

# 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질 수준 및 관련요인 분석

신경미<sup>ID</sup> · 배영실<sup>ID</sup>

춘해보건대학교 간호학과 조교수

## Analysis of Levels of Health-related Quality of Life and Its Related Factors of Traditional Market Merchants

Shin, Keung-Mi · Bae, Young-Sil

Assistant Professor, Department of Nursing, Choonhae College of Health Sciences, Ulsan, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify levels of health-related quality of life (EQ-5D) and its related factors among merchants in traditional markets. **Methods:** A cross-sectional design was used. Data were collected through questionnaires and physical examination on blood pressure, blood glucose, total cholesterol and BMI between February 12 and April 13, 2018. The participants were 175 merchants from two traditional markets in U. Metropolitan city. The data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA and multiple regression analysis using the SPSS/WIN 22.0 program. **Results:** Levels of health-related EQ-5D were significantly different according to demographic characteristics, smoking status, exercise, total cholesterol, BMI, subjective health status, stress, and depression. The EQ-5D related factors were variables that had significant influence on subjective health status ( $\beta=.30$ ,  $p<.001$ ), gender ( $\beta=.27$ ,  $p<.001$ ), BMI ( $\beta=-.16$ ,  $p=.012$ ), depression ( $\beta=-.17$ ,  $p=.010$ ), and working period ( $\beta=-.15$ ,  $p=.021$ ). They explained 27.2% of the total variance of health-related quality of life ( $F=13.91$ ,  $p<.001$ ). **Conclusion:** The findings of this study indicated that disease prevention and health management is essential for merchants who work in traditional markets to promote their health-related quality of life. For better merchants outcome, the intervention program should consider factors that are subjective health status, gender, BMI, depression, and working period in order to improve levels of EQ-5D.

**Key Words:** Health; Quality of life; Depression

## 서론

### 1. 연구의 필요성

만성질환의 증가와 평균 수명의 연장은 의료의 개념이 치료적 접근에서 예방적 접근으로 바뀌는데 영향을 미쳤고, 건강 개념 또한 개인 스스로 만족할 만한 건강한 삶을 영위하여 자신의 삶의 질을 높이는 개념으로 변화하고 있다[1].

삶의 질은 삶의 전반적인 경험이나 상황에 대한 주관적인 만족감으로 정의되며, 개인이 얼마나 만족스러운 삶을 살아가고 있는지를 이해하는데 필요한 모든 요소를 포함하고 있다[2]. 반면에 건강 관련 삶의 질은 건강 수준 또는 질병 정도에 의해 영향을 받는 삶의 질의 한 측면으로서[3] 개인에게 미치는 건강 상태 정도가 개인생활 만족도에 영향을 미치게 되는 복합적인 개념을 함께 포함하고 있다[2]. 즉, 건강 관련 삶의 질은 개인의 건강 체제 속에서 자신의 삶이 어떠한지에 대한 지각으로, 개인

**주요어:** 건강, 삶의 질, 우울

**Corresponding author:** Bae, Young-Sil

Department of Nursing, Choonhae College of Health Sciences, 9, Daehak-gil, Ungchon-myeon, Ulju-gun, Ulsan 44965, Korea.  
Tel: +82-52-270-0173, Fax: +82-52-270-0189, E-mail: youngsilb@ch.ac.kr

Received: Feb 20, 2019 / Revised: Aug 25, 2019 / Accepted: Oct 15, 2019

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.

의 건강상태와 신체적, 정신적 건강인식 등에 직접적 또는 간접적으로 영향을 받는 개인의 주관적인 삶의 질을 의미한다[4].

건강 관련 삶의 질과 관련된 선행연구는 대부분이 건강 관련 삶의 질에 대한 분석 및 이에 미치는 영향요인에 대한 조사연구가 많았다. 선행연구에서 해녀노인을 대상으로 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인으로 일상생활 수행능력, 우울, 주관적 건강인식으로 나타났고[5], 노인여성을 대상으로 조사한 연구에서는 주관적 건강인식과 스트레스, 자기효능감, 경제적 수준으로 설명한 바 있다[6,7]. 또한 Kim [1]의 연구에서 노인여성의 건강 관련 삶의 질에 성별, 주관적 건강인식, 비만정도, 우울, 일상생활활동 및 사회적 지지로 제시되었고, 이러한 다양한 요인 중에서 노인층을 대상으로 조사한 결과, 주관적 건강인식, 우울, 스트레스가 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다.

한편, 전통시장 상인들의 평균 연령은 59.24세로, 50세 이상 70세 미만이 전체 대상자의 70.2%로 많았고[8], 대부분이 중장년층과 노년층으로 구성되었다[9]. 상인들은 전통시장 안팎의 소음, 분진, 간접흡연, 고온과 같은 열악한 환경에 노출되기 쉬울 뿐 아니라 증속과 같은 외부 먼지로 인해 우울증, 스트레스 등의 정신건강까지도 위협받고 있다. 무엇보다 상인 대부분은 좁은 점포 안에서 활동제한이 따르며, 평균 11.30시간의 노동시간으로[10] 일반인 근로자에 비해 많은 시간동안 일을 하고 있는 실정이다[11]. 또한 외출이나 휴가, 건강관리를 위한 시간 내기가 어려운 근로환경에 놓여 있으며[11] 특히, 보건의료 서비스 부재 및 다양한 건강문제를 가지고 있음에도 불구하고 이들의 건강관리에 대한 접근이 어려운 현실이다.

그러나 지금까지 건강 관련 삶의 질과 관련된 선행연구에서 대부분의 대상자는 여성노인[1,6], 해녀노인[5], 농촌 지역 취약계층 노인[1], 고혈압 환자[12], 농촌 지역 성인[13], 암 환자[14], 재가 장애인[15] 등이었고, 건강취약층으로 불리는 전통시장 상인을 대상으로 조사한 연구는 전무한 상황이다.

전통시장 상인을 대상으로 조사한 선행연구로는 대사증후군을 가진 여성 상인을 위한 건강증진 프로그램 개발[16], 건강상태와 보건의료요구도[17], 건강실태 및 건강행태[11]와 관련된 조사연구가 대부분이었다. 따라서 전통시장 상인들의 건강수준과 질병에 영향을 받는 건강 관련 삶의 질 정도를 측정하여 이들의 건강관리 및 건강증진을 위한 정책적 대안이 필요한 시점이라 할 수 있겠다.

제7기 1차 년도 국민건강영양조사[18]에 따르면 60세 이상 노년층을 대상으로 고혈압이 59.7%, 당뇨는 25.2%, 고콜레스테롤혈증은 29.9%로 나타났고, 60세 이상의 시장 상인을 대상으로 조사한 연구[1]에서는 고혈압 70.4%, 당뇨 23.9%, 고콜레

스테롤혈증 30.8%로 나타나 60세 이상의 일반인에 비해 고혈압과 당뇨 유병률이 전통시장 상인에서 더 높은 것으로 보고된 바 있다. 즉, 경제적으로 어렵거나 보건의료기관에 대한 접근성이 낮은 환경에서 생활하는 대상자의 경우, 만성질환에 대한 높은 유병률과 건강 관련 삶의 질이 낮을 수 있음을 시사하고 있다[13]. 또한 신체활동이 적은 노인일수록 건강 관련 삶의 질이 더 낮은 것으로 보고되어[19] 활동하는데 제한이 큰 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질을 파악하는 것은 지역사회 건강관리를 위해 필수적이다.

