

도시지역 노인들의 사회적 지지와 신체적 기능(ADL, IADL)과의 관련성

배진성¹, 최옥용^{2*}

¹프랑스 사브아 몽블랑대학교 사회학과, ²국민건강보험공단

Relationship Between Social Support and Physical Function(ADL, IADL) among the Elderly Living in a City

Jin-Seong Bae¹, Ok-Yong Choi^{2*}

¹Department of Sociology, France Savoie Mont Blanc University

²National Health Insurance Service

요약 본 연구는 도시지역 노인의 사회적 지지와 신체적 기능(ADL, IADL)과의 관련성을 검토할 목적으로 시도하였다. 연구대상은 한 지방 도시에 거주하고 있는 노인 368명으로 하였으며, 자료수집은 2022년 5월에 조사대상 노인들을 직접 방문하여 면접조사에 의하였다. 연구 결과, 조사대상의 ADL 수준은 사회적 지지에 따라 유의한 차이를 보이지 않았으나, IADL수준은 사회적 지지가 낮을수록 유의하게 낮았다. 상관관계에서도 ADL은 사회적 지지와 유의한 관련성이 없었으나 IADL은 사회적 지지와 유의한 정도의 상관관계를 보였다. 로지스틱 회귀분석 결과 기능장애노인 군(impaired ADL group)이 나타날 위험비는 ADL에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, IADL에서는 사회적 지지가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 유의하게 상승하는 것으로 나타났다. 이 같은 연구결과는 도시지역 노인들에 대한 IADL수준은 사회적 지지가 낮을수록 유의하게 낮아지는 결과를 보이고 있어 사회적 지지가 IADL과 유의한 관련성이 있음을 나타내고 있다. 따라서 노인들의 IADL을 증대시키기 위해서는 가족이나 친구 및 이웃 등과의 원활한 사회적 지지를 유지할 수 있는 실제적인 프로그램을 개발하여 실행할 필요성이 요구된다.

Abstract This study was undertaken to investigate the relationship between social support and physical function (ADL and IADL) among urban elderly. The study subjects were 368 older adults residing in a city. Data collection was performed in May 2022 by interview. Social support was not significantly dependent on ADL level, but a lower level of social support was significantly associated with lower IADL levels. ADL levels were not significantly related to social support, but IADL levels showed a significant relationship with social support. Logistic regression showed that the risk ratio for disability was not significantly influenced by ADL level, but that the need for social support was significantly higher in the lower IADL group (Q1) than in the very high IADL group (Q4). These findings suggest that a lower IADL level is significantly associated with a lower level of social support.

Keywords : Elderly, Social Support, Physical Function, ADL, IADL, Related Factor

*Corresponding Author : Ok-Yong Choi(National Health Insurance Service)

email: okyong@nhis.or.kr

Received September 23, 2022

Accepted December 7, 2022

Revised October 17, 2022

Published December 31, 2022

1. 서론

노년기에는 신체적인 퇴화 및 노화로 인하여 만성질환의 유병률이 높아지게 되어 65세 이상 고령인구의 86.7%가 하나 이상의 만성질환을 갖고 있으며, 두 가지 이상을 갖고 있는 경우도 64.2%에 달하고 있다[1]. 따라서 보유하고 있는 만성질환에 의한 신체 장애도 증가하여 전체 노인 가운데 일상생활수행능력(activity of daily living: ADL)을 독립적으로 수행하기 어려운 경우가 11.4%를 차지하고 있으며, 도구적 일상생활수행능력(instrumental activity of aily living: IADL)이 어려운 경우도 28.4%나 되는 것으로 보고되고 있다[1].

인간은 고령기에 들어가게 되면 면역력의 저하로 인한 질환의 이환율이 높아지고, 신체기능이 저하되는 생리적인 퇴화 현상에 의해 독립적인 일상생활의 수행이 어렵게 될 수 있다[2,3]. 따라서 노년기의 신체적 기능 상태는 일상생활을 독립적으로 수행해 나아갈 수 있는지 없는지를 나타내는 주요 결정 요인의 하나로 노후생활의 질적인 평가를 하느데 있어 주요 지표가 되고 있다[4].

노인의 신체기능 상태를 객관적으로 나타내는 지표로는 일반적으로 ADL과 IADL이 사용되고 있다[5]. ADL은 목욕하기, 옷 갈아입기, 화장실 이용하기, 이동하기, 식사하기 및 대소변 가리기 등의 비교적 일상생활에 필요한 기초적인 활동 기능을 측정하는 것으로 구성되며, IADL은 전화사용, 금전 관리, 약 먹기, 식사 준비, 집안 일 하기, 시장 보기 및 장거리 여행 등을 측정 평가하는 것으로 ADL보다 좀 더 복잡한 활동의 범위를 포함하는 다차원적인 기능을 평가하는 것으로 구성되어 있다. 이 같은 노인의 독립적인 신체적 기능은 그들의 일상생활뿐만 아니라 삶의 만족과도 관련성이 높으며, 노화를 성공적으로 이끄는데 중요한 요소가 되고 있다[6].

한편, 노인들에게 지원되는 사회적 지지는 ADL 및 IADL과 밀접한 관련을 갖고 있어 노인들의 일상생활에 지대한 영향을 미치게 된다[7-9].

사회적 지지란 가족, 친척, 친구 및 이웃 등과의 사회적 관계를 통해 지원받을 수 있는 정신적, 신체적 및 물질적인 원조를 포함하는 개념으로 이해할 수 있다. 특히 노인에게 지원되는 사회적 지지는 노인이 안고 있는 정신적, 신체적 및 사회적 문제들을 감소시키거나 완화시키는 역할을 함으로서 일상생활에서의 건강유지 및 증진에 중대한 역할을 하고 있다[10].

또한, 사회적 지지는 개인의 삶의 질을 높이는 효과를 갖는 것으로 심신의 건강에 긍정적인 효과를 미치는 것

으로 보고되고 있다[11-13].

