

# 노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성

김태면\* · 이석구\* · 전소연\*\*

\*충남대학교 의과대학 예방의학교실 · \*\*대전보건대학 응급구조과

## 〈 목 차 〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 고찰	

## I. 서론

사회경제적 수준의 향상과 의학의 발달로 인한 평균수명의 연장은 오래 살고자하는 소망을 이루게 하였지만 이로 인해 야기되는 노인들의 건강문제, 연령에 따른 불평등(ageism), 노인 부양에 대한 사회경제적 부담, 삶의 질, 건강수명이 라는 과제를 새롭게 대두시켰다. 우리나라의 경우 2002년 65세 이상 노인이 전체 인구의 7.9%, 2019년에는 14.4%에 달해 고령사회(aged society)로 진입할 것으로 전망하고 있으며(통계청, 2003), 이와 같이 급속한 고령화 시대를 맞이하여 노인인구집단 크기의 증가, 노인성 질환자들의 급격한 증가, 의료비 상승 등 여러 가지 사회 및 건강문제를 발생시키며 이에 따른 사회적 관심의 집중

과 문제해결이 중대한 과제가 되었다.

또한 인구집단의 건강문제를 개인적 위험요인들에서 근래에는 사회적 요인들로 관심이 전환되면서 특히 사회경제적 수준이나 사회적 지지와 같은 사회심리적 요인이 보다 중요하게 부각되고 있고, 이는 동일한 노인집단이라 하더라도 사회적 지지 수준에 따라 건강수준의 차이가 있음을 짐작할 수 있게 해준다(이가영과 박태진, 2000; 허준수와 유수현, 2002; 이평숙 등, 2004; Russell과 Cutrona, 1991; Peirce 등, 2000).

사람들의 사회적 지지와 조직망의 구성 및 기능의 변화, 건강관련 영향들의 변화는 일생을 통해서 일어나게 되고, 이러한 변화는 특히 노인들을 연구하는 학자들에게 있어서 다음의 몇 가지 이유 때문에 특별한 관심을 갖도록 자극을 주었

교신저자 : 전소연

대전광역시 동구 가양2동 77-3 대전보건대학 응급구조과 (우: 300-711)

전화번호: 042-670-9413, E-mail: jsy0416@hit.ac.kr

다(Rook와 Schuster, 1996). 첫째, 노인들은 생애 중 많은 사건(퇴직, 사별, 거주지역 변화)들을 경험하면서 사회적인 역할이 변화하고, 이러한 변화는 사회적 지지나 조직망에 혼란을 초래하며 재배치시킨다(Lopata, 1979). 둘째, 노인들에게 있어서 재정적 또는 신체적 제한은 사회조직망에도 제한을 가져온다. 셋째, 노화과정은 사회적 접촉에 대한 동기를 변화하게 하고, 친구나 동료에 대한 편애를 발생시킨다(Carstensen, 1991). 넷째, 노년기가 되면서 만성적으로 질병에 대한 문제가 발생하며 이러한 상황은 사회조직망으로부터 정신심리적 또는 물질적 자원의 동원이 필요하게 된다(Felton, 1990; Miller와 McFall, 1991). 또한 조직망내의 구성원들을 대신하여 공식적인 서비스 제공자에게 도움을 받거나 받으려는 노력들이 점차 발전된다(Miller와 McFall, 1989). 다섯째, 많은 이론과 연구들은 사람들의 정신 및 신체적 건강과 안녕에 있어서 사회적 지지나 조직망을 발전시키는 일이 중요하다고 제안하였으며, 이를 어떻게 변화시킬 것인가를 이해하는 노력이 시급하다고 하였다. 또한 사회적 지지나 조직망의 변화에 어느 정도의 감수성을 가지고 있는지를 파악하는 일도 중요하다고 하였다(Rook와 Schuster, 1996).

사회적 지지는 타인과의 의미 있는 상호작용을 통하여 얻게 되는 것으로 개인의 심리적 적응을 도와주고, 문제해결 능력을 강화한다는 점에서 많은 관심을 불러왔으며 사회적 지지에 대한 개념은 매우 넓고 다양하게 정의되고 있다(Cohen과 Hoberman, 1983; House 등, 1989; Hybels 등, 2001).

우리나라의 경우 근래에 들어 사회적 지지가 개인의 건강상태와 밀접한 관계가 있음을 밝히려는 연구가 계속적으로 진행되고 있고, 이러한

연구들은 사회적 지지가 주관적 및 객관적 건강수준과 정의 관계가 있음을 보여주었다(장세진 등, 2002; 임민경 등, 2003). 특히, 노인들의 사회적 지지가 신체적 및 정신적 건강에 미치는 영향을 밝히려는 연구들이 일부 수행되었으며 이러한 연구결과에서 노인들의 사회적 지지가 높을수록 건강상태가 양호한 것을 볼 수 있었다(이가영과 박태진, 2000; 김원경, 2001; 허준수와 유수현, 2002; 이평숙 등, 2004).

외국의 여러 연구에서도 사회적 지지가 개인의 신체적 및 정신적 건강과 정의 관계가 있음이 보고되었다(Andrew 등, 1978; Cohen과 Hoberman, 1983; Cohen과 Wills, 1985; Dean 등, 1990; Antonucci 등, 1997; Everard 등, 2000). 특히, 노인들의 사회적 지지가 좋을수록 건강수준에 긍정적 영향이 있고(Williamson 등, 1981; Champman과 Beudet, 1983; Russell과 Cutrona, 1991; Peirce 등, 2000), 사회적 관계가 활발한 노인들의 경우 건강관련 생활습관이 더욱 양호하였고, 이러한 사회적 연계와 정보탐색은 노인들의 건강수준을 결정하는 중요한 요인이라고 하였다(House 등, 1988; Berkman 등, 1992; Kaplan 등, 1993; Bosworth와 Schaie, 1997).

최근 들어 사회적 지지와 건강수준과의 관계에 대한 중요성이 대두되면서 활발하게 연구가 진행되고 있으나 특히 노인들을 대상으로 사회적 지지 수준의 차이를 밝히고, 이에 대한 건강행태 및 건강수준의 관련성에 대한 연구는 아직까지 많지 않은 실정이다. 또한 사회적 지지와 건강수준과의 관련성을 살펴볼 때, 노인들의 건강수준을 의학적, 기능적, 자기평가적 차원의 다차원적 틀 속에서 파악하여야 하지만 보다 폭넓게 파악하지 못하였다.

21세기에 들어서면서 인구의 노령화로 노인집단의 건강수준에 보다 관심이 높아지고, 특히 핵가족화로 인한 노인부양이 점차 사회화되고 있어 노인들의 건강문제와 질병을 가지고 있는 노인들에 대한 대책은 점차 중요한 사회문제로 대두될 것으로 보이는 현실에서 사회적 지지의 중요성은 날로 높아지고 있다. 또한 노인들의 사회적 지지 체계를 보다 강화하면 노인들의 건강불평등을 극복하는데 많은 기여를 할 것으로 보인다. 따라서 본 연구는 노인들의 집단 내부에서 발생하는 사회적 지지 수준의 차이를 밝히고, 이러한 사회적 지지와 건강행태, 사회적 지지와 의학적, 기능적, 자기평가적 차원의 건강수준과 어떠한 관련성이 있는지 알아보고자 수행하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

연구대상 지역은 충청남도에 소재한 도농복합형태의 시로 5개동, 1개읍, 10개면으로 구성된 지역이며 전체 인구 중 노인인구의 비율은 13.9%를 차지하고 있다(2003년 12월 31일 주민등록인구 기준). 이 지역은 노인보건사업 개발을 위하여 2003-2004년도에 거주노인 전수를 대상으로 지역사회 진단을 실시하였다. 2003년에는 65세 이상 노인인구 중 약 40%를 조사대상자로 선정하였으며 조사의 편의를 위하여 5개동, 1개읍, 10개면 전 지역을 통리별로 세분화하고, 선정된 통리에 거주하고 있는 65세 이상 노인들에 대하여 전수조사를 실시하였다. 조사기간은 2003년 8-9월이었으며 조사에 참여한 노인들은 총

5,049명(65세 이상 인구의 32.8%)이었다. 또한 2004년도에는 이미 조사한 지역은 제외하고, 선정된 통리에 거주하고 있는 65세 이상 노인들에 대하여 전수조사를 실시하였고, 조사기간은 2004년 7-10월이었으며 총 6,907명이 조사에 참여하였다(65세 이상 인구의 44.9%). 따라서 2003-2004년 조사에 참여한 노인들은 총 11,956명(65세 이상 노인 인구의 77.8% - 2003년 12월 31일 기준)이었으며 이 중에서 설문응답 내용이 불충분한 경우, 의사에게 치매 진단을 받은 경우, 한국판 간이정신상태검사(권용철과 박종한, 1989) 결과 확정적 인지기능장애(20점 이하)로 판정된 경우 총 3,159명을 제외하였고, 8,688명(2003년 3,361명, 2004년 5,327명)을 최종 분석대상으로 하였다. 본 조사자료는 성별, 연령별 구성비율에 있어 전국 및 충청남도 자료와 크게 차이가 없어서 자료의 대표성과 일반화에 문제가 없는 것으로 판단되었다.

