

도시 노숙자의 삶의 질 예측요인*

윤 경 아

(대전대학교)

노 병 일

(대전대학교)

[요 약]

본 연구에서는 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 단축형(WHOQOL-BREF)을 사용하여 우리 사회의 대표적 빈곤층인 노숙자들이 자신의 삶의 질을 어떻게 평가하며, 또 이들의 삶의 질에 어떤 요인들이 영향을 미치는가를 살펴보았다. 연구의 대상은 20세 이상 된 185명의 노숙자이며, 조사기간은 2003년 9월 18일부터 27일까지 10일간이었다. 연구결과, 노숙자의 삶의 질이 낮다는 것이 실증적으로 확인되었다. 또한 삶의 질 하위영역별로 예측요인이 다소 다르긴 하지만, 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 연령, 공공부조 수급, 인지된 건강상태, 음주, 알코올중독, 거주형태, 타인의 인정이 중요하게 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로, 노숙자의 삶의 질 향상을 위하여 주거최우선정책이 필요함을 강조하였고, 알코올중독 문제와 노숙자에 대한 사회적 편견 해소를 위한 대책방안에 대해서도 논의하였다.

주제어: 노숙자, 거리·컴터노숙자, 쪽방생활자, 삶의 질, 한국판 WHOQOL-BREF

1. 연구의 배경과 목적

전 세계적으로 도시는 아주 빠르게 성장하고 있다. 2015년 정도가 되면 세계인구의 절반이상이 도시에 살 것으로 보인다. 이러한 도시화 경향과 더불어 나타나는 현상이 빈곤의 중심지가 도시로 옮겨가는 이른바 ‘빈곤의 도시화’이다(Eitzen and Zinn, 2000: 150; Economist, 2000). 빈곤의 도시화 현상은 우리나라도 예외가 아니며(어인천·어윤배·이성기·김용하·김미곤·전환식·이상운·석재은, 1995), 도시빈곤의 형태들 중에서 극단적인 빈곤형태를 보여주는 것이 바로 노숙이다.

*이 논문은 2002년도 한국학술진흥재단의 지원에 의해 연구되었음(KRF-2002-072-BN1017).

우리나라의 경우, 국제통화기금(IMF)의 관리를 받던 경제위기 시절에 도시 노숙자가 크게 증가하였으며, 이제 도시 노숙자 문제는 일시적인 현상이 아니라 구조적인 사회현상의 하나로 자리매김하고 있다. 그러나 아직까지 이들에 대한 제도적 서비스는 미흡한 편이다. 물론, 민간단체나 종교기관에서 노숙자를 위해 식사를 배급하거나 임시숙소를 제공하는 등의 지원을 하고 있지만, 국가차원에서 노숙자의 생활개선과 관련된 근본적이고 포괄적인 서비스는 제공하지 못하고 있는 실정이다. 국가차원에서 노숙자에게 보이는 관심이 아주 빈약하기 때문에 노숙자들은 공적복지제도의 그늘에서 살고 있다. 이러한 현실을 통해 볼 때, 우리나라의 빈곤정책이 아주 빈곤하다는 점을 잘 알 수 있다.

노숙자에게 효과적으로 개입하기 위해서는 노숙자의 전반적 삶의 질(quality of life)에 초점을 맞추어야 한다. 삶의 질은 서비스제공이 서비스 받는 사람의 일상생활에 어떤 영향을 미치는지를 파악하고자 할 때 통합적으로 사용되어온 개념이며(Felce and Perry, 1996), 노숙자 개인에게 영향을 미치는 내적 요인과 외적 요인을 통합하는데 유용한 틀이 될 수 있다(Topolski, Patrick, Edwards, Huebner, Connell, and Mountet, 2001; Jirojanakul, Skevington, and Hudson, 2003).

구체적으로, 노숙자의 삶의 질 연구는 다음과 같은 의의가 있다(Cowdery and Pesa, 2002; Biswas-Diener and Diener, 2001): 첫째, 노숙자를 돕기 위한 ‘더 광범위한’ 정신사회적 개입을 고려할 수 있다. 둘째, 프로그램 기획자들이 지역사회에서 노숙자에게 필요한 사회서비스와 의료서비스 전달 체계를 개발하는데 도움이 될 수 있다. 셋째, 노숙자로 전락할 가능성이 큰 주거빈곤층이 모여 사는 지역을 경제적·심리적으론 개선하기 위한 개입을 설계하는데 도움이 될 수 있다.

그러나 우리나라에서 삶의 질이라는 관점에서 노숙자의 전반적 삶의 질을 살펴본 연구는 없는 편이다. ‘삶의 질’이 거의 모든 사람들에게 암묵적으로 의미를 가지고 자주 사용되는 용어(Peterman and Cella, 2000: 491)임을 고려하면, 노숙자의 삶의 질에 대한 연구가 없다는 점은 사회나 학계가 노숙자에 대해 체계적으로 살펴보는 데 인색하다는 점을 반영한다. 사실, 이런 현상은 우리나라에만 국한되는 것은 아니다. 예를 들어, 비스워스-디에너·디에너(Biswas-Diener and Diener, 2001: 329-330) 역시 심각한 물질적 박탈이 삶의 질의 중요한 차원인 주관적 복리(subjective well-being)에 미치는 영향을 살펴보기 위해서, 빈곤상태에 있는 사람들을 대상으로 조사된 바가 거의 없다는 점은 유감스러운 일이라고 지적한 바 있다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 대전광역시 노숙자들의 삶의 질 현황 및 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 살펴보고자 한다. 즉, 본 연구에서는 노숙자들의 삶의 질이 어떤 수준이며, 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들은 무엇인가를 파악하고, 본 연구의 결과에 근거하여, 노숙자의 삶의 질을 개선하기 위한 실천적·정책적 방안을 제시하고자 한다.

2. 이론적 고찰

1) 노숙자의 개념과 유형

미국사회사업가협회에 따르면, 노숙(homelessness)이란 집이 없는 상태를 의미한다(Barker, 1995). 그러나 존슨(Johnson, 1995)은 노숙을 정규주거지가 없는 것으로 좀더 구체적으로 정의한다. 이러한 노숙의 정의에 따라, 노숙자는 정규형태의 집이 없는 사람을 말한다고 볼 수 있다.

노숙자의 유형을 구분하는 방식은 학자에 따라 다소 차이를 보이지만, 대부분 거주지를 기준으로 비슷한 범주로 구분하고 있다. 예를 들어, 피어슨(Pierson, 2002)은 노숙자를 거리거주자, 은신처거주자 및 주변거주자로 구분하고 있다. 거리거주자란 거리에서 생활하면서 거주목적이 아닌 공공장소에서 사는 사람들을 말하고, 은신처거주자란 쉼터, 교회, 병원, 교도소와 같은 반(半)주거시설에서 사는 사람들을 의미한다. 그리고 주변거주자는 다른 사람의 집에 얹혀 사는 것과 같이 자신이 사는 집의 주요 거주자가 아닌 경우를 말한다.

이태진(2002)도 이와 비슷하게 노숙자의 유형을 거리노숙자, 쉼터노숙자 및 쪽방생활자로 구분한다. 거리노숙자란 글자 그대로 홈리스로 비닐하우스나 쪽방, 쉼터에도 머무르지 못하고 거리로 나와 숙식을 해결하는 계층을 말한다. 쉼터노숙자란 노숙자 임시거주시설에 거주하는 사람을 의미하고, 쪽방생활자는 아직 주거를 상실하지는 않았지만 임시의 불안정한 쪽방에 거주하는 경우로 예비노숙자로 간주될 수 있는 주거취약계층을 말한다.

2) 노숙자에 대한 연구 동향과 노숙자의 여건

(1) 노숙자에 대한 연구 동향

노숙자에 대한 연구는 미국과 우리나라 모두 노숙자들이 어떤 이유로 노숙을 하게 되었으며, 어떻게 생활하고 있고, 또한 어떤 문제를 가지고 있는지에 대한 실태를 파악하는 연구가 대부분이다. 먼저, 노숙자의 유형과 현황에 관한 주요 연구로는 남기철·황운성(2002) 및 황선영(2004)의 연구를 들 수 있다. 남기철·황운성(2002)은 노숙자 유형분류에 관한 그간의 논의를 정리하였으며, 황선영(2004)은 서울시에 거주하는 거리노숙자와 쪽방생활자의 현황을 살펴본 바 있다.

다음으로는, 노숙시기별 노숙의 원인에 관한 연구가 있다. 예를 들어, 바석·버크너·웨인렙·브라우니·바석·도슨·피로프(Bassuk, Buckner, Weinreb, Browne, Bassuk, Dawson, and Perloff, 1997)는 아동기에 가족이 노숙상태가 되도록 영향을 미치는 요인과 성인기에 노숙상태가 되도록 영향을 미치는 요인들을 연구하였다. 노숙자의 가족격리에 대해 조사한 연구도 있다. 예를 들어, 코윌·쉴·웨이츠먼·스토저노빅·라베이(Cowal, Shinn, Weitzman, Stojanovic and Labay, 2002)는 공공부조를

받고 있는 가족을 대상으로, 아동이 엄마와 격리되는 상황이 발생하는 정도, 이렇게 격리된 아동의 후속 상황, 이런 격리가 나타나는 요인들을 연구한 바 있다.

한편, 노숙자의 건강과 알코올이용에 대한 연구도 진행되었다. 예를 들어, 턴불·파디모우(Turnbull and Podymow, 2002)는 노숙자의 빈곤이 건강에 미치는 부정적 영향을 설명하고 있고, 황(Hwang, 2002)은 노숙자의 쉼터이용과 사망률 사이의 관계를 조사하였다. 또한 권구영·김선영·서미경(1999)은 노숙자의 정신건강 문제를 살펴보면서, 노숙자의 알코올이용 문제가 정신건강에 부정적인 영향을 미친다는 것을 강조하였다. 그리고 윤명숙(1999)은 노숙자의 알코올이용 실태와 관련대책들을 살펴보고, 필요한 대안을 제시하였으며, 유채영·신원우(2000)는 노숙자의 알코올이용 문제를 살펴보고, 이에 따른 실천적 시사점을 제시하였다.

이외에도, 노숙자를 위한 사회복지서비스나 정책을 평가한 연구들이 있다. 쉬퍼드(Shepard, 1997)는 쪽방(SRO)생활자를 대상으로 현장에서 제공하는 서비스나 프로그램을 평가하였으며, 이태진(2002)은 우리나라의 노숙자지원 정책의 진전과 구조를 살펴보고, 황선영(2004)은 노숙자정책을 네 단계로 분석하고 있다.

이상의 내용을 통해 볼 때, 노숙자에 대한 대부분의 선행연구는 노숙자가 누리는 삶과 관련하여 단일 영역이나 단일 측면(예를 들면, 노숙 원인, 건강, 알코올이용)만을 다루고 있다. 그러나 본 연구는 노숙자가 누리는 삶의 다차원적인 질적 측면을 조사한다는 점에서 선행연구들과 크게 차이가 있다.

