

## 노인의 사회적지지와 삶의 질과의 연관성에 관한 연구

문병현<sup>1</sup> · 김현승<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>남부대학교 물리치료학과 교수, <sup>2\*</sup>서영대학교 물리치료과 교수

### A Study on the Correlation between Social Support and Quality of Life of Older Adults

Byoung-Hyoun Moon, PT, Ph.D<sup>1</sup> · Hyun-Seung Kim, PT, Ph.D<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>*Dept. of Physical Therapy, Nambu University, Professor*

<sup>2\*</sup>*Dept. of Physical Therapy, Seoyeong University, Professor*

#### Abstract

**Purpose** : This study investigated the correlation between social support and older people's quality of life.

**Methods** : We conducted a questionnaire survey with 350 older participants and analyzed 320 completed surveys. The collected data were analyzed using SPSS 25.0 for Windows. The general characteristics of the participants and quality of life subdomains were analyzed using descriptive statistics and frequency analyses. Furthermore, the differences between the subdomains of social support and quality of life were analyzed using independent t-tests and a one-way ANOVA. Post-hoc tests were performed using the Scheffé test. A significance level of  $\alpha=.05$  was used to verify statistical significance.

**Results** : Upon examining the sub-domain level of social support and considering general characteristics, it was found that older age correlates with increased dependency among patients with associated diseases ( $p<.05$ ). Similarly, an investigation into participants' quality of life at the subdomain level, considering general characteristics, revealed higher correspondence to lower quality of life ( $p<.05$ ). Differences emerged between social support and quality of life among older individuals, with a negative correlation observed between the two ( $p<.05$ ).

**Conclusion** : This study suggests the importance of actively supporting older people with chronic diseases who experience emotional and psychological instability. It advocates for promoting the use of various services, including visiting medical services, convalescent care, and assistance, to meet their needs effectively.

---

**Key Words** : chronic disease, correlation, elderly people, quality of life, social support

\*교신저자 : 김현승, sang6464@hanmail.net

제출일 : 2024년 1월 23일 | 수정일 : 2024년 2월 21일 | 게재승인일 : 2024년 2월 23일

## I. 서론

의료기술의 발달로 인해 우리나라는 빠른 속도로 고령화 사회에 진입하여 평균수명도 이미 70세를 넘어섰으며, 노화현상으로 인한 기능장애, 만성질환, 인지장애 등의 복합적인 건강 문제의 어려움을 갖고 있다(Lee, 2018). 이러한 현대의학 및 과학기술의 발달로 인해서 수명이 연장된 만큼 노인은 더 많은 만성질환과 다양한 건강상의 문제 중 신체적 문제와 소외감, 불안 등의 정서적, 심리적, 사회적 문제를 안고 살아가게 된다.

이와 같이, 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 경제적, 사회적 손실로 고령화 시대에서 더욱더 증가할 것으로 예측된다(Choi, 2011). 또한, 개인이 처한 사회적 환경 조건을 포함하는 여러 가지 원인이 복합적으로 작용하여 만성질환의 원인이 되기도 한다(Lee, 2005). 만성질환은 현대사회의 정신건강에 있어서 매우 중요한 문제가 되고 있다. 최근 들어 국내 호흡 분야에 만성질환 노인들을 대상으로 한 연구들이 활발하게 이루어지고 있다(Lim, 2021; Oh & Kim, 2016). 만성질환을 앓은 노인은 퇴행적인 손상으로 신체적, 정서적 고통과 함께 경제적 부담을 느끼게 되므로 건강 행위에 영향을 주는 사회적 참여에 있어 큰 제약을 받으며, 심리적, 사회적 요소에 큰 문제가 된다(Son & Park, 2005). 퇴행으로 인한 신체적, 정서적, 심리적 요인은 개인이 처한 삶과 밀접한 관련성이 있으며, 특히 노인에게 있어서 노화현상에 따른 신체적 약화는 삶의 질을 약화시키게 된다(Larson, 1978). 이러한 노인의 신체적 및 경제적 문제와 심리적 문제로 인해 불안, 우울 등 정신건강 문제를 야기하고 삶의 질을 낮춘다는 점에서 노인들의 관심이 더욱 필요한 상황이다.

