

재가 장애인의 EQ-5D를 활용한 건강관련 삶의 질의 영향 요인: 국민건강영양조사 제 3기(2005) 자료를 토대로

정성석¹ · 정경화²

전북대학교 통계정보과학과(응용통계연구소) 교수¹, 호남대학교 간호학과 조교수²

Predictors of Health-related Quality of Life (HRQoL) in the Home-dwelling Disabled Persons by using EQ-5D: Results from the 3rd Korea National Health and Nutritional Examination Survey 2005

Chung, Sung Suk¹ · Joung, Kyoung Hwa²

¹Professor, Department of Statistical Informatics, Chonbuk National University, ²Assistant Professor, Department of Nursing, Honam University

Purpose: This study was a secondary data analysis aimed at identifying the predictors of health-related quality of life (HRQoL) of the home-dwelling disabled person by using EQ-5D which is a standardized instrument used as a measure of health outcome. **Methods:** Data were drawn from the 3rd Korea National Health and Nutritional Examination Survey conducted by the Ministry of Health and Welfare (MOHW). Subjects were 1,021 home-dwelling disabled persons over 19 years of age. Data were analyzed by using descriptive statistics, t-test, Pearson's correlation, one-way ANOVA, Scheffé test, and Stepwise multiple regression. **Results:** HRQoL (Health Related Quality of Life) is differentiated within age, genders, educational level, employment status, economic status, types and grades of disability, health problems associated with limited mobility, and the limited duration of time. HRQoL is correlated with age, number of cohabiters, educational level, grades of disability, activities of daily living (ADL), and instrumental ADL (IADL). HRQoL is significantly associated with ADL, health problems in connection with limited mobility, employment status, types of disability, marital status, grades of disability, and the limited duration of time. These factors explained 63.7% of variance in HRQoL. **Conclusion:** HRQoL among the disabled is related to their characteristics, ADL, and IADL. For this reason, it is necessary to develop health programs to promote those variables required to improve HRQoL.

Key Words: Disabled persons, Activities of daily living, Quality of life

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 장애출현율은 2008년 12월 현재 4.62%로 등록 장애인의 수는 2,246,965명이며 이 중 재가 장애인의 비율은 93.5%에 해당된다(Ministry of Health and Welfare

[MOHW], 2009; Statistics Korea, 2009).

장애인의 보건복지정책은 1995년에 대통령이 '삶의 질 세계화'를 선언한 이래로, 1996년 보건복지부의 '국민 복지 기본구상' 제시, 1998년 '장애인 인권헌장'을 제정공포, '장애인 복지발전 5개년 계획'을 추진하여 장애인 편의시설 확충, 인정범위 확대, 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 제정 및 시행, 활동보조 지원사업을 실시하였다. 장애인이 지

주요어: 장애인, 일상생활수행능력, 삶의 질

Address reprint requests to: Joung, Kyoung Hwa, Department of Nursing, Honam University, 22306, 59-1 Seobong-dong, Gwangsan-gu, Gwangju 506-714, Korea. Tel: 82-62-940-5551, Fax: 062-940-5116, E-mail: hwa0607@honam.ac.kr

투고일 2010년 2월 21일 / 수정일 2010년 5월 4일 / 게재확정일 2010년 5월 12일

역사회에 통합되어 건강하고 행복한 삶을 영위하기 위해서는 정책적 지원뿐만 아니라 과연 그러한 정책적 지원이 장애인의 요구도에 부합하는지를 확인할 필요가 있다. 2008년도 전국 장애인을 대상으로 실시한 보건복지서비스 요구도 조사에서 의료서비스의 요구도가 가장 높게 나타나(MOHW, 2009), 장애인이 체감하는 보건의료 서비스의 수준이 만족스럽지 못함을 의미한다.

장애인을 포함한 인구 집단에서 취약 대상을 확인하고 일련의 보건복지정책 및 보건의료 서비스를 평가하기 위해서는 건강관련 삶의 질이 주요한 지표가 될 수 있다(Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2009). 건강관련 삶의 질이란 대상자가 보건의료를 경험함으로써 향상되기를 원하는 삶의 측면으로(Measurement of health-related quality of life & asthma control, 2009), 미국은 1993년 일반인에 대한 건강관련 삶의 질의 조사가 국가적으로 처음 실시된 이후 장애인, 관절염 환자와 같은 특정 인구집단에 대한 주기적인 모니터링으로 보건정책 제안을 위한 기초자료를 구축하고 있다(CDC, 2009).

건강관련 삶의 질의 측정에 있어서 가장 널리 사용되는 도구로는 Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36), Health Utility Index (HUI), EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D)가 있다(McDonough et al., 2005). 건강관련 삶의 질을 측정하는 주요한 도구들의 타당성에 대한 선행연구(Coons, Rao, Keininger, & Hays, 2000)에 따르면 어떤 우위를 갖는 도구는 없으며 대상자의 특징과 조사 환경을 고려하여 선정하도록 추천하고 있다. 이 중 EQ-5D는 개발당시부터 7개국 언어로 번역되어 세계적으로 임상 및 역학조사 분야에서 민족과 국가 간 차이를 확인하는데 유용하다(EuroQoL, 2009; Seong et al., 2004; Taylor, Lord, McPherson, & McNaughton, 2001). EQ-5D는 아동에서 노인에 이르기까지 다양한 연령층을 대상으로 도구 타당성이 입증된 바 있고(Benedict et al., 2005; Tennvall & Apelqvist, 2000), 특히 장애인 대상연구의 경우 설문지 작성이 비교적 간단하기 때문에 선호된다(Bustrom, Joahnnesson, & Diderichse, 2001; McDonough et al., 2005). 따라서 EQ-5D는 특정 질환을 앓지 않는 일반인(Bustrom, Joahnnesson, & Diderichse, 2001), 시각장애인과 만성질환자의 비교(Langelaan et al., 2007)와 같이 국가 간 비교를 위한 건강관련 삶의 질의 지표를 산출하고 취약대상을 확인하는데 기여할 뿐만 아니라, 응급실에 사고로 내원한 아동의 관리(Polinder et al., 2005), 관절염 환자의 위약의 효과(Pipitone & Scott, 2001), 청각

장애 노인의 보청기 사용훈련의 효과(Vuorialho, Karinen, & Sorri, 2006)와 같이 만성질환자 및 장애인 대상 추후관리 및 보건중재의 실효성을 평가하는데 활용할 수 있다.

