

# 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

오지현<sup>1</sup> · 이명선<sup>2</sup>

서울대학교 간호대학 박사과정 수료<sup>1</sup>, 서울대학교 간호대학·간호과학연구소 교수<sup>2</sup>

## Factors That Affect Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Older Adults

Oh, Jihyun<sup>1</sup> · Yi, Myungsun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Candidate, Graduate School, College of Nursing, Seoul National University, Seoul

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the factors that influence health-related quality of life (HRQoL) in community-dwelling older adults. **Methods:** The participants were 133 elderly people dwelling in a community. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and Stepwise multiple regression with SPSS. **Results:** The predictors of quality of life in the elderly were depression, physical symptoms, and social support. Depression and physical symptoms had a significant negative correlation with HRQoL and social support had a significant positive correlation with HRQoL. Among them, depression was shown as the most significant predictor of HRQoL in the elderly ( $R^2=.573, p<.001$ ). **Conclusion:** These results indicate that strategies to relieve depression should be integrated in interventions to improve the QoL of older adults dwelling in a community residence.

**Key Words:** Depression, Physical symptoms, Quality of life, Social support

## 서론

### 1. 연구의 배경과 필요성

보건복지부 통계청 자료(2009)에 의하면 우리나라 전체 인구 중에서 65세 이상의 노인인구 비율은 11.0%이며, 이러한 비율은 2020년에는 15.6%, 2030년에는 24.3%로 더욱 증가할 전망이다. 이러한 고령화는 이미 선진국에서 겪고 있는 문제이며 우리나라도 이제 노인문제에 대한 장기적이고 체계적인 정책 수립과 함께 지원 대책을 확대해 나가야 할 것이다.

노화가 진행되면서 노인들은 신체적인 기능의 문제뿐 아니라 정서적인 문제와 함께 사회적, 환경적 영역에 이르기까지

전반적인 삶의 질의 저하를 경험하게 된다. 노인들은 퇴직 등 사회경제적 역할 상실로 적절한 치료를 받지 못하는 위험에 노출되기도 한다. 또한, 노화 현상으로 인해 신체적 기능의 변화와 함께 암 및 다른 만성질환의 빈도수가 늘어나며, 이것으로 인해 다른 연령층과는 다른 삶의 질을 경험하게 된다. 따라서 노인들에게는 단지 사망률이나 발병률의 감소(Innocenti, Elmfeldt & Hansson, 2002)보다는 노인들의 삶의 질을 향상시키는 것이 점점 중요시 되고 있다(Borowiak & Kostk, 2006).

한편, 간호는 대상자가 질환에서 회복하여 건강을 되찾는 것 뿐 아니라 건강과 안녕을 영위하도록 도움으로써 궁극적으로는 신체적, 심리적, 사회적, 그리고 영적인 삶의 질을 증진

**주요어:** 우울, 신체증상, 삶의 질, 사회적 지지

**Corresponding author:** Oh, Jihyun

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea.  
Tel: +82-2-740-8460, Fax: +82-2-740-8837, E-mail: grape0123@hanmail.net

투고일 2012년 11월 6일 / 심사완료일 2012년 11월 12일 / 게재확정일 2012년 11월 14일

시키는데 초점을 둔다. 이렇듯 간호학에서 삶의 질은 중요한 의미를 지니는데, 특히, 증가하고 있는 노인의 삶의 질은 현대 고령화 사회의 중요한 관심사이다.

노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 연령, 교육정도, 직업, 경제 상태, 종교 등 인구사회학적 요인 이외에도, 만성질환, 건강통제위나 건강에 대한 인식과 같은 건강 관련 요소 등이 영향을 미친다. 또한, 자아존중감(고보선, 2003)이나 우울(정영해, 2004) 등의 정서적 요인과 사회적 지지(강경숙, 2003)나 사회활동 참여 등과 같은 사회적 요소도 깊이 있게 관여하는 것으로 알려져 있다(오승환, 2007). 인구사회학적 요인 중에서 연령이 높을수록 만족도가 높다는 연구(오영희 등, 2005)가 있고, 경제적 상태가 좋을수록 삶의 질이나(송신영, 2006) 삶의 만족 수준(이인정, 2007)이 높은 것으로 알려져 있다. 결혼 상태와 배우자 유무도 생활만족도에 영향을 미친다고 보고하였다(정순돌, 2004).

노인의 건강상태는 노인의 삶에 질에 크게 영향을 미치는 것으로 보고되고 있는데, 특히, 노인의 경제적 여건(기초생활수급여부, 가족의 월평균 소득)이 건강상태에 영향을 미치며, 이러한 노인의 자가평가 건강상태가 삶의 질에 영향을 미친다(남기민, 정은경, 2011). 또 주관적으로 인식하는 건강상태가 좋을수록 삶의 질은 높은 것으로 나타났다(고보선, 2003). 이런 노인의 신체적 건강상태가 삶의 질에 영향을 미치는 것 외에도 부정적인 정신적, 심리적인 건강상태(우울, 불안, 외로움 등)는 삶의 만족감을 상실하게 하여 삶의 질에 영향을 미친다.

