

# 동거유무에 따른 우리나라 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인

손신영  
경일대학교 간호학과 교수

## Factors Affecting Health Related Quality of Life Between Living Alone and Living Together in the Elderly

Shin-Young Sohn  
Professor, Department of Nursing, Kyungil University

요 약 본 연구는 노인들의 동거유무에 따라 건강관련 삶의 질 차이를 분석하여, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 파악하고 노인들의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 보건의료 프로그램과 정책 개발의 근거자료를 제공하고 자 실시하였다. 제 7기 3차년도 국민 건강영양조사 연구의 원시자료를 이용하여 분석하였다. 독거노인의 건강관련 삶의 질이 동거노인의 삶의 질보다 낮은 것으로 나타났다. 독거노인의 경우 우울, 주관적 건강상태, 연령, 스트레스가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이었고, 동거노인의 경우 우울, 주관적 건강상태, 연령, 성별, 손상, 스트레스가 영향요인이었다. 노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 원인에 대한 지속적인 연구를 통해 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하여 노인의 건강관련 삶의 질 관련 프로그램 개발에 반영이 이루어져야 한다.

주제어 : 건강관련 삶의 질, 독거노인, 동거노인, 우울, 스트레스

Abstract This study was aimed to identify factors affecting the health related quality of life in elderly according to living type. This study used data from the 7<sup>th</sup>-3 Period Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Data were analyzed using the SPSS program. The health related quality of life of living-alone elderly was lower than that of living-together elderly. The significant predictors of health related quality of life of living-alone elderly were depression, subjective health status, age, stress. The significant predictors of health related quality of life of living-together elderly were depression, subjective health status, age, gender, injury, stress. These results suggested that the living type affect the health related quality of life. The influencing factors should be reflected in the relevant program development.

Key Words : Health related quality of life, Living-alone elderly, Living-together elderly. Depression, Stress

\*Corresponding Author : Shin-Young Sohn(angel6484@naver.com)

Received September 25, 2020

Revised October 8, 2020

Accepted December 20, 2020

Published December 28, 2020

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

우리나라는 2017년에 전체 인구 중 노인 인구가 전체 인구의 14.2%로 고령사회에 진입하였고, 2019년에 15.5%로 전체인구의 15%가 넘었으며, 2025년에는 전체 인구의 20%가 넘어서 초고령화 사회로 진입할 것이라고 예측하였다[1]. 노인 인구의 증가는 노인빈곤이나 질병, 소외, 사회적 역할상실과 고립, 경제적 취약 등과 같은 노인문제 증가로 인한 사회적 문제를 야기할 수 있다[2]. 노인들은 신체기능의 쇠퇴와 만성질환 등 신체적 문제와 은퇴로 인한 상실감, 외로움 등의 변화를 노인들은 경험하게 되고 이 시기 심리적 변화를 맞이하게 될 수 있으며, 변화에 적응하지 못할 경우 소외감, 우울 등과 같은 심리적인 문제로 인해 삶의 질이 낮아질 수 있다[3].

의학기술의 발달과 생활수준 향상에 따른 인간의 평균 수명의 연장으로 인해 노인 인구가 늘어남에 따라 노인의 건강에 대한 요구가 지속적으로 증가되고 있으며, 이들의 건강에 대한 관심과 연구가 필요하다. 건강수준을 나타내는 지표 중 하나로써 건강관련 삶의 질이 사용되는데, 건강관련 삶의 질의 주요 구성요소는 건강이며 개인의 건강에 직접적으로 연관되어서 느껴지는 삶의 질이며 주관적이고 다차원적인 개념을 의미한다[4]. 이러한 건강관련 삶의 질의 측정을 통해 대상자의 건강 관련 삶의 질 수준이 파악될 수 있고, 다른 대상자와 비교함으로써 대상자의 건강수준을 확인할 수 있다.

노인들은 다른 연령층에 비해 질병과 건강악화로 인하여 고통에 시달리게 되는 경우가 많으며 이로 인해 주관적으로도 건강상태가 나쁘다고 인지하며, 신체적 기능의 저하에 따라 정상적인 일상생활에 어려움을 느끼고, 사회활동제한을 경험하게 되어 건강관련 삶의 질을 낮게 인지하는 것으로 나타났다[5]. 특히 독거노인은 동거노인에 비해 신체적·정서적·경제적 측면에서 상대적으로 취약하며[6], 가족이나 친척의 지지 없이 소외감과 고독감 속에서 생활하여 사회적 지지 수준이 더 낮으며, 건강증진행위 실천 부족으로 질병에 이환될 가능성이 높고, 외로움, 우울 같은 정서적인 문제를 발생시켜 동거노인에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다[7-9]. 우리나라의 경우 노인인구 중 독거노인이 차지하는 비율은 2000년 16.0%에서 2019년 19.5%로 점차 증가하고 있다[10]. 이렇게 증가하고 있는 독거노인에 대한 문제가 사회적으로 대두되고 있으며, 독거노인에 대한 사회적인 관심과

더불어 전문적이고 지속적으로 노인의 건강을 관리하고 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 대처방안이 필요하다. 노인들이 당면하고 있는 문제에 대해 인식하고 적절히 대처하기 위해서는 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인을 파악하고, 보건의료 프로그램을 개발 및 활용을 통해 건강관련 삶의 질 향상을 위한 노력이 필요하다고 할 수 있다.