이에 전통시장 상인을 대상으로 이들의 건강 관련 삶의 질과 이에 미치는 영향요인을 알아보고 전통시장 상인의 건강관리에 대한 취약점을 인지하고 개선하여 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램 개발에 기초자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 전통시장 상인들의 인구사회학적 특성 및 건강행태 특성, 혈압, 혈당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스 및 우울에 따른 건강 관련 삶의 질을 파악한다.
- 전통시장 상인들의 건강 관련 삶의 질과 관련된 변수와의 상관관계를 파악한다.
- 전통시장 상인들의 인구사회학적 특성 및 건강행태 특성, 혈압, 혈당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스 및 우울과 건강 관련 삶의 질의 관련요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질 수준 및 관련 요인을 조사한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 기간

본 연구대상자는 U시에 위치한 전통시장 중 점포수 100개 이상의 중대형 전통시장을 대상으로 공개모집을 통해 신청을 받아 적합성을 고려한 후 2곳의 전통시장을 선정하였고, 선정된 전통시장 상인들 중 기초조사에 스스로 참여를 원하는 대상으로 하였다. 자료수집기간은 2018년 2월 12일부터 2018년 4

월 13일까지이며, 본 연구에서 다중회귀분석 통계적 검증에 필요한 최소 표본수를 산출하기 위해 Cohen [20]이 제시한 표본 크기를 근거로 G\*Power 3.1.2 프로그램을 이용하였다. 분석방법은 통계 유의수준 .05, 중간 효과크기 .15, 검정력 .95로 설정하여 1곳의 시장에 필요한 표본의 수는 74명이었고, 선정된 시장이 2곳이므로 148명이 요구되었다. 그러나 시장의 바쁜 특성으로 손님들이 언제 방문할지 모르는 상황에서 설문작성 시 중단할 가능성이 보여 표본수의 20%의 탈락률을 고려한 178명을 설문조사하였다. 설문지 작성을 위해 연구보조자는 전통시장 2곳에 각각 5명씩 투입되었고, 설문지 내용을 미리 교육받은 연구보조자가 1:1 개별 면접을 통해 직접 읽어주고 기록하는 방법으로 설문조사를 실시하였다. 이러한 이유로 대상자의 응답이 불충분하거나 통계하기가 어려운 자료는 없었고, 상인 3명이 설문조사 중 포기하여 최종 자료분석에 이용한 총 설문지는 175부이었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 인구사회학적 특성 및 건강행태 특성

인구사회학적 특성에 따른 변수는 성별, 나이, 교육정도, 결혼유무, 재래시장에서 일한 경력, 소득수준이었다. 연령은 '50세 이하', '51~60세', '61~70세', '71세 이상'으로 분류하였고, 학력은 '무학', '초등', '중등', '고등', '대졸'로, 재래시장 일한 경력은 '1~10년', '11~20년', '21~30년', '31년 이상'으로, 소득수준은 '100만원 이하', '101~200만원', '201~300만원', '301만원 이상'으로 구분하였다. 만성질환 유무는 '현재 앓고 있는 만성질환이 있습니까?'의 문항으로 '예', '아니오'로 구분하여 조사하였다.

건강행태에 대한 변수는 국민건강영양조사[18]에서 사용한 문진표 중에서 본 연구와 부합되는 문항을 간호학과 교수 2명, 정신과 전문의 1명, 정형외과 전문의 1명, 내과 전문의 1명인 총 5명의 의견을 반영한 후 선별하여 사용하였다. 음주유무, 흡연유무, 운동유무, 10분 이상 걷기, 하루 동안 서 있는 시간과 앉아있는 시간으로 구성하였다. 음주는 '술을 마십니까?'에서 '예', '아니오'로, 흡연은 '현재 담배를 피웁니까?'에 대한 문항은 현재흡연, 비흡연, 과거흡연으로 구분하였다. '운동을 합니까?'에서는 '예', '아니오'로, '10분 이상 걷기를 합니까?'는 '예', '아니오'로 구분하였다. 시간의 빈도에 따라 '하루 동안 앉아있는 시간은 어느 정도 입니까?'에 대한 문항은 '1~3시간', '4~6시간', '7시간 이상'으로 '하루 동안 서 있는 시간은 어느 정도 입니까?'의 문항에서도 '1~3시간', '4~6시간', '7시간 이상'

으로 구분하여 조사하였다.

#### 2) 혈압측정

혈압(mmHg)은 대상자가 5분간 안정을 취한 후 메타식 혈압기(Hico, Japan)를 이용하여 수축기압과 이완기압을 측정하였다. 먼저 오른팔에서 1차 혈압을 측정하고, 30초 간격으로 2차 혈압을 측정하여 반복 측정한 값의 평균값을 구하였다. 수축기압은 120 mmHg 미만은 정상, 120~139 mmHg 고혈압 전단계, 140~159 mmHg 고혈압 1기, 160 mmHg 고혈압 2기로 분류하였다. 이완기압은 80 mmHg 미만은 정상, 80~89 mmHg 고혈압 전단계, 90~99 mmHg 고혈압 1기, 100 mmHg 이상 고혈압 2기로 분류하였다.

#### 3) 혈당 측정

혈당(Blood Glucose, mg/dL)은 간이혈당기(미래 3.3 G, Korea)를 이용하여 손가락 말초혈관에서 란셋으로 채취하여 시험지를 이용한 식후 2시간 혈당을 측정하였다. 혈당은 139 mg/dL 이하는 정상, 140~199 mg/dL 내당능장애, 200 mg/dL 이상 당뇨병으로 분류하였다.

#### 4) 총콜레스테롤 측정

총콜레스테롤(Total Cholesterol, mg/dL)은 간이콜레스테롤 측정기(BeneCheck, Germany)를 이용하여 혈당 측정과 동일한 방법으로 손가락 말초혈관에서 란셋으로 채취하여 시험지를 이용하여 측정하였다. 총콜레스테롤인 199 mg/dL 이하는 정상, 200 mg/dL 이상은 비정상적으로 분류하였다.

#### 5) 체질량지수(Body Mass Index, BMI) 측정

체질량지수(BMI, kg/m<sup>2</sup>)는 키(m)와 몸무게(kg)를 측정하여 산출하였으며, 체중을 키로 나누어 계산하였다. 몸무게는 체중계(QIE-2007A, China)를 이용하였고 키는 일직선 자동 줄자로 곧은 벽면을 이용하여 측정하였다. 체질량지수는 18.4 kg/m<sup>2</sup> 이하는 저체중, 18.5~24.9 kg/m<sup>2</sup> 정상, 25~29.9 kg/m<sup>2</sup>비만, 30 kg/m<sup>2</sup>이상은 고비만으로 분류하였다.

