

# 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향요인

전은영<sup>1</sup> · 최연희<sup>2</sup>

<sup>1</sup>대구한의대학교 간호학과 교수, <sup>2</sup>경북대학교 간호대학 교수

## Factors Affecting the Health-related Quality of Life According to Age in Vulnerable Aged Men

Jeon, Eun Young<sup>1</sup> · Choi, Yeon Hee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Nursing, Daegu Haanny University

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Kyungpook National University, Daegu, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the factors that influenced the health-related quality of life of young-old (65-74 yr) men, old-old (75-84 yr) men, and oldest-old (85 yr or above) men in vulnerable aged received home care from public health center. **Methods:** The participants for this study were 318 aged Korean men living in D city. The data was collected from August to October, 2009 using structured questionnaires. Chi-square, One way ANOVA, Duncan test, Pearson's Correlation Coefficient and multiple regression with the SPSS WIN 14.0 program were used to analyze the data. **Results:** There were statistically significant differences among young-old, old-old, and oldest-old men regarding the health-related quality of life, health promoting behavior, IADL (Instrumental Activities of Daily Living), rehabilitation, depression, and social support. The model including variables related to physical, psychological, and social aspects of life, explained variance of the health-related quality of life of aged men differently, such as 39.6% of young-old, 35.4% of old-old, and 47.0% of oldest-old. Finally, IADL and social support were predictors in explaining the level of health-related quality of life among vulnerable old men regardless of age. **Conclusion:** Based on the findings of the study, nursing interventions should be developed to improve health-related quality of life of vulnerable aged men according to age differences.

**Key words:** Aged, Men, Quality of life, Vulnerable populations

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

수명의 연장은 만성질환 및 기능손상 이후의 생존기간과 그로 인한 의존적 생활상태의 연장을 의미하며, 이러한 문제의 발생 가능성은 후기고령 노인으로 갈수록 증가한다. 실제로 65세에서 74세의 노인들 중 7%만이 개인적인 일상생활활동에서의 도움을 요하지만, 이러한 경향은 75세 이후 증가하여 85세 이상

후기고령 노인의 경우 40% 이상이 의존적인 상태에 있는 것으로 나타났다(Choi, 2007).

우리나라 65세 이상 노인인구의 성비는 2007년 67.5%로 1997년 59.7%보다 7.8% 상승하여 여성노인 100명당 남성노인의 비율이 증가하고 있음을 알 수 있다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2008). 이는 남녀 평균 수명의 격차가 줄어들고 남성노인의 사망률이 낮아져 점차 남성노인 인구 수가 증가하고 있음을 알 수 있다. 지금까지는 여성노인이 남성노인보다 신체적, 정신적, 사회적, 환경적인 측면에서 발달

주요어 : 노인, 남성, 삶의 질, 취약계층

Address reprint requests to : Choi, Yeon Hee

College of Nursing, Kyungpook National University, 101 Dongin-dong, Jung-gu, Daegu 700-422, Korea  
Tel: 82-53-420-4926 Fax: 82-53-421-2758 E-mail: yeonhee@knu.ac.kr

투고일 : 2010년 1월 5일 심사위원회일 : 2010년 1월 11일 게재확정일 : 2010년 6월 9일

적 위기를 더 많이 경험하게 되고 따라서 남성노인보다 더 높은 건강문제의 이환율을 나타낼 수 있다는 측면에서 대부분의 연구는 여성노인이 중심이 되었다. 그러나 성별에 따른 삶의 질에 관한 연구결과에서 남성노인이 여성노인보다 삶의 질이 낮았음(Kim & Lee, 2001)을 보여주었다.

또한 Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (2008)의 통계에 따르면, 2007년 우리나라의 전체 노인이 국민기초생활보장 수급자 중 11.2%를 차지하였고, 차상위계층은 국민기초생활보장수급자의 4.8배로 노인 비율이 급격히 증가하였으며, 이 중 남성노인의 수급이 점차 증가 추세에 있다고 하였다. 이는 남성노인의 건강과 삶의 질도 중요한 문제로 다루어져야 함을 시사하는 것이다.

특히 취약계층 남성노인에서는 퇴직 등에 의해 사회인으로서의 역할을 상실하는 경우가 많아 노인으로서의 새로운 역할에 자신을 재통합시키는 중요한 과제에 직면하게 된다. 따라서 취약계층 남성노인에서의 노년기 삶의 적응은 여성노인에 비해 재통합된 자기역할을 유지하려는 것에 훨씬 더 어려움을 겪게 되어 건강관련 삶의 질 저하를 초래하게 된다(Ferruci, Eijk, & Guralnik, 1999).

노인의 건강관련 삶의 질에 관한 국내(Cha, Han, & Lee, 2002; Hwang & Doh, 2000)와 국외(Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002; Hilleras, Jorm, Herlitz, & Winbald, 2001)의 연구에서는 경제적 수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 일관성 있게 보고하였다. 이러한 연구 결과들을 통하여 취약계층 노인들의 건강관련 삶의 질은 일반 노인들과 구별하여 확인할 필요가 있으며, 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들이 무엇인가를 파악하는 것도 중요하다.

선행연구에서 노인들의 건강관련 삶의 질에 관련이 있는 것으로 건강증진행위(Jeon, Lee, Hong, & Jang, 2007; Lee, Jo, Lee, & Yoo, 2008), 신체증상(Hwang & Doh, 2000), 일상생활수단(Park & Lee, 2007), 재활욕구(Ferruci et al., 1999)과 같은 신체적 요인, 인지(Sung, 1997), 우울(Choi, 2007)과 같은 정신적 요인 및 가족지지(Park, 1999), 사회적 지지(Jang, 1997; Lee & Kim, 1999)와 같은 사회적 요인 등에 대한 연구들이 보고되었다. 이는 단편적 요인이 신체적, 정신적 및 사회적 요인 삶에 미치는 영향을 살펴본 것으로서, 신체적, 정신적 및 사회적 요인 변수에 의한 다차원적 측면에서 노년기 삶을 분석한 경우는 그리 많지 않다.

