

65세 이상 저소득층 1인 가구 대상 한의약 건강증진 프로그램 타겟 선정을 위한 탐색적 조사연구: 2017년 국민건강영양조사 결과를 바탕으로

고유미^{1),4)} · 조원제¹⁾ · 임정권²⁾ · 전윤정³⁾ · 강경래³⁾ · 신용철⁴⁾ · 장보형^{4)*} · 고성규^{1),4)}

¹⁾ 경희대학교 대학원 기초한의과학과 ²⁾ 경희대학교 대학원 한의학과
³⁾ 경희대학교 대학원 한방응용의학과 ⁴⁾ 경희대학교 한의과대학 예방의학교실

A pilot study for target selection of Korean Medicine public health promotion programs on single person, low income, senior households: Based on the 2017 Korean National Health and Nutrition Examination Survey

Youme Ko^{1),4)}, Wonje Cho¹⁾, Jungkwon Im²⁾, Yoonjeong Jeon³⁾, Kyungrae Kang³⁾, Yong Cheol Shin⁴⁾,
Bo-Hyoung Jang^{4)*}, Seong-Gyu Ko^{1),4)}

¹⁾ Department of Science in Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

²⁾ Department of Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

³⁾ Department of Applied Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

⁴⁾ Department of Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

Abstract

Objectives : The aim of this study was to explore the general characteristics and health risk factors of the low income single person household in elderly Korean population for target selection of Korean medicine public health promotion program.

Methods : We collect the 826 low income over 65 years old participants data from 7th Korean National Health and Nutrition Examination Survey. The demographic, life habit, health status, medical history were used to compare the difference between single and multiple low income senior households.

Results : All variables except drinking and smoking were statistically significant between single and multiple low income senior households. The health risk factors in single low income senior households were gender, overweight, Medicaid, annual drinking habit, diagnosis of diabetes.

Conclusions : Through this study, we found out that the overweight, monthly drinking habit, diagnosis of diabetes were health risk factors in low income senior single households.

Key words : Low Income, Single Household, Elderly, Korean Medicine public health promotion programs

• 접수 : 2019년 4월 10일 • 수정접수 : 2019년 4월 23일 • 채택 : 2019년 4월 26일

*교신저자 : 장보형, 서울특별시 동대문구 경희대로 26, 경희대학교 한의과대학 예방의학교실

전화 : 02-961-2219, 팩스 : 02-961-2383, 전자우편 : bhjang@khu.ac.kr

I. 서론

의료기술의 발달과 개인 생활 수준 향상에 따른 인간 평균수명 증가는 노인 인구 구조의 변동을 일으켜 여러 사회문제를 일으키고 있다. 국내 총인구 대비 65세 이상의 노인 인구의 비율은 2005년 9%, 2015년 12.8%, 2017년 13.8%를 차지하였으며, 2020년에는 약 15.7%, 2030년에는 약 25%에 달할 것으로 예측¹⁾되어 빠른 노령화가 진행되고 있음을 알 수 있으며, 이에 따른 노인 부양 문제, 복지 문제 등의 심각성이 점차 대두되고 있다.

노령화와 더불어 사회경제적 발전에 따른 핵가족화, 여성의 사회 진출 등으로 노인 부양에 대한 가치관이 변화하고 있어 자녀와 동거하는 노인은 감소하고, 노인 독거가구와 노인부부가구의 수가 점차 증가하고 있다. 2017년 노인실태조사 결과에 따르면, 자녀동거가구수는 1994년 54.7%, 2014년 28.4%, 2017년 23.7%로 감소하고 있는 것에 비해 독거노인의 비율은 1994년 13.6%, 2014년 23.0%, 2017년 23.6%로 증가하고 있는 것으로 보고되었다²⁾.

또한, 국내 노인 기준연령에 따라 65세 이상의 노인들은 퇴직과 소득의 감소를 경험하게 되며, 이에 따른 역할 상실, 건강문제, 사회적 고립 등의 지지체계 문제가 발생하게 된다³⁾. 한 연구에 따르면, 노년기에는 높은 사회경제적 지위에 있을수록 높은 건강 수준 유지가 가능하며, 그렇지 않을 경우, 건강수준 유지의 어려움이 있다는 점⁴⁾에서 노인의 사회경제적 불균형은 건강한 노후를 영위하는데 위험요인이라고 할 수 있다.

이에 사회경제적 균형을 고려하기 위하여 1997년부터 65세 이상의 노쇠자를 소득과 재산보유여부를 확인(가구소득 인정액이 중위 소득의 30 - 50% 미만)하여 기초생활보장을 목적으로 현금급여를 지급하고 있다⁵⁾. 현재 국내 65세 이상 노인가구 약 700만 명 중, 전체 조사대상자의 6.4%가 국민기초생활보장수급자이며, 의료급여만 적용되는 노인은 1.6%, 그 외 일반노인은 92.0%로 확인된다²⁾. 그러나 여전히 제도기준에 부합하지 못하여 기초생활 및 보건의료 접근에 제약을 받는 사각지대에 해당되는 노인가가 존재하는 것으로 확인되기에 이에 대한 추가적 지원 방안이 마련되어야 할 필요성 있다.