그러나 국내에서의 노인의 사회적 지지와 신체적 기능에 관한 선행연구는 찾아보기 어렵다. 따라서 노인의 사회적 지지에 따른 신체적 기능의 관련성을 파악할 필요성이 요구된다. 이에 본 연구에서는 일부 도시지역에 거주하는 노인들의 신체적 기능을 파악하고, 사회적 지지와의 관련성을 규명함으로써 노인의 일상생활수행에 사회적 지지가 중요한 요소임을 밝히기 위한 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 조사 대상 및 방법

2.1 조사 대상

조사 대상은 한 지방 도시에 거주하고 있는 65세 이상 노인으로 하였다. 본 연구에서의 조사 대상 선정을 위해 우선 G*power 3.1.7 프로그램[14]을 사용하여 조사 대상 표본 수를 추정한 결과 최소표본 수는 347명이었다. 본 연구에서의 조사대상자 수는 최소표본 수에 탈락률을 고려하여 400명을 조사 대상으로 하였다. 무기명 설문지에 의한 면접조사 결과 분석에 사용할 수 없는 32명의 자료를 제외한 368명(회수율 92.0%)의 자료를 분석 대상으로 하였다.

2.2 조사방법

조사는 2022년 5월 2일부터 7월 25일까지의 기간에 연구자 및 면접조사에 대해 사전에 교육을 받은 조사원들이 조사대상 노인들이 주간에 주로 생활하고 있는 노인복지관을 방문하여 수행되었다. 면접조사는 우선 노인복지관을 관리하는 담당자에게 본 연구의 취지에 대해 설명하고 협조를 얻은 다음, 연구대상 노인에게 면접 조사에 대해 설명하고 조사에 응하겠다는 사전 동의를 받은 후 면접조사를 실시하였다.

2.3 조사내용

2.3.1 조사대상자의 기본적 속성

조사대상자의 기본적 속성으로는 연령, 성별, 학력, 가족 유형, 배우자 유무, 한 달 평균 용돈, 생활비 부담 여부 및 현재 삶에 대한 만족도를 조사하였다.

2.3.2 조사대상자의 건강 상태

조사대상자의 건강 상태를 나타내는 변수로는 주관적

건강 상태, 신체의 부자유 유무, 만성질환의 기왕력 유무, 시력 상태, 청력 상태, 치아 상태, 건강증 유무 및 요실금 유무를 조사하였다.

2.3.3 조사대상자의 건강관련행위 특성

조사대상자의 건강관련행위 특성으로는 흡연상태, 음주 상태, 주관적인 수면의 질, 규칙적 운동 여부, 규칙적 식사 여부, 취미활동 유무 및 외출 빈도수를 조사하였다. 주관적인 수면의 질은 1일 평균 수면시간이 7~8시간인 경우를 「수면의 질이 좋은 군」, 7시간 미만 또는 8시간 이상인 경우를 「수면의 질이 좋지 않은 군」으로 구분하였다[15].

2.3.4 사회적 지지(Social Support)

사회적 지지의 측정은 Sherbourne과 Stewart[16]에 의해 개발된 MOS-SSS(Medical Outcomes Study-Social Support Survey)의 한국어판 도구를 사용하였다[17]. MOS-SSS는 총 19개 문항으로 구성되어 있으며, 정서적 지지(4문항), 정보적지지(4문항), 물질적지지(4문항), 애정적지지(3문항) 및 긍정적 사회 상호작용(4문항)의 하위 영역으로 구분되어 있다. 평가는 각 문항에 대해 얼마나 자주 그렇게 느끼는지를 5점 척도로 이용하여 「전혀 없다」 1점, 「대부분 없다」 2점, 「반반이다」 3점, 「대부분 있다」 4점, 「항상 있다」 5점을 주어 총득점 합계(19~95점)를 산정하며, 점수가 높을수록 사회적지지가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 사분위수(quartile)를 이용하여 낮은 군(Q1), 중간 군(Q2), 높은 군(Q3) 및 매우 높은 군(Q4)으로 구분하였다. 본 연구에서의 설문지 내적 신뢰도를 나타내는 Cronbach's α 값은 0.824이었다.

2.3.5 신체적 기능(Physical Function)

(1) 일상생활수행능력(ADL): ADL의 측정은 Katz 등 [18]에 의해 개발된 Katz Index의 한국어판 도구를 사용하였다. 이 도구는 목욕하기, 옷 갈아입기, 화장실 이용하기, 이동하기, 식사하기 및 대소변 가리기의 6문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 「수행 불가능」, 「약간 도움 필요」 및 「도움 필요 없음」으로 구분한다. 평가는 「수행 불가능」 1점, 「약간 도움 필요」 2점, 「도움 필요 없음」 3점을 부여하여 총득점 합계(6-18점)가 높을수록 ADL이 높음을 나타낸다. 본 연구에서의 ADL의 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's α 값은 0.794이었다.

(2) 도구적 일상생활수행능력(IADL): IADL의 측정은

Pfeiffer[19]가 개발한 Older Americans Resources and Services(OARS)의 한국어판 도구를 사용하였다. 이 도구는 전화사용, 장거리 여행, 시장보기, 식사준비, 집안 일하기, 약 먹기 및 금전관리의 7개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 「수행 불가능」, 「약간 도움 필요」 및 「도움 필요 없음」으로 구분한다. 평가는 「수행 불가능」 1점, 「약간 도움 필요」 2점, 「도움 필요 없음」 3점을 부여하여 총 득점 합계(7-21점)가 높을수록 IADL이 높음을 나타낸다. 본 연구에서의 IADL의 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's α 값은 0.802이었다.