노년기 건강관련 삶의 질에 관한 기존연구들은 지역사회에 거주하는 재가노인들을 대상으로 한 연구(Choi, 2007; Park, 2004)와 건강 문제를 갖고 있는 노인들을 대상으로 한 연구

(Grundy & Bowling, 1999; Lee & Kim, 1999)가 대부분이며, 우리나라 보건소의 취약계층 방문건강관리 대상 노인들의 건강관련 삶의 질을 파악한 연구는 거의 없는 실정이다. 또한 대부분의 연구는 65세 이상의 노인을 동질한 집단으로 간주하거나 혹은 75세를 중심으로 전기고령 노인과 후기고령 노인으로 구분하여 노년기 삶의 차이에 관해 비교 분석한 연구가 있으나(Choi, 2007), 대부분 노년기를 전기고령과 후기고령으로 구분하고 있을 뿐, 85세 이상의 후기고령 노인의 삶에 관해 초점을 둔 국내 연구는 없는 실정이다. 특히 85세 이상의 후기고령 취약계층 남성노인의 삶에 관한 자료를 제시하는 것에는 한계를 지니고 있어 취약계층 남성노인의 연령에 따른 건강관련 삶의 질을 살펴본 연구는 전무한 상황이다.

따라서 본 연구에서는 노인을 연령에 따라 65세에서 75세 미만의 전기고령(young-old) 노인, 75세에서 85세 미만의 중기 고령(old-old) 노인 및 85세 이상의 후기고령(oldest-old) 노인의 세 단계로 구분하여 취약계층 남성노인이 인식하는 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 영향변수에 관해 탐색하고 비교 분석함으로써, 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질 향상을 위한 프로그램의 중재 전략에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향변인의 수준 차이를 파악한다.

둘째, 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향변인과의 상관관계를 파악한다.

셋째, 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 영향변인을 파악한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 취약계층 노인

취약계층 노인은 국가로 부터 기초생활을 보장받고 있는 기초생활보장 수급자로 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등의 문제로 삶의 질이 저하되어 있는 노인(Kim, 2006)으로, 본 연구에서는 국민기초생활수급자 중 65세 이상 독거노인과 노인부부세대로 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상자로 선정되고 보건소의 맞춤형 방문건강관리대상자로 등록하여 6개월 이상 건강관리를 받고 있는 65세 이상 노인을 의미한다.

## 2) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질은 개인의 삶의 목적, 기대, 기준 및 관심사와 관련을 맺고 있는 건강체계의 구조 속에서 그들의 삶이 어떠한가에 대한 지각하는 것(Grundy & Bowling, 1999)으로, 본 연구에서는 Ware (1995)가 개발한 건강관련 삶의 질(Health Related Quality of Life) 척도를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 취약계층 남성노인의 연령에 따른 건강관련 삶의 질의영향요인을 규명하기 위한 횡단적 단면조사연구(Cross sectional study)이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 대상은 D시 3개 보건소의 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상으로 맞춤형 방문건강관리를 6개월 이상 받고 있는 남성노인을 전수 조사하였다. 연구대상은 보건소의 맞춤형 방문건강관리사업의 1-6순위에 포함된 취약계층 중 가장 취약계층인 1순위의 남성노인 326명이었다. 맞춤형 방문건강관리 1순위 사업대상자는 국민기초생활수급자 중 65세 이상 독거노인과 노인부부세대로서 국가의 공공보건의료대상자 중 가장 취약한 계층이다.

설문 자료는 본 연구자가 연구목적으로만 사용할 것과 연구 참여자에게 익명과 비밀보장을 지킨다는 내용의 동의서를 받고 연구 참여에 상응하는 보상을 함으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 표본의 수는 Cohen (1988)이 제시한 표본의 크기 결정방법에 근거하였다. 즉, 통계 유의수준  $\alpha=.05$ , 비교 집단의 수 3, 효과의 크기 중간정도 0.25, 검중력( $1-\beta$ ) 0.95로 했을 때, 한 집단 간 필요한 표본의 수가 105명으로써 총 315명의 대상자가 요구되었다. 따라서 본 연구에서는 연구대상 보건소의 맞춤형 방문건강관리사업의 1순위인 전체 남성노인 326명을 설문 조사하였으나, 응답이 불충분한 자료를 제외하고 총 318명을 최종 분석하였다.

### 3. 연구 도구

본 연구에서는 건강관련 삶의 질과 영향변인인 건강증진행위, 신체적 요인(일상생활활동, 도구적 일상생활활동 및 재활동

구), 정신적 요인(우울과 인지기능), 사회적 요인(사회적 지지)의 측정을 위한 다음의 도구를 사용하였다.

#### 1) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질(Health Related Quality of Life)의 측정은 Ware (1995)에 의해 개발된 표준화된 축약형 건강관련 삶의 질 측정도구 개정판을 기초로 하여 본 연구의 노인에게 적합하도록 수정·보완하여 사용하였다. 본 도구는 신체적 기능, 신체적 건강문제에 의한 역할 제한, 통증, 일반적 건강, 활력, 사회적 기능, 정신적 건강문제에 의한 역할 제한 및 정신건강과 관련된 삶의 질을 측정하는 총 8문항으로 구성하였다. 이는 한국어로 번역되어 표준화된 도구가 마련되어 있으며, 측정 점수는 Likert의 6점 척도를 이용하여 부정적인 응답은 역환산한 후 모든 응답을 합하여 분석하였다. 점수범위가 8-48점으로 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 값이 .81이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .82이었다.

#### 2) 건강증진행위

건강증진행위는 Belloc과 Breslow (1972)이 성인을 대상으로 개발한 건강증진행위(Health practice index, HPI)를 사용하였으며, 측정 항목으로는 1일 평균수면시간, 식습관, 운동여부, 현재 흡연 여부, 현재 음주 여부, 구강건강 및 비만도이다. 비만도는 체질량지수(Body Mass Index, BMI)에 의해 신장과 체중치로부터 체질량지수(BMI)=체중(kg)/[신장(m)]<sup>2</sup>의 공식으로 구한 표준체중(kg)과 비교하여 적정체중  $18.5 \leq BMI < 25.0$ , 과체중  $BMI \geq 25.0$ 으로 구분하였다. 건강증진행위의 평가는 수면시간을 7-8시간, 식습관은 규칙적, 운동은 가끔 하거나 자주함, 현재 흡연은 하지 않음, 현재 음주는 전혀 하지 않거나 가끔함, 규칙적인 잇솔질함, BMI 18.5-25.0에 해당하는 경우에 각 2점을 주어 점수범위가 7-14점으로 점수가 높을수록 건강증진실천행위가 높은 것을 의미한다.

