

## 노인의 삶의 질을 위한 건강 만족도와 관련 영향 요인

박금화<sup>1)\*</sup> · 최연희<sup>2)</sup> · 남철현<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>영남외국어대학 간호학과, <sup>2)</sup>경북대학교, <sup>3)</sup>대구한의대학교

## Health Satisfaction of the Elderly for the Quality of Life and Affecting Related Variables

Kum-Hwa Park,<sup>1)\*</sup> Yeon-Hee Choi<sup>2)</sup> & Chul-Hyun Nam<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Yung-Nam Foreign College <sup>2)</sup>Kyung-Buk University

<sup>3)</sup>Dae-gu Hanny University

### Abstract

The purpose of this study was to determine factors influencing the health satisfaction of the elderly. The study was conducted with 1,294 subjects during 3 months from 1st February to 30, April, 2008. The results were as follows.

1. The average score of their health satisfaction level is  $2.76 \pm 1.81$  points on the basis of 5 point (54.2 points on the basis of 100 points). The health satisfaction level of the elderly was significantly associated with age, sex, marital status, monthly allowance, education level, occupation, the number of family members living together, family closeness, stress, and use of the social welfare centers.

2. As the variables affecting on the health satisfaction level, sex, age, marital status, monthly income, occupation, education level, the number of family members living together, stress levels, family closeness, ADL IADL and the use of the social welfare centers, were found, and the influence of these variables was 49.34%.

The government, social service units, private health & medical organizations and experts need to pay more attention to factors influencing effective policy and health education programs for health promotion regarding the quality of life.

---

· 접수: 2008년 11월 5일 · 논문심사: 2008년 11월 25일 · 채택: 2008년 12월 6일

\* Corresponding author : Kum-Hwa Park, Yung-Nam Foreign College

Tel : 82-53-819-1218, E-mail : chnam777@yahoo.co.kr

**Key words** : Health Satisfaction, Elderly.

## I. 서론

### 1. 연구의 배경 및 필요성

우리 인간의 일반적인 목표는 행복의 추구이며 행복은 건강을 기본으로 한다고 볼 수 있다. 누구나 세계보건기구(WHO)의 현장에서 정의한 건강을 완전히 누리는 사람은 드물다. 과거에는 오래 사는 평균수명 연장에만 초점이 맞추어 졌으나 근래에 이르러서는 건강하게 오래 사는 건강수명 연장에 관심이 높아 가고 있으며, 특히 전체인구에서 노년인구 비율이 증가하면서 노인건강에 대한 국가와 사회 정책비중이 더욱 커져가고 있다.

2008년 7월 현재 우리나라의 65세 이상 고령 노인이 501만 명을 넘어 전체인구의 10.3%를 차지하고 있다. 이러한 추세라면 2026년 고령인구가 전체의 20%를 넘어 초고령 화 사회로 진입하게 된다. 또한 현재 생산가능 인구(15~64세)와 65세 이상 고령 인구와의 비율이 7대1에서 2020년엔 4.6명이 2030년에는 2.7명이 노인 1명을 부양할 것으로 전망된다(통계청, 2008).<sup>1)</sup>

노인 건강은 노인의 일반적 특성, 일상생활 활동, 스트레스, 경제적 상태, 가족화목관계 등에 지대한 영향을 받는다고 볼 수 있다. 그리고 노인의 건강은 신체적 제 기능의 생리적인 적응력을 의미하는 것으로 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다.(Edwards, 1979),<sup>2)</sup> 전병천과 남철현, 2006<sup>3)</sup>

삶의 질의 문제는 1970년대 중반 이래 선진 국가들에서 당면한 과제가 경제적 성장의 문제가 아니라, 인간의 삶에 있어서 질적인 가치

를 증진시키기 위한 사회개발에서의 관심이 확대됨으로써 비롯되었는데, 1980년대부터 건강관리의 주요 목표를 삶의 질의 증대에 두고 삶의 질을 질병과 관련시켜 문헌에 보고(Margilvy, 1985<sup>4)</sup>)하기 시작하였다.

이와 같이 학문의 여러 영역에 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 완전한 상태라는 WHO 현장에서 정의하고 있는 “건강”이 “삶의 질”과 밀접한 관계가 있다. 건강에 대한 만족도가 높으면 삶의 질이 향상된다고 볼 수 있다.

몇몇 학자들의 삶의 질의 정의를 개괄해 보면 신체적인 면을 강조한 Shumaker(1990)<sup>5)</sup> 등은 수술 후 환자들의 기능 수행정도를 측정하여 수량화한 점수 또는 생활능력 기능장애 정도, 일상생활 정도 등으로 주로 삶의 질을 신체적인 면에서 정의하였다.

또한 정서나 정신적인 면을 강조한 Burckhardt(1985)<sup>6)</sup>와 Lewis(1982)<sup>7)</sup>는 만족과 불만족, 행복과 불행에 대한 인간의 느낌, 유쾌하고, 불쾌한 감정 상태간의 조화로 정의하기도 했다.

근래에 이르러 노인요양과 관련하여 가족간 특히 자녀와의 갈등문제 즉 가조화목도와 일상 생활활동에서 갖게 되는 스트레스도 건강에 많은 영향을 미치고 있다(최상규와 남철현, 2006)<sup>8)</sup> 양옥남(1999)<sup>9)</sup>

그리고 Liang(1982)<sup>10), 11)</sup>은 현재의 삶의 환경여건에 대한 만족도라고 정의함으로써 신체적, 정신적인 것 외에 사회적 활동을 포함 시켰다. Dubos(1976)<sup>12)</sup>는 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적 상황 속에서 즉 건강과 관련하여 개인이 표현한 경험과 일상생활의 활동에서 얻은 만족감과 관계되는 주관적인 가치판단이라고 하였다.

Padilla(1985)<sup>13)</sup> 등은 삶의 질이란 정신적 건강, 신체적 건강, 신체상에 대한 관심, 사회적

관심, 진단 및 치료에 대한 반응들을 평가하는 것으로 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 정의하였으며, 노유자(1998)<sup>14)</sup>도 역시 삶의 질을 신체적, 정신적 및 사회·경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕이라고 정의하였다.

건강만족도 수준은 건강의 정의에 포함된 신체적, 정신적, 사회적인 만족도를 평가하여 가늠할 수 있는데, 노인의 경우 개인의 현재 건강에 대한 주관적인 느낌이 중요하기 때문에 건강만족도는 노인들 개개인의 개인적 특성과 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 측정하여 평가할 수 있다(권철과 남철현, 2006).<sup>15)</sup>

이상을 종합해 볼 때, 신체적, 정신적, 사회적으로 많은 변화를 겪고 있는 노인에게 있어서의 신체적, 정신적, 사회적 건강이 삶의 질을 결정하는 중요한 의미를 지닌다. 또한 노인을 이해하는 총체적인 견해를 가지고 노인의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 건강을 유지 증진시켜 수준 높은 삶을 유지하게 하고 성공적인 노년기를 보낼 수 있도록 종합적인 프로그램 개발을 위해서는 건강만족도 수준의 평가는 필요하다고 생각된다.

특히 노년기란 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 능력이 쇠퇴하는 시기이므로 이로 인하여 당면하게 되는 문제와 관련하여 발생하는 많은 위기 상황이 예상된다. 즉, 건강이 나빠져서 건강만족도가 낮으면 생리적, 신체적으로 약화되고, 이로 인해 정신적·심리적 측면의 변화를 겪게 되며, 가정생활과 새로운 사회생활에 대한 적응정도에 영향을 미치게 되어 전반적인 생활에 어려움을 겪게 된다.

