

노인들의 건강행태와 삶의 질 수준  
-국민건강·영양조사 중 노인장기요양보험 수혜 대상자를 중심으로-

윤태형

동서대학교 보건행정학과

천승철

우송대학교 작업치료학과

이충휘

연세대학교 보건과학대학 물리치료학과 및 보건과학연구소

**Abstract**

The Quality of Life and Health Behavior Among the Elderly in Long Term  
Care Insurance Based on Korean National Health and  
Nutrition Examination Survey (KNHANES)

**Tae-hyung Yoon, Ph.D., P.T.**

Dept. of Health Administration, Dongseo University

**Seung-chul Chon, M.Sc., P.T.**

Dept. of Occupational Therapy, Woosong University

**Chung-hwi Yi, Ph.D., P.T.**

Dept. of Physical Therapy, College of Health Science, Yonsei University

Institute of Health Science, Yonsei University

The purpose of this study was to assess the level of quality of life and related factors among the elderly in Korea. In particular, we focused on factors affecting the quality of life of the elderly in long term care. We used the third Korean National Health and Nutrition Examination Surveys (KNHANES) from 2005. We sampled a total of 3,571 (10.5%) elderly from the national survey. We compared the mean of quality of life to socioeconomic status, Activities of Daily Living (ADL), health behavior, and disease variables. We used EuroQol-5D among KNHANES to assess the quality of life. In this study, the mean score of the quality of life among the elderly was 2.57. Logistic regression showed that the elderly who were male, with spouses, with health insurance, and with good ADL levels enjoyed higher quality of life scores and odds ratios than those who were female, divorced, uninsured, and with low ADL levels ( $p < .05$ ). The quality of life of the elderly was affected by socioeconomic, ADL, health behavior and disease variables. To improve long term care and the quality of life among the elderly, we need detailed research to clarify the effects of these factors.

**Key Words:** Health; Long-term care insurance; Quality of life.

---

통신저자: 이충휘 pteagle@yonsei.ac.kr

본 연구는 2009년도 동서대학교 학술연구조성비 지원으로 수행되었음.

## I. 서론

우리나라 노인인구의 경우 1995년에는 전체 인구의 5.9%였던 65세 이상 인구가 2000년에는 7.2%로 증가하였으며 2018년에는 14%를 넘어서 고령사회로의 진입이 예측되고 있다(통계청, 2005). 우리나라의 고령사회에 이르기까지의 소요기간은 약 22년에 이를 것으로 예상되고 있으며 영국이 약 45년, 미국이 약 70년, 프랑스가 약 130년 인 것을 감안할 때 상당히 빠른 속도임을 알 수 있다.

고령사회로의 진입은 여러 가지 사회적 문제를 야기할 것으로 예상되며 단순히 노인인구가 많다고 하는 양적 차원의 문제뿐만 아니라 노인을 누가 어떻게 부양하고 국가에서 어떻게 책임을 져야 하는가의 문제와 은퇴 후 사망 시까지의 20~30년까지의 긴 시간을 어떻게 살아야 하는가에 대한 질적인 문제가 대두되고 있다.

특히, 노인의료비의 경우 1995년 7,281억(12.2%)에서 2001년에는 3조 635억 원(19.3%), 2004년에는 5조 1,097억 원(22.9%)이 증가하여 만성질환 노인의 증가로 인한 노인의료비가 큰 폭으로 증가하는 추세에 있으며 장기요양을 필요로 하는 노인이 전체노인의 3.1%가 될 정도로 급속한 고령화로 인하여 치매, 뇌졸중 등 장기요양서비스를 필요로 하는 질환을 가진 노인이 급증하였다(국민건강보험공단, 2007).

노년기에 접어들면 누구나 기력쇠퇴 및 건강악화, 경제수준 저하, 그리고 소외감, 고독감, 자아존중감 저하 등 각종 심리사회적 손실을 겪게 되고 노인의 전반적인 삶의 질이 감소하게 되어 있다(정명숙, 2007; Baltes와 Mayer, 1999; Kolberg, 1999). 전 세계적으로 고령기의 '삶의 질'은 노인의 건강수준을 측정하는 척도라 할 수 있고 행복의 기본적 척도로 삶의 질을 논하고 있으며 노인장기요양보험법 제1조에 의하면 노인장기요양보험의 궁극적인 목적도 노인의 삶의 질 증대에 있다고 할 수 있다.

국내에서 노인의 삶의 질과 관련된 기존의 연구는 일부 지역에 국한하여 일상생활동작과 삶의 질의 관계를 밝힌 논문이 많았으며 그 외에 일상생활동작, 도구적일상생활동작의 수행능력정도에 한정해서 그 삶의 만족도를 측정한다든지, 재가노인과 시설노인을 비교하는 연구가 있었다. 그러나 건강형태와 관련해선 보고가 거의 없는 실정이다.