장애인의 건강관련 삶의 질에 관한 국내의 선행연구는 지적장애인(Kim, 2006; Kim & Kim, 2005), 재가 여성 장애인(Lee, Suh, & Kim, 2005)에 대하여 수행되었으나 각각 다른 도구를 사용함으로써 연구결과를 비교하고 취약대상을 확인하는데 어려움이 있었다. 국내에서 EQ-5D를 활용한 건강관련 삶의 질에 관한 연구는 일반인(Kang, Shin, Park, Jo, & Kim, 2006; Seong et al., 2004), 류마티스관절염 환자(Kim, Cho, Uhm, Kim, & Bae, 2005)에서 연구된 바 있다. 국가적으로는 2005년도 처음으로 건강관련 삶의 질 측정을 위하여 국민건강영양조사(MOHW, 2006)에서 EQ-5D를 포함시켰고, 2007년도에는 질병관리본부에서 EQ-5D를 근거로 한국형 건강관련 삶의 질 가중치를 제시하게 되었다(Korean Centers for Disease Control and Prevention (KCDC), 2007). 향후 EQ-5D를 활용한 건강관련 삶의 질 측정은 보건정책 평가와 더불어 취약계층을 확인하고 정책제안 및 의사결정의 주요한 판단 기준을 제시할 것으로 기대된다(Kang et al., 2006; Seong et al., 2004).

따라서 본 연구에서는 2005년도 국민건강 영양조사결과와 2007년도 질병관리본부에서 제시한 한국형 건강관련 삶의 질 가중치를 토대로 선행 문헌에서 장애인의 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 확인되었던 경제수준(Kim & Kim, 2005), 장애유형 및 직업유무(Taylor et al., 2001), 연령, 성별, 결혼상태, 동거가족, 장애등급, 활동제한관련 건강문제 여부, 활동제한기간, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력을 변수로 선정하여 EQ-5D를 활용한 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 밝힘으로써 장애인의 건강관련 삶을 향상시킬 수 있는 간호중재 프로그램 개발 및 정책 제안을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 국내 재가 장애인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위함이며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 장애인의 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질을 파악한다.
- 장애인의 일반적 특성, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질의 상관관계를 파악한다.

- 장애인의 건강관련 삶의 질의 영향요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 국내 재가 장애인의 일반적 특성, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질 간의 관계를 분석한 후 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구에 활용된 자료는 보건복지부, 한국보건사회연구원, 질병관리본부 및 한국보건산업진흥원에서 공동으로 실시한 2005년도 국민건강영양조사 제3기 자료(MOHV, 2006) 중 심층분석되지 않은 자료이다. 자료수집은 지역과 주거종류를 고려한 층화집락계통추출법으로 선정된 34,151명을 대상으로 2005년 4월 6일부터 6월 21일까지 전국 232개 시·군·구의 조사원에 의해 직접 면접으로 조사되었다. 특히 국민건강영양조사 제 3기 자료는 장애유형 및 등급, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질에 대한 조사가 처음으로 실시된 대규모 표본조사이다. 이후 국민건강영양조사는 2007년, 2008년, 2009년에도 실시된바 있으나 조사대상에 있어서 순환표본의 방식으로 조사지역 및 조사가구를 대폭 축소하여 표본 수가 제3기 자료에 비하여 10분의 1수준에 지나지 않고 조사지역에 따라 자료수집 시기가 다르다. 본 연구자들은 주무부서인 보건복지부 건강정책과에 연구계획서를 서면으로 제출하여 심사를 받아 국민건강영양조사 제 1~4기의 자료 활용에 관한 허가를 얻었다. 연구자들은 전체 자료를 검토·분석한 결과 제3기 자료를 선정하였다. 연구 자료는 개인정보가 삭제된 상태로 연구대상자가 누구인지 알 수 없도록 코딩되어 있었다. 본 연구의 대상은 등록된 19세 이상 재가 장애인 총 1,021명으로 2005년도 기준 19세 이상 성인 장애인 1,588,478명의 0.064%에 해당된다(Statistics Korea, 2009).

3. 연구도구

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 결혼상태, 동거가족

수, 직업, 가구원의 총 월수입, 장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동제한기간이 조사되었다. 경제수준에 따른 차이를 비교하고자 가구균등화소득의 사분위수에 따른 소득분류 즉 상층, 중상층, 중하층, 하층으로 분류한 자료를 이용하였다.

2) 일상생활수행능력

일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)은 개인이 주어진 환경 내에서 독립적인 삶을 영위하는데 비교적 필수적인 활동을 의미하는 것으로(World Health Organization (WHO), 2009), 본 연구에서 장애인의 일상생활수행능력은 옷입기, 세수, 목욕, 식사, 침상에서 밖으로 이동, 화장실 사용, 대소변 조절의 7개 항목이 측정되었다. 각 항목마다 “완전 자립”에 3점, “부분 도움”에 2점, “완전 의존”에 1점을 부여하여 총 7~21점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 일상생활수행능력이 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=0.926$ 이었다.

3) 도구적 일상생활수행능력

도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)은 개인의 자율성이 요구되는 보다 복잡하고 높은 수준의 활동을 의미하는 것으로(WHO, 2009), 본 연구에서 장애인의 도구적 일상생활수행능력은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용, 복약의 10개 항목이 측정되었다. 몸단장, 근거리 외출, 복약은 “완전 자립”에 3점, “부분 도움”에 2점, “완전 의존”에 1점을 부여하였고, 그 외 7개 항목에는 “완전 자립”에 4점, “부분 도움”에 3점, “완전 의존이나 동행자 필요”에 2점, “사용 못함”에 1점을 부여하여 총 10~37점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 도구적 일상생활수행능력이 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=0.848$ 이었다.

4) 건강 관련 삶의 질

건강관련 삶의 질(Health Related Quality of Life, HRQoL)은 건강상 변화에 따라 직접적인 영향을 받는 삶의 영역을 의미한다(EuroQoL, 2009). 본 연구에서 건강 관련 삶의 질은 1987년 설립된 EuroQol Group에서 개발한 도구인 EQ-5D를 변안한 한국형 EQ-5D (Kim et al., 2005)로 측정되었다. 본 도구는 EQ-5D index와 EQ-5D VAS로 나뉘는데, 전자는 운동능력, 자기관리, 활동, 통증/불편감, 불안/우울의

