

# 일 도시지역 노인의 삶의 질 영향요인

김은하\*, 권영채\*\*

부산 가톨릭대학교 간호대학\*, 가야대학교 간호학과\*\*

## Factors Influencing Quality of Life of Elders in Urban Regions

Eun-Ha Kim\*, Young-Chae Kwon\*\*

Professor, Department of Nursing, Catholic University of Pusan\*,

Professor, Department of Nursing, Kaya University\*\*

**요약** 본 연구는 도시지역 노인의 삶의 질 정도 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 목적으로 수행하였다. 2012년 10월 2일부터 10월 25일까지 부산광역시 소재한 4개의 노인대학에 다니는 65세 이상의 노인 300명을 대상으로 설문조사 수집하였으며 최종 245부를 분석하였다. 노인의 삶의 질 정도를 파악하였고, 삶의 질 영역간의 상관관계 분석과 다중회귀분석을 통해 삶의 질에 미치는 요인들을 분석하였으며 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 도시 노인의 삶의 질 평균점수는 3.17(5점척도)로 중간정도의 결과를 나타냈다. 둘째, 연구대상자의 삶의 질 하위영역별간에는 우울영역을 제외한 모든 영역 간에서 유의미한 양의관계를 보였다. 셋째, 삶의 질에 가장 영향을 주는 요인으로는 심리적 건강, 사회적 관계, 신체적 관계 순으로 유의한 수준을 보였다( $p < 0.001$ ). 본 연구결과를 토대로 삶의 질에 심리적 건강인 우울증상이 주요 요인으로 나타난 만큼 우울증 완화를 시킬 수 있는 간호중재와 프로그램의 적용방안이 요구된다.

**Abstract** The purpose of this study is to investigate the Expected factors on the quality of life and its degree of elders in urban regions. Survey was conducted among 300 elders age of over 65, who attended four schools for elders at Busan metropolitan city in the month of October 2 to October 25, 2012 and data were collected 245 samples. Data analysed by using correlation analysis and multi-regression analysis to recognize the degree of the quality of life of elders and the result showed the expected factors on the quality of life and its major were as follows:

First, average score of the quality of life of urban elders was 3.17 (5 scores of scale) and it indicated the medium result; Second, between sub-areas of the quality of life of subjects, significant positive relation was shown among every area excluding depression area; Third, the factors mostly influencing on the quality of life are mental health, social relation, and physical relation in order and it showed a significant level ( $p < 0.001$ ). The study revealed the symptoms of depression which related to mental health, it indicated as a major factor to the quality of life, this study suggest there is requirement of nursing intervention and the application of health program to reduce the depression.

**Key Words** : Depression., Elders, Quality of life, Urban regions

Received 13 February 2013, Revised 12 June 2013

Accepted 20 July 2013

Corresponding Author: Young-Chae Kwon(Department of Nursing, Kaya University)

Email: nahante55@hanmail.net

ISSN: 1738-1916

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

전 세계적으로 노인인구가 급증하면서 허약과 질병, 사회적 역할상실과 고립, 경제적 취약으로 노인 삶의 질은 위협을 받고 있다. 따라서 노인인구의 증가는 그 자체로서 삶의 질을 연구해야 할 이유가 된다고 할 수 있다 [1]. 우리나라에서는 1980년대 후반 이후 도시화, 산업화와 물질적 성장 속에서 간과되었던 사회 문제들의 축적에 대한 위기의식이 고조되면서 삶의 질에 관한 논의가 활발하게 이루어지고 있다. 현재 우리나라 65세 이상의 노인은 전체 인구 중 11%를 넘어섰으며, 지난 50년 동안 평균수명은 18세 정도 증가하여 2011년 현재 79세에 달하고 있어 [2] 개인이 노인으로 살아가야 할 기간은 상당히 연장되었다. 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적 경험들이 독립되어 형성되는 내적 개념으로 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태로, 지각된 건강상태, 자아존중감, 사회적 지지, 우울, 스트레스, 경제 상태등의 영향요인이 있다 [3]. 노년기는 생의 마지막 단계로서 신체적으로나 사회적으로는 취약한 특성을 보이는 시기라고 할 수 있다.

노인의 건강상태에 대한 평가가 긍정적일수록 [3][4][5][6] 경제적 수준이 높을수록 [6][7] 가족지지가 높고 생활환경이 만족스러울수록 [6][8][9] 독거노인보다는 가족과 함께 생활하는 경우 [10], 가정환경 [6]이나 물리적 환경 [9]이 만족스러울수록 삶의 질이 높은 것으로 선행 연구들에서 보고하였다. 이들 연구결과를 통해 노인의 삶의 질은 그들의 전 생애에 걸쳐 경험하거나 형성된 개인적 요소들과 현재 생활의 상호 조합의 결과에 의한 통합적인 것이므로 건강과 심리상태는 물론 노인이 속한 사회와 사회경제적 상태 그리고 환경까지도 고려되어야 함 [11]을 알 수 있다. 노인의 삶의 질은 인생에 관한 행복 및 생의 목표 달성과도 직접 연결되기 때문에 한 개인의 성공적인 삶을 파악하는데 있어서 매우 중요하다 [12].

