

## 노인의 주관적 건강평가의 관련 요인

이화여자대학교 의과대학 가정의학과, \*순천향대학교 의과대학 가정의학과

이해정 · 정유지 · 김희진 · 서희선 · 이흥수  
심경원 · 이상화 · 조주연\*

### 요 약

**연구배경:** 주관적 건강평가는 전반적인 건강상태를 평가하기 위해 사용하여 온 단순하고 보편적인 건강지표이다. 본 연구의 목적은 우리나라 노인에게서 다양한 요인들과 주관적 건강평가와의 관련성을 분석하고 그러한 요인 중 주관적 건강평가에 독립적으로 영향을 미치는 주요 결정인자를 규명하는 것이다.

**방법:** 1999년 7월 1일부터 10월 31일까지 우리 나라의 11개 대학병원이나 종합병원의 가정의학과 또는 재활의학과를 내원한 60세 이상 노인 환자 308명을 대상으로 한국형 포괄적 노인평가 도구를 이용하였다. 자료분석에는 독립변수에 대해  $X^2$ -test를 실시하여 이 중 통계적으로 의미 있는 변수를 중회귀분석모형을 통해 분석하였다. 이 연구의 종속변수로 사용된 주관적 건강평가는 “본인의 건강상태에 대하여 어떻게 생각하십니까?”에 대해 ‘매우 좋다’, ‘좋다’, ‘보통이다’, ‘나쁘다’, ‘매우 나쁘다’ 중 하나를 선택하도록 하여 측정하였고 독립변수로는 인구사회학적 특성, 건강행태, 영양, 질환, 정신기능, 신체기능, 가족구조 및 사회적 지원 등을 고려하였다.

**결과:** 전체 노인의 주관적 건강평가의 분포를 보면 매우 좋음(3.6%), 좋음(20.2%), 보통(32.9%), 나쁨(32.2%), 매우 나쁨(11.1%)이었다. 수입, 운동, 영양불량, 질환수, 심장질환, 뇌혈관질환, 낙상, 일상생활 수행능력, 도구적인 일상생활 수행능력, 우울증, 사회적 지원이  $X^2$ -test에서 주관적 건강상태와 유의한 관계를 보였다. 중회귀분석에서 영양상태, 심장질환, 우울증이 주관적 건강평가를 설명하는 데 있어서 유의하게 나타난 독립변수들이다.

**결론:** 영양상태가 나쁠수록 그리고 심장질환이나 우울증이 있을 경우에 유의하게 건강상태에 대해 부정적으로 생각했다. 노인의 주관적 건강평가에는 다양한 요인들이 영향을 미치므로 건강 향상을 위해서는 다각적인 접근이 필요하다. (가정의학회지 2002;23:1210-1218)

중심단어: 노인, 주관적 건강평가, 관련 요인

### 서 론

건강은 다양한 측면, 즉 신체적, 기능적, 정신적, 사회적 측면 등으로 구성되어 있으며<sup>1-3)</sup> 주관적 건강평가는 그러한 개인의 전반적인 건강상태를 평가하

기 위해 사용되어 온 단순하고 보편적인 건강지표<sup>4)</sup>이다. 1973년 이래로 National Health Interview Survey의 표준요소<sup>5)</sup>로 사용되어 왔으며 “당신의 건강에 대하여 어떻게 생각하십니까?”라는 질문에 대해 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’으로 의사를 표시하도록 되어 있다.

주관적 건강평가는 신체적인 건강상태뿐만 아니라 건강의 정신적인 측면에 관한 정보를 제공한다.<sup>6)</sup> 그동안 주관적 건강평가와 다양한 요인들과의 관계에 대한 연구에서 연구자들은 주관적 건강평가가 신체기능<sup>7-10)</sup>, 만성 질환<sup>6)</sup>, 약물복용력<sup>8)</sup> 등과 연관이 된