노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 연령, 성별, 경제적 상태, 교육수준, 사회지지, 주관적 건강상태, 만성질환, 우울, 스트레스, 일상생활능력[2, 5-7, 11, 12]등으로 선행연구에서 나타났다. 이들 선행연구에서는 건강관련 삶의 질의 영향요인을 다차원적인 변인들을 고려하여 분석하기보다는 한 차원의 요인만을 변인으로 고려하여 분석하였다. 기존의 연구들은 독거노인이 더 취약한 계층임에도 불구하고, 독거노인의 삶의 질과 관련된 연구는 부족하며 동거유형에 따른 독거노인과 동거노인의 건강관련 삶의 질에 관해 비교한 연구는 많지 않다. 독거노인과 동거노인간의 건강불평등이 존재하지만 그것과 관련된 연구는 부족하다.

이에 국민건강영양조사 자료를 이용하여 동거유무에 따른 독거노인과 동거노인을 대상으로 건강관련 삶의 차이를 분석하였다. 또한 성별, 연령, 교육수준, 경제적 수준 등 사회경제적 요인, 주관적 건강상태, 건강검진 수진 여부, 흡연경험, 음주경험, 손상 등 건강관련 요인, 스트레스, 우울 등 정신심리적 요인이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는지를 파악하여 노인의 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램과 보건의료 정책개발의 근거자료로 제공하기 위해 본 연구를 시행하였다.

### 1.2 연구의 목적

독거노인과 동거노인간 건강관련 삶의 질 차이를 분석하며, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 파악하여 노인들의 건강관련 삶의 질을 향상을 위한 보건의료프로그램 및 정책 개발의 근거자료로 제공하고자한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 동거유무에 따른 일반적 특성간의 차이를 파악한다.

둘째, 대상자의 동거유무에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 파악한다.

셋째, 대상자의 동거유무에 따른 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 우리나라 노인의 동거유무에 따른 건강관련 삶의 질을 파악하고, 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것이므로 서술적 조사 연구이다.

### 2.2 연구대상

제 7기 3차년도 국민 건강영양조사 연구(2018년)의 원시자료[13]를 이용하여 분석하였다. 제 7기 3차년도 국민 건강영양조사 연구의 표본추출방법은 조사구, 가구를 1,2차 추출단위로 하는 2단계 층화집락표본추출방법을 사용하였고, 3,518개의 표본가구가 선정되었고, 조사대상자는 10,453명이었다. 조사에 참여한 사람은 7,922명으로 참여율은 76.5%였다[14]. 본 연구의 대상자는 국민건강영양조사 원시 자료 중 65세 이상의 노인 중 연구조건을 충족하는 1,480명이다.

### 2.3 연구도구

#### 2.3.1 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질을 측정하는 도구는 EuroQoL Group에 의해 개발된 EQ-5D를 사용하였다[15].

건강상태의 기술체계는 운동 능력(M), 자기 관리(SC), 일상 활동(UA), 통증/불편감(PD), 불안/우울(PD)의 다섯 개의 문항으로 '전혀 문제 없음'은 1, '다소 문제 있음'은 2, '많이 문제 있음'은 3을 세 단계의 과정으로 구성되어 있다[15]. 건강관련 삶의 질에서 나타나는 건강상태는 각 차원의 순서대로 숫자 5개가 나열되는데, 예를 들어 '21123' 상태는 자기관리, 일상 활동은 전혀 문제없으며, 운동 능력, 통증/불편감은 다소 문제가 있고, 불안/우울은 많이 문제가 있다는 것을 나타낸다. 분류과정을 거쳐  $3^5=243$  가지의 건강 수준이 설명될 수 있다. 본 연구에서 도구의 신뢰도인 cronbach  $\alpha$ 는 .77이었다.

EQ-5D는 243개의 건강상태에 대한 가치점수를 통해 단일한 점수인 'EQ-5D 지표'로 환산가능하다. 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 질병관리본부에서 개발한 EQ-5D 지표를 사용하여 계산하였다[14].

$$\text{EQ-5D} = 1 - (0.05 + 0.096 * M2 + 0.418 * M3 + 0.046 * SC2 + 0.136 * SC3 + 0.051 * UA2 + 0.208 * UA3 + 0.037 * PD2 + 0.151 * PD3 + 0.043 * AD2 + 0.158 * AD3 + 0.05 * N3)$$

#### 2.3.2 우울

우울을 측정하는 도구는 Spitzer 등이 개발한[16] Patient Health Questionnaire(PHQ-9)를 국민건강영양조사에서 한국어판으로 번역한 도구가 사용되었다[15]. 우울증을 선별하고, 심각도를 평가하기 위한 목적으로 만들어진 자가보고형 검사이다. 우울증 선별도구는 9개 문항으로 이루어져있고, "지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?"라는 질문에 각 문항별 '전혀 아니다' 0점, '여러 날 동안' 1점, '일주일 이상' 2점, '거의 매일' 3점으로 되어 있으며 점수가 높을수록 우울증 위험이 높음을 의미한다. 한국어판 PHQ-9 도구의 신뢰도 cronbach  $\alpha$ 는 .73이었다[16]. 본 연구에서 도구의 신뢰도인 cronbach  $\alpha$ 는 .79였다.

#### 2.3.3 일반적 특성

일반적 특성으로 사용된 사회경제적 변수들은 성별, 연령, 교육수준, 경제적 수준이다. 성별은 남성, 여성이며 연령 65-69세, 70-74세, 75세-79세, 80세 이상으로 구분하였다. 교육수준은 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 구분하였고, 경제적 수준은 하, 중하, 중상, 상으로 구분되었다.

건강과 관련된 변수들은 주관적 건강상태, 건강검진 수진여부, 흡연경험, 음주경험, 손상, 스트레스 인지정도이다. 주관적 건강상태는 나쁨, 보통, 좋음으로 구분하였다. 건강검진 수진여부, 흡연경험, 음주경험은 예, 아니요로 구분하였다. 평소 스트레스 인지 정도는 거의 느끼지 않음, 조금 느끼는 편임, 많이 느끼는 편임, 대단히 많이 느끼는 편임으로 구분하였다.

