

중년과 노년의 자가 평가 건강수준 영향요인 비교

Comparison of Influencing Factors for Self-rated Health between Middle Aged and Elderly

윤은자*, 권영미**, 이영미***

건국대학교 간호학과*, 경인여자대학교 간호학과**, 부산가톨릭대학교 노인복지보건학과***

Eun-Ja Yeun(eunice@kku.ac.kr)*, Young-Mi Kwon(ymkwon@kiwu.ac.kr)**,
Young-Mi Lee(ymlee@cup.ac.kr)***

요약

본 연구는 지역사회에 거주하는 중년과 노년을 대상으로 자가 평가 건강수준 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 시행한 서술적 상관관계 연구이다. 40-64세의 중년 142명과 65세 이상의 노년 201명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 2014년 3월부터 7월까지 자료를 수집하였다. 중년에는 건강증진 생활양식, 기분상태, 사회적 지지, 자기효능감이 자가 평가 건강수준과 유의한 상관관계를 보였으며, 보유질환 여부, 건강증진 생활양식의 하위개념인 스트레스 관리와 건강책임, 기분상태의 하위개념인 피로, 화, 긴장과 사회적 지지가 자가 평가 건강수준의 영향요인으로 확인되었고 설명력은 43.6%였다. 노년에는 건강증진 생활양식, 사회적 지지, 자기효능감이 자가 평가 건강수준과 유의한 상관관계를 보였으며, 건강증진 생활양식의 하위개념인 신체활동, 보유질환 여부, 기분상태의 하위개념인 혼동, 운동여부가 자가 평가 건강수준을 40.4% 설명하는 영향요인으로 확인되었다. 이러한 결과를 토대로 중년과 노년의 차별화된 특성을 반영하여 교육, 상담, 건강검진, 레크리에이션 활동 등의 방법을 통한 신체·정서·사회적 영역을 포함하는 포괄적 건강증진 프로그램의 개발과 적용이 요구된다.

■ 중심어 : | 자가 평가 건강수준 | 건강증진 생활양식 | 기분상태 | 사회적 지지 | 자기효능감 |

Abstract

This study was performed to reveal the factors determine self-rated health status between middle aged and elderly living in community. The subjects for this study consisted of 142 middle aged and 201 elders who lived in 3 cities of convenience sampling method. The Data was collected through personal interviews with questionnaires from March to July, 2014. For the data analysis, descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and multiple regression were used with SPSS Statistics program. The determinants on self-rated health status were present illness, stress management, health responsibility, fatigue, anger, tension, and social support among the middle-aged persons and physical activity, present illness, confusion, and exercise among elderly persons. On the basis of the results in this study, we should develop differentiated health promotion programs through education, counselling and health examination for the middle-aged adults and elderly.

■ keyword : | Self-rated Health | Lifestyle Behavior | Mood Status | Social Support | Self-efficacy |

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 고령화와 저출산에 의한 인구구조 변화가 다른 국가들에 비해 상당히 빠른 속도로 진행되어 고령사회로의 진입을 눈앞에 두고 있다. 2010년 인구주택총조사[1]에 의하면 중년층에 해당하는 40-64세 인구는 16,951천명, 65세 이상 노인인구는 5,425천명에 이르고 있으며 이러한 중·노년층의 인구는 40세 미만의 모든 연령층을 포함하는 인구규모에 근접하는 수치이다. 더구나 그 증가율이 급증하고 있음을 고려할 때 중년층이 노년층으로 편입될 경우 거대인구집단을 형성하여 국가의 건강비용 부담을 비롯한 막대한 사회경제적 영향력을 가져올 것으로 예상되고 있다.

노년기가 시작되기 직전의 성인단계를 일컫는 중년기는 신체적·정신적으로 노화가 시작되면서 노년을 위한 준비를 얼마나 충실하게 하는가가 곧 노년기의 삶의 질과도 직결된다[2]. 중·노년기의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 개인적 요인뿐만 아니라 가족 및 사회적 요인 등 다차원적으로 보고되고 있으나 설명력 높은 변인으로 건강이 제시되고 있어[3][4] 현재 노년에 해당하는 대상자뿐만 아니라 중년이 보다 건강한 노년기를 맞이할 수 있도록 노년 이전의 시기부터 건강에 관심을 가져야 할 필요성이 대두되고 있다.

중년으로 접어들면서 신체의 변화와 스트레스, 생활양식 등에 기인한 건강문제의 발생이 증가하면서 질병으로 이어지게 되고 이러한 상황이 노년으로 연장되므로 중년의 시기부터 건강증진을 위한 관심과 개입이 필요하다. 중년에 비해 건강의 불균형에 기인한 변화가 큰 노년의 건강문제를 불가피한 현상으로 여기며 등한시해 오기도 하였으나, 최근 건강정보에 대한 노출 및 의료기관 이용이 증가하면서 건강에 대한 인식이 점차 긍정적 변화를 가져와 건강에 대한 관심과 건강관리의 이행으로 성공적 노화를 추구하려는 경향을 보이고 있다[5][6].

건강 수준을 측정하기 위한 방식으로는 객관적 평가와 주관적 평가로 대별할 수 있는데 신체검진, 생화학적 검사, 영상촬영과 같은 객관적 건강평가를 위한 측

정범위는 매우 다양하여 일반적인 건강수준 파악에는 어려움이 있다. 신체의 변화에 가장 민감한 감지자가 본인임을 감안한다면 개인의 건강수준 측정에 주관적인 건강평가 방법을 적용하는 것이 더 중요할 수 있다. 실제로 자신의 건강상태가 건강하다고 인식하는 대상자에서 신체적 건강 상태가 높은 것으로 나타나고 있고 [7], 주관적 평가에 의한 불건강 상태가 사망률과 관계가 있으며[8], 건강에 대한 자가 평가로 고혈압과 같은 만성질환에 대해 명백한 예측 가능성이 보고되고 있다 [9]. 따라서 자가 평가에 의한 건강수준은 의료기관에서의 객관적 측정에 의한 건강수준 평가에 비견될 수 있을 정도로 중요성이 매우 높다.

