

# 지역사회 거주 노인의 주관적 연령 관련 요인

이시은

백석문화대학교 간호학과 조교수

## Factors associated with Subjective Age among Community Dwelling Older Adults

Si-Eun Lee

Assistant Professor, Department of Nursing, Baekseok Culture University

요 약 본 연구의 목적은 한국 지역사회 거주 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 규명하는 것이다. 본 연구는 2017년 노인실태조사에 참여한 65세 이상 노인 8,040명을 대상으로 이차 분석한 횡단 연구이다. 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 규명하기 위해 단변량 로지스틱 회귀분석에서 유의한 변수만 추출하여 다변량 로지스틱 회귀분석으로 분석하였다. 본 연구결과, 성별, 학력, 거주형태, IADL 제한, 만성질환 수, 지각된 건강 상태, 우울 및 현재 경제활동 여부가 노인의 주관적 연령과 관련이 있는 것으로 나타났다. 본 연구결과에 근거하여 주관적 연령을 낮추기 위한 간호중재가 이루어져야 할 것이다. 본 연구를 통해 노인들이 건강하고 성공적인 노후를 보내는 데 기여할 수 있을 것이다.

주제어 : 연령, 노인, 노인차별, 노화, 건강

Abstract The purpose of this study was to identify the factors associated with subjective age among community-dwelling older adults in South Korea. Cross-sectional analyses were performed on 8,040 older adults aged 65 years and over from the 2017 National Survey of Older Koreans. We used univariable analysis and multivariable analysis by the logistic regression test. The significant factors associated with subjective age in older adults were gender, education level, living arrangements, limitation of instrumental activities of daily living, number of chronic diseases, perceived health status, depression, and current economic activity. Based on the results of this study, nursing intervention will be needed to lower subjective age. This study may contribute to the older adults to have a healthy and successful old age.

Key Words : Age, Aged, Ageism, Aging, Health

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

통계청에서 발표한 자료에 따르면 한국인의 기대수명은 2020년 현재 83.2세에서 2030년 85.2세, 2050년 88.3세로 증가할 전망이다[1]. 노년부양비 역시 2020년 기준 21.7명에서 2030년 38.2명, 2050년 77.6명으로

급증할 것으로 예상된다[1]. 이러한 저출산·고령화의 영향으로 인해 정부는 현재 노인복지법상 만 65세인 노인 연령기준을 70세로 상향하고자 사회적 공론화를 추진하고 있다. 주요 선진국에서도 이에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있는데, 일본의 경우 심각한 고령화로 인해 70세부터 개호보험을 적용하고 있으며 65세까지 정년 보장을 시행하고 있다[2]. 미국은 노령연금의 수급개시 연령

\*Corresponding Author : Si-Eun Lee(sieun@bscu.ac.kr)

Received July 1, 2020

Accepted September 20, 2020

Revised July 17, 2020

Published September 28, 2020

을 67세로 상향하고 정년 제도를 폐지하였다[2]. 독일은 2029년부터 수급개시 연령을 67세로 상향하는 동시에 고령자 고용률도 점차 향상시키고 있어[2], 다른 국가에서도 노인연령기준에 대한 공론화가 활발한 것을 알 수 있다.

주관적 연령이란 자신의 연령에 대한 주관적 생각을 의미[3]하는데, 자기 자신을 노인 또는 비(非)노인으로 인지하는지를 통해 주관적 연령을 측정할 수 있다[4]. 2017년 국민노후보장패널조사에 따르면 중·고령자들은 평균 68.5세를 노후 시작 시기로 보았으며, 연령대가 높아질수록 노후 시작시기 연령이 낮고 자신을 노인으로 보는 비율이 높았다[5]. 2017년 노인실태조사에서도 노인의 86.3%가 노인연령기준이 70세 이상이라고 하였으며, 노인연령기준을 평균 71.4세로 보는 것으로 나타났다[6]. 그러나 노화는 신체적, 심리적, 사회적 노화를 포함하기 때문에 개인별 주관적 연령에 차이가 있을 수 있으며, 노인을 부정적으로 인식하는 사회적 편견인 연령차별주의(ageism)로 인해 자신을 스스로 노인이라고 응답하지 않을 수도 있다[2]. 더욱이 우리나라는 노인빈곤율이 45.7%로 OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) 국가 평균 12.5%보다 훨씬 높아[7] 노인연령기준을 정하는데 신중한 접근이 필요하다.

주관적 연령은 신체, 정신, 사회 및 인지 건강에 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데[4, 8], 자신을 비노인으로 인지하는 사람은 자신의 건강을 좋게 인지하며[8], 우울 증상이 적고, 인지기능이 좋으며, 사회활동 참여가 높은 것으로 나타났다[4, 8, 9]. 50세 이상 성인 5,066명을 대상으로 한 국외연구에서는 주관적 연령을 많이 인지하는 사람에게서 4년 후 신장 기능의 지표인 Cystatin C 수치가 높은 것으로 나타났다[10]. 또한, 주관적 연령을 많이 인지하는 노인은 수면의 질이 낮았고[11], 실험실에서의 보행속도가 저하되는 것으로 나타났다[12]. 미국 노인 17,612명을 대상으로 추적 관찰한 연구에서도 주관적 연령을 많이 인지하는 노인의 사망률이 높은 것으로 나타나[13], 주관적 연령은 삶과 건강에 밀접한 영향을 주는 것으로 알 수 있다.