#### 3) 일상생활활동

일상생활활동(Activities of Daily Living, ADL) 측정은 Lawton와 Brody (1969)가 개발한 일상생활활동 측정도구를 Won 등(2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 이는 옷 입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실 사용, 대소변조절의 능력을 확인하는 것 등의 총 13문항으로 Likert의 3점 척도를 이용하여 측정하였다. 점수범위가 13-39점으로 점수가 높을수록 일상생활활동이 떨어져 도움

이 필요함을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 값이 .94이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .88이었다.

#### 4) 도구적 일상생활활동

도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 측정은 Lawton와 Brody (1969)가 개발한 도구적 일상생활활동 측정도구를 Won 등(2002)이 우리나라 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 신체적 자립보다 상위수준에 있는 활동능력의 측정하는 도구적 일상생활활동은 지역사회에서 독립적 생활을 유지할 수 있는지를 결정하기에 중요한 측정변수이다. 이는 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 교통수단이용, 금전관리, 전화사용, 물건사기, 근거리 외출, 약 챙겨먹기 등의 총 10문항으로 구성되어 있으며 Likert의 4점 척도를 이용하여 측정하였다. 점수의 범위가 10-40점으로 점수가 높을수록 도구적 일상생활활동 정도가 낮은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.94이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.89이었다.

#### 5) 재활욕구

재활욕구는 National Health Insurance Corporation (2008)의 노인장기요양 등급판정을 위한 장기요양인정조사표의 재활욕구 요인 조사항목을 사용하였다. 본 도구는 상하지 운동장애와 관절제한으로 인한 재활욕구를 조사하는 총 10문항으로 Likert의 3점 척도를 이용하여 측정하였다. 점수범위가 10-30점으로 점수가 높을수록 재활욕구가 높은 것을 의미한다.

#### 6) 우울

우울측정은 Yesavage 등(1982)이 개발한 단축형 노인 우울척도를 우리나라 노인에게 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 총 15문항으로 각 문항은 '예', '아니요'로 구성되어 있고, 점수범위가 15-30점으로 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.88이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.87이었다.

#### 7) 인지기능

인지기능 측정은 Kwon과 Park (1989)이 우리나라 노인에게 사용할 수 있도록 개발한 한국형 간이정신상태검사(Korean version of the Mini Mental State Examination, K-MMSE)를 사용하였다. K-MMSE는 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 등의 총 10문항으로 각 문항은 '예', '아니요'로 구성되어 있고, 점수범위가 10-20점으로

점수가 높을수록 인지기능이 좋은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.86이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.85이었다.

#### 8) 가족지지

가족지지(Family Support) 측정은 Kang (1985)이 사회적 지지 이론을 근거로 작성하여 한국 노인에게 적합하도록 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 가족구성원과 노인과의 상호작용을 파악하는 총 11문항으로 각 문항은 '예', '아니요'로 구성되어 있다. 점수범위는 11-24점으로 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.89이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.80이었다.

#### 9) 사회적 지지

사회적 지지 측정은 Jang (1997)이 시설노인을 대상으로 개발한 사회적지지 척도를 수정하여 사용하였다. 본 도구는 노인이 사회적 지지 제공자를 배우자, 자녀, 형제·자매, 친구, 이웃으로 구성하였으며, 각각의 지지 제공자에 대해 5문항으로 이루어져 있으며, 각 하위 질문에 대해 Likert의 3점 척도를 이용하여 측정하였다. 점수범위는 5-15점으로 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.81이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ =.74이었다.

### 4. 자료 수집 방법 및 절차

#### 1) 사전 연구

본 연구의 진행은 사전연구와 본 연구로 진행되었다. 사전연구에서는 문헌 고찰을 통해 종속 변수인 건강관련 삶의 질과 독립변수로 건강증진행위, 신체적 측면(ADL, IADL 및 재활욕구), 정신적 측면(인지기능과 우울), 사회적 측면(가족 지지와 사회적 지지) 수준을 측정할 수 있는 도구를 선정하여, 노인의 학전공 교수 1명, 지역사회간호학전공 교수 1명 및 방문보건담당 보건간호사 2명과 함께 내용 타당도를 검증하여 최종 80문항을 선정하였다. 도구의 구성타당도와 신뢰도 검증을 위해 K 보건소 방문건강관리센터에서 맞춤형 방문건강관리를 받고 있는 취약계층 남성노인 10명을 대상으로 2009년 6월 15일부터 26일까지 사전조사를 실시하였다. 이 결과 취약계층 노인의 경제적 여건에 부적절한 설문내용과 여성노인의 일상생활환경을 고려한 설문내용 등의 6개 문항을 연구대상자에게 적합하도록 설문의 문항을 수정·보완하였다.

2) 본 연구

본 조사는 2009년 8월 7일부터 10월 20일까지 연구 대상의 보건소장과 방문보건계 담당에게 연구 내용과 목적을 설명하고 연구 동의를 받은 다음 방문간호사의 도움을 얻어 실시하였다. 자료 수집에 관한 교육을 받은 연구조원 6명이 직접 대상자에게 연구 목적과 조사내용을 설명하고 참여를 원하는 대상자에게 대면적 면접방법으로 설문조사하였다. 자료 수집 전에 자료수집자 간의 신뢰도를 높이기 위해 설문지 각 문항에 대해 이해하는 시간을 2차례 가졌으며 대상자에게 직접 면접을 하는 모의훈련을 실시하여 실제 내용과 불일치를 보인 부분에 대해서는 연구자가 문항에 대해 추가적으로 설명하여 완전히 이해할 수 있도록 훈련을 하였다. 그리고 조사자 간의 설문내용 전달의 객관성과 정확성을 파악하기 위해 조사자가 사용하는 질문의 공통된 단어의 사용 빈도를 분석한 결과 조사자 간의 일치도가 98.6%로 나타나설문지의 의사전달 내용이 표준화되었다. 설문지는 그 자리에서 면접조사를 통하여 곧바로 수거되었으며 응답에 소요된 시간은 평균 30-40분 정도이었다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 14.0 프로그램을 이용하여 전산 통계 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 취약계층 남성노인의 연령별 일반적 특성은 실수와 백분율, 연령집단에 따른 일반적 특성의 차이는  $\chi^2$ 검증을 이용하였다.

둘째, 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향 변인들의 차이를 비교하기 위해 One way ANOVA와 Duncan 다중 비교 검증법을 이용하였다.

셋째, 취약계층 남성노인의 연령별 제 변인 간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient를 산출하였다.

넷째, 취약계층 남성노인의 연령별 신체적, 정신적, 사회적 요인이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중 회귀분석을 실시하였다.