자가 평가에 의한 건강수준은 개인이 인식하는 태도와 신념에 따라 건강상태를 판단하게 되므로 건강수준 평가에 보편적으로 사용되고 있으며 이와 관련된 연구가 2000년대부터 지속적으로 이루어지고 있다. 자가 평가 건강수준은 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 생활만족 정도, 보유 질병, 경제 수준과 같은 인구학적 인자가 영향력을 보이고 있으며[5][6][10][11], 건강상태가 좋을수록 건강증진행위의 수행정도가 높고 건강증진 생활양식에 대한 주요 예측인자임이 확인되고 있다[6][12]. 개인은 자신의 건강상태에 대한 지각을 통해 건강증진 생활양식에 대한 태도를 형성하고 이를 통해 건강증진 생활양식의 실천에 영향을 미치는 것으로 보인다[13].

한편 개인을 둘러싸고 있는 가족, 친구, 이웃 등의 사회적 관계를 통한 지지망 형성은 소속감을 형성하고 건강증진 생활양식의 실천을 위한 동기를 부여하게 되는데 사회적 지지의 감소나 결핍이 건강수준에 영향을 미치게 되며 사회적 지지가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 보고되고 있다[7][14][15]. 또한 삶의 다양한 사건들을 통제할 수 있는 능력에 대한 신념인 자기효능감은 자신의 건강을 관리, 유지하고 증진하는 역할을 하게 되는데[16], 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 활동뿐만 아니라 삶의 질에 있어서 가장 영향을 미치는 주요 변수로 작용하고 있으며[3][12], 중년층에서는 노후준비에 영향을 주는 성공적 노화인식에 있어서 자기효능감이 주요 요인으로 제시되고 있다[2].

향후의 시대는 노년기의 삶의 질 저하 예방과 노인

스스로가 건강하고 생산적인 삶을 살 수 있는 능력을 키우는 방안에 초점을 맞춘 접근이 이루어져야 할 것이며[2], 이를 위한 기초단계인 건강 증진 도모를 위해서는 관련 요인을 규명하는 일이 선행되어야 한다. 지금까지의 기존연구는 특정 대상층을 중심으로 자가 평가에 의한 건강상태를 파악하고 그에 따른 영향요인을 확인하는 연구가 이루어졌을 뿐 건강상태에 영향을 미치는 동일 변수들에 대하여 중년과 노년을 대상으로 비교 분석한 연구는 찾아보기 어렵다. 따라서 본 연구에서는 선행연구에서 나타난 바와 같이 건강증진 생활양식, 기분상태, 자기효능감, 사회적 지지가 자가 평가에 의한 건강수준의 관련요인이라는 근거에 따라 중년층과 노년층의 건강수준을 확인하고 건강수준에 영향을 미치는 요인을 규명하여 비교해 보고자 한다. 우리나라 인구 구조의 47%[1]에 해당하는 중·노년층의 건강수준 향상은 국민 건강수준의 전반적 증가를 의미하며, 나아가 건강증진을 통한 국민역량의 강화는 국가 발전의 원동력이라 할 수 있다. 그러므로 본 연구를 통해 중년에게는 보다 건강한 노년기를 맞이하고 현재의 노년에게는 안정된 건강상태를 유지하며 삶의 질을 향상시키기 위한 전략의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 중년과 노년 대상자의 자가 평가에 의한 건강수준을 파악하고 건강수준에 영향을 미치는 요인들을 규명하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 중년층과 노년층의 자가 평가 건강수준과 제 변인 간의 차이를 파악한다.
- 2) 중년층과 노년층의 자가 평가 건강수준과 제 변인 간의 상관관계를 파악한다.
- 3) 중년층과 노년층의 자가 평가 건강수준의 영향 요인을 규명하여 비교한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 중년과 노년의 건강증진을 도모하기 위한 전략수립의 기초자료를 확보하기 위하여 지역사회에 거주하는 중년층과 노년층을 대상으로 자가 평가 건강수준의 정도를 파악하고 건강수준에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구대상자는 편의표출법을 적용하여 서울, 경기도 및 충청북도에 거주하는 의사소통이 가능한 40세 이상 64세 이하의 중년과 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 대상자의 근무지나 거주지 혹은 경로당을 직접 방문하여 연구 참여를 허락한 대상자에게 연구의 목적과 방법 그리고 설문도중이라도 언제든지 참여를 중단할 수 있으며 개인정보 보호가 지켜질 것임을 설명하였다. 또한 설문에 대한 응답내용은 연구목적외로만 사용될 것임을 안내하고 서면동의를 받았다.

연구대상자 수는 G*Power 3.1.9.2를 이용하여 산출하였다. 5% 유의수준과 95% 검정력, 독립변수 7개 및 효과 크기 중간지수 0.15로 다중회귀분석에 필요한 최소 표본 크기는 153명이었다. 연구대상이 중·노년층임을 감안하여 설문지 미회수율 및 탈락률을 고려하여 360명을 대상으로 하였다. 355부가 회수되었으며 데이터 확인 과정을 거쳐 최종적으로 343명의 자료를 분석하였다.