접수일: 2002년 8월 2일, 승인일: 2002년 9월 24일  
교신저자: 이상화

Tel: 02-650-6159, Fax: 02-654-2439  
E-mail: ghwa@mm.ewha.ac.kr

을 보고하였다. 또한 삶의 질, 안녕감과 연관성 또한 일관되게 나타나고 있다.<sup>11-13)</sup> 또한 주관적 건강평가는 몇몇의 건강과 관련된 자료의 예측인자로서 광범위하게 연구되어 의료이용률<sup>14)</sup>, 장애률<sup>15)</sup> 등의 강력한 예측인자로 알려져 있다. 특히 정책기획 및 결정자가 유용하게 사용할 수 있는 건강지표<sup>16)</sup>로 몇몇의 연구에서 건강상태를 부정적으로 평가할수록 사망률이 증가하는 것을 보여주었다.<sup>17-19)</sup> 그러나 비록 선행연구에서 주관적 건강평가와 다양한 범위의 예측인자들이 조사되었다 할지라도 포괄적으로 조사한 경우는 거의 없고 연구마다 결과에 차이를 보이고 있다. 따라서 저자들은 일관된 포괄적 노인평가도구를 이용하여 가능한 전국적 자료를 확보하기 위해 전국 11개 병원에서 작성한 노인평가도구를 분석에 이용하였다.

본 연구의 목적은 우리 나라 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인들을 포괄적으로 규명하는 것이다. 그러한 요인으로 사회인구학적 특성, 건강행태, 영양평가, 질환, 신체적 기능, 정신적 기능, 가족구조 및 사회적 지원 등을 조사하였다. 또한 그러한 연관요인 중 주관적 건강평가에 독립적으로 영향을 미치는 주요 결정인자를 규명하고자 하였다.

## 방 법

### 1. 연구 대상

본 연구에서는 1999년 7월부터 10월까지 전국의 11개 병원 가정의학과 또는 재활의학과 노인병 클리닉에 내원하였던 60세 이상 노인 환자를 대상으로 설문지와 연구자의 문진 및 신체검사를 통해 미리 완성된 한국형 포괄적 노인 평가 도구<sup>20)</sup>를 이용하여 얻은 자료 중에 분석에 적합한 노인환자 308명을 최종대상으로 하였다.

### 2. 연구의 틀

이 연구의 종속변수로 사용된 주관적 건강평가는 “자신의 건강에 대하여 어떻게 생각하십니까?”에 대해 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘ 보통’, ‘ 나쁨’, ‘ 매우 나쁨’ 중 하나를 선택하도록 하여 측정하였다. 노인의 주관적 건강평가를 설명하는 독립변수로는 인구사회학적

특성, 건강행태, 영양, 질병, 정신기능, 신체기능, 가족구조 및 사회적 지원 등을 고려하였다. 인구사회학적 특성으로는 연령, 성별, 교육수준, 수입, 거주지 등을 포함하였고 건강행태와 영양에 대해서는 음주, 흡연, 운동여부와 간이영양평가(Mini Nutritional Assessment, 이하 NMA)를 조사하였다. 질환은 응답자의 병력을 조사한 것으로 노인들이 흔히 겪고 있는 고혈압, 심장질환, 뇌혈관질환, 당뇨, 결핵, 천식, 위장질환, 신장질환, 빈혈, 관절염, 낙상, 요실금의 12개의 군으로 구분하여 합계를 측정하고 시력장애, 청력장애를 조사하였다. 정신기능으로 단축형 노인 우울 척도(Geriatric Depression Scale-short form, 이하 SGDS)와 한국판 인지기능 평가(Mini-mental state examination, Korean version, 이하 MMSE-K)를 이용하였고 운동기능 평가로 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living, 이하 ADLs)과 도구적인 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, 이하 IADLs)의 제한에 대한 자료를 사용하였다. 가족 구조 및 사회적 지원에 관한 변수로는 결혼상태, 거주형태와 Lubben이 개발한 사회망 척도(social network scales) 점수를 측정하였다.

### 3. 연구도구

1) 한국판 인지기능 평가(MMSE-K): 12문항에 총 30점 만점으로 구성되어 있고 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의 집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 등 6개 항목으로 구성되어 있다. 교육을 받지 못했을 경우에는 시간 지남력 1점, 주의집중 2점, 언어기능에 1점을 더하여 가중치를 주게 된다. 한국형 인지기능 평가에서는 24점 이상인 경우에 정상으로 간주하고 23점 이하의 경우 인지기능의 장애로 간주하였다.<sup>21-23)</sup>

2) 단축형 노인 우울 척도(Geriatric Depression Scale-short form): 1986년 sheikh와 Yesavage가 개발했으며 15문항에 최고 15점으로 구성되어 있으며, 그중 6점 미만을 정상, 6점 이상을 우울증 의심으로 판단한다.<sup>24)</sup> 조명재 등이 한국어판 SGDS의 진단적 타당성 여부에서 최적 절단점을 8점으로 제시한 바 있어 6~7점군과 8점 이상군을 분석에 이용하였다.<sup>25)</sup>