2.4 통계분석

수집된 자료는 SPSS WIN(ver 24.0) 프로그램을 사용하여 통계분석 하였다. 조사대상자의 인구사회학적 특성, 건강상태, 건강관련행위 특성에 따른 ADL 및 IADL의 평균 점수 비교는 t-test 및 ANOVA로 검정하였고, 사회적 지지와 ADL 및 IADL 간의 상관관계는 Pearson의 상관계수를 구하였다. 또한 ADL 및 IADL에 대한 사회적 지지의 관련성을 파악하기 위하여 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 다변량 로지스틱회귀분석시 종속변수인 ADL과 IADL은 모든 측정 항목에서 도움이 필요 없는 경우를 「정상범위 노인군」으로, 1개 문항 이상에서 약간 도움이 필요하거나 수행 불가능한 경우는 「기능장애 노인군」으로 2분화 하였다. 모든 통계량의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

3. 연구 결과

3.1 기본적 속성에 따른 ADL 및 IADL 수준

조사대상자의 기본적 속성에 따른 신체적 ADL 및 IADL 수준은 Table 1과 같다. ADL수준은 연령이 65~74세군보다 75세 이상인 군에서($p=0.034$), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서($p=0.031$), 월 평균 용돈이 50만 원 이상인 군보다 50만 원 이하인 군에서($p=0.038$), 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군일수록($P=0.019$) 유의하게 낮았다.

IADL수준은 연령이 65~74세군보다 75세 이상인 군에서($p < 0.001$), 학력이 낮은 군일수록($p < 0.001$), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서($p < 0.001$), 가족과 함께 산다는 군보다 혼자 산다는 군에서($p < 0.001$), 생활비 부담을 본인이나 가족이 부담한다는 군보다 정보부조금으

Table 1. Mean score of ADL and IADL according to sociodemographic characteristics

Variables	N	ADL		IADL	
		Mean±SD	p-value	Mean±SD	p-value
Sex			0.657		0.404
Male	133(36.1)	16.89±0.56		19.32±1.41	
Female	235(63.9)	16.91±0.46		19.45±1.46	
Age(year)			0.034		<0.001
65 ~ 74	198(53.8)	17.86±0.68		19.81±0.69	
75≤	170(46.2)	15.94±0.26		18.86±1.86	
Educational level			0.879		<0.001
≤Illiteracy	93(25.3)	16.92±0.30		19.67±1.04	
Elementary school	141(38.3)	16.91±0.56		19.46±1.56	
Middle school≤	134(36.4)	16.89±0.54		18.81±1.60	
Spouse			0.031		<0.001
Alive	244(66.3)	17.95±0.41		19.61±1.31	
Died & separated	124(33.7)	15.83±0.64		18.91±1.56	
Living status			0.150		<0.001
Live alone	98(26.6)	16.80±0.71		18.73±1.62	
With spouse	203(55.2)	16.94±0.44		19.37±1.00	
With spouse & child	67(18.2)	16.95±0.20		19.68±1.92	
Bear for living expenses			0.197		0.009
Governmental subsidies	41(11.1)	16.73±0.97		18.87±1.63	
Son/daughter	79(21.5)	16.86±0.74		19.11±1.43	
Oneself/spouse	248(67.4)	16.95±0.20		19.54±1.38	
Average monthly allowance(₩10,000)			0.038		0.142
≤50	235(63.9)	15.87±0.61		19.21±1.61	
50<	133(36.1)	17.96±0.17		19.65±1.02	
Satisfaction of daily life			0.019		<0.001
Satisfaction	209(56.8)	17.95±0.22		20.66±0.92	
Moderate	139(37.8)	16.92±0.28		19.15±1.63	
Dissatisfaction	20(5.4)	15.30±1.83		17.90±2.80	
Total	368(100.0)	16.82±0.50		19.37±1.44	

로 부담한다는 군에서(p=0.009), 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군일수록(p<0.001) 유의하게 낮았다.

3.2 건강상태에 따른 ADL 및 IADL 수준

조사대상자의 건강상태에 따른 ADL과 IADL 수준은 Table 2와 같다. ADL 수준은 주관적인 건강상태가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서(p=0.005), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.003), 귀의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.021), 눈의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.028), 치아의 부자유(음식물 씹기 어려움)가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.041) 유의하게 낮았다.

IADL 수준은 주관적인 건강상태가 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서(p=0.001), 만성질환이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.001), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.001), 귀의 부자유가 없다는 군보

다 있다는 군에서(p=0.001), 눈의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.001), 치아의 부자유(음식물 씹기 어려움)가 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.001), 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.030), 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서(p=0.001) 유의하게 낮았다.

3.3 건강관련행위 특성에 따른 ADL 및 IADL 수준

조사대상자의 건강관련행위 특성에 따른 ADL과 IADL 수준은 Table 3과 같다. ADL 수준은 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서(p=0.033), 규칙적인 운동을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서(p=0.037), 취미활동을 자주한다는 군보다 거의 하지 않는다는 군에서(p=0.003) 유의하게 낮았다.

IADL 수준은 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서(p=0.009), 비음주군보다 음주군에서(p=0.013), 식사를 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는

Table 2. Mean score of ADL and IADL according to physical health status of study subjects

Variables	N	ADL		IADL	
		Mean±SD	p-value	Mean±SD	p-value
Subjective health status			0.005		<0.001
Healthy	237(64.4)	17.18±0.15		19.77±0.76	
Unhealthy	131(35.6)	16.77±0.80		18.65±1.99	
Chronic disease			0.330		<0.001
Yes	278(75.5)	16.89±0.56		18.36±1.56	
No	90(24.5)	16.95±0.25		19.82±0.89	
Disability of body			0.003		<0.001
Yes	119(32.3)	16.74±0.84		18.68±2.04	
No	249(67.7)	17.12±0.14		19.70±0.86	
Hearing ability			0.021		<0.001
Good	280(76.1)	17.96±0.19		19.71±0.87	
Poor	88(23.9)	16.22±0.95		18.30±2.19	
Visual acuity			0.028		<0.001
Good	303(82.3)	17.26±0.21		19.97±0.90	
Poor	65(17.7)	16.66±1.07		17.95±2.36	
Mastication ability			0.041		<0.001
Good	296(80.4)	17.16±0.22		19.63±1.16	
Poor	72(19.6)	16.22±1.03		18.29±1.91	
Urinary incontinence			0.265		0.030
Yes	54(14.7)	16.79±0.85		18.94±1.57	
No	314(85.3)	16.92±0.41		19.44±1.40	
Amnesia			0.140		<0.001
Yes	24(6.5)	16.41±1.69		18.63±3.15	
No	344(93.5)	16.94±0.25		19.85±1.03	
Total	368(100.0)	16.82±0.50		19.37±1.44	