따라서 본 연구의 목적은 노인장기요양보험의 시행을 앞두고 고령화추세가 급속도로 진행되고 있는 우리나라 노인의 건강형태와 삶의 질 수준을 분석하는 것이

고 이를 위하여 2005년도 제3기 국민건강·영양조사 자료를 이용하여 노인들의 삶의 질과 사회인구학적 특성, 일상생활동작, 건강관련행태, 질병이환 특성과의 연관성을 알아보고 마지막으로 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 조사하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상자

본 연구의 대상자는 2005년도 제3기 국민건강·영양조사의 면접조사와 보건 의식행태 조사에 응답한 총 34,152명 중에서 65세 이상 노인 총 3,730명이었다. 본 연구에서는 3,730명 중 사회인구학적 변수의 결측치를 제외한 3,571(10.5%)명을 분석하였다.

### 2. 연구도구 및 측정방법

노인의 삶의 질을 종속변수로 하여 사회인구학적 요인, 일상생활동작, 건강관련행태 요인, 질병이환 요인에 따라 분석하였다.

#### 가. 노인의 사회인구학적 특성

2005년도 제3기 국민건강·영양조사의 면접조사와 보건 의식행태 조사자료를 성, 연령, 교육정도, 혼인상태, 주거형태, 의료보장종류를 분석하였다. 노인들의 경제수준은 국민건강·영양조사의 원자료 중 의료보장의 종류로만 분석하였다.

#### 나. 노인의 일상생활정도

노인의 일상생활정도를 파악하기 위하여 국민건강·영양조사 자료의 일상생활동작 7개 항목을 사용하였다(보건복지부 질병관리본부, 2007). 분석에 포함된 변수는 옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 침상에서 밖으로 이동하기, 화장실 사용하기, 대소변 조절하기 7가지 항목이었다. 일상생활동작의 각 항목은 세 가지 수준(완전의존, 부분적 의존, 완전독립)으로 구분되어 있으나 완전의존상태의 백분율이 .4~3.6%로 작아 완전독립과 의존으로 이분화 하였다.

#### 다. 건강관련행태 요인

국민건강 영양조사 자료에서 수집된 건강면접에 관한 자료 중 성인 보건 의식 행태조사표의 설문을 이용하

여 65세 이상 노인들의 현재의 흡연여부(담배를 피우지 않음, 매일 피움, 가끔씩 피움, 과거에 피웠음), 지난 1년간 음주경험(전혀 안 마심, 과거 1년간 음주하였음, 과거 1년간 음주 하지 않았음), 휴식 충분도(매우 충분함, 충분함, 충분하지 않음, 매우 충분하지 않음) 등을 분석하였다.

라. 질병이환특성 요인

65세 이상 노인들의 근골격계 질환인 골관절염, 디스크, 골다공증 등을 분석하였다.

마. 노인의 삶의 질 요인

본 연구에서는 노인의 삶의 질을 보다 객관적으로 측정하기 위하여 2005년도 국민건강영양조사에서 조사된 EuroQol-5D(EQ-5D)를 사용하였다(Carr-Hill, 1992). EQ-5D는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감 및 우울/불안의 5개 영역에서 현재의 건강상태를 묻는 문항으로 구성되어 있으며 각각의 영역은 문제 없음(3점), 중증도의 문제 있음(2점), 중증의 문제 있음(1점)의 척도로 구분된다(강은정 등, 2006). 5개의 문항에서 응답한 항목을 조합하여 총 243개의 건강상태로 분류할 수 있다. 본 연구에서는 5개 영역의 평균을 노인의 삶의 질 최종 점수로 환산하였으며 평균점수를 기준으로 높은 군과 낮은 군으로 구분하여 분석하였다. 각 영역

의 점수는 1점에서 3점까지 분포하며 점수가 높을수록 바람직한 삶의 질을 의미한다(표 1).

3. 분석방법

연구 대상자의 사회인구학적 특성에 대한 빈도분석과 함께 t-검정 및 분산분석을 실시하였다. t-검정은 옷입기, 씻기, 목욕하기, 먹기, 침상 밖으로 이동하기, 화장실사용하기, 대소변 가리기, 음주여부, 골관절염, 류미티스관절염, 골다공증, 추간관 탈출증의 변수에 사용하였으며 분산분석은 흡연형태, 휴식시간, 일상활동에 대하여 시행하였으며 사후검정으로 Scheffe 검정을 사용하였다. 노인의 삶의 질과 관련된 요인을 조사하기 위해 반응변수로는 삶의 질 점수가 3점일 경우와 3점미만으로 나누어 이분형 변수로 구분하였으며, 기존의 문헌을 근거로 선별한 사회인구학적 특성과 건강행태 및 질병이환 요인을 설명변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 자료분석을 위해 통계패키지는 SPSS(ver 15.0)를 사용하였고, 유의수준을 .05로 정하였다.

