

거주 지역에 따른 노인의 건강수준, 건강행태, 건강관련 삶의 질 관련 요인*

류정임¹ · 최혜선²

1. 부여군 시읍보건진료소 2. 우석대학교 간호학과

Related Factors between Health Status, Health Behaviors, Health-related Quality of Life by of Elderly*

Ryu Jung Im¹ Choi, Hye Seon²

1. Si-um Primary Health Care Post

2. Department of Nursing, Woosuk University

Purpose: The present study was to done ascertain variables related to health-related quality of life (HRQOL) and their related factors in elders from urban or rural areas. **Methods:** Data were collected from raw material of the 2009 community health survey. Participants were 2,140 elders. Health related quality of life (HRQOL) was measured using EQ-5D. Data were analyzed with SPSS 13.0. **Results:** Mean EQ index score for urban elders was 0.78 ± 0.23 , Mean EQ index score for rural elders was 0.82 ± 0.16 . Rural elders had significantly higher EQ-5D index value compared to urban elders. The urban elder HRQOL model accounted for 33.6% of the variance due to depression, age, stress perception. The rural elder HRQOL model accounted for 23.5% of the variance due to exercising walking, skipping breakfast, depression in that order. In comparison, depression, skipping breakfast, livelihood, arthritis, stress perception, hours of sleep and age are strongly associated with HRQOL in both groups. **Conclusion:** Results indicate that significant differences in HRQOL between elders from the two areas and thus, confirm claims that welfare services for elders should be provided with consideration of the different needs of elders in the two areas, and in particular for addressing depression in elders.

Key words : Aged, Health behaviors, Health status, Quality of life, Urban health

주요용어: 노인, 건강수준, 건강행태, 건강관련 삶의 질

교신저자 최혜선 우석대학교 간호학과, 조교수 전북 완주군 삼례읍 삼례로 443, E-mail: hschoi@wosuk.ac.kr

투고일: 2014년 9월 26일

심사완료일: 2014년 11월 27일

게재확정일: 2014년 12월 10일

서론

우리나라의 평균수명은 소득수준 향상과 의료기술의 발달에 따라 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 평균수명의 증가는 노인인구의 증가를 더욱 가속화시키고 있다. 수명연장에 따라 은퇴 이후에 보내야 할 여생은 더욱 길어지고 있고, 생활수준의 향상에 따라 노인인구의 요구는 보다 다양해지고 있다. 따라서 전에는 남은 여생 정도로 여겨졌던 노후생활에 대한 관심과 가치는 더욱 커졌다(최덕목, 2007). 더욱이 고령화 속도는 도시지역에 비하여 농촌지역(읍·면지역)이 훨씬 빨라, 농촌지역의 고령화 비율이 2000년 14.7%로 이미 고령사회로 접어들었다. 이에 반해 도시지역의 고령화 비율은 5.5%에 불과하다. 이처럼 거주 지역에 따라 노인인구는 큰 차이를 보이고 있으며 특히 전체인구 대비 농촌지역의 노인인구 비율은 매우 높다(통계청, 2005).

우리나라 노인의 건강수준 및 건강행태를 2005년도 국민건강영양조사 결과에서 살펴보면 건강관련 삶의 질이 1년 전과 비교한 자신의 건강에 대해 65세 이상 75세 미만 노인의 47.7%, 75세 이상 노인의 57.0%가 더 나빠졌다고 대답하였으며, 건강관련 삶의 질을 외국과 비교해 볼 때 장년층은 비슷하거나 더 좋은 반면, 노인계층은 더 나빴으며, 특히 일본 노인에 비해 우리나라 노인의 건강관련 삶의 질은 낮았다. 만성질환 유병 및 관리 실태에서는 65세 이상 뇌졸중 및 심혈관질환 이환자 65세~74세 노인(전기노인)의 67.9%, 75세 이상(후기노인)의 79.5%가 재발을 방지

