

## 일부 도시지역 노인들의 주관적 건강상태와 관련 요인

이후연<sup>1</sup>, 백종태<sup>1</sup>, 조영채<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>충남대학교 대학원 보건학과, <sup>2</sup>충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실

### Factors Associated with Self-rated Health Status for the Elderlies in Urban Areas

Hu-Yeon Lee<sup>1</sup>, Jong-Tae Baek<sup>1</sup>, Young-Chae Cho<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health, Graduate School of Chungnam National University

<sup>2</sup>Department of Preventive Medicine and Public Health, Chungnam National University School of Medicine

**요약** 본 연구는 일부 도시지역 노인들의 주관적인 건강상태를 알아보고 그의 관련 요인을 명확하게 밝히려는 목적으로 실시하였다. 조사대상은 D광역시에서 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인 390명으로 하였다. 자료 수집은 2016년 6월부터 8월에 구조화된 무기명식 면접조사용 설문지를 사용하여 면접조사를 실시하였다. 자료의 분석은 각 독립변수에 따른 주관적인 건강상태의 분포를 알아보고, unconditional logistic model을 이용하여 각 독립변수마다 건강군에 대한 비건강군의 교차비(Odds Ratio)와 95% 신뢰구간을 구하였다. 연구결과, 조사대상 노인의 주관적 건강상태의 분포는 건강군이 67.2%, 비건강군이 32.8%이었다. 로지스틱 회귀분석 결과 신체적인 부자유스러움과 IADL의 저하가 주관적 건강상태의 악화와 가장 큰 관련성이 있었다. 또한, 직업이 없고, 생활비를 정부로부터 보조받으며, 친척과의 접촉빈도가 낮고, 불안감이 있고, 주관적인 수면의 질이 낮고, 일상생활에 만족하지 못하는 군에서 주관적 건강감이 낮은 것을 알 수 있었다. 위와 같은 결과는 도시지역 노인들의 주관적인 건강상태에는 개인의 인구사회학적 특성이나 신체적인 건강상태뿐만 아니라 주변의 사회적 지지나 사회심리적 요인이 관여하고 있음을 시사한다.

**Abstract** The purpose of this study was to determine factors affecting self-rated health status among the elderly in urban areas. The study subjects were 390 persons aged 65 years and older who had lived more than 5 years in D city. Interviews from the questionnaire were conducted from June through August 2016. The distribution of self-rated health status was rated in terms of dependent variables, with odds ratios and their 95% confidence intervals calculated using unconditional logistic models. As a result, 67.2% of the study subjects answered that they were healthy, whereas 32.8% were unhealthy. In the logistic regression analysis, disability and lowered IADL greatly lowered self-rated health status. The group without an occupation, living expenses from governmental subsidies, frequency of relative contents is seldom, anxiety is high, subjective sleep quality is low, satisfaction of daily life is low, had low levels of self-rated health status. Above results suggest that the self-rated health status of the elderly in urban areas is closely related to sociodemographic characteristics, physical health status, social activity participation, and psychosocial factors.

**Keywords** : Elderly, Self-rated health status, Social support net-work, Psychosocial factor, Physical health status.

\*Corresponding Author : Young-Chae Cho(Chungnam National University School of Medicine)

Tel: +82-10-3701-6452 email: choyc@cnu.ac.kr

Received September 23, 2016

Revised September 30, 2016

Accepted October 7, 2016

Published October 31, 2016

## 1. 서 론

근래 우리나라는 평균수명이 늘어남에 따라 노인인구가 급속히 증가하면서, 노인기의 건강에 대한 관심이 증가하고 있다. 인간은 연령증가에 따라 찾아오는 노화현상을 피할 수 없으며, 노화로 인해 신체적, 생리적 기능은 저하되고 일상생활활동 수행이 원활하지 못하게 된다. 따라서 오래 사는 것만이 능사가 아니라 건강하게 오래 사는 것이 중요하다는 인식하에 노인의 건강문제는 주요 관심사로 부각되고 있다[1].

건강은 신체적, 정신적, 사회적 요소를 포함하는 개념으로 건강상태의 측정은 의학적인 방법으로 측정이 어려워 주관적인 건강상태 평가에 의한다. 주관적인 건강상태란 신체적, 심리적, 사회적 측면의 모든 요소를 포함하여 개인이 자신의 전반적인 건강상태에 대한 견해를 의미한다. 주관적 건강상태 평가는 개인의 전반적 건강상태를 평가하기 위함 단순하고 보편적인 건강지표이며, 이를 통해 신체적인 건강상태는 물론, 정신건강 측면에 관한 정보도 파악할 수 있다[2]. 주관적 건강상태는 노인의 삶의 질과 밀접한 관련이 있으며, 의학적인 객관적 건강상태 못지않게 앞으로의 건강에 영향을 미칠 뿐만 아니라 사망과도 밀접한 연관이 있는 것으로 알려져 있다[3,4].

특히 노인의 건강상태는 노인의 특수성에 따라 질병 등의 신체적 문제뿐만 아니라 정신적, 사회적 건강까지도 중요하게 다루어져야 한다. 더불어 인구집단의 건강문제가 개인으로부터 사회적인 책임으로의 전환이 이루어지고 있는 요즘 시점에서 사회적 지지를 포함한 사회심리적인 요소에 따른 노인의 건강상태를 파악할 필요가 있다고 본다.

사회적 지지는 의미 있는 타인과 상호교류와 유대를 통하여 자신이 사랑받고 있음을 믿도록 하는 정보로서, 개인의 심리적 적응을 돕고, 문제해결능력을 증가시킨다. 또한 노인의 고립을 막아주어 심리적으로 건강하며, 실제적인 일상생활에 도움을 주며, 건강을 위한 치료를 장려하도록 하는 방식으로 노인의 신체적 정신적 건강에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다[5]. 다수의 선행연구에서 사회적 지지가 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치고[2] 신체적 건강과 연관이 있으며, 정신건강에도 영향을 미친다고 보고하고 있다[2,6].

사회심리적 요인으로서 자기존중감은 일반적으로 부정적이고 긍정적인 평가와 관련된 것으로 자기 자신에 대해 존경하고, 자신의 존재에 대해 가치 있게 생각하는

정도를 말한다. 자기 존중감이 높은 사람은 안정적이며 행복감과 만족감을 느끼며, 에너지가 넘치고 순발력이 있다[7]. 자기존중감은 강박증, 불안, 우울과 같은 심리적인 문제와의 관련성을 보고[8]하고 있어 정신건강과 밀접한 관련 요소임을 알 수 있다. 상태불안은 특수한 상황에 놓였을 때 바로 그 순간에 어떻게 느끼는가에 대한 것으로, 익숙하지 않은 환경에 놓인 인간이 환경에 적응하고자 할 때 나타난다[9]. 적절한 수준의 불안의 개인의 적응과 생존에 영향을 미치게 된다. 그러나 불안의 정도가 심해지면 개인의 지각영역이 축소되고 왜곡을 시키게 된다. 따라서 불안은 개인이 지각하는 주관적 건강상태 평가에 영향을 미칠 것으로 생각된다. 대인의존행동특성은 정서적인 의존심이 강하고, 타인으로부터 인정받으려는 욕구가 강하며 타인의 지지를 갈망하는 경향이 강한 행동 특성이다[10]. 노인은 생리기능이 저하되고, 더불어 사회적 활동 능력의 감퇴와 정서적 고립으로 의존성을 보이게 된다[11]. 또한 대인의존행동특성이 높은 노인에서 자기존중감이 낮고, 불안이 높음을 보고하고 있어[12]. 대인의존행동특성이 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미칠 것으로 보인다. 통제신념은 스트레스로 인한 유해 영향을 완화시켜주는 요소로서의 역할을 하고, 통제신념이 강한 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 신체적, 정신적 건강수준이 양호하다고 보고하고 있다[13].