III. 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자 총 3,571명 중 남자가 1,429명, 여자가

표 1. 한국어판 EQ-5D

문항	척도	내용
운동능력	3점	걸는데 지장이 없다
	2점	걸는데 다소 문제가 있다
	1점	종일 누워있어야 한다
자기관리	3점	목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다
	2점	혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다
	1점	혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다
일상활동	3점	일상 활동을 하는데 지장이 없다
	2점	일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다
	1점	일상 활동을 할 수 없다
통증/불편감	3점	통증이나 불편감이 없다
	2점	다소 통증이나 불편감이 있다
	1점	매우 심한 통증이나 불편감이 있다
우울/불안	3점	불안하거나 우울하지 않다
	2점	다소 불안하거나 우울하다
	1점	매우 심하게 불안하거나 우울하다

2,142명으로 여성이 60%로 남자보다 더 많았다. 연구대상자중 삶의 질이 높은 군이 2,229명 낮은 군이 1,342명이었다. 연령은 65세부터 74세가 2,484명, 75세 이상이 1,087명의 분포를 보였으며 65세부터 74세 사이의 노인 중 삶의 질이 높은 군이 1,679명, 삶의 질이 낮은 군이 805명이었다. 75세 이상의 노인 중 삶의 질이 높은 군은 550명, 삶의 질이 낮은 군은 537명이었다. 남성의 경우 삶의 질이 높은 군이 1,038명이었고 낮은 군이 391명이었으며 여성의 경우 삶의 질이 높은 군이 1,191명, 낮은 군이 951명이었다. 결혼 상태는 미혼 또는 배우자가 있는 경우가 2,086명이었으며 삶의 질이 높은 군이 1,404명, 낮은 군이 682명이었다. 주거형태는 일반 가정집에 사는 경우가 2,385명으로 가장 많았으며 삶의 질이 높은 군이 1,440명이었고 낮은 군이 945명이었다. 의료보장 종류에 따라서는 직장가입자의 경우가 1,951명으로 조사되었고 삶의 질이 높은 군이 1,303명이었고 낮은 군이 648명이었다(표 2).

## 2. 노인의 일상생활정도에 따른 삶의 질 차이

노인이 완전히 독립적으로 일상생활동작을 할 수 있을 때 가장 높은 삶의 질 점수를 보인 것은 13.30±1.55점을 나타낸 목욕하기였고 일상생활동작이 의존적일 때 가장 낮은 삶의 질 점수를 보인 것은 7.16±2.13을 나타낸 침상에서 밖으로 이동하기였다(표 3).

옷입기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,407명으로 전체 대상자중 95.4%였다. 이들의 삶의 질 점수가 13.08±1.72점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였으며 옷입기를 의존해야 하는 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.001). 세수하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,394명으로 전체 대상자 중 95.0%였으며 이들의 삶의 질 점수가 13.10±1.69점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였다(p<.001). 목욕하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,120명으로 전체 대상자중 87.4%였으며 이들의 삶의 질 점수가 13.30±1.55점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였다(p<.001). 식사하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,474명으로 전체 대상자 중 97.3%였으며 이들의 삶의 질 점수가 13.01±1.80점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였다(p<.001). 침상에서 밖으로 이동하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,503명으로 전체 대상자 중 98.1%였으며 이들의 삶의 질 점수가 12.98±1.84점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였다(p<.001). 화장실 사용하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,486명으로 전체 대상자 중 97.6%였으며 이들의 삶의 질 점수가 13.01±1.80점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보였다(p<.001). 대소변 조절하기를 완전히 독립적으로 할 수 있는 노인이 3,327명으로 전체 대상자

표 2. 삶의 질에 따른 연구대상자의 일반적 특성

(N=3,571)

		높은 삶의 질		낮은 삶의 질		총합	
		No.	%	No.	%	No.	%
연령(년)	65~74	1679	75.3	805	60.0	2484	69.6
	≥75	550	24.7	537	40.0	1087	30.4
성별	남성	1038	46.6	391	29.1	1429	40.0
	여성	1191	53.4	951	70.9	2142	60.0
결혼상태	미혼 또는 결혼	1404	63.0	682	50.8	2086	58.5
	사별	799	35.8	645	48.1	1444	40.4
	이혼	15	.7	7	.5	22	.6
	별거	11	.5	8	.6	19	.5
주거상태	단독주택	1440	64.6	945	70.4	2385	66.8
	아파트	530	23.8	285	21.2	815	22.8
	기타	159	11.6	112	8.4	371	10.4
건강보험	지역가입자	763	34.2	492	36.7	1255	35.1
	직장가입자	1303	58.5	648	48.3	1951	54.6
	기타	163	7.3	202	15.0	365	10.3

중 93.2%였으며 이들의 삶의 질 점수가 13.07±1.80점으로 나타나 가장 높은 삶의 질 점수를 보인 반면 대소변 조절하기를 의존해야 하는 노인은 244명으로 삶의 질 점수가 10.18±2.70점으로 조사되었다(p<.001).

### 3. 노인의 건강관련행태와 근골격계 질병이환 특성에 따른 삶의 질 차이

연구대상자의 43.6%가 흡연을 한 경험이 있었고 46.8%가 음주를 하고 있었으며 10.6%가 휴식시간이 충분하지 않다고 응답하였다. 가벼운 운동을 하는 노인이 61.2%, 안정상태에 있는 노인이 9.7%였다(표 4).

