

# 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질

신경림<sup>1</sup> · 변영순<sup>1</sup> · 강윤희<sup>2</sup> · 옥지원<sup>3</sup>

<sup>1</sup>이화여자대학교 간호과학대학 교수, <sup>2</sup>이화여자대학교 간호과학대학 조교수, <sup>3</sup>이화여자대학교 간호과학대학 박사 후 과정생

## A Study on Physical Symptom, Activity of Daily Living, and Health-Related Quality of Life (HRQoL) in the Community-Dwelling Older Adults

Shin, Kyung-Rim<sup>1</sup> · Byeon, Young Soon<sup>1</sup> · Kang, Younhee<sup>2</sup> · Oak, Jiwon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing Science, Ewha Womans University

<sup>2</sup>Assistant Professor, College of Nursing Science, Ewha Womans University

<sup>3</sup>Post-doc fellow, College of Nursing Science, Ewha Womans University, Seoul, Korea

**Purpose:** This study aimed to identify the relationships among physical symptoms, activities of daily living, and health-related quality of life (HRQoL) in community-dwelling older adults. **Methods:** A stratified random sampling method was conducted to recruit participants from May 10 to August 17, 2007. Physical symptoms were measured using the Physical Health Questionnaire (PHQ), activities of daily living using the Late-Life Functional and Disability Instrument (LLFDI), and HRQoL using the Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) in 242 community-dwelling elderly Korean people. **Results:** The HRQoL correlates with the physical symptoms ( $r=-.31$ ) and the function component ( $r=.59$ ). Of the two disability parts of the LLFDI, the limitation dimension correlates higher ( $r=.57$ ) with HRQoL than the frequency dimension ( $r=.42$ ). The HRQoL is significantly associated with the function component, and disability limitation in capability which explained 44.4% of variance in physical health. **Conclusion:** These results may contribute to a better understanding of physical symptoms, activities of daily living, and HRQoL in community-dwelling older adults. Therefore, health programs for prompting older adult's health should be planned based on results of the study.

**Key words:** Symptoms, Activities of daily living, Quality of life

## 서론

### 1. 연구의 필요성

노인인구의 급속한 증가는 우리 사회가 당면한 문제로 우리나라의 노인인구는 2005년에 전체 인구의 9.1%를 넘었으며, 2018년에는 14.3%로 고령사회, 2026년에는 20.8%로 초고령사회에

진입할 전망이다(KNSO, 2006). 노인인구의 증가와 함께 평균 수명 또한 2020년에는 81세, 2030년에는 81.9세로 늘어날 것으로 예측되고 있어(KNSO, 2006) 단순한 수명 연장보다는 삶의 질이라는 관점에서 노년의 삶이 거론되고 있다(Song, 2006).

삶의 질은 삶의 전반적인 상황이나 삶의 경험들에 대한 개인의 주관적인 평가와 만족(Campbell, 1977)으로, 건강관련 삶의 질(health related quality of life, HRQOL)과 비건강관련 삶

주요어 : 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질

\*본 연구는 2단계 BK21 사업의 지원을 받아 수행된 연구임.

\*The investigators of this work were supported by the Second Stage of Brain Korea Project.

Address reprint requests to : Shin, Kyung-Rim

College of Nursing Science, Ewha Womans University, 11-1 Daehyeon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea  
Tel: 82-2-3277-2886 Fax: 82-2-3277-2850 E-mail: krshin@ewha.ac.kr

투고일 : 2007년 12월 10일 심사회의일 : 2007년 12월 11일 게재확정일 : 2008년 4월 30일

의 질(non-health related quality of life)로 구분된다. 이 중 건강관련 삶의 질은 개인의 건강에 직접적으로 연관되어 느껴지는 삶의 질로써 주관적이고 다차원적인 개념(DeLateur, 1997)이며, 신체적, 사회적, 정신적 건강에 대한 주관적인 태도와 경험을 토대로 하기 때문에(Borgaonka & Irvine, 2000) 노인의 일상적 기능과 안녕상태 평가에 유용하다.

