

# 일 지역 노인의 건강관련 삶의 질

이혜경<sup>1</sup>, 이창금<sup>2\*</sup>, 김경수<sup>3</sup>

<sup>1</sup>공주대학교 간호학과, <sup>2</sup>한국국제대학교 간호학과, <sup>3</sup>경희대학교 간호학과 석사과정

## Health Related Quality of Life of The Elderly in a Small and Medium-Sized City in Rural Area

Hye Kyung Lee<sup>1</sup>, Grace Changkeum Lee<sup>2\*</sup>, Kyoung Su Kim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Nursing, College of Nursing and Health, Kongju National University, Gongju

<sup>2</sup>Dept. of Nursing, International University of Korea, Jinju

<sup>3</sup>Dept. of Nursing, Graduate School, Kyung Hee University, Seoul

요 약 본 연구의 목적은 일개 중소도시 지방 65세 이상 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 중소도시 노인의 삶의 질 향상을 위한 방안을 마련하기 위하여 시도 되었다. 조사대상은 2015년 9월 21일부터 10월 30일까지 자료를 수집하였고, spss/win 23.0을 이용하여 분석하였다. 연구결과 대상자의 일반적 특성과 건강관련 삶의 질은 성별( $t=2.36, p=.019$ ), 사회참여( $t=4.10, p=.000$ ), 주관적 건강상태( $F=12.08, p<.001$ ), 의료비부담 수준( $F=4.39, p=.014$ ), 주관적 경제상태( $F=3.50, p=.032$ ), 만성질환 수( $F=7.91, p<.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 대상자의 건강관련 삶의 질의 영향요인은 사회참여, 성별, 주관적 건강상태, 가족지지, 의료비부담 순으로 나타났으며 설명력은 26.3%이었다. 따라서 중소도시 65세 이상 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질 향상을 위하여 사회 참여, 성별, 주관적 건강상태, 가족지지, 의료비 부담 등을 고려한 지역적 특성에 맞는 실제적이고 포괄적이며 지속적인 건강증진프로그램 개발이 필요하다.

주제어 : 노인, 건강상태, 만성질환, 사회참여, 건강관련 삶의 질

**Abstract** The purpose of this study is to examine the health related quality of life of the elderly of more than 65 years old in a small and medium-sized city in rural area in order to prepare the measure to promote the quality of life of the elderly in rural areas. The data were collected from Sep. 21 to Oct 30, 2015 and analyzed using spss/win 23.0. The factors influencing on health related quality of life of the sample are as follows: 1. social participation; 2. gender; 3. subjective state of health; 4. family support; 5. level of one's own medical expense. The sample's ability of explanation of those factors were 26.3%. Therefore, it is necessary to develop inclusive and persistent programs of health promotion that consider social participation, gender, subjective state of health, family support, and level of one's own medical expense for the elderly of more than 65 years old in a small and medium-sized city in rural area.

**Key Words** : Elderly, Health status, Chronic disease, Social participation, Health related quality of life

### 1. 서론

#### 1.1 연구의 필요성

우리나라는 의학기술의 발달과 생활수준의 향상 등으로

평균수명이 길어지면서 2017년 현재 65세 이상 인구 비중이 14%이상인 고령사회로 2017년에 진입하였으며, 2047년에는 인구의 도시집중화 현상으로 도시지역 노인 인구의 비율은 65세 이상 고령자 비중이 20%를 넘는 초

\*Corresponding Author : Grace Changkeum Lee (gchangkeumlee@gmail.com)

Received April 10, 2018

Accepted June 20, 2018

Revised May 25, 2018

Published June 28, 2018

고령사회가 될 것으로 전망하고 있다[1].

2016년 기준 기대여명은 82.36세, 유병기간을 제외한 건강수명은 64.90세로 생애기간 중 17.46년 동안이나 사고나 질병을 가지고 살아가고 있다[2]. 노인 중 89.2%가 만성질환을 보유하고 있으며 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자가 69.7%로 노인평균 2.6개의 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났다[3].

우리나라 노인특성 중 하나는 도시지역 거주자 비중이 2004년 67.9%에서 2014년 76.6%로 증가하였으며 이러한 거주지역의 변화는 노년기의 경제활동의 기회나 거주형태의 변화 등으로 이어지고 있다. 즉 23%가 독거노인이며, 44.5%가 노인부부 형태로 점차 자녀세대와의 동거가 지속적으로 감소되고 있다[3]. 노인부부 및 독거노인 가구가 증가하면서 노인들이 사회로부터 고립, 사회경제적 빈곤 경험, 만성질환 등으로 인한 고통과 의료비 지출이 늘어남에 따른 경제적 이중고를 겪을 뿐만 아니라 가까운 사람들의 죽음으로 인한 사회 등에 따른 사회심리적 위축 등 심각한 사회문제로 대두되고 있다[3,4].

노인들은 주관적으로 자신의 건강상태가 나쁘다고 평가하는 노인이 39.5~43.7%, 노인 본인이 인지하는 만성질환 비율이 90.4%[3,5]로 부정적인 평가를 하고 있으며, 만성질환을 보유한 노년층은 의료기관을 이용하여 관리를 받음으로써 은퇴이후 소득의 감소에 따른 의료비 부담이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치고 있다[6]. 또한 연령이 증가할수록 중복적으로 만성질환 보유가 증가하고 있으며, 노화현상과 더불어 심리적, 신체적 약화 등 생애주기에서 경험하지 못했던 다양한 삶의 문제를 노년기에 경험하게 되며[7], 만성질환 등으로 고통을 겪는 기간이 길어짐으로 노년기의 삶의 질이 저하[6]되는 것을 예측할 수 있다.