현재 흡연하는 노인의 삶의 질이 13.15±1.93점으로 가장 높았고 담배를 피우지 않는 노인의 삶의 질이 12.62±1.89점으로 조사되어 가장 낮았으며 금연, 현재 흡연, 과거 흡연하는 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p=.001). Scheffe 사후검정의 결과 현재 흡연하는 군이 금연이나 과거흡연한 군에 비해 삶의 질 점수가 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p=.003). 지난 음주를 하는 군의 삶의 질 점수가 13.17±1.68점으로 가장 높았으며 음주 경험이 없는 군이 12.58±1.86점으로 가장 낮았다(p<.001). 휴식시간이 충분한 군의 삶의 질 점수가 12.90±1.90점으로 가장 높았으며 휴식시간이 충분하지 못한 군의 삶의 질 점수가 12.39±1.85점으로 조사되어 가장 낮은 점수를 보였으며 이는 통계적으로 유의하

였다(p=.026). 심한 활동을 하는 군의 삶의 질 점수가 13.41±1.62점으로 안정상태에 있는 군이나 가벼운 운동을 하는 군에 비해 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p<.001). Scheffe 사후검정의 결과 안정상태에 있는 군이 다른 군(가벼운 운동, 평소운동, 과도한 운동)과 차이를 보였으며 이는 통계적으로 유의하였다(p<.001).

연구대상자 총 3,571명 중 의사로부터 40.6%가 골관절염, 4.8%가 류마티스 관절염, 17.7%가 골다공증, 12.9%가 추간판탈출증으로 각각 진단을 받았다(표 4). 4가지 질병 중 40.6%로 가장 높은 이환율을 보인 골관절염의 경우 골관절염이 없는 노인의 삶의 질 점수가 13.33±1.98점으로 나타나 골관절염에 걸린 노인보다 삶의 질 점수가 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.001). 류마티스 관절염은 4.8%로 4가지 질병 중 가장 낮은 이환율을 보였으며 류마티스 관절염에 이환되지 않은 노인의 삶의 질 점수가 12.91±2.00점으로 나타났(p<.001). 17.7%의 이환율을 보인 골다공증의 경우 이환되지 않은 사람의 삶의 질 점수가 13.03±2.01점으로 골다공증 노인에 비해 높았고 추간판탈출증의 경우에도 이환되지 않은 노인의 삶의 질 점수가 12.97±2.01점으로 나타났으며 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.001).

표 3. 노인의 일상생활정도에 따른 삶의 질 차이

(N=3,571)

일상생활동작	빈도(명)	%	EQ-5D 삶의 질 평가점수	p	
옷입기	완전 독립	3407	95.4	13.08±1.72a	<.001
	의존	164	4.6	8.46±2.48	
세수하기	완전 독립	3394	95.0	13.10±1.69	<.001
	의존	177	5.0	8.37±2.28	
목욕하기	완전 독립	3120	87.4	13.30±1.55	<.001
	의존	451	12.6	9.92±2.32	
식사하기	완전 독립	3474	97.3	13.01±1.80	<.001
	의존	97	2.7	7.84±2.37	
침상에서 밖으로 이동하기	완전 독립	3503	98.1	12.98±1.84	<.001
	의존	68	1.9	7.16±2.13	
화장실 사용하기	완전 독립	3486	97.6	13.01±1.80	<.001
	의존	85	2.4	7.21±1.96	
대소변 조절하기	완전 독립	3327	93.2	13.07±1.80	<.001
	의존	244	6.8	10.18±2.70	

<sup>a</sup>평균±표준편차.

**4. 65세 이상 노인의 삶의 질과 관련된 요인**

남성에 비해 여성이 삶의 질이 감소하였으나 이는 통계적으로 유의하지 않았고( $p>.05$ ), 연령이 증가할수록 삶의 질이 높을 교차비는 .964이었다(95% CI=.938~.992,  $p=.011$ ). 건강보험 가입유형의 경우 지역의료보험 가입자에 비해 직장가입자의 삶의 질이 높을 교차비는 1.406이고(95% CI=1.017~1.942,  $p=.039$ ), 기타 가입자의 경우 지역가입자에 비해 삶의 질이 높을 교차비는 1.327였으나 통계적으로 유의하지 않았다(95% CI=.805~2.187,  $p>.05$ ). 일상생활동작의 경우 일상생활동작능력이 독립적일수록 삶의 질이 높을 교차비는 3.989였으며 이는 통계적으로 유의하였다(95% CI=2.758~5.770,  $p<.001$ ). 흡연의 경우 금연하는 노인에 비해 현재 흡연하는 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 .829였으며(95% CI=.503~1.365,  $p=.461$ ) 음주를 안 하는 노인에 비해 음주를 하는 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 1.000이었으나 통계적으로 유의하지 않았다(95% CI=.730~

1.370,  $p=.998$ ). 휴식시간이 매우 충분하다는 노인에 비해 휴식시간이 충분한 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 .990이었으나 통계적인 유의성은 없었다(95% CI=.670~1.461,  $p=.958$ ). 안정상태의 노인에 비해 심한 활동을 하는 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 3.900였다(95% CI=1.794~8.479,  $p=.001$ ). 골관절염, 류마티스관절염, 골다공증, 추간판탈출증에 이환되지 않은 노인에 비해 질병에 이환된 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 .290(95% CI=.212~.397,  $p<.001$ ), .380(95% CI=.210~.689,  $p<.001$ ), .577(95% CI=.397~.839,  $p=.004$ ), .452(95% CI=.307~.665,  $p<.001$ )였다(표 5).