노년기는 부정적인 변화를 겪는 시기로 신체 · 정신 · 정서적 기능 및 사회적 능력이 모두 감퇴되며, 이런 건강의 쇠퇴는 노년기 생활에 많은 위기 상황을 야기하여 결국에는 노인의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨리게 된다(Oh et al., 2005). 노인의 건강관련 삶의 질에는 성별, 결혼상태(Park, Kwon, Kim, Choi, & Han, 2005), 교육수준(Kim & Kim, 2002), 만성질환여부(Lee & Han, 2005), 일상생활수행능력(Yim & Lee, 2003), 주관적 신체 증상(Song & So, 2000), 자기효능감(Kim & Kim, 2002), 우울(Lim, 2007) 등이 영향을 미친다. 특히 노인의 건강관련 삶의 질은 주관적 신체 증상 정도와 일상생활수행능력이 건강관련 삶의 질에 원동력이 되어 젊은 연령 집단의 건강관련 삶의 질과는 차이가 있다(Yim & Lee, 2003).

그동안 노인의 건강관련 삶의 질 연구로는 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하는 연구(Lee, 2006; Lee, Choi, & Na, 2001)와 프로그램 적용을 통해 노인의 삶의 질을 증진시키는 연구(Jun, 2007; Lim, 2007)가 있었으나 노인의 주관적 신체 증상과 일상생활수행능력에 따른 건강관련 삶의 질에 대한 연구는 전무한 실정이다.

이에 본 연구에서는 재가 노인이 경험하는 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력을 확인하고, 신체 증상, 일상생활 기능과 장애, 건강관련 삶의 질의 관계를 파악하여 재가 노인의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위한 체계적인 간호중재 방안을 모색하기 위한 근거자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질의 관계를 조사하는 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질 정도를 파악한다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이를 파악한다.

셋째, 대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질의 관계를 파악한다.

넷째, 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질과의 관계를 확인하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

### 2. 연구 대상자 및 표집방법

본 연구의 대상자는 서울시 A구에 거주하는 65세 이상 전체 노인 23,217명을 모집단으로 하여 연령과 성별, 거주 동을 근거로 비례층화무작위 표출법(proportional stratified random sampling)으로 선정한 242명을 표집으로 하였다.

연구 참여자의 인권을 최대한 보장하고자 연구 책임자가 속한 기관의 연구윤리위원회 심사를 통과한 후 연구 참여를 자발적으로 허락한 대상자에게 연구의 목적과 과정을 설명하고 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있음을 설명하였으며, 연구 참여자는 이를 충분히 이해한 후 '연구 참여 동의서'에 서명한 자로 하였다.

### 3. 자료 수집 방법

자료 수집은 2007년 5월 10일부터 8월 17일까지 이루어졌으며, 사전교육된 자료 수집자가 연구 대상자로 선정된 지역 사회 노인을 직접 방문하고 대면하여 구조화된 설문지의 내용을 설명하고 응답을 대신 표기하는 형식으로 진행되었다.

### 4. 연구 도구

#### 1) 주관적 신체 증상

주관적 신체 증상은 Spitzer 등(1999)이 개발한 Patient Health Questionnaire (PHQ)를 Kroenke 등(2002)이 15문항으로 간추린 도구를 사용하였다. 본 도구는 신체 증상을 객관적으로 측정하기 위해 개발된 것으로 총 15문항으로 구성되어 각각의 문항에 대해 '전혀 시달리지 않음' (0점), '약간시달림' (1점), '매우 시달림' (2점)으로 측정하여 총점이 5점까지는 낮은 신체 증상, 10점까지는 중정도, 15점 이상은 높은 신체 증상으로 구분된다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.80$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=.87$ 이었다.