우울은 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요소로 보고되고 있다. 60세 이후의 노인들은 은퇴 후 사회활동을 거의 하지 않고 가정 내에서만 머물게 되는 등의 이유로 신체적, 정신적 건강상태가 나쁠 수 있으며, 노인의 건강이 좋지 않을수록 심리적 안정감을 갖지 못한다(윤현숙, 이미진, 2007). 따라서 노인의 신체적 건강상태와 정신건강상태는 우울에 영향을 미치며(허준수, 유수현, 2002), 이러한 우울은 삶의 질을 낮추는 것으로 알려져 있다(남기민, 정은경, 2011; 송신영, 2006). 지역사회에 거주하는 노인들의 우울은 일상생활 수행능력을 낮추고, 삶의 질을 낮추는 것과 밀접하게 관련되어 있다(Wada et al., 2004). 우울의 정도는 삶의 질에 영향을 미치는데, 우울의 정도가 심한 중증 우울은 일상생활을 수행하고 인생을 계획하기 위한 흥미 저하, 기초 감각의 저하, 동기부여의 상실 등을 일으키는데, 우울은 이처럼 대상자의 기능적 장애를 더 악화시키고, 회복력과 적응력의 상실을 초래하며, 자존감을 떨어뜨리게 된다. 그래서 우울은 어떤 정서적 장애보

다 삶의 질에 중요한 영향을 미친다(Fassino et al., 2002).

사회적 지지란 개인이 다른 사람들과의 상호작용을 통해 기본적 욕구 충족에 필요한 물질적 도움이나, 사랑, 인정, 등과 같은 정서적 지원, 정보 등을 제공받는 것을 의미한다. 사회적 지지는 일반적으로 개인의 바람직한 사회적 기능수행을 돕는 자원이며(Callaghan & Morrissey, 2008), 타인, 집단, 지역 사회에 의한 사회적 결속을 통해 얻을 수 있는 지지라고 할 수 있다. 김계하와 김옥수(2005)는 사회적 지지와 삶의 질은 높은 상관관계를 나타낸다고 하였으며, 지원의 크기가 높고 양이 많을수록, 삶의 질을 높인다고 하였다. 노인에게 있어 사회적 지지도 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고되었다(남기민, 정은경, 2011; 손신영, 2006). 노인들은 사회활동을 통해 신체적 건강의 증진뿐 아니라 사회적 접촉 기회를 얻음으로써 노후 삶에 대한 자기 및 만족감이 증진될 수 있다(김동배, 김상범, 신수민, 2012). 그러므로 노인 자신에 대한 신념과 자기 신체에 대한 자신감 부여 및 자기 가치성의 확신으로 삶의 질을 향상시킬 수 있다.

하지만 그동안의 노인의 삶의 질에 대한 연구는 대부분이 신체적인 차원, 혹은 정서적, 사회적 차원의 요소를 각각 따로 분리하여 삶의 질과의 상관관계에 초점을 둔 연구가 대부분이다. 따라서 삶의 질에 영향을 미치는 요소들을 보다 총체적으로 이해하기 위해서는 노인들의 신체적 차원과 함께 정서적 차원 및 사회적 차원을 모두 아우르는 요소들을 포함시키는 것이 필요하다고 본다. 이에 본 연구에서는 노인의 신체적인 상태를 파악할 수 있는 주관적 건강상태를 포함하여 정서적 요소 중에서 삶의 질과 크게 상관관계가 있는 우울, 그리고 사회적 지지가 이들의 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지 밝히 고자 하였다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이다. 이를 통해서 재가노인의 삶의 질 향상을 가져올 수 있는 효율적인 간호중재 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 재가노인의 주관적 건강상태, 우울, 사회적 지지 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- 재가노인의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도의 차이를 비교한다.
- 재가노인의 삶의 질과 관련요인 간의 관계를 파악한다.

- 재가노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 재가노인의 삶의 질 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 경기도에 소재한 A시의 보건소를 방문하는 노인 133명이다. 대상자 표본의 수는 유의수준  $\alpha = .05$ , 중간효과 크기 = .30, 검정력 power = .80을 기준으로 상관분석에 표본수인 85명(Cohen, 1988)보다 많아 검정력은 양호할 것으로 판단이 된다. 자료수집에 대한 기관의 승낙을 받기 위해 보건소의 책임자에게 연구의 목적을 설명하고 연구 진행에 대한 허락을 받았다. 자료수집은 60세 이상의 대상자에게 본 연구의 목적을 설명한 후 연구의 목적을 이해하고 연구의 참여를 자의로 동의한 사람을 대상으로 의사소통이 가능하고 설문조사에 응답이 가능한 대상자에게 질문지를 작성하도록 하였다.