#### 2.3.4 연구 분석 방법

SPSS 25.0을 사용하여 자료를 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 대상자의 동거유무에 따른 일반적 특성은  $\chi^2$ -test를 실시하였다. 대상자의 동거유무에 따른 변수의 건강관련 삶의 질의 차이 검정은 t-test, ANOVA를 실시하였고, 사후 검정은 Duncan test로 분석하였다. 대상자의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 확인하기 위해서 다중 선형회귀 분석을 실시하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성

Table 1. General Characteristics according to the Living Type

(N=1,480)

Variables	Category	Total	Living Alone	Living Together	$\chi^2$ or t (p)
		N(%)	N(%)	N(%)	
Gender	Male	632(42.7)	81(23.1)	551(48.8)	71.68 (<.001)
	Female	848(57.3)	269(76.9)	579(51.2)	
Age	65 - 69	468(31.6)	65(14.4)	403(35.7)	56.31 (<.001)
	70 - 74	408(27.6)	86(32.3)	322(28.5)	
	75 - 79	348(23.5)	109(32.5)	239(21.2)	
	≥80	256(17.3)	90(20.8)	166(14.6)	
Education	≤Elementary	831(56.1)	243(69.4)	588(52.0)	37.19 (<.001)
	Middle	243(16.5)	51(14.6)	192(17.0)	
	High school	261(17.6)	36(10.3)	225(19.9)	
	≥College	145(9.8)	20(5.7)	125(11.1)	
Economic status	Low	362(24.5)	139(39.7)	223(19.8)	102.90 (<.001)
	Middle-low	370(25.0)	104(28.1)	266(23.5)	
	Middle-high	375(25.3)	79(22.6)	296(26.2)	
	High	373(25.2)	28(7.6)	345(30.5)	
Subjective health status	Bad	457(30.9)	132(37.7)	325(28.8)	11.88 (.003)
	Common	711(48.0)	160(45.7)	551(48.8)	
	Good	312(21.1)	58(16.6)	254(22.4)	
Physical check-up	Yes	1,086(73.4)	234(66.9)	852(75.4)	9.98 (.002)
	No	394(26.6)	116(33.1)	278(24.6)	
Drinking	Yes	1,147(77.5)	250(71.4)	897(79.4)	9.69 (.002)
	No	333(22.5)	100(28.6)	233(20.6)	
Smoking	Yes	547(37.0)	76(21.7)	471(41.7)	45.73 (<.001)
	No	933(63.0)	274(78.3)	659(58.3)	
Injury	Yes	97(6.6)	30(8.6)	67(5.9)	3.05 (.081)
	No	1,383(93.4)	320(91.4)	1,063(94.1)	
Stress	Very low	504(34.0)	138(39.4)	366(32.4)	8.71 (.033)
	Low	706(47.7)	145(41.4)	561(49.6)	
	High	211(14.3)	55(15.8)	156(13.8)	
	Very high	59(4.0)	12(3.4)	47(4.2)	

전체 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 1). 전체 대상자의 경우 여성의 비율이 57.3%로 여성의 비율이 높았고, 연령은 65-69세 비율이 가장 높았고, 80세 이상의 비율이 가장 낮았다. 교육 정도는 초졸이하가 56.1%로 가장 높았고, 경제적 수준은 중상이 25.3%로 가장 높았다.

주관적 건강상태는 보통인 경우가 48%로 가장 높았다. 건강검진 수진 유무는 수진하는 비율이 73.4%였다. 음주 경험은 77.5%가 있었고, 흡연 경험은 37.0%가 있는 것으로 나타났다. 1년 이내 손상을 경험한 비율이 6.6%였다. 스트레스 인지는 낮다는 비율이 47.7%로 가장 높았고, 매우 높다는 비율이 4.0%로 가장 낮았다.

### 3.2 동거유무에 따른 일반적 특성의 차이

동거유무에 따른 일반적 특성의 차이를 살펴보면 성별, 연령, 학력수준, 경제적 수준, 주관적 건강상태, 건강검진 수진 유무, 음주, 흡연, 스트레스 인지가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. Table 1. 성별의 경우 독거노인의 여성 비율이 76.9%이고 동거노인의 경우 여성 비율은 51.2%로 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=71.68$ ,  $p<.001$ ). 연령은 독거노인은 75-79세의 비율이 32.5%로 가장 높았고, 동거노인은 65-69세의 비율이 35.7%로 가장 높았고, 동거유무에 따른 연령은 통계적으로 유의하였다( $\chi^2=56.31$ ,  $p<.001$ ). 교육수준은 독거노인 경우 초졸이하가 69.4%로 가장 높았고, 동거노인의 경우도 초졸이하가 52.0%로 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=37.19$ ,  $p<.001$ ). 경제적 수준은 독거노인은 하의 비율이 39.7%로 가장 높았고, 동거노인은 상

의 비율이 30.5%로 가장 높았고, 동거유무에 따른 경제적 수준은 통계적으로 유의하였다( $\chi^2=102.90, p<.001$ ).

