

# 도시와 농촌 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인 비교 연구

양순옥\*, 조해련\*\*, 이승희\*\*\*  
한림대학교\*, 이화여자대학교\*\*, 울산대학교\*\*\*

## A Comparative Study on Influencing Factors of Health Related Quality of Life of the Elderly in Senior Center by Region : Focus on Urban and Rural Areas

Soon-Ok Yang\*, Hae-Ryun Cho\*\*, Seung-Hee Lee\*\*\*

Division of Nursing, Hallym University\*

Department of Nursing Science, Ewha womans University\*\*

Department of Nursing, The University of Ulsan\*\*\*

**요약** 본 연구의 목적은 경로당을 이용하는 65세 이상 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 도시와 농촌의 지역별로 비교분석하는 것이다. 조사 대상은 902명(도시: 571명, 농촌: 331명)의 노인으로 구성하였다. 2011년 7월 20일부터 8월 31일까지 자료를 수집하였고, SPSS/WIN 21.0을 이용하여 분석하였다. 연구결과는 도시 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질이 농촌에 비해 유의하게 낮았고, 도시와 농촌에 따라 건강관련 삶의 질의 영향요인에 차이가 있었다. 도시의 경우는 우울, 연령, 주관적 건강상태, 음주, 만성질환 수, 흡연이 영향요인이었고, 농촌의 경우는 우울, 주관적 건강상태, 만성질환 수, 교육수준이 영향요인이었다. 결론적으로 도시와 농촌 모두 우울과 주관적 건강상태, 만성질환 수는 노인의 건강관련 삶의 질에 주 영향요인임을 확인할 수 있었으며, 도시와 농촌 건강관련 삶의 질의 영향요인에 차이가 있었으므로 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질 향상 프로그램을 개발하는데 이러한 지역별 차이를 고려되어야 할 것이다.

**주제어** : 노인, 도시, 농촌, 건강, 삶의 질

**Abstract** Purpose: The purpose of this study was to compare urban-rural differences on influencing factors of health related quality of life(HRQoL) of the elderly in senior center. Methods: The subjects were 902 older adults (571 from urban areas, 331 from rural areas). Data were collected using a questionnaire from 20 July to 31 August, 2011. The SPSS/WIN program was used for data analysis. Results: For older adults of urban areas, the influencing factors of HRQoL were depression, age, subjective health, drinking, number of chronic disease, and smoking. On the other hand, the influencing factors of HRQoL of older adults of rural areas were depression, subjective health, number of chronic disease, and educational level. The significant factors of HRQoL were depression, subjective, and number of chronic disease in both urban and rural areas. Conclusion: Public health nurses should consider urban-rural differences when designing HRQoL enhancing program for the elderly in senior center.

**Key Words** : Older adults, Urban, Rural, Health, Quality of life

\* 본 논문은 2013년도 한림대학교 교비 학술연구비(HIRB-2013-011)에 의하여 지원되었음

Received 22 November 2013, Revised 22 December 2013

Accepted 20 January 2014

Corresponding Author: Seung-Hee Lee(The University of Ulsan)

Email: seunglee@ulsan.ac.kr

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

우리나라 65세 이상 노인인구는 2012년 현재 전체 인구의 11.8%로 고령사회에 진입하였으며, 2018년에는 14.3%에 달해 초고령사회에 진입할 것으로 전망하고 있다[1]. 이에 함께 지역사회 노인인구의 여가시설인 경로당 수도 해마다 증가하고 있어 1975년 3,872개소였던 경로당이 1983년 8,946개, 1992년 20,068개, 2000년 36,452개로 증가하였다. 2012년 현재 전국 64,077개의 노인여가복지시설 중 경로당은 62,442개로 97% 이상을 차지하고 있으며 이용자는 약 260만명으로 전체 노인인구의 약 47.6%가 이용하고 있다[2].

기존 연구[3]에 의하면 경로당 이용노인은 60대가 32.7%, 70대가 43.5%, 80대가 17.9%를 차지하고 있고 건강관련 프로그램보다는 화투·바둑·장기, 야외나들이, 점심식사 등의 활동 프로그램을 주로 운영하고 있다. 이들의 건강을 살펴보면 허약, 낙상, 요실금, 영양상태 불량, 경증 치매 등의 위험이 높은 노인들이 노인복지 관련 시설을 이용하고 있으며 경로당 이용노인들의 상당수가 낙상과 요실금 등의 건강문제에 취약하다[4,5]. 실제 경로당 이용노인은 실내 운동, 보건소 순회 진료 등 건강관련 활동이 활성화되기를 원하고 있어 보건소와 의료기관의 협력이 필요하다[3]. 보건소를 통한 경로당 건강증진 프로그램이 지역별로 실시되고 있으나 노인의 인구학적 특성과 여건을 감안한 노인전문 건강증진 프로그램은 매우 부족한 실정이다[6].

