

신중년세대와 노인의 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향요인

오지영*·김석환**†·김한성*

*한국폴리텍대학 서울강서캠퍼스 의료정보과 조교수, **서영대학교 파주캠퍼스 보건의료행정과 조교수

The Effects of Hearing Status on the Quality of Life in the New Middle Age and Elderly

Ji-Young Oh*·Seok-Hwan Kim**†·Han-Sung Kim*

*Assistant Professor, Department of Health Care Informatics, Korea Polytechnic Colleges Kanseo

**Assistant Professor, Department of Health Care Administration, Seoyoung University

ABSTRACT

Objectives: There are few studies which reflects of each generation's own features, of the New Middle Age and the Elderly's hearing status and their quality of life even though the population of old age has been weighted as baby boom generation's entering into old age. This study is to identify the effects of the new middle age and the elderly's hearing status on their quality of life and to prepare the customized health policies for their health promotion and quality of life improvement as well as the base line data for hearing enhancement programs.

Methods: This study was analyzed using the data of the 7th term of the National Health and Nutrition Survey of the Disease Management headquarters. Out of 8,150 adults over the age of 50 who participated in the hearing test, 3,306 were selected and analyzed.

Results: At the result of identifying the correlation of hearing status and the quality of life between the New Middle Age and the Elderly, it was confirmed that hearing loss affects low quality of life. The average of quality of life between the New Middle Age and the Elderly was 0.95 and 0.85 each, resulting in higher quality of life in New Middle Age than in the Elderly. The factors affecting the quality of life of the New Middle Age were the level of the education, household income, the type of health insurance, subjective health status. The factors affecting the quality of life of the Elderly were gender, the type of health insurance, subjective health status.

Conclusion: Hearing loss of the New Middle Age and the Elderly affects their low quality

접수일 : 2019년 03월 14일, 수정일 : 2019년 04월 05일, 채택일 : 2019년 04월 12일

교신저자 : 김석환(10843, 경기도 파주시 월롱면 서영로 170)

Tel: 031-930-9590, Fax: 031-930-9599, E-mail: rabbitear7@hanmail.net

of life. Therefore the development and the provision of policy program is needed, so as to maintain and manage hearing through age-specific health education. It is expected that the second half of the New Middle Age's life will be much happier, if not taking the treatment-oriented approach of hearing loss only but strengthening the education needed for the maintenance and the management of healthy hearing at their work place, where 50 and 60 generations' workforce has been increased.

Key words: Hearing Status, Quality of Life, New Middle Age and Elderly

I. 서론

1. 연구의 필요성

인구의 고령화로 인해 노인인구와 노인가구의 규모와 비중이 빠르게 증가하면서 우리나라 65세 이상 노인인구 비율은 2017년 14.2%를 기록하였다. UN이 정한 고령사회 기준인 14%를 넘으면서 고령화 사회를 넘어 본격적인 고령사회로 접어들은 것이다(보건복지부, 2019). 특히, 베이비붐 세대(1955~1963년에 태어난 인구)가 노년기로 접어드는 시작인 2020년부터는 노인인구의 비중이 현재보다 가중될 것이다(최보람, 2018). 베이비붐 세대를 정책적 용어로서 '신중년'이라고 하며 우리나라 인구 구조상 가장 많은 비중을 차지하고 있는 베이비부머인 50대와 60대를 합쳐 정의하는 말이다(대통령직속 일자리위원회, 2017). 신중년은 우리나라 고도 성장의 주역이나, 부모 부양과 자녀 양육의 이중고를 겪는 마지막 세대로 노후 준비가 제대로 되어 있지 않아 맞춤형 지원이 절실한 인구 집단이다(홍은심, 2017). 신중년 인구는 1천 340만 명(2016)으로 생산가능인구의 30.9%이며, 노인인구로 편입돼 70세 이상 인구는 전체인구의 8.7%(2015년)에서 2025년 12.9%, 2035년에는 21.0%까지 증가할 것으로 예상된다(다아라매거진, 2018). 이렇듯 중년을 넘어 고령에 접어든 신중년과 노인인구의 증가로 사회적 활동을 하며 건강하게 오래 사는 삶의 질에 대한 관

심이 중요하게 받아들여지고 있다.

노년기에 있어 삶의 질을 심각하게 저하시키는 것 중 하나는 연령이 증가함에 따라 언어청취력이 감소되는 노인성 청력문제이며, 미국의 통계에 따르면 청력의 감소는 노년층 질환 중 관절염, 고혈압, 심장 질환에 이어 네 번째로 많은 질환이다(홍은심, 2017). 노인의 청력감소는 노화에 따른 퇴행성 변화를 의미하는 것으로 연령에 따른 청력 감소는 30대 정도에 시작되며, 일반적으로 65세 이상을 기준으로 양측 귀에서 대칭적인 형태의 청력 저하를 보이는데 국내의 경우, 보건복지부에 따르면 난청환자가 2008년부터 매년 5%씩 늘어 최근 5년 사이 41%나 증가했으며 이 중 40%가 60세 이상으로 노인성 난청을 앓고 있는 것으로 조사됐다(홍은심, 2017). 또한 한국의 65세 노인 4,040명을 대상으로 한 김희정 등(2011)의 연구에 따르면 청력의 장애를 가지고 있는 사람이 14.0%로 나타났고 저소득층 노인의 경우 44.2%가 청력의 저하를 호소하는 것으로 보고되었다.

