Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society
Vol. 22, No. 4 pp. 367-377, 2021

https://doi.org/10.5762/KAIS.2021.22.4.367
ISSN 1975-4701 / eISSN 2288-4688

# 도시지역 거주 노인들의 사회적 지지와 주관적 행복감의 관련성

함석필[1], 김범호[2*]
[1]남서울대학교 대학원 휴먼케어학과, [2]남서울대학교 복지경영대학원 대체치유학과

# Relationship Between Social Support and Subjective Well-being of the Urban Elderly People

Seok-Pil Ham[1], Beom-Ho Kim[2*]
[1]Department of Human Care, Graduate School of Namseoul University
[2]Department of Alternative Treatment, Graduate School of Namseoul University

**요 약** 본 연구는 도시지역에 거주하고 있는 노인의 사회적 지지와 주관적 행복감과의 관련성을 파악 하고자 2019년 5월 1일부터 6월30일까지의 기간 동안에 D광역시에 거주하고 있는 65세 이상 노인 382명을 대상으로 면접조사를 실시하였다. 연구결과, 조사대상자의 주관적 행복감은 인구사회학적특성, 건강상태 및 건강관련행위특성의 여러 변수들에 따라 유의한 차이를 보였다. 사회적지지에 따른 주관적 행복감은 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지, 긍정적 사회 상호작용)점수가 낮은 군일수록 유의하게 낮았다. 또한, 주관적 행복감은 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지, 및 긍정적 사회 상호작용)과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 로지스틱 회귀분석 결과, 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지, 및 긍정적 사회 상호작용)이 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 주관적 행복감이 낮아질 위험비가 유의하게 증가하였다. 위와 같은 연구결과는 도시지역 거주 노인들의 주관적 행복감은 인구사회학적특성, 건강상태 및 건강관련행위특성의 여러 변수들과 관련이 있을 뿐만 아니라 사회적 지지와도 유의한 관련성이 있음을 시사하고 있다. 따라서 노인의 삶의 질과 밀접한 관련이 있는 주관적 행복감을 향상시키기 위한 사회적 지지의 구체적인 실행방법을 개발할 필요성이 있다고 생각된다.

**Abstract** This study examined the relationship between social support and the subjective well-being of the elderly living in urban areas. The study subjects were 382 elderly people aged 65 or older living in D metropolitan city. The survey was conducted through a personal interview by investigators who visited the study subjects using a structured questionnaire from May 1 to June 30, 2019. As a result, the subjective well-being of the study subjects differed significantly depending on various variables in the sociodemographic, health condition and, health-related behavior characteristics. The subjective well-being according to social support was significantly lower for the groups with lower social support. The correlation of subjective well-being and social support showed a significant positive correlation. Logistic regression showed that the risk of lower subjective well-being increased significantly in the group (Q1), where the total score of social support was very high (Q4). The above results suggest that the subjective well-being of the elderly living in urban areas was not only related to various variables in sociodemographic, health condition, and health-related behavior characteristics but also has significant relationships for social support. Therefore, it is necessary to develop detailed social support practices to improve the subjective well-being.

**Keywords :** Elderly people, Social support, Subjective well-being, Correlation, Logistic regression.

*Corresponding Author: Beom-Ho Kim(Namseoul University)
email: biopalpal@naver.com
Received January 7, 2021 Revised February 5, 2021
Accepted April 2, 2021 Published April 30, 2021

## 1. 서론

우리나라의 노인인구 비율은 2002년에 7.9%를 넘어 고령화 사회(aging society)에 진입하였으며, 2017년에는 14.2%를 넘어 고령사회(aged society)에 들어가게 되었다[1]. 이 같은 노인인구의 상승은 인간의 생리적 특성상 노화 및 퇴행성 변화로 인한 질병상태에 있는 비율을 높이게 되며, 그 결과 65세 이상 인구의 86.7%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있고, 두 가지 이상을 지닌 복합유병율도 64.2%에 달한다고 보고되고 있다[2].

따라서 노후생활의 질적인 측면을 고려할 때 건강 장수를 향유하기 위한 노력으로 어떻게 하면 행복하고 가치 있는 노년의 삶의 질(Quality of Life: QOL)을 향상시킬 수 있을 것인가는 우리들 자신의 노후를 의미 있게 살아가기 위해서라도 간과해서는 안 될 것이다.

건강 장수는 다양한 요인들이 직·간접적으로 영향을 미치는 것으로 알려져 있으며[3], 그 중에서도 주관적 행복감(subjective wellbeing)은 고령기의 생존예후를 규정하는 요인으로서 주관적 행복감을 유지하는 사람들은 생명예후가 좋다고 하는 연구가 다수 보고되고 있다[4-6].

주관적 행복감이란 개인생활의 모든 영역에 대해 전반적으로 느끼는 주관적이고 긍정적인 만족의 정도라고 정의하고 있으며[7], 노인들의 내면적인 행복감, 충실감 및 삶의 보람 등을 평가 측정하는 도구로 사용되어 왔다[8].

주관적 행복감에 관련된 요인으로서 Larson[9]은 미국에서의 과거 30년간의 연구를 정리한 결과, 건강상태, 사회·경제적 지위, 연령, 배우자의 유무, 사회적 상호작용 등을 지적하고 있으며, Sidney 등[10]은 건강지표 및 일상생활행동에 관한 요인이 관련이 있다고 지적하고 있다. 한편, Fukuda 등[11]은 성별, 건강상태, 경제상황, 거주상태 등이 주관적 행복감과 관련이 있으며, 주관적 행복감이 높을수록 우울상태가 낮아진다고 보고하였으며, 기타 다수의 연구[12-15]에서도 성별, 연령, 배우자 유무, 수입, 교육수준, 거주상태, 생활만족감, 스트레스 등이 주관적 행복감과 관련 있다고 보고하고 있다.

이상과 같은 선행연구 결과를 통해 주관적 행복감에 영향을 미치는 요소는 매우 다양하며, 개인의 내적 요소와 외적 요소 모두 주관적 행복감에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다.