하기 위하여 정기적으로 진료를 받았고 당뇨병 이환자 중 지난 1년간 당뇨병 합병증 여부를 확인하기 위하여 안저검사를 받은 경우는 전기노인의 41.1%, 후기노인의 40.0%였다. 전기노인의 22.9%, 44.0%, 후기노인의 44.3%, 54.9%가 각각 청력문제, 시력문제를 갖고 있었다. 노인에 있어 활동을 제한하게 하는 이유가 전기노인은 1위 관절염(33.4%), 2위는 뇌졸중(11.0%), 3위는 등(허리) 및 목의 문제(7.5%), 4위는 기타 사고(6.0%), 그리고 5위는 당뇨병(5.4%)이었고, 후기노인의 첫 번째 활동제한 이유 1위도 관절염(32.2%)이었고, 2위부터 5위는 각각 노령(11.6%), 뇌졸중(7.9%), 등(허리) 및 목의 문제(6.8%), 청각문제(6.3%)였다. 건강행태에서는 1회 20분이상 주 3회 이상의 고강도 운동 혹은 격렬한 신체활동의 실천율은 2001년에 비해 20대부터 50대까지는 증가한 반면에 60세 이상은 감소하였고, 중등도 운동 혹은 신체활동 실천율은 20대부터 50대까지 상승하였으나, 60대 이상에서는 중등도 운동 혹은 신체활동 실천율이 감소하였다(보건복지부, 2006).

삶의 질이란 ‘한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각’이라 정의하고 있다(EuroQol Group, 2003). 삶의 질과 관련하여 보건 의료분야에서는 ‘건강관련 삶의 질(health-related quality of life)’이라는 용어가 사용되고 있다. ‘건강관련 삶의 질’이란 건강수준 또는 질병 정도에 의해 영향을 받는 삶의 질을 일컫는 말로 일상생활이나 주관적 경험에 대한 신체적, 사회적, 감정적

행복을 포괄한 광범위하고 다면적인 개념이라고 정의할 수 있다(Calvert & Freemantle, 2003). 삶의 질에 대한 관심은 개인이 처한 인생의 주기와 밀접한 관련성이 있으며, 특히 노인에게 있어서 노화현상에 따른 신체적 약화는 삶의 질을 악화시킨다(Larson, 1978). 따라서 노인의 심한 퇴행을 막고 노인 스스로 자기 위치를 유지하도록 도우며, 사회에 잘 적응하고 인생의 최종 마무리 단계인 노년기에 수준 높은 질적인 삶을 유지하는 데는 건강과 관련된 삶의 질이 관계가 있을 것으로 생각된다(김화숙, 2006).

이러한 관점에서 노인들을 대상으로 한 삶의 질 연구들이 이루어졌는데, 대부분 접근하기 쉬운 특정 지역의 소규모 노인을 대상으로 하였다. 그래서 그 연구결과를 우리나라 전체 노인으로 일반화시키기 어렵다. 그리고 선행연구에서 노인의 삶의 질은 국내에서 개발된 도구를 주로 사용하여 측정하였기 때문에 다른 나라의 연구 결과와 비교하기가 어려운 문제점이 있었다(고보선, 2003; 민경진, 김정자 및 차춘근, 2000; 손신영, 2006; 정원미와 최숙자, 2003; 정재임, 차영자 및 김정아, 2005). 다행히 최근에는 국민건강영양조사나 지역사회건강조사 자료로 성별 및 연령별 구성 비율에 있어 전국단위의 표본 선정을 통한 대상으로 분석한 결과들이 있다. 하지만 이마저도 연구대상을 성인과 노년기를 비교하여 관련 특성을 파악하거나(김정연, 2009) 특정 질환과 삶의 질과의 관련성에 대해서만 조사하였다(이은주, 2010). 그 외 연구로는 박기남(2004)의 연구에서 노년기의 삶의 조건이 성별에 따라 어떻게 다르며, 남녀 노인의 삶

의 만족도에 영향을 미치는 요인들은 어떤 차이가 있는지를 분석하였다. 종합해 보면 지금까지의 노인들의 삶의 질 특성에 관한 많은 연구들이 존재하지만, 노인들의 거주 지역에 따른 건강관련 삶의 질 특성에 관한 종합적이고 체계적인 비교조사 연구는 그리 많지 않았다. 따라서 본 연구에서는 거주 지역별로 노인 연구대상자를 선정한 후, 도시지역과 농촌지역으로 나누어 건강수준, 건강행태, 건강관련 삶의 질의 관련성을 살펴보고, 도시지역과 농촌지역 각각에 어떠한 영향으로 건강관련 삶의 질의 정도가 차이가 나는지를 파악해 보고자 한다. 나아가 본 연구 결과를 토대로 거주 지역에 따른 노인의 건강수준, 건강행태 및 건강관련 삶의 질 향상을 위한 보건 프로그램 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 농촌지역과 도시지역 노인의 건강관련 삶의 질을 분석하기 위하여 지역사회 건강조사(2009년) 자료 중 충청남도 데이터를 이차 분석한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 지역사회 건강조사(2009) 대상자 중, 충남 16개 시·군 중 4개 시(계룡시, 공주시, 논산시, 보령시)와 4개의 군(금산군, 부여군, 서천군, 청양군)에서 표본 추출된