국내의 경우, 지금까지 노인의 주관적 건강상태와 관련된 선행연구들은 주로 수면, 음주, 흡연 등의 건강행태[14,15], 신체기능 저하[6], 만성질환[15] 및 우울[16]과 주관적인 건강상태와의 관련성에 대한 연구가 이루어져 왔으나 노인들의 주관적인 건강상태를 규정하는 주요 요인인 사회적 지지나 사회심리적인 요인들과의 관련성에 대한 연구는 대단히 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 포괄적으로 파악하여 제시하고자 개인의 인구사회학적 특성, 건강관련 행위특성, 신체적 건강상태, 사회적지지 및 사회심리적 요인과 주관적 건강상태와의 관련성을 명확하게 규명하고자 시도하였다.

## 2. 조사대상 및 방법

### 2.1 조사대상

조사대상은 D 도시지역에서 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인으로 하였다. 조사대상 표본의 추출은

G\*Power 3.1 프로그램[17]을 이용하여 회귀분석 시 예측변인 34개, 효과크기 0.10, 검정력 0.95, 유의수준 0.05로 하였을 때, 최소 표본 수는 318명이었다. 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 460명을 조사 대상으로 하였으며, 설문조사 결과 기록이 미비하였거나 불성실한 응답 등으로 통계처리가 어려운 70명을 제외한 390명(회수율 84.7%)의 자료를 분석대상으로 하였다.

## 2.2 조사방법

자료 수집은 2016년 6월부터 8월에 사전에 충분히 훈련된 조사요원이 조사대상 노인의 각 가정을 방문하여 조사 대상자들에게 사전 동의를 구한 후 설문내용에 대해 면접조사를 실시하였다. 조사항목은 주관적 건강상태를 종속변수로, 인구사회학적 특성, 건강관련행위특성 및 건강상태, 신체적 기능상태, 사회적지지 net-work와 사회활동, 사회적 지지 및 사회심리적 요인을 독립변수로 하였다. 구체적인 변수의 측정 및 평가는 다음과 같다.

### 2.2.1 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 「당신은 자신이 건강하다고 느끼고 있습니까?」라고 하는 질문에 대해서 「매우 건강하다」, 「건강한 편이다」, 「그다지 건강하지 않다」, 「건강하지 않다」의 4가지 응답지 중 하나를 선택하도록 하였다. 자료의 분석에서는 「매우 건강하다」와 「건강한 편이다」를 「건강군」으로, 「그다지 건강하지 않다」와 「건강하지 않다」를 「비건강군」으로 구분하였다.

### 2.2.2 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 직업유무, 종교유무, 배우자유무, 거주상태, 월수입, 생활비조달, 일상생활에 대한 만족도를 조사하였다. 연령은 「65~74세」와 「75세 이상」으로, 학력은 「무학」, 「초등학교」, 「중학교 이상」으로, 직업유무는 「있다」와 「없다」으로, 종교유무는 「있다」와 「없다」으로, 배우자유무는 「함께 산다」와 「사망 또는 이별」로, 거주상태는 「혼자 산다」, 「가족과 함께 산다」, 「가족 외 다른 사람과 함께 산다」로, 월수입은 「50만원 미만」, 「50만원~100만원」, 「100만원 이상」으로, 생활비 조달원은 「본인이나 배우자」, 「자녀」, 「정부 보조금」으로, 현재 일상생활에 대한 만족도는 「만족하다」와 「만족하

지 못하다」로 구분하였다.

### 2.2.3 건강관련행위특성 및 신체적 건강상태

건강관련행위특성으로는 주관적인 수면의 질에 대한 평가, 흡연여부, 음주여부, 규칙적인 운동여부, 규칙적인 식사여부를 조사하였다. 주관적인 수면의 질은 「좋다」와 「좋지 않다」로, 흡연여부는 「흡연」, 「흡연 중단」, 「비흡연」으로, 음주상태는 「음주」, 「음주 중단」, 「비음주」로 구분하였다. 규칙적 운동여부는 1주일에 3회 이상, 회 당 30분 이상의 운동을 하는 사람을 「운동」으로, 그렇지 않은 사람을 「비운동」으로 구분하였으며, 식사여부는 「규칙적으로 한다」와 「규칙적으로 하지 않는다」로 구분하였다.

신체적 건강상태에 관한 변수로는 신체의 부자유 유무, 눈, 귀 및 치아의 부자유 유무, 요실금 유무, 건망증 증상 유무, 일상생활수행능력(ADL) 및 도구적 일상생활수행능력(IADL)를 조사하였다. 주관적인 건강상태는 「좋다」와 「좋지 않다」로 구분하였고, 신체의 부자유 유무, 눈, 귀, 치아의 부자유 유무, 요실금 유무 및 건망증 증상 유무는 「있다」와 「없다」로 구분하였다. ADL의 측정은 Katz Index[18]의 한국어판을 사용하여 목욕하기, 옷 갈아입기, 화장실 이용, 식사하기, 이동하기 및 대소변 가리기 등 6개 항목에 대해 조사하였으며, 6개 항목은 「도움 필요 없음(without help)」, 「약간 도움 필요(with some help)」, 「수행 불가능(completely unable)」으로 구분하였고, 평가는 「도움 필요 없음」 3점, 「약간 도움 필요」 2점, 「수행 불가능」 1점을 부여하여 총득점 합계(6~18점)를 산정하여 비교하였다. 한편, 정상범위노인 군과 기능장애노인 군으로 구분하기 위해 모든 항목에서 도움이 필요 없는 경우는 정상범위노인 군(normal-range group)으로, 1개 항목 이상에서 약간 도움이 필요하거나 수행 불가능한 경우는 기능장애노인 군(impaired ADL group)으로 구분하였다. 본 연구에서의 ADL의 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's  $\alpha$ 값은 0.808이었다.

IADL의 측정은 Older Americans Resources and Services(OARS)[19]의 IADL 한국어판을 사용하여 전화사용, 장거리 여행, 시장보기, 식사준비, 집안 일하기, 약 먹기 및 금전관리 등 7개 항목에 대해 조사하였으며, 7개 항목은 「도움 필요 없음(without help)」, 「약간 도움 필요(with some help)」, 「수행 불가능(completely

unable)」으로 구분하였고, 평가는 「도움 필요 없음」 3점, 「약간 도움 필요」 2점, 「수행 불가능」 1점을 부여하여 총득점 합계(7-21점)를 산정하여 비교하였다. 한편, 정상 군과 기능장애 군으로 구분하기 위해 모든 항목에서 도움이 필요 없는 경우는 정상범위노인 군(normal-range group)으로 하였고, 1개 항목 이상에서 약간 도움이 필요하거나 수행 불가능한 경우는 기능장애 노인 군(impaired IADL group)으로 평가하였다. 본 연구에서의 IADL의 내적일치도를 나타내는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.814이었다.