일반적으로 노인의 문제는 첫째 노화에 따른 육체적, 정신적 쇠퇴으로 인한 건강악화, 둘째 소득상실로 인한 빈곤, 셋째 가정이나 사회에서의 역할 상실, 넷째 고독과 소외의 문제로 분류될 수 있으나 이들 중 가장 큰 문제는 건강 문제와 고독이라고 많은 연구에서 일치된

결과로 제기되고 있다(이선자, 1982<sup>16)</sup>; 신두만과 남철현, 2006)<sup>17)</sup>; Robert, 1996).<sup>18)</sup> Frank (1979).<sup>19)</sup> 남해성(1999)<sup>20)</sup>

이러한 고령화 문제는 연령증가에 따른 건강의 쇠퇴와 질병, 스트레스, 소외감과 우울증은 노인 개인 뿐 아니라 국가적인 차원에서 의료비 및 복지비의 증가, 가족 부양의 경제적인 한계 등이 야기되며 가족부양에 따른 가족의 부담감과 노인학대 등 가족 간의 여러 가지 갈등으로 심지어는 자살하는 사례가 많아지는 등 심각한 사회문제로 대두되고 있다

더욱이 우리나라는 노인문제에 대한 사회복지 정책이나 제도적 차원에서의 접근이 아직도 빈약한 실정이다(권철과 남철현, 2006)<sup>15)</sup>이 시점에서 가장 중요한 것은 우리 사회구성원들이 노인건강의 중요성을 인식하는 것이 무엇보다 중요하다고 할 것이다.

따라서 이 연구에서는 노인들의 건강만족 수준이 어느 정도인지 파악하고 이와 관련이 있는 요인들을 분석함으로써 노인이 여생을 편안하고 건강하게 오래 살아갈 수 있도록 하는 대책 마련이 중요하여 이에 필요한 기초 자료의 제공은 대단히 필요하다.

## 2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 노인의 건강만족도 수준을 평가하고 관련된 요소를 파악하여 노인이 삶의 질을 오래 누리도록 하는 보건의료, 사회복지 및 문화적 접근을 포함한 정책과 전략 수립에 도움이 되는 기초자료 제공에 있다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인의 인구학적, 사회 및 경제학적 특성에 따른 건강만족수준과 관련요인을 파악한다.
- 2) 노인의 스트레스 수준에 따른 건강만족 수준과 관련요인을 파악한다.
- 3) 노인의 자녀와의 갈등 관련 가족화목 수

준과 관련요인을 파악한다.

- 4) 노인의 일상생활활동, 수단적 일상생활활동과의 관련성을 분석한다.
- 5) 노인의 건강만족도에 영향을 미치는 주요 소의 영향력을 파악한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상 및 기간

이 연구의 대상은 서울특별시(300), 부산광역시(200), 대구광역시(200), 광주광역시(200), 대전광역시(200), 울산광역시(200)에 거주하고 있는 60세 이상 노인 1,300명을 편의 추출하여 조사 대상으로 하고 조사기간은 2008년 2월 1일부터 2008년 4월 30일 까지 3개월간이다.

### 2. 조사방법

조사자는 조사지역 소재 대학교수의 협조를 얻어 성실한 대학생을 선발하여 교육시켜 가정, 노인대학, 아파트의 노인회관 또는 노인복지회관을 직접 방문하여 60세 이상 노인을 대상으로 편의 추출하여, 직접 면접 조사하거나, 대학교의 대학생들에게 조사취지와 방법을 설명하고 설문지를 배부하여 가까이 접할 수 있는 노인들을 면접 조사하게 한 후 수거하였다. 이 연구를 위한 설문지는 이 조사 전에 조사 대상 노인 20명에게 사전조사를 실시하여 수정 보완하였다.

### 3. 조사도구 및 내용

이 연구의 조사도구로 설문지를 사용하였으며, 설문지는 기존문헌의 설문지(김수영<sup>21)</sup>; 최현, 1997<sup>22)</sup>; 전봉천과 남철현, 2005<sup>3)</sup>, 권철과 남철현, 2006<sup>15)</sup>, 최상규 외, 2006<sup>8)</sup>)를 참조하여

작성하였다. 설문지 내용은 종속변수는 건강만족도로 하고 독립변수로 인구학적특성 과 사회 경제적 특성, 자녀와의 갈등관련 가정화목도, 스트레스, 일상생활활동(ADL), 수단적 일상생활활동(IADL) 문항 등이다.

### 4. 자료처리 및 분석

수집된 설문지는 부호화하여 기제가 불명확하거나 분석에 무리가 있다고 판단되는 응답지를 제외한 1,204매(총 1,294매의 99.5%)를 최종 분석 자료로 하였다. 설문지의 문항에 대한 신뢰도를 검증한 결과 Cronbach's alpha가 최소 0.6535에서 최대 0.9427로 적절한 신뢰도를 보이고 있었다(김종범, 1988)<sup>23)</sup>.

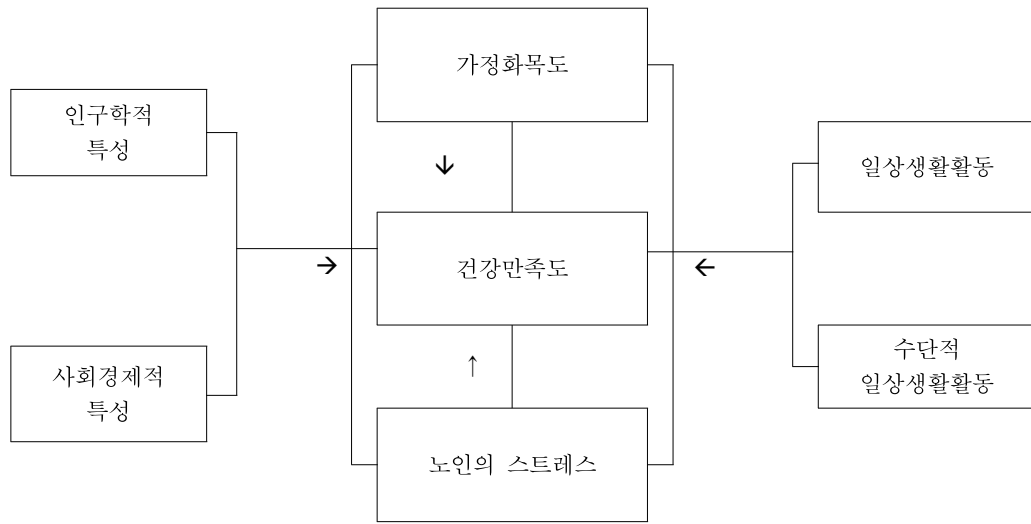
수집된 자료는 SPSS WIN 프로그램을 이용하여 분석 하였다. 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도와 백분율, 평균값 등의 기초적 분석과 교차분석을 실시하였다. 그리고 독립변수와 종속 변수간 및 독립변수 상호간의 유의성을 검증하기 위하여  $\chi^2$ -test를 하였다. 가정 화목도에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위하여 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 사용하였다.

건강만족도 문항은 Likert 척도를 사용하여 측정하였으며, 점수범위는 매우 그렇다(5점)에서 전혀 그렇지 않다(1점)로 하여 점수가 높을수록 화목도가 높은 것으로 하였다.

그리고 일상생활활동, 수단적 일상생활활동도 같은 방법으로 점수화 하였다.

### 5. 분석 틀

건강만족의 수준은 인구, 사회 및 경제학적 특성과 관련이 있으며 가정화목도, 스트레스 그리고 일상생활활동, 수단적 일상생활활동에 영향을 받는다고 가정하였다.



<그림 1> 연구 분석 모형(건강만족도)

### III. 조사결과

#### 1. 인구 및 경제사회학적 특성별 조사대상자의 분포

조사대상자의 분포를 성별로 보면 여자가 64.6%로 남자의 35.4%보다 높았으며, 연령별로 보면 70~74세가 24.8%로 가장 높았으며 다음이 65~69세 23.6%, 60~64세가 19.8%, 75~79세가 17.5%, 80세 이상이 13.3% 순이었다. 결혼상태별로는 유배유자가 52.6%였고 독신(사별, 이혼, 미혼 포함)이 47.4%였다(표 1).