현재 한의계에서는 한의약공공보건사업의 일환으로 생애주기별 한의약건강증진 표준프로그램 개발을 통해 일반 및 저소득층 노인 대상의 건강증진에 도모하고 있다. 2016년에는 지역사회 일반 및 저소득층 노인을 대상으로 한의학적 치료법과 생활교육을 통합하여 자기관리형 치매예방사업을 시범운영 하여 정상인 대비 인지 저하 환자군에서의 인지기능 및 건강개선 효과를 확인한 것으로 보고하였다⁶⁾. 그러나 치매를 제외한 다른 노인성 질환에 대한 건강증진 및 질환 예방 프로그램은 부재한 상태이다.

본 연구에서는 국가승인통계의 하나이며, 전국 규모의 건강 및 영양조사로서 매년 국민의 건강수준, 건강행태 및 식품영양 섭취실태에 대한 보건정책 기초자료 마련을 목적으로 시행되고 있는 국민건강영양조사 자료를 활용하여 차기 한의약건강증진프로그램의 타겟 선정을 위한 기초자료 조사를 마련하고자 한다. 이는 조사대상의 규모나 대표성 및 신뢰성 측면에서 국민 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초조사용 2차 자료로 활용하기에 적합하기에 본 연구의 목적인 65세 이상의 노인 대상 한의약건강증진프로그램의 타겟 선정을 위한 근거자료 마련을 위해 제7차 1차년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여 저소득층 1인 노인 가구와 다인 가구 사이의 일반적 특성과 건강위험요인을 탐색적으로 살펴보고, 현행 한의약건강증진프로그램 실태와 비교해보고자 한다.

II. 연구방법

1. 대상

본 연구는 질병관리본부의 국민건강영양조사⁷⁾ 제7기 1차년도 원시 자료를 활용하여 65세 이상 가구소득 중 하 이하(월 150만원 미만)의 노인 총 826명을 대상으로 하였다(Figure 1).

2. 방법 및 설문 내용

1) 국민건강영양조사

국민건강영양조사의 내용은 건강 설문조사, 영양조사, 검진 조사 총 3부분으로 구성되어 있고, 건강 설문

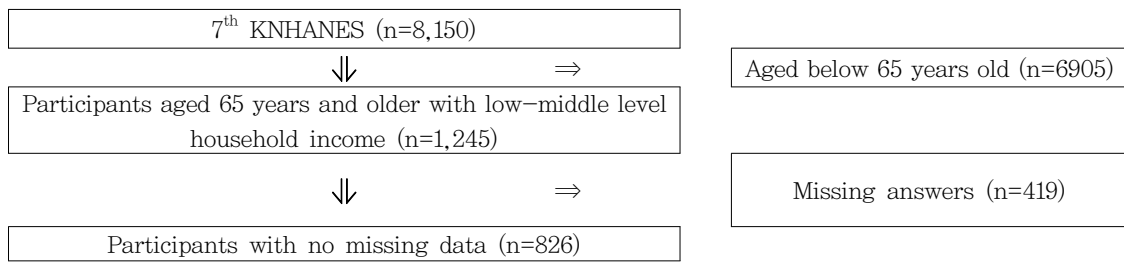


Figure 1. Flow Chart of Data Selection

조사와 검진 조사는 이동 검진 센터에서 1:1 면접 방식으로 정보를 수집하였으며, 건강 설문 조사 중 건강행태 영역은 설문응답자 자가 기입식으로 실시되었다. 본 연구에서는 건강 설문 조사의 가구조사, 이환 의뢰이용, 건강검진, 생활습관, 삶의 질, 진단된 질병에 대한 설문결과 자료를 이용하였다.

(1) 인구학적 정보

성별은 남성과 여성으로 나뉘었으며, 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상으로 구분, 교육수준은 초등학교 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 이상으로 구분하였다. 노인의 비만 정도는 신장과 체중을 실측하여 체질량지수(Body Mass Index, BMI, 체중(kg)/신장(m²))를 계산하였다. BMI 정도에 따른 비만도 기준은 18.4 이하는 저체중군, 18.5~24.9는 정상군, 25 이상은 과체중군으로 구분하였다.

(2) 사회학적 정보

저소득층 노인의 경제수준을 파악하기 위하여 기초보장 생활수급 여부를 조사하였다.

(3) 생활습관

건강관련 생활습관⁸⁾으로 65세 이상 노인 건강에 직접적인 영향을 미치는 흡연여부, 음주여부, 수면시간, 운동 여부를 조사하였다. 흡연 여부는 흡연량에 상관없이 설문 조사에서 현재 흡연 여부로 정의하였으며, 음주는 지난 1년 동안 월 1회 미만인 자는 비음주군, 이상인 자는 음주군으로 구분하였다. 수면시간은 주중과 주말 동안의 수면시간을 각각 6시간 미만, 6-9시간, 9시간 이상으로 조사하였다. 운동 여부는 주중 2시간 30분 이상의 중강도 신체활동 혹은 1시간 15분 이상의 고강도 신체활동 혹은 중강도와 고강도 신체활동의 조합으로 단일 활동시간과 상응하는 시간을 소비한 경우

를 규칙적 운동군으로 정의⁹⁾하였다.