#### 2.2.4 사회적지지 net-work 및 사회활동

사회적지지 net-work와 사회활동에 관한 항목으로는 자녀수, 자녀와의 접촉빈도, 친구 수, 친구와의 접촉빈도, 친척 수, 친척과의 접촉빈도, 외출 빈도, 취미활동 빈도, 사회봉사활동 빈도 등을 조사하였다. 자녀수, 친구 수 및 친척 수는 「없음」, 「1명」 및 「2명 이상」으로 구분하였고, 자녀, 친구 및 친척과의 접촉빈도, 외출 빈도, 취미활동 빈도, 사회봉사활동 빈도는 「거의 없음」, 「가끔 있음」, 「자주 있음」으로 구분하였다

#### 2.2.5 사회적지지 및 사회심리적 요인

사회적 지지의 평가는 Social Provision Scale(SPS)의 한국어판을 사용하였다[20]. SPS는 총 24개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 4점 척도를 이용하여 긍정적인 문항에는 「매우 그렇지 않다」 1점, 「그렇지 않다」 2점, 「그렇다」 3점, 「매우 그렇다」 4점의 점수를 주었고, 부정적인 문항에는 역으로 「매우 그렇지 않다」 4점, 「그렇지 않다」 3점, 「그렇다」 2점, 「매우 그렇다」 1점의 점수를 주어 총득점 합계(범위; 24-96점)를 산정하였으며, 득점이 높을수록 사회적 지지가 높다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 SPS의 내적 일치도를 의미하는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.745이었다.

사회심리적 요인으로는 자기존중감(Self-esteem), 상태불안(State anxiety), 대인의존행동특성(Interpersonal dependency) 및 통제신념(Locus of control)을 측정하였다.

자기존중감은 Rosenberg[7]에 의해 개발된 자기존중감척도 한국어판 10항목을 사용하였다. 점수는 자신에게 긍정적 평가항목에 대해서 「매우 그렇게 생각한다」와 「그렇게 생각한다」고 답한 경우에 1점을 부여하고, 「그렇게 생각하지 않는다」고 답한 경우에는 0점을 부

여한다. 한편 자신에게 부정적인 평가항목에 대해서는 「그렇게 생각하지 않는다」고 답한 경우 1점을 주고, 「매우 그렇게 생각한다」와 「그렇게 생각한다」고 답한 경우에는 0점을 부여한다. 득점이 높을수록 자기존중감이 높다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 의미하는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.786이었다.

상태불안은 Spielberger[21]에 의해 개발된 State Anxiety Inventory(SAI) 한국어판 20항목을 사용하였다. 회답은 4점 척도로 「결코 그렇지 않다」, 「가끔 그렇다」, 「자주 그렇다」, 「항상 그렇다」로 평가하며, 긍정적인 문항에는 순위별로 1~4점을 주고, 부정적인 문항에는 역으로 4~1점을 주어 합계 득점을 산출하였다. 득점이 높을수록 불안경향이 높은 것을 나타낸다. 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 의미하는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.724이었다.

대인의존행동특성은 Hirschfeld 등[22]이 개발한 Interpersonal Dependency Scale(IDS)을 McDonald-Scott[23]에 의해 부분적으로 수정한 한국어판 18항목을 사용하였다. 항목 중 독립행동에 관한 질문에 대해서 「매우 그렇다」, 「그렇다」 및 「약간 그렇다」로 응답한 경우에 0점, 「그렇지 않다」로 응답한 경우에 1점을 주며, 의존행동에 대한 질문에 대해서는 「매우 그렇다」, 「그렇다」 및 「약간 그렇다」로 응답한 경우에 1점, 「그렇지 않다」로 응답한 경우에 0점을 준다. 득점이 높을수록 대인의존경향이 높음을 나타낸다. 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 의미하는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.812이었다.

통제신념은 Levenson[24]의 한국어판 축소형 통제신념척도(short forms of locus of control scale)를 사용하였다. 이 척도는 각각 4항목의 척도로 되어 있으며, 「매우 그렇다」 3점, 「대부분 그렇다」 2점, 「조금 그렇다」 1점 및 「전혀 그렇지 않다」 0점을 부여한다. 합산한 점수(총득점 합계 0~21점)가 높을수록 통제신념의 성향정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 의미하는 Cronbach's  $\alpha$  값은 0.832이었다.

### 2.3 자료의 통계처리 및 분석

수집된 자료는 전산입력 후 SPSSWIN(ver 17.0) 프로그램 사용하여 통계분석 하였다. 조사대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련행위특성 및 건강상태, 신체적 기능상태, 사회적지지 net-work 및 사회활동, 사회적지지

및 사회심리적 요인에 따른 주관적 건강감은 교차분석을 실시하여 Chi-square test로 검정하였다. 한편, 주관적 건강감에 영향을 미치는 관련변수들의 위험비를 산출하기 위해 unconditional logistic model을 이용하여 각 독립 변수마다 건강군에 대한 비건강군의 교차비(Odds Ratio)와 95% 신뢰구간을 구하였다. 모든 통계량의 유의수준은  $p < 0.05$ 로 하였다.

### 3. 연구결과

#### 3.1 인구사회학적특성에 따른 주관적 건강상태의 분포

조사대상 노인들의 인구사회학적특성에 따른 주관적 건강상태의 분포는 [Table 1]과 같다. 조사대상 노인의 주관적 건강상태의 분포는 「건강군」이 262명(67.2%), 「비건강군」이 128명(32.8%)이었으며, 주관적 건강상태에서 「비건강군」의 분포는 연령이 65-74세군보다 75세 이상군에서( $p=0.000$ ), 학력이 낮을수록( $p=0.000$ ), 직업이 있다는 군보다 없다는 군에서( $p=0.000$ ), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서( $p=0.000$ ), 배우자나 자녀와 함께 산다는 군보다 혼자 산다는 군에서( $p=0.000$ ), 월수입이 낮을수록( $p=0.000$ ), 생활비를 본인이나 가족에게 받는다는 군보다 정부보조를 받는다는 군에서( $p < 0.000$ ), 일상생활에 만족한다는 군보다 만족하지 않는 군에서( $p=0.000$ ) 유의하게 높았다.