세계보건기구 삶의 질 연구팀에서는 다양한 문화권에서 삶의 질을 측정하는데 사용될 수 있는 국제적인 삶의 질 측정도구(WHOQOL)를 개발하였다. WHOQOL은 선행연구에서 언급된 영역들이 모두 포함되어 있기 때문에 삶의 질에 대한 여러 측면을 상세하게 파악할 수 있는 잇점이 있는 반면에 100개 항목으로 구성되어 대규모 조사에 이용하기에는 어려움이 따랐다. 이러한 문제점을 보

완하기 위해 세계보건기구는 영역을 축소하고 문항수도 줄인 삶의 질 척도 단축형(WOHQOL-BRIEF)을 개발하고 각각의 문화권에서 WHOQOL을 표준화할 경우 일정한 지침을 따르도록 하고 있다. 국내에서는 이러한 지침에 따라 민성길 등 [13]이 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도를 개발하였다. 최근까지 이 척도를 활용하여 보건, 의학분야를 중심으로 삶의 질 연구가 시행되어져왔다 [14-20].

이들 연구들은 치매예방프로그램, 한지를 이용한 집단 미술치료, 단전호흡 등의 프로그램의 효과 [7][3][19]를 측정하기 위해 활용되어 연구되어져 왔다. 우리나라 노인의 삶에서 가족의 지지가 가족과 함께 생활하는 경우 노인 삶의 질과 관련이 있다는 연구가 보고되고 있으나 도시와 농촌의 노인 삶의 질에 관한 비교 연구는 극히 드물다. 도시노인의 인구가 계속 증가 추세에 있는 현실에서 농촌거주 노인에 비해 도시 노인의 삶의 질은 높은 편이라는 막연한 예측에 의존하기보다 도시 노인의 전반적인 삶의 질을 살펴본다 이들을 돕기 위한 광범위한 정신사회적 간호중재를 고려할 필요가 있다.

도시 노인의 삶의 질 연구는 신체적 사회적 취약계층으로 전락할 가능성이 큰 노인층의 경제적, 심리적인 측면을 개선하기 위한 간호중재 방안을 모색하는데 도움이 될 것이다. 뿐만 아니라 지역사회에서 노인에게 필요한 의료서비스 및 간호중재 프로그램 모색에 구체적이고 실질적인 정보를 제공할 수 있을 것이다.

### 1.2 연구목적

본 연구에서는 부산광역시에 거주하는 노인들의 삶의 질이 어떤 수준이며, 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들은 무엇인가를 파악하고, 본 연구의 결과에 근거하여 노인의 삶의 질 향상을 위한 구체적인 간호중재 방안을 제시하고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인 대상자의 개인적, 건강관련, 사회/환경 관련 특성을 파악한다.

둘째, 노인 대상자의 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 생활환경의 삶의 질 정도를 파악한다.

셋째, 노인 대상자의 노인차별, 우울, 신체적 건강, 심리적 건강, 환경과의 상관관계를 파악한다.

넷째, 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 일 도시지역 노인의 삶의 질 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인 (개인적 특성, 건강관련특성, 사회/환경적 특성)을 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2.2 연구대상자 및 자료수집

본 연구의 조사대상은 부산광역시에 거주하고 있는 4개의 노인대학에 다니는 65세 이상의 노인 300명을 대상으로 2012년 10월 2일부터 10월 26일까지 설문조사를 실시하였다. 회수된 273부중 불성실한 응답을 한 38부를 제외한 245부를 실제 연구 자료로 사용하였다. 조사자의 직접방문을 통한 개인별 면담으로 조사되었으며 설문지 응답이 힘이 든다고 판단 될 때는 연구자가 직접 설문을 읽어주고 이해하지 못하는 부분은 부연 설명하여 응답하도록 하였다.

### 2.3 연구도구

#### 2.3.1 종속변수

본 연구에서 노인 삶의 질 내용과 정도를 측정하기 위한 도구는 WHO지침에 따라 세계보건기구 WHOQOL-BREF를 민성길 외[13]에 번안된 한국판 삶의 질 간편형 척도를 사용하였다. 이 척도는 전반적 영역, 신체적 건강 영역, 심리적 건강영역, 사회적 관계영역 및 생활환경 영역의 5개 하위차원으로 구분하여 총 26문항으로 구성되었다.