### 3. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2010년 12월 1일부터 2011년 8월 30일까지였으며, 본 연구는 서울대학교 간호대학의 연구대상자 보호 심의 위원회를 거쳐 IRB승인(승인번호 2010-50)을 받은 후 설문지를 시작하였다. 설문시작에 앞서 먼저 본 연구자가 설문할 서울시의 J구에 소재한 1개의 보건소를 방문하여 책임자에게 연구의 목적과 절차에 대해 설명하여 승인을 받았다. 그 후, 연구자는 설문조사를 위해 보건소를 방문하여 각 대상자에게 연구의 목적과 절차에 대하여 설명하고, 연구에 참여하는 동안에도 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였다. 본 연구의 설문지는 익명으로 처리될 것이며, 본 연구의 목적 이외에는 결코 사용되지 않을 것임을 정확하게 제시하였다. 모든 설명을 들은 후에 본 연구에 참여하기를 동의하고 연구참여 동의서에 서명을 한 대상자에 한하여 설문지를 배부하였고 설문지를 작성하도록 하였다. 최종 회수된 설문지는 총 148부 중 133부(89.9%)가 회수되었고 이를 분석하였다.

### 4. 연구도구

#### 1) 일반적 특성

성별, 연령, 결혼상태, 동거가족, 직업, 종교, 최종학력, 주거형태, 경제상태 및 만성 질병의 수 등으로 구성되었다.

#### 2) 연구도구

##### (1) 신체 증상

신체 증상은 Spitzer 등(1999)이 개발한 Patient Health Questionnaire (PHQ)를 Kroenke 등(2002)이 신체화된 증상을 객관적으로 측정하기 위해서 15문항으로 간추린 도구를 사용하였다. 본 도구는 주관적 신체증상을 보다 객관적으로 측정하도록 개발된 것으로서 각각의 문항은 DSM-IV의 주요 우울장애의 진단기준과 대응하게 고안된 도구로서 각각의 문항은 '전혀 시달리지 않음(0점)', '약간 시달림(1점)', '매우 시달림(2점)으로 측정한다. 총 점수는 30점이며 0~4점까지는 최소 신체증상, 5~9점 낮은 신체증상, 10~14점 중정도 신체증상, 15점 이상은 높은 신체증상으로 구분하였다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .80$ 이었으며 본 연구의 Cronbach's  $\alpha = .75$ 였다.

##### (2) 우울

노인성 우울증 진단용 설문지인 한국판 노인우울척도(GDS-K: geriatric depression scale in Korea)(정인과 외, 1998)는 Yesavage (1983)가 개발한 노인 우울 척도를 우리나라 노인에 적합하도록 정인과 등(1997)이 번안하고 정인과 등(1998)이 수정·보완하였다. 이 도구는 30문항으로 되어있으며 각 문항 당 0점이나 1점의 배점을 가지고 있고 합산한 점수가 총점이 된다. 점수가 높을수록 우울점수가 높은 것을 의미하며, 총점 0~13점은 정상적인 상태를, 14~18점은 경계선 수준 및 경도 우울을 의심하고, 19~21점 사이는 중등도 우울, 22점 이상은 심도 우울 상태를 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 정인과 등(1998)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었고 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .89$ 였다.

##### (3) 사회적 지지

사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart (1991)에 의해 개발된 MOS-SSS (Medical Outcome Study Social Support Survey) 도구를 임민경(2002)이 번안한 도구로서 다음의 4개의 하부영역, 즉, 물질적 지지와 애정적 지지와 긍정적 사회 상호작용과 정서적 지지/정보적 지지의 4개의 하부 영역의 19개

문항으로 구성되어 있다. Likert 5점 척도이며 사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart (1991)가 제시한 점수 계산식을 이용하여 각 영역별 점수를 0~100점으로 환산하였다. 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높은 것으로 해석된다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .98$ 이었다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었다.

#### (4) 삶의 질

대상자의 건강 관련 삶의 질 측정도구는 세계보건기구에서 작성한 도구를 민성길 등(2000)에 의해 수정·보완한 한국판 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)를 사용하였다. 이 도구는 신체적 건강(7문항), 심리적 건강(6문항), 사회적 관계(3문항), 생활 환경(8문항), 전반적 삶의 질(2문항)로 구성된 5개 영역으로 26개의 문항으로 구성되었다. 각 문항은 Likert 5점 척도를 사용하였으며 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다. 한국판 WHOQOL-BREF의 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었으며 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다.

### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산 통계 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다.

대상자의 일반적 특성을 알아보기 위해 실수와 백분율을 구하고, 주관적 건강상태, 사회적 지지, 우울 및 건강 관련 삶의 질 정도를 알아보기 위해 기술통계를 사용하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강 관련 삶의 질에 따른 다른 변수들 간의 차이를 알아보기 위해 t-test와 ANOVA를 실시하였다. 건강 관련 삶의 질과 관련변수간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson correlation coefficients를 실시하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 Stepwise multiple regression으로 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균 연령은  $70.9 \pm 6.04$ 세로 70~79세가 전체의 48.1%였다. 성별은 남자가 27.8%, 여자가 72.2%였으며, 가족과 동거하는 노인이 73.7%였다. 종교는 불교가 32.3%로 가장 많았으며, 다음으로 개신교(29.3%)의 순이었다. 대상자들