5개 항목에 관하여 문제없음, 중등도의 문제 있음, 중증의 문제 있음의 3단계로 표시하고, 후자는 건강상태를 0~100의 눈금자에 직접 표시하는 설문형태이다. 본 연구에서 건강관련 삶의 질의 점수는 질병관리본부(2007)의 가중치적용기준에 따라 EQ-5D VAS를 제외한 EQ-5D index의 5개 항목을 분석하여 계산하였다. 한국형 질가중치 추정을 위한 모형은 다음과 같다($Y=1-(0.050+0.096*M2+0.418*M3+0.046*SC2+0.136*SC3+0.051*UA2+0.037*PD2+0.151*PD3+0.043*AD2+0.158*AD3+0.050*N3)$). 즉 한국형 삶의 질(Y)은 운동수준(M), 자기관리(SC), 일상활동(UA), 통증/불편감(PD), 불안/우울(AD)과 같은 각 영역의 수준을 모두 고려할 뿐만 아니라 어떤 한 영역이라도 최하수준인 경우(N3)를 고려한 값이다(KCDC, 2007). 따라서 5가지 항목의 응답을 조합하면 총 243개의 건강상태로 분류된다. 건강관련 삶의 질의 점수는 모든 항목이 최대한 발휘되는 경우 1의 값이 부여되고, 항목 중 어떤 영역이라도 최대한 발휘되지 못하는 경우 음의 값을 갖게 되어, 최종적으로 -0.171~1의 점수범위를 가진다. 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=.820$ 이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 15.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질을 파악하기 위해서 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술 통계를 시행하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질의 차이는 t-test, one-way ANOVA와 사후 검정으로는 Scheffé test를 하였다.
- 대상자의 일반적 특성, 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질과의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 Stepwise multiple regression을 시행하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자 1,021명의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 연령은 평균 54.56 ± 14.30 세이고 성별은 남자 662명(64.8%), 여자

359명(35.2%)이었다. 결혼 상태는 배우자가 있는 경우(66.5%)가 많았고, 동거가족의 수는 평균 1.71 ± 1.30 명이었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하 학력(47.4%)이 많았고, 직업은 없는 경우(44.3%)가 많았다. 가구원의 총 월수입은 평균 144.97 ± 128.21 만원으로 대상자의 47.4%가 경제수준의 하층에 속하였다. 장애유형은 지체장애(57.7%), 청각장애, 시각장애, 언어장애, 정신지체, 발달장애, 신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루, 요루, 간질 등 기타 장애(35.1%), 뇌병변장애(7.2%) 순이었다. 장애등급은 6급(21.6%)이 많았다. 활동제한관련 건강문제는 있다(58.1%)가 많았고, 활동제한기간은 평균 8.77 ± 13.11 년으로 1년 미만인 경우(45.4%)가 많았다.

2. 대상자의 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질

대상자의 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질의 세부 영역별 점수 또는 빈도에 대한 분석은 Table 2에, 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질의 차이에 대한 분석은 Table 3에 제시되어 있다.

1) 대상자의 일상생활수행능력

대상자의 일상생활수행능력은 21점 만점에 19.99 ± 2.54 점이었으며(Table 3), 침상에서 밖으로 이동하기 2.93 \pm 0.33점으로 가장 높았으며, 식사하기 2.91 \pm 0.34점, 화장실 사용하기 2.91 \pm 0.35점, 대소변 조절하기 2.89 \pm 0.37점, 세수하기 2.84 \pm 0.47점, 옷입기 2.82 \pm 0.50점, 목욕하기 2.70 \pm 0.61점 순이었다(Table 2).

대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력을 분석한 결과(Table 3), 연령, 동거가족유무, 교육수준, 직업유무, 경제수준, 장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동제한기간에 따라 일상생활수행능력에 차이가 있는 것으로 나타났다. 30대(20.44 ± 1.91 점), 40대(20.52 ± 1.71 점), 및 50대(20.22 ± 2.12 점) 연령층이 70세 이상(19.14 ± 3.39 점)보다($p < .001$), 동거가족이 없는 경우(20.70 ± 0.96 점)가 동거가족이 있는 경우(19.91 ± 2.65 점)보다($p = .003$) 일상생활수행능력 점수가 높았다. 고졸(20.48 ± 1.87 점)이 초졸 이하(19.68 ± 2.92 점)보다($p = .001$), 직업이 있는 경우(20.64 ± 1.25 점)가 직업이 없는 경우(19.19 ± 3.37 점)보다($p < .001$), 경제수준에서 상층에 속하는 경우(20.62 ± 1.63

Table 1. Characteristics of Subjects

(N=1,021)

Characteristics	Categories	n (%) [†]	M±SD	Range
Age (year)	19~29	53 (5.2)	54.56±14.30	19~90
	30~39	120 (11.8)		
	40~49	190 (18.6)		
	50~59	232 (22.7)		
	60~69	278 (27.2)		
	≥70	148 (14.5)		
Gender	Male	662 (64.8)		
	Female	359 (35.2)		
Marital status	Spouse yes	679 (66.5)		
	Spouse no	342 (33.5)		
Cohabiter	Yes	916 (89.7)	1.71±1.30	0~8
	No	105 (10.3)		
Educational level	≤ Elementary school	473 (47.4)		
	Middle school	178 (17.8)		
	High school	257 (25.8)		
	≥ College	90 (9.0)		
Occupation	Agriculture and fishing	104 (10.2)		
	Officer	47 (4.6)		
	Officer, productional	186 (18.2)		
	Commercial, service	87 (8.5)		
	Others	145 (14.2)		
	Unemployed	452 (44.3)		
Household income (10,000 won/month)			144.97±128.21	0~833
Economic status	Low income	476 (47.4)		
	Lower-middle income	235 (23.4)		
	Upper-middle income	175 (17.4)		
	High income	119 (11.8)		
Type of disability	Limbs	589 (57.7)		
	Cerebral disorder	74 (7.2)		
	Others	358 (35.1)		
Grade of disability	1	82 (8.1)		
	2	203 (19.9)		
	3	187 (18.4)		
	4	151 (14.8)		
	5	175 (17.2)		
	6	220 (21.6)		
Health problem in connection with limited mobility	Yes	593 (58.1)		
	No	428 (41.9)		
Limited duration of time (year)	< 1	464 (45.4)	8.77±13.11	1~77
	1~5	172 (16.8)		
	6~10	122 (11.9)		
	≥ 11	263 (25.8)		

[†]Valid percent

점)가 하층에 속하는 경우(19.72±2.77점)보다($p=.003$) 일상생활수행능력 점수가 높았다. 장애유형은 지체장애(20.11±2.42점) 및 기타장애(20.30±2.12점)를 가진 경우가 뇌병변장애(17.61±3.78점)를 가진 경우보다($p<.001$) 일상생활수행능력 점수가 높았다. 장애등급은 3등급 장애(20.16

±1.99점), 4등급 장애(20.60±1.43점), 5등급 장애(20.85±0.94점) 및 6등급 장애(20.89±0.51점)를 가진 경우가 2등급 장애(19.04±3.18점), 1등급 장애(16.59±4.69점)를 가진 경우보다($p<.001$) 일상생활수행능력 점수가 높았다. 활동제한관련 건강문제가 없는 경우(20.97±0.19점)가 활

Table 2. ADL, IADL, and HRQoL of Subjects (N=1,021)

