

일 농촌지역 노인의 삶의 질 예측요인

서 남 숙*·정 영 해**·김 정 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 사회경제적 진보와 의료기술의 발달로 생활수준이 향상되고 평균수명이 연장되어 노인 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율이 점차 증가하고 있다. 우리나라의 65세 이상 노인인구의 비율을 보면, 1990년 5.0%에서 1995년 5.8%, 2000년에는 7.2%로서 고령화사회(Aging Society)로 되었고, 2019년에는 14.0%를 넘어 고령사회(Aged Society)에 진입될 것이며, 2026년에는 20.0%에 도달하여 초고령사회가 되리라 전망된다(K.N.S.O., 2004). 특히 농촌지역은 산업화와 도시화로 인한 이농현상으로 도시지역에 비해 노인인구 및 가구 수의 비율이 월등히 높고 노인단독 세대들이 증가하는 등 삶을 영위하는데 있어서 노인들의 역할이 확대되고 있다.

이처럼 고령화사회가 되면서 노인의 복지문제가 사회의 주관심사로 대두되고 있고, 노인복지의 목표가 삶의 질 향상이라는 점에는 여러 학문분야가 일치된 지향을 보이고 있다(Choi, 2002). 노인은 노화로 인하여 신체상태와 기능이 전반적으로 저하되어 있고 경제적 능력도 의존적이며, 사회적으로 고립되기 쉬우므로 전반적인 삶

의 질을 보존하고 향상시키기 위한 다각적인 노력이 필요하다.

삶의 질은 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각(WHO, 1993)이라 할 수 있으며, 흔히 삶의 만족도와 비슷한 의미로 혼용되고 있다. 근래 들어 인생의 발달주기 상 건강문제가 대두되는 노년기의 삶의 질과 관련된 연구가 증가추세를 보이고 있으며, 이러한 연구들은 노인의 특성과 생활상태에 따른 삶의 질 차이를 확인하고 이에 영향을 미치는 주요 요인들을 파악하는데 관심을 두고 있다.

선행연구들을 살펴보면 노인의 삶의 질이나 생활만족도에 영향을 미치는 요인으로 일상생활활동능력, 경제상태, 사회활동 등 여러 측면에서 다양하게 접근하고 있지만, 건강관련 측면에서는 만성 질환과 우울, 지각된 건강상태 등이 주요 요인으로 제시되고 있다(Lee, 2001; Nam et al, 2000; Park & Han, 2002). 노년기의 기능적인 건강상태의 유지는 노인의 삶의 질에 필요한 조건으로서(Asakawa & Koyano, 2000), Easley와 Schaller(2003)는 기동성 장애와 우울이 노인의 안녕상태에 가장 부정적인 영향을 미치는 요인이라고 하였다. 이처럼 노인은 만성적인 질환으로 인해 건강이 악화되면

* 동신대학교 간호학과 조교수(교신저자 E-mail: nsseo@dsu.ac.kr)

** 동신대학교 간호학과 부교수

투고일 2005년 3월 5일 심사회의일 2005년 3월 16일 심사완료일 2005년 8월 2일

사회적 활동이 감소되고 고독해지거나 우울해지며 타인에게 의존도가 높아져 결국 신체적 및 기능적 측면의 삶의 질이 저하되기 쉽다(Lee, 2001).

우울은 삶의 질을 예측하는데 중요한 인자로서 Badger(2001)에 따르면 우울 정도에 차이가 있는 두 노년기 집단 중 우울증이 심한 집단이 삶의 질에 더 손상을 받고 있는 것으로 나타났다. 또한 건강에 대한 지각이 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인으로 제시되고 있는데 이는 삶의 전반적인 만족에 건강이 큰 비중을 차지하고 있음을 보여주고 있으며(Shin & Yang, 2003), 신체적인 노화와 더불어 만성 퇴행성 질환이나 장애가 많은 특성을 지닌 노인에게 있어서 긍정적으로 지각된 건강상태는 주관적인 삶의 질 향상에 기여하는 것으로 알려져 있다.

최근 삶의 질이 보건의료분야를 비롯한 여러 분야에서 중요한 개념으로 강조되고 있으며, 노년기의 삶의 질을 향상시키기 위한 노력은 노인복지제도의 궁극적인 목표로 노인의 연장된 삶을 보다 건강하고 만족스럽게 유지하는데 중점을 두고 있다. 농촌지역 노인인구의 비율이 급증하고 노년기 건강과 안녕에 대한 문제가 중요한 사회적 관심사로 대두되고 있는 현실점에서 농촌노인의 삶의 질에 대한 다차원적인 연구가 요구되고 있지만, 이들의 삶의 질을 예측하는 요인과 그 관련성을 살펴본 연구는 부족한 실정으로 특히 건강관련 측면에서 만성 질환과 우울, 지각된 건강상태의 세 가지 주요 요인들과의 관련성을 조사한 연구는 드문 편이다. 따라서 본 연구에서는 일 지역 농촌노인을 대상으로 만성 질환 수와 우울, 지각된 건강상태, 삶의 질 수준을 파악하고 이들 간의 관계를 규명함으로써 농촌노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 건강증진사업의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 일 농촌지역에 거주하는 노인의 삶의 질 정도를 파악하고 삶의 질에 관련된 예측요인들을 규명하기 위한 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 삶의 질, 만성 질환 수, 우울, 및 지각된 건강상태의 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질을 비교분석한다.
- 3) 대상자의 삶의 질, 만성 질환 수, 우울, 및 지각된 건강상태간의 관련성을 파악한다.
- 4) 대상자의 만성 질환 수, 우울, 및 지각된 건강상태가