구체적으로 ‘신체적 건강’은 신체적 통증, 치료에의 의존, 일상에 필요한 에너지, 이동능력, 수면상태, 일상의 활동성, 직무수행능력을 측정하는 7개 문항으로 구성되며, ‘심리적 건강’은 인생을 즐기는 정도, 삶의 의미, 집중력, 신체상과 외모, 자신에 대한 만족, 부정적인 감정을 측정하는 6개 문항으로 이루어져 있다. ‘사회적 관계’는 대인관계, 성생활, 친구의 사회적 지지를 측정하는 3개 문항으로 구성되며, ‘환경영역’에서는 신체적 안전, 건강에 좋은 주거환경, 재정능력, 새로운 정보습득 기회, 여가활동 기회, 거주 장소의 물리적 환경, 의뢰서비스, 교통수단에 대해 어느 정도 만족하는가를 측정하였다. 그리고 ‘전반적 영역’은 삶의 질에 대한 전반적 평가와 건강상태

에 대한 만족의 2문항으로 측정하였다.

이들 각 문항들은 5점 Likert 척도(① 전혀 나쁨 ② 나쁨 ③ 보통 ④ 좋음 ⑤ 매우 좋음)로 측정되었으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's  $\alpha$  계수는 0.90이었고, 본 연구에서는 0.89로 나타났다.

#### 2.3.2 독립변수

본 연구에서 노인의 삶의 질을 예측하기 위해 개인적 특성 변수군과 건강관련 변수군, 그리고 사회, 환경적 변수군을 사용하였다. 개인적 특성 변수 군에서는 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 수입, 경제적 상태를 조사하였다. 성별의 경우 남성은 0, 여성은 1로 부호화하였으며, 연령은 만 나이를 조사하였다. 학력은 무학부터 전문대졸이상까지를 조사하였고, 결혼상태의 경우 유배우자는 1, 무배우자는 0로 부호화하였다. 종교는 기독교, 천주교, 불교, 없음을 조사하였고, 경제적 상태는 낮음, 보통, 높음으로 조사하였다.

건강관련 특성 변수군은 인지된 건강상태와 우울을 조사하였다. 인지된 건강상태는 5점 리커트형 척도를 사용하였으며, 1-아주 나쁨에서 5-아주 좋음까지의 범위를 갖는다. 노인의 우울내용과 정도를 측정하기 위한 도구는 Sheik와 Yesavage(1968)가 개발하고 Kee(1996)가 번안하여 표준화한 Geriatric Depression Scale Form Korea(GDSSF-K) 척도를 사용하였다. GDSSF-K는 총 15문항으로 10개의 부정적 문항과 긍정적 문항 5개(역척도: 1,5,7,11,13)로 구성되었으며, 우울성향이 낮으면 0점, 우울성향이 높으면 1점을 배점하는 2점 척도를 사용하였다. 총 점수범위는 0~15점이며 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것을 의미하고, 절단점은 5점으로 5점 이상은 우울증이 의심되는 상태를 의미한다. 개발당시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  계수는 0.88 이었고, 본 연구에서는 0.69로 나타났다.

사회/환경적 변수 군에서는 동거형태와 노인차별을 고려하였다. 동거형태는 독거는 0, 동거자 있음 1로 부호화 하여 분석하였다. 노인차별은 노인이 우리 사회에서 취약계층으로 인식됨에 따라 사회적 편견이나 차별을 받을 가능성이 크기 때문에 다른 사람들이 그들에 대해 어떤 생각과 태도를 보이느냐에 민감하게 반응할 수 있을 것으로 생각되었다. 노인차별의 내용과 정도를 측정하기

위하여 Palmore(2001)가 개발하고 김옥(2003)이 번안한 The Ageism survey를 사용하였다. 이는 총 20문항으로 구성되며, 이들 각 문항들은 1점-그런 적이 없다. 2점-한 번 정도 있다. 3점-두 번 이상 있다로 3점 척도로 측정하였으며, 총 20점에서 60점까지로 점수가 높을수록 노인에 대한 차별정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구의 신뢰도는 김옥(2003)에서 Cronbach's  $\alpha$  계수는 0.86이었고, 본 연구에서는 0.74로 나타났다.

## 2.4 자료 분석 방법

자료의 분석에는 SPSS/WIN 20.0 Program을 사용하였으며, 본 연구의 구체적인 자료처리 및 분석 방법은 다음과 같다.

- 첫째, 연구대상자인 노인의 삶의 질 현황을 살펴보기 위해 빈도와 백분율을 산출하였다.
- 둘째, 노인의 삶의 질의 하위 영역별 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 셋째, 주요 연구변수인 삶의 질의 5가지 영역간의 상호관련성을 검증하기 위해 Correlation Analysis를 산출하였다.
- 넷째, 노인의 삶의 질에 영향을 주는 요인은 다중회귀 분석을 산출하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 연구대상자의 일반적 특성