(4) 건강상태 관련 정보

삶의 질을 측정하기 위해 EQ5D-5L를 활용하여 한국인 질 가중치를 반영¹⁰⁾하여 측정하였으며, 이는 0-1사이의 값으로 산출되며, 1에 가까울수록 높은 삶의 질을 의미한다. 산출된 값을 한 연구¹¹⁾에서 보고한 cut-off 값을 기준으로 0.915 미만과 0.915 이상으로 나누어 변수를 재생성하여 구분하였다. 정신적 건강상태는 우울감 평가 설문항목인 Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)을 활용하였으며, 이는 일반적으로 0-4점 정상범위, 5-9점 경과관찰, 10-14점 치료고려, 경과관찰, 15-19점 약물 혹은 상담치료요함, 20점 이상 적극적인 치료가 필요한 것으로 결과를 해석한다¹²⁾. 본 연구에서는 10점 미만을 정상범위, 10점 이상을 우울 상태로 정의하였다.

(5) 질병상태

2017년 노인실태조사 결과에서 보고된 다빈도 만성질환²⁾ 중, 본 조사에서 결과를 확인할 수 있는 질환인 고혈압, 골관절염, 고지혈증, 당뇨병, 골다공증, 뇌졸중, 백내장에 대한 의사 진단여부로 정의하여 노인의 질병상태를 평가하였다. 추가적으로 최근 노인의 질병 부담이 높아지고 있는 우울증 진단여부에 대해서도 확인하였다.

2) 현행 프로그램관련 설문¹³⁾

2016년 전국 252개 보건소 건강증진사업담당자 대상 현황 및 인식도 조사 중, 수행사업 현황과 향후 사업수행이 필요한 분야 항목에 대한 결과를 활용하여, 프로그램 선정질환 현황과 실제 저소득층 노인 1인 가구의 질환 진단 현황을 비교하였다. 현행 프로그램 설

Table 1. Characteristics of Respondents by group

		Multi-person (617)		Single-Person (209)		X ²	p
		n	%	n	%		
Age		72.49 ± 4.826		74.07 ± 4.879		19.146	0.000
	65-69	207	33.5	45	21.5		0.000
	70-74	188	30.5	62	29.7		
	75-79	143	23.2	53	25.4		
	≥80	79	12.8	49	23.4		
Gender	M	310	50.2	42	20.1	58.022	<0.001
	F	307	49.8	167	79.9		
Body Mass Index(kg/m ²)	≤18.4	17	2.8	5	2.4	9.504	0.009
	18.5~24.9	342	55.4	91	43.5		
	≥25	258	41.8	113	54.1		
Educational Level	Under Elementary	372	60.3	156	74.6	15.987	0.001
	Middle School	107	17.3	26	12.4		
	High School	106	17.2	17	8.1		
	College Above	32	5.2	10	4.8		
Basic Living Subsidy	N	559	90.6	159	76.1	28.972	<0.001
	Y	58	9.4	50	23.9		
Annual Drinking rate	<once a month	432	70.0	161	77.0	3.796	0.051
	≥once a month	185	30.0	48	23.0		
Annual Smoking status	Quit Smoking	552	89.5	191	91.4	0.638	0.424
	Smoking	65	10.5	18	8.6		
Physical Activities	N	401	65.0	148	70.8	2.374	0.123
	Y	216	35.0	61	29.2		
Sleep Duration of Weekdays	6~9 hr	482	78.1	156	74.6	5.716	0.057
	<6 hr	80	1<3.0	40	19.0		
	≥9 hr	55	8.9	13	6.2		
Sleep Duration of Weekend	6~9 hr	466	75.5	158	75.6	7.693	0.021
	<6 hr	79	12.8	38	18.2		
	≥9 hr	72	11.7	13	6.2		
Sickbed (month)	N	572	21.7	169	33.5	23.729	<0.001
	Y	45	78.3	40	66.5		
EQ5D	Good	596	96.6	200	95.7	0.552	0.458
	Bad	21	3.4	9	4.3		
Depression	N	559	90.6	176	84.2	6.501	0.011
	Y	58	9.4	33	15.8		
Diagnosis of Depression	N	582	94.3	192	91.9	1.603	0.205
	Y	35	5.7	17	8.1		
Diagnosis of Hypertension	N	271	43.9	84	40.2	0.887	0.346
	Y	346	56.1	125	59.8		
Diagnosis of Diabetes	N	480	77.8	143	68.4	7.402	0.007
	Y	137	22.2	66	31.6		
Diagnosis of Dyslipidemia	N	443	71.8	146	69.9	0.288	0.592
	Y	174	28.2	63	30.1		
Diagnosis of Stroke	N	581	94.2	199	95.2	0.327	0.567
	Y	36	5.8	10	4.8		
Diagnosis of Arthritis	N	431	69.9	119	56.9	11.706	0.001
	Y	186	30.1	90	43.1		
Diagnosis of Osteoporosis	N	468	75.9	135	64.6	10.039	0.002
	Y	149	24.1	74	35.4		
Diagnosis of cataract	N	375	60.8	98	46.9	12.304	0.000
	Y	242	39.2	111	53.1		

· Data is presented as mean ± SE for continuous variable, unweighted n(weighted %) for categorical variables.
 · P values are obtained by independent t-test for continuous variable and chi-square test for categorical variables.
 · n: number of respondents; %: percentage of respondents

문조사의 경우, 한국건강증진개발원의 한의약건강증진 사업 운영현황 자료를 근거로 질환을 구분하였고, 본 연구에서는 국내 노인 다빈도 만성질환 중, 별도 선정한 질환에 한해 결과를 도출하였기에 두 조사의 질환명이 일치되지 않는 제한이 있으나 사업명을 중심으로 질환을 구분하여 비교분석하였다.