(2) 노숙자의 여건

노숙자의 삶의 질 현황과 삶의 질 예측요인을 살펴보기 전에 노숙자의 성별, 학력, 건강문제, 거주 상황과 같은 기본적인 특성을 살펴봄으로써 노숙자들이 처해있는 상황을 보다 상세하게 파악할 수 있다. 국내외 선행연구에 따르면, 노숙자의 인구학적 특성이나 이들이 처한 상황은 지역이나 나라에 따라 차이를 보인다. 먼저, 노숙자의 성별을 살펴보면, 노숙자의 대다수는 남성이다. 미국의 경우, 노숙자 중에서 성인남성 노숙자가 차지하는 비율이 40%를 넘으며(Boardman, 1998; Ginzler and Cauce, 2000; Johnson, 1995), 이들의 연령은 대개 25~54세이다(Lafuente, 2003).

노숙자의 교육수준은 미국의 경우에는 최종학력이 고등학교졸업인 노숙자의 비율이 40%정도이며(Lafuente, 2003), 우리나라는 이전에는 대부분의 노숙자가 학력이 낮았지만 최근에는 학력이 비교적 높은 층도 포함되고 있다(조영훈, 1996). 근로활동과 관련하여서는, 미국의 전국노숙자연대에 따르면, 노숙상태에 놓인 사람들 중에서 노동시장에 참여하는 사람의 비율은 42%정도이며(NCH, 2003), 일용직으로 일하는 경우가 많다(Alcock, 1997).

또한, 노숙자들의 주거상황이 열악하여, 코월 외(2002)가 공공부조를 받는 빈곤가족 543가족을 대상으로 조사한 바에 따르면, 이 가족들 중에서 251가족은 지난 5년 동안에 노숙상태로 지낸 경험이 있으며, 우리나라의 쪽방거주자들 중에는 주거와 관련하여 불리한 상황에 있기 때문에 주민등록이 말소되고, 그 결과로 빈곤층을 위한 공공부조 제도의 혜택을 받지 못하는 경우가 많았다(김인옥, 2000; 하성규·서종균·김인옥·정원오·김수현, 2000).

노숙자의 건강문제 역시 심각하여, 노숙자들은 노숙상태에 있지 않은 사람들에 비해 질병으로 고통

받는 경우가 더 많다(Hwang, 2002). 미국의 19개 도시에서 노숙자 6만명을 대상으로 조사한 연구에 따르면, 노숙자들이 많이 겪는 질병은 고혈압, 위장병, 말초혈관질환, 치과문제, 신경질환의 순이었으며(Tumbull and Podymow, 2002; Johnson, 1995), 우리나라의 노숙자들도 고혈압, 당뇨, 간염을 포함한 여러 가지 질병에 노출되어 있었다(서동우, 2002). 물론 노숙자들은 일반대중에게 흔하게 나타나는 질병에도 더 취약하다.

노숙자는 알코올문제를 겪을 가능성도 크다. 여러 연구에 따르면, 미국 노숙자 셋 중에서 한 명은 알코올중독으로 어려움을 겪고 있는데, 이는 미국에서 알코올중독으로 어려움을 겪는 사람의 비율이 48%로 추산되는 것과 대조된다(Ginzler and Cauce, 2000; Johnson, 1995). 우리나라의 경우에는, 유채영·신원우(2000)가 1999년에 서울의 쉼터에 있는 남성 노숙자 337명을 대상으로 조사한 바에 따르면, 노숙자의 95.2%가 알코올을 사용하는 경향이 있으며, 1/3가량은 과음을 하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 알코올중독을 겪는 노숙자는 사회경제적 고립 때문에 노숙자가 된 것만큼이나, 알코올중독 때문에 노숙자가 되었을 것으로 판단된다(Bassuk 외, 1997; 서동우, 2002).

또한, 암스터(Amster, 2003)에 따르면, 근대 역사를 통해 볼 때 노숙자를 포함한 빈곤층을 지리적으로 배제시키고 주변화시키는 일이 늘 있어 왔다. 이에 따라 노숙자들은 괴롭힘과 폭력의 대상이 되어 왔지만(Daly, 1996; Ginzler and Cauce, 2000), 노숙자에 대한 이러한 괴롭힘과 폭력은 일반인들의 관심을 끌지 못했기 때문에 신고되지 않는 경우가 많았다. 이러한 경우에 노숙자들은 타인으로부터 인정을 받지 못하기 때문에 자기효능감과 자존감이 낮고 희망도 적고 우울감을 겪을 가능성이 커지게 된다(김현미, 2001).

한편, 우리나라의 노숙자들 중에는 노숙상태에 놓이기 전에 쪽방에서 거주한 사람이 많으며, 쪽방 생활자는 쪽방생활과 노숙을 반복하고 있는 것으로 알려져 있다(김수현·원승욱·김소임, 2002a). 2000년에 한국도시연구소가 서울, 부산, 대전의 쪽방지역을 조사한 바에 따르면, 쪽방생활자들 중에서 노숙의 경험이 있는 사람의 비율이 58.4%였고, 최근 1년 이내에 노숙상태에 놓인 적이 있던 사람의 비율도 37.2%에 이르렀다(하성규 외, 2000).

3) 삶의 질

(1) 삶의 질의 개념 및 측정

삶의 질과 관련된 학계에서는 삶의 질 개념에 관해서 합의된 의견을 내놓지 못하고 있다. 특히, 지난 수십 년 동안 건강 및 복리와 관련된 연구들에서 삶의 질이란 용어를 자주 사용하고 있지만, 삶의 질이 분명하게 이해되고 분명하게 측정될 수 있는 방식으로 정의되는 경우는 많지 않다(Szalai, 1980; Cowdery and Pesa, 2002; Peterman and Cella, 2000; Felce and Perry, 1996; Chipuer, Bramston, and Pretty, 2003).

일반적으로, 삶의 질의 개념에 대한 연구에 비해서 삶의 질 개념을 조작적으로 정의하려는 시도가 많았다. 삶의 질 측정과 관련하여 주요 이슈가 되고 있는 문제 중의 하나는 객관적 삶의 질과 주관적

삶의 질 중에서 어느 것을 더 강조하느냐 하는 것이다. 과거에는 삶에 대한 객관적 사실과 상태에 초점을 두었으나, 최근에는 객관적 측면보다 주관적 측면에 더 초점을 두는 방향으로 나가고 있다(Szalai, 1980). 삶의 질의 주관적 측면은 일상생활에서 개인이 느끼는 인식 또는 평가이다. 대부분의 연구에서는 만족, 행복, 주관적 복리, 복지를 사용하여 삶의 질의 주관적 측면을 측정하고 있는데, 이 중에서도 만족이라는 지표가 가장 많이 사용되고 있다(Gitmez and Morcol, 1994). 또한, 이러한 삶의 질의 주관적 측면은 전체 생활영역에서의 전반적 인식과 특정 생활영역에서의 인식이라는 두 부분으로 구분된다(Peterman and Cella, 2000).

(2) 삶의 질의 주요 영역

삶의 질 개념은 여러 하위영역을 갖는 다차원적 개념(Felce and Perry, 1996; Peterman and Cella, 2000)으로, 삶의 질 하위영역 구분은 학자에 따라 다소 차이가 있다. 먼저, 헬스·페리(Felce and Perry, 1996)는 삶의 질 개념의 하위차원으로 신체적 복리, 물질적 복리, 사회적 복리, 발달과 활동 및 정서적 복리의 다섯 범주를 제시하고 있다. 구체적으로, 신체적 복리에는 건강, 적응, 이동, 개인적 안전이 포함되며, 물질적 복리에는 재정과 소득, 주거환경의 여러 질적 측면, 교통, 고용보장과 고용지속성이 포함된다. 사회적 복리에는 개인 간 관계의 질 및 범위와 지역사회 관여가 있고, 발달과 활동에서는 기술의 습득 및 활용에 관심을 갖는다. 정서적 복리에는 애정, 실현, 스트레스와 정신상태, 자긍심, 지위와 존경, 종교적 신념, 성적 활동이 포함된다.

피터먼·셀러(2000)는 삶의 질에서 일반적으로 중요하다고 합의되고 있는 영역으로 일곱 가지를 제시하고 있다. 이 일곱 가지 영역은 신체적 복리, 기능적 복리, 정서적 복리, 가족 복리, 사회적 기능수행, 치료만족, 그리고 성 또는 친밀성이다. 여기서 신체적 복리란 고통 및 구토와 같은 신체적 증상의 경험을 의미하고, 기능적 복리는 정상적인 일상활동에 참여하는 능력을 말한다. 한편, 정서적 복리는 긍정적 정서상태와 부정적 정서상태로 구분되며, 가족 복리에는 가족관계와 의사소통을 유지하는 능력이 포함된다. 또한, 사회적 기능수행이란 사회적 역할과 사회활동에 참여하고 즐기려는 능력을 의미하며, 치료만족에는 재정적 관심이 포함된다. 끝으로, 삶의 질 하위차원으로 성 또는 친밀성을 제시하고 있는데, 여기에는 신체이미지에 대한 관심이 포함된다.

한편, 카우더리·페서(Cowdery and Pesa, 2002)는 건강에 초점을 두어 삶의 질을 측정하고 있다. 삶의 질 하위 여섯 영역에는 신체적 기능수행, 역할 기능수행, 사회적 기능수행, 정신건강, 건강인지, 고통이 포함된다. 신체적 기능수행이란 건강 때문에 다양한 신체활동에서 어려움을 겪는 정도이며, 역할 기능수행은 건강 때문에 일상활동에 어려움을 겪는 정도를 의미한다. 또한, 사회적 기능수행은 건강 때문에 정상적 사회활동에 어려움을 겪는 정도를 말하며, 정신건강은 일반적 분위기를 말한다. 건강인지는 현재의 건강상태에 대한 전반적 평가이며, 고통은 신체적 고통을 경험한 정도를 의미한다.

국내의 경우, 문선화·류기형·김경호·이경남·홍봉선(2000)은 유엔의 아동권리협약에 초점을 두고, 열 가지 영역에 대해서 우리나라 아동이 누리는 삶의 질을 측정하고 있다. 여기서 아동의 삶의 질과 관련된 열 가지 영역에는 가치·수용, 가족관계, 부모관계, 아동학대, 친구관계, 안전, 학교생활, 여가생활, 소비생활, 아동권리가 포함된다. 또한, 김용택·윤창영·장창호(2003)는 우리나라의 시설노인

을 대상으로 삶의 질을 측정하였는데, 이들의 연구에서는 삶의 질 영역을 생활만족, 부정 정서, 긍정 정서의 세 가지로 구분하고 있다.

지금까지 살펴본 바와 같이, 위에 언급한 선행연구들의 경우, 영역의 수와 내용에서 학자마다 차이가 나고, 어느 경우에는 동일한 특성이 포함되는 영역이 학자마다 다르기는 하다. 하지만, 인간의 삶에서 중요하게 간주되는 영역을 모두 포함시키고 있다.

(3) 세계보건기구의 삶의 질 개념과 척도

세계보건기구가 삶의 질에 대해 내리는 정의는 건강에 대한 정의에 토대를 두고 있다. 세계보건기구가 1947년에 정의한 바에 따르면, 건강은 “단지 질병이 없는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 건강한 상태”를 말한다. 그 후에 세계보건기구는 최적 건강(optimal health)에 대해 정의하였는데, 이는 “단지 질병이 없거나 허약하지 않은 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전하게 건강한 상태”를 말한다(Hattie, Myers, and Sweeney, 2004: 354).