삶의 질을 예측하는 정도를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일 농촌지역에 거주하는 노인들의 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태, 및 삶의 질 정도를 파악하고, 삶의 질 관련요인을 예측하기 위한 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

대상자는 전라남도 N시의 12개 면 지역에 사는 45세 이상의 주민 중 인지기능과 의사소통 능력에 지장이 없고 연구의 목적에 찬성한 사람으로서, 면단위 지역의 대상자 선정은 다단계 비례할당 추출방법(multi-stage proportionate quota sampling)을 이용하였다. 총 조사인원을 인구비례에 따라 각 면에 배정하여 무작위로 리 단위 지역을 선정한 다음, 선정된 지역의 전화번호부를 이용하여 체계적 추출방법으로 조사대상 가구를 선정하였다. 한 가구당 한 명씩 조사하였으며, 조사대상 가구원 중 연령에 맞는 사람이 두 명 이상일 때는 가장 최근에 생일이 지난 사람을 선정하여 성별과 연령이 편중되지 않도록 하였다. 원 조사의 표본 수 800명 중에서 65세 이상 노인은 456명이었고, 최종 자료 분석에서는 456명 중 문항에 대한 응답이 빠진 33명을 제외한 총 423명을 조사하였다.

3. 연구도구

1) 삶의 질

삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 측면에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태를 나타내는 개념으로서(Ro, Kim, & Lee, 1999; Shin, 1998) Ro(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구로 측정된 점수를 말한다. 이는 47문항 5점 척도로서 신체상태와 기능, 정서상태, 경제생활, 자존감, 이웃관계, 가족관계 등 6개 하위영역으로 구성되어 있으며, 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach α 값은 .94이었다. 본 연구에서는 노인의 특성상 배우자에 대한 만족, 성생활에 대한 만족, 부모에 대한 만족 등 세 항목을 제외한 44항목을 이용하였고, 본

연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach α 값은 .93이었다.

2) 만성 질환 수

만성 질환은 관절염, 요통/좌골통, 근골격계 질환, 고혈압, 당뇨, 충치, 구강 질환, 위염, 소화성 궤양, 치질/소화기계 질환, 피부병, 뇌혈관 질환/중풍, 위암 등 국민건강영양조사(2002)에 포함된 항목 중 13가지 질환에 대하여 현재 약을 복용하고 있거나 병원치료를 받고 있는 질환이 있는지 확인하여 만성 질환 보유수를 파악하였다.

3) 우울

우울 정도는 Yesavage 등(1983)이 개발하고 Kee와 Lee(1995)가 검증한 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale: GDS)로 측정하였다. 이는 15문항 2점 척도로서 평균점수가 0점~5점이면 정상, 6점~10점은 경증 우울, 11점~15점은 중증 우울로 간주된다. Kee와 Lee(1995)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach α 값은 .87이었고, 본 연구에서의 Cronbach α 값은 .84이었다.

4) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 Lawton, Moss, Fulcomer와 Kleban의 연구(2003)에서 사용된 도구로 측정하였으며, 현재 본인이 느끼고 있는 건강상태, 같은 나이의 다른 사람과 비교해서 느끼는 건강상태, 3년 전과 비교해서 느끼는 건강상태의 세 가지 항목으로 되어있다. 이 도구는 '매우 나쁘다'부터 '매우 좋다'까지 각각 5점 척도로 최저 3점에서 최고 15점까지의 범위를 나타낸다. 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 긍정적인 의미를 의미하며, 본 연구에서의 Cronbach α 값은 .81이었다.