월평균용돈은 20~39만원이 45.0%로 가장 높았고, 40~59만원이 18.2%, 19만원 미만이 13.9%, 60~79만원이 8.0% 순이었고, 100만 원 이상이라는 응답자도 6.1%였다.

교육수준을 보면 초등학교 중퇴 및 졸업자가 38.4%로 가장 높았으며 무학이 23.3%로 다음이었고 중학교 19.1%, 고등학교 11.1%, 대학교 중퇴 및 졸업이상이 4.5%였다.

종교별로 보면 불교신자가 44.6%로 가장 높았고 그 다음이 기독교신자 23.5%, 무교 20.7%, 천주교 8.9% 순이었다.

동거가족 수는 본인 포함하여 2인이 35.3%로 가장 높았고 5~6인이 26.77%, 3~4인이 22.2%, 혼자 산다가 10.0%의 순이었고 7명 이상이 5.7%였다. 동거 현황은 부부끼리가 33.8%, 결혼한 아들과 함께가 30.8%, 결혼한 딸과 함께가 23.4%였으며 혼자 10.4%였다.

직업이 있다는 응답자가 23.4%고 없다는 76.6%였다. 복지 시설 이용자는 20.8%였고 이용하지 않는다는 응답자가 79.2%였다.

#### 2. 일반 및 사회경제적 특성별 건강 만족도 수준

건강수준은 3문항 5점 척도로 15점 만점이나 평균 5점 만점으로 환산 하였다. 건강만족도수준은 평균 2.76±1.81(100점 기준 54.2점)으로 지역사회주민의 건강만족도 수준(구현진, 2008)<sup>24)</sup> 2.86±0.67보다 낮은 수준이라고 볼 수 있다.<표 2>

성별로 보면 남자가 2.89±1.75점으로 여자의

<표 1> 인구 및 경제사회학적 특성별 조사대상자의 분포

구 분	인원수(명)	백분율(%)
	1,294	100.0
성 별		
남자	460	35.4
여자	834	64.6
연 령(세)		
60~64	256	19.8
65~69	305	23.6
70~74	321	24.8
75~79	227	17.5
80≤	185	13.3
결혼상태		
유배우자	681	52.6
독신(사별, 이혼, 미혼)	613	47.4
월 평균 용돈(만원)		
≤19	180	13.9
20~39	582	45.0
40~59	236	18.1
60~79	115	8.0
80~99	102	7.9
100≤	79	6.1
교육수준		
무학	302	23.3
초등학교중퇴/졸	497	38.4
중학교중퇴/졸	247	19.1
고등학교중퇴/졸	156	12.1
대학교 중퇴/졸	92	7.1
종 교		
기독교	305	23.5
천주교	115	8.9
불교	564	44.6
무교	268	20.7
기타	42	3.3
동거 가족수(본인 포함:명)		
혼자	130	10.1
2	457	35.3
3~4	287	22.2
5~6	346	26.7
7≤	74	5.7
동거현황		
혼자 삶	130	10.0
부부끼리	463	35.8
결혼한 아들과 함께	398	30.8
결혼한 딸과 함께	303	23.4
직업 유무		
있다	304	23.7
없다	990	76.3
복지시설 이용 유무		
이용하지 않음	917	79.2
현재 이용 중	377	20.8

2.70±1.95점보다 유의하게 높았으며( $P<0.001$ ), 연령별로는 65~69세군에서 2.89±1.65점으로 가장 높았으며, 75~79세군이 2.67±2.12점으로 가장 낮았다( $P<0.05$ ). 건강만족도를 상·중·하로 분류하여 상위권은 100점 기준 80점 이상, 중위권은 60~79점, 하위권은 59점 이하로 분석한 결과 상위권, 19.2%, 중위권은 56.4%, 하위권은 24.4%였다. 남자는 상위권에 22.2%가 여자는 하위권에 24.4% 분포하고 있었다.

결혼상태별로 보면 유배우자가 2.81±1.86점으로 독신자 보다 건강만족도 수준이 유의하게 높았으며, 상위권에 유배우자가 21.3%를 차지하고 있었다<표 2>.

월평균 용돈별로 보면 80~99만원 을 쓰는 자에서 건강만족도 수준은 3.14±2.13점으로 가장 높았으며, 용돈이 적을수록 건강만족도 수준이 유의하게 낮았다( $P<0.001$ ). 건강만족도 상위권에 용돈 19만원 미만자에서 28.5%로 타군보다 높았다.

학력별로 보면 대학학력자(2.68±2.38)에서 초·중·고 학력자(2.82±1.56)보다 건강만족도 수준은 낮았고 유의한 차이가 있었다( $P<0.001$ ). 상·중·하 분류해 보면 상위권에는 중고등학교 학력자에서 30.8%로 타군보다 높았으며, 하위권에는 무학자가 33.2%로 타군보다 높았다( $P<0.001$ ).

종교별로 보면 기독교 신자에서 2.81±1.70점으로 타종교 신자보다 유의하게 높았다( $P<0.001$ ). 상위권에는 무교 자가 많았다. 동거 가족수별로 보면 동거 가족이 많은 7명 이상자에서 3.04±1.86점으로 건강만족도 수준이 가장 높았고 혼자 사는 자에서 2.54±1.70점으로 가장 낮았다.

동거현황을 보면 아들과 함께 사는 자가 2.78±2.25점으로 가장 높았고 딸과 함께 가 다음이었으며, 부부끼리 사는 자의 건강만족도는 2.75±2.12점으로 세 번째였다. 직업유무별로 보면 있다는 자에서 2.77±2.32점으로 없는 자보다 높았으며 유의한 차이가 있었다.

상·중·하 분류했을 때는 상위권에 직업 없는 자가 21.5%로서 있는 자의 10.8%보다 높았으며, 복지시설을 이용하는 자의 건강상태 수준은 2.75±2.32로 이용하지 않는 자보다 높았고 유의한 차이가 있었다( $P<0.01$ ).

### 3. 일반 및 사회경제적 특성별

#### 가족 화목도

가족 화목도 수준은 5점 만점에 3.51±1.85점(100점 기준 70.2)이었다. 이는 황해석(2005)<sup>25)</sup>의 보고와 유사하였으나 약간 낮았다.

가족화목도 수준을 상·중·하위권으로 나누어 조사 대상자의 분포를 보면, 5점 만점에 상위권은 4.0점(100점 기준 80점) 이상, 중위권 3.0~3.9점, 하위권 2.9점(100점 기준 59점 이하)이하로 나누어 보면 상위수준이 16.8%, 중위수준 52.2%, 하위수준이 31.0%였다<표 3>.

가족 화목도 수준은 연령별로는 60~64세군에서 3.67±1.24로 가장 높았다( $p<0.01$ ). 성별로는 남자에서 3.51점으로 여자보다 약간 높았으나 유의성은 없었다.

결혼 상태별로는 유배우자(3.65점)에서 독신(3.43점)보다 유의하게 높았고( $p<0.001$ ), 일 월 용돈(19만원 이하 자가 3.40점, 100만원 이상자에서 3.68점)이 많을수록 가족 화목도는 유의하게 높았다( $p<0.001$ ), 화목도 하위권에는 19만원 이하 자가 43.1%로 월등히 높아 경제사정이 어려운 가정일수록 가정 화목도는 좋지 않았다.

학력수준이 높을수록 유의하게 가족 화목도 수준도 높았으며( $p<0.001$ ), 동거 가족 수가 많을수록 화목도(2인 3.33점, 5~6인 3.67점)가 높았으나 7인 가족이상에서는 3.40점으로 화목도가 약간 떨어졌다( $p<0.001$ ).<표 3>.

