

지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지,  
건강관련 삶의 질과의 관계

연세대학교 대학원

간 호 학 과

안 지 영

지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지,  
건강관련 삶의 질과의 관계

지도교수 이 태 화

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2015년 1월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

안 지 영

안지영의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 이태화 

심사위원 조은희 

심사위원 임영미 

연세대학교 대학원

2015년 1월 일

## 감사의 글

어느덧 대학원에 입학한 지 다섯 해가 지났습니다. 돌이켜보면 수 차례의 각오와 결심, 그리고 다시 제자리로 돌아왔던 연속적인 반복의 시간이었던 것 같습니다. 그 방향의 시간들은 많은 분들의 도움으로 다행히 방향성을 찾아 서로 모이고 모여서 이 학위논문이 완성되게 하였습니다. 제가 이 학위논문을 통해 더욱 열심히 살아갈 수 있는 열정을 갖도록 도와주신 고마운 분들께 이 자리를 빌어 감사의 말씀을 올립니다.

논문을 마무리 하고 있는 지금, 지난 시간 감사했던 분들의 얼굴이 떠오릅니다. 우선 바쁘신 와중에도 논문지도에 귀한 시간 내주신 지도교수님들께 감사의 말씀드립니다. 논문진행 과정 중 난관에 부딪힐 때마다 헤매지 않고 논문을 진행할 수 있도록 명쾌한 답을 주신 혜안의 이태화 교수님과 논문의 실행가능성을 고려해 논문의 방향을 잡아주시고, 미국에 계신 와중에도 꼼꼼한 지도와 격려를 아끼지 않으신 조은희 교수님, 그리고 논문주제 선정부터 통계, 논문의 마무리에 이르는 논문진행의 매 단계마다 세심하게 지도해주시고, 논문 진행이 늦어질 때는 추진력을 주신 멘토이자 은사님이신 임영미 교수님께 진심으로 머리 숙여 감사드립니다.

대학원 수업을 통해 학위논문을 쓸 수 있는 토대를 마련해 주신 간호대학 김선아 학장님, 이정열 교수님, 김인숙 교수님, 최모나 교수님께도 감사의 말씀드립니다. 또한, 병원 근무 중에도 대학원을 다닐 수 있도록 배려해 주신 세브란스병원 김경애 전 파트장님, 김윤경 팀장님, 그리고 신경계중환자실 동료, 선·후배 간호사 선생님들께 진심으로 감사드립니다. 그리고 저보다 앞서 학위논문을 완성하신 함경희, 김규현 동기 선생님들께도 감사드립니다. 선생님들과 같이 수업 듣고, 과제 하고, 발표 준비하면서 정말 즐거웠고, 덕분에 저 역시 석사 학위과정을 무사히 마칠 수 있었습니다.

임상을 떠나 모교의 조교로 근무하면서 대학원을 다닐 수 있도록 배려해 주시고, 논문의 진행에 관심 갖고 응원해 주신 박소미 부학장님, 안양희 교수님, 허혜경

교수님, 신윤희 교수님, 김기연 교수님, 김기경 교수님, 송희영 교수님, 최지혜 교수님, 김도숙 연구강사 선생님께 감사드립니다. 또한 영문요약을 꼼꼼하게 지도해 주신 서미혜 교수님, 언제나 따뜻한 격려를 보내주시는 백지윤 선생님, 최향옥 선생님, 친구 안성혜님께 감사드립니다. 연구윤리심의 승인 문제로 마음 졸일 때 진행을 도와주신 최양일 과장님, 연구과제를 심사해 주신 연구윤리심의위원회 예병일 교수님께도 감사의 인사 드립니다. 그리고 지난 1 년 같이 동거동락 했던 이새롬, 안정아, 고진화, 이슬기, 김수경, 한혜진 수련직 선생님과 논문 진행에 많은 도움주신 황윤정 선생님께 감사드립니다.

그리고, 나의 사랑하는 가족. 이 석사학위논문은 가족 모두의 도움으로 완성될 수 있었습니다. 자료수집을 전적으로 도와주신 우리 사랑하는 이순옥 엄마님, 논문을 여러 번 읽으며 퇴고를 도와주신 존경하는 안성근 아빠님, 물심양면으로 도와주고 계속 발전할 수 있도록 이끌어주는 나의 롤모델 안기수 오빠님, 임신과 출산 과정 중에도 코딩, 설문지, 인쇄, 자료수집 등 논문의 과정들을 도와준 내가 너무너무 사랑하는 내 소중한 동생 안영서님, 항상 고마운 우리 김경희 새언니님과 정민규 제부님 그리고 나의 사랑하는 조카 안성원님, 정석원님. 사랑하는 가족 여러분들께 온 마음을 바쳐 감사의 마음을 전합니다. 앞으로 더욱 열심히 살겠습니다. 모두 함께여서 너무 행복합니다. 감사하고 사랑합니다.

2015 년 1 월

안지영 올림

# 차 례

차례 .....	i
표 차례 .....	iii
부록 차례 .....	iv
국문 요약 .....	v
<b>I. 서론</b> .....	1
A. 연구의 필요성 .....	1
B. 연구의 목적 .....	5
C. 용어의 정의 .....	6
<b>II. 문헌고찰</b> .....	7
A. 회복력의 개념과 특성 .....	7
B. 사회적 지지와 회복력 .....	9
C. 건강관련 삶의 질과 관련요인 .....	11
<b>III. 연구방법</b> .....	13
A. 연구설계 .....	13
B. 연구대상자 .....	13
C. 연구도구 .....	14
D. 자료수집 기간 및 방법 .....	17
E. 자료분석 방법 .....	18

<b>IV. 연구결과</b> .....	19
A. 지역사회 노인의 일반적 특성 .....	19
B. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도 .....	22
C. 일반적 특성에 따른 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도 차이 .....	24
D. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계 .....	32
E. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인 .....	34
<b>V. 논의</b> .....	36
<b>VI. 결론 및 제언</b> .....	43
참고문헌 .....	46
부록 .....	56
영문요약 .....	69

## 표 차례

표 1. 대상자의 일반적 특성 분포 .....	20
표 2. 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도 .....	23
표 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 회복력 정도 .....	25
표 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 기능적 사회적 지지 정도 .....	27
표 5. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 정도 .....	30
표 6. 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질간의 관계 .....	33
표 7. 대상자의 EQ-5D Index 에 영향을 미치는 요인 .....	35

## 부록 차례

부록 1. 도구 사용 허락서 .....	56
부록 2. EQ-5D Index .....	58
부록 3. 연구윤리심의위원회(IRB) 승인서 .....	59
부록 4. 연구 설명문 .....	60
부록 5. 연구 참여 동의서 .....	61
부록 6. 설문지 .....	62

## 국 문 요 약

### 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계

본 연구는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 정도를 측정하여 그 특성을 파악하고, 그들의 관계를 파악함으로써, 건강관련 삶의 질 향상 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다. 본 연구는 지방 중소도시 C 시에 위치한 복지관과 경로당을 이용하는 65 세 이상의 지역사회 노인 220 명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용한 면접조사로 시행되었다. 본 연구에 사용된 도구는 Conner-Davidson Resilience Scale(CD-RISC), The Medical Outcomes Study Social Support Survey(MOS-SSS), EuroQol-5dimension-3level(EQ-5D-3L)이며, 수집된 자료는 기술통계, 평균검정, 분산분석, 상관분석, 다중선형 회귀분석을 이용하여 분석하였으며, 연구의 주요결과는 다음과 같다.

1. 응답자의 평균 연령은 72.8 세였으며, 59.5%가 여성이었고, 35.7%가 고등학교 졸업 이상의 교육수준을 나타냈다. 응답자 중 73.8%는 배우자가 있었으며, 66.2%는 배우자와 단둘이 살고 있었다. 생활수준이 보통 혹은 넉넉한 편이라고 응답한 노인이 87.6%였으며, 85.2%의 노인은 지각된 사회활동 정도가 보통 혹은 많은 편이라고 응답했다. 한편 질병 유무에 관련해서는 92.9%의 노인이 하나 이상의 질병이 있다고 응답하였다.
2. 지역사회 노인의 회복력의 평균은 100 점 만점 74.6 점이었다. MOS-SSS 의 구조적 지지 평균은 3.3 명이었고, 기능적 지지 평균은 100 점 만점 63.7 점 이었다. 기능적 지지의 4 가지 항목 중 애정적지지 점수가 가장 높았으며, 물질적지지 점수가 가장 낮았다. EQ-5D-3L 중 EQ-5D Index 점수는 0.95 점 만점 0.8 점 이었고, EQ-5D VAS 평균은 100 점 만점 71.6 점 이었다.

3. EQ-5D Index 는 연령( $t=9.12$ ,  $p=.000$ ), 교육수준( $F=16.03$ ,  $p=.000$ ), 배우자 유무 ( $t=3.20$ ,  $p=.002$ ), 동거유형( $F=6.54$ ,  $p=.002$ ), 생활수준( $F=3.54$ ,  $p=.031$ ), 질병유무( $t=-7.07$ ,  $p=.000$ ), 지각된 사회활동 ( $F=47.50$ ,  $p=.000$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.
4. EQ-5D Index 는 회복력( $r=.311$ ,  $p=.000$ ), 구조적 지지( $r=.145$ ,  $p=.038$ ), 기능적 지지( $r=.276$ ,  $p=.000$ )와 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다.
5. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 성별( $\beta=-.212$ ,  $p=.001$ ), 연령( $\beta=-.124$ ,  $p=.034$ ), 질병 유무( $\beta=.116$ ,  $p=.047$ ), 지각된 사회활동( $\beta=.349$ ,  $p=.000$ ), 회복력( $\beta=.191$ ,  $p=.003$ )으로 나타났고, 본 모델의 총 설명력은 38.8%였다. 그러나 사회적 지지는 건강관련 삶의 질에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

결론적으로, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 회복력, 일반적 특성 중 성별, 연령, 질병유무와 지각된 사회활동 정도로 나타났다. 본 연구결과는 사회적 지지보다 사회활동이 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 중요한 역할을 하고 있음을 의미하고 있다. 따라서, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질을 높이기 위해, 지역사회 노인의 성별, 연령과 질병을 고려하여 사회활동과 회복력 향상을 위한 간호중재 프로그램 개발이 절실히 필요하다고 본다.

---

Key words: 지역사회 노인, 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질

# I. 서론

## A. 연구의 필요성

통계청(2013)자료에 따르면, 2013 년 총인구에서 65 세 이상 노인이 차지하는 비율은 12.2%로 1970 년 3.1%에서 지속적으로 증가하여 2030 년 24.3%, 2050 년 37.4% 수준에 이를 것으로 전망된다. 특히, 85 세 이상 초고령 인구비율은 2013 년 0.9%에서 2030 년 2.5%, 2050 년 7.7%로 크게 증가할 것으로 전망하고 있다. 2012 년(통계청, 2012) 한국인 평균수명은 81.4 년이며, 2010 년 65 세 노인의 기대여명은 남성 17.2 세, 여성 21.6 세로 나타났다. 노인인구의 증가와 노년기의 연장으로 노인들의 삶이 단순한 생존 차원이 아닌 삶의 질적 향상을 요구하는 것이 주요 관심사로 부각되고 있으며, 노인의 사회적 지위와 역할 및 삶의 질 문제가 중요한 현안으로 떠오르면서 노인문제는 중요한 사회적 문제로 인식되고 있다(Lima et al., 2009; 손신영, 2006). 생애주기적 관점에서 노년기는 다른 생애주기보다 긍정적인 발달을 성취할 수 있는 도전적 단계가 될 수 있다는 가능성에도 불구하고, 신체적 상태와 기능이 저하되고, 사회적, 경제적으로 많은 상실과 심리적 소외를 경험하기 때문에 전반적인 삶의 질이 낮아질 위험이 있다(김희경 등, 2013; 남해성 등, 2000). 또한 중요한 사람의 죽음, 거주지의 변화, 은퇴, 건강상태의 악화와 같은 노년기에 경험하는 많은 부정적인 생활 사건들 역시 노인의 적응, 신체 및 정신건강, 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다(김기태, 박미진, 2005). 따라서 노화에 따른 변화와 상실에 얼마나 성공적으로 대처하느냐에 따라 노년기의 삶의 질이 달라진다(Chang & Patricia, 2000).

삶의 질은 개인적, 내적인 요소와 사회·환경적, 외적 요소의 영향을 포함하는 다차원적 개념으로 '안녕', '기능상태', '건강상태', '생활만족' 등의 개념으로 정의된다(Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002). 각 개인이 주관적으로 평가한 건강상태를 의미하는 건강관련 삶의 질(Health Related Quality of Life: HRQoL)은 개인의 경험, 신념, 기대나 인지수준에 따른 신체적, 정신적, 그리고

사회적인 측면의 건강 수준으로 정의할 수 있다(Zack, Moriarty, Stroup, Ford, & Mokdad, 2004). 최근 건강관련 삶의 질은 건강관련 정책, 임상치료 및 중재의 효과를 결정하는 결과지표 중의 하나로 인식되면서 보건의료의 결과를 측정하거나, 건강상태를 측정하는데 사용되는 등 보건의료 분야에서 의미 있게 다뤄지고 있다(이은현, 2007). 특히 노인연구의 경우 건강관련 삶의 질은 노인의 일상적 기능과 안녕상태를 평가하는 지표로 이용되고 있다(신경림, 변영순, 강윤희, 옥지원, 2008). 노인의 삶의 질 관련 요인을 분석한 선행 연구에서 연령, 교육수준, 경제상태, 건강수준, 일상생활 활동 수행, 사회 활동, 우울, 회복력, 사회적 지지 등이 노인의 삶에 질에 영향을 주는 요인으로 나타났다(Low & Molzahn, 2007; 강이주, 2008; 양순옥, 조혜련, 이승희, 2014).

노인의 삶의 질과 영향 요인들간의 관계에서 노년기 적응과 회복력은 노인의 삶의 질을 유지하는데 긍정적 역할을 하는 요인으로 나타났고(Netuveli & Blane, 2008), Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, and Netuveli(2009)의 연구에서 회복력이 높은 노인일수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 취약계층 노인의 건강관련 삶의 질 관련요인에 대한 김종임(2013)의 연구에서 도구적 일상생활활동을 독립적으로 수행할수록, 사회적 지지가 높을수록, 우울 정도가 낮을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 취약계층 남성노인의 건강관련 삶의 질을 연구한 전은영과 최연희(2010)의 연구에서, 사회적 지지는 노인의 연령과 상관없이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났고, 노인의 삶의 질과 기능상태간의 관계를 연구한 Newsom and Schulz (1996)의 연구에서 사회적 지지는 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계를 연구한 림금란, 김희경과 안정선(2011)의 연구에서 우울 정도가 높을수록 삶의 질이 낮은 것으로, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 정신적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계 연구에서 노인의 정신적 지지가 높을수록 노인의 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(Krause, 2004; Low and Molzahn, 2007). 삶의 질에 영향을 주는 요소는 개인적, 내적인 요소와 사회·환경적, 외적 요소로 나눌 수 있는데(Bowling et al., 2002), 선행연구의 노인의 삶의 질과 관련이 있는 요인들 중 개인적, 내적인

요소인 회복력, 사회·환경적, 외적 요소인 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계를 보고자 한다.