#### 6) 주관적 건강인식

주관적 건강인식은 국민건강영양조사[18]에서 건강면접조사에서 활용한 설문문항으로 조사하였고, 최근 건강상태에 대해 어떻게 생각하는지에 대한 문항으로 '많이 좋다', '조금 좋다', '보통이다', '조금 나쁘다', '아주 나쁘다'로 구성하였다.

7) 우울

우울 측정도구는 Spitzer 등[21]이 개발하고 Han 등[22]이 번안한 한국어판 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)를 저자의 승인을 받아 사용하였다. PHQ-9는 정신건강을 평가하기 위해 개발된 것으로 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)의 우울 삽화의 진단기준과 일치하도록 구성되었다. PHQ-9는 도구의 민감도와 특이도가 모두 우수하고, 9문항으로 간결하여 측정하는데 소요시간이 적은 자기보고식 설문지로, 최근 2주 동안 얼마나 이러한 문제를 자주 겪었는지를 알아보기 측정한 점수를 합하여 산출하였다. 반응은 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘수일 정도’, ‘1주일 이상’, ‘거의 매일’의 4점 척도로 평가되며, 점수의 범위는 0점에서 27점이었다. 총 27점 중 1~4점은 정상, 5~9점은 경미한 우울, 10~19점은 경중 우울, 20~27점은 중중 우울을 의미하며, PHQ-9의 점수가 높을수록 우울 증상을 겪는 정도가 많은 것으로 우울 증상의 심각도가 높은 것을 의미한다. PHQ-9의 9개 설문문항의 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .79였고, 본 연구에서의 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .74였다.

8) 스트레스

스트레스의 측정도구는 Goldberg [23]의 General Health Questionnaire (GHQ)-60을 기초로 Chang 등[24]이 재개발한 심리사회적 웰빙지표인 Psychosocial Well-being Index (PWI)의 18문항인 단축형 Psychosocial Well-being Index-Short Form (PWI-SF)를 사용하였다. PWI-SF는 ‘매우 그렇다’, ‘약간 그렇다’, ‘그렇다’, ‘전혀 그렇지 않다’의 4점 척도로 0점에서 3점까지의 각 해당 점수의 총합으로 평가하였다. 점수 범위는 0~54점이고 총 점수가 8점 이하는 ‘건강군’, 9~26점은 ‘잠재적 스트레스군’, 27점 이상은 ‘고위험군’으로 평가하였다. PWI-SF의 설문문항 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .76이었고, 본 연구에서의 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .79였다.

9) 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질의 측정은 EuroQoL Group에 의해 개발된 EuroQoL-5 dimension (EQ-5D)를 EQ-5D Research Foundation 승인 후 사용하였다. EQ-5D는 건강 관련 삶의 질을 측정하는 도구로서 전반적인 건강을 측정하기 위해 개발되었다. 5개의 객관식 문항으로 운동능력(Mobility, M), 자기관리(Self-Care, SC), 일상활동(Usual Activities, UA), 통증/불편감(Pain/Discomfort, PD) 및 우울/불안(Anxiety/Depression, AD)의 현재의 건강 상태를 묻는 문항으로 구성되었으며, 5개

의 문항에서 각 응답의 내용은 ‘전혀 문제없음’, ‘다소 문제 있음’, ‘많이 문제 있음’의 세 단계로 나뉜다. 운동능력 문항의 대답은 ‘나는 걷는데 지장이 없다’, ‘나는 걷는데 다소 지장이 있다’, ‘나는 종일 누워 있어야 한다’로, 자기관리 문항은 ‘나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다’, ‘나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다’, ‘나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다’로 구성되었다. 일상활동 문항으로는 ‘나는 일상활동을 하는데 지장이 없다’, ‘나는 일상활동을 하는데 다소 지장이 있다’, ‘나는 일상활동을 할 수 없다’이며, 통증과 불편감에 대한 문항의 대답은 ‘나는 통증이나 불편감이 없다’, ‘나는 다소 통증이나 불편감이 있다’, ‘나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다’로, 불안과 우울 문항의 대답으로는 ‘나는 불안하거나 우울하지 않다’, ‘나는 다소 불안하거나 우울하다’, ‘나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다’로 구성되었다. 문항에 대한 대답은 건강상태를 설명하며 다섯 가지 문항의 측정값 각각에 대하여 가중치를 적용하여 건강 관련 삶의 질 점수인 EQ-5D 값을 구하게 된다. EQ-5D값의 범위는 완전한 건강상태를 의미하는 1점에서 죽음보다 못한 건강상태인 -1점 사이에 분포하며, 건강 관련 삶의 질을 측정함에 있어 객관성 있는 측정 지표로 인정받고 있다. 본 연구에서는 건강 관련 삶의 질 가중치 계산은 한국인을 대상으로 삶의 질 가중치 측정을 적용한 Nam 등[25]의 가중치 모형을 적용하여 EQ-5D 값을 산출하였다.  $EQ-5D = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.13 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.028 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3 + 0.050 \times N3)$

변수들의 정의는 M2가 운동능력 수준 2인 경우는 1, 그렇지 않으면 0으로 정의하여 적용하였고, 동일한 방법으로 M3은 운동능력 수준 3인 경우가 1, 그렇지 않으면 0으로 정의하여 적용하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구자는 춘해보건대학교 기관생명윤리위원회(Institutional Review of Board)로부터 본 연구의 목적과 방법, 피해 보상에 대한 규약, 설명문과 동의서, 이해상충공개서, 피험자 모집문건 및 연구계획서에 대한 심의를 거쳐 연구 승인(IRB No.: 201804-06)을 받았다. 윤리적인 고려를 위하여 연구대상자에게 연구에 참여하는 도중에 언제든지 연구참여를 그만 둘 수 있다는 설명과 연구에 참여하지 않아도 불이익이 없음을 알렸다. 연구결과는 연구 이외에는 사용되지 않을 것을 직접적으로 설명한 후 연구대상자로부터 직접 서면 동의를 받아 자율적

으로 참여를 결정하도록 하였다.

### 5. 자료수집

본 연구가 시행되기 전 연구자는 공모에 당첨된 2곳의 시장 상인회장과 상인회 대표 및 관리책임자와 상인들을 직접 개별적으로 만나 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 동의를 받았다. 2018년 2월 12일부터 4월 13일까지 전통시장을 방문하여 설문 조사를 위해 훈련받은 연구보조자 10명은 2곳의 전통시장에 5명씩 각각 나누어 설문조사를 진행하였고, 설문지 작성은 연구보조자와 1:1 개별적으로 이루어졌다. 설문 소요시간은 1인당 25분 정도이었다.

