

<http://dx.doi.org/10.17703/JCCT.2019.5.1.153>

JCCT 2019-2-19

## 중노년 1인가구의 건강관련 삶의 질 영향요인

### Influencing Factors on Health-related Quality of Life in Middle and Old Adult One-Person Households

권종선

Kwon Jong Sun

**요약** 연구목적 : 본 연구는 중노년 1인가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 제7차 1기 국민건강영양조사 원시자료를 이용한 2차 자료 분석을 수행하였다. 연구방법: 본 연구의 대상은 40세 이상의 1인 가구 497명이며, 40-64, 65세 이상으로 구분하였다, 자료분석은 SPSS 24 program을 이용하여 복합표본 통계를 실시하였으며, 기술통계, 단순회귀분석 및 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 연구결과 : 중년1인가구의 건강관련 삶의 질 영향요인은 활동제한여부, 우울, 신체활동실천여부, 평생 흡연량으로 57%의 설명력을 보였다. 남성노년 1인가구는 주관적 건강, 대사증후군, 활동제한여부, 스트레스 인지율로 44.8%, 여성노년 1인가구는 주관적 건강, 활동제한여부, 가구 소득으로 35.9%의 설명력을 보였다. 결론 : 따라서 위의 결과를 고려하여 중노년 1인가구의 삶의 질 향상을 위한 정책입안 및 중재프로그램 개발 및 적용이 필요하다.

**주요어** : 중년, 노년, 1인 가구, 건강관련 삶의 질

**Abstract** Purpose: The aim of this study was to examine factors influencing health-related quality of life in middle and old adult one-person households. Method: This study carried out secondary analysis using the data from the 7<sup>th</sup> Korean National Health and Nutrition Examination Survey. Subject samples who were selected are 497 middle and old adult one-person households over 40 years. Data were analyzed using descriptive statistics, simple and multiple regression techniques with the SPSS/WIN 24 program. Result: Factors influencing health-related quality of life in middle adult one-person households were activity limitation, depression, exercise, smoking habits with 57% prediction. In male old adult one-person households they were subjective health, metabolic syndrome, activity limitation, perceived stress with 44.8% prediction and in female old adult one-person households they were subjective health, activity limitation, home income with 35.9% prediction. Conclusion: Therefore, to improve their health-related quality of life it needs to develop & to apply national and local promotion policy and intervention program on health-related quality of life of middle and old adult one-person households.

**Key words** : middle adult, old adult, one-person households, health-related quality of life

\*정회원, 단국대학교 간호학과 (제1저자)  
접수일: 2018년 10월 11일, 수정완료일: 2018년 11월 18일  
게재확정일: 2018년 12월 20일

Received: October 11, 2018 / Revised: November 18, 2018  
Accepted: December 20, 2018  
\*Corresponding Author: kwonjs57@dankook.ac.kr  
Dept. of nursing, Dankook Univ, Korea

## 1. 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라의 가족구조는 대가족에서 핵가족으로 변화되었으며, 이제는 홀로가구를 구성하여 거주하는 1인가구가 급증하고 있다[1].

우리나라의 1인 가구 비율은 2015년 27.2%, 2017년 28.6%로 증가했고, 2025년에는 31.3%로 전망하고 있다[2]. 이러한 1인가구의 증가원인은 학교와 직장 등의 이유로 가족들과 떨어져 분거하거나 부양부담으로 가족 만들기를 주저하거나 노후를 성인자녀에게 기대할 수 없어 노년층의 홀로서기에 기인한 것이다[3].

특히 중년 1인가구는 전체 1인가구의 32.5%에 속하며, 50대 연령층 1인 가구 비율이 지속적으로 증가하고 있다[2]. 이들은 주로 기혼이면서 분거 또는 이혼으로 가족과 분리되어 정서적 외로움, 불규칙한 생활습관 등 건강 위협요인이 삶의 질을 낮추는 요인이 되고 있다. 뿐만 아니라 높은 만성질환자 비율, 소득과 고용불안정, 건강문제, 열악한 주거환경 등 취약한 생활수준이 개선되지 않은 채 노년이 될 경우 사회적 부담도 높아질 가능성이 높다[3].

노년층의 경우 노후책임은 가족대신 본인 또는 정부와 사회가 해결해야 한다는 생각과 75%의 노인이 성인자녀와의 동거를 원치 않는 것으로 나타났다[4].

1인가구는 다인가구에 비해 양극화, 고령화, 여성화의 특성이 강하며, 가족 내 정서적 지원을 구하기 힘들고 갑작스런 질병 등 자신이 해결하기 힘든 위기상황에서 활용할 수 있는 인적 지원체계가 없다. 또한 규칙적 생활과 취사 등을 소홀히 함으로서 건강이 악화될 가능성이 높다. 이는 1인 가구 체제가 이들의 삶의 질에 위협을 가하고 있음을 의미한다. 삶의 질은 사회복지구현을 위한 노력으로 처음 사용되었으며, 1인가구의 복지정책 구현을 위한 삶의 질에 대한 연구는 1인가구의 삶의 만족도 결정요인을 분석하여 문제 해결방안을 제시하는 것으로 학문적, 정책적 차원에서 중요한 의미를 부여할 것이다. 삶의 질은 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치 체계 안에서 자신의 목표, 기대, 관심과 관련하여 자신의 삶에 대한 주관적 평가이며 개인이 느끼는 삶의 만족도를 의미한다[5].

건강관련 삶의 질은 건강 및 질병수준뿐 아니라 운동능력, 자가 관리, 일상생활, 통증 및 불편, 불안과 우

울과 관련하여 영향을 받는 신체적, 정신적, 사회적 삶의 질의 포괄적 의미로서 건강관련 삶에 대한 지각은 건강을 나타내는 주요한 결과지표가 된다[6].

의료의 초점이 치료중심에서 예방과 관리중심으로 바뀌면서 환자 스스로 자신의 건강에 대해 느끼고 평가하는 개인의 삶에 대한 주관적 만족도가 중요해지고 있다[7].

Lawton과 Nahemow [8]는 개인의 삶의 질은 개인과 근린환경과 제도의 영향이 매우 중요하다는 개인-환경 적합성이론을 언급했다. 즉 개인의 적응능력에 맞는 환경이 제공되면 심리적 정서적 안정감이 향상되어 삶의 질이 좋아짐을 의미한다[9]. 따라서 중노년 1인가구의 삶의 질 영향요인을 파악하여 중재와 제도적 지원방안이 제공되어 진다면 그들의 삶의 질은 높아질 것이고, 더불어 국가경제에도 유리한 국면으로 작용할 것이다.

삶의 질은 개인의 삶에 대한 총체적 평가로 이에 영향을 미치는 요인은 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 차원으로 구분할 수 있으며[10], 개인의 삶의 질적 수준을 판단할 때는 사회 전체적 수준과 개인적 수준으로 살펴볼 수 있다[11].

따라서 본 연구에서는 선행연구를 살펴보고 대상자의 삶의 질 영향요인을 파악하기 위하여 사회 전체적 수준과 개인수준을 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 차원의 변수로 살펴보고자 한다.

삶의 질 관련 선행연구를 살펴보면 성별에 따라 삶의 질이 차이가 있었으며, 연령이 높을수록, 배우자가 없는 경우, 교육수준과 가구소득이 낮을수록 삶의 질 수준이 낮았다[5,12-14]. 또한 사회활동이 활발하고 건강할수록, 경제활동, 건강의료서비스가 긍정적일수록 삶의 질이 높았다[15-16].

그러므로 성별, 연령, 교육수준, 직업유무, 배우자유무, 가구소득, 의료기관이용여부는 홀로 살고 있는 중노년 1인가구의 삶의 만족도를 결정하는데 중요한 사회경제적 변인이라 생각된다.

삶의 질(생활만족도) 모델을 제시한 Campbell [17]은 개인의 삶의 질에서 가장 중요한 요인은 건강이라 했다[18].