의 최종 학력은 초등학교 졸업이 29.3%로 가장 많았으며 그 다음은 고등학교 졸업이 21.8%를 차지하였다. 직업 유무를 살펴본 결과 81.2%가 직업을 가지고 있지 않은 것으로 나타났다. 경제 상태에 대해서도 '하'로 응답한 경우가 55.6%, '중'으로 응답한 경우가 44.4%, '상'으로 응답한 경우는 없었다. 흡연 유무를 살펴본 결과 비흡연자가 90.2%였고, 음주 유무에서는 80.5%가 음주를 하지 않았다. 운동은 규칙적으로 운동을 하는 경우가 78.2%로 대부분을 차지하였으나, 운동을 전혀 하지 않는 경우가 21.8%였다. 대상자가 갖고 있는 만성 질환의 수를 살펴본 결과 만성 질병을 1개 이상 지닌 대상자가 37.5%로 가장 많았고, 그 다음으로 2개 이상 지닌 경우가 30.8%, 3개 이상 지닌 경우가 16.5%, 4개 이상 지닌 경우가 9.8%, 만성 질병을 하나도 갖고 있지 않은 경우는 5.3%의 순으로 나타나 대부분이 1개 이상의 만성 질병을 지니고 있었다 (Table 1).

### 2. 신체증상, 우울, 사회적 지지 및 삶의 질 정도

대상자의 신체증상의 평균은  $6.2 \pm 4.09$ 이고, 최소 신체증상인 경우가 49명(36.8%), 낮은 신체증상에 시달리는 경우가 56명(42.1%), 중등도 신체증상에 시달리는 경우가 22명(16.5%), 높은 신체증상에 시달리는 경우가 6명(4.5%)로 나타났다. 우울은 평균  $12.8 \pm 7.28$ 이고, 정상인 경우가 74명(54.9%), 우울이 의심되는 경우가 26명(19.5%), 중등도 우울인 경우가 15명(11.3%), 심한 우울인 경우가 19명(14.3%)이었다. 사회적 지지는 평균이  $70.85 \pm 22.73$ 으로 나타났다. 사회적 지지가 높은 그룹은 76명(57.1%), 중간 정도의 그룹은 47명(35.3%), 낮은 그룹은 10명(7.5%)으로 나타났다. 삶의 질은 하부영역으로 구분되어 있으며 신체적 건강의 평균이  $3.12 \pm 0.65$ , 심리적 건강의 평균이  $3.02 \pm 0.73$ , 사회적 관계 영역의 평균이  $2.57 \pm 0.70$ , 환경 영역의 평균이  $2.95 \pm 0.63$ , 전반적 영역의 평균이  $2.94 \pm 0.71$ 로 나타났다(Table 2).

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이는 교육정도 ( $p < .05$ ), 직업유무( $p < .05$ ), 경제적 상태( $p < .05$ ), 만성질환의 수( $p < .05$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. Scheffé의 사후 분석을 시행한 결과 만성질환의 수가 2개, 3개, 4개 이상인 경우가 만성질환의 수가 하나도 없는 경우와 만성질환의 수가 하나인 경우보다 삶의 질이 통계적으로 유의

**Table 1.** General Characteristics of Subjects (N=133)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Age (year)		70.9±6.04
	60~69	60 (45.1)
	70~79	64 (48.1)
	≥80	9 (6.8)
Gender	Male	37 (27.8)
	Female	96 (72.2)
Live with	Alone	35 (26.3)
	Family	98 (73.7)
Religion	Protestant	39 (29.3)
	Roman catholic	18 (13.5)
	Buddhism	43 (32.3)
	No religion	33 (24.8)
Education	None	21 (15.8)
	Elementary school	39 (29.3)
	Middle school	24 (18.0)
	High school	29 (21.8)
	≥ University	20 (15.0)
Occupation	No	108 (81.2)
	Yes	25 (18.8)
Economic status	High	0 (0.0)
	Middle	59 (44.4)
	Low	74 (55.6)
Smoking	No	120 (90.2)
	Yes	13 (9.8)
Drinking	No	107 (80.5)
	Yes	26 (19.5)
Exercise	No	29 (21.8)
	Yes	104 (78.2)
Number of chronic diseases		1.87±1.06
	0	7 (5.3)
	1	50 (37.5)
	2	41 (30.8)
	3	22 (16.5)
	≥4	13 (9.8)

하게 낮게 나타났다(Table 3).

#### 4. 대상자의 신체증상, 우울, 사회적 지지와 삶의 질과의 관계

대상자의 우울, 주관적 신체증상, 사회적 지지와 삶의 질과의 관계를 살펴본 결과 삶의 질은 사회적 지지( $r=.596, p<.001$ )와 강한 정적 상관관계를, 그리고 주관적 신체증상( $r=-.467, p=.035$ ), 우울( $r=-.757, p<.001$ )과는 강한 부적 상관관계를 나타내었다. 사회적 지지와 주관적 신체증상은( $r=-.183, p=.035$ )은 부적 상관관계가 있었고, 사회적 지지와 우울( $r=-.467, p<.001$ )은 강한 부적 상관관계가 있었다. 주관