2) 일상생활수행능력

일상생활수행능력은 Jette 등(2002)이 개발한 Late-life Functional Disability Instrument (LLFDI)를 본 연구자들이 한국어로 번역하고 역번역한 후 원어인 감수를 받아 원도구와 내용 및 의미가 일치함을 확인한 후 사용하였다. 본 도구는 지역사회에 거주하는 노인들의 기능적인 측면과 장애를 사정하기 위한 도구로 '일상생활 활동을 수행할 때 느끼는 어려움 정도'를 의미하는 일상생활 기능영역(Function Component-Functional limitation) 32문항과 '중요한 삶의 과업과 사회적인 역할을 수행하지 못하는 정도'를 의미하는 일상생활 장애영역 32문항, 총 64문항으로 이루어져 있으며, 일상생활 장애영역은 일상생활에서의 수행빈도(Frequency of performance) 16문항, 일상생활 수행에서의 한계정도(Disability-Limitation in capability) 16문항의 하부영역으로 구성되었다. 각 문항은 최저 1점에서 5점으로 점수화하였으며, 각 점수가 높을수록 일상생활 수행능력이 좋음을 의미한다. 개발 당시 측정도구의 신뢰도는 일상생활 기능영역 Cronbach's  $\alpha=.97$ , 일상생활에서의 수행빈도 Cronbach's  $\alpha=.82$ , 일상생활 수행에서의 한계정도 Cronbach's  $\alpha=.92$ 였다. 본 연구에서는 일상생활 기능영역 Cronbach's  $\alpha=.99$ , 일상생활에서의 수행빈도 Cronbach's  $\alpha=.90$ , 일상생활 수행에서의 한계정도 Cronbach's  $\alpha=.97$ 이었다.

3) 삶의 질

삶의 질은 Ware와 Sherbourne (1992)이 개발한 Short Form 36 (SF-36)을 Lee 등(2001)이 번안하여 표준화한 SF-36-K를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 36문항으로 신체건강과 정신건강 두 영역 35문항과 건강상태변화에 대한 인식변화 1문항으로 구성되었다. 신체건강 영역은 신체적 기능상태(Physical functioning, PF), 신체적 역할(Role physical, RP), 통증(Bodily pain, BP), 전반적인 건강상태(General health, GH), 정신건강 영역은 활력도(Vitality, VT), 사회적 기능상태(Social functioning, SF), 정서적 역할(Role emotional, RE), 정신적 건강상태(Mental health, MH) 등의 8가지 하위 영역으로 구성되었다. 각 문항은 최저 1점에서 6점으로 점수화하였으며, 점수가 높을수록 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 개발 당시 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.84$ 였고, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.83$ 이었다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질 정도는 평균과 표준편차로 구하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 t-test, ANOVA와 사후검정으로는 Scheffe's test를 하였다.

셋째, 대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질 간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

넷째, 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균연령은 72.46±5.71세로 70-79세가 전체의 51.7%였다. 성별은 여성이 54.1%, 남성 45.9%였으며, 학력은 초졸 이하가 55.1%로 가장 많았으며 종교는 개신교 32.6%, 불교 22.9% 순이었다. 가족과 동거하는 노인은 55%, 독거노인은 18.2%였으며, 가족의 월수입이 100만원 미만인 노인은 45.4%였다. 대상자의 66.8%가 직업이 없었으며, 82.6%가 현재 질병이 있었다(Table 1).

Table 1. General Characteristic of Participants (N=242)

Variables	n	%	
Age (yr) (M=72.46, SD=5.71)	65-69	89	36.8
	70-79	125	51.7
	≥80	28	11.6
Gender	Male	111	45.9
	Female	131	54.1
Education level (n=234)	≤Elementary school	129	55.1
	Middle or high school	70	29.9
	≥University	35	15.0
Religion (n=236)	None	80	33.9
	Buddhist	54	22.9
	Protestant	77	32.6
	Roman catholic	25	10.6
Live with (n=241)	Alone	44	18.2
	Spouse	64	26.6
	Family	133	55.2
Marital status (n=239)	Married	132	55.2
	Divorce or widowed	107	44.8
Occupation (n=202)	Yes	67	33.2
	No	135	66.8
Monthly family income (1,000 won) (n=229)	<1,000	104	45.4
	1,000-1,490	34	14.8
	1,500-1,990	37	16.2
	≥2,000	54	23.6
Present illness	Yes	200	82.6
	No	42	17.4