삶의 질은 건강과 관련된 삶의 질과 관련되지 않는 삶의 질로 나눌 수 있으며 건강과 관련된 삶의 질은 질병으로 인한 영향을 많이 받는다(Spilker & Revicki, 1996). 또한 신체적, 정서적, 사회적 건강수준에 따라 삶의 질의 차이가 있음을 보였다(Testa & Simonson, 1996). 이러한 건강과 관련된 삶의 질은 신체활동을 통해 효과를 볼 수 있다(Singh 등, 1997). 이외에도 노인의 삶의 질과 관련한 요인들의 국내외 선행연구에는 사회적지지에 대한 연구

등 다양한 연구가 이루어지고 있다(Kim & Sohn, 2012; Pinguart & Sörensen, 2000; Taylor & Lynch, 2004). 그러나 삶의 질의 신체적, 정신적, 사회적으로 건강과 관련된 개인수준의 기능적 상태, 사회적지지, 경제적 상태와 연관성을 알아보는 다차원적 개념에 영향을 받는 요인들을 포괄적으로 살펴볼 필요가 있다. 또한, 노인의 건강과 관련해서 사회적지지와 삶의 질에 대한 일반적 특성에 따른 사회적지지와 삶의 질의 개념에 대한 관계를 밝힌 연구는 거의 없는 실정이다. 그러므로 본 연구는 국내의 지역사회 노인을 대상으로 일반적 특성에 따른 사회적 지지와 삶의 질의 차이, 사회적지지와 삶의 질의 관련성을 확인하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 대상자

본 연구에서 연구 대상자는 65세 이상 노인 350명으로 하여 설문에 동의한 모집단으로 하였다. 선정기준은 65세 이상 노인이나 고혈압, 폐질환, 신경통, 당뇨병 가지고 있는 자로 하였다. 연구에 참여하는 모든 대상자에게 설문지를 통해 얻은 자료는 익명과 비밀을 보장하여 연구 자료만으로 활용될 것을 설명하였다. 노인들을 대상으로 동의를 직접 얻은 후 설문지에 대한 내용을 설명하고 직접 작성할 수 있도록 배부하였다. 설문지를 읽고 작성하기 힘들거나 어려움이 있는 자는 연구자가 읽어 주면서 설명하고 답하도록 하였다. 설문지는 총 350부 가량 배부하였으며 무응답과 중도 포기 및 불성실한 답변이 있는 설문지 총 30부를 제외한 320부의 자료를 최종적으로 분석하였다. 본 연구는 남부대학교의 생명윤리위원회 승인을 받아 실시하였다(IRB No. 1041478-2021-HR-028).

### 2. 측정 도구 및 측정 방법

#### 1) 일반적 특성

본 연구에 사용된 일반적 특성은 성별, 연령, 최종학력, 경제상태, 건강상태, 동반질환으로 구성되어 있다.

## 2) 사회적지지 척도

본 연구에서는 Zimet 등(1988)이 개발하여 Shin과 Lee(1999)가 국문으로 번안한 사회적 다차원 척도(multidimensional scale perceived social support; MSPSS)를 사용하였다. 사회적지지 척도는 총 12문항 설문으로 5점 Likert 척도이며, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘그렇지 않

다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇다’ 4점, ‘매우 그렇다’ 5점으로 평가하였으며, 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 총 문항에 대한 문항 간 내적 신뢰도 Cronbach  $\alpha$  값은 .82이다. 본 연구의 사회적지지 척도의 신뢰도는 다음과 같다(Table 1).

Table 1. Social support scale

		Number of questions	Cronbach $\alpha$	Construction reliability
Sub-domain	Family support	4	.90	
	Friend support	4	.95	
	Medical personnel support	4	.85	
Totality		12		.82

## 3) 삶의 질 척도

본 연구의 삶의 질 측정도구는 세계보건기구가 개발한 WHOQOL-100(world health quality of life assessment instrument-100)을 바탕으로 Min 등(2000)이 수정한 한국판 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)를 사용하였다. 수정한 한국판 삶의 질 간편형 척도는 총 24문항으로 5

점 Likert 척도이며, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇다’ 4점, ‘매우 그렇다’ 5점으로 구성되어있다. 점수가 높을수록 삶의 질의 정도가 높은 것을 의미한다. 총 문항에 대한 문항 간 내적 신뢰도 Cronbach  $\alpha$  값은 .94이다. 본 연구의 삶의 질 척도의 신뢰도는 다음과 같다(Table 2).