3. 연구 도구

3.1 자가 평가 건강수준

자가 평가 건강수준은 측정과 해석이 편리하다는 장점과 의학적 검사로써 알 수 없는 총체적인 건강상태를 반영한다는 점[17]에서 일반적으로 널리 사용되고 있는 단일문항의 시각상사척도(visual analogue scale: VAS)를 이용하였다. 좌측 끝은 '불건강', 우측 끝은 '건강'을 표시한 10cm의 직선 위에 연구대상자가 느끼는 현재의 건강상태를 표시하도록 한 후 좌측 끝에서 자가 표시 지점까지의 거리를 소수점 첫 자리까지 측정된 값으로 점수화한다. 점수가 높을수록 자가 평가 건강수준이 좋을음을 의미한다.

3.2 건강증진 생활양식

연구대상자의 현재의 생활양식과 개인적 습관이행을 측정하기 위하여 Waker 등[18]이 개발한 건강증진 생활양식도구(Health Promotion Lifestyle Profile)를 사용하였다. 연구대상자가 중·노년층임을 감안하여 문항의 내용을 이해하기 쉽도록 단어의 일부를 수정·보완하였으며, 연구자와 간호학과 교수 1인이 이에 대한 타당도를 검증하였다. 건강증진 생활양식은 자아실현(13 문항), 건강책임(10문항), 운동(5문항), 영양(6문항), 대인관계(7문항), 스트레스 관리(7문항)의 하위개념으로 구성된 도구이다. 이 도구는 총 48문항으로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점부터 ‘항상 그렇다’ 4점까지 Likert 방법으로 측정하여 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 이행 정도가 높음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 값은 .92이었고, 본 연구에서의 Cronbach’s α 값은 .96이었다.

3.3 기분상태

기분상태의 측정은 기분상태척도-단축형(Profile of Mood State-Brief Form)을 한국어판으로 작성한 Yeun & Shin-Park[19]의 K-POMS-B를 사용하였다. 기분상태는 긴장, 우울, 분노, 활기, 피로, 혼동의 6개 영역의 하위개념을 포함한다. 이 도구는 총 30문항으로 ‘전혀 아니다’ 0점에서 ‘매우 그렇다’ 4점까지 Likert 방법으로 점수화하며, 긍정적인 5개 문항은 역으로 계산하여 점수가 높을수록 기분장애가 심함을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 값은 .89이었고, 본 연구에서의 Cronbach’s α 값은 .94이었다.

3.4 사회적 지지

기본적인 인간 욕구 충족을 제공하는 상호관계적 자원인 사회적지지에 대한 인지 수준을 측정하기 위하여 Brandt & Weinert[20]의 Personal Resource Questionnaire(PRQ) 85-part II를 서미혜와 오가실[21]이 한국어로 번안한 것을 사용하였다. 총 25문항으로 구성되며 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 4점까지 Likert 방법으로 점수화하며, 점수가 높을수록 사회적 지지 정도를 높게 인지함을 의미한다. 도구의 개

발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 값은 .89이었고, 본 연구에서의 Cronbach’s α 값은 .96이었다.

3.5 자기효능감

자기효능감은 오현수[22]의 한국어판 General Self-efficacy Scale(GSES)를 사용하였다. 총 17개 문항으로 행동을 시작하려는 의지(5문항), 그 행위를 완성하기 위해 노력을 계속하려는 의지(6문항), 역경에 직면했을 때의 끈기(6문항)로 구성되어 있다. 이 도구는 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 4점까지 Likert 방법으로 점수화하며, 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높은 것을 의미한다. GSES 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 값은 .71이었고, 본 연구에서의 Cronbach’s α 값은 .91이었다.

4. 자료 수집

자료 수집은 2014년 3월부터 7월까지 연구자와 연구보조원에 의해 구조화된 질문지와 면담을 통해 이루어졌다. 자료수집 전에 설문조사방법과 절차상의 오차감소와 정확성을 높이기 위해 연구책임자가 설문지 문항의 의미, 점수화된 척도 측정방법과 노인대상의 자료수집 방법에 대한 주의사항을 연구보조원에게 직접 시범 교육을 실시하여 외적타당도를 높이고자 노력하였다. 특히 노인대상자 자료수집 시 경로당과 재가노인을 임의로 방문하여 글자해독이 가능한 경우에는 직접 응답하였고, 그렇지 못한 경우에는 연구자와 연구보조원이 읽어 주고 응답하는 것을 작성하였으며 자료수집에 소요된 시간은 30-40분 정도였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 제 변인은 기술 통계 방법을 이용하여 빈도와 백분율, 문항평균과 표준편차를 분석하였다.
- 2) 자가 평가 건강수준과 제 변인의 차이는 t-test를 이용하였다.
- 3) 자가 평가 건강수준과 제 변인의 관계는 Pearson’s

correlation coefficient를 이용하였다.

- 4) 자가 평가 건강수준의 영향요인은 회귀분석을 이용하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

일반적 특성 중 중년 대상자는 총 142명으로 남성 60명(42.3%), 여성 82명(57.7%)이었으며, 학력은 12년이 74명(52.1%)으로 가장 많았다. 종교는 80명(56.3%)이 '있다'로 응답하였고, 배우자가 있는 대상자는 130명(91.5%)이었다. 현재 질병이 있는 대상자가 42명(29.6%)이었고, 운동을 하는 대상자는 106명(74.6%)으로 나타났다.

