한국학교·지역보건교육학회지 제 19권 1호 (2018. 4) pp. 13～25
The Journal of Korean Society for School & Community Health Education, Vol. 19 Iss. 1 (April, 2018)

# 중증질환자 삶의 질에 영향을 미치는 요인 : 제6기 국민건강영양조사 이용

김석환*·김미주**
*서영대학교 보건의료행정과, **서울사이버대학교 보건행정학과

# Factors Influencing Quality of Life in a Serious Case : the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey

Seok-hwan Kim*·Mee-ju Kim**
*Department of Health Care Administration, Seoyoung University,
**Department of Health Administration, Seoul cyber University

## ABSTRACT

**Objectives:** The purpose of this study was to identify the quality of life of a serious case and to analyze the factors influencing them. A serious disease were limited to cancer, cerebrovascular disease, and cardiovascular disease.

**Methods:** This study used original data from the 6th National Health and Nutrition Survey (2013～2015) and finally extracted 385 persons diagnosed with cancer, cerebrovascular disease and cardiovascular disease among adults over 20 years old. Linear logistic regression analysis was conducted to identify factors affecting the quality of life of this study subjects.

**Results:** The quality of life scores of the subjects were 13.92±1.54 points (Highest possible=15). Regression analysis showed that quality of life decreased as age increased, lower income level, lower education level, stress, depression, suicidal ideation. The explanatory power (R2) of the analysis model was 0.170.

**Conclusions:** The results of this study showed that age, income level, education level, stress, depression, and suicidal ideation affect the quality of life of a serious case in the community.

***Key words:*** a serious case, Quality of life, Depression, Stress, Suicidal ideation

접수일 : 2017년 12월 04일, 수정일 : 2018년 04월 13일, 채택일 : 2018년 04월 25일
교신저자 : 김미주(01133 서울 강북구 솔매로 49길 60)
Tel: 02-944-5181 FAX: 02-980-2222 E-mail: meej64@hanmail.net

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

기대수명의 증가와 잘못된 생활·식습관으로 암, 심장질환, 뇌혈관질환을 총칭하는 중증질환의 발생율과 이환율은 지속적으로 증가하여 1983년 사망원인통계 작성 이래 꾸준히 사망률 1, 2, 3위를 차지하고 있다(통계청, 2016). 전국단위 암발생 통계를 산출하기 시작한 1999년부터 2015년까지 암유병자는 2016년 1월 1일 기준 총 1,611,487명(남자 707,977명, 여자 903,510명)으로 나타났다. 이는 우리나라 국민(50,951,727명) 31명당 1명(전체인구대비 3.2%, 남자 2.8%, 여자 3.5%)이 암 치료를 받고 있거나 암 치료 후 생존하고 있는 것을 의미한다(국가암정보센터, 2015). 그리고 뇌혈관 질환 유병률은 2013년 현재 우리나라 전체에서 4.7%에 해당하고, 연령별로는 50~59세 3.0%, 60~69세 4.8%, 70세 이상은 7.9%이며, 소득수준별로는 하 6.9%, 중하 4.5%, 중상 3.3%, 상 4.0%에 해당하였다(보건복지부, 국민건강영양조사 2007~2013). 이러한 중증질환은 인간의 생명에 위협을 주고, 치료의 어려움과 죽음에 대한 두려움, 신체 일부분의 기능 상실, 통증, 경제적 어려움 등으로 삶의 위기에 처하게 되며, 스트레스, 우울, 자살충동과 같은 절망감에 빠지는 정서적인 변화를 겪게 된다(Lewis, 1982). 또한 병세가 악화됨에 따라 무기력해지고 우울감에 빠져 정신건강 및 삶의 질(Quality of Life)에 부정적인 영향을 미치게 된다(조계화와 김명자, 1997). 그러므로 중증질환자가 의료 서비스를 이용하는 동안 경험하게 되는 정신건강과 삶이 질에 대한 고려는 중증질환자 관리에 필수적인 사항이라 할 수 있다.

최근 보건복지부에서는 제3차 암관리 종합계획(2016-2020)을 발표하면서 암 예방과 암생존자 및 말기암 환자의 삶의 질 향상을 매우 강조하고 있다(Kim, 2014). 또한, 혈관질환 유병 위험의 증가도 우리나라 남녀 성인에서 건강 관련 삶의 질을 낮추는데 한 몫 하고 있다(Ko 등, 2015). 이러한 중증질환자의 경우 신체적, 심리사회적, 영적 영역에서 다양한 증상이 나타나 고통 받고 있으며, 환자 자신은 물론 가족의 삶의 질까지 위협하는 큰 요인으로 지적되고 있다(주명진과 손수경, 2008; Kang J 등, 2012). 정부는 이를 완화시키고자 산정특례제도를 도입하면서 중증질환자에 대한 건강보험 보장성 강화에 주력하였고 이에 따라 지역 사회는 중증질환자의 삶의 질에 대한 관심이 더 높아졌다(남경엽 등, 2014).

WHO(2017)에서는 삶의 질을 '한 개인이 살고 있는 문화와 가치체계의 관계에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신의 위치에 대한 개인적인 지각'이라 정의 내리고 있다. 그리고, '건강이란 단순히 질병이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적 및 사회적으로 완전한 안녕 상태'라고 정의한 바와 같이 건강과 삶의 질 개념은 일치하며 삶에 대한 만족과 행복 요인을 강조하고 있다.

