

주관적 건강수준에 따른 독거노인의 사회적 관계망과 의료기관 이용 간의 관련성: 노인복지서비스 참여의 조절효과를 중심으로

The Association of Social Networks and Medical Care Utilization of Elderly Living Alone Depending on Self-rated Health Status: Focusing on the Moderating Effects of Welfare Services for Elderly

문성제, 손민성, 윤희수, 최만규
고려대학교 대학원 보건과학과 보건정책관리학 전공
BK21PLUS 인간생명-사회환경 상호작용 융합사업단

Sungje Moon(msjess0329@korea.ac.kr), Minsung Sohn(minsing@korea.ac.kr),
Heesoo Yoon(heesoo0309@korea.ac.kr), Mankyu Choi(mkchoi@korea.ac.kr)

요약

본 연구는 주관적 건강수준에 따른 독거노인의 사회적 관계망이 의료기관 이용에 미치는 영향을 파악하고, 노인복지서비스 참여의 조절효과를 확인하고자 하였다. 이를 위해 한국보건사회연구원의 노인실태조사 자료(2014) 중 독거노인 2,344명을 연구대상으로 선정하였고, 기술통계, 카이제곱 검정 및 포아송 회귀분석을 실시하였다. 연구결과, 독거노인들의 사회적 관계망 확대 및 노인복지서비스 참여는 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들의 의료기관 이용에 영향을 주는 것으로 확인되었다. 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들의 경우, 가족과의 왕래 및 평생교육 참여로 인해 의료기관 이용횟수가 감소하였으며, 이웃과의 왕래가 증가하거나 노인일자리사업을 신청할 경우 의료기관 이용이 증가하는 결과를 보였다. 또한 노인복지서비스 참여의 조절효과를 확인한 결과, 친목시설 및 단체에 참여한 독거노인들의 사회적 관계망이 확대 될수록 의료기관 이용횟수가 증가하는 것을 확인할 수 있었다. 본 연구는 이러한 결과에 근거하여 독거노인들의 사회적 관계망을 대체할 수 있는 노인복지서비스 확대를 제시하고, 의료이용 실태 파악을 통하여 실질적인 건강유지증진 및 예방을 지원할 수 있는 정책적 방향성을 모색했다는 점에서 의의가 있겠다.

■ 중심어 : | 독거노인 | 주관적 건강수준 | 사회적 관계망 | 노인복지서비스 | 의료이용 |

Abstract

The objective of this study is to examine the association of social networks and medical care utilization of elderly living alone depending on self-rated health status, and also to measure the moderating effects of welfare services for elderly. To this purpose, the data which was collected from the 2014 National Survey on Elderly in Korea was analyzed by Chi-square test and Poisson regression. According to the results, social networks and elderly welfare services affected to medical care utilization of elderly living alone, only who aware of their self-rated health status as bad. With this group, the frequency of contact with family and participation in lifelong education had a significant effect on increasing medical care utilization. In contrast, the frequency of contact with neighbors and the participation in elderly employment program were significant to reduce the utilization of medical care. Furthermore, the moderating effects of elderly welfare services were also measured that formal social gathering has an effect of increasing the medical care utilization of elderly living alone by expansion of their social networks. Based on these results, this study consequently has an implication for suggesting expansion of elderly welfare services, which might be an alternative to social networks of elderly living alone, and also for seeking the direction of political intervention that helps health promotion and disease prevention through the research of medical care utilization.

■ keyword : | Elderly Living Alone | Self-rated Health Status | Social Networks | Welfare Service | Medical Care Utilization |

I. 서론

평균수명의 연장으로 인한 노인인구의 증가는 불가피한 사회적 현상이며, 이는 인간의 기본적인 욕구실현이라는 긍정적 효과 이면에 해결해야 할 다양한 사회적 문제를 야기하고 있다. 그 중 하나가 바로 독거노인의 증가이다. 통계청에 따르면 2000년 기준으로 우리나라 전체 인구 대비 65세 이상의 노인인구 비중이 7.2%로 고령화 사회에 진입하였고, 2015년에는 13.1%로 멀지 않아 14%를 넘는 고령사회에 진입할 것으로 예상되고 있다. 그리고 우리나라 총 가구의 약 7.4%가 노인 독신 가구이며, 총 노인 가구 중에서는 무려 36%를 차지하는 것으로 조사되고 있다[1]. 이와 같은 독거노인의 증가는 취약계층의 노인들이 사회적 관심과 지원으로부터 소외되어, 생활의 어려움, 건강악화로 인한 삶의 질 저하는 물론, 극단적인 경우 고독사로도 이어질 수 있다는 점에서 사회적 관심이 요구되고 있다.

또한 독거노인의 건강관리 문제가 시급하다고 할 수 있다. 고령화로 인한 노인들의 노화, 질병 및 만성질환의 증가는 자연스러운 현상이기도 하지만, 독거노인들의 건강상태는 단지 신체적 측면뿐만 아니라 다각적인 측면으로도 함께 고려되어야 할 필요가 있다[2]. 일상생활 활동에 제한을 받지 않고 주어진 환경에 적응할 수 있는 기능적 상태가 건강의 척도가 될 수 있으며[3], 이러한 척도로 바라본다면 독거노인들은 동거노인들에 비해 건강위해 요소들에 더 많이 노출되어 있다고 볼 수 있다. 그 이유는 독거노인의 경우 함께 거주하는 배우자 또는 동거가족이 없기 때문에, 혼자 생활 할 수 있는 기능적 건강상태뿐만 아니라 소외감, 외로움, 고독감과 같은 정신적 건강상태가 더욱 악화될 소지가 크기 때문이다[4]. 또한 노인들의 주관적 건강수준이 배우자의 유무에 따라 차이가 있으며, 독거노인들이 동거노인들에 비해 낮은 주관적 건강수준을 보이는 것 또한 확인하였다[5]. 이와 같은 이유로 독거노인들을 위한 건강증진 방안에 대한 관심이 증가되어야 하며, 독거노인들의 건강 및 건강증진행위를 의료기관 이용 실태분석을 통하여 예측 할 필요가 있을 것이다.