**IV. 고찰**

최근 노인인구의 증가와 더불어 노인장기요양보험제가 시행되고 있는 상황에서 본 연구에서는 제3기 국

**표 4. 노인의 건강행태와 질병에 따른 삶의 질 차이**

(N=3,571)

		빈도(명)	%	EQ-5D 삶의 질 평가점수	p	Scheffe
흡연	금연	608	56.4	12.62±1.89 <sup>a</sup>	.001	b>a,c (.003)
	현재 흡연	206	19.1	13.15±1.93		
	과거 흡연	264	24.5	12.99±1.86		
	무응답	2,493	0	-		
술	금주	573	53.2	12.58±1.86	<.001	
	음주	505	46.8	13.17±1.68		
	무응답	2,493	0	-		
충분한 휴식시간	매우 충분	211	19.6	12.75±1.89	.026	a,b>c (.029)
	충분	752	69.8	12.90±1.90		
	불충분	115	10.6	12.39±1.85		
	무응답	2,493	0	-		
일상활동	안정상태	105	9.7	10.32±2.42	<.001	b,c,d>a (.000)
	가벼운 운동	660	61.2	12.95±1.65		
	평소 운동	190	17.6	13.33±1.47		
	과도한 운동	123	11.4	13.41±1.62		
	무응답	2,493	0	-		
골관절염	유	1449	40.6	12.20±1.86	<.001	
	무	2122	59.4	13.33±1.98		
류마티스 관절염	유	173	4.8	12.05±1.83	<.001	
	무	3398	95.2	12.91±2.00		
골다공증	유	631	17.7	12.11±1.83	<.001	
	무	2940	82.3	13.03±2.01		
추간판 탈출증	유	462	12.9	12.17±1.85	<.001	
	무	3109	87.1	12.97±2.01		

<sup>a</sup>평균±표준편차.

표 5. 노인의 삶의 질과 관련된 요인들

(N=3,571)

	B	p	교차비 (odds ratio)	95% 신뢰구간(CI)	
				하한값	상한값
성별(남성)					
여성	-.326	.170	.722	.452	1.151
연령	-.036	.011	.964	.938	.992
건강보험(지역)					
직장	.340	.039	1.406	1.017	1.942
기타	.283	.267	1.327	.805	2.187
일상생활동작	1.384	<.001	3.989	2.758	5.770
흡연(금연)					
현재 흡연	-.188	.461	.829	.503	1.365
과거 흡연	-.145	.557	.865	.534	1.403
술(금주)					
음주	.000	.998	1.000	.730	1.370
충분한 휴식시간(매우 충분)					
충분	-.010	.958	.990	.670	1.461
불충분	-.321	.282	.726	.404	1.302
일상생활(안정 상태)					
가벼운 운동	1.449	<.001	4.257	2.244	8.078
평소 운동	1.631	<.001	5.108	2.463	10.592
과도한 운동	1.361	.001	3.900	1.794	8.479
골관절염(무)					
유	-1.237	<.001	.290	.212	.397
류마티스 관절염(무)					
유	-.968	.001	.380	.210	.689
골다공증(무)					
유	-.550	.004	.577	.397	.839
추간판탈출증(무)					
유	-.795	<.001	.452	.307	.665
상수(constant)	-26.107				

민건강·영양조사 자료를 이용하여 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 하였다. 이에 본 연구에서는 기존의 선행연구와는 다른 측면에서 국민건강·영양조사를 기초로 노인의 일상생활동작뿐만 아니라 사회인구학적 상태, 건강관련행태, 질병이환 특성에 따른 삶의 질 수준을 분석하였으며, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한 것이 기존의 연구와의 차별성이라 할 수 있다. 우리나라 노인들을 대상으로 실시된 여러 선행연구들의 삶의 질 만족도 연구(권중돈과 조주연, 2000; 유성호, 1997; 전귀연과 임주영, 2000; 최정신, 1999)에서 우리나라 노인들의 삶에 대한 만족도의 평균 점수는 5점 만점으로 환산했을 때 대략 2.26점에서 3.89점이었으나 본 연구에서는 총 3점 만점에 2.57점으로 기존연구에 비해 높은 수준이었다. 이러한 차이는 본

연구가 국민건강·영양조사 자료를 이용한데 비해 기존 연구가 요양시설 이용자를 중심으로 이루어졌고 농촌 등의 지역적인 차이가 있었기 때문으로 보여 진다.