Table 2. Sub-domains of the quality of life scale

		Number of questions	Cronbach $\alpha$	Construction reliability
Sub-domain	Physical domain	7	.73	
	Psychological domain	6	.91	
	Social domain	3	.77	
	Living environment domain	8	.83	
Totality		24		.94

## 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Window version 25.0 프로그램(IBM SPSS statistics for windows, IBM Corp., USA)을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성(성별, 연령,

건강상태, 경제상태, 최종학력, 동반질환), 사회적지지의 하위영역(가족지지, 친구지지, 의료인지지), 삶의 질의 하위영역(신체적 영역, 사회적 영역, 심리적 영역, 생활환경 영역)은 빈도분석을 통해 분석하였으며 평균, 표준편차를 사용하였다. 대상자의 일반적 특성, 사회적지지

의 하위영역 차이, 삶의 질의 하위영역 차이는 독립표본 T 검정과 one-way ANOVA를 사용하여 분석하고 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다. 사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역의 상관관계 분석은 Pearson's correlation coefficient를 사용하여 분석하였다. 통계학적 유의수준은  $\alpha=.05$ 로 설정하였다.

### III. 결과

#### 1. 사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역의 정도

사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역의 정도는 Table 3과 같다. 사회적지지의 하위영역의 가족지지 4.70점, 친구지지 9.85점, 의료인지지 11.78점, 사회적지지의 총점 26.33점이며, 삶의 질의 하위영역의 신체적 영역 18.94점, 심리적 영역 18.54점, 사회적 영역 11.06점, 생활환경 영역 28.10점, 삶의 질 총점 76.65점이다 (Table 3).

#### 2. 대상자의 일반적 특성에 따른 사회적지지의 하위영역 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 사회적지지의 하위영역 차이 결과는 Table 4과 같다. 일반적 특성에 따른 빈도분석 결과는 성별은 남성이 28.13 %(90명), 여성이 71.87

%(230명)이었으며, 연령은 65~69세 27.50 %(88명), 70~79세 31.88 %(102명), 80 이상세 40.63 %(130명)으로 나타났다. 최종학력은 무학력자 32.19 %(103명), 초등학교 졸업 27.50 %(88명), 중학교 졸업 18.13 %(58명), 고등학교 졸업 9.06 %(29명), 대학교 이상 13.13 %(42명)이었으며, 경제상태는 보통 89.38 %(286명), 좋은 편 10.63 %(34명)으로 나타났다. 건강상태는 건강하지 않다가 11.56 %(37명), 보통 88.43 %(283명)이었으며, 동반질환 고혈압 10.63 %(34명), 당뇨병 24.69 %(79명), 폐질환 27.50 %(88명), 신경통 37.19 %(119명)으로 나타났다.

대상자의 일반적 특성에 따른 사회적지지의 하위영역 차이는 친구지지의 연령( $F=37.34, p<.05$ ), 의료인지지의 연령( $F=4.20, p<.05$ ), 가족지지의 최종학력( $F=2.85, p<.05$ ), 친구지지의 최종학력( $F=15.75, p<.05$ ), 친구지지의 경제상태( $t=4.48, p<.05$ ), 가족지지의 건강상태( $t=3.58, p<.05$ ), 친구지지의 건강상태( $t=3.26, p<.05$ ), 친구지지의 동반질환( $F=4.10, p<.05$ ), 의료인지지의 동반질환( $F=5.05, p<.05$ )에 따라 유의한 차이가 있었다.

#### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 하위영역 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 하위영역 차이 결과는 Table 5와 같다. 일반적 특성에 따른 빈도분석 결과는 성별은 남성이 28.13 %(90명), 여성이 71.87 %(230명)이었으며, 연령은 65~69세 27.50 %(88명), 70~79세 31.88 %(102명), 80세 이상 40.63 %(130명)으로

Table 3. Sub-domain level of the subject's disease-related social support and sub-domain level of quality of life (n= 320)

Variable	Categories	Mean±SD	Min-Max
Social support	Family support	4.70±1.63	4-15
	Friend support	9.85±3.62	4-20
	Medical personnel support	11.78±2.12	4-20
	Total of social support	26.33±5.04	12-42
Quality of life	Physical domain	18.94±3.46	10-31
	Psychological domain	18.54±3.91	9-28
	Social domain	11.06±1.96	5-15
	Living environment domain	28.10±4.10	16-36
	Total of quality of life	76.65±12.13	49-109

Table 4. Sub-domain level differences of the social support according to general characteristics (n= 320)