4. 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 2003년 10월 24일부터 2003년 12월 9일까지 연구자 3명과 훈련받은 조사요원 9명이 구조화된 설문지를 활용하여 가정방문을 통해 면담 조사하였으며, 설문지에 대한 응답은 조사자들이 설문지를 직접 읽어주고 기입하였다. 면담 시 조사자 간의 오차를 줄이기 위해 한 차례에 걸쳐 4시간동안 연구자들이 조사요원들에게 질문지 내용, 면담방법, 및 측정방법 등을 교육하였고, 연구자 1명과 조사요원 3명이 조를 이루어 각 조별

로 5명씩 예비조사를 실시하고 논의를 통해 질문지 내용과 조사방법을 확정하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC 7.5 version 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 백분율을 구하고 삶의 질, 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태는 평균과 표준편차를 구하였다. 일반적 특성에 따른 삶의 질은 t-test 또는 ANOVA를 이용하여 분석하였고, 사후검정을 위해 Tukey test를 시행하였다. 삶의 질과 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태간의 관계는 Pearson 상관계수와 단계별 다중회귀분석 방법을 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 성별에 있어서는 여자가 62.9%이었으며, 연령별로는 65-74세 노인이 64.5%, 75-84세 노인 30.7%, 85세 이상 노인 4.7%이었고 연령분포에서의 성별 차이는 없었다. 결혼상태는 배우자가 있는 사람이 51.1%, 사별 등으로 배우자가 없는 사람은 48.9%이었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하인 사람이 91.0%로 대다수를 차지하였고, 종교를 가진 사람은 38.3%이었다. 경제상태를 보면 생활수준이 중하 정도라고 응답한 대상자는 47.3%,

<Table 1> General characteristics (N=423)

Characteristics	class	n	%
Gender	male	157	37.1
	female	266	62.9
Age(years)	65-74	273	64.5
	75-84	130	30.7
	≥ 85	20	4.7
Spouse	have	216	51.1
	have not	207	48.9
Education duration(years)	≤ 6	385	91.0
	> 7	38	9.0
Religion	have	162	38.3
	have not	261	61.7
Economic status	≥ middle	142	33.6
	low	200	47.3
	public assistance	81	19.1

<Table 2> Scores of Quality of life, chronic illness, depression and perceived health status

Variables	Total(n=423)	Male(n=157)	Female(n=266)	t	p
	M±SD	M±SD	M±SD		
Quality of Life	2.15±.45	2.21±.47	2.11±.44	2.20	.028
Number of Chronic Illness	1.18±1.02	1.04±1.12	1.27±.95	-2.28	.023
Depression	7.27±3.94	6.67±3.74	7.62±4.02	-2.41	.016
Perceived Health Status	7.26±2.54	7.79±2.67	6.95±2.41	3.32	.001

중상 이상이라고 한 대상자는 33.6%이었고, 생활보호 대상자가 19.1%이었다.

2. 대상자의 삶의 질, 만성 질환 수, 우울 및 지각된 건강상태

대상노인의 삶의 질과 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태 점수를 성별로 살펴보면 <Table 2>와 같다. 삶의 질 점수는 5점 만점에 전체평균 2.15점으로 중하 수준이었으며, 남성노인은 2.21점, 여성노인은 2.11점으로 여성노인의 삶의 질이 남성노인보다 낮은 것으로 나타났다($t=2.20, p=.028$). 만성 질환 수는 평균 1.18개로 대상노인들이 13개 질환 중 최소한 1가지 이상을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 남성노인의 질환 수는 1.04개, 여성노인은 1.27개로 여성노인들이 남성노인에 비해 만성 질환을 더 많이 갖고 있었다($t=-2.28, p=.023$).

우울 점수는 전체적으로 볼 때, 평균 7.27점으로 중증의 우울정도를 나타냈으며, 남성노인 6.67점, 여성노인은 7.62점으로 여성노인의 우울정도가 남성노인보다 더 심한 것으로 나타났다($t=-2.41, p=.016$). 지각된 건강상태 점수는 15점 만점에 전체평균 7.26점으로 중하 수준이었고, 남성노인은 7.79점, 여성노인은 6.95점으로 여성노인들이 남성노인에 비해 자신의 건강상태를 더 좋지 않은 것으로 지각하고 있었다($t=3.32, p=.001$).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질

본 연구대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 점수를 분석한 결과는 <Table 3>과 같다. 삶의 질 측정도구의 6개 하위영역인 신체상태와 기능, 정서상태, 경제생활, 자존감, 이웃관계, 가족관계에서의 삶의 질 총 점수는 성별($t=2.20, p=.028$), 연령별($F=5.36, p=.005$), 배우자 유무($t=4.09, p=.001$), 교육수준($t=-4.02,$

<Table 3> Quality of life according to general characteristics (N=423)

Characteristics	M±SD	t or F	p
Total	2.15±.45		
Gender			
male	2.21±.47	2.20	.028
female	2.11±.44		
Age			
65-74	2.17±.45		
75-84	2.14±.43	5.36	.005
≥ 85	1.83±.53		1.2>3
Spouse			
have	2.24±.41	4.09	.001
have not	2.06±.48		
Education duration(years)			
≤ 6	2.12±.43	-4.02	.001
> 6	2.43±.60		
Religion			
have	2.16±.47	.40	.687
have not	2.14±.44		
Economic state			
≥middle	2.39±.39	56.19	.001
low	2.12±.40		
public assistance	1.80±.44		

$p=.001$), 경제상태($F=56.19, p=.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 여성노인의 삶의 질 점수가 남성노인에 비해 낮았고, 연령에 있어서는 85세 이상 노인의 삶의 질 점수가 가장 낮았으며, 배우자가 없는 노인의 삶의 질 점수가 배우자가 있는 노인보다 낮은 것으로 나타났다. 또한 교육수준과 경제상태에 따라서도 차이가 있었는데 교육수준이 낮은 노인의 삶의 질이 낮게 나타났고, 경제상태가 어려울수록 삶의 질 또한 감소되어 생활보호 대상노인의 삶의 질이 가장 낮은 것으로 나타났다.