본 연구에서는 남자가 여자에 비해서 삶의 질 점수가 높았고 연령의 경우 65세부터 74세 연령군의 삶의 질 평균점수가 75세 이상군의 삶의 질 평균점수 보다 높았다. 이러한 결과는 노인들의 삶에 대한 만족도가 연령에 따라 변화하지 않고, 남녀간 삶의 질 만족도에도 차이가 없었다는 정명숙(2007)의 연구와는 상반된 결과였다. 그러나 외국의 경우에는 인구사회학적 변인들이 그리 크지는 않지만 분명한 영향력이 있다고 하여 본연구와 비슷한 결과를 보이고 있다(Inglehart, 1989). 결혼 상태의 경우 배우자가 있는 경우가 삶의 질 평균 점수가 가장 높았고 가장 낮은 삶의 질 점수를 보인 군

은 혼자 사는 군이었다. Glenn과 Weaver(1978), 그리고 Veenhoven(1995)의 연구에서 결혼해서 동거하고 있는 사람이 그렇지 않은 사람들에 비해 자신의 삶에 더 만족하고 결혼은 행복감을 가져다주는 가장 강력한 요인이라고 하였으며 본 연구와 동일한 결과를 보였다. 의료보장 종류에 따라서는 직장가입자의 경우 삶의 질 점수가 가장 높았으며 의료급여 1종과 2종인 경우가 삶의 질이 가장 낮았다. 의료보장종류는 직장상태와 소득수준을 간접적으로 측정할 수 있는 지표이다. 미국에서 실시한 Haring 등(1984)의 연구에서는 소득수준과 만족도의 상관관계가 그리 높지 않았다. 이에 반해 요르단과 탄자니아 같은 후진국에서의 노인소득과 삶의 질 만족의 상관은 각각 .68과 .51로 상당히 높은 것으로 나타났다(Veenhoven, 1995). 이는 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 소득의 수준의 양상이 국가 경제력에 따라 차이가 있음을 보여주는 것으로 본 연구의 결과만으로 본다면 우리나라 노인의 경우는 요르단과 탄자니아의 경우와 같은 결과를 보이고 있다고 할 수 있겠다.

민경진과 황진수(2007)와 성기월(1999)의 연구에서는 일상생활동작과 삶의 질 만족도를 비교하면서 일상생활 정도와 삶의 만족도가 밀접한 관계임을 밝히고 서로 영향을 미치는 요소라고 주장하고 있다. 이러한 연구들은 일상생활동작을 하나의 변수로 취급하여 평균값을 측정하고 삶의 질 만족도와와의 비교를 하고 있다. 그러나 본 연구에서는 일상생활동작을 하나의 값으로 환산하기 전에 옷입기, 세수하기, 목욕하기 등으로 구분하여 각각의 구성요소가 노인의 삶의 질에 영향을 미치는지를 살펴 보았다. 노인이 완전히 독립적으로 일상생활동작을 할 수 있을 때 가장 높은 삶의 질 점수를 보인 것은 13.30 점을 나타낸 목욕하기였고 일상생활동작이 완전히 의존적일 때 가장 낮은 삶의 질 점수를 보인 것은 7.16점을 나타낸 침상에서 밖으로 이동하기였다. 본 연구의 결과를 통해 볼 때 노인의 삶의 질에 가장 영향을 많이 미치는 변수로는 목욕하기의 개인청결문제와 관련된 일상생활동작이었다.

배지연과 박현식(2006)은 노인의 건강관련행태가 노년기에 신체적·정신적 건강에 위협을 줄 수 있는 위험요인과 보호요인으로 나누어질 수 있으며 삶의 질을 향상시키는데 결정적인 역할을 할 것으로 보인다고 주장하였다. 본 연구에서 조사한 건강관련행태 중 흡연과 음주는 건강위험요인으로 휴식시간과 일상활동 정도가 보호요인으로 나누어질 수 있다. 한국보건사회연구원

(2004)의 조사에 의하면 현재 흡연을 하고 있는 노인은 전체의 17.6%를 나타내었고 정효지와 문현경(1999)의 연구에 의하면 일일 1개피 이상을 피우는 흡연자는 전체노인의 26.2%로 나타났다. 본 연구에서는 현재 담배를 피우는 사람이 19.1%로 나타났다. 김형수(2000)의 연구에서는 노인 음주자의 비율이 1998년 40.2%에서 2001년 42.2%로 증가하였다고 주장하고 있으며 2004년도 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 현재 술을 마신다는 노인이 34.1%였다. 본 연구에서는 음주를 하는 노인이 46.8%였다. 휴식과 관련한 연구로 원형중(1994)은 여가활동의 경우 여가참여 자체가 만족감을 증진시킬 뿐만 아니라 건강과 원만한 가족관계를 유지하는데 도움을 주어 노년기의 삶의 질을 높일 수 있는 중요한 요소라고 주장하였고 본연구의 노인 중 10.6%가 휴식시간이 충분하지 않다고 응답하였다. Branch와 Jette(1984), 그리고 Kane 등(1985)의 연구에서 운동습관은 관상동맥질환, 당뇨병, 인슐린 저항성, 고혈압, 비만 위험의 감소, 골밀도, 근육량, 에너지 대사의 개선 등에 이점이 있으며 심혈관계, 근력, 그리고 전반적인 신체기능을 향상시켜 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키거나 기능장애의 시간을 최소화시키고 고령자 자신이 독립적이면서 의미 있는 일에 참여할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높인다고 기여한다고 주장하였다. 본 연구의 결과에서는 심한 활동을 하는 군의 삶의 질이 안정상태에 있는 군에 비해 높았으며 이는 통계적으로 유의하여서 위의 주장을 뒷받침 한다고 할 수 있다. Berkman과 Breslow(1983)의 연구에서는 적당한 운동, 금연, 절주, 적당한 체중의 유지, 7~8시간의 수면의 5가지의 건강생활습관 중 3가지 이하를 실천하면 4~5가지의 건강생활을 실천하는 것보다 사망위험률이 2.8배 높다고 보고하였다.