Table 3. Mean score of ADL and IADL according to health related behaviors of study subjects

Variables	N	ADL		IADL	
		Mean±SD	p-value	Mean±SD	p-value
Evaluation of sleep quality			0.033		0.009
Good	130(35.3)	17.96±0.17		19.88±0.99	
Poor	238(64.7)	15.87±0.61		18.27±1.62	
Cigarette smoking			0.846		0.757
Non-smoker	272(73.9)	16.91±0.44		19.34±1.45	
Ex-smoker	76(20.7)	16.88±0.71		19.46±1.47	
Smoker	20(5.4)	16.90±0.30		19.50±1.10	
Alcohol drinking			0.575		0.013
Non-drinker	200(54.3)	16.93±0.65		19.89±1.59	
Ex-drinker	91(24.7)	16.94±0.22		19.68±1.47	
Drinker	77(20.9)	16.88±0.24		18.49±0.84	
Eating habits			0.935		0.033
Regularly	337(91.6)	16.91±0.52		19.44±1.34	
Irregularly	31(8.4)	16.90±0.30		18.58±2.12	
Regular exercise			0.037		<0.001
Yea	229(62.2)	17.94±0.44		19.76±0.76	
No	139(37.8)	15.85±0.59		18.72±1.97	
Frequency of going out			0.429		0.005
Every day	217(59.0)	16.94±0.22		19.62±1.00	
Seldom	140(38.0)	16.89±0.58		19.04±1.81	
No	11(3.0)	16.45±1.80		18.72±2.41	
Activity of hobbies			0.003		<0.001
Yes	115(31.3)	17.99±0.09		19.86±0.57	
No	253(68.8)	15.87±0.60		18.15±1.65	
Total		16.82±0.50		19.37±1.44	

다는 군에서(p=0.033), 규칙적인 운동을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서(p=0.001), 외출을 자주한다는 군보다 거의하지 않는다는 군에서(p=0.005), 취미활동을 자주한다는 군보다 거의 하지 않는다는 군에서(p=0.001) 유의하게 낮았다.

3.4 사회적 지지에 따른 ADL 및 IADL 수준

조사대상자의 사회적 지지에 따른 ADL과 IADL 수준은 Table 4와 같다. ADL 수준은 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용)의 점수가 매우 높은 군(Q4)에서 높은군(Q3), 중간군(Q2) 및 낮은군(Q1)으로 갈수록 낮아졌으나 유의한 차이는 보이지 않았다.

IADL수준은 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지

지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용)의 점수가 매우 높은 군(Q4)에서 높은군(Q3), 중간군(Q2) 및 낮은군(Q1)으로 갈수록 유의하게 낮았다 (p<0.001).

3.5 사회적 지지와 ADL 및 IADL 수준과의 상관관계

조사대상자의 사회적 지지와 ADL 및 IADL 수준과의 상관관계는 Table 5와 같다.

사회적 지지는 ADL과는 유의한 상관관계를 나타내지 않았으나, IADL(r=0.355, p<0.01)과는 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 즉 사회적지지가 낮을수록 IADL수준이 낮아지는 것으로 나타났다. 한편, ADL은 IADL(r=0.449, p<0.01)과 유의한 양의 상관관계를 나타내어, ADL수준이 낮을수록 IADL수준이 낮은 것으로 나타났다.

Table 4. Mean score of ADL and IADL according to social supports of study subjects

Variables	N	ADL		IADL	
		Mean±SD	p-value	Mean±SD	p-value
Total score of social supports			0.239		<0.001
Low(Q1)	96(26.1)	16.76±0.92		18.18±2.14	
Middle(Q2)	136(37.0)	16.94±0.19		19.55±1.03	
High(Q3)	87(23.6)	16.96±0.18		19.57±1.10	
Very high(Q4)	49(13.3)	16.96±0.22		20.96±0.18	
Emotional support			0.088		<0.001
Low(Q1)	99(26.9)	16.75±0.93		18.32±2.14	
Middle(Q2)	129(35.1)	16.84±0.86		19.62±1.01	
High(Q3)	89(24.2)	16.96±0.19		19.90±0.29	
Very high(Q4)	51(13.1)	16.97±0.15		20.92±0.12	
Information support			0.206		<0.001
Low(Q1)	97(26.4)	16.78±0.91		18.23±2.18	
Middle(Q2)	138(37.5)	16.82±0.79		19.57±1.01	
High(Q3)	94(25.5)	16.95±0.23		20.00±0.00	
Very high(Q4)	39(10.6)	16.96±0.18		20.84±0.16	
Tangible support			0.241		<0.001
Low(Q1)	103(28.0)	16.84±0.70		18.12±1.62	
Middle(Q2)	129(35.1)	16.90±0.76		19.41±1.55	
High(Q3)	85(23.0)	16.91±0.52		19.65±1.00	
Very high(Q4)	51(13.9)	16.95±0.20		20.96±0.18	
Affectionate support			0.161		<0.001
Low(Q1)	104(28.3)	16.79±0.91		18.30±1.78	
Middle(Q2)	133(36.1)	16.88±0.71		19.56±1.30	
High(Q3)	81(22.0)	16.94±0.22		19.92±0.26	
Very high(Q4)	50(13.6)	16.97±0.16		20.87±0.14	
Positive social interaction			0.174		<0.001
Low(Q1)	99(26.9)	16.78±0.91		18.27±2.15	
Middle(Q2)	132(35.9)	16.85±0.97		19.58±1.03	
High(Q3)	81(22.0)	16.94±0.22		19.92±0.26	
Very high(Q4)	56(15.2)	16.95±0.19		20.26±0.62	
Total	368(100.0)	16.82±0.50		19.37±1.44	

Table 5. Correlation coefficients among feeling of subjective well-being, social supports and physical functions

Variable	Social supports	ADL	IADL
Social supports	1.00		
ADL [†]	0.108	1.00	
IADL [‡]	0.355**	0.449**	1.00

: p(0.05 , **): p(0.01, †: Activities of daily living(ADL), ‡: Instrumental activities of daily living(IADL)

3.6 ADL 및 IADL 수준에 대한 사회적 지지의 관련성

조사대상자의 ADL 및 IADL 수준에 대한 사회적 지지의 관련성을 알아보기 위한 로지스틱회귀분석 결과는 Table 6과 같다.

