

일부 농촌지역 장기요양급여노인들의 삶의 질과 관련 요인

신민우¹, 권인선², 조영채^{2*}

¹충남대학교 대학원 보건학과, ²충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 의학연구소

Factors Related to Quality of Life in the Rural Elderly People Affiliated with Long-term Care Insurance Services

Min-Woo Shin¹, In-Sun Kwon² and Young-Chae Cho^{2*}

¹Department of Public Health, Graduate School of Chungnam National University

²Department of Preventive Medicine and Public Health, Chungnam National University School of
Medicine and Research Institute for Medical Sciences

요 약 본 연구는 장기요양보험급여를 받고 있는 노인들의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위 특성에 따른 삶의 질 수준을 파악해 보고, 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인을 규명해 보고자 시도하였다. 조사대상은 장기요양보험급여를 받고 있는 충청남도 9개 군(郡)의 농촌지역 노인 410명으로 하였으며, 조사는 2009년 3월 1일부터 5월 31일까지의 기간 동안에 표준화된 무기명식 면접조사용 설문지를 사용하여 면접조사를 실시하였다. 연구결과 조상대상자의 삶의 질은 장기요양등급이 높을수록 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과, 연령, 거주상태, 주관적인 건강상태, 외병유무, 신체의 부자유 유무, 요실금유무, 건망증유무, 외출 빈도가 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 건강상태를 나타내는 변수들이 삶의 질과 높은 관련성이 있는 것으로 나타났다.

Abstract This study was performed to determine the levels of quality of life(QOL) according to the grade of long-term care service in the elderly people who affiliated from long-term care insurance, and to reveal its association with socio-demographic characteristics, health status and health related behaviors. The interviews were performed, during the period from March 1st, to May 31th, 2009, to 410 elderlies in rural areas. As a results, the levels of QOL were lower in the group of higher grade of long-term care insurance. In hierarchial multiple regression analysis, the factors influencing on the level QOL were age, Living status, Subjective health status, Bed ridden status, Disability of body, Urinary incontinence, Amnesia and Frequency of going out. Especially, the health status variables were higher related with QOL than other variables.

Key Words : Elderly, Rural, Quality of life, Insurance Service.

1. 서론

우리나라는 2008년 7월 1일부터 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 수행하기 어려운 노인들에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양서비스를 지원하는 노인 장기요양보험제도가 시행되었다[1]. 노인 장기요양보험제도에 의해 장기요양보험급여를 받기 위해서는 장기요양인정 신청을 하여 등급판정을 받아야 한다.

등급판정조사 결과 1등급은 심신의 기능장애로 일상생활에서 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 경우이고, 2등급은 일상생활에서 상당부분 타인의 도움을 필요로 하는 경우이며, 3등급은 일상생활에서 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태를 의미한다.

장기요양인정자로 판정되면 재가급여, 시설급여 및 특별현금급여의 장기요양보험급여를 받을 수 있다[1]. 재가급여는 가정을 방문하여 신체활동, 가사활동 등을 지원하

*교신저자 : 조영채(choyc@cnu.ac.kr)

접수일 10년 12월 24일

수정일 11년 01월 26일

게재확정일 11년 02월 10일

는 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 구입 또는 대여가 포함되며, 시설급여는 장기요양에 필요한 시설과 설비 및 전문 인력을 갖춘 장기요양시설에 장기간 입소하여 신체활동지원 및 심신기능의 유지 및 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말한다.

이 같은 노인 장기요양보험제도의 근본적인 목표는 노인의 삶의 질(Quality of Life; QOL)을 향상시키며, 가족의 부양부담을 덜어주는 것이라 할 수 있다. 장기요양인정자로 판정받은 노인들은 대부분 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 사람들이기 때문에 상대적으로 이들의 삶의 질 또한 낮을 것으로 예측되며, 여러 요인들이 관련되어 있을 것으로 생각되나 노인 장기요양보험제도가 실시된지 얼마 되지 않아 이에 관한 조사 연구가 대단히 제한적이며 미흡한 실정이다.

그동안 노인의 삶의 질에 관련된 요인들에 대한 선행 연구를 보면, 경제적 상태가 낮을 때 삶의 질은 저하되며 [2], 사회활동에서 소외된 사람에게서도 삶의 질은 낮아지고 [3], 신체적 약화나 우울증이 있을 때 삶의 질은 낮아진다고 보고하고 있다 [4]. 국내의 경우 노인을 대상으로 한 삶의 질 수준과 그의 관련요인을 알아보고자 한 여러 선행연구들 [5-10]이 있으나, 이들 대부분이 도시나 농촌 지역 노인을 대상으로 하였거나, 양로원 등의 시설노인을 대상으로 하였을 뿐, 장기요양등급판정을 받은 노인과 같은 특정 노인집단을 대상으로 한 연구는 아직까지 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

따라서 본 연구는 장기요양보험급여를 받고 있는 농촌 지역 노인들을 대상으로 이들의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위 특성에 따른 삶의 질 수준을 파악하며, 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인을 규명해 보고자 시도하였다.