Characteristic	Article	N (%)	Family support		Friend support		Medical personnel support	
			Mean±SD	t/F (p) Scheffé	Mean±SD	t/F (p) Scheffé	Mean±SD	t/F (p) Scheffé
Gender	Male	90 (28.13)	4.92±1.68	1.51 (.133)	9.03±3.10	-2.56 (.011)	11.74±2.49	-0.16 (.872)
	Female	230 (71.87)	4.62±1.60		10.17±3.76		11.79±1.97	
Age	65~69	88 (27.50)	4.56±1.76	2.04 (.131) n/a	7.81±1.86	37.34 (.000) a<b<c	11.45±1.25	4.20 (.016) a<b
	70~79	102 (31.88)	4.97±1.91		9.37±2.67		12.26±2.38	
	≥80	130 (40.63)	4.59±1.24		11.62±4.27		11.61±2.32	
Level of education	Uneducated	103 (32.19)	4.38±0.99	2.85 (.024) n/a	11.17±4.50	15.75 (.000) d>a	11.72±2.36	2.35 (.054) n/a
	Elementary school graduate	88 (27.50)	4.97±1.78		10.00±3.11		11.99±2.27	
	Middle school graduate	58 (18.13)	5.10±2.29		8.60±2.25		12.26±1.92	
	High school graduate	29 (9.06)	4.38±1.42		7.69±2.22		11.24±1.79	
	College graduate or higher	42 (13.13)	4.62±1.43		8.21±1.87		11.17±1.41	
Finances state	Average	286 (89.38)	4.69±1.64	-.34 (.731)	10.05±3.71	4.48 (.000)	11.82±2.18	1.14 (.255)
	Good side	34 (10.63)	4.79±1.53		8.18±2.08		11.38±1.48	
Physical condition	Unhealthy	37 (11.56)	5.89±2.22	3.58 (.001)	11.65±3.04	3.26 (.001)	11.49±1.87	-.879 (.380)
	Healthy	283 (88.43)	4.55±1.47		9.62±3.63		11.81±2.15	
Associated disease	Hypertension	34 (10.63)	4.76±1.35	4.10 (.007) n/a	9.21±3.20	.48 (.700) n/a	11.00±2.90	5.05 (.002) a<d
	Diabetes	79 (24.69)	4.34±1.18		10.05±4.11		11.46±1.93	
	Pulmonary disease	88 (27.50)	4.49±1.02		9.80±3.48		11.63±1.72	
	Neuralgia	119 (37.19)	5.08±2.17		9.95±3.50		12.32±2.15	

나타났다. 최종학력은 무학력자 32.19 %(103명), 초등학교 졸업 27.50 %(88명), 중학교 졸업 18.13 %(58명), 고등학교 졸업 9.06 %(29명), 대학교 이상 13.13 %(42명)이었으며, 경제상태는 보통 89.38 %(286명), 좋은 편 10.63 %(34명)으로 나타났다. 건강상태는 건강하지 않다 11.56 %(37명), 보통 88.43 %(283명)이었으며, 동반질환 고혈압 10.63 %(34명), 당뇨병 24.69 %(79명), 폐질환 27.50 %(88명), 신경통 37.19 %(119명)로 나타났다.

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 하위영역 차이는 신체적 영역과 성별( $t=4.11, p<.05$ ), 심리적 영역과 성별( $t=2.39, p<.05$ ), 사회적 영역과 성별( $t=2.51, p<.05$ ), 생활환경 영역과 성별( $t=2.25, p<.05$ ), 신체적 영역과 연령( $F=104.90, p<.05$ ), 심리적 영역과 연령( $F=87.63, p<.05$ ),

사회적 영역과 연령( $F=74.90, p<.05$ ), 생활환경 영역과 연령( $F=95.96, p<.05$ ), 신체적 영역과 최종학력( $F=51.89, p<.05$ ), 심리적 영역과 최종학력( $F=38.53, p<.05$ ), 사회적 영역과 최종학력( $F=29.83, p<.05$ ), 생활환경 영역과 최종학력( $F=40.81, p<.05$ ), 신체적 영역과 경제상태( $t=-11.06, p<.05$ ), 심리적 영역과 경제상태( $t=-13.86, p<.05$ ), 사회적 영역과 경제상태( $t=-4.05, p<.05$ ), 생활환경 영역과 경제상태( $t=-8.13, p<.05$ ), 신체적 영역과 건강상태( $t=-3.96, p<.05$ ), 심리적 영역과 건강상태( $t=-2.35, p<.05$ ), 사회적 영역과 건강상태( $t=-3.47, p<.05$ ), 생활환경 영역과 건강상태( $t=-6.64, p<.05$ ), 신체적 영역과 동반질환( $F=7.48, p<.05$ ), 심리적 영역과 동반질환( $F=9.43, p<.05$ ), 생활환경 영역과 동반질환( $F=2.63, p<.05$ )에 따라 유의한 차이가

있었다.