노년 대상자의 성별은 남성 79명(39.3%), 여성 122명(60.7%)이었다. 학력의 경우 6년이 74명(36.8%)으로 가장 많았으며, 종교는 130명(64.7%)이 '있다'로 응답하였고, 배우자가 있는 대상자는 118명(58.7%)이었다. 현재 질병이 있는 대상자가 118명(58.7%)이었고, 운동을 하는 대상자는 169명(84.1%)으로 나타났다[표 1].

표 1. 대상자의 일반적 특성

특성	구분	총점 (N=343)	중년 (N=142)	노년 (N=201)
		n(%)	n(%)	n(%)
성별	남성	139(40.5)	60(42.3)	79(39.3)
	여성	204(59.5)	82(57.7)	122(60.7)
학력(년)	0	34(9.9)	-	34(16.9)
	6	82(23.9)	8(5.6)	74(36.8)
	9	72(21.0)	22(15.5)	50(24.9)
	12	106(30.9)	74(52.1)	32(15.9)
	16	41(12.0)	32(22.5)	9(4.5)
	18	8(2.3)	6(4.2)	2(1.0)
종교	없다	133(38.8)	62(43.7)	71(35.3)
	있다	210(61.2)	80(56.3)	130(64.7)
배우자	없다	95(27.7)	12(8.5)	83(41.3)
	있다	248(72.3)	130(91.5)	118(58.7)
보유질환	없다	183(53.4)	100(70.4)	83(41.3)
	있다	160(46.6)	42(29.6)	118(58.7)
운동	안한다	68(19.8)	36(25.4)	32(15.9)
	한다	275(80.2)	106(74.6)	169(84.1)

2. 중년과 노년간 제 변인의 차이

자가 평가 건강수준을 10점 만점의 VAS로 측정한

결과 중년 집단에서는 5.95, 노년 집단에서는 5.02로 보통수준으로 인식하고 있었고 두 집단 간에는 근소하나 유의한 차이를 보였다($t=-3.703, p < .000$).

중년 집단에서 건강증진 생활양식은 2.52로 중상의 수준이었으며, 하위개념에서는 영적성장이 2.60으로 가장 높은 수준을 보였고, 건강책임이 2.15로 가장 낮은 수준이었다. 노년 집단의 건강증진 생활양식은 2.37로 중간을 약간 상회하는 수준이었다. 하위개념에서 가장 높은 수준은 2.60의 영양이고, 가장 낮은 수준은 신체활동으로 2.01이었다.

중년과 노년 집단 간의 건강증진 생활양식은 2.52, 2.37($t=-2.779, p = .006$)로 유의한 차이가 있으며, 하위개념에서는 영적성장이 2.60, 2.25($t=5.615, p < .000$), 인간관계가 2.58, 2.42($t=2.797, p = .005$), 신체활동이 2.18, 2.01($t=2.199, p = .029$)로 유의한 차이를 보였다.

중년 집단의 기분상태는 1.19, 노년 집단은 1.41로 노년 집단이 약간 높았다. 하위개념별로는 중년 집단에서는 활력(2.25), 혼동(1.22), 피로(1.00), 화(.98), 긴장(.95), 우울(.74)의 순이었고, 노년 집단에서는 활력(2.76), 혼동(1.51), 피로(1.17), 긴장(1.06), 우울과 화(.99)의 순으로 나타나 '긴장'과 '화'의 순서만 뒤바뀌었다.

두 집단 간의 유의한 차이는 전체 기분상태($t=3.363, p = .001$), 활력($t=-5.609, p < .000$), 혼동($t=-4.511, p < .000$), 우울($t=-2.820, p = .005$)에서 보였다.

사회적 지지는 중년 집단은 3.07, 노년 집단은 2.83으로 유의한 차이를 보였다($t=-4.584, p < .000$).

자기효능감은 중년 집단이 2.92, 노년 집단이 2.75로 유의한 차이를 보였다($t=-3.545, p < .000$)[표 2].

표 2. 중년과 노년간 제 변인의 차이

변인	중년 (N=142)		노년 (N=201)		t	p
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
자가평가 건강수준	5.95	(2.35)	5.02	(2.26)	-3.703	<.000
건강증진 생활양식	2.52	(.48)	2.37	(.49)	-2.779	.006
건강책임	2.15	(.63)	2.15	(.65)	-.060	.952
신체활동	2.18	(.73)	2.01	(.70)	2.199	.029
영양	2.58	(.55)	2.60	(.49)	-.284	.777
영적성장	2.60	(.55)	2.25	(.60)	5.615	<.000
인간관계	2.58	(.51)	2.42	(.56)	2.797	.005
스트레스관리	2.32	(.51)	2.34	(.50)	-.359	.720

기분상태	1.19 (.62)	1.41 (.59)	3.363	.001
긴장	.95 (.74)	1.06 (.74)	-1.405	.161
우울	.74 (.81)	.99 (.78)	-2.820	.005
화	.98 (.87)	.99 (.79)	-.135	.893
활력	2.25 (.90)	2.76 (.77)	-5.609	<.000
피로	1.00 (.75)	1.17 (.76)	-1.982	.048
혼동	1.22 (.61)	1.51 (.58)	-4.511	<.000
사회적 지지	3.07 (.42)	2.83 (.50)	-4.584	<.000
자기효능감	2.92 (.47)	2.75 (.40)	-3.545	<.000

3. 제 변인과 자가 평가 건강수준의 관계

중년의 경우 건강증진 생활양식의 하위개념인 건강 책임을 제외한 건강증진 생활양식과 사회적 지지, 자기 효능감이 유의한 양의 상관성을 보였고, 기분상태와는 유의한 음의 상관성을 보였다.