대상자의 주관적 신체 증상은 평균 4.96점(SD=4.88)으로 신체 증상이 매우 적은 대상자가 56.2%였다. 대상자의 일상생활 기능영역은 70.18점(SD=20.47), 일상생활에서의 수행빈도는 46.83점(SD=11.02), 일상생활 수행에서의 한계정도는 65.01점(SD=17.57)이었다. 대상자의 신체건강관련 삶의 질은 평균 42.31점(SD=7.29), 정신건강관련 삶의 질은 46.05점(SD=8.42)으로 나타났다(Table 2).

## 2. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 Table 3과 같다.

신체건강관련 삶의 질은 연령( $F=18.086$ ,  $p=.000$ ), 성별( $t=3.912$ ,  $p=.000$ ), 학력( $F=11.973$ ,  $p=.000$ ), 결혼상태( $t=4.638$ ,  $p=.000$ )에 따라 차이가 있었다. 연령에 따라서는 65-69세가 70-79세( $F=3.864$ ,  $p=.000$ )와 80세 이상( $F=8.335$ ,  $p=.000$ )보다 신체건강관련 삶의 질이 높았다. 성별에 따라서는 남자( $M=$

**Table 2.** Summary of Descriptive Statistics for Study Variables (N=242)

Variables	Mean±SD or n (%)
Physical symptom (n=212)	4.96±4.88
Minimal (1-4)	136 (56.2)
Low (5-9)	42 (17.4)
Medium (10-14)	18 (7.4)
High (15-30)	16 (6.6)
Late-life function and disability	
Function component - overall function	70.18±20.47
Disability component - frequency limitation	46.83±11.02
	65.01±17.57
Health-related quality of life	
Physical health (n=241)	42.31±7.29
Physical functioning	67.62±28.83
Role physical	73.14±41.95
Bodily pain	45.13±9.69
General health (n=241)	65.30±12.19
Mental health (n=241)	46.05±8.42
Vitality	53.08±19.84
Social functioning	51.86±10.82
Role emotional	84.02±35.05
Mental health	63.77±19.11

**Table 3.** The Health-Related Quality of Life according to General Characteristics (N=242)

Variables	Health-related quality of life				
	Physical health		Mental health		
	Mean±SD	t or F	Mean±SD	t or F	
Age (yr)	65-69	45.28±5.62	18.086**	44.75±7.71	2.090
	70-79	41.42±7.57		46.50±9.03	
	≥80	36.94±6.71		48.11±7.28	
Gender	Male	44.24±6.70	3.912**	45.63±8.30	-0.700
	Female	40.66±7.39		46.40±8.53	
Education level (n=234)	≤Elementary school	40.34±7.26	11.973**	46.38±8.74	18.504
	Middle/high school	45.40±6.57		45.53±8.05	
	≥University	42.74±6.81		46.47±8.38	
Religion (n=236)	None	42.44±7.87	0.526	44.92±8.89	1.285
	Buddhist	42.59±6.71		46.83±8.48	
	Protestant	41.66±7.09		47.09±7.75	
	Roman catholic	43.69±7.58		44.55±8.96	
Live with (n=241)	Alone	41.79±7.04	2.356	44.89±9.02	0.654
	Spouse	43.95±6.13		46.78±6.82	
	Family	41.62±7.78		46.08±8.95	
Marital status (n=239)	Married	44.19±6.64	4.638**	45.75±8.32	-0.483
	Divorce/widowed	39.95±7.45		46.28±8.60	
Occupation (n=202)	Yes	42.90±6.20	0.353	47.12±8.28	0.920
	No	42.53±7.55		46.03±7.72	
Monthly family income (n=229)	<1,000	41.83±7.71	0.481	44.79±8.14	1.885
	1,000-1,490	43.55±7.39		46.95±10.39	
	1,500-1,990	42.32±5.87		46.10±7.22	
	≥2,000	42.48±7.44		48.02±8.25	
Present illness	Yes	42.02±7.44	-1.339	46.05±8.84	0.002
	No	43.67±6.43		46.04±6.09	

