

우리나라 노인인구의 주관적 건강상태 관련 요인에 관한 연구

한상희¹ · 강정규^{1,2} · 홍재석^{1,2}

¹청주대학교 보건의료대학원 의료경영학과, ²청주대학교 보건의료과학대학 보건행정 · 헬스케어학부 보건행정학전공

A Study of Factors Related to the Subjective Health Status of Elderly Population in Korea

Sang-Hee Han¹, Jung Kyu Kang^{1,2}, Jae-Seok Hong^{1,2}

¹Department of Healthcare Management, Graduate School of Healthcare Sciences, Cheongju University; ²Major of Health Administration, Division of Health Administration & Healthcare, College of Health and Medical Sciences, Cheongju University, Cheongju, Korea

Background: Despite the high life expectancy, the subjective health status of the elderly people in Korea is reported to be the lowest as compared to other age groups. The purpose of the conducted study was to identify the factors related to the subjective health status of elderly people aged over 65 in Korea.

Methods: This study used data from the 7th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2016-2017) of the Korea Disease Control and Prevention Agency. The subjects of the study were selected to be 2,904 elderly people aged over 65. The factors that were selected related to subjective health status were socio-demographics, perceived diseases, health behaviors, and mental health.

Results: As a result of the examination of the subjective health status according to the characteristics of the subjects of study, the subjective health status was high in males ($\beta=0.144$, $p=0.011$), urban dwellers ($\beta=0.107$, $p=0.015$), employed persons ($\beta=0.139$, $p=0.001$), college graduates ($\beta=0.322$, $p<0.001$), persons with high household income ($\beta=0.226$, $p<0.001$), persons without chronic disease, nonsmokers ($\beta=0.146$, $p=0.009$), drinkers ($\beta=0.111$, $p=0.003$), persons who practiced aerobic physical activity ($\beta=0.150$, $p<0.001$), persons without depression ($\beta=0.286$, $p<0.001$), and persons who rarely had stress ($\beta=0.837$, $p<0.001$).

Conclusion: More attention should be paid to those with low subjective health to improve health for elderly people. Expanding policy supports are required for elderly people with low socioeconomic status, chronic disease or depression, or unhealthy behaviors (smoking or lack of physical activity).

Keywords: Elderly people; Subjective health status; Health related factors

서론

1. 연구배경 및 필요성

전 세계적으로 생활수준의 향상과 의학기술의 발전, 의료서비스 접근성 확대 등으로 기대수명이 빠른 속도로 증가하고 있다. 우리나라

는 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 중 인구 고령화 진행속도가 가장 빠른 것으로 보고되고 있는데, 2017년에 이미 65세 이상 고령자가 14%를 넘어 고령사회에 진입하였고, 2025년에는 20.3%에 달할 것으로 예상되면서 초고령사회 진입을 눈앞에 두고 있다[1].

Correspondence to: Jae-Seok Hong
Department of Healthcare Management, Graduate School of Healthcare Sciences, Cheongju University,
298 Daeseong-ro, Cheongwon-gu, Cheongju 28503, Korea
Tel: +82-43-229-8377, Fax: +82-43-229-8969, E-mail: jshong@cju.ac.kr
Received: November 1, 2020, Accepted after revision: January 13, 2021

© Korean Academy of Health Policy and Management
This is an open-access article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

인구의 고령화는 사회·경제·의료 측면에서 여러 가지 문제를 야기한다. 특히 노인인구에서 복합만성질환자가 증가함에 따라 의료비의 사회적 부담이 커지고 있고, 인구 고령화로 인한 부양비의 증가로 사회보장제도의 부담이 가중되고 있다[2,3]. 이로 인해 많은 국가에서는 노인의 건강수준 향상을 위한 노력을 기울이고 있다.

세계보건기구에서는 건강을 단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 안녕한 상태라고 정의하고 있다. 이는 건강이 다차원적인 개념으로 판단되어야 한다는 것으로, 객관적인 임상지표만으로 건강수준을 판단하는 데 한계가 있다는 것을 의미한다. 이로 인해 과거 건강상태를 기대수명이나 유병률과 같은 객관적 지표로 측정하던 것에서 최근에는 개인이 느끼는 신체적, 정신적 상태를 반영한 주관적 건강상태 측정을 통해 건강수준을 파악하는 경우가 증가하고 있다[4].

주관적 건강상태는 신체적·생리적·심리적·사회적 측면을 포괄하여 개인의 건강을 평가하는 방식으로 측정이 용이하고 객관적 임상 지표와도 양의 상관성을 갖는다[5]. 또한 삶 전반에 대한 개인의 인식을 반영할 뿐 아니라[6], 객관적 건강상태, 질병, 의료이용 상태 등 생활상의 여러 영역으로부터도 영향을 받는 것으로 알려져 있으며, 사망률에 대한 위험도를 강력하게 예측한다는 점에서 그 타당성과 신뢰성을 주목받고 있다[7].

OECD 보건통계 2019년 자료에 따르면, 우리나라 국민의 기대수명은 82.7세(평균 80.7세)로 상위국에 속한 반면, 15세 이상 인구 중에서 본인의 건강상태를 양호하다고 생각하는 주관적 건강인지율은 29.5%로 가장 낮은 것으로 보고되고 있다. 특히 노인층에서 자신의 주관적 건강상태를 낮게 판단하고 있는 것으로 보고되고 있는데[4], 이는 노인층이 고령화됨에 따라 신체적, 생리적 기능이 저하되면서 다른 연령층에 비해 질병에 이환될 확률이 상대적으로 높아졌다는 이유와 더불어 국가 차원에서의 노인건강관리가 다른 나라에 비해 부족했기 때문일 것으로 추측된다.