주관적 건강상태는 독거노인 경우 보통이 45.7%로 가장 높았고, 좋다고 말한 경우가 16.6%, 동거노인은 보통이 48.8%로 가장 높았으며 좋다고 말한 경우가 22.4%로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=11.87, p=.003$ ). 건강검진 수진 유무는 독거노인이 수진하는 경우가 66.9%였고, 동거노인이 건강검진 수진하는 경우가 75.4%로 나타나 건강검진 유무는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=9.98, p=.002$ ). 음주경험은 동거노인의 있다가의 비율이 71.4%, 동거노인의 있다가의 비율은 79.4%로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $\chi^2=9.69, p=.002$ ). 흡연경험의 경우는 독거노인의 있다가의 비율이 21.7%였고, 동거노인의 경우 있다가는 41.7%로 통계적으로 유의한 차이가 나타났다( $\chi^2=45.73, p<.001$ ). 1년 이내 손상경험은 있다가의 경우가 독거노인은 8.6%였고, 동거노인은 5.9%였고, 통계적으로 유의한 차이가 없었다( $\chi^2=3.05, p=.081$ ). 스트레스 인지는 독거노인의 경우 매우 낮다가의 비율이 39.4%로 가장 높았고, 동거노인은 매우 낮다가의 비율이 32.4%였고, 동거유무에 따라 스트레스 인지는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=8.71, p=.033$ ).

### 3.3 대상자의 우울과 건강관련 삶의 질 정도

전체 대상자의 우울 정도는  $2.31\pm 3.84$ 였다. 독거노인의 우울 정도는  $3.24\pm 4.69$ 였고, 동거노인의 우울 정도는  $2.02\pm 3.48$ 로 동거노인의 우울정도가 높은 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이( $t=5.24, p<.001$ )가 있었다.

대상자 전체의 건강관련 삶의 질 정도는  $0.91\pm 0.14$ 였다. 독거노인의 삶의 질 정도는  $0.88\pm 0.18$ 이었고, 동거노인의 삶의 질 정도는  $0.92\pm 0.13$ 였고, 동거노인의 삶의 질 정도가 높았고, 통계적으로 유의한 차이가 ( $t=-4.95, p<.001$ ) 있었다. Table 2.

### 3.4 변수에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

변수에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 다음 Table

3과 같다. 전체 대상자의 경우 성별( $t=5.49, p<.001$ ), 연령( $F=26.91, p<.001$ ), 교육수준( $F=21.54, p<.001$ ), 경제적 수준( $F=5.56, p=.001$ ), 주관적 건강상태( $F=210.39, p<.001$ ), 건강검진 수진( $t=4.03, p<.001$ ), 음주( $t=3.77, p<.001$ ), 흡연( $t=4.16, p<.001$ ), 손상( $t=-2.66, p=.008$ ), 스트레스 인지( $F=30.22, p<.001$ )에 따라 건강관련 삶의 질이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 남성인 경우, 연령이 낮은 경우, 교육수준이 높은 경우, 경제적 수준이 높은 경우 건강관련 삶의 질이 높았다. 주관적 건강상태가 좋고, 건강검진을 수진한 경우, 음주, 흡연의 경험이 있는 경우, 손상을 경험한 경우, 스트레스 인지가 낮은 경우가 건강관련 삶의 질이 높았다.

독거노인의 경우 연령( $F=4.38, p=.005$ ), 교육수준( $F=3.91, p=.009$ ), 경제적 수준( $F=5.71, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=72.53, p<.001$ ), 음주( $t=2.38, p=.019$ ), 스트레스 인지( $F=11.13, p<.001$ )에 따라 건강관련 삶의 질이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 연령이 낮은 경우, 교육수준이 높은 경우, 경제적 수준이 높은 경우 건강관련 삶의 질이 높았다. 주관적 건강상태가 좋고, 음주경험이 있는 경우, 스트레스 인지가 낮은 경우 삶의 질이 높았다.

동거노인은 성별( $t=5.00, p<.001$ ), 연령( $F=19.22, p<.001$ ), 교육수준( $F=15.23, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=132.63, p<.001$ ), 건강검진 수진( $t=3.28, p=.001$ ), 음주( $t=2.41, p=.016$ ), 흡연( $t=3.88, p<.001$ ), 손상( $t=-2.61, p=.009$ ), 스트레스 인지( $F=20.58, p<.001$ )에 따라 건강관련 삶의 질이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 남성인 경우, 연령이 낮은 경우, 교육수준이 높은 경우 건강관련 삶의 질이 높았다. 주관적 건강상태가 좋고, 건강검진을 수진한 경우, 음주, 흡연의 경험이 있는 경우, 손상을 경험한 경우, 스트레스 인지가 낮은 경우 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

### 3.5 건강관련 삶의 질 영향요인

대상자의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 파악하기 위해 다중 선형회귀분석을 실시하였다<Table

Table 2. Variables' Degree according to the Living Type

Variables	Total	Living Alone	Living Together	t (p)
	M± SD	M± SD	M± SD	
Depression	2.31±3.84	3.24±4.69	2.020±3.482	5.24 (<.001)
HRQOL*	0.91±0.14	0.88±0.18	0.92±0.13	- 4.95 (<.001)

