 대한 설명을 잘 이해하지 못하는 것으로 보고되었다[10]. 특히 의료급여수급 노인들의 교육수준이 일반노인에 비하여 상대적으로 낮은 특성[11]을 감안할 때 이들의 의료이용에 대한 취약성이 더욱 클 것으로 예상된다. 따라서 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력 수준을 사정하고 의료이용과의 관련성을 확인할 필요가 있을 것이다.

한편 노인의 의료이용에 자가간호도 영향요인으로 제기되고 있다. 자가간호란 건강하거나 급·만성 건강문제를 가진 사람들이 자신의 건강을 유지·증진하기 위한 행위 및 자기 돌봄 능력을 말한다[12]. 노인의 건강관리 비용이 증가함에 따라 질병치료와 건강증진에 있어 개인의 적극적인 참여와 책임이 요구되므로 노인의 건강관리에 자가간호가 중요한 과제가 될 수 있다[13]. 특히 의료급여수급 노인은 고혈압과 당뇨 등 2가지 이상 다중질환을 가지고 재가에서 생활하고 있는 경우가 많아 특정질환에 따른 자가간호 보다는 일상에서 전반적인 자가간호 수행이 더 요구된다고 본다.

지금까지 미비하지만 국외에서 만성질환을 가진 노인을 대상으로 조사한 선행연구[14]와 당뇨질환자를 대상으로 조사한 연구[15]에서 자가간호 수행이 높을수록 응급실 이용과 입원치료율이 줄어드는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 노인이 스스로 질환을 관리하면서 건강하게 생활하기 위해서는 자가간호가 수반되어야 하며, 노인의 건강관리비용 측면에서 자가간호 영향을 배제하기 어려움을 드러낸다. 그러나 국내에서 자가간호를 다룬 대부분의 선행연구는 고혈압과 당뇨 등 특정질환을 가진 일반노인을 대상으로 각 질환에 따른 자가간호 수행에 초점을 맞추어 이루어졌으며[16,17], 자가간호와 의료이용과의 관련성을 살펴본 연구는 찾기 어려웠다. 더욱이 의료급여수급 노인은 유병질환이 많고, 급격한 의료이용 증가가 우려되므로[2] 이들의 질병관리와 합리적 의료이용을 도모하기 위해서는 자가간호가 중요한 전략적 과제라고 본다.

이와 같이 노인의 의료이용에 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 영향변수로 작용함을 알 수 있다. 그러나 기존의 노인을 대상으로 건강정보이해능력과 자가간호수행 및 의료이용을 다룬 연구는 국외에서 소수 이루어 졌으며, 국내에서는 특정 질환을 가진 지역사회 일반 노인을 대상으로 건강정보이해능력과 자가간호의 관련성을 조사하는데 그쳤다. 특히 의료수급권자를 대상으로 이들 변수와 의료이용과의 관련성을 다룬 국내 연구는 찾기 어려웠다.

따라서 본 연구에서는 의료급여수급 노인을 대상으로 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용을 조사하고, 이 두 변수가 의료이용에 미치는 영향을 확인하고자 한다. 이러한 결과는 의료급여수급 노인의 합리적 의료이용을 도모하기 위한 방안의 기초자료가 될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구는 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료서비스 이용을 파악하고, 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 의료이용에 미치는 영향을 확인하고자 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자의 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 의료이용의 차이를 파악한다.
- 대상자의 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용 간의 관련성을 파악한다.
- 대상자의 의료이용 영향요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용을 파악하고, 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 의료이용에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 B광역시 16개 구·군에 거주하고 있는 국민기초생활보장법에 근거하여 선정된 저소득층 의료급여 수급권자를 대상으로 하였다. 대상자 선정기준은 65세 이상 노인으로, 설문조사자가 시간, 장소, 사람 등 질문을 통해 인지기능에 장애가 없다고 판단이 되며, 구두로 의사소통이 가능한 자로 하였다. 또한 학력제한은 없으나 국문해독이 가능하여 문항을 읽고 이해가 가능하며, 연구의 목적과 내용을 이해하고 연구에 동참하기를 서면으로 동의한 자를 대상으로 하였다. 대상자 수는 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 사용하여 다중회귀분석에서 중간 정도의 효과 크기(f^2)=.15, 검정력 .90, 유의수준 .05, 임의추정 예측변수를 최대 20개로 하여 도출 된 표본 수는 총 191명이었으며, 10% 탈락률을 고려하여 214명에게 설문조사를 하였고, 회수된 설문지 중 불충분한 답변을 한 11부를 제외하고 총 203명의 자료를 분석하였다.