노인의 청력저하는 노인성 난청이라 불리는 생리적 영역뿐만 아니라 노인 스스로 느끼는 청력 불편감을 포함한다. 이로 인하여 가족들과의 대화에서 어려움을 겪게 되고 본인도 정확한 발음을 구분하지 못하여 괴로울 뿐 아니라, 가족들도 되묻는 말에 두 세 번 같은 대답을 반복하여야 하므로 가족과의 대화에서 소외되는 경향이 나타나게 되며, 일반 사회 생활도 위축되는 경향이 있다. 또한 정서적으로 우

울증이 생길 수 있고, 의기소침해질 수 있고, 귀울림이라고 하는 이명도 동반할 수 있으며, 이런 경우에는 소화불량, 위장장애, 고혈압, 심장박동 증가, 권태 등의 여러 가지 증상을 동반할 수 있다(대한이과학회정보위원회, 2019). 선행연구에서는 일반적으로 노인의 청력 저하는 연령의 증가와 함께 급속도로 증가하며, 우울증상이 나타날 확률이 약 2.5배 정도 더 높은 것으로 나타났다(Saito et al., 2010). 또한 연령이 증가할수록 청력이 저하되어 일차적으로는 타인과의 의사소통에 영향을 미치며 안전, 일상생활활동 및 기능에도 부정적인 영향을 미친다(Bakke et al., 2008). Lin 등(2011)의 연구에서도 청력저하 정도가 심할수록 치매 발병 위험이 증가하는 것으로 보고하며 청력과 치매 간에 관련성이 있음을 밝혔다. 더불어 대상자가 지각하는 청력장애는 신체적 청력손상 뿐만 아니라 대상자의 일반적 특성이나 환경적 요인 및 심리사회적 요인과의 관련이 높다고 보고되었다(Chang HP et al., 2009).

이와 같이 신체적 변화에 따른 기능상실로서 노인의 청력저하는 심리적이든 사회적이든 삶의 영역과의 관련성에 초점이 맞추어져 있고 청력상태 요인은 삶의 질을 평가하는데 변인된 요인으로 영향을 줄 수 있다. 건강 관련 삶의 질과 연계된 청각은 인간이 느끼는 매우 민감한 오감으로 만약, 청각이 손상되거나 청력이 감소된다면, 일상생활에 많은 어려움을 느낄 것이다. 세계보건기구는 국제장애분류(ICIDH: International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps)를 통하여 청각손상(hearing impairment)이 있는 사람들에 대하여 장애(disability)로 인정하였다(WHO, 1980). 일부 청각장애인들은 청력손실을 보완하기 위하여 인공와우나 보청기 등의 보장구를 착용하며 이로 인해, 의사소통, 사회생활면에서 삶의 질이 향상되었다고 보고된 바 있다(Mondelli MF and Souza PJ, 2012).

청력장애와 관련된 외국의 선행연구를 살펴보면, 보청기 착용자의 삶의 질과 사회경제적 양상

(Tsakiropoulou E et al., 2007), 청력손실 이후 삶의 질, 정신적 예후, 청력재활(Carlsson P.I. et al., 2011), 미국 성인의 난청 유병률과 관련 요인(Agrawal Y. et al., 2008) 등이 있다. 국내연구로는 의학적으로 난청정도를 구분하여 삶의 질에 미치는 영향연구(최성민 외, 2015; 김기선 외, 2015)가 있었고, 간호학에서는 청력장애노인들의 고독감과 삶의 질 관계연구(이현정 외, 2004)와 노인의 주관적 청각장애와 의사소통 삶의 질 관계 연구(고영혜 외, 2017)등이 있었다. 그밖에 일반인의 청력이 삶의 질에 미치는 영향연구(김석환과 오지영, 2018)가 있다. 그러나 베이비붐 세대의 노년기 시작으로 노인 인구의 비중이 가중되는 현 시점에서 아직까지 신중년과 노인의 연령을 각기 구분하여 세대의 특성을 반영한 청력기능과 삶의 질에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 신중년 세대와 노인의 연령을 구분하여 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악하고 이를 바탕으로 건강증진과 삶의 질 향상을 위한 맞춤형 보건정책 및 청력능력을 향상시킬 수 있는 프로그램의 기초 자료를 마련하고자 한다.

2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 신중년과 노인의 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써, 청년과 노인의 정책 사이 사각지대에 위치했던 신중년과 노인의 복지 및 삶의 질 향상을 위한 제도를 모색하고 기초자료를 제공하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성을 파악한다.

둘째, 연구대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 삶의 질 정도를 파악한다.

셋째, 연구대상자의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

이 연구는 질병관리본부의 국민건강영양조사 제7기 1차년도자료(2016)를 이용하여 분석하였다. 국민건강영양조사 표본설계는 단순임의표본설계(simple random sampling)가 아닌 2단계 층화집락표본설계(two-stage stratified cluster sampling)를 이용하여 추출되었으므로 자료분석 시 이러한 복합표본설계(complex sampling) 내용을 반영하였다. 제7기 1차년도(2016)자료의 표본크기는 총 576 조사구로서 13,248가구이며, 만 1세 이상의 모든 가구를 조사대상자로 선정하였다. 8,150명 중 청력검사에 참여한 50세 이상 3,306명을 최종 연구대상자로 선정하여 분석하였다.