본 연구에서 분석한 연구 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 성별은 여성이 83.3%로 대부분을 차지하고, 연령은 최저 65세부터 최고 96세까지 분포되어 평균 77.83세 이었으며, 교육수준은 초등학교 졸업이 37.6%로 가장 많았다. 결혼 상태는 60.8%에서 배우자가 없었고 38%만이 배우자가 생존해 있는 것으로 나타났다. 종교는 68.6%가 천주교 신자이었고, 기독교 13.5%, 불교 6.1%, 무교도 10.6%를 차지하였는데 이는 자료수집 과정에서 2개의 노인대학이 성당에서 운영하고 있었던 것과 관련이 있는 것으로 생각된다. 경제수준은 53.9%에서 낮은 편으로 인지하였고 42.9%는 중간정도라고 인지하는 것으로 나타나 대부분의 노인이 자신의 경제수준이 중간이하로 생각하는 것으로 나타났다. 수입을 위한 활동은 하는 경

우보다 전혀 하지 않는 경우가 87.8%로 많았다.

연구대상 노인들의 건강관련 특성요인을 살펴보면 86.9%가 우울증이 의심되는 정도로 확인되었다. 우울증상을 측정된 결과 최저 2점에서 최고 14점까지 분포되었으며, 평균  $8.028 \pm 2.261$ 로 절단점인 5점보다 높은 편으로 나타났다. 반면 건강상태에 대한 주관적인 평가는 33.9%가 건강한 편이라고 응답한 경우가 가장 높게 나타났다. 노인대상자들의 사회/환경적 특성 요인을 살펴보면 가족과 함께 사는 경우보다 혼자 사는 경우가 38.4%로 가장 높게 나타났다. 타인에게 노인이라서 차별을 받았던 경험을 측정된 결과 최저 1점에서 최고 2.25점으로 평균  $1.43 \pm 0.25$ 점(1-3점)으로 나타나서 대상자들의 노인차별 정도는 중간정도인 것으로 확인되었다.

### 3.2 삶의 질 현황

노인대상자의 영역별 삶의 질 현황을 살펴보기 위해 기술통계를 실시한 결과 <표 2>와 같다. 사회적 관계가 2.98점으로 가장 낮았고, 다음으로는 신체적 건강(3.13점), 심리적 건강(3.14점), 전반적 영역(3.16점)순이었고 생활환경영역(3.31점)이 가장 높게 나타났다. 영역별 삶의 질 점수 모두 5점 만점의 3점대로 응답자들이 인지하는 삶의 질 수준은 보통정도인 것을 알 수 있다.

연구대상 노인의 항목별 삶의 질 점수 평균은 최저 2.46점에서 최고 3.64점으로 분포하였다.

### 3.3 삶의 질 영역간의 상관관계

노인대상자의 삶의 질의 하위영역간의 관계를 파악하기 위해 상관관계를 분석을 실시한 결과는 <표 3>과 같다. 노인차별은 신체적 건강( $r=.131, p=.041$ )과 정적상관을 나타내었으며, 우울은 전반적 삶의 질( $r=.135, p=.035$ )과 부적상관을 나타내었다. 신체적 건강은 심리적 건강( $r=.411, p=.000$ ), 사회적 관계( $r=.243, p=.000$ ), 환경 영역( $r=.508, p=.000$ ), 전반적 삶의 질( $r=.438, p=.000$ )과 정적상관계를 보였고, 심리적 건강은 사회적 관계( $r=.353, p=.000$ ), 환경 영역( $r=.473, p=.000$ ), 전반적 삶의 질( $r=.321, p=.000$ )과 정적 상관을 나타내었으나 우울( $r=-.207, p=.001$ )은 부적상관을 보였다. 사회적 관계는 환경영역( $r=.609, p=.000$ ) 및 전반적 삶의 질( $r=.282, p=.000$ )과 정적상관관계를 보였고, 환경영역은 전반적 삶의 질( $r=.530, p=.000$ )과 정적 상관을 보였다.

(Table 1) Descriptive Statistics of Study Variables (N=245)

	Category	Variables	N	
General Characteristic	Sex	male	41	16.7
		female	204	83.3
	Age(year)	65~74yr.	82	33.5
		75~84yr.	123	50.2
		over 85yr.	40	16.3
	Education	none	50	20.4
		elementary	92	37.6
		middle school	37	15.1
		high school	45	18.4
		over college	21	8.6
	Spouse	yes	93	38.0
		no	149	60.8
		single	3	1.2
	Religion	protestant	33	13.5
		catholic	168	68.6
		buddhism	15	6.1
		none	26	10.6
		others	3	1.2
	Subjective Economic State	high	8	3.3
		middle	105	42.9
low		132	53.9	
Having a Job	yes	30	12.2	
	no	215	87.8	
Health Characteristic	Subjective	very poor	8	2.4
	Health State	poor	18	5.4
		moderate	57	17.1
		good	113	33.9
		very good	49	14.7
	Depression	normal	31	12.7
		depressed	213	86.9
	Mean(S.D)		8.028(2.261)	
Social & Environmental Characteristic	Living Arrangement	living alone	94	38.4
		living with spouse	83	33.9
		living with married offspring	40	16.3
		living with unmarried offspring	28	11.4
	Ageism	Mean(S.D)		1.43(0.25)
	total	245	100.0	