3) 일상생활 수행능력(ADLs)과 도구적인 일상생활 수행능력(IADLs): Katz와 그의 동료들에 의해 개

발된 사회기능 평가 지표로서 ADLs는 자신의 몸을 돌 보는데 필요한 기본적인 목욕하기, 용변보기, 거동하 기, 대소변 가리기, 식사하기의 6가지 기능으로 구성 되어 있고 IADLs는 독립적인 생활을 하는 데 필요한 보다 고차원적인 기능으로 전화하기, 외출하기, 장보 기, 요리하기, 청소하기, 수공일 하기, 빨래하기, 약 복용하기, 금전관리의 9가지 기능으로 구성되어 있다.

4) 사회적 지원(Social support): 사회적 지원은 Lubben이 개발한 사회적 지표를 평가하는 사회망 척 도를 사용하여 평가하였으며, 10문항으로 구성되어 문항별로 각각 5점인 척도이다. 총 50점 만점이며 20 점 이하의 사회적 고립의 가능성을 의미한다.<sup>26)</sup>

5) 영양: 영양 상태의 평가는 간이 영양 평가(NMA) 를 이용하였다. 간이 영양 평가는 영양 불량의 위험 이 있는 군을 찾아내어 조기에 중재하기 위해 개발되 었으며 24점 이상은 영양상태가 양호한 경우, 17점 에서 23점까지는 영양불량의 위험이 있는 군, 그리고 17점 미만의 군은 영양불량으로 간주한다.<sup>27)</sup>

#### 4. 통계처리

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산처리하였으며 자료분석을 위해 사용한 통계분석방법은 다음과 같 다. 종속변수인 노인의 주관적 건강평가와 이에 영향 을 미칠 것으로 예상되는 독립변수와의 독립성 검정 을 위해  $X^2$ -test를 실시하였다.  $X^2$ -test에서 통계학적 으로 의미 있는( $P < 0.05$ ) 변수를 선택하여 중회귀분 석 방법을 이용한 중회귀모델을 구성하였다. 이 과정 에서 기대도수가 5미만의 셀이 50% 이상인 항목은 분석에서 제외하였으며 주관적 건강평가는 5점 척도 로 하였다(1=매우 좋음, 5=매우 나쁨).

### 결 과

#### 1. 조사 대상자의 사회 인구학적 특성

전체 308명 중 남자는 102명(33.1%), 여자는 206 명(66.9%)으로 여자가 더 많았으며 평균연령은 남자 는 72.9세, 여자는 73.5세였다. 연령분포는 60대가 84 명(27.3%)이었고 70대가 174명(56.5%)으로 가장 많 았으며 80세 이상이 50명(16.2%)이었다. 교육수준에 서 대졸 21명(7%), 고졸 39명(13%), 중졸 이하가

**Table 1.** Baseline characteristics of the study subjects.

		Number (N)	Percentage (%)
Self assessed health	Very good	11	3.60
	Good	63	20.20
	Fair	101	32.90
	Poor	99	32.20
	Very poor	34	11.10
Age (years)	60~69	84	27.27
	70~79	174	56.49
	≥80	50	16.23
Gender	Men	102	33.12
	Women	206	66.88
Education level	None	114	38.00
	Elementary or middle school	126	42.00
	High school	39	13.00
	Over college	21	7.00
Residence	Urban	248	83.78
	Rural	48	16.22
Marital state	Married	136	45.07
	Widowed	145	48.68
	Others	18	6.25

126명(42%)이었고 무학은 114명(38%)으로 중졸이 하 대부분을 차지하고 있으며 결혼상태는 배우자가 있는 경우 137명(45.1%), 사별이 148명(48.7%)이었 으며 이혼이나 별거중인 경우가 19명(6.2%)순으로 나타나 반 정도의 노인들이 배우자가 없는 노인들이 었다. 거주하고 있는 지역은 83.8%의 노인이 도시에 거주하고 있는 것으로 나타났고 농촌에 거주하는 노 인은 16.2%로 나타났다. 전체 노인의 주관적 건강평 가의 분포를 보면 매우 좋음(3.6%), 좋음(20.2%), 보 통(32.9%), 나쁨(32.2%), 매우 나쁨(11.1%)이었다 (표 1).