3. 연구도구

1) 건강정보이해능력

본 연구에서는 Lee 등[18]이 지역사회 노인을 대상으로 개발한 단축형 건강정보이해능력 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 12문항이며, 건강 관련 용어영역 5문항과 이해 및 수리 영역 7문항으로 구성되었다. 건강 관련 용어 영역은 단어를 이해하고 적절한 용어를 선택할 수 있는지를 조사하는 내용으로 구성되어 있으며, 이해 및 수리 영역은 진료안내문 및 외래 진료 시간표 읽기, 복약시간 계산, 약물 용량 계산, 그래프와 영양 성분표의 함유량 읽기로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 정답은 1점 오답은 0점을 부과하였으며, 점수가 높을수록 건강정보이해능력 정도가 높음을 의미한다. 도구 개발시 신뢰도 Cronbach's α는 .77이었으며, 본 연구에서는 총 건강정보이해능력 신뢰도는 KR=.53이었으며, 건강 관련 용어 영역 KR=.64, 이해 및 수리 영역 KR=.90로 나타났다.

2) 자가간호 수행

본 연구에서 사용하는 자가간호 수행 도구는 Yu [19]가 개발한 58문항의 도구를 Baek [11]이 만성질환을 가진 재가노인에게 적합하게 수정한 29문항을 사용하였다. 문항은 일반적 자가간호 25문항과 건강이탈 자간간호 4문항으로 구성되었다. 각 문항에 대한 응답은 1~5점 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점부터 '항상 그렇다' 5점까지이며, 점수가 높을수록 자가간호 수행 정도가 높음을 의미한다. 도구개발 시 신뢰도 Cronbach's α는 .92였으며, Baek [11]의 연구에서 Cronbach's α는 .93이었으며, 본 연구에서 Cronbach's α는 .94로 나타났다.

3) 의료이용

본 연구에서는 대상자가 병원 외래, 의원 및 보건소 진료서비스를 이용하는 월평균 횟수를 1문항으로 질문하였다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2018년 8월 1일부터 2018년 9월 14일까지였다. B광역시 16개 구·군에 의료급여사례관리를 담당하는 의료급여관리사가 연구보조원으로 참여하였다. 설문조사에 앞서 연구자가 의료급여수급 노인 3인을 대상으로 예비조사를 실시하였으며, 우선적으로 연구자가 설문조사 시 발생할 수 있는 문제점과 문의 사항 등을 파악하였다. 이후 연구자가 모든 의료급여관리사인 연구보조원들에게 연구의 내용과 설문조사 및 문항작성 방법에 대한 내용을 유선 및 집체모임을 통해 교육하였다. 특히 건강정보이해능력과 자가간호 수행의 경우 반드시 자가보고 식으로 조사하도록 하였으며, 시력 등의 문제로 대상자가 스스로 읽기 어려운 경우에는 문항을 읽어주되, 문항에 대한 설명을 요구하는 질문을 하였을 때는 부가적인 설명을 하지 않도록 교육하였다. 연구대상자는 연구자와 각 구·군에 소속된 의료급여관리사가 선정조건을 충족하는 자로 임의추출 하였다. 설문조사는 연구자와 연구보조원이 가정방문을 하거나 내소한 대상자를 직접 대면하여 연구목적을 설명하고 난 후 연구에 참여하기를 서면으로 동의한 대상자에 한해서 실시하였다. 설문조사 시 소요되는 시간은 30분 내외였으며, 설문조사 완료 후 감사의 뜻으로 소정의 답례품을 제공하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자의 보호 및 윤리적 연구를 위해 동아대학교 기관연구윤리심의위원회의 승인(IRB No.: 2-1040709-AB-N-01-201805-HR-014-04)을 받은 후 진행하였다. 설문지에 연구 설명문과 연구참여 동의서를 첨부하였으며, 연구의 목