이와 관련하여 건강관련 삶의 질에 대한 연구의 필요성이 증가하면서 이를 측정하기 위한 여러 가지 도구들이 개발되었는데, 삶의 질을 측정하는 도구에는 WHOQOL-BREF(WHOQOL Group, 1993; The WHOQOL group, 1995), VAS-rated HRQL (Hilari와 Boreham, 2013), Short Form Health Survey-36(SF-36)(Ware 등 1993), EQ-5D (Dolan, 1997; EuroQol group, 1990; Whynes, 2013) 등이 있다. 이 중 EQ-5D는 건강관련 삶의 질을 측정하기 위해 사용되는 자기완성형척도 중 하나로 널리 사용되고 있으며(Whynes, 2013), 2개 부분의 질문지로 구성된다. 첫 번째는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울의 5개 영역에서 삶의 질을 평가한다. 각각의 영역에 대한 심각성은 3단계로 평가되는데, 문제가 심각할 경우 1점(severe/extreme), 문제가 다소 있을 때 2점(moderate), 문제가 없을 때

3점(none)으로 평가된다(EQ-5D-3L or EQ-5D profiles). 두 번째는 자신의 건강상태를 시각아날로그 척도(visual analogue scale, VAS)에 표시하는 것으로, 0일 경우 '건강이 매우 나쁜'으로, 100일 경우 '건강이 매우 좋은'으로 해석된다(EQ-5D-VAS) (Dolan, 1997; EuroQol group, 1990; Whynes, 2013). 이 연구에서는 국민건강영양조사 제6기 자료를 바탕으로 EQ-5D의 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개 영역을 이용하여 건강관련 삶의 질을 평가하였다.

이와 연관된 선행연구로 박진아와 홍지연(2017)은 암환자의 삶의 질에 미치는 요인을 확인하기 위해 사회·인구학적 특성, 건강상태, 정신건강 측면에서 분석한 결과 연령, 성별, 경제활동 여부, 소득사분위수, 활동제한 여부, 스트레스 인지율, 우울증상 경험률에서 삶의 질에 유의한 차이가 있었고, 방소연(2016)은 Chronic Obstructive Pulmonary Disease(COPD; 만성폐쇄성폐질환) 환자의 삶의 질과 관련 있는 요인으로 연령, 성별, 교육수준, 가구당 수입을 주장하였다. 강숙정(2016)의 연구에서 암 생존자들의 삶의 질에 영향을 미치는 가장 강력한 요인은 활동제한 여부였으며 그 다음으로는 연령, 경제수준, 성별 순이었고, 대상자의 44%가 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고 만성질환 여부는 유의미한 영향을 미치지 못하였다. 유선영과 노주희(2015)는 우울과 월수입이 난소암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 이와 유사하게 김경애와 황선영(2017)은 우울과 신체활동량이 심혈관질환 위험군에서 삶의 질에 유의한 예측인자로 확인되었고, 김보라 등(2012)은 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향이 수단적 일상생활활동과 경제상태라는 점을 밝혔다. 이보영 등(2010)은 암환자의 삶의 질과 정신건강을 조사 한 결과 스트레스, 우울, 자살충동경험 여부는 삶의 질과 유의한 연관성이 있었고, 홍지영 등(2012)은 COPD 환자에서 EQ-5D로 측정한 삶의 질과 관련요인 분석 결과 성별, 나이, 가구당 수입, 교육수준, 활동제한, 2주 이상의 우울증세 유무가 삶의 질에 영향을 미치는 요인이었으며 체질량지수, 기도폐쇄의 유무와 중증도, 흡연력 등은 EQ-5D로 측정한 삶의 질과 관련이 없었다.

중증질환 등으로 인한 후유증은 신체적, 정신적으로 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 되며(Oh와 Hong, 2014) 신체적 기능이 회복되더라도 정신적으로는 삶의 질에 지속적으로 악영향을 미치게(Darlington 등, 2007), 정신건강(mental health)의 문제를 직면하게 된다(박주영, 2007). 미국정신의학회(American Psychiatric Association)(1994)에서는 정신건강을 "절대적인 것보다는 상대적인 상태로서, 최고의 정신건강 상태는 본능과 의식, 존엄성, 현실 사이의 갈등을 유연하게 해결할 수 있게 하는 능력"이라 하였다. 하지만 정신건강은 정신병적·기분·불안장애 등의 문제를 가지게 되며(김형민과 심민규, 2015), 이러한 문제들 중 스트레스, 우울, 자살과 같은 요인들이 환자의 삶의 질을 저하 하는데 많은 영향을 미친다(Paykel, 1976).

위와 같이 암환자 및 심·뇌혈관질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구를 정리 해 보면, 성별, 나이, 가구소득, 경제활동 여부, 교육수준, 스트레스, 우울증, 자살생각, 활동제한에 따라 차이를 보이고 있다. 지금까지 중증질환자 삶의 질에 관한 연구는 한 가지 질환에 대해서만 이루어졌거나(박진아와 홍지연, 2017; 방소연, 2016; 강숙정, 2016; 유선영과 노주희, 2015; 김경애와 황선영, 2017; 김보라 등, 2012; 이보영 등, 2010; 홍지영 등, 2012) 일부병원에 내원하는 환자만(유선영과 노주희, 2015; 김보라 등, 2012; 이보영 등, 2010)을 대상으로 이루어져 중증질환자의 삶의 질에 대한 결과를 일반화하기가 어려웠다. 따라서 이 연구는 우리나라를 대상으로 중증질환자의 삶의 질을 살펴보고, 이에 미치는 요인을 분석 해 보고자 한다.