〈Table 2〉 Mean of Facets incorporated within Domain in Korean version of Quality of life

	Mean	Standard Deviation
Physical health Domain(7)	3.13	0.49
Pain and discomfort	3.26	0.96
Dependence on medicinal substances and medical aids	3.17	0.89
Energy and fatigue	2.99	0.90
Mobility	3.20	1.16
Sleep and rest	3.27	1.23
Activities of daily living	3.02	0.89
Work Capacity	3.04	1.21
Psychological Domain(6)	3.14	0.40
Thinking, learning, memory and concentration	3.32	0.82
Spirituality / Religion / Personal beliefs	3.32	0.78
Self-esteem	3.23	0.97
Bodily image and appearance	2.91	0.82
Positive feelings	3.12	0.84
Negative feelings	2.95	0.92
Social relationships Domain(3)	2.98	0.84
Personal relationships	2.46	1.29
Sexual activity	3.17	1.01
Social support	2.98	0.85
Environment(8)	3.31	0.46
Freedom, physical safety and security	3.06	0.87
Physical environment (pollution / noise / traffic / climate)	3.24	0.83
Financial resources	3.28	0.92
Opportunities for acquiring new information and skills	3.03	0.83
Participation in and opportunities for recreation / leisure activities	3.23	0.96
Home environment	3.52	0.89
Health and social care: accessibility and quality	3.64	0.96
Transport	3.51	0.91
Global item Domain(2)	3.16	0.66
Overall quality of life	3.31	0.79
General health	3.00	0.89
Total	3.17(0.39)	2.23-4.19

〈Table 3〉 Correlation among five domains to Quality of life in elderly

	Ageism	Physical health	Psychological	Social relationship	Environment	Global item
Physical health	.131* (.041)					
Psychological	.089 (.165)	.411** (.000)				
Social relationship	-.049 (.449)	.243** (.000)	.353** (.000)			
Environment	.083 (.195)	.508** (.000)	.473** (.000)	.609** (.000)		
Global item	-.027 (.674)	.438** (.000)	.321** (.000)	.282** (.000)	.530** (.000)	
Depression	-.122 (.057)	-.045 (.482)	-.207** (.001)	-.057 (.372)	.063 (.325)	-.135* (.035)

\* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.001$ 

### 3.4 삶의 질 영향 요인 분석

노인을 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 5회의 회귀분석을 실시한 결과는 <표 4>와 같다. 매 회귀분석 실시 전에 분석에 포함된 변수들간의 다공선성(multicollinearity) 여부를 파악하기 위해 VIF(variance inflation factor) 값을 살펴보았다. 본 연구에 사용된 각 회귀모델의 VIF 값은 1.024-1.389 사이의 값을 가져 다공선성의 위험은 적은 것으로 확인되었다.

신체적 건강영역의 삶의 질의 영향을 알아보기 위한 선행변수들의 설명정도( $R^2$ )는 전체분산의 14.2%로 나타났다. 이 모델에서는 성별( $\beta=0.129$ ,  $p < 0.05$ ), 연령( $\beta=-0.100$ ,  $p < 0.01$ ), 종교( $\beta=0.256$ ,  $p < 0.001$ )와 주관적 건강상태( $\beta=0.138$ ,  $p < 0.05$ ), 그리고 노인차별( $\beta=-0.131$ ,  $p < 0.05$ )이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉 노인들은 여성이고 연령이 적을수록 주관적으로 건강상태를 높게 평가할수록, 노인차별이 적을수록 신체적 건강을 좋게 인식하는 것으로 나타났다. 심리적 건강영역의 삶의 질의 영향을 알아보기 위한 선행변수들의 설명정도( $R^2$ )는 전체분산의 20.6%로 나타났다. 이 모델에서는 학력( $\beta=0.240$ ,  $p < 0.01$ ), 종교( $\beta=0.272$ ,  $p < 0.001$ )와 우울( $\beta=-0.142$ ,  $p < 0.01$ )이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉 학력이 높을수록 종교를 가지고 있는 경우가 심리적 건