#### 2. 노인의 주관적 건강평가와 관련요인

1) 사회인구학적 요인: 수입이 주관적 건강평가와 유의한 관계를 보였으며 연령, 성별, 교육수준, 주거

**Table 2.** Comparison of sociodemographic character and self-assessed health. Unit: No. (%)

		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor
Age	60~69	3 (3.57)	19 (22.62)	26 (30.95)	33 (39.29)	3 (3.57)
	70~79	4 (2.37)	33 (19.53)	57 (33.73)	52 (30.77)	23 (13.61)
	≥80	4 (8.00)	10 (20.00)	17 (34.00)	12 (24.00)	7 (14.00)
Gender	Men	4 (3.96)	20 (19.80)	33 (32.67)	29 (27.81)	15 (14.85)
	Women	7 (3.47)	42 (20.79)	67 (33.17)	68 (36.66)	18 (8.91)
Education	None	5 (4.42)	20 (17.70)	33 (29.20)	39 (34.51)	16 (14.16)
	Elementary or middle school	4 (3.23)	29 (23.39)	38 (30.65)	39 (31.45)	14 (11.29)
	High school	2 (5.26)	9 (23.68)	18 (47.37)	7 (18.42)	2 (5.26)
	Over college	0 (0.00)	4 (20.00)	8 (40.00)	7 (35.00)	1 (5.00)
Income (10,000 won/month)*	<50	7 (4.49)	29 (18.59)	40 (25.64)	58 (37.18)	22 (14.10)
	50~100	1 (7.69)	1 (7.69)	7 (53.85)	4 (30.77)	0 (0.00)
	100~150	0 (0.00)	6 (40.00)	5 (33.33)	3 (20.00)	1 (6.67)
	≥150	1 (6.25)	8 (50.00)	4 (25.00)	3 (18.75)	0 (0.00)
Residence	Urban	9 (3.67)	49 (20.00)	8 (33.06)	78 (31.84)	28 (11.43)
	Rural	2 (4.35)	10 (21.74)	15 (32.61)	16 (34.78)	3 (6.52)

\*P<0.05 by X<sup>2</sup>-test.

**Table 3.** Comparison of health behavior and self-assessed health. Unit: No.(%)

		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor
Alcohol	No	9 (3.67)	51 (20.82)	82 (33.47)	72 (29.39)	31 (12.65)
	Yes	2 (3.45)	11 (18.97)	18 (31.03)	25 (43.10)	2 (3.45)
Smoking	No	10 (4.03)	50 (20.16)	82 (33.06)	82 (33.06)	24 (9.68)
	Yes	1 (1.92)	11 (21.15)	17 (32.69)	14 (26.92)	9 (17.31)
Exercise*	No	6 (2.79)	39 (18.14)	68 (31.63)	75 (34.88)	27 (12.56)
	Yes	4 (4.65)	23 (26.74)	32 (37.21)	21 (24.42)	6 (6.98)
MNA*	0~16	1 (5.26)	1 (5.26)	4 (21.05)	8 (42.11)	5 (26.32)
	17~23	4 (3.08)	18 (13.85)	40 (30.77)	46 (35.38)	22 (16.92)
	≥24	6 (4.14)	42 (28.97)	52 (35.86)	40 (27.59)	5 (3.45)

\*P<0.05 by X<sup>2</sup>-test.

MNA: Mini nutritional assessment.

지와는 관계가 없었다(표 2).

2) 건강행태와 간이영양평가에 따른 주관적 건강 평가: 음주와 흡연은 관계가 없었으나 운동에서는 운동을 할 경우 안 할 경우보다 건강하다고 인지했으며 영양불량이 있을수록 건강에 대해 부정적으로 평가하는 경향을 보였다(표 3).

3) 질환에 따른 주관적 건강평가: 가지고 있는 질환

환수가 많을수록 건강이 나쁘다고 평가하는 경향을 보여주고 있다. 질환별로는 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염, 낙상이 노인 스스로 인지하는 건강상태와 유의한 관계를 보여주고 있다(표 4).