65세 이상 노인 2,148명이었다. 본 연구에서는 2,148명 중 응답내용이 불충분한 8명을 제외한 총 2,140명을 최종 분석대상으로 하였다. 자료수집은 2009년 9월부터 11월까지 3개월간이었으며, 전문 교육을 받은 조사원이 표본가구를 방문하여 1:1 직접면접을 통해 진행되었다.

3. 연구 도구

1) 건강수준

건강수준은 지역사회 건강조사(2009)에서 사용한 주관적 건강상태, 스트레스 인지정도, 우울경험 여부와 객관적 건강수준을 수정·보완하여 측정하였다. 주관적 건강상태는 좋음, 보통, 나쁨의 3가지 항목으로 재분류하여 ‘좋음’ 1점에서 ‘나쁨’ 3점으로 측정하였다. 스트레스 인지정도는 4점 Likert 척도로 ‘대단히 많이 느낌’ 1점에서 ‘거의 느낌 없음’ 4점으로, 우울경험 여부는 ‘예’, ‘아니오’로 원자료(raw data)를 사용하였다. 객관적 건강수준은 현재

질병 유무 중 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염을 선별하여 측정하였다.

2) 건강행태

건강행태는 지역사회 건강조사(2009)에서 사용한 현재 흡연상태, 고위험 음주, 걷기운동, 수면시간, 비만, 아침결식 여부의 원자료를 사용하여 측정하였다.

3) 건강관련 삶의 질(EuroQol-5 dimension)

건강관련 삶의 질(EQ-5D index)은 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개 영역으로 구분되며 ‘전혀 문제 없음’, ‘다소 문제 있음’, ‘많이 문제 있음’의 3단계로 구성된다. 다섯 가지 문항의 측정값에 대하여 가중치를 적용하여 점수를 계산하였으며, 값은 1점에 가까울수록 건강 관련 삶의 질이 좋은 것을 의미한다. 가중치 계산은 다음과 같은 가중치 모형을 적용하여 EQ-5D index로 산출하였다(질병관리본부, 2007).

표 1. EQ-5D index

변수명	정의
M2	운동 능력이 ‘수준2’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
M3	운동 능력이 ‘수준3’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
SC2	자기 관리가 ‘수준2’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
SC3	자기 관리가 ‘수준3’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
UA2	일상 활동이 ‘수준2’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
UA3	일상 활동이 ‘수준3’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
PD2	통증/불편이 ‘수준2’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
PD3	통증/불편이 ‘수준3’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
AD2	불안/우울이 ‘수준2’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
AD3	불안/우울이 ‘수준3’인 경우 1; 그렇지 않으면 0
N3	‘수준3’이 하나라도 있을때 1, 나머지는 0

$$EQ-5D \text{ index} = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.050 \times N3) \\ + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 \\ + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3$$

4. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS(ver 13.0) 프로그램을

표 2. 거주 지역별 일반적 특성

변수	도시 n(%)	농촌 n(%)	χ^2	p
성별				
남	108(42.0)	781(41.5)	0.028	.867
여	149(58.0)	1,102(58.5)		
나이(세)				
65~74	166(64.6)	1,156(61.4)	1.758	.415
75~84	78(30.4)	595(31.6)		
≥85	13(5.1)	132(7.0)		
교육수준				
무학, 미취학	68(26.5)	784(41.6)	37.152	<.001
초등학교(서당포함)	120(46.7)	824(43.8)		
중학교	31(12.1)	135(7.2)		
고등학교	23(8.9)	980(5.2)		
전문대이상	15(5.8)	42(2.2)		
직업수준				
고용주 및 자영업자	28(10.9)	496(26.3)	55.282	<.001
임금근로자	13(5.1)	74(3.9)		
무급가족종사자	9(3.5)	218(11.6)		
주부, 무직	207(80.5)	1,095(58.2)		
결혼상태				
현재유배우자	221(86.0)	1,653(87.8)	0.668	.414
별거, 이혼, 사망등	36(14.0)	230(12.2)		
가구총소득(월)				
<120만원	157(61.1)	1,236(65.6)	2.150	.341
120~320만원미만	73(28.4)	481(25.5)		
≥320만원	27(10.5)	166(8.8)		
민간의료보험가입				
여	52(20.2)	319(16.9)	1.711	.191
부	205(79.8)	1,564(83.1)		
기초생활수급(현재)				
여	34(13.2)	161(8.6)	5.979	.014
부	223(86.8)	1,722(91.4)		
동거인				
독거	49(19.1)	395(21.0)	0.502	.479
동거	208(80.9)	1,488(79.0)		
거주주택형태				
일반주택	188(73.2)	1,807(96.0)	186.302	<.001
아파트	69(26.8)	76(4.6)		
합 계	257(100.0)	1,883(100.0)		

표 3. 거주 지역별 노인의 건강수준, 건강행태, 삶의 질

변수	도시 n(%)	농촌 n(%)	χ^2 or t	p
건강수준				
주관적 건강수준				
평균±표준편차	2.51±0.69	2.37±0.76	2.977	.003
스트레스 인지				
평균±표준편차	3.00±0.86	3.16±0.81	-2.918	.004
우울경험				
여	29(11.3)	167(8.9)	1.585	.208
부	228(88.7)	1,716(91.1)		
고혈압				
여	136(52.9)	911(48.4)	1.864	.172
부	121(47.1)	972(51.6)		
당뇨병				
여	47(18.3)	258(13.7)	3.892	.049
부	210(81.7)	1,625(86.3)		
고지혈증				
여	29(11.3)	146(7.8)	3.754	.053
부	228(88.7)	1,737(92.23)		
관절염				
여	123(47.9)	795(42.2)	2.937	.087
부	134(52.1)	1,088(57.8)		
건강행태				
현재 흡연상태				
비흡연자	215(83.7)	1,552(82.4)	0.240	.624
흡연자	42(16.3)	331(17.6)		
고위험음주				
여	20(7.8)	116(6.2)	0.999	.317
부	237(92.2)	1,767(93.8)		
걷기운동				
비실천	117(45.5)	863(45.8)	0.009	.926
실천	140(54.5)	1,020(54.2)		
수면시간				
7시간미만	130(51.0)	824(43.8)	6.716	.035
7시간이상-8시간미만	61(23.7)	440(23.4)		
8시간이상	65(25.3)	619(32.9)		
비만				
정상	189(73.5)	1,540(81.8)	9.903	.002
비만	68(26.5)	343(18.2)		
아침결식				
아침결식	12(4.7)	37(2.0)	7.392	.007
비아침결식	245(95.3)	1,846(98.0)		
적극적 건강행위				
여	139(54.1)	1,005(53.4)	0.046	.842
부	118(45.9)	878(46.6)		
소극적 건강행위				
여	10(3.9)	53(2.8)	0.917	.325
부	247(96.1)	1,830(97.2)		
삶의 질				
	도시	농촌	t	p
건강관련 삶의 질 점수(EQ-5D index)	Mean±SD	Mean±SD		
	0.78±0.23	0.82±0.16	-2.771	.006

표 4. 거주 지역별 노인의 삶의 삶에 질에 영향을 미치는 요인

변수	도시			농촌		
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
	β	β	β	β	β	β
나이(세)	-.011**	-.011**	-.009**	-.005**	-.006**	-.005**
교육수준	-.003	.006	-.008	.019**	.013*	.012*
읍면동 (ref.: 면지역)	-.122*	.052	-.057	-.075**	-.050**	-.049**
주택형태 (ref.: 아파트)	-.051	-.034	-.028	-.011	-.016	-.009
스트레스인지		.044*	.038*		.035**	.038**
우울경험 (ref.: 부)		-.237**	-.255**		-.093**	-.087**
관절염 (ref.: 부)		-.053*	-.036		-.045**	-.039**
현재흡연 (ref.: 비흡연자)			.041			.027*
고위험음주 (ref.: 부)			.048			-.029
걷기운동 (ref.: 비실천)			-.175			.156**
수면시간			-.005			-.012**
아침결식 (ref.: 부)			-.008			-.109**
비만 (ref.: 정상)			-.012			-.029*
적극적 건강행위 (ref.: 부)			.266			-.116*
소극적 건강행위 (ref.: 부)			-.061			-.060*
R ² (Adjusted R ²)	.123(.110)	.315(.295)	.375(.336)	.087(.085)	.187(.184)	.241(.235)

