

# 노인의 건강상태, 건강행위, 사회관계가 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 가구유형별 분석

김영범<sup>1</sup> · 이승희<sup>2</sup>

한림대학교 고령사회연구소 부교수<sup>1</sup>, 울산대학교 간호학과 부교수<sup>2</sup>

## Effects of the Elderly's Health Statuses, Health Behavior, and Social Relations on Their Health-related Quality of Life: Focusing on Family Types

Kim, Young Bum<sup>1</sup> · Lee, Seung-Hee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Hallym University Institute of Aging, Hallym University, Chuncheon

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Nursing, University of Ulsan, Ulsan, Korea

**Purpose:** The purpose of this study is to identify the effects of the elderly's health statuses, health behavior, and social relations on their health-related quality of life (HRQoL) according to their family types. **Methods:** The subjects of this study were 1000 elderly persons (298 living alone, 420 living with their spouses, and 282 living with their family) living in C city in Gangwon Province. Data were collected through structured questionnaires from July 20 to September 30, 2015. The SPSS/WIN program was used for data analysis. **Results:** The HRQoL of the elderly living alone was much lower than the other groups. The most influential factors on the HRQoL include self-rated health and depressive symptoms in all three groups. Social activities and skipping meals were associated with the HRQoL of the elderly living alone and living with their spouses, while marital status, number of chronic disease, and instrumental activities of daily living were associated with the HRQoL of the elderly living with their family. **Conclusion:** Nurses should take into account family types when designing interventions for improving the HRQoL of the elderly.

**Key Words:** Aged; Family; Health status; Quality of life

### 서론

#### 1. 연구의 필요성

노인인구의 증가와 함께 기대여명 또한 82.4세로 크게 늘어 내[1] 노인의 건강에 대한 관심이 증가하고 있으나 건강수명은 64.9세로 기대여명에 비해 17.5세[1] 낮아 우리나라 노인들은

그 기간만큼 질병이환이나 허약, 와병상태에서 건강하지 못하게 살아가고 있는 실정이다. 노인의 건강문제는 대부분 만성질환으로 적극적인 생활습관개선 및 자가 건강관리능력이 요구되지만[2] 개인의 노력만으로는 부족하므로, 노인의 건강 관련 생활습관을 개선하고 만성질환 자가관리능력을 향상시키기 위한 지역사회간호사의 역할이 중요해지고 있다. 한편, 산업화, 도시화와 함께 부양의식과 가족관계가 변화하면서 지난 30

**주요어:** 노인, 가구, 건강상태, 건강 관련 삶의 질

**Corresponding author:** Lee, Seung-Hee

Department of Nursing, University of Ulsan, 93 Daehak-ro, Nam-gu, Ulsan 44610, Korea.

Tel: +82-52-259-2710, Fax: +82-52-259-1236, E-mail: woaiyoung@gmail.com

- 이 논문 또는 저서는 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5A2A03065208).

- This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2014S1A5A2A03065208).

Received: Feb 27, 2018 / Revised: Jul 30, 2018 / Accepted: Aug 17, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

여 년간 65세 이상 노인인구의 가구유형이 크게 변화되어, 독거가구(33.4%)와 배우자동거가구(32.7%)가 늘어난 대신 자녀와 함께 사는 가구의 비율(15.3%)은 점점 감소하고 있다[3]. 이러한 추세라면 앞으로 부부중심의 가구가 점점 더 늘어나고 배우자가 사망 후 홀로 사는 독거노인이 증가할 것으로 예상된다. 급속한 가족관계와 노인부양구조의 변화는 노인의 건강과 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있으므로 이에 대한 관심이 요구된다.

노년기에 노인들은 신체기능의 약화나 상실, 질병과 같은 신체적 변화뿐만 아니라, 은퇴, 경제적 불안정, 사회와 가정에서의 역할 변화, 배우자의 사망 등으로 인한 사회심리적 변화를 겪으면서 삶의 질 저하의 위협에 노출되게 된다[4]. 삶의 질은 건강 관련 삶의 질과 비건강 관련 삶의 질로 나누어질 수 있는데 건강 관련 삶의 질은 특히 건강에 직접적으로 연관되어 개인이 느끼는 삶의 질로 노인의 일상생활기능과 안녕, 건강수준, 만성질환의 관리정도를 평가하는 지표로 사용되고 있다.

노년기의 건강 관련 삶의 질은 노화에 따른 기능의 저하를 경험하면서 신체적·기능적·정신적 건강상태와 밀접한 관련을 가지며[5], 노인이 건강하게 독립적으로 일상생활을 유지하는 것이 건강 관련 삶의 질에 무엇보다 중요하다[6,7]. 또한 최적의 건강과 기능상태를 유지하기 위해서는 스스로 건강을 유지하려는 노력, 즉 건강행위의 실천이 요구되며[8], 바람직한 건강행위를 많이 할수록 건강수준과 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 보고되고 있다[7,8]. 사회관계도 건강상태나 건강행위와 더불어 노인의 건강 관련 삶의 질에 관련이 깊은 것으로 확인되는데[9], 노년기의 역할상실과 인간관계 축소는 노인의 건강 관련 삶의 질을 떨어뜨리며, 사회적 지지나 사회활동을 통한 사회관계의 회복은 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 주고 있다[10,11]. 앞서 살펴 본 건강상태, 건강행위, 사회관계와 같은 여러 변인들은 별개로 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 준다고 보기는 상호 서로 영향을 주면서 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 문헌고찰을 통해 그동안 연구되어온 노인의 건강 관련 삶의 질 관련요인을 구체적으로 살펴보면, 노인의 건강 관련 삶의 질은 그들의 건강상태와 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있다[7]. 선행연구에서 건강상태는 의학적(객관적) 건강상태(예: 만성질환의 유무), 주관적 건강상태, 기능적 건강상태(예: 일상생활수행능력), 신체적 건강, 정신적 건강 등을 포함하는 포괄적인 개념으로 다루어지고 있으며[12], 의사로부터 진단받은 만성질환의 수가 많을수록, 주관적 건강상태를 나쁘게 인식할수록, 노화로 인한 신체기능의 저하로 일상생활에 의존적일수록 노인의 건강 관련 삶의 질이 감소하는 것으로 보고되고 있다[6,7]. 또 우울과 외로움, 스트레스, 자살 생각 등의 정신건강도 노인의 건강 관련 삶의 질에 주요변인으로 보고되고 있는데, 우울 정도가 높을수록, 외로움을 많이 느낄수록, 스트레스와 자살생각이 많을수록 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 확인되었다[8,13,14].

건강행위도 노인의 건강 관련 삶의 질의 관련요인으로 알려져 있는데[8], 건강행위란 개인이 건강을 관리하고 기능을 유지 증진하기 위한 행위[15] 선행연구에 따르면 신체적 활동, 금연, 절주 등의 바람직한 건강행위는 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치며, 건강행위의 실천 부족은 만성질환 이환의 가능성을 높여 건강 관련 삶의 질을 저하시키는 것으로도 알려져 있다[7,8]. 식사 관련 건강행위에서는 과일과 채소를 많이 섭취할수록, 규칙적으로 식사할수록 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 아침을 결식하는 경우 노인의 건강 관련 삶의 질이 감소하는 것으로 나타났다[14,16].