노년의 경우에는 건강증진 생활양식의 하위개념 모두와 사회적 지지와 자기효능감이 자가 평가 건강수준과 유의한 양의 상관성을 보였고, 기분상태와 유의한 음의 상관성을 보였다[표 3].

4. 자가 평가 건강수준 영향요인

자가 평가 건강수준을 종속변수로 하여 제 변수들을 단계적으로 회귀분석한 결과 중년에는 보유질환, 건강증진 생활양식의 하위개념인 스트레스 관리와 건강 책임, 기분상태의 하위개념인 피로, 화, 긴장, 그리고 사회적 지지가 종속변수인 자가 평가 건강수준을 43.6% 설명하고 있었다. 노년에는 건강증진 생활양식의 신체활동, 보유질환 여부, 기분상태의 하위개념인 혼동, 운동여부가 자가 평가 건강수준의 40.4%를 설명하였다 [표 4].

표 4. 자가 평가 건강수준 영향요인

	변인	Beta	t(p)	R	Adj R ²	F(p)
중년 (N=142)	보유질환*	-1.640	-4.757(<.000)	.660	.436	14.783(<.000)
	건강증진 생활양식 - 스트레스관리	1.696	4.362(<.000)			
	기분상태 - 피로	-1.111	-3.058(.003)			
	건강증진 생활양식 - 건강책임	-.736	-2.282(.024)			
	사회적 지지	.991	2.334(.021)			
	기분상태 - 화	1.056	2.893(.004)			
노년 (N=201)	기분상태 - 긴장	-.744	-2.045(.043)	.636	.404	33.231(<.000)
	건강증진 생활양식 - 신체활동	.992	4.829(<.000)			
	보유질환*	-1.671	-6.441(<.000)			
	기분상태 - 혼동	-.665	-2.938(.004)			
	운동*	.962	2.491(.014)			

* Dummy Coded

표 3. 제 변인과 자가 평가 건강수준의 관계

변인	중년(N=142)		노년(N=201)	
	자가 평가	건강수준	자가 평가	건강수준
	r	p	r	p
건강증진 생활양식	.324	<.000	.382	<.000
건강책임	.122	.073	.163	.010
신체활동	.326	<.000	.474	<.000
영양	.155	.033	.235	<.000
영적성장	.388	<.000	.384	<.000
인간관계	.292	<.000	.336	<.000
스트레스관리	.382	<.000	.313	<.000
기분상태	-.360	<.000	-.370	<.000
긴장	-.342	<.000	-.278	<.000
우울	-.311	<.000	-.273	<.000
화	-.230	.003	-.292	<.000
활력	-.227	.003	-.317	<.000
피로	-.383	<.000	-.297	<.000
혼동	-.226	.003	-.344	<.000
사회적 지지	.365	<.000	.346	<.000
자기효능감	.180	.016	.174	.007

IV. 논의

본 연구결과에 의하면 10점 만점의 VAS로 측정한 자가 평가 건강수준 정도가 중년의 경우 5.95점, 노년의 경우 5.02점이었다. 동일 척도를 사용하여 노인의 건강수준을 평가한 권영미와 윤은자[5]의 연구에서는 5.08점으로 나타났고, 도시 취약계층 노인이나 재가 및 시설노인을 대상으로 한 타 연구에서도 본 연구결과와 유사하게 중간을 상회하는 정도의 건강수준을 보이고 있었다[11][15][16][23]. 다만 광주지역 시설노인을 대상으로 한 장숙희[24]의 연구에서는 대상자의 39%만이 보통이상의 건강상태를 나타내었는데, 이는 남성에 비해

자신의 건강상태를 좀 더 나쁘게 인식하는 경향을 보이는 여성 대상자의 비중이 높고, 질병이나 기능장애로 인한 건강문제가 많은 시설이용자이며, 지역차에 따른 건강정보 습득의 기회나 영양기관 이용률 등에 의한 차이로 볼 수 있겠다. 노년은 사회참여 기회가 감소하고 신체의 약화와 질병이환이 빈번하지만 건강수준에 대한 평가가 중간정도 수준을 보이고 있는 것은 건강에 대한 관심과 관리가 일정 부분에서는 이루어지고 있는 결과로 볼 수 있겠다. 중년의 경우를 살펴보면 도시지역 중년을 대상으로 단문항의 4점 척도로 확인한 이미영 등[11]의 연구에서 자신의 건강을 중간정도로 지적하여 본 연구결과와 일치하였으나, 베이비붐 세대를 대상으로 주관적 건강평가를 ' 좋음', '보통', '나쁨'으로 응답하도록 한 김주현과 한경혜[25]의 연구에서는 대부분의 대상자들이 '보통'과 ' 좋음'으로 응답하고 10%만이 건강상태가 나쁘다고 평가하여 차이를 나타내었다. 중년의 시기는 사회적으로 왕성한 활동이 행해지는 시기이면서 건강과 관련된 생활습관이 고착되는 시기여서 건강상태의 개인차가 커질 수 있다고 판단되며, 질병의 예방과 건강유지에 관심과 실천을 유도할 수 있는 개입이 필요하다.