3. 통계 분석

본 연구는 다음과 같이 분석을 실시하였다. 첫째, 가족 유형(1인 가구, 다인 가구)별 일반적 특성, 생활습관, 건강 및 질병상태 등과 같은 범주형 변수들은 Chi-square test를 실시하여 두 군 간의 차이를 살펴 보았다. 둘째, 1인 가구에 영향을 미칠 위험요인을 파악하기 위해 단변량 로지스틱 회귀분석을 이용하였으며, 그 결과를 검증하기 위해 가구유형별 기본 특성 분석 결과에서 통계적으로 유의하였던 변수 중 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인¹⁴⁾인, 성별, 연령, 교육 수준, 기초수급여부를 보정변수로 처리한 후, 로지스틱 회귀분석을 통해 유의한 변수를 확인하였다. 본 연구의 통계분석은 IBM SPSS Statistics ver. 25.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였고 통계적 유의성은 $\alpha=0.05$ 수준에서 검정하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

65세 이상 저소득층 노인은 총 826명 중, 다인 가구에 거주하고 있는 노인은 617명으로 이들의 평균연령은 72.49 ± 4.826 세였고, 1인 가구는 209명으로 평균 74.07 ± 4.879 세였다. 저소득층 다인 가구에 속한 노인과 일인 노인가구의 특성을 비교해본 결과, 연령, 성별, 교육수준, 체질량지수, 기초수급여부, 주말 수면시간, 1달간 외병여부, 우울감, 당뇨병, 백내장, 관절염, 골다공증의 의사진단여부가 두 군간 통계적으로 차이를 보임을 확인하였다. 성별에서는 다인 가구에서는 남성이 50.2%, 1인 가구에서는 여성이 79.9%로 저소득층 여성 독거노인의 비율이 높은 것으로 나타났으며, 비만 정도는 다인 가구가 저체중과 정상 체중의 비율이 높았으며, 1인 가구는 과체중의 비율이 다소 높은 경향

을 보였다. 교육수준은 두 군 모두 초졸 이하의 학력을 가진 노인의 비율이 높은 것으로 확인되었으나, 1인 가구의 학력이 다인 가구에 비해 낮음을 확인하였다. 기초생활수급여부는 1인 가구의 수급율이 높은 것으로 확인되었으며, 수면시간에서는 두 군에서 6-9시간의 충분한 수면을 취하고 있는 것으로 확인되었으나, 1인 가구에서 6시간 미만 수면율이 다인 가구에서는 9시간 이상 수면율이 높은 것으로 나타났다. 1개월간 외병여부에서는 다인 가구가 1인 가구보다 높은 외병율을 보였으며, PHQ-9설문을 통한 우울 정도를 확인한 결과, 1인 가구가 비교적 우울한 것으로 나타났다. 의사의 질환 진단 여부를 살펴본 결과, 1인 가구의 당뇨병, 관절염, 골다공증, 백내장 진단율이 다인 가구보다 높은 것으로 나타나 두 군간 차이가 통계적으로 유의하게 있는 것으로 확인되었다(Table 1).

2. 65세 이상 저소득층 1인 가구의 건강위험요인

성별, 교육수준, 기초생활 수급 여부를 보정하여 로지스틱 회귀분석을 실시하여 65세 이상 저소득층 1인 가구의 건강위험요인을 살펴본 결과, 여성이 남성보다 2.607배(95% CI: 1.579-4.306) 높은 오즈를 보였으며, 과체중에 해당되는 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상의 체질량지수에 해당되는 수가 다인 가구에 비해 1.541배(95% CI: 1.003-2.369) 높은 것으로 확인되었다. 기초생활 보장 수급자 중, 1인 가구의 수급 여부가 다인 가구에 비해 3.193배(95% CI: 1.662-6.134) 높았다. 1년 동안 규칙적인 음주를 할 오즈는 1인 가구가 다인 가구에 비해 1.796배(95% CI: 1.111-2.905)배 높았으며, 당뇨병은 비진단자 대비 1인 가구일 오즈가 각각 1.768(95% CI: 1.031-3.032)배 높았다(Table 2).

3. 65세 이상 저소득층 1인 가구의 질병 특성과 국내 한의약건강증진프로그램의 타겟질환 및 임상현장에서의 관심질환 분포 비교

65세 이상 저소득층 1인 가구의 질환 진단 현황을 살펴본 결과, 고혈압(59.8%), 관절염(43.1%), 골다공증(35.4%), 당뇨병(31.6%), 이상지질혈증(30.1%), 우울증(8.1%), 중풍(4.8%)의 순으로 나타났다. 이를 한

Table 2. Factors associate with health behaviour of low income senior single person household