적과 방법 등 연구 진행과 관련된 설명을 제공하고 연구에 참여를 원하는 경우 서명을 하도록 하였다. 연구에 참여하지 않아도 불이익이 없으며, 연구진행 중 대상자가 그만두기를 원하는 경우 언제든지 연구참여를 중지 할 수 있음을 명시하였다. 수집된 자료는 익명으로 코드화 하여 처리되며, 비밀의 보장과 설문의 결과는 연구목적으로만 사용할 것이라는 내용을 명시하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다. 건강정보이해능력과 자가간호 수행, 의료이용은 최솟값과 최댓값 및 평균과 표준편차로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 의료이용의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하였으며, 건강정보이해능력, 자가간호 수행과 의료이용 간의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다. 대상자의 의료이용에 미치는 영향 요인은 위계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression analysis)을 이용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 여자가 62.1%, 남자가 37.9%였다. 대상자의 평균 연령은 74.37세였으며, 65~74세가 49.3%로 가장 많았고, 75~84세가 42.4%, 85세 이상이 8.4% 순이었다. 의료급여 종별은 1종이 90.6%로 대다수를 차지하였고, 2종이 9.4%였다. 교육수준은 초등학교 졸업이 36%로 가장 많았으며, 다음으로 무학이 24.6%, 고등학교 졸업 이상 21.7%, 중학교 졸업이 17.7%순이었다. 종교는 있는 경우가 64.0%였으며, 배우자는 없는 경우가 77.3%였다. 동거가족이 없는 경우가 65.0%로 가장 많았으며, 1명 있는 경우는 28.6%, 2명 이상인 경우는 6.4% 순이었다. 지난 1년간 지역사회 기관에서 제공되는 방문형서비스를 받은 경우가 57.1%, 구군에서 제공하는 의료급여사례관리 서비스를 받지 않은 경우가 56.2%였다. 주관적 건강상태의 경우 '나쁘다'로 응답한 경우가 68.0%였다. 대상자가 보유하고 있는 질병 개수는 평균 3.62±1.56개였고, 지난 1년간 선택의료급여제도를 이용하지 않았다고 응답한 경우가 61.1%였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Subjects (*N*=203)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	77 (37.9)
	Female	126 (62.1)
Age (year)	65~74	100 (49.3)
	75~84	86 (42.4)
	≥85	17 (8.4)
		74.37±6.66
Beneficiary type	Type 1	184 (90.6)
	Type 2	19 (9.4)
Education	No formal education	50 (24.6)
	Elementary school	73 (36.0)
	Middle school	36 (17.7)
	≥High school	44 (21.7)
Religion	Yes	130 (64.0)
	No	73 (36.0)
Spouse	Yes	46 (21.7)
	No	157 (77.3)
Living status	Alone	132 (65.0)
	1	58 (28.6)
	≥2	13 (6.4)
Home care services (visiting health care nursing etc.)	Yes	116 (57.1)
	No	87 (42.9)
Medicaid case management	Yes	89 (43.8)
	No	114 (56.2)
Subjective health status	Unhealthy	138 (68.0)
	Healthy	65 (32.0)
Number of disease	<4	94 (46.3)
	≥4	99 (53.7)
		3.62±1.56
Use of designated doctor system	Yes	79 (38.9)
	No	124 (61.1)

2. 대상자의 건강정보이해능력, 자가간호 수행, 의료이용

대상자의 건강정보이해능력의 평균 점수는 12점 만점 중 7.88±2.84점이었다. 건강 관련 용어영역은 5점 만점 중 3.90±1.23점, 이해 및 수리영역은 7점 만점 중 3.99±1.94점이었다. 자가간호 수행의 평균 점수는 5점 만점 중 3.26±0.77점이었다. 월평균 의료이용 횟수는 6.65±5.25회였다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 의료이용

대상자의 의료이용에 차이를 보이는 일반적 특성은 종교(t=-3.60, p<.001), 주관적 건강상태(t=4.39, p<.001)로 나타났다(Table 3). 종교가 있는 대상자가 종교가 없는 대상자보다 의료이용 횟수가 낮았으며, 대상자 스스로 건강상태가 나쁘다고 생각하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 의료이용 횟수가 높게 나타났다.

Table 2. Health Literacy, Self-care Performance, and Health Care Utilization (*N*=203)

Variables	Item	M±SD	Range
Health literacy	Health-related terms	3.90±1.23	0~5
	Comprehension and numeracy	3.99±1.94	0~7
		7.88±2.84	0~12
Self-care performance		3.26±0.77	1~5
Health care utilization		6.65±5.25	1~32

4. 대상자의 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용과의 관계

의료이용은 건강정보이해능력(r=-.42, p<.001)과 자가간호 수행(r=-.47, p<.001)과 유의한 음의 상관관계가 있었으며, 건강정보이해능력과 자가간호 수행(r=.68, p<.001)은 유의한 양의 상관관계가 있었다. 즉, 건강정보이해능력과 자가간호 수행 점수가 높을수록 의료이용이 낮으며, 건강정보이해능력 점수가 높을수록 자가간호 수행 점수가 높은 것으로 나타났다.(Table 4).