회복력(Resilience)은 특별한 위기적인 상황에 있는 개인이 역경이나 고난에 적응하고, 성장을 가능하게 하는 개인의 사회 심리적 특성으로(Connor, 2006), 회복력을 가지고 있는 노인들은 긍정적인 생각을 하게 되고 융통성 있게 행동하기도 하며, 어떠한 문제나 사건에 대한 지각이 빠르며 자신에게 영향을 주는 환경적인 조건을 변화시킬 수 있다(박정숙, 박용경, 정성화, 이채식, 김홍, 2014). 국외의 선행연구에서 Lamond et al. (2008)는 회복력이 성공적인 노화의 중요한 요인이라고 하였고, Netuveli and Blane (2008)은 회복력이 노인의 삶의 질을 유지하는데 중요한 역할을 하고, 삶의 질 향상을 위한 회복력 증진 노력이 필요하다고 하였다. 그러나 국내의 회복력 연구는 아동, 청소년을 대상으로 한 연구가 대부분이다(박정희, 박정미, 2010; 정지영, 임정하, 2011). 최근 노인의 대상으로 한 회복력과 우울이 노인의 자살생각에 미치는 영향(박정숙 등, 2014), 여성 노인의 부정적인 생활 스트레스와 회복력과의 관계(김기태, 박미진, 2005)등의 연구가 이루어 지고 있기는 하나 노인의 회복력과 삶의 질과의 관계를 연구한 국내 논문은 거의 없다.

사회적 지지란 개인이 타인과의 사회적 관계를 통해 얻을 수 있는 정서적 위안, 충고, 물질적 원조 및 서비스 등을 모두 포함하는 개념으로, 심리사회적 안녕의 증가와 삶의 스트레스 상황들을 경감시키는데 중요한 역할을 한다(Zhao et al., 2011). 특히 신체적, 심리적 건강의 약화 및 역할상실 등 사회관계 축소를 경험하는 노인에게 사회적 지지는 노인의 신체적, 심리적, 사회적 문제 등을 감소 또는 완화시키고, 생활 사건에 대처할 수 있게 함으로써 성공적인 노화와 심리적 안녕감을 갖게 하고(성미혜, 임영미, 주경숙, 2011), 노인의 건강을 증진시키는 중요한 사회적 자원으로 기능한다(Everard, Lach, Fisher, & Baum, 2000; Seeman, Lusignolo, Albert, & Berkman, 2001). 아동과 노인 등 취약계층에 제공되는 사회적 지지와 서비스는 취약계층의 회복력과 관련이 있다고 연구되고 있다. 학대를 받아온 아동의 경우, 사회적 지지는 회복력과 긍정적 상관관계가 있다고 보고되었으며(Ungar, 2013), 노인의 경우, 회복력을 향상시키기 위해 사회적 지지의 개입이 중요하다고 보고되었다(김기태, 박미진, 2005).

본 연구는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계를 파악하고 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 개발에 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

## B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써, 건강관련 삶의 질 향상 프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위함이다. 본 연구의 목적을 달성하기 위한 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질간의 관계를 파악한다.
- 3) 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## C. 용어의 정의

### 1) 회복력

회복력(Resilience)은 특별한 위기적인 상황에 있는 개인이 역경이나 고난에 적응하고 성장을 가능하게 하는 개인의 사회 심리적 특성을 의미한다(Connor, 2006). 본 연구에서는 Connor and Davidson (2003)이 개발한 CD-RISC(Connor-Davidson Resilience Scale) 한국어판을 사용하여 측정된 값으로, 점수가 높을수록 회복력이 높은 것을 의미한다.

### 2) 사회적 지지

사회적 지지는 받는 사람과 주는 사람 사이의 상호관계를 통하여 지지원이 제공해 주는 긍정적 감정의 표현, 타인의 행동이나 지각의 인정 또는 상징적, 물질적 도움의 제공 등에 대해 개인이 인지하는 것을 의미한다(Norbeck, 1988). 본 연구에서는 The Rand and Medical Outcomes Study(MOS) Team(Sherbourne & Stewart, 1991)이 개발하고 임민경(2002)이 번안, 타당화 한 한국어판 MOS-SSS 도구를 사용하여 측정된 것으로, 사회적 지지는 구조적 지지와 기능적 지지로 나뉜다. 구조적 지지와 기능적 지지의 점수가 높을수록 사회적 지지가 높은 것을 의미한다.

### 3) 건강관련 삶의 질

HRQoL(Health-related Quality of Life)은 건강수준 또는 질병 정도에 의해 영향을 받는 삶의 질을 일컫는 말로 신체적 기능, 사회적 역할 기능, 신체적 감각 그리고 주관적 안녕과 같은 일상 생활 기능의 중요한 영역들과 주관적 경험을 포함한 광범위하고 다면적인 개념이다(Kempen, Ormel, Brilman, & Relyveld, 1997). 본 연구에서는 EuroQoL Group 이 개발한 EQ-5D-3L (European Quality of Life-5Dimensions-3level)을 사용하여 측정된 결과를 의미하며, EQ-5D-3L 의 두 부분인 다섯 개의 영역의 건강상태인 EQ-5D 와 주관적 건강수준인 EQ-5D VAS 의 값을 의미하는 것으로 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다.

## II. 문헌고찰

### A. 회복력의 개념과 특성

심리사회적(psychosocial) 요인들은 삶의 질의 증진 및 유지에 중요한 역할을 한다(Zautra, Hall, & Murray, 2010). 역경을 극복하는 능력을 나타내는 회복력(resilience)은 그러한 심리사회적 요인 중 하나이다(Anthony D. Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006). 회복력 개념은 본래 '다시 돌아오는 경향', '탄력성', '탄성'의 사전적 의미를 가지며(이나빈, 2012), 국내에서는 자아회복력, 적응유연성, 탄력성, 회복탄력성, 극복력, 자아탄력성 등으로 혼용되어 사용되고 있으나 본 연구에서는 회복력(resilience)이라는 용어로 통일하여 사용하고자 한다. 회복력은 다차원적 구조로 이루어져 있으며, 이 구조들은 하나의 심리사회행동 가치로 작용하여 한 개인이 위기적인 상황에서 생존할 수 있도록 한다(Connor & Davidson, 2003; Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). 또한 Connor and Davidson(2003)은 회복력이 내적 강인함, 인내력, 변화에 대한 낙관적 수용, 환경에 대한 통제감과 영적 영향력에 대한 믿음을 포괄한다고 하였다.

초기 회복력 연구에서 학자들은 회복력을 역경을 이겨내는 특별한 능력으로 보았다. 성인들은 그런 특별한 능력을 새롭게 갖기에는 두뇌발달의 유연성이 없다고 여겨져, 역경 속에서도 잘 발달한 아동과 청소년을 대상으로 연구 대상자를 제한했다(Curtis & Cicchetti, 2007; Masten, 2001; Anthony D Ong, Bergeman, & Boker, 2009). 그러나 최근의 생리, 심리적 연구를 통해 노년기에서의 뇌신경 가소성<sup>1</sup>이 확인됨에 따라 전생애적 관점에서 회복력을 이해하려는 시도들이 활발해 지고 있다(Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Anthony D Ong et al., 2009).

---

<sup>1</sup> 뇌신경 가소성(neuroplasticity)이란 뇌의 신경경로가 외부의 자극, 경험, 학습에 의해 구조 기능적으로 변화하고 재조직화 되는 현상이다. 성인기나 노년기에는 그 잠재성이 유년기에 비해 약간 감소하지만, 여전히 새로운 언어나 운동기술을 어느 정도까지 습득 할 수 있는 일정한 수준의 뇌신경가소성을 평생 동안 유지한다(Azari & Seitz, 2000).

회복력은 역경과 위기의 상황 속에서 정신적, 신체적 건강에 미치는 부정적 영향의 완충제 역할을 하는데(Tugade, Fredrickson, & Berret, 2004; Van Breda, 2001), 노화에 따른 문제들 속에서 안녕감을 성취 및 유지하게 함으로써 노인이 성공적 노화에 이를 수 있게 한다(Schure, Odden, & Goins, 2013; Wells, 2009; Young, Frick, & Phelan, 2009). 노인을 대상으로 한 연구에서 회복력은 노인의 사회참여, 낙관주의, 일상생활 능력, 정신건강, 신체적 기능, 자신이 느끼는 성공적 노화와 긍정적 상관관계가 있음이 밝혀졌다(Hardy, Concato, & Gill, 2004; Lamond et al., 2008; Wells, 2009). 이와는 반대로, 우울, 외상 후 증후군, 신체적 장애와 같은 신체적, 정신적 건강상태는 회복력과 부정적 상관관계가 있다고 밝혀졌다(Connor, Davidson, & Lee, 2003; Mehta et al., 2008). Tomás, Sancho, Melendez, and Mayordomo (2012)은 회복력이 대처기술과 함께 노인의 안녕감(well-being)의 예측요인이라고 하였다. 또한 Perna et al. (2012)은 회복력이 높은 노인의 경우, 회복력이 낮은 노인에 비해 중간정도 이상의 신체활동을 수행하고 하루 5 번 이상의 과일과 야채를 섭취하는 등의 건강행위를 수행한다고 하며, 회복력을 건강증진 전략 수립의 출발점이라고 하였다. 회복력과 사망률간의 관계를 파악하기 위해 중국 노인을 대상으로 11 년간 시행된 Shen and Zeng (2011)의 종단적 연구에서 회복력은 노인의 생존률에 영향을 미치는 중요한 요인으로 나타났다. 회복력이 높은 노인이 장수하는 것으로 나타났는데 이는 회복력이 높을수록 질병과 스트레스를 잘 극복하여 더 좋은 건강상태를 유지할 수 있고, 더 좋은 건강상태는 사망 위험요인을 낮추기 때문이다(Shen & Zeng, 2011).

여러 연구(Luthar et al., 2000; Smokowski, 1998; Stallard et al., 2005)에서 회복력은 개인의 타고난 능력이 아닌 인지행동 프로그램, 회복력 개발 전략 프로그램 및 사회적 정책 적용 등의 여러 가지 중재를 통해 회복력을 높이는 것이 가능하다고 밝혀지고 있다. 따라서 성공적 노화를 위해 노인의 회복력 향상을 위한 간호중재 프로그램의 개발이 필요하다.

## B. 사회적 지지와 회복력

사회적 지지는 다차원적 개념으로서 주로 건강에 직접적인 영향을 주는 변인으로, 또는 스트레스의 충격을 감소 또는 완화시킬 수 있는 변인으로서 연구되어 왔다(오가실 등, 1994). Caplan (1974)은 사회적 지지를 의지할 수 있는 사람, 돌봐주고 사랑하고 가치 있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용가능성으로서 구체적인 도움과 자원을 포함시키고 있다. Cobb (1975)은 사회적 지지를 정보로 정의하였는데, 개인으로 하여금 자신이 사랑 받고 보살핌을 받으며 가치 있고 의사소통과 상호책임을 갖는 조직망에 속해있다고 믿게 하는 정보라고 정의하였다. Norbeck (1981)은 사회적 지지가 건강문제를 일으킬 수 있는 스트레스의 충격을 완화시킬 수 있으며, 사회적 지지에는 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조가 포함된다고 하였다. 오가실 등 (1994)은 한국에서의 사회적 지지는 도움, 정, 은혜, 믿음의 요소를 포함한다고 하였다.

Cohen, Mermelstein, Kamarck, and Hoberman (1985)은 사회적 지지를 한 개인이 그가 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 긍정적인 자원이라고 정의하였다. 사회적 지지는 광범위한 특성과 학자들의 연구목적에 따라 다양하게 정의되지만, 사회적 지지의 모든 요소들은 구조적, 기능적 영역으로 분류할 수 있다(Sherbourne & Stewart, 1991; Thoits, 1995). 구조적 사회적 지지는 사회적 지지의 객관적인 성격으로 지지망의 형태, 크기, 근접성, 접촉빈도 등을 측정하는 것을 말한다(임현숙, 2008). 이는 사회적 지지가 제공될 수 있는 환경적 특성에 초점을 맞춘 것으로 개인과 사회환경에 연결을 담당한다고 볼 수 있다(김미령, 2005). 기능적 사회적 지지는 지지망 구성원들이 구체적으로 어떤 형태의 지지를 제공하는지를 나타내며(임현숙, 2008) 수단, 정보, 정서 등으로 이루어진다(Cohen & Wills, 1985).

Berkman and Kawachi (2000)은 사회적 지지가 신체적 건강과 정신적 건강 모두에 강력한 영향을 미친다고 하였다. Broadhead et al. (1983)는 사회적 지지가 건강에 긍정적 영향을 미치고, 심리사회적 또는 심리적 문제를 완충하거나 수정하는 역할을 한다고 하였다. 노인의 부정적 사건 경험, 정서적 지지, 삶의 만족도 간의 관계를 연구한 한 Krause (2004)의 연구에서, 사회적 지지가 강한 노인이 그렇지 않은

노인에 비해, 인생 역경을 잘 극복하고 삶의 만족도도 높은 것으로 나타났다. 노인의 삶의 질과 역경간의 관계를 연구한 Hildon et al. (2009)의 연구에서 노인의 사회 참여와 사회적 지지는 노인의 회복력을 증진시키는 것으로 나타났는데 회복력이 있는 노인은 신체적 제한, 스트레스, 부정적 사건들에 대한 호소가 적었다. 또한, 지역사회 독거여성을 대상으로 한 노인의 회복력과 대인관계간의 관계에 대한 종단적 연구에서(Morrissey, 1998), 회복력이 높은 노인일수록 자율감을 잃지 않으며 타인과의 관계를 유지하고 타인의 도움을 수용하여 성공적인 노화과정을 거치는 것으로 나타났다. 이러한 선행연구들을 통해, 사회적 지지는 노인의 회복력에 영향을 미칠 뿐 아니라 사회적 지지 정도에 따라 회복력이 달라질 수 있음을 알 수 있다(김기태, 박미진, 2005).

따라서 노인의 성공적인 노화를 위해 노인의 회복력과 사회적 지지에 관한 지속적인 연구가 필요하다.

### C. 건강관련 삶의 질과 관련요인

삶의 질은 '한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 위치에 대한 개인적 인식으로 이는 신체적, 심리적, 사회적, 생활환경 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태를 의미하는 것으로(WHOQOL Group, 1993), 1980년대부터 간호학분야에서는 간호행위와 건강관리의 중요목표가 삶의 질이 되면서 대상자의 삶의 질 향상이 강조되고 있다(김수정, 2014). 특히, 건강관련 삶의 질(health related quality of life)은 개인의 삶의 목적, 기대, 기준 및 관심사와 관련을 맺고 있는 건강 체제 속에서 그들의 삶은 어떠한가에 대해 지각하는 것으로, 개인의 건강상태 또는 신체적, 정신적, 사회적 건강 인식 등에 직, 간접적으로 영향을 받아 느껴지는 주관적인 삶의 질을 의미한다(Bowling, 1995; Zack et al., 2004). 건강 결과에 초점을 둔 건강관련 삶의 질은 보건의료분야에서 보건의료의 결과를 측정하거나, 건강상태를 측정하는데 사용되고 있다(Wallander & Varni, 1998). 건강관련 삶의 질에 대한 연구가 증가하면서, 인구학적 특성, 우울, 사회적 지지, 지각된 건강상태, 일상생활 수행능력, 건강증진행위 등이 건강관련 삶의 질과 관계가 있다고 밝혀지고 있다(김종임, 2013).