### 2. 연구목적

이 연구는 중증질환자들의 건강관련 삶의 질을 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 규명하여 중증질환자의 삶의 질을 향상 시킬 수 있는 연구 방향과 개선을 위한 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다. 첫째, 연구대상자의 삶의 질 특성을 탐색하고 비교한다. 둘째, 연구대상자의 특성에 따른 삶의 질 점수를 확인하고 비교한다. 셋째, 연구대상자의 삶의 질에 미치는 요인을 분석하고 비교한다.

## Ⅱ. 연구방법

### 1. 연구대상 및 자료수집

이 연구는 제6기 국민건강영양조사(2013~2015)의 원시자료를 연구의 목적에 따라 추출하였다. 교육 및 경제활동, 이환의 항목은 면접방법으로 조사하였으며, 신체활동 및 정신건강 등 건강행태 영역은 자기기입식으로 조사하였다. 대상자의 사회·인구학적 특성 5문항(성별, 연령, 소득수준, 경제활동 여부, 교육수준), 정신적 상태 3문항(스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살 생각), 삶의 질 5문항(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울) 등 총 13문항으로 구성되었다. 단, 신체활동은 EQ-5D의 '일상활동'과 같은 개념이라 판단하여 포함시키지 않았다. 표본추출은 2016년에 조사된 전체 8,150명에서 결측치와 분석하고자 하는 대상자가 아닌 4,716명을 제외하고, 만 20세 이상의 성인 중 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암, 기타암), 뇌혈관질환(뇌졸중), 심혈관질환(심근경색증, 협심증)을 진단받은 385명을 대상으로 최종 선정하였다.

### 2. 측정도구

이 연구에서 종속변수는 중증질환자의 건강관련 삶의 질이며, 통제변수는 사회·인구학적 특성이고 독립변수는 정신건강으로 하였다. 독립변수는 정신건강으로 하였는데 이것은 중증질환자의 정신건강이 삶의 질에 영향을 미친다는 Darlington 등(2007)의 연구결과에 따라 선정하였고, 정신건강은 Paykel(1976)의 연구에 근거하여 스트레스, 우울증 및 자살생각여부로 측정하였다. 독립변수의 우울증은 삶의 질의 도구인 EQ-5D에 '불안 혹은 우울'이라는 항목과 중복되어 보이지만 EQ-5D의 우울은 순수하게 우울만을 측정한 것으로 보기가 어려웠기에 정신건강 측정도구에서 우울증을 하나의 지표로 제시하였다(이보영, 조희숙, 권명순, 2010).

#### 1) 통제변수

사회·인구학적 특성은 성별(0=여성, 1=남성), 연령, 소득수준(0=하, 1=중하, 2=중상, 3=상), 경제활동 여부(0=아니오, 1=예), 교육수준(0=초졸이하, 1=중졸, 2=고졸, 3=대졸이상)으로 선정하였다.

#### 2) 독립변수

정신건강은 평소 스트레스 인지(0=적게 느낌, 1=많이 느낌), 최근 1년동안 연속적으로 2주이상 연속 우울감 경험 여부(0=없음, 1=있음), 최근 1년 동안 자살 생각 여부(0=없음, 1=있음)로 구분하였다.

#### 3) 종속변수 : 삶의 질

종속변수인 삶의 질은 EuroQoL Group (www.euroqol.org)의 승인을 받은 EuroQoL-5D (EQ-5D) 설문 원시자료를 이용하였다. 이는 3점 척도로 이 연구에서는 역코딩하여, '운동능력', '자기관리', '일상활동', '통증/불편', '불안/우울'의 5개 항목을 '할 수 없음(1)', '다소 지장 있음(2)', '지장 없음(3)'

의 각 1~3점으로 측정되었다. 값의 범위는 3점부터 15점까지이며, 값이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 좋은 것을 의미한다(Ludt, 2011).

### 3. 자료분석

'국민건강영양조사'에 참여한 표본이 모집단을 대표할 수 있도록 가중치를 부여하고 있어 모집단을 추정할 수 있도록 가중치를 적용한 복합표본 분석을 이용하였으며, 연구대상의 일반적 특성을 파악하기 위한 빈도분석에서 가중백분율(weighted %)을 구하였다. 그리고, 연구대상자의 특성에 따른 삶의 질 점수를 알아보기 위해 평균분석을 하였다. 또한, 연구대상자의 삶의 질에 미치는 요인을 확인하기 위해 선형 로지스틱 회귀분석을 하였다. 로지스틱 회귀분석을 실시하기 전에 회귀분석의 가정이 충족되는지의 여부를 검증하기 위하여 잔차(residual)에 대한 가정 및 독립변수간의 다중공선성(multicollinearity) 여부를 검정하였다. 자료분석을 위한 패키지는 SPSS(ver 23.0)을 사용하였다.