Table 3. Difference of Health Care Utilization according to General Characteristics (*N*=203)

Characteristics	Categories	M±SD	t or F (*p*)
Gender	Male	7.18±5.53	1.13 (.260)
	Female	6.32±5.06	
Age (year)	65~74	6.88±5.68	0.29 (.745)
	75~84	6.51±4.91	
	≥85	5.91±4.27	
Beneficiary type	Type 1	6.85±5.33	1.77 (.079)
	Type 2	4.63±3.83	
Education	No formal education	7.09±4.15	1.32 (.269)
	Elementary and Middle school	6.90±5.55	
	≥High school	5.52±5.50	
Religion	Yes	5.68±3.97	-3.60 (<.001)
	No	8.36±6.64	
Spouse	Yes	6.00±4.25	-0.96 (.341)
	No	6.83±5.50	
Living status	Alone	6.75±5.12	0.89 (.411)
	1	6.83±5.86	
	≥2	4.77±2.93	
Home care services (visiting health care nursing etc.)	Yes	6.30±4.71	-1.10 (.284)
	No	7.10±5.88	
Medicaid case management	Yes	5.93±4.68	-1.72 (.088)
	No	7.20±5.60	
Subjective health status	Unhealthy	7.71±5.24	4.39 (<.001)
	Healthy	4.39±4.50	
Number of disease	<4	6.29±6.09	-0.90 (.370)
	≥4	6.95±4.38	
Use of designated doctor system	Yes	6.81±5.88	0.35 (.726)
	No	6.54±4.82	

5. 대상자의 의료이용 영향요인

대상자의 건강정보이해능력과 자가간호 수행 정도가 의료이용에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 하였다. 회귀분석에 앞서 독립변수들의 공선성을 진단하기 위하여 공차한계(tolerance)와 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)를 구하였으며, 그 결과 공차한계는 최소 .47에서 최대 .93로 0.1보다 크며, VIF는 최소 1.08에서 최대 2.12로 10보다 작아 다중공선성의 문제가 없었다. Durbin-Watson 통계량은 1.98로 2에 가까워 오차 간에 자기상관이 없었다. 또한 표준화 잔차가 모두 ±3이내로 나와 오차항 분포가 정규분포임을 확인하였다.

위계적 회귀분석 1단계에서는 일반적 특성을 통제변수로 투입하였으며, 투입변수는 의료이용에 유의한 차이를 보인 종교, 주관적 건강상태이고, 2단계에서는 건강정보이해능력과 자가간호 수행을 투입하여 분석을 실시하였다. 1단계 회귀모형은 통계적으로 유의하였고(F=16.00, p<.001), 모형의 설명력(R^2)은 13%였다. 주관적 건강상태(β=-.28, p<.001)가 좋은 경우가 그렇지 않은 경우에 비해, 종교(β=-.23, p=.001)가 있는 경우가 종교가 없는 경우보다 의료이용 횟수가 낮게 나타났다. 2단계 회귀모형에서는 1단계 회귀모형의 종교, 주관적 건강상태에 건강정보이해능력과 자가간호 수행을 추가로 투입하였고, 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다(F=15.73, p<.001). 또한 설명력(R^2)은 25%로 1단계에 비해 12%증가하였다. 의료급여수급 노인의 의료이용에 유의한 영향을 미치는 변수로 자가간호 수행(β=-.27, p=.003), 건강정보이해능력(β=-.19, p=.022), 종교(β=-.17, p=.008)로 나타났으며, 모두 의료이용에 음(-)의 영향이 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강정보이해능력과 자가간호 수행은 의료급여수급 노인의 일반적 특성을 통제한 상태에서도 의료이용에 영향을 미치는 것으로 확인되었으며, 자가간호 수행과 건강정보이해능력이 높을수록, 종교가 있는 경우 의료이용 횟수가 낮게 나타났다(Table 5).

Table 4. Correlation among Health Literacy, Self-care Performance, and Health Care Utilization (*N*=203)

Variables	Health care utilization	Health literacy	Self-care performance
	r (*p*)	r (*p*)	r (*p*)
Health care utilization	1		
Health literacy	-.42 (<.001)	1	
Self-care performance	-.47 (<.001)	.68 (<.001)	1

논 의

본 연구는 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력, 자가간호 수행과 의료이용을 파악하고 이들 변수의 관련성을 살펴보며, 건강정보이해능력과 자가간호수행이 의료이용에 미치는 영향을 확인하고자 시도되었다.