### 2. 조사방법

본 연구는 동 지역의 경우 보건소의 간호사와 간호학과 학생들이 팀이 되어 지역에 거주하고 있는 노인들의 가구를 방문하여 연구자가 개발한 구조화된 설문지를 가지고 직접 면접조사 형식으로 이루어졌다. 또한 읍·면 지역은 보건지소와 보건진료소에 근무하고 있는 간호사나 보건요원들이 해당 지역에 거주하고 있는 노인들의 가구를 방문하여 직접 면접조사를 실시하였다. 노인들이 인지기능에 장애가 있어 의사소통의 문제가 있는 경우에는 같이 살고 있는 가족들이 설문조사에 협조하였다. 자료조사 요원은 보건소에서 사업의 취지와 설문조사 방법 등을 교육받은 후 조사에 투입되었다.

### 3. 연구내용

#### 1) 사회적 지지

노인들의 사회적 지지를 양적인 측면과 질적인 측면에 따라 구조적(structural social support) 및 기능적(functional social support) 지지로 분류하여 파악하였다(Murrell 등, 1992; Antonucci 등, 1997). 먼저, 구조적 지지 또는 양적인 지지는 지지망의 크기, 상호작용을 하는 사람의 수 등을 의미하는 것으로써 사회적 지지가 제공될 수 있는 환경적 특성에 초점을 맞춘 것을 말한다. Wenger(1994)의 연구에서는 구조적 지지를 파악함에 있어 지지의 제공자가 가족인지 또는 가족 외(친구, 이웃 등)인지를 모두 고려하여야 함을 강조하였다. 따라서 본 연구의 대상자가 노인임을 감안하고, 기존의 문헌을 참고로 하여 측정 문항을 개발하여 사용하였으며 먼저, 구조적 측면으로 현재의 가족 및 가족의 지지를 파악하였다. 가족 지지에는 배우자의 유무, 동거 가족 수를 파악하였는데 배우자의 유무는 '없음(1점)', '있음(2점)'으로 분류하였고, 동거 가족 수는 자신을 포함하지 않고 같이 살고 있는 가족의 수를 파악하여 '없음(1점)', '1명(2점)', '2명(3점)', '3명 이상(4점)'으로 분류하였으며 총 6점 만점으로 하였다. 또한 가족의 지지는 아플 때 도와줄 사람유무, 종교 활동 참여여부, 사회모임 참여여부, 친한 친구수를 측정하였다. 아플 때 도와줄 사람유무는 '없음(1점)', '있음(2점)'으로 분류하였고, 종교 활동과 사회모임 참여여부는 '안함(1점)'과 '함(2점)'으로 분류하였다. 친한 친구 수는 노인 자신이 친하게 자주 만날 수 있는 사람의 수를 파악하여 평균을 기준으로 '없음(1점)', '1-9명(2점)', '10명 이상(3점)'으로 분류하였으며 총 9점 만점으로 하였다.

다음으로 기능적 지지 또는 질적인 지지는 상호 접촉에 대해서 적당하다고 판단하거나 인식하는 것, 타인에 의해 제공된 자원의 적절성에 대한 주관적 인지상태에 초점을 두는 것이다(Wallston 등, 1983). 이에 본 연구에서는 현재 친하게 자주 만나는 사람과의 1일 평균 대화시간과 같이 살고 있는 가족과의 관계를 측정하였다. 1일 평균 대화시간은 자신이 주관적으로 인지하는 것으로 친하게 자주 만나는 사람과의 대화시간을 파악하여 평균을 기준으로 '없음(1점)', '3.8시간 이하(2점)', '3.9-5.4시간(3점)', '5.5시간 이상(4점)'으로 분류하였고, 같이 살고 있는 가족과의 관계는 '매우 나쁨(1점)', '나쁨(2점)', '보통(3점)', ' 좋음(4점)', '매우 좋음(5점)'으로 측정하였으며 총 9점 만점으로 하였다.

#### 2) 신체적 건강상태

노인들의 신체적 건강상태는 주관적 건강상태와 만성질환 이환수를 파악하였다. 주관적 건강상태는 스스로 자신이 지각하는 현재의 건강상태를 '매우 불건강', '불건강', '보통', '건강', '매우 건강'으로 측정하였으나 이를 '불건강(1점)', '보통(2점)', '건강(3점)'으로 재분류하였다. 또한 만성질환 이환상태의 경우는 현재 노인 자신이 앓고 있다고 응답한 질환 중 의사진단이 있는 경우를 만성질환이 있는 것으로 간주하였으며 고혈압, 당뇨, 암, 관절염, 골다공증, 뇌졸중, 치매 등 만성질환의 총수를 파악하여 '없음(1점)', '1개(2점)', '2개 이상(3점)'으로 재분류하였다.

#### 3) 신체적 기능상태

노인들의 신체적 기능 상태는 일상생활수행능력(Activities of daily living, ADL)과 수단적 일

상생활수행능력(Instrumental activities of daily living, IADL)으로 평가하였다. 일상생활수행능력은 목욕하기, 옷입기, 식사하기, 실내에서 이동하기, 용변보기 등 5가지 항목을 사용하였고, 수단적 일상생활수행능력은 집안일 하기, 교통수단 이용하기, 물건 사기, 전화 걸기 등 4가지 항목으로 측정하였다. 본 연구에서는 개념적으로나 통계적으로 한 가지 항목이라도 전혀 할 수 없는 경우를 객관적으로 문제가 있는 것으로 판단하여 '불량(1점)'으로 하였고, 불량 이외에 한 항목이라도 도움이 있으면 할 수 있다고 한 경우를 '보통(2점)'으로 보았으며 모든 항목에서 혼자 할 수 있다고 응답한 경우를 '양호(3점)'로 보았다.

#### 4) 인지 기능상태

Folstein 등(1975)이 개발한 Mini-Mental State Examination(MMSE)을 권용철과 박종한(1989)에 의해 표준화된 한국판 간이정신상태검사도구(MMSE-K)를 이용하여 노인들의 인지기능을 평가하였다. 이는 한국 노인들에게 적용할 수 있도록 표준화한 것으로 최고 점수는 30점이며 점수가 높을수록 인지기능이 좋음을 의미한다. 조사내용은 시간과 장소에 대한 지남력, 기억등록, 회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해와 판단력 등으로 구성되어 있다. 무학에 대한 보정이 가능하며 20점 이하는 '확정적 인지기능장애(1점)', 21-24점은 '인지기능장애 의심(2점)', 25점 이상은 '정상(3점)'으로 판단하였다.

#### 5) 우울상태

Yesavage 등(1982-83)에 의해 개발된 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale: GDS)를 Sheikh와 Yesavage(1986)가 좀 더 단순화하여

개발한 단축형 노인 우울척도(Short Form of Geriatric Depression Scale: SGDS)로 평가하였다. 단축형 노인 우울척도는 총 15문항으로 구성되어 있고, 각 문항에 대해 '예' 또는 '아니오'로 응답하도록 하였다. 1, 5, 7, 11, 13번 문항에 대해서는 '예'는 0점, '아니오'는 1점으로 점수를 부여하였으며 이외의 문항에 대해서는 '예'는 1점, '아니오'는 0점으로 점수를 부여하였고, 점수가 높을수록 우울한 것으로 판단하였다. 또한 이를 0점에서 5점은 '정상(3점)', 6점에서 10점은 '약간 우울(2점)', 11점 이상은 '중증 우울(1점)'로 분류하였다. Sheikh와 Yesavage(1986)에 의해 개발된 단축형 노인 우울 도구의 신뢰도 Cronbach  $\alpha = 0.84$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach  $\alpha = 0.84$ 이었다.

#### 6) 건강행태

건강행태는 흡연상태, 음주상태, 운동상태, 식사상태를 조사하였다. 흡연 및 음주상태는 '함(1점)'과 '안함(원래 안함과 끊음)(2점)'으로 구분하였고, 운동상태는 현재 주당 3회 이상 땀에 젖고 숨이 가쁠 정도의 운동을 하는지에 따라 '안함(1점)', '함(2점)'으로 분류하였다. 또한 식사상태는 현재 식사횟수가 하루에 2번 이하는 '불규칙적(1점)', 3번인 경우는 '규칙적(2점)'으로 간주하였다.