이러한 건강의 정의에 기초하여 세계보건기구는 삶의 질을 “개인의 문화와 가치체계 내에서 개인의 목적·기대·기준·관심사와 관련하여, 개인이 삶에서 차지하는 위치에 대해 갖는 인식”이라고 정의하고 있다(WHO, n.d.). 삶의 질 개념에 대한 연구는 세계보건기구의 이런 정의로부터 시작되었으며, 그 후에 관련 학계에서는 전반적 삶의 질에 대한 결정요인을 포함하는 건강결과에 대한 측정치를 개발하는 방향으로 나갔다(예를 들면, Cowderly and Pesa, 2002; Jirojanakul 외, 2003; Topolski 외, 2001, Hattie 외, 2004).

최근 세계보건기구 삶의 질 연구팀에서는 다양한 문화권에서 삶의 질을 측정하는데 사용될 수 있는 국제적 삶의 질 측정도구(WHOQOL)를 개발하였다. 이 척도는 여섯 영역으로 구성되며 25가지 측면(facets)이 포함된다. 구체적으로, 여섯 영역에는 신체적 건강, 심리적 건강, 독립수준, 사회적 관계, 환경, 영적 영역(영성·종교·개인신념)이 포함된다(WHO, n.d.). 그리고, 25가지 측면에는 24가지의 세부 측면과 한 가지의 ‘전반적 삶의 질과 일반건강’의 측면으로 구성되어 있다.

세계보건기구의 삶의 질 영역에는 선행연구에서 언급된 영역들이 모두 포함되기 때문에 삶의 질의 여러 측면을 상세하게 파악할 수 있는 이점이 있다. 하지만 WHOQOL은 100개 항목으로 구성되어 대규모 조사에 이용하기에는 어려움이 따른다. 이러한 문제점을 보완하기 위하여, 세계보건기구는 그 후에 WHOQOL의 여섯 영역을 네 영역(신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경)으로 축소하고 문항 수도 줄인 삶의 질 척도 단축형(WHOQOL-BREF)을 개발하였다.

세계보건기구는 각각의 문화권에서 WHOQOL을 표준화할 경우에 일정한 지침을 따르도록 하고 있는데, 국내에서는 이러한 지침에 따라 민성길·김광일·박광호(2002)가 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도를 개발하였다. 아직까지 국내의 삶의 질 연구에서 이 척도를 활용한 예가 많지 않지만, 최근 보건·의학분야를 중심으로 이 척도를 활용한 삶의 질 연구가 시작되고 있다. 구체적으로, 특정집단을 대상으로 한 연구로는 암환자의 삶의 질, 의대생의 삶의 질, 정신분열병 환자의 삶의 질, 북한 사람의 삶의 질, 피부질환을 가진 환자의 삶의 질이 있으며(민성길, 2002; 류정호·김광호·김광중·김세주, 2004), 일반시민을 대상으로 한 연구에는 대구시민을 대상으로 한 이종렬(1999)의 연구가 있다.

(4) 삶의 질 결정요인

삶의 질 관련 연구들이 모두 동일한 삶의 질 개념 하에 동일한 변수나 척도를 사용하여 조사된 것이 아니기 때문에 연구결과를 같은 수준에서 비교하기는 어렵다. 하지만 삶의 질 관련 선행연구들을 통해 삶의 질과 관련된 요인들을 대략적으로 파악할 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 본 연구에서는 삶의 질 관련 기존연구 검토를 통해 삶의 질 결정요인들을 추출하였으며, 삶의 질 결정요인을 개인적 요인과 건강관련 요인, 그리고 사회적·환경적 요인으로 구분하여 살펴보았다.

먼저, 개인적 요인을 살펴보면 다음과 같다. 개인적 요인에서는 성, 연령, 학력, 소득과 같은 특성이 중요하게 다루어진다. 삶의 질과 성의 관계를 살펴볼 때, 성이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 경험적 결과는 일치하지 않고 있다. 예를 들어, 문선화 외(2000)의 연구와 치퓨어·브램스턴·프리티(Chipuer, Bramston, and Pretty, 2003)의 연구에서 성은 삶의 질의 일부 하위영역에 통계적으로 의미 있는 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 류정호 외(2004)의 연구와 비스워스-디에너·디에너(2001)의 연구에서는 성이 삶의 질의 영역과 유의한 관계가 없는 것으로 조사되었다.

연령이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 경험적 결과도 일치하지 않는다. 카우더리·페서(2002)의 연구와 비스워스-디에너·디에너(2001)의 연구에서 연령은 삶의 질의 일부 영역과 의미있게 관련되는 것으로 나타났지만, 류정호 외(2004)의 연구와 원정숙(2001)의 연구에서는 그렇지 않은 것으로 조사되었다. 일반적으로 학력은 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 예를 들어, 류정호 외(2004)의 연구, 문선화 외(2000)의 연구, 원정숙(2001)의 연구에서 학력은 삶의 질에 의미 있는 영향을 미치는 것으로 나타났다.

근로활동과 삶의 질 간의 관계에 대한 연구결과는 일치하지 않고 있다. 카우더리·페서(2002)의 연구에서 고용상태는 삶의 질의 일부 하위 영역에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났지만, 원정숙(2001)의 연구에서는 현재 수입과 관련된 일을 하고 있는지 여부는 삶의 질에 유의미하게 영향을 미치지 않았다. 하지만, 일반적으로 사회계층이나 소득은 삶의 질에 긍정적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 문선화 외(2000)의 연구에서 사회계층은 아동의 삶의 질에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 지로야나콜 외(2003)의 연구에서도 부모의 소득은 아동의 삶의 질을 예측하는 가장 의미 있는 요인으로 밝혀졌다. 비스워스-디에너·디에너(2001)의 연구에서도 빈민가에 거주하는 사람은 부유한 비교집단에 비해서 삶의 질이 낮게 나타났다.

다음으로, 건강관련 요인을 들 수 있다. 건강관련 요인에서는 신체적 건강과 정신건강, 그리고 음주 문제가 중요하게 다루어진다. 일반적으로 건강은 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 예를 들면, 카우더리·페서(2002)의 연구에서 건강은 삶의 질의 일부 하위영역에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 류정호 외(2004)의 연구에서도 정신건강은 삶의 질 전체 및 각 하위영역과 유의미한 관계가 있는 것으로 조사되었다. 원정숙(2001)의 연구에서 역시 질병이 있는지의 여부는 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

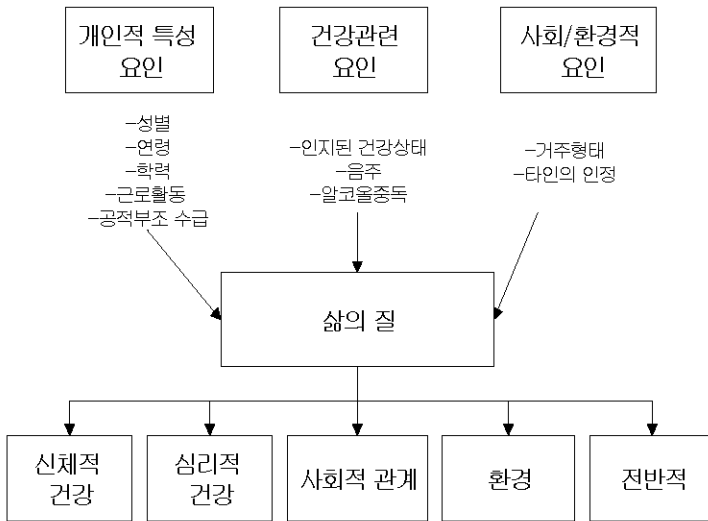
한편, 알코올사용이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 결과는 일치하지 않고 있다. 예를 들어, 토폴스키 외(Topolski 외, 2001)의 연구에 따르면, 알코올을 자주 사용하는 청소년은 전혀 사용하지 않거나

가끔 사용하는 청소년에 비해서 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 하지만 원정숙(2001)의 연구에서는 알코올사용 여부가 삶의 질에 유의한 영향을 끼치지 않는 것으로 나타났다.

끝으로, 삶의 질 결정으로 사회적·환경적 요인을 들 수 있다. 여기서는 거주형태와 타인으로부터의 인정과 같은 변수가 중요하게 다루어진다. 일반적으로, 거주형태는 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 예를 들면, 지로야나콜 외(2003)의 연구결과를 통해 볼 때 주택형태는 삶의 질에 중요한 영향을 미치며, 비스워스-디에너·디에너(2001)의 연구에서도 슬럼거주자는 거리노숙자에 비해 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 타인으로부터 인정을 받는 것은 역시 삶의 질에 영향을 미친다. 예를 들어, 카우더리·페서(2002)의 연구에서 차별을 받는 것은 삶의 질의 일부 하위 영역에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

4) 본 연구의 개념틀

본 연구에서는 노숙자의 특성 및 삶의 질에 관한 선행 연구의 결과에 근거하여, 노숙자의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요인을 개인적 특성 요인, 건강관련 요인, 사회적·환경적 요인으로 크게 구분한다. 그리고 본 연구에서는 세계보건기구 삶의 질 연구팀의 입장을 따른다. 그러므로 본 연구에서는 노숙자의 세 요인(개인적 특성 요인, 건강관련 요인, 사회적/환경적 요인)이 다섯 가지 삶의 질 영역(신체적 건강 영역, 심리적 건강 영역, 사회적 관계 영역, 환경적 영역, 전반적 영역)에 영향을 미친다고 가정한다. 본 연구의 개념틀을 도식으로 나타내면 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 노숙자 삶의 질과 관련된 개념틀

3. 연구방법

1) 연구대상 및 자료수집 전략

본 연구의 대상은 20세 이상 된 185명의 노숙자이다. 구체적으로, 대전지역에 거주하는 거리·쉼터 노숙자) 97명과 쪽방생활자 88명이며, 자료수집은 대전지역 노숙인쉼터와 쪽방상당소의 협조를 받아 이루어졌다. 효과적으로 자료를 수집하기 위해서, 대상에 따라 접근방법을 달리하였다. 먼저, 거리·쉼터노숙자의 경우에는 이들에게 서비스를 제공하여 신뢰관계가 형성된 노숙인쉼터의 사회복지사가 직접 면접을 실시함으로써 조사자료의 신뢰성을 높였다. 쉼터노숙자는 노숙인쉼터에서 생활하고 있는 사람들을 대상으로 조사를 진행하였고, 거리노숙자의 경우에는 대전지역 노숙자들이 주로 노숙하는 대전역 주변의 지하상가와 택시 승강장에서 조사를 진행하였다.

다음으로, 쪽방생활자는 조사내용과 면접방법에 대해 교육을 받은 면접원들에 의해 조사가 이루어졌다. 대전의 대표적 쪽방 밀집지역인 중동과 정동의 쪽방을 직접 방문하거나 쪽방 근처 골목 혹은 무료급식소를 이용하는 사람들 중에서 쪽방거주자임을 확인한 후 조사를 진행하였다. 조사기간은 2003년 9월 18일부터 27일까지 10일간이었다.