선행연구를 보면 규칙적 신체활동여부와 음주와 흡연 등의 건강행동에 따라라도 삶의 질의 차이가 있었고[5,19-21], 고혈압 당뇨, 비만 등의 만성질환과 활동제한도 관련요인으로 보고되었다[6,7,22,23]. 건강관련 삶의

질이 낮을 경우 심혈관질환 발생률이 높고[24], 대사증후군은 심뇌혈관질환 발생 가능성을 높인다[25].

또한 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식할수록 삶의 질이 높았고[14,19,26-29], 우울이 주관적 건강 인식을 매개하여 삶의 질을 낮추며[29], 스트레스와 우울 등의 정신건강은 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다[22,30-32].

모든 것을 혼자 해결해야 하는 1인가구의 신체적 정신적 건강은 그들의 삶의 질에 중요한 지표가 되리라 생각된다. 따라서 건강행동이나 심혈관질환을 유발할 수 있는 대사증후군, 일상생활능력을 평가할 수 활동제한 여부, 우울과 스트레스, 충분한 수면은 1인가구의 건강을 평가할 수 있는 신체적 정신적 건강차원의 중요한 변수라 생각된다.

고령사회에 진입한 우리나라는 노년의 특징인 질병과 건강악화로 인한 국민의료비 지출은 지속적으로 증가할 것이며, 이시기에 중노년 1인가구의 건강한 삶을 유지하기 위한 삶의 질 영향요인을 도출함은 국민 건강과 국가경제에 도움이 될 수 있어 의미가 있을 것이다.

건강의 주요 지표가 되는 건강관련 삶의 질에 관한 연구는 다양하게 이루어지고 있으나 대부분이 성인 또는 노인대상, 일부변인에 대한 연구이었으며 연구결과도 일정하지 않다. 그리고 취약그룹이면서 그 수가 증가하고 있는 중노년 1인 가구를 대상으로 삶의 질 영향요인을 다양한 측면에서 분석한 연구는 부족한 편이다.

따라서 본 연구는 1인가구의 삶의 질이 중요한 시점에서 국가 대표 자료인 2016년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 중노년 1인가구의 건강관련 삶의 질 영향요인을 분석함으로써 중노년 1인가구의 삶의 질을 높일 수 있는 복지정책 및 중재 방안의 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 중노년 1인가구를 대상으로 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 중노년 1인가구의 삶의 질 향상을 위한 중재프로그램 및 정책 개발을 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 사회경제적 특성, 건강행동 특성, 신체적 정신적 건강상태를 파악한다.

둘째, 대상자의 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차

이를 파악한다.

셋째, 대상자의 건강관련 삶의 질 영향요인을 파악한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 중노년 1인 가구 건강관련 삶의 질 영향요인을 조사하기 위해 보건복지부와 질병관리본부가 함께 수행한 제7기 1차년도 국민건강영양조사 원시자료[33]를 이용한 이차자료 분석연구이다.

### 2. 자료원과 연구대상

국민건강영양조사는 생명윤리법 제2조 제1호 및 동법 시행규칙 제2조 제2항 제1호에 따라 국가가 직접 공공복리를 위해 수행하는 연구에 해당하여 연구윤리심의위원회 심의를 받지 않고 수행(국가통계 승인: 승인번호 제117002호)되었다. 본 연구를 위한 원시자료 사용은 해당기관에 공식적으로 자료 요청하여 학술연구용으로 승인을 받은 후 사용하였다[33].

제7기 1차년도(2016년) 자료의 표본추출은 3단계 층화집락표본추출 방법을 사용하였다. 1차 추출단위는 동, 읍, 면, 2차 추출단위는 조사구, 3차 추출단위는 가구로 하였다. 먼저 독립적, 동질적인 순환표본구성을 위하여 1차 추출단위인 동,읍,면은 11개 시, 도 내에서 연령대별 인구비율 특성을 잘 반영하도록 층화하여 총 29개 층별 표본조사구수를 비례배분한 후, 표본 동,읍,면을 계통 추출하였다. 2, 3차 추출단위의 표본추출은 표본 동,읍,면당 1개의 표본 조사구를 추출하고, 표본조사구당 23개의 표본가구를 계통 추출하였다. 추출된 대상자에게 선정통지서를 발송한 후 조사 1주 전 사전예약을 통해 건강 설문조사와 검진조사를 실시하였다. 제7기 1차년도 조사는 192조사구 3,513가구로 조사 대상자는 10,806명이었으며 조사 참여자 수는 8,150명으로 전체 참여율은 75.4 %였다[33]. 이중 본연구의 대상자는 중노년 1인가구로 40-64세의 1인 가구 172명, 65세 이상 1인 가구 325명이다. 또한 국민건강영양조사 자료는 층화추출방법에 따라 표본이 수집되었기에 가중치를 적용하였다.

따라서 자료의 크기는 보다 확대된다(40-64세: 1,200,941명 /65세 이상: 1,372,632명).

### 3. 연구변수 선정 및 정의

#### 1) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질에 대한 평가는 EuroQoL-5D imension(EQ-5D index score) 척도로 한국 질병관리본부에서 제시한 표준안에 근거하여 평가한 EQ-5D 점수이다. 이는 현재의 건강상태에 대한 5개 질문에 대하여 3개 수준의 응답으로 구성된다. 5개 설문내용은 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상 활동(usual activities), 통증/불편감(pain/discomfort), 불안/우울(anxiety/depression)이다. 각 문항에 대한 응답은 모두 동일하게 '1'은 전혀 지장이 없다(no problems), '2'는 중간정도로 지장이 있다(some problems), '3'은 매우 지장이 있다(extreme problems)를 나타낸다.

한국 질병관리본부에서 제시한 한국인 EQ-5D 측정 기준에 따르면 5개 문항 모두 '1'인 경우를 완전한 건강상태로 보고 이때의 EQ-5D 값을 1로 한다. '2' 또는 '3'의 응답이 있는 경우는 EQ-5D=1-h 이고, h는 아래의 가중치 공식을 이용한다. 여기서 M2는 운동능력에 대한 응답이 '2'일 때를 나타내고, M3는 운동능력 응답이 '3'인 경우이며 나머지 항들도 마찬가지로 정의 된다. 맨 마지막 N3는 '3' 응답이 있음을 의미한다. 건강상태가 나쁠수록 값은 작아진다. 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .99 이었다.

$$h=0.05+0.096(M2)+0.418(M3)+0.046(SC2)+0.136(SC3)+0.051(UA2)+0.208(UA3)+0.037(PD2)+0.151(PD3)+0.043(AD2)+0.158(AD3)+0.05(N3)$$

#### 2) 사회경제적 특성

사회경제적 특성은 연령, 성별, 교육정도, 가구소득, 직업유무, 배우자 유무, 의료이용여부를 포함하였다. 교육정도는 졸업여부를 기준으로 초졸 이하, 중졸, 고졸, 전문대졸 이상으로 구분하였으며 가구소득은 가구 소득을 소득 사분위수를 계산한 후, 최하위 25%를 1사분위로 하고 다음 연차적으로 25%씩을 2, 3, 4사분위로 분류한 상, 중상, 중하, 하를 상, 중, 하로 분류하였다.

의료이용여부는 최근 1년 동안 본인이 병의원에 진료(검사 또는 치료)가 필요하였을 때 받은 경우와 받지 못한 경우로 조사하였다.

#### 3) 건강행동, 신체적, 정신적 건강 특성

건강행동은 운동, 흡연, 음주, 점심식사 결식여부로 설정했다. 운동은 신체활동 실천률(유산소신체활동 실천률과 근력운동 실천률)을 보았으며, 유산소 운동 실

천률은 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 사람, 근력운동 실천률은 근력운동을 주 2일 이상 실천한 사람으로 미 실천군, 1개실천군, 2개실천군으로 보았다.