Table 1. Distribution of self-rated health according to general characteristics

Variable	N	Healthy group		Not healthy group		$\chi^2$	p-value
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Sex							
Male	172	125(72.7)	47(27.3)		3.780	0.052	
Female	218	137(62.8)	81(37.2)				
Age(year)							
65 ~ 74	163	138(84.7)	25(15.3)		37.472	0.000	
75 ≤	227	124(54.6)	103(45.4)				
Educational level							
≤ Illiteracy	138	62(44.9)	76(55.1)		49.245	0.000	
Elementary school	175	135(77.1)	40(22.9)				
Middle school ≤	77	65(84.4)	12(15.6)				
Religion							
Yes	191	122(63.9)	69(36.1)		1.572	0.210	
No	199	140(70.4)	59(29.6)				
Occupation							
Employed	202	167(82.7)	35(17.3)		44.178	0.000	
Unemployed	188	95(50.5)	93(49.5)				
Spouse							
Alive	305	228(74.8)	77(25.2)		34.856	0.000	
Died & separated	85	34(40.0)	51(60.0)				
Living status							
Live alone	66	22(33.3)	44(66.7)		42.183	0.000	
With spouse	270	203(75.2)	67(24.8)				
With spouse/child	54	37(68.5)	17(31.5)				
Monthly income(₩10,000)							
≤ 50	199	111(55.8)	88(44.2)		26.419	0.000	
50-100	81	59(72.8)	22(27.2)				
100 ≤	110	92(83.6)	18(16.4)				
Bear for living expenses							
Only oneself	237	187(78.9)	50(21.1)		53.174	0.000	
Son/daughter	122	69(56.6)	53(43.4)				
Governmental subsidies	31	6(19.4)	25(80.6)				
Satisfaction of daily life							
Satisfaction	306	242(79.1)	64(20.9)		88.841	0.000	
Dissatisfaction	84	20(23.8)	64(76.2)				
Total	390	262(67.2)	128(32.8)				

### 3.2 건강관련행위특성 및 신체적 건강상태에 따른 주관적 건강상태의 분포

조사대상 노인들의 건강관련행위특성 및 신체적 건강상태에 따른 주관적 건강상태의 분포는 [Table 2]와 같다. 주관적 건강상태에서 「비건강군」의 분포는 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서 (p=0.000), 음주군이나 과거음주군보다 비음주군에서

(p=0.001), 운동을 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서(p<0.000), 식사를 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서(p=0.000) 유의하게 높았다. 또한, 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.000), 눈의 부자유스러움(잘 안 보임)이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.000), 귀의 부자유스러움(잘 안 들림)이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.000),

**Table 2.** Distribution of self-rated health according to health related behaviors and physical health status

Variable	N	Healthy group		Not healthy group		χ <sup>2</sup>	p-value
		N(%)		N(%)			
Subjective sleep evaluation							
Good	169	151(89.3)	18(10.7)	64.718	0.000		
Poor	221	111(50.2)	110(49.8)				
Cigarette smoking							
Smoker	41	27(65.9)	14(34.1)	0.000	0.988		
Non-smoker	349	235(67.3)	114(32.7)				
Alcohol drinking							
Drinker	131	101(77.1)	30(22.9)	13.722	0.001		
Ex-drinker	46	35(76.1)	11(23.9)				
Non-drinker	213	126(59.2)	87(40.8)				
Regular exercise							
Yes	162	143(88.3)	19(11.7)	55.912	0.000		
No	228	119(52.2)	109(47.8)				
Eating habits							
Regularly	279	218(78.1)	61(21.9)	51.642	0.000		
Irregularly	111	44(39.6)	67(60.4)				
Disability of body							
Yes	202	93(46.0)	109(54.0)	82.957	0.000		
No	188	169(89.9)	19(10.1)				
Visual acuity							
Good	122	44(36.1)	78(63.9)	75.910	0.000		
Poor	268	218(81.3)	50(18.7)				
Hearing ability							
Good	135	55(40.7)	80(59.3)	63.636	0.000		
Poor	255	207(81.2)	48(18.8)				
Mastication of food							
Good	217	109(50.2)	108(49.8)	62.015	0.000		
Poor	173	153(88.4)	20(11.6)				
Urinary incontinence							
Yes	94	32(34.0)	62(66.0)	59.716	0.000		
No	296	230(77.7)	66(22.3)				
Amnesia							
Yes	8	1(12.5)	7(87.5)	10.593	0.002		
No	382	261(68.3)	121(31.7)				
ADL							
Normal group	374	261(69.8)	113(30.2)	25.284	0.000		
Impaired group	16	1(6.3)	15(93.8)				
IADL							
Normal group	334	247(74.0)	87(26.0)	46.274	0.000		
Impaired group	56	15(26.8)	41(73.2)				
Total	390	262(67.2)	128(32.8)				

치아의 부자유스러움(음식물 씹기 어려움)이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.000), 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.000), 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.002), 일상생활수행능력(ADL)이 정상인 군보다 기능장애군에서(p=0.000), 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 정상인 군보다 기능장애군에서(p=0.000) 「비건강군」의 분포가 유의하게 높았다.

### 3.3 사회적지지 net-work 및 사회활동에 따른 주관적 건강상태의 분포

조사대상 노인들의 사회적지지 net-work 및 사회활동에 따른 주관적 건강상태의 분포는 [Table 3]과 같다. 주관적 건강상태에서 「비건강군」의 분포는 자녀와의 접촉빈도가 낮을수록(p=0.000), 친구수가 적을수록(p=0.000),

친구와의 접촉빈도가 낮을수록(p=0.000), 친척수가 적을수록(p=0.000), 친척과의 접촉빈도가 낮을수록(p=0.000), 외출 빈도가 낮을수록(p=0.000), 취미활동의 빈도가 낮을수록(p=0.000), 사회봉사활동의 빈도가 낮을수록(p=0.000) 유의하게 높았다.

### 3.4 사회적지지 및 사회심리적 요인에 따른 주관적 건강상태의 분포

조사대상 노인들의 사회적지지 및 사회심리적 요인에 따른 주관적 건강상태의 분포는 [Table 4]와 같다. 주관적 건강상태에서 「비건강군」의 분포는 사회적 지지가 높은 군보다 낮은 군에서(p=0.000), 자기존중감이 높은 군보다 낮은 군에서(p=0.000), 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서(p=0.000), 대인의존행동특성이 낮은 군보

Table 3. Distribution of self-rated health according to social support network and social activities

Variable	N	Healthy group		Not healthy group		χ <sup>2</sup>	p-value
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Number of offspring							
<1	2	0(0.00)	2(100.0)	4.478	0.107		
1 ≤	388	262(67.5)	126(32.4)				
Frequency of offspring contents							
Usually	52	33(63.5)	19(36.5)	16.684	0.000		
Often	196	150(76.5)	46(23.5)				
Seldom	142						
Number of friends							
<1	49	15(30.6)	34(69.4)	27.178	0.000		
1 ≤	341	247(72.4)	94(27.6)				
Frequency of friends contents							
Usually	202	161(79.7)	41(20.3)	48.932	0.000		
Often	114	75(65.8)	39(34.2)				
Seldom	74	26(35.1)	48(64.9)				
Number of relatives							
<1	32	10(31.3)	22(68.8)	18.674	0.000		
1 ≤	358	252(70.4)	106(29.6)				
Frequency of relative contents							
Usually	18	16(88.9)	2(11.1)	42.190	0.000		
Often	111	99(89.2)	12(10.8)				
Seldom	261	147(56.3)	114(43.7)				
Frequency of going out							
Usually	193	170(88.1)	23(11.9)	88.039	0.000		
Often	117	66(56.4)	51(43.6)				
Seldom	80	26(32.5)	54(67.5)				
Activity of hobbies							
Usually	73	68(93.2)	5(6.8)	53.931	0.000		
Often	62	55(88.7)	7(11.3)				
Seldom	255	139(54.5)	116(45.5)				
Social service activity							
Usually	53	53(100.0)	0(0.0)	38.578	0.000		
Often	69	53(76.8)	16(23.2)				
Seldom	268	156(58.2)	112(41.8)				
Total	390	262(67.2)	128(32.8)				