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

44.24점, SD=6.70)가 여자(M=40.66, SD=7.39)보다 점수가 높았으며, 학력에 따라서는 중졸/고졸이 초졸(F=5.065, p=.000)보다 신체건강관련 삶의 질이 높았다. 결혼상태에 따라서는 사별이나 이혼한 대상자의 신체건강관련 삶의 질이 낮았다.

일반적 특성에 따른 정신건강관련 삶의 질은 차이가 없었다.

### 3. 대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활 수행능력, 건강관련 삶의 질 간의 관계

대상자의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질 간의 관계는 Table 4와 같다. 주관적 신체 증상은 일상생활 기능영역(r=-.32, p=.000), 일상생활에서의 수행빈도(r=-.18, p=.011), 일상생활 수행에서의 한계정도(r=-.31, p=.000), 신체건강 관련 삶의 질(r=-.31, p=.000), 정신건강관련 삶의 질(r=-.15, p=.032)과 역상관 관계가 있었다. 일상생활 기능영역은 일상생활에서의 수행빈도(r=.55, p=.000), 일상생활 수행에서의 한계정도(r=.60, p=.000), 신체건강관련 삶의 질(r=.59, p=.000)과 순상관 관계가 있었으며, 일상생활에서의 수행 빈도는 일상생활 수행에서의 한계정도(r=.57, p=.000), 신체건강관련 삶의 질(r=.42, p=.000), 정신건강관련 삶의 질(r=.15, p=

.021)과 순상관 관계가 있었다. 일상생활 수행에서의 한계정도는 신체건강관련 삶의 질(r=.57, p=.000), 정신건강관련 삶의 질(r=.15, p=.028)과 순상관 관계, 신체건강관련 삶의 질은 정신건강관련 삶의 질(r=-.37, p=.000)과 역상관 관계가 있었다.

### 4. 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 독립변수가 상관분석을 한 결과 상관계수가 0.8 미만으로 나타나 모든 요인을 분석에 이용하였으며, 케이스 진단 후 절댓값이 3보다 큰 이상점 각 1개를 제거한 후 입력(Enter) 방식을 이용하여 분석하였다.

신체건강관련 삶의 질에서는 독립변인 간의 공차한계(tolerance)가 .55-.89로 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자(variance inflation factor, VIF)는 1.129-1.829로 기준치 10을 넘지 않았고, 정신건강관련 삶의 질에서는 독립변인 간의 공차한계(tolerance)가 .56-.89로 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자(variance inflation factor, VIF)는 1.122-1.797로 기준치 10을 넘지 않아 다중공선성 문제를 배제할 수 있었다.

Table 4. Relationships among the Characteristics

(N=242)

Variables	Physical symptom r (p)	FC-overall r (p)	Disability-Freq r (p)	Disability-Limit r (p)	Physical health r (p)
FC-overall	-.32 (.000)**				
Disability-freq	-.18 (.011)*	.55 (.000)**			
Disability-limit	-.31 (.000)**	.60 (.000)**	.57 (.000)**		
Physical health	-.31 (.000)**	.59 (.000)**	.42 (.000)**	.57(.000)**	
Mental health	-.15 (.032)*	.06 (.398)	.15 (.021)*	.15 (.028)*	-.37 (.000)**

\*p<.05; \*\*p<.01. FC-Overall=Function Component-Overall function; Disability-Freq=Disability-Frequency; Disability-Limit=Disability-Limitation.