사회관계는 개인이 타인 또는 자신이 속해있는 사회집단과 지속적으로 맺는 관계로, 사회관계 역시 노인의 건강 관련 삶의 질의 관련요인으로 보고되고 있다[9]. 노년기에 겪게 되는 사회관계의 변화나 상실은 노인의 건강 관련 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데[6,8], 사회관계에서 비롯되는 가족이나 친구 등으로부터의 사회적 지지와 활발한 사회활동 참여는 노인의 심리적·신체적 안녕에 중요하고도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다[9]. 독거노인은 동거노인에 비해 심리사회적 고립감을 많이 느끼며, 사회적 지지 부족 등으로 삶의 질이 낮은 것으로도 알려져 있다[8,14]. 노인이 사회활동에 많이 참여할수록 노인의 신체기능과 인지기능이 향상되고, 우울증상을 감소시켜 삶의 질을 향상시키는 효과가 있다는 보고도 있다[9,11]. 이 외에도 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 경제수준, 거주 지역, 취업유무 등의 인구사회학적 특성[6-8]이 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.

그동안 국내에서 수행된 건강 관련 삶의 질에 관한 연구로는 도시와 농촌 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인 비교[17], 성별에 따른 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인 비교[7], 재가노인의 신체증상, 일상생활수행능력과 건강 관련 삶의 질의 관계[5], 농촌 여성노인의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향요인[13] 등의 연구가 있다. 그러나 위에서 살펴본 바와 같이 건강 관련 삶의 질 관련요인인 인구사회학적 특성과 건강상태, 건강행위, 사회관계 등에 가구유형간 차이가 있듯이[2,6,8,18] 독거노인과 배우자동거노인, 자녀동거노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인에도 가구유형별로 차이가 있을 것으로 여겨진

다. 하지만 가구유형과 건강 관련 삶의 질을 다룬 대부분의 국내 선행연구들은 독거노인 또는 여성독거노인만을 대상으로 하거나 독거노인과 가족동거노인의 건강 관련 삶의 질만을 분석하여[6,8,13], 점점 늘어나고 있는 부부동거가구의 건강 관련 삶의 질을 따로 구분하여 분석하지 않고 있다. 또한, 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인으로 주관적 건강상태, 일상생활수행능력, 우울, 건강행태를 중심으로 한 선행연구[4,7,17]가 대부분이었고 사회적 지지나 사회활동과 같은 사회관계 요인을 포함한 연구[9,13]는 상대적으로 부족한 편이었다. 노인인구의 가구유형이 과거에 비해 자녀동거비율이 크게 줄어들고 독거가구와 부부동거가구가 크게 늘어나고 있는 현 시점에서 노인의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위해서는 노인의 가구유형별로 건강 관련 삶의 질과 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 이러한 차이를 반영한 차별화된 접근전략을 마련할 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 일 중소도시의 65세 이상 노인을 대상으로 ‘독거가구’, ‘부부동거가구’, ‘가족동거가구’의 가구유형별로 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교·분석함으로써 노인의 건강 관련 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

## 2. 연구목적

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 가구유형별로 비교·분석한다.
- 대상자의 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 차이를 가구유형별로 비교·분석한다.
- 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 가구유형별로 비교·분석한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 가구유형별 노인의 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 정도를 파악하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교하는 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구는 노인들이 자신이 거주하는 집에서 계속 살아갈 수 있도록 지원하는 노인의 “Aging in Place” 실현을 위해 강원

도 도농복합도시인 C시에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 농촌 및 중소도시 거주 노인의 개인적인 특성과 물리적 환경 및 사회적 환경 특성을 설문조사한 대규모 연구의 원자료를 본 연구의 목적에 맞게 2차 자료분석한 연구이다. 원자료의 연구에서 대상자는 계층표집과 할당표집을 통해 추출하였는데, 우선 C시의 읍·면·동에서 인구비례에 따라 조사해야 할 조사지점(통과리)을 추출한 후 개별 조사지점에서 지역의 성, 연령 비율에 맞게 할당표집을 통해 1,000명을 표집하였다. 대상자 선정기준은 65세 이상의 의사소통이 가능한 노인으로서 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 노인으로서 하였다. 본 연구에서는 가구유형별 노인의 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 정도를 파악하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 원자료 중 연구의 목적에 맞는 일부 변수를 활용하였다. 연구대상자 수는 G\*Power 3.1.7 프로그램을 이용하여 효과크기 .15, 유의수준 .05, 통계적 검정력 .95, 예측변수 18개를 투입하여 다중회귀분석에 필요한 표본수를 산출한 결과, 양측검정 시 213명이 필요한 것으로 나타나 본 연구의 가구유형별 대상자 수는 필요한 표본수를 충족하였다.

## 3. 연구도구

### 1) 대상자의 일반적 특성

가구유형별 노인의 일반적 특성을 파악하기 위해 포함한 일반적 특성은 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 주관적 경제수준, 거주 지역, 취업유무로 하였다. 교육수준은 범주별 대상자 수를 고려해 ‘무학’, ‘초졸’, ‘중졸’, ‘고졸 이상’으로 구분하였고, 회귀분석 시에는 ‘초졸 이하(1)’, ‘중졸 이상(0)’으로 코딩하였다. 주관적 경제수준은 ‘경제적으로 어렵다’, ‘보통이다’, ‘경제적으로 여유가 있다’로 구분하였으며, 회귀분석 시 ‘경제적으로 어렵다’는 ‘1’, ‘보통이다’와 ‘경제적으로 여유가 있다’는 ‘0’으로 코딩하였다. 거주 지역에서 도시와 농촌의 구분은 읍·면 지역은 ‘농촌(1)’으로, 동 지역은 ‘도시(0)’으로 코딩하였다. 취업한 경우 ‘1’로 그렇지 않은 경우 ‘0’으로 코딩하였다. 가구유형은 ‘독거가구’, ‘부부동거가구’, ‘가족동거가구’의 3개의 범주로 구분하였다. ‘가족동거가구’는 배우자 없이 자녀와 동거하거나 또는 배우자와 함께 자녀와 동거하는 경우를 포함하였다. 회귀분석 시 ‘독거’는 ‘1’, ‘동거’는 ‘0’으로 코딩하였다.

### 2) 건강상태

가구유형별 노인의 건강상태를 파악하기 위해 포함한 건강상태 변수는 만성질환 수, 주관적 건강상태, 도구적 일상생활

수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL), 외로움, 우울증상으로 하였다. 만성질환수는 대상자에게 고혈압, 당뇨, 심장질환, 뇌졸중, 관절염, 천식, 폐결핵, 암 등을 의사로부터 진단받고 현재 앓고 있는지를 질문하여 만성질환 수를 계산하였다. 주관적 건강상태는 자신이 생각하는 건강상태를 '매우 좋음(5점)', '좋음(4점)', '보통(3점)', '나쁨(2점)', '매우 나쁨(1점)' 중 선택하도록 하여 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다.