기준에 주관적 연령과 관련된 선행연구에서는 연령, 학력, 직업유무[14], 거주지역, 시력장애, 악력, 주관적 건강[15], 일상생활동작[16], 우울[15, 16], 기억력[17], 부정적 정서와 스트레스[18] 등이 주관적 연령과 관련이 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 기존 연구들은 50세 이상 중고령자를 대상으로 하였거나[14] 노인복지관과 보건소에 자발적으로 방문하는 노인을 대상으로 조사한 연구이

거나[15], 문화적 차이가 있는 국외노인을 대상으로 이루어진 연구[16-18]이므로 국내 노인을 대표하기에는 제한점이 있다. 이에 본 연구는 한국 노인을 대표할 수 있는 대규모 2017년 노인실태조사를 활용하여 국내 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 파악하고자 한다. 또한, 선행연구와 달리 정확한 연구 결과를 도출하고자 치매로 진단받은 노인을 제외하고 분석하고자 하며, 주관적 연령과 관련된 요인을 인구학적, 신체적, 정신적 및 사회적 요인 측면에서 다차원적으로 파악하고자 한다. 이를 통해 최근 이슈화되는 노인연령기준에 대한 기초자료를 제공하며, 한국 노인의 주관적 연령을 긍정적으로 변화시키기 위한 간호중재 개발의 토대를 마련하고자 한다.

## 1.2 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회 거주 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 규명하기 위함으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인의 주관적 연령에 따른 인구학적, 신체적, 정신적 및 사회적 요인의 차이를 규명한다.

둘째, 지역사회 거주 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 규명한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구의 설계는 2017년도 노인실태조사 원시자료를 이차 분석하여 지역사회 거주 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상

2017년 노인실태조사의 목표모집단은 만 65세 이상의 노인으로서 전국 17개 시·도의 일반주거시설에 거주하는 노인이다. 표본설계를 위해 1차 층화는 17개 시도별로 나누었으며, 2차 층화는 7개 특별·광역시를 제외한 9개 도와 세종특별자치시를 읍·면부로 나누어 2차 층화하였다. 표본추출은 층화 2단계 집락추출(stratified two-stage cluster sampling)로 이루어졌는데, 1차 추출단위는 2010년 인구주택총조사 90% 자료 및 신축 아파트의 표본 조사구이고, 2차 추출단위는 조사구 내 가구의 만 65세 이상 노인을 대상으로 하였다[6]. 2017년도 노인실태조사의 총 응답자수는 10,299명이었으나, 본 연

구에서는 정확한 연구결과를 도출하고자 한국판 K-MMSE (Korean Mini-Mental State Examination) 로 측정된 점수에서 중증의 인지장애(MMSE 0~17점)와 경증의 인지장애(MMSE 18~23점)로 나타난[19] 1,998명과 대응 제거법(pairwise deletion method)으로 처리한 결측치 261명을 제외하고 최종 8,040명의 자료를 분석하였다.

## 2.3 연구도구

### 2.3.1 인구학적 특성

본 연구는 2017년도 노인실태조사 설문지를 활용하였으며, 인구학적 특성을 조사하기 위해 만 연령, 성별, 학력 및 거주형태를 분석하였다. 학력은 로지스틱 회귀분석을 위해 초졸 이하와 중졸 이상으로 범주화하였으며, 거주형태는 독거노인과 다른 사람과 함께 거주하는 동거노인으로 구분하였다.

### 2.3.2 신체적 요인

본 연구에서는 신체적 요인으로 IADL (Instrumental Activities of Daily Living) 제한 여부, 만성질환 수와 지각된 건강 상태를 분석하였다. IADL scale은 Lawton과 Brody [20]가 개발한 도구를 Won 등[21]이 국내 실정에 맞게 번안한 도구(Korean Instrumental Activities of Daily Living, K-IADL)로 사용하였다. 총 10문항의 도구로 점수의 범위는 10~33점이며, 점수가 높을수록 IADL에 제한이 있음을 나타낸다. 본 연구에서는 로지스틱 회귀분석을 위해 한 가지 이상이라도 도움이 필요한 경우 '제한 있음', 모두 완전 자립인 경우 '제한 없음'으로 코딩하였다[22]. 이 도구는 Lawton과 Brody [20]의 연구에서 IADL과 physical self-maintenance scale 점수와의 상관관계가 높아( $r=.61, p<.001$ ) 타당도가 검증된 도구이다. 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값은 Lawton과 Brody의 연구에서 .94였고[20], Won 등[21]의 연구에서 .94였으며, 본 연구에서는 .89였다.