동거형태별로 보면 부부 동거에서 3.65±2.28로서 타군보다 높았으며( $p<0.01$ ), 상·중·하 분류에서는 딸과 함께 가 21.3%로서 타군보다 높

<표 2> 일반 및 경제사회적 특성별 건강만족도

단위 : %(명)

구 분	인원수	건강만족도	상	건강만족도		
		M ±S.D		중	하	
	1,249	2.76±1.81	19.2(248)	56.4(730)	24.4(316)	
연 령(세)						
60~64	100.0(256)	2.79±1.92	10.8	63.9	25.3	
65~69	100.0(305)	2.89±1.65	17.1	54.9	28.0	
70~74	100.0(321)	2.70±1.74	18.0	58.6	23.4	
75~79	100.0(227)	2.67±2.12	21.4	57.0	21.6	
80≤	100.0(185)	2.78±2.31	31.9	53.8	14.3	21.17(8)**
		F=2.45*				
성 별						
남자	100.0(400)	2.89±1.75	22.2	58.7	19.1	
여자	100.0(834)	2.70±2.01	17.6	58.0	24.4	3.24(2)
		t=3.62***				
결혼상태						
유배우자	100.0(681)	2.81±1.86	21.3	56.5	22.2	
독신(사별, 이혼, 미혼)	100.0(613)	2.72±1.84	17.2	59.3	23.5	1.87(2)
		t=1.87				
월 평균 용돈(만원)						
≤19	100.0(180)	2.54±2.30	28.3	61.5	10.2	
20~39	100.0(582)	2.65±1.72	18.4	54.2	27.4	
40~59	100.0(236)	2.85±1.60	17.1	67.2	15.7	
60~79	100.0(115)	3.05±1.45	14.2	51.3	34.5	
80~99	100.0(102)	3.11±2.12	7.2	76.6	16.2	
100≤	100.0( 79)	3.14±2.13	23.2	48.4	28.4	32.19(10)***
		F=12.81***				
교육수준						
무학	100.0(302)	2.55±2.12	23.6	43.2	33.2	
초등학교중퇴/졸	100.0(497)	2.82±1.56	15.3	63.4	21.3	
중학교중퇴/졸	100.0(247)	2.83±2.12	30.9	56.4	12.7	
고등학교중퇴/졸	100.0(156)	2.71±1.36	5.7	70.6	23.7	
대학교중퇴/졸 이상	100.0( 92)	2.68±2.38	16.4	64.6	19.3	41.24(8)***
		F=6.36***				
종 교						
기독교	100.0(305)	2.81±1.70	17.6	46.5	35.9	
천주교	100.0(115)	2.79±2.13	19.4	62.2	18.4	
불교	100.0(564)	2.66±1.93	15.8	68.3	15.9	
무교	100.0(268)	2.83±2.09	26.2	50.5	23.3	
기타	100.0( 42)	2.65±1.85	22.1	43.2	34.7	33.42(8)***
		F=6.88***				
동거가족수(본인 포함:명)						
혼자	100.0(130)	2.54±1.70	12.7	68.2	19.1	
2	100.0(457)	2.75±1.97	12.3	57.9	29.8	
3~4	100.0(287)	2.81±1.50	23.7	55.4	20.9	34.25(12)***
5~6	100.0(346)	2.83±1.72	16.4	64.9	18.7	
7≤	100.0( 74)	3.04±1.86	23.3	53.2	23.5	
		F=4.89***				
동거형태						
혼자	100.0(130)	2.26±2.21	38.6	43.5	17.9	
부부	100.0(463)	2.65±2.12	35.2	53.6	11.2	
결혼한 아들과 함께	100.0(398)	2.58±2.25	30.3	49.5	20.2	
결혼한 딸과 함께	100.0(303)	2.57±2.13	27.1	52.3	21.6	
		F=7.264***				75.46(8)***
직업 유무						
있음	100.0(304)	2.77±2.32	19.3	53.8	26.9	
없음	100.0(990)	2.66±2.61	21.5	43.8	43.7	46.23(2)***
		t=31.372***				
복지관 이용 유무						
이용 함	100.0(377)	2.75±2.26	34.3	54.7	14.8	
이용안함	100.0(917)	2.62±2.63	28.6	50.9	16.7	4.46(2)
		t=9.472**				



박금화 · 최연희 · 남철현: 노인의 삶의 질을 위한 건강 만족도와 관련 영향 요인

<표 3> 일반 및 사회경제적 특성별 가족화목도

단위 : %(명)

구 분	인원수	가족화목도 M ±S.D	하 ≤2.9	중 3.0~3.9	상 4.0≤	χ <sup>2</sup> (df)
	100.0(1249)	3.51±1.85	31.0(402)	52.2(675)	16.8(217)	
성별						
남	100.0(460)	3.54±1.93	30.5	52.1	17.4	
여	100.0(834)	3.51±1.76	29.8	54.5	15.7	1.25(2)
연령		t=0.005				
60~64	100.0(185)	3.65±1.26	24.2	58.4	17.4	
65~69	100.0(256)	3.55±1.28	24.1	58.1	17.8	
70~74	100.0(305)	3.50±1.36	34.8	49.1	16.1	
75~79	10.0(321)	3.42±1.05	30.7	54.2	15.1	17.63(8)**
80≤	100.0(227)	3.42±1.26	33.2	51.9	14.9	
		F=10.246***				
결혼상태						
유배우자	100.0(682)	3.65±8.30	23.3	58.1	18.6	
독신(사별, 이혼, 미혼 등)	100.0(613)	3.43±9.35	38.5	48.2	13.3	54.45(2)***
		t=37.132***				
일 개월용돈(만원)						
≤19	100.0(180)	3.40±2.45	43.2	38.6	18.2	
20~39	100.0(582)	3.56±2.45	28.7	60.2	11.1	
40~59	100.0(236)	3.59±2.80	27.5	51.3	21.2	
60~79	100.0(115)	3.63±9.27	26.3	52.2	21.5	
80~99	100.0(102)	3.65±2.47	26.5	50.2	23.3	69.27(10)***
100≤	100.0( 79)	3.68±2.35	24.9	59.6	25.5	
		F=18.492***				
학력수준						
무학	100.0(302)	3.45±2.45	33.5	63.7	2.8	
초등퇴/졸	100.0(497)	3.49±2.04	32.4	53.5	14.1	
중퇴/졸	100.0(247)	3.56±2.24	22.1	55.8	22.1	
고퇴/졸	100.0(156)	3.69±1.68	37.5	32.5	30.0	
대퇴/졸이상	100.0( 92)	3.81±2.35	18.8	43.8	37.5	142.71(8)***
		F=21.147***				
종교						
기독교	100.0(305)	3.57±2.34	25.4	52.5	22.0	
천주교	100.0(115)	3.58±2.36	39.4	48.5	12.1	
불교	100.0(564)	3.04±8.64	29.5	51.9	18.6	
무교	100.0(268)	3.97±8.10	35.0	58.0	7.0	
기타	100.0( 42)	3.47±2.34	20.0	73.3	6.7	57.03(8)***
		F=11.000***				
동거가족수(본인포함 : 명)		-				
혼자 삶	100.0(130)	3.26±2.34	24.5	57.4	18.1	
2	100.0(457)	3.33±2.46	24.8	52.5	22.7	
3~4	100.0(287)	3.40±2.50	27.6	53.6	18.8	
5~6	100.0(346)	3.67±2.25	32.3	49.0	18.7	
7≤	100.0( 74)	3.40±2.34	47.8	40.0	12.2	57.64(8)***
		F=44.675***				
동거형태						
혼자	100.0(130)	3.26±2.34	38.6	43.9	17.5	
부부	100.0(463)	3.65±2.28	35.1	53.8	11.1	85.37(6)***
결혼한 아들과 함께	100.0(398)	3.58±2.34	30.0	50.0	20.0	
결혼한 딸과 함께	100.0(303)	3.57±2.08	27.6	52.1	21.3	
		F=7.142**				
직업 유무						
있다	100.0(304)	3.71±2.35	19.8	53.9	26.3	
없다	100.0(990)	3.56±2.64	32.5	53.7	13.8	43.30(2)***
		t=31.684***				
복지관 이용 유무						
이용 함	100.0(917)	3.61±2.34	28.8	54.6	16.6	
이용안함	100.0(377)	3.52±2.39	34.3	50.8	14.9	4.74(2)
		t=10.463**				

\*\* : p<0.01, \*\*\* : p<0.001

(5점만점)

있고 부부 함께는 상위권에서 20.0%로 아들과 함께 하는 가족화목도 비율과 같았다( $p < 0.001$ ).

