



삶의 질과 학습유형의 관계: 건강한 노인을 대상으로

이 명 옥¹⁾

서 론

연구의 필요성

문제해결 및 의사결정 방식은 개인마다 차이가 있으며 이러한 행동 차이의 원인은 다양하지만 장기간의 일상생활 경험을 통한 학습과정에 의해 형성되는 학습유형의 차이에 의해 크게 영향을 받는다(Kolb, 1984; Plovinski, 1975). 학습유형은 인간이 무엇을 배우거나, 직업을 선정하거나 문제 해결을 위한 접근 및 대인관계에서 의사결정 방식 등 개개인의 전반적인 행동을 결정짓는 근거가 된다(Kolb, 1984, 1994). 이처럼 학습유형은 일상생활의 경험을 지식, 기능, 태도 등의 행동으로 변환시키는 경험적 학습과정을 유형화한 것으로, Kolb (1994)는 학습유형을 크게 확산형(Diverger), 융합형(Assimilator), 집중형(Converger) 및 적응형(Accomodator)의 네 가지로 분류하였다. Kolb에 의하면, 사람은 누구에게나 네 가지의 학습유형을 지니고 있으나 가장 우수한 수준으로 개발된 학습유형에 의해 개인의 행동방식을 달리한다고 하였다. 즉, 네 가지 학습유형이 모두 우수한 수준으로 골고루 발달된 사람은 그렇지 않은 사람에 비하여 다양한 문제들을 보다 효과적으로 대처 및 해결할 수 있지만, 네 가지 학습유형 모두가 매우 낮은 수준에 머물러 있거나 한 가지만 개발된 사람은 문제해결 방식이 매우 제한적이다. 이리하여 전자는 삶의 과정이 수월하고 자긍심이 높으며 보다 발전적이고 생산성이 높지만, 후자는 갈등, 스트레스, 좌절감 등이 반복되는 부정적인 삶의 과정을 경험하게 된다(Kolb, 1994; Linares, 1999; Svnicki & Dixon, 1987).

삶의 과정에서 다양하고 복잡한 변화와 문제를 효과적으로 대응 및 해결하며 살아온 사람은 다양한 학습유형을 개발시켜온 사람으로 설명된다(Kolb, 1984). 개인의 행동 및 의사결정의 근거가 학습유형이며, 학습유형은 예전 삶의 경험에서 터득한 학습유형을 반영하므로(Greenberg & Baron, 1993; Kolb, 1984; 1994), 이러한 사람은 노년기가 되어 심각한 변화에 직면하게 될 때에 어느 정도 효과적인 대응이 가능할 것으로 기대된다.

현재 대다수 나라들이 공통적으로 경험하는 주요 사회변화 및 문제는 노년기간이 인생주기 중 가장 긴 기간이 되며 노인인구의 급증으로 인한 노인복지 사회 구현의 어려움이다. 더구나 노년기는 신체 구조 및 기능의 변화, 만성질환의 발현, 사회 활동의 제한과 수입 감소, 동료나 자신 및 배우자의 죽음에 직면하게 되는 등 예전 삶의 경험과는 매우 상이하고 다양하며 심각한 변화에 직면하게 되는데, 대다수 노인들이 노년기 변화에 대한 지식이나 대처능력의 부족으로 효과적인 대응 및 해결하지 못하는 노인이 상당히 많다. 노인의 삶의 질은 얼마나 오래 동안 수명을 연장하는가가 중요한 기준이 되기보다는 자신의 문제를 얼마나 독립적 및 효과적으로 해결하며 자유롭고 안락하게 살아가는 가에 달려 있다.

노인의 삶의 질에 영향을 주는 주요인으로는 건강수준, 학력수준, 경제수준, 지지체계, 용돈수준, 자긍심 및 의료기관과의 연계성 등 다양하게 제시하고 있으나(김애경, 김정아, 2005; 전정호, 이해정, 김명희, 신재신, 2003; Campbell, 1976; Ferrans & Power, 1994; Osawa et al, 1994; Song, 2003; Zhan, 1992), 간호사의 중재로 변화시키기가 어려운 심리적 추상적인 개념이거나 인구-사회학적 요인들이 대부분이다. 삶의 질

주요어 : 노인, 삶의 질, 학습

1) 한림대학교 간호학부 교수(교신전자 E-mail: molee@hallym.ac.kr)

이 문제해결 방식과 관련되며 문제 해결 및 의사결정 행동방식은 학습유형과 연관성이 있지만 학습유형과 삶의 질간의 관계를 분석한 연구는 국내·외에 매우 희소한 실정이다.