\* HRQOL : Health related quality of life

Table 3. The Difference of HRQOL according to Variables

Variables	Category	Total		Living Alone		Living Together	
		M ± SD	t/F(p)	M± SD	t/F(p)	M ± SD	t/F(p)
Gender	Male	0.93±0.12	5.49 (<.001)	0.89±0.19	0.75 (.451)	0.94±0.11	5.00 (<.001)
	Female	0.89±0.16		0.87±0.17		0.90±0.15	
Age	65 - 69	0.94±0.11 <sup>a*</sup>	26.91 (<.001)	0.92±0.13 <sup>a*</sup>	4.38 (.005)	0.94±0.11 <sup>a*</sup>	19.22 (<.001)
	70 - 74	0.92±0.13 <sup>a</sup>		0.90±0.15 <sup>ab</sup>		0.93±0.12 <sup>a</sup>	
	75 - 79	0.89±0.15 <sup>b</sup>		0.86±0.18 <sup>b</sup>		0.90±0.13 <sup>b</sup>	
	≥80	0.85±0.20 <sup>c</sup>		0.83±0.21 <sup>c</sup>		0.86±0.19 <sup>c</sup>	
Education	≤Elementary	0.89±0.16 <sup>bc*</sup>	21.54 (<.001)	0.85±0.19 <sup>bc*</sup>	3.91 (.009)	0.90±0.15 <sup>bc*</sup>	15.23 (<.001)
	Middle	0.90±0.15 <sup>b</sup>		0.92±0.13 <sup>a</sup>		0.93±0.11 <sup>b</sup>	
	High school	0.94±0.11 <sup>a</sup>		0.92±0.15 <sup>a</sup>		0.95±0.10 <sup>ab</sup>	
	≥College	0.96±0.07 <sup>a</sup>		0.95±0.08 <sup>a</sup>		0.96±0.07 <sup>a</sup>	
Economic status	Low	0.89±0.16 <sup>bc*</sup>	5.56 (.001)	0.85±0.20 <sup>bc*</sup>	5.71 (<.001)	0.91±0.13	0.67 (.571)
	Middle-low	0.90±0.15 <sup>b</sup>		0.85±0.19 <sup>b</sup>		0.92±0.13	
	Middle-high	0.92±0.13 <sup>a</sup>		0.94±0.10 <sup>a</sup>		0.92±0.14	
	High	0.92±0.14 <sup>a</sup>		0.90±0.17 <sup>a</sup>		0.93±0.13	
Subjective health status	Bad	0.81±0.20 <sup>ca*</sup>	210.39 (<.001)	0.75±0.22 <sup>bc*</sup>	72.53 (<.001)	0.83±0.17 <sup>ca*</sup>	132.63 (<.001)
	Common	0.94±0.10 <sup>b</sup>		0.94±0.09 <sup>a</sup>		0.94±0.10 <sup>b</sup>	
	Good	0.98±0.05 <sup>a</sup>		0.97±0.06 <sup>a</sup>		0.98±0.05 <sup>a</sup>	
Physical check-up	Yes	0.92±0.13	4.03 (<.001)	0.89±0.16	1.71 (.088)	0.93±0.12	3.28 (.001)
	No	0.88±0.17		0.85±0.21		0.90±0.16	
Drinking	Yes	0.92±0.14	3.77 (<.001)	0.90±0.17	2.36 (.019)	0.92±0.13	2.41 (.016)
	No	0.88±0.16		0.84±0.05		0.90±0.15	
Smoking	Yes	0.93±0.13	4.16 (<.001)	0.88±0.19	0.29 (.774)	0.94±0.11	3.88 (<.001)
	No	0.90±0.15		0.87±0.17		0.91±0.14	
Injury	Yes	0.87±0.16	-2.66 (.008)	0.85±0.18	-0.67 (.502)	0.88±0.15	-2.61 (.009)
	No	0.91±0.14		0.88±0.15		0.92±0.13	
Stress	Very low	0.94±0.11 <sup>a*</sup>	30.22 (<.001)	0.92±0.11 <sup>a*</sup>	11.13 (<.001)	0.94±0.11 <sup>a*</sup>	20.58 (<.001)
	Low	0.92±0.12 <sup>a</sup>		0.87±0.16 <sup>ab</sup>		0.93±0.11 <sup>a</sup>	
	High	0.85±0.19 <sup>b</sup>		0.79±0.25 <sup>bc</sup>		0.86±0.17 <sup>b</sup>	
	Very high	0.81±0.26 <sup>c</sup>		0.73±0.31 <sup>c</sup>		0.83±0.25 <sup>b</sup>	

\* Post hoc test: Duncan test a>b>c

4>. 다중공선성의 문제의 경우는 독립 변인간 공차한계 (TOL 0.10 이상)와 분산팽창지수(VIF 10이하)를 확인한 결과, 다중 공선성 문제는 없었다. 대상자 전체와 독거노인 및 동거노인으로 구분하여 시행하였다.

전체 대상자의 경우는 다중 선형회귀분석을 한 결과 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R<sup>2</sup>)가 .345로 모형의 설명력은 34.5%였다(F=129.04, p<.001). 건강관련 삶의 질의 주된 영향요인은 우울(β=-.331, p<.001), 주관적 건강상태(β=.276, p<.001), 연령(β=-.161, p<.001), 스트레스(β=-.068, p=.003), 손상(β=.062 p=.004), 성별(β=-.054, p=.012)이었다.

독거노인의 경우 다중 선형회귀분석을 한 결과 모형의

설명력을 나타내는 결정계수(R<sup>2</sup>)가 .380로 모형의 설명력은 38.0%였다(F=52.92, p<.001). 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인은 우울(β=-.334, p<.001), 주관적 건강상태(β=.313, p<.001), 연령(β=-.117, p=.007), 스트레스(β=-.095, p=.044)이었다.

동거노인의 경우 다중 선형회귀분석을 한 결과 모형의 설명력을 나타내는 결정계수(R<sup>2</sup>)가 .315로 모형의 설명력은 31.5%였다(F=85.95, p<.001). 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 주요인으로 우울(β=-.307, p<.001), 주관적 건강상태(β=.273, p<.001), 연령(β=-.201, p<.001), 성별(β=-.074, p=.003), 손상(β=.061 p=.015), 스트레스(β=-.060, p=.026)로 나타났다.