2. 연구 방법

2.1 조사대상

본 연구의 조사대상은 2008년 7월부터 실시된 노인장기요양보험제도에 의해 1등급, 2등급 및 3등급의 장기요양보험급여를 받고 있는 충청남도 9개 군(郡)의 농촌지역 노인을 대상으로 하였다. 조사대상의 선정은 요양급여종류에 따라 재가급여를 받고 있는 노인 2,914명 중 1/10에 해당하는 300명을, 시설급여를 받고 있는 노인 988명 중 1/5에 해당하는 200명을 비례추출하여 조사대상으로 하였다. 이들 중 면접조사가 이루어진 410명(1등급 113명,

2등급 133명, 3등급 164명)을 연구대상으로 하였다.

2.2 조사방법 및 내용

자료 수집은 2009년 3월 1일부터 5월 31일까지의 기간 동안에 본 연구에 사용된 설문내용 및 조사방법에 대해 사전 교육을 받은 조사원이 조사대상 노인을 직접 방문하여 면접조사를 통해 이루어 졌다. 면접조사는 조사원들이 재가 및 시설노인의 장기요양을 제공하고 있는 해당 장기요양기관의 담당자와 요양보호사의 도움을 받아 연구대상 노인 또는 가족에게 본 연구의 취지 및 조사내용에 대해 설명하고 연구 참여의 동의를 얻은 다음, 미리 작성한 표준화된 무기명식 면접조사용 설문내용에 대해 응답하도록 하였다. 연구에 사용한 변수의 구체적인 내용은 다음과 같다.

2.2.1 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 거주지, 직업유무, 배우자유무, 거주상태, 월수입, 생활비 조달, 의료보장상태 등을 조사하였다. 연령은 「65~74세」와 「75세 이상」으로, 학력은 「무학」, 「초등학교」, 「중학교 이상」으로, 거주지는 「도시」와 「농촌」으로, 현재 하고 있는 일은 「없음」과 「있음」으로, 배우자유무는 「있음」과 「없음」으로, 거주형태는 「혼자 산다」, 「부부 둘만 산다」, 「부부 및 자녀와 함께 산다」로, 월수입은 「50만원 미만」과 「50만원 이상」으로 생활비 조달원은 「본인이나 배우자」, 「자녀」, 「정부 보조금」으로, 의료보장상태는 「건강보험」과 「의료보호」로 구분하였다.

2.2.2 건강상태

건강상태에 관한 변수로는 주관적 건강상태, 외병유무, 신체의 부자유유무, 눈, 귀 및 치아의 부자유유무, 요실금유무, 건망증 증상유무 등을 조사하였다. 주관적인 건강상태는 「건강하다」와 「건강하지 않다」로 구분하였고, 외병유무, 신체의 부자유유무, 눈, 귀 및 치아의 부자유유무, 요실금유무 및 건망증 증상유무는 「있음」과 「없음」으로 구분하였다.

2.2.3 건강관련행위 특성

건강관련행위 특성으로는 주관적인 수면의 질에 대한 평가, 흡연여부, 음주여부, 규칙적인 운동여부, 규칙적인 식사여부, 외출 빈도, 취미활동유무 등을 조사하였다. 주관적인 수면의 질은 「좋다」와 「좋지 않다」로, 흡연여부는 「흡연」, 「흡연 중단」, 「비흡연」으로, 음주상

태는 「음주」, 「음주 중단」, 「비음주」로 구분하였다. 규칙적 운동여부는 1주일에 3회 이상, 1회 당 30분 이상의 운동을 하는 사람을 「운동」으로, 그렇지 않은 사람을 「비운동」으로 구분하였으며, 규칙적인 식사여부는 「규칙적으로 한다」와 「규칙적으로 하지 않는다」로, 외출 빈도는 「자주 한다」와 「거의 안한다」로, 취미활동유무는 「한다」와 「안한다」로 구분하였다.

2.2.4 삶의 질(QOL) 수준

삶의 질 측정은 세계보건기구[11]에서 개발한 삶의 질 척도(World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment)를 민성길 등[12]에 의해 표준화한 한국판 WHOQOL- BREF를 사용하였다.