보건소에서 제공하는 노인 건강관리사업의 대상은 대부분 보건소를 방문하는 노인이나 경로당 이용노인이다. 이 중 경로당 이용노인이 50% 이상을 차지하고 있고 운동에 대한 프로그램을 가장 많이 실시하고 있는 실정이다[5]. 또한 맞춤형 방문건강관리사업에서도 경로당 이용노인을 대상으로 서비스를 부분적으로 제공하고 있다. 2008년 맞춤형 방문건강관리사업연보에 따르면 취약계층 노인의 건강관리의 일환으로 경로당 집단에 기능강화, 질병예방 및 건강관리, 우울관리, 치매관리 및 인지기력 증강, 실금예방, 약물관리, 낙상예방에 대한 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다[7].

기존의 경로당은 노인들의 친목을 도모하고 여가 생활을 즐기는 장소로 활용되어왔지만 최근 들어 급증하고

있는 노인 인구와 노인의 지위 향상 등으로 노인의 욕구가 다양해지고 있고 이를 충족시켜줄 수 있는 경로당의 역할이 요구되고 있다[8]. 따라서 노인의 건강을 관리하기 위해 지역사회의 경로당을 활용하는 것은 건강관련 서비스의 접근성을 높일 수 있는 대책이 될 수 있을 것이다. 특히 도시와 비교하여 상대적으로 자원이 취약한 농촌지역에 경로당이 많이 분포되어 있으므로 경로당을 활용하여 노인건강관리사업을 하는 것은 효과적인 노인건강증진사업의 중요한 성공요인이 될 수 있을 것이다[4].

노인인구의 증가와 더불어 단순한 수명 연장보다는 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 있다. 삶의 질은 건강관련 삶의 질과 비건강관련 삶의 질로 나누어질 수 있는데, 건강관련 삶의 질은 특히 건강에 직접적으로 연관되어 개인이 느끼는 삶의 질로, 노인의 일상적 기능과 안녕상태를 평가하는 지표로 이용되고 있다[9,10]. 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한 기존연구 결과에 의하면 거주지역, 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 소득 수준, 만성질환, 주관적 건강, 우울, 건강행위 등이 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으며 연령이 증가할수록, 우울정도가 높을수록, 주관적 건강을 나쁘게 인식할수록, 건강증진행위의 실천이 부족할수록 건강관련 삶의 질이 감소하는 것으로 나타났다[9,11,12,13,14,15,16]. 건강관련 삶의 질에 관한 국내 선행연구는 일 농촌지역 여성 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인 연구, 일 도시지역 노인의 삶의 질 예측모형 등의 연구가 수행되었으며, 이들 연구들은 주로 건강행위와 사회적 관계망, 자기효능감 등과 건강관련 삶의 질과의 관련성을 다루고 있다[15,17]. 도시와 농촌간의 건강격차가 있다는 보고가 있음에도 불구하고 기존의 노인 건강관련 삶의 질을 다룬 연구들은 도시와 농촌을 구분하여 비교하지 않고 도시노인 또는 농촌노인을 각각 따로 조사하고 있다[4]. 국내에서 경로당 이용 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질을 다룬 연구는 부족한 실정이며, 특히 경로당 이용노인을 대상으로 도시와 농촌 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인의 차이를 비교한 연구는 찾기 힘들었다. 일부 선행연구에서는 도시노인의 삶의 질이 농촌노인에 비해 높다고 하였으며, 다른 연구에서는 농촌노인이 도시노인에 비해 삶의 질이 높다고 하여 도·농간 건강관련 삶의 질에 차이가 있었다[11,12]. 따라서 도시와 농촌 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 어떻게 다른지 규명

한다면 향후 보건소에서 제공하는 경로당 이용노인 대상 건강관리 프로그램을 지역별로 차별화하는데 도움이 될 것이라고 본다. 그러므로 본 연구는 도시와 농촌의 경로당 이용노인을 대상으로 건강관련 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 요인에 대하여 도·농간 어떠한 차이점이 있는지를 검증함으로써 지역사회 특성에 맞는 경로당 노인건강증진사업 개발의 기초자료로 활용되고자 시도되었다.

## 1.2 연구의 목적

본 연구는 도시와 농촌 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 비교, 분석하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 도시와 농촌 경로당 이용 노인의 인구사회학적 특성과 건강특성, 건강관련 삶의 질 정도를 비교한다.
- 2) 대상자의 인구사회학적 특성과 건강특성이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향력의 차이를 도시와 농촌별로 비교·분석한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 도시와 농촌 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교하는 서술적 조사 연구이다.

### 2.2 연구 대상

본 연구의 대상은 도시와 농촌지역에 위치한 경로당을 이용하는 65세 이상의 노인이다. 연구 장소는 도시의 경우 서울시 K구의 경로당 5곳과 J구에 소재하는 경로당 4곳, 경기도 G시의 경로당 3곳, A시의 경로당 4곳, 강원도 W시의 경로당 3곳이었다. 농촌 지역의 경우 강원도 HS군의 경로당 2곳, HW군의 경로당 3곳, 충남 S군의 경로당 3곳, 전라북도 J군의 경로당 4곳에서 이루어졌다. 대상자 선정기준은 경로당을 이용하는 65세 이상의 의사소통이 가능한 노인으로서 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 노인으로서 하였다. 총 902명의 대상자가 연구 설문

지에 응답하여 이를 연구대상으로 하였다.

## 2.3 연구 도구

본 연구의 도구는 방문건강관리사업에서 65세 이상 노인을 대상으로 사용하고 있는 건강면접조사 도구와 19세 이상 등록가구를 대상으로 사용하는 도구 중 건강상태, 건강행태, 삶의 질, 우울측정 도구를 이용하였다.