**Table 2.** The Level of Physical Symptom, Depression, Social Support, and Quality of Life (N=133)

Variables	n (%) or M±SD	Range
Physical symptoms	6.2±4.09	0~17
	Minimum	49 (36.8)
	Low	56 (42.1)
	Medium	22 (16.5)
	High	6 (4.5)
Depression	12.8±7.28	0~30
	Normal	74 (54.9)
	Doubt	26 (19.5)
	Moderate	15 (11.3)
	Severe	19 (14.3)
Social support	70.85±22.73	0~100
	High	76 (57.1)
	Middle	47 (35.3)
	Low	10 (7.5)
Quality of life	2.92±0.55	1~5
	Physical health domain	3.12±0.65
	Psychological health domain	3.02±0.73
	Social relationships domain	2.57±0.70
	Environmental domain	2.95±0.63
	Overall quality of life & general health	2.94±0.71

적 신체증상과 우울은( $r=.521, p<.001$ ) 강한 정적 상관관계를 나타냈다(Table 4).

#### 5. 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 대상자의 인구 사회학적 특성에서 삶의 질에 차이를 보인 변수와 상관관계에서의 삶의 질과 유의한 상관관계를 보인 변수를 회귀식에 투입하여 Stepwise multiple regression을 통해 분석하였다(Table 5). 건강 관련 삶의 질에 가장 영향을 미치는 변수는 우울, 사회적 지지, 만성질환의 수로, 재가노인의 건강 관련 삶의 질에 대한 이들 요인의 설명력은 총 66.5%였다. 표에서 볼 수 있듯이 건강 관련 삶의 질을 가장 잘 설명해주는 변인은 우울로 결정계수인  $R^2$ 이 .573인 것으로 보아, 우울이 건강 관련 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 57.3%의 설명력을 나타내고 있다( $F=176.03, p<.001$ ). 다른 독립변수들인 주관적 신체증상, 경제적인 상태, 교육수준, 직업유무는 단계선택의 기준(입력할 F의 확률 $\leq .050$ , 제거할 F의 확률 $\geq .100$ )에 의해 제외되고 우울, 사회적 지지와 만성질환의 수만이 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 변수로 선택되었다(Table 5).

**Table 3.** HRQoL according to General Characteristics

(N=133)

Characteristics	Categories	HRQoL			
		M±SD	t or F	p	Scheffé
Age (year)	60~69	79.3±13.63	1,000	.309	
	70~79	75.5±14.27			
	≥80	77.9±17.37			
Gender	Male	80.3±12.41	1,590	.114	
	Female	76.0±14.73			
Religion	Protestant	78.9±14.19	1,138	.336	
	Roman catholic	81.1±13.79			
	Buddhism	76.1±10.88			
	No religion	74.4±12.55			
Education	None	69.3±15.73	2,701	.033	
	Elementary school	77.2±13.37			
	Middle school	76.1±13.71			
	High school	80.9±14.74			
	≥ University	81.4±11.37			
Live with	Alone	75.5±13.55	-0.834	.406	
	Family	77.8±14.47			
Occupation	Not have	75.8±14.08	-2,358	.020	
	Have	83.1±13.49			
Economic status	Middle	80.7±10.85	6,627	.011	
	Low	74.4±15.95			
Smoking	No	77.4±14.37	0,519	.605	
	Yes	75.2±13.04			
Drinking	No	76.2±14.07	-1,472	.143	
	Yes	80.8±14.51			
Exercise	Yes	77.8±13.98	0,919	.360	
	No	75.0±15.09			
Number of chronic diseases	0 <sup>b</sup>	87.2±6.40	5,912	< .001	b > a
	1 <sup>b</sup>	82.8±13.82			
	2 <sup>a</sup>	72.5±10.61			
	3 <sup>a</sup>	74.8±14.01			
	≥ 4 <sup>a</sup>	68.9±18.80			

HRQoL=health-related quality of life.

**Table 4.** Relationships among the Variables

(N=133)

Variables	Physical symptom	Depression	Social support	HRQoL
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Physical symptom	1,000			
Depression	.521 (< .001)	1,000		
Social support	-.183 (.035)	-.467 (< .001)	1,000	
HRQoL	-.467 (.035)	-.757 (< .001)	.596 (< .001)	1,000

HRQoL=health-related quality of life.

## 논 의

본 연구는 재가노인의 삶의 질 정도와 그 영향요인을 규명해 보고자 시도된 연구이며 본 연구의 제한점은 첫째, 본 연구 대상자의 표집을 일부 특정 지역에 거주하는 노인을 위주로 편의표집 하였으므로, 본 연구결과를 일반적인 전체 재가노인

으로 확대 해석하기에는 제한점이 있다. 둘째, 재가노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 다각적으로 분석하지 못한 한계가 있다. 셋째, 건강 관련 삶의 질에 대한 이론적 기틀을 구성하지 않은 제한점이 있다.