한편, 사회적지지란 개인이 가족, 친구, 이웃 등과의 사회적 관계를 통해 얻을 수 있는 정서적 위안, 물질적 원조 및 서비스 등을 포함하는 개념이다. 특히 노인에서의 사회적 지지는 신체적, 심리적, 사회적 문제 등을 감소 또는 완화시키고, 생활 사건에 대처할 수 있게 함으로써 심리적 안정감을 갖게 하며, 건강유지 및 증진과 삶의 스트레스를 경감 시키는데 긍정적인 효과를 가져 온다고 보고되고 있다[16-21]. 그러나 이와 같이 많은 연구가 있음에도 불구하고 국내에서는 노인들의 사회적 지지에 따른 주관적인 행복감을 비교 평가하거나 이들 간의 관련성을 규명한 연구는 찾아보기가 힘들다.

이에 본 연구에서는 일부 도시지역 거주노인들의 주관적 행복감에 대한 상황을 명확하게 파악하며, 또한 주관적 행복감과 제 요인(인구사회학적 특성, 건강상태, 건강관련행위특성 및 사회적 지지)과의 관련성에 대해서 검토하는 것을 목적으로 하였다.

## 2. 조사대상 및 방법

### 2.1 조사대상

본 연구의 조사대상은 D광역시에 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인으로 하였다. 조사대상 표본 수의 추정은 G*power 3.1.7 프로그램[22]을 이용하였으며, 예측변수 25개, 효과크기 0.10, 검정력 0.95, 유의수준 0.05, 양측검정으로 산정하였을 때 최소 표본 수는 352명이었으며, 탈락률을 고려하여 450명을 조사 대상으로 하였다. 면접조사 결과 응답내용이 미비하거나 불확실한 응답자 68명을 제외한 382명(회수율 84.8%)의 자료를 분석대상으로 하였다.

### 2.2 조사방법

자료 수집은 2019년 5월 1일부터 6월30일까지의 기간 동안에 본 연구에 사용된 설문내용 및 조사방법에 대해 사전에 교육을 받은 보건계열 대학생 8명의 조사원과 연구자가 조사대상 노인들을 직접 방문하여 면접조사를 실시하였다. 면접조사는 조사원 및 연구자가 조사대상 노인들을 직접 방문하여 본 연구의 목적 및 조사내용에 대해 설명하고 연구 참여의 동의를 얻은 후 설문내용에 대해 응답하도록 하였다.

### 2.3 연구에 사용한 변수

#### 2.3.1 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 배우자 유무, 가족유형, 생활비 부담여부, 한 달 평균 용돈 및 현재

삶에 대한 만족도를 조사하였다. 연령은 「65~74세」와 「75세 이상」으로 구분하였고, 학력은 「무학」, 「초등학교」, 「중학교 이상」으로 구분하였다. 배우자 유무는 「있다」와 「없다」로, 가족유형은 「혼자 산다」, 「부부만 같이 살고 있다」 및 「가족(배우자 및 자녀)과 함께 살고 있다」로 구분하였다. 생활비 부담여부는 「정부보조금」, 「자녀의 생활비 보조금」, 「본인(배우자)부담 또는 연금」으로 구분하였고, 한 달 평균용돈은 「50만 원 이하」와 「50만 원 이상」으로 구분하였으며, 일상생활에 대한 만족도는 「만족」, 「보통」 및 「불만족」으로 구분하였다.

### 2.3.2 건강상태

건강상태에 관한 변수로는 주관적 건강상태, 만성질환의 기왕력 유무, 신체의 부자유 유무, 청력상태, 시력상태, 치아상태, 요실금 유무 및 건망증 유무를 조사하였다. 주관적인 건강상태는 「건강하다」와 「건강하지 않다」로 구분하였고, 신체의 부자유 유무는 「있다」와 「없다」로 구분하였다. 청력상태와 시력상태는 「보통으로 들을 수(볼 수) 있다」, 「듣는데(보는데) 지장이 있다」로, 치아 상태는 「식사에 지장 없음」, 「치아상태가 좋지 못해 식사에 지장 있음」으로 구분하였다. 요실금 유무 및 건망증 유무는 「있다」와 「없다」로 구분하였다.

### 2.3.3 건강관련행위특성

건강관련행위 특성으로는 주관적인 수면의 질, 흡연상태, 음주상태, 규칙적 식사여부, 규칙적 운동여부, 외출빈도 수 및 취미활동 유무를 조사하였다. 주관적인 수면의 질 평가는 Breslow[23]의 건강습관지수(Health Practice Index; HPI)를 사용하여 1일 평균 수면시간이 7시간 이상~8시간 미만인 경우를 「좋은 군」, 7시간미만 또는 8시간 이상인 경우를 「좋지 않은 군」으로 구분하였다. 흡연상태는 「비흡연 군」, 「흡연중단 군」 및 「흡연 군」으로 구분하였으며, 음주상태는 「비음주 군」, 「음주중단 군」 및 「음주 군」으로 구분하였다. 규칙적인 식사여부는 「매일 규칙적으로 한다는 군」과 「가끔 하거나 안 한다는 군」으로 구분하였으며, 규칙적 운동여부는 「한다는 군」과 「안 한다는 군」으로 구분하였다. 외출 빈도수는 「매일 한다는 군」, 「가끔 한다는 군」 및 「안한다는 군」으로 구분하였고, 취미활동 유무는 「한다는 군」과 「안한다는 군」으로 구분하였다.