## Ⅲ. 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

이 연구에서 사용된 연구대상자의 특성은 <Table 1>과 같다. 사회·인구학적 특성에서 성별은 여성이 208명, 남성이 177명이었으며, 우리나라 실제 인구로 보정하기 위한 가중치를 적용한 백분율에서는 51.1%와 48.9%였다. 연령에 따라서는 70세 이상(33.8%)이 가장 많았고, 30~39세(3.0%)가 가장 적었다. 소득수준으로는 하(30.3%)가 가장 많았고, 경제활동은 하지 않음(58.4%)이 많았고, 교육수준은 초등학교 졸업이하(34.9%)가 가장 많았다. 정신건강에서 평소 스트레스 인지는 적게 느낌(75.9%)이 많았고, 최근 1년동안 연속적으로 2주이상 연속 우울감 경험 여부는 없음(81.6%)이, 최근 1년동안 자살 생각 여부도 없음(90.6%)이 많았다.

Table 1. General characteristics of subjects

| Variables | | Category | N | Unweighted % | Weighted % |
|---|---|---|---|---|---|
| Socio· demographic Characteristics | Gender | Women | 208 | 54.0 | 51.1 |
| | | Men | 177 | 46.0 | 48.9 |
| | Age | 20~29 | 5 | 1.3 | 3.9 |
| | | 30~39 | 8 | 2.1 | 3.0 |
| | | 40~49 | 28 | 7.3 | 8.7 |
| | | 50~59 | 72 | 18.7 | 22.9 |
| | | 60~69 | 122 | 31.7 | 27.6 |
| | | 70 or more | 150 | 39.0 | 33.8 |
| | House income | Low | 122 | 31.7 | 30.3 |
| | | Middle Low | 105 | 27.3 | 24.2 |
| | | Middle High | 81 | 21.0 | 22.2 |
| | | High | 77 | 20.0 | 23.3 |
| | Economic activity | No | 239 | 62.1 | 58.4 |
| | | Yes | 146 | 37.9 | 41.6 |

| Variables | | Category | N | Unweighted % | Weighted % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Education level | Less than elementary school graduation | 149 | 38.7 | 34.9 |
| | | Less than middle school graduation | 64 | 16.6 | 16.0 |
| | | Less than high school graduation | 108 | 28.1 | 30.2 |
| | | Above university graduation | 64 | 16.6 | 19.0 |
| Mental Health | Stress perception | Feeling less stressed Feeling a lot of stress | 296 | 76.9 | 75.9 |
| | | Feeling a lot of stress | 89 | 23.1 | 24.1 |
| | Depressive mood | No continuous depression for more than 2 weeks | 313 | 81.3 | 81.6 |
| | | Continuous depression for more than 2 weeks | 72 | 18.7 | 18.4 |
| | Suicidal ideation | No suicidal thoughts | 353 | 91.7 | 90.6 |
| | | Suicidal Thoughts | 32 | 8.3 | 9.4 |
| Total | | | 385 | 100.0 | 100.0 |

## 2. 연구대상자의 삶의 질 점수

연구대상자의 삶의 질의 평균, 표준편차 및 빈도 등 세부항목에 대한 결과는 아래의 <Table 2>와 같다. 삶의 질의 총 평균 및 표준편차는 13.92±1.54점이었으며 세부항목으로 자기관리에 대한 삶의 질(2.91±0.30)이 가장 높았으며, 그 다음으로 불안/우울에 대한 삶의 질(2.83±0.41), 일상활동에 대한 삶의 질(2.82±0.40), 운동능력에 대한 삶의 질(2.71±0.48), 통증/불편에 대한 삶의 질(2.65±0.53)의 순이었다.

<Table 2> Characteristics of Quality of Life

| Variables | Mean | SD | Sub-categories | N | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Quality of life | 13.92 | 1.54 | | 385 | 100.00 |
| Athletic ability | 2.71 | 0.48 | Has a severe problem(1) | 4 | 1.04 |
| | | | Has a problem(2) | 105 | 27.27 |
| | | | No problem(3) | 276 | 71.69 |
| Self care | 2.91 | 0.30 | Has a severe problem(1) | 2 | 0.52 |
| | | | Has a problem(2) | 30 | 7.79 |
| | | | No problem(3) | 353 | 91.69 |
| Activity | 2.82 | 0.40 | Has a severe problem(1) | 2 | 0.52 |
| | | | Has a problem(2) | 64 | 16.62 |
| | | | No problem(3) | 319 | 82.86 |
| Pain/Discomfortness | 2.65 | 0.53 | Has a severe problem(1) | 10 | 2.60 |
| | | | Has a problem(2) | 113 | 29.35 |
| | | | No problem(3) | 262 | 68.05 |
| Anxiety/Depression | 2.83 | 0.41 | Has a severe problem(1) | 5 | 1.30 |
| | | | Has a problem(2) | 57 | 14.81 |
| | | | No problem(3) | 323 | 83.90 |

### 3. 연구대상자의 특성에 따른 삶의 질 점수

연구대상자의 특성에 따른 삶의 질 점수는 아래의 <Table 3>와 같다. 사회·인구학적 특성 중 남성(14.05±1.47)이 여성보다 조금 높았고, 연령은 30~39세(14.88±0.35)의 삶의 질 점수가 가장 높았다. 소득수준은 상(14.23±1.39)이, 경제활동을 하는 자(14.18±1.28)가, 교육수준은 대학교 졸업자(14.70±0.71)가 삶의 질 점수가 제일 높았다. 정신적 상태 중 스트레스인지를 적게 느끼는 자(14.08±1.40)가, 2주 이상 연속 우울감 없는 자(14.10±1.44)가, 자살 생각해 본적이 없는 자(14.01±1.46)의 삶의 질 점수가 높았다.