IADL은 Won 등[19]이 개발한 Korean Version of Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) 도구를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 몸단장하기, 집안일 하기(청소나 정리 정돈), 식사 준비하기, 빨래하기, 근거리 외출하기, 교통수단 이용하기, 물건 사기, 금전 관리하기, 전화 사용하기, 약 챙겨먹기의 10문항으로 구성되어 있다. 다른 사람의 도움을 받아야 하는 정도를 묻는 질문에 '완전 자립'은 1점, '부분 도움' 2점, '완전 도움' 3점 척도로 측정되고, 10~30점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 의존도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 모든 문항에 대해 '완전자립'이라고 응답한 경우 독립(0), 그렇지 않은 경우 의존(1)으로 코딩하여 분석하였다.

외로움은 Russell 등[20]이 개발한 Revised UCLA Loneliness scale을 Kim [21]이 변안한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 척도는 총 20문항으로 '전혀 없다'(1점), '드물게 있다'(2점), '가끔 있다'(3점), '자주 있다'(4점)의 4점 Likert척도로 구성되어, 20~80점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 외로움을 크게 느끼는 것을 의미한다. Kim [21]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

우울증상은 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale Short Form, GDSSF)를 Kee [22]가 한국형으로 표준화한 도구인 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSF-K)을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 15개 문항으로 구성되어 있으며, 응답은 '예'(1점), '아니오'(0점)의 이분척도로 측정되어 0~15점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 우울증상 수준이 높은 것을 의미한다. Kee [22]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었다.

### 3) 건강행위

가구유형별 노인의 건강행위를 파악하기 위해 포함한 건강행위 변수는 흡연(현재 흡연여부), 음주, 결식으로 하였다. 현재 흡연하는 경우 '1'로 그렇지 않은 경우 '0'으로 코딩하였으며, 음주는 음주빈도가 주 2회 이상인지 아닌지에 따라 음주(1)

와 비음주(0)로 구분하여 코딩하였다. 결식은 지난 2일간 아침, 점심, 저녁 식사 중 섭취한 끼니 중 1회 이상 식사를 거른 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 코딩하였다.

### 4) 사회관계

가구유형별 노인의 사회관계를 파악하기 위해 포함한 사회관계 변수는 사회적 지지와 사회활동으로 하였다. 사회적 지지는 van der Poel [23]이 개발한 비공식 지원망 척도를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 정서적 지원 2문항, 도구적 지원 6문항, 여가활동 지원 2문항의 총 10문항으로 구성되어 있다. '가족이나 친구와 심각한 갈등이 있는 경우, 그 문제를 상의할 사람이 있는가'와 같은 문항에 대해 지원받을 수 있는 사람이 있으면 1점, 없으면 0점 처리하여, 사회적 지지 수준을 측정하였다. 0~10점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 사회적 지지 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서 사회적 지지 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75였다.

사회활동은 종교단체, 친목단체, 여가·문화·스포츠단체, 향우·충친·동문회, 자원봉사단체, 정당·이익단체, 기타단체 활동 등 7개 유형의 사회활동에 대해 참여 여부를 질문하였다. 각 사회활동에 대해 참여하면 1점, 참여하지 않으면 0점 처리하여, 사회활동 수준을 측정하였다. 0~7점까지의 점수가 가능하며, 점수가 높을수록 사회활동 수준이 높음을 의미한다.

### 5) 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질을 측정하기 위해 Ware 등[24]이 SF-36 (36-item Short Form of Health Survey)을 축약하여 개발한 SF-12 (12-item Short Form of Health Survey)를 사용하였다. SF-12는 9개 하부영역에 대해 12개 문항으로 구성되어 신체적 및 정신적 건강 관련 삶의 질을 망라하고 있으며, 각 문항은 3~5점 리커트 척도로 구성되어 있다. 점수는 합산하여 100점으로 환산하여 계산되었으며, 점수가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높음을 의미한다. SF-12는 여러 연구에서 신뢰도와 타당도가 검증되었으며[9,25], 많은 양의 설문지 어려운 경우에 유용하여, 간호와 보건의료분야의 연구에서 많이 사용되고 있다[25]. 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 도구의 신뢰도와 타당도를 검증한 Shou 등[26]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .87이었다.

### 4. 자료수집

자료수집은 연구자가 속한 대학교의 연구윤리위원회의 승

인을 받은 후 이루어졌으며, 2015년 7월 20일부터 9월 30일까지 구조화된 설문지를 사용하여 조사 도구에 대해 교육을 받은 훈련된 조사원들이 지역의 대상 노인을 방문하여 직접 대상자들에게 연구의 목적과 조사내용을 설명하고 연구참여에 서면 동의한 대상자들에게 문항을 읽고 설명하면서 기재하는 일대일 면접방식으로 이루어졌다. 또한 수집된 자료는 연구목적으로만 사용될 것이며, 익명 처리됨을 설명하고, 원하지 않을 경우 언제라도 연구참여를 철회할 수 있음을 대상자에게 알리고 자발적으로 참여를 결정하도록 하였다. 설문조사에 소요된 시간은 약 30~40분이었으며, 설문조사를 마친 대상자에게 감사의 표시로 소정의 선물을 제공하였다. 수집된 자료는 연구자만 접근 가능한 장소에 따로 보관하였고, 익명으로 코딩하여 전산 처리하였다.

### 5. 자료분석

자료는 IBM SPSS/WIN 24.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 가구유형에 따른 연구대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질의 차이는 카이제곱 검정과 One way ANOVA로 분석하였다. ANOVA 분석에서 유의한 변수는 사후검정으로 Scheffé test를 실시하였다. 일

반적 특성, 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하였다. 노인의 가구유형에 따라 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교·분석하기 위해 건강 관련 삶의 질을 종속변수로 하고 일반적 특성 및 건강상태, 건강행위, 사회관계를 독립변수로 한 다중회귀분석(multiple regression)을 가구유형별로 실시하였다. 모든 통계적 유의수준은  $p < .05$ 를 유의한 것으로 판단하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 가구유형에 따른 일반적 특성

가구유형에 따른 대상자의 일반적 특성의 비교는 Table 1과 같다. 평균 연령은 부부동거가구가 73.26세로 독거가구 76.09세와 가족동거가구 75.62세보다 유의하게 낮았다( $p < .001$ ). 남성은 부부동거가구의 비율이 높았고, 여성은 독거가구의 비율이 높았다( $p < .001$ ). 교육수준은 독거가구의 경우 무학이나 초졸의 비율이 높았고, 부부동거가구의 경우 고졸 이상의 비율이 높았다( $p < .001$ ). 주관적 경제수준은 독거가구의 경우 '경제적으로 어렵다'의 비율이 높았고, 부부동거가구의 경우 다른 가

**Table 1.** General Characteristics by Living Arrangement

(N=1,000)