### 2.3.4 사회적 지지(Socal Support)

사회적 지지의 측정은 Sherbourne과 Stewart([24]가 개발한 MOS-SSS(Medical Outcomes Study-Social Support Survey)의 한국어판 도구를 사용하였다[25]. MOS-SSS는 대상자의 사회적지지 기반의 성격과 강도를 평가하기 위한 설문으로 대상자가 현재 주변으로부터 받을 수 있는 사회적 지지를 정서적지지(4문항), 정보적지지(4문항), 물질적지지(4문항), 애정적지지(3문항), 긍정적 사회 상호작용(4문항)으로 평가하도록 분류하고 있다. MOS-SSS는 총 19개 문항으로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 얼마나 자주 그렇게 느끼는지를 5점 척도를 이용하여 「전혀 없다」 1점, 「대부분 없다」 2점, 「반반이다」 3점, 「대부분 있다」 4점, 「항상 있다」 5점을 주어 총 득점 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 전체 19문항에 대한 내적신뢰도를 의미하는 Cronbach's $\alpha$ 값은 0.824이었다.

### 2.3.5 주관적 행복감(Subjective Well-being)

주관적 행복감의 측정도구는 Lawton[26]이 개발한 Philadelphia Geriatric Center(PGC) morale scale의 한국어판 도구를 사용하였다[27]. PGC morale scale은 총 17문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 2분법적 응답양식으로 긍정적인 문항에는 「그렇다」 1점, 「그렇지 않다」 0점을 부여하고, 부정적인 문항에는 역으로 「그렇지 않다」 1점, 「그렇다」 0점을 부여하여 총 득점 합계(0~17점)를 주관적 행복감 점수(morale score)로 하며 점수가 높을수록 주관적 행복감이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 전체 17문항에 대한 내적 신뢰도를 나타내는 Cronbach´s $\alpha$값은 0.782이었다.

## 2.4 자료처리 및 통계분석

수집된 자료는 전산입력 후 SPSSWIN(ver 24.0) 프로그램을 사용하여 통계분석 하였다. 조사대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련행위 특성, 건강상태에 따른 주관적 행복감의 평균점수 비교는 t-test 및 ANOVA로 검정하였고, 사회적 지지와 주관적 행복감 간의 상관관계는 Pearson 상관분석을 실시하였다. 또한 주관적 사회적 지지는 4분위 수(quartile)를 기준으로 「낮은 군(Q1)」, 「중간 군(Q2)」, 「높은 군(Q3)」 및 「매우 높은 군(Q4)」으로 구분하고, 종속변수인 주관적 행복감은 중앙값(median)을 기준으로 「높은 군」과 「낮은 군」으로 구분하여 분석에 사용하였다. 모든 통계량의 유의수준은 $p<0.05$로 하였다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 인구사회학적특성에 따른 주관적 행복감

조사대상자의 인구사회학적특성에 따른 주관적 행복감의 평균점수는 연령이 65~74세 군보다 75세 이상 군에서($p<0.001$), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서($p<0.001$), 가족(자녀 및 배우자)과 함께 산다는 군보다 혼자 산다는 군에서($p<0.001$), 생활비를 본인이 부담하거나 자녀로부터 받는다는 군보다 정부보조금을 받는다는 군에서($p<0.001$), 한 달 평균용돈이 50만원 이상인 군보다 50만원 미만인 군에서($p<0.001$), 일상생활에 대한 만족도가 낮을수록($p<0.001$) 유의하게 낮았다[Table 1].

### 3.2 건강상태에 따른 주관적 행복감

조사대상자의 건강상태에 따른 주관적인 행복감의 평균점수는 주관적 건강상태가 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군에서($p<0.001$), 만성질환의 기왕력이 없다는 군보다 있다는 군에서($p=0.008$), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 청력상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 시력상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 치아상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 낮았다[Table 2].

### 3.3 건강관련행위특성에 따른 주관적 행복감

조사대상자의 건강관련행위 특성에 따른 주관적인 행복감의 평균점수는 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서($p=0.006$), 비흡연군보다 흡연군에서($p=0.005$), 식사를 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 운동을 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 외출을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 취미활동을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 낮았다[Table 3].

Table 1. Mean score of subjective well-being according to sociodemographic characteristics

| Variables | N(%) | Subjective well-being Mean±SD | t(F) | *p-value* |
|---|---|---|---|---|
| Sex | | | 1.766 | 0.078 |
| Male | 133(34.8) | 11.87±3.01 | | |
| Female | 249(65.2) | 11.28±3.19 | | |
| Age(year) | | | 3.482 | 0.001 |
| 65~74 | 199(52.1) | 12.02±2.84 | | |
| 75≤ | 183(47.9) | 10.91±3.35 | | |
| Educational level | | | 1.419 | 0.243 |
| ≤Illiteracy | 100(26.2) | 11.04±3.37 | | |
| Elementary school | 148(38.7) | 11.62±3.12 | | |
| Middle school≤ | 134(35.1) | 11.68±2.96 | | |
| Spouse | | | 5.742 | <0.001 |
| Alive | 250(65.4) | 12.20±2.55 | | |
| Died & separated | 132(34.6) | 10.14±3.68 | | |
| Living status | | | 21.31 | <0.001 |
| Live alone | 105(27.5) | 10.00±3.42 | | |
| With spouse | 207(54.2) | 12.37±2.48 | | |
| With spouse & child | 70(18.3) | 11.11±3.55 | | |
| Bear for living expenses | | | 8.163 | <0.001 |
| Governmental subsidies | 41(10.7) | 9.87±3.56 | | |
| Son/daughter | 84(22.0) | 11.11±3.35 | | |
| Oneself/spouse | 257(67.3) | 11.87±2.90 | | |
| Average monthly allowance(₩10,000) | | | -2.133 | 0.034 |
| ≤50 | 245(64.1) | 11.23±3.22 | | |
| 50< | 137(35.9) | 11.94±2.94 | | |
| Satisfaction of daily life | | | 80.786 | <0.001 |
| Satisfaction | 219(57.3) | 12.98±2.03 | | |
| Moderate | 143(37.4) | 9.87±3.02 | | |
| Dissatisfaction | 20(5.2) | 6.70±3.61 | | |
| Total | 382(100.0) | 11.49±3.14 | | |