분석 시 ADL의 경우, 단변량 분석에서 유의하였던 변수인 연령, 배우자 유무, 월수입, 일상생활에 대한 만족도, 주관적 건강상태, 신체의 부자유 유무, 청력, 시력 및

치아의 부자유 유무, 주관적인 수면의 질, 규칙적 운동여부, 취미활동 유무를 통제한 다변량 모델을 통해 사회적 지지에 대한 ADL의 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다. 그 결과 ADL에서 기능장애 노인군이 나타날 위험비는 사회적 지지 총점 및 하위영역에서의 점수가 매우 높은 군(Q4)에서 높은 군(Q3), 중간 군(Q2) 및 낮은 군(Q1)으로 갈수록 상승하였으나 유의한 차이는 보이지 않았다.

Table 6. Odds ratios and 95% confidence intervals of social supports to ADL and IADL.

Variable	ADL		IADL	
	Adjusted ORs [†]	(95% CI)	Adjusted ORs [‡]	(95% CI)
Total score of social supports				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.63	(0.12~3.28)	2.15	(0.36~5.26)
Middle(Q2)	1.70	(0.16~3.04)	3.70	(0.53~6.20)
Low(Q1)	2.07	(0.54~7.89)	5.43	(1.83~12.11)
Emotional support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.40	(0.11~3.79)	1.37	(0.26~4.23)
Middle(Q2)	1.56	(0.15~4.57)	2.68	(0.47~6.17)
Low(Q1)	1.88	(0.16~6.40)	6.68	(2.52~14.22)
Information support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.36	(0.17~2.94)	1.82	(0.22~5.43)
Middle(Q2)	3.10	(0.37~7.59)	2.77	(0.35~5.66)
Low(Q1)	3.47	(0.48~8.26)	4.46	(1.46~7.74)
Tangible support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	1.15	(0.36~3.62)	1.27	(0.33~4.83)
Middle(Q2)	2.07	(0.17~4.26)	2.42	(0.71~6.27)
Low(Q1)	2.24	(0.70~6.10)	4.70	(1.53~9.20)
Affectionate support				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	2.07	(0.26~6.40)	1.75	(0.62~4.51)
Middle(Q2)	3.38	(0.38~8.19)	2.15	(0.36~5.26)
Low(Q1)	3.41	(0.41~8.26)	5.02	(2.55~9.86)
Positive social interaction				
Very high(Q4)	1.00		1.00	
High(Q3)	0.75	(0.19~2.86)	1.60	(0.83~3.07)
Middle(Q2)	1.79	(0.46~5.92)	2.88	(0.98~6.43)
Low(Q1)	1.93	(0.77~6.70)	6.75	(2.82~14.45)

[†]Adjusted for age, spouse, average monthly allowance, satisfaction of daily life, subjective health status, disability of body, hearing ability, visual acuity, mastication ability, evaluation of sleep quality, regular exercise, activity of hobbies.

[‡]Adjusted for age, educational level, spouse, living status, bear for living expenses, satisfaction of daily life, subjective health status, chronic disease, disability of body, hearing ability, visual acuity, mastication ability, urinary incontinence, amnesia, evaluation of sleep quality, alcohol drinking, eating habits, regular exercise, frequency of going out, activity of hobbies.

IADL의 경우, 단변량 분석에서 유의하였던 변수인 연령, 학력, 배우자 유무, 거주상태, 생활비 부담 여부, 일상생활에 대한 만족도, 주관적 건강 상태, 만성질환 여부, 신체의 부자유 유무, 청력, 시력 및 치아의 부자유 유무, 요실금 유무, 건망증 유무, 주관적인 수면의 질, 음주 여부, 규칙적인 식사 여부, 규칙적 운동 여부, 외출 빈도 수, 취미활동 유무를 통제한 다변량 모델을 통해 사회적 지지에 대한 IADL의 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다. 그 결과 IADL에서의 기능장애 노인군이 나타날 위험비는 사회적 지지 총점이 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 5.43배(ORs=5.43, 95% CI=1.83~12.11) 유의하게 상승하였다. 하위영역별로 보면, 정서적 지지 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 6.68배(ORs=6.68, 95% CI=2.52~14.22) 유의하게 상승하였으며, 정보적 지지 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 4.46배(ORs=4.46, 95% CI=1.46~7.74) 유의하게 상승하였다. 물질적 지지 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 4.70배(ORs=4.70, 95% CI=1.53~9.20) 유의하게 상승하였고, 애정적 지지 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 5.02배(ORs=5.02, 95% CI=2.55~9.86) 유의하게 상승하였으며, 긍정적 사회 상호작용 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 6.75배(ORs=6.75, 95% CI=2.82~14.45) 유의하게 상승하였다.

4. 고찰

본 연구에서는 일부 도시지역에 거주하는 노인들의 신체적 기능(ADL, IADL)을 파악하고, 사회적 지지와의 관련성을 규명할 목적으로 시도하였다. 우선 연구 방법에서의 본 연구에서 사용한 측정도구로서 사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart[16]에 의해 개발된 MOS-SSS를 사용하였고, ADL은 Katz 등[18]에 의해 개발된 Katz Index를 사용하였으며, IADL은 Pfeiffer[19]가 개발한 OARS를 사용하였다. 이 같은 도구들은 국제적으로 그 신뢰도와 타당도가 입증된 도구이며, 본 연구에서의 이들 측정도구의 설문지 내적 일치도를 나타내는 Cronbach's α 값은 모두 0.7 이상으로 나타나 연구 결과의 신뢰성을 어느 정도 보장해 준다고 사료 된다.