고령화 사회에 따른 노인인구의 증가 및 노년기의 연장으로 노인에 대한 사회적 관심이 증가하고 있고(손신영, 2006), 노인들의 삶은 단순한 생존이 아닌 삶의 질적 향상이 요구되고 있다(윤명숙, 2007). 특히, 행복한 삶을 위해 삶의 상태를 개선하려는 노력으로 노인의 건강관련 삶의 질에 대한 관심 또한 증가하고 있다(조민우, 이상일, 2007). 노인의 건강관련 삶의 질에 관한 선행연구를 살펴보면, 재가노인을 대상으로 한 연구에서 일상생활 능력이 건강관련 삶의 질과 양의 상관관계에 있고, 주관적 신체적 증상과는 음의 상관관계가 있었다(신경림 등, 2008). 복지관을 이용하는 노인을 대상으로 한 황미구와 김은주(2008)의 연구에서 우울이 건강관련 삶의 질의 영향요인임을 나타내었다. Santiago and Coyle(2004)는 여가활동이 노인의 신체기능을 향상시켜, 일상생활을 독립적으로 해낼 수 있다는 기대감을 주게 되어 삶의 질을 향상시킨다고 하였다. 그 외에 연령, 인종, 교육 정도, 흡연력, 음주력, 비만 등도

노인의 건강관련 삶의 질의 영향요인으로 파악되었다(Lopez-Garcia et al., 2003; Yan et al., 2004). Young et al. (2009)의 연구에서 노인의 건강관련 삶의 질은 사회적 접촉, 의존성, 건강, 물질적 환경과 사회적 비교(social comparison), 적응력과 회복력과 관련이 있고, 특히 회복력은 정신적·심리적 역경을 극복하는 노인의 정신적, 신체적 건강과 높은 상관관계가 있다고 보고되었다. 또한 사회적 지지(Social Support)는 건강에 좋은 영향을 미치기 때문에 건강과의 관계를 고려하는데(House, Kahn, McLeod, & Williams, 1985), 사회적 지지는 이환률과 사망률을 낮추고, 사회심리학적 스트레스와 다른 건강상의 위험을 줄여 정신적·신체적 건강을 증진하여(House, 1987) 노인의 건강관련 삶의 질을 높인다고 보고되었다.

노인의 성공적인 노화와 행복한 삶을 위한 전략을 수립하기 위해 인구학적 특성 및 회복력, 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계를 파악하고 영향요인을 알아내는 것이 필요하다.

### Ⅲ. 연구방법

#### A. 연구설계

본 연구는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질을 측정하여 그 정도를 파악하고, 이들의 관계를 알아보기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

#### B. 연구대상자

본 연구의 대상자는 지방 중소도시 C 시에 위치한 복지관과 경로당을 이용하는 65 세 이상의 지역사회 노인 220 명으로, 구체적인 대상자 선정기준과 제외기준 및 대상자 수 산출 근거는 다음과 같다.

##### 1) 대상자 선정기준

- (1) 65 세 이상 노인
- (2) 의사소통이 가능한 노인
- (3) 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 노인

##### 2) 대상자 제외기준

- (1) 치매 진단을 받은 노인
- (2) 인지기능 장애가 있어 질문을 이해하기 어려운 노인

##### 3) 연구 대상자 수 및 산출근거

G-power 3.1 프로그램을 이용하여 다중회귀로 분석할 때 효과크기 0.15, 유의수준 0.05, 검정력 0.90, 예측변수를 10 개로 하여 산정한 결과 필요한 최소 표본크기는 147 명이었다. 탈락률 30%를 고려하여 필요로 되는 표본수는 192 명이었고, 실제 조사를 실시한 대상은 220 명이다.

## C. 연구도구

본 연구에서 사용된 도구는 구조화된 설문지로, 내용은 회복력 측정도구 25 문항, 사회적 지지 측정도구 20 문항, 건강관련 삶의 질 측정도구 6 문항, 대상자의 일반적 특성 14 문항을 포함하여 총 65 문항으로 구성되었으며, 구체적인 도구의 내용은 아래와 같다.

### 1) 회복력

회복력 측정 도구는 Conner 와 Davidson 에 의해 2003 년 개발된 Conner-Davidson Resilience Scale(CD-RISC) 한국어판을 Kathryn M. Connor 과 Jonathan R. T. Davidson (www.cd-risc.com)의 허락을 받아 사용하였다. CD-RISC (www.cd-risc.com)에서 한국어로 번역된 표준화된 CD-RISC 한국어판을 제공하고 있다. 본 도구의 내용은 내적 강인성인 강인함(hardiness), 인내력(persistence), 변화에 대한 낙관적 수용인 낙관성(optimism), 환경에 대한 통제력인 통제감(control), 영적 영향력에 대한 믿음인 영성(spirit)의 5 개 하위항목으로 구성되어있다. 총 25 문항의 5 점 척도로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 0 점에서 '거의 언제나 그렇다' 4 점까지의 척도로 이루어져 있다. 회복력 점수는 각 문항의 총점으로 산출하며 0 점부터 100 점 사이의 점수로 나타낸다. 총점이 높을수록 회복력이 높은 것을 의미한다. CD-RISC 도구의 개발 당시 연구도구 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  0.89 이었다. 본 연구에서 CD-RISC 한국어판 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  0.92 이다.

### 2) 사회적 지지

사회적 지지 측정을 위해 The Rand and Medical Outcomes Study(MOS) Team 이 1991 년 개발한 The Medical Outcomes Study Social Support Survey(MOS-SSS)도구를

임민경(2002)이 번안한 한국어판 MOS-SSS 를 원저자인 Cathy Donald Sherbourne 의 허락을 받아 사용하였다. 한국어판 MOS-SSS 도구는 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 친구, 가족 또는 친척의 수를 측정하는 구조적 지지(1 문항)와 물질적인 도움이나 행동 보조 제공을 의미하는 물질적 지지(4 문항), 사랑과 애정의 표현의 제공을 나타내는 애정적 지지(3 문항), 재미있는 것을 함께 할 타인의 유용함을 나타내는 긍정적 사회상호작용(4 문항), 긍정적인 영향의 표현, 감정이입을 통한 이해, 느낌을 표현하도록 하는 격려/조언, 정보, 안내 또는 피드백의 제안을 나타내는 정서적/정보적 지지(8 문항)를 측정하는 기능적 지지로 구성된다. MOS-SSS 도구의 기능적 지지 문항은 총 19 문항으로 5 점 척도로 이루어졌으며, 각각의 하위항목별로 점수를 합산하여 0 점에서 100 점으로 환산하며, 환산된 각각의 하위항목별로 점수를 합산하여 평균을 내어 총점을 산출한다.

하위항목별 점수는  $100 \times \frac{(\text{측정점수} - \text{가능한최소점수})}{(\text{가능한최대점수} - \text{가능한최소점수})}$  공식으로 산출하며, 점수가 높을수록 사회적 지지의 정도가 높음을 의미한다. 1991 년 개발 당시 MOS-SSS 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  .97 이었으며, 하위항목별 Cronbach's  $\alpha$  는 물질적지지 .92, 애정적지지 .91, 긍정적 사회상호작용 .94, 정서적/정보적지지 .96 이었다. 본 연구에서 MOS-SSS 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  .90 이고, 각 하위항목별 Cronbach's  $\alpha$  는 물질적지지 .90, 애정적지지 .88, 긍정적 사회상호작용 .87, 정서적/정보적지지 .93 이다.

### 3) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질(Health-related quality of life)은 EuroQol Group 에 의해 개발된 EQ-5D-3L (EuroQol-5dimension-3level) 한국어판을 The EuroQol Group (www.euroqol.org)의 허락을 받아 사용하였다. The EuroQol Group (www.euroqol.org)에서 한국어로 번역된 표준화된 EQ-5D-3L 한국어판을 제공하고 있다. EQ-5D-3L (1990)은 일반적 건강상태를 측정하기 위한 포괄적 도구로써 다섯 개 영역의 건강상태를 묻는 EQ-5D 부분과 전체적인 주관적 건강수준을 묻는 EQ-5D VAS (visual analogue scale)로 구성된다.

### 3-1) 다섯 개 영역의 건강상태 (EQ-5D)

EQ-5D 는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울 총 다섯 개의 영역(Domain)으로 나뉘어지고, 다시 각 영역은 '전혀 문제없음 (1)', '다소 문제있음 (2)', '많이 문제있음 (3)'의 세 개의 수준 (Level)으로 나누어져 있다. 대상자가 그 수준들 중에서 하나씩을 고르게 되어있어 EQ-5D 건강상태는 5 개의 숫자조합으로 나타난다. EQ-5D 는 다섯 개 영역의 측정값 각각에 가중치를 적용하여 산출한 EQ-5D Index 로 나타낼 수 있는데, 각 나라마다 각국의 문화와 상황에 맞게 고유한 가중치를 산출하여 사용하고 있다. EQ-5D Index 라는 단일지표를 통해 건강관련 삶의 질의 평가 및 지역·국가 간 비교가 가능하게 되었다. 본 연구에서는 남해성 등 (2007)의 한국인 질 가중치 예측 공식을 적용하여 -0.371 에서 0.95 사이의 하나의 값으로 산출하였다 <부록 2>. 가중치를 통해 EQ-5D Index 로 환산한 수치가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높다고 판단한다.

### 3-2) 주관적 건강수준 (EQ-5D VAS)

EQ-5D VAS 는 설문 당일의 주관적이고 전체적인 개개인의 건강상태를 '상상할 수 있는 최저의 건강상태'를 0 점, '최고의 건강상태'를 100 점으로 표시된 눈금자에 표시하도록 하는 주관적 건강수준 측정법이다.

## D. 자료수집 기간 및 방법

자료수집 기간은 2014 년 5 월 29 일부터 6 월 22 일까지 약 4 주간이며, 자료수집은 C 시에 위치한 복지관과 경로당에서 구조화된 설문지를 이용한 면접조사로 시행되었다. 자료수집 조사에 앞서 본 연구는 연세대학교 원주의과대학 연구윤리심의위원회의 승인을 얻은 후 (YWNR-14-2-040) <부록 3>, 해당기관의 구두허락을 받아 진행되었다. 조사원은 연구자와 면접원 총 2 명이며, 조사에 앞서 면접원에게 연구의 목적과 절차, 조사시의 주의사항을 교육하였다. 대상자에게 연구의 목적 및 내용을 설명하고, 연구 참여 중 어떤 불이익도 받지 않으며 언제라도 참여를 철회할 수 있다는 정보를 제공하였다. 대상자에게 연구참여에 대한 자의적인 서면동의를 받은 후 대상자의 신상보호를 위해 조용한 환경에서 일대일 면접을 진행하였다. 설문지 응답률은 95.4%였으며, 면담을 중단한 10 명의 설문은 자료분석에서 제외하여 총 210 부가 자료분석에 이용되었다.

## E. 자료분석 방법

수집된 자료는 부호화 하여 IBM SPSS statistics 18.0 을 이용하여 전산통계 처리 하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 지역사회 노인의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준 편차로 산출하였다.
- 2) 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도는 각 영역별, 하위항목별 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 3) 지역사회 노인의 일반적 특성에 따른 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도의 차이 검증은 t-test 와 ANOVA 를 이용하여 분석하였다.
- 4) 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도의 관계 및 각 하위 항목별 상관관계는 Pearson's correlation 으로 분석하였다.
- 5) 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인은 다중선형회귀분석을 이용하여 분석하였다.

## IV. 연구결과

### A. 지역사회 노인의 일반적 특성

#### 1) 대상자의 특성

본 연구대상자인 지역사회 노인의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

응답자 210 명 중 59.5%이 여성이었으며, 평균 연령은  $72.8 \pm 5.98$  세로 연령의 범위는 최소 65 세에서 최고 88 세였다. 종교는 불교가 36.2%으로 가장 많았고, 교육수준은 초등학교 졸업이 25.2%으로 가장 많았다. 210 명 중 73.8%은 현재 배우자가 있었고, 그 중 66.2%은 배우자와 단둘이 살고 있었다.

수입원에 대한 질문에서 35.7%의 노인은 자녀의 용돈, 35.2%은 국민연금을 수입원이라고 응답했고, 국민기초생활보장급여를 받는 노인은 2.4%이었다. 거의 대부분의 노인 (87.6%)이 보통 및 넉넉한 편인 생활수준으로 인지하였다. 지역사회 노인의 체질량지수 (BMI)는 정상이 38.6%으로 가장 많았고, 반 이상 (58.5%)이 과체중과 비만이였다. 질병에 대한 질문에서, 대상자의 진단은 고혈압 (68.1%), 관절염 (35.7%), 당뇨 (33.3%) 순이었다. 한편 노인의 사회활동과 관련해서는 85.2%의 노인이 자신이 지각한 사회활동 정도를 보통이상의 많은 편이라고 응답했다. 27.6%의 노인이 여가활동 장소로 계모임·친목회를 꼽았고, 그 다음으로 24.8%의 노인이 노인정·경로당을 여가활동장소로 응답했다.

지지원에 대한 질문에 배우자로부터 지지를 받는다고 응답한 노인이 52.4%으로 가장 많았다. 자녀에게서 지지를 가장 많이 받는다고 응답한 41.4%의 노인 중 아들에게서 지지를 많이 받는다고 한 노인이 22.9%으로 가장 많았고, 딸 (15.7%), 며느리 (1.9%), 사위 (1%)의 순이었다. 현재 받고 있는 지원서비스에 대한 질문에서, 노인의 72.4%는 건강검진 또는 치매검진의 서비스를 받는다고 응답했고 그 다음은 경제적 도움 (21.4%)의 순으로 나타났다. 정부나 지역사회로부터 서비스를 지원받지 않은 노인은 19.7%이었다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성 분포

		(N=210)
특성	범주	실수(%)
성별	남	85(40.5)
	여	125(59.5)
연령(세)	65-74	128(61.0)
	75-84	75(36.2)
	85 이상	6( 2.8)
종교	불교	76(36.2)
	기독교	51(24.3)
	천주교	23(11.0)
	기타	4( 1.8)
	없음	56(26.7)
교육수준	무학	35(16.7)
	초등학교	53(25.2)
	중학교	47(22.4)
	고등학교	41(19.5)
	대학교 이상	34(16.2)
배우자 유무	배우자 유	155(73.8)
	배우자 무	55(26.2)
동거유형	배우자	139(66.2)
	자녀	20( 9.5)
	배우자와 자녀	12( 5.7)
	혼자	39(18.6)
수입원 †	자녀용돈	75(35.7)
	국민연금	74(35.2)
	기초노령연금	71(33.8)
	기타소득	65(31.0)
	공무원연금, 사학연금	42(20.0)
	근로소득	36(17.1)
	국민기초생활보장급여	5( 2.4)
생활수준	아주 어렵다	1( 0.5)
	어려운 편이다	25(11.9)
	보통이다	166(79.0)
	넉넉한 편이다	18( 8.6)

† 복수응답

<표 1> 대상자의 일반적 특성 분포 (계속)

(N=210)		
특성	범주	실수(%)
체질량지수 (BMI:kg/m <sup>2</sup> )	저체중(<18.5)	6( 2.9)
	정상(18.5-22.9)	81(38.6)
	과체중(23.0-24.9)	59(28.1)
	비만(≥ 25)	64(30.4)
질병 †	고혈압	143(68.1)
	관절염	75(35.7)
	당뇨	70(33.3)
	골다공증	49(23.3)
	암	7( 3.3)
	중풍	4( 1.9)
	기타	43(20.5)
	없음	15( 7.1)
사회활동	아주 적다	1( 0.5)
	적은 편이다	30(14.3)
	보통이다	105(50.0)
	많은 편이다	67(31.9)
	아주 많다	7( 3.3)
여가활동장소	계모임 · 친목회	58(27.6)
	노인정 · 경로당	52(24.8)
	종교단체	33(15.7)
	노인복지관	32(15.3)
	기타	13( 6.1)
	없음	22(10.5)
지지원	배우자	110(52.4)
	자녀	87(41.4)
	친구	9( 4.2)
	기타	4( 2.0)
지원서비스 †	건강검진 · 치매검진	152(72.4)
	경제적 도움	45(21.4)
	지역사회서비스	11( 5.3)
	일자리 구하기	5( 2.4)
	노인보행보조기	2( 1.0)
	기타	5( 2.4)
	없음	35(19.7)

† 복수응답

## B. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도

본 연구 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도의 분석결과는 <표 2>와 같다. 지역사회 노인의 회복력의 평균은 74.9 점(SD=15.83)이었고, 범위는 최소 22 점에서 최대 100 점 이었다. 사회적 지지 정도에서 지역사회 노인이 도움을 주거나 받는 관계에 있는 접촉하는 주위 사람들의 수를 의미하는 구조적 지지의 평균은  $3.3 \pm 2.56$  명 이었고, 그 범위는 0-10 명 이었다. 1 명이라고 대답한 노인이 전체의 21%로 가장 많았고, 그 다음은 2 명(18%), 3 명(17%), 5 명(13.8%) 순이었다. 과반수 이상의 노인의 (62.4%) 구조적 지지는 0 명에서 3 명 사이를 나타내었다. 구체적으로 어떠한 형태의 지지를 받는지를 나타내는 기능적 지지의 평균은  $63.7 \pm 23.16$  이었고, 네 가지 하위항목은 애정적 지지( $70.1 \pm 23.52$ ), 긍정적 사회상호작용( $63.7 \pm 24.38$ ), 정서적/정보적지지( $60.7 \pm 24.74$ ), 물질적 지지( $60.2 \pm 26.51$ )의 순으로 나타났다. 건강관련 삶의 질 정도를 나타내는 EQ-5D Index 의 평균은  $0.8 \pm 0.12$  이었고, 설문 당일의 주관적이고 전체적인 건강상태를 0 점에서 100 점 사이의 눈금자에 표시하도록 하는 EQ-5D VAS 의 평균은 100 점 만점 71.6 점(SD=14.21)으로 나타났다.