본 연구결과 대상자들의 주관적 신체증상은 6.2점으로 나타났다. 이는 재가노인을 대상으로 같은 도구를 사용하여 주

Table 5. Variables influencing on HRQoL

(N=133)

Model	Variables	HRQoL			F	p
		B	$\beta$	R <sup>2</sup>		
1	Depression	-.058	-.757	.573	176.028	< .001
2	Depression	-.047	-.613	.648	119.863	< .001
	Social support	.007	.310			
3	Depression	-.048	-.583	.665	85.399	< .001
	Social support	.008	.320			
	Number of chronic disease	-.070	-.137			

HRQoL=health-related quality of life.

관적 신체증상을 4.96점으로 보고한 신경림, 변영순, 강윤희와 옥지원(2008) 연구와 65세 이상의 노인을 대상으로 같은 도구를 사용하여 주관적 신체증상의 점수를 4.80점으로 보고한 강지숙과 정여숙(2008)의 연구결과보다 높게 측정되었는데, 본 연구에서는 최소 이상의 낮은 신체증상을 지닌 경우가 전체의 72%에 해당하였으나 신경림 등(2008)과 강지숙과 정여숙(2008)의 연구에서는 각각 31.4%와 28.4%로 차이가 보여 주관적 신체증상의 평균 점수가 차이가 난 것을 보인다. 신경림, 강윤희, 김미영, 정덕유와 이예리자(2012)가 65세 이상의 노인을 대상으로 같은 도구를 사용한 주관적 신체증상의 점수는 5.96으로 본 연구결과와 유사하게 나타났다. 노인들의 신체증상 관리를 위해서 노인의 일반적 특성 및 건강상태를 고려한 맞춤형 개별 중재가 필요하다.

본 연구대상자의 우울 정도를 분석한 결과 대상자의 45.1%가 경도 이상의 우울을 지닌 것으로 나타났다. 이는 65세 이상의 재가노인을 대상으로 같은 도구를 사용하여 분석한 허준수와 유수현(2002)의 연구에서는 대상자의 39.2%가 경증 이상의 우울상태로 나타나 본 연구결과보다 낮게 나타났으나, 취약계층의 65세 이상의 노인을 대상으로 같은 도구를 사용한 고영과 이인숙(2009)의 연구에서는 75.5%가 경증 이상의 우울상태로 본 연구결과보다는 높게 나타났다. 강지숙과 정여숙(2008)이 대도시 거주 노인을 대상으로 같은 도구를 사용한 연구에서 우울의 점수가 평균 10.22점이 나온 결과는 본 연구결과와 우울 평균 점수 12.8과 유사하다. 이러한 결과는 노인의 우울은 다양한 요인들에 의해서 유기적으로 작용하여 영향을 미치는데, 노인의 우울에 영향을 미치는 여러 요인들 중 경제적 수준(김희경, 이현주, 박순미, 2010; 최영, 2008), 거주지, 월수입 및 연령(강지숙, 정여숙, 2008) 등의 차이에 기인하는 것으로 생각된다. 그러므로 노인의 상황에 맞는 정확한 노인 우울증을 진단하고 우울증을 예방하고 관리하는 맞춤형 프로그램이 요구된다.

본 연구대상자의 사회적 지지의 점수는 70.85점(5점 만점 시 3.54)으로 60세 이상의 노인을 대상으로 같은 도구로 사용한 연구(최미선, 2012)와 유사한 결과이다. 한 연구(Berard, Vandeker, Harrison, & Tranmer, 2012)에서는 심장질환을 진단받고 흉통으로 응급실을 방문한 65세 이상의 노인을 대상으로 사회적 지지 점수가 56점으로 본 연구결과보다는 낮게 나타났다. 사회적 지지가 건강상태가 나쁠수록 낮다고 보고한 연구(이가영, 박태진, 2000)처럼, 질병에 대한 심각성 및 과민성에 따라서 사회적 지지 정도가 다르다고 볼 수 있는데 본 연구는 보건소를 방문한 노인 대상이었기 때문에 질병에 대한 증세가 다소 적어서 사회적 지지 정도가 달랐던 것으로 추정된다. 그러므로 노인들의 신체적, 정신적 건강관리가 우선적으로 중재되어야 하며, 노인들의 사회적 접촉의 기회를 증가시킴으로서 안정된 삶을 영위하게 도울 수 있을 것이다.

본 연구에서 재가노인의 건강 관련 삶의 질은 5점 만점 중에 평균 2.92점(100점 만점에 58.4점) 정도로 중간 이상의 삶의 질의 수준을 보여주었다. 이는 65세 이상의 노인을 대상으로 같은 도구를 사용한 김귀분과 석소현(2008)의 연구에서의 삶의 질 점수 3.1과 유사한 결과를 보이고, 양정빈(2010)이 뇌졸중 생존 노인들을 대상으로 같은 도구를 사용한 2.81점은 본 연구결과 보다 낮은 점수이다. 반면에 Tsutsumi (2006)는 건강한 성인을 대상으로 같은 도구를 사용한 연구결과에서 삶의 질 점수는 남자는 94.49점, 여자는 89.97점으로 본 연구결과 58.4점(100점 만점)보다 높게 나타났다. 이는 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인 중 하나가 개인의 건강과 직접적으로 연관되어 있는데(Spiker & Revicki, 1996), 이런 건강 상태가 노인의 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 요인이다(Wilhelmson, Andersson, Waern, & Allebeck, 2005). 성인들에 비해 노인들은 나이가 들어갈수록 질병의 발병률이 높고, 여러 만성질환을 지니며 살게 되므로, 본 연구의 결과는 이러한 사실들을 지지해 주는 것이라 하겠다.