종교별로는 기독교신자에서  $3.57 \pm 2.34$ 로 타군보다 높았으며 상위권에 기독교 신자가 22.0%로 타군보다 월등히 분포되어 있었다( $p < 0.01$ ).

직업이 있다는 응답자에서  $3.72 \pm 2.35$ 로 유의하게 높았고 가족 화목도 수준 상위권에 26.3%로 없다는 응답자 보다 월등히 높았다( $p < 0.01$ ).

복지관 이용자에서 화목도 수준은  $3.61 \pm 2.34$ 로 이용하지 않는 자보다 화목도 수준이 유의하게 높았으나( $p < 0.01$ ), 상중하위권으로 분류한 비율은 유의한 차이가 없었다.

시설을 이용한다는 것은 어느 정도 건강이 유지되어야 가능하기 때문이라고 해석할 수 있겠다.

#### 4. 일반적 특성별 스트레스 정도

조사대상자의 스트레스 받지 않는 정도는 5점 만점에 평균  $2.58 \pm 1.54$ 점(100점 만점으로 51.7점)이었다. 이를 상중하위 군으로 분류하여 분포를 보면, 100점 기준 60점 이상 상위군은 불과 5.2%였으며, 스트레스를 많이 받는 하위군은 50.9%로 반수 넘는 조사대상자가 스트레스에 크게 노출되어 있었다<표 4>.

특성별로 보면 성별에서는 여자에서 2.58점으로 남자의 2.59점보다 스트레스를 약간 많이 받으나 유의성은 없었다. 스트레스 수준을 상중하로 분류하여 보면, 하위권에는 여자에서 54.7%로 남자보다 유의하게 높았다( $p < 0.001$ ).

연령별에서는 80세 이상자에서 2.36점으로 타군보다 낮아 스트레스도 적었으며 유의한 차이가 없었으나, 상중하분류에서는 하위군(100점 기준 59점 이하)에는 46.4%로 타군보다 낮았고 연령별 상중하위권은 유의성이 있었다( $p < 0.001$ ). 결혼상태별로는 유배우자에서 2.55점으로 독신자의 2.63점보다 스트레스 받는 정도가 낮았고( $p < 0.001$ ), 하위 군에서 유배우자가 54.8%로

독신자에서 48.1보다 유의하게 높았다( $p < 0.05$ ).

월 용돈에서는 용돈이 적을수록 스트레스 받는 정도가 높았으나 유의한 차이는 없었다. 그러나 상중하의 분포를 보면, 스트레스를 많이 받는 하위 군이 100만원 이상자에서 56.7%로 타군보다 높았고( $p < 0.001$ ), 학력별로는 교육수준이 높은 대학 중퇴 및 대졸자이상자에서 3.12점으로 타군보다 월등히 높았으며, 상중하위 분류에서도 하위권의 분포가 64.4%로 월등히 높아 유의한 차이가 있었다( $p < 0.001$ ). 종교별로 보면 기독교신자에서 2.49점으로 타군보다 높았고( $p < 0.001$ ). 하위권에서 61.1%로 타군보다 스트레스 정도가 높았다( $p < 0.001$ ).

동거가족수별로 보면 2명에서 2.60점으로 타군보다 높았고( $p < 0.001$ ), 상중하분류에서는 하위군에서 동거자가 7명이상인 노인에서 40.0%로 타군보다 유의하게 낮아 스트레스가 적었다( $p < 0.001$ ) 동거형태별로 보면 부부간동거인 경우가 53.2%로 타군보다 높았다( $p < 0.001$ ).

직업별로는 직업이 있다는 응답자에서 하위군(스트레스가 적은 군)이 61.5%로 직업이 없다는 응답자 49.6%보다 스트레스가 적었고 복지관이용자는 스트레스수준 하위 군에서 66.7%로 타군보다 높아 스트레스가 적음을 알 수 있었다( $p < 0.001$ ).

#### 5. 화목도, 스트레스 정도, 및 ADL, IADL에 따른 건강만족도

자녀갈등과 스트레스, 일상생활활동(ADL)과 수단적 일상생활활동(IADL)능력에 따른 건강만족도를 100점 기준 80점 이상은 상위권, 60~79점을 중위권, 59점 이하를 하위권으로 나누어 분석한 결과는 <표 5>와 같다.

가정화목도 수준이 높을수록, 스트레스가 적을수록, 일상생활활동과 수단적 일상생활활동수준이 높을수록 건강만족도 상위권에 조사대상자의 분포가 높았다. 즉 건강만족도 상위권

박금화 · 최연희 · 남철현: 노인의 삶의 질을 위한 건강 만족도와 관련 영향 요인

<표 4> 일반 및 사회경제적 특성별 스트레스 정도

단위 : %(명)

구 분	인원수	스트레스 M±S.D	하 ≤2.59 50.9(659)	중 3.0~3.9 43.9(568)	상 4.0≤ 5.2(67)	χ <sup>2</sup> (df)
성별	100.0(1294)	2.58±1.54				
남	100.0(460)	2.59±1.64	44.8	50.1	5.1	
여	100.0(834)	2.58±1.35	54.7	41.4	3.8	14.23(2)***
연령		t=0.013				
60~64	100.0(256)	2.60±1.22	50.2	47.1	2.7	
65~69	100.0(305)	2.57±1.35	52.5	45.4	2.9	
70~74	100.0(321)	2.55±1.62	46.7	49.6	3.7	
75~79	100.0(227)	2.50±1.38	46.3	49.0	4.7	
80≤	100.0(185)	2.36±1.48	45.4	42.5	6.1	136.53(8)***
		F=5.423				
결혼상태						
유배우자	100.0(681)	2.55±1.35	54.8	41.5	3.7	
기타(사별, 이혼, 미혼 등)	100.0(613)	2.63±1.61	48.1	47.1	4.9	8.75(2)*
		t=12.484***				
용돈(만원)						
≤19	100.0(180)	2.62±1.56	51.7	41.4	6.8	
20~39	100.0(582)	2.58±1.07	51.4	44.1	3.5	
40~59	100.0(236)	2.55±1.53	51.6	45.7	2.7	
60~79	100.0(115)	2.53±1.60	52.4	45.2	2.4	
80~99	100.0(102)	2.52±1.61	53.5	44.3	2.2	77.45(10)***
100≤	100.0(79)	2.52±1.82	55.3	42.6	2.1	
		F=1.23				
학력수준						
무학	100.0(302)	2.67±1.08	43.9	53.2	2.9	
초등퇴/졸	100.0(497)	2.97±1.58	58.4	36.8	4.8	
중퇴/졸	100.0(247)	2.56±1.47	44.2	48.4	7.4	
고퇴/졸	100.0(156)	2.55±1.23	47.5	50.0	2.5	
대퇴/졸이상	100.0(92)	3.12±1.61	64.4	34.4	1.2	72.84(8)***
		F=13.634***				
종교						
기독교	100.0(305)	2.49±1.18	61.1	38.1	0.8	
천주교	100.0(115)	2.97±1.66	24.2	66.7	9.1	
불교	100.0(564)	2.56±1.56	53.8	42.9	3.3	
무교	100.0(268)	2.55±1.26	50.5	48.0	1.5	
기타	100.0( 42)	3.14±1.12	20.1	26.6	53.3	350.51(8)***
		F=47.531***				
동거가족수(본인포함:명)						
혼자살	100.0(130)	2.58±1.23	53.1	44.1	2.8	
2	100.0(457)	2.60±1.56	54.2	42.3	3.5	
3~4	100.0(287)	2.55±1.27	56.4	38.3	5.3	
5~6	100.0(346)	2.54±1.56	40.5	54.1	5.4	
7≤	100.0(74)	2.57±1.43	40.0	53.6	6.4	34.46(8)***
		F=21.418***				
동거형태						
혼자	100.0(130)	2.58±1.24	54.4	42.2	3.4	
부부	100.0(463)	2.55±1.83	48.1	50.9	1.0	67.36(6)***
결혼한 아들	100.0(398)	2.60±1.56	52.9	40.4	6.7	
결혼한 딸	100.0(303)	2.61±1.62	45.0	53.5	1.5	
		F=3.838**				
직업 유무						
있다	100.0(304)	2.41±1.95	51.5	38.5	1.0	
없다	100.0(990)	2.61±1.23	49.7	45.2	5.1	30.02(2)***
		t=54.105***				
복지관 이용 유무						
이용 함	100.0(917)	2.62±1.00	47.6	47.8	4.6	
이용안함	100.0(377)	2.47±1.29	66.7	30.5	2.8	38.62)***
		t=32.523***				