전체적으로 볼 때 여성노인, 나이가 많은 노인, 배우자가 없고 교육수준이 낮은 사람, 그리고 경제상태가 어려울수록 전체적인 삶의 질 점수가 유의하게 낮았다. 특히 배우자 유무와 경제수준은 모든 영역에서의 삶의 질에 유의한 차이를 나타내는 주요 요인으로 나타났다. 연

령에 따른 전체적인 삶의 질 점수는 Tukey 검정 결과 85세 이상 노인의 삶의 질 점수가 65-74세 노인이나 75-84세 노인의 삶의 질 점수보다 유의하게 낮은 것으로 나타났으며, 경제상태에 따른 삶의 질 점수는 Tukey 검정 결과 세 집단간 서로 유의한 차이를 보여 중상층 노인의 삶의 질 점수가 가장 높았고, 생활보호 대상자 노인들의 삶의 질이 가장 낮게 나타났다.

4. 대상자의 삶의 질, 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태간의 상관관계

대상노인의 삶의 질과 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태와의 관련성은 <Table 4>와 같다. 지각된 건강상태는 대상자의 삶의 질과 통계적으로 유의한 중등도의 순상관관계가 있었으며($r=.608, p < .001$), 우울은 삶의 질과 높은 역상관관계($r=-.751, p < .001$)를 보였고, 만성 질환 수는 삶의 질과 낮은 역상관관계($r=-.336, p < .001$)를 보였다. 만성 질환 수는 지각된 건강상태와 낮은 역상관관계($r=-.343, p < .01$)가 있었고, 우울은 지각된 건강상태와 중정도의 역상관관계($r=-.469, p < .01$)를 보였다. 반면 만성 질환 수와 우울 간에는 낮은 순상관관계($r=.211, p=.05$)가 있는

것으로 나타났다.

5. 대상자의 삶의 질 예측 요인

만성 질환 수와 우울, 지각된 건강상태가 대상자의 삶의 질에 미치는 영향을 확인하기 위해 단계별 회귀분석을 실시하였다. 일반적 특성인 성별, 연령, 배우자 유무, 경제상태, 종교를 고려한 상태에서 만성 질환 수($t=-3.07, p=.002$), 우울($t=-15.89, p=.001$), 및 지각된 건강상태($t=9.05, p=.001$)는 모두 삶의 질을 유의하게 예측하는 변수로 나타났다<Table 5>.

단계별 회귀분석에서 우울점수는 삶의 질 변량을 36.8% 설명하였고, 다음으로는 지각된 건강상태가 8.2%, 만성 질환 수가 0.7% 각각 설명하였다. 노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들을 순서대로 살펴보면 우울, 지각된 건강상태, 만성 질환 수의 순이었고, 우울은 노인들의 삶의 질을 예측하는 가장 중요한 변수로 나타났다. 또한 노인들이 실제로 가지고 있는 만성 질환 수보다는 자신의 건강상태를 어떻게 지각하는지가 이들의 삶의 질에 더 많은 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

IV. 논 의

<Table 4> Correlation among quality of life, chronic illness, depression and perceived health status

(N=423)

Variables	No of Chronic illness	Depression	Perceived health status
Quality of life	-.336***	-.751***	.608***
Number of chronic illness	-	.211*	-.343**
Depression	-	-	-.469**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

<Table 5> Factors related to quality of life

(N=423)

Variables	b	s.e.	B	t (p)	cummulative R ²	F (p)
Age	.001	.006	.006	.19 (.846)	.221*	
Gender(female)	.121	.077	.052	1.56 (.119)		
Economic status						
(public assistance)	-.305	.106	-.106	-2.88 (.004)		
(low)	-.008	.077	-.004	-.11 (.910)		
Spouse(have not)	-.190	.077	-.084	-2.46 (.014)		96.84
Religion(have not)	-.101	.068	-.043	-1.49 (.138)		(.001)
Depression	-.158	.010	-.550	-15.89 (.001)	.589	
Perceived health status	.135	.015	.302	9.05 (.001)	.671	
Number of chronic illness	-.103	.034	-.093	-3.07 (.002)	.678**	

* R² for the model with the general characteristics only.