본 연구에서 재가노인의 건강 관련 삶의 질에 가장 영향을 미치는 변수로는 우울, 사회적 지지와 만성질환의 수로 나타났다. 본 연구대상자의 건강 관련 삶의 질에 가장 높은 영향을 미치는 요인으로 우울이 57.3%의 설명력을 나타냈는데 이는 남기민과 정은경(2011)의 연구에서 삶의 질에 가장 높은 영향을 주는 변수는 우울이라고 한 연구결과가 본 연구를 뒷받침해주고 있다.

본 연구에서 대상자들이 만성질환을 2개, 3개, 4개 이상 지닌 경우가 만성질환이 없거나 하나만 지닌 경우보다 건강 관련 삶의 질이 유의하게 낮았다. 이는 60세 이상의 노인을 대상으로 한 Lokare, Nekar와 Mahesh (2011)의 연구에서 질병을 세 개 이상 앓고 있는 경우가 삶의 질의 점수가 유의하게 낮게 나타나, 본 연구와 유사한 결과를 나타냈다. 노인들은 대부분 하나 이상의 만성 질병을 지니고 있으며 만성 질병이 대상자의 신체적 증상과 연결되며 이것이 환자의 삶의 질을 결정하는 요인으로 작용함을 보여준다(Hudakova & Hornakova, 2011). 강지숙과 정여숙(2008)의 연구에서 노인들이 앓고 있는 만성질환의 수가 많을수록 우울에 영향을 미치며, 이러한 노인의 우울이 삶의 질과 상관관계가( $r=-.721$ ) 있다고 하였는데(김귀분, 석소현, 2009), 이는 본 연구에서도 우울은 건강 관련 삶의 질과 역상관관계를 나타낸( $r=-.757$ ) 결과와 유사하다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 우울, 사회적 지지, 만성질환의 수였으며 이들 중에서 우울이 가장 큰 영향을 미치는 요인이었으므로, 노인들의 우울을 진단하고 평가하고 치료하는 것이 필요하며, 무엇보다 노인들의 정서적 지지를 위한 중재가 지역사회 내에서 밀접하게 이루어질 수 있도록 하는 방안이 필요하다. 한국 사회에서 사회적 지지는 가족, 친구, 이웃 등을 통해 사회적 망을 형성하는데 이들 간의 지리적 분포, 친밀감, 대인관계의 강도, 접촉 빈도 등을 평가하고 사정하는 연구를 통해 노인들의 긍정적인 삶의 질을 향상시키는 중재 연구가 필요하다. 또한, 노인들은 보통 하나 이상의 만성질환을 지니고 살게 되므로 지속적으로 신체적, 정신적 건강상태를 관리하고 증진하는 방안과 계획을 통해 노인들의 삶의 질을 향상시켜야 할 것이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 재가노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위하여 신체적 차원, 정서적 차원, 그리고 사회적 차원을 나타내는 변수들을 포함하여 분석함으로써 보다 총체적으로 삶의 질을 파악하고자 하였다. 그 결과 삶의 질

에 영향을 미치는 요인은 우울과 사회적 지지로 나타났으며, 질병 관련 요인으로는 만성질환의 수가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 중에서도 우울이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타나 노인 우울을 예방하기 위한 체계적인 지원체계 구축뿐 아니라 이미 우울이 있는 노인들을 선별하여 이에 따른 맞춤형 프로그램을 개발하는 것이 재가노인들의 삶의 질을 향상시킬 것이다. 특히, 노인들을 위한 사회적 지지 프로그램에 우울을 감소시키기 위한 다양한 전략을 통합한다면 재가노인들의 삶의 질 향상에 더욱 큰 효과를 가져 올 것이라 본다.

궁극적으로 본 연구결과는 재가노인의 삶의 질 향상을 위한 전략을 수립하고 중재하기 위한 효율적인 방안 마련에 기여할 수 있을 것이다. 추후 제언으로는 무작위표출법을 이용함으로써 연구결과의 일반화에 기여할 수 있는 연구가 필요할 것이다. 그리고 삶의 질과 관련된 이론적 틀에 기초한 연구를 통하여 보다 체계적인 지식 개발에 기여할 수 있는 연구가 필요하다고 본다.