**Table 4.** Distribution of self-rated health according to social support and psychosocial factors

Variable	N	Healthy group		Not healthy group		$\chi^2$	p-value
		N(%)		N(%)			
<b>Social support</b>							
Low <sup>§</sup>	166	81(48.8)		85(51.2)		42.864	0.000
High <sup>¶</sup>	224	181(80.0)		43(19.2)			
<b>Self-esteem</b>							
Low <sup>§</sup>	143	69(48.3)		74(51.7)		35.345	0.000
High <sup>¶</sup>	247	193(78.1)		54(21.9)			
<b>State anxiety</b>							
Low <sup>§</sup>	143	56(39.2)		87(60.8)		78.399	0.000
High <sup>¶</sup>	247	206(83.4)		41(16.6)			
<b>Interpersonal dependent behavior trait</b>							
Low <sup>§</sup>	136	66(48.5)		70(51.5)		31.656	0.000
High <sup>¶</sup>	254	196(77.2)		58(22.8)			
<b>Locus of control</b>							
Low <sup>§</sup>	148	62(41.9)		86(58.1)		67.338	0.000
High <sup>¶</sup>	242	200(82.6)		42(17.4)			
Total	390	262(67.2)		128(32.8)			

§, ¶ : Low and high group classified by the median score of each variable

다 높은 군에서(p=0.007), 통제신념이 높은 군보다 낮은 군에서(p=0.000) 유의하게 높았다.

### 3.5 주관적 건강상태에 관련된 요인

조사대상 노인의 주관적 건강상태에 관련된 요인들을 파악하기 위해 주관적 건강상태를 「건강군」과 「비건강군」으로 구분하여 이분형 로지스틱회귀분석을 실시하였다[Table 5]. 이때 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델과 단변량 분석에서 유의하였던 변수를 통제한 다변량 모델에 의해 주관적 건강상태에 대한 관련변수들의 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다.

그 결과 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델에서는 주관적 건강상태에서 「건강군」에 대한 「비건강군」의 교차비는 연령이 65~74세군보다 75세 이상 군에서 3.47배(95% CI=2.19~5.51), 직업이 있다는 군보다 없다는 군에서 4.67배(95% CI=2.93~7.42), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서 4.44배(95% CI=2.68~7.36), 월수입이 높은 군보다 낮은 군에서 3.30배(95% CI=1.89~5.78), 생활비를 본인이 조달한다는 군보다 정부보조를 받는다는 군에서 3.89배(95% CI=2.49~6.06), 일상생활에 만족한다는 군보다 만족하지 않다는 군에서 2.10배(95% CI=1.82~5.45) 유의하게 상승하였다. 또한, 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서 2.31배(95% CI=1.77~5.48), 음주군보다 비음주군에서 2.04배(95% CI=1.27~3.30), 운동을 규칙적으로 한

다는 군보다 하지 않는다는 군에서 6.89배(95% CI=3.99~11.88), 식사를 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서 5.44배(95% CI=3.38~8.74) 유의하게 상승하였다. 또한, 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서 8.42배(95% CI=4.02~14.05), 눈의 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서 7.72배(95% CI=4.78~12.49), 귀의 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서 6.27배(95% CI=3.93~9.98), 치아의 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서 7.58배(95% CI=4.43~12.96), IADL이 정상인 군보다 기능장애군에서 7.76배(95% CI=4.09~14.71) 유의하게 상승하였다. 또한, 자녀와의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서 2.24배(95% CI=1.450~3.47), 친구와의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서 3.38배(95% CI=2.16~5.28), 친척과의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서 6.37배(95% CI=3.47~11.68), 외출을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서 8.43배(95% CI=5.02~14.15) 유의하게 상승하였다. 또한, 사회적 지지가 높은 군보다 낮은 군에서 4.41배(95% CI=2.81~6.93), 자기존중감이 높은 군보다 낮은 군에서 3.83배(95% CI=2.45~5.98), 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서 4.80배(95% CI=1.85~9.54), 대인의존행동특성이 낮은 군보다 높은 군에서 3.58배(95% CI=2.29~5.59), 통제신념이 높은 군보다 낮은 군에서 3.60배(95% CI=1.14~7.52) 유의하게 상승하였다.

Table 5. Odds ratios and 95% confidence intervals of self-rated health on its associated factors

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis*	
	ORs	(95% CI)	ORs	(95% CI)
Sex(male/female)	1.07	(0.86~1.42)	1.24	(0.90~2.17)
Age(65-74/75≤)	3.47	(2.19~5.51)	0.59	(0.23~1.53)
Educational level(middle school≤/ ≤elementary school)	0.89	(0.35~1.35)	1.10	(0.58~2.06)
Occupation(employed/unemployed)	4.67	(2.93~7.42)	3.12	(1.03~6.99)
Spouse(alive/died & separated)	4.44	(2.68~7.36)	1.65	(0.27~4.80)
Living status(live alone/with spouse & child)	0.71	(0.23~1.89)	0.61	(0.09~2.89)
Monthly income(₩10,000)(<100/100≤)	3.30	(1.89~5.78)	0.68	(0.18~2.53)
Bear for living expenses(only oneself/others)	3.89	(2.49~6.06)	3.82	(1.05~7.78)
Satisfaction of daily life (satisfaction /dissatisfaction)	2.10	(1.82~5.45)	2.60	(1.37~4.37)
Subjective sleep evaluation (good/poor)	2.31	(1.77~5.48)	2.08	(1.28~6.19)
Alcohol drinking(yes/no)	2.04	(1.27~3.30)	1.48	(0.88~5.49)
Regular exercise(yes/no)	6.89	(3.99~11.88)	2.34	(0.86~6.38)
Eating habits(regularly/irregularly)	5.44	(3.38~8.74)	0.82	(0.28~3.39)
Disability of body(yes/no)	8.42	(4.02~14.05)	4.55	(2.26~9.42)
Visual acuity(good/poor)	7.72	(4.78~12.49)	0.66	(0.26~1.63)
Hearing ability(good/poor)	6.27	(3.93~9.98)	0.46	(0.17~1.27)
Mastication of food(good/poor)	7.58	(4.43~12.96)	1.28	(0.47~3.43)
Urinary incontinence(yes/no)	1.75	(0.16~3.20)	1.26	(0.28~3.01)
Amnesia(yes/no)	1.09	(0.53~4.08)	1.08	(0.44~3.33)
ADL(normal/impaired)	1.64	(0.52~5.44)	1.27	(0.26~3.85)
IADL(normal/impaired)	7.76	(4.09~14.71)	5.32	(1.48~12.04)
Frequency of offspring contents (seldom/usually & often)	2.24	(1.450~3.47)	0.58	(0.21~1.62)
Number of friends(0<1≤)	1.95	(0.10~3.43)	1.06	(0.30~3.71)
Frequency of friends contents (usually/often & seldom)	3.38	(2.16~5.28)	2.18	(0.83~5.73)
Number of relatives(0<1≤)	1.23	(0.39~3.42)	1.01	(0.25~3.98)
Frequency of relative contents (usually/often & seldom)	6.37	(3.47~11.68)	3.30	(1.11~9.78)
Frequency of going out (usually/often & seldom)	8.43	(5.02~14.15)	1.11	(0.34~3.57)
Activity of hobbies(usually/often & seldom)	1.62	(0.38~4.98)	1.82	(0.34~9.58)
Social service activity (usually & often/seldom)	1.75	(0.66~5.48)	1.16	(0.34~3.98)
Social support(low/high)	4.41	(2.81~6.93)	1.36	(0.42~4.33)
Self-esteem(low/high)	3.83	(2.45~5.98)	1.95	(0.56~4.67)
State anxiety(low/high)	4.80	(1.85~9.54)	2.47	(1.27~6.85)
Interpersonal dependent (low/high)	3.58	(2.29~5.59)	1.95	(0.75~5.07)
Locus of control(low/high)	3.60	(1.14~7.52)	0.51	(0.21~1.27)

\* : Adjusted the mutual relationship between each variable by unconditional logistic models.