<표 2> 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도

(N=210)		
변수	평균± 표준편차	범위(점)
<b>회복력</b>	74.6±19.28	0~100
<b>사회적 지지</b>		
구조적 지지	3.3±2.56	0~10(명)
기능적 지지(총점)	63.7±23.16	0~100
물질적 지지	60.2±26.51	0~100
애정적 지지	70.1±23.52	0~100
긍정적사회상호작용	63.7±24.38	0~100
정서적/정보적 지지	60.7±24.74	0~100
<b>건강관련 삶의 질</b>		
EQ-5D Index	0.8±0.12	-0.371~0.95
EQ-5D VAS	71.6±14.21	0~100

## C. 일반적 특성에 따른 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도 차이

### 1) 지역사회 노인의 일반적 특성에 따른 회복력

대상자의 회복력 정도는 질병 유무, 교육수준, 지각된 사회활동 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다 <표 3>. 즉, 지역사회 노인의 일반적 특성 중에서 질병이 없는 노인이 질병이 있는 노인에 비해 회복력 점수가 통계적으로 유의하게 높았다( $t=-2.74, p=.007$ ). 교육수준( $F=4.59, p=.011$ ), 지각된 사회활동 정도( $F=8.50, p=.000$ )에 따른 회복력 정도의 차이가 통계적으로 유의하였으며, Scheffe 사후검정 한 결과 초등/중학교를 졸업한 노인이 교육을 전혀 받지 않은 노인에 비해 회복력 정도가 유의하게 높았으며, 지각된 사회활동 정도가 많다고 한 노인이 보통 또는 적다고 응답한 노인에 비해 회복력 정도가 유의하게 높았다. 이외에 성별, 연령, 종교 유무, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준, 체질량지수(BMI), 지지원 유형에 따른 회복력 정도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 회복력 정도

(N=210)					
특성	범주	평균±표준편차	t /F	p	Scheffe 사후검정
성별	남	75.2±16.57	.25	.801	
	여	74.6±15.37			
연령(세)	65-74	75.8±15.58	.56	.057	
	74-84	73.5±16.39			
	85 이상	72.5±14.88			
종교	유	75.6±14.30	.11	.317	
	무	72.8±19.41			
교육수준	무학 <sup>a</sup>	67.9±15.78	4.59	.011	a<b
	초등/중학교 <sup>b</sup>	77.1±16.19			
	고등/대학교 이상 <sup>c</sup>	75.1±14.57			
배우자 유무	배우자 유	75.1±16.04	.36	.718	
	배우자 무	74.2±15.35			
동거유형	부부만 지냄	75.4±16.27	.23	.789	
	가족과 함께 지냄	74.2±13.45			
	혼자서만 지냄	73.4±17.11			
생활수준	어렵다	70.4±13.55	1.57	.210	
	보통이다	75.1±15.93			
	넉넉하다	78.6±17.29			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	저체중 <18.5	78.5±15.64	.79	.490	
	정상 18.5-22.9	73.2±15.75			
	과체중 23.0-24.9	77.1±15.34			
	비만 ≥25	74.5±16.45			
질병	유	74.0±15.47	-2.74	.007	
	무	85.5±17.17			
사회활동	적다 <sup>a</sup>	67.0±14.93	8.50	.000	a, b<c
	보통이다 <sup>b</sup>	73.6±14.91			
	많다 <sup>c</sup>	79.9±15.95			
지지원	배우자	76.6±15.80	1.50	.226	
	자녀	73.0±16.29			
	가족 외	72.2±11.44			

## 2) 지역사회 노인의 일반적 특성에 따른 사회적 지지

사회적 지지를 이루는 두 개의 지지 중 구조적 지지 정도는 교육수준, 지각된 사회활동 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다 <표 4>. 지역사회 노인의 일반적 특성 중 교육수준 ( $F=4.56, p=0.012$ ), 지각된 사회활동 정도( $F=6.14, p=0.03$ )에 따른 구조적 지지 정도의 차이가 통계적으로 유의하였으며, Scheffe 사후검정 한 결과 초등/중학교, 고등/대학교를 졸업한 노인이 교육을 전혀 받지 않은 노인에 비해 구조적 지지 점수가 유의하게 높았다. 또한 지각된 사회활동 정도가 많다고 응답한 노인이 적다라고 응답한 노인에 비해 구조적 지지 점수가 통계적으로 유의하게 높았다. 이외에, 성별, 연령, 종교 유무, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준, 체질량지수(BMI), 질병 유무, 지지원 유형에 따른 구조적 지지 정도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

한편, 기능적 지지는 성별, 배우자 유무, 교육수준, 동거유형, 생활수준, 지각된 사회활동 정도, 지지원 유형에 따라 유의한 차이가 있었다. 지역사회 노인의 일반적 특성 중 성별 ( $t=3.09, p=.002$ ), 배우자 유무 ( $t=3.32, p=.001$ )에 따른 기능적 지지 정도의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다. 즉, 남자노인은 여자노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았고, 배우자가 있는 노인이 없는 노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았다. 또한 일반적 특성 중 교육수준 ( $F=9.89, p=.000$ ), 동거유형 ( $F=7.98, p=.000$ ), 생활수준 ( $F=9.90, p=.000$ ), 지각된 사회활동 정도 ( $F=10.32, p=.000$ ), 지지원 유형 ( $F=7.34, p=.001$ )에 따른 기능적 지지 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, Scheffe 사후검정을 한 결과 초등/중학교, 고등/대학교를 졸업한 노인이 교육을 전혀 받지 않은 노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았고, 부부만 같이 사는 노인이 독거노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았다. 또한 생활수준이 보통이다, 넉넉하다고 응답한 노인이 어렵다라고 응답한 노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았고, 지각된 사회활동 정도가 많다고 응답한 노인이 보통이다라고 응답한 노인에 비해, 적다라고 응답한 노인이 보통이라고 응답한 노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았다. 또한 배우자로부터 가장 많은 지지를 받고 있다고 응답한 노인이 자녀로부터 가장 많은 지지를 받고 있다고 응답한 노인에 비해 기능적 지지 점수가 유의하게 높았다. 이 외에 연령, 종교 유무, 체질량지수(BMI), 질병 유무에 따른 기능적 지지 정도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 4> 대상자의 일반적 특성에 따른 기능적 사회적 지지 정도

					(N=210)
특성	범주	평균±표준편차	t / F	p	Scheffe 사후검정
성별	남	69.6±22.30	3.09	.002	
	여	59.7±22.96			
연령(세)	65-74	69.6±23.07	2.73	.067	
	74-84	62.2±19.02			
	85 이상	57.8±25.30			
종교	유	64.7±22.30	1.06	.288	
	무	60.9±25.36			
교육수준	무학 <sup>a</sup>	48.5±21.65	9.89	.000	a<b, c
	초등/중학교 <sup>b</sup>	66.2±22.82			
	고등/대학교이상 <sup>c</sup>	67.4±21.69			
배우자 유무	배우자 유	66.8±21.00	3.32	.001	
	배우자 무	55.0±26.71			
동거유형	부부만지냄 <sup>a</sup>	66.9±20.66	7.98	.000	a>c
	가족과함께지냄 <sup>b</sup>	63.6±25.71			
	혼자서만지냄 <sup>c</sup>	50.5±27.39			
생활수준	어렵다 <sup>a</sup>	46.6±25.35	9.90	.000	a<b, c
	보통이다 <sup>b</sup>	65.3±22.28			
	넉넉하다 <sup>c</sup>	73.5±16.02			
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	저체중 <18.5	71.4±24.57	2.05	.107	
	정상 18.5-22.9	59.5±23.25			
	과체중 23.0-24.9	63.3±23.77			
	비만 ≥25	68.5±21.75			
질병	유	63.1±23.28	-1.35	.177	
	무	71.5±20.65			
사회활동	적다 <sup>a</sup>	50.7±24.70	10.32	.000	a<b<c
	보통이다 <sup>b</sup>	62.0±21.73			
	많다 <sup>c</sup>	71.6±21.74			
지지원	배우자 <sup>a</sup>	69.4±20.80	7.34	.001	a>b
	자녀 <sup>b</sup>	57.4±23.93			
	가족외 <sup>c</sup>	57.6±23.30			

### 3) 지역사회 노인의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질

대상자의 일반적 특성(성별, 연령, 종교 유무, 교육수준, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준, 체질량지수(BMI), 질병 유무, 지각된 사회생활 정도, 지지원 유형)에 따라 건강관련 삶의 질 정도에 어떠한 차이가 있는지 검증하기 위하여 t-test 와 one way ANOVA 를 실시한 결과는 <표 5>와 같다.

건강관련 삶의 질 정도를 나타내는 EQ-5D Index 와 EQ-5D VAS 중 EQ-5D Index 의 경우, 성별 ( $t=5.57, p=.000$ ), 배우자 유무 ( $t=3.20, p=.002$ ), 질병 유무 ( $t=-7.07, p=.000$ )에 따른 EQ-5D Index 의 차이가 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 남자노인이 여자노인에 비해 EQ-5D Index 가 통계적으로 유의하게 높았고, 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인에 비해 EQ-5D Index 가 유의하게 높았고, 질병이 없는 노인이 질병이 있는 노인에 비해 EQ-5D Index 가 유의하게 높았다. 또한 연령 ( $F=9.12, p=.000$ ), 교육수준 ( $F=16.03, p=.000$ ), 동거유형 ( $F=6.54, p=.002$ ), 생활수준 ( $F=3.54, p=.001$ ), 지각된 사회활동 정도 ( $F=47.50, p=.000$ )에 따른 EQ-5D Index 차이가 통계적으로 유의하였으며, Scheffe 사후검정을 한 결과 65-74 세 노인이 75-84 세와 85 세 이상의 노인에 비해 EQ-5D Index 가 통계적으로 유의하게 높았으며, 초등/중학교를 졸업한 노인이 교육을 전혀 받지 않는 노인에 비해, 고등/대학교를 졸업한 노인이 초등/중학교를 졸업한 노인에 비해 EQ-5D Index 가 유의하게 높았다. 부부만 같이 사는 노인이 가족과 함께 사는 노인에 비해 EQ-5D Index 가 유의하게 높았고, 생활수준이 넉넉하다고 응답한 노인이 어렵다고 응답한 노인에 비해 EQ-5D Index 가 유의하게 높았고, 지각한 사회활동 정도가 보통이라고 응답한 노인이 적다라고 응답한 노인에 비해, 많다라고 응답한 노인이 보통이라고 응답한 노인보다 EQ-5D Index 가 유의하게 높았다.

반면, EQ-5D VAS 의 경우, 성별 ( $t=3.55, p=.000$ ), 질병 유무 ( $t=-3.62, p=.000$ )에 따른 EQ-5D VAS 점수 차이가 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 남자노인이 여자노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 통계적으로 유의하게 높았고, 질병이 없는 노인이 질병이 있는 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 유의하게 높았다. 또한, 연령 ( $F=3.68, p=.027$ ), 교육수준 ( $F=12.85, p=.000$ ), 생활수준 ( $F=6.96, p=.001$ ), 지각된

사회활동 정도 ( $F=56.77$ ,  $p=.000$ ), 지지원 유형 ( $F=3.92$ ,  $p=.021$ )에 따른 EQ-5D VAS 점수 차이가 통계적으로 유의하였으며, Scheffe 사후검정을 한 결과 65-74 세 노인이 75-84 세 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 통계적으로 유의하게 높았고, 초등/중학교를 졸업한 노인과 고등학교/대학교를 졸업한 노인이 교육을 전혀 받지 않은 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 유의하게 높았다. 생활수준이 보통이다라고 응답한 노인과 넉넉하다고 응답한 노인이 어렵다라고 응답한 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 유의하게 높았다. 지각한 사회활동 정도가 많다고 응답한 노인이 보통이다라고 응답한 노인에 비해, 보통이라고 응답한 노인이 적다라고 응답한 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 유의하게 높았고, 배우자로부터 가장 지지를 많이 받는다고 응답한 노인이 자녀로부터 지지를 가장 많이 받는다고 응답한 노인에 비해 EQ-5D VAS 점수가 유의하게 높았다.