## 참고문헌

- 강지숙(2003). 일 농촌 지역 노인의 사회적 지지와 삶의 질. *지역사회간호학회지*, 14(3), 375-384.
- 강지숙, 정여숙(2008). 대도시 노인의 질병, 주관적 신체증상 및 영양상태가 우울에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 19(3), 378-387.
- 고보선(2003). 제주노인의 주관적 삶의 질에 관한 연구. *한국노년학*, 23(1), 1-12.
- 고영, 이인숙(2009). 취약계층 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인. *지역사회간호학회지*, 20(1), 31-40.
- 김계하, 김옥수(2005) 지체장애인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 35(3), 478-486.
- 김귀분, 석소현(2008). 노인의 우울 영향 요인. *지역사회간호학회지*, 20(2), 197-206.
- 김동배, 김상범, 신수민(2012). 무배우자 노인의 사회참여가 우울에 미치는 영향: 사회적 지지와 자아효능감의 매개효과. *한국노년학*, 32(1), 289-303.
- 김희경, 이현주, 박순미(2010). 여성 독거노인의 삶의 질 영향요인. *한국노년학*, 30(2), 279-293.
- 남기민, 정은경(2011). 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로. *노인복지연구*, 52(6), 325-348.
- 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기(2000). 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발. *신경정신의학*, 39(3), 571-579.
- 손신영(2006). 농촌노인과 도시노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교연구. *한국노년학*, 26(3), 601-615.
- 신경림, 강윤희, 김미영, 정덕유, 이예리자(2012). 경도인지장애 노인



- 의 우울 예측 요인. *성인간호학회지*, 24(2), 171-182.
- 신경림, 변영순, 강윤희, 옥지원(2008). 제가노인의 주관적 신체증상, 일상생활수행능력 및 건강 관련 삶의 질. *대한간호학회지*, 38(3), 437-444.
- 양정빈(2010). 뇌졸중 생존 노인들의 건강 관련 삶의 질 영향 요인. *한국노년학*, 30(4), 1239-1261.
- 오승환(2007). 노인의 사회활동 및 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향-중소도시, 농촌, 어촌 지역 비교를 중심으로. *한국지역사회복지학*, 11(1), 209-231.
- 오영희, 석재은, 권중돈, 김정석, 박영란, 임정기(2005). 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구-여성 농어촌 독거노인의 생활실태를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 윤현숙, 이미진(2007). 은퇴가 노인의 심리적 안녕에 미치는 영향. *한국노년학*, 27(2), 393-408.
- 이가영, 박태진(2000). 농촌 지역 노인들의 사회적 지지와 건강상태의 관련성. *가정의학학회지*, 21(5), 672-682.
- 이인정(2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구. *노인복지연구*, 여름호(36), 159-180.
- 임민경(2002). *일부 도시 저소득층의 사회적 지지와 건강의 관계*. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 정순돌(2004). 시설노인의 자아존중감에 영향을 미치는 요인 탐색. *한국노년학*, 24(4), 107-122.
- 정영혜(2004). 농촌 노인의 건강실태-나주시를 중심으로. *사회연구*, 7, 149-187.
- 정인과, 곽동일, 조숙행, 이현수(1997). 한국형 노인우울검사 표준화 검사. *노인정신의학* 1(1), 61-72.
- 정인과, 곽동일, 조숙행, 이현수(1998). 한국형 노인우울검사. *신경정신의학*, 37(2), 340-351.
- 최미선(2012). *제가노인의 사회적 지지, 인지기능 및 우울 간의 관계*. 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문, 서울.
- 최영(2008). 독거노인의 경제수준, 건강상태, 사회적 지지가 우울에 미치는 영향. *사회과학연구*, 24(4), 103-123.
- 통계청(2009). "통계정보시스템: 인구" 서울: 통계청. <http://kosis.nso.go.kr/>
- 허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 13(6), 7-35.
- Berard, D. M., VanDenKerkhof, E. G., Harrison, M., & Tranmer, J. E. (2012). Gender differences in the influence of social support on one-year changes in functional status in older patients with heart failure. *Cardiology Research and Practice*, 1-10. [Epub 2012 Aug 22]
- Borowiak, E., & Kostka, T. (2006). Influence of chronic cardiovascular disease and hospitalisation due to this disease on quality of life of community-dwelling elderly. *Quality of Life Research*, 15(7), 1281-1289.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (2008). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 203-210.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G. A., Brustolin, A., Rovera, G. G., & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 9-20.
- Hudakova, A., & Hornakova, A. (2011). Mobility and quality of life in elderly and geriatric patients. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 13(7), 81-85.
- Innocenti, A., D., Elmfeldt, D., & Hansson, L. (2002). Cognitive function and health-related quality of life in elderly patients with hypertension and prognosis in the elderly (SCOPE). *Blood Press*, 11(3), 157-165.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266.
- Lokare, L., Nekar, M. S., & Mahesh, V. (2011). Quality of life and restricted activity days among the old aged. *International Journal of Biological & Medical Research*, 2(4), 1162-1164.
- Sherbourne, D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Spiker, B., & Revicki, D. A. (1996). Taxonomy of quality of life. In B. Spiker (Ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd ed.). NY: Lippincott-Raven.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.
- Tsutsumi, A., Izutsu, T., Kato, K., Akramulislam, M., Sayuriyamada, H., Kato, K., et al. (2006). Reliability and validity of the Bangla version of WHOQOL-BREF in an adult population in Dhaka, Bangladesh. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 493-498.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiyac, K., Fujisawa M., Murakamie, S., et al. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly--prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 15-23.
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25, 585-600.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., et al. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.