### 6. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN 22.0 (SPSS, Chicago, Illinois, USA) 프로그램을 이용하여 인구사회학적 특성 및 건강

행태 특성, 기초신체검사, 우울 및 스트레스에 따른 건강 관련 삶의 질의 수준 차이를 알아보기 위하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, t-test와 ANOVA, Scheffé 사후 분석을 실시하였다. 인구사회학적 특성 및 건강행태의 특성, 기초신체검사, 우울 및 스트레스와 건강 관련 삶의 질의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson's correlation coefficient를 이용하였고, 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인은 단계적 다중회귀(stepwise multiple regression)로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 인구사회학적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 수준

인구사회학적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 수준에 대한 결과는 Table 1과 같다. 건강 관련 삶의 질은 성별(F=16.35,  $p < .001$ ), 연령(F=2.48,  $p = .034$ ), 교육수준(F=2.52,  $p = .043$ ), 경력(F=3.11,  $p = .028$ ), 수입정도(F=2.91,  $p = .036$ ), 만성질환

**Table 1.** Distribution of Health-related EQ-5D Levels according to Demographic Characteristics (N=175)

Characteristics	Categories	Quality of life (EQ-5D)		t or F	p	Duncan
		n (%)	M±SD			
Gender	Male	57 (32.6)	0.90±0.07	16.35	< .001	
	Female	118 (67.4)	0.84±0.10			
Age (year)	≤ 50	32 (18.3)	0.89±0.09 <sup>b</sup>	2.48	.034	a < b
	51~60	66 (37.3)	0.88±0.08 <sup>b</sup>			
	61~70	66 (37.3)	0.84±0.10 <sup>ab</sup>			
	≥ 71	11 (6.3)	0.82±0.17 <sup>a</sup>			
Education	No education	4 (2.3)	0.85±0.11 <sup>ab</sup>	2.52	.043	a < b
	Elementary school	38 (21.7)	0.83±0.09 <sup>a</sup>			
	Middle school	45 (25.7)	0.86±0.09 <sup>ab</sup>			
	High school	75 (42.9)	0.88±0.10 <sup>ab</sup>			
	≥ College	13 (7.4)	0.92±0.03 <sup>b</sup>			
Working period on traditional market (year)	≤ 10	68 (38.9)	0.89±0.07 <sup>b</sup>	3.11	.028	a < b
	11~20	40 (22.9)	0.85±0.10 <sup>ab</sup>			
	21~30	42 (24.0)	0.86±0.11 <sup>ab</sup>			
	≥ 31	25 (14.2)	0.83±0.13 <sup>a</sup>			
Monthly income (10,000 won)	≤ 100	52 (29.7)	0.84±0.12 <sup>a</sup>	2.91	.036	a < b
	101~200	70 (40.0)	0.87±0.09 <sup>ab</sup>			
	201~300	28 (16.0)	0.86±0.10 <sup>a</sup>			
	≥ 301	25 (14.3)	0.91±0.04 <sup>b</sup>			
Chronic disease	Don't have	67 (38.3)	0.88±0.08	6.65	.011	
	Have	108 (61.7)	0.84±0.11			
	Hypertension	47 (43.5)	0.85±0.12			
	Diabetes	17 (15.8)	0.82±0.15			
	Hypercholesterolemia	14 (13.0)	0.81±0.16			
	Osteoporosis	4 (3.7)	0.91±0.06			
	Others	26 (24.0)	0.79±0.14			

EQ-5D=EuroQoL-5Dimensional.

유무( $F=6.65, p=.011$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 대상자의 성별에 따른 건강 관련 삶의 질은 남성이  $0.90\pm 0.07$ 점으로 여성  $0.84\pm 0.10$ 점보다 높게 나타났고, 연령별로는 50세 이하가  $0.88\pm 0.09$ 점으로 가장 높았으며, 71세 이상이  $0.81\pm 0.17$ 점으로 가장 낮게 나타났다. 교육정도는 대학 이상 졸업이  $0.92\pm 0.01$ 점, 결혼 상태는 이혼이  $0.91\pm 0.01$ 점, 경력은 10년 이하가  $0.89\pm 0.07$ 점, 수입정도는 301만원 이상이  $0.91\pm 0.04$ 점으로 가장 높게 나타났다. 만성질환을 가지고 있지 않은 대상자의 삶의 질은  $0.88\pm 0.08$ 점으로 만성질환을 가진 대상자의 삶의 질  $0.84\pm 0.11$ 점보다 더 높게 나타났다. 만성질환 중에서는 고혈압이 43.5% (47명), 당뇨 15.8% (17명), 고지혈증 13.0% (14명), 골다공증 3.7% (4명), 기타 24.0% (26명)로 고혈압이 가장 높게 나타났다.

## 2. 건강행태 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 수준

건강행태 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 수준의 차이는 Table 2와 같다. 건강 관련 삶의 질은 흡연유무( $F=3.75, p=.025$ ), 운동유무( $F=8.00, p=.005$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 흡연자의 건강 관련 삶의 질은 흡연자  $0.91\pm 0.05$ 점, 비흡연자  $0.85\pm 0.10$ 점, 과거 흡연자  $0.87\pm 0.12$ 점으로, 흡연자의 건강 관련 삶의 질이 가장 높게 나타났고, 운동유무에서는 운동을 하는 대상자가  $0.89\pm 0.06$ 점으로 비운동 대상자  $0.85\pm 0.11$ 점에 비해 유의하게 높게 나타났다. 10분 이상 걷기유무, 서있는

시간과 앉아있는 시간에 따라서는 유의한 차이가 없었고, 10분 이상 걷는 대상자의 건강 관련 삶의 질은  $0.87\pm 0.10$ 점으로 10분 이상 걷지 않는 대상자의 건강 관련 삶의 질  $0.85\pm 0.10$ 점보다 높게 나타났다. 서있는 시간과 앉아있는 시간 모두 4~6시간일 때  $0.87\pm 0.10$ 점,  $0.88\pm 0.07$ 점으로 건강 관련 삶의 질이 가장 높았다.

## 3. 혈압, 혈당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강 인식, 스트레스 및 우울에 따른 건강 관련 삶의 질 수준

혈압, 혈당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스 및 우울에 따른 건강 관련 삶의 질 수준 차이는 Table 3과 같다. 혈압, 혈당을 제외한 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스, 우울에 따라 유의한 차이를 보였다. 총콜레스테롤은 수치가 199 mg/dL 이하인 대상자의 건강 관련 삶의 질  $0.88\pm 0.08$ 점으로 200 mg/dL 이상인 대상자  $0.85\pm 0.11$ 점보다 건강 관련 삶의 질이 높게 나타났다. 체질량지수는 저체중일 때  $0.76\pm 0.01$ 점으로 가장 낮았고, 비만일 때가  $0.79\pm 0.12$ 점으로 낮았으며 정상범위일 때  $0.88\pm 0.09$ 점으로 가장 높게 나타났다. 주관적 건강인식은 ‘아주 건강하다’  $0.90\pm 0.06$ 점에서 ‘아주 나쁘다’  $0.62\pm 0.15$ 점으로 건강을 나쁘게 인식할수록 삶의 질은 낮게 나타났다. 스트레스는 정상범위  $0.88\pm 0.06$ 점에서 삶의 질이 가장 높아 스트레스가 높을수록 삶의 질