일반적 특성 중 종교 유무, BMI 는 EQ-5D Index 와 EQ-5D VAS 점수 모두와 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 반면 동거유형은 EQ-5D Index ( $F=6.54$ ,  $p=.002$ )와 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, EQ-5D VAS 점수와는 유의한 차이가 없었다. 지지원 유형은 EQ-5D VAS 점수 ( $F=3.92$ ,  $p=0.21$ )와는 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 EQ-5D Index 와는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 정도

(N=210)

특성	범주	EQ-5D Index			EQ-5D VAS				
		평균± 표준편차	t / F	p	Scheffe 사후검정	평균± 표준편차	t / F	p	Scheffe 사후검정
성별	남	0.8±0.80				75.7±12.12			
	여	0.7±0.12	5.57	.000		68.8±14.89	3.55	.000	
연령(세)	65-74 <sup>a</sup>	0.8±0.10				73.7±12.03			
	75-84 <sup>b</sup>	0.7±0.13	9.12	.000	a>b, c	68.5±17.00	3.68	.027	a>b
	85 이상 <sup>c</sup>	0.7±0.08				66.6±12.11			
종교	유	0.8±0.12				71.3±14.25			
	무	0.8±0.12	.01	.991		72.5±14.20	- .50	.614	
교육수준	무학 <sup>a</sup>	0.7±0.12				61.2±14.00			
	초등/중학교 <sup>b</sup>	0.8±0.10				73.0±12.85			
	고등/대학교	0.8±0.11	16.03	.000	a<b<c	74.7±14.03	12.85	.000	a<b, c
	이상 <sup>c</sup>								
배우자 유무	배우자 유	0.8±0.11				72.9±13.90			
	배우자 무	0.7±0.12	3.20	.002		68.0±14.60	2.19	.002	
동거유형	부부만 지냄 <sup>a</sup>	0.8±0.12				73.1±14.11			
	가족과 함께	0.7±0.11				68.0±10.43			
	지냄 <sup>b</sup>	0.8±0.11	6.54	.002	a>b	67.5±16.13	2.98	.053	
	혼자서만 지냄 <sup>c</sup>								

<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 정도 (계속)

(N=210)

특성	범주	EQ-5D Index			EQ-5D VAS				
		평균± 표준편차	t / F	p	Scheffe 사후검정	평균± 표준편차	t / F	p	Scheffe 사후검정
생활수준	어렵다 <sup>a</sup>	0.7±0.12				62.8±18.12			
	보통이다 <sup>b</sup>	0.8±0.11	3.54	.031	a<c	72.4±12.82	6.96	.001	a<b
	넉넉하다 <sup>c</sup>	0.8±0.10				77.2±15.83			
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	저체중<18.5	0.8±0.12							
	정상 18.5-22.9	0.8±0.12				69.3±16.40			
	과체중 23.0-24.9	0.8±0.11	.36	.781		74.6±12.79	1.96	.121	
	비만≥25	0.8±0.11			71.6±14.21				
질병	유	0.8±0.12				70.7±14.06			
	무	0.9±0.04	-7.07	.000		84.1±9.99	-3.62	.000	
사회활동	적다 <sup>a</sup>	0.6±0.14				54.1±14.08			
	보통이다 <sup>b</sup>	0.8±0.10	47.50	.000	a<b<c	70.8±11.62	56.77	.000	a<b<c
	많다 <sup>c</sup>	0.9±0.06				80.2±9.98			
지지원	배우자 <sup>a</sup>	0.8±0.12							
	자녀 <sup>b</sup>	0.8±0.11	2.76	.065		68.5±14.03	3.92	.021	a>b
	가족 외 <sup>c</sup>	0.8±0.10			76.5±12.81				

## D. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계

대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도와의 상관관계를 파악하기 위한 분석 결과는 <표 6>과 같다. 지역사회 노인의 회복력 점수와 사회적 지지 중 구조적 지지 ( $r=.188$ ,  $p=.006$ )와 기능적 지지 ( $r=.436$ ,  $p=.000$ ) 점수 모두 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다. 회복력과 기능적 지지 하위항목 간의 관계를 살펴보면, 애정적지지 ( $r=.473$ ,  $p=.000$ )가 가장 높은 상관관계를 나타냈고, 긍정적 사회상호작용 ( $r=.414$ ,  $p=.000$ ), 정서적/정보적 지지 ( $r=.410$ ,  $p=.000$ ), 물질적지지 ( $r=.341$ ,  $p=.000$ ) 영역에서도 유의한 양의 상관관계를 보였다.

지역사회 노인의 사회적 지지 중 구조적 지지 점수는 건강관련 삶의 질 정도를 나타내는 EQ-5D Index ( $r=.145$ ,  $p=.036$ ), EQ-5D VAS( $r=.238$ ,  $p=.001$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타냈다. 기능적 지지 점수 또한 EQ-5D Index ( $r=.276$ ,  $p=.000$ ), EQ-5D VAS 점수 ( $r=.386$ ,  $p=.000$ )와 유의한 양의 상관관계를 나타냈다. 모든 기능적 지지 하위항목은 EQ-5D Index 와 EQ-5D VAS 점수와 유의한 상관관계를 보였는데, 정서적/정보적 지지 ( $r=.291$ ,  $p=.000$ )가 EQ-5D Index 와 가장 높은 양의 상관관계를 보인 반면, 긍정적 사회상호작용 ( $r=.385$ ,  $p=.000$ )는 EQ-5D VAS 점수와 가장 높은 양의 상관관계를 보였다.

지역사회 노인의 EQ-5D Index ( $r=.311$ ,  $p=.000$ ), EQ-5D VAS 점수 ( $r=.432$ ,  $p=.000$ )는 회복력 점수와 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 6> 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질간의 관계

(N=210)

	회복력	사회적 지지					EQ-5D Index	EQ-5D VAS	
		구조적 지지	기능적 지지 총점	물질적 지지	애정적 지지	긍정적사회 상호작용			정서적/ 정보적 지지
회복력									
사	구조적 지지	.188(.006)							
회	기능적 지지(총점)	.436(.000)	.462(.000)						
적	물질적 지지	.341(.000)	.428(.000)	.893(.000)					
지	애정적 지지	.473(.000)	.413(.000)	.928(.000)	.732(.000)				
지	긍정적 사회상호작용	.414(.000)	.419(.000)	.953(.000)	.759(.000)	.886(.000)			
	정서적/ 정보적 지지	.410(.000)	.465(.000)	.968(.000)	.828(.000)	.867(.000)	.926(.000)		
EQ-5D Index		.311(.000)	.145(.036)	.276(.000)	.260(.000)	.198(.000)	.279(.000)	.291(.000)	
EQ-5D VAS		.432(.000)	.238(.001)	.386(.000)	.354(.000)	.327(.000)	.385(.000)	.376(.000)	.638(.000)

## E. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들의 영향 분석 결과는 <표 8>과 같다. 건강관련 삶의 질을 나타내는 EQ-5D Index 와 EQ-5D VAS 중 문화와 상황에 맞는 고유한 가중치를 적용한 EQ-5D Index 로 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 t-test 와 One way ANOVA 를 실시하였다. 그 중 건강관련 삶의 질과 유의한 차이를 나타낸 일반적 특성 중 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준, 질병 유무, 지각된 사회활동 정도와 회복력 및 사회적 지지 변수를 포함하여 입력방법 회귀분석 (Enter method regression)을 시행하였다. 영향요인 변수 중 연령, 교육수준, 동거유형, 생활수준, 지각된 사회활동은 더미변수로 처리하였다.

본 모형의 총 설명력은 38.8% ( $F=12.635$ ,  $p=.000$ )였다. 공선성 통계량인 분산팽창지수 (VIF, variance inflation factor)를 살펴보면 모든 변수에 대해 VIF 가 10 이하를 나타내어 다중공선성은 존재하지 않았다. 분석결과 성별 ( $\beta=-.212$ ,  $p=.001$ ), 연령 ( $\beta=-.124$ ,  $p=.034$ ), 질병 유무 ( $\beta=.116$ ,  $p=.047$ ), 지각된 사회활동 정도 ( $\beta=.349$ ,  $p=.000$ ), 회복력 ( $\beta=.191$ ,  $p=.003$ ) 변수가 건강관련 삶의 질을 나타내는 EQ-5D Index 에 영향을 주는 요인으로 나타났다. 즉, 여자노인에 비해 남자노인일수록, 75 세 이상 노인에 비해 75 세 미만 노인일수록, 질병이 있는 노인에 비해 질병이 없는 노인일수록, 사회활동 정도가 적다고 인지한 노인에 비해 보통 이상이라고 인지한 노인일수록, 회복력 점수가 높은 노인일수록 건강관련 삶의 질이 높게 나타났다.

지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변수들 간의 상대적 영향력을 평가하면, 지각된 사회활동 ( $\beta=.349$ )이 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 가장 큰 영향력을 보였으며, 다음은 성별 ( $\beta=-.212$ ), 회복력 ( $\beta=.191$ ), 연령 ( $\beta=-.124$ ), 질병 ( $\beta=.116$ )의 순이었다.

<표 7> 대상자의 EQ-5D Index 에 영향을 미치는 요인

특성	범주	$\beta$	t	p
성별	남	-.212	-3.26	.001
	여			
연령(세)	75 미만	-.124	-2.13	.034
	75 이상			
교육수준	고졸 미만	.100	1.58	.116
	고졸 이상			
배우자 유무	배우자 유	.071	.79	.425
	배우자 무			
동거유형	가족	-.070	-.81	.416
	독거			
생활수준	어려움	-.071	-1.13	.259
	보통 이상			
질병	유	.116	1.99	.047
	무			
사회활동	나쁨	.349	5.50	.000
	보통 이상			
회복력		.191	2.99	.003
사회적 지지 (기능적)		.047	.70	.480

R<sup>2</sup>=.388  
 Adjust R<sup>2</sup>=.355  
 F(p)=11.435(.000)

(성별: 남-0, 여-1, 연령: 75 미만-0, 75 이상-1, 교육수준: 고졸 미만-0, 고졸 이상-1, 배우자 유무: 배우자 무-0, 배우자 유-1, 동거형태: 가족-1, 독거-0, 생활수준: 어려움-0, 보통이상-1, 질병: 유-0, 무-1, 사회활동: 나쁨-0, 보통 이상-1)

## V. 논의

본 연구는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도를 파악하고 이들의 관계와 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인을 파악함으로써 노인의 건강관련 삶의 질 수준을 향상시키기 위한 방안을 모색하기 위해 수행되었다.

### A. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도

본 연구는 일 지역사회의 복지관과 경로당을 이용하는 65 세 이상의 노인을 대상으로 시행하였다. 본 연구 대상자의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 정도를 조사한 결과, 회복력 정도는 100 점 만점에 평균 74.9 점으로 보통 수준보다 회복력 정도가 높게 나타났다. 이 연구결과를 직접적으로 비교할 국내의 선행연구가 없었으나 도구 개발자인 Connor and Davidson (2003)의 연구결과와 비교해 보면, 미국 일반인 평균점수인 80.7 점보다는 낮았고 일차의료기관 이용자 (71.8 점), 정신과 외래 환자 (68.0 점), 범 불안장애 환자 (62.4 점), 외상 후 스트레스 증후군 환자 (47.8 점)의 점수보다 높았다. 그러나 본 연구는 지역사회 노인의 성공적인 노화와 회복력의 관련성을 파악하기 위해 동일한 도구로 회복력을 측정한 Montross et al. (2006)의 연구결과 (74.5 점), Lamond et al. (2008)의 연구결과 (75.7 점)와 유사한 경향을 보였다. 본 연구에서 노인의 회복력 정도는 일반적 특성 중 질병 유무, 교육 수준, 지각된 사회활동 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다른 도구를 사용한 유사한 연구를 살펴보면, 회복력에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 연령, 건강상태, 교육수준, 용돈, 여가스포츠활동 참여 등 (박정숙 등, 2014; 이은석, 안찬우, 2010)이 있는 것으로 보고되어 선행 연구결과와 유사한 경향을 보였다.

사회적 지지의 경우, 지역사회 노인의 구조적 지지는 평균 3.3 명(범위 0~10 명)으로 조사되었는데 이는 임은실과 이경자(2003)의 연구에서의 평균 3.18 명, 강경희(2013)의 연구에서의 2.5 명과 유사한 결과이다. 기능적 지지의 경우, 0-100 점의

범위 중 평균평점 63.7 점으로 조사되었다. 기능적 지지의 네 가지 하위항목 점수는 애정적 지지(70.1 점), 긍정적 사회상호작용(63.7 점), 정서적/정보적 지지(60.7 점), 물질적 지지(60.2 점) 순으로 나타났다. 이는 Sherbourne and Stewart(1991)의 연구에서 기능적 지지 평균평점 70.1 점과 네 가지 하위항목 중 애정적 지지가 가장 높은 점수(73.7 점)를 나타낸 것과 비슷한 연구결과이다. 또한 본 연구는 농촌지역 주민을 대상으로 한 이남진(2003)의 연구의 애정적 지지 점수(80.8 점)보다는 낮지만, 네 가지 항목 중 애정적 지지가 가장 높다는 점은 유사하였다. 지역과 대상자에 따라 기능적 지지 점수의 차이는 있으나, 기능적 지지의 네 가지 하위항목 중 애정적 지지를 가장 많이 받는다는 것을 알 수 있다. 본 연구에서 지역사회 노인의 일반적 특성 중 성별, 교육수준, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준, 지각된 사회활동 정도, 지지원 유형에 따라 기능적 지지 정도의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다. 이러한 결과는 여러 선행연구에서 기능적 지지에 영향을 미치는 요인으로 성별, 배우자 유무, 동거유형, 경제적 상태, 우울 등(손신영, 2006; 오지현, 이명선, 2014; 장나라, 2004)이 보고된 결과와 유사한 경향을 보였다.

건강관련 삶의 질은 EQ-5D 와 EQ-5D VAS 로 구성되나 EQ-5D VAS 는 각국의 문화와 상황을 고려하지 않은 지표로 다른 연구와의 점수 비교가 어렵다. 또한 노인의 경우 EQ-5D 는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5 개 영역에 대해 다면적으로 평가하므로 EQ-5D VAS 보다 신뢰도를 높일 수 있다(이혜상, 2014). 따라서 본 연구의 건강관련 삶의 질은 EQ-5D 에 한국인 질 가중치를 적용해 산출한 값인 EQ-5D Index 를 의미한다. 본 연구의 EQ-5D Index 는 -0.371~0.95 점의 범위 중 평균평점 0.8 점으로 평균 이상의 높은 점수를 보였다. 이는 복지관 이용 노인을 대상으로 한 김혜령(2014)의 연구(0.82 점)와 도시와 농촌의 경로당 이용노인을 대상으로 한 양순옥 등 (2014)의 연구(0.83, 0.85)와 유사한 결과로, 본 연구가 복지관과 경로당을 이용할 수 있는 정도의 일상생활 활동이 가능한 노인을 대상으로 하기 때문이라고 사료된다. Luo, Johnson, Shaw, Feeny, and Coons (2005)의 미국 성인을 대상으로 한 건강관련 삶의 질 연구에서도 65 세 이상 노인의 EQ-5D Index 평균 점수 0.81 점으로 나타나 미국과 우리나라 65 세 노인의 건강관련 삶의 질 정도가 유사함을 알 수 있다.

## B. 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계

지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 상관관계를 조사한 결과, 회복력 정도가 높을수록 사회적 지지 정도가 높았고, 건강관련 삶의 질 점수도 높은 것으로 나타나 선행 연구결과를 지지하였다(Brown, 2008; Hildon et al., 2009; 김기태, 박미진, 2005).

지역사회 노인의 회복력과 사회적 지지의 상관관계 분석에서 회복력 정도와 구조적 지지, 기능적 지지 정도는 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다. 특히, 회복력 정도는 기능적 지지의 모든 하위항목과 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다. 이 결과로 회복력은 기능적 지지와 밀접한 양의 상관관계가 있음을 알 수 있었다. 회복력과 기능적 지지의 하위항목과의 관계를 직접적으로 비교할 국내의 선행연구는 없었으나, 회복력과 사회적 지지의 상관관계를 밝힌 다른 선행연구와 유사한 결과를 나타냈다(김지인, 변영순, 2013; 하부영, 정은정, 최소영, 2014).

회복력과 건강관련 삶의 질의 상관관계를 분석 한 결과, 회복력이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다. 지역사회 노인의 회복력과 삶의 질간의 유의한 양의 상관관계를 밝힌 기존의 선행연구(Montross et al., 2006; Netuveli & Blane, 2008)의 결과가 본 연구결과를 지지하였다.