2. 측정도구

(1) 연구대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성

연구대상자의 일반적 특성은 성별(1=남성, 0=여성), 교육수준(1=중졸이하, 2=고졸, 3=대졸이상), 가구소득(1=하, 2=중하, 3=중상, 4=상), 유배우자(1=있다, 0=없다), 건강보험종류(1=지역, 2=직장, 3=의료급여)의 5가지 항목이며, 질병관련 특성으로는 주관적 건강상태(1=매우 좋음, 2= 좋음, 3=보통, 4=나쁨, 5=매우나쁨), 만성질환 현재 유병여부(고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 관절염)의 항목으로 구성하였다.

(2) 청력

건강검진 조사에서 이비인후검사 청력검사 자료를 이용하여 청력상태 및 손실을 확인하였다. 불편하지 않다(1), 약간 불편하다(2), 많이 불편하다(3), 전혀 들리지 않는다(4)이며, 전체의 합의 점수가 높

을수록 청력이 나쁨을 의미한다.

(3) 삶의 질

본 연구에서 삶의 질은 EuroQol group (<http://www.euroqol.org>)에서 개발한 도구인 EQ-5D 조사표로 측정되었다. EQ-5D는 건강관련 삶의 질을 종합적으로 제시하는 지표이며, 현재 본인의 건강상태를 가장 잘 설명하는 응답을 선택하도록 하고 있다. 운동능력(mobility), 자기관리(self care), 일상생활(usual activity), 통증/불편(pain/discomfort), 불안/우울(anxiety/depression)의 5가지 영역으로 구성되어 있으며, 각 항목은 3단계 척도인 '전혀 문제없음(1)', '약간의 문제 있음(2)', '심각한 문제 있음(3)'으로 구분하였다. 국민건강영양조사는 질병관리본부의 질 가중치 추정 연구를 통해 발생 가능한 경우의 수에 대해 가중치를 설정하여 적용하였고, 본 연구에서는 위 과정을 통해 산출된 점수인 EQ-5D index를 사용하였으며 가중치를 부여한 삶의 질은 1점이 최고점이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

3. 자료분석

자료 분석은 SPSS(ver 20)를 통해 층, 집락, 가중치의 복합표본설계요소를 반영하여 복합표본계획파일을 생성한 후 자료를 분석하였다. 첫 번째 분석단계에서는 신중년과 노인 간 일반적 특성과 질병관련 특성에 차이가 있는지 복합표본 교차분석(chi-square test)을 실시하였다. 두 번째 단계에서는 각 연구대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성이 삶의 질에 어떤 차이가 있는지 복합표본 일반선형모형을 실시하였다. 마지막 단계에서는 각 연구대상자의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 복합표본 위계적 중다회귀분석(hierarchical multiple regression analysis)을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성의 차이

연구대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성의 차이를 보면 <표 1>과 같다. 일반적 특성으로는 성별, 교육수준, 가구소득, 유배우자, 건강보험종류를 살펴보고, 질병관련 특성으로는 주관적 건강상태와 청력상태이다. 분석결과, 성별의 경우 신중년과 노인 모두 여자의 분포가 더 높은 것으로 나타났다. 교육수준의 분포를 보면 신중년과 노인의 경우 모두 '중학교 졸업이하', '고등학교 졸업', '대학교 졸업' 순으로 나타났다. 신중년의 경우 고등학교이상 졸업자가 57.5%를 차지하여 노인의 경우인 22.2%보다 두 배 이상 많았다. 가구소득의 분포를 보면 신중년은 '상'(32.3%), '중상'(27.4%), '중하'(24.4%), '하'(15.8%)

의 순으로 나타났고, 노인의 경우 '하'(57.0%), '중하'(22.7%), '중상'(11.7%), '상'(8.6%)의 순으로 나타났다. 배우자 유무는 신중년의 경우 '있다'라고 응답한 경우가 83.6%였으며, 노인의 경우는 55.7%를 보였다. 건강보험의 종류를 살펴보면, 대상자 모두 '국민건강보험 직장가입자', '국민건강보험 지역가입자', '의료급여'의 순으로 나타났다.

질병관련 특성으로는 주관적 건강상태의 경우 신중년은 '보통(48.5%)'이라고 응답한 경우가 가장 많았고, 그 다음으로는 ' 좋음(21.1%)', '나쁨(15.6%)', '매우나쁨'과 '매우 좋음(4.9%)' 순으로 나타났다. 노인의 경우도 '보통(41.5%)'이라고 응답한 경우가 가장 많았으며 다음 순으로 '나쁨(22.6%)', ' 좋음(15.1%)', '매우나쁨(11.5%)', '매우 좋음(4.5%)'이었다. 청력은 대상자 모두 '불편하지 않다'가 가장 많았고, '약간 불편하다', '많이 불편하다', '전혀 들리지 않는다'의 순이었다.