### 2.3.1 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 대상자의 거주지역(도시/농촌), 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제 수준, 종교, 병환 시 주간호자를 조사하였다. 도시와 농촌의 구분은 안전행정부와 통계청의 기준에 따라 읍과 면 지역은 농촌으로, 동 지역은 도시로 구분하였다. 결혼상태는 기혼, 사별, 이혼 또는 별거, 미혼으로 나누었고 교육수준은 무학, 초등, 중등, 고등학교 이상으로 구분하였다. 경제수준은 기초생활보장수급자, 차상위계층, 기타로 나누었고, 종교는 불교, 기독교, 천주교, 무교로 구분하였다. 병환 시 주간호자는 없음, 배우자, 아들, 딸, 며느리, 기타로 구분하였다.

### 2.3.2 건강 특성

대상자의 건강특성은 주관적 건강상태, 만성질환의 수, 우울, 흡연, 음주, 중등도 신체활동으로 조사하였다. 주관적 건강상태는 자신이 생각하는 건강상태를 ‘매우 좋다(5점)’, ‘좋다(4점)’, ‘보통이다(3점)’, ‘나쁘다(2점)’, ‘매우 나쁘다(1점)’ 중 선택하도록 하여 점수가 높을수록 주관적 건강상태를 좋게 인식함을 의미한다. 만성질환의 수는 고혈압, 당뇨, 관절염, 심장질환, 뇌졸중, 만성호흡기질환을 현재 앓고 있는지를 질문한 후 ‘예(1)’, ‘아니오(0)’으로 코딩하여 대상자의 만성질환 수를 계산하였다. 흡연은 ‘어르신께서는 담배를 피우십니까?’로 질문하여 ‘현재 흡연을 한다’와 ‘과거에는 흡연했으나 현재 끊었다’, ‘전혀 피운 적이 없다’로 응답하게 하였고, 음주는 ‘어르신께서는 술을 마십니까?’로 질문하여 ‘술을 마셔본 적이 없다’와 ‘과거에는 마셨으나 현재는 마시지 않는다’, ‘요즘 술을 마신다’로 응답하게 하였다. 중등도 신체활동은 ‘최근 일주일 동안 숨이 약간 차는 듯한 정도의 중등도 신체활동을 하루에 10-30분 정도 5일 이상 하셨습니까’

로 질문하여 '예', '아니오'로 응답하게 하였다.

우울은 [19]에 의해 개발된 단축형 노인우울척도 (Geriatric Depression Scale Short Form-GDS SF)를 [20]이 우리말로 번안한 한국판 단축형 노인우울척도 (GDS SF-K)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 15개 문항으로 구성되어 있으며, 질문에 대해 '예'는 1점, '아니오'는 0점을 주었고 부정적인 문항인 1번, 5번, 7번, 11번, 13번 문항은 역으로 환산하였다. 가능한 총점은 0~15점으로, 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미하며 본 연구에서의 신뢰계수 Kuder-Richardson 20(KR 20) 값은 .803이었다.

### 2.3.3 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질은 방편건강관리사업 건강면접조사 도구 중 삶의 질을 측정하는 도구인 EQ-5D (EuroQol-5Dimension)를 이용하였다. EQ-5D는 [21]에 의해 개발되었으며, 국내에서는 한국보건사회연구원[22]에 의해 도구의 타당도와 신뢰도가 확인된 바 있다. EQ-5D는 운동능력(Mobility, M), 자기관리(Self-care, SC), 일상 활동(Usual activity, UA), 통증 및 불편감(Pain/Disability, PD), 불안 및 우울(Anxiety/Depression, AD) 총 5문항으로 구성되어 있다. 각 항목에 대해 1단계 - '지장이 없다', 2단계 - '다소 지장이 있다', 3단계 - '지장이 있다'로 응답하게 하였으며, 총점은 한국인을 대상으로 한 질 가중치 연구[23]에서 도출된 보정식을 이용하여 0(죽음)~0.95(완전한 건강)의 범위로 산출되며 점수가 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. 한국인 질 가중치 예측공식은 N3 모형에 의해  $Y = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD3 + 0.050 \times N3)$ 이다. 예를 들어 운동능력-1단계, 자기관리-2단계, 일상활동-2단계, 통증/불편감-3단계, 불안/우울-1단계에 대한 삶의 질 가중치 예측치는  $1 - (0.050 + 0.046 + 0.051 + 0.151 + 0.050) = 0.652$ 이다. 본 연구에서 EQ-5D의 신뢰계수 Cronbach's  $\alpha = .803$ 이었다.