사회적 지지는 구조적 지지와 기능적 지지로 나뉘지만 사회적 지지요소들이 삶의 질에 미치는 상대적 영향을 연구한 선행연구에서 크기나 빈도 등의 구조적 지지보다는 친밀성과 지지의 적절성인 기능적 지지가 더욱 강력한 예측변수인 것으로 나타났다(임현숙, 2008). 따라서 본 연구에서 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계 파악 시 기능적 지지가 사회적 지지를 의미한다. 사회적 지지와 건강관련 삶의 질은 유의한 양의 상관관계를 보였으며, 이는 국내외 여러 선행연구결과를 통해 지지되었다. 백선숙, 김경숙과 최정현(2010)의 국민기초생활수급 여성독거노인의 삶의 질 연구에서 사회적 지지는 여성독거노인의 삶의 질과 유의한 양의 상관관계를 나타냈고, 김종임(2013)의 농촌지역 맞춤형 방문건강관리 대상 취약계층 노인들의

건강관련 삶의 질 연구에서 사회적 지지와 삶의 질은 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 농촌 노인을 대상으로 한 손신영(2006)의 연구에서 사회적 지지와 삶의 질은 정적인 상관관계를 보였고, 저소득 재가노인의 삶의 질을 연구에서도 사회적 지지는 삶의 질과 정적 상관관계를 보였다(임은실, 이경자, 2003). 미국 노인의 신체적 기능, 사회적 지지, 우울, 삶의 질을 연구한 Newsom and Schulz (1996)의 연구와 노인의 삶의 질 예측요인에 관한 Low and Molzahn (2007)의 연구에서도 삶의 질은 사회적 지지와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 스페인 노인의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계를 연구한 Fernández-Ballesteros (2002)의 연구, 멕시코 노인의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계를 연구한 Gallegos-Carrillo, García-Peña, Durán-Muñoz, Flores, and Salmerón (2009)의 연구와 이란 노인의 삶의 질 결정요인을 연구한 Tajvar, Arab, and Montazeri (2008)의 연구에서도 삶의 질은 사회적 지지와 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다.

### C. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 밝히기 위하여 t-test, ANOVA, correlation 분석을 통해 통계적으로 유의한 결과를 가진 변수를 중심으로 다중선형회귀분석을 시행하였다. 분석결과 일반적 특성 중 성별, 연령, 질병 유무, 지각된 사회활동 정도와 회복력이 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 분석되었고, 본 모델의 건강관련 삶의 질에 대한 총 설명력은 38%이다.

구체적 결과를 보면, 일반적 특성을 분석한 결과 성별에서 건강관련 삶의 질에 차이를 보였다. 즉, 남자노인이 여자노인에 비해 건강관련 삶의 질이 높게 나타났다. 이는 김중임(2013), 김수옥과 박영주(2000)의 연구와 동일한 결과이다. 여성은 자신의 건강상태를 남성에 비해 더 나쁘게 평가하며(Lima et al., 2009), 가족을 돌보는 역할로 인해 질병의 증상에 더욱 관심을 기울이는 경향이 있기 때문인 것으로 사료된다. 연령은 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질의 영향요인으로 분석되었는데, 연령이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 높아지는 것을 알 수 있었다. 이는 양순옥 등

(2014), 김희경 등 (2013)의 연구결과와 동일한 결과이며, 이 결과는 연령이 증가할수록 노화에 따른 신체적 기능감소, 허약성악화가 일어나 노인의 건강관련 삶의 질을 낮추기 때문인 것으로 사료된다. 질병 유무는 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질의 영향요인으로 분석되었는데, 질병이 있는 노인이 질병이 없는 노인에 비해 건강관련 삶의 질이 낮았다. 이는 강이주(2008), 오승환(2007)의 연구결과와 유사하다. 이와 같이 건강관련 삶의 질은 질병에 영향을 받기 때문에 보건의료 분야에서 의미 있게 다뤄진다. 본 연구에서 지각된 사회활동 정도는 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변수들 중 가장 큰 영향력( $\beta=.349, p<.01$ )를 보였다. 이는 노인의 사회활동이 삶의 질에 미치는 영향을 연구한 김은경과 하규수(2013), 주경희(2011)의 연구결과와 유사한 결과로 노인의 사회활동 참여 정도가 높을수록 노인의 만족감, 삶의 질이 높다는 사회활동이론으로 설명될 수 있다(김은재, 2011). 다른 연구들에서 노인의 교육수준(양순옥 등, 2014), 생활수준(Low & Molzahn, 2007), 결혼상태(신경림 등, 2008) 등이 건강관련 삶의 질을 유의하게 설명하는 영향요인이라고 나타난 것과는 다르게 본 연구에서 노인의 교육수준, 배우자 유무, 동거유형, 생활수준은 대상자의 건강관련 삶의 질을 유의하게 예측하는 변수가 아니었다. 이를 통해 연구의 특성과 대상자의 특성에 따라 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 다른 것을 알 수 있었다. 건강관련 삶의 질과 일반적 특성간의 이견을 좁힐 수 있는 반복적인 연구가 필요하다고 할 수 있다.

본 연구에서 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질 회귀분석 시 사회적 지지가 건강관련 삶의 질을 유의하게 예측하는 요인으로 나타나지 않았다는 점을 생각해 볼 필요가 있다. 사회적 지지와 건강관련 삶의 질은 상관분석 시 상관관계 유의확률은 작았지만( $p<.05$ ), 구조적 지지( $r=0.145$ ), 기능적 지지( $r=.276$ )의 상관계수가 낮아, 상관관계는 있으나 약한 양의 선형관계로 나타났다. 사회적 지지와 건강관련 삶의 질의 약한 양의 선형관계가 회귀분석 시 다른 영향력 큰 변수들과의 관계 속에서 영향력이 나타나지 않은 것으로 사료된다. 그러나 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 주는 중요한 요인으로 나타난 기존 연구들에 비해(김미령, 2005; 김종임, 2013; 손신영, 2006) 본 연구에서 사회적 지지와 건강관련 삶의 질이 약한 양의 선형관계를 나타낸 이유로 대상자의 일반적 특성을 생각해 볼 수 있다. 사회적 지지가 삶의 질에 중요한

영향요인으로 나타난 연구의 대상자는 여성독거노인(백선숙 등, 2010), 저소득 재가노인(임은실, 이경자, 2003), 퇴행성 관절염 노인(오지현, 이명선, 2014) 등의 취약계층 노인으로, 일반 노인에 비해 사회적 지지가 상대적으로 더 필요한 노인이다. 본 연구와 비슷한 대상자인 재가노인, 복지관 이용노인, 경로당 이용노인을 대상으로 한 삶의 질 연구(김은하, 이지원, 2009; 김혜령, 2014; 양순옥 등, 2014)에서는 사회적 지지가 아닌 주관적 건강상태, 일상생활 수행능력, 수면의 질, 증상경험, 우울 등이 건강관련 삶의 질의 영향요인으로 나타났다는 점이 이를 뒷받침 한다. 이러한 선행 연구결과를 통해 일반노인의 경우 사회적 지지와 같은 외적 요인 보다는 건강, 건강 증상, 일상생활수행능력, 지각된 사회활동 정도와 같은 대상자의 내적 요인에 의해 건강관련 삶의 질이 영향을 받는 것으로 보인다.

회복력은 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로, 회복력 정도( $\beta=.191, p<.01$ )가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이 결과는 Netuveli and Blane (2008)의 연구결과를 지지하였다. 회복력 역시 연구 대상자의 내적 요소로써, 지역사회 노인의 건강 관련 삶의 질이 내적 요인에 의해 영향을 받는 것을 나타내었다. 특히 본 연구는 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 지각된 사회활동 정도와 회복력이 미치는 영향력을 분석하고, 두 변인과의 관계를 파악함으로써 다른 연구와 차별성을 가진다고 하겠다. 두 변인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향력과 두 변인간의 양의 상관관계를 통해, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질을 높이기 위한 회복력을 높이는 간호중재 개발의 필요성과 사회활동을 늘리기 위한 간호중재 개발의 필요성을 인식하게 되었다. 노년기 사회활동 참여를 독려함으로써 회복력과 건강상태를 증진시키게 되며 이는 성공적 노화를 위한 효과적인 방안으로 고려될 수 있다. 그 과정 속에서 노인의 사회활동의 세부적인 활동 영역, 즉 경제참여활동, 사회지원참여활동, 종교참여활동, 자기개발참여활동, 사교·친교참여활동의 사회활동 참여영역에서 노인 자신이 참여할 활동에 대한 계획과 실천 및 참여를 유도하고, 노인에게 충분한 정보와 다양한 선택권을 제공해야 할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점을 갖는다. 첫째, 면접조사 시에 건강행위, 인지능력, 외로움, 우울에 대한 조사가 함께 이루어 지지 않아서 이러한 변수들이

결과에 미치는 영향을 파악할 수 없다. 둘째, 본 연구는 중소도시 C 시의 복지관과 경로당을 이용하는 지역사회 노인을 대상으로 하였기에, 연구결과를 대도시, 비도시지역과 우리나라 노인 전체로 해석하기는 힘들다.

그러나 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구를 통해 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 지역사회 노인의 회복력을 신장시키고 사회활동을 늘릴 수 있는 근거를 마련했다는 점에서 의의가 있다. 간호연구 측면에서 본 연구는 65 세 이상 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질의 관련요인을 파악하기 위해 개인적, 내적 요소와 사회·환경적, 외적 요소를 변수로 관련성을 조사하였기에, 노인의 건강관련 삶의 질을 이해하기 위한 후속 간호연구에 활용될 수 있을 것으로 보인다. 간호실무 측면에서 노인의 건강관련 삶의 질 증진을 위한 효과적인 간호중재의 중요성이 대두되고 있는 현재, 본 연구를 통해 건강관련 삶의 질을 높이기 위한 효과적인 프로그램을 개발하는 데에 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대된다. 특히, 노인의 회복력 신장 간호중재 전략 수립과 노인의 사회활동 강화를 통해 건강관련 삶의 질 증진을 초래할 수 있는 간호중재전략을 수립하여 대상자의 건강관련 삶의 질을 효과적으로 증진시킬 수 있을 것이라고 기대한다. 또한 본 연구는 우리나라 문화와 상황에 맞게 개발된 한국인 가중치 모형을 이용하여 건강관련 삶의 질 수준을 측정하고, 관련 요인을 비교·분석하였다는 데 의의가 있다.

## VI. 결론 및 제언

### A. 결론

본 연구는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 정도를 측정하여 그 특성을 파악하고, 그들의 관계를 파악함으로써, 건강관련 삶의 질 향상 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다. 본 연구는 지방 중소도시 C 시에 위치한 복지관과 경로당을 이용하는 65 세 이상의 지역사회 노인 220 명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용한 면접조사로 시행되었다. 본 연구에 사용된 도구는 Conner-Davidson Resilience Scale(CD-RISC), The Medical Outcomes Study Social Support Survey(MOS-SSS), EuroQol-5dimension-3level(EQ-5D-3L)이며, 수집된 자료는 기술통계, 평균검정, 분산분석, 상관분석, 다중선형 회귀분석을 이용하여 분석하였으며, 연구의 주요결과는 다음과 같다.

1. 응답자의 평균 연령은 72.8 세였으며, 59.5%가 여성이었고, 35.7%가 고등학교 졸업 이상의 교육수준을 나타냈다. 응답자 중 73.8%가 결혼상태였으며, 66.2%는 배우자와 단둘이 살고 있었다. 생활수준이 보통 혹은 넉넉한 편이라고 응답한 노인이 87.6%였으며, 85.2%의 노인은 지각된 사회활동 정도가 보통 혹은 많은 편이라고 응답했다. 한편 질병 유무에 관련해서는 92.9%의 노인이 하나 이상의 질병이 있다고 응답하였다.
2. 지역사회 노인의 회복력의 평균은 100 점 만점 74.6 점이었다. MOS-SSS 의 구조적 지지 평균은 3.3 명이었고, 기능적 지지 평균은 100 점 만점 63.7 점 이었다. 기능적 지지의 4 가지 항목 중 애정적 지지 점수가 가장 높았으며, 물질적 지지 점수가 가장 낮았다. EQ-5D-3L 중 EQ-5D Index 점수는 0.95 점 만점 0.8 점 이었고, EQ-5D VAS 평균은 100 점 만점 71.6 점 이었다.
3. EQ-5D Index 는 연령 ( $t=9.12, p=.000$ ), 교육수준 ( $F=16.03, p=.000$ ), 배우자 유무 ( $t=3.20, p=.002$ ), 동거유형 ( $F=6.54, p=.002$ ), 생활수준 ( $F=3.54, p=.031$ ),

질병유무 ( $t=-7.07$ ,  $p=.000$ ), 지각된 사회활동 ( $F=47.50$ ,  $p=.000$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

4. EQ-5D Index 는 회복력 ( $r=.311$ ,  $p=.000$ ), 구조적 지지 ( $r=.145$ ,  $p=.038$ ), 기능적 지지 ( $r=.276$ ,  $p=.000$ )와 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다.
5. 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 성별 ( $\beta=-.212$ ,  $p=.001$ ), 연령 ( $\beta=-.124$ ,  $p=.034$ ), 질병 유무 ( $\beta=.116$ ,  $p=.047$ ), 지각된 사회활동 ( $\beta=.349$ ,  $p=.000$ ), 회복력 ( $\beta=.191$ ,  $p=.003$ )으로 나타났고, 본 모델의 총 설명력은 38.8%였다. 그러나 사회적 지지는 건강관련 삶의 질에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

이상의 결과로 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 회복력, 일반적 특성 중 성별, 연령, 질병유무와 지각된 사회활동 정도로 나타났다. 본 연구에서 사회적 지지는 유의하게 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치지 않았다. 이 결과는 사회적 지지보다 사회활동이 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 중요한 역할을 한다는 것을 나타낸다. 따라서, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질을 높이기 위해, 지역사회 노인의 사회활동과 회복력 향상을 위한 간호중재 프로그램 개발이 필요하다.

## B. 제언

본 연구의 결과를 토대로 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질에 관한 추후 연구를 위해 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 본 연구는 일 지방중소도시 복지관과 경로당을 이용하는 지역사회 노인을 대상으로 시행한 연구이므로 다양한 대상자의 특성을 포함할 수 있는 반복연구를 제언한다.

2. 본 연구는 지역사회 노인의 건강행위, 인지기능, 외로움, 우울과 건강관련 삶의 질과의 관계를 포함하지 못하였으므로 이를 변수로 포함할 수 있는 연구의 진행을 제언한다.
3. 본 연구의 지각된 사회활동 정도뿐 아니라, 사회활동의 세부적인 활동 영역과 수준에 따른 건강관련 삶의 질과의 관련에 대한 추후 연구를 제언한다.
4. 지역사회 노인의 회복력을 높이는 간호중재 개발과 사회활동을 증진시키는 중재전략을 개발하여 그 효과를 검증해보는 연구를 제언한다.