본 연구에서는 노년기 삶의 질 수준을 향상시키는데 필요한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 일상생활을 독립적으로 살아가는 비교적 건강한 노인을 대상으로 학습유형과 삶의 질 수준의 관계를 파악하고자 하였다.

연구의 목적

본 연구는 건강한 노인을 대상으로 이들의 삶의 질 수준과 학습유형을 규명하며 이들의 관계를 분석하고자 한다.

- 노인의 일반적 특성과 삶의 질 수준을 규명한다.
- 노인의 삶의 질 수준별 분포를 파악한다.
- 노인의 학습유형별 삶의 질 간의 관계를 규명한다.

용어의 정의

● 삶의 질

- 이론적 정의 : 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 및 영적인 안녕상태에 대한 주관적인 인식이다(Ferrans & Powers, 1994; Roy, 1999).
- 조작적 정의 : 본 연구에서는 Lawton의 Perceived Happiness Index(1975), CMCHS(신호철, 1998), 노인 삶의 질 측정 도구(최수정, 2002; Osawa et al., 1994)를 참고로 연구자가 작성한 17문항의 삶의 질 도구를 사용하였다. 점수가 높을수록 삶의 질 점수가 높으며 0-17점 범위였다.

● 학습유형

- 이론적 정의 : 인생과정에서의 경험을 지식, 기능, 태도 등 행동으로 변환시키는 과정을 유형화한 것이다(Green & Baron, 1993; Kolb, 1984 & 1994).
- 조작적 정의 : 본 연구에서는 Kolb가 1994년에 수정 개발한 학습유형 도구 II-a 지침서에서 제시한 12개 문항의 4점 Likert 척도를 한글로 번역하여 사용했던 도구(이명옥, 2000)를 적용하였다. 지침서에 따른 다단계 계산방법에 의해 대상자의 학습유형을 융합형, 적응형, 집중형, 확산형으로 분류하였다.

● 건강한 노인

- 이론적 정의 : 건강이란 인간이 환경과 통합성을 이룬 상태 또는 과정이다 (Roy & Andrews, 1999).
- 조작적 정의 : 본 연구에서는 자신의 결정에 의하여 1주일에 2-3회 요가 학습에 참여하며, 독립적으로 걷거나 운전

할 수 있으며, 일상생활을 독자적으로 관리할 수 있으며 전염병이나 심각한 만성질환을 지니지 않은 65세 이상 남녀를 의미한다.

연구의 제한점

본 연구에서는 노인을 일부 지역의 건강한 노인으로 제한하였으므로 본 연구의 결과를 전체 노인에게 적용하기에는 무리가 있다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 삶의 질 수준이 학습유형에 의해 영향을 받는지를 규명하기 위해 설문지를 활용한 서술적 조사연구이다.

연구대상자

연구대상자는 서울에 위치한 노인복지시설 중 연구자의 편의에 의하여 선택된 2개 시설에서 요가학습에 등록한 비교적 건강한 65세 이상 남녀 노인 130명이다. 이들은 본 조사연구에 자발적으로 참여하였으며, 주 2-3회 요가를 하였고 급성질환, 전염병, 피부질환이나 심각한 만성질환(고혈압, 당뇨, 간질환 및 암)을 지니지 않았으며, 타인의 부축없이 지팡이는 사용하여 독자적으로 걷거나 승용차를 운전하여 이동할 수 있으며, 스스로 기본적인 일상생활을 관리 및 유지할 수 있다. 이들은 노안으로 시력이 완전히 저하되었거나 소수의 무학대상자를 제외하고는 한글을 읽고, 말하고, 쓰고, 이해하는데 불편함이 없었다.