4) 정신·운동기능에 따른 주관적 건강평가: 일상생활 수행능력과 도구적인 일상생활 수행능력의 제한이 심할수록 건강평가 또한 부정적이 되는 경향을

**Table 4.** Comparison of diseases and self-assessed health.

Unit: No. (%)

		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor
Number of disease*	0~1	4 (4.82)	23 (27.71)	34 (40.96)	15 (18.07)	7 (8.43)
	2~3	5 (4.24)	21 (17.80)	37 (31.36)	41 (34.75)	14 (11.86)
	≥4	2 (2.22)	15 (16.67)	25 (27.78)	38 (42.22)	10 (11.11)
Hypertension	No	7 (3.98)	40 (22.73)	63 (35.80)	47 (26.70)	19 (10.80)
	Yes	4 (3.15)	22 (17.32)	37 (29.13)	50 (39.37)	14 (11.02)
Cardiac disease*	No	11 (4.03)	60 (21.98)	92 (33.70)	82 (30.04)	28 (10.26)
	Yes	0 (0.00)	2 (6.67)	8 (26.67)	15 (50.00)	5 (16.67)
Cerebrovascular disease*	No	11 (4.10)	57 (21.27)	93 (34.70)	79 (29.48)	28 (10.45)
	Yes	0 (0.00)	5 (14.29)	7 (20.00)	18 (51.43)	5 (14.29)
Diabetes	No	9 (3.61)	51 (20.48)	85 (34.14)	72 (28.92)	32 (12.85)
	Yes	2 (2.70)	11 (20.37)	15 (27.78)	25 (46.30)	1 (1.85)
Tuberculosis	No	11 (3.94)	59 (21.15)	90 (32.26)	87 (31.18)	32 (11.47)
	Yes	0 (0.00)	3 (13.04)	10 (43.38)	9 (39.13)	1 (4.35)
Asthma	No	10 (3.61)	59 (3.61)	92 (21.30)	90 (33.21)	26 (32.49)
	Yes	1 (3.85)	3 (11.54)	8 (30.77)	7 (26.92)	7 (26.92)
Gastrointestinal disease	No	9 (3.73)	52 (21.58)	80 (33.20)	71 (39.46)	29 (12.03)
	Yes	2 (30.23)	10 (16.13)	20 (32.26)	26 (41.94)	4 (6.45)
Renal disease	No	11 (3.83)	60 (20.91)	95 (33.10)	91 (31.71)	30 (10.45)
	Yes	0 (0.00)	2 (12.50)	5 (31.25)	6 (37.50)	3 (18.75)
Anemia	No	10 (3.69)	58 (21.40)	90 (33.21)	80 (29.52)	33 (12.18)
	Yes	1 (3.23)	4 (12.90)	10 (32.26)	16 (51.61)	0 (0.00)
Arthritis	No	7 (3.80)	43 (23.37)	64 (34.78)	52 (28.26)	18 (9.78)
	Yes	4 (3.36)	19 (15.97)	36 (30.25)	45 (37.82)	15 (12.61)
Fall*	No	8 (3.76)	45 (21.05)	73 (33.08)	56 (30.83)	16 (11.28)
	Yes	2 (2.41)	14 (16.87)	22 (26.51)	30 (36.14)	15 (18.07)
Urinary incontinence	No	7 (3.13)	47 (20.98)	82 (36.61)	64 (28.57)	24 (10.71)
	Yes	3 (4.17)	14 (19.44)	15 (20.83)	31 (43.06)	9 (12.50)
Visual problem	No	3 (5.08)	11 (18.64)	13 (22.03)	22 (37.29)	10 (16.95)
	Yes	8 (3.67)	44 (20.18)	78 (35.78)	68 (31.19)	20 (9.17)
Auditory problem	No	1 (1.92)	8 (15.38)	13 (25.00)	27 (51.29)	3 ( 5.77)
	Yes	9 (4.00)	47 (20.89)	79 (35.11)	64 (28.44)	26 (11.56)

\*P<0.05 by X<sup>2</sup>-test.

보여주고 있다. 우울증도 같은 방향성을 보여 우울증이 심할수록 자신의 건강에 대해 비관적으로 생각하는 것을 알 수 있다(표 5).