노인부부나 독거 노인가구인 경우 경제적 불안감과 건강문제가 있을 경우 가족지지 및 사회적 관계는 낮은 편이며 건강상태와 관련된 삶의 만족도는 29.5%만이 만족한다고[3]하여 노인의 건강관련 삶의 질이 낮음을 알 수 있다.

삶의 질은 각 개인이 신체적, 정신적, 사회경제적, 영적인 영역에서 지각하는 주관적인 안녕상태로[8], 노년기의 건강관련 삶의 질은 개인이 삶의 목적, 기대, 기준 및 관심사와 관련이 있는 건강 체계 속에서 노인들의 삶이 어떠한가에 대하여 지각하는 것으로 신체적 정신적 건강인식 등 건강상태에 영향을 받아 느껴지는 주관적인

삶을 의미한다[9].

농촌과 도시노인 간의 건강관련 삶의 질을 비교 연구한 선행연구에서[10]는 도시노인이 농촌노인보다 고혈압, 관절염 등 만성질환 보유수가 많으며, 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 간접적으로 영향을 미치는 것으로 보았으며 도시지역은 이웃과의 관계가 친밀한 농촌지역에 비해 이웃과의 교류가 적은 편으로 농촌노인보다 도시노인이 건강관련 삶의 질이 낮다고 보고[11]하고 있어 도시지역 노인의 삶의 질이 중요한 문제로 대두되고 있다[12].

이에 노인을 대상으로 한 국내 선행연구를 살펴보면, 대도시 거주 노인[5,12,13], 농촌거주 노인[14,15], 여성독거노인[16]을 대상으로 한 연구가 주를 이루고 있었고, 중소도시 지방 거주노인을 대상으로 한 건강관련 삶의 질을 연구한 논문은 찾아보기 어려웠다.

따라서 우리나라 독거노인 가구와 노인부부 증가에 따른 노인의 사회로부터의 고립, 사회경제적 빈곤 경험, 경제적 불안감, 만성질환 보유의 증가, 노화현상으로 인한 신체적 심리적 약화, 낮은 가족지지, 사회적지지 부족, 소득감소에 따른 의료비 부담 등으로 사회적인 문제뿐만 아니라 노인들의 삶의 질이 심각하게 저할 될 수 있기 때문에 노년기의 지속적이고 포괄적인 건강관리 및 지지를 위한 건강증진프로그램 개발과 적용이 필요하다.

이에 본 연구자는 중소도시 노인을 대상으로 인구사회학적 특성과 건강특성 및 건강관련 삶의 질을 파악하고, 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하여 지역적 특성에 맞는 실제적인 건강관리프로그램 개발의 기초자료에 활용하고자 한다.

## 1.2 연구목적

본 연구에서는 일 지방 중소도시 노인의 건강관련 삶의 질을 파악하고 이에 미치는 영향요인을 분석하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 중소도시 지방 거주 65세 이상 노인의 인구사회학적 특성, 건강 특성, 건강관련 삶의 질을 파악한다.
- 둘째, 중소도시 지방 거주 65세 이상 노인의 인구사회학적 특성, 건강 특성에 따른 건강관련 삶의 질 정도의 차이를 파악한다.
- 셋째, 중소도시 지방 거주 65세 이상 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 지방 중소도시 지역 65세 이상 노인의 인구 사회학적 특성과 건강특성, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 C도 G시에 거주하는 노인을 대상으로 하였으며, 구체적인 대상자 선정기준은 65세 이상 노인, 의사소통이 가능한 노인, 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 노인을 편의 표집하였다.

자료 수집은 2015년 9월 21일부터 10월 30일까지 연구자와 연구조사원 7명에 의한 개별 면담을 통해 이루어졌으며, 자료수집의 정확성을 기하기 위해 자료 수집 전에 본 연구자가 설문내용과 방법에 대하여 조사원훈련을 시행하였다. 연구자와 훈련된 조사원은 중소도시 마을회관을 방문하여 대상자에게 연구목적, 설문내용, 익명성, 비밀보장에 대해 설명한 후 자율적으로 연구 참여에 원하는 대상자의 서면동의를 얻어 설문을 시행하였다. 설문지는 노인의 특성을 고려하여 직접 일대일 대면을 통해 연구자와 연구보조원이 대상자에게 설문지를 읽어주고, 대답을 기록하는 방식으로 작성하여 현장에서 수집하였다. 설문지를 작성한 후에 소정의 답례품을 제공하였다. 설문지 응답시간은 약 15여분 정도 소요되었으며 총 239부 중 설문응답이 불충분한 자료를 제외한 220부를 최종 분석에 사용하였다.

G\*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 회귀분석에 필요한 대상자 수는 양측검정, 효과크기 .15, 유의수준 .05, 검정력 95%, 예측변수 10개의 조건에서 산정한 결과 최소 표본크기는 171명이 요구되므로 본 연구의 대상자 수 220명은 본 연구에 필요한 표본 수를 충족하였다. 본 연구는 K대학교 생명윤리위원회 심의위원회의 심의를 거쳐 승인을 받았다(KNU\_IRB\_2015-65).