자료수집방법 및 절차

연구자의 편의에 의해 선정된 특정 지역의 노인에게 2005년 1월 30일부터 2005년 4월 30일 까지 3개월에 걸쳐 설문지를 배포하여 수집하였다. 총 130부의 설문지 중 112부의 응답지가 수집(86.2%)되었고, 이중 성실히 응답한 106명의 자료가 분석에 사용되었다.

연구자는 대상자와 접촉을 위해 노인복지시설 내 체육관을 운영 및 관리하는 책임자와 전화통화를 하여 조사연구의 목적과 방법을 설명한 후 기관을 방문하여 설문조사를 위한 절차와 일정 등에 대한 협조를 서면으로 승낙받았다.

이후 1주일 후 요가 학습이 시작되기 전에 연구자와 연구조원은 체육관 관리자의 도움으로 노인 7명을 일 단위로 하

여 접근하였으며, 이들에게 조사연구의 목적과 방법, 무기명 기록과 개인정보의 노출 금지 등을 설명하였고, 조사 연구의 자발적인 협조를 서면으로 승낙을 받았으며, 이들에게 설문지 작성법을 재차 설명하면서 설문지를 제공하였다.

연구자와 연구 조원은 대상자들에게 요가학습 전·후의 활력 증상을 측정하여 신체적 및 심리적 안정을 확인하였고, 설문지 작성 장소는 대상자들이 편한 장소로 선정하도록 배려하였는데 주로 자신의 거주지에서 실시하였다. 응답지 수거 방법은 대상자들이 복지시설로 내원할 때 직접 수거하거나 우편으로 전달받았다. 우편 우송을 위해서는 반송우표와 봉투가 제공되었다. 대상자가 노인임을 고려하여 설문지의 글씨 크기는 크게 하였고, 응답지의 지루함을 덜 수 있도록 설문지의 빈 공간에 예쁜 동 식물이나 아름다운 자연풍경 또는 요가하는 노인의 건강한 모습을 그린 삽화 등이 첨부되었다.

연구도구

● 삶의 질 측정도구

본 연구에 활용된 도구는 성인을 대상으로 삶의 질을 측정하기 위해 개발한 CMCHS(Catholic Medical center Health Survey) 도구(신호철, 1998), 노인의 삶의 질을 측정하기 위해 개발된 도구(최수정, 2002) 및 비교적 건강한 지역사회 노인을 대상으로 삶의 질을 측정한 도구(Osawa et al., 1994) 등을 참고로 본 도구의 문항을 재구성하였다. 재구성된 도구는 간호학 교수 2인, 노인전문 간호사 2인에게 내용 타당도를 검증받은 후 본 연구에 포함되지 않은 20명의 건강한 노인에게 예비조사를 실시하여 신뢰도가 최소 0.70 이상의 문항을 선정하여 활용하였다. 본 도구에는 생활의 안정도, 삶의 만족도, 노화과정의 적응도와 기력 수준 등 4개 영역의 17 문항으로 구성되었다. 각 문항은 0-1점 점수로 총점의 범위는 최하 0점, 최고 17점으로. 총점이 높을수록 삶의 질 수준이 높음을 의미하였다. 측정된 삶의 질 점수는 본 도구의 문항들과 가장 유사한 도구를 사용하였던 Osawa 등(1994)의 연구를 참고로 14점 이상을 삶의 질 수준이 높음, 9-13점을 중간수준, 8점 이하를 낮은 수준으로 규정하였다.

예전 도구에서 전체 신뢰도는 Cronbach's alpha 값이 0.91-0.97 범위(신호철, 1998; 최수정, 2002; Osawa et al., 1994)였고, 본 연구에서는 0.87이었다.

● 학습유형 측정도구

본 연구에서 사용된 학습유형 도구는 학습유형 II-a 지침서(Kolb, 1994)를 한글로 번역된 도구(이명옥, 2000)를 적용하였다. 도구는 12개의 짧은 질문과 각 질문마다 4개의 짧은 응답문장으로 구성되었고, 각 질문별 4개의 응답문장은 응답자의

선호도 및 사용빈도에 따라 점수화되었으며, 이들을 지침서의 지시에 따른 다단계 계산과정을 거치면 개개인의 학습유형이 규명되었다.