* $p < .05$, ** $p < .01$,

사용하여 $\alpha = .05$ 의 유의수준에서 양측검증으로 분석하였다. 도시(동)와 농촌(읍/면) 거주 지역에 따른 일반적 특성, 건강수준, 건강행태의 차이는 χ^2 -test로, 건강관련 삶의 질(EQ-5D)의 차이는 t-test로 분석하였다. 거주 지역별 대상자의 일반적 특성, 건강수준, 건강행태에 따른 건강관련 삶의 질(EQ-5D)을 알아보기 위해서 거주 지역을 보정하여 2요인 분산분석을 실시하였다. 또한 거주 지역별 노인의 건강관련 삶의 질(EQ-5D)에 미치는 요인을 알아보기 위하여 단계별 회귀분석을 사용하였다. 이때 독립변수로 사용된 각 인자들 중 명목변수는 가변수 처리하였고, 조사대상자를 도시지역과 농촌지역으로 각각 나누어 분석

을 실시하였다.

연구 결과

1. 거주 지역에 따른 노인의 일반적 특성

본 연구에서 대상자의 일반적 특성은 <표 2>과 같다. 거주 지역에 따른 일반적 특성에서는 교육수준($\chi^2 = 37.152$, $p < .001$), 직업수준($\chi^2 = 55.282$, $p < .001$), 기초생활수급($\chi^2 = 5.979$, $p = .014$)에서 유의한 차이가 있었다.

2. 거주 지역에 따른 노인의 건강수준, 건강행태, 삶의 질

본 연구에서 거주 지역에 따른 대상자의 건강수준, 건강행태, 삶의 질의 차이는 <표 3>과 같다. 건강수준에서는 주관적 건강수준($t=2.977$, $p=.003$), 스트레스 인지($t=-2.918$, $p=.004$)에서 거주 지역에 따라 유의한 차이가 있었다. 건강행태에서는 수면시간($\chi^2=6.716$, $p=.035$), 비만($\chi^2=9.903$, $p=.002$), 아침결식($\chi^2=7.392$, $p=.007$)에서 유의한 차이가 있었다. 즉 도시지역 노인이 농촌지역 노인보다 주관적 건강수준이 나빴던 반면에 스트레스 인지는 적게 하는 것으로 나타났다. 또한 도시지역 노인이 농촌지역 노인보다 수면시간이 적고, 비만이 많으며 아침결식을 하는 비율이 높았다. 마지막으로 삶의 질에서는 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 건강관련 삶의 질 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다($t=-2.771$, $p=.006$).

3. 거주 지역에 따른 노인의 삶의 질 관련 요인

거주 지역에 따른 노인의 일반적 특성, 건강수준, 건강행태들이 삶의 질에 미치는 영향요인을 다중회귀분석으로 검증한 결과는 <표 4>과 같다. 노인의 건강관련 삶의 질을 종속변수로 나이, 교육수준, 기초수급 여부, 거주주택 형태, 거주 지역을 모델1로 하고, 모델1에 스트레스 인지정도, 우울경험 여부, 관절염이환 여부를 포함하여 모델2로 하였으며, 모델2에 흡연 여부, 고위험 음주 여부, 걷기운동 실천 여부, 수면시간, 아침결식, 적극적 건강행위, 소극적 건강행위를 포함하여 모델3으로 입력하여 독립변수로 하고 건강관련 삶의 질

을 종속변수로 하였다.

도시와 농촌으로 구분하여 노인의 건강관련 삶의 질을 살펴보면 각각 33.6%, 23.5%로 농촌보다 도시에서 설명력이 더 높게 나왔다. 모델3에서 도시는 우울경험($\beta=-.255$)이, 농촌은 걷기운동($\beta=.156$)이 가장 높게 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하였다. 또한 도시에서는 우울경험($\beta=-.255$), 연령($\beta=-.009$), 스트레스 인지($\beta=.038$)가 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하는 반면 농촌에서는 다양한 변수들에 의해 건강관련 삶의 질의 관련성을 설명하였다. 그리고 도시에서는 건강행태에 크게 건강관련 삶의 질에 관련성을 보이지 않았으나 농촌에서는 거주 주택 형태와 고위험음주를 제외한 모든 변수들과의 관련성에 대해 유의하게 설명하고 있다.