### 2.3 연구도구

#### 2.3.1 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 사회참여, 동거형태, 가족지지, 주관적 경제상태를 조사하였다. 연령은 65~69세, 70~74세, 75세 이상으로 하였고, 교육수준은 무학, 초등학교, 중학교이상으로 하였다.

사회참여활동은 노인회 행사활동, 종교단체활동, 취미여가활동, 지역단체활동에 대한 참여여부로 하였다. 동거형태는 배우자, 자식이나 손자, 혼자로 나누었고, 가족지지는 배우자, 자식, 없다 로, 주관적 경제상태는 나쁘다, 보통이다, 좋다 로 구분하였다.

#### 2.3.2 건강 특성

대상자의 건강특성은 주관적 건강상태, 의료비부담 상태, 만성질환 수로 조사하였다. 주관적 건강상태는 나쁘다, 보통이다, 좋다 로 구분하였으며, 만성질환 수는 병원에서 진단받은 질환으로 고혈압, 당뇨, 관절염, 심장질환, 뇌졸중, 만성호흡기질환으로 구분하였다.

#### 2.3.3 건강관련 삶의 질

본 연구에서 건강관련 삶의 질 측정은 Euro Quality of life-5 Dimensions(EQ-5D)를 사용하였다. EQ-5D는 EuroQoL Group이 개발한 도구로 운동능력(Mobility), 자기관리(Self-care), 일상활동(Usual activity), 통증/불편감(Pain/Disability), 그리고 불안/우울(Anxiety/Depression)의 다섯 개의 영역으로 '전혀 문제 없음', '약간 문제 있음', '심각한 문제 있음'의 세 개 수준(Level)으로 현재 본인의 건강상태를 가장 잘 설명하는 응답을 선택하도록 하고 있다. EQ-5D는 다섯 개 영역의 측정값 각각에 가중치를 적용하여 산출한 EQ-5D Index 라는 단일 지표로 영국, 미국, 일본 등 각 나라마다 각국의 문화와 상황에 맞게 고유한 가중치를 산출하여 사용하고 있다. 본 연구에서 한국인 고유의 삶의 질 가중치 예측 공식 [17]을 적용하였으며 환산한 수치가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 한국인의 질 가중치 적용공식을 이용하여 EQ-5D index를 구하였으며 값이 1점에 가까울수록 건강관련 삶의 질이 좋은 것을 의미한다[18]. 우리나라 중년과 노년 대상으로 한 Lee 등[18]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  값은 .78이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  값은 .70이었다.

## 3. 연구결과

### 3.1 대상자의 인구사회학적특성과 건강특성

대상자의 인구사회학적 특성과 건강특성을 분석한 결과는 Table 1과 같다. 대상자의 평균연령은 73.78세이고, 연령범위는 65~90세였으며 연령대는 '75세 이상'이

Table 1. Descriptions of Socio-demographic and Health related Characteristics of Participants

(N=220)

Characteristics	Categories	n(%)	Range, M±SD
Gender	Male	52(23.6)	
	Female	168(76.4)	
Age(year)	65~69	60(27.3)	65~90, 73.78±5.99
	70~74	67(30.5)	
	≥75	93(42.3)	
Education	Not	39(17.7)	
	Elementary school	102(46.4)	
	≥Middle school	79(35.9)	
Social Participation	Yes	166(75.5)	
	No	54(24.5)	
Residence type	Alone	70(31.8)	
	Spouse	106(48.2)	
	Children	44(20.0)	
Family support	Spouse	76(34.5)	
	Children	108(49.1)	
	Not	36(16.4)	
Subjective economic status	Poor	64(29.1)	
	Common	141(64.1)	
	Wealthy	15(6.8)	
Burden of medical expenditures	Not	75(34.1)	
	Common	84(38.2)	
	Burden	61(27.7)	
Perceived health status	Poor	68(30.9)	
	Common	94(42.7)	
	Good	58(26.4)	
Number of chronic diseases	1	17(7.7)	
	2	60(27.3)	
	≥3	143(65)	

42.3%로 가장 많았다. 성별은 ‘여성노인’이 76.4%로 ‘남성노인’보다 3배 이상 많았다. 교육정도는 ‘초등학교 졸업’이 46.4%이었고, 사회참여활동은 ‘한다’가 75.5%이었다. 동거형태는 ‘노인부부’가 48.2%이었고, 가족지지는

‘자녀’가 49.1%로 많았고, 주관적 경제상태는 ‘보통이다’가 64.1%이었다. 주관적 건강상태는 ‘보통이다’가 42.7%이었고, 의료비 부담은 ‘보통이다’가 38.2%이었으며, 만성질환 보유수는 ‘2개 이상’이 65%이었다.