\*: p<0.05, \*\*\*: p<0.001

(5점 만점)

<표 5> 화목도 및 스트레스, ADL 및 IADL 수준에 따른 건강만족도 단위 : %(명)

구 분	인원수	상 4≤	중 3.0~3.9	하 ≤2.9	$\chi^2(df)$
	100.0(1,294)	19.2(248)	56.4(730)	24.4(316)	
화목도수준					
높은 편	100.0(217)	30.9	56.8	12.3	
보통	100.0(675)	29.9	52.3	17.8	
낮은 편	100.0(402)	15.4	53.8	30.8	21.62(4)***
스트레스					
적은편	100.0( 67)	39.2	44.3	16.5	22.42(4)***
보 통	100.0(568)	22.6	50.1	27.3	
많은편	100.0(659)	10.0	52.5	32.5	
ADL					
하	100.0(324)	54.4	37.0	8.6	
중	100.0(367)	25.5	58.6	15.9	
상	100.0(603)	19.7	59.4	20.9	19.16(4)***
IADL					
하	100.0(340)	37.8	49.5	12.7	
중	100.0(669)	31.2	54.2	14.6	
상	100.0(285)	30.5	54.3	15.2	23.43(4)***

\* ADL : 일상생활활동 능력

IADL : 수단적일상 생활 활동능력

\*\*\* : p<0.001

에 화목도 수준이 높은 조사대상자가 30.9%, 스트레스 적은 군이 39.2%, 일상생활활동과 수단적 일상생활활동 능력이 각각 54.4%와 37.8% 분포를 보였고 이들은 변수별로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

#### 6. 건강만족도에 영향을 미치는 요인

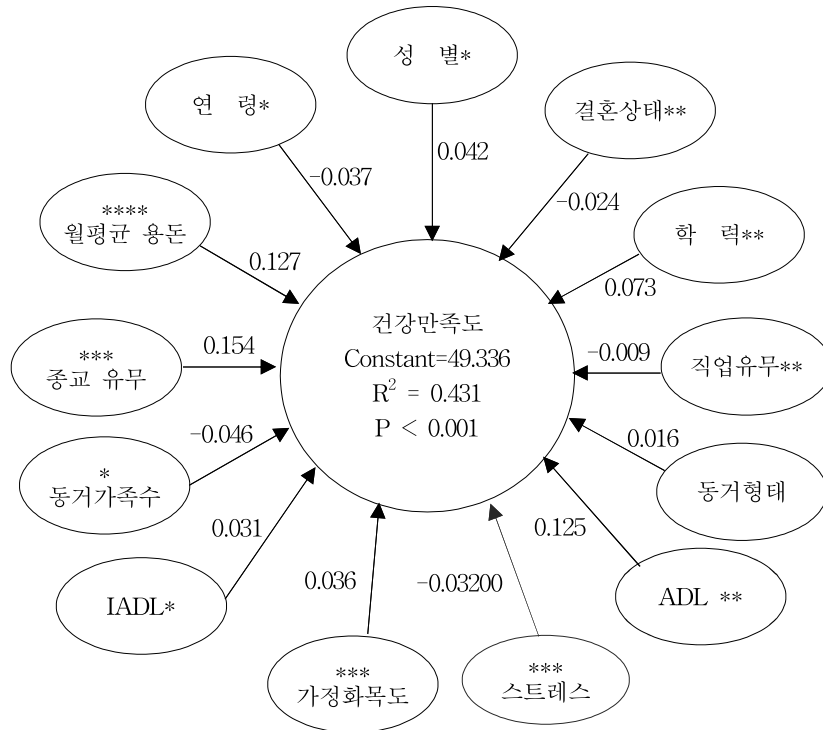
<그림 2>에서 보는 바와 같이 종속변수인 건강만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인은 성별( $\beta=0.041$ )(p<0.05), 연령  $\beta=0.024$ (p<0.05), 결혼상태( $\beta=0.074$ )(p<0.01), 월 평균 용돈( $\beta=0.119$ )(p<0.001), 학력( $\beta=0.073$ )(p<0.05), 종교유무( $\beta=0.134$ )(p<0.001), 직업유무( $\beta=0.054$ )(p<0.01), 동거가족수( $\beta=-0.46$ )(p<0.05), 가정화목도( $\beta=130$ )(p<

0.05), 스트레스( $\beta=-0.400$ )(p<0.001)였으며 이들 변수들의 설명력은 49.34%였다.

#### IV. 고 찰

건강만족도는 신체적, 정신적, 사회적 상황 속에서 개인이 표현한 경험과 주관적인 만족이라고 정의하였으며, 노인의 건강만족도를 향상시키는 문제는 성공적인 노화라는 개념과 직접적인 관계가 있다. Kalish(1975)<sup>26)</sup>는 성공적인 노화를 네 가지로 정의하였다.

첫째, 노인 집단에서 사회적으로 바람직하다고 생각되는 것, 둘째, 중년기의 활동을 유지 할 수 있는 건강 방법, 셋째, 자신의 현재 지위와 활동을 할 수 있는 건강에 대한 만족감 그리고



\*: p < 0.05, \*\*: p < 0.01, \*\*\*: p < 0.001

(그림 2) 건강만족도에 영향을 미치는 요인

- \* 성별; 여자(0), 남자(1), 연령; ≤19(1), 20~29(2), 30~39(3), 40~49(4), 50~59(5), 60≤(6),
- 결혼상태; 기혼(1), 미혼(0), 생활수준; 하(1), 중하(2) 중(3), 중상(4), 상(5)
- 종교; 무(0), 유(1), 직업; 무(1), 유(2), 동거형태; 혼자(0), 같이(1)
- 교육정도; 초등학교 학력(6), 중졸(9), 고졸(12), 전문대졸(14), 대졸이상(16)
- 현거주지역; 읍면지역(0), 도시(1), 동거 가족수: 혼자 삶(0), 같이 함께(1)
- 스트레스; 전혀 받지 않는다(1), 받지 않는 편(2), 보통(3), 받는 편(4), 매우 많이 받는다(5)
- 가정화목도, ADL, IADL: 매우 안 그렇다(1), 안 그런 편(2), 보통(3), 그러는 편(4), 매우 그렇다(5)

자신의 인생에 대한 행복감 만족도 등이다.