### 2.4 자료 수집 방법

본 연구는 H대학의 생명윤리심의위원회의 연구계획서 심의를 거쳐 수행되었다(HIRB -2013-011). 본 연구를

위한 자료수집은 2011년 7월 20일부터 8월 31일까지 40일간 이루어졌다. 연구자와 조사원이 전반적인 연구목적과 내용을 설명하였으며, 연구 참여여부는 강제적인 것이 아니라 자발적인 것이며 익명과 비밀이 보장됨을 설명하였다. 설문지와 함께 배부된 연구참여 동의서에도 연구의 목적과 내용, 수집된 정보는 연구 목적으로만 사용되며 모든 자료는 무기명으로 처리될 것이며 설문작성 도중에 언제든지 중단을 결정할 수 있고 이로 인하여 어떠한 불이익도 받지 않을 것이라는 내용을 포함하였다. 대상자가 연구참여를 허락한 경우 서면동의를 받고 대상자에게 조사원이 설문지를 한 문항씩 읽어주고 대상자가 충분히 이해를 했는지 확인한 후 응답을 기입하는 식으로 진행하였다. 조사원은 해당 지역 보건소의 방문간호사와 훈련받은 연구보조원을 활용하였다. 설문지 작성시간은 약 15분정도 소요되었다.

### 2.5 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 21.0 program을 이용하여 분석하였다. 도시와 농촌 간 대상자의 인구사회학적 특성과 건강특성, 건강관련 삶의 질 정도의 차이를 비교하기 위해 t-test와  $\chi^2$ -test를 이용하였다. 도시와 농촌 간 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교하기 위해 인구사회학적 특성과 건강 특성을 두 가지 차원으로 구분하여 회귀모형에 순차적으로 투입하는 위계적 중회귀분석을 실시하였으며, 유의수준  $\alpha$ 는 .05로 하였다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 도시·농촌 간 인구사회학적 특성과 건강 특성의 비교

도시·농촌 간 대상자의 인구사회학적 특성과 건강 특성의 비교는 Table 1과 같다. 전체 902명의 경로당 이용 노인 중에 도시노인이 571명(63.3%)이었고 농촌노인이 331명(36.7%)이었다. 도시·농촌 간 인구사회학적 특성 비교에서 통계학적으로 유의한 차이를 보인 항목은 결혼상태( $\chi^2=6.586, p=.037$ ), 교육수준( $\chi^2=22.439, p<.001$ ), 경제수준( $\chi^2=19.808, p<.001$ ), 종교( $\chi^2=22.415, p<.001$ ), 병환 시 주간호자( $\chi^2=11.150, p=.011$ )로 나타났다.

다. 결혼상태는 농촌노인에서 유배우 비율이 40.8%로 도시노인(32.9%)보다 약간 높았고, 교육수준은 농촌노인에서 무학비율이 63.4%로 도시노인(57.8%)보다 높았다. 기초생활보장수급자 비율은 농촌노인이 19.3%로 도시노인(10.7%) 보다 높았다. 병환 시 주간호자는 도시의 경우 아들, 딸, 며느리가 45.9%, 배우자 22.6%였으나 농촌의 경우에는 아들, 딸, 며느리 40.2%, 배우자 31.7%로 배우자가 주간호자인 비율이 농촌에서 더 높았다.

도시·농촌 간 건강 특성 비교에서 통계학적으로 유의한 차이를 보인 항목은 만성질환 수( $t=2.141, p=.033$ )와 흡연( $\chi^2=17.545, p<.001$ )으로 나타났다. 만성질환 수는 도시노인이 평균 1.70개로 농촌노인의 1.56개 보다 많았고, 흡연은 '전혀 피우적이지 않다'는 비율이 농촌노인 78.2%로 도시노인(65.7%)보다 더 많았다.

### 3.2 도시·농촌 간 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인 비교

건강관련 삶의 질 점수는 농촌 경로당 이용 노인(0.85±0.10)이 도시 경로당 이용 노인(0.83±0.14)보다 유의하게 높았다( $t=2.819, p=.005$ ) <Table 1>. 도시와 농촌 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위하여 인구사회학적 특성과 건강 특성을 2단계로 나누어 모형에 투입하는 위계적 중회귀 분석을 실시하였다. 먼저, 회귀분석을 실시하기 전에 독립변수들 사이의 다중공선성을 살펴보았다. 투입된 독립변수들간의 상관관계는 .018에서 .424 사이로 나타났다. 모든 변수에서 공차한계는 .10보다 높은 수준이었으며, 분산팽창요인의 최대치는 1.492로 나타나 독립변수간의 상관관계로 인한 연구모형 추정치의 왜곡 가능성은 낮다고 판단되었다. 잔차분석에서 Durbin Watson 검정결과는 도시와 농촌의 각각의 모형에서 1.565과 1.659로 2에 가까워 모형의 오차항간 자기상관성이 없는 것으로 보여 정규분포성과 잔차의 등분산성 가정을 만족한다고 사료 되었다.

노인의 인구사회학적 특성을 통해 노인의 건강관련 삶의 질의 영향요인을 살펴본 1단계 모형은 도시와 농촌 경로당 이용 노인 모두에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며(도시  $F=13.54, p<.001$ ; 농촌  $F=3.20, p=.005$ ), 노인의 건강관련 삶의 질 변량 중 각각 11.7%와 3.9%를

<Table 1> Differences in Socio-demographic and Health Characteristics by Resion (N=902)