논 의

건강수명 연장으로 노인의 삶의 질에 대한 관심은 개인차원을 벗어나 사회적으로 중요하게 여겨지고 있다. 이와 발맞추어 국내 보건의료에서는 노인의 '건강관련 삶의 질'에 대해 중점을 두어 일상생활이나 주관적 경험에 대한 신체적, 사회적, 감정적 행복을 포괄한 건강 수준 또는 질병 정도에 의해 영향을 받는 요인이나 건강행태의 건강관련 삶의 질에 대한 관련 요인들에 대한 연구가 활발히 진행되고 있다. 하지만 도시와 농촌간의 격차가 심화됨에도 불구하고 지역별 노인의 삶의 질 연구는 매우 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 거주 지역별 노인의 건강관련 삶의

질 차이와 관련 요인에 대한 분석을 시도하였다. 특별히 본 논의에서는 거주 지역별 노인의 건강관련 삶의 질에 대해 고찰해 보고자 한다.

본 연구 대상인 노인의 건강관련 삶의 질(EQ-5D index) 평균은 도시지역 0.78점, 농촌지역 0.82점으로 도시에 비해 농촌에서 높게 측정되었다. 이는 동일한 도구로 측정한 서울지역 노인의 삶의 질 0.8점(김정희, 이현경, 이정열 및 조은희, 2014), 광주지역 노인의 삶의 질 0.82점(김혜령, 2013)과 유사하였다. 하지만 성상석(2004)의 연구에서는 노인의 삶의 질 점수가 대도시 0.89점, 중소도시 0.88점, 읍/면 0.84점으로 본 연구의 농촌지역 삶의 질 점수와는 유사했던 것에 반해 도시지역 노인이 농촌 보다 삶의 질이 높게 조사된 점은 상반되는 결과였다. 이러한 결과는 국민기초생활보장의 수급자가 많은 지역에서 노인의 삶의 질이 가장 낮았다고 보고된 연구결과(김정희 등, 2014)에 비추어 보아 아마도 본 연구대상자의 특성 중, 도시 지역의 기초생활수급 현황이 농촌에 비해 유의하게 많았던 점이 일부 반영된 결과가 아닐까 생각된다. 덧붙여 노인의 삶의 질 평균 점수는 2009년에서 2014년 사이에도 큰 변화가 없는 것으로 보인다.

그리고 본 연구에서 도시와 농촌으로 구분하여 노인의 건강관련 삶의 질을 살펴보면 각각 농촌 33.6%, 도시 23.5%로, 농촌보다 도시에서의 설명력이 더 높게 나타났다. 특히 모델3에서 도시지역은 우울경험($\beta=-.255$)이, 농촌지역은 걷기운동($\beta=.156$)이 가장 높게 건강관련 삶의 질을 설명하였다. 또한 도시에서

는 우울경험($\beta=-.255$), 연령($\beta=-.009$), 스트레스 인지($\beta=.038$)가 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하는 반면 농촌에서는 다양한 변수들에 의해 건강관련 삶의 질의 관련성을 설명하였다. 그리고 도시는 건강행태에 크게 건강관련 삶의 질에 관련성을 보이지 않았으나, 농촌에서는 거주 주택 형태와 고위험음주를 제외한 모든 변수들과의 관련성에 대해 유의하게 설명하였다. 이는 김정연(2009)의 연구에서 건강관련 삶의 질은 교육수준($\beta=0.094$), 복합상병($\beta=-0.144$), 일상생활 수행능력($\beta=0.453$), 주관적 건강상태($\beta=0.300$)에 의해 45.7%로 설명된 것과 유사하였다. 뿐만 아니라 김혜령(2013)의 연구에서 EQ-5D index를 설명하는데 가장 결정적인 요인이 연령이었고, 다음으로 규칙적인 운동실천이 삶의 질에 영향을 미친다는 연구결과와도 유사하였다. 무엇보다도 나이가 많을수록 건강관련 삶의 질이 낮다는 본 연구의 결과는 많은 국내외 선행연구들(김혜령, 2012; 오창석, 2012; Abidin, Subramaniam, Vaingankar, Luo, & Chong, 2013; Calvert 등, 2012)과 일관성이 있는 결과이다. 그 외에 본 연구에서는 지역별로 도시는 우울경험, 농촌은 걷기운동이 건강관련 삶의 질에 영향을 미친다는 차이가 새롭게 확인되었다. 이러한 결과를 통하여 고령이면서 우울하고, 걷기운동 및 아침결식을 하지 않는 등의 적극적 건강행위를 실천하지 않는 노인들이 건강관련 삶의 질에서 취약한 대상자라고 조심스럽게 예측해 볼 수 있다. 그리고 노인의 삶의 질 개선을 위해서는 지역에 따라 취약 대상자 선정하고 우선적으로 집중 관리해야 됨을 시사한다.