그러므로 이러한 성공적인 노화는 삶의 질을 향상시킬 수 있으며, 삶의 질은 노인 개개인이 가지고 있는 특성과 신체적, 정신적, 사회적 안녕(well-being)을 통하여 즉 건강만족도의 영향을 받는다.

삶 의질이란 용어 대신 안녕(well-being), 복지(welfare), 생활수준(standard of life), 만족도(satisfaction), 행복감(happiness) 같은 유사

개념의 용어를 사용하여 왔다. 그만큼 삶의 질이라는 용어가 의미하는 바가 포괄적이며 함축적임을 뜻한다. 우선 삶이라는 개념 자체가 복합적이기 때문이다(남철현, 1998).<sup>26)</sup>

대학학력자에서 초중등 학력자보다 건강만족도 수준은 낮았는데 이는 과거에 대졸자는 화이트칼라로 운동량이 적고 중 고등학력자는 블루칼라로 운동량이 많은 직종 종사자가 많았기 때문이라고 생각된다.

80세 이상자에서 건강만족도 상위군이 31.9%로 타 연령군보다 비교적 높았는데( $P<0.01$ ), 이는 연령을 80세를 넘기는 경우는 난치병이나 큰 병이 없는 경우가 많기 때문이라고 생각된다. 즉, 난치병이나 큰 병을 가진 사람은 80세를 넘지 못하고 사망하기 때문이다.

용돈이 적을수록 건강만족도 수준이 유의하게 낮았으나, 건강만족도 상위권에 용돈 19만원 미만자가 28.5%로 타군보다 높았는데 이는 용돈을 적게 쓰는 자에서 건강만족도수준이 좋은 경우가 어느 정도 범위까지는 있다는 것을 의미한다. 노인이 돈이 없다고 모두 병들거나 허약하지는 않고 용돈을 벌려고 열심히 움직이는 사람도 있기 때문이다. 경제적인 면은 생활만족도를 높이는데 필수적인 요인이며 건강수준에 따른 행복감의 차이는 매우 크다고 하였다. 황해석(2005)<sup>27)</sup>, 조옥희(1991)<sup>28)</sup>, 김재돈(1997)<sup>29)</sup>.

학력별로 보면 대학학력자(2.68±2.38)에서 초중등 학력자(2.82±1.56)보다 건강만족도 수준은 낮았고 상중하 분류해 보면 상위권에는 중고등학교 학력자에서 30.8%로 타군보다 높았다. 이는 과거에 대졸자는 화이트칼라로 운동량이 적고 중고등학력자는 블루 칼라로 운동량이 많은 직종 종사자가 많았기 때문이라고 생각된다.

동거현황을 보면 아들과 함께, 딸과 함께, 부부끼리 사는 자의 건강만족도는 거의 비슷하게 타군보다 높아 부부 또는 아들과 딸과 함께하는 것이 화목에는 좋은 것으로 판단된다. 부부함께는 상위권에서 20.0%로 아들과 함께하는 가족화목도 비율과 같았다. 즉, 대가족일수록 건강만족도가 높았는데 이는 노인이 되어 소외되지 않고 외롭지 않으며 경제적으로 부담이 없으며 건강도 주위 여러 가족이 돌보아 주기 때문이라고 생각된다. 이는 배우자가 노인에게는 가장 중요한 지지체제가 된다는 보고와 일치한다(Weeks & Cuellai, 1981<sup>30)</sup>, 성규탁, 1990<sup>31)</sup>).

동거 가족수별로 보면 동거 가족이 많은 7명 이상자에서 건강만족도 수준이 가장 높았고 혼자 사는 자에서 가장 낮았다. 즉, 대가족일수록 만족도가 높았는데 이는 노인이 되어 소외되지 않고 외롭지 않으며 경제적으로 부담이 없으며 건강도 주위 여러 가족이 돌보아 주기 때문이라고 생각된다.

가족 화목도 수준은 5점 만점에 3.51±1.85점으로 황해석(2005) 등<sup>27)</sup>의 보고 보다 약간 낮았다.

Havighurst(1977)<sup>32)</sup>는 성공적 노화란 노화과정에서 노인들이 스스로가 자신과 사회에 대한 성공적인 적응을 해나가는 것으로 보았다. 이러한 적응 문제는 개인의 성격, 사회적 환경 그리고 신체적 건강상태의 세 가지 요소가 조화를 이루어야 한다. 그러므로 신체적으로 건강한 상황 아래서 성격이 끈기 있고 유연하며, 사회적 환경이 노인에게 긍정적이면 성공적인 노화를 이룰 수 있다고 하였다.

실제 고령 노인인구의 증가는 향후 가족적 차원과 사회적 차원에서 노인들을 보살피야 할 개인적·사회적 부담이 커지고 노인을 돌보아야 할 자녀들의 수는 반대로 점점 줄어들어 이들에게 노인의 부양이 부담으로 작용함으로써 가족간의 갈등을 초래하기도 한다(George, 1986)<sup>33)</sup>.

노인의 자녀들과 동거하느냐 아니면 노인만의 세대를 이루느냐 등의 동거형태 문제는 산업화된 사회에서 노인들의 생활만족도에 영향을 미치리라고 볼 수 있다(김종숙, 1986<sup>34)</sup>; 박경숙, 1999<sup>35)</sup>).

건강가정기본법에서는 건강가정이란 가족모두의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정이라고 규정하고 있고, 유영주(2004)<sup>36)</sup>는 건강가족의 특징으로 가족의 응집력, 융통성, 의사소통의 정도를 들고 있으며 이들이 조화를 이룰 때 가족화목도가 성립된다.

최성재 외(2002)<sup>37)</sup>는 가족관계의 질은 애정,

가치나 관심사에 있어서의 일치성과 대화에 의해 크게 좌우된다고 보고 있다. 이러한 맥락에서 가족 화목도는 다양화된 가족의 욕구를 충족하고 가족이 건강하고 행복한 상태로 유지되며 가족구성원간의 존중, 의사소통 및 유대감을 가지고 있는 정도라고 본다(홍세영, 남철현(2008)<sup>38)</sup>.

조사대상자에서 스트레스를 많이 받는 하위군은 50.9%로 반수 넘는 응답자가 스트레스에 크게 노출되어 있었다. 이는 노인의 스트레스는 건강문제, 경제적 문제, 가족과 갈등(화목) 문제, 사회 또는 가정에서의 소외감(외로움) 등에서 올 수 있으나 건강에서의 스트레스가 가장 크다고 한다.

노인들이 갖는 스트레스는 건강관리가 잘 안될 경우 가장 많이 느낀다는 보고(Peallin, 1990)<sup>39)</sup>도 있고 노인이 스트레스를 많이 느끼는 유의한 요인은 건강문제라고 지적하는 연구 결과도 있다(최정혜, 1990).<sup>40)</sup>

## VI. 요약 및 결론

### 1. 요약

우리나라 대도시 거주 노인 60세 이상 1,294명을 대상으로 삶의 질을 위한 노인의 건강수준을 파악하고 이에 관련된 영향요인을 파악하기 위하여 2008년 2월 1일부터 2008년 4월 30일까지 3개월간 조사한 결과 그 요약과 결론은 다음과 같다.

1) 조사대상자의 분포는 여자가 64.6%, 유배우자가 52.6%, 70~74세군이 24.8로 가장 높았고, 월평균 용돈은 20~39만원이 가장 높았으며, 학력은 중학교 학력자가 38.4%, 불교신자가 44.3%로 가장 많았고, 동거 가족은 2인이 35.3%, 동거현황은 부부끼리가 35.8%, 직업을

가진 자가 23.7%였고, 복지시설 이용한다는 자는 20.8%였다.