<표 1> 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성의 차이

단위 : 명 (%)

변수	구분	신중년(50-69세) (N=2,207)	노인(70세이상) (N=1,099)	χ^2
성별	남	912(49.5)	455(39.4)	38.210***
	여	1,217(50.5)	612(60.6)	
교육수준	중학교 졸업이하	955(42.5)	776(77.8)	634.443***
	고등학교 졸업	623(33.2)	136(13.6)	
	대학교 졸업	441(24.3)	83(8.6)	
가구소득	하	380(15.8)	605(57.0)	1141.410***
	중하	573(24.4)	254(22.7)	
	중상	533(27.4)	119(11.7)	
	상	637(32.3)	80(8.6)	
유배우자	있다	1,767(83.6)	637(55.7)	3138.694***
	없다	325(14.4)	426(43.9)	
건강보험종류	국민건강보험(지역)	714(33.1)	361(34.6)	182.773***
	국민건강보험(직장)	1,326(62.9)	596(54.6)	
	의료급여	82(3.7)	75(6.9)	

변수	구분	신중년(50-69세) (N=2,207)	노인(70세이상) (N=1,099)	χ^2
주관적 건강상태	매우 좋음	92(4.9)	45(4.5)	574.957***
	좋음	429(21.1)	169(15.1)	
	보통	1,038(48.5)	455(41.5)	
	나쁨	359(15.6)	231(22.6)	
	매우 나쁨	115(4.9)	119(11.5)	
청력상태	불편하지 않다	1,764(83.2)	660(63.5)	4333.021***
	약간 불편하다	278(12.5)	261(23.0)	
	많이 불편하다	59(2.7)	126(11.9)	
	전혀 들리지 않다	5(0.2)	7(0.5)	

주) *** p<.001, ** p<.01, * p<.05

2. 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이

신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이를 분석한 결과 <표 2>와 같다. 삶의 질은 신중년의 경우 평균 0.95점, 노인의 경우 0.85점으로 신중년이 노인보다 삶의 질 정도가 높았다.

일반적 특성에 따른 삶의 질을 분석한 결과 신중년과 노인 모두 성별, 교육수준, 가구소득, 유배우자, 건강보험종류에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 또한 대상자들 모두 남성이 여성보다 삶의

질이 높았으며, 교육수준과 가구소득이 낮을수록, 배우자가 없을 때, 건강보험이 의료급여일수록 삶의 질이 낮았다.

질병관련특성에 따른 삶의 질은 대상자 모두 주관적 건강상태가 매우 나쁠 때 삶의 질이 가장 낮았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 청력상태는 신중년의 경우 '약간 불편하다'(0.92±.008)라고 응답한 자의 삶의 질이 가장 낮았으며, 노인의 경우는 '많이 불편하다'(0.79±.026)라고 응답한 자의 삶의 질이 가장 낮다고 나타나 유의한 차이가 있었다.

<표 2> 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이

변수	구분	신중년(50-69세) (N=2,207)		노인(70세이상) (N=1,099)	
		M±SE	t or F	M±SE	t or F
성별	남	0.95±.004	233.207***	0.90±.009	97.954***
	여	0.94±.004		0.83±.009	
교육수준	중학교 졸업이하	0.92±.004	295.077***	0.84±.008	48.168***
	고등학교 졸업	0.96±.004		0.91±.013	
	대학교 졸업	0.97±.003		0.91±.019	

변수	구분	신중년(50-69세) (N=2,207)		노인(70세이상) (N=1,099)	
		M±SE	t or F	M±SE	t or F
가구소득	하	0.88±.010	324.117***	0.84±.009	66.532***
	중하	0.94±.005		0.86±.014	
	중상	0.96±.004		0.90±.015	
	상	0.97±.003		0.90±.014	
유배우자	있다	0.95±.003	343.438***	0.88±.008	113.825***
	없다	0.91±.009		0.83±.011	
건강보험종류	국민건강보험(지역)	0.95±.005	31.930***	0.84±.011	21.912***
	국민건강보험(직장)	.095±.003		0.88±.008	
	의료급여	.079±.025		0.74±.034	
주관적 건강상태	매우 좋음	0.99±.003	34.814***	0.97±.010	21.822***
	좋음	0.98±.002		0.95±.007	
	보통	0.96±.003		0.90±.009	
	나쁨	0.89±.007		0.79±.012	
	매우 나쁨	0.76±.022		0.63±.029	
청력상태	불편하지 않다	0.95±.003	19.413***	0.87±.008	13.087***
	약간 불편하다	0.92±.008		0.84±.013	
	많이 불편하다	0.94±.017		0.79±.026	
	전혀 들리지 않다	0.93±.048		0.85±.065	

주) ***p<.001, **p<.01, *p<.05

3. 신중년의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인

신중년(50-69세)의 청력이 삶의 질에 미치는 영향요인을 살펴보기 위하여 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과는 <표 3>과 같다. 회귀분석의 독립변수는 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 변수를 사용하였다. 1단계에서는 일반적 특성으로 성별, 교육수준, 건강보험의 종류를 독립변수로 한 회귀분석을 실시하였다. 2단계에서는 질병관련 특성요인으로 주관적 건강상태를 회귀식에 추가하였다. 3단계에서는 청력상태를 추가하였다. 1단계

에서는 성별, 교육수준, 가구소득, 건강보험종류가 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 여성이며($b = -.010, p = .034$), 중졸이하인 경우($b = -.029, p = .000$), 가구소득이 '하'일 경우($b = -.045, p = .000$), 건강보험종류가 '의료급여'($b = -.113, p = .000$)일 때 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 2단계에서는 주관적 건강상태를 추가하였으며, 결정계수는 0.297 증가하였다. 1단계에서 유의했던 변수 중 성별 변수는 유의성이 사라졌고, 나머지 변수는 유의성을 유지하였다. 주관적 건강상태($b = .200, p = .000$)가 낮을수록 삶의 질은 낮았으며 유의한 영향을 주었다. 3단계에서는 청력상태를 추가하였으며, 결정계

수는 0.003 증가하였다. 추가로 투입된 청력상태의 경우, 청력상태(b=-.002 p=.938)가 낮을수록 삶의 질이 낮았으며 통계적으로 유의하지는 않았다. 전체

적으로 모형에 포함된 변수들이 삶의 질 변이의 30.0%를 설명하고 있다.