이상에서 살펴본 바와 같이 노인의 삶의 질은 농촌지역이 도시지역에 비해 높았고, 우울을 경험하지 않으며 걷기 실천 및 아침결식을 하지 않는 등의 적극적 건강행위가 노인의 삶에 질에 중요한 변수임을 확인하였다. 그러므로 향후 노인들의 삶의 질 향상을 위해서는 거주 지역에 따라 다른 접근이 필요하겠다. 이를 위해서는 특히 노인들의 건강수준과 건강행태를 향상시킬 수 있는 보건의료 환경의 조성 및 우울감에 빠지지 않도록 집단 활동을 하는 등의 적극적인 보건프로그램이 개발되어야 할 것이다. 한편 본 연구는 단면 연구이므로 대상자의 건강수준, 건강행태, 삶의 질 간의 관련성을 알아보는 것은 가능하지만 시간적 전후 관계를 파악하기가 어렵다. 그리고 충남 8개 지역의 시/군 지역에 거주하는 노인들을 대상으로 하였기 때문에 본 연구 결과가 한국 노인의 대표성을 갖는데 한계가 있다. 또한 농촌과 도시를 구분할 때 기준은 대체로 인구의 규모, 인구의 질적 특성, 경제적 지표, 사회적 특질의 4가지 유형(임형백과 이성우, 2005)으로 분류하는데 본 연구에서의 도시는 일반적으로 지칭하는 도시지역으로 간주하기에 부족한 부분이 있으며 다른 목적으로 수집된 지역사회건강조사 자료를 이용하였기 때문에 광범위한 변수를 포함시키지 못한 제한점이 있다.

결론

본 연구는 농촌지역과 도시지역 노인의 건강관련 삶의 질의 정도 차이와 관련 요인을 분석하기 위하여 시도되었다. 이를 위해 지역

사회 건강조사(2009년) 자료 중 충청남도 데이터를 이차 분석하였다. 그 결과 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 건강관련 삶의 질 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그리고 도시와 농촌으로 구분하여 노인의 건강관련 삶의 질을 다중회귀분석 한 결과, 도시 33.6%, 농촌 23.5%로 농촌보다 도시에서 설명력이 더 높게 나타났다. 특히 모델3에서 도시는 우울경험이, 농촌은 걷기운동이 가장 높게 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하는 것으로 나타났다. 또한 도시에서는 우울, 나이, 스트레스 인지가 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하여 3개의 변수가 도시 노인의 삶의 질과 관련성을 보였다. 반면에 농촌에서는 다양한 변수들에 의해 건강관련 삶의 질의 관련성을 설명하였다. 뿐만 아니라 도시에서는 건강행태가 건강관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 관련성을 보이지 않았으나, 농촌에서는 거주 주택 형태와 고위험음주를 제외한 모든 변수들과 유의한 관련성을 보였다.

이처럼 본 연구는 다른 연구와는 달리 농촌지역 노인들이 건강관련 삶의 질이 도시지역보다 높음을 알 수 있었다. 또한 건강관련 삶의 질에는 건강수준에서 우울이, 건강행태에서 걷기운동 등 적극적 건강행위가 중요한 변수 중의 하나임을 알 수 있었다. 따라서 지역별 노인의 삶의 질 향상을 위해서는 도시지역에서는 우울감에 빠지지 않도록 집단 활동이 가능한 보건프로그램 개발이 필요할 것으로 사료된다. 그리고 농촌지역에서는 적극적 건강행위가 잘 이루어지도록 관련 보건의료 환경을 만들어 주는 것이 필요하겠다.