** R² for the model with all the variables above.

본 연구는 농촌지역에 거주하는 노인을 대상으로 삶의 질을 예측하는 건강관련 요소들을 조사하고 상관관계를 파악함으로써 농촌노인의 보건복지프로그램 개발에 기여하고자 시도되었다. 선행연구들을 통해 노인의 삶의 질 관련요인으로 만성 질환 수, 우울, 지각된 건강상태의 세 가지 변수들을 선정하여 이들의 수준을 조사하고, 삶의 질과의 관련성을 조사하였다.

본 연구대상자들의 삶의 질 점수는 5점 만점에 평균 2.15점으로 중간수준 이하로 나타났으며, Park 등(1997)이 서울시 노인을 대상으로 조사한 평균 점수 3.45점에 비하여 낮은 편이었다. 이는 농촌노인의 수가 상대적으로 증가하고 있음에도 불구하고 도시노인에 비해 생활조건이나 의료혜택이 취약한 편으로서 이들에 대한 지원과 관심이 필요함을 말해준다.

삶의 질과 비슷한 개념으로 혼용되고 있는 생활만족도나 삶의 만족도에 관한 연구들을 살펴보면, Park과 Han(2002)은 농촌노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인으로 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준의 인구학적 특성과 주관적 건강상태, 상태수준, 자아존중감, 일상생활 활동능력을 제시하였으며, 자아존중감이 가장 주요한 요인이라고 하였다. Kwon과 Cho(2000)는 도시노인을 대상으로 한 연구에서 여성노인, 고령노인, 자녀벌거노인, 질병이 있는 노인, 경제수준이 낮은 노인, 여가 및 사회 활동 참여가 적은 노인들의 삶의 만족도가 상대적으로 낮다고 하였고, Shin(2001)은 도시에 거주하는 여성노인을 대상으로 한 연구에서 건강상태와 자아존중감이 생활만족도와 유의한 상관관계가 있고 배우자가 있는 노인의 생활만족도가 배우자가 없는 노인에 비해 유의하게 높았다고 하였다.

본 대상노인들은 13가지 종류의 만성 질환 중 최소한 1가지 이상의 질환을 가지고 있으며, 현재 병원치료를 받거나 약물을 복용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 농촌노인의 48%에서 85.9%는 한 가지 이상의 만성 질환을 가지고 있다고 한 Kim(2001)의 연구와 비교해 볼 때 본 대상노인들의 만성 질환 유병율이 더 높음을 알 수 있다. 또한 여성노인의 만성 질환 수가 남성노인보다 유의하게 많았는데, 여성노인의 만성 질환 유병율은 90%이상으로 남성노인에 비해 더 높다고 한 Moon과 Nam(2001)의 연구와 일치하였다. Kim(2003)은 도시노인의 건강상태에 관한 연구에서 대상노인의 43.3%는 일상생활활동을 하는데 도움이 필요한 상태였다고 하였다. 노인의 만성 질환은 고독과 우울로 이어지고 의료비

지출을 증가시키는 등 삶의 질을 저하시키므로 이에 대한 체계적인 관리가 필요하다.

본 대상자들의 우울정도는 전체평균 7.27점으로 경중 우울정도를 나타내었고, 이는 재가노인과 시설노인을 대상으로 한 연구에서 대상자의 우울수준이 최고 30점 중 14.69점으로 경중의 수준이었다고 한 Choi(2003)의 연구와 유사하였으며, 일 도시지역 노인의 56.2%가 우울 의심 대상자이었음을 보고한 Kim(2003)의 연구와 비슷한 맥락으로 볼 수 있다. 노인의 우울은 신체적, 인지적, 사회적 장애와 질병의 회복지연, 자살 등의 결과를 초래할 수 있으므로(Choi, 2003) 지속적인 관심과 더불어 우울을 예방하고 감소시키기 위한 적극적인 대처가 필요한 것으로 생각된다.

성별로 보면 여성노인은 7.62점, 남성노인 6.67점으로 여성노인의 우울정도가 남성노인에 비해 심한 것으로 나타나 여성노인이 남성노인보다 더 많은 우울증을 경험한다는 연구(Kwon, Chung, & Kwon, 2002; Dean, Kolody, Wood, & Matt, 1992)들과 일치하였다. 이는 여성의 심리적 특성 때문일 수도 있지만 우울 정도는 배우자 유무와 자신의 경제상태에 대한 지각수준에 따라 유의한 차이가 있음을 감안할 때, 여성노인은 남수명의 차이로 배우자 없이 혼자서 살아가는 기간이 길고 직업이나 경제력에 있어서도 남성에 비해 낮은 수준에 있다는 점도 고려해야 할 것으로 본다.

대상노인의 지각된 건강상태는 15점 만점에 남성노인은 평균 7.79점, 여자노인 6.95점으로 노인의 지각된 건강상태 점수를 4점 만점에 평균 2.34점으로 보고한 Choi(2003)의 연구와 유사하였다. 성별로는 여성노인이 남성노인에 비해 자신의 건강상태에 대하여 부정적으로 지각하고 있으며 유의한 차이를 보였으나, Choi(2003)는 성별에 따른 유의한 차이가 없는 것으로 보고하고 있다. Cha, Han과 Lee(2002)는 노인의 지각된 건강상태와 유의한 관련성이 있는 변수로 성별, 경제수준, 배우자, 일상적인 기능장애 등을 제시하면서 남성노인이 건강을 보다 긍정적으로 지각하는 것으로 보고하였다.