Domain	Item	M±SD or n (%) [†]	
ADL	Dressing	2.82±0.50	
	Face and Hand washing	2.84±0.47	
	Bathing	2.70±0.61	
	Eating	2.91±0.34	
	Getting in or out of bed	2.93±0.33	
	Toileting	2.91±0.35	
	Bladder and bowel management	2.89±0.37	
IADL	Grooming	2.81±0.50	
	Light house work	3.02±1.22	
	Preparing food	2.77±1.30	
	Laundry	2.78±1.34	
	Getting around outside	2.79±0.48	
	Mode of transportation	3.55±0.82	
	Shopping	3.56±0.90	
	Managing money	3.40±0.99	
	Telephoning	3.63±0.86	
	Taking medications	2.82±0.52	
	HRQoL	Mobility	No problem
Moderate			457 (45.5)
Severe			57 (5.7)
Self-care		No problem	772 (76.9)
		Moderate	164 (16.3)
		Severe	68 (6.8)
Usual activities		No problem	465 (46.3)
		Moderate	436 (43.4)
		Severe	103 (10.3)
Pain/discomfort		No problem	309 (31.1)
		Moderate	568 (57.2)
		Severe	116 (11.7)
Anxiety/ depression		No problem	566 (58.4)
		Moderate	312 (32.2)
		Severe	91 (9.4)

ADL=activities of daily living; IADL=instrumental activities of daily living; HRQoL=health related quality of life.

[†]Valid percent.

동제한 관련 건강문제가 있는 경우(19.30±3.13점)보다 ($p<.001$), 활동제한기간이 1년 미만인 경우(20.82±1.11점)가 1년 이상 5년 이하(18.93±3.47점), 6년 이상 10년 이하(19.49±2.83점) 및 11년 이상인 경우(19.99±2.54점)보다($p<.001$) 일상생활수행능력 점수가 높았다.

2) 대상자의 도구적 일상생활수행능력

대상자의 도구적 일상생활수행능력은 37점 만점에 31.13±6.14점이었으며(Table 3), 3점 만점의 항목 중 약 챙겨먹기 2.82±0.52점, 몸단장하기 2.81±0.50점, 근거리 외출하기 2.79±0.48점의 순이었고, 4점 만점 항목 중 전화사용하기 3.63±0.86점, 물건사기 3.56±0.90점, 교통수단 이용하기 3.55±0.82점, 금전관리 3.40±0.99점, 집안일 하기

3.02±1.22점, 빨래하기 2.78±1.34점, 식사 준비 2.77±1.30점의 순이었다(Table 2).

대상자의 일반적 특성에 따른 도구적 일상생활수행능력을 분석한 결과(Table 3), 연령, 성별, 동거가족 유무, 교육수준, 직업유무, 경제수준, 장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동제한기간에 따라 도구적 일상생활수행능력에 차이가 있는 것으로 나타났다. 40대(31.81±5.58점) 및 50대(32.39±5.51점) 연령층이 70세 이상(29.11±6.56점)보다($p<.001$), 여자(32.65±6.05점)가 남자(30.30±6.02점)보다($p<.001$), 동거가족이 없는 경우(35.30±2.94점)가 동거가족이 있는 경우(30.65±6.22점)보다($p<.001$) 도구적 일상생활수행능력 점수가 높았다. 고졸(32.05±5.35점)이 초졸 이하(30.51±6.58점)보다($p=.010$), 직업이 있는 경우(32.87±4.64점)가 직업이 없는 경우(28.96±7.02점)보다($p<.001$), 경제수준에서 상층에 속하는 경우(32.58±4.76점)가 하층에 속하는 경우(30.71±6.64점)보다($p=.013$) 도구적 일상생활수행능력 점수가 높았다. 장애유형은 지체장애를 가진 경우(32.13±5.56점)가 기타장애(30.51±6.40점), 뇌병변장애(26.20±6.42점)보다($p<.001$) 도구적 일상생활수행능력 점수가 높았다. 장애등급은 4등급 장애(33.30±4.29점), 5등급 장애(33.60±4.39점) 및 6등급 장애(33.53±3.92점)를 가진 경우가 3등급 장애(31.34±5.40점), 2등급 장애(28.01±6.32점), 1등급 장애(22.71±7.47점)를 가진 경우보다($p<.001$) 도구적 일상생활수행능력 점수가 높았다. 활동제한관련 건강문제가 없는 경우(34.00±3.76점)가 활동제한관련 건강문제가 있는 경우(29.10±6.66점)보다($p<.001$), 활동제한기간이 1년 미만인 경우(33.67±4.27점)가 1년 이상 5년 이하(29.59±6.73점), 6년 이상 10년 이하(29.63±6.04점) 및 11년 이상인 경우(28.42±6.79점)보다($p<.001$) 도구적 일상생활수행능력 점수가 높았다.

3) 대상자의 건강관련 삶의 질

대상자의 건강관련 삶의 질은 1을 최대값으로 볼 때 0.7508±0.2355점으로 -0.171~0.950점의 범위를 보였다(Table 3). 각 항목에서(Table 2) 심각한 상태라고 응답한 장애인은 통증/불편감 116명(11.7%), 활동 103명(10.3%), 불안/우울 91명(9.4%), 자기관리 68명(6.8%), 운동능력 57명(5.7%) 순이었다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질을 분석한 결과(Table 3), 연령, 성별, 교육수준, 직업유무, 경제수준,

Table 3. Mean Differences of ADL, IADL, & HRQoL by Demographic Characteristics

(N=1,021)