서미경(1995)의 연구에서는 우리나라 노인의 60.4%가 만성질환에 의해 사망한다고 추정하고 있으며 만성질환 중 관절염, 신경통, 류마티스 관절염 등 근골격계 질환이 외래 및 입원 진료건수가 높은 다빈도 질환으로서 노인의 삶의 질을 저하시키고 있다고 주장하였다. 또한 정경희(2005)의 연구에서는 한국노인의 86.7%가 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있고 노인들의 65%가 관절염을 앓고 있으며 그중 84.4%의 노인들이 관절염 때문에 일상생활에 어려움이 있다고 조사되었다. 본 연구에서는 의사로부터 40.6%가 골관절염, 4.8%가 류마티스 관절염, 17.7%가 골다공증, 12.9%가 추간판탈출증



으로 각각 진단을 받았다. 4가지 근골격계 질환에 이환되지 않음을 앓고 삶의 질 점수가 근골격계 질환이 있는 노인들의 삶의 질 점수보다 높았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

본 연구에서는 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 조사하기 위해 제3기 국민건강·영양조사 중 기존연구에서 밝혀진 요인들을 독립변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 본 연구에서 연령이 증가할수록 삶의 질은 감소하였고 이는 통계적으로 유의하였으며 성별에 있어서는 여성의 삶의 질 점수가 낮았으며 남성에 비해 삶의 질이 높을 교차비가 .722 이었다 ( $p=.170$ ). Argyle(1999)의 연구에서도 인구사회학적 변인 각각의 영향력은 다른 변인들을 통제하는 경우에 더욱 줄어드는 것으로 나타났으며 Andrews와 Withey(1974), 그리고 Diener 등(1985)의 연구에서도 삶의 질에 대하여 인구학적 변인들은 10~15%내외의 설명력을 갖고 있다고 주장하였다. 건강보험 가입유형의 경우 지역의료보험 가입자에 비해 직장가입자의 삶의 질이 높을 교차비가 1.406이었고 이는 통계적으로 유의하였다. 건강보험 가입유형은 노인의 경제수준을 간접적으로 파악할 수 있는 지표로 본 연구의 결과는 기존의 연구인 김태현(1986), 민경진과 황진수(2007), 그리고 이가옥(1994)의 결과와 일치하는 것으로써 대부분의 연구에서 삶의 질에 경제적수준이 유의한 변수라는 결과와 본 연구에서도 같은 결과를 얻었다. 전봉천 등(2005)의 연구에서는 건강상태가 좋을수록, 일상생활 동작이 좋을수록 삶의 질 수준이 높았다. 본 연구에서는 일상생활 동작의 경우 일상생활 동작능력이 독립적일수록 삶의 질도 증가하였으며 이는 통계적으로 유의하여 비슷한 결과를 보였다. 그 밖에도 성기월(1999)의 연구에서는 일상생활 동작 정도가 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이라고 주장하였다. 본 연구에서 흡연의 경우 금연하는 노인에 비해 현재 흡연하는 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 .829였고, 안정상태의 노인에 비해 심한 활동을 하는 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 3.900였으며 이는 통계적으로 유의하였다. 삶의 질과 건강행위와 관련된 기존의 연구에서는 흡연뿐만 아니라 음주, 여가등도 노인의 삶의 질에 영향을 미치고 있었으나 본 연구에서는 통계적으로 유의하지는 않았다. 허재현과 조영태(2008)의 연구에서는 서울시 65세 노인 중 삶의 질과 관련된 노인의 활동제한을 초래하게 되는 원인으로서 가장 많은 것을 골관절염과 류마

티스 관절염이라고 주장하고 있다. 본 연구에서는 골관절염, 류마티스관절염, 골다공증, 추간판탈출증에 이환되지 않은 노인에 비해 질병에 이환된 노인의 삶의 질이 높을 교차비가 각각 .290, .380, .577, .452였으며 이는 통계적으로 유의하였으며 이는 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 관절염을 포함한 근골격계질환 이환여부가 중요한 영향을 미침을 보여주는 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 국민건강·영양조사 자료만을 대상으로 하였다는 것이다. 즉, 대상자 선택에 있어서 설문응답이 가능한 비교적 건강한 노인이 우선적으로 선택되어졌을 수 있다. 둘째, 이 연구는 노인의 삶의 질과 관련요인들 간에 관련성을 살펴본 단면적인 연구로서 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 매개변수와의 관련성을 알아 볼 수 없다. 셋째, 실제 계측이 아닌 노인의 기억에 의한 설문응답이므로 질병이환의 경우 정확한 정보라고 보기 어렵다.