다른 변수를 통제한 다변량 모델에서는 주관적 건강 상태에서 「건강군」에 대한 「비건강군」의 교차비는 직업이 있다는 군보다 없다는 군에서 3.12배(95% CI=1.03~6.99), 생활비를 본인이 조달한다는 군보다 정부보조를 받는다는 군에서 3.82배(95% CI=1.05~7.78), 일상생활에 만족한다는 군보다 만족하지 않다는 군에서 2.60배(95% CI=1.37~4.37), 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서 2.08배(95% CI=1.28~

6.19), 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서 4.55배(95% CI=2.26~9.42), IADL이 정상인 군보다 기능장애군에서 5.32배(95% CI=1.48~12.04), 친척과의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서 3.30배(95% CI=1.11~9.78), 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서 2.47배(95% CI=1.27~6.85) 유의하게 상승하였다.

#### 4. 고찰

본 연구는 도시지역 노인들의 주관적 건강상태에 관련된 인자를 명확하게 밝히려는 목적으로 실시하였다. 조사대상은 D광역시에서 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인 390명을 대상으로 하였는데, 이 같은 대상자 수는 G\*Power 3.1 프로그램[17]을 이용하여 무작위 추출하였고, 자료 수집은 조사대상자들에게 사전 동의를 구한 후 설문내용에 대해 면접조사를 실시하였으므로 연구대상과 방법에 대해서는 큰 무리가 없다고 생각된다.

연구결과 조사대상 노인들의 주관적인 건강상태의 분포를 보면 건강군이 67.2%, 비건강군이 32.8%로 나타났다. 이 같은 결과는 선행연구에서도 유사한 결과를 보여주고 있는데 주관적인 건강상태가 좋지 않다는 비율이 Kim 등[16]의 국민건강영양조사(2011)자료를 이용한 75세 이상 노인에서 36.1%, Yeom 등[25]의 고령화 패널을 이용한 65세 이상 노인에서 34.1%, Bang 등[15]의 도시지역 노인을 대상으로 한 연구에서 39.3%로 보고하고 있다.

본 연구에서의 조사대상 노인들의 인구사회학적특성에 따른 주관적 건강상태를 보면 연령이 높은 군, 학력이 낮은 군, 직업이 없다는 군, 배우자가 없다는 군, 혼자 산다는 군, 월수입이 낮은 군, 정부로부터 생활비를 보조받는다는 군, 일상생활에 만족하지 않다는 군에서 그렇지 않는 군에 비해 비건강군의 비율이 유의하게 높았다. 이 같은 결과는 다수의 선행연구[11,15,16,26]와 일치하는 결과를 보이고 있으며, 여러 인구사회학적 특성들은 주관적 건강상태에 영향을 미쳐 노인이 삶의 질까지 저하시키는 요인으로 작용함을 알 수 있었다[27].

본 연구에서의 조사대상 노인들의 건강관련행위특성 및 신체적 건강상태에 따른 주관적 건강상태를 보면 주관적인 수면의 질이 좋지 않다는 군, 비음주군, 운동을 규칙적으로 하지 않는다는 군, 식사를 규칙적으로 하지 않는다는 군, 신체적인 부자유스러움이 있다는 군, 눈의 부자유스러움이 있다는 군, 귀의 부자유스러움이 있다는 군, 치아의 부자유스러움이 있다는 군, 요실금이 있다는 군, 건망증이 있다는 군, 일상생활수행능력(ADL) 및 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 기능장애인 군에서 그렇지 않는 군보다 비건강군의 비율이 유의하게 높았다. 이 같은 결과는 적절한 수면시간을 갖고, 주당 3~4일 규칙적인 운동을 하며, 적당한 영양 상태를 유지해 가면

서 일상생활에 대해 만족도가 높은 노인에게서 주관적 건강상태가 높다고 보고한 선행연구[2,11,16]들과 일치하고 있음을 알 수 있다. 적당한 수면, 운동 및 식이는 신체적인 건강과 활력을 되찾아 주며, 노인의 체력 유지에 영향을 미치기 때문으로 여겨지며, 일상생활 만족과 더불어 건강관련 행위특성이 주관적 건강상태에 긍정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 한편, 음주와 관련된 선행연구를 보면 음주빈도가 적을수록 주관적 건강상태가 양호하지 못하며[2], 음주군의 주관적 건강상태가 높다고 보고[16]하고 있어 본 연구결과를 뒷받침해주고 있으며, 음주는 자신의 건강상태를 자신하기 때문에 지속하는 것으로 보여지며, 적당한 음주는 개인의 주관적 건강상태에 긍정적인 요인으로 작용하는 것으로 사료된다. 또한 치아, 눈, 귀 등 신체적 부자유스러움이 있고, 건망증 및 요실금이 있으며 ADL 및 IADL에 있어서 기능장애 군의 경우 비건강군의 분포가 높은 것은 여러 선행연구[12,16,25,27,28,29]의 결과와 일치하는 것으로 신체적 건강상태는 주관적 건강상태의 지각과 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 보인다.

본 연구에서의 조사대상 노인들의 사회지지 net-work 및 사회활동에 따른 주관적 건강상태를 보면, 자녀나 친구·친척과의 접촉빈도가 낮을수록, 친구나 친척수가 적을수록, 외출 빈도가 낮을수록, 취미활동의 빈도가 낮을수록, 사회봉사활동의 빈도가 낮을수록 비건강군의 비율이 유의하게 높았다.

선행연구에서도 친구·이웃에 의한 정서적 지원이 노인의 정신 건강에 긍정적인 영향을 미치고[30], 노인의 사회관계망은 신체적, 정신적 건강상태에 중요한 예측변수가 되며[31], 취미생활이 있는 노인의 건강상태가 더 높았다고 보고하고 있어 노년기의 사회활동 지속과 사회지지망을 통한 활발한 인적 교류는 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 중요한 요소라 생각된다.