#### 7) 인구사회학적 특성

노인들의 인구사회학적 특성은 기존의 문헌을 참고로 하여 사회적 지지, 건강수준, 건강행태에 관련이 있는 요인들을 포함하여 측정하였다. 성별과 연령을 측정하였으며 교육수준의 경우 '무학', '초졸', '중졸', '고졸 이상'으로 분류하였고, 주거지역은 '도시'와 '농촌'으로 분류하였다. 또한

주관적 생활수준의 경우는 ‘나쁨’, ‘보통’, ‘좋음’으로 분류하였다.

#### 4. 연구모형

본 연구에서는 지역사회 노인들을 대상으로 사회적 지지 수준의 집단 내 차이를 파악하고, 이러한 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 밝히고자 하였다(그림 1). 따라서 본 연구에서 의도하는 이론적 가정은 다음과 같다.

첫째, 노인들의 사회적 지지 수준이 높을수록 건강행태(흡연, 음주, 운동, 식사상태)가 양호할 것이다.

둘째, 노인들의 사회적 지지 수준이 높을수록 건강수준(신체적 건강상태, 신체적 기능상태, 인지 기능상태, 우울 상태)이 양호할 것이다.

#### 5. 분석방법

##### 1) 단변량 분석

노인들의 인구사회학적 특성을 알아보기 위해서는  $\chi^2$ -test, ANOVA test를 실시하였다. 또한 노인들의 인구사회학적 특성별 사회적 지지 수준을 알아보기 위해서 로지스틱 회귀분석(Binary logistic regression)과 다항로지스틱 회귀분석(Multinomial logistic regression)을 실시하였다.

노인들의 사회적 지지와 건강수준(신체적 건강상태, 신체적 기능상태, 인지 기능상태, 우울상태) 및 건강행태(흡연, 음주, 운동, 식사상태)와의 관계를 알아보기 위해서 연령을 보정하여 로지스틱 회귀분석(Binary logistic regression)과 다항로지스틱 회귀분석(Multinomial logistic regression)을 실시하였다. 분석에 사용된 통계 프로그램은 SPSSWIN(version 13.0)이었다.

##### 2) 공분산 구조분석

본 연구에서는 노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 검증하고, 변수들 간의 상호관계를 파악하기 위하여 공분산 구

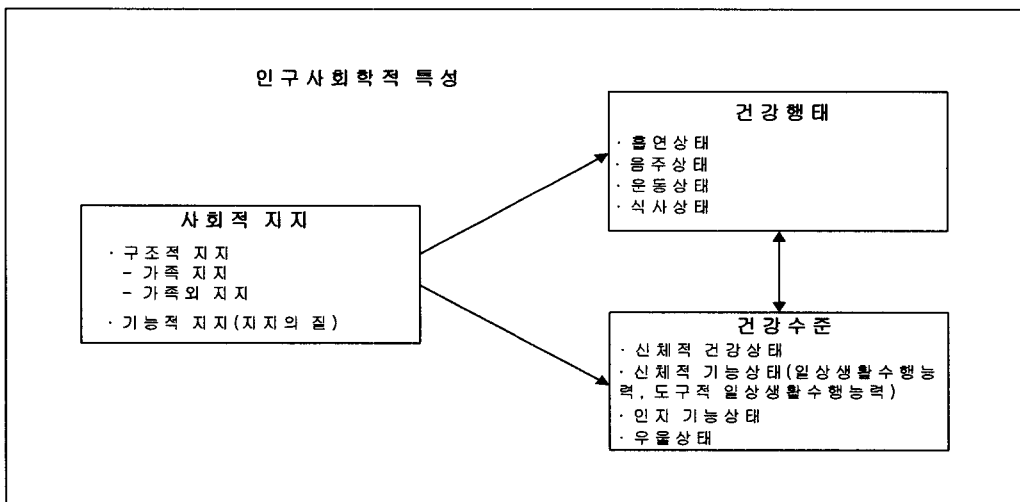


그림 1. 연구모형

조분석을 이용하였으며 분석에 사용된 통계프로그램은 Amos(ver 5.0)이었다.

#### ① 외생변수(exogenous variable)

연구모형에서의 외생변수는 다른 변수들의 설명변수가 되는 즉, 건강수준과 건강행태의 설명변수인 사회적 지지(social support)이며, 사회적 지지의 측정변수는 구조적 측면의 가족 지지와 가족의 지지, 기능적 측면으로 지지의 질이었다.

#### ② 내생변수(endogenous variable)

연구모형에서의 내생변수는 건강행태와 건강수준으로 먼저, 건강행태의 측정변수는 흡연상태, 음주상태, 운동상태, 식사상태이었다. 또한 건강수준의 측정변수는 신체적 건강상태(주관적 건강상태, 만성질환 이환수), 신체적 기능상태(일상생활수행능력, 수단적 일상생활수행능력), 인지 기능상태, 우울상태이었다.

15.3%의 분포를 차지하였다. 지지의 질의 경우 친한 사람과의 1일 평균 대화시간은 ‘없음’ 0.5%, ‘3.8시간 이하’ 86.7%, ‘3.9-5.4시간’ 8.6%, ‘5.5시간 이상’ 4.2%로 나타났으며 같이 살고 있는 가족과의 관계에서 ‘매우 좋음’ 12.9%, ‘좋음’ 56.2%, ‘보통’ 29.9%, ‘나쁨’ 0.8%, ‘매우 나쁨’ 0.1%의 분포였다.

노인들의 건강수준을 살펴보면, 주관적 건강상태는 ‘불건강’ 44.0%, ‘보통’ 38.2%, ‘건강’ 17.8%로 나타났고, 만성질환 이환수는 ‘없음’ 41.4%, ‘1개’ 40.0%, ‘2개 이상’ 18.6%이었다. 일상생활수행능력과 수단적 일상생활수행능력이 ‘불량’인 경우는 각각 0.4%, 2.6%를 차지하였고, 인지기능 상태에서 ‘인지기능장애 의심’ 18.7%로 나타났으며 우울상태의 경우 ‘중증 우울’ 13.8%, ‘약간 우울’ 31.8%의 분포를 보였다.

노인들의 건강행태를 살펴보면, 흡연과 음주상태의 경우 ‘안함’은 각각 81.4%, 74.3%를 차지하였고, 운동상태의 경우 ‘함’ 15.7%이었으며 식사상태에 있어서는 ‘규칙적’ 94.9%로 나타났다(표 1).

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 노인들의 사회적 지지, 건강수준, 건강행태 현황

노인들의 사회적 지지 현황을 살펴보면, 먼저 가족 지지의 경우 배우자가 ‘있음’ 62.5%로 나타났고, 동거 가족 수는 ‘없음’ 21.5%, ‘1명’ 49.5%, ‘2명’ 5.0%, ‘3명 이상’ 24.0%의 분포였다. 가족의 지지의 경우 친한 친구 수는 ‘없음’ 1.0%, ‘1-9명’ 83.5%, ‘10명 이상’ 15.5%로 나타났으며 아플 때 도와줄 사람이 ‘있음’ 85.5%, 종교 활동과 사회모임 참여여부에 있어서 ‘참여함’이 각각 12.8%,

#### 2. 노인들의 인구사회학적 특성별 사회적 지지 수준

노인들의 인구사회학적 특성을 살펴보면, 성별 분포는 남자 41.2%, 여자 58.8%로 여자가 약간 많았고, 연령별 구성은 65-69세 37.5%, 70-74세 31.0%, 75-79세 18.3%, 80세 이상 13.2%의 순으로 나타났다. 교육수준은 무학이 53.2%로 가장 많았으며 다음은 초등학교 졸업 39.0%이었고, 거주 지역은 농촌지역 거주자가 75.1%로 많았다. 주관적으로 생각하는 생활수준은 보통이라고 응답한 경우가 가장 많아 74.7%를 차지하

였으며 ‘나쁨’ 21.4%, ‘ 좋음’ 4.2%로 나타났다.