인구집단의 건강은 자발적인 건강증진 행위 및 예방활동을 통해 증진시킬 수도 있겠지만, 적절한 의료서비

스 제공 및 정책적 도움 역시 필요시 된다. 노인들이 건강유지 및 예방을 목적으로 외래진료 방문을 하는 것이 의료서비스 이용을 증가시킬 수 있겠지만, 전혜숙과 강상경에 따르면 만성질환에 대한 예방활동이 건강을 또한 증진시키기 때문에 의료서비스 이용을 감소시킬 수 있다고 하였다[6]. 이미진은 노인들의 주관적 건강이 증진됨으로써 의료서비스 이용이 감소하는 것이 가능하지만, 연령이 높은 집단일수록 건강 악화에도 불구하고 의료서비스 이용의 필요성을 간과하거나, 의료서비스에 대한 정보부족 및 접근성의 문제로 인해 의료이용이 감소될 수도 있다고 하였다[7]. 이와 같이 노인들의 의료이용 실태는 다각적인 해석이 가능하기 때문에, 노인들을 위한 맞춤형 의료서비스를 제공하기 위해서는 노인들의 의료서비스 요구와 의료서비스 이용실태를 파악할 필요가 있다. 또한 노인들의 의료기관 이용에 영향을 미칠 수 있는 인구집단의 특성 및 사회적 개입에 대한 연구가 중요하다고 하겠다.

독거노인들은 동거노인들에 비해 사회적으로 고립이 되어 있는 소외계층이기 때문에, 그 특성 상 대외적인 활동 및 사회적 관계망의 지지가 더욱 요구되어지는 집단이다. 독거노인의 사회적 관계망은 가족 및 이웃과 같이 의지할 만한 집단구성원과의 관계를 의미하며, 이를 반영하듯 Putnam은 사회적 자본 및 관계망이 기능적 측면으로 사회적 연결, 신뢰, 상호이해 등을 전달하는 역할을 한다고 하였다[8]. 그리고 사회적 관계망이 정서적 지지, 건강증진 행위 및 건강관련 정보를 제공함으로써 노인들의 건강을 유지 및 증진시키는데 도움이 된다는 연구들 또한 확인되었다[9-11]. 그 외에도 독거노인들의 사회활동 참여가 고독과 고립을 완화시키고 건강증진에도 도움을 준다는 연구가 있는데[12], 이러한 선행연구들을 토대로 독거노인들의 사회적 관계망 및 노인복지서비스를 통한 사회활동 참여가 어떠한 경로를 통해 독거노인의 의료서비스 이용에 영향을 미치는지 규명할 필요가 있을 것이다. 그리고 이러한 독거노인의 사회적 관계망 및 노인복지서비스의 참여는 개인의 노력뿐만 아니라 사회적 노력 역시 필요하다고 하겠다.

선행연구 결과, 노인들의 의료이용 실태 및 접근성에 대한 연구들은 다수 있었지만[13-15], 독거노인을 대상

으로 수행된 연구는 찾아보기 어렵다. 특히 노인복지서비스의 효과성을 노인의 건강 및 의료이용 실태에 연관시킨 연구가 없었기 때문에, 본 연구는 다음과 같은 연구모형과 목적을 토대로 수행되었다[그림 1]. 첫째, 독거노인들의 ‘사회적 관계망’이 ‘의료기관 이용횟수’에 미치는 영향을 주관적 건강수준에 따라 두 집단으로 나누어 비교분석하여, 의료기관 이용의 차이를 발생시키는 세부요인들을 탐색하고자 하였다. 둘째, ‘노인복지서비스’ 참여가 ‘의료기관 이용횟수’ 증감에 미치는 직접적인 영향을 확인하고, 의료서비스 이용 증감에 대한 예측요인과 현 실태를 파악하고자 하였다. 셋째, 독거노인들의 사회적 관계망에 따른 의료기관 이용에 있어 ‘노인복지서비스’ 참여의 조절효과를 확인하고, 그 효과성을 밝히고자 하였다.

II. 연구 방법

1. 연구 자료 및 연구 대상

본 연구에서 사용된 자료는 보건복지부의 사업으로 보건사회연구원에서 실시한 「2014년도 노인실태조사」 자료이다. 이 자료는 노인실태조사 표본 10,000여 명을 대상으로 전문조사원이 개별 가구를 방문하여, 개인조사표를 작성 받는 설문조사 방식으로 실시되었다.

본 연구는 「2014년도 노인실태조사」 자료를 분석에 사용하기 위하여, 보건복지부에 연구목적 및 변수들을

설명하고 승인절차를 거친 후 관련 자료를 제공받아 실시되었다.

해당 연구는 조사된 자료 중에서 65세 이상 노인인구 총 10,451명 중, 홀로 거주하고 있다고 대답한 23%의 독거노인 2,407명을 연구대상으로 선정하였다. 그리고 독거노인의 주관적 건강수준과 사회적 관계망 관련 응답이 없는 경우를 결측값 처리한 후, 총 2,344명을 분석하였다.

2. 변수 구성 및 측정 방법

1) 종속변수

종속변수인 의료기관 이용횟수는 독거노인들이 지난 1개월 동안 병원, 의원, 보건소, 한의원, 치과 등 보건의료기관에서 외래진료를 받은 횟수이다.

2) 독립변수

독립변수는 독거노인의 사회적 관계망을 ‘가족과의 왕래빈도’와 ‘이웃과의 왕래빈도’로 설정한 후, 이를 주관적 건강수준에 따라 두 집단으로 분류하여 분석하였다. ‘가족과의 왕래’는 자녀, 형제 및 자매를, ‘이웃과의 왕래’는 가까운 친구 및 지인과의 왕래로 하였고, 왕래 빈도는 설문지 응답을 토대로 측정하였다.

1은 ‘1년에 1~2회 이하,’ 2는 ‘3개월에 1~2회,’ 3은 ‘한 달에 1~2회,’ 4는 ‘일주일에 1회,’ 5는 ‘일주일에 2~3회,’ 그리고 6은 ‘거의 매일(주 4회 이상)’로 하였다. 그리고 독거노인의 주관적 건강수준은 ‘동년배와 비교한