주관적 건강상태는 삶의 질과도 연관되어 있는 것으로 보고되고 있다[2]. 노인이 자신의 주관적 건강상태를 낮게 판단하는 문제는 그들의 신체적 기능과 삶의 질에도 영향을 줄 뿐만 아니라, 그로 인해 야기되는 다양한 노인문제를 국가적 차원에서 생각하지 않으면 안 되게 만든다. 따라서 노인의 안녕과 삶의 질, 그리고 노인층의 건강문제에 효율적으로 대처해가기 위해서라도 노인의 주관적 건강상태를 살펴볼 필요가 있다. 특히 노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인들을 파악하여, 그들의 주관적 건강수준을 향상시키기 위한 사회적 개입이 어떠한 방향으로 가야 할지를 검토해 보는 것은 매우 큰 의미가 있다고 생각된다.

지금까지 노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인에 대하여 살펴본

연구들은 일부 지역 또는 시설에 거주하고 있는 노인[8,9] 또는 소수의 여성노인을 대상으로 살펴본 연구들로 대표성에 문제가 지적되어 왔다[10]. 이번 연구에서는 대표성 있는 자료인 국민건강영양조사원시자료를 활용하여 우리나라 노인들의 주관적 건강상태를 파악하고, 주관적 건강상태 관련 요인을 3가지 측면(인구사회학적 요인, 인지된 질병요인, 건강행태 및 정신건강요인)으로 세분화하여 살펴보았다. 이를 통해 우리나라 노인인구의 건강관리정책에 대한 향후 방향설정과 노인의 건강관리프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

방 법

1. 연구자료 및 대상

이번 연구는 질병관리본부의 국민건강영양조사 제7기(2016-2017년) 원시자료를 이용하여 우리나라 노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인을 살펴본 단면연구이다. 국민건강영양조사는 국민의 건강수준, 건강행태, 식품 및 영양섭취실태에 대한 국가 및 시도 단위의 대표성 있는 통계치를 산출함으로써 보건정책 수립을 위한 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다[11]. 국민건강영양조사의 표본 추출틀은 표본설계 시점에서 가용한 가장 최근 시점의 인구주택총조사 자료를 기본 추출틀로 사용하였고, 공동주택공시가격 자료를 추가하여 기본 추출틀을 보완하고 모집단 포함률을 향상시켰다[11]. 매년 192개의 표본 조사구를 추출하여, 4,416개의 표본가구를 1-12월까지 조사하고 있으며, 이동검진차량이 해당 지역을 방문하여 검진 및 건강 설문조사를 실시하고 있다[11]. 대상자의 동의 후 자료수집이 되었고, 개인정보 보호법 및 통계법에 근거하여 조사자료에서 개인을 추정할 수 없도록 비식별 조치된 자료만을 제공하고 있다[11].

이번 연구의 대상자는 질병관리본부 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 실시된 국민건강영양조사의 제7기 1차연도(2016년) 8,150명과 2차연도(2017년) 8,127명을 합한 총 16,277명 중 만 65세 이상 인구 3,303명을 대상으로 하였다. 최종 분석대상은 주관적 건강상태(271명), 경제활동상태(45명), 교육수준(3명), 가구소득(17명), 흡연(16명), 유산소 신체활동 실천율(26명), 평소 스트레스 인지 정도(6명), 주중 하루 평균 수면시간(15명) 등 주요 변수 결측 사례(399명)를 제외한 2,904명으로 선정하였다.

2. 주요 변수

1) 종속변수: 주관적 건강상태

주관적 건강상태(subjective health status)는 “평소에 귀하의 건강

은 어떻다고 생각하십니까?”라는 문항에 대해 응답한 내용을 점수화하여 측정하였다(5점 척도: 매우 좋음=5점, 좋음=4점, 보통=3점, 나쁨=2점, 매우 나쁨=1점). 모든 연구대상자의 주관적 건강상태는 1-5 점 사이의 값으로 측정되었고, 주관적 건강상태가 좋을수록 점수가 높음을 의미한다.

2) 독립변수

(1) 인구사회학적 요인

인구사회학적 요인(socio-demographic factors)은 성별, 연령, 거주 지역, 경제활동상태, 교육수준, 가구소득을 변수로 선정하였다. 성별은 남녀로, 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상으로 구분하였다. 거주지역은 동(洞)이라고 응답 시 ‘도시’지역 거주로, 읍(邑)·면(面)으로 응답 시 ‘농촌’지역 거주로 간주하였다. 경제활동상태 문항에서 예(취업자)는 ‘유직(有職)’으로, 아니오(실업자, 비경제활동인구)는 ‘무직(無職)’으로 간주하였고, 교육수준은 졸업 여부를 기준으로 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 가구소득은 월 가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누어 계산한 월평균 가구균등화소득을 산출하여 하, 중하, 중상, 상의 4분위로 구분하였다.