Table 2. Mean score of subjective well-being according to physical health status

| Variables | N(%) | Subjective well-being Mean±SD | t | *p-value* |
|---|---|---|---|---|
| Subjective health status | | | 8.954 | <0.001 |
| Healthy | 247(64.7) | 12.52±2.53 | | |
| Unhealthy | 135(35.3) | 9.60±3.28 | | |
| Chronic disease | | | -2.664 | 0.008 |
| Yes | 290(75.9) | 11.27±3.23 | | |
| No | 92(24.1) | 12.18±2.73 | | |
| Disability of body | | | -6.543 | <0.001 |
| Yes | 123(32.2) | 9.93±3.41 | | |
| No | 259(67.8) | 12.23±2.71 | | |
| Hearing ability | | | 6.713 | <0.001 |
| Good | 288(75.4) | 12.18±2.55 | | |
| Poor | 94(24.6) | 9.37±3.79 | | |
| Visual acuity | | | 7.442 | <0.001 |
| Good | 314(82.2) | 12.11±2.62 | | |
| Poor | 68(17.8) | 8.60±3.69 | | |
| Mastication ability | | | 6.225 | <0.001 |
| Good | 306(80.1) | 12.03±2.76 | | |
| Poor | 76(19.9) | 9.28±3.59 | | |
| Urinary incontinence | | | -4.249 | <0.001 |
| Yes | 54(14.1) | 9.46±3.91 | | |
| No | 328(85.9) | 11.82±2.86 | | |
| Amnesia | | | -4.472 | <0.001 |
| Yes | 24(6.3) | 8.00±4.01 | | |
| No | 358(93.7) | 11.72±2.93 | | |
| Total | 382(100.0) | 11.49±3.14 | | |

Table 3. Mean score of subjective well-being according to health related behaviors

| Variables | N(%) | Subjective well-being Mean±SD | t(F) | *p-value* |
|---|---|---|---|---|
| Evaluation of sleep quality | | | 2.750 | 0.006 |
| Good | 131(34.3) | 12.06±2.77 | | |
| Poor | 251(65.7) | 11.19±3.28 | | |
| Cigarette smoking | | | 5.276 | 0.005 |
| Non-smoker | 286(74.9) | 11.84±3.14 | | |
| Ex-smoker | 76(19.9) | 11.54±2.83 | | |
| Smoker | 20(5.2) | 9.35±3.60 | | |
| Alcohol drinking | | | 0.102 | 0.903 |
| Non-drinker | 210(55.0) | 11.44±3.19 | | |
| Ex-drinker | 92(24.1) | 11.61±3.07 | | |
| Drinker | 80(20.9) | 11.47±3.10 | | |
| Eating habits | | | 5.247 | <0.001 |
| Regularly | 351(91.9) | 11.79±2.88 | | |
| Irregularly | 31(8.1) | 8.03±3.90 | | |
| Regular exercise | | | 5.187 | <0.001 |
| Yea | 236(61.8) | 12.12±2.81 | | |
| No | 146(38.2) | 10.46±3.38 | | |
| Frequency of going out | | | 12.981 | <0.001 |
| Every day | 223(58.4) | 12.19±2.74 | | |
| Seldom | 148(38.7) | 10.54±3.41 | | |
| No | 11(2.9) | 10.09±3.44 | | |
| Activity of hobbies | | | 4.342 | <0.001 |
| Yes | 118(30.9) | 12.41±2.50 | | |
| No | 264(69.1) | 11.07±3.31 | | |
| Total | 382(100.0) | 11.49±3.14 | | |

### 3.4 사회적 지지에 따른 주관적 행복감

조사대상자의 사회적지지에 따른 주관적 행복감의 평균점수를 비교하기 위해 사회적지지 총점과 하위영역별 점수를 사분위수(quartile)를 기준으로 낮은 군(Q1), 중간 군(Q2), 높은 군(Q3) 및 매우 높은 군(Q4)으로 구분하여 분석하였다. 그 결과 주관적 행복감의 평균점수는

사회적지지 총점이 낮은 군일수록 유의하게 낮았으며($p<0.001$), 하위영역별에서도 정서적지지($p<0.001$), 정보적지지($p<0.001$), 물질적지지($p<0.001$), 애정적지지($p<0.001$) 및 긍정적 사회 상호작용($p<0.001$)이 낮은 군일수록 주관적 행복감의 평균점수는 유의하게 낮았다 [Table 4].

### 3.5 사회적 지지와 주관적 행복감과의 상관관계

조사대상자의 사회적 지지와 주관적 행복감과의 상관관계를 보면, 주관적 행복감은 사회적지지 총점($r=0.513$, $p<0.01$)과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 하위영역별에서도 정서적지지(($r=0.434$, $p<0.001$), 정보적지지

Table 4. Mean score of subjective well-being according to social supports

| Variables | N(%) | Subjective well-being Mean±SD | F | *p-value* |
|---|---|---|---|---|
| Total score of social supports | | | 33.429 | <0.001 |
| Low(Q1) | 89(23.3) | 8.82±3.33 | | |
| Middle(Q2) | 149(39.0) | 11.85±2.93 | | |
| High(Q3) | 87(22.8) | 12.71±1.89 | | |
| Very high(Q4) | 57(14.9) | 12.85±2.35 | | |
| Emotional support | | | 35.698 | <0.001 |
| Low(Q1) | 103(27.0) | 8.97±3.47 | | |
| Middle(Q2) | 134(35.1) | 11.58±2.69 | | |
| High(Q3) | 95(24.9) | 12.26±3.18 | | |
| Very high(Q4) | 50(13.0) | 12.35±2.53 | | |
| Information support | | | 32.583 | <0.001 |
| Low(Q1) | 99(25.9) | 9.87±3.50 | | |
| Middle(Q2) | 142(37.3) | 10.82±2.45 | | |
| High(Q3) | 98(25.6) | 12.00±2.57 | | |
| Very high(Q4) | 43(11.2) | 12.32±2.47 | | |
| Tangible support | | | 52.592 | <0.001 |
| Low(Q1) | 107(28.0) | 8.55±3.42 | | |
| Middle(Q2) | 134(35.1) | 11.45±2.23 | | |
| High(Q3) | 88(23.0) | 12.13±2.66 | | |
| Very high(Q4) | 53(13.9) | 12.65±2.13 | | |
| Affectionate support | | | 32.921 | <0.001 |
| Low(Q1) | 84(22.0) | 9.28±3.47 | | |
| Middle(Q2) | 137(35.8) | 10.14±2.96 | | |
| High(Q3) | 92(24.1) | 12.27±2.93 | | |
| Very high(Q4) | 69(18.1) | 12.36±2.51 | | |
| Positive social interaction | | | 34.249 | <0.001 |
| Low(Q1) | 103(26.9) | 9.02±3.49 | | |
| Middle(Q2) | 138(36.2) | 10.27±2.83 | | |
| High(Q3) | 87(22.8) | 12.16±3.17 | | |
| Very high(Q4) | 54(14.1) | 12.30±2.41 | | |
| Total | 382(100.0) | 11.49±3.14 | | |