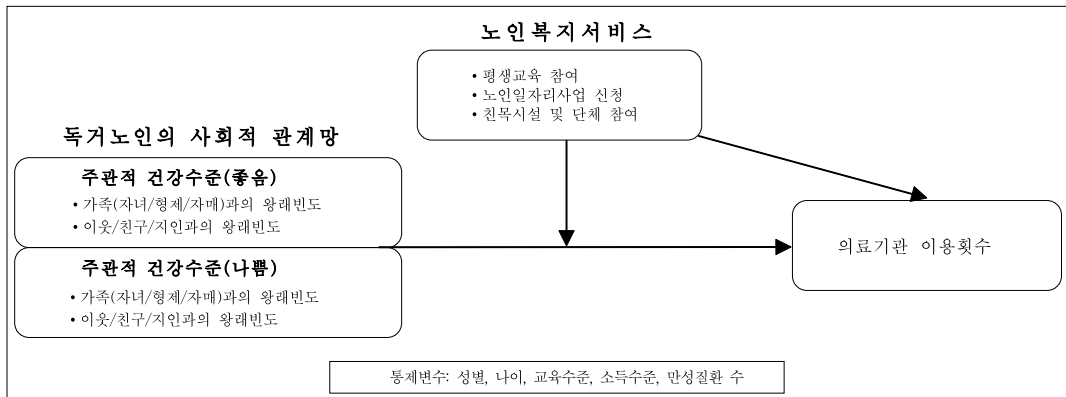


그림 1. 연구모형

건강상태'에 대한 답변 중 '그저 그렇다,' '나쁜 편이다,' '매우 나쁘다,'를 "나쁨"으로, '건강한 편이다,' '매우 건강하다'를 "좋음"으로 하여 두 집단으로 나누어 분석하였다.

3) 조절변수

조절변수는 독거노인들의 노인복지서비스 참여로, '지난 1년간 평생교육 참여 여부,' '친목단체 참여 여부,' 그리고 '노인일자리사업 참여 경험 유무'를 분석에 사용하였다. 평생교육과 친목단체 참여 여부는 '예' 또는 '아니오'로 이루어진 이분형 변수를 사용하였고, 4점 척도로 이루어진 '노인일자리사업 참여 경험 유무'는 '노인일자리사업 신청 경험 유무'로 이분화하여 분석하였다. '현재 참여하고 있다,' '참여한 적이 있다,' 그리고 '신청했으나 참여 기회가 없었다,'는 신청경험이 있는 것으로, '신청한 적이 없다'는 신청경험이 없는 것으로 하여 분석하였다.

4) 통제변수

기존 선행연구들을 통해 나이, 성별, 교육수준, 경제적 수준, 일자리여부, 건강상태 등의 일반적 또는 사회경제적 특성이 의료이용에 영향을 준다는 것을 확인하였다[16][17]. 또한 특정 대상인 노인들의 성별, 연령, 소득, 의료보장 유형, 거주지역, 만성질환 유무가 의료서비스 이용에 영향을 준다는 연구들을 확인하였는데 [14][18], 이러한 선행연구들을 토대로 본 연구는 독거노인들의 성별, 연령, 교육수준, 소득수준 그리고 만성질환의 수를 통제변수로 선정하여 사용하였다.

3. 분석방법

본 연구에서는 표본을 통해 전국 모집단의 특성을 추정할 예정이기 때문에, 빈도분석을 제외한 분석들은 자료 내에서 생성된 가중치를 적용하여 분석하였다. 첫째, 독거노인의 일반적 특성, 사회적 관계망, 노인복지서비스 참여의 정도는 빈도분석을 통해 파악하였고, 둘째, 각 변수들에 따른 주관적 건강수준의 차이를 파악하기 위해 카이제곱 검정(Chi-Square)을 실시하였다. 마지막으로 종속변수인 독거노인들의 의료기관 이용횟수에

영향을 미치는 요인들을 파악하기 위해 포아송 회귀분석(Poisson regression analysis)을 실시하였다. 포아송 회귀분석은 종속변수가 양의 수를 가지며 왜도가 큰 경우에 사용되는데, 주로 의료이용 횟수와 같이 특정 단위 시간 내에 발생한 사건의 횟수가 정규분포를 가정하기 어려운 경우 실시한다. 또한 적합도 통계량에서 총 이탈도를 나타내는 '편차'의 '값/df'를 확인하여 포아송 회귀분석의 적합도를 확인하였고, 독립변수와 종속변수 간의 관계 및 노인복지서비스 참여변수의 조절효과를 검증하기 위한 목적으로 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 [표 1]과 같다. 본 연구의 대상자인 독거노인은 총 2,344명이며, 이 중 남자가 403명, 여자가 1,941명으로, 여자가 남자보다 약 5배 많았다. 이는 남녀의 평균수명 차이에 기인한 것으로 보인다. 연령은 70대가 1,311명(55.9%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 80대(25.4%), 60대(17.2%), 90대(1.4%) 순이었다. 교육수준은 무학이 1,220명으로 약 52%를 차지하여 독거노인들 중 상당수가 학교 교육을 받지 못한 것으로 나타났다. 소득수준은 전체 독거노인들의 본인 총 수입액을 수준별로 4분위로 나누었고, 전체 소득수준 중 가장 낮은 25%에 속하는 1분위(25.0%)부터 2분위(25.8%), 3분위(25.2%), 4분위(24.0%) 순으로 비슷한 분포를 보였다. 독거노인의 만성질환 수는 4개 이상을 가진 독거노인의 수가 835명으로 전체 노인의 약 35.6%를 차지하였고, 3개(21.5%), 2개(21.0%), 1개(15.2%), 없음(6.7%) 순이었다.

2. 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준의 차이는 [표 1]과 같다. 독거노인들의 주관적 건강수준은 성별, 교육수준, 소득수준, 만성질환의 수에 따라 유의한 차이가 있었다. 성별에 따른 독거노인의 주관적 건강수준은 남성의 경우, '좋다'(41.9%)와 '나쁘다'

(58.1%)라고 대답한 집단 간의 빈도가 비교적 큰 차이를 보이지 않았지만, 여성의 경우는 ‘좋다’(27.4%)와 ‘나쁘다’(72.6%)로 대답한 집단 간의 큰 차이를 보였다. 특히, 남성에 비해 주관적 건강수준이 좋지 않다고 대답한 여성들의 비율이 높았다. 교육수준은 높을수록 주관적 건강수준이 좋은 것으로 확인되었고, 대학교 졸업(60.3%), 고등학교 졸업(43.0%), 중학교 졸업(42.0%), 초등학교 졸업(29.0%), 무학(25.0%)순 이었다. 소득수준에 따른 주관적 건강수준은 비교적 균등한 비율을 보였지만, 소득수준이 가장 높은 4분위만 주관적 건강수준이 좋다(40.7%)라고 대답한 독거노인의 수가 확연히 많은 것으로 확인되었다. 그리고 만성질환의 수에 따른 주관적 건강수준은 만성질환의 수가 많을수록 독거노인의 주관적 건강수준이 좋지 않았다.