삶의 질과 지각된 건강상태, 만성 질환 수, 우울 간의 상관관계에 있어서는 삶의 질은 지각된 건강상태와 유의한 순상관관계가 있고, 우울이나 만성 질환 수와는 유의한 역상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 이중 삶의 질과 가장 높은 상관관계가 있는 변수는 우울로 나타났다. 우울은 삶의 질과 중등도의 역상관관계가 있어서 우울정도가 심해질수록 삶의 질이 낮았으며, 이는 정상 노인보

다 우울증이 있는 노인의 삶의 질이 더 낮다고 보고한 Yeon 등(1999)의 연구결과와 유사하였다. 우울은 신체적 건강과도 유의한 관련성이 있는 것으로 보고 되고 있는데(Park, 1999; Kang & Kim, 2000), 본 연구에서도 만성 질환 수와 우울 간에는 유의한 순상관관계가 있는 것으로 나타났다.

만성 질환 수는 지각된 건강상태와 유의한 역상관관계를 보여 만성 질환 수가 많을수록 건강상태에 대한 지각이 좋지 않은 것으로 나타났다. 즉 만성 질환 수가 많아질수록 우울 정도가 심해지고 지각된 건강상태와 삶의 질이 낮아짐을 알 수 있다. 만성 질환 수와 삶의 질과의 관계에 있어서 가지고 있는 만성 질환 수가 많을수록 삶의 질이 낮아지는 결과는 Nam 등(2000)의 연구결과와 일치하였다.

지각된 건강상태와 삶의 질과의 관련성에 있어서는 중등도의 순상관관계를 나타내어 자신의 건강상태에 대한 지각이 좋을수록 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다. 이는 건강이 삶의 전반적인 만족에 큰 비중을 차지하고 있다는 연구 결과(Shin & Yang, 2003)와 맥락을 같이 하고 있다. 지각된 건강상태는 우울과는 유의한 역상관관계를 보여 자신의 건강상태를 좋지 않은 것으로 지각하는 사람은 우울 정도는 증가하고 삶의 질은 저하됨을 알 수 있다.

대상노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들을 확인하기 위해 회귀분석을 실시한 결과, 지각된 건강상태, 만성 질환 수 및 우울정도가 삶의 질을 예측하는 것으로 나타났으며, 삶의 질을 예측하는 순서대로 보면 우울이 가장 큰 관련변수로서 삶의 질 변량의 36.8%를 설명하였고, 다음은 지각된 건강상태, 만성 질환 수의 순이었다. 반면 Park과 Han(2002)은 농촌노인의 삶의 만족도에 의미 있는 영향을 미치는 요인으로 주관적 건강상태, 경제상태, 자존감, 일상생활동작 수준을 제시하고 있어 이에 대한 반복연구가 요구된다.

본 연구를 통해 농촌 노인의 삶의 질을 예측하는 가장 중요한 변수는 우울이며, 다음으로 지각된 건강상태와 만성 질환 수의 순임을 알 수 있었다. 즉 농촌노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 우울을 감소시키고 노인들 대부분이 한두 가지 이상씩 가지고 있는 만성 질환을 효율적으로 관리함으로써 자신의 건강상태에 대한 인식을 긍정적으로 높여줄 수 있는 방안이 요구된다. 노인 대부분이 노화로 인한 만성 질환으로 고통을 받고 있는 상황은 유사하지만 우울과 건강상태에 대한 지각은 연령별,

경제상태, 배우자 유무, 및 사회활동정도에 따라 영향을 받고 있음(Kim, 2001; Cha et al., 2002)을 볼 때, 특히 노인의 사회활동 수준이나 다른 사람과의 접촉 기회를 증가시키는 것이 노인의 우울을 감소시키고 신체적 및 심리적 건강상태에 대한 인식을 긍정적으로 변화시킬 수 있음을 알 수 있다.