Variables	Categories	ADL		IADL		HRQoL	
		M±SD	Fort (p)	M±SD	Fort (p)	M±SD	Fort (p)
Total score	(range)	19.99±2.54 (7~21)		31.13±6.14 (10~37)		0.7508±0.2355 (-0.171~0.950)	
Age (year)	19~29 ^a	19.89±2.97	6.799	29.62±7.07	6.480	0.8225±0.1615	11.343
	30~39 ^b	20.44±1.91	(<.001)	31.26±6.51	(<.001)	0.8253±0.2143	(<.001)
	40~49 ^c	20.52±1.71	b,c,d>f	31.81±5.58	c,d>f	0.8102±0.1835	a,b,c>e,f/ d>f
	50~59 ^d	20.22±2.12		32.39±5.51		0.7533±0.2147	
	60~69 ^e	19.74±2.80		30.93±6.10		0.7129±0.2517	
	≥70 ^f	19.14±3.39		29.11±6.56		0.6615±0.2842	
Gender	Male	20.05±2.37	0.984	30.30±6.02	-5.897	0.7626±0.2376	2.133
	Female	19.89±2.83	(.325)	32.65±6.05	(<.001)	0.7288±0.2303	(.033)
Marital status	Spouse yes	20.01±2.42	0.288	30.99±5.76	-0.942	0.7608±0.2337	1.909
	Spouse no	19.96±2.76	(.773)	31.40±6.82	(.347)	0.7299±0.2381	(.057)
Cohabiter	Yes	19.91±2.65	-2.987	30.65±6.22	-12.101	0.7521±0.2411	0.568
	No	20.70±0.96	(.003)	35.30±2.94	(<.001)	0.7397±0.1824	(.612)
Educational level	≤Elementary school ^a	19.68±2.92	5.939	30.51±6.58	3.777	0.7063±0.2351	12.788
	Middle school ^b	20.15±2.18	(.001)	31.43±5.77	(.010)	0.7675±0.2541	(<.001)
	High school ^c	20.48±1.87	a<c	32.05±5.35	a<c	0.8134±0.2010	a<b,c,d
	≥College ^d	20.07±2.46		31.16±6.12		0.7883±0.2179	
Employment status	Yes	20.64±1.25	8.640	32.87±4.64		0.8185±0.1628	10.229
	No	19.19±3.37	(<.001)	28.96±7.02	10.137 <.001	0.6593±0.2831	(<.001)
Economic status	Low income ^a	19.72±2.77	4.577	30.71±6.64	3.583	0.7050±0.2532	13.423
	Lower-middle income ^b	20.15±2.34	(.003)	31.61±5.57	(.013)	0.7679±0.2245	(<.001)
	Upper-middle income ^c	20.10±2.56	a<d	30.79±6.06	a<d	0.8119±0.1879	a<b,c,d
	High income ^d	20.62±1.63		32.58±4.76		0.8193±0.2012	
Type of disability	Limbs ^a	20.11±2.42	38.532	32.13±5.56	35.724	0.7478±0.2419	33.143
	Cerebral disorder ^b	17.61±3.78	(<.001)	26.20±6.42	(<.001)	0.5511±0.2940	(<.001)
	Others ^c	20.30±2.12	a,c>b	30.51±6.40	a>c>b	0.7984±0.1819	c>a>b
Grade of disability	1 ^a	16.59±4.69	58.556	22.71±7.47	78.254	0.4404±0.3802	58.604
	2 ^b	19.04±3.18	(<.001)	28.01±6.32	(<.001)	0.6327±0.2918	(<.001)
	3 ^c	20.16±1.99	a<b<c,d,	31.34±5.40	a<b<c<d,	0.7610±0.1901	a<b<c,d,e,f/ c<f
	4 ^d	20.60±1.43	e,f	33.30±4.29	e,f	0.7943±0.1533	
	5 ^e	20.85±0.94		33.60±4.39		0.8217±0.1345	
	6 ^f	20.89±0.51		33.53±3.92		0.8537±0.1160	
HPCLM	Yes	19.30±3.13	-12.890	29.10±6.66	-14.817	0.6553±0.2671	-17.611
	No	20.97±0.19	(<.001)	34.00±3.76	(<.001)	0.8725±0.0938	(<.001)
Limited duration of time (year)	<1 ^a	20.82±1.11	33.824	33.67±4.27	57.047	0.8492±0.1494	-17.611
	1~5 ^b	18.93±3.47	(<.001)	29.59±6.73	(<.001)	0.6225±0.2718	(<.001)
	6~10 ^c	19.49±2.83	a>b,c,d	29.63±6.04	a>b,c,d	0.6790±0.2406	a>b,c,d
	≥11 ^d	19.99±2.54		28.42±6.79		0.6806±0.2639	

ADL=activities of daily living; IADL=instrumental activities of daily living; HRQoL=health related quality of life; HPCLM=health problem in connection with limited mobility.

장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동 제한기간에 따라 건강관련 삶의 질이 차이가 있는 것으로 나타났다. 19세 이상 29세 이하(0.8225±0.1615점), 30대 (0.8253±0.2143점) 및 40대(0.8102±0.1835점) 연령층이 60대(0.7129±0.2517점)와 70세 이상(0.6615±0.2842점)

보다(p<.001), 남자(0.7626±0.2376점)가 여자(0.7288±0.2303점)보다(p=.033) 건강관련 삶의 질의 점수가 높았다. 중졸(0.7675±0.2541점), 고졸(0.8134±0.2010점) 및 전문대졸 이상(0.7883±0.2179점)인 경우가 초졸 이하 (0.7063±0.2351점)보다(p<.001), 직업이 있는 경우(0.8185

± 0.1628 점)가 직업이 없는 경우(0.6593 ± 0.2831 점)보다 ($p < .001$), 경제수준에서 중하층(0.7679 ± 0.2245 점), 중상층(0.8119 ± 0.1879 점) 및 상층에 속하는 경우(0.8193 ± 0.2012 점)가 하층에 속하는 경우(0.7050 ± 0.2532 점)보다 ($p < .001$) 건강관련 삶의 질의 점수가 높았다. 장애유형은 기타장애를 가진 경우(0.7984 ± 0.1819 점)가 지체장애(0.7478 ± 0.2419 점) 및 뇌병변장애를 가진 경우(0.5511 ± 0.2940 점)보다($p < .001$) 건강관련 삶의 질의 점수가 높았다. 장애등급은 3등급(0.7610 ± 0.1901 점), 4등급(0.7943 ± 0.1533 점), 5등급(0.8217 ± 0.1345 점) 및 6등급을 가진 경우(0.8537 ± 0.1160 점)가 1등급(0.4404 ± 0.3802 점)과 2등급 장애를 가진 경우(0.6327 ± 0.2918 점)보다($p < .001$) 건강관련 삶의 질이 높았다. 활동제한관련 건강문제가 없는 경우(0.8725 ± 0.0938 점)가 건강문제가 있는 경우(0.6553 ± 0.2671 점)보다($p < .001$), 활동제한기간이 1년 미만인 경우(0.8492 ± 0.1494 점)가 1년 이상 5년 이하(0.6225 ± 0.2718 점), 6년 이상 10년 이하(0.6790 ± 0.2406 점) 및 11년 이상인 경우(0.6806 ± 0.2639 점)보다($p < .001$) 건강관련 삶의 질이 높았다.

4) 대상자의 건강관련 삶의 질에 대한 영향 요인

대상자의 일반적 특성 중 연령, 동거가족수, 교육수준, 가구원의 총 월수입, 장애 등급, 일상생활수행능력, 도구적 일

상생활수행능력과 건강관련 삶의 질과의 관계를 Pearson's correlation으로 분석한 결과는 Table 4와 같다.

장애인의 일상생활수행능력은 연령이 낮을수록($r = -.154$, $p < .001$), 교육수준이 높을수록($r = .110$, $p = .001$), 가구원의 총 월수입이 높을수록($r = .125$, $p = .002$), 장애등급이 낮을수록($r = .408$, $p < .001$) 높았다. 장애인의 도구적 일상생활수행능력은 연령이 낮을수록($r = -.079$, $p = .012$), 총 가구원수가 적을수록($r = -.144$, $p < .001$), 교육수준이 높을수록($r = .093$, $p = .003$), 장애등급이 낮을수록($r = .466$, $p < .001$), 일상생활수행능력이 높을수록($r = .674$, $p < .001$) 높았다.