Characteristics	Categories	Total (n=1,000)	Alone (n=298)	With spouse (n=420)	With family (n=282)	$\chi^2$ or F	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Age (year)		74.77±5.97	76.09±5.51 <sup>a</sup>	73.26±5.14 <sup>b</sup>	75.62±7.02 <sup>c</sup>	24.77	< .001 a, c > b
Gender	Male	419 (41.9)	67 (23.5)	253 (60.2)	99 (35.1)	109.52	< .001
	Female	581 (58.1)	231 (77.5)	167 (39.8)	183 (64.9)		
Education	Ineducation	195 (19.5)	82 (27.5)	44 (10.5)	69 (24.5)	73.31	< .001
	Elementary school	385 (38.5)	129 (43.3)	145 (34.5)	111 (28.8)		
	Middle school	163 (16.3)	43 (14.4)	76 (18.1)	44 (15.6)		
	≥ High school	257 (25.7)	44 (14.8)	155 (36.9)	58 (20.6)		
Marital status	Married	551 (55.1)	0 (0.0)	420 (100.0)	131 (46.5)	716.47	< .001
	Widowed/single/divorced	449 (44.9)	298 (100.0)	0 (0.0)	151 (53.5)		
Economic status	Very hard to pay for basics	378 (37.8)	159 (53.4)	124 (29.5)	95 (33.7)	52.60	< .001
	Somewhat hare to pay for basics	493 (49.3)	121 (40.6)	222 (52.9)	150 (53.2)		
	Not hard to pay for basics	129 (12.9)	18 (6.0)	74 (17.6)	37 (13.1)		
Place of residence	Rural	256 (25.6)	57 (19.1)	122 (29.0)	77 (27.3)	9.61	.008
	Urban	744 (74.4)	241 (80.9)	298 (71.0)	205 (72.7)		
Employed	Yes	355 (35.5)	103 (34.6)	171 (40.7)	81 (28.7)	10.76	.005
	No	645 (64.5)	195 (65.4)	249 (59.3)	201 (71.3)		

a, b, c=Scheffé test.

가구유형에 비해 '경제적으로 여유가 있다'의 비율이 높았다 ( $p < .001$ ). 거주 지역은 부부동거가구가 다른 가구유형에 비해 농촌 지역에 거주하는 비율이 높았고( $p = .008$ ), 취업유무는 부부동거가구가 다른 가구유형에 비해 직업이 있는 비율이 높았다( $p = .005$ ).

## 2. 대상자의 가구유형에 따른 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질

가구유형에 따른 대상자의 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질을 비교·분석한 결과에서는 건강행위의 일부 변수를 제외한 모든 변수에서 가구유형 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 2). 먼저 건강상태에서 만성질환수는 독거가구의 경우 1.80개로 부부동거가구의 1.37개, 가족동

거가구의 1.50개보다 유의하게 많았다( $p < .001$ ). 주관적 건강상태는 독거가구가 2.64점으로 부부동거가구의 3.07점, 가족동거가구의 2.95점보다 유의하게 건강상태를 나쁘게 인식하였다( $p < .001$ ). IADL은 독거가구에서 독립적인 비율이 높았고, 가족동거가구에서 의존적인 비율이 높았다( $p < .001$ ). 외로움은 독거가구가 35.13점으로 부부동거가구의 32.40점, 가족동거가구의 32.46점보다 유의하게 높았다( $p < .001$ ). 우울증상도 독거가구가 3.79점으로 부부동거가구의 2.05점, 가족동거가구의 2.63점보다 유의하게 높았다( $p < .001$ ).

건강행위를 분석한 결과에서는 독거가구에서 다른 가구유형에 비해 결식 비율이 높았으나( $p = .012$ ), 흡연과 음주에서는 가구유형 간에 유의한 차이가 없었다.

사회관계를 분석한 결과, 사회적 지지는 독거가구가 4.86점으로 부부동거가구의 6.80점, 가족동거가구의 6.32점보다 유

**Table 2.** Health Status, Health Behavior, Social relationship, and Health-related Quality of Life by Living Arrangement (N=1,000)

Characteristics	Categories	Total (n=1000)	Alone (n=298)	With spouse (n=420)	With family (n=282)	$\chi^2$ or F	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Health status	Number of chronic disease	1.53±1.22	1.80±1.35 <sup>a</sup>	1.37±1.19 <sup>b</sup>	1.50±1.07 <sup>c</sup>	11.28	< .001 a>b, c
	Self-rated health	2.91±1.00	2.64±1.02 <sup>a</sup>	3.07±0.97 <sup>b</sup>	2.95±0.97 <sup>c</sup>	16.82	< .001 a<b, c
	IADL					35.45	< .001
	Dependent	332 (33.2)	59 (19.8)	157 (37.4)	116 (41.1)		
	Independent	668 (66.8)	239 (80.2)	263 (62.6)	166 (58.9)		
	Loneliness	33.23±9.32	35.13±10.69 <sup>a</sup>	32.40±8.36 <sup>b</sup>	32.46±8.86 <sup>c</sup>	8.99	< .001 a>b, c
	Depressive symptoms	2.73±3.62	3.79±4.15 <sup>a</sup>	2.05±3.15 <sup>b</sup>	2.63±3.42 <sup>c</sup>	20.99	< .001 a>b, c
Health behavior	Current smoking					1.00	.606
	Yes	111 (11.1)	36 (12.1)	48 (11.4)	27 (9.6)		
	No	889 (88.9)	262 (87.9)	372 (88.6)	255 (90.4)		
	Alcohol drinking					4.86	.088
	Yes	166 (16.6)	39 (13.1)	81 (19.3)	46 (16.3)		
	No	834 (83.4)	259 (86.9)	339 (80.7)	236 (83.7)		
	Skipping meals					8.80	.012
	Yes	101 (10.1)	43 (14.4)	34 (8.1)	24 (8.5)		
	No	899 (89.9)	255 (85.6)	386 (91.9)	258 (91.5)		
Social relationship	Social support	6.08±2.60	4.86±2.77 <sup>a</sup>	6.80±2.33 <sup>b</sup>	6.32±2.32 <sup>c</sup>	55.49	< .001 a<b, c
	Social activities	1.91±1.08	1.77±0.93 <sup>a</sup>	2.14±1.20 <sup>b</sup>	1.72±0.98 <sup>c</sup>	17.07	< .001 a, c<b
Health-related quality of life		68.35±22.01	61.55±23.54 <sup>a</sup>	73.33±19.69 <sup>b</sup>	68.11±21.75 <sup>c</sup>	26.22	< .001 a<c<b

IADL=Instrumental activities of daily living; a, b, c=Scheffé test.

의하게 낮았다( $p < .001$ ). 사회활동은 부부동거가구가 2.14점으로 독거가구의 1.77점, 가족동거가구의 1.72점보다 유의하게 높았다( $p < .001$ ). 대상자의 건강 관련 삶의 질은 가구유형별로 유의한 차이가 있어( $p < .001$ ) 부부동거가구가 73.33점으로 가장 높았고, 가족동거가구가 68.11점, 독거가구가 61.55점의 순이었다.