만성질환 수는 의사 진단을 받고 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 수를 분석하였으며, '2개 이하'와 '3개 이상'으로 구분하였다. 지각된 건강 상태는 "귀하께서는 귀하의 평소 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?"의 문항[6]을 활용하였으며, 선행연구[23]에 따라 '매우 건강하다/건강한 편이다'는 좋음으로 '그저 그렇다/건강이 나쁜 편이다/건강이 매우 나쁘다'는 나쁨으로 구분하였다.

### 2.3.3 정신적 요인

정신적 요인을 사정하기 위한 우울은 Sheikh와 Yesavage [24]가 개발한 15문항의 단축형 노인 우울 측정 도구(Short-form Geriatric Depression Scale, SGDS)를 Cho 등[25]이 번안한 한국판 노인 우울 척도 단축형 도구(Geriatric Depression Scale Short Form-Korea version, GDSSF-K)로 사용하였다. 총 15문항으로 점수의 범위는 0~15점이며, 점수가 높을수록 우울 증상이 심함을 의미한다. Cho 등[25]의 연구에서 8점을 우울 절단점으로 제시하여, 본 연구에서도 8점 이상을 '우울 있음', 7점 이하를 '우울 없음'으로 구분하였다. SGDS는 HRS-D (Hamilton Rating Scale for Depression) 척도와와의 상관관계가 높아( $r=.75, p<.001$ ) 타당도가 검증된 도구이다[25]. 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값은 개발당시[24] .95였으며, Cho 등[25]의 연구에서는 .89였고, 본 연구에서의 신뢰도 Kuder-Richardson Formula 20 (KR 20)은 .89였다.

### 2.3.4 사회적 요인

사회적 요인을 측정하기 위해서는 현재 경제활동 여부와 국민기초생활보장 수급자 여부를 분석하였다. 현재 경제활동 여부를 파악하기 위해서는 "귀하께서는 현재 수입이 있는 일을 하십니까?"의 문항[6]을 활용하였으며, '현재 일한다'와 '현재 일하지 않는다'로 구분하였다. 국민기초생활보장 수급자 여부는 '그렇다'와 '아니다'로 구분하였다.

### 2.3.5 주관적 연령

주관적 연령을 측정하기 위해서는 "귀하께서는 노인은 몇 세 이상이라고 생각하십니까?"의 문항[6]을 활용하였다. 선행연구[4]에 따라 노인 연령 기준(응답한 값)에서 실제 만 연령을 뺀 값이 양수이면 자신을 노인이라 생각하지 않는 것이고(주관적 비노인), 0이거나 음수이면 자신을 노인으로 생각(주관적 노인)하는 것으로 구분하였다.

## 2.4 자료수집

2017년 노인실태조사의 자료수집은 2017년 6월 12일부터 2017년 8월 28일까지 이루어졌다. 조사방법은 설문지를 통한 직접면접조사로 이틀간 교육받은 숙련된 조사원에 의해 이루어졌다. 설문문의 내용은 노인의 생활 전반과 관련된 문항으로 자료수집 시간은 약 1시간이 소요되었다.

### 2.5 분석방법

본 연구에서는 분석을 위해 SPSS version 22.0 (SPSS, Chicago, Illinois, USA) 프로그램을 이용하였다. 대상자들의 일반적 특성은 서술 통계를 이용하여 분석하였으며, 주관적 연령에 따른 인구학적, 신체적, 정신적 및 사회적 요인은 t검정과  $\chi^2$ 검정으로 비교하였다. 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 규명하기 위해서는 입력 방식의 단변량 로지스틱 회귀분석(univariable logistic regression)에서 유의한 변수만 추출하여 전진(forward: LR) 방식의 다변량 로지스틱 회귀분석(multivariable logistic regression)으로 분석하였다. 통계적 유의성  $p$ 값은 .05 미만인 경우 유의한 것으로 정의하였다.

### 2.6 윤리적 고려

2017년도 노인실태조사는 노인복지법에 의해 실시되는 법정조사로서 통계청 승인(승인번호 제11771호)을 받았으며, 한국보건사회연구원의 기관생명윤리위원회

(Institutional Review Board, IRB) 승인을 받았다. 훈련받은 조사원이 통계법과 개인정보보호법에 따라 비밀 보장 및 통계자료로만 활용됨을 대상자에게 고지한 후 서면으로 동의를 받고 진행되었다[6]. 본 연구에서 사용된 2017년도 노인실태조사 원시자료는 한국보건사회연구원에서 받았으며, 소속기관의 기관생명윤리위원회의 IRB 심의면제 승인을 받았다(No. 제2-7008132-A-N-01호).