		Single-Person Household			
		CRUDE_wt [†]		ADJUSTED_wt [‡]	
		Odds	95% CI	Odds	95% CI
Gender	M	ref			
	F	2,564	[1,568 - 4,191]	2,607	[1,579 - 4,306]
Age	65-69	ref			
	70-74	0,851	[0,491 - 1,477]	0,840	[0,485 - 1,457]
	75-79	1,214	[0,610 - 2,416]	1,243	[0,625 - 2,470]
	≥80	20379	[0,891 - 6,349]	2,334	[0,896 - 6,081]
Body Mass Index (kg/m ²)	≤18,4	1,280	[0,393 - 4,171]	1,324	[0,395 - 4,444]
	18,5~24,9	ref			
	≥25	1,620	[1,072 - 2,447]	1,541	[1,003 - 2,369]
Educational Level	Elementary School	ref			
	Middle School	0,956	[0,501 - 1,827]	0,957	[0,503 - 1,820]
	High School	0,513	[0,261 - 1,011]	0,522	[0,263 - 1,036]
	≥University	1,201	[0,417 - 3,458]	1,217	[0,411 - 3,607]
Basic Living Subsidy	N	ref			
	Y	3,231	[1,493 - 6,992]	3,193	[1,662 - 6,134]
Annual Drinking rate	<once a month	ref			
	≥once a month	0,874	[0,526 - 1,451]	1,796	[1,111 - 2,905]
Annual Smoking status	Quit Smoking	ref			
	Smoking	1,075	[0,512 - 2,258]	0,867	[0,427 - 1,762]
Physical Activities	N	ref			
	Y	0,832	[0,582 - 1,191]	0,874	[0,563 - 1,357]
Sleep Duration of Weekdays	6~9 hr	ref			
	<6 hr	1,014	[0,379 - 2,717]	1,344	[0,578 - 3,123]
	≥9 hr	0,824	[0,300 - 2,262]	1,736	[0,571 - 5,280]
Sleep Duration of Weekend	6~9 hr	ref			
	<6 hr	1,465	[0,515 - 4,165]	0,840	[0,335 - 2,105]
	≥9 hr	0,917	[0,368 - 2,287]	0,371	[0,127 - 1,087]
EQ5D	Good	ref			
	Bad	0,636	[0,343 - 1,179]	0,721	[0,489 - 1,064]
Sickbed (month)	N	ref			
	Y	1,622	[0,699 - 3,762]	1,617	[0,819 - 3,195]
Depression	N	ref			
	Y	0,594	[0,229 - 1,538]	0,756	[0,380 - 1,503]
Diagnosis of Depression	N	ref			
	Y	1,237	[0,548 - 2,792]	0,982	[0,461 - 2,092]
Diagnosis of Hypertension	N	ref			
	Y	0,863	[0,469 - 1,587]	0,956	[0,616 - 1,485]
Diagnosis of Diabetes	N	ref			
	Y	2,234	[1,165 - 4,284]	1,768	[1,031 - 3,032]
Diagnosis of Dyslipidemia	N	ref			
	Y	0,781	[0,477 - 1,280]	0,653	[0,390 - 1,096]
Diagnosis of Stroke	N	ref			
	Y	0,664	[0,297 - 1,488]	0,955	[0,415 - 2,200]
Diagnosis of Arthritis	N	ref			
	Y	0,824	[0,151 - 4,500]	0,583	[0,110 - 3,099]
Diagnosis of Osteoporosis	N	ref			
	Y	1,464	[0,956 - 2,242]	1,035	[0,647 - 1,656]
Diagnosis of Cataract	N	ref			
	Y	1,459	[0,921 - 2,311]	1,498	[0,982 - 2,285]

[†] Unadjusted value

[‡] Adjusted by gender, age, educational level, basic living subsidization

Table 3. Frequency Comparison between Ongoing/demanding KM Health Promotion Program and Result of 7th KNHANES by Disease

#	Source		7th KNHANES	Park's Survey[24]	
	Frequency(%)		Diagnosis of Disease	Ongoing Program	Demanded Program
1	Stroke		4,8	61,1	56,6
2	Bone/Joint	Bone/Joint	NA	51,9	42,6
		Arthritis	43,1	NA	NA
		Osteoporosis	35,4		
3	Smoking Cessation		NA	39,8	12,5
4	Mental Health(Depression included)		8,1	24,1	13,2
5	Metabolic Syndrome	Metabolic Syndrome	NA	22,2	34,6
		Hypertension	59,8	NA	NA
		Diabete	31,6		
		Dyslipidemia	30,1		

NA: Not applicable; NR: Not reported

의약건강증진사업 수행 현황 설문조사 결과와의 비교를 통해 현행되고 있는 프로그램이 임상현장의 질병 추이를 반영하고 있는지 확인해보았다. 설문결과로 보고된 질환들의 분류를 만성질환이자 주요 노인성 질환의 범주에 속하는 것으로 간주하여, 본 연구의 분석 내용과 비교해본 결과, 중풍(61.1%), 골관절염(51.9%), 금연(39.8%), 정신건강(24.1%), 대사성질환(22.2%)의 순으로 프로그램이 수행되고 있는 것으로 나타났다. 또한, 추후 수행이 필요하다고 조사된 타겟 질환은 중풍(56.6%), 골관절(42.6%), 대사성질환(34.6%), 정신건강(13.2%), 금연(12.5%)의 순으로 나타났다(Table 3).

IV. 고찰

본 연구는 65세 이상 저소득층 1인 노인 가구와 다인가구 사이의 일반적 특성과 건강위험요인을 파악하여 현행 한의약건강증진프로그램 실태와 비교하여 국내 노인대상 한의약 건강증진 프로그램 개발을 위한 주제선정에 근거자료를 마련하고자 시행되었다.

연구대상자의 인구학적 특성을 비교한 결과, 다인 가구에서는 여성과 남성의 비율이 동등(49.8% vs 50.2%)하였지만, 1인 가구에서는 여성의 비율이 남성보다 59.8% 높은 것으로 확인되었으며(20.1% vs 79.9%), 80세 이상의 여성의 1인 가구 비율이 다인 가구에 비해 11.4% 높은 경향을 나타내었다. 이는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서

제시한 여성과 여성의 기대수명이 각각 85.6, 79.5세로 남녀 간 수명 차이가 크기에, 국내 여성이 다른 장수국 여성과 비교하면 홀로 노후를 보내야 하는 기간이 비교적 긴 것을 시사한다¹⁵⁾.