### 3. 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 간의 관계

건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 간의 상관관계는 Table 3과 같다. 건강 관련 삶의 질과의 만성질환 수( $r = -.43, p < .001$ ), IADL ( $r = -.18, p < .001$ ), 외로움( $r = -.52, p < .001$ ), 우울증상( $r = -.70, p < .001$ ), 결식( $r = -.29, p < .001$ )과의 관계는 통계적으로 유의한 수준에서 역 상관관계를 보였고, 주관적 건강상태( $r = .76, p < .001$ ), 음주( $r = .15, p < .001$ ), 사회적 지지( $r = .11, p < .01$ ), 사회활동( $r = .28, p < .001$ )과의 관계는 유의한 순 상관관계를 나타냈다. 즉, 대상자의 만성질환 수, 외로움, 우울증상이 적을수록, 그리고 지각된 건강상태, 사회적 지지, 사회활동 수준이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또 대상자가 IADL에 의존적이거나 결식하는 경우 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다.

### 4. 대상자의 가구유형별 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

가구유형별 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위하여 일반적 특성과 건강상태, 건강행위, 사회관계 변수를 모형에 투입하는 다중회귀분석을 실시하였다 (Table 4). 먼저, 회귀분석을 실시하기 전에 독립변수들 사이의 다중공선성을 살펴보았다. 투입된 독립변수들 간의 상관관계는 .00에서 .54 사이로 나타났다. 모든 변수에서 공차한계는 .10보다 높은 수준이었으며, 분산팽창요인의 최대치는 2.76으로 나타나 독립변수간의 상관관계로 인한 연구모형 추정의 왜곡 가능성은 낮다고 판단되었다. 잔차분석에서 Durbin Watson 검정결과는 가구유형 각각의 모형에서 1.99과 2.00, 2.13으로 2에 가까워 모형의 오차항간 자기상관성이 없는 것으로 보여 정규분포성과 잔차의 등분산성 가정을 만족한다고 사료되었다.

가구유형별 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인을 살펴보면, 독거가구에서는 주관적 건강상태가 좋을수록( $\beta = .54, p < .001$ ), 외로움 수준이 낮을수록( $\beta = -.11, p = .009$ ), 우울 수준이 낮을수록( $\beta = -.31, p < .001$ ), 결식하지 않는 경우( $\beta = -.08, p = .012$ ), 사회활동이 많을수록( $\beta = .09, p = .009$ ) 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 이들 변인의 설명력은 75%였다. 부부동거가구의 경우에는 연령이 낮을수록( $\beta = -.06, p = .034$ ), 남성일수록( $\beta = .14, p < .001$ ), 주

**Table 3.** Relation between Health Status, Health Behavior, Social Relation, and Health-related Quality of Life (N=1,000)

Variables	Health status					Health behavior			Social relation		
	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
X1	1										
X2	-.44***	1									
X3	.08**	-.15***	1								
X4	.24***	-.33***	.20***	1							
X5	.32***	-.52***	.14***	.61***	1						
X6	-.09**	-.02	.11**	.11***	.09**	1					
X7	-.16***	.12***	.02	-.08*	-.10**	.20***	1				
X8	.12***	-.22***	.02	.24***	.30***	.07*	-.02	1			
X9	-.04	.13***	.08*	-.15***	-.12***	-.10**	-.03	-.14***	1		
X10	-.14***	.21***	-.12***	-.21***	-.23***	-.09**	-.00	-.07*	.15***	1	
X11	-.43***	.76***	-.18***	-.52***	-.70***	-.01	.15***	-.29***	.11**	.28***	1

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

X1=number of chronic disease; X2=self-rated health; X3=instrumental activities of daily living; X4=loneliness; X5=depressive symptoms; X6= current smoking; X7=alcohol drinking; X8=skipping meals; X9=social support; X10=social activities; X11=health-related quality of life.

관적 건강상태가 좋을수록( $\beta = .47, p < .001$ ), 외로움 수준이 낮을수록( $\beta = -.14, p < .001$ ), 우울 수준이 낮을수록( $\beta = -.26, p < .001$ ), 결식하지 않는 경우( $\beta = -.07, p = .014$ ), 사회활동이 많을수록( $\beta = .08, p = .011$ ) 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 이들 변인의 설명력은 69%였다. 가족동거가구의 경우에는 배우자가 있는 경우( $\beta = -.10, p = .017$ ), 만성질환 수가 적을수록( $\beta = -.09, p = .012$ ), 주

관적 건강상태가 좋을수록( $\beta = .51, p < .001$ ), IADL이 비의존적인 경우( $\beta = -.08, p = .022$ ), 외로움 수준이 낮을수록( $\beta = -.16, p < .001$ ), 우울 수준이 낮을수록( $\beta = -.32, p < .001$ ) 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 이들 변인의 설명력은 75%였다. 가장 영향력이 큰 변수는 세 그룹 모두 주관적 건강상태와 우울증상, 외로움 순이었다.

**Table 4.** Factors associated with Health-related Quality of Life by Living Arrangement (N=1,000)

Characteristics	Categories	Total			Alone (n=298)			With spouse (n=420)			With family (n=282)		
		$\beta$	t	p	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
Socio-demographics	Age	-.04	-2.26	.024	.01	0.19	.847	-.06	-2.12	.034	-.06	-1.64	.103
	Gender (male=1)	.07	3.12	.002	.06	1.52	.129	.14	4.21	<.001	-.07	-1.56	.121
	Education ( $\leq$ elementary=1)	-.02	-0.88	.381	.04	1.04	.300	-.06	-1.75	.082	-.01	-0.24	.811
	Marital status (widowed/single/divorced=1)	-.03	-1.01	.313	-	-	-	-	-	-	-.10	-2.40	.017
	Economic status (very hard to pay for basics=1)	.01	0.47	.638	.02	0.60	.551	-.02	-0.54	.587	.02	0.62	.534
	Living arrangement (living alone=1)	-.00	-0.06	.955	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Place of residence (rural=1)	-.03	-1.60	.111	-.05	-1.33	.185	-.02	-0.66	.507	-.02	-0.71	.481
	Employment (employed=1)	.03	1.53	.127	.03	0.86	.390	.02	0.77	.440	.04	1.09	.275
Health status	Number of chronic disease	-.05	-2.47	.014	-.03	-0.86	.390	-.05	-1.57	.116	-.09	-2.52	.012
	Self-rated health	.49	23.26	<.001	.54	14.44	<.001	.47	12.91	<.001	.51	13.09	<.001
	Instrumental activities of daily living (dependent=1)	-.04	-2.28	.023	-.02	-0.74	.461	-.03	-1.13	.257	-.08	-2.30	.022
	Loneliness	-.13	-6.22	<.001	-.11	-2.65	.009	-.14	-4.20	<.001	-.16	-3.95	<.001
	Depressive symptoms	-.30	-12.43	<.001	-.31	-7.17	<.001	-.26	-6.61	<.001	-.32	-6.99	<.001
Health behavior	Current smoking	.02	1.00	.322	.00	0.04	.966	.04	1.27	.204	.03	0.82	.412
	Alcohol drinking	.01	0.37	.713	.02	0.50	.617	.01	0.37	.716	-.01	-0.26	.799
	Skipping meals	-.05	-2.68	.008	-.08	-2.52	.012	-.07	-2.47	.014	.02	0.45	.657
Social relationship	Social support	-.03	-1.55	.121	-.03	-0.99	.326	-.03	-1.04	.300	-.03	-0.93	.351
	Social activities	.05	2.67	.008	.09	2.80	.006	.08	2.55	.011	-.03	-0.96	.339
Adjusted R <sup>2</sup>		.73			.75			.69			.75		
F (p)		154.54 (<.001)			56.87 (<.001)			56.58 (<.001)			49.53 (<.001)		
Durbin-Watson		1.86			1.99			2.00			2.13		
Tolerance		0.36~0.88			0.46~0.89			0.49~0.87			0.44~0.86		