연구 결과

1. 일반적 특성과 연령별 일반적 특성에 따른 차이

연구 대상자인 취약계층 남성노인(n=318)의 평균 연령은 전기고령 노인 69.7세, 중기고령 노인 78.9세 및 후기고령 노인 89.2세였다. 구체적으로, 취약계층 전기고령 노인은 108명으로 34.0%를 차지하며, 취약계층 중기고령 노인은 총 105명

로 전체 대상자의 33.0%로 나타났으며, 취약계층 후기고령 노인은 총 105명으로 전체 대상자의 33.0%로 나타났다. 조사 대상자의 배우자와 함께 생활하고 있는 경우가 전기고령 노인의 49.1%, 후기고령 노인은 23.8%로 통계적으로 유의한 차이가났다. 즉, 고령화가 될수록 독거노인의 수가 증가한다는 사실을 보여주었다. 조사 대상자의 대부분은 모든 연령별 종교를 가지고 있는 것으로 나타났으며, 교육수준은 전기고령 남성노인은 중졸이 39.8%로 가장 많은 것으로 나타났으며, 중기고령 남성노인은 초등학교 36.2%, 후기고령 남성노인은 무학이 44.7%로 통계적으로 유의하게 세 집단 간 상이한 분포를 보여주었다. 낙상 경험은 전기고령 남성노인의 7.4%, 중기고령 남성노인의 6.7%, 후기고령 남성노인의 13.3%가 경험한 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 1).

2. 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향 변인의 수준 차이

취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질, 신체적, 정신적, 사회적 요인 및 건강증진행위를 전기, 중기, 후기 고령의 세 집단으로 나누어 그 차이를 비교한 결과는 Table 2와 같다.

취약계층 남성노인은 건강관련 삶의 질은 연령 집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 후기고령 남성노인은 전기와 중기고령 남성노인보다 건강관련 삶의 질을 더 낮게 지각하고 있었다(F=5.23, p<.01).

취약계층 남성노인의 건강증진실천행위의 실천 정도에서 연

Table 1. General Characteristics (N=318)

Charac- teristics	Category	Young-old (n=108)	Old-old (n=105)	Oldest-old (n=105)	$\chi^2$
		n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)	
Age (yr)	-	69.72 (1.32)	78.93 (1.53)	89.2 (1.57)	
Living arrange- ment	Live alone	55 (50.9)	64 (61.0)	80 (76.2)	15.26*
	Only couple	54 (49.1)	41 (39.0)	25 (23.8)	
Education	None	17 (15.7)	32 (30.5)	47 (44.7)	20.51**
	Elementary	33 (30.6)	38 (36.2)	36 (34.3)	
	Middle school	43 (39.8)	29 (27.7)	19 (18.1)	
	High school or more	15 (13.9)	6 (5.6)	3 (2.9)	
Religion	Have	95 (88.0)	89 (84.8)	85 (81.0)	0.26
	Not have	13 (12.0)	16 (15.2)	20 (19.0)	
Fall expe- rience	Yes	8 (7.4)	7 (6.7)	14 (13.3)	0.14
	No	100 (92.6)	98 (93.3)	91 (86.7)	

\*p<.05; \*\*p<.01.

Table 2. The Level of Health-related Quality of life and related Variables

(N=318)

Variables	Young-old	Old-old	Oldest-old	F	Duncan
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Health-related quality of life	38.13 (5.82) <sup>b</sup>	37.33 (5.99) <sup>b</sup>	35.51 (6.29) <sup>a</sup>	5.23**	a<b
Health promoting behavior	10.91 (1.23) <sup>c</sup>	10.27 (1.18) <sup>b</sup>	9.81 (1.19) <sup>a</sup>	22.96***	a<b<c
ADL	12.91 (2.12)	12.84 (1.28)	12.85 (0.86)	0.06	
IADL	10.56 (1.99) <sup>a</sup>	11.42 (3.37) <sup>b</sup>	12.61 (3.70) <sup>c</sup>	11.66***	a<b<c
Rehabilitation	18.86 (2.79)	19.23 (1.05)	19.14 (2.15)	0.87	
Cognitive function	17.94 (3.27) <sup>b</sup>	17.74 (2.91) <sup>b</sup>	16.97 (1.50) <sup>a</sup>	4.07**	a<b
Depression	18.25 (2.51) <sup>a</sup>	18.97 (2.70) <sup>a</sup>	19.86 (3.88) <sup>b</sup>	7.23***	a<b
Family support	20.74 (1.86)	20.43 (1.82)	20.22 (2.46)	1.72	
Social support	12.33 (1.14) <sup>b</sup>	11.65 (1.68) <sup>a</sup>	11.50 (1.87) <sup>a</sup>	8.30***	a<b

\*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

ADL=Activities of Daily Living; IADL=Instrumental Activities of Daily Living.

령 집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기고령 남성노인이 중기고령 남성노인보다, 중기고령 남성노인이 후기고령 남성노인 집단보다 건강증진실천행위를 더 실천하고 있었다( $F=22.96, p < .001$ ).

취약계층 남성노인의 신체적 요인에서 도구적 일상생활활동은 연령 집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나 일상생활활동(ADL)( $F=0.06, p > .05$ )과 재활욕구( $F=0.872, p > .05$ )에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 후기고령 남성노인이 중기고령 남성노인보다, 중기고령 남성노인이 전기고령 남성노인 집단보다 도구적 일상생활활동의 도움을 더 많이 요구하는 것으로 나타났다( $F=11.66, p < .001$ ).

취약계층 남성노인의 정신적 요인에서 인지기능과 우울도 연령 집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 후기고령 남성노인이 전기고령과 중기고령 남성노인에 비해 인지기능이 감소되었으며( $F=4.07, p < .01$ ), 우울 정도는 더 높았다( $F=7.23, p < .001$ ).

취약계층 남성노인의 사회적 요인에서 사회적 지지는 연령 집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기고령 남성노인이 중기고령과 후기고령 남성노인에 비해 사회적 지지 정도가 더 높았다( $F=8.30, p < .001$ ).