교육수준에서는 두 군에서 모두 저학력 대상의 수가 과반수 이상으로 나타났으나, 1인 가구에서 초등학교 졸업 이하의 학력을 가진 비중이 다인 가구에 비해 14.6% 높은 차이를 보였다. 따라서 이들의 정보 습득력과 생활행태에 차이¹⁶⁾가 있을 수 있기에 건강관련 정보에 대한 이해 및 필요성 결여가 예상되며, 저소득층 노인의 건강정보이해능력 관련 추가적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

기초생활보장제도 수급자가 다인 가구 대비 1인 가구에서 많은 것으로 나타났다. 이는 현행 기초생활보장제도 수급기준이 다인 가구의 경우, 부양가족의 소득이 국내 기준 중위소득에서 30-50% 이하에 해당하는 자를 선정하여 생계, 주거, 의료, 교육급여 4분야에서 차등적으로 제공하고 있다¹⁷⁾. 그러나 실제 소득이 발생하지 않았음에도 불구하고 가구 보유재산의 높은 소득환산율로 인해 소득인정액이 높게 책정되고 있어, 가구가 수급하게 되는 실제 현금급여액은 최저생계비의 절반 수준에도 미치지 못하고 있는 실정¹⁸⁾이기에 수급여부 선정시 고려해야하는 요인이 많은 다인 가구에 비해 1인 가구의 기초생활보장제도 수급률이 높은 것으로 예측되며, 이는 본 연구 결과와 다소 일치하는 것으로 생각된다.

음주의 경우, 1년에 월 1회 이상의 음주습관을 가진

자의 비율이 1인 가구에 비해 다인 가구가 7.0% 높았으나, 통계적으로 유의하지 않았다($p=0.051$). 그러나 1인 가구가 다인 가구에 비해 연간 월 1회 이상 술을 마실 오즈가 1.796배로 음주는 저소득층 노인 1인 가구의 건강위험요소로 확인되었다. 한 연구에 따르면, 노인들은 퇴직, 신체 제한 등의 사유로 인한 사회적 공동체와의 단절 및 축소를 겪으면서 음주에 의지하게 되며, 이는 자살사고 등의 다양한 건강 관련 문제를 초래한다고 한다^{19),20)}. 이에 사회적 단절에 따른 노인의 음주행태에 관한 추가적 연구가 선행되어 음주로 인한 사회문제에 대한 예방적 정책이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 조사한 질환 중, 1인 가구에서의 당뇨병 진단율이 다인 가구에 비해 높은 것을 확인하였다. 2017년 노인실태조사에서 당뇨병은 전체 노인 인구의 23.2%의 유병률을 보이며, 다빈도 질환 상위 5위에 속하는 점²⁾을 보았을 때, 적극적 치료 개입이 필요한 질병 부담인 것으로 유추되며, 이는 음주습관과 동일하게 노인의 사회적 지위 및 가구형태 변화에 따른 기상시간, 활동시간 등의 생활행태의 불규칙화로 인한 것으로 사료된다. 국내에서는 2000년 초반부터 보건소 기반으로 당뇨병 관리체계를 개발하여 시범 수행하였으며, 현재 1차 의료기관 환자등록사업을 통하여 질환의 예방 및 관리 관련 가이드라인을 마련하여 정책에 반영하여 질환 예방 및 전변방지를 위해 노력하고 있는 추세이다²¹⁾. 그러나, 높은 유병률을 보이는 노인 저소득 1인 가구의 경우는 정보 접근성 및 행태적 위험요인의 실천율이 다른 인구집단에 비해 낮기²²⁾에 이에 대한 추가적 관리방안이 필요할 것으로 생각된다. 중국 중의약 관리국은 2009년부터 만성질환환자에 대한 중의건강 관리관련 가이드라인을 마련²³⁾하여 1차 의료기관에 배포하여 진료에 활용하도록 권고하고 있으며, 2011년에는 국가지정 당뇨병 중의임상연구센터(国家中医临床糖尿病研究基地)를 북경(北京), 성도(成都), 합비(合肥)에 개설하여 당뇨병의 중의적 치료중재에 대한 연구를 진행 중에 있다²⁴⁾. 현재 한의계에서는 당뇨병 관련 진료 지침 혹은 예방방안에 대한 구체적 가이드라인은 부재한 상태²⁵⁾이며, 한의약건강증진사업에서도 해당 질환에 대한 프로그램 마련에 대한 고려를 하고 있지 않은 점을 유추해볼 때, 양약의 혈당강하 효과와 견주어 볼 수 있는 비열등적 한의학적 중재의 탐색이 선행되어야 할 것으로 보인다.