## 논 의

본 연구에서는 65세 이상 노인을 가구유형에 따라 '독거가구', '부부동거가구', '가족동거가구'로 나누어 인구사회학적 특성, 건강상태, 건강행위, 사회관계와 건강 관련 삶의 질 정도를 파악하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교, 분석하고자 실시되었으며 그 결과를 토대로 다음과 같이 논의하고자 한다.

주요 결과로 대상자의 건강 관련 삶의 질은 독거가구가 가장 낮았고, 다음으로 가족동거가구, 부부동거가구의 순으로 나타나 가구유형별로 차이가 있었다. 이는 독거노인의 건강 관련 삶의 질이 가족동거노인보다 낮다고 보고한 다른 연구[4,6]와 일치하며, 부부동거노인의 삶의 만족도가 자녀동거노인이나 독거노인보다 높았다는 연구[18]와 맥락을 같이 한다. 선행연구에서는 독거노인의 건강 관련 삶의 질이 낮은 것에 대해 독거노인의 낮은 건강수준과 경제수준, 사회적 지지, 외로움과 관련이 있는 것으로 해석하고 있었다[6,8]. 본 연구와 마찬가지로 몇몇 선행연구에서 독거노인이나 자녀동거노인에 비해 부부동거노인의 삶의 만족도나 건강 관련 삶의 질이 높았는데 [7,18] 이는 부부동거노인이 다른 가구의 노인에 비해 상대적으로 젊어 보다 나은 건강상태를 유지하고 있는 것과 관련이 있는 것으로 [2] 사료된다.

본 연구에서 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 가구유형에 따라 차이를 보였다. 독거가구의 경우 인구사회학적 특성보다는 주관적 건강, 외로움, 우울, 결식, 사회활동이 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요변인이었다. 주관적 건강상태가 나쁠수록, 외로움 수준이 높을수록, 우울 수준이 높을수록, 결식하는 경우, 사회활동이 적을수록 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났으며, 그 중 독거노인의 건강 관련 삶의 질에 가장 영향력이 큰 변수는 주관적 건강상태였고, 그 다음은 우울 증상이었다. 그간 우리나라에서 독거노인을 대상으로 건강 관련 삶의 질 영향요인을 조사한 연구에서 밝혀진 주요변인은 주관적 건강상태와 우울의 예측력이 가장 컸으며 [6-8,13], 그 외에 만성질환 수 [8,14], 일상생활수행능력 [6], 신체허약 [6], 외로움 [14], 결식 [14,16] 등으로 나타나 본 연구의 결과와 유사하였다.

본 연구에서 독거노인의 건강 관련 삶의 질의 주요변인이었던 주관적 건강상태와 외로움, 우울, 결식의 경우 독거가구가 다른 가구유형에 비해 유의하게 열악하였는데, 이러한 차이는 선행연구에서도 나타나, 2014년 노인실태 조사 [2] 결과 건강상태에 대한 부정적 인식률(건강이 매우 나쁘다 또는 나쁘

다)이 독거가구는 52.24%로 부부가구(39.5%), 자녀동거가구(44.0%)보다 높았고, 외롭다고 느끼는 비율도 독거가구는 17.9%로 부부가구(11.7%), 자녀동거가구(11.8%)보다 높았다. 건강 관련 삶의 질은 낮은 건강수준과 기능 상태와 관련이 있으므로 [6] 지역사회간호사는 독거노인의 건강상태를 개선하기 위하여 노인의 건강인식과 건강행위실천이 바람직한 방향으로 나아갈 수 있도록 건강교육과 홍보에 노력하고, 다양한 만성질환관리 및 건강증진 프로그램에 노인이 참여할 수 있도록 지원함으로써 독거노인의 건강 관련 삶의 질을 높여야 할 것이다.

다른 선행연구에서도 가족과 동거하는 노인보다 독거노인에게 외로움과 우울의 수준이 높게 나타나고 있는데 [6,8], 이는 독거노인이 가족과 동거하는 노인보다 사회적 지지체계가 부족하거나 사회적 고립감을 더 느끼는 것 [14]과 관련이 있는 것으로 여겨진다. 외로움과 우울은 독거노인의 건강 관련 삶의 질을 저해할 뿐 아니라 자살생각과 자살시도를 유도할 수 있으므로 [27] 간호증재가 필요하다. 사회활동이 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 보이므로 [9] 지역사회간호사는 보건소와 정신건강복지센터 등을 통한 방문간호 서비스와 정신건강진단·상담서비스 제공은 물론 찾아가는 말벗서비스, 독거노인 친구맺기, 방문봉사결연, 건강 및 여가 프로그램 참여 독려 등의 다각적 접근으로 독거노인이 사회적 관계를 맺으며 사회활동에 많이 참여할 수 있도록 지지해야 할 것이다.

부부동거가구의 경우에는 연령, 성별, 주관적 건강, 외로움, 우울, 결식, 사회활동이 노인의 건강 관련 삶의 질의 주요변인이었다. 연령은 부부동거가구에서만 유의한 영향을 보여 고연령일수록 건강 관련 삶의 질이 낮아지는 것으로 나타났는데, 이는 가구유형별 연령분포의 차이와도 관련이 있을 것으로 여겨진다. 부부동거가구는 연령분포가 비교적 고르게 분포되어 있는 반면, 독거가구와 가족동거가구는 평균연령이 높고, 고연령자가 많아 통계적으로 유의미한 결과가 나타나지 않은 것으로 사료된다. 성별도 부부동거가구에서만 유의한 영향을 보여 남성노인인 경우 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 독거가구와 가족동거가구의 경우 여성이 각각 78%, 65%로 여성노인의 비율이 현저히 높아 건강 관련 삶의 질에 대한 유의한 성별효과가 나타나지 않은 것으로 여겨진다.