〈표 3〉 신중년의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인

(N=2,207)

변수	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SE	p-value	B	SE	p-value	B	SE	p-value
성별 (남자=1)	-.010	.005	.034	-.006	.004	.163	-.007	.014	.073
교육수준									
대학교 졸업									
고등학교 졸업	-.015	.007	.032	-.007	.006	.236	-.005	.005	.387
중학교 졸업이하	-.029	.006	.000	-.012	.006	.039	-.013	.006	.029
가구소득									
상									
중상	.000	.005	.975	-.002	.005	.735	-.002	.005	.736
중하	-.009	.006	.178	-.008	.006	.216	-.005	.006	.401
하	-.045	.009	.000	-.026	.008	.002	-.026	.008	.002
유배우자(있다=1)	-.009	.008	.270	-.004	.007	.559	-.005	.007	.461
건강보험종류									
국민건강보험(직장)									
국민건강보험(지역)	-.005	.005	.365	-.004	.005	.473	-.002	.005	.619
의료급여	-.113	.027	.000	-.090	.022	.000	-.090	.022	.000
주관적 건강상태				.200	.023	.000	.198	.023	.000
청력상태							-.002	.030	.938
R ²	.124			.297			.300		
R ² Change	-			0.173			0.003		
F	13.850***			28.805***			22.677***		

4. 노인의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인

노인(70세 이상)의 청력이 삶의 질에 미치는 영향 요인을 살펴보기 위하여 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과는 〈표 4〉와 같다. 1단계에서는 성별, 가구소득, 건강보험종류가 유의한 영향을 미치는 것으

로 나타났다. 즉, 여성이며(b=-.056 p=.000), 가구소득이 '하'인 경우(b=-.048, p=.005), 건강보험종류가 지역가입자(b=-.049 p=.000)이거나 의료급여(b=-.116, p=.001) 일 때 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 2단계에서는 주관적 건강상태를 추가하였으며, 결정계수는 0.324 증가하였다. 1단계에서 유의

했던 성별과 건강보험종류 변수는 계속 유의성을 유지하였고, 중학교 졸업이하(b=-.013, p=-.038)이거나 주관적 건강상태(b=.317, p=.000)가 낮을수록 삶의 질은 낮았으며 유의한 영향을 주었다. 3단계에서는 청력상태를 추가하였으며, 결정계수는 0.009

증가하였다. 청력상태(b=-.025, p=.606)가 낮을수록 삶의 질이 낮았으며 유의한 영향을 미치지 않았다. 이 분석에서 독립변수로 사용된 변수들은 종속 변수의 변이를 33.3% 설명하는 것으로 나타났다.

<표 4> 노인의 청력이 삶의 질에 영향을 미치는 요인

(N=1,099)

변수	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SE	p-value	B	SE	p-value	B	SE	p-value
성별 (남자=1)	-.056	.014	.000	-.032	.011	.006	-.035	.011	.002
교육수준									
대학교 졸업									
고등학교 졸업	.007	.019	.701	.010	.016	.531	.008	.016	.641
중학교 졸업이하	-.022	.015	.152	-.013	.013	-.038	-.015	.013	.243
가구소득									
상									
중상	-.008	.021	.722	-.003	.017	.876	-.006	.017	.745
중하	-.008	.021	.085	-.010	.020	.623	-.007	.020	.710
하	-.048	.017	.005	-.019	.016	.226	-.018	.015	.242
유배우자(있다=1)	-.009	.012	.450	-.002	.011	.883	.002	.011	.867
건강보험종류									
국민건강보험(직장)									
국민건강보험(지역)	-.049	.013	.000	-.038	.011	.001	-.036	.011	.001
의료급여	-.116	.035	.001	-.092	.027	.001	-.087	.026	.001
주관적 건강상태				.317	.031	.000	.312	.030	.000
청력상태							-.025	.048	.606
R ²	.088			.324			.333		
R ² Change	-			0.236			0.009		
F	8.113***			25.137***			21.602***		

IV. 논의

노인인구의 증가는 우리나라뿐만 아니라 선진국에서도 이미 진행되고 있어 건강증진과 삶의 질 향

상은 주요 관심사이다. 특히, 사회적으로 중추적인 역할을 하고 있는 베이비붐 세대에 대하여 대통령직 속일자리위원회(2017)가 신중년 인생3모작 기반구축을 위한 종합계획을 정부 최초로 발표하고, 신중

년이라는 새로운 개념으로 명명하면서 우리나라 전체 인구의 1/4, 생산가능인구의 1/3을 차지하는 신중년에 대한 지원이 확대되고 있는 시점이다. 그러나 이들이 중장년기로 진입하여 은퇴하는 시기의 시대적 흐름에서 신중년과 노인이라는 각기 다른 연령 분류 속에 세대의 특성을 반영하는 정책이나 지원은 아직 미비한 실정이다. 이에 본 연구는 신중년과 노인의 연령을 구분하여 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고 비교한 것으로 주요 연구결과를 중심으로 논의하고자 한다.