Table 2. Health related Quality of Life according to EQ-5D Domain

(N=220)

Variables	Categories	M±SD	n(%)
EQ-5D-3L		0.77±0.15	
	mobility	No problem	89(40.5)
		Some or moderate problem	131(59.5)
Extreme problem		0	
self-care	No problems	167(75.9)	
	Some or moderate problem	40(18.2)	
	Extreme problem	13(5.9)	
usual activities	No problems	115(52.3)	
	Some or moderate problem	98(44.5)	
	Extreme problem	7(3.2)	
pain/discomfort	No problems	44(20.0)	
	Some or moderate problem	156(70.9)	
	Extreme problem	20(9.1)	
anxiety/depression	No problems	116(52.7)	
	Some or moderate problem	93(42.3)	
	Extreme problem	11(5.0)	

3.2 대상자의 건강관련 삶의 질

3.2.1 대상자의 건강관련 삶의 질 정도

대상자의 건강관련 삶의 질(EQ-5D index)은 1점에 가까울수록 건강관련 삶의 질이 좋은 것을 의미하는 것으로 대상자의 건강관련 삶의 질은 평균 0.77±0.15이었고, 다섯 가지 영역 중 다소 또는 심각한 문제를 호소한 빈도가 가장 높은 경우는 통증/불편감이 80%이었고 그 다음은 운동능력은 59.5%, 가장 낮은 영역은 자기관리 24.1%이었다(Table 2 참고).

3.2.2 대상자의 EQ-5D프로파일정도

본 연구대상자의 EQ-5D프로파일은 Table 3과 같다. 대상자들의 EQ-5D 로 표현할 수 있는 총 243개 중 32개 건강상태를 경험하고 있었다. 이 중 다섯 개 영역 ‘운동능력’, ‘자기관리’, ‘일상활동’, ‘통증/불편감’, ‘불안/우울’에서 모든 문제가 없음을 의미하는 1로만 구성된 ‘11111’의 프로파일을 갖는 대상자는 9.5%이며 다섯 개 영역에서 모두 다소 또는 심각한 문제가 있다고 응답하여 2 또는 3의 조합으로 구성된 프로파일을 갖는 대상자는 11.8%이었다(Table 3 참고).

3.3 대상자의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이

본 연구 대상자의 인구사회학적 특성과 건강특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이는 Table 4와 같다. 대상자의 건강관련 삶의 질 정도는 성별, 여가활동여부, 주관적 건강상태, 의료비 부담정도, 주관적 경제상태, 만성질환 수

에서 유의한 차이가 있었다. 즉 성별( $t=2.36, p=.019$ ), 사회참여 활동( $t=4.10, p=.000$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 주관적 건강상태는 ‘좋다’ 인경우가 ‘보통이다’와 ‘나쁘다’ 인 경우 보다 건강관련 삶의 질이 더 높았다( $F=12.08, p=.000$ ). 의료비부담은 ‘없다’ 인 경우가 ‘보통이다’와 ‘부담스럽다’ 보다 건강관련 삶의 질이 높았다( $F=4.39, p=.014$ ). 주관적 경제상태는 ‘잘 산다’가 ‘어렵다’ 보다 건강관련 삶의 질이 높았다( $F=3.50, p=.032$ ). 만성질환 보유수는 ‘없다’가 ‘1개’, ‘2개 이상’보다 건강관련 삶의 질이 높았다( $F=7.91, p=.000$ ).

3.4 대상자의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향

본 연구 대상자의 건강관련 삶의 질에 미치는 요인을 파악하기 위해 일반적 특성 중 건강관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 차이를 보였던 변수인 성별, 사회참여, 가족지지, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 의료비부담 정도, 만성질환 수를 더미변수로 변환하여, 단계적 다중 회귀분석을 실시하였다.

회귀분석의 가정을 검정한 결과 모두 충족하는 것으로 나타났다. Durbin-Watson을 이용하여 오차의 자기상관을 검정한 결과 1.704로 자기상관이 없다고 할 수 있다. 다음으로 공차한계와 VIF값을 이용하여 다중공선성을 검정한 결과 공차한계가 .58~.90이었고, VIF값이 1.12~1.74로 모든 변수는 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 잔차 분석결과 모형의 선형성, 오차항의 정규성, 등분산성이 확인되었다.

회귀모형을 분석한 결과 Table 5와 같다. 본 연구의

Table 3. EQ-5D Profile for the Study Participants

(n=220)

EQ-5D Profile	n	(%)	EQ-5D Profile	n	(%)
11111	21	(9.5)	21132	1	(0.5)
11112	10	(4.5)	21221	17	(7.7)
11121	23	(10.5)	21222	20	(9.1)
11122	14	(6.4)	21232	5	(2.3)
11123	2	(0.9)	21233	2	(0.9)
11211	2	(0.9)	22111	2	(0.9)
11221	6	(2.7)	22112	2	(0.9)
11222	4	(1.8)	22221	13	(5.9)
11312	2	(0.9)	22222	15	(6.8)
12121	2	(0.9)	22223	2	(0.9)
12221	2	(0.9)	22233	2	(0.9)
13331	2	(0.9)	23221	2	(0.9)
21032	1	(0.5)	23222	2	(0.9)
21111	5	(2.3)	23231	2	(0.9)
21121	18	(8.2)	23232	2	(0.9)
21122	14	(6.4)	23333	3	(1.4)

Table 4. Difference of EQ-5D Index according to Socio-demographic and Health related Characteristics of Participants

(N=220)