장애인의 건강관련 삶의 질은 연령이 낮을수록($r = -.249$, $p < .001$), 동거가족수가 많을수록($r = .164$, $p < .001$), 교육수준이 높을수록($r = .181$, $p < .001$), 가구원의 총 월수입이 높을수록($r = .228$, $p < .001$), 장애등급이 낮을수록($r = .438$, $p < .001$), 일상생활수행능력이 높을수록($r = .771$, $p < .001$), 도구적 일상생활수행능력이 높을수록($r = .569$, $p < .001$) 높았다.

Table 3에서 나타난 대상자의 일반적 특성 중 건강관련 삶의 질에 유의한 차이를 보였던 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 직업유무, 가구원의 총 월수입, 장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동제한기간과 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력을 독립변수로 하고 건강관련 삶의 질을 종속변수로 stepwise multiple regression으

Table 4. Correlations among Characteristics, ADL, IADL, and HRQoL of the Subjects

(N=1,021)

Variables	NoC	EL	HI	GoD	ADL	IADL	HRQoL
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Age	-.321 ($< .001$)	-.439 ($< .001$)	-.304 ($< .001$)	.019 (.554)	-.154 ($< .001$)	-.079 (.012)	-.249 ($< .001$)
NoC	-	.256 ($< .001$)	.518 ($< .001$)	.163 ($< .001$)	.057 (.153)	-.144 ($< .001$)	.164 ($< .001$)
EL		-	.358 ($< .001$)	.128 ($< .001$)	.110 (.001)	.093 (.003)	.181 ($< .001$)
HI			-	.219 ($< .001$)	.125 (.002)	.004 (.914)	.228 ($< .001$)
GoD				-	.408 ($< .001$)	.466 ($< .001$)	.438 ($< .001$)
ADL					-	.674 ($< .001$)	.771 ($< .001$)
IADL						-	.569 ($< .001$)

NoC=number of cohabiters; EL=educational level; HI=household income; GoD=grade of disability; ADL=activities of daily living; IADL=instrumental activities of daily living; HRQoL=health related quality of life.

Table 5. Predictors of HRQoL among Subjects using Stepwise Multiple Regression

(N=1,021)

Variables	Unstandardized coefficient		Standardized coefficient	t	p
	B	SE	β		
Constant	-.631	.063		-9.973	<.001
ADL	.066	.003	.614	21.050	<.001
Health problem in connection with limited mobility	-.094	.014	-.213	-6.488	<.001
Employment status	.046	.012	.104	3.711	<.001
Type of disability	.034	.012	.071	2.818	.005
Marital status	.033	.013	.067	2.635	.009
Grade of disability	.011	.004	.077	2.518	.012
Limited duration of time	.001	.001	.058	1.964	.050

R²=0.637; F=148.419; p<.001

SE=standard error; ADL=activities of daily living; HRQoL=health related quality of life.

로 분석하였다(Table 5). 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 일상생활수행능력, 활동제한관련 건강문제 유무, 직업유무, 장애유형, 결혼상태, 장애등급, 활동제한기간의 순으로 나타났으며, 이러한 요인들이 건강관련 삶의 질을 63.7% 설명하였다(F=148.419, p<.001). 건강관련 삶의 질은 일상생활수행능력이 높을수록(p<.001), 활동제한 건강문제가 적을수록(p<.001), 직업이 있는 경우(p<.001)가 건강관련 삶의 질이 높게 나타났다. 또한 장애유형에서는 기타장애를 가진 경우가 뇌병변장애를 가진 경우보다(p=.005), 배우자가 있는 경우(p=.009), 장애등급이 낮을수록(p=.012), 활동제한기간이 많을수록(p=.050) 건강관련 삶의 질이 높게 나타났다.

논 의

본 연구는 2005년도 국민건강영양조사(MOHW, 2006) 중 등록된 재가 장애인에 대한 조사결과를 토대로 질병관리본부(KCDC, 2007)에서 제시한 한국형 가중치를 적용함으로써 국내 재가 장애인의 건강관련 삶의 질을 조명하고 영향 요인을 확인하고자 시도되었다.

본 연구에서 남자 장애인이 여자 장애인에 비해 많았던 것과 같이 남자의 장애출현율이 높다(2008년 기준 남자 5.51%, 여자 3.73%)(Statistics Korea, 2009). 대상자의 장애 유형은 지체장애가 많아, 2008년도 기준 등록 장애인 현황과 유사하였다. 본 연구에서 직업이 없는 장애인이 44.3%로

가장 많았고 가구원의 총 월수입은 평균 144.97만원으로 경제수준상 하층에 속하는 경우가 47.4%에 해당되었다. 따라서 장애인 대부분이 직업이 없거나 신체활동을 필요로 하는 직업에 종사하며 적은 수입으로 생활하고 있음을 알 수 있었다. 보건복지부에서 실시한 장애인 실태조사(MOHW, 2009)에 따르면 장애인의 실업률은 전체 실업률에 비하여 약 2.5배 높고, 장애인 가구 평균 월수입은 전국 가구 평균 월수입의 절반에 해당되었다. 따라서 장애인이 취업을 통하여 안정된 생활을 할 수 있도록 직업상담, 직업적응훈련, 취업 알선, 취업 후 지도와 같은 직업재활 지원사업이 확대·실시되어야 한다.

장애인의 일상생활수행능력은 19.99±2.54점으로 국민건강영양조사(2005)에서 장애는 없으나 일상생활에 어려움이 있는 19세 이상 성인의 일상생활수행능력 20.59±1.53점보다 낮았다. 세부영역 별로는 세수하기, 옷입기, 목욕하기와 같은 개인위생항목의 일상생활수행능력정도가 낮아 다른 항목에 비해 타인의 도움을 필요로 하였다. 한편 주목할 만한 것은 장애인의 필요물품 조사(MOHW, 2009)에서 욕창방지 매트리스, 목욕용 의자와 같은 개인위생물품지원에 대한 요구도가 낮았다. 따라서 거동이 불편한 재가 장애인을 대상으로 한 지역사회보건사업에는 개인위생물품지원보다는 이동목욕서비스와 같은 보다 실제적인 서비스가 확대·수행되어야 한다.