신중년과 노인 간 삶의 질 차이는 신중년의 경우 평균 0.95점, 노인의 경우 0.85점으로 나타나 신중년이 노인보다 삶의 질 정도가 높았다. 김석환(2018)의 연구에서도 연령을 분류하여 삶의 질을 분석한 결과 연령이 증가할수록 삶의 질이 낮아진다는 유사한 결과를 보여주었다. 최현(1997)의 연구에서도 연령이 낮을수록 삶의 질이 높다고 하였으나, 이현정 외(2004)의 연구에서는 연령이 69세 이하 노인보다 70세 이상 노인의 삶의 질이 높은 것으로 본 연구결과와 상이하게 나타났다. 또한, 연령에 따른 삶의 질을 EQ-5D를 이용하여 연구한 결과를 살펴보면, 연령이 증가할수록 EQ-5D index가 낮아지고, 5가지 지표들에 대해 '문제가 있음'이라고 응답하는 비율이 높게 나타나 연령대가 낮은 집단보다 개인 간 삶의 질의 차이가 큰 것으로 보고된 바 있다(Luo N. et al, 2005).

연구대상자의 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향 요인으로 일반적 변수에서는 신중년의 경우, 교육수준이 '중학교 졸업 이하'인 경우($p=.029$), 가구소득이 '하' 일 경우($p=.002$), 건강보험종류가 의료급여일수록($p=.000$) 삶의 질이 낮았다. 노인의 경우에는 성별이 여성이며($p=0.02$), 건강보험종류가 지역가입자이거나 의료급여일 때($p=.001$, $p=.001$) 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 질병특성변수로는 신중년과 노인 모두 주관적 건강상태($p=.000$, $p=.000$)가 낮을수록 삶의 질이 낮게 나타났으며, 청력상태는

유의한 영향이 없는 것으로 나타났다. 연구결과 일반적 특성에서 신중년의 경우, 교육수준과 가구소득 변수는 노인에게는 유의한 변수가 아닌 신중년의 삶의 질에만 유의한 영향을 주는 변수였다. 신중년의 경우 고졸이상이 57.5%를 차지했고 가구소득이 '상'이라고 응답한 사람의 비율이 32.3%로 가장 높았으며, 교육수준과 가구소득이 높을수록 삶의 질에 차이가 있다고 분석되었다. 노인의 경우 이와는 반대로 중학교 졸업자가 77.8%였으며, 가구소득이 '하'라고 응답한 사람의 비율이 57.0%로 가장 높았다. 김수진(2009)의 연구에서도 학력이 높을수록 삶의 질이 높다고 하였다. 김석환 외(2018)의 연구에서도 교육수준이 높고 직업이 있거나 소득이 높을수록 삶의 질은 높게 나타났다. 사람들은 대부분 청각, 음성, 언어와 같은 수단으로 의사소통을 하며 사회활동을 하기 때문에 청력이 불편해도 사회·경제적 상태가 뒷받침 된다면 삶의 질의 악화를 완화시킬 수 있음을 반증하는 것이다(Ruben R.J., 2000). 이와 달리 중졸이하의 노인의 삶의 질이 고졸이상의 노인보다 높은 연구도 있어 본 연구와 일치하지 않았는데, 이는 고학력 노인들이 저학력 노인에 비해 추구하고자 하는 삶의 방향은 원대한데 현실이 뒷받침되지 않아서 오는 현실적 심리적 차이 때문이라고 보고 있다(이현정 외, 2004). 그러나 높은 교육 수준은 경제적 여유와 사회적 활동에 참여할 수 있는 기회가 더 많기 때문에 삶의 질이 더 높아질 수 있을 것으로 사려된다. 노인의 경우, 여성이 남성보다 삶의 질이 낮은 것으로 나타났는데, 이는 삶의 질에 성별이 주요변인이며, 여성의 건강관련 삶의 질이 남성에게 비해 낮다고 보고한 선행연구와 일치하였다(Ferrer A. et al, 2010). 또한 김석환외(2018)의 연구에서도 40세 이상 성인에서 여성이 남성보다 삶의 질이 낮았으며 유의한 차이가 있었다. 건강보험종류 변수의 경우, 신중년은 의료급여이거나, 노인은 지역 국민건강보험이거나 의료급여일 경우 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 65세 이상 노인의 삶의 질을

연구한 이동호(2010)의 연구결과에서도 의료보험종류에서 직장가입자일수록 삶의 질이 높았으며, 노인에게 직업은 자아발전과 자아가치관의 근원을 제공해주고 사회에 대한 소속감과 본인의 가치를 인정받기 때문에 직업이 없는 노인보다는 신체적, 심리적, 사회적 안녕상태가 높아 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다. 이에 퇴직이후에도 경력을 개발하여 일자리의 기회가 많아질 수 있도록 지원해주는 국가적인 정책이 필요하다.