한국판 WHOQOL-BREF는 5개 영역의 26문항(일반적 건강상태 2문항, 신체적 건강영역 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회적 관계 영역 3문항, 생활환경 영역 8문항)으로 구성되어 있으며, 각 문항마다 5점 척도를 이용하여 「전혀 그렇지 않다」 1점, 「그렇지 않다」 2점, 「그저 그렇다」 3점, 「그렇다」 4점, 「정말 그렇다」 5점을 주었고, 부정적인 문항에는 역으로 「전혀 그렇지 않다」 5점, 「그렇지 않다」 4점, 「그저 그렇다」 3점, 「그렇다」 2점, 「정말 그렇다」 1점을 주어 총 득점 합계(26~130점)를 산정하며, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 4분위수(quartile)를 이용하여 네 집단(Q1, Q2, Q3 및 Q4)으로 구분하였으며, WHOQOL-BREF의 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's α값은 0.668이었다.

2.3 자료처리 및 통계분석

자료는 전산입력 후 SPSSWIN(ver 14.0) 프로그램을

사용하여 분석하였다. 삶의 질에 대한 범주형 변수들의 교차분석에는 Chi-square 검정을 실시하였으며, 삶의 질을 종속변수로, 인구사회학적 특성, 건강상태, 건강관련 행위 및 인지기능장애를 독립변수로 하여 삶의 질에 영향을 미치는 관련 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 위계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression)을 실시하였다. 모든 통계량의 유의수준은 p<0.05로 하였다.

3. 연구결과

3.1 장기요양등급에 따른 삶의 질(QOL) 수준

WHOQOL-BREF(한국판)를 사용하여 측정한 삶의 질 수준을 4분위 수(Q1, Q2, Q3 및 Q4)로 구분하여 인구사회학적 특성별로 비교한 결과는 [표 1]과 같다. 전체 조상 대상자의 장기요양등급에 따른 삶의 질 수준은 장기요양 1등급에서는 삶의 질이 가장 낮은 Q1군이 38.1%로 가장 높은 반면, 2등급에서는 Q2군이 32.3%로 가장 높았고, 3등급에서는 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 각각 30.5%로 가장 높아 장기요양등급이 높을수록 삶의 질 수준은 유의하게 낮은 것으로 나타났다(p=0.000).

3.2 인구사회학적 특성에 따른 삶의 질(QOL) 수준

인구사회학적 특성별 삶의 질 수준은 표 2와 같다. 배우자가 없는 경우 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이 높은 반면, 배우자가 있는 경우는 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높은 것으로 나타났다(p=0.050). 거주상태 별로는 혼자 사는 경우 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이

[표 1] 조사대상자의 장기요양등급에 따른 삶의 질(QOL) 수준

단위 : 명(%)

변수	명	삶의 질(QOL) [†]				p-value
		Q1	Q2	Q3	Q4	
장기요양등급						0.000
I 등급 [†]	113	43(38.1)	31(27.4)	17(15.0)	22(19.5)	
II 등급 [‡]	133	26(19.5)	43(32.3)	38(28.6)	26(19.5)	
III 등급 [§]	164	33(20.1)	31(18.9)	50(30.5)	50(30.5)	
계	410	102(24.9)	105(25.6)	105(25.6)	93(23.9)	

[†] : 일상생활에서 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태.

[‡] : 일상생활에서 상당부분 타인의 도움을 필요로 하는 상태.

[§] : 일상생활에서 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태.

[¶] : 4분위 수(quartile)를 사용하여 4집단으로 구분하였으며 Q1은 1/4, Q2는 2/4, Q3은 3/4, Q4는 4/4를 의미함.

[표 4] 건강관련행위특성별 장기요양등급에 따른 삶의 질(QOL) 수준

단위: 명(%)

변수	명	삶의 질(QOL) [†]				p-value
		Q1	Q2	Q3	Q4	
주관적 수면의 질						0.038
좋음	148	27(18.2)	35(23.6)	47(31.8)	39(26.4)	
좋지 않음	262	75(28.6)	70(26.7)	58(22.1)	59(22.5)	
흡연상태						0.286
비흡연	341	88(25.8)	85(24.9)	85(24.9)	83(24.3)	
흡연중단	49	9(18.4)	17(34.7)	11(22.4)	12(24.5)	
흡연	20	5(25.0)	3(15.0)	9(45.0)	3(15.0)	
음주상태						0.491
비음주	342	87(25.4)	88(25.7)	85(24.9)	82(24.0)	
음주중단	52	11(21.2)	16(30.8)	15(28.8)	10(19.2)	
음주	16	4(25.0)	1(6.3)	5(31.3)	6(37.5)	
규칙적 운동여부						0.022
한다	49	6(12.2)	9(18.4)	16(32.7)	18(36.7)	
안한다	361	96(26.6)	96(26.6)	89(24.7)	80(22.2)	
규칙적 식사여부						0.381
한다	387	93(24.0)	99(25.6)	101(26.1)	94(24.3)	
안한다	23	9(39.1)	6(26.1)	4(17.4)	4(17.4)	
외출빈도						0.000
자주한다	109	11(10.1)	20(18.3)	40(36.7)	38(34.9)	
거의 안한다	301	91(30.2)	85(28.2)	65(21.6)	60(19.9)	
취미활동여부						0.001
한다	19	2(10.5)	2(10.5)	3(15.8)	12(63.2)	
안한다	391	100(25.6)	103(26.3)	102(26.1)	86(22.0)	
계	410	102(24.9)	105(25.6)	105(25.6)	98(23.9)	