따라서 농촌노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 방안은 지역사회 의료기관 및 복지시설과의 연계를 통해 사회적 지지망을 확충시켜 나가고 사회적 접촉을 증진시킬 수 있는 다양한 프로그램을 제공하는 것이다. 대상자의 적극적인 참여를 통해 사회활동을 늘려나감으로써 우울을 감소시키고 노인들 스스로 자신의 건강에 대해 긍정적인 인식을 갖도록 하며, 아울러 국가적 차원에서 이루어지고 있는 방문간호사업을 비롯한 건강관리제도의 효율적인 운영을 통하여 노화나 만성 질환에 따른 신체적, 심리적 건강상태의 제한점들을 극복할 수 있다고 사료된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌지역에 사는 노인을 대상으로 만성질환 수, 우울, 지각된 건강상태 및 삶의 질 정도를 파악하고, 삶의 질 관련요인을 분석함으로써 농촌노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구대상자는 전라남도 N시의 면 지역에 거주하는 65세 이상 423명으로 남성노인 157명, 여성노인 266명이었고, 구조화된 질문지를 활용하여 2003년 10월 24일부터 2003년 12월 9일까지 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 SPSS/PC 7.5 version 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성은 백분율을 구하고 삶의 질, 만성질환 수, 우울, 지각된 건강상태는 평균 및 표준편차를 구하였다. 일반적 특성에 따른 삶의 질은 t-test 또는 ANOVA로 분석하고 사후검정을 위해 Tukey test를 시행하였으며, 삶의 질과 만성질환 수, 우울, 지각된 건강상태간의 관계는 Pearson 상관계수와 단계별 다중회귀 분석 방법으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 전체 대상노인의 삶의 질 점수는 평균 2.15점으로 중하수준이었고, 남성노인은 2.21점, 여성노인은 2.11점으로 여성노인의 삶의 질 점수가 남성노인에 비해 유의하게 낮았다($t=2.20$, $p=.028$). 전체노인이 가

지고 있는 만성질환 수는 평균 1.18개이었고, 여성노인은 1.27개로 남성노인의 1.04개에 비해 여성노인이 가지고 있는 만성질환 수가 유의하게 더 많았다 ($t=-2.28, p=.023$). 우울점수는 전체 평균 7.27점으로 경증 정도의 우울을 가지고 있었고, 여성노인의 우울점수는 7.62점으로 남성노인의 6.67점에 비해 유의하게 높았다($t=-2.41, p=.016$). 지각된 건강상태는 평균 7.26점으로 중하수준이었고, 여성노인은 6.95점, 남성노인은 7.79점으로 남성노인에 비해 여성노인이 자신의 건강상태를 부정적으로 지각하는 것으로 나타났다($t=3.32, p=.001$).

2. 일반적 특성에 따른 전체적인 삶의 질 점수는 여성노인($t=2.20, p=.028$), 85세 이상 노인($F=5.36, p=.005$), 배우자가 없는 노인($t=4.09, p=.001$), 교육수준이 낮은 경우($t=-4.02, p=.001$), 경제상태가 어려울수록($F=56.19, p=.001$) 유의하게 낮았다.
3. 대상노인의 삶의 질은 지각된 건강상태($r=.608, p=.001$)와 유의한 순상관계가 있었고, 우울($r=-.751, p=.001$), 만성질환 수($r=-.336, p=.001$)와는 유의한 역상관계가 있는 것으로 나타났으며, 이 중 우울이 삶의 질과 가장 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다.
4. 대상노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해 회귀분석을 실시한 결과, 우울점수가 삶의 질을 36.8%로 가장 많이 설명하였고, 다음으로 지각된 건강상태가 8.2%, 만성질환 수가 0.7%를 각각 설명하였다. 삶의 질을 예측하는 순서를 보면 우울, 지각된 건강상태, 만성질환 수의 순이었다.

본 연구결과 농촌 노인의 삶의 질은 중하 수준으로 이들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 우울을 감소시키고 자신의 건강에 대한 인식을 긍정적으로 높이며, 만성 질환을 효율적으로 관리할 수 있는 건강증진 방안을 제공하는 것이 필요함을 알 수 있다. 이에 농촌문화에 대한 충분한 이해를 토대로 농촌사회에서 노인의 우울과 건강 지각이 어떤 요인들과 관련되어 있는지를 파악하는 것이 우선되어야 하며, 대상노인의 건강상태에 따라 적정 수준의 의학적 치료를 제공하고, 다른 사람과의 접촉기회와 사회적 활동수준을 유지하고 늘려나갈 수 있는 다양한 프로그램을 제공해야 할 것으로 사료된다.

References

- Asakawa, T., & Koyano, W. (2000). Effects of functional decline on quality of life among the Japanese elderly. *Int J Aging Human Develop*, 5(4), 319-329.
- Badger, T. A. (2001). Depression, psychological resources and health-related quality of life in older adults 75 and above. *J Clinic Geropsychol*, 7, 189-200.
- Cha, S. E., Han, G. H., & Lee, J. H. (2002). Relationship between self-rated health and physical-mental-social health: differences among three aged group. *J Korea Gerontol Soc*, 22(1), 173-190.
- Choi, S. J. (2002). Development of Korean elderly life quality scale. *J Korean Acad Adult Nurs*, 14(3), 401-410.
- Choi, Y. A. (2003). A survey on the perceived health status and health behavior of the aged in an area. *J Korea Gerontol Soc*, 23(3), 129-142.
- Dean, A., Kolody, B., Wood, P., & Matt, G. E. (1992). The influence of living alone on depression in elderly persons. *J Aging Health*, 1(4), 3-18.
- Easley, C., & Schaller, J. (2003). The experience of being old-old: life after 85. *Geriatr Nurs*, 24(5), 273-277.
- Kang, H. S., & Kim, K. J. (2000). The correlation between depression and physical health among the aged. *Korean J Pub Health*, 26(4), 451-459.
- Kee, B. S., & Lee, C. W. (1995). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 34(6), 1875-1885.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 544-552.
- Kim, W. K. (2001). Subjective and objective social support in the association between