5) 가족 구조 및 사회적 지원: 결혼상태, 거주형태에 따라 건강에 대한 인식이 다르지 않은 것을 보여 준다. 사회적 지원에서는 사회적 고립이 있는 노인

**Table 5.** Comparison of physical and cognitive function and self-assessed health. Unit: No. (%)

		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor
ADL*	Able in all	10 (4.29)	56 (24.03)	80 (34.33)	71 (30.47)	16 (6.87)
	Difficulty in 1 or more	1 (1.79)	6 (10.71)	19 (33.93)	17 (30.36)	13 (23.21)
	Unable in all	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (8.33)	7 (58.33)	4 (33.33)
IADL*	Able in all	6 (3.92)	38 (24.84)	51 (33.33)	47 (30.72)	11 (7.19)
	Difficulty in 1 or more	5 (3.91)	23 (17.97)	46 (35.94)	37 (28.91)	17 (13.28)
	Unable in all	0 (0.00)	1 (4.76)	3 (14.29)	12 (57.14)	5 (23.81)
GDS*	0~5	7 (6.48)	32 (39.63)	41 (37.96)	23 (21.30)	5 (4.63)
	6~7	0 (0.00)	7 (16.28)	21 (48.84)	12 (27.91)	3 (6.98)
	≥8	4 (2.92)	21 (15.33)	33 (24.09)	55 (40.15)	24 (17.52)
MMSE-K 1~23		4 (3.96)	20 (19.80)	29 (28.71)	36 (35.64)	12 (11.88)
	≥24	7 (4.14)	38 (22.49)	59 (34.91)	50 (29.59)	15 (8.88)

ADL: Activities of daily living, IADL: Instrumental activities of daily living, GDS: Geriatric depression scale- short form, MMSE-K: Mini-mental state examination, Korean version.

\*P<0.05 by  $\chi^2$ -test.

**Table 6.** Comparison of family and social state and self-assessed health. Unit: No.(%)

		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor
Marrital state	Married	5 (3.68)	27 (19.85)	47 (34.56)	44 (32.35)	13 (9.56)
	Widowed	5 (3.38)	35 (22.30)	48 (32.43)	45 (30.41)	17 (11.49)
	Others	1 (5.56)	3 (16.67)	5 (27.78)	6 (33.33)	3 (16.67)
Family form	Single	3 (4.55)	15 (22.73)	19 (28.79)	23 (34.85)	6 (9.09)
	Small family	4 (3.45)	23 (19.83)	41 (35.34)	39 (33.62)	9 (7.76)
	Extended family	4 (3.33)	24 (20.00)	40 (33.33)	35 (29.17)	17 (14.17)
Social network scales*0~21		5 (3.94)	24 (18.90)	31 (23.41)	44 (34.65)	23 (18.11)
	≥21	6 (3.53)	37 (21.76)	67 (39.41)	51 (31.00)	9 (5.29)

\*P<0.05 by  $\chi^2$ -test.

이 건강상태를 좋지 않게 평가하는 경향을 보인다 (표 6).

### 3. 주관적 건강평가에 영향을 미치는 주요인

중회귀분석에서 종속변수인 주관적 건강평가를 설명하는 데 있어서 유의하게 나타난 독립변수들을 보여주고 있다. 이 모델의 전체 설명력은 16%이다. 질병 중에서는 심장질환이 이환되어 있는 노인이 그

렇지 않은 노인에 비해 자신의 건강을 좋지 않다고 인지할 확률이 높았다. 또한 영양불량이나 우울증이 있는 경우 더 건강을 부정적으로 평가했다(표 7).

### 고 찰

본 연구에서는 65세 이상의 우리 나라 노인의 주관적인 건강평가에 영향을 미치는 사회인구학적 특성,

**Table 7.** Multiple regression analysis between self assessed health and variables.

	Standardized coefficient (β)	Standard error	P value
Income	-0.002	0.001	0.079
Cardiac disease	0.571	0.247	0.022
NMA ≥24	-0.049	0.157	0.005
GDS ≥8	0.359	0.154	0.020

\*Sex and age were adjusted.

MNA: Mini nutritional assessment, GDS: Geriatric depression scale-short form.

건강행태, 영양, 질환, 신체적 정신적 건강상태, 가족 구조, 사회적 지원 등에 관한 변수 중 주요 요인을 밝히고자 하였다. 혼란변수를 통제한 상태에서도 유의하게 나타난 독립변수로는 심장질환, 우울증, 영양이 있었다.