[†] : 4분위 수(quartile)를 사용하여 4집단으로 구분하였으며 Q1은 1/4, Q2는 2/4, Q3은 3/4, Q4는 4/4를 의미함.

높은 반면, 배우자나 가족과 함께 사는 경우 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높은 것으로 나타났다(p=0.001). 그 밖에 성, 연령, 교육정도, 직업유무, 월수입, 생활비 조달 및 의료보장상태에 따른 삶의 질은 유의한 차이를 보이지 않았다.

3.3 건강상태에 따른 삶의 질(QOL) 수준

조사대상자의 건강상태에 따른 삶의 질 수준은 표 3과 같다. 주관적인 건강상태가 좋다는 군은 삶의 질이 가장 높은 Q4군이 높은 반면, 주관적인 건강상태가 좋지 않다는 군은 삶의 질이 가장 낮은 Q1군과 Q2군, Q3군이 유의하게 높은 것으로 나타났다(p=0.000). 와병유무별로는 와

병이 있다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 와병이 없다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.018).

신체의 부자유유무별로는 신체의 부자유가 있다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 신체의 부자유가 없다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.000). 귀 및 치아의 부자유유무별로는 귀 및 치아의 부자유가 있다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 귀 및 치아의 부자유가 없다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.014, p=0.029). 요실금유무별에서는 요실금이 있다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 요실금이 없다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.011).

3.4 건강관련행위 특성에 따른 삶의 질(QOL)

[표 2] 인구사회학적 특성별 장기요양등급에 따른 삶의 질(QOL) 수준

단위 : 명(%)

변수	명	삶의 질(QOL) [¶]				p-value
		Q1	Q2	Q3	Q4	
성별						0.373
남자	201	48(23.9)	59(29.4)	47(23.4)	47(23.4)	
여자	209	54(25.8)	46(22.0)	58(27.8)	51(24.4)	
연령(년)						0.223
65~74	177	38(21.5)	41(23.2)	50(28.2)	48(27.1)	
75≤	233	64(27.5)	64(27.5)	55(23.6)	50(21.5)	
교육정도						0.902
≤무학	228	60(26.3)	56(24.6)	62(27.2)	50(21.9)	
초등학교	134	32(23.9)	36(26.9)	31(23.1)	35(26.1)	
중학교≤	48	10(20.8)	13(27.1)	12(25.0)	13(27.1)	
직업유무						0.519
없음	403	100(24.8)	105(26.1)	103(25.6)	95(23.6)	
있음	7	2(28.6)	0(0.0)	2(28.6)	3(42.8)	
배우자 유무						0.050
있음	199	51(25.6)	61(30.7)	49(24.6)	38(19.1)	
없음	211	51(24.2)	44(20.9)	56(26.5)	60(28.4)	
거주상태						0.001
혼자 산다	161	33(20.5)	30(18.6)	42(26.1)	56(34.8)	
부부 둘만 산다	161	44(27.3)	47(29.2)	37(23.0)	33(20.5)	
부부 및 자녀와 함께 산다	88	25(28.4)	28(31.8)	26(29.5)	9(10.2)	
월수입						0.113
<50만원	370	94(25.4)	89(24.1)	99(26.8)	88(23.8)	
50만원≤	40	8(20.0)	16(40.0)	6(15.0)	10(25.0)	
생활비 조달원						0.634
본인/배우자	76	19(25.0)	21(27.6)	18(23.7)	18(23.7)	
자녀	216	53(24.5)	57(26.4)	61(28.2)	45(20.8)	
정부보조	118	30(25.4)	27(22.9)	26(22.0)	35(29.7)	
의료보장상태						0.235
건강보험	291	70(24.1)	79(27.1)	79(27.1)	63(21.6)	
의료보호	119	32(26.9)	26(21.8)	26(21.8)	35(29.4)	
계	410	102(24.9)	105(25.6)	105(25.6)	98(23.9)	

¶ : 4분위 수(quartile)를 사용하여 4집단으로 구분하였으며 Q1은 1/4, Q2는 2/4, Q3은 3/4, Q4는 4/4를 의미함.