## 3. 연구결과

### 3.1 주관적 연령에 따른 인구학적, 신체적, 정신적 및 사회적 요인

본 연구 대상자들의 주관적 연령에 따라 인구학적, 신체적, 정신적, 사회적 요인에 차이가 있는지 확인한 결과는 Table 1과 같다. 전체 대상자 8,040명 중 자신이 비노인이라고 인지하는 대상자는 32.8%이었으며, 노인이

Table 1. Subjective Age by Demographic, Physical, Psychological, and Social Factors (N=8,040)

Variables	Total (n=8,040)  n (%) or M±SD	Subjective age		t or $\chi^2$	p
		Younger subjective age (n=2,637, 32.8%)	Older subjective age (n=5,403, 67.2%)		
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Age (years) (Range: 65~106)	74.17±6.02	69.10±3.62	76.64±5.37	-74.40	<.001
Gender					
Female	4,947 (61.5)	1,513 (57.4)	3,434 (63.6)	28.61	<.001
Male	3,093 (38.5)	1,124 (42.6)	1,969 (36.4)		
Education level					
≤Elementary school	5,052 (62.8)	1,366 (51.8)	3,666 (68.2)	204.60	<.001
≥Middle school	2,988 (37.2)	1,271 (48.2)	1,717 (31.8)		
Living arrangements					
Living with others	5,971 (74.3)	2,155 (81.7)	3,816 (70.6)	114.13	<.001
Living alone	2,069 (25.7)	482 (18.3)	1,587 (29.4)		
Limitation of IADLs					
Yes	1,849 (23.0)	300 (11.4)	1,549 (28.7)	299.25	<.001
No	6,191 (77.0)	2,337 (88.6)	3,854 (71.3)		
Number of chronic diseases (Range: 0~13)	2.78±1.85	2.38±1.81	2.98±1.84	146.88	<.001
0~2	3,824 (47.6)	1,509 (57.2)	2,315 (42.8)		
≥3	4,216 (52.4)	1,128 (42.8)	3,088 (57.2)		
Perceived health status					
Good	2,982 (37.1)	1,256 (47.6)	1,726 (31.9)	186.84	<.001
Poor	5,058 (62.9)	1,381 (52.4)	3,677 (68.1)		
Depression (Range: 0~15)	3.91±3.99	2.99±3.56	4.36±4.11	115.88	<.001
Depressed	1,597 (19.9)	343 (13.0)	1,254 (23.2)		
Non-depressed	6,443 (80.1)	2,294 (87.0)	4,149 (76.8)		
Current economic activity					
Yes	2,678 (33.3)	1,095 (41.5)	1,583 (29.3)	119.24	<.001
No	5,362 (66.7)	1,542 (58.5)	3,820 (70.7)		
Recipient of basic livelihood security					
Yes	466 (5.8)	109 (4.1)	357 (6.6)	19.86	<.001
No	7,574 (94.2)	2,528 (95.9)	5,046 (93.4)		

IADLs=instrumental activities of daily living scale.

라고 인지하는 대상자는 67.2%이었다. 주관적 연령에 따라 변수 간에 차이가 있는지 확인한 결과, 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 전체 대상자의 평균연령은  $74.17 \pm 6.02$ 세이였으며, 주관적 비노인은  $69.10 \pm 3.62$ 세, 주관적 노인은  $76.64 \pm 5.37$ 세로 집단 간에 유의한 차이가 있었다( $t = -74.70, p < .001$ ). 성별의 경우 여성인 비율이 주관적 비노인은 57.4%, 주관적 노인은 63.6%로 주관적 노인에게서 여성의 비율이 유의하게 높았다( $\chi^2 = 28.61, p < .001$ ). 학력은 초등학교 졸업 이하의 경우 주관적 비노인은 51.8%, 주관적 노인은 68.2%로 주관적 노인의 학력이 유의하게 낮았다( $\chi^2 = 204.60, p < .001$ ). 거주형태가 독거인 경우는 주관적 비노인 18.3%, 주관적 노인 29.4%로 주관적 노인에게서 독거인 비율이 높았다( $\chi^2 = 114.13, p < .001$ ). IADL에 제한이 있는 경우는 주관적 비노인 11.4%, 주관적 노인 28.7%로 주관적 노인에게서 유의하게 높았다( $\chi^2 = 299.25, p < .001$ ). 만성질환 수가 3개 이상인 경우는 주관적 비노인이 42.8%, 주관적 노인이 57.2%로 주관적 노인에게서 만성질환 수가 유의하게 많았다( $\chi^2 = 146.88, p < .001$ ). 지각된 건강 상태가 나쁘다고 응답한 경우는 주관적 비노인 52.4%, 주관적 노인 68.1%로 주관적 노인에게서 유의하게 높았다( $\chi^2 = 186.84, p < .001$ ). 우울 증상이 있는 비율은 주관적 비노인 13.0%, 주관적 노인 23.2%로 주관적 노인에게서 유의하게 높았다( $\chi^2 = 115.88, p < .001$ ). 현재 경제 활동을 하지 않는 비율은 주관적 비노인 58.5%, 주관적 노인

70.7%로 주관적 노인에게서 유의하게 높았다( $\chi^2 = 119.24, p < .001$ ). 국민기초생활보장 수급자인 비율은 주관적 비노인 4.1%, 주관적 노인 6.6%로 주관적 노인에게서 유의하게 높았다( $\chi^2 = 19.86, p < .001$ ).