의료급여수급 노인의 건강정보이해능력 점수는 12점 만점 중 7.88점이었다. 이는 같은 도구를 사용하여 지역사회 재가 고혈압 환자를 대상으로 조사한 연구[20]결과 10.52점 보다 낮았다. 그러나 종합병원 외래를 방문하는 노인 심부전 환자를 대상으로 조사한 연구결과[16]의 7.16점보다는 높았다. 이는 Kwon 등[20]의 연구대상자 보다 본 연구대상자의 교육수준은 낮고, 평균 연령이 높은 반면 Shin 등[16]의 연구대상은 본 연구대상자 보다 평균 연령이 높아 건강정보이해능력의 점

Table 5. Factors Influencing on Health Care Utilization (*N*=203)

Variables	Categories	Model 1			Model 2		
		β	t	*p*	β	t	*p*
Religion	Yes	-.23	-3.43	.001	-.17	-2.67	.008
Subjective health status	Healthy	-.28	-4.23	<.001	-.07	-0.97	.336
Health literacy					-.19	-2.31	.022
Self-care performance					-.27	-2.96	.003
F (*p*)		16.00 (<.001)			15.73 (<.001)		
R^2		.14			.27		
Adjusted R^2		.13			.25		

Dummy variable: religion (yes=1, no=0), subjective health status (healthy=1, unhealthy=0).

수가 차이가 있는 것으로 해석된다. 이는 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 건강정보이해능력이 낮게 나타난 선행연구[21,22]결과와 맥을 같이 한다고 볼 수 있다. 이러한 결과는 고령자 비율이 높고, 교육 수준이 낮은 의료급여수급 노인이 건강정보이해능력에 취약한 집단이라고 볼 수 있다. 이에 의료급여수급 노인을 대상으로 건강교육이나 상담 시에는 이해하기 쉬운 용어를 사용하거나 그림이나 도식을 이용한 자료를 사용하는 전략이 필요할 것이다.

또한 본 연구결과에서 이해 및 수리영역 점수가 건강 관련용어 영역 점수보다 낮은 것은 진료안내문을 읽어 해석하거나 복용 약물 용량을 계산하는 수리영역 부분이 취약한 것으로 볼 수 있다. 이에 의료급여수급 노인들의 건강정보이해능력을 높이기 위해서는 교육을 시행할 때 실제 이들이 의료기관에서 사용하는 처방전과 진료안내문 등을 활용하여 실습위주의 교육을 제공하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다.