수준

조사대상자의 건강관련행위 특성에 따른 삶의 질 수준은 [표 4]와 같다. 주관적인 수면의 질이 좋지 않다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 수면의 질이 좋다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.038). 규칙적인 운동여부별로는 운동을 규칙적으로

하지 않는다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 운동을 규칙적으로 한다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.022). 외출유무별로는 외출을 거의하지 않는다는 군은 삶의 질이 낮은 Q1군과 Q2군이, 외출을 자주한다는 군은 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 유의하게 높았다(p=0.000). 취미활동유무별로는 취미활동을 거의하지 않는다는 군은 삶의 질이 가장 낮은 Q1군

[표 3] 인구사회학적 특성별 장기요양등급에 따른 삶의 질(QOL) 수준

단위 : 명(%)

변수	명	삶의 질(QOL) [†]				p-value
		Q1	Q2	Q3	Q4	
주관적 건강상태						0.000
건강하다	41	4(9.8)	7(17.1)	9(22.0)	21(51.2)	
건강하지 않다	369	98(26.6)	98(26.6)	96(26.0)	77(20.9)	
외병유무						0.018
있음	225	62(27.6)	66(29.3)	55(24.4)	42(18.7)	
없음	185	40(21.6)	39(21.1)	50(27.0)	56(30.3)	
신체의 부자유 유무						0.000
있음	369	100(27.1)	100(27.1)	87(23.6)	82(22.2)	
없음	41	2(4.9)	5(12.2)	18(43.9)	16(39.0)	
눈의 부자유 유무						0.096
있음	292	64(21.9)	73(25.0)	80(27.4)	75(25.7)	
없음	118	38(32.2)	32(27.1)	25(21.2)	23(19.5)	
귀의 부자유 유무						0.014
있음	291	61(21.0)	73(25.1)	83(28.5)	74(25.4)	
없음	119	41(34.5)	32(26.9)	22(18.5)	24(20.2)	
치아의 부자유 유무						0.029
있음	231	49(21.2)	56(24.2)	59(25.5)	67(29.0)	
없음	179	53(29.6)	49(27.4)	46(25.7)	31(17.3)	
요실금 유무						0.011
있음	228	69(30.3)	61(26.8)	53(23.2)	45(19.7)	
없음	182	33(18.1)	44(24.2)	52(28.6)	53(29.1)	
건강증 유무						0.115
있음	160	46(28.8)	45(28.1)	40(25.0)	29(18.1)	
없음	250	56(22.4)	60(24.0)	65(26.0)	69(27.6)	
계	410	102(24.9)	105(25.6)	105(25.6)	98(23.9)	

[†] : 4분위 수(quartile)를 사용하여 4집단으로 구분하였으며 Q1은 1/4, Q2는 2/4, Q3은 3/4, Q4는 4/4를 의미함.

과 Q2군, Q3군이 높은 반면, 취미활동을 자주한다는 군은 삶의 질이 가장 높은 Q4군이 유의하게 높은 것으로 나타났다(p=0.001).

3.5 삶의 질(QOL)에 영향을 미치는 요인

삶의 질에 관련된 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 4개의 모델에 의한 위계적 다중회귀분석을 실시하였다[표 5]. 모델 I 은 인구사회학적 특성을 독립변수로 하여 회귀모델에 투입하였다. 분석결과 연령과 거주상태가 삶의 질에 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 즉, 연령이 낮을수록, 배우자나 가족과 함께 사는 군보다 혼자 사는 군에서 삶의 질 수준이 낮았으며 이들은 6.2%의 설명력을 보였다. 모델II에서는 모델 I 의 투입된 변수에

건강상태 변수들을 투입하였다. 모델II에서는 모델 I 에서 유의했던 변수가 여전히 삶의 질에 유의한 관련성이 있었으며, 건강상태를 나타내는 변수 중에서는 주관적인 건강상태, 외병유무, 신체의 부자유 유무, 요실금유무, 건강증유무가 유의한 관련성이 있었다. 즉, 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군, 외병이 없다는 군보다 있다는 군, 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군, 요실금이 없다는 군보다 있다는 군, 건강증이 없다는 군보다 있다는 군에서 삶의 질I 수준이 낮았으며, 모델 II에 투입된 변수들로 삶의 질을 18.1% 설명할 수 있었다. 모델III에서는 모델II의 투입된 변수에 건강관련행위 특성을 투입하였다. 그 결과 외출 빈도가 유의한 변수로 선정되었다. 즉, 외출을 자주한다는 군보다 거의하지 않는다는 군에