### 3.2 지역사회 거주 노인의 주관적 연령 관련 요인

지역사회 거주 노인의 주관적 연령 관련 요인을 규명하기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 Table 2와 같다. 회귀분석 전 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)는 1.06~1.37로 10 미만이었으며, 공차 한계(tolerance)는 0.73~0.95로 0.1 이상이어서 다중공선성에 문제가 없었다. Homers-Lemeshow 적합도 검정 결과에서도  $\chi^2 = 12.49, df = 8, p = .131$ 로 나타나 모형이 적합하였다. 본연구결과, 단변량 분석에서 국민기초생활보장 수급자 여부를 제외한 모든 변수가 유의하게 나타나 이들 변수를 다변량 분석에 투입하였다. 그 결과 성별, 학력, 거주형태, IADL제한, 만성질환 수, 지각된 건강 상태, 우울 및 현재 경제활동 여부가 노인의 주관적 연령과 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다. 먼저 성별의 경우 여성보다 남성이 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.32배(95% CI: 1.18-1.47) 더 높았다. 초졸 이하의 노인은 중졸 이상의 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.64배(95% CI: 1.47-1.83) 더 높았으며, 독거 노인은 다른 사람과 함께 거주하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.57배(95% CI: 1.39-1.78)

**Table 2.** Factors associated with Subjective Age among Community Dwelling Older Adults

(N=8,040)

Variables	Univariable		Multivariable	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Gender				
Male (vs. Female)	1.32 (1.18-1.47)	<.001	1.32 (1.18-1.47)	<.001
Education level				
≤Elementary school (vs. ≥Middle school)	1.64 (1.47-1.83)	<.001	1.64 (1.47-1.83)	<.001
Living arrangements				
Living alone (vs. Living with others)	1.57 (1.39-1.78)	<.001	1.57 (1.39-1.78)	<.001
Limitation of IADLs				
Yes (vs. No)	2.20 (1.90-2.54)	<.001	2.19 (1.90-2.53)	<.001
Number of chronic diseases				
≥3 (vs. 0-2)	1.24 (1.11-1.38)	<.001	1.24 (1.11-1.38)	<.001
Perceived health status				
Poor (vs. Good)	1.29 (1.15-1.44)	<.001	1.29 (1.15-1.44)	<.001
Depression				
Depressed (vs. Non-depressed)	1.21 (1.05-1.39)	.009	1.21 (1.05-1.39)	.010
Current economic activity				
No (vs. Yes)	1.52 (1.37-1.68)	<.001	1.52 (1.37-1.68)	<.001
Recipient of basic livelihood security				
Yes (vs. No)	0.96 (0.76-1.22)	.760		

IADLs=instrumental activities of daily living scale; OR=Odds ratio; CI=Confidence interval.

더 높았다. 신체적 요인과 관련해서는 IADL에 제한이 있는 노인이 제한이 없는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 2.19배(95% CI: 1.90-2.53) 더 높았다. 만성질환 수가 3개 이상인 노인은 2개 이하인 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.24배(95% CI: 1.11-1.38) 더 높았다. 자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 노인은 좋다고 생각하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.29배(95% CI: 1.15-1.44) 더 높았다. 정신적 요인과 관련해서는 우울한 노인이 우울하지 않은 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.21배(95% CI: 1.05-1.39) 더 높았다. 마지막으로 사회적 요인과 관련해서는 현재 경제활동을 하지 않는 노인이 경제활동을 하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.52배(95% CI: 1.37-1.68) 더 높았다.

#### 4. 논의

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 주관적 연령과 관련된 요인을 규명하고자 시행되었다. 본 연구에서는 성별, 학력, 거주형태, IADL제한, 만성질환 수, 지각된 건강 상태, 우울 및 현재경제활동 여부가 노인의 주관적 연령과 관련이 있는 것으로 나타났다. 남성은 여성보다 1.32배 더 자신을 노인이라고 인지하였는데, 선행연구[14]에서 여성이 남성보다 자신의 주관적 연령을 더 젊게 인식하는 결과와 일치하였다. 이는 통계청 기준 2019년 한국 남성의 기대수명이 80.0세인데 비해 여성의 기대수명은 85.9세로 더 높기 때문에[1] 남성이 자신을 더 노인이라고 인지하는 것으로 보여진다. 또한, 여성은 노인에 대한 편견이나 미적 추구로 인해 자신을 노인으로 인식하지 않는 것일 수도 있어[27] 성별에 따라 차이가 있는 것으로 여겨진다.

본연구결과, 초졸 이하의 노인이 중졸 이상보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.64배 더 높았다. 선행연구[14]에서도 학력은 주관적 연령에 영향을 미치는 요인이었고, 2017년 노인실태조사[6]에서도 노인 연령 기준을 70세 이상으로 응답한 비율이 초졸이하는 82.9%, 중졸이상은 89.0%로 학력이 낮을수록 자신을 노인이라고 인지함을 알 수 있다. 이는 낮은 학력수준으로 인해 일자리나 소득을 상실하는 취약한 시기에 일찍 놓이게 되어 자신을 노인이라고 인지하는 시점이 빨라진 것으로 보여진다. 이들의 주관적 연령을 낮추기 위해서는 학력수준이 낮은 노인들에게 일자리를 우선 공급하는 정책이나

경제적인 지원이 더욱 뒷받침되어야 할 것이다.