대상자의 자가간호 수행 평균점수는 5점 만점 중 3.26점이었다. 이는 같은 도구를 사용하여 지역사회 만성질환을 가진 노인을 대상으로 조사한 연구[11]의 결과인 3.54점 보다는 낮았다. 이러한 결과는 본 연구대상자 중 초등학교 이하 졸업자 비율이 60~70%로, Baek [11]의 연구에서 초등학교 이하 졸업자 비율 50% 이하보다 많아 교육수준에 따라 자가간호 수행 점수가 차이가 난 것으로 해석된다. 또한 본 연구대상자 중 독거의 비율이 65.0%로 Baek [11]의 연구에서 독거의 비율 35.5% 보다 높아 동거가족의 유무에 따라서도 자가간호 수행 점수가 차이가 난 것으로 해석할 수 있겠다. 이는 교육수준이 낮을수록, 동거가족이 없는 독거의 경우 자가간호 수행 정도가 낮게 나타난 선행연구[16,23]결과를 뒷받침한다. 기존연구에서 젊은 연령층 보다 노인 집단의 자가간호 불이행 정도가 높은 것으로 보고되었으며[24], 특히 교육 수준이 낮고, 비교적 독거의 비율이 높은 의료급여수급 노인은 스스로 자신을 돌보는 일상적인 자가간호 수행이 취약한 집단으로 확인되었다. 그러므로 지역사회 보건의료전문가는 이들의 자가간호 향상을 위한 전략에 보다 많은 관심을 가질 필요가 있겠다. 현재 우리나라 의료급여사례관리 제도는 대상자의 약물복용, 생활습관 관리 등 자가건강관리 능력을 사정하고 의료이용에 대한 정보제공 및 건강상담을 통해 자가건강관리 능력 향상 및 합리적 의료서비스 이용을 도모하고자 시행되고 있다[25]. 사례관리 현장에서 사례관리 대상자는 주로 연령과 무관하게 보유질병 대비 과다의료이용자를 대상으로 하고 있으며, 사례관리 수행 시 방문 및 전화상담 횟수에 제한을 두고 이루어지는 실정이다. 따라서 의료급여사례관리 대상자 선정 시 건강관리가 취약한 노인들 중 배우자와 가족의 지지를 받을 수 없는 독거노인을 우선적으로 선정하거나, 연간 사례관리 대상자 중 65세 이상 노인을 일정 비율 포함하는 방안을 도입할 필요가 있겠다. 더불어 의료급여수급 노인을 대상으로 사례관리 시 식이 · 운동 등 규칙적인 생활습관을 유도하고 약물복용과 정기적인 병원방문에 대해 주기적으로 모니터링 할 수 있도록 사례관리 기간과 수행횟수를 늘리는 등 차별화된 간호중재가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 의료급여수급 노인의 월평균 의료이용 횟수는 6.65회였다. 이는 연령을 구분하지 않은 의료급여수급권자의 의료이용을 분석한 연구[26]에서 연간 외래진료 횟수인 37.08회와 비교할 때 본 연구대상자 의료이용 횟수가 2배 이상 높은 것으로 볼 수 있다. 이는 의료급여수급권자 중 연령이 높아질수록 외래이용횟수가 높게 나타난 기존연구[27]결과와 일치하였다. 이러한 의료급여수급 노인의 과다의료이용은 중복처방과 약물오남용으로 이어져 오히려 건강상태를 악화시키고[27], 또다시 의료기관 진료에 의존하게 되는 악순환으로 이어질 수 있다. 따라서 의료급여수급 노인들이 의료서비스를 보다 적절하게 이용할 수 있도록 현재 시행되고 있는 의료급여사례관리를 활성화 할 필요가 있겠다. 이를 위해 현재 기초자치단체에 소속되어 의료급여사례관리 업무를 담당하는 의료급여관리사 수를 확대하여 의료급여수급 노인의 실질적인 건강관리가 이루어져 불필요한 의료이용을 줄이도록 해야 할 것이다. 또한 의료급여수급 노인의 효율적인 건강관리를 위해 보건소나 복지관 등 지역사회 유관기관과 의료급여수급 노인이 이용하는 의료기관을 포함하는 유기적인 지역사회 연계체계를 마련할 필요가 있겠다. 더불어 이미 시행되고 있는 선택병의원 제도를 보완하여 의료급여수급 노인들의 질병을 효율적으로 관리하도록 하고, 의료이용행태 개선을 보인 의료급여수급 노인에게는 본인부담금 일부를 감면해주거나 지원해주는 인센티브 제도를 마련하는 것도 도움이 되겠다.

단, 본 연구에서는 변수간의 관련성을 확인하기 위하여 의료이용을 설문문항으로 작성하였다. 추후 의료급여수급 노인의 의료이용을 확인하기 위하여 의료기관 진료자료 등 전산자료를 활용하는 연구를 제안한다.

본 연구에서 의료급여수급 노인의 의료이용 영향요인을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 실시한 결과, 의료급여수급 노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인은 자가간호 수행, 건강정보이해능력과 종교로 확인되었다. 의료이용에 가장 영향을 많이 미치는 요인은 자가간호 수행이었으며, 자가간호 수행이 높을수록 의료이용이 낮게 나타났다. 이는 지역사회 만성질환을 가진 노인의 자가간호 수행이 높을수록 응급실 이용과 입원치

료율이 줄어들었던 것으로 나타난 결과[14]와 운동 등 자기관리를 하지 않는 당뇨 환자의 입원치료율이 높았던 연구결과[15]와 유사하게 해석할 수 있다. 따라서 상기에서 언급하였듯이 의료급여수급 노인들이 자신의 질병을 관리하고 자가간호를 향상시킬 수 있는 프로그램을 개발할 필요가 있겠다. 더불어 본 연구에서 건강정보이해능력과 자가간호 수행은 양의 상관관계를 나타낸 것은 건강정보이해능력이 높을수록 자가간호 수행이 높게 나타난 국내외 선행연구결과와 일치하였다[16,28]. 이러한 결과는 노인이 스스로 획득한 건강정보를 자신의 건강상태에 적용하는 정도에 따라 자가관리가 달라질 수 있음을 의미한다[29]. 이는 의료급여수급 노인의 건강정보이해능력 향상이 자가간호 수행을 높이기 위한 효과적인 전략임을 시사한다.