장애인의 도구적 일상생활수행능력은 31.13±6.14점으로 국민건강영양조사(2005)에서 장애는 없으나 일상생활

에 어려움이 있는 19세 이상 성인의 33.21 ± 4.79 점 보다 낮았다. 세부영역 별로는 집안일 하기, 빨래하기, 식사 준비 등 가사관련 항목의 도구적 일상생활수행능력 정도가 낮아 다른 항목에 비해 타인의 도움을 필요로 하였다. 이러한 결과는 장애인이 가장 원하는 보건복지 서비스는 가사도우미로 조사된 2008년도 장애인 실태 조사(MOHW, 2009)를 지지하는 것으로 장애인의 도구적 일상생활수행을 돕기 위해서는 가사활동교육, 활동보조서비스가 제공되어야 한다. 재가 장애인 대상 지역사회중심재활사업에는 장애인의 연령, 동거가족유무, 교육수준, 직업유무, 경제수준, 장애유형, 장애등급, 활동제한관련 건강문제유무, 활동제한기간을 고려한 일상생활 및 도구적 일상생활의 동작을 지도하는 프로그램을 계획하여야 할 것이다.

장애인의 건강관련 삶의 질은 평균 0.7508점이었고, 국내에서 Seong 등(2004)이 일반인을 대상으로 동일한 척도로 측정된 건강관련 삶의 질 0.91 ± 0.15 점에 비하여 매우 낮았다. 또한 영국의 관절염 환자의 건강관련 삶의 질 0.59점(Pipitone & Scott, 2001), 핀란드의 청각장애 노인의 건강관련 삶의 질 0.70점(Vuorialho, Karinen, & Sorri, 2006), 네덜란드의 시각장애인의 건강관련 삶의 질 0.73점(Langelaan et al., 2007)과 차이를 보였다. 본 연구는 일부 지역에 거주하는 특정 질환자나 장애인이 아닌 한국 재가 장애인의 건강관련 삶의 질의 지표를 제시함으로써 향후 비교 연구의 평가기준을 제시했다는 점에서 의의를 갖는다.

장애인 건강관련 삶의 질의 점수 범위에 있어서 운동능력, 자기관련, 활동, 통증/불편감, 불안/우울 등 5가지 영역 모두 최저수준을 의미하는 -0.171 점으로 응답한 장애인은 16명(1.7%)이었다. 건강관련 삶의 질에서 최대값은 완전한 건강상태를 의미하는 반면 최저값은 살아있으나 죽음에 가까운 삶을 표현하는 것으로(Burstrom, Johannesson, & Diderichsen, 2001), 일부 장애인의 삶이 매우 취약하였다. 건강관련 삶의 질의 항목 중 통증/불편감, 활동, 불안/우울의 항목이 자기관리, 운동능력의 항목에 비하여 심각하다는 응답자가 많아서 건강문제 관리, 활동보조, 심리상담 등을 고려한 중재가 요구됨을 알 수 있었다.

본 연구는 선행연구에서 확인된 성별(Langelaan et al., 2007; Vuorialho, Karinen, & Sorri, 2006), 경제수준(Kim & Kim, 2005), 장애유형, 직업유무(Taylor et al., 2001), 장애등급, 활동제한관련 건강문제여부(Hong, 2009)에 따라 개인의 건강에 대한 지각 또는 건강관련 삶의 질이 차이를 보인다는 결과를 지지하였다. 아울러 선행문헌에서 제시되

지 않았던 연령, 교육수준, 활동제한기간에 따라 건강관련 삶의 질이 차이가 있는 것으로 나타났다. 여성 장애인이 남성 장애인에 비해서 일상생활수행능력이나 정신건강 측면의 건강 관련 삶의 질이 취약하고(Langelaan et al., 2007; Vuorialho, Karinen, & Sorri, 2006), 특히 우리나라의 여성 장애인은 남성중심의 가부장적 사회 속에서 성역할을 담당하는 동시에 건강문제로 인한 고통을 홀로 감내해야 하는 이중고에 시달리고 있다(Hwang & Yi, 2009). 따라서 고령의, 여성의, 초등학교 졸업 이하의, 직업이 없고, 경제수준이 하층에 속하고, 뇌병변장애를 앓고 있고, 장애등급이 낮고, 활동제한관련 건강문제가 있고, 1년 이상 활동제한을 경험하는 장애인을 대상으로 한 건강관련 삶의 질 향상을 위한 지역사회간호중재 프로그램이 필요하다. 주목할 만한 것은 본 연구에서 동거가족유무에 따라 일상생활수행능력 및 도구적 일상생활수행능력은 차이를 보였고, 동거가족수가 많아짐에 따라 건강관련 삶의 질이 높아졌다. 1990년대 초부터 지역사회주거 서비스의 일환으로 장애인의 공동생활가정(Group-home)이 운영되고 있다(MOHW, 2009). 장애인에게 있어서 가족 및 동거인은 자존감 향상에도 주요한 영향을 미치므로(Kim & Park, 2009) 전국적으로 장애인의 공동생활가정을 확대 설치하는 한편 정부의 적극적인 지원도 뒤따라야 할 것이다.

본 연구에서는 장애인의 일상생활수행능력이 건강관련 삶의 질에 대한 주요한 영향요인이라는 선행연구(Kim, 2006; Lee, Suh, & Kim, 2005)결과를 지지하는 동시에 활동제한관련 건강문제유무, 직업유무, 장애유형, 결혼상태, 장애등급, 활동제한기간과 같은 영향요인을 추가로 확인할 수 있었다. 장애인의 재활을 위해서는 무엇보다도 목표를 설정하고 변화를 지향하는 내재적인 동기유발과 격려가 필요하다(Han & Lim, 2002). 특히 본 연구에서 뇌병변장애를 가진 경우 활동제한기간이 짧은 장애인일수록 건강관련 삶의 질이 낮았기 때문에 장애 발생 초기부터 적극적인 중재를 필요함을 알 수 있었다. 따라서 장애인의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해서는 보건소 및 지역사회 재활센터를 중심으로 장애유형 및 제한점을 고려한 근력강화운동(Cho, Lee, Kim, & Kim, 2004), 인지훈련 및 직업재활 프로그램, 보건의료서비스 및 자조모임 결성지원 등 다양한 활동과 정책이 모색되어야 할 것이다.

이상의 연구결과를 토대로 지역사회 보건사업 계획 수립에 있어서 취약 대상자를 확인할 수 있었으며 향후 정책 수립의 우선순위를 결정함에 있어서 도움이 될 것으로 판단된

다. 아울러 국내 장애인의 건강관련 삶의 질에 대한 지표를 제시함으로써 보건 사업의 유효성을 평가하는데 주요한 근거로 활용될 수 있다.

결론 및 제언

본 연구는 서술적 조사연구로 2005년도 국민건강영양조사 제3기 자료(MOHW, 2006) 중 등록된 19세 이상 재가 장애인 1,021명에 대한 조사결과를 토대로 질병관리본부(KCDC, 2007)에서 제시한 한국형 가중치를 적용함으로써 국내 재가 장애인의 건강관련 삶의 질을 파악하고 영향 요인을 확인하고자 시도되었다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 장애인의 일상생활수행능력은 침상에서 밖으로 이동하기가 가장 높았으며, 식사하기, 화장실 사용하기, 대소변조절하기, 세수하기, 옷 입기, 목욕하기 순이었다. 장애인의 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 가구원의 총 월 수입이 높을수록, 장애등급이 낮을수록 일상생활수행능력이 높았다.