흡연은 평생 흡연량(갑년)으로 조사하였는데, 평생 피우지 않은 경우 '0'의 값을 가지며 과거에만 피운 경우나 현재만 피우는 경우를 구분하지 않았다. 흡연시작 연령과 하루 흡연량(20 개피를 한 갑으로)을 이용하여 과거와 현재까지의 흡연량을 모두 포함하여 5갑(100 개피)미만, 5갑(100 개피)이상으로 산출하였다. 음주는 연간 음주량으로 조사하였는데, 평생 음주경험이 없거나 월 1회 미만인 군과 월 1회 이상인 군으로 구분하였다. 식습관은 연령이 높을수록 점심식사 결식률이 높아[34], 점심식사여부로 최근 1년 동안 1주 동안 점심식사 빈도로 '5-7회/주'와 '5회 미만/주' 군으로 구분하였다.

정신적 건강 특성으로는 주관적 건강상태, 스트레스 인지율과 우울, 수면시간으로 보았으며, 주관적 건강상태는 매우 좋음과 좋음은 좋음으로, 보통, 나쁨과 매우 나쁨은 나쁨으로 구분하였다. 스트레스 인지율은 평소 일상생활 중 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 편으로 응답한 고 스트레스군과 조금 또는 거의 느끼지 않음으로 응답한 저 스트레스 군을 산출하였다. 우울은 우울증 선별도구(PHQ-9)를 사용하였으며, 9문항, 4 Likert 척도로 전혀 아니다 '0', 여러 날 동안 '1', 일주일 이상 '2', 거의매일 '3'점으로 환산하여 점수가 높을수록 우울이 높음을 의미한다. 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .99 이었다. 수면시간은 하루 평균 6시간미만과 9시간이상인 그룹과 6시간이상 9시간 미만인 그룹으로 구분하였다.

신체적 건강 특성은 비만여부, 대사증후군과 활동제한여부로 보았다.

비만여부는 18.5이하, 18.5이상 25미만, 25이상으로 구분하여 조사하였다. 대사증후군은 대사증후군 진단기준은 2005년 American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI)에서 제시한 기준[35]과 2005년 대한비만학회에서 제시한 한국인 복부비만 기준[36]을 사용하였다. 5개 대사증후군 진단기준은 다음과 같다. ① 허리둘레: 남자 $\geq$ 90 cm, 여자 $\geq$ 85 cm, ② 혈중 HDL콜레스테롤: 남자 $<$ 40 mg/dL,

여자<50 mg/dL, ③ 혈중 중성지방 $\geq$ 150 mg/dL, ④ 혈압 $\geq$ 130/85 mmHg, ⑤ 공복혈당 $\geq$ 100 mg/dL. 위의 각 위험인자에 대해 약물치료 중인 대상자는 해당 위험인자에 이상이 있는 것으로 판정하였다(월20일 이상 혈압약 복용하거나 인슐린주사나 혈당강하제 복용). 또한 각 진단기준에 해당하는 개수를 점수화하여 대사증후군 점수(metabolic syndrome score, MS score)를 0~5점까지 분류하였고 점수가 높을수록 대사증후군 위험이 높음을 의미한다. 활동제한여부는 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받는지 여부를 조사했다.

#### 4. 자료처리 및 분석

자료처리는 SPSS 24 프로그램을 이용하여 분석하였다. 국민건강영양조사 표본설계는 전국을 대표하는 확률표본이며 복합표본설계 방법(complex sampling design)을 사용하였으므로 이에 따라 편향이 없는 추정 결과를 얻기 위하여 가중치, 층화변수, 집락변수(1차 추출단위)를 고려한 각 단위별 가중치를 적용함으로써 국민건강영양조사 표본이 모집단 즉, 우리나라 국민을 대표할 수 있도록 분석하였다.

첫째, 대상자의 특성은 기술통계로 분석하였다

둘째, 대상자의 특성에 따른 삶의 질의 차이는 일반 선형회귀분석(t/F)을 이용하여 분석하였다.

셋째, 대상자의 삶의 질 영향요인은 위계적 다중회귀 분석을 이용하여 분석하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 대상자의 사회경제적 특성, 건강행동 특성, 신체적, 정신적 건강 특성

본 연구는 앞서 기술한 바와 같이 분석지침과 표본 설계를 바탕으로 모집단의 인구수, 모집단표준편차 등 전국을 대표하는 모집단 통계량을 추정하였으며, 의미가 적은 원 자료의 표준편차 대신 변수별 결측치와 가중치가 적용된 모집단 표준편차(wSD)를 명시하였다. 본 연구의 자료로 사용된 2016년 국민영양조사의 표준 인구는 2015년 통계청 추계인구를 기준으로 하였다. 따라서 제공되는 통계량은 모집단 추정결과이므로 대상자 497명에 표준인구 대비 가중치를 부여하면 2,490,747

명(wN)으로 이는 우리나라 40세 이상 성인 1인 가구 총인구이다.

대상자의 사회경제적 특성, 건강행동 특성, 신체적 정신적 건강 특성은 Table 1와 같다.

중년 1인가구의 평균연령은 51.58 $\pm$ 0.79세, 노년1인가구는 남성73.47 $\pm$ 0.58세, 여성 74.58 $\pm$ 0.33이었다. 성별은 중년은 남성이 56% 여성이 44%로 남성비율이 높았으며, 노년은 여성이 69.4%로 여성비율이 높았다. 교육정도는 중년은 고등학교졸업이 33.9%, 전문대학이상졸업이 31.1%이었으며, 노년은 남성53.7%, 여성78.1%가 초등학교졸업으로 노년이 중년에 비해 학력이 낮았으며, 특히 여성의 학력이 낮아 전문대이상졸업은 3%에 불과했다. 가구소득은 중년은 '중'이 39.8%로 가장 많았으며 '상', '하' 순이었으나, 노년은 남성68.3%, 여성86.0%가 '하'였다. 직업은 중년은 69.1%가 직업이 있었으며, 노년은 남성67.2%, 여성76.4%가 직업이 없었다. 배우자는 중년은 72.5%, 노년은 남성65.4%, 여성97.7%가 배우자가 없었다.

비만여부는 중년은 33.3%가 비만이고, 노년은 남성 33.1%, 여성50.7%가 비만으로 연령이 증가할수록, 여성이 비만율이 높았다. 대사증후군의 평균은 중년이 1.86 $\pm$ 0.12, 노년은 남성2.10 $\pm$ 0.12, 여성2.45 $\pm$ 0.10로 나이가 들수록, 여성이 높았다. 활동제한이 있는 경우는 중년은 15.6%, 노년은 남성12.6%, 여성20.4%로 노년여성이 중년보다 높았다. 아파도 병원치료를 못 받은 경우는 중년은 12.2%, 노년은 남성7.5%, 여성 22.9%로 노년 여성의 비율이 높았다.

주관적 건강은 중년은 좋음이 23.8%, 보통이 46%, 나쁨이 30.3%, 노년은 좋음이 남성 33.6%, 여성12.3%, 보통이 남성과 여성이 44.5%, 나쁨이 남성21.9%, 여성 43.1%이었다.

스트레스 인지율은 중년 25.7%, 노년 남성9.7%, 여성 18.7%가 높게 인지했다. 우울의 평균은 중년이 4.18 $\pm$ 0.48, 노년은 남성2.31 $\pm$ 0.38, 여성4.09 $\pm$ 0.34로 중년이 노년보다, 노년에는 여성이 우울점수가 높았다. 수면시간은 정상수면시간이 중년은 71.1%, 노년은 남성 64.8%, 여성61.7%이었다.