또한 본 연구에서 건강정보이해능력이 높을수록 의료이용이 낮았다. 이는 Medicaid에 등록된 노인을 대상으로 조사한 연구[6-8]에서 건강정보이해능력이 부족한 집단에서 응급실 서비스 이용과 입원치료 비용이 유의하게 높게 나타난 결과와 유사하였다. 또한 Cho 등[29]의 연구에서 건강정보이해능력 수준이 낮을수록 의료비 지출 수준이 높게 나타난 결과와 유사한 맥락으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 건강정보이해능력이 낮은 노인들은 자신의 질병에 대한 지식이 부족하고 약물 복용과 병원이용 등 실제적인 문제로 이어져 의료이용에 영향을 미치는 것으로 사료된다. 따라서 앞서 언급하였듯이 그들의 건강정보이해능력을 향상시킬 수 있는 다각적인 전략이 요구된다. 또한 의료급여수급 노인대상으로 사례관리 시 우선적으로 그들의 건강정보이해능력 수준을 사정하고 대상자의 수준에 따른 의료이용 상담이 이루어지도록 해야 할 것이다.

한편 본 연구에서 종교가 의료이용의 영향요인으로 확인되었다. 이는 Park 등[30]의 연구에서 빈곤노인의 사회적 지지는 종교와 유의한 상관관계가 있으며, 사회적 지지가 높을수록 건강증진 행위가 증가하는 것으로 나타난 연구결과를 고려할 때 종교가 있는 수급노인들의 경우 종교의식이나 종교기관의 활동에서 타인들과의 교류를 통하여 정보를 얻어 의료이용에도 영향을 미치는 것으로 사료된다.

본 연구의 결과를 통해 의료급여수급 노인의 의료이용에 자가간호 수행, 건강정보이해능력 및 종교가 영향을 미칠 수 있는 변수로 볼 수 있어, 이들의 합리적 의료이용을 도모할 수 있는 근거자료가 될 수 있을 것이다. 그러나 본 연구대상자는 일 대도시에 거주하고, 국문해독이 가능한 의료급여수급 노인만을 대상으로 편의추출 하였기에 본 연구결과를 확대해석 하기에는 제한이 있다.

결론 및 제언

본 연구는 B광역시에 거주하는 65세 이상 의료급여수급 노인을 대상으로 건강정보이해능력, 자가간호 수행 및 의료이용 정도를 조사하고, 건강정보이해능력과 자가간호 수행이 의료이용에 미치는 영향을 확인하여 그들의 합리적 의료이용을 도모할 수 있는 근거자료를 제공하고자 시도되었다. 연구결과 의료급여수급 노인의 의료이용에는 자가간호 수행, 건강정보이해능력, 종교가 유의한 영향요인으로 확인되었다. 따라서 의료급여수급 노인의 합리적인 의료이용을 위해 이들의 자가간호 수행과 건강정보이해능력을 파악하고 이를 향상시키기 위한 전략이 필요하겠다.

이에 본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 의료급여사례관리 사업시 의료급여수급 노인의 일상적인 자가간호 수행을 도모할 수 있도록 사례관리 기간이나 수행 횟수를 늘리는 등 차별화된 전략이 필요하겠다. 둘째, 의료급여수급 노인을 대상으로 하는 건강교육 시 이들이 이해하기 쉬운 용어를 사용하거나 그림이나 도식을 이용한 자료를 개발하여 제공하며, 실제로 처방전과 진료예약지 등을 활용하는 실습 위주의 교육이 요구된다. 셋째, 의료급여수급 노인이 다른 사람과 교류하고 소통할 수 있는 종교기관이나 경로당, 복지관에서 올바른 의료이용에 대한 정보를 제공할 필요가 있겠다. 넷째, 의료급여수급 노인의 적절한 의료이용을 위해 의료급여 사례관리를 확대 실시하도록 하며, 효율적인 사례관리를 위해 보건소나 복지관 및 대상자가 진료 받는 의료기관과 연계하여 체계적으로 질병을 관리하는 유기적인 전달체계를 마련해야 할 것이다. 다섯째, 향후 연구대상을 확대하여 건강정보이해능력 및 자가간호 수행과 의료이용과의 관련성을 조사하는 후속 연구가 필요하겠다. 여섯째, 향후 특정질환에 따른 건강정보이해능력 및 자가간호수행과 의료이용과의 관련성을 확인하기 위하여 의료기관 자료 등 공공자료를 활용하는 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. National Health Insurance Service. 2017 Medical Aid Statistics [Internet]. Gganwon-do Wonju-si:National Health Insurance Servic. 2018[cited 2018 November 15]. Available from: http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0076/27596
2. Choi SE. Population aging and forecasting of medicaid spending for the elderly. The Korean Association Of Public Policy. 2015;17(2):3-32.
3. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to