둘째, 장애인의 도구적 일상생활수행능력은 약 챙겨먹기, 몸단장하기, 근거리 외출하기, 전화사용하기, 물건사기, 교통수단 이용하기, 금전관리, 집안일 하기, 빨래하기, 식사준비 순이었다. 장애인의 연령이 높을수록, 동거가족수가 적을수록, 교육수준이 높을수록, 장애등급이 낮을수록, 일상생활수행능력이 높을수록 도구적 일상생활수행능력이 높았다.

셋째, 장애인의 건강관련 삶의 질은 1을 최대값으로 볼 때 평균 0.7508점으로 장애인의 연령이 낮을수록, 동거가족수가 많을수록, 교육수준이 높을수록, 가구원의 총 월 수입이 높을수록, 장애등급이 낮을수록, 일상생활수행능력이 높을수록, 도구적 일상생활수행능력이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높았다.

넷째, 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 일상생활수행능력, 활동제한관련 건강문제유무, 직업유무, 장애유형, 결혼상태, 장애등급, 활동제한기간의 순이었으며, 이러한 요인들이 건강관련 삶의 질을 63.7% 설명하였다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 장애인 대상 보건사업 및 간호중재프로그램은 장애발생초기부터 수행되어야 하며 사업 내용은 장애유형을 고려한 일상생활수행능력 향상을 위한 운동, 재활 프로그램, 교육 및 직업 기회 확대에 중점을 두어야 한다. 아울러 사업의

실효성을 검증하기 위해서는 대상자인 장애인의 건강관련 삶의 질에 관한 평가가 뒷받침되어야 할 것이다. 나아가 본 연구결과와 비교하여 공동생활가정 및 시설 거주 장애인을 대상으로 일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력, EQ-5D를 활용한 건강관련 삶의 질을 확인하는 연구가 수행되길 기대한다.

REFERENCES

- Benedict, R. H. B., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschauer, F., Zivadinov, R., et al. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: Accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of the Neurological Sciences*, 231(12), 29-34.
- Burstrom, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2001). Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 10(7), 621-635.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). *HRQoL of Disabled Person*. Retrieved September 11, 2009, from <http://www.cdc.gov/hrqol/resources.htm>.
- Cho, H. J., Lee, E. O., Kim, B. W., & Kim, I. J. (2004). Stage of change for exercise and health-related quality of life in Korea adults. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 16(2), 191-201.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1), 13-35.
- EuroQol (2009). *EQ-5D & EuroQoL Group*. Retrieved August 10, 2009, from <http://www.euroqol.org/>
- Han, H. S., & Lim, N. Y. (2002). Development of an instrument to measure the motivation for rehabilitation in the disabled. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 14(4), 554-563.
- Hong, S. W. (2009). Factors influencing health-related quality of life in Korean medicaid beneficiaries. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(4), 480-489.
- Hwang, H. M., & Yi, M. S. (2009). Health-related experience of women with physical disabilities using feminist qualitative approach. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 21(4), 367-378.
- Kang, E. J., Shin, H. S., Park, H. J., Jo, M. W., & Kim, N. Y. (2006). A valuation of health status using EQ-5D. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 12(2), 19-43.
- Kim, K. H. (2006). Construction of health-related quality of life model in acquired people with physical disabilities. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 18(2), 213-

- 222.
- Kim, M. H., Cho, Y. S., Uhm, W. S., Kim, S. H., & Bae, S. C. (2005). Cross-cultural adaptation and validation of the Korean version of the EQ-5D in patients with rheumatic diseases. *Quality of Life Research, 14*(5), 1401-1406.
- Kim, K. H., & Kim, O. S. (2005). Influencing factors on HRQoL of physically disabled persons. *Journal of Korean Academy of Nursing, 35*(3), 478-486.
- Kim, K. H., & Park, G. S. (2009). Family function and self-esteem among young and middle-aged adults with physical disabilities. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 21*(2), 225-234.
- Korean Centers for Disease Control and Prevention (2007). *EQ-5D Korean valuation study using time trade off method*. Retrieved August 8, 2009, from <http://www.cdc.go.kr>
- Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology, 14*(3), 119-126.
- Lee, H. Y., Suh, M. J., & Kim, S. A. (2005). Health related quality of life with disabilities and its affecting factors. *Journal of Korean Academy of Nursing, 35*(3), 575-584.
- McDonough, C. M., Grove, M. R., Tosteson, T. D., Lurie, J. D., Hilibrand, A. S., & Tosteson, A. N. (2005). Comparison of EQ-5D, HUI, and SF-36-derived societal health state values among spine patient outcomes research trial (SPORT) participants. *Quality of Life Research, 14*(5), 1321-1332.
- Measurement of health-related quality of life & asthma control (2009). *What is health-related quality of life?* Retrieved November 11, 2009, from <http://www.qoltech.co.uk>
- Ministry of Health and Welfare (2006). *The Third Korea National Health and Nutritional Examination Survey 2005*. Retrieved July 10, 2009, from <http://www.mw.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare (2009). *Frequency of disabled persons*. Retrieved September 11, 2009, from <http://www.mw.go.kr>
- Pipitone, N., & Scott, D. L. (2001). Magnetic pulse treatment for knee osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Current Medical Research and Opinion, 2001, 17*(3), 190-196.
- Polinder, S., Meerding, W. J., Toet, H., Mulder, S., Essink-Bot, M. L., & van Beeck, E. F. (2005). Prevalence and prognostic factors of disability after childhood injury. *Pediatrics, 116*(6), e810-e817.
- Seong, S. S., Choi, C. B., Sung, Y. K., Park, Y. W., Lee, H. S., Uhm, W. S., et al. (2004). Health-related quality of life using EQ-5D in Koreans. *The Journal of The Korean Rheumatism Association, 11*(3), 254-262.
- Statistics Korea (2009). *The status of the home-dwelling disabled persons*. Retrieved October 1, 2009, from http://www.kosis.kr/domestic/theme/do01_index.jsp
- Taylor, W. J., Lord, S., McPherson, K. M., & McNaughton, H. K. (2001). EuroQol EQ-5D may not adequately describe the health of people with disabilities. *Disability and Rehabilitation, 23*(7), 281-285.
- Tennvall, G. R., & Apelqvist, J. (2000). Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes and Its Complications, 14*(5), 235-241.
- Vuorialho, A., Karinen, P., & Sorri, M. (2006). Effect of hearing aids on hearing disability and quality of life in the elderly. *International Journal of Audiology, 45*(7), 400-405.
- World Health Organization (2009). *Measuring health*. Retrieved August 10, 2009, from <http://www.who.int/>