영어판 및 한글판 학습유형을 사용한 선행 연구(이명옥, 2000; Kolb, 1994; Linares, 1999; Svnicki & Dixon, 1987)에서의 도구 신뢰도 계수는 Cronbach's alpha 값이 0.78-0.84였으며, 본 연구에서 Cronbach's alpha 값은 0.89였다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS 11.0 프로그램으로 분석하였다. 대상자의 인구·사회학적 특성과 삶의 질 수준은 실수, 백분율, 평균, 표준편차 및 t 또는 F-test로, 삶의 질 수준별 분포는 실수, 백분율, 점수로, 학습유형에 따른 삶의 질 점수 관계는 실수, 백분율, t/F test 및 scheffe로 분석하였다.

연구 결과

일반적 특성과 삶의 질 수준

대상자의 일반적 특성과 d;f만적 특성별 삶의 질 점수는 <Table 1>과 같았다. 106명의 대상자 중 남성이 46명(43.4%)이고 여성이 60명으로 과반수이상이었으며, 연령은 65-83세 범위였고 평균 연령은 73세로 70세 이상이 과반수이상이었다. 학력은 대부분이 중학교 이상 졸업자로서 전문대학 이상의 졸업자가 30.2%였으며, 과거의 주요 직업은 농업이나 기술노동직이 가장 많았고(43.4%), 현재의 건강상태는 거의 모두가 우수한 편으로 응답하였다. 대부분이 자신 소유의 거주지를 갖고 있으며(96.2%), 배우자나 자녀와 함께 살고 있었다(77.4%). 대부분이 현재 노년기 삶(96.4%) 및 과거 삶(86.8%)이 행복하다고 평가하였고, 생활비 외에 자신만을 위해 사용하는 용돈이 월 3만원-80만원 범위로 다양하였으나 주로 월 5-10만원의 용돈을 사용하는 사람이 가장 많았다(58.5%). 의사 결정은 과반수 이상이 자신이 하는 것으로 응답하였고, 배우자(24.5%)나 자녀(13.2%)에게 의존하는 경우는 상대적으로 적었다.

대상자의 삶의 질 점수는 성별($t=4.812, p=.033$), 현재의 건강상태 수준($F=6.742, p=.003$), 현재 삶의 행복수준($F=4.810, p=.012$) 및 용돈 수준($F=4.292, p=.025$)에 따라 유의한 차이를 보였다<Table 1>. 즉, 삶의 질 점수(17점 만점)가 유의하게 높은 그룹은 남성노인(14.40점), 건강상태가 매우 우수한 노인(12.88점), 현재 삶이 매우 행복한 노인(14.38점) 및 월 용돈이 10만 원 이상인 노인(13.49점)이었다. 특히 삶의 질 점수가 6.33점으로 가장 낮은 그룹은 '현재의 건강상태가 좋지 않은'

<Table 1> General characteristics and quality of life

(n=106)

General Characteristics		Number	%	Mean	Quality of Life		p
					SD(±)	t/F	
Gender	Female	60	56.6	11.25	3.17	4.812	.033*
	Male	46	43.4	14.40	0.89		
Age	65-69	36	34.0	10.61	3.58	2.266	.114
	70-79	58	54.7	11.69	2.95		
	80 and over	12	11.3	13.67	1.76		
Education	Non - Primary	24	22.6	11.25	3.44	2.988	.092
	Middle - High	50	47.7	11.46	2.97		
	College and above	32	30.2	11.83	2.32		
Past Main Job	Teacher/Researcher	6	5.7	12.33	0.58	0.723	.543
	Salesperson/Banker	40	37.7	11.75	3.53		
	Farmer/skilled laborer	46	43.4	12.04	3.07		
	Other:Artist/Housewife	14	13.2	10.14	3.02		
Present Health	Very Good	32	30.2	12.88	2.60	6.742	.003**
	Good	68	64.1	11.38	3.00		
	Not Good	6	5.7	6.33	2.52		
Living Place	Own house/Apt.	102	96.2	14.00	3.18	1.254	.268
	Offspring's house	4	3.8	11.45	1.41		
Living With	Alone	24	22.6	11.17	2.76	0.110	.896
	Spouse	32	30.2	11.62	3.76		
	Offspring	50	47.2	11.68	3.05		
Present Life	Very Happy	16	15.1	14.38	1.30	4.810	.012*
	Happy	86	81.3	11.14	3.11		
	Unhappy	4	3.8	9.00	4.24		
Past Life	Very Happy	66	62.3	11.90	3.12	0.797	.502
	Happy	26	24.5	10.54	3.44		
	Unhappy	14	13.2	10.43	2.18		
Pocket Money (won/m)	30,000 - 49,000	32	30.2	10.22	1.36	4.292	.025*
	50,000 - 100,000	62	58.5	12.64	3.09		
	100,000 - 790,000	12	11.3	13.49	2.64		
Decision Maker	Self	66	62.3	11.94	3.15	0.583	.629
	Spouse	26	24.5	10.77	3.58		
	Son	8	7.5	10.50	2.38		
	Daughter	6	5.7	12.00	2.65		
Total		106	100.0	11.57	2.72		