medical care: Does it matter?. Journal of Health and Social Behavior, 1995;36(1):1-10. https://doi.org/10.2307/2137284
4. Song MK. Experiences of Health Care Utilization among Medical Aid Excessive-Users in Korea. [dissertation]. [Seoul]: Hanyang University; 2015. 152 p.
5. Park YH, Lee YJ. Qualitative analysis of medical usage patterns of medical aid patients. The Journal of the Korea Contents Association. 2017:17(9):39-49. https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.09.039
6. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. The American Journal of Medicine. 2005;118(4):371-377. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.010
7. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medicaid population. Journal-American Board of Family Practice. 2004;17(1):44-47. https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.44
8. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. Geriatric Nursing. 2017;38(4):334-341. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003
9. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R, et al. The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. Patient education and counseling. 2013;91(2):228-235. https/doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.013
10. Kim MS, Lee JE. Comparing the elderly patients drug misuse and abuse behavior between ordinary patients and low-income elderly patients. The Korean Association for Crisis and Emergency Management. 2011:3(2):18-39.
11. Baek JW. The Relationship between Functional Health Literacy and Self-Care Performance in Community Dwelling Elders with Chronic Diseases [master's thesis]. [Busan]: Kosin University; 2017. 87 p.
12. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. Journal of Nursing Scholarship, 2011;43(3):255-264. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
13. Steiger NJ, Lipson JG. Self-Care Nursing: Theory and Practice. 1st ed. Bowie: Brady Communication Company; 1985. 326 p.
14. Chen IH, Chi MJ. Effects of self-care behaviors on medical utilization of the elderly with chronic diseases - A representative sample study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2015;60(3):478-485. https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.014
15. Kornelius E, Huang C, Yang Y, Lu Y, Peng C, Chiou J. Diabetes-related avoidable hospitalizations in Taiwan. Primary Care Diabetes. 2014;8(4):330-337. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2014.02.001
16. Shin KM, Chu SH, Jang YS, Kang SM. Relationships between health literacy, knowledge and self-care behaviors in elderly patients with heart failure. 2016;22(1):28-37. https://doi.org/10.22650/JKCNR.2016.22.1.28
17. Kim NH, Yang YL, Lee MH. Effect of health literacy and knowledge on diagetic self-care in the elderly with DM Living Alone. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2016:27(4):370-379. https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.4.370
18. Lee TW, Kang SJ, Lee HJ, Hyun SI. Testing health literacy skills in older Korean adults. Patient Education and Counseling. 2009;75(3):302-307. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.002
19. Yu SJ. Effect of discharge education on the self-care performance for the schizophrenics[dissertation]. [Seoul]: Seoul National University; 1991. 98 p.
20. Kwon MS, Noh GY, Jang JH. A Study on Relationships between health literacy, disease-related knowledge and compliance to medical recommendation in patients with hypertension. Journal of Korean Public Health Nursing. 2013;27(1):190-202. https://doi.org/10.5932/JKPHN.2013.27.1.190
21. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in isfahan, iran. Journal of Education and Health Promotion. 2012;1:1-31. https://doi.org/10.4103/2277-9531.100160
22. Simon MA, Li, Y, Dong X. Levels of health literacy in a community-dwelling population of Chinese older adults. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences. 2014;69(2):S54-S60. https://doi.org/10.1093/gerona/glu179
23. Oh JH, Park EO. The impact of health literacy on self-care behaviors among hypertensive elderly. Korean Journal of Health Education and Promotion. 2017;34(1):35-45. https://doi.org/10.14367/kjhep.2017.34.1.35
24. Moser DK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: A life course model of patient characteristics. Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;23(3):205-218. https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305097.09710.a5
25. Guideline for medicaid program in 2018. Sejong; Ministr of Health and Welfare; 2018.
26. Kim JY, Park JS, Lee EJ. Analysis of the medical services utilization among patient of Korea Medical Aid Program. Korea Welfare Paned Study. 2012;5:561-579.
27. Lee HJ. Healthcare utilization and out-of-pocket spending of Medical Aids recipients in South Korea: A propensity score matching with National Health Insurance participants. The Korean Journal of Health Economics and Policy. 2016;22(2):22-49.
28. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related qual-

ity of life among patients with heart failure. Journal of General Internal Medicine. 2011;26(9):979-986. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1668-y

29. Cho SE, Kim SK, Lee SL, Shin HR, Park SW, Lee HY, et al. The Effects of Health Literacy on the Relationship between the Frailty and Out-of-pocket Medical Expenses. Social Work Practice & Research. 2017:14(2):5-37.
30. Park NJ, Kim KS. Factors affecting health promotion behaviors of the vulnerable elderly. The Korean Gerontological Society. 2016;36(2):275-294.