### 3. 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향 변인 간의 상관관계

연령별 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질과 영향변인 간의 상관관계를 살펴보면 Table 3과 같다. 전기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질은 사회적 지지( $r=.512, p < .01$ )와 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타난 반면, 도구적 일상생활활동( $r=-.302, p < .05$ )과 우울( $r=-.239, p < .05$ )과는 유의한 부적

관계를 가졌다. 중기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질은 사회적 지지( $r=.514, p < .01$ )와 유의한 정적 관계가 있는 것으로 나타난 반면, 도구적 일상생활활동( $r=-.315, p < .05$ ), 재활욕구( $r=-.216, p < .05$ )와 및 우울( $r=-.281, p < .01$ )은 유의한 부적 관계를 가졌다. 후기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질은 사회적 지지( $r=.654, p < .01$ )와 유의한 정적 관계가 있는 것으로 나타난 반면, 수단적 일상생활활동( $r=-.293, p < .05$ )과 우울( $r=-.324, p < .05$ )과는 유의한 부적 관계를 가졌다.

### 4. 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인

취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변인을 연령집단에 따라 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였으며(Table 4), 그 결과 연령 집단에 따라 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변인이 상이한 것으로 나타났다. 먼저 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 독립변수들 간의 다중공선성의 문제를 확인한 결과 상관관계는 .002-.654로 .80 이상인 설명변수는 없어 영향변수들이 독립적임이 확인되었으며, Durbin-Watson 통계량은 1.824로 2.016-1.525 범위에 있어 자기상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제는 공차 한계(tolerance)가 .681-.830으로 1.0 이하로 나타났으며, 분산 팽창인자(variance inflation factor, VIF)도 1.177-1.460으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 문제는 없었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance 값은 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두

**Table 3.** Correlations of related Variables with Health-related quality of life

(N=318)

Classification	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
Young-old	1. Health-related quality of life	-							
	2. Health promoting behavior	.043	-						
	3. ADL	-.152	-.029	-					
	4. IADL	-.302*	-.019	.267**	-				
	5. Rehabilitation	-.072	-.033	.044	.115	-			
	6. Cognitive function	.027	.020	-.139	-.120	.514**	-		
	7. Depression	-.239*	-.129	.182	.082	-.213*	-.048	-	
	8. Family support	.139	.001	-.153	-.033	-.225*	.162	-.610**	-
	9. Social support	.512**	.027	-.044	-.059	-.041	-.070	-.197*	.086
Old-old	1. Health-related quality of life	-							
	2. Health promoting behavior	.138	-						
	3. ADL	-.076	-.067	-					
	4. IADL	-.315*	-.035	.427**	-				
	5. Rehabilitation	-.216*	-.003	.386**	.033	-			
	6. Cognitive function	.011	.167	-.167	-.061	.606**	-		
	7. Depression	-.281**	-.141	.152	.077	-.093	-.028	-	
	8. Family support	.100	.216*	.038	.002	-.102	.120	-.882**	-
	9. Social support	.514**	.169	-.076	-.003	-.166	.046	-.106	.116
Oldest-old	1. Health-related quality of life	-							
	2. Health promoting behavior	.053	-						
	3. ADL	-.049	-.188	-					
	4. IADL	-.293*	-.035	.199*	-				
	5. Rehabilitation	-.037	-.087	.136	.217*	-			
	6. Cognitive function	.009	-.030	-.211*	-.273**	.320**	-		
	7. Depression	-.324*	-.008	.130	.138	-.059	-.095	-	
	8. Family support	.190	.156	-.070	-.120	-.051	-.068	-.725**	-
	9. Social support	.654**	.091	-.172	-.087	.161	.091	-.153	.170

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

ADL=Activities of Daily Living; IADL=Instrumental Activities of Daily Living.

**Table 4.** The Predictors of Health-related quality of life

(N=318)

	Young-old			Old-old			Oldest-old		
	B	$\beta$	t	B	$\beta$	t	B	$\beta$	t
Constant	18.272	-	1.03	33.834	-	1.13	33.733	-	0.24
Health promoting behavior	8.937	0.025	0.62	0.292	0.058	0.62	0.341	0.064	0.82
ADL	-0.455	-0.166	-1.87	-0.122	-0.026	-0.23	-0.685	-0.094	-1.15
IADL	-0.192	-0.066	-0.76*	-0.826	-0.015	-1.14*	-0.962	-0.087	-1.44*
Rehabilitation	-0.310	-0.148	-1.49	-1.109	-0.194	-1.56*	-0.111	-0.038	-0.47
Cognitive function	0.079	0.044	0.44	0.044	0.070	0.62	0.011	0.003	0.03
Depression	-0.302	-0.130	-1.18	-0.097	-0.044	-0.21	-0.668	-0.466	-2.39*
Family support	0.062	0.020	0.18	0.025	0.008	0.03	0.477	0.187	1.56
Social support	2.555	0.498	5.86***	1.658	0.465	5.12***	2.170	0.646	8.09***
F		6.00***			4.91***			10.63***	
Adj R <sup>2</sup>		.396			.354			.470	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

ADL=Activities of Daily Living; IADL=Instrumental Activities of Daily Living.

충족되어 회귀분석결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

취약계층 전기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질 영향 회귀 모형은 유의한 것으로 나타났으며( $F=6.00, p < .001$ ), 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수는 .396으로 설명력은 39.6%였다. 전기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을

미치는 주요 설명변수는 사회적 지지( $\beta=.498$ ), 수단적 일상생활 활동( $\beta=-.066$ )으로 나타났으며, 건강관련 삶의 질의 회귀방정식은 다음과 같다.

$$\text{건강관련 삶의 질} = 18.27 - 0.19 * \text{수단적 일상생활활동} + 2.56 * \text{사회적 지지}$$

취약계층 중기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질 영향 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며( $F=4.91, p<.001$ ), 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수는 .354로 설명력은 35.4%였다. 중기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 미치는 주요 설명변수는 사회적 지지( $\beta=.465$ ), 재활욕구( $\beta=-.194$ ), 수단적 일상생활활동( $\beta=-.015$ )으로 나타났으며, 건강관련 삶의 질의 회귀방정식은 다음과 같다.

$$\text{건강관련 삶의 질} = 33.83 - 0.83 * \text{수단적 일상생활활동} - 1.11 * \text{재활욕구} + 1.66 * \text{사회적 지지}$$

취약계층 후기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질 영향 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며( $F=10.63, p<.001$ ), 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수는 .470로 설명력은 47.0%였다. 후기고령 남성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 미치는 주요 설명변수는 사회적 지지( $\beta=.646$ ), 우울( $\beta=-.466$ ), 수단적 일상생활활동( $\beta=-.087$ )으로 나타났으며, 건강관련 삶의 질의 회귀방정식은 다음과 같다.