노인이었다.

삶의 질 점수는 대상자의 연령, 교육정도, 현재의 거주지, 동거자, 과거 삶의 행복수준 및 의사결정자의 차이는 유의하지 않았다(p>.05).

삶의 질 수준 분포

삶의 질 점수 0-17점 범위 중, 대상자의 점수는 4-16점 범위였고, 평균은 11.57±2.72점이었다. 삶의 질 수준은 상위(14점 이상), 중위(9-13점) 및 하위(0-8점) 수준으로 구분하였는데, 대부분(83.0%)이 중간 수준 이상이었다. 상위수준에 해당하는 사람에는 40명(37.7%), 중위수준에는 48명(45.3%)이며, 하위수준에는 18명(17.0%)이었다<Table 2>.

<Table 2> Distribution of quality of life

(n=106)

Level of Quality of Life	Range	Number	%
Low (L≤8)	4- 8	18	17.0
Middle (9 ≤M≤13)	9-13	48	45.3
High (14≤H)	14-16	40	37.7
Total		106	100.0

삶의 질 점수가 상위수준인 그룹은 남성(14.40점), 거주지 소유자(14.00점) 및 현재 노년기 삶이 매우 행복한 수준(14.38점)인 노인이었고, 삶의 질이 하위수준인 그룹은 현재의 건강상태가 좋지 않은 노인그룹(6.33점)이었다<Table 1>.

학습유형별 삶의 질 관계

학습유형별 대상자의 분포는 <Table 3>과 같았다. 확산형의

학습유형으로 개발된 대상자가 44명(41.5%), 융합형은 34명(32.1%), 적응형은 20명(18.9%)이고 집중형이 8명(7.5%)의 순위였다.

삶의 질 평균점수가 높은 순위에 따른 학습유형을 보면, 융합형의 학습유형을 지닌 노인그룹이 13.29점으로 가장 높고, 집중형의 그룹이 12.00점, 적응형 그룹이 11.30점 및 확산형의 그룹은 10.23점으로, 삶의 질 점수가 학습유형에 따라 유의하였다($F=3.485, p=.023$). 특히 삶의 질 점수는 융합형과 확산형의 학습유형을 지닌 대상자 간에 유의한 차이를 보였다($p=.000$), 융합형과 집중형의 그룹 간($p=.029$) 및 집중형과 확산형의 학습유형 그룹 간($p=.038$) 유의한 차이를 보여 융합형과 집중형의 학습유형을 가진 사람의 삶의 질 점수가 높았다.

논 의

본 연구에서 노인의 삶의 질에 유의한 영향을 주는 요인은 성별, 현재의 건강상태, 용돈 및 현재 삶의 행복수준 등 인구·사회학적 요인과 학습유형이었다. 특히 대상자의 삶의 질 점수가 현재 노년기 건강상태가 좋지 않은 그룹에서 매우 낮았고(6.33점), 비록 과거 삶의 행복정도가 높을수록 노년기 삶의 질 점수가 높았으나 유의하지는 않았다.