노인들의 인구사회학적 특성별 사회적 지지 수준을 살펴보면, 성별로는 여자에 비해 남자가

가족 지지 1.46배, 가족외 지지 1.35배, 지지의 질 1.48배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 연령별로는 80세 이상을 기준으로 하였을 때 가

표 1. 노인들의 사회적 지지, 건강수준, 건강행태 현황

구분	인수(%)	구분	인수(%)
<b>사회적 지지</b>		<b>건강수준</b>	
가족 지지		주관적 건강상태	
배우자 유무		불건강	3,826( 44.0)
예	5,428( 62.5)	보통	3,317( 38.2)
아니오	3,260( 37.5)	건강	1,545( 17.8)
가족수		만성질환 이환수	
없음	1,872( 21.5)	없음	3,601( 41.4)
1명	4,301( 49.5)	1개	3,475( 40.0)
2명	433( 5.0)	2개 이상	1,612( 18.6)
3명 이상	2,082( 24.0)	일상생활수행능력	
가족외 지지		불량	39( 0.4)
친한 친구수		보통	156( 1.8)
없음	87( 1.0)	양호	8,493( 97.8)
1-9명	7,256( 83.5)	수단적 일상생활수행능력	
10명 이상	1,345( 15.5)	불량	225( 2.6)
아플 때 돌보아줄 사람여부		보통	749( 8.6)
있음	7,426( 85.5)	양호	7,714( 88.8)
없음	1,262( 14.5)	인지기능상태	
종교활동 참여여부		21-24(장애의심)	1,625( 18.7)
예	1,108( 12.8)	25점 이상(정상)	7,063( 81.3)
아니오	7,580( 87.2)	우울상태	
사회모임 참여여부		5점 이하(정상)	4,722( 54.4)
예	1,331( 15.3)	6-10점(약간 우울)	2,766( 31.8)
아니오	7,357( 84.7)	11점 이상(중증 우울)	1,200( 13.8)
지지의 질		<b>건강행태</b>	
친한 사람과의 평균 대화시간(1일)		흡연상태	
없음	47( 0.5)	안함(원래 안함&끊음)	7,074( 81.4)
3.8시간 이하	7,530( 86.7)	함	1,614( 18.6)
3.9-5.4시간	747( 8.6)	음주상태	
5.5시간 이상	364( 4.2)	안함(원래안함&끊음)	6,458( 74.3)
같이 살고 있는 가족과의 관계		함	2,230( 25.7)
매우 좋음	879( 12.9)	운동상태	
좋음	3,835( 56.2)	함	1,360( 15.7)
보통	2,041( 29.9)	안함	7,328( 84.3)
나쁨	57( 0.8)	식사상태	
매우 나쁨	7( 0.1)	규칙적	8,246( 94.9)
		불규칙적	442( 5.1)
계	8,688(100.0)	계	8,688(100.0)



족 지지는 65-69세에서 1.07배로 높았고, 가족의 지지는 75-79세 1.12배, 70-74세 1.10배, 65-69세 1.12배로 높아서 연령이 낮을수록 가족의 지지가 좋음을 알 수 있었고, 지지의 질은 65-69세 1.17배로 높았으며 통계적으로 유의성이 있었다. 교육수준별로 살펴보면, 무학을 기준으로 하였을 때 가족 지지는 초졸 1.21배, 중졸 1.20배, 고졸 이상 1.31배로 높았고, 가족의 지지는 초졸 1.38배, 중졸 1.70배, 고졸 이상 1.97배로 높았으며 지지의 질은 초졸 1.48배, 중졸 1.52배, 고졸 1.49배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었고, 노인들의 학력이 높아질수록 가족 지지, 가족의 지지,

지지의 질 모두에서 더욱 좋음을 알 수 있었다. 거주 지역별로는 농촌에 비해서 도시지역에 거주하는 노인들이 가족 지지가 1.10배, 가족의 지지 1.32배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 주관적 생활수준별로는 가족 지지의 경우 '나쁨'이라고 응답한 노인에 비해서 '보통' 1.44배, ' 좋음' 1.66배로 높았으며 가족의 지지 '보통' 1.52배, ' 좋음' 1.81배로 높았고, 지지의 질 '보통' 1.51배, ' 좋음' 2.18배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 사회적 지지가 좋을수록 노인들이 주관적으로 생각하고 있는 생활수준이 양호함을 알 수 있었다(표 2).

표 2. 노인들의 인구사회학적 특성별 사회적 지지 수준

구분	인수(%) (n=8,688)	구조적 지지						기능적 지지		
		가족 지지			가족외 지지			지지의 질		
		평균 (표준편차)	교차 비	95% 신뢰구간	평균 (표준편차)	교차 비	95% 신뢰구간	평균 (표준편차)	교차 비	95% 신뢰구간
<b>성별</b>										
남자	3,759(41.2)	4.2(1.0)	1.46	1.40-1.51	6.4(0.7)	1.35	1.27-1.42	6.9(0.8)	1.48	1.40-1.57
여자	5,109(58.8)	3.7(1.3)	1.00	-	6.2(0.8)	1.00	-	6.6(0.8)	1.00	-
<b>연령(세)</b>										
65 - 69	3,191(37.5)	4.1(1.1)	1.07	1.02-1.14	6.3(0.7)	1.12	1.02-1.23	6.8(0.8)	1.17	1.08-1.28
70 - 74	2,636(31.0)	3.8(1.2)	0.92	0.87-0.98	6.3(0.8)	1.10	1.01-1.21	6.7(0.8)	1.07	0.98-1.17
75 - 79	1,553(18.3)	3.9(1.2)	0.94	0.88-1.01	6.3(0.8)	1.12	1.01-1.24	6.7(0.8)	1.04	0.94-1.14
80 ≤	1,119(13.2)	3.9(1.3)	1.00	-	6.2(0.8)	1.00	-	6.7(0.8)	1.00	-
<b>교육수준</b>										
무학	4,547(53.2)	3.8(1.3)	1.00	-	6.2(0.7)	1.00	-	6.6(0.8)	1.00	-
초등졸	3,328(39.0)	4.1(1.1)	1.21	1.17-1.26	6.4(0.7)	1.38	1.30-1.46	6.9(0.8)	1.48	1.40-1.57
중졸	321( 3.8)	4.1(1.0)	1.20	1.09-1.32	6.5(0.8)	1.70	1.48-1.96	6.9(0.8)	1.52	1.32-1.75
고졸 이상	346( 4.1)	4.2(1.0)	1.31	1.19-1.44	6.6(0.9)	1.97	1.73-2.25	6.9(0.8)	1.49	1.30-1.71
<b>거주지역</b>										
농촌	6,519(75.1)	3.9(1.2)	1.00	-	6.2(0.7)	1.00	-	6.7(0.8)	1.00	-
도시	2,167(24.9)	4.0(1.2)	1.10	1.05-1.14	6.4(0.9)	1.32	1.24-1.40	6.7(0.8)	1.01	0.95-1.08
<b>주관적 생활수준</b>										
나쁨	1,831(21.4)	3.5(1.2)	1.00	-	6.1(0.8)	1.00	-	6.5(0.8)	1.00	-
보통	6,369(74.4)	4.0(1.2)	1.44	1.38-1.51	6.3(0.7)	1.52	1.41-1.64	6.8(0.8)	1.51	1.41-1.62
좋음	361( 4.2)	4.2(1.1)	1.66	1.51-1.83	6.4(0.8)	1.81	1.56-2.09	7.0(0.8)	2.18	1.90-2.52

### 3. 노인들의 사회적 지지와 신체적 건강상태와의 관계

노인들의 사회적 지지와 주관적 건강상태와의 관계를 살펴보면, 가족 지지는 주관적 건강상태가 나쁜 노인들에 비해서 ‘보통’ 1.06배, ‘ 좋음’ 1.14배로 높았으며 가족외 지지는 ‘ 좋음’ 1.42배로 높았다. 지지의 질은 주관적 건강상태가 나쁜 노인들에 비해서 ‘보통’ 1.10배, ‘ 좋음’ 1.76배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 가족 지지, 가족외 지지, 지지의 질이 좋은 노인일수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 평가하였다.

또한 만성질환 이환수는 ‘2개 이상’인 노인들을 기준으로 하였을 때, 가족 지지는 ‘없음’ 1.14배로 높았으며 통계적으로 유의성이 있었다. 따라서 가족 지지가 좋은 노인들이 만성질환이 없

는 것으로 나타났다(표 3).

### 4. 사회적 지지와 신체적 기능 상태와의 관계

노인들의 사회적 지지와 일상생활수행능력과의 관계를 살펴보면, 가족 지지는 일상생활수행능력이 불량한 노인들에 비해서 보통인 노인들이 0.73배로 낮았고, 지지의 질은 불량한 노인들보다 양호한 노인들이 1.53배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 가족 지지가 좋은 노인들의 경우 일상생활수행능력이 불량한 것으로 나타났으며 반면에 지지의 질이 좋은 노인일수록 일상생활수행능력이 양호하였다.