강이 높고 우울증상이 적을수록 심리적 건강 영역의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 사회적 관계영역의 삶의 질의 영향을 알아보기 위한 선행변수들의 설명정도( $R^2$ )는 전체분산의 12.7%로 나타났다. 이 모델에서는 연령( $\beta=0.254$ ,  $p < 0.001$ ), 학력( $\beta=0.328$ ,  $p < 0.001$ )과 우울( $\beta=-0.169$ ,  $p < 0.05$ )이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉 연령이 높을수록 학력이 높을수록 우울이 적을수록 사회적 관계영역의 삶의 질이 높음을 알 수 있다. 환경영역의 삶의 질의 영향을 알아보기 위한 선행변수들의 설명정도( $R^2$ )는 전체분산의 20.5%로 나타났다. 이 모델에서는 학력( $\beta=0.221$ ,  $p < 0.01$ ), 종교( $\beta=0.219$ ,  $p < 0.01$ )와 우울( $\beta=-0.225$ ,  $p < 0.01$ ), 그리고 거주형태( $\beta=0.686$ ,  $p < 0.01$ )가 통계적으로 유의미하게 나타났다. 즉 학력이 높을수록 우울증상이 적을수록 결혼한 자녀와 동거하는 경우에서 환경영역의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또한 결혼한 자녀와 동거하는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 환경영역 삶의 질이 0.68 증가하는 것을 알 수 있다. 마지막으로, 전반적인 삶의 질 영향 요인의 선행변수들이 이 모델을 설명하는 정도는 전체분산의 12.7%로 나타났다. 이 모델에서는 종교( $\beta=0.241$ ,  $p < 0.001$ )가 통계적으로 유의미하게 나타났다.

(Table 4) Influencing Factors associated with Quality of life in Elderly

Category	Korean version of WHOQOL-BREF									
	physical health		psychological		social relationship		environment		Global item	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
<b>General</b>										
Sex	0.129	2.102*	0.061	1.031	0.102	1.459	-0.041	-0.644	0.113	1.768
Age	-0.100	-1.471**	-0.036	-0.557	0.254	3.789***	0.058	0.877	0.080	1.171
Education	0.125	1.683	0.240	3.348**	0.328	4.322***	0.221	3.047**	0.003	0.043
Religion	0.256	4.038***	0.272	4.473***	0.063	0.946	0.219	3.470**	0.241	3.739***
Subjective Economic State	0.111	1.745	-0.013	-0.210	0.113	1.596	-0.046	-0.663	0.115	1.808
<b>Health</b>										
Subjective Health State	0.138	2.043*	0.090	1.407	0.002	0.038	-0.059	-0.987	-0.077	-1.245
Depression	0.222	0.345	0.142	2.321**	0.169	2.173*	0.225	3.087**	0.118	1.533
<b>Social &amp; Environmental</b>										
Living Arrangement	-0.085	-1.136	0.068	1.140	0.390	1.375	0.686	3.012**	1.080	1.659
Ageism	0.131	2.057*	0.890	1.387	-0.056	-0.868	0.053	0.870	-0.059	-0.9115
R	0.378		0.454		0.356		0.452		0.357	
R <sup>2</sup>	0.143		0.206		0.127		0.205		0.127	
F(p)	4.904(0.000)		7.621(0.000)		2.792(0.001)		4.952(0.000)		3.939(0.000)	

#### 4. 논의

본 연구는 도시노인의 삶의 질 정도 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 노인들의 삶의 질 향상을 위한 구체적이고 실제적인 간호중재 방안을 위한 기초자료로 제공하고자 하였다.

주요 연구결과를 토대로 다음과 같이 논의 하였다.

본 연구에서 대상자의 평균 연령은 77.83세를 보였고, 경제수준은 53.9%에서 낮은편으로 인지되었다. 본 연구에서는 민성길 외[13]에 번역된 한국판 삶의 질 측정도구인 WHOQOL-BREF를 사용하였다. 삶의 질과 관련된 항목으로 전반적, 신체적 건강, 심리적, 사회적 관계 및 생활환경 영역의 5개 하위항목으로 측정하였다. 한국판 WHOQOL-BREF를 사용하여 본 연구에서의 삶의 질 평균치가 3.17(5점척도)점으로 '보통' 수준을 보여 김희경의 [4] 연구에서는 삶의 질 평균치가 2.83(5점척도)로 본연구

가 평균치가 높은 결과를 나타낸 반면, 안미향외[21] 연구에서는 130점 만점에 평균85.82(±16.35) 본 연구가 평균치가 낮은 결과를 나타냈다. 하부 영역 26항목에서 평균보다 낮게 나타난 항목이 11개였으며, 사회적 관계영역인 대인관계에서 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다.

노인 대상자의 삶의 질 영역간의 상관관계를 살펴보면, 사회관계와 환경 영역과의 관련성이 가장 높아 (r=.609) 이는 김귀분[8]의 연구에서 삶의 질과 사회적 관계가 유의한 순 상관관계를 보인 결과와 일치한다. 노인 차별과 신체건강 영역과의 관련성이 가장 낮았다 (r=.131). 노인을 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 하위차원인 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경 영역, 전반적인 삶의 질을 종속변수로 회귀분석한 결과 각각의 설명력은 신체적 건강 14.3%, 심리적 건강 20.6%, 사회적 관계 12.7%, 환경 20.5%, 전반적 삶의 질 12.7%로 나타났으며, 신체적 건강영역에서