삶의 질 점수가 노인남성이 노인여성보다 높았는데, 이러한 결과는 Osawa 등(1994)의 결과와는 상반되었다. 삶의 질 점수가 높은 경우는 연령이 높을수록, 교육수준이 높을수록, 자신 소유의 거주지에서 살아가는 노인에서, 혼자 살아가기 보다는 배우자나 자녀 등과 동거하는 노인그룹에서, 과거 삶의 행복수준이 높을수록, 과거의 직업이 기술직이거나 교직에 종사한 그룹이 높은 편이었 유의한 차이는 아니었다. 이러한 결과들은 노인을 대상으로 삶의 질을 조사한 예전의 결과연구(전정호, 이해정, 김명희, 신재신, 2003; 최수정 2002; Osawa et al., 1994)와 유사하였다.

본 연구결과, 학습유형이 노인의 삶의 질에 주요 영향요인이며 융합형 학습유형 소지자의 삶의 질 점수가 타 학습유형 소지자 보다 높았다는 점에 주목할 필요가 있다. 학습유형의 개발은 장기간 삶의 경험을 통한 학습에 의하여 형성되는 행동방식이므로 체계적인 경험적 학습과정을 적용할 경우 보다 다양한 학습유형의 개발이 가능하므로(Kolb, 1994), 간호

중재를 통해 대상자의 행동변화를 중시하는 간호사가 중시해야 하는 개념으로 제시된다.

대상자들의 삶의 질 평균점수가 대체로 높은 편으로 대다수가 중간수준 이상이었다. 대상자가 비교적 건강하였으므로 이들의 삶의 질 점수가 타 연구의 성인, 노인 및 화상환자의 삶의 질 점수(김애경, 김정아 2005; 신호철, 1998; 통계청, 2002; Osawa et al., 1994)보다 우수한 수준이었지만, 낮은 수준의 삶의 질을 영위하는 대상자도 17%였다. 즉, 본 연구 대상자의 건강수준, 교육수준 및 경제 수준이 국내 및 국외의 타 일반 노인그룹(통계청, 2002; Owawa et al., 1994)에 비하여 우수한 수준임에도 불구하고, 6명 중 한명의 노인이 하위 그룹에 속하고 있어서 건강해 보이는 노인이라도 간호중재가 필요한 대상자가 17%나 있음을 주시할 필요가 있다.

연구 대상자 중 확산형의 학습유형 분포율이 41.5%로 가장 많았고, 융합형, 적응형 및 집중형 순위였다. 다수의 노인들이 확산형의 학습유형을 지니고 있으나 이들의 삶의 질 평균점수는 가장 낮았고, 비록 융합형 및 집중형의 노인이 상대적으로 적은 분포였지만 이들의 삶의 질 점수는 가장 높은 편이어서 이러한 학습유형으로의 개발도 필요한 것으로 제시된다.

비록 노인을 대상으로 학습유형, 혹은 학습유형과 삶의 질 간의 관계를 규명한 연구가 국내·외에 미흡하여 본 연구 결과를 타 연구와 비교하기에는 매우 제한적이지만, 분석 결과 노인 대상자의 삶의 질도 학습유형의 차이에 의해 유의하였다. 즉, 다양한 학습유형이 골고루 발달된 사람은 그렇지 않은 사람에 비하여 삶의 과정에서 직면하게 되는 복합적인 문제 및 변화에 보다 유연하게 대처·해결할 수 있어서 보다 더 발전적이고 성공적인 삶을 영위할 것으로 기대된다는 이론(Kolb, 1984)을 지지하였다.

따라서 추후에는 노인의 학습유형, 과거 주요 직업 및 삶의 질 관계를 규명하는 연구가 필요하다. 특히 삶의 질 점수가 융합형과 집중형의 학습유형 노인에게 높게 나타났으므로 확산형의 노인도 융합형이나 집중형의 학습유형이 개발되어 논리적 및 체계적인 접근방식으로 해결되어야 할 변화나 문제에 대해 유연하게 대처할 수 있는 행동방식 및 능력을 확대시킬 필요가 있다. 간호사 중에도 확산형의 학습유형이 특히 많은 분포를 보이므로(Linares, 1999), 간호사가 노인 대상자에게 접근할 때 확산형의 행동을 적용할 곳으로 예상되므로, 간

<Table 3> Quality of life according to learning styles

(n=106)

Learning Styles	Number	%	Quality of Life							
			Mean	SD(±)	F	p	Scheffe	p		
Diverger	44	41.5	10.23	3.50	3.485	0.023*	Ass. & Con.	.029*		
Assimilator	34	32.1	13.29	1.76						
Accommodator	20	18.9	11.30	3.65					Ass. & Div.	.000***
Converger	8	7.5	12.00	0.82					Con. & Div.	.038*

호사도 융합형이나 집중형의 학습유형을 적극 강화 및 개발 시키고 대상자에게도 이러한 학습유형이 개발되도록 중재방법을 적용할 필요가 있다.