본 연구의 결과로부터 중년과 노년의 건강증진 생활양식, 기분상태, 사회적 지지, 자기효능감이 자가 평가 건강수준과 통계적으로 유의한 상관관계가 있음을 알 수 있었다. 선행연구에서도 자가 평가 건강수준이 건강증진 생활양식[6], 자기효능감[5], 사회적지지[7][14], 기분상태[26]와의 상관성이 확인되어 본 연구결과와 일치하였다. 다만 중년에서 건강증진 생활양식의 하위개념 중 건강책임은 상관성이 유의미하지 않았는데, 건강책임은 자신의 건강에 대해 책임감을 가지고 필요시 전문적 도움을 받는 것을 의미한다. 이 시기의 중년은 노년에 비해 아직 신체적 활력과 건강을 유지하고 있는 집단이므로 건강책임의 능동적 행위에 대한 관심과 적극적인 수행이 미약한 결과로 해석될 수 있겠다. 재정, 정서, 정보 등 다양한 형태의 지원을 받아 사회적 지지가 높은 노인들은 독립적인 생활을 유지할 수 있어 신체적 기능을 향상시키게 되고, 이러한 기능을 갖는 사회적 지지는 정신건강, 사회참여, 생활의 활력 증진에 필수요

소이다[16]. 대화할 상대나 주요 의사결정시 도움을 청할 대상이 없는 노인이 46%에 이르고 있음을 감안할 때[14] 사회적 관계망의 다양한 확대 방안이 수립되어야 할 것으로 사료된다. 건강의 회복이나 질병의 악화에 있어서 심리적 특성은 핵심요인으로 작용하며 자기효능감은 대표적인 심리적 특성이라 할 수 있다. 자기조절, 주위사람 도움, 환경통제, 어려움 극복을 가능하게 하는 개인의 능력에 대한 신념이라 할 수 있는 자기효능감이 건강추구 행동과도 밀접한 관련이 있다[16]. 그러므로 대상자 스스로 자기효능감을 기반으로 건강에 대한 자기관리를 증진시켜 나갈 수 있도록 유도할 수 있는 방안이 적극 강구되어야 한다.

자가 평가 건강수준을 종속변수로 한 회귀분석에서 중년의 경우 보유질환 여부, 건강증진 생활양식의 하위개념인 스트레스 관리와 건강책임, 기분상태의 하위개념인 피로, 화, 긴장, 그리고 사회적 지지가 영향요인으로 나타났다. 반면 노년의 경우에는 건강증진 생활양식의 하위개념인 신체활동, 보유질환 여부, 기분상태의 하위개념인 혼동, 그리고 운동여부가 영향요인으로 확인되었다. 보유질환은 중년과 노년 모두에서 자가 평가 건강수준에 영향을 미치고 있어 재가노인을 대상으로 건강지각 영향요인을 확인한 윤은자 등[23]의 연구결과와 일치하였다. 생활양식과 관련된 만성질환의 이환이 많은 중·노년층은 실제 질환을 보유할 때 자신의 신체상태에 대해 건강악화의 심리가 내재되어 있을 수 있고 질환으로 인한 안녕감의 저하가 자신의 건강수준 평가에 직접적으로 반영되었을 것으로 판단된다. 중년기는 만성질환의 유병률이 증가하는 시기이고 노인의 경우 90.4%가 만성질환을 가지고 있으며 2가지 이상 지니고 있는 복합이환자도 72.2%에 이른다[27]. 다시 말해 대다수의 노인이 만성질환에 이환되어 있기 때문에 기능저하를 예방하지 않으면 활동제한이나 사회참여 감소로 이어지게 되므로[28] 질병예방을 위한 조기검진을 비롯하여 건강행위 실천을 위한 교육을 통해 건강한 노년으로의 이행이 이루어질 수 있어야 한다. 건강증진 생활양식의 하위개념 중에서 중년은 스트레스 관리와 건강책임이 영향요인인 반면 노인은 신체활동이 건강수준에 영향을 미치는 것으로 나타나 차이를 보이고 있

었다. 이는 Kim[29]의 연구에서 중년보다 노인에게서 규칙적인 운동이 주관적 건강상태와 관련이 높다고 하여 본 연구와 일맥상통하는 결과이다. 운동은 신체적 기능의 향상과 더불어 긴장 및 불안의 감소, 우울증상의 개선을 가져오고 소외감과 고독감을 감소시킬 뿐만 아니라 안녕증진을 가져오게 되지만[28] 지속성이 요구되는 행위이므로 꾸준한 참여를 유도할 수 있는 신체활동 프로그램이 제공되어야 한다. 중년의 경우는 사회참여 과정에서 발생하는 스트레스를 관리하는 정도에 따라 건강상태와의 관련성을 높인다고 볼 수 있으며, 사회활동에 있어서 건강유지가 중요함을 지각하고 있다는 결과의 반영이라고 생각된다. 기분상태의 하위개념에서 다소 차이를 보였으나 중년과 노년에서 건강수준의 영향요인으로 밝혀진 것은 Arve, Lauri & Lehtonen[30]의 연구와도 일치하였는데 연구자들은 우울이 있는 실험군과 우울이 없는 대조군을 비교하여 우울이 있는 그룹은 대조군에 비해 심혈관질환과 호흡기질환을 겪고 있었고, 사망률이 유의하게 더 높았다고 하였다. 기분상태와 사망률과의 관련성을 고려할 때 내면적인 심리적 접근을 간과하지 말아야 함을 시사하는 결과로 볼 수 있다. 중년에서 사회적 지지가 건강수준의 영향요인으로 나타난 것은 사회활동에 있어서 가족, 친척, 직장 등에서의 대인관계가 차지하는 비중이 매우 높고 이로 인해 발생할 수 있는 갈등을 완화할 수 있는 방안이 사회적 지지이기 때문일 것이다. 그러므로 여러 형태의 자조모임을 구성하고 사회활동에 참여할 수 있는 여건을 조성하는 것은 중년의 건강관리를 성공적으로 이끌어 가는 초석이 될 수 있다.