독거노인은 다른 사람과 함께 거주하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.57배 더 높았는데, 선행연구[14]에서도 배우자가 없는 경우 자신의 주관적 연령을 높게 인식하는 것으로 나타나 본연구결과와 유사하였다. 2017년도 노인실태조사[6]에서도 노인연령기준이 70세 이상이 적합하다는 경우가 독거노인의 경우 84.2%로 자녀동거 노인 86.9%보다 낮은 것으로 나타나 독거노인은 다른 거주형태의 노인보다 자신을 더 노인이라고 인지할 가능성이 높은 것으로 여겨진다. 이는 독거노인이 혼자서 생활을 영위하여야 하고 의존할 가족이 없어 경제적으로 열악한 환경에 놓여있기 때문에 자신을 노인이라고 인지하는 것으로 사료된다. 독거노인의 주관적 연령을 낮추기 위해 사회적 관계망을 증가시켜주고, 경제 문제를 해결해준다면 이들이 건강한 노후를 보내는 데 커다란 도움이 될 것이다.

신체적 요인 중 IADL에 제한이 있는 노인은 제한이 없는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 2.19배 더 높았는데, 선행연구[14]에서도 IADL은 남성노인의 주관적 연령에 영향을 미치는 요인으로 나타나 유사하였다. IADL에 제한이 있으면 독립적인 생활을 하는 데 어려움이 있어 자신을 노인으로 인지하게 되므로 IADL을 증진하기 위한 방안이 간구되어야 한다. 이를 위해 기능상태가 낮고 복합적 문제를 가지고 있는 노인을 대상으로 방문보건서비스의 사례관리 접근을 통한 다학제적인 중재가 이루어져야 할 것이다.

만성질환 수가 3개 이상인 노인은 2개 이하인 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.24배 더 높았다. 중국과 영국 노인을 대상으로 한 선행연구에서도 만성질환 수는 주관적 연령과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나[9,16] 유사하였다. 만성질환 수가 많으면 자신을 쇠약한 노인으로 인식하게 되고 삶의 질이 저하될 수 있으므로 규칙적인 운동이나 건강검진을 통해 건강을 유지하기 위한 노력이 필요하다. 더욱이 만성질환이 복합적으로 작용하면 노인증후군이 발생하게 되고, 노인증후군은 노인의 사망위험을 높이기 때문에[28] 만성질환을 조기에 예방하여야 할 것이다.

자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 노인은 좋다고 생각하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.29배 더 높았다. 이는 국내 중고령자를 대상으로 한 연구[14]와 국내 노인 616명을 대상으로 한 연구[15]에서 주관적 건강이 노인의 주관적 연령을 예측하는 요인으로 나타난 결과와 일치한다. 2018년 국민연금공단 보고서

[5]에 따르면, 60대 이상 노인의 60.6%가 기력이 떨어지는 시기를 노후의 시작으로 인식한다고 하여 신체적 건강이 주관적 연령을 결정하는 데 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다. 2016년 기준 한국인의 기대수명은 82.4세인데 비해 건강수명은 64.9세로 낮아 노인기준연령을 무조건 상향하기보다는 건강한 노후를 보내기 위한 대책이 우선시 되어야 할 것이다.

정신적 요인에서 우울한 노인은 우울하지 않은 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.21배 더 높았다. 국내 노인[15]과 국외노인[16]을 대상으로 한 연구에서도 우울은 주관적 연령을 예측할 수 있는 변수로 나타나 일치하였다. 국내 노인의 21.1%가 우울 증상을 호소하는 것으로 알려져 있는데, 특히 글자를 모르는 무학 노인의 40.4%, 기능상태에 제한이 있는 노인들의 40.8%가 우울 증상을 호소하고 있어[6] 이들이 우울하지 않도록 조기에 관리해야 할 것이다. 보건소나 노인복지관에서 노인의 우울정도를 사정하여 우울증상을 줄이고 예방하기 위한 심리지원 프로그램이 활성화되어야 할 것이다.

사회적 요인에서는 현재 경제활동을 하지 않는 노인이 경제활동을 하는 노인보다 자신을 노인이라고 인지할 가능성이 1.52배 더 높았다. 국내 중고령자를 대상으로 한 선행연구[14]에서도 직업유무는 주관적 연령에 영향을 미치는 요인이었고, 국내 60대 이상 노인의 19.9%가 경제활동을 중단하는 시기를 노후 시작 시기로 인식하고 있어[5] 경제활동 중단이 노인으로 인식하는데 계기가 된 것으로 보여진다. 2018년 국내 65~79세의 고용률은 38.3%였으며, 65~74세 전기노인의 45.4%가 향후 근로를 원하고 있는 것으로 나타나[26] 노인의 일자리를 늘리기 위한 정책이 필요하다.