Characteristics	Total (n=902)	Urban (n=571)	Rural (n=331)	t or $\chi^2$	p
	M±SD /n(%)	M±SD /n(%)	M±SD /n(%)		
Age(in years)	78.76±5.89	78.93±6.07	78.47±5.54	1.133	.258
Education				22.439***	<.001
None	540(59.9)	330(57.8)	210(63.4)		
Elementary	222(24.6)	128(22.4)	94(28.4)		
Middle school	79(8.8)	64(11.2)	15(4.5)		
≥High school	61(6.7)	49(8.6)	12(3.6)		
Marital status				6.586*	.037
Married	323(35.8)	188(32.9)	135(40.8)		
Widowed	565(62.6)	372(65.1)	193(58.3)		
Single or Divorced	14(1.6)	11(1.9)	3(0.9)		
Economic status				19.808***	<.001
National basic livelihood act recipients	125(13.9)	61(10.7)	64(19.3)		
Potential welfare recipients	121(13.4)	92(16.1)	29(8.8)		
Others	656(72.7)	418(73.2)	238(71.9)		
Religion				22.415***	<.001
Buddhist	246(27.3)	154(27.1)	92(28.4)		
Protestant	253(28.0)	182(32.0)	71(21.9)		
Catholic	83(9.2)	62(10.9)	21(6.5)		
No religion	320(35.5)	170(29.9)	140(43.2)		
Caregivers				11.150†	.011
None	235(26.0)	151(26.4)	84(25.4)		
Spouse	234(25.9)	129(22.6)	105(31.7)		
Adult children / daughter in law	395(43.8)	262(45.9)	133(40.2)		
Others	38(4.2)	29(5.1)	9(2.7)		
Self-reported health	2.94±0.84	2.95±0.82	2.93±0.87	0.348	.728
Number of chronic disease	1.65±0.95	1.70±0.99	1.56±0.88	2.141*	.033
Depression	5.87±3.80	5.99±3.91	5.65±3.59	1.352	.177
Smoking				17.545***	<.001
Never	635(70.4)	374(65.7)	259(78.2)		
Past	171(19.0)	130(22.8)	41(12.4)		
Current	96(10.6)	65(11.4)	31(9.4)		
Alcohol drinking				2.524	.283
Never	195(21.6)	131(23.0)	64(19.3)		
Past	215(23.8)	139(24.4)	76(23.0)		
Current	492(54.5)	299(52.5)	191(57.7)		
Moderate-intensity physical activity				0.753	.386
No	770(85.4)	483(84.6)	287(86.7)		
Yes	132(14.6)	88(15.4)	44(13.3)		
Quality of life (EQ-5D)	0.84±.12	0.83±0.14	0.85±0.10	2.819**	.005

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

설명하였다. 1단계 모형에 투입된 도시 경로당 이용 노인의 인구사회학적 특성 중 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인은 연령( $\beta = -.26, p < .001$ )이었으며, 농촌 경로당 이용노인은 교육수준( $\beta = .21, p < .001$ )이었다.

1단계 모형에 노인의 건강 특성을 추가적으로 투입한 2단계 모형도 도시와 농촌 경로당 이용 노인 모두에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며(도시  $F = 34.64, p < .001$ ; 농촌  $F = 9.75, p < .001$ ), 도시와 농촌 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질 전체변량의 41.7%와 24.5%를 설명하였다. 2단계 모형에 추가적으로 투입한 노인의 건강 특성이 1단계 모형에 투입된 인구사회학적 특성을 통제 한 후에도 건강관련 삶의 질 변량 중 약 30.0%(도시)와 20.6%(농촌)를 추가적으로 유의미하게 설명하는 것으로 나타났다. 도시 경로당 이용 노인의 경우 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 변인은 우울( $\beta = -.44, p < .001$ ), 연령( $\beta = -.21, p < .001$ ), 주관적 건강( $\beta = .20, p < .001$ ), 음주( $\beta = -.08, p = .013$ ), 만성질환 수( $\beta = -.08, p = .023$ ), 흡연( $\beta = .07, p = .032$ )이었다. 즉 우울할수록, 연령이 많을수록, 만성질환 수가 많을수록, 음주를 하는 경우에 건강관련 삶의 질이 낮아졌으며, 주관적 건강인식이 좋을수록, 흡연을 하는 경우에 건강관련 삶의 질이 높았다. 농촌 경로당 이용 노인의 경우는 우울( $\beta = -.32, p < .001$ ), 주관적 건강 상태( $\beta = .19, p < .001$ ), 만성질환 수( $\beta = -.12, p = .028$ ), 교육 수준( $\beta = .11, p = .049$ )이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이었다. 즉 우울할수록, 만성질환 수가 많을수록 건강관련 삶의 질이 낮아졌으며, 주관적 건강인식이 좋을수록, 교육을 받은 경우에 건강관련 삶의 질이 높았다.