[표 5] 삶의 질(QOL) 수준에 영향을 미치는 관련변수들에 대한 위계적 다중회귀분석 결과

변수	모델 I		모델 II		모델 III		모델 IV	
	B	t	B	t	B	t	B	t
연령(년)	-0.24	-2.52*	-0.23	-2.38*	-0.18	-1.89*	-0.18	-1.90*
교육수준(년)	0.18	0.12	-0.34	-0.24	-0.18	-0.13	-0.17	-0.12
직업(없음/있음)	2.04	0.37	1.65	0.31	0.12	0.02	0.12	0.02
배우자(있음/없음)	-0.13	-0.06	0.46	0.22	0.08	0.04	-0.04	-0.02
거주상태 (혼자 산다/가족과 함께 산다)	-6.14	-2.85**	-4.40	-2.13*	-3.83	-1.87*	-3.93	-1.92*
월수입(원)	0.06	1.80	0.06	1.76	0.05	1.53	0.05	1.56
생활비조달원(자신/기타)	0.93	0.48	2.66	1.41	2.21	1.20	2.30	1.24
주관적건강상태 (건강/건강하지 못함)			-8.84	-3.74**	-8.60	-3.69**	-8.52	-3.65**
와병 유무(있음/없음)			3.20	2.26*	2.80	2.00*	2.73	1.95*
신체의 부자유 유무 (있음/없음)			6.14	2.60**	5.05	2.15*	4.81	2.03**
눈의 부자유 유무 (있음/없음)			-2.67	-1.56	-1.76	-1.04	-1.65	-0.97
귀의 부자유 유무 (있음/없음)			0.27	0.14	0.09	0.05	0.04	0.03
치아의 부자유 유무 (있음/없음)			-1.46	-1.01	-1.19	-0.84	-1.10	-0.77
요실금 유무(있음/없음)			2.92	2.02*	2.24	1.56	2.10	1.45
건망증 유무(있음/없음)			3.52	2.34*	3.04	2.04*	2.93	1.96*
주관적인 수면의 질 (좋음/중지 않음)					-1.20	-0.84	-1.31	-0.92
규칙적 운동여부 (한다/안 한다)					-2.55	-1.19	-2.47	-1.15
외출빈도 (자주한다/거의 안한다)					-4.91	-3.08**	-4.72	-2.92**
취미활동 (자주 한다/거의 안한다)					-5.69	-1.71	-5.57	-1.67
장기요양등급 (2, 3등급/1등급)							-1.28	-0.81
Constant	76.10		76.57		85.44		85.74	
F	3.817**		5.793**		5.773**		5.513**	
R ²	0.062		0.181		0.220		0.221	
R ² change	0.062**		0.119**		0.039**		0.001	

* : p<0.05 , ** : p<0.01

서 삶의 질 수준이 낮았으며 모델III에 투입된 변수들로 삶의 질을 22.0% 설명할 수 있었다. 모델IV에서는 모델 III의 투입된 변수에 장기요양등급을 투입하였다. 그 결과 장기요양등급이 낮을수록 삶의 질 수준도 낮았으며 모델 IV에 투입된 변수들로 삶의 질을 22.1% 설명할 수 있었다. 위의 모델에서 보면 모델II의 건강상태를 나타내는 요인이 추가됨으로 해서 11.9%의 설명력을 증가시켜 삶

의 질에 건강상태가 높은 관련성이 있음을 알 수 있었다.

4. 고찰

본 연구는 장기요양급여 노인들의 삶의 질 수준을 파악해 보고 그에 관련된 요인들을 규명해 봄으로써 향후

노인들의 삶의 질 향상 및 노인 장기요양보험제도의 발전에 도움이 되고자 시도하였다.

연구결과 대상노인들의 장기요양등급에 따른 삶의 질 수준을 4분위 수(Q1, Q2, Q3 및 Q4)로 구분하여 인구사회학적 특성별로 비교한 결과, 장기요양 1등급에서는 삶의 질이 가장 낮은 Q1군이 38.1%로 가장 높은 반면, 2등급에서는 Q2군이 32.3%로 가장 높았고, 3등급에서는 삶의 질이 높은 Q3군과 Q4군이 각각 30.5%로 가장 높아 장기요양등급이 높을수록 삶의 질 수준은 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 장기요양 1등급은 일상 생활에서 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 경우이고, 2등급은 상당부분 타인의 도움을 필요로 하며, 3등급은 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태이기 때문에 장기요양등급이 높을수록 삶의 질은 낮아지는 것이라 할 수 있다.