평생 흡연량은 5갑 이상이 중년은 42.8%, 노년은 남성20.3%, 여성87.2%로 노년여성 흡연율이 높았다. 월간 음주율은 월 1회 이상 음주가 중년은 59.3%, 노년은 남성56.9%, 여성19.6%이었다. 신체활동 실천률은 미실천

표1. 대상자의 특성  
Table 1. Participant's Characteristics

Variance	Category	total(n=497, wN=2490747)					
		middle adult (40-64)		old adult(>=65)			
				male(89)		female(236)	
		(n <sup>1</sup> ) /M±SD	% <sup>2</sup>	(n <sup>1</sup> ) /M±SD	% <sup>2</sup>	(n <sup>1</sup> ) /M±SD	% <sup>2</sup>
age		51.58±0.79		73.47±0.58		74.58±0.33	
sex	male	72	56%	89	30.6		
	female	100	44			236	69.4
education	elimentary school	39	18.2	46	53.7	178	78.1
	middle school	29	16.8	11	11.8	24	12.2
	high school	54	33.9	13	14.8	11	6.7
	college	42	31.1	13	19.7	6	3.0
home income	high	46	30.6	4	6.9	2	0.5
	middle	72	39.8	23	24.9	34	13.5
	low	54	29.6	60	68.3	199	86.0
occupation	have	113	69.1	27	32.8	51	23.6
	no	51	30.9	56	67.2	168	76.4
spouse	have	49	27.5	31	34.6	6	2.3
	no	123	72.5	58	65.4	230	97.7
BMI(obesity)	<18.5	6	3.0	4	4.9	7	3.1
	>=18.5~ <25	112	63.7	55	62.0	112	46.2
	>=25	54	33.3	30	33.1	115	50.7
MS(Metabolic syndrome)	0-5	1.86±0.12		2.10±1.12		2.45±0.10	
activity limitation	have	23	15.6	11	12.6	58	22.4
	no	141	84.4	72	82.0	105	71.8
medical Tx	have	144	87.8	77	92.5	177	77.1
	no	20	12.2	7	7.5	46	22.9
subjective health	good	34	23.8	27	33.6	27	12.3
	moderate	81	46.0	38	44.5	97	44.5
	bad	50	30.3	19	21.9	100	43.1
stress	high	45	25.7	10	9.7	43	18.7
	low	126	74.3	78	90.3	180	81.3
depression	PHQ-9	4.18±0.48		2.31±0.38		4.09±0.34	
smoking	non	3	2.8	0	0	3	1.1
	<5packs	76	53.7	69	78.2	17	6.9
	>=5packs	92	42.8	19	20.3	205	87.2
month drinking	non & <1/m	78	40.7	37	43.1	184	80.4
	>=1/m	93	59.3	51	56.9	41	19.6
exercise	non	83	48.2	36	47.4	152	67.5
	aerobic or muscle	63	39.1	36	36.9	56	27.3
	aerobic & muscle	18	12.7	11	15.7	9	5.2
lunch	>=5/wk	153	87.0	77	85.3	213	90.4
	<5/wk	19	13	12	14.7	23	9.6
sleep time	<6hrs, >=9	49	28.9	33	35.2	89	38.3
	>=6hrs, <9	123	71.1	56	64.8	147	61.7
Quality of life	EQ-5D	0.93±0.01		0.92±0.01		0.82±0.01	

<sup>1</sup>:unweighted values , <sup>2</sup>:weighted values , missing values treat as valid

표2. 대상자의 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이  
 Table 2. Differences in health-related Quality of life according to characteristics of subjects

Variance	Category	(n=476, wN=2490747)					
		middle adult(n=172)		old adult male(n=89)		female(n=236)	
		EQ-5D Index	t/F(p)	EQ-5D Index	t/F(p)	EQ-5D Index	t/F(p)
age	40-64	0.93±0.01	5.13(<.001)				
	>=65	0.85±0.01					
sex	male	0.93±0.02	1.05(.303)	0.92±0.01	4.81(<.001)		
	female	0.91±0.01		0.82±0.01			
education	elimentary	0.87±0.03	1.35(.281)	0.90±0.02	4.51(.013)	0.81±0.01	4.30(.016)
	middle school	0.92±0.02		0.97±0.02		0.90±0.03	
	high school	0.94±0.01		0.89±0.04		0.87±0.04	
	college	0.94±0.02		0.95±0.03		0.90±0.05	
home income	high	0.97±0.01 <sup>a</sup>	11.62(<.001)	0.99±0.01 <sup>a</sup>	10.63(.001)	0.88±0.02 <sup>a</sup>	11.34(<.001)
	middle	0.95±0.01 <sup>b</sup>	a>c	0.92±0.03 <sup>b</sup>	a>b, a>c	0.91±0.02 <sup>b</sup>	a>c
	low	0.85±0.02 <sup>c</sup>		0.90±0.02 <sup>c</sup>		0.81±0.01 <sup>c</sup>	
occupation	have	0.96±0.01	-4.51(<.001)	0.91±0.02	0.20(.846)	0.87±0.02	-2.17(.040)
	no	0.84±0.03		0.92±0.02		0.81±0.02	
spouse	have	0.93±0.02	-0.46(.648)	0.92±0.02	0.02(.983)	0.96±0.03	-4.75(<.001)
	no	0.92±0.02		0.92±0.01		0.82±0.01	
BMI (obesity)	<18.5	0.88±0.03	1.36(.275)	0.92±0.02 <sup>a</sup>	2.33(.120)	0.55±0.13	2.80(.082)
	>=18.5 <25	0.93±0.01		0.94±0.01 <sup>b</sup>	2.17(.040)	0.83±0.02	
	>=25	0.91±0.02		0.86±0.03 <sup>c</sup>	b>c	0.82±0.02	
MS activity limitation	0-5	0.93±0.01	-0.93(.363)	0.92±0.01	-3.48(.002)	0.83±0.01	-0.76(.454)
	have	0.75±0.03	-7.78(<.001)	0.82±0.04	-3.15(.004)	0.70±0.04	-3.83(.001)
medical Tx	no	0.96±0.01		0.93±0.01		0.86±0.01	
	have	0.94±0.01	2.95(.006)	0.93±0.01	1.49(.148)	0.83±0.02	1.52(.142)
subjective health	good	0.98±0.01 <sup>a</sup>	28.45(<.001)	0.97±0.01 <sup>a</sup>	10.64(.001)	0.95±0.02 <sup>a</sup>	30.86(<.001)
	moderate	0.96±0.02 <sup>b</sup>	a>c, b>c	0.93±0.02 <sup>b</sup>	a>c, b>c	0.90±0.01 <sup>b</sup>	a>c, b>c
	bad	0.84±0.02 <sup>c</sup>		0.82±0.04 <sup>c</sup>		0.71±0.02 <sup>c</sup>	
stress	high	0.87±0.03	2.19(.038)	0.81±0.05	2.22(.036)	0.67±0.04	4.39(<.001)
	low	0.94±0.01		0.93±0.01		0.87±0.01	
depression	PHQ-9	0.93±0.01	-5.01(<.001)	0.91±0.01	-2.23(.035)	0.83±0.01	-3.84(.001)
smoking	non	1.00±0.00 <sup>a</sup>	21.21(<.001)		-0.91(.375)	0.84±0.13	6.92(.002)
	<5packs	0.92±0.02 <sup>b</sup>	a>c	0.91±0.01		0.77±0.07	
	>=5packs	0.93±0.02 <sup>c</sup>		0.94±0.03		0.42±0.11	
month drinking	non & <1/m	0.91±0.02	-1.25(.221)		1.67(.108)	0.84±0.01	1.53(.139)
	>=1/m	0.94±0.01				0.79±0.03	
exercise	non	0.91±0.01 <sup>a</sup>	8.64(.001)	0.91±0.02	1.13(.339)	0.81±0.02 <sup>a</sup>	3.78(.038)
	aerobic or muscle	0.93±0.02 <sup>b</sup>	a<c	0.93±0.01		0.85±0.03 <sup>b</sup>	a<c
	aerobic & muscle	0.98±0.02 <sup>c</sup>		0.90±0.04		0.93±0.03 <sup>c</sup>	
lunch	>=5/wk	0.94±0.01	2.77(.010)	0.92±0.01	0.85(.407)	0.82±0.01	0.70(.492)
	<5/wk	0.84±0.03		0.89±0.03		0.78±0.06	
sleep time	<6hrs, >=9	0.92±0.02	-0.50(.624)	0.89±0.02	-1.15(.261)	0.79±0.02	-1.46(.157)
	>=6hrs, <9	0.93±0.01		0.93±0.01		0.84±0.01	