$$\text{건강관련 삶의 질} = 33.73 - 0.96 * \text{수단적 일상생활활동} - 0.67 * \text{우울} + 2.17 * \text{사회적 지지}$$

## 논 의

본 연구는 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변인을 연령집단에 따라 규명하였다. 취약계층 남성노인을 연령에 따라 전기, 중기, 후기고령 노인으로 구분하여 일반적 특성을 비교분석한 결과 가족동거 유무와 교육정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 취약계층 남성노인의 연령이 증가함에 따라 배우자와 사별 비율이 높아 독거노인의 비율이 높다는 것을 알 수 있었으며, 이와 같은 결과는 Park과 Lee (2007)의 연구와 일치해 보이고 있으며 배우자가 없는 취약계층 남성노인의 증가는 가사문제, 노인의 질병치료 순문제, 심리적 고독감, 경제적 빈곤 등 다양한 사회적 과제를 제시하고 있다. 취약계층 남성노인의 교육정도에서는 연령이 증가할수록 학력 수준이 유의하게 낮은 것으로 나타나 85세 이상의 후기고령 노인이 전기, 중기 노인에 비해 노인 보건교육적 측면에 더 많은 관심을 기울여야 하는 것으로 해석할 수 있다.

취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질은 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 후기고령 남성노인이 전기과 중기 남성노인보다 건강관련 삶의 질을 더 낮게 지각하고 있었으며, 선행연구에서도 개인이 지각하는 건강관련 삶의 질이 연령증가에 따라 낮아지는 것으로 보고되고 있다(Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002). 또한 기초생활보장 수급 노인을 대상으로 노인의 삶의

질을 측정해 Kim (2006)의 연구에서 연령이 증가할수록 삶의 질이 저하되었으며, 다른 일반노인에 비해 삶의 질이 현저히 낮은 결과를 보여 본 연구 결과와 일치하였다. 노인들의 삶의 질은 경제적인 수준과의 밀접한 높은 관계를 보인다는 선행연구(Chung, Kim, & Lee, 2000; Kim, 2006)의 결과에서 보듯이 기본적인 삶의 유지를 위해 경제적인 지원을 받고 보건소로부터 맞춤형 방문건강관리를 받고 있는 본 연구대상자는 다른 일반노인에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 볼 수 있다.

취약계층 남성노인의 건강증진행위 실천 정도에서 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 전기고령 남성노인이 중기고령 남성노인보다, 중기고령 남성노인이 후기고령 남성노인 집단보다 건강증진행위를 더 실천하고 있었다. 최근 보건소가 건강증진 거점 역할을 해오면서 노인을 대상으로 건강증진프로그램을 실시한 결과 노인의 신체적, 사회심리적인 건강상태의 효과적인 변화를 보이고(Lee et al., 2008) 있다. 이러한 결과는 노인들을 대상으로 건강 잠재력을 강화시키는 중재를 통해 건강생활 실천 행위를 이끌어낼 수 있음을 입증하는 것이다. 특히 전기고령 노인의 바람직한 건강증진행위의 실천이 중기고령과 후기고령 노인의 일상생활수행에 중요한 변인으로 작용하여 노인의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것이다. 따라서 노인의 신체적 건강증진을 위한 노력과 연령에 맞는 다양한 건강증진 프로그램을 꾸준히 적용할 필요가 있겠다.

취약계층 남성노인의 신체적 요인에서 도구적 일상생활활동은 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 후기고령 남성노인이 중기고령 남성노인보다, 중기고령 남성노인이 전기고령 남성노인 집단보다 도구적 일상생활활동의 도움을 더 많이 요구하는 것으로 나타나, 연령에 따라 신체적 기능이 실질적 측면에서 많은 차이가 난다는 기존연구 결과(Cha, Han, & Lee, 2002)와 일치하는 것으로 확인되었다. 한편, 연령에 관계없이 모든 남성노인의 수단적 일상생활활동은 건강관련 삶의 질과 부적 상관관계가 있었다. Park과 Lee (2007)의 연구에서도 65-74세의 노인에게 있어 신체기능과 건강관련 삶의 질 간에는 유의한 상관관계가 있음을 보여 본 연구의 결과를 지지하고 있다. 이러한 결과는 노화과정으로 인한 신체적 건강 쇠퇴수준이 건강관련 삶의 질을 결정하는 중요한 변인으로 특히 노년기에 흔히 경험하는 신체적 기능손상은 노인의 건강관련 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 변인으로 사료된다. 특히 후기고령인 85세 이상의 남성노인은 기존연구(Cha et al., 2002)에서 제시된 바와 같이 신체적 기능은 실제 많이 쇠퇴되었음에도 불구하고 이러한 기능저하를 연령 증가에 따른 당연한 현상으로 받아들여짐으로써 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 부정적인 영향이 클 것



로 보여진다. 노인들의 일상생활활동의 신체적 기능이 노년기의 삶의 사회심리적 요인과 밀접한 연관성을 가진다는 기존연구 결과(Grundy & Bowling, 1999; Smith et al., 2002)에 비추어 볼 때, 취약계층 남성노인의 삶에서 일상생활활동 유지를 위한 신체적 기능 향상의 중요성은 강조할 필요가 있다.