또한 수단적 일상생활수행능력이 불량한 노인들에 비해서 양호한 노인들이 가족외 지지는 1.58배, 지지의 질은 1.40배로 높았으며 통계적으

표 3. 노인들의 사회적 지지와 신체적 건강상태와의 관계

구분	주관적 건강상태 (기준: 불건강)				만성질환 이환수 (기준; 2개 이상)			
	보통		건강		없음		1개	
	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간
구조적 지지								
가족 지지	1.06	1.02-1.11	1.14	1.08-1.19	1.14	1.08-1.19	1.04	0.99-1.10
가족외 지지	1.04	0.98-1.11	1.42	1.32-1.54	1.04	0.96-1.12	1.03	0.95-1.11
기능적 지지								
지지의 질	1.10	1.04-1.17	1.76	1.63-1.89	1.02	0.94-1.09	0.98	0.91-1.06

표 4. 사회적 지지와 신체적 기능 상태와의 관계

구분	일상생활수행능력 (기준: 불량)				수단적 일상생활수행능력 (기준: 불량)			
	보통		양호		보통		양호	
	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간
구조적 지지								
가족 지지	0.73	0.54-0.92	0.76	0.58-1.00	0.92	0.82-1.04	0.97	0.87-1.08
가족외 지지	1.12	0.68-1.84	1.44	0.91-2.26	1.15	0.93-1.43	1.58	1.30-1.92
기능적 지지								
지지의 질	1.23	0.78-1.93	1.53	1.02-2.30	1.06	0.87-1.28	1.40	1.17-1.66

로 의미가 있었다. 따라서 가족의 지지와 지지의 질이 좋은 노인일수록 수단적 일상생활수행능력이 양호하였다(표 4).

### 5. 사회적 지지와 인지 기능상태, 우울상태와의 관계

노인들의 사회적 지지와 인지 기능상태와의 관계를 살펴보면, 인지 기능장애가 의심되는 노인들에 비해서 정상인 노인들이 가족 지지는 1.13배, 가족의 지지는 1.51배, 지지의 질은 1.47배로 높았으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 가족 지지, 가족의 지지, 지지의 질 모두에서 좋은 노인일수록 인지기능 장애가 없었다.

또한 노인들의 사회적 지지와 우울상태와의 관계를 살펴보면, 가족 지지는 중증 우울이 있는 노인들을 기준으로 하였을 때 ‘약간 우울’ 1.14배, ‘정상’ 1.26배로 높았고, 가족의 지지는 ‘약간 우울’ 1.31배, ‘정상’ 1.73배로 높았고, 지지의 질은 ‘약간 우울’ 1.31배, ‘정상’ 1.94배로 높았으며 통계적으로 유의성이 있었다. 따라서 사회적 지지가 좋은 노인일수록 우울이 없는 것으로 나타났다(표 5).

### 6. 사회적 지지와 건강행태와의 관계

사회적 지지와 흡연상태와의 관계를 살펴보면, 담배를 피우지 않는 노인들에 비해서 현재 피우는 노인들이 가족 지지는 1.15배로 높았고, 지지의 질은 1.12배로 높게 나타났으며 통계적으로 의미가 있었다. 또한 음주상태의 경우 술을 마시지 않는 노인들보다 마시는 노인들이 가족 지지는 1.18배, 가족의 지지는 1.12배, 지지의 질은 1.19배로 높게 나타났으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 가족 지지와 지지의 질이 높은 노인일수록 현재 흡연과 음주를 하고 있었다.

운동 실천여부에 있어서는 운동을 실천하지 않는 노인들에 비해서 실천하는 노인들이 가족 지지는 1.08배, 가족의 지지는 1.65배, 지지의 질은 1.34배로 높았으며 통계적으로 유의성이 있었다. 또한 불규칙적으로 식사를 하고 있는 노인들에 비해서 규칙적으로 식사를 하는 노인들이 가족 지지는 1.37배, 가족의 지지는 1.30배, 지지의 질은 1.36배로 높게 나타났으며 통계적으로 의미가 있었다. 따라서 가족 지지, 가족의 지지, 지지의 질 모두에서 좋은 노인일수록 운동을 실천하고 있었고, 규칙적으로 식사를 하고 있는 것으로 나타났다(표 6).

표 5. 사회적 지지와 인지 기능상태, 우울 상태와의 관계

구분	인지 기능상태 (기준: 21-24점(의심))		우울상태 (기준: 11점 이상(중증 우울))			
	25점 이상(정상)		6-10점(약간 우울)		5점 이하(정상)	
	교차비	95%신뢰구간	교차비	95%신뢰구간	교차비	95%신뢰구간
구조적 지지						
가족 지지	1.13	1.08-1.18	1.14	1.08-1.21	1.26	1.20-1.33
가족의 지지	1.51	1.39-1.63	1.31	1.19-1.44	1.73	1.58-1.90
기능적 지지						
지지의 질	1.47	1.37-1.58	1.31	1.20-1.44	1.94	1.78-2.12

표 6. 사회적 지지와 건강행태와의 관계

구분	흡연상태 (기준: 안함)		음주상태 (기준: 안함)		운동상태 (기준: 안함)		규칙적인 식사상태 (기준: 불규칙적)	
	합		합		합		규칙적	
	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간	교차비	95% 신뢰구간
구조적 지지								
가족 지지	1.15	1.10-1.20	1.18	1.13-1.23	1.08	1.03-1.14	1.37	1.27-1.48
가족외 지지	1.00	0.93-1.07	1.12	1.05-1.19	1.65	1.54-1.78	1.30	1.14-1.49
기능적 지지								
지지의 질	1.12	1.05-1.20	1.19	1.12-1.26	1.34	1.25-1.44	1.36	1.20-1.54

7. 공분산 구조분석

본 연구는 사회적 지지가 건강행태 및 건강수준에 미치는 영향을 알아보기 위하여 1개의 외생개념(사회적 지지)과 2개의 내생개념(건강행태와 건강수준)을 이론변수로 연구모형을 구축하였다. 이러한 이론변수들을 이용하여 가장 적합한 모형을 산출하는 것이 공분산 구조분석을 하는 이유이며 사회적 지지( $\xi_1$ ), 건강행태( $\eta_1$ ), 건강수준( $\eta_2$ )과의 상호관계로 구성하였다.

전체적인 모형의 적합성을 살펴보면, GFI (Goodness of Fit Index, 기초부합지수)는 주어진 모델이 자료의 분산/공분산을 얼마나 잘 설명해주는지를 나타내 주는 지표로서 보통 0.9를 넘으면 좋은 모형으로 받아들여지는데(허준과 최인규, 2000), 본 연구의 분석결과 GFI가 0.965로 0.9 이상이었으므로 적합한 것으로 나타났다. 또한 AGFI(Adjusted Goodness of Fit Index, 수정기초부합지수) 역시 0.9 이상일 때 좋은 모형으로 받아들여지는데(허준과 최인규, 2000), 본 연구에서는 0.945로 나타났으므로 좋은 모형으로 받아들였다. RMR(Root Mean Square Residual, 제공된 평균제곱 잔차)은 실제 자료값과 모형에 의해 산출된 값간의 차이를 표준화한 개념으로 경우

에 따라 약간의 변동은 있으나 보통 0.05 이하이면 좋은 모형이라고 할 수 있으며(허준과 최인규, 2000), 본 연구에서는 0.039로 나타나 0.05보다 적으므로 부합도에는 문제가 없는 것으로 나타났다. 또한 RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation, 근사제곱근 평균제곱 오차)는 대체적으로 0.05에서 0.08이하이면 양호하다고 할 수 있는데(허준과 최인규, 2000), 본 연구에서는 0.068로 나타났다. 또한 chi-square = 1747.039 (df=42)이며 유의수준은 0.000이었다.

내생변수인 건강행태(health behaviors)와 건강수준(health status)은 사회적 지지(social support)의 외생변수에 의해 표현되며 각각의 적재치는 0.05와 0.74로 나타났다. 이를 수식으로 표현하면 건강행태( $\eta_1$ ) = 0.05( $\xi_1$ ), 건강행태( $\eta_1$ ) = 0.74( $\xi_1$ ) + 0.13( $\eta_2$ )로 표기할 수 있으며 건강수준( $\eta_2$ ) = 0.74( $\xi_1$ ), 건강수준( $\eta_2$ ) = 0.05( $\xi_1$ ) + 0.01( $\eta_1$ )로 표기할 수 있다(그림 2). 그러므로 ‘노인들의 사회적 지지가 높을수록 건강행태가 양호할 것이다’라는 이론적 가정은 채택되었으며 다음으로 ‘노인들의 사회적 지지가 높을수록 건강수준이 양호할 것이다’라는 가정 역시 채택되었다. 또한 건강수준이 건강행태보다는 상대적 비중이 높게 나타났다.

두 가지 산출식의 설명력인 SMC(Squared Multiple Correlations)는 다중상관자승치로서 어느 측정변수의 SMC가 높으면 이론변수의 좋은 측정변수임을 나타낸다(허준과 최인규, 2000). 본 연구에서는 건강수준의 경우 사회적 지지에 의해서 설명되는 분산이 0.554로 나타났으며 이는 사회적 지지가 55.4%의 건강수준을 설명하고 있음을 나타낸다. 또한 건강행태의 경우 사회적 지지에 의해서 설명되는 분산이 0.029로 나타났으며

이는 사회적 지지가 2.9%의 건강행태를 설명하고 있음을 나타낸다(그림 2)(표 7).