Table 4. Factors Affecting Health Related Quality of Life

Total		Living Alone		Living Together	
Variables	β	Variables	β	Variables	β
Depression	-.331***	Depression	-.334***	Depression	-.307***
Subjective health status	.276***	Subjective health status	.313***	Subjective health status	.273***
Age	-.161***	Age	-.117**	Age	-.201***
Stress	-.068**	Stress	-.095*	Gender	-.074**
Injury	.062**			Injury	.061*
Gender	-.054*			Stress	-.060*
R <sup>2</sup>	.345	.380		.315	
Adjusted R <sup>2</sup>	.342	.373		.311	
F	129.04	52.92		85.95	
p	<.001	<.001		<.001	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < .001

#### 4. 논의

본 연구를 통해 동거유무에 따른 노인들의 건강관련 삶의 질의 정도 및 차이를 분석하고, 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.

독거노인과 동거노인간 일반적 특성 변수와 건강관련 특성 중에서 성별, 연령, 학력수준, 경제적 수준, 주관적 건강상태, 건강검진 수진 유무, 음주, 흡연, 스트레스 인지가 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고, 손상의 경우 통계적으로 유의하지 않았다. 성별의 경우 독거노인에서 여성의 비율이 높은 것으로 나타났으며, 연령에 따른 비율을 보면 독거노인의 경우 75-79세의 비율이 가장 높았고, 동거노인의 경우 65-69세의 비율이 높았다. 이는 여성노인의 독거비율이 높고, 연령이 증가할수록 혼자 사는 노인의 비율이 증가한다고 한 선행연구[6]의 결과와 유사하였다. 우리나라의 경우 기대수명은 남성의 경우 79.7세이며 여성의 경우 85.7세[10]로 여성의 경우 기대수명이 높은 것으로 나타났는데, 이로 인해 여성의 경우 남편과의 사별 후 혼자 지내게 되는 비율이 높았고, 연령이 증가함에 따라 혼자 거주하게 되는 경향이 증가된다는 것을 알 수 있다. 학력수준은 동거노인과 독거노인 모두에서 초졸이하의 비율이 가장 높았고, 경제적 수준은 독거노인은 하에서 가장 높은 비율을 나타냈고 동거노인은 상에서 가장 높은 비율을 보였으며, 동거노인에 비해 독거노인이 경제적 수준이 낮은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태는 동거노인에 비해 독거노인에 있어 나쁘다는 비율이 높은 것으로 나타나 독거노인이 동거노인에 비해 주관적 건강상태를 나쁘게 인식하였다. 건강검진 수진은 독거노인의 수진율이 낮았는데, 건강검

진 수진을 통해 건강을 유지하고 예방할 수 있기 때문에 독거노인들이 정기적 건강검진이 가능할 수 있는 제도적 개선장치가 필요하다. 흡연경험과 음주경험은 독거노인에서 낮은 것으로 나타났다. 이는 독거노인에서 여성의 비율이 남성의 비율보다 높았는데 이는 성별 차이에 의한 것으로 보인다. 스트레스는 독거노인과 동거노인에서 낮은 비율이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 독거노인의 경우 동거노인에 비해 경제적 어려움이 존재하고 주관적 건강상태도 낮았고, 건강검진 수진율도 낮았다. 독거노인은 경제적 어려움으로 인한 의료기관을 이용이나 건강관리 측면에서 취약함으로 어려운 환경에 처해있는 독거노인에 대한 사회적 관심과 지속적이고 전문적인 건강관리에 대한 접근이 필요하다.

동거유무에 따른 우울과 건강관련 삶의 질의 차이는 우울의 경우 독거노인이 우울정도가 높았다. 독거노인의 동거노인에 비해 우울이 높은 것으로 나타나 선행연구[6, 17]와 유사한 결과를 보였다. 독거노인이 경우 동거노인에 비해 인간관계 형성이 부족하며 사회적지지 부족함으로 외로움, 고독감 등의 발생으로 우울정도가 심하다. 그러므로, 사회적지지 체계와 가족의 접촉이 부족한 독거노인의 경우 지역사회 단위의 소규모 모임 같은 독거노인이 규칙적으로 참여하여 사회 활동을 할 수 있는 프로그램의 개발이 필요하다.

건강관련 삶의 질은 건강에 직접적으로 연관된 삶의 질로 건강수준을 나타내는 지표[4]로 건강 관련 삶의 질의 파악으로 개인이나 집단의 건강수준을 평가할 수 있는데, 본 연구에서 독거노인과 동거노인 건강관련 삶의 질은 독거노인이 낮은 것으로 나타나 독거노인과 동거노인 간 건강관련 삶의 질의 차이와 건강 불평등을 확인하

었다. 본 연구의 결과와 선행연구[18]에서 독거노인은 동거노인에 비해 경제적 수준이 낮아 경제적으로 취약한 경우가 많으므로 의료기관을 이용하거나 기타 생활에 있어서 제약을 받을 수 있고, 신체적 건강 뿐 아니라 우울 등의 정신적 건강상태가 양호하지 못하여 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 생각된다. 독거노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인을 파악하고 개선할 수 있는 사회적 관심과 지속적이고 전문적인 건강관리 할 수 있는 대책이 마련되어야 한다. 독거노인의 건강관련 삶의 질에 대한 지속적인 연구가 필요하며, 독거노인의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위한 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다.