<Table 3> The quality of life score according to the general characteristics of the subjects

| Variables | | | N | Mean | SD |
|---|---|---|---|---|---|
| Socio· demographic Characteristics | Gender | Women | 208 | 13.81 | 1.59 |
| | | Men | 177 | 14.05 | 1.47 |
| | Age | 20~29 | 5 | 14.60 | 0.89 |
| | | 30~39 | 8 | 14.88 | 0.35 |
| | | 40~49 | 28 | 14.57 | 1.10 |
| | | 50~59 | 72 | 14.01 | 1.50 |
| | | 60~69 | 122 | 14.00 | 1.37 |
| | | 70 or more | 150 | 13.62 | 1.73 |
| | House income | Low | 122 | 13.39 | 1.80 |
| | | Middle·Low | 105 | 14.09 | 1.40 |
| | | Middle·high | 81 | 14.21 | 1.19 |
| | | High | 77 | 14.23 | 1.39 |
| | Economic activity | No | 239 | 13.76 | 1.66 |
| | | Yes | 146 | 14.18 | 1.28 |
| | Education level | Less than elementary school graduation | 149 | 13.52 | 1.71 |
| | | Less than middle school graduation | 64 | 13.78 | 1.62 |
| | | Less than high school graduation | 108 | 14.10 | 1.41 |
| | | Above university graduation | 64 | 14.70 | 0.71 |
| Mental Health | Stress perception | Feeling less stressed Feeling a lot of stress | 296 | 14.08 | 1.40 |
| | | Feeling a lot of stress | 89 | 13.38 | 1.84 |
| | Depressive mood | No continuous depression for more than 2 weeks | 313 | 14.10 | 1.44 |
| | | Continuous depression for more than 2 weeks | 72 | 13.17 | 1.73 |
| | Suicidal ideation | No suicidal thoughts | 353 | 14.01 | 1.46 |
| | | Suicidal Thoughts | 32 | 12.91 | 1.94 |
| Total | | | 385 | 13.92 | 1.54 |

## 4. 연구대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

중증질환자 삶의 질에 미치는 요인을 파악하고자 삶의 질을 종속변수로 분석 한 결과를 <Table 4>에 나타내었다. 사회·인구학적 특성에서 연령(B=-0.020)이 증가함에 따라 삶의 질은 감소하였고(P<0.05), 소득수준은 하보다 중하(B=0.494), 중상(B=0.449)이라 응답한 자의 삶의 질이 증가하였다(P<0.05). 교육수준은 초졸 이하보다 대졸 이상(B=0.666)의 삶의 질이 증가하였다(P<0.01). 정신건강은 평소 스트레스 인지(B=-0.596)를 하는 자가(P<0.01), 최근 1년동안 연속적으로 2주이상 연속 우울감 경험(B=-0.575)이 있는 자가(P<0.01), 최근 1년동안 자살 생각(B=-0.586)을 해 본적이 있는 자(P<0.05)의 삶의 질이 감소하였으며, 설명력($R^2$)은 0.170이었다. 그리고 다중공선성을 검정한 결과 모든 변수가 1.136~1.808에 해당하므로 이상이 없는 것으로 판단된다.

<Table 4> Factors affecting the quality of life of the study subjects

| | Variable | | B | P | Collinearity statistic | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Tolerance | VIF |
| Socio·demographic characteristics | Gender(Women=0, Men=1) | | 0.127 | 0.405 | 0.882 | 1.134 |
| | Age(Continuous variable) | | -0.020 | 0.009 | 0.627 | 1.596 |
| | House income (Low=0, Middle·Low=1, Middle·High=2, High=3) | Low(=standard) | 1.000 | | | |
| | | Middle·Low | 0.494 | 0.011 | 0.687 | 1.456 |
| | | Middle·High | 0.449 | 0.042 | 0.634 | 1.577 |
| | | High | 0.207 | 0.388 | 0.553 | 1.808 |
| | Economic activity(No=0, Yes=1) | | 0.171 | 0.284 | 0.857 | 1.167 |
| | Education level (Less than elementary school graduation=0, Less than middle school graduation=1, Less than high school graduation=2, Above university graduation=3) | Less than elementary school graduation(=standard) | 1.000 | | | |
| | | Less than middle school graduation | 0.013 | 0.952 | 0.794 | 1.259 |
| | | Less than high school graduation | 0.193 | 0.339 | 0.624 | 1.602 |
| | | Above university graduation | 0.666 | 0.009 | 0.572 | 1.748 |
| Mental Health | Stress perception(No=0, Yes=1) | | -0.596 | 0.001 | 0.886 | 1.129 |
| | Depressive mood(No=0, Yes=1) | | -0.575 | 0.007 | 0.753 | 1.327 |
| | Suicidal ideation(No=0, Yes=1) | | -0.586 | 0.043 | 0.806 | 1.241 |