Table 5. Influencing Factors on Health-Related Quality of Life

(N=242)

	Quality of life					
	Physical health			Mental health		
	b	β	t	b	β	t
(Constant)	23.247		11.037	44.551		15.296
Physical symptom	-0.153	-.106	-1.800	-0.238	-.155	-2.019*
FC-overall	0.172	.417	5.576**	-0.079	-.181	-1.868
Disability-freq	0.017	.026	0.362	0.078	.114	1.214
Disability-limit	0.101	.276	3.804**	0.071	.181	1.906
R <sup>2</sup>		.456			.065	
Adj R <sup>2</sup>		.444			.044	
F (p)		37.369 (.000)**			3.092 (.017)*	

\*p<.05; \*\*p<.01. FC-overall=Function component-overall function; Disability-Freq=Disability-Frequency; Disability-Limit=Disability-Limitation.

신체건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 일상생활 기능영역( $\beta=.417, p=.000$ ), 일상생활 수행에서의 한계정도( $\beta=.276, p=.000$ )로 신체건강 관련 삶의 질의 44.4%를 설명하였다. 정신건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 주관적 신체 증상( $\beta=-.155, p=.045$ )으로 정신건강관련 삶의 질의 4.4%를 설명하였다.

## 논 의

본 연구는 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질 정도를 파악하고, 이들 간의 관계를 알아보기 위하여 시도되었다.

본 연구 대상자의 주관적 신체 증상은 4.96점으로 여성 노인과 초졸 이하의 학력, 독신이거나 사별이나 이혼 등으로 배우자가 없을 때 주관적 신체 증상의 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 노인의 신체 증상 점수가 5.08점으로 노인 대상자가 여성이거나 배우자가 없을 때 신체 증상의 호소가 많았음을 보고한 Baek (2007)의 연구와 유사한 결과로 노인들의 신체 증상 관리를 위해서는 이들의 일반적 특성을 고려한 개별 중재가 필요하다.

본 연구에서는 연구 대상자의 일상생활수행능력을 확인하기 위해 LLFDI를 사용하였으며, 연구 대상자의 일상생활 기능영역 70.18점, 일상생활에서의 수행빈도 46.83점, 일상생활 수행에서의 한계정도 65.01점으로 대상자들은 자전거를 타거나 집안 일을 할 수 있으며, 손잡집대가 가능한 정도의 일상생활(Haley et al., 2002; Jette et al., 2002)을 할 수 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 노인의 일상생활수행능력을 확인하기 위해 그동안 선행 연구(Kim et al., 2002; Yim & Lee, 2003)에서 사용한 ADL과 IADL 대신 지역사회 노인의 신체적인 기능과 장애 사정을 이해하기 위한 도구인 LLFDI를 사용하였다. LLFDI는 노인의 일상생활 활동을 수행할 때 느끼는 어려움 정도와 중요한 삶의 과업과 사회적인 역할을 수행하지 못하는 정도를 파악할 수 있는 도구로(Haley et al., 2002; Jette et al., 2002) 노인 대상자의 신체적, 정서적, 사회적 측면을 고려한 일상생활수행능력에 대한 심층적인 이해를 위해 LLFDI를 이용한 후속 연구가 지속되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구 대상자의 신체건강관련 삶의 질은 42.31 (SD=7.29) 점으로 나이가 적을 때, 남자, 중졸/고졸의 학력, 배우자가 없는 노인에게 따라 차이가 있었으며, 주관적 신체 증상과는 역상관 관계, 일상생활 기능영역, 일상생활에서의 수행빈도, 일상생활 수행에서의 한계정도와는 순상관 관계가 있었다. 변수들 중 일상