Characteristics	Health-related quality of life		
	M±SD	t orF(p)	
Gender	Male	0.85±0.13	2.36(.019)
	Female	0.76±0.15	
Age(year)	65~69 <sup>a</sup>	0.78±0.15	1.31(.273)
	70~74 <sup>b</sup>	0.80±0.14	
	≥75 <sup>c</sup>	0.76±0.16	
Education	Not	0.76±0.13	0.79(.457)
	Elementary school	0.77±0.12	
	≥Middle school	0.77±0.15	
Social Participation	Yes	0.80±0.12	4.10(.000)
	No	0.69±0.19	
Residence type	Alone <sup>a</sup>	0.76±0.14	0.64(.530)
	Spouse <sup>b</sup>	0.78±0.16	
	Children <sup>c</sup>	0.78±0.11	
Family support	Spouse <sup>a</sup>	0.79±0.13	5.45(.005) a,b>c
	Children <sup>b</sup>	0.78±0.11	
	Not <sup>c</sup>	0.70±0.24	
Subjective economic status	Poor <sup>a</sup>	0.74±0.14	3.50(.032) a<c
	Common <sup>b</sup>	0.79±0.15	
	Wealthy <sup>c</sup>	0.82±0.09	
Burden of medical expenditures	Not <sup>a</sup>	0.77±0.17	4.39(.014) a,b>c
	Common <sup>b</sup>	0.81±0.10	
	Burden <sup>c</sup>	0.74±0.16	
Perceived health status	Poor <sup>a</sup>	0.72±0.14	12.08(.000) a<b<c
	Common <sup>b</sup>	0.78±0.16	
	Good <sup>c</sup>	0.83±0.10	
Number of chronic diseases	1 <sup>a</sup>	0.89±0.06	7.91(.000) a>b,c
	2 <sup>b</sup>	0.80±0.12	
	≥3 <sup>c</sup>	0.75±0.16	

Table 5. Factors Affecting Health-related Quality of Life

(N=220)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	.80	0.30		30.84	<.001
Social Participation (=Yes)	.12	0.02	.34	5.37	<.001
Gender(=female)	-.09	0.02	-.25	-3.88	<.001
Subjective health status(=Poor)	-.11	0.02	-.33	-4.53	<.001
Family support(=Not)	-.05	0.02	-.13	-2.04	.043
Subjective health status(=Common)	-.06	0.02	-.19	-2.51	.013
Burden of medical expenditures(=Common)	.04	0.02	.13	2.05	.042
R <sup>2</sup> =.283 Adj. R <sup>2</sup> =.263, F=14.03 p<.001					

회귀모형은 유의하였고(F=14.03, p<.001), 모형의 설명력은 26.3%였다. 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 사회참여(β=.34), 주관적 건강상태(β=-.33), 성별(β=-.25), 가족지지(β=-.13), 의료비부담(β=.13)순이었다(Table 5 참고).

#### 4. 논의

본 연구는 중소도시 지방 65세 이상 노인의 인구사회학적 특성 및 건강특성과 건강관련 삶의 질의 정도를 파악하고 건강관련 삶에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 시행되었다.

본 연구에서 중소도시 65세 이상 노인의 건강관련 삶의 질은 1점 기준  $0.77 \pm 0.15$ 점으로 중간이상 높음을 알 수 있다. 골관절염 노인을 대상으로 한 연구[19]에서 보고한  $0.77 \pm 0.22$ 점에서는 비슷하였고, 농촌노인 대상으로 한 연구[14]에서  $0.81 \pm 0.12$ , 도시거주 일하는 노인 대상으로 한 연구에서[13]  $0.92 \pm 0.12$ 점보다는 다소 낮음을 알 수 있다. 이러한 결과는 골관절염 노인대상으로 한 연구결과와 본 연구결과가 유사하였으며[20], 농촌노인과 도시거주 일하는 노인대상에서는 본 연구결과보다 건강관련 삶의 질이 높게 나왔다. 또한 본 연구에서 건강관련 삶의 질 5개 영역에서 다소문제가 있거나 심각한 문제가 있다고 한 영역을 살펴보면 통증/불편감(80%), 운동능력(59.5%), 일상활동(47.7%), 불안/우울(47.3%), 자기관리(24.1)순으로 나타났다. 광역시 노인을 대상으로 한 연구에서[5]는 통증/불편감(95.7%), 운동능력(46.1%), 불안/우울(43.7%), 일상활동(32.9%), 자기관리(17.4%)의 순서로 빈도가 높아 중소도시 노인과 광역시 노인 간 건강관련 삶의 질에서 '다소문제가 있거나' '심각한 문제가 있다'고 한 영역의 순서나 비율이 약간 차이가 있었다. 특히 본 연구 대상자의 건강 관련 삶의 질 영역 중 통증/불편감에 문제가 있다는 노인이 80%로 통증을 경험하고 있어 건강관련 삶의 질이 골관절염 노인 대상으로 한 연구결과와 유사하다. 이는 중소도시 지방거주 노인의 건강관련 삶의 질 수준이 골관절염을 가진 여성노인의 수준임을 알 수 있다. 따라서 지역의 특성에 맞는 맞춤형 건강증진프로그램 개발이 필요하며, 대도시, 중소도시, 농촌 등 지역에 따라 노인의 건강관련 삶의 질에 대하여 추후연구가 필요하다

중소도시 지방 65세 이상 노인의 인구사회학적 특성, 건강특성과 건강관련 삶의 질의 차이를 보면 성별, 사회참여 활동여부( $t=4.10, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=12.08, p<.001$ ), 의료비부담( $F=4.39, p=.014$ ), 주관적 경제상태( $F=3.50, p=.032$ ), 만성질환 수( $F=7.91, p<.001$ )에서 유의한 차이가 있었으며, 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인은 사회참여, 주관적 건강상태, 성별, 의료비부담, 가족지지 순으로 나타났다.