**Table 2.** Distribution of Health-related EQ-5D Levels according to Health Behaviors (N=175)

Characteristics	Categories	Quality of life (EQ-5D)		t or F	p
		n (%)	M±SD		
Drinking status	Yes	77 (44.0)	0.87±0.09	1.34	.247
	Nondrinking	98 (56.0)	0.85±0.10		
Smoking status	Yes	24 (13.7)	0.92±0.05	3.75	.025
	Nonsmoker	138 (78.9)	0.86±0.10		
	Ex-smoker	13 (7.4)	0.88±0.12		
Exercise	Yes	58 (33.1)	0.89±0.06	8.00	.005
	No	117 (66.9)	0.85±0.11		
Walking (more than 10 minute/during working hours)	Yes	140 (80.0)	0.87±0.10	0.96	.328
	No	35 (20.0)	0.85±0.10		
Standing (time/day)	1~3	51 (29.1)	0.84±0.11	1.77	.172
	4~6	49 (28.0)	0.87±0.10		
	≥7	75 (42.7)	0.87±0.08		
Sitting (time/day)	1~3	94 (53.7)	0.86±0.10	2.76	.066
	4~6	52 (29.7)	0.88±0.07		
	≥7	29 (16.6)	0.82±0.10		

EQ-5D=EuroQoL-5Dimensional.

**Table 3.** Distribution of Health-related EQ-5D Levels according to Health Status

(N=175)

Characteristics	Categories	Quality of life (EQ-5D)		t or F	p	Duncan
		n (%)	M±SD			
BP-systolic (mmHg)	< 120	43 (24.6)	0.86±0.09	0.04	.989	
	120~139	70 (40.0)	0.86±0.09			
	140~159	42 (24.0)	0.86±0.11			
	≥ 160	20 (11.4)	0.86±0.10			
BP-diastolic (mmHg)	< 80	39 (22.3)	0.86±0.09	0.16	.851	
	80~89	70 (40.0)	0.86±0.10			
	90~99	34 (19.4)	0.86±0.10			
	≥ 100	32 (18.3)	0.86±0.09			
Blood glucose (mg/dL)	Normal	138 (78.9)	0.86±0.09	0.17	.837	
	Impaired glucose tolerance	27 (15.4)	0.87±0.10			
	Diabete mellitus	10 (5.7)	0.85±0.17			
Total cholesterol (mg/dL)	≤ 199	68 (38.9)	0.88±0.08	3.74	.042	
	≥ 200	107 (61.1)	0.85±0.11			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Under-weight	2 (1.1)	0.76±0.01	3.51	.017	
	Normal weight	86 (49.1)	0.88±0.09			
	Overweight	75 (42.9)	0.86±0.10			
	Obesity	12 (6.9)	0.79±0.12			
Subjective health status	Very good	8 (4.6)	0.90±0.06 <sup>b</sup>	19.90	< .001	a < b
	Good	18 (10.3)	0.88±0.07 <sup>b</sup>			
	Fair	93 (53.1)	0.88±0.06 <sup>b</sup>			
	Poor	48 (27.4)	0.83±0.10 <sup>b</sup>			
	Very poor	8 (4.6)	0.62±0.15 <sup>a</sup>			
Stress	Normal	43 (24.6)	0.88±0.06 <sup>b</sup>	4.13	.018	a < b
	Potential stress	108 (61.7)	0.86±0.09 <sup>b</sup>			
	High risk stress	24 (13.7)	0.81±0.15 <sup>a</sup>			
Depression	Normal	121 (69.1)	0.88±0.08 <sup>b</sup>	8.04	< .001	a < b
	Weak depression	41 (23.4)	0.87±0.10 <sup>b</sup>			
	Mild depression	12 (6.9)	0.73±0.17 <sup>ab</sup>			
	Severe depression	1 (0.6)	0.77±0.01 <sup>a</sup>			
Health-related quality of life			0.86±0.01			

EQ-5D=EuroQoL-5Dimensional; BP=blood pressure; BMI=body mass index.

은 낮게 나타났고, 우울은 정상범위에서 건강 관련 삶의 질이 0.87±0.08점으로 가장 높았고, 경미한 우울 0.86±0.10점, 중증 우울 0.77±0.01점, 경증우울 0.73±0.16점 순으로 나타났다.

#### 4. 인구사회학적 특성 및 건강행태 특성, 주관적 건강인식, 스트레스, 우울과 건강 관련 삶의 질의 상관관계

ANOVA 분석에서 유의하게 나온 성별, 나이 교육수준, 경력, 소득수준, 만성질환유무, 흡연유무, 운동유무, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스, 우울 변수 중 성별, 교육수준, 만성질환유무, 흡연유무, 운동유무, 주관적 건강인식은 더미변수로, 경력, 소득수준, 총콜레스테롤, 체질량지수, 스트레스, 우울은 연속변수로 처리하여 건강 관련 삶의 질

과의 상관성에 대한 분석결과는 Table 4와 같다. 성별( $r=-.29, p<.001$ ), 교육수준( $r=-.20, p=.007$ ), 연령( $r=-.20, p=.006$ ), 경력( $r=-.21, p=.005$ ), 운동유무( $r=-.21, p=.005$ ), 체질량지수( $r=-.23, p=.034$ ), 스트레스( $r=-.21, p=.004$ ), 우울( $r=-.28, p<.001$ )은 건강 관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 보였다. 수입정도( $r=.19, p=.009$ ), 만성질환 유무( $r=.19, p=.011$ ), 주관적 건강인식( $r=.37, p<.001$ )은 건강 관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보였다.

#### 5. 건강 관련 삶의 질에 관련된 영향요인

건강 관련 삶의 질과 관련된 독립변수들의 설명력을 파악하기 위해 ANOVA와 상관관계 분석에서 건강 관련 삶의 질에

**Table 4.** Correlations of Related Variables with Health-related EQ-5D

(N=175)