한의약건강증진사업 수행 현황 설문조사 결과와 본

연구에서 조사한 저소득층 1인 노인가구의 질환 특성에 대한 분석내용을 비교한 결과, 현행되고 있는 한의약건강증진프로그램의 타겟질환으로 중풍이 가장 높은 빈도를 차지하였으나, 실제 저소득층 1인 노인 가구에서의 유병질환 빈도분포에서는 고혈압이 다빈도 진단 질환으로 나타났으며, 중풍은 본 연구 관심질환 중, 가장 낮은 빈도를 차지하였다. 이는 치료중심적인 프로그램 운영보다는 예방측면에서의 중풍 프로그램을 시행 중에 있기에 나타난 결과라 생각되며, 고혈압은 대사성 질환 범주로 구분하여 타 대사증후군 위험인자와 함께 포괄적 관리프로그램으로 사업이 추진되고 있기에 단독 질환으로써의 진단여부 빈도와 현행 사업의 대상질환으로써의 관심도가 상이한 것으로 생각된다. 또한 체계적인 사업계획 및 지원 확대가 필요한 프로그램으로 현행되고 있는 프로그램의 대상질환 빈도와 유사한 경향을 보였지만, 금연 및 정신건강의 비중보다는 대사성 복합질환의 응답이 높은 것으로 보아 해당 질환에 대한 수요가 높아지고 있는 것으로 확인된다. 이는 본 연구 결과인 노인 저소득층 1인 가구의 건강위험요인 중 하나인 당뇨병과 한의약건강증진사업 담당자가 실제 임상현장에서 직접적으로 개발 및 지원을 필요로 하는 질환 사업과 일치하는 것으로 볼 수 있다. 하지만, 본 설문조사 결과와는 달리 2018년 건강증진개발원에서 보고한 한의약건강증진사업 우수사례 발표집²⁶⁾에 따르면, 노인대상 표준사업으로는 치매 예방 및 치료 프로그램이 유일하게 시행되었으며, 정량적 목표성공을 달성한 유효지표는 노인우울이 유일한 것으로 확인된다. 즉 현재 한의약건강증진사업의 전반적인 계획, 운영 및 확산방안에 있어서 실제 프로그램을 시행하는 담당자의 의견이 반영되지 않는 것으로 생각된다.

국내 한의약건강증진사업은 2001년부터 생애 전주기 건강관리를 위한 기공체조, 금연, 중풍 등의 프로그램을 시범운영 하며 시작되었으며, 2013년부터 현재까지 지역사회통합건강증진사업에 통합되어 의, 치과에 비해 다채로운 프로그램을 지역사회별로 자체 개발하여 운영하고 있다. 본 사업은 한의학의 특색인 未病先防과 既病防變의 양생 및 치료중재를 포괄적으로 다룰 수 있는 통합사업이라는 강점이 있으며, 타 프로그램에 비해 효과성 및 만족도에 있어서 비열등적임을 입증하였다²⁷⁾. 그러나 2001년 초기 시범사업을 시작으로 현재 표준프로그램 수행 및 확산단계에 도달하였음에도 불구하고, 지역사회의 수요파악 및 실제 건강증진사업

의 현장 의견을 완벽히 수렴하지 못하여 표준화된 사업 체계가 마련되지 않은 것으로 파악된다. 이에 지역사회 수요파악을 위해서는 국민건강영양조사 등과 같은 전국 규모의 2차 조사를 활용한 지역별 분석이 필요하며, 프로그램의 활용도 및 수행 용이성 향상을 위해 구조화된 설문 혹은 프로그램 시행자 대상 심층 면접을 통하여 사업수행의 장애 요인 파악, 타겟 질환 및 프로그램 개발 관련 전문가와의 협력을 통해 체계적인 사업 계획 마련이 선행되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구의 제한점으로는 첫째로는, 단면연구로 수행된 조사의 특성상, 가구 유형과 건강 관련 행태에 있어 인과관계 파악이 불가하다. 둘째로, 본 연구는 가장 최근 발표된 국민건강영양조사 7차 1차년도 자료에 한해 탐색적으로 수행한 연구로, 국내 저소득 노인가구의 특성에 대해 일반화시키기에는 다소 무리가 따를 것으로 보인다. 그러나 복합표본 설계의 특성상 질병관리본부에서 제시한 가중치를 부여한 후, 분석을 진행하여 도출된 결과로 추후 수행될 관심 주제에 대한 현황을 확인하고자 선행적으로 진행된 예비 주제선정 연구로서의 의의가 있을 것으로 사료된다. 셋째 질환 여부에 있어서 설문응답자 자가보고에 따른 의사진단 여부를 확인하였다. 이는 노인 중 건강검진 혹은 병의원 내원 등 보건의료 접근성이 제한된 집단의 정보에 대한 평가가 전반적으로 누락되었을 가능성이 있기에 추후 진행되어지는 연구에서는 질환유무에 대한 변수선정기준의 구체적 조작적 정의를 마련하여 분석을 진행하고자 한다.

V. 결론

본 연구는 65세 이상 저소득층 노인 1인 가구의 일반적 특성과 건강위험요인을 알아보고 현행 한의약 건강증진프로그램의 실태와 비교를 통해 차기 한의약 건강증진프로그램의 타겟 선정을 위한 근거자료 마련의 목적으로 수행되었다. 분석결과를 통해 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다. 국내 65세 이상 노인 1인 가구는 여성이 주를 이뤘으며, 초졸 이하의 학력인 자, 과체중인 자, 기초생활보장 수급대상자인 자, 1개월 이내 질병으로 인한 활동 제한의 경험이 있는 자, 고혈압 혹은 백내장 진단력이 있는 자의 특징이 있음을 파악할 수 있었으며, 높은 빈도를 나타내지 않았지만, 하루평균 6시간 미만의 수면시간, 지난 2주간 우울감 경험이 있는