## Ⅳ. 논의

이 연구는 중증질환자 삶의 질을 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 시도하였다. 분석결과 사회·인구학적 특성에서는 나이가 많을수록 삶의 질이 낮았다. 기존의 연구에서도 연령은 삶의 질에 중요한 변수로 제시되어 연령이 증가할수록 삶의 질에 부정적인 영향을 미쳤다(Cavalcante 등, 2007). 특히, 암, 만성폐질환 등 삶의 질과 관련한 연구(박진아와 홍지연, 2017; 방소연, 2016; 강숙정, 2016)에서도 나이가 많을수록 삶의 질은 낮았다. 경제활동 여부와는 무관하게 소득수준과 교육수준이 높을수록 삶의 질이 높았다. 방소연(2016) 및 Moy 등(2009)은 학력과 수입이 삶의 질에 긍정적인 영향을 밝혔고, 교육수준과 관련하여 Bak-Drabik와 Ziora(2010)는 White-collar 직업 종사자들이 Blue-collar 보다 높은 수준의 삶의 질을 보여 이 연구결과와 일치 하였다.

정신건강에서는 평소 스트레스를 적게 느끼는 자가, 최근 1년동안 연속적으로 2주이상 연속 우울감 경험이 없는 자가, 최근 1년동안 자살 생각을 하지 않은 자가 그렇지 않는 자 보다 상대적으로 삶의 질이 높았다. 성인 암환자 삶의 질 영향요인을 연구한 박진아와 홍지연(2017)의 연구에서 스트레스 인지율에 유의한 차이가 있었고, 혈관질환에 영향을 미치는 고혈압 환자에 대하여 연구한 엄애용(2009)의 연구에서도 스트레스는 삶의 질에 영향을 주었다. 유선영과 노주희(2015)은 난소암환자의 절반 이상이 우울을 경험하고 있었고 우울은 난소암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 장승호 등(2013)은 유방암 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 우울증상이 42.6%의 설명력을 밝혔다. 또한, 김경애와 황선영(2017)은 심혈관질환 위험군에서 우울이 삶의 질에 유의한 예측인자로 확인되었고, COPD 환자에서 EQ-5D로 측정한 삶의 질과 관련요인 분석을 한 홍지영 등(2012)은 우울증세 유무가 COPD환자의 삶의 질에 영향을 미침을 주장하였다. 이와 관련하여, 삶의 질이 자살생각과 관련성이 있다는 것은 선행연구를 통해서도 증명되고 있다(Armstrong 등, 2013). 실예로 건강관련 삶의 질과 자살생각 여부는 강력한 연관성이 있는데(이현경과 장창곡, 2012), 몸이 쇠약하여 운동능력이 없거나 혼자 일상생활을 수행하기 힘들어 삶의 질을 부정적으로 평가할 경우 자살생각은 높아지는 것으로 나타나고 있다(박주연, 2011).

낮은 삶의 질은 나이가 들면 보통 신체적 기능의 저하와 사회적 은퇴로 인한 소득의 감소 및 사회활동의 한계가 나타나는 현상이다. 게다가 중증질환자가 되면, 삶의 질 저하는 더 가속화 될 것이다. 고령화 사회 진입이 예측되던 시기부터 우리나라에서는 의료·보건 및 경제·사회분야에서 중·장년층 및 노인의 삶의 질에 관한 연구가 활발하게 진행되어 왔다. 인간의 보다 나은 삶은 소득, 직업, 주거의 물리적 삶의 조건과 여가, 건강, 교육, 안전, 사회참여 등의 삶의 질이라는 두 차원의 결합으로 구성된다(OECD, 2012). 전자와 관련된 내용은 차용진(2012)의 연구 결과에서 발견되는데, 그는 우리의 삶에서 소득과 직업, 주거의 불안정이 클 때, 인간의 행복과 건강한 삶은 위협받지만, 우리가 행복하다고 느끼는 데는 물리적 삶의 조건보다는 안전, 건강, 교육, 환경이 더 큰 영향을 준다는 결론을 내리고 있다. 역사적으로 학력·학벌주의가 지배해 온 우리 사회에서 교육의 결과가 전반 적인 삶의 질에 큰 영향을 주고 있음은 여러 사람이 두루 알고 있는 사실이다. 실제로 교육은 건강, 고용형태, 그에 따른 삶의 만족도 등 비시장적 결과와 깊은 관련이 있고, 이러한 교육과 삶의 질과의 관계는 교육경제학의 주요 관심영역 중의 하나이기도 하다(Groota와 Brink, 2007; Shapiro, 2006). 그러므로, 최근 대학진학률이 80%에 가까운 젊은 세대와는 다르게 과거 대

학진학률이 10% 정도인 노년층의 경우 삶의 질에 미치는 효과는 상대적으로 더 크다고 판단 할 수 있다(반상진 등, 2015). 중증질환에 노출되면, 운동신경과 감각신경의 마비로 인해 일상생활 동작에 변화를 가져오게 된다(Dahlberg 등, 2005). 이는 투병생활로 통증과 기능의 장애로 활동제한을 받게 되어(박진아와 홍지연, 2017; 강숙정, 2016; 홍지영 등, 2012), 스스로 할 수 있는 생활의 한계로 삶의 질이 낮아지는 것으로 확인된다(박진아와 홍지연, 2017; 강숙정, 2016; 김경애와 황선영, 2016). 이 상태가 계속되면, 스트레스를 받을 것이고, 우울함도 동반된다. 이러한 대표적인 우울증상은 격리, 흥미저하, 수면장애, 슬픈 생각, 의기소침함, 그리고, 죽음에 대한 생각과 자살이다(Zivic, 1997). 중증질환자가 되면, 얼마 남지 않은 죽음을 알고 있는 상태로 충분한 통증 조절을 원하지만, 처방된 진통제의 한계를 느끼면 가족에게 까지 심리적, 정신적 고통을 주게 되고 심지어 자살하고 싶은 마음까지 들게 되는 것이다.