2) 조사도구

(1) 종속변수

본 연구에서는 노숙자의 삶의 질을 측정하기 위해 세계보건기구의 지침에 따라 민성길 등(2000)이 개발한 한국판 WHOQOL-BREF를 사용하였다. 이 척도는 100개 항목으로 구성된 표준형보다 빠르고 간편하게 영역별 점수를 계산할 수 있으며, 타당도와 신뢰도가 표준형만큼 높기 때문에 삶의 질에 대한 간편한 평가가 필요한 경우에 적절하다(민성길, 2002: 50). 이 척도는 총 26개 문항으로 구성되며, '신체적 건강', '심리적 건강', '사회적 관계', '환경' 및 '전반적 영역'의 다섯 하위차원으로 구분하여 살펴볼 수 있다.

구체적으로, '신체적 건강'은 신체적 통증, 치료에의 의존, 일상에 필요한 에너지, 거동능력, 수면상태, 일상의 활동성, 직무수행 능력을 측정하는 7개 문항으로 구성되며, '심리적 건강'은 인생을 즐기는 정도, 삶의 의미, 집중력, 신체상과 외모, 자신에 대한 만족, 부정적인 감정을 측정하는 6개 문항으로 이루어져있다. '사회적 관계'는 대인관계, 성생활, 친구의 사회적 지지를 측정하는 3개 문항으로 구성

1) 본 연구의 경우, 이태진(2002)이 정칙 대상으로서의 노숙자를 거리노숙자, 쉼터노숙자, 쪽방생활자로 구분하는 방식을 따른다. 다만 본 연구에서는 사례수의 제약으로 인해, 성격이 다른 세 집단으로 구분하여 분석하지 못하고, 거리노숙자와 쉼터노숙자를 하나의 범주로 묶어 분석하였다.

되며, '환경 영역'에서는 신체적 안전, 건강에 좋은 주거환경, 재정능력, 새로운 정보습득 기회, 여가활동 기회, 거주장소의 물리적 환경, 의료서비스, 교통수단에 대해 어느 정도 만족하는가를 측정하였다. 그리고 '전반적 영역'은 '당신의 삶의 질을 어떻게 평가하겠습니까?'와 '당신의 건강상태에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?'의 2 문항으로 측정하였다.

본 연구에서는 심리적 건강 영역에서 신뢰도를 낮추는 요인으로 작용하는 2 문항을 제외한 총 24 개 문항으로 응답자의 삶의 질을 측정하였다. 응답범주는 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 많이 그렇다(5점)'와 같은 형식으로 되어 있으며, 1점은 해당 문항에 동의하는 정도가 0%이고 5점은 100%를 의미한다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

본 연구에서 사용된 한국판 WHOQOL-BREF의 신뢰성 검증은 크론바하 알파 값을 이용하여 측정하였다. 일반적으로 내적 일관성 지수인 크론바하 알파 값은 경험적으로 확정된 연구인 경우 0.7이상, 탐색적 연구는 0.5이상이면 적절한 것으로 알려져 있다(서창적, 2001: 88). 신뢰성 검증 결과, 본 연구에서 사용한 한국판 WHOQOL-BREF 척도의 신뢰도 계수 크론바하 알파 값은 0.83이었으며, 각 영역별로는 0.72(심리적 건강)에서 0.60(환경)의 범위로 나타났다. 따라서 최소 알파 값이 탐색적 연구 기준인 0.5이상으로 나타나 측정도구의 신뢰성과 관련되어 문제가 되는 변수는 없는 것으로 파악되었다.

(2) 독립변수

본 연구에서는 노숙자의 삶의 질을 예측하기 위해 개인적 특성 변수군과 건강관련 변수군, 그리고 사회/환경적 변수군을 사용하였다. 먼저, 개인적 특성 변수군에서는 성별, 연령, 학력, 근로활동, 공공부조 수급여부를 조사하였다. 성별의 경우 남성은 1, 여성은 0으로 부호화하였으며, 연령은 만 나이를 조사하였다. 학력은 무학부터 전문대졸이상까지를 조사하였고, 근로활동에서는 현재 소득이 있는 일을 하고 있는 경우 1, 그렇지 않은 경우에는 0으로 부호화하였다. 공공부조 수급여부는 수급권자인 경우에는 1, 그렇지 않은 경우에는 0으로 부호화하였다.

건강관련 변수군의 경우에는 인지된 건강상태와 음주 및 알코올중독 여부를 조사하였다. 인지된 건강상태는 5단위 리커트형 척도를 사용하였으며, '1=아주 나쁘다'에서 '5=아주 좋다'까지의 범위를 갖는다. 음주는 술을 마시는 경우에는 1, 그렇지 않은 경우에는 0으로 부호화하였다. 알코올중독 여부를 판단하기 위해서는 응답자들에게 본인의 알코올중독 여부를 물어본 것이 아니라 국립서울정신병원에서 개발한 알코올중독자가진단 도구(National Alcoholism Screening Test)를 활용하였다. 알코올중독자들은 대개 자신의 건강에는 문제가 없다고 자신하거나 자신이 알코올중독이라는 것을 인정하기 어렵기 때문이다. NAST는 총 12문항으로 구성되어 있으며, 이 중 '술이 깨면 진땀, 손 떨림, 불안이나 좌절 혹은 불면을 경험한다.' 혹은 '술이 깨면서 공포나 몸이 심하게 떨리는 것을 경험하거나 헛것을 보거나 헛소리를 들은 적이 있다.'에 그렇다고 응답한 경우는 알코올중독으로 판정하였다.

사회/환경적 변수군에서는 거주형태와 타인의 인정을 고려하였다. 거주형태에 따라 쪽방생활자는 1, 거리·쉼터노숙자는 0으로 부호화하였다. 본 연구에서는 노숙자의 삶의 질을 예측하는 변수로 '인정'을 고려하였다. 노숙자는 우리 사회의 취약계층으로 사회적 편견이나 차별을 받기 가능성이 크기

때문에 다른 사람들이 그들에 대해 어떤 생각과 태도를 보이느냐에 민감하게 반응할 수 있기 때문이다. 인정은 ‘당신은 주위 사람들로 부터 얼마나 존중을 받는다고 생각하십니까?’라는 질문으로 측정하였다. 응답범주는 ‘1=전혀 아니다’부터 ‘5=매우 많이 그렇다’의 5단위 리커트형 척도로 구성되었다.

3) 자료분석

자료는 분석목적에 따라 기술통계와 추론통계를 함께 사용하였다. 기술통계를 활용해서는 노숙자의 특성에 따라 삶의 질 점수를 살펴봄으로써 이들의 삶의 질 현황을 파악하였다. 추론통계방법으로는 다중회귀분석을 실시하였으며, 이를 통해 노숙자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악하였다. 수집된 모든 자료는 수정작업을 거쳐 SPSS/WIN(11.5)을 이용하여 분석되었다.

4. 연구결과

1) 연구대상의 특성

본 연구의 대상은 대전지역 노숙자로 거리·쉼터노숙자와 쪽방생활자가 여기에 속한다. 이들은 빈곤, 무주거, 무의탁이라는 공통점을 갖지만, 주거상태를 좀더 세분하면 거리·쉼터노숙자와 쪽방생활자로 구분할 수 있다. 본 연구에서는 주거상태에 따라 노숙자들의 일반적 특성을 비교하였다(<표 1> 참조).

먼저, 연구대상 노숙자의 성별은 남성이 87.6%, 여성이 12.4%로 대부분이 남성이었다. 특히, 거리·쉼터노숙자의 경우 조사대상이 된 97명 전체가 남성이었다. 노숙의 특성상 노숙자의 성비를 정확하게 파악하기 힘들지만, 노숙자다시서기지원센터(2000)의 조사에 의하면 노숙자의 성비는 대략 남성이 96.8%, 여성이 3.2%로 남성이 절대다수를 차지하고 있음을 볼 수 있다. 본 연구에서도 이와 유사한 결과가 나타난 것으로 보인다.

연령은 최저 20세부터 최고 84세까지 분포되어 있으며, 83.7%가 40세 이상으로 조사되었다. 이에 따라 평균연령도 51.3세로 높게 나타났다. 주거상태별로는 거리·쉼터노숙자의 평균연령이 47.3세이고, 쪽방생활자가 55.67세로 쪽방생활자의 연령이 거리·쉼터노숙자보다 높게 나타났다.

노숙자들의 교육수준은 우리 사회의 평균적인 교육수준보다 낮게 나타났다. 2000년 국민의 평균교육년수는 10.6년(고등학교 1-2학년 정도)으로 초등학교 졸업이하가 23%, 중졸이 13.3%, 고졸이 39.4%, 대졸이상인 24.3%로, 63.7%가 고등학교 졸업이상으로 나타났다(통계청, 2002). 반면에 연구대상 노숙자들의 경우에는 무학이 20.5%, 초등학교졸업이 29.7%, 중졸이 22.2%, 고졸이 21.2%, 전문대졸이상인 6.5%로, 고등학교졸업이상인 27.6%에 불과하였다. 특히, 거리·쉼터노숙자에 비해 연령이 높은 쪽방생활자의 교육수준이 낮게 나타났다. 이러한 결과는 쪽방생활자의 43.2%가 60세이상 노인인

점과 관련이 있다. 즉, 현재의 노인세대에게는 전체적으로 교육기회가 부족했으며, 특히 여성에게는 교육기회가 더 제한적이었던 시기였기 때문이다.

<표 1> 연구대상의 일반적 특성(N=185)

	총계	거리·쉼터노숙자(N=97)	쪽방생활자(N=88)
성별			
남	162(87.6%)	97(100%)	65(73.9%)
여	23(12.4%)	-	23(26.1%)
연령			
20대	8(4.3%)	7(7.2%)	1(1.1%)
30대	22(11.9%)	14(14.4%)	8(9.1%)
40대	55(29.7%)	38(39.2%)	17(19.3%)
50대	53(28.6%)	29(29.9%)	24(27.3%)
60세 이상	47(25.4%)	9(9.3%)	38(43.2%)
학력			
무학	38(20.5%)	8(8.2%)	30(34.1%)
초등학교졸업	55(29.7%)	19(19.6%)	36(40.9%)
중학교졸업	41(22.2%)	26(26.8%)	15(17.0%)
고등학교졸업	39(21.1%)	34(35.1%)	5(5.7%)
전문대졸업이상	12(6.5%)	10(10.3%)	2(2.3%)
근로활동			
예	93(50.3%)	75(77.3%)	18(20.5%)
아니오	92(49.7%)	22(22.7%)	70(79.5%)
공공부조 수급			
예	64(34.6%)	22(22.7%)	42(47.7%)
아니오	121(65.4%)	75(77.3%)	46(52.3%)
인지된 건강상태			
아주 나쁨	43(23.2%)	9(9.3%)	34(38.6%)
나쁨	73(39.5%)	37(38.1%)	36(40.9%)
나쁘지도 좋지도 않음	38(20.5%)	28(28.9%)	10(11.4%)
좋음	25(13.5%)	19(19.6%)	6(6.8%)
아주 좋음	6(3.2%)	4(4.1%)	2(2.3%)
음주			
예	147(79.5%)	86(88.7%)	61(69.3%)
아니오	38(20.5%)	11(11.3%)	27(30.7%)
알코올중독			
해당	39(24.7%)	16(16.5%)	23(37.7%)
비해당	119(75.3%)	81(83.5%)	38(62.3%)
타인의 인정			
전혀 인정받지 못함	66(35.7%)	34(35.1%)	32(36.4%)
인정받지 못하는 편임	71(38.4%)	45(46.4%)	26(29.5%)
인정받음	28(15.1%)	13(13.4%)	15(17.0%)
많이 인정받음	13(7.0%)	3(3.1%)	10(11.4%)
매우 많이 인정받음	7(3.8%)	2(2.1%)	5(5.7%)

근로활동과 관련하여, 전체적으로 노숙자의 과반수 가량은 소득을 위한 근로활동을 하는 것으로 나타났다. 근로활동은 거주형태별로 큰 차이가 있는 것으로 조사되었다. 구체적으로, 거리·쉼터노숙자의 77.3%가 소득이 되는 근로활동을 하는 것으로 조사된 반면에 쪽방생활자는 20.5%만이 근로활동을 하는 것으로 나타났다. 또한 노숙자의 1/3가량이 국민기초생활보장법의 급여를 받는 공공부조대상인 것으로 밝혀졌으며, 거리·쉼터노숙자(22.7%)보다 쪽방생활자(47.7%)의 비율이 2배 이상 높게 나타났다.