본 연구 결과를 토대로 주관적 연령을 낮춘다면 노인의 건강을 증진시키고 사망률을 낮추는데 기여할 수 있을 뿐만 아니라[8-13], 사회적으로 공론화 되는 노인연령기준을 상향 조정하는데 도움이 될 수 있을 것이다. 노인기준연령을 70세로 상향하였을 경우 연금 수급개시연령이 늦춰져 정부의 재정절감 효과는 나타날 수 있지만, 노인의 절대빈곤율과 상대빈곤율은 상승하게 되어[2] 신중한 접근이 필요하다. 현재도 한국의 노인빈곤율은 OECD 국가 중 1위를 차지[7]하고 있기 때문에 경제적 문제를 해결해주지 않는다면 노인 빈곤율이나 자살율은 더욱 악화될 수밖에 없을 것이다. 미국이나 일본도 수급개시연령을 성별이나 연령을 기준으로 단계적으로 인상하고 있어[2] 우리나라도 사회적 합의를 거쳐 점진적으로 상향하는 방법이 적합하며, 정년 연장 및 일자리 창출을

통해 고용정책을 반드시 함께 지원해야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 연구가 횡단연구로 이루어져 주관적 연령에 영향을 주는 변수를 종단적으로 확인하지 못한 점이다. 따라서 추후 연구에서는 종단연구를 통해 주관적 연령과 변수 간의 인과관계를 파악할 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 2차 자료를 활용하여 다양한 주관적 연령 요인을 파악하지 못한 한계점이 있다. 추후 연구에서는 좀 더 다양한 변수를 활용하여 주관적 연령에 영향을 미치는 요인을 규명할 필요가 있다. 또한, 선행 연구에서 신체적 건강이나 우울[15,16] 등이 한국 노인과 외국 노인에게 공통된 주관적 연령 관련 요인으로 나타났으나 문화적 차이에 따라 주관적 연령에 대한 사회적 인식에 차이가 있을 수 있기 때문에 좀 더 심층적인 연구가 필요할 것이다.

그러나 본 연구는 전국 노인을 대상으로 한 대규모 노인실태조사 자료를 활용하여 국내 노인에게 연구결과를 일반화 할 수 있다는 의의가 있다. 또한, 본 연구는 현재 이슈화 되고 있는 노인연령기준에 대한 기초자료를 제공해주고, 노인의 주관적 연령을 낮추기 위한 간호중재를 개발하는데 근거가 되었다는 점에서 의의가 있다. 따라서 본연구결과를 토대로 노인의 주관적 연령을 긍정적으로 변화시킨다면 노인들이 건강하고 성공적인 노후를 보내는 데 기여할 수 있을 것이다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 2017년 노인실태조사 자료를 활용한 이차 분석 연구로 지역사회 거주 노인의 주관적 연령과 관련된 요인을 파악하기 위해 시행하였다. 본 연구에서는 성별, 학력, 거주형태, IADL제한, 만성질환 수, 지각된 건강상태, 우울 및 현재경제활동 여부가 노인의 주관적 연령과 관련이 있는 것으로 나타났다. 특히 관련이 높은 것으로 나타난 IADL에 제한이 있는 노인, 저학력자, 독거노인 및 경제활동을 하지 않는 노인을 대상으로 주관적 연령을 낮추기 위한 개별화된 간호중재가 필요하며, 이들에 대한 경제적·사회적 지원이 이루어져야 할 것이다. 본 연구 결과를 토대로 주관적 연령을 효과적으로 낮출 수 있는 중재 프로그램 개발을 제언하며, 주관적 연령에 영향을 미치는 다양한 요인들을 규명하기 위한 추후 연구를 제언한다. 또한, 한국 노인의 특성에 맞는 노인연령기준을 확립하기 위해 한국 노인과 국외 노인들 간의 주관적 연령 차이를 비교하기 위한 연구를 제언한다.