는 여성일수록( $\beta=0.129$ ,  $p<0.05$ ), 연령이 적을수록( $\beta=-0.100$ , 사회적 관계영역에서는 연령과( $\beta=0.254$ ,  $p<0.001$ ), 학력이 높을수록( $\beta=0.328$ ,  $p<0.001$ )과 우울증상이 적을수록( $\beta=-0.169$ ,  $p<0.05$ ) 삶의 질이 높게 나타났다. 이는 손신영[22]의 연구에서 사회적관계인 사회적 지지가 높을수록, 우울정도가 낮을수록 삶의 질이 높게 나타난 결과와 동일하다. 삶의 환경영역에서는 학력이 높을수록( $\beta=0.221$ ,  $p<0.01$ ), 우울증상이 적을수록( $\beta=-0.225$ ,  $p<0.01$ ), 그리고 동거하는 가족이 있을수록( $\beta=0.686$ ,  $p<0.01$ ) 삶의 질이 높게 나타났다. 이는 독거노인보다는 가족과 함께 생활하는 경우 삶의 질이 높게 나타난 Bowling[11]의 연구결과와 동일하다, 가족지지가 높을수록 김귀분외[8] 전반적인 삶의 질에서는 종교를 가지고 있을수록 ( $\beta=0.241$ ,  $p<0.001$ ) 삶의 질이 높게 나타난 것을 볼 수 있다. 노인의 삶의 질에 가장 큰 영향을 주는 변수는 우울증상과 종교로 나타난 것을 볼 수 있는데 이 중에서 종교가 많은 요인으로 나타난 것은 자료수집 과정에서 2개의 노인대학이 성당에서 운영하고 있던 것으로 보고 삶의 질 요인으로 확정짓기에는 무리가 있지만 노인의 삶의 질 요인을 분석하는 결과의 일반화를 위해서 추후 대상자 선정에 고려한 연구가 필요한 것으로 본다. 삶의 질에 영향을 주는 가장 강력하게 기여한 요인은 우울 증상이었다. 이는 대상자의 우울과 삶의 질은 유의한 부적 상관관계가 있다는 것으로 나타나 선행연구 이승희, 양순옥[23]의 결과와 유사하였다. 노인의 우울증상은 심리적 건강측면에서 삶의 질 저하의 원인이 되고 있으므로 우울증상 완화로 삶의 질 저하를 예방하기 위한 방안이 필요하다고 본다. 본 연구의 제한점으로는 연구대상자의 선정에 있어 일반화 되지 못한 제한으로 변수간의 관계가 과대 평가 되었을 가능성이 있다.

그러나 본 연구가 지니는 의의는 노인의 삶의 질 영향 요인을 세분화된 분석을 제시함으로써 노인의 삶의 질 영향 요인에 따른 연구결과에 의미를 둘 수 있다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 일 지역 도시 노인들이 지각하는 삶의 질 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인들을 분석하고 삶의 질 하위영역간의 관계를 탐색하기 위한 서술적 상

관관계연구이다. 연구대상은 부산광역시에 거주하고 있는 4개의 노인대학에 다니는 65세 이상의 노인 300명을 대상으로 2012년 10월부터 11월 까지 자료수집을 하였다. 측정도구는 WHO 지침에 따라 세계보건기구 WHOQOL-BREF를 민성길 외[8]에 번안된 한국판 삶의 질 간편형 척도를 사용하였다. 이 척도는 전반적 영역, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 관계영역 및 생활환경 영역의 5개 하위차원으로 구분하여 총 26문항으로 구성되었다.

자료분석은 SPSS/WIN 20.0 Program을 사용하였으며 분석목적에 따라 기술통계와 추론통계를 함께 사용하였으며 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 도시노인의 삶의 질 점수와 관련된 항목은 평균 평점은 3.17(5점척도)로 중간정도를 나타냈으며 생활환경 영역(3.31)이 높았고, 전반적인 삶의 질 영역(3.16), 심리적 건강영역(3.14), 신체적 건강영역(3.13)은 중간정도를 보였으며, 사회적 관계영역(2.98)은 낮은 수준을 보였다.

둘째, 연구 대상자의 삶의 질의 하위영역별 상관관계를 보면 우울영역을 제외한 모든 영역간에서 유의미한 양의관계를 보였다.

셋째, 연구 대상자의 삶의 질에 가장 영향을 주는 요인은 심리적 건강, 사회적 관계, 신체적 관계 순으로 나타났으며 각각 20.6%, 12.7%, 14.3%의 설명력을 보였다.

상기의 연구결과를 토대로 제언을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 연구대상을 확대하여 도시유형별 특성에 따른 삶의 질의 차이를 비교분석하는 연구가 필요하다.

둘째, 노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수를 추가 설정하여 삶의 질에 관련요인을 분석하는 연구가 요구된다.

셋째, 삶의 질에 우울증상이 영향을 미치는 주요한 요인으로 나타난 만큼, 우울증상 완화를 시킬 수 있는 간호중재와 프로그램이 요구된다.