### IV. 고 찰

사회적 지지는 모든 연령계층과 관련이 있지만 노인들의 삶의 질 향상과 건강수명의 연장에 있어서 매우 중요하게 작용하는 요소이다. 이러

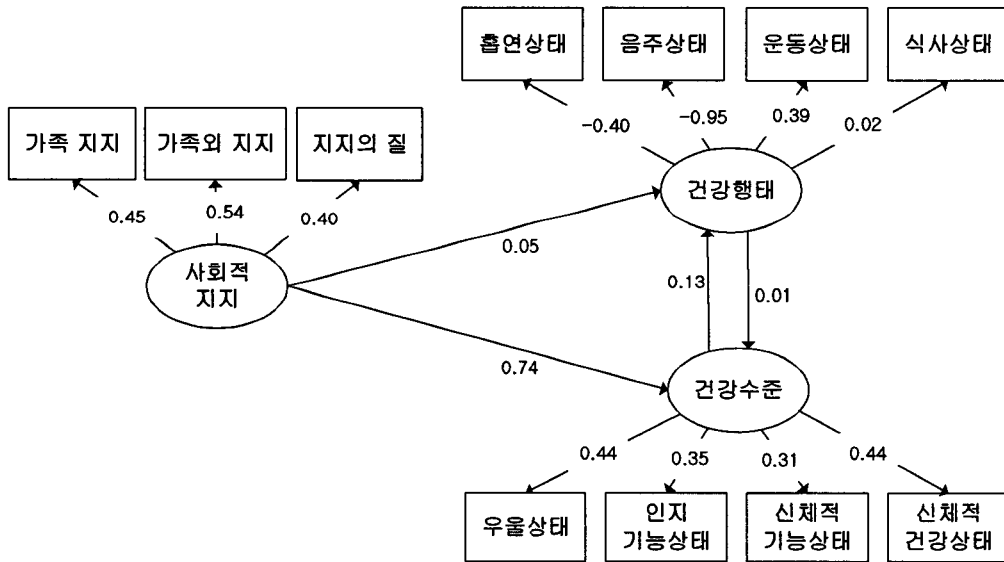


그림 2. 공분산 구조분석 결과

표 7. 공분산 구조분석 결과

내생변수	외생변수		내생변수		오차 Z	결정계수 다중상관제곱
	사회적 지지 $\xi_1$		건강행태 $\eta_1$	건강수준 $\eta_2$		
건강행태( $\eta_1$ )	= 0.05				0.00	0.029
	= 0.74	+		0.13		
건강수준( $\eta_2$ )	= 0.74				0.08	0.554
	= 0.05	+	0.01			
Chi-square	1747.039	GFI	0.965,	AGFI	0.945	
df	42	RMR	0.039,	RMSEA	0.068	
sig.	0.000					

한 사회적 지지는 시간적, 상황적 맥락 속에서 변화하므로 과정으로 이해해야 하며, 건강상태에도 많은 영향을 초래하므로 역동적인 것으로 인지해야 한다(LaRocco 등, 1980). 특히 노인들의 경우 일상생활 사건들에 보다 쉽게 노출될 수 있는 집단이므로 이러한 사건의 결과가 건강에 미치는 영향에 관심을 가져야 하겠다. 따라서 본 연구는 먼저 지역사회 노인들을 대상으로 집단 내부에서 발생하는 사회적 지지 수준의 차이가 발생하는지를 파악하였고, 다음으로 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 파악함으로써 노인들의 내부집단 간 사회적 지지 수준에 따른 건강불평등에 더욱 관심을 기울이는 계기를 만들고자 하였다는데 의의가 있다. 특히 사회적 지지와 건강수준과의 관련성을 파악함에 있어서 건강수준을 보다 다양하면서 폭넓게 의학적, 기능적, 자기평가적 차원에서 파악하였다(Liang, 1986).

본 연구에서는 노인들의 인구사회학적 특성별로 사회적 지지 수준의 차이가 있음을 발견하였다. 성별로는 남자에서, 연령별로는 젊은 노인일수록, 학력이 높을수록, 주관적 생활수준이 양호한 노인들이 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질이 더욱 양호한 것으로 나타났다. 선행 연구에서는 성별에 따른 사회적 지지 수준의 차이에 있어 일관된 연구 결과를 보이지 않았는데, 남자에 비해 여자의 사회적 지지 수준이 더 높다는 결과가 있었으며(Matthews 등, 1999), 이에 반해 남자가 더욱 좋다는 보고도 있었다(임민경 등, 2003). 또한 노인이라 할지라도 연령이 보다 적은 노인에서 사회적 지지가 양호한 것으로 나타나 기존의 연구결과와 부합되었다(이평숙 등, 2004). 이는 연령이 적은 노인일수록 배우자가 생존해 있을 가능성이 높으며, 신체기능 상태가

양호하기 때문에 각종 사회모임이나 여가생활에 보다 적극적으로 참여할 수 있기 때문이다. 주관적으로 생각하는 생활수준은 노인들의 현재 경제적 사정을 평가하는 중요한 지표 중의 하나로 여겨지고 있다. 본 연구에서는 주관적 생활수준이 좋다고 응답한 노인들에서 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질이 높았다. 또한 교육수준이 높은 노인일수록 사회적 지지가 더욱 좋을 수 있었다. 이는 경제적 상태와 사회적 지지와의 관계를 밝힌 다른 연구결과에서도 유사한 경향을 볼 수 있었는데, 교육수준이 높을수록, 경제상태가 좋을수록 사회적 지지가 높다고 하였다(임민경 등, 2003; 이평숙 등, 2004).

본 연구에서는 노인들의 사회적 지지 수준에 따라 주·객관적인 신체적 건강상태에 유의한 차이가 있음을 발견하였다. 구체적으로 노인들의 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질이 더욱 높은 노인들이 주관적 건강상태가 양호한 것으로 평가하였다. 이는 노인들의 사회적 지지 수준에 따라 주관적인 신체적 건강상태에 유의한 차이를 가져올 수 있다는 것을 의미하는 결과라고 볼 수 있다(어광수, 2003). 또한 노인 자신이 앓고 있는 만성질환 보유수는 의사 진단 기준에 의한 것으로 객관적인 신체적 건강상태를 파악하는데 중요한 지표 중 하나이다. 노인들의 사회적 지지의 수준은 낮은 경우에서 만성질환의 수가 많았으며 반면에 높은 수준의 사회적 지지를 가진 노인들이 만성질환이 없는 것으로 나타났다.

사회적 지지와 신체적 기능 상태와의 관계를 살펴본 결과, 가족 지지가 높은 노인들이 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력이 불량한 반면에 가족외 지지와 지지의 질의 경우 더욱 좋은 노인들이 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력이 양호한 것으로 나타났다. 이러

한 결과에서 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력이 불량한 노인들의 경우 일상생활을 수행함에 있어 가족의 도움이 절실히 필요하므로 가족 지지가 높게 나타난 것으로 보인다. 그러나 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력이 양호한 노인일수록 종교 활동 및 사회모임에 참여하였을 가능성이 높기 때문에 가족의 지지와 지지의 질이 더욱 좋았을 것이다. 따라서 본 연구에서는 사회적 지지 수준에 따라 기능적 건강상태에 유의한 차이가 있음을 발견하였고, 노인들의 신체적 기능 상태는 독립적 일상생활의 유지라는 측면에서 매우 중요한 요소가 되기 때문에 수명의 연장과 더불어 중요하게 취급되어야 하며, 신체적 기능 상태를 유지 강화하기 위한 사회적 지지 체계를 개발할 필요가 있다.

인구의 노령화는 여러 가지 경험하지 못했던 문제들을 발생시키고 있으며 그 중에서 인지기능에 문제를 발생시키는 대표적인 질환이 치매이다. 본 연구에서는 일차 선별검사로 사용되는 간이정신상태검사도구로써 다양한 인지기능을 짧은 시간에 측정하였고, 이 선별검사는 진행된 치매를 탐지하는데 있어 그 신뢰도와 타당도가 입증되었다. 본 연구에서는 사회적 지지 수준에 따른 인지 기능 상태에 유의한 차이가 있음을 발견하였다. 가족 지지와 가족외 지지가 더욱 양호한 노인들에서 인지기능이 '정상'인 것으로 나타났으며 또한 지지의 질적인 측면에서도 동일한 경향이였다. 치매는 일단 발병하면 만성적으로 퇴행하면서 치유가 되지 않기 때문에 오랜 기간 자신은 물론 가족에게도 신체적, 경제적으로 많은 부담과 고통을 주기 때문에 특히 낮은 사회적 지지 수준의 노인들은 이러한 부담이 더욱 가중될 것으로 예상된다.