(2) 인지된 질병요인

인지된 질병요인(perceived disease factors)은 고혈압, 당뇨병, 관절염 등의 경증 만성질환과 뇌졸중, 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암, 기타암1, 기타암2 등의 중증 만성질환의 현재 유병 여부를 살펴보았다. 이때 암은 9개의 변수를 하나로 합하여 ‘암’이라는 새로운 변수를 생성하였다. 이에 따라 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중, 암 등의 5개 질환을 변수로 포함시켰다. 이때 현재 질병이 있으면 ‘있음’으로, 없으면 ‘없음’으로 간주하였고, 비해당(의사 진단 받지 않음)과 그 외 결측값은 모두 ‘없음’으로 간주하였다.

(3) 건강행태 및 정신건강요인

건강행태 및 정신건강 요인(health behavior and mental health factors)은 흡연, 음주, 유산소 신체활동, 우울증, 스트레스, 수면시간을 살펴보았다. 흡연 여부는 “현재 담배를 피우십니까?”라는 문항에 대하여 매일 피움, 가끔 피움, 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음에 응답한 경우 ‘흡연’으로 포함시키고, 비해당(피운 적 없음)에 응답한 경우 ‘비흡연’으로 간주하였다. 음주 여부는 최근 1년간 전혀 마시지 않았다, 비해당(술을 마셔 본 적 없음)에 해당하는 경우를 ‘비음주’로, 월 1회 미만, 월 1회 정도, 월 2-4회, 주 2-3회 정도, 주 4회 이상의 경우를 ‘음주’로 간주하였다. 유산소 신체활동 실천 여부는 일주일에 중강

도 신체활동(2시간 30분 이상) 또는 고강도 신체활동(1시간 15분 이상) 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서 각 활동에 상당하는 시간을 실시하는 경우(고강도 1분=중강도 2분)를 ‘실천’으로 그 반대의 경우를 ‘미실천’으로 구분하였다.

우울증 여부는 의사로부터 우울증 진단을 받은 경우는 ‘있음’으로, 없는 경우는 ‘없음’으로 간주하였으며, 그 외 결측값은 모두 ‘없음’으로 간주하였다. 스트레스 여부는 “평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?”라는 질문에 대한 응답을 통해 거의 느끼지 않음, 조금 느낌, 많이 느낌, 대단히 많이 느낌으로 구분하여 파악하였다. 수면시간은 주중 하루 평균 수면시간을 사용하였다. 연구에 따라 바람직한 수면시간 기준을 7시간, 7-8시간, 6-8시간 등 다양하게 정의하고 있는데, 이번 연구에서는 대상자의 수면시간을 Jeon과 Song [12]의 선행연구를 참고하여 수면시간에 따라 6시간 미만(저수면군), 6-8시간(적정수면군), 9시간 이상(고수면군)으로 구분하였다.

3. 분석방법

이번 연구의 분석자료인 국민건강영양조사의 표본설계는 단순임의표본설계가 아닌 2단계 층화집락표본설계를 이용하여 추출되었기 때문에, 복합표본설계(complex sampling design) 정보를 반영하여 분석을 실시하였다. 이때 표본 자료로부터 산출된 결과가 추정치의 대표성 및 정확성을 높일 수 있도록 층화변수, 집락변수, 가중치를 복합 표본 설계요소로 지정하였다. 또한 제7기 내 1, 2차연도 자료를 통합하여 분석하기 위해 기존 가중치에 연도별 조사구 수 분율을 곱한 기수 내 통합 가중치를 산출하여 분석에 적용하였다[11].

연구대상자의 인구사회학적, 인지된 질병, 건강행태 및 정신건강 특성을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였고, 인구사회학적, 인지된 질병, 건강행태 및 정신건강 특성별 주관적 건강수준의 차이를 살펴보기 위해 T-test와 analysis of variance를 시행하였다. 마지막으로 주관적 건강상태와 관련된 요인을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 자료분석을 위해 IBM SPSS ver. 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 통계프로그램을 사용하였다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 살펴보면(Table 1), 남성에 비해 여성(57.2%)의 비율이 높았고, 연령은 65-69세 33.7%, 70-74세 26.0%, 75-79세 24.2%, 80세 이상 16.2%로 분포하고 있었다. 거주지역은 도시지

Table 1. General characteristics of study subjects

Characteristic	Category	Value
Total		2,904 (100.0)
Sex	Male	1,276 (42.8)
	Female	1,628 (57.2)
Age (yr)	65-69	967 (33.7)
	70-74	796 (26.0)
	75-79	675 (24.2)
	≥80	466 (16.2)
Residence	Urban	2,101 (76.2)
	Rural	803 (23.8)
Economic activity status	Employed	952 (31.6)
	Unemployed	1,952 (68.4)
Education	≤Elementary school	1,723 (58.4)
	Middle school	411 (14.5)
	High school	478 (16.1)
	≥College	292 (10.9)
Household income	Low	1,382 (46.8)
	Middle-low	809 (27.1)
	Middle-high	417 (14.9)
	High	296 (11.2)
Hypertension	No	1,355 (46.8)
	Yes	1,549 (53.2)
Diabetes	No	2,263 (78.0)
	Yes	641 (22.0)
Arthritis	No	2,045 (70.3)
	Yes	859 (29.7)
Stroke	No	2,774 (95.4)
	Yes	130 (4.6)
Cancer	No	2,796 (96.3)
	Yes	108 (3.7)
Smoking	No	1,791 (62.7)
	Yes	1,113 (37.3)
Drinking	No	1,449 (49.8)
	Yes	1,455 (50.2)
Aerobic physical activity	No	1,986 (67.5)
	Yes	918 (32.5)
Depression	No	2,702 (93.1)
	Yes	202 (6.9)
Stress	Rarely	884 (31.0)
	A little	1,443 (49.4)
	Much	451 (15.4)
	Extremely	126 (4.3)
Sleep duration (hr)	<6	437 (15.8)
	6-8	1,974 (67.4)
	≥9	493 (16.8)

Values are presented as unweighted number (weighted %).