변수에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 독거노인의 경우 연령이 낮은 경우, 교육수준이 높은 경우, 경제적 수준이 높은 경우 건강관련 삶의 질이 높았으며, 주관적 건강상태가 좋고, 음주경험이 있는 경우, 스트레스 인지가 낮은 경우 삶의 질이 높았다. 동거노인은 남성인 경우, 연령이 낮은 경우, 교육수준이 높은 경우 건강관련 삶의 질이 높았고, 주관적 건강상태가 좋고, 건강검진을 수진한 경우, 음주, 흡연의 경험이 있는 경우, 손상을 경험한 경우, 스트레스 인지가 낮은 경우 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

건강관련 삶의 질에 영향요인을 규명하기 위해 다중 선형회귀로 분석한 결과 영향요인에 차이가 있었다. 독거노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 우울, 주관적 건강상태, 연령, 스트레스였고, 동거노인의 경우 우울, 주관적 건강상태, 연령, 성별, 손상, 스트레스로 나타났다. 독거노인과 동거노인에서 우울이 노인의 건강관련 삶의 질에 가장 주된 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 우울이 노인의 삶의 질에 영향을 미친다는 선행연구[11, 12]와 유사한 결과를 보였다. 노인의 우울은 신체적, 정신적, 사회적 상실에 따라 자연스럽게 증가하는 노화의 측면으로만 여김에 따라 개인적 측면의 문제로 방치한 측면이 있다[19]. 노인의 우울은 스스로의 인식이 어려워 조기 발견이 어렵고 정신과 치료에 대한 부정적인 인식으로 치료에 어려움이 있고, 우울 증상의 악화는 노인들의 정신건강뿐만 아니라 신체건강도 악화시켜 삶에 악영향을 미치고 건강관련 삶의 질의 저하를 유발하므로 노년기의 우울을 낮추는 노력이 필요하다[20]. 본 연구에서 우울이 삶의 질에 영향을 미치는 요인들 중 가장 영향력이 있는 변수로 확인되었고, 특히 독거노인은 동거노인에 비해 우울을 경험할 수 있는 취약적 환경에서 노출되어 있는 가능성이 있으므로 독거노인들의 우울

을 중재할 수 있는 체계적이고 지속적인 접근이 마련되어야 한다. 독거노인과 주변인들에 대한 우울에 대한 치료의 유용성을 다양한 기회를 통해 교육함으로써 우울을 관리하고 중재할 필요가 있다. 주관적 건강상태는 독거노인과 동거노인에서 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강인식이 나쁠수록 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮다고 보고한 선행연구결과[6]와 유사한 결과로 대상자 자신이 건강을 인식하는 정도가 건강관련 삶의 질에 중요한 영향을 주는 것으로 나타났다. 스스로의 건강을 부정적으로 평가하는 경우 건강관련 삶의 질이 낮으므로 대상자 자신이 인식하는 건강수준을 높일 수 있는 중재프로그램이 개발이 필요하다. 스트레스가 독거노인과 동거노인에게 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 나타났는데, 이는 선행연구[6, 21]와 유사하다. 스트레스가 지속되면 정서적으로 예민해지며, 신경쇠약, 의욕상실, 정서 불안정 등이 유발되기 때문에 스트레스는 삶의 질 저하에 악영향을 미치는 것으로 보고되었다[22]. 그러므로 노인의 스트레스 정도를 평가하여 스트레스를 감소시키기 위하여 스트레스를 감소시킬 수 있는 중재방법의 개발이 이루어져야 한다. 연령의 경우 독거노인과 동거노인에 있어 영향을 주는 요인으로 나타났다. 연령이 증가할수록 건강관련 삶의 질이 낮았는데, 연령의 증가로 인해 만성 유병률과 외로움, 우울 같은 정신적인 문제[5, 7]등이 복합적으로 작용할 수 있어 건강관련 삶의 질에 영향을 줄 수 있으므로 평균수명의 증가로 연장되는 노년의 건강관련 삶의 질을 높이기 위한 다양한 방법 및 정책이 필요하다. 성별과 손상은 동거노인에 영향을 주는 것으로 나타났다. 성별의 경우 건강관련 삶의 질은 영향을 주는 것으로 나타난 선행연구[21]와 유사하다. 여성노인의 경우 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타나 여성 노인의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 프로그램 개발이 이루어질 필요가 있다. 동거노인의 경우는 손상이 있을수록 건강관련 삶의 질이 낮으므로 노인의 사고 및 중독으로 인한 손상을 예방할 수 있는 방법이 모색되어야 한다.

노인의 건강관련 삶의 질이 우울, 주관적 건강상태, 스트레스처럼 개인성향과 관련된 요인에 대한 영향이 있지만, 연령, 성별 등 사회적 요인에 의해서도 영향이 있는 것으로 나타났다. 이는 건강관련 삶의 질은 개인의 행동이 포함된 개인적 수준 뿐 아니라, 사회구조적 문제에 의해 나타날 수 있다는 것을 알 수 있다. 건강관련 삶의 질은 우울과 스트레스 같은 정신적 요인 및 심리적 요인들이 주된 영향을 미치는 것으로 나타나 건강관련 삶의 질



향상을 위한 프로그램 개발 시 대상자의 신체적 건강뿐 아니라 정신적 건강을 증진시킬 수 있는 프로그램 개발이 이루어져야 할 것이다.

### 5. 결론

본 연구는 노인들의 동거유무에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 분석하여, 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하고, 노인들의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 보건의로 프로그램과 정책 개발의 근거자료를 제공하고자 실시하였다.

독거노인의 건강관련 삶의 질이 동거노인의 삶의 질보다 낮은 것으로 나타나 독거노인의 건강관련 삶의 질을 향상시키고 개선할 수 있는 사회적 관심과 지속적으로 건강관리가 이루어질 수 있도록 대책이 마련되어야 한다. 독거노인의 경우 우울, 주관적 건강상태, 연령, 스트레스가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이었고, 동거노인의 경우 우울, 주관적 건강상태, 연령, 성별, 손상, 스트레스가 영향요인이었다. 노인들의 건강관련 삶의 질 향상을 위해서는 대상자에게 맞게 관련 영향요인을 고려한 건강관련 삶의 질 향상을 위해 증재 및 프로그램 개발이 이루어져야 한다.