Table 5. Correlation coefficients between subjective well-being and social supports

| Variables | Subjective well-being | Total score of social supports | Emotional support | Information support | Tangible support | Affectionate support |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total score of social supports | 0.513** | | | | | |
| Emotional support | 0.434** | 0.883** | | | | |
| Information support | 0.421** | 0.892** | 0.810** | | | |
| Tangible support | 0.476** | 0.784** | 0.598** | 0.555** | | |
| Affectionate support | 0.451** | 0.873** | 0.670** | 0.769** | 0.582** | |
| Positive social interaction | 0.440** | 0.909** | 0.748** | 0.765** | 0.608** | 0.829** |

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$

((r=0.421, p<0.001), 물질적지지((r=0.476, p<0.001), 애정적지지((r=0.451, p<0.001) 및 긍정적 사회 상호작용((r=0.440, p<0.001) 모두 주관적 행복감과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 즉, 사회적지지가 낮을수록 주관적 행복감도 낮았다[Table 5].

### 3.6 주관적 행복감에 대한 사회적 지지의 관련성

조사대상자의 주관적 행복감에 대한 사회적지지의 관련성을 파악하기 위해 주관적 행복감을 중앙값(median)을 기준으로 「높은 군」과 「낮은 군」으로 구분하여 이분형 로지스틱회귀분석을 실시하였다[Table 6]. 분석 시 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델과 단변량 분석에서 유의하였던 변수인 연령, 배우자 유무, 가족유형, 생활비부담여부, 한 달 평균용돈, 일상생활에 대한 만족도, 주관적 건강상태, 만성질환의 기왕력 유무, 신체의 부자유 유무, 청력상태, 시력상태, 치아상태, 요실금 유무, 건망증 유무, 주관적인 수면의 질, 흡연상태, 규칙적 식사여부, 규칙적 운동여부, 외출 빈도 수, 취미활동 유무를 통제한 다변량 모델을 통해 주관적 행복감에 대한 사회적 지지의 교차비와 95% 신뢰구간을 구하였다. 그 결과 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델에서의 주관적 행복감이 낮아질 위험비는 사회적지지 총점이 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 4.7배(ORs=4.75, 95% CI=2.07~11.14) 유의하게 증가하였다. 사회적지지 하위영역별에서도 정서적지지(ORs=3.30, 95% CI=1.49~7.33), 정보적지지(ORs=3.43, 95% CI=1.96~8.07), 물

Table 6. Odds ratios and 95% confidence intervals of social supports to social well-beings

| Variable | Crude | | Adjusted* | |
|---|---|---|---|---|
| | ORs | (95% CI) | ORs | (95% CI) |
| Total score of social supports | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.34 | (0.51~3.48) | 1.09 | (0.22~3.87) |
| Middle(Q2) | 1.95 | (0.71~5.34) | 1.82 | (0.94~4.49) |
| Low(Q1) | 4.75 | (2.07~11.14) | 3.24 | (1.87~9.03) |
| Emotional support | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.38 | (0.20~3.73) | 1.25 | (0.18~3.44) |
| Middle(Q2) | 1.52 | (0.29~4.25) | 1.47 | (0.24~4.13) |
| Low(Q1) | 3.30 | (1.49~7.33) | 2.24 | (1.71~6.98) |
| Information support | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.36 | (0.21~3.97) | 1.33 | (0.14~3.39) |
| Middle(Q2) | 1.50 | (0.24~4.02) | 1.47 | (0.22~3.93) |
| Low(Q1) | 3.43 | (1.96~8.07) | 2.79 | (1.54~7.89) |
| Tangible support | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.65 | (0.87~4.68) | 1.57 | (0.46~4.02) |
| Middle(Q2) | 2.54 | (0.92~6.68) | 2.27 | (0.87~5.74) |
| Low(Q1) | 5.85 | (2.53~12.72) | 5.21 | (2.29~11.93) |
| Affectionate support | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.36 | (0.29~4.15) | 1.29 | (0.21~3.19) |
| Middle(Q2) | 1.58 | (0.41~5.08) | 1.54 | (0.32~4.34) |
| Low(Q1) | 3.84 | (1.77~8.34) | 4.43 | (2.47~9.32) |
| Positive social interaction | | | | |
| Very high(Q4) | 1.00 | | 1.00 | |
| High(Q3) | 1.34 | (0.32~3.48) | 1.22 | (0.24~3.24) |
| Middle(Q2) | 1.81 | (0.45~5.48) | 1.48 | (0.35~3.84) |
| Low(Q1) | 5.89 | (2.81~12.37) | 3.07 | (1.09~8.61) |

*Adjusted for age, spouse, living status, bear for living expenses, average monthly allowance, 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, cigarette smoking, eating habits, regular exercise, frequency of going out, activity of hobbies.