4. 사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역 간의 상관관계

사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역 간의 관계는 Table 6과 같다. 사회적지지의 하위영역의 가족 지지와 친구 지지에서( $r=.15, p<.01$ ), 가족지지와 의료인 지지에서( $r=.28, p<.01$ ), 가족지지와 사회적지지 총점에서( $r=.55, p<.01$ ), 친구지지와 사회적지지 총점에서( $r=.81, p<.01$ ), 의료인 지지와 사회적지지 총점에서( $r=.58, p<.01$ )은 양(+)<sup>1</sup>의 상관관계가 나타났다.

삶의 질의 하위영역은 신체적 영역과 심리적 영역에서( $r=.83, p<.01$ ), 신체적 영역과 사회성 영역에서( $r=.63, p<.01$ ), 심리적 영역과 사회성 영역에서( $r=.69, p<.01$ ), 신체적 영역과 생활환경 영역에서( $r=.72, p<.01$ ), 심리적 영역과 생활환경 영역에서( $r=.77, p<.01$ ), 사회성 영역과 생활환경 영역에서( $r=.79, p<.01$ ), 신체적 영역과 삶의 질

총점에서( $r=.90, p<.01$ ), 심리적 영역과 삶의 질 총점에서( $r=.93, p<.01$ ), 사회적 영역과 삶의 질 총점에서( $r=.83, p<.01$ ), 생활환경 영역과 삶의 질 총점에서( $r=.92, p<.01$ )은 양(+)<sup>1</sup>의 상관관계가 나타났다.

사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역의 가족 지지와 신체적 영역에서( $r=.18, p<.01$ )은 양(+)<sup>1</sup>의 상관관계가 나타났다. 또한, 가족 지지와 사회적 영역에서( $r=-.18, p<.01$ ), 가족 지지와 생활환경 영역에서( $r=-.20, p<.01$ ), 친구 지지와 신체적 영역에서( $r=-.46, p<.01$ ), 친구 지지와 심리적 영역에서( $r=-.52, p<.01$ ), 친구 지지와 사회적 영역에서( $r=-.81, p<.01$ ), 친구 지지와 삶의 질 총점에서( $r=-.64, p<.01$ ), 사회적 지지 총점과 신체적 영역에서( $r=-.25, p<.01$ ), 사회적 지지 총점과 심리적 영역에서( $r=-.34, p<.01$ ), 사회적 지지 총점과 사회적 영역에서( $r=-.68, p<.01$ ), 사회적 지지 총점과 생활환경 영역에서( $r=-.53, p<.01$ ), 사회적 지지 총점과 삶의 질 총점에서( $r=-.47, p<.01$ )은 음(-)<sup>1</sup>의 상관관계가 나타났다.

Table 5. Sub-domain level differences of the quality of life according to general characteristics (n= 320)