결식은 독거가구와 부부동거가구에서 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이는 가족과 함께 사는 노인에게 비해 독거노인이나 부부노인이 식사를 덜 챙겨먹을 가능성이 높은 것과 관련이 있을 것이다. 여러 가족들과 식사할 때보다 혼자 또는 둘이 식사를 하게 되면 간단히 먹거나, 먹는 양이

줄거나, 요리에 대한 의욕도 줄어든다고 하였다[16]. 가족동거 노인은 식사를 거르더라도 이를 대체할 간식 등 다른 음식을 가족들과 함께 먹거나 제공받을 가능성이 많으므로 결식의 효과가 유의하게 나타나지 않았을 수도 있다. 가구형태별 여성노인의 식사를 조사한 Choi 등[16]의 연구에 의하면 본인이 식사를 준비하는 비율이 독거군이 경우 95%, 배우자동거군이 91%였으나 자녀동거군은 60%로 낮게 나타나 자녀와 함께 사는 노인이 식사와 관련하여 가족의 부양을 받을 수 있어 식사를 더 잘 챙겨 먹는다고 하였으므로 지역사회간호사는 특히, 부부동거 노인이나 독거노인이 우선적으로 적절한 영양을 규칙적으로 섭취할 수 있도록 밑반찬·식사배달, 무료·실비급식, 경로식당 등의 프로그램에 대한 정보를 제공하거나 연계하고, 영양상태 진단 및 상담, 식사준비를 위한 경제적, 정책적 지원 등 노인의 개별 상황에 따라 중재하여야 할 것이다.

본 연구에서 부부동거가구와 독거가구 노인에서 사회활동을 많이 할수록 건강 관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났는데, Park 등[9]의 연구에서도 활발한 사회참여가 농촌노인의 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다. 하지만 우리나라 노인들의 사회활동 참여율은 매우 낮은 편으로[2] 정치사회 단체활동이나 자원봉사, 문화활동 등은 거의 이루어지지 않고 주로 친목·여가활동에 치중하는 경향을 보인다[2,9]. 단체활동을 통한 능동적·적극적 형태의 사회활동은 노인의 건강 관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치나 수동적·소극적 형태의 사회활동 참여는 그렇지 않다는 선행연구[28]도 있으므로 지역사회간호사는 노인들이 다양한 사회활동 참여에의 기회를 접할 수 있도록 정부의 노인사회활동지원사업이나 지역 내 노인복지관이나 보건소, 경로당에서 진행되는 프로그램을 수시로 확인하여 정보를 제공하고, 노인이 선호하는 사회활동을 스스로 선택해 주도적으로 참여할 수 있도록 격려하여야 할 것이다.

가족동거가구의 경우에는 결혼상태, 만성질환 수, 주관적 건강, IADL, 외로움, 우울이 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요변인이었다. 결혼상태는 가족동거가구에서만 유의한 영향을 보여 배우자가 없는 경우 건강 관련 삶의 질이 낮아지는 것으로 나타났다. 본 연구에서 다른 가구유형의 경우 독거가구는 모두 배우자가 없고, 부부동거가구는 모두 배우자가 있어 결혼상태가 유의하지 않게 나타난 것으로 보인다. 배우자가 있는 노인에 비해 배우자가 없는 노인이 건강 관련 삶의 질이 낮으며, 만성질환을 더 많이 앓고 있고, 우울 수준이 높다는 연구[18]와 배우자 효과는 여성노인보다는 남성노인에서 건강에 더 부정적이라는 연구[11]가 있으므로 지역사회간호사

는 가족과 동거하더라도 배우자가 없는 남성노인의 건강관리 에 더 관심을 가져야 할 것이다.

IADL은 가족동거가구에서만 유의한 영향을 보여 IADL이 의존적인 경우 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 이는 본 연구에서 가족동거가구에 IADL이 의존적인 노인의 비율이 높은 것과도 관련이 있을 것으로 여겨진다. 2014년 노인 실태 조사[2]에서도 가구유형별 IADL이 의존적인 비율이 자녀동거가구는 24%로 부부동거가구(12%), 독거가구(21%)보다 높았고, ADL이 의존적인 비율도 자녀동거가구는 10%로 부부동거가구(5%), 독거가구(7%)보다 높았다. 노인과 가구유형을 조사한 연구[29]에 따르면 노인의 건강상태가 나쁠수록 기혼자녀와 동거하는 경향이 있다는 보고도 있어, 가족과 동거하는 노인이 다른 가구유형의 노인보다 독립적인 생활에 불편이 있는 경우가 많아 가족동거가구에서 IADL이 노인의 건강 관련 삶의 질을 설명하는데 유의한 영향력을 보였을 수 있다. IADL의 저하는 노인에게 독립성의 상실과 사회활동 참여를 막아 우울까지도 유발할 수 있으므로[6], 가족과 동거하는 노인의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위해서는 IADL과 같은 신체적, 사회적 활동기능 수준을 중요하게 고려해야 할 것으로 보인다.

본 연구에서 사회활동은 독거가구와 부부동거가구에서는 건강 관련 삶의 질의 영향요인이었지만 가족동거가구에서는 유의한 영향이 없었다. 이는 자녀와 동거하는 노인의 경우 노인 본인의 사회적 관계를 축소하고 손주 돌봄이나 가사지원을 하는 경향이 있어 사회활동이 감소하는 경향이 있는 것[30]과 관련된 것으로 사료된다. 본 연구결과에서도 가족동거가구의 사회활동 수준이 다른 가구유형보다 현저히 낮은 것으로 나타났다. 이는 가구유형별 노인의 사회활동을 조사한 선행연구가 부족해 그 결과를 비교하기는 어렵지만, 2014년 노인실태 조사[2]에서도 도시노인, 남자노인, 부부동거가구, 배우자가 있는 노인일수록 사회활동 참여율이 높고 가족동거가구는 낮았다. 가족동거가구 노인의 경우 만성질환 수, 주관적 건강, IADL, 외로움, 우울과 같은 건강상태 변수들이 건강 관련 삶의 질의 주요변인이었으므로 지역사회간호사는 노인의 건강상태와 IADL 증진을 고려한 간호중재 프로그램을 개발하여 가족동거노인의 건강 관련 삶의 질 향상을 도모하여야 할 것이다. 또한 서구사회에 비해 노인의 신체적·정신적 건강에 성인자녀의 역할이 중요한 한국사회의 문화적 특성상[3,8] 노인의 만성질환관리와 건강증진 프로그램에 노인과 함께 사는 가족을 포함시키는 방안을 강구할 필요가 있다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 연구는 횡단적 연구이므로

관련 변인들 간의 시간적 선후 관계를 파악하기가 어렵다. 따라서 본 연구에서 확인된 변인들 간의 인과관계를 명확히 하기 위해 향후 장기간에 걸친 종단연구가 필요하다. 둘째, 건강 관련 삶의 질에 대한 영향요인으로 만성질환의 수만을 포함하여 질환의 종류나 심각도, 유병기간 등이 건강 관련 삶의 질에 미칠 수 있는 영향을 분석하지 못했다는 한계점이 있다. 셋째, 노인의 건강 관련 삶의 질과 연관시킬 수 있는 다른 건강행위 변수들, 예를 들어 걷기활동이나 다양한 강도의 신체활동 등을 변인으로 포함하지 못하여 건강행위가 건강 관련 삶의 질에 미칠 수 있는 영향을 포괄적으로 제시하지 못했다는 한계가 있다. 하지만 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 가구유형별 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교하는 연구가 드문 상태에서 65세 이상 노인을 대상으로 노인의 가구유형에 따른 인구사회학적 특성과 건강상태, 건강행위, 사회관계, 건강 관련 삶의 질 정도를 파악하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 가구유형별 차이를 확인하였다는데 그 의의가 있다고 본다.