Categories	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Gender	1													
2. Education	-.23 (.002)	1												
3. Age	.14 (.050)	-.48 ( $<.001$ )	1											
4. Working period	.02 (.762)	-.47 ( $<.001$ )	.48 ( $<.001$ )	1										
5. Household income	-.22 (.003)	.40 ( $<.001$ )	-.34 ( $<.001$ )	-.29 ( $<.001$ )	1									
6. Chronic disease	-.04 (.571)	.21 (.004)	-.37 ( $<.001$ )	-.23 (.002)	.15 (.044)	1								
7. Smoking	.19 (.008)	-.09 (.221)	.29 ( $<.001$ )	.15 (.038)	-.13 (.087)	-.19 (.009)	1							
8. Exercise	.08 (.289)	-.21 (.005)	-.05 (.515)	-.12 (.109)	-.11 (.135)	.04 (.560)	-.12 (.103)	1						
9. Total cholesterol	.32 ( $<.001$ )	-.09 (.217)	.05 (.491)	-.01 (.974)	-.05 (.452)	.05 (.443)	.12 (.109)	-.03 (.615)	1					
10. BMI	-.04 (.439)	-.23 (.008)	.19 (.055)	.17 (.159)	-.23 (.002)	-.11 (.291)	.02 (.181)	.16 (.104)	-.01 (.985)	1				
11. Subjective health status	-.04 (.599)	-.05 (.408)	-.08 (.272)	-.17 (.023)	.01 (.968)	.17 (.019)	-.07 (.340)	-.15 (.038)	-.13 (.077)	.01 (.596)	1			
12. Stress	-.04 (.565)	.19 (.011)	-.20 (.008)	-.12 (.099)	.04 (.553)	-.01 (.950)	-.12 (.093)	.17 (.022)	.03 (.683)	.01 (.610)	-.32 ( $<.001$ )	1		
13. Depression	.01 (.908)	.01 (.868)	-.18 (.013)	.06 (.405)	.01 (.932)	-.08 (.246)	-.01 (.868)	.25 (.001)	.05 (.510)	.10 (.337)	-.20 (.006)	.36 ( $<.001$ )	1	
14. Quality of life (EQ-5D)	-.29 ( $<.001$ )	-.20 (.007)	-.20 (.006)	-.21 (.005)	.19 (.009)	.19 (.011)	-.13 (.086)	-.21 (.005)	-.14 (.055)	-.23 (.034)	.37 ( $<.001$ )	-.21 (.004)	-.28 ( $<.001$ )	1

Dummy variables=Gender (male/female); Education (no education/education); Chronic disease (don't have/have); Smoking (yes/no); Exercise (yes/no); Subjective health status (healthy/unhealthy); EQ-5D=EuroQoL-5Dimensional; BMI=body mass index.

유의한 관련성이 있었던 변수를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 하였다. 명목척도인 성별은 더미변수 코딩 후 회귀식에 포함하였고, 통계적으로 유의한 변수들을 단계적으로 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 독립 변수에 대한 회귀 분석가정을 검증한 결과, 제거되지 않은 변수는 주관적 건강인식, 성별, 체질량지수, 우울, 경력으로 확인되었다. 회귀 모형 진단은 다중공선성, 잔차, 특이값을 확인하였고, 그 결과 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 각 변수들 간의 상관계수는 .80 이상인 변수가 없어서 독립적임이 확인되었다. 독립변수에 대한 입력변수들 간의 상관정도가 높은 상태인 다중공선성(multicollinearity) 여부를 확인하기 위해 분산팽창계수(Variation Inflation Factor, VIF)가 1.00-1.10로 기준인 10.00을 넘지 않았고, Durbin-Watson 통계량이 공차한계(tolerance)도 2.19으로 2에 근접하므로 잔차의 자기상관의 문제는 없어 회

귀 표준화 잔차의 등분산성과 정규 분포가정을 모두 만족하는 것으로 나타나 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

따라서 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 주관적 건강인식( $\beta=.30, p<.001$ ), 성별( $\beta=.27, p<.001$ ), 체질량지수( $\beta=-.16, p=.012$ ), 우울( $\beta=-.17, p=.010$ ), 경력( $\beta=-.15, p=.021$ ) 순이었다. 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질에 대한 전체 설명력은 27.2%를 설명하였다( $F=13.91, p<.001$ ).

## 논 의

본 연구는 전통시장 상인을 대상으로 건강 관련 삶의 질 수준을 알아보고, 인구사회학적 특성, 건강행태의 특성, 혈압, 혈



Table 5. Factors Influencing Health-related EQ-5D

(N=175)

Variables	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	0.88	.04		21.00	< .001
Subjective health status	0.03	.00	.30	4.43	< .001
Gender	0.06	.01	.27	4.23	< .001
BMI	-0.02	.01	-.16	-2.55	.012
Depression	-0.02	.01	-.17	-2.62	.010
Working period	-0.01	.01	-.15	-2.33	.021

 $R^2=.29$ , Adj.  $R^2=.27$ ,  $F=13.91$ ,  $p<.001$ EQ-5D=EuroQoL-5Dimensional; SE=standard error; BMI=body mass index; Adj.  $R^2$ =Adjusted  $R^2$ .

당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스 및 우울에 대한 변수들과 건강 관련 삶의 질과의 관련성을 파악하고자 함이며, 이를 토대로 전통시장 상인들에게 실질적인 건강 증진 프로그램 개발에 있어 본 연구결과를 기초자료로 활용하기 위해 시도하였다.

본 연구결과, 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질은 1.00점 만점에 0.86점이었고, 해녀 노인을 대상으로 연구한 Chae 등[5]의 연구에서는 건강 관련 삶의 질이 0.89점으로 상인들에 비해 높게 나타났다. 해녀노인의 경우, 만성질환 유병률이 고혈압 31.0%, 당뇨 5.0%로, 고혈압 43.5%, 당뇨 15.8%로 나타난 상인들의 유병률에 비해 낮은 결과임을 알 수 있었다. 이는 만성질환에 대한 유병률이 높을수록 건강 관련 삶의 질은 낮아지며, 유병률이 낮을수록 건강 관련 삶의 질은 높아지므로 노인의 만성질환은 건강 관련 삶의 질을 낮추는 요인이 된다고 설명한 Chae 등[5]의 연구결과를 지지하였다. 또한 2014-2016년 국민 건강영양조사를 활용한 Hwang 등[26]의 연구에서 일반노인의 건강 관련 삶의 질이 0.83점으로 상인들에 비해 낮았고, 일반노인의 유병률은 고혈압 56.7%, 당뇨 22.6%로 보고하여 일반노인의 만성질환 유병률이 해녀노인과 시장 상인의 유병률보다 높게 나타났다. 또한 일반노인의 건강 관련 삶의 질은 0.83점으로 가장 낮았는데, 유병률이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 낮게 나타난 선행연구[5]와 본 연구결과를 뒷받침하였다. 따라서 건강 관련 삶의 질을 높이기 위해서는 만성질환 유병률을 낮추거나 또는 만성질환을 가진 대상자들의 건강관리에 대한 적극적인 관심과 관리가 필요할 것으로 판단되며, 상인들의 건강 관련 삶의 질 향상을 위해 만성질환 예방 및 관리 교육의 확대 추진방안이 마련되어야 할 것으로 본다.