현대사회에서 노인들은 자연스럽게 노동시장

에서 배제되고, 핵가족화로 인한 가족 내에서의 역할상실과 사회에서의 지위 저하는 급속한 사회변화와 함께 우울증의 유병률이 증가하고 있으므로 정신질환의 예방 및 건강증진의 중요성이 지적되고 있다. 본 연구에서는 사회적 지지(가족 및 가족외 지지, 지지의 질)가 양호한 노인일수록 우울이 없는 것으로 나타났다. 선행된 연구에서 우울은 사회적 지지를 예측하는 매우 중요한 요인으로 밝혀졌으며 적극적인 사회참여와 정기적 여가활동은 퇴직 이후에 시간적 여유가 많은 노인에게 고독감, 소외감, 무료함을 극복하는데 긍정적인 영향을 미친다(Jenkins 등, 2001). 사회적 지지가 높은 노인들은 생활상의 어려움에 직면하였을 때 주위에서 도와줄 수 있는 사람들이 많기 때문에 우울감이 낮을 수 있고, 전반적인 정신건강상태에 긍정적인 영향을 미친다(장세진 등, 2002; Hybels 등, 2001). 따라서 노인들에게 공식적으로 사회적 접촉이 가능하도록 사회모임이나 취미모임을 마련하고, 참여 빈도를 높일 수 있는 전략을 개발하는 일이 중요하다.

사회적 지지와 건강행태와의 관계를 살펴본 결과, 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질 모두에서 더욱 양호한 노인들이 현재 담배와 술을 하고 있었다. 이러한 결과는 현재 흡연과 음주를 하고 있는 노인들이 주·객관적인 신체적 건강상태가 보다 양호할 것으로 예상되고, 이는 건강하기 때문에 담배와 술을 할 수 있는 것으로 볼 수도 있을 것이다. 또한 사회적 지지가 높은 노인들의 경우 친한 친구와 접촉할 때 음주(흡연)를 하게 되는 경우가 많은 것으로 판단된다. 다음으로 운동과 규칙적인 식사의 경우는 사회적 지지가 더욱 양호한 노인들이 현재 운동을 실천하고 있고, 규칙적으로 식사를 하고 있었다. 운동은 신체적 기능 상태와도 밀접한 관계가 있

으므로 앞서 결과에서 밝힌 사회적 지지 수준이 높은 노인들이 신체적 기능상태가 양호한 결과와 일관된 경향이였다. 또한 사회적 지지 수준이 높은 노인들은 규칙적인 식사가 가능하여 전반적인 건강상태를 양호하게 유지할 수 있지만 낮은 수준의 사회적 지지를 갖고 있는 노인들의 경우는 가장 기본적인 식생활에도 문제가 있음을 시사해 준다. 건강행태는 개인이 독자적으로 결정하는 것이 아니라 사회적 맥락 속에서 결정되어지고, 교육수준, 소득, 결혼상태, 사회적 지지, 지역사회 활동에의 참여 등이 영향을 미치므로 (Kaplan 등, 1993), 노인들의 건강증진사업 개발에는 사회적 지지와 같은 사회심리적 요인까지 함께 고려할 필요가 있다.

또한 본 연구에서는 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 알아보고, 변수들 간의 상호관계를 파악하기 위하여 1개의 외생개념(사회적 지지)과 2개의 내생개념(건강행태와 건강수준)으로 연구모형을 구축하여 공분산 구조분석을 실시한 결과, '노인들의 사회적 지지 수준이 높을수록 건강행태가 양호할 것이다'와 '노인들의 사회적 지지 수준이 높을수록 건강수준이 양호할 것이다'라는 가정이 채택되었다. 다만 건강행태의 경우 흡연, 음주, 운동, 식사상태 등 여러 요인들을 종합적으로 고려하였을 때는 여러 요인들의 속성의 크기가 달라 서로 상쇄효과가 있어 노인들의 사회적 지지 수준이 높을수록 건강행태가 양호한 것으로 나타났으나 흡연과 음주상태 각각의 건강행태는 사회적 지지 수준이 높은 노인일수록 오히려 음주(흡연)를 많이 하는 것으로 나타났으므로 노인들이 바람직한 건강행동을 갖으면서 사회적 접촉이 가능하도록 하고, 참여 빈도를 높일 수 있는 전략을 개발하는 일이 중요하다. 따라서 공분산 구조분석 결과

에 따르면 노인들의 사회적 지지를 강화하면 건강행태 및 건강수준을 향상시킬 수 있게 된다는 결론에 다다르며 노인들의 사회적 지지 수준의 차이에 따른 건강불평등을 극복하고자 하는 많은 노력들이 있어야 함을 시사해준다.

본 연구는 노인들의 사회적 지지가 보다 양호할수록 건강행태나 건강수준에 긍정적 영향을 가지고 있음을 알 수 있었으나 연구의 설계와 수행에 있어 해결하지 못한 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 노인들의 사회적 지지 수준의 측정은 다른 연령계층의 사회적 지지 수준을 평가하는 지표와 차별화 되어야 한다. 왜냐하면 노년기는 노화에 따른 사회적 역할의 변화를 자연스럽게 경험하는 시기이기 때문이다. 이러한 제한점을 극복하기 위하여 본 연구에서는 노인들의 사회적 지지를 측정함에 있어 구조적 측면과 기능적 측면 모두를 고려하여 측정하려고 시도하였으며 사회적 지지의 자원을 공식적 그리고 비공식적 측면 모두를 고려하여 측정하였다. 그러나 사회적 지지를 측정함에 있어 내용타당도만을 고려한 지표를 사용하였으므로 향후에는 노인들의 사회적 지지를 정확하게 평가할 수 있는 지표로서 양과 질 모두를 종합한 지표를 사용하는 것을 고려하여야 한다. 둘째, 사회적 지지 수준과 건강행태, 건강수준간의 관계를 연구하기 위해서는 경시적 자료를 사용하는 것이 바람직하다. 그러나 본 연구에서는 단면적 자료를 통하여 연구를 진행하였으므로 변수 간 연관성이 있다고 하더라도 인과관계가 있다고 주장하기는 어렵다. 향후에는 경시적 자료를 이용하여 연구를 수행함으로써 인과관계를 명확히 할 필요가 있다. 셋째, 노인들의 사회적 지지가 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 파악함에 있어 사회적 지지만을 포함하였으므로 향후 사회경제적



수준 등과 같은 요인들이 건강수준에 미치는 영향력을 함께 고려할 필요가 있다.

노화과정은 사회적 접촉에 대한 동기를 변화하게 하고, 친구나 동료에 대한 편애를 발생시키고, 노년기가 되면서 만성적으로 질병에 대한 문제가 발생하는 상황은 사회조직망으로부터 정신심리적 또는 물질적 자원의 동원이 더욱 필요하게 된다. 따라서 노인들의 사회적 지지나 조직망의 변화에 어느 정도의 감수성을 가지고 있는지를 파악하는 일이 중요할 수 있으며 이러한 노인들을 대상으로 사회적 지지 체계를 강화하기 위한 전략 마련이 필요하다고 할 수 있다.

## V. 결 론

본 연구는 노인집단 내부에서의 사회적 지지 수준의 차이를 밝히고, 이러한 사회적 지지 수준과 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 알아보고자 충청남도애 소재하는 도농복합 형태의 시에 거주하고 있는 65세 이상 노인들을 대상으로 가구를 직접 방문하여 설문조사를 실시하였고, 최종 8,688명을 연구대상으로 선정하였으며 구체적인 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 노인들의 인구사회학적 특성별로 사회적 지지 수준의 유의한 차이가 있음을 발견하였다. 성별로는 남자에서, 연령별로는 젊은 노인일수록, 학력이 높을수록, 주관적 생활수준이 양호한 노인들이 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질이 더욱 양호한 것으로 나타났다.

둘째, 노인들의 사회적 지지 수준에 따라 주관적인 신체적 건강상태에 유의한 차이가 있음을 발견하였다. 가족 지지와 가족외 지지 그리

고 지지의 질이 더욱 높은 노인들이 주관적 건강상태가 양호한 것으로 평가하였고, 만성질환 이환수 역시 적게 나타났다. 사회적 지지 수준에 따라 신체적 기능상태(일상생활수행능력, 수단적 일상생활수행능력)를 살펴보면, 가족 지지는 기능상태가 불량한 노인들이 좋았으며 반면에 가족외 지지와 지지의 질이 좋은 노인일수록 기능상태가 양호하였다. 또한 사회적 지지가 좋은 노인일수록 인지 기능 상태와 우울 상태 역시 양호한 것으로 나타났다.