생활 기능영역과 일상생활 수행에서의 한계정도가 신체건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. Lee (2006)는 노인의 나이가 적을 때 삶의 질이 높다고 하였으며, Koh와 Yoo (2002)는 남성노인이 여성노인에 비하여 건강상태 및 삶의 질 정도가 높았음을 보고한 바 있다. 또한 배우자와의 친밀감(Kim, 2004), 신체 증상(Demyttenaere et al., 2006; Trentini et al., 2005)이 삶의 질에 영향을 미친다고 하여 본 연구와 유사한 결과를 보고하였다. Yim과 Lee (2003)는 기본적 일상생활 활동과 삶의 질, 수단적 일상생활 기능과 삶의 질이 순상관 관계가 있음을 보고하였으며, Moon (2001)은 일상생활 활동능력정도가 높을수록 삶의 질이 높았다고 하여 삶의 질을 높이기 위해 노인의 신체적인 기능 상태 확인 등 노인의 특성을 고려한 중재가 요구됨을 알 수 있다.

본 연구 대상자의 정신건강관련 삶의 질은 46.05 (SD=8.42) 점으로 일반적 특성에 따라 차이가 없는 것으로 나타났다. 정신건강관련 삶의 질과 주관적 신체 증상은 역상관 관계, 일상생활에서의 수행 빈도와 일상생활 수행에서의 한계정도는 순상관 관계가 있었으며, 변수들 중 주관적 신체 증상이 정신건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났으나 설명력이 4.4%로 대상자 수를 확대한 추후연구를 통해 정신건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 반복 확인할 필요가 있을 것으로 생각된다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 노인의 삶의 질을 높이기 위해서는 노인 대상자의 신체적 특성을 고려한 맞춤형 관리 프로그램이 필요하다.

## 결론 및 제언

본 연구는 재가 노인의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위한 간호 중재 프로그램 개발에 근거자료를 제공하기 위해 재가 노인을 대상으로 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질의 관계를 파악하고자 시도되었다. 본 연구는 2007년 5월 10일부터 8월 17일까지 서울시 A구 거주 65세 이상 노인 242명을 대상으로 실시되었으며, 구조화된 설문지를 통하여 신체 증상, 일상생활 기능과 장애, 건강관련 삶의 질을 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS WIN 12.0을 이용하여 빈도, 백분율, 평균을 산출하였으며, t-test, ANOVA, Scheffé's test, Pearson's correlation coefficient, 다중회귀분석(Multiple Regression)으로 분석하였다.

첫째, 대상자의 주관적 신체 증상은 4.96점(SD=4.88), 일상생활 기능영역은 70.18점(SD=20.47), 일상생활에서의 수행빈

도는 46.83점(SD=11.02), 일상생활 수행에서의 한계정도는 65.01 점(SD=17.57), 신체건강관련 삶의 질은 42.31점(SD=7.29), 정신건강관련 삶의 질은 46.05점(SD=8.42)이었다.

둘째, 신체건강관련 삶의 질은 연령( $F=18.086, p=.000$ ), 성별( $t=3.912, p=.000$ ), 학력( $F=11.973, p=.000$ ), 결혼상태( $t=4.638, p=.000$ )에 따라 차이가 있었으나 정신건강관련 삶의 질은 일반적 특성에 따라 차이가 없었다.

셋째, 신체건강관련 삶의 질은 주관적 신체 증상( $r=-.31, p=.000$ ), 일상생활 기능영역( $r=.59, p=.000$ ), 일상생활에서의 수행빈도( $r=.42, p=.000$ ), 일상생활 수행에서의 한계정도( $r=.57, p=.000$ ), 정신건강관련 삶의 질은 주관적 신체 증상( $r=-.15, p=.032$ ), 일상생활에서의 수행빈도( $r=.15, p=.021$ ), 일상생활 수행에서의 한계정도( $r=.15, p=.028$ )와 상관관계가 있었다.

넷째, 대상자의 신체건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 일상생활 기능영역, 일상생활 수행에서의 한계정도였으며, 이들 변인은 신체건강관련 삶의 질을 44.4% 설명하였다. 정신건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 주관적 신체 증상으로 정신건강 삶의 질을 4.4% 설명하였다.