본 연구에서 여성 상인의 건강 관련 삶의 질은 0.84점으로 남성 상인 0.90점에 비해 낮게 나타나 여성노인이 남성노인에 비해 건강 관련 삶의 질이 낮은 선행연구[19,25] 결과와 유사하였

다. Park과 Choi [19]는 여성노인의 건강 관련 삶의 질이 남성노인보다 낮은 이유가 가족중심적인 생활환경에 국한되어 살아온 여성노인의 사회적 활동제한으로 보았고, 이는 여성노인이 신체적인 질환이나 손상 시 남성노인에 비해 더욱 심각하게 받아들이고 예민하기 때문으로 설명하였다. 본 연구결과에서도 전체 상인 175명 중 여성 상인이 118명으로 67.4%를 차지하고 있어 전통시장 상인과 관련된 선행연구[9,11]에서 여성 상인의 비율이 높게 나타난 결과와 유사함을 알 수 있었다. 따라서 전통시장은 열악한 근로환경에 처해있고 대부분이 중,노년층의 여성 상인이므로 이들의 특수성을 충분히 파악한 전략적 건강관리가 필요하다. 특히 여성노인의 경우엔 출산과 육아, 가사, 노동 등을 지속적으로 해 왔고, 폐경으로 인한 생리적 변화 등 여성 고유의 특성과 노화에 따른 신체 기능상의 변화로 다른 연령층과 남성노인에 비해 건강 관련 삶의 질이 상대적으로 낮은 것으로 보고하였다[6]. 이에 상인들의 성별에 따른 특수성을 충분히 반영하여 여성 상인과 남성 상인으로 분류하여 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인을 구체적으로 분석하는 후속연구를 제안하고자 한다.

본 연구결과에서 혈압 수축기와 이완기, 혈당 및 총콜레스테롤의 수치 변화에 따른 건강 관련 삶의 질은 유의한 차이가 없었으나 체질량지수 측정 결과, 정상범위에서 고비만으로 갈수록 건강 관련 삶의 질은 0.88점에서 0.79점으로 유의하게 낮아지는 것을 확인할 수 있었다. 또한 농촌 지역 취약계층 노인을 대상으로 한 연구[1]에서 체질량지수가 정상인 노인의 건강 관련 삶의 질이 고비만 노인에 비해 0.82점으로 가장 높게 나타나 본 연구결과와 유사하였다. 이는 비만 지표인 체질량지수가 건강 관련 삶의 질에 있어 영향요인으로 작용하여 통계적 유의성을 제시한 Chung 등[15]의 연구결과와도 부분적으로 일치하였다. 하지만 더욱 관심을 가져야 할 부분은 본 연구결과에서 비만 상인들의 건강 관련 삶의 질은 0.79점이었고, 저체중 상인

은 0.76점으로, 비만 상인 보다 저체중 상인의 건강 관련 삶의 질이 더 낮게 나타난 점이었다. 이는 비만 상인의 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 노력도 중요하지만 저체중 상인의 건강 관련 삶의 질이 낮은 결과에 대한 면밀한 조사가 필요하겠다. 따라서 비만 상인의 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 중재방안과 더불어 저체중 상인에 대한 관심 및 건강 개선을 위한 적극적인 개입이 적용되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 주관적 건강인식이 '매우 좋다'와 '좋다'는 14.9%로 나타났고, '매우 나쁘다'와 '나쁘다'는 32.0%, '보통이다'는 53.1%로 나타났다. 주관적 건강인식이 '매우 좋다'에서 건강 관련 삶의 질은 0.90점으로 가장 높았으며, '매우 나쁘다'는 0.62점으로 건강 관련 삶의 질이 가장 낮게 나타났다. 이는 자신이 건강하다고 인식하는 상인의 경우, 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 상인보다 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 해석할 수 있다. Chae 등[5]과 Kim [1]의 연구에서 해녀 노인과 취약계층 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 주관적 건강인식이 주요변수로 작용하였으며, 주관적 건강인식이 상인의 건강 관련 삶의 질에 큰 영향을 미치는 변수로 나타난 본 연구결과와 일치하였다. 건강은 개인의 주관적인 인식과 관련이 있으며[27], 이는 건강행위를 결정짓는 중요한 인자로 설명한 바 있다[28]. 따라서 시장 상인 스스로 자신의 건강이 좋다는 인식을 가질 수 있도록 실질적으로 적용할 수 있는 건강 증진 프로그램 개발이 필요하며, 이를 위한 사회적 차원의 지원 또한 강화되어야 할 것이다.

한편, 스트레스와 우울 모두 건강 관련 삶의 질에 유의한 영향요인으로 보고된 선행연구[1,19]에 비해 본 연구에서는 우울만이 상인들의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미친 것으로 확인되었다. 하지만 Kim과 Sohn [7]의 연구에서는 건강 관련 삶의 질에 미치는 주요 요인으로 스트레스를 제시하였고, 스트레스는 질병과 높은 관련성을 가지며 스트레스를 자주 느낄수록 노인의 건강 관련 삶의 질은 낮아지는 것으로 보고하여 본 연구결과와는 상이하였다. 시장 상인의 건강 관련 삶의 질 및 관련요인에 대한 연구는 몇 가지 변수들의 인과관계를 보기 보다는 다양한 각도에서 각 요인들의 통합적인 접근의 필요성을 설명하였다. 따라서 스트레스가 상인의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인에서 제외된 이유를 밝히기 위해서는 다양한 지역에서 일하는 전통시장 상인들에 대한 지속적인 조사연구가 이루어져야 할 것이다. Park과 Choi [19]의 연구에서 정서적 우울이 노인의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인으로 작용하였는데, 그 이유는 남성노인보다 우울에 민감한 여성노인이 연구대상자의 70% 이상을 차지하였기 때문으로 설명하였다. 본 연

구에서도 상인들 중 67.4%가 여성 상인이어서 선행연구[19]와 부분적으로 일치하였다.

Jee와 Kim [27]은 지역사회 노인들에게 간단한 신체활동이라도 지속적으로 적용할 경우, 우울을 감소시키고 삶의 질 향상에 효과적임을 제시한 바 있다. 이에 전통시장 상인들의 우울 예방 및 건강증진을 위해 스트레칭이나 간단한 운동 등의 신체 움직임 증가시킬 수 있는 유용한 운동 프로그램 개발이 요구되며 특히, 시장 내에서 건강증진을 위한 다양한 활동이 활성화될 수 있도록 환경적, 재정적 시스템 구축을 위한 정부 및 지자체의 지지와 지원이 필요할 것으로 본다. 더불어 전통시장 상인들의 신체활동 유도를 위해 전통시장 내 상인들이 자주 접하는 공간마다 적절한 운동기구 배치 등의 환경마련과 신체활동의 접근성을 증진시키는 대책방안에 대한 논의가 우선시 되어야 할 것이다.

본 연구에서 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인에 대한 회귀분석 결과, 주관적 건강인식( $\beta = .30, p < .001$ ), 성별( $\beta = .27, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.17, p = .010$ ), 체질량지수( $\beta = -.16, p = .012$ ), 경력( $\beta = -.15, p = .021$ ) 순이었고, 이들 변수들에 의한 건강 관련 삶의 질의 설명력은 27.2%로 나타났다. 즉, 주관적 건강인식이 나쁠수록, 성별에서 여성일 경우, 우울정도가 높을수록, 체질량지수가 높을수록, 시장에서 일한 경력이 많을수록 건강 관련 삶의 질이 유의하게 낮아짐을 알 수 있었다.