표 1. 일반적 특성에 따른 주관적 건강수준 (N=2,344)

	주관적 건강수준				빈도	x ²
	좋은 집단		나쁜 집단			
	빈도	백분율	빈도	백분율		
성별						
남자	169	41.9	234	58.1	403	26.672***
여자	531	27.4	1410	72.6	1941	
나이						
65-69	137	33.9	267	66.1	404	5.883
70-79	376	28.7	935	71.3	1311	
80-89	177	29.7	419	70.3	596	
90-99	10	30.3	23	69.7	33	
총합	694		1344		2038	
교육수준						
무학	305	25.0	915	75.0	1220	78.172***
초졸	201	29.0	493	71.0	694	
중졸	73	42.0	101	58.0	174	
고졸	83	43.0	110	57.0	193	
대졸	38	60.3	25	39.7	63	
소득수준						
1분위	152	25.9	434	74.1	586	64.944***
2분위	155	25.7	449	74.3	604	
3분위	164	27.7	428	72.3	592	
4분위	229	40.7	333	59.3	562	
총합	599		1244		1843	
만성질환 수						
없음	115	73.7	41	26.3	156	399.809***
1개	199	55.9	157	44.1	356	
2개	192	39.0	300	61.0	492	
3개	116	23.0	389	77.0	505	
4개 이상	78	9.3	757	90.7	835	

Note: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

3. 사회적 관계망 및 노인복지서비스 참여에 따른 주관적 건강수준의 차이

연구대상자의 사회적 관계망 및 노인복지서비스 참여에 따른 주관적 건강수준의 차이는 [표 2]와 같다. 독거노인의 사회적 관계망 중 ‘가족과의 왕래빈도’는 주관적 건강수준에 유의한 차이를 주지 않았지만, ‘이웃과의 왕래빈도’에 따른 주관적 건강수준은 유의한 차이가 있었다. 전체적으로 이웃과의 왕래빈도가 많을수록 독거노인의 주관적 건강수준이 좋은 것으로 나타났고, ‘거의매일(주 4회 이상)’(31.4%) 이웃과 왕래하는 독거노인들이 ‘1년에 1~2회 이하’(18.6%)로 왕래하는 독거노인들에 보다 약 1.7배 많이 주관적 건강수준이 좋다고 대답한 것으로 나타났다. 또한 ‘한 달에 1~2회’(35.2%) 왕래하는 독거노인들 역시 ‘1년에 1~2회 이하’(18.6%) 이웃과 왕래하는 독거노인들 보다 약 1.9배 많게 주관적 건강수준이 좋다고 대답한 것으로 확인되었다.

표 2. 사회적 관계망 및 노인복지서비스 참여에 따른 주관적 건강수준 (N=2,344)

	주관적 건강수준				빈도	x ²
	좋은 집단		나쁜 집단			
	빈도	백분율	빈도	백분율		
가족과의 왕래빈도						
1년에 1~2회 이하	84	30.2	194	69.8	278	1.759
3개월에 1~2회	136	30.1	316	69.9	452	
한 달에 1~2회	186	28.6	465	71.4	651	
일주일에 1회	121	30.5	276	69.5	397	
일주일에 2~3회	77	30.1	179	69.9	256	
주 4회 이상	96	31.0	214	69.0	310	
이웃과의 왕래빈도						
1년에 1~2회 이하	18	18.6	79	81.4	97	17.441**
3개월에 1~2회	6	30.0	14	70.0	20	
한 달에 1~2회	45	35.2	83	64.8	128	
일주일에 1회	56	25.9	160	74.1	216	
일주일에 2~3회	100	27.0	271	73.0	371	
주 4회 이상	475	31.4	1037	68.6	1512	
평생교육 참여						
아니요	562	28.7	1399	71.3	1961	15.748***
예	138	36.0	245	64.0	383	
일자리사업 신청						
없다	551	28.9	1355	71.1	1906	4.466*
있다	149	34.0	289	66.0	438	
친목시설 및 단체참여						
아니요	410	25.8	1182	74.2	1592	39.053***
예	290	38.6	462	61.4	752	

Note: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

또한 노인복지서비스 참여에 따라 독거노인들의 주관적 건강수준이 차이 있음을 확인하였다. 평생교육 참여와 같은 경우, 참여한 독거노인들의 36%가 주관적 건강수준이 좋은 반면에, 참여하지 않은 독거노인들은 약 28.7%가 주관적 건강수준이 좋다고 대답하였다. 그리고 노인일자리사업과 친목시설 및 단체 역시 노인 복지서비스에 참여하는 독거노인들의 주관적 건강수준이 좋은 것으로 확인되었다.

4. 독거노인의 사회적 관계망에 따른 의료기관

이용 실태

독거노인의 일반적 특성, 사회적 관계망, 그리고 노인 복지서비스 참여여부에 따라 독거노인들의 주관적 건강수준이 유의한 차이를 보이는 것을 확인하였다. 일반적 특성 중 ‘나이’, 그리고 사회적 관계망 중 ‘가족과의 왕래빈도’는 독거노인들의 주관적 건강수준에 유의한 차이를 주지 않는 것으로 나타났지만, 그 외의 변수들은 독거노인들의 주관적 건강수준에 유의한 차이를 주었다. 이러한 연구결과를 토대로, 독거노인의 사회적 관계망과 의료기관 이용의 관련성 역시 독거노인들의 주관적 건강수준에 따른 차이가 있을 것으로 예측되며, 주관적 건강수준에 따라 두 집단으로 나누어 분석해 볼 필요성을 확인하였다. 따라서 본 연구는 주관적 건강수준에 따른 독거노인의 사회적 관계망과 의료기관 이용의 관련성 차이를 비교분석하기 위해 포아송 회귀분석을 실시하였다.

1) 주관적 건강수준이 좋은 독거노인 집단

동년배 대비 주관적 건강수준이 좋다고 대답한 독거노인들의 경우[표 3], 가족과의 왕래빈도($p=.500$) 및 이웃과의 왕래빈도($p=.294$)가 의료서비스 이용 증감에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 또한 노인복지서비스 참여가 의료서비스 이용에 직접적인 증감효과를 주지 않는 것으로 확인되었으며, 평생교육 참여($p=.778$), 일자리사업 신청($p=.568$), 친목시설 및 단체 참여($p=.205$)가 모두 유의하지 않았다.