- physical disability and depression in older adults. *Korean J Res Gerontol*, 10, 55-74.
- Korea National Statistical Office (2004). Population of Korea and world.
- Kwon, J. D., & Cho, J. Y. (2000). A study of factors influencing the life satisfaction of the aged. *J Korea Gerontol Soc*, 20(3), 61-76.
- Kwon, S. S., Chung, Y. K., & Kwon, H. J. (2002). Comparison of depression level of poor elderly and elderly. *J Korean Comm Nurs*, 13(1), 30-38.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol*, 37(1), 91-99.
- Lee, Y. S. (2001). Quality in life of elderly. *J Korean Geriatric Soc*, 3(4), 281-284.
- Ministry of Health and Welfare (2002). 2001 National health and nutrition survey -chronic disease-.
- Moon, S. S., & Nam, J. J. (2001). Health status of elderly in Korea -focus on physical health and disability of elderly women-. *J Korea Gerontol Soc*, 21(1), 15-29.
- Nam, H. S., Son, M. H., Kweon, S. S., Kim, S. Y., Park, H. C., Lee, C. W., Sohn, S. J., Rhee, J. A., & Choi, J. S. (2000). Chronic disease and health related quality of life in an urban elderly. *J Korean Geriatric Soc*, 4(3), 172-190.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., & Han, K. S. (1997). A study of relationship between health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 6(2), 238-251.
- Park, K. H., & Han, H. K. (2002). Factors related to life satisfaction of rural elderly. *Korean J Res Gerontol*, 11, 43-61.
- Park, Y. S. (1999). Determinants of depression of the elderly. *J Korean Soc Health Stat*, 24(1), 22-29.
- Ro, Y. J. (1988). *A analytical study of the quality of life of the middle-aged in Seoul*. Doctoral Dissertation, Yonsei University, Korea.
- Ro, Y. J., Kim, C. G., & Lee, Y. S. (1999). An analysis of nursing research related to quality of life reported in Korea from 1987 to 1996. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(4), 743-757.
- Shin, H. C. (1998). Definition of health related quality of life. *J Korean Acad Fam Med*, 19(11), 1008-1015.
- Shin, H. S. (2001). Self-esteem, health status and life satisfaction in elderly women according to the spouse's perspective. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1119-1128.
- Shin, K. R., & Yang, J. H. (2003). Influencing factors on quality of life of middle-aged women living in rural area. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 999-1007.
- World Health Organization(1993). WHOQOL study protocol. *WHO*, Geneva.
- Yeon, B. K., Suh, G. H., Ryu, S. G., Lim, J. W., Bang, H. S., Shin, J. Y., & Han, C. H. (1999). Comparison study of quality of life in depressed, demented and normal elderly. *Geriatric Psychiatr*, 3(2), 157-164.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adev, M., & Von Otió, L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

Factors Related to Quality of Life among Rural Elderly

*Seo, Nam Sook*Chung, Young hae***

*Kim, Jeong Sook**

Purpose: This study was conducted to explore the degree of depression, perceived health status, chronic disease and quality of life(QOL) among rural elderly and to determine the factors related to their QOL. **Method:** The design of this study was a correlational study. The subjects were 423 elderly consisted of 157(37.1%) men and 266(62.9%) women dwelling in a rural area of N City. Data were collected from May to December, 2003 using a structured questionnaire. A stepwise multiple regression analysis was performed to identify the factors related to the QOL. **Result:** It was found that the mean score of QOL was in total with 2.15 out of 5.00 and women elderly's score was significantly lower than men($t=2.20$, $p=.028$). Perceived health status showed

statistically significant positive relationship with QOL($r=.608$, $p<.05$), while depression($r=-.751$, $p<.01$) and chronic illness($r=-.336$, $p<.01$) showed statistically significant negative relationship. Depression was found to have the highest correlation with QOL among the subjects. Depression score explained QOL at the most, accounting for 36.8% of the variability, followed by perceived health(8.2%) and the number of chronic illness(.7%). Other factors related to the QOL were economic status and absence of spouse. **Conclusion:** In order to increase the QOL of rural elderly, it is necessary to decrease the depression, to increase their perceived health status and to decrease the number of chronic illness. We suggest the implementation of a program not only to promote physical health status and self-care ability but to take care of mental health for the rural elderly.

Key words : Elderly, Quality of life, Chronic Illness, Depression, Perceived health status

* Assistant Professor, Department of Nursing, Dongshin University

** Associate Professor, Department of Nursing, Dongshin University