특히 간호사가 노인의 현재 건강수준 향상과 학습유형의 강화 및 개발을 위한 중재는 노년기 삶의 질에 유의한 영향을 미칠 수 있는 개념으로 제시되었으므로 간호사는 학습유형에 대한 지식을 확대하고 대상자의 삶의 질 수준과 학습유형을 조기에 규명하여 학습유형이 골고루 높은 수준으로 개발되도록 중재할 필요가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 노년기 삶의 질과 학습유형간의 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구로, 대상자의 일반적 특성, 학습유형 및 삶의 질 수준을 분석하였다. 연구대상자는 규칙적으로 운동하는 비교적 건강한 65세 이상의 남녀 노인 106명으로, 이들은 연구자의 편의에 의해 선정하였다. 자료 수집은 2005년 1월 말에서 2005년 4월 초까지였으며, 사용된 도구는 이명옥(2000)에 의해 한글로 번역된 학습유형 II-a지침서, 다수의 삶의 질 측정 도구(신호철, 1998; 최수정, 2002; Osawa et al., 1994)를 참고하며 연구대상자의 특성을 고려하여 연구자가 수정 보완한 삶의 질 측정도구를 사용하였다.

주요 결과는 다음과 같았다.

- 대상자의 삶의 질 점수는 성, 현재 노년기의 건강수준과 행복수준, 용돈액수에 따라 주 영향을 받았으며, 연령, 교육수준, 과거 직업 유형, 거주지 및 동거자의 유형에 의해서 영향은 받지만 유의하지는 않았다. 대부분의 대상자 삶의 질 수준은 중간 수준 이상이었고, 평균은 11.57/17점이었으며, 분포율은 상위 수준의 대상자가 37.7%, 중간수준이 45.3% 및 하위수준이 17.0%로 대상자 6명 중 한명은 삶의 질 수준이 매우 낮았다.
- 대상자의 삶의 질 점수가 상위수준에 해당되는 대상자의 일반적인 특성은 남성그룹, 자신소유의 거주지에서 살아가는 그룹, 현재 삶이 매우 행복한 그룹이었다. 삶의 질 수준이 가장 낮은 그룹은 현재의 건강상태가 좋지 않은 그룹의 노인(6.33점)이었다.
- 대상자의 학습유형별 분포율은 확산형이 가장 많았으나(41.5%), 이들의 삶의 질 점수는 가장 낮았다(10.23점).
- 삶의 질 점수가 가장 높은 그룹의 학습유형은 융합형(13.29점)그룹이었고, 적응형(11.30), 집중형(12.00점), 확산형(10.23점)의 순위로서, 학습유형에 의해 삶의 질이 유의하였다.

본 연구 결과, 삶의 질에 영향을 주는 유의한 요인으로 성, 용돈, 현재의 건강수준, 현재의 행복수준 및 학습유형으로 제시되었으나 간호사가 중재 가능한 개념은 현재의 건강수준과 학습유형이다. 과거 삶의 행복수준이 높을수록 노년기 삶의 질 점수도 높긴 하지만 유의하지는 않았다. 따라서 노인에게 회상요법을 적용할 때 현재 건강수준의 향상과 학습유형의 다양성 개발에도 초점을 두면서 회상요법을 병행한다면 노년기 삶의 질 수준을 보다 효과적으로 향상시키는데 도움이 될 것으로 기대된다.