본 연구의 제한점은 첫째, 2곳의 전통시장을 대상으로 이루어진 설문조사에 따른 결과이므로 선택편견이 발생할 수 있어 전 지역 전통시장 상인들에게 일반화시켜 해석하는데 한계가 있을 것으로 여겨진다. 둘째, 전통시장 상인을 대상으로 이루어진 선행연구가 부족하여 본 연구결과를 비교분석하고 해석함에 있어 영향요인에 대한 인과관계를 명확히 밝히기 어려웠다. 이러한 제한점에도 불구하고 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질 및 영향요인을 파악하여 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램 개발에 필요한 기초자료로 활용할 수 있다는 것에 의의를 두고자 한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 전통시장 상인의 인구사회학적 특성 및 건강행태 특성, 혈압, 혈당, 총콜레스테롤, 체질량지수, 주관적 건강인식, 스트레스, 우울이 건강 관련 삶의 질과의 관련성 및 영향요인을 파악하기 위해 시도되었다. 본 연구에서 시장 상인의 주관적 건강인식, 성별, 체질량지수, 우울 및 경력이 건강 관련 삶의 질에

영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 따라서 상인들의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위한 중재 프로그램 개발 시에 상인들이 자신의 건강에 대한 인식을 긍정적으로 생각하도록, 성별과 체질량지수 정도에 따라, 정서적 우울과 경력 정도에 맞추어 전략화 된 건강증진 프로그램을 개발함에 있어 본 연구결과를 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구에 있어 제언으로는 첫째, 전통시장 상인들의 다각적인 측면을 충분히 고려하여 이들의 건강증진 및 관리를 위한 중재 프로그램 개발과 만성질환별 상인들을 위한 건강관리 및 건강증진을 위한 맞춤형의 건강코칭 프로그램 개발을 후속연구로 제언하고자 한다. 둘째, 성별에 따른 전통시장 상인의 건강 관련 삶의 질을 분석하여 전략화 된 맞춤형의 건강증진 프로그램 개발을 제언하는 바이다.

## REFERENCES

- Kim JI. The factors affecting health-related quality of life in urban working elderly. *Journal of Digital Convergence*. 2017;15(11):385-394. <https://doi.org/10.14400/JDC.2017.15.11.385>
- Nam SK, Shim OS. A study on the influence factors on quality of life of elderly with chronic disease. *Journal of Welfare for the Aged*. 2011;53:196-216.
- Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: Why evaluate health-related quality of life? *Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics*. 2003;28(6):513-521. <https://doi.org/10.1046/j.0269-4727.2003.00521.x>
- Zack MM, Moriarty DG, Stroup DF, Ford ES, Mokdad AH. Worsening trend in adult health-related quality of life and self-rated health-United States. *Public Health Research*. 2004;119(5):493-505. <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.07.007>
- Chae MA, Kim JI, Choi KS, Han KH. Subjective health and factors of health-related quality of life in elderly haenyo. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2018;24(2):105-115. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.2.105>
- Sohn SY. Factors related to the health related quality of life in elderly women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2009;15(2):99-107.
- Kim SY, Sohn SY. Factors related to health related quality of life in rural elderly women. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(2):91-98.
- Hwang WJ, Kim JA, Kim HG. Women's health status working at traditional marketplaces and their needs for public health care services. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2017;28(1):44-54. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.1.44>
- Kim HG, Lee RS, Hwang WJ. Intervention model development of health promotion for women workers in traditional marketplaces: Using community based participatory action research. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2015;24(4):381-391. <https://doi.org/10.5807/kjohn.2015.24.4.381>
- Kim JA, Park Jh, Hwang WJ. Heavy metal distribution in street dust from traditional markets and the human health implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016;13(8):320. <https://doi.org/10.3390/2Fijerph13080820>
- Hwang SH, Kwon OH, Jeon MS. Health conditions and health behaviors of merchants at traditional markets. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2017;18(10):237-245.
- Lee KE, Cho EH. Factors influencing health related quality of life in patients with hypertension: Based on the 5th Korean national health and nutrition examination survey. *The Journal of The Korea Contents Association*. 2016;16(5):399-409. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.05.399>
- Han MA, Ryu SY, Park J, Kang MG, Park JK, Kim KS. Health-related quality of life assessment by the EuroQoL-5D in some rural adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2008;41(3):173-180. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2008.41.3.173>
- Kim SH, Hwang JS, Kim TW, Hong YS, Jo MW. Validity and reliability of the EQ-5D for cancer patients in Korea. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(12):3155-3160. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1457-0>
- Chung SS, Joung KH. Predictors of health-related Quality of life in the home-dwelling disabled persons by using EQ-5D: Results from the 3rd Korea National Health and Nutritional Examination Survey. *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*. 2010;22(3):291-302.
- Kim HG, Nam HK, Yi YS. A study on health behaviors by a risk level of metabolic syndrome among petty merchants in traditional markets. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2011;20(3):328-336. <https://doi.org/10.5807/kjohn.2011.20.3.328>
- Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression and chronic medical illness. *Journal of Psychomatic Research*. 2002;53:859-863.
- Korea Center for Disease Control and Prevention. Korea health statistics 2017: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII-I) [Internet]. Cheongju: 2017 [cited 2019 Feb 11]. Available from: [https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/sub04/sub04\\_03.do](https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/sub04/sub04_03.do)
- Park MJ, Choi SE. The effects of health behavior and health status on health-related quality of life in older people: Gender analysis by using the 2012 Korea health panel data. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2017;28(2):

- 118-128. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.2.118>
20. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1998. 567 p.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient health questionnaire primary care study group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. Journal of the American Medical Association. 1999;282(18):1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
22. Han CS, Ahnjo SM, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo IH, et al. Validation of the patient health questionnaire-9 Korean version in the elderly population: The Ansan geriatric study. Comprehensive Psychiatry. 2008;49(2):218-223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.006>
23. Goldberg DP. Manual of general health questionnaire. Windsor: NFER Publishing; 1978. 32 p.
24. Chang SJ, Koh SB, Kang DM, Kim SA, Kang MG, Lee CG, et al. Developing and occupational stress scale for environmental medicine. Annals of Occupational and Environmental Medicine. 2005;17(4):297-317.
25. Nam HS, Kim KY, Kwon SS, Koh KW, Poul K. EQ-5D Korean valuation study using time trade off method [Internet]. Seoul: Korean Centers for Disease Control and Prevention. 2007 [cited 2019 April 21]. Available from: <http://www.cdc.go.kr/CDC/intro.html>
26. Hwang SH, Yu MS, Jeon JY. Impact of central obesity and physical activity behavior on health-related quality of life among Korean older adults. Korean journal of Sport Studies. 2018;57(4):375-386. <https://doi.org/10.23949/kjpe.2018.07.57.4.26>
27. Jee YJ, Kim KN. Physical activity of elderly people, mental health and quality of life. Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology. 2017;7(5):625-632. <https://doi.org/10.14257/ajmahs.2017.05.77>
28. Ward MJ, Lindemann CA. Health perception questionnaire, Instrument for measuring nursing practice and other health care variables. Hyattsville, Maryland, U.S: DHEW Publication; 1979. 78 p.