역 거주(76.2%)의 비율이 높았고, 경제활동상태는 무직(68.4%)의 비율이 높았다. 교육수준은 초졸 이하(58.4%)의 비율이 가장 높았고 고졸, 중졸, 대졸 순으로 분포하고 있었으며, 가구소득은 소득수준 하

(46.8%)가 가장 높은 비율을 차지하고 있었다. 연구대상자의 53.2%가 고혈압을 가지고 있었고, 당뇨병 22.0%, 관절염 29.7%, 뇌졸중 4.6%, 암 3.7%가 해당 질병을 앓고 있었다. 비흡연(62.7%)과 음주(50.2%) 그리고 유산소 신체활동 미실천(67.5%)의 비율이 높았으며, 우울증 없음(93.1%)과 스트레스 조금 느낌(49.4%) 그리고 6-8시간 수면(67.4%)에서 가장 높은 비율을 차지하고 있었다.

2. 연구대상자 특성에 따른 주관적 건강수준의 차이

전체 연구대상자의 주관적 건강상태는 평균 2.83점으로 보통 수준인 3점보다 조금 낮은 수준으로 파악되었다(Table 2). 연구대상자 특성별로 주관적 건강수준을 비교해 보면, 여성(2.67±0.03)보다 남성(3.05±0.03)의 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 거주지역에 따른 주관적 건강수준을 살펴보면, 농촌지역 거주자(2.71±0.04)보다 도시지역 거주자(2.87±0.03)의 주관적 건강수준이 높았고($p=0.002$) 경제활동상태에서는 무직자(2.77±0.03)보다 유직자(2.97±0.04)의 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 교육과 가구소득의 수준은 높을수록 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 모든 만성질환에서 질병이 있는 사람보다 없는 사람의 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 비흡연자(2.76±0.03)보다 흡연자(2.95±0.03)의 주관적 건강수준이 높았고($p<0.001$), 비음주자(2.70±0.03)보다 음주자(2.96±0.03)의 주관적 건강수준이 높았으며($p<0.001$), 유산소 신체활동 미실천자(2.74±0.03)보다 실천자(3.02±0.03)의 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 우울증이 있는 사람(2.30±0.06)보다 없는 사람(2.87±0.02)의 주관적 건강수준이 높았고, 스트레스를 적게 느낄수록 주관적 건강수준이 높았다($p<0.001$). 수면시간은 6-8시간(2.87±0.02) 수면을 취하는 사람의 주관적 건강수준이 가장 높았고, 9시간 이상(2.72±0.05) 수면을 취하는 사람의 주관적 건강수준이 가장 낮았다($p=0.026$).

3. 노인의 주관적 건강상태 관련 요인

노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인을 파악하기 위해 인구사회학적 요인, 인지된 질병요인, 건강행태 및 정신건강요인을 독립변수로 하여 다중회귀분석을 시행하였다(Table 3).

인구사회학적 요인에서는 ‘여성’에 비해 ‘남성’($\beta=0.144, p=0.011$) 이 ‘농촌지역 거주자’에 비해 ‘도시지역 거주자’($\beta=0.107, p=0.015$)가 그리고 ‘무직자’에 비해 ‘유직자’($\beta=0.139, p=0.001$)의 주관적 건강상태가 높았다. 교육수준은 ‘초졸 이하’에 비해 ‘중졸’($\beta=0.109, p=0.041$), ‘고졸’($\beta=0.191, p<0.001$), ‘대졸 이상’($\beta=0.322, p<0.001$)으로 학력이 높을수록 주관적 건강상태가 높았고, 가구소득은 소득수준 ‘하’에 비해 ‘중하’($\beta=0.098, p=0.037$), ‘중상’($\beta=0.235, p<0.001$),

Table 2. Differences in subjective health status according to characteristics of study subjects

Characteristic	Category	No. of subjects*	Mean±SD †	tvalue or F	pvalue
Total		2,904	2.83±0.02		
Sex	Male	1,276	3.05±0.03	9.684	<0.001
	Female	1,628	2.67±0.03		
Age (yr)	65-69	967	2.89±0.04	1.579	0.194
	70-74	796	2.82±0.04		
	75-79	675	2.77±0.04		
	≥80	466	2.81±0.05		
Residence	Urban	2,101	2.87±0.03	3.108	0.002
	Rural	803	2.71±0.04		
Economic activity status	Employed	952	2.97±0.04	4.352	<0.001
	Unemployed	1,952	2.77±0.03		
Education	≤Elementary school	1,723	2.67±0.03	45.763	<0.001
	Middle school	411	2.88±0.06		
	High school	478	3.07±0.04		
	≥College	292	3.30±0.06		
Household income	Low	1,382	2.65±0.03	41.520	<0.001
	Middle-low	809	2.89±0.04		
	Middle-high	417	3.05±0.05		
	High	296	3.18±0.05		
Hypertension	No	1,355	2.94±0.03	4.677	<0.001
	Yes	1,549	2.74±0.03		
Diabetes	No	2,263	2.91±0.02	7.136	<0.001
	Yes	641	2.57±0.04		
Arthritis	No	2,045	2.98±0.03	11.511	<0.001
	Yes	859	2.47±0.04		
Stroke	No	2,774	2.85±0.02	5.483	<0.001
	Yes	130	2.37±0.08		
Cancer	No	2,796	2.85±0.02	4.230	<0.001
	Yes	108	2.39±0.11		
Smoking	No	1,791	2.76±0.03	-4.632	<0.001
	Yes	1,113	2.95±0.03		
Drinking	No	1,449	2.70±0.03	-6.044	<0.001
	Yes	1,455	2.96±0.03		
Aerobic physical activity	No	1,986	2.74±0.03	-7.568	<0.001
	Yes	918	3.02±0.03		
Depression	No	2,702	2.87±0.02	8.390	<0.001
	Yes	202	2.30±0.06		
Stress	Rarely	884	3.11±0.04	58.930	<0.001
	A little	1,443	2.85±0.03		
	Much	451	2.42±0.05		
	Extremely	126	2.11±0.10		
Sleep duration (hr)	<6	437	2.81±0.06	3.689	0.026
	6-8	1,974	2.87±0.02		
	≥9	493	2.72±0.05		