위와 같은 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구의 결과를 토대로 노인의 건강증진 및 건강관련 삶의 질 향상을 위해 대상자의 특성을 고려한 맞춤형 간호중재 프로그램 개발 및 효과 검증이 요구된다.

둘째, 도시와 농촌 노인 및 시설과 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질에 대한 비교연구가 필요하다.

셋째, LLFDI 사용 확대를 위해 대상자 수를 확대한 한국형 LLFDI 적합도 검증 연구가 필요하다.

## REFERENCES

Baek, H. J. (2007). *A Study on depression and somatic symptoms in the community-dwelling elderly*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

Borgaonka, M. R., & Irvine, E. J. (2000). Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorder. *Gut, 47*, 444-454.

Campbell, A. (1977). Subjective measures of well-being. *The American Journal of Psychology, 3*, 177.

DeLateur, B. J. (1997). The 29th Walter J. Zeiter Lecture. Quality of life: A patient-centered outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78*, 237-239.

Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking.

*Journal of Affective Disorders, 92*, 185-193.

Haley, S. M., Jette, A. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T., et al. (2002). Late life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 57*, 217-222.

Jette, A. M., Haley, S. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T., et al. (2002). Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 57*, 209-216.

Jun, Y. S. (2007). *Study on effect of a leisure education program on a leisure awareness and quality of life among elderly persons*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul Womans University, Seoul.

Kim, S. K. (2004). *Relationships between family support, self-care behavior and perceived health among female patients under the chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

Kim, Y. H., & Kim, K. S. (2002). A study on the relationship between self-esteem and quality of life of the elderly. *Journal of Welfare for the Aged, 17*, 157-189.

KNSO (2006). Korean National Statistical Office. *Statistics about cause of death in 2005*. Retrieved October 1, 2007, from <http://www.nso.go.kr>

Koh, B. S. & Yoo, Y. S. (2002). A study on the social support and quality of life for the elderly in Jeju. *Journal of Welfare for the Aged, 18*, 49-72.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*, 258-266.

Lee, E. J., & Han, C. W. (2005). The relationship between the health-related quality of life and home care service needs in the elderly. *Journal of Welfare for the Aged, 30*, 171-190.

Lee, M. S. (2006). *A study on urinary incontinence and sleep disorder, quality of life of elderly women*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

Lee, S. Y., Choi, S. J., & Na, Y. H. (2001). A study on the health-related quality of life. *The Korean Journal Gastrointestinal Motility, 7*, 6-17.

Lim, D. H. (2007). *Effects of regular exercise on stress, coping strategy, and life satisfaction of old ages*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Moon, M. J. (2001). A study on the instrumental activities of daily living and quality of life of elderly home residents. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 4*, 46-57.

Oh, Y. H., Suk, J. E., Kwon, J. D., Kim, J. S., Park, Y. R., & Lim, J. K. (2005). *Old person's quality of life and policy implications*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

Park, Y. H., Kim, J. H., & Kim, H. J. (2002). Factors influencing regular exercise of the elderly. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 14*, 348-358.

- Park, Y. R., Kwon, H. J., Kim, K. H., Choi, M. H., & Han, S. E. (2005). A study on relations between self-esteem, self efficacy and quality of life of the elderly. *Journal of Welfare for the Aged, 29*, 237-258.
- Song, A. R., & So, H. Y. (2000). An influencing factors on quality of life in the institutionalized older population. *Chungnam Journal of Nursing Academy, 3*, 29-37.
- Song, N. W. (2006). *Influence of Sexual Life of the Aged on the Quality of Life*. Unpublished doctoral dissertation, Kwangwoon University, Seoul.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *The Journal of the American Medical Association, 282*, 1737-1744.
- Trentini, C. M., Xavier F, M., Chachamovich, E., Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2005). The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, 119-123.
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473-483.
- Yim, E. S., & Lee, K. J. (2003). Effect of physical ability, depression and social support on quality of life in low income elders living at home. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 5*, 38-49.