본 연구는 단면연구이기에 시간에 따른 명확한 인과관계를 규명하기에는 어려우며, 자기기입식 설문조사이기에 거짓 혹은 과소, 과대 응답 할 수 있다는 제한점은 있다. 하지만 우리나라 노인들의 동거유무에 따른 건강관련 삶의 질의 영향요인을 분석함으로써 노인들의 건강관련 삶의 질 향상을 위한 보건의로 프로그램 개발에 기초자료를 제공함에 의의가 있다고 할 수 있다. 노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 원인에 대한 지속적인 연구를 통해 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하여 건강관련 삶의 질 향상을 위한 관련 보건의로 프로그램 개발 및 증재를 시행할 때 연구를 통해 규명된 영향요인들을 적극적으로 고려하여 프로그램 개발할 것을 제언한다.

### REFERENCES

[1] Statistics Korea. (2020). *Estimated Population by Major Age Groups*. Statistics Korea. <http://kostat.go.kr/>

[2] A. R. Choi & H. Jung. (2013). A Comparative Study on Determination Factor of Quality of Life for Senior between Korea and Japan. *Health and Medical Sociology, 33(1)*, 29-57.

[3] E. R. Kim. (2013). Social Capital as a Moderator of the Relationship between Self-rated Health and Depression among Elderly with Chronic Arthritis. *Health and Medical Sociology, 33(1)*, 59-83.

[4] B.Spiker & D.A. Revick. i(1996), *Taxonomy of quality of life*. In: Spiker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher

[5] S. Y. Kim & S. Y, Sohn. (2012) Factors related to Health related Quality of Life in Rural Elderly Women. *Journal of Korean Gerontology Nursing, 14(2)*, 91-98.

[6] E. J. Jung. (2019). Effects of general and oral health on quality of life in the elderly living alone and with family. *Journal of Korean society of Dental Hygiene, 19(4)*, 577-589. DOI : 10.13065/jksdh.20190040.

[7] J. H. Moon & D.H. Kim. (2017). Factors Influencing Life Satisfaction in Elderly Living Alone. *The Journal of the Korea Contents Association, 18(1)*, 44-54. DOI : 10.5392/JKCA.2018.18.01.044

[8] R. Fukunaga, Y. Abe , Y. Nakagawa, A. Koyama, N. Fujise & M. Ikeda. (2012). Living Alone is Associated with Depression among the Elderly in a Rural Community in Japan. *Psychogeriatrics, 12(3)*, 179-85. DOI : 10.1111/j.1479-8301.2012.00402.x

[9] M. A. Lee, J. B. Kim & J. H. Kang. (2011). Living Arrangement and the Life Satisfaction of Korean Older Adults : Examining the Mediating Effects of Parent-Adult Child Relationship. *Health and Medical Sociology, 29*, 41-67.

[10] Statistics Korea. (2019). *Future Population Estimation*. Statistics Korea. <http://kostat.go.kr/>

[11] K. M. Nam & H. J. Nam. (2013). The Influence of Older People`s Satisfaction Factors of Housing Environment on Their Quality of Life: Focusing on the Mediating Effect of Self-esteem and Depression. *Korean Journal of Social Welfare Studies. Social Welfare Studies, 44(4)*, 395-420.

[12] S.S. Zhang & O. S. Kwon. (2020). A Comparative Study on Determinant Factors of Quality of Life for Elderly People in China and Korea. *Korean Governance Review, 27(1)*, 149-173.

[13] Korea Centers for Disease Control and Prevention(2018). The seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII-3). <https://knhanes.cdc.go.kr/>

[14] Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2020) *Guidelines on the use of raw data from the National Health and Nutrition Survey 7<sup>th</sup> Period(2016-2018)*. <https://knhanes.cdc.go.kr/>

- [15] EuroQol Group. (1990), EuroQol: a New Facility for Measurement of Health-Related Quality of Life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- [16] R. L. Spitzer, K. Kroenke & J. B. Williams. (1999). Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Valiation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 1282(18), 1737-1744.  
DOI : 10.1001/jama.282.18.1737.
- [17] K.Y. Park. (2017). Reliability, Validity and Clinical Usefulness of the Korean Version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Global Health and Nursing*, 7(2), 71-78.  
DOI : 10.35144/ghn.2017.7.2.71
- [18] H. C. Kang. (2014). A Study on Comparison of Yangseng(traditional health behavior), Depression, Anxiety and Cognitive Function between the Elderly Women Living Alone and the Aged in the Living with Family. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*, 25(2), 23-32.  
DOI :10.7231/jon.2014.25.2.123
- [19] Y. M. Jung. (2007). Health Status and Associated Factors of Depression according to Depression in Elderly Women. *Journal of Research in Gerontology*, 27(1), 71-86.
- [20] Y. C. Kim. (2019). A Comparative Study on the Quality of Life and Depression of the Elderly Before and After the Community Social Services: Focus on the Community Social Service Investment. *Local Government Studies*, 23(1), 417-435.  
DOI : 10.20484/klog.23.1.17
- [21] K. S. Kim. (2017). Effects of the Health Status and Health Behavior on Health-related Quality of Life of the Elderly Living Alone and Living with Their Families : Using Data from the 2014 Community Health Survey. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 28(1), 78-87.  
DOI : 10.12799/jkachn.2017.28.1.78
- [22] Y. H. Choi & S. H. Kim. (2008). Suicidal Ideation and Related Factors according to Depression in Older Adults. *Journal of Korea Gerontological Society*, 28(2), 345-55.

손 신 영(Shin-Young Sohn)

[정회원]



- 1993년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학사)
- 1997년 2월 : 서울대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2006년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학박사)
- 2010년 9월 ~ 현재 : 경일대학교 간호학과 교수

· 관심분야 : 건강증진, 여성건강간호, 노인간호

· E-Mail : angel6484@naver.com