본 연구에서 대상자의 건강관련 삶의 질에 가장 큰 영향요인은 사회참여활동 여부로 사회참여 활동을 하는 경우 건강관련 삶의 질이 높았다. 농촌노인을 대상으로 한 연구[15]에 의하면 사회참여가 신체적, 정신적 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 미친다고 보고하여 본 연구 결

과를 지지하였다. 사람들은 역할을 통해 자신의 정체감을 갖게 되는 데 노년기에 다양한 활동에 적극적으로 참여함으로써 사회와 잘 통합하는 노인의 삶이 질이 더 높고 사회활동에 참여한 노인이 더 오래 건강하게 산다[21]. 사회참여는 사람들과 상호작용을 할 수 있게 하는 수단을 제공하여 이를 통해 노인의 건강이 증진될 수 있도록 한다[15]. 따라서 사회참여활동은 노인들이 사회에서 배제되지 않고 사회의 한 구성원으로서 정체감을 확인하면서 지속적으로 기능할 수 있는 장을 제공[22]하므로, 노년기에 사회활동을 자발적으로 참여할 수 있도록 도와야 한다. 그러나 우리나라 노인들의 사회참여활동은 주로 노인회관을 거점으로 한 여가활동이 주를 이루고 있다[23]. 이에 노인의 사회참여가 신체적 정신적 건강증진적 측면에서 밀접한 연관성[24]이 있으므로 노인대상 건강증진관련 중재 제공시 사회참여활동과 연관된 정책적 옹호가 뒷받침 된 포괄적 건강증진 프로그램개발이 필요하다.

다음으로 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강상태로 나타났다. 주관적으로 건강상태가 '나쁘다'고 한 경우와 '보통이다'라고 한 경우에 건강관련 삶의 질에 부정적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 도시와 농촌 경로당이용노인을 대상으로 한 연구[10]에서도 도시와 농촌에 거주하는 노인모두에서 주관적 건강상태가 건강관련 삶의 질에 영향을 미친다고 하여 본 연구결과를 지지하였다. 2014년 노인실태조사에서도 노인 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 노인이 32.4%였고 부정적으로 건강상태가 나쁘다고 평가하는 노인이 43.7%로 긍정적으로 평가하는 노인보다 많았으며, 자신의 건강상태가 나쁘다고 한 경우 건강관련 삶의 질에 부정적으로 영향을 미친다[25]. 따라서 노년기의 노화에 따른 신체기능 저하와 객관적 건강상태에 대한 자연스러운 노화과정에 대한 인지도교육이 필요하다고 생각된다.

그 다음으로 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 성별이었다. 여성노인이 남성노인보다 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 노인대상 선행연구에서도 남성노인과 여성노인 간의 건강관련 삶의 질이 유의하게 차이가 있었으며, 남성노인이 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 보고되어[5,13] 본 연구결과를 지지하였으며 2016년 기준 기대여명은 82.36세, 유병기간제외한 건강수명은 64.90세로 생애기간 중 17.46년 동안 사고나 질병으

로 인해 병을 앓고 살아가고 있는 실정으로[2], 만성질환을 보유한 노인은 89.2%이며 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자가 69.7%이며 노인평균 2.6개의 만성질환을 보유하고 있으며, 특히 여성노인은 남성노인보다 만성질환 유병률이 높아[3] 취약한 건강상태에 놓여있음을 알 수 있다. 이러한 건강상태는 한국 여성노인의 건강 특성으로는 임신과 출산, 부적절한 산후관리, 과도한 가사노동과 폐경으로 인한 불편감 등[21] 한국여성노인의 건강특성으로 건강관련 삶의 질에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 따라서 여성노인의 건강관리 간호중재프로그램 제공시 한국여성노인의 건강특성을 고려한 차별화된 프로그램 교육이 필요하겠다.

그 다음으로 대상자의 의료비부담이 건강관련 삶의 질의 영향요인인 것으로 나타났다. 배지영[6]의 연구에서 만성질환보유노인의 의료비 부담이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인임을 보고하였고, 도시와 농촌의 골관절염 환자를 대상으로 한 연구에서도[27] 경제적 수준이 건강관련 삶의 질에 영향을 미친다고 하여 본 연구결과를 지지하였다. 복합적인 만성질환을 보유한 노인들은 의료이용의 욕구가 존재하므로 의료비부담이 과도하더라도 지속적으로 의료시설을 이용하기 때문에[6] 경제적으로 의료비용이 부담스럽지 않은 경우에 지속적인 건강관리로 인하여 건강관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미쳤을 것으로 본다. 반면에 특별한 소득이 없는 만성질환을 대부분은 보유하고 있는 노인이 의료시설이용에 따른 의료비가 부담스러울 경우 제대로 질병치료 및 질병에 대한 관리를 받지 못하여 건강관련 삶의 질이 낮아질 수밖에 없다고 사료된다. 따라서 대부분 65세 이상 노인은 만성질환을 1개 이상 보유하고 있으므로[10], 부담능력이 취약한 노년층 및 소득계층별 건강상태의 차이를 파악하여 건강프로그램 개발을 위한 정책적 진단이 필요하겠다.