자, 우울증, 당뇨병, 골관절염, 골다공증 진단력이 있는 자의 분포가 다인 가구에 비해 높은 것으로 확인할 수 있었다. 그 중, 과체중, 월 1회 이상의 음주습관, 당뇨병을 진단받은 경험이 있는 경우가 다인 노인가구에 비해 65세 이상 저소득층 1인 노인 가구의 건강위험요인으로 확인되었다. 그러나 보건소기반의 현행 프로그램과 본 연구에서 살펴본 다빈도 질환의 분포가 일치하지 않는 것을 확인하였다. 본 연구는 체계적 차기 사업 주제 선정을 위해 수행된 탐색적 연구이기에 추후 다년도 통합자료분석을 통하여 국내 65세 이상 저소득층 1인 노인가구의 전반적 특성을 파악하여 근거기반 대상 맞춤형 한의약건강증진 프로그램 개발 및 표준화 작업을 진행할 것을 제언하는 바이다.

감사의 글

본 연구는 한국연구재단 과제의 지원을 받아 수행한 연구입니다. (NRF-2018R1D1A1A02086175)

참고문헌

1. 통계청. 장래인구추계: 2015~2065년. 2016.
2. 보건복지부. 2017년도 노인실태조사. 2018.
3. 손정남. 지역사회 거주 노인의 우울증상에 영향을 주는 요인. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs Vol. 22 No. 2, 107-116.
4. 오세은, 고영. 노인의 일상생활수행능력, 우울 및 주관적 건강상태와 영향요인: 사회경제적 상태와 가족 지지를 중심으로. J Korean Acad Community Health Nurs. 2018,26(2), 140-149.
5. 찾기쉬운 생활법령정보. 기초생활보장. [Available at: <http://easylaw.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=672&ccfNo=1&cciNo=1&cnpClsNo=1&menuType=cnpcls>](2019.03.29.)
6. 건강증진개발원. 2017년 생애주기별 한의약건강증진사업 컨퍼런스 발표자료. 2017.
7. 질병관리본부. 국민건강영양조사 제7기 1차년도 (2017).
8. 농촌지역 노인의 생활습관이 신체적, 정신적 건강 상태에 미치는 영향 권인숙 전북대학교 석사 학위 논문 2007
9. 질병관리본부. 국민건강영양조사 원시자료 이용지

- 침서 제7기 1, 2차년도(2016-2017), 2019
10. 질병관리본부. 「삶의 질 조사도구(EQ-5D)의 질 가중치 추정 연구」2007
 11. 강은정, 신호성, 박혜자, et al. EQ-5D를 이용한 건강수준의 가치 평가. 보건경제와 정책연구. 2006. 12(2), 19-43.
 12. Kroenke K., Spitzer R., Williams J., ,The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep; 16(9): 606-613.
 13. 박정수, 장수빈, 이주아, et al., 한의약건강증진사업 현황 및 인식도 조사 : 보건소 건강증진사업담당자를 대상으로, 대한예방한의학회지. 2017 ; 21(2) : 61-68.
 14. 김영범, 이승희. 노인의 건강상태, 건강행위, 사회관계가 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 가구유형별 분석. J Korean Acad Community Health Nurs. 2018. 29(3):310-321
 15. World Health Organization. Life expectancy and Healthy life expectancy Data by WHO region. 2018. [Available at:<http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>](2019.3.31.)
 16. 정지혜, 2012, 「저소득층 노인 당뇨병 환자의 건강 정보이해능력, 당뇨지식이 당뇨자가간호행위에 미치는 영향」, 인제대학교 대학원 석사학위논문
 17. 한국보건사회연구원. 보건복지 Issue&Focus. 2009, 2.
 18. 박능후 (2010). 국민기초생활보장제도 10년의 성과평가. 보건복지포럼. 129. 6-13.
 19. 양옥경, 주소희. 독거노인 자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구. 정신건강과 사회복지. 2011. 37, 321-347.
 20. 김유진, 권중돈, 엄태영. 독거노인의 자살위험 영향요인에 관한 연구: 고독감의 영향 및 무망감의 매개효과 검증을 중심으로. 보건사회연구. 2012, 32(1): 089-114.
 21. 연세대학교 건강증진기금지원사업단. 보건소 고혈압 당뇨병 관리사업 평가. 2005
 22. 한국보건사회연구원. 만성질환 의료이용 분석과 개선방안-고혈압, 당뇨병을 중심으로. 2016.
 23. Ye JX., Zeng QQ., Qian N., et al. TCM Health Management Services for Type 2 Diabetes Delivered by the Family Doctor Team in Primary Care : a Survey. Chinese General Practice, 2019, 22(11) : 1265-1269.
 24. National Administration of Traditional Chinese Medicine of People's Republic of China. 中医临床研究基地糖尿病联盟成立. 2011. [Available at: <http://bgs.satcm.gov.cn/gongzuodongtai/2018-03-25/5539.html>](2019.04.01.)
 25. 국가한의임상정보센터. 한의표준임상진료지침. 2018. [Available at: <http://www.nckm.or.kr/contents/999999999999/753.do?menu No=10070000>](2019.03.31.)
 26. 한국건강증진개발원. 2018년 생애주기별 한의약건강증진사업 컨퍼런스 자료집. 2018:23-39.
 27. 한국건강증진개발원. 2018년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집(2017년 사업 사례). 2018:100-101.