그러나 노인복지서비스 참여의 조절효과를 확인한 결과, 평생교육에 참여하는 독거노인들의 경우 가족과

의 잦은 왕래가 의료서비스 이용을 감소($B=-.099$, $p=.042$)시키는 것으로 나타났고, 또한 노인일자리사업을 신청한 독거노인들 역시 가족과의 왕래를 많이 할수록 의료서비스 이용이 감소($B=-.162$, $p=.001$)하는 것으로 나타났다. 그리고 친목시설 및 단체 참여여부도 뚜렷한 조절효과를 보여주는데, 친목시설 및 단체에 참여하는 독거노인들이 그렇지 않은 독거노인들에 비해 가족과 왕래를 많이 하거나($B=.122$, $p=.002$), 이웃과 왕래를 자주 할수록($B=.130$, $p=.005$) 의료기관 이용횟수가 증가하는 결과를 보이고 있다.

표 3. 독거노인의 의료기관 이용 횟수에 대한 포아송 회귀 분석 결과 (주관적 건강수준이 좋은 독거노인 집단)

	B	SE	Wald	p
성별				
여성	-.062	.081	.597	.440
남성	.000			
연령				
90-99세	-.384	.236	2.643	.104
80-89세	-.072	.095	.579	.447
70-79세	-.017	.086	.039	.843
65-69세	.000			
교육수준				
대학교 졸업	-.847	.179	22.453	.000
고등학교 졸업	-.641	.116	30.563	.000
중학교 졸업	-.234	.105	4.945	.026
초등학교 졸업	-.467	.072	41.791	.000
무학	.000			
만성질환 수				
4개 이상	2.014	.146	189.429	.000
3개	1.483	.145	104.583	.000
2개	1.124	.143	61.741	.000
1개	.946	.144	42.977	.000
없음	.000			
소득수준				
4분위	-.075	.094	.635	.426
3분위	.186	.089	4.419	.036
2분위	.103	.090	1.316	.251
1분위	.000			
가족 왕래빈도	.020	.030	.456	.500
이웃 왕래빈도	-.036	.0343	1.101	.294
평생교육 참여				
예	-.022	.078	.079	.778
아니요	.000			
노인일자리사업 신청				
있다	.041	.071	.326	.568
없다	.000			
친목시설 및 단체 참여				
예	.081	.064	1.608	.205
아니요	.000			
조절효과				
가족 X 평생교육	-.099	.049	4.155	.042
가족 X 노인일자리	-.162	.047	11.667	.001
가족 X 친목단체	.122	.040	9.174	.002
이웃 X 평생교육	-.031	.065	.228	.633
이웃 X 노인일자리	-.072	.043	2.842	.092
이웃 X 친목단체	.130	.046	7.992	.005
X ² =502.469(p<.001)				
LL= -1304.486, deviance / df = 2.213				

2) 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인 집단

반면에 동년배 대비 주관적 건강수준이 나쁘다고 대답한 독거노인들의 경우[표 4], ‘가족과의 왕래빈도’가 증가할수록 의료기관 이용이 감소($B=-.054, p<.001$)하였고, ‘이웃과의 왕래빈도’가 증가할수록 의료기관 이용 횟수가 증가($B=.081, p<.001$)하는 결과를 보였다. 그리고 노인복지서비스 참여 역시 의료기관 이용에 직접적인 증감효과를 가져왔는데, 평생교육 참여는 의료서비스 이용의 감소($B=-.171, p<.001$), 노인일자리사업 신청은 의료서비스 이용의 증가($B=.227, p<.001$)에 유의한 영향을 주었다. 그러나 노인복지서비스 중 친목시설 및 단체 참여 여부($p=.174$)는 독거노인들의 의료서비스 이용에 직접적인 증감효과를 주지 않았다.

또한 노인복지서비스 참여의 조절효과를 확인한 결과, 평생교육에 참여하는 독거노인들이 가족과 왕래를 많이 할수록 의료기관 이용이 감소($B=-.088, p=.003$)하였고, 이웃과의 왕래가 많아질 경우에는 의료서비스 이용이 증가($B=.188, p<.001$)하는 결과를 보였다. 그리고 마지막으로, 친목시설 및 단체에 참여하지 않는 독거노인들에 비해 참여하는 독거노인들이 가족과 왕래를 많이 할수록 의료기관 이용이 증가($B=.137, p<.001$)하였다.

표 4. 독거노인의 의료기관 이용 횟수에 대한 포아송 회귀 분석 결과 (주관적 건강수준이 나쁜 독거노인 집단)

	B	SE	Wald	p
성별				
여성	.115	.046	6.161	.013
남성	.000			
연령				
90-99세	-.581	.176	10.833	.001
80-89세	-.109	.044	6.079	.014
70-79세	-.039	.040	.969	.325
65-69세	.000			
교육수준				
대학교 졸업	-.154	.119	1.684	.194
고등학교 졸업	-.101	.060	2.840	.092
중학교 졸업	-.301	.070	18.339	.000
초등학교 졸업	.002	.033	.002	.961
무학	.000			
만성질환 수				
4개 이상	1.534	.148	107.945	.000
3개	1.236	.149	68.491	.000
2개	.968	.151	40.890	.000
1개	.793	.157	25.473	.000
없음	.000			

소득수준				
4분위	.205	.043	22.285	.000
3분위	-.083	.040	4.175	.041
2분위	-.034	.039	.784	.376
1분위	.000			
가족 왕래빈도	-.054	.012	18.932	.000
이웃 왕래빈도	.081	.0135	35.507	.000
평생교육 참여				
예	-.171	.047	13.378	.000
아니요	.000			
노인일자리사업 신청				
있다	.227	.038	35.639	.000
없다	.000			
친목시설 및 단체 참여				
예	.047	.034	1.845	.174
아니요	.000			
조절효과				
가족 X 평생교육	-.099	.030	10.657	.001
가족 X 노인일자리	.035	.026	1.840	.175
가족 X 친목단체	.140	.021	46.684	.000
이웃 X 평생교육	.187	.048	14.973	.000
이웃 X 노인일자리	-.016	.033	.249	.618
이웃 X 친목단체	.025	.029	.749	.387
$X^2=790.098(p<.001)$				
LL= -4502.203, deviance / df = 3.392				

IV. 논의

고령화와 독신가구의 문제가 심화되면서 노인, 특히 독거노인들의 건강유지 증진을 위한 국가 사회적 차원의 노력이 중요시 되고 있다. 이를 실증적으로 뒷받침하기 위해 최근 독거노인들의 건강 문제를 해결할 수 있는 방안을 찾기 위한 연구들이 진행되고 있지만, 독거노인들의 의료기관 이용 관련 연구는 부족한 실정이다. 독거노인들은 동거노인들에 비해 사회적 고립에 취약한 상황이기 때문에 의료기관 이용뿐만 아니라 사회적 관계가 건강유지 증진에 중요하다고 볼 수 있다. 따라서 이 연구는 주관적 건강수준에 따른 독거노인의 사회적 관계망과 의료기관 이용의 관련성을 조사하고, 노인복지서비스 참여의 조절효과를 파악함으로써 독거노인의 건강증진 및 예방을 위한 정책적 관리방안을 모색하고자 하였다.