마지막으로 중소도시 65세 이상 노인의 가족지지가 건강관련 삶의 질의 영향요인인 것으로 나타났다. 대상자의 가족 중 배우자 34.5%와 자녀 49.1%에게서 받고 있었고 가족지지가 없다고 한 노인이 16.4%로 '가족지지가 없는' 경우 건강관련 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 농촌노인을 대상으로 한 연구[15]에서 가족·친척 지지가 정신적 건강관련 삶의 질에서 유의미한 것( $\beta=0.098$ ,  $p<0.05$ )으로 나타나 본 연구결과와 유사하였다. 노인인구의 급격한 증가 등 다양한 사회현상으로

인하여 노인의 거주형태가 노인부부 또는 독거노인으로 거주형태가 변화하고 자녀동거의 감소가 지속되고 있다 [3]. 이에 따라 가족지지를 대체할 수 있는 사회적 자원을 개발하여 사회적 지지를 포함한 건강증진 프로그램 개발이 필요하다.

본 연구는 중소도시 지방 일개 지역 노인회관 및 경로당에서 자료를 수집하였으며, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인으로 객관적 건강상태와 객관적 경제상태, 소득수준, 의료시설 이용 등이 고려되지 않은 제한점이 있다. 그러나 본 연구에서 중소도시 지방 65세 이상 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하여 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위한 건강증진프로그램 개발과 정책적 대안 개발의 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 지방 중소도시 지방 거주 65세 이상 노인을 대상으로 건강관련 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 노인의 건강관리를 위한 효과적인 건강증진프로그램 마련의 기초자료로 활용하고자 실시되었으며, 주요결과는 다음과 같다.

연구결과 대상자의 인구사회학적특성, 건강특성과 건강관련 삶의 질은 성별( $t=2.36$ ,  $p=0.019$ ), 사회참여( $t=4.10$ ,  $p=0.000$ ), 주관적 건강상태( $F=12.08$ ,  $p<0.001$ ), 의료비부담 수준( $F=4.39$ ,  $p=0.014$ ), 주관적 경제상태( $F=3.50$ ,  $p=0.032$ ), 만성질환 수( $F=7.91$ ,  $p<0.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 대상자의 건강관련 삶의 질의 영향요인은 사회참여, 성별, 주관적 건강상태, 가족지지, 의료비부담 순으로 나타났다으며 설명력은 26.3%이었다.

이상의 연구결과를 통해 본 연구는 중소도시 65세 이상 노인을 대상으로 간호중재 프로그램을 기획할 때 사회참여활동여부, 성별, 주관적 건강상태, 가족지지, 의료비 부담 등을 고려하여 프로그램을 개발한다면 노인의 건강관련 삶의 질 향상에 도움이 될 것으로 기대된다. 추후 중소도시 노인 대상으로 객관적인 경제상태와 소득여부, 의료시설 이용여부 등을 포함한 반복연구 및 건강관련 삶의 질과 관련한 질적연구가 필요하다.