## 결론 및 제언

본 연구는 가구유형별 노인의 건강 관련 삶의 질 정도를 파악하고, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 가구유형별로 비교, 분석하기 위해 실시되었으며, 주요 결과는 다음과 같다.

대상자의 건강 관련 삶의 질은 가구유형별로 유의한 차이가 있어, 독거가구가 가장 낮았고, 그 다음으로 가족동거가구, 부부동거가구의 순이었다. 본 연구에서 노인의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 가구유형에 따라 차이를 보였다. 독거가구에서는 결식, 사회활동, 주관적 건강, 외로움, 우울이 영향요인이었고, 부부동거가구의 경우에는 연령, 성별, 결식, 사회활동, 주관적 건강, 외로움, 우울이 영향요인이었으며, 가족동거가구에서는 결혼상태, 만성질환 수, IADL, 주관적 건강, 외로움, 우울이 영향요인이었다.

이상의 연구결과를 볼 때, 본 연구는 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인의 가구유형별 차이를 비교 분석함으로써 노인을 위한 건강 관련 삶의 질 향상 프로그램을 기획할 때 가구유형별 특성을 고려할 필요가 있음을 도출한 점에서 의미가 있다. 향후 후속연구에서는 가구유형별 노인의 특성을 고려해 건강 관련 삶의 질 영향요인의 가구유형별 차이를 반영한 차별화된 간호중재 프로그램을 개발해 그 효과를 검증하고 비교하는 연구를 제언한다.

## REFERENCES

1. Statistics Korea. Life expectancy and disability adjusted life expectancy[Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2017 [cited 2018 May 28]. Available from: [http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=2758](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758)
2. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2014 survey of the elderly. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2014 December. Report No.: 2014-61.
3. Park KS, Kim MS. The impact of changes in household living arrangements on the changes in poverty rate among elderly people in South Korea. *Korean Journal of Sociology*. 2016;50(1):221-253.
4. Kim JY, Lee SG, Lee SK. The relationship between health behaviors, health status, activities of daily living and health-related quality of life in the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2010;30(2):471-484.
5. Shin KR, Byeon YS, Kang YH, Oak JW. A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life (HRQoL) in the community-dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(3):437-444. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>
6. Suh SR, Kim MH. Influencing factors on the health-related quality of life of older adults living alone. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2014;34(4):705-716.
7. Moon SM. Gender differences in the impact of socioeconomic, health-related, and health behavioral factors on the health-related quality of life of the Korean elderly. *Journal of Digital Convergence*. 2017;15(6):259-271. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143579>
8. Kim KS. 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 Community Health Nursing*. 2017;28(1):78-87. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.1.78>
9. Park KS, Park YR, Yum YS. The effects of social participation on health related quality of life among rural elderly. *Mental Health & Social Work*. 2015;43(2):200-227.
10. Choi KW, Jeon GS. Effects of frailty on health-related quality of life of rural community-dwelling elderly: Mediating and moderating effects of fall-related efficacy and social support. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2016;27(4):380-387. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.4.380>
11. Lee SH, Kim YB. Which type of social activities decrease depression in the elderly? An analysis of a population-based study in South Korea. *Iranian Journal of Public Health*. 2014; 43(7):903-912.

12. Lee DH. The effects of quality of life in the elderly's health condition. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2010; 30(1):93-108.
13. Kim SY, Sohn SY. Factors related to health related quality of life in rural elderly women. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(2):91-98.
14. Kim HS. Effect of pain, nutritional risk, loneliness, perceived health status on health-related quality of life in elderly women living alone. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2017;8(7):207-218.
15. Pender NJ. Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):115-122.  
<https://doi.org/10.1177/089431849000300306>
16. Choi MK, Kang MH, Kim MH. Diet and health status of elderly women according to the family type. *Korean Journal of Community Nutrition*. 2016;21(3):256-264.  
<https://doi.org/10.5720/kjcn.2016.21.3.256>
17. Yang SO, Cho HR, Lee SH. A comparative study on influencing factors of health related quality of life of the elderly in senior center by region: Focus on urban and rural areas. *Journal of Digital Convergence*. 2014;12(1):501-510.  
<https://doi.org/10.14400/jdpm.2014.12.1.501>
18. Jeong JH. Difference on the elderly's residential environment and life satisfaction in the living arrangement. *Journal of the Architectural Institute of Korea Planning & Design*. 2013;29(12):115-122.
19. Won CW, Rho YG, Sunwoo D, Lee YS. The validity and reliability of Korean instrumental activities of daily living (K-IADL) scale. *Journal of the Korean Geriatrics Society*. 2002;6(4):273-280.
20. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;39(3):472-480.
21. Kim OS. Korean version of the revised UCLA loneliness scale: Reliability and validity test. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1997;27(4):871-879.  
<https://doi.org/10.4040%2Fjn.1997.27.4.871>
22. Kee BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1996;35(2):298-307.
23. van der Poel MGM. Delineating personal support networks. *Social Networks*. 1993;15(1):49-70.  
[https://doi.org/10.1016/0378-8733\(93\)90021-C](https://doi.org/10.1016/0378-8733(93)90021-C)
24. Ware JE, Jr M, Kosinski DM, Turner-Bowker BG. How to score version 2 of the SF-12 health survey: with a supplement documenting version 1. Boston Massachusetts: Quality Metric Incorporation; 2002. 267 p.
25. Song JS, Park WS, Choi HS, Seo JC, Kwak YH, Kim SA, et al. Pesticide exposure of alpine agricultural workers in Gangwon-do and the measurement of their health status measured by SF-12. *The Korean Journal of Pesticide Science*. 2005;9(4):287-291.
26. Shou J, Ren L, Wang H, Yan F, Cao X, Wang H, et al. Reliability and validity of 12-item short-form health survey (SF-12) for the health status of Chinese community elderly population in Xujiahui district of Shanghai. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2016;28(2):339-346.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-015-0401-9>
27. Seo IK, Cho HC. Mediation effects of depression in the relationship between stress and suicidal ideation of the elderly: A comparative study on people who live alone and those who live with family. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 2013;61:135-162.
28. Fiorillo D, Sabatini F. Quality and quantity: The role of social interactions in self-reported individual health. *Social Science & Medicine*. 2011;73(11):1644-1652.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.007>
29. Yoo SH, Kim CS. Determinants of living arrangement patterns among the married Korean elderly. *Journal of East and Central Asian Studies*. 2011;22(3):161-176.
30. Kim JY. Living arrangements and the distribution of multiple resources among Korean older adults. *Korea Journal of Population Studies*. 2017;40(1):1-28.