## 참 고 문 헌

- 강경희. (2013). *도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도*. (석사학위논문), 서울대학교 대학원, 서울.
- 강이주. (2008). 노인의 삶의 질 관련요인 분석. *한국가정관리학회지*, 26(5), 129-142.
- 김기태, 박미진. (2005). 여성 노인의 부정적인 생활 스트레스와 탄력성과의 관계: 사회적 지지의 중재효과와 매개효과. *노인복지연구*, 29, 71-90.
- 김미령. (2005). 사회적 지지의 개념과 효과에 관한 이론 및 방법론적 고찰. *임상사회사업연구*, 2(1), 99-121.
- 김수옥, 박영주. (2000). 지역사회노인의 건강행위와 삶의 질에 관한 연구. *노인간호학회지*, 2(1), 59-71.
- 김수정. (2014). *교모세포종 환자의 치료과정에 따른 인지기능과 삶의 질*. (석사학위논문), 연세대학교 간호대학원, 서울.
- 김은경, 하규수. (2013). 노인의 사회활동 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. *한국디지털정책학회*, 1(12), 811-820.
- 김은재. (2011). *일개 지역사회 노인의 여가생활과 삶의 질과의 관계*. (석사학위논문), 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울.
- 김은하, 이지원. (2009). 연구논문: 복지관 이용 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인: 일상생활 수행능력, 수면의 질 및 우울을 중심으로. *한국노년학*, 29(2), 425-440.
- 김종임. (2013). 일부 농촌지역 맞춤형 방문건강관리 대상 취약계층 노인들의 건강 관련 삶의 질 (EQ-5D) 수준 및 관련요인. *지역사회간호학회지*, 24(1), 99-109.
- 김지인, 변영순. (2013). 대장암 환자의 회복탄력성에 영향을 미치는 요인. *중앙간호학회지*, 13(4), 256-264.
- 김혜령. (2014). 복지관이용 노인의 건강 관련 삶의 질 예측요인. *노인간호학회지*, 18(2), 95-106.
- 김희경, 장혜경, 이미라, 손연정, 한수정, 양남영, 김윤미. (2013). 노인의 영양위험과 사회망이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향. *기본간호학회지*, 20(2), 98-107.

- 남해성, 손명호, 권순석, 김순영, 박형철, 이청우, 최진수. (2000). 광주광역시 노인들의 만성질환과 건강관련 삶의 질. *4*(3), 172-190.
- 림금란, 김희경, 안정선. (2011). 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계: 사회적 지지, 사회적 활동의 조절효과 및 매개효과. *한국노년학*, *31*(1), 33-47.
- 박정숙, 박용경, 정성화, 이채식, 김홍. (2014). 회복탄력성과 우울이 노인의 자살생각에 미치는 영향. *한국노년학*, *34*(2), 247-258.
- 박정희, 박정미. (2010). 아동의 자아탄력성과 사회적 지지가 시험불안 및 학교적응에 미치는 영향. *아동학회지*, *31*(6), 125-134.
- 백선숙, 김경숙, 최정현. (2010). 국민기초생활수급 여성독거노인의 삶의 질 연구. *노인간호학회지*, *12*(3), 248-255.
- 성미혜, 임영미, 주경숙. (2011). 여성 독거노인의 사회적 지지와 외로움. *한국보건간호학회지*, *25*(1), 95-106.
- 손신영. (2006). 농촌 노인의 자아존중감, 사회적 지지와 삶의 질과의 관계. *지역사회간호학회지*, *17*(2), 176-185.
- 신경림, 변영순, 강윤희, 옥지원. (2008). 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *38*(3), 437-444.
- 양순옥, 조해련, 이승희. (2014). 도시와 농촌 경로당 이용 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인 비교 연구. *디지털융복합연구*, *12*(1), 501-510.
- 오가실, 서미혜, 이선옥, 김정아, 오경옥, 정추자, 김희순. (1994). Social Support 의 한국적 의미. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *24*(2), 264-277.
- 오승환. (2007). 노인의 사회활동 및 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향. *한국지역사회복지학*, *23*, 209-231.
- 오지현, 이명선. (2014). 퇴행성 관절염 노인의 삶의 질 구조모형. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *44*(1), 75-85.
- 윤명숙. (2007). 도시, 농촌 노인의 심리사회적 특성과 문제음주 및 삶의 질 관계연구. *노인복지연구*, *38*, 281-310.

- 이나빈. (2012). *정신과 외래 성인 우울 및 불안 환자의 인지적 정서조절전략과 심리증상 간 관계에서 리질리언스의 매개효과*. (석사학위논문), 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 이남진. (2003). *일부 농촌지역 주민들의 스트레스, 사회적 지지, 건강행위와의 관련성*. (석사학위논문), 서울대학교 보건대학원, 서울.
- 이은석, 안찬우. (2010). 노인의 여가스포츠활동 참가가 성공적 노화에 미치는 영향: 회복탄력성의 매개효과를 중심으로. *한국체육학회지-인문사회과학*, 49(4), 325-337.
- 이은현. (2007). 건강관련 삶의 질 측정도구. *간호정책연구소 간호학탐구*, 16(2), 24-38.
- 임민경. (2002). *일부 도시 저소득층의 사회적 지지와 건강의 관계*. (석사학위논문), 서울대학교 보건대학원, 서울.
- 임은실, 이경자. (2003). 저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. *노인간호학회지*, 5(1), 38-49.
- 임현숙. (2008). *재가노인의 사회적 지지와 삶의 만족도의 관계*. (석사학위논문), 경희대학교 행정대학원, 서울.
- 이혜상. (2014). 우리나라 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인-일반 특성, 생활습관, 정신건강, 만성질환, 영양섭취상태를 중심으로: 제 5 기 국민건강영양조사자료, 2010~ 2012. *대한지역사회영양학회지*, 19(5), 479-489.
- 장나라. (2004). *일 농촌 노인의 사회적 지지와 우울과 일상생활능력이 삶의 질 수준에 미치는 영향*. (석사학위논문), 서울대학교 보건대학원, 서울.
- 전은영, 최연희. (2010). 취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향요인. *대한간호학회지*, 40(3), 400-410.
- 정지영, 임정하. (2011). 청소년의 기질, 가족건강성, 사회적 지지가 자아탄력성에 미치는 영향. *한국가정교육학회지*, 23(1), 37-51.
- 조민우, 이상일. (2007). General population time trade-off values for 42 EQ-5D health states in South Korea. *J Prev Med Public Health*, 40(2), 169-176.
- 주경희. (2011). 노인의 사회참여 활동영역과 수준에 따른 삶의 질 비교연구. *한국지역사회복지학*, 39, 231-264.

- 통계청. (2012). *2012 고령자 통계*. 통계청
- 통계청. (2013). *2013 고령자 통계*. 통계청.
- 하부영, 정은정, 최소영. (2014). 유방암 환자의 회복탄력성과 외상후 스트레스가 삶의 질에 미치는 영향. *여성건강간호학회지*, 20(1), 83-91.
- 황미구, 김은주. (2008). 노인 일자리 사업이 노인의 인지기능, 우울감, 자아존중감에 미치는 효과 및 노인의 개인적인 특성이 삶, 직무, 사회참여만족도에 미치는 영향. *진로교육연구*, 21(3), 137-156.
- Azari, N. P., & Seitz, R. J. (2000). Brain plasticity and recovery from stroke. *American Scientist*, 88(5), 426-431.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social science & medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & mental health*, 6(4), 355-371.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of epidemiology*, 117(5), 521-537.
- Brown, D. L. (2008). African American resiliency: Examining racial socialization and social support as protective factors. *Journal of Black Psychology*, 34(1), 32-48.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.

- Chang, S. O., & Patricia, M. B. (2000). Meaning in life among the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing, 30*(2), 259-271.
- Cobb, S. (1975). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine, 38*(5), 300-314.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring the Functional Components of Social Support. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (Vol. 24, pp. 73-94): Springer Netherlands.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical psychiatry, 67*(2), 46-49.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *J Trauma Stress, 16*(5), 487-494.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2) 76-82.
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development and psychopathology, 19*(3), 811-840.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 479-495.
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*(4), S208-S212.

- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues, 58*(4), 645-659.
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Durán-Muñoz, C. A., Flores, Y. N., & Salmerón, J. (2009). Relationship between social support and the physical and mental wellbeing of older Mexican adults with diabetes. *Rev Invest Clin, 61*(5), 383-391.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(2), 257-262.
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2009). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist, 50*(1), 36-47.
- House, J. S. (1987). *Social support and social structure*. Paper presented at the Sociological Forum.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Social Support and health. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Measures and concepts of social support* (pp. 83-108). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Kempen, G., Ormel, J., Brilman, E. I., & Relyveld, J. (1997). Adaptive responses among Dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *American journal of public health, 87*(1), 38-44.
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The gerontologist, 44*(5), 615-623.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research, 43*(2), 148-154.

- Lima, M. G., Barros, M. B. d. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de saude publica*, *25*(10), 2159-2167.
- Lopez-Garcia, E., Banegas, J. B., Gutierrez-Fisac, J., Pérez-Regadera, A. G., Díez-Gañan, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2003). Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *International journal of obesity*, *27*(6), 701-709.
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in nursing & health*, *30*(2), 141-150.
- Luo, N., Johnson, J. A., Shaw, J. W., Feeny, D., & Coons, S. J. (2005). Self-reported health status of the general adult US population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Medical care*, *43*(11), 1078-1086.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, *56*(3), 227.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry*, *23*(3), 238-243.
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., & Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(1), 43-51.

- Morrissey, S. (1998). Resources and characteristics of elderly women who live alone. *Health care for women international, 19*(5), 411-421.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin, 85*(1), 113-126.
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and aging, 11*(1), 34.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical application and research. *Advanced in Nursing Science, 3*(4), 43-59.
- Norbeck, J. S. (1988). Social support. *Annual review of nursing research, 6*, 85-110.
- Ong, A. D., Bergeman, C., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of personality, 77*(6), 1777-1804.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(4), 730-749.
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. H. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International journal of public health, 57*(2), 341-349.
- Santiago, M. C., & Coyle, C. P. (2004). Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. *Disability & Rehabilitation, 26*(8), 485-494.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: the Native Elder Care Study. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res, 20*(2), 27-41.
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health psychology, 20*(4), 243.

- Shen, K., & Zeng, Y. (2011). The association between resilience and survival among Chinese elderly *Resilience in Aging* (pp. 217-229): Springer.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, *32*(6), 705-714.
- Smokowski, P. R. (1998). Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review*, *72*(3), 337-364.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Carter, T., Osborn, C., & Bush, S. (2005). An evaluation of the FRIENDS programme: a cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. *Archives of Disease in Childhood*, *90*(10), 1016-1019.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*, *8*(1), 323.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 53-79.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & mental health*, *16*(3), 317-326.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Berret, F. L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of personality*, *72*(6), 105-112.
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect*, *37*(2-3), 110-115.
- Van Breda, A. D. (2001). Resilience theory: A literature review. *Pretoria, South Africa: South African Military Health Service*.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*(1), 29-46.

- Wells, M. (2009). Resilience in Rural Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Rural health, 25*(4), 415-419.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research, 2*(2), 153-159.
- Yan, L. L., Daviglus, M. L., Liu, K., Pirzada, A., Garside, D. B., Schiffer, L., . . . Greenland, P. (2004). BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Years and Older. *Obesity Research, 12*(1), 69-76.
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can Successful Aging and chronic illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging *Journal of the American Medical Directors Association, 10*(2), 87-92.
- Zack, M. M., Moriarty, D. G., Stroup, D. F., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2004). Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health-United States, 1993-2001. *Public health reports, 119*(5), 493.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). *A New Definition of Health for People and Communities*. NY: The Guilford Press.
- Zhao, G., Li, X., Fang, X., Zhao, J., Hong, Y., Lin, X., & Stanton, B. (2011). Functions and sources of perceived social support among children affected by HIV/AIDS in China. *AIDS care, 23*(6), 671-679.



**Jonathan Davidson, M.D.** <jonathan.davidson@duke.edu>

3월 25일 ☆

나에게 ▾

Good morning JiYeong:

Thank you for returning the agreement and for sending payment. I am pleased to enclose a copy of the scale and manual for your study.

Best wishes,

Sincerely,

Jonathan Davidson

## 2) MOS-SSS

☆ RE: Asking for permission (use of MOS)\_Graduate student from SouthKorea

추가기능 ▾

| 관련편지검색

보낸사람 : Sherbourne, Cathy 14.03.25 03:00 | 주소추가 | 수신차단

Ahn, JiYeong

Please feel free to use the MOS Social Support Survey in your research for your thesis. No formal permission is required for its use. We just request that you cite it appropriately in any published work.

Good luck on your thesis.

Cathy Sherbourne, PhD  
Senior Health Policy Analyst  
The RAND Corporation

## 3) EQ-5D-3L

**Mandy Oemar** oemar@euroqol.org 도메인: iyi5yqux4va7xsbh.u4q24f.d-qfg7man

3월 24일 ☆

나에게 ▾

Dear Ms/Mr. JiYeong Ahn,

Thank you for registering your research at the EuroQol Group Foundation's website.

As the study you registered involves low patient numbers (150) you may use the EQ-5D-3L instrument (Paper version) free of charge. Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:

- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Number of respondents over 5000
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Korean (Korea) EQ-5D-3L version (word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org))

Kind regards,

Mandy Oemar  
Communications Officer  
T: +31 88 4400190  
E: [oemar@euroqol.org](mailto:oemar@euroqol.org)  
W: [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)

## 부록 2. EQ-5D Index

EQ-5D index (남해성, 김건엽, 권순석, 고광욱, Poul Kind. 질병관리본부 삶의 질 조사도구(EQ-5D)의 질 가중치 추정연구 보고서. 2007)

$$\text{EQ-5D Index} = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3 + 0.050 \times N3).$$

(운동능력: Mobility; M, 자기관리: Self-care; SC, 일상활동: usual activities; UA, 통증/불편감: pain/discomfort; PD, 불안/우울: anxiety/depression; AD)

변수들의 정의는 아래와 같다.

- M2 는 운동능력 수준이 2 인 경우는 1, 그렇지 않으면 0
- M3 는 운동능력 수준 3 인 경우는 1, 그렇지 않으면 0
- N3 는 '많이 문제있음(3)'으로 체크된 항목의 총 수이다.

부록 3. 연구윤리심의위원회(IRB) 승인서

**연구윤리 심사 의뢰서**

접수번호	2014-05-17		접수일자	2014. 05. 07		
연구과제명	지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계					
연구책임자	소 속	연세대학교 간호대학	직 위	교수	성 명	이 태 화
신청자	성 명	안 지 영	핸드폰	010-2081-8054		
			E-mail	adsasd@hanmail.net		
연구기간	연구윤리 승인 후 ~ 2014년 09월 일					
연구의 종류	① 환자대상 설문조사    ② <b>일반인대상 설문조사</b> ③ 정상세포배양 ④ 보관된 검체연구    ⑤ 의무기록을 이용한 연구    ⑥ 조직 및 혈액연구 ⑦ 관찰연구    ⑧ 일반인 또는 환자를 대상으로 의학적 시술이 필요한 경우 ⑨ 기타 ( )					

위 연구책임자께서 제출하신 연구과제에 대하여 연구윤리심의위원회에서 검토하여 다음과 같이 결정하였음을 통지합니다.

- 다 음 -

심사일	2014. 5. 29	승인번호	YWNR-14-2-040	통보일자	2014. 5. 29
심사결과	<input type="checkbox"/> 원안승인 <input checked="" type="checkbox"/> 수정 자료 승인 <input type="checkbox"/> 반려				
비 고					

**연세대학교 원주의과대학 연구윤리심의위원장**



## 부록 4. 연구 설명문

### 설 명 문

안녕하세요? 저는 연세대학교 대학원 간호학과 석사과정 중에 있는 안지영입니다. 바쁘신 와중에 본 설문조사에 귀중한 시간을 내 주신 것에 대해 진심으로 감사드립니다.

본 설문지는 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계를 조사하기 위해 작성된 것이며, 지역사회 노인의 건강관련 삶의 질 향상을 위한 중재방안 연구에 유용한 자료로 활용될 것입니다.