Characteristic	Article	N (%)	Physical domain		Psychological domain		Social domain		Life environment domain	
			Mean±SD	t/F (p) Scheffé	Mean±SD	t/F (p) Scheffé	Mean±SD	t/F (p) Scheffé	Mean±SD	t/F (p) Scheffé
Gender	Male	90 (28.13)	20.18±3.90	4.11	19.43±4.33	2.39	11.50±1.65	2.51	28.92±4.26	2.25
	Female	230 (71.87)	18.45±3.15	(.000)	18.20±3.68	(.018)	10.89±2.05	(.012)	27.78±4.00	(.025)
Age	65~69	88 (27.50)	21.91±2.11	104.904	21.56±3.14	87.63	12.63±1.38	74.90	31.76±3.06	95.96
	70~79	102 (31.88)	19.38±2.59	(.000)	19.26±2.91	(.000)	11.21±1.39	(.000)	28.20±3.47	(.000)
	≥80	130 (40.63)	16.58±3.10	a>b>c	15.94±3.33	a>b>c	9.89±1.92	a>b>c	25.55±3.19	a>b>c
Level of education	Uneducated	103 (32.19)	16.85±3.14		16.46±3.24		9.93±2.06		25.73±3.04	
	Elementary school graduate	88 (27.50)	17.59±2.52	51.89	17.15±3.38	38.53	10.63±1.46	29.83	26.68±3.64	40.81
	Middle school graduate	58 (18.13)	21.21±2.50	a<b<c<d	20.40±3.08	a<b<c<d	12.09±1.39	a<b<c<d	30.67±3.43	(.000)
	High school graduate	29 (9.06)	20.86±2.84	<e	20.97±3.08	<e	12.48±1.45	<e	30.93±3.09	a<b<c<d<e
	College graduate or higher	42 (13.13)	22.40±1.99		22.36±3.14		12.36±1.59		31.40±3.49	
Finances state	Average	286 (89.38)	18.42±3.21	-11.06	18.01±3.75	-13.86	10.91±1.98	-4.05	27.52±3.81	-8.13
	Good side	34 (10.63)	23.26±2.30	(.000)	23.06±1.69	(.000)	12.32±1.20	(.000)	33.03±3.02	(.000)
Physical condition	Unhealthy	37 (11.56)	16.86±2.84	-3.96	17.14±3.32	-2.35	10.03±1.44	-3.47	24.92±2.96	-6.637
	Healthy	283 (88.43)	19.21±3.45	(.000)	18.73±3.95	(.019)	11.20±1.98	(.001)	28.52±4.05	(.000)
Associated disease	Hypertension	34 (10.63)	19.72±4.15		19.26±3.54		11.38±1.63		28.41±3.16	
	Diabetes	79 (24.69)	18.58±3.00	7.48	17.54±4.02	9.43	10.68±2.07	2.50	27.33±4.39	2.63
	Pulmonary disease	88 (27.50)	17.74±3.24	c<b<a<d	17.43±3.79	c<b<a<d	10.88±1.85	n/a	27.68±3.83	n/a
	Neuralgia	119 (37.19)	19.83±3.43		19.82±3.62		11.36±2.02		28.84±4.25	

Table 6. Correlation between sub-domain level of the subject's disease-related social support and sub-domain level of quality of life (n= 320)

Variable	Social support				Quality of life					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Social support	1. Family support	1								
	2. Friend support	.15**	1							
	3. Medical personnel support	.28**	.09	1						
	4. Social support total score	.55**	.81**	.58**	1					
Quality of life	5. Physical domain	.18**	-.46**	.05	-.25**	1				
	6. Psychological domain	.09	-.52**	.00	-.34**	.83**	1			
	7. Social domain	-.18**	-.81**	-.11*	-.68**	.63**	.69**	1		
	8. Life environment domain	-.20**	-.62**	-.04	-.53**	.72**	.77**	.79**	1	
	9. Quality of life total score	-.02	-.64**	-.02	-.47**	.90**	.93**	.83**	.92**	1

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

#### IV. 고 찰

본 연구는 65세 이상 노인을 대상으로 일반적 특성에 따른 사회적지지와 삶의 질의 차이를 알아보고 두 변수의 하위영역 간의 어떤 관계가 있는지를 알아보기 위해 사회적지지와 삶의 질의 상관분석을 실시하였다.

본 연구의 결과, 65세 이상의 노인 대상으로 첫째, 노인의 일반적인 특성에 따른 성별, 연령, 경제상태, 건강상태, 최종학력, 동반 질환이 사회적지지의 3개의 하위영역(가족지지, 친구지지, 의료인지지) 차이를 분석한 결과 성별은 여성이 남성보다 사회적지지의 하위영역인 친구지지가 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

노인의 일반적 특성 중 연령에서 친구지지와 의료인지지는 본 연구에서 유의한 차이를 보였으며, 연령이 높을수록 친구 및 의료인의 교제와 적극적 사회참여 등을 통해 정신적 건강에 완화되는 것으로 밝혀졌다(Jang & Kim, 2014). 또한, 노인의 일반적 특성에 따른 가족지지, 친구지지, 의료인지지는 최종학력에서 유의하게 나타났다. 이는 암 환자를 대상으로 연구한 Puente 등(2014)의 연구에서 결과가 일치하였다. 즉, 학력이 높을수록 이해