마지막으로 본 연구의 결과를 토대로 다음

과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구에서 파악된 노인의 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인에 따라 지역별 특성을 반영한 체계적인 건강관련 삶의 질 향상 프로그램의 개발이 필요하다.

둘째, 다양한 지역과 다양한 연령대의 노인을 대상으로 건강관련 삶에 질에 영향을 미치는 요인과 이들 요인들과의 관계를 규명하는 추가 연구가 필요하다.

셋째, 노인의 건강관련 삶의 질 향상을 위해 농촌지역의 정책적 지원과 보건의료 환경 개선이 필요하다.

참 고 문 헌

고보선 (2003). 제주노인의 주관적 삶의 질에 관한 연구. *한국노년학*, 23(1), 1-12.

김정연 (2009). 노인의 건강관련 삶의 질 모형. 충남대학교 보건대학원, 대전.

김정희, 이현경, 이정열, 조은희 (2014). 일 지역 노인의 사회적 건강결정인자와 건강관련 삶의 질과의 관계. *지역사회간호학회지*, 25(4), 237-247.

김화숙 (2006). 노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 한림대학교 보건대학원, 춘천.

김혜령 (2013). 일 지역 노인의 건강관련 삶의 질과 영향요인. *보건의료산업학회지*, 7(4), 167-178.

민경진, 김정자, 차춘근 (2000). 입원노인과 일

반노인의 삶의 질 비교. *보건교육·건강증진학회지*, 17(2), 183-205.

박기남 (2004). 노년기 삶의 만족도의 성별 차이. *한국노년학회*, 1(1), 13-29.

보건복지부 (2006, June 27). 우리나라 노인의 건강수준. Retrieved October 12, 2015, from http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sa10301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=487&CONT_SEQ=38224&SEARCHKEY=DEPT_NM

통계청 (2005. October). 고령자 통계. Retrieved October 12, 2015, from <http://kosis.nso.go.kr/>

성상석 (2004). 한국인에서 EQ-5D를 이용한 건강관련 삶의 질 측정. 한양대학교 보건대학원, 서울.

손신영 (2006). 농촌노인과 도시노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교연구. *한국노년학*, 26(3), 601-615.

오창석 (2012). 노인의 주관적 건강 인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향. *보건의료산업학회지*, 6(2), 179-191.

이은주 (2010). 비만이 고혈압 당뇨병 환자의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 -2008년 지역사회건강조사 자료를 중심으로. 고려대학교 보건대학원, 서울.

- 임형백, 이성우 (2005). *농촌사회의 환경과 기능*. 서울: 서울대출판부.
- 정원미, 최숙자 (2003). 노인의 삶의 질 관련 요인 분석 연구. *동남보건대학논문집*, 21(2), 193-205.
- 정재임, 차영자, 김정아 (2005). 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *경북전문대학 논문집*, 23(1), 471-491.
- 지역사회건강조사 (2009). *지역사회건강조사*. 세종: 보건복지부
- 질병관리본부 (2007). *건강관련 삶의 질 측정 도구(EQ-5D)의 타당도 평가*. 세종: 질병관리본부.
- 최덕목 (2007). 현대사회의 노인 체육 활성화를 위한 사회인구 통계학적 특성 고찰. *한국스포츠리서치*, 18(3), 659-686.
- Abdin, E., Subramaniam, M., Vaingankar, J. A., Luo, N., & Chong, S. A. (2013). Measuring health-related quality of life among adults in Singapore: population norms for the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 22(10), 2983-2991.
- Calvert, M., Duffy, H., Freemantle, N., Davis, R., Lip, G. Y., & Gill, P. (2012). Population health status of South Asian and African-Caribbean communities in the United Kingdom. *BMC Health Services Research*, 12(1), 101-112.
- Calvert, M., & Freemantle, N. (2003). Use of health related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health related quality of life? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28(6), 513-521.
- EuroQol Group. EQ-5D-3L (Korean version for South Korea) (2003). Netherlands: EuroQol Group. Retrieved October 12, 2015, from <http://www.euroqol.org/eq-5d-products/how-to-obtain-eq-5d.html>
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-125.