취약계층 남성노인의 정신적 요인인 인지기능과 우울은 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 후기고령 남성노인이 전기고령과 중기고령 남성노인에 비해 인지기능이 감소되었으며, 우울 정도는 더 높았다. 한편, 연령에 관계없이 모든 남성노인의 우울은 건강관련 삶의 질과 부적 상관관계가 있었다. 인지기능은 일상생활기능과 함께 노년기의 삶의 독립적으로 살아가는데 있어서 중요한 요소라는 점(Kwon & Park, 1989)에서 노년기의 삶에 중요한 의미가 있다고 본다. 노인들의 연령이 증가할수록 경제적 수준이 낮아질수록 인지기능은 낮아지는 것으로 보고된 선행 연구들(Choi, 2007; Hwang & Doh, 2000)과 대부분 일치하는 결과이다. 본 연구의 대상자들이 취약계층이고, 맞춤형 방문건강관리사업의 대상 노인으로 일반노인에 비해 인지 상태는 현저히 낮은 것을 알 수 있다. 따라서 이들 지역의 방문대상 노인에게는 인지기능 상태를 충분히 고려한 간호중재가 이루어져야 하고, 향후에도 인지 기능의 저하를 예방할 수 있는 치매예방 프로그램 등과 같은 내용이 방문건강관리사업에 적극적으로 도입될 필요가 있다. 일반적으로 후기고령 노인으로 갈수록 일상에서의 침울감, 실패감, 무력감, 상실감, 무가치감을 느껴 만성질환과 더불어 가장 흔히 나타날 수 있는 공통적인 증후군의 하나인 우울을 더 많이 느낀다고 하였다(Ferruci et al., 1999). Choi (2007)의 연구에서 후기고령 취약계층 노인에서 경증의 우울정도가 전기고령 취약계층 노인보다 더 많이 분포되었으며, Cha 등(2002)의 연구에서도 후기고령 노인이 전기고령 노인보다 우울의 정도가 더 높았다는 보고와 일치하였다. 이는 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 만성질환, 인지기능장애 등의 요소가 우울과 관련있다는 연구(Yang, 2005)에서 보듯이 고령 노인일수록 사회경제적 책임감에 대한 불안감, 일상생활의 독자적 기능 상실 및 가족 지지원으로부터 소외감 등이 가중되어서 우울감을 더 느끼게 된다. 노인들은 노령화에 따른 여러 가지 스트레스들, 예를 들어 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 일상생활에 대한 자기통제의 불능, 지나온 세월에 대한 후회 등으로 인하여 우울경향을 경험하기 쉽다. 또한 실제 연령 증가와 함께 발생하는 다양한 상실의 경험이 우울과 밀접한 연관성을 가지며, 동시에 건강관련 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 것으로 보인다. 노화과정을 통해 유발되는 다양한 상실에 대해 더

이상 자신이 통제할 수 없다는 사실을 지각하면서 자신에 대한 부정적 이미지와 무력감을 경험하게 되어 궁극적으로 우울증상으로 이어질 수 있다. Sung (1997)은 농촌지역 65세 이상 노인 922명을 대상으로 CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scales)를 이용하여 우울증의 유병률을 구한 결과 41.1%로 나타났으며, Ferruci 등(1999)의 연구에서도 저소득군의 재가노인을 대상으로 우울을 조사한 결과 50%로 나타났다. 이렇듯 노인인구에서 쉽게 우울정도를 찾아볼 수 있어 우울은 정서적 건강상태에 있어 노년기의 중요한 정서 문제로 대두되고 있다. 특히 취약계층 노인의 우울을 간호 중재할 수 있는 보다 적극적인 대처방안으로 정신적 건강을 도모함은 건강관련 삶의 질을 높이는데 기본적 전제가 된다고 생각한다. 따라서 취약계층 남성노인들의 건강관련 삶의 질을 높이기 위해서는 신체적 건강유지와 더불어 노인의 우울감 해소 내지는 경감에 주목할 만한 프로그램의 개발과 제공이 필요할 것으로 사료된다.

취약계층 남성노인의 사회적 요인인 사회적 지지는 연령 집단에 따라 차이가 있었다. 전기고령 남성노인이 중기고령과 후기고령 남성노인에 비해 사회적 지지 정도가 더 높았다. 한편, 연령에 관계없이 모든 남성노인의 건강관련 삶의 질은 사회적 지지와 정적 상관관계가 있었다. 이와 관련하여 취약계층의 독거 남성노인의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 변인은 사회적 지지원이라고 밝힌 연구(Lee & Kim, 1999)는 본 연구를 뒷받침하는 결과로서 연령이 증가할수록 독거노인이 증가하면서 취약계층 남성노인의 문제로 대두되고 있다. 또한 Kim (2006)의 연구에서 전국 노인들 중 소득수준이 낮은 집단인 독거노인의 경우 가족과 함께 생활하는 노인들보다 사회적 지지와 삶의 질의 관련성이 높다고 하였다. 이러한 보고는 노인들의 소득 수준과 가족형태에 따라, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 효과가 달라 질 수 있다는 것을 시사한다. 즉, 소득이 낮고, 혼자 생활하는 노인들의 경우, 경제적으로 여유가 있고 가족과 함께 생활하는 노인들에 비해 사회적 지지의 효과가 더욱 크게 나타날 수 있으므로, 사회적 지지의 요구가 높은 대상이라고 볼 수 있다.

오늘날 취약계층 남성노인들은 핵가족화로 인한 가족구조의 변화를 겪으며 가족 지지원을 대신해줄 사회적 지지관련 변인이 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 연령이 증가할수록 가족체계로부터의 공식적인 지지는 줄어들고 비공식적 체계와의 관계가 주가 되며, 비공식적인 사회적 지지 관계에서조차도 사별 등을 통해 지지관계의 상실을 경험할 기회가 많아진다. 이러한 측면에서 연령이 증가할수록 상실될 가능성이 높은 사회적 지지망과의 관계나 지

원이 남성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미칠 것이다. Lee와 Kim (1999)의 연구에서도 배우자가 없는 노인 중에서 남성 노인이 여성 노인보다 삶의 만족도가 더 떨어졌으며 사회적 지지의 도움을 많이 요구한 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 사회적 지지가 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질과 관련성이 있음을 입증하여 본 연구와 같은 맥락을 이루고 있다. 따라서 노년기의 사회적 지지망을 연계하고 확충시켜나갈 사회활동 프로그램 중재의 필요성이 제시되며 특히 취약계층 남성노인의 경우 지역사회 내에서의 사회적 관계 유지를 강화하는 서비스가 제공될 수 있도록 자원을 개발하는 것이 시급하다.

마지막으로 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변인에서 전기고령 노인집단의 경우 사회적 지지, 수단적 일상생활활동이 건강관련 삶의 질에 유의한 변인으로 나타났다. 중기고령 노인은 사회적 지지, 재활욕구, 도구적 일상생활활동, 후기고령 남성노인은 사회적 지지, 우울, 수단적 일상생활활동이 건강관련 삶의 질에 미치는 유의한 영향을 미치는 변인으로 나타나 취약계층 남성노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변인이 연령증가에 따라 약간의 상이한 것으로 나타났다. 사회적 지지와 수단적 일상생활활동은 모든 연령층에서 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변인으로 나타났으나, 75세 이상 취약계층 남성노인은 재활욕구가, 85세 이상 취약계층 남성노인은 심리적 요인의 우울이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변인으로 제시되었다. 또한 본 연구모델에서 제시된 신체적, 정신적, 사회적 변인들이 39.6%의 전기고령노인의 건강관련 삶의 질을 영향하는 반면, 중기고령노인의 35.4%, 후기고령노인의 47.0%의 건강관련 삶의 질을 영향하는 것으로 나타나 연령에 따라 건강관련 삶의 질을 설명하는 정도에 차이가 있었다.