질적지지(ORs=5.85, 95% CI=2.53~12.72), 애정적지지 (ORs=3.84, 95% CI=1.77~8.34) 및 긍정적 사회 상호작용(ORs=5.89, 95% CI=2.81~12.37) 모두 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 주관적 행복감이 낮아질 위험비가 유의하게 증가하였다. 한편, 다른 변수를 통제한 다변량 모델에서의 주관적 행복감이 낮아질 위험비는 사회적지지 총점이 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 3.2배(ORs=3.24, 95% CI=1.87~9.03) 유의하게 증가하였다. 사회적지지 하위영역별에서도 정서적지지 (ORs=2.24, 95% CI=1.71~6.98), 정보적지지(ORs=2.73, 95% CI=1.54~7.89), 물질적지지(ORs=5.21, 95% CI=2.29~11.93), 애정적지지 (ORs=4.48, 95% CI=2.47~9.32) 및 긍정적 사회 상호작용(ORs=3.07, 95% CI=1.09~8.61) 모두 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 주관적 행복감이 낮아질 위험비가 유의하게 증가하였다.

## 4. 고찰

본 연구는 도시 지역에 거주하고 있는 노인들의 주관적 행복감에 관련된 요인을 알아보고, 특히 사회적 지지와의 관련성을 검토해 봄으로서 노인들의 삶의 질을 향상시키는데 유효한 자료를 제공하고자 시도하였다.

우선 연구 방법론적 측면에서 고찰하여 볼 때, 본 연구에서 사용된 도구들은 국제적으로 그 신뢰도와 타당도가 입증된 도구로써 사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart[24]에 의해 개발된 MOS-SSS도구를 사용하였고, 주관적 행복감의 측정에는 Lawton[26]에 의해 개발된 Philadelphia Geriatric Center(PGC)의 morale scale을 사용하였다. 본 연구에서의 이들 측정도구의 Cronbach's $\alpha$ 계수는 모두 0.7이상의 높은 신뢰도 수준을 보이고 있어 연구결과의 신뢰성에는 문제가 없을 것으로 생각된다.

연구결과, 조사대상자의 인구사회학적특성에 따른 주관적 행복감은 연령이 높고, 배우자 없이 혼자 사는 군, 생활비를 정부로부터 보조받는 군, 월 평균용돈이 적은 군 및 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 선행연구에서도 유사한 결과를 보이고 있는데 Lawton[26]은 주관적 행복감이 높다고 하는 의미는 자기 자신이 일상생활에서의 기본적인 만족감을 갖고 있다는 것이며, Myers[28]는 사람들의 만족감이나 행복감은 일반적으로 경제적으로 풍요로운 집단에서 높다고 주장하고 있다. 한편, Cho 등[27]은 농촌지역 노인들을 대상으로 한 연구에서 연령이 증가할수록 주관적 행복감이 유의하게 낮아지는 경향이라고 보고하였으며, Shimai 등[15]은 일본의 20세 이상 성인을 대상으로 한 연구에서 주관적 행복감은 여성보다 남성에서, 유배우자 집단보다 미혼집단에서, 최종 학력이 낮은 집단 및 독거 집단에서 낮았다고 보고하고 있다. 또한, Fukuda 등[11]은 지방도시에 거주하는 65세 이상 주민을 대상으로 한 연구에서 경제상황이 좋지 않을수록, 혼자 사는 사람에서 주관적 행복감이 낮게 나타났다고 보고하였으며, Matsudaira 등[30]은 노인복지시설입소자들을 대상으로 한 연구에서 일상생활 속에서 자신의 의견대로 결정하고 있다고 느낄 때 주관적 행복감을 느낀다고 하여 일상생활에 대한 만족도가 주관적 행복감과 관련 있음을 지적해 주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 건강상태에 따른 주관적인 행복감은 건강하지 않다는 군, 만성질환이 있다는 군, 신체의 부자유가 있다는 군, 청력, 시력 및 치아의 상태에 지장이 있다는 군, 요실금 및 건망증이 있다는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타나고 있어 주관적 행복감이 건강상태와 밀접한 관련성이 있음을 시사하고 있다. 선행연구에서도 Cho 등 [27]은 농촌지역 노인들의 주관적 행복감은 건강상태가 좋고, ADL이 높을수록 높아지는 경향이라고 보고하고 있으며, Kodama 등[31]은 일본의 농촌지역에 거주하는 고령자를 대상으로 한 연구에서 주관적 행복감이 높은 경우 사망 위험이 유의하게 감소된다고 보고하고 있고, Fukuda 등[11]은 지방도시에 거주하는 65세 이상 주민을 대상으로 한 연구에서 건강하다고 할수록, 질병이 없다는 군에서 주관적 행복감이 높다고 보고하고 있다. 또한, Shimai 등[15]은 건강한 집단이 건강하지 않은 집단보다 행복감이 높고, 우울도 낮다고 하였으며, Matsudaira 등[30]은 노인복지시설입소자들을 대상으로 한 연구에서 ADL이 높은 군, 신경 쓰이는 병이 없으며, 통증이 없고, 신장 및 비뇨기계질환이 없다는 군에서 주관적 행복감이 높다고 보고하여 본 연구를 뒷받침해 주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 건강관련행위 특성에 따른 주관적인 행복감은 수면의 질이 좋지 않다는 군, 흡연군, 식사 및 운동을 규칙적으로 하지 않는다는 군, 외출 및 취미활동을 하지 않는다는 군에서 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 연구결과는 Fukuda 등[11]의 지방도시에 거주하는 65세 이상 주민을 대상으로 한 연구에서도 수면시간이 짧고, 음주를 하지 않는 군이 하는 군에 비해 주관적 행복감이 낮다고 보고하고 있어 본 연구

와 유사한 결과를 보여주고 있다.