질병관련특성의 경우 주관적 건강상태가 낮을수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났는데, 선행 연구에서도 주관적 건강상태가 양호할수록 삶의 질이 높아진다고 하여 본 연구결과와 일치하였다(이동호, 2010; 이경미, 2017). 주관적 건강 인식도는 삶의 만족도를 결정하고 이것이 삶의 질을 결정하는 중요한 요소이기 때문이라고 선행연구들에서 보고되어졌다(최현, 1997; 이현정, 2004). 본 연구에서도 주관적 건강상태를 투입한 2단계에서 신중년의 경우 약 17% 설명력의 증가폭을 보였고, 노인의 경우 약 23%의 큰 설명력의 증가폭을 보였으며 모두 유의한 결과를 보였다. 이상의 결과로 미루어 신중년과 노인의 삶의 질에는 주관적 건강상태가 삶의 질 평가에 중요한 작용을 하고 있음을 알 수 있었다. 청력상태는 신중년의 경우 '약간 불편하다' 일 때, 노인은 '많이 불편하다' 일 때 삶의 질이 가장 낮았으며 통계적으로 유의하였고, 삶의 질에 영향요인 변수는 아님을 입증하였다. 김기선 외(2015)의 65세이상 노인을 대상으로 한 연구에서도 청력장애가 심할수록 우울점수는 증가를 보이고 삶의 질 점수는 낮았다. Gopinath 등(2012)의 연구에서는 55세 이상 청각 장애를 지각하고 있는 829명을 대상으로 청각과 삶의 질을 분석하였으며, 청력기능이 저하 될수록 삶의 질이 낮아지는 것을 확인하였고, 육체적 또는 정신적 삶의 질에 더 많은 영향을 받는 것으로 주장하였다. 의사소통의 가장 기본은 듣기이며 청력이 원활하지 못하면 사회생활의 벽이 생겨 노동력을 적

절하게 활용하기 어렵다. 또한 노인의 청력장애는 심리적 특성인 고독감이 높아지면서 자아존중감이 낮아져 삶의 질을 떨어뜨린다(이현정의, 2004). 그러므로 사회적 활동에 많은 비중을 차지하고 있는 신중년의 경우 약간의 불편한 청각상태가 오히려 많이 불편할 때보다 삶의 질이 낮게 나타난 결과로 신중년의 삶의 질 고양을 위해 구체적이고 효과적인 중재방법이 필요하다.

이상의 연구결과와 논의를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 신중년과 노인의 연령별 세대의 특성을 반영한 노인맞춤교육으로 청력관리에 대한 보건교육을 실시하여 예방에 힘써야 할 것이다. 둘째, 정부는 노인성 청력감소로 인해 불편한 생활을 하는 자들을 임상학적 진단기준에 맞추어 선별 검사를 통해 보청기 등의 청각재활치료를 지원 하는 방안을 확대하도록 고려해야 할 것이다. 셋째, 신중년과 노인의 건강증진과 삶의 질 향상을 위한 청각 관련 정책들을 벤치마킹하여 우리나라에 적합하게 활용하는 제도 정착이 필요하다. 청각상태에 대한 치료중심적 접근이 아닌 일자리에서 건강한 청력의 유지 및 관리에 대한 교육을 강화하면, 고령사회에서 점차 늘어나는 50·60세대의 노동력 활용이 늘어나는 현시대에 신중년 인생 후반부의 일과 삶의 행복이 기대된다.

본 연구의 제한점은 자료의 한계이다. 본 조사가 2차 자료이므로 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 심리 사회적 변수 및 건강수준에 대한 변수들이 부족하여 변인들 간의 인과관계를 충분히 설명할 수 없었다. 이에 변수들을 추가로 찾아내어 검증하는 연구가 필요할 것이다. 또한 청력에 따른 불편한 생활 패턴의 변화율을 추적할 수가 없는 점이다. 그러나 전국을 대상으로 한 대표성 있는 표본추출이고 복합 표본설계 내용을 반영하여 자료를 분석하였으므로 타당도를 높여 일반화 할 수 있는 것을 이 연구의 의의로 두고자 한다.

V. 결론

본 연구는 질병관리본부의 국민건강영양조사 제7기 1차년도자료(2016)를 이용하여 복합표본설계 방법을 사용하여 분석하였으며, 조사대상자는 8,150명 중 청력검사에 참여한 50세 이상 3,306명이었다. 신중년과 노인의 청력상태와 삶의 질의 질을 연관성을 파악하여 복지 및 삶의 질 향상을 위한 제도를 모색하고 기초자료를 제공하고자 한다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 신중년과 노인 간 삶의 질은 신중년의 경우 평균 0.95점, 노인의 경우 0.85점으로 나타나 신중년이 노인보다 삶의 질 정도가 높았다.

둘째, 신중년과 노인 간 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이를 분석한 결과 신중년과 노인 모두 일반적 특성에서 성별, 교육수준, 가구소득, 건강보험종류에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 대상자들 모두 여성이 남성보다 삶의 질이 낮았으며, 교육수준과 가구소득이 낮을수록, 건강보험이 의료급여일수록 삶의 질이 낮았다. 질병관련특성에 따른 삶의 질은 대상자 모두 주관적 건강상태가 매우 나쁠 때 삶의 질이 가장 낮았고 통계적으로 유의하였다. 청력상태는 신중년의 경우 '약간 불편하다' 일 때, 노인은 '많이 불편하다' 일 때 삶의 질이 가장 낮았으며 통계적으로 유의하였다.

셋째, 청력상태가 삶의 질에 미치는 영향요인으로 일반적 변수에서는 신중년의 경우, 교육수준이 중학교 졸업이하인 경우($p=.029$), 가구소득이 하 일 경우 ($p=.002$), 건강보험종류가 의료급여일수록($p=.000$) 삶의 질이 낮았다. 노인의 경우에는 성별이 여성이며($p=.002$), 건강보험종류가 지역가입자이거나 의료급여일 때($p=.001$, $p=.001$) 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 질병특성변수로는 신중년과 노인 모두 주관적 건강상태($p=.000$, $p=.000$)가 낮을수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났고, 청력상태($p=.938$, $p=.606$)는 삶의 질의 영향요인이 아니었다.