본 연구에서 건강관련 삶의 질에 대한 영향요인은 건강증진 행위, ADL, IADL, 재활욕구, 인지기능, 우울, 가족 지지 및 사회적 지지로 나타났다. 따라서 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 개발을 위해 신체적, 정신적, 사회적 측면을 포함하는 다차원적인 접근의 필요성이 제시되었다. 그러나 75세 이상 중기고령 남성노인은 재활욕구 해결에 초점을 두고, 85세 이상 후기고령 남성노인은 우울 감소를 고려하는 중재 프로그램 개발의 필요성이 제기되었다.

본 연구는 취약계층 남성노인 인구의 증가에 부응하여 연령별로 전기고령, 중기고령, 후기고령으로 구분하여 각 시기에 따라 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향변인의 차이를 확인하였다. 취약계층 남성노인에게는 사회적 지지체계 연계망을 확충해주는 일이 우선시되어야 하며, 연령이 증가할수록 재활욕구와 우울이 이들의 삶을 더욱 위협하고 있

다는 사실을 이해할 수 있는 근거를 마련하였다는 점에서 본 연구는 의의가 있다고 본다.

이상의 연구 결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 일 지역에 거주하는 취약계층 남성노인만을 조사 대상으로 함으로써 연구 결과를 일반화하는데 한계가 있으므로, 향후 전체 집단의 건강관련 삶의 질을 최대한 반영할 수 있도록 엄격한 표집방법을 통한 연구 설계가 이루어져야 한다.

둘째, 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변인에도 불구하고, 신체적, 정신적, 사회적 요인만을 적용함으로써, 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질에 관한 총체적 정보를 제공하는데 제한성을 지니 향후 취약계층 남성노인이 연령집단에 따라 지각하는 건강관련 삶의 질의 영향 모형 구축을 위한 연구가 이루어져야 한다.

## 결 론

본 연구에서는 취약계층 남성노인의 연령집단에 따른 건강관련 삶의 질과 영향변인 수준의 차이를 파악하고 영향변인 간의 상관관계와 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 영향변인을 규명함으로써 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질 향상과 연령에 따른 차별화된 취약계층 남성노인 프로그램 개발에 기초 자료를 제공하고자 하였다.

본 연구 결과에서는 취약계층 남성노인은 일반노인에 비해 건강관련 삶의 질과 관련변인들의 정도가 취약하였으며, 일부 변인들에서는 여성노인보다 더 취약한 정도를 보였다. 연구대상자의 연령이 증가할수록 건강관련 삶의 질을 비롯하여 신체적, 정신적 및 사회적 건강요인에서 더 부정적인 경향이 나타나, 65세 이상의 취약계층 남성노인을 동일한 집단으로 취급하기에는 어려움이 있음을 알 수 있다. 이러한 맥락에서 취약계층 남성노인의 삶의 질을 향상시키기 위해 연령별 맞춤형 프로그램으로 개발할 필요성이 있다.

## REFERENCES

- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relation of physical health and health practice. *Preventive Medicine, 1*, 409-421.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life older age. *Aging & Mental Health, 6*, 355-371.
- Cha, S. H., Han, K. H., & Lee, J. H. (2002). Relationship between self-rated health and physical, mental social health: Differences among three aged group. *Journal of the Korean Gerontological Society, 22*, 173-190.

- Choi, Y. H. (2007). A study on depression, sleep and fatigue in younger and older elders. *Journal of the Korean Academy of Community Health Nursing*, 18, 223-231.
- Chung, H. J., Kim, T. H., & Lee, D. S. (2000). Related variables of health-related quality of life of aged women living alone in Chonbuk-do Province. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 20, 49-70.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ferruci, L. H., Eijk, J. T., & Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations or epidemiologic studies of the aged. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.
- Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years: Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging & Mental Health*, 3, 199-212.
- Hilleras, P., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winbald, B. (2001). Health-related quality of life among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 71-90.
- Hwang, M. H., & Doh, B. N. (2000). A study of perceived health status, social support and self care agency of the aged. *The Journal of Kyungpook Nursing Science*, 4, 43-58.
- Jang, S. A. (1997). *The effects of social support on life satisfaction in the institutionalized aged*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Jeon, K. S., Lee, H. K., Hong, B. K., & Jang, S. R. (2007). Community health promotion program for vulnerable women. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 24, 99-118.
- Kang, H. S. (1985). *An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kim, K. B., & Lee, K. H. (2001). The correlation among health status, burden and quality of life of the adult stroke patient's family and the aged stroke patient's family. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 13, 262-276.
- Kim, M. L. (2006). The study of comparing the factors of affecting on the quality of life for young-old women and old-old women. *Korean Journal of Social Welfare*, 58, 197-222.
- Kwon, Y. C., & Park, J. H. (1989). Standardization of Korean version of the Mini-Mental State Examination for use in the aged. Part II. Diagnostic validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28, 125-135.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, B. Y., Jo, H. S., Lee, H. J., & Yoo, S. H. (2008). Health promotion priorities of older adults in a rural community. *The Journal of Korean Community Nursing*, 19, 57-65.
- Lee, Y. J., & Kim, T. H. (1999). A Study on the buffering effect of social support on the stress of the aged who lives alone. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 19, 79-93.
- Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. (2008). *Statistical yearbook of health and welfare 2007*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation. (2008). *Manual of grade-judgment for long-term care insurance*. Seoul: Author.
- Park, H. S., & Lee, K. J. (2007). A study on the health behaviors, physical function, and health-related quality of life for aged women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 13, 115-122.
- Park, J. S. (2004). The effects of an aged health promotion program on health promotion lifestyles, health status and quality of life in the aged. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34, 1194-1204.
- Park, S. Y. (1999). The relationship among family support, powerless and depression in the aged patient. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 11, 425-435.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Sung, K. W. (1997). Cognitive function, depression and self-esteem in the aged. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 27, 36-48.
- Ware, J. E. (1995). The status of health assessment 1994. *Annual Review of Public Health*, 25, 327-354.
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E., Yoon, J. L., et al. (2002). The Development of Korean Activities of Daily Living (K-ADL) and Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) Scale. *Journal of Korean Geriatrics society*, 6, 107-120.
- Yang, S. M. (2005). *Factors influencing sense of mastery of elders in rural areas*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 290-299.