도와 관련된 결과라고 볼 수 있다. 더불어 경제상태에서 친구지지가 유의하게 나타남에 따라 가족과의 관계처럼 혈연적인 관계와는 다르게 자발적 상호 의존적인 관계라는 점에서 자신을 이해할 수 있는 친구들과 잦은 만남으로 통해 개인의 통증조절 정보에 대한 해결능력으로 볼 수 있다(Jeong & Kim, 2015). 또한, 건강상태에서 가족지지와 친구지지는 유의하게 나타남에 따라 의료기관 방문, 질환별 증상 관리나 많은 약물 관리를 통해 스스로 관리를 하고 있다고 해석할 수 있다(Foo 등, 2020). 이러한 점에서 사회적 관계망 활용 등 지지체계를 구축하는 것이 유용한 전략이 될 것으로 생각된다. 끝으로 동반질환에서 가족지지와 의료인지지는 유의하게 나타났다. 이러한 결과는 만성질환이 많을수록 가족이나 의료인으로부터 관심이 필요하다는 것을 알 수 있고, 소속감과 안정감을 제공함으로써 심리적으로 중요하게 다루어져야 한다는 것으로 해석할 수 있다.

노인의 일반적 특성 중 성별, 연령, 경제상태, 건강상태, 최종학력, 동반 질환이 삶의 질의 하위영역 중 4개의 영역(신체적, 심리적, 사회적, 생활환경)의 차이를 분석한 결과 유의한 차이를 보였다. 이는 만성질환을 앓고

있는 노인들에게 다양한 정보를 제공하거나 가족, 친구, 의료인, 이웃 등과 소통과 질병을 예방하기 위한 신체활동 및 유산소 운동을 함으로써 삶의 질을 개선할 수 있을 것으로 볼 수 있다.

노인의 사회적지지와 삶의 질 간의 상관관계를 검증한 결과는 사회적지지와 삶의 질에서 유의한 음(-)의 상관관계를 보였으며, 본 연구의 결과와 상반된 결과를 보였다. 이는 만성질환을 앓고 있는 노인에게 특성을 고려한 사회적 관심과 참여를 지지해 줄 사회관계망이 없을 뿐만 아니라 정신 및 심리적인 문제와 죽음에 불안으로 본 연구 결과에 뒷받침을 해주고 있다(Jung & Kim, 2023). 또한, 사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역에 대한 상관관계에 대해 세부적으로 연구결과 만성질환을 가지고 있는 노인에게 경제적으로 빈곤하고, 건강상태에도 취약하며 우울 및 죽음에 대한 불안으로 인해 사회적지지의 하위영역과 삶의 질의 하위영역 간의 관계가 음(-)의 상관관계가 나타났다고 볼 수 있다. 이런 관점에서 만성질환을 가지고 있는 노인들에게 적극적인 사회관계망을 유지하며 살아가는데 제한이 있을 수 있음을 보여준다. 이런 관점에서 만성질환을 가지고 있는 노인에게 보건복지 프로그램 등의 사회적 복지 정책이 마련으로 인해 노인의 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 사회적지지가 복지와 보건의료, 환경 등의 분야에서 삶의 질에 향상에 긍정적인 영향을 미칠 것을 예측할 수 있다(Lim & Kim, 2022). 즉, 노인의 사회적지지는 가족, 친구, 의료인 등 다양한 도움으로 스트레스, 불안, 우울 등의 부정적 정서를 통제하는 데 도움이 된다(Lee & Park, 2021). 이처럼 사회적 및 심리적 적응으로 완충적 역할을 할 뿐만 아니라 사회적지지 자원과의 의사소통을 통하여 자신의 문제를 타인과 함께 공유함으로써 삶의 질을 추구할 수 있고 불안한 정서 및 심리적으로 통제될 수 있다(Kim, 2016).

본 연구의 제한점으로는 첫째 설문지 조사하기 전에 만성질환을 가지고 있는 노인의 주관적 심리상태를 통제하지 못하였으며, 둘째 각 연령대에 따라 정서적 및 심리적으로 감정의 정도가 다를 수 있는 점은 다루어지지 않았다. 셋째 남성과 여성의 성 비율이 남성 대상자보다 여성 대상자가 월등히 많아 일반화하기 어려움이 있었다.