〈Table 2〉 Factors Associated with Health-related Quality of Life in Urban Elderly (N=571)

Variables	Model 1			Model 2		
	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
Socio-demographics						
Age(in years)	-.264	-6.206***	<.001	-.209	-5.941***	<.001
Marital status	.062	1.358	.175	.004	.099	.921
Education	.102	2.284*	.023	-.025	-.666	.506
Economic status	.053	1.342	.180	-.036	-1.080	.281
Religion	.000	0.006	.995	-.003	-.099	.921
Caregivers	.051	1.186	.236	-.001	-.032	.974
Health variables						
Self-reported health				.200	5.283***	<.001
Number of chronic disease				-.081	-2.274*	.023

Depression	-.443	-11.885***	<.001
Smoking	.071	2.150*	.032
Alcohol drinking	-.083	-2.503*	.013
Moderate-intensity physical activity	-.006	-.190	.850
R <sup>2</sup>	.127		.429
Adjusted R <sup>2</sup>	.117		.417
F	13.541***		34.638***

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

〈Table 3〉 Factors Associated with Health-related Quality of Life in Rural Elderly (N=331)

Variables	Model 1			Model 2		
	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
Socio-demographics						
Age(in years)	-.012	-.211	.833	-.060	-1.160	.247
Marital status	.028	.430	.667	.035	.599	.550
Education	.205	3.516***	<.001	.105	1.976*	.049
Economic status	.076	1.309	.192	.047	.887	.376
Religion	-.078	-1.427	.155	-.068	-1.383	.168
Caregivers	-.033	-.519	.604	-.075	-1.311	.191
Health variables						
Self-reported health				.193	3.561***	<.001
Number of chronic disease				-.121	-2.286*	.023
Depression				-.324	-6.086***	<.001
Smoking				.036	.718	.473
Alcohol drinking				-.043	-.847	.398
Moderate-intensity physical activity				.014	.278	.781
R <sup>2</sup>			.057			.273
Adjusted R <sup>2</sup>			.039			.245
F			3.198**			9.750***

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

#### 4. 논의

본 연구는 경로당을 이용하는 65세 이상 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 도시와 농촌의 지역별로 비교분석함으로써 그 결과를 지역사회 노인의 건강관리를 위한 효과적인 간호학적 중재방안 마련에 필요한 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

도시와 농촌 경로당 이용 노인의 특성은 결혼상태, 교

육수준, 경제수준, 종교, 병환 시 주간호자, 만성질환 수와 흡연에서 유의한 차이를 보였다. 농촌에서 유배우 비율과 기초생활보장수급자 비율이 도시보다 높았다. 도시와 농촌 모두 학력에서 무학이 차지하는 비율이 절반 이상으로 가장 높았으며, 농촌노인이 도시노인보다 무학 비율이 더 높았다. 이는 도시와 농촌의 노인을 대상으로 연구한 [12], [24]의 연구결과와 일치하는 것으로 경로당을 이용하는 노인의 교육수준이 전반적으로 낮으며, 특히 농촌에서 더 낮다는 것을 알 수 있다. 고혈압, 관절염 등 만성질환 보유 수는 농촌보다 도시 경로당 이용 노인에게서 많은 것으로 나타났는데 이는 도시노인이 농촌노인보다 고혈압과 관절염 등의 만성질환 유병률이 더 높았다고 보고한 [25]의 연구결과와 일치하였다. 한편, 도시와 농촌 경로당을 이용하는 대상자의 평균연령이 78세로 나타나 우리사회가 초고령사회로 나아가고 있는 현실을 반영하고 있는 것으로 보인다. 이는 도시의 경로당 이용자 평균 연령이 75세였다는 [26]의 연구결과와 유사하며, 경로당 이용 노인을 대상으로 한 다른 연구[4]에서도 대상자의 57%가 75세 이상이었다고 보고하고 있어 후기 고령노인에 초점을 둔 경로당 노인건강돌봄 서비스가 필요한 것으로 사료된다. 65세 이상 노인을 대상으로 한 국민건강통계[27]의 중등도 운동실천율 42.3%와 비교할 때 본 연구의 경로당 이용노인의 중등도 운동실천율 14.6%는 현저히 낮았다. 보건소를 중심으로 경로당 노인을 대상으로 하는 건강증진사업이 증가하고 있음에도 불구하고 아직까지 경로당 활동의 대부분이 TV 시청, 화투, 장기, 바둑 등으로 이루어져 있는 것과 관련이 있을 것이다 [3]. 본 연구에서 경로당 이용노인의 중등도 신체활동 실천율은 도시와 농촌 모두 전반적으로 저조하여 경로당 이용노인의 신체활동을 증진시키기 위한 간호학적 중재와 관심이 요구된다.

건강관련 삶의 질 점수는 농촌 경로당 이용 노인이 도시 경로당 이용 노인보다 높게 나타났는데, 이는 농촌의 저소득층 노인이 도시 저소득층 노인에 비해 삶의 질이 높다고 보고한 [11]의 연구와는 유사하였다. 하지만 도시노인의 삶의 질이 농촌노인보다 높다고 보고한 대부분의 선행연구[12,28,29]와는 차이가 있어 추후연구를 통해 재확인할 필요가 있다.

경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 회귀분석한 결과 도시의 경우는 우울, 연령, 주

관적 건강상태, 음주, 만성질환 수, 흡연으로 나타났으며, 농촌의 경우는 우울, 주관적 건강상태, 만성질환 수, 교육수준 순으로 나타나 다른 양상을 보였다. 도시와 농촌 경로당 이용 노인 모두에서 우울과 주관적 건강상태, 만성질환 수가 건강관련 삶의 질에 주요한 영향요인인 것으로 나타났다. 이는 [17]의 연구에서 우울정도가 높을수록, 주관적 건강상태를 나쁘게 인식할수록 건강관련 삶의 질이 낮았다는 결과와 [12]의 연구에서 우울할수록, 자아존중감이 낮을수록 삶의 질이 낮았다는 연구결과와 일치하는 것으로 우울과 주관적 건강상태가 노인의 건강관련 삶의 질에 주요변인임을 확인하였다. 또한 [30]의 연구는 만성질환이 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치며 특히 고혈압, 심장질환, 만성기관지염, 신경계질환과 암이 건강관련 삶의 질을 해친다고 보고하여 본 연구결과를 지지하였다.