본 연구에서의 조사대상 노인들의 사회적지지 및 사회심리적 요인에 따른 주관적 건강상태를 보면 사회적 지지가 높은 군보다 낮은 군에서, 자기존중감이 높은 군보다 낮은 군에서, 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서, 대인의존행동특성이 낮은 군보다 높은 군에서, 통제신념이 높은 군보다 낮은 군에서 비건강군의 비율이 유의하게 높았다. 사회적 지지가 낮은 군에서 비건강군의 분포가 높은 것은 사회적 고립이 있는 노인에서 건강상태가 좋지 않은 것으로 평가되며[2], 사회적 지지가 높을

수록 건강하고 우울 정도가 낮아진다는 보고[15,33]와도 일치하고 있다. 따라서 노인의 사회적 지지는 정서적 유대나 안정감을 통해 긍정적인 영향을 미치는 것으로 생각되며, 사회적 관심을 통해 사회적 지지체계의 지원과 구축이 필요하다고 생각된다. 자기존중감이 낮은 군에서 비건강군의 분포가 높은 것은 관련 선행연구를 찾아볼 수 없어 직접 비교하기 곤란하지만, 자기존중감이 낮으면 우울의 정도가 높고, 노인의 우울은 개인이 인지하는 건강상태와 관련성이 높다고 한 결과[34]와 유사한 것으로 자기존중감이 낮은 노인들이 주관적 건강상태를 부정적으로 인식함을 알 수 있었다. 불안이 높은 군에서 비건강군의 분포가 높은 것은 노인들의 주관적 건강상태에 불안이 영향을 미친다는 Sohn [35]의 연구결과와도 일치된 것으로 건강이나 걱정 등 불안상태가 주관적 건강상태의 지각에 부정적인 영향을 미친 것으로 보인다. 대인의존행동특성이 높은 군에서 비건강군의 분포가 높은 것에 대해서는 관련 선행연구를 찾아볼 수 없어 직접 비교할 수 없지만 상태불안 높으면 대인의존행동특성이 높다고 보고[15]하고 있어 불안의 영향과 더불어 노인의 사회적 활동 감소나 신체기능 저하로 인해 의존성이 높아짐을 감안할 때 타당한 결과라고 여겨진다. 통제신념이 낮은 군에서 비건강군의 분포가 높은 것은 내적 통제신념이 높을수록 자기 동기부여 수준이 높고 독립성이 높으며, 자기존중감과 긍지가 높아진다는 선행연구[36]를 고려해 볼 때 의존성이 높고, 자신의 삶이나 주변 환경에 대한 통제력의 감소는 무기력감에 이르게 하여 건강에 대한 자기 조절력도 감소시키기 때문이라 생각된다.

본 연구에서의 로지스틱회귀분석 결과, 조사대상 노인들의 주관적 건강상태에서 건강군에 대한 비건강군이 나타날 위험비는 직업이 있다는 군보다 없다는 군에서, 생활비를 본인이 조달한다는 군보다 정부보조를 받는다는 군에서, 일상생활에 만족한다는 군보다 만족하지 않다는 군에서, 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서, 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서, IADL이 정상인 군보다 기능장애군에서, 친척과의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서, 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서 유의하게 상승한 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 주관적 건강상태에 영향을 미치는 다양한 관련요인 가운데 직업유무, 생활비 조달, 일상생활 만족도, 주관적인 수면의 질, 신체적 부자유, IADL, 친척과의 접촉빈도, 상태불안이 다른

요인을 통제했을 때도 유의미한 결과를 보여 본 연구 결과의 여러 요인들 중에서도 우선적인 중재가 필요한 항목들이라 생각된다.

본 연구는 일개 도시지역의 노인을 대상으로 한 단면 연구이기 때문에 일반화하기에는 무리가 있으며, 향후 농촌지역이나 타 도시지역을 대상으로 연구가 진행되어야 할 필요가 있다고 본다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 도시지역 노인들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 다양한 요인들 중 기존 연구에서 수행되지 않은 요소들까지 포괄적으로 제시한 점과 노인의 정신건강 수준 향상에 영향을 하는 사회심리적 요인에 대한 관심을 불러일으키고 노인대상 건강프로그램 기획과 중재에 기초 자료로 활용될 자료를 제공하였다는데 의의가 있다고 본다.

## 5. 결론

본 연구는 일부 도시지역 노인들의 주관적인 건강감에 관련된 요인을 명확하게 밝히려는 목적으로 실시하였다. 조사대상은 D광역시에서 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인 390명으로 하였다. 자료 수집은 2016년 6월부터 8월에 설문지에 의한 면접조사에 의하였다. 자료의 분석은 각 독립변수에 따른 주관적인 건강감의 분포를 알아보고, unconditional logistic model을 이용하여 각 독립변수마다 건강군에 대한 비건강군의 교차비(Odds Ratio)와 95% 신뢰구간을 구하였다.

연구결과, 조사대상 노인의 주관적 건강상태의 분포는 건강군이 67.2%, 비건강군이 32.8%로 나타났다. 이 같은 주관적인 건강상태의 분포는 개인의 인구사회학적 특성, 건강관련행위특성, 신체적 건강상태, 사회적지지 network, 사회활동, 사회적지지 및 사회심리적 요인에 따라 유의한 차이를 보였다. 로지스틱회귀분석결과 주관적 건강상태에서 「건강군」에 대한 「비건강군」의 교차비는 직업이 있다는 군보다 없다는 군에서, 생활비를 본인이 조달한다는 군보다 정부보조를 받는다는 군에서, 일상생활에 만족한다는 군보다 만족하지 않다는 군에서, 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서, 신체적인 부자유스러움이 없다는 군보다 있다는 군에서, IADL이 정상인 군보다 기능장애군에서, 친척과의 접촉을 항상 하는 군보다 거의하지 않는 군에서, 상태불안이 낮은 군보다 높은 군에서 유의하게 상승하였다. 이

상과 같은 결과는 도시지역 노인들의 주관적인 건강상태에는 개인의 인구사회학적 특성이나 신체적인 건강상태뿐만 아니라 주변의 사회적 지지나 사회심리적 요인이 관여하고 있음을 시사한다.