SD, standard deviation.
*Unweighted value. †Weighted value.

‘상’(β=0.226, p<0.001)으로 소득이 증가할수록 주관적 건강상태가 높았다. 인지된 질병요인에서는 5가지 주요 만성질환(고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중, 암) 모두에서 질병을 가지고 있는 사람에 비해 가지고

있지 않은 사람의 주관적 건강상태가 높았다. 건강행태요인에서는 ‘흡연자’에 비해 ‘비흡연자’(β=0.146, p=0.009)의 주관적 건강상태가 높았고, ‘비음주자’에 비해 ‘음주자’(β=0.111, p=0.003) 그리고 유산소

Table 3. Factors related to the subjective health status of the elderly people

Characteristic	Category	β	t-value	p-value
Socio-demographic factors				
Sex	Female			
	Male	0.144	2.569	0.011
Age (yr)	65-69			
	70-74	0.062	1.207	0.228
	75-79	0.068	1.260	0.208
	≥ 80	0.066	1.120	0.264
Residence	Rural			
	Urban	0.107	2.447	0.015
Economic activity status	Unemployed			
	Employed	0.139	3.220	0.001
Education	\leq Elementary school			
	Middle school	0.109	2.055	0.041
	High school	0.191	3.724	<0.001
	\geq College	0.322	4.695	<0.001
Household income	Low			
	Middle-low	0.098	2.092	0.037
	Middle-high	0.235	4.164	<0.001
	High	0.226	4.116	<0.001
Perceived disease factors				
Hypertension	Yes			
	No	0.128	3.466	0.001
Diabetes	Yes			
	No	0.242	5.587	<0.001
Arthritis	Yes			
	No	0.339	8.052	<0.001
Stroke	Yes			
	No	0.320	3.972	<0.001
Cancer	Yes			
	No	0.476	4.837	<0.001
Health behavior and mental health factors				
Smoking	Yes			
	No	0.146	2.631	0.009
Drinking	No			
	Yes	0.111	2.968	0.003
Aerobic physical activity	No			
	Yes	0.150	4.395	<0.001
Depression	Yes			
	No	0.286	3.819	<0.001
Stress	Extremely			
	Rarely	0.837	9.004	<0.001
	A little	0.508	5.517	<0.001
	Much	0.226	2.363	0.019
Sleep duration (hr)	≥ 9			
	<6	0.101	1.577	0.116
	6-8	0.070	1.493	0.136

 $R^2=0.236$.

신체활동 ‘미실천자’에 비해 ‘실천자’($\beta=0.150, p<0.001$)의 주관적 건강상태가 높았다. 정신건강요인에서는 우울증이 ‘있는 사람’에 비해 ‘없는 사람’($\beta=0.286, p<0.001$)이 그리고 스트레스를 ‘대단히 많이 느

끼는 사람’에 비해 ‘거의 느끼지 않는 사람’($\beta=0.837, p<0.001$), ‘조금 느끼는 사람’($\beta=0.508, p<0.001$), ‘많이 느끼는 사람’($\beta=0.226, p=0.019$)의 주관적 건강상태가 높았다.

고 찰

국제기구에서는 국가 간 건강수준을 비교하는 지표로 기대수명과 주관적 건강상태를 함께 살펴보고 있다[13]. 우리나라의 건강수준은 기대수명 측면에서 OECD 선진국과 견주어 상위국에 속하지만, 실제 자신의 건강상태는 낮게 판단하는 것으로 나타났다[13]. 이는 우리나라보다 기대수명이 4년 낮지만 3배 가까이 높은 주관적 건강상태를 보여주고 있는 미국과 비교해 현저히 떨어지는 수준으로[13], 우리나라의 주관적 건강수준이 객관적 건강수준에 미치지 못하고 있음을 알 수 있다. 특히 우리나라는 노인층의 주관적 건강상태가 낮은 것으로 나타났는데, 문제는 지난 10여 년간 나아지지 않고 있다는 것이다 [4,14].