본 연구에서의 조사대상자의 사회적지지와 주관적 행복감과의 관련성을 알아보기 위해 실시한 단변량 검정에서 사회적지지 총점 및 하위영역(정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용)에서의 주관적 행복감은 사회적지지 점수가 낮은 군일수록 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 한편, 사회적 지지와 주관적 행복감과의 상관관계에서도 유의한 양의 상관관계를 보여, 사회적지지가 낮을수록 주관적 행복감도 저하되는 것으로 나타났으며, 로지스틱 회귀분석 결과에서도 사회적지지가 낮아질수록 주관적 행복감이 저하될 위험비가 상승하는 것으로 나타났다. 위와 같은 연구를 종합하여 보면, 노인들에 대한 사회적 지지는 주관적 행복감과 밀접한 관련성이 있음을 입증할 수 있으며, 선행연구에서도 Krause[32]는 노인의 경우 사회적 지지가 주관적 행복감을 규정하는 주요 요인이라고 지적하였고, Halvorsrud 등[33]은 지역사회 노인의 경우 사회적지지가 낮을수록 주관적 행복감과 밀접한 관련성을 갖고 있는 삶의 질도 낮아진다고 보고하고 있다. 따라서 노인들의 주관적인 행복감을 증대시키기 위해서는 사회적지지 기반을 굳건히 다질 수 있는 구체적인 방안이 모색되어야 할 것으로 본다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 연구대상이 일부 도시지역 거주노인을 대상으로 하여 주관적 행복감과 제 요인들 간의 인과관계를 확인한 단면연구(cross sectional study)이기 때문에 대표성의 문제를 극복하지 못한 점이 있어서 모든 노인들로 일반화하는 데는 한계가 있다. 둘째, 본 연구에서 사용된 사회적 지지와 주관적 행복감의 측정은 응답자의 주관적 자기기입식 방법으로 측정하였기 때문에, 응답편의(response bias)가 개재될 가능성을 배제할 수 없다. 이 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 도시지역 거주 노인들의 주관적 행복감에 관련된 요인을 인구사회학적 특성, 건강상태 및 건강관련행위 특성별로 분석하였을 뿐만 아니라 특히 사회적 지지와의 관련성을 분석하였다는 점이다. 그 결과 노인들의 주관적 행복감은 사회적 지지와 밀접하게 관련되어 있음을 밝혀냈으며, 향후 노인들의 주관적 행복감에 밀접한 관련성을 갖고 있는 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 구체적인 방안을 모색할 필요가 있다고 생각된다.

## 5. 요약 및 결론

본 연구는 도시지역에 거주하고 있는 노인의 사회적지지(MOS-SSS)와 주관적 행복감(PGC morale scale)과의 관련성을 파악 하고자 시도하였다. 조사대상은 D광역시에서 5년 이상 거주하고 있는 65세 이상 노인 382명을 대상으로 하였다. 자료 수집은 2019년 5월 1일부터 6월30일까지의 기간 동안에 조사원이 조사대상 노인을 직접 방문하여 면접조사에 의하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

1. 조사대상자의 인구사회학적특성에 따른 주관적 행복감은 연령이 65~74세 군보다 75세 이상 군에서($p<0.001$), 배우자가 있다는 군보다 없다는 군에서($p<0.001$), 가족과 함께 산다는 군보다 혼자 산다는 군에서($p<0.001$), 생활비를 본인이 부담하거나 자녀로부터 받는 다는 군보다 정부보조금을 받는다는 군에서($p<0.001$), 한 달 평균용돈이 50만원 이상인 군보다 50만원 미만인 군에서($p<0.001$), 일상생활에 대한 만족도가 낮은 군일수록($p<0.001$) 유의하게 낮았다.

2. 조사대상자의 건강상태에 따른 주관적인 행복감은 주관적 건강상태가 건강하다는 군보다 건강하지 않다는 군에서($p<0.001$), 만성질환의 기왕력이 없다는 군보다 있다는 군에서($p=0.008$), 신체의 부자유가 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 청력상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 시력상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 치아상태에 지장이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 요실금이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$), 건망증이 없다는 군보다 있다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 낮았다.

3. 조사대상의 건강관련행위특성에 따른 주관적 행복감은 주관적인 수면의 질이 좋다는 군보다 좋지 않다는 군에서($p=0.006$), 비흡연군보다 흡연군에서($p=0.005$), 식사를 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 운동을 규칙적으로 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 외출을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$), 취미활동을 한다는 군보다 하지 않는다는 군에서($p<0.001$) 유의하게 낮았다.

4. 조사대상의 사회적지지에 따른 주관적 행복감은 사회적지지 총점이 낮은 군일수록 유의하게 낮았으며($p<0.001$), 하위영역별에서도 정서적지지($p<0.001$), 정보적지지($p<0.001$), 물질적지지($p<0.001$), 애정적지지($p<0.001$) 및 긍정적 사회 상호작용($p<0.001$)이 낮은 군일수록 주관적 행복감이 유의하게 낮았다.

5. 주관적 행복감과 사회적 지지와의 상관관계를 보면, 삶의 질은 사회적지지 총점과 유의한 양의 상관관계($r=0.513$, $p<0.01$)를 보였으며, 하위영역별에서도 정서

적지지((r=0.434, p<0.001), 정보적지지((r=0.421, p<0.001), 물질적지지((r=0.476, p<0.001), 애정적지지((r=0.451, p<0.001) 및 긍정적 사회 상호작용((r=0.440, p<0.001) 모두 주관적 행복감과 유의한 양의 상관관계를 보였다.

6. 주관적 행복감에 대한 사회적지지의 관련성을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 다른 변수를 통제하지 않은 단변량 모델과 다른 변수를 통제한 다변량 모델 모두에서 사회적지지 총점 및 하위영역의 정서적지지, 정보적지지, 물질적지지, 애정적지지 및 긍정적 사회 상호작용이 매우 높은 군(Q4)보다 낮은 군(Q1)에서 주관적 행복감이 낮아질 위험비가 유의하게 증가하였다.