한편, 연구대상 노숙자들은 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하는 경향이 높았다. 노숙자의 62.7%가 자신의 건강상태를 아주 나쁘거나 나쁜 상태라고 하였으며, 좋거나 아주 좋다고 한 경우는 16.7%에 불과했다. 거주형태별로는 거리·쉼터노숙자의 47.4%, 쪽방생활자의 79.5%가 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하였다.

알코올 문제 역시 심각한 것으로 나타났다. 연구대상 노숙자의 79.5%가 술을 마시는 것으로 조사되었으며, 쪽방생활자(69.3%)보다는 거리·쉼터노숙자(88.7%)의 음주비율이 높았다. 더욱이 연구대상 노숙자의 24.7%는 알코올중독으로 나타났다. 앞에서 살펴본 바와 같이, 우리나라에서 알코올 문제를 겪는 노숙자의 비율이 30-50%로 추산되는데, 본 연구에서도 이와 유사한 결과가 나타났다. 거주형태별로는 거리·쉼터노숙자(16.5%)보다 쪽방생활자(37.7%)의 알코올중독 비율이 높았다. 쪽방생활자가 거리·쉼터노숙자에 비해 술을 마시는 비율이 낮지만 알코올중독인 비율은 2배 이상 높음을 알 수 있다. 쪽방생활자의 연령이 거리·쉼터노숙자보다 높음을 볼 때, 쪽방생활자의 음주역사가 길어 알코올중독으로 갈 가능성이 높고, 또 노숙임쉼터에서 알코올을 통제하기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 보인다.

끝으로, 연구대상 노숙자의 74.1%는 타인으로부터 인정을 받지 못하는 것으로 조사되었으며, 쪽방생활자보다는 거리·쉼터노숙자들이 타인의 인정을 더 못 받는 것으로 응답하였다.

2) 삶의 질 현황

본 연구에서는 노숙자의 삶의 질 현황을 파악하기 위해 한국판 WHOQOL-BREF의 신뢰성 검증결과에서 신뢰도를 낮추는 요인으로 작용하는 2개 문항을 제외한 24개 항목을 5점 척도로 측정하였다. <표 2>에서 보는 바와 같이, 영역별 삶의 질 점수는 환경 영역이 2.30점으로 가장 낮았고, 다음으로는 전반적 영역(2.38점), 심리적 건강(2.45점), 사회적 관계(2.72점), 신체적 건강(2.84점)의 순으로 낮게 나타났다. 영역별 삶의 질 점수 모두 5점 만점의 2점대로 응답자들이 인지하는 삶의 질 수준이 열악한 편임을 알 수 있다.

연구대상 노숙자의 항목별 삶의 질 점수 평균은 최저 1.51점에서 최고 3.43점까지 분포하였다. 이 중에서 평균보다 낮게 나타난 삶의 질 항목은 총 11개이며, 구체적인 항목은 다음과 같다: 일상생활에 필요한 에너지가 충분한가를 묻는 항목과 인생을 즐기는 정도, 삶이 의미 있다고 느끼는 정도, 신체적 외모에 만족하는 정도, 성생활 만족도, 건강에 좋은 주거환경, 재정능력, 새로운 정보습득 기회, 여가참여 기회, 전반적 삶의 질 만족도, 전반적 건강만족도.

<표 2> 한국판 WHOQOL-BREF 하위영역 및 항목별 삶의 질 점수

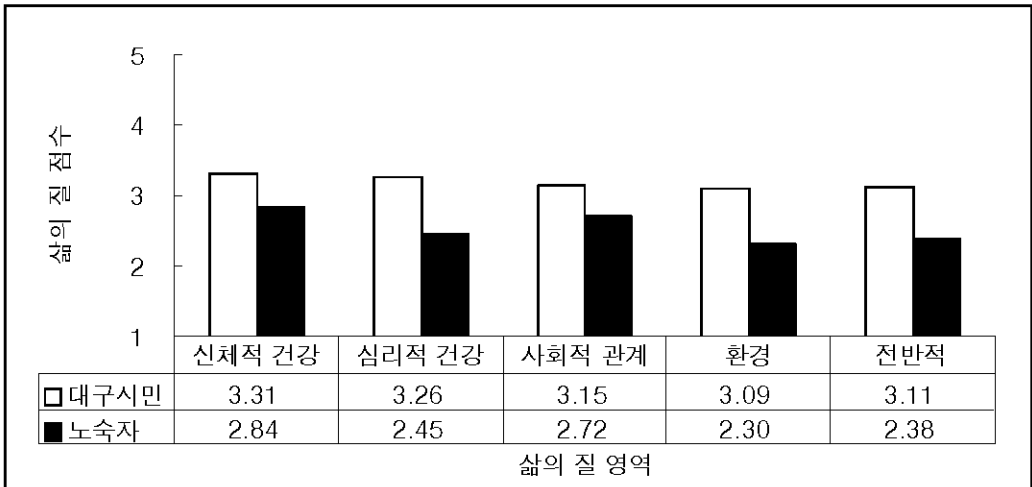
	총계		거리·쉼터노숙자		쪽방생활자	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	범위※	평균(표준편차)	범위	
신체적 건강	2.84(0.64)	2.71(0.62)	1.14-4.29	2.99±0.63	1.57-4.57	
신체적 통증	3.43(1.33)	3.35(1.23)	1-5	3.51(1.42)	1-5	
치료에의 의존	3.38(1.23)	3.14(1.20)	1-5	3.65(1.22)	1-5	
일상에 필요한 에너지	2.39(1.06)	2.48(0.93)	1-5	2.28(1.18)	1-5	
거동능력	2.74(1.22)	2.38(1.12)	1-5	3.14(1.21)	1-5	
수면	2.76(1.23)	2.43(0.95)	1-5	3.12(1.40)	1-5	
일상의 활동성	2.61(0.95)	2.45(0.87)	1-4	2.77(1.01)	1-5	
직무수행 능력	2.59(0.95)	2.70(0.83)	1-4	2.48(1.05)	1-5	
심리적 건강	2.45(0.78)	2.38(0.76)	1-4.25	2.53(0.80)	1-4.75	
인생을 즐기는 정도	2.26(1.10)	2.08(1.04)	1-5	2.45(1.13)	1-5	
삶의 의미	2.37(1.07)	2.36(1.07)	1-5	2.38(1.08)	1-5	
신체상과 외모	2.53(1.02)	2.42(0.91)	1-5	2.65(1.11)	1-5	
자신에 대한 만족	2.63(1.04)	2.64(0.99)	1-5	2.63(1.10)	1-5	
사회적 관계	2.72(0.80)	2.57(0.74)	1-5	2.88(0.84)	1-5	
대인관계	2.97(1.04)	2.68(0.91)	1-5	3.30(1.08)	1-5	
성생활	2.48(1.03)	2.37(1.02)	1-5	2.60(1.02)	1-5	
친구의 사회적 지지	2.69(1.09)	2.65(0.91)	1-5	2.74(1.26)	1-5	
환경	2.30(0.50)	2.28(0.51)	1-3.75	2.32(0.50)	1-3.63	
신체적 안전	2.65(1.04)	2.59(0.93)	1-5	2.72(1.15)	1-5	
건강에 좋은 주거환경	2.28(1.06)	2.20(0.90)	1-5	2.36(1.21)	1-5	
재정능력	1.51(0.92)	1.49(0.88)	1-5	1.52(0.96)	1-4	
새로운 정보습득 기회	1.91(0.94)	1.92(0.75)	1-4	1.90(1.11)	1-5	
여가참여 기회	1.88(1.05)	1.81(0.91)	1-5	1.95(1.18)	1-5	
거주장소의 물리적 환경	2.63(0.97)	2.59(0.90)	1-4	2.68(1.05)	1-5	
의료서비스	2.84(1.02)	2.85(0.86)	1-4	2.84(1.17)	1-4	
교통수단	2.68(0.86)	2.77(0.85)	1-5	2.58(0.87)	1-5	
전반적	2.38(0.83)	2.54(0.82)	1-4.50	2.20(0.82)	1-4.50	
전반적 삶의 질	2.39(0.91)	2.41(0.83)	1-4	2.38(1.00)	1-5	
전반적 건강만족	2.36(1.04)	2.66(1.02)	1-5	2.03(0.96)	1-5	

※ 삶의 질 점수의 범위는 1-5까지이며, 점수가 높을수록 삶의 질 높음을 의미함.

주거형태별로는 전반적 삶의 질을 제외한 전 영역에서 거리·쉼터노숙자에 비해 상대적으로 쪽방생활자의 삶의 질이 높게 조사되었다. 쪽방생활자가 거리·쉼터노숙자에 비해 교육수준이 낮고, 연령이 높으며, 근로활동을 하는 경우가 적고, 인지된 건강상태가 좋지 않지만 대부분의 영역에서 거리·쉼터노숙자보다 삶의 질 수준을 높게 인식하는 것으로 나타났다. 쪽방생활이 거리나 쉼터에서의 노숙보다 편안하고 안전하며, 또한 장기간의 쪽방생활에 어느 정도 적응하여 보다 젊은 연령층의 거리·쉼터노숙자에 비해 미래의 삶에 대한 기대가 낮고 현재의 생활에 대한 만족도가 높기 때문에 이러한

결과가 나타난 것으로 보인다.

한편, 연구대상 노숙자의 삶의 질 수준은 동일한 척도를 사용하여 대구시민의 삶의 질을 조사한 이 중렬(2000)의 연구와 비교할 때 더욱 명확해진다. <그림 2>에서 보는 바와 같이, 대구시민의 삶의 질은 다섯 영역 모두에서 ‘중간’수준인 3점대로 전 영역에서 노숙자의 삶의 질보다 높게 나타났으며, 심리적 건강의 영역에서 삶의 질 수준이 가장 차이를 보이는 것으로 조사되었다.