## V. 결론

본 연구에서 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 연령, 건강보험유형, 일상생활 동작, 건강행동(운동), 관절염 등 질병이환상태였다. 노인인구의 증가로 노인 장기요양보험의 시행을 앞두고 있는 현실에서 향후 관련 정책의 제도적 성공을 위해 노인장기요양보험 수혜 대상자들에 대한 좀 더 다각적인 측면의 연구가 필요할 것으로 보여 진다. 특히 그 목적이 노인장기요양보험 수혜 대상자들의 삶의 질 증대에 있는 만큼 이들의 삶의 질과 관련된 영향요인을 좀 더 체계적이고 구체적으로 파악하고 관리하려는 노력을 시도해야 할 것이다.

## 인용문헌

- 강은정, 신호성, 박혜자 등. EQ-5D를 이용한 건강수준의 가치 평가. 보건경제와 정책연구. 2006;12(2):19-43.
- 국민건강보험공단. 노인장기요양보험제도 주요내용과 향후 추진방향. 2007.
- 권중돈, 조주연. 노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학. 2000;20(3):61-76.
- 김태현. 노년기 생활 만족도 연구: 발달 과업 성취도와 상관 연구. 성신 연구 논문집. 1986;23(1):157-167.

- 김형수. 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. 한국노년학. 2000;22(1):159-172.
- 민경진, 황진수. 노인의 일상생활활동의 삶의 질에 미치는 영향 연구. 노인복지연구. 2007;36:221-246.
- 배지연, 박현식. 노인의 위험행동에 관한 탐색적 고찰. 한국노년학. 2006;26(4):785-800.
- 보건복지부 질병관리본부. 국민건강영양조사 제3기 (2005) 원시자료 이용지침서. 2007.
- 유성호. 자녀수와 결혼한 성인자녀와의 동거가 노후생활 만족에 미치는 영향. 한국노년학. 1997;17(2):37-50.
- 원형중. 여가활동 참여가 수도권 거주 노인의 고독감, 여가만족, 생활만족에 미치는 영향. 한국노년학. 1994;14(2):90-104.
- 서미경. 한국 노인의 만성질환 상태 및 보건의료대책. 한국노년학. 1995;15(1):28-39.
- 성기월. 시설노인과 재가노인의 일상생활 활동(ADL) 정도와 생활만족 정도의 비교. 한국노년학. 1999;19(1):105-117.
- 이가옥, 서미경, 고경환. 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원. 1994.
- 전귀연, 임주영. 노인의 애착유형과 사회적 지지가 주관적 안녕감에 미치는 영향. 한국노년학. 2000;22(3):173-191.
- 전봉천, 남철현, 최상규 등. 대도시 노인의 삶의 질 수준과 이에 영향을 미치는 요인. 대한보건연구. 2005;31(2):124-137.
- 정경희, 조애저, 오영희. 1998년도 전국노인생활실태조사보고. 한국보건사회연구원. 2005.
- 정명숙. 노년기 삶의 질에 영향을 미치는 요인들. 노인복지연구. 2007;37:249-273.
- 정효지, 문현경. 경기지역의 노인흡연자와 비흡연자의 식습관 및 영양소 섭취량의 차이에 관한 연구. 한국영양학회지. 1999;32(7):812-820.
- 최정신. 농촌노인의 일상생활과 삶의 질의 관계에 관한 연구. 한국노년학. 1999;19(3):121-139.
- 정경희, 오영희, 석재은, 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원. 2004.
- 허재현, 조영태. 서울시 노인의 사회경제적 수준별 활동 제한 및 건강행태. 한국노년학. 2008;28(1):87-104.
- 통계청. 고령자 통계, 2005. 2005.
- Andrews FM, Withey SB. Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. Soc Indic Res. 1974;1(1):1-26.
- Argyle M. Causes and correlates of happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, eds. Well-being: The foundations of hedonic psychology. New York, Russell Sage Foundation, 1999:353-373.
- Baltes PB, Mayer KU. The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York, Cambridge University Press, 1999.
- Berkman LF, Breslow L. Health and Ways of Living: The Alameda county study. New York, Oxford University Press, 1983.
- Branch LG, Jette AM. Personal health practices and mortality among the elderly. Am J Public Health. 1984;74(10):1126-1129.
- Carr-Hill RA. Health related quality of life measurement-Euro style. Health Policy. 1992;20(3):321-328.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, et al. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71-75.
- Glenn ND, Weaver CN. A multivariate, multisurvey study of marital happiness. J Marriage Fam. 1978;40:269-280.
- Haring MJ, Stock WA, Okun MA. A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. Hum Relat. 1984;37(8):645-657.
- Inglehart R. Culture Shift in Advanced Industrial Society. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1989.
- Kane RL, Kane RA, Arnold SB. Prevention and the elderly: Risk factors. Health Serv Res. 1985;19(6 Pt 2):945-1006.
- Kolberg KJS. Biological development and health risk. In: Merluzzi TV, White RD, Life-span Perspectives on Health and Illness. Lawrence Erlbaum Associates, 1999:23-45.
- Veenhoven R. World database of happiness. Soc Indic Res. 1995;34:299-313.

---

논문접수일 2009년 5월 27일

논문게재승인일 2009년 8월 21일