연구결과, 첫째, 통제변수로 사용된 독거노인의 일반적 특성 중 소득수준, 교육수준, 만성질환의 수는 주관적 건강수준과 상관없이 독거노인의 의료기관 이용에 모두 유의한 영향을 주었다. 하지만 성별과 나이는 주

관적 건강수준이 나쁘다고 대답한 독거노인들의 의료기관 이용에만 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 노인들의 성별, 나이, 소득수준, 교육수준, 만성질환 수와 같은 일반적 특성이 의료서비스 이용에 영향을 미친다는 기존 연구들의 결과와 부합하고[14][15], 노인들의 주관적 건강수준에 따라 의료이용 횟수 및 만족도가 차이가 난다는 연구에 의해 지지된다[19]. 따라서 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들의 연령이 높아질수록 의료기관 이용횟수가 감소한다는 본 연구의 결과는 독거노인들이 좋지 않은 건강수준을 인지함에도 불구하고, 의료서비스에 대한 필요 및 접근성이 낮기 때문인 것으로 예측 된다. 이러한 결과는 이미진의 연구에 의해 지지될 수 있는데, 연령이 높아질수록 극심한 건강악화로 인해 의료서비스 이용에 대한 필요성이 더욱 낮아질 가능성이 있고, 의료서비스 이용에 대한 접근성 및 정보부족으로 인해 의료서비스 이용이 줄어든다고 볼 수 있겠다[7].

이와 같은 결과를 바탕으로, 독거노인들의 건강유지 증진 및 예방을 위한 정책적 관리방안은 우선적으로 주관적 건강수준이 좋지 않은 독거노인들을 중심으로 모색되어야 할 필요가 있다. 그 중에서도 고 연령의 여성 독거노인들, 그리고 교육 및 소득수준이 낮고 만성질환의 수가 많은 취약계층의 독거노인들을 대상으로 건강증진을 위한 사회적 개입이 요구된다.

둘째, 독거노인의 '사회적 관계망'이 의료서비스 이용에 미치는 영향은 주관적 건강수준에 따라 뚜렷한 차이를 보였다. 주관적 건강수준이 좋은 독거노인들의 의료기관 이용횟수는 사회적 관계망의 영향을 받지 않는 것으로 나타났지만, 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인 집단의 경우는 가족 및 이웃과의 왕래빈도가 의료서비스 이용 증감에 유의한 영향을 주는 것으로 확인되었다. 주관적 건강수준이 나쁘다고 대답한 독거노인들이 가족과의 왕래를 많이 할수록 의료이용이 감소한다는 결과는 독거노인들이 자신의 건강상태가 좋지 않다고 느끼지만, 가족과의 왕래가 의료서비스를 대체 할 수 있기 때문이라 예측된다. 이는 가족과의 왕래가 외래진료비의 감소로 이어진다는 Kang et al의 연구결과와 동일하며[20], 배우자 또는 특정 동거인의 유무가 대체간병

역할을 하고 직접적인 신체 및 정신건강 증진으로 이어져 의료서비스 이용 증감에 영향을 준다는 연구결과와 부합한다[21]. 외래진료서비스의 특성 상 중증도가 낮은 질병을 가진 환자들의 방문이 많고 이러한 질병은 가족과의 왕래를 통해 간병이 가능하기 때문에 독거노인들의 외래진료서비스 이용이 줄어든다고 짐작된다. 반면, 이웃과의 왕래빈도 증가가 의료서비스 이용의 증가로 이어진다는 결과는 기존의 연구들과 일치한다[22][23]. 이는 사회적 자본인 이웃으로부터 건강관련 정보를 제공받고, 건강증진행위를 배우며, 건강위해 행위를 통제받는다라는 연구에 의해 설명될 수 있다[24]. 즉, 이웃과의 왕래빈도 증가는 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들에게 건강관련 정보를 전달하고 예방목적의 의료서비스 이용을 증가시키는데 도움이 되는 것으로 사료된다.

따라서 가족으로부터 소외되어 왕래가 적은 독거노인들은 위한 방문요양서비스, 재가노인지원서비스와 같은 대체간병서비스를 통해 중증도가 낮은 질병들은 사전에 예방하고 지속적인 모니터링을 통해 실질적 건강을 증진시켜, 의료기관 이용 빈도를 낮출 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다. 또한 주변 이웃과의 왕래가 적은 독거노인들이 건강관련 정보를 제공받을 수 있도록 방문교육과 같은 다양한 보건교육 프로그램의 개발 및 노인종합복지관의 확대가 필요하며, 건강증진행위를 촉진시킬 수 있는 노인복지서비스가 제공되어야 할 것이다.

셋째, 독거노인들의 '노인복지서비스 참여' 역시 주관적 건강수준에 따라 의료기관 이용의 차이를 발생시키는 것으로 나타났다. 주관적 건강수준이 좋은 독거노인들은 노인복지서비스 참여에 따라 의료기관 이용이 증가 또는 감소하지 않았지만, 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들의 경우는 '평생교육 참여'와 '노인일자리아업 신청' 여부가 의료서비스 이용 증감에 유의한 영향을 미치는 결과를 보였다. 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들이 평생교육에 참여함으로써 의료이용이 감소한다는 본 연구의 결과는 독거노인들의 주관적 건강수준 혹은 실질적 건강증진으로 인한 의료이용 감소로 예측되는데, 이러한 결과는 평생학습에 참여할수록 건강

의 수준이 높아지고, 경제적 소득수준이 낮은 집단일수록 건강증진에 대한 효과가 더 크다는 선행연구 결과에 의해 지지된다[25]. 또한 OECD에 따르면 평생교육은 개인의 생활습관, 보건 및 건강 관련 서비스 이용 등의 변화를 가져오고, 이러한 영향이 건강의 유지증진으로 이어진다는 점에서 본 연구결과를 지지하고 있다[26]. 그리고 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들이 노인일자리사업을 신청하였을 경우 의료서비스 이용이 증가하는 것으로 나타났는데, 이는 노인일자리사업 참여가 의료비 지출을 일부 감소시키는 효과는 있음에도 불구하고, 실질적인 노인의 주관적 건강수준에는 유의한 영향을 주지 않는다는 기존 연구들에 의해 지지된다[27][28]. 이는 즉, 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들은 노인일자리사업 참여를 하더라도 개인의 건강수준이 여전히 나쁘다고 느낄 수 있기 때문에, 이로 인해 의료기관 이용이 증가되는 것으로 해석된다.