표3. 중년의 건강관련 삶의 질 영향요인

Table 3. Influencing factors on health-related quality of life of middle adult

Variable	category	estimate B	SE	t(p)	R <sup>2</sup> change
intercept		.937	.044	21.44(<.001)	
movement limitation	have	-.108	.028	-3.81(.001)	.399
	no	0			
depression subjective health	PHQ-9	-.006	.002	-3.22(.003)	.504
	good	.043	.024	1.80(.083)	
	moderate	.043	.026	1.62(.117)	
	bad	0			
occupation	have	-.031	.018	-1.78(.087)	.543
	no	0			
home income	high	0			.545
	middle	-.013	.014	-0.95(.351)	
	low	-.003	.014	-0.21(.837)	
medical Tx	have	.030	.034	0.87(.392)	.548
	no	0			
lunch	>=5/wk	.023	.029	0.80(.429)	.552
	<5/wk	0			
stress	high	0			.552
	low	-.011	.022	-0.51(.617)	
exercise	non	-.042	.014	-3.04(.005)	.565
	aerobic or muscle	-.024	.012	-1.91(.067)	
	aerobic & muscle	0			
smoking	non	.040	.009	4.34(<.001)	.570
	<5packs	.015	.013	1.16(.256)	
	>=5packs	0			

군이 중년은 48.2%, 노년은 남성47.4%, 여성67.5% 이었고, 유산소운동과 근력운동 모두 하는 그룹은 중년은 12.7%, 노년은 남성 15.7%, 여성5.2%에 불과했다. 점심식사는 주 5회 이상 하는 그룹이 중년은 87%, 노년은 88.8%이었다.

삶의 질은 중년이 0.93±0.01, 노년은 남성 0.92±0.01, 여성0.82±0.01로 노년 여성이 낮았다.

2. 대상자의 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이  
대상자의 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 Table 2와 같다.

대상자의 건강관련 삶의 질은 연령과 성별에 따른 차이가 있어, 중년과 노년으로 나누어 분석하였다.

중년 1인 가구 경우 성별의 차이는 없었다(t=1.05, p=.303). 교육정도(p=.281), 배우자유무(p=.648), 비만여부(p=.275), 대사증후군(p=.363), 월간 음주율(p=.221), 수면시간(p=.624)은 유의한 차이가 없었으며, 가계소득

(F=11.62, p<.001), 직업유무(t=-4.51, p<.001), 활동제한여부(t=-7.78, p<.001), 의료이용 여부(t=2.95, p=.006), 주관적 건강(F=28.45, p<.001), 스트레스 인지율(t=2.19, p=.038), 우울(t=-5.01 p<.001), 평생 흡연량(F=21.21, p<.001), 신체활동 실천률(F=8.64, p=.001), 점심결식여부(t=2.77, p=.010)에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 있었다.

노년 1인 가구 경우 성별에 따른 삶의 질의 차이가 있어(t=4.81, p<.001) 남녀 구분하여 분석하였다.

남성노년 1인가구의 경우 직업유무(p=.846), 배우자유무(p=.983), 비만여부(p=.120), 의료이용 여부(p=.148), 평생 흡연량(p=.375), 월간 음주율(p=.108), 신체활동 실천율(p=.339), 점심결식여부(p=.407), 수면시간(p=.261)에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 없었으며, 교육정도(F=4.51, p=.013), 가계소득(F=10.63, p=.001), 비만여부(t=2.17, p=.040), 활동제한여부(t=-3.15, p=.004), 주관적 건강(F=10.64, p=.001), 스트레스 인지



울( $t=2.22$ ,  $p=.036$ ), 우울( $t=-2.23$ ,  $p=.035$ ), 대사증후군( $t=-3.48$ ,  $p=.002$ )에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 있었다.

여성노년 1인가구의 경우 비만여부( $p=.082$ ), 의료이용 여부( $p=.142$ ), 대사증후군( $p=.454$ ), 월간 음주율( $p=.139$ ), 점심결식여부( $p=.492$ ), 수면시간( $p=.157$ )에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 없었으며, 교육정도( $F=4.30$ ,  $p=.016$ ), 가구소득( $F=11.34$ ,  $p<.001$ ), 직업유무( $t=-2.17$ ,  $p=.040$ ), 배우자 유무( $t=-4.75$ ,  $p<.001$ ), 활동제한여부( $t=-3.83$ ,  $p=.001$ ), 주관적 건강( $F=30.86$ ,  $p<.001$ ), 스트레스인지 율( $t=4.39$ ,  $p<.001$ ), 우울( $t=-3.84$ ,  $p=.001$ ), 평생 흡연량( $F=6.92$ ,  $p=.002$ ), 신체활동 실천률( $F=3.78$ ,  $p=.038$ )에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 있었다.

### 3. 대상자의 건강관련 삶의 질 영향요인

대상자의 건강관련 삶의 질 영향요인을 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 한 결과 Table 3과 Table 4와 같다. 중년 1인가구의 건강관련 삶의 질 관련요인은 단순회귀분석 결과 가구소득( $p<.001$ ), 직업유무( $p<.001$ ), 활동제한여부( $p<.001$ ), 의료이용여부( $p=.006$ ), 주관적 건강( $p<.001$ ), 스트레스 인지율( $p=.038$ ), 우울( $p<.001$ ), 평생 흡연량( $p<.001$ ), 신체활동 실천률( $p=.001$ ), 점심결식여부( $p=.010$ )로 나타났다. 이들을 위계적 회귀분석결과 활동제한 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 삶의 질이 0.11점 낮았다( $t=-3.81$ ,  $p=.001$ ). 우울점수가 1점 높을수록 삶의 질이 0.01점 낮았다( $t=-3.22$ ,  $p=.003$ ). 유산소운동과 근력운동을 미실천하는 경우가 실천하는 경우보다 삶의 질이 0.04점 낮았다( $t=-3.04$ ,  $p=.005$ ). 평생 흡연량은 비흡연이 5갑 이상보다 삶의 질이 0.04점 높았다( $t=4.34$ ,  $p<.001$ ). 따라서 중년 1인가구의 삶의 질의 영향요인은 활동제한여부, 우울, 신체활동 실천률, 평생 흡연량으로, 이들 요인이 중년 1인가구의 삶의 질을 57% 설명하는 것으로 나타났다. 가장 큰 영향요인은 활동제한 여부로 39.9%의 설명력을 보였다.

남성노년 1인가구의 건강관련 삶의 질 관련요인은 단순회귀분석결과 교육정도( $p=.013$ ), 가구소득( $p=.001$ ), 비만여부( $p=.040$ ), 활동제한여부( $p=.004$ ), 주관적 건강( $p=.001$ ), 스트레스 인지율( $p=.036$ ), 우울( $p=.035$ ), 대사증후군( $p=.002$ )로 나타났다. 이들을 위계적 회귀분석결과

과 주관적 건강이 좋은 경우가 나쁜 경우보다 삶의 질이 0.1점 높았다( $t=2.28$ ,  $p=.032$ ). 대사증후군 점수가 1점 높을수록 삶의 질은 0.03점 낮았다( $t=-2.41$ ,  $p=.024$ ). 활동제한이 있는 경우가 없는 경우보다 삶의 질이 0.07점 낮았다( $t=-2.23$ ,  $p=.036$ ). 스트레스가 높은 경우보다 낮은 경우가 삶의 질이 0.12점 높았다( $t=2.08$ ,  $p=.048$ ). 따라서 남성노년 1인가구의 삶의 질 영향요인은 주관적 건강, 대사증후군, 활동제한여부, 스트레스 인지율로 이들 요인이 남성노년 1인가구의 삶의 질을 44.8% 설명하는 것으로 나타났다. 가장 큰 영향요인은 주관적 건강으로 22.4%의 설명력을 보였다.