인구사회학적 특성 중 농촌 경로당 이용노인에서 교육수준이 건강관련 삶의 질의 영향요인으로 나타난 결과는 [15,29]의 연구에서 교육정도가 농촌노인의 삶의 질의 주변인이며 학력이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮았다고 보고 한 결과와 맥락을 같이 하였으며, 특히 본 연구에서 농촌노인에서 무학의 비율이 높았던 것과 관련이 있을 것으로 사료된다. 도시 경로당 이용 노인에서 음주가 건강관련 삶의 질에 부정적 영향을 주는 것으로 나타났는데, 이는 [15]의 연구와 일치하는 것이었다. 하지만 농촌 경로당 이용 노인의 경우 흡연, 음주, 중등도 신체활동 등의 건강행위가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치지 않았다. 이는 노인이 신체적 활동을 많이 할수록, 금연, 절주 등 건강증진행위를 많이 할수록 건강관련 삶의 질이 높다는 선행연구[15,29]와 상이한 결과였다. 그러나 운동이나 흡연, 음주 등의 건강행위가 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치지 않는다는 연구[17]도 있으므로 이를 재확인하는 연구가 요구된다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 건강관련 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 일상생활수행능력, 통증, 사회적지지, 사회참여, 자기효능감 등 다양한 요인을 변인으로 포함하지 못하여 건강관련 삶의 질에 미치는 광범위한 영향요인의 효과를 포괄적으로 분석하지 못했다는 한계가 있다. 둘째, 본 연구는 횡단적 연구로 관련변인들 간의 인과관계가 불명확하다. 따라서 본 연구에서 확인된 변인들 간의 인과관계를 입증하기 위해 향후 종단연구가 필요하

다. 이러한 한계점에도 불구하고 본 연구는 도시와 농촌의 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교하는 연구가 드문 상태에서 편의표집이지만 비교적 많은 연구대상자를 이용하여 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 도시·농촌의 지역별 차이를 확인하였다는데 그 의의가 있다고 본다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 경로당을 이용하는 65세 이상 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 도시와 농촌의 지역별로 비교분석하여 경로당 이용노인의 건강관리를 위한 효과적인 간호중재 마련의 기초자료로 활용하고자 실시되었으며, 주요 결과는 다음과 같다.

도시 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질이 농촌에 비해 유의하게 낮았고, 도시와 농촌에 따라 건강관련 삶의 질의 영향요인에 차이가 있었다. 도시의 경우는 우울, 연령, 주관적 건강상태, 음주, 만성질환 수, 흡연이 영향요인이었고, 농촌의 경우는 우울, 주관적 건강상태, 만성질환 수, 교육수준이 영향요인이었다. 도시와 농촌 모두 우울과 주관적 건강상태, 만성질환 수가 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 주 영향요인이었다.

이상의 결과를 통해, 본 연구는 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질 영향요인에 대해 도시·농촌의 지역별 차이를 분석하여 향후 경로당 이용노인을 위한 건강 프로그램을 기획할 때 도·농간 특성을 고려할 필요가 있음을 도출한 점에서 의미가 있다. 향후 경로당 이용노인의 건강관련 삶의 질에 대한 우울과 만성질환의 효과를 차단하는 중재 프로그램의 개발과 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

## ACKNOWLEDGMENTS

This research was supported by Hallym University Research Fund, 2013(HIRB-2013-011)

## REFERENCES

- [1] Statistics Korea, [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=260368](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=260368), 2013.
- [2] Ministry of Health & Welfare, 2013 current status of elderly welfare centers. [http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_IdxMain.jsp?idx\\_cd=2766](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2766) 2012
- [3] Y. H. Oh, K. H. Jung, & Y. K. Lee, A study on current status and future aspects of the senior citizen halls. Seoul: Ministry of Health & Welfare, 2004.
- [4] D. J. Kim, The health status and quality of life of elderly users of community senior center. Health and Welfare Policy Forum, Vol. 1, pp. 57-69, 2008.
- [5] E. J. Choi, M. K. Seo, D. Sunwoo, & J. M. Noh, Study on developing delderly health promotion model through utilizing senior welfare associated facilities. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2007.
- [6] M. Y. Im, & Y. H. Mun, The effectiveness of health promotion program for the elderly. Journal of Korean Public Health Nursing, Vol. 27, No. 2, pp. 384-398, 2013.
- [7] Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, Report for visiting health services in 2008. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs Press, 2010.
- [8] M. O. Gu, Y. Eun, E. S. Kim, H. R. Qhn, I. S. Kwon, H. S. Oh, Y. S. Kang, M. S. Jung, S. Y. Choi, K. M. Sung, & H. Y. Kang, Effects of an elder health promotion program using the strategy of elder health leader training in senior citizen halls. Journal of Korean Academy of Nursing, Vol. 42, No. 1, pp. 125-135, 2012.
- [9] K. R. Shin, Y. S. Byeon, Y. H. Kang, & J. W. Oak, A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life in the community-dwelling older adults. Journal of Korean Academy of Nursing, Vol. 38, No. 3, pp.