질환 중 순환계 질환이 유의하게 나타났다. Johnson 등<sup>27)</sup>은 질병의 종류 중 특히 관상동맥질환과 고혈압이 있는 사람의 경우 자신의 건강을 나쁘다고 평가하였다. 우리나라에서 심혈관계 질환에 의한 사망은 노인에서 가장 큰 사망의 원인이라는 점에서 이 문제는 중요한 연구과제이다.<sup>28)</sup>

우울증은 노년기에 나타나는 가장 흔한 정신장애이다. 노년기 우울증은 정신병적 증상이 흔히 동반되고 쉽게 재발하며 높은 자살률을 보이는 심각한 질환이다. 하지만, 노력만 한다면 조기발견을 통하여 치료가 가능하며 예방이 가능하고 조절 가능한 질환이다.<sup>29)</sup> 본 연구에서는 조맹제 등이 시행한 한국판 SGDS에 대한 표준화 연구에서 제시한 8점 절단점을 이용하여 6~7점군과 8점 이상군을 구분하여 분석에 사용하였는데 중회귀분석상 8점 이상군이 의미 있게 나와 위의 연구결과를 뒷받침하였다.

노인들의 영양상태는 건강상태와 직접 연관되는 것으로<sup>30)</sup> 본 연구에서도 영양불량상태가 있으면 자신의 건강상태를 부정적으로 평가했다. 간이영양평가는 집단에 대한 역학조사에 유용하게 이용될 수 있으며<sup>31,32)</sup> 본 연구에서 사용된 간이영양평가는 영양불량의 위험군을 밝혀내기 위한 선별검사로서 제작

되어 Guigoz 등에 의해 타당도 및 신뢰도가 검증된 도구이다. 그러므로 노인 환자의 영양 평가는 총체적인 평가의 일부분으로서 포함되어야 하며 노인들에게 적절한 영양교육을 통한 영양개선사업이 이루어져야 한다.

본 연구에서 중회귀분석에서는 유의성이 없었으나 X<sup>2</sup>-test에서는 주관적 건강평가와 유의하게 관련이 있었던 인자들은 수입, 운동, 질환수, 뇌혈관질환, 낙상, ADL 장애, IADL 장애, 사회적 지원이 있었는데 이들은 한가지 요인만이 작용한다기보다는 서로 복합적으로 작용하는 요소로 여겨진다.

이 연구의 중요한 일면은 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인을 판별하고 그중 독립적으로 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 노인 건강 향상에 기여하는 자료를 제시하였다는 점이다. 주관적 건강평가를 향상시키기 위해서는 다각적인 접근이 필요하다. 즉 노인의 건강평가 향상을 위해서는 건강관리서비스, 일상생활 지원서비스, 소득 및 경제활동 지원 프로그램, 주거편의서비스, 그리고 사회단체 활동 지원과 사회적 관계망 개입 프로그램 등 복합적이고 종합적인 서비스가 이루어져야 할 것이다. 또한 노인의 주관적 건강을 향상시키기 위한 구체적 서비스 프로그램에 대한 연구와 평가가 필요하리라 여겨진다.

본 연구의 제한점으로는 종합병원을 찾아온 환자들을 대상으로 했고 대부분이 도시에 거주하기 때문에 놓여진 지역에 거주하는 노인들에게까지 조사결과를 일반화하기 어렵고 단면연구로써 원인-결과에 대한 연구가 불가능하였다는 점이다. 따라서 앞으로 추적조사에 의한 선행 요인과 건강상태에 대한 연구가 있어야 할 것으로 생각한다.

## 참 고 문 헌

1. Dixon JK, Dixon JP, Hickey M. Energy as a central factor in the self-assessment of health. *Adv Nurs Sci* 1993;15:1-12.
2. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994;32:930-42.
3. Laffrey SC. Development of a health conception scale. *Res Nurs Health* 1986;9(2):107-13.