여성노년 1인가구의 건강관련 삶의 질 관련요인은 단순회귀분석 결과 주관적 건강( $p<.001$ ), 우울( $p=.001$ ), 스트레스 인지율( $p<.001$ ), 활동제한여부( $p=.001$ ), 평생 흡연량( $p=.002$ ), 교육정도( $p=.016$ ), 가구소득( $p<.001$ ), 신체활동 실천률( $p=.038$ ), 직업유무( $p=.040$ ), 배우자유무( $p<.001$ )로 나타났다. 이들을 위계적 회귀분석 결과 주관적 건강이 좋은 경우가 나쁜 경우보다 삶의 질이 0.12점 높았고( $t=3.17$ ,  $p=.004$ ) 보통이 나쁜 경우보다 삶의 질이 0.10점 높았다( $t=3.20$ ,  $p=.004$ ). 활동제한이 있는 경우가 없는 경우보다 삶의 질이 0.06점 낮았다( $t=-2.65$ ,  $p=.014$ ). 가구소득이 낮은 경우가 높은 경우보다 삶의 질이 0.10점 낮았다( $t=-2.20$ ,  $p=.038$ ). 따라서 여성노년 1인가구의 삶의 질 영향요인은 주관적 건강, 활동제한여부, 가구소득으로 이들 요인이 여성노년 1인가구의 삶의 질을 35.9% 설명하는 것으로 나타났다. 가장 큰 영향요인은 주관적 건강으로 24.8%의 설명력을 보였다.

## IV. 논의

본 연구는 우리나라 중노년 1인가구의 건강관련 삶의 질 영향요인을 파악함으로써 이들의 삶의 질 향상을 위한 기초자료를 마련하고자 수행되었으며 연구결과에 기초하여 다음과 같이 논의하고자 한다. 중년 1인가구보다 여성노년 1인가구의 삶의 질이 유의하게 낮았다. 이는 연령이 높을수록 삶의 질이 낮아짐을 보고한 [5]의 연구결과와 일치하며, 성별에 의한 차이는 중년 1인가구는 차이가 없었으나( $p=.303$ ), 노년 1인가구에서는 남성이 여성보다 높게 나타났다

표4. 노년의 건강관련 삶의 질 영향요인

Table 4. Influencing factors on health-related quality of life of old adult

Variable	Category	male(R <sup>2</sup> : .44.8)			R <sup>2</sup> change
		estimate B	SE	t(p)	
intercept		.831	.065	12.80(<.001)	
subjective health	good	.099	.043	2.28(.032)	.224
	moderate	.088	.044	2.02(.055)	
	bad	0			
metabolic syndrome	0-5	-.029	.012	-2.41(.024)	.293
activity limitation	have	-.069	.031	-2.23(.036)	.333
	no	0			
BMI(obesity)	<18.5	.060	.049	1.22(.234)	.360
	>=18.5 ~ <25	.016	.036	0.45(.657)	
	>=25	0			
stress	high	0			.439
	low	.115	.055	2.08(.048)	
education	elimentary school	-.011	.035	-.031(.757)	.446
	middle school	-.011	.026	-.40(.694)	
	high school	-.020	.041	-.50(.625)	
	college	0			
depression	PHQ-9	.00	.003	0.12(.906)	.443
home income	high	0			.448
	middle	-.015	.031	-.47(.643)	
	low	-.038	.035	-1.07(.294)	
Variable	category	female(R <sup>2</sup> : .359)			R <sup>2</sup> change
		estimate B	SE	t(p)	
intercept		.945	.085	11.06(<.001)	
subjective health	good	.115	.036	3.17(.004)	.248
	moderate	.100	.031	3.20(.004)	
	bad	0			
depression	PHQ-9	-.005	.005	-1.05(.304)	.304
stress	high	0			.317
	low	.080	.043	1.87(.074)	
activity limitation	have	-.057	.022	-2.65(.014)	.326
	no	0			
smoking	non	-.043	.078	-0.55(.585)	.331
	<5packs	-.032	.059	-0.54(.592)	
	>=5packs	0			
education	elimentary school	-.051	.030	-1.72(.099)	.342
	middle school	-.006	.036	-0.17(.870)	
	high school	-.055	.037	-1.48(.153)	
	college	0			
home income	high	0			.358
	middle	-.036	.049	-0.75(.462)	
	low	-.095	.043	-2.20(.038)	
exercise	non	-.025	.030	-0.82(.418)	.357
	aerobic or muscle	-.012	.035	-0.33(.743)	
	aerobic & muscle	0			
occupation	have	0			.358
	no	-.020	.025	-.806(.428)	
spouse	have	0			.359
	no	-.037	.038	-.956(.348)	

( $p<.001$ ). 이는 연구[6,22]와 같은 결과였다. 이는 노년기로 갈수록 삶의 질이 낮아짐을 알 수 있어 건강한 노년을 위한 노년 전기의 잠재위험요인을 예측하고 파악하여 대비할 필요성이 있음을 의미한다. 중년 1인가구는 가구소득, 직업유무, 활동제한여부, 의료이용여부, 주관적 건강, 스트레스 인지율, 우울, 평생 흡연량, 신체활동 실천률, 점심결식여부가 삶의 질의 유의한 차이를 보였다. 이러한 연구결과는 연구[14]에서 성별은 차이가 없었고, 직업유무, 소득수준, 교육수준, 배우자 유무, 주관적 건강이 유의한 차이를 보인 결과와 유사했다. 중년 1인가구의 삶의 질 영향요인은 활동제한여부, 우울, 신체활동 실천률, 평생 흡연량으로 나타났으며, 57%의 설명력을 보였고 가장 큰 영향요인은 활동제한여부와 우울이다. 중년남성 대상 연구[26]에서 우울, 규칙적 운동, 흡연이 삶의 질 영향요인으로 나타났고, 연구[37]에서 준고령 1인가구의 우울이 삶의 만족도 영향요인으로 나타남과 유사한 결과이다. 중년미혼 여성 대상 연구[38]에서는 중년여성비율이 44%인 본 연구와 상이한 결과를 보였다. 이는 미혼여성의 경우 대상자의 62%가 전문대 이상 출신으로 학력이 높을수록 경제수준이 높음과 무관하지 않다고 본다. 중년기는 개인적으로 신체기능이 쇠퇴하고 심뇌혈관질환과 암등 성인병이 발병하기 시작하는 시기이며[26], 젊은 동료의 승진에 따른 일의 압박감, 은퇴에 따른 상실감등으로 위기감을 느끼며, 경제적으로도 조기퇴직, 부도는 심리적 압박을 가중시켜 우울, 불안, 인생에 대한 불행감을 느끼며, 특히 우울은 삶의 만족도를 낮춘다 [26,37,39]. 연령대별 연구[19]에서 질병이 삶의 질을 낮추는 정도가 중년층이 가장 높고, 우리나라의 중년 남성 자살율이 가장 높음을 감안한다면 중년의 우울 관리는 시급한 관리문제일 것이다.