## REFERENCES

- [1] Statistics Korea. (2017). Elderly Statistics 2017. Retrieved March 30, 2018, from <http://kostat.go.kr>
- [2] Ministry of Health Welfare. (2017). Expected life expectancy and lifetime Exclusion period (life expectancy) Retrieved December 26, 2017.
- [3] Korea Institute for Health and Social Affairs. (2014). 2014 Survey of the elderly.
- [4] Y. H. Choi, G. R. Shin, O. S. Kim, S. H. Ko, E. S. Kong, G. H. Kim et al. (2014). *Elderly and Health*. Hyunmunsa: Seoul.
- [5] H. R. Kim. (2014). Predicting Factors for Health related Quality of Life among Older Adults at Senior Centers in Korea. *J Korean Gerontol Nurs*, 16(2), 95-106.
- [6] J. Y. BAE. (2014). The Study on the Relationship between the Burden of Medical Expenditures and Health-related Quality of Life among the Elderly with Chronic Diseases. *Journal of Institute for Social Sciences*, 25(4), 109-129.  
DOI : 10.16881/jss.2014.10.25.4.109
- [7] D. H. Kim. (2007). *A Study on the Effects of Social Support upon Depression and Suicide ideation*. Chung-Ang University.
- [8] C. E. Ferrans & M. J. Powes. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 14, 179-186.
- [9] M. M. Zack, D. G. Moriarty, D. F. Stroup, E. S. Ford & A. H. Mokdad. (2004). Worsening trend in adult health-related quality of life and self rated health-United States, 1993-2001. *Public Health Reseach*, 119(5), 493-505.
- [10] S. O. Yang, H. R. Cho & S. H. Lee. (2014). 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. *Journal of Digital Convergence*, 12(1), 501-510.  
DOI : 10.14400/JDPM.2014.12.1.501
- [11] J. C. Lee, J. A. Park, N. K. Bae & Y. C. Cho. (2008). Factors Related to Depressive Symptoms Among the Elderly in Urban and Rural Areas. *J Agri Med & Community Health*. 33(2), 204-220.  
DOI: 10.5393/JAMCH.2008.33.2.204
- [12] Y. J. Na & Y. H. Choi. (2014). Health-related Quality of Life and Its Related Factors in Urban Elderly Women. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 15(12), 7224-7230.  
DOI: 10.5762/KAIS.2014.15.12.7224
- [13] J. I. Kim. (2017). The Factors Affecting Health-related Quality of Life in Urban Working Elderly. *Journal of Digital Convergence*, 15(11), 385-394.  
DOI :10.14400/JDC.2017.15.11.385
- [14] K. W. Choi & G. S. Jeon. (2016). Effects of Frailty on Health-related Quality of Life of Rural Community-dwelling Elderly: Mediating and Moderating Effects of Fall-Related Efficacy and Social Support. *Journal of Korean Acad Community Health Nurs*, 27(4), 380-387.  
DOI: 10.12799/jkachn.2016.27.4.380
- [15] K. S. Park, Y. R. Park & Y. S. Yum. (2015). The Effects of Social Participation on Health Related Quality of Life among Rural Elderly. *Mental Health and Social Work*, 43(2), 200-227.
- [16] H. S. Kim. (2017). Effect of Pain, Nutritional Risk, Loneliness, Perceived Health Status on Health-related Quality of Life in Elderly Women Living Alone. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(7), 207-218.  
DOI:10.15207/JKCS.2017.8.7.207
- [17] Centers for Disease Control and Prevention in Korea. 2010. South Korean time trade-off values for EQ-5D health states <http://www.cdc.go.kr>
- [18] Y. K. Lee, H. S. Nam, L. H. Chuang, K. Y. Kim, H. K. Yang, I. S. Kwon et al. (2009). South Korean time trade-off values for EQ-5D health states: Modeling with observed values for 101 health states. *Value In Health* 12(8), 1187-1193.  
DOI: 10.1111/j.1524-4733.2009.00579.x
- [19] M. J. Kim & S. H. Bae. (2014). Factors influencing Health-related Quality of Life in Older Adults with Osteoarthritis: Based on the 2010-2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Muscle and Joint Health*, 21(3), 195-205.  
DOI: 10.5953/JMJH.2014.21.3.195
- [20] M. K. Yuk & S. R., Suh. (2016). Health-related Quality of Life among Korean Older Women with Osteoarthritis: Comparison between Young-Old and Old-Old. *The Korean Society of Living Environmental System*, 23(6), 758-766.  
DOI : 10.21086/ksles.2016.12.23.6.758
- [21] UNECE. (2009). Integration and Participation of Older Persons in Society, *UNECE Policy Brief on Ageing* No. 4(November 2009), United Nations Economic Commission for Europe.
- [22] S. J. Chang, S. Y. Kim & K. J. Moon.(2015). Social Integration in Later Life: The Possible Mediating Role of Sense of Community on the Relationship between Social Participation and Social Well-Being. *Journal of*

*Community Welfare*, 52, 1-29.

DOI: 10.15300/jcw.2015.52.1.1

- [23] Y. R. Park, Y. S. Yum, E. H. Jung, S. H. Chu & H. C. Kim. (2014). An exploratory analysis of the effects of Gyungrodang use on depression of the elderly in rural area. *Korean Journal of Social Welfare Research*, 40, 109-128.
- [24] E. W. Nam, N. Ikeda, J. Green, J. Y. Moon & M. B. Park. (2008). Determinants of the Self-Rated Health Status of the Elderly in Healthy City Wonju, Republic of Korea, *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 25(5), 65-77.
- [25] S. M. Moon. (2017). Gender differences in the impact of socioeconomic, health-related, and health behavioral factors on the health-related quality of life of the Korean elderly. *Journal of Digital Convergence*, 15(6), 259-271. DOI : 10.14400/JDC.2017.15.6.259
- [26] S. B. Shin & J. Y. Park. (2015). Analysis of the Determinants of Quality of Life in Elderly Women. *Journal of Asian Women*, 54(2), 7-46.
- [27] H. Y. Song & M. H. Park.(2017). Comparable Influencing Factors for Quality of Health-Life in Osteoarthritis Patients in Urban and Rural Area. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(6), 311-323. DOI:10.15207/JKCS.2017.8.6.311

김 경 수(Kim, Kyoung Su)

[정회원]



- 2013년 2월 : 경희대학교 간호학 (학사)
- 2016년 3월 ~ 현재 : 경희대학교 간호학과 석사과정
- 관심분야 : 성인간호학
- E-Mail : 0107314@naver.com

이 혜 경(Lee, Hye Kyung)

[정회원]



- 2012년 2월 : 공주대학교 간호학 박사(Ph.D)
- 2015년 3월 ~ 현재 : 공주대학교 간호학과 교수
- 관심분야 : 지역사회간호, 건강증진, 대체요법

▪ E-Mail : hklee@kongju.ac.kr

이 창 금(Lee, Grace Changkeum)

[정회원]



- 2012년 12월 : University of Massachusetts(BSN)
- 2014년 11월 : MidAmerica Nazarene University(MSN)
- 2017년 8월 : 공주대학교 간호학 박사(Ph.D)

▪ 2018년 3월 ~ 현재 : 한국국제대학교 간호학과 교수

▪ 관심분야 : 성인간호, 다문화간호

▪ E-Mail : gchangkeumlee@gmail.com