## REFERENCES

- [1] Statistics Korea. (2017). *Future life expectancy*. Statistics Korea.  
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\_1BPA002&vw\_cd=MT\_ZTITLE&list\_id=A41\_10&seqNo=&lang\_mode=ko&language=kor&obj\_var\_id=&itm\_id=&conn\_path=MT\_ZTITLE
- [2] Gyeonggi Welfare Foundation. (2017). *Effect analysis of Gyeonggi-do on the upward adjustment of the elderly age*. Suwon: Gyeonggi Welfare Foundation.
- [3] M. Diehl et al. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review, 34*(2), 93–113.  
DOI : 10.1016/j.dr.2014.01.001
- [4] E. Y. Choi, S. E. Cho, Y. S. Oh, H. S. Chang, & Y. S. Kim. (2017). The association between subjective age and healthy aging in later life: An age-dependent analysis. *Korea Institute for Health and Social Affairs, 37*(1), 81–215.  
DOI : 10.15709/hswr.2017.37.1.181
- [5] H. J. Song, L. Im, S. H. Wang, & E. Y. Lee. (2018). *The economic life and old age preparation status among middle and older adults*. Jeonju: National Pension Research Institute.
- [6] Jung KH et al. (2017). *2017 national survey of older Koreans*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [7] Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). *2019 Poverty rate*. Organization for Economic Cooperation and Development.  
DOI : 10.1787/0fe1315d-en
- [8] K. S. Park, Y. R. Park, & Y. S. Yum. (2018). The effects of subjective age on health of older people. *Social Welfare Policy, 45*(4), 207–228.
- [9] L. Xiao, H. Yang, W. Du, H. Lei, Z. Wang, & J. Shao. (2019). Subjective age and depressive symptoms among Chinese older adults: A moderated mediation model of perceived control and self-perceptions of aging. *Psychiatry Research, 271*, 114–120.  
DOI : 10.1016/j.psychres.2018.11.034
- [10] Y. Stephan, A. R. Sutin, & A. Terracciano. (2017). Subjective age and cystatin C among older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 74*(3), 382–388.  
DOI : 10.1093/geronb/gbx124
- [11] Y. Stephan, A. R. Sutin, S. Bayard, & A. Terracciano. (2017). Subjective age and sleep in middle-aged and older adults. *Psychology & Health, 32*(9), 1140–1151.  
DOI : 10.1080/08870446.2017.1324971
- [12] N. Notthoff et al. (2018). Feeling older, walking slower—but only if someone's watching. Subjective age is associated with walking speed in the laboratory, but not in real life. *European Journal of Ageing, 15*(4), 425–433.  
DOI : 10.1007/s10433-017-0450-3
- [13] Y. Stephan, A. R. Sutin, & A. Terracciano. (2018). Subjective age and mortality in three longitudinal samples. *Psychosomatic Medicine, 80*(7), 659–664.  
DOI : 10.1097/PSY.0000000000000613
- [14] M. R. Kim. (2015). A study of factors affecting the perception of old age and the difference in age of middle and older adults : A comparison between women and men. *Korean Journal of Social Welfare Research, 44*, 53–78.  
DOI : 10.17997/SWRY.44.1.3
- [15] Y. J. Hwang & G. R. S. Hong. (2018). Predictors of subjective age in community-dwelling older adults in Korea. *Geriatric Nursing, 40*(3), 314–319.  
DOI : 10.1016/j.gerinurse.2018.11.008
- [16] I. Rippon & A. Steptoe. (2018). Is the relationship between subjective age, depressive symptoms and activities of daily living bidirectional?. *Social Science & Medicine, 214*, 41–48.  
DOI : 10.1016/j.socscimed.2018.08.013
- [17] M. L. Hughes & M. E. Lachman. (2018). Social comparisons of health and cognitive functioning contribute to changes in subjective age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 73*(5), 816–824.  
DOI : 10.1093/geronb/gbw044.
- [18] D. Kotter-Gruhn, S. D. Neupert, & Y. Stephan. (2015). Feeling old today? Daily health, stressors, and affect explain day-to-day variability in subjective age. *Psychology Health, 30*(12), 1470–1485.  
DOI : 10.1080/08870446.2015.1061130
- [19] K. S. Lee, H. K. Cheong, B. H. Oh, & C. H. Hong. (2009). Comparison of the validity of screening tests for dementia and mild cognitive impairment of the elderly in a community: K-MMSE, MMSE-K, MMSE-KC, and K-HDS. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 48*(2), 61–69.
- [20] M. P. Lawton & E. M. Brody. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*(3), 179–186.
- [21] C. W. Won, Y. G. Rho, S. W. Duk, & Y. S. Lee. (2002). The validity and reliability of Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) Scale. *The Journal of Korean Geriatric Society, 6*(4), 273–280.
- [22] S. E. Lee. (2016). Factors associated with life satisfaction among older adults in Korea according to living arrangements. *Korean Journal of Adult Nursing, 28*(6), 659–668.  
DOI : 10.7475/kjan.2016.28.6.659
- [23] S. E. Lee & G. R. S. Hong. (2016). Predictors of depression among community-dwelling older women living alone in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(5), 513–520.  
DOI : 10.1016/j.apnu.2016.05.002



- [24] J. I. Sheikh & J. A. Yesavage. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(12), 165-173.
- [25] M. J. Cho et al. (1999). Validation of geriatric depression scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 38(1), 48-63
- [26] H. J. Song, L. Im, S. H. Wang. (2018). *A study on need for work of the middle-aged*. Jeonju: National Pension Research Institute.
- [27] M. H. Schafer & T. P. Shippee. (2010). Age identity in context: Stress and the subjective side of aging. *Social Psychology Quarterly*. 3(3), 245-264.
- [28] S. E. Lee & G. R. S. Hong. (2017). Geriatric syndrome and mortality among community-dwelling older adults in Korea: 3-year follow-up study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(1), 98-107.  
DOI : 10.7475/kjan.2017.29.1.98

이 시 은(Si-Eun Lee)

[정회원]



- 2014년 2월 : 한양대학교 간호학과(간호학석사)
- 2017년 8월 : 한양대학교 간호학과(간호학박사)
- 2019년 3월 ~ 현재 : 백석문화대학교 간호학과 조교수
- 관심분야 : 노인, 기본간호, 도구개발

· E-Mail : sieun@bscu.ac.kr