마지막으로, 조절효과에 대한 결과로는 ‘평생교육 참여’와 ‘친목시설 및 단체 참여’가 효과가 있는 것으로 나타났다. 우선적으로 평생교육 참여가 독거노인들의 사회적 관계망과 의료서비스 이용의 관련성에 있어 조절효과가 있는 것으로 확인되었다. 현영섭의 연구결과는 평생학습 참여의 직접적인 효과로 인해 독거노인들의 건강이 증진되고 의료이용이 감소한다고 하였지만[25], 본 연구의 조절효과 결과는 평생교육에 참여하는 독거노인들이 가족과의 왕래를 자주하면 의료이용이 감소하고, 이웃과의 왕래를 자주하면 의료이용이 증가한다는 결과를 보여준다. 이는 독립변수인 ‘가족과의 왕래빈도’와 ‘이웃과의 왕래빈도’가 의료기관 이용에 직접적으로 미치는 영향과 방향성이 일치한다. 이러한 결과는 평생교육 참여가 독거노인들의 의료서비스 이용증감에 대한 조절효과는 있지만, 의료서비스 이용은 사회적 관계망에 더 큰 영향을 받는 것으로 해석될 수 있다.

그리고 친목시설 및 단체 참여하는 독거노인들의 사회적 관계망이 확대 될수록 의료서비스 이용이 증가되는 조절효과를 확인하였는데, 이러한 결과는 노인들이 친목시설 및 단체에 참여할수록 의료서비스 이용이 높아진다는 선행연구와 비슷한 결과이다[29]. 이웃과의 왕래와 같이 친목시설 및 모임참여를 통하여 건강지식

과 의료정보 등을 제공 받을 수 있기 때문에 외래 의료서비스 이용이 증가하는 것으로 짐작된다. 또한 친목시설 및 단체에 참여한 독거노인들이 가족과 이웃 구분 없이 왕래를 많이 할수록 의료이용이 모두 증가된다는 결과는 독거노인들의 사회적 관계망이 의료이용에 미치는 영향보다 친목시설 및 단체 참여의 조절효과가 더 크기 때문인 것으로 해석된다.

결과적으로 조절효과는 독거노인들의 사회적 관계망 확대 및 평생교육 참여보다는 친목시설 및 단체 참여로 인한 조절효과가 의료기관 이용에 가장 큰 효과를 보였다. 그러므로 독거노인들이 자율적으로 여가활동을 공유할 수 있는 장소제공 및 경로당의 확대 및 활성화 등을 통하여 독거노인들의 자발적인 건강관리를 유도할 필요가 있으며, 의료접근성을 향상시킬 수 있는 친목시설 및 단체의 역할이 더욱 중시되고 강화되어야 할 것이다. 또한 친목시설 및 단체 참여를 통해 독거노인들의 사회적 관계망의 역할을 보완하고, 바람직한 의료기관 이용행태를 유도함이 필요한 것을 확인하였다.

V. 결론

본 연구는 우리나라 독거노인들의 의료기관 이용 관련 요인들을 파악하기 위해, 홀로 거주하고 있는 만 65세 이상의 노인들을 주관적 건강수준에 따라 두 집단으로 나누었다. 그리고 ‘가족 및 이웃과의 왕래빈도’, ‘노인복지서비스 참여 여부’ 등을 파악하여 의료기관 이용증감에 미치는 영향을 확인하고자 하였다.

연구결과, 독거노인의 사회적 관계망 및 노인복지서비스 참여가 의료기관 이용에 미치는 영향은 주관적 건강수준에 따라 차이가 나는 것으로 나타났다. 우선적으로 주관적 건강수준이 좋은 독거노인 집단은 사회적 관계망 및 노인복지서비스 참여 여부에 따라 의료기관 이용에 변화가 없는 것으로 나타났다. 하지만 주관적 건강수준이 나쁜 독거노인들의 경우는 ‘가족과의 왕래빈도’ 및 ‘평생교육 참여’가 의료기관 이용 횟수를 증가시키며, ‘이웃과의 왕래빈도’ 및 ‘노인일자리사업 신청 여부’가 의료기관 이용횟수를 감소시키는 것을 확인할

수 있었다. 또한 노인복지사업 중 하나인 평생교육 참여는 독거노인들의 의료기관 이용을 감소시키는 자체적인 효과는 있지만, 독거노인들의 사회적 관계망이 의료서비스 이용 증감에 미치는 영향에는 조절효과가 크지 않은 것으로 나타났다. 마지막으로, 독거노인들이 친목시설 및 단체에 참여함으로써 나타나는 조절효과는 가족과 이웃 구분 없이 사회적 관계망이 좋아질수록 독거노인들의 의료서비스 이용이 모두 늘어나는 것으로 확인되었다.

본 연구는 이러한 결과를 통해, 독거노인들의 건강유지증진행위를 의료기관 이용실태를 통하여 파악하고, 노인복지서비스 참여의 조절효과를 통해 다각적인 의료서비스 전달 방향에 대해서 고찰을 했다는 점에서 의의가 있다. 그리고 더 나아가, 추후에는 독거노인들의 소외감, 외로움, 고독감과 같은 정신적 건강에 대해서도 더욱 주목할 필요성을 내포하고 있다. 따라서 독거노인들의 정신적 건강 관련 요인 분석 및 삶의 질에 대한 연구뿐만 아니라, 정신적 건강상태에 따른 의료이용 실태 및 영향에 대해서도 구체적으로 연구되어야 할 필요가 있을 것이다.