<그림 2> 대구시민과 노숙자의 영역별 삶의 질 비교

3) 삶의 질 예측요인 분석

본 연구에서는 삶의 질 하위차원 즉 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경 영역, 전반적 삶의 질을 종속변수로 5회의 회귀분석을 실시하였다(<표 3> 참조). 매 회귀분석 실시 전에 분석에 포함된 변수들간의 다공선성(multicollinearity) 여부를 파악하기 위해 VIF(variance inflation factor)값을 살펴보았다. 일반적으로, 분석에 포함된 모든 변수의 VIF 값이 5 이상이면 다공선성이 나타나는 것으로 볼 수 있는데, 본 연구에 사용된 각 회귀분석모델의 VIF 값은 1.145-1.815 사이의 값을 가져 다공선성의 위험은 적은 것으로 볼 수 있다.

먼저, 신체적 건강 영역의 삶의 질을 예측하기 위한 모델에서 선행변수들이 신체적 건강을 설명하는 정도(R^2)는 전체 분산의 16.2%로 나타났다. 이 모델에서는 공공부조 수급($\beta=-0.15, t=-1.82, p<0.10$)과 인지된 건강상태($\beta=0.19, t=2.09, p<0.05$), 거주형태($\beta=0.35, t=3.43, p<0.001$)가 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉, 응답자들은 공공부조 수급대상이 아니며, 자신의 건강상태를 좋게 인식할수록 신체적 건강을 좋게 인식하였으며, 거리노숙이나 노숙인쉼터 거주자보다는 쪽방생활자가 신체적 건강을 좋게 인식하는 것으로 조사되었다. 구체적으로, 공공부조 수급대상인 경우는 그렇지 않은 경우와 비교해 신체적 건강이 약 0.15점 낮아지는 것으로 분석되었다. 또한 인지된 건강상태가 ‘매우

불만족스럽다'에서 '불만족스럽다' 또는 '만족한다'에서 '매우 만족한다'로 1단위 증가하면 신체적 건강도 0.19 증가하고, 거주형태가 쪽방일 경우에는 거리·쉼터노숙자에 비해 신체적 건강이 0.35 높아지는 것으로 나타났다.

둘째, 심리적 건강 영역의 삶의 질을 예측하기 위한 모델에서 선행변수들이 심리적 건강을 설명하는 정도(R^2)는 전체 분산의 23.9%로 나타났다. 연령($\beta=-0.16$, $t=-1.87$, $p<0.10$), 공공부조 수급($\beta=-0.15$, $t=-1.89$, $p<0.10$), 인지된 건강상태($\beta=0.20$, $t=2.31$, $p<0.05$), 거주형태($\beta=0.29$, $t=2.97$, $p<0.01$), 타인의 인정($\beta=0.32$, $t=4.13$, $p<0.001$)이 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 즉, 연령이 적을수록 심리적 건강이 높고, 공공부조 수급대상이 아니며, 인지된 건강상태가 좋고, 거리노숙이나 노숙인쉼터에 거주하기보다는 쪽방에 거주하며, 타인의 인정을 받는다고 느낄수록 심리적 건강이 높은 것으로 나타났다. 구체적으로, 연령이 한 단위 증가하면 심리적 건강이 0.16 감소하고, 공공부조 수급대상인 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 0.15 낮아지는 것으로 분석되었다. 또한 노숙자들이 인지하는 건강상태가 '매우 불만족스럽다'에서 '불만족스럽다' 또는 '만족한다'에서 '매우 만족한다'로 1단위 증가하면 심리적 건강도 0.20 증가하고, 쪽방생활일 경우 노숙에 비해 심리적 건강이 0.29 높아지는 것으로 나타났다. 타인으로부터 존중받는다고 인지하는 정도가 '전혀 아니다'에서 '약간 그렇다' 또는 '많이 그렇다'에서 '매우 많이 그렇다'로 1단위 증가하면 심리적 건강도 0.32 증가하는 것으로 분석되었다.

셋째, 사회적 관계 영역의 삶의 질을 예측하기 위한 모델에서의 R^2 는 16.9%이며, 여기서는 음주($\beta=-0.17$, $t=-2.16$, $p<0.05$), 거주형태($\beta=0.25$, $t=2.51$, $p<0.05$), 타인이 인정($\beta=0.31$, $t=3.86$, $p<0.001$)이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉, 술을 마시지 않으며, 쪽방에서 생활하는 경우, 그리고 타인으로부터 인정받는다고 느낄수록 사회적 관계 영역의 삶의 질이 높음을 알 수 있다. 구체적으로, 술을 마시는 사람들의 경우 그렇지 않은 경우에 비해 사회적 관계가 0.17 낮아지는 것으로 분석되었다. 또한, 거주형태가 쪽방일 경우 노숙에 비해 심리적 건강이 0.25 높아지며, 타인으로부터 존중받는다고 인지하는 정도가 1단위 증가하면 심리적 건강도 0.31 증가하는 것으로 분석되었다.

넷째, 환경 영역의 삶의 질 예측 모델의 R^2 는 14.3%이며, 여기서는 인지된 건강상태($\beta=0.21$, $t=2.36$, $p<0.05$), 거주형태($\beta=0.26$, $t=2.55$, $p<0.05$), 타인의 인정($\beta=0.20$, $t=2.31$, $p<0.05$)이 통계적으로 유의미하게 밝혀졌다. 즉, 인지된 건강상태가 좋고, 쪽방에서 생활하는 경우, 그리고 타인으로부터 존중받는다고 느낄수록 환경 영역의 삶의 질이 높음을 알 수 있다. 구체적으로, 환경 영역의 삶의 질은 인지된 건강상태가 1단위 증가하면 0.21 증가하고, 쪽방에서 거주하는 경우에 노숙에 비해 0.26 높아지며, 타인으로부터 존중받는다고 인지하는 정도가 1단위 증가하면 0.20 증가하는 것으로 분석되었다.

끝으로, 전반적 삶의 질 예측모델에서 선행변수들이 이 모델을 설명하는 정도는 전체 분산의 39.4%로 나타났다. 이 모델에서는 연령($\beta=-0.16$, $t=-2.03$, $p<0.05$), 인지된 건강상태($\beta=0.46$, $t=6.17$, $p<0.001$), 음주($\beta=-0.16$, $t=-2.25$, $p<0.05$), 알코올중독($\beta=-0.16$, $t=-2.30$, $p<0.05$)이 통계적으로 유의미하게 밝혀졌다. 즉, 연령이 적을수록, 건강상태를 좋다고 인식할수록, 술을 마시지 않는 경우, 그리고 알코올중독이 아닌 경우에 전반적 삶의 질이 높게 나타났다. 구체적으로, 노숙자의 전반적

삶의 질은 연령이 한 단위 증가하면 0.16 감소하고, 인지된 건강상태가 1단위 증가하면 0.46 증가하는 것으로 나타났다. 또한 술을 마시는 경우에는 그렇지 않은 경우에 비해 0.16 낮아지고, 알코올중독인 경우에도 그렇지 않은 경우에 비해 전반적 삶의 질이 0.16 낮아지는 것으로 조사되었다.

<표 3> 노숙자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

	한국판 WHOQOL-BREF 삶의 질 영역									
	신체적 건강		심리적 건강		사회적 관계		환경		전반적	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
개인적 특성 요인										
성별	0.11	1.30	0.11	1.35	-0.04	-0.43	0.00	0.05	0.05	0.71
연령	-0.04	-0.40	-0.16	-1.87†	-0.14	-1.53	-0.07	-0.80	-0.16	-2.03*
학력	-0.09	-0.93	0.10	1.15	0.04	0.41	0.11	1.19	-0.02	-0.21
근로활동	0.04	0.37	-0.12	-1.33	-0.03	-0.30	-0.01	-0.05	0.11	1.54
공적부조 수급	-0.15	-1.82†	-0.15	-1.89†	-0.06	-0.76	0.04	0.45	0.11	1.54
건강관련 요인										
인지된 건강상태	0.19	2.09*	0.20	2.31*	-0.00	-0.03	0.21	2.36*	0.46	6.17***
음주	-0.08	-0.98	-0.14	-1.84	-0.17	-2.16*	-0.10	-1.24	-0.16	-2.25*
알코올중독	-0.12	-1.42	-0.07	-0.82	-0.04	-0.50	-0.12	-1.38	-0.16	-2.30*
사회/환경적 요인										
거주형태	0.35	3.43***	0.29	2.97**	0.25	2.51*	0.26	2.55*	0.07	0.82
타인의 인정	0.13	1.63	0.32	4.13***	0.31	3.86***	0.20	2.31*	0.11	1.55
R	.403		.488		.411		.378		.628	
R ²	.162		.239		.169		.143		.394	
F(P)	2.846(0.003)		4.605(0.000)		2.996(0.002)		2.449(0.010)		9.549(0.000)	

† p<0.10, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

5. 논의 및 결론

본 연구에서는 우리 사회의 대표적 빈곤층인 노숙자들이 자신의 삶의 질을 어떻게 평가하며, 또 이들의 삶의 질에 어떤 요인들이 영향을 미치는가를 살펴보았다.

주요 분석결과 및 이와 관련된 이슈들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 한국판 WHOQOL-BREF의 하위영역별 삶의 질 점수는 응답자의 주거형태가 거리·쉼터노숙인지 혹은 쪽방생활인지에 따라 다소 차이를 보였다. 하지만 삶의 질 점수가 삶의 질 하위차원 5개 영역 모두에서 거리·쉼터노숙자보다 높은 쪽방생활자 역시 5점 만점 척도의 2.20점에서 2.99점 사이

로 노숙자의 삶의 질이 낮다는 것이 실증적으로 확인되었다.

둘째, 삶의 질을 측정하기 위해서는 삶의 질 영역간의 공통성을 강조하여 응답자들의 삶의 질 전반에 대한 인식을 파악하거나(예를 들어, Baker 외, 1992; Bigelow 외, 1991; Diener 외, 1985), 반대로 삶의 질 영역간의 독특한 특성을 강조하여 삶의 질 영역별로 삶의 질 수준이나 예측요인을 파악할 수 있다(예를 들어, Lehman, 1988). 하지만 이 두 가지 방법 각기 장, 단점이 있다. 첫 번째 방법은 단일하고 광범위한 영역을 기준으로 응답자의 삶의 질 수준을 요약하는데 유리하고, 두 번째 방법은 중요한 삶의 질 영역에 대해 보다 풍부한 정보를 얻을 수 있다. 따라서, 본 연구에서는 노숙자의 삶의 질 예측요인을 파악할 때 삶의 질 하위영역별로 분석을 하였을 뿐만 아니라 전반적인 삶의 질을 종속변수로 하여서도 분석을 실시하였다. 분석결과, 전반적 삶의 질 예측요인과 다른 하위영역별 삶의 질 예측요인에 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 전반적 삶의 질 예측요인에서는 사회/환경적 요인인 거주형태와 타인의 인정 모두 통계적으로 유의한 관계가 나타나지 않았지만, 나머지 네 영역에서는 사회/환경적 요인이 유의한 변수로 조사되었다. 특히, 신체적 건강에는 공공부조 수급과 인지된 건강상태, 거주형태가, 심리적 건강에는 연령, 공공부조 수급, 인지된 건강상태, 거주형태, 타인의 인정이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 사회적 관계에는 음주여부와 거주형태, 타인의 인정이, 환경 영역에는 인지된 건강상태, 거주형태, 타인의 인정이 삶의 질 예측요인으로 밝혀졌다.