연구 결과, 조사대상자의 기본적 속성에 따른 ADL 수준은 연령이 높은 군, 배우자가 없는 군, 월 평균 용돈이 적은 군, 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 유의하

게 낮은 것으로 나타났으며, IADL수준은 연령이 높은 군, 학력이 낮은 군, 배우자가 없는 군, 혼자 사는 군, 생활비를 정부보조금으로 부담하는 군, 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 여러 선행연구[20-25]에서도 유사한 결과를 보여주고 있으며, 연령이 높고, 배우자가 없으며, 월수입이 낮고, 일상생활에 대해 만족하지 못한다는 군일수록 건강한 노후를 위한 심리적 욕구가 저하될 것이며, 이러한 욕구의 저하는 사회활동이나 신체적 건강생활에 대한 활동에 제한을 받게 되어 신체적 기능(ADL, IADL)이 낮게 나타난 것으로 생각된다.

본 연구에서의 조사대상자의 건강 상태에 따른 ADL 수준은 주관적인 건강상태가 좋지 않은 군, 신체의 부자유가 있는 군, 귀, 눈 및 치아의 부자유가 있다는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났으며, IADL수준은 주관적인 건강상태가 좋지 않은 군, 만성질환이 있는 군, 신체의 부자유가 있는 군, 귀, 눈 및 치아의 부자유가 있는 군, 요실금이 있는 군, 건망증이 있는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 선행연구에서도 Bae 등[24]은 재가급여 노인들의 ADL에 관련된 건강상태 변수로 와병 유무와 치아의 부자유 유무를, IADL에 관련된 변수로는 건망증 증상 유무를 지적하고 있으며, Park 등[22]은 주관적인 건강상태가 좋을수록, 인지능력이 높을수록, 질병의 수가 적고 우울증상이 낮을수록, 사회활동이 높을수록 신체기능이 좋다고 하였다. 또한, Bae[25]는 보유하고 있는 질병의 수가 적을수록 신체기능 점수가 통계적으로 유의하게 높았다고 보고하고 있어 본 연구 결과와 유사함을 보여주고 있다.

본 연구에서의 조사대상의 건강관련행위 특성에 따른 ADL수준은 주관적인 수면의 질이 좋지 않은 군, 규칙적인 운동을 하지 않는 군, 취미활동을 하지 않는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 한편, IADL의 수준은 주관적인 수면의 질이 좋지 않은 군, 음주군, 식사를 규칙적으로 하지 않는 군, 규칙적인 운동을 하지 않는 군, 외출을 하지 않는 군, 취미활동을 하지 않는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. Mendes de Leon[26]은 고령자의 사회적 활동과 신체적 기능은 긍정적인 관련성이 있다고 보고하고 있으며, Bae[25]는 흡연을 절제할수록, 여가활동 참여가 적극적일수록 신체기능이 높다고 하였고, Cheon[27]은 여가활동을 적극적으로 하고, 사회활동을 활발히 하는 노인에서 신체적 장애가 낮다고 보고하였다. Bae 등[24]의 연구에서도 음주상태, 규칙적 운동, 외출 빈도 및 취미활동 유무가 신체적 기능(ADL,

IADL)과 관련되어 있다고 하여 본 연구와 유사함을 알 수 있다.

본 연구에서의 조사대상의 사회적 지지에 따른 ADL 수준은 유의한 차이를 보이지 않았으나, IADL수준은 사회적 지지가 낮을수록 유의하게 낮아지는 것으로 나타났다. 또한, 사회적 지지는 ADL과는 유의한 상관관계를 보이지 않았으나, IADL과는 유의한 양의 상관관계를 보였다. 이 같은 결과는 여러 선행연구[22,25,26,28-30]에서도 노인의 사회적 지지는 신체기능과 유의한 상관관계가 있음을 보고하고 있다. 따라서 노인이 인지하는 사회적 지지는 신체기능과 유의한 관련이 있음을 시사하는 것으로 보인다.

본 연구에서의 로지스틱 회귀분석 결과, 기능장애노인군(impaired ADL group)이 나타날 위험비는 ADL에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, IADL에서는 사회적 지지 총점 및 하위영역(정서적 지지, 정보적 지지, 물질적 지지, 애정적 지지 및 긍정적 사회 상호작용)의 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 유의하게 상승하는 것으로 나타났다. 이 같은 연구결과는 도시지역 노인들에 대한 사회적 지지는 ADL보다는 IADL에 보다 더 유의한 관련성이 있음을 알 수 있다. 선행연구[31-34]에서는 사회적 지지는 건강과 장수를 증진시키고, 심리적 질환, 의료기관 이용도, 혈압, 신체적 증상 및 정신증상과 관련이 있으며, 사회적 지지가 부족한 노인은 사망의 위험이 높다는 보고하고 있다. 또한, Mendes de Leon[26]은 사회적 지지는 IADL 장애율을 낮추는 효과가 있다고 하였으며, Petersen[35]은 사회적 지지가 건강에 미치는 부정적 영향을 완화시키는 역할을 한다고 보고하고 있어 사회적 지지는 ADL 및 IADL과 밀접한 관련성이 있음을 시사하고 있다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 연구대상이 한 도시에 거주하고 있는 노인을 대상으로 사회적 지지와 신체적 기능(ADL, IADL)과의 관련성을 알아본 횡단연구이기 때문에 본 연구 결과를 모든 노인에게 적용하는 데는 제한적이다. 둘째, 본 연구에서 사용한 사회적 지지와 신체적 기능(ADL, IADL)의 측정도구에 의한 응답 결과는 응답자의 주관적 의견이 개입될 수 있기 때문에 응답 편이가 개재될 가능성이 있다. 이와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 한 지방 도시에 거주하고 있는 노인들을 대상으로 이들의 ADL 및 IADL에 관련된 요인을 개인의 기본적 속성, 건강관련행위 특성 및 건강상태를 비롯하여 사회적 지지와의 관련성을 분석하였다는 점이다. 그 결과 노인들의 사회적 지지는 IADL과 유의한 관련성이 있

음을 밝혀냈으며, 따라서 노인들의 IADL을 증대시키기 위해서는 가족이나 친구 및 이웃 등과의 원활한 사회적 지지를 유지할 수 있는 다양한 방법을 개발하여 실행할 필요성이 요구된다.