위와 같은 연구결과는 일부 도시지역에 거주하고 있는 노인들의 주관적 행복감은 인구사회학적특성, 건강상태 및 건강관련행위특성의 여러 변수들과 관련이 있을 뿐만 아니라 사회적 지지와도 유의한 관련성이 있음을 시사하고 있다.

## Reference


[1] National Statistical Office. Statistics of Residence Registration Population in 2018.

[2] Korea Institute for Health and Social Affairs. Health behaviors and chronic disease statistics. Chronic Disease Investigation Team, Disease Control Division; 2006.

[3] Yang S, Kong F, Wang S, et al. Part II Causal and structural relationships between SES and healthy life expectancy. Hoshi T, Kodama S, editors. The Structure of Healthy Life Determinants: lesson from the Japanese Aging Cohort Studies. Singapore: Springer. 25-192, 2018.

[4] Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and aging. Lancet, 385(9968): 640-648, 2015.

[5] Niklasson J, Hornsten C, Conradsson M, et al. Hihh morale is associated with increased survival in the very old, Ag Aging, 44(4):630-636, 2015.

[6] Koopmans TA, Gelijnse JM, Zitman FG, et al. Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: the Arnhem Elderly Study. J Happiness Stud, 11(1): 113-124, 2010.

[7] Diener, E. Subjective Well-Being: The science of happiness and a proposal for national index. American psychologist. 55: 34-43, 2000.

[8] Morimoto Kanehisa. Life style and Health, Ekakushyoin Co. p166-168, 1991.

[9] Larson R. Thirty years of research on the subjective well-bing of older Americans. J Gerontol, 33:109-125, 1987.

[10] Sidney Katz, Laurence G, Branch. Active Life Expectancy. 309(20):1218-1224, 1983.

[11] Fukuda H, Kida K, Kimura Y, Nishizawa Y, et al. Well-being and depression in residents of a provincial city 65 years old or older. Japanese Journal of Public Health, 49(2): 97-105, 2002.

[12] Andrew FM, Withey SB. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York, Plenum, 1976

[13] Campbell A. Subjective measures of well-being. Am Psychol, 31:117-124, 1976.

[14] Hugles B. Quality of life. Researching Social Gerontology: Concepts, methods and issues, London, Sage Pub Ltd, 46-58, 1990.

[15] Shimai S, Yamamiya Y, Fukuda S. Subjective happiness among Japanese adults: An upward tendency associated with age. Japanese Journal of Public Health, 65(9): 553-562, 2018. http://dx.doi.org/10.11236/jph.65.9_553

[16] LaRocco JM, House Js, French JRP. Social support, occupational stress, and health. J Health Soc Behav, 45: 193-205, 1980. https://doi.org/10.2307/2136616

[17] Williams AW, Ware JE, Donald CA. A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. J Health Soc Behav, 22:324-336, 1981.

[18] Bowling A et al. Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. Soc Sci Med, 36:641-655, 1993. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90061-8

[19] Lim YA. Relationship between social supports and depression symptoms among the elderlies at care facilities. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 20(11): 335-347, 2019. https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.11.335

[20] Lim HS, Cho YC. Relationship between depressive symptoms and social and family support among the elderly people in urban areas. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 12(4): 1721-1731, 2011. http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.4.1721

[21] Shin ES, Kwon IS, Cho YC. Analysis of the influence of physical function and social support on epressive symptom in the community elderly using the structural quation model. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 12(11):4995-5004, 2011. http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.11.4995

[22] Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and science. Behav Res Methods,

39(2):175-191, 2007.
https://doi.org/10.3758/BF03193146

[23] Breslow L, Belloc NB. Relationship of physical health status and health practices. Prev Med, 1:409-421, 1972.

[24] Sherbourne D, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med, 32(6): 705-714 1991.

[25] Lim MK, Kim MH, Shin YJ, et al. Social Support and Self-rated Health Status in a Low Income Neighborhood of Seoul, Korea. The Korean Society for Preventive Medicine, 36(1): 54-62, 2003.

[26] Lawton MP. The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. J Gerontol, 30: 85-89, 1975.

[27] Cho KH. Jeong YJ, Cho YC. Factors related to the subjective well-being and depression symptoms among elderly in rural areas. Korean Journal of Rural Med, 28(2); 71-85, 2003.

[28] Myers D. The funds, friends, and faith of happy people. American Psychologist 55:56-67. 2000.

[29] Shimai S, Otake K, Utsuki N, Ikemi A, et al. Development of Japanese version of the subjective happiness scale(SHS), and examination of its validity and reliability. Japanese Journal of Public Health, 51(10): 845-853, 2004.

[30] Matsudaira Y, Takayama S, Suganuma N, Ogawa I. Factors related to the subjective well-being of elderly residents of special nursing homes. Japanese Journal of Public Health, 57(2): 121-130, 2010.

[31] Kodama S, Kurimori S, Hoshi T. Association between feelings of happiness among community-dwelling, independent, elderly individuals in an Okinawan farm village and survival three years later. Japanese Journal of Public Health, 65(5): 199-209, 2018.
http://dx.doi.org/10.11236/jph.65.5_199

[32] Krause N. Social support, stress and well-being among older adults. Journal of Gerontol, 41: 512-519, 1986.

[33] Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth A, Kalfoss M.. Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Pract 24(4): 241-259. 2010.
https://doi.org/10.1891/1541-6577.24.4.241

함 석 필(Seok-Pil Ham) [정회원]

- 2019년 2월 : 남서울대학교 복지경영대학원 (보건학석사)
- 2019년 3월 ~ 현재 : 남서울대학교 대학원 (보건학 박사과정 재학)

〈관심분야〉
보건학, 자연의학, 동양철학

김 범 호(Beom-Ho Kim) [정회원]

- 1992년 8월 : 충남대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2013년 8월 : 원광대학교 한의학전문대학원 (한의학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 남서울대학교 복지경영대학원 대체치유학과 교수

〈관심분야〉
보건학, 자연의학, 약용식물