이상의 결과로 볼 때, 삶의 질 측정을 위해서는 두 가지 방법 모두를 활용하는 것이 삶의 질에 잠재적으로 중요한 영향을 미칠 수 있는 요인들을 파악하는데 도움이 됨을 알 수 있다. 특히, 삶의 질 하위영역별로 삶의 질 수준 및 예측요인을 측정하는 것은 삶의 질 영역별로 더 취약한 부분을 찾아내어 정책이나 실천현장에서 필요한 대책을 세우는데 유용할 것이다.

셋째, 본 연구에서는 개인적 특성과 건강관련 요인, 그리고 사회/환경적 요인이 노숙자의 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 가정하고 이들 요인에 속하는 변수들의 영향력을 분석하였다. 분석결과, 개인적 특성 요인에 속하는 변수들 중에서 연령과 공공부조 수급을 제외한 변수들은 노숙자의 삶의 질에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 연령과 공공부조 수급도 삶의 질에 영향을 미치는 다른 변수들에 비해 영향력이 낮은 것으로 조사되었다. 이러한 결과는 삶의 만족도와 개인적 특성변수 간 관계의 강도를 측정한 연구들에서도 비슷하게 나타났다. 디에너(Diener, 1984)가 분석한 바와 같이, 일반인을 대상으로 한 많은 연구들에서 삶의 만족도와 소득, 학력과 같은 개인적 특성 요인들은 별로 크지 않은(modest)한 관계를 가질 뿐이며, 연령이나 성별과는 명확한 관계를 찾기 어렵다.

건강관련 요인은 하위영역별 삶의 질과 전반적 삶의 질 모두에 의미 있는 것으로 나타났으며, 전반적 삶의 질에는 이들 세 변수(인지된 건강상태, 음주, 알코올중독) 모두 유의미한 것으로 조사되었다. 앞에서 살펴본 바와 같이, 노숙상태에 있는 것과 건강이 좋지 않은 것 사이의 관계는 양방향적이지만, 노숙자들의 경우에 비위생적인 생활환경이나 알코올문제 등으로 질병에 걸릴 확률이 높고 노숙생활이 지속될수록 건강상태가 나빠지게 된다. 인지된 건강상태와 실제 건강상태간의 상관관계가 높음을 볼 때, 노숙자들에게 있어서 건강문제가 심각하고 중요하기 때문에 주요한 삶의 질 예측요인으로 여겨진다.

거주형태와 타인의 인정으로 측정한 사회/환경적 요인은 전반적 삶의 질에서는 중요한 삶의 질 예

측요인으로 나타나지 않았지만, 다른 하위영역별 삶의 질에서는 대부분 중요한 변수로 분석되었다. 먼저, 거주형태와 관련하여, 전반적 영역을 제외한 나머지 영역에서 쪽방생활자의 삶의 질이 거리·쉼터 노숙자보다 높게 나타났다. 삶의 질 현황을 살펴본 기술분석결과에서도 거리·쉼터노숙자보다 쪽방생활자가 자신의 삶의 질 수준을 높게 인식하는 것으로 나타났는데, 회귀분석결과에서도 이러한 경향이 확인되었다.

타인의 인정 역시 하위영역별 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 변수로 밝혀졌다. ‘수정된’ 낙인이론에 따르면(Link, 1987; Link 외, 1989), 사람들이 정신장애인이거나 노숙자 등과 같은 취약층을 무능력하거나 위험한 존재로 보는 편견이 취약층을 그러한 존재로 만든다고 본다. 즉, 사람들의 편견 때문에 편견의 대상이 되는 취약층은 자신을 덜 가치 있는 존재, 차별 받는 존재로 느끼게 되며, 이러한 믿음은 잘못된 자기암시가 되어 자존감이 낮아지게 된다. 더욱이 이러한 거부나 편견을 피하기 위해 취약층은 대인관계를 피하고 사회적 관계에서 위축되는데, 이는 근로활동중단이나 소득의 상실로 연결되기도 한다(Markowitz, 1998: 336). 따라서, 사람들의 편견이 아니라 인정을 받는다고 인식할수록 심리적 건강과 사회적 관계, 그리고 환경 영역의 삶의 질이 높게 나타나는 것으로 여겨진다.

다음에서는 이러한 논의의 결과를 바탕으로 노숙자의 삶의 질 향상방안에 대해 살펴보고자 한다. 먼저, 전반적으로 노숙자의 삶의 질 자체가 낮기 때문에 삶의 질 전반에 직접적이고도 긍정적인 효과를 미칠 수 있는 대책을 강구해야 한다. 이를 위해서는 다음과 같은 주거최우선정책이 필요하다(노병일·윤경아, 2004: 227-228). 노숙자들이 열악하고 불안정한 주거상황에서 벗어나기 위해서는 노숙이 발생하기 전에 이루어지는 예방활동, 장·단기주거대책, 지역사회의 지원, 그리고 고용대책까지 모든 것이 동시다발적으로 이루어져야 한다. 인간의 가장 일차적인 욕구인 안정된 주거에 대한 욕구가 충족되지 않고서는 상위욕구 충족이 어렵기 때문이다. 이를 위해 단기적으로는 쪽방 건물을 매입하거나 임대하여 노숙자들을 위한 임시주거시설로 활용하는 방안을 검토할 필요가 있다. 정부영역에서 건물 매입과 운영비를 제공하고, 민간영역에서 위탁운영하는 방식을 취할 수 있을 것이다(하성규 외, 2000: 130). 이외에도 주거비를 쿠폰으로 제공하는 방안도 있다. 쪽방에 거주하는 사람들이 일세나 월세를 내지 못해 거리노숙자로 전락하는 일을 막고, 또 거리노숙자들도 최소한 ‘한데 잠’은 자지 않도록 쪽방과 같은 숙박시설을 이용할 수 있는 쿠폰을 제공하는 것이다.

다음으로, 삶의 질 하위영역별로도 더 영향력 있게 밝혀진 요인들에 접근할 필요가 있다. 특히, 노숙자의 삶의 질 향상을 위해서는 노숙자에 대한 사회적 편견 해소 대책이 강구되어야 할 것이다. 지금까지 삶의 질 연구에서 덜 주목받아 온 ‘인정’에도 관심을 기울여야 할 것이다. 교육현장에서도 주거빈곤층에 대해 편견을 갖거나 차별을 하지 않도록 하는 교육을 실시해야 한다. 취약계층에 대한 편견이나 차별을 금지하고 이들의 인권을 존중할 수 있는 프로그램을 지속적으로 개발해야 할 것이다. 또한 개발된 프로그램을 워크숍 등을 통해 실천현장에 보급하는 것도 중요할 것이다.

끝으로, 본 연구에서는 알코올중독 여부가 전반적 영역에서만 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만 대부분의 노숙자가 음주를 하고 있고, 또 응답자의 1/4가량이 알코올중독임을 감안하면, 노숙자의 알코올중독 문제에 효과적으로 대처하는 것도 필요하다. 알코올중독 치료를 위해서는 현재 개설되어 있는 알코올전문쉼터의 기능을 강화하거나, 쪽방상담소 및 노숙자쉼터의 기능에

알코올중독 치료기능을 활성화할 필요가 있다. 하지만 쪽방상담소나 노숙자쉼터의 경우 알코올중독을 치료할 수 있는 전문인력이 배치되어 있지 않고 또 빠른 시일 내에 전문인력이 배치될 가능성도 적다. 따라서 기존의 알코올전문상담센터나 정신보건센터와 연계하는 것이 현실적인 대안으로 여겨진다(노병일·윤경아, 2004: 228).

본 연구는 취약계층의 삶의 질에 대한 연구가 미흡한 상황에서 노숙자의 삶의 질을 향상시키기 위한 기초 작업으로 노숙자의 삶의 질 현황을 파악하고, 삶의 질 하위차원별로 이에 주요한 영향을 미치는 요인들을 실증적으로 검증했다는 데 의의가 있다. 하지만 다음과 같은 한계를 가지며 이러한 한계를 보완하기 위한 후속 연구들이 진행되어야 할 것이다. 첫째, 본 연구의 경우, 조사대상이 대전광역시에서 거주하는 노숙자로 한정되어 있다. 따라서 향후 연구에서는 서울을 비롯한 다른 도시의 노숙자를 대상으로도 삶의 질을 조사할 필요가 있다. 도시마다 일자리 구조나 인력시장에 차이가 있어 노숙자의 삶의 질이 도시에 따른 차이가 나타날 수 있기 때문이다. 향후 연구에서는 노숙자들이 이용하는 사회복지서비스가 노숙자의 삶의 질에 미치는 영향을 분석하여 노숙자에게 적합한 모델프로그램을 개발해야 할 것이다. 또한 일반적으로도 낮은 자기효능감과 심리적 안녕상태 간에는 연관관계가 있지만, 사회경제적 지위가 낮은 취약계층이나 무기력한 집단에서는 더욱 그렇기 때문에(Kohn, 1972; Rosenfield, 1989) 자기효능감 같은 변수의 매개효과를 파악할 필요가 있다.

참고문헌

- 권구영·김선영·서미경. 1999. “노숙자의 정신건강문제에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』 8: 25-47.
- 김용택·윤창영·장창호. 2003. “노인의 주관적 삶의 질의 구성요인과 측정도구 분석에 대한 연구: 시설 노인을 중심으로”. 『노인복지연구』 22: 313-331.
- 김인옥. 2000. “쪽방 사람들의 생활”. 『도시와 빈곤』 45: 93-99.
- 김수현·원승욱·김소임. 2002a. 『서울시 중장기 노숙자 정책 연구』. 서울: 서울시정개발연구원.
- 김수현·원승욱·김소임. 2002b. 『쪽방사람들』. 서울시정개발연구원.
- 김현미. 2001. “해결중심 집단상담 프로그램이 노숙자의 자기효능, 자아존중감, 우울과 희망에 미치는 효과”. 『정신간호학회지』 10(4): 629-644.
- 노병일·윤경아. 2004. 『주거빈곤층의 삶과 터전』. 서울: 도서출판 다운샘.
- 남기철·황운성. 2002. “노숙인의 쉼터 생활 유형과 특성 분류”. 『사회복지연구』 19: 103-134.
- 류정호·김광호·김광중·김세주. 2004. “건선 환자의 삶의 질”. 『대한피부과학회지』 42(3): 264-271.
- 문선화·류기형·김경호·이경남·홍봉선. 2000. “아동의 삶의 질: 과거, 현재, 미래”. 『한국아동복지학』 9: 9-49.
- 민성길. 2002. “삶의 질이란?” 『대한소화학회 춘계학술대회 자료집』 45-54.
- 민성길·김광일·박일호. 2002. 『한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 지침서(Korean version of WHOQOL)』. 서울: 하나의학사.
- 서동우. 2002. “노숙자 의료지원 정책방안”. 『보건복지포럼』 11: 51-64.
- 서창석. 2001. “고객과 관리자의 인식도 조사를 통한 서비스 품질향상에 관한 연구”. 『서강경영논총』 12(1): 79-97.