어르신께서 응답하신 내용은 순수하게 연구목적으로만 사용할 것이며, 철저히 비밀을 보장할 것을 약속드립니다. 설문지 면담 소요 시간은 약 15~20 분 정도이며, 각각의 질문에는 옳고 그른 정답이 없기 때문에 어르신이 생각하고 느끼시는 그대로 대답해 주시면 됩니다. 연구에 동의한 경우라도 응답 도중 피곤하거나 답하기 곤란한 경우 언제든지 중지 및 철회 할 수 있으며, 이에 대한 어떤 불이익도 발생하지 않습니다.

본 설문지에 담길 어르신들의 답변은 모두 귀중한 연구 자료가 될 것이며, 연구 이외의 어떤 목적으로도 이용되지 않을 것입니다. 신상에 대한 내용은 코드화하여 모두 익명으로 처리할 것이며, 논문으로 작성시 개인을 식별할 수 있는 어떤 정보도 담기지 않을 것입니다.

수고스러우시더라도 한 문장도 빠짐없이 솔직하게 평소 생각대로 대답해 주시기 부탁드립니다. 귀한 시간 내어 협조해 주셔서 진심으로 감사 드리며, 연구와 관련하여 문의사항이 있으신 경우 본 연구자에게 언제든지 연락 주시기 바랍니다. 어르신의 건강과 행복을 기원합니다.

2014 년 5 월  
연세대학교 대학원 간호학과  
지도교수 : 이 태 화  
연구 자 : 안 지 영  
연락처 : 010-20\*\*-\*\*\*\*  
[ad\\*\\*\\*\\*\\*@hanamil.net](mailto:ad*****@hanamil.net)

## 부록 5. 연구 참여 동의서

### 연구 참여 동의서

**연구 제목 : 지역사회 노인의 회복력, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계**

**연구 책임자 : 이 태 화**

“본인은 이 연구에 대해 연구의 목적, 방법, 기대효과, 가능한 위험성, 보상 등에 대하여 충분한 설명을 듣고 이해하였으며, 모든 궁금한 사항에 대하여 충분한 설명을 듣고 이해하였으며 충분한 답변을 들었습니다. 충분한 시간을 갖고 생각한 이후에 본인은 상기 연구에 참여하기를 자유로운 의사에 따라 동의합니다. 본 연구에 동의한 경우라도 언제든지 철회할 수 있음과 원한다면 추후에 연구결과에 대한 요약 내용을 받아 볼 수 있음을 알고 있습니다.”

2014 년    월    일

참가자 성명 : \_\_\_\_\_ (서명)

## 부록 6. 설문지

### 1) 회복력 측정도구 (Korean version of Connor-Davidson Resilience Scale)

지난 한 달간 자신의 경우에 비추어 보아 아래의 질문들에 어느 정도 해당하는지 표시해 주십시오. 만약, 최근에 특별한 일이 없었다면 평소 느껴왔던 자신의 생각에 따라 답해 주십시오.

번호	항 목	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	때때로 그렇다	흔히 그렇다	거의 언제나 그렇다
1	변화가 일어날 때 적응할 수 있다.					
2	스트레스를 받았을 때 날 도와줄 가깝고도 든든한 사람이 적어도 하나 있다.					
3	내가 가지고 있는 문제에 분명한 해결책이 없을 때에는, 가끔 신이나 운명이 도와줄 수 있다.					
4	나는 무슨 일이 일어나도 처리할 수 있다.					
5	과거의 성공들은 내가 새로운 도전과 역경을 다루는 데 자신감을 준다.					
6	어려운 일이 생겼을 때, 나는 그 일의 재미있는 면을 찾아보려고 노력한다.					
7	스트레스 극복을 통해서 내가 더 강해질 수 있다.					
8	나는 병이나, 부상, 또는 다른 역경을 겪은 후에도 곧 회복하는 편이다.					
9	좋은 일이건, 나쁜 일이건 대부분의 일들은 그럴 만한 이유가 있어 일어나는 것이라 믿는다.					
10	나는 결과에 상관없이 최선의 노력을 기울인다.					
11	비록 장애물이 있더라도 나는 내 목표를 성취 할 수 있다고 믿는다.					
12	희망이 없어 보이는 경우에도, 나는 포기하지 않는다.					
13	스트레스/위기 상황에서, 누구에게 도움을 청해야 할 지 안다.					

번호	항 목	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	때때로 그렇다	흔히 그렇다	거의 언제나 그렇다
14	스트레스를 받을 때에도, 나는 집중력과 사고력을 잘 유지한다.					
15	타인이 모든 결정을 하게 하기보다는 내가 문제 해결을 주도하는 것을 더 좋아한다.					
16	나는 실패 때문에 쉽게 용기를 잃지 않는다.					
17	나는 삶의 도전이나 역경에 잘 대처하는 강한 사람이라고 생각한다.					
18	나는 남들이 탐탁지 않게 생각하는 어려운 결정도 필요하다면 할 수 있다.					
19	슬픔, 공포, 그리고 분노와 같은 불쾌하거나 고통스러운 감정들을 잘 처리할 수 있다.					
20	인생의 문제를 처리 할 때, 간혹 이유 없이 직감에 따라 행동해야만 할 때가 있다.					
21	삶에 대한 강한 목표의식이 있다.					
22	나는 내 인생을 스스로 잘 조절하고 있다.					
23	나는 도전을 좋아한다.					
24	어떤 장애를 만나게 되더라도 내 목표를 달성하기 위해 나아간다.					
25	나는 내가 이룬 성취에 자부심을 느낀다.					

2) 사회적 지지 측정도구(MOS-SSS)

사람들은 때때로 다른 사람으로부터 다양한 형태의 도움이나 지지를 구하게 됩니다. 귀하께서 도움이 필요로 할 때, 가족이나 가깝게 지내는 친구, 이웃 등이 얼마나 되는 지에 대한 질문과 여러 가지 유형의 지지를 얼마나 자주 이용할 수 있는지에 대한 질문입니다.

주관식 항목	
1. 어르신은 친한 친구, 가족과 친척(함께 있으면 편안하게 느껴지고 마음을 터놓고 이야기 할 수 있는 사람)이 몇 명이나 있습니까?	( ) 명

객관식 항목	전혀 없다	거의 없다	약간 있다	대부분 있다	항상 있다
2. 어르신이 병상에 누워 있을 때 도와줄 사람이 있습니까?					
3. 어르신이 대화를 나누고 싶을 때 말을 들어줄 수 있는 사람이 있습니까?					
4. 어르신이 어떤 위기에 닥쳤을 때 조언을 해줄 사람이 있습니까?					
5. 어르신이 아플 때 의사에게 데려갈 사람이 있습니까?					
6. 어르신에게 사랑과 호감을 보이는 사람이 있습니까?					
7. 어르신과 함께 즐거운 시간을 보낼 사람이 있습니까?					
8. 어르신이 어떠한 상황을 이해하는데 도움이 되는 정보를 주는 사람이 있습니까?					
9. 어르신의 문제에 대하여 이야기를 하거나 믿고 의논할 사람이 있습니까?					
10. 애정을 가지고 어르신을 안고 등을 토닥겨줄 사람이 있습니까?					
11. 어르신과 함께 휴식을 즐길 사람이 있습니까?					
12. 어르신이 직접 식사를 준비할 수 없을 때 대신 음식을 만들어 줄 사람이 있습니까?					
13. 어르신이 진정으로 조언을 듣고 싶은 사람이 있습니까?					
14. 어르신이 근심을 잊을 수 있도록 도와줄 사람이 있습니까?					
15. 어르신이 아플 때 일상의 집안일을 도와줄 사람이 있습니까?					
16. 어르신의 가장 개인적인 근심과 두려움을 함께 나눌 사람이 있습니까?					
17. 어르신의 개인적인 문제를 해결하기 위한 조언을 구할 사람이 있습니까?					

객관식 항목	전혀 없다	거의 없다	약간 있다	대부분 있다	항상 있다
18. 어르신과 즐거운 것을 함께 할 사람이 있습니까?					
19. 어르신의 문제를 이해해 주는 사람이 있습니까?					
20. 어르신을 사랑하고 필요하다고 생각하는 사람이 있습니까?					

### 3) 건강관련 삶의 질 척도 (EQ-5D-3L)

아래의 각 문항에서, 오늘 당신의 건강상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시해 주십시오.

#### 운동능력

- 나는 걷는데 지장이 없다
- 나는 걷는데 다소 지장이 있다
- 나는 종일 누워있어야 한다

#### 자기 관리

- 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다
- 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다
- 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다

#### 일상 활동 (예. 일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가 활동)

- 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다
- 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다
- 나는 일상 활동을 할 수가 없다

#### 통증/불편

- 나는 통증이나 불편감이 없다
- 나는 다소 통증이나 불편감이 있다
- 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다

#### 불안/우울

- 나는 불안하거나 우울하지 않다
- 나는 다소 불안하거나 우울하다
- 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다

건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 표현하는 것을 돕고자, 당신이 상상할 수 있는 최고의 상태를 100으로, 당신이 상상할 수 있는 최저의 상태를 0으로 표시한 눈금자 (온도계와 비슷함)를 그려 놓았습니다.

당신의 생각에 오늘 당신의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를, 아래의 상자로부터, 오늘 당신의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 나타낸 눈금자 위의 한곳으로 선을 그어서 표시해 주십시오

**오늘  
당신의  
건강상태**

상상할 수 있는  
최고의  
건강상태

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

상상할 수 있는  
최저의  
건강상태

4) 인구사회학적 특성

다음을 읽고 어르신에게 해당되는 사항의 번호에 표시해 주시기 바랍니다.

1. 어르신의 성별은?

- ①남                      ②여

2. 어르신의 연세는 어떻게 되십니까? ( ) 세

3. 어르신의 종교는 무엇입니까?

- ①불교                  ②기독교                  ③천주교                  ④없다                  ⑤기타( )

4. 어르신이 받으신 정규교육은 어디까지입니까?

- ①무학                  ②초등학교                  ③중학교                  ④고등학교                  ⑤대학교 이상

5. 어르신의 현재 결혼 상태는 어떠하십니까?

- ①유배우자                  ②무배우자

6. 현재 어르신은 누구와 함께 살고 계신가요?

- ①배우자                  ②자녀                  ③친척                  ④혼자                  ⑤기타( )

7. 어르신의 수입원은 무엇입니까? 모두 말씀해 주세요.

- ①기초노령연금    ②국민기초생활보장급    ③국민연금    ④공무원연금, 사학연금  
⑤자녀용돈          ⑥근로소득                  ⑦기타소득( )

8. 어르신의 생활수준은 어떻다고 생각하십니까?

- ①아주 어렵다                  ②어려운 편이다                  ③보통이다                  ④잘사는 편이다

9. 어르신의 키와 몸무게는 얼마입니까?

키(                          cm)

몸무게(                          kg)

10. 현재 의사로부터 진단받은 질병이 있습니까? 있다면 모두 표시해 주세요.  
 ①없음 ②고혈압 ③당뇨 ④중풍 ⑤골다공증 ⑥관절염 ⑦암 ⑧ 기타( )
11. 어르신의 사회활동 정도는 어느 정도라고 생각하십니까?  
 ①아주 좋은 편이다 ②좋은 편이다 ③보통이다 ④나쁘다 ⑤아주 나쁘다
12. 어르신이 여가활동을 주로 하는 곳은 어디입니까?  
 ①노인정, 경로당 ②계모임, 친목회 ③종교단체 ④노인복지관  
 ⑤노인교실 ⑥없음 ⑦기타( )
13. 어르신은 누구에게서 지지를 가장 많이 받으십니까?  
 ①배우자 ②자녀(아들, 딸, 며느리, 사위) ③친구 ④이웃 ⑤성직자  
 ⑥공공기관 직원(사회복지사, 보건소 직원 등) ⑦기타( )
14. 현재 지원받고 있는 서비스가 있습니까? 모두 말씀해 주세요.  
 ① 경제적 도움 받기(기초 노령 연금, 기초생활보장급여)  
 ② 일자리 구하기 서비스  
 ③ 노인돌봄기본서비스(직접방문, 안부전화, 생활교육, 단기 가사 및 활동 지원)  
 ④ 재가노인 지원서비스(상담 및 교육 등)  
 ⑤ 건강검진, 치매검진  
 ⑥ 노인보행보조기(차), 휠체어 지원 서비스  
 ⑦ 지역사회서비스(지역사회 후원금, 급식, 식사 및 반찬배달, 이미용 서비스)  
 ⑧ 없음  
 ⑨ 기타( )

대단히 감사합니다. 어르신의 건강과 행복을 기원합니다.

## ABSTRACT

### Relationship of Resilience, Social Support, and Health Related Quality of Life among Community Dwelling Older Adults

Ahn, Ji Yeong

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

The purpose of this study was to identify resilience, social support and health related quality of life among community dwelling older adults and to examine the relationships of these variables. A descriptive correlational study was conducted. Data were collected using a non-probability sampling strategy and a structured format for face to face interviews. A convenience sample of 210 community-dwelling adults 65 years of age or older was recruited from senior citizens' centers and senior welfare centers in one medium-sized city. Instruments were the Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), and EuroQuol-5dimension-3level (EQ-5D-3L). Descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation, and multiple linear regression were used for data analysis.

The results of study are as follows:

1. Average age of the older adults was 72.8 years, 59.5% were women, and 35.7% had completed secondary education. Of the participants, 73.8% were married and 66.2% were living with their spouses. Perception of subjective economic

status as average or above average was reported by 87.6% and 85.2% reported their perceived social activity level as average or above average. One or more illnesses were reported by 92.9%.

2. The total mean of resilience was 74.6 out of 100. The mean for structural support of MOSS-SSS was 3.3 persons and the mean score for functional support of MOS-SSS was 63.7 out of 100. Among the categories of functional support, affectionate support was scored highest and tangible support, lowest. The mean score for the EQ-5D Index of EQ-5D-3L was 0.8 out of 0.95 for the EQ-5D VAS of EQ-5D-3L, 71.6 out of 100.
3. For the EQ-5D Index, there were statistically significant differences according to age ( $t=9.12$ ,  $p=.000$ ), education ( $F=16.03$ ,  $p=.000$ ), marital status ( $t=3.20$ ,  $p=.002$ ), living situation ( $F=6.54$ ,  $p=.002$ ), living standard ( $F=3.54$ ,  $p=.031$ ), illness ( $t=-7.07$ ,  $p=.000$ ), and perceived social activity ( $F=47.50$ ,  $p=.000$ ).
4. For the EQ-5D Index, there were statistically significant positive correlations among resilience ( $r=.311$ ,  $p=.000$ ), structural support ( $r=.145$ ,  $p=.038$ ), and functional support ( $r=.276$ ,  $p=.000$ ).
5. Factors affecting health related quality of life were gender ( $\beta=-.212$ ,  $p=.001$ ) and age ( $\beta=-.124$ ,  $p=.034$ ), and health related factors such as illness ( $\beta=.116$ ,  $p=.047$ ), and perceived social activity ( $\beta=.349$ ,  $p=.000$ ), and resilience ( $\beta=.191$ ,  $p=.003$ ). These variables accounted for 38.8% of health related quality of life. Social support, however, was not statistically associated with health related quality of life.

In conclusion, the results show that factors affecting health related quality of life among older adults were resilience, demographic factors such as gender, age, and illness, and perceived social activities. In this study, social support was not statistically related to quality of life among older adults. The findings show that social activity rather than social support was an important issue for quality of life

among community dwelling older adults. The findings suggest the need to develop nursing intervention programs to increase resilience and social activities for older adults so that they are able to improve their health related quality of life.

---

Key words: older adults, resilience, social support, health related quality of life