이 연구의 제한점으로는 단면연구이기 때문에 시대에 따라 변화하는 중증질환자의 삶의 질에 대한 패턴을 측정할 수 없었다. 그러므로, 향후 연구는 이 연구결과를 토대로 대상 집단을 추적, 관리하여 인과관계를 규명할 수 있는 연구가 시행되어야 할 것이다. 또한, 삶의 질의 척도가 중증질환자를 겨냥하여 구성되었다면 더 상세하게 분석하는데 도움이 되었을 것으로 생각한다. 그리고, 중증질환의 이환기간, 중증도 등 질환의 특성을 알 수 없어서 세분화된 분석이 곤란하였다. 이러한 제한점에도 불구하고 사회적으로 문제가 되는 중증질환자의 삶의 질에 대하여 논의 한 점과 전국을 대상으로 표본추출 하여 분석했기 때문에 일반화 할 수 있는 것을 이 연구의 의의로 두고자 한다.

## Ⅴ. 결론

지역사회에 문제가 되고 있는 중증질환자에 대하여 삶의 질에 미치는 요인을 분석한 결과 나이, 소득수준, 교육수준, 스트레스 인지 여부, 우울증세 여부, 자살생각 여부로 밝혀졌다. 다시 말해 연령이 증가할수록, 낮은 소득수준과 교육수준일수록, 스트레스·우울·자살생각을 인지할수록 삶의 질이 감소함을 확인하였다. 따라서 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, 가정과 의료서비스 제공자는 연령, 소득수준, 교육수준 및 정신적 상태에 따라 건강관리를 차별적으로 시행해야 할 것이다.

둘째, 정부는 사회적 취약계층을 대상으로 지속적인 건강검진 및 보건교육을 통해 중증질환을 예방하도록 추진해야 할 것이다.

셋째, 중증질환자에게 스트레스와 우울증 및 자살생각과 같은 부정적인 정신적 상태에 노출되지 않도록 정서적 안녕을 뒷받침 할 수 있는 사회적 여건을 조성해야 할 것이다.

이 연구결과는 중증질환자들의 삶의 질에 미치는 요인을 분석 해 봄으로써 사회·인구학적 특성별, 정신적 상태별로 삶의 질의 차이가 있음을 알 수 있었다. 중증질환이 된 자들 입장에서 각자가 지니고 있는 특징을 이해하고 배려한다면, 그들의 삶의 질을 개선함에 조금이나마 도움 될 수 있을 것으로 사료된다.

## References

1. 강숙정. 암 생존자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 한국콘텐츠학회논문지 2016;16(9):628-637.
2. 국민건강영양조사 각 연도. https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/intro.html
3. 김경애, 황선영. 폐경 중년여성에서 심혈관질환

위험 유무에 따른 신체활동, 중심비만 및 우울이 삶의 질에 미치는 영향. 성인간호학회지 2017;29(4):382-392.
4. 김경애, 황선영. 심뇌혈관질환 위험인자를 가진 폐경 중년여성의 질환예방 지식과 건강행위. 성인간호학회지 2016;28(4):424-435.
5. 김보라, 심민정, 장수빈, 김혜민, 이재신. 암 환자의 수단적 일상생활활동 정도가 삶의 질에 미치는 영향 : 일개 종합병원을 대상으로. 대한작업치료학회지 2012;20(3):81-93.
6. 김형민, 심민규. 뇌졸중 후 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향. 디지털융복합연구 2015;13(2):237-244.
7. 국가암정보센터, 2015. https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T654C655/contents.do
8. 남경엽, 차재빈, 서상윤. 건강보험 보장성 강화가 병원 진료수익에 미치는 영향 -일개 대학병원 중증질환자 산정특례를 중심으로- 대한경영학회지 2014;27(6):817-834.
9. 박주연. 한국성인의 삶의 질과 자살생각의 관련성[석사학위논문]. 서울: 중앙대학교 사회개발대학원, 2011.
10. 박주영. 유산소와 근력운동으로 구성된 복합트레이닝이 뇌졸중 환자의 자아존중감 및 정신건강에 미치는 영향. 한국체육과학회지 2007;16(3):205-217.
11. 박진아, 홍지연. 성인 암환자 삶의 질 영향요인. 한국산학기술학회논문지 2017;18(5):382-390.
12. 반상진, 임효진, 조영재, 이진권. 교육투자 결과로서 학력수준이 삶의 질에 미치는 효과 : 고용과 건강, 사회관계의 매개효과, 교육재정경제연구 2015;24(2):111-131.
13. 방소연. 만성폐쇄성폐질환 환자의 삶의 질 관련 요인. 한국데이터정보과학회지 2016;27(5):1349-1360.
14. 엄애용. 고혈압 환자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 기초간호자연과학회지 2009;11(2):136-142.
15. 유선영, 노주희. 항암화학요법을 받는 난소암환자의 수면장애와 우울이 삶의 질에 미치는 영향. Asian Oncology Nursing 2015;15(4):203-210.
16. 이보영, 조희숙, 권명순. 일 지역에 거주하는 암환자의 삶의 질, 정신건강 및 주관적 건강상태 조사. 한국보건간호학회지 2010;24(1):49-60.
17. 이현경, 장창곡. 한국 노인의 건강관련 삶의 질 및 정신건강과 자살생각과의 연관성. 대한보건연구 2012;38(1):69-79.
18. 장승호, 이대보, 최운정, 이광만, 이상열. 일 대학병원 유방암 환자의 우울증상과 삶의 질. 정신신체의학 2013;21(1):11-17.
19. 조계화, 김명자. 입원한 암환자와 재가 암환자의 가족지지, 희망, 삶의질 정도에 관한 연구. 대한간호학회지 1997;27(2):353-363.
20. 주명진, 손수경. 입원 말기암 환자가 지각한 가족지지와 삶의 질의 관계. Asian Oncology Nursing 2008;8(1):32-39.
21. 차용진. 삶의 질 측정에 관한 실증적 연구. 한국공공관리학보 2013;27(2):1-26.
22. 통계청. Classification of Diseases. http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action. 2016.
23. 홍지영, 김은영, 정지예, 박무석, 강영애, 김세규, 장 준, KOLD Study Group, 김영삼. 만성폐쇄성폐질환 환자에서 EQ-5D로 측정한 삶의 질과 관련요인 분석. 대한결핵 및 호흡기학회 추계학술대회 초록집 2012;114:202-202.
24. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D.C.: Author. 1994.
25. Armstrong G, Nuken A, Samson L, Singh S, Jorm AF, Kermode M. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. BMC Psychiatry 2013;13(1):1-11.
26. Bak-Drabik K, Ziora D. The impact of socioeconomic status on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary

disease. Pneumonologia Alergologia Polska 2010;78(1):3-13.
27. Cavalcante MA, Bombig MT, Luna Filho B, Carvalho AC, Paola AA, Póvoa R. Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. Arq Bras Cardiol 2007;89:245-250.
28. Dahlberg A, Alaranta H, Sintonen H. Health-related quality of life in persons with traumatic spinal cord lesion in Helsinki. Journal of Rehabilitation Medicine 2005; 37(5):312-316.
29. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, Balen R, Passchier J, Busschbach JJ. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: A longitudinal study. Cerebrovascular Diseases 2007;23(5):401-407.
30. Dolan PD. Modeling valuations for EuroQol health states, Medical Care 1997;35(11): 1095-1108.
31. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990;16(3):199-208.
32. Groota W, Brink HM. The health effects of education. Economics of Education Review 2007;26:186-200.
33. Hilari K, Boreham LD. Visual analogue scales in stroke: what can they tell us about health-related quality of life?. BMJ open 2013;3(9):1-5.
34. Kang J, Shin DW, Choi JY, Park CH, Baek YJ, Mo HN, Song MO, Park SA, Moon DH, Son KY. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. Psycho-oncology 2012;21(4):374-381.
35. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Tools, correlates, outcomes, and needs, Semin dial 2005;18(2):91-7.
36. Kim KU. Measurement of quality of life in patients with endstage cancer. Cancer Nursing. 2014;37(1):44-9.
37. Ko HY, Lee JK, Shin JY, Jo E. Health-related quality of life and cardiovascular disease risk in Korean adults. Korean Journal of Family Medicine 2015;36(6):349-56.
38. Lewis FM. Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research 1982;31(2):113-119.
39. Ludt S, Wensing M, Szecsenyi J, van Lieshout J, Rochon J, Freund T, Campbell SM, Ose D. Predictors of health-related quality of life in patients at risk for cardiovascular disease European primary care. PloS One 2011;6(12):e29334.
40. Moy ML, Reilly JJ, Ries AL, Mosenifar Z, Kaplan RM, Lew R, Garshick E; National Emphysema Treatment Trial Research Group. Multivariate models of determinants of health-related quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Rehabilitation Research and Development 2009;46(5):643-654.
41. OECD. Measuring well-being and the progress of societies. Paris: France 2012.
42. Oh EM, Hong GR. Factors Predicting Quality of Life among Older Adults in Rehabilitation Hospitals after Stroke. J Korean Gerontol Nurs. 2014;16(2):107-117. http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.2.107
43. Paykel ES. Life Stress, Depression and Attempted Suicide. Journal of Human Stress

1976;2(3):3-12. http://dx.doi.org/10.1080/0097840X.1976.9936065

44. Shapiro JM. Smart Cities: Quality of Life, Productivity, and the Growth Effects of Human Capital. The Review of Economics and Statistics, 2006;88(2):324-335.
45. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine 1995;41(10):1403-1409.
46. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
47. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research 1993;2(2):153-159.
48. Whynes DK. Does the correspondence between EQ-5D health state description and VAS score vary by medical condition?. Health Qual Life Outcomes 2013;11(1):1-6.
49. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/ 2017.
50. Zivic RC. Outcomes related to the quality of life of oncology patients aged 65 and older following initial cancer treatment. Western Michigan University, 1997.