건강에 대한 자가 평가는 잠재적 손상의 파악을 용이하게 하고 여러 원인의 사망률을 예측할 수 있으며 이러한 건강수준 평가를 통해 병원으로의 이송, 대상자 중심의 케어에 필요한 정보 획득을 가능하게 한다[31]. Okamoto 등[9]은 6년간의 종단 연구를 통해 자가 평가에 의한 불건강 상태가 남성노인에 있어서 사망률과 유의한 상관관계가 있음을 보고하였고 이러한 결과를 통해 자가 평가 건강수준을 파악하는 것은 매우 중요하다고 볼 수 있다. 본 연구에서 중년과 노년 대상자의 자가 평가에 의한 건강수준의 영향요인을 확인하였으므로

각 집단에서 도출된 영향요인을 기초로 심리사회적 영역을 포함하는 구체적인 사정이 수행되어야 한다. 이후 차별성을 고려한 적합한 수준의 중재 프로그램의 개발과 더불어 지속성을 유지할 수 있는 정책적 지원이 요구된다. 중년을 위해서는 직장의 보건관리자에 의한 건강관리를 비롯하여 개인이나 직종에 따른 맞춤형 프로그램을 개발하고 적용해 나가는 것이 필요하겠고, 그 밖에도 지역사회, 병원, 건강검진센터, 보건소, 문화센터 및 체육시설 등은 지역주민이 필요로 하는 서비스를 파악하여 제공하기에 적절한 자원이 될 수 있고 중·노년층 모두 접근이 가능한 기관으로 볼 수 있다. 그러므로 간호사를 비롯한 보건·의료 분야에서의 전문가에게 건강관리의 역할을 충분히 발휘할 수 있는 역할 확대의 기회를 제공하고, 관련기관간의 네트워크를 강화한다면 중·노년층이 건강한 사회를 구현할 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 40-64세의 중년과 65세 이상의 노년을 대상으로 자가 평가에 의한 건강수준을 파악하고 대상자의 일반적 특징, 건강증진 생활양식, 기분상태, 사회적 지지, 자기효능감과의 상관관계 및 자가 평가 건강수준의 영향요인을 확인하기 위하여 시도되었다. 2014년 3월부터 7월까지 서울, 경기 및 충북지역에서 편의표집에 의해 중년 142명과 노년 201명으로 총 343명의 대상자를 선정하다. 수집된 자료는 기술통계, 상관관계 분석 그리고 단계적 회귀분석을 통해 통계처리 하였으며 연구의 결과는 다음과 같다.

VAS로 측정된 자가 평가 건강수준은 10점 만점에 중년은 5.95점, 노년은 5.02점으로 나타났다. 제 변인과 자가 평가 건강수준은 건강증진 생활양식, 기분상태, 사회적 지지, 자기효능감에서 중년과 노년 모두 유의한 상관관계가 있었다. 자가 평가 건강수준에 영향을 미치는 요인으로는 중년의 경우 보유질환 여부, 건강증진 생활양식의 하위개념인 스트레스 관리와 건강책임, 기분상태의 하위개념인 피로, 화, 긴장, 그리고 사회적 지지가 확인되어 43.6%의 설명력을 보였고, 노년의 경우

건강증진 생활양식의 하위개념인 신체활동, 보유질환 여부, 기본상태의 하위개념인 혼동, 운동 여부가 40.4%의 설명력을 갖는 영향요인으로 확인되었다.

이 연구는 대상자 선정시 지역사회에 거주하는 일부 중년과 노년 대상자를 편의 표출에 의하여 선정하였으므로 연구결과를 전체 중년과 노년에 대해 일반화하기에는 한계가 있다. 그러나 본 연구를 통해 우리나라 중·노년층의 건강증진을 도모하여 궁극적으로 삶의 질 향상을 위한 기초자료로 활용될 수 있는 건강수준의 영향요인들을 중년과 노년을 비교분석하여 그룹간 차이가 있음을 확인하였다는데 의미가 있다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 자가 평가 건강수준에 영향을 미치는 요인을 종합적으로 고려한 후속연구가 시도되어야 한다. 둘째, 본 연구에서 도출된 중년과 노년의 자가 평가 건강수준의 영향요인을 고려하여 건강관련 정보의 제공과 건강행위 이행을 향상시킬 수 있는 건강증진 계획의 수립과 적용이 이루어져야 한다.

참 고 문 헌

[1] 통계청, 2010 인구주택총조사, 2011.
 [2] 강성욱, 하규수, “중년층의 성공적 노화인식과 노후준비와의 관계에 대한 연구,” 디지털정책 및 관리학회, 제11권, 제12호, pp.121-144, 2013.
 [3] 강서영, 박인혜, “일 장소 지역 거주 노인의 삶의 질 모형구축,” 지역사회간호학회지, 제24권, 제3호, pp.302-313, 2013.
 [4] 임소진, 어성연, “중년기 성인들이 인지하는 주관적 삶의 질의 영향요인 분석: 생태학적 요인들을 고려하여,” 한국가족자원경영학회지, 제15권, 제4호, pp.129-147, 2011.
 [5] 권영미, 윤은자, “도시노인의 자가평가 건강수준 및 관련요인,” 한국자료분석학회지, 제11권, 제3호, pp.1289-1305, 2009.
 [6] 신경림, 김정선, “도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위