## References

- [1] Sun, X., Lucas, H., Meng, Q., & Zhang, Y. (2011). Association between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: A study from China, *Quality of Life Research*, 20, 359-369.
- [2] www.Kosis.go.kr
- [3] Kim, K. B., Sok, S. B. (2008). Factors Related to the Quality of Life of the Elderly. *Korean Journal of Adult Nursing*, 20(2), 331-340.
- [4] Kim, H. K., Lee, H. J., Park, S. M. (2010). Factors Influencing Quality of life in Elderly Women Living Alone. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(2), 279-292.
- [5] Lim, S. H., R, S. H. (2011). A Study about the Model of Subjective Quality of Life for the Elderly: Focused on the Mediating Effects of Death Anxiety. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 31(1), 1-14.
- [6] Low, G., & Molzahn, A. E., & Kalfoss, M. (2008). Quality of life of older adults in Canada and Norway; examining the iowa model, *Western Journal of Nursing Research*, 30, 458-476.
- [7] Jeon, S. N., Shin, H. G. (2011). Effects of Ageism Experience of the Elderly on Depression Mediated by Loneliness. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 31(4), 925-938.
- [8] Kim, K. B., Choi, J. E., Suk, S. H. (2006). A Study on the Relationship among Family Support, Morale, and Quality of Life in Elderly. *Korean Journal of Adult Nursing*, 19(4), 517-526.
- [9] Sarvimaki, A., & Stanbock-Hult, L. B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning, and value, *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.
- [10] Breet, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2011). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, doi:10.1007/s11136-011-9951-2
- [11] Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 6(4), 355-371.
- [12] Park, Y. S., Lee, H. Y., Kwon, Y. H. (2011). The Relationship of Functional Health Status, Satisfaction of Customized Home Visiting Health Service, and Quality of Life in Vulnerable Elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 12(11), 5071-5078.
- [13] Min, S. K., Kim, K. I., Suh, S. Y., Kim, D. K. (2000). Development of Korea version of World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL). *Journal of Korean Neuropsychiatr Assoc*, 39(1), 78-88.
- [14] Kim, K. W., Kim, A. J. (2010). Yangsaeng and Quality of Life (WHOQOL-BREF) in Adult and Elderly Koreans Practicing Dan Jeon Breathing. *Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 17(2), 231-239.
- [15] Kim, E. Y. (2011). Relationships among Social Support, Yangsaeng, and Quality of Life in Elderly people, Keimyung University of Korea, Daegu.
- [16] Kim, H. S. (2011). Mood States, Cognitive Function and Quality of Life in the Elderly People Living at Home, Gyeongsang National University of Korea, Jinju.
- [17] Nam, G. H. (2012). A Study on Self-Care Agency and Quality of Life among the Elderly with Chronic Pain. Gyeongsang National University of Korea, Jinju.
- [18] Sun, J. J. (2012). The Effects of Program to prevent Dementia on Cognitive Function, Depression and Quality of Life in the Elderly Women Living alone, Chonnam National University of Korea, Gwangju.
- [19] Kim, J. Y., Park, H. J., Lee, I. S. (2012). The effects of group art therapy with HanJi, Korean paper, to improve the quality of life of elderly stroke patients. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 32(1), 87-102.

- [20] Chung, M. H. (2009). Quality of life for the Elderly with Hip Fracture Surgery, Yonsei University of Korea, Seoul.
- [21] Ahn, M. H. (2012.) A study of Quality of Life and Depression for the Elderly in Senior Welfare Center. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 13(8), 3544-3551.
- [22] Sohn, S. Y. (2006). A Comparative Study on the Quality of Life of the Elderly and its' Affecting Factors Between Rural and Urban Areas. Journal of the Korean Gerontological Society, 26(3), 601-615.
- [23] Lee, S. H., Yang, S. O. (2010). The Effect of Chronic Musculiskeletal Pain and Depression on Health-related Quality of Life by Gender in Community-dwelling Older Adults. Journal of Korean Acad Community Health Nurs, 21(1), 21-30

**김 은 하(Eun-Ha Kim)**



- 1992년 2월 : 이화여자대학교 간호학 학사
- 1995년 2월 : 이화여자대학교 간호학 석사
- 2006년 2월 : 이화여자대학교 간호학 박사
- 2007년 3월~현재 : 부산가톨릭대학교 간호대학 조교수

- 관심분야 : 노인간호, 여성건강간호, 현상학
- E-Mail : hake1114@cup.ac.kr

**권 영 채(Young-Chae Kwon)**



- 2005년 2월 : 인제대학교 간호학 학사
- 2008년 8월 : 인제대학교 사회복지학 석사
- 2012년 2월 : 인제대학교 보건행정학 박사
- 2012년 10월~현재 : 가야대학교 간호학과 조교수

- 관심분야 : 의료경영, 노인간호, 의료의 질관리
- E-Mail : nahante55@hanmail.net