따라서 이번 연구에서는 우리나라의 노인층에서 높은 기대수명에도 불구하고 주관적 건강상태를 낮게 판단하는 이유에 대해 알아보기 위한 기초연구로 노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인들을 살펴본다. 국민건강영양조사 자료(제7기, 2016-2017년)를 활용하여 65세 이상 노인들을 대상으로 분석한 결과, 노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인은 인구사회학적 요인(성별, 거주지역, 경제활동상태, 교육수준, 가구소득), 인지된 질병요인(고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중, 암), 건강행태요인(흡연, 음주, 유산소 신체활동) 및 정신건강요인(우울증, 스트레스)임을 알 수 있었다.

인구사회학적 요인 중 성별의 경우, 여성보다 남성의 주관적 건강상태가 높았다. 이러한 결과는 대부분의 선행연구와 일치하는 내용으로[15-18], 우리나라는 남녀 간 주관적 건강상태의 성차가 특히 크게 나타나는 것으로 보고되고 있다[14]. 국내연구에서는 여성노인이 남성노인보다 자신의 건강에 대해 부정적으로 인식하는 이유를 다음의 세 가지로 설명하고 있다. 첫째는 남녀가 처한 사회적 여건이 다른 탓에 건강에 대해서 남녀가 달리 반응한다는 점이다[16]. 우리나라 노인세대의 경우, 지금의 젊은 세대와는 다르게 성 역할의 구분이 뚜렷한 사회적 분위기에서 젊은 시절을 보냈다. 여성은 대부분 자녀양육 등의 가사 일을 담당하였고, 남성은 경제적인 부분을 책임졌는데, 이러한 역할상의 차이는 성별에 따라 민감하게 반응하는 영역에 차이를 가져왔을 것이다. 또한 여성노인은 남성노인에 비해 상대적으로 교육 및 소득 등 사회경제적 역량을 강화하는 데 한계가 있어, 결과적으로 남녀에게 주어진 사회적 여건의 차이가 남녀 간 자신의 건강을 다르게 판단하는 데 영향을 미친 것으로 보인다[16]. 외국의 경우에도 헝가리, 포르투갈, 이탈리아 등 대부분 가부장적인 문화가 우세한 국가에서 같은 결과를 보여주고 있으며, 호주, 뉴질랜드, 핀란드 등 세계적으로 여성의 사회적 지위가 높은 국가에서는 여성의 주관적 건강상

태 수준이 높은 것으로 보고되고 있다[14]. 둘째는 여성이 남성에 비해 사회심리적인 측면에서 노화를 부정적으로 인식하기 때문이며 [17], 셋째는 여성이 남성보다 더 많은 신체증상을 가지고 있어 질병이나 손상을 더 심각하게 받아들이기 때문이라는 점이다[18]. 이러한 결과들을 종합해 보면 여성노인의 주관적 건강상태가 좋지 않은 이유는 여성 고유의 특성 때문일 수도 있지만 여러 가지 사회적 문제가 포함되어 영향을 미치는 것으로 보인다.

거주지역의 경우, 농촌지역 거주자보다 도시지역 거주자의 주관적 건강상태가 높았다. 이러한 결과는 여러 선행연구에서도 비슷하게 보고되고 있다[14,19]. 이는 도시가 농촌에 비해 의료서비스를 이용하기 쉽고, 건강상의 문제가 발생했을 때에는 언제든지 쉽게 해결할 수 있다는 점이 안정감을 주기 때문으로 보여진다. Ahn 등[20]의 선행연구에서는 농촌의 경우 의료서비스 접근성 제한으로 인한 유병률과 사망률이 높고 의료서비스의 객관적인 질적 수준을 나타내는 치료 가능 사망률 또한 현저히 높게 나타나고 있다고 하며, Kim [21]은 이러한 의료서비스 이용 면에서의 차이가 도농 간 주관적 건강상태의 불평등을 심화시킨다고 보고하고 있다.

경제활동상태의 경우, 무직자에 비해 유직자의 주관적 건강상태가 높았다. 이는 선행연구와 일치하는 결과로[3,14], 노인들에게 있어 직업을 가지고 있다는 사실이 노인임에도 일을 할 수 있다는 안정감과 아직 사회의 일원으로서 소속되어 있다는 자신감을 갖게 했기 때문으로 추측된다. 선행논문에서도 직업을 가지고 있다는 사실이 경제적 능력, 사회적 교류, 자아 정체성의 확립과 관련되어 건강에 긍정적으로 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다[14]. 그러나 노인들의 자발적인 경제활동 참여와 경제적 사정에 의해 어쩔 수 없이 경제활동을 해야만 하는 것에는 큰 차이가 있다. 따라서 경제활동 유무가 노인의 주관적 건강상태에 미치는 영향을 보다 명확히 파악하기 위해서는 추후 경제적 취약 노인을 대상으로 한 심층적인 연구분석이 필요할 것으로 보인다.

교육의 경우, 교육수준이 높을수록 주관적 건강상태가 높았다. 일반적으로 학력이 높을수록 건강 관련 지식의 정보력이 높고 건강 문해력(health literacy) 수준이 높기 때문에 그 반대의 경우보다 자신의 건강을 더 효율적으로 관리할 가능성이 크다[22]. 한편, Andersson 등 [23]의 선행연구에 따르면, 교육수준이 낮을수록 건강문맹률이 높아 건강행위 실천이 낮다고 한다. 따라서 대다수가 저학년에 분포하고 있는 우리나라 노인들에게 있어 교육수준은 그들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 중요한 변수로 작용했을 것으로 보인다.