따라서 중년 1인가구의 삶의 질 증진을 위한 지역사회에서의 기능은 대상자의 신체 기능 유지 및 건강행동실천(운동과 금연 등)지도, 우울예방 등 정신건강 증진을 위한 지역사회 의료복지 서비스 및 정책 입안, 중재 수행이 우선적으로 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

노년 1인가구의 삶의 질은 남성(0.92)이 여성(0.82)보다 유의하게 높았다( $P<.001$ ). 연구[19,22,40]은 같은

결과를 보였고, 연구[41]은 여성이 남성보다 높아 상이한 결과를 보였다. 남녀 모두 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다. 여성이 남성보다 삶의 질이 낮게 나타남은 교육수준과 가구소득이 낮음으로 볼 수 있다. 이는 연구[22]의 결과와 일치한다. 남성노년 1인 가구의 경우 주관적 건강 인식이 가장 큰 영향요인으로 22.4% 설명력을 보였다. 이는 연구[14,19,41]에서도 주관적 건강인식이 삶의 질에 영향을 미침으로 나타났다. 두 번째 요인으로는 대사증후군으로 나타났다. 주관적 건강은 개인의 신체적 정신적 사회적 건강을 포괄하며 사망률과 이환률의 유효한 예측인자로 대사증후군 그룹에서 주관적 건강상태가 유의하게 낮게 나타난 연구[42]결과와 같은 맥락으로 볼 수 있다. 또한 대사증후군 위험 독거노인의 질병관리교육이 심혈관질환위험을 낮추는 건강행태 실천력을 높게 하므로[43] 질병관리교육 및 건강에 대한 긍정적 인식이 중요함을 알 수 있다. 다음으로 교육수준이 낮을수록, 가구소득이 '하'일수록 일상생활과 사회활동의 제한을 받은 경우, 스트레스 인지율이 높을수록 삶의 질이 낮았다. 이들 요인을 포함한다면 44.8%의 설명력을 보였다. 연구[5]는 교육수준, 스트레스 인지, 연구[19]는 주관적 건강상태, 스트레스 인지로 유사한 결과를 보였으며, 연구[22]는 대사증후군과 관련이 없는 상이한 결과를 보였다. 따라서 추후 반복연구가 요구되지만 본 연구 결과에 의하면 남성 노년 1인 가구의 삶의 질 향상을 위해서는 자신의 신체적, 정신적, 사회적 건강과 삶에 대한 긍정적인 태도를 형성하도록 하며, 심뇌혈관질환을 일으키는 대사증후군 관리, 스트레스 관리 등은 홀로 살고 있는 1인가구의 노인에게는 시급히 관리되어야 할 문제라 생각한다. 따라서 지역사회의 건강증진 사업 시 남자 노년 1인 가구는 대사증후군 관리에서 필수 대상으로 하여 관리되어야 할 것이다. 뿐만 아니라 기초 생활 수급, 의료보호 등 복지사업이 남성노년 1인 가구 대상으로 집중적 투자가 이루어져야 할 것이다.

여성노년 1인가구의 경우도 주관적 건강인식이 가장 큰 영향요인으로 나타났으며, 특히 여성의 건강을 좋게 인식한 경우는 12.3%에 불과했다. 특히 우울점수가 남성보다 높았으며 신체활동 미실천도 67.5%로 높

았다. 여성독거노인이 64%인 연구[44]에서 주관적 건강인식이 중간보다 낮았으며, 주관적 건강을 낮게 인식할수록 건강행위 실천률이 낮음과 같은 맥락으로 볼 수 있다. 우울에 의한 삶의 질의 차이는 유의하게 나타났으나 영향요인으로 나타나지 않음은 활동제한과 경제적 열악으로 인한 정신적 건강이 나빠짐으로 해석할 수 있다. 여성독거노인 대상 연구[31]에서도 주관적 건강인식이 삶의 질의 영향요인으로 나타났으며, 연구[22]에서 비만, 관절염이 영향요인으로 나타난 것은 본 연구의 일상생활과 사회활동의 제한이 있는 경우와 일맥상통한다고 볼 수 있다. 주관적 건강상태가 좋을수록 우울을 감소시켜 삶의 질을 높이며[14], 이는 생애 전반에 걸쳐 삶에 대한 긍정적 인식을 가져온다. 신체적 건강상태가 악화되고 노령화 되는 여성노년 1인 가구에게는 건강증진 프로그램과 함께 주관적 건강에 대한 인식을 개선하는 프로그램 적용도 필수적이라 할 수 있다.

또한 가구소득이 '하'일수록 삶이 질이 낮았다. 연구[13]에서도 저소득 여성노년일수록 삶의 질이 낮았다.

특히 여성노년 1인가구의 가구소득은 '하'가 86.0%, 직업이 없는 경우가 76.4%로 경제적으로 매우 열악함을 알 수 있었다. 따라서 여성 노년 1인가구의 삶의 질 향상을 위한 사업으로 가장 기본적인 생리적 욕구를 충족시킬 수 있는 급식사업, 주택사업 등을 개인사업자, 자원봉사자와 연계하여 사업 계획과 수행이 이루어질 필요가 있으며, 활동제한이 다른 그룹에 비해 높고, 우울점수가 높으므로 가구별 비상연락망 조직으로 스마트폰을 통한 모니터링 체계가 이루어 질수 있도록 하며, 자조그룹을 통한 사회활동을 촉진할 수 있는 체계가 지역사회 중심으로 이루어질 필요가 있다.

본 연구 결과 그룹별 삶의 질 영향요인이 상이하게 나타남을 알 수 있었다. 이는 국민건강 증진을 위한 정책 기획 시 1인 가구 대상자별 특성에 맞는 복지 서비스 기획의 기초 자료가 될 수 있으리라 본다. 본 연구 결과를 바탕으로 다음을 제언한다.

첫째, 본 연구는 국민건강영양조사 1차년도 자료를 분석하였기에 복합표본자료 분석 시 통계 분석방법의 제한점이 있어 반복연구를 제언한다. 또한 결과의 일반화를 위해서는 여러 기수의 자료를 이용한 종단적

연구를 제언한다.

둘째, 대상자의 삶의 질이 연령과 성별에 의한 유의한 차이가 있었다. 복합표본의 통계의 제한점을 보완하기 위한 일차자료를 이용한 다중집단분석 연구를 제언한다.

셋째, 여성노년 1인가구의 삶의 질이 열악함을 알 수 있었다. 따라서 중노년 여성 1인가구를 대상으로 한 반복연구를 제언한다.

## V. 결 론

본 연구는 중노년 1인 가구 497명을 대상으로 건강 관련 삶의 질 영향요인을 조사하기 위해 국민건강영양조사 제7기 1차 조사 원시자료를 이용한 2차 자료 분석연구이다.

본 연구결과 중년 1인 가구, 남성노년 1인가구와 여성노년 1인가구의 삶의 질 영향요인을 도출하였으며 결과는 다음과 같다.

첫째, 중년 1인가구의 삶의 질 영향요인은 활동제한 여부( $p=.001$ ), 우울( $p=.003$ ), 신체활동실천여부( $p=.005$ ), 평생흡연여부 ( $p<.001$ )로 이들 요인은 57%의 설명력을 보였다.

둘째, 남성노년 1인 가구의 삶의 질 영향요인은 주관적 건강( $p=.032$ ), 대사증후군( $p=.024$ ), 활동제한여부( $p=.036$ ), 스트레스 인지율( $p=.048$ )로 이들 요인은 44.8%의 설명력을 보였다.

셋째, 여성노년 1인 가구의 삶의 질 영향요인은 주관적 건강( $p=.004$ ), 활동제한여부( $p=.014$ ), 가구소득 ( $p=.038$ )으로 이들 요인은 35.9%의 설명력을 보였다.

따라서 본 연구는 신체적, 정신적, 사회경제적으로 취약한 중년 1인가구와 노년 1인가구의 삶의 질 증진을 위해서는 본 연구 결과를 바탕으로 국민 건강 증진 계획 및 지역사회의 복지정책 입안 시 대상자별 특성에 맞게 반영할 수 있는 기초자료를 제공하고, 중재 방안의 근거를 마련했다는 데 의의를 둘 수 있다.