- 어인천·어윤배·이성기·김용하·김미곤·전한식·이상운·석재은. 1995. 『저소득층 실태변화와 정책 과제』. 서울: 한국보건사회연구원.
- 원정숙. 2001. “취터노숙자와 무거주노숙자의 가족지지, 자존감 및 삶의 만족도에 관한 연구”. 『정신간호학회지』 10(1): 12-30.
- 유채영·신원우. 2000. “알코올의존 노숙자와 일반 노숙자의 사회심리적 특성 및 서비스 욕구에 관한 비교 연구”. 『정신보건과 사회사업』 10: 113-142.
- 윤명숙. 1999. “노숙자들의 응급문제와 대처방안에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』 7: 101-122.
- 이종렬. 1999. “WHOQOL-BREF을 이용한 대구광역시민의 삶의 질에 관한 조사”. 대구대학교 석사학위 논문(미간행).
- 이태진. 2002. “노숙자 지원정책의 구조와 방향”. 『보건복지포럼』 11: 6-18.
- 조영훈. 1996. “홈리스(Homeless), ‘집’도 없고 ‘가정’도 없다”. 신동아 편. 『미국: 초강국의 빛과 그늘』. 서울: 동아일보사. pp. 340-343.
- 최지훈·이준호. 1999. “서울도심 주변 쪽방지역 연구: 쪽방지역의 토지이용·건축물관리 현황을 중심으로”. 『도시연구』 5: 20-36.
- 하성규·서종균·김인옥·정원오·김수현. 2000. 『쪽방지역 실태조사 및 효율적인 정책개발』. 서울: 한국도시연구소.
- 황선영. 2004. “노숙자정책의 전개과정과 제도개선 방향”. 『사회복지정책』 18: 179-198.
- Alcock, Pete. 1997. *Understanding Poverty (2nd ed)*. Hampshire, UK: MacMillan.
- Amster, Randall. 2003. "Patterns of Exclusion: Sanitizing Space, Criminalization Homelessness." *Social Justice* 30(1): 195-221.
- Anonymous. 1997. "The Growth of the World's Urban Poor." *Challenge* 40(1): 69-71.
- Barker, Robert L. ed. 1995. *Social Work Dictionary (3rd ed)*. Washington D.C.: NASW Press.
- Bassuk, Ellen L., John C. Buckner, Linda F. Weinreb, Angela Browne, Shari S. Bassuk, Ree Darson, and Jeniffer N. Perloff. 1997. "Homelessness in Female-Headed Families: Childhood and Adult Risk and Protective Factors." *American Journal of Public Health* 87(2): 241-248.
- Bigelow, Douglas A., Bentson H. McFarland, and Madeline M. Olson. 1991. "Quality of Life Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure." *Community Mental Health Journal* 27: 43-55.
- Biswas-Diener, Robert, and Ed Diener. 2001. "Making the Best of a Bad Situation: Satisfaction in the Slums of Calcutta." *Social Indicators Research* 55(3): 329-352.
- Boardman, Martha. 1998. *In the USA*. London, UK: Chancereel International Publishers.
- Chipuer, Heather M., Paul Bramston, and Grace Pretty. 2003. "Determinants of Subjective Quality of Life Among Rural Adolescents: A Developmental Perspective." *Social Indicators Research* 61(1): 79-95.
- Cousins, C. 1999. *Society, Work and Welfare in Europe*. London: MacMillan.
- Cowal, Kirsten, Marybeth Shinn, Beth C. Weitzman, Daniels Stojanovic, and Larissa Labay. 2002. "Mother-Child Separations Among Homeless and Housed Families Receiving Public Assistance in New York City." *American Journal of Community Psychology* 30(5): 711-730.
- Cowdery, J. E., and J. A. Pesa. 2002. "Assessing Quality of Life in Women Living with

- HIV Infection." *AIDS Care* 14(2): 235-245.
- Daly, Gerald. 1996. *Homeless: Policies, Strategies, and Lives on the Street*. London: Routledge.
- Deparle, Jason. 1994. "Build Single Room Occupancy Hotels." *The Washington Monthly* March: 52-53.
- Diener, Ed. 1984. "Subjective Well-being." *Psychological Bulletin* 95: 542-575.
- Economist. 2000. "Poverty in America." May 20: 27-29.
- Eitzen, D. S., and M. B. Zinn. 2000. *Social Problems (8th ed)*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Felce, David, and Jonathan Perry. 1996. "Assessment of Quality of Life." pp. 63-72. in *Quality of Life: Conceptualization and Measurement*, edited by R. L. Schalock and G. N. Siperstein. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Gitmez, A., and G. Morcol. 1994. "Socio-Economic Status and Life Satisfaction in Turkey." *Social Indicators Research* 31: 77-98.
- Ginzler, Joshua Aaron, and Ana Mari Cauce. 2000. "Homelessness." pp. 142-145. in *Encyclopedia of Psychology (Vol 4)*, edited by A. E. Kazdin, New York: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Hankiss, E. 1980. "Structural Variables in Cross-Cultural Research on the Quality of Life." pp. 41-56. in *The Quality of Life: Comparative Studies*, edited by A. Szalai and F. M. Andrews. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hattie, John A., Jane E. Myers, and Thomas J. Sweeney. 2004. "A Factor Structure of Wellness: Theory, Assessment, Analysis, and Practice." *Journal of Counselling and Development* 82(3): 354-364.
- Hwang, Stephen W. 2002. "Is Homelessness Hazardous to Your Health?: Obstacles to the Demonstration of a Casual Relationship." *Canadian Journal of Public Health* 93(6): 407-410.
- Jirojanakul, Pragai, Suzanne M. Skevington, and John Hudson. 2003. "Predicting Young Children's Quality of Life." *Social Science and Medicine* 57(7): 1277-1288.
- Johnson, Alice K. 1995. "Homelessness." pp. 1338-1346. in *Encyclopedia of Social Work (19th ed)*, edited by R. L. Edwards et al. Washington D.C.: NASW Press.
- Karger, Howard Jacob, James Midgley, and C. Brené Brown. 2003. "Are Governmental Policies Solving the Problem of Homelessness?: Editor's Note." pp. 57-58. in *Controversial Issues in Social Policy (2nd ed)*, edited by H. J. Karger, J. Midgley, and C. B. Brown. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kohn, Melvin. 1972. "Class, Family, and Schizophrenia." *Social Forces* 50: 295-302.
- Lafuente, Corazon R. 2003. "Powerlessness and Social Disaffiliation in Homeless Men." *The Journal of Multicultural Nursing and Health* 9(1): 46-54.
- Lehman, Anthony F. 1988. "A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill." *Evaluation and Program Planning* 11: 51-62.
- Link, Bruce G. 1987. "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Empirical Assessment of the Effects of Expectations of Rejection." *American Sociological Review* 52: 96-112.

- Link, Bruce G., Francis T. Cullen, Elmer Struening, Patrick E. Shrout, and Bruce P. Dohrenwend. 1989. "A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment." *American Sociological Review* 54: 400-423.
- Markowitz, F. 1998. "The Effects of Stigma on the Psychological Well-being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness." *Journal of Health and Social Behavior* 39(4): 335-347.
- Mingione, E. 1996. "Urban Poverty in the Advanced Industrial World: Concepts, Analysis and Debates." pp. 3-40. in *Urban Poverty and the Underclass*, edited by E. Mingione. Oxford, UK: Blackwell.
- NCH(National Coalition for the Homeless). 2003. "People Need Livable Incomes." www.nationalhomeless.org/facts/income.pdf.
- Nordenfelt, Lennart. 1993. *Quality of Life, Health and Happiness*. Hants, UK: Avebury.
- Peterman, Amy, H. and David Cella. 2000. "Quality of Life." pp. 491-495. in *Encyclopedia of Psychology*, edited by A. E. Kazdin. Washington D.C. and New York: American Psychological Association and Oxford Univ. Press.
- Pierson, John. 2002. *Tacking Social Exclusion*. London: Routledge.
- Rosenfield, Sarah. 1989. "The Effects of Women's Employment: Personal Control and Sex Differences in Mental Health." *Journal of Health and Social Behavior* 30: 77-91.
- Shepard, Melanie. 1997. "Site-Based Services for Residents of Single-Room Occupancy Hotels." *Social Work* 42(6): 585-592.
- Stretch, John J. 2003. "Are Governmental Policies Solving the Problem of Homelessness?: NO." pp. 61-64. in *Controversial Issues in Social Policy (2nd ed)*, edited by H. J. Karger, J. Midgley, and C. B. Brown. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Szalai, A. 1980. "The Meaning of the Comparative Research on the Quality of Life." pp. 7-21. in *The Quality of Life: Comparative Studies*, edited by A. Szalai and F. M. Andrews. Beverly Hills, CA: Sage.
- Topolski, Tari D., Donald L. Patrick, Todd C. Edwards, Colleen E. Huebner, Frederick A. Connell, and K. Kiomi Mount. 2001. "Quality of Life and Health-Risk Behaviors among Adolescents." *Journal of Adolescent Health* 29(6): 426-435.
- Turnbull, Jeff, and Tiina Podymow. 2002. "The Health Consequences of Poverty in Canada." *Canadian Journal of Public Health* 93(1): 405-405.
- Washington, Thomas Alex. 2002. "The Homeless Need More Than Just a Pillow, They Need a Pillar: An Evaluation of a Transitional Housing Program." *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 83(2): 183-188.
- WHO. n.d. "WHOQOL: Measuring Quality of Life." www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm.

Factors Contributing to the Quality of Life of the Urban Homeless

Yoon, Kyeong-A

(Daejeon University)

Rho, Byeong-II

(Daejeon University)

Homeless people have remained one of the most disadvantaged groups in Korea. Therefore this study aims at examining how the homeless evaluate their quality of life and which factors influence their quality of life. The subjects of this study were 185 homeless adults residing on the street, in the shelter, and in substandard housing in Daejeon Metropolitan City. With a view to collecting the data effectively, different approaches have been taken for each type of homelessness in this study.

By using the Korean Version of WHOQOL-BREF (brief version of WHO quality of life measure), this study has examined the current circumstance of the homeless and identified the predictors of their quality of life. The results of this study reconfirm low quality of life of homeless people. Also the results of this study indicate that the important factors influencing their quality of life are age, receipt of public assistance, perceived health status, alcohol use, alcohol addiction, housing type, and recognition by others. Predictors of each domain of quality of life differ to some extent. Statistically significant predictors of physical health are receipt of public assistance, perceived health status, and housing type. Psychological health is significantly influenced by age, receipt of public assistance, perceived health status, housing type, and recognition by others. Significant predictors of social relations are alcohol use, housing type, and recognition by others. Environment is significantly influenced by perceived health status, housing type, and recognition by others. On the basis of the findings of this empirical analysis, some measures conducive to the improvement of quality of life of homeless people are suggested.

Only a few studies have been conducted to delve into the quality of life of the displaced group in Korea. In such a context, the significance of this study lies in identifying the circumstances of the homeless as a basic work for upgrading their quality of life on the one hand, and in empirically testing the major predictors of each domain of their quality of life on the other.

Key words: Homeless, Quality of life, WHO quality of life measure

[접수일 2004. 12. 10. 게재확정일 2005. 1. 21.]