가구소득의 경우, 소득수준이 증가할수록 주관적 건강상태가 높았다. 일정 수준의 소득은 자신의 건강을 유지하고 증진시킬 수 있는 자원이 풍부하다는 것으로 질병에 걸렸을 때는 물론이고 예방적 차원에

서도 더욱 효과적으로 대처 가능하게 한다. 또한 소득은 건강에 직접적으로 영향을 미치기보다는 양질의 식품, 운동, 의료서비스 이용 등 건강에 유익한 구매와 연관되어 자신의 건강을 판단하는 데 긍정적인 영향을 미친 것으로 보인다[24].

인지된 질병요인의 경우, 고혈압·당뇨병·관절염·뇌졸중·암이 없는 사람의 주관적 건강상태가 높았다. 이는 질병 중에서도 주요 만성질환은 신체적 기능제한을 초래해 자신의 건강을 부정적으로 인식하게 한다는 기존 연구결과와도 일치하는 내용이다[25]. 각종 선행연구에 따르면, 만성질환은 지속적인 치료와 관리가 요구되며, 적절한 치료가 동반되지 않을 경우 주관적 건강상태 판단에 부정적인 영향을 미친다고 한다. 또한 만성질환은 평소 생활습관과 연관되어 있는 것으로 알려져 있는데, 특히 노인들에게 있어 생활습관은 오랫동안 체화되어 쉽게 바꾸는 데 어려움이 있는 만큼 그 원인을 개인 차원에서가 아니라 사회적 차원에서 근본적인 문제 해결이 이루어질 수 있도록 해야 한다[15]. 이와 같은 이유에서 평소 생활 속에서 실천할 수 있는 예방적 차원의 건강관리방법에 대한 구체적인 정책이 필요할 것으로 보인다.

건강행태요인의 경우, 일반적으로 건강한 생활습관을 갖고 있는 사람이 주관적 건강상태 또한 높은 것으로 예상되었지만 그렇지 않은 경우도 확인할 수 있었다. 흡연은 흡연자가 비흡연자에 비해 상대적으로 자신의 건강상태를 낮게 판단했으나[26], 음주는 반대로 비음주자에 비해 가벼운 음주를 하는 사람이 오히려 자신의 건강상태를 양호하게 생각하고 있었다[27]. 이는 건강에 악영향을 준다고 생각되는 음주가 오히려 음주할 수 있을 정도로 건강하다는 생각을 갖게 하여 주관적 건강상태를 좋게 판단하도록 작용했기 때문으로 보여지며, 건강위험인식이 비교적 높게 형성되어 있는 흡연과 달리 음주의 위험인식은 낮게 형성되어 있기 때문에 추측해볼 수 있다. 유산소 신체활동의 경우, 미실천자보다 실천자의 주관적 건강상태가 높았다. 선행연구에 따르면, 신체활동을 하는 노인이 자기 평가적 차원의 주관적 건강상태를 좋게 생각한다고 보고되고 있다[2]. 이는 급격한 노화 현상으로 신체상의 장애 및 급격한 생활상의 변화를 겪는 노인들에게 신체활동 가능 여부가 자신의 건강을 판단하는 중요한 변수로서 작용했기 때문으로 보여진다. 노인들에게 있어 신체능력의 쇠퇴는 피할 수 없는 문제인 만큼, 노인들의 신체적 기능을 지속적으로 확인하고 기능 향상을 위한 중재가 이루어져야 할 필요가 있다.

정신건강요인의 경우, 우울증이 없고 스트레스를 적게 느낄수록 주관적 건강상태가 높은 경향을 보였다. 이는 노년기에 겪는 상실감이나 소외감이 노인의 정서에 스트레스를 야기하고 우울증을 초래하여 자기 평가적 차원의 건강상태를 좋지 않게 인지하기 때문으로 보인다[28]. 선행연구에서도 노인의 정신건강이 주관적 건강인식과 동일한

방향으로 변화하는 것으로 보고하고 있다[28].

이번 연구의 제한점으로는 노인의 주관적 건강상태와 관련된 모든 요인을 분석에 포함시키지 못하였다는 것과 중·장기적으로 노인의 주관적 건강상태의 변화를 파악하지 못하였다는 것을 들 수 있다. 노년기에 고립되지 않고 타인과의 지속적인 교류를 통해 사회적 통합성을 유지하는 것이 노인의 정신건강에 중요한 요소라고 보고되고 있는 점에서, 추후 모임 혹은 단체활동 유무 그리고 가족지지, 자녀세대와의 관계와 같은 변수를 분석에 포함시킨 추가연구가 필요할 것으로 보인다[2]. 또한 노인의 주관적 건강상태의 변화를 파악하기 위해 중·장기적인 자료를 이용한 추가 분석도 요구된다.

이러한 제한점에도 불구하고 이 연구는 대표성 있는 자료인 국민건강영양조사 자료를 통해 우리나라 65세 이상 노인인구의 주관적 건강상태를 파악하고 있으며, 그들의 주관적 건강상태와 관련된 요인을 다양한 측면(인구사회학적 요인, 인지된 질병요인, 건강행태 및 정신건강요인)에서 살펴본 연구로서 의의가 있다고 생각한다.