연령이 높아질수록 삶의 질 수준을 높게 지각하는 경향이거나 과거 삶의 행복수준이 노후 삶의 질에 유의하지 않은 점 및 과거에 주로 종사했던 직업 유형과 학습유형간의 관련성 등에 대해 추후 조사할 필요가 있다. 아울러 간호대상자의 학습유형에 대한 조기 규명이 요구된다. 즉, 노년기 삶의 질 향상을 위해서 간호사는 대상자가 노년기에 이르기 전부터 대상자의 학습유형을 파악하여 미개발된 학습유형이 발달될 수 있도록 학습유형에 대한 지식 확대와 학습유형의 체계적인 개발을 위한 프로그램에 대한 연구가 필요하다. 이를 위하여 다수의 대상자에게 삶의 질, 학습유형, 현재 건강수준간의 관계를 규명하는 반복적 추후 연구가 실시될 필요가 있다.

참고문헌

- 김애경, 김정아 (2005). 성인의 생활양식과 건강관련 삶의 질에 대한 연구. *성인간호학회지*, 17(5), 772-782.
- 신호철 (1998). 건강관련 '삶의 질'의 정의. *한국가정의학회지*, 19(11), 1008-1015.
- 이명옥 (2000). 교육과정별 간호학생의 학습유형과 간호분야 선호에 관한 연구. *한국간호교육학회지*, 6(1), 64-76.
- 전정호, 이해정, 김명희, 신재신 (2003). 퇴행성 관절염 노인환자의 우울과 삶의 질 예측요인. *성인간호학회지*, 15(4), 650-659.
- 최수정 (2002). 한국노인의 삶의 질에 관한 측정도구 개발. *성인간호학회지*, 14(3), 401-410.
- 대한민국 통계청(2002). *건강복지 보고서*.
- Campbell, A. (1976). Subjective measurement of well-being. *American J of Psych*, 3, 17-24.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1994). Psychometric assessment of the quality of life index. *J Res Nrs Health*, 15(1), 29-38.
- Greenberg, J., & Baron, R. (1993). *Behavior in Organization(4th Ed.)*. Boston, Mass : Allyn & Bacon.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. New Jersey :

Prentice-Hall.

Kolb, D. A. (1994). *Learning style inventory revised scoring II-a*. Boston, Mass : Hay-group.

Linares, A. Z. (1999). Learning styles of students and faculty in selected health care professions. *Nurs Edu*, 38(9), 407-414.

Osawa, M., Nishkawa, C., Nakano, E., Murakami, A., Yamamoto, S., Fukushima, Y., & Chickamori E. (1994). *Quality of life in the urban elderly : Measurement of the subjective well-being and related factors*. Unpublished Master's dissertation, College of Kobe Nursing.

Plovinski, M. S. (1975). Primary care career choices and

medical student learning styles. *J of Med Edu*. 50, 849-855.

Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation Model(2nd Ed.)*. Stamford Appleton & Lange.

Song, K. J. (2003). The effect of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life. *J Korean Aca of Nurs*, 33(4), 510-518.

Svnicki, M. D., & Dixon, N. M. (1987). The Kolb model modified for classroom activities. *Col of Teach*, 35(1), 141-146.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *J of Adv Nurs*, 17, 795-800.

Quality of Life Related to Learning Style among Healthy Elderly

Lee, Myung-Ok¹⁾

1) Professor, Nursing Division, Hallym University

Purpose: This is a descriptive study to identify the relationship of quality of life and learning style of the elderly. **Method:** 106 elderly persons living in Seoul were surveyed using a questionnaire to identify their demographic characteristics, learning styles, and perceived quality of life. **Results:** 17% of the respondents were in the low quality of life (QOL). The QOL showed significantly different according to learning styles, gender, current health status, perceived level of current life happiness, and monthly pocket money. The highest average score of QOL was found in the Assimilator group, and the lowest average score was found in the Diverger group. **Conclusions:** Among the four categories significantly related to QOL, the case of learning style and current health status are the categories by which nurses can intervene to improve QOL. Thus, nurses should emphasize the relationship to improve the clients' QOL. Since the scores of QOL were high for the Assimilator and Accomodator groups, nurse should identify the learning style of the elderly as soon as possible and then help those who are under-developed, to further develop Assimilator and Accomodator learning styles.

Key words : Learning, Quality of life, Elderly

• Address reprint requests to : Lee, Myung-Ok

Nursing Division, Hallym University

1, Ockchon-dong, Chuncheon, Gangwond-do 200-702, Korea

Tel: 82-33-248-2715 Fax: 82-33-248-2715 E-mail: molee@hallym.ac.kr