셋째, 사회적 지지와 건강행태와의 관계를 살펴본 결과, 가족 지지와 가족외 지지 그리고 지지의 질 모두에서 더욱 양호한 노인들이 현재 담배와 술을 하고 있었다. 또한 운동과 규칙적인 식사의 경우는 사회적 지지가 더욱 양호한 노인들이 현재 운동을 실천하고 있고, 규칙적으로 식사를 하고 있었다.

넷째, 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성을 알아보기 위하여 두 개의 내생변수(건강행태, 건강수준)와 한 개의 외생변수(사회적 지지)를 가지고 연구 모형을 구축하여 공분산 구조분석을 실시한 결과, 건강수준의 적재치는 0.74, 건강행태의 적재치는 0.05로 나타났으며 건강수준이 건강행태보다는 상대적 비중이 높게 나타났다. 또한 사회적 지지가 55.4%의 건강수준을 설명하고 있었으며 사회적 지지가 2.9%의 건강행태를 설명하고 있었다.

본 연구의 의의는 국내에서 아직 많지 않은 노인들의 사회적 지지 수준과 건강행태, 건강수준과의 관련성을 규명하였다는 점과 일개 시의 노인 전수를 대상으로 하여 연구결과를 보다 일반화시킬 수 있다는 데 있다. 결국 사회적 지지가 좋은 노인들이 전반적인 건강수준에 있어 양호하다는 결론을 도출하였고, 앞으로 노인들의 건

강증진정책 수립에 있어 그들의 건강수준 뿐만 아니라 사회경제적 요인, 사회심리적 요인까지 고려하여 내부에 존재해 있는 건강불평등을 해소하기 위한 보다 세심한 건강정책개발이 필요할 것이다.

### 참고문헌

- 권용철, 박중환. 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구. *신경정신의학* 1989;28:125-135.
- 김원경. 노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과. *한국노년학연구* 2001;10:55-74.
- 어광수. 사회경제적 요인 및 심리적 요인이 노인의 건강행위에 미치는 영향[박사학위논문]. 강원: 한림대학교 대학원, 2003.
- 이가영, 박태진. 농촌지역 노인들의 사회적 지지와 건강상태의 관련성. *가정의학회지* 2000;21(5):672-683.
- 이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영. 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계. *대한간호학회지* 2004;34(3):477-484.
- 임민경, 김명희, 신영전, 유원섭, 양봉민. 일부 도시 저소득층 주민의 사회적 지지와 자가평가 건강수준. *예방의학회지* 2003;36(1):54-62.
- 장세진, 고상백, 박종구, 차봉석. 사회적 지지가 만성적 스트레스와 면역체계에 미치는 영향. *예방의학회지* 2002;35(4):287-294.
- 통계청. URL: <http://www.nso.go.kr>. 2003.
- 허준, 최인규. 구조방정식 모형과 경로분석. 서울: SPSS 아카데미, 2000. 쪽 1-307.
- 허준수, 유수현. 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업* 2002;13:7-35.
- Andrew G, Tennant C, Hewson D, Vaillant G. Life event, stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *J Nerv Ment Dis* 1978;166:307-316.
- Antonucci T, Fuhrer R, Dartigues J. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol Aging* 1997;12:189-195.
- Berkman LF, Oxman TE, Seeman TE. Social networks and social support among the elderly. *Assessment issues*, 1992.
- Bosworth HB, Schaie KW. The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the seattle longitudinal study: two analytical approaches. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52(5):197-205.
- Carstensen LL. Socioemotional and selectivity theory: social activity in life-span context. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1991;11:195-217.
- Chapman NL, Beaudet M. Environmental predictor of well-being for at risk older adult in mid sized city. *J Gerontol* 1983;38:237-244.
- Cohen S, Hoberman HM. Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J Appl Soc Psychol* 1983;13:99-125.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310-357.
- Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc Behav* 1990;31:148-161.
- Everard M, Lach W, Fisher B, Baum C. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *J Gerontol* 2000;55B(4):s208-s212.
- Felton BJ. Coping and social support in older people's experiences of chronic illness. In Stephen MAP, Crowther JH, Hobfoll SE, Tennenbaum DL(eds), stress and coping in later families. New York: Hemisphere, 1990. pp. 153-171.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.

- "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
- House JS, Landis KR, Umerson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-549.
- House JS, Umberson D, Landis K. Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol* 1988;14:293-318.
- Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist* 2001;41:357-365.
- Jenkins K, Pienta A, Horgas A. Activity and health-related quality of life in continuing care retirement communities. *Res Aging* 2001;24:124-149.
- Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with changes in physical functioning in the elderly: a six-year prospective study. *J Aging Health* 1993;5:140-153.
- LaRocco JM, House J, French JRP. Social support, occupational stress and health. *J Health Soc Behav* 1980;21:201-218.
- Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *J Gerontol* 1986;41(2):248-260.
- Lopata HZ. Women as windows: support systems. New York: Elsevier, 1979.
- Matthews S, Stansfeld S, Power C. Social support at age 33: the influence of gender employment status and social class. *Soc Sci Med* 1999;49:133-142.
- Miller B, McFall S. Stability and change in the informal task support network of frail older persons. *Gerontologist* 1991;31:735-745.
- Murrell S, Norris F, Chipley Q. Functional versus structural social support, desirable events and positive affect in older adults. *Psychol Aging* 1992;7:562-570.
- Noelker LS, Bass DM. Home care for elderly persons: linkages between formal and informal caregivers. *J Gerontol: Social Sciences* 1989;44:s63-s70.
- Peirce R, Frone M, Russell M, Cooper M, Mudar P. A longitudinal model of social support, depression and alcohol use. *Health Psychol* 2000;19:28-38.
- Rook KS, Schuster TL. Compensatory processes in the social networks of older adults. In Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG(eds). Handbook of social support and the family. New York: Plenum Press, 1996. pp. 219-248.
- Russell D, Cutrona C. Social support, stress and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychol Aging* 1991;6:190-201.
- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In Brink TL(ed), clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: The Harwoth Press, 1986. pp. 165-173.
- Wallston BS, Alagna SW, DeVellis BM. Social support and physical health. *Health Psychol* 1983;4:367-391.
- Wenger GC. Support networks of older people: a guider for practitioners. Bongor, Wales: University of Wales Print Unit, 1994.
- Williamson AW, Ware JE, Donald CA. A model of mental health, life event and social supports applicable to general populations. *J Health Soc Behav* 1981;22:324-336.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;17:37-49.

<ABSTRACT>

## The Relations of Social Support to the Health Behaviors and Health Status in the Elderly

Tae-Myon Kim\* · Sok-Goo Lee\* · So-Youn Jeon\*\*

\* *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chungnam National University*

\*\* *Department of Emergency Medical Technology, Daejeon Health Sciences College*

**Objectives:** This study intends to understand the difference within group of social support level and the effect of social support to health behaviors and health status of the elderly by selecting the old of local society as target.

**Methods:** Data were obtained from self-administered questionnaire of 8,688 persons, older than 65 years, living in a community. We measured the sociodemographic characteristics, social support(family support, other support, quality of support), physical health state(subjective health status, number of chronic disease), physical function state(activities of daily living; ADL, instrumental activities of daily living; IADL), cognition state(mini-mental state examination-Korean; MMSE-K) and depression state(short form of geriatric depression scale; SGDS), health behaviors(smoking, drinking, exercise, eating habit). Univariate, multinomial logistic regression and covariance structure analysis were employed to analyze factors affecting on the social support of the elderly.

**Results:** When considering the degree of social support by the sociodemographic characteristics of the older adults, the family support, other support and quality of support is better when the old is male, young, high education and self-reported living status is good and it has significance statistically. When considering the relation between social support and health status, the family support, other support and quality of support is better when the old's subjective and objective physical health status is good. The family support, other support and quality of support is better when the old's subjective health status is better. The other support and quality of support is better when the old's ADL(activities of daily living) and IADL(instrumental activities of daily living) are good. The family support, other support and quality of support is better when the old's cognitive function and depression state is better. When considering the relation between social support and health behaviors, in case of smoking and drinking, the quality of support, family support and other support is better when the old smokes and drinks rather than the old does not. In case of exercise and eating habit, the family support, other support and quality of support is better when the old exercises and eats regularly rather than the old does not. It has significance statistically. From the result of performing covariance structure analysis by structural equation modeling(SEM) with two endogenous variable(health behaviors and health status) and one exogenous variable(social support), factor loading of health status is 0.74 and factor loading of health behaviors is 0.05. The social support explains health status of 55.4% and health behaviors of 2.9%.

**Conclusions:** This study has the meaning that it finds the difference of social support generating from inside of the group for the old residing in city and country and specifies the effect that the difference of social support influences to health status and health behaviors. From now on, in the development of health improvement strategy of the olds, it is necessary to approach from inclusive aspect while considering psychosocial factor such as social support and social economical factor as well as health status.

**Key words :** Elderly, Social Support, Health Status, Health Behaviors