결론적으로, 우리나라 노인의 주관적 건강상태는 다양한 요인들과 관련되어 있었다. 사회경제적 수준이 낮은(무직자, 저학력자, 저소득자) 노인, 만성질환이나 우울증이 있는 노인, 흡연과 신체활동 부족과 같은 안 좋은 생활습관을 가지고 있는 노인에서 주관적 건강상태가 낮아 이들에 대한 특별한 관심이 필요해 보인다. 특히 낮은 사회경제적 수준이 노인의 주관적 건강상태에 악영향을 미칠 가능성이 높기 때문에 이를 반영한 정책적 고려가 요구된다. 따라서 우리나라 노인의 주관적 건강상태를 높이기 위해서는 보건 의료 측면의 접근성 향상 뿐만 아니라 경제적 문제를 해결하기 위한 노인 고용기회의 확대나 복지정책의 강화 등의 노력이 함께 필요해 보인다.

ORCID

Sang-Hee Han: <https://orcid.org/0000-0002-5407-7375>;

Jung Kyu Kang: <https://orcid.org/0000-0001-8321-6664>;

Jae-Seok Hong: <https://orcid.org/0000-0001-7620-8789>

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2019 Statistics of the aged. Daejeon: Statistics Korea; 2019.
2. Oh YH, Bae HO, Kim YS. A study on physical and mental function af-

- fecting self-perceived health of older persons in Korea. *J Korean Gerontol Soc* 2006;26(3):461-476.
3. Lee YH, Choi KS, Kang IO, Kim HJ. Determinants of self-rated health among the Korean elderly living in the community. *J Korean Gerontol Soc* 1998;18(2):110-124.
 4. Statistics Korea. Social survey: subjective health status. Daejeon: Statistics Korea; 2019.
 5. Shin KR, Byeon YS, Kang Y, Oak J. A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life (HRQoL) in the community-dwelling older adults. *J Korean Acad Nurs* 2008;38(3):437-444. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>.
 6. Yeom DM, Jung JS. Research on subjective health status and satisfaction with life of elderly: focused on the mediating effect of depression and the moderating effect of social networking. *Soc Sci Res Rev* 2014;30(4):27-50.
 7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37. DOI: <https://doi.org/10.2307/2955359>.
 8. Lee HJ, Chung YJ, Kim HJ, Suh HS, Lee HS, Shim KW, et al. Determinants of self-assessed health among elderly adults. *J Korean Acad Fam Med* 2002;23(10):1210-1218.
 9. Won J, Jeon H, Yi H. Self-rated health and its associated factors in the elderly. *J Converg Cult Technol* 2019;5(4):217-225. DOI: <https://doi.org/10.17703/JCCT.2019.5.4.217>.
 10. An OH, Lee JH. Factors influencing self-rated health in elderly women in the community. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2008;15(3):284-290.
 11. Korea Disease Control and Prevention Agency. National health and nutrition survey raw data guide. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2019.
 12. Jeon SN, Song HJ. The relationship between EQ-5D and optimal sleep duration among community dwelling elderly. *Korean Public Health Res* 2017;43(1):13-22.
 13. Ministry of Health and Welfare. OECD health statistics. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019.
 14. Jeong JJ. Health. In: Statistics Research Institute, editor. Korean social trends 2008. Daejeon: Statistics Korea; 2008. pp. 207-213.
 15. Kang HW, Cho YT. Socioeconomic status, social integration, and health inequalities of elderly Koreans. *Korean J Sociol* 2007;41(4):164-201.
 16. Jeon GS, Jang SN, Rhee SJ. The impact of socioeconomic factors on the gender differences of disability and subjective health among elderly Koreans. *J Prev Med Public Health* 2009;42(3):199-207. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.2009.42.3.199>.
 17. Chung S, Lim J, Lee M, Chung S. The study on factors affecting self-perception of psycho-social aging for older adults: focused on perceived health status, mental health, health literacy, and mental health literacy. *Korean J Soc Welf Stud* 2016;47(1):123-149.
 18. Kang JH, Kim JA, Oh KS, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, et al. Health status, depression and social support of elderly beneficiaries of the national basic livelihood security system. *Korean J Adult Nurs* 2008;20(6):866-882.
 19. Ahn JH. A study of elderly people's self-esteem, life satisfaction, and health status according to residence area. *Korean J Sports Sci* 2007;16(4):85-95.
 20. Ahn S, Kim NH, Kin YN. Comparison of health status and the effectiveness of health cost between rural and urban residents. Naju: Korea Rural Economic Institute; 2019.
 21. Kim JH. The impact of health care service utilization on disparities in self-rated health. *Korean J Soc Welf Res* 2015;46:1-24.
 22. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press; 2004.
 23. Andersson P, Leppert J. Men of low socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *J Cardiovasc Risk* 2001;8(6):371-377. DOI: <https://doi.org/10.1177/174182670100800606>.
 24. Choi YJ, Jeong BG, Cho SI, Jung-Choi K, Jang SN, Kang M, et al. A review on socioeconomic position indicators in health inequality research. *J Prev Med Public Health* 2007;40(6):475-486. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.2007.40.6.475>.
 25. Heo JH, Cho YT. Activity limitations and health behaviors by socioeconomic status among the elderly Seoul population. *J Korean Gerontol Soc* 2008;28(1):87-104.
 26. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. The association between self-assessed health status and individual health practices. *Canadian J Public Health* 1989;80(1):32-37.
 27. Lee JM, Kim WJ, Sohn HS, Chun JH, Lee MJ, Park HS. Influences on health behaviors execution and self rated health as socioeconomic class by the age bracket. *J Korea Contents Assoc* 2012;12(6):317-327. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.06.317>.
 28. Oh YH, Bae HO, Kim YS. A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *J Korean Gerontol Soc* 2006;26(3):461-476.