## V. 결론

본 연구는 국내의 지역사회 노인 대상으로 일반적 특성에 따른 사회적지지와 삶의 질의 관계와 사회적지지와 삶의 질의 관련성을 알아보았다. 본 연구의 결과를 종합하면, 노인의 일반적특성을 고려하한 사회적지지와 삶의 질 간 음의 상관관계가 보이는 것으로 나타났다. 그러므로 정서 및 심리적으로 불안한 만성질환에 취약한 노인에게 적극적으로 지지해주면서 부득이한 상황으로 인해 돌봄이 힘들 경우 방문의료사업, 방문요양 및 돌봄 등의 방문서비스가 제공으로 인해 폭 넓은 서비스를 이용할 수 있도록 도모할 필요가 있다.

## 참고문헌

- Choi HK(2011). The employment policies for aged employees in aged society. *The J Labor Stud*, 21, 151-188.
- Foo KM, Sundram M, Legido-Quigley H(2020). Facilitators and barriers of managing patients with multiple chronic conditions in the community: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), Printed Online. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8375-8>.
- Jang YE, Kim SY(2014). The influence of social network with children on depression in older adults. *Korean J Soc Welf Res*, 39, 1-29.
- Jeong WJ, Kim TS(2015). The effect of reciprocal providing family support and non-family support on subjective happiness of retired elderly. *Korean J Fam Soc Work*, 50, 41-68.
- Jung HG, Kim DJ(2023). The effect of social support on mental health and quality of life in the elderly in rural areas. *J Korea Entertain Ind Assoc*, 17(2), 99-109. <https://doi.org/10.21184/jkeia.2023.2.17.2.99>.
- Kim JS(2016). A study of the effects of the participation in social contribution activities on the quality of life



- among Korean elderly. Graduate school of Seoul University, Republic of Korea, Doctoral dissertation.
- Kim SY, Sohn SY(2012). Factors related to health related quality of life in rural elderly women. *J Korean Gerontol Nurs*, 14(2), 91-98.
- Larson R(1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Gerontol*, 33(1), 109-125. <https://doi.org/10.1093/geronj/33.1.109>.
- Lee KR, Park JH(2021). Relationships between positive psychological capital, social support, learning flow and successful aging of older adult learners. *J Lifelong Learn Soc*, 17(1), 147-172. <https://doi.org/10.26857/JLLS.2021.2.17.1.147>.
- Lee MS(2005). Health inequalities among Korean adults; socioeconomic status and residential area differences. *Korean J Soc*, 39(6), 183-209.
- Lee YK(2018). Health and care of older adults in Korea. *Health Welf Policy Forum*, 264, 19-30. <https://doi.org/10.23062/2018.10.3>.
- Lim JM(2021). Actual conditions and issues of health and functional status of older Koreans. *Health Welf Policy Forum*, 300, 35-45. <https://doi.org/10.23062/2021.10.4>.
- Lim JM, Kim JY(2022). Effect of the use of social services by the elderly with disabilities on life satisfaction: focusing on the moderating effect of less support. *J Digit Converg*, 20(5), 11-21. <https://doi.org/10.14400/JDC.2022.20.5.011>.
- Min SK, Kim KI, Suh SY, et al(2000). Development of the Korean version of the world health organization quality of life scale (WHOQOL). *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 39(1), 78-88.
- Oh HW, Kim KU(2016). The effect of self-efficiency and leisure activity participation on empowerment program elderly people with chronic pulmonary disease. *J Humanit Soc Sci*, 7(3), 829-841. <https://doi.org/10.22143/HSS21.7.3.43>.
- Pinquart M, Sörensen S(2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 15(2), 187-224. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.2.187>.
- Puente KDP, Hidalgo JL, Herráez MJS, et al(2014). Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.07.009>.
- Shin JS, Lee YB(1999). The effects of social supports on psychosocial well-being of the unemployed. *Korean J Soc Welf*, 37, 241-269.
- Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA(1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 52(1), 27-35. <https://doi.org/10.1093/gerona/52a.1.m27>.
- Son YJ, Park YR(2005). The relationships of family support, self-efficacy and self-care performance in patients with chronic illness. *Korean J Adult Nurs*, 17(5), 793-801.
- Spilker B, Revicki DA(1996). Taxonomy of quality of life. In: Spilker B, eds, *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, pp.25-31.
- Taylor MG, Lynch SM(2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 59(4), S238-S246. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.4.S238>.
- Testa MA, Simonson DC(1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England J Med*, 334(13), 835-840. <https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306>.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al(1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Personal Assessment*, 52(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2).