2) 건강만족도는 100점 기준 54.2점이었으며, 성별, 연령, 월 용돈별, 학력수준별, 종교별, 동거 가족수별, 동거 형태별, 직업 유무 그리고 복지관 사용유무별로 유의한 차이가 있었다.

3) 가족화목도 수준은 100점 기준 70.2점이었으며 이는 연령, 결혼상태, 월 용돈, 학력수준, 종교별, 동거 가족수, 동거 형태, 직업 유무, 복지관사용 유무별로 유의한 차이가 있었다.

4) 스트레스 수준은 100점 기준 50.8점이었으며 이는 결혼상태, 학력수준별, 종교별, 동거 가족수, 동거 형태, 직업 유무, 복지관사용 유무별로 유의성이 있었다.

5) 건강만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인은 연령, 성별, 결혼상태, 학력, 월 평균용돈, 직업유무, 동거 가족 수, 건강상태, 가정화목도, 스트레스, ADL, IADL이 있으며 이들 변수의 설명력은 49.34%였다.

## 2. 결론 및 제언

노인의 건강만족도는 연령이 높을수록, 가정이 화목 할수록, 스트레스가 적을수록, 월 용돈이 많을수록, 동거가족이 많고, 부부가 동거하고, 교육수준이 높고, 복지관이용률이 높고, 직업이 있을 때 유의하게 높았다.

그러므로 정부는 정부가 지원하는 노인 양보장제도의 정착, 노인의 고용창출, 그리고 경제적 문제로 인한 자녀와의 갈등 해소책과 노인의 스트레스를 해소시킬 수 있는 여가, 오락 프로그램의 개발 등에 관심을 가져야할 것이며, 노인자신이 건강관리를 할 수 있도록 하는 건강증진 교육 프로그램 개발과 온 가족이 함께 살 수 있도록 하는 제도적 대책이 강구되어야 할 것이다. 그리고 노인들이 건강생활을 할 수 있도록 의식을 높이기 위하여 지역사회에서 활동할 수 있는 보건교육사와 같은

인력을 배치, 활용하여야 할 것이다.

따라서 정부당국과 보건의료 사회단체 그리고 관련 전문가가 이에 대한 관심을 가지고 적절한 제도와 프로그램을 개발하여 활용한다면 노인의 건강수준이 높아져서 노인의 삶의 질을 높이고 보다 밝은 미래를 약속 받을 수 있을 것이다.

### 참고문헌

1. 통계청. 고령자 통계. 2004, 2008
2. Edwards J. & Klemmack, Correlates of Life Satisfaction: a Reexamination, Journal of Gerontology 1973: 28(4) 497-502
3. 전봉천, 남철현, 최상규, 신두만, 김기열. 대도시 노인의 삶의 질 수준과 이에 영향을 미치는 요인, 대한보건연구, 대한보건협회, 30(2), 2005
4. Magilvy JK. Quality of Life Hearing Impaired Older Woman. Nursing Research, 34(3), 1985: 140-144.
5. Schumaker SA, et al. Psychological tests and seals: in, Spilker B(eds). Quality of life assessments in clinical trials. Raven press: New York, 1990.
6. Burckhart, C.S. The Impact of Arthritis On Quality Of Life. Nursing Research. 1985: 34(1). 11-16.
7. Lewis, F.M. Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients. Nursing Research, 1982: 31(2), 113-119.
8. 최상규, 남철현, 이순자, 김기열, 박금화, 이응창, 대한예방한의학회지, 2006; 10(1), 53-65
9. 양옥남. 노인과 부양자의 스트레스와 대처방안에 관한 연구 — 저소득층을 중심으로, 이화여자대학교 박사학위논문. 1995
10. Liang, J., Sex Differences in Life Satisfaction among the Elderly. Journal of Gerontology. 1982: 36(1). 85-89.
11. 김광호, 남철현, 이기남, 이선동, 예방의학과 보건학, 계축문화사, 2002; 659-663
12. 차홍봉 등. 고령화 사회의 장기요양보호, 2000.
13. Padilla, G.V. and Greant, M.M. Quality of Life as a Cancer Outcome Variable, A.N.S 1985: 8, 45-47. Pearlin, L. et al. Caregiving and the stress process: An over view-of concepts and their measures, The Gerontologist, 1990; 30: 583-5
14. 노유자. 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 연구. 연세대학교 간호학 박사학위논문, 1988.
15. 권철, 남철현, 황해석, 정한태, 하순희, 민경진, 김석순. 노인의 생활 만족도에 영향을 미치는 요인, 대한보건협회, 2006; 32(1); 66-74
16. 이선자. “노인의 건강 문제”, 대한간호, 1985: 24(2), 19-23.
17. 신두만, 남철현, 권철. 노인들의 보건지식과 건강증진행태에 영향을 미치는 요인 한국보건교육, 건강증진학회, 2006; 23(4)
18. Robert, H, R., Linda, G. Handbook of aging and the social science, Academic Press, 1996; 97-103
19. Frank, P., A survey of health needs of elder in Northwest Johnson Counson, Relations, 1982; 379-388.
20. 남해성. 한 도시지역 노인들의 만성질환과 건강관련 삶의 질. 전남대학교 대학원 의학과 박사학위논문, 1999.
21. 김수영. 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인, 한국노년학회 춘계학술대회 자료집. 2003



22. 최 현. 노인의 건강증진 행위가 생활만족도에 미치는 영향, 연세대학교 대학원, 박사학위논문, 1997.
23. 김종범, 사회과학조사연구방법론 워크북, 서울: 석정, 1988,
24. 구현진, 남철현, 정호윤, 하순희, 배현숙, 정현숙, 이화수. 지역사회주민의 생활만족도와 이에 영향을 미치는 요인 연구, 대한예방의학회지, 2008; 12(2)
25. Kalish, R. A. Late Adulthood; Perspectives on Human Development. CA. : Cole Publishing Co., 1975.
26. 남철현, 삶의 질 향상을 위한 우리나라 보건요원의 역할, '98 국제학술대회, 한국보건교육학회, 1998.
27. 황해석, 남철현, 권철, 장병원, 정한태, 김기훈. 부양에 대한 노인의 부담감과 영향요인, 대한보건연구, 2005; 32(1): 53-65.
28. 조옥희. 홀로된 여자노인의 생활만족도에 관한 연구, 전남대학교 대학원 석사학위논문, 1991: 53.
29. 김재돈, 남철현, 노인의 생활 만족도와 영향요인, 한국보건교육학회지, 1997.
30. Weeks, J. R. & J. B. Cuellar, The role of family members in helping network of older people, The Gerontologist, 1981; 21(4).
31. 성규탁. 한국노인의 가족 중심적 상호부조망, 한국노년학, 1998; 10
32. Havighurst, R. J. Middle Age and Aging Chicago: The Univ. of Chicago Press, 1968. 121-125
33. George, L. & Gwyther, L. P, Care giver-well-Being: A multidimensional examination off Family caregivers of demensional demented adults, The Gerontologist, 1986; 253-259.
34. 김종숙. 한국 노인의 생활만족도에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문, 1986: 47-47.
35. 박경숙. 노인의 생활세계와 삶의 질, 김익기 외, 한국 노인의 삶: 진단과 전망, 미래인력개발, 1999; 365-404
36. 유영주. 가족의 노인부양현황과 정책 과제, 사회과학논문집 대전대학교 사회과학연구소, 2004; 19(2)
37. 최성재, 장인협. 노인복지학, 서울대학교 출판부. 2002
38. 홍세영, 남철현, 김기열, 노인의 가족 화목도에 영향을 미치는 요인, 대한예방의학회지, 2008; 12(2)
39. Pearlin, L. et al. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist. 1990; 30: 583-5
40. 최정혜. 노인의 스트레스에 대한 영향요인과 대처방법에 관한 연구, 대한가정학회, 1990; 28(4), 119-132