이상의 결과로 신중년과 노인의 청력상태는 삶의 질에 영향을 주는 변수는 아니었지만, 청력상태에 따라 삶의 질에 차이는 있는 것으로 확인되었다. 따라서 신중년과 노인이 연령별 청력관리에 대한 맞춤형 교육을 통해 중요성을 알고 건강한 청력을 유지하고 관리할 수 있도록 정책적인 프로그램 개발 제공이 필요하다.

참고문헌

1. 보건복지부. (2019). *통계로 보는 사회보장 2018*. 서울: 보건복지부.
2. 최보람. (2018). *사회보장 통계와 ISSUE*. 노인진료비 추이와 장기요양서비스 확대에 대한 최신동향. 서울: 사회보장위원회.
3. 보도자료. (2017). 대통령직속일자리위원회. 국정 운영시스템과 정책을 일자리중심으로 전면 재설계한다.
4. 신문기사(인터넷). 홍은심. (2017). 국내 난청환자 최근 5년새 41% 급증... 젊은층도 늘어. 헬스동아
5. 신문기사(인터넷). (2018). 다아라매거진. 실직·은퇴 맞은 50·60세대 맞춤형 일자리 패키지 프로그램 시급. 매거진뉴스
6. 김희정, 김보혜, 김옥수. (2011). 노인의 시력 및 청력 저하가 우울 및 인지기능에 미치는 영향. *한국성인간호학회지*, 23(6), 584-594.
7. Chang HP, Ho CY, Chou P. (2009). The Factors Associated with a Self-Perceived Hearing Handicap in Elderly People with Hearing Impairment—Results from a Community-Based Study. *Ear and Hearing*, 30(5), 576-583.
8. *귀질환정보 노인성난청*. (2019). 서울: 대한이과학회. <http://www.otologicalsociety.or.kr/general/disease/sub05.html>
9. Saito H., Nishiwaki Y. et al. (2010). Hearing

- Handicap Predicts the Development of Depressive Symptoms After 3 Years in Older Community-Dwelling Japanese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 93-97.
10. Bakke et al. (2008). *Managing hearing loss in loss in older adults*. In M. Alwan & R.A. Felder(ed.), *Eldercare technology for clinical practitioners*(pp.143-185), Totowa, NJ:Humana Press.
 11. Lin F.R. (2011). Hearing Loss and Cognition Among Older Adults in the United States. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 66A(10), 1131-1136.
 12. World Health Organization. (1980). *International classification of impairment, disabilities and handicaps*. Geneva.
 13. Mondelli MF, Souza PJ. (2012). Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Braz J Otorhinolaryngol*, 78(3), 49-56.
 14. Tsakiropoulou E et al. (2007). Hearing aids: quality of life and socio-economic aspects. *Hippokratia*, 11(4), 183-189.
 15. Carlsson PI, Hall M, Lind KJ. (2011). Danermark B. Quality of life, psychosocial consequences, and audiological rehabilitation after sudden sensorineural hearing loss. *International Journal of Audiology*, 50(2), 139-144.
 16. Agrawal Y, Platz EA, Niparko JK. (2008). Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 1522-1530.
 17. 최성민, 김영혜, 손현미. (2015). 돌발성 난청 환자의 삶의 질과 고독감. *글로벌 건강과 간호*, 5(2), 45-54.
 18. 김기선, 신은영, 주석희. (2015). 노인의 시각과 청각기능이 삶의 질에 미치는 영향. *대한시과학회지*, 17(4), 415-429.
 19. 이현정, 석소현, 김귀분. (2004). 청력 장애 노인들의 고독감, 자아 존중감 및 삶의 질과의 관계 연구. *동서간호학연구지*, 9(1), 35-45.
 20. 고영혜, 박명화. (2017). 노인의 주관적 청각장애와 지각된 스트레스가 의사소통 삶의 질에 미치는 영향. *한국성인간호학회*, 29(5), 496-504.
 21. 김석환, 오지영. (2018). 일반인의 청력이 삶의 질에 미치는 영향. *보건행정학회지*, 28(2), 1-7.
 22. 최현, 김한중, 진기남, 주경식, 이규식, 손명세. (1998). 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향. *보건행정학회지*, 8(2), 149-165.
 23. Luo N et al. (2005). Self-reported health status of the general adult U.S. population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Med Care*, 43(11), 1078-1086.
 24. 김수진. (2009). 노인의 청력상태, 기분상태와 삶의 질[석사학위논문]. 서울: 한양대학교 임상간호전문대학원.
 25. Ruben RJ. (2000). Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*, 110(2), 241-245.
 26. Ferrer A et al. (2010). Health-related quality of life in nonagenarians: gender, functional status and nutritional risk as associated factors. *Medicina Clinica*, 134(7), 303-306.
 27. 이동호. (2010). 노인의 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향. *한국노년학회*, 30(1), 93-108.

28. 이경미. (2017). 만성질환 남성 노년환자의 청력 상태, 인지기능과 우울정도가 삶의 질에 미치는 영향[석사학위논문]. 서울: 한양대학교 대학원.
29. Gopinath B et al. (2012). Hearing handicap, rather than measured hearing impairment, predicts poorer quality of life over 10 years in older adults. *Maturitas*, 72(2), 146-51.