## Reference

- [1] W.C. Kim. Influence of exercise self efficacy and perceived health status according to the stage of change for exercise behaviors in older adults. *Journal of Digital Convergence*, vol. 13, no. 11, pp.549-559, 2015.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2015.13.11.549>
- [2] H. J. Lee, H. S. Lee, S. H. Lee, C. Y. Cho, K. Y. Sim, H. J. Kim, Y. J. Jeong, H. S. Seo. Determinants of Self-assessed Health among Elderly Adults. *Korean Journal of Family Medicine*, vol. 23, no. 10, pp. 6-1218, 2002.
- [3] K.O. Chang, J.H. Lim, Construction of a Structural Model about the Perceived health status, Pain, Sleep pattern and Quality of life in the Elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 15, no. 7, pp. 4336-4345, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.7.4336>
- [4] J.I. Kim. Prediction of Quality of Life among the Elderly at Care Facilities for the Elderly according to Health Status, Physical and Cognitive Functions, and Social Supports-Focused on D Metropolitan City. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 16, no. 7, pp. 4656-4667. 2015.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.7.4656>
- [5] N.Y. Yang, S.Y. Moon. The Effects of Suicidal Thought on Health Status Social Support, and Life Satisfaction in Elderly, *Journal of Digital Convergence*, vol. vol. 10, no. 11, pp.515-524, 2012.
- [6] O.H. Kim. Analysis of Effects which Social Supports and Cohabiting Influence on the Elderly's Mental Health. *Journal of science research* vol. 22, pp. 235-256, 2013.
- [7] Rosenburg, M. *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ; Princeton University Press, 1965.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1515/9781400876136>
- [8] E.Y. Yu, C.K. Yoon and Y.J. Yang. The Relationship between Self-esteem and Mental Health of College Student in Some Regions. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 13, no. 1, pp. 274-283, 2012.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.1.274>
- [9] Spielberger CD, Gorssuch RL, Lushene RE. *STAI manual for the State-Trait Anxiety and Ability*. Consulting Psychologists Press, California, 1970.
- [10] Hirschfeld RMA. A measure of interpersonal dependency, *J Personality Assessment*, vol. 41, pp. 129-133, 1977.  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4106\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4106_6)
- [11] Y.H. Nam, J.L. Nam. A study on the factors affecting the subjective assessment of the health elderly. *Korea Journal of Family Welfare*, vol. 16, no. 4, pp. 145-162, 2011.
- [12] Y.S. Song, I.S. Kwon, Y.C. Cho. Psychosocial Factors and Its Related Factors Among the Elderly People in a City. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 13, no. 8, pp. 3521-3531, 2012.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.8.3521>
- [13] Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *Int J Nurs Studies*, vol. 37, pp.95-99, 2000.  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00069-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00069-3)
- [14] Y.J. Choi, Y.S. Park, C. Kim, Y.K. Chang. Evaluation of Functional Ability and Nutritional Risk according to Self-Rated Health (SRH) of the Elderly in Seoul and Kyunggi-do. *Journal of Nutrition and Health*, vol. 37, no. 3, pp. 223-235. 2004.
- [15] Y.S. Bang, S.Y. Ryu, H.Y. Kim. The relationship between the components of ICF and self-rated health status in the elderly who use senior citizen center. *Korean association of Regional Studies*, vol. 19, no. 4, pp. 95-113. 2011.
- [16] E.S. Kim, S.K. Lee, H.J. Yoon, H.M. Nam. Subjective health status and relative factors of old-old elderly of more than 75-year-old -Based on 2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 15, no. 7, pp. 4279-4289, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.7.4279>
- [17] Faul F, Erdfelder E, Lang AG et al. G\*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and science. *Behav Res Methods*, vol. 9, no. 2, pp.175-191, 2007.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- [18] Katz S. Studies of illness in the aged : the Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J of Am Med Assoc*, vol. 185, pp. 914-919. 1963.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- [19] Pfeiffer E. *Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. A manual*. Durham, North Carolina: Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development, 1975.
- [20] Cutrona CE, Russel D. The provision of social relationships and adaption to stress. In WH Jones & D Perlman (Eds), *Greenwich, CI:JAI Press, Advances in personal relationship* vol. 1, pp. 37-67. 1987.
- [21] Spielberger CD, Gorssuch RL, Lushene RE. *STAI manual for the State-Trait Anxiety and Ability*. Consulting Psychologists Press, California, 1970.
- [22] Hirschfeld RMA. A measure of interpersonal dependency, *J of Personality Assessment*, vol. 41, pp.129-133, 1977.  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4106\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4106_6)
- [23] McDonald-Scott. The Interpersonal Dependency Inventory Japanese Short Form: development and evaluation. *Kango Kenkyu*. vol. 21, no. 5, pp. 451-60. 1988.
- [24] Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Cons Clin Psychol* vol. 41, pp.

397-404. 1973.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0035357>

- [25] J.H. Yeom, J.S. Park, D.H. Kim. A Study of Factors Affecting Self-Rated Health among Korean Elderly: Focusing on Gender Differences. *Journal of Korean Gerontological Society*. vol. 32, No.4, pp. 1101-1118, 2012.
- [26] E.Y. Kim, K.O. Lim, H.S. Lee. Health-Related Habits and Food Habits of the Elderly Living. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society* vol. 10, no. 10, pp. 2974-2984, 2009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2009.10.10.2974>
- [27] E.H. Kim, Y.C. Kwon. Factors Influencing Quality of Life of Elders in Urban Regions, *Journal of Digital Convergence*, vol. 11, no. 7, pp.225-235, 2013.
- [28] K.S. Ahn, S.K. Park, Y.C. Cho. Physical Function(ADL, IADL) and Related Factors in the Elderly People Institutionalized in Long-term Care Facilities. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 17, no. 3, pp. 480-488, 2016.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.3.480>
- [29] M.J. Kim, J.S. Han, M.J. Kwon, Y.H. Kim. The correlation between cognition and depression of urban and rural elderly people, *Journal of Digital Convergence*, vol. 11, no. 2, pp.341-346, 2013.
- [30] K.C. Min, Effects of Providing Support to Informal Social Network on Mental Health of the Elderly: Focused on Gender Difference. *Journal of Korean Gerontological Society*. vol. 28, no. 3, pp. 515-533. 2008
- [31] N.Y. Yang, S.Y. Moon. The Effects of Suicidal Thought on Health Status Social Support, and Life Satisfaction in Elderly. *The Journal of digital policy & management*, vol. 10, no. 11, pp. 515-524. 2012.
- [32] J.T. Beak, H.Y. Lee, Y.C. Cho. Relating Factors on Depressive Symptoms among the Elderlies in Urban Areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. vol. 17, no. 5, pp. 506-515, 2016.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.5.506>
- [33] J.Y. Lee, Y.S. Moon. Effects of Chronic Pain and Social support on Depression and Suicide in the Elderly. *Journal of Digital Convergence*, vol. 13, no. 10, pp.445-458, 2015.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2015.13.10.445>
- [34] M.S. Kim, J.I. Kim. Relationship Among the Health State, Daily Living Activities (ADL, IADL), Sleep State, and Depression Among Old People at Elderly Care Facilities. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. vol. 16, no. 4, pp. 2609-2619. 2015.
- [35] S.Y. Shon. Factors Related to the Health Related Quality of Life in Elderly Women. *Korean J Women Health Nurs* vol. 15, no. 2, pp. 99-107, 2009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.2.99>
- [36] M.S. Koh, J.W. Suk, H.C. Jeong, K.D. Jeon, D.H. Choi. The Influence of Creative Action and Locus of Control on Self-leadership among RN-BSN. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol. 14, no. 10, pp. 5059-5068, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.10.5059>

**이 후 연(Hu-Yeon Lee)**

[정회원]



- 2015년 2월 : 충남대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2015년 3월 : 충남대학교 대학원 (보건학박사과정)
- 2006년 10월 ~ 현재 : 대전보건대학교 외래교수

<관심분야>

보건간호, 건강관리, 보건교육

**백 종 태(Jong-Tae Baek)**

[정회원]



- 2015년 2월 : 충남대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2015년 3월 : 충남대학교 대학원 (보건학박사과정)
- 2006년 10월 ~ 현재 : 대전보건대학교 외래교수

<관심분야>

환경보건, 건강관리, 보건교육

**조 영 채(Young-Chae Cho)**

[정회원]



- 1980년 2월 : 서울대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 1991년 2월 : 충남대학교 대학원 (수의학박사)
- 1990년 2월 ~ 현재 : 충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실 교수

<관심분야>

환경 및 산업보건, 건강관리