인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위특성별 삶의 질 수준을 보면, 배우자가 없는 경우와 혼자 사는 경우, 주관적인 건강상태가 좋지 않다는 군, 외병이 있다는 군, 신체의 부자유가 있다는 군, 귀 및 치아의 부자유가 있다는 군, 요실금이 있다는 군, 주관적인 수면의 질이 좋지 않다는 군, 운동을 규칙적으로 하지 않는다는 군, 외출을 거의하지 않는다는 군, 취미활동을 거의하지 않는다는 군에서 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 선행연구에서 건강상태 및 건강관련행위특성별 삶의 질 수준을 구체적으로 측정할 결과가 없어 직접 비교하기가 어려운 실정이다. 그러나 일부 선행연구결과를 보면 김형선 등[13]은 교육정도가 낮을수록, 직업이 있는 군보다 없는 군에서, 생활비 조달을 자신 스스로 하는 군보다 자녀가 하는 군에서, 의료보호군보다 건강보험 군에서 삶의 질이 유의하게 낮다고 보고하고 있다. 또한 일본의 지역사회주민을 대상으로 한 연구[14]나 국내의 수용시설에 거주하는 노인을 대상으로 한 연구[15]에서는 학력이 낮을수록, 가구 내 소득 및 용돈이 적을수록 삶의 질 수준이 저하하는 것으로 보고하고 있으며, 국내의 농촌지역에 거주하는 65세 이상을 대상으로 한 연구 [16]에서도 교육수준이 낮고, 직업이 없는 군에서 삶의 질이 낮다고 보고하고 있다. Burstron 등[17]은 주관적인 건강인식이 나쁠수록 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮았다고 하였고, Svedberg 등[18]도 주관적인 건강수준이 좋지 않다는 군이 좋다는 군에 비해 삶의 질이 저하될 위험비가 더 높은 것으로 보고하고 있다. 또한 고혈압, 당뇨병 및 관절염과 같은 만성질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 삶의 질이 유의하게 낮아진다고 하였으며 [19], Picavet와 Hoeymans[20]는 근골격계 증상이 전혀 없는 집단보다 하나 이상의 근골격계 증상이 있는 군에

서 삶의 질이 유의하게 감소하였다고 보고하고 있고, 임진영 등[9]은 노인의 치아 상태에서 치아가 없는 경우에 비해 자기 치아나 틀니를 착용하는 노인에서 삶의 질이 높다고 보고하고 있다. 또한 흡연은 낮은 삶의 질과 관련이 있는 것으로 보고[21]되고 있고, 외출이나 취미 및 봉사활동 등 사회적인 관계를 잘 맺고 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 신체적 질병을 비롯한 건강과 관련된 삶의 질 수준이 높은 것으로 보고[22]하고 있어 노인들의 삶의 질 수준은 개인의 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위특성을 나타내는 다양한 요소에 의해 차이가 있음을 보여주고 있다.

노인들의 삶의 질에 관련된 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 4개의 모델에 의한 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과, 연령, 거주상태, 주관적인 건강상태, 외병유무, 신체의 부자유 유무, 요실금유무, 건망증유무, 외출 빈도가 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 이들의 설명력은 22.1%이었다. 즉, 연령이 낮을수록, 배우자나 가족과 함께 사는 군보다 혼자 사는 군, 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군, 외병이 없다는 군보다 있다는 군, 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군, 요실금이 없다는 군보다 있다는 군, 건망증이 없다는 군보다 있다는 군, 외출을 자주한다는 군보다 거의하지 않는다는 군에서 삶의 질 수준이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 위와 같은 결과를 볼 때, 장기요양보험급여를 받고 있는 노인들의 삶의 질은 장기요양등급이 높을수록 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 또한, 이들의 삶의 질은 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위 특성의 다양한 요인이 관련되어 있으며, 특히 건강상태를 나타내는 변수들이 삶의 질과 높은 관련성이 있음을 시사하고 있다.

본 연구의 제한점으로는 조사대상지역이 일부 지역에 국한되어 있어 대표성의 문제를 극복하지 못한 점이 있으며, 본 연구결과를 일반화시키는 데는 한계가 있다고 생각한다. 또한 본 연구는 단면연구로서 노인들의 삶의 질에 관련된 여러 요인들과의 관련성을 파악할 수는 있으나, 인과관계를 규명하는 데는 한계가 있다. 이 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 우리나라에서 실행 초기에 있는 장기요양보험제도에 의해 장기요양급여를 받고 있는 노인들의 삶의 질을 개인의 인구사회학적 특성이나 건강상태 및 건강관련행위 등에 따라 분석하였다는 점이다. 따라서 우리나라에서 실행 초기에 있는 장기요양보험제도의 효율성을 제고하기 위해서는 장기요양급여 인정자로 판정받은 노인들의 건강상태는 물론 삶의 질에 관련된 요인들을 지속적으로 연구하여 건강의 유지, 증진은 물론 삶의 질 향상을 위한 적절한 대책을 강구할 필요성이 있다고 본다.