참 고 문 헌

- [1] 통계청, <http://kostat.go.kr/>, 2015.
- [2] 유광수, 박현선, “독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교 연구,” 한국노년학, 제23권, 제4호, pp.163-179, 2003.
- [3] 김정아, 정승교, “일 지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사,” 한국노년학, 제17권, 제3호, pp.144-176, 1997.
- [4] 한혜경, 이유리, “독거노인의 정신건강 수준과 영향요인,” 한국노년학, 제29권, 제3호, pp.805-822, 2009.
- [5] 강수균, 구향숙, 김정모, 박경규, 전영숙, 최경희, 박선희, “노인의 주관적 건강상태 및 건강관심도와 생활만족도와와의 관계 분석,” 특수교육재활과 학연구, 제42권, 제2호, pp.53-72, 2003.
- [6] 전혜숙, 강상경, “연소노인과 고령노인 간 의료서비스 이용 예측요인의 연령차: 고령화 사회의 의료서비스에 주는 함의,” 보건사회연구, 제32권, 제1호, pp.28-57, 2012.
- [7] 이미진, “노인의 의료서비스 이용에 대한 종단적 연구,” 사회복지정책, 제36권, 제1호, pp.201-223, 2009.
- [8] R. D. Putnam, “Bowling alone: America's Declining Social Capital,” Journal of Democracy, Vol.6, No.1, pp.65-78, 1995.
- [9] C. F. Mendes de Leon, T. A. Glass, L. A. Beckett, T. E. Seeman, D. A. Ecans, and L. F. Berkman, “Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the new heaven EPES,” Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES, Vol.54, No.3, pp.162-172, 1999.
- [10] C. Deri, “Social networks and health service utilization,” Journal of Health Economics, Vol.24, No.6, pp.1076-1107, 2005.
- [11] 임소영, 강민아, 조성일, “한국 노인의 사회관계망 유형과 건강상태의 관계: 남녀집단별 분석,” 노인복지연구, 제59권, 제20호, pp.281-308, 2013.
- [12] 장유미, “노인일자리사업 참여가 사회적 자본 변화에 미치는 영향 연구,” 한국사회복지학, 제63권, 제2호, pp.261-289, 2011.
- [13] 조정순, 이현주, “일부지역사회 노인들의 의료서비스 접근성에 관한 연구,” 성인간호학회지, 제12권, 제4호, pp.641-653, 2000.
- [14] 김진구, “노인의 의료이용과 영향요인 분석,” 노인복지연구, 제39권, pp.273-302, 2008.
- [15] 강상경, “노년기 외래의료서비스 이용 궤적 및 예측 요인: 연령 차이를 중심으로,” 한국사회복지학회, 제62권, 제3호, pp.83-108, 2010.
- [16] A. Laporte, E. Nauenberg, and L. Shen, “Aging, social capital, and health care utilization in Canada,” Health Economics, Policy, and Law, Vol.3, pp.393-411, 2008.
- [17] 김도영, “사회경제적 지위가 건강수준과 의료서비스 이용 예측요인의 연령차: 고령화 사회의 의료서비스에 주는 함의,” 보건사회연구, 제32권, 제1호, pp.28-57, 2012.

비스 이용에 미치는 영향에 관한 연구,” 인문사회 과학연구, 제16권, 제4호, pp.329-369, 2015.

[18] 전보영, 권순만, 이해재, 김홍수, “장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인,” 한국노년학, 제31권, 제1호, pp.171-188, 2011.

[19] Y. Jang, G. Kim, and D. A. Chiriboga, “Health, Healthcare Utilization, and Satisfaction with Services: Barriers and Facilitators for Older Korean Americans,” *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.53, No.9, pp.1613-1617, 2005.

[20] S. H. Kang, N. T. Wallace, J. K. Hyun, A. Morris, J. Coffman, and J. R. Bloom, “Social networks and their relationship to mental health service use and expenditures among Medicaid beneficiaries,” *Psychiatric Services*, Vol.58, No.5, pp.689-695, 2007.

[21] G. L. Cafferata, “Marital Status, Living Arrangements, and the Use of Health Services by Elderly Persons,” *Journal of Gerontology*, Vol.42, No.6, pp.613-618, 1987.

[22] P. K. Maulik, W. W. Eaton, and C. P. Bradshaw, “The role of social network and support in mental health service use: findings from the baltimore ECA study,” *Psychiatric Services*, Vol.60, No.9, pp.1222-1229, 2009.

[23] V. O. Lasebikan, E. T. Owoaje, and M. C. Asuzu, “Social network as a determinant of pathway to mental health service utilization among psychotic patients in a Nigerian hospital,” *Annals of African Medicine*, Vol.11, No.1, pp.12-20, 2012.

[24] I. Kawachi, B. P. Kennedy, and R. Glass, “Social capital and self-rated health: a contextual analysis,” *American Journal of Public Health*, Vol.89, No.8, pp.1187-1193, 1999.

[25] 현영섭, “평생학습과 건강의 관계에 대한 경제적 수준의 상호작용효과,” 한국인력개발학회, 제16

권, 제1호, pp.59-78, 2014.

[26] OECD, *Measuring the effects of education on health and civic engagement*, Paris: OECD, 2006.

[27] 임재영, 이석원, “노인일자리사업의 의료비 절감 효과에 관한 연구,” 보건경제와 정책연구, 제14권, 제1호, pp.75-102, 2008.

[28] 김영선, 강은나, “노인일자리 사업의 건강 효과성 분석: Propensity Score Matching을 중심으로,” 한국자치행정학보, 제25권, 제3호, pp.419-435, 2011.

[29] 백옥미, “지역사회 재가 노인의 일상생활 수행능력 결정요인: 앤더슨모델의 적용,” 한국지역사회 복지학회, 제38권, pp.1-27, 2011.

저 자 소 개

문 성 제(Sungje Moon)

준희원



- 2014년 12월 : Purdue University (경영학 학사)
- 2015년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학과 보건정책관리학 전공 석박통합과정
- 2015년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학과연구소 연구원

<관심분야> : 보건의료경영, 보건의료시스템, 노인보건 등

손 민 성(Minsung Sohn)

정희원



- 2009년 2월 : 경희대학교 의료경영학과(의료경영 학사)
- 2014년 2월 : 고려대학교 보건과학과 보건행정학(보건학 석사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학과 보건정책관리학 전공 박사과정

<관심분야> : 보건의료경영, 보건의료시스템, 노인보건, 의료서비스 질 등

윤 희 수(Heesoo Yoon)

준회원



- 2015년 8월 : 고려대학교 보건정책관리학부(보건학 학사)
- 2015년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학과 보건정책관리학 전공 석사과정
- 2015년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학과연구소 연구원

<관심분야> : 보건의료경영, 보건조직관리, 헬스커뮤니케이션 등

최 만 규(Mankyu Choi)

정회원



- 1993년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과(보건학석사)
- 2002년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과(보건학박사)
- 2003년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건정책관리학부고려대학원

보건과학과 교수

<관심분야> : 보건의료경영, 보건정책과 행정, 건강증진 등