- 437-444, 2008.
- [10] B. J. DeLateur, The 29th Walter J. Zeiter Lecture. Quality of life: A patient-centered outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 78, pp. 237-239, 1997.
- [11] Y. S. Kim, H. Y. Jun, C. H. Kim, & S. H. Hwang, Comparison on the depression and quality of life in low-income elderly between urban and rural area. *Journal of Korean Society of Living Environment System*, Vol. 19, pp. 42-50, 2012.
- [12] S. H. Sok, & K. B. Kim, A comparative study of the factors influencing quality of life between urban and rural elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 17, No. 3, pp. 311-321, 2008.
- [13] C. M. Cho, Factors influencing the quality of life in low-income elders living at home: A literature review. *Journal of Korean Public Health Nursing*, Vol. 27, No. 2, pp. 372-383, 2013.
- [14] Y. H. Jeong, A report on the health related quality of life in Korea. *Health and Welfare Policy Forum*, Vol. 182, pp. 6-14, 2011.
- [15] S. Y. Kim, & S. Y. Sohn, Factors related to health related quality of life in rural elderly women. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, Vol. 14, pp. 91-98, 2012.
- [16] H. Y. So, H. L. Kim, & K. O. Ju, Prediction model of quality of life in elderly based on ICF model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol. 41, No. 4, pp. 481-490, 2011.
- [17] J. I. Kim, Levels of health-related quality of life (EQ-5D) and its related factors among vulnerable elders receiving home visiting health care services in some rural areas. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, Vol. 24, No. 1, pp. 99-109, 2013.
- [18] F. Faul, E. Erdfelder, A. Lang, & A. Buchner, G\*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Methods*, Vol. 39, No. 2, pp. 175-191, 2007.
- [19] J. I. Sheikh, & J. A. Yesavage, Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: The Harworth Press, 1986.
- [20] B. S. Kee, A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, Vol. 35, pp. 298-307, 1996.
- [21] R. Rabin, & F. de Charro, EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, Vol. 33, pp. 337-343, 2001.
- [22] E. J. Kang, H. S. Shin, H. J. Park, M. O. Cho, S. H. Kim, & N. H. Kim, Valuing health states using EQ-5D, Seoul: The Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005.
- [23] H. S. Nam, South Korean time trade-off values for EQ-5D health states. Seoul: Korea Centers for Disease Control & Prevention, 2007.
- [24] S. Y. Sohn, 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*, Vol. 26, No. 3, pp. 601-615, 2006.
- [25] J. A. Lee, & Y. N. Lee, Comparison of healthy life style and chronic disease management between urban and rural older adults. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, Vol. 15, pp. 100-108, 2012.
- [26] H. J. Jun, & I. H. Park, A study on of subjective health status, health concern and health behavior of elderly in senior centers. *Chunnam Journal of Nursing Science*, Vol. 13, No. 1, pp. 23-36, 2008.
- [27] Ministry of Health, Welfare Korea Health Statistics, Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-2). <http://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do> 2012.
- [28] M. G. Carta, E. Aguglia, F. Caraci, L. Dell'Osso, G. Di Sciascio, F. Drago, E. Del Giudice, C. Faravelli, M. C. Hardoy, M. E. Lecca, M. F. Moro, S. Calò, M. Casacchia, M. Angermeyer, & M. Balestrieri,

Quality of life and urban / rural living: Preliminary results of a community survey in Italy. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, Vol. 8, pp. 169-174, 2012.

- [29] T. Y. Lee, & J. K. Kim, Comparison of quality of life related with the level of activity and the grade of activity in the elderly residing among city, farming and fishing area. *Journal of Digital Contents Society*, Vol. 10, No. 2, pp. 402-411, 2010.
- [30] N. Liu, L. Zeng, Z. Li, J. Wang, Health-related quality of life and long-term care needs among elderly individuals living alone: A cross-sectional study in rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC Public Health*, Vol. 13, pp. 313. doi: 10.1186/1471-2458-13-313 2013.

### 이 승 희(Lee, Seung-Hee)



- 1994년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학사)
- 1997년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2006년 8월 : 이화여자대학교 간호과학과(간호학박사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 울산대학교 간호학과 조교수

· 관심분야 : 간호관리, 노인간호  
· E-Mail : seunglee@ulsan.ac.kr

### 양 순 옥(Yang, Soon-Ok)



- 1975년 2월 : 이화여자대학교 간호대학 임상간호학과(간호학사)
- 1977년 8월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 1990년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학박사)
- 1996년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 간호학부 교수

· 관심분야 : 방문간호, 가족건강, 노인간호  
· E-Mail : soyang@hallym.ac.kr

### 조 해 린(Cho, Haeryun)



- 2004년 2월 : 한림대학교 간호학과(간호학사)
- 2011년 2월 : 이화여자대학교 간호과학과(간호학석사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 이화여자대학교 간호과학과 박사과정
- 관심분야 : 건강증진, 질병예방

· E-Mail : hrcho@ewha.ac.kr