참고문헌

[1] 국민건강보험공단. 노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사, 2008.

[2] Klenmark DL, Roff LL. Fear of personal aging and subjective well-being in later life. *J of Gerontology*, 1984; 39:756-758.

[3] Fernandez-Ballesteros R, Zamarron MD, Ruiz MA. The contribution of socio-demographic and psychosocial factor to life satisfaction. *Aging and Society*, 2001; 21:25-43.

[4] Larson R. Thirty years of research on the subjective well-bing of older Americans. *J Gerontol*, 1987; 33:109-125.

[5] 노유자, 김춘길. 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. *대한간호학회지*, 1995; 25(2):259-278.

[6] 박경수, 서용길, 남해성, 손석준, 이정애. 일부 도시 시설노인들과 지역사회노인들의 건강관련 삶의 질 비교. *예방의학회지*, 1998; 31(2):293-309.

[7] 김상규, 김석범, 강복수. 농촌 노인들의 인지기능장애와 일상생활활동도와의 관련성. *예방의학회지*, 1999; 32(1):65-71.

[8] 김연희, 김기순. 노인의 자아존중감과 삶의 질과의 관계연구. *한국노인복지학회지*, 2002; 7:157-189.

[9] 임진영, 박 중, 강명근, 류소연. 일부 지역사회 경로당 이용노인의 삶의 질과 관련요인. *예방의학회지*, 2007; 40(5):337-344.

[10] 이지현, 강형근, 정우식, 채유미, 지영진. 취업이 노인의 삶의 질에 미치는 영향. *한국 노년학*, 2008; 28(1):143-156.

[11] The WHOQOL Group. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 1998; 28:551-558.

[12] 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기. 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도의 개발. *신경정신의학*, 2000; 39(3):571-579.

[13] 김형선, 박재영, 권인선, 조영채. 노인 장기 요양보 험급여 이용자들의 삶의 질과 신체적 및 정신적 기능과의 관련성. *한국산학기술학회논문지*, 2010; 11(10): 3808-3819.

[14] Yamazaki S, Fukuhara S, suzukamo Y. Household income is strongly associated with health-related quality of life among Japanese men but not women. *Public Health*, 2005; 119(7):561-567.

[15] 김정신. 가정노인과 양로원 노인의 자아존중감, 일상생활활동능력, 생활만족도에 관한 연구. *대한간호학회지*, 1998; 28(1):148-158.

[16] 최정숙, 권성옥, 백희영. 농촌지역 노인들의 사회경제적인 요인 및 건강습관에 따른 건강관련 삶의 질. *농촌의학 지역보건*, 2004; 29(1):29-41.

[17] Burstron K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res*, 2001; 10(7):621-635.

[18] Svedberg P, Bardage C, Sandin S, pedersen NL. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self rated health. *Eur J Epidemiol*, 2006;21(10):767-776.

[19] Saito I, Inami F, Ikeba T, Moriwaki C, Tsubakimoto AA, Yomenasu K, Ozawa H. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. *Diabetes Res Clin Prac*, 2006; 73(1):51-57.

[20] Picavet HSJ, Hoeymans N. Health-related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*, 2004; 63:723-729.

[21] Mody RR, Smith MJ. Smoking status and health-related quality of life: as findings from the 2001 Behavioral Risk Factors Surveillance System data. *Am J Health Promot*, 2006; 20(4):251-258.

[22] Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrea RH, Rodriguez-Artalejo F. Social networks and health-related quality of life in older adults: A population based study in Spain. *Qual Life Res*, 2005; 14(2):511-520.

신민우(Min-Woo Shin) [정회원]



- 2006년 2월 : 충남대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2011년 현재 : 충남대학교 대학원 (보건학박사과정)
- 2010년 현재 : 대전보건대학 치위생과 겸임교수

<관심분야>
치위생학, 건강관리, 노인보건

권 인 선(In-Sun Kwon)

[정회원]



- 2006년 2월 : 충남대학교 대학원 (이학석사)
- 2011년 2월 : 충남대학교 대학원 (이학박사)
- 2009년 2월 ~ 현재 : 충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실 조교

<관심분야>

보건통계, 보건정보관리

조 영 채(Young-Chae Cho)

[정회원]



- 1980년 2월 : 서울대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 1991년 2월 : 충남대학교 대학원 (수의학박사)
- 2009년 2월 ~ 현재 : 충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실 교수

<관심분야>

환경 및 산업보건, 건강관리