와의 관계연구,” 대한간호학회지, 제34권, 제5호, pp.869-880, 2004.
 [7] 장숙희, “노인의 건강상태, 사회적 지지와 생활만족도와의 관계,” 노인간호학회지, 제8권, 제1호, pp.36-46, 2006.
 [8] K. Okamoto, Y. Momose, A. Fujino, and Y. Osawa, “Gender Differences in the Relationship between Self-rated Health(SRH) and 6-year Mortality Risk among the Elderly in Japan,” Archives of Gerontology and Geriatrics, Vol.47, pp.311-317, 2008.
 [9] H. Y. Shin, M. H. Shin, and J. A. Rhee, “Gender Differences in the Association between Self-rated Health and Hypertension in a Korean Adult Population,” BMC Public Health, Vol.12, 2012.
 [10] 염지혜, 박준식, 김동현, “노인의 주관적 건강평가 관련요인에 관한 연구: 남녀 차이를 중심으로,” 한국노년학, 제32권, 제4호, pp.1101-1118, 2012.
 [11] 이미영, 최미혜, 정연강, 허은희, “중년기 성인의 건강증진행위와 자기효능감 및 지각된 건강상태와의 관계 연구,” 지역사회간호학회지, 제10권, 제1호, pp.140-153, 1999.
 [12] 김효정, 박영숙, “노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구,” 기본간호학회지, 제4권, 제2호, pp.283-300, 1997.
 [13] 서기순, “노인건강행위와 관련요인간의 관계,” 한국노년학, 제28권, 제4호, pp.1201-1212, 2008.
 [14] 김숙영, 최경원, 오희영, “도시 취약계층 노인의 사회적 관계망과 건강수준과의 관계,” 재활간호학회지, 제13권, 제1호, pp.53-61, 2010.
 [15] 김태면, 이석구, 전소연, “노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성,” 보건교육·보건증진학회지, 제23권, 제3호, pp.99-119, 2006.
 [16] 김의철, 홍천수, 이정권, 박영신, “건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인에 대한 분석: 자기효능감, 사회적 지원 및 질병관리를 중심으로,” 한국심리학

회지:사회문제, 제11권, 제2호, pp.143-181, 2005.

[17] M. Bergner, "Measurement of Health Status," *Medical Care*, Vol.23, No.5, pp.696-704, 1985.

[18] S. N. Walker, K. R. Sechrist, and N. J. Pender, "The Health-promotion Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristic," *Nursing Research*, Vol.36, No.2, pp.76-81, 1987.

[19] E. J. Yeun and K. K. Shin-Park, "Verification of the Profile of Mood States-brief: Cross-cultural Analysis," *Journal of Clinical Psychology*, Vol.62, No.9, pp.1173-1180, 2006.

[20] P. A. Brandt and C. Weinert, "The PRQ-A Social Support Measure," *Nursing Research*, Vol.30, No.5, pp.277-280, 1981.

[21] 서미혜, 오가실, "만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구," *대한간호학회지*, 제23권, 제3호, pp.467-486, 1993.

[22] 오현수, "여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질," *대한간호학회지*, 제23권, 제4호, pp.617-630, 1993.

[23] 윤은자, 권영미, 이영분, "재가노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인," *한국자료분석학회지*, 제9권, 제2호, pp.611-627, 2007.

[24] 장숙희, "노인의 건강 상태, 사회적 지지와 생활 만족도와의 관계," *노인간호학회지*, 제8권, 제1호, pp.36-46, 2006.

[25] 김주현, 한경혜, "베이비붐 세대의 건강상태에 대한 잠재유형," *한국인구학*, 제35권, 제3호, pp.57-85, 2012.

[26] M. W. Kraus, N. Adler, and T. D. Chen, "Is the Association of Subjective SES and Self-rated Health Confounded by Negative Mood? an Experimental Approach," *Health Psychology*, Vol.32, No.2, pp.138-145, 2013.

[27] 한국보건사회연구원, *2014년도 노인실태조사*, 정책보고서, 2014.

[28] 서연숙, "중년기 남녀의 건강행위와 건강수준 연구," *사회복지리뷰*, 제15권, pp.35-51, 2010.

[29] J. H. Kim, "The Mediating Effects of Lifestyle Factors on the Relationship between Socioeconomic Status and Self-rated Health among Middle-aged and Older Adults in Korea," *International Journal of Aging & Human Development*, Vol.73, No.2, pp.153-173, 2011.

[30] S. Arve, S. Lauri, and A. Lehtonen, "Clinical Pathway of Elderly Persons with Lowered Mood in the Health Care Services," *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol.14, No.3, pp.191-198, 2000.

[31] E. J. Giltay, A. M. Vollaard, and D. Kromhout, "Self-rated Health and Physician-rated Health as Independent Predictors of Mortality in Elderly Men," *Age and Ageing*, Vol.41, No.2, pp.165-171, 2011.

저 자 소개

윤 은 자(Eun-Ja Yeun)

정희원



- 1982년 2월 : 중앙대학교 대학원 (간호학석사)
- 1995년 8월 : 중앙대학교 대학원 (간호학박사)
- 1996년 3월 ~ 현재 : 건국대학교 간호학과 교수

<관심분야> : 성인간호학, 병원간호

권 영 미(Young-Mi Kwon)

정희원



- 1995년 2월 : 중앙대학교 대학원 (간호학석사)
- 1999년 8월 : 중앙대학교 대학원 (간호학박사)
- 2009년 3월 ~ 현재 : 경인여자대학교 간호학과 교수

<관심분야> : 간호관리학

이 영 미(Young-Mi Lee)

정회원



- 2006년 8월 : 중앙대학교 간호학과 (간호학석사)
- 2010년 2월 : 중앙대학교 간호학과 (간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 노인복지보건학과 조교수

<관심분야> : 노인 간호, 지역사회 간호