## References

- [1] J. K. Ha & S. Lee.(2017). The effect of health-related habitual consumption and life time on subjective health of one-person households:focusing on comparison between non-one person households and generations. *Fam. Environ. Res*, 55(2), 141-152. <http://dx.doi.org/10.6115/fer.2017.011>
- [2] KOSIS. (2017). Estimate future population, <http://kosis.kr/search/search.do>, 2018.07.
- [3] Y. B. Lee.(2017). One-person households and their policy implication. *Health and Social Welfare Forum*, 252, 64-77.
- [4] Statistics Korea.(2015). Report on the social survey. Daejeon. Statistics Korea.
- [5] C. Y. Park & H. S. Choi.(2014). A study of the factors influential on a health-related quality of life using complex sample design. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*, 25(4), 829-846. <http://dx.doi.org/10.7465/jkdi.2014.25.4.829>
- [6] K. Lee & E. Cho.(2016). Factors influencing health related quality of life in patients with hypertension: based on the 5th Korean national health and nutrition examination survey. *Journal of Contents*, 16(5), 399-409. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.05.399>
- [7] H. R. Choi.(2007). A study between hypertesion, diabetes and health-related quality of life. Master's thesis. Yonsei University, Seoul.
- [8] M. P. Lawton & L. Nahemow.(1973). Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton M. P. editors. *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC : American Psychological Association.
- [9] M. S. Chang & K. S. Chang.(2012). Factors affecting life satisfaction for the aged:from the ecosystem perspective. *Health and Social Welfare Review*, 32(2), 232-266.
- [10] E. J. Yoon et al.(2017). *Gerontological nursing*. Paju : Soomoonsa.
- [11] R. Veenhoven.(1994). *Conditions of happiness*. Dordrecht : Kluwer. [https://www.researchgate.net/profile/Ruut\\_Veenhoven/publication/321609393\\_Conditions\\_of\\_Happiness/links/5b07ec920f7e9b1ed7f276bf/Conditions-of-Happiness.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ruut_Veenhoven/publication/321609393_Conditions_of_Happiness/links/5b07ec920f7e9b1ed7f276bf/Conditions-of-Happiness.pdf)
- [12] H. S. Choi & J. Ha.(2012). A study on the factors affecting the life satisfaction of the elderly. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*, 23, 131-142.
- [13] J. Kim.(2012). An analysis on income-related health inequality of the aged applied to EQ-5D. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 32(3), 759-776.
- [14] C. Yu.(2015). A longitudinal analysis on subject health status and life satisfaction in the middle-old aged. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, 68, 331-356.
- [15] C. S. Hong, C. H. Jeong, M. H. Cho & H. J. Kim.(2012). Statistical analysis of actual living condition of the elderly and welfare need survey data. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*, 23, 13-24.
- [16] Y. Park & U. Kim.(2006). Factors influencing quality of life for individuals and Korean society: indigenou psychological analysis across different generations. *Korean Journal of Psychological and Social Issues*, 12(1), 161-195.
- [17] A. Campbell.(1976). Subjective Measures of Well-Being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- [18] A. P. Brief, A. H. Butcher, J. M. George & K. E. Link.(1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- [19] H. S. Oh.(2017). Important significant factors of health-related quality of life(EQ-5D) by age group in Korea based on KNHANES(2014). *Journal of the Korean Data and Information Science Society*, 28(3). 573-564. <http://dx.doi.org/10.7465/jkdi.2017.28.3.573>
- [20] D. Kim.(2012). The relationship among perceived health status life satisfaction and health promotion behavior in physical activity participants in middle age. *Journal of Sport and Leisure*, 47, 503-518.
- [21] K. Cho & S. Nam.(2013). Relationship between physical activity and health-related life quality according to gender in korean elderly people. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 33, 775-785.
- [22] H. S. Lee.(2014). The factors influencing health-related quality of life in the elderly-focused on the general characteristics, health habits, mental health, chronic diseases, and nutrient intake status: data from the fifth korea national health and nutrition examination survey (KNHANES V), 2010-2012. *Korean Journal of Community Nutrition*, 19(5), 479-489.

- [23] A. Y. Eom.(2009). Influencing factors on health related to quality of life in hypertension patients. *Korean Biol Nurs Sci*, 11(2), 136-142.
- [24] C. Bardage & D. G. Isacson.(2001). Hypertension and health-related quality of life : an episode miological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*, 54(2), 172-181.
- [25] F. Hadaegh et al.(2012). Do different metabolic syndrome definitions predict cerebrovascular events and coronary heart disease independent of their components?: 9-years follow-up of the tehran lipid and glucose study. *Stroke; a Journal of cerebral circulation*, 43, 1669-1671. DOI: 10.1161/STROKEAHA.112.650812
- [26] H. S. Kim, S. S. Kim & M. H. Park.(2018). A converged study on the influence on the quality of life for early and late middle-aged men. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(6), 133-145. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.6.133>
- [27] J. Y. Kim, S. G. Lee & S. K. Lee.(2010). The relationship between health Bbhaviors, health status, activities of daily Living and health-related quality of life in the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(2), 471-484.
- [28] S. J. Lim.(2011). Perceived the Quality of Life among the Middle Aged Korean: The Integrated Models Tests Based on the Ecological Theory. Master's thesis. Chung-Ang University, Seoul.
- [29] D. M. Yeum & J. S. Jung.(2014). Research on subjective health status and satisfaction with life of elderly: focused on the mediating effect of depression and the moderating effect of social networking. *Social Science Research Review*, 30(4), 27-50.
- [30] S. Cho & B. Kim.(2014). The relationship between stress and life satisfaction of the elderly:the mediating effects of depression, self-efficiency and mindfulness *Journal of the Korean Gerontological Society*, 34(1), 49-71.
- [31] H. K. Kim, H. J. Lee & S. M. Park. (2010). Factors influencing quality of life in elderly women living alone. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(2), 279-292.
- [32] E. J. Jeon.(2014). Mental health and quality of life in a community population: 2012 community health survey secondary data analysis. Master's thesis. Gangneung-Wonju National University, Gangneung.
- [33] The Seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII -1), 2016. Cheongju : Korea Centers for Disease Control and Prevention
- [34] 2016 Korea National health statistics(2017). Cheongju : Korea Centers for Disease Control and Prevention.
- [35] S. M. Grundy, et al.(2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, Blood institute(AHA/NHLBI) scientific statement. *Circulation*, 112, 2735-2752. DOI: 10.1161/STROKEAHA.112.650812
- [36] S. Y. Lee. et al.(2007). Appropriate waist circumference cut off points for central obesity in Korean adults. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 75, 72-80.
- [37] K. I. Yun & I. S. Kang.(2016). The effect on the life satisfaction of poverty of single households based on the capability approach of Amartya Sen. *Journal of the Korean Gerontological Society* 36(2), 457-473.
- [38] M. J. Kim.(2015). Factors influencing on the quality of life of middle-aged single women. Master's thesis. Kwangwoon university, Seoul.
- [39] J. I. Lee, K. H. Kim & S. H. Oh.(2003). Depression and life satisfaction of middle-aged man. *The Korean Academic Society of Adult Nursing*. 15(3), 422-431.
- [40] H. J. Choi.(2017). A study on factors affecting quality of life for the elderly : focusing on environmental and institutional characteristics factors. Master's thesis. Kangnam university, Yongin.
- [41] S. W. Kim, H. S. Cho.(2012). Relationships between life satisfaction and finance, health, psychology status of the middle aged and elderly who are living alone. *Financial Planning Review*, 5(3), 89-115.
- [42] B. G. Lee, J. Y. Lee, S. A. Kim, D. M. Son, O. K. Ham.(2015). Factors associated with self-rated health in metabolic syndrome and relationship between sleep duration and metabolic syndrome risk factors. *J Korean Acad Nurs*, 45(3), 420-428.
- [43] J. I. Kim, Y. M. Kim, K. O. Park & T. H. Kim.(2018). Convergence study of the disease management educational experience and cardiovascular health behaviors of elderly living alone having risk factors of metabolic syndrome. *Journal of the Korea Convergence*

Society, 9(6), 329-337.  
<https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.6.329>  
[44] Y. J. Lee.(2018). Influence of Self-Rated  
Health Status, Self-Efficacy and Social Support

on Health Behavior in Urban Elderly People  
Living Alone. The Journal of the Convergence  
on Culture Technology, 4(1), 81-87.  
<http://dx.doi.org/10.17703/JCCT.2018.4.2.81>