4. Murray J, Dunn G, Tamopolsky A. Self-assessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms. *Psychol Med* 1982;12(2):371-8.
5. Brody JA, Brock DB, Willians TF. Trends in the health of the elderly population. *Annu Rev Public Health* 1987;8:211-34.
6. Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. Predicting changes in perceived health status. *Am J Public Health* 1984;74(6):611-4.
7. Ferraro KF. Self-ratings of health among the old and the old-old. *J Health Soc Behav* 1980;21(4):377-83.
8. Kaplan G, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival i elderly adults. *J Gerontol* 1988;43(4):S114-20.
9. Linn BS, Linn MW. Objective and self-assessed health in the old and the very old. *Soc Sci Med* 1980;14A(4):311-5.
10. Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. *J Gerontol* 1972;27(1):91-4.
11. Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. New York: Academic Press 1987.
12. George LK, Landerman R. Health and subjective well-being: a replicated secondary data analysis. *Int J Aging Hum Dev* 1984;19(2):133-56.
13. Lanson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Gerontol* 1978;33(1):109-25.
14. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in th workingf-age population. *J Clin Epidermiol* 1997;50(5):517-28.
15. Farmer MM, Ferraro KF. Distress and percieved health: mechanism of health decline. *J Health Soc Behav* 1997;38(3):298-311.
16. Bergner M. Measurement of health status. *Med Care* 1985;23(5):696-704.
17. 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.
18. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluation of Health status really predict mortality? *J Gerontol* 1991;46(2):S55-65.
19. MaCallumk J, Shadbolt B, Wang D. Self-rated health and survival: a 7-year follow-up study of Australian elderly. *Am J Public Health* 1994;84(7):1100-5.
20. 조주연, 이상화, 홍성호, 김대현, 박주성, 안영우 등. 한국에서의 포괄적 노인평가도구 의 다기관 연구. *가정의학회지* 2001;22(9):1383-93.
21. 권용철, 박종한. 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구. 제 1편; MMSE -K의 개발. *신경정신의학* 1989;28:125-35.
22. 박종한, 권용철. 노인용 한국판 Mini-Mental State Exmamination (MMSE-K)의 표준화 연구 제 2편; 구분점 및 진단적 타당도. *신경정신의학* 1989;28:508-13.
23. 박종한, 고효진. 노인 집단에서 한국판 Mini-Mental State Examination의 진단능력. *신경정신의학* 1990; 29:933-42.
24. Sheikh VI, Yseavage JA. Gediatric Depression scale (GDS); recent evidence and development intervention. New York Haworth Press, 1986.
25. 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우 등. DSM-III-R 주요 우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS)의 진단적 타당성 연구. *정신 신경의학* 1999;38(1):48-63.
26. Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Fam Community Health* 1988;11:48-62.
27. Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *J Health Soc Behav* 1993;34(2):105-21.
28. 김철호. 노화와 심혈관 질환. *대한노인병학회 제29차 춘계학술대회 및 제12차 연수강좌* 2002;6(부록):63-77.
29. Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, van Sonderren E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged, and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(1):39-48.
30. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 6th ed. Baltimore. Maryland. Williams & Wilkins, 1995.
31. 서국희, 조두영, 류인균, 연병길, 최인근, 조맹제. 한국 노인의 우울증상 유병률과 위험인자. *노인병* 1998;2(1):49-60.
32. 이수일, 조병만, 황인경, 김돈균, 김영실, 강수용 등. 도시 영세 노인들의 건강평가에 관한 연구. *대한보건 협회학술지* 1998;24(2):59-70.

Abstract

## Determinants of Self-assessed Health among Elderly Adults

Hae Jung Lee, M.D., You Ji Chung, M.D., Hee Jin Kim, M.D.,  
Heuy Sun Suh, M.D., Hong Soo Lee, M.D., Kyung Won Shim, M.D.,  
Sang Hwa Lee, M.D. and Choo Yon Cho, M.D.\*

Department of Family Medicine, Ewha Womans University College of Medicine,  
\*Department of Family Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine

**Background:** Self-assessed health is a crude and simple measure which was used as a summary of an individual's general state of health. In this study, we examined the relationship between comprehensive variables and self-assessed health and identified the major determinants of self-assessed health among community dwelling elderly.

**Methods:** We performed a study on variables using comprehensive geriatric assessment in 308 elderly people who visited the department of family medicine or the department physical medicine and rehabilitation of 11 university hospitals or general hospitals in Korea from July 1, 1999 through October 31, 1999. The association of self-assessed health and variables was examined by X<sup>2</sup>-test and multiple linear regression analysis. For dependent variable a question "How would you describe your health now?" was used and the subjects responded from these categories: very good, good, fair, poor, and very poor. The independent variables were sociodemographic characters, health behavior, diseases, physical and social function, family and social support.

**Results:** In the X<sup>2</sup>-test, self-assessed health was significantly associated with income, exercise, nutrition, number of disease, cardiac disease, cerebrovascular disease, fall, ADLs, IADLs, depression and social support. In the multiple linear regression analysis, majority of the explained variance in self-assessed health was nutrition, cardiac disease and depression.

**Conclusion:** Self-assessed health among older adults was influenced by various factors. Based on the results, multidimensional approach needs to be developed to improve health. (J Korean Acad Fam Med 2002; 23:1210-1218)

**Key words:** elderly adult, self assessed health, determinant