5. 요약 및 결론

본 연구는 한 도시지역 노인의 사회적 지지와 신체적 기능(ADL, IADL)과의 관련성을 검토하고자 시도하였다. 조사대상은 한 지방 도시에 거주하고 있는 65세 이상 노인 368명으로 하였다. 자료 수집은 2022년 5월2일부터 7월 25일까지의 기간에 조사원이 조사대상 노인을 직접 방문하여 면접 조사하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

1. 조사대상자의 기본적 속성에 따른 ADL 수준은 연령이 높은 군, 배우자가 없는 군, 월 평균 용돈이 적은 군, 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 유의하게 낮았다. IADL 수준은 연령이 높은 군, 학력이 낮은 군, 배우자가 없는 군, 혼자 사는 군, 생활비를 정부보조금으로 부담하는 군, 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 유의하게 낮았다.

2. 조사대상자의 건강상태에 따른 ADL 수준은 주관적인 건강상태가 좋지 않은 군, 신체의 부자유가 있는 군, 귀, 눈 및 치아의 부자유가 있다는 군에서 유의하게 낮았다. IADL 수준은 주관적인 건강상태가 좋지 않은 군, 만성질환이 있는 군, 신체의 부자유가 있는 군, 귀, 눈 및 치아의 부자유가 있는 군, 요실금이 있는 군, 건강증이 있는 군에서 유의하게 낮았다.

3. 조사대상의 건강관련행위 특성에 따른 ADL 수준은 주관적인 수면의 질이 좋지 않은 군, 규칙적인 운동을 하지 않는 군, 취미활동을 하지 않는 군에서 유의하게 낮았다. IADL 수준은 주관적인 수면의 질이 좋지 않은 군, 음주군, 식사를 규칙적으로 하지 않는 군, 규칙적인 운동을 하지 않는 군, 외출을 하지 않는 군, 취미활동을 하지 않는 군에서 유의하게 낮았다.

4. 조사대상자의 사회적 지지에 따른 ADL 수준은 유의한 차이를 보이지 않았으나, IADL수준은 사회적지지 총점 및 하위영역의 점수가 매우 높은 군(Q4)에서 높은 군(Q3), 중간군(Q2) 및 낮은군(Q1)으로 갈수록 유의하게 낮았다.

5. 조사대상자의 사회적 지지와 ADL 및 IADL과의 상관관계를 보면, 사회적 지지는 ADL과는 유의한 상관관

계를 나타내지 않았으나, IADL과는 유의한 양의 상관관계를 나타내었다($r=0.355$, $p<0.01$).

6. 조사대상자의 ADL 및 IADL 수준과 사회적 지지와의 관계를 검토하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, ADL에서의 기능장애 노인군이 나타날 위험비는 사회적 지지 점수에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 IADL에서의 기능장애 노인군이 나타날 위험비는 사회적 지지 총점 및 하위영역의 점수가 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 유의하게 상승하였다.

위와 같은 연구 결과는 일부 도시지역 노인들의 ADL 및 IADL은 개인의 기본적 속성, 건강 관련 행위 특성 및 건강 상태뿐만 아니라 사회적 지지와도 유의한 관련성이 있음을 시사하고 있다. 따라서 지역사회 노인들의 ADL 및 IADL을 증진시키기 위해서는 가족, 친척, 친구 및 이웃과의 사회적 지지를 높일 수 있는 다양한 방안을 마련하여 실행할 필요가 있다고 생각된다.

Reference

- [1] National Health Insurance Corporation. (2018). National health interview survey on the long-term care insurance services. 2018.
- [2] Y. A. Lim, Y. C. Cho. (2017). Covariance structure analysis of the influence of social support, physical and mental health status on quality of life among the elderly at care facilities. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, Vol. 18, No. 8, pp. 210-220. DOI: <http://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.8.210>
- [3] H. S. Kim, J. Y. Park, I. S. Kwon, Y. C. Cho. (2010). Quality of life and its association with physical and mental function in the elderly people affiliated with long-term care insurance services. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, Vol. 11, No. 10, pp. 3808-3819. DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2010.11.10.3808>
- [4] M. W. Shin, Y. O. Lee, Y. C. Cho. (2016). Analysis of the influence of physical and mental function, and oral health impact profiles on quality of life in the elderly people in long-term care centers using the structural equation model. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, Vol. 17, No. 4, pp. 500-511. DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.4.500>
- [5] Stein RK, Gortmaker SL, Perrin EC, Perrin MJ, Pless IB, Walker DK, Wertzman: (1987). Severity of illness: concept and measurements. *Lancet*, Vol. 12, pp. 1506.
- [6] Roos, N & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging. *American Journal of Public Health*. Vol. 81, No. 1, pp. 63-68.
- [7] S. N. Kim, S. B. Lee. Spiritual Well-Being, Social Support, Life Satisfaction and Depression in the Community Dwelling Elderly. *Journal of East-West Nursing Research*. Vol. 19, No. 2, pp. 186-194.
- [8] H. W. Kang. (2014). The relationship between physical activity, perceived social support, subjective health and quality of life of older adults considering the regulation effect of gender -Focusing on social cognitive theory- *The Korean Society of Sports Science*, Vol. 23, No. 1, pp. 315-330.
- [9] J. M. Son, S. H. Byun. (2015). Effects of Spouse Bereavement in Old Age on Emotion and Social Interaction. *The Journal of the Korea Contents Association*, Vol. 15, No. 9, pp. 233-242.
- [10] M. H. Sung, Y. M. Lim, K. S. Joo. (2011). The Relationship between Social Support and Loneliness in Elderly Women Living Alone. *Journal of the Korea Community Health Nursing Academic Society*, Vol. 25, No. 1, pp. 95-106.
- [11] LaRocco JM, House Js, French JRP. (1980). Social support, occupational stress, and health. *J Health Soc Behav*, Vol. 45, pp. 193-205.
- [12] Williams AW, Ware JE, Donald CA. (1981). A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. *J Health Soc Behav*, Vol. 22, pp. 324-336.
- [13] Bowling A. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Soc Sci Med* Vol. 36, pp. 641-655. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90061-8](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90061-8)
- [14] Faul F, Erdfelder E, Lang AG et al. (2007). G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and science. *Behav Res Methods*, Vol. 39, No. 2, pp. 175-191. DOI: <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- [15] Breslow L, Belloc NB. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med*, Vol. 1, pp. 409-421.
- [16] Sherbourne D, Stewart AL. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, Vol. 32, No. 6, pp. 705-714.
- [17] M. K. Lim, Y. J. Shin, W. S. Yoo, B. M. Yang, M. H. Kim. (2003). Social Support and Self-rated Health Status in a Low Income Neighborhood of Seoul, Korea. *Korean Journal of Preventive Medicine*, Vol. 36, No. 1, pp. 54-62.
- [18] Katz S. (1963). Studies of illness in the aged: the Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc* Vol. 185, pp. 914-919. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- [19] Pfeiffer E. (1975). Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. *A manual*.

- Durham, North Carolina: Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development, 1975.
- [20] K. W. Sung. (1999). Comparison of ADL and satisfaction state of the elderly in institution and home. Korean Gerontological Society, Vol. 19, No. 1, pp. 105-117.
- [21] J. H. Kim, Y. M. Jung. (2002). A study on health status and quality of life in living alone elderly. J Korean Gerontological Nursing, Vol. 4, No. 1, pp. 16-26.
- [22] K. H. Park, Y. H. Lee. (2007). Association of social Support and Social Activity with Physical Functioning. J. Prev Med Public Health, Vol. 40, No. 2, pp. 137-144.
- [23] E. S. Shin, I. S. Kwon, Y. C. Cho. (2011). Analysis of the Influence of Physical Function and Social Support on Depressive Symptom in the Community Elderly Using the Structural Equation Model. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, Vol. 12, No. 11, pp. 4995-5004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.11.4995>
- [24] N. K. Bae, Y. S. Song, E. S. Shin, Y. C. Cho. (2012). Status of Physical and Mental Function and, Its Related Factors Among the Elderly People Using from Long-Term Care Insurance Service. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society Vol. 13, No. 12 pp. 5976-5985.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.12.5976>
- [25] Y. J. Bae. (2017). Relationship between Social Support, Social Participation and Physical Functioning in Older Adult: on case study of community senior centers. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, Vol. 18, No. 4, pp. :380-390.
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.4.380>
- [26] Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LF. (21003). Social engagement and disability in a community population of older adults", Am J. Epidemiol, Vol. 157, No. 7, pp. 633-642.
- [27] Y. Cheon. (2010). Correlation of Social Network Types on Health Status of Korean Elders. J. of Korean Academy of Nursing, Vol. 40, No. 1, pp. 88-98.
- [28] C. F. Mendes de Leon, T. A. Glass, L. F. Berkman, (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults. Am J. Epidemiol, Vol. 157, No. 7, pp. 633-642.
- [29] S. Y. Kim, J. Lee, (2009). Effects of Social Support, Abuse on the Ego-Integrity in the Elderly. J. of the Korean Gerontological society, Vol. 29, No. 1, pp. 231-242.
- [30] S. N. Jeon, H. J. Shin, (2014). Effect of Social Support on QoL of Widowed Elderly Women: Mediation Effect of Physical-Cognitive Function and Self-Efficacy. J. of the Korean Gerontological Society, Vol. 34, No. 1, pp. 87-101.
- [31] Berkman LF. (1995). The role of social relations in health promotion. Psychosom Med. Vol. 57, No. 3, pp. 245-254
- [32] Antonucci TC. (1985). Personal Characteristics, Social Support, and Social Behavior. In: Binstock RH, Shanas E, Editors. Handbook of Aging and Social Sciences, 2nd ed. New York: Van Nostrand Reinhold; pp. 94-128.
- [33] Shye D, Mulloly JP, Freeborn DK, Pope CR. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: A longitudinal study of an elderly cohort. Soc Sci Med, Vol. 41No. 7, pp. 935-947.
- [34] Yasuda N, Zimmerman SI, Hawkes W, Fredman L, et al. (1997). Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old women in anurban community. Am J Epidemiol, Vol. 145, No. 6, pp. 516-523.
- [35] Petersen PE, Nortov B. (1990). General and oral health and their relation to life-style and social activity among elderly Danes living at home. Tandlaegernes Tidsskr, Vol. 15, No. 2, pp. 36-41.

배진성(Jin-Seong Bae)

[정회원]



- 2019년 9월 ~ 현재 : 프랑스 사브아 몽블랑대학교 사회학과 (Department of Sociology, France Savoie Mont Blanc University)

<관심분야>

사회학, 사회복지학, 노인보건

최옥용(Ok-Yong Choi)

[정회원]



- 2016년 3월 ~ 2018년 2월 : 조선대학교 정책대학원 (사회복지학석사)
- 2017년 1월 ~ 12월 : 서울대학교 보건대학원 (보건사회복지정책과정)
- 2022년 1월 ~ 현재 : 국민건강보험공단 대전세종충청지역본부장

<관심분야>

장기요양보험, 건강보험제도, 보건의료정책